Octubre 2005

una Epidemia Sin Fronteras: El VIH/SIDA en California y México

Arnold Schwarzenegger
Governor
State of California

Kimberly Belshé
Secretary
California Health and Human Services Agency

Sandra Shewry
Director
California Department of Health Services

Dr. Julio Frenk Mora
Secretario
Secretaría de Salud de México

Dr. Roberto Tapia-Conyer
Subsecretario
Prevención y Protección de la Salud
Secretaría de Salud de México

California Department of Health Services, Office of AIDS • MS 7700 P.O. Box 997426, Sacramento, CA 95899-7426
www.dhs.ca.gov/AIDS

Una Epidemia Sin Fronteras:

El VIH/SIDA en California y México

Preparado Por:

Assunta Ritieni, M.H.S.
Licenciado Enrique Bravo Garcia
Julia Hutchins, M.P.H., M.P.P.
Seema Mittal, M.P.H.

California Department of Health Services
Office of AIDS
HIV/AIDS Epidemiology Branch
www.dhs.ca.gov/AIDS

Secretaría de Salud de México
Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA)
Investigación e Información Estratégica
www.ssa.gob.mx/conasida

Octubre 2005

Kevin Reilly, D.V.M., M.P.V.M.
Deputy Director
Prevention Services
California Department of Health Services

Michael Montgomery, Chief
Office of AIDS
California Department of Health Services

Juan D. Ruiz, M.D., M.P.H., Dr.P.H.
Chief
HIV/AIDS Epidemiology Branch
Office of AIDS
California Department of Health Services

Roberto Tapia-Conyer, M.D.
Subsecretario
Prevención y Protección de la Salud
Secretaria de Salud de México

Jorge Saavedra López, M.D.
Director
CENSIDA, México

Carlos Magis-Rodríguez, M.D.
Director
Dirección de Investigación
CENSIDA, México

RECONOCIMIENTOS

Este informe fue subvencionado por el Departamento de Servicios de Salud de California, la Oficina de SIDA (*Office of AIDS: OA, siglas en inglés*) y la Oficina de Salud Fronteriza Binacional de California (*California Office of Binational Border Health*) como parte de una iniciativa de salud California-México. Los autores desean agradecer a los siguientes individuos de la *OA*: John Keasling por su trabajo gráfico en el informe; Michael Donahue, Sharon Ito, y Jenni Baham por sus conocimientos técnicos sobre el registro de casos de VIH/SIDA en California; Mark Kuniholm por revisar y aconsejarnos sobre el contenido inicial del informe; y Barabara Bailey por sus sugerencias. Estamos especialmente agradecidos con Marta Cazares por su paciencia y por haber facilitado los aspectos financieros de la traducción e impresión del informe, y con la traductora Rocky Schnaath por su paciencia, flexibilidad y conocimientos especializados en la traducción del informe al español. Ademas, estamos agradecidos con los estudiantes de posgrado de la Universidad de California, Erin Bray y Anne Sunderland, por su ayuda en editar el documento.

Citación sugerida: Ritieni, A.; Bravo, E.; Hutchins, J.; Mittal, S. *An Epidemic Without Borders: HIV/AIDS in California and México.* Sacramento, CA, California Department of Health Services, 2005.

La correspondencia sobre este informe debe dirigirse a Assunta Ritieni, HIV/AIDS Epidemiology, Office of AIDS, California Department of Health Services, Sacramento, CA 95814; aritieni@dhs.ca.gov; (916) 449-5841o Enrique Bravo Garcia, Dirección de Investigación, Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA, México City, México; e-mail: ebravo@salud.gob.mx; telephone 55-28-4848, extension 211.

ÍNDICE

LISTA DE TABLAS Y FIGURAS i
RESUMEN EJECUTIVO v

INTRODUCCIÓN 1

Antecedentes – La Población Migrante: La Vulnerabilidad, el Comportamiento y el VIH/SIDA 5
La perspectiva de California: el VIH/SIDA y la Población Migrante de California 6
La Perspectiva Mexicana: el VIH/SIDA y la Población Migrante de México 15

Sección I: LA RECOLECCIÓN Y MANEJO DE DATOS SOBRE EL VIH/SIDA 21
El Sistema de Vigilancia de VIH/SIDA de California 22
El Sistema de Vigilancia de VIH/SIDA de México 26

Sección II: ESTADÍSTICAS DEL VIH/SIDA EN CALIFORNIA Y MÉXICO 31
Métodos Estadísticos 32
Casos de SIDA en California 37
El SIDA entre los Hispanos en California 61
El SIDA entre los Hispanos de Descendencia Mexicana en California 79
Casos de SIDA en México 97

Sección III: POSIBLES ESTRATEGIAS PARA AUMENTAR LA VIGILANCIA DE VIH/SIDA EN LA POBLACIÓN MIGRANTE 111

REFERENCIAS 119

Lista de Tablas y Figuras

Sección I: LA RECOLECCIÓN Y MANEJO DE DATOS SOBRE EL VIH/SIDA

Figura 1: Proceso de Notificación de Casos de SIDA en California 24
Figura 2: Proceso de Notificación de Casos de VIH en California 25
Figura 3: La Estructura para Registrar Casos de VIH/SIDA en México..... 27

Sección II: ESTADISTICAS DE VIH/SIDA EN CALIFORNIA Y MÉXICO

Casos de SIDA en California

Figura 4: Casos Acumulados de SIDA en California – Edad de Diagnóstico y Sexo 39
Figura 5: Casos Aculumados de SIDA en California – Raza/Grupo Étnico..... 40
Figura 6: Casos Aculumados de SIDA en California – Raza/Grupo Étnico y Sexo 40
Tabla 1: Casos Aculumados de SIDA Diagnosticados Menos de 30 Años de Edad por Raza/Grupo Étnico y Sexo..... 41
Figura 7: Casos Aculumados de SIDA en California – Vía de Exposición y Sexo 42
Figura 8: Casos Aculumados de SIDA en California – Vía de Exposición y Raza/Grupo Étnico 42
Figura 9: Casos Aculumados de SIDA en California – Condado de Residencia en el Momento de Diagnóstico y Raza/Grupo Étnico 43
Figura 10: Hombres que Viven con SIDA y La Población Masculina en California – Edad Actual 45
Figura 11: Mujeres que Viven con SIDA y La Población Femenina en California – Edad Actual 45
Figura 12: Datos de California: Individuos que Viven con SIDA – Edad de Diagnóstico y Raza/Grupo Étnico..... 46
Figura 13: Datos de California: Individuos que Viven con SIDA y La Población General – Raza/Grupo Étnico 46
Figura 14: Datos de California: Individuos que Viven con SIDA – Vía de Exposición y Sexo 47
Figura 15: Datos de California: Individuos que Viven con SIDA – Condado de Residencia en el Momento de Diagnóstico 48
Figura 16: Datos de California: Individuos que Viven con SIDA – Condado de Residencia en el Momento de Diagnóstico y Raza/Grupo Étnico 48
Figura 17: Tendencias en Nuevos Casos Anuales de SIDA y Muertes Anuales entre Casos de SIDA en California, 1983-2000 49
Tabla 2: Incidencia Anual del SIDA en California, 1983-2000..... 50
Tabla 3: Tiempo de Supervivencia (en Años) entre Personas con SIDA por Año de Diagnóstico, 1983-1994 51
Figura 18: Tendencias de Nuevos Casos Anuales de SIDA en California por Raza/Grupo Étnico, 1983-2000 52

Lista de Tablas y Figuras

Figura 19: Tendencias de Porcentaje del Total de Nuevos Casos Anuales de SIDA en California por Raza/Grupo Étnico, 1983-2000 53
Figura 20: Tendencias de Nuevos Casos Anuales de SIDA en California por Raza/Grupo Étnico y Sexo, 1983-2000..... 54
Figura 21: Tendencias de Porcentaje del Total de Nuevos Casos Anuales de SIDA en California por Raza/Grupo Étnico y Sexo 1983-2000 54
Figura 22: Incidencia Anual del SIDA en California por Raza/Grupo Étnico, 1983-2000 55
Tabla 4: Nuevos Casos de SIDA y la Población General de California por Raza/Grupo Étnico, 2000..... 56
Figura 23: Tendencias de Porcentaje del Total de Muertos Anuales entre Casos de SIDA en California por Raza/Grupo Étnico, 1983-2000 57
Figura 24: Tendencias de Tiempo Mediano de Supervivencia para Casos de SIDA en California por Raza/Grupo Étnico, 1983-2000 58

El SIDA Entre Hispanos en California

Figura 25: Casos Acumulados de Hispanos con SIDA en California - Sexo Y Edad de Diagnóstico 63
Figura 26: Casos Acumulatdos de Hispanos con SIDA en California – Región de Descendencia (Entre Casos con Región Especificado)..... 64
Figura 27: Casos Acumulados de Hispanos con SIDA en California - Región de Descendencia y Sexo 64
Figura 28: Casos Acumulados de Hispanos con SIDA en California – País de Nacimiento y Región de Descendencia 65
Figura 29: Casos Acumulados de Hispanos con SIDA en California – Vía de Exposición y Sexo 66
Figura 30: Casos Acumulados de Hispanos con SIDA en California – Vía de Exposición para los Hispanos de Descendencia Centroamericana y Mexicana..... 66
Figura 31: Hispanos que Viven con SIDA y La Población Hispana en California – Edad Actual y Sexo 69
Figura 32: Hispanos que Viven con SIDA y La Población Hispana en California – Región de Descendencia..... 69
Figura 33: Hispanos que Viven con SIDA y La Población Hispana en California – Vía de Exposición y Sexo 70
Figura 34: Tendencias de Nuevos Casos Anuales de SIDA y Muertes entre Hispanos en California, 1983-2000..... 72
Figura 35: Tendencias de Porcentaje del Total de Nuevos Casos Anuales de Hispanos en California por Sexo, 1983-2000 73
Figura 36: Tendencias de Porcentaje del Total de Nuevos Casos Anuales de Hispanos en California por Región de Descendencia, 1983-2000..... 75
Tabla 5: Nuevos Casos de Hispanos con SIDA y la Población Hispana de California por Región de Descendencia, 2000..... 75

Lista de Tablas y Figuras

Figura 37: Tendencias de Porcentaje del Total de Muertes Anuales entre Casos de Hispanos con SIDA en California por Región de Descendencia, 1983-2000 76
Figura 38: Tendencias de Porcentaje del Total de Nuevos Casos Anuales de Hombres con SIDA en California por Vía de Exposición, 1983-2000 78

El SIDA Entre Hispanos de Descendencia Mexicana en California

Tabla 6: Casos Acumulados de SIDA por Estado Vital y País de Nacimiento 80
Figura 39: Casos Acumulados de SIDA de Descendencia Mexicana en California – País de Nacimiento y Sexo 81
Figura 40: Casos Acumulados de SIDA en Hombres de Descendencia Mexicana en California – País de Nacimento y Edad de Diagnóstico 82
Figura 41: Casos Acumulados de SIDA en Mujeres de Descendencia Mexicana en California – País de Nacimento y Edad de Diagnóstico 82
Figura 42: Casos Acumulados de SIDA en Hombres de Descendencia Mexicana en California – País de Nacimento y Vía de Exposición..... 83
Figura 43: Casos Acumulados de SIDA en Mujeres de Descendencia Mexicana en California – País de Nacimento y Vía de Exposición..... 84
Figura 44: Casos Acumulados de SIDA de Descendencia Mexicana en California – País de Nacimiento y Condado de Residencia en el Momento de Diagnóstico 84
Figura 45: Hispanos de Descendencia Mexicana que Viven con SIDA – País de Nacimiento y Sexo..... 85
Figura 46: Hombres Hispanos de Descendencia Mexicana que Viven con SIDA – País de Nacimiento y Edad Actual 86
Figura 47: Mujeres Hispanas de Descendencia Mexicana que Viven con SIDA – País de Nacimiento y Edad Actual 87
Figura 48: Hombres Hispanos de Descendencia Mexicana que Viven con SIDA – País de Nacimiento y Vía de Exposición 88
Figura 49: Mujeres Hispanas de Descendencia Mexicana que Viven con SIDA – País de Nacimiento y Vía de Exposición 88
Figura 50: Hispanos de Descendencia Mexicana que Viven con SIDA – País de Nacimiento y Condado de Residencia en el Momento de Diagnóstico..... 89
Figura 51: Tendencias de Nuevos Casos Anuales y Muertes Anuales entre Casos de SIDA de Descendencia Mexicana en California, 1987-2000 91

Figura 52: Tendencias de Nuevos Casos Anuales de SIDA de Descendencia Mexicana en California por País de Nacimiento, 1987-2000..... 92

Figura 53: Tendencias de Porcentaje del Total de Nuevos Casos Anuales de SIDA de Descendencia Mexicana en California por País de Nacimiento, 1987-2000 92
Figura 54: Tendencias de Muertes Anuales entre Casos de SIDA de Descendencia Mexicana en California por País de Nacimiento, 1987-2000 93
Figura 55: Tendencias de Porcentaje del Total de Muertes Anuales entre Casos de SIDA de Descendencia Mexicana en California por País de Nacimiento, 1987-2000 93

Casos de SIDA en México

Figura 56: Casos Acumulados de SIDA en México – Edad de Diagnóstico 99
Figura 57: Casos Acumulados de SIDA en México – Edad de Diagnóstico y Sexo 99
Figura 58: Casos Acumulados de SIDA en México – Vía de Exposición 100
Figura 59: Casos Acumulados de SIDA en México – Vía de Exposición y Sexo 101
Figura 60: Casos Acumulados de SIDA en México – Vía de Exposición y Edad de Diagnóstico 101
Figura 61: Casos Acumulados de SIDA en México – Estado de Residencia en el Momento de Diagnóstico 102
Figura 62: Individuos que Viven con SIDA en México – Edad Actual 103
Figura 63: Individuos que Viven con SIDA en México – Vía de Exposición 104
Figura 64: Individuos que Viven con SIDA en México – Vía de Exposición y Sexo 105
Figura 65: Individuos que Viven con SIDA en México – Residencia en el Momento de Diagnóstico 105
Figura 66: Tendencias de Nuevos Casos Anuales de SIDA en México, 1983-2000 106
Figura 67: Tendencias de Nuevos Casos Anuales de SIDA en México por Sexo, 1983-2000 107
Figura 68: Tendencias de Nuevos Casos Anuales de SIDA en México por Edad de Diagnóstico, 1983-2000 108
Figura 69: Tendencias de Nuevos Casos Anuales de SIDA en México por Vía de Exposición, 1983-2000 109

RESUMEN EJECUTIVO

Resumen Ejecutivo

Los trabajadores migrantes y sus familias se consideran una población vulnerable a la infección por VIH en California. Las malas condiciones de trabajo y de vivienda,[1, 2] los numerosos obstáculos en la obtención de atención médica,[3-9] las altas tasas de uso de drogas y alcohol,[10, 11] y las prácticas sexuales riesgosas[10, 12, 13] se combinan para crear entre migrantes un alto riesgo de contraer y transmitir el VIH.[6] Sin embargo, los esfuerzos tradicionales de vigilancia epidemiológica no han logrado captar la información necesaria para realizar campañas de prevención eficaces que lleguen a estas poblaciones transitorias. Las mediciones actuales de la prevalencia e incidencia del VIH/SIDA son limitadas y pueden no ser representativas de todos los migrantes de California. Se han obtenido algunos datos sobre prácticas de riesgo entre campesinos migrantes, pero se sabe muy poco sobre los migrantes que trabajan en las ciudades o en otras industrias no agrícolas. Estos vacios de información son importantes al considerar el alto número de factores situacionales y conductuales que existen en las poblaciones migrantes. Consecuentemente, urge ampliar las investigaciones sobre esta población en general y sobre los migrantes mexicanos en particular.

Este informe se ha preparado para impulsar el intercambio continuo de información entre California y México y para documentar el compromiso de las oficinas de SIDA de ambas regiones de responder a la preocupación por las poblaciones que trabajan y viven binacionalmente. La primera sección del informe explica los antecedentes de la situación de los migrantes, incluyendo los aumentos en su vulnerabilidad social, prácticas de riesgo relacionadas con el VIH y su limitado acceso a información sobre el riesgo y la prevención del VIH. El informe también presenta los resultados de estudios que se han realizado para evaluar el riesgo del VIH en poblaciones migrantes y expone los retos para llevar a cabo estas investigaciones. Se detalla tanto la perspectiva de California como la de México. La segunda sección examina los sistemas actuales de vigilancia, obtención de datos y manejo de datos del VIH/SIDA en ambas regiones. Luego, en la tercera sección, se presentan estadísticas sobre los casos acumulados, la prevalencia y la incidencia del SIDA hasta el final del 2000 en California y en México. Finalmente, la última sección propone varias recomendaciones para aumentar la comunicación y la colaboración entre México y California, así como para sentar las bases de un sistema eficaz de vigilancia binacional para las dos regiones.

A la larga, este intercambio de información proveerá conocimiento de los desafíos y los vacíos informativos con respecto a la epidemia entre la población migrante y entre los migrantes mexicanos en particular. Ambas entidades se proponen continuar la colaboración binacional documentada en este informe y apoyar nuevos estudios epidemiológicos binacionales sobre la prevalencia e incidencia de VIH/SIDA, la vigilancia conductual de VIH/SIDA, y el acceso a los tratamientos de VIH/SIDA entre las poblaciones transfronterizas y de migrantes mexicanos.

INTRODUCCIÓN

Introducción

Trabajadores de México viajan al norte en busca de trabajo en los sectores de agricultura, servicios e industria, tanto en las áreas rurales como urbanas. La mayoría de estos trabajadores son hombres jóvenes y pobres que están dispuestos a ir de un lugar a otro para trabajar. Desafortunadamente, se plantean numerosos retos a muchos de estos trabajadores y sus familias cuando llegan. Muchos trabajadores migrantes no hablan Inglés y algunos no hablan Español. Muchos no tienen acceso a, o no saben de, los servicios médicos que son disponibles, y se encuentran en un contexto cultural que podría ser muy diferente al que están acostumbrados. Además, muchos trabajadores aceptan trabajo bajo condiciones difíciles con el fin de mantenerse a sí mismos y a sus familias. El acceso a educación y mensajes de prevención tradicionales es limitado para muchos migrantes a causa de su movilidad y el idioma en que muchos de los materiales y programas se presentan. La movilidad constante y la falta de una comunidad estable, además de estos otros factores, plantean inquietudes sobre los riesgos de salud para los trabajadores migrantes.

Los investigadores apenas han empezado a entender la complejidad de las interacciones entre la multitud de diversos factores que pueden influir en las prácticas de riesgo relacionadas con el VIH en las comunidades migrantes. Para preparar un cuadro exacto de la epidemia del VIH/SIDA entre los migrantes mexicanos, se necesita información sobre los factores que predicen y riesgos relativos de estas conductas así como de los ciclos migratorios. Aunque se ha calculado que los trabajadores migrantes mexicanos tienen un riesgo diez veces mayor de contraer el VIH que el de la población general de los Estados Unidos, relativamente pocos investigadores han evaluado las prácticas de riesgo exclusivamente entre migrantes mexicanos.[11] Además, la situación indica la necesidad de educación y programas de prevención que responden a la realidad cultural y lingüística de la población migrante. Para asegurarse que los programas se diseñan para llegar a aquellos en mas riesgo, hay que hacer investigaciones formativas junto con una vigilancia detallada de VIH/SIDA en la población migrante.

Desafortunadamente, se plantean numerosos retos a la puesta en práctica de actividades de prevención y vigilancia del VIH. Sólo existe información limitada sobre los migrantes Latinos en California. Los sistemas de vigilancia actuales de California y de México no son capaces de recopilar información completa y necesaria sobre poblaciones binacionales; a diferencia de las poblaciones que necesitan evaluar, estos sistemas se detienen en la frontera. Ni el sistema de vigilancia de México ni de California son capaces de captar datos sobre servicios obtenidos a fuera de sus jurisdicciones. Consecuentemente, existen grandes vacios de datos. Actualmente ni México ni California tienen la capacidad de estimar la incidencia y prevalencia del VIH/SIDA, de seguir los patrones migratorios o de trazar la historia de diagnóstico y tratamiento en esta población.

La falta de un sistema de vigilancia binacional y de un sistema coordinado de educación sobre la salud y la prevención entre California y México impide que ambas regiones respondan a las necesidades de la población migrante. El riesgo es que ambos países no se den cuenta de una creciente epidemia de VIH/SIDA entre migrantes que podría abrumar los recursos actuales de servicios médicos y sociales. Asimismo, existe una preocupación acerca de la propagación de diferentes subtipos del

Introducción

VIH o de cepas resistentes del VIH a través de la frontera. La mayor preocupación es la posibilidad que México y California afronten una carga abrumadora de enfermedad por VIH en un sistema que no está preparado para proveer servicios binacionales de educación y prevención, diagnóstico y consejería, y atención y tratamiento. El mejor enfoque es prevención, vigilancia, y los servicios correspondidos de atención y tratamiento. Por lo tanto, es imperativo que ambas regiones trabajen conjuntamente para mejorar la vigilancia del VIH/SIDA entre esta población en riesgo. Una mejor vigilancia permitirá que los profesionales sanitarios de ambos lados de la frontera diseñen iniciativas eficaces que disminuyan el riesgo y promuevan la salud de los migrantes.

Este informe se ha preparado para impulsar el intercambio continuo de información entre California y México y para documentar nuestro compromiso de responder a la preocupación por las poblaciones que trabajan y viven binacionalmente. La primera sección del informe provee información de antecedentes. Examina la situación de los migrantes, incluyendo los aumentos en su vulnerabilidad social, prácticas de riesgo relacionadas con el VIH y su limitado acceso a información sobre el riesgo y la prevención del VIH. El informe también presenta los resultados de estudios que se han realizado para evaluar el riesgo del VIH en poblaciones migrantes y expone los retos para llevar a cabo estas investigaciones. Se detalla tanto la perspectiva de California como la de México. La segunda sección examina los sistemas actuales de vigilancia, obtención de datos y manejo de datos del VIH/SIDA en ambas regiones. Luego, en la tercera sección, se presentan estadísticas sobre los casos acumulados, la prevalencia y la incidencia del SIDA hasta el final del 2000 en California y en México. Datos sobre la epidemia entre los Mexicanos y los habitantes de California, además de los Hispanos e individuos de descendencia mexicana en California, se presenten por orden para proveer un cuadro exacto de la epidemia en ambas regiones. Finalmente, la última sección incluye varias estrategias para aumentar la comunicación y la colaboración entre México y California, así como para sentar las bases de un sistema eficaz de vigilancia binacional.

La OA y el Centro Nacional para la Prevención y Control de VIH/SIDA (CENSIDA) se comprometen ante el desafío de crear un sistema de vigilancia epidemiologica binacional del VIH/SIDA. Este compromiso radica en el deseo compartido de atender mejor a la población migrante obteniendo información que ayudará a California y México para proporcionar servicios de salud, recursos sociales e intervenciones informativas culturales y lingüísticamente apropiados. Estos esfuerzos ayudarán a que California y México aprendan la mejor manera de llegar a, y de proteger la salud de, está población.

ANTECEDENTES

La Población Migrante: La Vulnerabilidad, El Comportamiento, y El VIH/SIDA

Antecedentes

La Perspectiva de California: El VIH/SIDA y la Población Migrante de California

La Población Migrante y las Prácticas de Riesgo

Resumen General

Los trabajadores migrantes y sus familias se consideran una de las poblaciones más vulnerables a la infección por VIH en California. Las malas condiciones de trabajo y de vivienda,[1, 2] los numerosos obstáculos en la obtención de atención médica,[3-9] las altas tasas de uso de drogas y alcohol,[10, 11] y las prácticas sexuales riesgosas [10, 12, 13] se combinan para crear entre migrantes el alto riesgo de contraer y transmitir el VIH.[6] Sin embargo, los esfuerzos tradicionales de vigilancia epidemiológica no han logrado captar la información necesaria para realizar campañas de prevención eficaces que lleguen a estas poblaciones transitorias. Las mediciones actuales de la prevalencia e incidencia del VIH/SIDA son limitadas y pueden no ser representativas de todos los migrantes de California. Se han obtenido algunos datos sobre prácticas de riesgo entre campesinos migrantes, pero se sabe muy poco sobre los migrantes que trabajan en las ciudades o en otras industrias no agrícolas. Estos vacios de información son importantes al considerar el alto número de factores de vulnerabilidad situacionales y conductuales que existen en las poblaciones migrantes. Consecuentemente, urge ampliar las investigaciones sobre esta población en general y sobre los migrantes mexicanos en particular.

California alberga a 3.2 millones de individuos nacidos en México y sigue atrayendo al 28 por ciento de todos los migrantes temporales mexicanos.[14, 15] Un informe reciente realizado por el Consejo Nacional de la Población de México calcula que unos 140,000 mexicanos “van y vienen” anualmente entre México y California.[14] Los trabajadores migrantes en California incluyen a migrantes temporales legales e ilegales, visitantes a corto plazo y trabajadores migrantes temporales a largo plazo. La gran mayoría de los migrantes mexicanos son hombres (93 por ciento) de alrededor de 35 años de edad[14] o menores que trabajan en zonas tanto rurales como urbanos.

Los Campesinos Migrantes y Estacionales

El Secretario de Salud mexicano, Dr. Julio Frenk, afirma que los migrantes mexicanos que buscan trabajo se van típicamente en Agosto o Septiembre para la cosecha y regresan en la primavera.[16] Por lo general, estan empleados en el sector agrícola y trabajan en los cultivos de frutas y verduras o en las plantas de procesamiento y clasificación de alimentos y centros de horticultura y reforestación en todo el estado de California.[17] En al año 2000, la población de campesinos migrantes y estacionales en California alcanzó 1.7 millones (incluidos los miembros del hogar que no trabajaban).[17] De casi 1,000 trabajadores agrícolas seleccionados aleatoriamente que participaron en 1999 en la Encuesta de la Salud de los Trabajadores Agrícolas en California, el 96 por ciento se autoidentificó como mexicano, Hispano o Latino.[4] Los investigadores señalaron que la mayoría de los campesinos en California pertenecen a “familias

binacionales o redes de pueblos, y muchos tienen familiares, dependientes inclusive, en ambos lados de la frontera del sur de Estados Unidos.[4]

La mayoría de las familias campesinas ganan menos de US $10,000 al año y el 42 por ciento comparte su casa con dos familias o más. Se calcula que las dos terceras partes de las familias migrantes en Estados Unidos viven por debajo de la línea de pobreza.[3] Los desplazamientos frecuentes, al combinarse con las barreras culturales, económicas, sociales y lingüísticas, también aumentan la posibilidad de que los trabajadores agrícolas migrantes sean desatendidos por el sistema médico de Estados Unidos.[5] Un estudio de campesinos en California encontró que la tercera parte no había ido jamás a un médico o a una clínica, y de los que sí lo habían hecho, la quinta parte no recibió atención médica en los Estados Unidos sino en México.[4] La falta de acceso a la atención médica adecuada, junto con las malas condiciones de vida y trabajo, han puesto a los campesinos migrantes y a sus familias en alto riesgo de padecer enfermedades infecciosas, cáncer, diabetes, hipertensión, enfermedades dentales y artropatías.[18] El Centro Nacional para la Salud Campesina de Estados Unidos encontró que el 40 por ciento de los trabajadores migrantes que visitaron una clínica en Estados Unidos tenían numerosos y complicados problemas médicos.[3, 18] Los investigadores apenas han empezado a entender la complejidad de las interacciones entre la multitud de diversos factores que pueden influir en las prácticas de riesgo relacionadas con el VIH en las comunidades de campesinos mexicanos. Para desarrollar un cuadro exacto de la epidemia del VIH/SIDA entre los migrantes mexicanos, se necesita información sobre los factores que predisponen y riesgos relativos de estas conductas así como de los ciclos migratorios.

Los Jornaleros Urbanos

Aunque tradicionalmente el término “trabajador migrante” se ha aplicado a aquellos que trabajan en el sector agrícola, la mayoría de los migrantes mexicanos no trabaja en el campo sino en los sectores comercial y de servicios.[14] Escasean datos sobre los migrantes mexicanos que trabajan en las zonas urbanas de California. Hasta la fecha, no se ha realizado ningún informe completo sobre el número de migrantes mexicanos con trabajos no agrícolas en California, los lugares en donde trabajan y las condiciones de esos trabajos. Lo que sí se sabe es que los trabajos que se ofrecen con mayor frecuencia a los migrantes y a los inmigrantes recientes pagan el salario mínimo o menos y proveen pocos beneficios o ninguno.

Según el Ministerio de Trabajo de Estados Unidos, una parte desproporcionada de la mano de obra de los trabajos mal pagados es latina. Por ejemplo, el 80 por ciento de los empleados de la industria de la costura son Latinos.[19] Otros trabajos en zonas urbanas que típicamente atraen a trabajadores Latinos son: servicio alimenticio, construcción, limpieza, trabajos en casas particulares, fábricas, el descargo en bodegas, el planchado y costura de textiles y las maquiladoras de productos electrónicos.[19, 20] La falta de información sobre los migrantes mexicanos que no trabajan en empleos agrícolas ha impedido considerablemente los esfuerzos de los trabajadores de salud para diseñar campañas preventivas destinadas a esta población.

Subpoblaciones de los Migrantes Mexicanos: Las Poblaciones Indígenas

De los trabajadores agrícolas Latinos que respondieron a la Encuesta de la Salud de los Trabajadores Agrícolas en California de 1999, el 8.2 por ciento se autoidentificó como indígena en la categoría "de otra grupo étnico."[4] Un estudio realizado en 1995 entre 249 migrantes mixtecos entrevistados en su pueblo natal en México encontró que el 50 por ciento de los migrantes que regresaron de Estados Unidos había trabajado en las zonas agrícolas del condado de San Diego, el 17 por ciento en el valle central de San Joaquín de California y el 26 por ciento en el valle Willamette de Oregon.[22] Los campesinos mixtecos tuvieron un promedio de 6.5 trabajos diferentes durante cada temporada agrícola. Aunque en la actualidad los trabajadores indígenas componen una proporción reducida (cinco a diez por ciento) de los campesinos de California,[21] el número podría ser mayor.

Los mixtecos del estado de Oaxaca en el sur de México representan el grupo más numeroso de migrantes mexicanos indígenas en California.[21] Según un reporte publicado por el Instituto de Estudios Rurales de California, se estima que entre 20,000 y 30,000 mixtecos trabajaban en California en 1993.[21] La gran mayoría de los migrantes mixtecos son hombres (89 por ciento) que han dejado a sus familias en México (55 por ciento). Muy pocos hablan Español o Inglés, pero hablan Mixteco, un idioma nativa.[21]

Lamentablemente, se conoce poco sobre los migrantes indígenas que trabajan fuera del sector agrícola. A medida que las compañías que operan en la región fronteriza entre Estados Unidos y México siguen buscando nuevas fuentes de mano de obra barata, el reclutamiento de trabajadores de comunidades indígenas lejos de la frontera va en aumento.[22] Debido a los antecedentes culturales y étnicos muy diferentes de los indígenas mexicanos, las medidas preventivas eficaces requerirán un conocimiento mucho más profundo de esta subpoblación de migrantes.

La Frontera

No se entiende completamente cuál es el efecto de la frontera internacional Estados Unidos-México sobre la transmisión del VIH entre migrantes mexicanos. Dado que aproximadamente 250,000 personas cruzan la frontera entre California y México todos los días (más de 10,000 por hora), la descripción realmente exacta de la epidemia del VIH/SIDA deberá tomar en consideración este efecto de "frontera abierta."[23] Todos los migrantes mexicanos que vienen a California por tierra deberán pasar por los pueblos fronterizos de San Ysidro, Otay Mesa, Tecate, Caléxico o Andrade. Estos pueblos son la primera parada para muchos migrantes mexicanos que buscan trabajo en California. Quienes buscan trabajo en estas áreas muchas veces reciben información sobre empleo en Estados Unidos y hacen contactos con individuos que los dirigen a empleadores potenciales.[22]

En medio de la corriente habitual de personas que viajan de México a Estados Unidos y regresan otra vez se encuentran aquellas que se han quedado a vivir cerca de la

frontera. Del lado estadounidense, la tercera parte de todas las familias radicadas en la región fronteriza viven al nivel de la línea federal de pobreza o por debajo de ésta.[7] Un funcionario de salud pública igualó los problemas en la frontera a los de Appalachia, East St. Louis, West Chicago y otras áreas de pobreza extrema en los Estados Unidos.[7] Las condiciones de vida insalubres, junto con la falta de una infraestructura de salud pública, también contribuyen a la alta incidencia de enfermedades contagiosas y crónicas.[7] Las zonas fronterizas tanto de Estados Unidos como de México tienen altas tasas de VIH/SIDA, tuberculosis y hepatitis A.[7, 24] La prevalencia de cáncer, diabetes y asma también es mayor en la región fronteriza que en el resto de ambos países en general.[22] Asimismo, el consumo de drogas y alcohol y la prostitución son más comunes en estas áreas.[25, 26] Los migrantes mexicanos que viven en los pueblos fronterizos, o que pasan por ellos, están expuestos a estos y a muchos otros factores que pueden contribuir a la difusión del VIH. No se puede subestimar la importancia de la cooperación binacional en la vigilancia, prevención y tratamiento del VIH en las comunidades fronterizas.

Las Conductas Relacionadas con el VIH/SIDA Entre los Migrantes

No obstante los numerosos obstáculos que afrontan los investigadores del VIH/SIDA en las poblaciones migrantes, se han obtenido algunos datos sobre esta población. Los datos existentes indican que las prácticas riesgosas son comunes en esta población y que los mensajes actuales de prevención del VIH no llegan o no se entienden en las comunidades migrantes. Gran parte de los migrantes mexicanos cree que el VIH/SIDA se puede contraer por medios poco probables.[13, 27, 28] Por ejemplo, de 154 campesinos migrantes entrevistados en una encuesta de sección cruzada realizada en 1997 en el condado de San Joaquín, el 42 por ciento creía que el VIH se podía transmitir mediante un beso.[27] En otro estudio de 501 migrantes mexicanos, aproximadamente la tercera parte de los entrevistados pensaba que el virus del SIDA podía transmitirse al usar un baño público (30.3 por ciento) o por una picadura de mosquito (39.9 por ciento).[13] Dos investigaciones encontraron también que gran parte (más del 50 por ciento en una encuesta) de los migrantes mexicanos creía que el VIH podía contraerse durante la prueba del VIH.[13, 28] Este hallazgo en particular dificulta la vigilancia y la prevención del VIH entre las poblaciones de migrantes mexicanos.

Asimismo, se ha documentado la falta de conocimiento sobre el uso del condón en poblaciones migrantes. Un estudio encontró que de los 109 campesinos migrantes entrevistados durante los veranos de 1998 y 1999, sólo el 10 por ciento creía que los condones protegían contra el SIDA.[29] Otro estudio extenso, realizado a mediados de la década de los 1990 entre 501 migrantes mexicanos de cinco “pueblos expulsores de migrantes” en Jalisco, México, encontró que sólo el 13.8 por ciento de los participantes pudieron responder correctamente preguntas sencillas sobre el uso del condón.[13] No es de extrañar, pues, el uso limitado de condones entre los migrantes mexicanos.[10-13] En la misma población proveniente de Jalisco, el 18.4 por ciento de los migrantes tanto masculinos como femeninos indicaron que “nunca” usaban condón con sus parejas sexuales ocasionales[13] y aproximadamente el 40.2 por ciento reportó que “nunca” usaba condón con sus parejas sexuales habituales.[13] Una investigación realizada en

1994 por la Oficina de SIDA de California (OA, siglas en inglés) discubrió que de los 122 campesinos migrantes masculinos entrevistados, el 69.2 por ciento no había usado condón durante el último año.[10]

El uso limitado de condones entre los migrantes se combina con otras prácticas sexuales riesgosas. En las comunidades migrantes encuestadas, aproximadamente el 39 a 44 por ciento de los individuos afirmaron que se involucran en la prostitución. La prevalencia del uso de la prostitución fue igualmente alta entre los hombres casados que entre los solteros.[10, 12, 13] Los reportes de varios hombres que comparten sucesivamente la misma prostituta también son frecuentes.[12, 13] Las prácticas homosexuales se consideran como otro factor que podría aumentar el riesgo de transmisión del VIH en las comunidades migrantes. Casi la mitad (47 por ciento) de los casos del SIDA registrados entre Latinos radicados en Estados Unidos pero nacidos en México ocurren entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH),[30] pero, debido a los estigmas culturales contra los HSH o la falta de reconocer que existe el contacto homosexual, es difícil conocer la prevalencia de las prácticas homosexuales entre los migrantes mexicanos.[29] Una encuesta de adultos solteros Latinos reveló que el 62 por ciento no creía que el sexo de mismo genero fuera una práctica aceptable.[31] Para medir eficazmente la proporción de HSH en las comunidades migrantes, será necesario crear herramientas de investigación que son lingüística y culturalmente sensibles.

El consumo de alcohol y drogas, las drogas inyectables inclusive, también prevalece en poblaciones migrantes y puede contribuir a la difusión del VIH.[10, 11, 32, 33] En un estudio de 173 campesinos migrantes en el norte de California, el 40 por ciento de los hombres y el 66.7 por ciento de las mujeres afirmaron haber usado alcohol antes de o durante el sexo.[10] El estudio encontró que el 8.1 por ciento de los campesinos se había inyectado drogas durante el último año. La investigación sugiere que los inmigrantes nacidos en México que se inyectan drogas ilícitas son más propensos a compartir jeringas no esterilizadas y menos propensos a reportar el uso de condones que los usuarios de drogas inyectables nacidos en Estados Unidos.[34, 35] El uso de jeringas compartidas no sólo aumenta el riesgo de contraer el VIH entre los usuarios de drogas, sino que también afecta a quienes se inyectan medicamentos o vitaminas para fines terapéuticos. En las comunidades de campesinos migrantes mexicanos, se encontró que la inyección de medicamentos fue mucho más común que la inyección de drogas. En un estudio de 411 campesinos mexicanos, el 3 por ciento reportó haberse inyectado drogas, pero el 20.3 por ciento afirmó haberse inyectado antibióticos y vitaminas.[32] De este 20.3 por ciento, el 3.5 por ciento reportó haber compartido jeringas con otros.[32] Los datos cualitativos de un estudio de migrantes mexicanos en Carolina del Norte reveló que entre esta población, se considera generalmente que las inyecciones terapéuticas son más eficaces que las pastillas y también ofrecen una alternativa económica y fácil a la búsqueda de atención médica en Estados Unidos.[33] Un estudio piloto de migrantes mexicanos VIH positivos en California descubrió que casi la mitad de los entrevistados había compartido jeringas para inyectarse agentes terapéuticos.[36]

Dos proyectos recientes en los Estados Unidos han estado destinados a proporcionar información sobre el VIH la prevención del VIH a campesinos migrantes y estaciónales.

El primer proyecto, Promotores de Salud, es un programa de educación por y para campesinos ubicado a lo largo de dos comunidades fronterizas de Arizona y Texas. El proyecto se inició en1997 con el objetivo de capacitar a 50 campesinos (hombres, mujeres y jóvenes) sobre la prevención del VIH para que ellos a su vez informaran a sus comunidades. Desde entonces, se ha formado un grupo central de promotores que brindan información sobre la prevención del VIH y servicios locales a más de 5,000 personas de familias campesinas. El éxito del programa radica en que los promotores comparten las mismas experiencias, el mismo idioma y la misma cultura que los miembros de la comunidad campesina, lo cual les permite expresar los mensajes de prevención del VIH en términos que los campesinos puedan entender y que tengan sentido en el contexto de su vida. Los promotores también pueden hacer contacto con campesinos que sean difíciles de encontrar y con sus familias, así como servir de puente cultural y lingüístico entre los educadores en salud pública y la comunidad campesina.

El segundo proyecto es el Proyecto de SIDA del Valle de Napa, que brinda extensión comunitaria, información y pruebas del VIH para migrantes y campesinos monolingües. El programa comenzó en 1998 con tres educadores en salud bilingües y biculturales que visitaron bodegas vinícolas, campamentos de migrantes, edificios de apartamentos, casas y calles. Establecieron contacto con la comunidad, realizaron pruebas del VIH, repartieron condones y paquetes con cloro e informaron sobre servicios locales. Más adelante, otros individuos fueron capacitados como educadores de salud y ellos continuaron la difusión de información entre sus compañeros. De 1998 a 1999, estos educadores hicieron contacto con más de 2,000 campesinos, y se registró un aumento del 80 por ciento en el número de pruebas del VIH realizadas. El programa se basa en el concepto de contacto continuo (en lugar de hacer un solo contacto) y en establecer relaciones colaborativas y confianza con los miembros de la comunidad.

VIH/SIDA Entre Migrantes: Recolección, Análisis, y Interpretación de los Datos Epidemiológicos

Recolección de datos

Aunque se ha calculado que los trabajadores migrantes mexicanos tienen un riesgo diez veces mayor de contraer el VIH que el de la población general de Estados Unidos, relativamente pocos investigadores han evaluado las prácticas de riesgo exclusivamente entre migrantes mexicanos.[6] Todavía menos investigadores han examinado los factores que predicen la conducta riesgosa en comunidades migrantes. Esta falta de información sobre las prácticas de los trabajadores migrantes no se limita al estudio del VIH/SIDA. Un repaso de la literatura sobre el estado de salud de los campesinos migrantes en Estados Unidos concluyó que: “No podemos calcular las tasas puras de muerte, las tasas de muerte por edades específicas, ni las tasas de prevalencia de las causas más comunes de muerte, tales como las cardiopatías, el cáncer y los derrames cerebrales. No existe información sobre las tasas de accidentes ocupacionales, enfermedades infecciosas o incluso la mortalidad posneonatal.”[37] Este

vacío de información sobre los trabajadores migrantes se atribuye principalmente a las dificultades percibidas para recoger y analizar datos de esta población.

Muchos investigadores se desaniman a examinar poblaciones migrantes debido a los obstáculos que encuentran para recolectar datos epidemiológicos.[38] Los trabajadores agrícolas forman una población altamente móvil y dispersa, lo cual obstaculiza considerablemente la investigación a largo plazo. Se requieren esfuerzos de seguimiento amplísimos, pues muchos trabajadores migrantes tienen patrones de migración variables y varios trabajos durante cada temporada.[38] El seguimiento de jornaleros urbanos migrantes es aun más complejo, ya que es más probable que ellos tengan una gran variedad de empleos.

Otros obstáculos geográficos, económicos y culturales también complican las actividades de vigilancia y tratamiento.[5] La mayoría de los trabajadores migrantes no disponen del tiempo, transporte o dinero para visitar las clínicas médicas regionales que frecuentemente son una fuente común de datos de vigilancia sobre otras poblaciones.[7, 38] Muchos migrantes regresan frecuentemente a México para recibir atención médica o usar remedios tradicionales; muchos esperan hasta que la enfermedad esté en una etapa avanzada antes de buscar atención médica en Estados Unidos.[8, 43] El miedo, las barreras lingüísticas y la falta de conocimientos sobre los servicios de salud existentes también plantean desafíos considerables para la recolección de datos.[8, 9, 40, 41] Según los trabajadores de salud que han logrado buenos resultados con esta población aseguran que la clave del éxito es ganar la confianza de las comunidades migrantes.[40, 41] El miedo a ser reportados a las autoridades inmigratorias es muy patente. Muchos dudan en aprovechar los servicios estatales de VIH/SIDA y, en gran parte, están reacios a participar en la vigilancia y la prevención.[40]

Los investigadores mexicanos y estadounidenses que estudian la migración de mexicanos entre Guanajuato, México y Pensilvania, Estados Unidos identificaron otros desafíos fundamentales a la investigación epidemiológica de poblaciones migrantes: 1) la falta de comunicación binacional: 2) la interrupción de la atención médica debido a la migración; 3) la falta de constancia en los criterios de diagnóstico y tratamiento; 4) la falta de intercambio binacional de expedientes clínicos; y 5) reglamentos legales deficientes sobre la transferencia de datos clínicos.[42] Los investigadores del Instituto Nacional de Salud Pública de México concluyeron que: “Para lograr una vigilancia epidemiológica binacional, se deberán resolver las graves deficiencias estructurales y organizacionales del sistema de salud pública de ambos países.”[42]

No obstante los numerosos obstáculos de recolección de datos sobre poblaciones migrantes, algunos estudios han sido realizados en esta población. La gran mayoría de los datos epidemiológicos que se han recogido sobre poblaciones migrantes proviene de estudios de sección cruzada.[10, 13, 22, 27, 29, 33, 43, 44] Aunque la mayoría de estos estudios han reclutado participantes en las clínicas para migrantes[44] y en los campamentos de trabajadores[10, 27, 34, 43] en Estados Unidos, unos cuantos investigadores han entrevistado a trabajadores migrantes en los “pueblos expulsores de migrantes” de México.[13, 22] Uno de los estudios más amplios sobre las creencias y

conductas relacionadas con el VIH/SIDA entre migrantes mexicanos fue realizado por Organista et al.[13] Mediante el muestreo en bola de nieve, 501 participantes fueron reclutados de casas particulares, lugares de trabajo y ambientes sociales en pueblos mexicanos de los cuales se sabía que la migración hacia Estados Unidos era relativamente alta. Se realizaron entrevistas en el lugar con trabajadores mexicanos que habían vivido y trabajado en Estados Unidos desde 1982. Otro estudio realizado por Zabin et al. recopiló datos sobre migrantes mixtecos de ambos lados de la frontera Estados Unidos-México. El muestreo en bola de nieve entre mixtecos que vivían en campamentos de trabajadores y en asentamientos ilegales en California y Oregon permitió la realización de entrevistas con migrantes provenientes de una gran variedad de comunidades. También se recolectaron datos en 36 pueblos mixtecos de Oaxaca, México.

Los investigadores de cáncer también han intentado seguir cohortes de campesinos que migran entre los diferentes estados de Estados Unidos.[23, 38, 45] Cooper et al. reportaron una tasa de éxito del 91 por ciento en localizar a 196 campesinos migrantes que vivían a lo largo de la frontera entre Texas y México diez años después de su participación en un estudio sobre la salud.[23] Investigadores en Wisconsin probaron su propia capacidad para localizar a100 migrantes identificados aleatoriamente diez años después de que éstos visitaron una clínica médica para migrantes en Wisconsin. Sólo pudieron localizar al seis por ciento de estos campesinos.[38] De los 100 migrantes, 46 habían indicado que Texas fue su lugar de residencia más reciente; después de emplear medidas de rastreo más intensivas se localizaron a 25 (54 por ciento) de estos campesinos. La Asociación de Programas de Oportunidades para Campesinos (AFOP, siglas en Ingles) y el Insitito Nacional de Cáncer) han comenzado un extenso estudio prospectivo piloto de campesinos migrantes y estacionales para probar la viabilidad de la recolección prospectiva de datos entre migrantes.[45] Durante un periodo de 16 meses, casi 5,600 campesinos que solicitaron servicios a la AFOP fueron reclutados para un estudio de cohortes. Se obtuvo información demográfica, de empleo y de atención médica, así como datos sobre unas cuantas variables epidemiológicas. El seguimiento de este cohorte a lo largo del tiempo ayudará a los investigadores epidemiológicos a entender mejor las oportunidades y los desafíos planteados por la investigación prospectiva en poblaciones migrantes.

En California, la obtención constante de información relacionada con el VIH/SIDA entre migrantes no se ha integrado en las actividades generales de vigilancia del SIDA en todo el estado. No obstante, cuando un profesional de salud o empleado de vigilancia del condado informa sobre un caso de SIDA como parte del registro estatal de California (*HIV/AIDS Reporting System* o *HARS*), se pueden indicar las variables de 'país de origen,' 'domicilio actual,' 'domicilio en el momento del diagnóstico,' y 'antecedentes raciales/étnicos ampliados.' Esta información podría permitir que los investigadores determinen la probabilidad de que el individuo diagnosticado forme parte de la población migrante mexicana. Al obtener información sobre el número de casos de SIDA que posiblemente existe en comunidades migrantes, los investigadores pueden diseñar técnicas de vigilancia del VIH y mensajes de prevención del VIH que respondan a la realidad cultural y lingüística de estas comunidades. Asimismo, se

puede usar la información sobre el domicilio actual y el lugar de residencia en el momento del diagnóstico para rastrear los patrones migratorios dentro de California. Finalmente, la fecha de diagnóstico del caso, junto con el domicilio en el momento del diagnóstico, se pueden usar para determinar el lugar de residencia del individuo en el momento del diagnóstico de SIDA.

Esta información podría ayudar a los investigadores a entender mejor los patrones espaciales de la incidencia del SIDA dentro de California. Aunque algunos de los datos habitualmente recopilados para el registro HARS se pueden aplicar a la población migrante, otros datos no se obtienen como parte de la notificación sobre casos de SIDA, por ejemplo, si el individuo es o no migrante mexicano y cuál ha sido la duración de su estancia en Estados Unidos. Esta información podría usarse para registrar y seguir los casos de SIDA entre migrantes; sin embargo, no correspondería a la mayoría de los casos de SIDA registrados en el estado, y podría ser poco confiable considerando el miedo a la deportación que existe entre los individuos de esta población.

Análisis e interpretación de los datos epidemiológicos

Al igual que la recolección de datos, el análisis e interpretación de los datos obtenidos sobre la población migrante también han planteado dificultades. La mayor dificultad es la carencia de conocimientos confiables sobre el número de migrantes en Estados Unidos o en cierto estado en un momento dado. Los cálculos nacionales han variado en casi siete millones de individuos.[46] Los cálculos estatales también se prestan a errores. Las diferentes definiciones entre las agencias federales de lo que constituye un “migrante” casi imposibilitan los cálculos de prevalencia o incidencia de enfermedades entre migrantes mexicanos.[27, 47]

La comparabilidad de los datos existentes de estudios epidemiológicos en pequeña escala también es difícil debido a la variedad de definiciones de migrante. El análisis de datos para subpoblaciones, como los migrantes mexicanos, plantean más desafíos todavía. Algunos estudios agrupan a todos los Latinos en una sola categoría [43, 44] o no comparan prácticas riesgosas o conocimientos a través de diversos grupos étnicos.[29] Otros no distinguen entre los trabajadores estaciónales y los migrantes o entre los migrantes internacionales y los intranacionales.[10, 43] Debido a las dificultades para localizar y rastrear poblaciones migrantes, muchos estudios frecuentemente tienen un bajo poder estadístico.[10-12, 28, 29] Además, muchas veces los datos de las poblaciones migrantes en diferentes partes de Estados Unidos no son generalizables, pues los antecedentes raciales y étnicos varían a través de las tres “corrientes” mayores de migración agrícola. Mientras que los mexicanos componen la mayoría de la corriente de la costa del pacífico, la corriente de la costa atlántica está compuesta principalmente por nativos afroamericanos, Latinos y nativos de las islas del Caribe, y la corriente central consiste en gran parte de mexicanos y de españoles americanos nacidos en Estados Unidos.[48]

Además, algunas de las variables de HARS que podrían proporcionar una evaluación de las patrones de migración entre subgrupos hispanos específicos tienen datos limitados. 'Antecedentes raciales/étnicos ampliados' y 'domicilio actual' son dos de estas variables. Estos datos están limitados por muchas razones: (1) no fue hasta 1993 que la base de datos de HARS incluyó un campo para antecedentes raciales/étnicos ampliados; (2) la información sobre 'antecedentes raciales/étnicos ampliados' y 'domicilio actual' no se requiere como parte del proceso de declaración de casos de SIDA; y (3) el formulario de declaración de casos de VIH/SIDA de California no incluye un lugar específico en donde se pueda anotar 'antecedentes raciales/étnicos ampliados,' reduciendo la probabilidad de que los profesionales de salud pidan o anoten este dato optativo cuando sea oportuno. Esta información, si es más completa en el futuro, podría ayudar a evaluar la movilidad de algunos subgrupos de casos de SIDA de Hispanos diagnósticados en California.

La Perspectiva Mexicana: El VIH/SIDA y La población Migrante en México[49]

Desde los primeros estudios realizados sobre la salud de los migrantes, se admite que el proceso de difusión de enfermedades contagiosas puede ser acelerado e intensificado en un contexto de fuertes migraciones. La epidemia del SIDA no escapa a ese principio epidemiológico clásico. Ya sea que se trate de migraciones de trabajo o de refugio, rurales-urbanas o rurales-rurales, estaciónales o de larga duración, o incluso de desplazamientos de naturaleza comercial o turística, todos los movimientos de población presentan una característica común: favorecen las relaciones sexuales ocasionales, no protegidas, y convierten al migrante y al viajero a la vez en huésped y vector potencial del VIH.

De acuerdo con la tipología propuesta por ONUSIDA, México puede clasificarse como un país con una epidemia de SIDA concentrada, la cual se caracteriza por una prevalencia de infección por VIH que se ha difundido rápidamente en un subgrupo de la población, pero que aún no se establece en la población general. En este tipo de epidemia, la prevalencia de infección por VIH se ha mantenido constante por encima del cinco por ciento en por lo menos un subgrupo de la población, y entre las mujeres embarazadas de zonas urbanas es menor al uno por ciento. De este modo, en México se ha encontrado una prevalencia de VIH del 15 por ciento en los HSH, y seis por ciento en usuarios de drogas inyectables, mientras que la prevalencia para mujeres embarazadas es del 0.09 por ciento. La prevalencia en la población adulta de 15 a 49 años de edad es del 0.28 por ciento.

En un estudio de Bronfman, Camposortega y Medina, que incluyó a todos los migrantes (no sólo indocumentados), se comparó algunas características sociodemográficas de los migrantes a Estados Unidos con las características de los casos de SIDA registrados en México. Se identificó una coincidencia en la composición por edad y sexo de ambos grupos, y aunque se afirmaba que ésta no permitía establecer una correspondencia efectiva entre los dos fenómenos, otros datos permitían suponer que

había una alta probabilidad de que los migrantes incrementaran sus prácticas de riesgo. Por ejemplo, la mayoría de los migrantes eran hombres solteros y el resto viajaba, en gran parte, sin sus esposas o compañeras. Al llegar se enfrentaban a una sociedad con costumbres sexuales más "abiertas" que las de su lugar de origen; se trataba de un grupo en la edad de mayor actividad sexual; y su receptividad a las campañas educativas y preventivas habituales contra el VIH/SIDA era baja por sus condiciones de vida y su desconocimiento del Inglés. Otras variables clave que se incluyeron en el estudio fueron el origen y destino de los migrantes en general y las tasas de incidencia de SIDA en esas entidades. Los autores incluyeron también el análisis de los casos de SIDA con antecedentes de residencia en Estados Unidos, destacando que las características demográficas (composición por edad, sexo y ocupación) de los mismos presentaban diferencias respecto al conjunto de migrantes.

Algunas de las conclusiones del trabajo son: (1) que el análisis no permite establecer una relación entre los dos fenómenos a partir de la información disponible, pero es posible presumir el riesgo de contagio y de diseminación del VIH que encierran los continuos desplazamientos de población entre los dos países; (2) el patrón de transmisión del VIH predominante en México es similar al de Estados Unidos, aunque se diferencia en las proporciones de transfusión sanguínea y de infecciones por uso de drogas; (3) las diferencias en las proporciones de transfusión sanguínea entre los enfermos con antecedentes de estancia en los Estados Unidos podrían deberse a los movimientos poblacionales en busca de atención médica en Estados Unidos; y (4) las diferencias en el perfil de los migrantes temporales mexicanos a Estados Unidos respecto a los casos de SIDA con antecedentes de residencia en ese país, permitirían postular la existencia de dos tipos de migración. En los estados de Baja California, y Jalisco, México, las altas tasas de incidencia pueden estar relacionadas con las corrientes migratorias, pero las bajas tasas en otros estados expulsores relativizarían los posibles efectos difusores de la migración.[50]

Bronfman en 1992 realizó un ejercicio de actualización de algunas de las variables incluidas en el trabajo anterior, destacando la comparación entre las tasas de prevalencia de SIDA de las entidades federativas con su cualidad de ser típicamente expulsoras de población o fronterizas con Estados Unidos, y la evolución (entre julio de 1988 y abril de 1989) de algunas características de los casos de SIDA con antecedentes de residencia en Estados Unidos (relación entre sexos, índice de masculinidad, grupos de edad, factores de riesgo y ocupación). La conclusión del trabajo es que los datos no permiten ser categóricos en afirmar la influencia de la migración temporal de mexicanos a Estados Unidos en la expansión del SIDA en México, pero son suficientes para sustentar esta hipótesis.

Partiendo de los resultados de las investigaciones previas sobre la relación entre migración a Estados Unidos y SIDA, Bronfman y Minello (1995), efectuaron una investigación basada en entrevistas a profundidad en una comunidad michoacana expulsora de migrantes, y en una comunidad de California hacia donde se dirigía la mayoría de esos migrantes. Los objetivos del estudio eran: identificar los hábitos sexuales de individuos que migran temporalmente de México a Estados Unidos y los de

la población de origen de esos migrantes; evaluar el impacto de la migración en los hábitos sexuales de los migrantes; identificar y evaluar el tipo de información que los migrantes y no migrantes tienen sobre el SIDA; y determinar el impacto que el SIDA y la información disponible sobre el SIDA tienen en la modificación de los hábitos sexuales de migrantes y no migrantes.

Las principales conclusiones referidas a la relación entre migración y SIDA son que durante el proceso migratorio se producen cambios en las prácticas sexuales, de manera diferencial entre hombres y mujeres. Estos cambios incluyen: como migrantes, los heterosexuales (hombres y mujeres) participan en prácticas de mayor riesgo; que los hombres y las mujeres que prefieren sexo homosexual inician las prácticas derivadas de esta preferencia sexual en los Estados Unidos o las ejercen con mayor libertad que en su lugar de origen (se proponen dos factores coadyuvantes: llegar a una sociedad que "tolera" más fácilmente esta elección y sentirse más "libre" del control social y familiar); que hay hombres que no se autodefinen como homosexuales y que no son percibidos por "los otros" como tales, pero que tienen sexo con otros hombres, y que iniciarían estas prácticas por el estado de soledad y aislamiento en Estados Unidos (prácticas que no "*importan*" a la comunidad de origen a su regreso); y que los hombres migrantes tienen en Estados Unidos relaciones sexuales con "prostitutas/drogadictas" que "son más baratas que el resto de las prostitutas" y por ello más requeridas por los migrantes. La población entrevistada tenía información sobre SIDA, (mayor en los migrantes que en los no migrantes) pero solamente el conocimiento era insuficiente para hacerles adoptar medidas de prevención o evitar prácticas directamente relacionadas con el riesgo de adquirir el VIH. Durante su estudio, Bonfman y Minello mencionaron también la existencia de migrantes que no hablan ni Inglés ni Español. En su investigación, los autores encontraron evidencia del conocimiento de las cualidades preventivas del condón, pero muy ligado a la anticoncepción y a una idea de que impide una satisfacción total en la relación sexual, por lo que el uso del mismo es restringido. Aunque se habla de la falta de capacidad de negociación de las mujeres para solicitarle a su compañero que use condón, sin embargo se dice que son ellas mismas las que lo rechazan por las mismas razones expuestas por los hombres.[52]

Estudios locales sobre la relación entre migración y SIDA realizados principalmente en lugares de alta expulsión migratoria, indagaron sobre los factores de riesgo de los migrantes. Una investigación realizada en Michoacán, México analizó el impacto de los inmigrantes a los Estados Unidos en la epidemiología del VIH/SIDA y la prevalencia en los municipios que exportan mano de obra a ese país, definiendo el perfil del emigrado michoacano en cuanto a factores de riesgo. Se concluyó que las áreas de mayor migración a Estados Unidos fueron las más afectadas por el VIH/SIDA, que hubo una asociación estadísticamente significativa entre las siguientes variables y la migración a los Estados Unidos: edad; estado civil; vía de transmisión sexual; y ser campesino. Gracias a que este estudio contó con datos sociodemográficos, antecedentes de salud, prácticas sexuales y otros factores de riesgo, así como con resultados de estudio de laboratorio de los pacientes, se obtuvieron los riesgos relativos para la construcción de un "retrato del emigrado que parece tener el doble riesgo para el VIH/SIDA: sexo

masculino, edad entre 15 y 65 años, casado, campesino y/o operador de transporte, bisexual y emigrado a California."[53]

En una revisión del Registro Nacional de Casos de SIDA y de la base de datos de los estudios centinelas para VIH del estado de Michoacán, Santarriaga *et al.*[54] evaluaron el impacto local sobre la epidemia del SIDA de la migración México-Estados Unidos. La conclusión fue que los mexicanos que viajan para trabajar en Estados Unidos y retornan a México se involucran en prácticas sexuales de alto riesgo o drogas en lugares donde hay más altas tasas de seroprevalencia. Los autores afirman que este mecanismo está contribuyendo a la heterosexualización de la epidemia del SIDA en el estado de Michoacán, que exporta un gran número de migrantes temporales a los Estados Unidos.

Otro vínculo que se estableció entre migración y SIDA tenía como objeto estudiar la ruralización de la epidemia. El doctor Magis-Rodriguez y otros investigadores compararon la proporción de casos rurales con antecedentes de migración que se habían notificado hasta mediados de 1994 respecto a la de los casos urbanos. Afirmaron que la migración, principalmente hacia Estados Unidos, era un factor de importante influencia en la presencia de SIDA en áreas rurales (aunque no el único). Como factores de riesgo de los migrantes que habían visitado Estados Unidos se mencionaron el uso de drogas y haber mantenido relaciones sexuales con trabajadoras de sexo comercial (TSC). Asimismo, otros factores de vulnerabilidad que se mencionaron son las variaciones en las prácticas de riesgo entre la población de Estados Unidos y la mexicana, el hecho de que en su mayoría son hombres que viajan sin sus familias, que viven en granjas y que tienen contacto sexual con TSC o con otros hombres en las granjas.[55, 56] Este estudio evaluó el papel de los migrantes en la difusión de la enfermedad y por sus factores de vulnerabilidad.

Otro vínculo que se estableció entre migración y la difusión del SIDA se presenta en un articulo del doctor Magis-Rodriguez sobre la conducta de riesgo entre usuarios de drogas inyectables.[57] El articulo examina como la alta tasa de migración hacia y desde las cuidades de las regiones del norte de México ha resultado en el incremento en el uso de drogas inyectables en estas regiones. El doctor Magis-Rodríguez señala que las regiones que están mas cerca de la frontera Estados Unidos-México tienen las prevalencias mas altas del uso de drogas inyectables que otras áreas de México. Por lo tanto, propone que el uso de drogas inyectables podría llegar a ser un foco de expansión de la epidemia del SIDA, tanto en las ciudades cerca de la frontera Estados Unidos-México como otras regiones de México.[57]

Haciendo una síntesis de los factores de vulnerabilidad que han destacado las investigaciones reseñadas, podrían agruparse en dos: en un nivel macro, figuran las características de la sociedad de destino de los migrantes (las investigaciones se refieren a migrantes que van a Estados Unidos); y en un nivel micro, se señalan algunas características individuales de los migrantes.

Respecto a los factores de la difusión, se menciona ante todo la falta de poder de las mujeres de los migrantes para negociar el uso del condón, que llevaría a una heterosexualización de la enfermedad; la mala información o el mal uso de la misma que tienen estas mujeres sobre el SIDA; y el uso de jeringas infectadas para uso medicinal o de drogas intravenosas.

Resumen de la Literatura Sobre Factores de Vulnerabilidad para Migrantes Mexicanos

Características de la Sociedad		Características Individuales	Prácticas de Riesgo
Destino (EUA)	Origen (México)		
- Patrones culturales más permisivos respecto a la sexualidad - Altas tasas de incidencia de SIDA - Más extendido uso de drogas intravenosas - Campañas de prevención en inglés, que no tienen impacto en los migrantes mexicanos	- Normas comunitarias estrictas sobre la sexualidad - Altas y bajas tasas de incidencia según entidad federativa - Incremento del uso de drogas inyectables en ciudades fronterizas	- Edades jóvenes y predominancia de hombres - Solteros o viajan sin familia - Predominio de ocupaciones agrícolas - Bajo nivel educativo y desconocimiento del idioma inglés - Soledad y aislamiento afectivo - Preferencias sexuales que los haría migrar a una sociedad más tolerable	- Se involucran en prácticas sexuales riesgosas para sobrevivir (prostitución) - Tienen relaciones sexuales con prostitutas - Hombres heterosexuales tiene relaciones sexuales con otros hombres - Uso de drogas inyectables con jeringas infectadas

Centro Nacional para la Preveción y Contol del VIH/SIDA (CENSIDA)

Antes de presentar estrategias posibles para evaluar la infección por VIH y responder al riesgo que corren los migrantes en California y en México, es importante examinar primero los métodos actuales de vigilancia y lo que se sabe sobre el VIH/SIDA en California y en México.

Sección I:

LA RECOLECCIÓN Y MANEJO DE DATOS SOBRE EL VIH/SIDA

Recolección y Manejo de Datos

Al principio de la epidemia de SIDA, la enfermedad fue reportada como "una condición rara e inusual." En 1983, el SIDA se convirtío en una enfermedad que se reporta oficialmente en los Estados Unidos y México.

El Sistema de Vigilancia de VIH/SIDA de California

En 1983, la Oficina de SIDA del Departamento de Servicios de Salud de California (*CDHS,* siglas en Inglés) creó un registro confidencial de todos los casos de SIDA notificados en California. Este registro, que todavía se usa, se basa en el Sistema de Registro de Casos de VIH/SIDA (HIV/AIDS Reporting System o HARS por sus siglas en inglés), un sistema de vigilancia activa basado en nombres. Los casos de SIDA se notifican de dos maneras: (1) la declaración de casos por parte de profesionales de salud, y (2) la extracción de datos de los expedientes médicos de hospitales y consultorios privados realizada por los empleados de vigilancia del condado. Tanto los profesionales de salud como los empleados de vigilancia del condado reportan los casos de SIDA usando formularios uniformizados que incluyen los siguientes datos del paciente: nombre, dirección, sexo, raza/grupo étnico, fecha de nacimiento, edad de diagnóstico con SIDA, país de diagnóstico y factor de riesgo de infección por VIH. El reglamento estatal requiere que los profesionales de salud informen al departamento de salud local sobre todos los individuos que reunen las condiciones de la definición de caso del SIDA. Este reglamento requiere que los casos sean notificados por nombre dentro de los siete días posteriores al diagnóstico. Este sistema de informes pasivos se complementa con la vigilancia activa por parte de los empleados de vigilancia del condado. Actualmente, la mayoría de los casos de SIDA en el estado son identificados por medio del sistema de vigilancia activa de California.

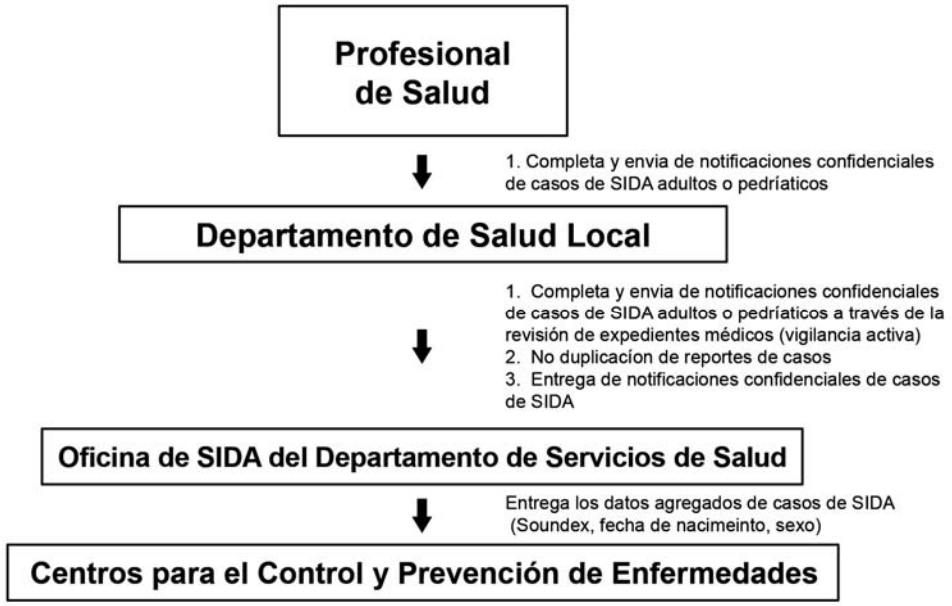
Los casos identificados por medio del sistema de vigilancia pasiva son notificados a los departamentos de salud locales, que a su vez eliminan la duplicación de estas notificaciones de casos de SIDA y de ellas obtenidas por el sistema de vigilancia activa usando los datos del departamento de salud local. Estas notificaciones de casos de SIDA no duplicadas se entregan a la Oficina de SIDA de California (OA, siglas en Inglés). Dada la importancia de eliminar la notificación duplicada de casos, tanto a nivel local como estatal, después de incorporar todos las notificaciones de casos en el sistema HARS, la OA elimina la duplicación de notificaciones entre condados usando los datos estatales. Luego, la OA envía la colección de notificaciones no duplicadas de casos de SIDA a los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, siglas en inglés) sin incluir datos que pudieran identificar al individuo infectado. El formulario que utiliza la OA para notificar casos de SIDA se basa en los formularios del CDC (el formulario 50.42A [adulto] y el formulario 50.42B [niños]). Luego, el CDC analiza los datos proporcionados por todos los estados para obtener tasas nacionales de incidencia y prevalencia del SIDA y los factores de riesgo. Los legisladores usan estos valores estimados para tomar decisiones sobre políticas de salud y para designar fondos para programas de prevención, vigilancia y tratamiento.

Desde 1983, la base de datos de HARS ha cambiado mucho, modificando los datos recogidos según cambios en la definición de caso de SIDA e incluyendo variables

nuevas que reflejan la necesidad para mas información. Actualmente, la base de datos contiene mas que 600 variables. Varios eventos historicos han tenido un impacto en como se interpretan las tendencias de los casos de SIDA. En 1985, un caso de SIDA se definió por los CDC como estar infectado por VIH y tener una de varias infecciones, que hoy día se conocen como infecciones oportunistas (por ejemplo, Pneumocystis carinii neumonía [PCP] y Cytomegalovirus [CMV]). También en 1985, la prueba Elisa fue autorizada y el gobierno comenzó a recomendar la prueba de VIH de forma gratis y anónima. La meta era disminuir la transmisión de VIH a través de las donaciones de sangre animando a las personas que habian participado en actividades de alto riesgo a saber si estaban infectadas antes de donar sangre. Al nivel más local, California aprobo legislación para establecer un sitio de diagnóstico alternativo con fondos públicos. Estos sitios proveen diagnóstico de VIH de forma gratis y anónima, en cada jurisdicción de salud que tenga banco de sangre.

En 1993, la definición de “caso de SIDA” fue revisada de nuevo por la CDC, esta vez para incluir la presencia de una infección de VIH documentada y alguno de los siguientes elementos: 1) un recuento de células CD4 por abajo de 200 células por microlitra o menos del 14 por ciento de todos los limfocitos; 2) un diagnóstico definitivo de cáncer del cuello uterino, tuberculosis pulmonar o neumonía recurrente, o 3) un diagnóstico presuntivo de tuberculosis pulmonar o neumonía recurrente. También en 1993, se modificó el programa de computación de HARS para permitir la recopilación de datos tanto del VIH como del SIDA (aunque los datos de VIH no se recopilaron en California hasta el 2002). Otro cambio mayor en la base de datos HARS ocurrió al principio del año 2003 con respecto a las categorías de raza y grupo étnico. La raza y grupo étnico se dividieron en dos categorías distintas para permitir la identificación de casos entre Latinos. También se agregó al formulario la categoría de ‘razas multiples’ y la categoría ‘Asiático/de las islas del Pacífico’ se separó en dos categorías distintas. Es importante señalar estos cambios porque afectarán como las tendencias de los casos de SIDA serán interpretadas.

Figura 1: Proceso de Notificación de Casos de SIDA en California



California Department of Health Services

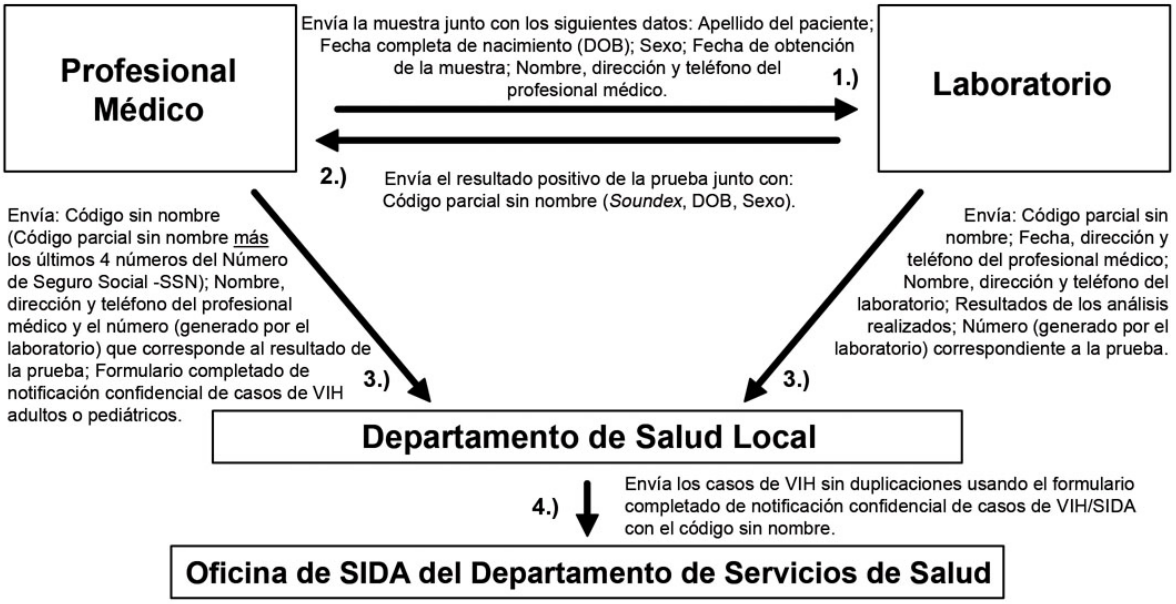
El Registro de Casos de VIH en California

Desde 1983 hasta el 1 de julio de 2002, el Sistema de Registro de Casos de VIH/SIDA (HARS) en California sólo recopiló información sobre casos de SIDA. Durante esa época el VIH por sí solo no era una condición notificable en California. La falta de notificación de los casos de VIH limitó enormemente la capacidad para entender la epidemia del VIH/SIDA, ya que los individuos infectados con VIH típicamente progresan al SIDA después de un periodo indeterminado de incubación. De este modo, los casos de SIDA registrados en un año dado podrían reflejar infecciones de VIH ocurridos muchos años antes de la fecha del diagnóstico de SIDA. También, cuando se empezó a usar la terapia antirretroviral altamente activa (HAART, siglas en inglés) a finales de 1995, se incrementó el tiempo transcurrido entre el diagnóstico del VIH y el diagnóstico del SIDA. La vigilancia de los casos de SIDA ya no servía para estimar la prevalencia e incidencia de infección por VIH.

La infección por VIH se convirtió en condición notificable por código sin nombre en 2002 (Código de Regulaciones del Estado de California, Titulo 17, Secciones 2641.5–2653.2). El código sin nombre consiste de 17 números y letras que incluyen: el *soundex* (es un código de cuatro digitos derivados de las letras en el apellido del paciente); fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa); sexo (H, M, H a M, M a H); y los últimos cuatro números del Seguro Social (SSN en Ingles) del individuo. Tanto los profesionales de salud como los laboratorios de salud pública deberán reportar los resultados positivos de la prueba del VIH al departamento de salud local usando un código sin nombre. El departamento de salud local compagina los informes de laboratorio con los de los médicos en su jurisdicción. Si faltan datos, el departamento

de salud local deberá contactar al laboratorio o a la oficina del médico. Empleados de vigilancia del departamento de salud local pueden revisar los archivos medicos para obtener los datos que faltan. El departamento de salud local envia al departamento de salud estatal una lista sin duplicaciones de las notificaciones confidenciales de casos de VIH. Empleados de vigilancia del estado contactan al departamento de salud local en caso de que algunas de las notificaciones no están completas o necesitan más datos.

Figura 2: Proceso de Notificación de Casos de VIH



California Department of Health Services, Office of AIDS - Proposed HIV Reporting Regulation as of October 15, 2001

La Sistema de Vigilancia de VIH/SIDA de México[58]

México empezó a diagnosticar casos de SIDA en 1983, pero no hubo ningún sistema formalizado de vigilancia hasta el año 1986. Desde entonces, el sistema de vigilancia se ha sometido a muchas adaptaciones para reflejar las necesidades generadas por esta dinámica epidemia, incluyendo cambios en la definición de casos de SIDA y la incorporación del registro de casos de VIH y la vigilancia conductual.

La primera etapa de la vigilancia del SIDA en México, el periodo comprendido entre 1981 y 1984, se centró en la recolección de datos para entender mejor la distribución y frecuencia de casos de SIDA. A partir de 1985, empezaron los estudios serológicos, y los cuestionarios empleados durante estos estudios pasaron a ser los cuestionarios iniciales de la vigilancia centinela. En 1987, se realizaron pronósticos de casos de SIDA y de nuevas infecciones de VIH para los años 1988 y 1991. Durante este periodo, también se realizaron estudios serológicos entre donantes de sangre, tanto pagados como voluntarios, debido al alto número de casos de SIDA notificados entre esta población. La situación llevó a la promulgación de una ley que prohíbe la remuneración de donaciones de sangre y requiere la realización de análisis preliminares de todo producto sanguíneo.

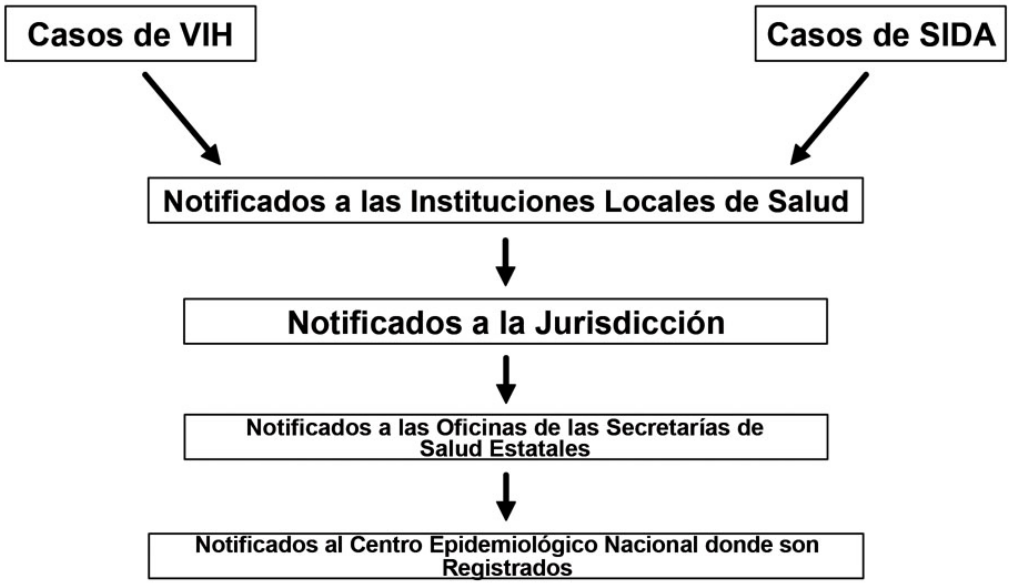
En 1990, la Dirección General de Epidemiología (DGE) publicó su primer manual sobre la vigilancia del VIH/SIDA. Este manual, revisado en 1998, esboza las obligaciones epidemiológicas actuales de los estados mexicanos. Según se describen en estas normas, las prioridades de vigilancia se basan en la detección de casos de VIH y SIDA, en el seguimiento y notificación de parejas sexuales, y en la vigilancia centinela del VIH entre mujeres embarazadas y miembros de poblaciones vulnerables. Asimismo, el manual estipula la examinación de actas de fallecimiento para identificar las muertes relacionadas con el SIDA.

Los profesionales de salud están obligados a informar sobre pruebas positivas del VIH así como casos de SIDA. Al detectar un nuevo caso de VIH o de SIDA y confirmarlo con el análisis Western blot, los médicos deberán obtener los datos demográficos básicos del paciente, incluyendo su nombre, sexo, edad, oficio y nivel de escolaridad. También se obtiene información conductual limitada y los médicos o enfermeros intentan identificar la vía de exposición. La secretaría de salud del estado recibe esta información y posteriormente la envía a las oficinas centrales de la Secretaría de Salud Pública en la Ciudad de México. Al igual que la notificación de parejas en muchos otros países, tanto el paciente como el centro médico puede notificar a las parejas del paciente. Actualmente los centros médicos en algunos estados están realizando la notificación de parejas confidencial.

La examinación del acta de fallecimiento se realiza al nivel federal, y a mediados de 1998 la Secretaría de Salud de México estableció un nuevo sistema para la vigilancia de la mortalidad: el Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones. El flujo de información en este sistema corresponde al sistema utilizado para VIH/SIDA (Figura 3). A través de un sistema computarizado, la información de las actas de fallecimiento

fluye desde la jurisdicción donde ocurrió la muerte hasta llegar al nivel federal. El sistema documenta y almacena, con un retraso de 2.5 meses, todas las muertes relacionadas con el SIDA que ocurren en el país.

Figura 3: La Estructura para Registrar Casos de VIH/SIDA en México



La vigilancia centinela se inició en 1988 con la recolección de datos básicos demográficos y conductuales de miembros de poblaciones vulnerables, tales como hombres que tienen sexo con hombres (HSH), trabajadoras sexuales femeninas (TSF), presos y hemofílicos. También se realizaron estudios de seroprevalencia entre cadáveres y pacientes neurológicos o pacientes psiquiátricos internados. Antes de 1990, dieciocho estados de la República Mexicana habían implementado la vigilancia centinela, pero ésta no se implementó formalmente como parte de las normas de vigilancia en México hasta 1990. Estas normas sobre la vigilancia centinela se basaron en los lineamientos del Programa Mundial de SIDA de la Organización Mundial de Salud (OMS). Hasta marzo de 1995, más de 55,000 individuos se habían hecho la prueba del VIH. La vigilancia centinela estaba bajo la jurisdicción de la DGE hasta 1995, cuando pasó a formar parte del CENSIDA, la agencia conocida como CONASIDA antes del año 2001.

En la actualidad, la vigilancia centinela se realiza entre poblaciones concretas tales como mujeres embarazadas, TSF y usuarios de drogas inyectables (UDI). Se les administran cuestionarios para obtener información sobre la edad, nivel de escolaridad, estado de salud (incluida la historia de infecciones de transmisión sexual), prácticas sexuales (incluyendo la orientación sexual y la frecuencia de uso de condón), riesgo laboral y exposición a conductas de alto riesgo o participación en éstas (incluyendo el contacto sexual con individuos VIH positivos, prácticas homosexuales o bisexuales, uso

de drogas inyectables, historia de transfusión sanguínea, hemofilia y trabajo sexual). Las encuestas incluyen secciones especiales para presos y UDI en las cuales se pide información sobre tipos de relaciones sexuales y sobre otras prácticas arriesgadas, incluidos los tipos de drogas inyectadas, el uso de equipos compartidos al inyectarse y la limpieza de jeringas. Los Individuos son localizados en instituciones que prestan servicios a estas poblaciones, por ejemplo, clínicas especializadas en la detección y tratamiento entre TSF de infecciones transmitidas sexualmente y clínicas de salud materna e infantil. Conforme con las normas establecidas por la Organización Panamericana de la Salud, toda la información se relaciona con el nombre y se mantiene confidencial.

Los actuales esfuerzos de vigilancia conductual empezaron en 1985, cuando se realizaron estudios serológicos y conductuales entre hombres homosexuales y bisexuales en la Ciudad de México. Aunque estos estudios conductuales iniciales fueron informativos, el tamaño reducido de los muestreos impidió que los resultados se extendieran a la población en general. Sin embargo, los cuestionarios empleados en estos estudios para obtener información conductual sirvieron de base para la creación e implementación de los cuestionarios conductuales empleados en el sistema actual de vigilancia centinela.

Entre 1987 y 1988, se administraron una serie de cuestionarios sobre conocimientos, actitudes y prácticas a miembros de la población general mayores de 15 años de edad en la Ciudad de México. El propósito de la primera ronda de cuestionarios fue medir los conocimientos generales de la población sobre el SIDA y los métodos de prevención. Se obtuvo información de los periódicos así como de entrevistas telefónicas y personales. Los resultados de los estudios sirvieron de base para la creación de intervenciones más enfocadas en las necesidades informacionales concretas de los grupos poblacionales estudiados, y también alimentaron el desarrollo de los cuestionarios conductuales que se usan en el sistema de vigilancia centinela.

Actualmente, están ocurriendo cambios prometedores en las actividades de vigilancia conductual en México. La creación e implementación de un sistema de vigilancia conductual del VIH para México tiene dos fases. Entre marzo y septiembre de 2000, el Instituto Nacional de Salud Pública de México, en colaboración con CENSIDA y con la DGE, terminaron la primera fase, que pretendió ampliar los conocimientos sobre las tendencias a lo largo del tiempo y las prácticas que impulsan la epidemia en el país. A diferencia de la vigilancia serológica, este componente no sólo se centró en la recogida de información sobre sucesos pasados, sino que también proporcionó información sobre sucesos futuros, tales como la prevalencia actual de prácticas de riesgo que facilitan la transmisión del VIH. La primera fase abarcó cuatro actividades principales: 1) la búsqueda de literatura sobre los estudios conductuales del VIH realizados en México y en Latinoamérica entre 1990 y 2000; 2) la revisión y comparación de métodos y herramientas empleadas en los estudios conductuales del VIH; 3) una evaluación rápida de los sistemas de vigilancia en salud de tres estados de la República Mexicana: Hidalgo, Morelos y Puebla; y 4) la creación de cuestionarios de vigilancia conductual.

Los objetivos de las evaluaciones rápidas fueron: 1) determinar el grado en que los estados puedan cumplir con los requisitos actuales de vigilancia de la DGE; 2) determinar el grado en que la información epidemiológica generada por el sistema actual de vigilancia es aprovechada en la planificación de programas; y 3) evaluar la capacidad y el interés con respecto a la incorporación de la vigilancia conductual en el sistema existente de vigilancia.

La segunda fase del proyecto, que se está realizando actualmente, incluye la validación de las herramientas de vigilancia conductual y la puesta a prueba de un protocolo para la vigilancia conductual. Este proceso se inició en junio de 2001 y se llevó a cabo en tres estados de la República Mexicana: Morelos, Puebla y Michoacán. En cada uno de estos estados, los cuestionarios sobre la vigilancia conductual se administraron y fueron validados por un muestreo representativo de cada población de interés (jóvenes, migrantes, TSF y HSH). También se realizó un ejercicio de trazamiento de poblaciones en estas áreas. En total, se administraron más de 11,000 cuestionarios, con un promedio de 2,280 por cada población específica. Inicialmente, se planeó encuestar a UDI en dos estados de la República, pero este trabajo se ha limitado al estado de Chihuahua, concretamente en Ciudad Juárez en la frontera entre los Estados Unidos y México.

Paralelamente con estas actividades, la DGE ha iniciado un nuevo sistema simplificado para la vigilancia del VIH. Este sistema, parecido al sistema simplificado de vigilancia de enfermedades comunes tales como las infecciones diarréicas, recoge información sobre las prácticas riesgosas de los individuos atendidos en instituciones sanitarias. México tiene gran número de capacitados profesionales de salud en estas instituciones. Basándose en la información obtenida, estos profesionales determinan el nivel de riesgo de infección por VIH del individuo. Los individuos calificados como altamente vulnerables al VIH son remitidos a sitios donde se hacen pruebas del VIH. Con el fuerte apoyo nacional de CENSIDA y de la DGE, este sistema simplificado de vigilancia del VIH se está validando en varias instituciones de salud y se le considera una estrategia adicional para la recolección de datos conductuales, particularmente en las zonas rurales.

Sección II:

ESTADÍSTICAS DE VIH/SIDA EN CALIFORNIA Y MÉXICO

Métodos Estadísticos

Esta sección presenta los datos recopilados sobre casos de SIDA en California y México. Tanto para los datos de California como para los de México, la información se divide en tres tipos: casos acumulados de SIDA, casos actuales de SIDA presuntamente vivos y tendencias de SIDA durante las últimas dos décadas de la epidemia. Los datos de SIDA en California incluidos en este informe se obtuvieron de HARS y éstos incluyen casos existentes hasta el 31 de Diciembre del 2000, según los casos notificados hasta el 1 de Febrero del 2002. El análisis de los datos se realizó utilizando el SAS (Statistical Análisis Software en Ingles) versión 8.0 (Cary, NC, Estados Unidos). Los datos de SIDA en México se obtuvieron del Registro Nacional de Casos de SIDA de México e incluyen casos existentes hasta el 31 de diciembre del 2001. La información fue procesada utilizando el SPSS (Statistical Software Package for Social Sciences en Ingles) versión 9.0. El análisis de los datos se inició al principio del año 2002. Ambos conjuntos de datos van hasta el de 31de diciembre del 2000 con el fin de proveer dos años completos de espera para que los casos sean reportados a las entidades estatales y federales. Los datos de California y los de México se importaron a Microsoft Excel 2000 para crear gráficos que ilustraran los datos sobre los casos de SIDA.

Se presentan los datos sobre el SIDA en cuatro subsecciones: 1) Todos los casos de SIDA en California; 2) SIDA entre los Hispanos en California; 3) SIDA entre Hispanos de descendencia mexicana en California; y 4) casos de SIDA en México.

Casos de SIDA en California

Los datos para todo el Estado de California se presenten por orden para crear un cuadro exacto de la epidemia en California.

El SIDA Entre los Hispanos en California

El campo de “raza” en la base de datos HARS se usó para proporcionar distribuciones raciales/étnicas así como para permitir el análisis de los casos de Hispanos con SIDA en la segunda sección. El campo de raza/grupo étnico está codificado según las clasificaciones proporcionadas por los Estados Unidos existentes en el año 2000: Hispano vs. Caucásico no Hispano, Negro, Asiático/Isleño del Pacífico (API) e Indígena Norteamericano/Nativo de Alaska (AI/AN). Cabe señalar que existe la posibilidad de clasificar equivocadamente los grupos raciales/étnicos. El proveedor médico registra este dato junto con otros datos demográficos. Los métodos utilizados para determinar el origen racial/étnico de un grupo racial/étnico y los utilizados para determinar la raza/etnia principal en individuos de raza/etnia mixta no son uniformes para los proveedores. Por lo tanto la información sobre raza/etnia de los casos podría carecer de la validez que tendría si se proveyeran pautas uniformes para determinar la raza/grupo étnico y si los proveedores las usaran.

El SIDA Entre los Hispanos de Descendencia Mexicana en California

El conjunto de datos de HARS incluye un campo llamado “antecedentes raciales/étnicos ampliados” (“expanded race” en inglés) para los casos Hispanos. Este

campo-permite la clasificación de región de descendencia de los casos Hispanos de SIDA. Respuestas registradas como "otro" para esta variable fue utilizado para determinar la región de descendencia de los casos Hispanos de SIDA con región de descendencia no especificado. Se presentan algunos análisis por subgrupo de los casos Hispanos de SIDA. Es importante señalar que debido a que la inclusión de información en este campo es optativa para los proveedores médicos, falta un gran porcentaje de información sobre los subgrupos étnicos Hispanos. No se utilizo el registro central de defunciones del estado de California (California Master Death file o CMD) para determinar tanto el grupo como el subgrupo étnico de algunos casos para los cuales faltan estos datos. La decisión de no usarlo fue basada en que este archivo contiene únicamente datos sobre aquellos individuos que han fallecido. Si se usa el CMD para obtener esta información que falta, se agregarían datos solamente acerca de los individuos que han fallecido que podría resultar en distribuciones raciales/étnicas inexactas. Por ejemplo, cierto subgrupo de casos de SIDA pudiera tener tasas de muerte más altas y como consecuencia la representación podría ser exagerada en la distribución general de los casos de SIDA. Al utilizar esta información de completar el espacio designado para el grupo racial/étnico y el subgrupo étnico podría arrojar una distribución inexacta de los casos presuntamente vivos y muertos en diferentes grupos raciales/étnicos. No se usó el país de nacimiento para determinar el grupo o subgrupo étnico de los casos en los que faltan estos datos, puesto que el país de nacimiento podría no reflejar exactamente la descendencia étnica. Este uso podría ser especialmente problemático para individuos de descendencia mexicana cuyos padres hayan migrado a los Estados Unidos y cuyas madres hayan dado a luz en los Estados Unidos.

Aunque ciertos análisis indican que se puede suponer confiadamente que la mayoría de los casos hispanos de SIDA en los que falta el subgrupo étnico probablemente son de descendencia mexicana, la mayoría de los análisis se han realizado entre aquellos casos para los cuales se ha especificado la descendencia mexicana. Al examinar las tendencias de casos hispanos de SIDA por región de descendencia, el aumento del porcentaje de casos de descendencia mexicana refleja estrechamente la disminución del porcentaje de casos hispanos de SIDA de subgrupo étnico no especificado durante el transcurso del tiempo. El campo de HARS denominada "país de nacimiento" fue analizado por casos de SIDA de descendencia mexicana para demostrar la distribución de casos de SIDA entre los nacidos en México y aquellos que fueron nacidos en los Estados Unidos. Desafortunadamente, este análisis por subgrupo es el más específico posible para los casos de descendencia mexicana. Información sobre condición migratoria o duración de la estancia en los Estados Unidos no se obtiene como parte de la vigilancia del SIDA, tal como lo presentan los autores en la sección de recomendaciones.

Casos de SIDA en México

La sección final de estadística incluye datos sobre los casos de SIDA del registro mexicano. Es importante recordar que estos datos pueden incluir datos de SIDA para individuos cuya región de descendencia tal vez no sea México, sino Centro o Suramérica.

Análisis Estadísticas

Los datos presentados se dividen en tres secciones: 1) casos acumulados de SIDA; 2) individuos presuntamente vivos con SIDA; y 3) datos sobre tendencias de casos de SIDA. Cada forma de análisis por sí sola hubiera presentado un cuadro incompleto sobre la epidemia, el cual no serviría para orientar adecuadamente a los encargados de tomar decisiones sobre programas y políticas de VIH. Es igualmente importante, por ejemplo, saber qué grupos están desproporcionadamente afectados por el SIDA, tanto como saber cuántas personas componen cada grupo. Ambas estadísticas proveen información diferente pero de igual importancia. En los casos en los que no fue posible presentar en forma gráfica las cifras de cada distribución, al presentar las distribuciones de porcentaje nos esforzamos por asegurar que los porcentajes pudieran convertirse en cifras siguiendo un solo paso.

Los Datos Acumulados de Casos de SIDA

Los datos acumulados proporcionan información sobre el exento a que grupos distintos hayan sido afectados por el SIDA. Los datos presentados abarcan desde el principio de la epidemia hasta el 31 de diciembre del 2000. Es importante señalar que aunque el SIDA no se convirtió en enfermedad notificable sino hasta 1983, hay unos cuantos casos en California con una fecha de diagnóstico anterior a 1983. Estos son individuos quienes probablemente se presentaron con síntomas a su proveedor médico y a quienes se les confirmó tener SIDA cuando las pruebas del VIH y de CD4 estuvieron disponibles. Es importante señalar que los casos acumulados reflejan, en parte, el crecimiento y la disminución de la población con el paso del tiempo y puede que no se tenga información acerca de los grupos que han sido afectados desproporcionadamente por el SIDA.

Datos sobre Los Individuos que Presuntamente Viven con SIDA

Además de los datos acumulados, es igualmente crítico que examinemos los datos sobre los individuos que presuntamente viven con SIDA actualmente. Tales datos pueden proveer información a la hora de tomar decisiones sobre los servicios de cuidado y tratamiento, mas que guiar a los programas de prevención que fomenten las prácticas seguras entre personas VIH positivas. Permiten comparar esta información con la demografía de la población del año en curso, lo cual ofrece un cuadro más exacto que el presentar únicamente los casos de SIDA. Por estas razones, los datos sobre los casos de SIDA presuntamente vivos hasta el 31 de diciembre del 2000 se presentan para cada sección. Donde ha sido posible, también presentamos las cifras del Censo de los Estados Unidos del año 2000 para permitir una comparación visual con las distribuciones de la población del año 2000.

Por los casos de SIDA en California, la columna de datos de HARS denominada, “condición vital” se actualizó utilizando el archivo CMD ya que el estado mantiene un registro de fallecimientos. Este se hizo para determinar si los individuos diagnosticados con SIDA habian fallecido o si se puede suponer que aun viven. Debido a la falta de un

mecanismo estructurado que determine si un individuo con VIH vive o si ha fallecido, se supone que aquellos que no tengan certificado de defunción registrado en HARS se consideran presuntamente vivos. En México, el campo correspondiente a “condición vital” tiene un diseño diferente. El Registro Nacional de Casos de SIDA tiene un campo denominado “evolución” el cual incluye los siguientes valores: "Viva" (si se conoce que la persona está viva en el momento del reporte de caso, o que no se tiene notificación de que haya fallecido); "Muerta" (cuando está confirmado, mediante la propia notificación del Caso o certificado de defunción, que la persona murió); o “Desconocida” (cuando no se conoce si la persona aún está viva o ya murió). Por esta razón la información de México incluye tres categorías sobre la condición vital.

Datos Sobre las Tendencias de Casos de SIDA

Los datos sobre las tendencias de casos de SIDA proporcionan una evaluación longitudinal de la epidemia, especialmente al presentarla junto con las tendencias poblacionales. Es crucial informarnos sobre cómo la epidemia está cambiando. Una evaluación de las tendencias de nuevos casos anuales y de tendencias entre subgrupos de la población podría indicar la dirección de la epidemia y señalar las poblaciones que mas necesitan servicios de tratamiento y prevención. Por estas razones, además de la información sobre los casos vivos actuales, presentamos información sobre las tendencias del SIDA.

Para el análisis de tendencias, se consideró el año de diagnóstico, ya que el año de notificación distorsiona el comportamiento de la epidemia. Pocos casos de SIDA en California tuvieron una fecha de diagnóstico anterior a 1983 y puesto que varían las fechas de diagnóstico del primer caso en California (1978) las tendencias de la totalidad de los casos en California, los casos entre Hispanos en California y los casos de México se presentan a partir de los casos diagnosticados en 1983. Aunque el primer caso de SIDA de descendencia mexicana se diagnosticó en 1983, las tendencias de estos casos se muestran a partir de 1987 debido a la escasez en California de datos sobre subgrupo étnico específico antes de 1987.

Los datos de incidencia, que toman en cuenta los cambios en las distribuciones poblacionales, se presentan. Mientras que las tenencias de nuevos casos anuales proporcionan información sobre los cambios en la cantidad y distribución de casos anuales, es igualmente importante señalar que la incorporación de los cambios en las distribuciones poblacionales aporta cálculos de proporcionalidad útiles para poner estas tendencias de casos de SIDA en perspectiva. Ya que éstas no son tendencias de datos de VIH, los cambios en los casos de SIDA y en la distribución de casos, en lugar de indicar una reducción de infecciones, podría indicar un aumento de tratamiento, lo cual retrasaría la evolución del VIH hacia el SIDA, reduciendo por lo tanto el número de casos de SIDA si la tasa de infección por VIH permanece estable

Donde sea posible, presentamos las tendencias de casos de muerte y análisis de sobrevivencia. Estos análisis podrían reflejar acceso a tratamiento, adherencia, y eficacia. No obstante, es importante señalar que las observaciones podrían ser

ofuscadas por otros factores tales como diagnóstico tardío y mejor notificación de casos de defunción durante el transcurso de los años.

Características de los Casos de SIDA

Las características principales de los casos de SIDA que examinamos en cada subsección incluyen sexo, edad en el momento del diagnóstico, edad actual (para los casos presuntamente vivos), grupo racial/étnico (grupos subétnicos para los casos hispanos en los Estados Unidos, datos no presentados para México), modo de exposición y condado/estado de residencia en el momento del diagnóstico. Examinamos el lugar de residencia en el momento del diagnóstico de los casos acumulados para ver qué condados en California y qué estados en México tenían el mayor número de casos a lo largo del tiempo, y de los casos presuntamente vivos para conocer su lugar probable de residencia actual. También realizamos análisis de tendencias por "residencia en el momento del diagnóstico" para evaluar las áreas que albergaban el mayor número de casos de nuevos diagnósticos. Es importante señalar que estos análisis no indican qué condados en California y qué regiones en México son desproporcionadamente afectados, pues no se proporciona la incidencia por condado en California o regiones de México. Asimismo, es importante afirmar que los individuos con SIDA pueden haber abandonado su condado o estado de residencia en el momento del diagnóstico, de manera que la distribución por condado y estado de los individuos vivos o presuntamente vivos podría no ser tan precisa como lo sería si se hubiera recopilado información migratoria para los casos de SIDA. No todas las características se presentan en cada subsección; sin embargo, en cuanto fue posible, presentamos todas las características de los grupos más específicos al describir el grupo más amplio, con el fin de permitir una evaluación adecuada de los datos.

Cálculos del VIH

Ya que la notificación de casos de VIH en California no comenzó sino hasta julio del 2002, en este informe no examinaremos a fondo los datos de VIH. El inicio de la notificación única sin nombres en julio del 2002 permitirá la obtención de datos más confiables sobre el VIH en informes futuros. Los datos preliminares del año 2003 se pueden encontrar en http://www.dhs.cahwnet.gov/aids/Statistics/HIVcase2003.htm (California) y http://www.ssa.gob.mx/conasida (México).

CASOS DE SIDA EN CALIFORNIA

CASOS DE SIDA EN CALIFORNIA

Dado que este informe presenta una descripción de la epidemia tanto en México como en California, los datos de todos los grupos raciales/étnicos en California tambien se presentan. La presentación de estos datos proporciona un cuadro completo de la epidemia de SIDA en el estado y da un contexto por los casos de SIDA entre los Hispanos y específicamente los casos de descendencia mexicana que se presentan posteriormente.

Casos acumulados

De marzo de 1978 al 31 de diciembre de 2000:

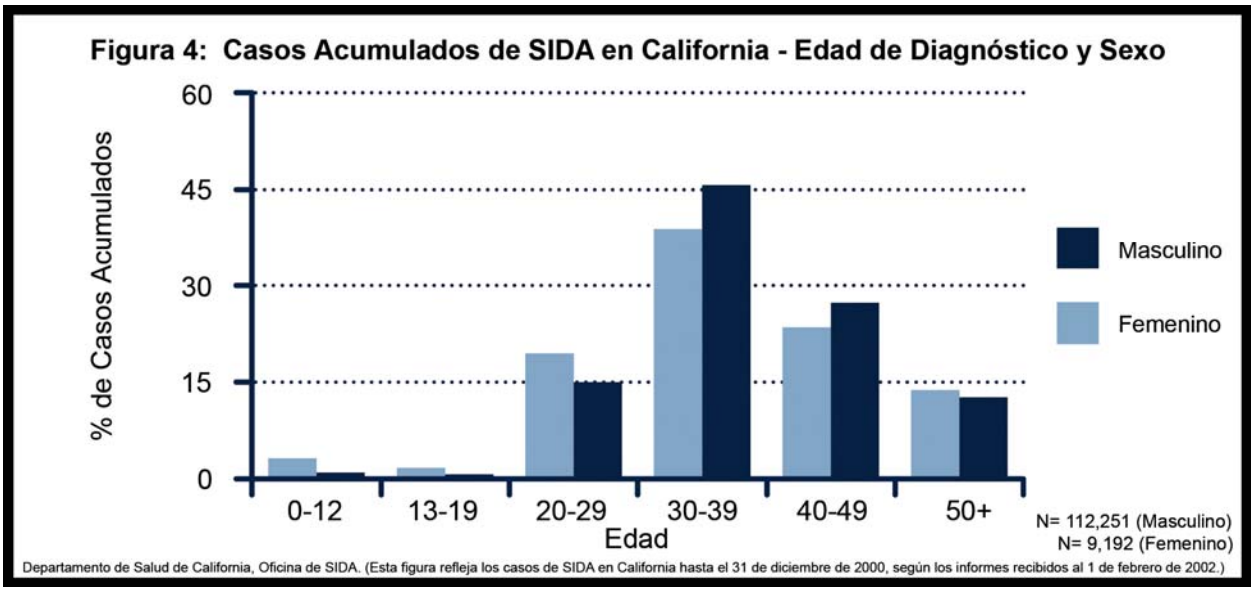
- Casos acumulados de SIDA: 121,443
- Número de muertes entre casos de SIDA: 75,331 (el 62 por ciento de todos los casos de SIDA).
- Número de personas con SIDA presuntamente vivas: 46,112 (el 38 por ciento de todos los casos de SIDA en California).

Sexo

- De todos los casos de SIDA reportados en California, el 92.4 por ciento son hombres y el 7.6 por ciento son mujeres (datos no presentados).

Edad de Diagnóstico

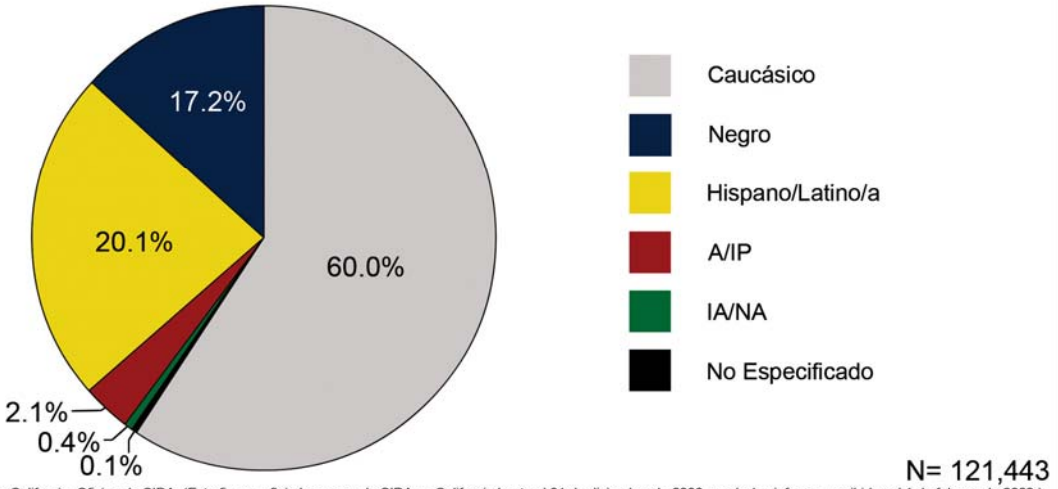
- Aproximadamente el 44.8 por ciento de los casos fueron diagnosticado en personas entre los 30 y 39 años de edad (datos no presentados).
- Menos de uno por ciento de los casos fueron diagnosticados en personas menores de 20 años.
- Más mujeres que hombres entre los 20 y los 29 años de edad han sido diagnosticadas (el 20 por ciento en comparación con el 15 por ciento entre los hombres).
- La proporción de casos diagnosticados antes de los 12 años de edad también es más de diez veces mayor entre jovencitas que entre jovencitos (el 3.2 por ciento en comparación con sólo el 0.3 por ciento entre jovencitos; Figura 4).
- Comparado con otros grupos raciales/étnicos, los Hispanos han sido más jóvenes cuando se les diagnostica SIDA.



Raza/Grupo Étnico

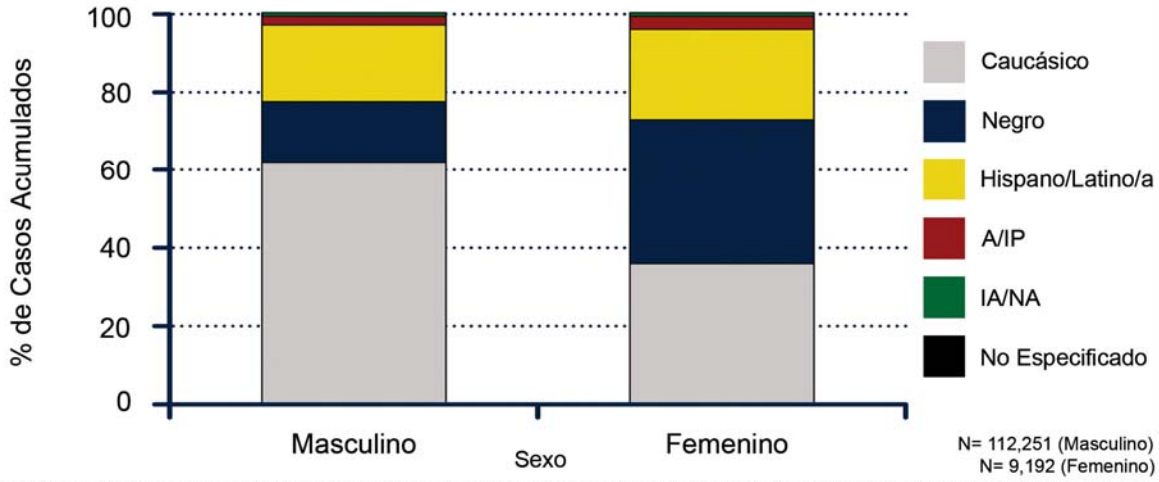
- Los Caucásicos representan el mayor número de casos acumulados de SIDA reportados desde 1980 (el 59.9 por ciento), seguidos por los Hispanos (el 20.1 por ciento), luego por los Negros (el 17.2 por ciento; Figura 5).
- Las mujeres negras representan la mayor proporción de casos acumulados de SIDA entre mujeres (el 36.1 por ciento). Esto contrasta con la distribución masculina en la que los Negros representan menos de la sexta parte del total de casos acumulados (el 15.7 por ciento; Figura 6).
- En comparación con los hombres, el porcentaje de casos entre mujeres caucásicas es significativamente menor (el 35.9 por ciento en comparación con el 61.9 por ciento entre hombres; Figura 6).
- Aunque los hombres Caucásicos componen la mayoría de los casos acumulados de SIDA en California (Tabla 6), son los Hispanos quienes representan el mayor porcentaje de los casos acumulados de SIDA diagnosticados en personas menores de 30 años de edad (Tabla 1). Será importante considerar si esto indica que los Hispanos menores de 30 años de edad tienen menos acceso a servicios de diagnóstico y tratamiento, lo cual permitiría que el virus avance hacia el SIDA a un paso más rápido que entre otros grupos raciales/étnicos, o si indica que los Hispanos menores de 30 años realmente corren más riesgo que otros grupos étnicos.
- Los hombres y mujeres caucásicas menores de 30 años de edad en California representan porcentajes similares de los diagnósticos acumulados de SIDA en sus cohortes respectivos por sexo. Sin embargo, entre todas las mujeres en California diagnosticadas con SIDA antes de los 30 años de edad, las mujeres negras componen un porcentaje que es un 68 por ciento mayor que el por ciento que constituyen los hombres Negros en una cohorte paralel (Tabla 1).

Figura 5: Casos Acumulados de SIDA en California - Raza/Grupo Étnico



Departamento de Salud de California, Oficina de SIDA. (Esta figura refleja los casos de SIDA en California hasta el 31 de diciembre de 2000, según los informes recibidos al 1 de febrero de 2002.)

Figura 6: Casos Acumulados de SIDA en California - Raza/Grupo Étnico y Sexo



Departamento de Salud de California, Oficina de SIDA. (Esta figura refleja los casos de SIDA en California hasta el 31 de diciembre de 2000, según los informes recibidos al 1 de febrero de 2002.)

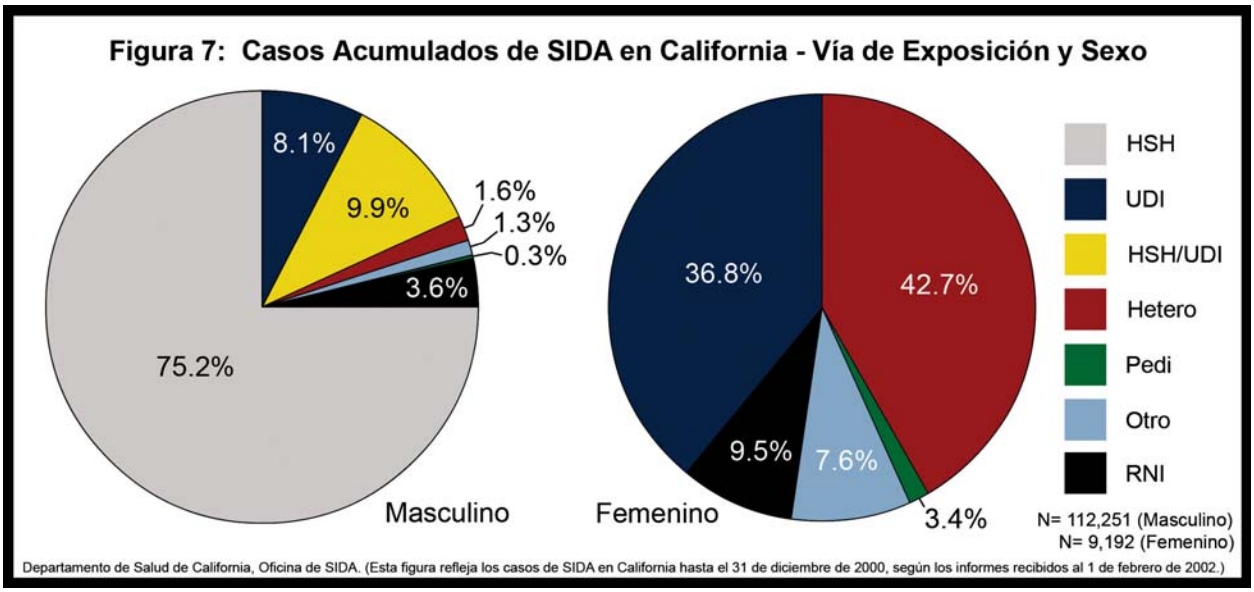
Tabla 1: Casos Acumulados de SIDA Diagnosticados Menos de 30 Años de Edad por Raza/Grupo Étnico y Sexo

Raza/Grupo Étnico	Hombres	Mujeres
Caucásico	27.8%	25.6%
Negro	19.2%	32.2%
Hispano/Latino/a	48.1%	38.6%
A/IP	3.3%	2.9%
IA/NA	0.7%	1.5%
No Especificado	0.1%	0.2%

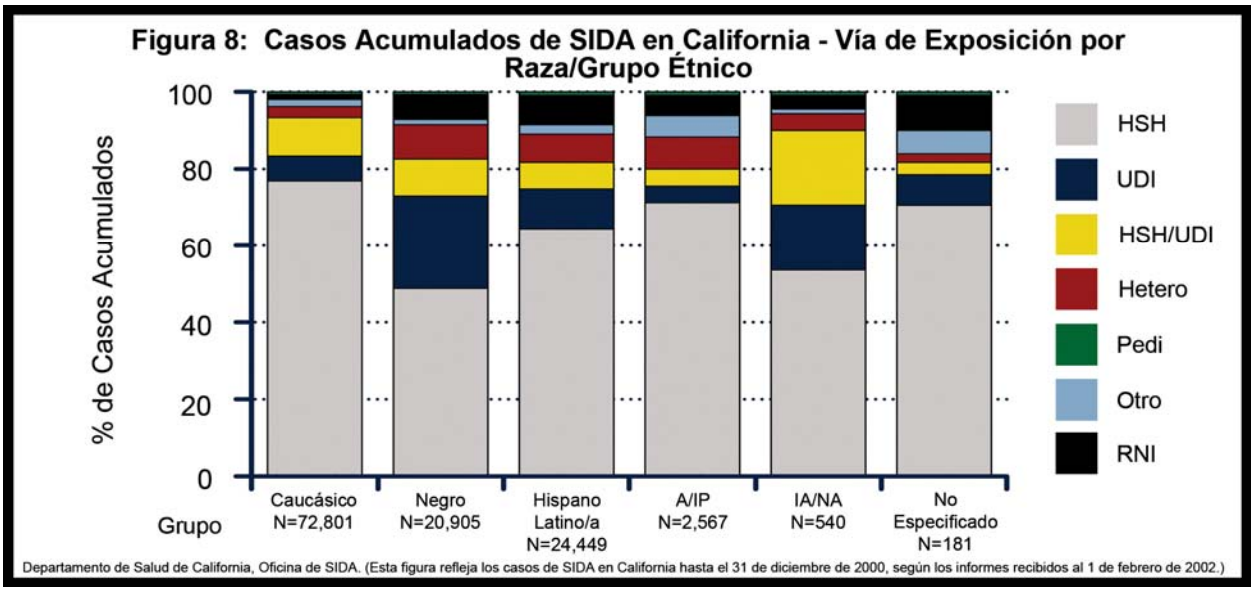
Departamento de Salud de California, Oficina de SIDA. (Esta tabla refleja los casos de SIDA en California hasta el 31 de diciembre de 2000, según los informes recibidos al 1 de febrero de 2002.)

Vía de Exposición

- Los HSH constituyen la vía primaria de exposición (el 65.9 por ciento) para los casos acumulados de SIDA en California, seguido por UDI (el 10.3 por ciento; datos no presentados).
- El porcentaje de casos acumulados que se deben a la exposición pediátrica es aproximadamente del 0.6 por ciento, y el de casos con el riesgo no identificado (RNI) es del 4.1 por ciento (datos no presentados).
- Entre los hombres, los HSH representan más de las tres cuartas partes (el 75.2 por ciento) de todas las exposiciones reportadas (Figura 7).
- Entre las mujeres, el contacto heterosexual es el modo principal de exposición y compone el 42.7 por ciento de todos los casos femeninos acumulados (en comparación con el 1.6 por ciento de todos los casos masculinos). La proporción de mujeres infectadas por UDI es más que un tercio (el 36.7 por ciento)
- Entre todas las categorías de edad de diagnóstico superior a los 19 años de edad, los HSH representan más del 65 por ciento (datos no presentados). Le siguen como vías de exposición más comunes el UDI y el HSH/UDI para individuos diagnosticados después de los 19 años y antes de los 50 años de edad, variando entre el 7.5 por ciento y el 12.0 por ciento (datos no presentados).
- Entre todos los grupos raciales/étnicos, con excepción de los Negros, la mayoría de los casos (54 a 77 por ciento) se encuentran entre los HSH (Figura 8). Para los Negros, los HSH componen el 48 por ciento de los casos de SIDA (Figura 8).
- La exposición por UDI se encuentra más comúnmente entre Negros que entre cualquier otro grupo racial/étnico (el 24.2 por ciento en comparación con el 6.4 por ciento entre Caucásicos y el 10.6 por ciento entre Hispanos; Figura 8).



*"RNI" indica "Riesgo no Identificado."



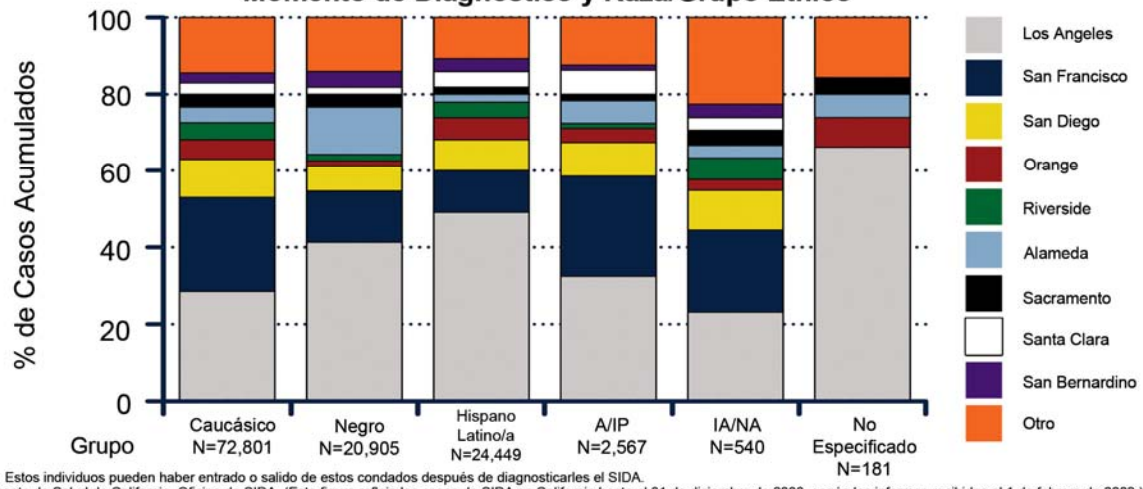
*"RNI" indica "Riesgo no Identificado."

<u>Condado de Residencia en el Momento del Diagnóstico</u>

- Casi el 70 por ciento de los individuos con SIDA residía en uno de cuatro condados en el momento del diagnóstico: Los Ángeles (el 35.3 por ciento), San Francisco (el 20.3 por ciento), San Diego (el 8.9 por ciento) y Alameda (el 4.9 por ciento). La mayoría de los restantes individuos con SIDA vivían en los condados de Orange, Riverside, Santa Clara, Sacramento y San Bernardino cuando se les diagnosticó el SIDA (datos no presentados).

- Para los Caucásicos, los Negros, los hispanos y los API en California, aproximadamente la mitad de todos los casos de SIDA (54.0 por ciento a 59.9 por ciento) vivían en los condados de Los Ángeles o San Francisco cuando se les hizo el diagnóstico (Figura 9).
- Para los AI/AN, el 45 por ciento residía en los condados de San Francisco o Los Ángeles cuando se les hizo el diagnóstico. Este grupo tenía un porcentaje de casos de SIDA ubicados en el condado de San Diego (11.3 por ciento) mayor que el de cualquier otro grupo racial/étnico (los otros grupos variaban entre el zero y el 9.7 por ciento; Figura 9).
- Los Negros tenían el por ciento de casos de SIDA radicados en el condado de Alameda (el 12.1 por ciento) mayor que cualquier otro grupo racial/étnico (éstos variaran entre el 2.3 por ciento y el 6.0 por ciento).
- Aproximadamente el 66.3 por ciento de los individuos del grupo racial/étnico marcado "otro" o "desconocido" vivían en el condado de Los Ángeles cuando se les diagnosticó el SIDA (Figura 9).
- Observe que estos porcentajes pueden hasta cierto grado reflejar la distribución geográfica de la población general y de los grupos raciales/étnicos en California.

Figura 9: Casos Acumulados de SIDA en California - Condado de Residencia en el Momento de Diagnóstico y Raza/Grupo Étnico



Observe: Estos individuos pueden haber entrado o salido de estos condados después de diagnosticarles el SIDA.
Departamento de Salud de California, Oficina de SIDA. (Esta figura refleja los casos de SIDA en California hasta el 31 de diciembre de 2000, según los informes recibidos al 1 de febrero de 2002.)

Casos de Personas que Viven con SIDA*

Número de personas que viven con SIDA: 46, 112 (el 38 por ciento de los casos acumulados en California). Población total de California en el año 2000: 33,871,648 (cálculos del Censo de EUA del año 2000).

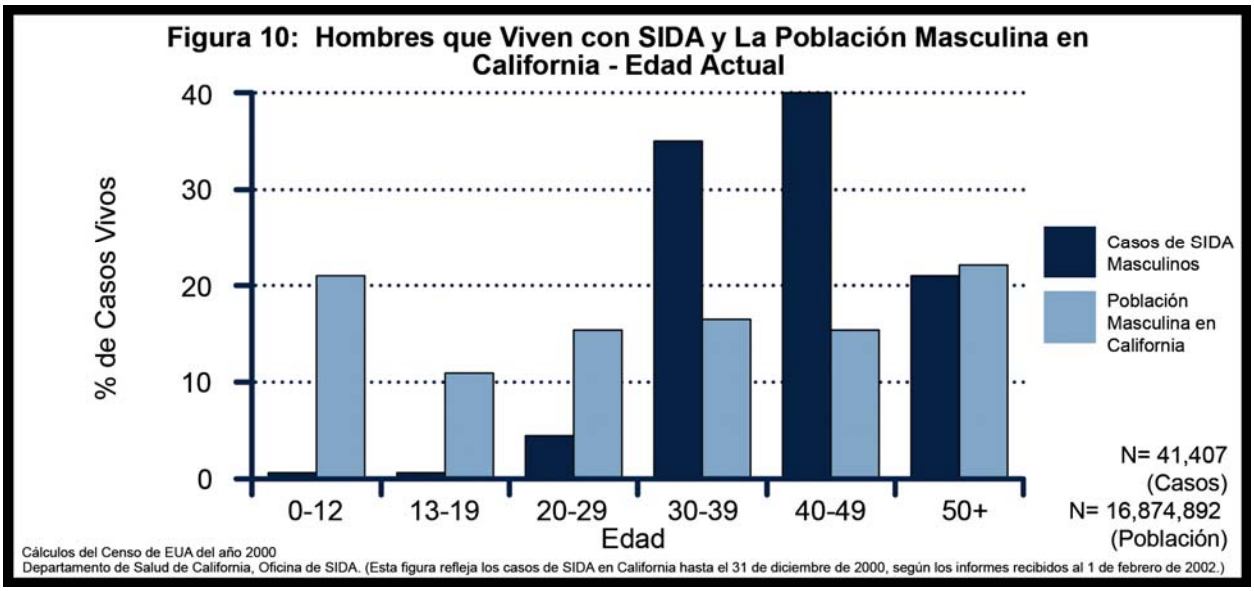
Sexo

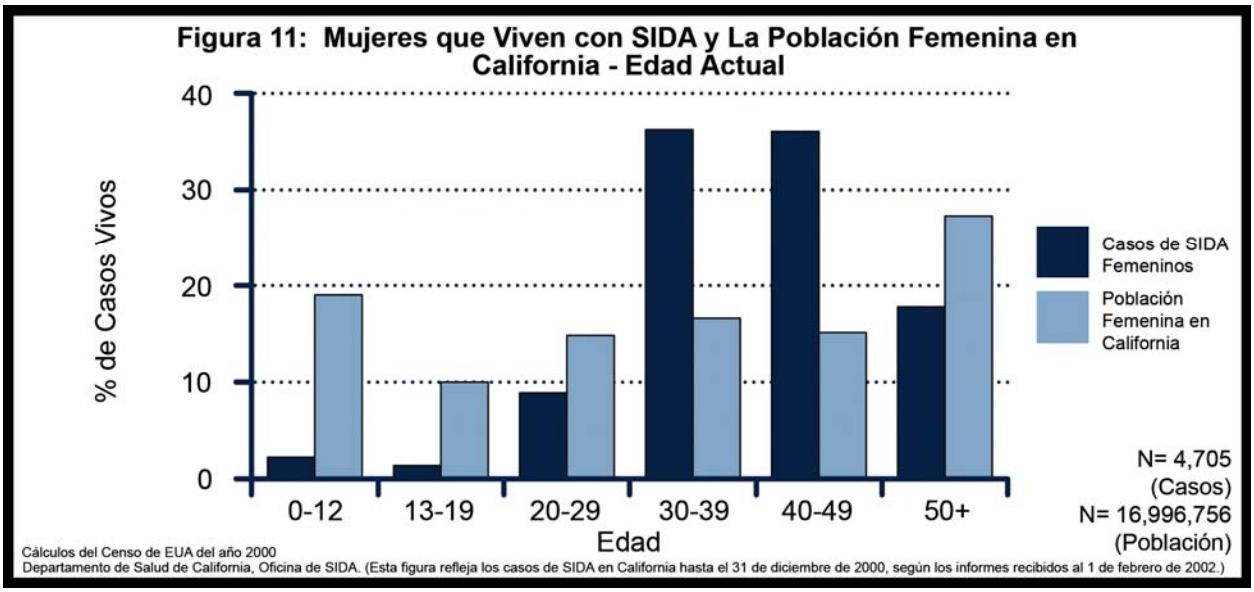
- De los 46,112 individuos en California que viven con SIDA, el 89.5 por ciento son hombres y el 10.2 por ciento son mujeres (datos no presentados).
- De los 16,874,892 residentes masculinos de California (cálculos del Censo de EUA del año 2000), aproximadamente el 0.25 por ciento (41,407) vive con SIDA en comparación con el 0.03 por ciento (4,705) de los 16,996,756 residentes femeninos en California.

Edad Actual

- Aproximadamente el 95 por ciento de los californianos que viven con SIDA tiene 30 años de edad o más, con la mayor concentración de casos entre las edades de 30 y 49 (el 74.9 por ciento). En comparación con la población general del estado, el análisis revela que el porcentaje de casos de SIDA entre este grupo de 30-49 años de edad es desproporcionadamente alto; las personas entre las edades de 30 y 49 años representan sólo el 31.0 por ciento de la población estatal (datos no presentados).
- La distribución por edad de los hombres que viven con SIDA es parecida a la de las mujeres con SIDA. La mayoría de los casos son entre las edades de 30 y 49 años (el 75.3 por ciento de los casos masculinos y el 71.4 por ciento de los casos femeninos). Estas cifras son desproporcionadamente altas para este grupo de edad al tomar en cuenta la distribución por edad de la población californiana masculina y femenina en el año 2000. Los cálculos del Censo indican que el 31.5 por ciento de la población masculina y el 30.6 por ciento de la población femenina tiene entre 30 y 49 años de edad (Figuras 10 y 11).
- Entre las mujeres, una proporción relativamente mayor (el 11.4 por ciento) de los casos vivos de SIDA tiene menos de 30 años de edad, en comparación con menos del cinco por ciento de los casos masculinos (Figuras 10 y 11).

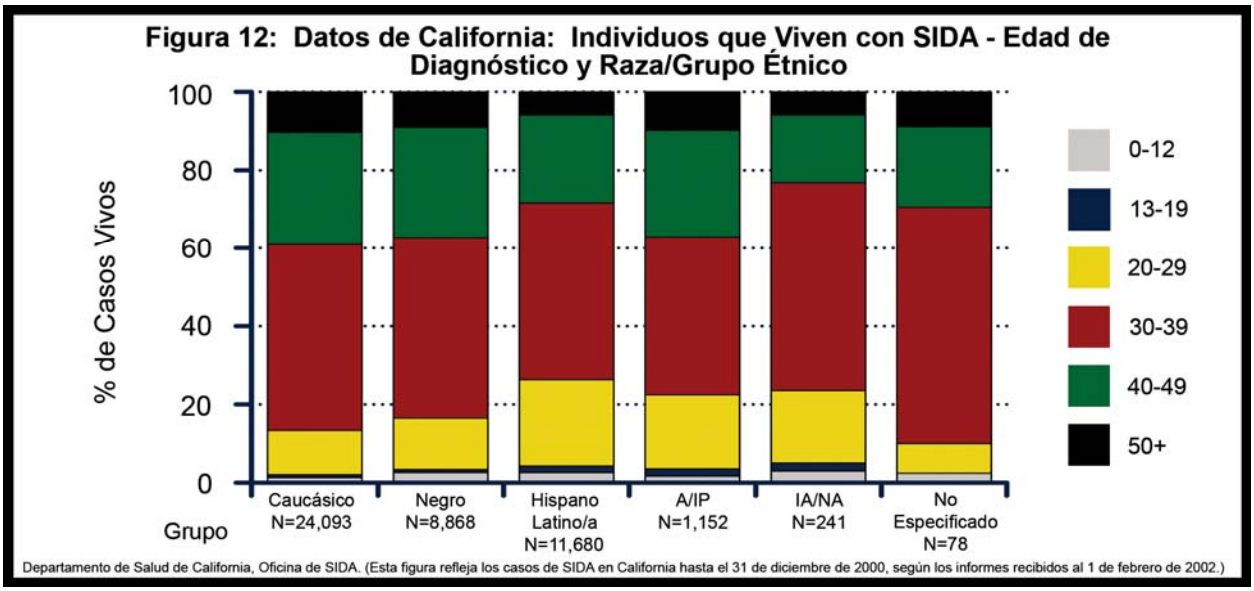
* Presuntamente vivos en diciembre del 2000





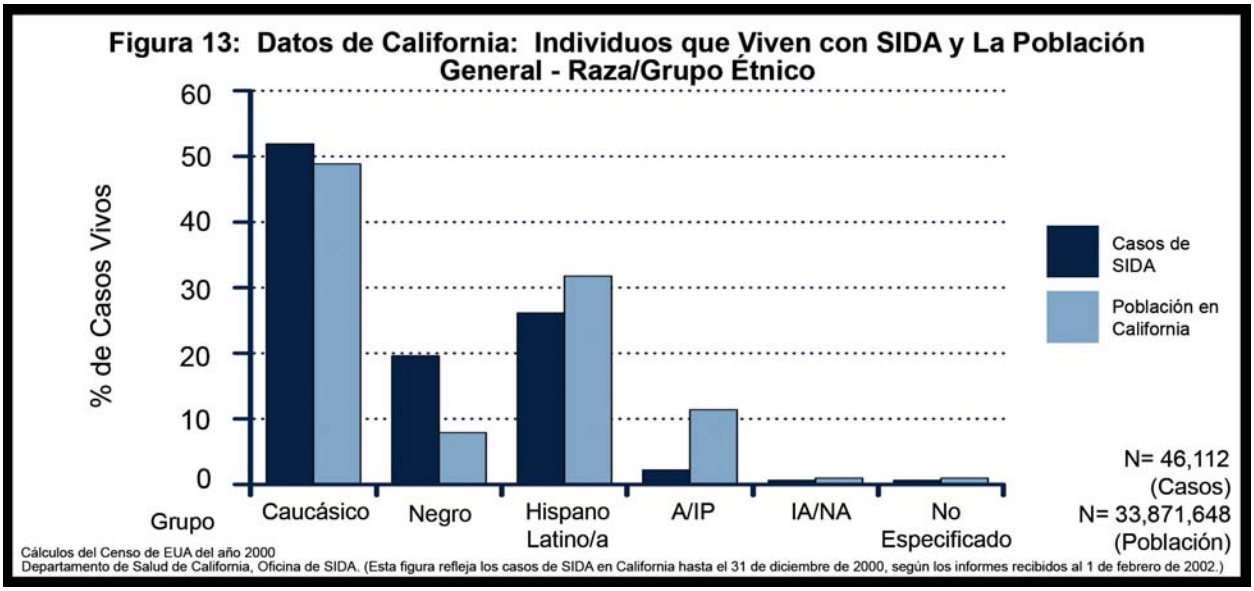
Edad de Diagnóstico

- La mayoría (el 46.9 por ciento) de los individuos que viven con SIDA fueron diagnosticados entre las edades de 30 y 39 años (datos no presentados).
- La distribución por edad es bastante similar a través de los grupos raciales/étnicos (Figura 12).
- Un porcentaje ligeramente mayor (24.9 por ciento) de Hispanos fueron diagnosticados entre las edades de 20 y 29 años, en comparación con otros grupos raciales/étnicos (Caucásicos: 13 por ciento, Negros: 15.6 por ciento, API: 19.7 por ciento e AI/AN: 20.8 por ciento; Figura 12).



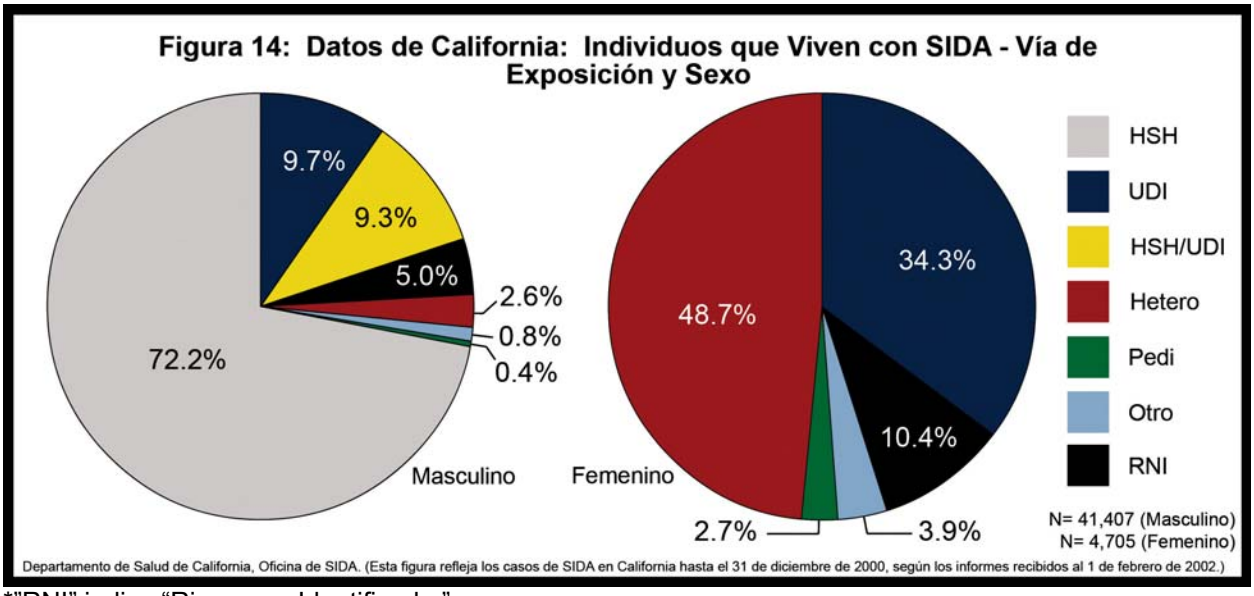
Raza/Grupo Étnico

- Los Caucásicos representan el mayor número de individuos que viven con SIDA (el 52.3 por ciento). Los Hispanos son el segundo grupo más grande 25.3 por ciento), seguidos por los Negros, (19.2 por ciento; Figura 13).
- Aunque los Negros representan el tercer grupo más grande de individuos que viven con SIDA (el 19.2 por ciento), ellos constituyen sólo el 6.7 por ciento de la población de California. Los Caucásicos representan el 52.3 por ciento de los individuos que viven con SIDA, aunque representan el 47.8 por ciento de la población general de California (Figura 13).



Vía de Exposición

- Casi las dos terceras partes (el 64.9 por ciento) de los individuos que viven con SIDA son hombres que se expusieron al VIH durante el contacto sexual con otro hombre. El UDI constituye el 12.1 por ciento de las exposiciones y el contacto heterosexual representa el 7.1 por ciento (datos no presentados).
- La mayoría de los hombres que viven con SIDA se expuso por medio de HSH (el 72.2 por ciento). El 9.7 por ciento se expuso por medio de UDI (Figura 14).
- Aproximadamente la mitad (el 48.7 por ciento) de las mujeres que viven con SIDA fueron expuestas durante el contacto heterosexual y la tercera parte (el 34.3 por ciento) fue expuesto por medio de UDI (Figura 14).

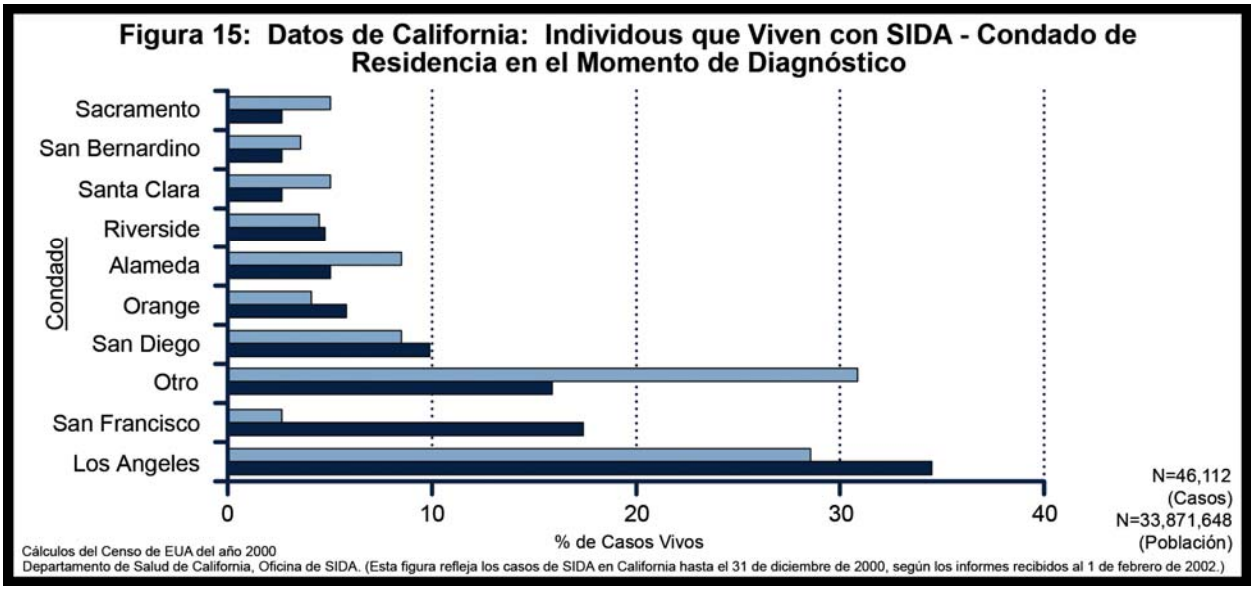


*"RNI" indica "Riesgo no Identificado."

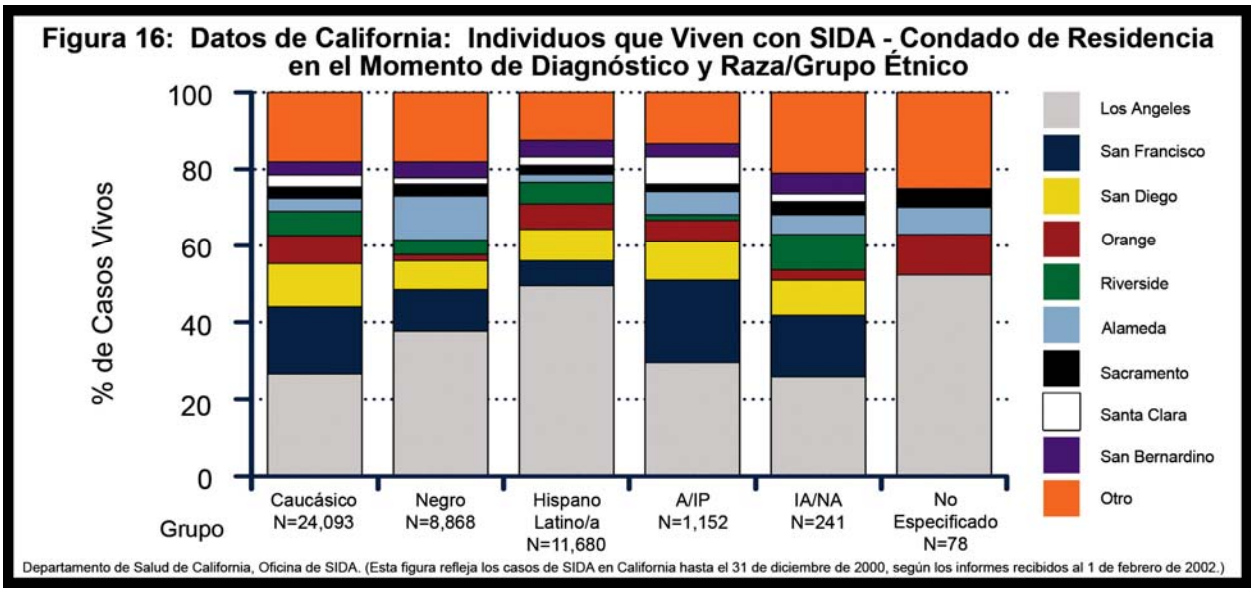
Condado de Residencia en el Momento del Diagnóstico

- Casi el 71 por ciento de todos los individuos que viven con SIDA residían en uno de los siguientes cinco condados cuando se les diagnosticó SIDA: Los Ángeles (el 34.1 por ciento), San Francisco (el 16.6 por ciento), San Diego (el 9.8 por ciento), Orange (5.7 por ciento) y Alameda (5.1 por ciento; Figura 15).
- En los condados de Riverside, Orange, San Diego, San Francisco y Los Ángeles, el porcentaje del total de casos de SIDA en California radicados en estos condados al momento del diagnóstico es mayor que el porcentaje del total de la población general que vivía en cada uno de estos cinco condados. La diferencia más marcada se observa en San Francisco, que alberga al 2.3 por ciento de la población general de California, pero se registró como el condado de diagnóstico del 16.6 por ciento de los casos de SIDA en California (Figura 15). Es importante señalar que estos individuos pueden haberse mudado desde que fueron diagnosticados.
- Aproximadamente la mitad de los Hispanos vivos con SIDA residían en los condados ya sea de Los Ángeles o de San Francisco al ser diagnosticados. Para

los Caucásicos, los Negros, y los AI/AN, la mitad de los casos residían en uno de los siguientes tres condados al recibir el diagnóstico: Los Ángeles, San Francisco, y San Diego. El 53.9 por ciento de los casos para los cuales no se especificó ningún grupo racial/étnico vivía en el condado de Los Ángeles (Figura 16).



Observación: Estos porcentajes pueden hasta cierto grado reflejar la distribución geográfica de la población general en California.



Observación: Estos porcentajes pueden hasta cierto grado reflejar la distribución geográfica de la población general y de los grupos raciales/étnicos en California.

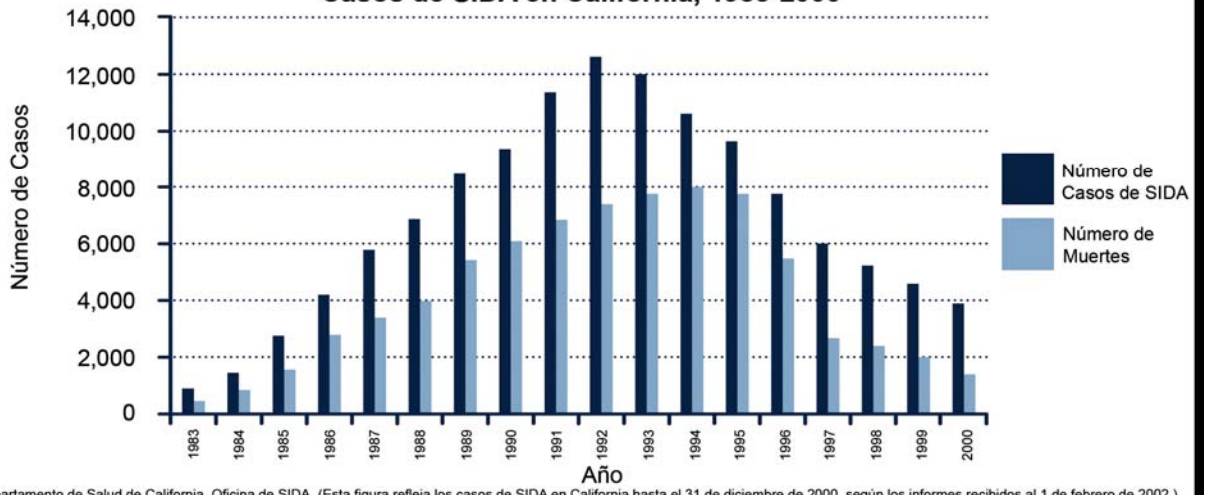
Las Tendencias del SIDA en California

Tendencias Generales

Las Tendencias de Nuevos Casos Anuales de SIDA

- El número de nuevos casos anuales de SIDA en California aumentó constantemente hasta 1992 (12,436 casos). Después de 1992, primero hubo una disminución rápida del número de casos de SIDA, luego una disminución más lenta, alcanzando 3,880 casos en 2000 (Figura 17). Esto podría indicar que realmente menos individuos han sido infectados con VIH y, también, que la progresión del VIH al SIDA no fue tan rápida como antes de la disponibilidad de varios medicamentos.
- La distribución por sexo de los nuevos diagnósticos de SIDA se mantuvo relativamente estable entre 1983 y 2000. Ha habido una disminución ligera pero constante del porcentaje del total de nuevos casos anuales que son masculinos, del 98.5 por ciento en 1983 al 85.9 por ciento en 2000 (datos no presentados).

Figura 17: Tendencias en Nuevos Casos Anuales de SIDA y Muertes Anuales entre Casos de SIDA en California, 1983-2000



Departamento de Salud de California, Oficina de SIDA. (Esta figura refleja los casos de SIDA en California hasta el 31 de diciembre de 2000, según los informes recibidos al 1 de febrero de 2002.)

Incidencia

- La máxima incidencia del SIDA en California ocurrió en 1992 con 39.9 casos/100,000. Posteriormente, la incidencia empezó a disminuir constantemente. (Tabla 2).
- En el 2000, la proporción de incidencia (número de casos de SIDA por población de 100,000) fue de 11.5 (Tabla 2).

Tabla 2: Incidencia Anual del SIDA en California, 1983-2000

Año del Diagnóstico	Incidencia de SIDA (Casos/100,000 personas)	Año del Diagnóstico	Incidencia de SIDA (Casos/100,000 personas)
1983	2.8	1992	39.9
1984	5.5	1993	37.9
1985	9.8	1994	32.8
1986	15.1	1995	29.9
1987	20.8	1996	23.3
1988	24.0	1997	17.9
1989	28.5	1998	14.8
1990	30.3	1999	13.3
1991	36.5	2000	11.5

Cálculos del Censo de EUA del año 2000
Departamento de Salud de California, Oficina de SIDA. (Esta tabla refleja los casos de SIDA en California hasta el 31 de diciembre de 2000, según los informes recibidos al 1 de febrero de 2002.)

Tendencias de Muertes Anuales Entre Casos de SIDA

- El número de muertes entre personas con SIDA aumentó constantemente hasta 1995, cuando empezó a disminuir rápidamente, alcanzando 1405 muertes en el año 2000 (Figura 17). El cambio en la tendencia de muerte a partir del 1995 puede ser el resultado en parte del advenimiento de las combinaciones de medicamentos para el tratamiento del VIH/SIDA.

Tiempo Medio de Supervivencia (en años) por Año de Diagnóstico

- El tiempo medio de supervivencia para individuos diagnosticados con SIDA se ha incrementado constantemente desde 1985. Durante los ocho años transcurridos entre 1986 y 1994, el tiempo medio de supervivencia aumentó más del 600 por ciento, de 1.0 a 6.1 años (Tabla 3).

Tabla 3: Tiempo de Supervivencia (en Años) entre Personas con SIDA por Año de Diagnóstico, 1983-1994

Año de Diagnóstico	Tiempo de Supervivencia (en Años)	Año de Diagnóstico	Tiempo de Supervivencia (en Años)
1983	1.0	1989	1.7
1984	0.9	1990	1.8
1985	0.9	1991	2.0
1986	1.0	1992	2.4
1987	1.4	1993	2.9
1988	1.6	1994	6.1

Cálculos del Censo de EUA del año 2000
Departamento de Salud de California, Oficina de SIDA. (Esta tabla refleja los casos de SIDA en California hasta el 31 de diciembre de 2000, según los informes recibidos al 1 de febrero de 2002.)

*Para los casos de SIDA diagnosticados despues del 1994, no se calculó el tiempo medio de supervivencia porque más de la mitad de estos casos estan vivos.

Tendencias por Edad de Diagnóstico

Tendencias de Nuevos Casos Anuales de SIDA por Edad de Diagnóstico

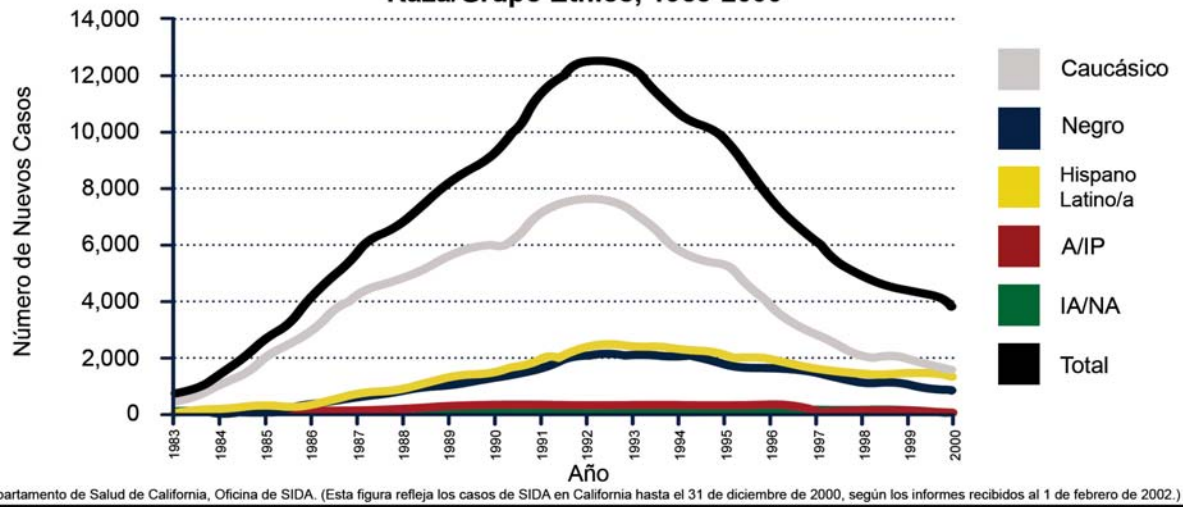
- De todos los individuos con un nuevo diagnóstico de SIDA, la proporción representada por cada grupo de edad no ha cambiado significativamente con el paso de los años (datos no presentados).
- Los californianos entre las edades de 30 y 39 años han representado la mayoría de los nuevos casos anuales de SIDA cada año, seguido por los de 40 a 49 años de edad. El porcentaje de nuevos casos anuales en el grupo de 30-39 años ha variado entre el 43 por ciento en 1983 y el 47.7 por ciento en 2000. Los individuos de 40 a 49 años de edad representaron el 29.3 por ciento del total de nuevos casos de SIDA del año 2000 (datos no presentados).
- El número de californianos diagnosticados con SIDA cada año se ha mantenido casi igual para los dos grupos de edad de 20-29 años y de 50+ años. Para el final del año 2000, estos grupos representaron el 11.7 por ciento y el 15.2 por ciento respectivamente de todos los nuevos casos anuales de SIDA (datos no presentados).
- Los menores de 13 años y los jóvenes entre 13 y 19 años de edad representaron menos del un por ciento de los nuevos casos de SIDA (el 0.23 por ciento y el 0.62 por ciento, respectivamente; datos no presentados).

Tendencias por Raza/Grupo Étnico

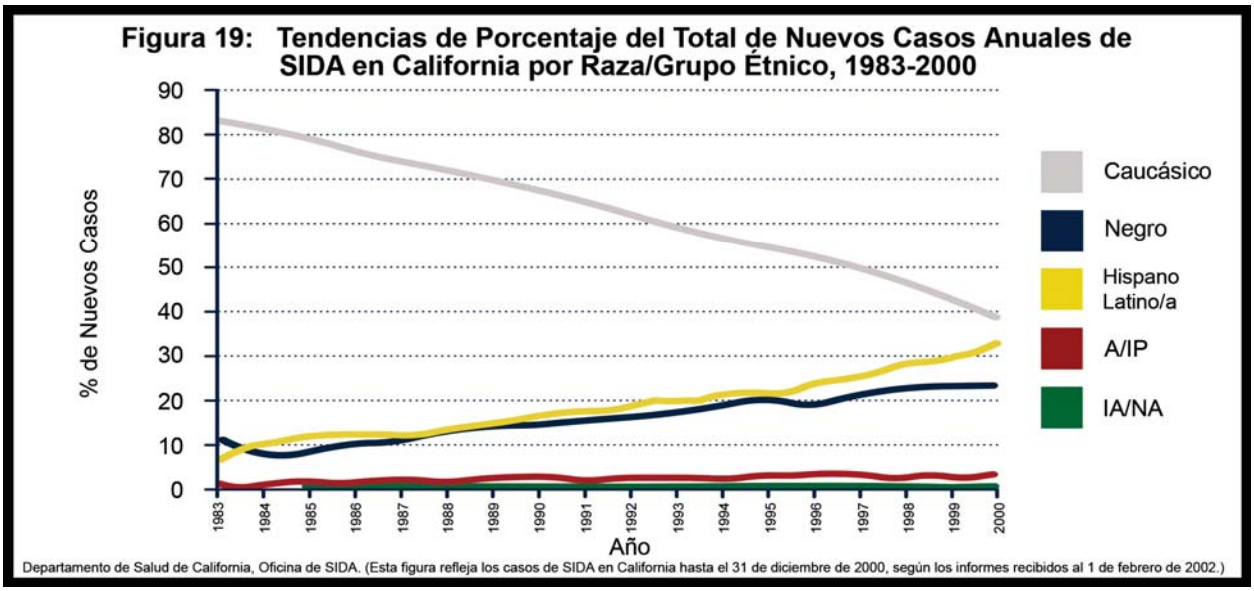
Tendencias en Nuevos Casos Anuales de SIDA por Raza/Grupo Étnico

- Entre los Caucásicos, los Hispanos y los Negros , los casos de SIDA se incrementaron constantemente entre 1983 y 1992. Después de 1992, los casos diagnosticados cada año empezaron a disminuir para los Caucásicos al tiempo que se mantuvieron estables entre los Hispanos y los Negros. No es sino hasta 1995 que se da una disminución visible de los nuevos diagnósticos de casos en estos grupos raciales/étnicos (Figura 18).
- El número de nuevos casos de SIDA diagnosticados entre los AI/AN o API se ha mantenido relativamente estable durante el transcurso del tiempo, entre 20-60 y 100-200 casos, respectivamente (Figura 18).
- Los Caucásicos siempre han representado más de los nuevos diagnósticos de SIDA que cualquier otro grupo racial/étnico. Los porcentajes de todos los nuevos casos que eran Negros o Hispanos fueron similares hasta 1995, cuando los Hispanos empezaron a representar más casos (Figura 19).
- Mientras que el porcentaje de Caucásicos diagnosticados con SIDA ha disminuido constantemente (del 83.2 por ciento en 1983 al 39.5 por ciento en 2000) los porcentajes de Negros y de Hispanos han aumentado en forma constante. El cambio más marcado se observa entre los Hispanos, que representaron el 6.5 por ciento de los nuevos diagnósticos de casos en 1983 y el 33.8 por ciento de los casos en 2000 (Figura 19).

Figura 18: Tendencias de Nuevos Casos Anuales de SIDA en California por Raza/Grupo Étnico, 1983-2000



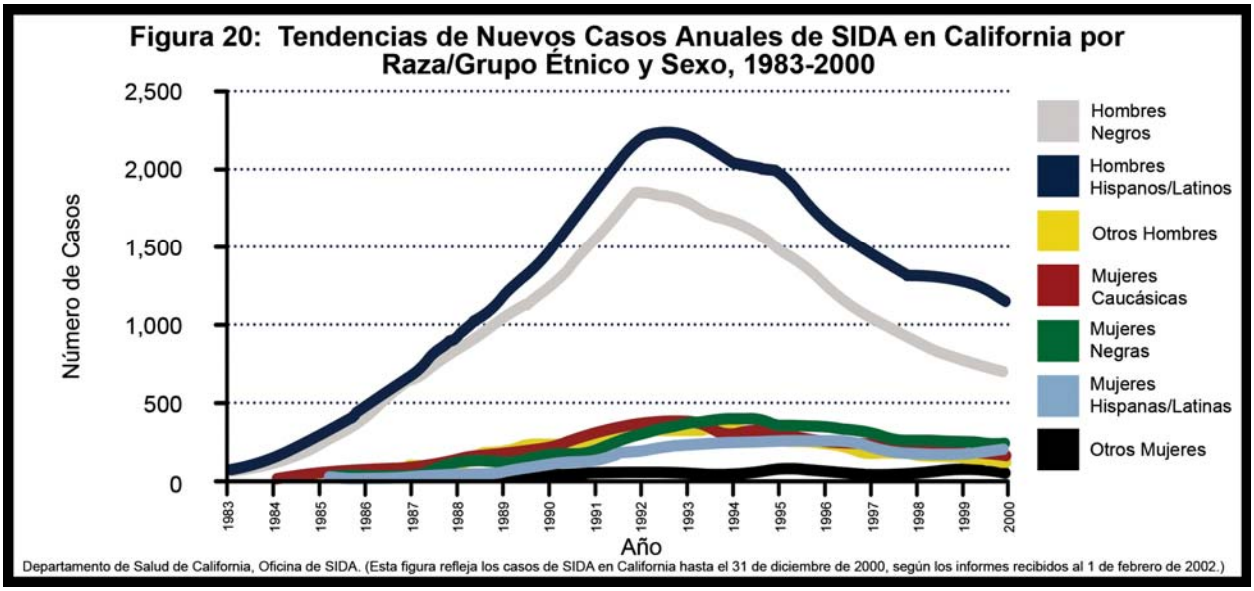
Departamento de Salud de California, Oficina de SIDA. (Esta figura refleja los casos de SIDA en California hasta el 31 de diciembre de 2000, según los informes recibidos al 1 de febrero de 2002.)



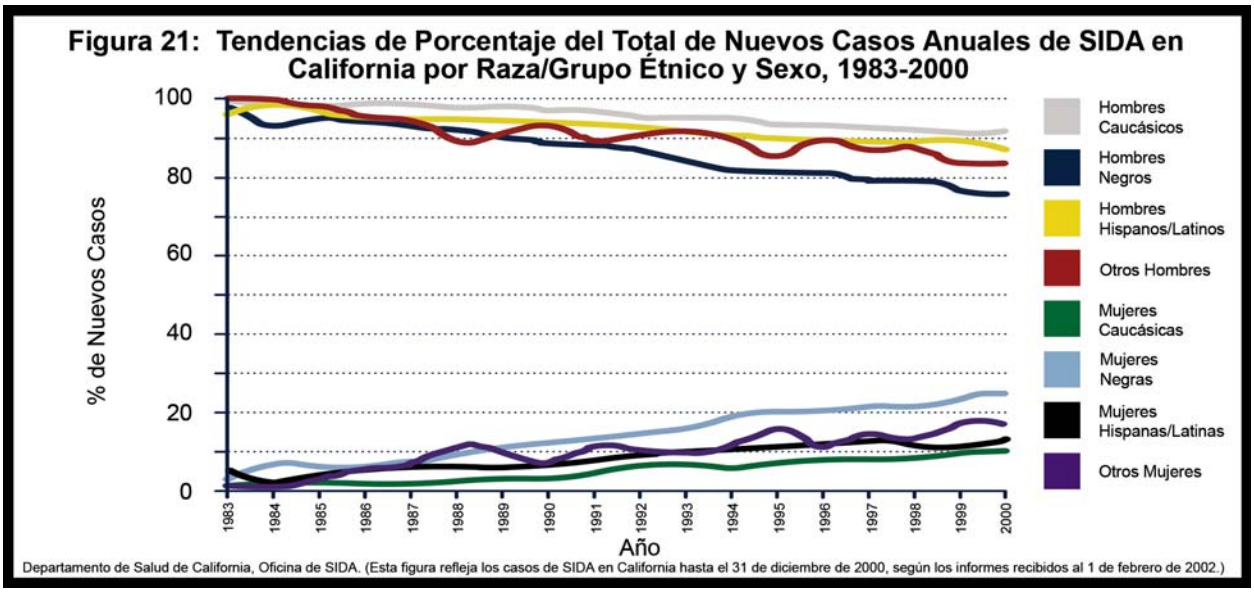
Tendencias de Nuevos Casos Anuales de SIDA por Raza/Grupo Étnico y Sexo

- Mientras que el número de los casos masculinos Hispanos de SIDA ha sido constantemente mayor que el número de los casos masculinos Negros con el paso de los años, el número de los casos femeninos Negros han sido mayor que el número de casos femeninos Hispanos. El porcentaje de los casos femeninos representados por las mujeres negras ha disminuido ligeramente desde el 1998, mientras el porcentaje de casos entre las mujeres hispanas ha aumentado ligeramente. Sin embargo, los números no son de tamaño suficiente para determinar la exactitud de una diferencia.
- Al llegar el año 1997, tanto las mujeres hispanas como las mujeres negras representaron un porcentaje de los nuevos casos de SIDA mayor que el representado por los hombres de AI/AN y API combinado (Figura 20).
- La disminución más dramática del porcentaje de casos masculinos ocurrió entre los Negros con SIDA en comparación con cualquier otro grupo racial/étnico (97.2 por ciento en 1983 al 75.9 por ciento en el 2000; Figura 21).
- Las reducciones del porcentaje de casos masculinos de SIDA en cada categoría racial/étnica diagnosticados a lo largo de los años sólo indican que el porcentaje de mujeres en categoría racial/étnica ha ido aumentando (Figura 21). La distribución por sexo de cada grupo racial/étnico en la población general no ha variado mucho con el paso de los años. Por lo tanto el ajuste de los estimados de la población no afectaría mayormente estas distribuciones.
- Entre los casos Hispanos de SIDA, el porcentaje de casos femeninos también se ha incrementado considerablemente, desde el 4.6 por ciento en 1983 hasta el 13.2 por ciento en el 2000 (Figura 21).
- El mayor incremento del porcentaje de casos femeninos se ha registrado entre los Negros con SIDA (2.8 por ciento en 1983 al 24.1 por ciento en el 2000).

- En general, el porcentaje de casos de “otros” grupos raciales/étnicos representados por mujeres ha ido en aumento, alcanzando el 16.7 por ciento de todos los casos de “otros” grupos raciales/étnicos en el 2000 (Figura 21).



Observación: Para una mejor presentación gráfica de los datos para todos los otros grupos raciales/étnicos, no se presentan los datos para hombres Caucásicos. La tendencia general para este subgrupo es similar al que se observa para todos los casos de SIDA entre Caucásicos en la Figura 18.

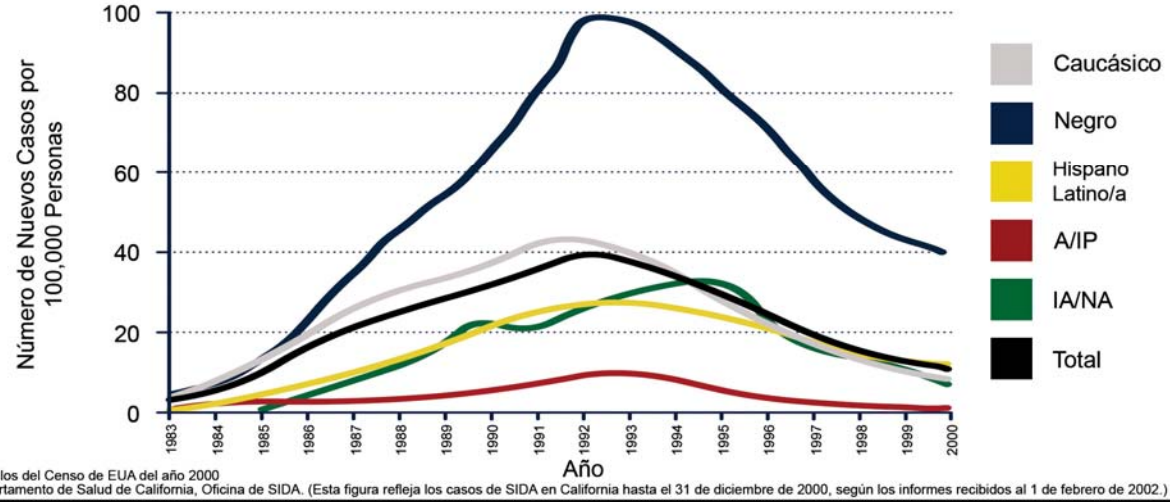


Observación: Estos porcentajes pueden hasta cierto grado reflejar la distribución de sexo (genero) dentro de los grupos raciales/étnicos en California.

Incidencia por Raza/Grupo Étnico

- Aunque las tendencias de nuevos casos anuales por grupo racial/étnico dan una idea sobre el número de individuos de esos grupos que han sido afectados por el SIDA, las estadísticas de incidencia son útiles para evaluar si ciertas poblaciones están desproporcionadamente afectadas.
- Desde 1985, la incidencia de SIDA entre los Negros ha sido mayor que en cualquier otro grupo racial/étnico. En su punto máximo en 1992, la incidencia entre los Negros era casi 2.5 veces mayor que la de la población general. En el año 2000, la proporción de incidencia fue de 39.9 casos/100,000 (Figura 22).
- Las tendencias de incidencia entre los Caucásicos han seguido de cerca las tendencias de la población total. La proporción de incidencia para los Caucásicos en 2000 fue de 9.5 casos/100,000 (Figura 22).
- La incidencia de SIDA entre los Hispanos aumentó constantemente hasta 1992 con una proporción de incidencia de 28.4 casos/100,000. En el año 2000, la incidencia entre Hispanos era parecida a la incidencia entre la población general (12.0 y 11.5 casos/100,000, respectivamente; Figura 22).
- La incidencia de SIDA entre los API siempre ha sido la menor durante el transcurso de los años, variando entre 0.1 y 8.9 casos/100,000 (Figura 22). Las tendencias de incidencia para los AI/AN son difíciles de interpretar debido al número reducido de casos.

Figura 22: Incidencia Anual del SIDA en California por Raza/Grupo Étnico, 1983-2000



Cálculos del Censo de EUA del año 2000
Departamento de Salud de California, Oficina de SIDA. (Esta figura refleja los casos de SIDA en California hasta el 31 de diciembre de 2000, según los informes recibidos al 1 de febrero de 2002.)

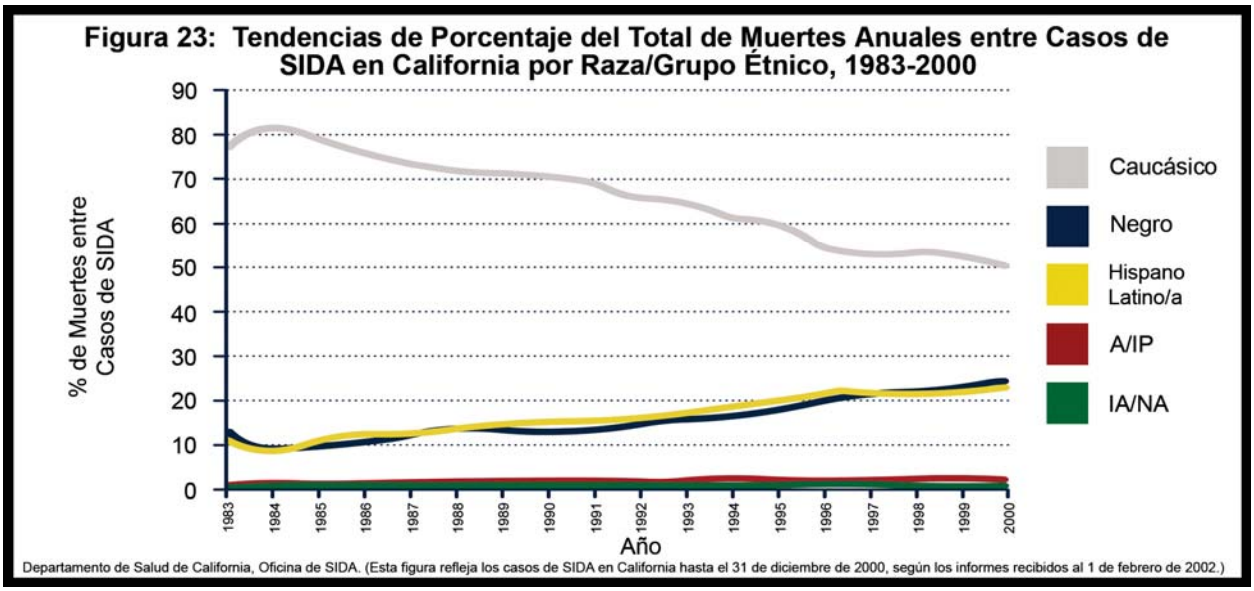
Tabla 4: Nuevos Casos de SIDA y la Población General de California por Raza/Grupo Étnico, 2000

Raza/Grupo Étnico	% de los Casos de SIDA en 2000	% de la Población de California en 2000
Caucásico	39.5	46.5
Negro	23.4	6.7
Hispano/Latino/a	33.9	32.9
A/IP	2.7	11.8
IA/NA	0.5	1.1

Cálculos del Censo de EUA del año 2000
Departamento de Salud de California, Oficina de SIDA. (Esta tabla refleja los casos de SIDA en California hasta el 31 de diciembre de 2000, según los informes recibidos al 1 de febrero de 2002.)

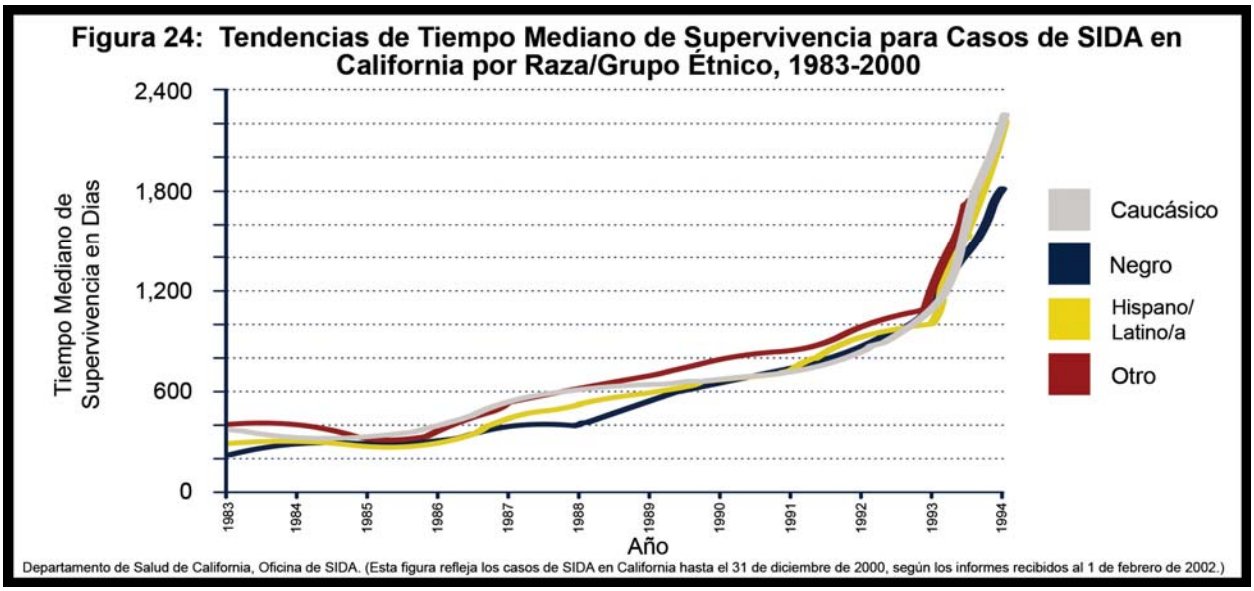
Tendencias de Muertes Anuales Entre Casos de SIDA por Raza/Grupo Étnico

- En todos los grupos raciales/étnicos ha disminuido el número de muertes entre personas con SIDA desde 1995. La mayor reducción corresponde a los Caucásicos, de 4,525 a 699 muertes en el año 2000 (una disminución del 85 por ciento aproximadamente; datos no presentados).
- La tendencia del número de muertes ha sido aproximadamente igual entre los Hispanos con SIDA y los Negros con SIDA. El máximo número de muertes en estos dos grupos ocurrió en 1994 con aproximadamente 1,375 y 1,496 y se redujo hasta 556 (para cada grupo) en 1997, nivelándose en 327 y 341 respectivamente en el 2000 (datos no presentados).
- Mientras que la mayoría de muertes entre casos de SIDA ha ocurrido de forma constante entre Caucásicos, al igual que la mayoría de nuevos diagnósticos de SIDA, el porcentaje de muertes por SIDA representadas por casos de SIDA entre Caucásicos ha ido disminuyendo desde 1984 (del 82.4 por ciento en 1984 al 49.8 por ciento en el año 2000; Figura 23).
- Las tendencias de porcentaje del total de muertes representadas por los Negros son casi idénticas a las representadas por los Hispanos. Estos porcentajes han aumentado progresivamente con el tiempo, de aproximadamente el 12.0 por ciento en 1983 al 24.3 por ciento en el 2000 para los Negros y del 10.6 por ciento en 1983 al 23.3 por ciento en el 2000 para los Hispanos (Figura 23).
- Los porcentajes de muertes representadas por casos de SIDA entre los API y los AI/AN se han mantenido por debajo del 3.0 por ciento (Figura 23).



Tendencias de Tiempo Medio de Supervivencia por Raza/Grupo Étnico

- El tiempo medio de supervivencia se mantuvo relativamente estable (entre 200 y 400 días) para todos los grupos durante los primeros años de la década de 1980. A partir del final de 1986 hasta mediados de 1993, el tiempo medio de supervivencia aumentó constantemente (Figura 24).
- A mediados de1993 hubo un aumento repentino y dramático del tiempo medio de supervivencia para todos los grupos hasta el final de 1994.
- Los tiempos medios de supervivencia en 1994 son más de seis veces mayores que los observados en 1986 (de aproximadamente 6.1 años en comparación con 1.0 año, respectivamente).
- Las tendencias de supervivencia de los Caucásicos, los Negros y los Hispanos son parecidas a las tendencias de supervivencia de la población total de personas con SIDA en California (Figura 24).
- El tiempo medio de supervivencia para los API, AI/AN y no especificado ha variado mucho durante el transcurso de los años, debido en gran parte a los números relativamente reducidos de casos de SIDA y muertes entre éstos (datos no presentados). Estos grupos con pocos casos de SIDA se han combinado bajo una categoría general titulada “otra” para el propósito de estos análisis.
- Estas tendencias deben ser reevaluadas durante los años siguientes para determinar si surgen otras divergencias por grupo racial/étnico. Es importante notar que si se observan tiempos medios de supervivencia menores para ciertos grupos, éstos podrían reflejar una demora en hacerse la prueba, el acceso nulo o limitado al tratamiento así como el subregistro de defunciones debido a la imposibilidad de hacerle seguimiento a los casos.



Observación: Para los casos de SIDA diagnosticados despues del 1994, no se calculó el tiempo medio de supervivencia porque más de la mitad de estos casos estan vivos. La categoría 'Otro' incluye API, AI/AN, y grupos raciales/étnicos que no estan especificados.

Tendencias por Vía de Exposición

Tendencias de Nuevos Casos Anuales de SIDA por Vía de Exposición (datos no presentados)

En General

- HSH ha sido la vía de exposición más común entre casos de SIDA desde el comienzo de la epidemia del VIH/SIDA. Esta tendencia se debe en gran parte a la elevada proporción de casos que son masculinos. Sin embargo, el porcentaje de casos de SIDA debido al HSH, ha disminuido progresivamente, del 74.9 por ciento de los casos de SIDA en 1990 al 54.3 por ciento de los casos en el año 2000.
- Desde 1990, el porcentaje de casos de SIDA atribuibles al contacto heterosexual y al UDI ha aumentado constantemente. El porcentaje de casos de SIDA atribuibles al contacto heterosexual se ha incrementado del 2.6 por ciento en el año 1990 al 10.6 por ciento en 2000,mientras que los casos atribuibles al UDI han aumentado del 8.1 por ciento al 14.7 por ciento entre estos años.
- Desde 1994, el porcentaje de nuevos casos de SIDA para los cuales no se ha identificado ninguna vía de exposición (riesgo no identificado o NRI) ha incrementado del 3.6 por ciento en 1994 al 12.5 por ciento en 2000.
- Entre 1990 y 2000, el porcentaje de nuevos casos atribuibles al HSH/UDI disminuyó ligeramente del 9.5 al 6.6 por ciento.

Entre los Casos Masculinos

- Entre los hombres, el HSH siempre ha sido la vía de exposición más común entre nuevos casos de SIDA. Desde 1990, el porcentaje de nuevos casos de SIDA atribuibles al HSH ha reducido constantemente (79.0 por ciento en 1990 al 63.2 por ciento en el 2000).
- Desde 1990, el porcentaje de casos atribuibles al contacto heterosexual y al UDI ha aumentado (del 0.9 y 6.2 por ciento en 1990 al 4.9 y 12.3 por ciento en el año 2000, respectivamente).
- Desde 1995, el porcentaje de nuevos casos de RNI se ha incrementado (del 4.2 por ciento hasta alcanzar el 10.9 por ciento en el 2000).
- La exposición al SIDA por otras vía se ha mantenido relativamente constante.

Entre los Casos Femeninos

- Entre las mujeres, el contacto heterosexual ha surgido como la vía principal de exposición entre los nuevos casos de SIDA diagnosticados desde 1993, representando el 18.2 por ciento de todos los casos de SIDA en 1983 y el 43.9 por ciento en 1993.
- Desde 1993, el UDI se ha convertido en la segunda vía de exposición más común, representando el 18.2 por ciento de todos los casos de SIDA en 1983 y el 38.5 por ciento en 1993.
- En el año 2000, el 45.6 por ciento de todos los nuevos casos de SIDA se atribuyó al contacto heterosexual; el 29.2por ciento se debían al UDI.
- El porcentaje de nuevos casos de RNI ha ido en aumento desde 1993, del 6.6 por ciento al 22.5 por ciento en el año 2000.
- Los datos anteriores a 1993 son difíciles de interpretar debido al reducido número de nuevos casos anuales de SIDA.

EL SIDA ENTRE HISPANOS EN CALIFORNIA

EL SIDA ENTRE HISPANOS EN CALIFORNIA

Casos Acumulados de SIDA Entre Hispanos

De marzo de 1978 al 31 de diciembre de 2000:
(Nota: El primer caso de SIDA en un Hispano fue diagnosticado en 1979)

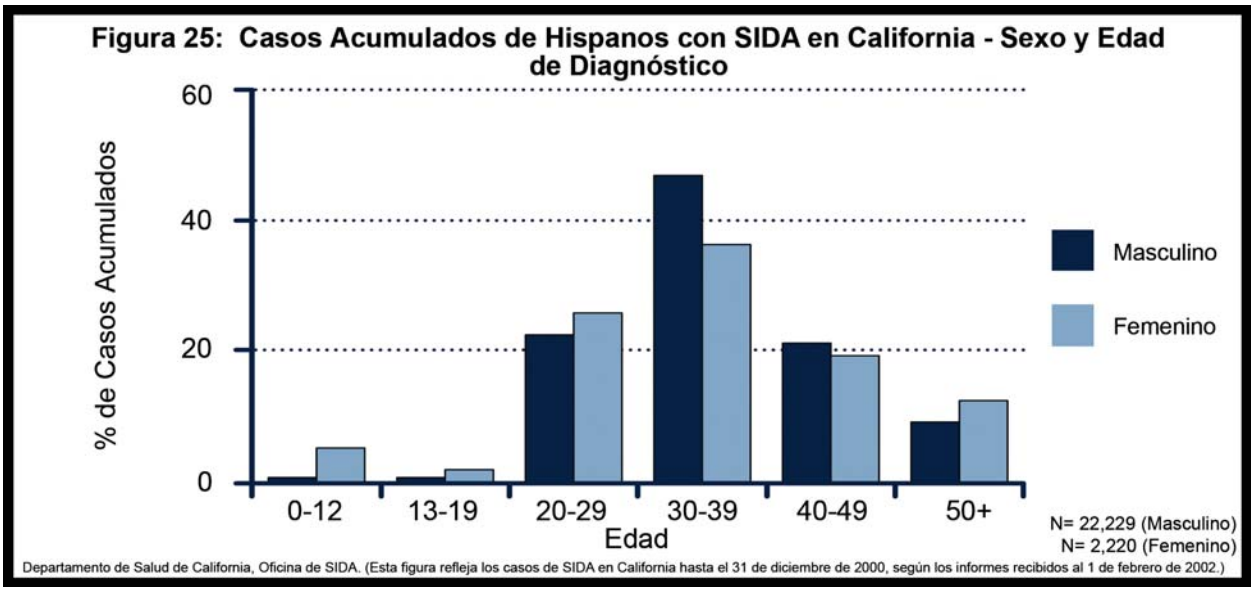
- Casos acumulados de SIDA entre un Hispano: 24,449 (20.1 por ciento de todos los casos de SIDA en California).
- Número de muertes por SIDA: 12,769 (el 52.2 por ciento de todos los casos de Hispanos con SIDA; el 17.0 por ciento de todas las muertes por SIDA en California).
- Hispanos presuntamente vivos con SIDA: 11,680 (el 47.8 por ciento de todos los casos Hispanos de SIDA; el 25.3 por ciento de todos individuos presuntamente vivos con SIDA).

Sexo

- De todos los casos acumulados de SIDA entre Hispanos, el 90.9 por ciento son masculinos y el 9.1 por ciento son femeninos (datos no presentados).

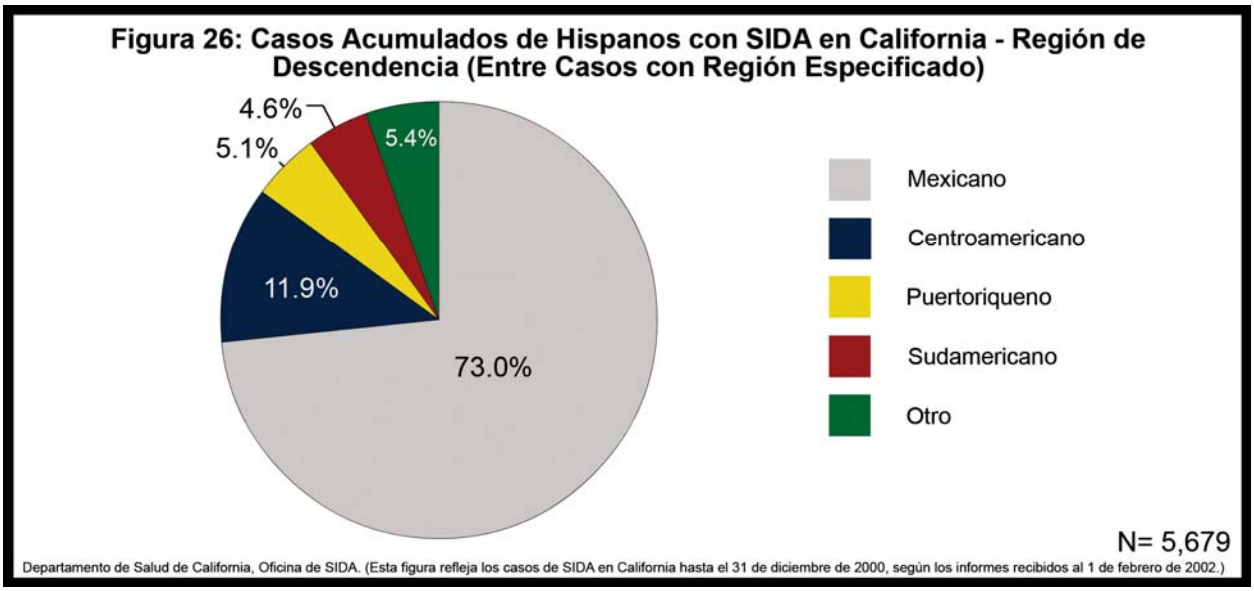
Edad de Diagnóstico

- En el 89.4 por ciento de los casos de SIDA entre Hispanos, el primer diagnóstico del SIDA ocurrió entre las edades de 20 y 49 años, con el número máximo de casos (el 45.8 por ciento) entre las edades de 30 y 39. Aproximadamente el 1.6 por ciento de todos los casos eran menores de 20 años cuando se les diagnosticó el SIDA por primera vez (datos no presentados). La edad de diagnóstico es ligeramente menor para los casos de Hispanos en comparación con todos los casos de SIDA en California.
- Como se observa entre todos los casos de SIDA en California, una mayor proporción de mujeres Hispanas con SIDA, en comparación con los hombres Hispanos, fueron diagnosticados antes de la edad de 20 años (el 6.8 por ciento de las Hispanas en comparación con el 1.1 por ciento de los hombres Hispanos). Un mayor porcentaje de Hispanas fueron diagnosticadas después de la edad de 50 años en comparación con hombres Hispanos (el 12.3 por ciento en comparación con el 8.6 por ciento; Figura 2.5).

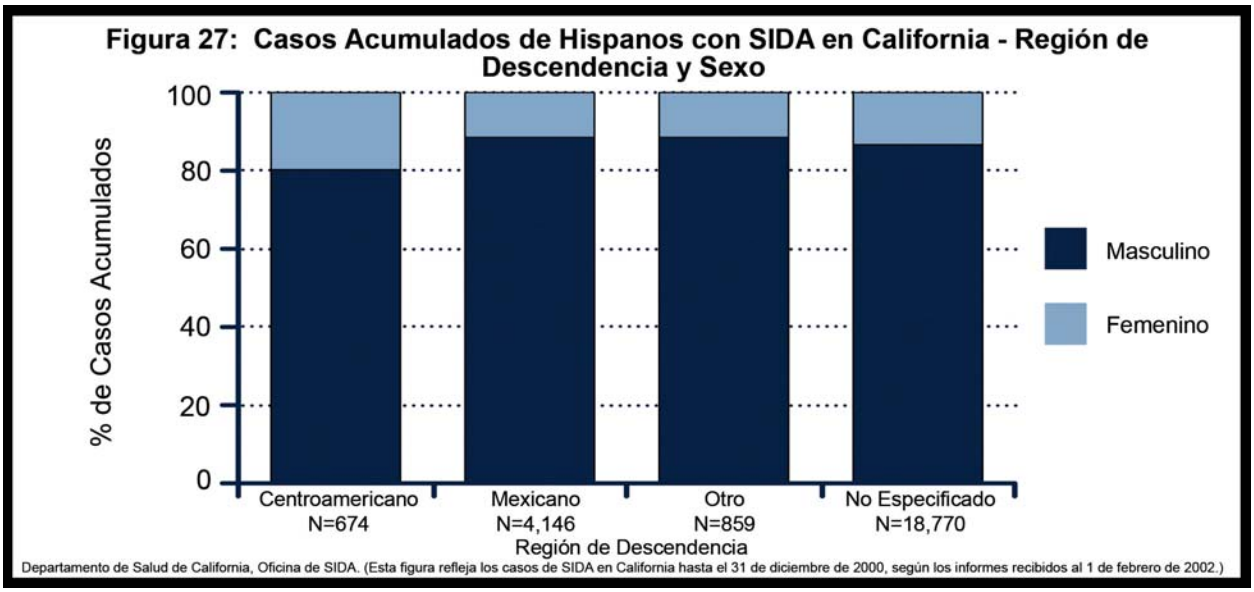


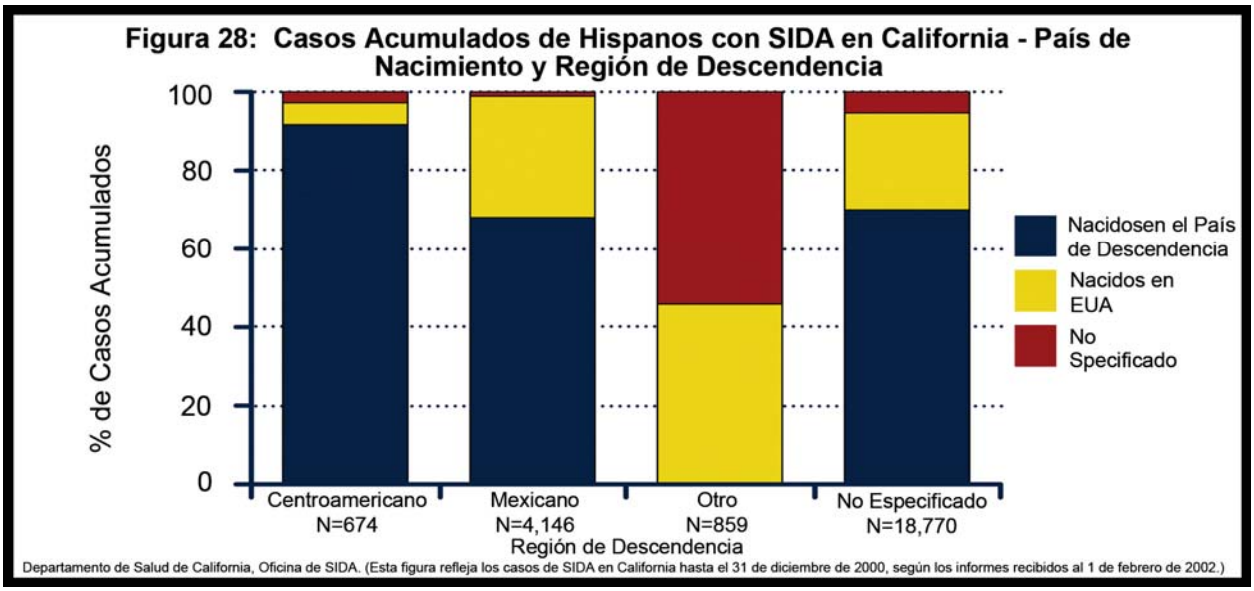
Región de Descendencia

- Se desconoce la región de descendencia de la mayoría (el 76.8 por ciento) de los casos de SIDA entre Hispanos.
- De los casos de SIDA con región de descendencia especificada, el 73 por ciento son descendientes mexicanos (Figura 26). Esto equivale al 17 por ciento de todos los casos acumulados de SIDA entre Hispanos.
- Todas las otras regiones de descendencia (incluyendo Centroamérica, el Caribe, Sudamérica, España, y Portugal) juntas representan el 6.4 por ciento de los casos de SIDA entre Hispanos (datos no presentados).
- La mayoría de los casos de SIDA entre centroamericanos y mexicanos han sido masculinos. La mayor proporción de casos de SIDA femeninos se encontraron entre las mujeres de descendencia centroamericana (17.1 por ciento; Figura 27).
- De los dos mayores subgrupos Hispanos (centroamericano y mexicano), la proporción de casos de SIDA entre los nacidos en los Estados Unidos es mucho menor entre centroamericanos (4.6 por ciento) que entre mexicanos (31.4 por ciento; Figura. 26). Aproximadamente el 92.7 por ciento de los casos de descendencia centroamericana nacieron en su país de descendencia, mientras que el 68.1 por ciento de los casos de descendencia mexicana nacieron en México.



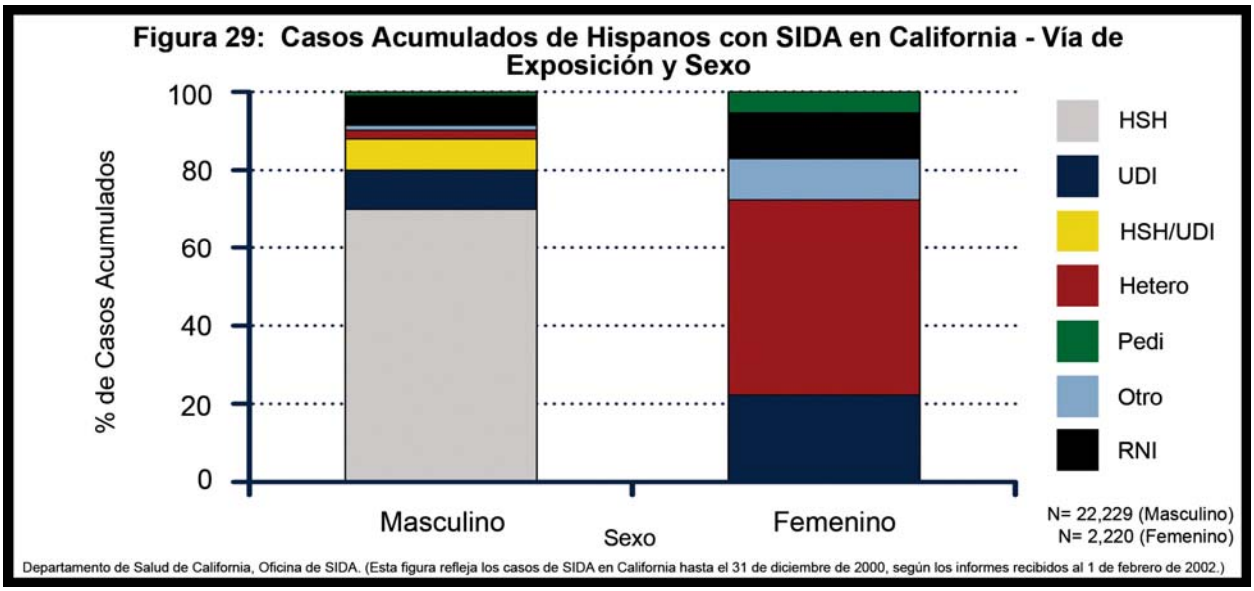
Observación: La Región de Descendencia no esta especificada para el 76.8 por ciento de casos de SIDA entre Hispanos. Estos casos de SIDA no estan incluidos en la figura.



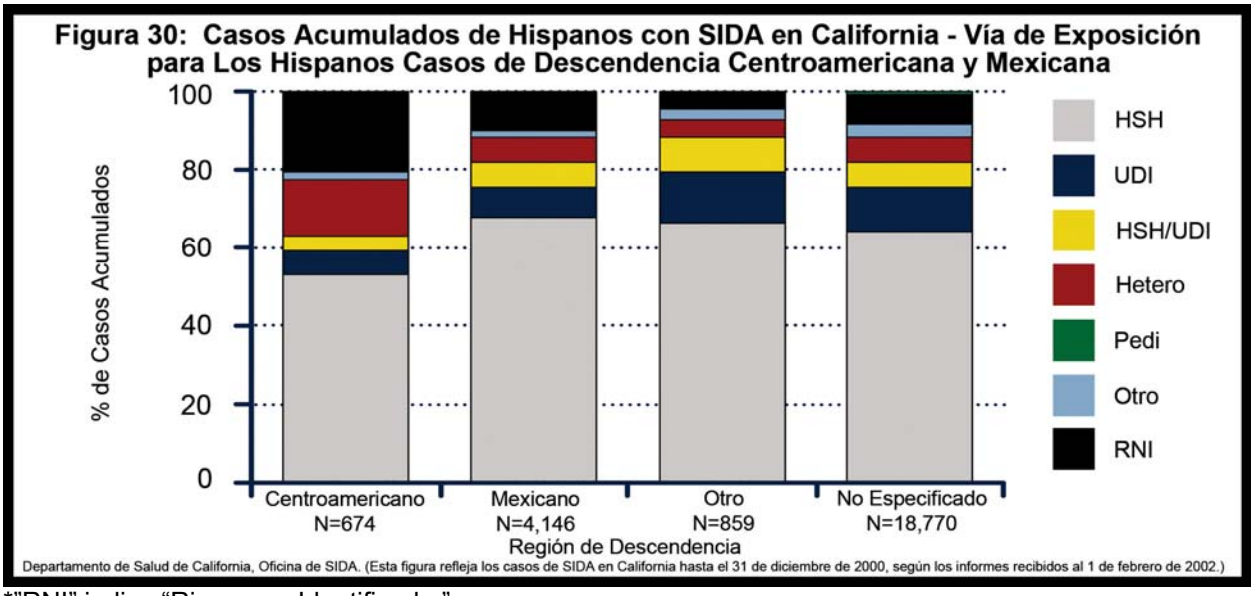


Vía de Exposición

- La distribución de vía de exposición entre los casos de SIDA acumulados entre Hispanos en California refleja la de todos los casos acumulados de SIDA en el estado, y la gran mayoría de exposiciones (el 64.0 por ciento) se debe al HSH. El UDI fue la segunda vía más común de exposición entre los Hispanos, comprendiendo aproximadamente la décima parte (el 10.6 por ciento) de todos los casos (datos no presentados).
- Entre los casos de SIDA entre Hispanos masculinos, el 70.4 por ciento fueron expuestos por HSH. El contacto heterosexual representa más de la mitad (el 50.6 por ciento) de todos los casos de SIDA entre Hispanos femeninos. El porcentaje de casos de mujeres expuestas por UDI es mayor que el de los casos de hombres (el 22.5 por ciento en comparación con el 9.4 por ciento; Figura 29).
- La exposición al VIH por HSH es ligeramente menor entre casos de descendencia centroamericana (el 52.7 por ciento) que entre los casos de descendencia mexicana (el 67.1 por ciento). En cambio, la exposición heterosexual es más común entre casos de descendencia centroamericana que mexicana (el 15.1 por ciento en comparación con el 6.7 por ciento; Figura 30).



*"RNI" indica "Riesgo no Identificado."



*"RNI" indica "Riesgo no Identificado."

<u>Condado de Residencia en el Momento del Diagnóstico</u>

- Las tres cuartas partes de todos los casos de SIDA entre Hispanos residían en los siguientes cuatro condados cuando se les diagnosticó el SIDA: Los Ángeles (el 49.1 por ciento), San Francisco (el 10.8 por ciento), San Diego (el 8.7 por ciento) y Orange (el 6.0 por ciento).
- Desde 1980, se han diagnosticado muchos más casos de SIDA entre Hispanos en el condado de Los Ángeles que en cualquier otro condado de California. Esta región representa más de la mitad (el 49.1 por ciento) de todos los casos

acumulados de SIDA que son Hispanos (datos no presentados). Estos porcentajes podrían ser una función de la distribución geográfica de la población Hispana general en California.

Origen

- Por lo menos la mitad (el 50.8 por ciento) de todos los Hispanos diagnosticados con SIDA en California nacieron fuera de los Estados Unidos. En el 7.8 por ciento de los casos de SIDA acumulados entre Hispanos, no se especificó el país de nacimiento (datos no presentados).

Casos de Hispanos que Viven con SIDA*

El número de Hispanos que viven con SIDA: 11, 680 (el 47.8 por ciento de todos los Hispanos con SIDA; el 25.3 por ciento de todos los individuos que viven con SIDA). La población Hispana general en California en 2000: 10,966,556 (según el Censo del año 2000).

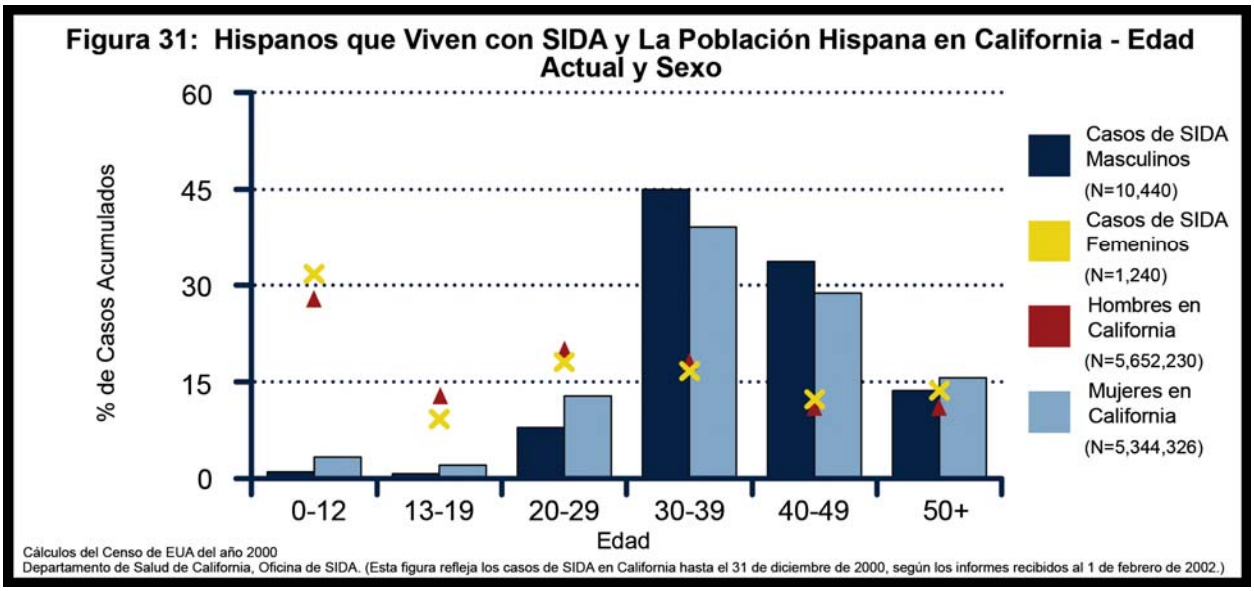
Sexo

- De todos los Hispanos que actualmente viven con SIDA, el 89.4 por ciento son hombres y el 10.6 por ciento son mujeres (datos no presentados). De la población general de Hispanos en el 2000 (según el Censo del año 2000), el 51.4 por ciento eran hombres y el 48.6 por ciento eran mujeres.

Edad Actual

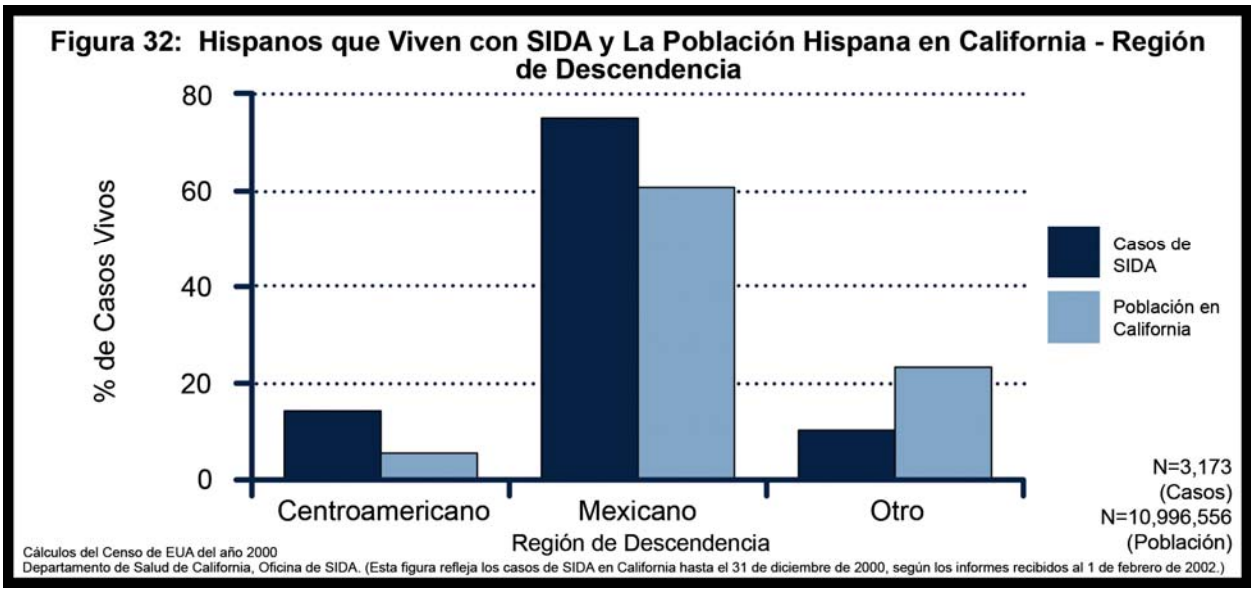
- Menos de la décima parte (el 9.2 por ciento) de todos los Hispanos que actualmente viven con SIDA son menores de 30 años de edad. Como es el caso para todos los grupos raciales/étnicos, un número desproporcionadamente grande de Hispanos con SIDA tienen entre 30 y 49 años de edad; los Hispanos de 30-49 años representan el 77.5 por ciento de los Hispanos que viven con SIDA, pero sólo representan el 28.3 por ciento de la población Hispana de California; datos no presentados).
- La distribución por edad de los Hispanos que viven con SIDA es similar entre hombres y mujeres. Sin embargo, en comparación con los hombres Hispanos con SIDA, una mayor proporción de Hispanas que viven con SIDA tienen menos de 30 años de edad (el 16.9 por ciento en comparación con el 8 por ciento; Figura 31). Esta comparación se observa entre todos los hombres y mujeres que viven con SIDA en California. No obstante, al comparar la distribución por edad de la población Hispana general con la de la población de Hispanos con SIDA, es evidente que los Hispanos entre las edades de 30 y 49 años estan desproporcionadamente afectados por la epidemia de SIDA (Figura 31).

* Presuntamente vivos en diciembre del 2000



Región de Descendencia

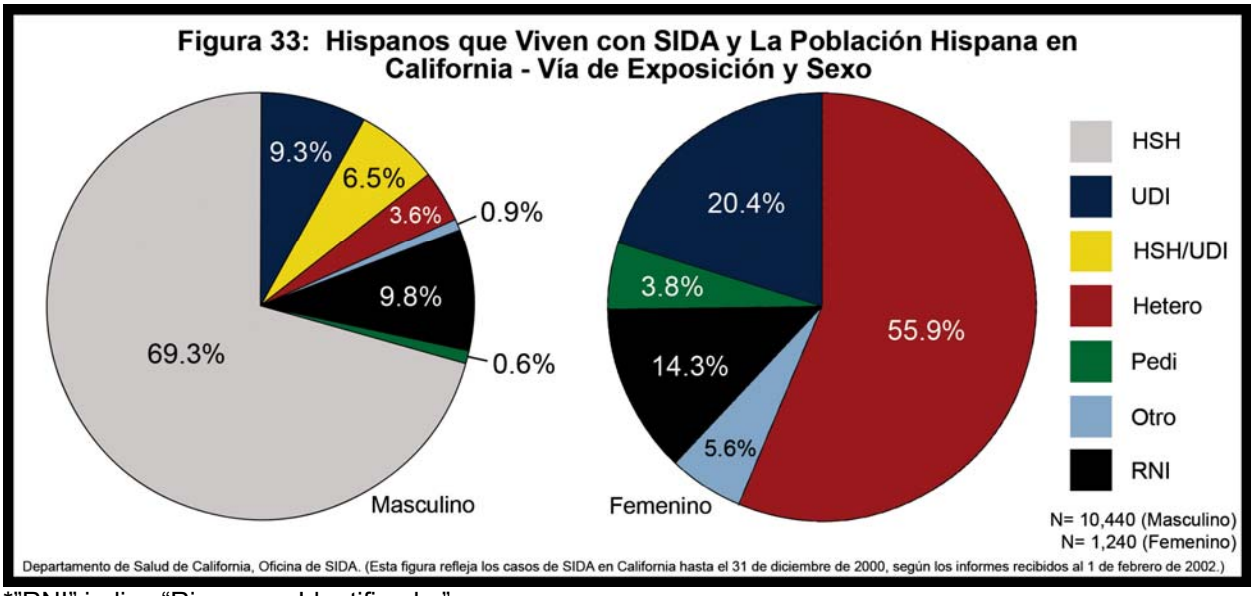
- Entre los Hispanos con SIDA cuya región de descendencia se especifica. Los mexicanos representan el 75.8 por ciento de los casos. Este porcentaje es similar al porcentaje de los mexicanos en la población Hispana general en California (70.7 por ciento; Figura 32).



Observacion: La Región de Descendencia no esta especificada para el 72.8 por ciento de casos de SIDA entre Hispanos. Estos casos de SIDA no estan incluidos en la gráfica. La Región de Descendencia esta especificada para todos los Hispanos en la base de datos del Bureau del Censo 2000 de los Estados Unidos. La categoría “Otro” incluye Centro America, Sud America, el Caribe, España, y Portugal.

Vía de Exposición

- Como se observa entre todos los individuos con SIDA en California, entre todos los Hispanos que viven con SIDA, la mayoría (el 61.9 por ciento) fueron expuestos por HSH. Tanto el UDI como el contacto heterosexual representan aproximadamente la décima parte (el 9.1 por ciento y el 10.5 por ciento respectivemente; datos no presentados).
- Entre los hombres Hispanos que viven con SIDA la mayoría fueron expuestos al VIH por el HSH (el 69.3 por ciento) y aproximadamente el 9.3 por ciento fueron expuestos por medio del UDI. Para el 9.8 por ciento de los casos la vía de exposición no fue determinada (Figura 33).
- La proporción de los casos expuestos por HSH entre el grupo de edad de 13-19 años es aproximadamente diez por ciento. Este porcentaje se multiplica más de siete veces (hasta el 72.6 por ciento) entre los Hispanos entre 20 y 29 años de edad y se mantiene por encima del 60 por ciento para todos los grupos de edad mayores de 30 años. El UDI representa un porcentaje ligeramente mayor de exposiciones en los hombres Hispanos de más de 50 años de edad, en comparación con hombres menores (datos no presentados).
- Entre las mujeres Hispanas que viven con SIDA, la mayoría se expuso durante el contacto heterosexual (el 55.9 por ciento). Más del 20 por ciento se expuso por UDI. No se determinó ningún riesgo para aproximadamente el 14.3 por ciento de los casos (Figura 33).
- La exposición debido al contacto heterosexual es más frecuente para las mujeres Hispanas entre las edades de 20–29 años, representando el 65.2 por ciento de los casos por este grupo. La exposición debido al UDI es más frecuente entre las mujeres Hispanas de 40–49 años de edad, representando el 36.6 porcentaje de los casos (datos no presentados).



*"RNI" indica "Riesgo no Identificado."

Condado de Residencia en el Momento del Diagnóstico

- Casi las tres cuartas partes (el 74.3 por ciento) de todos los Hispanos que viven con SIDA se diagnosticaron en uno de los cuatro condados siguientes: Los Ángeles (el 48.7por ciento), San Diego (el 9.6 por ciento), Orange (el 7.3 por ciento) y San Francisco (el 8.8 por ciento; datos no presentados). Otros condados con por lo menos el 2 por ciento de los Hispanos con SIDA son los de Riverside (3.4 por ciento), San Bernardino (3.1 por ciento), Santa Clara (3.1 por ciento), Alameda (2.2 por ciento).

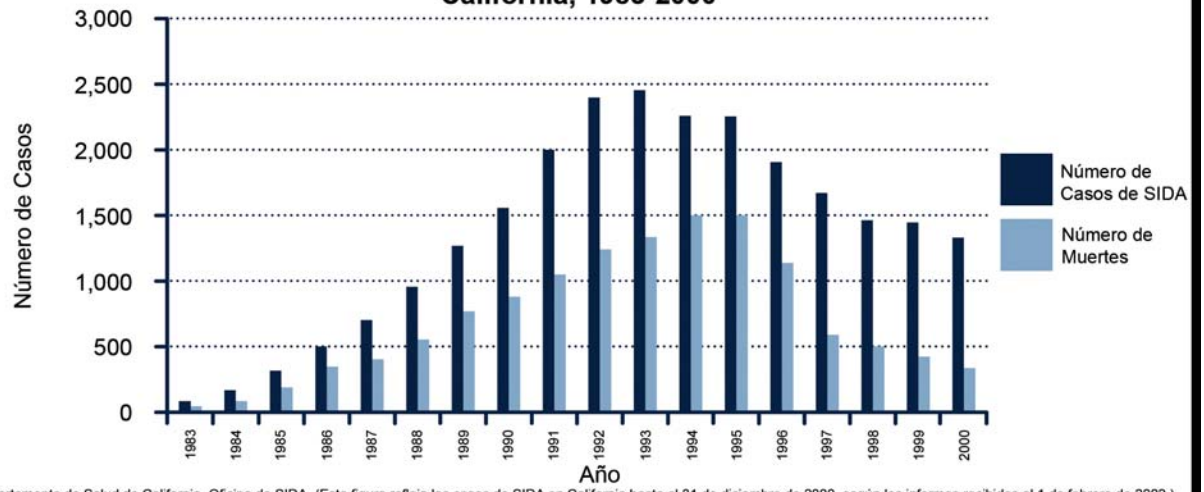
Tendencias de SIDA entre Hispanos en California

Tendencias Generales

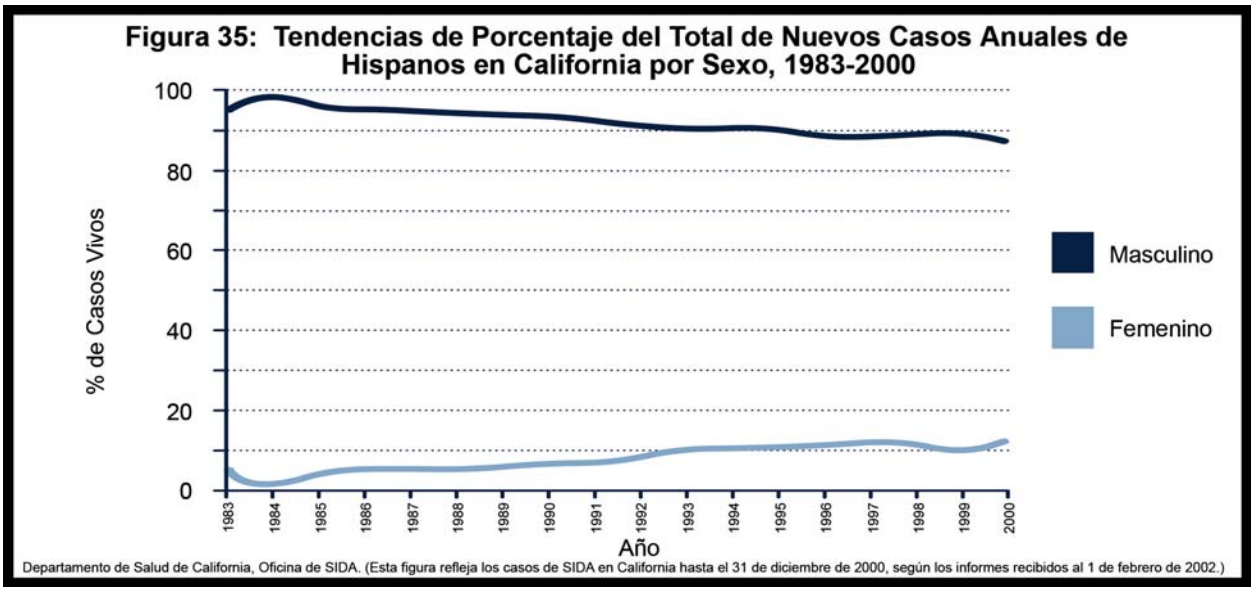
Tendencias de Nuevos Casos Anuales de SIDA

- El número de nuevos casos anuales de SIDA entre Hispanos en California aumentó constantemente hasta alcanzar los 2,440 en 1993. A partir de 1993, el número de casos de SIDA disminuyó hasta llegar a 1,311 casos en el 2000 (Figura 34). Esta tendencia en forma de curva acampanada se asemeja a la observada entre todos los casos de SIDA en California, excepto que el número de casos de SIDA en California alcanzó su punto máximo en 1992.
- La distribución por sexo de nuevos casos de SIDA diagnosticados entre Hispanos se ha mantenido relativamente estable desde 1983 (Figura 35).
- Desde 1984, ha habido un aumento ligero pero constante del porcentaje de nuevos casos femeninos anuales, del 1.4 por ciento en 1984 al 13.2 por ciento en 2000 (Figura 35). Esta tendencia es similar a la observada entre todos los casos de SIDA en California.

Figura 34: Tendencias de Nuevos Casos Anuales de SIDA y Muertes entre Hispanos en California, 1983-2000



Departamento de Salud de California, Oficina de SIDA. (Esta figura refleja los casos de SIDA en California hasta el 31 de diciembre de 2000, según los informes recibidos al 1 de febrero de 2002.)



Incidencia

- La incidencia de SIDA entre Hispanos en California aumentó constantemente hasta 1992, cuando comenzó a disminuir gradualmente, manteniéndose por debajo de 30 casos/100,000. En 2000, la incidencia de SIDA entre Hispanos (12.0 casos/100,000) fue similar a la incidencia de SIDA en la población general (11.5 casos/100,000; Figura 20).

Tendencias de Muertes Anuales entre Casos de SIDA

- Las defunciones entre los Hispanos con SIDAaumentaron constantemente hasta 1995, cuando se reducieron rápidamente (Figura 34). El cambio en las tendencias de muerte a partir de 1995 puede explicarse en parte por la introducción de combinaciones de medicamentos en el tratamiento del VIH/SIDA.

Tendencias por Edad de Diagnóstico

Tendencias de Nuevos Casos Anuales de SIDA por Edad de Diagnóstico

- Los Hispanos entre las edades de 30 y 39 años siempre han sido la mayoría de los nuevos casos anuales de SIDA diagnosticados cada año, variando del 42.8 por ciento al 48.4 por ciento a lo largo de los años, representando el 46.0 por ciento de los casos en el año 2000 (datos no presentados).
- La distribución por edad de los nuevos casos no ha cambiado significativamente con el paso de los años (datos no presentados).
- El número de Hispanos diagnosticados con SIDA fue aproximadamente igual en los dos grupos de edad de 20-29 y de 40-49. Para el final del año 2000, estos grupos

comprendían el 17.3 por ciento y el 23.3 por ciento respectivamente de todos los nuevos casos anuales de SIDA entre Hispanos (datos no presentados).

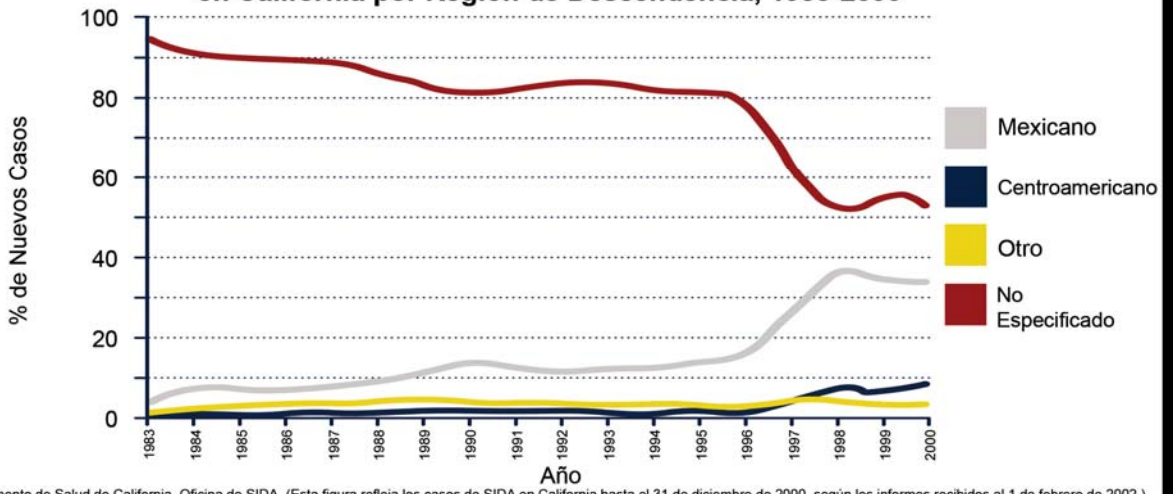
- En el 2000, los Hispanos mayores de 50 años representaron el 12.2 por ciento de todos los nuevos casos de SIDA entre Hispanos. Los casos de SIDA entre Hispanos menos de 13 anos de edad y los de 13-19 años representaron respectivamente menos del 1 por ciento de los nuevos casos de SIDA en ese año (datos no presentados).
- No se calculó la incidencia de SIDA por grupo de edad. La distribución por edad de la población Hispana se ha mantenido relativamente constante durante los años y consecuentemente, las tendencias de casos de SIDA no son tanto una función de la cambiante distribución por edad de la población como de los cambios reales en la distribución de casos de SIDA por grupo de edad.

Tendencias por Región de Descendencia

Tendencias de Nuevos Casos Anuales de SIDA por Región de Descendencia

- El porcentaje de casos de nuevos diagnósticos de SIDA entre Hispanos de descendencia mexicana iba en aumento desde 1983 (4.6 por ciento), alcanzó su punto máximo en 1998 (36.2 por ciento) y se ha mantenido relativamente estable desde entonces en un 35 por ciento de todos los nuevos diagnósticos entre Hispanos (Figura 36). Esta tendencia refleja estrechamente las tendencias de porcentaje de casos de SIDA entre Hispanos con región de descendencia no especificada. Puede ser que el aumento de los casos de descendencia mexicana sea una función del aumento en la vigilancia aumentada y de las mejoras en el registro de casos para esta población (Figura 36).
- Desde 1998, el porcentaje de los nuevos diagnósticos de SIDA entre Hispanos para los cuales no se especifica la región de descendencia se ha mantenido entre 50 y 55 por ciento (Figura 36).
- Los Hispanos de descendencia mexicana han representado constantemente la mayoría de los nuevos diagnósticos de SIDA entre Hispanos para los cuales la región de descendencia esta especificada (datos no presentados).
- Desde 1996, el numero de los nuevos diagnósticos anuales de SIDA entre Hispanos que fueron de descendencia mexicana o centroamericana empezó a aumentar, alcanzando 455 y 113 casos en 2000 respectivamente (datos no presentados).
- El número de casos de otras regiones de descendencia especificadas se ha mantenido por debajo de 100 a lo largo del tiempo (datos no presentados).

Figura 36: Tendencias de Porcentaje del Total de Nuevos Casos Anuales de Hispanos en California por Región de Descendencia, 1983-2000



Departamento de Salud de California, Oficina de SIDA. (Esta figura refleja los casos de SIDA en California hasta el 31 de diciembre de 2000, según los informes recibidos al 1 de febrero de 2002.)

Incidencia por Región de Descendencia

- La falta de cálculos anuales comparativos entre Censos sobre la región de descendencia de los Hispanos en California impide la determinación de la incidencia de SIDA por región de descendencia de esta población.
- La Tabla 5 compara el porcentaje de casos de nuevos diagnósticos entre Hispanos en el año 2000 por región de descendencia con el porcentaje de distribución de descendencia de la población Hispana de California durante el mismo año.

Tabla 5: Nuevos Casos de Hispanos con SIDA y La Población Hispana de California por Región de Descendencia, 2000

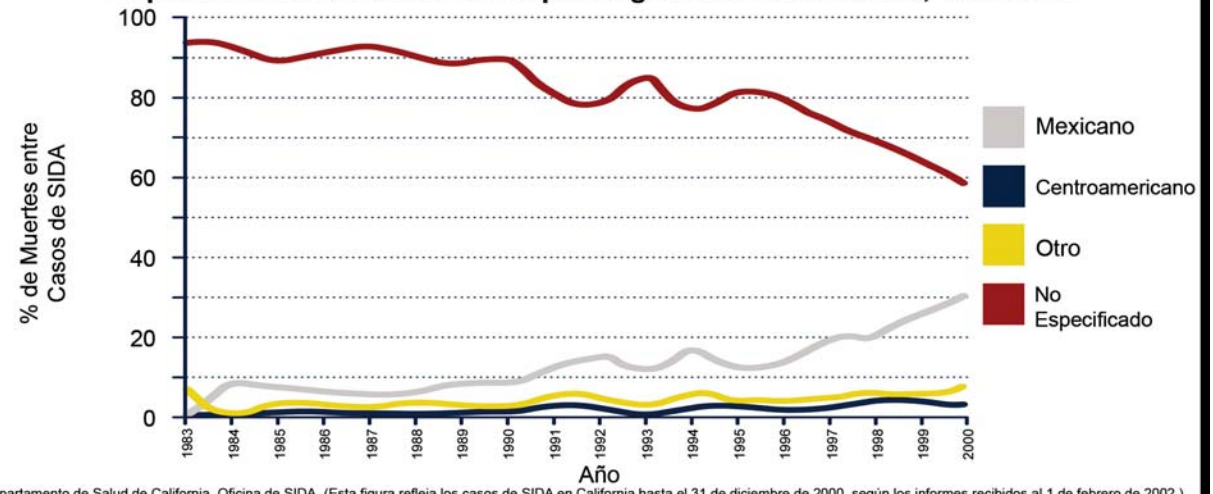
Región de Descendencia	% de Los Casos de SIDA en el 2000	% de La Población Hispana en el 2000
Mexicana	21.0	77.1
Centroamericana	3.8	5.3
Otro	2.5	5.2
No Especificado	72.7	12.4

Cálculos del Censo de EUA del año 2000
Departamento de Salud de California, Oficina de SIDA. (Esta tabla refleja los casos de SIDA en California hasta el 31 de diciembre de 2000, según los informes recibidos al 1 de febrero de 2002.)

Tendencias de Muertes Anuales Entre Casos de SIDA por Región de Descendencia

- En la mayoría de los casos de muertes por SIDA, la región de descendencia no se especifica. A partir de 1983, las defunciones entre estos casos de Hispanos con SIDA ascendieron constantemente, alcanzaron su punto máximo de 1205 en 1995 y desde entonces han ido disminuyendo (datos no presentados). Esta tendencia se asemeja a la observada entre todos los casos de SIDA entre Hispanos en California.
- Las tendencias de muertes entre las regiones de descendencia son parecidas por los casos de SIDA entre Hispanos. Las muertes entre los casos de descendencia especificada han tenido tasas más estables de reducción de muertes en comparación con los casos con región de descendencia no especificada (datos no presentados).
- Desde 1995, el porcentaje de muertes entre los casos de SIDA entre Hispanos de subgrupo étnico desconocido ha disminuido (Figura 37). Esto puede ser una función de una mejor vigilancia del SIDA entre la población Hispana así como de mejoras en el registro de la región de descendencia de los Hispanos con SIDA.
- Mientras que el porcentaje de defunciones representado por Hispanos de descendencia mexicana con SIDA ha aumendado desde 1995, del 12.4 por ciento ese año al 30.6 por ciento en el 2000, los porcentajes de Hispanos de descendencia centroamericana y de otros subgrupos se han mantenido relativamente constantes (Figura 37).
- El aumento en el porcentaje de muertes representado por Hispanos de descendencia mexicana también puede ser una función de la reducción de muertes de casos de SIDA entre Hispanos cuya región de descendencia se desconoce. Una vez que la recolección del dato "región de descendencia" se realice con más constancia, las tendencias de muertes por SIDA entre las personas de descendencia mexicana reflejarán más exactamente las tendencias reales de ese grupo específico.

Figura 37: Tendencias de Porcentaje del Total de Muertes Anuales entre Casos de Hispanos con SIDA en California por Región de Descendencia, 1983-2000



Departamento de Salud de California, Oficina de SIDA. (Esta figura refleja los casos de SIDA en California hasta el 31 de diciembre de 2000, según los informes recibidos al 1 de febrero de 2002.)

Tendencias por Vía de Exposición

Tendencias de Nuevos Casos Anuales de SIDA por Vía de Exposición

Entre Todos los Hispanos (datos no presentados)

- Las tendencias de SIDA entre Hispanos por vía de exposición son similares a las observadas entre los casos de SIDA en California. La mayoría de los casos de SIDA entre Hispanos así como de todos los casos de SIDA en California siempre se ha atribuido al HSH.
- El porcentaje de casos de SIDA entre Hispanos debidos al contacto sexual entre hombres ha disminuido con el tiempo, del 70.8 por ciento en 1990 al 53.7 por ciento en el 2000.
- Mientras tanto, el porcentaje de los casos de riesgo no identificado (RNI) ha aumentado, del 6.0 por ciento en 1994 al 18.5 por ciento en el año 2000.
- Para el final del año 2000, el porcentaje de los casos debidos al UDI fue del 11.2 por ciento, al HSH/UDI 3.8 por ciento, al contacto heterosexual 10.9 por ciento, y a causas pediátricas 0.7 por ciento.

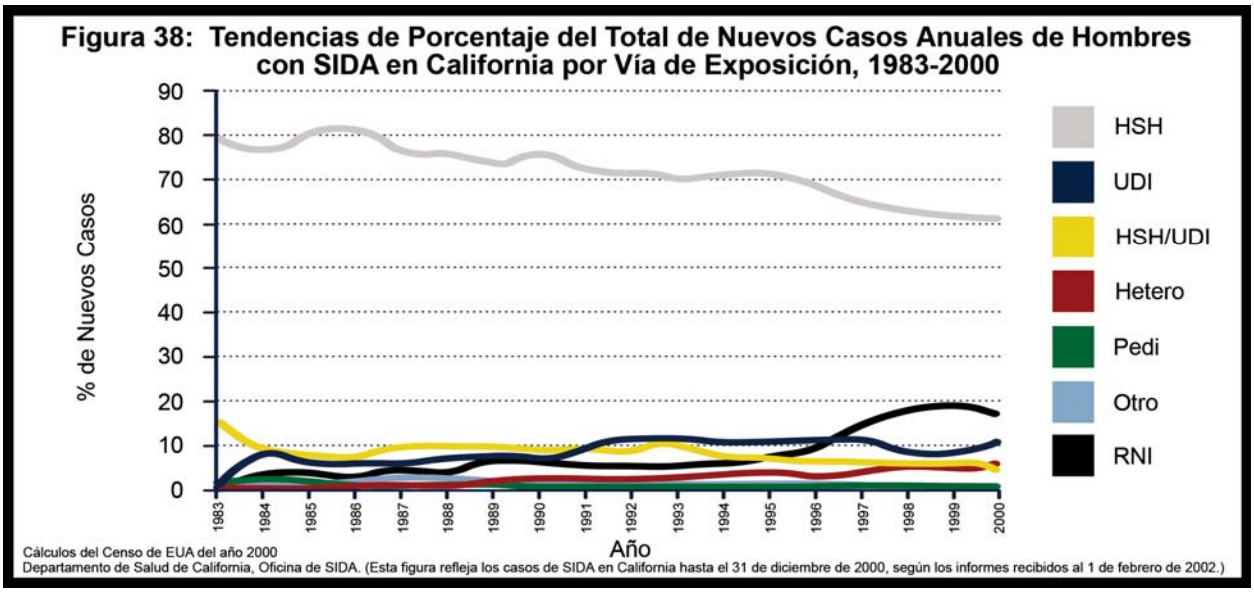
Entre los hombres

- Ya que los hombres siempre han constituido más del 85 por ciento de todos los casos de SIDA entre Hispanos, las tendencias de SIDA entre los hombres Hispanos siguen a grandes rasgos las observadas entre todos los casos de SIDA entre Hispanos así como entre todos los residentes de California. La exposición por HSH ha representado la mayoría de los casos de de SIDA entre Hispanos. No obstante, a lo largo del tiempo se ha visto una reducción en los casos atribuibles al HSH. Esta vía representaba el 75.9 por ciento de los casos de hombres Hispanos en 1990, el 71.5 por ciento en 1994 y el 61.9 por ciento en el año 2000 (Fig. 2.23).
- Es interesante observar que el porcentaje de casos de hombres Hispanos con riesgo no identificado (RNI) incrementó a partir de 1994, cuando representaba el seis por ciento de los casos. Para el año 2000, los casos de RNI representó el 16.9 por ciento de los nuevos casos (Figura 38). El aumento del porcentaje del RNI (del 10.9 por ciento) durante este tiempo se asemeja al porcentaje de reducción en la exposición por HSH.
- Se observa un ligero aumento del porcentaje de casos heterosexuales entre 1996 y el 2000 (del 2.9 por ciento y del 5.0 por ciento, respectivamente; Figura 38).
- En el año 2000, la exposición por UDI representaba el 10.3 por ciento de los nuevos casos entre Hispanos.
- Las vías de exposición de todos los casos de SIDA masculinos en California y de los casos de SIDA entre Hispanos son similares para todas las vías de exposición menos HSH/UDI y RNI. El 7.7 por ciento de todos los hombres diagnosticados con SIDA en el 2000 en California indicaron el HSH/UDI como vía de exposición, en comparación con el 4.4 por ciento de los hombres Hispanos diagnosticados ese año. También, el porcentaje del total de nuevos casos masculinos de SIDA en

California con RNI fue del 10.9 por ciento, en comparación con el 16.9 por ciento de los casos de nuevos diagnósticos entre Hispanos ese año en California.

Entre las Mujeres (Los datos no se han presentado debido al reducido número de casos por año)

- Entre los casos de mujeres Hispanas con SIDA, como ocurre en todos los casos femeninos de SIDA en California con el paso de los años, el contacto heterosexual ha sido la vía de exposición más común, variando del 0.0 por ciento al 60.2 por ciento de los nuevos casos entre mujeres Hispanas durante el transcurso del tiempo y representando el 49.7 por ciento de los nuevos casos en el 2000.
- El RNI ha surgido como la segunda categoría más alta con respecto a vías de exposición entre este grupo. En el 2000, no se identificó la vía de exposición del 29.5 por ciento de los nuevos diagnósticos de mujeres Hispanas en el estado (en contraste con el 22.5 por ciento de todos los nuevos diagnósticos de mujeres en California ese año).
- En el año 2000, el 17.3 por ciento de los nuevos casos entre Hispanas se atribuyó al UDI; la exposición pediátrica representó el 1.2 por ciento mientras que el 2.3 por ciento fue expuesto al VIH por otra vía.



*"RNI" indica "Riesgo no Identificado."

EL SIDA ENTRE HISPANOS DE DESCENDENCIA MEXICANA EN CALIFORNIA

EL SIDA ENTRE HISPANOS DE DESCENDENCIA MEXICANA EN CALIFORNIA

De Marzo de 1978 al 31 de diciembre del 2000:
(Nota: el primero caso de un individuo de descendencia mexicana fue diagnosticado en agosto de 1983.)

- Casos acumulados de SIDA en personas de descendencia mexicana: 4,146 (el 17 por ciento de todos los casos de SIDA entre Hispanos, el 73 por ciento de los casos Hispanos con región de descendencia especificada).
- Número de muertes entre casos de SIDA de descendencia mexicana: 1,740 (el 42 por ciento de todos los casos acumulados de SIDA de descendencia mexicana; el 13.6 por ciento del total de muertes entre casos de SIDA entre Hispanos; el 69.4 por ciento del total de muertes entre casos de SIDA entre Hispanos cuyos antecedentes étnicos ampliados se especifican).
- Individuos de descendencia mexicana que viven con SIDA: 2,337 (el 58 por ciento de los casos acumulados de SIDA de descendencia mexicana; el 20.6 por ciento de todos los Hispanos que viven con SIDA; el 75.8 por ciento de los casos vivos de SIDA entre Hispanos de descendencia mexicana cuyos antecedentes étnicos ampliados se especifican).

País de Nacimiento

- Menos de la tercera parte de los casos notificados de SIDA entre mexicanos en California fue entre individuos nacidos en Estados Unidos (31.4 por ciento).

Tabla 6: Casos Acumulados de SIDA por Estado Vital y País de Nacimiento

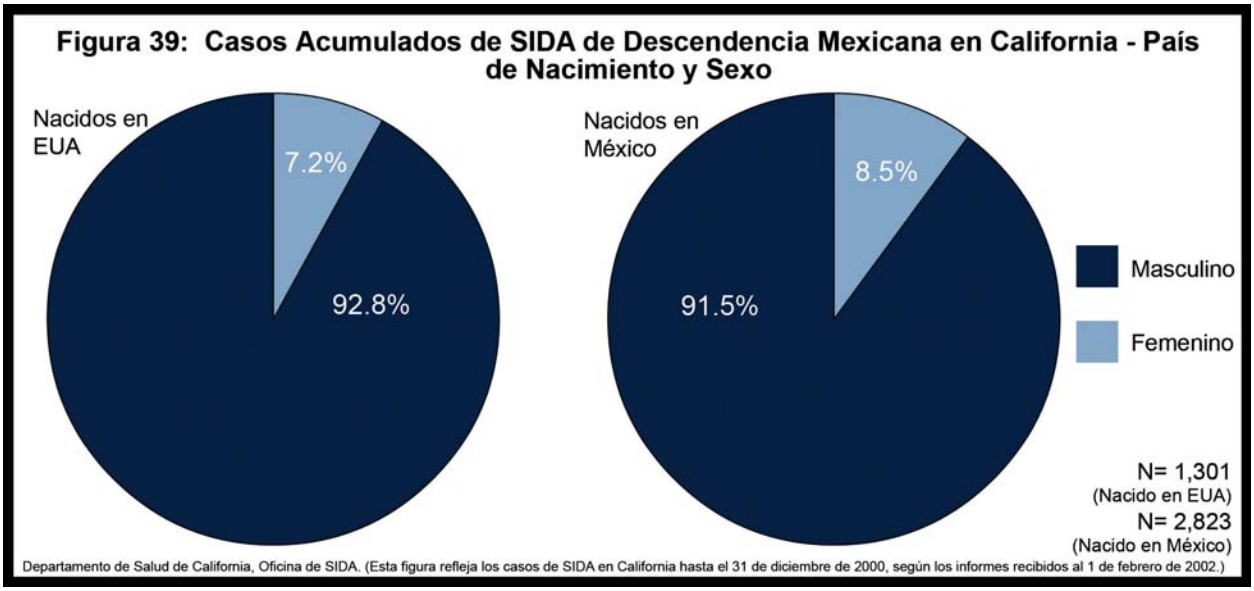
País de Nacimiento	Número Acumulado de Casos	Estado Vital	
		Vivo*	Fallecido
EUA	1,301	509 (39.2%)	792 (60.9%)
México	2,823	1882 (66.7%)	941 (33.3%)
Otro	13	9 (69.2%)	4 (30.8%)
No Especificado	9	6 (66.7%)	3 (33.3%)

*Presumamente vivos en diciembre del 2001.
Departamento de Salud de California, Oficina de SIDA. (Esta tabla refleja los casos de SIDA en California hasta el 31 de diciembre de 2000, según los informes recibidos al 1 de febrero de 2002.)

- Los datos presentados en los siguientes apartados están estratificados por lugar de nacimiento (Estados Unidos y México). El porcentaje de casos de individuos con SIDA de descendencia mexicana nacidos en otros países es muy reducido (0.5 por ciento) y por lo tanto no se incluye en el análisis.

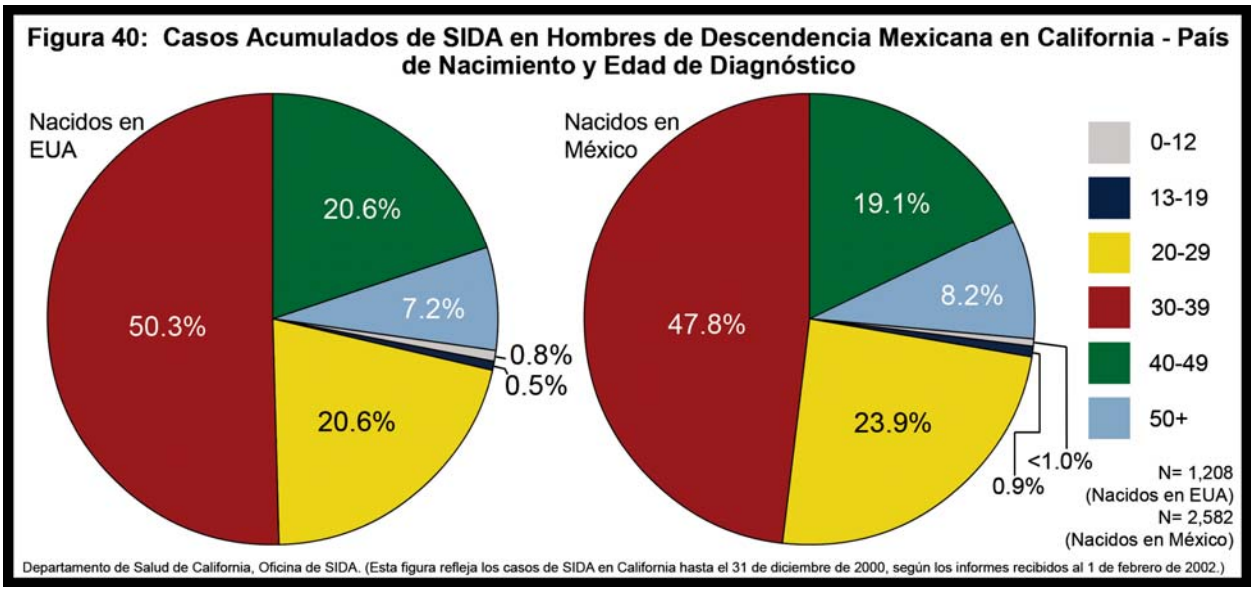
Sexo

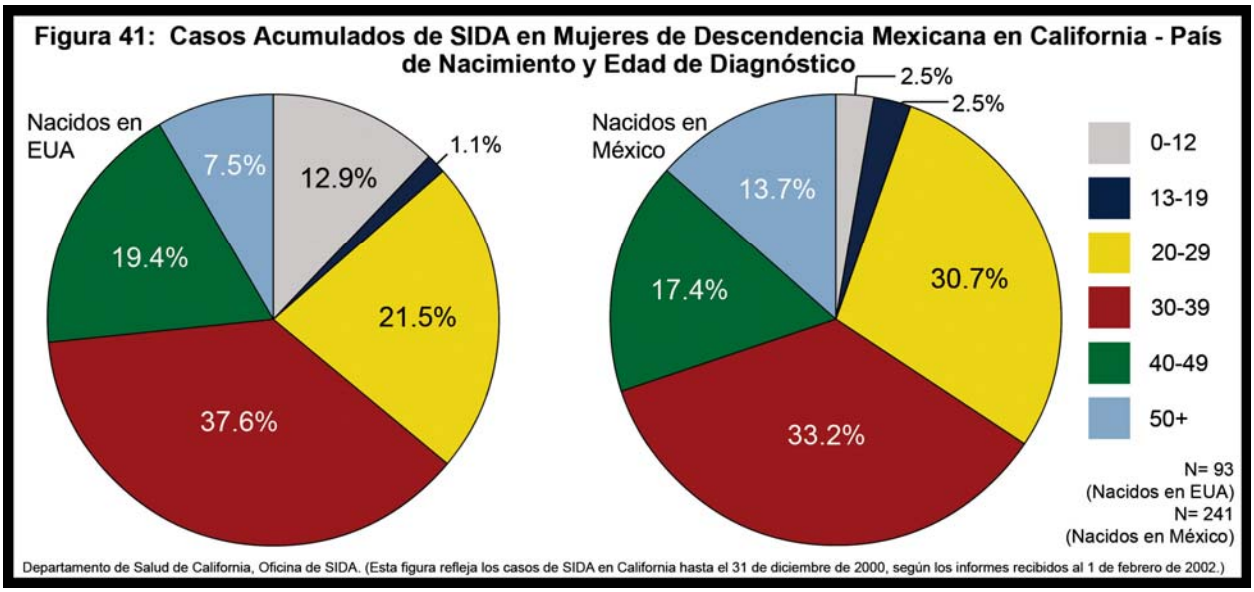
- Al igual que los casos de SIDA en California y entre Hispanos, la mayoría de los casos de SIDA de descendencia mexicana son masculinos. Los hombres constituyen más del 90 por ciento de estos casos, el 93 por ciento entre los nacidos en Estados Unidos y el 91.5 por ciento entre los nacidos en México (Figura 39).



Edad de Diagnóstico

- Las distribuciones de edad de diagnóstico para casos de SIDA son similares en general tanto para los individuos de descendencia mexicana nacidos en Estados Unidos como para los nacidos en México (datos no presentados).
- De manera similar a todos los casos de SIDA en California y entre Hispanos, la mayoría de los casos de SIDA entre personas de descendencia mexicana tenían entre 30-39 años de edad cuando se les diagnosticó SIDA. Aproximadamente el 49.4 por ciento de los casos en individuos nacidos en los Estados Unidos y el 46.6 por ciento de los nacidos en México se encontraban en este grupo de edad en el momento del diagnóstico (datos no presentados).
- La mayoría de los casos de SIDA de descendencia mexicana, tanto masculinos como femeninos, también se diagnosticaron entre los 30-39 años de edad (Figura 40 y 41).
- Un porcentaje ligeramente mayor de casos de descendencia mexicana nacidos en Estados Unidos se representa por los casos diagnosticados en personas menores de 13 años de edad, en comparación con los casos de SIDA de descendencia mexicana nacidos en México (el 1.6 por ciento y el 0.3 por ciento, respectivamente; datos no presentados).
- La distribución de edad de diagnóstico de hecho varía según el país de nacimiento de las mujeres con SIDA de descendencia mexicana (Figura 41).





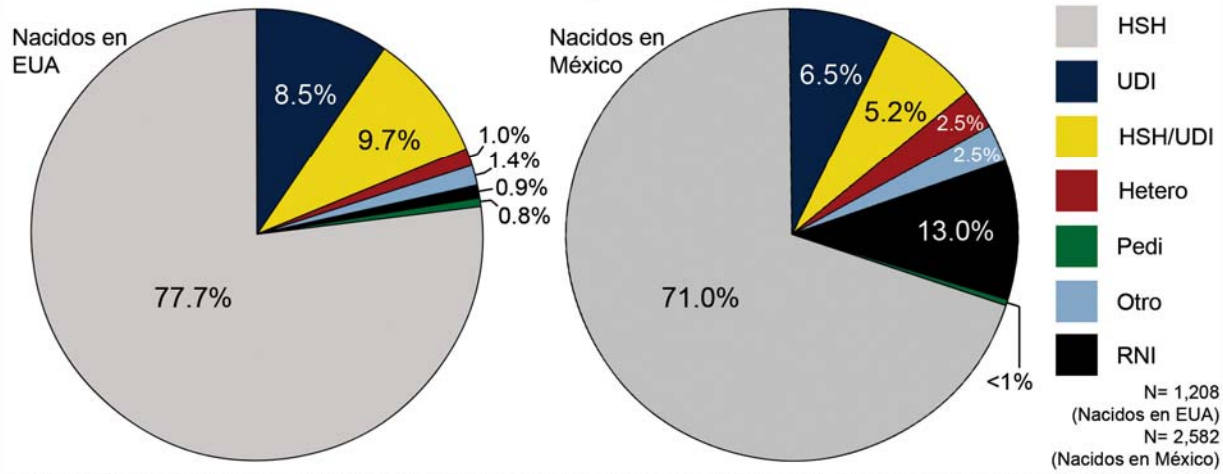
Vía de Exposición

- Entre los casos de SIDA en hombres de descendencia mexicana, la vía más común de exposición al SIDA es el HSH, que representa el 77.7 por ciento de los casos en hombres nacidos en los Estados Unidos y el 71 por ciento de los casos en hombres nacidos en México (Figura 42).
- Entre los casos de SIDA en personas de descendencia mexicana se observa una diferencia marcada en el porcentaje de casos con riesgo no identificado (RNI) según el país de nacimiento. Un porcentaje mayor de casos de SIDA en hombres de descendencia mexicana nacidos en México (el 13.0 por ciento) tienen un riesgo no identificado de exposición al SIDA, en comparación con sólo el 0.9 por ciento de los

nacidos en los Estados Unidos. La exposición por HSH/UDI representa el 9.7 por ciento de los casos nacidos en los Estados Unidos, en comparación con el 5.2 por ciento de los nacidos en México (Figura 42).

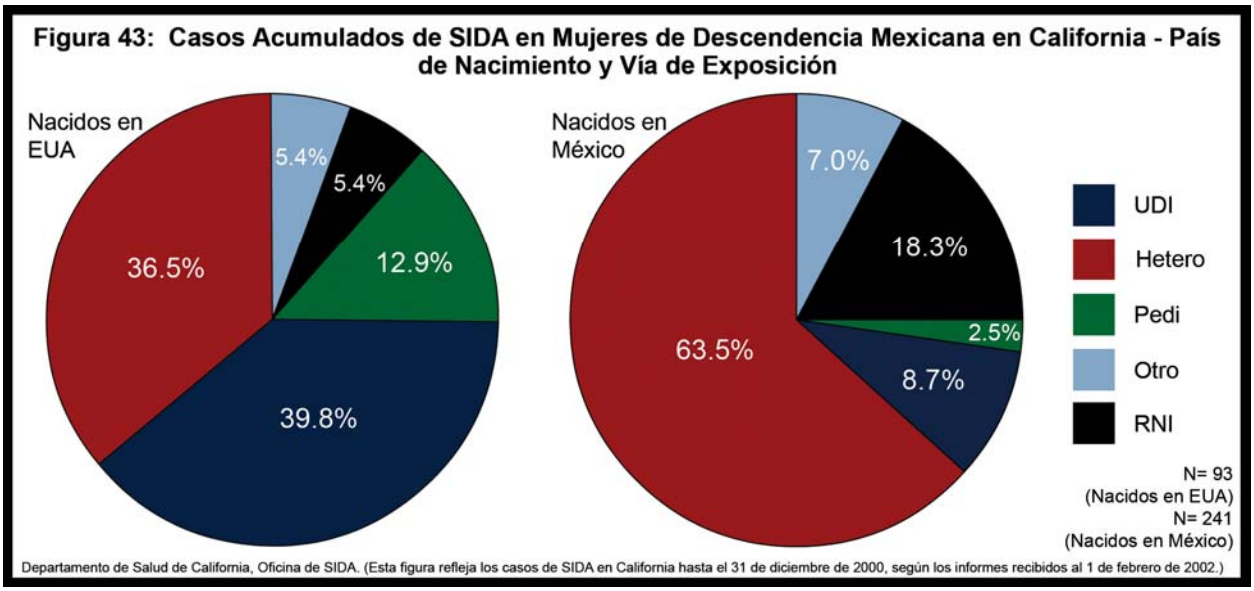
- Entre mujeres de descendencia mexicana, las vías de exposición al SIDA son diferentes para los países de nacimiento. Para las nacidas en los Estados Unidos, la vía más común de exposición es el UDI (el 39.8 por ciento) mientras que el contacto heterosexual representa el 36.5 por ciento de los casos. Entre las nacidas en México, la vía más común de exposición es el contacto heterosexual (el 63.5 por ciento), mientras que el UDI representa el 8.7 por ciento de los casos.
- Un porcentaje mayor de los casos femeninos de descendencia mexicana nacidos en los Estados Unidos son casos pediátricos (el 12.9 por ciento) en comparación con los casos femeninos nacidos en México (el 2.5 por ciento). Un porcentaje mayor de los casos femeninos nacidos en México en comparación con los nacidos en los Estados Unidos no tienen un riesgo de exposición identificado (el 18.3 por ciento en comparación con el 5.4 por ciento; Figura 43).

Figura 42: Casos Acumulados de SIDA en Hombres de Descendencia Mexicana en California - País de Nacimiento y Vía de Exposición



Departamento de Salud de California, Oficina de SIDA. (Esta figura refleja los casos de SIDA en California hasta el 31 de diciembre de 2000, según los informes recibidos al 1 de febrero de 2002.)

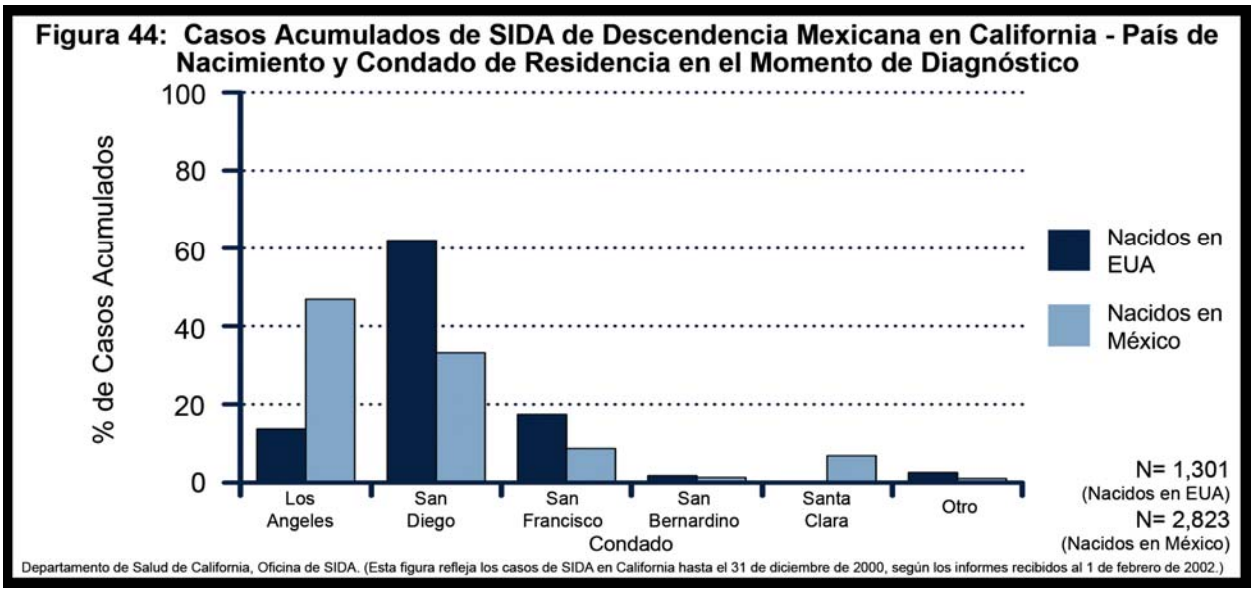
*"RNI" indica "Riesgo no Identificado."



*"RNI" indica "Riesgo no Identificado."

Condado de Residencia en el Momento del Diagnóstico

- Al igual que con todos los casos acumulados de SIDA, la mayoría de los individuos de descendencia mexicana residían en uno de los siguientes tres condados cuando fueron diagnosticados con SIDA: Los Ángeles, San Francisco y San Diego (Figura 44). En el momento del diagnóstico, la mayoría de los casos de SIDA de descendencia mexicana nacidos en los Estados Unidos radicaba en el condado de San Diego (el 61.9 por ciento), mientras que la mayoría de los nacidos en México vivía en el condado de Los Ángeles (al 46.9 por ciento).



Observación: Estos porcentajes pueden hasta cierto grado reflejar la distribución geográfica de la población general Hispana en California.

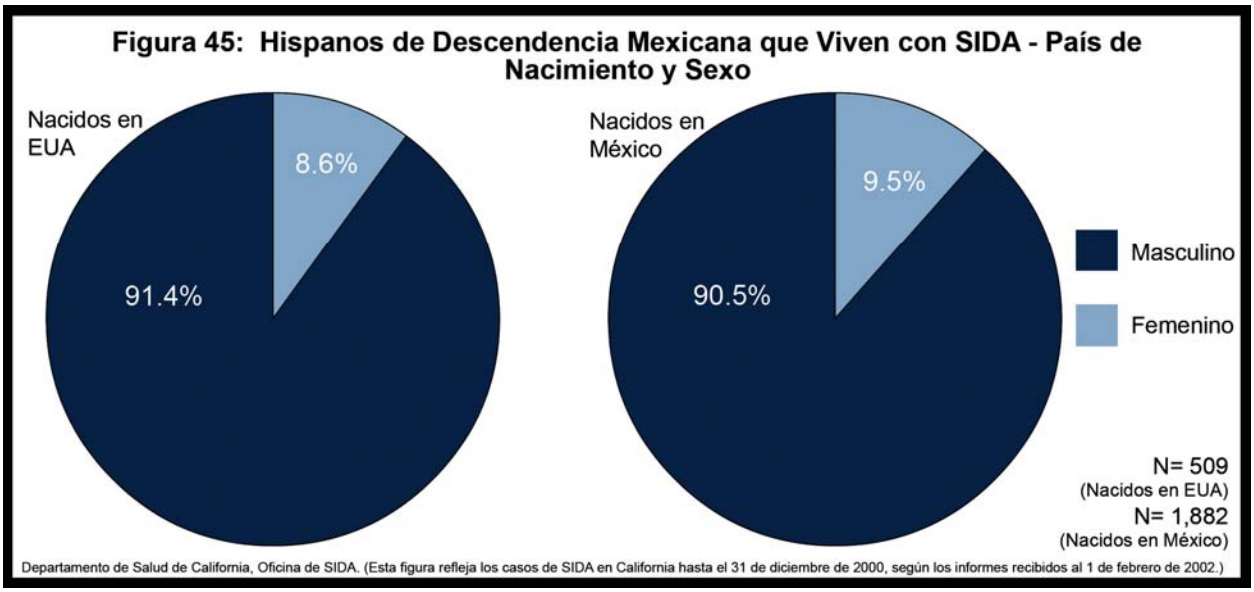
Casos de Hispanos de Descendencia Mexicana que Viven con SIDA*

El número de Hispanos de descendencia mexicana que viven con SIDA: 2,406 (el 58 por ciento de los casos acumulados de SIDA de descendencia mexicana; el 20.6 por ciento del total de Hispanos que viven con SIDA; el 75.8 por ciento de todos los casos vivos de SIDA en Hispanos de descendencia mexicana cuyos antecedentes raciales/étnicos ampliados se especifican).

Nota: Los datos del Censo no se presentan debido a la falta de datos detallados sobre individuos de descendencia mexicana (por ejemplo, lugar de nacimiento).

Sexo

- Al igual que para todos los casos vivos de SIDA en California y en Hispanos, la mayoría de los individuos de descendencia mexicana que viven con SIDA son del sexo masculino. Los hombres componen el 91.4 por ciento de los Hispanos de descendencia mexicana que viven con SIDA nacidos en los Estados Unidos y el 90.5 por ciento de los nacidos en México (Figura 45).



Edad Actual

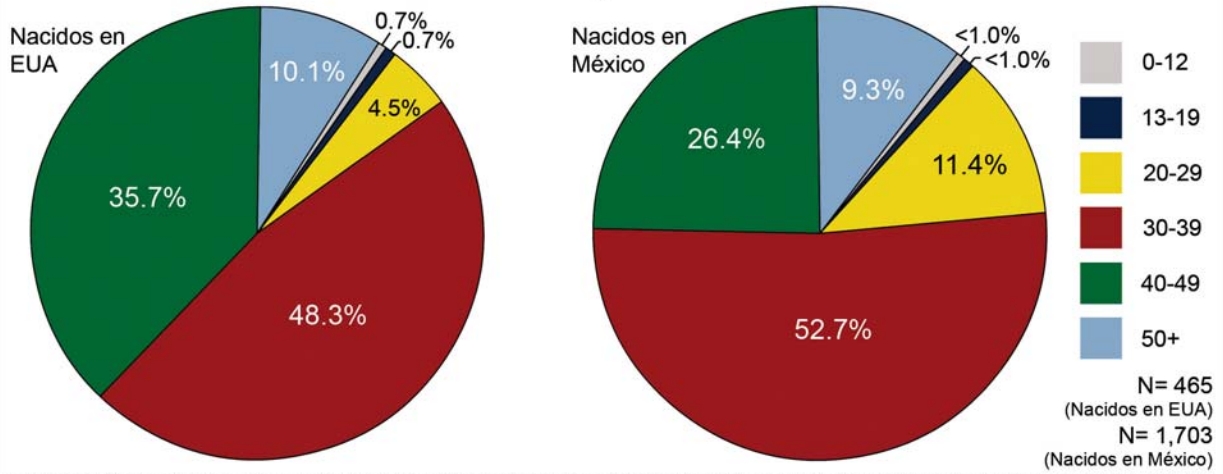
- La mayoría de los individuos de descendencia mexicana que viven con SIDA tienen entre 30-49 años de edad. Esto se observa sin importar el país de nacimiento. El 82.5 por ciento de los nacidos en los Estados Unidos y el 77.2 por ciento de los

* Presuntamente vivos en diciembre del 2000

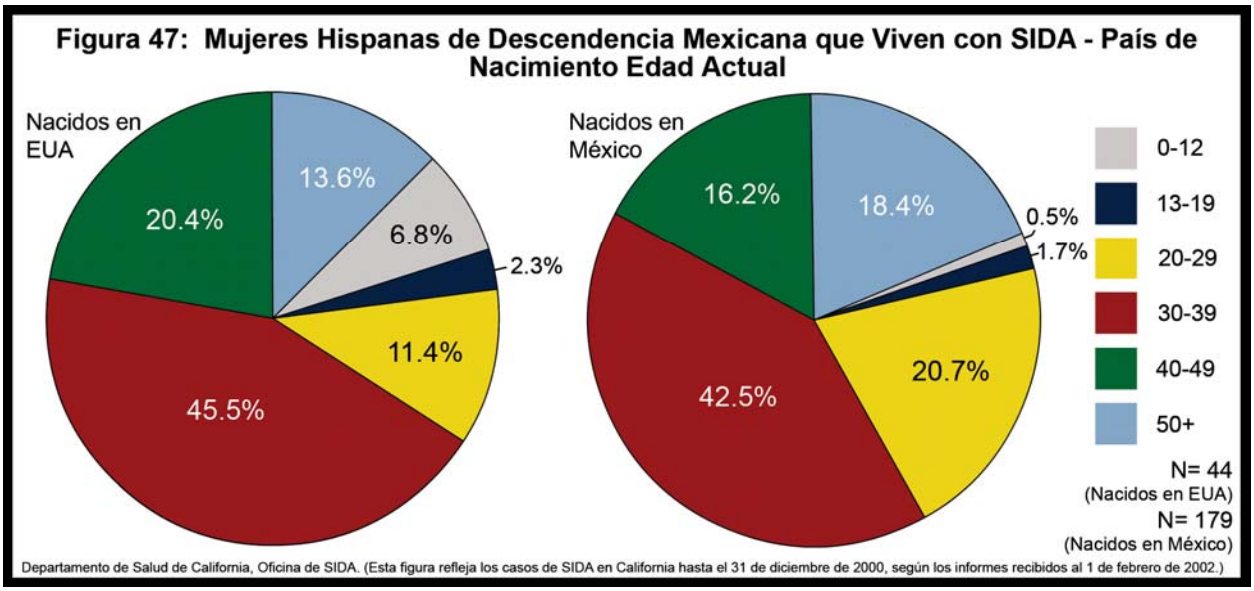
nacidos en México (datos no presentados) y tantos los casos femeninos como los masculinos pertenecen a este grupo de edad (Figuras 46 y 47).

- La distribución por edad de los individuos de descendencia mexicana que viven con SIDA de hecho varía según el país de nacimiento. Un porcentaje mayor de individuos de descendencia mexicana nacidos en los Estados Unidos y que viven con SIDA están entre los 40-49 años de edad, en comparación con aquellos que nacieron en México (el 34.4 por ciento y el 25.4 por ciento, respectivamente). A la inversa, los individuos de 20-29 años de edad constituyen un porcentaje mayor de los casos de SIDA nacidos en México que de los nacidos en los Estados Unidos (el 12.3 por ciento en comparación con el 5.1 por ciento, respectivamente; datos no presentados).
- Un porcentaje mayor de los nacidos en los Estados Unidos y que viven con SIDA son mayores que aquellos nacidos en México. Aproximadamente el 4.5 por ciento de los hombres de descendencia mexicana nacidos en los Estados Unidos y que viven con SIDA tienen entre 20-29 años de edad, en comparación con el 11.4 por ciento de los nacidos en México. A la inversa, el 35.7 por ciento de los hombres de descendencia mexicana nacidos en los Estados Unidos y que viven con SIDA tienen entre 40-49 años de edad, en comparación con el 26.4 por ciento de aquellos de descendencia mexicana que nacieron en México (Figura 46).
- La edad también varía en cierto grado entre las mujeres de descendencia mexicana que viven con SIDA. Mientras que las mujeres entre 20-29 años de edad representan un porcentaje mayor de los casos nacidos en México que en los Estados Unidos (el 20.7 por ciento y el 11.4 por ciento, respectivamente), un porcentaje mayor de los casos de SIDA en mujeres de descendencia mexicana nacidas en los Estados Unidos ocurre en personas menores de 13 años, en comparación con aquellas nacidas en México (el 6.8 por ciento y el 0.5 por ciento, respectivamente; Figura 47).

Figura 46: Hombres Hispanos de Descendencia Mexicana que Viven con SIDA - País de Nacimiento y Edad Actual



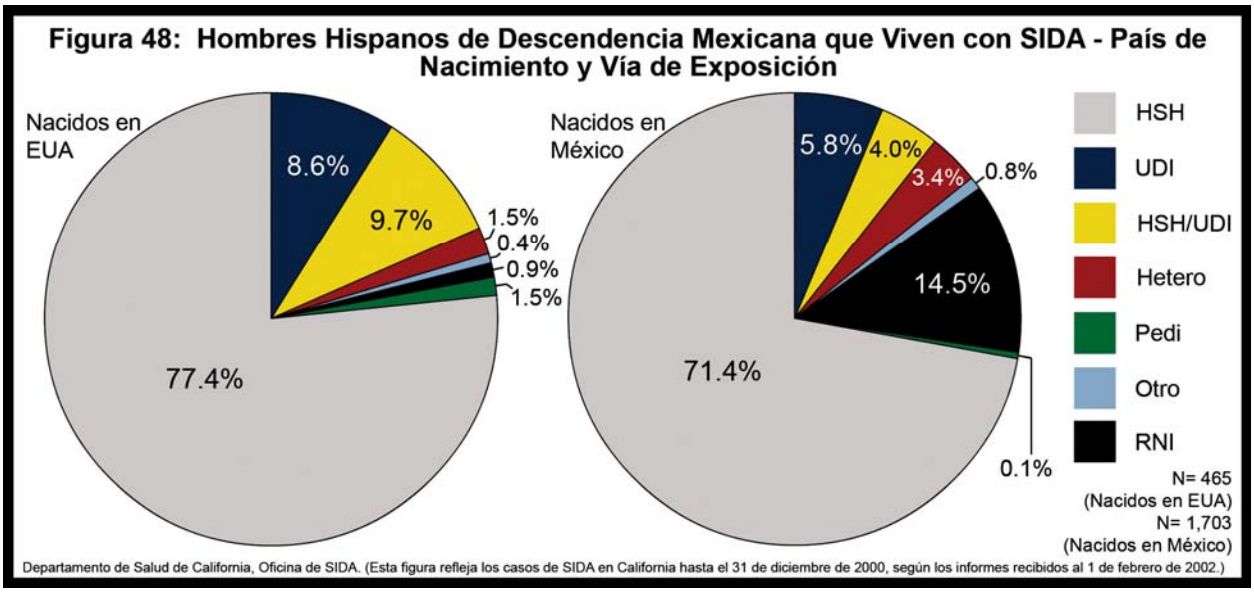
Departamento de Salud de California, Oficina de SIDA. (Esta figura refleja los casos de SIDA en California hasta el 31 de diciembre de 2000, según los informes recibidos al 1 de febrero de 2002.)



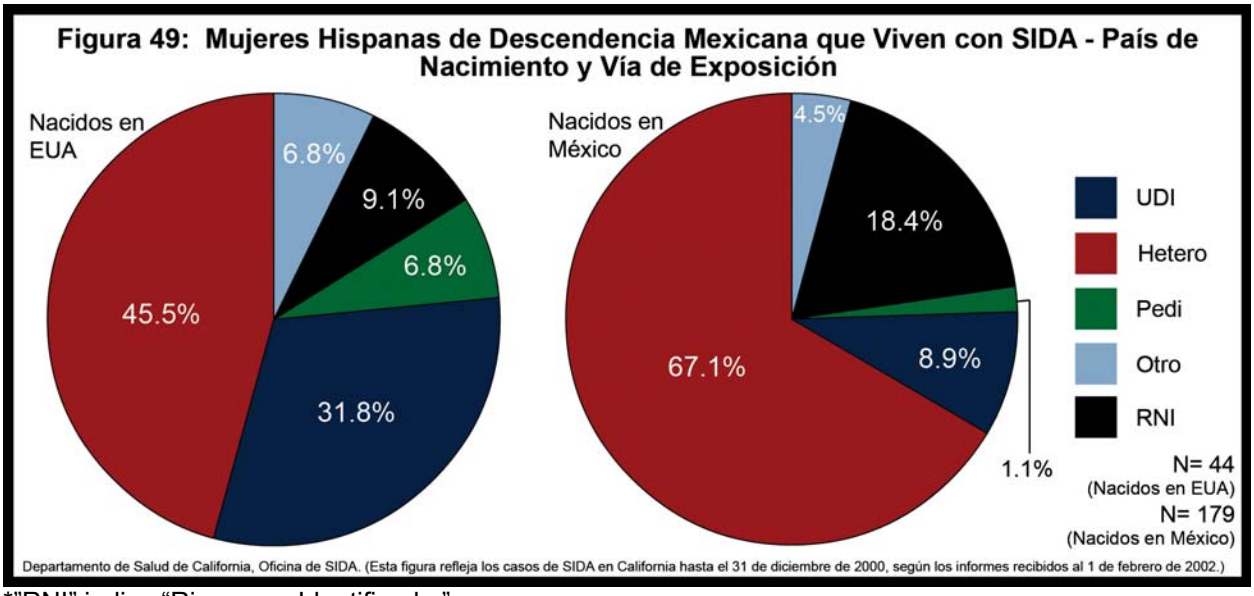
Vía de Exposición

- Entre los hombres de descendencia mexicana que viven con SIDA, la vía más común de exposición al SIDA es el HSH. Esta vía representa el 77.4 por ciento de los casos vivos de SIDA nacidos en los Estados Unidos y el 71.4 por ciento de los casos vivos nacidos en México (Figura 48).
- Las distribuciones por vía de exposición son similares entre los casos masculinos vivos de descendencia mexicana nacidos en México y aquellos nacidos en Estados Unidos, aunque existen algunas diferencias. El RNI es más común entre los hombres de descendencia mexicana nacidos en México en comparación con los nacidos en Estados Unidos (el 14.5 por ciento y el 0.9 por ciento, respectivamente). Aproximadamente el 9.7 por ciento de los hombres de descendencia mexicana nacidos en los Estados Unidos y que viven con SIDA fueron expuestos por HSH/UDI, en comparación con el 4.0 por ciento de los nacidos en México (Figura 48).
- Entre las mujeres de descendencia mexicana que viven con SIDA, la vía más común de exposición al SIDA es el contacto heterosexual. Este también es el caso tanto para las que nacieron en los Estados Unidos como para las mujeres nacidas en México, aunque el contacto heterosexual representa un porcentaje mayor en mujeres nacidas en México (el 67.1 por ciento y el 45.5 por ciento; Figura 49).
- La exposición por uso de drogas inyectables (UDI) y el RNI también varían según el país de nacimiento entre las mujeres de descendencia mexicana que viven con SIDA. El UDI representa el 31.8 por ciento de los casos de SIDA en mujeres de descendencia descendencia mexicana nacidas en los Estados Unidos y el 8.9 por ciento de las nacidas en México. Como se observa entre los casos masculinos de descendencia mexicana, un porcentaje mayor de los casos en mujeres que nacieron en México no tienen un riesgo de exposición identificado, en comparación

con las nacidas en los Estados Unidos (el 18.4 por ciento y el 9.1 por ciento, respectivamente; Figura 49).



*"RNI" indica "Riesgo no Identificado."

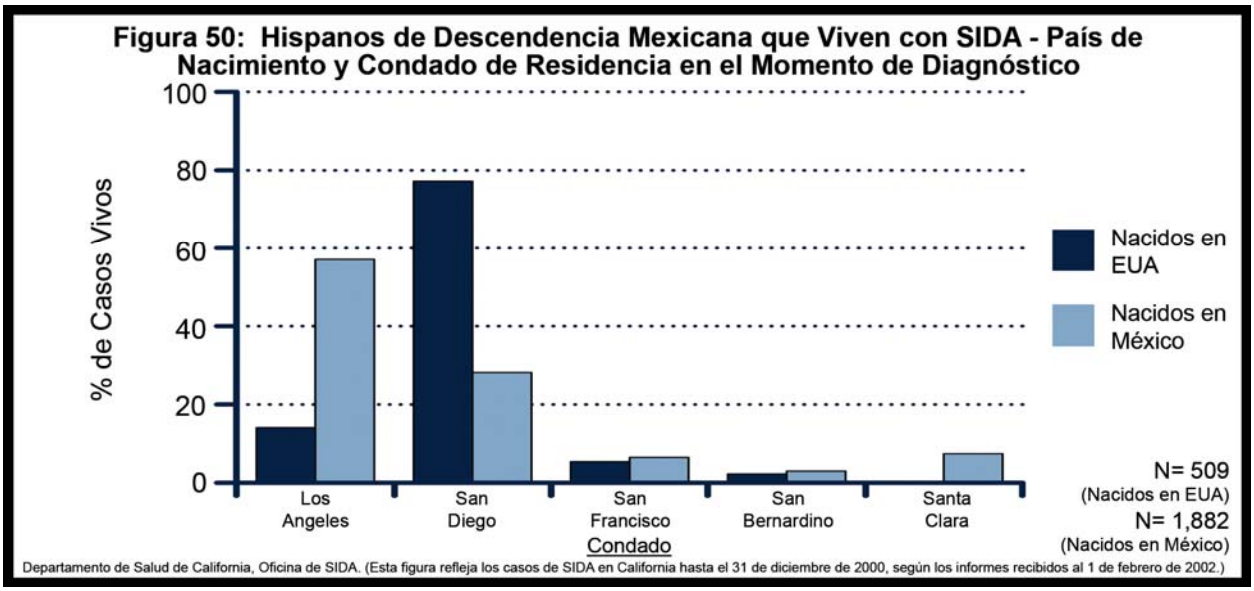


*"RNI" indica "Riesgo no Identificado."

Condado de Diagnóstico

- La mayoría de los individuos de descendencia mexicana nacidos en los Estados Unidos que viven con SIDA radicaba en el condado de San Diego cuando se les diagnosticó el SIDA (el 76 por ciento), mientras que la mayoría de los nacidos en México residía en el condado de Los Angeles (el 56 por ciento). Como se observa

entre todos los casos de SIDA entre Hispanos que viven con SIDA, la mayoría de los casos de descendencia mexicana vivía en uno de los siguientes tres condados en el momento del diagnóstico de SIDA: Los Angeles, San Francisco y San Diego (Figura 50).



Observación: Estos porcentajes pueden hasta cierto grado reflejar la distribución geográfica de personas de descendencia mexicana en California tanto de aquellos nacidos en México como de aquellos nacidos en los Estados Unidos, durante el ano de diagnostico.

Tendencias de SIDA Entre los Hispanos de Descendencia Mexicana

Nota: Aunque el primer caso de SIDA en personas de descendencia mexicana fue diagnosticado en 1983, antes de 1987 escasea información sobre el subgrupo mexicano. Los datos de tendencia se presentan a partir de 1987.

Tendencias Generales

Tendencias de Nuevos Casos Anuales de SIDA

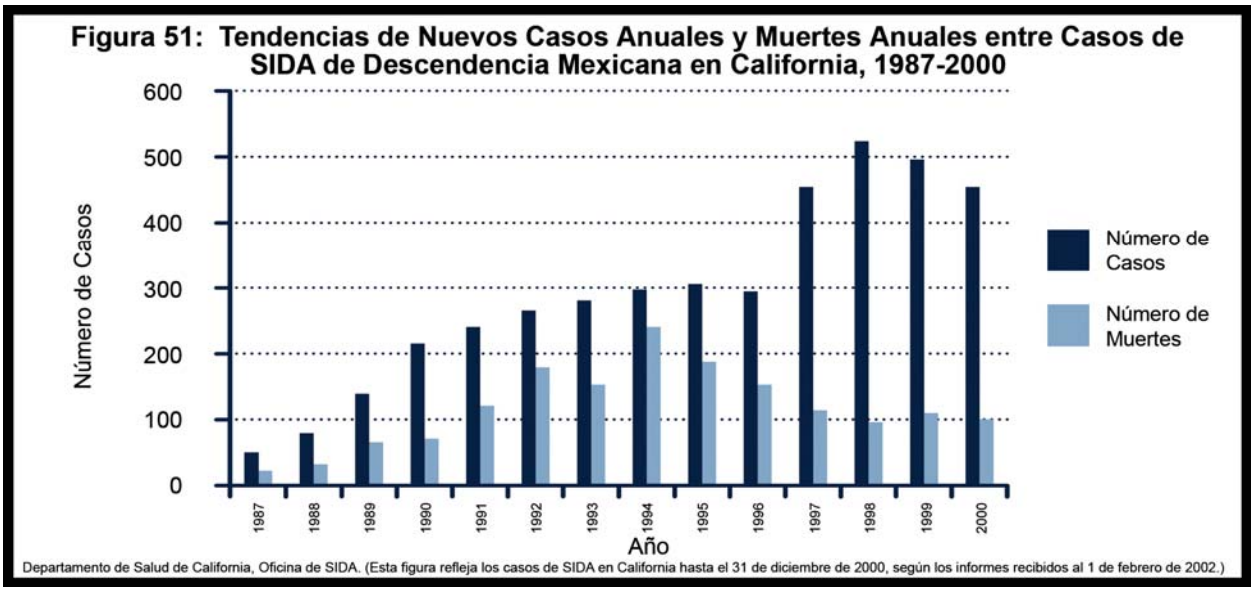
- El número de nuevos casos anuales de SIDA de descendencia mexicana en California aumentó variablemente hasta alcanzar un máximo de 527 en 1998. Desde entonces, el incremento del número de casos ha sido constante y llegó a 455 en el 2000 (Figura 51). Se ha notado una disminución en los casos entre la población general de California y también entre los Hispanos durante el transcurso del tiempo, pero varían los años de mayor incidencia, especialmente para los casos de descendencia mexicana.
- Un incremento repentino de nuevos casos de SIDA de descendencia mexicana ocurre entre 1996 y 1997 (Figura 51). Esto puede reflejar la considerable disminución del número de casos Hispanos con región de descendencia no especificada. Los datos anteriores a 1997 revelan un punto máximo en 1995, más próximo al año en que se reportó el mayor número de Hispanos con SIDA (1993).
- La distribución por sexo de los casos de SIDA de descendencia mexicana se ha mantenido relativamente estable desde 1987. Los hombres han constituido la mayoría de los casos. Ha habido una reducción relativamente constante del porcentaje de nuevos casos anuales masculinos, del 95.8 por ciento en 1987 al 87.9 por ciento en el 2000 (datos no presentados).

Incidencia

- Los datos sobre la incidencia anual por país de nacimiento de los casos de descendencia mexicana no se incluye debido a la falta de datos del Censo sobre país de nacimiento.

Tendencias de Muertes Anuales Entre Casos de SIDA

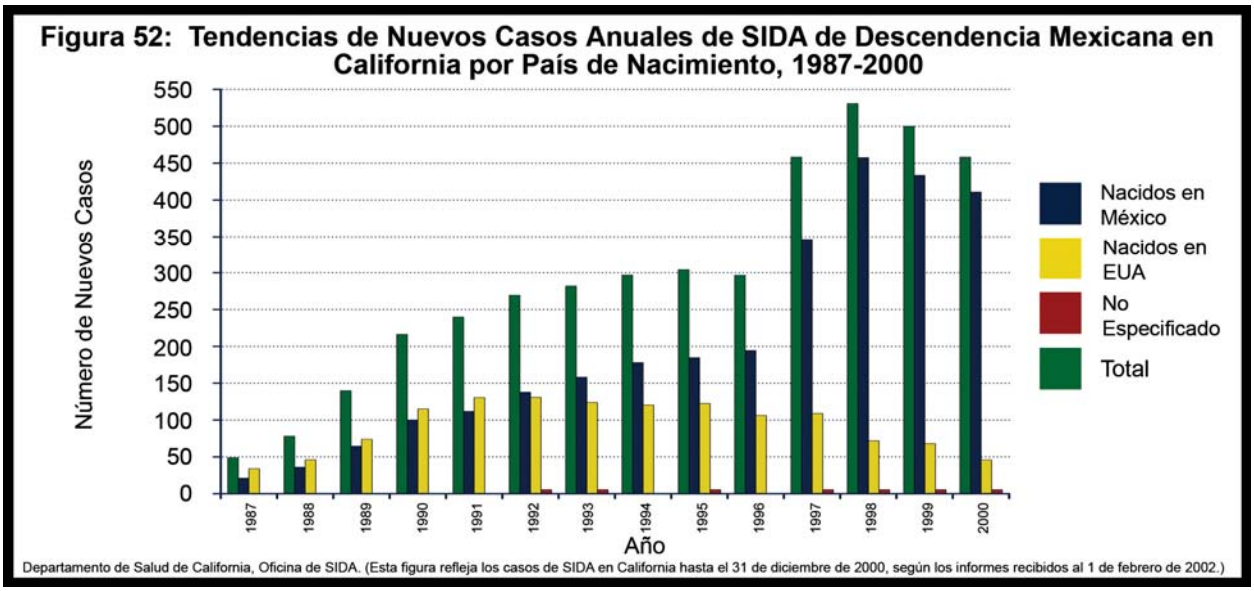
- El número de muertes entre los casos de SIDA de descendencia mexicana aumentó constantemente hasta 1995, cuando empezó un descenso rápido hasta reducirse a 100 muertes en 2000 (Figura 51). Esta tendencia se asemeja a las observadas entre todos los casos de SIDA en California así como en todos los casos de SIDA entre Hispanos.
- Las tendencias de muertes anuales se asemejan más a las observadas en California y entre todos los casos de SIDA entre Hispanos que a las tendencias de nuevos casos. Esto es probablemente debido a la falta de mayores cambios en la captación de región de descendencia en los registros vitales para los casos de SIDA entre Hispanos, al contrario de los datos de HARS.

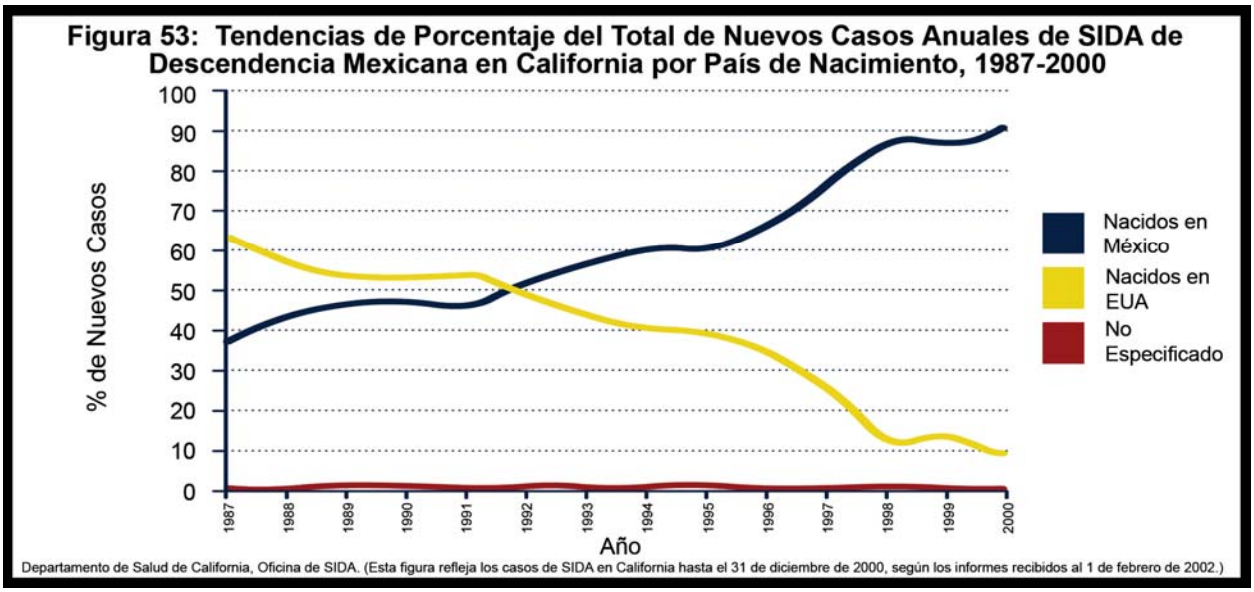


Tendencias Por País de Nacimiento

Nuevos Casos Anuales de SIDA por País de Nacimiento

- De 1992 al año 2000, el número de casos de SIDA en personas de descendencia mexicana nacidos en los Estados Unidos disminuyó constantemente, mientras que el número de casos nacidos en México ascendió constantemente hasta 1999, cuando empezó a disminuir. En el 2000, hubo 45 nuevos casos de SIDA en personas de descendencia mexicana nacidas en los Estados Unidos y 408 en personas de descendencia mexicana nacidas en México (Figura 52).
- El aumento del número de casos de SIDA en personas de descendencia mexicana nacidas en México que se observa en 1997 y 1998 puede reflejar el aumento de la captación del dato de región de descendencia. Puesto que esta tendencia no se observa en los casos de SIDA en personas nacidas en los Estados Unidos, es probable que un porcentaje mayor de casos de SIDA entre Hispanos cuya región de descendencia no se especificó fueron los de descendencia mexicana nacidos en México que aquellos nacidos en los Estados Unidos. Es posible que las tendencias de casos de SIDA según el país de nacimiento nos darán mas información ahora que se ha logrado la captación estable de región de descendencia.
- Hasta 1992, los individuos nacidos en los Estados Unidos representaron la mayoría de los casos de SIDA en personas de descendencia mexicana en California. A partir de ese año, los casos de SIDA en personas nacidas en México han representado la mayoría de los casos de SIDA en personas de descendencia mexicana en California (Figura 54).
- Desde 1986, el porcentaje de casos de SIDA en personas de descendencia mexicana nacidas en México ha aumentado constantemente, del 32.1 por ciento en 1986 al 89.7 por ciento en el año 2000 (Figura 53).



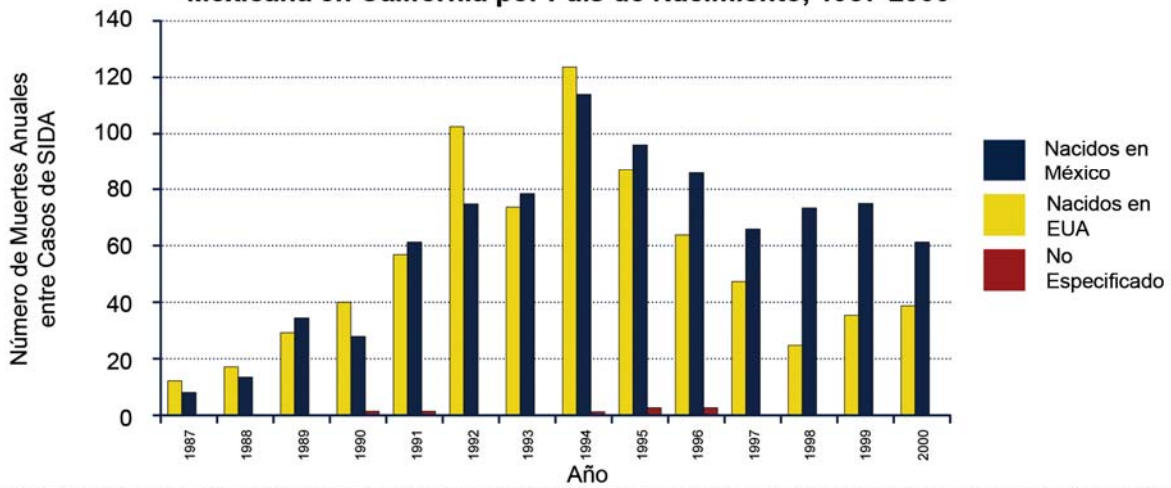


Tendencias de Muertes Anuales Entre Casos de SIDA por País de Nacimiento

- Entre los casos de SIDA en personas de descendencia mexicana, el número de defunciones aumentó entre1987 y 1994, alcanzando un máximo de 124 entre personas nacidas en Estados Unidos y de 114 entre personas nacidas en México. Esta tendencia se observa en todos los países de nacimiento (Figura 54).
- De 1987 a 1995, los porcentajes de defunciones entre casos de SIDA en individuos de descendencia mexicana, tanto para los nacidos en México como los nacidos en Estados Unidos, se mantuvieron entre el 40-60 por ciento (Figura 55).
- Después de 1995, la mayoría de las muertes entre casos de SIDA en personas de descendencia mexicana ocurrió entre aquellas nacidas en México. El porcentaje de

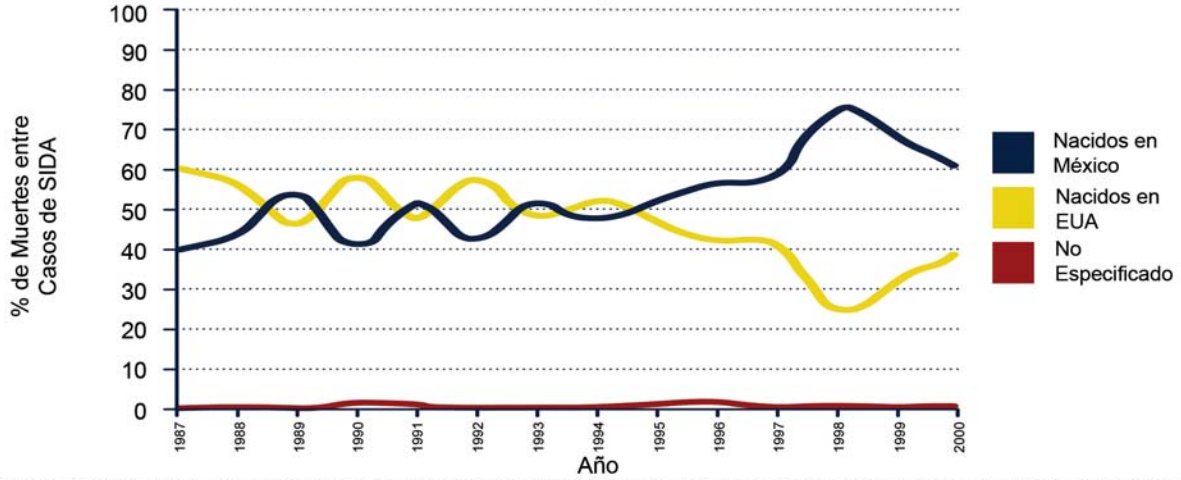
defunciones entre los casos de SIDA en personas de descendencia mexicana nacidas en los Estados Unidos empezó a aumentar, del 24.7 por ciento en 1998 al 39 por ciento en el año 2000 (Figura 55).

Figura 54: Tendencias de Muertes Anuales entre Casos de SIDA de Descendencia Mexicana en California por País de Nacimiento, 1987-2000



Departamento de Salud de California, Oficina de SIDA. (Esta figura refleja los casos de SIDA en California hasta el 31 de diciembre de 2000, según los informes recibidos al 1 de febrero de 2002.)

Figura 55: Tendencias de Porcentaje del Total de Muertes Anuales entre Casos de SIDA de Descendencia Mexicana en California por País de Nacimiento, 1987-2000



Departamento de Salud de California, Oficina de SIDA. (Esta figura refleja los casos de SIDA en California hasta el 31 de diciembre de 2000, según los informes recibidos al 1 de febrero de 2002.)

<u>Tendencias por Edad de Diagnóstico</u> (Datos no presentados)

<u>Tendencias de Nuevos Casos Anuales de SIDA por Edad de Diagnóstico</u>

- Para los casos de SIDA en personas de descendencia mexicana la distribución de casos a través de los grupos de edad antes de 1998 parecen haber fluctuado considerablemente. Es probable que esto se deba a la falta de captación de datos

sobre la región de descendencia de los casos de SIDA entre Hispanos, por lo que se registraron números reducidos.

- Para los casos de SIDA en personas de descendencia mexicana nacidos tanto en los Estados Unidos como en México, la distribución de casos a través de los grupos de edad se ha mantenido relativamente estable desde 1998. La tendencia más reciente parece reflejar la observada entre todos los casos Hispanos y en California en general.
- Para los casos de SIDA en personas de descendencia mexicana nacidas tanto en Estados Unidos como en México, el grupo de edad que resulta constantemente más afectada por el SIDA es el de 30-39 años. Entre los nacidos en México, un promedio del 41.6 por ciento de las personas diagnosticadas con SIDA tenían entre 30-39 años de edad. Entre los nacidos en los Estados Unidos, un promedio del 48.5 por ciento de los casos fueron diagnosticados con SIDA entre los 30-39 años de edad.
- La diferencia más notable en la edad de diagnóstico por país de nacimiento es el porcentaje de casos diagnosticados entre las edades de 40-49 años. A partir de 1998 en particular, un porcentaje mayor de individuos de descendencia mexicana nacidos en los Estados Unidos han tenido entre 40-49 años de edad en el momento del diagnóstico, en comparación con los casos de SIDA en personas de descendencia mexicana nacidss en México.
- A lo largo de los años, el porcentaje constituido por individuos de 40 a 49 años de edad ha variado entre el 14 por ciento y el 30.4 por ciento entre los nacidos en los Estados Unidos, disminuyendo al 22.2 por ciento en el año 2000. Entre los nacidos en México, el porcentaje de casos diagnosticados en esta edad ha variado entre el 11.1 por ciento y el 25.4 por ciento con el tiempo y se redujo hasta el 18.4 por ciento en el 2000. Esto puede deberse en parte a los cambios en las distribuciones por edad de la población de descendencia mexicana durante los años de diagnóstico, sin embargo, los cálculos anuales comparativos entre Censos por país de nacimiento y por edad no están disponibles para evaluar el grado en que esta hipótesis pudiera ser cierta.

Tendencias por Vía de Exposición (Datos no presentados)

Tendencias de Nuevos Casos Anuales de SIDA por Vía de Exposición

Casos Masculinos

- La vía más común de exposición de aquellas personas de descendencia mexicana ha sido el HSH.
- Entre los casos de descendencia mexicana nacidos en México, las tendencias se asemejan a los casos masculinos entre Hispanos en que ha habido una ligera disminución de la exposición por HSH, en este caso del 72.8 por ciento en 1997 al 62.8 por ciento en el año 2000.

- Para los casos de SIDA masculinos de descendencia mexicana nacidos en los Estados Unidos, es difícil interpretar los porcentajes de tendencias de vía de exposición debido al reducido número de casos notificados en este grupo cada año.

Casos Femeninos

- El contacto heterosexual ha sido la vía más común de exposición entre mujeres de descendencia mexicana durante el transcurso del tiempo, variando entre el 12.5 por ciento y el 66.7 por ciento de los casos de SIDA nacidos en los Estados Unidos, y entre el 25 por ciento y el 89.5 por ciento de los casos nacidos en México.
- Es difícil profundizar en la interpretación de las tendencias de vía de exposición de las mujeres de descendencia mexicana debido al número reducido de casos notificados.

CASOS DE SIDA EN MÉXICO

El SIDA in México

Desde enero de 1983 hasta el 31 de diciembre del 2000:

- Casos acumulados de SIDA: 47,617.
- Número de muertes entre casos de SIDA: 26,141; el 54.9 por ciento de todos los casos de SIDA en México.
- Vivos: 18,704; el 39.3 por ciento de todos los casos de SIDA en México.
- Desconocidos: 2,772; 5.8 por ciento de todos los casos de SIDA en México.

Casos Acumulados de SIDA en México

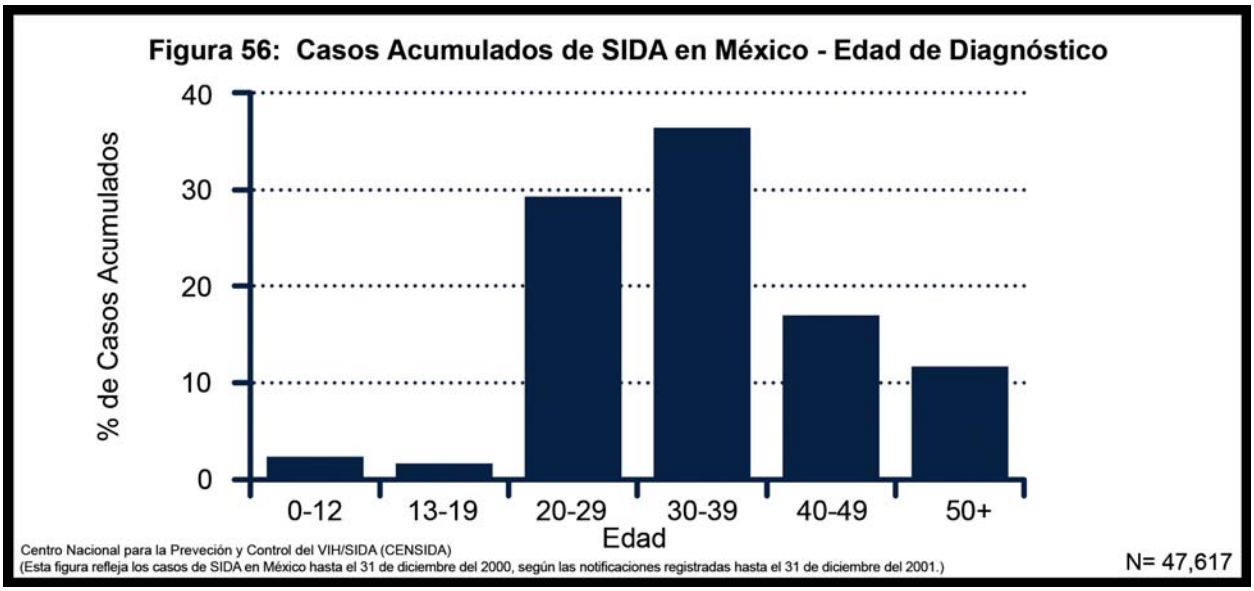
Casos acumulados de SIDA: 47,617.

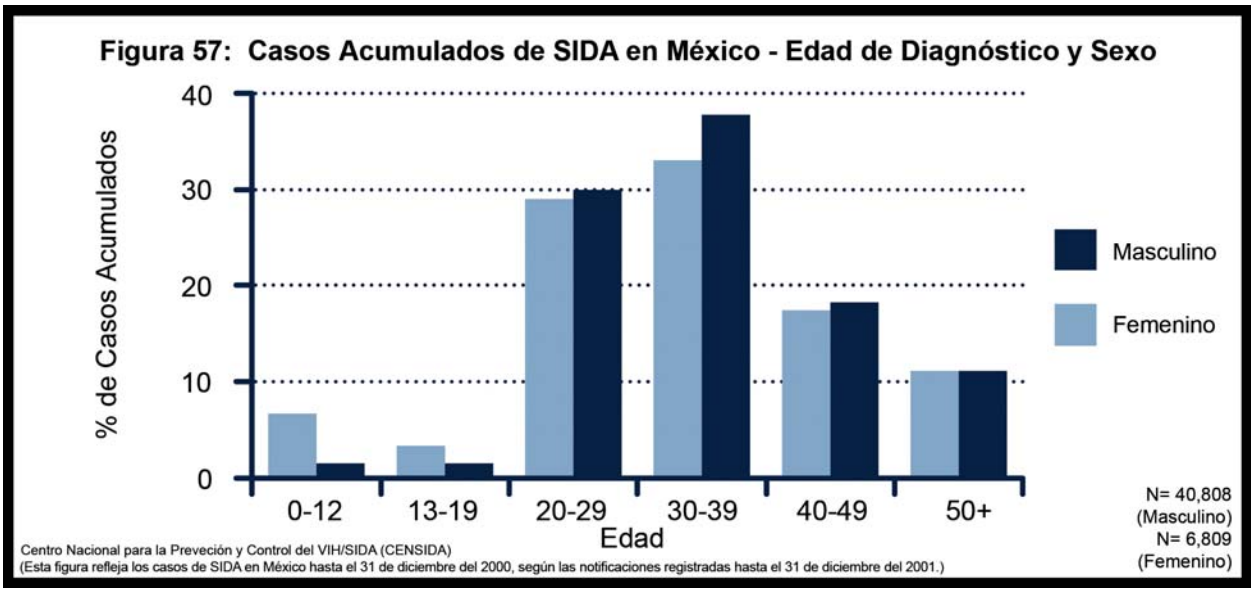
Sexo

- Al igual que los casos acumulados en California entre personas de descendencia mexicana, la mayoría de los casos acumulados de SIDA registrados en México son masculinos. De estos casos, el 85.7 por ciento son hombres (40,808 casos de SIDA) y el 14.3 por ciento son mujeres (6,809 casos de SIDA; datos no presentados).

Edad de Diagnóstico

- Similarmente a los casos de descendencia mexicana registrados en California, en México la mayor concentración de casos se diagnosticaron entre las edades de 30-39 años (el 36.4 por ciento). La segunda mayor concentración ocurre entre las edades de 20-29 años (el 29.3 por ciento; Figura 56).
- Menos del cinco por ciento de los casos acumulados de SIDA en México fueron diagnosticados antes de los 20 años de edad (Figura 56).
- Más mujeres que hombres se diagnostican entre las edades de 0 y19 años, y más hombres que mujeres se diagnostican entre los 20 y 49 años de edad. Un número igual de mujeres y hombres fueron diagnosticados después de los 50 años de edad. (Figura 57).





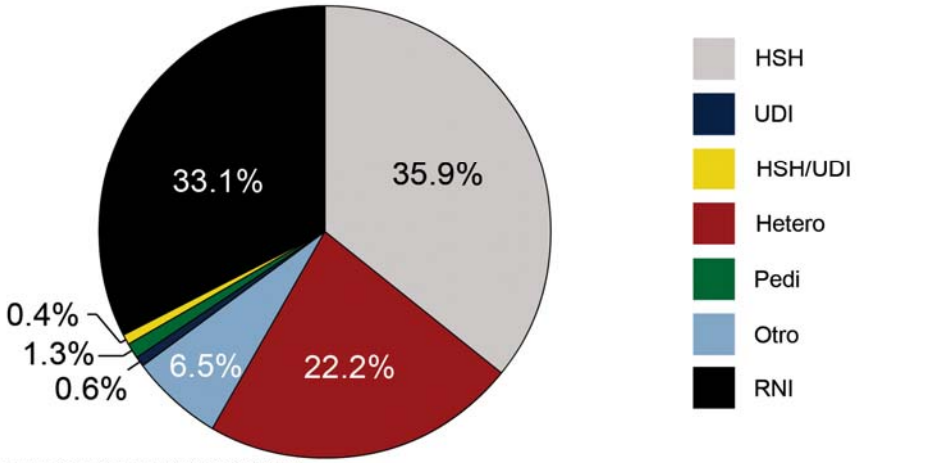
Vía de Exposición

- Los HSH representan la mayoría de los casos acumulados de SIDA en México (el 35.9 por ciento). La segunda vía de exposición más común entre los casos en México es la transmisión heterosexual (el 22.2 por ciento; Figura 58).
- Un porcentaje muy bajo de todos los casos acumulados de SIDA se debe a la exposición pediátrica (el 1.3 por ciento) y el uso de drogas inyectables (UDI) representa un porcentaje aun menor de los casos de SIDA notificados en México (el 0.6 por ciento; Figura 58).
- El 33.1 por ciento de los casos de SIDA en México tiene una vía de exposición desconocida. Esta proporción es mucho mayor que la que corresponde a los casos

en California, entre los cuales no se ha identificado la vía de exposición en aproximadamente el 9.7 por ciento de los individuos de descendencia mexicana con SIDA (Figura 58).

- Igual a las exposiciones entre los casos masculinos de descendencia mexicana en California, el HSH representa el mayor porcentaje de casos entre hombres con SIDA en México (41.8 por ciento; Figura 59).
- Entre las mujeres mexicanas con SIDA, el contacto heterosexual es la vía de exposición principal, representando aproximadamente 39.3 por ciento de todos los casos acumulados de SIDA en la población femenina. Después del contacto heterosexual, la vía más común se categoriza como "otro," representando 21.1 por ciento de todos los casos acumulados de SIDA en la población femenina (Figura 59). La mayoría son exposiciones relacionadas con la sangre.
- Entre todos los casos de SIDA diagnosticados entre las edades de 20 y 49 años, el HSH representa la mayoría de las exposiciones. La mayor proporción atribuida al contacto heterosexual se observa entre los casos diagnosticados en personas de 50 años de edad o mayores (el 40 por ciento; Figura 60).

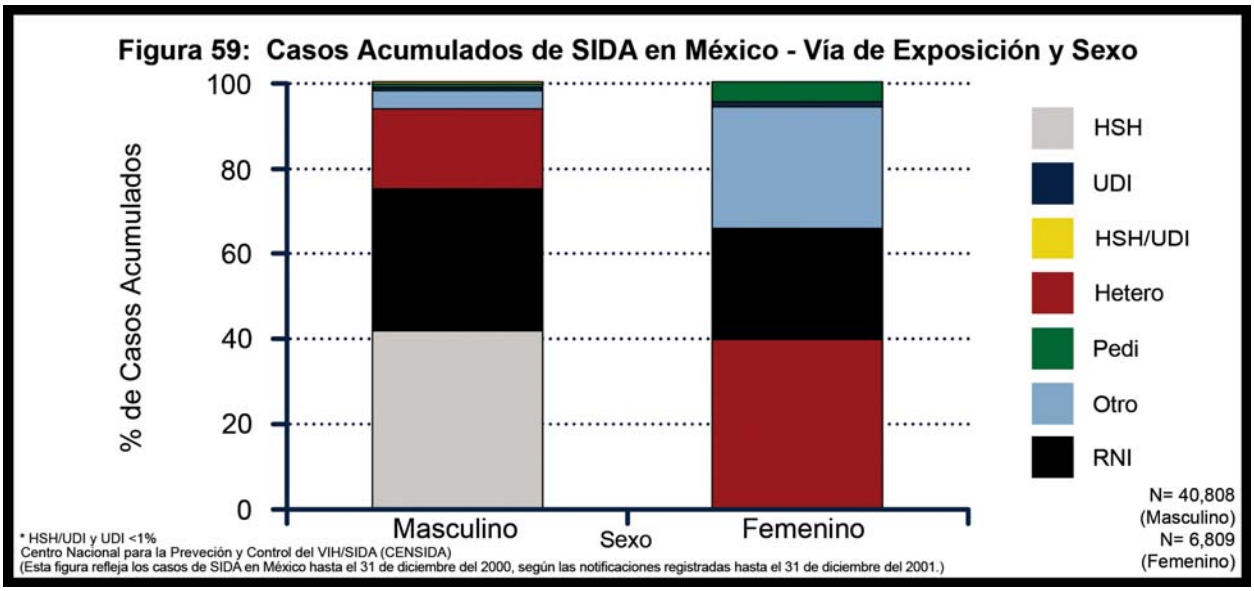
Figura 58: Casos Acumulados de SIDA en México - Vía de Exposición



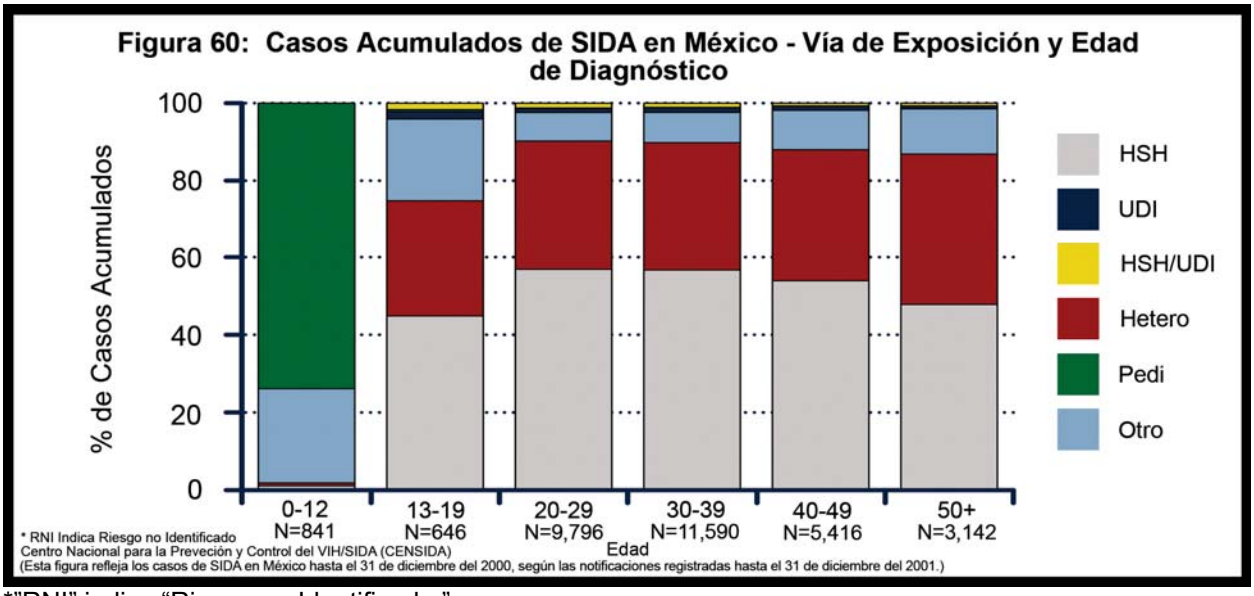
Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA (CENSIDA)
(Esta figura refleja los casos de SIDA en México hasta el 31 de diciembre del 2000, según las notificaciones registradas hasta el 31 de diciembre del 2001.)

N= 47,617

*"RNI" indica "Riesgo no Identificado."



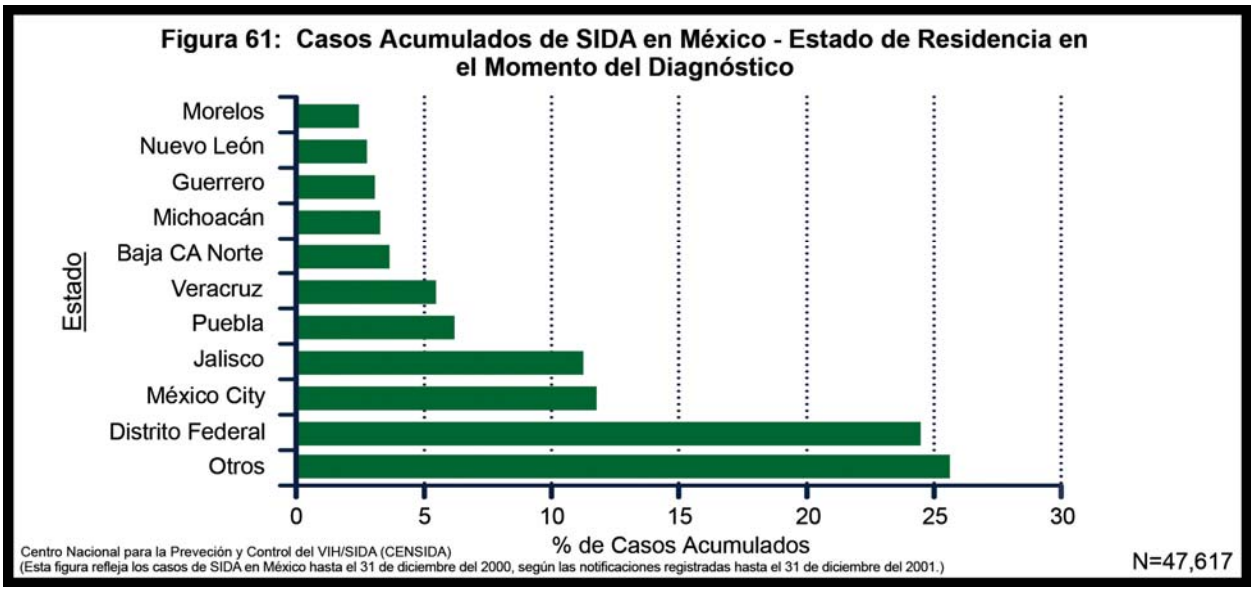
*"RNI" indica "Riesgo no Identificado."



*"RNI" indica "Riesgo no Identificado."

Residencia en el Momento del Diagnóstico

- Casi el 50 por ciento de todos los casos notificados de SIDA en México radicaban en uno de los siguientes tres estados al ser diagnosticados: Distrito Federal (24.4 por ciento), Jalisco (11.7 por ciento) y México (11.2 por ciento). Otras áreas que representan más del cinco por ciento de los casos de SIDA son Puebla y Veracruz. Tanto Baja California Norte como Michoacán componen aproximadamente el cuatro por ciento de los casos acumulados (Figura 61).



Observación: Estos porcentajes pueden hasta cierto grado reflejar la distribución geográfica de la población general Hispana en California.

Casos Vivos de SIDA en México

Número de casos vivos de SIDA en México: 18,704 (el 39.3 por ciento de todos los casos acumulados de SIDA notificados en México).

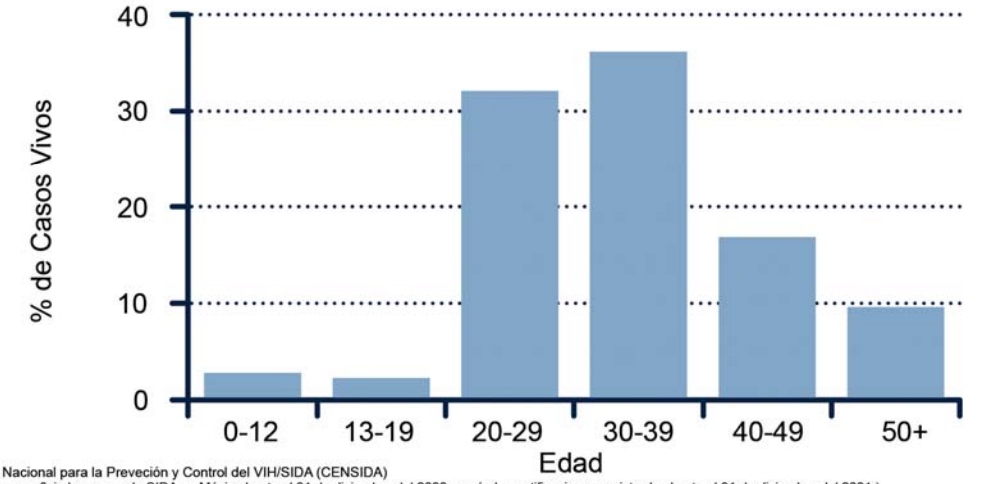
Sexo

- Como se observa en California entre los casos vivos de SIDA de descendencia mexicana, la mayoría de los casos vivos de SIDA en México son masculinos. De los casos de SIDA radicados en México hasta diciembre del 2000, el 85.3 por ciento son masculinos y el 14.7 por ciento son femeninos (datos no presentados).

Edad Actual

- Aproximadamente el 91 por ciento de todos los casos vivos de mexicanos con SIDA tienen 20 años de edad o más, y la mayor concentración de casos ocurre entre las edades de 20 y 39 años (el 67.8 por ciento; Figura 62).
- La mayoría tanto de los hombres como de las mujeres que viven con SIDA tienen entre 20 y 39 años de edad (el 69.6 por ciento de los hombres y el 63.7 por ciento de las mujeres; datos no presentados).
- Parece ser que los individuos con SIDA en México son menores que aquellos de descendencia mexicana que viven en California, pues la mayoría de los primeros tienen entre 20 y 39 años de edad (el 68.8 por ciento; Figura 62) y la mayoría de los últimos tienen entre 30 y 49 años de edad (el 51.0 por ciento; datos no presentados).

Figura 62: Individuos que Viven on SIDA en México - Edad Actual



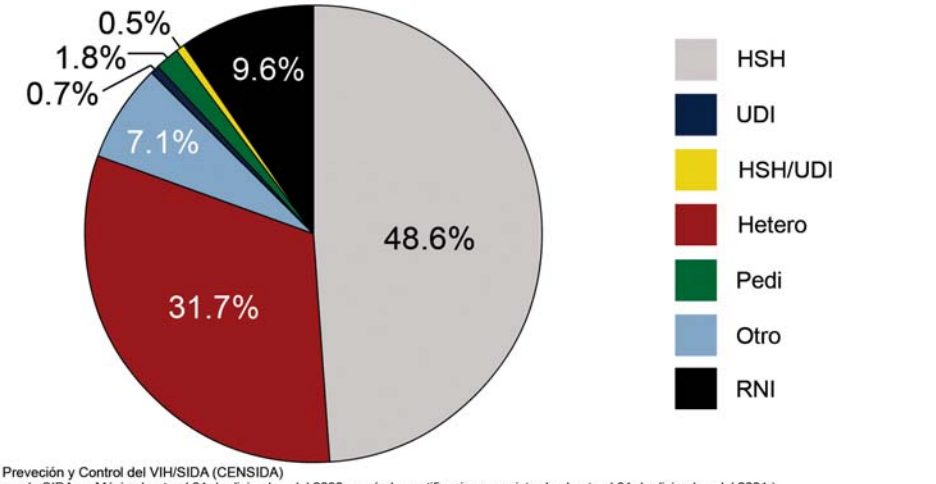
Centro Nacional para la Preveción y Control del VIH/SIDA (CENSIDA)
(Esta figura refleja los casos de SIDA en México hasta el 31 de diciembre del 2000, según las notificaciones registradas hasta el 31 de diciembre del 2001.)

N= 18,704

Vía de Exposición

- El HSH representa casi la mitad (el 48.6 por ciento) de todos los casos vivos de SIDA en México, seguido de la transmisión heterosexual (el 31.7 por ciento; Figura 63).
- Sólo el 0.7 por ciento de todos los casos vivos de SIDA se atribuyen al UDI (Figura 63). Otra vez, este porcentaje es mucho menor que el observado entre los casos de SIDA de descendencia mexicana en California (Figura 48 y 49).
- La mayoría de los hombres que viven con SIDA se expusieron por el HSH (el 57 por ciento), seguido del contacto heterosexual (el 27.4 por ciento; Figura 64). El contacto heterosexual compone un porcentaje menor de las exposiciones entre los hombres que viven con SIDA en México en comparación con los individuos de descendencia mexicana con SIDA en California, sin embargo, esta es debido, en grande parte, al mayor porcentaje de casos masculinos de SIDA en México que se clasifican como "otro" vía de exposición en comparación a casos masculinos de SIDA en los Estados Unidos (en México: 27.4 por ciento; en California, nacido en los Estados Unidos: 1.5 por ciento; en California, nacido en México: 3.4 por ciento; Figuras 48 y 64).
- En México, mas de la mitad (el 56.3 por ciento) de todas las mujeres que viven con SIDA se exponen por medio del contacto heterosexual. El uso de drogas inyectables es la segunda vía de exposición más común entre estas mujeres con SIDA, mientras que la segunda vía de exposición más común de los casos de SIDA femeninos en México corresponde a la categoría "otra vía" (el 25.6 por ciento), que consiste en su mayoría de exposiciones relacionadas con la sangre. En México, el uso de drogas inyectables representa el 0.9 por ciento de los casos de SIDA femeninos y en California, el 9.0 por ciento de los casos de SIDA femeninos nacidos en México (Figuras 49 y 64). Esta relación todavía es similar después de considerar la porcentaje mayor de casos de NIR entre los primeros grupos.

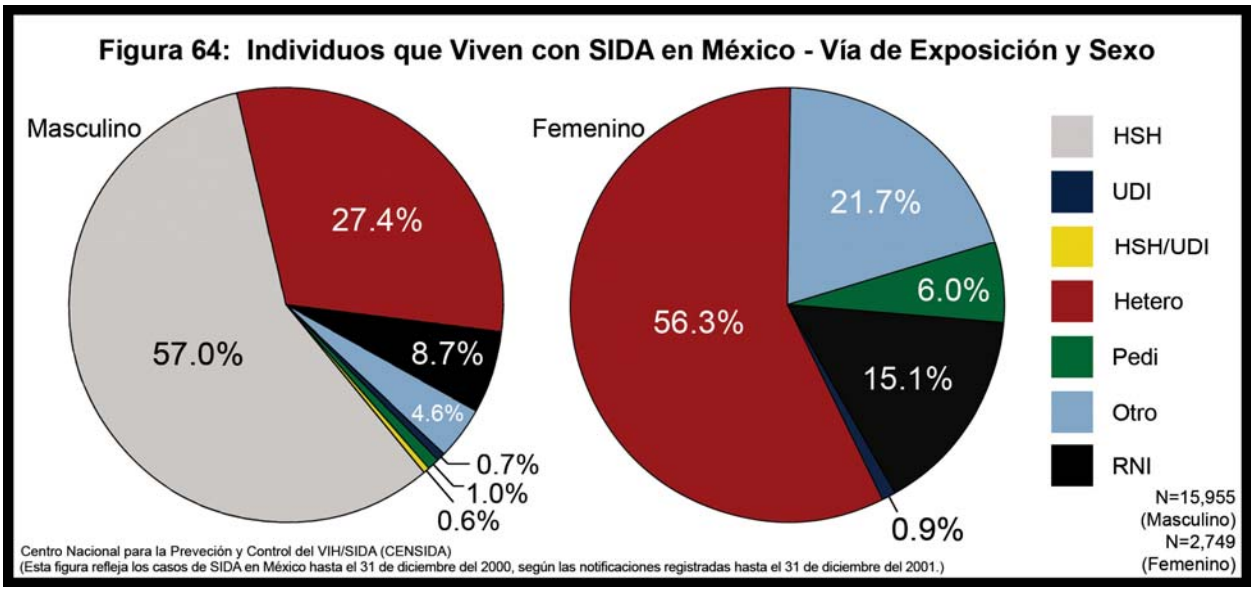
Figura 63: Individuos que Viven con SIDA en México - Vía de Exposición



Centro Nacional para la Preveción y Control del VIH/SIDA (CENSIDA)
(Esta figura refleja los casos de SIDA en México hasta el 31 de diciembre del 2000, según las notificaciones registradas hasta el 31 de diciembre del 2001.)

N= 18,704

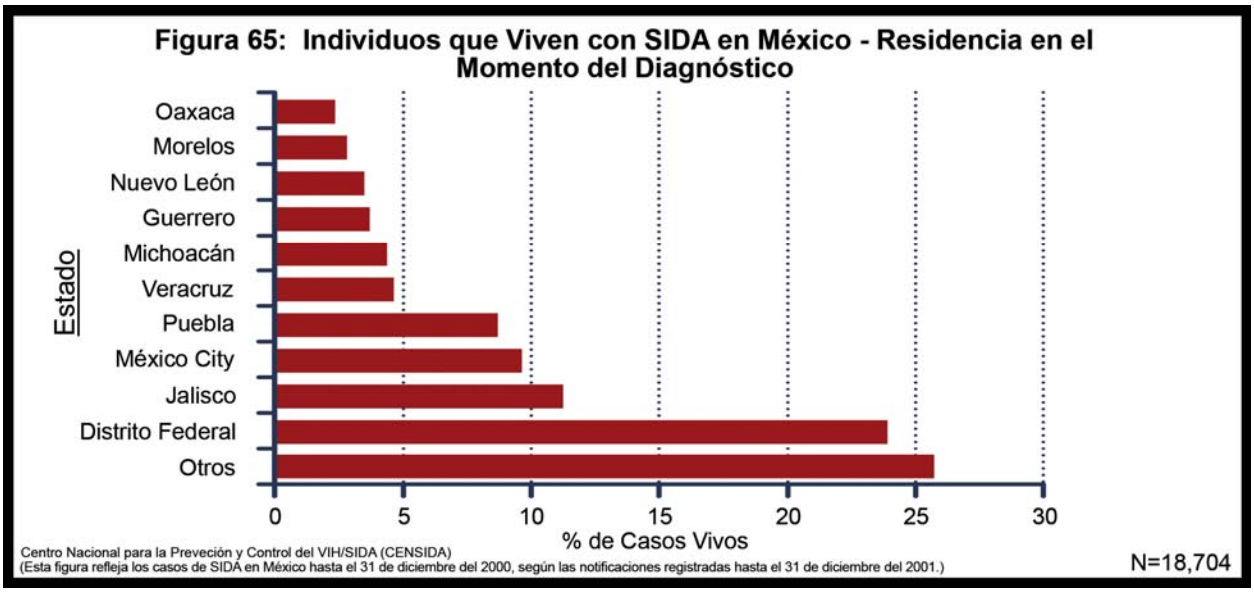
*"RNI" indica "Riesgo no Identificado."



*"RNI" indica "Riesgo no Identificado."

Estado de Residencia en el Momento del Diagnóstico

- Más del 50 por ciento de los individuos que viven con SIDA en México radicaban en uno de los siguientes cuatro estados al ser diagnosticados con SIDA: Distrito Federal (el 23.9 por ciento), Jalisco (el 11.2 por ciento), México (el 9.6 por ciento) y Puebla el 8.7 por ciento; Figura 65). Cada uno de los estados de Veracruz, Michoacán, y Guerrero representan aproximadamente el 4 por ciento de los casos de SIDA que estan vivos. La distribución de los casos de SIDA en México ha cambiado con el transcurso del tiempo, debido a que los casos acumulados de SIDA no se encuentran en los mismos lugares que los casos vivos de SIDA.



Observación: Estos porcentajes pueden hasta cierto grado reflejar la distribución geografica de la población general en México.

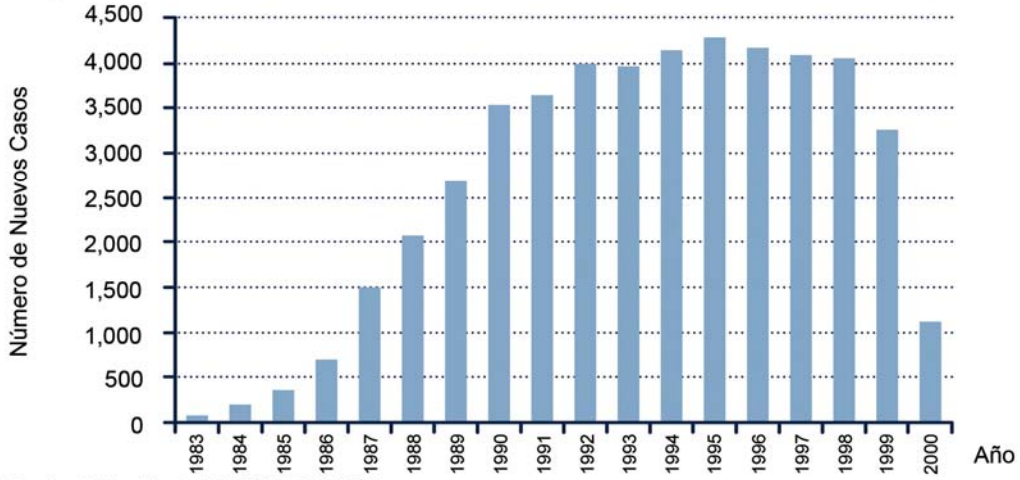
Tendencias del SIDA en México

- En México, los casos de SIDA se clasifican por año de diagnóstico.
- La notificación demorada produce una curva incompleta de la epidemia del SIDA durante los últimos cinco años (1996-2000). La notificación de los casos de SIDA diagnosticados hasta finales de 1995 está completa.

Tendencias de Nuevos Casos Anuales de SIDA

- El número de nuevos casos anuales de SIDA en México aumentó abruptamente desde el principio de la epidemia en 1983 (con 60 casos) hasta alcanzar su punto máximo en 1995 (4,268 casos). Desde 1993, el número de nuevos casos anuales se ha estabilizado en cierto grado, manteniéndose alrededor de los 4000 casos (Figura 66).

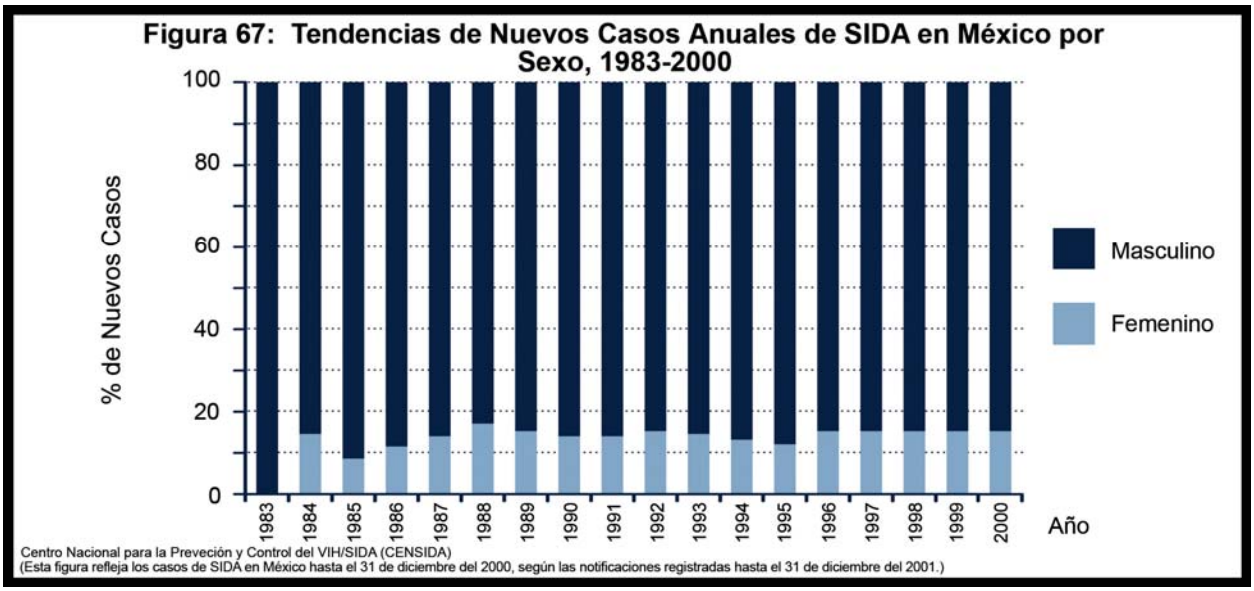
Figura 66: Tendencias de Nuevos Casos Anuales de SIDA en México, 1983-2000



Centro Nacional para la Preveción y Control del VIH/SIDA (CENSIDA)
(Esta figura refleja los casos de SIDA en México hasta el 31 de diciembre del 2000, según las notificaciones registradas hasta el 31 de diciembre del 2001.)

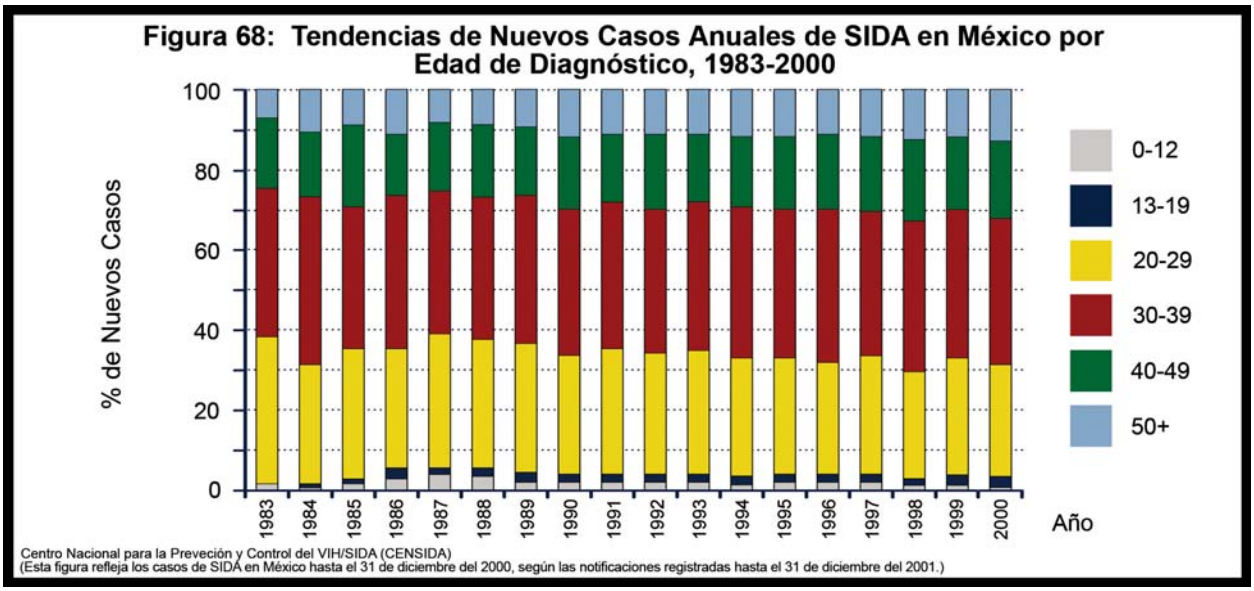
Tendencias en Nuevos Casos Anuales de SIDA por Sexo

- La proporción de casos masculinos de SIDA en comparación con los casos femeninos se ha mantenido estable durante todos los años de la epidemia (Figura 67). Desde el principio, la epidemia ha afectado principalmente a hombres; el porcentaje de nuevos casos que son masculinos variaba entre el 83.3 (en 1984) por ciento y el 88.6 por ciento (en 2000).



Tendencias de Nuevos Casos Anuales de SIDA por Edad de Diagnóstico

- En los últimos años, el porcentaje del total de los casos nuevos de SIDA diagnosticados antes de los 20 años de edad ha disminuido (Figura 68). Esto contrasta con los datos sobre los casos de SIDA de descendencia mexicana en California, ya que en esta población el porcentaje del total de los casos nuevos de SIDA en cada grupo de edad ha permanecido relativamente estable.
- En México, la población que tiene entre 30-39 años de edad ha sido la más afectada (el 36.5 por ciento de todos los casos de SIDA en el año 2000), seguida del grupo entre 20-29 años de edad (el 27.9 por ciento de todos los casos de SIDA en el 2000; Figura 68). En California, el grupo de edad más afectado entre los casos de SIDA en personas descendencia mexicana también ha sido el grupo de 30 a 39 años.
- En el año 2000, más de la mitad de todos los casos de nuevos diagnósticos de SIDA correspondieron a individuos entre 20 y 39 años de edad (64.4 por ciento). El 19.2 por ciento de ellos se diagnosticaron a los 40-49 años, el 12.8 por ciento después de los 50 y el 3.5 por ciento antes de cumplir 20 años (Figura 68).



Tendencias de Nuevos Casos Anuales de SIDA por Vía de Exposición

- Desde el principio de la epidemia hasta 1998, el HSH había sido la vía de exposición más común del SIDA. Durante estos años, el porcentaje de casos expuestos de esta manera disminuyó constantemente, del 93.9 por ciento en 1983 al 48.9 por ciento en 1998. En 1999 así como en el año 2000, el porcentaje de casos expuestos por medio del contacto heterosexual fue mayor que el de los que fueron expuestos por el contacto HSH, el 53.0 por ciento y el 44.1 por ciento respectivamente en 1999 y el 55.5 por ciento en comparación con el 41.9 por ciento en el año 2000 (Figura 69).
- El porcentaje de nuevos diagnósticos de SIDA expuestos por medio del contacto heterosexual ha aumentado desde 1986, del 11.7 por ciento en ese año al 55.5 por ciento en el 2000.
- Desde 1988, el porcentaje de casos que reportan otras vías de exposición ha disminuido, del 24 por ciento al 0 por ciento en el año 2000 (Figura 69).
- A lo largo de los años, los casos debidos al HSH/UDI, a la exposición pediátrica o únicamente al UDI han representado conjuntamente menos del 5 por ciento de todos los casos de SIDA (Figura 69). La epidemia mexicana del SIDA sigue concentrada entre hombres que tienen sexo con otros hombres y entre parejas heterosexuales.

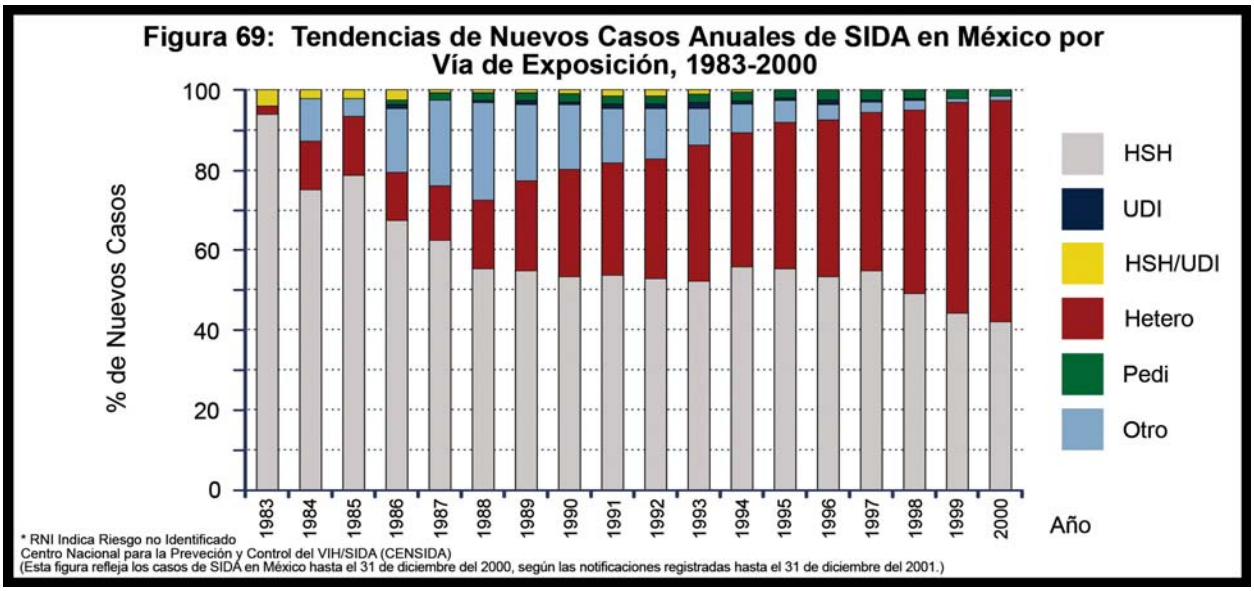


Figura 69: Tendencias de Nuevos Casos Anuales de SIDA en México por Vía de Exposición, 1983-2000
% de Nuevos Casos
100
80
60
40
20
0
1983
1984
1985
1986
1987
1988
1989
1990
1991
1992
1993
1994
1995
1996
1997
1998
1999
2000
Año
HSH
UDI
HSH/UDI
Hetero
Pedi
Otro
* RNI Indica Riesgo no Identificado
Centro Nacional para la Preveción y Control del VIH/SIDA (CENSIDA)
(Esta figura refleja los casos de SIDA en México hasta el 31 de diciembre del 2000, según las notificaciones registradas hasta el 31 de diciembre del 2001.)

Sección III:

ESTRATEGIAS PARA MEJORAR LA VIGILANCIA DEL VIH/SIDA ENTRE MIGRANTES

Aumentando La Vigilancia de VIH/SIDA en La Población Migrante

La información presentada en las secciones anteriores constituye una visión general de los sistemas de vigilancia del VIH/SIDA en California y México y una evaluación del SIDA en ambas regiones. Se incluyen estadísticas sobre los casos acumulados, la prevalencia y la incidencia del SIDA (hasta el final del 2000) tanto para California como para México. Los datos sobre California se pueden estratificar según el lugar de nacimiento de los casos de descendientes de mexicanos nacidos ya sea en los Estados Unidos o en México, pero no se pueden estratificar más según los mexicanos que migran a nivel local, nacional o internacional.

Determinar lo que sabemos y lo que necesitamos saber es importante a medida que avanzamos para determinar cómo podemos mejorar los sistemas de recolección y control de datos tanto en California como en México a fin de proveer un cuadro más exacto y completo del VIH/SIDA en estas regiones. La siguiente sección presenta estrategias de cómo California y México pueden trabajar conjuntamente para mejorar la vigilancia binacional y expandir la colaboración en un esfuerzo más eficaz para evitar la transmisión del VIH entre la vulnerable población migrante. Reconocemos que existen desafíos fiscales y logísticos. Será necesario en futuras reuniones discutir más a fondo la viabilidad logística y estructural de estas estrategias. Presentar conjuntamente estrategias posibles es un paso inicial para poner en practica estas y otras estrategias que se plantearen en futuras discusiones.

La población migrante mexicana tanto en México como en California enfrenta riesgos a la salud únicos e importantes. Este informe se enfoca en el riesgo del VIH/SIDA específicamente, pero debido a otros factores tales como atención médica esporadica, falta de seguro médico, falta de ingresos seguros y condiciones de vida y de trabajo estresantes o difíciles, la población migrante mexicana también afronta riesgos más altos de otros problemas de salud tales como la diabetes, la hipertensión, las enfermedades cardiovasculares, etc. Los sistemas de vigilancia de enfermedades, incluyendo la vigilancia de VIH/SIDA, vigentes actualmente tanto en México como en California son eficaces para medir la carga de la enfermedad en sus respectivas poblaciones no migrantes, pero fallan a la hora de captar información confiable sobre los miles de personas que regularmente cruzan la frontera que divide a California y México. Al depender de los sistemas existentes no nos queda más que proceder a tientas cuando intentamos evaluar no sólo la condición de VIH sino también el estado de salud en general de esta población con el transcurso del tiempo. Considerando el riesgo del VIH entre estos migrantes y la naturaleza episódica de los servicios de salud que esta población recibe, es fundamental que California y México continúen apoyando colaboraciones eficientes y que colaboren para aumentar la vigilancia en esta población y crear programas para evitar enfermedades y promover la salud entre los migrantes y entre aquellos con quienes los migrantes interactúan. Para comenzar a hacer frente a esta necesidad hemos analizado varias ideas: aumentar la capacidad de vigilancia existente, desarrollar un sistema de vigilancia binacional integral, establecer un comité ejecutivo binacional, y continuar epidemiológicos de manera colaboración.

Aumentar la capacidad de vigilancia existente

Un método que puede usarse para aumentar la vigilancia del VIH/SIDA en la población migrante es el de construir sobre los instrumentos de vigilancia actuales. Esto se puede hacer emparejando los datos de vigilancia del VIH/SIDA con otras bases de datos para obtener más información sobre casos, así como también incorporando más preguntas de rutina concernientes a la migración en los formularios utilizados para notificar casos de VIH/SIDA.

El emparejar información de VIH/SIDA con los registros de estadísticas vitales de los Estados Unidos y de México proveería más información acerca de casos de SIDA.Los certificados de defunción contienen información sobre el país de origen, oficio y duración de la estadía en los Estados Unidos. Las estadísticas vitales de México podrían proporcionar información sobre casos que son diagnosticados en los Estados Unidos y que regresan a México antes de morir. Los datos podrían también ser comparados con otros registros de enfermedades tales como el cáncer y la diabetes, así como con grandes estudios de cohorte entre poblaciones migrantes. Sin embargo, la debilidad inherente a este método consiste en que solamente proveé información sobre aquellas personas que o bien han muerto o tienen otras enfermedades, una información que claramente no sería generalizable a la población en general.

En California y en México, por cada individuo diagnosticado con SIDA, se completa un formulario de notificación de casos, ya sea extrayendo información de los expedientes médicos o entrevistando directamente a los pacientes. Puede ser posible mejorar la vigilancia de los migrantes determinando si los individuos migran a los Estados Unidos para trabajar. Se pueden agregar importantes preguntas a este formulario, tales como: lugares de residencia durante el último año, fecha de inmigración a los Estados Unidos y regreso a México, y tipo y ubicación de los empleos en el último año. El agregar de estas variables ayudaría a determinar su situación migratoria, así como a saber si son migrantes por temporada o permanentes o si son jornaleros urbanos o ambos, y si migran a nivel local, nacional o internacional.

Las variables que son opcionales en el registro HARS de notificación de casos se pueden hacer obligatorias. Estos incluye “Antecedentes raciales/étnicos ampliados” y “País de Origen”. Estas variables no se requieren actualmente en los formularios, por lo que la información no existe para muchos migrantes. La investigación de estas dos variables permitiría un análisis por subgrupo étnico entre Hispanos/Latinos y el consecuente diseño de planes de prevención que sean cultural y lingüísticamente apropiados.

Sin embargo, es importante reconocer que en realidad lograr el registro de la información puede ser difícil. Si la información sobre las variables recomendadas anteriormente no se recopilan en el formulario, una revisión de los expedientes médicos pueden no ser útil dado que esta información puede faltar en los expedientes médicos. Aun puede darse el caso de que el paciente no quiera o no esté en capacidad de responder a ciertas preguntas debido a barreras lingüísticas o miedo. Este esfuerzo necesitaría combinarse con educación e información en el idioma del paciente para

mitigar las preocupaciones de los individuos sobre el proceso de recolección de información.

Desafortunadamente, simplemente agregar preguntas a los formularios de notificación de casos para mejorar los sistemas existentes de vigilancia no será suficiente en sí a la hora de obtener datos sobre las poblaciones migrantes. Los sistemas actuales son limitados en el sentido de que es improbable que capten una muestra representativa de la población migrante. Estos sistemas pueden solamente recoger información de individuos que utilizan los servicios de salud y puede introducir un sesgo en los datos. Los individuos que utilizan los servicios de salud bien pueden ser fundamentalmente diferentes de aquellos que no los utilizan (por ejemplo: tal vez tienen más información sobre los servicios de salud, la prevención y el riesgo de contraer el VIH/SIDA, más acceso a la atención médica etc.).

Hay varios obstáculos a la obtención de información confiable y suficiente sobre la población migrante en California y México por medio de los sistemas actuales. Primero, las agencias federales definen en diferentes formas a los “trabajadores migrantes.” Esta terminología incongruente crea retos para asegurar técnicas de clasificación comunes a la hora de intentar combinar datos y calcular la prevalencia e incidencia de enfermedades. Segundo, aunque las clínicas de salud regionales son una fuente común de datos de vigilancia, con frecuencia los trabajadores migrantes carecen del tiempo, del transporte o del dinero para visitar estas clínicas.

Además, en California las barreras culturales, económicas, sociales y lingüísticas pueden impedir que los migrantes utilicen los servicios de salud. Por ejemplo, estos individuos pueden no estar acostumbrados a recibir atención médica básica en forma regular y pueden acudir a hospitales y clínicas solamente en casos graves de enfermedad o accidente. Al visitar las clínicas en California, las barreras por el idioma y la incomodidad para hablar de ciertos asuntos sensibles puede impedir la comunicación de asuntos importantes. Asimismo, por naturaleza la población migrante es muy móvil y dispersa geográficamente. Esto hace improbable que los individuos vean al mismo proveedor de servicios médicos en forma regular y, de hecho, es probable que vean a proveedores en los dos lados de la frontera. El resultado es que los sistemas de vigilancia existentes a ambos lados de la frontera sólo puedan captar una porción de la historia médica del individuo.

El seguimiento a migrantes urbanos es especialmente desafiante, ya que muchos tienen varios trabajos al mismo tiempo. Claramente es difícil, si no imposible, evitar duplicaciones cuando se sigue la pista de expedientes individuales. Ademas, muchos migrantes mexicanos en California y México no van a los centros de salud en forma regular. Así, nos enfrentamos a una situación en la que no podemos confiar solamente en datos provenientes de la vigilancia clínica convencional para proveer información detallada y completa sobre el VIH/SIDA y otros problemas de salud prevalentes en la población mexicana migrante.

Debido a las limitaciones descritas anteriormente, es sumamente difícil realizar una vigilancia eficaz utilizando los mecanismos disponibles en la actualidad tanto en México como en California. Es primordial que California y México colaboren para resolver esta situación y así poder diseñar programas para evitar enfermedades y promover la salud entre los migrantes y entre aquellos con quienes los migrantes interactúan. En pocas palabras, California y México tienen que desarrollar e implementar un sistema de vigilancia binacional nuevo que permita colaboraciones funcionalmente eficientes para ambas partes. Para comenzar a resolver esta necesidad, hemos perfilado a continuación varias estrategias.

Desarrollar un sistema de vigilancia binacional integral

Un sistema de vigilancia binacional creado específicamente para la población migrante mexicana sería el medio más eficiente de recolectar la información necesaria para diseñar programas eficaces de prevención en California. El propósito general de este sistema binacional de vigilancia sería el de proveer un cuadro detallado de la población migrante mexicana. Por lo tanto, el sistema necesitaría ser al mismo tiempo extenso e integral, incluyendo la población migrante urbana tanto como la rural, así como a las poblaciones indígenas mexicanas que viven en todas las áreas de California. Dado que muchos migrantes no tienen acceso a servicios de salud o no visitan frecuentemente centros de salud convencionales, empleando promotores de salud para hacer vigilancia activa en comunidades migrantes sería un componente esencial de cualquier sistema de vigilancia que tiene como objetivo obtener información sobre esta población. Los datos recopilados se enfocarían en la vigilancia demográfica, del comportamiento y de enfermedades usando herramientas e instrumentos que reflejen la cultura y el idioma del paciente. El desarrollo de un sistema de vigilancia binacional evitaría la confusión que resulta de la multiplicidad de expedientes y de las diferentes definiciones que se dan al migrante. Lo más importante es que esto proveería una fuente única de información detallada que describiría las complejas necesidades y realidades de la población mexicana migrante en California.

El sistema propuesto mejoraría la vigilancia demográfica al ayudar a identificar el número de migrantes que viven en California. Esta información permitiría que los profesionales de salud enfocaran los esfuerzos dedicados a la prevención a llegar al mayor número de migrantes. El sistema también permitiría que los investigadores siguieran los cambios demográficos en la población con el paso del tiempo, lo cual ayudaría a determinar qué esfuerzos preventivos se necesitan en regiones específicas dentro del estado.

La información de la vigilancia binacional sobre el comportamiento ayudaría a los investigadores a identificar patrones migratorios los cuales, a su vez, ayudarían a predecir cambios futuros en la población y futuras necesidades de prevención. Por ejemplo, los patrones basados en las estaciones ayudarían a orientar los planes de prevención hacia las poblaciones más necesitadas durante un tiempo en particular (los trabajadores del campo durante el invierno y los trabajadores urbanos durante el verano, por ejemplo). La vigilancia del comportamiento también permitiría la evaluación de prácticas de riesgo dentro de la población migrante. Aunque ya se han identificado

algunas prácticas riesgosas, tales como el uso de drogas inyectables y el bajo uso de condones, actualmente no tenemos un sistema puesto en práctica para estimar la prevalencia y cuantificación de estos comportamientos.

Por último, la vigilancia binacional del comportamiento identificaría las necesidades de atención médica entre la población migrante. El sistema de vigilancia propuesto recopilaría datos sobre la incidencia y prevalencia del VIH/SIDA. Información sobre las tendencias de VIH/SIDA sería importante para predecir la futuro dirección de la epidemia entre esta población y planificar programas adecuados. Mas que evaluar la carga de VIH/SIDA, el sistema de vigilancia también recolectaría información sobre otros trastornos médicos preocupantes, incluyendo el cáncer, la diabetes, los problemas dentales y otras enfermedades infecciosas. Esta información permitiría a los profesionales de salud enfocar los esfuerzos de prevención de tal manera que se puedan diseñar programas específicos dirigidos a resolver los problemas más importantes que afecten a cierta población de migrantes durante cierta temporada.

Igual que cualquier sistema de vigilancia, especialmente uno que recoge información sobre el VIH/SIDA, hay varias limitaciones potenciales para recopilar datos adecuados y correctos. Muchos migrantes son reacios a confesar comportamientos que tienen un estigma social y cultural. Además, es probable que muchos migrantes eviten la prueba de VIH o eviten aprovechar de los servicios de salud si saben que sus resultados son reportados. Así, el sistema binacional propuesto, igual a todos los sistemas de vigilancia, debe incorporar herramientas de investigación que son culturalmente sensibles y son diseñados específicamente para enfrentar las preocupaciones de la población acerca de la confidencialidad.

Debido a que los migrantes mexicanos se trasladan continuamente entre California y México, será fundamental contar con un sistema bilateral de vigilancia para poder evaluar las necesidades médicas de esta población. La vigilancia binacional ayudará a reducir la pérdida de seguimientos o rupturas en la continuidad de los servicios médicos, lo cual generalmente ocurre cuando los individuos migran a través de las fronteras nacionales. La información que se recoja en los Estados Unidos puede ser suplementada por la información recogida en México, lo cual llevaría a obtener un cuadro más completo de las necesidades de los migrantes.

Un sistema de vigilancia bilateral también serviría para mejorar la salud de quienes viven a lo largo de la frontera entre California y México. Las áreas a lo largo de la frontera son extremadamente empobrecidas, con una alta incidencia de enfermedades debido a las condiciones insalubres de vida y a la falta de infraestructura para la salud pública. Debido al flujo relativamente libre de migrantes a través de la frontera, el esfuerzo de un solo país no podrá resolver en forma adecuada la multitud de problemas que afectan a esta población. Tanto en California como en México se tienen que hacer esfuerzos especializados a fin de asegurar que las intervenciones para evitar enfermedades y promover la salud se realicen con energía sostenida y con persistencia. La cooperación binacional y la comunicación continua serán esenciales para asegurar que los éxitos a los dos lados de la frontera puedan ser mantenidos.

Establecer un comité ejecutivo binacional

A fin de mantener una comunicación continua y una colaboración eficaz, se debe establecer un *Comité ejecutivo binacional para la evaluación y la acción* en el cual esté representado un grupo diverso de investigadores de salud, médicos y profesionales de salud pública tanto en México como en California. Inicialmente, este equipo se encargaría de asegurarse de que se lleve a cabo investigación formativa para identificar métodos apropiados cultural y lingüísticamente para realizar la vigilancia del VIH/SIDA y de la salud entre la población migrante. Este comité podría encargarse de un reviso secundario y síntesis de datos mas que proponer investigaciones formativas que enfrentan las brechas informativas sobre la metodología. Los integrantes del comité compartirán las responsabilidades de revisar e interpretar los datos de la vigilancia y planearán estrategias a corto y a largo plazo que lleven a resolver las necesidades más apremiantes de la población migrante. El papel del comité ejecutivo será decisivo para asegurar el éxito y el compromiso continuo de los dos países para evaluar y mejorar la salud de la población migrante mexicana. Sin embargo, el éxito de tal comité dependerá de los fondos que están dispuestos, y como tal, será necesario discutir las consideraciones fiscales más.

Continuar la Colaboración de Estudios Epidemiológicos

Para recolectar datos sobre grupos que a lo mejor no visitan los centros médicos convencionales usados en la vigilancia del VIH/SIDA, se deberán llevar a cabo estudios de sección cruzada en otros lugares no convencionales. Encuestas sobre la seroprevalencia y la incidencia y encuestas epidemiológicas y cualitativas sobre el comportamiento ayudarán a identificar factores de riesgo para la transmisión del VIH, a calcular la seroprevalencia del VIH y a describir la demografía de la población estudiada incluyendo el país de origen, oficio y patrones de migración. Aunque no podemos dar por sentado que los estudios de sección cruzada individuales representen a la totalidad de la población migrante de California o de los Estados Unidos, la información recogida podría servir de base para estudios futuros e identificar mejores maneras para llevar a cabo la vigilancia del VIH/SIDA en la población migrante en general.

Conclusión

El propósito de este informe ha sido describir los desafíos únicos a los que se enfrentan California y México al responder a las preocupaciones sobre la salud de la población migrante. Hemos descrito los sistemas de vigilancia vigentes tanto en California como en México, resaltando la incapacidad de estos sistemas de seguir y documentar a los migrantes que viven sus vidas en ambas regiones. Presentamos estadísticas sobre la incidencia y prevalencia del VIH/SIDA en California y México así como la metodología de la vigilancia existente, con el fin de resaltar la información sobre lo que sabemos y para ilustrar el tipo de información que no poseemos sobre los migrantes. Señalamos las preocupaciones sobre los riesgos del VIH/SIDA y otras enfermedades entre los migrantes a fin de exponer las implicaciones de la falta de información y de la inacción bilateral. Finalmente, presentamos varias estrategias mejorar el intercambio de información entre California y México, terminando con un llamado por un sistema

binacional de vigilancia que sea monitoreado por un comité ejecutivo con representantes de los dos lados de la frontera.

Esperamos que este informe represente un paso importante para llevar adelante el proceso de continua comunicación y acción conjunta. Dado que el objetivo común de California y México es el de proteger, promover y proveer por la salud de los migrantes en California y México, el potencial para la cooperación y éxito binacional es altamente prometedor.

REFERENCIAS

Referencias

1. Bustamante, J., Mexico United States Labor Migration Flows. *International Migration Review* 1997; 31:1112-1121.
2. Slesinger, D., Ofstead, C., Economic and Health Needs of Wisconsin Migrant Farm Workers. *J Rural Health* 1993 Spring; 9:138-148.
3. Migrant and Seasonal Farmworker Health Perspective Paper. National Association of Community Health Centers, 2001.
4. Villarejo, D., Lighthall, D., Williams D., et al. Suffering in Silence: A Report on the Health of California's Agricultural Workers. California Institute for Rural Studies, November 2000.
5. Bechtel, G., Shepherd, M., Rogers, P., Family, Culture, and Health Practices Among Migrant Farmworkers. *J Community Health Nurs* 1995; 12:15-22.
6. HIV/AIDS: A Growing Crisis Among Migrants and Seasonal Farmworker Families. National Commission to Prevent Infant Mortality, 1993.
7. McCarthy, M., Fighting for Public Health Along the U.S.A.-Mexico Border. *Lancet* 2000 Sep; 356:1020.
8. Wilk, V., Occupational Health of Migrant and Seasonal Farmworkers in the U.S.: Progress Report. Farmworker Justice Fund, 1988.
9. Cassetta, R., Needs of Migrant Workers Challenge RNs. *The American Nurse* 1994; 26:34.
10. Seroprevalence of HIV and Syphilis, and Assessment of Risk Behaviors Among Migrant and Seasonal Farmworkers. California Department of Health Services, Office of AIDS, June 1997.
11. Inciardi, J., Surratt, H., Colon, H., Chitwood, D., Rivers, J., Drug Use and HIV Risks Among Migrant Workers on the DelMar Peninsula. *Subst Use Misuse* 1999 Mar-Apr; 34:653-66.
12. Magana, J., Sex, Drugs, and HIV: An Ethnographic Approach. *Soc Sci Med* 1991; 33:5-9.
13. Organista, K., Balls Organista, P., Garcia de Alba, G., Castillo Moran, M., Ureta Carrillo, L., Survey of Condom-Related Beliefs, Behaviors, and Perceived Social Norms in Mexican Migrant Laborers. *Journal of Community Health* 1997 June; 22:185-198.
14. Mexico's Population in the New Century. Mexico's National Population Council, July 2001.
15. Worby, P., Binational Forum on Migrant Health: Analysis and Commentary, University of California, Berkeley, October 18-19, 2001.
16. Smith, J., U.S., Mexico Team Up on Health Care; Medicine: Seeking to Reduce Ailments in Border Towns and Among Migrants, Nations are Launching a Number of Cooperative Programs. Los Angeles Times, Los Angeles, CA, Oct 17, 2001.
17. Migrant and Seasonal Farmworker Enumeration Profiles Study, 2000.
18. Profile of a Population With Complex Health Problems. National Center for Farmworker Health, February 18, 2002.
19. Iritani, E., Latino Immigrants Pay a Price for Free Trade. Los Angeles Times. Los Angeles, CA, June 12, 2001.

20. Durand, J., Massey, D., Parrado, E., The New Era of Mexican Migration to the United States. *Journal of American History* Sep 1999; 86:518-536.
21. Mixtec Migrants in California Agriculture. California Institute for Rural Studies, 1993.
22. Zabin, C., Hughes, S., Economic Integration and Labor Flows Stage Migration in Farm Labor Markets in Mexico and the United States. International Migration Review, Center for Migration Studies, Summer 1995.
23. Cooper, S., Burau, K., Hanis, C., al. e. Tracing Migrant Farmworkers in Starr County, Texas. *American Journal of Industrial Medicine* 2001; 40:586-591.
24. Health on the U.S.-Mexico Border: Past, Present, and Future. A Report to the United States-Mexico Border Health Commission, October 15, 2001.
25. NPR's Weekly Edition' Examines Effects of HIV/AIDS on Underserved Latino Communities. Kaiser Daily Report, October 23, 2001.
26. Cosio, F., Ramos, R., Leus, X., The U.S.-Mexico Border and Substance Abuse. The National Clearing House for Alcohol and Drug Information, Jan-Feb 1998; MS510.
27. Community-Based HIV/STD Prevention Interventions Among a Community of Migrant Farm Workers in California. HIV/AIDS Update, California Department of Health Services, Office of AIDS, April 1998.
28. Balls, Organista, P,, Organista, K., Soloff, P., Exploring AIDS-Related Knowledge, Attitudes, and Behaviors of Female Mexican Migrant Workers. National Association of Social Workers, 1998.
29. Ford, K., King, G., Nerenberg, L., Rojo, C., AIDS Knowledge and Risk Behaviors Among Midwest Migrant Farm Workers. *AIDS Education and Prevention* 2001; 13:551-560.
30. Protecting the Health of Latino Communities: Combating HIV/AIDS. CDC National Center for HIV, STD, TB Prevention, July 2000.
31. Marin, B., Gomez, C., Latinos and HIV: Cultural Issues in HIV Prevention. In: Cohen, P., Sande, M., Volberding, P., eds. The AIDS Knowledge Base. Vol. 3. Philadelphia: Lippincott, Willkins, & Willkins, 1999:917-924.
32. Lafferty, J., Self-Injection and Needle Sharing Among Migrant Farmworkers. *American Journal of Public Health* 1991 Feb; 81:221.
33. McVea, K., Lay Injection Practices Among Migrant Farmworkers in the Age of AIDS: Evolution of a Biomedical Folk Practice. *Soc Sci Med* 1997; 45:91-98.
34. Freeman, R., Williams, M., Saunders, L., Drug Use, AIDS Knowledge, and HIV Risk Behaviors of Cuban-, Mexican-, and Puerto-Rican-Born Drug Injectors Who Are Recent Entrants into the United States. *Subst Use and Misuse* 1999; 34:1765-1793.
35. Friedman, S., Young, P., Snyder, F., et al. Racial Differences in Sexual Behaviors Related to AIDS in a Nineteen-City Sample of Street-Recruited Drug Injectors. NADR Consortium. *AIDS Educ Prev* 1993 Fall; 5:196-211.
36. Loue, S., Oppenheim, S., Immigration and HIV Infection: A Pilot Study. *AIDS Educ Prev* 1994; 6:74-80.
37. Slesinger, D., Health Status and Needs of Migrant Farm Workers in the United States: A Literature Review. *J Rural Health* 1992 Summer; 83:227-34.

38. Nordstrom, D., Krauska, M., DeStefano, F., Colt, J., Zahm, S., Ability to Trace Migrant Farmworkers Ten Years After Initial Identification in a Northern State (Wisconsin). *Am J Ind Med* 2001 Nov; 40:592-5.
39. Palerm, J., A Season in the Life of a Migrant Farm Worker in California. *West J Med* 1992 Sep; 157:362-6.
40. Davis, S., Gonzales, M., Promotores de Salud: Training Migrant and Seasonal Workers in HIV/AIDS Awareness and Prevention, National HIV Prevention Conference, Atlanta, GA, Aug 29-Sept 1, 1999. Farmworker Justice Fund.
41. Gortner, M., Eierman, B., Designing Outreach, Education and HIV Testing Programs for the Monolingual Migrant and Agricultural Populations, National HIV Prevention Conference, Atlanta, GA, Aug 29-Sept 1, 1999. Napa Valley AIDS Project.
42. U.S.A.-Mexico System Identifies Factors Helping, Hindering Migrant Workers' Health Care. World Disease Weekly, June 4, 2000.
43. HIV Infection, Syphilis, and Tuberculosis Screening Among Migrant Farm Workers - Florida, 1992. *MMWR* Oct 1992; 41:723-725.
44. HIV Seroprevalence in Migrant and Seasonal Farmworkers - North Carolina. *MMWR* 1988; 37:517-518.
45. Mull, L., Engel, L., Outterson, B., Zahm, S., National Farmworker Database: Estabilishing a Farmworker Cohort for Epidemologic Research. *American Journal of Industrial Medicine* 2001; 40:612-618.
46. Bean, F., Corona, R., Tuiran, R., Woodrow-Lafield, K., Van Hook, J., Circular, Invisible, and Ambiguous Migrants: Components of Difference in Estimates of the Number of Unauthorized Mexican Migrants in the United States. *Demography* 2001 Aug; 38:411-422.
47. Rust, G., Health Status of Migrant Farmworkers: A Literature Review and Commentary. *American Journal of Public Health* 1990; 80:1213-1217.
48. Aranda-Naranjo, B., Gaskins, S., HIV/AIDS in Migrant and Seasonal Farmworkers. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* Sept 1998; 9:80.
49. Gayet, C., Magis, C., Bronfman, M., Migración y SIDA en México. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología* 2000; 20:134-140.
50. Bronfman, M., Camposortega, S., Medina, H., La Migración Internacional y el SIDA: El Caso de México y Estados Unidos. Sida, ciencia y sociedad en México 1989.
51. Bronfman, M., Migración y SIDA en México, SIDA. Un Reto Binacional, University of California, 1992.
52. Bronfman, M., Minello, N., Hábitos Sexuales de Los Migrantes Temporales Mexicanos a los Estados Unidos de América. Prácticas de Riesgo Para La Infección Por VIH. SIDA en México. *Migración, Adolescencia y Género* 1995.
53. Pineda, T., Loeza, B., Heredia-Cerna, R., Vázquez, N., Hernández, V., Perfil del Michoacano Emigrado a Los EEUU y El Impacto de la Epidemiología del VIH/SIDA En La Región, III Congreso Nacional de Investigación Sobre Salud, México, 1992.
54. Santarriaga, M., Magis, C., Loo, E., Baez-Villaseñor, J., Del Río, C., HIV/AIDS in a Migrant Exporter Mexican State, International Conference on AIDS, 7-12 julio de 1996.

55. Magis-Rodríguez, C., Del Río-Zolezzi, A., Valdespino-Gómez, J., García-García, M., Casos de SIDA En El Área Rural En México. *Salud Pública de México* 1995; 37:615-623.
56. Magis-Rodríguez, C., al. e. Rural AIDS Cases in Mexico, 12th World AIDS Conference, 28 de junio-3 de julio de 1998.
57. Magis-Rodríguez, C., Ruiz-Badillo, A., Ortiz-Mondragón, R., et al. Estudio Sobre Prácticas de Riesgo de Infección Para VIH/SIDA en Inyectores de Drogas de la Cd. de Tijuana B.C. Revista de Salud Fronteriza julio/agosto/septiembre 1997; 2.
58. Noriega-Minichielo, S., Magis, C., Uribe, P., Anaya, L., Bertozzi, S., The Mexican HIV/AIDS Surveillance System: 1986-2001. *AIDS Education and Prevention* 2002; 16:513-517.