



LA ESTRATEGIA CONTRA EL VIH/SIDA DEL CONDADO DE LOS ÁNGELES PARA EL 2020 Y MÁS ALLÁ





LACounty.HIV: De una Vez y para Todos



CONTENIDO

INTRODUCCIÓN A LA ESTRATEGIA CONTRA EL VIH/SIDA DEL CONDADO DE LOS ÁNGELES PARA EL 2020 Y MÁS ALLÁ	4
DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	8
METAS DE LA ESTRATEGIA	12
RECONOCIMIENTOS	25
TABLAS DE DATOS	28

La Estrategia contra el VIH/SIDA del Condado de Los Ángeles para el 2020 y más allá

INTRODUCCIÓN DE LA ESTRATEGIA CONTRA EL VIH/SIDA DEL CONDADO DE LOS ÁNGELES PARA EL 2020 Y MÁS ALLÁ

Hace más de 36 años, el Condado de Los Ángeles (Condado) fue una de las áreas metropolitanas en los Estados Unidos que reporto los primeros casos documentados de lo que ahora se conoce como el VIH/SIDA. Desde ese primer reporte de 5 casos en junio de 1981, el número de casos crecería a casi 90,000 casos diagnosticados del VIH/SIDA. Casi 30,000 personas diagnosticadas con el VIH/SIDA han fallecido. Durante ese tiempo, el número anual de nuevas infecciones del VIH reportadas en el Condado creció en su máximo a más de 6,500 y lentamente bajó a las 1,850 nuevas infecciones estimadas en 2017. El número de personas con VIH no diagnosticadas crecería a más de 15,500 a principios del 2000 hasta lentamente disminuir a un estimado de 8,000 (o casi el 14% de todas las personas viviendo con el VIH) hoy en día. Se ha visto un progreso latente y deliberado, pero nuestro compromiso con la salud del público nos impulsa a hacer más.

Hoy en día, existen más de 60,000 personas que viven con el VIH en el Condado, y muchos de ellos viven con el VIH efectivamente manejando su infección (tomando en cuenta la carga viral del VIH en su sangre, o también conocido como supresión de la carga viral) con el uso de medicina antirretroviral (ART). Muchos de nuestros residentes más marginalizados pueden lograr la supresión de la carga viral por medio de una combinación a acceso a medicina y tratamientos y un menú de servicios que sirven para mejorar el acceso al sistema de cuidado médico (incluyendo servicios de salud física, mental,

y oral, estabilidad en vivienda, comida y servicios de nutrición, tratamiento para el control del alcohol y drogas, coordinación de cuidado y servicios de trasporte). Para miles de personas en el Condado que viven con VIH no diagnosticado, o que han sido diagnosticadas, pero por una multitud de razones complejas no tienen controlada su infección del VIH, los beneficios científicos, la acción de la salud pública, y la intervención clínica se harán realidad si son diagnosticados, referidos a cuidado médico, y atendidos de manera inmediata.

Un sistema de casi tres décadas en existencia para el tratamiento y prevención del VIH reveló que las diferencias sociales dan fuego a las diferencias e desigualdades relacionadas a la salud y que un sistema de cuidado holístico que 1) enfrenta y responde al acceso desnivelado, 2) insiste en estándares de servicios de alta calidad para todos, 3) monitorea agresivamente, 4) instituye principios de asesoramiento de servicios continuos, y 5) capitaliza el progreso científico, es una receta para el progreso de la salud pública.

El Condado se une a más de tres docenas de jurisdicciones alrededor de los Estados Unidos quienes han construido un plan para reducir significativamente el impacto de décadas del VIH/SIDA en la salud de sus comunidades. Para el Condado, este es un momento de un renovado optimismo, pero uno que es templado por un desigual progreso. Esta es una era de oportunidades sin precedentes afectada por un clima político



8,600

El número de residentes del condado tenían VIH y no lo sabían.

volátil e impredecible que amenaza al sistema de salud y a los patrones de acceso a este sistema. Este es un momento de progreso sin precedentes en cuanto a la protección contra el VIH, pero que existe junto a la falta de información, aceptación y utilización de herramientas abrumadoramente efectivas. Como dijo el autor y humanitario Paul Farmer, “La igualdad en el acceso a los frutos de la ciencia es la única meta aceptable.”

A pesar de nuestra cautela, mantenemos que el optimismo, la oportunidad y las herramientas para la prevención, que están disponibles hoy en día, alentaran un alto nivel de progreso en la lucha contra el VIH durante los próximos cinco años cuando pongamos en efecto **La Estrategia contra el VIH/SIDA del Condado de Los Ángeles para el 2020 y más allá.**

Siguiendo el ejemplo y la intención de la Estrategia Nacional del VIH/SIDA (NHAS por sus siglas en inglés), que fue presentada el 13 de Julio de 2010 por el Presidente Barack Obama y luego re-lanzado en 2015 por la misma Administración, la Estrategia contra el VIH/SIDA del Condado de Los Ángeles (LACHAS) intenta unificar e integrar los esfuerzos colectivos contra el VIH. Igual que otros documentos similares, LACHAS identifica metas y objetivos claves. También se basa en varios esfuerzos de planificación, acciones de líderes políticos, compromisos de entidades municipales, conversaciones francas y abiertas entre líderes de la comunidad, y un mejor entendimiento de los contribuyentes a las desigualdades relacionadas con el VIH que forma su contenido y enfoque.

Esta es una estrategia que llama al gran, complejo y formidable sistema privado de salud (como, planes de salud, hospitales, centros federales calificados, y organizaciones comunitarias) al igual que hospitales públicos, clínicas públicas, y centros de salud comprensibles que brindan servicios a los residentes del Condado. Esta es una estrategia que responde al pedido de la Comisión del VIH (Comisión) y cientos de apasionados activistas y proveedores de servicios de la comunidad para una visión y acción clara para terminar con una epidemia que se acerca ya a su quinta década. Esta es una estrategia que introduce un nivel de responsabilidad no antes vista, y un compromiso de reportes públicos del asesoramiento y monitoreo de métricas de rendimiento claves por medio de la página web: www.lacounty.hiv.

Esta estrategia se une a otros compromisos y campañas que comparten la misma visión de reducir significativamente el impacto del VIH, incluyendo a la campaña de la Oficina del SIDA del Estado de California llamada “Sentando una fundación para llegar a cero,” la estrategia de la Ciudad de West Hollywood llamada “El Plan Estratégico de Cero VIH,” y los esfuerzos de la Oficina del Coordinador de servicios contra el SIDA de la Ciudad de Los Ángeles a “llegar a cero.” Estas estrategias no son vistas como contradictorias si no sinérgicas- cada una mejorando el impacto de todas.

Finalmente, LACHAS, se basa en el alto compromiso de los funcionarios electos de la ciudad, el Condado, el Estado y a



70,000

El número estimado de hombres que tienen sexo con hombres, mujeres transgénero, y mujeres cisgénero en el cla quien se beneficiarían del uso de PrEP.

Objetivo I: Reducir las infecciones anuales de VIH a 500 para el 2022

Objetivo II: Incrementar la proporción de Personas que Viven con el VIH que están diagnosticadas por lo menos a un 90% para el 2022

Objetivo III: Incrementar la proporción de Personas que Viven con el VIH que tienen una carga viral suprimida para el 2022

niveles federales. Mientras agradecemos la reciente propuesta de parte de los Supervisores del Condado de Los Ángeles para reducir y prevenir el impacto del VIH en los grupos más impactados de nuestro Condado, esperamos pólizas de intervención alrededor del Estado de parte de los funcionarios electos en Sacramento para acelerar nuestros esfuerzos.

¿POR QUÉ AHORA?

La creación y el lanzamiento de la LACHAS no es coincidencia. En ningún otro tiempo desde la disponibilidad de antirretrovirales

altamente efectivos en 1996, que “salvaron la vida” a muchas personas con el VIH, se ha visto una coalescente de fuerzas ocurriendo simultáneamente para reducir el impacto significativo del VIH en el Condado – de una vez y para todos.

Los impulsores más notables de la LACHAS son:

- 1) El alcance significativo de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Costo (ACA por sus siglas en inglés) entre los residentes del Condado que ayudo a muchas personas, incluyendo a las más pobres y más desamparadas, a mejorar dramáticamente su habilidad de acceder servicios médicos y así poder conectarse a servicios críticos de VIH, incluyendo el examen, diagnóstico y la oportunidad de tratamiento.
- 2) La creación y el aumento de acceso a herramientas biomédicas de prevención del VIH para las personas que están en más alto riesgo de contraer el VIH, incluyendo la apertura y continuo apoyo a más de catorce Centros de Excelencia de PrEP y cinco Clínicas Públicas que sirven como acceso para los servicios de prevención biomédica, así aumentando la oportunidad de evadir miles de nuevas infecciones del VIH en los próximos años.
- 3) The lanzamiento y expansión de equipos de Cuidado Médico Coordinado para el VIH que están localizados en las clínicas para el tratamiento del VIH, para asegurar que todas las personas que viven con el VIH puedan tomar ventaja de

los beneficios del tratamiento al poder lidiar con las barreras económicas, psicológicas, estructurales, y de comportamiento que impactan la adherencia al tratamiento y las metas de lograr una supresión de la carga viral.

4) El desarrollo y el uso de análisis geoespacial para identificar y lanzar programas y servicios en las áreas del Condado más impactadas por el VIH, incluyendo distritos de salud en donde las nuevas infecciones del VIH ocurren, en donde hay más probabilidad que las personas reciban un resultado positivo, o en lugares en donde la supresión de carga viral no es óptima.

5) Tratamientos con antirretrovirales de una sola dosis que se toman una vez al día que han ampliamente mejorado la adherencia al tratamiento y la supresión de la carga viral que en si reducen la necesidad de ver a especialistas del VIH a una vez al año.

6) La saturación de los medios sociales que permite la amplificación crítica de los mensajes de salud, particularmente entre las redes sociales y las subpoblaciones más impactadas por el VIH; y

7) La adopción del modelo de Distritos de Salud para enfocar nuestra respuesta en una manera discreta, manejable, y en áreas geográficas conocidas.

EVOLUCIÓN DEL MODELO DE DISTRITO DE SALUD

Por muchos años, DHSP ha usado el modelo basado en Áreas de Planificación de Servicios (SPA), el cual consiste en ocho SPAs, que fue adaptado del Concilio de Planificación para Niños para planificar en estas áreas. Los datos de uso de servicios y vigilancia de hoy en día son más sofisticados y confiables, es por eso que, DHSP y socios de planificación se han evolucionado a usar un método que cuenta con datos por medio de planificación sindrómica, la cual utiliza datos del VIH y ETS, y crea mapas de la prevalencia de enfermedades en el Condado para identificar desigualdades entre estas áreas geográficas en donde el impacto de las enfermedades es más alto. Este cambio resulto en la identificación de cinco grupos de áreas en donde más del 80% de la carga de la enfermedad se concentra. Pase a esta evolución de identificar áreas, estas todavía son muy grandes, en cuanto a geografía y en el tamaño de la población. Como una estrategia para mejorar este sistema de planificación, DHSP comenzara a usar el sistema de planificación usando los 26 Distritos de Salud como base. Con tantas variaciones entre estos veintiséis Distritos de Salud alrededor del Condado, esta propuesta permitirá identificar metas y actividades concretas para cada distrito así asegurando que, al nivel comunitario, todas las partes interesadas de LACHAS, proveedores de servicios y residentes puedan ver cuáles son los logros de los esfuerzos y progresos de las metas identificadas en LACHAS. Con el tiempo y como parte de LACHAS, este modelo de planificación nos permitirá calcular y desplegar recursos en áreas más discretas, incluyendo áreas en donde la carga es más alta y el impacto será hará sentir más.

A pesar de muchos avances en las estrategias de prevención y tratamiento del VIH, persiste la incidencia anual del VIH en el Condado de los Ángeles de 1,750 a 2,000 nuevas infecciones. A finales de 2016, sólo el 60% de todas las Personas que Viven con el VIH en el Condado lograron una carga viral suprimida. ¡Hoy en día tenemos un conjunto de herramientas para reducir significativamente las nuevas infecciones, pero debemos amplificar los mensajes clave y debemos actuar Ya!

La Estrategia contra el VIH/SIDA del Condado de Los Ángeles para el 2020 y más allá

LA DESCRIPCION DEL PROBLEMA (DESAFIO)

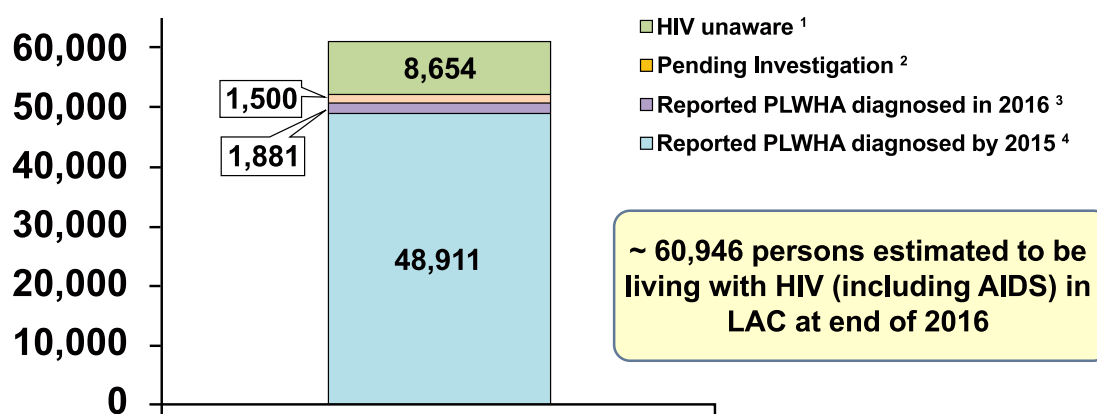
El Condado se expande a más de 4 mil millas cuadradas e incluye a 88 ciudades, 26 distritos de salud, y una mezcla de áreas urbanas, suburbios y rurales. Con una población de 10.2 millones de residentes, incluyendo una gran cantidad de inmigrantes, el Condado es una de las regiones más diversas en cuanto a economía y etnicidad en todo el país.

Aunque muchas más personas tienen acceso al seguro médico, la complejidad de como navegar el sistema de salud es aún más complicado.

El desafío de proporcionar servicios de prevención y cuidado de VIH en todo el condado se ve agravado por su enorme tamaño.

DHSP, encargado del desarrollo y la gestión de la vigilancia de la salud pública y la respuesta programática al VIH en el condado, estima que 61 mil personas vivían con el VIH a finales de 2016; de ellas, 8,654 mil no estaban conscientes de su infección. En el 2016, se diagnosticaron 1,881 mil casos nuevos de VIH; el 84% eran entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH). La epidemia continúa siendo conducida por la actividad sexual entre hombres. La incidencia del VIH es mayor entre los HSH de color, los hombres jóvenes que tienen sexo con hombres (HJSH) de 18 a 29 años y las personas transgéneras.

Figure 1. Estimated Number of Persons Living with HIV and AIDS in LAC at the End of 2016²



¹ It was estimated that 14.2% of PLWH were unaware of their infection in 2016. This was projected from 2014 estimate of 15.0% for California according to CDC's new methods using HIV case surveillance data and CD4 test results (see CROI 2017)

² Total estimated 1,500 lab reports pending investigation likely to result in unduplicated cases.

³ Includes persons newly diagnosed with HIV infection in 2016. Data based on residence at diagnosis.

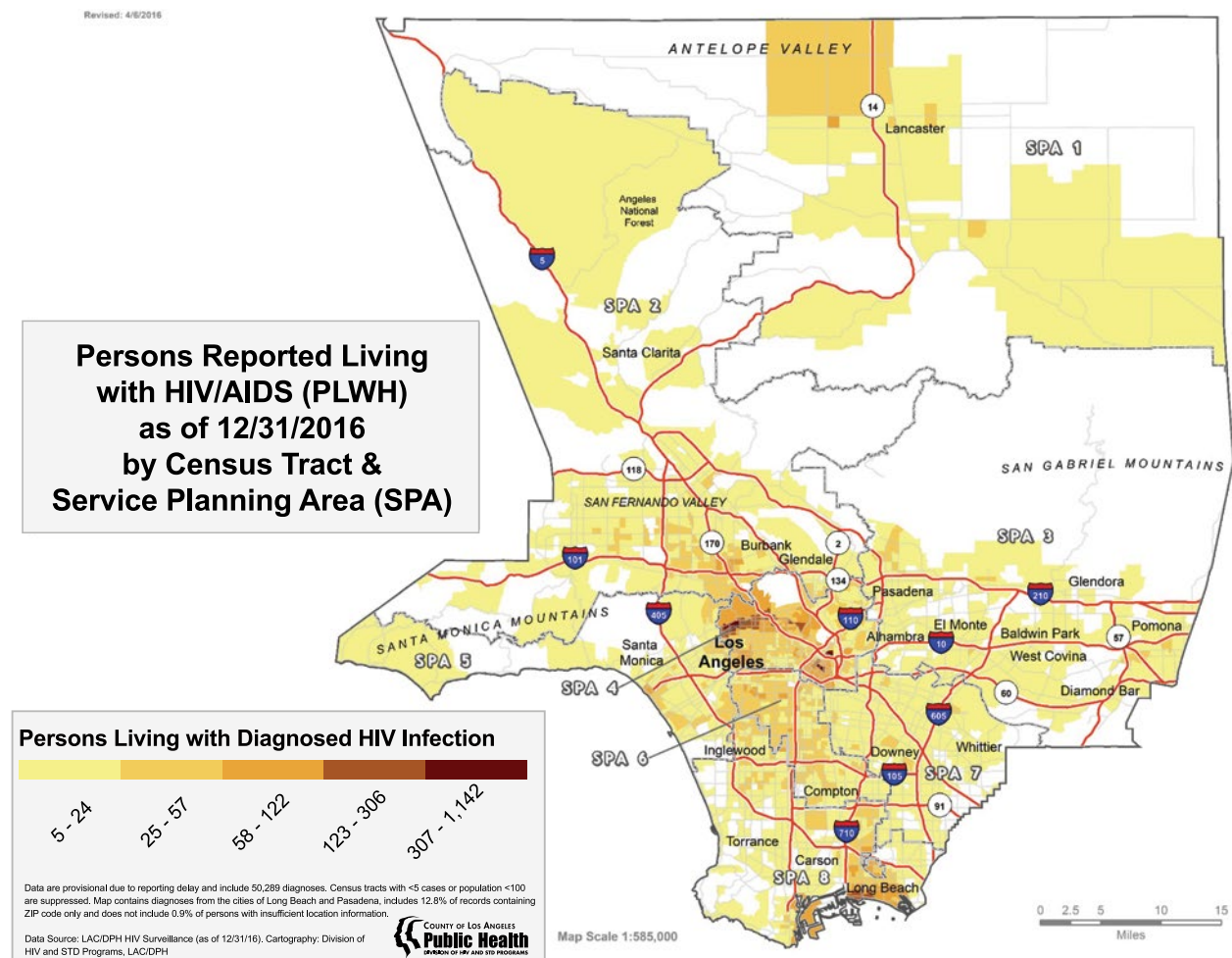
⁴ Includes persons diagnosed with HIV infection by 12/31/2015 and living as of 12/31/2016. Data based on most recently reported residential address.

Source: HIV Surveillance data as of September 2017



El PrEP está disponible gratuitamente o a bajo costo alrededor del Condado en los **14** Centros de Excelencia para el PrEP.

Figure 2. Annual Diagnoses of HIV Infection, Stage 3 HIV Infection (AIDS), PLWH, and Deaths among Persons Diagnosed with HIV Infection, LAC, 2002-2014. Persons Living with a Diagnosis of HIV Infection as of 12/31/16 by Census Tract & Service Planning Area (SPA), Los Angeles County



Datos de tendencia

Aunque ha habido una disminución en el número de nuevas infecciones, diagnósticos de SIDA y número de muertes desde el 2002 (vea la figura 3), la reducción en los últimos años no es dramática, a pesar del desarrollo de nuevas tecnologías de detección del VIH, regímenes de tratamiento e intervenciones biomédicas. Para tablas de datos de epidemiología, consulte el apéndice A, tablas 1-7

En general, hubo 1,561 mil casos de VIH no-SIDA y 711 diagnósticos en etapa tardía o SIDA en 2016; y en comparación con el 2014, esto representa una disminución del 8.9% en los diagnósticos de VIH, no-SIDA y una disminución del 9.2% en los diagnósticos definidos por el SIDA. Entre el 2014 y el 2016 hubo un aumento del 5.6% en la prevalencia del VIH no-SIDA y una disminución del 3.1% en la prevalencia del SIDA. En el 2014 se documentaron aproximadamente 600 muertes entre personas viviendo con VIH (según los datos disponibles más recientes) y 270 se atribuyeron a la enfermedad del VIH o a infecciones oportunistas. Es probable que el número de muertes atribuidas al VIH disminuya en el 2016, ya que los niveles de supresión viral aumentan entre el 2014 y el 2016. Los datos de tendencias de cinco años sobre la prevalencia del VIH no-SIDA, y el SIDA, los nuevos diagnósticos, el número de personas viviendo con VIH y los datos pertinentes del continuo de atención del VIH están incluidos en el Apéndice A, tablas 1 y 3.

Subpoblaciones con Mayor Carga

Las nuevas tasas de positividad entre los HSH afroamericanos y latinos, los HJSH entre las edades 18-29 y las mujeres transgéneras de color, son mucho más altas que la tasa general del 1.1% observada en todos los programas de detección del VIH fundados por DHSP (ver Apéndice A, cuadros 1 y 4), lo que indica que nuestros esfuerzos concretos son efectivos. Entre los HJSH la nueva tasa de positividad fue del 1.9%; entre los HSH latinos la tasa de positividad fue del 2.1%; la tasa de positividad fue del 2.4% para personas transgénero y la nueva tasa de positividad fue casi tres veces mayor para los HSH afroamericanos (3.8%), en comparación con la positividad observada entre todas las personas diagnosticadas en programas apoyados por el Condado de los Ángeles. En 2015, el porcentaje de personas vinculadas a cuidado médico después de un diagnóstico en 90 días fue de 68.5%. Aproximadamente el 68.6% de latinos y afroamericanos HSH, el 76.2% de HJSH y el 61.4% de personas transgéneros fueron conectados a cuidado médico dentro de los 90 días de su diagnóstico.³

DSHP y Socios Federales

En el Condado, DHSP maneja una parte importante de toda la respuesta pública al VIH y las ETS, incluyendo vigilancia, prevención, cuidado y tratamiento. Las alianzas con organizaciones comunitarias y otros proveedores e instituciones de atención de la salud son cruciales para la implementación de LACHAS. Además de los proveedores de servicios de VIH de larga estancia, las relaciones con entidades más allá de las que se enfocan en el VIH han contribuido a aumentar la sensibilización y la disponibilidad de pruebas del VIH en más de 200 sitios. Estos incluyen clínicas comunitarias de salud pública; el programa de prevención y control del abuso de sustancias del Condado; Departamento del Sheriff del Condado; y el Departamento de servicios de salud del Condado (DHS) para facilitar la prueba del VIH en las cárceles del Condado, centros de detención y centros de salud, y agencias de servicios sociales. Las alianzas con hospitales privados en áreas de alto impacto han aumentado el alcance de las pruebas rutinarias del VIH. Para las organizaciones que no tienen relaciones contractuales con DHSP, en los dos últimos años se han realizado numerosas reuniones de nivel ejecutivo para proporcionar asistencia técnica y otro apoyo para la implementación de la detección rutinaria del VIH y la vinculación a la atención médica.

Todas las partes (A, B, C, F y MAI) del programa Ryan White (RWP) en el Condado han desempeñado un papel instrumental en el apoyo y la entrega de un robusto menú de servicios para el VIH y, en los últimos años, han mejorado que los individuos recién diagnosticado con el VIH sean referidos a atención médica. Como parte de LACHAS, vamos a poner aún más énfasis en el vínculo a la atención médica, incluyendo la facilitación activa de las conexiones y contactos entre los servicios de pruebas del VIH financiado por DHSP y los proveedores de coordinación de atención médica (MCC) a través de reuniones periódicas entre proveedores. Muchas clínicas médicas financiadas por RWP son centros de salud calificados federalmente (FQHC) que sirven como clínicas de VIH y clínicas de atención primaria general. Estas clínicas se asocian con DHSP para promover las pruebas de rutina en clínicas incluyendo dentro de sus propias instituciones. El personal de DHSP trabaja con el liderazgo médico y administrativo de FQHC para proporcionar apoyo técnico para la implementación de pruebas de rutina del VIH en las clínicas de atención primaria y para incorporar el proceso de ofrecer la prueba del VIH como parte de su flujo clínico. Los programas de Ryan White dentro del sistema del DHS del

Condado facilitan las pruebas rutinarias del VIH en hospitales, departamentos de emergencias, centros de atención de urgencia y clínicas de atención primaria de una manera similar, a través de educar a los líderes y ejecutivos de la institución sobre la importancia de las pruebas rutinarias del VIH y las mejores prácticas para incorporar la detección del VIH en los entornos clínicos.

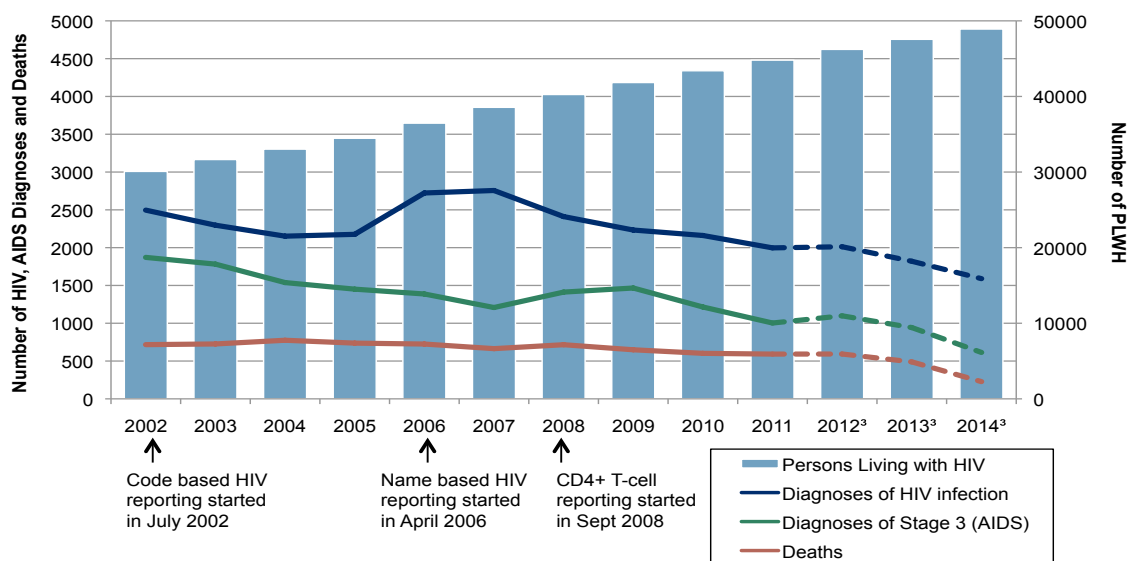
El Condado es una de las 12 áreas metropolitanas del país que recibe fondos directamente de los Centros de Control de Enfermedades (CDC) para los servicios de prevención del VIH y las ETS. DHSP también recibe fondos del CDC para la vigilancia del VIH y las ETS. Los servicios de prevención financiados por los CDC incluyen pruebas rápidas y rutinarias de VIH, educación para la salud y reducción de riesgos (actividades de reducción de riesgo), servicios para parejas, mercadeo, distribución de condones, alcance comunitario e intervenciones biomédicas, incluyendo profilaxis post-exposición no ocupacional (PEP) y profilaxis pre-exposición (PrEP).

DHSP implementa los servicios dirigidos a parejas y las pruebas del VIH entre redes sociales financiados por los CDC en clínicas financiados por RWP para identificar infecciones no diagnosticadas. Las pruebas de rutina apoyadas por los fondos del CDC están en el lugar en los centros de atención primaria para promover la vinculación directa en clínicas de atención afiliadas RWP. Los CDC también financian directamente

a ocho organizaciones comunitarias en el Condado para proporcionar alcance, pruebas de VIH y educación/prevenición a la comunidad, en particular a las personas de color y a jóvenes que se identifican como hombre que tienen sexo con otros hombres - un complemento importante para la inversión local. Estos esfuerzos identifican las personas que viven con el VIH que no son diagnosticadas y aumentan el conocimiento de los servicios disponibles.

A través de las iniciativas del CDC y la administración de recursos y servicios de salud (HRSA), los servicios se coordinan con objetivos comunes establecidos en NHAS (plan Federal). La Comisión de VIH del Condado de los Ángeles (Comisión) sirve como el grupo a cargo de la planificación de servicios de prevención, cuidado, y tratamiento del VIH, como el cuerpo representativo de parte de los Supervisores del Condado, como lo requiere HRSA y los CDC. A nivel de planificación comunitaria, la Comisión es ahora un órgano unificado que lleva a cabo la planificación de todo el continuum de atención al VIH, después de haber realizado un proceso reflexivo para integrar su planificación hace varios años. Este esfuerzo integrado de planificación ayuda a aprovechar la financiación disponible para mejorar los resultados a lo largo de las etapas del continuum del VIH. La Comisión trabaja estrechamente con DHPS para la planificación, asignación, coordinación y prestación de servicios del VIH/SIDA alrededor del Condado.

Figure 3. Annual Diagnoses of HIV Infection¹, Stage 3 HIV Infection (AIDS), Persons Living with HIV, and Deaths² among Persons Diagnosed with HIV Infection (PLWH), Los Angeles County, 2002-2014



¹ Based on named reports for persons with a diagnosis of HIV infection regardless of the disease stage at time of diagnosis.

² The number of deaths among persons with HIV infection is based on the date of death report when the actual year of death is unknown.

³ Data are provisional due to reporting delay.

La Estrategia contra el VIH/SIDA del Condado de Los Ángeles para el 2020 y más allá

LAS METAS DE LA ESTRATEGIA DEL VIH/SIDA DEL CONDADO DE LOS ANGELES

Los datos (estadísticas) conducen el desarrollo y la evaluación de las metas de la **Estrategia del VIH/SIDA del Condado de los Ángeles para 2020 y más allá**. Cada objetivo establece un punto de referencia a alcanzar en 2022, describe las estrategias que conducirán al logro de los objetivos, enumera los determinantes sociales de la salud a ser considerados, las recomendaciones de política a ser exploradas, una breve discusión de los recursos necesarios, y sugiere métricas para medir el progreso.

Para promover la planificación en el nivel más granular, se han creado perfiles para cada uno de los veintiséis distritos de salud. Cada perfil contiene un mapa del distrito de salud con sitios principales de proveedores de salud y gráficas que muestran cómo el distrito está en tres indicadores principales de desempeño (proporción de personas que viven con VIH que residen en el distrito que conocen su diagnóstico; el número estimado de personas que usan PrEP entre los residentes del distrito; y la supresión viral de los residentes del distrito). Se proporciona una línea base y un objetivo para cada indicador. Las áreas clave de enfoque también se identifican para el distrito basándose en los datos proporcionados para que los planificadores puedan ver cómo sus esfuerzos pueden progresar dentro de cada distrito de salud para cumplir con los objetivos del distrito. Los perfiles del distrito de salud se proporcionan por separado, como un suplemento a este documento, y se encuentran en el sitio web de LACHAS en LACounty.HIV.

OBJETIVO 1: Reducir las infecciones de VIH anuales a 500 para el 2022

¿COMO VAMOS A LOGRAR ESTO?

A. Aumentar el acceso y remisión efectiva a la prevención biomédica. DHSP es financiado directamente por los centros para el control y la prevención de enfermedades (CDC) para ampliar el acceso a la profilaxis pre-exposición (PrEP) y a la profilaxis de la post-exposición no ocupacional (PEP) y aumentar el conocimiento de la eficacia del PrEP entre los grupos que están en mayor riesgo de infección del VIH y los médicos (clínicos) que proporcionan su cuidado. El conocimiento ampliado y el acceso a PrEP y PEP es clave, ya que DHSP estima que más de 70mil personas con un riesgo elevado de infección del VIH en el Condado podrían beneficiarse de estas intervenciones biomédicas disponibles en casi veinte sitios alrededor del Condado. Además de los proveedores financiados por DHSP, DHSP también apoya la educación sobre PrEP y la salud sexual entre más de 400 proveedores clínicos con antecedentes de haber diagnosticado o tratado casos de VIH, sífilis o gonorrea en el Condado.

B. Enfocar la respuesta contra el VIH en áreas geográficas de alto riesgo y alta prevalencia utilizando evidencia epidemiológica. La estrategia del Condado dirigida a la prevención del VIH se basa en el análisis geoespacial de múltiples condiciones de salud y socioeconómicas para identificar distritos de salud con residentes con un mayor riesgo de contraer el VIH. DHSP utiliza la epidemiología espacial para examinar el impacto de la enfermedad y la interrelación entre dos o más enfermedades o resultados a lo largo del continuum del cuidado del VIH (es decir, el no estar conectado a cuidado médico, no lograr suprimir la carga viral). Los datos de vigilancia para el VIH, la sífilis, la gonorrea y la clamidia, así como los datos de los servicios de prueba y cuidado del VIH se mapean

en capas para identificar áreas geográficas en las que el nexo de las enfermedades es especialmente evidente. Los recursos para programas que ofrecen la prueba para detectar el VIH, están dirigidos a poblaciones de alto riesgo dentro de estas áreas para enfocar esfuerzos donde el VIH es más propenso a ser no diagnosticado y las tasas de positividad son más altas. Utilizando datos clínicos y de vigilancia, el personal de DHSP estima tasas de carga viral suprimida de VIH, cobertura de tratamiento antirretroviral y el número de personas que viven con el VIH que no acceden a servicios médicos, para identificar áreas geográficas y subpoblaciones que requieren intervenciones intensivas en el Condado. La respuesta geográfica también incluye asegurar el acceso a condones gratuitos en áreas con mayor carga de morbilidad, y en áreas donde las personas con mayor riesgo de infección se congregan socialmente.

C. Promover la resiliencia y los factores protectores

Identificar y abordar los determinantes sociales de la salud entre los HJSH afroamericanos y latinos es imperativo, pero es igual de importante promover simultáneamente factores de resiliencia y protección. La resiliencia es “la capacidad de un individuo para recuperarse o adaptarse a la desgracia, la adversidad o el cambio.” La resiliencia se vuelve esencial para los HJSH afroamericanos y latinos ya que han reportado tener que lidiar constantemente con la homofobia (interna y externa), el machismo, el racismo, prejuicios e injusticias junto con otros “estresantes minoritarios”. Los jóvenes gays, lesbianas, bisexuales y transgénero (LGBT), en particular, continúan experimentando tasas más altas de victimización y criminalización en comparación con otros jóvenes que no son parte de la comunidad LGBT. Este tipo de experiencias como parte de la “tensión minoritaria” puede dar lugar a problemas psicológicos que pueden llevar a comportamientos sexuales riesgosos poniendo a esta población en mayor riesgo para el VIH y ETS.

Los factores protectores son ciertas características (sociales, estructurales, culturales, individuales) que pueden proteger a los hombres jóvenes que tienen sexo con hombres (HJSH) afroamericanos y latinos de infectarse con el VIH u otras ETS. Entre los factores protectores clave para la juventud, incluyendo la juventud LGBT, se encuentran: el apoyo familiar/de amigos, grupos de apoyo positivos, una conexión con la espiritualidad/religiosidad, un fuerte sentido del ser y autoestima, junto con un compromiso efectivo en actividades escolares y comunitarias. El programa de la Prevención contra las lesiones de los CDC identifica que la conexión con los padres, la capacidad de discutir

los problemas con los padres/adultos, junto con la presencia consistente de los padres en la vivienda ofrece importantes beneficios protectores.

D. Abordar los problemas de la fuerza laboral con respecto a la capacidad, el agotamiento y las expectativas mínimas para defender los principios de positividad sexual, equidad y justicia social. Para alcanzar los objetivos de LACHAS, es esencial que la fuerza laboral sea experta y demuestre humildad cultural; Esto incluye a los proveedores a través de roles y disciplinas tales como navegadores, trabajadores sociales, enfermeras, doctores, administradores de casos, farmacéuticos, coordinadores y gerentes. Las prioridades clave para mejorar el resultado a lo largo del continuum de atención incluyen: 1) apoyar a la fuerza laboral para reducir el agotamiento proporcionando herramientas apropiadas, supervisión clínica y oportunidades de liderazgo; 2) proporcionar formación continua y educación en torno a la humildad cultural para servir mejor a los clientes basándose en su edad, raza/etnia, identidad de género, orientación sexual o antecedentes socioeconómicos; y 3) aumentar la capacidad en torno a los principios de positividad del sexo, equidad y justicia social a fin de que se implementen a través del continuum de servicios.

Una mejoría significativa en los resultados de la salud requiere la adopción de políticas que produzcan una fuerza de trabajo diversa a través de roles, incluso en posiciones de liderazgo. El envejecimiento y la maduración del proveedor de servicios del VIH que hoy existe nos requiere a que empecemos a crear planes de transición para desarrollar nuevos líderes que reflejen la diversidad de la epidemia hoy en día, incluyendo a personas más jóvenes, personas de experiencia trans, y personas de color.

E. Reconocer y abordar la importancia de la humildad cultural entre los proveedores de servicios y los defensores. La humildad cultural sólo puede lograrse cuando las organizaciones que trabajan con las subpoblaciones más afectadas por el VIH reconocen y entienden que una serie de factores sociales y ambientales contribuyen a los riesgos del VIH/ETS entre las comunidades raciales/étnicas y las minorías de género.

La humildad cultural debe considerar las preocupaciones sobre la deportación y las barreras lingüísticas como contribuidores adicionales a la epidemia del VIH en el Condado. Según la encuesta de la comunidad americana 2011 (ACS por sus siglas en ingles), aproximadamente el 35% de los residentes



El tratamiento gratuito contra el VIH está disponible alrededor del Condado de Los Ángeles, en más de 30 clínicas financiadas por DHSP.

del Condado son nacidos en el extranjero, y el 53% de los residentes nacidos en el extranjero son indocumentados. La ACS también informa que el 57% de la población del Condado de más de cinco años, habla un idioma distinto al inglés en casa, y el 26% de esta población habla inglés menos que “muy bien.” Es crucial que estas poblaciones puedan acceder a los servicios de atención médica y su nivel de conocimiento en cómo manejar el sistema de servicios médicos que les permita comprender y reconocer la información e instrucciones. Por lo tanto, las intervenciones hacia poblaciones específicas deben considerar posibles barreras lingüísticas que inhiben la alfabetización de salud y el acceso a las pruebas, tratamiento y cuidado de salud.

F. Disminuir la carga de sífilis y Gonorrea entre los grupos de alto riesgo del VIH. En los últimos años, DHSP ha redefinido su análisis espacial sindrómico que continúa mostrando un vínculo epidemiológico entre las epidemias locales de VIH, sífilis y gonorrea. El 60 por ciento de los HSH diagnosticados con sífilis temprana en 2015 también tenían el VIH. Dado el papel fisiológico que juegan las ETS en transmisión del VIH, debemos reconocer que maximizar el impacto en la prevención del VIH también requerirá una reducción significativa en los casos de sífilis y gonorrea, especialmente entre los HSH, las personas trans y las mujeres de color. La promoción continua y la expansión del uso del condón contribuirán a mitigar las nuevas infecciones de las ETS y el VIH, y el trabajo del centro para la equidad en la salud de DPH en torno a la prevención y el tratamiento de las ETS es vital para asegurar la reducción de las infecciones por ETS.

EL PAPEL INCONFUNDIBLE DE LA ADVERSIDAD SOCIAL EN LA PREVENCIÓN DEL VIH

Racismo, estigma, homofobia y transfobia

Existe evidencia que continúa mostrando que el racismo, el estigma y la discriminación relacionados con el VIH, la homofobia y la transfobia tienen un profundo impacto en los esfuerzos de prevención del VIH y agravan el temor y la inquietud que nuestros residentes más vulnerables enfrentan al acceder a la información, servicios, y herramientas de prevención que pueden mantenerlos VIH-negativos. Colectivamente, estas adversidades también están asociadas con el miedo a la violencia, y son barreras que impiden que las personas que viven con el VIH compartan su estatus con miembros de la familia o parejas sexuales y disminuyen la probabilidad de ser capaces y dispuestos a acceder y adherirse al tratamiento. Al final, aunque difícil de cuantificar, el estigma y la discriminación generalizada en muchas partes del Condado impacta negativamente la capacidad de las personas que viven con el VIH para lograr y mantener una salud óptima.

El estigma relacionado con el VIH suele estar entrelazado y exacerbado por los prejuicios que experimentan las comunidades marginadas. Estas comunidades incluyen personas que usan sustancias, las que experimentan problemas de salud mental, y aquellos que participan en el trabajo sexual, así como aquellos que son marginados en base a su orientación sexual, género, identidad de género, o raza/etnia.

Con demasiada frecuencia, el estigma social se manifiesta al imponer la culpa a las personas que adquieren el VIH, e incluso

a aquellos que buscan activamente mantenerse VIH negativos. Es crucial que trabajemos para crear espacios seguros donde las personas sean aceptadas, respetadas y celebradas para aumentar la probabilidad de que más personas se hagan la prueba del VIH, tomen PrEP si son VIH-negativos, o entren y permanezcan en cuidado médico si se les diagnostica con el VIH. Como parte de LACHAS, tenemos una responsabilidad compartida de instigar un cambio social positivo y una acción que confronta y desafía el estigma que enfrentan las personas vulnerables o que viven con el VIH.

EL PAPEL DE LAS DESIGUALDADES DE SALUD EN LA EPIDEMIA DEL VIH

La transmisión y la supresión viral del VIH están estrechamente relacionadas con una multitud de desigualdades entre las comunidades alrededor del Condado. Para abordar las inequidades en salud, el Departamento de salud pública ha establecido el centro para la equidad en salud. Los principios del centro son 1) impulsar la acción basándose en datos e historias personales; 2) levantar las voces comunitarias; 3) construir alianzas; y 4) transformar la Agencia de salud. Los esfuerzos del centro abarcan toda la Agencia de salud [formada por el Departamento de salud pública (DPH), el Departamento de salud mental (DMH) y el Departamento de servicios de salud (DHS)] del Condado, y se centrarán en cinco áreas: mortalidad infantil, infecciones de transmisión sexual, justicia ambiental, vecindarios de salud y competencia cultural y lingüística. A través de este trabajo, el centro examinará muchos factores que afectan la transmisión y el riesgo del VIH y las ETS, como el impacto del racismo estructural; falta de apoyo social; exposición a riesgos medioambientales; segregación residencial; inequidades en el acceso a la atención médica y al tratamiento; y estrés crónico.

Todos estos juegan un papel en la capacidad de un individuo de prosperar, y son consideraciones importantes para LACHAS.

RECOMENDACIONES DE POLITICA

- **Aumentar el presupuesto para el Programa de Asistencia de PrEP de California para satisfacer las necesidades biomédicas de prevención del VIH para los residentes con alto riesgo de infección por el VIH.**

En el 2017, California asignó fondos para crear un programa estatal de asistencia para adquirir PrEP. Para individuos con ingresos anuales por debajo del 500 por ciento del nivel federal de pobreza, el programa cubrirá, 1) costos médicos relacionados con PrEP para clientes no asegurados y 2) Copagos médicos relacionados con la PrEP, co-seguros, deducibles y costos de medicamentos no cubiertos por el Plan de seguro de salud o el programa de asistencia de co-pago del fabricante de la medicina, para clientes asegurados. El estado debe asegurarse de que el programa de asistencia PrEP, al igual que el exitoso modelo de ADAP estatal, esté adecuadamente financiado y debe priorizar fondos adicionales para actividades de divulgación e inscripción.

- **Desarrollar una campaña de publicidad sobre el tratamiento como prevención**

La campaña de la organización Acceso a la Prevención: Indetectable = No Transmisible (U = U por sus siglas en inglés) cuenta con una creciente comunidad mundial de defensores del VIH, activistas, investigadores y cerca de 400 socios comunitarios de 60 países que se unifican para clarificar y difundir el revolucionario, pero en gran parte desconocido hecho de que las que son suprimidos viralmente no transmiten el VIH. Una campaña alrededor del Condado dirigida a las personas que



viven con el VIH y a las personas VIH-negativas promoverá el tratamiento como prevención y servirá para mejorar la adherencia del tratamiento para las personas que viven con el VIH. La campaña también debe apuntar a los proveedores de servicios de salud para aumentar su humildad cultural y reducir el estigma que experimentan los pacientes mientras están encuidado médico.

Asignar fondos para programas de divulgación y promoción dirigidos por la comunidad acerca de PrEP y PEP. Queda por hacer una educación considerable con los proveedores y los consumidores, especialmente aquellos que deberían prescribir PrEP y PEP. De manera similar, debemos asegurarnos de que las personas más vulnerables a la infección por el VIH deberían considerar beneficiarse plenamente de este instrumento revolucionario de prevención. Las campañas actuales han ayudado a concientizar sobre PrEP y PEP, pero no pueden resonar con algunas poblaciones de alto riesgo, incluyendo mujeres, hombres gays y bisexuales de color y personas transgénero. Se debe tener especial cuidado para asegurar que estas poblaciones sean alcanzadas de la manera más efectiva.

Mantener el compromiso político. A una estrategia exitosa requerirá una voluntad política firme, y la Junta de supervisores, junto con los alcaldes locales, los concejales de las ciudades, miembros de la delegación del Congreso del Condado de Los Ángeles y los líderes legislativos estatales tienen un papel único que influye en el progreso de LACHAS. En el primer año del plan serán llamados a actuar para defender a LACHAS como parte de sus agendas de liderazgo, incluyendo la consideración de las soluciones políticas y legislativas para avanzar sus metas.

CADA UNO ALCANZA UNO

Si usted usa PrEP, encuentre a alguien que no lo usa, y ayúdenos a informarle sobre PrEP.

Si está en tratamiento contra el VIH, encuentre a otros que necesiten tratamiento y ayúdenos a ligarlos con la atención médica del VIH.

¿QUE RECURSOS SE NECESITAN PARA LOGRAR ESTE OBJETIVO DE PREVENCIÓN DEL VIH?

Es ampliamente aceptado que nuestras inversiones históricas en prevención del VIH han ayudado a evitar miles de nuevas infecciones de VIH localmente, incluyendo aquellas inversiones vinculadas a pruebas de VIH, intervenciones sobre comportamiento, distribución de condones, programas de intercambio de jeringas, servicios de tratamiento de ETS y notificación de parejas. Más recientemente, ha llegado a ser evidente que el tratamiento como prevención (indetectable = no transmisible) y los esfuerzos biomédicos de la prevención del VIH tienen el potencial de acelerar dramáticamente el progreso de la prevención del VIH si se elevan a la escala en la que deberían estar.

En las últimas décadas, el tratamiento de las personas que viven con el VIH ha sido el mayor gasto relacionado con el VIH que han hecho tanto el sector público como el privado. La inversión en el tratamiento del VIH de vanguardia debe continuar a medida que nos esforzamos por lograr niveles mucho más altos de supresión viral.

Por separado, pero complementariamente, se necesitan inversiones nuevas y más significativas en programas biomédicos de prevención del VIH para lograr un nivel de escala y así poder evitar miles de nuevas infecciones por el VIH en los próximos 15 años. Los costos asociados con los servicios biomédicos integrales de prevención del VIH no son insignificantes y requerirán un conjunto diverso de flujos de financiación para asegurar el máximo alcance, incluidos los socios locales, estatales y federales, así como los planes de salud privados y públicos.

Para lograr nuestros objetivos de PrEP y PEP, debemos estar preparados para aumentar nuestros niveles de inversión en servicios de VIH biomédicos a través de 1) el aprovechamiento de todos los flujos de fondos disponibles, 2) la redirección de una proporción de recursos existentes de prevención del VIH, y 3) la asignación de nuevos recursos de un conjunto diverso de socios.

Como parte de un esfuerzo mejorado de prevención del VIH, todos debemos aprovechar los recursos existentes y nuevos para apoyar las campañas de los medios de comunicación y las estrategias de mercadeo para aumentar la sensibilización



1,975,000

El número de pruebas de VIH necesarias en los próximos 5 años para diagnosticar todas las infecciones por VIH no diagnosticadas en el Condado de Los Ángeles

y estimular la acción relacionada con el tratamiento del VIH, las pruebas de VIH, la prevención biomédica del VIH y la disponibilidad del condón.

DHSP ha comenzado a cuantificar los costos asociados con estas mejoras en la prevención del VIH en un conjunto limitado de información sobre los costos de los programas. En la primera parte de 2018, trabajaremos con una serie de financiadores de programas de salud, proveedores y partes interesadas para refinar nuestras estimaciones de costos de mejoramiento de programas y posteriormente determinar la mejor manera de encabezar una nueva estrategia de inversión.

¿COMO VAMOS A MEDIR NUESTRO PROGRESO?

DHSP se asociará con el centro de UCLA Para La Identificación del VIH, Servicios de Prevención y Tratamiento (CHIPTS por sus siglas en inglés) y una amplia gama de socios del sector público y privado para desarrollar mediciones confiables y uniformes de evaluación y rendimiento en una amplia gama de sistemas de salud local vinculados a la reducción de nuevas infecciones por VIH. DHSP y CHIPTS también enlistarán conjuntamente un panel de expertos entre nuestros socios interesados para deliberar y refinar estas métricas.

OBJETIVO II: Aumentar la proporción de personas que viven con el VIH que son diagnosticadas por lo menos a 90% para el 2022

¿COMO VAMOS A LOGRALO?

Normalizar las pruebas del VIH. Dado que el estigma que rodea el VIH persiste y muchas infecciones por el VIH ocurren debido a riesgos no reconocidos, subestimados o ignorados, normalizar las pruebas de VIH es crucial y debe convertirse en una parte rutinaria de la atención médica regular. EL Condado apoya los esfuerzos de diagnóstico del VIH principalmente con financiamiento del CDC para apoyar las pruebas de VIH, pruebas rutinarias en centros de atención médica, pruebas entre las redes sociales y otras iniciativas que tienen como objetivo mejorar la cobertura de servicios de pruebas de VIH. Por separado, apoyamos las estrategias de los medios sociales relacionados con la prueba del VIH que tienen como objetivo promover las pruebas y reducir el miedo y el estigma asociados con hacerse la prueba del VIH. La estrategia del Condado para normalizar las pruebas incluye aumentar el número de sitios donde se dispone de pruebas; focalización de mensajes entre comunidades de alto riesgo en áreas geográficas con alta prevalencia de VIH; y el aumento del número de clínicas médicas y de los departamentos de emergencia que incluyen la investigación del VIH como parte de la batería rutinaria de pruebas para todos los pacientes. Al normalizar las pruebas del VIH ofrecidas en lugares comunitarios, el Condado ha observado avances constantes en la reducción del número de personas no diagnosticadas con VIH.

Para mejorar críticamente los esfuerzos de ofrecer la prueba del VIH, DHSP provee incentivos a las agencias con las que contrata si logran vincular a tratamiento médico del VIH y de las ETS, e incentivará la referencia documentada a los programas



60%

El porcentaje de HSH diagnosticados con sífilis precoz en el 2015 que también tienen VIH

de PrEP entre personas cual consecuencia de alto riesgo cuales exámenes del VIH son negativos. Estos incentivos pueden aumentar la tasa de reembolso para las pruebas de VIH, y promover que individuos de alto riesgo en áreas de alta carga de VIH se hagan la prueba.

DETERMINANTES SOCIALES QUE CONSIDERAR

El estigma, la violencia, la homofobia, el miedo al rechazo, la discriminación y el racismo continúan siendo fuerzas omnipresentes y todos agotan la salud de múltiples maneras.

Una persona que se enfrenta al racismo y experimenta la discriminación puede participar en comportamientos de alto riesgo para el VIH/ETS, puede emprender el trabajo sexual como un medio de supervivencia, puede no buscar asistencia médica cuando sea necesario, y puede sufrir de angustia psicológica. El racismo también tiene efectos opresivos sobre la sexualidad. PLWH que experimentan el racismo y la discriminación pueden no sentirse cómodos buscando/recibiendo la atención, la educación, y los servicios necesarios para manejar su infección del VIH y para prevenir la transmisión.

Para los HJSH, el rechazo familiar y la violencia doméstica pueden resultar en una falta de vivienda inmediata. El estigma, la discriminación y la homofobia internalizada también se han asociado con tasas más altas de relaciones sexuales sin protección. Además, los niveles más altos de este estigma se han asociado con no hacerse la prueba del VIH, evaluando incorrectamente el riesgo de uno para el VIH, y no participando en programas de prevención del VIH.

El temor de estar asociado con la homosexualidad entre los HSH que no se identifican como gays o bisexuales puede inhibir fuertemente la promoción de la salud y la búsqueda de programas de prevención. Los que experimentan mayores niveles de homofobia crean desconexiones entre las personas y sus deseos sexuales al hacer que los hombres puedan ver negativamente las relaciones homosexuales, lo que puede llevar a la auto-aversión. Los altos niveles de homofobia y racismo experimentados se han asociado con más depresión y pensamientos suicidas entre los hombres gays latinos. Estas experiencias de homofobia junto con otras tensiones pueden dar lugar a angustia psicológica que puede conducir al suicidio, la ansiedad y la culpabilidad.

El reconocimiento y comprensión de estos múltiples factores sociales en las vidas de las comunidades raciales/étnicas y las minorías sexuales y de género ayudará a mejorar la humildad cultural y conducirá a estrategias innovadoras para combatir esta epidemia en estas poblaciones

RECOMENDACIONES DE POLITICA

- **Asegurarse que las pruebas rutinarias del VIH verdaderamente sean rutinarias.** En el 2013, California aprobó una legislación que requiere que cada paciente a quien se le extraiga sangre en una clínica de atención primaria y que ha consentido a que le hagan un chequeo de salud se le ofrezca una prueba de VIH consistente con las recomendaciones del Grupo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos. Desafortunadamente, el cumplimiento de

la ley es deficiente. En el 2016, California aprobó una legislación que creaba un programa piloto para pruebas rutinarias de VIH en los departamentos de emergencias de cuatro hospitales alrededor de todo el estado. El Condado de los Ángeles debe asegurarse de que estas leyes se apliquen completamente y se amplíen sobre la ley existente requiriendo a los departamentos de emergencia, atención urgente, y clínicas que ofrezcan las pruebas de rutina del VIH. Pruebas de VIH de rutina que incorporan las mejores prácticas de detección integradas en el flujo clínico, aprovechando el poder del Registro Médico Electrónico, junto con el cambio de políticas institucionales y la capacitación de proveedores.

- **Implementar pruebas obligatorias de exclusión de VIH en hospitales públicos y privados y clínicas de salud que operan en California por un tiempo limitado a través de 2022.**

¿QUE RECURSOS SE NECESITAN PARA APOYAR ESTAS ACTIVIDADES?

DHSP estima que, para diagnosticar el 90% de las personas que no están diagnosticadas y el 90% de las nuevas infecciones durante un período de 5 años, deberán ser conducidas un total de 1,975,000 pruebas de VIH rutinarias y dirigidas. Se supone una tasa de positividad del 0.5% y un costo estimado de entre \$60 y \$79 millones. El costo exacto será influenciado por la distribución de un rendimiento más bajo, pero mucho menos costosa de la prueba rutinaria de VIH comparado al rendimiento más alto de prueba específicamente dirigidas que son más costosas. Para lograr este objetivo de diagnóstico de VIH en los próximos cinco años, es crucial que aumentemos el número de socios de rutina de pruebas de VIH localmente, incluso en los sectores público y privado.

La implementación de un programa obligatorio de prueba de rutina en todo el estado requerirá un pequeño aumento en los costos totales vinculados a la evaluación integral de la salud y debe estar cubierto por los planes de salud públicos y privados existentes.

¿COMO VAMOS A MEDIR ESTA ACTIVIDAD?

DHSP se asociará con CHIPTS de UCLA para desarrollar mediciones confiables y uniformes del rendimiento de las pruebas de VIH en una amplia gama de sistemas de salud locales. DHSP y CHIPTS también enlistarán conjuntamente

un panel de expertos entre nuestros socios interesados para deliberar y refinar estas métricas.

META III: Aumentar la proporción de personas diagnosticadas con VIH que tengan una carga viral suprimida a 90% para el 2022.

¿COMO VAMOS A LOGRALO?

A. Pruebas, divulgación de resultados y vínculo al cuidado médico inmediato sin complicaciones. LACHAS enfoca sus esfuerzos en varios puntos a lo largo del continuum de servicio donde los individuos son afectados por el VIH. Para cerrar la brecha en el conocimiento sobre el VIH, una estrategia clave y simple para el acceso a las pruebas del VIH es la entrega de los resultados y el vínculo al cuidado médico inmediato del VIH. El Condado se esfuerza por lograr el 100% de la entrega y divulgación de los resultados de las pruebas a los pacientes, 100% de vinculación a servicios para parejas, 100% de vínculo a la atención médica, y al menos un 95% de vinculación para la atención de los individuos recién diagnosticados dentro de los 30 días de diagnóstico. Estos esfuerzos incluyen estrategias e iniciativas innovadoras de pruebas (por ejemplo, el algoritmo de pruebas rápidas (RTA) y el uso de pruebas de cuarta generación que identifican pacientes que son seroconvertidos, también conocidos como “infección aguda”; pagos de incentivos para los proveedores que pueden documentar vínculos al cuidado médico de las personas que se diagnostican VIH positivos; y fortalecer las alianzas entre centros de pruebas y proveedores médicos. Además, los datos de vigilancia del VIH se utilizan para la transición de clientes de proyectos piloto a servicios que aseguran que los clientes sigan teniendo acceso a la atención médica.

B. Tratamiento médico del VIH integral y coordinado.

Mientras que el número total de clientes en el programa Ryan White (RWP) ha disminuido en los últimos años debido a la expansión médica y la inscripción del paciente en los intercambios de seguros, el clima político actual y el discurso en curso alrededor de la inmigración y la derogación de la ACA han causado una utilización disminuida de los servicios de salud pública, especialmente entre los inmigrantes. Dado el tamaño significativo de la población inmigrante en el Condado, DHSP predice que los servicios de RWP serán cada vez más cruciales para proporcionar el acceso libre de estigma al tratamiento del VIH que salva vidas para cientos de personas que viven

con el VIH que pueden haber tenido acceso al seguro u otros beneficios públicos en los últimos años. Antes del ACA, el RWP del Condado sirvió a más de 25mil clientes anualmente proporcionando varios servicios médicos y de apoyo a clientes elegibles. Los programas de alcance, vinculación y retención deben ampliarse para evitar disminuciones potencialmente desastrosas en el número de personas que viven con el VIH que han sido retenidos con éxito en la atención de alta calidad del VIH. Servicios de Reviso de Beneficios y de inscripción identifican y vinculan a los clientes con beneficios públicos y pagadores de seguros para los cuales califican. Los proveedores médicos que enfrentan desafíos para lograr la supresión viral del VIH de al menos 90% de sus pacientes con VIH se identificarán mediante datos de vigilancia del VIH y se les proporcionará asistencia técnica para mejorar los resultados de salud entre sus poblaciones de pacientes.

C. Coordinación de atención médica que reconoce los éxitos del tratamiento holístico para mitigar los efectos de la falta de vivienda, la mala salud mental y el abuso de sustancias. La evidencia de la efectividad del servicio de la coordinación de atención médica (MCC) de los datos de evaluación del programa indica que las personas que viven con el VIH que utilizan atención médica financiada por RWP y MCC ven significativamente mejores resultados de salud en comparación con otras personas que viven con el VIH en el condado. Esto ha llevado a la expansión de los servicios de MCC a pacientes atendidos en clínicas que no han sido históricamente parte de la red RWP. A medida que la distribución de los proveedores de MCC sigue aumentando, también lo hará el número de pacientes que tienen acceso a los servicios de MCC en sus clínicas del VIH. Con la expansión del MCC, la administración de casos médicos es ahora la mayor inversión en servicios de VIH apoyados por DHSP. Para aumentar la retención general en la atención y reducir la carga viral del VIH en el Condado, se identificarán recursos adicionales para continuar la optimización del MCC, y para apoyar los esfuerzos de extensión entre la comunidad de proveedores para que sean conscientes de los beneficios que ofrece MCC a pacientes con múltiples comorbilidades

D. Apoyo a la programación que aborda específicamente la magnitud de los desafíos publicados por la pobreza institucional y el encarcelamiento. Aproximadamente 1.2

millones de adultos, o el 12.2% de los residentes del Condado vivieron en la pobreza en 2015, sin incluir 600mil niños y jóvenes (menores de 18 años).¹³ En 2015, la pobreza se definió como un ingreso de \$24,250 por año para una familia de 4.¹⁴ Como tal, muchos residentes son incapaces de satisfacer las necesidades de su familia, tales como alimentos, vivienda, transporte y cuidado de la salud. Además, el 53% de la población en edad de trabajar del Condado, o 3.8 millones de personas, tienen poca capacidad de alfabetización, una grave barrera para la empleabilidad y la productividad de la fuerza de trabajo.¹³ La baja alfabetización también se asocia con el encarcelamiento; La tasa de población de la prisión del Condado de 612/100mil es significativamente mayor que la tasa del estado de 483/100mil.¹⁵

El Condado sufre una tremenda carga en la prestación de servicios para las personas que viven con HIV con experiencias de encarcelamiento, quienes a menudo experimentan extremos desafíos económicos y de salud. Las personas que viven con el VIH que son liberadas de la cárcel de regreso a su comunidad requieren a menudo un cuidado del VIH más costoso y más complejo. La mayoría de las personas en libertad condicional no tienen seguro médico o fuentes estables de atención de la salud, a menudo porque carecen de la identificación apropiada o de una dirección permanente. Como la gente recientemente encarcelada vuelve a entrar en las comunidades, la mayoría regresa a las regiones más empobrecidas del condado-que son también las áreas con las concentraciones más altas de personas que viven con el VIH-aumentando los problemas serios de la atención de salud experimentados en estas Comunidades. La encarcelación desestabiliza a las comunidades, interrumpe las relaciones familiares y magnifica la acumulación de desventajas de salud y sociales para las poblaciones ya marginadas. La encarcelación se asocia con efectos negativos a la supresión viral, a cuentas más bajas de CD4/células T, y a la progresión acelerada de la enfermedad.^{17,18}

DETERMINANTES SOCIALES, TRANSTORNOS COEXISTENTES Y SU INFLUENCIA EN LA SUPRESION VIRAL

Vivienda/sin vivienda

Con más de 57mil personas sin vivienda en una noche determinada, el Condado de los Ángeles es la capital de la nación en cuanto a personas sin vivienda. El número de personas sin vivienda más reciente (2017) reveló un aumento del

23% en las personas que no tienen techo se identificaron como desprotegidos, que viven en las calles, o en sus coches en lugar de quedarse en refugios para indigentes. Casi la mitad (45%) de las personas sin vivienda se encontraron en Hollywood, el centro y el sur de Los Ángeles, áreas con las tasas más altas de VIH/SIDA, pobreza y personas sin seguro médicos. Treinta por ciento de las personas sin vivienda del Condado estaban crónicamente sin vivienda; el 2% vivían con VIH/SIDA; el 18% tenían un problema de abuso de sustancias; el 30% tenían una enfermedad mental; el 9% eran niños menores de 18 años; 8% eran veteranos; y el 39% eran sobrevivientes de violencia doméstica. De los 15,164 clientes actuales de RWP, el 7.4% no tienen viviendas.²⁰

Enfermedad mental

Las enfermedades mentales pueden afectar la progresión de la enfermedad del VIH, la adherencia a los medicamentos y la probabilidad de involucrarse en comportamientos de alto riesgo que pueden dar lugar a la transmisión del VIH. Se estima que aproximadamente la mitad de los pacientes seropositivos tienen síntomas depresivos mayores y el 20%-25% cumplen con los criterios de diagnóstico para un trastorno depresivo. Aproximadamente el 10.6% de los encuestados del proyecto de monitoreo médico (MMP) reportaron haber sido diagnosticados con un trastorno depresivo. Se estima que 9,587 de las personas que viven con el VIH en el Condado están sufriendo de depresión (MMP extrapolado a personas que viven con el VIH). Debido a que las enfermedades mentales son muy frecuentes entre las personas que viven con el VIH en el Condado, especialmente entre las poblaciones vulnerables como los consumidores de sustancias y las personas sin vivienda, se requiere de una inversión adicional además del costo del tratamiento para el VIH.

Abuso de Sustancias

El nexo entre el consumo de sustancias y el VIH en el Condado se centra en el sexo sin protección bajo la influencia del alcohol u otras drogas, es particularmente grave en el Condado. Según el MMP, se estima que el 16.1% de las personas que viven con el VIH en el Condado son usuarios de sustancias no inyectables. Aproximadamente el 5.3% de las personas que viven con el VIH en el Condado son clasificados como que han contraído el VIH a través del uso de drogas inyectables (UDI) y un 5.9% adicional se clasifican como HSH/UDI, para un total del 11.2% de todas las personas que viven con el VIH. El abuso de sustancias interfiere con la adherencia a los regímenes de medicación y

**¿Qué sucede cuando el VIH es
indetectable en una población?**

**¡No se producen nuevas infecciones!
Indetectable = No transmisible**

la eficacia del tratamiento. Los usuarios de drogas inyectables tuvieron el menor compromiso al cuidado del VIH, baja retención y tasas de supresión viral en comparación con las personas que viven con el VIH que adquieren el VIH a través de otros modos de transmisión. Sin embargo, el análisis de la UDI por sí solo no caracteriza el impacto del abuso de sustancias en la infección por VIH en el Condado. En el Condado, además de inyectarse drogas ilícitas, las jeringas también son compartidas por individuos transgénero para administrarse esteroides, vitaminas y hormonas.

Entre los HSH en el Condado, el uso de metanfetamina (meth) se asocia frecuentemente con una mayor actividad sexual insegura. Los HSH que usan meth son mucho más propensos a tener sexo casual, múltiples parejas sexuales e informar el uso incoherente del condón que los HSH que no usan meth. Los usuarios de meth tienen numerosos desafíos clínicos, tales como tasas de compromiso al tratamiento deficientes, altas tasas de abandono, tasas de recaída altas, paranoia severa y disminución de la salud bucal. Los aspectos médicos y psiquiátricos de la dependencia de la meth a menudo exceden las capacidades de los programas de abuso de sustancias existentes, requiriendo un costo significativo para la capacitación y la educación del personal para mejorar la prestación de servicios.

RECOMENDACIONES DE POLITICA

- **Aumentar los incentivos públicos y privados del plan de salud para los proveedores que logren la supresión viral entre las subpoblaciones con las tasas de supresión más bajas**
- **Aumentar la matrícula en la cobertura médica.** La inscripción en la cobertura de atención de salud continúa retrasada para los hombres jóvenes solteros elegibles en California (en comparación con las mujeres solteras jóvenes)

incluso después de la implementación de la ley de ACA. La tasa de hombres solteros de 18-24 no asegurados en California disminuyó ligeramente entre el 2012 y el 2014, de 27.7 a 25.8 por ciento. La tasa comparable de mujeres solteras no aseguradas en el mismo rango de edad disminuyó de 19.4 a 13.5 por ciento. Dado que el acceso en marcha a la atención de la salud es esencial para la supresión viral, así como para PrEP, los recursos necesitan ser dirigidos a aumentar la matriculación en la cobertura de salud, especialmente Medi-Cal, para las mujeres y los hombres jóvenes en riesgo, especialmente en las comunidades de color.

- **Modificar las políticas actuales que permiten compartir y eliminar las barreras que impiden un intercambio de información robusto (por ejemplo, el intercambio de datos del Condado con las agencias para propósitos de reintegrar en cuidado médico)**
- **Mandato que todos los planes de salud bajo el Departamento de Cuidado de la Salud Administrado y el Departamento de Seguro compartan datos no identificados sobre la carga viral, retención y PrEP con los departamentos de salud del Condado y la oficina de SIDA de California.**
- **Mejorar la colaboración con los servicios de vivienda del Condado y priorizar a las personas que viviendo con el VIH para asistencia a vivienda.** La vivienda estable es una de las intervenciones más importantes para las personas que viven con el VIH para mantenerse en cuidado médico y alcanzar resultados óptimos de la salud, y es un método acertado para prevenir nuevas infecciones. Un enfoque en el acceso a la vivienda y a los servicios para personas sin vivienda para quienes viven con o están a riesgo de contraer el VIH es una pieza crítica para poner fin a la epidemia.

¿QUE RECURSOS SE NECESITAN PARA APOYAR ESTAS ACTIVIDADES?

DHSP continuará las conversaciones con la Comisión sobre el VIH, los planes de salud públicos y privados y otras partes interesadas para determinar la identificación y distribución de los recursos para optimizar la supresión viral.

¿COMO VAMOS A MEDIR EL PROGRESO?

DHSP se asociará con CHIPTS de UCLA para desarrollar métricas de rendimiento confiables y uniformes en una amplia

gama de sistemas de salud locales, incluyendo datos de vigilancia. DHSP y CHIPTS también enlistarán conjuntamente un panel de expertos entre nuestros socios interesados para deliberar y refinar estas métricas.

CONTINUO COMPROMISO DE LA COMUNIDAD Y UN LLAMADO A LA ACCION

Al igual que el Consejo Consultivo presidencial sobre el VIH/SIDA supervisa y asesora al gobierno federal sobre la aplicación de la estrategia nacional sobre el VIH/SIDA, la Comisión monitoreará y asesorará a la Junta de Supervisores sobre la implementación de La Estrategia de VIH/SIDA del Condado de Los Ángeles. El éxito de LACHAS requiere comunicación y colaboración frecuente e intencional entre la Comisión y DHSP.

Para facilitar una respuesta gubernamental coordinada, DHSP convocará un grupo de trabajo inter-agencial de LACHAS, que estará compuesto por representantes de múltiples partes interesadas del gobierno a nivel del estado, Condado y ciudad. El grupo de trabajo se centrará en el desarrollo de acciones individuales y de colaboración, tanto dentro como fuera de las agencias gubernamentales.

En enero del 2018, DHSP y la Comisión convocarán conjuntamente a los planificadores y las partes interesadas para identificar un proceso para involucrar a las partes interesadas en el nivel del distrito de salud para comenzar la importante labor de reunir a los principales actores de los distritos de salud para discutir maneras de cumplir las metas y métricas de LACHAS al nivel de distrito de salud. Todas las partes interesadas de LACHAS deben referirse a los 26 perfiles del distrito de salud suministrados como complemento a este documento, comenzar a familiarizarse con los distritos de salud en los que residen y/o emprender los esfuerzos del VIH, y se comprometen a participar en Actividades entre DHSP y la Comisión relacionadas con este nuevo proceso de planificación.

Mientras trabajamos para crear nuevas relaciones y volver a comprometernos a fortalecer alianzas con planes de salud, sistemas de salud, mundo académico, corporaciones privadas, organizaciones filantrópicas, funcionarios electos y no electos,

y otras instituciones gubernamentales, debemos compartir el compromiso de dialogar abierta y constructivamente las cuestiones que impiden nuestro progreso compartido. En conjetura de ello, buscamos una revisión reflexiva y una retroalimentación de nuestros socios comunitarios y otras partes interesadas, incluyendo el mecanismo de retroalimentación incorporado al sitio web de LACounty.HIV. Esperamos que LACHAS evolucione y que personas brillantes y dedicadas continúen aportando sus mejores ideas a la mesa para mejorar los servicios del VIH y los resultados de salud de quienes viven con o están a riesgo de contraer el VIH.

Como individuos y como comunidad que hemos estado demasiado tiempo impactados por la enfermedad del VIH, estamos en el umbral de poder hacer avances significativos hacia el día en que realmente podemos decir que hemos terminado la epidemia **de una vez y para todos**. Le pedimos que desempeñe su papel en la realización de los objetivos LACHAS, ya que es sólo con la fuerza colectiva de una gran variedad de interesados, utilizando esta estrategia como un vehículo y una visión, que podemos tener éxito.

CRONOGRAMA

- 1 de diciembre de 2017-evento de lanzamiento de LACHAS
- De enero a abril de 2018-con la Comisión sobre el VIH, convocar grupos de trabajo del distrito de salud para identificar socios y campeones clave, solidificar las poblaciones y puntos de referencia específicos, y desarrollar planes concretos para alcanzar los objetivos LACHAS.
- Mayo 2018 en adelante - Los grupos de trabajo del distrito de salud continúan cumpliendo trimestralmente para refinar metas y proporcionar actualizaciones sobre el progreso.
- Enero a julio 2018-participación y compromiso comunitario en curso
- 1 de diciembre de 2018-informe de progreso•
- 1 de diciembre de 2019-informe de progreso
- 1 de diciembre de 2020-informe de progreso
- 1 de diciembre de 2021-informe de progreso
- 1 de diciembre de 2022-informe de progreso



**HAZ TU PARTE:
¡CORRE LA VOZ
SOBRE LACHAS!**

Agradecimientos

La división de programas de VIH y ETS (DHSP) quisiera agradecer a las siguientes personas por sus muchas contribuciones a la estrategia del VIH/SIDA del Condado de los Ángeles (LACHAS), desde las primeras etapas de planificación hasta la presentación de la estrategia

Consejo de supervisores del Condado de los Ángeles:

Hilda L. Solis, *First District*
Mark Ridley-Thomas, *Chairman, Second District*
Sheila Kuehl, *Chair Pro Tem, Third District*
Janice Hahn, *Fourth District*
Kathryn Barger, *Fifth District*

Personal de DHSP:

Mario J. Pérez
Kyle Baker
Maria Orozco

Wendy Garland
Michael Green
Mike Janson
Sonali Kulkarni
Leo Moore
And the rest of the DHSP Senior Management Team

Katie Branson
Janice Casil
Juli-Ann Carlos Henderson
Pamela Ogata
Ekow Sey
Zhijuan Sheng

Departamento de Salud Pública:

Dr. Barbara Ferrer
Dr. Jeffrey Gunzenhauser

Co-presidentes comunitarios de LACHAS:

Grissel Granados
Terry Smith

Comisión de VIH del Condado de los Ángeles:

Cheryl Barrit
Brad Land
Ricky Rosales
HIV Commissioners

Partes interesadas de la comunidad y otros socios:

René Bennett
Phil Curtis
Aaron Fox
Marsha Martin
Katja Nelson
Craig Pulsipher
UCLA CHIPTS

Agradecimientos especiales a Hershey Cause Communications y KCBS.

Gracias de antemano a todos los futuros socios e interesados que implementarán esta estrategia en los próximos cinco años y lo harán un éxito.

I. REFERENCES

1. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (1981, June 5). Pneumocystis Pneumonia-Los Angeles. Morbidity and Mortality Weekly Report, 30(21), 250-252.
2. Division of HIV and STD Programs (DHSP). (2017). 2012-2016 HIV Surveillance data from eHARS. Unpublished provisional raw data.
3. Division of HIV and STD Programs (DHSP). (2015). 2015 HTS data from HIV Testing Services data system. Unpublished provisional raw data.
4. Herrick, A. L., Lim, S. H., Wei, C., Smith, H., Guadamuz, T., Friedman, M.S., & Stall, R. (2011). Resilience as an untapped resource in behavioral intervention design for gay men. *AIDS Behav.*, 15 (Suppl 1), S25-9. [http://doi: 10.1007/s10461-011-9895-0](http://doi:10.1007/s10461-011-9895-0).
5. Division of HIV and STD Programs (DHSP). (2012). Listening sessions with young gay Men of color. Unpublished data.
6. Díaz, R. M., Ayala, G., Bein, E., Henne, J., & Marin, B. V. (2001). The impact of homophobia, poverty, and racism on the mental health of gay and bisexual Latino men: findings from 3 US cities. *Am J Public Health*, 91(6), 927–32.
7. Department of Health and Human Services, Office of Adolescent Health. (2012). *LGB Youth : Challenges , risks and protective factors*. Retrieved from http://www.hhs.gov/ash/oah/oahinitiatives/teen_pregnancy/training_tip_sheets/lgb-youth-508.pdf.
8. United States Census Bureau. American Community Survey (ACS). (2011). Retrieved from <https://www.census.gov/programs-surveys/acs/>.
9. Rock Wohl, A., Galvan, F. H., Myers, H. F., Garland, W., George, S., Witt, M., Cadden, J., ...Lee, M. L. (2011). Do social support, stress, disclosure and stigma influence retention in HIV care for Latino and African American men who have sex with men and women? *AIDS and Behavior*, 15(6), 1098-1110.
10. Forney, J. C. & Miller, R. L. (2012). Risk and protective factors related to HIV-risk behavior: a comparison between HIV-positive and HIV-negative young men who have sex with men. *AIDS Care*, 24(5), 544–52. [https://doi: 10.1080/09540121.2011.630341](https://doi:10.1080/09540121.2011.630341).
11. Ryan, C., Huebner, D., Diaz, R. M., & Sanchez, J. (2009) Family rejection as a predictor of negative health outcomes in White and Latino lesbian, gay, and bisexual young adults. *Pediatrics*, 123(1),346–52. <https://doi:10.1542/peds.2007-3524>.
12. Leibowitz, A. A., Garcia-Aguilar, A. T., & Farrell, K. (2015). Initial health assessments and HIV screening under the Affordable Care Act. *PLoS one*, 10(9), e0139361.
13. United States Census Bureau, American Community Survey, 1-Year Estimates. Retrieved from https://factfinder.census.gov/faces/tableservices/jsf/pages/productview.xhtml?pid=ACS_15_5YR_S1703&prodType=table
14. U.S. Census Bureau, American Community Survey, 1-Year Estimates 2008; Poverty rate is determined by the HHS (Health and Human Services Poverty Guidelines). Retrieved from <https://aspe.hhs.gov/2015-poverty-guidelines>.
15. California Sentencing Institute. (2017). All counties Los Angeles County state prison population 2015. Retrieved from <http://casi.cjcg.org/Adult/Los-Angeles>.
16. Division of HIV and STD Programs (DHSP). (2016). Comprehensive HIV Plan (2017-2021), Retrieved from <http://publichealth.lacounty.gov/dhsp/>.
17. Springer, S. A., Friedland, G. H., Doros, G., Pesanti, E., & Altice, F. L. (2007). Antiretroviral treatment regimen outcomes among HIV-positive prisoners. *HIV Clin. Trials*, 8(4),205-212.
18. Stephenson, B. L., Wohl, D. A., Golin, C. E., Tien, H. C., Stewart, P., & Kaplan, A. H. (2005). Effect of release from prison and re-incarceration on the viral loads of HIV-infected individuals. *Public Health Report*, 120(1), 84-88.
19. Los Angeles Homeless Services Authority. (2017). The Greater Los Angeles Homeless Count, 2017. Retrieved from <https://www.lahsa.org/homelesscount/>
20. Division of HIV and STD Programs (DHSP). (2017). Provisional 2016 Ryan White Casewatch Data. Unpublished provisional raw data.
21. Flaming, D., Burns, P., & Matsunaga, M. (2009). Where we sleep costs when homeless and housed in Los Angeles 2009. Retrieved from https://economicrt.org/wp-content/uploads/2009/11/Where_We_Sleep_2009.pdf
22. Pence, B. W. (2009). The impact of mental health and traumatic life experiences on antiretroviral treatment outcomes for people living with HIV/ AIDS. *J. Antimicrob. Chemother*, 63(4), 636-640.
23. Division of HIV and STD Programs (DHSP). (2017) Medical Monitoring Project, 2013-2014. Unpublished provisional data.



Los Angeles County HIV/AIDS Strategy for 2020 and Beyond

EPIDEMIOLOGICAL OVERVIEW DEMOGRAPHIC TABLES

Appendix A

Table 1: AIDS Prevalence and HIV (Non-AIDS) prevalence Data By Demographic Group and Exposure Category

Demographic Group/Exposure Category	2014 ⁽¹⁾				2015 ⁽²⁾				2016 ⁽³⁾			
	HIV		AIDS		HIV		AIDS		HIV		AIDS	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Race/Ethnicity												
White	7,175	32.4	8,635	30.5	7,247	31.6	8,362	29.9	7,138	30.6	7,999	29.2
African American	4,637	21.0	5,612	19.8	4,825	21.1	5,555	19.8	4,990	21.4	5,458	19.9
Latino	8,785	39.7	12,451	44.0	9,262	40.4	12,460	44.5	9,613	41.2	12,369	45.1
Asian/PI	846	3.8	857	3.0	890	3.9	869	3.1	932	4.0	867	3.2
Native American	153	<1	158	<1	154	<1	161	<1	150	<1	156	<1
Multi-race	510	2.3	578	2.0	519	2.3	583	2.1	514	2.2	576	2.1
Unknown/Unspecified	13	<1	<5	<1	14	<1	<5	<1	16	<1	<5	<1
Gender												
Male	19,158	86.6	24,887	88.0	19,689	86.7	24,581	87.8	20,274	86.8	24,039	87.6
Female	2,607	11.8	3,032	10.7	2,668	11.7	3,034	10.8	2,701	11.6	3,006	11.0
Transgender	354	1.6	375	1.3	374	1.6	378	1.4	378	1.6	383	1.4
Current Age												
<18 years	76	<1	18	<1	71	<1	14	<1	56	<1	15	<1
18 - 29 years	3,710	16.8	1,047	3.7	3,789	16.5	954	3.4	3,718	15.9	855	3.1
30 - 39 years	5,777	26.1	3,615	12.8	6,021	26.3	3,488	12.5	6,220	26.6	3,361	12.3
40 - 49 years	6,118	27.7	8,725	30.8	6,020	26.3	7,916	28.3	5,976	25.6	7,093	25.9
50 - 59 years	4,648	21.0	10,302	36.4	5,004	21.8	10,553	37.7	5,154	22.1	10,521	38.4
60+ years	1,790	8.1	4,587	16.2	2,006	8.8	5,068	18.1	2,229	9.5	5,583	20.4
Exposure Category												
MSM	17,776	80.4	21,125	74.7	18,518	80.8	20,923	74.7	18,972	81.2	20,547	74.9
Injection Drug Use	882	4.0	1,836	6.5	907	4.0	1,798	6.4	923	4.0	1,742	6.4
MSM-IDU	1,033	4.7	2,140	7.6	1,009	4.4	2,079	7.4	963	4.1	1,984	7.2
Heterosexual	2,265	10.2	2,938	10.4	2,310	10.1	2,941	10.5	2,337	10.0	2,903	10.6
Other Blood-borne	22	<1	104	<1	21	<1	100	<1	20	<1	101	<1
Maternal HIV Risk	97	<1	137	<1	103	<1	141	<1	98	<1	136	<1
Pediatric	30	<1	5	<1	27	<1	<5	<1	23	<1	6	<1
Other/Unknown	14	<1	9	<1	16	<1	8	<1	17	<1	9	<1
TOTAL	22,119		28,294		22,911		27,993		23,353		27,428	

Data Sources: ⁽¹⁾ 2014 HIV Surveillance Report. ⁽²⁾ 2015 HIV Surveillance Report. ⁽³⁾ eHARS HIV Surveillance Data ran on 9/25/2017. Data Note: Column percentages may not add to 100 due to rounding or missing data

Table 2: 2015 New Positive Tests, Newly Diagnosed Persons Living with HIV in 2016, and 2016 HIV Prevalence by Demographic Characteristics

Demographic Characteristics	General Population ⁽¹⁾		HIV New-Positive Tests ⁽²⁾	Newly Diagnosed PLWH ⁽³⁾			PLWH ⁽⁴⁾		
	Number	%	%	Number	%	Rate ⁽⁵⁾	Number	%	Rate ⁽⁵⁾
	10,227,450	100%	1.1%	1,881	100%	18	48,911	100%	478
Race/Ethnicity									
African American	865,330	8.5%	1.4%	485	25.8%	56	9,962	20.4%	1,151
Latino	4,987,274	48.8%	1.1%	888	47.2%	18	21,095	43.1%	423
Asian/Pacific Islander	1,488,107	14.6%	0.9%	87	4.6%	6	1,710	3.5%	115
American Indian/Alaskan Native	19,200	<1%	1.8%	12	<1%	63	294	<1%	1,531
White	2,867,539	28.0%	0.9%	367	19.5%	13	14,778	30.2%	515
Multi-Racial/Unknown	----	----	1.3%	42	2.2%	----	1,072	2.2%	----
Gender/Gender Identity									
Male	5,048,390	49.4%	1.4%	1,658	88.1%	34	42,665	87.2%	845
Female	5,179,060	50.6%	0.3%	188	10.0%	4	5,519	11.3%	107
Transgender	N/A	N/A	2.4%	35	1.9%	----	727	1.5%	----
Age									
<18	2,303,782	22.5%	0%	12	<1%	1	80	<1%	3
18-29	1,834,934	17.9%	1.4%	727	38.6%	40	4,627	9.5%	252
30-39	1,477,828	14.4%	1.1%	541	28.8%	37	9,191	18.8%	622
40-49	1,409,996	13.8%	1.3%	351	18.7%	25	13,408	27.4%	951
50-59	1,340,720	13.1%	1.3%	205	10.9%	15	14,848	30.4%	1,107
>=60	1,860,190	18.2%	0.7%	45	2.4%	2	6,757	13.8%	363
Service Planning Area (SPA)									
SPA 1: Antelope Valley	392,410	3.8%	0.4%	37	2.0%	8	504	1.0%	128
SPA 2: San Fernando Valley	2,239,081	21.9%	0.8%	272	14.5%	12	4,956	10.1%	221
SPA 3: San Gabriel	1,786,640	17.5%	0.9%	161	8.6%	9	2,588	5.3%	145
SPA 4: Metro	1,182,534	11.6%	1.7%	539	28.7%	52	13,104	26.8%	1,108
SPA 5: West	663,935	6.5%	0.9%	56	3.0%	13	1,841	3.8%	277
SPA 6: South	1,068,960	10.5%	1.6%	318	16.9%	29	4,186	8.6%	392
SPA 7: East	1,312,015	12.8%	1.9%	165	8.8%	12	2,507	5.1%	191
SPA 8: South Bay	1,580,939	15.5%	1.1%	252	13.4%	16	5,426	11.1%	343

Data Notes and Sources: Column percentages may not add to 100 due to rounding or missing data .

⁽¹⁾ 2016 population estimates provided by LAC Internal Services Department and contracted through Hedderson Demographic Services. ⁽²⁾ DHSP HIV Testing Services (HTS) Database. Data ran on 9/1/2016.

⁽³⁾ eHARS Surveillance Data ran on 9/25/2017. Based on new diagnoses in 2015 and living in EMA as of 12/31/2016. ⁽⁴⁾ eHARS Surveillance Data ran on 9/25/2017. Based on persons living in EMA as of 12/31/2016. ⁽⁵⁾ eHARS Surveillance Data as of 9/28/2016. ⁽⁶⁾ Rate per 100,000 population

Table 3: HIV New Diagnoses and PLWH 2012-2016

	2012	2013	2014	2015	2016 ⁽³⁾
New HIV Positive Tests (Positivity Rate)⁽¹⁾	1.03%	0.78%	1.06%	1.11%	----
New HIV Diagnoses⁽²⁾	2,023	1,788	2,057	1,952	1,881
Number of Persons Living with HIV (any stage)⁽²⁾	45,146	47,048	48,022	48,825	48,911
Viral Suppression	55.8%	58.8%	60.1%	60.8%	60.3%

Data Sources: ⁽¹⁾ HIV Testing, HTS Summary Reports. ⁽²⁾ eHARS Surveillance Data as of 9/25/17. ⁽³⁾ 2016 HTS data are not available

Table 4: EIIHA Data for all HIV Tests conducted for Three Target Populations in Los Angeles County (January 1, 2015 to December 31, 2015)

	Overall	Latino & African American MSM	Young MSM (18-29)	Transgender Individuals
a. TOTAL HIV TEST EVENTS	155,625	19,174	16,219	1,852
b. Newly Diagnosed Positive HIV Test Events⁽¹⁾	1,661	484	315	44
c. Newly diagnosed positive test events with client linked to HIV medical care	1,137	332	240	27
d. Newly diagnosed confirmed positive test events ⁽¹⁾	1,404	434	285	36
e. Newly diagnosed confirmed positive test events with client interviewed for partner services	1,270	426	278	35
f. Newly diagnosed confirmed positive test events with client referred to prevention services	489	161	119	17
g. Newly diagnosed confirmed positive test events who received CD4 cell count and viral load testing ⁽¹⁾	1,170	382	245	<5
a. Previously Diagnosed Positive HIV Test Events⁽¹⁾	309	39	8	13
b. Previously diagnosed Positive HIV Test Events with client re-engaged in HIV medical care	205	25	8	<5
c. Previously diagnosed confirmed positive test events	218	27	8	7
d. Previously diagnosed confirmed positive test events with client interviewed for Partner Services	188	26	8	5
e. Previously diagnosed confirmed positive test events with client referred to Prevention Services	46	12	6	<5
f. Previously diagnosed confirmed positive test events who received CD4 cell count and viral load testing ⁽²⁾	201	24	8	<5

(1) CDC definitions were used for this data (2) Data are provisional given time required to do surveillance match

Data Source: DHSP HIV Testing Services (HTS) System as of 6/24/2016 for overall and as of 10/3/2016 for positive data

Table 5: 2016 HIV Care Continuum Outcomes by Demographic Characteristics among PLWH in Los Angeles County

Demographic Characteristics	Diagnosed/Living with HIV (N)	Linked to Care ≤30 days	Engaged in Care	Retained in Care	New Unmet Need (Not Retained)	Virally Suppressed
Race/Ethnicity						
African American	9,962	54.2%	65.9%	49.7%	50.3%	53.0%
Latino	21,095	65.4%	68.3%	55.7%	44.3%	59.7%
Asian/Pacific Islander	1,710	80.5%	74.6%	60.5%	39.5%	68.5%
American Indian/Alaskan Native	294	75.0%	70.1%	54.1%	45.9%	52.4%
White	14,778	75.2%	71.6%	54.5%	45.5%	64.9%
Gender/Gender Identity						
Male	42,665	66.4%	69.6%	54.4%	45.6%	60.8%
Female	5,519	55.9%	66.9%	53.5%	46.5%	56.6%
Transgender	727	68.6%	68.4%	56.8%	43.2%	53.8%
Age						
<18	80	75%	86.3%	76.3%	23.7%	80.0%
18-29	4,627	69.9%	69.1%	49.1%	50.9%	54.1%
30-39	9,191	66.7%	67.3%	49.8%	50.2%	55.8%
40-49	13,408	58.1%	68.3%	53.1%	46.9%	59.2%
50-59	14,848	55.1%	71.1%	57.1%	42.9%	63.9%
60+	6,757	77.8%	70.2%	60.2%	39.8%	64.6%
Transmission Categories						
Injection Drug Use	2,582	58.7%	60.7%	46.9%	53.1%	49.3%
MSM-IDU	2,897	55.3%	70.6%	54.9%	45.1%	55.4%
Heterosexual	5,084	54.0%	66.5%	54.2%	45.8%	57.7%
Service Planning Area						
SPA 1: Antelope Valley	504	64.9%	65.9%	49.0%	51.0%	55.6%
SPA 2: San Fernando Valley	4,956	76.1%	72.9%	66.5%	33.5%	66.5%
SPA 3: San Gabriel	2,588	72.7%	73.8%	66.2%	33.8%	66.2%
SPA 4: Metro	13,104	62.5%	64.4%	57.1%	42.9%	57.1%
SPA 5: West	1,841	82.1%	70.9%	65.3%	34.7%	65.3%
SPA 6: South	4,186	57.5%	68.8%	56.8%	43.2%	56.8%
SPA 7: West	2,507	69.1%	71.6%	64.1%	35.9%	64.1%
SPA 8: South Bay	5,426	65.1%	68.6%	60.4%	39.6%	60.4%

Current Unmet Need=Not engaged in care or not having a lab test or medical visit in the past 12 months. (2) New Unmet Need=100%-Retained in Care. Data Source: eHARS surveillance data as of 9/25/2017 Column percentages may not add to 100 due to rounding or missing data.

Table 6: Ryan White-funded Services: Socioeconomic Data, 2016 (n=15,164)

Characteristic	Overall		≤ Federal Poverty Level		Homeless		No Insurance		Incarcerated ≤ 24 mo.	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total	15,164	100%	9,730	64.2%	1,123	7.4%	6,632	43.7%	1,437	9.5%
Race/Ethnicity										
African American	3,281	21.6%	2,424	24.9%	422	37.6%	717	10.8%	610	42.4%
Latino	8,151	53.8%	5,349	55.0%	405	36.1%	4,870	73.4%	497	34.6%
Asian/Pacific Islander	551	3.6%	305	3.1%	27	2.4%	266	4.0%	24	1.7%
White	3,138	20.7%	1,618	16.6%	258	23.0%	771	11.6%	295	20.5%
American Indian/Alaskan Native	34	<1%	27	<1%	9	<1%	7	<1%	10	<1%
Gender Identity										
Male	12,962	85.5%	7,957	81.8%	943	84.0%	5,681	85.7%	1,267	88.2%
Female	1,893	12.5%	1,533	15.7%	138	12.3%	803	12.1%	120	8.3%
Transgender	309	2.0%	240	2.5%	42	3.7%	148	2.2%	50	3.5%
Transmission Category										
MSM	10,479	69.1%	6,161	63.3%	704	62.7%	4,621	69.7%	862	60.0%
African American	1,931	18.4%	1,328	21.6%	250	35.5%	433	9.4%	317	36.8%
Latino	5,623	53.7%	3,451	56.0%	253	35.9%	3,354	72.6%	335	38.9%
White	2,500	23.9%	1,170	19.0%	175	24.9%	630	13.6%	185	21.5%

Data Source: HIV Casewatch as of 10/25/2017. Column percentages may not add to 100 due to rounding or missing data.

Table 7: 2016 HIV Care Continuum Outcomes by Demographic Characteristics among RW Clients in Los Angeles County (N=15,164)

Demographic Characteristics	Diagnosed/Living with HIV (N)	Linked to Care ≤30 days	Retained in Care	New Unmet Need (Not Retained)	Virally Suppressed
Race/Ethnicity					
African American	3,281	92.6%	80.1%	19.9%	74.0%
Latino	8,151	86.0%	88.2%	11.8%	83.3%
Asian/Pacific Islander	551	91.0%	86.9%	13.1%	87.6%
American Indian/Alaskan Native	34	92.3%	84.6%	15.4%	57.7%
White	3,138	92.8%	82.6%	17.4%	79.6%
Gender/Gender Identity					
Male	12,962	89.3%	81.3%	18.7%	78.5%
Female	1,893	86.9%	82.8%	17.2%	78.6%
Transgender	309	79.0%	81.6%	18.4%	73.5%
Age					
<18	8	75.0%	75.0%	25.0%	75.0%
18-29	1,522	86.9%	68.9%	31.1%	66.2%
30-39	3,263	86.5%	78.2%	21.8%	75.0%
40-49	3,959	87.3%	83.3%	16.7%	78.7%
50-59	4,338	91.1%	85.0%	15.0%	81.7%
60+	2,074	91.8%	85.5%	14.5%	85.7%
Transmission Categories					
MSM	10,091	89.5%	82.0%	18.0%	79.6%
Injection Drug Use	380	92.9%	78.2%	21.8%	71.3%
MSM-IDU	388	92.3%	78.1%	21.9%	65.5%
Heterosexual	3,547	87.1%	84.4%	15.6%	80.5%
Service Planning Area					
SPA 1: Antelope Valley	209	96.2%	76.6%	23.4%	71.8%
SPA 2: San Fernando Valley	2,384	88.3%	82.9%	17.1%	79.2%
SPA 3: San Gabriel	842	91.2%	87.1%	12.9%	85.5%
SPA 4: Metro	7,731	88.8%	80.9%	19.1%	77.2%
SPA 5: West	809	90.6%	78.1%	21.9%	81.5%
SPA 6: South	1,147	88.9%	82.6%	17.4%	77.4%
SPA 7: West	563	87.2%	77.1%	22.9%	77.4%
SPA 8: South Bay	1,474	86.3%	82.4%	17.6%	80.3%

Data Source: HIV Casewatch as of 10/25/2017. Column percentages may not add to 100 due to rounding or missing data.

Visit LACounty.hiv for more information.

