

Presidenta de la Nación

Dra. Cristina Fernández de Kirchner

Ministro de Salud

Dr. Daniel Gustavo Gollan

Secretario de Promoción y Programas Sanitarios

Dr. Federico R. Kaski Fullone

Subsecretario de Prevención y Control de Riesgos

Dr. Homero F. Giles

Director de Sida y ETS

Dr. Carlos Falistocco

Área de Estudios y Monitoreo

Ariel Adaszko

Patricia Angeleri

Andrea Ayma

Hernán Hernández

Vanesa Kaynar

Valeria Levite

Mercedes Musso

Marysol Orlando

Consultora en el área de Monitoreo

Adriana Durán

Área de Comunicación

Adrián Arden

Carolina Berdiñas

Cecilia Dávila

Manuel Díaz

Guadalupe Iglesias

Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. Argentina, 2015

Está permitida la reproducción total o parcial de este material y la información contenida, citando fuente.

Boletín sobre el VIH-sida e ITS en la Argentina



Abreviaturas

AMBA	Área Metropolitana de Buenos Aires
ANLIS	Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud
Anti-HBc	Anticuerpo “core” de la hepatitis B
ARV	Antirretroviral
CABA	Ciudad Autónoma de Buenos Aires
CePAT	Centros de Prevención, Asesoramiento y Testeo
CV	Carga viral
DEIS	Dirección de Estadística e Información en Salud, Ministerio de Salud
DSyETS	Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual, Ministerio de Salud
Elisa	Enzyme-Linked Immunoabsorbent Assay
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual
FTA-ABS	Sigla en inglés del ensayo treponémico “Fluorescent Treponemal Antibody Absorption”
GBA	Gran Buenos Aires
GCBA	Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires
HBsAg	Antígeno de superficie
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
IC 95%	Intervalo de confianza del 95%
IgG	Inmunoglobulina G
IgM	Inmunoglobulina M
INBIRS	Instituto de Investigaciones Biomédicas en Retrovirus y Sida
INDEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
INE	Instituto Nacional de Epidemiología Dr. Juan H. Jara
ITS	Infecciones de transmisión sexual
NEA	Noreste argentino
NOA	Noroeste argentino
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no gubernamental
ONUSIDA	Agencia de Naciones Unidas para el VIH/sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PROFE	Programa Federal de Salud
ProNaCEI	Programa Nacional de Inmunizaciones
PVS	Personas con VIH o sida
RME	Razón de mortalidad estandarizada
RPR	Sigla en inglés del ensayo no treponémico “Rapid Plasma Reagin”
RS	Región Sanitaria
Sida	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SIVILA	Sistema de Vigilancia Laboratorial
SNVS	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud
SPB	Servicio Penitenciario Bonaerense
SPF	Servicio Penitenciario Federal
SRA	Síndrome Retroviral Agudo
SVIH	Sistema de información en VIH
TARGA	Terapia antirretroviral de gran actividad
TARV (TAR)	Tratamiento antirretroviral
TPHA	Sigla en inglés del ensayo no treponémico “Treponema Pallidum Haemagglutination Assay”
Trans	Término que refiere a personas travestis, transexuales y transgéneros
TS	Trabajadoras sexuales
TV	Transmisión vertical
UBA	Universidad de Buenos Aires
UD	Usuarios de drogas
UDI	Usuarios de drogas inyectables
VDRL	Sigla en inglés del ensayo no treponémico “Venereal Disease Research Laboratory”
VHA	Virus de la hepatitis A
VHB	Virus de la hepatitis B
VHC	Virus de la hepatitis C
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana

Índice

Presentación	4
La respuesta al VIH- sida y las ITS en 2015	6
Resumen de indicadores	16
Vigilancia de casos de infección por VIH	17
Diagnóstico tardío de infección por VIH	26
Transmisión perinatal del VIH en la Argentina	32
Mortalidad por sida en provincias de la Argentina en el decenio 2004-2013	36
Significados asociados al VIH-sida en la Argentina	41
Situación del acceso al diagnóstico oportuno y continuidad en la atención de las personas con VIH en la Argentina ...	46
Prevalencia de hepatitis virales y sífilis en personas que se realizan estudios prenupciales en la Argentina	53
Indicadores de gestión de VIH, ITS y hepatitis virales	58
Consultorios amigables: una respuesta equitativa	62
Anexo	64
Catálogo	88

Presentación

A tres décadas de los primeros reportes de casos de sida diagnosticados en la Argentina, la última estimación realizada conjuntamente por el Ministerio de Salud y ONUSIDA indica que en el país viven 126.000 personas con VIH. Se calcula que anualmente se producen alrededor de 6.000 nuevas infecciones, 6.500 diagnósticos y 1.400 muertes a causa del sida. Si bien a nivel nacional la epidemia está *amesetada* desde hace una década, al mirar más allá del área central del país se advierte un aumento de las tasas de diagnóstico y muchas asimetrías en el comportamiento de los indicadores epidemiológicos.

Hoy, cuatro de cada 1.000 jóvenes y adultos tienen VIH pero la prevalencia alcanza al 34% de las personas trans, del 12% al 15% de los hombres que tienen sexo con hombres, del 4% al 7% de los usuarios de drogas inyectables y del 2% al 5% de las/los trabajadoras/es sexuales o personas en situación de prostitución.

Algunas tendencias que arroja el análisis de las notificaciones epidemiológicas señalan un ligero descenso de la tasa de diagnósticos en mujeres y una estabilidad en la de varones; un aumento de la proporción de diagnósticos en mujeres mayores de 45 años y en varones menores de 25; un aumento de la proporción de diagnósticos en hombres que tienen sexo con otros hombres, aunque aún predominan los varones que adquirieron el virus durante relaciones heterosexuales. Además, se observa un estancamiento de la proporción de diagnósticos tardíos en un 28%; de la tasa de mortalidad en 3,4 por 100.000 habitantes y de la tasa de transmisión vertical en 4,8%.

Un balance de la última década de la respuesta a nivel nacional muestra que en ese lapso se ha desarrollado y fortalecido una política pública de prevención y acceso al diagnóstico así como de acceso a los tratamientos. Esta respuesta se ha instalado como una política de Estado que trasciende las gestiones particulares.

A su vez, las políticas desarrolladas a nivel nacional para favorecer la igualdad de género, más allá del VIH-sida, han contribuido a reducir el estigma y la discriminación. Además, las mejoras generales en las condiciones de vida y en el acceso a recursos propiciados por numerosas políticas universales redistributivas alcanzaron a las personas con VIH, lo que tiene un impacto positivo en su calidad de vida.

Estos hechos dan cuenta de que nuestro país ha avanzado significativamente en la respuesta a la epidemia y continúa liderando las iniciativas regionales en materia de prevención, acceso al diagnóstico y atención de las personas afectadas. No obstante, es necesario reconocer que aún quedan muchos desafíos por delante, además de la necesidad de sostener los logros obtenidos.

Durante el año 2015 el país ha suscripto las metas regionales 90-90-90 mediante las cuales se aspira a que para el año 2020 el 90% de las personas con VIH estén diagnosticadas; que de ellas, el 90% estén bajo tratamiento y que, de este grupo, el 90% tenga niveles indetectables de carga viral. Para alcanzar estas metas se deberán redoblar los esfuerzos para aumentar el testeo voluntario, mejorar las condiciones de vinculación de las personas con los sistemas de salud y fortalecer los procesos de adherencia de las personas en tratamiento, siempre en el marco del respeto de los derechos humanos. A su vez, es central reducir los factores que contribuyen a aumentar la vulnerabilidad de las personas, entre ellos el estigma y la discriminación, que facilitan que algunos grupos estén más expuestos a la infección o que no puedan sostener los tratamientos en el tiempo.

Este año entró en vigencia en la Argentina la recomendación de la oferta universal de tratamientos a las personas con VIH, lo que no implica el inicio compulsivo del tratamiento de las personas diagnosticadas sino que garantiza el derecho de toda persona con VIH a acceder a su tratamiento desde el momento del diagnóstico. De todos modos, a la fecha existe

una brecha entre las personas que requieren tratamiento y el acceso efectivo al mismo.

Para alcanzar los objetivos 90-90-90 es fundamental garantizar la sostenibilidad financiera de estas políticas. En función de las tendencias epidemiológicas y de las metas de diagnóstico y tratamiento para el 2020, debería duplicarse la cantidad de personas en tratamiento antrirretroviral, que a 2015 suman 69.000. En este sentido, el país ha propuesto una cuarta meta que implica que el 90% de los tratamientos esté a un precio accesible, tomando como valor de referencia los precios cotizados por el Fondo Estratégico de la OPS que son significativamente inferiores a los de los insumos que muchos laboratorios cotizan al Ministerio de Salud. Por ello se está trabajando en una política transversal a las distintas áreas del Ministerio a fin de conseguir rebajas sustantivas en las compras de medicamentos, reactivos y otros insumos.

Durante el mes de octubre del 2015, en el marco de la reunión anual de jefes de programas de VIH/sida de todo el país, se realizó una evaluación de medio término de las metas del Plan Estratégico 2013-2017 consensuado con los distintos actores gubernamentales y de la sociedad civil. En este encuentro se evaluaron los avances pero también se identificaron las brechas sobre las que trabajar en los próximos años. En particular, reducir el diagnóstico tardío que en 2014 alcanzaba al 31% de los varones y al 23% de las mujeres.

Para lograrlo, es necesario disponer de más y mejor información sobre la realidad epidemiológica del país y de la respuesta del sector de la salud. Por ello, en este boletín, además de la actualización epidemiológica a partir del análisis de la información sobre vigilancia de nuevos diagnósticos, mortalidad, transmisión vertical e indicadores de gestión, se presentan los resultados de dos estudios que ofrecen información valiosa para nutrir las estrategias en curso. Por un lado, se exponen los resultados de la primera etapa de un estudio sobre la cascada del continuo de atención de personas

con diagnóstico reciente de VIH en la Argentina y, por el otro, los resultados de un estudio sobre significaciones en torno al VIH y el sida que explora, mediante un abordaje cualitativo, los saberes y sentidos en torno a la infección y las prácticas de prevención y diagnóstico de personas que no tienen VIH en tres ciudades del país.

También se presenta un artículo sobre la política de consultorios amigables para la diversidad sexual, que consiste en la creación de servicios de prevención, diagnóstico y atención del VIH-sida e ITS sensibilizados en la atención integral de la salud de las personas gays, trans y bisexuales.

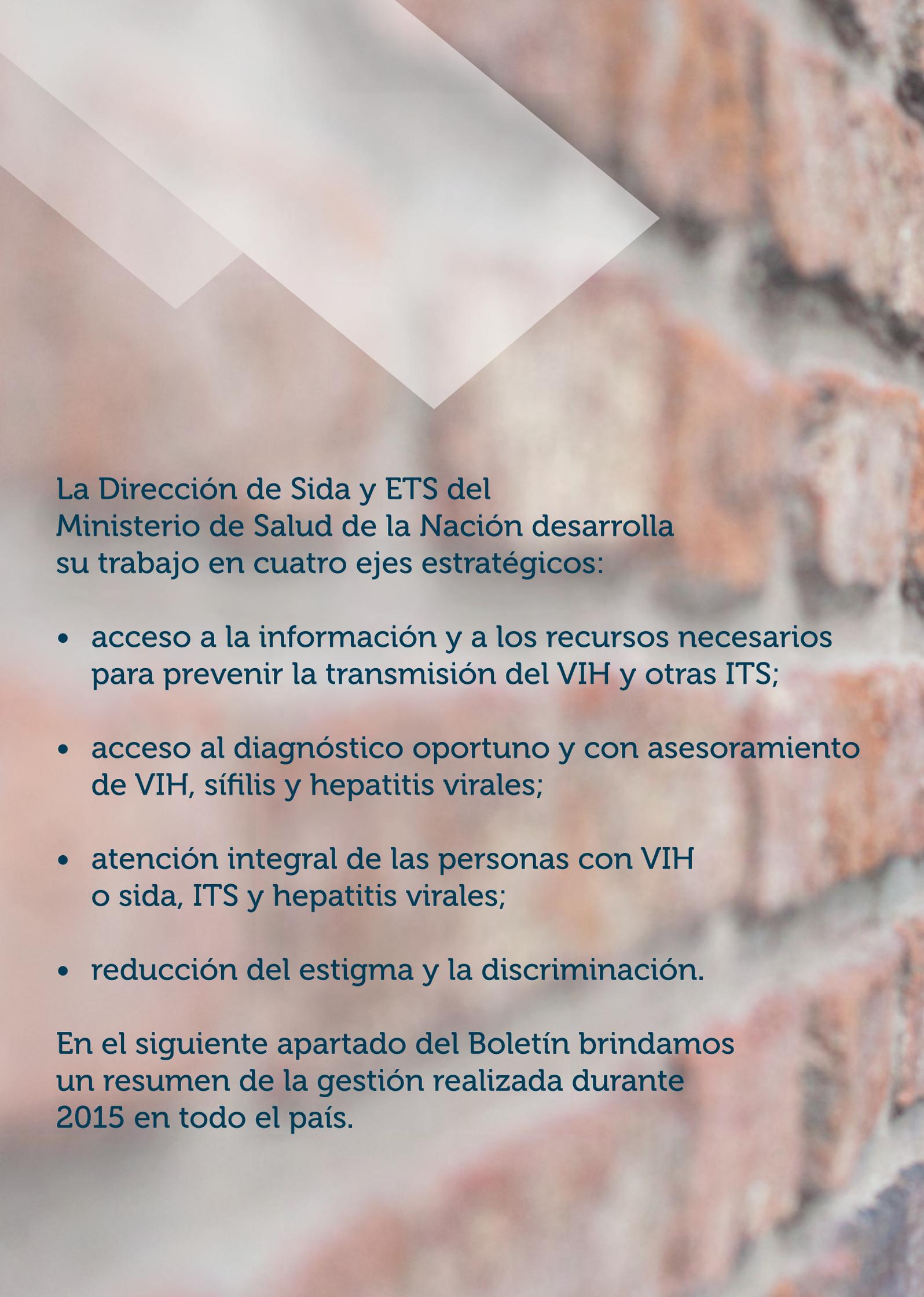
Como siempre, esperamos que este boletín sea de utilidad para todas aquellas personas y equipos que participan en la respuesta a la epidemia del VIH a nivel nacional y local, tanto desde el sector público como de la sociedad civil.



Dr. Carlos Falistocco

Dirección de Sida y ETS

Ministerio de Salud de la Nación



La Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación desarrolla su trabajo en cuatro ejes estratégicos:

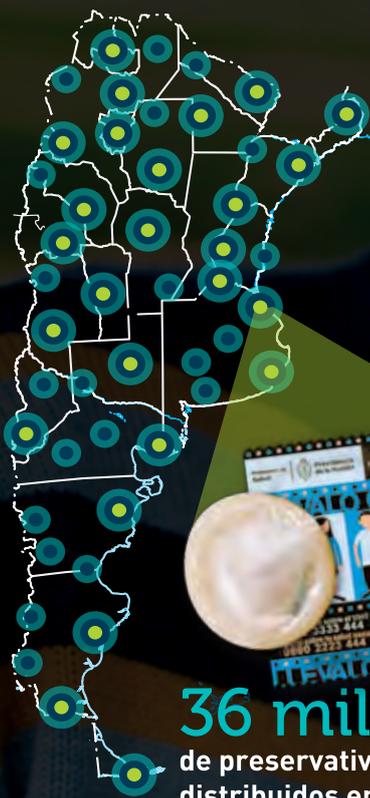
- acceso a la información y a los recursos necesarios para prevenir la transmisión del VIH y otras ITS;
- acceso al diagnóstico oportuno y con asesoramiento de VIH, sífilis y hepatitis virales;
- atención integral de las personas con VIH o sida, ITS y hepatitis virales;
- reducción del estigma y la discriminación.

En el siguiente apartado del Boletín brindamos un resumen de la gestión realizada durante 2015 en todo el país.



1. Acceso a la información y a los recursos necesarios para prevenir la transmisión del VIH y otras ITS

3.849 puestos fijos de distribución de preservativos en todo el país.

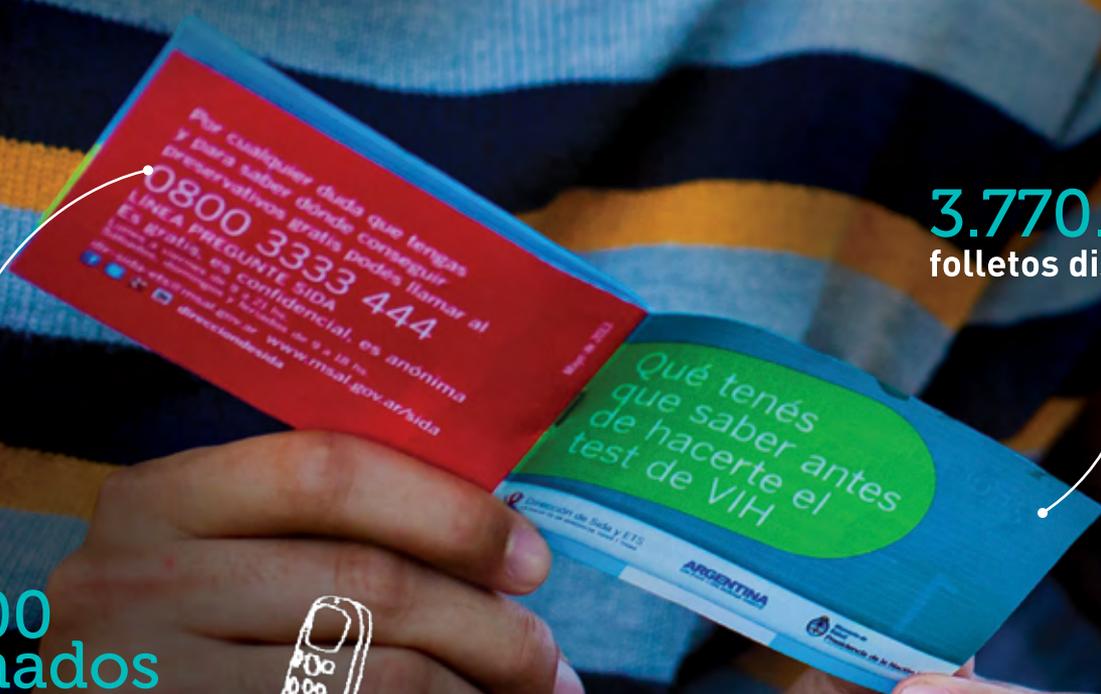


36 millones de preservativos gratuitos distribuidos en el año



3.770.146 folletos distribuidos

5.000 llamados atendidos por la Línea Pregunte Sida



Campañas de difusión

- Elegí Saber,
- Promoción del uso correcto del preservativo.



25.000 usuarios que visitan el **sitio web** de la Dirección de Sida por mes **www.msal.gov.ar/sida**

150.000 personas alcanzadas mensualmente por contenidos publicados en redes sociales



Cada año se diseñan y distribuyen materiales promocionales para reforzar la política preventiva de la Dirección de Sida.

5 nuevas investigaciones:

- "Significados asociados al VIH-sida".
- "Jóvenes con diagnóstico reciente de VIH en el AMBA".
- "Seroprevalencia de VIH, sífilis y hepatitis virales en personas que realizan estudios prenupciales".
- Estudio nacional para la construcción de la "cascada de atención de las personas con VIH".
- "Prevalencia de VIH, sífilis, hepatitis virales y tuberculosis en personas en contextos de encierro en unidades del Servicio Penitenciario Federal".

30 talleres anuales virtuales sobre vigilancia de las infecciones de transmisión sexual para todas las jurisdicciones del país.

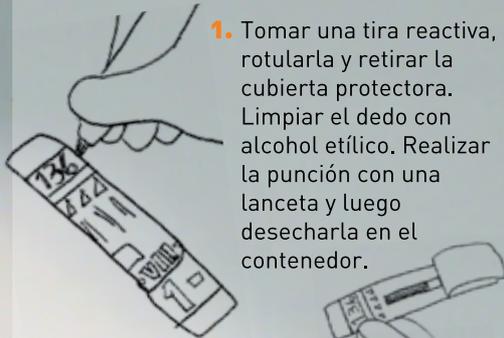
Acuerdos con otros actores:

- 38 programas provinciales y municipales de VIH.
- Ministerio de Salud, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Ministerio de Desarrollo Social; ANSES y otros programas del Ministerio de Trabajo y del Interior.
- Sindicatos y universidades.



2. Acceso al diagnóstico oportuno y con asesoramiento de VIH, sífilis y hepatitis virales

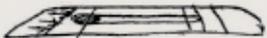
Paso a paso del test rápido



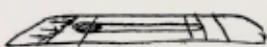
1. Tomar una tira reactiva, rotularla y retirar la cubierta protectora. Limpiar el dedo con alcohol etílico. Realizar la punción con una lanceta y luego desecharla en el contenedor.



2. Recolectar la muestra de sangre con un capilar y depositarla en la almohadilla absorbente en la tira.



3. Agregar una gota de buffer en la almohadilla donde se depositó la muestra.



4. Esperar 15 o 30 minutos (según indique el fabricante) antes de leer los resultados.



5. Resultados:

- **Positivo:** 2 líneas rojas de cualquier intensidad en las áreas de control y paciente.
- **Negativo:** 1 línea en el área de control y ausencia de banda en el área de paciente.
- **Inválido:** ausencia de banda en el área de control. En este caso se debe repetir el test con una nueva tira reactiva.

5 experiencias piloto de implementación de test rápido en municipios de la provincia de Buenos Aires.

Determinaciones provistas:

- **1.358.700** para diagnóstico de sífilis;
- **1.259.736** para tamizaje de VIH;
- **170.000** para la confirmación del diagnóstico y seguimiento de personas con VIH mediante carga viral y CD4;
- **566.304** determinaciones serológicas para el diagnóstico de hepatitis A, B y C;
- **3.816** para la realización de cargas virales para la detección, diagnóstico y seguimiento de personas con hepatitis virales.

771 centros de
testeo activos
en el país

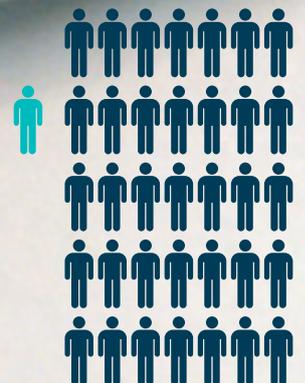


Porcentaje de
**diagnóstico
tardío**

por sexo y región, Argentina (2012-14)

Total país:  +  30,2% |  33,3%  23,8%

35 capacitaciones
a equipos de salud
sobre diagnóstico,
test rápido y
asesoramiento
durante el 2015.



3. Atención integral de las personas con VIH-sida e ITS

Más de **69.000** personas reciben tratamiento antirretroviral



7 de cada 10 personas se atienden en el sistema público

Tratamiento

La Ley Nacional de Sida N° 23.798 garantiza la atención y el tratamiento en hospitales públicos del país y sin costo adicional en obras sociales y prepagas.

Nuevas publicaciones

- Algoritmos de diagnóstico.
- Guías de atención primaria.
- Las hepatitis virales en la Argentina.
- Ficha única de notificación de las hepatitis virales.



126.000 personas con VIH en Argentina

Desconoce su diagnóstico

30%

Conoce su diagnóstico

70%



Capacitaciones

en unidades penitenciarias y en organizaciones no gubernamentales, dirigidas a personas en tratamiento.

Desarrollo de herramientas destinadas a facilitar los **retiros de medicación**, el registro del **tratamiento** actual y de las próximas **consultas médicas**.



350 lugares

de entrega de medicamentos en todo el país.



Visitas mensuales de relevamiento

a los programas jurisdiccionales, hospitales y centros donde se brinda atención médica y/o se realizan estudios de diagnóstico o seguimiento.

4. Reducción del estigma y la discriminación

26 consultorios amigables

funcionando en todo el país



Consultorio amigable para la diversidad sexual en la Matanza, provincia de Buenos Aires.

Ampliación de derechos

en conjunto con el Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social:

- Resol. 171/2015 de inclusión al Seguro de Capacitación y Empleo de personas en situación de desempleo con problemas de salud o que afronten situaciones de discriminación relacionadas.
- Resol. 270/2015 sobre la prohibición de la realización de la prueba de VIH en el examen preocupacional.

Desarrollo de folletos y guía jurídica y de orientación para las personas con VIH.



Nueva sección en la web

con respuestas a preguntas frecuentes, marcos normativos y recepción de consultas y reclamos.

www.msal.gov.ar/sida



- **1.000** integrantes de equipos de salud capacitados en diversidad sexual y salud.
- **3 capacitaciones a países** del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH) sobre salud y derechos.
- Más de **300 periodistas** capacitados para mejorar la comunicación en temas relacionados con el VIH.
- **12** capacitaciones sobre **derechos humanos** en la gestión pública y su relación con el acceso a la salud y la atención del VIH.
- Capacitación a los **Centros de Acceso a la Justicia** (CAJ) en conflictos relacionados a la respuesta al VIH y el sida.

Metas 2020

Realización conjunta con UNUSIDA y OPS/OMS de la Primera Jornada Nacional "Expansión y sostenibilidad de la atención al VIH hacia las metas 2020 en Argentina", dirigida a las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en VIH.

Resumen de indicadores sobre situación y respuesta al VIH en la Argentina

	Población (2015)			Diagósticos tardíos (2012-2014) *	Tasa de VIH por 100.000 habitantes (2012-2013) *	Tasa de mortalidad por sida por 100.000 habitantes (2013) *	Personas con medicación suministrada por la DSyETS (2015)	
	Población	% sobre el total del país	% sobre el total regional				Número	% sobre el total del país
Total País	43.131.966	100,0	-	30,0	14,3	3,4	47.564	100,0
AMBA Y ÁREA CENTRAL DEL PAÍS	28.000.799	64,9	100,0	29,7	13,8	3,6	37.176	78,2
CABA	3.054.267	7,1	10,9	25,1	32,1	4,9	15.164	31,9
Buenos Aires	16.659.931	38,6	59,5	32,5	10,3	4,2	14.254	30,0
24 partidos del GBA	10.639.390	24,7	38,0	32,0	9,3	5,0		
Resto de Buenos Aires	6.020.541	14,0	21,5	33,2	12,0	2,3		
Entre Ríos	1.321.415	3,1	4,7	23,5	12,6	2,4	829	1,7
Córdoba	3.567.654	8,3	12,7	28,6	15,5	1,9	3.503	7,4
Santa Fe	3.397.532	7,9	12,1	30,7	12,6	2,6	3.426	7,2
NOA	4.979.015	11,5	100,0	32,3	15,2	4,0	3.148	6,6
Catamarca	396.895	0,9	8,0	33,3	10,5	2,1	176	0,4
Jujuy	727.780	1,7	14,6	47,3	21,0	6,1	494	1,0
Salta	1.333.365	3,1	26,8	41,6	17,6	7,1	1.098	2,3
Santiago del Estero	928.097	2,2	18,6	32,1	4,0	1,7	475	1,0
Tucumán	1.592.878	3,7	32,0	18,0	18,2	2,7	905	1,9
NEA	3.982.180	9,2	100,0	32,4	10,9	2,1	2.975	6,3
Chaco	1.143.201	2,7	28,7	23,1	11,4	1,5	1.385	2,9
Corrientes	1.070.283	2,5	26,9	38,6	8,6	2,2	578	1,2
Formosa	579.250	1,3	14,5	40,7	9,6	1,1	245	0,5
Misiones	1.189.446	2,8	29,9	25,0	13,3	3,3	767	1,6
CUYO	3.468.589	8,0	100,0	27,4	14,8	2,0	2.211	4,6
La Rioja	367.728	0,9	10,6	7,0	10,6	0,0	264	0,6
Mendoza	1.885.551	4,4	54,4	29,1	15,4	2,2	1.183	2,5
San Juan	738.959	1,7	21,3	33,1	14,1	1,5	412	0,9
San Luis	476.351	1,1	13,7	26,1	17,1	3,7	352	0,7
PATAGONIA	2.701.383	6,3	100,0	28,2	17,1	2,2	2.058	4,3
Chubut	566.922	1,3	21,0	30,2	21,4	3,8	518	1,1
La Pampa	343.056	0,8	12,7	28,8	16,3	0,6	171	0,4
Neuquén	619.745	1,4	22,9	22,1	13,8	2,5	596	1,3
Río Negro	698.874	1,6	25,9	33,7	15,7	1,8	458	1,0
Santa Cruz	320.469	0,7	11,9	28,3	16,4	1,3	209	0,4
Tierra del Fuego	152.317	0,4	5,6	18,2	25,4	2,1	106	0,2

* Años no cerrados por retrasos en la notificación.

Vigilancia de casos de infección por VIH

La información para construir la evolución de las tasas de casos de VIH y caracterizar a las personas recientemente diagnosticadas proviene, en primer lugar, de una ficha epidemiológica específica completada por los equipos de salud cada vez que atienden por primera vez a una persona con VIH y, en segundo lugar, del Sistema de Vigilancia Laboratorial (SIVILA) del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS). En el primero se reportan los casos de sida desde 1990 y de VIH a partir del 2001, y el segundo comenzó a producir información en el año 2008. A partir del Boletín N°31 del 2014 se comenzaron a incluir en el análisis los casos reportados por los laboratorios, aunque estos no hubieran sido notificados aún a través de la ficha epidemiológica, una estrategia que permite reducir el efecto del retraso en la notificación.

La Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (DSyETS) cuenta con una base epidemiológica que contabiliza 85.270 casos de VIH entre los años 2001 y 2014. El análisis de las tasas y la caracterización epidemiológica de las personas diagnosticadas se harán con esta base, salvo en el caso del nivel de instrucción, la vía de transmisión del virus y el estadio clínico e inmunológico al momento del diagnóstico, para los que se utilizarán solo las notificaciones epidemiológicas clínicas (80.712), ya que esas variables no se recogen en la vigilancia por laboratorio.

Debido a la demora en la notificación de casos, las tasas se analizan con dos años de retraso –en el año 2015 se publican las tasas de 2013– y la descripción

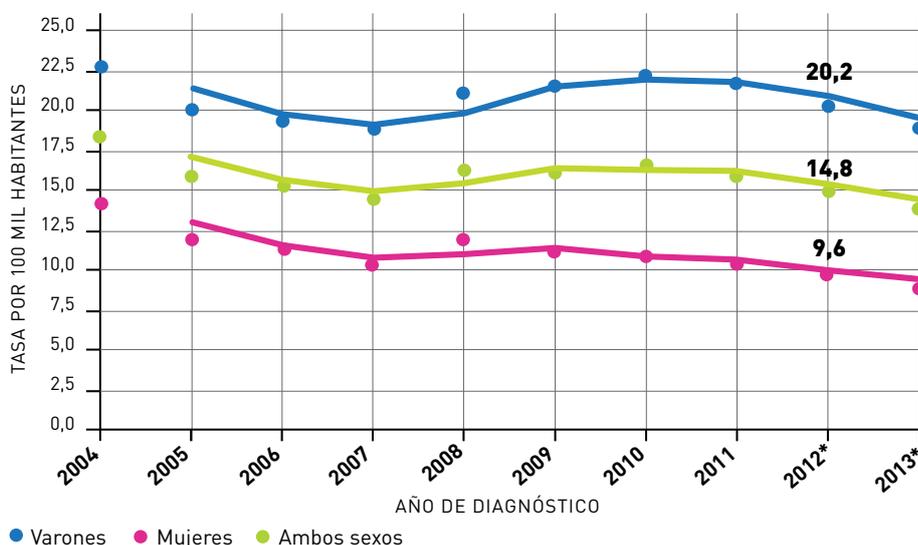
de los nuevos diagnósticos se realiza con un año de retraso, ya que de esta manera no se afecta sustancialmente el análisis.

Evolución de las tasas de VIH

La tasa de diagnósticos de casos de VIH –de aquí en más: tasa de VIH– permanece estable en valores cercana a 15 por 100.000 habitantes, 20 por 100.000 para los varones y 10 por 100.000 para las mujeres para el año 2012. Al analizar la tasa según el sexo, se observa que mientras los valores son relativamente estables entre los varones, descienden ligeramente entre las mujeres (gráfico 1). La caída que se observa en la tasa de varones de los dos últimos años se debe muy probablemente al retraso en la notificación. En números absolutos estos valores surgen de diagnosticar alrededor de 4.300 varones y 2.200 mujeres cada año. La información se calcula utilizando datos provistos por las fichas de notificación epidemiológica completadas por el equipo de salud y por información del SIVILA.



Gráfico 1: Evolución de la tasa de diagnósticos de VIH por 100.000 habitantes según sexo, Argentina (2004-2013)

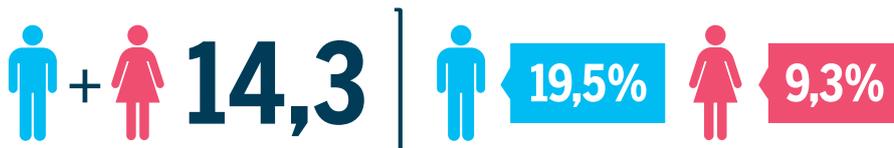


* Años no cerrados por retraso en la notificación.

Nota: Los puntos representan los valores de las tasas en tanto que las líneas son tendencias suavizadas basadas en esos puntos.

$$\text{Tasa de VIH} = \frac{\text{Nº de diagnósticos de VIH durante un año en un lugar determinado.}}{\text{Población en ese lugar a mediados de ese año.}} \times 100 \text{ mil}$$

Tasa de diagnóstico de VIH por 100.000 habitantes, Argentina (2012-2013)



Mediana de edad de diagnóstico (2012-2014)



2,0
VARONES
POR MUJER
DIAGNOSTICADA

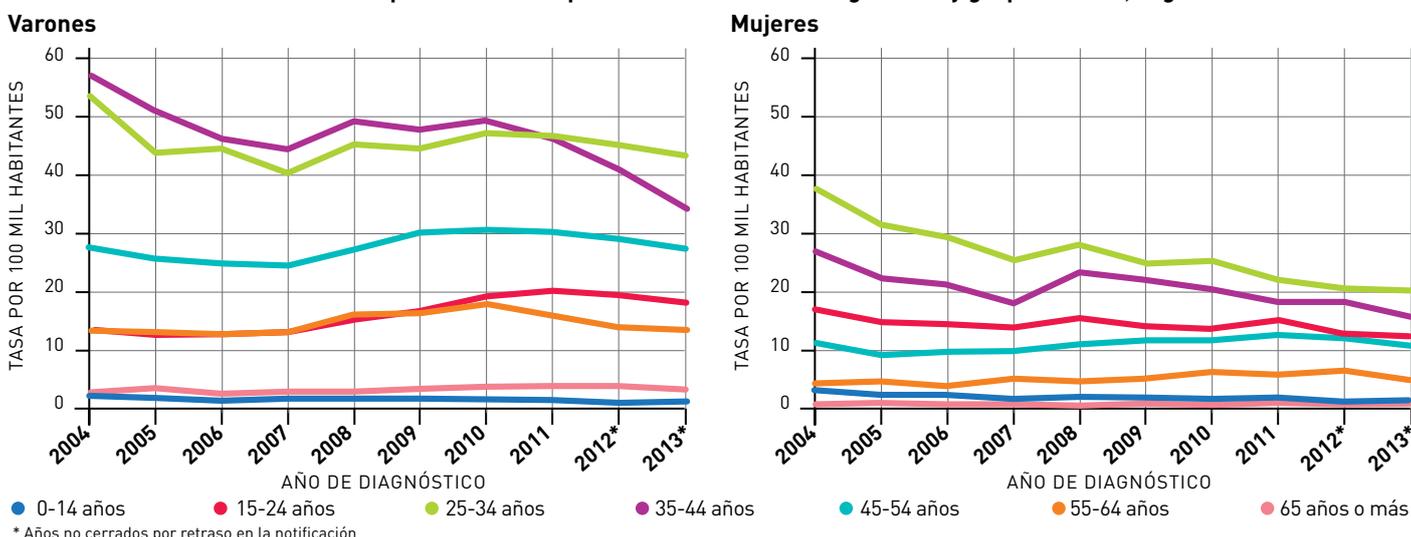
4,8
TRANSMISIÓN
VERTICAL
(2013-2014)

Las tasas de VIH específicas por sexo y edad (gráfico 2) evidencian un leve descenso en las mujeres de 25 a 34 años y 35 a 44, y un aumento entre las de 45 a 54 años. Entre los varones aún no es clara la tendencia en los subgrupos de 15 a 24 y de 45 a 64 años, ya que a una tendencia ascendente parece sucederle un descenso que podría deberse tanto a una estabilización de la tasa como a un retraso en la notificación. Las tasas del resto de las categorías sexo/edad se encuentran estables.

En el gráfico 3 se comparan las tasas por sexo y edad de los periodos 2004-2005 y 2012-2013. Los principales cambios se observan en el recorte de las tasas en varones y mujeres en los grupos de 20 a 44 años. En los grupos de 0 a 14 y 15 a 19 años la tasa de diagnósticos en mujeres es ligeramente superior a la de varones, mientras que en el resto de los subgrupos la tasa de varones duplica o triplica a la de mujeres.

A nivel subregional, las tasas de VIH descienden en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), se mantienen estables en la zona central (Córdoba, Santa Fe, Entre Ríos y el resto de la

Gráfico 2: Evolución de las tasas específicas de VIH por 100.000 habitantes según sexo y grupo de edad, Argentina (2004-2013)



provincia de Buenos Aires) y continúan en ascenso en el resto de las regiones, tanto entre los varones como entre las mujeres (tabla 13 del anexo). El efecto de estas tendencias es que, a diferencia de hace diez años cuando las tasas eran muy distintas entre el área pampeana y el resto del país, ahora las tasas se concentran en valores que se ubican por encima de 10 y por debajo de 20 por 100.000 en todas las regiones (gráfico 4 de la página siguiente). Aunque la cantidad de casos sea menor, el Noroeste (NOA), Cuyo y Patagonia alcanzaron en sus tasas a AMBA y Centro, las regiones que históricamente tenían tasas más elevadas. En el gráfico 5 de la página siguiente se observan las tasas regionales según sexo para el periodo 2012-2013.

En la tabla 12 del anexo se presentan las tasas de VIH según provincia. Las tendencias crecientes se aprecian en las provincias del Litoral, en Mendoza y San Juan en Cuyo, en Tucumán en el NOA y en La Pampa y Rio Negro en la Patagonia. En el resto de las jurisdicciones se encuentran estables salvo, como se indicó más arriba, en el AMBA, donde se observa una reducción.

En la tabla 14 del anexo se presenta la evolución de las tasas por región sanitaria de la provincia de Buenos Aires y en la tabla 15, por partidos del Gran Buenos Aires (GBA).

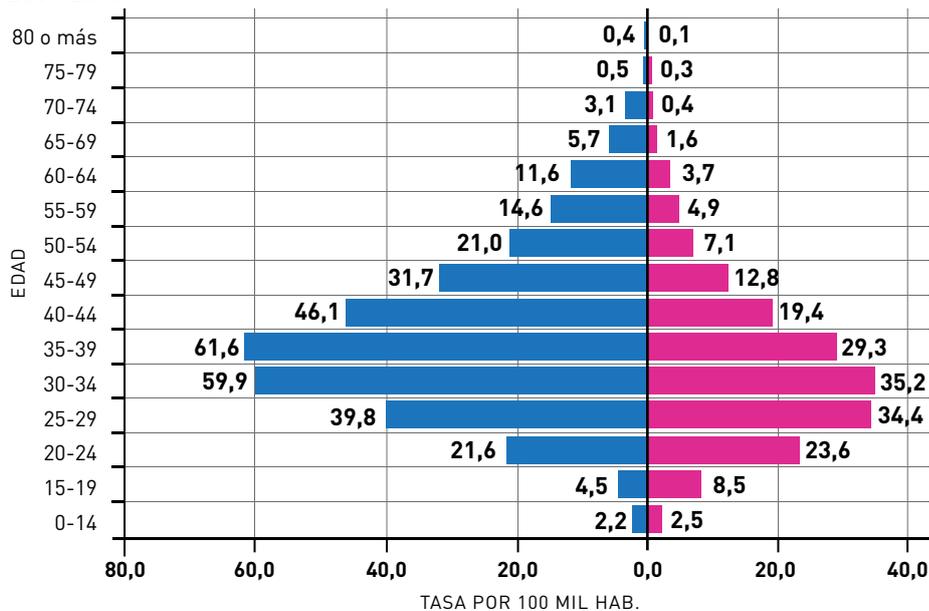
Análisis de variables epidemiológicas de notificaciones de VIH

LUGAR DE RESIDENCIA

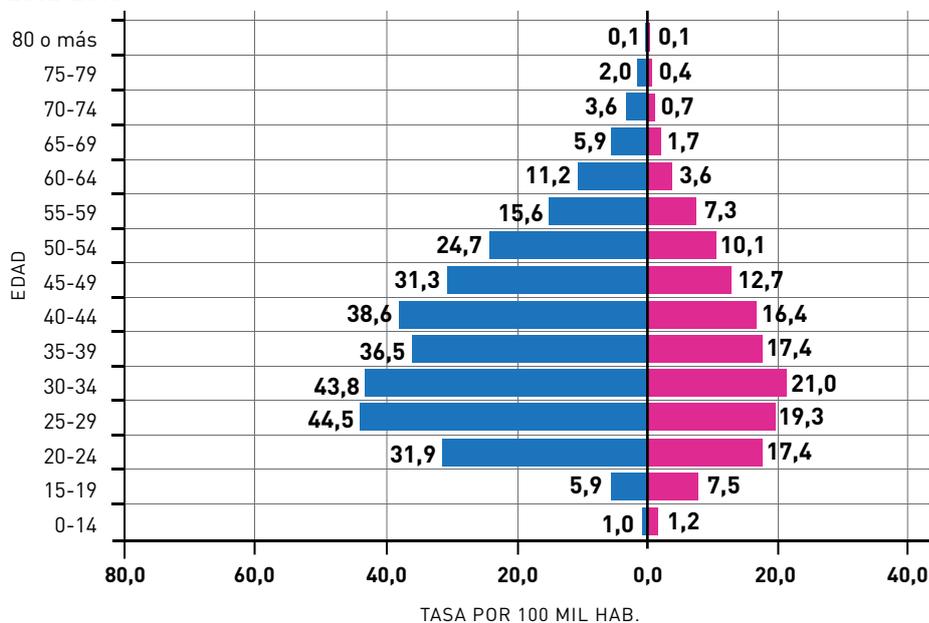
A lo largo de la última década, la distribución de los nuevos casos de infección por lugar de residencia ha variado significativamente. Mientras que a mediados de la década pasada casi el 45% de los diagnósticos se producían en el AMBA, en el periodo 2012-2014 solo el 30% de las personas recientemente

Gráfico 3: Comparación de las tasas específicas de VIH por 100.000 habitantes según sexo y edad, Argentina

2004-2005



2012-2013*



● Varones ● Mujeres

* Años no cerrados por retraso en la notificación.

Gráfico 4: Evolución de las tasas de VIH por 100.000 habitantes según región, Argentina (2004-2013)

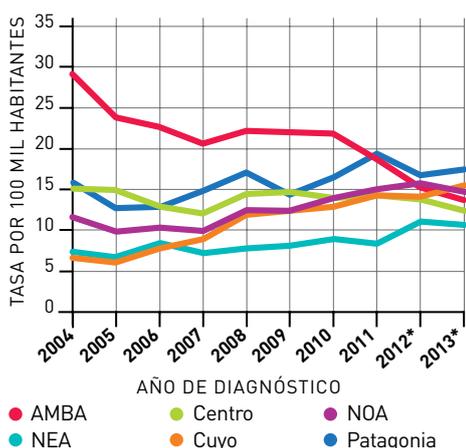


Gráfico 5: Comparación de las tasas generales y específicas por sexo de VIH por 100.000 habitantes según región, Argentina (2012-2013)*

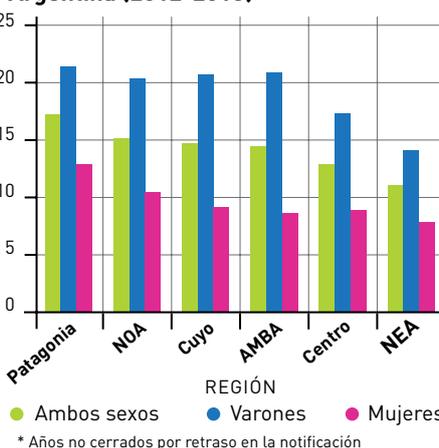
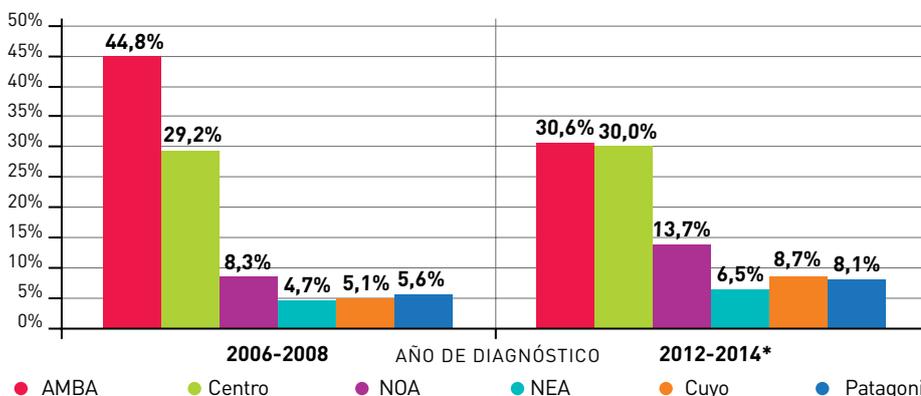
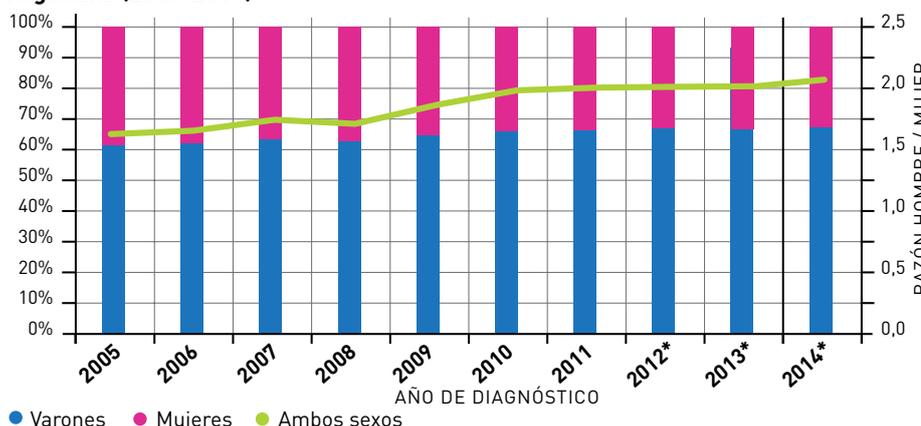


Gráfico 6: Lugar de residencia de las personas con diagnóstico de VIH según región, Argentina (2006-2014)



* Años no cerrados por retrasos en la notificación. En ambos períodos no se graficó la categoría DESCONOCIDOS, que alcanza por igual al 2,4% de los casos. FUENTE: total de casos notificados por ficha epidemiológica específica y por laboratorio en el período analizado. N = 53.560.

Gráfico 7: Proporción de diagnósticos de VIH por sexo y razón hombre/mujer, Argentina (2005-2014)



* Años no cerrados por retraso en la notificación. FUENTE: Total de casos notificados por ficha epidemiológica específica y por laboratorio en el período analizado. N = 59.657

diagnosticadas residía en esta región. El resto de las regiones evidencian aumentos, especialmente el NOA, que pasó de representar el 8,3% de los nuevos diagnósticos al 13,7% (gráfico 6).

La distribución de los nuevos diagnósticos según provincia se presenta en la tabla 16 del anexo y, en el caso de la provincia de Buenos Aires, por región sanitaria en la tabla 17. A nivel provincial varias jurisdicciones duplicaron en una década su participación en la proporción de nuevos diagnósticos sobre el total del país; algunas incluso más. Entre las de mayor población se destacan Tucumán, que pasó del 2,6% al 5,2%, y Mendoza, del 2,8% al 5%. En las provincias con menor población también se produjeron aumentos de igual magnitud proporcional: Chaco pasó del 0,9% al 1,9%; La Pampa, del 0,4% al 1% y San Luis, del 0,6% al 1,3%.

El análisis de la distribución según región sanitaria de la provincia de Buenos Aires se realizó solamente con las notificaciones epidemiológicas, ya que en el caso de los diagnósticos de laboratorio no informados por ficha, algunos de los diagnósticos de residentes del GBA están imputados por laboratorios de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) como pertenecientes a esta última jurisdicción.

RAZÓN HOMBRE/MUJER

La razón hombre/mujer -es decir, la relación entre la cantidad de diagnósticos entre varones y mujeres- sigue en ascenso, alcanzando para el 2014 un valor de 2,1. Ese año el 67% de los diagnósticos fueron de varones y el 33% de mujeres (gráfico 7).

La razón hombre/mujer varía según el grupo de edad, desde un 0,8 en el intervalo de 0 a 14 años para el período 2012-2014 al 2,9 en el grupo de 65 años o más en el mismo trienio. Desde el punto de vista de la evolución a lo

largo de la última década, en los grupos de 15 a 34 y 25 a 34 años el valor sube, mientras que en el resto desciende ligeramente luego de un pico en el intervalo intermedio que se observa en casi todos los grupos etarios (gráfico 8).

La razón hombre/mujer aumentó en todas las regiones del país, con el valor más alto para el periodo 2012-2014 en Cuyo con 2,3, mientras el valor más bajo se observa en la Patagonia, con 1,7 (gráfico 9).

A nivel provincial, la razón desciende en siete provincias, especialmente en San Juan, Mendoza, La Pampa y Córdoba, mientras que en el resto aumenta, especialmente en Entre Ríos, Corrientes y Formosa, jurisdicciones en las que el aumento supera el 50% entre los periodos 2012-2014 en relación con el trienio 2009-2011 (tabla 18 del anexo). A nivel de las regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires, este indicador desciende en las regiones IV y IX y aumenta en el resto, especialmente en las regiones con menor población, fenómeno que también se presenta en otras regiones más pobladas como la VII, donde pasó de 1,6 a 2,1 varones por cada mujer diagnosticada de un periodo a otro (Tabla 19 del anexo).

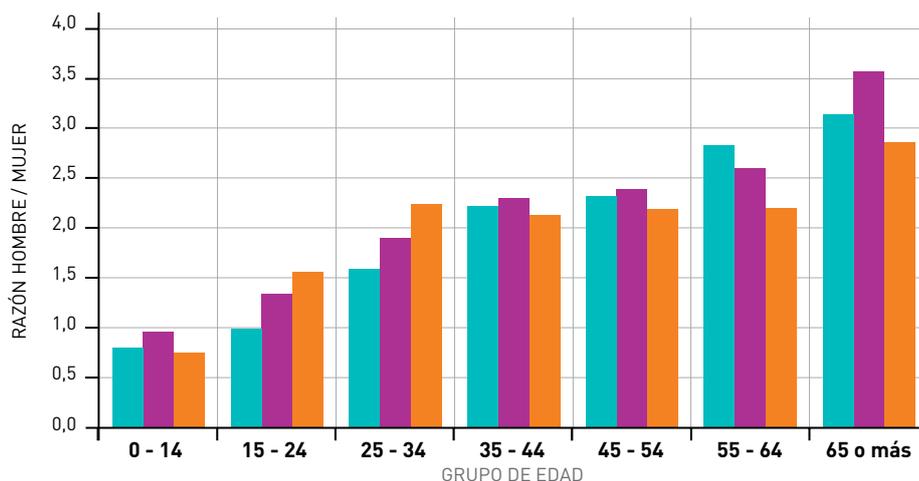
La ficha epidemiológica modificada en 2012 comenzó a relevar información sobre diagnósticos de personas trans. En el periodo 2012-2014 se informaron 15 personas de esta condición, aunque se estima que el número debe ser mucho mayor. En un estudio prospectivo sobre personas con diagnóstico reciente en todo el país que está realizando la DS y ETS, se encontró que el 3% (19 personas) de las 608 personas incluidas en la cohorte durante el primer semestre de 2014 eran trans.

EDAD DE DIAGNÓSTICO

La mediana de edad de diagnóstico fue ascendiendo en la última década entre



Gráfico 8: Evolución de la razón hombre/mujer en los diagnósticos de VIH según grupo de edad, Argentina (2006-2014)

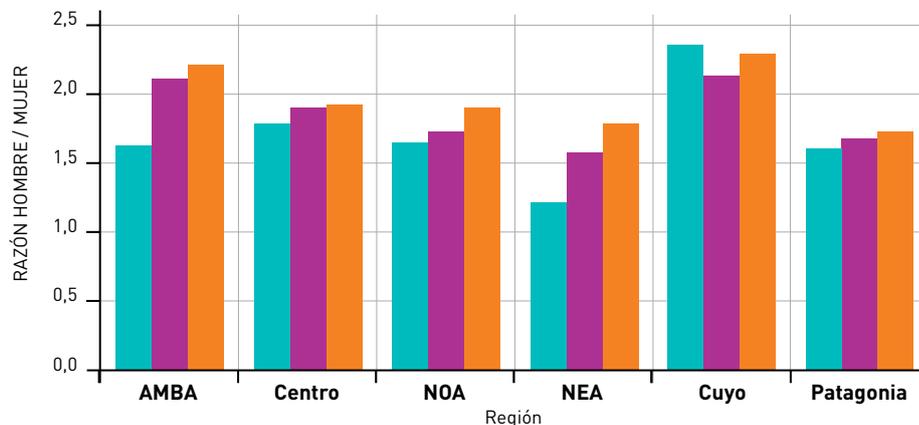


Años de diagnóstico: ● 2006-2008 ● 2009-2011 ● 2012-2014*

* Años no cerrados por retraso en la notificación.

FUENTE: Total de casos notificados por ficha epidemiológica específica y por laboratorio en el período analizado. N = 53.558.

Gráfico 9: Evolución de la razón hombre/mujer de los diagnósticos de VIH según región, Argentina (2006-2014)

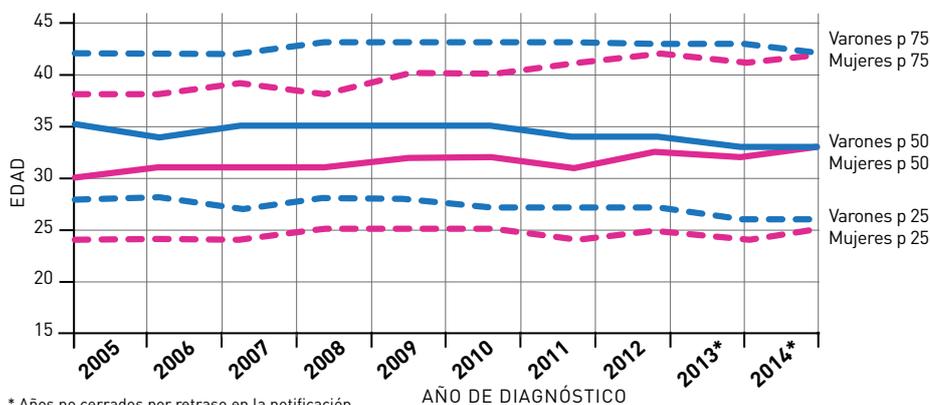


Años de diagnóstico: ● 2006-2008 ● 2009-2011 ● 2012-2014*

* Años no cerrados por retraso en la notificación.

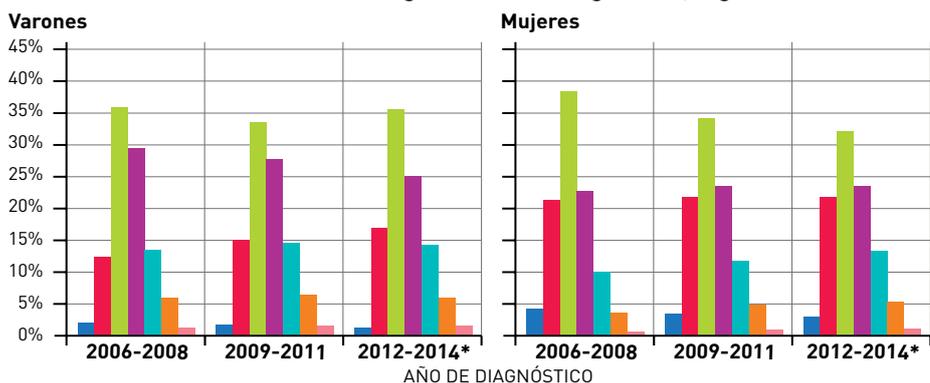
FUENTE: Total de casos notificados por ficha epidemiológica específica y por laboratorio en el período analizado. N = 53.558.

Gráfico 10: Evolución de la edad de diagnóstico de VIH según sexo, Argentina (2005-2014)



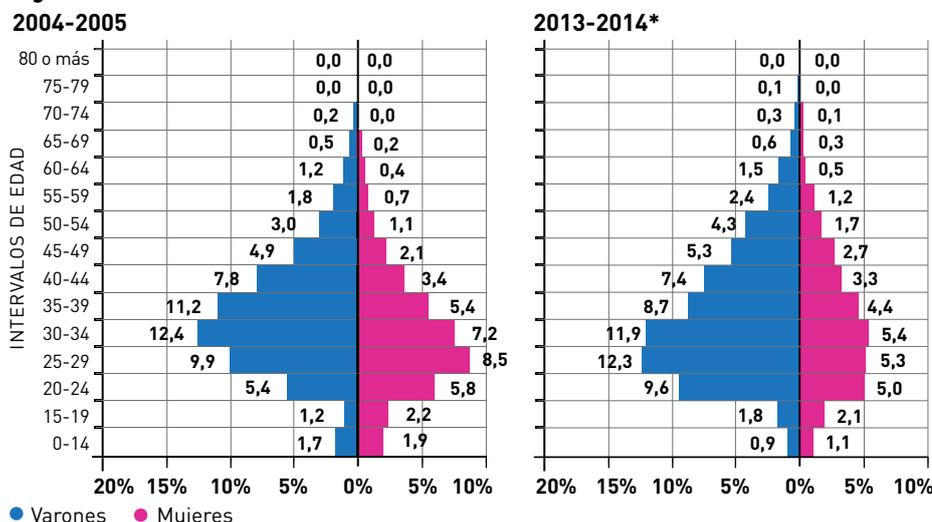
* Años no cerrados por retraso en la notificación.
FUENTE: Total de casos notificados por ficha epidemiológica específica y por laboratorio en el período analizado. N = 53.558.

Gráfico 11: Evolución de la edad de diagnóstico de VIH según sexo, Argentina (2006-2014)



● 0-14 años ● 15-24 años ● 25-34 años ● 35-44 años ● 45-54 años ● 55-64 años ● 65 años o +
* Años no cerrados por retraso en la notificación.
FUENTE: Total de casos notificados por ficha epidemiológica específica y por laboratorio en el período analizado. N = 53.558.

Gráfico 12: Comparación de la proporción de diagnósticos de VIH según sexo y edad, Argentina (2004-2014)



● Varones ● Mujeres
* Años no cerrados por retraso en la notificación.
FUENTE: N = 22.695 correspondientes al total de casos notificados por ficha epidemiológica específica y por laboratorio en los dos períodos comparados.

las mujeres y descendiendo el último lustro entre los varones, al punto de suprimirse la diferencia de hasta cinco años que existía en 2005 (gráfico 10). En 2014 la mediana se ubicaba en 33 años para ambos sexos. Este emparejamiento se debe al incremento de diagnósticos de mujeres de más de 35 años y al incremento de los diagnósticos en varones jóvenes. En el gráfico 10 se observa que la brecha no solo se reduce en la mediana sino en los percentiles 25 y 75.

En el gráfico 11 se advierte un aumento de los diagnósticos en varones jóvenes de 15 a 24 años y entre las mujeres de 35 años o más. Para el periodo 2012-2014 el 18% de los varones y el 25% de las mujeres se diagnosticaron antes de los 25 años, mientras que el 22% de los varones y el 20% de las mujeres lo hicieron a partir de los 45 años. En el gráfico 12 se aprecia un aumento de los diagnósticos en varones de varios subgrupos etarios, especialmente el de 20 a 24 años.

El análisis de la mediana de edad de diagnóstico por región revela que en todas las regiones se ha reducido en promedio un año entre los varones, y en todas ha aumentado entre uno y dos años entre las mujeres (tabla 20 del anexo). En el Noroeste (NOA) y el Nordeste (NEA) la mediana de edad de diagnóstico de los varones y las mujeres es dos años menor que en el resto de las regiones del país.

La mediana de edad de diagnóstico entre los varones tiene un rango que va de 30 años en Catamarca, Formosa y Santiago del Estero a 37 años en La Pampa. Entre las mujeres, el rango varía de 27 años en Formosa a 36 años en La Pampa y San Luis. San Luis y CABA son las dos jurisdicciones donde la mediana de edad de diagnóstico de las mujeres es más elevada que la de los varones. Las tendencias son pa-

rejas en casi todas las jurisdicciones. En la tabla 21 del anexo se encontrarán algunas pocas jurisdicciones que tienen tendencias inversas a las regionales, así como algunas en las cuales la variación durante la última década es muy significativa.

En la tabla 22 del anexo se presenta la información para las regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires.

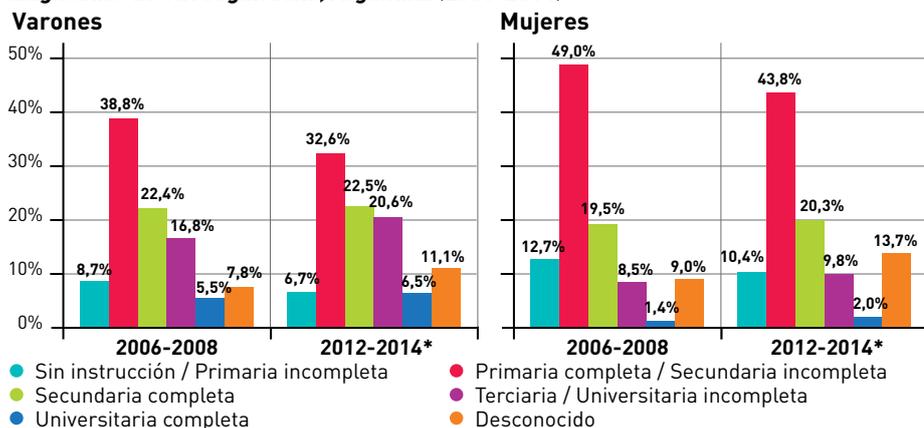
NIVEL DE INSTRUCCIÓN EN PERSONAS DE 19 AÑOS O MÁS

Para el análisis del máximo nivel de instrucción, como indicador que se aproxima al nivel socioeconómico de las personas diagnosticadas, se dividió la variable en cinco categorías. En el gráfico 13 (de la página siguiente) se observa un leve aumento en ambos sexos. En el periodo 2012-2014, el 49,6% de los varones y el 32,1% de las mujeres con diagnóstico reciente habían completado o superado la educación media. Si no se incluye en la distribución a las fichas que no disponen de información sobre este indicador, es decir que se excluye a la categoría desconocido, el 56% de los varones y el 37% de las mujeres completaron o superaron el nivel secundario. Mirándolo desde otro ángulo, casi la mitad de los varones y dos tercios de las mujeres diagnosticadas en los últimos tres años no completaron la educación media.

A nivel subregional (gráfico 14 de la página siguiente), en todas las regiones los varones tienen una educación formal más elevada que las mujeres. Si se ordena a las regiones según este indicador, casi el mismo orden que se observa entre los varones se aprecia en las mujeres. El caso que rompe esta regla es el de la Patagonia. En los dos periodos los varones y las mujeres diagnosticados en CABA tienen el nivel de instrucción más alto, en tanto que en NEA y GBA tienen el más bajo.



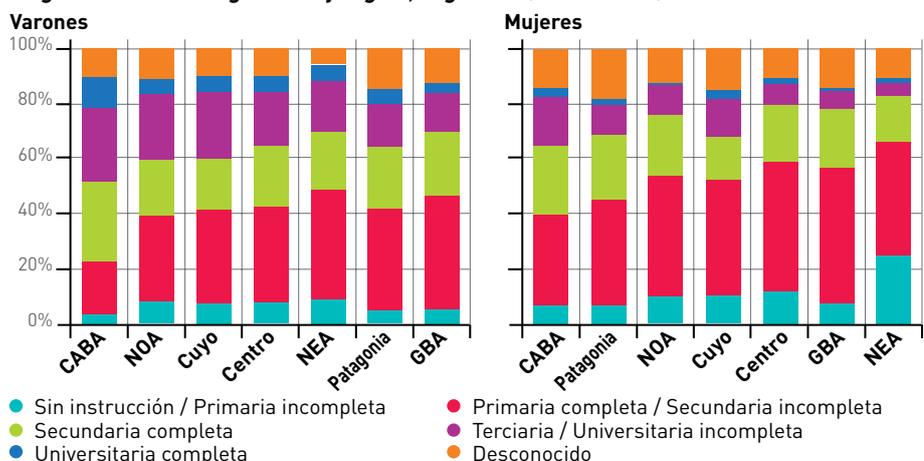
Gráfico 13: Máximo nivel de instrucción alcanzado por personas de 19 años o más con diagnóstico de VIH según sexo, Argentina (2006-2014)



* Años no cerrados por retraso en la notificación.

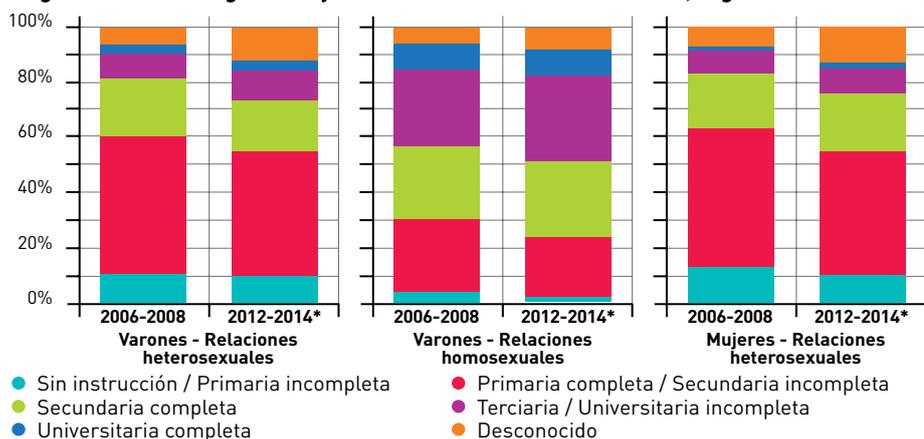
FUENTE: Total de casos notificados por ficha epidemiológica específica y por laboratorio en el periodo analizado. N = 47.204

Gráfico 14: Máximo nivel de instrucción alcanzado por personas de 19 años o más con diagnóstico de VIH según sexo y región, Argentina (2012-2014*)



* Años no cerrados por retraso en la notificación. FUENTE: N = 13.146 correspondientes a casos notificados por ficha epidemiológica específica.

Gráfico 15: Máximo nivel de instrucción alcanzado por personas de 19 años o más con diagnóstico de VIH según sexo y vías de transmisión seleccionadas, Argentina (2006-2014)



* Años no cerrados por retraso en la notificación. FUENTE: N = 26.924 correspondientes a casos notificados por ficha epidemiológica específica.

En el gráfico 14 se observa un aumento en el nivel de instrucción de las personas con diagnóstico de VIH a lo largo de la última década. Sin embargo, cuando se separa a los varones según la vía de infección, se aprecia que quienes contrajeron el virus durante relaciones heterosexuales sin protección tienen el mismo nivel educativo que las mujeres (gráfico 15).

En la tabla 23 del anexo se presenta la información sobre la evolución de este indicador según región, mientras que en la tabla 24 se muestra según jurisdicción. A nivel subregional, el máximo nivel de instrucción alcanzado aumenta en todas las regiones, salvo en el NEA donde desciende en ambos sexos.

VÍAS DE TRANSMISIÓN

El 90% de las personas diagnosticadas en el trienio 2012-2014 contrajeron el VIH durante relaciones sexuales sin uso de preservativo (gráfico 16). En el caso de los varones, la mitad adquirió la infección durante relaciones sexuales con mujeres y la otra mitad, con otros hombres. Por otro lado, el 1,0% de los casos corresponde a transmisión vertical y el 0,3% a infecciones por uso compartido de material para el consumo de drogas.

Al comparar los últimos diez años, la proporción de diagnósticos de varones que adquirieron el VIH durante prácticas homosexuales se incrementó en todas las regiones, salvo en el NEA (gráfico 17). En CABA, Cuyo y NOA la mayoría de las infecciones entre varones se produjo de ese modo en el período 2012-2014.

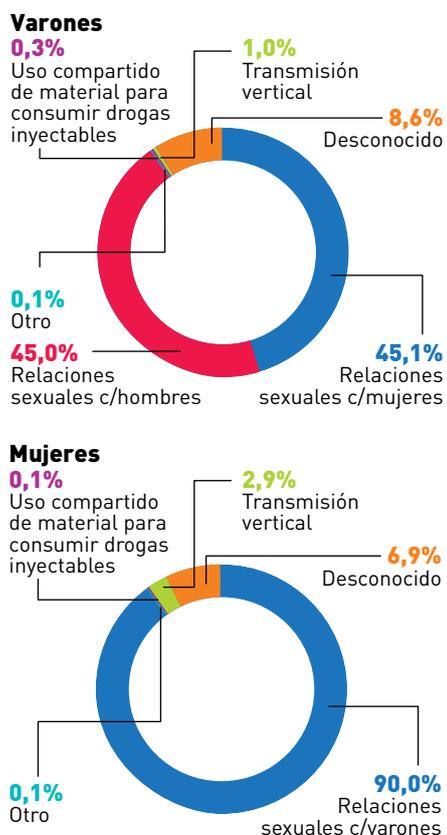
El análisis de las vías de transmisión de los varones indica que entre los jóvenes hay más cantidad de diagnósticos por relaciones homosexuales que heterosexuales, y este patrón se va invirtiendo a medida que aumenta la edad (gráfico 18). La cantidad de diagnósticos de personas que compartieron material

para el uso de drogas inyectables, que en el trienio 2012-2014 alcanzó las 32 notificaciones, continúa reduciéndose. En la tabla 25 del anexo se presenta la información según provincia, mientras en la tabla 26 se muestra por región sanitaria de la provincia de Buenos Aires.

Entre el 2005 y el 2014 se recibieron dos notificaciones de VIH de personas hemofílicas (el último se diagnosticó hace siete años). Se han notificado 16 casos por accidentes laborales (el último reporte en el año 2010) y 77 en personas transfundidas. ■

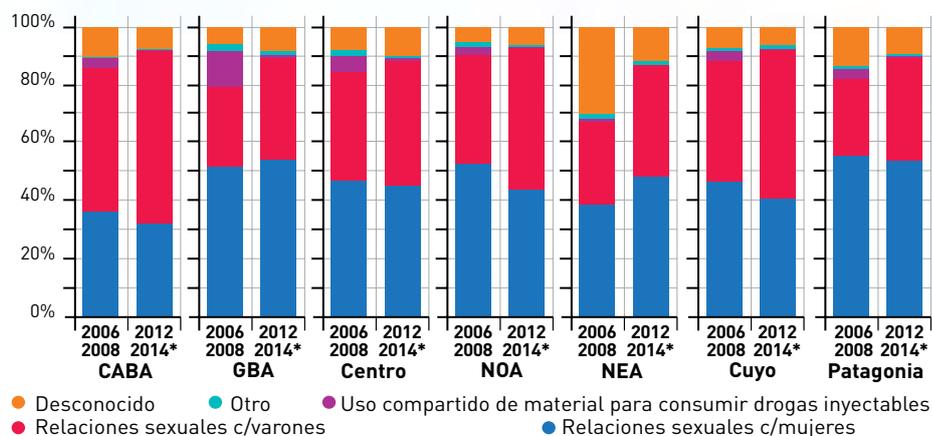


Gráfico 16: Vías de transmisión de VIH según sexo, Argentina (2012-2014*)



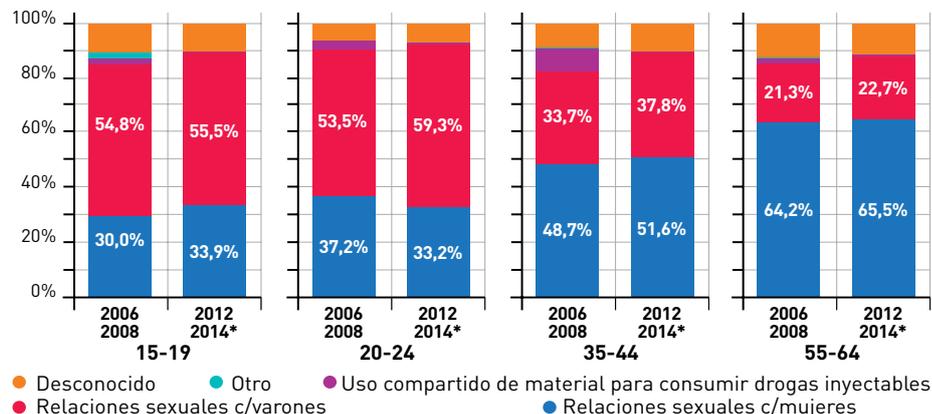
* Años no cerrados por retraso en la notificación.
FUENTE: N = 13.754 correspondientes a casos notificados por ficha epidemiológica específica.

Gráfico 17: Evolución de las vías de transmisión de VIH en varones según región, Argentina (2006-2014)



* Años no cerrados por retraso en la notificación.
FUENTE: N = 20.567 correspondientes a casos notificados por ficha epidemiológica específica.

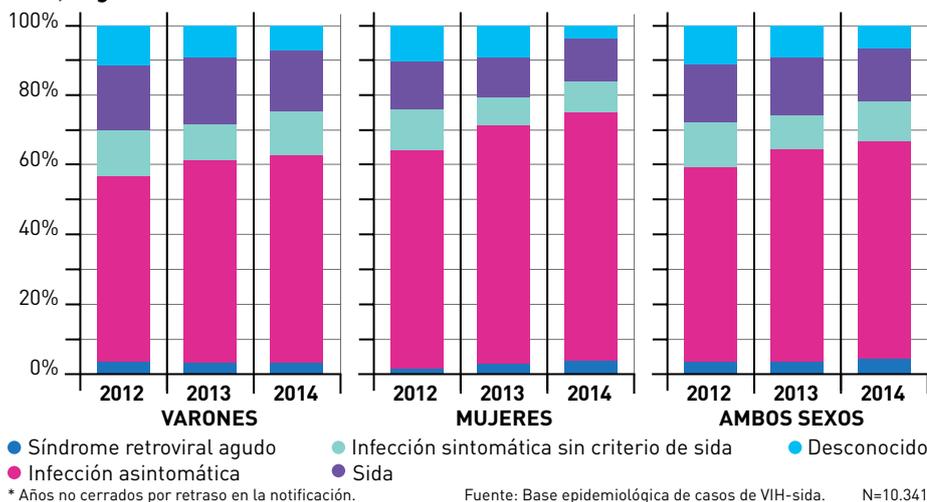
Gráfico 18: Vía de transmisión del VIH en varones por grupos de edad seleccionados, Argentina (2006-2014)



* Años no cerrados por retraso en la notificación.
FUENTE: N = 9.741 correspondientes a casos notificados por ficha epidemiológica específica.

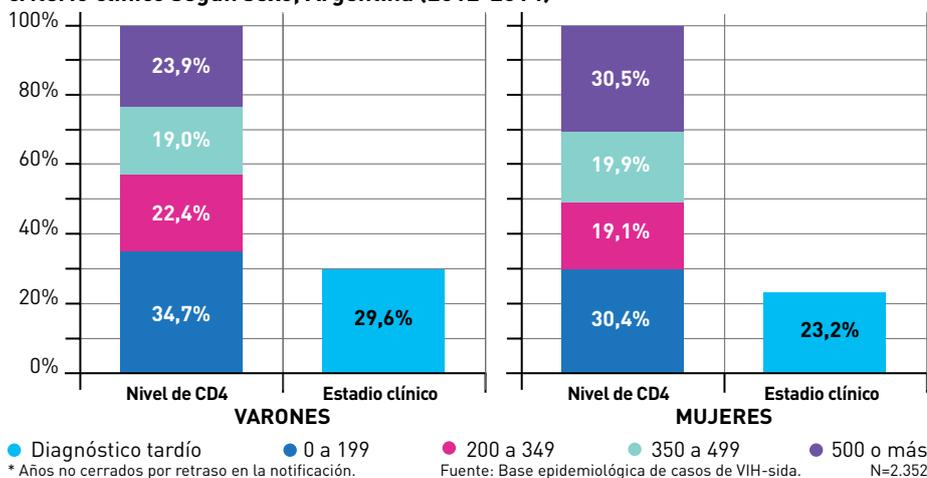
Diagnóstico tardío de infección por VIH

Gráfico 19: Evolución del estadio clínico al momento del diagnóstico de VIH según sexo, Argentina (2012-2014)*



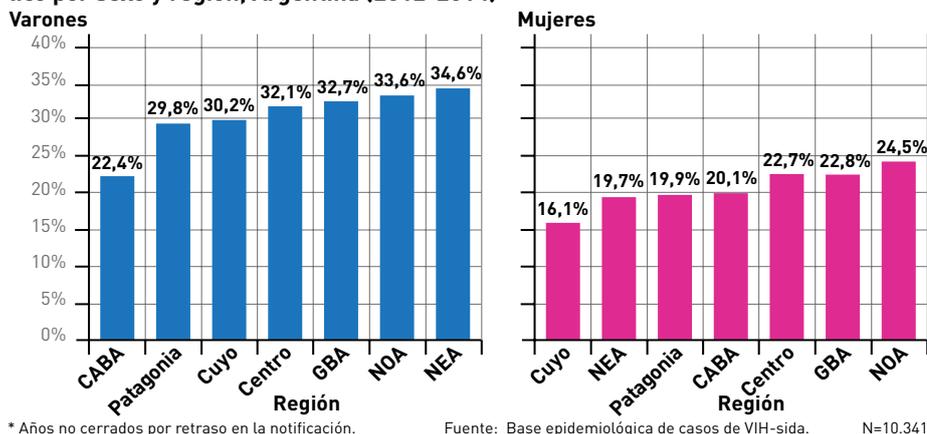
El diagnóstico tardío de VIH se analiza a partir del estadio clínico y el nivel inmunológico al momento del diagnóstico de infección, en este caso a través del recuento de CD4. La información para construir ambos indicadores comenzó a ser recogida a partir de la modificación de la ficha de notificación epidemiológica que tuvo lugar en el 2012. Los datos para analizar el nivel de CD4 solo se disponen en el 21% de las fichas. Sin embargo, la distribución de CD4 que arrojan estas fichas es consistente con otras fuentes de datos disponibles, hecho que habilita a utilizarlo en el marco de la vigilancia epidemiológica.

Gráfico 20: Comparación del diagnóstico tardío medido según recuento de CD4 y criterio clínico según sexo, Argentina (2012-2014)*



El 3% de las personas notificadas en el periodo 2012-2014 presentaron un síndrome retroviral agudo; el 60,9%, una infección asintomática; el 10,8%, infección sintomática sin criterio de sida y el 16,9%, sida. Si se considera a los dos primeros estadios como un diagnóstico oportuno y a los dos últimos como un diagnóstico tardío, el 63,9% de las personas fueron diagnosticadas oportunamente y el 27,7% en forma tardía, en tanto se desconoce la situación en que se produjo el diagnóstico del 8,5% de los casos. En el gráfico 19 se presenta la evolución de este indicador en los últimos tres años, según sexo. Durante el año 2014, el 29,4% de los varones y el 21,6% de las mujeres presentaron un diagnóstico tardío. En ambos casos se advierte una ligera mejoría.

Gráfico 21: Diagnóstico tardío de VIH según estadio clínico al momento del diagnóstico por sexo y región, Argentina (2012-2014)*



Al utilizar como indicador el nivel de CD4 al momento del diagnóstico, aumenta el diagnóstico tardío ya que es más sensible que el indicador clínico. Hay personas que pueden tener un deterioro inmunológico que aún no se manifieste a través de alguna sintomatología.

Si para definir un diagnóstico tardío se utiliza como punto de corte 200 CD4, el 35% de los varones y el 30% de las mujeres se encuentran en esta situación. Si por diagnóstico tardío se consideran

niveles de CD4 inferiores a 350, el 57% de los varones y el 50% de las mujeres diagnosticadas entre 2012 y 2014 estarían en esta situación (gráfico 20). El 76% de los varones y el 69% de las mujeres presentaron un CD4 < 500.

En el gráfico 21 se ordenan las regiones del país según el nivel de diagnóstico tardío. Se aprecia que la posición de cada región varía según sexo. Mientras que los varones de CABA presentan la menor proporción de diagnósticos tardíos (22,4%), las mujeres de ese distrito se ubican en la mitad de la distribución (20,1%), es decir que la brecha entre ambos es mínima. El rango de valores de diagnósticos tardíos entre los varones va del 22,4% en CABA al 34,6% en NEA, y entre las mujeres del 16,1% en Cuyo al 24,5% en el NOA. En la tabla 27 del anexo se presenta el diagnóstico tardío según sexo por jurisdicción y en la tabla 28, según región sanitaria de la provincia de Buenos Aires.

En el gráfico 22 se observa que en cuatro de las siete regiones consideradas, entre el 40% y el 43% de los varones diagnosticados tenían menos de 200 CD4 mientras que en CABA, Cuyo y Patagonia alrededor del 40% de las mujeres presentaban niveles semejantes. En todas las regiones entre el 48% y el 71% de los varones presentan menos de 350 CD4 al momento del diagnóstico y entre el 67% y el 83%, menos de 500 CD4. En el caso de las mujeres, entre el 32% y el 61% presentan menos de 350 CD4 al momento de diagnóstico y entre el 60% y el 83% menos de 500 CD4.

En el gráfico 23 se observa que a partir de los 15 años, para ambos sexos, aumenta el diagnóstico tardío con la edad, salvo en el grupo de 65 años o más en el que desciende ligeramente. En el intervalo de varones de 55 a 64 años los diagnósticos tardíos superan a los oportunos tanto en varones como en mujeres.

El gráfico 24 de la página siguiente



Gráfico 22: Recuento de CD4 al momento del diagnóstico de VIH según sexo y región, Argentina (2012-2014)*

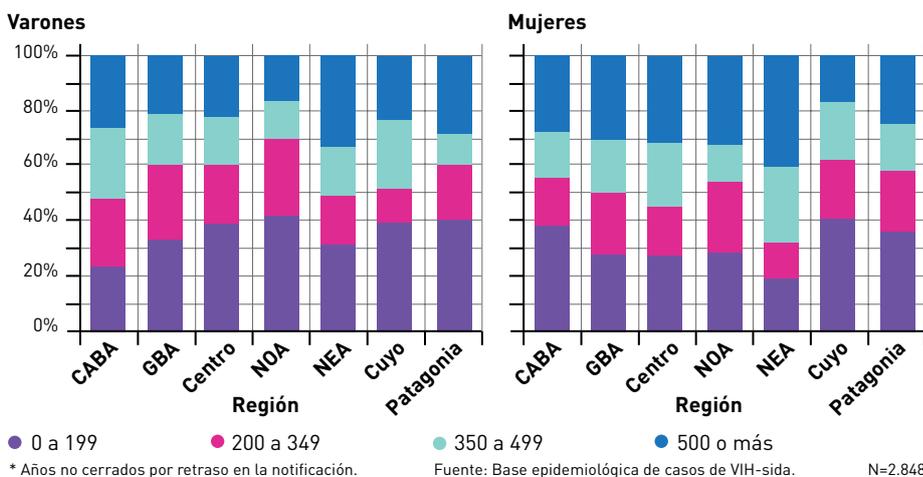
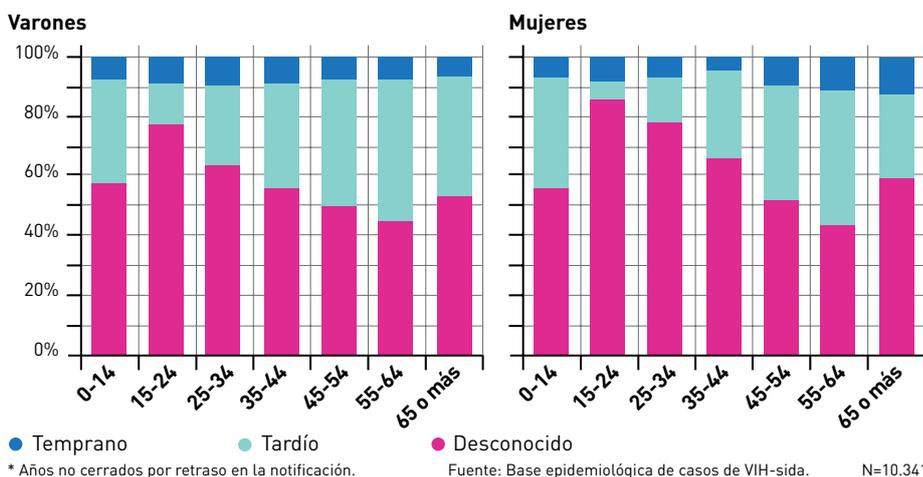
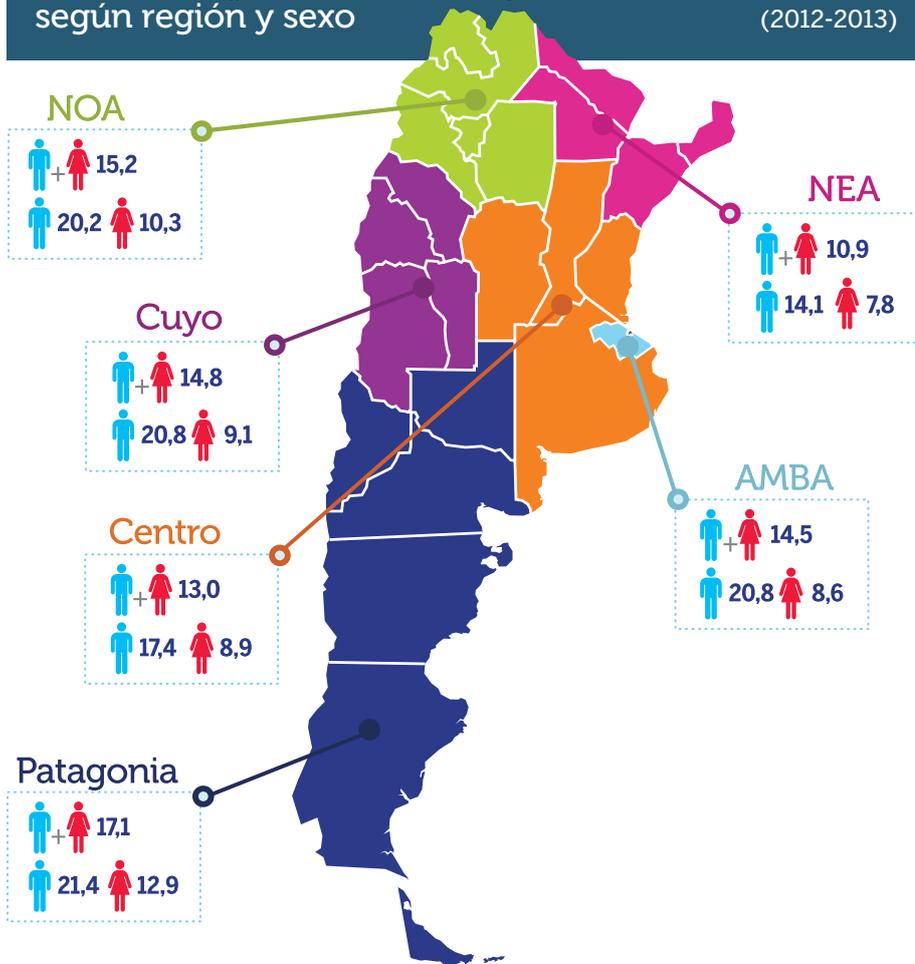


Gráfico 23: Estadio clínico al momento del diagnóstico de VIH según sexo y grupo de edad, Argentina (2012-2014)*



Tasa de diagnóstico de VIH por 100.000 habitantes según región y sexo (2012-2013)

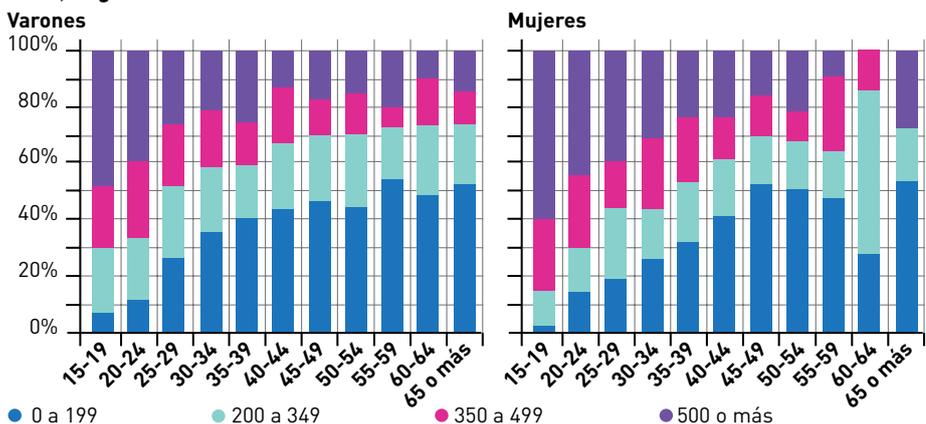


muestra que a mayor edad, menor es el nivel de CD4 con el que las personas arriban a su diagnóstico. Así, solo el 8% de los varones y el 3% de las mujeres de 15 a 19 años son diagnosticados con un CD4 menor a 200; el 53% de los varones y el 55% de las mujeres de 65 años o más son diagnosticados en este nivel. A partir de los 25 años, solo uno de cada cuatro varones se diagnostica con más de 500 CD4. Entre las mujeres, a partir de los 35 años, también solo una de cada cuatro es diagnosticada con niveles de CD4 mayores a 500.

Cuando se analiza el diagnóstico tardío por sexo y grupo de edad según región, se observa que en algunas categorías la proporción de diagnósticos tardíos supera a los oportunos (gráfico 25). Las diferencias más marcadas se observan en varones del NOA y mujeres del NEA de 55 a 64 años. En el NOA el 56% de los varones y el 71% de las mujeres en este grupo etario son diagnosticados tardíamente. En el NEA, también, el 67% de las mujeres se esta edad son diagnosticadas en similares condiciones.

En el gráfico 26 se presentan algunas categorías de sexo/edad según región en las que el diagnóstico tardío en mujeres supera el de varones. En casi todos los casos se trata de personas de 45 años o más, salvo en CABA donde la proporción de este tipo de diagnósticos es mayor en mujeres de 15 a 24 años con respecto a los varones.

Gráfico 24: Recuento de CD4 al momento del diagnóstico según sexo y grupo de edad, Argentina (2012-2014)*



* Años no cerrados por retraso en la notificación. Fuente: Base epidemiológica de casos de VIH-sida. N=10.341

A medida que aumenta el nivel de instrucción, aumenta el diagnóstico oportuno de infección. Así, mientras que el 45% de los varones y el 31% de las mujeres que no completaron la educación primaria tienen diagnóstico tardío, sólo el 20% de los varones y el 15% de las mujeres que completaron la educación superior están en esta situación. Cabe destacar que las mujeres, con igual nivel de instrucción, tienen un diagnóstico más oportuno que sus

Gráfico 25: Relación entre el diagnóstico tardío y el oportuno según sexo por grupo de edad y regiones seleccionadas, Argentina (2012-2014)*

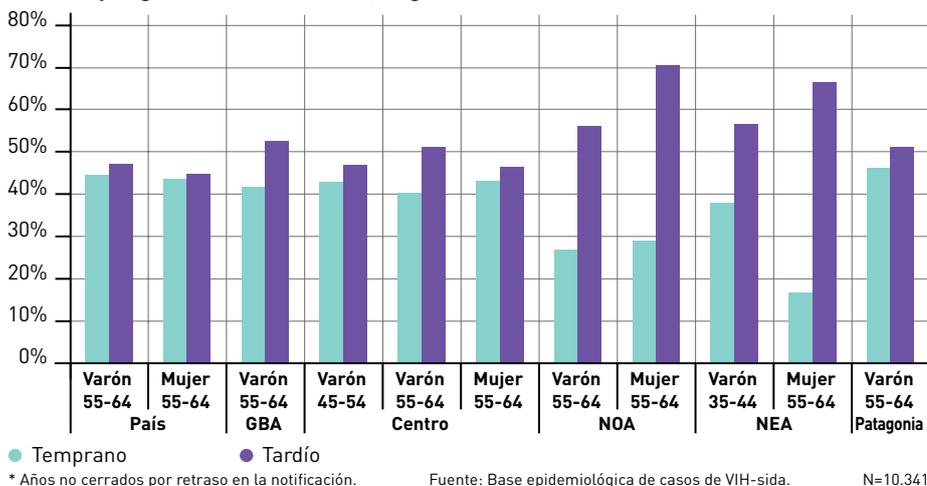


Gráfico 26: Comparación del diagnóstico tardío por sexo según grupo de edad y región seleccionada, Argentina (2012-2014)*

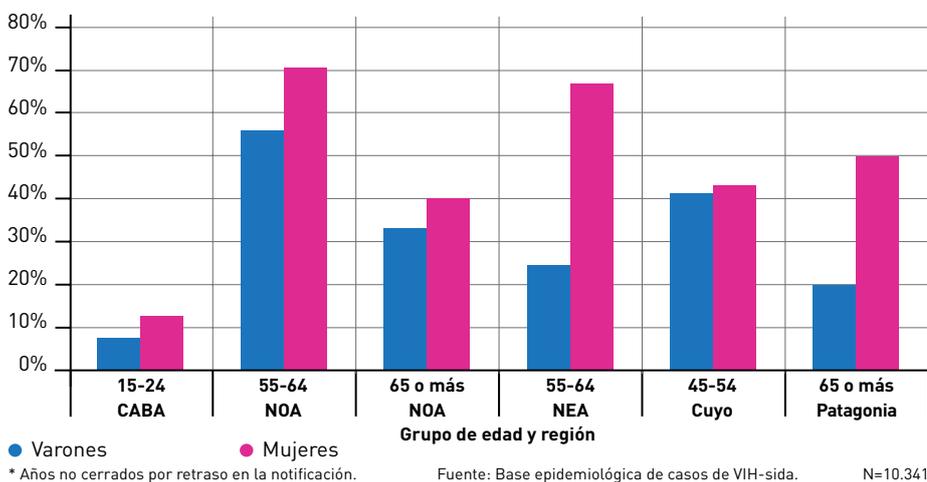
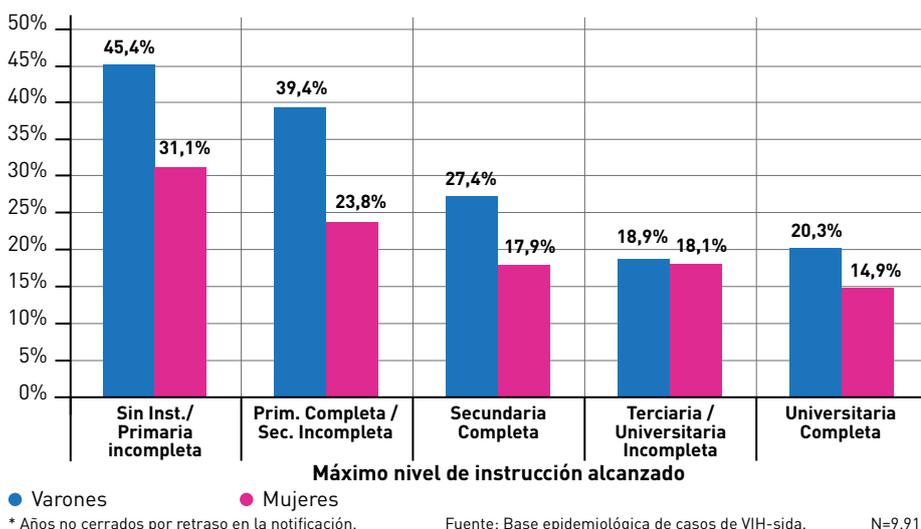


Gráfico 27: Proporción de personas con diagnóstico tardío de VIH según máximo nivel de instrucción alcanzado y sexo en personas de 19 años o más, Argentina (2012-2014)*

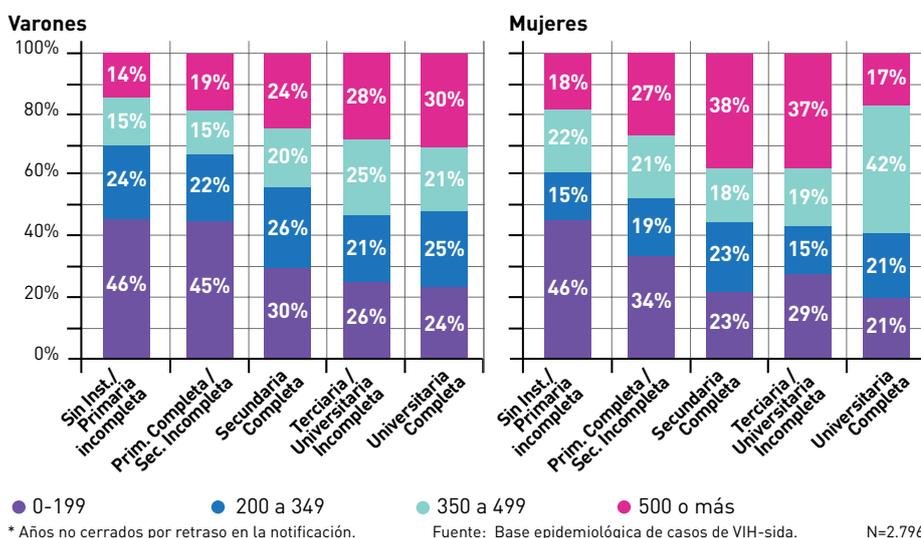


pares varones en todas las categorías (gráfico 27). En el caso de las mujeres con secundario completo o más no hay cambios en el nivel de diagnóstico tardío, mientras que los varones que superaron esa instancia educativa muestran un porcentaje aún menor de diagnóstico tardío. A partir del nivel terciario, completo o incompleto, ya no hay diferencias en el diagnóstico tardío entre varones y mujeres.

Al desagregar esta información por región se observa que la proporción de diagnósticos tardíos supera a los oportunos entre los varones del GBA que no completaron la educación primaria. En todas las regiones los niveles de diagnóstico tardío en los varones con primaria incompleta superan el 33% de los casos al igual que los de secundaria incompleta, salvo CABA. Lo mismo ocurre con las mujeres de Centro y Patagonia que no alcanzaron a completar la primaria.

En el gráfico 28 se presenta la distribución de CD4 según el máximo nivel de instrucción alcanzado en personas de 19 años o más. En este caso cerca del 70% de los varones que no completaron el nivel de educación media y el 61% de las mujeres que no completaron el nivel primario tienen menos de 350 CD4 al momento del diagnóstico.

Gráfico 28: Recuento de CD4 al momento del diagnóstico de VIH en personas de 19 años o más según sexo y máximo nivel de instrucción alcanzado, Argentina (2012-2014)*



El análisis del diagnóstico tardío según la vía de infección muestra que quienes se diagnosticaron de forma más tardía son los varones que compartieron material para el consumo de drogas inyectables (47%), seguidos por varones que tuvieron relaciones sexuales desprotegidas con mujeres (37%), varones que tuvieron relaciones sexuales desprotegidas con otros varones (24%) y mujeres que adquirieron la infección durante relaciones sexuales con varones (21%) (gráfico 29).

En el gráfico 30 se observa que el 45% de los varones que contrajeron la infec-

ción durante relaciones heterosexuales presentan menos de 200 CD4 y el 67%, menos de 350 CD4. No hay diferencias entre las mujeres que adquirieron el virus durante relaciones sexuales y varones que lo adquirieron durante relaciones desprotegidas con otros varones.

El diagnóstico tardío en la Argentina

A partir de la introducción de los indicadores clínicos y de laboratorio se amplió la medición del diagnóstico tardío en relación a la manera como se venía calculando hasta el año 2012, cuando solo se consideraba como diagnóstico tardío la presencia de una enfermedad marcador de sida al momento del diagnóstico o durante el año siguiente al mismo. El nuevo indicador clínico incorpora a las personas sintomáticas sin criterio de sida, aumentando aproximadamente un 10% el diagnóstico tardío en cada uno de los sexos. Si bien al comienzo de esta sección se observó una ligera mejora en los últimos tres años, aún es prematuro afirmar una tendencia. En el periodo 2012-2014 el 27,7% de los diagnósticos fueron tardíos. Uno de cada tres varones y una de cada cinco mujeres se diagnostican en esa situación. A su vez, solo uno de cada cuatro varones y una de cada tres mujeres se diagnostica con CD4 mayor a 500.

A mayor edad o menor nivel de instrucción, mayor es la probabilidad de tener un diagnóstico tardío. Quienes acceden de modo más temprano al diagnóstico son las mujeres y, en el caso de los varones, aquellos que contrajeron la infección durante relaciones sexuales sin protección con otros varones. Sin embargo, se observan muchas diferencias regionales que deben ser tomadas en consideración para llegar a una caracterización adecuada sobre lo que está ocurriendo con el acceso al diagnóstico en cada uno de los escenarios locales. ■

Porcentaje de diagnóstico tardío por sexo, Argentina (2012-2014)

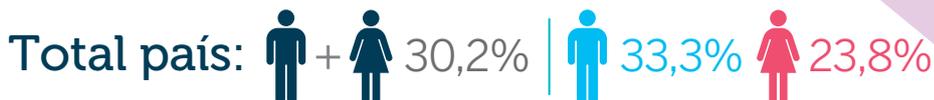


Gráfico 29: Proporción de personas con diagnóstico tardío de VIH según sexo y vías de transmisión, Argentina (2012-2014)*

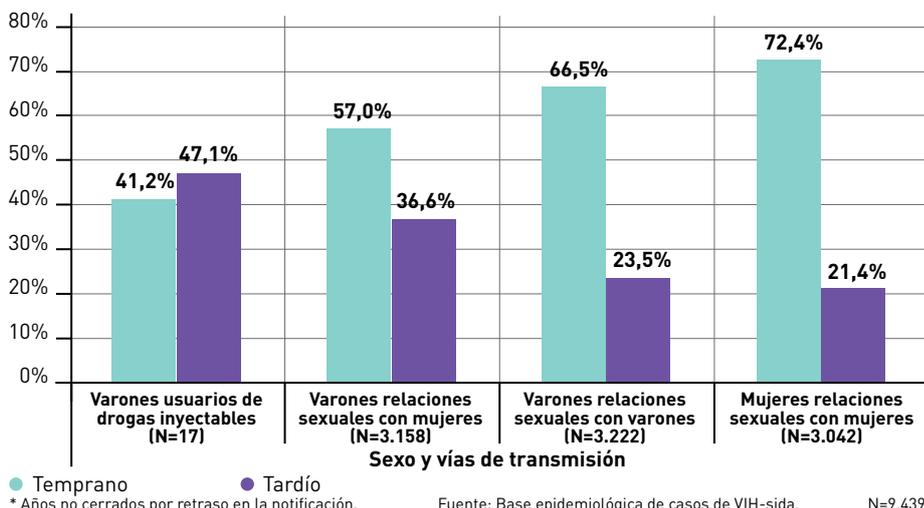
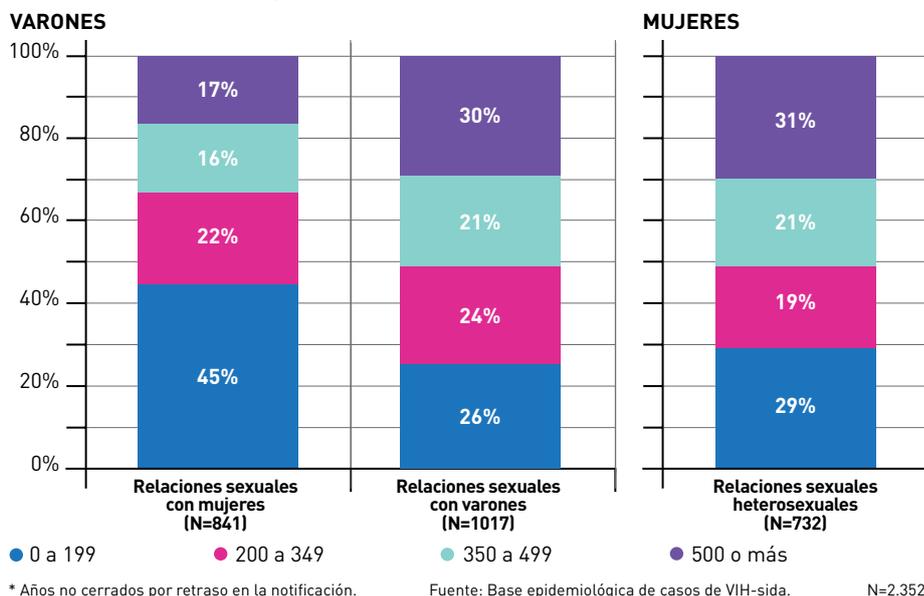


Gráfico 30: Recuento de CD4 al momento del diagnóstico según sexo y vías de transmisión seleccionadas, Argentina (2012-2014)*



Transmisión perinatal del VIH en la Argentina

Tabla 1. Niños expuestos al VIH por vía perinatal según el diagnóstico final positivo, negativo o incompleto, Argentina (2013-2014)*

Diagnóstico	2013	2014	Total
Positivo	56	41	97
Negativo	1050	864	1914
Incompleto	276	360	636
Total	1382	1265	2647

* Años no cerrados por retraso en la notificación.

Las infecciones de VIH por transmisión perinatal han reducido su incidencia gracias a la incorporación de medidas preventivas tanto durante el embarazo y el parto como en los niños expuestos. Para ello es fundamental conocer tempranamente el estado serológico de las mujeres embarazadas y de sus parejas.

Debido al impacto que producen las medidas profilácticas en la prevención de la transmisión vertical del VIH, en el año 2001 se sancionó la ley 25.543 que obliga al equipo de salud a ofrecer el análisis de VIH a toda mujer embarazada y desde el año 2010 se recomienda el ofrecimiento activo de la prueba diagnóstica a la pareja.

Para conocer la situación de esta vía de transmisión en la Argentina, en el año 2009 se implementó el uso de la *Ficha de notificación de parto de mujer con VIH* y desde 2013 se comenzó a trabajar con los laboratorios que realizan diagnóstico pediátrico en el fortalecimiento de la carga de los resultados en el Sistema de Vigilancia Laboratorial (SIVILA) del Ministerio de Salud de la Nación. Además de estas dos estrategias, la vigilancia de esta vía

de transmisión también se nutre de la información que aporta la *Ficha de notificación de caso de VIH*.

Desde 1981 -con el primer caso reportado- hasta 2014 se contabilizaron un total de 4.905 niños con diagnóstico de VIH por transmisión vertical. En el gráfico 31 puede apreciarse cómo la curva de niños con diagnóstico de VIH según el año de nacimiento ha descendido drásticamente a partir de 1999, con la implementación de las medidas preventivas. Sin embargo, se estima que cada año se infectan entre 80 y 100 niños durante el embarazo de la madre, el parto o la lactancia. Cabe aclarar que los valores de los últimos años del gráfico están subdimensionados por el retraso en la notificación y el diagnóstico tardío de los niños.

Los datos aportados por los laboratorios nos permiten calcular una tasa de transmisión vertical de VIH de 5,1% para el año 2013 y de 4,5% para 2014¹. Estos valores toman distintas proporciones durante ese bienio, según sea la región del país que se observe. NEA, NOA y AMBA superan a los valores del país en su conjunto; los primeros en un 70% y el último en un 10%. En cambio, Cuyo, Patagonia y la región Centro muestran valores inferiores al total del país (gráfico 32).

De acuerdo a los datos de los laboratorios de los niños expuestos al VIH nacidos en 2013 y 2014, un 24% no ha finalizado su proceso diagnóstico; el 20% en 2013 y el 28% en 2014. El porcentaje mayor de los niños nacidos en 2014 posiblemente se deba al retraso tanto de la actualización de las bases de datos de los laboratorios como del escaso tiempo transcurrido entre los nacimientos y el análisis de este indicador (tabla 1).

En cuanto a la oportunidad del diagnóstico de los niños expuestos, la re-

1 Es importante destacar que los criterios que determinan cuándo un niño ha llegado a un diagnóstico definitivo negativo, diagnóstico epidemiológico y no clínico, han ido cambiando con el tiempo. Por lo tanto, los valores aquí presentados no resultan comparables con los reportados en los boletines anteriores.

Gráfico 31. Niños/as con diagnóstico de VIH por transmisión vertical según año de nacimiento, Argentina (1981-2014)



* Años no cerrados por retraso en la notificación.

comendación establece que la primera prueba se realice en los primeros tres días de vida y, de no ser posible, dentro del primer mes. Sin embargo, solo el 1% de los niños había sido estudiado dentro de las 72hs de vida pero el porcentaje crece a 46% si se toma el periodo del mes desde el nacimiento.

En relación a los partos de mujeres con VIH, la notificación ha ido mejorando año a año, aunque se estima que más de la mitad de los partos aún no son reportados. En la tabla 29 del anexo puede observarse el número de partos notificados por las distintas jurisdicciones del país desde 2009 a 2014, que suman un total de 3.480. Este relevamiento permite conocer características de las mujeres y sus partos en relación a la prevención de la transmisión perinatal.

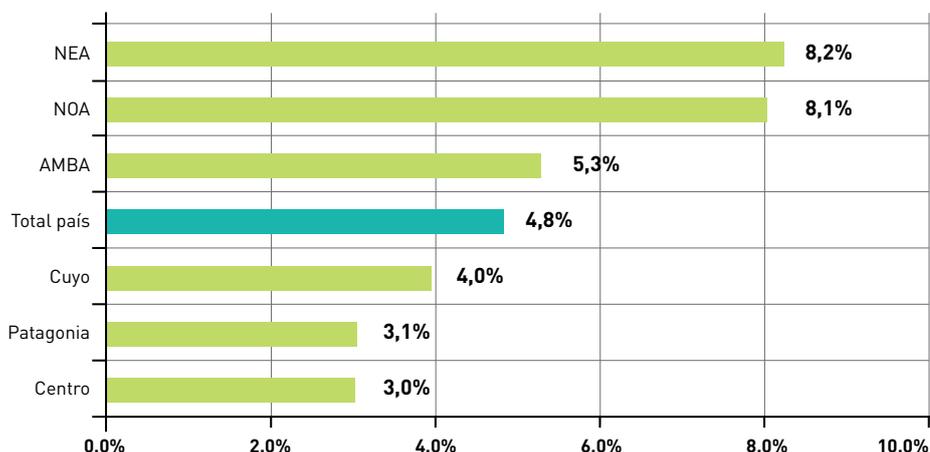
La mediana de edad de las mujeres al momento del parto fue de 27 años. Más de la mitad (53%) de las mayores de 18 años reportó un bajo nivel de instrucción (9% hasta primario incompleto y 44% hasta secundario incompleto), mientras un 20% refirió tener un nivel medio o alto (18% hasta terciario o universitario incompleto y un 2% con

el ciclo superior terminado). Se desconoce este dato en el 27% restante.

En el gráfico 33 se puede observar que el 55% de las mujeres tenían un diagnóstico previo de VIH: el 35% fue diagnosticada en el embarazo en curso mientras el 6% fue diagnosticada tardíamente (3% durante el trabajo de parto y 3% en el puerperio inmediato).

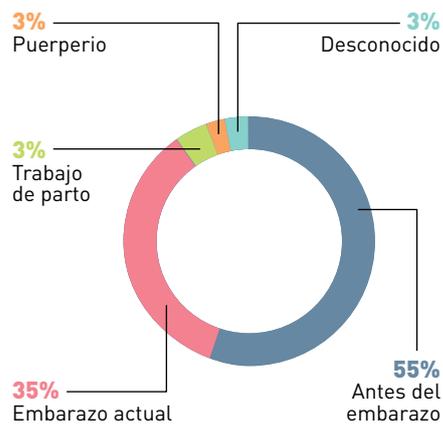


Gráfico 32. Tasa de transmisión perinatal del VIH por región de residencia, Argentina (2013-2014)*



* Años no cerrados por retraso en la notificación.

Gráfico 33. Distribución de los partos de mujeres con VIH según el momento del diagnóstico, Argentina (2009-2014)*



* Años no cerrados por retraso en la notificación.

Se puede conocer la tasa de transmisión perinatal según el momento en que la mujer ha sido diagnosticada a partir del cruce de datos que aporta la ficha de notificación de los partos de las mujeres con VIH con los de los estudios de laboratorio de los niños expuestos. Se puede apreciar en el gráfico 34 que la tasa de transmisión perinatal resultó ser del 28% en las mujeres que fueron diagnosticadas durante el trabajo de parto y del 10% en el puerperio inmediato, frente al 3% y 4% en aquellas con diagnóstico previo y con diagnóstico en el embarazo actual, respectivamente. Esta información muestra la importancia de un diagnóstico temprano en la mujer embarazada.

Con respecto a la modalidad de parto para el periodo 2009-2014, en la mitad de los casos se han realizado cesáreas electivas; en un 34% otro tipo de parto –ya sea vaginal o cesárea de emergencia– y en un 4% no se ha especificado el tipo de cesárea (gráfico 35). La tasa de transmisión también muestra una diferen-

cia según el parto haya sido vaginal o por cesárea de emergencia, con un 5%, o cesárea electiva, con un 3% (gráfico 36).

A continuación se puede observar el nivel de cobertura de los distintos componentes de la profilaxis que no presenta grandes cambios durante el periodo en estudio. En 2014, la profilaxis prenatal fue del 89%; la administrada durante el parto, 93% y el componente neonatal, 99% (gráfico 37).

La cobertura de la profilaxis de la transmisión perinatal es un determinante importante en la prevención de la transmisión del virus al niño. Se observan en el gráfico 38 las grandes diferencias en esta tasa de acuerdo al cumplimiento de los distintos componentes de la profilaxis.

Otro punto a tener en cuenta es la seroconversión de la mujer durante el embarazo y la lactancia, lo que incrementa la posibilidad de infección en el niño. En un estudio de casos de los niños nacidos en el 2013 que

Gráfico 34. Tasa de transmisión vertical según el momento del diagnóstico de VIH de la madre, Argentina (2013-2014)*

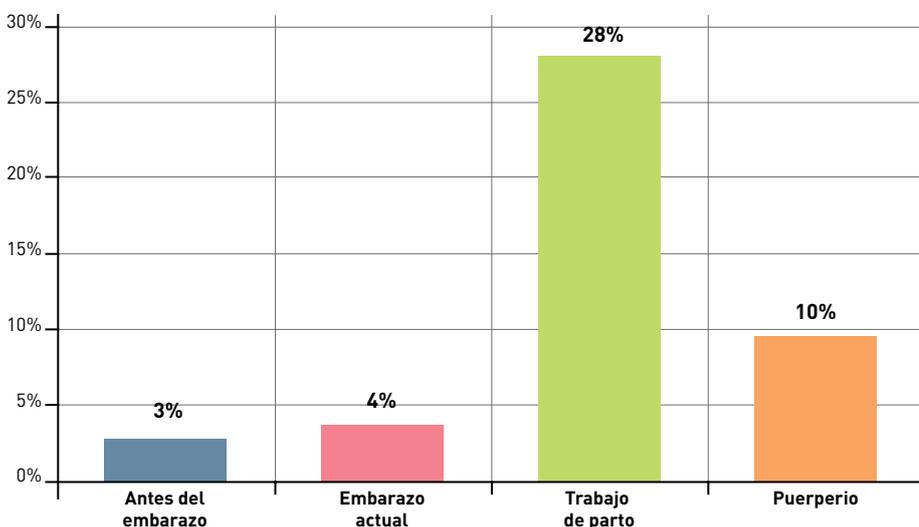
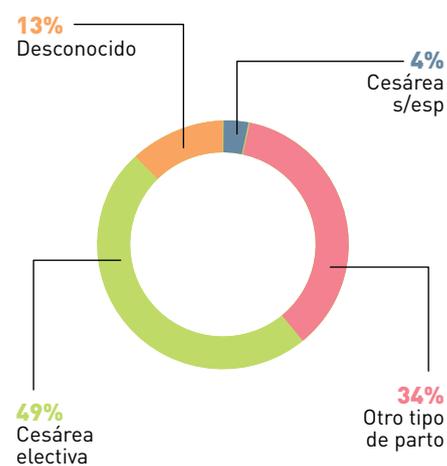


Gráfico 35. Distribución de los partos de mujeres con VIH según el tipo de parto, Argentina (2009-2014)*





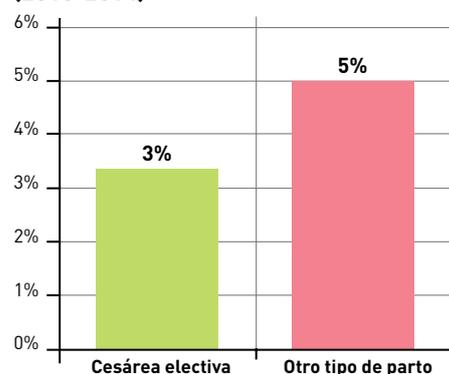
resultaron positivos por transmisión perinatal se encontró que siete mujeres fueron diagnosticadas durante la lactancia, cinco de las cuales habían sido estudiadas durante el control prenatal; cuatro de ellas con serología negativa y una con serología positiva sin confirmación. Esto refuerza la necesidad del testeo de la pareja sexual y del asesoramiento como estrategia para la prevención de la transmisión perinatal.

Es importante reconocer los obstáculos que se presentan en la atención

de la embarazada para mejorar la accesibilidad al diagnóstico temprano tanto de la mujer como de su pareja, a fin de establecer estrategias que favorezcan la prevención de la transmisión de la infección al niño.

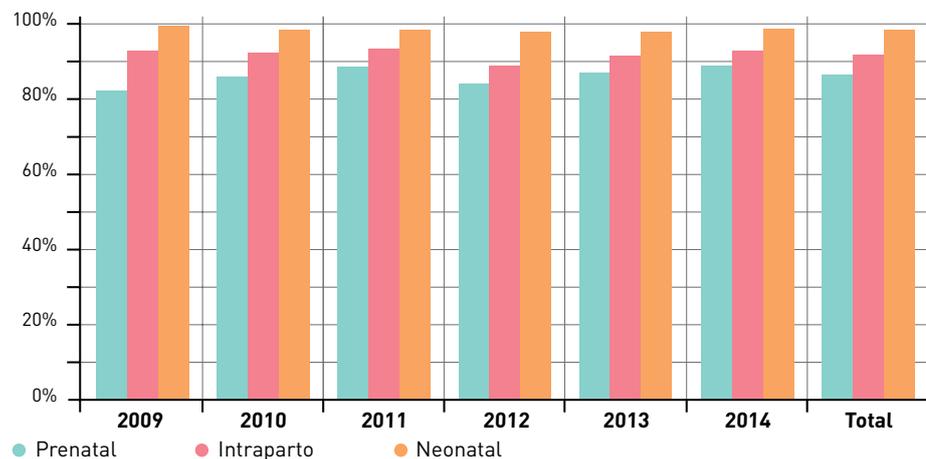
La tasa de transmisión perinatal del VIH continúa en descenso pero con diferentes realidades en las regiones del país. Alcanzar la meta de tener una tasa de transmisión vertical del VIH menor al 2% requiere de un monitoreo permanente de la cobertura de las intervenciones eficaces. ■

Gráfico 36. Tasa de transmisión vertical según el tipo de parto, Argentina (2013-2014)*



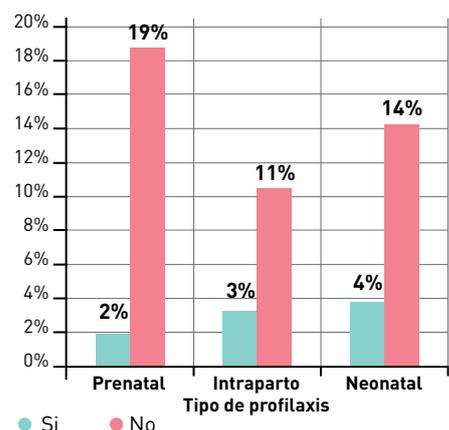
* Años no cerrados por retraso en la notificación.

Gráfico 37. Porcentaje de cobertura de profilaxis prenatal, intraparto y neonatal según año de parto, Argentina (2009-2014)*



* Años no cerrados por retraso en la notificación.

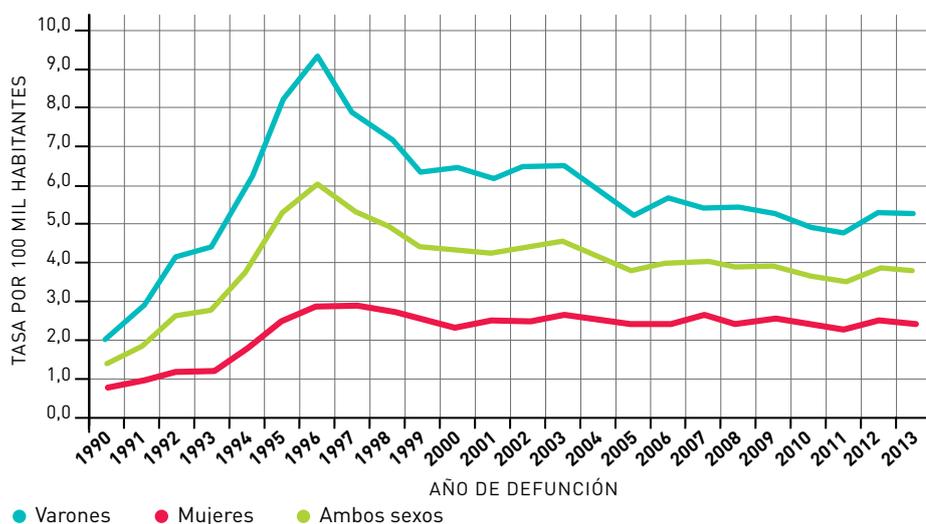
Gráfico 38. Tasa de transmisión perinatal según el cumplimiento de los componentes de profilaxis, Argentina (2013-2014)*



* Años no cerrados por retraso en la notificación.

Mortalidad por sida en provincias de la Argentina en el decenio 2004-2013

Gráfico 39. Tasa de mortalidad por sida (por 100.000 habitantes) para Argentina entre 1990 y 2013, según sexo.



Mortalidad por sida en Argentina entre 2004 y 2013¹

El estudio de la mortalidad por sida ofrece la posibilidad de acercarse al comportamiento de este evento en el tiempo, como así también reflexionar sobre el impacto de las políticas de salud en la materia con la finalidad de fortalecerlas.

Analizar la mortalidad por sida según variables como edad y sexo, a nivel nacional y de las provincias, implica considerar el efecto que tienen las diferentes estructuras etarias (tanto entre las provincias como a nivel país a lo largo del tiempo) en las tasas. En este artículo se busca analizar la mortalidad por sida durante el periodo 2004-2013.

Tabla 2. Defunciones y tasas brutas de mortalidad por sida (por 100.000 habitantes) en Argentina entre 1990 y 2013, según sexo.

AÑO	MUJERES		VARONES	
	Casos	Tasa Bruta	Casos	Tasa Bruta
1990	40	0,2	237	1,5
1991	68	0,4	379	2,3
1992	111	0,7	617	3,8
1993	117	0,7	654	3,9
1994	223	1,3	939	5,6
1995	358	2,0	1340	7,9
1996	429	2,4	1571	9,1
1997	432	2,4	1332	7,6
1998	416	2,3	1226	7,0
1999	377	2,0	1070	6,0
2000	348	1,9	1099	6,1
2001	377	2,0	1062	5,8
2002	385	2,0	1125	6,1
2003	414	2,1	1140	6,2
2004	390	2,0	1035	5,5
2005	378	1,9	919	4,9
2006	385	1,9	1000	5,2
2007	428	2,1	969	5,0
2008	390	1,9	980	5,0
2009	422	2,1	960	4,9
2010	398	1,9	906	4,5
2011	378	1,8	892	4,4
2012	426	2,0	1003	4,9
2013	417	1,9	1010	4,9

Fuente: Elaboración propia en base a datos provistos por la DEIS.

La evolución de la mortalidad por sida en la Argentina presenta tres periodos diferenciados: el primero está caracterizado por una tendencia ascendente de la mortalidad, coincidente con el descubrimiento de la enfermedad y el desarrollo de las primeras herramientas diagnósticas y terapéuticas; el segundo se da a mediados de los años 90, con el mayor grado de conocimiento de la enfermedad y la introducción de una estrategia terapéutica que consistió en el uso de varios fármacos combinados (TARGA) y se corresponde con una tendencia descendente de las defunciones por sida; mientras que el tercer periodo corresponde a la última década y es coincidente con una estabilización de las muertes por sida.

La tendencia de la mortalidad por sida para el periodo comprendido entre 2004 y 2013 (gráfico 39) muestra que para ambos sexos la tasa bruta de mortalidad osciló entre 3,2 por cada 100.000 habitantes para el año 2011 y 3,7 por cada 100.000 habitantes en 2004, hallándose en 3,4 por cada 100.000 habitantes en 2013. En mujeres se observa que en el periodo de análisis la tasa bruta de mortalidad se

mantiene en un valor de 2,0 por cada 100.000 habitantes. En varones, esta tasa asciende a 5,5 por cada 100.000 habitantes en 2004, con un valor mínimo en el periodo de análisis de 4,4 por cada 100.000 habitantes en 2011. Para el año 2013, la tasa bruta de mortalidad en varones es de 4,9 por cada 100.000 habitantes. En la tabla 2 se presentan las defunciones y las tasas de mortalidad por sida para el periodo 1990-2013, según sexo.

La tendencia de las tasas de mortalidad por sida específicas por edad para varones durante el periodo de análisis (2004-2013) (gráfico 40), muestra una tendencia descendente para los grupos etarios de 25 a 34 y 35 a 44 años, con un descenso promedio del 4% anual. El grupo etario de 45 a 54 años presenta una tendencia ascendente, con un incremento porcentual promedio del 6% anual. Los restantes grupos etarios se mantienen estables a lo largo del periodo analizado.

La tendencia de las tasas de mortalidad por sida específicas por edad en mujeres durante el periodo 2004-2013 (gráfico 41), muestra que los grupos etarios de 45 a 54 y 55 o más años, presentan una leve tendencia ascendente, con un incremento anual del 4% y del 7,5% en promedio, respectivamente. El grupo etario de 25 a 34 años presenta una tendencia decreciente.

Mortalidad por sida en las provincias argentinas entre 2004 y 2013

El análisis de la mortalidad por sida desagregada a nivel provincial permite identificar patrones de comportamiento e intenta dar respuesta a una inquietud fundamental: ¿la mortalidad por sida se comporta de la misma manera en las provincias argentinas que en el país en su conjunto? Y en particular, ¿la distri-

1 Los datos de mortalidad corresponden a los publicados en el Informe Estadístico de Defunción de la Dirección de Estadísticas en Información en Salud (DEIS, Ministerio de Salud de la Nación). Se seleccionaron los códigos B20-B24 correspondientes a la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10ª revisión) [1]. Se excluyeron casos sin consignación de edad y/o sexo. Para el cálculo de las tasas se utilizaron las poblaciones estimadas publicadas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC).

Gráfico 40. Tasas de mortalidad por sida específicas por edad (por 100.000 habitantes) entre 1990 y 2013 en Argentina. Varones.

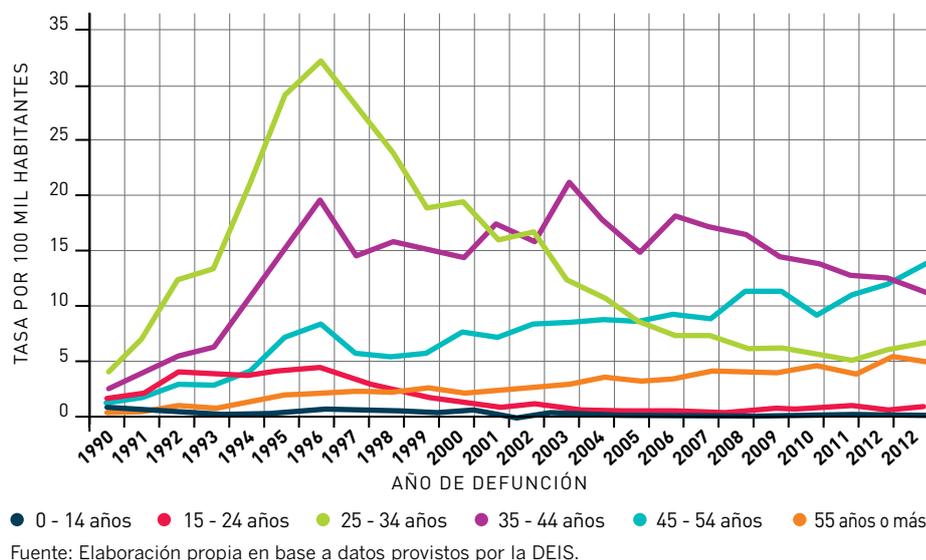
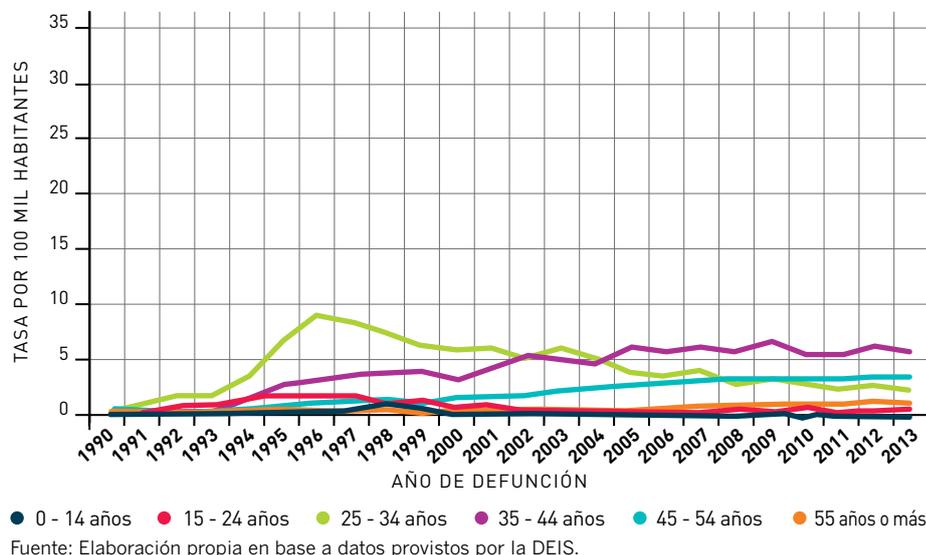


Gráfico 41. Tasas de mortalidad por sida específicas por edad (por 100.000 habitantes) entre 1990 y 2013 en Argentina. Mujeres.



- 2 El exceso de muerte hace referencia al mayor riesgo de morir que presenta determinada provincia frente a la mortalidad nacional, habiendo eliminado el efecto de la estructura etaria y la distribución según sexo.
- 3 La inferencia bayesiana constituye un enfoque alternativo para el análisis estadístico de datos.
- 4 Técnica utilizada para la representación de cantidades relativas a espacios o áreas geográficas, por medio de una escala de tonos graduados.

bución de la mortalidad según sexo que se observa a nivel nacional permanece a nivel de las provincias?

Analizar el comportamiento de las tasas de mortalidad en las provincias y compararlas entre sí o con las tasas nacionales puede resultar incorrecto debido a las diferencias en la estructura etaria y el tamaño poblacional. A modo de ejemplo, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la población de 65 años y más representa un 16,4% de la población total, mientras que en Jujuy este grupo asciende a un 7,2%. Al ser la Ciudad de Buenos Aires una población más envejecida, es esperable que la mortalidad se comporte de manera diferente y eso no permite compararla con una provincia cuya población es más joven.

Para controlar este efecto de las diferentes estructuras etarias se calcularon las razones de mortalidad estandarizadas (RME) por edad y sexo agrupadas para el decenio 2004-2013. Las razones de mortalidad representan el cociente entre los casos observados de muerte por sida para una provincia, grupo de edad y sexo determinado agrupado por decenio y el número de casos esperados. Los casos esperados surgen del producto de la tasa bruta de mortalidad de la Argentina para un grupo etario y sexo determinado agrupado por decenio, por los casos observados de muerte por sida para una provincia, grupo de edad y sexo determinado.

Los datos de RME se presentan multiplicados por 100 e indican, cuando superan este valor, el **exceso de muerte**² que presenta la provincia en cuestión en comparación con la mortalidad del país, independientemente de la edad y el sexo [2].

Pese a las ventajas que ofrecen las RME por su sencillez y agilidad, es bien sabido que estas son fuertemente dependientes de los tamaños poblacionales, generando en consecuencia esti-

maciones inestables [1, 2, 3, 4]. Puede ocurrir que una RME alta en cierta unidad geográfica no necesariamente responda a la presencia de una verdadera particularidad en ese sitio, sino más bien al simple azar, que se expresa gracias a la reducida magnitud de los valores involucrados en su cómputo [3]. Esto demanda controlar el efecto que el tamaño poblacional tiene sobre la RME. A modo de ejemplo, en el año 2010 se produjeron 10 defunciones por sida en varones en Tierra del Fuego. Considerando la población estimada de varones en esa provincia en el 2010 (67.235 habitantes varones) se obtiene una tasa de 14,87 por 100.000. El incremento en una defunción, es decir de 10 a 11 defunciones, da por resultado una tasa de 16,36 por cada 100.000 habitantes, es decir un incremento cercano al 10%.

Con el objeto de “corregir” estas estimaciones se utilizaron **métodos bayesianos**³ cuyo objetivo es “pesar” la información del área que nos interesa; es decir, ponderar los datos de mortalidad de una determinada área junto con la información sobre la distribución de la mortalidad del resto de las áreas y/o de un conjunto de ellas (áreas adyacentes) [3, 4, 5]. Si el área de interés tiene una población reducida, entonces la estimación del riesgo relativo “se fortalece” con la información proveniente de otras áreas, otorgando menor peso a la información menos estable que tiene el área en cuestión. Por otro lado, si el área de interés tiene una población de gran tamaño, no hace falta que la estimación “se fortalezca” y se otorga un mayor peso a la información estable proporcionada por esa área [3, 4, 5].

En este artículo se utilizó un método bayesiano de los denominados globales, es decir que no tiene en cuenta la configuración espacial de las áreas [4].

Por su parte, los datos son presentados en mapas a través de los denomi-

Bibliografía

- 1 OPS/OMS (Organización Panamericana de la Salud - Organización Mundial de la Salud). **Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, décima revisión.** Washington, EUA: OPS-OMS; 1995.
- 2 Organización Panamericana de la Salud (OPS). **La estandarización: un método epidemiológico clásico para la comparación de tasas.** *Boletín epidemiológico / OPS, Vol. 23, No. 3 (2002), pp 9-12.*
- 3 Silva Ayçaguer C, Benavides Rodríguez A, Vidal Rodeiro C. **Análisis espacial de la mortalidad en áreas geográficas pequeñas: el enfoque bayesiano.** *Rev. Cubana de Salud Pública [revista en internet]. 2003 Dic. [citado 2015 Jun. 09]; 29(4).* Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662003000400004&lng=es.
- 4 Universidad Nacional de Lanús. **Maestría en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud; Argentina.** Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Dirección de Estadísticas e Información en Salud; Dirección de Epidemiología; Organización Panamericana de la Salud. Representación Argentina. [CD ROM]. Atlas de Mortalidad de Argentina: trienios 1990-1992/ 1999-2001. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud. Representación Argentina; 2004.
- 5 Benach de Rovira J & Martínez Martínez J. **Atlas de mortalidad en municipios y unidades censales de España (1984-2004).** 2013 [citado 2015 Jun. 09]. Disponible en: <http://www.fbbva.es/TLFU/microsites/atlas/mortalidad/es/index.html>
- 6 Brewer C., & Pickle L. **Evaluation of methods for classifying epidemiological data on choropleth maps in series.** *Annals of the Association of American Geographers.* 2003; 92: 662-681.

nados “mapas de coropletas categorizados⁴⁴”, en los que se le asigna un color a cada área en la cual el valor de la RME se encuentra en un intervalo determinado. Se utilizaron esquemas de color secuenciales que ordenan las magnitudes en una sola dirección [6, 4].

La base de datos fue procesada con SPSS® y Excel® 2003. Las RME y los IC 95% se calcularon utilizando EPIDAT® 4.0. Las RME suavizadas fueron calculadas con el entorno R® (versión 2.15.2) y los mapas utilizando gvSIG® (versión 2.1.0).

RESULTADOS PROVINCIALES

Para el decenio 2004-2013 (tabla 3), las provincias que mayores RME para varones presentaron fueron: Salta, con un 81% de exceso en la muerte en comparación con el país, seguido por la Ciudad de Buenos Aires con un 71% de exceso de muerte, la Provincia de Buenos Aires con un 27% y Jujuy con un 24%. Los datos de las RME se encuentran en el mapa 1.

El análisis de las RME suavizadas muestran que, para varones, las provincias que mayores porcentajes de riesgo presentaron son: Ciudad de Buenos Aires (90%), Salta (60%), Provincia de Buenos Aires (30%) y Jujuy (13%). Las RME suavizadas se muestran en la Tabla 3 y están volcadas en el mapa 2.

Para el mismo decenio, las provincias que mayores RME (tabla 4) presentaron en mujeres son: Salta, con 60% de exceso de mortalidad respecto del país, seguido por Provincia de Buenos Aires con un 42% de exceso de mortalidad y Ciudad de Buenos Aires con un 30%. Los datos de las RME se encuentran en el mapa 3.

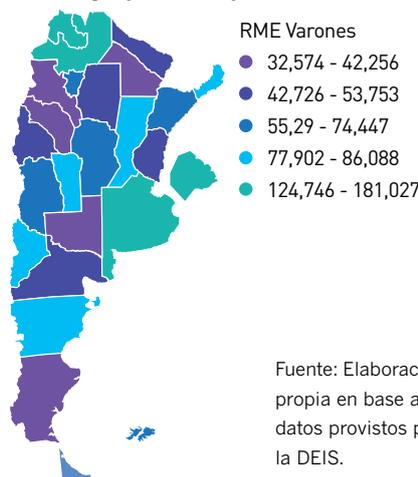
El análisis de las RME suavizadas para mujeres muestra que las provincias que mayor exceso de mortalidad presentaron respecto del país son: Salta, con un 47%; Provincia de Buenos Aires, con un 45%; Ciudad de Buenos Aires, con un

Tabla 3. Razones de mortalidad estandarizadas por edad (RME) y razones de mortalidad estandarizadas suavizadas para varones por provincia para el decenio 2004-2013.

PROVINCIA	CASOS OBSERVADOS	CASOS ESPERADOS	RME	IC (95,0%)	IC (95,0%)	RME SUAVIZADA
Ciudad de Buenos Aires	1319	769,44	171,421	162,294	180,928	190,193
Buenos Aires	4818	3.788,86	127,162	123,596	130,804	130,572
Catamarca	30	88,26	33,989	22,927	48,523	35,494
Córdoba	453	819,32	55,289	50,314	60,623	56,496
Corrientes	148	225,36	65,671	55,516	77,145	60,800
Chaco	99	234,28	42,256	34,343	51,445	39,134
Chubut	103	122,04	84,397	68,886	102,358	86,806
Entre Ríos	161	299,51	53,752	45,769	62,727	53,856
Formosa	59	117,56	50,183	38,199	64,733	46,114
Jujuy	189	151,50	124,745	107,593	143,854	113,782
La Pampa	27	82,88	32,574	21,461	47,395	37,268
La Rioja	27	80,66	33,470	22,051	48,699	37,097
Mendoza	256	408,16	62,719	55,271	70,892	61,203
Misiones	200	236,86	84,437	73,139	96,985	74,769
Neuquén	119	138,22	86,088	71,316	103,018	87,657
Río Negro	79	152,68	51,739	40,961	64,484	53,255
Salta	482	266,25	181,027	165,224	197,933	160,056
San Juan	73	159,74	45,698	35,819	57,460	45,043
San Luis	83	105,45	78,708	62,689	97,572	78,482
Santa Cruz	27	65,05	41,500	27,342	60,383	47,528
Santa Fe	618	793,30	77,902	71,880	84,294	79,445
Santiago del Estero	83	194,25	42,726	34,030	52,966	39,984
Tucumán	195	339,31	57,468	49,684	66,125	54,847
Tierra del Fuego	26	34,92	74,447	48,619	109,086	83,598

Fuente: Elaboración propia en base a datos provistos por la DEIS.

Mapa 1. Razones de mortalidad estandarizadas para varones por provincia (2004-2013), agrupadas en quintiles.



Mapa 2. Razones de mortalidad estandarizadas suavizadas para varones por provincia (2004-2013), agrupadas en quintiles.

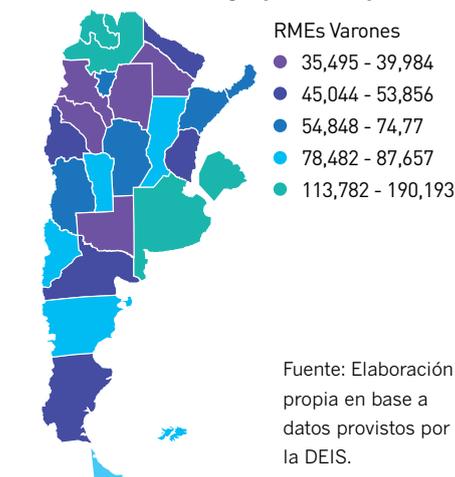
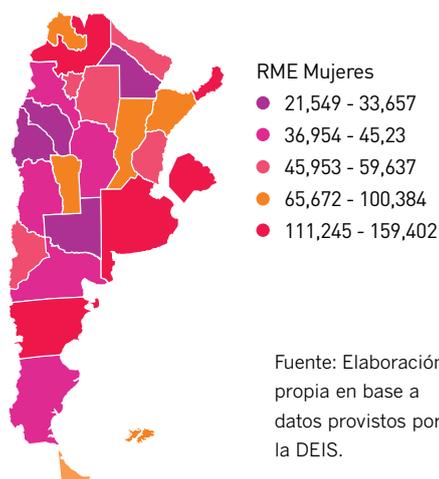


Tabla 4. Razones de mortalidad estandarizadas por edad (RME) y razones de mortalidad estandarizadas suavizadas para mujeres por provincia para el decenio 2004- 2013.

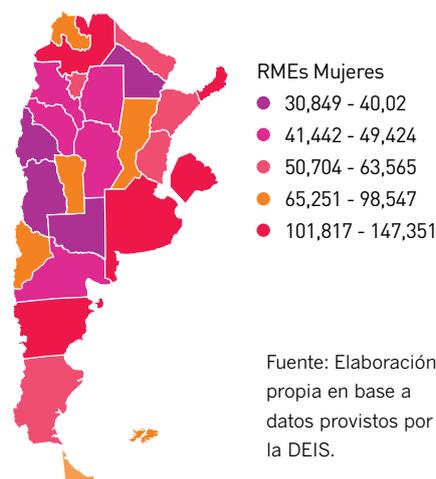
PROVINCIA	CASOS OBSERVADOS	CASOS ESPERADOS	RME	IC (95,0%)	IC (95,0%)	RME SUAVIZADA
Ciudad de Buenos Aires	438	336,406	130,199	118,289	142,983	136,513
Buenos Aires	2237	1.566,920	142,764	136,908	148,805	145,620
Catamarca	16	35,374	45,230	25,836	73,454	49,424
Córdoba	148	337,509	43,850	37,070	51,512	44,762
Corrientes	62	94,409	65,671	50,347	84,189	63,564
Chaco	32	97,634	32,775	22,414	46,270	33,553
Chubut	62	48,879	126,843	97,244	162,610	128,269
Entre Ríos	65	121,817	53,358	41,179	68,011	53,795
Formosa	29	48,627	59,637	39,931	85,652	58,508
Jujuy	65	64,751	100,384	77,470	127,949	96,969
La Pampa	7	32,484	21,548	8,633	44,400	31,483
La Rioja	11	32,682	33,657	16,778	60,226	41,441
Mendoza	67	171,954	38,963	30,195	49,483	40,019
Misiones	108	97,082	111,245	91,254	134,312	101,816
Neuquén	34	57,267	59,371	41,109	82,967	65,250
Río Negro	23	62,238	36,954	23,418	55,452	42,156
Salta	180	112,922	159,401	136,963	184,466	147,351
San Juan	18	66,972	26,876	15,920	42,479	30,849
San Luis	31	42,154	73,539	49,957	104,386	75,196
Santa Cruz	10	24,979	40,032	19,165	73,625	51,667
Santa Fe	249	325,360	76,530	67,318	86,650	76,636
Santiago del Estero	36	78,341	45,952	32,180	63,620	45,450
Tucumán	72	141,700	50,811	39,755	63,989	50,703
Tierra del Fuego	12	13,527	88,710	45,785	154,9688	98,547

Fuente: Elaboración propia en base a datos provistos por la DEIS.

Mapa 3. Razones de mortalidad estandarizadas para mujeres por provincia (2004-2013), agrupadas en quintiles.



Mapa 4. Razones de mortalidad estandarizadas suavizadas para mujeres por provincia (2004-2013), agrupadas en quintiles.



36% y Chubut, con un 28%. Las RME suavizadas se muestran en la Tabla 4 y están volcadas en el mapa 4.

Conclusiones

La mortalidad por sida no se comporta uniformemente en las provincias argentinas (Ver tablas 30, 31 y 32 del Anexo). Algunas provincias como CABA, Buenos Aires, Salta y Jujuy muestran para el decenio analizado un exceso en la mortalidad respecto del país, independientemente de las diferencias en la estructura etaria y de los diferentes tamaños poblacionales.

Estudios descriptivos como el que aquí se presenta son oportunos para explorar cómo se comportan las enfermedades en la población. En este artículo la exploración del comportamiento de la mortalidad por sida sugiere que independientemente de la estructura etaria y los tamaños poblacionales existen otras posibles causas que determinan que la mortalidad en algunas provincias sea mayor que en otras. **Este tipo de conclusiones son el puntapié inicial para las inquietudes y preguntas que estimulen el desarrollo de investigaciones locales, regionales o nacionales que busquen dar cuenta de los determinantes que operan sobre la mortalidad por sida en las provincias argentinas.**

Por otra parte, la metodología de suavización de las RME se presenta como un procedimiento apropiado que permitirá desarrollar mapas de mortalidad a nivel de los departamentos, facilitando el acceso a la información a una mayor cantidad de actores, con la consecuente posibilidad de desarrollar acciones locales.

Los datos obtenidos respecto del comportamiento de la mortalidad deben ser tenidos en cuenta para el fortalecimiento de las estrategias de vigilancia y la profundización de las políticas públicas sobre sida. ■

Significados asociados al VIH-sida en la Argentina

Estudio cualitativo sobre saberes y sentidos vinculados con el VIH-sida en jóvenes y adultos sin diagnóstico de VIH

Introducción

Este artículo sintetiza los resultados de un estudio llevado a cabo durante 2014 en tres conglomerados urbanos del país, cuyo objetivo fue conocer los saberes y sentidos vinculados con el VIH-sida de la población, y cómo favorecen u obstaculizan el acceso a los recursos preventivos –así como su utilización efectiva- y a las pruebas diagnósticas, con el fin de contar con información actualizada para orientar las políticas y estrategias para responder a la epidemia.

Pese a que en los últimos años la Argentina ha mejorado sustancialmente su respuesta a la epidemia de VIH-sida, según datos de 2013, se ha advertido un *amsetamiento* tanto en la incidencia de VIH como en la transmisión vertical y la mortalidad por sida. Desde la Dirección de Sida y ETS (DSyETS) se plantea que la posibilidad de profundizar o reorientar las acciones para revertir esta situación depende de la disponibilidad de información estratégica, motivo que derivó en el interés por desarrollar esta investigación.

Metodología

Se realizó una investigación exploratoria con un enfoque epistemológico interpretativo y una estrategia metodológica cualitativa.

El universo del estudio fue la población sexualmente activa, de 18 a 55 años, residente en conglomerados urbanos del país. Fueron incluidas el Área Metropolitana de Buenos Aires (en adelante AMBA), la ciudad de Salta de la región del Noroeste argentino y la ciudad de San Juan, de Cuyo. Los criterios de inclusión de los participantes en la muestra fueron tener entre 18 y 55 años, ser residente de alguna de las tres localidades seleccionadas y no tener VIH o no conocer el diagnóstico positivo a la fecha de convocatoria a participar.

Se seleccionó una muestra intencional, cubriendo proporciones similares por localidad y por género: se realizaron 22 entrevistas semiestructuradas individuales en San Juan, 20 en AMBA y 18 en Salta, completando un total de 60. Veintiocho fueron varones, 30 mujeres y 2 chicas “trans” (así autodefinidas). Complementariamente, se llevaron a cabo dos grupos focales –uno de varones y otro de mujeres- en cada sitio de investigación, completando un total de 6. A continuación se presentan los resultados principales.

Principales resultados

AYER Y HOY DEL VIH Y EL SIDA EN LA ARGENTINA

En su relato sobre la epidemia del VIH-sida, las personas entrevistadas refieren a mitos en torno a su origen, como su surgimiento en África o la invención del virus como un “arma biológica”, los primeros años signados por las muertes y la estigmatización en torno al sida, las ficciones y los casos mediatizados, y la perdurabilidad de las primeras campañas de comunicación masiva para promover el uso del preservativo.

* **Autores:** Daniel Jones, Sara Barrón López e Inés Ibarlucía.

** **Participaron del estudio:** Santiago Morcillo, Ana Pérez Declerq, Carla Montoya, Estela Biedma, Mariana Lio y Julia Jones.



Formas de transmisión del VIH



Cómo **SÍ** transmite?

Por relaciones sexuales (orales, anales o vaginales) **sin** preservativo.

Durante el embarazo, el parto y por la leche materna.



Por compartir agujas, jeringas, máquinas de afeitar o canutos.



Cómo **NO** transmite?



Por relaciones sexuales (orales, anales o vaginales) **con** preservativo.

Por abrazar y besar.



Por picaduras de mosquito.



Por compartir el mate.



Por deportes de contacto.



La dimensión sociopolítica (dictadura-democracia), el clivaje generacional (jóvenes-no jóvenes) y los paradigmas de cada época o en transición atraviesan la reconstrucción de las personas entrevistadas sobre la epidemia a lo largo del tiempo. En sus relatos emerge cómo los cambios políticos de nuestro país dieron lugar a maneras diferentes de vivir la sexualidad y hablar sobre ella; cómo la pertenencia a una u otra generación ha dejado sus marcas en los imaginarios sobre el sida y en sus prácticas de cuidado y de relacionamiento sexual; cómo los valores pasados son puestos en cuestión por los jóvenes de hoy, y de qué manera los adultos juzgan estas brechas generacionales (muchas veces con visiones moralizantes de los comportamientos de las y los jóvenes).

ENTRE EL SIDA Y EL VIH

En cuanto a las formas de nombrar esta realidad social, el término “sida” retrotrae a “los primeros tiempos”, sin terapias exitosas, tiempos de “muerte”, “peste rosa”, “enfermos cadavéricos”, “en camilla” e “internados en un hospital”, mientras que VIH se abre paso en el imaginario contemporáneo como “lo nuevo” y experto. El VIH inaugura una etapa signada por la cronicidad, el anhelo de cura y un miedo más atenuado que se expresa como inquietud y duda antes que como muerte fulminante.

Sin embargo, del análisis de los datos se observa que predomina un pensamiento estigmatizante y reduccionista en torno al riesgo de contraer el virus y/o desarrollar la enfermedad. La realidad social del VIH y el sida permanece en un estado descolectivizado, como “cuestión de otros”.

En algunas personas entrevistadas se advierte un reconocimiento del VIH como cuestión colectiva y ciudadana (“de todos”): de ver el VIH como algo extraño y temido a comenzar a verlo como una realidad propia con la que se convive. La esperanza, el acompañamiento, la información solvente facilitan este proceso hacia su aproximación como “una enfermedad crónica más”. El relato de la muerte y el drama cede al de la supervivencia, y el relato de la supervivencia cede al de la vida social e individual con el VIH.

Aun así, cabe resaltar que siguen primando el juicio moral, el extrañamiento y la distancia en tanto se convive con esta realidad como algo ajeno, temido y/o excepcional.

LOS CUIDADOS. DE QUÉ Y CÓMO CUIDARSE (Y POR QUÉ NO HACERLO)

Las personas entrevistadas declaran cuidarse del embarazo (una preocupación prioritaria para buena parte de la muestra), de otras infecciones de transmisión sexual, y del VIH en dos situaciones vividas como de particular exposición al virus: la posibilidad de una infidelidad, en la que la persona “infiel” lo contraiga e infecte a su pareja principal; y el consumo de drogas, percibido como un factor que incrementa el riesgo de exposición al VIH por vía sexual.

En cuanto a cómo se cuidan, fue posible identificar cuatro estrategias: los anticonceptivos; el preservativo; el *interrogatorio*; y la “confianza”.

Sobre el preservativo, por una parte, hay quienes lo han incorporado como algo “natural” en todas sus relaciones sexuales; por la otra, quienes lo asocian exclusivamente a las infidelidades. Entre las sensaciones asociadas a su uso, se mencionan: por un lado, las físicas, en las que se contraponen quienes declaran incomodidad o pérdida de sensibilidad y quienes “sienten lo mismo”; por el otro, las sensaciones extra físicas, como la “seguridad” o “tranquilidad” que les da el uso

del preservativo a algunas personas, mientras que en contraste otras remarcan la falta de seguridad o la abierta desconfianza en su efectividad (por experiencias propias o relatos de terceros sobre roturas o fallas del preservativo).

El denominado *interrogatorio* es percibido por algunas personas entrevistadas como un modo de cuidado ante el VIH consistente en una o más charlas mediante las que se busca averiguar si una pareja sexual tiene o podría tener el virus. Si bien en ocasiones preguntan directamente “¿tenés VIH?” o “¿hace cuánto te hiciste el test?”, en otras oportunidades se trata de conversaciones que indagan en la trayectoria de vida (el tipo y la cantidad de parejas anteriores, los cuidados previos) y/o evalúan la clase de respuestas de su pareja sexual (dubitativas, esquivas, etc.), en busca de indicadores de que podría tener el VIH.

La noción de “confianza” (en que su pareja no tiene VIH y en que les es fiel, según las personas entrevistadas declaran) emerge como un criterio útil para reconstruir un *continuum de métodos de cuidado*: en este el preservativo supone menos confianza, y un crecimiento en la confianza fundamentaría abandonarlo y/o reemplazarlo por un método exclusivamente anticonceptivo, con o sin un testeo del VIH previo.

La *norma del cuidado* esperada interpersonalmente y/o reconocida socialmente es el uso consistente del preservativo en las relaciones coitales desde el inicio de la penetración. Aun así, las personas entrevistadas esbozaron algunas razones mediante las que explican sus transgresiones a esta norma de cuidado: la subestimación de la posibilidad de contraer el VIH, los sentimientos amorosos por una pareja, pasar por momentos vitales de “descalabro” que llevan a “relajarse” respecto de los cuidados, la “calentura”, el placer y su búsqueda a través del peligro.

EL TEST. POR QUÉ NO Y POR QUÉ SÍ TESTEARSE

Las personas entrevistadas exponen sus razones para no hacerse el test del VIH o para demorarlo, que incluyen: porque no creen estar “contagiados/as” ni estar expuestos/as a contraer el VIH; porque “no se dio la oportunidad” de testearse; porque se testearon sus parejas sexuales y les dio negativo. Esta última experiencia –a la que se optó por llamar *testeo indirecto*– engloba diversas situaciones que permiten a muchas personas estar convencidas de no tener el VIH, aunque no se hayan testeado nunca, lo hayan hecho hace mucho tiempo, o crean haber sido testeadas pero no recibieron los resultados.

Otra razón para no testearse es el miedo a que el resultado les indique que tienen el VIH. Este miedo contiene el temor a la discriminación social y del entorno; la incertidumbre en cuanto a la salud, por la falta de información sobre la evolución del virus y los tratamientos, y por las reminiscencias del sida como enfermedad terminal; y el temor al hecho de que saber que tienen el VIH pueda ser más nocivo para su salud que no saberlo. Estos miedos de índole interpersonal o social, así como los relativos al impacto psíquico y físico, los/as llevan a optar por no hacerse el test del VIH.

Respecto de los motivos o causas que han llevado a las personas entrevistadas a testearse, fue posible sistematizar cinco categorías construidas inductivamente: a) situaciones vividas como potenciales exposiciones al VIH (que una pareja o expareja





sexual comunique que contrajo el virus; contactos sexuales sin preservativo vividos como peligrosos en relación al VIH); b) infección de un amigo o familiar cercano; c) para dejar de usar preservativo; d) análisis de rutina; e) campañas públicas de testeo.

Ante estas heterogéneas vivencias alrededor del test del VIH, la propuesta de profesionales de la salud para que una persona se lo haga como parte de un análisis de rutina más amplio, las campañas públicas que promocionan el testeo y el ofrecimiento del mismo en los controles prenatales son contextos de oportunidad que facilitan que acceda a testearse una población que, todo indica, difícilmente lo haría en caso de tener que tomar la iniciativa (por ejemplo, consultar a un/a médico/a y solicitar una orden para testearse).

Finalmente existe una serie de presunciones significativas alrededor del test del VIH que fundamentan cierta sensación de seguridad de no tenerlo: algunas personas creen haber sido testeadas sin ser consultadas (un *testeo indirecto* en instancias como la donación de sangre, los controles prenatales o el examen preocupacional), y creen no tener el VIH pese a no haber recibido el resultado del test, suponiendo que de haber dado reactivo se lo habrían dicho. Estas presunciones podrían significar que personas que han contraído el virus demoren en ir a hacerse el test, su eventual diagnóstico y el acceso oportuno al tratamiento antirretroviral. A su vez, cuando esta seguridad fundamenta no utilizar preservativo, pueden exponer a sus parejas sexuales a la posibilidad de transmisión, así como a reinfectarse ellas mismas.

REPERTORIOS INCIPIENTES DE LA REALIDAD SOCIAL DEL VIH Y EL SIDA

Existe una demanda imprecisa en la población estudiada en torno a contar con más información. Un elemento de inquietud es el intento por objetivar, incluso mensurar, la letalidad del sida y la virulencia de sus efectos en el organismo; sus “marcas” en el cuerpo y sociales. También se expresa la necesidad de conocer en mayor detalle la farmacología o las terapias existentes como forma de seguridad médica y ontológica. En este sentido, el alcance de la cronicidad, como signo de la nueva etapa del VIH, no calma muchos temores de épocas pasadas asociados al sida.

Igualmente quedó evidenciado un desconocimiento generalizado sobre la transmisión perinatal del VIH, apenas mencionada en el estudio. Resulta interesante que la demanda informativa no gire sobre esta forma de transmisión sino sobre las posibilidades de procreación de padres y madres seropositivos. Esto refleja, aunque sea en estado embrionario o potencial, una manera de ver el VIH de formas más vitalistas, trascendiendo de la enfermedad hacia la consideración de su realidad colectiva, más amplia y compleja.

Respecto de la importancia de los saberes acumulados basados en la experiencia, el estudio registró –a partir de esta muestra cualitativa intergeneracional y territorialmente diversa– diferentes enfoques y contenidos en relación a la educación sexual recibida. El abordaje y la inclusión del VIH y el sida en la currícula escolar, aun en tiempos de la Educación Sexual Integral, aparecen fundamentalmente como problemas (médicos o medicalizados) que deben atajarse desde un saber pragmático y voluntarista de prevención, y con escasa consideración de cuestiones sociales y culturales vinculadas con la sexualidad y la realidad del VIH y el sida.

Conclusiones

En base a los objetivos planteados, el estudio ofrece información y análisis acerca de las diferentes significaciones en relación al VIH y el sida. Por un lado, el contexto social e histórico marca no solo efemérides y formas de reconocimiento colectivo de la enfermedad, sino que permite observar diferentes lenguajes y sentidos alrededor de esta según las épocas. En la Argentina, el sida emerge como una cuestión estigmatizante que concita un profundo rechazo social y queda enmarcado en un paradigma de muerte y exclusión. Varias generaciones han sido socializadas en estos repertorios hasta que las terapias antirretrovirales inauguraron una etapa de cronicidad con sentidos diversos acerca del VIH y el sida. Si bien queda atenuada la letalidad y la muerte, permanecen resabios vinculados a personas y prácticas “riesgosas”, sobre las que se hacen lecturas moralizantes. La combinación de estos elementos se conjuga en ciertas resistencias en cuanto al autocuidado y al testeo, producto de la desinformación y prejuicios sobre quienes serían “candidatos” a contraer el virus.

En cuanto a lo regional, las diferencias más destacables giran en torno a un conocimiento muy dispar entre el AMBA y los otros sitios acerca de lo que es el virus y su eventual evolución en una enfermedad, así como una mayor persistencia en San Juan y Salta de etiquetas estigmatizantes hacia personas trans, gays y trabajadoras sexuales, asociadas más directamente con el VIH-sida.

La edad y la pertenencia generacional se destacaron como factores diferenciadores de peso en la conformación de experiencias y opiniones de las personas entrevistadas. Fue posible identificar una notable brecha generacional, codificada en un discurso adultocéntrico entre las personas mayores de 35 años, que asocia –y condena– a la adolescencia y la juventud actuales por supuestas conductas riesgosas (sexuales y de consumo de drogas) que los ubicarían en situación de mayor exposición al VIH. El componente generacional también se deja ver en los sentidos asociados a la enfermedad y el lugar de la muerte en la biografía y memorias colectivas en relación con el VIH-sida, una brecha ligada a los contextos históricos diversos en que se ha socializado cada generación.

Este estudio aporta una mirada que no solo toma el trasfondo social y cultural de los significados en torno al sida y el VIH, sino que prioriza, por sobre los discursos, el componente vivencial de lo que se mira y se piensa. Son precisamente las experiencias de las personas las que han llevado a muchas a incorporar al VIH y el sida en sus vidas sin extrañamientos, estigmas ni temores irracionales, no solo acompañando la vida con el virus de una persona de su entorno sino haciendo propia esta realidad social y colectiva. ■



Situación del acceso al diagnóstico oportuno y continuidad en la atención de las personas con VIH en la Argentina

Resultados de la primera etapa de un estudio de cohorte

Participantes del estudio:

Buenos Aires: Gamba L., Yrala G., Oberman A., Ramírez Borgia S., Cortón G., Salve R., Mónica M., Dinerstein E., Tavella S., Rosas A., Warley E., Ezcurra C., Federman L., Garda P., Leroux C., Murano F., Lopardo G., Cañete G., Turri A., Beltrán M., Arbizu G., Fontán M., Quiruelas S.

CABA: Rodríguez C., Cecchini D., Cahn P., Pérez H., Corti M., Metta H., De Carolis L., Solari R., Carranza C., García Messina O., Rodríguez A., Maranzana A., Losso M., Pastore Mendiguibel L., Scapellato P., Errea S., D'Alessandro D., Bernardi M., Bottaro E., Casetti I., Verón M., Laufer N.; Portnoy F.

Chubut: Aman L., Lavesini D., Fernández M.J., Rizzo F., Brugna J., Fleischer S., Sandoval A., Enemark B., Ferrario G., Valiente G., Cipriani H., Villalba C., Migliori S., Duran S., Estrella T.

Córdoba: Kremer L., Rivadero A., Venezuela F., Cuellos G., Cohen J.

Corrientes: Bovadilla A., Campias C.

Jujuy: Elías C., Valdez M., Yave W., Román R.

Mendoza: Ángel B., Bittar V.

Neuquén: Morales A., Calanni L., Bello N., Pincheira C., Gaiser R.

Río Negro: Aparicio M., Arredondo S., De Labra L., Comolay C., Corominas M.J., Gómez, C.

Salta: Alvero C., Acevedo R., Giménez Grima L., Salvadores J., Ramia R., Guzmán A., Decima M., Neder M., Capolaretto L.

San Juan: Cabeza L., Contreras R., Basso S.

Santa Fe: Bevacqua D., Crespo A., Águila D., Perotto P., Vitaroni R., Alba S., Zanuttini J., Bortolozzi R.

Tucumán: Mena B., Núñez J., Gonzalo T., Olivo L., Marcotullio M., Rodríguez G., Lucena C.

Coordinación: Duran Adriana, Pérez Eduardo, Nardi Sebastián y Adaszko Ariel.

Desde el inicio de la epidemia de VIH se han realizado en la Argentina importantes avances para fortalecer la respuesta a través de acciones dirigidas a facilitar el acceso a los recursos preventivos, a las pruebas diagnósticas voluntarias con asesoramiento y al tratamiento antirretroviral (TAR) en un marco de atención integral y de calidad. Estas acciones han impactado reduciendo la incidencia de nuevos casos y la mortalidad por sida.

A su vez, se viene trabajando por mejorar la información estratégica disponible a fin de monitorear los procesos, resultados e impacto de estas acciones. Pese al aumento en cantidad y calidad de la información, aún es necesario conocer mejor algunos puntos centrales vinculados con la respuesta y calidad de atención de las personas con VIH en el sistema de salud. Este punto cobra mayor importancia dado que se han propuesto modelos matemáticos que, tomando datos epidemiológicos como insumo, demuestran que el registro de estas brechas permite establecer nudos críticos para priorizar líneas de acción y mejorar así la respuesta.¹

La información disponible de fuentes sistemáticas no permite, por el momento, evaluar a nivel nacional las brechas en la denominada “cascada de atención”, sobre todo en lo que se refiere a la vinculación y retención de las personas con VIH en los servicios de salud, ni la adherencia y efectividad de los tratamientos suministrados.

Para analizar estas brechas, la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación con el apoyo de ONUSIDA y OPS/OMS organizó el desarrollo de un estudio observacional en base a una muestra por conveniencia con 14 jurisdicciones de las cinco regiones del país que incluyó a dos poblaciones de los tres subsectores de salud: personas con diagnóstico reciente de infección por VIH y personas que inician por primera vez un TAR independientemente del momento en que haya ocurrido su diagnóstico.

En cuanto al primer grupo, sobre el que está focalizado este artículo, el objetivo principal de la indagación fue conocer el perfil de las personas con diagnóstico reciente de VIH en la Argentina y las condiciones de su vinculación y retención en los servicios de salud, luego de un año del diagnóstico.

Se presenta aquí un informe del análisis de los resultados de la primera fase de esta investigación, que describe la situación basal de las personas incluidas en la muestra.

Metodología

Se realizó un estudio de cohorte concurrente con unidad de análisis individual. Se definieron dos momentos de recolección de datos sobre cada persona incluida: basal (T0) y a los 12 meses calendario de ingreso al estudio (T1).

El universo de estudio estuvo constituido por dos poblaciones:

1. **Personas en seguimiento en los servicios de salud con diagnóstico de VIH dentro de los 180 días previos de ingreso al estudio.**

¹ Gardner E. et al The Spectrum of Engagement in HIV Care and its Relevance to Test-and-Treat Strategies for Prevention of HIV Infection. CID 2011;52 (15 March)

2. Personas con VIH con inicio de primer esquema de TAR dentro de los 90 días de ingreso al estudio, independientemente de la fecha de diagnóstico de VIH.

Se planteó una muestra por conveniencia de 750 personas en base a la distribución de los nuevos diagnósticos notificados a la DSyETS durante el año 2010, teniendo en cuenta que el retraso en las notificaciones podría subestimar el número de casos en los años subsiguientes y se programó la conformación de la muestra con una distribución definida para cinco regiones: Centro, NOA, NEA, Cuyo y Sur. Los centros de atención incluidos en cada jurisdicción fueron seleccionados con los jefes de programa de VIH-sida de acuerdo a la representatividad hacia el interior de las jurisdicciones notificantes.

Se acordó proponer la participación en el estudio a todas las personas que cumplieran con los criterios de inclusión durante un lapso de 60 días luego de comenzado el estudio o hasta alcanzar el número de casos solicitados por los investigadores.

Durante esta etapa se relevaron las variables necesarias para describir los siguientes puntos:

- situación demográfica y nivel socioeconómico;
- vías de transmisión del VIH;
- oportunidad del diagnóstico (estadio clínico y situación inmunológica);
- frecuencia de testeo previo;
- circunstancias vinculadas al diagnóstico (demanda espontánea u oferta activa);
- relación temporal entre diagnóstico e inicio de seguimiento clínico y de laboratorio;
- proporción de personas con indicación de tratamiento al momento del diagnóstico.

Resultados

Para conocer el perfil de las personas con diagnóstico reciente de VIH en la Argentina, en el análisis de esta primera etapa solo se consideraron a las 608 personas incluidas por este criterio y no a las que, con diagnóstico previo, se incluyeron por inicio del primer tratamiento antirretroviral. En la tabla 5 se detalla su distribución según región y jurisdicción.

Características generales

En la muestra se incluyeron 371 hombres (61%), 216 mujeres (35%) y 21 trans femeninas (4%). La mediana de edad al momento del diagnóstico fue de 34 años en mujeres y varones y de 31 años en las personas trans. El 91,4% era de nacionalidad argentina.

El 49,2% de los hombres, el 69,8% de las mujeres y el 61,9% de las trans femeninas tenían el secundario incompleto como máximo nivel de instrucción. Al

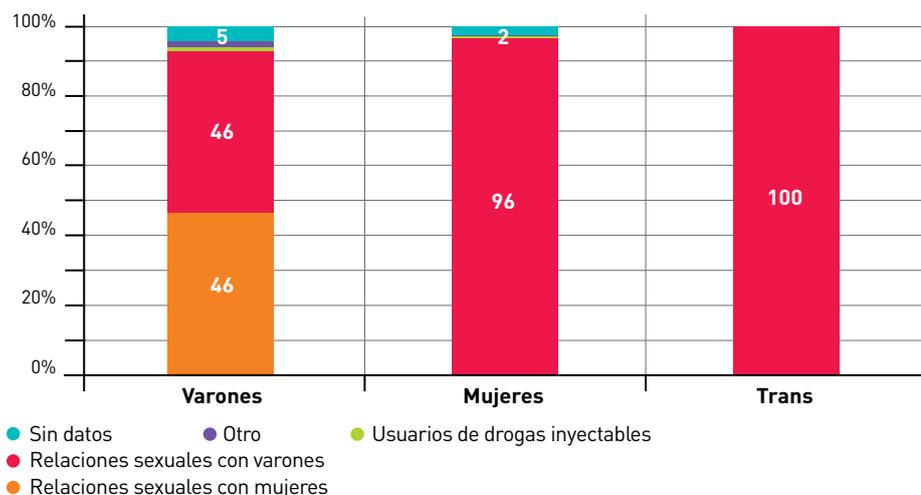
Tabla 5. Distribución de la muestra de personas con diagnóstico reciente de VIH según jurisdicción y región. Argentina (2013-2014)

	N	%
Centro		
Buenos Aires	103	64,9%
CABA	164	
Córdoba	65	
Santa Fe	63	
Total Centro	395	
NOA		
Jujuy	23	15,1%
Salta	43	
Tucumán	26	
Total NOA	92	
NEA		
Corrientes	19	3,1%
Total NEA	19	
Cuyo		
Mendoza	20	5,8%
San Juan	15	
Total Cuyo	35	
Sur		
Neuquén	12	11,1%
Río Negro	9	
Chubut	46	
Total Sur	67	
Total país	608	100%

desagregar a la población masculina según vía de transmisión sexual se observan diferencias significativas entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) sin uso de preservativo o relaciones sexuales con mujeres (HSM) sin uso de preservativo. Casi el 70% de los primeros tenían secundario completo como mínimo nivel de instrucción en comparación con el 32% de los hombres que tienen sexo con mujeres.

El 95% de las personas incluidas adquirió la infección a través de relaciones sexuales sin preservativo. El análisis según género muestra que esta fue la vía de transmisión en el 92% de los hombres, en el 96% de las mujeres y en el 100% de las trans femeninas. En la población de hombres la transmisión fue a través de relaciones sexuales con otros hombres en el 46% de los casos (gráfico 42).

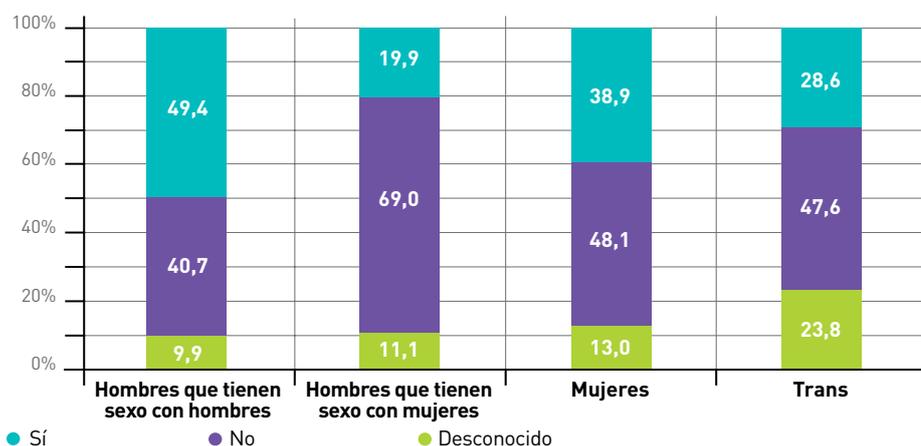
Gráfico 42. Distribución porcentual de la muestra según género y vía de transmisión. Jurisdicciones seleccionadas de Argentina (2013-2014)



El 47,3% de las personas de la muestra habían consultado al sistema de salud en el año previo al diagnóstico de VIH y el 26,6% lo había hecho en los últimos cinco años. Si bien no se cuenta con información sobre la solicitud de una prueba diagnóstica en aquella oportunidad, el alto porcentaje de personas que habían consultado recientemente evidencia las dificultades de los equipos de salud para ofrecer la prueba de VIH en forma activa.

El 35% había realizado un test de VIH previo al diagnóstico actual; de estos, el 28,5% lo hizo en el último año. El menor porcentaje de testeo previo se registró en la población de los hombres que tienen sexo con mujeres (gráfico 43).

Gráfico 43. Distribución de la muestra según género y vía de transmisión en hombres y realización de un test de VIH previo al diagnóstico actual. Jurisdicciones seleccionadas de Argentina (2013-2014)



Con respecto a las circunstancias en las que se realizó el test diagnóstico, se analizó el porcentaje de la muestra que realizó el test por demanda espontánea (solicitado por el usuario) o por oferta activa (propuesto activamente por el efector de salud). Se encontró que los HSH y las trans femeninas fueron quienes reportaron el mayor porcentaje de demanda espontánea (gráfico 44).

Estadio clínico y situación inmunológica al momento del diagnóstico

Se obtuvo información sobre la fecha de realización de los estudios basales

en 502 personas para el recuento de CD4 y en 465 para la determinación de la carga viral.

La mediana de tiempo para la realización del primer estudio fue de 47 días para el recuento de CD4 y de 32 días para la determinación de la carga viral. Los estudios basales fueron realizados dentro del primer mes del diagnóstico solo en el 51% de los casos para el recuento de CD4 y en el 48% para la determinación de la carga viral (gráfico 45). Se debe tener en cuenta que estas proporciones son conservadoras debido al criterio de selección de la muestra, que solo incluía a personas con diagnóstico dentro de los 180 días previos al inicio del estudio.

El 36% de las personas de la muestra fueron diagnosticadas durante etapas sintomáticas (sida o sintomático no sida). El análisis por género demostró que el porcentaje de personas con diagnóstico tardío de VIH fue de 40,6% en hombres, 29% en mujeres y 26% en trans femeninas (tabla 6 de la página siguiente). El análisis según vía de transmisión sexual en hombres mostró un mayor porcentaje de diagnósticos tardíos en los hombres que tienen sexo con mujeres (gráfico 46 de la página siguiente).

Al momento de este informe se dispuso del nivel de células CD4 de 539 personas (85%) incluidas en la muestra. El 33,2% tenía menos de 200 cels/cc; el 55,6%, menos de 350 cels/cc y el 73,3%, menos de 500 cels/cc (gráfico 47 de la página siguiente). Si consideramos como diagnóstico tardío, desde el punto de vista inmunológico, al diagnóstico con menos de 350 cels/cc, corresponden a esta categoría más del 52% de las personas en todos los grupos.

El análisis de la población masculina



Gráfico 44. Distribución de la muestra según género y vía de transmisión en hombres y circunstancia que motivó la realización del test para el diagnóstico de VIH. Jurisdicciones seleccionadas de Argentina 2013-2014

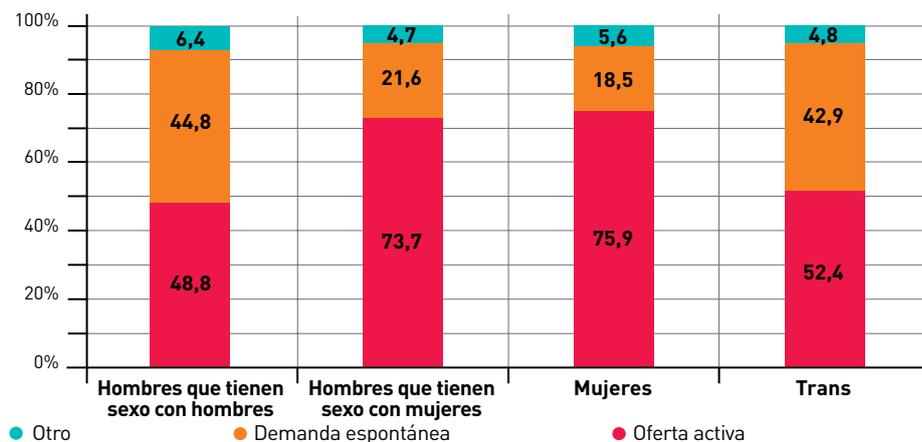
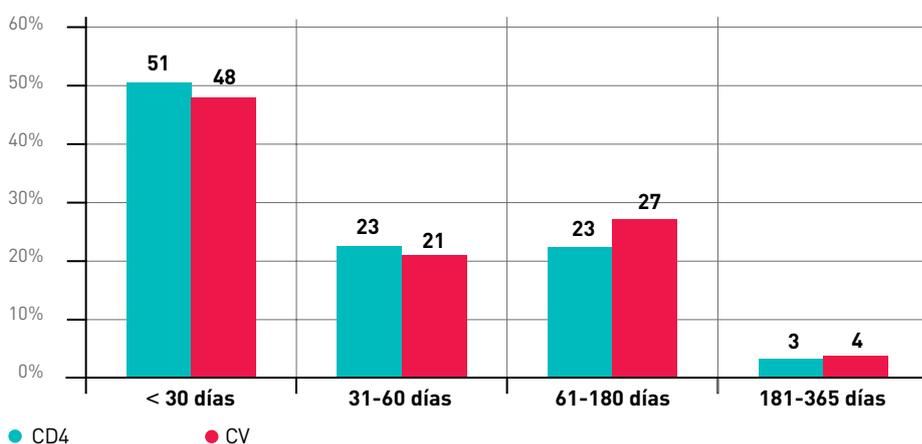


Gráfico 45. Distribución porcentual de la muestra según los días transcurridos entre el diagnóstico de VIH y la realización de estudios basales de carga viral y CD4. Jurisdicciones seleccionadas de Argentina (2013-2014)



según vía de transmisión sexual demostró que el nivel de CD4 al momento del diagnóstico fue menor a 200 cels/cc en casi el 50% de los varones heterosexuales versus el 21% en HSH, y la proporción con menos de 350 cels al momento del diagnóstico fue de 46,3% y de 65,2%, respectivamente (gráfico 48).

Inicio del tratamiento antirretroviral

En esta fase inicial se dispuso de información sobre la indicación de inicio de tratamiento antirretroviral (ARV) en 563 de las 608 personas ingresadas al estudio según el criterio de diagnóstico reciente. En este grupo la indicación de inicio de tratamiento ARV alcanzó al 69,5%.

Como era de esperar, la indicación de tratamiento ARV fue mayor cuanto menor fue el nivel de CD4 al momento del diagnóstico (gráfico 49). Se indicaron esquemas con inhibidores no nucleosídicos de la transcriptasa reversa en el 63,2% de los inicios de tratamiento ARV y con inhibidores de proteasa en el 35,3% de los casos. Una sola persona inició el tratamiento con inhibidores de la integrasa.

Gráfico 46. Distribución porcentual de la población masculina según vía de transmisión sexual y estadio clínico al momento del diagnóstico. Jurisdicciones seleccionadas de Argentina (2013-2014)



● Diagnóstico temprano ● Diagnóstico tardío
 Nota: HSH: Hombres que tienen sexo con hombres.
 HSM: Hombres que tienen sexo con mujeres.

Conclusiones de la primera etapa

En este primer análisis se describen las características basales de las 608 personas incluidas en el estudio tomando como criterio el diagnóstico reciente de infección por VIH. La comparación de esta muestra con los diagnósticos notificados por el sistema de vigilancia rutinario arroja muy pocas diferencias. La distribución por sexo es igual, mientras que la mediana de edad del diagnóstico es un año mayor tanto para varones como para mujeres. Un dato significativo es que la proporción de personas trans es mayor en la muestra, lo cual puede deberse a que algunos notificadores habituales pueden estar reportando a las trans femeninas como hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. Finalmente, el diagnóstico tardío aquí reportado es mayor al informado por las fichas de notificación de casos.

El grupo con mayor frecuencia de testeo previo fue el de HSH (46%) mientras que el 80% de los hombres heterosexuales realizaron el test por primera vez. Más del 40% de la población HSH y trans hicieron el test por demanda espontánea, lo cual demuestra el impacto de las estrategias de promoción del testeo en poblaciones clave.

Tabla 6. Distribución porcentual de la muestra según género y estadio clínico al momento del diagnóstico. Jurisdicciones seleccionadas de Argentina (2013-2014)

Estadio clínico	Hombres	Mujeres	Trans	Total
Síndrome retroviral agudo	2,8%	1,8%	0,0%	3,0%
Asintomático	53,8%	67,4%	70,0%	59,0%
Sintomático no sida	16,2%	16,3%	13,0%	16,0%
Sida	24,4%	12,7%	13,0%	20,0%
Sin datos	2,8%	1,8%	4,0%	2,0%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%



Estos resultados son coherentes con el hallazgo de un mayor porcentaje de diagnósticos tardíos en varones heterosexuales y menor en HSH, mujeres y trans. Sin embargo, el análisis a partir del nivel de CD4 muestra que la valoración clínica subestima el diagnóstico tardío en todos los grupos (gráfico 50 de la página siguiente).

Solo el 50% de las personas de la muestra realizaron los estudios de laboratorio dentro del primer mes del diagnóstico.

Se le indicó tratamiento ARV a casi el 70% de las personas que ingresaron por diagnóstico reciente, lo cual es coherente con las recomendaciones nacionales vigentes, ya que el 73,3% tenía menos de 500 CD4 al momento del diagnóstico.

Es importante tener en cuenta que al momento de la emisión de este informe hay datos pendientes que se espera sean completados en la segunda etapa. ■

Gráfico 47. Distribución porcentual de la muestra según género y nivel de CD4 al momento del diagnóstico. Jurisdicciones seleccionadas de Argentina (2013-2014)

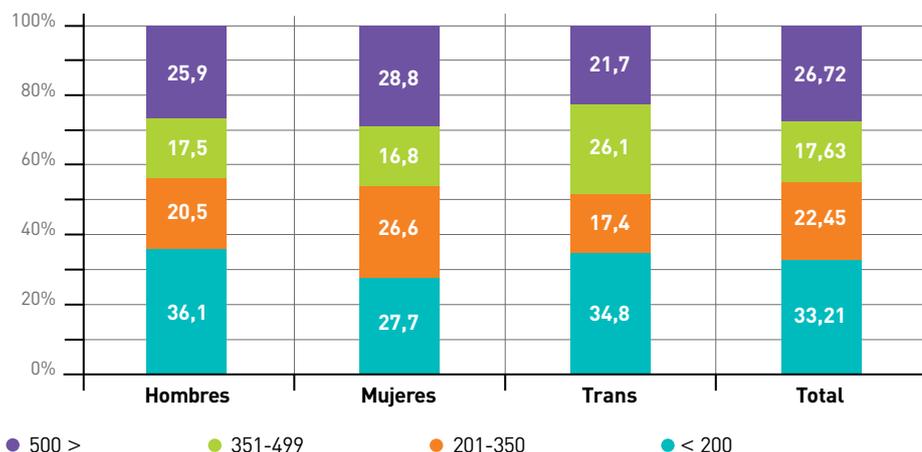


Gráfico 48. Distribución porcentual de la población masculina según vía de transmisión sexual y nivel de CD4 al momento del diagnóstico. Jurisdicciones seleccionadas de Argentina (2013-2014)

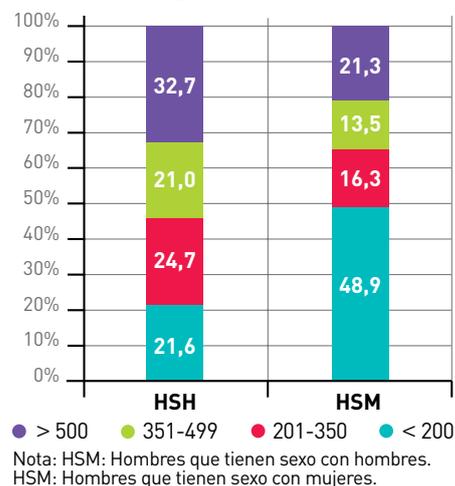




Gráfico 49. Distribución porcentual de la población con diagnóstico reciente según indicación de tratamiento ARV y nivel de CD4+ al momento del diagnóstico. Jurisdicciones seleccionadas de Argentina (2013-2014)

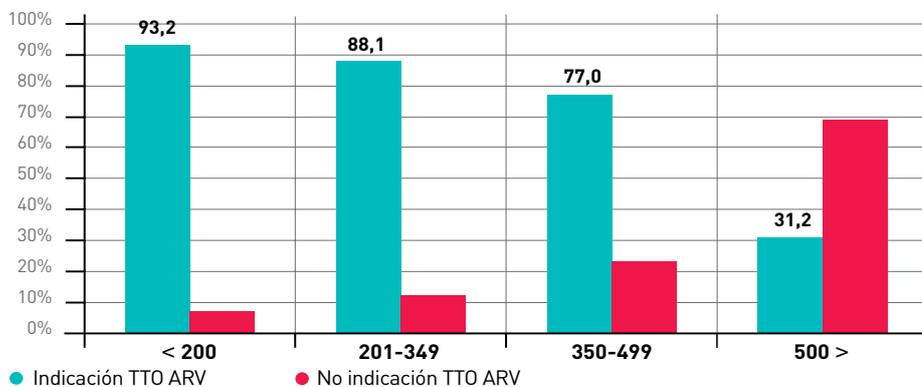
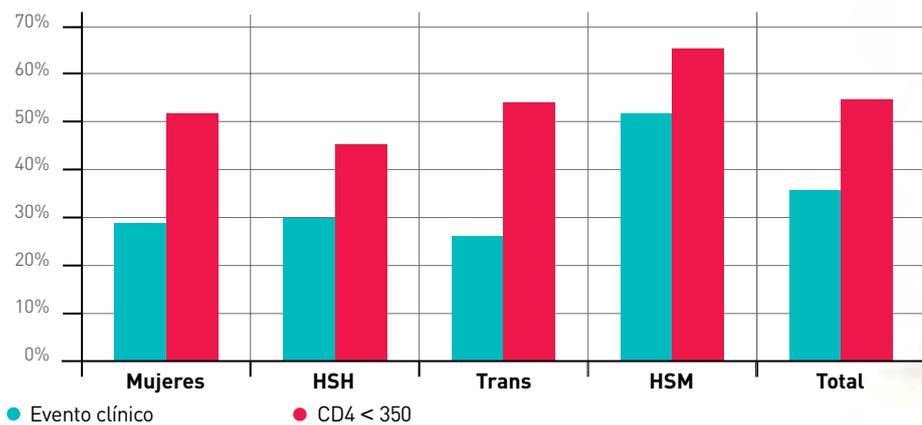


Gráfico 50. Proporción de diagnósticos tardíos según evento clínico y CD4<350 en grupos y jurisdicciones seleccionadas de Argentina (2013-2014)



Prevalencia de hepatitis virales y sífilis en personas que se realizan estudios prenupciales en la Argentina

Coordinación general: Patricia Angeleri, Valeria Levite, Gabriela Vidiella

Diseño de la investigación: Dan Adaszko, María de los Ángeles Pando

Asesoría técnica: Ariel Adaszko, Joaquín Solari, Marcelo Vila, Carlos Falistocco

Becarios: Cecilia Beatriz Moyano, Programa Provincial de ETS y Sida de la Provincia de Santa Fe; Héctor Horacio Cuello, Programa Provincial de Hepatitis Virales de la Provincia de Mendoza; Diosnel Bouchet, Programa Provincial de Lucha contra el VIH-sida y ETS de la Provincia de Córdoba; Viviana Molfese y Rosario Skarzauskas, Programa Provincial de VIH-sida, ITS y Hepatitis Virales de la Provincia de Buenos Aires.

Entre septiembre de 2013 y octubre de 2014 se realizó un estudio observacional de corte transversal para estimar la prevalencia de las hepatitis virales y la sífilis en población adulta de la Argentina que concurre a realizar los estudios prenupciales en aglomerados urbanos seleccionados.

Se utilizó una estrategia muestral por conglomerados en una etapa, combinándose técnicas probabilísticas y no probabilísticas. Las unidades primarias de muestreo fueron los laboratorios donde se realizaron las extracciones, mientras que las unidades de observación fueron las personas que concurrieron para la realización de los estudios (tabla 7).

Se incluyó en la muestra a personas de 18 años o más que concurrieran a realizarse estudios prenupciales y se

excluyó a personas menores de 18 años o que no aceptaran participar de la investigación.

El estudio involucró dos componentes: la toma de una muestra de sangre periférica para realizar las distintas determinaciones y la recolección de datos sociodemográficos utilizando un instrumento autoadministrado.

Para el diagnóstico de sífilis se realizaron pruebas no treponémicas (VDRL, RPR) que fueron confirmadas a través de técnicas treponémicas (FTA-ABS, TPHA). El diagnóstico de infección por hepatitis A, B y C se realizó mediante técnicas de ELISA utilizando equipos comerciales manuales o automatizados. En todos los casos los equipos comerciales fueron validados por las autoridades fiscalizadoras correspondientes.

Todos los datos de quienes participaron fueron incorporados a una base de datos en Microsoft Access y luego analizados en SPSS. Para realizar el análisis de estimación de prevalencias, la muestra fue ponderada y las prevalencias fueron calculadas con un intervalo de confianza del 95%.

Para evaluar estadísticamente las diferencias en los niveles de prevalencia de cada una de las infecciones entre pares de categorías de una variable se utilizaron pruebas t de Student. Para diferencias globales dentro de una misma variable sin tener en cuenta pares de categorías, se utilizó la prueba no paramétrica H de Kruskal Wallis para K muestras independientes. En ambos casos se tomaron como puntos de corte para evaluar la significación estadística de los p valores: $p < 0,05$.

Tabla 7. Conglomerados urbanos, localidades y efectores de salud participantes del estudio. Argentina (2013-2014)

CONGLOMERADO URBANO	LOCALIDAD	EFECTOR
Corredor Sur de Buenos Aires	Melchor Romero	Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos Dr. Alejandro Korn
	La Plata	Hospital Interzonal Especializado de Agudos y Crónicos San Juan de Dios
		Hospital Interzonal General de Agudos General San Martín
	Lanús	Hospital Interzonal General de Agudos Evita
	Florencio Varela	Hospital Zonal General de Agudos Mi Pueblo
Córdoba y Río Cuarto	Ciudad de Córdoba	Hospital Rawson
		Centro Municipal de la Ciudad de Córdoba
	Río Cuarto	Centro Municipal de la Ciudad de Río Cuarto
Gran Mendoza	Ciudad de Mendoza	Hospital Central
		Centro de Salud N°2
	Guaymallén	Centro de Salud N°16
Santa Fe y Rosario	Ciudad de Santa Fe	Hospital Dr. José María Cullen
	Rosario	Hospital Provincial

1 Si bien en la mayoría de las determinaciones se utilizaron anticuerpos tipo IgG, en algunas circunstancias se dispuso de la medición de IgM-IgG en el mismo kit. A los efectos epidemiológicos de este estudio y ante la baja probabilidad de encontrar un caso de reciente adquisición, no se procedió a confirmar la infección aguda por técnicas específicas. Por otra parte, dada la alta prevalencia de infección por VHA en nuestro país y la disponibilidad de vacuna sólo para poblaciones especiales, se consideraron los resultados reactivos como tales, independientemente de si fueron resultantes de la infección por virus salvaje o de la exposición a la vacuna.

Resultados

Del estudio participaron un total de 3.835 personas de cuatro áreas geográficas: 1.214 en el corredor sur de Buenos Aires, 937 en Córdoba y Río Cuarto, 660 en Gran Mendoza y 1.024 en Santa Fe y Rosario (gráfico 51).

Se estudiaron a 1.940 mujeres (50,6%) y 1.893 varones (49,4%). Los participantes de menos de 40 años concentraron el 83,5% de la muestra y la media de edad fue de 32,4 años con un rango de entre 18 y 84 años, no observándose diferencias significativas entre hombres y mujeres. El 80,4% de los participantes reportó haber nacido en la misma provincia del reclutamiento y el 98,4% residía en la provincia en la que iba a contraer matrimonio. El 92% de las personas refirió vivir en casas o departamentos y un 8% en casillas, inquilinatos, ranchos, conventillos, pensión, en el lugar de trabajo o en la calle.

En relación al nivel de instrucción, el 68,3% había completado la escuela media, no existiendo diferencias significativas entre hombres y mujeres ni entre ciudades de reclutamiento. No obstante ello, se observó una mayor proporción de mujeres que de varones con nivel de instrucción más alto para cada uno de los aglomerados urbanos. Santa Fe y Rosario son las ciudades donde participaron personas con mayor nivel de instrucción, seguidas por Córdoba y Río Cuarto (gráfico 52).

Respecto a la situación laboral, el 23,4% de los participantes reportó que no tenía trabajo, aunque solo el 13,8% de ellos declaró estar buscando empleo. Del 76,6% que sí posee trabajo, la mayoría son empleados en relación de dependencia (66,5%) (gráfico 53).

Más de la mitad de los participantes (55%) refirió tener obra social o mutual, mientras que el 33,5% utilizaba el sistema público de salud.



Gráfico 51. Proporción de participantes por área geográfica de reclutamiento, Argentina (2013-2014).

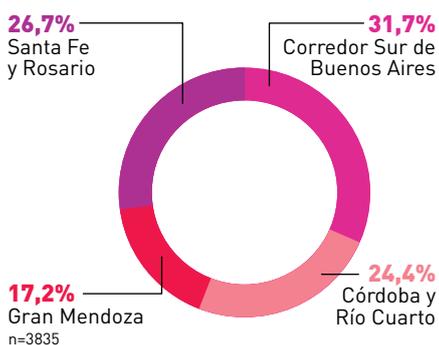
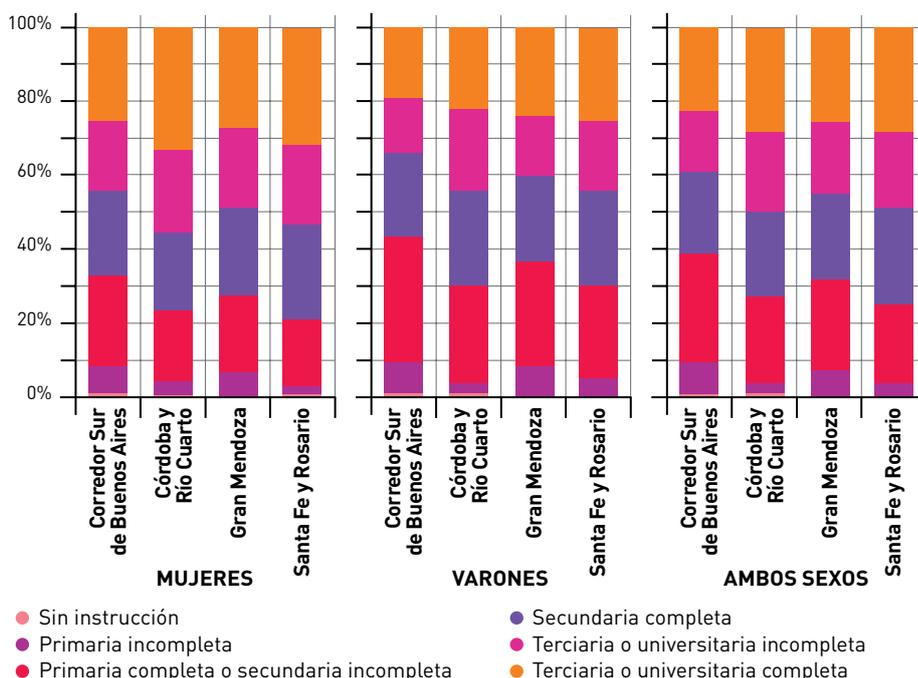


Gráfico 52. Distribución proporcional del máximo nivel de instrucción alcanzado por sexo y lugar de reclutamiento, Argentina (2013-2014).



A partir de una serie de procedimientos estadísticos de ponderación que tenían en cuenta el nivel educativo, el tipo de vivienda, la cobertura de salud y la situación laboral, se construyeron dos estratos socioeconómicos, según los cuales el 65,7% de la muestra pertenecía al estrato medio y el 34,3% al bajo.

Sífilis

Un total de 34 personas resultaron reactivas para la infección por T. pallidum utilizando pruebas no treponémicas, 28 de las cuales se confirmaron por medio de pruebas treponémicas. La prevalencia obtenida sobre el total de la muestra ponderada para la sífilis confirmada resultó en 0,74% (IC95% 0,47-1,01) (gráfico 54).

El conglomerado que comprende a las ciudades de Santa Fe y Rosario es el que presenta la prevalencia más alta (1,01%), seguido del corredor sur de Buenos Aires (0,85%) y Gran Mendoza (0,82%).

Se apreciaron diferencias estadísticamente significativas para la prevalencia de sífilis confirmada según área urbana entre el conglomerado de Córdoba y Río Cuarto y el del corredor sur de Buenos Aires ($p=0,008$). También, entre Córdoba y Río Cuarto y el área de Santa Fe y Rosario ($p=0,012$).

En relación al nivel educativo, la mayor prevalencia se observó en aquellos participantes que manifestaron tener hasta secundario incompleto (1,33%), encontrándose una diferencia significativa respecto de los que presentaban secundario completo o más, quienes obtuvieron el 0,47% ($p=0,017$).

Infección por virus de la hepatitis A (VHA)

En la muestra estudiada se obtuvieron un total de 2.443 determinaciones re-

activas, estimándose una prevalencia de infección por virus de la hepatitis A (VHA) de 63,94%¹ (gráfico 55).

Se pudo apreciar que la prevalencia fue incrementándose según la edad en la población estudiada: entre quienes tenían entre 18 y 29 años la frecuencia fue de 59,3%, mientras que en el grupo de 50 y más años fue de 88,4%, es decir 1,5 veces más. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre la población de 18 a 29 y de 30 a 39 respecto a la de 40 a 49 y de 50 o más y entre la población de 40 a 49 años y la de 50 y más años ($p=0,000$).

Gráfico 53. Tipo de trabajo realizado por los participantes entre quienes informaron tener trabajo, Argentina (2013-2014).

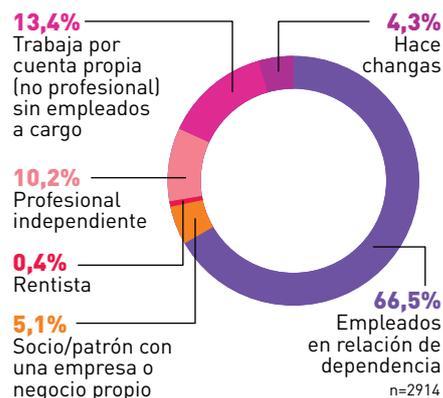


Gráfico 54. Prevalencia estimada de sífilis e intervalos de confianza del 95% para el total de la muestra y por área urbana de lugar de realización del estudio prenupcial, Argentina (2013-2014).

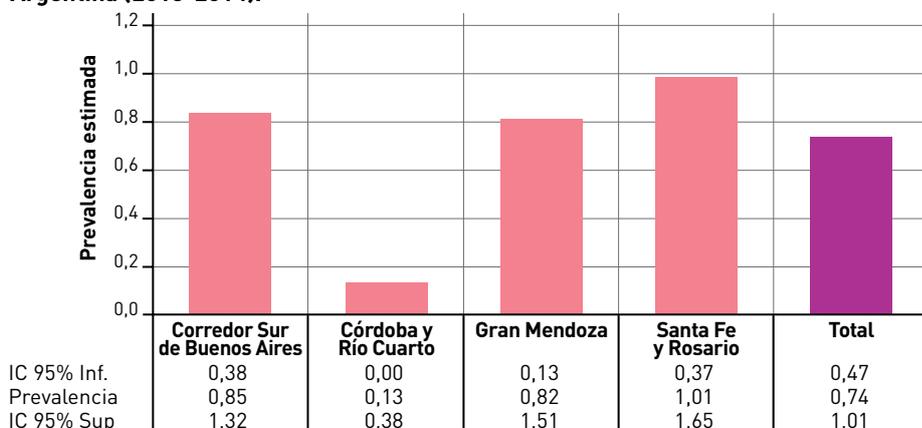


Gráfico 55. Prevalencia estimada de infección por VHA e intervalos de confianza del 95% para el total de la muestra y por área urbana de lugar de realización del estudio prenupcial, Argentina (2013-2014).

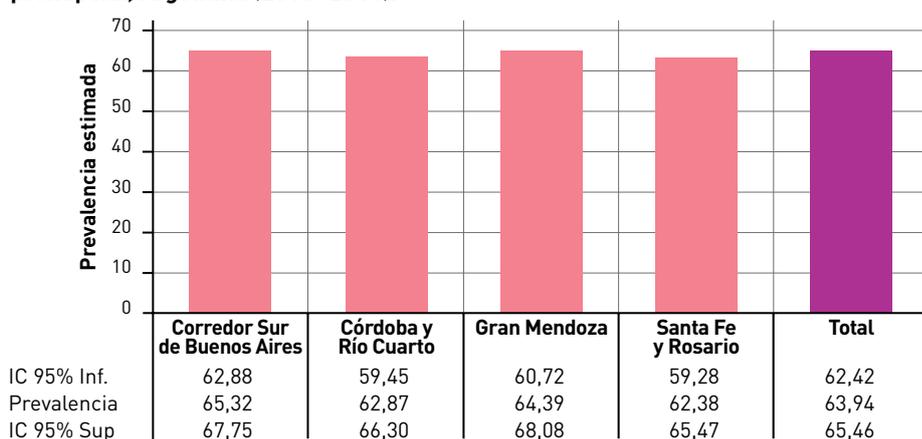


Gráfico 56. Prevalencia estimada de HBsAg e intervalos de confianza del 95% para el total de la muestra y por área urbana de lugar de realización del estudio prenupcial, Argentina (2013-2014).

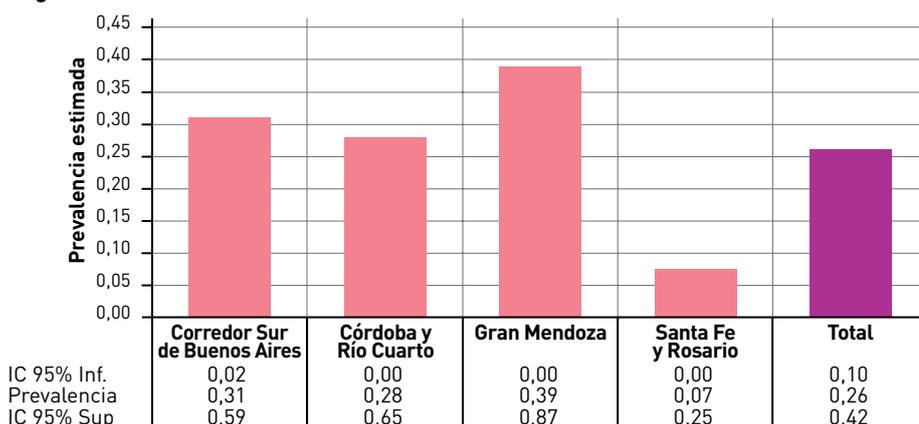


Gráfico 57. Prevalencia estimada de anti-HBc e intervalos de confianza del 95% para el total de la muestra y por área urbana de lugar de realización del estudio prenupcial, Argentina (2013-2014).

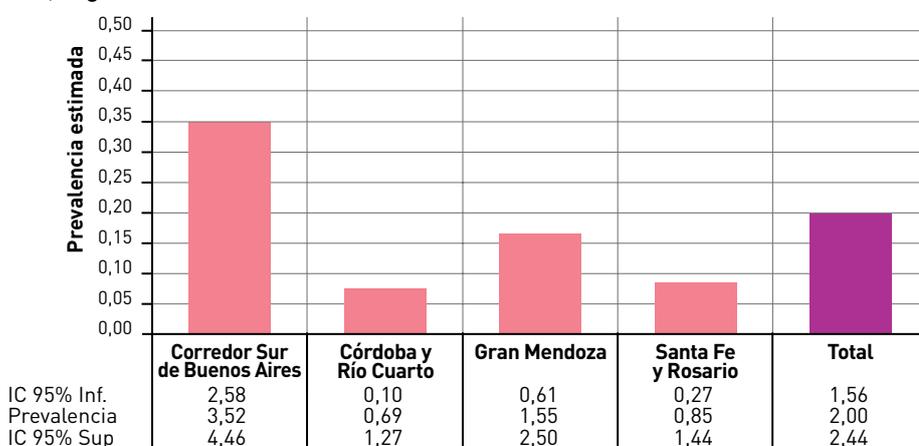
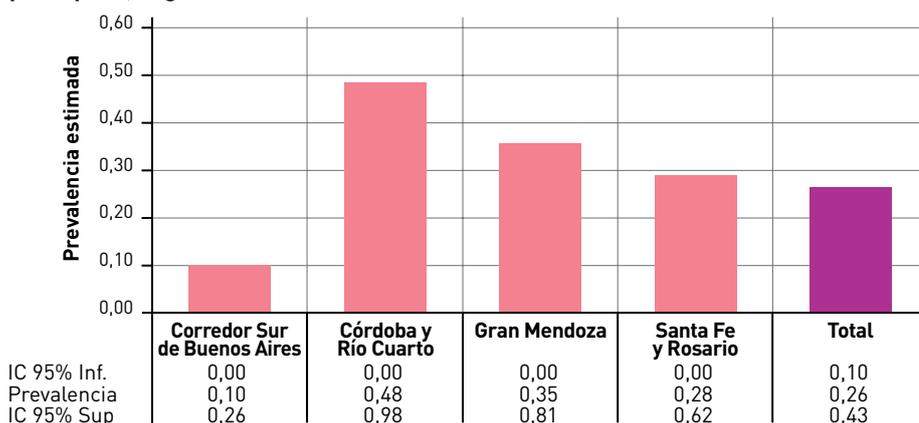


Gráfico 58. Prevalencia estimada de infección por VHC e intervalos de confianza del 95% para el total de la muestra y por área urbana de lugar de realización del estudio prenupcial, Argentina (2013-2014).



Los contrayentes que pertenecían al estrato socioeconómico bajo presentaron mayor prevalencia de infección por VHA (80,6%) respecto de quienes pertenecían al estrato medio (55,2%), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0,000$). En consonancia con lo anterior, se encontraron prevalencias mayores en las categorías de las variables que podrían referir a un bajo nivel socioeconómico, con diferencias que resultaron significativas: 80,3% de infección por VHA en las personas con menor nivel educativo; 80,1% en las personas con vivienda deficitaria; 78,2% entre quienes solo utilizaban el subsector público de salud (hospital público o centro de salud); y 75,8% en quienes no tenían trabajo y estaban buscando un empleo. No se evidenciaron diferencias significativas de acuerdo al sexo de los contrayentes, la localidad donde tuvo lugar la toma de muestra ni la localidad de residencia de los participantes.

Infección por virus de la hepatitis B (VHB)

La estimación de la prevalencia de infección por virus de la hepatitis B se realizó utilizando dos marcadores: el antígeno de superficie (HBsAg) y los anticuerpos anti-core (anti-HBc). Se identificaron 10 casos reactivos para HBsAg y 77 para anti-HBc, encontrándose solo 6 casos con ambas determinaciones. La prevalencia estimada fue de 0,26% (IC95%0,10-0,42) para el HBsAg y de 2,00% (IC95%1,56-2,44) para el anti-HBc, siendo la más alta para HBsAg en Gran Mendoza y la más baja en Santa Fe y Rosario (gráficos 56 y 57).

En relación al área urbana en la que tuvo lugar la realización del estudio prenupcial, solo se encontraron diferencias significativas para el anti-HBc entre el corredor sur de Buenos Aires y el resto de las áreas urbanas, mientras que la prevalencia de dicho marcador fue incrementándose a medida que aumentaba la edad de los contrayentes.

Infección por virus de la hepatitis C (VHC)

Se encontraron 10 casos reactivos, estimando así una prevalencia de infección por virus de la hepatitis C de 0,26% (IC 95%: 0,10-0,43) (gráfico 58).

Si bien se encontró un incremento de la prevalencia a medida que aumentaba la edad de los participantes (de 0,06% en el grupo de 18 a 29 años a 0,78% en el de 50 años o más), este no resultó estadísticamente significativo.

En relación al lugar de nacimiento, la prevalencia más alta se observó en aquellas personas que habían nacido en una provincia distinta a la del lugar de casamiento (0,72%), encontrándose diferencias estadísticamente significativas únicamente entre quienes no habían nacido en Argentina y quienes nacieron en la misma provincia del casamiento ($p=0,010$).

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para el sexo, la edad, el área urbana de realización del estudio prenupcial, nivel educativo, tipo de vivienda, cobertura de salud, situación laboral y estrato socioeconómico.

Conclusiones finales

La elección de esta población se sustenta en la posibilidad de acceder a personas que *circunstancialmente* acuden a un servicio de salud en ocasión de completar los trámites prenupciales, y no debido a una convocatoria específica. Si bien la elección de esta población evita los sesgos que poseen los estudios de prevalencia realizados en instituciones de salud o en bancos de sangre, conlleva limitaciones inherentes a la metodología y a la población seleccionada, aspecto que debe ser tenido en consideración para evitar extrapolaciones lineales. A su vez, esto también podría explicar el hecho de que algunas

prevalencias halladas por esta investigación sean ligeramente menores a las que surgen de otros estudios realizados o de datos programáticos.

El estudio dio como resultado una prevalencia global estimada de sífilis de 0,74% (IC95% 0,47-1,01), similar a los hallazgos reportados por el Plan Nacional de Sangre en los últimos años, pero sensiblemente inferior a lo reportado en la población de embarazadas (1,4%) y a la prevalencia encontrada en hombres que tienen sexo con hombres, 17,7%; trabajadoras sexuales, 14,1%, personas trans, 47,3%; usuarios de drogas, 7,7%. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación al área donde tuvieron lugar los matrimonios (una mayor prevalencia en Santa Fe y Rosario y en el corredor sur de Buenos Aires); al lugar de residencia (una mayor prevalencia en personas que no viven en la Argentina) y al nivel educativo (mayor prevalencia en aquellos participantes con menor nivel de instrucción).

Respecto de la prevalencia global estimada de hepatitis A (63,9% IC95%: 62,4-65,5), se hallaron diferencias estadísticamente significativas en relación a la edad (a mayor edad, mayor prevalencia), el lugar de nacimiento (mayor prevalencia en personas nacidas en otro país), el nivel educativo (mayor prevalencia en personas con menor nivel de instrucción), tipo de vivienda (mayor prevalencia en los participantes que residían en viviendas precarias), cobertura de salud (mayor prevalencia en personas que utilizaban el subsistema público de salud), situación laboral (mayor prevalencia entre las personas que no tenían trabajo) y estrato socioeconómico (mayor prevalencia en las personas de estrato bajo).

Según los resultados del presente estudio, la prevalencia global de anticuerpos HBc fue de 2,00% (IC95% 1,56-2,44) y de 0,26% (IC95% 0,10-0,42) para HBsAg, valores que se en-

cuentran dentro del rango reportado por el Plan Nacional de Sangre durante el último quinquenio y, según lo esperado, por debajo de los valores reportados en grupos con vulnerabilidad incrementada (42% usuarios de drogas, 20 al 40% en hombres que tienen sexo con hombres y 14,4% en trabajadoras sexuales). Se pudo observar que la prevalencia de anti-HBc fue incrementándose a medida que aumentaba la edad de los contrayentes. Se apreciaron diferencias significativas cuando se compararon las prevalencias entre los distintos grupos de edad, las áreas de reclutamiento (mayor prevalencia en el corredor sur de Buenos Aires), lugar de nacimiento y de residencia.

La prevalencia global estimada de hepatitis C fue del 0,26% (IC 95%: 0,10-0,43). En este caso los resultados encontrados son inferiores a los informados por los bancos de sangre, brecha que se incrementó aún más respecto de las prevalencias encontradas en poblaciones consideradas más vulnerables (usuarios de drogas inyectables, 54,6%; usuarios de drogas no inyectables, 8%; mujeres trabajadoras sexuales, 4,3%; y hombres que tienen sexo con hombres entre 1,9% y 7,5%). Las mayores prevalencias se observaron entre las personas de más edad, aunque sin diferencias estadísticamente significativas, mientras que cuando se analizaron según lugar de nacimiento y de residencia, estas resultaron significativas.

A pesar de las diferencias entre la población alcanzada por este estudio y la población general, y tomando en cuenta las consideraciones desarrolladas arriba, los resultados hallados permiten aproximarse al impacto de las hepatitis virales y de la sífilis en la población adulta joven de nuestro país. Esto constituye una herramienta para orientar la gestión pública y las políticas de prevención, diagnóstico y tratamiento de ambos eventos. ■

Indicadores de gestión de VIH, ITS y hepatitis virales

La Dirección de Sida y ETS distribuye insumos preventivos, de diagnóstico y tratamiento a distintos actores involucrados en la construcción de una respuesta que impacte favorablemente en la epidemia del VIH-sida, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y las hepatitis virales. A continuación se describen algunos indicadores que permiten visibilizar la presencia del Estado como organizador de esa respuesta.

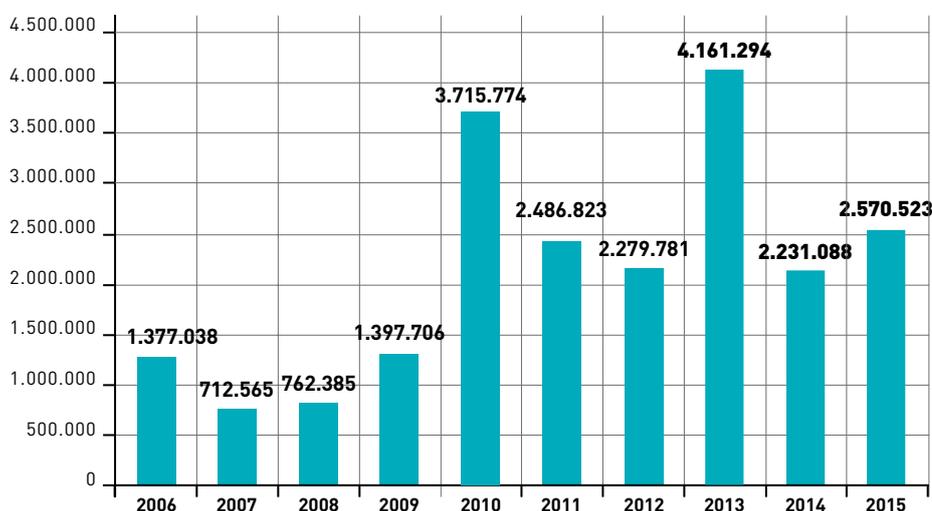
En la tabla 33 del anexo se detallan los gastos realizados durante 2014, discriminados por insumo y jurisdicción.

Acceso a preservativos y geles lubricantes

Durante 2015 se distribuyeron en promedio 2,5 millones de preservativos mensuales (gráfico 59). Para calcular los preservativos repartidos durante el corriente año se tomaron los registros de entrega de enero a julio, en tanto que para los meses que restan –aún no ejecutados al momento de la elaboración de este Boletín– se computaron las cantidades de insumos programados.

La mayor proporción de preservativos se distribuyó a aquellos lugares que sostienen una entrega cotidiana de este insumo. A estos lugares los denominamos *bocas de distribución o puntos fijos* y son la principal vía de acceso a los insumos preventivos por parte de la población. Algunos de ellos son instituciones sanitarias (centros de salud, centros integradores comunitarios u hospitales), organismos gubernamentales (Centro de Referencia, Centro de Atención Local, etc.), otros son locales de organizaciones de la sociedad civil o simplemente lugares donde comúnmente circulan las personas y se establecen compromisos para sostener la distribución de preservativos diariamente (cines, radios comunitarias, baños, etc.). Hasta julio del 2015 existen un total de 3.849 espacios comprometidos con esta estrategia de entrega que los tornan espacios amigables para los usuarios en cada uno de los contextos en los que se entregan.

Gráfico 59. Promedio mensual de preservativos entregados por la DSyETS según año de distribución, Argentina (2006-2015)



En la tabla 8 se describe el número de puntos fijos en el periodo 2011-2015 y la variación entre los años 2014 y 2015. La mayoría se mantuvo estable o con un leve aumento, salvo las provincias de Córdoba, Corrientes, Mendoza, Neuquén, San Luis y Tucumán cuyo aumento es mayor al 20% con respecto al año anterior. En cambio, Ciudad de Buenos Aires y Santa Fe tuvieron una merma significativa de puntos fijos durante 2015.

En la tabla 9 de la página siguiente se muestra que las regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires en su totalidad aumentaron el número de bocas fijas de distribución de preservativos en el último año.

Con respecto a los reactivos de diagnóstico y seguimiento, durante 2014 se distribuyeron 1.027.736 reactivos para tamizaje convencional, 232.000 para test rápido y 10.656 para confirmación de VIH (Western-Blot). También se entregaron 1.320.000 reactivos para sífilis y 21.840 para otras ITS. En relación con los reactivos de seguimiento, se distribuyeron 171.188 determinaciones por un valor de \$45.665.213,12. De ellas, 103.958 fueron determinaciones para realizar cargas virales, 1.530 para test de resistencia y 65.700 para conteo de CD4, CD8 y CD4 PIMA. Las tablas 34 y 35 del anexo describen la distribución según jurisdicción.

Personas bajo tratamiento antirretroviral

A partir de 2011 la Dirección de Sida y ETS comenzó a trabajar en el desarrollo e implementación de un nuevo sistema informático. Este tiene como finalidad realizar el monitoreo de todas las personas que viven con VIH y que son asistidas por el subsistema público de salud. Al mes de junio de 2015, esta base de datos incluía 63.418 registros, aunque se estima que la cantidad de personas bajo tratamiento es de 47.564 (tabla 10 de la página siguiente), ya que la cantidad total de registros incluye duplicaciones por fallecimientos y bajas por derivación de pacientes al subsistema de obras sociales.



Tabla 8. Bocas de distribución gratuita de preservativos según jurisdicción, Argentina (2011-2015)

	Cantidad de bocas de distribución					% del país de las bocas 2015	Variación 2014-2015
	30/09/2011	30/09/2012	30/07/2013	30/07/2014	30/07/2015		
Total del país	2.533	2.904	3.156	3.777	3.849	100%	2%
Buenos Aires	875	1.043	1.208	1.361	1.427	37%	5%
CABA	411	416	467	492	217	6%	-56%
Catamarca	-	-	-	76	76	2%	0%
Chaco	45	44	45	44	45	1%	2%
Chubut	78	95	95	73	73	2%	0%
Córdoba	183	224	225	240	291	8%	21%
Corrientes	15	13	16	24	118	3%	392%
Entre Ríos	67	96	107	123	140	4%	14%
Formosa	42	40	40	40	40	1%	0%
Jujuy	35	35	35	57	62	2%	9%
La Pampa	61	60	61	120	120	3%	0%
La Rioja	25	25	28	28	28	1%	0%
Mendoza	17	16	17	24	31	1%	29%
Misiones	9	8	10	9	9	0%	0%
Neuquén	32	31	32	31	111	3%	258%
Río Negro	22	56	56	149	176	5%	18%
Salta	37	68	71	67	66	2%	-1%
San Juan	46	45	46	148	153	4%	3%
San Luis	26	64	64	59	85	2%	44%
Santa Cruz	100	108	109	108	108	3%	0%
Santa Fe	239	237	240	310	253	7%	-18%
Santiago del Estero	9	13	16	26	26	1%	0%
Tierra del Fuego	31	40	40	40	40	1%	0%
Tucumán	128	127	128	128	154	4%	20%

Tabla 9. Bocas de distribución gratuita de preservativos según región sanitaria de la provincia de Buenos Aires, Argentina (2013-2015)

	2013		2014		2015	
	N°	%	N°	%	N°	%
Total Buenos Aires	1.208	100,00%	1.361	100,00%	1.427	100,00%
I	121	10,00%	121	8,90%	123	8,62%
II	1	0,10%	1	0,10%	2	0,14%
III	40	3,30%	50	3,70%	51	3,57%
IV	23	1,90%	23	1,70%	24	1,68%
V	265	21,90%	327	24,00%	340	23,83%
VI	236	19,50%	251	18,40%	260	18,22%
VII	240	19,90%	309	22,70%	314	22,00%
VIII	13	1,10%	10	0,70%	13	0,91%
IX	4	0,30%	4	0,30%	29	2,03%
X	6	0,50%	6	0,40%	7	0,49%
XI	130	10,80%	130	9,60%	133	9,32%
XII	129	10,70%	129	9,50%	131	9,18%

Tabla 10. Cantidad de personas incorporadas al sistema de gestión de medicamentos SVIH que reciben ARV de la DSyETS y cantidad de personas estimadas en tratamiento, Argentina 2015.

Jurisdicción	Personas en TAR estimadas por la DSyETS	Personas en TAR incorporadas al sistema SVIH
Total personas	47.564	63.418
Buenos Aires	14.254	19.005
CABA	15.164	20.218
Córdoba	3.503	4.670
Catamarca	176	234
Chaco	1.385	1.847
Chubut	518	691
Corrientes	578	770
Entre Ríos	829	1.105
Formosa	245	326
Jujuy	494	659
La Pampa	171	228
La Rioja	264	352
Mendoza	1.183	1.577
Misiones	767	1.023
Neuquén	596	794
Río Negro	458	610
Salta	1.098	1.464
San Juan	412	549
San Luis	352	469
Santa Cruz	209	279
Santa Fe	3.426	4.568
Sgo. del Estero	475	633
Tierra del Fuego	106	141
Tucumán	905	1.206

Fuente propia de la DSyETS

En la tabla 10 pueden observarse estas diferencias entre el total de registros y los que se encuentran asistidos por el subsistema público de salud. Esta proporción descendió un 5% con respecto al 2014, debido al trabajo realizado junto a las jurisdicciones en el uso adecuado del sistema, cotejando que las personas asistidas no cuenten con cobertura de salud.

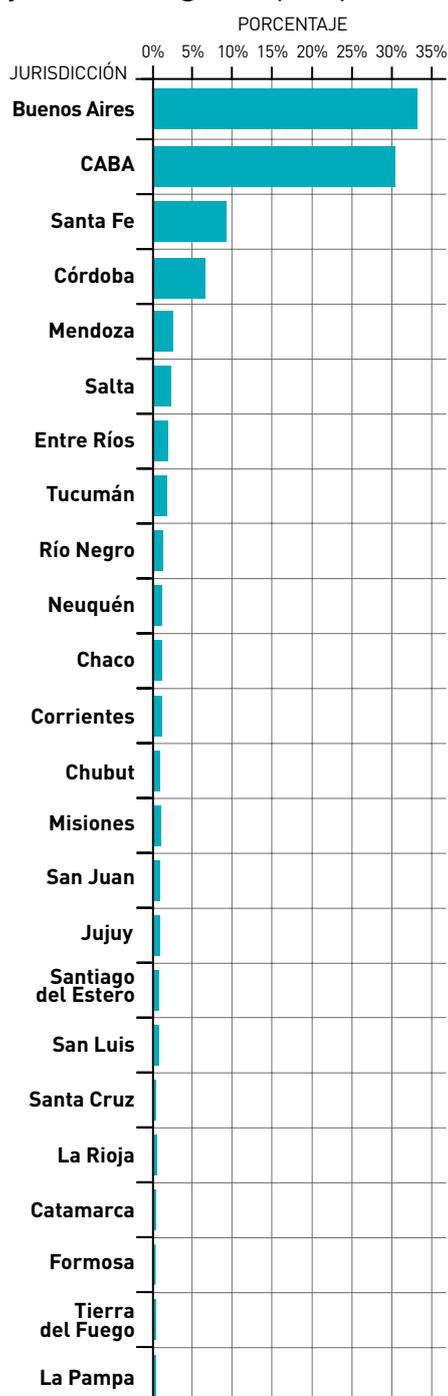
Gasto en medicamentos y leches maternizadas

El gasto en medicamentos para las personas con VIH durante el 2014 fue de \$471.510.472,80. En leches de inicio para prevenir la transmisión perinatal el gasto fue de \$1.008.300,48 (ver tabla 33 del anexo).

En relación con la distribución del gasto según jurisdicción (gráfico 60), puede observarse que los mayores porcentajes corresponden a la provincia de Buenos Aires y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, seguidas por las provincias de Santa Fe y Córdoba.

A partir de la información obtenida de los padrones de personas en tratamiento y del gasto por jurisdicción durante 2014, se calculó el gasto anual promedio por persona de cada jurisdicción. El costo anual promedio por persona en 2014 de la Dirección de Sida y ETS fue de \$10.841,12. Pueden observarse diferencias en el gasto entre las distintas jurisdicciones (tabla 11). ■

Gráfico 60. Porcentaje de gasto en medicamentos y leche de inicio según jurisdicción, Argentina (2014)



Fuente propia de la DSyETS

Tabla 11. Gasto promedio anual por persona en ARV según jurisdicción, Argentina (2014).

Jurisdicción	Pesos	N° de personas con medicación suministrada por la DSyETS (2014)	Gasto promedio anual por persona
País	447.879.371,83	41.313	10.841,12
Buenos Aires	148.419.989,70	11.968	12.401,40
CABA	136.347.805,38	14.039	9.712,07
Catamarca	1.277.104,79	153	8.347,09
Chaco	5.348.491,86	385	13.892,19
Chubut	4.757.800,50	503	9.458,85
Córdoba	29.627.339,00	3.111	9.523,41
Corrientes	5.100.745,76	518	9.847,00
Entre Ríos	8.589.518,78	715	12.013,31
Formosa	1.226.840,69	195	6.291,49
Jujuy	3.811.303,21	448	8.507,37
La Pampa	888.216,01	152	5.843,53
La Rioja	1.670.084,95	226	7.389,76
Mendoza	11.554.084,53	1.045	11.056,54
Misiones	4.218.799,57	685	6.158,83
Neuquén	5.762.861,97	556	10.364,86
Río Negro	5.992.351,73	395	15.170,51
Salta	9.724.587,32	942	10.323,34
San Juan	3.919.944,40	364	10.769,08
San Luis	3.388.402,12	302	11.219,87
Santa Cruz	2.017.674,09	186	10.847,71
Santa Fe	41.264.709,93	3.175	12.996,76
Santiago del Estero	3.738.591,54	399	9.369,90
Tierra del Fuego	1.152.326,87	102	11.297,32
Tucumán	8.079.797,13	749	10.787,45

Fuente propia de la DSyETS

Consultorios amigables: una respuesta equitativa

En la Argentina la epidemia de VIH-sida se distribuye de modo desigual. Diversos estudios indican que, mientras en la población general la prevalencia es del 0,4%, en algunos subgrupos como las personas trans (travestis, transexuales y transgéneros) alcanza el 34%; entre los hombres que tienen sexo con hombres es de alrededor del 12% al 15%; y entre las personas trabajadoras sexuales, entre el 2% y el 5%.

Por ello la necesidad de implementar estrategias destinadas a estas poblaciones, con el propósito de pasar de respuestas justas a respuestas equitativas, asumiendo el desafío de realizar propuestas focalizadas que no sean estigmatizantes sino que consideren la vulnerabilidad diferencial de estos grupos.

El proyecto de los consultorios amigables para la diversidad sexual se inscribió en este desafío.

Surgió en el año 2009, cuando la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación, en alianza con el PNUD, ONUSIDA, UNPFA y OPS, decidió profundizar su política preventivo-asistencial hacia la población de la diversidad sexual.

El primer paso fue la realización de una investigación en 14 localidades del país, destinada a conocer mejor la experiencia de ser gay, bisexual o trans en las distintas regiones y culturas de nuestro extenso territorio nacional, y a profundizar el conocimiento sobre el vínculo existente entre esta población y el sistema público de salud. Para este año, se calcula que serán 32 los consultorios amigables en todo el país.

Los resultados de la investigación permitieron identificar tres núcleos fuertes que afectaban de modo negativo la relación de la población de la diversidad sexual con los servicios de salud, limitando su acceso. Estos son:

- el temor a revelar la orientación sexual o las prácticas sexuales obstaculizaba el acceso y enturbiaba la relación entre el equipo de salud y la persona;
- las personas trans temían ser objeto de burlas y malos tratos; y
- las instituciones y los equipos de salud no estaban (ni se sentían) en general suficientemente capacitados para trabajar de modo más específico con esta población.

Fue así que a la evidencia epidemiológica¹ que mostraba la desigual distribución del VIH en la Argentina, se sumó la fuerza

¹ El estudio "Seroprevalencia de VIH en personas trans y su asociación a prácticas de riesgo" realizado en 2006 por la Dirección de Sida junto a la Fundación Buenos Aires y ATTTA, sobre un total de 455 personas trans con identidad de género femenina testeadas arrojó un 34 % de casos positivos.

de los resultados cualitativos producidos por la investigación, poniendo de manifiesto la necesidad de llevar a cabo algún tipo de intervención destinada a mejorar el acceso al sistema público de salud y la calidad de la atención que el mismo brindaba.

Mejorar la accesibilidad

Entre los años 2010 y 2012 se llevó adelante el proyecto de creación de consultorios amigables para la diversidad sexual en siete localidades del país. El proyecto consistió en la creación de servicios de prevención, diagnóstico y atención del VIH-sida e ITS sensibilizados en la atención integral de la salud de las personas gays, trans y bisexuales.

Estos servicios están destinados a mejorar la accesibilidad a los recursos preventivos y a la atención en el ámbito de los hospitales públicos de distintas localidades del país.

Al ponerlos en marcha, se definieron algunas características que serían distintivas de estos consultorios amigables:

- Es una estrategia destinada a incluir a la población de la diversidad sexual dentro del sistema público de salud. Traduce o materializa el lineamiento político que recomienda el trabajo conjunto de la sociedad civil y el Estado en una propuesta concreta de organización del trabajo sanitario.
- Se trata de un reordenamiento de recursos existentes (lo que apuesta a la sostenibilidad en el tiempo) centrado en las características y necesidades específicas de esta población.
- Consiste en conformar un equipo mixto de trabajo entre las organizaciones de la sociedad civil (OSC) con trabajo en VIH-sida y/o derechos sexuales y un equipo de salud de un hospital público.
- Las funciones específicas de la OSC serán la promoción del consultorio en los escenarios donde se mueven los grupos de la diversidad, ya sea para su esparcimiento, lugares de encuentro y/o de trabajo sexual. Serán también los encargados de acompañar y/o recibir a esta población cuando la misma acceda al consultorio.
- El equipo de salud asume el compromiso de capacitarse en temas novedosos y brindar en un horario aceptable (de preferencia vespertino o nocturno) y por demanda espontánea una serie de prestaciones tales como atención clínica, asesoramiento y diagnóstico en VIH y otras ITS, apoyo psicosocial y hormonización para personas trans.

“Lo defienden y sostienen como un espacio de pertenencia”

La ciudad de San Juan, en el noroeste argentino, y la ciudad de Chivilcoy, en la provincia de Buenos Aires, son dos ejemplos de implementación de esta política pública.

En San Juan, el primero de los dos consultorios amigables que funcionan en la actualidad, fue puesto en marcha en diciembre de 2012. Allí, según explica **Sandra Basso**, jefa del Programa Provincial de VIH y coordinadora del consultorio, no se contaba “con un registro de la población trans. Estas personas estaban excluidas totalmente del sistema de salud, en menor medida los gays y lesbianas. Los equipos de salud no se encontraban preparados para atender a esta población. No se contaba con un espacio amigable para que esta población pudiera consultar sobre sus problemas de salud”.

Una realidad parecida es la que motivó a las autoridades de Chivilcoy, en el noroeste de la provincia de Buenos Aires, a poner en práctica la misma experiencia. Según **Cecilia Marzosa**, jefa de Atención Primaria de la Salud de esa localidad, “se observaba que la comunidad trans femenina en particular presentaba dificultades en el acceso al sistema público de salud, que tenían que ver con irregularidades en el cumplimiento de la Ley de Identidad de Género, además de barreras culturales, prejuicios y estereotipos ligados al desconocimiento en materia de diversidad sexual. A su vez, se visualizaban situaciones de vulnerabilidad en las condiciones concretas de vida, que tenían correlación con la discriminación, y los obstáculos para la inclusión en diversos ámbitos (educativo y laboral). Por lo tanto, el consultorio amigable surge como un espacio de salud integral, que desde un abordaje interdisciplinario, tiene por objeto contribuir a la construcción de un sistema de salud amigable en el que se contemple y respete la diversidad sexual y de género”.

—¿Qué cambios concretos fueron notando en estos años en relación al acceso de esa población al sistema de salud?

— Hoy se garantiza desde el sistema de salud la atención integral de las poblaciones de la diversidad sexual, donde se cumplen los derechos de cada una de ellas fomentando la igualdad e inclusión al sistema. Ellos valoran este espacio como un lugar de pertenencia donde no solo reciben atención en relación a su salud, sino que lo defienden y sostienen como un espacio de pertenencia, donde comparten historias de vida. Actualmente dos de los consultorios están incluidos en los organigramas institucionales.

—¿Qué impacto notaron en la realidad cotidiana de esta población luego de la apertura del centro?

— Como consecuencia del trabajo realizado desde el espacio del consultorio amigable, el fortalecimiento de la estrategia de visibilización de la comunidad LGTBIQ en los diversos espacios públicos y la articulación intersectorial, se visualizan hoy -luego de un año y medio de trabajo- profundos cambios y avances que impactan favorablemente en las condiciones de vida de las personas que pertenecen al colectivo de la diversidad: el acceso de la comunidad trans a tratamiento de hormonización supervisado desde el espacio del consultorio amigable, brindando de esta manera y desde un abordaje interdisciplinario, un acompañamiento en el proceso de transformación; la articulación con el segundo nivel de atención, de manera de facilitar el acceso al laboratorio y a diversos servicios de atención del hospital; la realización de tests rápidos de diagnóstico de VIH, con consejerías pre y pos test; la capacitación en temas de diversidad sexual y de género a todos los equipos de salud del primer nivel de atención, lo que repercute notablemente en la calidad de atención y en disminuir las barreras de acceso de la comunidad trans (visualizándose en la actualidad la concurrencia de integrantes del colectivo a los distintos centros de salud para consultas o diversas atenciones a la salud integral); la difusión continua de la ley de identidad de género, de manera de generar herramientas en el colectivo LGTBIQ para el ejercicio de sus derechos ciudadanos; las capacitaciones sobre diversidad sexual y de género en las escuelas y con grupos de adolescentes; y la articulación con diversas áreas municipales (como por ejemplo la Secretaría de Producción), favoreciendo el acceso al empleo y/o a los microemprendimientos.



Anexo

Tabla 12. Casos y tasas de VIH por 100.000 habitantes por provincia, Argentina (2004-2013)

País		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012*	2013*	Tendencia
		Tasas	18,3	15,8	15,2	14,4	16,3	16,2	16,4	15,8	14,8	13,8
	Casos	6.984	6.099	5.921	5.659	6.490	6.485	6.674	6.531	6.186	5.816	
Buenos Aires	Tasas	23,7	19,4	18,1	16,5	17,7	15,9	14,1	13,3	11,2	9,3	
	Casos	3.437	2.850	2.678	2.457	2.662	2.416	2.220	2.115	1.808	1.518	
CABA	Tasas	40,7	33,6	32,2	30,0	33,0	40,0	43,2	37,9	33,3	30,8	
	Casos	1.227	1.014	974	910	1.004	1.219	1.307	1.149	1.013	937	
Catamarca	Tasas	10,9	6,3	8,0	6,8	3,3	9,8	5,6	10,0	10,9	10,0	
	Casos	39	23	30	26	13	39	21	38	42	39	
Chaco	Tasas	2,1	3,7	4,7	4,4	7,0	7,4	8,1	8,8	10,1	12,6	
	Casos	21	38	49	46	74	79	88	96	112	141	
Chubut	Tasas	25,7	14,4	14,4	21,3	21,1	14,6	17,9	25,0	20,6	22,2	
	Casos	113	64	65	97	97	68	92	131	110	121	
Córdoba	Tasas	14,5	14,2	13,8	13,3	16,3	17,5	18,4	16,3	15,8	15,2	
	Casos	468	462	453	442	544	591	620	557	544	531	
Corrientes	Tasas	7,7	5,9	6,9	6,8	6,8	7,1	8,3	7,5	8,0	9,1	
	Casos	75	58	68	68	69	73	84	77	83	96	
Entre Ríos	Tasas	8,3	5,8	7,2	6,7	8,8	7,5	12,9	14,2	12,1	13,0	
	Casos	100	71	89	83	110	95	162	180	155	169	
Formosa	Tasas	4,9	7,0	5,0	3,6	5,0	2,9	5,8	5,9	8,2	11,1	
	Casos	25	36	26	19	27	16	32	33	46	63	
Jujuy	Tasas	16,3	13,3	14,7	13,7	16,5	16,5	17,0	14,7	19,3	22,7	
	Casos	105	87	97	92	112	114	116	102	135	161	
La Pampa	Tasas	8,5	3,7	5,2	5,8	8,4	10,4	10,7	15,4	11,4	21,1	
	Casos	27	12	17	19	28	35	35	51	38	71	
La Rioja	Tasas	9,7	8,7	15,3	14,1	12,6	17,2	17,2	15,0	9,6	11,5	
	Casos	29	28	50	47	43	60	59	52	34	41	
Mendoza	Tasas	5,9	4,4	6,7	8,9	13,9	11,7	14,5	15,1	14,9	15,9	
	Casos	97	74	113	153	240	204	258	272	271	293	
Misiones	Tasas	12,8	9,8	15,2	12,2	10,9	12,2	12,3	10,6	16,6	10,0	
	Casos	130	101	159	129	117	134	137	120	190	116	
Neuquén	Tasas	17,0	15,9	16,8	16,7	19,7	15,1	18,4	19,1	16,4	11,1	
	Casos	87	83	89	90	108	84	105	111	97	67	
Río Negro	Tasas	10,8	12,1	11,3	10,6	18,7	12,2	13,0	12,9	14,4	17,1	
	Casos	63	71	67	63	112	73	84	85	96	116	
Salta	Tasas	17,9	10,6	13,5	11,7	17,1	17,9	19,4	22,6	19,5	15,7	
	Casos	204	123	159	141	209	223	241	284	249	204	

Tabla 12 (continuación). Casos y tasas de VIH por 100.000 habitantes por provincia, Argentina (2004-2013)

		2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012*	2013*	Tendencia
San Juan	Tasas	5,5	4,8	7,1	6,1	9,9	12,2	8,2	13,3	14,6	13,6	
	Casos	36	32	48	42	69	86	57	94	104	98	
San Luis	Tasas	10,5	12,2	9,3	9,6	6,6	13,0	10,1	10,9	14,4	19,6	
	Casos	42	50	39	41	29	58	45	49	66	91	
Santa Cruz	Tasas	16,2	13,1	12,9	18,5	11,5	20,4	22,1	20,0	19,8	13,2	
	Casos	34	28	28	41	26	47	61	57	58	40	
Santa Fe	Tasas	8,7	14,5	8,9	9,0	11,6	12,4	12,8	12,4	12,7	12,5	
	Casos	274	460	286	291	375	405	418	407	421	417	
Santiago del Estero	Tasas	6,3	8,8	4,5	6,2	7,3	6,2	6,4	9,5	4,7	3,4	
	Casos	52	74	38	53	63	54	56	84	42	31	
Tierra del Fuego	Tasas	17,0	19,1	17,7	22,0	16,6	17,7	23,5	36,8	22,2	28,5	
	Casos	19	22	21	27	21	23	31	50	31	41	
Tucumán	Tasas	8,3	9,1	9,8	9,6	12,3	10,6	14,4	13,5	18,6	17,9	
	Casos	116	129	141	140	181	158	215	204	284	278	
Desconocido	Casos	164	109	137	142	157	131	130	133	157	136	

* Años no cerrados por retrasos en la notificación.

Tabla 13. Tasa específica de VIH por 100.000 habitantes según sexo y región, Argentina (2004-2013)

Varones	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012*	2013*	Tendencia
País	22,7	20	19,3	18,7	21,1	21,5	22,2	21,6	20,2	18,8	
AMBA	36,5	29,9	28,5	27,1	28,6	30,1	30,6	26,8	22,2	19,3	
Centro	19,3	19,8	16,7	16,1	18,8	19,5	18,6	19,2	18,3	16,5	
NOA	13,9	11,8	12,5	12,7	15,7	15,4	17,9	19,6	19,9	20,5	
NEA	9,2	7,3	8,9	8,2	8,6	9,6	11,3	10,6	14,4	13,7	
Cuyo	8,6	7,7	11,7	12,6	16,8	17,6	17,8	19,2	20,2	21,3	
Patagonia	16,7	14,6	17	17,6	20,5	17,6	21,2	23,8	21	21,7	

Mujeres	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012*	2013*	Tendencia
País	14,1	11,8	11,3	10,2	11,8	11	10,8	10,3	9,6	9	
AMBA	22,1	18	17,1	14,6	16,2	14,2	13,4	11,2	8,9	8,3	
Centro	11,4	10,3	9,2	8,5	10,1	9,9	9,6	9,3	9,3	8,5	
NOA	9,7	7,9	8,2	7,1	9,2	9,6	10	10,5	11,6	9	
NEA	5,1	5,8	7,9	6,2	7	6,6	6,9	6,5	8	7,7	
Cuyo	5	4,3	4,4	5,4	7,1	7,6	8	9,3	8,4	9,8	
Patagonia	14,8	10,7	8,7	12,1	13,7	10,9	11,8	14,7	12,5	13,2	

* Años no cerrados por retrasos en la notificación.

Tabla 14. Tasa de VIH por 100.000 habitantes según región sanitaria de la provincia de Buenos Aires (2004-2013)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012*	2013*	Tendencia
Buenos Aires	23,6	19,4	18,1	16,5	17,7	15,9	14,1	13,3	11,2	9,3	
Región Sanitaria I	11,2	6,5	6,9	4,8	8,2	7,3	4,7	8,7	9,5	9,8	
Región Sanitaria II	2,7	2,3	2,3	2,3	2,9	2,3	1,6	1,6	1,6	0,3	
Región Sanitaria III	6,8	5,6	6,3	7,1	6,3	9,8	3,6	1,2	2,7	4,7	
Región Sanitaria IV	5,4	3,3	4,8	4,4	4,3	4,9	6,0	4,7	6,3	3,3	
Región Sanitaria V	23,7	17,8	14,2	13,7	13,7	11,6	12,6	10,0	9,8	8,8	
Región Sanitaria VI	27,3	23,4	22,6	18,8	21,9	19,5	17,9	16,3	10,6	10,1	
Región Sanitaria VII	19,9	16,4	15,1	15,2	16,0	13,7	12,0	11,3	11,3	7,9	
Región Sanitaria VIII	28,8	28,0	25,9	19,0	19,7	18,3	11,1	12,8	11,9	10,6	
Región Sanitaria IX	4,9	4,9	7,5	6,1	3,2	3,5	3,2	4,8	5,4	2,8	
Región Sanitaria X	9,5	5,6	8,0	4,5	5,1	4,8	3,7	11,3	11,9	3,6	
Región Sanitaria XI	20,9	18,9	12,3	13,0	15,9	15,6	15,5	14,3	14,1	5,4	
Región Sanitaria XII	25,6	22,3	24,3	22,1	22,6	18,4	14,7	10,9	6,6	5,4	

* Años no cerrados por retrasos en la notificación.

Tabla 15. Tasa de VIH por 100.000 habitantes en los 24 partidos del Gran Buenos Aires (2004-2013)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	* 2012	* 2013	Tendencia
Total GBA	25,1	20,5	19,5	17,6	18,6	16,1	15,2	13,0	10,0	8,6	
Almirante Brown	20,1	20,0	13,5	15,5	17,8	15,3	18,9	11,2	8,5	7,2	
Avellaneda	31,8	25,1	29,2	27,7	22,8	23,4	16,8	18,7	15,2	12,3	
Berazategui	26,7	14,6	18,3	12,4	17,8	14,8	18,7	17,9	8,4	2,4	
Esteban Echeverría	21,4	18,8	13,6	11,9	46,3	23,5	14,3	11,3	6,0	7,1	
Ezeiza	20,9	16,6	33,1	18,6	14,6	8,1	12,9	13,6	12,5	11,6	
Florencio Varela	19,0	20,4	17,7	15,6	15,2	17,1	14,5	12,4	11,7	10,5	
General San Martín	20,3	19,3	16,4	17,8	15,8	11,1	16,7	9,8	16,2	11,2	
Hurlingham	16,0	10,8	12,5	17,5	14,7	15,7	12,0	13,1	7,6	4,8	
Ituzaingó	8,6	11,0	17,5	9,0	11,3	11,2	10,6	4,7	5,8	4,6	
José C. Paz	41,5	27,1	16,3	22,4	18,5	18,3	18,3	10,3	13,4	9,6	
La Matanza	25,6	22,3	24,3	22,1	22,6	18,4	14,7	10,9	6,6	5,4	
Lanús	35,5	36,6	34,7	26,3	22,9	23,3	22,0	19,8	11,2	12,7	
Lomas de Zamora	33,5	27,3	28,4	24,7	27,2	25,3	23,8	17,9	14,4	13,5	
Malvinas Argentinas	30,0	14,1	11,4	8,7	4,9	6,4	9,2	10,7	6,6	8,0	
Merlo	19,8	18,4	16,0	15,2	16,1	12,9	12,6	12,8	14,6	9,6	
Moreno	27,1	18,4	17,6	20,0	16,7	15,5	14,1	11,7	16,3	11,2	
Morón	25,2	16,4	14,3	16,2	18,0	14,4	13,3	11,1	9,3	5,0	
Quilmes	28,0	20,7	18,3	12,9	16,1	17,2	13,1	20,9	7,6	11,3	
San Fernando	28,4	35,8	19,4	25,5	19,1	19,6	15,8	10,9	6,6	12,5	
San Isidro	26,2	15,7	17,6	10,4	13,3	10,4	10,8	13,9	7,5	10,9	
San Miguel	21,4	15,9	15,4	10,5	13,9	9,5	13,7	10,3	7,1	8,4	
Tigre	26,2	19,1	16,4	17,1	13,9	12,3	14,1	9,8	10,9	6,4	
Tres de Febrero	15,0	11,8	12,4	13,9	13,3	11,0	8,4	9,3	6,7	6,1	
Vicente López	17,5	15,1	13,0	9,1	13,7	9,8	12,1	11,8	13,3	9,6	

* Años no cerrados por retrasos en la notificación.

Tabla 16. Lugar de residencia de las personas con diagnóstico de VIH según provincia, Argentina (2006-2014)

	2006-2008	2009-2011	2012-2014 *	Variación 2006-2014
País	18.070	19.691	15.799	
	100,0%	100,0%	100,0%	
Buenos Aires	43,1%	34,3%	26,7%	↓ 61,9%
CABA	16,0%	18,7%	15,0%	↓ 93,8%
Catamarca	0,4%	0,5%	0,8%	↑ 100,0%
Chaco	0,9%	1,3%	1,9%	↑ 111,1%
Chubut	1,4%	1,5%	2,0%	↑ 42,9%
Córdoba	8,0%	9,0%	9,4%	↑ 17,5%
Corrientes	1,1%	1,2%	1,5%	↑ 36,4%
Entre Ríos	1,6%	2,2%	2,7%	↑ 68,8%
Formosa	0,4%	0,4%	0,7%	↑ 75,0%
Jujuy	1,7%	1,7%	2,8%	↑ 64,7%
La Pampa	0,4%	0,6%	1,0%	↑ 150,0%
La Rioja	0,8%	0,9%	0,6%	↓ 75,0%
Mendoza	2,8%	3,7%	5,0%	↑ 78,6%
Misiones	2,2%	2,0%	2,4%	↑ 9,1%
Neuquén	1,6%	1,5%	1,6%	—
Río Negro	1,3%	1,2%	1,8%	↑ 38,5%
Salta	2,8%	3,8%	4,3%	↑ 53,6%
San Juan	0,9%	1,2%	1,7%	↑ 88,9%
San Luis	0,6%	0,8%	1,3%	↑ 116,7%
Santa Cruz	0,5%	0,8%	1,0%	↑ 100,0%
Santa Fe	5,3%	6,3%	6,8%	↑ 28,3%
Santiago del Estero	0,9%	1,0%	0,7%	↓ 77,8%
Tierra del Fuego	0,4%	0,5%	0,7%	↑ 75,0%
Tucumán	2,6%	2,9%	5,2%	↑ 100,0%
Desconocido	2,4%	2,0%	2,4%	

* Años no cerrados por retrasos en la notificación.

Tabla 17. Lugar de residencia de las personas con diagnóstico de VIH según región sanitaria de la provincia de Buenos Aires (2006-2014)

	2006-2008	2009-2011	2012-2014*	Variación 2006-2014
Total Buenos Aires	100,0%	100,0%	100,0%	
	775900,0%	617700,0%	397900,0%	
Región Sanitaria I	1,7%	2,1%	4,6%	↑ 170,6%
Región Sanitaria II	0,3%	0,3%	0,3%	—
Región Sanitaria III	0,6%	0,6%	0,5%	↓ 83,3%
Región Sanitaria IV	1,0%	1,4%	1,5%	↑ 50,0%
Región Sanitaria V	16,4%	17,2%	18,4%	↑ 12,2%
Región Sanitaria VI	29,6%	28,9%	26,1%	↓ 88,2%
Región Sanitaria VII	13,2%	12,9%	13,2%	—
Región Sanitaria VIII	9,4%	7,9%	8,8%	↓ 93,6%
Región Sanitaria IX	0,7%	0,6%	0,7%	—
Región Sanitaria X	0,7%	0,5%	0,9%	↑ 28,6%
Región Sanitaria XI	6,1%	8,5%	6,6%	↑ 8,2%
Región Sanitaria XII	12,0%	10,8%	7,9%	↓ 65,8%
Desconocido	8,4%	8,3%	10,5%	

* Años no cerrados por retraso en la notificación. FUENTE: total de casos notificados por ficha epidemiológica específica. N = 17.915. No se incluyen los diagnósticos por laboratorio no informados por fichas de notificación específica, por lo que el total de la provincia es diferente al informado en la tabla 5 y en el gráfico 6.

Tabla 18. Razón hombre/mujer de VIH por años de diagnóstico agrupados según provincia, Argentina (2006-2014)

	2006-2008	2009-2011	2012-2014 *	Variación 2006-2014	
País	1,7	2,0	2,0	↑ 17,6%	
	11.381	13.017	10.578		
	6.689	6.673	5.220		
Buenos Aires	1,3	1,6	1,7	↑ 30,8%	
CABA	2,8	3,1	3,1	↑ 10,7%	
Catamarca	1,9	1,1	1,8	↓ 5,3%	
Chaco	1,8	2,9	2,3	↑ 27,8%	
Chubut	1,2	1,3	1,6	↑ 33,3%	
Córdoba	2,8	2,5	2,3	↓ 17,9%	
Corrientes	1,6	1,7	2,5	↑ 56,3%	
Entre Ríos	1,4	2,1	2,1	↑ 50,0%	
Formosa	1,1	1,5	1,7	↑ 54,5%	
Jujuy	1,7	1,4	1,6	↓ 5,9%	
La Pampa	1,6	1,6	1,3	↓ 18,8%	
La Rioja	1,5	1,4	1,4	↓ 6,7%	
Mendoza	3,0	2,5	2,7	↓ 10,0%	
Misiones	0,9	1,1	1,2	↑ 33,3%	
Neuquén	2,1	2,3	2,2	↑ 4,8%	
Río Negro	1,5	1,8	1,8	↑ 20,0%	
Salta	1,4	1,6	1,7	↑ 21,4%	
San Juan	2,5	2,0	1,9	↓ 24,0%	
San Luis	1,5	1,9	1,9	↑ 26,7%	
Santa Cruz	1,3	1,3	1,6	↑ 23,1%	
Santa Fe	1,8	1,7	1,7	↓ 5,6%	
Santiago del Estero	1,2	1,2	1,3	↑ 8,3%	
Tierra del Fuego	2,1	2,0	2,1	=	
Tucumán	2,1	2,9	2,6	↑ 23,8%	

* Años no cerrados por retraso en la notificación

FUENTE: total de casos notificados por ficha epidemiológica específica y por laboratorio en el periodo analizado. N = 53.558.

Tabla 19. Razón hombre/mujer de VIH por años de diagnóstico agrupados según región sanitaria de la provincia de Buenos Aires, Argentina (2006-2014)

	2006-2008	2009-2011	2012-2014 *	Variación 2006-2014	
Total Buenos Aires	1,3	1,6	1,7	↑ 30,80%	
	4.418	3.770	2.526		
	3.341	2.407	1.453		
Región Sanitaria I	1,4	1,5	2,5	↑ 78,6%	
Región Sanitaria II	1,9	0,9	4,0	↑ 110,5%	
Región Sanitaria III	1,3	1,8	4,0	↑ 207,7%	
Región Sanitaria IV	1,7	1,2	1,4	↓ 17,6%	
Región Sanitaria V	1,5	1,7	1,6	↑ 6,7%	
Región Sanitaria VI	1,2	1,5	1,6	↑ 33,3%	
Región Sanitaria VII	1,2	1,6	2,1	↑ 75,0%	
Región Sanitaria VIII	1,4	1,6	1,8	↑ 28,6%	
Región Sanitaria IX	1,7	1,1	0,9	↓ 47,1%	
Región Sanitaria X	1,4	2,0	2,6	↑ 85,7%	
Región Sanitaria XI	1,6	1,6	2,1	↑ 31,3%	
Región Sanitaria XII	1,1	1,4	1,3	↑ 18,2%	

* Años no cerrados por retraso en la notificación.

FUENTE: total de casos notificados por ficha epidemiológica específica. N = 17.915. No se incluyen los diagnósticos por laboratorio no informados por fichas de notificación específica, por lo que el total de la provincia es diferente al informado en la tabla 7 y en el gráfico 6.

Tabla 20. Mediana de edad de diagnósticos de VIH según sexo y región, Argentina (2006-2014)

País	Varones				Mujeres			
	2006-2008	2009-2011	2012-2014*	Evolución	2006-2008	2009-2011	2012-2014*	Evolución
País	35	35	34	↔	31	32	33	↗
AMBA	35	35	34	↔	32	33	33	↔
Centro	35	35	34	↔	31	31	33	↗
NOA	33	33	32	↔	29	30	31	↗
NEA	33	34	32	↔	29	30	31	↗
Cuyo	34	35	33	↔	29	32	33	↗
Patagonia	35	34	34	↔	31	31	33	↗

* Años no cerrados por retraso en la notificación

FUENTE: total de casos notificados por ficha epidemiológica específica y por laboratorio en el periodo analizado. N = 53.558.

Tabla 21. Mediana de edad de diagnóstico de VIH según sexo y provincia, Argentina (2006-2014)

País	Varones				Mujeres			
	2006-2008	2009-2011	2012-2014*	Evolución	2006-2008	2009-2011	2012-2014*	Evolución
País	34	34	33	↔	31	32	32	↔
Buenos Aires	35	35	35	↔	31	32	33	↗
CABA	35	34	33	↔	32	33	34	↗
Catamarca	31	33	30	↔	28,5	29	29,5	↗
Chaco	33	32	32,5	↔	27	32,5	32	↗
Chubut	36	35	35	↔	32	30	33	↔
Córdoba	34	33	33	↔	33	32	32	↔
Corrientes	33	33	31	↔	31	31	31	↔
Entre Ríos	32	34	32	↔	28	30	30	↔
Formosa	32,5	34	30	↔	27,5	31,5	27	↔
Jujuy	32	35	32	↔	30	30	31	↔
La Pampa	37	35	37	↔	32	26	36	↔
La Rioja	28	34	32,5	↔	27	29	32	↗
Mendoza	35	35	33	↔	31	32,5	34	↗
Misiones	33	36	33	↔	29	29	32	↔
Neuquén	33	34	32	↔	31,5	34	31,5	↔
Río Negro	35	36	35	↔	31	30	33	↔
Salta	31,5	33	31	↔	28	29	30,5	↔
San Juan	33,5	33	35	↔	32	35	31	↔
San Luis	30	35	33	↔	27	29	36	↔
Santa Cruz	34	33	32	↔	28	31	31	↔
Santa Fe	36	35	35	↔	30	31	33	↔
Santiago del Estero	34	33	30	↔	28	30,5	30	↔
Tierra del Fuego	33	31	32	↔	27	37	30,5	↔
Tucumán	33	32	31	↔	28	30	30	↔

* Años no cerrados por retraso en la notificación.

FUENTE: total de casos notificados por ficha epidemiológica específica y por laboratorio en el periodo analizado. N = 53.558.

Tabla 22. Mediana de edad de diagnóstico de VIH según sexo en regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires, Argentina (2006-2014)

	Varones				Mujeres			
	2006 - 2008	2009 - 2011	2012 - 2014*	Evolución	2006 - 2008	2009 - 2011	2012 - 2014*	Evolución
Provincia de Buenos Aires	35	35	35	—	31	32	33	—
Región Sanitaria I	39	32	35	—	31	35	34	—
Región Sanitaria II	36	30,5	39	—	27,5	32	28,5	—
Región Sanitaria III	33,5	33,5	36,5	—	32	29,5	31	—
Región Sanitaria IV	34	38,5	41,5	—	33	35	37,5	—
Región Sanitaria V	35	35	34	—	31	33	34	—
Región Sanitaria VI	35	36	35	—	31	32	32	—
Región Sanitaria VII	36	35	35	—	32	35	33	—
Región Sanitaria VIII	34	37	37	—	29,5	32	34	—
Región Sanitaria IX	40	39	42	—	39	27	30	—
Región Sanitaria X	36	36	33	—	29	32,5	38	—
Región Sanitaria XI	34	32	32	—	29,5	32	31	—
Región Sanitaria XII	36	35	36	—	32	33	31	—

* Años no cerrados por retraso en la notificación.

FUENTE: total de casos notificados por ficha epidemiológica específica. N = 17915. No se incluyen los diagnósticos por laboratorio no informados por fichas de notificación específica.

Tabla 23. Máximo nivel de instrucción alcanzado en personas de 19 años o más con diagnóstico de VIH según sexo y región, Argentina (2006-2014)

País		Varones							Mujeres						
		SI / PI	PC / SI	SC	T / UI	UC	Desc.	Total	SI / PI	PC / SI	SC	T / UI	UC	Desc.	Total
	2006 - 2008	8,7%	38,8%	22,4%	16,8%	5,5%	7,8%	10.965	12,7%	49,0%	19,5%	8,5%	1,4%	9,0%	6.093
	2009 - 2011	7,2%	35,8%	23,9%	19,0%	6,4%	7,6%	11.448	11,7%	47,2%	20,7%	10,3%	1,5%	8,7%	5.552
	2012 - 2014*	6,7%	32,6%	22,5%	20,6%	6,5%	11,1%	9.010	10,4%	43,8%	20,3%	9,8%	2,0%	13,7%	4.136
CABA	2006 - 2008	4,1%	25,8%	29,9%	24,0%	9,8%	6,3%	2.050	8,7%	38,0%	28,2%	13,2%	3,2%	8,7%	698
	2009 - 2011	4,1%	23,0%	29,4%	24,4%	12,8%	6,3%	2.274	8,5%	38,2%	29,1%	14,2%	2,8%	7,2%	636
	2012 - 2014*	3,8%	19,2%	28,6%	27,1%	10,8%	10,5%	1.439	7,3%	32,5%	24,6%	18,1%	3,1%	14,4%	382
GBA	2006 - 2008	10,6%	50,8%	19,0%	11,7%	2,2%	5,6%	2.765	13,6%	55,3%	18,4%	6,1%	0,8%	5,9%	2.131
	2009 - 2011	8,9%	45,6%	23,1%	13,0%	2,6%	6,8%	2.325	11,4%	51,9%	19,6%	8,5%	0,8%	7,8%	1.451
	2012 - 2014*	5,3%	41,5%	22,5%	14,4%	3,6%	12,5%	1.461	7,6%	49,1%	20,8%	6,6%	1,6%	14,3%	818
Centro	2006 - 2008	8,5%	39,9%	23,4%	16,2%	5,5%	6,6%	3.257	12,5%	49,4%	20,0%	8,5%	1,5%	8,2%	1.724
	2009 - 2011	7,5%	38,3%	23,2%	17,8%	6,4%	6,8%	3.424	11,3%	49,0%	20,9%	9,1%	1,4%	8,4%	1.683
	2012 - 2014*	8,2%	34,5%	21,5%	19,6%	6,5%	9,6%	2.667	11,9%	47,2%	20,0%	7,7%	2,0%	11,2%	1.278
NOA	2006 - 2008	11,2%	39,1%	16,5%	19,4%	5,8%	8,0%	896	15,7%	49,0%	17,1%	9,2%	1,2%	7,8%	502
	2009 - 2011	7,5%	36,6%	20,1%	23,5%	5,2%	7,1%	1.145	12,0%	49,1%	20,1%	11,8%	1,1%	5,8%	617
	2012 - 2014*	8,5%	30,7%	20,4%	24,0%	5,3%	11,1%	1.221	10,6%	43,5%	21,2%	11,1%	1,3%	12,4%	605
NEA	2006 - 2008	10,8%	28,3%	17,5%	13,0%	4,3%	26,2%	446	17,5%	35,0%	12,5%	5,3%	0,6%	29,1%	337
	2009 - 2011	10,6%	35,0%	19,6%	16,5%	2,9%	15,5%	491	21,4%	37,1%	12,1%	8,9%	0,6%	19,8%	313
	2012 - 2014*	9,3%	39,7%	20,9%	18,8%	5,5%	5,8%	398	24,6%	41,4%	16,3%	5,4%	1,5%	10,8%	203
Cuyo	2006 - 2008	13,6%	36,8%	20,2%	18,2%	6,6%	4,6%	625	16,2%	53,1%	14,1%	10,4%	1,7%	4,6%	241
	2009 - 2011	8,9%	34,7%	23,4%	19,2%	6,3%	7,4%	807	15,5%	46,0%	17,2%	13,6%	1,4%	6,2%	354
	2012 - 2014*	7,7%	34,0%	18,5%	23,8%	6,0%	10,0%	836	11,1%	41,2%	15,3%	14,2%	2,8%	15,3%	359
Patagonia	2006 - 2008	8,1%	38,4%	23,2%	13,7%	3,3%	13,2%	604	6,9%	47,1%	19,1%	12,5%	1,7%	12,7%	361
	2009 - 2011	7,9%	38,4%	22,1%	18,0%	3,9%	9,7%	700	10,2%	45,9%	22,8%	9,9%	2,3%	8,9%	394
	2012 - 2014*	5,6%	36,2%	22,0%	16,1%	5,2%	14,8%	708	7,3%	38,2%	22,9%	11,3%	2,3%	18,1%	398
Desconocido							884							296	

* Años no cerrados por retraso en la notificación.

Siglas: **SI/PI**: sin instrucción/primaria incompleta; **PC/SI**: primaria completa/secundaria incompleta; **SC**: secundaria completa;

T/UI: terciaria (completa e incompleta)/universitaria incompleta; **UC**: universitaria completa; **Desc.**: desconocido.

FUENTE: casos notificados por ficha epidemiológica específica. N = 47.204. No se incluyen los diagnósticos por laboratorio no informados por fichas de notificación específica.

Tabla 24. Máximo nivel de instrucción alcanzado en personas de 19 años o más según sexo y provincia, Argentina (2006-2014)

País	Año	Varones							Mujeres						
		SI / PI	PC / SI	SC	T / UI	UC	Desc.	Total	SI / PI	PC / SI	SC	T / UI	UC	Desc.	Total
Argentina	2006-2008	8,7%	38,8%	22,4%	16,8%	5,5%	7,8%	10.965	12,7%	49,0%	19,5%	8,5%	1,4%	9,0%	6.093
	2009-2011	7,2%	35,8%	23,9%	19,0%	6,4%	7,6%	11.448	11,7%	47,2%	20,7%	10,3%	1,5%	8,7%	5.552
	2012-2014 *	6,7%	32,6%	22,5%	20,6%	6,5%	11,1%	9.010	10,4%	43,8%	20,3%	9,8%	2,0%	13,7%	4.136
Buenos Aires	2006-2008	9,9%	48,2%	20,7%	11,9%	2,8%	6,5%	4.241	12,9%	54,2%	18,5%	6,6%	0,8%	6,9%	3.066
	2009-2011	8,6%	44,2%	22,7%	13,6%	3,0%	8,0%	3.603	10,9%	51,6%	19,9%	8,4%	0,8%	8,3%	2.194
	2012-2014*	6,0%	40,1%	23,1%	14,2%	4,1%	12,5%	2.448	8,2%	48,8%	20,3%	6,0%	1,7%	15,1%	1.322
CABA	2006-2008	4,1%	25,8%	29,9%	24,0%	9,8%	6,3%	2.050	8,7%	38,0%	28,2%	13,2%	3,2%	8,7%	698
	2009-2011	4,1%	23,0%	29,4%	24,4%	12,8%	6,3%	2.274	8,5%	38,2%	29,1%	14,2%	2,8%	7,2%	636
	2012-2014*	3,8%	19,2%	28,6%	27,1%	10,8%	10,5%	1.439	7,3%	32,5%	24,6%	18,1%	3,1%	14,4%	382
Catamarca	2006-2008	9,1%	25,0%	11,4%	18,2%	6,8%	29,5%	44	4,5%	40,9%	31,8%	0,0%	4,5%	18,2%	22
	2009-2011	9,1%	34,1%	20,5%	15,9%	4,5%	15,9%	44	7,1%	47,6%	28,6%	9,5%	2,4%	4,8%	42
	2012-2014*	6,7%	28,0%	25,3%	21,3%	10,7%	8,0%	75	7,1%	42,9%	19,0%	19,0%	4,8%	7,1%	42
Chaco	2006-2008	7,5%	36,8%	17,0%	27,4%	5,7%	5,7%	106	25,9%	48,3%	19,0%	3,4%	1,7%	1,7%	58
	2009-2011	10,1%	40,3%	21,7%	20,2%	2,3%	5,4%	129	18,2%	52,3%	9,1%	18,2%	0,0%	2,3%	44
	2012-2014*	2,3%	38,6%	29,5%	23,9%	4,5%	1,1%	88	12,8%	57,4%	14,9%	8,5%	2,1%	4,3%	47
Chubut	2006-2008	7,9%	45,0%	15,7%	9,3%	3,6%	18,6%	140	6,5%	47,7%	20,6%	10,3%	0,0%	15,0%	107
	2009-2011	9,5%	35,8%	26,4%	6,8%	3,4%	18,2%	148	5,9%	48,0%	20,6%	10,8%	2,0%	12,7%	102
	2012-2014*	7,1%	39,7%	23,1%	15,4%	3,8%	10,9%	156	8,3%	39,6%	25,0%	11,5%	3,1%	12,5%	96
Córdoba	2006-2008	6,3%	31,1%	23,5%	24,8%	10,3%	4,0%	1.031	10,6%	44,0%	24,5%	12,8%	3,3%	4,7%	359
	2009-2011	5,4%	31,2%	23,7%	24,4%	11,2%	4,1%	1.238	9,9%	41,2%	26,0%	11,2%	3,3%	8,4%	454
	2012-2014*	6,0%	25,4%	22,2%	28,4%	10,6%	7,5%	1.005	9,2%	44,3%	24,3%	10,9%	3,4%	7,8%	411
Corrientes	2006-2008	16,4%	33,6%	23,0%	15,6%	6,6%	4,9%	122	19,4%	52,8%	16,7%	6,9%	1,4%	2,8%	72
	2009-2011	12,9%	37,1%	20,7%	23,6%	1,4%	4,3%	140	30,8%	34,6%	7,7%	12,8%	0,0%	14,1%	78
	2012-2014*	9,0%	43,4%	19,9%	17,5%	4,8%	5,4%	166	29,7%	37,5%	10,9%	7,8%	1,6%	12,5%	64
Entre Ríos	2006-2008	17,1%	42,4%	15,8%	10,8%	2,5%	11,4%	158	18,5%	42,6%	14,8%	8,3%	0,9%	14,8%	108
	2009-2011	10,4%	34,4%	25,1%	21,3%	4,4%	4,4%	183	18,9%	48,4%	14,7%	11,6%	0,0%	6,3%	95
	2012-2014*	10,7%	37,6%	14,0%	20,8%	3,9%	12,9%	178	18,6%	41,9%	9,3%	12,8%	1,2%	16,3%	86
Formosa	2006-2008	5,4%	40,5%	16,2%	10,8%	8,1%	18,9%	37	10,0%	56,7%	16,7%	3,3%	0,0%	13,3%	30
	2009-2011	6,3%	37,5%	27,1%	18,8%	4,2%	6,3%	48	17,9%	53,6%	17,9%	7,1%	0,0%	3,6%	28
	2012-2014*	8,8%	29,4%	20,6%	20,6%	14,7%	5,9%	34	5,3%	36,8%	36,8%	5,3%	5,3%	10,5%	19
Jujuy	2006-2008	13,3%	43,1%	19,9%	17,1%	0,6%	6,1%	181	9,1%	51,5%	18,2%	10,1%	1,0%	10,1%	99
	2009-2011	8,6%	39,6%	22,5%	20,3%	1,6%	7,5%	187	7,3%	45,2%	18,5%	14,5%	0,0%	14,5%	124
	2012-2014*	9,7%	34,7%	18,1%	16,2%	1,4%	19,9%	216	11,5%	39,2%	18,5%	9,2%	0,0%	21,5%	130
La Pampa	2006-2008	12,8%	25,6%	23,1%	10,3%	5,1%	23,1%	39	10,0%	40,0%	15,0%	5,0%	0,0%	30,0%	20
	2009-2011	11,5%	45,9%	21,3%	11,5%	1,6%	8,2%	61	7,9%	34,2%	28,9%	18,4%	0,0%	10,5%	38
	2012-2014*	5,1%	36,7%	22,8%	11,4%	2,5%	21,5%	79	4,8%	40,3%	14,5%	9,7%	4,8%	25,8%	62
La Rioja	2006-2008	26,9%	44,9%	20,5%	1,3%	0,0%	6,4%	78	26,0%	54,0%	14,0%	4,0%	0,0%	2,0%	50
	2009-2011	5,2%	50,5%	24,7%	10,3%	0,0%	9,3%	97	17,2%	48,4%	25,0%	6,3%	0,0%	3,1%	64
	2012-2014*	2,1%	23,4%	8,5%	4,3%	4,3%	57,4%	47	2,8%	16,7%	8,3%	11,1%	0,0%	61,1%	36
Mendoza	2006-2008	10,2%	35,3%	21,0%	21,0%	7,5%	4,9%	371	12,3%	50,9%	13,2%	15,8%	1,8%	6,1%	114
	2009-2011	8,6%	28,6%	25,5%	23,7%	6,8%	6,8%	486	13,7%	43,2%	18,6%	17,5%	2,2%	4,9%	183
	2012-2014*	7,1%	35,4%	18,2%	27,5%	5,6%	6,2%	534	9,2%	42,9%	15,8%	16,3%	4,6%	11,2%	196
Misiones	2006-2008	9,9%	17,1%	14,4%	3,3%	1,1%	54,1%	181	15,3%	19,8%	7,9%	5,6%	0,0%	51,4%	177
	2009-2011	10,3%	28,7%	14,9%	7,5%	4,0%	34,5%	174	18,4%	31,3%	14,1%	4,9%	1,2%	30,1%	163
	2012-2014*	15,5%	38,2%	15,5%	16,4%	4,5%	10,0%	110	32,9%	35,6%	16,4%	1,4%	0,0%	13,7%	73
Neuquén	2006-2008	8,9%	39,5%	21,1%	16,8%	3,2%	10,5%	190	8,3%	52,4%	15,5%	10,7%	3,6%	9,5%	84
	2009-2011	7,4%	39,9%	19,7%	24,1%	4,9%	3,9%	203	13,8%	39,1%	23,0%	11,5%	2,3%	10,3%	87
	2012-2014*	2,9%	31,2%	25,9%	22,4%	7,1%	10,6%	170	9,7%	33,3%	23,6%	13,9%	0,0%	19,4%	72

* Años no cerrados por retraso en la notificación.

Siglas: **SI/PI**: sin instrucción/primaria incompleta; **PC/SI**: primaria completa/secundaria incompleta; **SC**: secundaria completa;

T/UI: terciaria (completa e incompleta)/universitaria incompleta; **UC**: universitaria completa; **Desc.**: desconocido.

FUENTE: casos notificados por ficha epidemiológica específica. N = 47.204. No se incluyen los diagnósticos por laboratorio no informados por fichas de notificación específica.

Tabla 24 continuación. Máximo nivel de instrucción alcanzado en personas de 19 años o más según sexo y provincia, Argentina (2006-2014)

		Varones							Mujeres						
		SI / PI	PC / SI	SC	T / UI	UC	Desc.	Total	SI / PI	PC / SI	SC	T / UI	UC	Desc.	Total
Río Negro	2006-2008	8,8%	40,1%	24,8%	16,1%	2,2%	8,0%	137	6,7%	47,2%	18,0%	16,9%	2,2%	9,0%	89
	2009-2011	9,0%	35,4%	19,4%	20,8%	2,1%	13,2%	144	11,5%	51,3%	23,1%	2,6%	3,8%	7,7%	78
	2012-2014*	7,5%	43,4%	20,1%	9,4%	2,5%	17,0%	159	6,8%	40,9%	17,0%	12,5%	0,0%	22,7%	88
Salta	2006-2008	11,2%	46,5%	17,1%	15,4%	4,9%	4,9%	286	13,1%	47,6%	22,0%	9,9%	1,0%	6,3%	191
	2009-2011	7,4%	39,0%	24,6%	19,7%	3,7%	5,6%	431	12,4%	49,0%	23,9%	10,4%	0,8%	3,6%	251
	2012-2014*	11,8%	31,5%	22,4%	18,0%	1,7%	14,5%	406	9,1%	38,8%	25,4%	8,6%	0,9%	17,2%	232
San Juan	2006-2008	10,6%	37,2%	18,6%	21,2%	8,8%	3,5%	113	12,5%	60,0%	17,5%	2,5%	5,0%	2,5%	40
	2009-2011	9,8%	44,1%	15,4%	16,1%	10,5%	4,2%	143	16,7%	48,5%	10,6%	16,7%	1,5%	6,1%	66
	2012-2014*	9,7%	31,0%	18,6%	21,4%	9,0%	10,3%	145	14,9%	40,3%	20,9%	16,4%	1,5%	6,0%	67
San Luis	2006-2008	22,2%	34,9%	17,5%	17,5%	4,8%	3,2%	63	18,9%	51,4%	13,5%	10,8%	0,0%	5,4%	37
	2009-2011	13,6%	35,8%	23,5%	8,6%	3,7%	14,8%	81	19,5%	51,2%	9,8%	2,4%	0,0%	17,1%	41
	2012-2014*	10,0%	35,5%	24,5%	17,3%	4,5%	8,2%	110	18,3%	51,7%	11,7%	6,7%	0,0%	11,7%	60
Santa Cruz	2006-2008	3,8%	36,5%	25,0%	11,5%	5,8%	17,3%	52	5,0%	42,5%	20,0%	15,0%	2,5%	15,0%	40
	2009-2011	4,7%	37,2%	23,3%	22,1%	7,0%	5,8%	86	13,1%	55,7%	14,8%	13,1%	1,6%	1,6%	61
	2012-2014*	5,5%	39,6%	15,4%	22,0%	8,8%	8,8%	91	8,9%	39,3%	30,4%	8,9%	5,4%	7,1%	56
Santa Fe	2006-2008	9,8%	45,3%	24,0%	12,7%	1,7%	6,6%	592	15,2%	50,6%	20,5%	5,9%	1,2%	6,5%	322
	2009-2011	9,4%	45,5%	24,3%	11,6%	3,2%	6,1%	725	13,6%	54,0%	17,4%	7,4%	0,5%	7,2%	391
	2012-2014*	13,9%	45,3%	17,9%	13,1%	2,4%	7,4%	497	18,4%	51,3%	18,1%	6,1%	0,7%	5,4%	277
Sgo del	2006-2008	19,8%	40,7%	17,3%	9,9%	7,4%	4,9%	81	29,0%	54,8%	8,1%	6,5%	0,0%	1,6%	62
	2009-2011	15,0%	52,0%	13,0%	12,0%	2,0%	6,0%	100	16,4%	61,6%	13,7%	6,8%	0,0%	1,4%	73
	2012-2014*	12,9%	33,9%	24,2%	14,5%	1,6%	12,9%	62	9,8%	58,5%	22,0%	9,8%	0,0%	0,0%	41
Tierra del	2006-2008	4,3%	21,7%	47,8%	13,0%	2,2%	10,9%	46	4,8%	38,1%	33,3%	14,3%	0,0%	9,5%	21
	2009-2011	3,4%	41,4%	25,9%	19,0%	3,4%	6,9%	58	7,1%	39,3%	39,3%	3,6%	3,6%	7,1%	28
	2012-2014*	5,7%	13,2%	22,6%	15,1%	9,4%	34,0%	53	0,0%	29,2%	37,5%	8,3%	0,0%	25,0%	24
Tucumán	2006-2008	7,9%	31,3%	14,5%	27,3%	9,2%	9,9%	304	20,3%	47,7%	10,9%	10,2%	1,6%	9,4%	128
	2009-2011	5,0%	28,7%	15,7%	33,2%	9,7%	7,8%	383	15,0%	46,5%	15,0%	15,7%	3,1%	4,7%	127
	2012-2014*	4,8%	28,1%	18,4%	34,6%	10,0%	4,1%	462	13,1%	50,0%	17,5%	14,4%	2,5%	2,5%	160
Desconocido							884							296	

* Años no cerrados por retraso en la notificación.

Siglas: **SI/PI**: sin instrucción/primaria incompleta; **PC/SI**: primaria completa/secundaria incompleta; **SC**: secundaria completa;

T/UI: terciaria (completa e incompleta)/universitaria incompleta; **UC**: universitaria completa; **Desc.**: desconocido.

FUENTE: casos notificados por ficha epidemiológica específica. N = 47.204. No se incluyen los diagnósticos por laboratorio no informados por fichas de notificación específica.

Tabla 25. Vías de transmisión de VIH por sexo y provincia, Argentina (2006-2014)

VARONES		Rel hetero	HSH	TV	UDI	Hemo / Transf	Otro	Desconocido	Total	
País	2006-2008	47,1%	36,2%	1,8%	5,8%	0,2%	0,0%	8,8%	100,0%	11.309
	2012-2014*	45,1%	45,0%	1,0%	0,3%	0,0%	0,0%	8,7%	100,0%	9.258
Buenos Aires	2006-2008	53,7%	27,3%	3,0%	9,6%	0,2%	0,0%	6,3%	100,0%	4.418
	2012-2014*	52,8%	35,9%	1,2%	0,3%	0,0%	0,0%	9,7%	100,0%	2.526
CABA	2006-2008	37,3%	48,6%	0,5%	3,3%	0,1%	0,0%	10,1%	100,0%	2.082
	2012-2014*	32,9%	59,1%	0,3%	0,2%	0,0%	0,0%	7,5%	100,0%	1.458
Catamarca	2006-2008	57,8%	31,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	11,1%	100,0%	45
	2012-2014*	51,3%	44,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,9%	100,0%	76
Chaco	2006-2008	33,3%	47,2%	1,9%	0,0%	0,0%	0,0%	17,6%	100,0%	108
	2012-2014*	26,1%	45,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	28,3%	100,0%	92
Chubut	2006-2008	58,0%	17,5%	1,4%	3,5%	0,0%	0,7%	18,9%	100,0%	143
	2012-2014*	51,9%	32,5%	0,6%	0,6%	0,0%	0,0%	14,4%	100,0%	160
Córdoba	2006-2008	33,2%	56,7%	0,8%	2,4%	0,2%	0,0%	6,8%	100,0%	1.052
	2012-2014*	37,1%	53,5%	1,3%	0,0%	0,0%	0,0%	8,1%	100,0%	1.031
Corrientes	2006-2008	49,2%	39,7%	2,4%	0,0%	0,0%	0,0%	8,7%	100,0%	126
	2012-2014*	52,9%	41,8%	1,2%	0,0%	0,0%	0,0%	4,1%	100,0%	170
Entre Ríos	2006-2008	55,8%	30,7%	1,2%	0,6%	0,0%	0,0%	11,7%	100,0%	163
	2012-2014*	44,2%	40,9%	1,1%	0,0%	0,0%	0,0%	13,8%	100,0%	181
Formosa	2006-2008	52,6%	26,3%	0,0%	5,3%	0,0%	0,0%	15,8%	100,0%	38
	2012-2014*	42,9%	40,0%	2,9%	0,0%	0,0%	0,0%	14,3%	100,0%	35
Jujuy	2006-2008	61,6%	27,4%	2,1%	0,5%	0,5%	0,5%	7,4%	100,0%	190
	2012-2014*	55,1%	35,1%	2,7%	0,0%	0,0%	0,0%	7,1%	100,0%	225
La Pampa	2006-2008	51,3%	35,9%	0,0%	2,6%	0,0%	0,0%	10,3%	100,0%	39
	2012-2014*	65,8%	27,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	6,3%	100,0%	79
La Rioja	2006-2008	67,5%	18,1%	3,6%	3,6%	0,0%	0,0%	7,2%	100,0%	83
	2012-2014*	70,0%	28,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%	100,0%	50
Mendoza	2006-2008	44,5%	46,4%	0,5%	2,1%	0,3%	0,0%	6,1%	100,0%	375
	2012-2014*	36,9%	56,4%	1,6%	0,0%	0,0%	0,0%	5,1%	100,0%	550
Misiones	2006-2008	33,7%	10,7%	2,6%	1,5%	0,0%	0,0%	51,5%	100,0%	196
	2012-2014*	62,9%	25,9%	3,4%	0,0%	0,9%	0,0%	6,9%	100,0%	116
Neuquén	2006-2008	55,9%	28,7%	0,0%	3,6%	0,0%	0,0%	11,8%	100,0%	195
	2012-2014*	56,0%	38,3%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	5,1%	100,0%	175
Río Negro	2006-2008	59,2%	24,5%	2,0%	5,4%	0,0%	0,0%	8,8%	100,0%	147
	2012-2014*	66,3%	27,6%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	5,5%	100,0%	163
Salta	2006-2008	54,4%	35,6%	2,7%	3,4%	0,0%	0,0%	4,0%	100,0%	298
	2012-2014*	47,9%	43,1%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	8,8%	100,0%	422
San Juan	2006-2008	44,7%	47,4%	0,0%	0,9%	0,0%	0,0%	7,0%	100,0%	114
	2012-2014*	48,6%	42,5%	0,0%	1,4%	0,0%	0,0%	7,5%	100,0%	146
San Luis	2006-2008	41,5%	29,2%	3,1%	15,4%	0,0%	1,5%	9,2%	100,0%	65
	2012-2014*	42,1%	44,7%	0,9%	0,9%	0,0%	0,0%	11,4%	100,0%	114
Santa Cruz	2006-2008	50,0%	24,1%	1,9%	1,9%	0,0%	0,0%	22,2%	100,0%	54
	2012-2014*	40,0%	43,2%	1,1%	0,0%	1,1%	0,0%	14,7%	100,0%	95
Santa Fe	2006-2008	49,5%	30,9%	1,5%	9,6%	0,3%	0,0%	8,3%	100,0%	606
	2012-2014*	55,3%	35,4%	1,4%	1,9%	0,0%	0,0%	6,0%	100,0%	517
S. del Estero	2006-2008	63,5%	28,2%	1,2%	2,4%	0,0%	0,0%	4,7%	100,0%	85
	2012-2014*	44,6%	43,1%	4,6%	0,0%	0,0%	0,0%	7,7%	100,0%	65
Tierra del Fuego	2006-2008	48,9%	46,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,3%	100,0%	47
	2012-2014*	31,5%	57,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	11,1%	100,0%	54
Tucumán	2006-2008	43,1%	49,8%	1,0%	1,9%	1,3%	0,0%	2,9%	100,0%	313
	2012-2014*	34,9%	60,7%	1,1%	0,2%	0,0%	0,0%	3,2%	100,0%	476
Desconocido	2006-2008	35,5%	42,2%	0,9%	3,4%	0,3%	0,0%	17,7%	100,0%	327
	2012-2014*	33,7%	42,6%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	23,4%	100,0%	282

* Años no cerrados por retraso en la notificación.

Siglas: **Rel. hetero:** relaciones sexuales entre varones y mujeres. **Rel. e/varones:** relaciones sexuales entre varones. **TV:** transmisión vertical. **UDI:** uso compartido de material para consumir drogas inyectables. **Hemo/Transf.:** hemofílico o transfundido.

FUENTE: casos notificados por ficha epidemiológica específica. N = 31.699. No se incluyen los diagnósticos por laboratorio no informados por fichas de notificación específica.

Tabla 25 (continuación). Vías de transmisión de VIH por sexo y provincia, Argentina (2006-2014)

MUJERES		Rel hetero	TV	UDI	Hemo / Transf	Otro	Desconocido	Total	
País	2006-2008	87,5%	3,7%	1,6%	0,4%	0,1%	6,6%	100,0%	6.645
	2012-2014*	90,0%	2,9%	0,1%	0,0%	0,0%	7,0%	100,0%	4.487
Buenos Aires	2006-2008	88,2%	4,7%	2,2%	0,5%	0,1%	4,3%	100,0%	3.341
	2012-2014*	88,6%	4,1%	0,0%	0,1%	0,0%	7,2%	100,0%	1.453
CABA	2006-2008	90,8%	2,5%	0,5%	0,3%	0,1%	5,8%	100,0%	747
	2012-2014*	87,7%	3,2%	0,2%	0,0%	0,0%	8,8%	100,0%	408
Catamarca	2006-2008	83,3%	0,0%	0,0%	8,3%	0,0%	8,3%	100,0%	24
	2012-2014*	93,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	7,0%	100,0%	43
Chaco	2006-2008	93,4%	1,6%	0,0%	0,0%	0,0%	4,9%	100,0%	61
	2012-2014*	92,5%	1,9%	0,0%	0,0%	0,0%	5,7%	100,0%	53
Chubut	2006-2008	90,5%	0,9%	0,9%	0,0%	0,0%	7,8%	100,0%	116
	2012-2014*	90,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	9,1%	100,0%	99
Córdoba	2006-2008	89,8%	2,4%	0,5%	0,0%	0,0%	7,3%	100,0%	382
	2012-2014*	90,1%	2,1%	0,0%	0,0%	0,0%	7,8%	100,0%	436
Corrientes	2006-2008	87,3%	5,1%	0,0%	0,0%	1,3%	6,3%	100,0%	79
	2012-2014*	88,4%	4,3%	0,0%	0,0%	0,0%	7,2%	100,0%	69
Entre Ríos	2006-2008	87,3%	2,5%	0,0%	0,0%	0,0%	10,2%	100,0%	118
	2012-2014*	93,3%	1,1%	0,0%	0,0%	0,0%	5,6%	100,0%	90
Formosa	2006-2008	82,4%	5,9%	0,0%	0,0%	0,0%	11,8%	100,0%	34
	2012-2014*	78,3%	8,7%	0,0%	0,0%	0,0%	13,0%	100,0%	23
Jujuy	2006-2008	85,6%	5,4%	0,0%	0,0%	0,0%	9,0%	100,0%	111
	2012-2014*	88,1%	5,6%	0,7%	0,0%	0,0%	5,6%	100,0%	143
La Pampa	2006-2008	91,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	8,7%	100,0%	23
	2012-2014*	98,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,5%	100,0%	65
La Rioja	2006-2008	93,0%	7,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	57
	2012-2014*	94,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,3%	100,0%	38
Mendoza	2006-2008	94,4%	2,4%	0,0%	0,8%	0,0%	2,4%	100,0%	124
	2012-2014*	96,1%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	3,4%	100,0%	203
Misiones	2006-2008	45,7%	4,8%	1,0%	0,0%	0,0%	48,6%	100,0%	208
	2012-2014*	85,4%	1,2%	0,0%	0,0%	0,0%	13,4%	100,0%	82
Neuquén	2006-2008	89,1%	2,2%	1,1%	2,2%	0,0%	5,4%	100,0%	92
	2012-2014*	93,7%	1,3%	0,0%	0,0%	0,0%	5,1%	100,0%	79
Río Negro	2006-2008	92,6%	1,1%	2,1%	1,1%	0,0%	3,2%	100,0%	95
	2012-2014*	92,8%	2,1%	0,0%	0,0%	0,0%	5,2%	100,0%	97
Salta	2006-2008	91,5%	2,8%	0,5%	0,0%	0,0%	5,2%	100,0%	211
	2012-2014*	90,2%	4,7%	0,0%	0,0%	0,0%	5,1%	100,0%	254
San Juan	2006-2008	88,9%	2,2%	0,0%	0,0%	0,0%	8,9%	100,0%	45
	2012-2014*	93,4%	3,9%	0,0%	0,0%	0,0%	2,6%	100,0%	76
San Luis	2006-2008	81,8%	0,0%	6,8%	0,0%	0,0%	11,4%	100,0%	44
	2012-2014*	92,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	7,9%	100,0%	63
Santa Cruz	2006-2008	87,8%	0,0%	0,0%	2,4%	0,0%	9,8%	100,0%	41
	2012-2014*	86,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	13,8%	100,0%	58
Santa Fe	2006-2008	89,9%	2,6%	4,0%	0,3%	0,0%	3,2%	100,0%	346
	2012-2014*	90,6%	2,9%	0,6%	0,0%	0,0%	5,8%	100,0%	310
S. del Estero	2006-2008	95,7%	2,9%	0,0%	0,0%	0,0%	1,4%	100,0%	69
	2012-2014*	93,8%	4,2%	0,0%	0,0%	0,0%	2,1%	100,0%	48
Tierra del Fuego	2006-2008	86,4%	4,5%	0,0%	0,0%	0,0%	9,1%	100,0%	22
	2012-2014*	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	25
Tucumán	2006-2008	93,8%	1,4%	2,1%	0,7%	0,0%	2,1%	100,0%	146
	2012-2014*	92,1%	1,7%	0,0%	0,0%	0,0%	6,2%	100,0%	178
Desconocido	2006-2008	68,8%	5,5%	0,9%	0,0%	0,0%	24,8%	100,0%	109
	2012-2014*	83,0%	1,1%	1,1%	0,0%	0,0%	14,9%	100,0%	94

* Años no cerrados por retraso en la notificación.

Siglas: Rel. hetero: relaciones sexuales entre varones y mujeres. TV: transmisión vertical. UDI: uso compartido de material para consumir drogas inyectables. Hemo/Transf.: hemofílico o transfundido. **FUENTE:** casos notificados por ficha epidemiológica específica. N = 31.699. No se incluyen los diagnósticos por laboratorio no informados por fichas de notificación específica.

Tabla 26. Vías de transmisión de VIH por sexo y región sanitaria de la provincia de Buenos Aires, Argentina (2006-2014)

VARONES		Rel hetero	HSH	TV	UDI	Hemo / Transf	Otro	Desconocido	Total	
Provincia de Buenos Aires	2006-2008	53,7%	27,3%	3,0%	9,6%	0,2%	0,0%	6,3%	100,0%	4418
	2012-2014*	52,8%	35,9%	1,2%	0,3%	0,0%	0,0%	9,7%	100,0%	2526
Región Sanitaria I	2006-2008	51,9%	32,5%	3,9%	3,9%	0,0%	0,0%	7,8%	100,0%	77
	2012-2014*	46,2%	40,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	13,8%	100,0%	130
Región Sanitaria II	2006-2008	66,7%	26,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	6,7%	100,0%	15
	2012-2014*	62,5%	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	12,5%	100,0%	8
Región Sanitaria III	2006-2008	53,6%	35,7%	0,0%	3,6%	0,0%	0,0%	7,1%	100,0%	28
	2012-2014*	56,3%	31,3%	6,3%	0,0%	0,0%	0,0%	6,3%	100,0%	16
Región Sanitaria IV	2006-2008	68,1%	21,3%	0,0%	6,4%	0,0%	0,0%	4,3%	100,0%	47
	2012-2014*	41,2%	52,9%	2,9%	0,0%	0,0%	0,0%	2,9%	100,0%	34
Región Sanitaria V	2006-2008	49,8%	35,0%	1,7%	7,6%	0,4%	0,0%	5,5%	100,0%	763
	2012-2014*	51,8%	39,0%	1,3%	0,4%	0,0%	0,0%	7,5%	100,0%	456
Región Sanitaria VI	2006-2008	51,8%	25,1%	3,6%	14,8%	0,0%	0,0%	4,7%	100,0%	1265
	2012-2014*	57,0%	33,6%	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%	7,9%	100,0%	646
Región Sanitaria VII	2006-2008	53,1%	28,5%	1,8%	7,5%	0,5%	0,0%	8,4%	100,0%	557
	2012-2014*	52,4%	38,1%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	9,0%	100,0%	357
Región Sanitaria VIII	2006-2008	61,7%	23,8%	2,1%	5,1%	0,5%	0,0%	6,8%	100,0%	428
	2012-2014*	55,1%	33,3%	0,4%	0,9%	0,0%	0,0%	10,2%	100,0%	225
Región Sanitaria IX	2006-2008	51,5%	36,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	12,1%	100,0%	33
	2012-2014*	53,8%	23,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	23,1%	100,0%	13
Región Sanitaria X	2006-2008	56,7%	20,0%	3,3%	10,0%	0,0%	0,0%	10,0%	100,0%	30
	2012-2014*	42,3%	34,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	23,1%	100,0%	26
Región Sanitaria XI	2006-2008	48,3%	31,8%	8,2%	7,5%	0,0%	0,0%	4,1%	100,0%	292
	2012-2014*	50,6%	33,1%	1,7%	0,0%	0,0%	0,0%	14,6%	100,0%	178
Región Sanitaria XII	2006-2008	58,3%	19,9%	3,7%	11,3%	0,2%	0,0%	6,6%	100,0%	487
	2012-2014*	56,6%	30,3%	2,3%	1,1%	0,0%	0,0%	9,7%	100,0%	175
Desconocido	2006-2008	55,6%	25,8%	2,3%	6,6%	0,0%	0,3%	9,6%	100,0%	396
	2012-2014*	47,3%	38,5%	1,1%	0,8%	0,0%	0,0%	12,2%	100,0%	262

Tabla 26 continuación. Vías de transmisión de VIH por sexo y región sanitaria de la provincia de Buenos Aires, Argentina (2006-2014)

MUJERES		Rel hetero	TV	UDI	Hemo / Transf	Otro	Desconocido	Total	
Provincia de Buenos Aires	2006-2008	88,2%	4,7%	2,2%	0,5%	0,1%	4,3%	100,0%	3.341
	2012-2014*	88,6%	4,1%	0,0%	0,1%	0,0%	7,2%	100,0%	1.453
Región Sanitaria I	2006-2008	96,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,6%	100,0%	56
	2012-2014*	96,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,8%	100,0%	52
Región Sanitaria II	2006-2008	62,5%	12,5%	0,0%	0,0%	0,0%	25,0%	100,0%	8
	2012-2014*	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	2
Región Sanitaria III	2006-2008	81,8%	9,1%	4,5%	0,0%	0,0%	4,5%	100,0%	22
	2012-2014*	75,0%	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	4
Región Sanitaria IV	2006-2008	81,5%	7,4%	3,7%	3,7%	0,0%	3,7%	100,0%	27
	2012-2014*	87,5%	4,2%	0,0%	0,0%	0,0%	8,3%	100,0%	24
Región Sanitaria V	2006-2008	88,9%	6,6%	1,2%	0,6%	0,2%	2,5%	100,0%	512
	2012-2014*	87,4%	5,1%	0,0%	0,0%	0,0%	7,6%	100,0%	277
Región Sanitaria VI	2006-2008	88,5%	4,4%	3,2%	0,3%	0,1%	3,5%	100,0%	1.030
	2012-2014*	89,3%	3,0%	0,0%	0,3%	0,0%	7,4%	100,0%	394
Región Sanitaria VII	2006-2008	85,4%	2,1%	1,3%	1,1%	0,4%	9,6%	100,0%	467
	2012-2014*	93,5%	2,9%	0,0%	0,0%	0,0%	3,5%	100,0%	170
Región Sanitaria VIII	2006-2008	89,4%	3,6%	2,0%	0,0%	0,0%	5,0%	100,0%	302
	2012-2014*	90,6%	1,6%	0,0%	0,0%	0,0%	7,9%	100,0%	127
Región Sanitaria IX	2006-2008	89,5%	0,0%	10,5%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	19
	2012-2014*	78,6%	7,1%	0,0%	0,0%	0,0%	14,3%	100,0%	14
Región Sanitaria X	2006-2008	90,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	9,5%	100,0%	21
	2012-2014*	90,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	10,0%	100,0%	10
Región Sanitaria XI	2006-2008	79,8%	13,5%	2,8%	1,7%	0,0%	2,2%	100,0%	178
	2012-2014*	83,5%	9,4%	0,0%	0,0%	0,0%	7,1%	100,0%	85
Región Sanitaria XII	2006-2008	92,6%	4,1%	1,4%	0,2%	0,0%	1,8%	100,0%	443
	2012-2014*	87,7%	8,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,3%	100,0%	138
Desconocido	2006-2008	87,9%	3,5%	2,7%	0,0%	0,4%	5,5%	100,0%	256
	2012-2014*	84,6%	2,6%	0,0%	0,0%	0,0%	12,8%	100,0%	156

Tabla 27. Estadio clínico al momento del diagnóstico de VIH según sexo y provincia, Argentina (2012-2014)*

	Varones				Mujeres			
	Temprano	Tardío	Desconocido	Total	Temprano	Tardío	Desconocido	Total
País	4.255	2.129	630	7.014	2.348	733	246	3.327
	60,7%	30,4%	9,0%	100,0%	70,6%	22,0%	7,4%	100,0%
Buenos Aires	56,1%	33,0%	10,9%	100,0%	69,2%	22,5%	8,4%	100,0%
CABA	63,6%	22,4%	14,0%	100,0%	71,7%	20,1%	8,2%	100,0%
Catamarca	56,6%	37,7%	5,7%	100,0%	78,3%	17,4%	4,3%	100,0%
Chaco	63,8%	25,5%	10,6%	100,0%	76,9%	11,5%	11,5%	100,0%
Chubut	61,8%	30,9%	7,3%	100,0%	69,4%	22,6%	8,1%	100,0%
Córdoba	67,2%	27,7%	5,1%	100,0%	67,5%	25,1%	7,4%	100,0%
Corrientes	52,5%	41,0%	6,5%	100,0%	70,2%	24,6%	5,3%	100,0%
Entre Ríos	61,6%	31,2%	7,2%	100,0%	92,6%	5,9%	1,5%	100,0%
Formosa	34,6%	30,8%	34,6%	100,0%	38,9%	16,7%	44,4%	100,0%
Jujuy	38,6%	48,4%	13,1%	100,0%	57,7%	31,7%	10,6%	100,0%
La Pampa	50,8%	35,4%	13,8%	100,0%	77,4%	13,2%	9,4%	100,0%
La Rioja	92,5%	7,5%	0,0%	100,0%	90,6%	6,3%	3,1%	100,0%
Mendoza	66,5%	31,4%	2,1%	100,0%	78,3%	19,2%	2,5%	100,0%
Misiones	70,0%	28,3%	1,7%	100,0%	74,5%	19,6%	5,9%	100,0%
Neuquén	69,1%	23,6%	7,3%	100,0%	76,9%	13,5%	9,6%	100,0%
Río Negro	58,7%	37,2%	4,1%	100,0%	72,4%	25,0%	2,6%	100,0%
Salta	49,0%	41,4%	9,7%	100,0%	61,2%	33,1%	5,6%	100,0%
San Juan	53,9%	36,0%	10,1%	100,0%	68,8%	16,7%	14,6%	100,0%
San Luis	62,3%	29,5%	8,2%	100,0%	75,0%	13,9%	11,1%	100,0%
Santa Cruz	61,2%	31,3%	7,5%	100,0%	75,8%	15,2%	9,1%	100,0%
Santa Fe	57,6%	37,1%	5,2%	100,0%	67,9%	25,5%	6,6%	100,0%
Santiago del Estero	57,1%	42,9%	0,0%	100,0%	80,6%	19,4%	0,0%	100,0%
Tierra del Fuego	85,4%	9,8%	4,9%	100,0%	62,5%	37,5%	0,0%	100,0%
Tucumán	78,2%	20,3%	1,6%	100,0%	87,2%	11,5%	1,4%	100,0%
Desconocido	57,0%	28,1%	14,9%	100,0%	58,9%	30,1%	11,0%	100,0%

* Años no cerrados por retraso en la notificación. FUENTE: Casos notificados por ficha epidemiológica específica. N = 10.341.

Tabla 28. Estadio clínico al momento del diagnóstico de VIH según sexo y región sanitaria de la Provincia de Buenos Aires, Argentina (2012-2014)*

	Varones				Mujeres			
	Temprano	Tardío	Desconocido	Total	Temprano	Tardío	Desconocido	Total
Provincia de Buenos	1.131	665	219	2.015	776	252	94	1.122
	56,1%	33,0%	10,9%	100,0%	69,2%	22,5%	8,4%	100,0%
Región Sanitaria I	66,7%	31,6%	1,8%	100,0%	79,1%	16,3%	4,7%	100,0%
Región Sanitaria II	62,5%	37,5%	0,0%	100,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Región Sanitaria III	68,8%	25,0%	6,3%	100,0%	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%
Región Sanitaria IV	50,0%	30,0%	20,0%	100,0%	62,5%	31,3%	6,3%	100,0%
Región Sanitaria V	57,3%	30,2%	12,5%	100,0%	63,4%	24,2%	12,3%	100,0%
Región Sanitaria VI	55,7%	35,0%	9,3%	100,0%	75,7%	17,8%	6,5%	100,0%
Región Sanitaria VII	58,9%	30,7%	10,4%	100,0%	60,0%	30,5%	9,5%	100,0%
Región Sanitaria VIII	52,2%	34,8%	13,0%	100,0%	76,5%	16,7%	6,9%	100,0%
Región Sanitaria IX	55,6%	22,2%	22,2%	100,0%	50,0%	25,0%	25,0%	100,0%
Región Sanitaria X	50,0%	43,8%	6,3%	100,0%	62,5%	25,0%	12,5%	100,0%
Región Sanitaria XI	55,6%	32,5%	11,9%	100,0%	67,3%	20,0%	12,7%	100,0%
Región Sanitaria XII	53,7%	36,1%	10,2%	100,0%	70,0%	28,3%	1,7%	100,0%
Desconocido	51,4%	33,6%	15,0%	100,0%	62,8%	25,6%	11,6%	100,0%

* Años no cerrados por retraso en la notificación. FUENTE: Casos notificados por ficha epidemiológica específica. N = 3.137.

Tabla 29. Distribución de la notificación de partos en mujeres con VIH según provincia notificante (2009-2014)*

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
Buenos Aires	31	16	28	17	68	146	306
CABA	262	236	199	179	148	123	1147
Catamarca	0	0	0	0	6	12	18
Chaco	0	10	10	17	21	17	75
Chubut	19	11	12	18	22	18	100
Córdoba	0	80	57	50	105	119	411
Corrientes	19	10	13	16	18	11	87
Entre Ríos	0	0	6	6	10	18	40
Formosa	0	0	0	0	0	7	7
Jujuy	17	25	17	22	25	25	131
La Pampa	5	7	3	7	11	12	45
La Rioja	0	0	0	1	14	20	35
Mendoza	0	25	27	29	34	50	165
Misiones	0	33	41	28	13	15	130
Neuquén	13	12	10	13	19	9	76
Río Negro	0	0	0	5	10	18	33
Salta	0	41	10	31	19	32	133
San Juan	0	4	15	13	11	15	58
San Luis	0	7	2	9	15	10	43
Santa Cruz	8	11	19	13	6	11	68
Santa Fe	7	64	69	56	43	36	275
Santiago del Estero	12	1	1	2	0	0	16
Tierra del Fuego	2	3	1	4	8	2	20
Tucumán	0	0	0	0	31	29	60
Desconocido	0	1	0	0	0	0	1
Total	395	597	540	536	657	755	3480

* Años no cerrados por retraso en la notificación.

Tabla 30. Tasas brutas de mortalidad por sida (por 100.000 habitantes) a nivel país y por provincias, entre 2003 y 2013. Ambos sexos.

Provincia	Año										
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
País	4,1	3,7	3,4	3,6	3,6	3,5	3,4	3,2	3,1	3,4	3,4
Ciudad de Buenos Aires	8,9	7,5	6,4	6,8	7,3	6,6	6,0	4,6	4,2	3,7	4,9
Buenos Aires	6,2	5,5	4,9	5,3	5,0	4,7	4,6	4,0	3,9	4,3	4,2
Catamarca	0,3	1,7	1,4	0,5	1,8	1,3	1,3	0,0	0,8	1,3	2,1
Córdoba	1,4	1,4	1,8	1,7	2,0	1,9	1,8	1,9	1,7	1,9	1,9
Corrientes	0,8	2,4	1,7	1,8	1,9	2,4	1,5	1,7	2,8	2,4	2,2
Chaco	0,8	1,4	1,1	0,4	1,1	0,7	1,1	2,1	0,9	2,0	1,5
Chubut	3,0	4,1	3,8	2,4	3,1	3,5	4,9	3,3	2,1	3,2	3,8
Entre Ríos	2,1	1,8	1,6	2,3	1,6	1,3	1,6	1,9	2,0	1,6	2,4
Formosa	0,8	1,0	0,6	0,2	1,7	1,1	2,2	2,0	2,5	3,7	1,1
Jujuy	4,1	2,2	2,6	1,8	3,0	4,3	2,9	4,0	4,2	6,1	6,1
La Pampa	1,0	0,9	0,3	0,6	1,8	0,9	1,8	0,9	0,9	1,5	0,6
La Rioja	1,0	1,0	0,3	3,2	0,9	0,0	0,6	3,2	1,4	0,9	0,0
Mendoza	1,3	0,8	1,3	1,7	1,3	2,3	1,9	2,0	2,3	2,6	2,2
Misiones	2,9	3,2	2,2	3,2	2,3	1,8	3,0	2,6	2,8	3,9	3,3
Neuquén	2,8	2,1	3,3	3,0	3,0	1,6	2,9	2,6	2,9	3,6	2,5
Río Negro	1,0	1,0	0,7	1,4	0,8	2,8	2,3	2,5	1,4	1,8	1,6
Salta	4,5	3,8	3,7	3,1	3,6	6,0	4,3	6,5	7,4	8,1	7,1
San Juan	1,2	0,5	1,4	1,0	1,0	1,9	2,6	1,3	0,9	1,1	1,5
San Luis	1,3	2,0	1,7	2,9	2,8	1,6	2,9	2,0	3,8	2,6	3,7
Santa Cruz	1,9	1,0	0,0	0,5	1,8	2,2	0,4	2,9	1,8	2,4	1,3
Santa Fe	3,0	2,9	2,6	2,5	2,6	2,4	3,1	2,6	2,5	2,9	2,6
Santiago del Estero	0,6	1,0	1,7	0,9	1,5	1,0	1,8	1,3	1,2	1,6	1,7
Tucumán	0,9	1,6	1,3	1,8	1,7	1,6	1,7	1,8	1,6	2,2	2,7
Tierra del Fuego	4,6	2,7	2,6	2,5	0,8	4,0	3,1	7,6	1,5	2,9	2,1

Fuente: Elaboración propia en base a datos provistos por la DEIS.

Tabla 31. Tasas brutas de mortalidad por sida (por 100.000 habitantes) a nivel país y por provincias, entre 2003 y 2013. Varones.

Provincia	Año										
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
País	6,2	5,5	4,9	5,2	5,0	5,0	4,9	4,5	4,4	4,9	4,9
Ciudad de Buenos Aires	15,2	13,2	9,7	11,2	11,5	11,6	9,0	7,2	6,8	5,9	8,0
Buenos Aires	9,2	8,1	6,9	7,2	7,1	6,7	6,4	5,5	5,3	5,7	5,7
Catamarca	0,6	2,2	1,6	0,5	1,0	2,1	1,5	0,0	1,6	2,1	3,1
Córdoba	2,4	1,9	3,1	3,1	2,7	2,9	2,8	2,7	2,7	2,8	2,9
Corrientes	1,5	3,3	2,7	2,8	2,8	2,8	2,0	2,4	4,5	3,1	3,1
Chaco	1,0	2,0	1,6	0,4	1,5	1,1	1,9	3,2	0,9	3,7	2,4
Chubut	3,7	6,3	4,9	2,7	3,5	3,0	7,7	2,7	2,7	4,5	4,8
Entre Ríos	2,5	2,7	2,2	4,0	1,5	1,5	2,9	2,6	3,4	2,7	2,8
Formosa	1,6	0,4	0,4	0,0	2,6	1,1	2,9	3,6	2,9	5,7	1,8
Jujuy	5,4	3,1	4,0	3,7	3,9	7,1	4,4	5,0	6,4	9,3	8,8
La Pampa	0,6	1,3	0,6	1,2	2,4	1,8	3,6	1,2	1,2	1,8	1,2
La Rioja	2,2	0,7	0,7	5,4	0,6	0,0	0,0	5,9	1,7	1,7	0,0
Mendoza	2,0	1,2	2,1	2,9	1,9	3,9	3,3	3,0	3,9	4,1	3,4
Misiones	3,0	4,3	2,1	4,6	2,1	2,4	4,0	3,1	3,4	6,5	4,1
Neuquén	4,8	2,7	4,2	5,7	4,1	2,6	5,1	3,5	4,5	6,5	4,0
Río Negro	1,7	1,7	1,4	2,0	1,7	4,7	3,3	3,7	1,5	2,7	2,7
Salta	7,7	4,6	5,9	5,4	5,8	8,2	6,5	9,6	9,6	11,7	11,2
San Juan	2,2	0,9	2,4	1,8	1,5	2,9	4,3	2,0	1,2	2,3	2,0
San Luis	2,0	2,0	2,4	5,2	4,7	2,7	3,6	3,6	4,9	3,5	5,2
Santa Cruz	3,8	1,9	0,0	0,9	2,7	3,5	0,0	2,8	2,1	4,0	2,6
Santa Fe	4,2	4,2	4,1	3,7	4,1	2,7	3,9	3,9	4,2	4,2	4,1
Santiago del Estero	0,7	1,7	2,4	1,6	1,4	1,4	2,7	1,6	1,8	2,0	2,4
Tucumán	1,5	2,6	1,8	2,7	2,4	2,3	2,0	3,0	2,3	2,9	4,6
Tierra del Fuego	5,4	5,2	1,7	1,6	1,6	4,7	3,0	14,9	1,4	2,8	2,7

Fuente: Elaboración propia en base a datos provistos por la DEIS.

Tabla 32. Tasas brutas de mortalidad por sida (por 100.000 habitantes) a nivel país y por provincias, entre 2003 y 2013. Mujeres.

Provincia	Año										
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
País	2,1	2,0	1,9	1,9	2,1	1,9	2,1	1,9	1,8	2,0	1,9
Ciudad de Buenos Aires	3,6	2,6	3,5	3,1	3,6	2,4	3,4	2,4	1,9	1,7	2,2
Buenos Aires	3,4	3,0	2,9	3,4	3,1	2,7	2,9	2,6	2,5	2,9	2,7
Catamarca	0,0	1,1	1,1	0,5	2,6	0,5	1,0	0,0	0,0	0,5	1,0
Córdoba	0,5	1,0	0,5	0,4	1,2	0,9	0,9	1,0	0,7	1,0	1,0
Corrientes	0,2	1,4	0,8	0,8	1,0	2,0	1,0	1,0	1,2	1,7	1,3
Chaco	0,6	0,8	0,6	0,4	0,6	0,2	0,4	1,1	0,9	0,4	0,7
Chubut	2,3	1,8	2,7	2,2	2,6	3,9	2,1	3,9	1,5	1,9	2,9
Entre Ríos	1,6	1,0	1,0	0,6	1,7	1,1	0,3	1,2	0,6	0,6	2,0
Formosa	0,0	1,6	0,8	0,4	0,8	1,1	1,5	0,4	2,1	1,8	0,4
Jujuy	2,8	1,2	1,2	0,0	2,1	1,5	1,4	2,9	2,0	3,1	3,3
La Pampa	1,3	0,6	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	0,6	0,6	1,2	0,0
La Rioja	0,0	1,3	0,0	1,2	1,2	0,0	1,2	0,6	1,1	0,0	0,0
Mendoza	0,6	0,4	0,5	0,5	0,7	0,7	0,7	1,1	0,9	1,2	1,0
Misiones	2,8	2,0	2,4	1,7	2,5	1,1	2,0	2,2	2,3	1,4	2,4
Neuquén	0,8	1,6	2,3	0,4	1,9	0,7	0,7	1,7	1,4	0,7	1,0
Río Negro	0,3	0,3	0,0	0,7	0,0	1,0	1,3	1,2	1,2	0,9	0,6
Salta	1,4	3,0	1,5	0,8	1,3	3,9	2,2	3,4	5,2	4,5	3,1
San Juan	0,3	0,0	0,3	0,3	0,6	0,9	0,8	0,6	0,6	0,0	1,1
San Luis	0,5	2,0	1,0	0,5	0,9	0,5	2,2	0,4	2,6	1,7	2,1
Santa Cruz	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,9	0,9	3,0	1,4	0,7	0,0
Santa Fe	1,8	1,8	1,2	1,3	1,2	2,0	2,3	1,4	0,9	1,6	1,3
Santiago del Estero	0,5	0,2	1,0	0,2	1,7	0,7	0,9	0,9	0,7	1,1	0,9
Tucumán	0,3	0,7	0,8	1,0	1,1	0,8	1,3	0,7	0,9	1,4	0,9
Tierra del Fuego	3,8	0,0	3,5	3,4	0,0	3,2	3,1	0,0	1,5	2,9	1,4

Fuente: Elaboración propia en base a datos provistos por la DEIS.

Tabla 33. Transferencia de medicamentos, reactivos y material preventivo a las provincias, Argentina (2014)

Jurisdicción	Medicamentos		Reactivos para diagnóstico de VIH, ITS y hepatitis virales		Reactivos para seguimiento de personas en atención por VIH y hepatitis virales		Leche de inicio para prevenir la transmisión vertical del VIH	
	Unidades	Pesos	Unidades	Pesos	Unidades	Pesos	Unidades	Pesos
Buenos Aires	15.058.602	148.419.989,70	686.554	8.738.111,26	51.686	14.270.207,52	9.877	324.252,48
CABA	11.463.112	136.347.805,38	0	0,00	40.692	13.430.141,23	5.308	171.984,00
Catamarca	147.981	1.277.104,79	26.564	575.804,46	543	176.496,66	196	6.336,00
Chaco	407.752	5.348.491,86	157.357	2.308.930,50	2.238	495.088,32	636	20.563,20
Chubut	545.683	4.757.800,50	89.607	1.122.684,56	7	20.368,84	398	14.054,40
Córdoba	2.789.091	29.627.339,00	111.485	2.513.880,96	13.871	4.132.616,12	2.111	70.557,60
Corrientes	634.679	5.100.745,76	111.424	1.749.917,02	2.626	654.141,32	412	13.968,00
Entre Ríos	871.596	8.589.518,78	93.211	1.489.610,34	2.809	779.049,25	1.252	42.917,76
Formosa	164.018	1.226.840,69	80.334	1.127.466,06	1.085	254.906,64	367	11.865,60
Jujuy	514.602	3.811.303,21	87.039	1.168.087,84	2.102	561.103,80	894	28.512,00
La Pampa	117.865	888.216,01	25.575	299.517,02	655	204.309,81	142	4.608,00
La Rioja	176.437	1.670.084,95	41.561	767.636,40	1.058	263.728,97	0	0,00
Mendoza	1.043.098	11.554.084,53	33.755	780.548,70	4.524	1.145.873,81	897	28.617,60
Misiones	550.076	4.218.799,57	205.757	3.494.842,80	2.916	613.448,00	497	16.128,00
Neuquén	539.808	5.762.861,97	104.195	1.325.463,02	2.257	574.662,79	356	11.197,44
Río Negro	504.016	5.992.351,73	93.878	1.278.524,28	2.141	523.736,02	604	19.584,00
Salta	1.320.054	9.724.587,32	230.681	2.821.367,76	9.596	2.289.998,82	1.524	48.988,80
San Juan	378.960	3.919.944,40	96.982	1.696.956,84	1.857	474.829,76	595	19.036,80
San Luis	291.988	3.388.402,12	90.030	1.427.080,64	1.379	462.456,43	499	15.580,80
Santa Cruz	159.927	2.017.674,09	63.433	962.939,12	826	195.929,43	0	0,00
Santa Fe	3.354.909	41.264.709,93	460.930	5.287.350,02	16.234	4.684.259,08	2.419	69.494,40
Santiago del Estero	471.482	3.738.591,54	41.534	843.992,54	972	266.268,28	688	22.291,20
Tierra del Fuego	120.116	1.152.326,87	16.967	347.716,90	701	152.371,77	36	1.152,00
Tucumán	833.354	8.079.797,13	219.306	3.469.333,30	4.596	1.164.982,72	1.120	35.628,00
Ministerio de Salud*	1.977.366	23.631.100,97	54.453	1.298.029,56	9.019	2.259.191,68	355	10.982,40
Total	44.436.572	471.510.472,80	3.222.612	46.895.791,90	176.390	50.050.167,06	31.183	1.008.300,48

* Ministerio de Salud: PROFE, ANLIS, INE, Servicio Penitenciario Federal, etc.

	Geles lubricantes		Preservativos		Folletos		Material educativo		Total de transferencias
	Unidades	Pesos	Unidades	Pesos	Unidades	Pesos	Unidades	Pesos	Pesos
	2.480.720	446.529,60	12.670.960	5.575.222,40	999.912	154.173,28	26.566	274.523,11	178.203.009,34
	283.360	51.004,80	5.015.448	2.206.290,24	1.579.703	297.958,31	57.873	389.903,36	152.895.087,32
	331.200	59.616,00	272.160	700.128,00	22.400	2.493,40	934	8.864,42	2.806.843,73
	90.048	16.208,64	447.840	197.049,60	21.200	2.147,40	514	7.194,38	8.395.673,90
	180.900	32.562,00	868.320	382.060,80	64.600	7.194,74	3.659	11.606,39	6.348.332,23
	710.040	127.807,20	3.437.280	1.512.403,20	110.025	10.855,83	1.264	11.649,66	38.007.109,57
	163.500	29.430,00	902.880	397.267,20	70.720	7.967,94	2.550	25.529,18	7.978.966,42
	207.900	37.422,00	997.920	439.084,80	125.200	14.613,20	4.947	20.327,74	11.412.543,87
	26.400	4.752,00	158.400	69.696,00	22.600	2.387,68	504	4.014,02	2.701.928,69
	51.900	9.342,00	306.720	134.956,80	67.760	8.342,40	983	11.170,23	5.732.818,28
	23.400	4.212,00	112.320	49.420,80	30.850	3.174,00	220	5.774,72	1.459.232,36
	57.000	10.260,00	273.600	120.384,00	21.610	2.903,60	1.157	7.328,09	2.842.326,01
	136.788	24.621,84	658.080	289.555,20	51.998	7.850,39	2.523	26.604,09	13.857.756,16
	116.700	21.006,00	596.160	262.310,40	16.120	1.822,80	1.487	15.842,70	8.644.200,27
	46.800	8.424,00	224.640	98.841,60	43.642	9.084,58	1.472	21.216,75	7.811.752,15
	207.600	37.368,00	1.028.160	452.390,40	85.010	9.945,00	1.954	16.770,43	8.330.669,86
	189.600	34.128,00	946.080	416.275,20	79.146	15.742,74	2.356	43.227,54	15.394.316,18
	94.800	17.064,00	455.040	200.217,60	30.540	3.695,20	1.508	10.170,34	6.341.914,94
	161.100	28.998,00	773.280	340.243,20	23.020	2.414,60	536	5.232,62	5.670.408,41
	68.100	12.258,00	326.880	143.827,20	39.500	4.365,90	1.292	8.655,00	3.345.648,74
	696.876	125.437,68	3.346.560	1.472.486,40	122.790	13.015,40	2.363	25.311,92	52.942.064,83
	94.200	16.956,00	452.160	198.950,40	21.900	2.676,90	957	7.400,05	5.097.126,91
	54.000	9.720,00	259.200	114.048,00	26.100	2.909,15	433	3.371,67	1.783.616,36
	118.500	21.330,00	803.520	353.548,80	93.800	11.380,90	1.854	7.662,86	13.143.663,71
	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	27.199.304,61
	6.591.432	1.186.457,76	35.333.608	16.126.658,24	3.770.146	599.115,34	119.906	969.351,27	588.346.314,85

Tabla 34. Reactivos de diagnóstico y seguimiento distribuidos por la DSyETS durante el año 2014 según jurisdicción.

	Reactivos para diagnóstico de VIH e ITS							
	Aglut. de partículas	ELISA	Confirmatorio de sífilis (TP-PA)	Thayer Martin	VDRL	Western-Blot	TEST RAPIDO HIV1+2	
Buenos Aires	99.900	87.648	11.000	1.980	351.750	2.538	57.050	
CABA	0	0	0	0	0	0	0	
Catamarca	3.200	14.112	100	0	2.250	108	3.050	
Chaco	13.900	27.072	700	8.370	55.500	270	8.825	
Chubut	9.500	14.976	800	1.350	41.250	198	2.525	
Córdoba	23.100	40.608	2.500	600	16.500	972	14.725	
Corrientes	34.200	9.120	2.000	690	49.000	504	7.750	
Entre Ríos	18.700	15.744	400	90	29.000	144	14.925	
Formosa	17.400	14.400	700	0	35.250	216	2.000	
Jujuy	16.900	12.096	1.400	0	44.500	432	2.975	
La Pampa	3.200	2.112	600	690	15.500	144	1.025	
La Rioja	9.000	14.016	300	300	12.000	216	1.025	
Mendoza	8.100	6.336	600	150	6.500	396	5.625	
Misiones	51.900	25.920	1.100	660	60.000	342	4.875	
Neuquén	25.800	14.304	1.200	210	50.000	0	4.425	
Río Negro	2.700	24.672	1.300	690	36.750	270	5.800	
Salta	14.400	48.384	2.000	510	104.750	504	7.525	
San Juan	23.100	12.768	700	120	27.500	234	10.000	
San Luis	17.600	8.736	1.100	0	25.000	36	8.950	
Santa Cruz	12.500	9.408	700	270	25.250	180	7.925	
Santa Fe	42.700	83.328	3.600	2.310	240.000	1.098	19.350	
Sgo. del Estero	4.600	14.400	400	210	5.500	198	10.850	
Tierra del Fuego	4.100	3.552	100	60	3.250	90	1.975	
Tucumán	23.100	28.320	3.900	270	64.500	378	19.350	
MSAL	9.000	7.104	1.500	2.310	18.500	1.188	9.475	
TOTAL	488.600	539.136	38.700	21.840	1.320.000	10.656	232.000	

Buenos Aires corresponde a la provincia de Buenos Aires y SPB.

MSAL corresponde a insumos distribuidos en INBIRS, SPF, ANLIS Malbrán, INE Mar del Plata, Hospital Posadas y Hospital Garrahan

				Reactivos para seguimiento de personas con VIH				
	Total determina- ciones	TOTAL \$	Carga viral VIH	Test de resistencia	CD4/CD8	CD4 PIMA	Total deter.	TOTAL \$
	611.866	7.267.943,86	28.734	381	21.084	0	50.199	13.135.493,35
	0	0,00	31.238	544	7.200	0	38.982	11.844.944,25
	22.820	513.652,26	341	11	178	0	530	166.336,62
	114.637	1.584.730,50	1.290	15	933	0	2.238	495.088,32
	70.599	814.666,04	0	7	0	0	7	20.368,84
	99.005	2.375.642,76	7.966	188	5.567	0	13.721	3.885.108,96
	103.264	1.645.385,98	1.360	34	1.188	0	2.582	624.516,45
	79.003	1.282.960,02	1.636	24	1.103	0	2.763	739.653,89
	69.966	976.686,18	625	3	458	0	1.086	256.721,64
	78.303	1.050.148,12	1.074	15	972	0	2.061	533.574,80
	23.271	264.246,14	436	11	184	0	631	187.171,26
	36.857	699.672,72	531	5	513	0	1.049	257.294,63
	27.707	686.512,62	2.139	35	2.350	0	4.524	1.145.873,81
	144.797	2.359.948,80	1.066	11	1.371	400	2.848	565.867,70
	95.939	1.193.902,70	1.020	29	1.181	0	2.230	557.009,44
	72.182	926.906,88	1.178	8	933	0	2.119	506.725,53
	178.073	1.957.055,88	5.090	35	4.431	0	9.556	2.258.608,14
	74.422	1.282.988,52	837	9	625	300	1.771	409.805,88
	61.422	933.296,00	788	14	400	0	1.202	327.531,05
	56.233	846.092,60	414	4	308	100	826	195.929,43
	392.386	4.188.702,62	7.107	87	7.897	0	15.091	3.818.521,68
	36.158	785.682,62	472	2	495	0	969	264.361,32
	13.127	281.446,42	269	4	215	200	688	142.042,75
	139.818	1.983.339,34	2.155	24	2.317	0	4.496	1.093.702,65
	49.077	1.258.363,90	6.192	30	2.297	500	9.019	2.232.960,73
	2.650.932	37.159.973,48	103.958	1.530	64.200	1.500	171.188	45.665.213,12

Tabla 35. Reactivos de diagnóstico y seguimiento para hepatitis distribuidos por la DSyETS durante el año 2014 según jurisdicción

	Reactivos para diagnóstico de hepatitis							TOTAL
	ELISA antiHCV	ELISA HBsAg	ELISA antiHBc	ELISA antiHAV - IgM	ELISA HAV - IgG	ELISA HBV antiHBs		
Buenos Aires	17472	43296	5088	2880	5856	96	74688	
CABA	0	0	0	0	0	0	0	
Catamarca	768	1536	384	480	384	192	3744	
Chaco	6432	29184	192	2304	4416	192	42720	
Chubut	1152	14976	1536	576	576	192	19008	
Córdoba	1920	9216	192	384	576	192	12480	
Corrientes	1056	5088	768	672	288	288	8160	
Entre Rios	2016	10464	1344	288	96	0	14208	
Formosa	672	8736	192	480	288	0	10368	
Jujuy	576	6912	0	864	384	0	8736	
La Pampa	384	1056	192	288	192	192	2304	
La Rioja	480	3648	192	288	96	0	4704	
Mendoza	2400	1920	384	576	768	0	6048	
Misiones	8736	32832	6240	6912	5664	576	60960	
Neuquén	1344	6336	384	96	96	0	8256	
Rio Negro	3648	16224	768	672	192	192	21696	
Salta	6912	41088	2208	864	1248	288	52608	
San Juan	8352	11040	384	1152	1344	288	22560	
San Luis	4320	20352	1344	1248	1056	288	28608	
Santa Cruz	1344	2976	192	1344	1248	96	7200	
Santa Fe	13152	50400	1920	2016	576	480	68544	
Sgo. del Estero	576	3936	192	384	288	0	5376	
Tierra del Fuego	960	2016	192	288	192	192	3840	
Tucumán	22560	39072	12288	384	4992	192	79488	
MSAL	1824	1248	1056	576	576	96	5376	
TOTAL	109056	363552	37632	26016	31392	4032	571680	

Buenos Aires corresponde a la provincia de Buenos Aires y SPB.

MSAL corresponde a insumos distribuidos en INBIRS, SPF, ANLIS Malbrán, INE Mar del Plata, Hospital Posadas y Hospital Garrahan

Reactivos para seguimiento de personas con hepatitis								
TOTAL \$	Carga viral de HBV automatizada	Carga viral de HBV	Carga viral de HCV automatizada	Carga viral de HCV	Genotipo HCV C	Total deter.	TOTAL \$	
1.404.811,20	0	369	0	624	505	1498	1.131.438,60	
0,00	540	0	864	0	360	1764	1.405.371,52	
77.395,20	0	3	0	8	1	12	8.498,62	
757.272,00	0	0	0	0	0	0	0,00	
322.139,52	0	0	0	0	5	5	4.336,26	
216.355,20	0	69	0	61	15	145	100.433,25	
147.455,04	0	40	0	3	1	44	29.236,41	
246.016,32	0	5	0	11	27	43	37.444,04	
166.802,88	0	0	0	0	0	0	0,00	
148.302,72	0	25	0	14	3	42	29.344,00	
46.586,88	0	7	0	11	7	25	18.718,67	
82.303,68	0	3	0	5	1	9	6.045,88	
125.302,08	0	0	0	0	0	0	0,00	
1.163.136,00	0	30	0	29	10	69	48.583,06	
140.536,32	0	24	0	2	2	28	18.348,96	
378.518,40	0	0	0	14	9	23	17.624,79	
909.698,88	0	8	0	16	15	39	30.297,58	
447.040,32	0	9	0	42	38	89	67.490,13	
511.736,64	0	16	0	104	64	184	143.443,53	
145.211,52	0	0	0	0	0	0	0,00	
1.198.958,40	0	179	0	595	348	1122	846.612,67	
95.089,92	0	0	0	0	3	3	3.252,20	
75.684,48	0	0	0	6	7	13	9.940,57	
1.550.016,96	0	41	0	39	19	99	71.613,51	
117.536,64	0	0	0	0	0	0	0,00	
10.473.907,20	540	828	864	1584	1440	5256	4.028.074,24	

Catálogo de materiales

Materiales gráficos

PREVENCIÓN

Folletos y afiches que contienen información sobre aspectos relacionados con el VIH y otras ITS. Qué es el VIH, cómo se transmite, cómo prevenirlo y cómo lo podemos tratar, la diferencia entre infección por VIH y sida, la prevención primaria y secundaria y los recursos disponibles en nuestro país para su prevención.

Folleto "VIH ¿Qué hay que saber?"



Folleto "ITS ¿Qué hay que saber?"



Folleto "VIH, sífilis y hepatitis B en el embarazo"



Folleto "Si están buscando un hijo o tu pareja está embarazada, esta información también es para vos"



Folleto "Cuidado de la salud en las relaciones sexuales anales"



Calco preservativo



Afiche preservativo



Afiche embarazo



CAMPAÑA “ELEGÍ SABER”

La campaña “Elegí saber” tiene como objetivo aumentar la cantidad de personas que se realizan el test de VIH a partir de la difusión del mensaje de que siempre es mejor conocer el diagnóstico, tanto si da negativo como positivo.

Folleto “Qué tenés que saber antes de hacerte el test de VIH”



Folleto “Qué tenés que saber si el test de VIH te dio negativo”



Volante de promoción del testeo de VIH



Sticker de promoción del testeo de VIH



Serie de afiches de promoción del testeo



PERSONAS CON VIH

Materiales destinados a las personas con VIH que se encuentran en tratamiento antirretroviral o están por comenzarlo.

Folleto "Qué tenés que saber si el test de VIH te dio positivo"



Guía "Vivir en positivo"



Guía de tratamiento



Folleto "Cuidados para tu bebé"



Folleto "Si estás privado de tu libertad y tenés VIH"



Volante "Salud para incluir"



DIVERSIDAD SEXUAL

Materiales destinados a la población de la diversidad sexual con mensajes de cuidado de la salud, prevención e información de políticas públicas específicas para la atención de la salud.

Folleto "Hormonización. Recomendaciones para el cuidado de la salud"

VIH, salud y desarrollo: consultorios amigables para la diversidad sexual



Calco flúo para dispenser de preservativos

Calco flúo para espacios de encuentro de hombres que tienen sexo con hombres



DERECHOS HUMANOS Y SOCIEDAD CIVIL

Recursos que brindan información sobre los derechos que asisten a las personas con VIH en nuestro país.

Folleto "¿Tenés VIH? Hablemos de tus derechos"



Guía "VIH y derechos. Guía jurídica y de orientación para las personas con VIH en la Argentina"



Sticker "Si el test de VIH te dio positivo, conocé tus derechos"



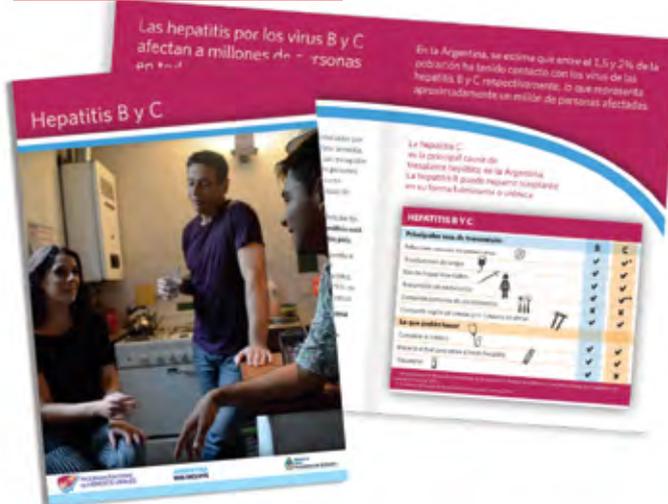
HEPATITIS

Folleto impreso y digitales con información sobre las hepatitis virales: qué son, cómo se previenen y cómo se tratan.

Folleto "El ABC de las hepatitis"



Folleto "Hepatitis B y C"



Serie de volantes sobre las hepatitis virales



GUÍAS Y OTRAS PUBLICACIONES

Plan Estratégico Nacional de VIH-sida, ITS y hepatitis virales 2013-2017



Guía para el manejo de los pacientes adultos con infección por VIH



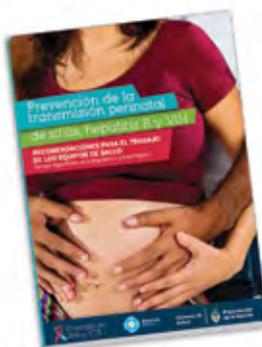
Guías para la atención integral de mujeres con infección por VIH



Prevención de la transmisión perinatal de sífilis, hepatitis B y VIH. Algoritmos para el diagnóstico y tratamiento.



Prevención de la transmisión perinatal de sífilis, hepatitis B y VIH. Recomendaciones para el trabajo de los equipos de salud



Atención integral de niños, niñas y adolescentes con VIH



Diversidad sexual: conceptos para pensar y trabajar en salud



Relaciones sexuales anales. Conceptos y recomendaciones para equipos de salud



Aportes para la atención de la salud integral de las personas trans desde una perspectiva local. Experiencia Rosario 2006-2011



Diagnóstico de VIH.
Recomendaciones para el
asesoramiento pre y post test



Propuesta de nuevos algoritmos
para el diagnóstico de VIH



Recomendaciones para la
implementación de test rápidos
en el diagnóstico de VIH



Modelo estándar de manual de
procedimientos y calidad para la
implementación de test rápidos
de VIH



Algoritmos para el diagnóstico
de las hepatitis virales



Vigilancia epidemiológica de las
infecciones de transmisión sexual (ITS)



Materiales digitales

Volantes desarrollados especialmente para ser compartidos en redes sociales, con información breve sobre uso correcto del preservativo, formas de transmisión del VIH, infecciones de transmisión sexual, preguntas frecuentes y mitos en torno a la infección por VIH.



Disponibles en   /direcciondesida

Herramientas para el trabajo de equipos de salud/educación

Recursos destinados a los equipos de salud y/o que trabajen en el ámbito educativo con el objetivo de facilitar las actividades de educación sexual y prevención.

Maletín preventivo



Contiene un conjunto de piezas de prevención y comunicación destinadas a los equipos que trabajan en el terreno, sea en instituciones de salud, educación o en el ámbito comunitario. Algunos de los recursos que se incluyen son: rotafolio, pene de madera, preservativos, gel lubricante, métodos anticonceptivos, folletería y un DVD con cortometrajes sobre la temática.

Láminas para trabajar en el aula sobre cuidados en el ejercicio de la sexualidad



Adultos en el aula. Aportes para una educación sexual integral



Todos estos materiales están disponibles para ser descargados gratuitamente en www.msal.gov.ar/sida





Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual

Av. 9 de Julio 1925, piso 9 - Ala Moreno
(C1073ABA) Ciudad Autónoma de Buenos Aires
República Argentina
Tel.: (005411) 4379-9017 Fax: (005411) 4379-9210

dir-sida-ets@msal.gov.ar
www.msal.gov.ar/sida

0800 3333 444

LÍNEA PREGUNTE SIDA - MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

Es gratis, es confidencial, es anónima

