Consejo de Planificación Ryan White Parte A del Área Metropolitana Elegible de Filadelfia
Comité Positivo
Acta de la reunión
13 de febrero de 2017
12:00 p. m. a 2:00 p. m.
Oficina de Planificación sobre el VIH, 340 N. 12th Street, Suite 320, Philadelphia, PA 19107

Presentes: PH (15), PA (1), NJ (1)

Invitados: David Griffith (Iniciativa para Personas Mayores LGBT)

Personal: Antonio Boone, Nicole Johns, Jennifer Hayes

Inicio de la sesión/Minuto de silencio/Presentaciones: A. Boone abrió la sesión a las 12:13 p. m. Leyó la declaración de misión.[1] A esto le siguió un minuto de silencio. Luego, las personas allí reunidas se presentaron.

Aprobación del orden del día: A. Boone presentó el orden del día para su aprobación. **Moción:** D. G. hizo la moción, L. W. la apoyó para aprobar el orden del día. **La moción se aprobó**: Todos a favor.

Aprobación del acta de la reunión (*9 de enero de 2016*): A. Boone presentó el acta de la reunión para su aprobación. **Moción**: D. G. hizo la moción, J. M. la apoyó para aprobar el acta de la reunión. **La moción se aprobó**: Todos a favor.

Informe del presidente: No presentó ningún informe.

Informe del personal: N. Johns dijo que el Consejo de Planificación estaba reclutando miembros actualmente. Afirmó que ella podía ayudar a las personas que estuvieran interesadas en presentar una solicitud el día de hoy. Acotó que debía llenarse en línea un formulario de cumplimiento fiscal además de la solicitud, debido a los requisitos establecidos durante la administración del alcalde Nutter. Agregó que había una computadora disponible en la oficina, y que el personal podía ayudar a llenar el formulario en línea.

N. Johns informó que se había estado enviando la encuesta de los consumidores a la comunidad. Agradeció al Comité Positivo por haber ayudado a revisar la encuesta antes de que fuera enviada. Afirmó que se habían enviado 2855 copias de la encuesta hasta ese momento, y que se habían recibido 307 encuestas completadas. Informó que también se estaba realizando una versión en línea de la encuesta, y que estaban disponibles los folletos sobre esta versión en la mesa auxiliar. Acotó que también habría un anuncio en línea sobre la encuesta en el sitio web Philadelphia Gay News (PGN), que se publicaría durante aproximadamente ocho semanas.

A. Boone pidió a los miembros que difundieran la información sobre la encuesta y que animaran a otras personas a presentar la solicitud para ser miembro del Consejo de Planificación

[1] Declaración de misión: El Comité Positivo respalda la función y fomenta la participación de las personas con VIH/SIDA en el proceso de toma de decisiones del Consejo de Planificación Ryan White Parte A y el Grupo de Planificación para la Prevención del VIH.

Presentación especial:

- **Información actualizada sobre VIH en la zona**

N. Johns señaló que K. Brady, quien era la directora médica y epidemióloga en jefe en la Oficina de Coordinación de Actividades sobre el SIDA en el departamento de salud, había presentado información sobre la epidemia de VIH en Filadelfia en la última reunión del Consejo de Planificación Ryan White (RWPC). N. Johns dijo que presentaría algunas de las dispositivas de K. Brady en la reunión del día de hoy.

N. Johns comenzó haciendo un repaso de la constante del cuidado médico en relación con el VIH. Afirmó que la constante del cuidado médico clasificó a las personas que viven con VIH/SIDA de desconocedoras de su infección por VIH a plenamente comprometidas con el cuidado médico en relación con el VIH. Explicó que las personas que estaban plenamente comprometidas con el cuidado médico en relación con el VIH solían estar tomando sus medicamentos, acudiendo al médico y sintiéndose saludables.

N. Johns repasó un gráfico de barras sobre personas de 13 años de edad en adelante que estaban infectadas por VIH y que fueron diagnosticadas. Dijo que los totales de las personas que conocían su condición eran estimaciones. Afirmó que se estimaba que 13% de las personas en Estados Unidos que tenían VIH desconocían su condición. Señaló que algunas personas que no conocían su condición transmitieron la infección por VIH sin darse cuenta. Indicó que más personas tuvieron conocimiento de su condición de portadoras del VIH a medida que se hacían mayores, porque solían ir más al médico.

N. Johns revisó la información sobre Filadelfia de las personas que desconocían su condición de portadoras del VIH por sexo, raza/origen étnico y modo de transmisión. Dijo que los hombres eran más propensos a no conocer su condición de portadores del VIH. Señaló que a veces era menos probable que los hombres buscaran atención médica. Agregó que a las mujeres se les realizaba la prueba de detección del VIH durante el embarazo. Afirmó que era más probable que las personas negras no conocieran su condición en comparación con las personas blancas o hispanas. R. W. dijo que el estigma era una razón por la que era menos probable que las personas negras se hicieran la prueba. N. Johns agregó que la falta de seguro y la discriminación eran otros motivos por los que era menos probable que las personas negras fueran diagnosticadas. Acotó que, entre los heterosexuales y los hombres que tienen sexo con hombres (MSM), los porcentajes de personas que no conocían su condición eran similares. Preguntó a los participantes por qué era más probable que las personas que se inyectan drogas (PWID) conocieran su condición. Explicó que era más probable que las PWID participaran en programas que hicieran la prueba de detección del VIH. Indicó que los porcentajes de personas que no conocían su condición eran específicamente para Filadelfia.

N. Johns pasó a mostrar un gráfico de barras que mostraba la vinculación a atención médica en el transcurso del mes siguiente al diagnóstico de VIH por categoría de transmisión. Manifestó que los MSM que también se inyectan drogas eran las personas con menos probabilidades de estar vinculadas a la atención médica después de un mes.

N. Johns acotó que las pautas solían requerir que las personas diagnosticadas con VIH estuvieran vinculadas a la atención médica en el plazo de 90 días. Explicó que la nueva pauta era de 30 días. Señaló que la vinculación a la atención médica había estado mejorando durante los últimos cinco

años. Afirmó que, en 2015, 81% de las personas estaban vinculadas a la atención médica en el plazo de un mes, y 91% en el plazo de tres meses.

N. Johns revisó un gráfico de barras sobre la retención en el cuidado. Dijo que la retención en el cuidado se medía como dos visitas médicas en un año. Dijo que la barra roja representaba la retención en el cuidado, y la azul representaba la represión viral. Acotó que, entre los hombres que tienen sexo con hombres, más personas se encontraban viralmente reprimidas que retenidas en la atención médica. D. G. explicó que alguien que había tenido un nivel indetectable durante largo tiempo podría no visitar al médico más de una vez al año. N. Johns afirmó que alrededor de 10% de las personas atendidas por el Programa Ryan White solo necesitaban ir al médico una vez al año.

N. Johns revisó el gráfico de barras sobre la retención en la atención médica en Filadelfia. Acotó que, en 2015, 53% de las personas se encontraban retenidas en la atención médica y 56% viralmente reprimidas. Explicó que las personas que se contaron en el gráfico de barras eran todas personas que vivían con el VIH en Filadelfia y no solo el sistema Ryan White. Señaló que las personas en el sistema Ryan White tenían mayores porcentajes de retención en la atención médica y represión viral.

N. Johns dijo que la prevalencia significaba la cantidad de personas que viven con el VIH en un área, independientemente de que conocieran o no su condición. Afirmó que alrededor de 93% de las personas que vivían con el VIH en Filadelfia conocían su condición. Agregó que 91% de las personas estaban vinculadas a atención médica, 49% recibían atención médica y 52% tenían cargas virales indetectables en 2015. Indicó que una razón por la que muchos habitantes de Filadelfia conocían su condición eran las pruebas dirigidas. R. W. señaló que algunas personas con el VIH se mudaron de Filadelfia después de su diagnóstico, lo que hizo que fuera difícil hacerles seguimiento. N. Johns dijo que había una cantidad significativa de personas con el VIH que se fueron de Filadelfia. Manifestó que se intentó hacer seguimiento a estas personas de diversas maneras, aunque no siempre se logró hacerlo.

N. Johns comparó las tasas de compromiso con la atención médica de las personas que vivían con el VIH en Estados Unidos y Filadelfia, en una muestra de 100 personas. Afirmó que, en Estados Unidos, 87 de estas personas estaban diagnosticadas, 75 estaban vinculadas a la atención médica, 49 siguieron recibiendo atención, y 48 tenían cargas virales indetectables. Acotó que, en Filadelfia, 93 personas estaban diagnosticadas, 91 estaban vinculadas a la atención médica, 49 siguieron recibiendo atención en relación con el VIH, y 52 tenían cargas virales indetectables. Afirmó que el diagnóstico y la vinculación a la atención médica cumplían con los estándares nacionales, pero era necesario mejorar la retención y la represión viral.

N. Johns leyó una lista de puntos de comparación de prevalencia del VIH en Estados Unidos y Filadelfia. Indicó que en Filadelfia había 26,807 personas viviendo con el VIH para diciembre de 2015. Dijo que la mayoría de las personas que vivían con el HIV eran hombres negros de 50 años de edad o más. Señaló que había aproximadamente un porcentaje similar de la epidemia que eran MSM y heterosexuales, aunque las cifras de MSM en Filadelfia eran mucho menores. D. R. preguntó cómo se midieron esos factores. N. Johns dijo que se hizo seguimiento a la información obtenida del departamento de salud y diferentes organizaciones para establecer las cifras de vigilancia. Agregó que, en Estados Unidos, había casi 1 millón de personas que vivían con el VIH para diciembre de 2014. Acotó que la mayoría eran hombres negros de 50 años o más y MSM. Dijo que las mayores tasas de VIH se encontraban en el noreste de Estados Unidos. Indicó que cada año se contabiliza una cantidad menor de mujeres con VIH. Destacó que Filadelfia tenía una tasa mayor de HIV en personas con contacto heterosexual que el resto de Estados Unidos.

N. Johns afirmó que el siguiente gráfico mostraba la proporción de residentes del Área Metropolitana Elegible de Filadelfia diagnosticados y que vivían con el HIV por raza/origen étnico y sexo en 2015. Acotó que había el mayor porcentaje de hombres negros con VIH en Filadelfia. Agregó que el siguiente porcentaje más alto correspondía a los hombres hispanos y las mujeres negras.

N. Johns pasó a mostrar un gráfico de torta de las personas recién diagnosticadas con el VIH en Filadelfia. Dijo que había 538 casos recién diagnosticados, incluidos 78% hombres (al nacer), 72.4% negros, 14.1% hispanos y 10.4% blancos. Afirmó que 25% de los casos recién diagnosticados eran personas con edades comprendidas entre 13 y 24 años. Indicó que la mayoría de estos casos probablemente eran personas con edades entre 17 y 24 años. Agregó que esto incluía un porcentaje mayor de MSM que de personas heterosexuales.

N. Johns dijo que la tasa de MSM recién diagnosticados con VIH en Filadelfia en 2011-2015 estaba aumentando. D. R. preguntó cuándo estarían disponibles las tasas de personas que vivían con VIH/SIDA para 2016. N. Johns respondió que probablemente estarían disponibles en el verano.

H. B. preguntó si había datos disponibles sobre la cantidad de personas que se hicieron pruebas de detección del VIH cada año. N. Johns respondió que la ciudad sabía cuántas personas eran VIH positivas y cuántas pruebas financiadas públicamente se había hecho, aunque no se podía hacer seguimiento a muchas otras pruebas. Sin embargo, las pruebas negativas no se informaban al departamento de salud. H. B. preguntó si había estadísticas en relación con cuántas personas se hacían la prueba por oposición a cuántas personas eran positivas. N. Johns indicó que existía investigación al respecto. Explicó que las tasas bajas de pruebas positivas pueden implicar que las pruebas no estuvieron bien orientadas. N. Johns dijo que los médicos tenían que hacer la prueba a todas las personas, en lugar de basarse en suposiciones acerca de quién debía hacerse la prueba. D. R. sugirió que los compañeros asesores ayuden a que las personas se hagan la prueba. M. C. dijo que algunas personas se declaraban VIH negativas en las citas románticas y en las redes sociales cuando eran realmente positivas, pero indetectables.

Temas de debate:

- **Actualización del boletín**

A. Boone dijo que, en la preparación del boletín, había buscado comentarios y observaciones de periodistas que trabajaban con personas con VIH y escribían sobre ellas. Explicó que había enviado una lista de preguntas[2] para que ellos las respondieran. Afirmó que D. G. había traído un boletín que él había ayudado a elaborar en el pasado para que lo usaran como modelo. Dijo que distribuiría los boletines al grupo.

---

[2] 1. ¿Qué diferencia hay entre abordar el tema del VIH y cubrir otros temas de salud que usted haya tratado?
2. ¿Qué significa para usted el activismo de la lucha contra el VIH?
3. ¿Qué le inspira a seguir escribiendo sobre el VIH?
4. ¿Qué tan importantes son las historias personales de aquellos que viven con VIH/SIDA en la lucha contra el estigma del VIH?
5. ¿Cuáles son las tres cosas que todo activista o periodista debe saber antes de defender una causa?
6. ¿Qué pueden hacer los activistas veteranos para llegar a más personas en el siglo XXI?
7. ¿Qué desafíos y triunfos espera usted que los activistas de la lucha contra el VIH enfrenten en el futuro cercano?
8. ¿A qué tipo de historias responde la gente?
9. Como escritor y activista, me gustaría ver un boletín que...

A. Boone informó que un periodista, Matthew Rodriguez, de Mic, había respondido a su correo electrónico. Dijo que el boletín podría ser un foro donde se compartieran actualizaciones de políticas. Acotó que los artículos de Rodriguez podían encontrarse en línea, y que él abordaba muchos temas de actualidad.

A. Boone leyó algunas de las respuestas de M. Rodriguez a sus preguntas. M. Rodriguez había señalado la compleja relación entre el VIH y otras formas de opresión. Había agregado que el activismo podía asumir muchas formas, incluso utilizarse para compartir historias personales. A. Boone señaló que algunas personas en el gobierno y la comunidad nunca habían conversado con personas afectadas por el VIH. Dijo que este era uno de los motivos por los que las personas con VIH debían compartir sus historias.

M. Rodriguez escribió que era importante que las personas que se involucraran en el activismo sobre el VIH tuvieran la mayor cantidad posible de información y relaciones con la comunidad. Agregó que los activistas veteranos seguían siendo importantes para el movimiento, pero debían asegurarse de adaptarse a los tiempos. A. Boone dijo que había muchas fuentes de información que se compartían en las reuniones del Comité Positivo y del Consejo de Planificación Ryan White (RWPC). Señaló que Jose Bauermeister haría su presentación en unos meses. Agregó que el informe epidemiológico de Kathleen Brady también ayudó a difundir la información a la comunidad.

M. Rodriguez escribió que los activistas del VIH estaban enfrentando cambios políticos potencialmente hostiles, y tendrían que asumir muchos desafíos. A. Boone manifestó que el boletín podría ser un foro para escribir sobre sus opiniones acerca de las nuevas políticas nacionales.

M. Rodriguez había indicado que era importante que el público conociera las historias que fueron un reto para ellos y ampliaron su visión del mundo.

M. Rodriguez había concluido que le gustaría ver un boletín que reuniera información relacionada con el VIH en un solo lugar, así como también los contactos de las fuentes. A. Boone dijo que esto incluiría intercambio de información, especialmente sobre temas legales y nacionales como las leyes de criminalización del VIH, que variaban de un estado a otro. Acotó que los servicios para el VIH incluso variaban en la ciudad.

A. Boone afirmó que formatearía las diapositivas de la presentación para que fueran más fáciles de leer. Agregó que compartiría la información que recibiera de otros periodistas si ellos respondían a sus preguntas en el futuro. Pidió a todos los que tuvieran ideas para el boletín que lo llamaran o le enviaran un mensaje de correo electrónico.

Asunto anterior: Ninguno.

Asunto nuevo: Ninguno.

Anuncios: D. Griffith dijo que trabajaba en la Iniciativa para Personas Mayores LGBT (LGBTEI). Manifestó que la organización tenía dos programas que se realizarían próximamente, uno de ellos el 25 de febrero, sobre aflicción, pérdida y posibilidad. Dijo que el programa tendría lugar en la Iglesia de Saint Luke. Indicó que se ofrecería almuerzo y se entregarían presentes en el evento. Agregó que se recibirían las confirmaciones de asistencia por teléfono, por correo electrónico y en la hoja para firmar en persona. Distribuyó folletos con más información sobre el evento. Agregó que la LGBTEI

asistiría a la reunión del Comité Positivo en marzo para conversar sobre la planificación legal y financiera. Dijo que un abogado y un planificador financiero asistirían a la reunión.

D. G. dijo que la presentación en marzo serviría de precursora de una clínica legal que la LGBTEI estaría realizando poco tiempo después. Dijo que la presentación mostraría a los participantes qué documentos debían llevar a la clínica el 8 de abril. D.G. indicó que todos los eventos eran gratuitos.

Cierre: La reunión finalizó por consenso general a la 1:31 p. m.

Presentado por:

Jennifer Hayes, miembro del personal

Material distribuido en la reunión:

- Orden del día de la reunión
- Acta de la reunión del 9 de enero de 2017
- Presentación epidemiológica sobre el VIH en Filadelfia (Extracto)
- Calendario de la Oficina de Planificación del VIH (OHP)