



1-800-CDC-INFO (232-4636)
 En Inglés, en Español
 24 horas/día
 cdcinfo@cdc.gov
 http://www.cdc.gov/hiv

Junio de 2006

VIH/SIDA entre los hispanos

La epidemia del VIH/SIDA es una seria amenaza para la comunidad hispana. Además de ser una población seriamente afectada por el VIH, los hispanos siguen enfrentando dificultades para acceder a cuidados de la salud, a servicios de prevención y al tratamiento. En 2002, el VIH/SIDA era la tercera causa principal de muerte entre los hombres hispanos de entre 35 y 44 años y la cuarta causa principal de muerte entre las mujeres hispanas del mismo grupo de edades [1].

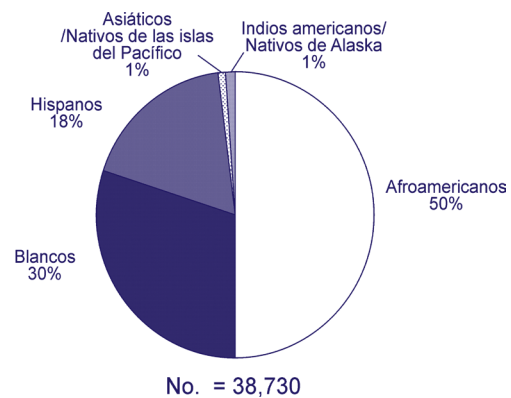
se había hecho la prueba, y el 18% se la había realizado durante el año previo [3].

ESTADÍSTICAS

El VIH/SIDA en 2004

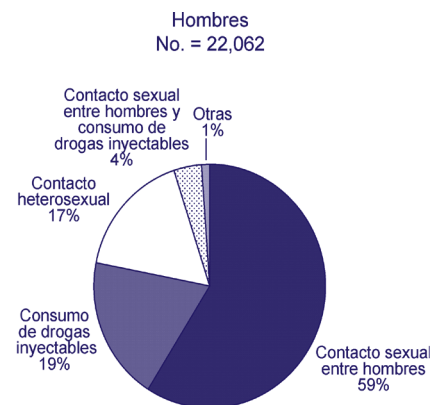
- Los hispanos representaron el 18% de nuevos casos diagnosticados en las 35 áreas* que tienen sistemas prolongados de notificación nominal y confidencial del VIH en los Estados Unidos [2].
- Entre 2002 y 2004, la cifra de los nuevos diagnósticos correspondiente a los hispanos en las 35 áreas permaneció alrededor de 7,000 por año [2].
- La mayoría de los hombres hispanos estuvieron expuestos al VIH, primero, a través del contacto sexual con otros hombres, y luego por el uso de drogas inyectables y el contacto heterosexual. La mayoría de las mujeres hispanas estuvieron expuestas al VIH a través del contacto heterosexual, seguido por el uso de drogas inyectables [2].
- El índice de las pruebas fue más alto entre los hispanos que entre otras razas o grupos étnicos excepto en el caso de los afroamericanos. El 50% de los hispanos entre 15 y 44 años de edad

Raza/grupo étnico de las personas (incluidos los niños) a quienes se les diagnosticó el VIH/SIDA en 2004



Nota. Datos basados en las 35 áreas que han tenido sistemas prolongados de notificación nominal y confidencial del VIH.

Categorías de transmisión para los adultos y los adolescentes hispanos a quienes se les diagnosticó el VIH/SIDA durante el período 2001–2004

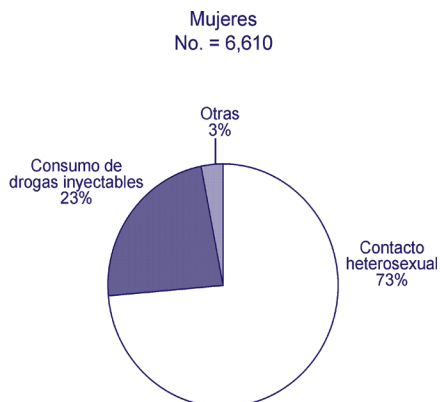


Nota. Datos basados en 33 estados que cuentan con sistemas prolongados de notificación nominal y confidencial del VIH.

Fuente. CDC. Trends in HIV/AIDS diagnoses—33 states, 2001–2004. *MMWR* 2005;54:1149–1153.

*Para una lista de las 35 áreas, ver el recuadro que se encuentra antes de la sección de referencias.

Categorías de transmisión para los adultos y los adolescentes hispanos a quienes se les diagnosticó el VIH/SIDA durante el período 2001–2004 (cont.)



Nota. Datos basados en 33 estados que cuentan con sistemas prolongados de notificación nominal y confidencial del VIH.

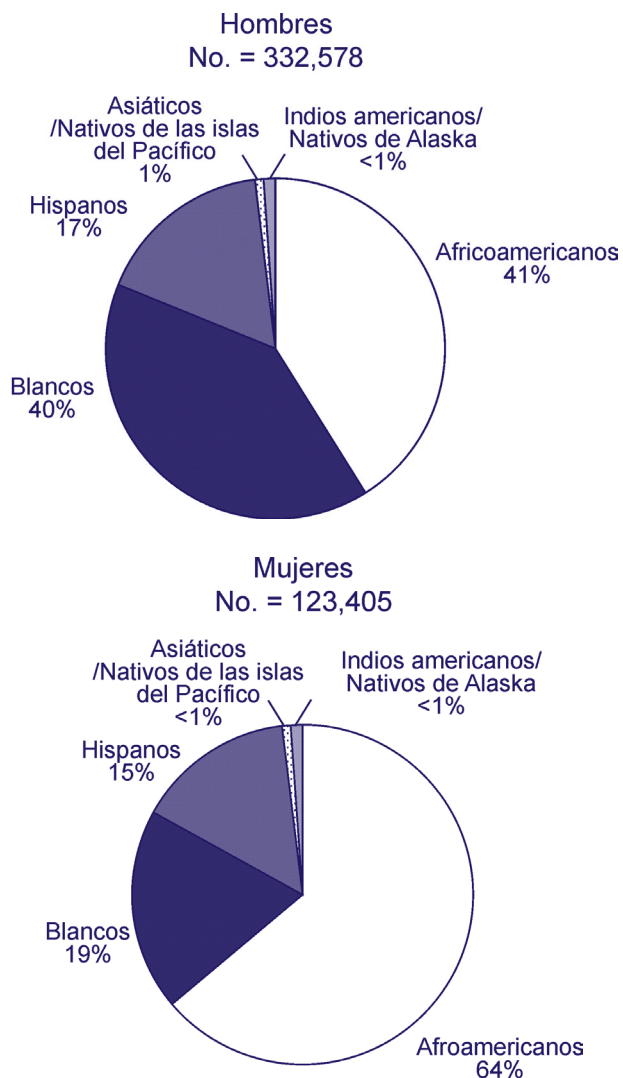
Fuente. CDC. Trends in HIV/AIDS diagnoses—33 states, 2001–2004. *MMWR* 2005;54:1149–1153.

El SIDA en 2004

- Los hispanos representaron el 20% (8,672) de los 42,514 diagnósticos nuevos en los Estados Unidos [2].
- El índice de los hispanos fue el segundo más alto de todos los índices de diagnósticos para los adultos y adolescentes de todos los grupos raciales y étnicos. El índice más alto fue el correspondiente a los afroamericanos (72.1 casos por cada 100,000 personas), seguido por los índices de los hispanos (25.0/100,000), los indios americanos y nativos de Alaska (9.9/100,000), los blancos (7.1/100,000) y los asiáticos y nativos de las islas del Pacífico (4.4/100,000) [2].
- Los 84,001 hispanos que viven con el SIDA representaron el 20% de todas las personas de los Estados Unidos que viven con el SIDA [2].
- Si bien los hispanos comprenden sólo alrededor del 14% de la población de los Estados Unidos y Puerto Rico [4, 5], representaron el 19% (177,164) de los estimados 944,306 casos diagnosticados desde el comienzo de la epidemia [2].

- Para finales de 2004, se calculó que habían muerto 93,163 hispanos con el SIDA [2].
- Entre las personas que recibieron un diagnóstico del SIDA desde 1996, una proporción más pequeña de hispanos (72%) seguían con vida después de 9 años, en comparación con los blancos (74%) y asiáticos/nativos de las islas del Pacífico (81%). No obstante, la proporción de hispanos sobrevivientes fue mayor que las proporciones de indios americanos y nativos de Alaska (65%) y afroamericanos (64%) que sobrevivieron [2].

Raza/grupo étnico de las personas (incluidos los niños) que vivían con el VIH/SIDA en 2004



Nota. Datos basados en 33 estados que cuentan con sistemas prolongados de notificación nominal y confidencial del VIH.

FACTORES DE RIESGO Y OBSTÁCULOS PARA LA PREVENCIÓN

Categorías de transmisión y país de nacimiento de los hispanos con el SIDA diagnosticados en los Estados Unidos durante 2004

	América central y del sur (n = 836) %	Cuba (n = 204) %	México (n = 1,443) %	Puerto Rico (n = 1,595) %	Estados Unidos (n = 2,769) %
Contacto sexual entre hombres	52	59	60	20	43
Uso de drogas inyectables	13	13	11	39	25
Contacto sexual entre hombres y consumo de drogas inyectables	2	5	3	4	5
Contacto heterosexual	32	23	25	37	25
Otras ^a	1	0	1	1	1

^a Incluye hemofilia, transfusiones de sangre, perinatal, y factores de riesgo que no han sido reportados o identificados.

Una variedad de factores culturales, socioeconómicos y relacionados con la salud contribuyen a propagar la epidemia del VIH en la comunidad hispana. En los Estados Unidos no hay una única cultura hispana debido a que los estadounidenses hispanos o sus padres han emigrado de muchos países o regiones de América Latina. Los trabajos de investigación indican que los factores de riesgo del comportamiento para contraer el VIH/SIDA varían según el país de nacimiento. Por ejemplo, los datos sugieren que los hispanos nacidos en Puerto Rico tienen más probabilidades que otros hispanos de contraer el VIH como resultado del uso de drogas inyectables. Por el contrario, el contacto sexual con otros hombres es la principal causa de infecciones por el VIH entre los hombres nacidos en México [2].

Problemática socioeconómica

Más de 1 de cada 5 hispanos (22.6%) vive en la pobreza [6]. De las personas hispanas con el VIH/SIDA entrevistadas en un estudio

multicéntrico, el 47% de los hombres nacidos en México, que tienen relaciones sexuales con otros hombres (MSM por sus siglas en inglés) y el 59% de los MSM nacidos en Puerto Rico tenían ingresos anuales inferiores a \$10,000 [7]. Una variedad de problemas socioeconómicos asociados con la pobreza, incluido el acceso limitado a cuidados de la salud de alta calidad, aumentan directa o indirectamente el riesgo de contraer una infección por el VIH. Los inmigrantes recién llegados están expuestos a retos adicionales como la falta de información sobre el VIH/SIDA y el aislamiento social, que pueden incrementar el riesgo de exposición al VIH [8, 9].

Negación

Si bien muchos hispanos participan cada vez más en la lucha contra el VIH/SIDA, algunas comunidades hispanas se han demorado en unirse a esta iniciativa. En parte debido a valores culturales como el machismo (sentimiento de virilidad), es posible que las comunidades se

muestren renuentes a reconocer comportamientos delicados pero riesgosos como la homosexualidad [10]. Muchos MSM hispanos se consideran heterosexuales y, como consecuencia, es posible que no se identifiquen con los mensajes de prevención dirigidos a los hombres homosexuales [11].

Factores de riesgo sexuales

Las mujeres hispanas tienen mayor probabilidad de contraer la infección por el VIH a raíz de sus relaciones sexuales con los hombres. [2]. En un estudio de hispanos heterosexuales que viven en los Estados Unidos, el 16% tenía factores de riesgo sexuales de contraer el VIH, como múltiples parejas sexuales o parejas de alto riesgo de infección por el VIH [12]. Algunas mujeres, incluidas aquellas que sospechan que sus parejas tienen riesgo de contraer una infección por el VIH, pueden mostrarse renuentes a hablar sobre el uso de condones con sus parejas por temor al abuso emocional o físico o al retiro de la ayuda financiera [13].

Consumo de sustancias estupefacientes

El uso de drogas inyectables sigue siendo un factor de riesgo significativo para los hispanos. Compartir agujas no es el único factor de riesgo del VIH relacionado con el abuso de sustancias. Existe una alta probabilidad de que los usuarios de sustancias estupefacientes, tanto los casuales como los crónicos, adopten conductas sexuales de alto riesgo, como tener relaciones sexuales sin protección, cuando están bajo los efectos de las drogas o el alcohol [14].

Enfermedades de transmisión sexual

En comparación con los blancos, los hispanos tienen alrededor del doble de probabilidades de tener gonorrea (71.3/100,000 personas en comparación con 33.3/100,000 blancos) o sífilis (3.2/100,000 personas en comparación

con 1.6/100,000 blancos). Los hispanos tienen 3 veces más probabilidades de estar infectados con clamidia que los blancos (436.1/100,000 en comparación con 143.6/100,000 blancos) [15]. Las infecciones de transmisión sexual aumentan la probabilidad de la transmisión del VIH [16].

PREVENCIÓN

La cifra anual de nuevos casos de infección por el VIH en Estados Unidos ha disminuido de su número pico de 150,000 casos a mediados de la década de 1980, y se ha estabilizado en aproximadamente 40,000 casos por año desde finales de la década de 1990. La epidemia del VIH afecta a las minorías raciales y grupos étnicos de manera desproporcionada. Para reducir más la incidencia del VIH, los CDC anunciaron en 2003 una nueva iniciativa llamada Avance en la prevención del VIH (http://www.cdc.gov/hiv/topics/prev_prog/AHP). Esta iniciativa comprende 4 estrategias: hacer que las pruebas del VIH se hagan como práctica de rutina del cuidado médico, implementar nuevos modelos para el diagnóstico de infecciones por el VIH fuera del entorno médico, prevenir nuevas infecciones al trabajar con personas infectadas por el VIH y sus parejas, y reducir más aún la transmisión perinatal del VIH.

Los CDC otorgan 15 subvenciones a las organizaciones de base comunitaria que se centran principalmente en los hispanos y ofrecen financiamiento a través de los departamentos de salud locales, estatales y territoriales. A continuación se dan algunos ejemplos de programas financiados por los CDC que se concentran en los hispanos:

- En California hay una organización con oficinas en muchas partes del estado que, por medio de equipos que van a las comunidades, proporciona información a las poblaciones difíciles de alcanzar sobre la detección de enfermedades y el enlace a los servicios.
- En Chicago hay una organización que asiste a personas con discapacidades y a sus familias

(incluso aquellas afectadas por el VIH/SIDA) a partir de una evaluación de sus necesidades y un plan diseñado para satisfacer estas necesidades de la mejor manera posible.

- En Massachusetts hay una organización que ofrece muchos programas y servicios de apoyo.

Los CDC, a través de la Minority AIDS Initiative (<http://www.cdc.gov/programs/hiv08.htm>), apoya los esfuerzos para disminuir las disparidades en la salud que existen en las comunidades de las personas que pertenecen a minorías raciales o grupos étnicos con alto riesgo de infección por el VIH.

A continuación se dan algunos ejemplos de intervenciones con bases científicas que los CDC ofrecen a las organizaciones.

- Muchos hombres y muchas voces (Many Men, Many Voices, 3MV): una intervención para prevenir enfermedades de transmisión sexual, entre ellas la infección del VIH entre hombres homosexuales de color, tratar las normas sociales y culturales, la dinámica de las relaciones sexuales y las influencias sociales con respecto al racismo y la homofobia.
- ADAPT (Adopting and Demonstrating the Adaptation of Prevention Techniques) es un programa que ofrece financiamiento a las agencias para que adapten y evalúen aquellas intervenciones que han demostrado ser eficaces en las comunidades de color.

Interpretación de los datos sobre el VIH y el SIDA

Monitorización del SIDA: A través de un sistema uniforme, los CDC reciben informes de casos del SIDA provenientes de todos los estados y territorios de los Estados Unidos. Desde los inicios de la epidemia, estos datos han servido para monitorizar las tendencias, ya que son representativos de todas las áreas. Los datos son ajustados estadísticamente para reportar demoras y para la redistribución de casos que inicialmente fueron reportados sin que se les vinculara a factores de riesgo. Dado que los tratamientos son ahora de más fácil acceso, las tendencias de los nuevos casos del SIDA diagnosticados ya no representan con exactitud las tendencias de las nuevas infecciones por el VIH; en la actualidad, estos datos representan a las personas a quienes se les hace la prueba en una etapa tardía de la infección por el VIH, que tienen acceso limitado a cuidados o en quienes el tratamiento no ha sido exitoso.

Monitorización del VIH: La monitorización de las tendencias de la epidemia del VIH hoy día requiere que se obtenga información sobre casos del VIH que no hayan evolucionado hasta provocar el SIDA. Las áreas que requieren que las infecciones por el VIH sean notificadas de manera nominal y confidencial utilizan el mismo sistema uniforme tanto para la recolección de datos sobre casos del VIH como sobre casos del SIDA. Un total de 35 áreas han recopilado estos datos durante por lo menos 5 años, lo cual ha permitido acumular datos suficientes para monitorizar las tendencias del VIH e identificar conductas que exponen al riesgo de infección por el VIH. Dichas áreas abarcan: las Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Guam y 33 estados (Alabama, Alaska, Arizona, Arkansas, Colorado, Florida, Idaho, Indiana, Iowa, Kansas, Louisiana, Michigan, Minnesota, Mississippi, Missouri, Nebraska, Nevada, New Jersey, New York, New Mexico, North Carolina, North Dakota, Ohio, Oklahoma, South Carolina, South Dakota, Tennessee, Texas, Utah, Virginia, West Virginia, Wisconsin y Wyoming). Recientemente, 9 áreas más han implantado un programa de vigilancia nominal y confidencial del VIH; los datos de estas áreas se incluirán en los próximos años.

VIH/SIDA: Este término incluye a personas a quienes se les ha diagnosticado la infección por el VIH (no el SIDA), la infección por el VIH y luego el SIDA, o a quienes se les ha diagnosticado la infección por el VIH y el SIDA de manera concurrente.

REFERENCIAS

1. Anderson RN, Smith BL. Deaths: leading causes for 2002. *National Vital Statistics Report* 2005;53(17):53,56. Available at http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr53/nvsr53_17.pdf. Accessed June 20, 2006.
2. CDC *HIV/AIDS Surveillance Report, 2004*. Vol. 16. Atlanta: US Department of Health and Human Services, CDC; 2005:1–46. Available at <http://www.cdc.gov/hiv/topics/surveillance/resources/reports>. Accessed May 25, 2006.
3. Anderson JE, Chandra A, Mosher WD. *HIV Testing in the United States, 2002*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics; 2005:1–32. Advance Data from Vital and Health Statistics, No. 363.
4. US Census Bureau. Annual estimates of the population by sex and age of Hispanic or Latino origin for the United States: April 1, 2000 to July 1, 2003. Available at <http://www.census.gov/popest/national/asrh/NC-EST2003/NC-EST2003-04-12.pdf>. Accessed May 25, 2006.
5. US Census Bureau. Annual estimates of the population for the United States and states, and for Puerto Rico: April 1, 2000 to July 1, 2003. Available at <http://www.census.gov/popest/states/NST-EST2003-ann-estprc.html>. Accessed May 25, 2006.
6. US Census Bureau. Poverty: 1999. Census 2000 Brief. May 2003. Available at <http://www.census.gov/prod/2003pubs/c2kbr-19.pdf>. Accessed May 25, 2006.
7. Diaz T, Chu SY, Buehler JW, et al. Socioeconomic differences among people with AIDS: results from a multistate surveillance project. *American Journal of Preventive Medicine* 1994;10:217–222.
8. Klevens, RM, Vargas TD, Fleming PL, Mays MA, Frey R. Trends in AIDS among Hispanics in the United States, 1991–1996. *American Journal of Public Health* 1999;89:1104–1106.
9. Shedlin MG, Decena CU, Oliver-Velez D. Initial acculturation and HIV risk among new Hispanic immigrants. *Journal of the National Medical Association* 2005;97(7 suppl):32S–37S.
10. Diaz R. Latino gay men and psycho-cultural barriers to AIDS prevention. In Levin MP, Nardi PM, Gagnon JH, eds. *Changing Times: Gay Men and Lesbians Encounter HIV/AIDS*. Chicago: University of Chicago Press; 1997.
11. CDC. HIV/AIDS among racial/ethnic minority men who have sex with men—United States, 1989–1998. *MMWR* 2000;49:4–11.
12. Sabogal F, Catania JA. HIV risk factors, condom use, and HIV antibody testing among heterosexual Hispanics: the National AIDS Behavioral Surveys (NABS). *Hispanic Journal of Behavioral Sciences* 1996;18:367–391.
13. Suarez-Al-Adam M, Raffaelli M, O’Leary A. Influence of abuse and partner hypermasculinity on the sexual behavior of Latinas. *AIDS Education and Prevention* 2000;12:263–274.
14. Leigh BC, Stall R. Substance use and risky sexual behavior for exposure to HIV: issues in methodology, interpretation and prevention. *American Psychologist* 1993;48:1035–1045.
15. CDC. *Sexually Transmitted Disease Surveillance, 2004*. Atlanta: US Department of Health and Human Services, CDC; September 2005. Available at <http://www.cdc.gov/std/stats/toc2004.htm>. Accessed May 25, 2006.
16. Fleming DT, Wasserheit JN. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. *Sexually Transmitted Infections* 1999;75:3–17.

Información adicional (principalmente en inglés) . . .

CDC VIH/SIDA

<http://www.cdc.gov/hiv>

Recursos de los CDC sobre el VIH/SIDA

CDC-INFO

1-800-232-4636

Información acerca de los riesgos personales y adónde ir para hacerse la prueba del VIH

Centro Nacional de Recursos para la Prueba del VIH de los CDC

<http://www.hivtest.org>

Lugares donde se hacen las pruebas del VIH

Centro Nacional de Prevención e

Información de los CDC

1-800-458-5231

<http://www.cdcnpin.org>

Recursos, asistencia técnica y publicaciones de los CDC

AIDSinfo

1-800-448-0440

<http://www.aidsinfo.nih.gov>

Recursos sobre el tratamiento del VIH/SIDA y ensayos clínicos