



The National AIDS Housing Coalition

1518 K Street NW, Suite 410
Washington, DC 20005

p 202.347.0333
f 202.347.3411

www.nationalaidshousing.org
nahc@nationalaidshousing.org

2005

La Vivienda es la Base para la Prevención y Tratamiento del VIH Resultados de la Cumbre Investigativa Nacional sobre la Vivienda y el VIH/SIDA

Visión General

Nuevos datos investigativos concluyentes demuestran la importancia de la vivienda como una intervención para cumplir con las prioridades de salud individuales, tales como la prevención de enfermedades, acceso y efectividad del cuidado de salud y el costo de contención. Esto es especialmente cierto para el VIH y otras enfermedades relacionadas. Modelos para el cuidado que usan la situación de vivienda como un componente clave ofrecen mucho potencial y nuevas maneras de poder brindar prevenciones y tratamientos para el VIH.

Estudios recientes que examinan la relación de la situación de vivienda y la prevención y el cuidado para el VIH, demuestran un fuerte enlace entre la situación de vivienda mejorada y el riesgo reducido de VIH, más acceso a cuidado médico y mejores resultados de salud. La falta de vivienda o una situación de vivienda inestable entre personas vulnerables está directamente relacionado a un mayor riesgo de contracción de VIH. Para personas con VIH, el no tener vivienda es un obstáculo para recibir cuidados ambulatorios, mantener dichos cuidados y comenzar una terapia antiviral (ART, por sus siglas en inglés).

Para aquellos que reciban cuidado para el VIH, la situación de vivienda está directamente relacionado a una continuidad más baja de terapias antivirales (ART, por sus siglas en inglés), cargas virales más bajas y una mortalidad reducida. Es más, una vivienda apropiada protege a individuos de estar “expuestos” a una variedad de amenazas individuales y de salud pública como el VIH, la violencia, el uso de drogas y el encarcelamiento. La vivienda protege y estabiliza a individuos al igual que sus familias y comunidades. Este creciente cuerpo de evidencia refuta el modelo de la “persona riesgosa” para entender la falta de vivienda, la infección de VIH y resultados de salud pobres entre personas con VIH/SIDA que no tienen una situación de vivienda estable. Con el modelo de la “persona riesgosa” se asume que el comportamiento depende de la persona. Esta investigación demuestra que la situación de vivienda tiene un efecto independiente sobre los comportamientos riesgosos y el acceso al tratamiento después de hacer controles para características individuales como el haber sufrido la falta de vivienda anteriormente, el uso de drogas y la enfermedad mental. Lo riesgoso no es la persona desamparada o con situación de vivienda inestable, sino la situación de vivienda en sí.

También hay evidencia que la vivienda es una prevención e intervención de tratamiento rentable. Investigaciones que comprenden intervenciones de comportamiento para la prevención del VIH han demostrado que los ahorros considerables asociados con las infecciones de VIH prevenidas hace ver pequeño el costo de dichas intervenciones. Igualmente, la investigación ha demostrado

que el costo público de proveer vivienda de apoyo es contrarrestado por el uso reducido de servicios públicos más caros como cuidado de salud para enfermedades graves, el cuidado de la salud mental para pacientes hospitalizados, en refugios de emergencia, y en prisiones y cárceles. La efectividad y rentabilidad de la vivienda como un método de prevención para el VIH y como una intervención para el tratamiento son los temas que el Departamento de la Vivienda y el Desarrollo Urbano (HUD, por sus siglas en inglés) y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) están estudiando actualmente como parte de un proyecto de investigación nacional.

Estos hallazgos impactantes proveen una base para dar una respuesta de salud pública sólida y basada en datos investigativos a las necesidades de vivienda de personas con VIH/SIDA y de personas desamparadas que tienen un riesgo elevado de ser infectados con VIH. Esta respuesta se basa en datos en vez de suposiciones, en investigaciones en vez de opinión. El 11 y 12 de junio de 2005 la Coalición Nacional para el VIH/SIDA y la Vivienda (NAHC, por sus siglas en inglés) reunió a un grupo pequeño de investigadores y legisladores destacados en los áreas de salud, vivienda y servicios sociales para discutir y documentar investigaciones realizadas y propuestas sobre la relación entre la situación de vivienda y el cuidado y prevención del VIH. La Cumbre Investigativa Nacional sobre la Vivienda y el VIH/SIDA brindó una oportunidad sin precedentes para que expertos en investigaciones nacionales y políticas compartieran datos en cuanto al papel que la vivienda juega como una intervención de salud pública al identificar las brechas en el conocimiento actual y formular preguntas para discutir en el transcurso de la cumbre.

Las nuevas investigaciones presentadas y discutidas en la Cumbre apoyan el desarrollo de nuevas políticas de vivienda y prácticas basadas en la efectividad comprobada y la importancia de la vivienda como una prevención estructural para el VIH e intervención para el tratamiento. Este informe resume estos hallazgos en cuatro políticas públicas de gran importancia dictadas por el entendimiento actual de la relación crítica entre la vivienda y la salud:

Primera política de gran importancia: Hacer que haya vivienda asequible disponible (incluso vivienda de apoyo para quienes la necesiten) para toda persona con VIH;

Segunda política de gran importancia: Hacer que la asistencia de vivienda sea una prioridad alta para la prevención del VIH ya que la vivienda es una estrategia fuerte para la prevención del VIH;

Tercera política de gran importancia: Incorporar la vivienda como elemento crítico para el cuidado de salud relacionado al VIH; y

Cuarta política de gran importancia: Continuar colectando y analizando los datos necesarios para calcular el impacto y la efectividad de varios modelos de vivienda como una prevención estructural independiente para el VIH y una intervención para el cuidado de la salud.

Descripción de la Cumbre

La Cumbre Investigativa Nacional sobre la Vivienda y el VIH/SIDA 2005 de NAHC reunió por primera vez un grupo clave de investigadores y expertos en políticas para examinar datos empíricos sobre la relación de la situación de vivienda para la prevención y tratamiento del VIH, y para discutir las implicaciones políticas de estos hallazgos investigativos. El *Emory Centre for AIDS Research* (CFAR) auspició la Cumbre en el campus de la Universidad de Emory en Atlanta, Georgia.¹

¹ NAHC engaged Shubert Botein Policy Associates (www.shubertbotein.com) to help plan, coordinate, and document the Informe de Políticas Discutidas en la Cumbre de la Vivienda de NAHC, página 2 of 18

Tres investigadores principales en el campo del cuidado de VIH, la falta de vivienda y la economía del cuidado de salud² convocaron la Cumbre y las sesiones de trabajo que incluían investigadores que recientemente habían hecho trabajo en cada una de estas áreas,³ así como expertos en políticas de vivienda y en acceso al cuidado de salud.⁴ Participantes presentaron y discutieron hallazgos; compartieron información y estrategias con respecto a proyectos en curso e investigaciones planificadas, las implicaciones políticas y programáticas de investigaciones rigurosas; y examinaron las disparidades en el acceso del cuidado y los resultados de salud. La discusión comunitaria que concluyó la Cumbre brindó la oportunidad de compartir los resultados de la reunión de proveedores, consumidores y legisladores de todo el país y de tener una discusión de políticas con un grupo extenso de personas que incluían representantes de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) y del Departamento de la Vivienda y el Desarrollo Urbano (HUD, por sus siglas en inglés).⁵

Primera política de gran importancia: Hacer que haya vivienda asequible disponible (incluso vivienda de apoyo para quienes la necesiten) para toda persona con VIH.

La falta de vivienda es un gran factor de riesgo para contraer el VIH, e inversamente el VIH es un gran factor de riesgo para sufrir la falta de vivienda.

El estar falto de vivienda y tener VIH/SIDA a la vez se ha observado hace mucho tiempo y ha sido documentado. Dependiendo de la población y el área geográfico estudiado, la prevalencia de VIH/SIDA entre personas desamparadas o con una situación de vivienda inestable es tres a nueve más alto que personas con situaciones de vivienda estables y vivienda adecuadas.⁶ Investigadores han examinado las tasas de infecciones entre personas desamparadas a través de exámenes de VIH hechas con muestras de personas desamparadas, las encuestas sobre las necesidades de vivienda de personas con VIH/SIDA y la integración de datos administrativos. Encontraron tasas de infección de VIH entre poblaciones de personas desamparadas entre el 3 y 10%, si no más altas⁷

Asimismo, la falta de vivienda y una situación de vivienda inestable es común y recurrente entre personas con VIH/SIDA.⁸ Dependiendo de la jurisdicción estudiada, entre 17 y 60% de las personas con VIH/SIDA informan que han sufrido la falta de vivienda o una situación de

summit.

² Dr. Angela Aidala, Research Scientist at the Center for Applied Public Health at Columbia University and the Department of Sociomedical Sciences; Dr. David Holtgrave, Professor of Behavioral Science and Health Education, and Professor of Health Policy and Management in the Rollins School of Public Health at Emory University, and Director of the Behavioral & Social Science Core of Emory's Center for AIDS Research (CFAR); and Dr. Dennis Culhane, Professor of Social Welfare Policy and Psychology, and Senior Fellow of the Leonard Davis Institute of Health Economics and Co-Director of the Cartographic Modeling Lab at the University of Pennsylvania School of Social Work.

³ Martha Burt, Ph.D., of the Urban Institute's Center on Labor, Human Services and Population; Carlos del Rio, M.D., of the Emory University School of Medicine; Ernest Drucker, Ph.D., of Montefiore Medical Center/Albert Einstein College of Medicine; Elise Riley, Ph.D., M.P.H., of the University of California at San Francisco/San Francisco General Hospital; and Suzanne Wenzel, Ph.D., of the Rand Corporation.

⁴ Arturo Bendixen of the AIDS Foundation of Chicago; Russell Bennett of the Southern AIDS Coalition; Christine Campbell and Gina Quattrochi of Bailey House; Joe Carleo of the AIDS Housing Corporation; Dr. A. Gene Copello of the AIDS Institute; Mary Cunningham of the National Alliance to End Homelessness; and Charles King of Housing Works.

⁵ A Summit Briefing Book including presentations, articles and other materials used at the meeting is available at a nominal charge from the National AIDS Housing Coalition, www.nationalaidshousing.org.

⁶ Aidala, 2005; Allen et al., 1994; Culhane et al., 2001; Fournier et al., 1996; Paris et al., 1996; Shlay et al., 1996; Torres et al., 1990; Zolopa et al., 1994.

⁷ Culhane et al., 2001; Empfield et al., 1993; Greer et al., 1989; Susser et al., 1996; Robertson et al., 2004; 1994; Torres et al., 1990; Zolopa et al., 1994.

⁸ Aidala, 1997; Aidala et al., 2000; Song, 1999; HUD 2001.

vivienda inestable a lo largo de sus vidas.⁹ Actualmente, personas desamparadas (que se estén quedando en un refugio o viven en las calles, en un carro u otro lugar que no sea apropiado para dormir) conforman 16% de la muestras de personas con VIH/SIDA en Phoenix, 14% en Durham, 13% en Contra Costa County, 10% en Chicago, 10% en Alameda County, 5.2% en Philadelphia, 2% en Minnesota, 1% en Denver y 1% en Riverside/San Bernadino.¹⁰

Investigaciones nacionales demuestran que la vivienda es la mayor necesidad para personas con VIH/SIDA que no se ha cumplido y mientras las necesidades individuales típicamente se resuelven en un período de seis meses, al pasar el tiempo la tasa de necesidades de vivienda que no se han cumplido se mantiene constante.¹¹ Mientras algunas personas logran satisfacer sus necesidades de vivienda, otras tienen problemas con respecto a la vivienda debido a factores personales y estructurales incluyendo: crecientes disparidades entre el sueldo y los costos de vivienda, la falta de sueldo al no poder mantener empleo de manera constante, la ruptura de relaciones que incluye abandono por situaciones de abuso, la progresión de una enfermedad el cual requiere acceso a lugares de cuidado médico y requisitos políticos que limitan la cantidad de tiempo en que se puede vivir en viviendas disponibles a través de programas temporales o de transición.¹²

La situación de vivienda tiene implicaciones profundas sobre las personas con VIH/SIDA y para aquellos en mayor riesgo de ser infectados con VIH como detallado en las secciones más adelante tituladas *La vivienda es prevención para el VIH* y *La vivienda es cuidado de salud para el VIH* (en inglés, *Housing is HIV prevention* y *Housing is HIV health care*, respectivamente). Efectivamente, las investigaciones demuestran que la vivienda es cuestión de vida o muerte para personas con VIH/SIDA. La tasa de mortalidad en general entre personas desamparadas seropositivas es cinco veces mayor que la tasa de mortalidad entre personas con VIH/SIDA que tienen vivienda: entre 5.3 y 8 de las muertes por cada 100 años de vida humana para personas desamparadas seropositivas,¹³ comparado con una a dos muertes por cada 100 años de vida humana para personas seropositivas con vivienda.¹⁴

Para poder cumplir con las necesidades de vivienda de personas con VIH/SIDA es crítico emplear modelos de vivienda que sean accesibles a toda persona desamparada, incluso aquellos que usen sustancias ilícitas. Se ha encontrado que dichos modelos son elementos necesarios y efectivos para enfrentar la falta de vivienda crónica. Al evaluar estos programas se ha encontrado que “personas vendrán, ellos usan los servicios aunque no esté requerido, sí reducen su uso de sustancias ilícitas y la mayoría no regresa a la calle.”¹⁵ Estos programas incluyen: modelos de “*housing first*” (que llevan personas de la calle directamente a una vivienda permanente sin tener que probar que estén listo para habitar una vivienda); modelos de baja demanda (en inglés, “*low-demand*”) que no requieren que se reciban servicios para poder tener vivienda; y modelos con un enfoque de daño reducido (estrategias prácticas diseñadas para reducir las consecuencias negativas del uso de drogas al promover métodos de uso más seguros, luego uso controlado y por último abstinencia si la persona lo puede lograr). La creencia fundamental subyacente de estas

⁹ Aidala NAHC Summit Presentation (a), 2005 (60% New York City; 40% multi-state); Culhane et al., 2001 (35%, Philadelphia); Culhane NAHC Summit Presentation, 2005 (17% Durham, North Carolina; 43% Alameda County and Chicago); NYC HIV/AIDS Housing Needs Assessment, 2004 (54% New York City).

¹⁰ Culhane NAHC Summit Presentation, 2005.

¹¹ Aidala NAHC Summit Presentation (a), 2005.

¹² Aidala NAHC Summit Presentation (a), 2005.

¹³ Riley et al., 2005.

¹⁴ Ledergerber et al., 1999.

¹⁵ Burt et al., 2004.

estrategias es que personas no debieran sufrir la falta de vivienda porque no pueden o no quieren abstenerse de tomar drogas.¹⁶

Segunda política de gran importancia: Hacer que la asistencia de vivienda sea una prioridad alta para la prevención del VIH ya que la vivienda es una estrategia fuerte para la prevención del VIH.

La vivienda es prevención para el VIH.

Un creciente cuerpo de evidencia ha determinado que la vivienda contribuye a múltiples niveles causales de riesgo para ser infectado con VIH. Estos hallazgos investigativos sugieren que la condición de estar falto de vivienda en sí, y no simplemente los rasgos de personas desamparadas, influyen en comportamientos riesgosos, lo cual indica que el tener vivienda es una intervención estructural esencial para reducir la proliferación del VIH.¹⁷

Varios estudios longitudinales han demostrado que entre las personas con mayor riesgo de infección de VIH debido al uso de drogas inyectables o sexo de alto riesgo están aquellos en situaciones de vivienda inestables.¹⁸ Estar en situaciones de vivienda inestables está asociado con altas tasas de comportamientos de drogadicción y de sexo riesgoso.¹⁹ Más importante, nuevas investigaciones demuestran que un cambio en la situación de vivienda está fuertemente asociado con un cambio en el comportamiento riesgoso, lo cual sugiere que la vivienda es un factor estructural que juega un papel de causalidad independiente en las infecciones de VIH.²⁰ Factores estructurales son factores de entorno o contextuales que directa o indirectamente afectan la habilidad de un individuo de evitar estar expuesto al VIH o personas seropositivas para, a su vez, evitar exponer otros a la infección.²¹ Los resultados del estudio demuestran que existe una relación directa entre la situación de vivienda y los comportamientos riesgosos de personas con VIH/SIDA de ingresos extremadamente bajos con múltiples problemas de comportamiento. Las personas desamparadas están a mayor riesgo de ser infectados con VIH que personas con situaciones de vivienda inestables. Ambos grupos están a mayor riesgo que personas con situaciones de vivienda estables.

Investigadores del Centro de Salud Pública Aplicada de la Universidad de Columbia y de la División de Prevención para el VIH/SIDA de los CDC examinaron el enlace entre la falta de vivienda/la situación de vivienda inestable, el uso de drogas y los comportamientos riesgosos con respecto al sexo entre personas con VIH/SIDA que se presentaron para recibir servicios en agencias médicas y de servicios sociales. Los clientes que estaban desamparados o en situaciones de vivienda inestables a nivel de base eran dos a seis veces más probables de haber usado drogas duras recientemente, haber compartido agujas o haber tenido sexo sin protección que personas con situaciones de vivienda estables, al hacer controles para demográficos, recursos económicos, estado de salud y salud mental y el uso de servicios. Análisis longitudinales de datos de seguimiento demostraron que el cambio en la situación de vivienda estaba asociado con cambio en los comportamientos riesgosos, nuevamente después de hacer controles para variables socio-demográficas, uso de servicios en el periodo entre el nivel de base y de seguimiento y comportamientos riesgosos en el nivel de base. Personas cuya situación de vivienda mejoró entre el nivel de base y de seguimiento eran 50% menos probables de usar drogas duras, usar

¹⁶ Id.

¹⁷ Aidala, 2005.

¹⁸ Joseph and Roman-Nay, 1990; Popkin et al., 1993; Smereck and Hockman, 1998; Song et al., 2000; Susser et al., 1996.

¹⁹ Aidala et al., 2005; Sethi et al., 2004.

²⁰ Aidala et al., 2005.

²¹ Aidala, 2005.

agujas, compartir agujas o tener sexo sin protección así como las personas cuya situación de vivienda no cambió. Aquellos cuya situación de vivienda empeoró con el pasar del tiempo eran cuatro veces más probables de haber tenido sexo recientemente.²²

Efectivamente, una vivienda apropiada parece brindar protección de estar “expuesto” a un número de amenazas individuales y de salud pública, tales como el VIH, la violencia, el uso dañino de drogas y el encarcelamiento.²³ La vivienda protege y estabiliza a los individuos, las familias y las comunidades.²⁴ Por ejemplo, un estudio en curso de mujeres desamparadas han examinado una variedad de riesgos de salud, incluyendo la violencia, el uso de drogas, el sexo y el VIH al comparar mujeres desamparadas en refugios públicos con un grupo comparable de mujeres de ingresos extremadamente bajos con vivienda. Al hacer controles para demográficos y características socioeconómicas, el estudio encontró que las mujeres desamparadas están a mucho mayor riesgo para todos los problemas de salud examinados, incluyendo la infección de VIH.²⁵

Aunque la dirección causal exacta y los mecanismos que entrelazan la vivienda y los comportamientos riesgosos requieren un estudio continuo, las realidades de la vida de personas desamparadas y en situaciones de vivienda inestables sugieren varias maneras en las que la situación de vivienda pueda afectar los comportamientos relacionados al sexo y/o uso de drogas. La falta de vivienda, condiciones de vivienda transitorias y situaciones de dormir en grupos comunales presentan una barrera significativa para formar relaciones íntimas estables.²⁶ Las presiones de las necesidades de supervivencia diaria son predominantes y suplantando esfuerzos para reducir el riesgo de VIH.²⁷ Las personas desamparadas están concentradas en barriadas caracterizadas por oportunidades económicas limitadas, altas tasas de crimen y violencia y una infraestructura pobre de servicios.²⁸ Personas que no tienen una situación de vivienda estable enfrentan varios obstáculos al usar servicios, tales como acceso limitado a servicios que pudieran ser recursos para reducir el riesgo de VIH.²⁹ El uso de sustancias a través de la “auto-medicación” puede ser respuesta al estrés y/o síntomas de depresión o ansiedad que no han sido tratados.³⁰ El intercambio de sexo ya sea por drogas o para cumplir con las necesidades básicas de comida, dinero o un lugar para quedarse limita el control sobre la frecuencia y cantidad de encuentros sexuales.³¹

Una situación de vivienda mejorada hace más fácil el uso de servicios de salud, incluyendo exámenes de VIH y cuidado para el mismo, lo cual a su vez tiene un impacto sobre las tasas de transmisión. Personas que no saben si tienen VIH y por tanto no reciben atención médica, presentan el mayor riesgo de nuevas infecciones. El 25% de personas con VIH/SIDA que no conocen su condición médica están infectando a otros a una tasa de 8.5% a 11% al año, comparado con una tasa entre 1.7 y 2.5% para personas que conocen su condición seropositiva.³² Igualmente, una situación de vivienda estable mejora el acceso y la continuidad de terapias antivirales, lo cual reduce la carga viral y puede reducir el riesgo de transmisión de VIH. (Vea la

²² Aidala et al., 2005.

²³ Holtgrave et al., 2003; Wenzel et al., 2004.

²⁴ Aidala 2005; Holtgrave et al., 2003.

²⁵ Wenzel et al., 2004.

²⁶ Browning and Olinger-Wilson, 2003; Castel, 2000; Goode, 1963; Huston, 2000.

²⁷ Burt et al., 1999; Mizuno et al., 2003; Reilly and Woo, 2003; Wong and Piliavin, 2000.

²⁸ Culhane et al., 1996; Saegert and Evans, 2000; Shaw, 2004.

²⁹ Messeri et al., 2002; Metzger et al., 1998; Nwakeze et al., 2003; Samet et al., 2003; Shoptaw and Frosch, 2000; Smith et al., 2000.

³⁰ Khantzian, 1997; McEwen, 2001; McKirnan et al., 2001; NIDA, 2002.

³¹ Green et al., 1999; McGowan, 2004; Surratt and Inciardi, 2004.

sección a continuación titulada *La vivienda es cuidado de salud para el VIH* o en inglés, *Housing is healthcare*.)

Darle vivienda a personas con VIH y personas en alto riesgo de contraer VIH debido a la falta de vivienda no solo puede salvar vidas sino ser un método rentable también. Los costos económicos de transmisiones de VIH y tratamientos para el VIH en curso que han fracasado son enormes en esta población. El costo estimado de tratamientos médicos a lo largo de la vida para cada infección nueva está entre \$155.000 y \$195.000;³³ y el costo anual para brindar vivienda de apoyo es de aproximadamente \$14.000.³⁴ Los análisis de costos de las intervenciones para la prevención de comportamientos riesgosos ha demostrado que los costos de las mismas sobre compensan los ahorros asociados con la prevención de infecciones de VIH.³⁵ Es muy posible que los ahorros para el sistema de cuidado médico al darle vivienda a personas desamparadas seropositivas sean tan grandes que se compensen los costos de la vivienda. Investigaciones actuales de personas con enfermedades mentales han demostrado que el costo público de brindar vivienda de apoyo se compensa al reducirse el uso de servicios públicos más caros tales como el cuidado de salud continuo y el cuidado de salud mental para pacientes hospitalizados, en refugios de emergencia y en prisiones y cárceles.³⁶ El estudio en curso del HUD y los CDC sobre la vivienda y la salud (en inglés, *Housing and Health Study*) brindará los datos concretos que se necesiten para analizar la rentabilidad de la vivienda como prevención para el VIH y como intervención para el tratamiento.

Tercera política de gran importancia: Incorporar la vivienda como elemento crítico para el cuidado de salud relacionado al VIH.

La vivienda es cuidado de salud para el VIH.

Investigaciones recientes demuestran que hay una fuerte correlación entre proveer vivienda y tener más acceso al cuidado de salud, más involucramiento en el cuidado de la salud y mayor éxito en el tratamiento de personas con VIH/SIDA.³⁷ Estar desamparado es un obstáculo para comenzar el cuidado de la salud fuera del hospital, seguir recibiendo dichos cuidados y comenzar una terapia antiviral (ART, por sus siglas en inglés).³⁸

Se ha encontrado que la falta de vivienda está constantemente ligado con el no recibir cuidado médico y la falta de acceso a tipos de tratamiento para personas con VIH, mientras que una situación de vivienda mejorada ha demostrado un impacto significativo en el acceso al cuidado de la salud, incluyendo ART.³⁹ En un grupo de personas con ingresos extremadamente bajos, estar desamparado y tomar drogas eran los indicadores más fuertes para determinar si se recibía o no los cuidados primarios para el VIH de manera irregular.⁴⁰ Se ha demostrado que la falta de vivienda está asociado con un uso elevado de la sala de emergencia y servicios hospitalarios

³² Holtgrave NAHC Summit Presentation, 2005.

³³ Holtgrave et al., 2002.

³⁴ Burt NAHC Summit Presentation, 2005.

³⁵ Holtgrave et al., 2002.

³⁶ Culhane et al., 2002.

³⁷ Hsu et al., 2001; Masson et al., 2004; Aidala et al., 2004; Messeri et al., 2003; Aidala NAHC Summit Presentation (c), 2005; Riley et al., 2005; Riley NAHC Summit Presentation, 2005.

³⁸ Del Rio NAHC Summit Presentation, 2005.

³⁹ Aidala NAHC Summit Presentation (c), 2005; Riley NAHC Summit Presentation, 2005.

⁴⁰ Del Rio NAHC Summit Presentation, 2005.

caros entre personas con VIH/SIDA.⁴¹

En cualquier etapa de su enfermedad, personas con VIH/SIDA desamparadas son tres veces más propensas a no recibir cuidados por el sistema de cuidado médico para el VIH que aquellas con situaciones de vivienda estables. Esto es evidente al no ir a citas médicas en los últimos seis a doce meses.⁴² Personas con necesidades de vivienda que reciban cualquier tipo de asistencia de vivienda son cuatro veces más propensas a recibir cuidado médico que aquellas que no reciban dicha asistencia.⁴³

La situación de vivienda también tiene un impacto sobre la continuidad del cuidado médico. Personas en situaciones de vivienda inestables o que han tenido otros problemas en la vivienda y han recibido asistencia de vivienda eran 2.5 veces más propensas a continuar su cuidado médico que aquellas que no recibieron la ayuda.⁴⁴

La falta de vivienda y una situación de vivienda inestable también están relacionados con el acceso limitado a tratamientos antivirales, después de hacer controles para las características individuales del cliente así como variables del sistema de servicios.⁴⁵ Tasas diferenciales del uso de medicamentos son el resultado de factores tanto del paciente como del proveedor de servicios de cuidado, ya que algunos médicos titubean al recetar tratamientos complejos a personas con situaciones de vivienda inestables. Esto es muy significativo porque aún un nivel bajo de seguimiento en ART puede prolongar la vida sin aumentar el riesgo de cepas resistentes. Aunque una situación de vivienda estable indica seguimiento en el tratamiento y mejores resultados de salud, investigaciones recientes entre personas desamparadas no encontraron evidencia de apoyo que señale que brindar tratamientos antivirales deba depender de la situación de vivienda. De hecho, personas desamparadas y que sufren crónicamente de falta de vivienda se mantienen en ART; la resistencia a la droga ocurre a niveles similares sin importar el nivel de continuidad, aún a los niveles de continuidad más altos; y la supervivencia está directamente relacionado a la cantidad de meses que se reciba ART, aún a los niveles de continuidad más bajos de una dosis al mes.⁴⁶ El riesgo de muerte entre un grupo de personas desamparadas con VIH/SIDA se redujo en un 62% para aquellos que recibieron ART por seis meses.⁴⁷

Sin embargo, es muy importante señalar que una situación de vivienda mejorada no solo mejora el acceso a ART, sino la continuidad de la misma. Una continuidad mejorada está asociada a mejores resultados de salud, incluyendo una carga viral y mortalidad reducida.⁴⁸ La cantidad de meses que se reciba ART y el nivel de continuidad están directamente relacionados a cargas virales reducidas y una mortalidad reducida entre personas desamparadas con VIH/SIDA que son extremadamente pobres.⁴⁹

No es sorprendente que dado la falta de participación en cuidados y tratamientos médicos,

⁴¹ Masson et al, 2004.

⁴² Aidala NAHC Summit Presentation (c), 2005.

⁴³ Aidala NAHC Summit Presentation (c), 2005; CHAIN, 2004.

⁴⁴ Aidala NAHC Summit Presentation (c), 2005; Messeri et al, 2002.

⁴⁵ Riley NAHC Summit Presentation, 2005.

⁴⁶ Riley et al., 2005; Waldrop-Valverde and Valverde, 2005.

⁴⁷ Riley et al., 2005.

⁴⁸ Riley et al., 2005; Moss et al., 2004.

⁴⁹ Messeri et al., 2002; Riley NAHC Summit Presentation, 2005.

personas con VIH/SIDA que estén desamparadas o en situaciones de vivienda inestables tengan peores resultados de salud que personas similares en situaciones de vivienda estables.⁵⁰ Una situación de vivienda inestable es uno de los indicadores más fuertes que señalan el “fracaso del tratamiento”, al hacer controles para los demográficos, el nivel de CD4, régimen de medicamentos y el recibimiento de servicios médicos y sociales. Personas desamparadas con VIH/SIDA son dos veces más propensas a tener una salud pobre, basado en indicadores del estado físico y calidad de vida en cuanto a la salud o en indicadores clínicos tales como infecciones oportunistas. Personas en situaciones de vivienda inestables tienen un estado de salud funcional y bienestar emocional pobre. Cargas virales altas, recientes infecciones oportunistas y hospitalización para enfermedades relacionadas al VIH están asociados con la situación de vivienda. Personas desamparadas también son más propensas a sufrir múltiples crisis de salud o episodios severos que requieren cuidados hospitalarios o en la sala de emergencia que personas con vivienda.⁵¹

Recibir servicios relacionados a la vivienda o una situación de vivienda mejorada están fuertemente asociados con mejores resultados de cuidado médico para personas que estaban desamparadas o en situaciones de vivienda inestables. Estudios longitudinales han demostrado que después de hacer controles para variables que incluyen el uso de servicios ambulatorios al nivel de base, los demográficos, el estado de la salud y la gestión de casos, personas que mejoran su situación de vivienda son cinco veces más propensas a informar sobre una reciente visita ambulatoria para el cuidado de VIH que personas que siguen desamparadas o en situaciones de vivienda inestables. Personas desamparadas o en situaciones de vivienda inestables que mejoran su situación de vivienda entre el nivel de base y el seguimiento eran más de seis veces más propensas a recibir medicamentos antivirales en el periodo de seguimiento que personas que no cambiaron de situación de vivienda.⁵²

Cuarta política de gran importancia: Continuar colectando y analizando los datos necesarios para calcular el impacto y la efectividad de varios modelos de vivienda como una prevención estructural independiente para el VIH y una intervención para el cuidado de la salud.

Investigaciones en curso y con parámetros claros son críticos.

Como se ha descrito anteriormente, investigaciones recientes han demostrado el efecto fuerte e independiente que la situación de vivienda tiene sobre comportamientos riesgosos que puedan resultar en la transmisión de VIH, el acceso a cuidado de salud para personas con VIH/SIDA y los resultados de salud individuales y colectivos. Aunque estos hallazgos investigativos fuertemente apoyan el tener la vivienda como una intervención estructural clave para prevenir nuevas infecciones de VIH y para mejorar la salud de personas con VIH/SIDA de muy escasos ingresos, se requiere de más estudios rigurosos— que están en curso— para entender mejor cómo funciona esta intervención y cómo puede ser más efectivo.

Estudios en curso profundizarán el entendimiento del impacto, efectividad y costos de la vivienda como una intervención estructural. Al cuantificar los ahorros considerables para los sistemas médicos y otros servicios públicos, se puede proveer una vivienda segura y asequible a personas con VIH/SIDA, comparar los costos de las intervenciones de vivienda con los ahorros

⁵⁰ Aidala NAHC Summit Presentation (c), 2005; Stewart et al., 2005; Kidder et al., 2005.

⁵¹ Aidala NAHC Summit Presentation (c), 2005; Kidder et al., 2005.

⁵² Aidala NAHC Summit Presentation (c), 2005.

en las infecciones prevenidas y los servicios de salud hospitalarios y de emergencia evitados; investigar la relación causal entre la vivienda, comportamientos riesgosos y resultados de salud para personas con VIH/SIDA más allá de simplemente correlacionar la vivienda a resultados mejorados y entender por qué y cómo la intervención estructural de vivienda funciona para prevenir infecciones y facilitar el cuidado de la salud; documentar los diferentes modelos de vivienda en base a la efectividad y si son apropiados, incluyendo modelos diseñados para atender a personas desamparadas o en situaciones de vivienda inestables que tienen complicaciones de uso crónico de drogas y/o problemas de salud mental; y medir el impacto que la vivienda para personas con VIH/SIDA tiene sobre la calidad de vida individual y comunitaria.

Para poder hacer este trabajo y ampliar nuestro entendimiento de la vivienda como una parte de la prevención y tratamiento del VIH, es crítico ampliar y estandarizar la colección y el análisis de datos sobre la situación de vivienda en los informes en curso de todos los proveedores de servicios sociales, vivienda, y salud subvencionados por agencias federales, estatales y locales para atender a personas con VIH o en riesgo de contraerlo. Se debe requerir la colección de datos sobre la situación de vivienda en toda investigación subvencionada en relación a la prevención y tratamiento del VIH y en toda intervención subvencionada para la prevención y de servicios. Para asegurar que estos datos sean los más útiles posibles y para facilitar la colección y análisis de datos, investigadores de distintos campos y disciplinas, incluyendo la salud pública, economía, políticas de la vivienda, psicología y trabajo social deben estar de acuerdo en definiciones estándares para calcular la situación de vivienda y la falta de vivienda, el acceso a tratamientos y resultados de cuidado de salud, entre otros puntos.

Varios estudios importantes en curso examinan algunos de los temas descritos anteriormente. El estudio de vivienda y salud (en inglés, *Housing and Health Study*) es un proyecto investigativo en varios lugares con la participación de varias agencias subvencionadas por el HUD y los CDC para examinar el impacto de proveerle vivienda a personas desamparadas o en gran riesgo de estar desamparadas con VIH en términos de progresión de la enfermedad y riesgos de transmisión. El estudio compara un grupo de participantes que recibieron bonos de vivienda subvencionados por HUD con un grupo cuyos participantes recibieron asistencia de vivienda de acuerdo a las prácticas estándares locales. Todos los participantes llenan un cuestionario y toman parte en dos sesiones de consejería para reducir el riesgo de transmitir/recibir VIH, incluyendo una muestra de sangre y tres reuniones de seguimiento que incluyen cuestionarios y muestras de sangre. La colección de datos del nivel de base comenzó en julio de 2004 y se completará a los 18 meses en noviembre de 2006.⁵³

El proyecto de la *Community Health Advisory & Information Network* (CHAIN) es un estudio en curso de cohortes que representan una muestra de personas con SIDA en Nueva York realizada por investigadores del Centro para la Salud Pública Aplicada de la Universidad de Columbia. El cohorte inicial se reclutó entre 1994 y 1995. La muestra se “actualizó” en 1998 y un cohorte nuevo fue reclutado en 2002. Después de las entrevistas iniciales, se llevaron a cabo entrevistas de seguimiento en intervalos de seis a doce meses. El estudio ha generado más de 100 informes que examinan una variedad de temas con un enfoque en las necesidades de salud y servicios sociales que no se han cumplido, tendencias en la utilización de servicios y varios resultados del cohorte de CHAIN. El estudio CHAIN ha impulsado muchas de las investigaciones convincentes citadas anteriormente que demuestran una fuerte relación entre la situación de vivienda y el riesgo de transmisión para el VIH, así como entre la situación de vivienda y la conexión al

⁵³ Kidder NAHC Summit Presentation, 2005.

cuidado de salud.⁵⁴

Además de estos dos estudios enfocados y en curso, varios otros estudios en curso resultarán en hallazgos informativos. Investigadores en la Universidad de Columbia y los CDC han hecho análisis secundarios de los datos de más de 3.000 clientes que han recibido servicios en 24 agencias de servicios médicos y sociales específicamente para el VIH/SIDA que participan en un estudio nacional de evaluaciones. Se usaron estos datos para examinar la relación entre la vivienda y el comportamiento riesgoso relacionado con el VIH. Investigadores del cohorte *Research in Access to Care for the Homeless (REACH)*, un cohorte de personas pobres seropositivas en San Francisco creada en 1997, se han enfocado en medir la continuidad del uso de terapias/medicamentos antivirales y los resultados biológicos de dicha continuidad, pero dado que la situación de vivienda de los participantes se documenta mensualmente, el estudio también demuestra la conexión entre la vivienda y la continuidad.⁵⁵

En 2004, el *Health Resources and Services Administration (HRSA)* pidió que el *Institute of Medicine (IOM)* hiciera un estudio sobre el subvencionamiento y la entrega de cuidados primarios y servicios de apoyo relacionados a personas con VIH/SIDA de bajos recursos. El *Committee on the Public Financing and Delivery of HIV Care* usó este estudio como la base de un informe para recomendar que se creara un programa nuevo subvencionado por el gobierno para personas con VIH que proveyera acceso temprano, cobertura continuada y beneficios uniformes.⁵⁶ El comité enfatizó que tal programa sería rentable. Además del informe del 2004 y para poder examinar los temas presentados en este informe de políticas, NAHC recomienda que el IOM hiciera un estudio similar que examinara a la vivienda como un método de cuidado de la salud para el VIH.

Conclusión

NAHC y sus organizaciones miembros hacen un llamado a legisladores a nivel federal, estatal y local para dar respuesta a nuestro entendimiento de la vivienda y la salud que está rápidamente evolucionando junto con una política modificada de vivienda y VIH/SIDA que esté basada en los siguientes puntos importantes:

Primer punto de gran importancia: Hacer que haya vivienda asequible disponible (incluso vivienda de apoyo para quienes la necesiten) para toda persona con VIH.

Segunda punto de gran importancia: Hacer que la asistencia de vivienda sea una prioridad alta para la prevención del VIH ya que la vivienda es una estrategia fuerte para la prevención del VIH.

Tercera punto de gran importancia: Incorporar la vivienda como elemento crítico para el cuidado de salud relacionado al VIH.

Cuarta punto de gran importancia: Continuar colectando y analizando los datos necesarios para calcular el impacto y la efectividad de varios modelos de vivienda como una prevención estructural independiente para el VIH y una intervención para el cuidado de la salud.

⁵⁴ Aidala NAHC Summit Presentation (a), 2005.

⁵⁵ Riley NAHC Summit Presentation, 2005.

El Informe de Políticas de la Cumbre de la Vivienda de NAHC fue adoptado por la Junta Directiva en octubre de 2005.

Referencias

Presentaciones en la Cumbre de NAHC en junio de 2005 (Copias de estas presentaciones, así como artículos e informes clave están disponibles a un precio módico de la Coalición Nacional para el VIH/SIDA y la Vivienda en el *Paquete Informativo de la Cumbre Investigativa Nacional sobre la Vivienda y el VIH/SIDA*)

Angela Aidala (a), "Homelessness, Housing Instability and Housing Problems among Persons Living with HIV/AIDS"

Angela Aidala (b), "Housing and HIV Drug and Sex Risk Behaviors"

Angela Aidala (c), "Housing is Healthcare for Persons Living with HIV"

Dennis Culhane, "The Co-Occurrence of AIDS and Homelessness"

Carlos Del Rio, MD, "Characteristics of Persons With HIV Infection Who Are and Who Are Not in Regular HIV Outpatient Care"

David Holtgrave, "The Status and Future Directions of HIV Prevention Efforts in the U.S.: Guidance from the Scientific Literature"

Daniel Kidder, Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), El Estudio de la Vivienda y la Salud (en inglés, "The Housing and Health Study")

Gina Quattrochi and Christine Campbell, "HIV/AIDS Housing Policy: Vision, Challenges, and Opportunities"

Elise Riley, "Addressing Health Disparities Among the HIV+ Homeless and Marginally Housed"

Suzanne L. Wenzel (a), "HIV Risk and HIV/AIDS Among Women in Shelters and Low-Income Housing in Los Angeles County"

Suzanne L. Wenzel (b), "Prevention of HIV and Other Health Problems Through Housing for Indigent Women"

Coalición Nacional para el VIH/SIDA y la Vivienda, "Cumbre Investigativa de la Coalición Nacional para el VIH/SIDA y la Vivienda: La Vivienda es la Base para la Prevención y Cuidado del VIH"

Escritos y libros

Aidala, A. (2005). Inequality and HIV: The role of housing. *Psychology and AIDS Exchange*, American Psychological Association, Office on AIDS, 34: 3-5.

Aidala, A., Cross, J.E., Stall, R., Harre, D., and Sumartojo, E. (2005). Housing status and HIV risk behaviors: Implications for prevention and policy. *AIDS and Behavior*, 34(3): 251-265.

Informe de Políticas Discutidas en la Cumbre de la Vivienda de NAHC, página 13 of 18

Browning, C.R., and Olinger-Wilbon, M. (2003). Neighborhood structure, social organization, and number of short-term sexual partnerships. *Journal of Marriage and Family*, 65: 730-745.

Castel, R. (2000). The roads to disaffiliation: Insecure work and vulnerable relationships. *International Journal of Urban and Regional Research*, 24: 519-535.

Cheung, A.M. (2004). Risk of death among homeless women: a cohort study and review of the literature. *CMAJ*, 170(8): 1243-7.

Culhane, D.P., Metraux, S., and Hadley, T.R. (2002). Public service reductions associated with the placement of homeless people with severe mental illness in supportive housing. *Housing Policy Debate*, 13(1): 107-163.

Culhane, D.P., Gollub, E., Kuhn, R., and Shpaner, M. (2001). The co-occurrence of AIDS and homelessness: Results from the integration of administrative data for AIDS surveillance and public shelter utilization in Philadelphia. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55(7): 515-520.

Culhane, D.P., Lee, C.M., and Wachter, S.M. (1996). Where the homeless come from: A study of prior address distribution of families admitted to public shelters in New York City and Philadelphia. *Housing Policy Debate*, 7: 327-365.

Empfield, M., Cournos, F., and Meyer, I. (1993). HIV seroprevalence among homeless patients admitted to a psychiatric inpatient unit. *American Journal of Psychiatry*, 150: 47-52.

Fournier, A.M., Tyler, R., Iwasko, N., LaLota, M., Shultz, J., and Greer, P.J. (1996). Human immunodeficiency virus among the homeless in Miami: A new direction for the HIV epidemic. *American Journal of Medicine*, 100: 582-584.

Goode, W.J. (1963). *World Revolutions and Family Patterns*. New York, NY: The Free Press.

Green, J.M., Ennett, S.T., and Ringwalt, C.L. (1999). Prevalence and correlates of survival sex among runaway and homeless youth. *American Journal of Public Health*, 89(9): 1406-1409.

Holtgrave, D.R., Pinkerton, S.D., and Merson, M. (2002). Estimating the cost of unmet HIV-prevention needs in the United States. *American Journal of Preventive Medicine*, 23(1): 7-12.

Holtgrave, D.R., and Crosby, R.A. (2003). Social capital, poverty, and income inequality as predictors of gonorrhoea, syphilis, Chlamydia and AIDS case rates in the United States. *Sexually Transmitted Infections*, 79: 62-64.

Hsu, L.C., Vittinghoff, E., Katz, M.H., and Schwarcz, S.K. (2001). Predictors of use of Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) among persons with AIDS in San Francisco, 1996-1999. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 28(4): 345-350.

Huston, T.L. (2000). The social ecology of marriage and other intimate unions. *Journal of Marriage and the Family*, 62: 298-320.

- Hwang, S.W. (1997). Causes of death in homeless adults in Boston. *Annals of Internal Medicine*, 126: 625-8.
- Hwang, S.W. (2000). Mortality among men using homeless shelters in Toronto, Ontario. *JAMA*, 283: 2152-7.
- Joseph, H., and Roman-Nay, H. (1990). The homeless intravenous drug abuser and the AIDS epidemic. *NIDA Research Monograph*, 93: 210-253.
- Khantzian, E.J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4: 231-244.
- Ledergerber, B., Egger, M., Opravil, M., et al. (1999). Clinical progression and virological failure on highly active antiretroviral therapy in HIV-1 patients: a prospective cohort study. Swiss HIV Cohort Study. *Lancet*, 353(9156): 863-868.
- Marrero, C.A., Robles, R.R., Colon, H.M., Reyes, J.C., Matos, T.D., Sahai, H., Calderon, J.M., and Shepard, E.W. (2005). Factors associated with drug treatment dropout among injection drug users in Puerto Rico. *Addictive Behaviors*, 30(2): 397-402.
- Masson, C.L., Sorensen, J.L., Phibbs, C.S., and Okin, R.L. (2004). Predictors of medical service utilization among individuals with co-occurring HIV infection and substance abuse disorders. *AIDS Care*, 16(6): 744-55.
- McEwen, B.S. (2001). From molecules to mind. Stress, individual differences, and the social environment. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 935: 42-49.
- McGowan, J.P., Shah, S.S., Ganea, C.E., Blum, S., Ernst, J.A., Irwin, K.L., Olive, N., and Weidle, P.J. (2004). Risk behavior for transmission of human immunodeficiency virus (HIV) among HIV-seropositive individuals in an urban setting. *Clinical Infectious Diseases*, 38: 122-127.
- McKirnan, D.J., Vanable, P.A., Ostrow, D.G., and Hope, B. (2001). Expectancies of sexual "escape" and sexual risk among drug and alcohol-involved gay and bisexual men. *Journal of Substance Abuse*, 13: 137-154.
- Messeri, P., Abramson, D., Aidala, A., Lee, F., and Lee, G. (2002). The impact of ancillary HIV services on engagement in medical care in New York City. *AIDS Care*, 14 (Supplement 1): S15-S30.
- Metraux, S., Metzger, D.S., and Culhane, D.P. (2004). Homelessness and HIV risk behaviors among injection drug users. *Journal of Urban Health*, 81(4): 618-29.
- Metzger, D.S., Navaline, H., and Woody, G.E. (1998). Drug abuse treatment as AIDS prevention. *Public Health Reports*, 113 (Supp. 1): 97-106.
- Mizuno, Y., Purcell, D., Borkowski, T.M., Knight, K., y el Equipo SUDIS. (2003). The life priorities of HIV-seropositive injection drug users: Findings from a community-based sample.
- Informe de Políticas Discutidas en la Cumbre de la Vivienda de NAHC, página 15 of 18

AIDS and Behavior, 7: 395-403.

Moss, A.R., Hahn, J.A., Perry, S., Charlebois, E.D., Guzman, D., Clark, R.A., and Bangsberg, D.R. (2004). Adherence to highly active antiretroviral therapy in the homeless population in San Francisco: a prospective study. *Clinical Infectious Diseases*, 39(8): 1190-8.

National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2002). Stress and substance abuse: A special report. *NIDA Community Drug Alert Bulletin*. NCADI # PHD914. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.

Nwakeze, P.C., Magura, S., Rosenblum, A., and Joseph, H. (2003). Homelessness, substance misuse, and access to public entitlements in a soup kitchen population. *Substance Use and Misuse*, 38: 645-668.

Paris, N.M., East, R.T., and Toomey, K.E. (1996). HIV seroprevalence among Atlanta's homeless. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 7: 83-93.

Popkin, S.J., Johnson, W.A., Clatts, M.C., Wiebel, W.W., and Deren, S. (1993). Homelessness and risk behaviors among intravenous drug users in Chicago and New York City. In B.S. Brown and G.M. Beschner, Eds., *Handbook on risk of AIDS: Injection drug users and sexual partners* (pp. 312-327). Westport, CT: Greenwood Press.

Reilly, T., and Woo, G. (2003). Access to services and maintenance of safer sex practices among people living with HIV/AIDS. *Social Work in Health Care*, 36: 81-95.

Riley, E. D., Guzman, D., Perry, S., Bangsberg, D., and Moss, A. (2005). Antiretroviral therapy, Hepatitis C, and AIDS mortality among San Francisco's homeless and marginally housed. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes: JAIDS*, 38(2): 191-5.

Robertson, M.J., Clark, R., Charlebois, E.D., Tulskey, J., Bangsberg, D.R., Long, H.L., and Moss, A. (2004). HIV seroprevalence among homeless adults in San Francisco. *American Journal of Public Health*, 94(7): 1207-1217.

Saegert, S., and Evans, G.W. (2003). Poverty, housing niches, and health in the United States. *Journal of Social Issues*, 59: 569-589.

Samet, J.H., Freedberg, K.A., Savetsky, J.B., Sullivan, L.M., Padmanabhan, L., and Stein, M.D. (2003). Discontinuation from HIV medical care: Squandering treatment opportunities. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 14: 244-255.

Sethi, A.K., Celentano, D.D., S.J., Gallant, J.E., Vlahov, D., Farzadegan, H. (2004). High-risk behavior and potential transmission of drug-resistant HIV among injection drug users. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 35(5): 503-510.

Shaw, M. (2004). Housing and public health. *Annual Review of Public Health*, 25: 397-418.

Shlay, J.C., Blackburn, D., O'Keefe, K., Raevsky, C., Evans, M., and Cohn, D.L. (1996). Human immunodeficiency virus seroprevalence and risk assessment of a homeless population in Denver. *Sexually Transmitted Diseases*, 23: 193-203.

Shoptaw, S., and Frosch, D. (2000). Substance abuse treatment as HIV prevention for men who have sex with men. *AIDS and Behavior*, 4: 193-203.

Smereck, G.A., and Hockman, E.M. (1998). Prevalence of HIV infection and HIV risk behaviors associated with living place: On-the-street homeless drug users as a special target population for public health intervention. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 24: 299-310.

Smith, M.Y., Rapkin, B.D., Winkel, G., Springer, C., Chhabra, R., and Feldman, I.S. (2000). Housing status and health care service utilization among low-income persons with HIV/AIDS. *Journal of General Internal Medicine*, 15: 731-738.

Song, J.Y., Safaeian, M., Strathdee, S.A., Vlahov, D., and Celentano, D. (2000). The prevalence of homelessness among injection drug users with and without HIV infection. *Journal of Urban Health*, 77: 678-687.

Stewart, K.E., Cianfrini, L.R., and Walker, J.F. (2005). Stress, social support and housing are related to health status among HIV-positive persons in the Deep South of the United States. *AIDS Care-Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV*, 17(3): 350-358.

Surratt, H.L., and Inciardi, J.A. (2004). HIV risk, seropositivity and predictors of infection among homeless and non-homeless women sex workers in Miami, Florida, USA. *AIDS Care*, 16(5): 594-604.

Susser, E., Miller, M., Valencia, E., Colson, P., Roche, B., and Conover, S. (1996). Injection drug use and risk of HIV transmission among homeless men with mental illness. *American Journal of Psychiatry*, 153: 794-798.

Susser, E., Valencia, E., and Conover, S. (1993). Prevalence of HIV infection among psychiatric patients in a New York City men's shelter. *American Journal of Public Health*, 83: 568-570.

Torres, R.A., Mani, S., Althoz, J., and Brickner, P.W. (1990). Human immunodeficiency virus infection among homeless men in a New York City shelter. Association with Mycobacterium tuberculosis infection. *Archives of Internal Medicine*, 150: 2030-2036.

Waldrop-Valverde, D., and Valverde, E. (2005). Homelessness and psychological distress as contributors to antiretroviral nonadherence in HIV-positive injecting drug users. *AIDS Patient Care Stds*, 19(5): 326-34.

Wenzel, S.L., Tucker, J., Elliott, M., Hambarsoomian, K., Perlman, J., Becker, K., Kollross, C., and Golinelli, D. (2004). Prevalence and co-occurrence of violence, substance use and disorder, and HIV risk behavior: A comparison of sheltered vs. low-income housed women in Los Angeles County. *Preventive Medicine*, 39(3): 617-624.

Wong, Y.L., and Piliavin, I. (2001). Stressors, resources, and distress among homeless persons: A longitudinal analysis. *Social Science and Medicine*, 52: 1029-1042.

Zolopa, A.R., Hahn, J.A., Gorter, R., Miranda, R.J., Wlodarczyk, D., Peterson, J., Pilote, L., and Moss, A.R. (1994). HIV and tuberculosis infection in San Francisco's homeless adults: Prevalence and risk factors in a representative sample. *Journal of the American Medical Association*, 272: 455-461.

Informes

Aidala, A., Needham-Waddell, L., and Sotheran, J. (2004). Factors Associated with Delayed Care Seeking among HIV-infected Individuals in New York City. HIV Health and Human Services Planning Council of New York.

Aidala, A., and Lee, G. (2000). Housing Services and Housing Stability Among Persons Living with HIV/AIDS. Community Health Advisory & Information Network Report #32. Escuela Mailman de Salud Pública de la Universidad de Columbia.

Aidala, A. (1997). Continuity and Change in Housing Problems and Need for Housing Services among Persons Living with HIV in New York City. Community Health Advisory & Information Network Update Report #5. Escuela Mailman de Salud Pública de la Universidad de Columbia.

Burt, M.R., et al. (2004). *Strategies for Reducing Chronic Street Homelessness*, preparado para el Departamento de la Vivienda y el Desarrollo Urbano, Oficina de Desarrollo e Investigaciones de Políticas.

Burt, M.R., Laudan, Y.A., Douglas, T., Valente, J., Lee, E., and Iwen, B. (1999). *Homelessness: Programs and the People They Serve. Findings of the National Survey of Homeless Assistance Providers and Clients*. Washington, DC: Urban Institute Press.

Committee on the Public Financing and Delivery of HIV Care. (2004). *Public Financing and Delivery of HIV/AIDS Care: Securing the Legacy of Ryan White*.

Song, J.Y. (1999). *HIV/AIDS and Homelessness: Recommendations for Clinical Practice and Public Policy*. The National Health Care for the Homeless Council/HRSA.

Departamento de la Vivienda y el Desarrollo Urbano (HUD, por sus siglas en inglés). (2001). *National Evaluation of the Housing Opportunities for Persons with AIDS Program (HOPWA, por sus siglas en inglés)*. Oficina de Desarrollo e Investigaciones de Políticas de HUD.

Presentaciones de Conferencia

Kidder, D.P., Wolitski, R.J., Campsmith, M.L., Nakamura, G.V. (2005). Health status, health care use, and medication adherence in homeless people living with HIV. United States Centers for Disease Control and Prevention. Presentation at 2005 Centers for Disease Control and Prevention National HIV Prevention Conference, Atlanta, GA.