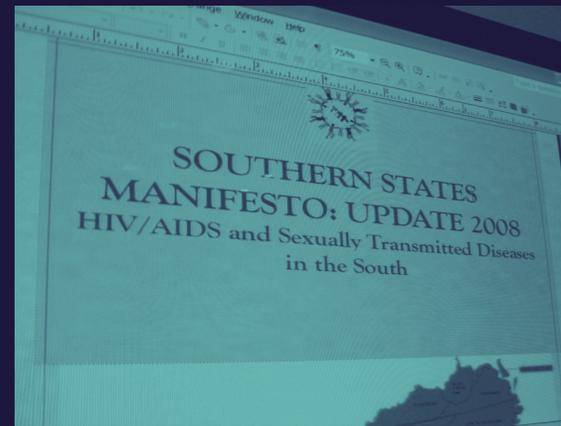


ACTUALIZACIÓN DEL MANIFIESTO DE LOS ESTADOS SUREÑOS 2024

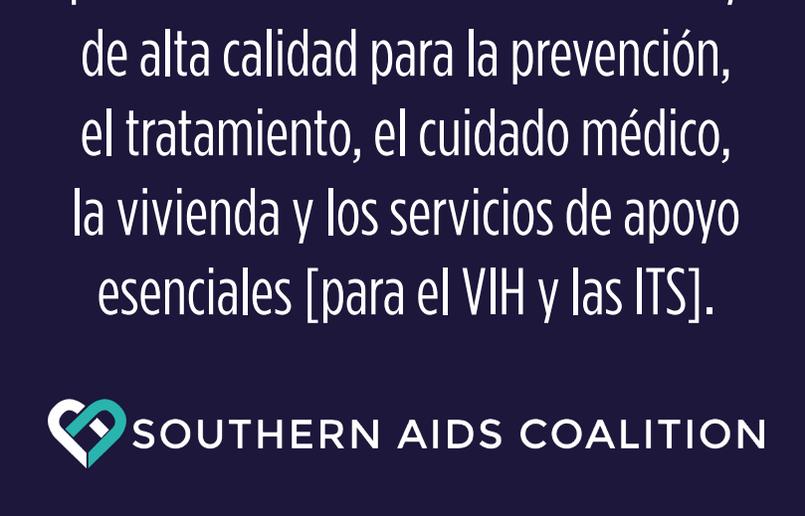
DE PIE
SOBRE LOS
HOMBROS
DEL PASADO





MISIÓN DE LA COALICIÓN SUREÑA CONTRA EL SIDA

Acabar con las epidemias del VIH y las ITS en el Sur mediante la promoción de sistemas accesibles y de alta calidad para la prevención, el tratamiento, el cuidado médico, la vivienda y los servicios de apoyo esenciales [para el VIH y las ITS].



SOUTHERN AIDS COALITION



Índice de contenidos

I. DE PIE SOBRE LOS HOMBROS DEL PASADO	4
II. LA VIDA EN EL SUR	8
III. DESCRIPCIÓN DE LA EPIDEMIA DEL VIH EN EL SUR THE HIV EPIDEMIC IN THE SOUTH	12
Epidemiología del VIH en el Sur	14
Resultados de salud relacionados con el VIH en el Sur	15
Consumo de drogas inyectables y transmisión del VIH	16
Acceso a la PrEP en el Sur	17
Sindemias y justicia de salud	18
IV. SISTEMAS QUE IMPULSAN EL ACCESO Y LOS RESULTADOS PARA PERSONAS CON VIH	22
Financiación de programas contra el VIH en el Sur	21
Programa Ryan White contra el VIH/Sida	21
Financiación de los CDC para la prevención del VIH	23
Filantropía y financiación privada	23
340B	24
Acceso a la salud en el Sur	25
Medicaid	25
Acceso/disponibilidad de proveedores	26
Acceso/disponibilidad de vivienda	30
Panorama del acceso a la salud sexual y reproductiva	31
Estigma y prejuicios en el Sur	32
El racismo es una crisis de salud pública	32
Criminalización del VIH	32
Encarcelamiento masivo	34
Estigma y discriminación contra personas LGBTQ	36
V. PRIORIDADES POLÍTICAS	40
VI. CONCLUSIÓN	48

DE PIE SOBRE LOS HOMBROS DEL PASADO

Este informe está dedicado a los sureños que hemos perdido a causa del VIH y el SIDA durante cuatro décadas, a aquellos que viven y prosperan con VIH y SIDA en la región, y a la fuerza laboral comprometida en el ámbito de la salud, los servicios sociales, la salud pública, la defensa y más, que se niegan a aceptar que las cosas en nuestra región no puedan cambiar—y deben cambiar.

Han pasado más de diez años desde que llamé al Sur mi hogar por primera vez. Durante este tiempo, he tenido la fortuna de presenciar tanto la profunda belleza de esta región como los muchos desafíos que enfrentamos.

Los desafíos que enfrentamos hoy no son muy diferentes de aquellos que enfrentaron las generaciones que vinieron antes de nosotros. La lucha por la justicia, la equidad y la salud en el Sur ha sido, y seguirá siendo, una batalla cuesta arriba que a menudo ha sido recibida con resistencia y moldeada por una historia impregnada de la mancha de la discriminación y el estigma. Sin embargo, a pesar de estas barreras, las personas del Sur han demostrado constantemente su fortaleza frente a la adversidad y un compromiso inquebrantable con el progreso. El Sur nos recuerda, a todos los estadounidenses, que incluso cuando el camino es incierto, la perseverancia puede llevar a la transformación.

Para mí, el Sur ha sido un lugar de profundo crecimiento y autodescubrimiento. A pesar de su compleja historia, ha sido el lugar donde mi propia exploración personal de la identidad ha encontrado sus raíces: una fusión de cultura, herencia y experiencia vivida que da forma a cómo percibo el trabajo que tenemos por delante. Es ese mismo entendimiento interseccional el que impulsa la Actualización del Manifiesto de los Estados del Sur 2024, un documento arraigado en las voces, luchas y esperanzas de quienes llaman hogar a esta región.

El Manifiesto también sirve como un tributo a las innumerables vidas impactadas por la epidemia del VIH en el Sur: aquellos que hemos perdido, aquellos que continúan luchando y aquellos que viven con el VIH, quienes encarnan fuerza y resiliencia todos los días. Sus historias, su defensa y su valentía sin límites frente a los desafíos han dado forma a este trabajo y están entrelazadas en el tejido de este documento.

Al mirar hacia el futuro, que este Manifiesto sirva como un recordatorio de lo que podemos lograr cuando nos unimos, fundamentados en un propósito fortalecido por las lecciones del pasado y unidos en nuestra visión de un Sur más saludable, más equitativo, más justo y libre de las cargas de la epidemia del VIH. Los desafíos que tenemos por delante son grandes, exigen valor y colaboración, pero creo profundamente en el poder de la comunidad para estar a la altura de las circunstancias y crear un cambio duradero.



Will Ramirez, MPA
Director de Políticas Públicas y Defensas
Southern AIDS Coalition



Resilientes. Responsivos. Resistentes. Cuando me preguntan qué debemos hacer en este momento, señalo estas cualidades cuando no encuentro otras palabras. Somos herederos de una región con una historia compleja, llena de una violencia y odio inimaginables, y también de una esperanza y valentía inextinguibles. El sur es todo esto y más.

Somos **resilientes** cuando nos privan de oportunidades y recursos equitativos. La resiliencia viene acompañada de sentimientos justificables de resentimiento, resentimiento de tener que luchar una y otra vez por derechos humanos básicos y recursos para nuestras comunidades.

Somos **responsivos** al hacer oír nuestras voces, presentándonos para apoyarnos unos a otros y satisfaciendo las necesidades de nuestras comunidades. Desde las organizaciones comunitarias que, una y otra vez, juntan recursos para hacer milagros, hasta los legisladores y defensores que, armados con la ciencia y los hechos, impulsan el cambio.

Somos **resistentes**, ya sea en silencio o en protesta pública, nuestra comunidad se mantiene firme frente a la injusticia. Estamos en un momento en el que nuestra resistencia es uno de nuestros mayores activos. Debemos resistir la desesperanza, resistir las distracciones de nuestras prioridades, resistir el impulso de luchar solos.

Al publicar este informe, me atrae la línea de apertura del primer Manifiesto de los Estados del Sur publicado hace más de veinte años, 2002:

“Hay una emergencia en curso en los estados del sur de los Estados Unidos”.

Veinte años después, se sigue habiendo una emergencia en curso. Aunque las circunstancias son diferentes, la urgencia persiste. Cuando el Manifiesto original fue publicado por un grupo de defensores de la salud pública en el sur, probablemente no imaginaron el nivel de enfoque nacional que se generaría a medida que se prestaba más atención a la epidemia de VIH en el sur. Su llamado de alarma cambió la respuesta al VIH. Ha habido un gran progreso, pero la urgencia continúa. Debe llevarse a cabo un desmantelamiento sistémico para crear el cambio que soñaron los autores del Manifiesto original.

Debemos desafiar los sistemas que perpetúan la inequidad: acabar con el racismo, el sexismo, la homofobia, la xenofobia, y la transfobia. Sistemas y prácticas de discriminación que están literalmente matando los sureños que viven con

VIH o están afectados por él todos los días. La ignorancia intencional hacia la ciencia, junto con una profunda discriminación, ha resultado en decisiones políticas que, en lugar de actuar sobre principios de salud pública, atacan los derechos humanos.

La epidemia de VIH en el sur no existe de manera aislada, y nuestros esfuerzos también deben reconocer las sindemias de ITS, Hepatitis viral y trastornos por uso de sustancias. Estamos siendo testigos de ataques sin precedentes contra la salud de las mujeres y la libertad reproductiva, la atención médica de afirmación de género, la misma existencia de las personas transgénero, y la violencia sancionada por el estado contra las comunidades marginadas. Nos estamos preparando para políticas federales que podrían profundizar estas divisiones y causar más daño.

No hay repuesta al VIH sin abordar los sistemas de opresión conectados que alimentan las disparidades del VIH. Este informe no solo documenta los desafíos que enfrentan las personas que viven con VIH y las personas afectadas por el VIH en el sur, sino que también celebra la innovación comunitaria y la tenacidad de líderes de todos los ámbitos de la vida.

Este informe es un **llamado a la acción**, con un conjunto de prioridades para los legisladores federales y estatales y los financiadores del VIH. Este informe es una reflexión sobre la historia de la defensa del VIH en el sur, y sobre la historia de los movimientos por los derechos humanos en la región que continúan dando forma a nuestro trabajo hoy en día. Este informe no es toda nuestra historia como región y movimiento—esa historia es demasiado grande para ser contada en un solo documento. Pero esperamos que pueda ser un punto de partida para conversaciones, un recurso para cultivar recursos, una referencia para los legisladores comprometidos con la salud pública y un recordatorio de que el trabajo incansable en este campo realmente importa.

Hasta que todos seamos libres,




Dafina Ward, JD
Directora Ejecutiva
Southern AIDS Coalition

REFLEXIONES DEL PASADO

REFLEXIONES DE LOS AUTORES

DEL PRIMER MANIFIESTO DE LOS

ESTADOS SUREÑOS (2002)

Desde la publicación del primer Manifiesto del Sur en 2002, Estados Unidos ha experimentado una gran transformación en el compromiso federal para acabar con la epidemia del VIH. En 2010, el presidente Obama anunció la primera Estrategia Nacional contra el VIH/Sida (NHAS, por sus siglas en inglés), una hoja de ruta federal para la financiación y el apoyo coordinados que se ha actualizado hasta el año 2025.¹ En 2019, el presidente Trump anunció un nuevo y audaz plan, la Iniciativa para Acabar con la Epidemia del VIH (EHE, por sus siglas en inglés), que busca encaminar a Estados Unidos hacia una reducción del 90% en las nuevas transmisiones del VIH para 2030.² Basándose en la NHAS, la iniciativa EHE incluyó una cantidad significativa de nuevos fondos federales para los beneficiarios del Programa Ryan White contra el VIH/Sida, los centros de salud comunitarios y los beneficiarios de subvenciones para la prevención del VIH de los CDC. La iniciativa EHE, en particular, tiene un enfoque geográfico que prioriza a las jurisdicciones que tienen mayores necesidades, incluyendo un número desproporcionado de estados y condados del Sur.³

A pesar de estos avances, está claro que se necesita más para lograr una respuesta equitativa y efectiva al VIH en el Sur.

¹NHAS, <https://www.hiv.gov/federal-response/national-hiv-aids-strategy/national-hiv-aids-strategy-2022-2025/>

²HIV.gov, EHE, <https://www.hiv.gov/federal-response/ending-the-hiv-epidemic/overview/>

³<https://www.cdc.gov/endhiv/jurisdictions.html>

El primer Manifiesto de los Estados Sureños aseguró que esas voces, en conjunto con las voces de las ASO (organizaciones de servicios para el sida), las CBO (organizaciones basadas en la comunidad), los líderes estatales de salud pública en el tema del VIH, los colaboradores de la industria y otras organizaciones nacionales centradas en el VIH que también trabajan para acabar con el VIH en el Sur, pudieran trabajar juntas para abogar por una financiación estatal y federal más equitativa con el fin de implementar buenas prácticas basadas en evidencia dentro de las estrategias de cuidado y prevención. Juntas, abogamos por financiación para expandir el acceso a las pruebas de VIH/ITS en la comunidad, la derivación temprana para cuidado y tratamiento eficaces, y más servicios integrales y de apoyo esenciales, como la gestión de casos, el transporte y la vivienda. Hoy, todavía se pueden ver los resultados de ese exitoso trabajo de defensoría. Los colaboradores de los estados sureños utilizaron esos informes anteriores del Manifiesto del Sur de SAC para conseguir financiación estatal y federal adicional, lo cual les permitió implementar las estrategias destacadas en dichos informes. Desde la primera publicación del Manifiesto del Sur de SAC, los estados sureños han observado una disminución general de los nuevos diagnósticos de VIH/sida, incluyendo las muertes, y un aumento de la supresión viral de las personas que viven con VIH. Aunque hemos celebrado victorias y hemos progresado juntas en todo el panorama nacional del VIH, las inaceptables disparidades en la salud, el estigma relacionado con el VIH y la discriminación que afecta de manera desproporcionada a las personas de color y LGBTQI siguen siendo evidentes en el Sur. Es hora de un nuevo e intencional manifiesto y llamado a la acción de la Coalición Sureña contra el Sida, para que el trabajo y los avances logrados en el Sur continúen, con hechos y estrategias en mano.



Evelyn M. Foust MPH CPM
Jefa de la Oficina de Enfermedades Transmisibles de la Sección de Epidemiología del Departamento de Salud Pública de Carolina del Norte

Hace veinte años, los líderes del VIH en los estados sureños querían cambiar el daño que el VIH estaba haciendo en el Sur. Se reflexionó mucho para redactar el Manifiesto de los Estados Sureños con el fin de concientizar ampliamente sobre la epidemia en el Sur, influir en las agencias federales involucradas con las prioridades de liderazgo y financiación, y movilizar a nuevas organizaciones y líderes en los estados sureños. Creo que esos objetivos se consiguieron, pero la tarea no se ha acabado. Tengo la esperanza de que el informe 2024 una vez más movilice a nuestras comunidades, recargue las energías de nuestros líderes y, finalmente y sobre todo, reduzca las nuevas infecciones en los estados sureños, que durante años han representado un porcentaje desproporcionado de la epidemia nacional.



Thomas Liberti
Director de VIH/sida de Florida (jubilado)

“El primer manifiesto se publicó el mismo día de mi cumpleaños, el 2 de marzo de 2002... Sigue siendo el mejor regalo de cumpleaños que he recibido, ya que nos empoderó a los directores de sida, que en ese momento no teníamos poder. Marcamos una diferencia duradera. Estoy muy orgulloso del trabajo de SAC, pero al principio todos éramos simplemente directores de sida sin fondos suficientes para mantener con vida a nuestros amigos”.



Drema Hill
Departamento de Salud de Tennessee/ Sección de Enfermedades Infecciosas (2002)

LA VIDA EN EL SUR

Un tapiz de diversidad y desafíos





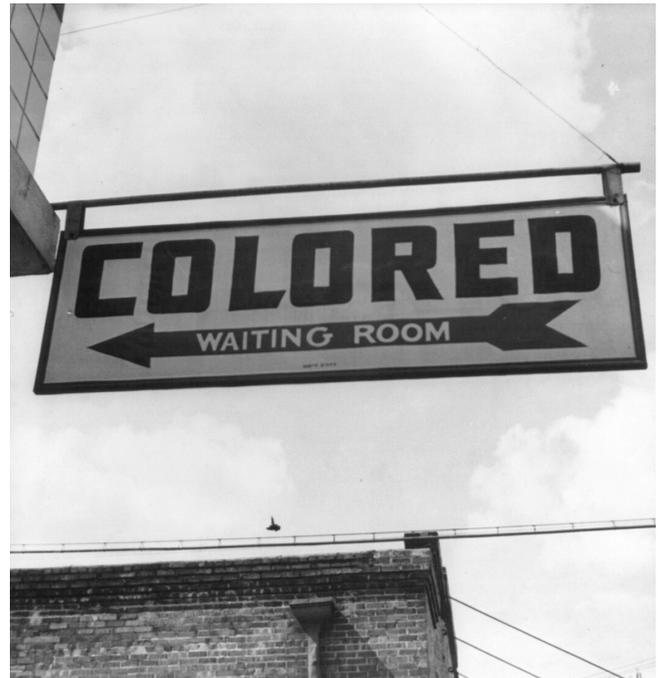
El Sur de Estados Unidos, una región tan diversa como compleja, es testimonio del multifacético tapiz de la vida estadounidense. La historia de Estados Unidos comenzó en el Sur en 1607 y, desde entonces, la región ha tenido una gran cantidad de triunfos y adversidades marcados por batallas contra problemas como la pobreza, el racismo y el estigma social. El Sur de Estados Unidos, crisol de culturas y tradiciones, se define por sus entornos sorprendentemente diferentes: desde sus ajetreadas ciudades como Atlanta y Houston, extensas comunidades rurales como la región del Delta que se extiende desde Kentucky hasta Alabama, pintorescas regiones costeras, y el hermoso territorio montañoso de los Apalaches. Cada región del Sur de Estados Unidos cuenta una historia diferente de la vida en el Sur, reflejando una rica mezcla de culturas y experiencias. Sin embargo, esta diversidad también pone de manifiesto las marcadas disparidades existentes en el Sur. El acceso a la salud, la educación y las oportunidades económicas a menudo varían drásticamente entre estas regiones, y las comunidades rurales, de minorías, de personas LGBTQIA+ y otras comunidades marginadas suelen enfrentar las consecuencias más duras de estas desigualdades. La historia del Sur es la cuna de la historia estadounidense, una fuente de orgullo y vergüenza, un legado complejo, con acontecimientos históricos que moldearon profundamente sus paisajes socioeconómicos.

“El Sur es depositario de los pecados y el esplendor de Estados Unidos”.

Imani Perry

No se puede subestimar el impacto del racismo en el Sur. Ha sido una fuerza persistente que ha influido en las estructuras sociales y políticas de la región durante siglos. Los vestigios de la esclavitud, la segregación, las leyes “Jim Crow”, las prácticas discriminatorias de redlining y la actual discriminación racial han dejado huellas imborrables, contribuyendo significativamente a las disparidades económicas, sociales y de salud que se observan hoy. En el libro *South to America: A Journey Below the Mason-Dixon to Understand the Soul of a Nation* (Al Sur de Estados Unidos: Un Viaje Más Allá de la Línea Mason-Dixon para Comprender el Alma de una Nación), la autora Imani Perry señala con perspicacia: “El Sur es depositario de los pecados y el esplendor de Estados Unidos”. Esta afirmación captura la doble naturaleza del Sur, un lugar de profunda riqueza cultural y dolorosas cicatrices históricas. Enfrentar estas disparidades exige una comprensión matizada del complejo tapiz del Sur. La historia del VIH en esta región se cuenta a través de una compleja interacción de dinámicas socioeconómicas y matices culturales. No se trata simplemente de un problema médico, sino que es un reflejo de las luchas sociopolíticas más amplias de la región y de su inquebrantable resiliencia. En el proceso de examinar esta narrativa, se explorarán los variados contextos de la región: sus paisajes económicos, factores históricos y las diversas experiencias de su gente. Este informe entretendrá los numerosos elementos que conforman el tapiz del Sur, en particular, el impacto generalizado de la raza y el racismo en la región. Con este enfoque, el informe presentará una historia del VIH en el Sur que represente auténticamente el carácter y las complejidades singulares de la región.

A medida que la región sigue evolucionando, hay un énfasis cada vez mayor en el reconocimiento de su historia diversa y la tarea de crear un futuro en el que todos sus residentes tengan el mismo acceso a oportunidades y resultados positivos de salud. Esta evolución no solo es vital para el Sur, sino para comprender el alma de la nación en su conjunto.



Cartel de la sala de espera para personas “de color” en un terminal de autobuses Greyhound en Rome, Georgia, 1943. Fotografía de Esther Bubley

La historia del VIH en esta región se cuenta a través de una compleja interacción de dinámicas socioeconómicas y matices culturales.

UN PEDACITO DE HISTORIA UN LEGADO DE RESISTENCIA SISTÉMICA

El Manifiesto del Sur original, redactado en 1956, fue más que una declaración política: fue un acto intencional y desafiante por parte de los legisladores segregacionistas del Congreso contra los mandatos de desegregación de la histórica decisión de la Corte Suprema en el caso Brown contra el Consejo de Educación. Este documento, firmado por 19 senadores y 82 representantes de la cámara, un total de 101 legisladores fue decisivo para convocar a la resistencia contra la integración racial, especialmente en los sistemas de enseñanza pública. Simbolizaba la arraigada resistencia a los avances en materia de derechos civiles y ejemplificaba cómo se aprovechaban los poderes legislativos para mantener las divisiones raciales. El manifiesto no solo reforzaba la agenda segregacionista, sino que también demostraba la naturaleza generalizada del racismo institucional, que se extendía mucho más allá de la educación y afectaba todos los aspectos de la vida pública, incluyendo el cuidado de salud.

La versión actual del Manifiesto de los Estados Sureños escrita por la Coalición Sureña contra el Sida (SAC, por sus siglas en inglés) pretende enfrentar y dismantelar estos legados históricos. Aunque no hereda su espíritu del documento segregacionista, el manifiesto de SAC reconoce los profundos efectos que esas actitudes históricas siguen teniendo en la salud pública actualmente. Aborda directamente las barreras sistémicas que perpetúan las disparidades en la salud, especialmente en el ámbito del VIH/sida, donde el Sur registra tasas desproporcionadamente altas. El manifiesto defiende un enfoque integral para la equidad en la salud, abogando por cambios políticos, una mayor participación de la comunidad y un acceso más amplio.



FOR RELEASE MONDAY, A.M., MARCH 12, 1956

PRESENTED TO THE UNITED STATES SENATE BY 19 SOUTHERN SENATORS AT NOON, MONDAY, MARCH 12, 1956.

DECLARATION OF CONSTITUTIONAL PRINCIPLES

The unwarranted decision of the Supreme Court in the public school cases is now bearing the fruit always produced when men substitute naked power for established law.

The Founding Fathers gave us a Constitution of checks and balances because they realized the inescapable lesson of history that no man or group of men can be safely entrusted with unlimited power. They framed this Constitution with its provisions for change by amendment in order to secure the fundamentals of government against the dangers of temporary popular passion or the personal predilections of public office holders.

We regard the decision of the Supreme Court in the school cases as a clear abuse of judicial power. It climaxes a trend in the Federal judiciary undertaking to legislate, in derogation of the authority of Congress, and to encroach upon the reserved rights of the States and the people.

The original Constitution does not mention education. Neither does the Fourteenth Amendment nor any other Amendment. The debates preceding the submission of the Fourteenth Amendment clearly show that there was no intent that it should affect the systems of education maintained by the States.

The very Congress which proposed the Amendment subsequently provided for segregated schools in the District of Columbia.

When the Amendment was adopted in 1869, there were 37 States of the Union. Every one of the 26 States that had any substantial racial differences among its people either approved the operation of segregated schools already in existence or subsequently established such schools by action of the same law-making body which considered the Fourteenth Amendment.

As admitted by the Supreme Court in the public school case (Brown v. Board of Education), the doctrine of separate but equal schools "apparently originated in Roberts v. City of Boston . . . (1849), upholding school segregation against attack as being violative of a State constitutional guarantee of equality." This constitutional doctrine began in the North -- not in the South, and it was followed not only in Massachusetts, but in Connecticut, New York, Illinois, Indiana, Michigan, Minnesota, New Jersey, Ohio, Pennsylvania and other northern States until they, exercising their rights as States through the constitutional processes of local self-government, changed their school systems.

In the case of Plessy v. Ferguson in 1896 the Supreme Court expressly declared that under the Fourteenth Amendment no person was denied any of his rights if the States provided separate but equal public facilities. This decision has been followed in many other cases. It is notable that the Supreme Court, speaking through Chief Justice Taft, a former President of the United States, unanimously declared in 1927 in Lum v. Rice that the "separate but equal" principle is ". . . within the discretion of the State in regulating its public schools and does not conflict with the Fourteenth Amendment."

This interpretation, restated time and again, became a part of the life of the people of many of the States and confirmed their habits, customs, traditions and way of life. It is founded on elemental humanity and common sense, for parents should not be deprived by government of the right to direct the lives and education of their own children.

Though there has been no constitutional amendment or act of Congress changing this established legal principle almost a century old, the Supreme Court of the United States, with no legal basis for such action, undertook to exercise their naked judicial power and substituted their personal political and social ideas for the estab-

- 1 -

The Declaration of Constitutional Principles (The Southern Manifesto), 1956



DESCRIPCIÓN DE LA EPIDEMIA DEL VIH EN EL SUR

Han pasado más de cuarenta años desde que se descubrió por primera vez el VIH en Estados Unidos. Desde entonces, se han logrado avances notables en el desarrollo de antirretrovirales para el tratamiento y la prevención del VIH, el crecimiento de un sistema de cuidado para personas con seguro médico insuficiente, y una red dedicada de organizaciones comunitarias, investigadores, trabajadores de la salud y defensores. Sin embargo, esos avances no han llegado por igual a todas las poblaciones y regiones.

El VIH sigue afectando de manera desproporcionada a las minorías raciales y étnicas, a los hombres gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres, a las mujeres negras, a las personas transgénero y a las personas que viven en la región sur⁴ de Estados Unidos.

⁴The U.S. Census Bureau defines the South region as: Alabama, Arkansas, Delaware, the District of Columbia, Florida, Georgia, Kentucky, Louisiana, Maryland, Mississippi, North Carolina, Oklahoma, South Carolina, Tennessee, Texas, Virginia, and West Virginia.

El sur tiene una rica importancia histórica, cultural y geográfica. Sin embargo, debido al legado de la esclavitud, las leyes Jim Crow, la segregación y el racismo estructural actual, también es una región con grandes desigualdades y disparidades. Estos factores han limitado la movilidad económica y han generado una pobreza persistente, que a su vez se traduce en peores resultados de salud. Más de la mitad (59.4%) de las personas en situación de pobreza persistente viven en el Sur, muy por encima del porcentaje de la población estadounidense que corresponde al Sur (38%). De los 341 condados identificados en situación de pobreza persistente por la Oficina del Censo de EE. UU., el 80% estaban en el Sur.⁵ El 56% de los estadounidenses de raza negra viven en la región del Sur. El Sur también cuenta con un conjunto diverso de zonas rurales, urbanas y suburbanas que dificultan la entrega de servicios de salud y aumentan la demanda de servicios no médicos como el transporte, la gestión de casos y la vivienda.

La epidemiología del VIH en el Sur

El Sur experimenta una mayor carga de VIH en comparación con otras regiones. En 2022, casi la mitad (49%) de todos los diagnósticos de VIH fueron en el Sur, muy por encima de todas las demás regiones: 23% en el Oeste, 14% en el Noreste y 14% en el Medio Oeste.⁶ De las 10 jurisdicciones con las tasas más

elevadas de nuevos diagnósticos en 2022, solo un estado no estaba ubicado en el Sur. Entre 2010 y 2016, el Sur representó el 50% de todo el VIH no diagnosticado.⁷ Como señal de progreso, el Sur fue la única región que vio una disminución en las nuevas transmisiones generales estimadas entre 2018 y 2022.⁸ Las tasas más altas en el Sur son impulsadas por muchos factores, incluyendo causas socioeconómicas como la pobreza, el desempleo, la falta de acceso a la salud, etc. El Sur también tiene el ingreso familiar medio más bajo y la mayor tasa de pobreza entre las cuatro regiones de Estados Unidos. Casi la mitad de los estadounidenses sin cobertura de salud viven en el Sur.⁹

Dentro de las poblaciones más afectadas, estas disparidades se ven aún más exacerbadas en el Sur. En 2022, las personas negras representaban el 48% de los nuevos diagnósticos de VIH en el Sur, aunque solo representaban el 19% de la población del Sur.¹⁰ Las mujeres representaron el 18% de los nuevos diagnósticos, con las mujeres negras representando el 50% de esas transmisiones, a pesar de ser solo el 13% de la población de EE. UU.^{11,12} Las personas hispanas/latinas de 13 años o más constituían el 57% de la población del sur, pero el 23% de los nuevos diagnósticos. Entre los hombres gays, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres,

Principales estados, incluyendo a Washington, D. C., por diagnóstico de VIH en 2022

Tasa por 100,000

Washington D.C.	34.1
Georgia	26.2
Louisiana	23.3
Florida	21.7
Nevada	18.9
Texas	18.0
Mississippi	17.0
North Carolina	15.5
South Carolina	14.8
Alabama	14.7

⁵U.S. Census Bureau, Persistent Poverty: Identifying Areas with Long-Term High Poverty, <https://www.census.gov/library/stories/2023/05/persistent-poverty-areas-with-long-term-high-poverty.html>, accessed October 25, 2023.

⁶Centers for Disease Control and Prevention. (2024). HIV in the United States [Infographic]. Retrieved from https://files.hiv.gov/s3fs-public/2024-08/CDC-HIV-in-the-US_2024-25.jpg

⁷Centers for Disease Control and Prevention. (2024). HIV Surveillance Report, 2022. Retrieved from <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/156509>.

⁸Centers for Disease Control and Prevention. (2024). HIV Surveillance Data Tables: Diagnoses, Deaths, and Prevalence of HIV in the United States and 6 U.S. Dependent Areas, 2022. Retrieved from <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/156513>

⁹Kaiser Family Foundation. (2024). Health insurance coverage of the total population. Retrieved August 30, 2024, from <https://www.kff.org/other/state-indicator/total-population/>

¹⁰AIDSVu. (2024). PrEP in Black communities [Infographic]. Retrieved from <https://aidsvu.org/wp-content/uploads/2024/06/PrEP-Black-Communities-06242024.png>

¹¹AIDSVu. (2024). Black women and PrEP [Infographic]. Retrieved from <https://aidsvu.org/wp-content/uploads/2024/06/Black-Women-and-PrEP-06182024.png>

¹²Flourish. (2024). HIV infections, Black women, Retrieved from <https://public.flourish.studio/visualisation/19152011/>

¹³Centers for Disease Control and Prevention. (n.d.). NCHSTP AtlasPlus: Tables. Retrieved August 30, 2024, from <https://gis.cdc.gov/grasp/nchstpatlas/tables.html>

el 43% de los diagnósticos de VIH fueron hombres negros/ afroamericanos en 2023.¹³ Entre 2018 y 2022, la disparidad en las tasas de diagnóstico de VIH aumentó para todos los grupos raciales/étnicos en comparación con las personas blancas, exceptuando las poblaciones de indios americanos/ nativos de Alaska y asiáticos.

Las mujeres transgénero también se ven sproporcionadamente afectadas por el VIH. De los 994 diagnósticos de VIH entre personas transgénero, el 44% residía en el sur de Estados Unidos.¹⁷ Un estudio reciente sobre mujeres transgénero descubrió que la residencia en el Sur se asociaba tanto con un mayor riesgo de seroconversión como con una predicción perfecta de muertes en la población del estudio.¹⁸

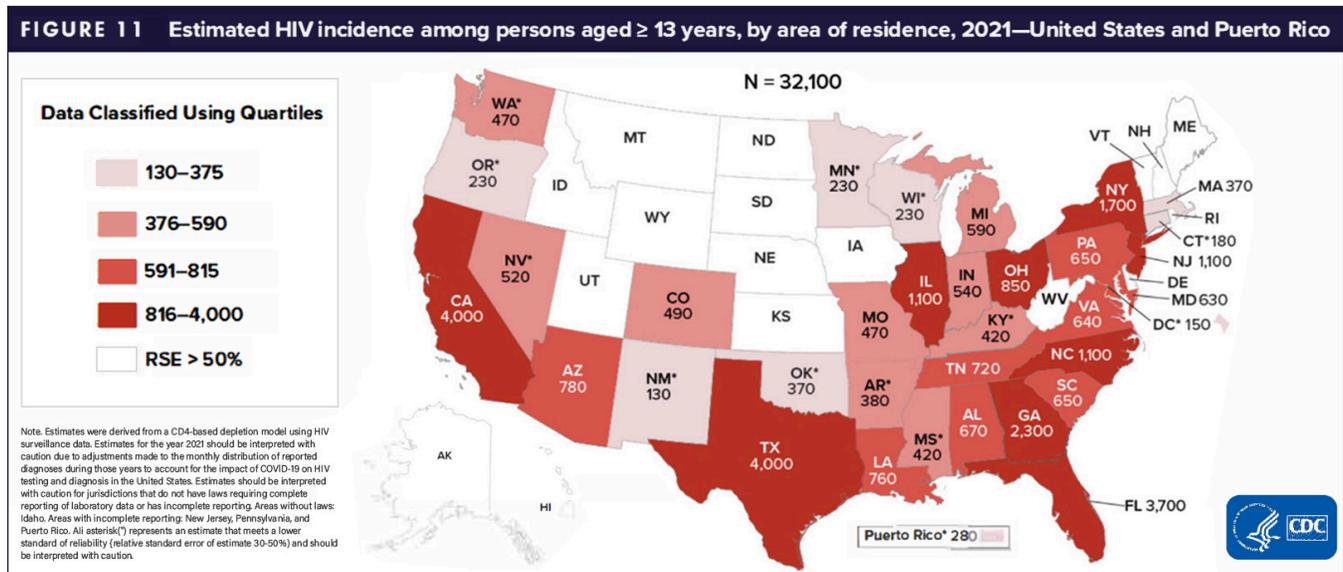
A nivel nacional, el 37% de los nuevos diagnósticos de VIH en 2022 se encontró entre individuos de 25 a 34 años, el grupo de edad más afectado. La siguiente población más afectada fueron aquellos entre 35 y 44 años, con el 22%, y el 19% en edades de 13 a 24 años. La epidemia en el sur tiende a ser un poco más vieja, con el 37% de los nuevos diagnósticos en 2022 observados en personas de 25 a 34 años, el 21% en edades de 35 a 44 años, y el 20% en edades de 13 a 24 años.¹⁹

Resultados de salud relacionados con el VIH en el Sur Para las personas que viven con VIH en el sur de Estados Unidos, los desafíos que enfrentan están entrelazados con los problemas estructurales y singulares

de la región. El Sur, donde se produjeron un 48% de todas las muertes relacionadas con el VIH en 2021, presenta un escenario particularmente difícil para quienes viven con la enfermedad.²⁰ Las experiencias de muchas personas que viven con VIH en esta región ilustran cómo las determinantes sociales y las barreras sistémicas, como el estigma generalizado en torno al VIH, la pobreza, los mayores niveles de enfermedades de transmisión sexual, la desigualdad racial, los prejuicios, el miedo y las leyes que fomentan el estigma en torno al VIH, contribuyen para empeorar los resultados en la salud.

Misisipi, por ejemplo, es uno de los cinco estados en que un mayor porcentaje de personas ha recibido un diagnóstico en fase tardía en lugar de un diagnóstico en fase temprana. Aunque los estados con tasas más elevadas de una clasificación de sida en etapa 3 al momento del diagnóstico están repartidos por todo Estados Unidos, el Sur tiene una gran concentración de estados con tasas elevadas. Este retraso no es solo una estadística, sino un reflejo de las luchas en la vida real.

Las estadísticas también muestran que, mientras que el 82% de las personas diagnosticadas con VIH en 2021 recibieron atención médica en el plazo de un mes, solo el 80% de las personas del Sur consiguieron esta vinculación oportuna.²¹ Esta leve pero fundamental disparidad ilustra las realidades cotidianas a las que se enfrentan muchas personas en la región. El hecho de que la disparidad no sea mayor puede atribuirse probablemente a los esfuerzos de comunidades



¹³ Centers for Disease Control and Prevention. HIV Surveillance Report, 2021; vol. 34. <http://www.cdc.gov/hiv/library/reports/hiv-surveillance.html>. Published May 2023. Accessed July 20, 2023.

¹⁴ Randolph, Schenita D. PhD, MPH, RN*; Golin, Carol PhD; Welgus, Hayley MPH; Lightfoot, Alexandra F. EdD; Harding, Caressa J. MA, CHC; Riggins, Linda F. MPH. How Perceived Structural Racism and Discrimination and Medical Mistrust in the Health System Influences Participation in HIV Health Services for Black Women Living in the United States South: A Qualitative, Descriptive Study. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 31(5):p 598-605, September-October 2020. | DOI: 10.1097/JNC.0000000000000189

¹⁵ Flourish. (2024). HIV infections, Black women, Retrieved from <https://public.flourish.studio/visualisation/19152011/>

¹⁶ Centers for Disease Control and Prevention. (2024). HIV Surveillance Data Tables: Diagnoses, Deaths, and Prevalence of HIV in the United States and 6 U.S. Dependent Areas, 2022. Retrieved from <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/156513>

¹⁷ Wirtz AL, Humes E, Althoff KN, Poteat TC, Radix A, Mayer KH, Schneider JS, Haw JS, Wawrzyniak AJ, Cannon CM, Stevenson M, Cooney EE, Adams D, Case J, Beyrer C, Laeyendecker O, Rodriguez AE, Reiser SL; American Cohort to Study HIV Acquisition Among Transgender Women (LITE) Study Group. HIV incidence and mortality in transgender women in the eastern and southern USA: a multisite cohort study. *Lancet HIV*. 2023 May;10(5):e308-e319. doi: 10.1016/S2352-3018(23)00008-5. Epub 2023 Feb 28. PMID: 36868260; PMCID: PMC10164681.

¹⁸ Centers for Disease Control and Prevention. (n.d.). NCHHSTP AtlasPlus: Tables. Retrieved August 30, 2024, from <https://gis.cdc.gov/grasp/nchhstpatlas/tables.html>

¹⁹ Ibid.

²⁰ Centers for Disease Control and Prevention. Monitoring selected national HIV prevention and care objectives by using HIV surveillance data—United States and 6 dependent areas, 2021. *HIV Surveillance Supplemental Report*, 2023; 28(No. 4). <http://www.cdc.gov/hiv/library/reports/hiv-surveillance.html>. Published May 2023. Accessed July 20, 2023.

locales y el sistema de salud pública por garantizar la vinculación ante las dificultades de acceso en la región.

Para muchas personas en el Sur, el acceso al cuidado oportuno y eficaz para el VIH se complica debido a una constelación de factores socioeconómicos. En comparación con otras regiones de Estados Unidos, los estados sureños suelen tener un nivel educativo más bajo, tasas de pobreza más elevadas e ingresos medios más bajos. Estas dificultades socioeconómicas exacerbadas las disparidades en la salud y dificultan que las personas obtengan un seguro de salud, una atención médica y un apoyo consistentes.

La supresión viral, un indicador clave del control eficaz del VIH, revela otro nivel de disparidades. La tasa nacional de supresión viral para las personas diagnosticadas con VIH en 2021 fue de casi el 66%, pero solo el 64.9% de las personas del Sur alcanzaron este hito. La combinación de la estigmatización, la homofobia y las dificultades económicas permanentes puede disuadir a las personas de buscar atención regular y seguir el tratamiento. Además, la inestabilidad en la vivienda y el acceso limitado a alimentos nutritivos pueden perturbar la adherencia al tratamiento y la salud en general.

Las recientes adiciones a la Estrategia Nacional contra el VIH/Sida, que incluyen indicadores para una autoevaluación del estado de salud, la salud mental, el hambre, el desempleo y la vivienda inestable, ponen de relieve el contexto más amplio de la vida con VIH.²² Para muchos habitantes del Sur, estos indicadores son preocupaciones urgentes que afectan su bienestar general. Las dificultades con la salud mental, impulsadas por el estigma y el aislamiento social, y los desafíos diarios del hambre y la vivienda inestable, complican aún más su capacidad de gestionar su salud de manera eficaz.

Las historias personales de quienes viven con VIH en el Sur revelan el profundo impacto de estos problemas estructurales. Se enfrentan a una batalla diaria no solo contra el virus, sino también contra un telón de fondo de desventajas socioeconómicas y barreras sistémicas. Abordar estas disparidades requiere un enfoque integral que vaya más allá del cuidado de salud, incorporando esfuerzos por enfrentar al estigma, mejorar el acceso a los recursos y abordar los determinantes sociales más amplios que afectan los resultados en la salud.

Al reconocer y abordar estas dificultades personales y sistémicas, se puede trabajar para reducir las desigualdades en la salud que enfrentan las personas con VIH en el sur de Estados Unidos y mejorar su calidad de vida.

El consumo de drogas inyectables y las transmisiones del VIH

El consumo de drogas inyectables también sigue siendo un factor significativo para las nuevas transmisiones del VIH, particularmente en zonas no urbanas del Sur. En 2021, 2,521 diagnósticos de nuevas transmisiones del VIH se atribuyeron al consumo de drogas inyectables. El 44% de esas nuevas infecciones ocurrieron en el Sur, un aumento del 15% en los nuevos diagnósticos atribuidos al consumo de drogas inyectables en comparación con 2017. Una evaluación de 2016 de los condados vulnerables a brotes de VIH y hepatitis C identificó 220 condados, el 68% de los cuales se encontraban en el Sur. Virginia Occidental experimentó un brote significativo de 2019 a 2021, con un aumento en la transmisión del VIH en varios condados relacionado con el uso de drogas inyectables. En 2022, Virginia Occidental tuvo 141 nuevas transmisiones del VIH; casi el 69% fueron entre individuos que reportaron el consumo de drogas inyectables. Desde junio de 2022, trece estados tienen leyes que prohíben el funcionamiento de los programas de servicios de jeringas (SSP, por sus siglas en inglés), incluyendo tres estados sureños (Alabama, Misisipi y Texas).²³ Además, la política local en los estados sureños ha obligado a programas que llevaban mucho tiempo funcionando a reducir sus horas y sus servicios prestados o incluso a cerrar.

Acceso a la PrEP en el Sur

La profilaxis preexposición (PrEP, por sus siglas en inglés), en la que una persona puede tomar un medicamento antirretroviral oral o inyectable regularmente y prevenir la adquisición del VIH, es una intervención clave para disminuir las nuevas infecciones de VIH en un 90% para 2030. Los datos de AIDSVU sobre la utilización de la PrEP en 2023 muestran un aumento del 52% en su uso desde un 38% en 2022, una mejora del 30% en 2021 y del 13% en 2017. A pesar de los avances sustanciales, la cobertura de la PrEP sigue siendo profundamente desigual, variando significativamente por raza/etnia y por sexo.^{24 25} Mientras que las poblaciones blancas experimentaron un aumento del 74% en 2021 al 94% en 2022, las personas negras/afroestadounidenses representaron solo el 22% de los usuarios de la PrEP en 2023.²⁶ Las mujeres representaron solo el 8% de los usuarios

²² The White House, National HIV/AIDS Strategy for the United States 2022 – 2025, <https://files.hiv.gov/s3fs-public/NHAS-2022-2025.pdf>.

²³ Legislative Analysis and Public Policy Association, Syringe Service Programs: Summary of State Laws, June 2022, <http://legislativeanalysis.org/wp-content/uploads/2022/09/Syringe-Services-Programs-Summary-of-State-Laws.pdf>, accessed July 24, 2023.

²⁴ HIV Hepatitis Policy Institute. (2023). New CDC PrEP data demonstrates importance of federal funding. Retrieved from <https://hivhep.org/press-releases/new-cdc-prep-data-demonstrates-importance-of-federal-funding/>, accessed August 28th, 2024.

²⁵ AIDSVU. Deeper Look, PrEP, <https://aidsvu.org/resources/deeper-look-prep/>, accessed, August 27, 2024.

de la PrEP, lo que refleja un aumento del 2% desde 2018.²⁷ Las personas hispanas/latinas tuvieron solo un 18% de cobertura de la PrEP en 2023. Entre las personas de 13 a 24 años, la relación PrEP-necesidad (PnR, por sus siglas en inglés) fue de 9, lo que significa que, por cada persona diagnosticada con VIH, había 9 que usaban la PrEP.²⁸ En 2023, solo el 39% de los usuaries de la PrEP residían en el Sur, que tenía la mayor necesidad insatisfecha de PrEP en EE. UU., basado el número de personas a las que se les indicaba la PrEP en comparación con las que se les recetaba.

Un estudio realizado en 2020 descubrió que solo una cuarta parte de las clínicas que proporcionan la PrEP están ubicadas en el Sur y que solo el 30% de les usuaries de la PrEP se encontraban en el Sur.³⁰ El estigma y la falta de conocimiento sobre la PrEP son dos barreras notables para el acceso. En un grupo de enfoque realizado entre 2021 y 2022, en el que participaron 19 integrantes del personal y 17 pacientes que calificaban para la PrEP en los centros de salud con cualificación federal (FQHC, por sus siglas en inglés) de Misisipi, se hizo evidente que la falta de información sobre la PrEP era un tema común para ambos grupos. Une integrante del personal reconoció: “Probablemente sé lo mínimo sobre la PrEP”, mientras que otre señaló: “Bueno, me explicaron más o menos qué es la PrEP...” Les pacientes también notaron la falta de conocimientos del personal médico, lo que aumentó aún más su desconfianza.³¹ Une paciente dijo: “Ella buscó PrEP en Google delante de mí y me preguntó si era un tratamiento”.³² Otra preocupación era el temor a los efectos secundarios, que influía en la decisión de les pacientes de utilizar la PrEP: “Tengo miedo de subir de peso...” y “...la mayoría de las pastillas tienen reacciones alérgicas y efectos secundarios...” Además, quienes conocían la existencia de una pastilla oral para prevenir el VIH expresaron la percepción de que la prevención del VIH era “para homosexuales”, y algunos médiqes reforzaron este estereotipo.³⁴ Une paciente declaró: “Les proveedores médiqes heterosexuales se sienten con derecho a darte un sermón: ‘Sabes que eres gay, así que deberías...’, y es muy ofensivo”.³⁵ Las mismas barreras que impiden a las personas

acceder al tratamiento del VIH en las zonas rurales (falta de anonimato, falta de recursos) también crean barreras para acceder a la PrEP. Otra barrera sistémica para la adopción de la PrEP se da entre las personas que se encuentran sin hogar y la población con vivienda precaria. De les jóvenes que se encuentran sin hogar en el Sur, solo el 29% sabía de la PrEP y apenas el 4% había hablado de ella con une proveedor.³⁶ Las clínicas de salud sexual pueden ser colaboradores clave para ampliar el acceso a la educación y las recetas de PrEP, pero solo una quinta parte de las clínicas del Programa de Planificación Familiar Título X en el Sur estaban preparadas para administrar la PrEP.³⁷ Como parte de su misión de proporcionar servicios de planificación familiar integral y servicios relacionados, las clínicas del Título X son un punto de acceso crucial para la prevención del VIH y las infecciones de transmisión sexual (ITS), la educación, la detección, el tratamiento, así como la PrEP.

Las mismas barreras que impiden a las personas acceder al tratamiento del VIH en las zonas rurales (falta de anonimato, falta de recursos) también crean barreras para acceder a la PrEP.

²⁶ AIDSvU. (2024). AIDSvU releases new PrEP data and launches PrEPvU.org, a new PrEP equity platform. Retrieved from <https://aidsvu.org/news-updates/aidsvu-releases-new-prep-data-and-launches-prepvu-org-a-new-prep-equity-platform/#:~:text=Nationally%2C%20there%20are%2014%20PrEPfor%20PrEP%20of%20all%20regions.36>

²⁷ Flourish. (2024). HIV infections, Black women. Retrieved from <https://public.flourish.studio/visualisation/19152011/>

²⁸ AIDSvU. (2024). PrEP Youth Infographic. Retrieved from https://aidsvu.org/wp-content/uploads/2024/06/PrEP-Youth_06252024.png

²⁹ AIDSvU. (2024). AIDSvU releases new PrEP data and launches PrEPvU.org, a new PrEP equity platform. Retrieved from <https://aidsvu.org/news-updates/aidsvu-releases-new-prep-data-and-launches-prepvu-org-a-new-prep-equity-platform/#:~:text=Nationally%2C%20there%20are%2014%20PrEPfor%20PrEP%20of%20all%20regions.36>

³⁰ Mayer, K. H., Agwu, A., & Malebranche, D. (2020). Barriers to the Wider Use of Pre-exposure Prophylaxis in the United States: A Narrative Review. *Advances in therapy*, 37(5), 1778–1811. <https://doi.org/10.1007/s12325-020-01295-0>

³¹ Implementation Science Communications. (2024). Availability of data and materials. Retrieved from <https://implementationsciencecomms.biomedcentral.com/articles/10.1186/s43058-024-00632-5#availability-of-data-and-materials>

³² Ibid.

³³ Ibid.

³⁴ Ibid.

³⁵ Ibid.

³⁶ CDC. (2022, December 1). Issue Brief: The Role of Housing in Ending the HIV Epidemic. Retrieved December 20, 2022, from <https://www.cdc.gov/hiv/pdf/policies/data/cdc-hiv-issue-brief-housing.pdf>

³⁷ Sales, J. M., Escoffery, C., Hussien, S. A., Haddad, L. B., McCumber, M., Kwiatkowski, E., Filipowicz, T., Sanchez, M., Psioda, M. A., & Sheth, A. N. (2021). Pre-exposure Prophylaxis Implementation in Family Planning Services Across the Southern United States: Findings from a Survey Among Staff, Providers and Administrators Working in Title X-Funded Clinics. *AIDS and behavior*, 25(6), 1901–1912. <https://doi.org/10.1007/s10461-020-03120-9>

Sindemias y justicia desalud

El VIH no existe en un vacío, sino que forma parte de una sindemia. La Estrategia Nacional contra el VIH/Sida define una sindemia como “un conjunto de problemas de salud relacionados entre sí que interactúan sinérgicamente y contribuyen a una carga excesiva de una enfermedad en una población. Las determinantes sociales de la salud y la estigmatización también cumplen un papel importante en esta sindemia”.³⁸ Los CDC definen las determinantes sociales de la salud como “las condiciones del entorno en el que las personas nacen, viven, trabajan, juegan, rinden culto y envejecen, que afectan a una amplia gama de resultados y riesgos para la salud, el funcionamiento y la calidad de vida”.³⁹ El VIH, la hepatitis viral, ITS, el consumo de alcohol y sustancias y los trastornos mentales están relacionados, y los esfuerzos para interrumpir su impacto deben ir más allá de las interacciones específicas de las enfermedades y examinar las causas profundas, como el empleo, el acceso al cuidado de salud y la alimentación, la vivienda estable y otras determinantes sociales de la salud.

EE. UU. tiene una epidemia creciente de ITS, con más de 2.4 millones de casos de clamidia, gonorrea y sífilis reportados en 2022.⁴⁰ En 2022, la mitad de los casos reportados de ITS se dieron entre adolescentes y adultos jóvenes de entre 15 y 24 años. Además, las ITS, al igual que el VIH, también afectan de manera desproporcionada a las comunidades negras, ya que el 31% de todos los casos de clamidia, gonorrea y sífilis primaria/secundaria se reportaron en este grupo. La región sureña de EE. UU. se ve fuertemente afectada por altas tasas de ITS.⁴¹

El consumo de drogas inyectables, predominantemente en las zonas más rurales de los estados sureños, tiene un efecto en el VIH, la hepatitis C y las muertes por sobredosis. Las muertes por sobredosis de drogas han ido en aumento en las últimas dos décadas, con 107,543 muertes por sobredosis en 2023.⁴² El tratamiento del consumo de sustancias también está rezagado en el Sur, ya que el acceso depende mucho de la cobertura de salud. Medicaid es la mayor entidad pagadora para el tratamiento del consumo de sustancias en EE. UU., pero lamentablemente 7 de los 10 estados que han optado por no ampliar Medicaid se encuentran en el Sur.⁴³

Se estima que la hepatitis C afecta a 2.4 millones de personas en EE. UU. y el 51% de las personas no saben que viven con el virus. La incidencia de la hepatitis C aguda se ha duplicado desde 2013 y subió un 20% entre 2020 y 2023.⁴⁴ En 2023, el 66% de los casos de hepatitis C aguda reportados a los CDC se atribuyeron al consumo de drogas inyectables. Florida, Kentucky, Virginia Occidental, Luisiana, el Distrito de Columbia y Tennessee, se encuentran entre los diez estados con las tasas más altas de casos reportados en 2022.⁴⁵

Los estudios han demostrado consistentemente que los determinantes sociales de la salud están vinculados a los resultados del VIH. La importancia de una vivienda estable en la prevención del VIH, la atención y los resultados del tratamiento ha sido ampliamente demostrada. Como se mencionó anteriormente, los individuos que reciben servicios del Programa Ryan White de VIH/SIDA tenían una tasa de supresión viral del 89.7%; sin embargo, para aquellos con vivienda inestable, solo el 77.3% logró la supresión viral.⁴⁶ El Proyecto de Monitoreo Médico de los CDC estimó que, entre las personas con VIH, la prevalencia de personas sin hogar o con vivienda inestable era del 17%, mientras que la prevalencia estimada de personas sin hogar en general era del 8%. Encontrarse sin hogar no es el único tipo de vivienda inestable. El mismo estudio descubrió que alrededor del 12% de las personas con VIH se había mudado con otras personas debido a problemas económicos, el 8% se había mudado dos o más veces y el 2% había sido desalojado en los últimos 12 meses. En un estudio reciente realizado en Nashville, Tennessee, el 45% de las personas que se encontraban sin hogar y que vivían con VIH no tenían supresión viral.⁴⁷

MMP también descubrió que alrededor del 19% de las personas con VIH sufrían inseguridad alimentaria, el 35% estaban desempleadas y el 33% tenían ingresos por debajo del umbral federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés).⁴⁸ Además, el 55% de las mujeres que viven con VIH han sufrido violencia por parte de su pareja íntima, lo que las hace más susceptibles a embarazos no planificados o incapaces de acceder al cuidado de salud debido a la intimidación y el control de su pareja.⁴⁹ Las personas que tienen VIH en zonas rurales suelen tener problemas adicionales de transporte para acceder a los servicios de prevención, cuidado y tratamiento.

³⁸ The White House. (2022). National HIV/AIDS Strategy for the United States 2022–2025. Retrieved from <https://files.hiv.gov/s3fs-public/NHAS-2022-2025.pdf>

³⁹ Healthy People 2030, U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion). Social determinants of health. from <https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/social-determinants-health>

⁴⁰ Centers for Disease Control and Prevention. (2023). Sexually transmitted disease surveillance 2022: Overview. Retrieved August 30, 2024, from <https://www.cdc.gov/std/statistics/2022/overview.htm#:~:text=As%20in%20past%20years%2C%20there%20adults%20aged%2015%2F%80%9324%20years>

⁴¹ Centers for Disease Control and Prevention. (2023, July 24). 2022 STD Surveillance - Figures. U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.cdc.gov/std/statistics/2022/figures.htm>

⁴² Centers for Disease Control and Prevention. (2024, May 15). NCHS Press Release - May 15, 2024. U.S. Department of Health and Human Services. https://www.cdc.gov/nchs/presroom/nchs_press_releases/2024/20240515.htm

⁴³ Grooms, J., & Ortega, A. (n.d.). Racial disparities in accessing treatment for substance use highlights work to be done. USC Schaeffer. <https://healthpolicy.usc.edu/evidence-base/racial-disparities-in-accessing-treatment-for-substance-use-highlights-work-to-be-done/>

⁴⁴ Centers for Disease Control and Prevention. (2023, August 9). Hepatitis C Surveillance in the United States – 2022. U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.cdc.gov/hepatitis/statistics/2022surveillance/hepatitis-c.htm>

⁴⁵ Centers for Disease Control and Prevention. (2023, August 9). Figure 3.3. Acute Hepatitis C - Case Rates by Jurisdiction, 2022. U.S. Department of Health and Human Services. <https://www.cdc.gov/hepatitis/statistics/2022surveillance/hepatitis-c/figure-3.3.htm>

⁴⁶ Health Resources and Services Administration. (2023). Ryan White HIV/AIDS Program annual client-level data report 2022. U.S. Department of Health and Human Services. <https://ryanwhite.hrsa.gov/sites/default/files/ryanwhite/data/rwhap-annual-client-level-data-report-2022.pdf>

⁴⁷ Berthaud, V., Johnson, L., Jennings, R., et al. (2022). The effect of homelessness on viral suppression in an underserved metropolitan area of middle Tennessee: Potential implications for ending the HIV epidemic. BMC Infectious Diseases, 22(144). <https://doi.org/10.1186/s12879-022-07105-y>

⁴⁸ Centers for Disease Control and Prevention. (2024). Behavioral and clinical characteristics of persons with diagnosed HIV infection—Medical Monitoring Project, United States, 2022 Cycle (June 2022–May 2023). U.S. Department of Health and Human Services. <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/159149>

⁴⁹ KFF. (2020, March 9). Women and HIV in the United States. Retrieved December 2022, from <https://www.kff.org/hiv/aids/fact-sheet/women-and-hiv-in-the-united-states/>

Tasas más elevadas de infecciones de transmisión sexual, 2022

Tasa por 100,000

Clasificación	Clamidia	Gonorrea	Sífilis primaria y secundaria	Sífilis congénita
1	Distrito de Columbia	Distrito de Columbia	Dakota del Sur	Nuevo México
2	Alaska	Misisipi	Distrito de Columbia	Arizona
3	Misisipi	Luisiana	Nuevo México	Nevada
4	Luisiana	Carolina del Sur	Oklahoma	Luisiana
5	Alabama	Alaska	Arizona	Texas
6	Arkansas	Misuri	Misisipi	California
7	Carolina del Sur	Alabama	Nevada	Alabama
8	Georgia	Arkansas	California	Florida
9	Florida	Delaware	Misuri	Misisipi
10	Texas	Maryland	Arkansas	Georgia

VIH EN EL SUR: DESAFÍOS, OPORTUNIDADES Y VOCES COMUNITARIAS

VOCES DEL SUR

Más de 200 habitantes del Sur fueron invitados a participar en una encuesta sobre el VIH en la región. Un gran número de estos encuestados eran personas que viven con VIH. La retroalimentación proporcionada resultó crucial para comprender cómo nuestras comunidades perciben el VIH en el Sur.

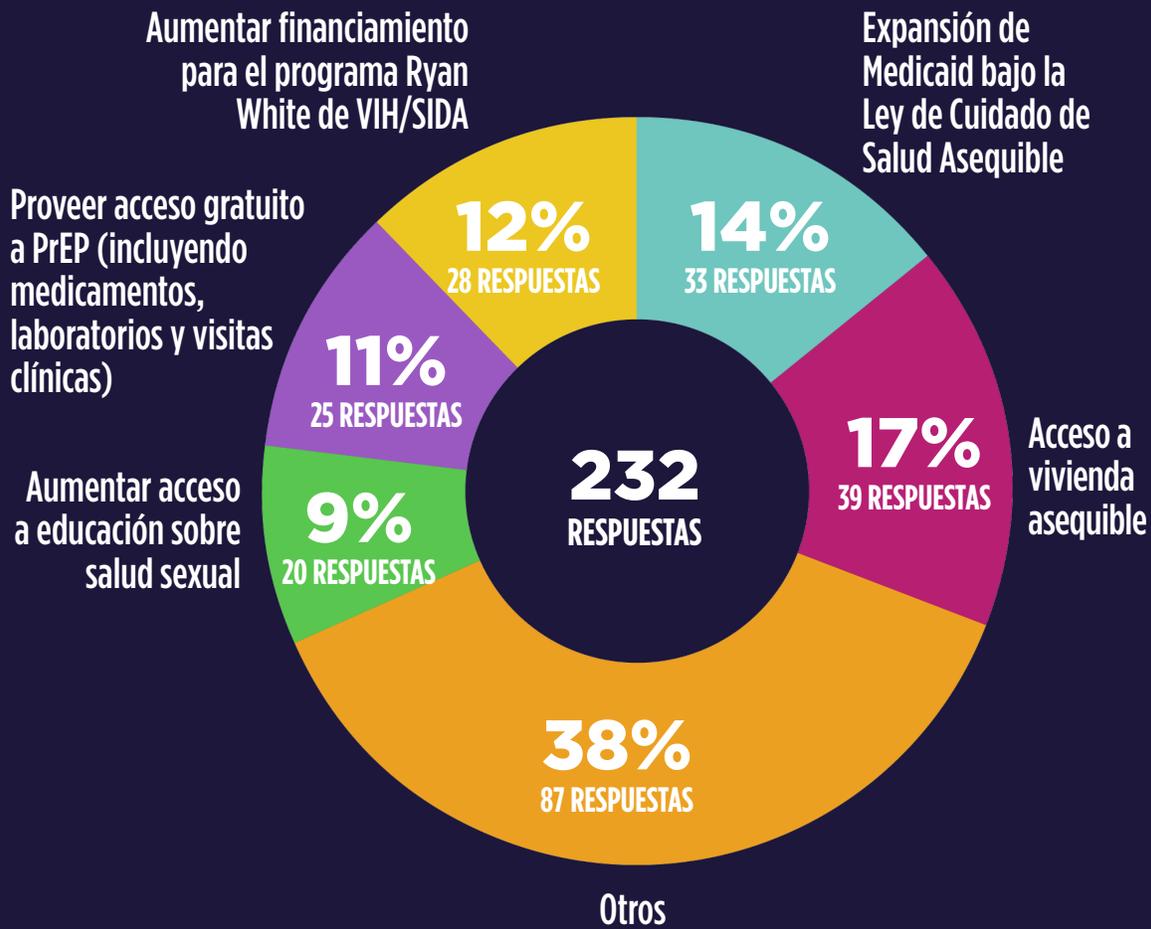
¿CUÁLES SON LAS MAYORES BARRERAS PARA EL ACCESO A LA PREVENCIÓN, ATENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL VIH EN EL SUR?



“Debemos lograr que nuestro gobernador entienda que expandir Medicaid es esencial, especialmente para comunidades desérticas donde no hay departamento de salud, hospitales, ni ningún tipo de asistencia de salud. Tenemos que destinar recursos económicos a donde no hay instalaciones de atención médica.”

“Muchas comunidades en el Sur están fuertemente estigmatizadas por la sola palabra VIH. Normalizar el VIH a través de campañas y anuncios es clave para reducir este estigma y aumentar el acceso a la atención.”

¿QUÉ POLÍTICAS CREE USTED QUE MEJORARÍAN LA PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DEL VIH EN EL SUR?



“Despenalizar el VIH y garantizar un acceso equitativo a la prevención, atención, vivienda y recursos económicos son esenciales. El VIH es un problema de salud, no uno criminal.”

Debemos aumentar la concienciación sobre las organizaciones, hospitales y clínicas de salud pública que brindan atención para el VIH, expandir Medicaid para incrementar la cobertura de salud y reducir los gastos médicos que recaen sobre los fondos de Ryan White, y normalizar el VIH (lo que conduce a la desestigmatización) a través de anuncios en áreas metropolitanas.



SISTEMAS QUE IMPULSAN DOS DEL VIH

Los sistemas e instituciones interconectados, incluyendo la salud pública, la atención médica, la educación, la vivienda y la justicia penal, están impulsando la epidemia del VIH en este país. Solo interrogando, reformando, y en algunos casos desmantelando estos sistemas, podremos comenzar a abordar las disparidades de VIH más evidentes en el sur.

Financiación del VIH en el Sur: Cuestionar si la financiación responde a las necesidades

Los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH en los EE. UU. son financiados por un conjunto complicado de financiadores federales, estatales y privados. La región sur a menudo ha tenido menos recursos debido a las prioridades de financiamiento estatal, la falta de financiadores privados enfocados en el sur, y los recursos federales que se centraron en los lugares donde comenzó la epidemia del VIH en lugar de las áreas donde surgió más tarde (incluyendo ubicaciones rurales). En la última década, ha habido cambios notables en las prioridades de financiamiento para igualar algunas de las discrepancias, sin embargo, sigue existiendo una significativa falta de financiamiento de la infraestructura del VIH en el sur.

Programa Ryan White contra el VIH/Sida

Muchos estados sureños dependen excesivamente de la financiación del Programa Ryan White contra el VIH/Sida (RWHAP, por sus siglas en inglés), principalmente debido a que no expandieron Medicaid. En el AF2023, la financiación federal para el RWHAP fue de 2.57 mil millones de dólares. El Programa Ryan White contra el VIH/Sida atiende a más de 576,076 clientes que viven con VIH. El 73% de los clientes del RWHAP pertenecen a minorías raciales/étnicas y el 60% se encuentran en el 100% del FPL o por debajo de él. Ajustando para la inflación, la financiación del Programa Ryan White no ha aumentado desde 2001, y la financiación ha disminuido

lentamente desde 2013, basado en dólares de 2001.⁵⁰ Sin embargo, los costos del programa y una mayor demanda han seguido creciendo. Mientras tanto, las crecientes divisiones en el Congreso han hecho que las decisiones sobre la asignación de recursos sean más reñidas, con propuestas extremas de eliminar la financiación de la Iniciativa para Acabar con la Epidemia del VIH (EHE, por sus siglas en inglés) y la Iniciativa contra el Sida para las Minorías (MAI, por sus siglas en inglés) y de reducir drásticamente la financiación de otros programas de VIH.⁵¹

⁵⁰ Kaiser Family Foundation, The Ryan White HIV/AIDS Program: The Basics. 2022, Nov 3; <https://www.kff.org/hiv/aids/fact-sheet/the-ryan-white-hiv-aids-program-the-basics/>

⁵¹ Andy Miller and Sam Whitehead, KFF Health News, In Move to Slash CDC Budget, House Republicans Target Major HIV Program Trump Launched (September 2023), available at <https://kffhealthnews.org/news/article/cdc-budget-house-appropriations-hiv-epidemic-program-cuts/>

DESDE LA PRIMERA LÍNEA CÓMO AFRONTAR LOS DESAFÍOS Y PROMOVER EL CAMBIO EN LA DEFENSORÍA DEL VIH EN EL SUR



Denford Galloway

Director del Consejo de Planificación, Programa Ryan White, Departamento de Salud del Condado de Shelby, Tennessee

El Programa Ryan White de Memphis funciona bajo el Área de Subvención Transitoria (TGA, por sus siglas en inglés) de la ciudad, que incluye partes de Tennessee, Arkansas y Misisipi. En Memphis, como en otras jurisdicciones Ryan White, existe un Consejo de Planificación.

Denford Galloway, nacido y criado en Memphis, dirige el Consejo de Planificación Ryan White del TGA. Con más de dos décadas de experiencia personal viviendo con VIH, Galloway ofrece un conocimiento profundo de los desafíos y las estrategias eficaces necesarias para erradicar la epidemia del VIH en el Sur.

La educación es un catalizador crucial para el cambio en cualquier estrategia destinada a acabar con la epidemia del VIH en el sur. Uno de los mayores obstáculos es el estigma generalizado asociado al virus, agravado por la falta de conocimiento. El Sr. Galloway enfatiza la necesidad urgente de una educación amplia sobre el VIH para dismantelar los conceptos erróneos y aliviar los miedos que alimentan la estigmatización. "Educar a la comunidad sobre el VIH es imperativo", afirma Galloway. "Debemos animar a aquellos que desconocen su estado serológico a que se hagan la prueba. La conciencia y el conocimiento son nuestras mejores herramientas para detener la propagación del virus". Según el Sr. Galloway, la falta de educación sobre temas relacionados con el VIH está presente incluso en los consejos de planificación, ya que muchos miembros desconocen los procesos de toma de decisiones. Las campañas de educación y concienciación para el público en general son necesarias, pero no deben ser el único enfoque.

Estas campañas también deben llevarse a cabo dentro de instituciones como los consejos de planificación, agencias, y cualquier otra que interactúe con el público.

El Sr. Galloway es un firme defensor de un cuidado de salud integral que vaya más allá de la mera gestión médica del VIH. "Ser indetectable es excelente, pero no es el final de la historia", afirma. Él propone un enfoque holístico que abarque la salud mental, el bienestar físico y el apoyo emocional. Al igual que otras personas, el Sr. Galloway reconoce que abordar eficazmente el VIH implica algo más que simplemente controlar la carga viral: exige nutrir la mente, el cuerpo y el alma.

La vivienda estable sigue siendo uno de los obstáculos más significativos para adoptar un enfoque holístico para el cuidado de salud. El Sr. Galloway subraya que sin condiciones de vida estables, la gestión del VIH se convierte en una tarea insuperable para muchas personas. "La vivienda y la situación de encontrarse sin hogar son grandes barreras. Tenemos que mostrar mayor agresividad para llegar a las personas que se encuentran sin hogar, proporcionándoles una vivienda estable y un cuidado de salud consistente", explica.

Programa Ryan White contra el VIH/Sida

El Programa de Asistencia de Medicamentos contra el Sida (ADAP, por sus siglas en inglés), un componente de la financiación de la Parte B del RWHAP que se otorga a todos los estados, el Distrito de Columbia y los territorios, es un componente particularmente crucial del RWHAP, ya que financia medicamentos y la compra de seguros médicos para personas con VIH que no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente. En el AF2023, el Congreso asignó 900 millones de dólares para los ADAP, pero la financiación estatal discrecional y los reembolsos e ingresos del programa contribuyen al gasto general en los ADAP de muchos estados. El monto total gastado por los ADAP en el AF2021 fue de 2.1 mil millones de dólares.⁵²

A nivel nacional, 20 estados contribuyeron fondos estatales discrecionales a los programas ADAP por un total de casi 106.4 millones de dólares. Siete estados del sur (Florida, Georgia, Luisiana, Carolina del Norte, Carolina del Sur, Tennessee y Texas) fueron responsables del 55% de los fondos estatales totales destinados al Programa de Asistencia para Medicamentos del SIDA (ADAP) a nivel nacional. Esto demuestra la poderosa defensa realizada por las comunidades de estos estados, ya que los fondos federales eran gravemente insuficientes para satisfacer la demanda de las personas que viven con VIH y necesitan medicamentos que salvan vidas.

Un componente clave de los presupuestos del ADAP son los reembolsos y los ingresos del programa. Los reembolsos son pagos recibidos de los fabricantes farmacéuticos y los ingresos del programa se generan a partir de terceros pagadores. En el AF2021, los reembolsos estimados del ADAP ascendieron a 802 millones de dólares, lo que representa el 38% del presupuesto total del ADAP. En este mismo periodo, los ingresos del programa fueron de 81.4 millones de dólares (4% del presupuesto total del ADAP). Los estados que pueden apoyar a sus clientes con otra forma de cobertura de medicamentos recetados (Medicaid, Medicare, seguros privados) y los que tienen el personal suficiente para buscar todos los posibles reembolsos e ingresos del programa son los que pueden obtener la mayor cantidad de financiación para reintegrar a sus programas. De los estados sureños que proporcionaron datos para un informe anual sobre los programas ADAP, solo cuatro tenían un porcentaje de reembolsos e ingresos del programa superior al promedio nacional que contribuía a sus presupuestos ADAP (Florida, Washington, D. C., Kentucky y Luisiana).

Financiación de los CDC para la prevención del VIH

En el AF2023, el Centro Nacional para la Prevención del VIH, la Hepatitis Viral, las ETS y la Tuberculosis de los CDC recibió una asignación del Congreso de mil millones de dólares. La División de Prevención del VIH recibió 755.6 millones de dólares; este monto ha permanecido estancado durante la última década.

Acabar con la epidemia del VIH

La Iniciativa para Acabar con la Epidemia del VIH en EE. UU. comenzó en 2019 y pretende acelerar los esfuerzos locales y estatales con el objetivo de reducir las nuevas transmisiones en un 90% para 2030. Los objetivos programáticos se centran en cuatro estrategias clave: diagnosticar, tratar, prevenir y responder. En 2019, el presidente Donald Trump anunció la Iniciativa para Acabar con la Epidemia del VIH en EE. UU. La iniciativa fue diseñada para proporcionar fondos adicionales a las 57 jurisdicciones, 48 condados y 7 estados con casos de VIH rurales sustanciales, donde se produjeron más del 50% de las nuevas infecciones por VIH en 2016 y 2017. De esos 48 condados, el 48% se encuentra en el Sur, al igual que 7 de los 8 estados prioritarios (Alabama, Arkansas, Kentucky, Misisipi, Misuri, Oklahoma y Carolina del Sur).⁵³ En el AF2022, las agencias federales recibieron 473 millones de dólares para actividades de EHE, incluyendo:

- ▶ 195 millones de dólares para que los CDC implementen programas de prevención del VIH.
- ▶ 247 millones de dólares para el RWHAP de la HRSA y 122 millones de dólares para la Oficina de Atención Primaria de Salud para ampliar las pruebas de VIH y la PrEP en los centros de salud comunitarios.
- ▶ 5 millones de dólares para el Servicio de Salud para los Pueblos Indígenas para programas de VIH, hepatitis C e ITS.
- ▶ 26 millones de dólares para los NIH destinados a proyectos de investigación sobre la implementación.

La inclusión de los centros de salud comunitarios en la Iniciativa EHE ha sido un aspecto importante del apoyo federal a la PrEP. Con la financiación del programa, 366 centros de salud han recibido fondos para aumentar las pruebas de VIH, las vinculaciones y las prescripciones de PrEP. En el Sur, 140 centros de salud (38%) han recibido financiación. Sin embargo, está claro que los centros de salud comunitarios, aunque son socios fundamentales

para el acceso a la PrEP, no son suficientes por sí solos para llevar la PrEP a las comunidades que tal vez no estén interactuando con los sistemas de atención médica tradicionales. La infraestructura de PrEP en su conjunto es deficiente en el Sur y está impulsando la baja adopción de la PrEP en esta región que se ha mencionado anteriormente. En su presupuesto para el AF2023, el presidente Biden solicitó un Programa Nacional de PrEP para crear una respuesta federal coordinada a la PrEP para las personas que no tienen seguro médico o que tienen un seguro insuficiente, y repitió esa solicitud en el AF24.⁵⁴ Los defensores han solicitado que ese programa incluya tres pilares: precios de salud pública negociados a nivel federal para los medicamentos de la PrEP; precios negociados para los servicios de laboratorio de la PrEP; una red ampliada de proveedores de PrEP que incluya un modelo de rueda (centro y radios) para conectar a quienes entregan recetas clínicas con organizaciones comunitarias no clínicas.⁵⁵

Filantropía y financiación privada

Un informe de Funders Concerned About AIDS (“Financiadores Preocupados por el Sida”) descubrió que en 2020 las entidades financiadoras corporativas y filantrópicas aportaron 321 millones de dólares a organizaciones en EE. UU. La mayor parte de la financiación (62%) tenía un enfoque nacional. El Sur y el Oeste recibieron más fondos dedicados que otras regiones, pero solo el 20% de la financiación total.⁵⁶

Los 64 millones de dólares desembolsados al Sur en 2020 representaron un aumento del 76% con respecto a 2019, atribuible principalmente a la Iniciativa COMPASS de Gilead®. La financiación de la Iniciativa Compass se concede principalmente a grandes centros de coordinación ubicados en el Sur, y los fondos se distribuyen hacia las comunidades con el tiempo.

En 2017, Gilead Sciences anunció la iniciativa COMPASS, que entregará 100 millones de dólares y tendrá una duración de 10 años. Desde entonces, Gilead ha aportado una financiación significativa a organizaciones comunitarias centradas en “el desarrollo de capacidades y el conocimiento compartido, el bienestar, la salud mental, el consumo de sustancias y el cuidado informado por el trauma, la reducción del estigma y el cuidado culturalmente apropiado, y la defensoría basada en la fe y la creación de capacidades espiritualmente integradas”.⁵⁷

A través de COMPASS, los esfuerzos liderados por la comunidad han recibido financiamiento significativo enfocado en una variedad de enfoques, incluyendo “la construcción de capacidades y el conocimiento compartido, el bienestar, la salud mental, el uso de sustancias y la atención informada sobre el trauma, la reducción del estigma y la atención culturalmente adecuada, así como la defensa basada en la fe y la construcción de capacidades integradas espiritualmente”.

Los financiadores privados son socios fundamentales, en los que se confía en gran medida, para abordar la epidemia de VIH en el sur. La Iniciativa de Acción Positiva del Sur de ViiV Healthcare comenzó en 2010 y comprometió más de \$9 millones a organizaciones del sur hasta 2021. También es notable el Fondo de Impacto del VIH del Sur de AIDS United, que durante años ha reunido a financiadores para un modelo de financiamiento colaborativo para apoyar a las organizaciones del sur. En 2024, el Fondo de Impacto del VIH del Sur de AIDS United otorgó \$1.2 millones a su séptima cohorte de beneficiarios del sur, con financiamiento proporcionado por Gilead Sciences, ViiV Healthcare y un donante anónimo. Si bien algunos financiadores privados han realizado inversiones significativas en el sur, se necesita una base de apoyo más amplia e inversiones a largo plazo para respaldar la infraestructura requerida para acabar con la epidemia de VIH en el sur.

Se están haciendo esfuerzos para aumentar el compromiso y la inversión de las empresas en el abordaje del VIH, particularmente en las comunidades del sur. El éxito de iniciativas más recientes, como la Acción Empresarial de EE. UU. para Acabar con el VIH, es fundamental. Esta iniciativa fue fundada en 2022 por la Health Action Alliance para movilizar una creciente coalición de socios del sector privado “comprometidos a llenar las brechas y acelerar el progreso para ayudar a acabar con la epidemia del VIH en los EE. UU.”. Se establecieron dos capítulos locales en ciudades del sur en 2024—Atlanta y Houston—con el objetivo de involucrar a empleadores locales, cámaras de comercio y entidades gubernamentales.

Debido a los esfuerzos locales y estatales para acabar con la epidemia del VIH y la Iniciativa EHE, el financiamiento filantrópico para los estados ha aumentado en un 50%. De las diez jurisdicciones principales dirigidas a la financiación filantrópica, seis estaban en el sur (Florida, Georgia, Texas, Alabama, Luisiana y Washington, D.C.).

⁵⁴ NASTAD, 2023 National RWHP Part B ADAP Monitoring Project Annual Report, <https://nastad.org/2023-rwhap-part-b-adap-monitoring-report/section-3>.

⁵⁵ HHS, Priority Jurisdictions: Phase 1, <https://www.hiv.gov/federal-response/ending-the-hiv-epidemic/jurisdictions/phase-one/>, accessed July 25, 2023.

⁵⁶ President's Budget FY2024, <https://www.whitehouse.gov/omb/budget/>.

⁵⁷ Killelea A, Johnson J, Dangerfield DT, Beyrer C, McGough M, McIntyre J, Gee RE, Ballreich J, Conti R, Horn T, Pickett J, Sharfstein JM. Financing and Delivering Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) to End the HIV Epidemic. *J Law Med Ethics*. 2022;50(S1):8-23. doi: 10.1017/jlme.2022.30. PMID: 35902089; PMCID: PMC9341207.

⁵⁸ Funders Concerned About AIDS, Philanthropic Support to Address HIV and AIDS in 2020, <https://www.fcaids.org/inform/philanthropic-support-to-address-hiv-aids/>.

⁵⁹ Gilead Sciences, Compass Initiative, Coordinating Centers, <https://www.gileadcompass.com/coordinating-centers/accessed> July 26, 2023.

340B

El Programa de Precios de Medicamentos 340B es un programa federal que exige a los fabricantes farmacéuticos que participan en Medicaid que vendan medicamentos para pacientes ambulatorios a precios rebajados a determinadas entidades de salud pública. Los beneficiarios del RWHAP, así como los centros de salud comunitarios y las entidades que reciben fondos de los CDC para las ETS, pueden participar en el programa. El programa 340B también permite a las entidades generar ingresos sobre las compras con descuento. En otras palabras, la entidad 340B puede comprar un medicamento a un precio muy rebajado y luego, para sus pacientes asegurados, solicitar el reembolso a un pagador público o privado a un precio mucho más elevado y cercano al precio de lista del medicamento. La ACA cambió de manera fundamental el panorama de la financiación de las clínicas y proveedores de servicios del VIH. A medida que las personas con VIH adquirieron seguros médicos a través de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA, por sus siglas en inglés), han aumentado los dólares que las entidades elegibles podían recaudar del programa 340B. Las organizaciones que reciben fondos del RWHAP están obligadas por ley a invertir todos los ahorros e ingresos del 340B en sus programas y solo pueden gastar esos dólares en servicios aprobados. Esto ha propiciado el crecimiento del programa a pesar del estancamiento de la financiación federal, el aumento de la demanda de servicios y el incremento de los costos del cuidado de salud. En el Sur, la eficacia de los programas 340B es especialmente pronunciada y permite a las organizaciones mitigar algunos de los desafíos que plantean la limitada financiación estatal y los entornos políticos del Sur, que suelen resistirse a las prestaciones de salud expansivas. El ambiente político de los estados sureños, que a menudo se caracteriza por estrictas normativas del cuidado de salud y una aceptación diversa de las prestaciones de salud federales, influye decisivamente el acceso al programa 340B y en su impacto, por lo que la defensoría y la elaboración de políticas se hacen aún más cruciales para mantener estos servicios esenciales.

El programa 340B también ha sido fundamental para la expansión de la PrEP en los últimos 10 años. Dado que los precios de los medicamentos PrEP de marca han sido tan elevados, las entidades 340B han podido generar ahorros significativos a partir de sus pacientes no asegurados a través del proceso de “comprar barato y vender caro” que se

describió anteriormente. Estos ahorros se utilizan para pagar los servicios complementarios requeridos, como pruebas de laboratorio, gestión de casos, campañas educativas y otros servicios.

La adopción de la PrEP se ha visto obstaculizada por la falta de fuentes de financiación para las personas sin seguro médico o con seguro insuficiente, y porque los seguros médicos privados no están obligados a cubrir la intervención.

Las organizaciones han tenido que depender de los programas farmacéuticos de respaldo para proporcionar medicamentos gratuitos y buscar fondos en otros lugares para cubrir los servicios complementarios, lo que hace que los ingresos 340B sean aún más importantes.

Depender de los ingresos 340B como parte significativa del presupuesto de una organización conlleva riesgos. A medida que aumenta la disponibilidad de medicamentos genéricos del VIH, es más difícil obtener descuentos. Además, debido al enorme crecimiento del programa 340B en la última década, el Congreso supervisa minuciosamente al programa 340B, a los colaboradores de la industria y a otros actores de la cadena de suministro de medicamentos. Si se producen cambios en el programa 340B que provoquen una disminución de los ingresos, las organizaciones se verán obligadas a trabajar para compensar déficits potencialmente significativos.

La generación de ingresos 340B es una estrategia de financiación que solo funciona para las clínicas que califican como entidades cubiertas según las normas del programa. Los proveedores por fuera del sistema 340B, que incluyen las entidades benéficas de cuidado, son esenciales para el sistema de cuidado y prevención del VIH, pero a menudo quedan al margen de las estrategias de financiación tan dependientes del 340B.

Acceso a la salud en el Sur

El acceso a la atención médica en el sur depende en gran medida de una combinación de programas que son lamentablemente insuficientes para satisfacer las necesidades de las personas que viven con VIH o están afectadas por él, debido a una combinación de decisiones políticas y de financiamiento tomadas por legisladores estatales y locales.

Medicaid

Medicaid es el mayor pagador individual para el cuidado del VIH en Estados Unidos, representando el 45% de toda la financiación del VIH en 2022.⁵⁸ El papel de Medicaid para las personas con VIH ha aumentado desde la aprobación de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (ACA) y la expansión masiva del programa Medicaid que entró en vigor en 2014. Bajo la ACA, los programas de Medicaid pueden ampliar la elegibilidad a las personas hasta el 138% del FPL basándose únicamente en sus ingresos. Este fue un cambio significativo de las reglas tradicionales de elegibilidad de Medicaid, que normalmente requieren que las personas cumplan con una determinada categoría de elegibilidad (por ejemplo, tener una discapacidad), además de cumplir con un umbral muy bajo de ingresos. Sin embargo, dado que la expansión de Medicaid es opcional, no todos los estados han decidido adoptarla. Esto es especialmente cierto en los estados del Sur profundo. En julio de 2023, diez estados no habían ampliado Medicaid bajo la ACA, incluyendo Alabama, Georgia, Misisipi, Carolina del Norte, Carolina del Sur, Tennessee y Texas.

La decisión de no ampliar Medicaid ha tenido consecuencias para el acceso al VIH. La investigación muestra que la expansión de Medicaid ha aumentado el acceso a los servicios de cuidado y prevención del VIH, incluyendo un mayor uso de la PrEP para la prevención del VIH.⁵⁹ Los estados que han ampliado Medicaid han visto una reducción en los nuevos diagnósticos de VIH, además de una reducción en las tasas de mortalidad por VIH.⁶⁰ No ampliar Medicaid también ha costado a estos estados miles de millones de dólares en infraestructura y servicios de salud. Los investigadores estiman que Florida y Texas, dos de los estados con las mayores tasas de personas no aseguradas, han dejado sobre la mesa más de 66 mil millones de dólares cada una en fondos federales al negarse a ampliar Medicaid bajo la ACA.⁶¹

Para exacerbar la falta de expansión de Medicaid, las categorías de elegibilidad tradicionales son históricamente mucho más limitadas. Por ejemplo, el requisito de elegibilidad para madres y padres en los estados sureños que aún no han ampliado Medicaid es, en promedio, un 24% del FPL.⁶² Esto supone algo menos de 6,000 dólares anuales para una familia de tres personas.

Abril de 2023 marcó el final de una importante protección de la era del COVID-19, el requisito de cobertura continua de Medicaid, que había prohibido a los estados dar de baja a las personas de Medicaid durante la duración de la emergencia de salud pública (PHE, por sus siglas en inglés) que se declaró a nivel federal. Esta protección dio lugar al aumento de las listas de Medicaid desde marzo de 2020 hasta abril de 2023. Desde que comenzaron los procesos estatales para volver a determinar la elegibilidad, Kaiser Family Foundation estima que 3.8 millones de personas han sido dadas de baja de Medicaid.⁶³ Las políticas estatales están teniendo un gran impacto en la forma en que se está desarrollando esta reducción y si las personas están siendo dadas de baja erróneamente. Arkansas y Florida, por ejemplo, tienen tasas increíblemente altas de “cancelaciones por procedimiento”, lo que significa que las personas son dadas de baja por no haber presentado la documentación adecuada, y no porque finalmente se haya determinado que no cumplían los requisitos del programa.⁶⁴ A medida que las personas pierden la cobertura de Medicaid, a muchas de las cuales les pilla totalmente desprevenidas esta pérdida de cobertura, esta reducción tiene el potencial de causar interrupciones perjudiciales en los servicios relacionados con el VIH y de exacerbar las disparidades existentes.

La falta de cobertura de Medicaid en el Sur es también un obstáculo importante para la adopción de medicamentos antirretrovirales nuevos e innovadores. En los últimos años, han ingresado al mercado formas inyectables de acción prolongada, tanto para el tratamiento del VIH como para la PrEP. Sin embargo, para las personas sin acceso a Medicaid, es muy difícil entender cómo acceder a estos medicamentos nuevos (y caros).

Acceso/disponibilidad de proveedores

Aunque la expansión de Medicaid es posiblemente el mayor factor que impulsa las disparidades en el VIH en el Sur, definitivamente no es el único sistema de salud que afecta el acceso al VIH. Los estados sureños enfrentan desafíos particulares para mantener y ampliar una fuerza laboral para el VIH que satisfaga las crecientes necesidades de

⁵⁸ Kaiser Family Foundation, Medicaid and People with HIV, available at <https://www.kff.org/hiv/aids/issue-brief/medicaid-and-people-with-hiv/#:~:text=Medicaid%20is%20the%20largest%20source,the%20nonelderly%20adult%20population%20overall>.

⁵⁹ Suhan Song and James Kucik, “Trends in the Impact of Medicaid Expansion on the Use of Clinical Preventive Services,” American Journal of Preventive Medicine 62 no. 5 (May 2022): 752-762, [https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797\(21\)00595-X/fulltext](https://www.ajpmonline.org/article/S0749-3797(21)00595-X/fulltext).

⁶⁰ Adam Searing and Ada Adimora, Georgetown University Center for Children and Families, HIV and Medicaid Expansion: Failure of Southern States to Expand Medicaid Makes Elimination of HIV Infection in the United States Much Harder to Achieve, available at https://ccf.georgetown.edu/wp-content/uploads/2021/01/HIV-and-Medicaid_map-fix_01-21-1.pdf.

⁶¹ Urban Institute, <https://www.urban.org/sites/default/files/publication/22816/413192-What-is-the-Result-of-States-Not-Expanding-Medicaid-.PDF>.

⁶² Kaiser Family Foundation, Medicaid Income Eligibility Limits for Parents, 2002-2023, available at <https://www.kff.org/medicaid/state-indicator/medicaid-income-eligibility-limits-for-parents/?currentTimeframe=0&sortModel=%7B%22colId%22%3A%22Location%22%22sort%22%3A%22asc%22%7D>.

⁶³ KFF Unwinding Tracker, <https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/medicaid-enrollment-and-unwinding-tracker/>.

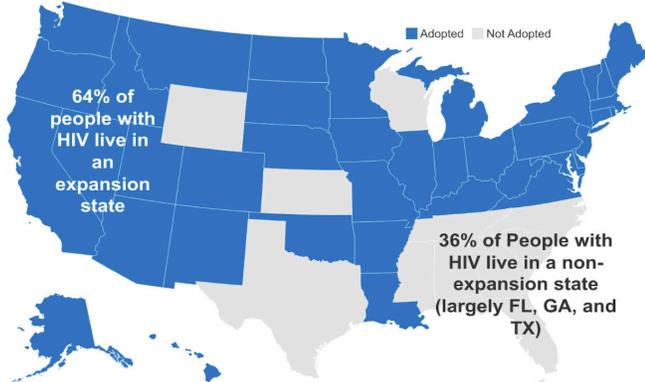
⁶⁴ CBPP, <https://www.cbpp.org/research/health/unwinding-watch-tracking-medicare-coverage-as-pandemic-protections-end>.

la región.⁶⁵ Los proveedores de servicios de VIH en el Sur mencionan la falta de nuevas médiqes especializadas en enfermedades infecciosas, menos becas para enfermedades infecciosas en el Sur y una falta general de experiencia en VIH en la atención primaria como factores que contribuyen a las crecientes preocupaciones sobre la fuerza laboral. La pandemia del COVID-19 agravó la escasez de personal de salud en todo el país, especialmente en las zonas rurales.⁶⁶ La pandemia también exprimió y agotó a los departamentos de salud pública gubernamentales, y la gran mayoría de los departamentos de salud locales de todo el país reportaron tener dificultades para responder a la pandemia y también para realizar sus funciones normales.⁶⁷

La métrica federal para cuantificar las dificultades de acceso a los proveedores es la designación de un condado como “área de escasez de profesionales de la salud” (HPSA, por sus siglas en inglés). La Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés) calcula las HPSA evaluando la proporción entre proveedores y personas en una zona geográfica. En mayo de 2023, el sur de EE. UU. tenía amplias franjas de zonas en las que un condado entero estaba designado como HPSA para la atención primaria, lo que significa que no había suficientes proveedores de atención primaria accesibles para las personas que viven en ese condado específico.⁶⁸

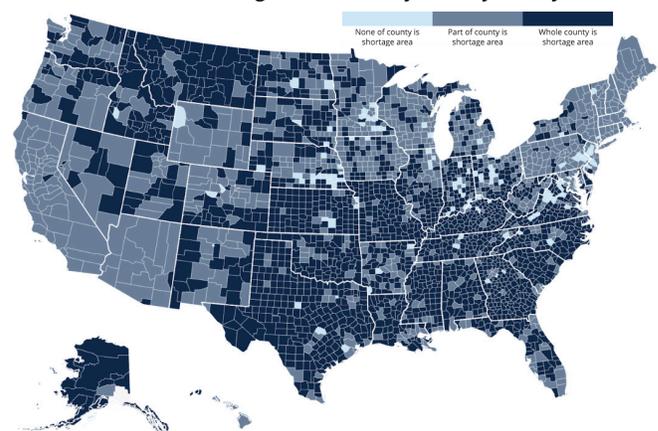
La gran cantidad de zonas rurales en el Sur también es un obstáculo para el acceso a la PrEP. Los investigadores han descubierto que el Sur como región tiene la mayor proporción de personas elegibles para la PrEP que viven en un “desierto de PrEP”, que se define como una distancia de 60 minutos en automóvil del proveedor de PrEP más cercano.⁶⁹ Por último, las leyes sobre el alcance de la práctica generalmente son más limitadas en el Sur, lo que significa que en las zonas con menos acceso a la atención médica, los proveedores que no son médiqes no pueden ejercer al máximo de lo que permiten sus licencias. En todos los estados sureños, las enfermeras, que son un segmento esencial de la fuerza laboral de salud especializada en VIH, tienen una capacidad reducida o restringida para ejercer conforme a su licencia.⁷⁰ Ha habido esfuerzos recientes para ampliar las capacidades de los profesionales farmacéuticos, en particular, aumentando su capacidad de ofrecer una gama de servicios de VIH.⁷¹ En julio de 2024, estos esfuerzos habían tenido éxito en algunos estados sureños, como Luisiana que en junio de 2024 aprobó una ley que autoriza a los farmacéuticos a dispensar la PrEP y la PEP (profilaxis posexposición) de VIH. Además de ampliar las leyes sobre el alcance de la práctica, los esfuerzos de defensoría para ampliar el rol de los farmacéuticos en la prestación de servicios de VIH también han incluido la obtención de reembolsos por servicios clínicos, especialmente de Medicaid.

Over One-third of People With HIV Live in a State That Has Not Expanded Medicaid



SOURCE: Medicaid expansion data: KFF. Status of State Action on the Medicaid Expansion Decision (as of March 2021). HIV prevalence data: All data 2018 from CDC Atlas except ND and WY which is 2017 from: Estimated HIV incidence and prevalence in the United States, 2014-2018. HIV Surveillance Supplemental Report 2020.:25(No. 1), May 2020.

Health Professional Shortage Areas: Primary Care, by County, 2023



SOURCE: Rural Health Information Hub

⁶⁵ Max Blau, Stateline, There Aren't Enough Doctors to Treat HIV in the South, August 5, 2019, available at <https://stateline.org/2019/08/05/there-arent-enough-doctors-to-treat-hiv-in-the-south/>

⁶⁶ <https://familymedicine.uw.edu/chws/wp-content/uploads/sites/5/2022/03/Covid-19-and-the-Rural-Health-Workforce-PB-2022.pdf>

⁶⁷ <https://www.naccho.org/blog/naccho-releases-report-highlighting-impact-covid-19-response-local-public-health-departments>

⁶⁸ <https://bhwh.hrsa.gov/workforce-shortage-areas/shortage-designation>; <https://www.ruralhealthinfo.org/charts/5>

⁶⁹ Sullivan PS, Mena L, Elope L, Siegler AJ. Implementation Strategies to Increase PrEP Uptake in the South. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2019 Aug;16(4):259-269. doi: 10.1007/s11904-019-00447-4. PMID: 31177363; PMCID: PMC7117066.

⁷⁰ <https://www.aanp.org/advocacy/state/state-practice-environment>

⁷¹ Weidle, Paul & Brooks, John & Valentine, Sheila & Daskalakis, Demetre. (2023). The Future of Pharmacist-Delivered Status-Neutral HIV Prevention and Care. *American journal of public health.* 113. e1-e3. 10.2105/AJPH.2022.307190.

DESDE LA PRIMERA LÍNEA EL DILEMA DE LAS CLÍNICAS GRATUITAS Y BENÉFICAS EN EL SUR



Angie Settle y Shayla Leftridge
WV Health Right

Angie Settle es la Directora Ejecutiva de West Virginia Health Right. West Virginia Health Right es una clínica de salud gratuita y benéfica en el estado de Virginia Occidental. Las clínicas de salud gratuitas y benéficas desempeñan un papel muy particular en el panorama de los servicios de VIH. Estas clínicas actúan como organizaciones de atención médica de red de seguridad que proporcionan servicios médicos, dentales, de farmacia, de salud conductual, de visión y otros servicios a personas que a menudo no tienen seguro y están enfrentando dificultades económicas. Como la clínica de salud gratuita más antigua del estado, esta organización ha sido durante mucho tiempo un miembro preciado de la comunidad.

En una entrevista realizada por SAC sobre clínicas gratuitas y benéficas, Angie Settle compartió que las luchas y barreras que enfrenta su organización no son únicas, sino más bien un tema común en todo el sur. Comparte que donde los Centros de Salud Calificados Federalmente (FQHC, por sus siglas en inglés) fallan, las clínicas gratuitas y benéficas han prosperado.

Shayla Leftbridge, Directora de Alcance Comunitario, Diversidad, Equidad e Inclusión de WV Health Right y Coordinadora del sitio West Side CommUNITY, también participó en la entrevista. Durante la conversación, Shayla menciona que “las clínicas gratuitas y benéficas son las que están conectando con las personas que intentas alcanzar. Son las que están haciendo amigos. Están creando comunidades. Están trabajando en las comunidades. Los FQHC no están haciendo eso. No son capaces de hacerlo, y no es para lo que están allí, lo cual está bien. Están allí para

un servicio, y son excelentes para ese servicio, pero no van a llevar su unidad móvil y meterse en esas zanjas y debajo de esos puentes para reunirse con la gente e ir a estas iglesias y encontrarse con esas personas”.

El grupo de Angie Settle es un testimonio del impacto que un equipo comprometido puede tener en una comunidad, especialmente en Virginia Occidental. Llegan constantemente a las áreas más vulnerables, abordando no solo el VIH, sino también problemas críticos como el uso de sustancias, el desarrollo de la fuerza laboral y la vivienda. A pesar de estos esfuerzos y de los sólidos datos que respaldan su trabajo, asegurar apoyo financiero sigue siendo un desafío constante. Como lo expresa Angie, “Somos las primeras personas a las que llamas cuando el gobierno federal viene a realizar una auditoría porque nuestros datos respaldan lo que hacemos. Sin embargo, cuando llega el momento de distribuir fondos, nos sentimos como si estuviéramos en la esquina pidiendo limosna”. La organización ha demostrado su valor una y otra vez, convirtiéndose en el recurso de referencia para la planificación familiar y las auditorías, pero este reconocimiento no se ha traducido en el respaldo financiero necesario para sostener y expandir su trabajo crucial.

Shayla Leftbridge añade que, incluso con estas barreras, continúan “actuando con fe. En realidad, estamos trayendo a personas de esas comunidades para que trabajen con nosotros, de modo que puedan hablar por esas personas. No están adivinando lo que la gente necesita, en realidad estamos descubriendo lo que necesitan”. También demuestra el poder



de la comunidad: “Es mucho mejor que ‘si lo construimos, vendrán’, porque vienen y se quedan, y participan en otras cosas. Se están haciendo la prueba, están recibiendo tratamiento y están mejorando. Luego enseñan a otros, comen mejor, logran bienestar financiero y consiguen trabajos”. Todo esto ha generado una verdadera salud comunitaria, y sin embargo, todavía no recibimos los fondos que necesitamos para continuar con esto”

Su arduo trabajo y su pasión también han ampliado la lista de quienes se podría esperar que quepan en el término comunidad: no se trata solo de incluir a la población afectada para que hablen y se representen, sino que existe una gran red de profesionales que ofrecen voluntariamente su tiempo y sus esfuerzos para satisfacer las necesidades de ciudadanos a quienes de otro modo nunca habrían podido tratar. Settle dice: “No pagamos a los médicos ni a los dentistas para que atiendan a nuestros pacientes. Son todos voluntarios. Tenemos una enorme base de 600 especialistas voluntarios: cardiólogos, endocrinólogos, dermatólogos, lo que te imagines, dentistas y cirujanos orales. Hemos construido esta red de confianza con los años, y ellos vienen y donan como un día, un mes, tres o cuatro horas, pero tenemos suficientes de estas personas. Se forma un tejido de cuidados”.

Es muy evidente que la comunidad es consciente de los problemas que afectan a sus pueblos, pero el tema recurrente es que parece que no se les da importancia. Aunque los FQHC están ahí para prestar un servicio, parece que llegan después de las organizaciones que ya han estado haciendo el trabajo.

“Cuando veo grupos que reciben esos fondos y no son capaces de cumplir lo que han prometido, es frustrante”.

A pesar de los desafíos financieros, West Virginia Health Right se centra en la importancia de cada aspecto de su trabajo, impulsado por un liderazgo comprometido con la acción y con resultados respaldados por datos.

Cuando se le preguntó sobre el mensaje clave para las clínicas gratuitas y benéficas, Settle insta a otros a tomar acciones más visibles: “Todos ustedes que están recibiendo grandes subvenciones, salgan y hagan el trabajo. Tenemos equipos en las esquinas más afectadas por las drogas, enfrentando peligros a diario, pero seguimos adelante. Si realmente les importa, usen sus recursos y demuéstrenlo. No quiero escuchar cuánto les importa; quiero verlo. Punto final”.

“Las clínicas gratuitas y benéficas son las que establecen conexiones con las personas a las que se quiere llegar. Son las que crean amistades. Crean comunidades. Trabajan en las comunidades.”

A pesar de que existe cada vez más evidencia sobre la conexión entre la vivienda y el cuidado de salud, las personas que viven con y están afectadas por el VIH tienen dificultades desproporcionadas para encontrar una vivienda asequible y estable.

Acceso/disponibilidad de vivienda

A pesar de que existe cada vez más evidencia sobre la conexión entre la vivienda y el cuidado de salud, las personas que viven con y están afectadas por el VIH tienen dificultades desproporcionadas para encontrar una vivienda asequible y estable. Las investigaciones demuestran que las personas que sufren inseguridad en la vivienda tienen menos probabilidades de tomarse una prueba de VIH, menos probabilidades de tomar la PrEP, menos probabilidades de acceder al tratamiento del VIH si viven con VIH, y menos probabilidades de tener supresión viral.⁷² Esto es especialmente cierto en el Sur.

En un estudio realizado por los CDC y la Coalición Nacional de Vivienda contra el VIH/Sida, los autores descubrieron que el Sur tiene el nivel más elevado de necesidades de vivienda insatisfechas entre las personas que viven con VIH.⁷³ Georgia ocupaba el primer puesto, con un 62.3% de personas que viven con VIH que necesitaban ayuda para la vivienda y no la recibían. El estudio, sin embargo, también mostró que el Sur tenía más recursos HOPWA (oportunidades de vivienda para personas con VIH/sida) que cualquier otra región, donde Misisipi tiene la mayor financiación HOPWA en relación con las personas que necesitan vivienda y costos de alquiler justos para el mercado. La cruda realidad es que, incluso en Misisipi, solo hay fondos HOPWA suficientes para alojar a cada persona necesitada durante 2.95 meses al año.⁷⁴ Los problemas de vivienda en el Sur son múltiples. En algunas jurisdicciones, a pesar de tener recursos financieros, esos recursos simplemente no están llegando a las personas que necesitan ayuda para la vivienda y muchas personas no saben qué recursos de vivienda están disponibles. En otras zonas, los recursos HOPWA se utilizan en su totalidad, pero siguen existiendo importantes brechas en otras fuentes de financiación (es decir, financiación de los gobiernos

estatales y locales, inversiones corporativas y filantrópicas) que son mucho más robustas en lugares como Nueva York, el estado de Washington y California.

Debido a la modernización de la fórmula de HOPWA que se aprobó en 2016 y se implementó en 2017 con un período de exención, están llegando a muchas jurisdicciones en el sur de Estados Unidos más fondos de vivienda para personas que viven con VIH/sida. Como este cambio de fórmula todavía es nuevo y solo se ha implementado plenamente durante dos años (AF22 y AF23), los métodos de entrega de recursos todavía se están instalando en algunas jurisdicciones. Sin embargo, el mayor recorte al programa HOPWA en modernización fue en la ciudad de Atlanta, que sufrió una pérdida promedio de 10 millones de dólares, o aproximadamente un 45%. Además de HOPWA, los estados podrían utilizar el Programa Ryan White para financiar la vivienda (hasta 24 meses). Sin embargo, debido a la falta de inversiones en Medicaid en la mayoría de los estados sureños, la mayoría de las entidades beneficiarias del Programa Ryan White contra el VIH/Sida están gastando casi todos sus recursos en atención clínica y apoyo al cuidado de salud y no pueden invertir los escasos dólares del RWHAP en vivienda. Los programas que prosperan en el Sur han combinado fondos HOPWA con fondos de CDBG y HOME e inversiones de financiación privada para rehabilitar o construir viviendas cuyos dueños y administradores son los programas de vivienda para personas con VIH. A.H. de Monroe County en Key West, AIDS Services de Dallas, AIDS Alabama, Broward House en el sur de Florida y Status: Home, Inc. en Atlanta son todas agencias comunitarias de vivienda específicamente para personas con VIH que combinan distintas fuentes de financiación para proporcionar diversos tipos de vivienda a personas que viven con VIH/sida.

⁷² Data compiled by CDC, <https://www.cdc.gov/hiv/policies/data/role-of-housing-in-ending-the-hiv-epidemic.html#issue-brief-22>

⁷³ Dasgupta, Sharodaa; Beer, Lindaa; Lu, Jen-Fengb; Weiser, Johna; Yuan, Xinb; Nair, Priyab; Banks, Laurenc; Marcus, Ruthannea. Needs for shelter or housing assistance among people with diagnosed HIV by jurisdiction: United States, 2015–2020. AIDS 37(3);p 535-540, March 1, 2023. | DOI: 10.1097/QAD.0000000000003460

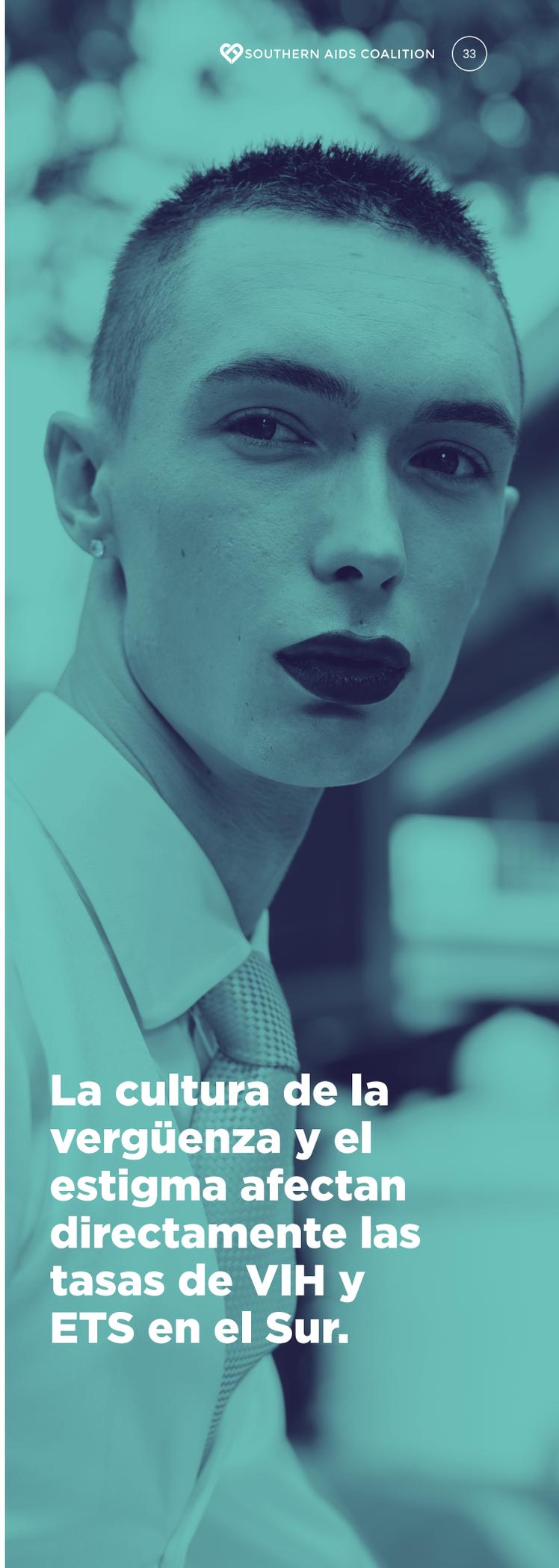
⁷⁴ Ibid.

Panorama de la salud sexual y el acceso a la salud reproductiva

En junio de 2023, cinco estados sureños no obligaban a impartir educación sexual en las escuelas (Alabama, Arkansas, Luisiana, Texas y Virginia).⁷⁵ Los informes que profundizan en el contenido del plan de estudios sobre educación sexual en el Sur han encontrado que es tristemente impreciso, tanto en términos de la ciencia como en lo que profesionales de la salud pública saben que funciona para prevenir el VIH y las ETS.⁷⁶ Desde 2021, se han presentado muchos proyectos de ley en las legislaturas estatales de todo el país que limitan la capacidad de los educadores de abordar temas que afectan directamente a la salud sexual, como la raza, la orientación sexual y la identidad de género. De los diez estados que tienen leyes generalizadas del tipo “no digas gay” (leyes que prohíben totalmente hablar de temas LGBTQ en las escuelas), seis están en el Sur.⁷⁸

Las restricciones en materia de salud sexual y la cultura de la vergüenza y el estigma tienen un impacto directo y peligroso en las tasas de VIH y ETS en el Sur. Como se ha comentado anteriormente, en medio del aumento de las tasas de ETS en todo el país, los estados sureños se ubican sistemáticamente entre los diez primeros estados en casos de clamidia, gonorrea y sífilis.⁷⁹

Es imposible hablar del VIH y del acceso a la salud sexual sin reconocer los ataques continuos a la salud reproductiva en Estados Unidos. Como resultado de años de restricciones estatales a los proveedores de salud reproductiva y la reducción de la financiación federal para las clínicas de planificación familiar, un estudio encontró que entre 2017 y 2021, las mujeres en Estados Unidos reportaron aumentos en las barreras para acceder al cuidado de salud reproductiva.⁸⁰ El estudio señaló que las barreras fueron experimentadas de manera desproporcionada por personas sin diploma de escuela secundaria ni prueba de Desarrollo Educativo General (GED, por sus siglas en inglés), personas que viven con menos del 100% del FPL y personas nacidas fuera de Estados Unidos que completaron las encuestas en español. Además, tras la decisión de la Corte Suprema de Estados Unidos en el caso *Dobbs* contra la Organización de Salud de las Mujeres de Jackson,⁸¹ las legislaturas estatales promulgaron rápidamente leyes que penalizaban el aborto en un sistema de planificación familiar y acceso a la salud reproductiva que ya mostraba grandes tensiones.⁸²



La cultura de la vergüenza y el estigma afectan directamente las tasas de VIH y ETS en el Sur.

⁷⁵ Guttmacher Institute, Sex and HIV Education, June 1, 2023, <https://www.guttmacher.org/state-policy/explore/sex-and-hiv-education>, accessed July 25, 2023.

⁷⁶ HRC Report, <https://www.hrw.org/report/2020/07/08/it-wasnt-really-safety-it-was-shame/young-people-sexual-health-education-and-hpv>

⁷⁷ PEN America Report, <https://pen.org/report/educational-gag-orders/>

⁷⁸ Movement Advancement Project, https://www.lgbtmap.org/equality-maps/curricular_laws

⁷⁹ CDC, 2021 STD Surveillance Report, <https://www.cdc.gov/std/statistics/2021/tables/2021-STD-Surveillance-State-Ranking-Tables.pdf>

⁸⁰ Adler A, Biggs MA, Kaller S, Schroeder R, Ralph L. Changes in the Frequency and Type of Barriers to Reproductive Health Care Between 2017 and 2021. *JAMA Netw Open*. 2023;6(4):e237461. doi:10.1001/jamanetworkopen.2023.7461

⁸¹ *Dobbs v. Jackson Women's Health Organization*, https://www.supremecourt.gov/opinions/21pdf/19-1392_6j37.pdf

⁸² Guttmacher Institute, Interactive Map of Abortion Laws After Roe, https://states.guttmacher.org/policies/?gad=1&gclid=Cj0KCQjw2qKMBhCFARIsAFy8buKWLPK3d6cPk8jc2-gyf0ocC7HFVl3VqtuZUDGz6QKcm4lZl5UdXMaAkDpEA_Lw_wcB

Estigma y prejuicios en el Sur

La epidemia del VIH, como tantas otras enfermedades infecciosas, está impulsada por sistemas de opresión, incluyendo el racismo sistémico profundamente arraigado.

El racismo es una crisis de salud pública

La violencia policial sancionada por el Estado, las cláusulas de redlining y otras prácticas restrictivas de la vivienda, la discriminación laboral, la pobreza y el acceso inadecuado al cuidado de salud se han utilizado contra las comunidades negras y afroestadounidenses durante siglos.⁸³ El Manifiesto del Sur original fue escrito en 1956 por congresistas de los estados sureños como una respuesta enfadada a la histórica sentencia de la Corte Suprema en el caso Brown contra el Consejo de Educación, que prohibió la segregación en las escuelas públicas. En el Manifiesto, los redactores declararon su firme resistencia a la desegregación. Décadas después, los líderes de la salud pública siguen enfrentándose al legado de odio y veneno que inspiró este primer Manifiesto del Sur y han reclamado esa frase titular para reflejar la resiliencia y la resistencia ante un racismo tan explícito.

Estas desigualdades sistémicas profundamente arraigadas están impulsando disparidades en prácticamente todas las métricas de prevención y cuidado del VIH en Estados Unidos, incluyendo la utilización de la PrEP, las tasas de pruebas de VIH, las tasas de nuevos diagnósticos, las vinculaciones para cuidado y tratamiento, y las tasas de supresión viral.⁸⁴

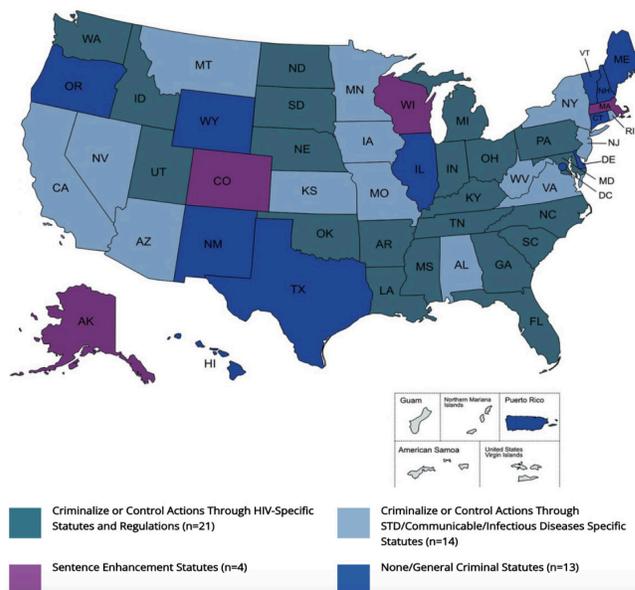
En los últimos años, y en particular como parte de los esfuerzos de defensoría que surgieron después de los horribles asesinatos policiales de Breonna Taylor, que fue abatida a tiros en su casa en Louisville, Kentucky, y de George Floyd, que fue esposado e inmovilizado hasta el punto de la asfixia por la policía en Mineápolis. Las comunidades han instado a los legisladores estatales y federales a identificar al racismo como una crisis de salud pública. Varios departamentos de salud estatales y locales se han pronunciado públicamente declarando que el racismo es una amenaza para la salud pública y prometiendo someterse a evaluaciones internas para que los departamentos de salud determinen si están perpetuando o participando en sistemas racistas y cómo pueden trabajar para desmantelarlos.⁸⁵ Es importante que más instituciones sureñas centren en su trabajo las iniciativas antirracistas y destinen recursos no solo a la prestación de servicios, sino también a la capacitación y el desarrollo de liderazgo para reformar los sistemas de atención médica y

salud pública. Tiene mayor impacto y es más importante para las comunidades que estas instituciones se comprometan con la práctica de desmantelar el racismo, que va mucho más allá de declaraciones y actuaciones públicas, sino que exige una reestructuración de los fundamentos y las prácticas culturales.

Criminalización del VIH

La criminalización o penalización del VIH es la utilización del estado seropositivo de una persona, ya sea bajo leyes penales que se aplican explícitamente a las personas que viven con VIH (PLHIV, por sus siglas en inglés) o bajo leyes penales generales o leyes sobre las ITS, como el argumento para penalizar conductas que de otro modo serían legales o para aumentar los delitos y las penas relacionados con la sollicitación o los delitos sexuales.⁸⁶ En la actualidad, 21 estados tienen leyes que penalizan específicamente la exposición al VIH o su transmisión, y un número significativo de estos estados se encuentran en el Sur.⁸⁷ Estas leyes no requieren que se produzca realmente la transmisión, ni que haya intención de transmitir o que la conducta en cuestión plantee un riesgo efectivo de transmisión. Además de las leyes específicas sobre el VIH, los estados también penalizan la exposición al VIH o su transmisión a través de estatutos más amplios sobre enfermedades transmisibles o leyes de aplicación general

HIV and STD Criminalization Laws 2022



⁸³ <https://www.ucsf.edu/news/2021/06/420716/aids-40-hiv-covid-19-history-racism-hits-communities-color-hardest>

⁸⁴ HHS, <https://www.hiv.gov/hiv-basics/overview/data-and-trends/impact-on-racial-and-ethnic-minorities/>

⁸⁵ Cornell, Racism as a Public Health Crisis, <https://health.cornell.edu/initiatives/skorton-center/racism-public-health-crisis>

⁸⁶ <https://hivlawandpolicy.org/resources/hiv-criminalization-united-states-sourcebook-state-and-federal-hiv-criminal-law-and>

⁸⁷ CDC, HIV and STD Criminalization Laws, <https://www.cdc.gov/hiv/policies/law/states/exposure.html>

IN HER OWN WORDS

THREE DECADES OF LEADERSHIP



Leisha McKinley-Beach
Black Public Health Academy

"I think the biggest challenge of ending HIV in the South is not tackling racism as a public health crisis head-on. Meaning, until we do that, we're not going to see the progress that we desire across treatment, prevention, nor care".

In the mid to late 90s, early 2000, there was an investment in capacity building to scale up the community based organizations. This was a period of focus in this country to try to build the capacity of Black and Latino organizations. During that time, I was in the state of Florida, and there was a company that filed a lawsuit against the state saying that we were discriminating against organizations that were white led, so to speak. And when the lawsuit came forward, what it said to me was a few things, as long as we would have been focused on outreach and hiring black and brown people to be outreach workers and health educators, no harm, no foul. But now we're talking about money and the redistribution of the wealth from HIV funding resources, and now, that's a problem.

For me, that's the first time I really saw racism rear its ugly head. At a time when we really needed to be focused on people who were dying, not living with HIV. They are dying. Why? Because they are out of care. They're dying because of the stigma. They are dying because of the way that they are treated when they go to the majority organizations. And so they're opting not to go, but we're not dealing with that. And so the language starts to shift, then comes in an influx of how we should do HIV prevention. And so the things that made these black and brown organizations stand out as the true grassroots, community driven projects that work for the people in need, we now shift right, to a more scientific, evidence based model. That shift then causes so many

(community lead, grassroots, black and brown) organizations to close. There's no outcry, there is no analysis done. There is nothing that demonstrates the great burden or negative impact that it has. Almost overnight, we go from 60% of the organizations being black or brown majority to about 20% of the organizations. And so, I feel, if it was the reverse, if we went overnight to majority organizations representing 10% or 5%, there would have been an outcry about that and why did we not, my answer, systemic racism.

And so here we are in 2023, the United States Conference on HIV AIDS and for the first time it is focused on black women with the theme, A Love Letter To Black Women. And there were leaders, advocates that were upset, outraged that we would take the country's largest convening of the HIV workforce and center it on black women.

"I think the biggest challenge of ending HIV in the South is not tackling racism as a public health crisis head-on."

EN SUS PROPIAS PALABRAS LAS RAÍCES DE LA EPIDEMIA DEL VIH



S. Mandisa Moore-O'Neal

*The Center for HIV Law & Policy Centro
de Derecho y Políticas del VIH*

(es decir, el procesamiento de casos de transmisión del VIH utilizando un estatuto penal sobre agresiones).

Estas leyes se utilizan de manera desproporcionada para procesar a las comunidades marginadas y privadas de derechos, incluyendo trabajadores sexuales y personas negras.⁸⁸ Las leyes de penalización del VIH no sirven ningún propósito de salud pública. Las investigaciones han demostrado una y otra vez que las leyes de penalización del VIH no reducen el número de nuevos diagnósticos de VIH. Con más de 30 años de vigencia de estos estatutos y el aumento de las tasas de transmisión, es difícil justificar la penalización del VIH como una táctica que ha acabado con la epidemia. Además, estas leyes de criminalización se han asociado a una mayor estigmatización de los hombres negros que tienen sexo con hombres.⁸⁹

Encarcelamiento masivo

Además de las leyes que criminalizan específicamente al VIH, las comunidades de color, en particular los hombres negros, se ven afectados de manera desproporcionada por el encarcelamiento masivo en este país.⁹⁰ Las personas negras constituyen el 33% de las personas encarceladas aunque solo representan alrededor del 14% de toda la población estadounidense.⁹¹ La Oficina de Estadísticas de Justicia publicó un informe en 2023 que documentaba la incidencia del VIH en la población carcelaria estadounidense en 2021.⁹² Los resultados fueron alarmantes. Si bien el número total de personas que viven con VIH en las prisiones estatales y federales ha disminuido, la tasa de prevalencia del VIH en las prisiones sigue siendo el triple de la tasa total de EE. UU.⁹³ La correlación entre el número de

“El mayor desafío para acabar con la epidemia es la falta de voluntad de nuestros representantes electos y nuestras instituciones (incluyendo algunas ASO) para dismantelar los legados de supremacía blanca que a menudo son la raíz de la epidemia del VIH. Si sabemos que el racismo es un problema de salud pública y que la epidemia del VIH es también una cuestión de salud pública, entonces ¿cuál es el compromiso para abordar las instituciones y los sistemas racistas en los que existimos, desde la vivienda hasta la educación, pasando por el cuidado de salud e incluso el derecho a existir en el espacio público? Un compromiso real y medible para acabar con el racismo, y un compromiso real y medible para construir en su lugar instituciones equitativas y justas, marcarían una enorme diferencia”.

hombres negros encarcelados en este país y el porcentaje desproporcionado de hombres negros que viven con VIH o corren un mayor riesgo de contraerlo no es coincidencia. De hecho, los mismos sistemas de opresión racial están impulsando ambas estadísticas, y solo cuando desmantelamos esos sistemas empezaremos a mejorar la equidad en la salud en el acceso al VIH y sus resultados.

Estigma y Discriminación LGBTQ

Una encuesta reciente de Vanderbilt University pedía a les sureños LGBTQ que reportaran sus experiencias.⁹⁴ Los hallazgos reflejaron una discriminación y estigmatización generalizadas:

- ▶ El 83% de les encuestades afirmaron haber sido objeto de insultos o bromas por ser (o por ser percibidos como) LGBTQ.
- ▶ Una de cada diez declaró haber sufrido intentos de “convertirlos” o de cambiar su orientación sexual o su identidad de género (“terapia de conversión”).
- ▶ El 54% de les encuestades declaró haber sufrido acoso o intimidación (bullying) en la escuela por ser LGBTQ+.
- ▶ El 55% de les encuestades evitaba hablar de temas personales con compañeros de trabajo, supervisores o jefes para evitar la discriminación o el acoso en el trabajo por ser LGBTQ.
- ▶ El 31% de les encuestades transgénero reportaron que evitaban acudir a los centros de salud.
- ▶ El 43% de les encuestades transgénero reportaron que se han dirigido a ellos utilizando el género o el nombre incorrecto al intentar acceder al cuidado de salud este año.

Algo muy importante, y que señala la fuerza y resiliencia de la

⁸⁸ CHLP, <https://aidsvu.org/catherine-hanssens-on-hiv-criminalization-in-the-u-s/>

⁸⁹ Baugher, Amy R.; Whiteman, Ariab; Jeffries, William L. IV; Finlayson, Teresa; Lewis, Rashunda; Wejnert, Cyprana. Black men who have sex with men living in states with HIV criminalization laws report high stigma, 23 U.S. cities, 2017, AIDS 35(10):p 1637-1645, August 1, 2021. | DOI: 10.1097/QAD.0000000000002917

⁹⁰ Prison Policy Initiative, https://www.prisonpolicy.org/blog/2023/06/01/hiv_in_prisons/

⁹¹ BJS, <https://bjs.ojp.gov/sites/g/files/xyckuh236/files/media/document/p21st.pdf>

⁹² <https://bjs.ojp.gov/library/publications/hiv-prisons:2021-statistical-tables>

⁹³ Supra note 28

⁹⁴ Vanderbilt, LGBTQ Southerners Face Stigma, Yet Still Find the Positive, <https://business.vanderbilt.edu/news/2023/07/19/lgbtq-southerners-face-stigma-yet-still-find-the-positive/>

comunidad LGBTQ, es que el 78% de las encuestades afirmó que su identidad LGBTQ+ era algo positivo en sus vidas.

GLAAD, en colaboración con la Iniciativa COMPASS de Gilead, realizó un estudio nacional que descubrió que las actitudes hacia el VIH siguen reflejando el estigma que rodea a la enfermedad.⁹⁵ El 86% de las encuestades reportó creer que el estigma en torno al VIH sigue existiendo. El 80% de las encuestades creía que la no divulgación del estatus de VIH de una persona debería penalizarse.

El impacto del estigma anti-LGBTQ junto con el estigma continuo del VIH en sí, ambos más perniciosos en los estados sureños, es significativo e impide que las personas accedan a los servicios de VIH necesarios.⁹⁶

⁹⁵ GLAAD, 2023 State of HIV Stigma (2023), available at <https://assets.glaad.org/m/2c897b961792f880/original/2023-State-of-HIV-Stigma-Study.pdf>

⁹⁶ Odenburg CE, Perez-Brumer AG, Hatzenbuehler ML, Krakower D, Novak DS, Mimiaga MJ et al. State-level structural sexual stigma and HIV prevention in a national online sample of HIV-uninfected MSM in the United States. *Aids* 2015;29(7):837–45. 10.1097/qad.0000000000000622.



EN SUS PROPIAS PALABRAS

CÓMO UNA ORGANIZACIÓN LIDERADA POR PERSONAS TRANS ESTÁ CAMBIANDO LA NARRATIVA EN EL SUR

A FINALES DE 2023, SAC SE REUNIÓ CON QUINTON REYNOLDS, QUAMI CRAWFORD, MALACHI ALLEN, KEON ANDERSON Y TYRELL LOWERY, DE GAME-CHANGING MEN.

Game Changing Men (“Hombres que Cambian el Juego”) es una organización dirigida por y para las identidades masculinas. Funciona como un espacio de sanación para que las identidades masculinas, sean cis o trans, se reúnan para la sanación, el crecimiento y el apoyo. Durante esta conversación, estas personas destacaron los numerosos obstáculos que enfrentan dentro de sus comunidades, incluyendo los estereotipos que conducen a la desconfianza médica, las dificultades en términos de la participación de la comunidad y las asociaciones religiosas, y problemas relacionados con la representación y el acceso a espacios, subvenciones y medios de comunicación. A continuación, reproducimos un fragmento de nuestra conversación.

Quinton Reynolds describió algunos de los obstáculos que encuentran los hombres trans para superar la desconfianza médica y las preguntas invasivas que enfrentan cuando solicitan la PrEP. Él explica: “Cuando voy a una consulta médica, me preocupa quién está presente y qué médico me atenderá. Como hombre trans, me han preguntado, ‘¿Para qué necesitas la PrEP?’ Les proveedores suelen preguntarme cómo mantengo relaciones sexuales en lugar de recomendarme la PrEP por defecto. Esto suele ocurrir porque los médicos asumen, como hombre trans, que estoy en una relación con una mujer cisgénero y que, por lo tanto, no necesito estos métodos de prevención. Sus prejuicios afectan mi acceso al cuidado que está disponible para mí”.

Quami añadió: “A veces, los médicos ni siquiera te recomiendan la PrEP cuando vas a la consulta.

No hablan contigo ni te preguntan si estás sexualmente activo”. Malachi sugirió un enfoque proactivo: “Las pruebas de VIH rutinarias deberían ser parte de las consultas regulares. En vez de dirigirse a comunidades específicas,

sería útil aumentar la educación en todo el espectro. Los niños de escuela secundaria deberían aprender sobre las ETS, dada su exposición a la información en línea”. Keon Anderson añade: “Deberían estar informados sobre lo que ocurre después del sexo”.

Quinton abogó por que las organizaciones sean proactivas a la hora de cerrar las brechas en la comunidad, y afirmó: “Debemos involucrarnos con las personas y las comunidades a nivel personal, en vez de solo llegar y solicitar su participación”.

Es necesaria más educación en las iglesias y otros lugares frecuentados para que la gente se sienta segura al volver a sus comunidades y hablar abiertamente del VIH sin ser juzgada. Esto también facilitará las conversaciones íntimas con las parejas”. Él reconoce: “No estoy seguro de que esto sea una solución completa, pero muchas personas cargan con la vergüenza y les resulta difícil buscar ayuda.

Rell destacó la importancia de un apoyo constante por parte de las comunidades religiosas: “Muchas iglesias acogen a nuestra comunidad, pero a menudo de forma discreta. Necesitamos aceptación no solo durante los funerales, sino también cuando necesitamos apoyo médico. Deberían acogernos y apoyarnos igual que cuando nos invitan a dirigir los coros”. También señala que a menudo se pasa por alto a los hombres trans masculinos dentro de la comunidad LGBTQIA+, lo que dificulta impulsar cambios sin la aceptación de la comunidad. Quami sugirió ampliar el trabajo de alcance más allá de los canales tradicionales: “Tenemos muchos centros comunitarios, vallas publicitarias y paradas de autobús, pero también deberíamos asociarnos con cafeterías y supermercados, lugares que la gente frecuenta habitualmente”. Quinton subraya la importancia de atender las necesidades básicas: “La vivienda y la



alimentación son temas prioritarios. La salud se vuelve irrelevante si alguien no tiene hogar o tiene problemas para cubrir sus necesidades básicas. El transporte, el acceso a los patios de comida o a las computadoras para las solicitudes también son cruciales. Los CPO y los departamentos de salud más grandes a menudo no cubren estas necesidades y pueden ofrecer un apoyo mínimo a las organizaciones más pequeñas mientras se atribuyen los logros”.

La discusión reveló que las barreras son multifacéticas. Los integrantes de las comunidades necesitan abordar los prejuicios internos, y las organizaciones deben asegurarse de que son inclusivas e interseccionales. Rell señaló que tener un seguro a través del empleo no resuelve totalmente los problemas de acceso: “Muchas personas tienen miedo de revelar su identidad trans a sus empleadores, y esto afecta su cobertura de seguro”. También destacó los problemas agravados que enfrentan las personas negras y trans en el Sur, donde los recursos ya son limitados. “Desafortunadamente, la gente de color tiene muchos menos recursos, pero si eres una persona negra, ya seas una mujer trans o un hombre trans, tus recursos se recortan a la mitad, y luego, cuando ves lo que tienes disponible ahí, tus recursos se vuelven a recortar a la mitad”.

Quami propuso que se incluya a las organizaciones pequeñas en las discusiones sobre la distribución de fondos. Sugirió invertir la prioridad de financiación de alta a baja, garantizando que las organizaciones de base más pequeñas que apoyan eficazmente a la comunidad reciban una financiación adecuada. “Los presupuestos federales deberían exigir que las organizaciones más pequeñas formen parte integrante de los esfuerzos de prevención del VIH/sida”.

La representación se trata no solo de la inclusión, sino que implica dismantelar las barreras existentes. Allyn afirmó: “Es hora de cambiar el rostro de la epidemia”. Mientras que Quinton añadió: “Las leyes de criminalización del VIH son anticuadas y estigmatizantes. Excluir a los hombres trans del plan para Acabar con la Epidemia del VIH (EHE) genera brechas a la hora de enfrentar un virus universal”.

La autorrepresentación se identificó como una necesidad, según explicó Allyn: “Nadie debería hablar por nosotros más que nosotros mismos. Debemos participar en estas conversaciones para cerrar las brechas”. Él aboga por la participación de la comunidad, la capacitación continua y la inclusión de la alegría en las discusiones sobre el VIH: “Hay que incluir la alegría en la narrativa. Tener VIH no significa el fin del mundo para ti. También debemos destacar los aspectos positivos de la vida de las personas, no solo las dificultades”.

A pesar de los retos, Game-Changing Men demuestra resiliencia y un compromiso para mejorar el acceso a los recursos. Enfatizan la necesidad de una acción coordinada: “Es necesario un llamado a la acción desde el gobierno, los legisladores, los organizadores comunitarios, los proveedores y la comunidad misma”. También destacan la necesidad de identificar y abordar las falsas alianzas, que pueden dañar a las comunidades en lugar de ayudarlas: “Dejen de decir que apoyan a nuestra comunidad solo por hacer gestos simbólicos. Evalúen qué tan efectivamente estas organizaciones ayudan a la comunidad LGBT y enfrentan los problemas del VIH”, sugirió Quinton.

PRIORIDADES POLÍTICAS



1. MEDICAID DEBE ESTAR DISPONIBLE PARA TODOS QUIENES LO NECESITEN

Dada la importancia de Medicaid como una red de seguridad vital para las personas de bajos ingresos que viven con VIH o se ven afectadas por él, la expansión de Medicaid bajo la ACA en todos los estados debe ser una prioridad. Actualmente, 10 estados no han expandido Medicaid, y 7 de ellos se encuentran en el sur. Si las legislaturas estatales y los gobernadores no actúan para proteger la salud y el bienestar de sus ciudadanos, el gobierno federal debe estar preparado para crear una red de seguridad federal para las personas en la brecha de Medicaid en los estados que se resisten. El Congreso estuvo muy cerca de incluir una solución federal para la brecha de Medicaid en la legislación de reconciliación aprobada en agosto de 2022. Las propuestas que finalmente se eliminaron de lo que eventualmente se convertiría en la Ley de Reducción de la Inflación habrían ampliado los subsidios de la ACA para las personas que viven por debajo del nivel federal de pobreza en los estados que no han expandido Medicaid, proporcionando un camino hacia un seguro privado gratuito o de muy bajo costo para esta población.

Debido a la composición actual del Congreso, que impide la aprobación de otra gran ley sin apoyo bipartidista, no existe una vía legislativa federal inmediata para cerrar la brecha de cobertura de Medicaid. Los defensores que trabajan en los estados del sur están evaluando medidas más graduales,

incluidas formas de expandir Medicaid de manera más limitada solo para las personas que viven con VIH.⁹⁸

De manera similar, algunos estados del sur están impulsando la expansión de Medicaid con restricciones de acceso, incluidas exigencias de trabajo. Estas restricciones excesivas complican aún más el acceso a los servicios de salud necesarios para quienes necesitan Medicaid en el sur. Si bien estas rutas más limitadas ciertamente seguirán dejando comunidades fuera de la expansión, pueden ser al menos un paso incremental para ampliar la cobertura a las personas que viven con VIH y que lo necesitan desesperadamente.

La negativa a expandir Medicaid ha llevado a pérdidas financieras significativas en los estados que se resisten, privándolos de fondos federales que podrían apoyar los sistemas de atención médica locales.¹⁰⁰

Además, expandir Medicaid ayuda a eliminar la discriminación y el estigma en el seguro al garantizar que las políticas de reembolso de Medicaid incentiven a los proveedores a ofrecer servicios a las personas que viven con VIH.

2. LA SALUD PÚBLICA DEBE DIVORCIARSE DEL SISTEMA POLICIAL Y JUDICIAL

Las agencias federales, la salud pública estatal y local, los proveedores médicos y las comunidades afectadas por el VIH deben hablar con una sola voz para derogar o reformar las leyes que penalizan la exposición al VIH y su transmisión, que no se basan en evidencia científica y refuerzan un estigma perjudicial. Estas leyes son contrarias a sus supuestos objetivos de salvaguardar la salud pública y, de hecho, actúan como un obstáculo para las estrategias eficaces de prevención del VIH.

Algunos ejemplos de estas leyes son las que afectan a la inmigración y al estatus legal, normativas que recuerdan a las medidas excesivamente punitivas de la autorización Ryan White, y las políticas que permiten a la policía y los tribunales acceder a información médica que fue compartida de forma confidencial. Las leyes que carecen de base científica y que solo sirven para reforzar la estigmatización deben ser erradicadas de los esquemas regulatorios y normativos de los estados.

Además, las leyes, reglamentos y políticas estatales deben crear un cortafuegos entre los programas de salud pública y las autoridades policiales y judiciales, prohibiendo que cualquier

dato recopilado por un organismo gubernamental de salud pública sea objeto de una solicitud de la policía y los tribunales durante el transcurso de una investigación o un proceso judicial. Esto incluye impedir el uso indebido de la información médica para apoyar prácticas discriminatorias que pueden conducir a una discriminación innecesaria e incluso a la muerte.

Además, existe una necesidad crítica de fomentar una comprensión más profunda de la intersección entre las autoridades policiales, el sistema jurídico penal y las perspectivas de salud pública para garantizar que las políticas reflejen y apoyen genuinamente los objetivos de salud pública en lugar de socavarlos.

⁹⁷ Inflation Reduction Act, <https://www.congress.gov/bill/117th-congress/house-bill/5376/text>

⁹⁸ <https://www.gpb.org/news/2023/02/20/proposed-bill-would-expand-medicaid-georgians-hiv>

⁹⁹ KFF, <https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/tough-tradeoffs-under-republican-work-requirement-plan-some-people-lose-medicaid-or-states-could-pay-to-maintain-coverage/>

¹⁰⁰ https://www.commonwealthfund.org/publications/issue-briefs/2020/may/impact-medicaid-expansion-states-budgets?utm_source=chatgpt.com

3. LA FINANCIACIÓN DEL VIH EN EL SUR DEBE SER FLEXIBLE

Durante las dos últimas décadas, un enorme esfuerzo de defensoría liderado por comunidades sureñas ha garantizado que la financiación federal para el VIH se ajuste a las necesidades en materia de VIH y que el Sur reciba su parte justa de financiación. A pesar de los avances en la reforma de las fórmulas de financiación en RWHAP y HOPWA, aún queda mucho por hacer para reconocer las crecientes brechas en el acceso en el Sur debido a las enormes disparidades en infraestructura. Los legisladores deben formular políticas que se centren en las inversiones, incluyendo, entre otras, la financiación de la iniciativa EHE, para apoyar un enfoque regional en torno al VIH que reconozca que la infraestructura de salud pública del Sur tiene recursos insuficientes en comparación con otras regiones del país. Las organizaciones con experiencia deben dedicarse más intensamente a capacitar a las personas de la comunidad en defensoría con el fin de entregarles las habilidades que necesitan para comunicarse eficazmente con los legisladores. Esto incluye educar a las personas sobre cómo averiguar quiénes son sus legisladores y qué decir durante las llamadas o en las cartas escritas para abogar por una política integral de VIH.

La financiación debe incluir un énfasis en el acceso a la PrEP. Los estados sureños podrían ser los más beneficiados por una inversión federal intencionada en un Programa Nacional de PrEP. En caso de que el Programa Nacional de PrEP se ponga en marcha de forma gradual, los estados sureños deben ser los primeros en la fila para la implementación estatal. En lugar de mantener el statu quo, que simplemente mantiene

los programas en funcionamiento, debe haber un giro hacia la exigencia de financiación completa para estos programas con el fin de garantizar que puedan ampliar y mejorar sus servicios de manera efectiva.

La financiación de la EHE también debe reajustarse para que tenga un impacto más inmediato y los colaboradores federales deberían trabajar de forma más colaborativa para permitir una financiación trenzada entre distintos flujos de financiación. Un obstáculo para la iniciativa EHE en su conjunto, pero especialmente en el Sur, ha sido la incapacidad de reconocer que la innovación no puede producirse sobre sistemas de prevención y cuidado del VIH que no tienen financiación suficiente. La financiación del RWHAP, por ejemplo, se ha mantenido estancada durante más de una década, mientras que la prevalencia del VIH ha aumentado.¹⁰¹ En el Sur, donde los programas se ven paralizados por las decisiones políticas de no ampliar Medicaid y por un apoyo mucho menos generoso de los fondos estatales generales para el VIH, esperar enfoques nuevos e innovadores sin aumentar el nivel básico de apoyo para el cuidado y la prevención del VIH ha sido frustrante para las comunidades que viven y están afectadas por el VIH y para las organizaciones que reciben fondos. El Congreso debe reconocer la necesidad de invertir en toda la infraestructura de cuidado y prevención del VIH para que los dólares de la EHE tengan una base sobre la cual construir programas innovadores.

4. DEBEMOS AMPLIAR LA FUERZA LABORAL DEL VIH EN EL SUR

Hay una importante escasez de proveedores de VIH en el sur de Estados Unidos. Los programas federales deben apoyar la llegada de más proveedores al Sur, incluyendo con una mejor inclusión de la formación en enfermedades infecciosas en las escuelas de medicina y una inversión en programas de condonación de deudas que incentiven los sitios en el Sur. A nivel estatal, las leyes sobre el alcance de la práctica suelen limitar la capacidad de los proveedores no médicos para ejercer al máximo de sus licencias y su formación. Esto es particularmente restrictivo para profesionales de enfermería y farmacéuticos, que son fundamentales, pero están infrutilizadas en la fuerza laboral de salud. Los estados deben trabajar para ampliar el alcance de la práctica con el fin de mejorar su capacidad de prestar servicios integrales de prevención y cuidado del VIH.

Ampliar el alcance de la práctica de los farmacéuticos¹⁰² es un excelente ejemplo de cómo se puede aumentar la fuerza laboral del VIH.

Teniendo en cuenta que casi 9 de cada 10 estadounidenses viven a menos de 5 millas de una farmacia comunitaria,¹⁰¹ aprovechar esta accesibilidad podría aumentar significativamente la adopción de la PrEP. Si se permite a los farmacéuticos recetar y administrar la PrEP, podemos utilizar este recurso comunitario para lograr un impacto sustancial en la prevención del VIH en las regiones más afectadas por la epidemia.

¹⁰¹ KFF, <https://www.kff.org/hiv/aids/slide/ryan-white-funding-relatively-flat-for-more-than-a-decade-while-share-of-people-living-with-hiv-has-grown/>

¹⁰² [https://www.japha.org/article/S1544-3191\(22\)00233-3/fulltext](https://www.japha.org/article/S1544-3191(22)00233-3/fulltext)

5. DEBEMOS INVERTIR EN LA VIVIENDA COMO CUIDADO DE SALUD

La vivienda debe incorporarse a todos los planes para acabar con el VIH en el Sur. Los proveedores de vivienda deben adoptar modelos Housing-First que sean informados por el trauma, libres de estigma, antirracistas y libres de homofobia y transfobia. Además, los recursos destinados a la vivienda para personas con VIH son limitados; las agencias de VIH necesitan trabajar con entidades y recursos de vivienda existentes para asegurar fondos y crear nuevas oportunidades de vivienda para las PLHIV. Esta estrategia también requerirá abogar para que los gobiernos estatales y locales asignen fondos para el desarrollo y uso de viviendas para PLHIV, asegurando que el apoyo a la vivienda sea flexible y accesible.

Reconociendo que la vivienda es un elemento crucial para la prevención, es esencial proteger y ampliar el acceso a la vivienda para combatir eficazmente la epidemia del VIH. Los esfuerzos colaborativos son necesarios, e implican conectarse y comprometerse con los legisladores y trabajar con coaliciones centradas en la vivienda. Este enfoque integral abordará los problemas de vivienda mediante la colaboración, buscando mejorar la estabilidad y los resultados de salud de las personas afectadas por el VIH.

Los recursos destinados a la vivienda para personas con VIH son limitados; las agencias de VIH necesitan trabajar con entidades y recursos de vivienda existentes para apalancar fondos y crear nuevas oportunidades de vivienda.



6. DEBEMOS INVERTIR EN FINANCIACIÓN SOSTENIBLE PARA MEDICAMENTOS CONTRA EL VIH EN EL SUR

Debemos fortalecer la financiación sostenible de los medicamentos contra el VIH en el Sur. Aunque los ahorros generados por el programa 340B son vitales, ya que permiten a las entidades comprar medicamentos a precios rebajados y obtener reembolsos a tasas más elevadas, este sistema respalda la prestación de servicios esenciales para el VIH. Sin este ahorro, muchos clientes que dependen de estos servicios enfrentarían dificultades significativas. Esta dependencia del programa 340B ilustra la complejidad de la financiación de la infraestructura del VIH: los mayores precios de medicamentos, aunque sirven para generar ahorros, simultáneamente alimentan el debate sobre la reducción de los costos de los medicamentos.

Debemos proteger el programa 340B y garantizar que los nuevos proveedores de respaldo para el VIH puedan seguir accediendo a precios rebajados y reinvertiendo los ahorros en servicios básicos. Sin embargo, también debemos ampliar nuestro enfoque. Es fundamental abogar por una mayor financiación federal, estatal y filantrópica para apoyar la infraestructura del VIH con menos dependencia de las estructuras de precios de los medicamentos. Mientras anticipamos el impacto de la competencia entre medicamentos de marca y genéricos, que debería reducir los precios de muchos antirretrovirales, depender exclusivamente de los altos precios de los medicamentos para financiar la infraestructura del VIH a través de los ahorros 340B presenta un dilema.

Es fundamental invertir en la defensoría y la investigación basada en políticas. La mayor parte de la investigación actual se centra en los servicios directos, pero el Sur necesita una investigación política sólida para desarrollar modelos de financiación sostenibles que no dependan exclusivamente de las discrepancias en los precios de los medicamentos. Debemos apoyar y involucrarnos activamente con iniciativas que promuevan este tipo de investigación, garantizando que nuestras estrategias de financiación sean tanto sostenibles como equitativas.

La colaboración con los legisladores locales y las coaliciones centradas en la vivienda es crucial. Trabajando juntas, podemos abordar estas complejas problemáticas mediante políticas bien informadas y soluciones innovadoras que prioricen el bienestar de las personas que viven con VIH.

7. LAS ENTIDADES FILANTRÓPICAS DEBEN PRIORIZAR LA CREACIÓN Y EL MANTENIMIENTO DE LA MOVILIZACIÓN Y EL PODER COMUNITARIOS EN EL SUR

Las voces de los representantes comunitarios en el Sur, además de las personas que viven con o están afectadas por el VIH, son inequívocas; requieren una inversión sostenida para amplificar su poder colectivo a través de una movilización comunitaria intensiva y capacitación en defensoría. Actualmente, los fondos federales y estatales destinados a la salud pública generalmente no apoyan la defensoría necesaria para lograr cambios en las leyes y políticas estatales que podrían ampliar el acceso a los servicios de VIH. El papel de las entidades financiadoras no gubernamentales, en particular las organizaciones filantrópicas no vinculadas a la industria, se hace indispensable para apoyar la infraestructura de defensoría y políticas que es fundamental para transformar los sistemas de salud ineficaces.

Para aumentar el impacto y el alcance de los esfuerzos de defensoría, es esencial que las organizaciones solicitantes aprovechen las diversas relaciones con múltiples entidades financiadoras corporativas y filantrópicas. Es fundamental crear redes de entidades donantes comprometidas con la reducción de los resultados y la estigmatización, y crear mensajes que le hagan sentido a las empresas privadas con fines de lucro ajenas al sector del VIH. Esta estrategia debe dirigirse a las entidades financiadoras más afectadas por la epidemia del VIH y cultivar esas relaciones para garantizar una base de apoyo amplia y sostenida.

Aunque la financiación de la industria ha sido históricamente una fuente importante de apoyo para muchas organizaciones del Sur, lo ideal es que el trabajo de defensoría y políticas sea financiado por entidades sin intereses comerciales en los resultados políticos, para mantener la integridad y centrarse en las necesidades de la comunidad.

Janeeka Muse responde a las preguntas del público en el Simposio 2024 Salvándonos a Nosotres Mismos, organizado por SAC.



EN SUS PROPIAS PALABRAS

TESTIMONIO DE UNA SOBREVIVIENTE A LARGO PLAZO DEL VIH



Miss El
Georgia

Por favor permítanme compartir mi perspectiva actual, formada por mis muchas experiencias con el VIH. Después de 32 años de vida más allá de mi diagnóstico inicial y del pronóstico de seis meses que me dieron al cumplir veintiocho años, no puedo hablar desde una perspectiva pesimista o de una “triste canción de amor”. He llegado demasiado lejos como una experimentada mujer (negra) con información, conocimientos aplicados, sabiduría adquirida y elecciones más sanas.

Una lección clave que he aprendido es que revisar continuamente las elecciones, comportamientos y decisiones del pasado mientras intento contar mi historia puede volver a causar traumas. Por otro lado, asumir cada experiencia como propia me deja valiosas lecciones de vida que puedo compartir. Así, mi perspectiva actual es que nada me está ocurriendo a mí, sino que todo está ocurriendo para mí.

A medida que he ido madurando en mi relación con el VIH, mis preocupaciones por mi salud y mi bienestar también han evolucionado. Mientras que antes yo me centraba en la carga viral y los recuentos de CD4, ahora considero el uso del medicamento a largo plazo, sopesando tanto su utilidad como sus efectos dañinos, y eligiendo el menor. Ahora, al entrar en el último tramo de mi vida, me encuentro enfrentando la plenitud de la vida, incluyendo el envejecimiento y sus desafíos físicos.

Estoy aprendiendo a comer de forma diferente, manteniendo conversaciones a nivel de directores ejecutivos con quienes me ayudan a tomar decisiones informadas sobre mi salud y explorando otras opciones de salud. En mi experiencia personal, y teniendo el privilegio de compartir las experiencias y perspectivas de otras personas con respecto a sus diagnósticos, creo que un aporte importante al éxito del tratamiento es cuánto una misma cree en el proceso. Para mí, los medicamentos funcionan porque creo que funcionan. Mi verdadero deseo es revertir el proceso del VIH dentro de mí. Tengo un sueño para el VIH y para mí.

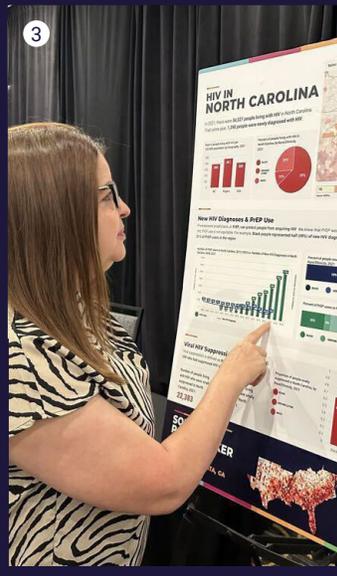
“Mi perspectiva actual es que no me está pasando nada, sino que todo está pasando para mí”.

AL CONCLUIR ESTE MANIFIESTO, ES IMPERIOSO REFLEXIONAR SOBRE LOS PODEROSOS VIAJES PERSONALES COMPARTIDOS EN ESTAS PÁGINAS.

Este manifiesto en sí es un viaje que trasciende más allá de las estadísticas y los desafíos que hemos enfrentado en el sur. Las historias que se encuentran en él son solo una parte de la historia de la región, ya que hay miles más—muchas que nunca se contarán. Hay tantas experiencias que reflejan la fuerza y la determinación de quienes viven con VIH en la región y que sirven como recordatorios conmovedores de por qué nuestro trabajo es tan vital. Ilustran no solo el progreso que hemos logrado, sino también la necesidad continua de dedicación y compromiso firme en nuestra lucha por acabar con la epidemia del VIH. La serie de manifiestos—desde 2002 hasta el presente—sirve como una hoja

de ruta histórica de los desafíos y éxitos que encarnan el espíritu de perseverancia y esperanza en la región. Es, sobre todo, una herramienta para la defensa y la acción, para crear un camino hacia adelante que ponga en el centro a aquellos más afectados por el VIH. Para realmente acabar con la epidemia del VIH, debemos mantenernos firmes en nuestro compromiso, seguir innovando en nuestros enfoques, y amplificar las voces de quienes han vivido estas experiencias. Sus historias nos inspiran a mantenernos en el camino, sabiendo que cada paso adelante es un testimonio de nuestra determinación compartida y nuestra resolución inquebrantable.

Para realmente poner fin a la epidemia del VIH, debemos mantenernos firmes en nuestro compromiso, seguir innovando en nuestros enfoques y amplificar las voces de quienes han vivido estas experiencias.



1 Academia de Políticos del Sur en Atlanta en julio de 2024; De izquierda a derecha: Kim Jackson, Senadora Estatal, Distrito 41, Senado Estatal, GA; Park Cannon, Representante, Distrito 58, Cámara de Representantes, GA; Lilianna Bakhtiari, Miembro del Concejo Municipal, Distrito 5, Atlanta, GA; DaShawn Usher, Director Sénior, Comunidades de Color y Medios, GLAAD, Fundador y Director Ejecutivo, Mobilizing Our Brothers Initiative (NY). Academia de Políticos del Sur en Atlanta en julio de 2024.

3 Aleida Fernández, Organizadora Comunitaria en Carolina del Norte para Latinos en el Sur, revisando los datos de la hoja informativa de VIH de Carolina del Norte de SAC en el Encuentro 2024 en Charlotte, Carolina del Norte

2 De izquierda a derecha: Charles Stephens, Director Ejecutivo, Counternarrative Project; Arianna Inurrtegui-Lint, Directora Ejecutiva, Arianna's Center (FL); Venton Jones, Representante, Distrito 100, Cámara (TX), Director Ejecutivo, Southern Black Policy & Advocacy Network; Marnina Miller, Co-Directora Ejecutiva, Positive Women's Network; Tim Santamour, Director Ejecutivo Interino, Florida Harm Reduction Collective.

4 Will Ramirez, Director de Políticas Públicas y Abogacía, presenta en la Cumbre de Organizaciones Comunitarias del Sur en 2024 en San Antonio, TX.

5 Directoras Ejecutivas Kathie Hiern (AIDS Alabama) y Dafina Ward (Southern AIDS Coalition) en el Día de Abogacía sobre el VIH en Alabama 2024 (Montgomery, AL).

6 Sesión de estrategia del equipo de Southern AIDS Coalition durante el retiro de personal en 2024 en Atlanta, GA.

7 Cohorte de Southern HIV Advocates for Progress en AIDS Watch 2024 de AIDS United.

Línea de Tiempo Histórica de la Coalición Sureña del SIDA

2002

Reunión de Directores Estatales de SIDA del Sur en junio

14 directores de SIDA/ETS de los estados del sur se reunieron en Nashville, Tennessee, para discutir los desafíos únicos y críticos que comparten los estados del sur, con el objetivo de desarrollar un plan correctivo que luego se convirtió en el Manifiesto de los Estados del Sur.

NOVIEMBRE: Cumbre de los Estados del Sur sobre VIH/SIDA y ETS: Un Llamado a la Acción

El Grupo de Trabajo de Directores de los Estados del Sur (SSDWG) se reunió en Charlotte, Carolina del Norte, durante la cumbre para revisar el borrador del primer Manifiesto de los Estados del Sur.



DICIEMBRE: ¡Nace la Coalición del SIDA del Sur! El SSDWG formó la Coalición del SIDA del Sur en colaboración con miembros de la comunidad y líderes gubernamentales.

2003

ENERO: Anuncio de PEPFAR

El presidente George W. Bush anuncia el Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del SIDA (PEPFAR) durante el discurso del Estado de la Unión. PEPFAR fue autorizado para proporcionar \$15 mil millones durante cinco años para financiar la prevención, tratamiento y cuidado del VIH a nivel

2007

Prevención y atención del VIH reciben financiación congelada por parte del gobierno federal.

A pesar de que el sur siguió siendo la región más afectada, la financiación federal para la prevención, atención, tratamiento y vivienda relacionada con el VIH se mantuvo sin cambios durante 2007 y 2008.



2008



JULIO: Reautorización de PEPFAR

La reautorización amplió el presupuesto a \$48 mil millones e incluyó no solo al VIH, sino también a la tuberculosis y la malaria como objetivos.

JULIO: Se publica la actualización de 2008 del Manifiesto de los Estados del Sur.

Esta segunda versión sirvió como una actualización del manifiesto original. Destaca los desafíos continuos para abordar la crisis del VIH en el sur, tales como las altas tasas de transmisión, la lamentable falta de financiamiento, una infraestructura de salud deficiente y las barreras para las pruebas y tratamientos. La actualización fue un llamado a la acción para abordar las desigualdades persistentes en la financiación del VIH y el impacto causado por su falta.

2011 2012



SEPTIEMBRE: Estudio 052 de la Red de Ensayos de Prevención del VIH (HPTN)

Este ensayo demostró que la adherencia a la terapia antirretroviral (ART) podría reducir la transmisión del VIH en un 96%, marcando un avance importante en el papel del tratamiento como prevención.

JULIO: Se publica la actualización de 2012 del Manifiesto de los Estados del Sur: Informe de políticas y recomendaciones.

Esta segunda actualización enfatizó el impacto de los cambios en las políticas nacionales, como la Ley de Cuidado de Salud Asequible y la Estrategia Nacional sobre el VIH/SIDA. Se centró en reducir las disparidades de salud en el sur, promover el tratamiento como prevención y destacó la necesidad de asignar financiamiento federal para abordar las tasas desproporcionadamente altas de VIH en la región.

JULIO: Aprobación de la PrEP por la FDA

La FDA aprobó el primer medicamento para la prevención del VIH, la profilaxis preexposición (PrEP). Aunque la PrEP tenía el potencial de reducir drásticamente las nuevas transmisiones de VIH, especialmente entre las comunidades de color, el acceso estaba limitado en el sur debido a las desigualdades persistentes en el sistema de salud y el estigma relacionado con el VIH.

2015

El Programa Ryan White de VIH/SIDA cumple 25 años.

En los 25 años de su existencia, el Programa Ryan White de VIH/SIDA (RWHAP) ha desempeñado un papel fundamental en la reducción de la mortalidad relacionada con el VIH y en la mejora de la calidad de vida de cientos de miles de estadounidenses.

2019

FEBRERO: Se anuncia EHE
El presidente Donald J. Trump anuncia la nueva iniciativa,



"Ending the HIV Epidemic: A Plan for America", durante su discurso del Estado de la Unión.



SAC se convierte en la sede de SOS

SAC fue seleccionado por The Red Door Foundation para convertirse en la nueva sede del Simposio Saving Ourselves (SOS), una conferencia anual fundada por Marvell L. Terry, II para educar y empoderar a la comunidad negra LGBTQIA+ en el sur.

2020 2022

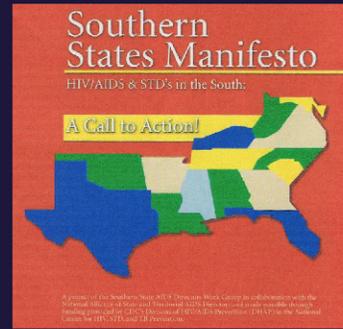
COVID-19 impacta los servicios de VIH.

La pandemia de COVID-19 interrumpió los servicios de VIH, causando retrasos en las pruebas, el tratamiento y la prevención. Sin embargo, a medida que la pandemia retrocedió, hubo un enfoque renovado en avanzar hacia las metas de EHE y revitalizar los servicios de prevención y atención del VIH.



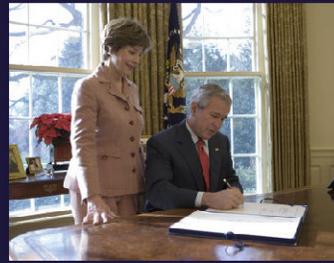
MARZO: Manifiesto de los Estados del Sur: ¡VIH/ SIDA y ETS en el Sur: Un Llamado a la Acción!
Oficialmente publicado 3 de marzo de 2003.

2004 2006



Informe de Vigilancia del VIH/SIDA Publicado

Los datos de los CDC destacan las marcadas disparidades raciales en las tasas de VIH. El informe generó llamados a aumentar la financiación y a implementar intervenciones adaptadas para abordar el impacto desproporcionado de la epidemia en las comunidades minoritarias.



DICIEMBRE: Ley Ryan White de Atención al SIDA Reautorizada

La Ley Ryan White de Atención al SIDA fue renombrada como la Ley de Modernización del Tratamiento del VIH/SIDA Ryan White de 2006 (RWHATMA) después de que se aprobara el H.R. 6143. Esta reautorización, tras tres años de discusiones, introdujo cambios importantes, incluyendo el cambio de la fórmula de financiamiento de datos acumulativos de SIDA a casos reales de VIH y SIDA vivos, y la redistribución de aproximadamente \$30 millones hacia el sur.

2009 2010

OCTUBRE: Levantamiento de la prohibición de viaje para personas con VIH

La prohibición de viaje para personas con VIH, que había impedido que personas viviendo con VIH ingresaran a los EE. UU., fue oficialmente levantada.



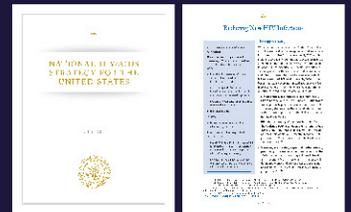
MARZO: Ley de Cuidado de Salud Asegurable (ACA)

La Ley de Cuidado de Salud Asegurable fue promulgada por el presidente Barack Obama. Bajo la nueva ley, se prohibió a los aseguradores negar cobertura por condiciones preexistentes como el VIH y se amplió la elegibilidad para Medicaid en los estados que optaron por ello.



JULIO: Estrategia Nacional sobre el VIH/ SIDA (NHAS) Publicada

Se publicó la primera Estrategia Nacional sobre el VIH/SIDA, que delineaba tres objetivos clave: reducir las transmisiones de VIH, mejorar el acceso a la atención médica y reducir las disparidades de salud relacionadas con el VIH.



2017 2018

NOVIEMBRE: Modernización de la Fórmula HOPWA

El Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) implementó los cambios de la Ley de Modernización de Oportunidades de Vivienda en el Programa de Oportunidades de Vivienda para Personas con SIDA (HOPWA). La fórmula revisada cambió cómo las localidades se volvían elegibles para financiamiento y en qué niveles.

Gilead COMPASS Initiative® lanzada

SAC se convierte en uno de los tres Centros Coordinadores que lanzan un modelo de impacto colectivo para implementar el compromiso histórico de Gilead Sciences de abordar el VIH en el sur de los Estados Unidos.



2022 2023

Cambiar el Patrón

SAC se asocia con el National AIDS Memorial en una histórica gira por varias ciudades para "Cambiar el Patrón" mediante la ampliación de la presencia de sureños en la Colcha, aumentar la conciencia pública sobre la crisis del VIH en el sur y amplificar los cambios de políticas necesarios para "cambiar el patrón" de las disparidades del VIH en la región.



2024

JULIO: Academia de Formadores de Políticas del Sur

SAC llevó a cabo la Academia de Formadores de Políticas del Sur en Atlanta. Fue un evento fundamental diseñado para educar e involucrar a los formuladores de políticas del sur en los temas críticos relacionados con el VIH en la región.



AGRADECIMIENTOS

Este documento es posible gracias a las aportaciones de casi 200 habitantes del Sur, incluyendo más de 80 personas del Sur que viven con VIH, y una variedad de partes interesadas. La información recopilada a través de encuestas anónimas, entrevistas y grupos focales se utilizó para establecer las prioridades y contar las historias plasmadas en la Actualización 2024. Gracias.

Abraham Johnson, MPH

Ada Stewart, RPh, MD, FAAFP, HMDC, AAHIVS
American Academy of HIV Medicine

Allison Mathews
NC Department of Environmental Quality

Carole Treston, RN, MPH, ACRN, FAAN
Association of Nurses in AIDS Care

Denford Galloway
Ryan White Program Shelby County Health Department

Drema Hill

Elizabeth A. Propst, BSW
St. Jude Children's Research Hospital

Evelyn M. Foust, MPH, CPM,

Game Changing Men

Gina Sabbattini, MSPAS, PA-C, AAHIVS
St. Jude Children's Research Hospital

Glen Pietrandoni
AVITA Care Solutions

Gilead COMPASS Initiative® Coordinating Centers

Jeffrey Hatcher, MD

Jenny O'Donnell
Society of Family Planning

Kate McManus, MD
UVA School of Medicine

Kathie Hiers
AIDS Alabama

Killelea Consulting

Latino Commission on AIDS

Leslie McGorman, AIDS United

Lisa Daniels

Liz Kaplan
Center for Health Law and Innovation

Linda Dixon and Alecia Reed Owens
Mississippi Center for Justice

Mamta Jain, MD
UT Southwestern Medical Center

Mandisa Moore O-Neal
The Center for HIV Law and Policy

Marcus Stanley
Black Power, Liberation, and Healing Now

Meagan Dunham, LMSW
Institute of Women and Ethnic Studies

Merck

Michael Elizabeth Webb
Equality Federation

Michael Murphy
American Pharmacist Association

Miguel Miranda

Miss El

NASTAD

National Association of Free and Charitable Clinics

Nicole Beckwith
Consultant

Noelle Esquire
Elton John AIDS Foundation

Positive Living Conference Attendees

Shanell McGoy, PhD, MPH
Gilead Sciences

Stacy Smallwood, PhD, MPH
Wake Forest University School of Divinity

Samantha Hill, MD, MPH
UC San Francisco

Positive Women's Network-USA Southern Women Advocacy Response Mobilization (SWARM)

The Reunion Project

Thomas Liberti
FL HIV/AIDS Director

West Virginia Health Right

UN AGRADECIMIENTO ESPECIAL A NUESTROS SOCIOS FINANCIADORES QUE HICIERON POSIBLE ESTE MANIFIESTO.



Johnson & Johnson



NUESTRO PERSONAL

Dafina Ward, JD (Ella)

Directora ejecutiva

Will Ramirez, MPA (Él)

Director de políticas públicas y defensoría

David Wyley Long (Él)

Director de Iniciativas Especiales

Miguel Garcia (Él/Elle)

Community Organizer & Advocacy Manager
Organizador comunitario y responsable de defensoría

Torrie Shepard (Ella)

Directora de comunicaciones

Nayasia Coleman (Elle/Ella)

Directora de Asuntos Ejecutivos y Asociaciones

Mardrequs Harris, MAEd (Él)

Director adjunto

Nichole Davis (Ella)

Directora de finanzas

Brady Maiden (Ella)

Directora de programas científicos comunitarios

Tiffany Patterson (Ella)

Directora de administración y operaciones

Justin Searcy (Él)

Director de subvenciones

NUESTRA JUNTA DIRECTIVA

Angela Johnson - Chair

NASTAD Washington, DC

Randevyn Piérre - Vice Chair

ViiV Healthcare Atlanta, GA

Lee Storrow - Secretary

Community Education Group Chapel Hill, NC

Cathalene Teahan - Treasurer

Georgia AIDS Coalition Snellville, GA

P.J. Moton-Poole - Development

ViiV Healthcare Dallas, TX

Reginald Vicks - Governance

CrescentCare New Orleans, LA

Carolyn McAllaster - Strategic Visioning

Duke University School of Law (Retired) Durham, NC

Jay Adams

West Virginia Ryan White Part B Wheeler, WV

Samuel Burgess

Louisiana Department of Health New Orleans, LA

Bambi Gaddist

Joseph H. Neal Wellness Center Columbia, SC

Kathie Hiers

AIDS Alabama Birmingham, AL

Aryah Lester

Transgender Strategy Center Hampton, VA

Butch McKay

OASIS Fort Walton Beach, FL

Donna Sabatino

The AIDS Institute Flagler Beach, FL

Darwin Thompson

Gilead Sciences Washington, DC

Robin Webb

Mississippi Positive Network Cleveland, MS



SOUTHERN AIDS COALITION



**¡Escanea el código QR para
obtener más información
sobre SAC y las formas
en las que puedes apoyar
nuestro trabajo en el sur!**