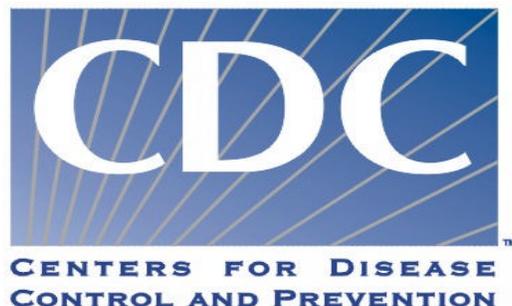


**Centros para el Control y la
Prevención de Enfermedades**

**Plan Estratégico de
Prevención del VIH
hasta 2005**

Enero 2001



Prefacio

Desde el comienzo de la epidemia del SIDA hace más de 20 años, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) han estado al frente de las labores de prevención, trabajando con una amplia gama de asociados de los sectores público y privado en Estados Unidos y el resto del mundo.

Durante las dos últimas décadas, la ciencia de la prevención y tratamiento del VIH/SIDA ha avanzado espectacularmente. El contagio del VIH de madre a hijo se ha reducido drásticamente en Estados Unidos en años recientes, de un máximo de 2.500 en 1992 a menos de 400 infecciones perinatales del VIH anuales. La ciencia del comportamiento ha ampliado el repertorio de programas de prevención eficaces dirigidos a sectores de la población en alto riesgo de infección del VIH, como hombres que practican sexo con hombres (MSM), usuarios de drogas inyectables, y mujeres que incurren en actos sexuales peligrosos. La capacidad de la comunidad para elaborar, suministrar y evaluar intervenciones ha seguido también aumentando a un ritmo constante. En los últimos cinco años, con el advenimiento de nuevas combinaciones de drogas para tratar la infección del VIH y demorar la aparición del SIDA, hay una esperanza y un optimismo cauteloso acerca de la posibilidad de reducir más el contagio a medida que disminuyen las cargas virales de las personas infectadas y eso posiblemente reduce su contagiosidad.

Pero, aún con estos éxitos, los CDC estiman que aproximadamente 40.000 personas por año continúan siendo infectadas con el VIH en Estados Unidos, una cifra que ha permanecido relativamente estable—*pero inaceptablemente alta*—durante la mayor parte de la década pasada. Y aunque la cantidad de infecciones nuevas ha permanecido estática, la epidemia en sí no ha disminuido. Además de los grupos de más alto riesgo desde el comienzo de la epidemia—hombres que practican sexo con hombres y usuarios de drogas inyectables—nuevos sectores de la población se encuentran en creciente riesgo de contagio con el VIH, particularmente las minorías raciales y étnicas, las mujeres y los adolescentes.

Un nuevo plan estratégico de prevención y control del VIH es sumamente oportuno y esencial para guiar nuestros esfuerzos a fin de tratar más efectivamente con la infección del VIH y el SIDA tanto en nuestro país como en el extranjero. El *Plan Estratégico de Prevención del VIH hasta 2005* de los CDC traza el plan para esas acciones. Nuestra meta es trabajar colegiadamente con nuestros muchos asociados para proteger la salud de las personas, aumentando la eficacia de acciones contra el VIH/SIDA conducidas conjuntamente en toda la nación y el mundo.

Jeffrey P. Koplan, M.D., M.P.H.
Director

Metas de los CDC para la prevención del VIH

Meta general nacional

Reducir el número de nuevas infecciones del VIH en Estados Unidos de unas 40.000 estimadas por año a 20.000 para el año 2005, concentrándose particularmente en eliminar las disparidades raciales y étnicas en las nuevas infecciones del VIH.

1. Para 2005, reducir por lo menos en el 50% el número de personas en Estados Unidos que se hallan en alto riesgo de adquirir o transmitir la infección del VIH, mediante el suministro de intervenciones de prevención dirigidas, sostenidas y basadas en evidencia.
2. Para 2005, mediante asesoramiento y pruebas voluntarias de detección, aumentar del 70% estimado actual al 95% la proporción de personas infectadas con el VIH en Estados Unidos que saben que están infectadas.
3. Para 2005, aumentar del 50% estimado actual al 80% la proporción de personas infectadas con el VIH en Estados Unidos que son referidas a servicios apropiados de prevención, atención y tratamiento.
4. Para 2005, fortalecer la capacidad en toda la nación de vigilar la epidemia, y desarrollar e implementar intervenciones eficaces de prevención del VIH y de evaluación de los programas de prevención.

Meta internacional

5. Ayudar a reducir la transmisión del VIH y mejorar la atención y apoyo en casos de VIH/SIDA en asociación con países de recursos limitados.

Contenido

Prefacio.....	1
Cómo se usará este plan	7
Principios rectores.....	8
Reconocimientos.....	9
Introducción.....	11
Estado actual de la epidemia del VIH/SIDA en Estados Unidos	15
Prevención del VIH en Estados Unidos	25
<u>Metas nacionales</u>	
Meta 1: <i>Reducir nuevas infecciones</i>	31
Meta 2: <i>Aumentar el conocimiento de la condición serosa</i>	39
Meta 3: <i>Aumentar las referencias para prevención, atención y tratamiento</i>	45
Meta 4: <i>Fortalecer la capacidad de vigilancia y de evaluación</i>	53
Actividades internacionales de los CDC	57
<u>Meta internacional</u>	
Meta 5: <i>Ayudar a reducir el contagio del VIH, mejorar la atención y apoyo en casos de VIH/SIDA</i>	61
Apéndice A: Explicación de términos y abreviaturas.....	65
Apéndice B: Antecedentes sobre el proceso de planificación estratégica.....	71
Apéndice C: Información presupuestaria	73
Apéndice D: Miembros de grupos de trabajo del plan estratégico y miembros de la Comisión Asesora de Prevención del VIH y ETS.....	77

Cómo se usará este plan

Los CDC usarán este plan estratégico de prevención del VIH para

- ▶ *evaluar las asignaciones presupuestarias actuales de los CDC para combatir el VIH con respecto a las prioridades del plan y redistribuir los gastos como sea necesario;*
- ▶ *definir necesidades insatisfechas;*
- ▶ *asignar nuevos recursos, si están disponibles;*
- ▶ *dirigir las actividades de investigación de prevención de los CDC;*
- ▶ *destacar las oportunidades para fortalecer la colaboración entre los organismos federales y con otros asociados;*
- ▶ *evaluar el desempeño anual de los CDC y de los receptores de sus subsidios en el cumplimiento de metas, objetivos y estrategias prioritarias;*
- ▶ *servir como base de una “cartilla de calificaciones” anual para el público sobre las actividades de los CDC y de los receptores de sus subsidios.*

Principios rectores

Los principios rectores de los CDC para todos los programas de prevención del VIH son

- ▶ **Eficacia**—Los CDC evalúan sus programas para determinar su eficacia y requieren que los receptores de sus subsidios hagan lo mismo, a fin de asegurar que los programas de prevención del VIH rindan al máximo, dados los recursos provistos.
- ▶ **Responsabilidad**—Los CDC prometen ser responsables ante el público estadounidense por la conducción de actividades sólidas de prevención del VIH/SIDA.
- ▶ **Transparencia**—Los CDC intentan que sus actividades y financiamiento sean claros para las personas fuera del organismo.
- ▶ **Actividades basadas en ciencia**—Los CDC fundan sus tareas de prevención en el mejor conocimiento científico disponible en el momento.
- ▶ **Colaboración y asociaciones**—Los CDC conducen actividades de prevención del VIH/SIDA en conjunción con asociados en todos los niveles—federal, estatal y local—en los sectores público, privado y sin fines de lucro para atender epidemias locales múltiples de la manera más eficiente posible.
- ▶ **Integralidad**—Los CDC usan un método de facetas múltiples para la prevención del VIH que incluye estrategias para atender las necesidades individuales, comunitarias, de la sociedad y en el ámbito estructural.
- ▶ **Liderazgo**—Los CDC son el organismo de prevención de la nación y proveen liderazgo en la política y en la práctica de la prevención.
- ▶ **Respeto por los derechos humanos**—Los CDC otorgan un valor preeminente a los derechos humanos en la elaboración de sus programas de prevención del VIH y espera que los receptores de sus subsidios hagan lo mismo.

Reconocimientos

El Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) está desarrollando una estructura estratégica integral para la prevención del VIH/SIDA que abarca las tareas de todos los organismos de este departamento que conducen actividades contra el VIH/SIDA. Este plan estratégico de los CDC es un componente de esa estructura general. Otros organismos del DHHS que realizan actividades contra el VIH/SIDA (como los Institutos Nacionales de Salud y la Administración de Recursos y Servicios de Salud) también tienen planes estratégicos, que son parte de la campaña general del Departamento para combatir el VIH/SIDA.

Los CDC reconocen con agradecimiento el tiempo, esfuerzo y experiencia de estos organismos así como de los otros consultores externos y del personal interno de los CDC que integraron los grupos de trabajo que elaboraron el plan estratégico de prevención del VIH de los CDC. Los nombres de los miembros de los grupos de trabajo se enumeran en el Apéndice D, página 77. Este plan también se benefició con las sólidas recomendaciones de los individuos y de los miembros de organizaciones que asistieron a las reuniones públicas y que brindaron comentarios por escrito. El plan es mejor gracias a sus sugerencias.

También reconocemos la orientación brindada por la Comisión Asesora Federal para la Prevención del VIH y de las ETS, que fue el catalítico para la elaboración de este plan y cuyos miembros proporcionaron valiosas perspectivas para su refinamiento. Los nombres de sus miembros se enumeran en el Apéndice D, a continuación de las listas de miembros de grupos de trabajo, en la página 92.

Finalmente, reconocemos la ayuda del personal de Management Assistance Corporation, que concertó las reuniones y coordinó los viajes, facilitó las reuniones de los grupos de trabajo y proporcionó apoyo en la preparación de este documento.

Introducción al plan estratégico de prevención del VIH

Por qué se necesita este plan

Durante las dos últimas décadas, la ciencia de prevención del VIH/SIDA ha avanzado dramáticamente. Por ejemplo, en Estados Unidos, el contagio del VIH de madre a hijo se ha reducido drásticamente, de un máximo de 2.500 infecciones perinatales en 1992 a unas 300 o 400 infecciones estimadas anuales en años recientes. Esta reducción se debe a la amplia adopción de asesoramiento y pruebas voluntarias de detección del VIH para mujeres embarazadas y la disponibilidad de zidovudina (ZDV o más comúnmente AZT) y otros medicamentos para interrumpir el contagio de la mujer embarazada a su bebé. Y el riesgo de infección entre muchos hombres que efectúan actos sexuales con hombres, usuarios de drogas inyectables y mujeres, ha sido reducido mediante fuertes intervenciones en el ámbito comunitario y prevención multifacética de comportamiento que tienen en cuenta la capacidad de las personas de tomar decisiones saludables y mantener patrones de conducta más seguros.

El cambio se ha acelerado en los últimos cinco años, con el advenimiento de nuevas combinaciones de medicamentos para tratar la infección del VIH, demorar el comienzo del SIDA y, en la medida en que disminuyen la carga viral en las personas infectadas, ofrecen la esperanza de reducir el peligro de contagio. Pero la promesa de los adelantos no carece de dificultades. Los estudios muestran que las actitudes optimistas sobre tratamiento podrían contribuir a aumentar el riesgo entre los jóvenes MSM así como entre otros grupos en peligro de infectarse con el VIH. Y sin servicios permanentes de apoyo de prevención, para ayudarles a adoptar y mantener un comportamiento saludable, la creciente cantidad de personas que viven con el VIH constituye una fuente de infección potencial. Las ciencias del comportamiento siguen arrojando luz sobre las mejores maneras de motivar y apoyar a las personas para que adopten y mantengan patrones de comportamiento más seguros, reduciendo su riesgo de adquirir el VIH si son seronegativas o de transmitirlo si ya están infectadas.

Proporción de casos de SIDA, por raza/etnicidad y año del informe, 1985 – 1999, Estados Unidos

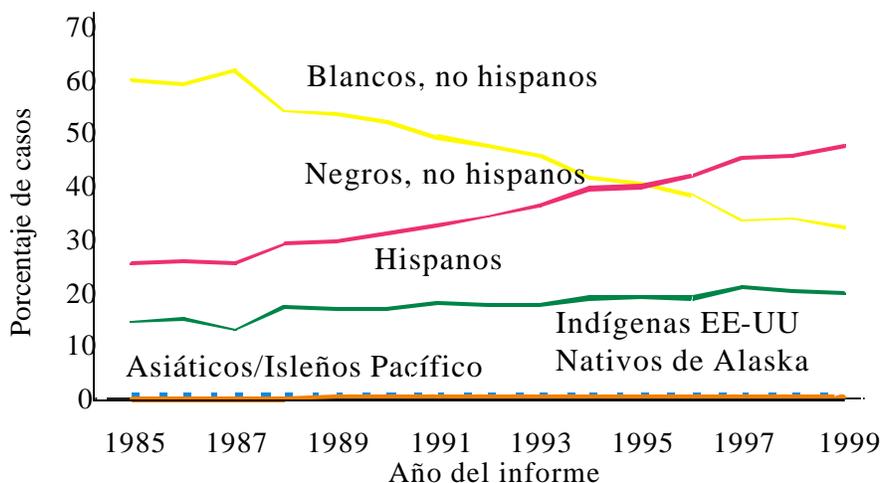


Gráfico 1

de color y especialmente mujeres y generaciones sucesivas de jóvenes se encuentran en peligro. **A esta altura de la epidemia, es esencial un nuevo plan estratégico para la prevención del VIH.**

Los CDC estiman que aproximadamente 40.000 personas por año en Estados Unidos se contagian con el VIH, cifra que ha permanecido relativamente estable—*pero inaceptablemente alta*—durante mucho de la década pasada. No obstante, el rostro de la epidemia no ha sido estático: además de los grupos que han estado en más alto riesgo desde el comienzo de la epidemia, los MSM y los usuarios de drogas inyectables, otros sectores de la población también están en riesgo. Como se muestra en el gráfico 1, más y más personas

Número de personas que viven con SIDA, 1993 -1998, por región, Estados Unidos

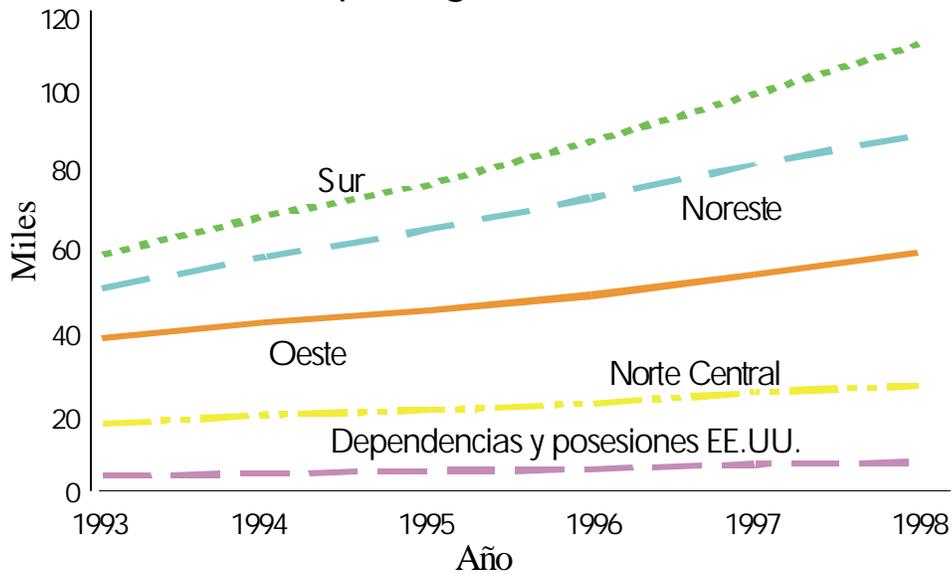


Gráfico 2

La epidemia de VIH/SIDA no es monolítica y varía considerablemente a través del país, no solamente por región, sino también dentro de regiones y estados, e incluso dentro de comunidades. (Ver el gráfico 2, arriba). La cantidad estimada de personas que viven con SIDA aumentó en cada región entre 1993 y 1998. La distribución proporcional por región de personas que viven con SIDA ha cambiado ligeramente, con un aumento en el sur del 34% al 37% y una disminución en el oeste del 23% al 20%. Las aproximadamente 9.000 personas que viven con SIDA en los territorios estadounidenses representan el 3% del total general.

El mecanismo primario de los CDC para apoyar a las comunidades en la identificación de las prioridades locales de prevención del VIH se llama planificación comunitaria de prevención del VIH. La planificación comunitaria habilita a las comunidades locales a través de Estados Unidos a usar datos epidemiológicos y de vigilancia, ciencias del comportamiento y otras informaciones científicas para tomar decisiones informadas acerca de dónde y cómo seleccionar recursos localmente y es un elemento integral del plan estratégico de cinco años de los CDC.

Este plan nacional de ninguna manera reemplaza la planificación local y determinación de prioridades conducida por los grupos de planificación comunitaria con los departamentos de salud estatales y locales. Es imperativo que los CDC tengan un plan basado en vigilancia y epidemiología para guiar sus esfuerzos de lucha contra la epidemia nacional de VIH/SIDA, así como cada comunidad debe tener un plan que responda a su propia situación única. Ambas acciones deberían complementarse y apoyarse mutuamente, como los CDC creen que lo hacen ahora y continuarán haciéndolo.

Creación e implementación de este plan

Este plan estratégico de cinco años fue desarrollado por los CDC con la participación de más de 100 expertos del gobierno y de organizaciones privadas: expertos en ciencias del comportamiento, epidemiología, medicina y las otras disciplinas requeridas para hacer frente a la epidemia del VIH, incluso proveedores de prevención del VIH basados en la comunidad, departamentos de salud locales y estatales, y miembros de los grupos infectados y afectados. Estos expertos examinaron un análisis de situación de la epidemia actual, así como un análisis de respuesta de las actividades actuales de los CDC. Luego se dividieron en grupos de trabajo para desarrollar objetivos y estrategias priorizadas para atender cada una de las metas. Dichas metas, con sus objetivos y estrategias en orden de categoría, comienzan en la página 31. Los antecedentes sobre el proceso de desarrollo del plan estratégico se encuentran en el Apéndice B, a partir de la página 71. El Apéndice D, página 77, contiene una lista de los miembros de los grupos de trabajo.

Los CDC financian a otras entidades para llevar a cabo la mayor parte de las tareas de prevención del VIH. Las metas, objetivos y estrategias de este plan serán hechos realidad por departamentos de salud y educación estatales y locales, fundaciones, comunidades religiosas y otros involucrados en la prevención del VIH/SIDA, así como en la atención, tratamiento y apoyo. *Sin su compromiso, apoyo y esfuerzos concentrados, no podrían concretarse las metas nacionales de este plan.*

De la misma manera, la ejecución de muchos elementos de este plan necesitará de la estrecha colaboración de otros organismos federales, entre ellos la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA), la Administración de Financiamiento de la Atención de la Salud (HCFA), la Administración de Recursos y Servicios de la Salud (HRSA), el Servicio de Salud Indígena (IHS), los Institutos Nacionales de la Salud (INH) y la Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA). Estos organismos ya están trabajando en muchos elementos de este plan, así como nuestros otros asociados y están dedicados—como lo están los CDC—a trabajar sinérgicamente para aumentar el efecto de las acciones sobre el VIH/SIDA conducidas conjuntamente. En el plano internacional, los CDC trabajan en asociación no solamente con los países anfitriones alrededor del mundo sino también con otros organismos federales estadounidenses, como la Agencia para el Desarrollo Internacional (USAID), la HRSA y los NIH, así como con organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNAIDS), el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para los Niños (UNICEF), el Banco Mundial, el sector privado y organismos no gubernamentales entre los que se cuentan fundaciones, grupos locales e internacionales de ayuda y otros.

Aunque este es un plan estratégico de los CDC, su éxito depende de las acciones de muchas organizaciones y organismos diferentes, cada uno de los cuales es parte integral para lograr las metas, objetivos y estrategias del plan.

Además de la experiencia aportada directamente por los involucrados en la creación del plan en los grupos de trabajo, este plan estratégico se ha beneficiado del conocimiento del personal del Instituto de Medicina (IOM) y su Comisión de Estrategias de Prevención del VIH en Estados Unidos, así como de los autores del informe del IOM, *No Time to Lose: Getting More from HIV Prevention*.

En 1999, los CDC contrataron al IOM para hacer un examen amplio de las acciones actuales de prevención del VIH en Estados Unidos, abarcando a los sectores público, privado y sin fines de lucro. El IOM difundió su informe en septiembre de 2000, a tiempo para que sus recomendaciones fueran consideradas en el desarrollo de este plan estratégico.

Los CDC valoran la experiencia y la pericia de los miembros y del personal de la comisión del IOM y les satisface ver que muchas de sus recomendaciones finales se correlacionan de manera muy estrecha con las metas y objetivos de esta estrategia.

Los CDC son el organismo federal encargado de prevenir la infección del VIH. Pero ningún organismo puede hacerlo solo; otras entidades son vitales para la prevención. Para cumplir esa misión, y para realizar otras metas nacionales de salud pública, como las de *Healthy People 2010* (*Gente Sana 2010*), los CDC trabajan con una gama de asociados nacionales:

- Otros organismos federales;
- Departamentos de salud y de educación locales y estatales;
- Grupos comunitarios de planificación de prevención del VIH;
- Organizaciones comunitarias;
- Instituciones académicas;
- El sector privado;
- Grupos de base religiosa, y
- Fundaciones y grupos sin fines de lucro.

Los CDC tienen la intención de seguir trabajando en colaboración con otros organismos y organizaciones, para aumentar el efecto de nuestra labor colectiva y evitar duplicación de esfuerzos. Muchos de los elementos de este plan ya son atendidos por los CDC y otros dedicados a la prevención del VIH/SIDA. Por ejemplo, los asociados estatales y locales incluyen concesionarios de los CDC, como departamentos de salud y de educación y organizaciones comunitarias, y grupos comunitarios de planificación de prevención del VIH; otros asociados incluyen entidades no financiadas por el organismo, como organizaciones profesionales de proveedores de servicios de salud, fundaciones y el sector médico privado, todos los cuales trabajan activamente para prevenir el VIH y el SIDA. Dentro del DHHS:

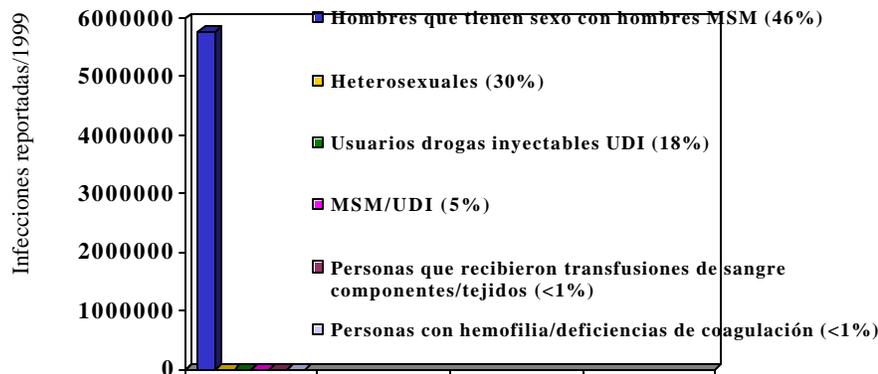
- La AHRQ provee información sobre resultados de atención médica, calidad, costos, uso y acceso.
- La FDA asegura la seguridad y eficacia de productos farmacéuticos y biológicos y de aparatos médicos, incluso pruebas de detección del VIH.
- La HCFA administra Medicare y Medicaid, que provee seguro de salud a los sectores de población pobres, incapacitados e indígenas de Estados Unidos, y el Programa Estatal de Salud para Niños (SCHIP), todos los cuales incluyen tratamiento para personas con el VIH/SIDA.
- La HRSA provee recursos sanitarios a sectores de población con atención médica insuficiente, trabajando para reducir las disparidades en condiciones y resultados de salud; apoya una red nacional de centros de salud comunitarios y para migrantes, y programas de atención básica para personas sin vivienda y residentes en viviendas públicas; supervisa el sistema nacional que adjudica órganos, tejidos y médula ósea para trasplantes; crea la fuerza laboral de atención de la salud y provee capacitación sobre el SIDA a los proveedores de asistencia de salud mediante los AETC (Centros de Educación y Capacitación sobre el SIDA) a través de Estados Unidos, y provee servicios a las personas con SIDA a través de los Programas de la Ley CARE Ryan White.
- El IHS provee servicios a casi 1.500.000 de indígenas estadounidenses y nativos de Alaska, incluso prevención, atención y tratamiento del VIH/SIDA.
- Los NIH conducen estudios nacionales e internacionales biomédicos y de comportamiento que constituyen un aspecto integral de muchos de los objetivos y estrategias del plan, como la investigación de la historia natural de la infección del VIH; etiología y patogenésis; terapéutica, incluyendo fármacos y barreras químicas; vacunas, y factores sociales y de comportamiento e intervenciones.
- La SAMHSA se dedica a la prevención del abuso de sustancias, tratamiento de adicción y servicios de salud mental.

En el plano internacional, la HRSA está trabajando para atender las cuestiones relacionadas con la asistencia y servicios para personas que viven con el VIH/SIDA y sus familias. La USAID trabaja para reducir el comportamiento sexual de alto riesgo por medio de intervenciones de cambio de conducta, incluso no solamente estrategias de comunicación interpersonal y en masa, sino también reformas de política y legislativas para mejorar las estrategias y campañas de comunicación; aumentar la demanda y disponibilidad de condones, principalmente por medio de programas de distribución social de condones, y promover el tratamiento y control de las enfermedades venéreas o transmitidas sexualmente. Los NIH conducen una importante gama de estudios internacionales biomédicos y de comportamiento sobre el VIH y otras enfermedades y condiciones. Fuera del gobierno de Estados Unidos, la OMS, UNAIDS, UNICEF, el Banco Mundial, otras naciones y organizaciones multinacionales, fundaciones, instituciones de base religiosa y otras organizaciones no gubernamentales están trabajando activamente para prevenir el VIH/SIDA y aumentar la asistencia y el apoyo a las personas infectadas. Los CDC trabajarán en colaboración con todos estos asociados para evitar redundancia y

Estado actual de la epidemia del VIH/SIDA en EE.UU.

Cómo se contagian las personas

Adultos y adolescentes infectados con el VIH Por riesgo conocido* Reportados en 1999**



*Total reportado N= 21.186. El gráfico excluye 8.726 cuyo riesgo no fue identificado en el momento del informe.

**De 32 áreas con informes VIH confidenciales de adultos y adolescentes.

Gráfico 3

En 1999, los CDC recibieron informes de 21.186 infecciones del VIH en adultos y adolescentes en 32 áreas en las que se llevaron esos registros con nombres (gráfico 3). Los estados que informaron sobre infecciones del VIH no incluyeron a algunas de las áreas más afectadas, como California y Nueva York. Obviamente, las cifras totales aumentarían considerablemente si todos los estados y territorios llevaran esos registros del VIH. Y las proporciones de casos informados que se muestran en el gráfico de arriba también podrían cambiar. Los CDC estiman que el 70% de todas las infecciones nuevas del VIH son entre hombres, y la mayoría de ellas—el 60%—corresponde a los MSM; la exposición heterosexual representa otro 15% y el uso de drogas inyectables representa el 25% de las infecciones entre los hombres. Entre las mujeres, que representan el 30% de las nuevas infecciones, el uso de drogas inyectables también constituye una cuarta parte de las nuevas infecciones. Pero la mayoría de las mujeres—el 75%—son infectadas sexualmente. (Para más información, ver los gráficos y discusión en la página 16).

La mayoría de los casos reportados en los cuales se conocía el riesgo de la persona—46%—fueron entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. El contagio heterosexual, principalmente entre mujeres, constituye la siguiente categoría más grande, con el 30%. El contagio por uso de drogas inyectables (UDI) representó el 18% de los casos reportados clasificados por un riesgo específico. Un porcentaje importante de casos fue informado sin que se indicara un riesgo en el momento del informe inicial de la infección con el VIH. Los casos NIR o “no-riesgo informado o identificado” corresponden a personas cuyos casos son investigados actualmente por los departamentos de salud locales; personas que han muerto, declinaron ser entrevistadas o no hubo seguimiento, y personas cuyos casos fueron investigados pero no se pudo identificar el modo de exposición. A medida que se investigan los casos NIR, si se identifica el factor riesgo, las personas son reclasificadas en la categoría apropiada de exposición.

Una epidemia siempre cambiante

La epidemia del SIDA sigue evolucionando, haciendo nuevas penetraciones en los sectores vulnerables de la población. Las mujeres y los jóvenes—particularmente los de color—están cada vez más en peligro, uniéndose a los dos grupos históricamente más afectados: hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y usuarios de drogas inyectables.

Las personas de color están en peligro desproporcionadamente, como se muestra en los gráficos de abajo.

- En 1997, la preponderancia del VIH fue más alta entre los afroestadounidenses que entre cualquier otro grupo racial o étnico estudiado. Como muestra el gráfico 4, se estima que la mitad de los hombres infectados son afroestadounidenses y la mayoría (60%) son MSM.

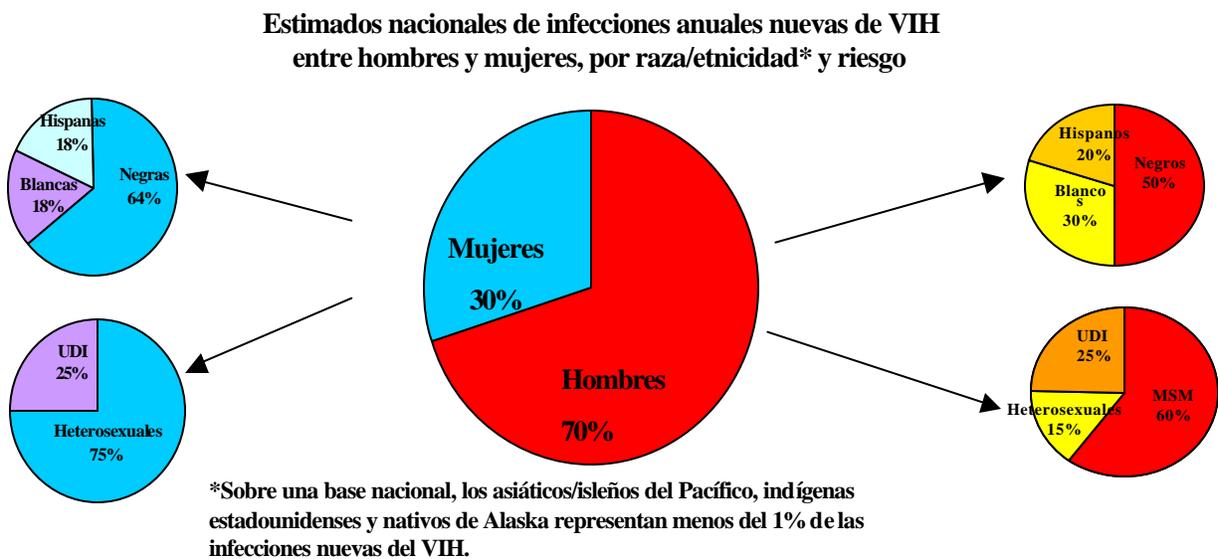


Gráfico 4

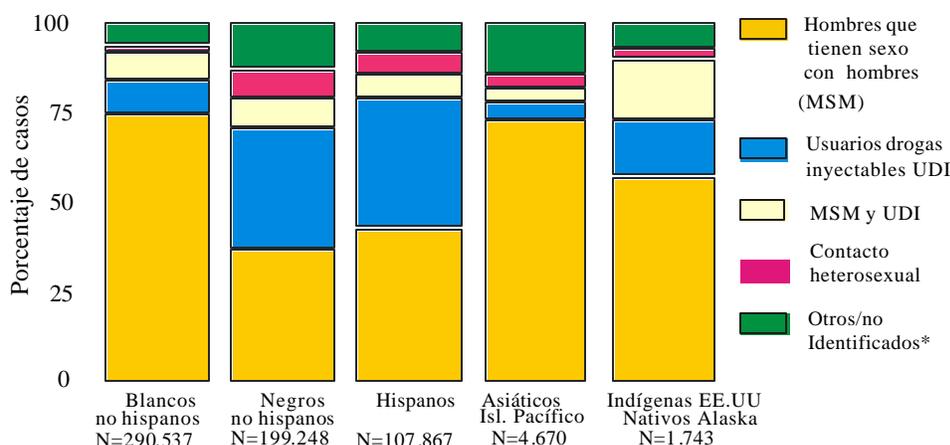
- En 1999, más afroestadounidenses fueron reportados con SIDA que cualquier otro grupo racial / étnico. Aproximadamente dos terceras partes (63%) de todas las mujeres y el 42% de todos los hombres reportados con SIDA en 1999 eran afroestadounidenses. Los niños afroestadounidenses representaron casi las dos terceras partes de todos los casos pediátricos reportados. Además de estar infectadas desproporcionadamente con SIDA, las mujeres afroestadounidenses también son infectadas desproporcionadamente con el VIH. Como se mostró en el gráfico 4, arriba, se estima que las mujeres afroestadounidenses representan el 64% de las infecciones nuevas del VIH entre las mujeres.
- En 1999, los hispanos representaban el 13% de la población de Estados Unidos, pero constituían el 19% del número total de casos nuevos de SIDA reportados ese año. Las mujeres hispanas representan el 18% de las infecciones nuevas del VIH estimadas entre las mujeres y los hombres hispanos constituyen el 20% de las infecciones nuevas estimadas entre los hombres (gráfico 4).
- Aunque los estadounidenses de origen asiático / isleños del Pacífico, indígenas y nativos de Alaska representan una pequeña porción del número total de infecciones nuevas estimadas

nacionalmente, las tasas del SIDA en esos sectores de población demuestran que el VIH/SIDA ha avanzado. Por ejemplo, en 1999, la división racial de incidencia del SIDA entre los MSM era como sigue:

<u>Nuevos diagnósticos de SIDA entre MSM, 1999</u>	
Afroestadounidenses	55,5/100.000
Hispanos	26,8/100.000
Estadounidenses nativos	10,9/100.000
Blancos	10,9/100.000
Asiáticos / isleños del Pacífico	5,5/100.000

Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (MSM). Los hombres homosexuales y bisexuales de todas las razas permanecen a un nivel alarmante de riesgo de contraer el SIDA, como se muestra en el gráfico 5, abajo. En efecto, el riesgo podría estar aumentando nuevamente en algunas comunidades, como lo evidencian recientes brotes de enfermedades venéreas entre los MSM, particularmente sífilis y gonorrea. (Ver gráfico 5 abajo y gráficos 8 y 9 en las páginas 19 y 20).

Casos de SIDA en hombres adultos/adolescentes, por clase de exposición y raza/etnicidad, reportados hasta 1999, EE.UU.



*Incluye pacientes con hemofilia o exposiciones relacionadas con transfusiones y aquellos con revisión médica pendiente; pacientes que murieron, no hicieron seguimiento o declinaron entrevista y aquellos con modos de exposición distintos o indeterminados.

Gráfico 5

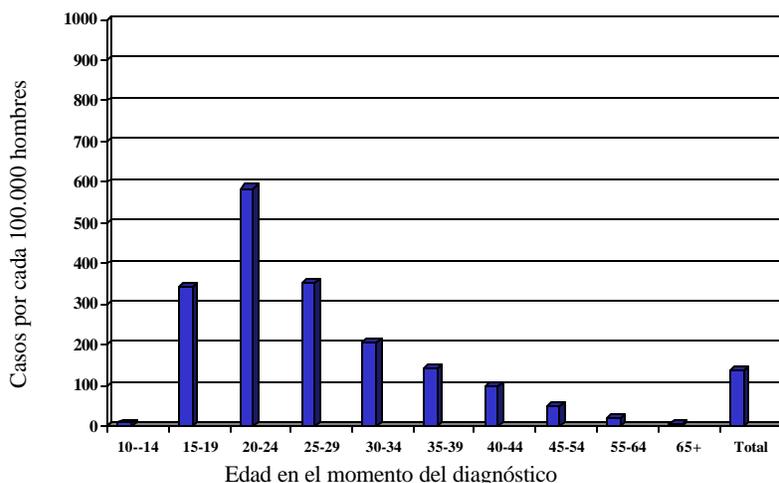
respecto a su raza / etnia así como su orientación sexual. Un estudio de científicos de los CDC de 1.942 hombres homosexuales y bisexuales en 12 ciudades de Estados Unidos infectados con el VIH determinó que un porcentaje creciente se dedicaba a prácticas de sexo anal sin protección.* La proporción de hombres homosexuales y bisexuales que habían tenido sexo anual sin protección durante los 12 meses previos aumentó del 13% en 1995-1996 al 19% en 1997-1998, un incremento de casi el 50%. Los MSM infectados con el VIH que incurrieron en sexo anal sin protección fueron más propensos a tener múltiples parejas, usar drogas inyectables o cocaína crack y tener menos de 12 años de educación.

* Denning PH, Nakashima AK, Wortley P. Tasas crecientes de coito anal sin protección entre hombres infectados con el VIH que tienen relaciones sexuales con otros hombres en Estados Unidos. Presentación oral. Décima Tercera Conferencia Internacional del SIDA, Durban, Sudáfrica, julio de 2000.

Las dificultades de la prevención incluyen agotamiento de la reducción de riesgo entre los MSM de más edad, creencia equivocada de que el VIH ya no es una enfermedad grave, una nueva generación de homosexuales y bisexuales a los que hay que llegar y las cuestiones culturales únicas que enfrentan los MSM de color con

Personas con otras enfermedades venéreas. Entre 1998 y 1999, la tasa de gonorrea entre los hombres en Estados Unidos aumentó el 2,5%, de 132,7 a 136,0 casos por cada 100.000. Las tasas reportadas en 1999 entre hombres (gráfico 6) fueron más altas que las establecidas por *Healthy People 2000* en 23

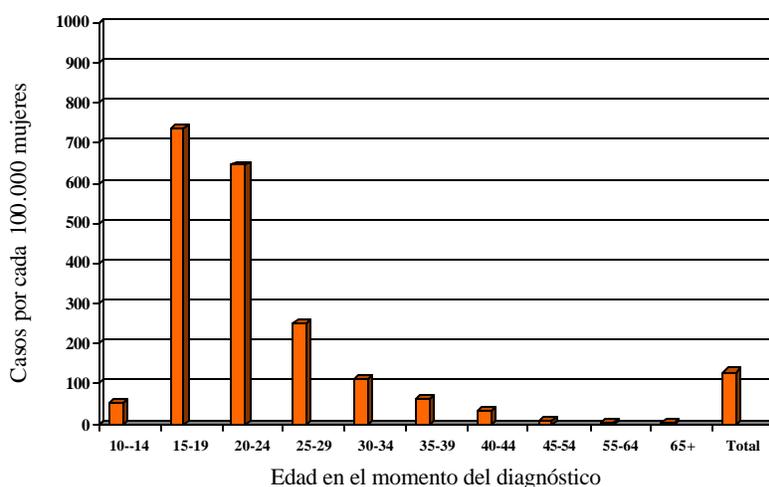
Gonorrea: Tasas por cada 100.000 hombres, por edad – Estados Unidos, 1999



Fuente: *Sexually Transmitted Disease Surveillance 1999*; División de Previsión ETS, NCHSTP, septiembre 2000

Gráfico 6

Gonorrea: tasas por cada 100.000 mujeres, por edad – Estados Unidos 1999



Fuente: *Sexually Transmitted Disease Surveillance 1999*; División de Prevención ETS, NCHSTP, septiembre 2000

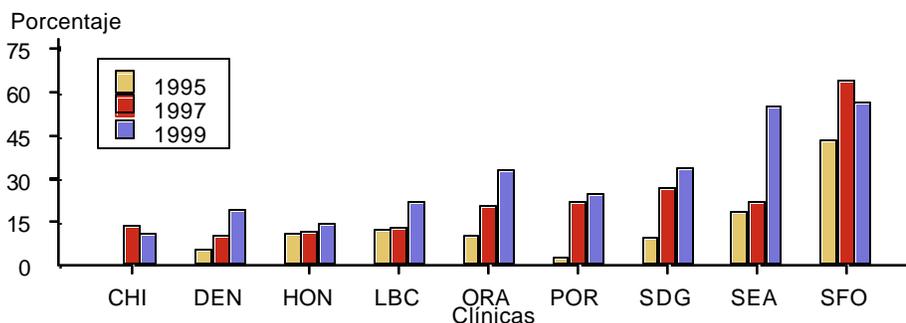
Gráfico 7

People 2000 en 23 estados. Las tasas más altas—indicando comportamientos peligrosos para la infección con el VIH como con otras ETS—fueron entre hombres de 20 a 24 años (585,6 por cada 100.000); también tuvieron tasas altas los de 15-19 y los de 25-29 años (341,1 y 352,3 por cada 100.000, respectivamente). En general, la tasa de gonorrea de las mujeres es similar a la de los hombres: 130 por cada 100.000 mujeres en 1999 (gráfico 7) y 136,1 por cada 100.000 hombres. Sin embargo, para 15-19 años las cifras difieren mucho: en 1999 la tasa para mujeres jóvenes era 738,1 por cada 100.000 mientras que la de hombres jóvenes era 341,1 por cada 100.000. La disparidad continuó en el grupo de 20-24 años: la tasa de las mujeres fue 644,9 y la de hombres 585,6 por cada 100.000. Pero a partir de los 25 años y más, la tasa de gonorrea en hombres fue mayor que en las mujeres: 352,3 a 251,7 por cada 100.000, respectivamente.

Las mujeres y los infantes sufren las consecuencias a largo plazo de las enfermedades venéreas o ETS. Las mujeres con gonorrea o clamidia pueden desarrollar la enfermedad inflamatoria pélvica (PID), que a su vez puede producir consecuencias reproductivas adversas y dolor crónico. Si no se trata adecuadamente, del 20% al 40% de las mujeres infectadas con clamidia y del 10% al 40% de las infectadas con gonorrea desarrollan PID. Entre las mujeres con PID las cicatrices pueden causar infertilidad en el 20%, embarazo ectópico en el 9%, y dolor pélvico crónico en el 18%. En las mujeres, aproximadamente el 70% de las infecciones de clamidia y el 50% de las infecciones de gonorrea son asintomáticas. Estas infecciones se descubren primordialmente mediante programas de chequeo médico. La integración de la prevención, chequeos médicos y tratamiento de las ETS con los programas del VIH—y viceversa—es importante para la salud general y bienestar de las mujeres así como para reducir los riesgos e infecciones del VIH.

La resistencia antimicrobiana sigue siendo una preocupación constante en el tratamiento de la gonorrea. El Proyecto de Control de Aislamiento Gonocócico (GISP) analiza muestras de nueve áreas urbanas para determinar la resistencia antimicrobiana. El gráfico 8 muestra la creciente proporción de MSM que tienen gonorrea resistente al tratamiento antimicrobiano, y esto corresponde con un aumento absoluto de casos de gonorrea entre MSM, lo cual indica un riesgo continuo de infección con el VIH así como con otras ETS.

**Proyecto de Control de Aislamiento Gonocócico
(GISP) Porcentaje de especímenes de *Neisseria gonorrhoeae* obtenidos de MSM en clínicas ETS en nueve ciudades, 1995, 1997 y 1999**

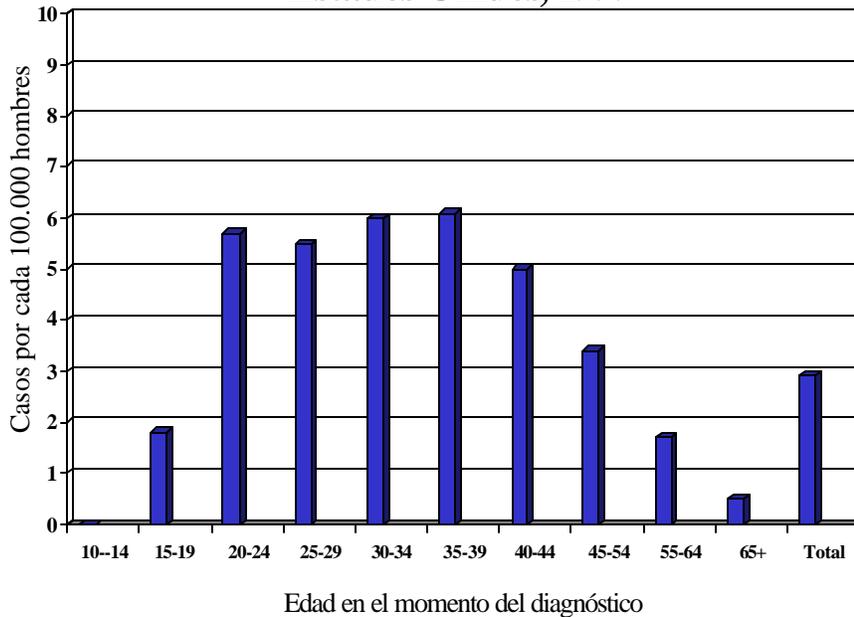


Nota: En 1999, estas nueve clínicas informaron el 83,4% (511/613) de casos de gonorrea GISP en hombres que tuvieron relaciones sexuales con hombres. Chicagocomenzó a participar en 1996. Las clínicas incluyen: CHI=Chicago, IL; DEN=Denver, CO; HON=Honolulu, HI; LBC=Long Beach, CA; ORA=Condado Orange, CA; POR=Portland, OR; SDG=San Diego, CA; SEA=Seattle, WA; y SFO=San Francisco, CA.

Gráfico 8

Además de la gonorrea, las tasas de sífilis entre los hombres también muestran comportamientos constantes de riesgo. (Ver el gráfico 9 en la página siguiente). En 1999, la tasa reportada de sífilis primaria y secundaria entre los hombres (2,9 casos por cada 100.000 personas) fue 1,5 veces más grande que la tasa entre mujeres (2,0 casos por cada 100.000). La proporción de casos de sífilis reportados entre hombres y mujeres ha aumentado desde 1994 en todos los grupos raciales y étnicos excepto entre indígenas estadounidenses y nativos de Alaska. El cambio en la proporción hombres a mujeres fue más notable entre hispanos: en 1994 fue 1,8; en 1999 fue 2,9.

**Sífilis primaria y secundaria:
Tasas por cada 100.000 hombres, por edad
Estados Unidos, 1999**



Fuente: *Sexually Transmitted Disease Surveillance 1999*, División de Prevención ETS, NCHSTP,

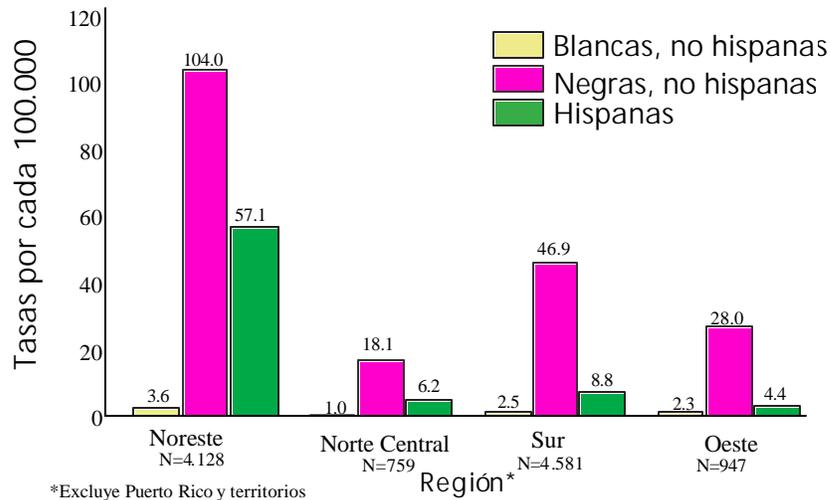
Gráfico 9

La tasa de sífilis primaria y secundaria reportada en Estados Unidos está en su nivel más bajo desde que comenzaron los informes en 1941. Sin embargo, la sífilis sigue siendo un grave problema de salud pública. La sífilis facilita el contagio del VIH y podría contribuir de manera importante a la transmisión del VIH en aquellas partes del país, como el sur, donde las tasas de ambas infecciones son altas. La sífilis afecta desproporcionadamente a las personas de color, particularmente afroestadounidenses. En 1999 la tasa de sífilis primaria y secundaria reportada en afroestadounidenses (tanto hombres como mujeres) fue de 15,2 casos por cada 100.000 personas: 30,4 veces más alta que la tasa reportada en blancos (0,5 casos por cada 100.000).

Debido a las bajas tasas sin precedentes, y a la concentración de casos de sífilis en un número pequeño de áreas geográficas (sólo 22 condados de la nación representaron el 50% de los casos nuevos de sífilis reportados en 1999), así como el impacto desproporcionado en la población de color, en 1999 se desarrolló el Plan Nacional para Eliminar la Sífilis en Estados Unidos. El éxito de ese plan y de este plan para enfrentar el VIH es interdependiente. (Para obtener más información sobre el plan de eliminación de la sífilis, ver http://www.cdc.gov/nchstp/dstd/Fact_Sheets/Syphilis_Facts.htm).

Mujeres. En 1992, las mujeres constituían el 13,8% de las personas con SIDA. Para fines de 1998, la proporción había aumentado al 20%. El gráfico 10 muestra las tasas de mujeres con SIDA en 1999 por región y raza / etnia. Hay más casos de SIDA en el noreste, seguido por el sur. Los CDC estiman que entre 120.000 y 160.000 mujeres adultas y adolescentes se encuentran actualmente infectadas con el VIH, incluidas las que han contraído el SIDA.

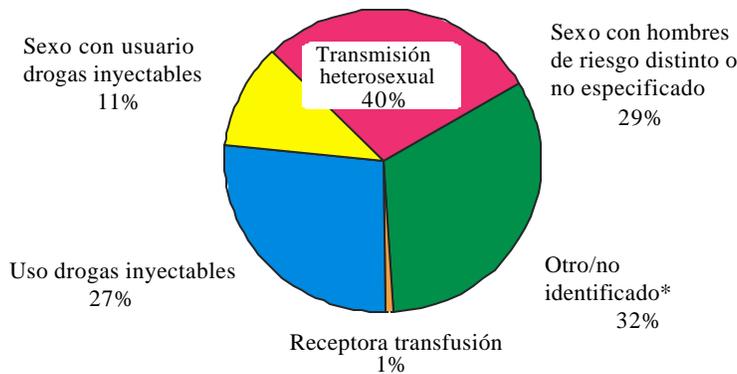
Tasas de SIDA por cada 100.000 mujeres por región y raza/etnicidad*, reportadas en 1999, Estados Unidos



*Sobre una base nacional, las tasas de SIDA para mujeres asiáticas e isleñas del Pacífico, indígenas estadounidenses y nativas de Alaska son menos del 1%.

Gráfico 10

El SIDA en las mujeres, por clase de exposición reportado en 1999, Estados Unidos



* Incluye pacientes con revisión de historia médica pendiente; pacientes que murieron, no hicieron seguimiento o declinaron entrevista y pacientes con otros o indeterminados modos de exposición. Incluye sexo con hombres bisexuales, personas con hemofilia, receptores de transfusiones con infección del VIH, o una

Gráfico 11

Las mujeres fueron típicamente infectadas por transmisión heterosexual, como se muestra en el gráfico de la izquierda (gráfico 11). El uso de drogas inyectables por mujeres representó aproximadamente un cuarto de los casos nuevos de SIDA reportados en 1999, y sexo con un UDI otro 11%. En alrededor de un

tercio de los casos no se determinó el riesgo de la mujer en el momento del informe inicial del SIDA. A medida que se investigan los casos y se identifica el grupo de riesgo, se los reclasifica en la categoría apropiada.

Jóvenes. Se estima que alrededor de la mitad de todas las infecciones nuevas del VIH son entre menores de 25 años, y que la mayoría son infectados sexualmente. En 1999, 1.813 jóvenes de 13 a 24 años fueron reportados con SIDA. Aunque la cantidad general de diagnósticos nuevos de SIDA está disminuyendo gracias a la prevención y al tratamiento muy eficaz con fármacos, un análisis hecho por los CDC de casos diagnosticados en 25 estados que informaron de infecciones del VIH entre 1994 y 1997 no encontró una disminución comparable en infecciones nuevas de VIH diagnosticadas entre los jóvenes. Los gráficos 12 y 13 muestran los casos de SIDA reportados hasta diciembre de 1999 por sexo y grupo de edad.

Casos de SIDA por edad y sexo reportados hasta diciembre de 1999, Estados Unidos 13-19 años

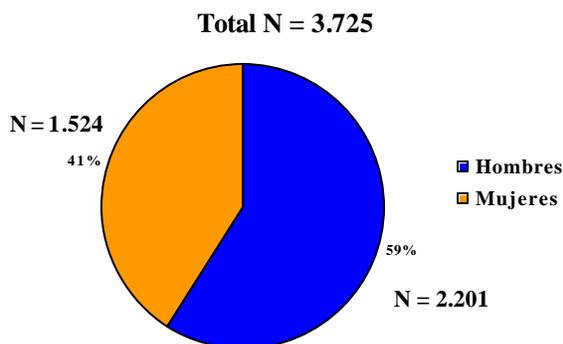


Gráfico 12

Casos de SIDA por edad y sexo reportados hasta diciembre de 1999, Estados Unidos 20-24 años

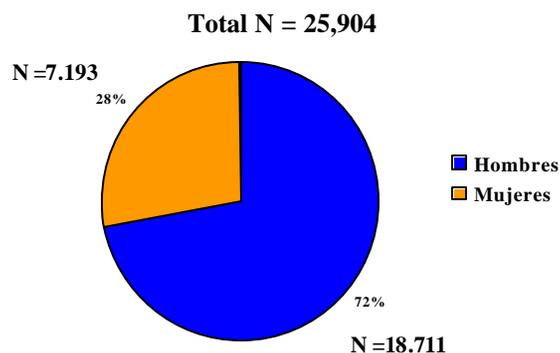


Gráfico 13

Usuarios de drogas

inyectables, sus parejas y sus hijos constituyen por lo menos el 36% de todos los casos de SIDA reportados en Estados Unidos hasta 1999 y el 31% de los casos informados para ese año. Como se muestra en el gráfico 14, a la derecha, la mayoría de los casos de SIDA asociados con UDI son entre hombres usuarios de drogas inyectables: el 52% son entre hombres UDI heterosexuales, otro 13% son entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres

Casos de SIDA asociados con UDI por categoría de exposición reportados en 1999, Estados Unidos N = 13.833

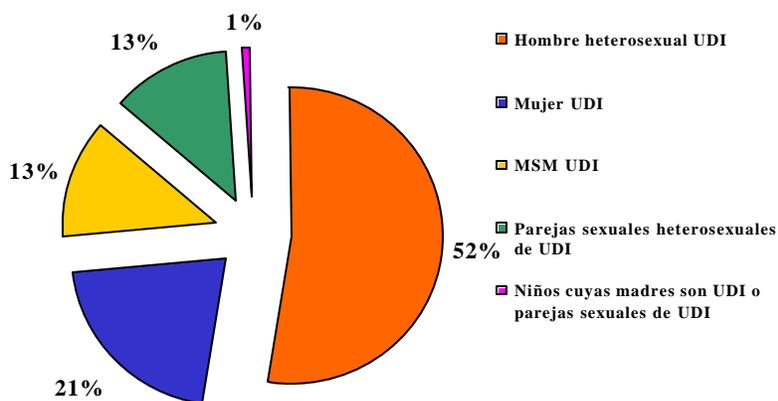
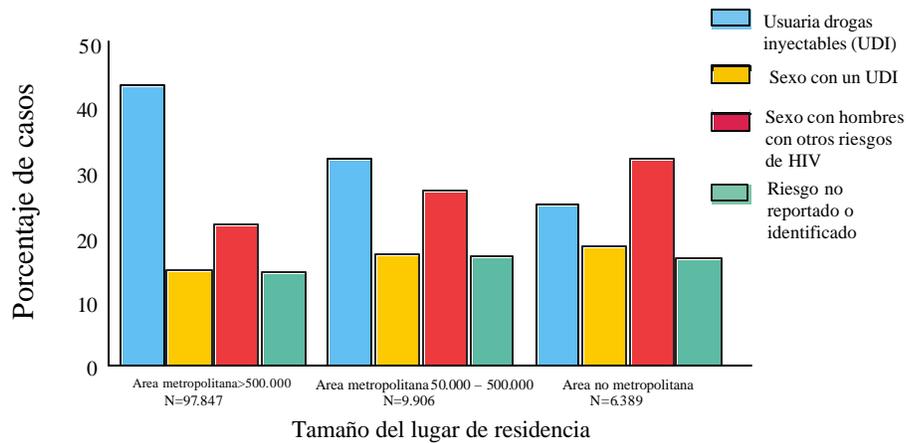


Gráfico 14

y se inyectan drogas. Las mujeres UDI constituyen el 21% de los casos reportados. El 13% de los casos asociados con UDI son entre parejas heterosexuales de un UDI. Un 1% adicional de casos es de niños infectados por contagio perinatal del VIH por sus madres que son UDI o parejas sexuales de UDI.

Aunque la epidemia del VIH/SIDA entre los UDI parece haber menguado en el nordeste de Estados Unidos, persisten varias tendencias preocupantes. Un factor importante para reducir el contagio del VIH entre usuarios de drogas ha sido el cambio de la inyección a la inhalación de heroína y cocaína. Sin embargo, recientes estudios sugieren un aumento en la proporción de usuarios de heroína que se inyectan, lo cual revertiría una declinación de una década. Esto podría estar relacionado con un posible aumento sustancial en el uso de heroína entre los jóvenes, particularmente de los que viven en los suburbios. La contribución que hace el uso de drogas inyectables a la epidemia del VIH/SIDA varía por localidades. Por ejemplo, entre las mujeres, el UDI representa un porcentaje mayor de casos de SIDA en las áreas metropolitanas más grandes que en las áreas rurales, como se muestra en el gráfico 15, abajo. Pero los actos sexuales con un UDI contribuyen en una proporción similar de casos a través de las regiones.

Distribución porcentual de casos de SIDA en mujeres adultas/adolescentes, por tamaño del lugar de residencia* y riesgo de exposición, reportados hasta 1999, EE.UU. #



* Basado en residencia reportada en el momento del diagnóstico del SIDA; los totales incluyen casos con riesgos no reportados u otros.

En esta tabla no se incluyen datos de Puerto Rico, Islas Vírgenes y territorios de EE.UU.

Prevención del VIH en Estados Unidos

La prevención del VIH da resultados

Las inversiones de Estados Unidos en la prevención del VIH han dado resultados. La prevención ha ayudado a reducir la tasa de nuevas infecciones del VIH en el país de más de 160.000 a mediados de la década de 1980 a alrededor de 40.000 por año en la actualidad, una declinación notable, pero que todavía constituye un número inaceptablemente alto de nuevas infecciones. El SIDA sigue siendo una crisis en Estados Unidos.

La eficacia de la prevención se ha probado científicamente. Como se detalla en el *Compendium of HIV Prevention Interventions with Evidence of Effectiveness* de los CDC, los programas de prevención del VIH han sido eficaces en una variedad de sectores de la población: pacientes de clínicas, hombres y mujeres heterosexuales, jóvenes en alto riesgo, presos, usuarios de drogas inyectables y MSM. Las intervenciones se han hecho con individuos, grupos y comunidades, en lugares que van desde locales, bares de homosexuales y centros sanitarios hasta viviendas públicas y escuelas.

Por ejemplo, la prevención efectiva ayudó a asegurar que:

- ◆ La seropreponderancia del VIH entre MSM blancos en Estados Unidos declinó el 50% entre 1988 y 1993.
- ◆ La seropreponderancia del VIH entre usuarios de drogas inyectables en la ciudad de Nueva York cayó más del 40% durante la década de 1990.
- ◆ El número estimado de infantes en Estados Unidos que adquirieron el SIDA por contagio de la madre al bebé disminuyó el 75% entre 1992 y 1998.

Estos éxitos de la prevención se lograron por la colaboración entre las comunidades infectadas y afectadas, organismos federales, organismos locales y estatales, el sector privado, organizaciones comunitarias y otros. Demuestran el poder de los esfuerzos colectivos para detener el VIH/SIDA.

Pero los éxitos de la prevención no han sido tan evidentes entre los sectores de población que ahora están en más alto riesgo, particularmente las personas de color, los MSM más jóvenes y las mujeres. Ahora el desafío es seguir desarrollando acciones de prevención dirigidas, eficaces y sostenidas que formen la capacidad de la comunidad para suministrar programas permanentes y continuos de prevención para aquellos que están en peligro y para quienes ya están infectados.

La prevención exitosa necesita ser continua

Las acciones exitosas de prevención impiden la infección con el VIH. La prevención más eficaz funciona en niveles múltiples simultáneamente—a nivel individual, de interacción social y comunitario, así como estructural—para atender las barreras sociales a veces ocultas que frenan la prevención efectiva. La prevención exitosa brinda apoyo a decisiones saludables para las personas en riesgo de contagiarse con el VIH y para quienes ya están infectados, para ayudarles a evitar el contagio del virus a otras personas. (Ver *Elementos de Programas Exitosos de Prevención del VIH* en la página siguiente).

Los siguientes objetivos y estrategias nacionales han sido diseñados para optimizar los beneficios de un continuo de prevención y tratamiento del VIH, como se refleja en las metas del plan estratégico. En este continuo:

Los individuos usan toda la gama de intervenciones y servicios de prevención para adoptar y mantener comportamientos que reducen el riesgo de contraer el VIH. [Meta 1]



Los individuos determinan su condición VIH mediante asesoramiento y pruebas voluntarias de detección tan pronto como es posible después de su exposición al VIH. [Meta 2]



Si el resultado es negativo usan toda la gama de intervenciones y servicios de prevención para adoptar y mantener comportamientos que reducen el riesgo de contraer el VIH. [Meta 1]

Si el resultado es positivo, usan servicios de calidad de prevención y se esfuerzan por adoptar y sostener comportamientos seguros permanentes para no contagiar a otras personas con el virus. [Metas 1, 2 y 3]



Si están infectados con el VIH, entran al sistema de atención médica tan pronto como es posible para tener los beneficios del cuidado y tratamiento continuos. [Meta 3]



Una vez en el sistema de atención médica, se benefician con servicios integrales, de gran calidad, incluso servicios de tratamiento de abuso de sustancias y salud mental; tratamiento de la infección del VIH; prevención, profilaxis y tratamiento de las infecciones oportunistas y otras infecciones, como ETS y TB. [Meta 3]



Junto con sus proveedores y redes de apoyo, trabajan para desarrollar estrategias a fin de optimizar la adhesión a sus terapias prescritas. [Meta 3]

Elementos de programas exitosos de prevención del SIDA

Las acciones de prevención del VIH, para que tengan éxito, deben ser integrales y basadas en la ciencia. Se necesitan los siguientes elementos para que la prevención del VIH dé resultados:

- ▶ Un proceso de planificación comunitaria eficaz
- ▶ Vigilancia epidemiológica y de comportamiento; compilación de otros datos de salud y demográficos pertinentes a los riesgos, incidencia o preponderancia del VIH
- ▶ Asesoramiento, pruebas de detección y referencia de servicios sobre el VIH, asesoramiento y referencia de la pareja, con fuertes conexiones con la atención médica, tratamiento y servicios de prevención necesarios
- ▶ Educación de salud y actividades de reducción de riesgo, entre las que se incluyen intervenciones a nivel individual, de grupo y comunitarias
- ▶ Diagnóstico y tratamiento asequibles de otras ETS
- ▶ Programas de educación e información pública
- ▶ Programas escolares integrales de salud
- ▶ Garantías de capacitación y calidad
- ▶ Actividades de creación de capacidad de prevención del VIH
- ▶ Una evaluación y plan de asistencia técnica para prevención del VIH
- ▶ Evaluación de actividades, intervenciones y servicios de programas principales

Las metas, objetivos y estrategias de este plan estratégico tienen en cuenta cada uno de esos componentes esenciales de un programa integral de prevención del VIH.

Cuestiones interrelacionadas de la prevención del VIH

Una cantidad de cuestiones están interrelacionadas con todas las metas, afectando todos los niveles de la prevención del VIH. Estas cuestiones, en muchos casos, están más allá del ámbito tradicional de la salud pública. Sin embargo, para que tenga éxito la prevención del VIH y del SIDA, deben ser atendidas por una amplia coalición de asociados en la prevención, que incluye a organismos de salud pública y de otros servicios sociales, comunidades con base religiosa, organismos de desarrollo económico, compradores de atención médica, el sistema judicial, el sector privado y el llamado tercer sector, o sea las organizaciones y fundaciones sin fines de lucro. Muchas de las cuestiones que se abordan a continuación serán atendidas en las medidas de acción de este plan estratégico; los CDC desarrollarán las medidas de acción en consulta con sus asociados. Entre las cuestiones más apremiantes que atañen a diversos sectores se cuentan las siguientes:

El estigma traba la prevención

El estigma asociado con el VIH/SIDA sigue afectando profundamente los esfuerzos de prevención, conduciendo a la gente a negar el riesgo... no someterse a pruebas de detección... demorar el tratamiento... y sufrir innecesariamente. Aunque sus efectos más perniciosos están quizás en otros países que Estados Unidos, donde la gente podría ser rechazada y lastimada físicamente, el estigma también se refleja negativamente en los estadounidenses. Se lo encuentra a nivel estructural, en la forma de leyes y reglamentaciones, así como más explícitamente a nivel comunitario e individual.

La homofobia sigue trabando los esfuerzos de prevención en todos los niveles: desde el individuo en riesgo o infectado, quien podría negar este riesgo debido a conflictos internos, hasta la cultura en general, que difunde mensajes contra los homosexuales, institucionaliza la homofobia a través de mecanismos estructurales, como las leyes que regulan el comportamiento sexual íntimo, y flaquea en su apoyo a una prevención eficaz y honesta para adolescentes, adultos jóvenes y hombres de edad homosexuales y bisexuales.

El estigma asociado con la adicción y el uso de drogas ilegales también resulta en leyes y otras restricciones a la prevención eficaz. De la misma manera, la persistencia del racismo social e institucional y las inequidades de sexo y económicas frenan la prevención eficaz del VIH. En cada uno de estos grupos en riesgo, deben atenderse el estigma, los estereotipos y el prejuicio para que la prevención sea más efectiva. Harán falta liderazgo y voluntad política para atender estas cuestiones subyacentes, tan críticas para el éxito de la prevención. Para más información sobre discriminación y estigma, ver el Apéndice A, página 65.

Los sectores vulnerables de la población tienen necesidades múltiples

Tanto en el país como en el extranjero, el VIH sigue acechando a nuestros **sectores de población más vulnerables**, gente que ha sido marginada debido a su raza u origen étnico, condición socioeconómica, orientación sexual, edad o sexo. Para que la prevención del VIH/SIDA tenga éxito, deben atenderse sensiblemente las **necesidades especiales** y contextos de vida de esos sectores, con programas y personal **culturalmente competentes**. La competencia cultural debe ser demostrada no solamente por programas y personal de intervención, sino también por el personal de vigilancia, investigadores (y sus investigaciones), así como por quienes suministran servicios de prevención y programas de atención y tratamiento a quienes están infectados con el VIH. Para más información sobre competencia cultural, ver el Apéndice A, página 65.

Se necesita entrenamiento, asistencia técnica y capacitación

Además de la competencia cultural, los CDC deben asegurar que los programas que financian sean de **eficacia de prevención documentada**. Sin embargo, antes de exigir esto de los concesionarios, el organismo debe trabajar para asegurar que hay disponible entrenamiento y asistencia técnica para ayudar a los concesionarios a tener éxito en el suministro de intervenciones de la más alta calidad posible. Un componente clave de todo programa de mejora de calidad será la evaluación—la cual requiere no solamente entrenamiento y asistencia técnica sino también financiamiento adecuado—para ponderar la eficacia de los programas de prevención a fin de hacer los ajustes necesarios para asegurar alta calidad.

La prevención del VIH y las ETS debe estar integrada

Para tener éxito, los elementos del plan estratégico para la prevención del VIH deben estar integrados con actividades que se conducen bajo los planes estratégicos para otras enfermedades venéreas o ETS. Las cuatro metas de ese plan son:

1. Prevenir la PID (enfermedad inflamatoria pélvica) relacionada con las ETS, infertilidad y embarazo ectópico.
2. Prevenir el contagio del VIH relacionado con las ETS.
3. Prevenir los resultados adversos del embarazo relacionados con las ETS.
4. Prevenir otras ETS virales y sus complicaciones.

Las infecciones del VIH y de otras ETS no sólo están relacionadas por comportamientos comunes, sino también por mecanismos biológicos. Debido a que otras ETS aumentan la infecciosidad y susceptibilidad del VIH, la prevención de las ETS es una estrategia clave de la prevención del VIH.

- Las enfermedades de úlceras genitales podrían aumentar el riesgo de contagio del VIH por exposición sexual de 10 a 50 veces para el contagio de hombre a mujer y de 50 a 300 veces para el contagio de mujer a hombre.
- Se ha mostrado que las ETS no ulcerosas (clamidia y gonorrea) han aumentado el riesgo de transmisión del VIH de dos a cinco veces.
- El tratamiento de la gonorrea en hombres infectados con el VIH reduce la preponderancia de derrame del VIH en secreciones uretales en aproximadamente el 50%.

La prevención del VIH debe estar integrada con la prevención de las ETS, particularmente el plan nacional para erradicar la sífilis, que sigue siendo un problema importante de salud pública. La integración de los esfuerzos de prevención del VIH y de las ETS es vital para el éxito de ambas campañas. Para más información sobre la relación entre el VIH y otras ETS, ver las páginas 18-20.

Se necesitan apoyos de infraestructura

Finalmente, para que este plan tenga éxito necesita una serie de apoyos estructurales, que incluyen:

- **Mejor colaboración** entre los diversos organismos federales con responsabilidad respecto al VIH/SIDA, prevención, investigación, atención y tratamiento del abuso de sustancias y ETS, incluso la FDA, HCFA, HRSA, IHS, INH y SAMHSA, así como entre asociados federales, estatales y locales. El plan exige continuidad de la atención de las personas infectadas con el VIH, pasando sin interrupción de las pruebas de

detección y asesoramiento a la referencia a la atención y tratamiento de la enfermedad del VIH así como la atención de otras necesidades individuales, como tratamiento de ETS, tratamiento de drogas y continuación de los servicios de prevención en curso. Este plan no puede tener éxito sin fuertes vínculos entre estos programas.

- **Participación del sector privado.** La mayoría de las pruebas de detección del VIH—80%—se realizan más en consultorios médicos privados que en hospitales o clínicas públicas. Los proveedores privados también suministran una porción importante de la atención y tratamiento del VIH. De la misma manera, alrededor del 50% de la atención de las ETS tiene lugar en el sector privado. Claramente, los proveedores del sector privado deben integrar en sus prácticas la prevención del VIH y de las ETS.
- **Capacitación** en todos los niveles. Nadie conoce más de la comunidad que la propia comunidad, Los CDC siempre han creído que con la clase apropiada de apoyo científico y de asistencia técnica, las comunidades son las más capaces para identificar sus epidemias y la manera de combatirlas. La información de vigilancia debe refinarse para ofrecen un mejor cuadro local y más allá de eso, los grupos comunitarios de planificación, los concesionarios y otros necesitarán un programa más amplio dirigido a crear capacitación local a fin de atender mejor las necesidades de prevención del VIH/SIDA.
- **Mejor medición.** Las actividades de medición tendrán que ser integradas para brindar datos básicos y evaluación continua del progreso hacia la satisfacción de las metas, objetivos, estrategias y medidas de acción. Como se evidencia en este plan, en muchos casos no hay datos básico disponibles para que puedan crearse objetivos y estrategias que puedan medirse explícitamente.
- **Recursos adecuados,** para atender las necesidades que actualmente no se satisfacen. Con el financiamiento actual de los CDC no se pueden cumplir plenamente las metas de este plan. (Para más información sobre el presupuesto de los CDC para el VIH, ver el Apéndice C, página 73).

Meta nacional general

Reducir el número de nuevas infecciones de VIH en Estados Unidos de unas 40.000 estimadas por año a 20.000 para el año 2005, concentrándose particularmente en eliminar las disparidades raciales y étnicas en las nuevas infecciones de VIH.

META 1

Para 2005, reducir por lo menos en el 50% el número de personas en Estados Unidos que se hallan en alto riesgo de adquirir o contagiar la infección del VIH, mediante el suministro de intervenciones de prevención dirigidas, sostenidas y basadas en evidencia.

Crterios

Reducir a la mitad las nuevas infecciones y reducir a la mitad el número de quienes están en alto riesgo de contagiarse o contraer el VIH son metas ambiciosas, pero se pueden lograr con recursos suficientes para desplegar intervenciones de eficacia probada.

Según las estimaciones actuales, entre 4 millones y 5 millones de personas en Estados Unidos incurren continuamente en comportamiento riesgoso de contagio con el VIH.* Es probable que esta estimación sea menor que la cantidad real de personas de comportamiento riesgoso debido a los informes insuficientes de los participantes y a la muestra misma, que fue una encuesta familiar y por lo tanto excluyó a personas que se encuentran en ambientes institucionales como escuelas, prisiones y las fuerzas armadas.

Para reducir las nuevas infecciones a la mitad deben atenderse todos los factores que afectan la capacidad del individuo de tomar decisiones saludables. Las comunidades deben estar mejor equipadas con datos locales para saber quien está en riesgo; deben dirigir recursos a quienes están más en riesgo; deben tener una gama de intervenciones eficaces disponibles y la capacidad de implementarlas y evaluarlas a nivel local; y deben ser capaces de atender no sólo los obstáculos y de detener el comportamiento riesgoso sino también de promover comportamiento saludable, a través de una variedad de intervenciones individuales y de grupo, apoyos a nivel comunitario y cambios a nivel estructural.

La meta de reducir a la mitad las nuevas infecciones no se logrará sin un progreso importante en la satisfacción de todas las cuatro metas nacionales. Hace falta reducir el número de personas de comportamiento riesgoso. Es vital asegurar que todos los infectados con el VIH conozcan su condición, a fin de que reciban los beneficios de mejores terapias del VIH así como los beneficios de asesoramiento y apoyo que necesitan para reducir el riesgo de infectar a otros, como se describe en la Meta 2. (Ver página 39). Adicionalmente, la prevención del VIH debe integrarse con otros servicios, como el chequeo médico y tratamiento de las ETS y la TB,

* Anderson JE, Wilson RW, Barker P, Doll L, Jones TS y Holtgrave DR. Predominancia de comportamientos riesgosos sexuales y de drogas relacionados con el VIH en la población adulta de EE.UU. Resultados de la Encuesta Nacional de Familias de 1996 sobre abuso de drogas. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 1999, 21, páginas 148-156.

servicios de salud reproductiva, servicios de salud mental y de prevención y tratamiento del uso de drogas, como se describe en la Meta 3, (Ver página 45). Quienes se encuentran en riesgo o ya están infectados con el VIH están con frecuencia también en riesgo para otros problemas de salud. La integración de los servicios, facilitando que la gente busque y reciba intervenciones de atención y prevención, aumentará la eficacia así como la eficiencia. Finalmente, el desarrollo y sustento de la infraestructura necesaria—vigilancia y la capacidad de desarrollar, implementar y evaluar programas de prevención—es un factor integral para el éxito de todas estas metas nacionales así como la Meta general. (Ver página 53).

Notas:

1. **Los objetivos** se clasifican desde prioridad alta (1) a baja (10), fundándose en su impacto potencial en la epidemia. Incluso los objetivos de prioridad baja se consideran elementos importantes de la prevención integral del VIH, y no serán eliminados de la gama de actividades auspiciadas por los CDC. Estas prioridades podrían cambiar, conforme a la dinámica de la epidemia.
2. **Las estrategias** se clasifican de prioridad alta a baja, fundándose en su impacto potencial para lograr un objetivo. Las medidas de acción detalladas se agregarán al plan de operaciones. Por ejemplo, una estrategia podría requerir estudios para lograr un objetivo. Esto no significa que no se hayan realizado estudios en esta área. Las medidas de acción especificarán las investigaciones adicionales necesarias para lograr el objetivo en cuestión.

Objetivo 1: Aumentar entre las personas que viven con el VIH la proporción de quienes consistentemente adhieren a comportamientos que reducen el riesgo de contagio o adquisición del VIH.

Estrategias:

1. Investigar, desarrollar, implementar y evaluar intervenciones comunitarias y estructurales para reducir el estigma, discriminación y violencia familiar relacionadas con la infección del VIH, con particular concentración en las comunidades de color, cuyos miembros podrían enfrentar estigma relacionado con factores múltiples, incluso raza-etnia, condición inmigratoria y/o condición socioeconómica.
2. Investigación, desarrollo, implementación y evaluación de las intervenciones de prevención del VIH (por ejemplo, intervenciones con individuos, parejas, grupos, comunidades, difusión social y nivel estructural) que atienden la diversidad de individuos y de sectores de la población que viven con el VIH, así como sus parejas, y sus necesidades especiales, diferenciando entre quienes se han contagiado recientemente y quienes han vivido con la infección más de seis meses.
3. Aumentar el porcentaje de personas infectadas que reciben asesoramiento y servicios de referencia de alta calidad para la pareja que aseguran que las parejas expuestas potencialmente al VIH reciban asesoramiento y pruebas de detección y, si están infectadas, sean referidas a servicios apropiados de pronta evaluación y atención.
4. Por medio de la creación de capacidad y la asistencia técnica, aumentar la proporción de proveedores de prevención financiados por los CDC que suministran exitosamente intervenciones de prevención del VIH que han mostrado ser eficaces y culturalmente

competentes a las diversas clases de personas que viven con el VIH, diferenciando entre quienes se han contagiado recientemente y quienes han vivido con la infección más de seis meses.

5. Mejorar el chequeo médico, diagnóstico y tratamiento de ETS concomitantes, incluso hepatitis y TB entre personas infectadas con el VIH, particularmente las que se encuentran en el sistema correccional, y mejorar el servicio de asesoramiento y referencia para parejas.
6. Investigación, desarrollo, implementación y evaluación de programas de prevención basados en evidencia para personas infectadas que usan alcohol y otras drogas (por ejemplo, cocaína crack, metanfetamina cristal).

Objetivo 2: Entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (MSM), aumentar la proporción de los que consistentemente adhieren a comportamientos que reducen el riesgo de adquisición o contagio del VIH.

Estrategias:

1. Investigación, desarrollo, implementación y evaluación de programas de comportamiento preventivo del VIH basados en evidencia para MSM (incluso la prevención de reversión a comportamientos riesgosos por quienes actualmente adhieren a prácticas sexuales seguras)—particularmente para MSM de color, MSM jóvenes, MSM dedicados a labores sexuales y hombres reclusos en sistemas correccionales federales, estatales o locales—como lo indiquen los datos locales epidemiológicos y datos disponibles de comportamiento riesgoso de VIH/ETS.
2. Mejorar la vigilancia de comportamientos riesgosos de VIH/ETS entre MSM (homosexuales y no homosexuales identificados), bisexuales y personas con cambios o alteraciones de sexo, particularmente quienes están dedicados a labores sexuales.
3. Por medio de la creación de capacidad y la asistencia técnica aumentar la proporción de proveedores de prevención financiados por los CDC que suministran exitosamente intervenciones de prevención del VIH que han mostrado ser eficaces y culturalmente competentes para MSM.
4. Mejorar el chequeo médico, diagnóstico y tratamiento de ETS entre los MSM, incluso aquellos que se encuentra en los sistemas correccionales.
5. Investigar, desarrollar, implementar y evaluar intervenciones comunitarias y estructurales para reducir el estigma, la discriminación relacionada con la orientación sexual y cambio o alteraciones de sexo.
6. Investigar, desarrollar, implementar y evaluar programas de prevención del VIH basados en evidencia para MSM en riesgo de contraer el VIH, incluso quienes se encuentran en los sistemas correccionales, que usan alcohol y otras drogas (por ejemplo, cocaína crack y metanfetamina cristal).
7. Fundándose en los datos epidemiológicos y de comportamiento locales, investigar, desarrollar, implementar y evaluar programas de prevención del VIH basados en evidencia para personas que han cambiado de sexo de hombre a mujer y hombres con alteraciones de sexo que tienen relaciones sexuales con hombres, particularmente personas que efectúan actos sexuales por dinero, drogas o supervivencia.
8. Investigar, desarrollar, implementar y evaluar intervenciones para atender las barreras a nivel estructural que obstaculizan la prevención efectiva del VIH/ETS para MSM.
9. Investigar, desarrollar, implementar y evaluar programas biomédicos de prevención del VIH para MSM, como vacunas, microbicidas rectales y profilaxis posterior a la exposición

Objetivo 3: Entre los adolescentes, aumentar la proporción de quienes adhieren consistentemente a comportamientos que reducen el riesgo de contagio o de adquisición del VIH.

Estrategias:

1. Investigar, desarrollar, implementar y evaluar programas de prevención del VIH/ETS basados en evidencia y *basados en la comunidad* que ayuden a los adolescentes a abstenerse de tener relaciones, demorar el comienzo de relaciones sexuales y desarrollar prácticas sexuales seguras, particularmente para adolescentes en situaciones de alto riesgo, especialmente jóvenes que no van a la escuela, homosexuales / lesbianas / jóvenes que cambiaron de sexo o que tienen dudas acerca de su identidad sexual, jóvenes inmigrantes y jóvenes con conocimientos limitados de inglés, víctimas de abuso sexual, jóvenes en centros de detención y al cuidado de familias, jóvenes fugitivos del hogar, jóvenes dedicados a labores sexuales y jóvenes de color.
2. Investigar, desarrollar, implementar y evaluar programas integrales de prevención del VIH/ETS basados en evidencia y *basados en la escuela* que ayuden a todos los adolescentes a abstenerse de tener relaciones sexuales, demorar el comienzo de relaciones sexuales y desarrollar prácticas sexuales seguras, particularmente para jóvenes de color y jóvenes homosexuales / lesbianas que han cambiado de sexo o que tienen dudas acerca de su identidad sexual.
3. Por medio de la creación de capacidad y la asistencia técnica, aumentar la proporción de proveedores de servicios de prevención financiados por los CDC que suministran exitosamente intervenciones de prevención del VIH que han mostrado ser eficaces y culturalmente competentes para las diversas clases de adolescentes en peligro.
4. Investigar, desarrollar, implementar y evaluar programas que reducen el riesgo sexual de los adolescentes en relación con el uso de sustancias.
5. Mejorar el chequeo médico, diagnóstico y tratamiento del VIH y las ETS entre los jóvenes.
6. Integrar la prevención del VIH/ETS en los programas de prevención de embarazo no planeado para jóvenes.
7. Investigar, desarrollar, implementar y evaluar programas basados en evidencia para la comunicación familiar constructiva acerca del comportamiento sexual.
8. Investigar, desarrollar, implementar y evaluar intervenciones para atender las barreras a nivel estructural que obstaculizan la prevención del VIH/ETS entre los jóvenes.
9. Investigar, desarrollar, implementar y evaluar programas biomédicos de prevención del VIH para los jóvenes, como vacunas, microbicidas de actualidad (vaginal y rectal) y profilaxis posterior a la exposición.

Objetivo 4: Entre los usuarios de drogas inyectables (UDI), aumentar la proporción de quienes se abstienen de usar drogas o, entre quienes no se abstienen de hacerlo, usar estrategias de reducción de daños para reducir el riesgo de contagio o adquisición del VIH.

Estrategias:

1. Investigar, desarrollar, implementar y evaluar intervenciones de prevención culturalmente competentes dirigidas a los UDI, especialmente a los UDI de color y a los que se encuentran en sistemas correccionales.
2. Por medio de la creación de capacidad y la asistencia técnica, aumentar la proporción de proveedores de servicios de prevención financiados por los CDC que suministran

- con éxito intervenciones de prevención del VIH que han mostrado ser eficaces y culturalmente competentes a los UDI.
3. Aumentar los servicios integrales para los UDI, incluso pruebas de detección del VIH/ETS (incluso hepatitis), tratamiento de abuso de sustancias, mantenimiento de metadona y programas de reducción del daño para promover el uso no compartido de equipos de inyección y el uso de equipos de inyección esterilizados.
 4. Proveer a las personas encarceladas educación de salud y reducción de riesgo, y conexiones con programas de prevención y tratamiento del VIH/ETS y abuso de sustancia, programas de salud mental y otros servicios con base en la comunidad.
 5. Conducir estudios y difundir los resultados sobre la eficacia de los programas de canje de jeringuillas y otros mecanismos para proveer jeringuillas esterilizadas a quienes se inyectan (por ejemplo, cambios en las leyes sobre prescripción y posesión).
 6. Donde existan programas de canje de jeringuillas / agujas, alentar a los concesionarios de los CDC (que podrían interactuar con el mismo sector de población que usa el canje) a proveer educación integral sobre el VIH/ETS, asesoramiento y pruebas de detección del VIH y referencia a centros de salud mental y tratamiento por uso de drogas si no lo hacen los programas de canje de jeringuillas / agujas.
 7. Investigar, desarrollar, implementar y evaluar intervenciones para atender las barreras a nivel estructural que obstaculizan la prevención efectiva del VIH para los UDI.
 8. Investigar, desarrollar, implementar y evaluar programas biomédicos de prevención del VIH para UDI, como vacunas, microbicidas y profilaxis posterior a la exposición.

Objetivo 5: Entre las mujeres sexualmente activas en riesgo (incluso mujeres que tienen relaciones sexuales con otras mujeres), aumentar la proporción de quienes adhieren consistentemente a comportamientos que reducen el riesgo de contagio o de adquisición del VIH.

Estrategias:

1. Investigar, desarrollar, implementar y evaluar programas de comportamiento preventivo del VIH basados en evidencia que fortalecen la capacidad de las mujeres, especialmente mujeres de color y de aquellas que efectúan labores sexuales, para tomar y cumplir decisiones para reducir su riesgo sexual y aumentar su comportamiento seguro (por ejemplo, uso correcto, consistente y apropiado de condones, reducción de prácticas sexuales de más alto riesgo, y pronto diagnóstico y tratamiento de ETS).
2. Por medio de la creación de capacidad y la asistencia técnica, aumentar la proporción de proveedores de servicios de prevención financiados por los CDC que suministran exitosamente intervenciones de prevención del VIH que han mostrado ser eficaces y culturalmente competentes para mujeres sexualmente activas y hombres heterosexuales.
3. Aumentar la disponibilidad y aceptación de tecnologías de prevención del VIH/ETS controladas por mujeres (por ejemplo, microbicidas, condones femeninos, profilaxis posterior a la exposición).
4. Investigar, desarrollar, implementar y evaluar intervenciones de comportamiento preventivo del VIH basados en evidencia en clínicas de ETS, consultorios de atención primaria y planificación familiar, especialmente en comunidades de color.
5. Investigar, desarrollar, implementar y evaluar programas de comportamiento preventivo del VIH basados en evidencia para hombres heterosexuales, especialmente

- hombres de color y aquellos reclusos en sistemas correccionales, como lo indiquen los datos locales epidemiológicos y datos disponibles de comportamiento riesgoso de VIH/ETS.
6. Investigar, desarrollar, implementar y evaluar programas de prevención del VIH basados en evidencia para personas en mayor riesgo de contraer el VIH que usan alcohol y otras drogas (por ejemplo, cocaína crack y metanfetamina cristal).
 7. Investigar, desarrollar, implementar y evaluar intervenciones para atender las barreras a nivel cultural que obstaculizan la prevención efectiva del VIH para mujeres.
 8. Investigar, desarrollar, implementar y evaluar intervenciones para atender las barreras a nivel cultural que obstaculizan la prevención efectiva del VIH para hombres heterosexuales.

Objetivo 6: Aumentar la proporción de personas en el más alto riesgo de contraer el VIH que son sometidas a pruebas de detección de ETS y tratadas apropiadamente.

Estrategias:

1. Aumentar el conocimiento entre los proveedores de servicios de prevención del VIH sobre cómo las ETS aumentan el peligro de contagio del VIH y cómo someter a pruebas de detección y atender a pacientes con ETS, incluso hepatitis B y C.
2. Aumentar la proporción de proveedores de atención primaria que realizan pruebas de detección rutinaria y periódicamente y proveen tratamiento necesario de ETS a personas en peligro de contraer el VIH o que tienen el VIH (incluso las reclusas en instalaciones correccionales).
3. Aumentar el conocimiento entre las personas que tienen el VIH y personas en mayor riesgo de contraer el VIH sobre cómo las ETS aumentan el riesgo de contagio del VIH.
4. Aumentar el acceso a la atención médica de ETS para personas en mayor riesgo de contraer el VIH y ETS mediante la expansión de los lugares de provisión de servicio a organizaciones comunitarias y consultorios no tradicionales.
5. Aumentar la cantidad de consultorios públicos para asesoramiento y pruebas de detección del VIH que ofrecen exámenes voluntarios de ETS.
6. Asegurar que las personas con otras ETS reciben voluntariamente asesoramiento y pruebas de detección del VIH.

Objetivo 7: Aumentar la proporción de mujeres embarazadas infectadas con el VIH que rutinariamente reciben asesoramiento sobre el VIH, aceptan pruebas de detección del VIH y deciden tomar medicamentos antirretrovirales para interrumpir el contagio perinatal del VIH.

Estrategias:

1. Establecer la rutina de asesoramiento y pruebas voluntarias de detección del VIH, bajo consentimiento informado, para todas las mujeres embarazadas, incluso las que no tienen atención prenatal.
2. Aumentar el pronto acceso de mujeres infectadas con el VIH y de niños expuestos al VIH a servicios apropiados de prevención (incluso operación cesárea electiva) y tratamiento.
3. Por medio de la creación de capacidad y la asistencia técnica, aumentar la proporción de proveedores de servicios de prevención financiados por los CDC que suministran

- exitosamente intervenciones de prevención del VIH que han mostrado ser eficaces y culturalmente competentes de madre a hijo.
4. Aumentar la atención prenatal integral y pronta para todas las mujeres embarazadas, cualquiera sean sus ingresos, seguro médico o capacidad de pago.
 5. Investigar, desarrollar, implementar y evaluar intervenciones para atender los obstáculos al uso de medicamentos antirretrovirales para la prevención perinatal del VIH por mujeres en alto riesgo.
 6. Evaluar la aceptación, implementación y efectos sobre las tasas de detección de exámenes rápidos de anticuerpos del VIH durante el parto en mujeres que no han tenido atención prenatal o que no fueron sometidas a pruebas de detección aunque tuvieron atención prenatal.
 7. Evaluar la eficacia de regímenes antirretrovirales ultra cortos para mujeres embarazadas que no tienen atención hasta el momento del parto.
 8. Investigar, desarrollar, implementar y evaluar programas de prevención del contagio de madre a hijo basados en evidencia para mujeres embarazadas infectadas con el VIH que usan drogas inyectables, alcohol u otras drogas (por ejemplo, cocaína crack y metanfetamina cristal).
 9. Investigar, desarrollar, implementar y evaluar intervenciones para atender las barreras a nivel cultural que obstaculizan la prevención efectiva del contagio de madre a hijo.

Objetivo 8: Apoyar las investigaciones para una vacuna contra el VIH

Estrategias:

1. Ayudar a desarrollar tecnología de confirmación de detección que pueda distinguir entre la infección del VIH verdadera y la inducida por la vacuna.
2. Proveer a los investigadores asistencia técnica para asegurar que los participantes en ensayos de vacunas reciban las intervenciones de reducción de riesgo de la más alta calidad.
3. Conducir análisis paralelos continuos para asegurar que los participantes en ensayos de vacunas no están aumentando su riesgo.
4. Educar a las comunidades sobre las investigaciones para desarrollar una vacuna.
5. Proveer orientación y asistencia técnica a todos los grupos comunitarios de planificación de prevención del VIH para permitirles que evalúen el impacto de la investigación de una vacuna en las situaciones y prioridades locales.
6. Desarrollar entrenamiento apropiado relacionado con una vacuna para los programas de asesoramiento, detección y notificación de parejas (por ejemplo, el efecto de una posible vacuna en el comportamiento de riesgo de las personas, como anotarse para los ensayos, etc.).
7. Investigar el efecto de ensayos múltiples en gran escala de vacunas, posibles y reales, sobre las decisiones y comportamientos de riesgo de las personas y desarrollar intervenciones apropiadas de prevención.

Objetivo 9: Reducir el número de trabajadores que por su ocupación están expuestos y se infectan con el VIH.

Estrategias:

1. Fomentar la disponibilidad y uso de controles de ingeniería eficaces (por ejemplo, artefactos de prevención de heridas con objetos cortantes) y equipo de protección personal (por ejemplo, guantes) para los trabajadores de la salud.
2. Abogar por intervenciones en instalaciones de atención de la salud (por ejemplo, controles de ingeniería, equipos de protección personal, prácticas laborales, organización laboral y estrategias de comunicación acerca de temas de salud) que sean eficaces para reducir la exposición a la sangre y los fluidos corporales entre los trabajadores de la salud.
3. Implementar sistemas de vigilancia para rastrear la distribución y las causas determinantes de exposiciones sanguíneas (incluso la vigilancia de intervenciones eficaces) y sus tendencias con el correr del tiempo entre los trabajadores de la salud y otros expuestos en todos los ambientes.
4. Fomentar el uso de prácticas laborales que reducen la exposición a la sangre y fluidos corporales de los trabajadores y la modificación de factores de la organización del trabajo (por ejemplo, compromiso del personal y de la gerencia a la seguridad) que influyen en la exposición a la sangre en las instalaciones de atención de la salud.
5. Fomentar el uso de estrategias de comunicación acerca de temas de salud que proyectan técnicas eficaces para reducir la exposición de los trabajadores a la sangre y fluidos corporales.
6. Trabajar con empleadores y aseguradores para proporcionar información sobre profilaxis posterior a la exposición y la importancia de buscar asesoramiento y pruebas de detección de manera apropiada y oportuna después de la exposición, así como el tratamiento necesario para los trabajadores (incluso trabajadores que responden a emergencias) que están expuestos a la sangre y fluidos corporales.

Objetivo 10: Seguir vigilando y apoyando la seguridad de los suministros de sangre, tejidos y órganos en Estados Unidos.

Estrategias:

1. Participar en investigaciones de transmisión del VIH cuando se sospecha que puede haber sido causada por transfusiones o trasplantes, y vigilar el riesgo residual del VIH proveniente de transfusiones y trasplantes.
2. Ayudar a educar a los sectores de población en riesgo sobre las razones para auto aplazar sus donaciones de sangre.
3. Participar en estudios epidemiológicos sobre los factores de riesgo del VIH y la determinación de incidencia y preponderancia basada en la población para apoyar políticas de aplazamiento de donación de sangre.
4. Participar en reuniones del Departamento de Salud y Servicios Humanos, reuniones de comisiones asesoras, talleres científicos y otros foros para evaluar las cuestiones científicas actuales referidas a la seguridad de los suministros de sangre, órganos y tejidos con respecto al VIH y desarrollar pautas apropiadas.
5. Participar en la definición de estrategias de detección para el examen de donantes.

META 2

Para 2005, mediante asesoramiento y pruebas voluntarias de detección, aumentar del 70% estimado actual al 95% la proporción de personas infectadas con el VIH en Estados Unidos que saben que están infectadas.

Crterios

Para que las personas infectadas con el VIH reciban los beneficios de terapias y profilaxis mejorados para tratar las enfermedades oportunistas, así como de asesoramiento concentrado en el cliente y otras intervenciones de comportamiento para reducir el riesgo de contagiar a otros, estas personas necesitan saber si están infectadas. Mientras todas las personas sexualmente activas que se encuentran en riesgo deberían ser alentadas a recibir asesoramiento y someterse a pruebas de detección del VIH, los recursos de prevención para asesoramiento y detección deberían ser dirigidos hacia aquellos cuyo comportamiento los pone en mayor riesgo de infección. Debido a que la mayor parte de los análisis de VIH—el 80%—se efectúan actualmente en el sector privado de atención a la salud, un elemento esencial de esta meta es la colaboración con esos proveedores.

El asesoramiento sobre el VIH no debería ser un obstáculo para la detección del VIH, y la detección no debería ser un obstáculo para el asesoramiento. Las estrategias de asesoramiento y detección para quienes niegan su riesgo, para quienes reconocen su riesgo pero no se han sometido a pruebas de detección y para quienes subestiman o no están conscientes de su riesgo serán todas diferentes. Es esencial tener enfoques seleccionados para cada grupo. Debería hacerse hincapié en que los jóvenes en alto riesgo conozcan temprano su condición, y que cuando sean VIH negativos mantengan esa condición a través de la prevención.

Deben implementarse o mantenerse varias estrategias mixtas para lograr el objetivo de aumentar la proporción de estadounidenses infectados con el VIH que conocen su condición por medio de servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias de detección, de alta calidad y concentrados en el cliente:

- El asesoramiento y pruebas de detección del VIH deben mantenerse voluntarios y confidenciales y suministrarse de maneras que atiendan las variaciones culturales de las diversas comunidades de nuestra nación para maximizar la aceptación y suministro de servicios de prueba de detección en comunidades en alto riesgo.
- Los programas del CDC designados a aumentar el conocimiento de la condición de infección con el VIH deben desarrollarse en colaboración con asociados nacionales, estatales y locales (organizaciones tanto gubernamentales como no gubernamentales) y con asesoramiento de líderes comunitarios.
- Deben evaluarse y adoptarse las nuevas tecnologías de pruebas rápidas de detección para permitir que se efectúen en lugares no tradicionales—como programas callejeros de difusión, centros sociales y lugares de servicios públicos (por ejemplo, oficinas de servicios sociales)—y entreguen los resultados de los exámenes durante los encuentros iniciales con el paciente a fin de que los clientes no tengan que volver por los resultados de la prueba.

- Deberían aumentarse los servicios de notificación a parejas para identificar a individuos en riesgo a quienes deberían ofrecerse pruebas de detección.
- Todas las jurisdicciones de salud pública deberían asegurar la disponibilidad de pruebas anónimas de detección del VIH.

Notas:

1. **Los objetivos** se clasifican desde prioridad alta (1) a baja (10), fundándose en su impacto potencial en la epidemia. Incluso los objetivos de prioridad baja se consideran elementos importantes de la prevención integral del VIH, y no serán eliminados de la gama de actividades auspiciadas por los CDC. Estas prioridades podrían cambiar, conforme a la dinámica de la epidemia.
2. **Las estrategias** se clasifican de prioridad alta a baja, fundándose en su impacto potencial para lograr un objetivo. Las medidas de acción detalladas se agregarán al plan de operaciones. Por ejemplo, una estrategia podría requerir estudios para lograr un objetivo. Esto no significa que no se hayan realizado estudios en esta área. Las medidas de acción especificarán las investigaciones adicionales necesarias para lograr el objetivo en cuestión.

Objetivo 1: Aumentar la motivación de las personas en riesgo para saber si están infectadas y reducir los obstáculos reales y percibidos a la prueba de detección del VIH.

Estrategias:

1. Investigar, desarrollar, implementar y evaluar estrategias para atender los obstáculos reales y percibidos a la prueba de detección del VIH—como el temor de estar infectado o infectada o de que la prueba dé resultados positivos, estigmatización, criminalización, notificación a padres o guardianes, a la pareja, violencia, riesgo de deportación y confidencialidad (incluso el impacto de implementar informes del VIH con nombres)—a niveles individual, comunitario, societario y estructural.
2. Mejorar la vigilancia para evaluar comportamientos de sectores específicos de la población con respecto a pruebas de detección, diferenciándolos de quienes nunca se han sometido a la prueba, quienes lo hacen repetidamente y quienes lo hacen con frecuencia.
3. Investigar, desarrollar, implementar y evaluar estrategias para atender en sectores específicos de la población los efectos de la negativa a ver el riesgo en la motivación individual para someterse a la prueba de detección.
4. Investigar, desarrollar, implementar y evaluar estrategias de mercadeo para promover la prueba de detección (incluso el conocimiento del público en riesgo sobre indicadores primarios de infección y los beneficios de la prueba de detección) en los grupos en riesgo, concentrándose particularmente en los sectores de población de color y con necesidades especiales y diferenciando entre quienes nunca se han sometido a la prueba, quienes lo hacen repetidamente y quienes lo hacen con frecuencia.
5. Investigar, desarrollar, implementar y evaluar modelos de asesoramiento y pruebas voluntarias de detección del VIH para sectores específicos de la población, cultural y lingüísticamente competentes y concentrados en el cliente, que incluyan prueba de detección para parejas, métodos basados en grupos y métodos alternos para entregar los resultados.

6. Investigar, desarrollar, implementar y evaluar modelos para sectores específicos de la población, cultural y lingüísticamente competentes, de integrar el asesoramiento y las pruebas de detección de las ETS y el VIH.
7. Por medio de la creación de capacidad y la asistencia técnica, aumentar la proporción de grupos comunitarios de planificación de prevención del VIH y de proveedores de servicios de prevención financiados por los CDC que puedan atender con éxito los obstáculos para la prueba de detección entre las diversas clases de personas en peligro de contraer el VIH y que están infectadas con el VIH, pero concentrándose particularmente en los sectores de población de color y con necesidades especiales (por ejemplo, sordos / con dificultad para oír, personas sin vivienda, usuarios de drogas inyectables, etc).
8. Apoyar el desarrollo y uso de pruebas que no requieren agujas (por ejemplo, análisis de fluidos de la mucosa oral y orina).
9. Aumentar las intervenciones a nivel del paciente para alentar a quienes están en riesgo de contraer la infección del VIH a solicitar pruebas de detección.

Objetivo 2: Mejorar el acceso al asesoramiento y pruebas voluntarias de detección concentrados en el cliente (VCT) en comunidades de alta preponderancia y sectores de población en riesgo, concentrándose particularmente en sectores de población con altas tasas de infección no diagnosticada.

Estrategias:

1. Aumentar el acceso a pruebas de detección anónimas y confidenciales, particularmente en comunidades de color y comunidades con alta incidencia o preponderancia del VIH y/o altas tasas de otras ETS.
2. Por medio de la creación de capacidad y la asistencia técnica, aumentar la proporción de proveedores de servicios de prevención financiados por los CDC que suministran exitosamente programas de asesoramiento y programas de pruebas voluntarias de detección del VIH que han mostrado ser efectivos, culturalmente competentes y concentrados en el cliente.
3. Aumentar la proporción de personas con condiciones (por ejemplo, tuberculosis, enfermedades venéreas y hepatitis C) y/o comportamientos (como no usar protección durante actividades sexuales y tener parejas múltiples, uso de drogas inyectables) que indican riesgo de contraer el VIH, que reciben VCT.
4. Evaluar la eficacia de diversos tipos de programas de asesoramiento de la pareja y referencia a fin de aumentar la proporción de parejas sexuales en riesgo o que comparten jeringuillas que son notificadas de su riesgo, reciben asesoramiento y pruebas voluntarias de detección, regresan a buscar los resultados de los análisis y, si están infectadas, son referidas para seguimiento o, si el resultado es negativo, reciben servicios de prevención para reducir su riesgo.
5. Mejorar la disponibilidad de pruebas de detección del VIH gratuitas o a bajo costo en lugares clínicos y no clínicos en áreas de alta preponderancia, incluso centros de atención urgente y salas de emergencia, organizaciones comunitarias, clínicas de ETS, centros de tratamiento de abuso de sustancias y programas de canje de agujas, otros programas callejeros de difusión, centros de servicios de base religiosa, oficinas de servicios sociales y clínicas de planificación familiar.
6. Apoyo a los organismos de salud pública para que asistan a instalaciones correccionales estatales y locales, incluso instalaciones de detención juvenil y reformatorios, así como

sistemas de libertad condicional y bajo palabra, en la provisión de servicios de educación sobre el VIH y asesoramiento y pruebas voluntarias de detección del VIH.

7. Aumentar la proporción de adolescentes y adultos jóvenes sexualmente activos a quienes se ofrece rutinariamente asesoramiento y pruebas voluntarias de detección del VIH.
8. Aumentar la proporción de personas minusválidas en riesgo de contraer el VIH a quienes se ofrece asesoramiento y pruebas voluntarias de detección del VIH.
9. Mejorar la vigilancia para evaluar las tasas de uso de pruebas de detección, comportamientos de detección y conocimiento de la condición serosa, particularmente en comunidades de color y sectores de población con necesidades especiales.

Objetivo 3: Aumentar la cantidad de proveedores que rutinariamente brindan VCT en consultorios de salud (por ejemplo, clínicas de ETS, programas de tratamiento de abuso de sustancias, clínicas de planificación familiar, salas de emergencia, centros comunitarios de salud), así como lugares sin relación clínica (por ejemplo, centros sociales, programas de asistencia pública, programas de difusión callejeros).

Estrategias:

1. Conducir estudios para determinar los efectos de diferentes métodos de asesoramiento previo a las pruebas de detección y métodos para lograr el consentimiento de los clientes en la disposición y capacidad del proveedor de suministrar VCT rutinariamente.
2. Desarrollar pautas sobre consultorios de salud y distintas clases de pacientes para los cuales VCT debería ser una norma de atención.
3. Investigar, desarrollar, implementar y evaluar iniciativas de educación y capacitación para médicos, enfermeros y otros proveedores de salud para promover y mejorar el asesoramiento y pruebas de detección del VIH/ETS que sean culturalmente competentes, concentrados en el cliente y de alta calidad.
4. Promover VCT para participantes apropiados de Medicaid, Medicare y planes privados de atención de la salud.
5. Trabajar con departamentos de salud y grupos comunitarios de planificación para aumentar el financiamiento de manera apropiada para los servicios VCT necesarios y promover el reembolso adecuado a los proveedores por los servicios de prevención.
6. Aumentar la proporción de proveedores que suministran VCT rutinariamente a los pacientes con otras ETS.
7. Aumentar el reconocimiento por el proveedor de la infección primaria del VIH y conocimiento de otras condiciones médicas que también podrían ser indicativas de enfermedad del VIH, a fin de promover pruebas de detección apropiadas y oportunas.
8. Aumentar la proporción de proveedores que suministran VCT rutinariamente a todas las mujeres embarazadas.
9. Investigar, desarrollar, implementar y evaluar intervenciones a nivel del proveedor y de sistemas para aumentar las pruebas de detección del VIH.
10. Aumentar la disponibilidad de pruebas de detección del VIH basadas en orina y fluidos de la mucosa oral que puedan complementarse fácilmente con pruebas de detección de ETS usando la misma muestra.
11. Integrar VCT en las campañas de los CDC para eliminar la sífilis.

Objetivo 4: Aumentar el porcentaje de personas que conocen sus resultados después de haberse sometido a la prueba de detección.

Estrategias:

1. Aumentar la disponibilidad y uso de pruebas rápidas para suministrar resultados de exámenes el mismo día así como otros mecanismos para reducir el tiempo de espera de los resultados (por ejemplo, análisis de fluidos de la mucosa oral y de orina).
2. Mejorar la vigilancia en los sitios de concesionarios de los CDC para evaluar las tasas de regreso, actitudes y comportamientos, particularmente en comunidades de color y entre sectores de población con necesidades especiales.
3. Proveer creación de capacidad, entrenamiento y asistencia técnica a los concesionarios de los CDC para aumentar las tasas de regreso.
4. Investigar, desarrollar, implementar y evaluar iniciativas para los pacientes y otras estrategias para aumentar las tasas de regreso.
5. Evaluar el impacto de varias formas de asesoramiento previo a la prueba sobre la disposición de los clientes a someterse a la prueba, satisfacción del cliente y tasas de regreso de personas seropositivas; proveer capacitación y orientación con respecto a contenido del asesoramiento, entrega, medio y contexto óptimos a fin de aumentar las tasas de regreso.
6. Aumentar el seguimiento de personas seropositivas que no regresan a buscar sus resultados, incluso mujeres embarazadas bajo atención prenatal.

META 3

Para 2005, aumentar del 50% estimado actual al 80% la proporción de personas infectadas con el VIH en Estados Unidos que son referidas a servicios apropiados de prevención, atención y tratamiento.

Crterios

Todas las personas infectadas—no importa cuando en el curso de su enfermedad se enteraron de que tenían el VIH—están incluidas en los siguientes objetivos y estrategias. Claramente, lo ideal es que las personas comiencen el tratamiento lo antes posible después de la infección. Pero muchos individuos podrían haber estado infectados con el VIH durante algún tiempo antes de buscar tratamiento y servicios de prevención. Las tácticas para llegar a quienes se han infectado hace poco tiempo y aquellos que han estado viviendo con la infección pero no han recibido asistencia son diferentes y se las describe de diferente manera en los siguientes objetivos y estrategias. *Aunque las tácticas puedan diferir, lo que permanece constante es el requisito universal de que los CDC coordinen y colaboren con otros organismos de salud pública, como la Administración de Servicios y Recursos de Salud, la Administración de Financiamiento de Atención de Salud y la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias, así como otros asociados federales, y con el sector médico privado, incluso organizaciones profesionales, para lograr los objetivos y estrategias de esta meta.*

La Meta 3 también procura atender dos tipos de servicios distintos pero complementarios para personas infectadas con el VIH, servicios dirigidos a apoyar sus esfuerzos para prevenir el contagio ulterior y servicios dirigidos a su atención y tratamiento. Los CDC no tienen responsabilidad por la atención de personas infectadas. En el sector público, esa responsabilidad corresponde a HRSA y HCFA. Los CDC son responsables, sin embargo, de la prevención del VIH, y los programas de prevención para individuos que ya están infectados son una manera importante de impedir infecciones ulteriores. Por lo tanto, muchos de los objetivos y estrategias que siguen requieren que los CDC coordinen su actividad con la de otros organismos cuyas responsabilidades principales son la atención de pacientes, a fin de instituir a través de la atención los mensajes continuos de asesoramiento y prevención que se necesitan. Brotes recientes de sífilis y gonorrea entre MSM infectados con el VIH y evidencia de que algunos pacientes infectados con el VIH que se encuentran bajo terapia de medicamentos múltiples están revirtiendo a prácticas sexuales inseguras demuestran la importancia de la prevención continua para las personas infectadas con el VIH y sugieren que la prevención probablemente será un uso eficiente de recursos para prevenir la transmisión del VIH así como para mantener saludables a las personas infectadas con el VIH.

Las acciones eficaces de prevención deben atender la gama de necesidades de quienes están infectados. La atención de las personas infectadas con el VIH debe ser integral y reflejar el hecho de que las necesidades de terapia de salud mental, abuso de sustancias y servicios sociales y conexiones con servicios requeridos ayuda a los esfuerzos de prevención y además es la acción correcta.

Notas:

1. **Los objetivos** se clasifican desde prioridad alta (1) a baja (10), fundándose en su impacto potencial en la epidemia. Incluso los objetivos de prioridad baja se consideran elementos importantes de la prevención

integral del VIH, y no serán eliminados de la gama de actividades auspiciadas por los CDC. Estas prioridades podrían cambiar, conforme a la dinámica de la epidemia.

2. **Las estrategias** se clasifican de prioridad alta a baja, fundándose en su impacto potencial para lograr un objetivo. Las medidas de acción detalladas se agregarán al plan de operaciones. Por ejemplo, una estrategia podría requerir estudios para lograr un objetivo. Esto no significa que no se hayan realizado estudios en esta área. Las medidas de acción especificarán las investigaciones adicionales necesarias para lograr el objetivo en cuestión.

Objetivo 1: Reducir las disparidades en acceso a servicios de prevención y atención que experimentan las comunidades de color, las mujeres y personas con necesidades especiales.

Estrategias:

1. Desarrollar e implementar investigaciones, involucrando a los sectores de población infectados con el VIH a ser estudiados, que identifiquen y atiendan los obstáculos socioculturales, económicos y sistémicos que impidan conexiones con servicios de prevención, particularmente para las comunidades de color y personas con necesidades especiales.
2. Promover la competencia cultural y lingüística de los programas de prevención financiados por los CDC para personas VIH-positivas.
3. Crear la capacidad de los proveedores prevención que sirven a personas de color infectadas con el VIH para que suministren servicios de prevención cultural y lingüísticamente competentes.
4. Investigar, desarrollar, implementar y evaluar estrategias innovadoras para mejorar los programas de referencia y tratamiento integral a mujeres embarazadas que usan drogas.
5. Desarrollar la capacidad de las personas de color, mujeres y personas con necesidades especiales para que presenten propuestas a los CDC que atiendan las necesidades de servicios de prevención y de estudios aplicados de las minorías, mujeres y otras personas con necesidades especiales infectadas con el VIH.

Objetivo 2: Integrar los servicios de prevención para personas diagnosticadas con el VIH y el SIDA, incluso la adherencia al tratamiento, en el suministro de atención al paciente en los sectores tanto público como privado.

Estrategias:

1. Investigar, desarrollar, implementar y evaluar modelos para integrar la prevención, cuidado, tratamiento y otros servicios de apoyo de manera continua a personas infectadas con el VIH.
2. Incorporar elementos apropiados de cuidado en la planificación de la prevención y los elementos de prevención en los Consejos de Planificación Ryan White.
3. Desarrollar recomendaciones y un programa de terapia antirretroviral directamente observada (DOT) limitada y selecta, y regímenes profilácticos HAART más OI compatibles con DOT.

4. Desarrollar instrumentos epidemiológicos que usen información de laboratorio relacionada con el VIH para fines de vigilancia, como carga viral, cuenta de CD4+ y pruebas de resistencia del VIH para analizar patrones de suministro de atención a pacientes y resistencia del VIH para ayudar a seleccionar métodos de llegar a proveedores y pacientes.
5. Incorporar intervenciones de prevención en los programas de capacitación profesional y actividades de los Centros de Educación y Capacitación sobre el SIDA de la HRSA.
6. Incorporar módulos de prevención y tratamiento del VIH en la educación profesional de las ciencias médicas y de la salud.

Objetivo 3: Aumentar la proporción de personas diagnosticadas con el VIH que están vinculadas con servicios de prevención culturalmente competentes basados en la ciencia.

Estrategias:

1. Conducir estudios y programas de demostración para desarrollar, implementar y evaluar modelos y mejores prácticas para conducir evaluaciones de las necesidades relacionadas con el VIH, incluso la necesidad de servicios integrados continuos como tratamiento de salud mental o abuso de sustancias y servicios sociales.
2. Desarrollar políticas y proveer entrenamiento, asistencia técnica y creación de capacidad para ayudar a los grupos comunitarios de planificación de la prevención del VIH a identificar modelos efectivos y mejores prácticas para vincular exitosamente a las personas infectadas con el VIH a servicios de prevención cultural y lingüísticamente competentes basados en la ciencia.
3. Proveer entrenamiento, asistencia técnica y creación de capacidad para conducir evaluaciones de las necesidades relacionadas con el VIH y hacer las referencias necesarias.
4. Asegurar que las personas infectadas con el VIH que son sometidas a prueba de detección en lugares financiados por los CDC obtengan una evaluación integral de necesidades y referencia a manejo de casos de prevención según sea necesario no más de tres meses después de conocerse su condición respecto al VIH.
5. Alentar el establecimiento y mantenimiento de componentes de servicios de prevención en clínicas públicas para pacientes externos con VIH/SIDA.
6. Por medio de la asistencia técnica, aumentar la capacidad de proveedores públicos y privados de atención por el VIH (médicos, asistentes médicos, enfermeros en consultorios públicos y privados) para suministrar breve asesoramiento de comportamiento preventivo a personas infectadas con el VIH y referirlas a organizaciones comunitarias para más asesoramiento en la medida necesaria.
7. Desarrollar métodos para vigilar la conexión entre los pacientes infectados con el VIH y los servicios de prevención.
8. Integrar los servicios de prevención en los sistemas públicos y privados de atención de la salud que sirven a personas con el VIH/SIDA, incluso la incorporación de medidas de desempeño en contratos de atención administrada.
9. Aumentar la capacidad de las organizaciones de base religiosa y otras basadas en la comunidad para proveer prevención contra el VIH y servicios de apoyo a personas con el VIH/SIDA.

10. Promover los beneficios y proveer asistencia técnica a los grandes empleadores y coaliciones de compra de beneficios de salud para empleados para que incluyan referencias específicas sobre prevención del VIH en sus contratos de atención administrada.
11. Alentar a las organizaciones que reconocen y licencian hospitales, unidades médicas de instalaciones correccionales y otras instalaciones de atención médica a incorporar la prevención del VIH en sus normas de reconocimiento.

Objetivo 4: Promover el nivel óptimo de servicios médicos para pacientes diagnosticados con el VIH para beneficiar la salud individual y reducir la probabilidad de transmisión ulterior del VIH.

Estrategias:

1. Examinar los patrones de tratamiento y características de los individuos que reciben y de los proveedores que ofrecen diferentes niveles de tratamiento; usar esta información para proveer orientación a los profesionales médicos con respecto a mejores prácticas y desarrollar recomendaciones para implementar la atención entre diversos sectores de la población y lograr los máximos beneficios individuales y públicos de tratamientos basados en la ciencia.
2. Vigilar y evaluar la resistencia a medicamentos anti-retrovirales previo al tratamiento entre personas vinculadas a la atención.
3. Seguir evaluando la utilidad de terapia anti-retroviral altamente activa (HAART) como medio de prevenir la transmisión del VIH y brindar recomendaciones conforme sea necesario.

Objetivo 5: Aumentar la proporción de personas diagnosticadas con VIH que son exitosamente referidas a atención médica no más de tres meses después de saber que tienen el VIH o que son identificadas nuevamente como infectadas con el VIH pero no han recibido atención.

Estrategias:

1. Publicar pautas de mejores prácticas para que el asesoramiento posterior a la detención conduzca a que el paciente reciba la atención y uso de servicios médicos recomendados.
2. Desarrollo de políticas y provisión de entrenamiento, asistencia técnica y creación de capacidad para ayudar a los grupos comunitarios de planificación de prevención del VIH a identificar métodos efectivos y mejores prácticas para que las personas infectadas con el VIH reciban atención.
3. Conducir estudios para determinar la medida en que las personas a quienes se diagnostica haber contraído recientemente el VIH reciban evaluación médica inicial—incluso exámenes, diagnóstico y tratamiento de ETS concomitantes, TB y embarazo—y para identificar métodos para mejorar los servicios de referencia a atención médica.
4. Conducir estudios para determinar por qué personas que habían sido diagnosticadas previamente con el VIH pero que actualmente no tienen atención no tuvieron acceso inicialmente o no permanecieron bajo atención médica, y desarrollar intervenciones para mejorar la referencia y la conexión con la atención médica.

5. Conducir vigilancia para controlar la conexión entre las personas infectadas con el VIH desde los lugares de asesoramiento y pruebas de detección financiados por los CDC y la atención médica, así como actitudes y comportamientos de quienes no fueron referidos para recibir atención, de quienes sí fueron referidos y reciben atención y de quienes fueron referidos pero dejaron de recibir atención.

Objetivo 6: Aumentar la proporción de detenidos en instalaciones correccionales (encarcelados por lo menos 30 días) identificados como infectados con el VIH a quienes se suministró prevención, tratamiento y servicios para la atención del VIH y quienes, al quedar en libertad, fueron referidos con éxito a esos servicios en las comunidades a las cuales regresan.

Estrategias:

1. Promover evaluaciones integrales de necesidades de VIH para detenidos infectados con el virus y promover la provisión de servicios necesarios (incluso asesoramiento y referencia de pareja) para prevenir el VIH y enfermedades asociadas, como otras ETS, TB, hepatitis C y otras enfermedades contagiosas.
2. Promover programas para proveer la planificación del alta y conexiones con organizaciones comunitarias culturalmente competentes antes de la liberación, con fines de seguimiento y servicios necesarios de administración de casos.
3. Proveer recursos y apoyo a los organismos de salud pública y/u organizaciones comunitarias financiadas directamente para asegurar que las personas infectadas con el VIH que han sido identificadas sean vinculadas al ser dadas de alta de instituciones correccionales con servicios continuos de prevención, atención, salud mental, abuso de sustancias y comunitarios dentro de sus comunidades.
4. Ayudar a asegurar que se les ofrece atención y tratamiento para prevenir el contagio del virus de madre a hijo a las mujeres embarazadas infectadas con el VIH que se encuentran encarceladas.
5. Proveer recursos y/o apoyo a organismos de salud pública y de la justicia penal y a CBO para facilitar acceso a la educación, asesoramiento, pruebas voluntarias de detección y servicios tempranos de prevención a individuos infectados con el VIH identificados en programas de sanciones de alternativa (por ejemplo, tribunales para casos de drogas) y programas de libertad condicional.
6. Aumentar el apoyo a servicios relacionados con el VIH y reducir los impedimentos estructurales para la prevención efectiva para los reclusos (por ejemplo, prohibición de condones) mediante la demostración a funcionarios clave de salud pública, justicia penal y comunidad de los beneficios económicos, individuales y de salud pública de prevenir, identificar y tratar el VIH, las ETS y la TB entre la población carcelaria.
7. Evaluar la extensión de la provisión de servicios de prevención del VIH a las personas encarceladas y la referencia de reclusos a servicios de prevención y atención médica después de su liberación.

Objetivo 7: Aumentar la proporción de proveedores de atención relacionada con el VIH que ofrecen exámenes periódicos y rutinarios y tratamiento de ETS a clientes infectados con el VIH.

Estrategias:

1. Aumentar el conocimiento de los proveedores de prevención del VIH acerca de cómo las ETS (incluso la hepatitis B y C) incrementan la probabilidad de transmisión y adquisición del VIH y cual es la manera apropiada de detectar y atender a pacientes con ETS.
2. Aumentar la proporción de proveedores de atención primaria para personas con el VIH que efectúan evaluaciones iniciales así como periódicas y continuas de riesgo y pruebas de detección y tratamiento continuo de ETS como parte de la atención clínica rutinaria en consultorios públicos, privados y en el sistema correccional.
3. Aumentar la cantidad de sitios de asesoramiento y pruebas de detección del VIH que ofrecen exámenes voluntarios de ETS.
4. Proveer entrenamiento, asistencia técnica y creación de capacidad para ayudar a los grupos comunitarios de planificación de prevención del VIH a identificar métodos efectivos y mejores prácticas para vincular exitosamente a las personas infectadas con el VIH con servicios apropiados de examen y tratamiento de ETS.
5. Aumentar el conocimiento entre las personas con VIH sobre la manera en que las ETS aumentan la probabilidad de transmisión y adquisición del VIH.
6. Aumentar el acceso a la atención médica de ETS para las personas en mayor riesgo de contraer el VIH y ETS, mediante la expansión de los lugares de suministro de servicio a organizaciones comunitarias, centros de tratamiento de abuso de sustancias y salud mental y lugares no tradicionales.
7. Definir mejor la incidencia de ETS curables en las personas infectadas con el VIH, evaluar la medida en que se están siguiendo las pautas actuales de examen y tratamiento de ETS, y desarrollar y emitir recomendaciones sobre la frecuencia de exámenes de las personas infectadas con el VIH para detectar ETS.
8. Recomendar que todas las clínicas financiadas por los CDC aconsejen o refieran a servicios de asesoramiento de prevención y asesoramiento y referencia de la pareja a todas las personas infectadas con el VIH que son diagnosticadas con una ETS.

Objetivo 8: Aumentar la proporción de proveedores de atención relacionada con el VIH que ofrecen exámenes y tratamiento de rutina y periódico de TB a clientes infectados con el VIH.

Estrategias:

1. Mejorar el conocimiento de los proveedores de atención relacionada con el VIH sobre la manera en que la TB impacta la salud de los pacientes con la enfermedad del VIH.
2. Aumentar la proporción de los proveedores de atención primaria para personas con el VIH que efectúan exámenes y tratamiento continuo de TB como parte de la atención clínica rutinaria de personas infectadas con el VIH en consultorios públicos y privados y el sistema correccional.
3. Aumentar el conocimiento entre las personas con el VIH sobre la manera en que la TB impacta en la salud de las personas con VIH.

Objetivo 9: Aumentar la proporción de personas diagnosticadas con el VIH y que necesitan servicios de tratamiento de abuso de sustancias, incluso mujeres embarazadas, que son vinculadas exitosamente con esos servicios.

Estrategias:

1. Investigar, desarrollar, implementar y evaluar la eficacia de diferentes métodos para identificar necesidades y vincular exitosamente a personas infectadas con el VIH con los servicios que necesitan de tratamiento de sustancias.
2. Proveer entrenamiento, asistencia técnica y desarrollo de capacidad para asegurar que los grupos comunitarios de planificación de prevención del VIH identifican efectivamente y colaboran con organismos estatales y locales de tratamiento de abuso de sustancias y con actividades y programas relacionados con los programas de subsidios en bloque de la SAMHSA para suministrar servicios integrales integrados a las personas que los necesitan.
3. Desarrollar métodos para vigilar conexiones con servicios de tratamiento de abuso de sustancias.
4. Desarrollar métodos para alentar a las mujeres embarazadas que tienen VIH y usan drogas ilícitas a que busquen tratamiento de abuso de sustancias y servicios de atención prenatal.
5. Promover el uso de mejores prácticas para involucrar a los usuarios de drogas en la planificación e implementación de programas diseñados para ellos, sus parejas sexuales y sus hijos.
6. Facilitar la asistencia técnica a estados y regiones que necesitan asistencia para desarrollar programas para clientes que necesitan servicios de tratamiento de abuso de sustancias como parte de su portafolio de prevención del VIH.
7. Proveer información apropiada a la SAMHSA para ayudar a estimar las dimensiones de la necesidad de tratamiento para usuarios de sustancias que están infectados con el VIH.

Objetivo 10: Aumentar la proporción de personas diagnosticadas con el VIH y que necesitan servicios de salud mental que sean vinculadas con esos servicios.

Estrategias:

1. Proveer creación de capacidad, entrenamiento y asistencia técnica para aumentar la capacidad de los consejeros de prevención del VIH apoyados por los CDC a identificar las necesidades y referir clientes a servicios sociales y de salud mental que sean cultural y lingüísticamente competentes.
2. Facilitar la asistencia técnica entre colegas de estados y regiones que necesitan asistencia para elaborar programas para clientes que necesitan servicios sociales y de salud mental como parte de sus servicios de prevención del VIH.
3. Aumentar la cantidad de coaliciones comunitarias que trabajan en cuestiones de salud mental, prevención del VIH, atención de pacientes del VIH y abuso de sustancias para desarrollar sistemas dirigidos a ampliar y referir personas que acaban de ser diagnosticadas con el VIH a servicios sociales o de salud mental cultural y lingüísticamente competentes conforme sea necesario.
4. Promover la disponibilidad de servicios para quienes se encuentren en el sistema de justicia.
5. Aumentar la disponibilidad de servicios de prevención dentro de servicios de salud cultural y lingüísticamente competentes apropiados para la edad, sexo, orientación sexual y niveles de educación de personas con VIH y desórdenes de salud mental.

META 4

Para 2005, fortalecer la capacidad en toda la nación de vigilar la epidemia, y desarrollar e implementar intervenciones eficaces de prevención del VIH y de evaluación de los programas de prevención.

Criterios

Hay seis áreas de misiones esenciales de salud pública:

1. Vigilancia
2. Suministro de servicios del programa
3. Evaluación
4. Investigación
5. Asistencia técnica
6. Desarrollo de política

Las tres primeras metas nacionales de este plan tratan en gran parte con el suministro de servicios del programa, desarrollo de política e investigaciones. Sin embargo, para asegurar que las organizaciones de suministro de servicios tengan la capacidad de efectuar intervenciones eficaces en sus respectivos campos de actividades, para dirigir las intervenciones hacia donde más se las necesita y para vigilar y mejorar continuamente la calidad de los programas, debe también prestarse atención a otras tres áreas. Sin creación de capacidad, vigilancia y evaluación de programas no podemos asegurar que los programas serán suministrados, no podemos asegurar que los programas y servicios serán dirigidos hacia quienes más los necesitan, y no podemos asegurar que los programas serán tan eficaces como podrían serlo.

Los CDC y sus asociados de prevención ya están trabajando mucho en estas tres áreas. Pero todas ellas tienen que ser fortalecidas, actualizadas e intensificadas.

Esta cuarta meta establece como misión fortalecer la infraestructura de salud pública en estas tres áreas críticas. La meta no contiene una medida de resultado biológico porque es fundamental para el logro de las primeras tres metas. Sin el éxito de los objetivos de esta meta, las otras tres metas nacionales y la meta general serán difíciles, si no imposibles de lograr.

Notas:

1. **Los objetivos** se clasifican desde prioridad alta (1) a baja (10), fundándose en su impacto potencial en la epidemia. Incluso los objetivos de prioridad baja se consideran elementos importantes de la prevención integral del VIH, y no serán eliminados de la gama de actividades auspiciadas por los CDC. Estas prioridades podrían cambiar, conforme a la dinámica de la epidemia.
2. **Las estrategias** se clasifican de prioridad alta a baja, fundándose en su impacto potencial para lograr un objetivo. Las medidas de acción detalladas se agregarán al plan de operaciones. Por ejemplo, una estrategia podría requerir estudios para lograr un objetivo. Esto no significa que no se hayan realizado estudios en esta área. Las medidas de acción especificarán las investigaciones adicionales necesarias para lograr el objetivo en cuestión.

Objetivo 1: Desarrollar un sistema integrado de vigilancia para medir la incidencia de nuevas infecciones, rastrear la predominancia de la enfermedad, vigilar los comportamientos que ponen a las personas en riesgo de contraer el VIH y proporcionar datos localmente pertinentes para la planificación comunitaria.

Estrategias:

1. Desarrollar un sistema de vigilancia para estimar el número de infecciones nuevas que se registran cada año en Estados Unidos (incidencia del VIH).
2. Desarrollar un sistema para rastrear la enfermedad, incluso la predominancia del VIH, SIDA y otras ETS, incidencia del SIDA y ETS, resistencia del VIH a los medicamentos y utilización de asistencia.
3. Investigar, desarrollar e implementar indicadores de la predominancia de comportamientos de riesgo del VIH y las ETS para ayudar a cuantificar el progreso para el logro de los objetivos de comportamiento presentados en este plan.
4. Asegurar que se recogen los datos básicos y los datos de la vigilancia continua para medir el progreso en la satisfacción de las metas, objetivos, estrategias y medidas de acción de este plan estratégico.
5. Desarrollar pautas y proveer apoyo a sistemas para ayudar a los departamentos de salud y departamentos de educación estatales y locales a evaluar mejor los factores de riesgo y el contexto social del VIH/SIDA, las ETS y la información de comportamiento riesgoso y comunicar esas determinaciones de manera útil a los grupos comunitarios de planificación de prevención del VIH, a los COB y a otros proveedores de servicios de prevención y atención del VIH.
6. Proveer asistencia técnica y recursos a departamentos de salud y de educación estatales y locales para asegurar sistemas de alta calidad de vigilancia de incidencia, preponderancia y comportamiento.
7. Conducir estudios de incidencia del VIH en sectores especiales de la población, incluso sectores en alto riesgo de infección (por ejemplo, MSM jóvenes, personas encarceladas); grupos sobre los cuales los datos son incompletos o inexistentes (por ejemplo, personas minusválidas, personas de origen asiático o isleños del Pacífico, indígenas estadounidenses y nativos de Alaska, personas que cambiaron de sexo), y otros grupos con necesidades especiales (por ejemplo, mujeres embarazadas y adolescentes).
8. Explorar opciones para integrar los datos de la vigilancia del VIH con otros sistemas importantes y pertinentes de datos, como los de la vigilancia de las ETS y la TB.

Objetivo 2: Aumentar el número de intervenciones basadas en evidencia y la proporción de proveedores de prevención financiados por los CDC que suministran exitosamente intervenciones de prevención del VIH que han mostrado ser eficaces.

Estrategias:

1. Promover un modelo de asociación cooperativa de estudios de intervención sostenida, para desarrollar y probar las mejores intervenciones y diseminarlas entre los proveedores de prevención, sectores de población afectados, asociados federales, departamentos de salud, grupos comunitarios de planificación, departamentos de educación e investigadores.
2. Financiar evaluaciones de programas de intervención que se usan en la práctica y que han mostrado ser eficaces, para identificar intervenciones eficaces adicionales.

3. Conducir pruebas prácticas de eficacia de intervenciones implementadas por programas de prevención que no son de investigación que han probado dar buenos resultados.
4. Identificar y atender las necesidades e insuficiencia de la ciencia de prevención del VIH, especialmente de los sectores de población seleccionados con menor cantidad de intervenciones de eficacia documentada, como MSM de color o personas que cambian de sexo.
5. Desarrollar y apoyar mecanismos múltiples para identificar, evaluar y comunicar las mejores prácticas desde el campo (por ejemplo, en consultorios de provisión de servicios en los que no se realizan investigaciones) a los grupos comunitarios de planificación, CBO financiados directamente y otros asociados de prevención.
6. Financiar proyectos de investigación de intervención con CBO y departamentos de salud y requerirles que tengan un plan para sustentar las intervenciones después que terminen los proyectos de investigación, cuando quiera que se muestre que las intervenciones estudiadas son eficaces.
7. Instituir mecanismos de evaluación y reacción a los CDC sobre sus iniciativas de transferencia / difusión de tecnología, asistencia tecnológica y creación de capacidad.
8. Establecer mecanismos para el diálogo y comunicación continuos entre los CDC, CBO, asociados federales, departamentos de salud, grupos comunitarios de planificación e investigadores sobre transferencia / difusión de tecnología.
9. Fortalecer la capacidad de organización de los concesionarios de los CDC para desarrollar, implementar y evaluar intervenciones eficaces.
10. Proveer asistencia técnica a los grupos comunitarios de planificación de prevención del VIH sobre intervenciones eficaces.

Objetivo 3: Apoyar acciones realistas y viables de evaluación para asegurar el suministro de intervenciones de la más alta calidad posible.

Estrategias:

1. Financiar evaluaciones rigurosas de procedimientos, resultados e impacto de programas de prevención del VIH y proveer asistencia técnica para facilitar la adopción de programas de eficacia probada.
2. Trabajar con otros asociados federales de financiamiento de la prevención del VIH para uniformar procedimientos y protocolos de evaluación de resultados e instituir medidas uniformes mínimas de evaluación de procedimientos consistentes con los requisitos de evaluación de otros asociados federales en el financiamiento de la prevención del VIH.

Actividades internacionales de los CDC sobre el VIH/SIDA

Desde el comienzo de la pandemia del SIDA, los CDC han participado en actividades internacionales de investigación y prevención. Recientemente, para atender mejor el VIH/SIDA globalmente, el gobierno de Estados Unidos se unió a la Asociación Internacional Contra el VIH/SIDA en África (IPAA). Un componente clave de su participación en la IPAA es *Liderazgo e Inversión en la Lucha contra una Epidemia* (LIFE), un programa que amplía la respuesta del gobierno estadounidense ante la creciente pandemia del VIH/SIDA en África y la India. La Iniciativa LIFE proveyó un aumento de 100 millones de dólares para el año fiscal 2000 en el apoyo de Estados Unidos a la prevención, atención y tratamiento del VIH/SIDA en 15 países y tres programas regionales en la India y en África al sur del Sahara: en Botswana, Costa de Marfil, Etiopía, Kenya, Malawi, Mozambique, Nigeria, Rwanda, Senegal, Sudáfrica, Tanzania, Uganda, Zambia y Zimbabwe.



Gráfico 16

La Iniciativa LIFE es una acción multidepartamental amplia que abarca a la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el Departamento de Salud y Servicios Humanos, el Departamento de Defensa, el Departamento de Comercio y el Departamento de Estado. USAID asume la dirección para facilitar y coordinar las actividades de LIFE. USAID, que provee asistencia humanitaria y para el desarrollo en todo el mundo, ha dedicado más de 1.400 millones de dólares desde 1986 a través de sus misiones y programas regionales a la prevención y mitigación de la epidemia del SIDA en 46 países. USAID provee recursos técnicos y financieros a asociados gubernamentales y no gubernamentales para servicios localmente apropiados de prevención y tratamiento del VIH y de enfermedades venéreas.

Dos organismos del DHHS participan actualmente en LIFE: los CDC y la HRSA. Los CDC, el organismo encargado de prevenir enfermedades, lesiones y minusvalidez, ha estado al frente de los esfuerzos de Estados Unidos para determinar cómo se transmite el VIH y educar al público estadounidense sobre la manera de prevenir el VIH. Los CDC tienen una larga historia y una amplia red de colaboradores internacionales en la prevención y control de enfermedades así como experiencia en asociación con USAID sobre iniciativas de salud. La HRSA tiene amplia experiencia en proveer servicios sociales y de salud en Estados Unidos a niños vulnerables y a individuos y familias afectadas por el VIH/SIDA.

Metas mundiales sobre el VIH/SIDA

UNAIDS, en cooperación con USAID y otros asociados bilaterales y multilaterales, ha establecido una serie de metas internacionales para los próximos cinco años. Esas metas representan el resultado de la contribución mundial total de recursos y esfuerzos. Estados Unidos procura apoyar estas metas a través de la iniciativa LIFE.

- La incidencia de la infección del VIH será reducida el 25% entre las personas de 15 a 24 años para 2005.
- Al menos el 75% de las personas infectadas con el VIH tendrán acceso a atención básica y servicios de apoyo en el hogar y a nivel comunitario, incluso medicamentos para las infecciones oportunistas comunes (TB, neumonía y diarrea).
- Los huérfanos tendrán acceso a educación y alimentos sobre una base igual a las de sus pares que no son huérfanos.
- Para el año 2002, los recursos nacionales y externos disponibles para las campañas contra el VIH/SIDA en Africa se habrán duplicado a 300 millones de dólares anuales.
- Para el año 2005, el 50% de las mujeres embarazadas infectadas con el VIH tendrán acceso a intervenciones para reducir el contagio del VIH de madre a hijo.

Propiedad del país anfitrión

Un principio rector de la Iniciativa LIFE es el compromiso del país anfitrión y su propiedad de las actividades LIFE. La USAID y los CDC conducirán solamente aquellas actividades de prevención, atención y/o tratamiento que ayuden a los países en sus propios planes estratégicos nacionales para la prevención, atención y tratamiento del VIH/SIDA. Las actividades y objetivos específicos de LIFE se definen a nivel del país por medio de consultas con los gobiernos nacionales, las ONG y otros donantes, coordinados por la misión de USAID y sensibles a las prioridades y objetivos del país anfitrión. Todas las actividades serán llevadas a cabo por expertos locales e interesados, incluso personas que viven abiertamente con VIH/SIDA. Todas las actividades están dirigidas a fortalecer las campañas e instituciones existentes. La USAID y los CDC también esperan que esta colaboración provea una abundancia de mejores prácticas e ideas que entonces puedan ser canjeadas y usadas de la manera en que sea apropiada en los países de LIFE y en Estados Unidos.

Otras actividades internacionales de los CDC

Además de su labor con la asociación LIFE, los CDC siguen conduciendo investigaciones de cooperación e intervenciones de prevención con otros países anfitriones. Por medio de acuerdos de colaboración con los gobiernos de Costa de Marfil (Proyecto RETRO-CI), Tailandia (Colaboración VIH/SIDA) y Uganda, así como en numerosos otros lugares, los CDC apoyan a los centros de investigaciones locales del VIH/SIDA y participa en estudios dirigidos a aumentar nuestra comprensión de la epidemiología de las infecciones del VIH-1 y VIH-2 y a facilitar los esfuerzos de prevención y atención en los países anfitriones y en Estados Unidos. Las áreas específicas de estudios incluyen las siguientes:

- ***Reducción de la transmisión del VIH de madre a hijo (perinatal) en los países en desarrollo*** en todo el mundo, donde cada día 1.600 bebés nacen con VIH o son contagiados al ser amamantados. Los estudios realizados en colaboración por los CDC, el Ministerio de Salud Pública de Tailandia y la Universidad Mahidol demostraron que un tratamiento corto de zidovudina (también conocida como AZT) administrada hacia el final del embarazo y durante el parto reduce a la mitad la tasa de contagio del VIH de madres infectadas a infantes si no amamantan a sus hijos y que se puede usar con seguridad en el mundo en desarrollo. Con el mismo régimen se determinó una reducción de una tercera parte en el contagio temprano en un sector de población de Abidján que amamantaba a sus hijos. Estas determinaciones ofrecen una verdadera esperanza a muchas naciones en desarrollo que previamente no tenían opciones realistas para impedir que las mujeres embarazadas infectadas con el VIH transmitieran la infección a sus bebés. Los CDC ahora están trabajando con países anfitriones y organismos de salud pública en todo el mundo (incluso USAID, UNAIDS, OMS) para ayudar a implementar el régimen de tratamientos cortos de AZT tan ampliamente como sea posible y examinar intervenciones aún más nuevas, como tratamientos de una sola dosis con nevirapine. Los investigadores también siguen estudiando otros factores del contagio del VIH de madre a hijo, por ejemplo, la incidencia en los países en desarrollo de la costumbre de amamantar a los hijos, dado que dar el pecho es una fuente importante de nutrición para los recién nacidos, y el beneficio y factibilidad de reemplazar la alimentación o de destetar pronto a los bebés de madres infectadas con el VIH en distintos ambientes.
- ***Desarrollar intervenciones eficaces para sectores de población de alto riesgo*** en Costa de Marfil y Tailandia. Los investigadores han colaborado con los países anfitriones para implementar y evaluar intervenciones de prevención del VIH entre usuarios de drogas inyectables, trabajadoras sexuales y otros sectores de población en riesgo para brindarles el conocimiento y el apoyo que necesitan para protegerse de la infección con el VIH. Muchas de estas intervenciones han probado ser eficaces, particularmente los programas para aumentar el uso de condones y tratar las enfermedades venéreas entre las trabajadoras sexuales.
- ***Identificar posibles factores que puedan conferir inmunidad al VIH.*** Investigadores de los CDC y de los ministerios de Salud Pública de Tailandia y de Costa de Marfil que trabajan en colaboración están tratando de determinar cómo ciertos grupos de trabajadoras sexuales no han sido afectados a pesar de numerosas exposiciones al VIH. Los estudios iniciales consideraron posibles características genéticas que podrían conducir a la inmunidad en ciertos individuos, y las investigaciones actuales se concentran en el papel que la respuesta inmunitaria al VIH podría desempeñar en la protección de la infección. Los investigadores creen que estos estudios podrían tener importantes implicaciones para el futuro desarrollo de una vacuna contra el VIH.
- ***Trabajo para reducir el impacto del VIH/SIDA en los países en desarrollo por medio de regímenes de tratamiento prácticos.*** Un estudio conjunto de los CDC y el Ministerio

de Salud Pública de Costa de Marfil encontró la primera evidencia de que el trimethoprim/sulfamethoxazole (TMP/SMX) (comúnmente llamado otrimoxazole, Bactrim, o Septra) puede reducir significativamente la tasa de mortalidad entre pacientes de tuberculosis infectados con el VIH en África. Los datos del estudio demostraron una reducción del 48% de mortalidad y del 44% en la hospitalización entre pacientes de tuberculosis infectados con el VIH que tomaron TMP/SMX además de los medicamentos para la TB. Estas determinaciones ofrecen una opción realista para ayudar a reducir el número de personas que mueren por el VIH en el mundo en desarrollo.

- **Conducción de análisis genéticos y recolección de datos de vigilancia** sobre variaciones genéticas y resistencia a los medicamentos de cepas del VIH en los países anfitriones. Debido a la creciente propagación de subclases del VIH a través de las fronteras internacionales, estos datos podrían tener implicaciones para el desarrollo de vacunas contra el VIH y para detectar y tratar prontamente diferentes cepas del VIH en todo el mundo.
- **Obtención de datos de vigilancia sobre las tendencias del VIH/SIDA entre grupos centinelas** como trabajadoras sexuales, mujeres embarazadas, pacientes de ETS, usuarios de drogas inyectables y niños para usar en la selección, desarrollo y evaluación de nuevas intervenciones.
- **Evaluación sobre la manera de mejorar la supervivencia y la calidad de la atención a personas infectadas con el VIH**, reduciendo por lo tanto los costos de la epidemia a nivel personal y de la sociedad.
- **Investigación de enfermedades relacionadas con el VIH** (por ejemplo, las ETS y la tuberculosis) para identificar conexiones entre estas enfermedades y desarrollar estrategias eficaces de prevención y tratamiento que se puedan aplicar mundialmente.
- **Investigación de los factores asociados con la transmisión heterosexual del VIH.** Más gente ha sido infectada en todo el mundo por medio del contacto heterosexual que por cualquier otra forma de exposición, y en Estados Unidos el contagio heterosexual representa un porcentaje creciente de infecciones del VIH y casos de SIDA. La comprensión de los aspectos biomédicos y de comportamiento de la transmisión heterosexual es la clave para contener el VIH en Estados Unidos y en el resto del mundo.
- **Apoyo a una prueba de vacuna contra el VIH en Tailandia.** Los CDC tienen dos papeles primarios en la prueba de una vacuna contra el VIH que se está realizando entre usuarios de drogas inyectables en Tailandia. Primero, a través de su colaboración de larga data en investigaciones con Tailandia, los CDC han estado trabajando desde hace varios años para ayudar a las autoridades de salud tailandesas a preparar e implementar estudios de vacunas. Desde 1995 los CDC han ayudado a medir el nivel de nuevas infecciones en Tailandia, identificar un grupo de individuos que están dispuestos a participar en una prueba y que pueden ser seguidos durante un tiempo para evaluar comportamientos de riesgo e infección, y trabajar con la comunidad para crear la comprensión y apoyo necesarios para implementar la prueba. Segundo, los CDC han trabajado, y seguirán trabajando, con las autoridades tailandesas y con los creadores estadounidenses de la vacuna VaxGen para asegurar que las personas que participan en la prueba reciban asesoramiento apropiado de reducción de riesgo y sean informadas plenamente de cómo se efectúa la prueba, los riesgos y beneficios potenciales de su participación, y la necesidad de mantener buenas prácticas de reducción de comportamiento riesgoso durante el ejercicio. (Los CDC también proveen apoyo a una prueba de eficacia similar auspiciada por VaxGen en Estados Unidos).

META 5

Ayudar a reducir la transmisión del VIH y mejorar la atención y apoyo en casos de VIH/SIDA en asociación con países de recursos limitados.

Criterios

La epidemia mundial del SIDA es el desafío moral, médico y político de nuestro tiempo. Todos, en todas partes del mundo, están afectados por esta crisis. Y aunque la epidemia es verdaderamente mundial, está compuesta de epidemias múltiples, con aspectos específicos en cada país, que varían ampliamente en su alcance, su severidad y la manera de manejarla. El ambiente de cada país—la situación epidemiológica, las características del sistema sanitario, los donantes de recursos y la capacidad del estado—es únicamente propio. Por lo tanto, las prioridades de cada país también serán únicamente propias. De la misma manera, los resultados de la intervención y de la investigación deben ser específicos de las realidades de cada país, de modo que la evaluación de resultados e impacto también será específica del país. Por lo tanto, los objetivos y estrategias que se consignan a continuación han sido elaborados de manera amplia, para acomodar las necesidades únicas de los diversos países con los que actúan los CDC y otros organismos gubernamentales y no gubernamentales.

Los CDC tienen un largo historial de trabajar con éxito en todo el mundo para atender preocupaciones apremiantes de salud, incluso el VIH. Los objetivos y estrategias que guían la participación de los CDC en la atención de la epidemia mundial del SIDA están definidos por estos principios rectores:

1. ***Participación del país anfitrión:*** Cada país asociado debe tener propiedad y liderazgo local en los proyectos de colaboración, debe haber un serio compromiso de los CDC a la creación de capacidad dentro del país, y los países asociados deben desempeñar un papel activo en las etapas de conceptualización, implementación y evaluación de los proyectos de investigación y prevención.
2. ***Desestigmatización del VIH en la sociedad:*** La eficacia de las estrategias de investigación y prevención recomendadas será limitada severamente a menos que se implementen en el contexto de la desestigmatización del VIH en los países asociados.
3. ***Diseño de estudios y programas sensibles al género sexual, la cultura y la edad:*** Las mujeres, los jóvenes y otros grupos críticos deben participar en la definición de sus necesidades, prioridades y programas de prevención y en atender los obstáculos a su salud y habilitación.
4. ***Consideración de los derechos humanos:*** Es esencial que se observen los principios definidos en la Declaración de Derechos Humanos de las Naciones Unidas para cada una de las estrategias sugeridas. Debe haber un conocimiento mayor y una respuesta a las tremendas barreras que existen para tener acceso a tecnologías costosas como diagnósticos, medicamentos e información.
5. ***Liderazgo:*** Es crítico que el liderazgo de los países asociados, Estados Unidos y los otros países donantes siga reconociendo la gravedad de la epidemia del VIH y apoye activamente las actividades de investigación y prevención del VIH.
6. ***Aprendizaje mutuo:*** La participación con otras naciones confiere beneficios tanto a Estados Unidos como a los países anfitriones. Los países anfitriones se benefician con la experiencia de los CDC para atender el VIH/SIDA en Estados Unidos y en otras partes; de la experiencia en vigilancia, epidemiología y prevención, y del financiamiento para apoyar las acciones dentro de los países para frenar la epidemia local. Y los CDC

obtienen importante información científica, aplicable a la lucha contra el SIDA en todo el mundo, así como comprensión y aprecio por las diversas culturas y circunstancias sociales y económicas de otras naciones.

Notas:

1. **Los objetivos** se clasifican desde prioridad alta (1) a baja (10), fundándose en su impacto potencial en la epidemia. Incluso los objetivos de prioridad baja se consideran elementos importantes de la prevención integral del VIH, y no serán eliminados de la gama de actividades auspiciadas por los CDC. Estas prioridades podrían cambiar, conforme a la dinámica de la epidemia.
2. **Las estrategias** se clasifican de prioridad alta a baja, fundándose en su impacto potencial para lograr un objetivo. Las medidas de acción detalladas se agregarán al plan de operaciones. Por ejemplo, una estrategia podría requerir estudios para lograr un objetivo. Esto no significa que no se hayan realizado estudios en esta área. Las medidas de acción especificarán las investigaciones adicionales necesarias para lograr el objetivo en cuestión.

Objetivo 1: Ayudar a reducir las infecciones del VIH transmitidas sexualmente.

Estrategias:

1. Ayudar a investigar, desarrollar, adaptar, implementar, expandir y evaluar intervenciones de comportamiento para reducir el riesgo de adquirir o contagiar el VIH y otras ETS, particularmente para las mujeres, trabajadoras sexuales y sus clientes, sectores de población desplazada, adolescentes que asisten irregularmente a la escuela, hombres en riesgo, personas en el lugar de trabajo y otros sectores de población localmente relevantes.
2. Ayudar a expandir y evaluar el asesoramiento y pruebas voluntarias de detección del VIH así como asesoramiento para la pareja y servicios de referencia.
3. Ayudar en la investigación, desarrollo, implementación y evaluación de los métodos más efectivos de intervención para atender el papel de las ETS en la transmisión y adquisición del VIH en una gama de ambientes epidemiológicos y para mejorar los servicios de tratamiento de las ETS.
4. Ayudar a implementar programas de mercadeo social de prevención del VIH/SIDA para la población en general.
5. Ayudar a expandir y evaluar intervenciones biomédicas para la prevención de infecciones del VIH adquiridas sexualmente tanto por hombres como por mujeres, incluso MSM.

Objetivo 2: Ayudar a desarrollar la capacidad de asociados en países anfitriones para campañas de prevención y atención del VIH.

Estrategias:

1. Trabajar con los gobiernos y comunidades de países asociados para fortalecer su capacidad en la planificación, implementación, evaluación y control de los programas de intervención del VIH.

2. Trabajar con comunidades en los países asociados para proveer apoyo social y estructural clave para la prevención del VIH, incluso reducción del estigma.
3. Ayudar a crear en los países asociados la capacidad para desarrollar, revisar e implementar protocolos de investigación conforme a preceptos bioéticos aceptados internacionalmente.
4. Ayudar a crear la capacidad de los países asociados para expandir el uso apropiado de medicamentos anti-retrovirales y otros tratamientos del VIH.
5. Trabajar con las comunidades de los países asociados para preparar pruebas de vacunas probables contra el VIH y microbicidas.

Objetivo 3: Ayudar a expandir y fortalecer los programas de vigilancia del VIH/ETS/TB.

Estrategias:

1. Fortalecer los programas centinelas de serovigilancia del VIH para controlar las tendencias de la epidemia.
2. Fortalecer la recolección y uso de datos sobre comportamiento.
3. Fortalecer las pruebas de laboratorio de detección del VIH, incluso la implementación de programas de garantía de calidad.
4. Promover el uso de datos de vigilancia para adoptar decisiones de salud pública.
5. Evaluar la calidad de los programas de vigilancia.
6. Fortalecer la vigilancia de las ETS, SIDA y TB.

Objetivo 4: Ayudar a mejorar el conocimiento científico básico del VIH y la seguridad y eficacia de nuevas intervenciones biomédicas.

Estrategias:

1. Ayudar a evaluar la seguridad y eficacia de vacunas probables contra el VIH y microbicidas vaginales.
2. Ayudar en la investigación virológica del VIH, concentrada en la epidemiología, ecología y biología evolucionaria de la infección del VIH y aplicar este conocimiento en el campo.
3. Asistir en la preparación de vacunas contra el VIH y microbicidas, incluso el desarrollo de cohortes relevantes.
4. Asistir en la evaluación de nuevas pruebas de laboratorio para el diagnóstico del VIH.

Objetivo 5: Asistir en la reducción de infecciones del VIH transmitidas de madre a hijo.

Estrategias:

1. Ayudar a expandir el acceso a servicios VCT para mujeres embarazadas durante el período prenatal y/o en el momento del parto.
2. Conducir estudios sobre la manera de mejorar los métodos biomédicos y de comportamiento para interrumpir el contagio de madres a hijo en los períodos prenatal, perinatal y postnatal; aplicar los resultados en el campo.
3. Ayudar a expandir el acceso a los medicamentos anti-retrovirales para las mujeres embarazadas infectadas con el VIH y para mujeres después del parto y sus hijos recién nacidos.
4. Ayudar a proveer alternativas apropiadas al amamantamiento para las mujeres infectadas con el VIH.

5. Estudiar estrategias profilácticas postnatales y de destetamiento temprano para reducir el contagio por amamantamiento entre las mujeres infectadas con el VIH que deciden amamantar a sus hijos.
6. Ayudar a fortalecer los servicios de planificación familiar para ampliar las opciones a las mujeres infectadas con el VIH.

Objetivo 6: Ayudar a aumentar el acceso a mejor atención y apoyo a personas infectadas con el VIH, incluso prevención y tratamiento de infecciones oportunistas.

Estrategias:

1. Fortalecer los programas VCT para establecer conexiones críticas con programas de atención y apoyo.
2. Trabajar con las comunidades para reducir el estigma entre las personas infectadas con el VIH.
3. Expandir y fortalecer los programas de prevención y tratamiento de la tuberculosis y otras infecciones oportunistas en las personas infectadas con el VIH.
4. Ayudar a llevar a cabo y aplicar estudios sobre el manejo clínico del VIH, incluso la prevención y tratamiento de infecciones o cánceres oportunistas, en hospitales, el hogar y consultorios comunitarios; evaluar los métodos sindrómicos para tratar enfermedades en pacientes infectados con el VIH.
5. Ayudar a llevar a cabo y aplicar estudios sobre las necesidades psicológicas y sociales de personas con VIH/SIDA y personas afectadas por el SIDA.
6. Promover la disponibilidad y asequibilidad de tecnologías críticas para prevenir y controlar el VIH/SIDA.
7. Ayudar a llevar a cabo y aplicar estudios sobre la seguridad y eficacia de terapia anti-retroviral entre sectores específicos de población.

Objetivo 7: Ayudar a reducir las infecciones del VIH transmitidas por vía parenteral.

Estrategias:

1. Ayudar a fortalecer la capacidad de los países para proveer suficiente sangre segura para transfusiones.
2. Ayudar a conducir y aplicar estudios sobre metodologías de cambio de comportamiento, incluso programas selectos de reducción de peligro, para prevenir el contagio relacionado con los UDI.
3. Ayudar a fortalecer la capacidad de los trabajadores de salud para prevenir la infección parenteral del VIH en ellos mismos y en sus pacientes.

Apéndice A

Explicación de términos, acrónimos y abreviaturas

Términos usados en este plan

Comunidades de color, poblaciones de color, personas de color. Los CDC usan las categorías de raza / etnia definidas por la Oficina de Administración y Presupuesto y usadas en el Censo 2000: indio estadounidense o nativo de Alaska, asiático, nativo de Hawai u otro isleño del Pacífico, negro o afroestadounidense, hispano o latino, y blanco. En este plan, *comunidades de color, poblaciones de color o personas de color* se refieren a todas las razas y étnias excepto los blancos.

Competencia cultural, culturalmente competente. Tomado de *The Time to Act is Now* (El momento de actuar es ahora), del sitio web de We The People (<http://www.peoplewithaids.org>): “La provisión de servicios culturalmente competentes significa que los clientes perciben que los servicios son relevantes a sus problemas, les ayudan a lograr los resultados deseados, y se sienten cómodos”. Según *We The People*, la provisión de servicios y prevención del VIH/SIDA culturalmente competentes requiere:

- “asegurar acceso a recursos financieros, administrativos y programáticos adecuados para las acciones competentes, organizadas y autóctonas de las propias comunidades para resolver sus problemas;
- “comprender y encarar el impacto del racismo*, discriminación y pobreza en la experiencia de vida y habilidad del consumidor para obtener los servicios necesarios, y valorar la experiencia de quienes comparten las realidades culturales y valores del consumidor;
- “adaptar los servicios a las diferencias en estructuras de familia, expectativas, preferencias, comportamiento para buscar ayuda, conceptos del mundo y antecedentes de clases;
- “eliminación de barreras geográficas, lingüísticas y otras que restringen el acceso a los servicios por parte de consumidores de diversos antecedentes étnicos y culturales;
- “la provisión de capacitación continua en competencia cultural a proveedores, en áreas como el desarrollo de identidad cultural, dinámica de la diferencia, intervenciones culturalmente específicas, cuestiones socio-políticas, etc., y evitar la tendencia a recurrir a métodos superficiales que definen la competencia cultural simplemente sobre la base de color de la piel, origen étnico o creencias religiosas del proveedor”.

*También otros prejuicios, como el estigma y discriminación asociados con el VIH/SIDA, sexo, variaciones de sexo, orientación sexual, uso de drogas, edad, educación, clase social, etc.

Discriminación. La *discriminación* relacionada con el VIH/SIDA se caracteriza por el prejuicio o por la perspectiva, acción o tratamiento perjudicados de las personas infectadas y afectadas por el virus y que se hallan en peligro. Ver *Estigma* más adelante. La discriminación reduce el efecto de las intervenciones de prevención del VIH.

Basado en evidencia, basado en la ciencia. Las intervenciones de comportamiento, sociales y políticas que son relevantes y metódicamente rigurosas se basan en la evidencia o en la ciencia. Estas intervenciones han sido evaluadas usando resultados de comportamiento o de salud; los resultados son positivo, negativo o sin cambio (nulo); usan grupos de control / comparación (o datos previos o posteriores sin grupo de comparación si se trata de estudio de política); y no tienen prejuicio aparente al asignar personas a los grupos de intervención o control o han hecho ajustes para compensar cualquier prejuicio aparente de asignación. Las intervenciones exitosas para un grupo (p. ej.: hombres que viven en ciudades y que practican actos sexuales con hombres—o MSM—de color) podrían no tener éxito en otro (p.ej.: MSM blancos rurales), aunque los pasos seguidos para desarrollar la intervención—como la investigación formativa, cálculo de necesidades, y evaluación—sean transferibles. Los CDC esperan que los receptores de sus subsidios suministren intervenciones de prevención del VIH basadas en evidencia y provean asistencia técnica y creación de capacidad que les permita hacerlo. Los CDC desarrollan intervenciones basadas en ciencia para sectores de población para los cuales los estudios de investigación son mínimos o inexistentes.

Reducción de daño. Este método de prevención del VIH reconoce que la abstinencia del uso de drogas es mejor pero no puede lograrse de inmediato con todos los usuarios de drogas inyectables o UDI. Por lo tanto, la reducción de daño está dirigida a reducir el daño potencial asociado con el uso de drogas entre los UDI que no pueden o no dejarán de usarlas. Las medidas específicas pueden incluir el suministro de lavandina y agua para limpiar el equipo de inyección, operar un programa de canje de jeringuillas o cambiar las leyes de prescripción y parafernalia para permitir el acceso a equipo estéril de inyección. Las técnicas de reducción de daño también se aplican a reducir el daño potencial asociado con la transmisión sexual del VIH al desalentar la promiscuidad o promover el cambio de hábitos sexuales de actividades de alto riesgo a otras de menor riesgo.

Homofobia. La homofobia es el temor irracional a los homosexuales o a la homosexualidad, que obstaculiza los esfuerzos de prevención del VIH. En la prevención del VIH la homofobia se asocia con el estigma y la discriminación relacionados con el SIDA. Según el Instituto de Medicina en *No Time To Lose* (No hay tiempo que perder), “el estigma del SIDA está vinculado estrechamente con otros prejuicios sociales existentes, incluso prejuicios contra homosexuales y usuarios de drogas. La identificación inicial del VIH/SIDA entre estos grupos marginados ha tenido un efecto duradero en la manera en que la enfermedad es percibida por el público estadounidense... [A]unque la epidemiología del VIH/SIDA ha cambiado considerablemente, la mayoría de los adultos heterosexuales siguen asociando al SIDA con la homosexualidad y la bisexualidad”. Ver *Estigma y Discriminación*.

Conexión. Según el borrador revisado de *Guidelines for HIV Counseling, Testing, and Referral* (2000) (Pautas para asesoramiento, prueba y referencia del VIH - 2000) de los CDC, “En el caso de clientes infectados con el VIH y de quienes no están infectados pero se encuentran en riesgo creciente de adquirir el VIH, la *conexión* con servicios médicos, de prevención y de apoyo apropiados aumenta la probabilidad de mantener la salud, mejorar la longevidad y calidad de vida, y reducir el riesgo de transmitir o adquirir el VIH”. Los clientes deberían ser referidos a servicios que “respondan a sus necesidades prioritarias y que sean apropiados con respecto a la cultura, idioma, sexo y edad”. Los servicios de referencia incluyen evaluación, atención y tratamiento médico; asesoramiento para la pareja y referencia; servicios de salud reproductiva; prevención y tratamiento del abuso de alcohol o drogas; manejo de casos de prevención; servicios de salud mental; detección y atención de enfermedades venéreas (enfermedades de transmisión sexual o ETS); detección y tratamiento de hepatitis viral, y otros servicios de apoyo

incluso asistencia de vivienda, alimentación, transporte, guardería infantil, violencia familiar y servicios legales.

Persona (s), sector(es) de población con necesidades especiales. La prevención culturalmente competente y dirigida al cliente procura satisfacer las necesidades de grupos específicos; por ejemplo, trabajadores sexuales, jóvenes sin vivienda, individuos que cambian de sexo, homosexuales de ascendencia hispana o mujeres que usan drogas inyectables. Cada grupo en riesgo de contraer el VIH tiene sus propios sistemas sociales, idiomas, conocimiento, comportamientos, creencias y prácticas que lo hacen único y que deben ser tenidas en cuenta para que la prevención tenga éxito. Entre estos grupos hay individuos con conocimiento limitado del inglés (LEP) ya sea porque el inglés no es su idioma natal o debido a deficiencias educativas; individuos con limitaciones o minusvalía cognitiva; sordos o con deficiencias para oír; personas que carecen de documentación, e individuos minusválidos. La prevención efectiva atiende las necesidades especiales de individuos y de sectores de población.

Estigma. Tomado de *Fight AIDS - Not People With AIDS!* (¡Combata el SIDA, no a la gente con SIDA!) por el Dr. Gregory M. Herek: “El estigma relacionado con el SIDA (o más simplemente, el estigma del SIDA) se refiere al prejuicio, pasar por alto, descrédito y discriminación dirigidos a las personas de quienes se percibe que tienen SIDA o VIH, y a los individuos, grupos y comunidades con las cuales están asociados. El estigma del SIDA se manifiesta a través del mundo en una variedad de maneras, como ostracismo, rechazo y decisión de evitar a las personas con SIDA (PWA), discriminación contra las PAW, pruebas obligatorias de detección del VIH sin consentimiento previo o protección de confidencialidad, violencia contra las personas de quienes se percibe que tienen SIDA o que están infectadas con el VIH, cuarentena de las personas con el VIH. El estigma del SIDA es realmente universal, pero sus formas varían de un país a otro, y los grupos afectados por el estigma del SIDA varían considerablemente. Cualquiera que sea su forma, el estigma del SIDA inflige sufrimiento a las personas e interfiere con los esfuerzos de combatir la epidemia del SIDA”.

Acrónimos

AETC	Centro de Capacitación y Educación sobre el SIDA, financiado por HRSA
AHRQ	Organismo para el Estudio y Calidad de Atención Médica, perteneciente al Departamento de Salud y Servicios Humanos que provee información sobre resultados de la atención de la salud, calidad, costos, uso y acceso
AZT	Azidothimidina o zidovudina, medicamento usado para combatir el VIH; eficaz para impedir el contagio del VIH de la madre al bebé
CBO	Organización de base comunitaria
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, organismo del Departamento de Salud y Servicios Humanos que promueve la salud y la calidad de vida mediante la prevención y el control de las enfermedades, lesiones e invalidez mediante asociaciones a través de la nación y del mundo para vigilar la salud, detectar y estudiar problemas de salud, conducir investigaciones prácticas para mejorar la prevención, elaborar y defender políticas sanitarias públicas sólidas, implementar estrategias de prevención, promover comportamientos saludables, fomentar ambientes seguros y saludables, y proveer liderazgo y capacitación
CIO	Los diversos centros, institutos y oficinas que forman los CDC
CPG	Grupo Comunitario de Planificación, un consejo local que determina las prioridades de prevención del VIH para los departamentos locales y estatales de salud financiados por los CDC
DHHS	Departamento de Salud y Servicios Humanos, organismo del gobierno federal de Estados Unidos
DOT	Terapia observada directamente
ETS	Enfermedad de transmisión sexual o venérea
FDA	Dirección de Alimentos y Medicinas, organismo del DHHS encargado de asegurar la seguridad de alimentos y cosméticos, y la seguridad y eficacia de productos farmacéuticos y biológicos y de artefactos médicos, incluso las pruebas de detección del VIH
HAART	Tratamiento antirretroviral altamente activo, tratamiento con drogas múltiples contra la infección del VIH
HCFA	Administración de Financiamiento de Atención Médica, organismo del DHHS que administra los programas Medicare y Medicaid, que proveen seguro de salud a las personas ancianas, pobres, incapacitadas y de origen indígena, y el Programa de los Estados de Seguro de Salud para Niños

(SCHIP), todos los cuales incluyen tratamiento para personas con VIH/SIDA

HE/RR	Educación Sanitaria / reducción de Riesgo, un componente esencial de los programas de prevención del VIH
HRSA	Administración de Recursos y Servicios de Salud, organismo del DHHS que provee recursos de salud a sectores de la población con asistencia médica insuficiente; provee servicios a personas con SIDA a través de los programas de la Ley CARE Ryan White; apoya una red nacional de centros sanitarios comunitarios y para migrantes, y programas de atención primaria para las personas sin vivienda y residentes en viviendas públicas; crea la fuerza de atención médica, mantiene el Cuerpo Nacional de Servicio de Salud, brinda capacitación sobre el SIDA a proveedores de atención médica
IHS	Servicio de Salud para Indígenas, organismo del DHHS que provee servicios a casi 1,5 millones de indígenas estadounidenses y nativos de Alaska de 557 tribus reconocidas por el gobierno federal
IO	Infección oportunista, una infección asociada con el VIH/SIDA
IOM	Instituto de Medicina, parte de la Academia Nacional de Ciencias
MSM	Hombres que practican sexo con hombres
NIH	Institutos Nacionales de la Salud, organismo del DHHS responsable de la investigación biomédica y de comportamiento sobre enfermedades como el cáncer, Alzheimer, diabetes, artritis, afecciones cardíacas y envejecimiento
ONG	Organización no gubernamental
PCM	Manejo de casos de prevención
SAMHSA	Administración de Servicios de Abuso de Sustancias y Salud Mental, organismo del DHHS que trabaja para mejorar la calidad y disponibilidad de prevención del abuso de sustancias, tratamiento de adicción y servicios de salud mental
SCHIP	Programa de los Estados de Seguro de Salud para Niños, administrado por la HCFA que provee cobertura de salud a los niños, incluso aquellos con VIH/SIDA cuyos padres no califican para Medicaid
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
TB	Tuberculosis
UDI	Uso o usuario de drogas inyectables
VCT	Asesoramiento y pruebas voluntarias de detección de la infección con el VIH

VIH

Virus de Inmunodeficiencia Humana, el virus que causa el SIDA

Apéndice B

Antecedentes sobre el proceso de planificación estratégica

En noviembre de 1968 los CDC iniciaron una revisión detallada de sus actividades de prevención. El propósito general de esta revisión fue identificar las necesidades y deficiencias del programa de prevención del VIH/SIDA. El proceso fue dirigido conjuntamente por el Centro Nacional para la Prevención del VIH, ETS y TB (NCHSTP) y la Oficina de Planificación y Evaluación de Programas (OPPE) en la Oficina del Director de los CDC. El procedimiento se llevó a cabo internamente hasta junio de 1999, cuando la revisión interna se amplió con la formación de un grupo de trabajo externo, compuesto por miembros de la Comisión Asesora para la Prevención del VIH y ETS del NCHSTP y otros expertos externos. Una de las recomendaciones principales de este grupo fue que los CDC desarrollaran un plan nacional para la prevención del VIH/SIDA.

El 2 y 3 de febrero de 2000 se realizó en Atlanta la primera reunión para desarrollar un plan nacional integral para la prevención del VIH/SIDA, abarcando todos los centros y actividades de planificación del VIH de los CDC. Participaron en ella colaboradores externos asociados, expertos académicos, médicos clínicos y representantes de organizaciones. Los consultores externos fueron asistidos por un grupo diverso de personal de los CDC de todos los CIO (Centros, Institutos y Oficinas) con responsabilidades y actividades relacionadas con el VIH. El Apéndice D, página 77, contiene una lista de los miembros de los grupos de trabajo de planificación. Las áreas de conocimiento de los participantes incluyeron ciencias del comportamiento, epidemiología, atención y tratamiento y otras disciplinas necesarias para atender la epidemia del VIH, proveedores comunitarios de servicios de prevención del VIH, miembros de grupos de personas infectadas y afectadas. Estos expertos examinaron un análisis de la situación de la epidemia actual así como un análisis de respuesta de las actividades actuales de los CDC.

Los CDC presentaron al grupo un borrador de cuatro metas—tres de ellas nacionales y una internacional—elaboradas internamente en el curso del año previo, basadas en la evaluación de los CDC de la condición de la epidemia, tendencias de la epidemia, alcance y eficacia del programa, rentabilidad y otros análisis económicos y probable financiamiento para apoyar la prevención. Los participantes externos e internos se organizaron en cuatro grupos de trabajo, uno para cada una de las tres metas nacionales y la meta internacional, y se les encomendó elaborar y priorizar **objetivos y estrategias** para satisfacer las metas del borrador. Cada grupo de trabajo revisó ligeramente su meta preliminar, pero todas ellas se mantuvieron esencialmente como habían sido presentadas a los grupos por los CDC. En respuesta al período de comentario público las metas fueron refinadas aún más, para concentrar el enfoque en las comunidades de color y otros sectores de población con necesidades especiales.

A los grupos de trabajo no se les pidió que elaborasen **medidas de acción** para implementar las estrategias propuestas. Ellas serán elaboradas por los CDC en consulta con asociados y organismos afiliados de salud pública. Sin embargo, basándose en su experiencia de largo alcance, varios grupos de trabajo sugirieron medidas de acción, que están siendo consideradas.

Cada grupo de trabajo fue presidido por un consultor externo y co-presidido por un alto funcionario de los CDC. Entre febrero y abril los grupos de trabajo celebraron cinco reuniones personales y 16 conferencias telefónicas para elaborar y refinar sus metas y desarrollar objetivos y estrategias para lograr esas metas. Se estableció un sistema de boletín electrónico para compartir borradores de los esfuerzos de los grupos de trabajo individuales, orientación de los CDC y otras informaciones pertinentes al VIH y a la planificación estratégica.

En abril, los CDC celebraron reuniones con cada uno de los cuatro grupos de trabajo para evaluar sus proyectos. Se identificaron y discutieron necesidades, omisiones, redundancias y ambigüedades. Se les pidió a los grupos que revisaran sus planes conforme al aporte de los CDC. También se les pidió a los grupos que priorizaran sus objetivos y estrategias. Los CDC proveyeron los siguientes criterios para priorizar objetivos y estrategias:

- Impacto en la transmisión y/o adquisición del VIH; es decir, el impacto de la actividad en reducir las infecciones del VIH.
- Impacto en el estado actual (y proyectado) de la epidemia; es decir, medida en que esta actividad atiende a los sectores de población en riesgo de infección o ya infectados.
- Actualidad científica de la actividad; es decir, el grado en que la actividad refleja los descubrimientos más actuales de las ciencias del comportamiento, biomédicas, comunicaciones y otras.

A los grupos se les proveyeron también tres métodos alternativos para aplicar estos criterios para priorizar objetivos y estrategias. Los grupos de trabajo condujeron numerosas discusiones respecto a la habilidad para establecer metas mensurables de objetivos y estrategias. En la mayoría de los casos faltaban datos básicos para establecer metas mensurables en este momento. Sin embargo, los grupos y los CDC acordaron que a medida que los datos estén disponibles deberían revisarse los objetivos y estrategias para incluir metas mensurables.

Tras las revisiones, los grupos de trabajo se reunieron en Atlanta el 2 y 3 de mayo de 2000 para presentar los borradores de sus proyectos y a una audiencia más amplia de los CDC para obtener sus reacciones. Los proyectos finales fueron elaborados sobre la base de estas reacciones. Cada grupo de trabajo priorizó sus objetivos y estrategias de la manera descrita al comienzo de cada sección detallando los objetivos y estrategias de cada una de las cinco metas.

El borrador de plan estratégico fue presentado en junio de 2000 a la Comisión Asesora para la Prevención del VIH y ETS. La ACHSP recomendó que el borrador del plan fuera editado para darle consistencia de tono y unidad temática antes de distribuirlo para obtener comentarios públicos. El borrador del plan fue revisado nuevamente sobre la base de las recomendaciones de miembros de la comisión antes del período de comentarios públicos.

El período de comentarios públicos del borrador del plan estratégico se extendió desde el 13 de septiembre al 23 de octubre de 2000. Se notificó a los asociados del período de comentarios públicos y el plan fue puesto a disposición en el sitio de los CDC en Internet. Durante el período de comentarios públicos, los CDC celebraron una serie de las reuniones públicas y consultas más pequeñas con asociados en todo el país. Como resultado de los comentarios recibidos en las reuniones públicas y consultas, a través de Internet y de correo electrónico y postal, y como resultado de una revisión interna, el plan fue revisado nuevamente en noviembre de 2000. En diciembre de 2000 la versión revisada fue presentada nuevamente a la Comisión Asesora para la Prevención del VIH y ETS y recibió el respaldo de la comisión, con sugerencias de cambios.

Reuniones celebradas durante el período de comentario público

Reuniones públicas

19 de septiembre de 2000	Oakland, California
20 de septiembre de 2000	Houston, Texas
21 de septiembre de 2000	Chicago, Illinois
28 de septiembre de 2000	Nueva York, Nueva York

Consultas

13 de septiembre de 2000	Washington, DC
19 de septiembre de 2000	Oakland, California
22 de septiembre de 2000	Atlanta, Georgia
28 de septiembre de 2000	Nueva York, Nueva York

Apéndice C

Información sobre el presupuesto de los CDC para la prevención del VIH/SIDA

La prevención del VIH vale la pena

La prevención del VIH vale la pena. Los investigadores estiman que el costo de tratamiento de por vida de una persona con el VIH promedia unos 155.000 dólares. Se estima que unas 40.000 personas son infectadas anualmente, lo cual resulta en un costo anualizado de más de 6.000 millones de dólares. El costo acumulativo del tratamiento de por vida aumenta en más de 6.000 millones de dólares anualmente si el número de infecciones se mantiene estable, como ha ocurrido durante la última década. Solamente en los últimos cinco años se calcula que unas 200.000 personas han sido infectadas con el VIH. Su tratamiento durante el resto de sus vidas costará a la nación 31.000 millones de dólares.

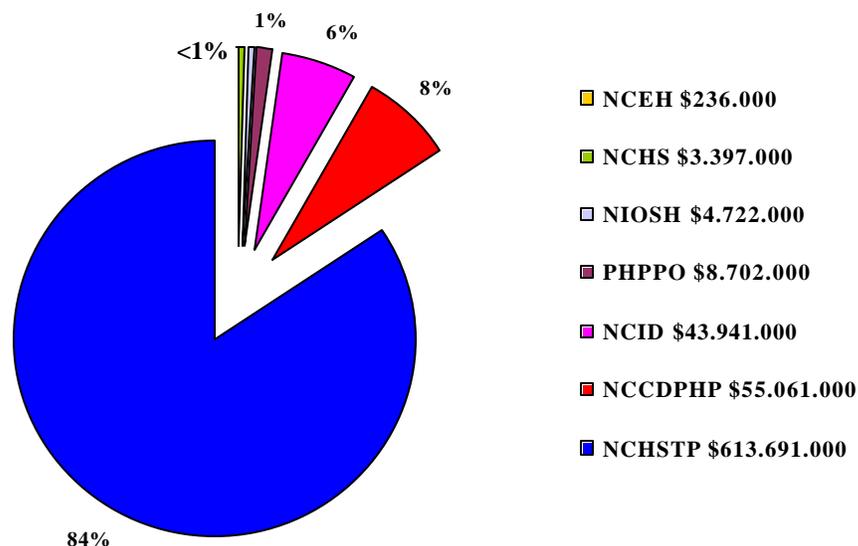
El costo de prevenir la infección del VIH varía grandemente, dependiendo del tipo de intervención. Por ejemplo, los investigadores informaron sobre una intervención de cinco sesiones de conocimiento-comportamiento para mujeres de alto riesgo, concentrándose en capacitación sobre uso de condones, solución de problemas, firmeza en situaciones sexuales, control personal propio y apoyo de pares. El costo de esa intervención fue de 269 dólares por cliente, o sólo poco más de 2.000 dólares por cada “año de vida de calidad ajustada” (QALY) ganado, y fue económico considerando los costos directos e indirectos medidos contra los costos reducidos de tratamiento médico de por vida.

La provisión de equipo esterilizado de inyección a los usuarios de drogas en Estados Unidos (a través de programas de canje y de ventas en las farmacias), junto con los costos de eliminación de jeringuillas para cubrir todas las inyecciones ilícitas, ha sido estimada en poco más de 423 millones de dólares anuales. Comparada con el status quo, esta política costaría unos 34.278 dólares por infección del VIH evitada, cifra bien por debajo de los costos de atención médica de por vida estimados para la atención de una persona infectada con el VIH. Otras cifras de canje de agujas sólo van de 3.000 a 50.000 dólares por infección evitada, conforme al reciente informe del IOM sobre prevención del VIH *No Time to Lose* (No hay tiempo que perder).

El IOM estima que la prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo en Estados Unidos cuesta alrededor de 33.000 dólares por infección evitada, otra vez bien por debajo de los costos de tratamiento de por vida y por lo tanto, más económica, aunque el impacto de la epidemia no es tan grande como con otras formas de contagio. El IOM señala que los usuarios de drogas inyectables podrían representar hasta el 50% de las nuevas infecciones, mientras que la transmisión perinatal ahora representa apenas el 1% de las infecciones nuevas estimadas en Estados Unidos.

Al nivel presupuestario actual de los CDC, sólo deben prevenirse 4.000 infecciones anualmente para que verdaderamente resulten en ahorros de costos, y deben prevenirse solamente 1.300 para que la inversión sea más económica. La mayoría de los investigadores está de acuerdo en que el número de infecciones realmente prevenidas cada año excede por lejos el nivel de ahorro de costos.

Fondos CDC por organización, AF 2000 \$729.751.000



Responsabilidades relacionadas con el VIH en los CDC

El Centro Nacional para la Prevención del VIH, ETS y TB (NCHSTP) provee liderazgo, conocimientos científicos y apoyo a sus asociados de salud pública nacionalmente y en el extranjero para prevenir y controlar la infección del VIH por medio de la vigilancia, creación de capacidad y asistencia técnica, estudios de prevención y el financiamiento de programas de prevención conducidos por departamentos de salud estatales y locales, organizaciones comunitarias y otros asociados en Estados Unidos e internacionalmente.

El Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud (NCCDPHP) colabora con asociados nacionales, estatales y locales para proveer a los jóvenes la pericia e información que necesitan para evitar comportamientos que los ponen en riesgo de contraer el VIH; estudia la relación entre la salud reproductiva y la prevención del VIH; conduce estudios de conocimiento, actitudes y comportamiento relacionados con el VIH, y previene la infección del VIH en consultorios dentales.

El Centro Nacional para las Enfermedades Infecciosas (NCID) provee apoyo de laboratorio para la prevención continua y estudios de epidemiología que incluyen técnicas serológicas estándar y tecnología innovadora, como el control de las mutaciones de resistencia viral del VIH y evaluación de pruebas serológicas rápidas para el diagnóstico del VIH. Proyectos de laboratorio múltiples procuran detectar todas las variantes del VIH, especialmente las que podrían escapar la detección con los análisis estándar.

La Oficina de Programas de Práctica de Salud Pública (PHPPO) evalúa a los laboratorios que efectúan análisis retrovirales y relacionados con el VIH; mantiene un sistema nacional de capacitación y comunicaciones dirigido a mejorar el desempeño de los laboratorios de salud públicos y privados, y opera una red nacional de aprendizaje a distancia que suministra cursos de prevención del VIH/SIDA en siete áreas programáticas.

El Instituto Nacional para la Salud y Seguridad Ocupacional (NIOSH) trabaja para prevenir la transmisión ocupacional del VIH entre los trabajadores de salud y reducir la morbilidad y mortalidad asociadas tras la exposición.

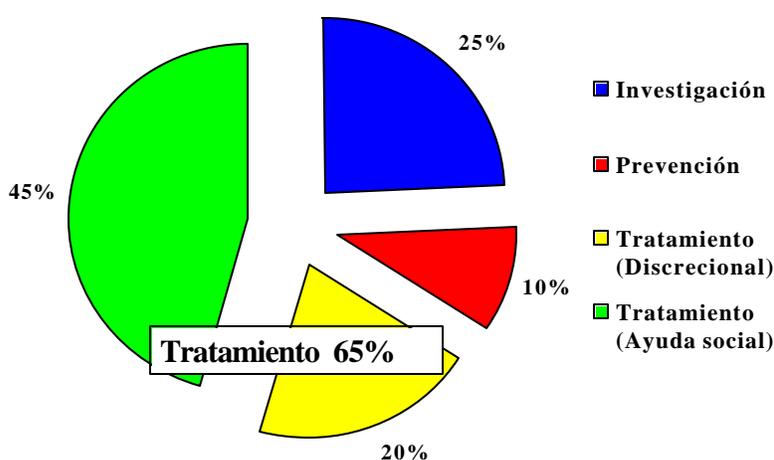
El Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS) conduce estudios y mantiene sistemas de datos para recoger la información necesaria para rastrear y controlar la preponderancia, tratamiento y atención, muertes y comportamientos relacionados con el VIH.

El Centro Nacional de Salud Ambiental (NCEH) provee apoyo de laboratorio.

Departamento de Salud y Servicios Humanos

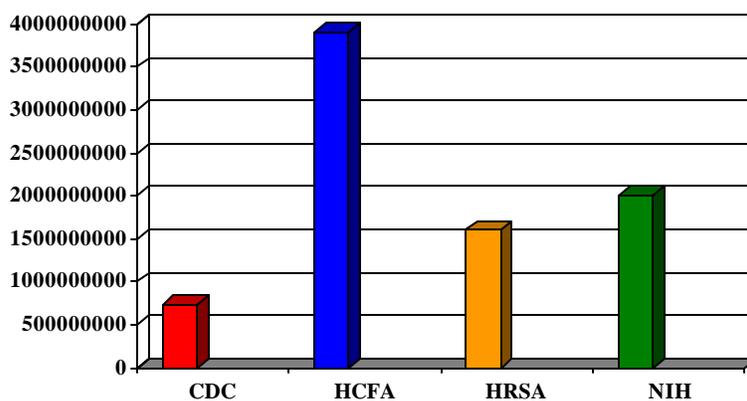
Gastos VIH/SIDA: AF 2000

Total \$8.488.259.000



Fuente: Departamento de Salud y Servicios Humanos

Fondos estimados aprobados VIH/SIDA para varios organismos AF 2000 (en dólares)



ARHQ = \$2.700.000; FDA = \$70.400.000; IHS = \$3.770.000; SAMHSA = \$113.592.000

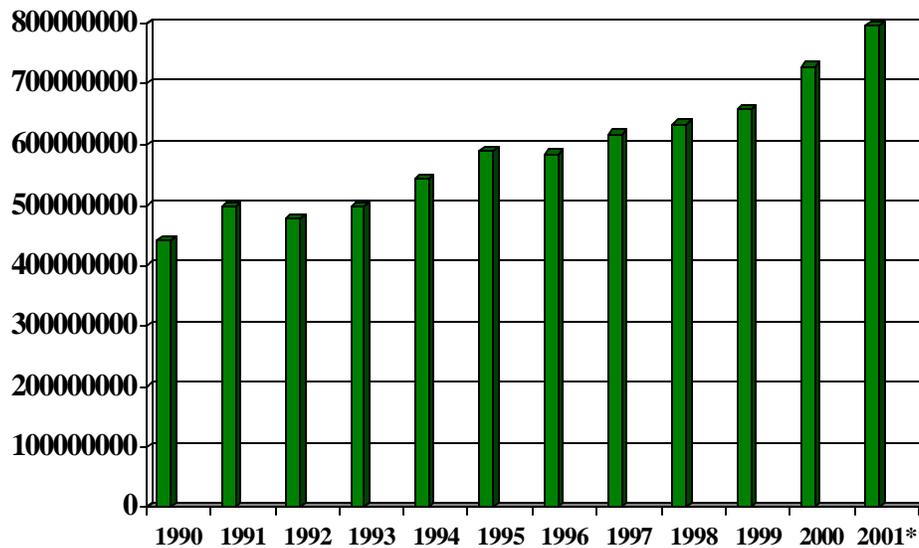
Fuente: Departamento de Salud y Servicios Humanos

El Departamento de Salud y Servicios Humanos informa que los gastos de prevención constituyen el 10% de los gastos del departamento en VIH/SIDA. La prevención insumió 820.000.000 dólares del presupuesto total del departamento destinado al VIH/SIDA, de 8.488.259.000 dólares para el año fiscal 2000.

El tratamiento representa la mayor parte de los gastos del Departamento de Salud y Servicios Humanos en el VIH/SIDA. En conjunto, la Administración de Financiamiento de Atención de la Salud, que financia Medicaid y Medicare, y la Administración de Servicios y Recursos de Salud, que financia el programa Ryan White, representan 5.499.546.000 dólares, el 65% del presupuesto anual. El siguiente gasto más grande es el presupuesto de investigaciones de los NIH: 2.006.183.000, o aproximadamente una cuarta parte del presupuesto total del departamento para el VIH/SIDA.

Claramente, la prevención (y la investigación) pueden contribuir significativamente a reducir los gastos de atención y tratamiento. Las inversiones en prevención son una política fiscal sensata.

Asignaciones de los CDC para la prevención del VIH (en dólares): 1990-2000



**Presupuesto del Presidente*

El cuadro de arriba muestra las asignaciones de los CDC para la prevención del VIH durante la década pasada. Con algunas variaciones anuales, el presupuesto de prevención de los CDC ha aumentado constantemente, aunque no ha mantenido el ritmo con la inflación. En 1990, el presupuesto de prevención de los CDC fue de 442.826.000 dólares. En 2000 fue de 729.751.000 dólares, pero equivalentes a sólo 554.912.000 en poder adquisitivo real (en dólares de 1990).

Apéndice D

Miembros de grupos de trabajo

Grupo de trabajo 1: Disminución de nuevas infecciones

Presidente

Mr. Alan Nyitray

Director of Prevention Services
Southern Arizona AIDS Foundation
375 South Euclid
Tucson, AZ 85719
Phone: 520-628-7223
Fax: 520-628-7222
Email: prevention@SAAF.org

Co-presidente (CDC)

David Holtgrave

Division of HIV/AIDS Prevention-
Intervention, Research and Support
National Center for HIV, STD, and TB
Prevention
1600 Clifton Rd., NE (E35)
Atlanta, GA 30333
Phone: 404-639-5200
Fax: 404-639-0897
Email: dyh6@cdc.gov

Miembros

Sevgi Aral

Division of STD Prevention
National Center for HIV, STD, and TB
Prevention
1600 Clifton Rd., NE (E02)
Atlanta, GA 30333
Phone: 404-639-8259
Fax: 404-639-8608
Email: soa1@cdc.gov

Ignatius Bau

Policy Director
Asian and Pacific Islander American Health
Forum
942 Market Street, Suite 200
San Francisco, CA 94102
Phone: 415-954-9951
Fax: 415-954-9999
Email: ibau@apiahf.org

Guthrie S. (Gus) Birkhead

Director, AIDS Institute
New York State Department of Health
Room 412, Corning Tower, Empire State
Plaza
Albany, NY 12237
Phone: 518-473-7542
Fax: 518-486-1315
Email: gsb02@health.state.ny.us

Stephen J. Blumberg

National Center for Health Statistics
6525 Belcrest Rd., Room 850 (P-08)
Hyattsville, MD 20782
Phone: (301) 458-4107
Fax: (301) 458-4035
Email: swb5@cdc.gov

Bernard Branson

Division of HIV/AIDS Prevention
Intervention Research and Support
1600 Clifton Rd., NE (E-46)
Atlanta, GA 30333
Phone: 404-639-6166
Fax: 404-639-2029
Email: bmb2@cdc.gov

Thomas Coates

Director
Center for AIDS Prevention Studies and AIDS
Research Institute
University of California, San Francisco
74 New Montgomery Street, Suite 600
San Francisco, CA 94105
Phone: 415-597-9157
Fax: 415-597-9213
Email: tcoates@psg.ucsf.edu

Gary Edgar

Division of HIV/AIDS Prevention-
Surveillance and Epidemiology
National Center for HIV, STD, and TB
Prevention
1600 Clifton Rd., NE (E-45)
Atlanta, GA 30333
Phone: 404-639-2057
Fax: 404-639-2029
Email: gwe1@cdc.gov

Aida L. Giachello

Center Director and Associate Professor
Midwest Latino Health, Research, Training,
& Policy Center
1640 West Roosevelt
Suite 636 IIDD M/C 625
Chicago, IL 60608-6906
Phone: 312-413-1952
Fax: 312-996-3212
Email: aida@uic.edu

Ms. Janice M. Huy

National Institute for Occupational Safety
and Health
4676 Columbia Parkway (R-12)
Cincinnati, OH 45226
Phone: (513) 841-4245
Fax: (513) 841-4483
Email: jmh4@cdc.gov

Laura Kann

National Center for Chronic Disease
Prevention and Health Promotion
Division of Adolescent and School Health
1600 Clifton Rd., NE (K-33)
Atlanta, GA 30333
Phone: 770-488-3202
Fax: 770-488-3112
Email: lk1@cdc.gov

Kent Klindera

Director, Targeted HIV/STD Interventions
Advocates for Youth
1025 Vermont Avenue NW
Suite 200
Washington, DC 20005
Phone: 202-347-5700 x 31
Fax: 202-347-2263
Email: kent@advocatesforyouth.org

Jean McGuire

Director, HIV/AIDS Bureau
Massachusetts Department of Public Health
250 Washington Street, 3rd Floor
Boston, MA 02108-4619
Phone: 617-624-5303
Fax: 617-624-5399
Email: jean.mcguire@state.ma.us

Steve Morin

Center for AIDS Prevention Studies
University of California, San Francisco
74 New Montgomery Street, Suite 600
San Francisco, CA 94105
Phone: 415-597-9157
Fax: 415-597-9213
Email: smorin@psg.ucsf.edu

Mr. Matthew Murguía

Associate Director for Policy
White House Office of Nat'l AIDS Policy
736 Jackson Place, NW
Washington, DC 20503
Phone: 202-456-2437
Fax: 202-456-2438
Email: mmurguia@opd.eop.gov

Ann O'Leary

Division of HIV/AIDS Prevention-
Intervention, Research and Support
National Center for HIV, STD, and TB
Prevention
1600 Clifton Rd., NE (E37)
Atlanta, GA 30333
Phone: 404-639-1931
Fax: 404-639-1950
Email: aao0@cdc.gov

Margaret Scarlett

Senior Policy Analyst
Office of HIV/AIDS Policy
200 Independence Avenue
Room 733 E
Washington, DC 20201
Phone: 202-401-7945
Fax: 202-690-7560
Email: mscarlett@osophs.dhhs.gov

Harry Simpson

Executive Director
Community Health Awareness Group
3028 East Grand Boulevard
Detroit, MI 48202
Phone: 313-872-2424
Fax: 313-872-5546
Email: Harry1081@aol.com

Carlos Vega-Matos

Director
HIV Prevention/Healthy Schools Project
National Association of State Boards of
Education
277 South Washington Street, Suite 100
Alexandria, VA 22314
Phone: 703-684-4000, ext. 110
Fax: 703-836-2313
Email: carlosv@nasbe.org

Andrew Woods

321 Holcomb Street
Hartford, CT 06112
Phone: 860-543-9717
Fax: 860-219-0538
Email: awoods3976@aol.com

Pascale Wortley

Division of HIV/AIDS Prevention-
Surveillance and Epidemiology
National Center for HIV, STD, and TB
Prevention
1600 Clifton, Rd., NE (E-47)
Atlanta, GA 30333
Phone: 404-639-4497
Fax: 404-639-2029
Email: pmw1@cdc.gov

Linda Wright-Deaguero

Epidemiology Program Office
1600 Clifton Rd., NE (K-73)
Atlanta, GA 30333
Phone: 770-488-8232
Fax: 770-488-8462
Email: lkw1@cdc.gov

Enlaces con los CDC**Janet Cleveland**

Division of HIV/AIDS Prevention-
Intervention, Research, and Support
National Center for HIV, STD, and TB
Prevention
1600 Clifton Rd., NE (E-35)
Atlanta, GA 30333
Phone: 404-639-5200
Fax: 404-639-0897
Email: jcc9@cdc.gov

Ken Rose

National Center for Chronic Disease
Prevention and Health Promotion
Division of Adolescent and School Health
1600 Clifton Rd., NE (K-29)
Atlanta, GA 30333
Phone: 770-488-3254
Fax: 770-488-3110
Email: kfr2@cdc.gov

Grupo de trabajo 2: Aumentar el conocimiento de la condición serosa

Presidente

Cornelius Baker

Executive Director
Whitman-Walker Clinic
1407 S Street SW
Washington, DC 20009
Phone: 202-797-3511
Fax: 202-797-0242
Email: cbaker@wwc.org

Co-presidente (CDC)

Harold Jaffe

National Center for Infectious Diseases
1600 Clifton Rd., NE (A-12)
Atlanta, GA 30333
Phone: 404-639-4581
Fax: 404-639-4664
Email: hwj1@cdc.gov

Miembros

Lynn Austin

Division of HIV/AIDS Prevention-
Intervention, Research and Support
National Center for HIV, STD, and TB
Prevention
1600 Clifton Rd., NE (E-35)
Atlanta, GA 30333
Phone: 404-639-5200
Fax: 404-639-0897
Email: laa2@cdc.gov

Michelle Bonds

National Center for HIV, STD, and TB
Prevention-Office of Communications
1600 Clifton Rd., NE (E-06)
Atlanta, GA 30333
Phone: 404-639-8028
Fax: 404-639-8910
Email: meh0@cdc.gov

Lawrence S. Brown

Urban Resource Institute
Addiction Research and Treatment
Corporation
22 Chapel Street
Brooklyn, NY 11201
Phone: 718-260-2917
Fax: 718-522-3186
Email: lbrown@artcny.org

Gail M. Curtis

Acting Executive Director
Health Watch
3020 Glenwood Road
Brooklyn, NY 11210
Phone: 718-434-5411
Fax: 718-434-5048
Email: HealthWatc@aol.com

Ann Duerr

Division of Reproductive Health
National Center for Chronic Disease
Prevention and Health Promotion
1600 Clifton Road, NE (K34)
Atlanta, GA 30333
Phone: 770-488-5250
Fax: 770-488-5965
Email: axd9@cdc.gov

Donna Futterman

Associate Professor of Pediatrics
Director, Adolescent AIDS Project
Montefiore Medical Center
111 East 210 Street
Bronx, NY 10467
Phone: 718-882-0322
Fax: 718-882-0432
Email: futterma@aecom.yu.edu

Thomas L. Hearn

Public Health Practice Program Office
 1600 Clifton Rd., NE (G-23)
 Atlanta, GA 30333
 Phone: 770-488-8093
 Fax: 770-488-8275
 Email: tlh1@cdc.gov

John Jemmott III

Kenneth B. Clark Professor of
 Communication
 University of Pennsylvania
 Annenberg School for Communication
 3535 Market Street, Suite 520
 Philadelphia, PA 19104-3309
 Phone: 215-573-9500
 Fax: 215-573-9303
 Email: jjemmott@asc.upenn.edu

CAPT Newton E. Kendig II

Medical Director
 Health Services Division
 Federal Bureau of Prisons
 320 First Street NW
 Washington, DC 20534
 Phone: 202-307-3055
 Fax: 202-307-0826
 Email: nkendig@bop.gov

John Ludden

Associate Clinical Professor
 Harvard Medical School
 126 Brookline Avenue, Suite 200
 Boston, MA 02215
 Phone: 617-421-6219
 Fax: 617-859-8112
 Email: healthcare@ludden.net

Gerry McQuillan

National Center for Health Statistics
 6525 Belcrest Rd., Room 1000 (P-08)
 Hyattsville, MD 20782
 Phone: (301) 458-4371
 Fax: (301) 458-4368
 Email: gmm2@cdc.gov

Frank Oldham, Jr.

Assistant Commissioner
 Chicago Department of Public Health
 333 South Street, 2nd Floor
 Chicago, IL 60604
 Phone: 312-745-0384
 Fax: 312-747-9663
 Email: oldham_frank@cdph.org

James Pearson

DGS Deputy Director
 Division of Consolidated Laboratory
 Services
 Commonwealth of Virginia
 P.O. Box 1877
 Richmond, VA 23215
 Phone: 804-786-7905
 Fax: 804-371-7973
 Email: jpearson@dgs.state.va.us

Walter Shervington

President, National Medical Association
 CEO, New Orleans Adolescent Hospital
 210 State Street
 New Orleans, LA 70122
 Phone: 504-897-4616
 Fax: 504-896-4959
 Email: wwsmd9@pol.net

Kathy Sikkema

Associate Professor
 Yale University School of Medicine
 The Consultation Center
 389 Whitney Avenue
 New Haven, CT 06511
 Phone: 203-789-7645
 Fax: 203-562-6355
 Email: kathleen.sikkema@yale.edu

Liza Solomon,

Director for AIDS Administration
 State of Maryland
 500 North Calvert Street, 5th Floor
 Baltimore, MD 21202
 Phone: 410-767-5013
 Fax: 410-333-6333
 Email: solomonl@dnhm.state.md.us

Enlaces con los CDC**Consuelo Beck-Sague**

Division of Reproductive Health
National Center for Chronic Disease
Prevention and Health Promotion
1600 Clifton Road, NE (K34)
Atlanta, GA 30333
Phone: 770-488-
Fax: 770-488-
Email: cmb1@cdc.gov

Rich Wolitski

Division of HIV/AIDS Prevention-
Intervention, Research, and Support
National Center for HIV, STD, and TB
Prevention
1600 Clifton Rd., NE (E-35)
Atlanta, GA 30333
Phone: 404-639-1939
Fax: 404-639-1950
Email: ryw1@cdc.gov

Grupo de trabajo 3: Aumentar el acceso a servicios de prevención y referencia para atención

Presidente

Mike Isbell

President

Mike Isbell Consulting, Inc.
304 Park Avenue South, 11th Floor
New York, NY 10010
Phone: 212-590-2465
Fax: 212-590-2310
Email: mtisbell@aol.com

Co-presidenta (CDC)

Kathy Rauch

Division of HIV/AIDS Prevention-
Intervention Research and Support
1600 Clifton Rd., NE (D-21)
Atlanta, GA 30333
Phone: 404-639-4675
Fax: 404-639-0910
Email: kjr1@cdc.gov

Miembros

Paul Arons

Medical Director
Bureau of HIV/AIDS
Florida Department of Health
2020 Capitol Circle SE
Mailbin A09
Tallahassee, FL 32399-1715
Phone: 850-245-4488
Fax: 850-414-6719
Email: paul_aron@doh.state.fl.us

Samuel A. Bozzette

Professor of Medicine/Senior Research
Associate
University of California, San Diego
Veterans Administration Healthcare System
3350 La Jolla Village Drive, 111N-1
San Diego, CA 92161
Phone: 858-552-8585, x4324
Fax: 858-552-4321
Email: sbozzette@ucsd.edu

William Cunningham

Assistant Professor of Medicine and Public
Health
UCLA
10833 Le Conte Avenue
Room 31-245A CHS
Los Angeles, CA 90095-1772
Phone: 310-206-1632
Fax: 310-825-3317
Email: wcunningham@mednet.ucla.edu

Carlos Del Rio

Associate Professor of Medicine
Emory University School of Medicine
69 Butler Street, SE
Atlanta, GA 30303
Phone: 404-616-4634 (Secretary ext. 6145)
Fax: 404-880-9305
Email: cdelrio@emory.edu

Robert Fullilove

Associate Dean for Community
and Minority Affairs
Columbia University School of Public
Health
600 West 168th Street
New York, NY 10032
Phone: 212-740-7292
Fax: 212-795-4222
Email: ref5@columbia.edu

Glenda Gardner

Bureau Chief
Bureau of HIV/STD Prevention
8000 North Stadium Drive, 5th Floor
Houston, TX 77054
Phone: 713-794-9164
Fax: 713-798-0830
Email: ggardner@hlt.ci.houston.tx.us

Julie L. Gerberding

National Center for Infectious Diseases
1600 Clifton Rd., NE (A07)
Atlanta, GA 30333
Phone: 404-639-6400
Fax: 404-639-6458
Email: jyg2@cdc.gov

T. Randolph Graydon

Director
Division of Advocacy and Special Issues
Center for Medicaid and State Operations
Health Care Financing Administration
7500 Security Boulevard
MailStop S2-14-26
Baltimore, MD 21244
Phone: 410-786-1357
Fax: 410-786-9004
Email: RGraydon@hcfa.gov

Joan Holloway

Deputy Associate Administrator
Extramural Affairs
HIV/AIDS Bureau
Health Resources and Services
Administration
5600 Fishers Lane
Parklawn Room 7-13
Rockville, MD 20857
Phone: 301-443-9530 or 7036
Fax: 301-443-0055
Email: jholloway@hrsa.gov

Miguelina Maldonado

Director of Gov't Relations and Policy
National Minority AIDS Council
1931 13th St., NW
Washington, DC 20005
Phone: 202-483-6622
Fax: 202-483-1135
Email: mmaldona@nmac.org

Gary Marks

Division of HIV/AIDS Prevention-
Surveillance and Epidemiology
National Center for HIV, STD, and TB
Prevention
1600 Clifton, Rd., NE (E-45)
Atlanta, GA 30333
Phone: 404-639-5261
Fax: 404-639-6118
Email: gdm8@cdc.gov

Chad Martin

Division of HIV/AIDS Prevention-
Intervention Research and Support
1600 Clifton Rd., NE (E-35)
Atlanta, GA 30333
Phone: 404-639-5200
Fax: 404-639-0897
Email: cgm8@cdc.gov

M. Valerie Mills

Associate Administrator
HIV/AIDS Team
Substance Abuse and Mental Health
Services Administration
5600 Fishers Lane
Room 12C-15
Rockville, MD 20857
Phone: 301-443-0556
Fax: 301-443-3817
Email: vmills@samhsa.gov

Margaret Murray

Director, Division of Medical Assistance
and Health Services
Department of Human Services
7 Quakerbridge Plaza
P.O. Box 712
Trenton, NJ 08625-0712
Phone: 609-588-2600
Fax: 609-588-3538
Email: mmurray@dhs.state.nj.us

Elena Rios

President
National Hispanic Medical Association
1411 K Street, NW
Suite 200
Washington, DC 20005
Phone: 202-628-5895
Fax: 202-628-5898
Email: nhma@earthlink.net

George Schmid

Division of STD Prevention
National Center for HIV, STD, and TB
Prevention
1600 Clifton Rd., NE (E27)
Atlanta, GA 30333
Phone: 404-639-8279
Fax: 404-639-8609
Email: gps1@cdc.gov

Carol Scotton

Division of HIV/AIDS Prevention-
Intervention, Research and Support
National Center for HIV, STD, and TB
Prevention
1600 Clifton Rd., NE (E35)
Atlanta, GA 30333
Phone: 404-639-0901
Fax: 404-639-0910
Email: cxr3@cdc.gov

Deborah Von Zinkernagel

Deputy Director for Policy
Office of HIV/AIDS Policy, OPHS/HHS
200 Independence Avenue
Room 736 E
Washington, DC 20201
Phone: 202-690-5560
Fax: 202-690-7560
Email: DvonZinkernagel@osophs.dhhs.gov

Enlaces con los CDC**Ken Hunt**

Division of HIV/AIDS Prevention-
Surveillance and Epidemiology
National Center for HIV, STD, and TB
Prevention
1600 Clifton, Rd., NE (E-46)
Atlanta, GA 30333
Phone: 404-639-2058
Fax: 404-639-2029
Email: kvh1@cdc.gov

Mary Vernon

National Center for Chronic Disease
Prevention and Health Promotion
Division of Adolescent and School Health
4770 Buford Hwy NE (K-31)
Atlanta, GA 30341
Phone: 770-488-3253
Fax: 770-488-3111
Email: mev0@cdc.gov

Grupo de trabajo 4: Prevención internacional

Presidente

Peter Lamptey

Senior Vice President
HIV/AIDS Prevention and Care Department
Family Health International
2101 Wilson Boulevard, Suite 700
Arlington, VA 22201
Phone: 703-516-9779
Fax: 703-516-9781
Email: plamptey@fhi.org

Co-presidente (CDC)

Alan Greenberg

Division of HIV/AIDS Prevention-
Surveillance and Epidemiology
National Center for HIV, STD, and TB
Prevention
1600 Clifton Rd., NE (E-45)
Atlanta, GA 30333
Phone: 404-639-6130
Fax: 404-639-6118
Email: aeg1@cdc.gov

Miembros

Jim Alexander

Epidemiology Program Office
1600 Clifton Rd., NE (D-18)
Atlanta, GA 30333
Phone: 404-639-4242
Fax: 404-639-1362
Email: axj1@cdc.gov

Victor Barnes

Division of HIV/AIDS Prevention-
Intervention, Research and Support
National Center for HIV, STD, and TB
Prevention
1600 Clifton Road, NE (E35)
Atlanta, GA 30333
Phone: 404-639-5204
Fax: 404-639-5260
Email: vcb3@cdc.gov

Donald Burke

Professor, Department of International
Health
Johns Hopkins University
School of Public Health
Hampton House, Room 217
624 North Broadway
Baltimore, MD 21205
Phone: 410-614-5960
Fax: 410-502-6898
Email: dburke@jhsph.edu

Gambrill Hollister

National Center for Chronic Disease
Prevention and Health Promotion
Division of Adolescent and School Health
1600 Clifton Rd., NE (K-29)
Atlanta, GA 30333
Phone: 770-488-3103
Fax: 770-488-3110
Email: geh8@cdc.gov

Jacob Gayle

Senior Technical Advisor
Joint United Nations Programme on
HIV/AIDS (UNAIDS)
c/o The World Bank
1818 H Street, NW
Room G 3-042
Washington, DC 20433
Phone: 202-473-0393
Fax: 202-522-3234
Email: jgayle@worldbank.org

Debbie Jones

Public Health Practice Program Office
1600 Clifton Rd., NE (G-23)
Atlanta, GA 30333
Phone: 770-488-2446
Fax: 770-488-2420
Email: dlj1@cdc.gov

Dick Keenlyside

National Center for HIV, STD, and TB
Prevention
1600 Clifton Road, NE (E07)
Atlanta, GA 30333
Phone: 404-639-8085
Fax: 404-639-8600
Email: dyk8@cdc.gov

Eve Lackritz

Division of HIV/AIDS Prevention-
Surveillance and Epidemiology
1600 Clifton Road, NE (E50)
Atlanta, GA 30333
Phone: 404-639-6100
Fax: 404-639-4268
Email: eal3@cdc.gov

Ellen MacLachlan

Division of STD Prevention
National Center for HIV, STD, and TB
Prevention
1600 Clifton Rd., NE (E02)
Atlanta, GA 30333
Phone: 404-639-8312
Fax: 404-639-8608
Email: eeew7@cdc.gov

Ms. Sheila Mitchell

CDC Global AIDS Activity
1600 Clifton Rd., NE (E07)
Atlanta, GA 30333
Phone: 404-639-8291
Fax: 404-639-
Email: swm0@cdc.gov

Alawode Oladele

President and CEO
Premiere International Health Care Inc.
PMB 333
4426 Hugh Howell Road, Suite B
Tucker, GA 30084
Phone: 770-491-8667
Fax: 770-491-8655
Email: premierehealth@medscape.com

Michael Qualls

Global AIDS Activity
1600 Clifton Rd., NE (E07)
Atlanta, GA 30333
Phone: 404-639-8321
Fax: 404-639-8601
Email: muq1@cdc.gov

Michael D. Sweat

Assistant Professor, Department of
International Health
Johns Hopkins University
School of Public Health
615 North Wolfe Street, Room E7140
Baltimore, MD 21250
Phone: 410-614-4536
Voicemail: 410-955-7159
Fax: 703-995-0615
Email: msweat@jhsph.edu

Barbara O. de Zalduondo

Senior Technical Advisor
Division of HIV/AIDS
USAID
G/PHN/HN 3.07-18M
3rd Floor, Ronald Reagan Building
Washington, DC 20523-3700
Phone: 202-712-1325
Fax: 202-216-3046
Email: bzalduondo@USAID.gov

Enlaces con los CDC**Kellie Lartigue**

Division of HIV/AIDS Prevention-
Intervention, Research, and Support
National Center for HIV, STD, and TB
Prevention
1600 Clifton Rd., NE (E-40)
Atlanta, GA 30333
Phone: 404-639-0977
Fax: 404-639-0944
Email: kel5@cdc.gov

Mark Rayfield

National Center for Infectious Diseases

1600 Clifton Rd., NE (A-12)

Atlanta, GA 30333

Phone: 404-639-3820

Fax: 404-639-4664

Email: mar3@cdc.gov

**DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS
CENTROS PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES
COMISIÓN ASESORA DE LOS CDC PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH Y ETS
Enero de 2001**

PRESIDENTE

FULLILOVE, Robert E., Ed.D.
Associate Dean for Community and
Minority Affairs
Columbia University School of
Public Health
Term: 09/22/00-11/30/02

SECRETARIO EJECUTIVO

VALDISERRI, Ronald O., M.D., M.P.H.
Deputy Director
National Center for HIV, STD, and
TB Prevention
Centers for Disease Control and Prevention

MIEMBROS

BOLAN, Gail A., M.D.
Chief, STD Control Branch
California Department of
Health Services
Term: 03/03/98-11/30/01

DOUGLAS, John, M.D.
Director of STD Control
Denver Department of Public Health
Term: 09/15/00 - 11/30/2003

BAKER, Cornelius
Executive Director
Whitman-Walker Clinic
Term: 09/13/00 -11/30/2002

HOLMES, King K., M.D., Ph.D.
Director, Center for AIDS and STD
University of Washington
Term: 04/02/98-11/30/00

CATES, Willard, Jr., M.D., M.P.H.
President
Family Health International
Term: 04/01/98-11/30/01

JEMMOTT, Loretta Sweet, Ph.D.
Associate Professor and Director
Center for Urban Health Research
University of Pennsylvania School of
Nursing
Term: 12/01/99 -11/30/2002

DYAK, Brian L.
President and Chief Executive Officer
Entertainment Industries Council, Inc.
Term: 03/31/98-11/30/00

KHOURY, Nadim K., M.D.
Assistant Deputy Director for
Health Care Services
California Department of Corrections
Term: 04/06/98-11/30/00

DEL RIO, Carlos, M.D.
Emory University School Medicine
Department of Medicine
Term: 09/15/00 - 11/30/2003

LEVITON, Laura., Ph.D
Senior Program Officer, Research and
Evaluation
Robert Wood Johnson Foundation
Term: 04/10/98-11/30/01

MANN, Dorothy
 Southeastern Pennsylvania Family
 Planning Council
Term: 09/15/00- 11/30/2002

MCGUIRE, Jean, Ph.D.
 AIDS Director
 Department of Public Health
 AIDS Bureau
Term: 09/21/00 -11/30/2002

PRIMM, Beny
 Addition Research and Treatment
 Corporation
Term: 12/01/99 - 11/30/2003

SANDERS, Edwin C. II
 Pastor
 Metropolitan Interdenominational Church
Term: 04/03/98-11/30/01

PERKINS, Arnold
 Alameda County Health Care Services
 Agency
Term: 09/25/00 - 11/30/2003

SECUNDY, Marian Gray, Ph.D.
 Tuskegee University
 Center for Bioethics
 Carver Research Foundation
Term: 03/04/98-11/30/00

SCHRAM, Neil R., M.D.
 Department of Internal Medicine
 Southern California Permanente
 Medical Group
Term: 04/01/98-11/30/00

VEGA-MATOS, Carlos A.
 Director
 HIV Prevention\Healthy Schools Project
 National Association of State Boards
 of Education
Term: 03/31/98-11/30/99

REPRESENTANTES DE ENLACE

**Consejo Asesor para la Eliminación de la
 Tuberculosis**
EL-SADR, Wafaa M., M.D., M.P.H
 Harlem Hospital Center

TAPPER, Michael L., M.D.
 Lenox Hill Hospital

Comisión Asesora del SIDA de HRSA
MILAN, Jesse JR., J.D.
 Vice President
 Analytical Sciences, Inc.

RAWLINGS, Keith, M.D.
 Associate Medical Director
 Southeast Dallas Health Center
 Parkland Health and Hospital System