

INFORME NACIONAL SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS EN ARGENTINA¹

Periodo 2013

Fecha de presentación: 31 de marzo de 2014

¹ Responsable del proceso desde ONUSIDA: Clarisa Brezzo

Facilitadora del proceso: Valeria Cicconi

Comentarios a: informepaissidaargentina@gmail.com , valeriacicconi@gmail.com

Se desea agradecer -en orden alfabético- la amplia colaboración de los integrantes de ONUSIDA Clarisa Brezzo y Alberto Stella, Javier Curcio, los miembros de la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación, Ariel Adaszko, Grisel Adissi, Emiliano Bissio, Carlos Falistocco, Valeria Levite, Fabio Núñez, Emilia Puntorello, Julia Recchi, Laura Suárez y Silvina Vulcano; a Adriana Durán de UNICEF, y a todos los representantes de la Sociedad Civil que han participado e intercambiado con gran compromiso.

Contenidos

I. Resumen de la situación

- a. participación de las partes interesadas en el proceso de redacción del informe**
- b. situación de la epidemia**
- c. respuesta política y programática**
- d. datos de los indicadores en una tabla general**

II. Panorama general de la epidemia de sida

III. Respuesta nacional a la epidemia de sida

IV. Mejores prácticas

V. Principales problemas y medidas correctoras

VI. Apoyo de los asociados de desarrollo del país

VII. Entorno de seguimiento y evaluación

ANEXOS

I. Resumen de la situación

a. participación de las partes interesadas en el proceso de redacción del informe

El proceso de construcción y armado del presente reporte tuvo lugar entre enero y marzo de 2014.

La metodología de trabajo consistió en un acompañamiento colaborativo entre la Dirección de SIDA y ETS (DSyETS), representantes de ONUSIDA y la facilitadora contratada por ONUSIDA para poder alcanzar el objetivo de obtener un informe representativo, sólido, validado y participativo de la respuesta país, en tiempo y según las directrices mundiales.

Desde un inicio se mantuvieron reuniones con la DSyETS para acordar un cronograma de trabajo, metodología de búsqueda y selección de la información y actividades participativas.

Para lograr una comunicación inequívoca con todos los actores involucrados, se abrió una cuenta de correo especial para este proceso en particular, informepaissidaargentina@gmail.com. Desde ese momento han sido contestadas por ese medio todas las consultas pertinentes.

En las reuniones preliminares se determinó un comité por parte del Gobierno y uno por parte de ONUSIDA para facilitar tareas de Gobierno y de la Sociedad Civil. En el primer caso el Comité de Gobierno que acompañó a Carlos Falistocco, Director de SIDA y ETS, fueron Ariel Adaszko, Grisel Adissi y Valeria Levite, con la participación especial de Adriana Durán y Silvina Vulcano en temas de niñez y transmisión vertical y Fabio Núñez, en derechos humanos; en el caso del Comité de intercambio con la sociedad civil fue responsabilidad de Clarisa Brezzo y Valeria Cicconi.

Ambos equipos han trabajado conjuntamente para realizar las comunicaciones y convocatorias pertinentes, y han puesto en práctica la metodología prevista para recolectar y validar información, elaborando estrategias de participación, diseñando canales, realizando búsqueda de información alternativa, etc.

El proceso comenzó con un mapeo general de fuentes reportadas con anterioridad -en 2012 y 2013-, control de existencia de actualizaciones a dichos estudios, búsqueda y solicitud de informes alternativos a representantes de la sociedad civil y actores clave de espacios de gobierno y académicos.

La información primaria y secundaria disponible, solicitada ad hoc y obtenida por distintos medios fue analizada en detalle y comparada entre sí para determinar la que mejor se adecuara a las pautas y tuviera más rigor en su captación y registro.

En todos los casos se verificó la representatividad de las muestras, estimaciones o metodologías utilizadas y se comparó con la mejor fuente al informe anterior presentado en 2013 (información de 2012).

Algunos indicadores del informe anterior, que habían sido informados sobre la base de un informe preliminar, fueron modificados a su valor definitivo, aunque los casos fueron muy pocos y la diferencia mínima.

Como ocurriera en el anterior proceso completo realizado en 2012, se definió en primera instancia, una metodología de intercambio virtual, vía web, a través de la plataforma mipizarron.com. En dicho sitio se abrieron dos espacios, uno referido a los indicadores básicos y otro a la construcción del ICPN parte B (Sociedad Civil). En ambos casos se realizó una comunicación masiva vía correo electrónico y telefónicamente, en distintas oportunidades, invitando a los interesados a ingresar y participar. Por cuestiones ajenas a los equipos de trabajo, el espacio virtual de indicadores, si bien está abierto y disponible, no pudo contar todavía con la difusión de los mismos, ya que están siendo cerrados los valores sobre el vencimiento de la entrega. Esto ha ocurrido por la demora que tuvo el inicio del proceso y la recepción de las directrices, lo que, en sincronía con el periodo vacacional en el país, produjo importantes demoras, a pesar de la gran voluntad de trabajo que los equipos han demostrado.

En el caso del indicador ICPN parte B, se ha completado el proceso en el foro virtual, con regular participación. La sociedad civil ha interactuado mucho más intensamente por correo electrónico que por plataforma, un poco en consonancia con los procedimientos de intercambio que cultural e históricamente están arraigados entre las organizaciones y la DSyETS. Por correo electrónico ha participado buena parte de la Sociedad Civil, consultando, preguntando dudas y también entregando sus producciones en los tiempos prefijados.

En lo referente a los indicadores básicos, la forma de trabajo fue crear un tema o foro por cada indicador, aún no se pudo exponer el mejor valor hallado, en porcentaje, numerador y denominador, fuente de datos, fecha del dato y aclaraciones. Los mismos todavía no han podido ser cargados debido a que se encuentran en construcción. Con posterioridad a la entrega del presente reporte, serán subidos los valores definitivos y serán informados todos los actores relevantes de su disponibilidad en línea.

Ver <http://mipizarron.com/cursos/informe-de-avances-en-la-lucha-contra-el-sida-argentina.277>

Si bien la herramienta aún es novedosa en el país para este tipo de procesos, valoramos la cantidad de integrantes que se han sumado a la misma para observar el progreso de armado del reporte, aunque los aportes concretos han sido escasos. Tal vez esto se deba no a la falta de voluntad de participar con comentarios sino a que aún recurren a antiguos modelos de intercambio.

En la plataforma del ICPN parte B, se compartió el formulario en blanco, para ser completado y vuelto a subir por cada organización. La plataforma prevé que todos puedan leer y comentar toda la información subida a la misma, promoviendo el intercambio y la transparencia.

En ambos sitios se comunicaron las novedades del proceso y se publicaron los eventos más importantes, como la realización del taller de validación y el cronograma de plazos para la entrega de insumos.

Ver <http://mipizarron.com/cursos/icpn-instrumento-de-observacion-de-los-compromisos-y-las-politicas-nacionales-argentina.278>

En el caso de los indicadores básicos, de construcción por parte de la DSyETS (TV, TB, etc.), ambos Comités han participado en la elaboración o discusión de los mismos a partir de registros primarios. No ha sido fácil por la escasez de ciertos datos, la falta de registro de otros y la variedad de valores que pueden alcanzarse con distintos supuestos. Finalmente, se acordaron los valores más representativos para el país.

Cumpliendo con la metodología prevista en las directrices, se organizó finalmente un taller presencial de validación del cuestionario ICPN parte B el día 25 de marzo en el Salón Ramón Carrillo del Ministerio de Salud de la Nación. En el mismo se optó por una modalidad de exposición y taller, procurando que todas las voces fueran escuchadas y a su vez no perdiendo el foco de la necesidad de tener como producto de la jornada de trabajo, el reporte validado por todos los sectores involucrados. Se estima que esto se ha cumplido en el mejor grado posible. En el evento ha sido imposible exponer la sección de indicadores generales y el indicador ICPN parte A, por no contar a esa fecha con los datos definitivos (debido a la demora en el inicio del proceso que se expuso anteriormente). El taller de validación se basó en primer lugar en la exposición de los valores recibidos y sistematizados del indicador ICPN parte B y posteriormente se discutió para cada indicador qué valor definitivo se reportaría, teniendo en cuenta que en forma presencial se sumaron muchas más voces que las que se habían recibido por correo electrónico o plataforma. El intercambio y debate fue de gran riqueza y se tomaron en cuenta cuestiones adicionales a la ya importante producción recibida.

El documento ICPN parte B votado y validado en forma presencial, está siendo circulado virtualmente (en plataforma y por mail) según fue acordado durante el mismo taller.

Informe ICPN A

La construcción del ICPN parte A la ha realizado un comité designado por la DSyETS, y se ha participado de algunas de las reuniones donde se discutieron los contenidos y las fuentes. Se destaca la apertura y transparencia de todo el equipo, empezando por el Director de Sida, dando lugar en todo el proceso a la participación de las facilitadoras.

Ver [ICPN A 2014-03-28.docx](#)

Informe ICPN B

Con respecto al ICPN parte B, se recibieron en fecha diez formularios completos con lo cual se compaginó un resumen que tuvo muy nutrida cada sección de comentarios. El documento sistematizado también contó con el cálculo de promedios ponderados para facilitar la votación e intercambio. Se adjunta el documento de la votación definitiva que ha sido realizada presencialmente y ha quedado registrada en el documento [ICPN 2014 parte B VALIDADO.doc](#).

Es de destacar la comprometida participación de los representantes de todos los sectores que se han sumado a este proceso.

b. situación de la epidemia²

Se cumplieron tres décadas del inicio de la epidemia de VIH-sida en la Argentina, período en el que la prevención y la atención atravesaron diversas etapas conforme se iban modificando los escenarios culturales, institucionales, políticos y tecnológicos, así como los flujos de financiamiento a nivel nacional e internacional. Entender la dinámica de la epidemia supone pensar en términos de procesos complejos y variables, no exentos de tensiones y conflictos, por lo que resulta imprescindible tener una mirada crítica y una reflexión continua sobre dónde estamos parados, hacia dónde queremos ir y cómo lo haremos.

Para todos los actores, pero especialmente para quienes asumen responsabilidades de gestión a nivel nacional y local –entendiendo la gestión no sólo como la administración de los recursos, sino como el espacio capaz de crear oportunidades para transformar la realidad–, la reflexión sobre la práctica es un imperativo que permite reconocer los techos alcanzados, salir del “piloto automático” e imaginar estratégicamente cómo seguir avanzando.

Los últimos datos y la tendencia, viene remarcando que si bien la Argentina ha mejorado sustancialmente su realidad, se ha llegado a una situación de “amesetamiento” en la incidencia de VIH, la mortalidad por sida y la transmisión vertical. Al mirar en detalle qué ocurre en las distintas regiones del país, se evidencian importantes brechas que no se condicen con los recursos disponibles, lo que requiere que los protagonistas de la respuesta a la epidemia en cada provincia y municipio del país piensen qué está pasando en su jurisdicción para, en conjunto, mejorar la estrategia de intervención.

Hoy, en la Argentina viven alrededor de 110 mil personas con VIH, de las cuales el 30% no conoce su situación; se continúan infectando alrededor de 5.000 personas cada año, el 96% de las mujeres y el 98% de los varones durante una relación sexual desprotegida; se siguen produciendo alrededor de 100 infecciones por transmisión vertical cada año; y fallecen 1.400 personas por sida en ese mismo lapso.

Los datos disponibles permiten confirmar algunas tendencias que se vienen observando desde hace algunos años, como el ligero descenso en la cantidad de diagnósticos en mujeres y el crecimiento de los diagnósticos en varones de diversas

² Fuente: Boletín sobre el VIH SIDA e ITS en la Argentina, Diciembre de 2013. (Dirección de SIDA y ETS, Ministerio de Salud de la Nación) accesible en http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000297cnt-2013-11-28_boletin-epidemiologico-30.pdf

edades, lo que en conjunto lleva al aumento de la razón hombre/mujer hasta niveles semejantes a los registrados a principios de la década pasada; el aumento en las tasas de diagnóstico en algunas regiones del país; el incremento de los diagnósticos en varones infectados por relaciones sexuales desprotegidas con otros varones; y la no reducción de la proporción de diagnósticos tardíos, que alcanza al 15% de las mujeres y al 27% de los varones.

c. respuesta política y programática

A la hora de pensar formas de mejorar la situación, en el país se están llevando adelante una serie de debates sobre cuáles son las estrategias más efectivas para reducir las nuevas infecciones, cómo lograr en sociedades que promueven y valoran los derechos humanos que todas las personas infectadas conozcan su situación, cómo mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud, cómo favorecer los procesos de adherencia de aquellas personas que se encuentran bajo tratamiento y cómo luchar contra el estigma y la discriminación que vuelven vulnerables a las personas afectadas y aumentan el riesgo de infectarse de personas pertenecientes a colectivos estigmatizados.

Estos debates tienen vigencia en un momento en que la normalización del VIH-sida en países de epidemias concentradas con acceso a antirretrovirales y la reducción del financiamiento internacional a raíz de la crisis global han puesto en discusión el lugar que debe ocupar el tema en la agenda de los problemas de salud pública nacional e internacional.

En la Argentina, el ejercicio de esta reflexión se ha expresado los dos últimos años en tres procesos complementarios, en los que participaron los programas de sida provinciales y municipales, otras áreas del Estado vinculadas al tema, redes y Organizaciones de la Sociedad Civil y agencias internacionales de cooperación. Durante los años 2012-2013, la Dirección de Sida y ETS (DSyETS) desarrolló un estudio diagnóstico participativo sobre la respuesta al VIH, las ITS y las hepatitis virales en la Argentina, para conocer la situación en las 24 jurisdicciones del país y compararla con la línea de base construida en el año 2008. Este estudio, del que se presentan aquí algunos resultados, proporcionó información para un segundo proceso: la construcción del Plan Estratégico 2013-2017 (PE). Este plan implicó la búsqueda de consenso entre los distintos actores públicos y de la sociedad civil acerca de las principales líneas estratégicas y metas para los próximos años. Finalmente, la tercera etapa consistió en la elaboración de un Plan de Monitoreo y Evaluación con indicadores de proceso, resultado e impacto.

En conjunto, estos tres procesos generaron espacios de debate y mostraron la importancia de trabajar coordinadamente y la necesidad de sumar nuevos actores con el fin de superar los techos mencionados.

En este sentido, durante 2013 se estrechó el trabajo con otras áreas del Estado para mejorar la respuesta no sólo al VIH-sida sino a otras infecciones. A modo de ejemplo, se acordaron modificaciones en las estrategias de vigilancia epidemiológica de hepatitis virales y de ITS, en un proceso que implicó la participación conjunta de la Dirección de Sida y ETS y el Programa Nacional de Control de las Hepatitis Virales, la Dirección de Epidemiología, el Programa Nacional de Enfermedades Inmunoprevenibles (ProNaCei) y la Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud (ANLIS), con el apoyo de OPS/OMS. Además, se conformó un área de trabajo para promover los derechos de las personas con VIH, que articuló su labor con la Secretaría de DDHH, el INADI (Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo), el Ministerio de Trabajo y el Ministerio de Desarrollo Social y Organizaciones de la Sociedad Civil con la finalidad de lograr respuestas a las necesidades de nuestra población más allá de temas específicos de salud.

Luego de esta síntesis, en las secciones II y III, se encontrará una reseña sobre la situación y respuesta a la epidemia en la Argentina acompañada por un resumen de indicadores de morbimortalidad y distribución de antirretrovirales por región y jurisdicción. Se detallan también análisis de las notificaciones de VIH y sida, diagnósticos tardíos, transmisión vertical, mortalidad por sida, indicadores de gestión y datos sobre sífilis congénita y hepatitis virales.

En la sección IV se presenta la nueva estrategia de vigilancia de las ITS y la ficha de notificación de casos de hepatitis virales, una descripción del proceso de la Planificación Estratégica Nacional 2013-2017 y la matriz de indicadores y metas para los años 2015 y 2017.

Se adjunta finalmente el catálogo de materiales comunicacionales que se pone a disposición para el trabajo de todas las jurisdicciones.

d. datos de los indicadores en una tabla general

Indicador	Valor a reportar	Fuente	Observaciones
<u>Objetivo 1.</u> <u>Reducir en un 50% la transmisión sexual del VIH para el 2015</u>			
<i>Población general</i>			
1.1 Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de 15 a 24 años que identifica correctamente las formas para prevenir la transmisión sexual del VIH, y que rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH*	24,18% NUM: 266 DEN: 1.100 Hombres: 26,13% NUM: 145 DEN: 555 Mujeres: 22,20% NUM: 121 DEN: 545	CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN VIH Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (SSR) Y USO DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN (TIC) ENTRE ADOLESCENTES DE ARGENTINA. Fundación Huésped y Unicef. 2011	El universo de este estudio es una población de 14 a 19 años.
1.2 Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de 15 a 24 años que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años	18,55% NUM: 204 DEN: 1100 Hombres: 26,13% NUM: 128 DEN: 555 Mujeres: 13,94% NUM: 76 DEN: 545	CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN VIH Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (SSR) Y USO DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN (TIC) ENTRE ADOLESCENTES DE ARGENTINA. Fundación Huésped y Unicef. 2011	El universo de este estudio es una población de 14 a 19 años. Existe una publicación alternativa reciente que investiga este tema pero lo hace sobre un universo de jóvenes de 13 a 19 años (encuesta de 2º a 5º año del nivel medio). No coincide con las directrices del indicador pero resulta de mucho valor. Ver "Actitudes y prácticas sexuales de los jóvenes escolarizados en el nivel medio de la enseñanza pública argentina ¿nuevos patrones?" de Ana Lía Kornblit y Sebastián Sustas,

Indicador	Valor a reportar	Fuente	Observaciones
			Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires.
1.3 Porcentaje de adultos de 15 a 49 años que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses	No se reporta		El país no considera que sea un aspecto a monitorear. No se considera que la cantidad de parejas sea el foco, sino más bien la protección.
1.4 Porcentaje de adultos de 15 a 49 años que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual*	82,53% NUM: 615 DEN: 745	Cuestionario altamente estructurado, repitiendo diseño ONUSIDA, con preguntas tomadas de un estudio canadiense. Universo: población general ambos sexos de 15 a 69 años. Ciudades de 50.000 habitantes y más de todo el país y capitales provinciales (exceptuando T. del Fuego). Se desea aclarar que el rango etario utilizado es de 15 a 54 años, ya que la encuesta de Jorrat no tiene apertura a 49 años (y se desestimó el rango 50/69 años). Fuente: Jorge Raúl Jorrat, "Actitudes, información y conductas en relación con el VIH/SIDA en la población general - Argentina 2008" - Fondo Mundial, Buenos Aires, UBATEC 2008, No se han desarrollado nuevos estudios o encuestas representativas que den cuenta del indicador.	No se han desarrollado nuevos estudios o encuestas representativas que den cuenta del indicador.

Indicador	Valor a reportar	Fuente	Observaciones
<p>1.5 Porcentaje de mujeres y hombres de 15 a 49 años que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados</p>	<p>21,05% NUM: 772 DEN: 3.668</p>	<p>Se repite el dato del informe anterior de fuente Jorge Raúl Jorrat, "Actitudes, información y conductas en relación con el VIH/SIDA en la población general - Argentina 2008" Fondo Mundial, Buenos Aires, UBATEC 2008, con un pequeño ajuste de datos. No se han desarrollado nuevos estudios o encuestas representativas que den cuenta del indicador. Ver Jorge Raúl Jorrat 2008.xls</p>	<p>Cuestionario altamente estructurado, repitiendo diseño ONUSIDA, con preguntas tomadas de un estudio canadiense. Universo: población general ambos sexos de 15 a 69 años. Ciudades de 50.000 habitantes y más de todo el país y capitales provinciales (exceptuando T. del Fuego) Se desea aclarar que el rango etario utilizado es de 15 a 54 años, ya que la encuesta de Jorrat no tiene apertura a 49 años. Del 51% que se realizó alguna vez el test, Jorrat aclara que el 41% fue en el último año y adicionalmente, fue sólo el 3% no retiro los resultados. Fuente: Jorge Raul Jorrat, "Actitudes, información y conductas en relación con el VIH/SIDA en la población general - Argentina 2008" Fondo Mundial, Bueno</p>
<p>1.6 Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años que vive con el VIH*</p>	<p>0,35% NUM: 2.450 DEN: 700.000</p>	<p>Estimación de la Dirección Nacional de SIDA, basada en la seroprevalencia de púerperas aplicada a la población general sexualmente activa (2010).</p>	

Indicador	Valor a reportar	Fuente	Observaciones
<i>Profesionales del sexo</i>			
1.7 Porcentaje de profesionales del sexo al que le han llegado programas de prevención del VIH	88,05% NUM: 685 DEN: 778	UBATEC PEMAR 2012 Encuesta de Condiciones de Vida y Comportamientos en Población en Mayor Riesgo de contraer el VIH (PEMAR). Programa Cerrando Brechas hacia el Acceso Universal – 28 de junio de 2013 (Hernán Manzelli y Mario Pecheny)	Este corte supone que sólo con responder si conoce lugar donde testearse es que le ha llegado programa de prevención, cuando en las directrices toman también la pregunta si ha recibido preservativos en los últimos 12 meses. El dato se refiere sólo a mujeres TS (Cuadro 3.3.1.3).
1.8 Porcentaje de profesionales del sexo que declara haber usado un preservativo con su último cliente	96,31% NUM: 731 DEN: 759	UBATEC PEMAR 2012 Encuesta de Condiciones de Vida y Comportamientos en Población en Mayor Riesgo de contraer el VIH (PEMAR). Programa Cerrando Brechas hacia el Acceso Universal – 28 de junio de 2013 (Hernán Manzelli y Mario Pecheny)	El dato se refiere sólo a mujeres TS (Cuadro 3.2.1.3). El dato de HSH es de 85,9% (n73, d85), el de Personas Trans es de 95,8% (n 226 d 236) y el de UD 88,2% (n30 d 34) en todos los casos declararon que la última relación sexual fue con un "cliente", por lo que se asume que realizaban trabajo sexual (no se incluyó en el valor del indicador)
1.9 Porcentaje de profesionales del sexo que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	52,8% NUM: 411 DEN: 778	UBATEC PEMAR 2012 Encuesta de Condiciones de Vida y Comportamientos en Población en Mayor Riesgo de contraer el VIH (PEMAR). Programa Cerrando Brechas hacia el Acceso Universal – 28 de junio de 2013 (Hernán Manzelli y Mario Pecheny)	El dato se refiere sólo a mujeres TS (Cuadro 3.3.1.4.)

Indicador	Valor a reportar	Fuente	Observaciones
1.10 Porcentaje de profesionales del sexo que vive con el VIH	5,41% TS TOTAL NUM: 74 DEN: 1.368 22,84% TS varones NUM: 53 DEN: 232 1,85% TS mujeres NUM: 21 DEN: 1.136 27% TS Trans NUM: 30 DEN: 108	SALOMÓN y M. A. Pando, "Determinación de la seroincidencia y resistencia de VIH en poblaciones HSH, TS, UD y embarazadas". Octubre 2006-Septiembre 2008. Ver Salomón subpoblaciones vulnerables.pdf	Existe una nueva fuente de datos en "Prevalencia de infección por VIH y Treponema pallidum en poblaciones vulnerables de Argentina. Identificación de patrones de testeo, consumo de drogas, prácticas sexuales y uso de preservativo. Instituto de Investigaciones Biomédicas en Retrovirus y Sida. Facultad de Medicina UBA". Se trata sólo de TS mujeres y fue captado sólo para AMBA (II semestre 2013). Los datos más nuevos aún no tienen una cantidad de datos representativa, se trata de 65 encuestas (6,2% NUM 4 DEN 65) aún resta procesar datos. Los datos de trans no están incluidos y, asumiendo que la mayoría son TS, puede decirse que el 31,5% viven con VIH (NUM 52 DEN 165)
<i>Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres</i>			
1.11 Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres al que le han llegado programas de prevención del VIH	94,2% NUM: 1.193 DEN: 1.266	UBATEC PEMAR 2012 Encuesta de Condiciones de Vida y Comportamientos en Población en Mayor Riesgo de contraer el VIH (PEMAR). Programa Cerrando Brechas hacia el Acceso Universal – 28 de junio de 2013 (Hernán Manzelli y Mario Pecheny)	Varió mínimamente el tamaño de la muestra respecto a lo informado en 2013, posiblemente debido a que este es el dato final y anteriormente se usaron informes preliminares. Ver Cuadro 3.3.1.3.

Indicador	Valor a reportar	Fuente	Observaciones
1.12 Porcentaje de hombres que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina	87,8% NUM: 626 DEN: 713	UBATEC PEMAR 2012 Encuesta de Condiciones de Vida y Comportamientos en Población en Mayor Riesgo de contraer el VIH (PEMAR). Programa Cerrando Brechas hacia el Acceso Universal – 28 de junio de 2013 (Hernán Manzelli y Mario Pecheny)	Se desea aclarar que el período que toma es los últimos 12 meses, no 6 meses como las directrices. Si se toma uso del preservativo en la última relación con pareja estable el valor es 62,8%, (Ver cuadro 3.2.1.2. pág 15). En el caso de ocasional es el valor aquí reportado, 87,8% (cuadro 3.2.1.4.) y en el caso de relación con cliente es de 85,9% (Cuadro 3.2.1.3).
1.13 Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que se sometió a la prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	58,7% NUM: 743 DEN: 1.266	UBATEC PEMAR 2012 Encuesta de Condiciones de Vida y Comportamientos en Población en Mayor Riesgo de contraer el VIH (PEMAR). Programa Cerrando Brechas hacia el Acceso Universal – 28 de junio de 2013 (Hernán Manzelli y Mario Pecheny)	El período que toma es los últimos 12 meses, no 6 meses como las directrices. Ver cuadro 3.3.1.4. Existe una pequeña diferencia en el tamaño de la muestra respecto de la informada con anterioridad, se debe a que antes se trabajó con un informe preliminar y en este caso son los resultados definitivos.
1.14 Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que viven con el VIH	10,5% NUM: 92 DEN: 879	"Prevalencia de infección por VIH y Treponema pallidum en poblaciones vulnerables de Argentina. Identificación de patrones de testeo, consumo de drogas, prácticas sexuales y uso de preservativo. Instituto de Investigaciones Biomédicas en Retrovirus y Sida. Facultad de Medicina UBA" área geográfica Área Metropolitana de Bs As (AMBA), período de captación II semestre de 2013.	Se trata de datos preliminares aún en proceso, pueden estar sujetos a futuras modificaciones.

Indicador	Valor a reportar	Fuente	Observaciones
<p><u>Objetivo 2.</u> <u>Reducir en un 50% la transmisión del VIH entre las personas que se inyectan drogas para el 2015</u></p>			
<p>2.1 Número de jeringas que distribuyen los programas de agujas y jeringas por usuario de drogas inyectables por año</p>	<p>No existen estudios específicos</p>		
<p>2.2 Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual</p>	<p>No se reporta. Los datos disponibles no cumplen con las directrices.</p>		<p>UBATEC PEMAR 2012: El 88,2% de los UD encuestados usó preservativo en su última relación con un cliente (cuadro 3.2.1.3.), y el 46,3% usó preservativo en su última relación estable (Cuadro 3.2.1.2.) y el 72,2 con pareja ocasional (Cuadro 3.2.1.4.)</p>
<p>2.3 Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que declara haber usado un equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó</p>	<p>No existen estudios específicos</p>		

Indicador	Valor a reportar	Fuente	Observaciones
2.4 Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados	No se reporta.		<p>En Informe PEMAR UBATEC junio de 2012 La definición de UD no se corresponde con las directrices que pregunta sólo por los UD inyectables. VER Cuadro 3.3.1.4.</p> <p>Los datos disponibles no cumplen con las directrices. VER 31,3% son UD no UDI NUM: 110 DEN: 352</p>
2.5 Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que vive con el VIH	No se reporta.		<p>En el estudio "Prevalencia de infección por VIH y Treponema pallidum en poblaciones vulnerables de Argentina. Identificación de patrones de testeo, consumo de drogas, prácticas sexuales y uso de preservativo. Instituto de Investigaciones Biomédicas en Retrovirus y Sida. Facultad de Medicina UBA" área geográfica AMBA, período de captación II semestre de 2013, la definición de UD no se corresponde con las directrices que pregunta sólo por los UD inyectables. Los datos disponibles no cumplen con las directrices. Son UD no UDI VER 2,2% NUM: 3 DEN: 134</p>

Indicador	Valor a reportar	Fuente	Observaciones
<p><u>Objetivo 3.</u> <u>Erradicar los nuevos casos de infección por el VIH entre los niños para 2015 y reducir significativamente las muertes maternas relacionadas con el sida**</u></p>			
<p>3.1 Porcentaje de embarazadas seropositivas que recibe medicamentos antirretrovíricos para reducir el riesgo de la transmisión materno-infantil</p>	<p>87,89% NUM: 2.396 DEN: 2.726 Dato 2012</p>	<p>Notificación sistemática de partos de mujeres con VIH / Estudio de seroprevalencia de sífilis y VIH en Argentina 2010-2011. Fuente: estadísticas vitales 2012 estudio seroprevalencia puérperas y datos programáticos DNS.</p>	<p>Total de mujeres embarazadas con VIH 2012: 2726. (estimadas según los 738.318 nacidos vivos total, 307.204 en el sector privado y 431.114 en el sector público y otros). Se usó prevalencia 0,27 para el sector privado y 0,44 para el resto). Para 2012 los datos son: reciben en período prenatal 85,4%, reciben durante el parto 87,9 y reciben neonatal 98,6%.</p>
<p>3.1a Porcentaje de mujeres que vive con el VIH y que recibe medicamentos antirretrovíricos para ellas o para sus lactantes durante la lactancia materna</p>	<p>No se reporta, no es pertinente.</p>		<p>El porcentaje sería cero porque se desaconseja la lactancia materna.</p>
<p>3.2 Porcentaje de niños que nace de mujeres seropositivas y que recibe un test virológico del VIH dentro de los dos primeros meses desde el nacimiento</p>	<p>69,60% NUM: 190 DEN: 273</p>	<p>Fuente: datos laboratoriales para área metropolitana de Bs As 2010/2011 (a partir de muestras de 12 hospitales).</p>	<p>Se repiten los datos del informe anterior, ya que la nueva fuente de datos existente, nuevo sistema de captación SIVILA (Sistema de vigilancia laboratorial) extrae datos de laboratorios pediátricos del país pero aún es muy reciente y no tiene buena cobertura geográfica. Asimismo tiene sus bases aún con muchas</p>

Indicador	Valor a reportar	Fuente	Observaciones
			<p>duplicaciones de negativos y otros datos que depurar. De los datos que se empezaron a notificar, de algunos laboratorios, surge que el porcentaje sería de sólo un 28,98% NUM 790 DEN 2.726. Se trata de un error y se está trabajando para que la base de datos pueda utilizarse. No se pudo considerar este nuevo dato.</p>
<p>3.3 Porcentaje estimado de infecciones infantiles por el VIH transmitidas durante el parto de mujeres seropositivas en los últimos 12 meses</p>	<p>4,33% NUM: 95 DEN: 2.194</p>	<p>Spectrum datos de 2012.</p>	
<p><u>Objetivo 4.</u> <u>Lograr que 15 millones de personas que viven con el VIH sigan un tratamiento antirretrovírico vital para 2015</u></p>			
<p>4.1 Porcentaje de adultos y niños que actualmente recibe terapia antirretrovírica*</p>	<p>TOTAL 53,4% NUM: 53.187 DEN: 99.525 Nº ELEGIBLES: 81.230</p> <p>NIÑOS 97,2% NUM: 2.939 DEN: 3.024 Nº NIÑOS ELEGIBLES: 2.994</p> <p>ADULTOS 52,1% NUM: 50.248 DEN: 96.501 Nº NIÑOS ELEGIBLES: 78.236</p>	<p>Estimación de la Dirección de Sida y ETS basada en Spectrum. Datos 2013.</p>	

Indicador	Valor a reportar	Fuente	Observaciones
4.2 Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que continúan con el tratamiento 12 meses después de empezar la terapia antirretrovírica.	No se reporta.		No hay datos nacionales.
<p><u>Objetivo 5.</u> <u>Reducir las muertes por tuberculosis entre las personas que viven con el VIH en un 50% para el 2015</u></p>			
5.1 Porcentaje estimado de casos nuevos de tuberculosis en personas seropositivas que recibieron tratamiento tanto para la TB como para el VIH	Indicador pertinente, no se reporta por falta de datos.		
<p><u>Objetivo 6.</u> <u>Eliminar el déficit mundial de recursos destinados al sida para 2015 y llegar a una inversión mundial anual de 22.000-24.000 millones de dólares estadounidenses en los países de ingresos bajos y medios</u></p>			
6.1 Gasto nacional e internacional relativo al sida por categorías y fuentes de financiación	<p>VER ce_AR_AIDS_Spending_Report_2010-2012.xls</p>		

Indicador	Valor a reportar	Fuente	Observaciones
<p><u>Objetivo 7.</u> <u>Eliminar las desigualdades de género</u></p>			
<p>7.1 Proporción de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años que alguna vez estuvieron casadas o tuvieron pareja, y que experimentaron violencia física o sexual por parte de una pareja íntima de sexo masculino en los últimos 12 meses. <i>Todos los indicadores con datos desglosados por sexo pueden emplearse para medir el estado del progreso hacia el logro del objetivo 7.</i></p>	<p>No se reporta, los datos no cumplen con las directrices.</p>	<p>Programa Las Víctimas contra Las Violencias Ministerio de Justicia y Derechos Humanos,</p>	<p>Según las estadísticas de 2013 del Programa Víctimas contra las Violencias: La línea 137 recibió 14.786 llamadas ligadas con historiales de violencia familiar. 4.584 de estos llamados fueron realizados por la víctima. (sin desagregado por género) El equipo telefónico evalúa la necesidad de enviar un móvil al lugar de los hechos, si la situación es de urgencia o emergencia, de esto se desprende que:</p> <p>Sobre un total de 3.207 víctimas atendidas por la Brigada Móvil de Atención a Víctimas de Violencia Familiar en el 2013, 2.202 son femeninas. De este total de 2.202 víctimas femeninas, 1.075 han sufrido violencias por parte de sus parejas y ex parejas.</p> <p>Si bien la relación se establece sobre un total de víctimas femeninas, que incluiría a niñas, no tenemos registro de víctimas menores a 15 años con vínculos de pareja.</p>

Indicador	Valor a reportar	Fuente	Observaciones
<p><u>Objetivo 8.</u> <u>Erradicar el estigma y la discriminación</u></p>			
<p>8.1 Actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH</p>	<p>No hay datos que cumplan con las directrices. (El indicador debería elaborarse con las respuestas que, en el marco de una encuesta de población general, den los entrevistados que han oído hablar del VIH al siguiente conjunto de preguntas específicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • "¿Compraría hortalizas frescas de un tendero o proveedor si supiera que esa persona tiene el VIH?" • ¿Cree que los niños que viven con el VIH pueden ir a la escuela con niños que son seronegativos? Y no se realiza tal encuesta) 		<p>Otra fuente: Informe UBATEC 2012 (Cuadro 3.4.1.1.) Discriminación: - La mitad de las personas encuestadas se sintió discriminada alguna vez. - Mayor discriminación refieren las trans: 69,7%.-</p> <p>Los motivos: primero, por orientación sexual e identidad de género: casi dos tercios (entre LGTB); 46,6% por aspecto físico (entre UD, el 55,2%), 46,2% por forma de pensar (entre UD, 56,4%), 38,7% por vestimenta (entre UD, 49,7%; entre TS, 43,3%); por nivel socioeconómico el 25,3%. Y otros motivos mencionados entre un 10% y un 20% son obesidad, lugar de origen, color de piel, ser mujer, nacionalidad y religión.</p>
<p><u>Objetivo 9.</u> <u>Eliminar las restricciones a los viajes</u></p>			
<p>Los datos sobre restricciones de viaje son recopilados directamente por la División Jurídica y de Derechos Humanos, en la sede del ONUSIDA, por lo que no es necesario notificarlos.</p>	-		

Indicador	Valor a reportar	Fuente	Observaciones
<u>Objetivo 10.</u> <u>Fortalecer la integración del VIH</u>			
10.1 Asistencia escolar actual por parte de huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años*	Indicador pertinente, no se reporta por falta de datos.		
10.2 Proporción de los hogares más pobres que recibieron apoyo económico en los últimos tres meses	Indicador pertinente, no se reporta por falta de datos.		
<u>Cuestiones sobre políticas (referentes a los 10 objetivos)</u>			
Instrumento de Compromisos y Políticas Nacionales (ICPN)	VER ICPN A 2014-03-28.docx . ICPN 2014 parte B VALIDADO.doc		

Ver indicadores comparados con reporte 2010 en el documento de trabajo:

[UNGASS 2014 trabajo de emergencia\Comparación de indicadores 10 12 13 14.xlsx](#)

II. Panorama general de la epidemia de sida³

Análisis de tasas

En la Argentina, la principal estrategia de vigilancia epidemiológica del VIH-sida es la notificación de nuevos casos, que permite construir líneas de tendencia de diagnósticos de sida desde 1990 y de VIH desde 2001. La vigilancia de casos de

³ Todo el reporte en general se ha basado en información publicada en el Boletín sobre el VIH –SIDA en la Argentina, Nº 30, Diciembre de 2013. Elaborado por la Dirección Nacional de SIDA y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. DSyETS.

sida ha ido perdiendo fuerza a medida que se incrementaba el acceso a los tratamientos antirretrovirales y hoy se utiliza, sobre todo, para analizar la proporción de diagnósticos en estadios avanzados de la infección. De allí que en este informe la tasa de casos de sida se presentará en la sección de diagnósticos tardíos. En contraposición, la tasa de casos de VIH se ha convertido en los últimos diez años en el principal indicador epidemiológico a monitorear, junto con las prevalencias de VIH en los distintos grupos sociales que se obtiene de estudios específicos y no de los sistemas de información rutinarios de los servicios de salud.

	Población (2012)*		Diagnósticos acumulados de infección por VIH (2001-2012)		Tasa de VIH x 100 mil habitantes (2010-2011)*	Tasa de mortalidad por sida x 100 mil habitantes (2011)*	Cantidad de personas con medicación suministrada por la DSyETS (2013)	
Total	41.281.631	100,0%	66.657	100,0%	12,7	3,2	35.904	100,00%
AMBA Y ÁREA CENTRAL DEL PAÍS	26.730.273	64,8%	49.640	74,5%	13,0	3,4	28.038	78,1%
CABA	3.072.426	11,5%	11.121	22,4%	25,6	4,1	11.666	32,5%
Buenos Aires**	15.571.686	58,3%	28.494	57,4%	10,9	4,0	10.219	28,5%
24 partidos del GBA	9.735.917	62,5%	19.256	67,6%	11,5	5,1	//	//
Resto de Buenos Aires	5.835.769	37,5%	9.238	32,4%	10,1	2,2	//	//
Córdoba	3.451.910	12,9%	5.244	10,6%	15,5	1,7	2.765	7,7%
Entre Ríos	1.307.740	4,9%	1.120	2,3%	8,3	1,9	642	1,8%
Santa Fe	3.326.511	12,4%	3.661	7,4%	9,9	2,5	2.746	7,6%
NOA	4.898.449	11,9%	5.896	8,8%	12,9	3,3	2.219	6,2%
Catamarca	420.314	8,6%	296	5,0%	7,0	0,7	142	0,4%
Jujuy	716.978	14,6%	1.115	18,9%	14,4	4,1	400	1,1%
Salta	1.311.499	26,8%	2.138	36,3%	18,7	7,2	749	2,1%
Santiago del Estero	902.063	18,4%	635	10,8%	7,9	1,2	313	0,9%
Tucumán	1.547.595	31,6%	1.712	29,0%	12,0	1,6	614	1,7%
NEA	3.866.272	9,4%	2.904	4,4%	7,0	2,2	1.358	3,8%
Chaco	1.090.451	28,2%	462	15,9%	4,1	0,9	334	0,9%
Corrientes	1.058.161	27,4%	777	26,8%	7,3	2,8	442	1,2%
Formosa	572.060	14,8%	288	9,9%	5,6	2,5	142	0,4%
Misiones	1.145.600	29,6%	1.377	47,4%	10,1	2,8	440	1,2%
CUYO	3.381.114	8,2%	3.340	5,0%	12,1	2,1	1.648	4,6%
La Rioja	369.727	10,9%	456	13,7%	14,6	1,4	154	0,4%
Mendoza	1.800.895	53,3%	1.785	53,4%	13,8	2,4	908	2,5%
San Juan	734.301	21,7%	640	19,2%	9,0	0,8	325	0,9%
San Luis	476.191	14,1%	459	13,7%	8,4	3,6	260	0,7%
PATAGONIA	2.405.523	5,8%	3.823	5,7%	16,3	2,0	1.722	4,8%
Chubut	480.592	20,0%	934	24,4%	18,5	2,3	437	1,2%
La Pampa	349.240	14,5%	290	7,6%	10,0	0,9	139	0,4%
Neuquén	582.560	24,2%	1.050	27,5%	17,7	3,0	535	1,5%
Río Negro	609.553	25,3%	842	22,0%	12,8	1,5	343	1,0%
Santa Cruz	242.275	10,1%	415	10,9%	22,0	2,1	169	0,5%
Tierra del Fuego	141.303	5,9%	292	7,6%	24,0	1,5	99	0,3%
Desconocido/Otro***			1.054	1,6%			921	2,6%

(*) Para la elaboración de las tasas se ha utilizado la proyección de población del INDEC a partir del censo de 2001.

(**) Incluye el SPB y el Hospital Posadas.

(***) Hospital Garrahan, Hospital de Clínicas, SPF.

Es importante destacar que la notificación de casos contabiliza eventos de salud-enfermedad, no personas, por lo que alguien que fue notificado con diagnóstico de infección un año determinado debe ser renotificado la primera vez que presente una enfermedad definidora de sida y al momento de su fallecimiento. En el cálculo de tasas, cada uno de estos eventos será considerado de modo independiente en el año en que se produjo. Los eventos de VIH y sida sólo se relacionan a la hora de calcular la proporción de diagnósticos tardíos, es decir, el porcentaje de personas con diagnóstico de VIH que simultáneamente o hasta doce meses después presenta una condición marcadora de sida.

La fuente de datos para construir los numeradores de las tasas de VIH y de sida son los eventos reportados por los servicios de salud a través de una ficha de notificación individual codificada, mientras que los denominadores utilizan las

poblaciones censadas o proyectadas del Instituto Nacional de Estadística y Censos (Indec). Cabe destacar que para este boletín se siguen utilizando las proyecciones poblacionales del censo de 2001, ya que aún no se cuentan con las proyecciones a partir del relevamiento efectuado en 2010. No obstante, de contar con estas últimas, es de suponer que tampoco se modificarían el escenario ni las tendencias.

Es necesario recordar que la tasa de VIH no mide la incidencia de infecciones, es decir, la ocurrencia de nuevas transmisiones en una población, sino la incidencia de diagnósticos de infección, que pueden tener lugar inmediatamente o varios años después del ingreso del virus al organismo. Por otro lado, la tasa de VIH está afectada por las condiciones de acceso al diagnóstico, situación que varía entre subgrupos poblacionales y entre regiones. En cambio, la tasa de sida no se ve tan influenciada por esta situación, dado que supone la presencia de alguna patología que requiere intervención médica inmediata. Sin embargo, la tasa de sida ha ido perdiendo valor como indicador epidemiológico en los países – como la Argentina– que han universalizado el acceso gratuito a los tratamientos antirretrovirales y, en consecuencia, modificaron la evolución de la infección.

Si bien el análisis de la información se realiza hasta el último año cerrado, en este caso 2012, las demoras en la notificación de los eventos llevan a pensar que la información más completa para evaluar la tendencia de las tasas es la correspondiente al año 2010 y, en menor grado, a 2011. Es necesario volver a aclarar que el retraso en la notificación se debe no sólo a demoras en el circuito, sino al hecho de que desde que una persona recibe su diagnóstico hasta que comienza el seguimiento de su infección, instancia en la que suele notificarse, puede transcurrir un tiempo considerable. A partir de este año han comenzado a incluirse en la base de notificaciones los diagnósticos reportados a través del Sistema de Vigilancia de Laboratorios (SIVILA) del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS), aunque esta información recién se verá reflejada en el boletín del próximo año.

Cabe mencionar que las tasas informadas en este boletín presentan algunas variaciones en relación con los valores publicados en números anteriores, debido a que año a año se van depurando las bases de datos. No obstante, estas diferencias no afectan las tendencias generales.

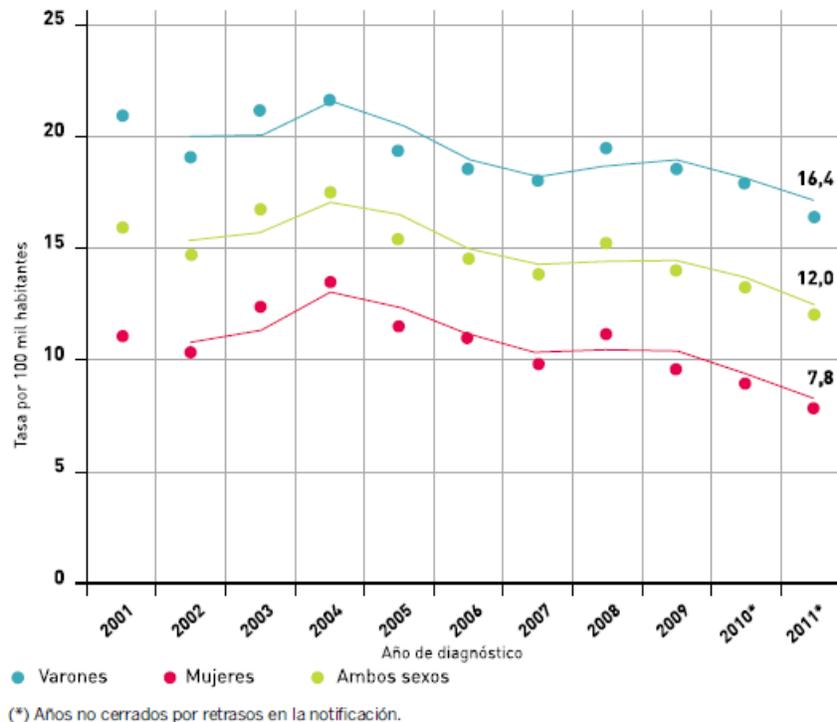
La DSyETS tiene registros provenientes del subsistema público, de la seguridad social, del sistema médico prepago y de los servicios penitenciarios por un total de 66.657 casos de VIH diagnosticados entre 2001 y 2012 y de 44.979 casos de sida diagnosticados entre 1990 y 2012.

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

La evolución de las tasas de diagnóstico de VIH por 100 mil habitantes (de aquí en más, tasa de VIH) se encuentra estabilizada en alrededor de 13 por 100 mil en los últimos años. Si bien en los años 2011 y 2012 muestra valores inferiores, esto puede deberse a un retraso en la notificación. Se calcula que esta demora puede impactar en el indicador de los últimos dos años, aunque la DSyETS recibe aún notificaciones de diagnósticos producidos hace una década. Por esta razón, el análisis de las tendencias de las tasas en cada boletín epidemiológico se hace hasta dos años previos al año de la notificación. Es importante recordar que las tasas de diagnóstico permiten entender la dinámica de la epidemia pero no el peso que tienen a nivel poblacional, medición que se realiza con estudios de prevalencia.

La tasa de casos de VIH se ha estabilizado a mediados de la década pasada con un promedio de 5.500 notificaciones de diagnósticos anuales, alrededor de 3.500 varones y 2.000 mujeres por año (Gráfico 1). Esto ubicó la tasa de VIH durante 2011 en 12,0 por 100 mil, 16,4 entre los varones y 7,8 por 100 mil entre las mujeres. La tendencia de las tasas específicas por sexo es igual y en todo el período la tasa de varones duplica a la de mujeres (Gráfico 1).

Gráfico 1. Tendencia de las tasas de VIH por 100 mil habitantes por sexo según año de diagnóstico, Argentina (2001-2011)



En los últimos cinco años, las tasas específicas por sexo y edad más altas entre los varones se observan en los grupos de 35 a 44, seguidos por los de 25 a 34 años, mientras que en las mujeres se invierte el orden de esos dos grupos: las mujeres de 25-34 tienen la tasa más elevada, seguidas por las de 35-44 (Tabla 1). En ambos sexos continúan descendiendo las tasas en estos dos grupos y permanecen estables todos los demás. Las únicas excepciones son una ligera dirección ascendente en los varones de 15 a 24 y en los de 55 a 64 años, tendencia que podría estar indicando un mejor acceso al diagnóstico en los varones de estos grupos etarios.

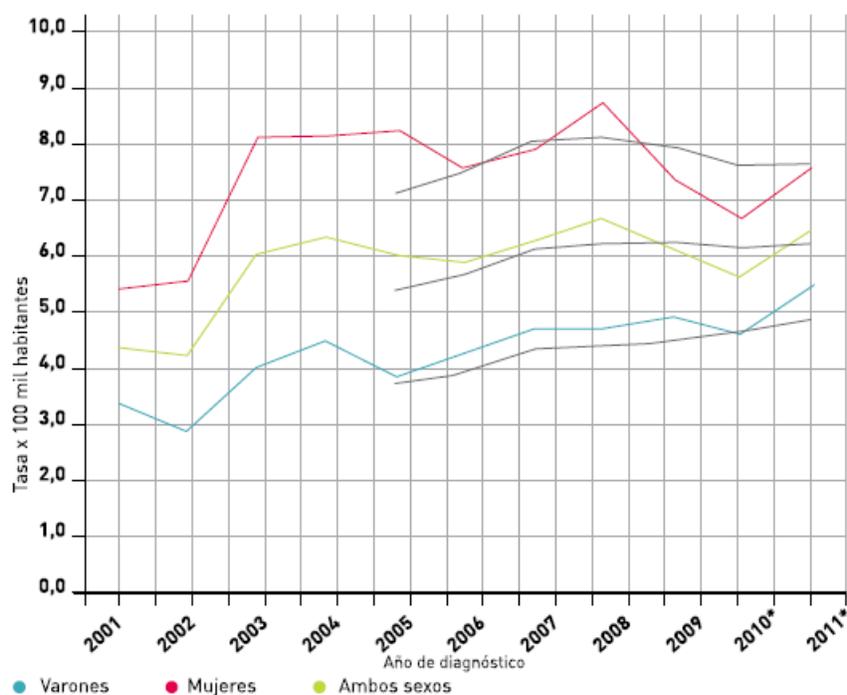
Tabla 1. Tasas específicas de VIH por 100 mil habitantes por sexo y edad según año de diagnóstico, Argentina (2001-2011)

Varones	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010*	2011*
0-14	2,7	3,1	3,1	2,3	1,9	1,3	1,4	1,4	1,6	1,4	0,9
15-24	11,3	10,6	12,7	12,7	11,6	12,4	12,8	14,1	13,9	15,5	15,7
25-34	64,5	53,3	54,9	51,8	42,6	42,9	38,2	41,6	38,1	35,3	33,5
35-44	47,8	44,0	51,4	55,3	50,2	44,4	42,9	45,9	41,4	39,2	33,0
45-54	19,4	19,1	23,5	26,3	24,9	23,6	23,8	25,4	26,4	24,1	23,0
55-64	8,9	10,0	9,3	12,4	12,8	12,4	13,1	14,9	14,2	15,5	11,9
65 o +	2,2	2,7	2,0	2,7	3,2	2,4	2,8	2,6	2,9	2,9	2,8
Mujeres	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010*	2011*
0-14	3,9	3,4	2,8	2,8	2,1	1,9	1,7	1,8	1,6	1,3	1,1
15-24	11,8	11,8	14,7	16,0	14,2	13,7	12,8	14,4	12,2	11,3	11,7
25-34	35,2	30,4	36,6	36,9	30,4	28,0	24,3	26,6	21,4	20,4	16,3
35-44	18,3	18,6	22,1	25,9	21,8	20,2	17,1	21,9	19,3	17,0	13,4
45-54	6,1	6,1	7,5	10,7	9,0	9,5	9,5	9,7	10,4	9,1	9,7
55-64	2,1	2,6	3,9	4,0	4,4	3,3	4,9	4,5	4,3	5,2	4,1
65 o +	0,3	0,5	0,6	0,5	0,8	0,5	0,5	0,7	0,6	0,4	0,7

(*) Años no cerrados por retrasos en la notificación.

Al interior del grupo de 15 a 24, en los adolescentes de 15 a 19 años se aprecia un aumento en la tasa entre los varones, que pasó de 3,9 por 100 mil en 2005 a 5,5 por 100 mil en 2011, con valores estables entre las mujeres (Gráfico 2).

Gráfico 2. Tendencia de las tasas específicas de VIH por 100 mil habitantes por sexo según año de diagnóstico en adolescentes de 15 a 19 años, Argentina (2001-2011)



(*) Años no cerrados por retrasos en la notificación.

Tabla 2. Tasas de VIH por 100 mil habitantes según año de diagnóstico por región, Argentina (2001-2011)

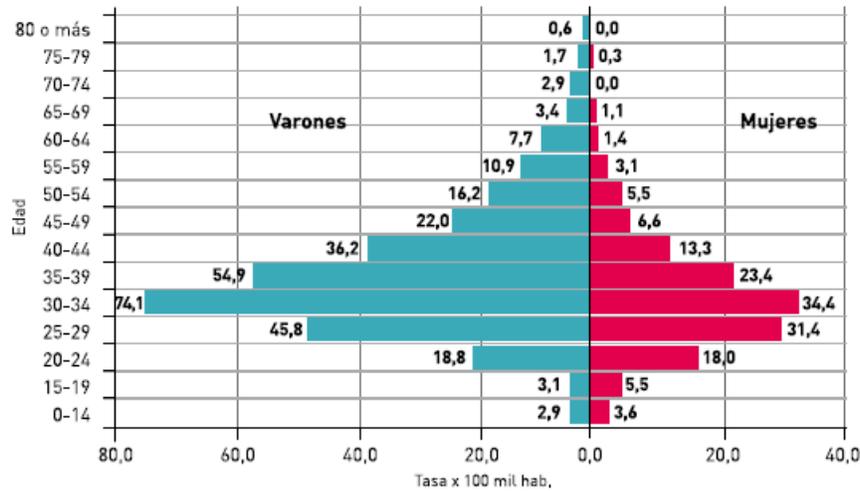
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010*	2011*
Total país	15,9	14,7	16,7	17,5	15,4	14,6	13,8	15,2	14,0	13,3	12,0
CABA	40,6	33,0	38,7	39,0	32,5	30,4	28,1	28,6	30,4	27,3	23,9
GBA	24,3	22,2	23,6	24,8	20,0	19,0	16,9	17,3	13,6	13,0	9,9
Centro	11,9	10,7	12,6	14,7	14,7	12,4	11,8	13,7	13,4	11,9	10,5
NOA	7,6	9,0	10,0	11,6	9,7	10,0	9,8	12,2	11,9	12,2	13,6
NEA	5,4	4,4	7,3	7,1	6,5	8,2	7,2	7,7	7,4	7,6	6,4
Cuyo	6,4	5,7	9,1	6,7	5,7	7,7	8,8	11,3	11,2	11,6	12,6
Patagonia	11,2	15,2	14,7	15,6	12,4	12,5	14,5	16,7	13,0	15,6	17,0

(*) Años no cerrados por retrasos en la notificación.

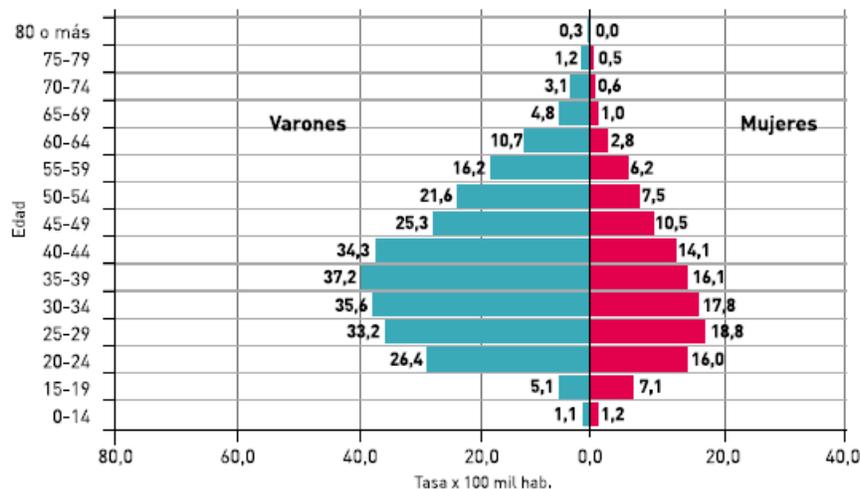
Al comparar las tasas específicas de los años 2001-2002 y 2010-2011, se aprecia que aumentaron los diagnósticos en el grupo de 15 a 24 años y en los de 45-74 entre los varones. La misma tendencia se observa entre las mujeres de 15 y 19 años y entre las mayores de 40 años. Por el contrario, las tasas se redujeron entre los menores de 15 años de ambos sexos, entre los varones de 25 a 44 años y entre las mujeres de 20 a 39 años (Gráfico 3).

Gráfico 3. Comparación de las tasas específicas de VIH por 100 mil habitantes por sexo y edad, Argentina

2001-2002



2010-2011*



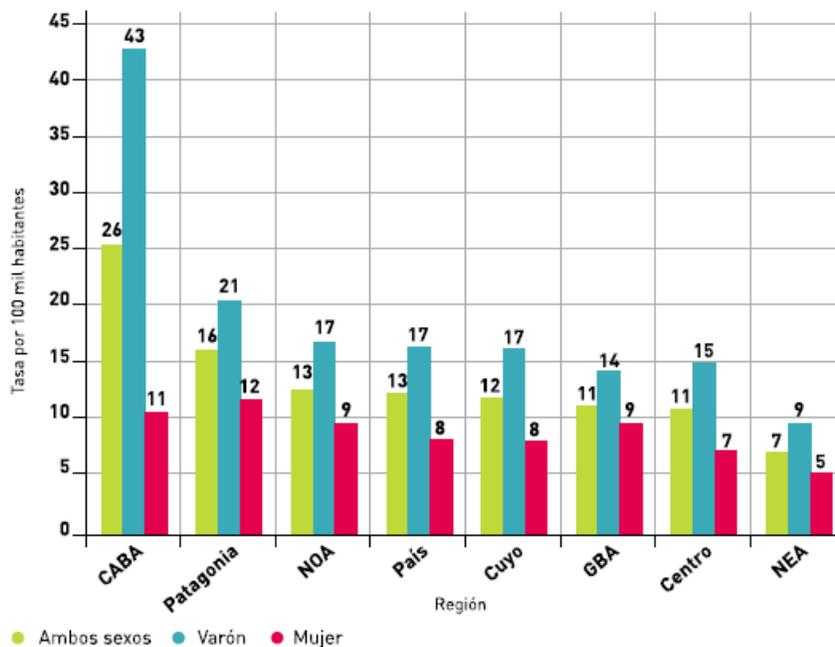
(*) Años no cerrados por retrasos en la notificación.

Para analizar la tendencia de las tasas de VIH a nivel subregional, se clasifican las 24 jurisdicciones del país en 7 categorías.

- CABA⁴: Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- GBA⁵: 24 partidos del conurbano bonaerense.
- Centro: 111 partidos restantes de la provincia de Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos y Santa Fe.
- NEA: Corrientes, Chaco, Formosa y Misiones.
- NOA: Catamarca, Jujuy, Salta, Santiago del Estero y Tucumán.
- Cuyo: La Rioja, Mendoza, San Juan y San Luis.
- Patagonia: Chubut, La Pampa, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz y Tierra del Fuego.

Al observar los últimos cinco años, las tasas siguen descendiendo en el GBA, ascienden en el NOA y Cuyo y permanecen estables en el resto de las regiones. Las tasas de VIH 2010-2011 se ubican entre 10 y 16 por 100 mil en todas las regiones, salvo en CABA, 26 por 100 mil, y NEA, 7 por 100 mil. Al diferenciar por sexo, se aprecia que en todas las regiones las mujeres tienen una tasa relativamente homogénea de entre 5 y 12 por 100 mil, mientras que son muy marcadas las diferencias en las tasas entre los varones: CABA tiene una tasa de 43 por 100 mil; Patagonia, 21 por 100 mil; y el NEA, 9 por 100 mil (Gráfico 4).

Gráfico 4. Comparación de las tasas generales y específicas por sexo de casos de VIH según región, Argentina (2010-2011*)



(*) Años no cerrados por retrasos en la notificación.

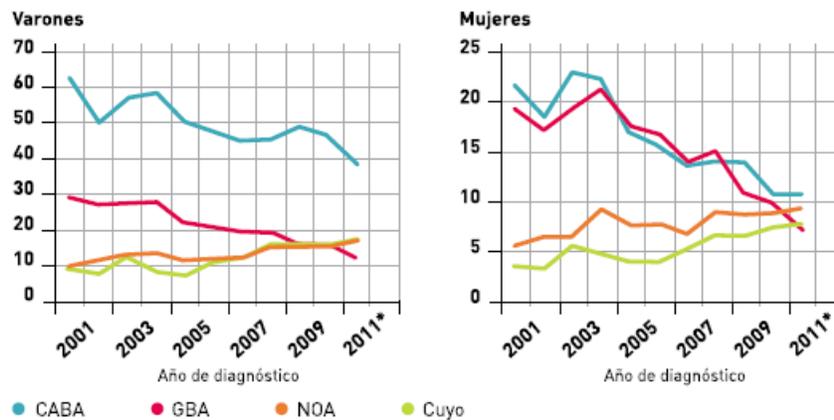
⁴ Si bien la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el GBA forman parte de una misma región, al realizar el análisis de tasas y de las variables epidemiológicas se observan notorias diferencias, por lo que se ha optado por separarlas en el análisis.

⁵ INDEC (2005) "¿Qué es el Gran Buenos Aires?"

Las tasas específicas por sexo muestran algunos cambios (Gráfico 5): las tasas de VIH descendieron entre las mujeres del GBA y CABA a la mitad en 10 años, tendencia que no ha cambiado. También es marcado el ascenso de la tasa entre las mujeres de Cuyo y NOA. Estas tendencias han llevado a que las tasas sean muy similares, e incluso a que la del GBA sea más baja que las de Cuyo y NOA, situación que también se repite entre los varones.

Es importante notar que la tasa de VIH entre los varones de CABA duplica en todos los años a las del GBA, mientras que prácticamente no hay diferencias en la tasa entre las mujeres. Esto puede deberse tanto a un acceso diferencial por sexo a los servicios de salud según la región, pero también a las diferencias por vías de transmisión según la región (ver más adelante).

Gráfico 5. Evolución de las tasas de casos de VIH por sexo según año de diagnóstico en regiones seleccionadas (2001-2011)



(*) Año no cerrado por retrasos en la notificación.

La única jurisdicción que ostenta un descenso en la tasa es la provincia de Buenos Aires, mientras el resto permanece estable o muestra una tendencia ascendente. Este es el caso de Córdoba en el Centro, Corrientes en el NEA, La Rioja y San Juan en Cuyo, Salta y Tucumán en el NOA y La Pampa, Río Negro y Santa Cruz en Patagonia⁶. En el caso de la provincia de Buenos Aires, el descenso de la tasa se produce en las regiones sanitarias del GBA (V, VI, VII y XII) y en la VIII (con cabecera en Mar del Plata). En el resto de las regiones la tasa es estable⁷.

El análisis de las tasas específicas por sexo en cada jurisdicción arroja las mismas tendencias, salvo en Mendoza, provincia que, si bien tiene una curva de diagnósticos estables, al desagregar por sexo muestra un ascenso sostenido en la tasa de diagnósticos entre las mujeres⁸.

⁶ Ver Tabla 31 en el Anexo del Boletín N° 30 DSyETS accesible en http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000297cnt-2013-11-28_boletin-epidemiologico-30.pdf

⁷ En el Anexo del Boletín N° 30 DSyETS accesible en http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000297cnt-2013-11-28_boletin-epidemiologico-30.pdf se presentan las tasas de VIH por región sanitaria de la provincia de Buenos Aires (Tabla 33) y partidos del GBA (Tabla 34).

⁸ Ver Tabla 32 del Anexo del Boletín N° 30 DSyETS accesible en http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000297cnt-2013-11-28_boletin-epidemiologico-30.pdf

Variables epidemiológicas

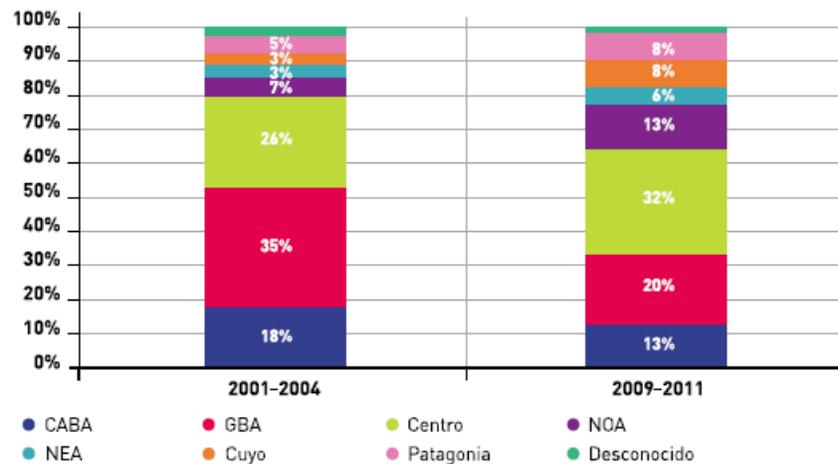
A continuación se describirán las variables epidemiológicas recogidas en las fichas de notificación epidemiológica entre los años 2001 y 2012. A través de ello se pretende reconocer, con algún grado de retraso, los principales grupos afectados por la epidemia y las tendencias.

Lugar de residencia

En el período 2010-2012, el 34% de los diagnósticos se produjeron en el AMBA, proporción que aumenta al 64% si se suma el resto del área central del país (Gráfico 6). Las proporciones de diagnósticos en CABA y en el área Central del país se encuentran estables desde hace algunos años en alrededor del 15% y el 30% respectivamente, mientras que la información evidencia una caída en el GBA y un aumento en el resto de las regiones. Así, en el período 2010-2012, el 19,4% de las notificaciones provino del GBA; el 13,3% del NOA; el 5,3% del NEA; el 8,1% de Cuyo; y el 7,8% de la Patagonia.

Al analizar la tendencia a nivel provincial⁹ todas las jurisdicciones incrementan su participación, menos CABA, que en diez años pasó del 19 al 15% de los diagnósticos, y la provincia de Buenos Aires, que cayó del 49 al 31% de los diagnósticos. Al interior de la provincia de Buenos Aires se observan algunas variaciones en la distribución: las más destacadas son el aumento de la Región Sanitaria I y II y el descenso en la Región VIII.

Gráfico 6. Distribución de los nuevos casos de VIH por región, Argentina

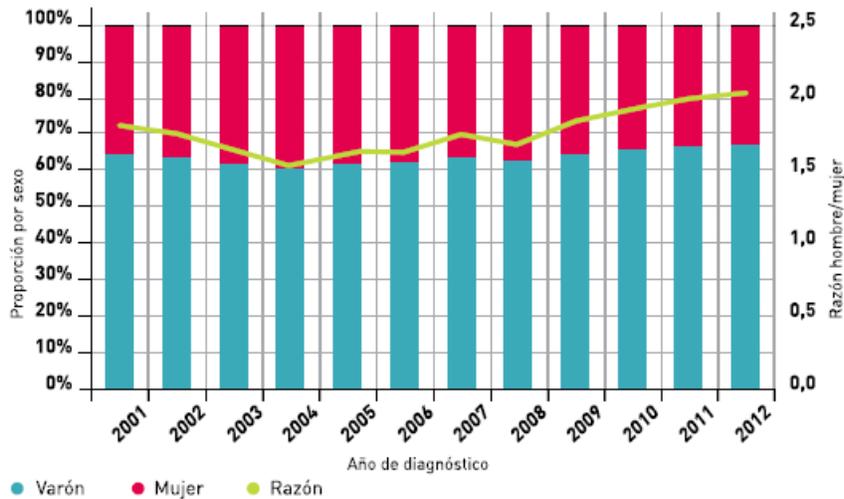


Sexo

La proporción de notificaciones por sexo ha registrado muy pocos cambios en la última década: apenas pasó del 64% de diagnósticos en varones en 2001 al 67% los últimos dos años. Esto implica que la razón hombre/mujer, luego de experimentar un descenso a mediados de la última década, se ha vuelto a elevar a un valor de 2,0 varones diagnosticados por cada mujer, una cifra mayor aún que a principios de la medición (Gráfico 7).

⁹ Ver Tabla 36 del Anexo del Boletín N° 30 DSyETS accesible en http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000297cnt-2013-11-28_boletin-epidemiologico-30.pdf

Gráfico 7. Evolución de la proporción de casos de VIH por sexo y razón hombre/mujer según año de diagnóstico, Argentina (2001-2012)

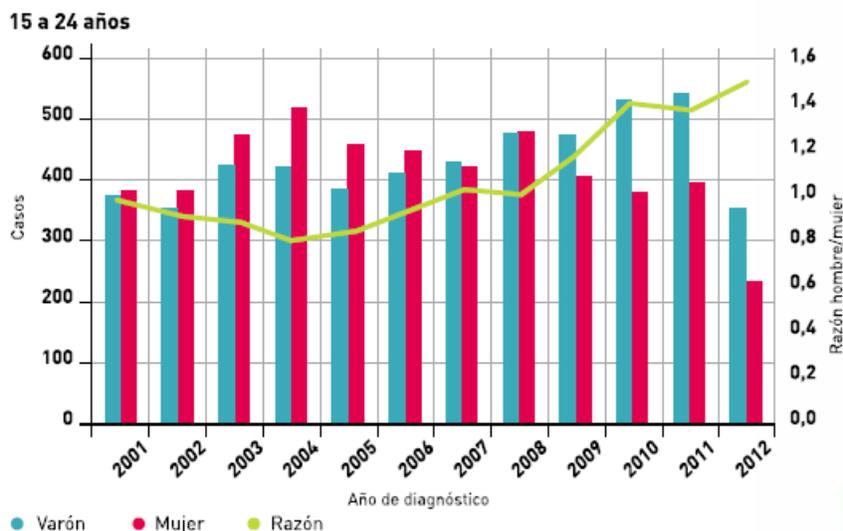


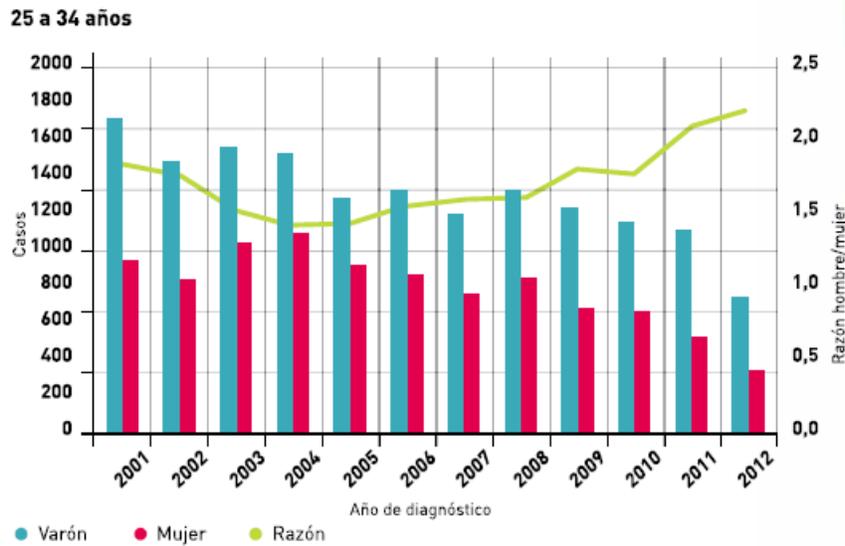
El aumento de este indicador se debe al incremento en la razón en los grupos de 15 a 24 y 25 a 34 años, mientras que en el resto de los subgrupos etarios la relación entre los sexos permanece estable (Tabla 3). En aquellas dos franjas, el ascenso se debe a la caída en la cantidad de mujeres diagnosticadas en ambos subgrupos y al aumento en la cantidad de varones en el de 15 a 24 (Gráfico 8)

Tabla 3. Razón hombre/mujer de los casos de VIH por grupo etario, Argentina (2001-2012)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
0-14	0,7	1,0	1,1	0,8	1,0	0,7	0,9	0,8	1,0	1,1	0,8	0,6
15-24	1,0	0,9	0,9	0,8	0,8	0,9	1,0	1,0	1,2	1,4	1,4	1,5
25-34	1,8	1,8	1,5	1,4	1,4	1,5	1,6	1,6	1,8	1,8	2,1	2,2
35-44	2,5	2,3	2,3	2,1	2,3	2,2	2,5	2,1	2,1	2,3	2,4	2,2
45-54	3,0	3,0	2,9	2,3	2,6	2,3	2,4	2,4	2,4	2,5	2,3	2,4
55-64	3,8	3,5	2,2	2,8	2,6	3,4	2,4	3,0	3,0	2,7	2,6	2,3
65 o más	5,5	3,7	2,4	3,8	2,7	3,2	3,5	2,6	3,3	4,9	2,9	7,6

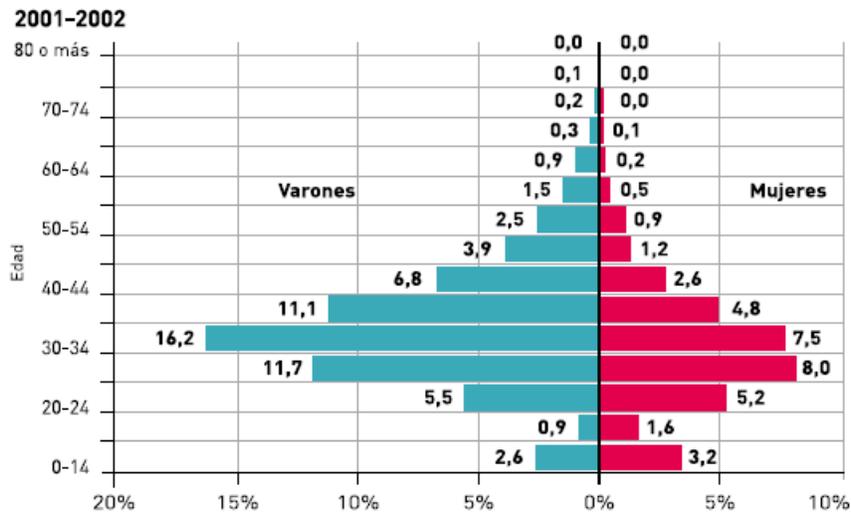
Gráfico 8. Casos de VIH por sexo y razón hombre/mujer según año de diagnóstico en grupos de edad seleccionados, Argentina (2001-2012)

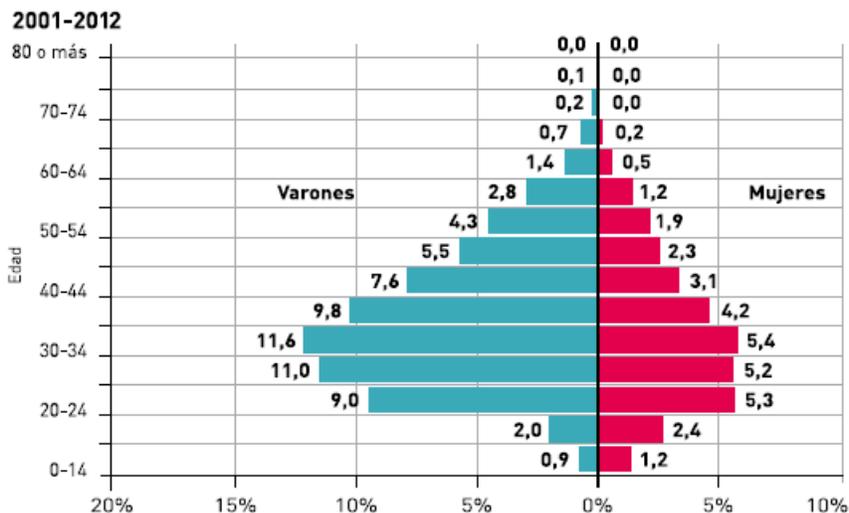




En el Gráfico 9 se compara la estructura por sexo y edad de las notificaciones de diagnósticos entre los años 2001-2002 y 2011-2012. Ese análisis permite observar un recorte en la participación de los menores de 14 años –en su inmensa mayoría, infectados por transmisión vertical– y de los varones de 30 a 34 años, que concentraban el mayor porcentaje de diagnósticos en los varones hace diez años. Este descenso es absorbido por el resto de los grupos etarios. Asimismo, las pirámides muestran claramente un aumento en la proporción de diagnósticos en los mayores de 40 años de los dos sexos.

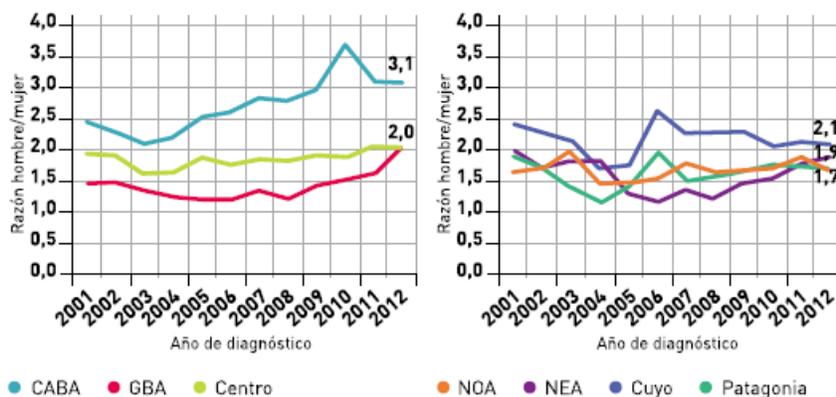
Gráfico 9. Comparación de la estructura por sexo y edad de los casos de infección por VIH, Argentina





La razón de diagnósticos entre los sexos va en aumento en todas las regiones, salvo en Cuyo, donde tuvo un pico de 2,6 en el año 2006 y viene descendiendo desde entonces (Gráfico 10). A excepción de CABA, cuya razón varón/mujer es de 3,1, se han reducido las diferencias regionales en cuanto a este indicador. Esta relación se ubica entre 1,7 en Patagonia y NOA y 2,1, en Cuyo.

Gráfico 10. Evolución de la razón hombre/mujer de los casos de VIH por región, Argentina (2001-2012)



No hay ninguna jurisdicción donde se produzcan más diagnósticos en mujeres que en varones¹⁰. Los valores más bajos se observan en Misiones y Catamarca, con 1,1 varón por mujer diagnosticada en 2011, mientras que los números más altos

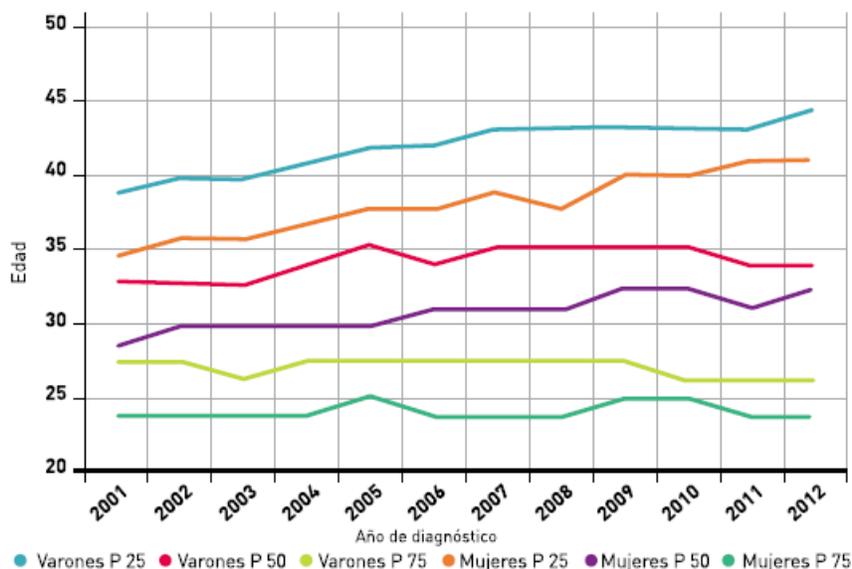
¹⁰ Ver Tabla 37 del Anexo del Boletín N° 30 DSE/ETS accesible en http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000297cnt-2013-11-28_boletin-epidemiologico-30.pdf

se aprecian en Tucumán y Formosa, con 3,4, y CABA, con 3,1 en 2011. En tanto, San Juan y Santa Cruz son las únicas jurisdicciones donde se observa una tendencia al descenso en la razón varón/mujer¹¹.

Edad

La mediana de edad de diagnóstico se reduce ligeramente entre los varones y continúa aumentando entre las mujeres, lo que produce que la brecha entre ambos se reduzca a dos años (Gráfico 11). Así, en el trienio 2010-2012, la mediana entre los varones fue de 34 años y la de las mujeres, de 32. En ambos sexos aumenta la cantidad de diagnósticos en personas mayores de 45 años, como lo expresa el aumento del percentil 75.

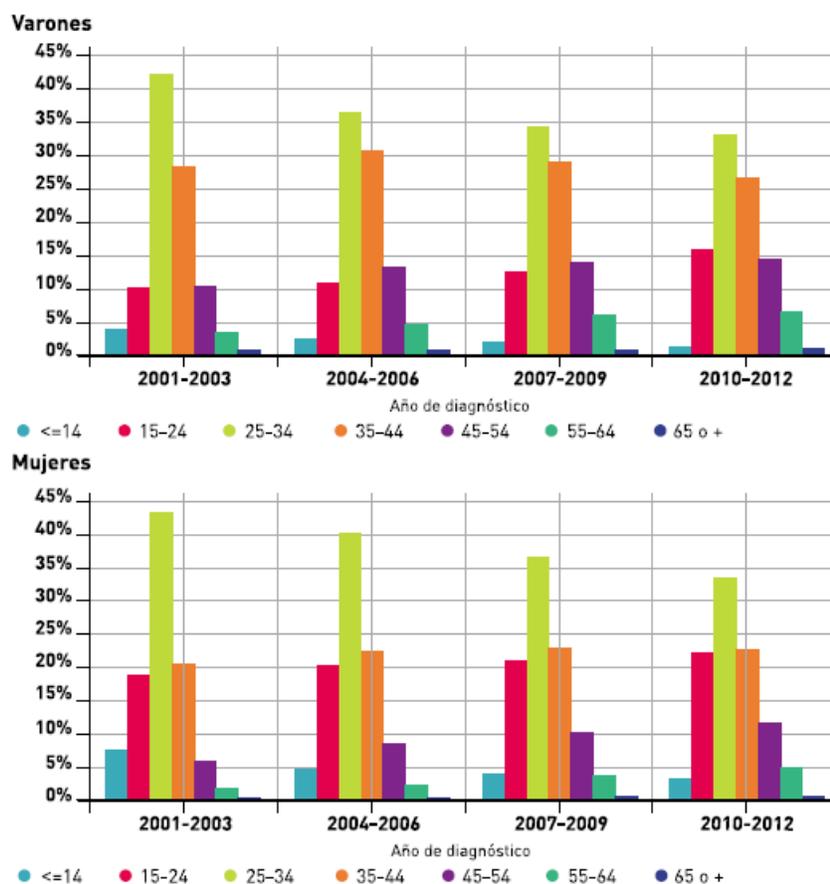
Gráfico 11. Evolución de la mediana de edad de diagnóstico de infección por VIH según sexo, Argentina (2001-2012)



Así, el 23% de los varones y el 18% de las mujeres reciben su diagnóstico a partir de los 45 años de edad (Gráfico 12). En la Tabla 41 se presenta esta información para las distintas regiones del país. Durante el trienio 2010-2012, en todas las regiones, el 14% (GBA y NEA) y el 20% (NOA) de los varones fueron diagnosticados entre los 15 y los 24 años, mientras que ese grupo, en las mujeres va del 19% en Cuyo, CABA y GBA al 27% en NOA.

¹¹ En la Tabla 38 del Anexo del Boletín N° 30 DSyETS accesible en http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000297cnt-2013-11-28_boletin-epidemiologico-30.pdf se presenta la razón hombre/mujer en las regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires.

Gráfico 12. Evolución de la proporción de diagnósticos de VIH según grupo de edad y sexo, Argentina (2001-2012)



A nivel regional (Tabla 4), el descenso de la mediana de la edad de diagnóstico entre los varones se verifica en CABA, NOA y Patagonia, mientras que en NEA y Cuyo aumenta. En NOA se registra el valor más bajo, 32 años, mientras que en el resto de las regiones se ubica entre 34 y 35 años. Estas variaciones muestran una reducción en las diferencias subregionales en la edad de diagnóstico de los varones. En el caso de las mujeres, la edad de diagnóstico aumentó en todas las regiones, cuyos valores más bajos se registraron en el NOA, 30 años, y los más altos en CABA, 33 años. Salvo en el CABA y en el NOA, en todas las regiones las mujeres tienen una mediana tres años más baja que los varones¹².

Tabla 4. Mediana de edad de diagnóstico de infección por VIH según sexo y región, Argentina (2001-2012)

	Varones				Mujeres			
	2001-2003	2004-2006	2007-2009	2010-2012	2001-2003	2004-2006	2007-2009	2010-2012
Total del país	33	35	35	34	30	30	31	32
CABA	34	35	35	34	31	32	32	33
GBA	33	35	36	35	30	31	32	33
Centro	33	35	34	35	30	30	31	32
NOA	31	33	33	32	29	28	29	30
NEA	31	33	33	34	27	28	29	31
Cuyo	32	32	34	35	29	29	30	32
Patagonia	33	35	35	34	29	29	31	31

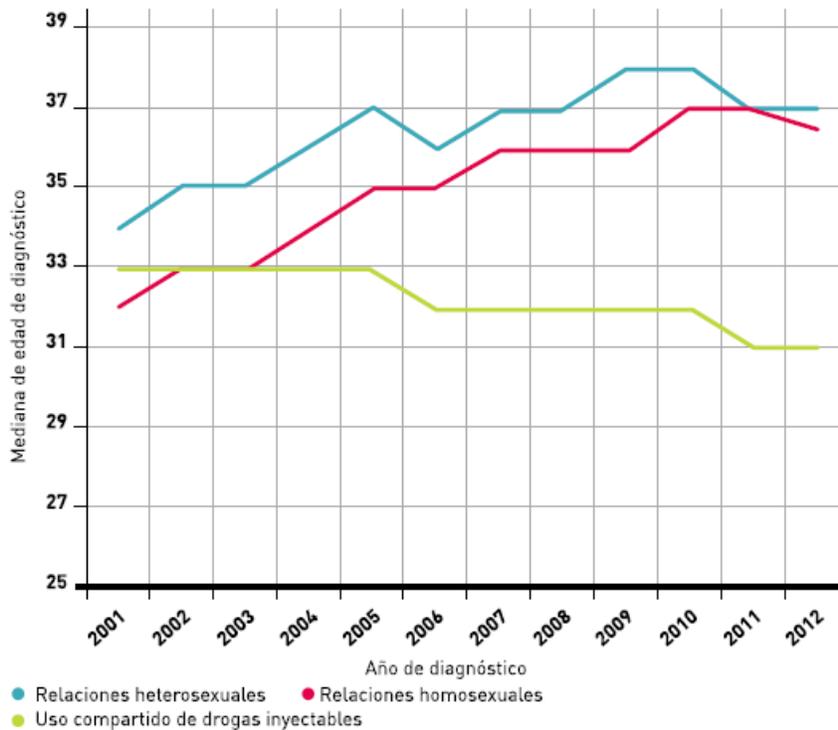
¹² En el Anexo del Boletín N° 30 DSyETS accesible en http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000297cnt-2013-11-28_boletin-epidemiologico-30.pdf se presenta esta información para cada jurisdicción del país (Tabla 39) y para cada región sanitaria de la provincia de Buenos Aires (Tabla 40).

A nivel provincial, es más amplio el rango de edades de diagnóstico entre los varones que entre las mujeres. Catamarca registra la mediana en varones más baja (28 años), en contraposición a Santa Fe y Misiones (37 años), que poseen las medianas más altas. La Pampa registra la mediana de edad de diagnóstico más baja entre las mujeres (27 años), al contrario de lo que sucede en Tierra del Fuego (38 años) y Neuquén (35 años). En La Pampa y Misiones, la diferencia entre la mediana de edad de diagnóstico entre varones y mujeres alcanza 8 años.

Las jurisdicciones donde se ven modificaciones en la edad de diagnóstico son Tucumán, Catamarca y Formosa, provincias donde viene cayendo la edad entre los varones mientras aumenta en Chaco y en Santa Fe. Entre las mujeres, la única tendencia marcada es el ascenso de la edad en CABA, Chaco y Mendoza.

La mediana de edad de diagnóstico ha comenzado a descender ligeramente entre los varones infectados por vía sexual: 37 años entre los infectados durante relaciones con mujeres y 31 para los expuestos por relaciones homosexuales (Gráfico 13).

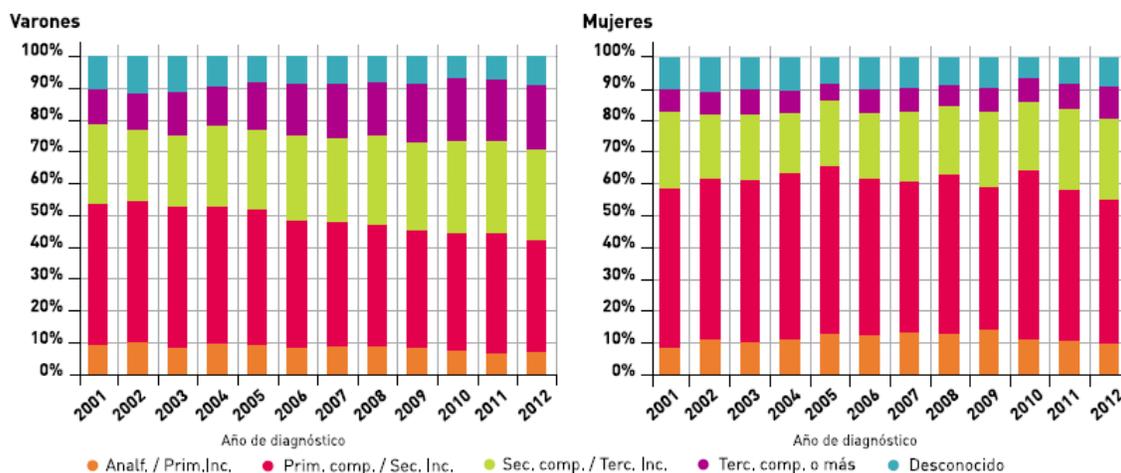
Gráfico 13. Evolución de la mediana de edad de diagnóstico de infección por VIH según vía de transmisión en varones, Argentina (2001-2012)



Nivel de instrucción en personas de 19 años o más

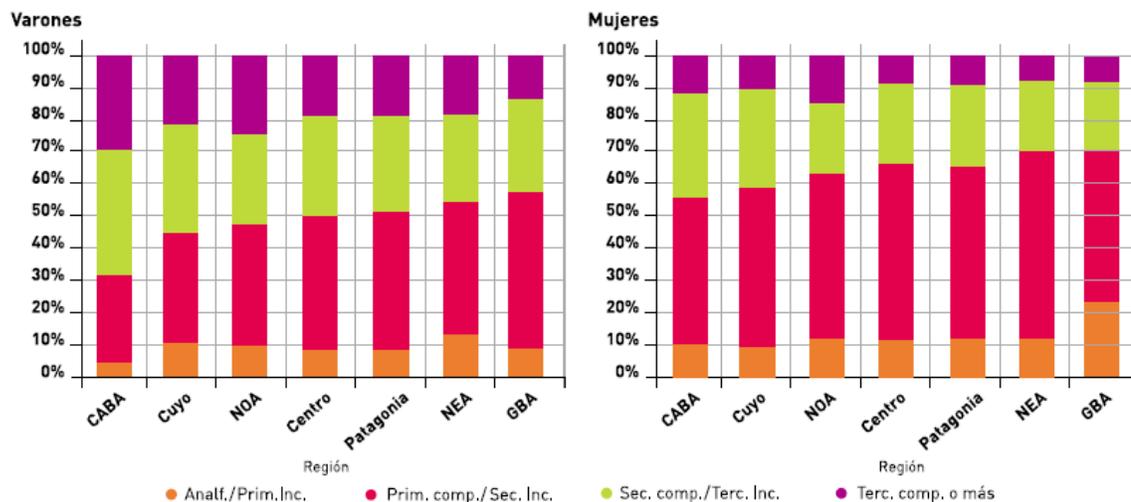
Casi la mitad de los varones diagnosticados los dos últimos años tenían secundario completo o más como máximo nivel de instrucción, nivel que habían alcanzado el 35% de las mujeres (Gráfico 14). A lo largo de la década descendió la cantidad de varones cuyo nivel de instrucción no alcanzaba el secundario completo, del 54% al 42%, mientras que las cifras correspondientes a las mujeres no presentaron cambios: cerca del 58% tenían secundario incompleto o menos.

Gráfico 14. Máximo nivel de instrucción alcanzado en personas de 19 años o más con VIH según año de diagnóstico, Argentina (2001-2012)



A nivel regional, el máximo nivel de instrucción alcanzado por las mujeres es mucho más homogéneo que entre los varones (Gráfico 15): aproximadamente el 10% de las mujeres diagnosticadas no han completado el nivel primario, salvo en el NEA, donde alcanza el 23% este nivel de instrucción. En todas las regiones, salvo en CABA, el 60% de las mujeres no han completado el nivel medio. En contraposición, el nivel de instrucción de los varones es superior al de las mujeres en todo el país. Entre 2010 y 2012, en CABA, alrededor del 70% de los varones diagnosticados tienen secundaria completa o más, mientras que en el GBA sólo el 42% alcanza este nivel¹³.

Gráfico 15. Máximo nivel de instrucción alcanzado en personas de 19 años o más con VIH según sexo y región, Argentina (2001-2012)



Dentro de cada grupo de exposición, no se observan cambios en la distribución según nivel de instrucción, salvo entre los hombres que tienen sexo con hombres. Poco más del 30% de los varones infectados durante relaciones heterosexuales habían alcanzado o superado el nivel medio, mientras que entre los que se infectaron por utilizar material para consumir drogas ese nivel sólo lo habían alcanzado poco más del 10%. En cambio, entre los varones infectados por prácticas homosexuales se observa una evolución positiva en el máximo nivel de instrucción. Mientras que hace una década el 60%

¹³ En la Tabla 42 del Anexo del Boletín N° 30 DSyETS accesible en http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000297cnt-2013-11-28_boletin-epidemiologico-30.pdf se presenta la evolución de este indicador por región y en la Tabla 43, por jurisdicción.

de los varones que se habían infectado por esa vía tenían nivel medio completo o más, en el trienio 2010-2012 superaban el 70%. En tanto, entre las mujeres se aprecia una evolución positiva en el nivel de instrucción entre las infectadas por uso de material para consumir drogas, aunque las diferencias entre las vías de transmisión no son tan marcadas como entre los varones.

Tabla 5. Evolución del máximo nivel de instrucción alcanzado en personas de 19 años o más con diagnóstico de VIH según sexo y vía de transmisión, Argentina (2001-2012)

	2001-2003						2004-2006						Varones					
	2001-2003		2004-2006		2007-2009		2010-2012		2001-2003		2004-2006		2007-2009		2010-2012			
	Relaciones heterosexuales	Relaciones homosexuales	Uso compartido de material para consumir drogas	Relaciones heterosexuales	Relaciones homosexuales	Uso compartido de material para consumir drogas	Relaciones heterosexuales	Relaciones homosexuales	Uso compartido de material para consumir drogas	Relaciones heterosexuales	Relaciones homosexuales	Uso compartido de material para consumir drogas	Relaciones heterosexuales	Relaciones homosexuales	Uso compartido de material para consumir drogas			
Total	100,0%	100,0%	100,0%															
	4.174	3.537	2.027	5.160	3596	1.216	5.159	3.951	489	4.261	3.623	107	5.159	3.951	489			
Analf./Prim. Inc.	10,3%	5,1%	17,8%	10,6%	5,6%	16,9%	11,8%	4,7%	14,7%	11,0%	2,5%	21,5%	11,8%	4,7%	14,7%			
Prim. Comp./Sec. Inc.	50,0%	31,1%	61,8%	49,6%	28,9%	61,8%	49,1%	24,7%	61,1%	49,0%	23,0%	62,6%	49,1%	24,7%	61,1%			
Sec. Comp./Terc. Inc.	22,4%	33,7%	10,9%	24,4%	31,5%	10,9%	23,3%	34,1%	12,1%	23,6%	36,7%	10,3%	23,3%	34,1%	12,1%			
Terc. Comp. o más	8,0%	23,0%	1,9%	9,2%	28,7%	2,5%	9,4%	31,8%	2,0%	10,0%	33,3%	0,9%	9,4%	31,8%	2,0%			
Desconocido	9,2%	7,1%	7,6%	6,2%	5,3%	8,1%	6,4%	4,7%	10,0%	6,4%	4,5%	4,7%	6,4%	4,7%	10,0%			

	2001-2003		2004-2006		2007-2009		2010-2012	
	Relaciones sexuales	Uso compartido de material para consumir drogas	Relaciones sexuales	Uso compartido de material para consumir drogas	Relaciones sexuales	Uso compartido de material para consumir drogas	Relaciones sexuales	Uso compartido de material para consumir drogas
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	5.017	362	5.868	204	5.187	83	3.897	20
Analf./Prim. Inc.	10,4%	16,3%	12,5%	18,1%	13,8%	25,3%	10,9%	15,0%
Prim. Comp./Sec. Inc.	51,4%	53,6%	53,0%	55,4%	49,4%	45,8%	49,8%	75,0%
Sec. Comp./Terc. Inc.	22,3%	18,8%	20,8%	15,7%	22,9%	16,9%	24,3%	10,0%
Terc. Comp. o más	7,1%	4,1%	6,6%	3,4%	7,4%	2,4%	8,6%	0,0%
Desconocido	8,8%	7,2%	7,2%	7,4%	6,4%	9,6%	6,3%	0,0%

Vías de transmisión

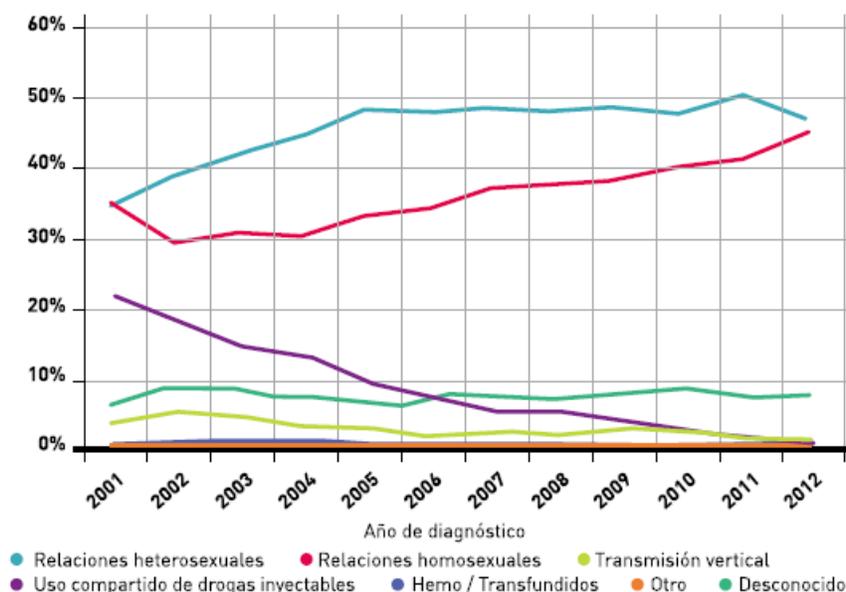
El 90% de las personas se infectaron por vía sexual, tanto entre las mujeres como entre los varones (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**). En este último caso, la mitad se infectó durante una relación heterosexual y la otra, durante una relación sexual con otro hombre (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**). Asimismo, continúa en descenso la proporción de personas que se infectaron al compartir material para consumir drogas, proporción que es absorbida por los hombres que tienen sexo con hombres.

Tabla 6. Evolución en las vías de transmisión del VIH por sexo, Argentina (2001-2012)

	Varones											
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Total	3.813	3.512	3.925	4.062	3.666	3.542	3.455	3.787	3.638	3.552	3.279	2.151
Relaciones sexuales con mujeres	33,5%	38,0%	40,7%	43,7%	47,7%	47,4%	47,9%	47,7%	47,9%	47,0%	49,8%	46,5%
Relaciones sexuales con varones	33,9%	30,0%	31,2%	30,8%	32,9%	33,9%	35,9%	36,9%	37,7%	39,6%	40,6%	44,4%
Transmisión vertical	3,4%	4,2%	3,8%	2,7%	2,5%	1,7%	2,1%	1,8%	2,3%	2,0%	1,2%	1,0%
Uso compartido de material para el consumo de drogas	21,7%	18,1%	14,9%	14,1%	10,1%	8,0%	5,2%	5,0%	3,4%	2,2%	0,7%	0,3%
Recepción de sangre o derivados	0,3%	0,6%	0,4%	0,5%	0,2%	0,3%	0,1%	0,2%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%
Otro	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Desconocido	7,1%	9,1%	8,9%	8,0%	6,7%	8,7%	8,7%	8,2%	8,6%	9,1%	7,6%	7,8%

	Mujeres											
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Total	2.093	1.990	2.394	2.641	2.267	2.150	1.974	2.248	1.972	1.837	1.636	1.053
Relaciones sexuales con varones	78,1%	79,2%	83,1%	84,6%	88,4%	86,8%	86,7%	89,1%	87,4%	89,9%	92,4%	89,6%
Transmisión vertical	8,5%	8,1%	5,7%	4,9%	4,1%	3,9%	4,1%	3,6%	3,9%	3,0%	3,1%	3,4%
Uso compartido de material para el consumo de drogas	7,0%	5,7%	5,1%	3,6%	3,1%	2,2%	1,6%	1,2%	1,4%	0,8%	0,3%	0,1%
Recepción de sangre o derivados	1,3%	0,8%	0,9%	0,8%	0,4%	0,5%	0,5%	0,3%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%
Otro	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,3%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Desconocido	5,1%	6,2%	5,1%	6,0%	3,7%	6,5%	7,1%	5,5%	6,9%	6,3%	4,2%	6,7%

Gráfico 16. Vías de transmisión del VIH en varones según año de diagnóstico, Argentina (2001-2012)



En el trienio 2010-2012, CABA es la única región donde los HSH ocupan el primer puesto en la proporción de diagnósticos, con el 53,2%. Cuyo y NOA tienen una proporción similar de HSH y relaciones heterosexuales y el resto presenta a las relaciones heterosexuales como principal vía, con el 50% de los casos (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**). Salvo en Cuyo, en el resto de las regiones se observa la tendencia ascendente en la proporción de HSH diagnosticados. La mayor proporción de personas infectadas al compartir material para consumir drogas se observa en el GBA, 1,9% del total de diagnósticos en varones. Por su parte, entre las mujeres, el máximo valor también se da en el GBA, con el 0,7%.

Los casos de transmisión vertical entre las mujeres van desde el 1% de las notificaciones en Patagonia al 4% en el GBA. Entre los varones, se observa el 0,5% en Patagonia y el 2,8 en el GBA¹⁴.

¹⁴ En la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** del Anexo del Boletín N° 30 DSyETS accesible en http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000297cnt-2013-11-28_boletin-epidemiologico-30.pdf se presenta la evolución de las vías de transmisión por jurisdicción, donde se aprecia que en numerosas provincias es muy marcado el ascenso de la proporción de diagnósticos en HSH.

Tabla 7. Evolución en las vías de transmisión del VIH por sexo y región, Argentina (2001-2012)

		Varones				Mujeres			
		2001-2003	2004-2006	2007-2009	2010-2012	2001-2003	2004-2006	2007-2009	2010-2012
Total	Total	100,0%							
		11.250	11.270	10.880	8.982	6.477	7.058	6.194	4.526
	Relaciones heterosexuales	37,4%	46,2%	47,8%	47,9%	80,3%	86,5%	87,8%	90,7%
	Relaciones homosexuales	31,8%	32,4%	36,8%	41,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Transmisión vertical	3,8%	2,3%	2,1%	1,5%	7,3%	4,4%	3,8%	3,1%
	Uso compartido de material para el consumo de drogas	18,2%	10,9%	4,5%	1,2%	5,9%	3,0%	1,4%	0,5%
	Recepción de sangre o derivados	0,4%	0,3%	0,1%	0,0%	1,0%	0,6%	0,3%	0,1%
	Otro	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%
	Desconocido	8,4%	7,8%	8,5%	8,3%	5,4%	5,4%	6,5%	5,6%
CABA	Total	100,0%							
		2.337	2.174	1.963	1.554	1.033	902	688	469
	Relaciones heterosexuales	34,7%	39,0%	37,1%	38,2%	84,6%	91,0%	92,2%	92,1%
	Relaciones homosexuales	46,3%	46,4%	50,1%	53,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Transmisión vertical	1,1%	1,1%	0,3%	0,8%	3,2%	2,4%	1,9%	3,2%
	Uso compartido de material para el consumo de drogas	11,5%	5,3%	2,6%	0,7%	6,9%	1,7%	0,9%	0,2%
	Recepción de sangre o derivados	0,4%	0,2%	0,1%	0,0%	0,7%	0,6%	0,0%	0,0%
	Otro	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,3%	0,0%	0,0%
	Desconocido	5,9%	7,8%	9,7%	7,1%	4,5%	4,0%	5,1%	4,5%
GBA	Total	100,0%							
		3.686	3.213	2.557	1.624	2.594	2.636	1.942	998
	Relaciones heterosexuales	37,7%	50,6%	54,6%	54,8%	80,0%	87,3%	89,2%	89,9%
	Relaciones homosexuales	21,3%	23,0%	28,7%	33,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Transmisión vertical	5,3%	3,0%	3,0%	2,8%	8,3%	5,6%	4,8%	4,0%
	Uso compartido de material para el consumo de drogas	29,9%	18,4%	8,8%	1,9%	6,6%	4,0%	1,9%	0,7%
	Recepción de sangre o derivados	0,6%	0,4%	0,2%	0,0%	0,9%	0,6%	0,3%	0,2%
	Otro	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%
	Desconocido	5,0%	4,6%	4,8%	6,5%	4,1%	2,4%	3,6%	5,2%
Centro	Total	100,0%							
		2.905	3.481	3.402	2.674	1.599	1.996	1.843	1.351
	Relaciones heterosexuales	38,0%	46,1%	47,5%	48,8%	78,1%	86,2%	87,7%	90,9%
	Relaciones homosexuales	32,4%	31,6%	36,9%	38,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Transmisión vertical	3,8%	2,7%	2,8%	1,3%	8,5%	4,2%	4,2%	3,1%
	Uso compartido de material para el consumo de drogas	14,7%	10,6%	4,7%	1,7%	5,6%	3,4%	1,9%	0,6%
	Recepción de sangre o derivados	0,2%	0,3%	0,2%	0,1%	0,8%	0,4%	0,4%	0,0%
	Otro	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,2%	0,0%
	Desconocido	10,9%	8,6%	7,9%	9,4%	6,9%	5,8%	5,5%	5,4%

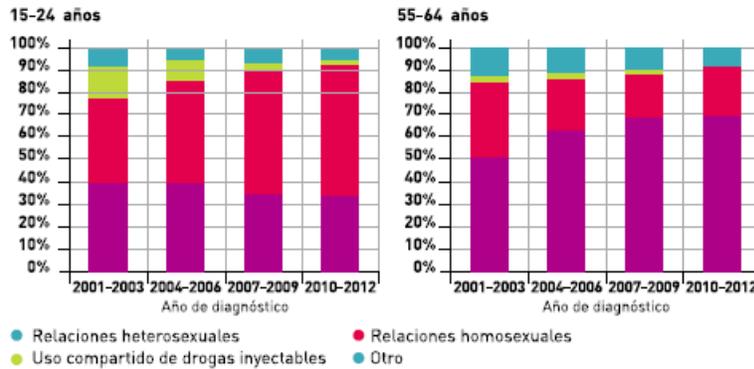
Tabla 7 (continuación). Evolución en las vías de transmisión del VIH por sexo y región, Argentina (2001-2012)

		Varones				Mujeres			
		2001-2003	2004-2006	2007-2009	2010-2012	2001-2003	2004-2006	2007-2009	2010-2012
NOA	Total	100,0%							
		727	828	985	1147	407	563	583	656
	Relaciones heterosexuales	36,7%	47,1%	54,6%	46,6%	85,3%	87,2%	90,9%	91,9%
	Relaciones homosexuales	38,9%	39,1%	37,8%	46,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Transmisión vertical	3,9%	2,8%	1,5%	1,2%	6,9%	3,7%	3,3%	3,8%
	Uso compartido de material para el consumo de drogas	8,0%	4,6%	1,6%	0,6%	1,5%	1,4%	0,5%	0,5%
	Recepción de sangre o derivados	0,7%	1,2%	0,2%	0,0%	1,7%	1,8%	0,2%	0,2%
	Otro	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%
	Desconocido	11,8%	5,1%	4,2%	5,3%	4,7%	5,5%	5,1%	3,7%
NEA	Total	100,0%							
		380	449	469	454	208	326	351	266
	Relaciones heterosexuales	40,5%	44,5%	36,5%	53,7%	74,5%	75,8%	63,0%	88,3%
	Relaciones homosexuales	22,6%	28,5%	27,9%	29,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Transmisión vertical	6,3%	2,7%	3,4%	2,6%	9,6%	3,1%	4,6%	2,3%
	Uso compartido de material para el consumo de drogas	15,0%	6,2%	0,6%	0,4%	5,3%	2,1%	0,0%	0,0%
	Recepción de sangre o derivados	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%	1,4%	0,6%	0,0%	0,0%
	Otro	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%
	Desconocido	15,5%	17,8%	31,6%	13,2%	9,1%	18,4%	32,2%	9,4%
Cuyo	Total	100,0%							
		434	412	698	738	193	205	306	354
	Relaciones heterosexuales	31,3%	45,9%	46,8%	45,7%	80,3%	90,2%	91,2%	91,5%
	Relaciones homosexuales	46,8%	35,0%	44,0%	44,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Transmisión vertical	2,8%	1,2%	1,1%	0,9%	6,2%	2,4%	3,6%	2,5%
	Uso compartido de material para el consumo de drogas	10,4%	10,0%	2,4%	1,5%	4,1%	2,9%	1,3%	0,3%
	Recepción de sangre o derivados	0,2%	0,0%	0,3%	0,0%	3,1%	0,0%	0,3%	0,0%
	Otro	0,2%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Desconocido	8,3%	8,0%	5,2%	7,3%	6,2%	4,4%	3,6%	5,6%
Patagonia	Total	100,0%							
		540	527	618	662	332	365	394	385
	Relaciones heterosexuales	52,0%	52,6%	57,0%	52,7%	79,8%	78,9%	92,1%	91,4%
	Relaciones homosexuales	18,5%	27,5%	25,2%	34,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Transmisión vertical	3,5%	0,4%	1,3%	0,5%	5,7%	4,1%	1,3%	1,0%
	Uso compartido de material para el consumo de drogas	11,5%	6,3%	2,3%	0,0%	6,0%	1,1%	0,8%	0,3%
	Recepción de sangre o derivados	0,7%	0,0%	0,0%	0,2%	0,9%	0,5%	0,8%	0,0%
	Otro	0,0%	0,4%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Desconocido	13,7%	12,9%	13,9%	11,8%	7,5%	15,3%	5,1%	7,3%
Desconocido		241	186	188	129	111	65	87	47

Por ejemplo, en Neuquén subió en una década del 14 al 42%. Mendoza comenzó la década de 2000 con 49% de HSH, descendió a la mitad en el período 2004-2006 y en los últimos tres años ha vuelto a ubicarse en el 50%. Tucumán también aumentó en una década de 41 al 62%. Tucumán y Córdoba presentan los porcentajes más altos de varones infectados por esta vía, con un 62 y 55% respectivamente.

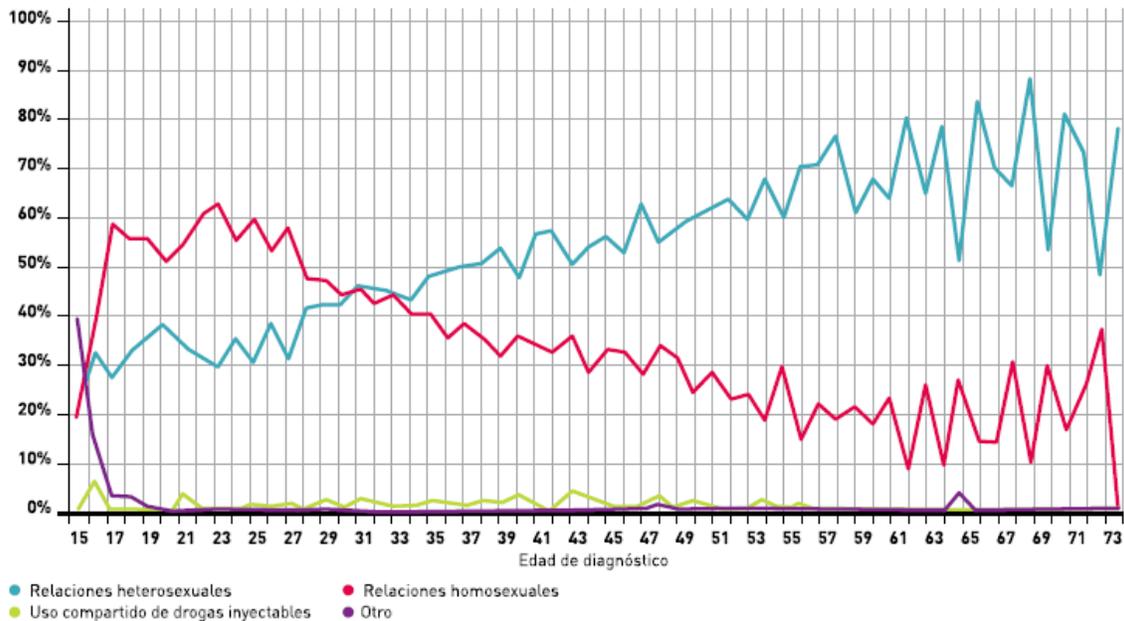
En los grupos de 15 a 24 años y de 25 a 34 años, la principal vía de transmisión entre los varones es la de HSH, que representa el 58% y el 49% de las notificaciones de cada uno de los grupos. A partir del grupo de 35 años, la vía heterosexual comienza a ser la principal, al punto de alcanzar el 70% entre los de 55 a 64 años. Salvo en este último grupo, en los demás ha crecido la proporción de HSH con respecto a los años anteriores.

Gráfico 17. Evolución en la distribución de las vías de transmisión de VIH entre los varones de grupos de edad seleccionados, Argentina (2001-2012)



Hasta los 30 años, las relaciones de HSH constituyen la principal vía de transmisión en todas las regiones, salvo en CABA, que lo es hasta los 40 años (Gráfico 18).

Gráfico 18. Proporción de diagnósticos por vía de transmisión en varones según edad, Argentina (2010-2012)



En la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** se presentan los casos de VIH por vías de transmisión seleccionadas. Entre 2001 y 2012 se notificaron 2.211 casos de transmisión vertical, 227 casos de transfusiones, 8 casos en hemofílicos y 34 casos de accidentes laborales. El paso de los años permite apreciar un descenso sostenido en todas estas vías. Cabe recordar que la tabla es por año de diagnóstico, no de ocurrencia del evento y todos los sucesos reportados por estas cuatro vías requieren de un estudio de caso.

Tabla 8. Casos de VIH por vías de transmisión seleccionadas, Argentina (2001-2012)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010*	2011*	2012*
Transmisión vertical	309	311	286	241	184	144	153	150	160	126	90	57
Hemofilia	1	1	2	1	0	1	0	1	0	1	0	0
Transfusión	37	34	36	40	16	22	13	15	8	1	3	2
Accidente laboral	5	0	4	7	5	2	1	5	4	0	1	0

(*) Años no cerrados por retraso en la notificación.

Casos de sida y diagnósticos tardíos

El sida es el segundo de los tres eventos del proceso de enfermedad (diagnósticos, estadio sida y muerte) que se vigilan en el país en relación con las personas infectadas a través de los sistemas de información de rutina. Se utiliza como indicador la tasa de casos diagnosticados de sida, que se define como la incidencia de casos nuevos por un año con relación a la población en ese mismo período y lugar.

Cabe recordar que la definición de caso de sida en la Argentina es sindromática, esto es, se define a partir de la presencia de alguna enfermedad marcadora en personas con infección por VIH, a diferencia de otros países en los que la definición incluye también el nivel de CD4, por lo que resulta difícil la comparación. Además, la introducción de los tratamientos antirretrovirales de gran actividad a mediados de los años 90 ha modificado la historia natural de la infección, lo que hace complejo interpretar estas curvas. Hoy, el indicador, más que señalar la carga de enfermedad, permite evaluar las condiciones de acceso a los servicios de salud.

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

Entre 1990 y 2012 se han reportado 44.979 casos de sida. La tasa de casos de sida continúa mostrando una tendencia descendente desde la introducción de los ARV, hace más de quince años (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**), aunque en los últimos años el descenso es menos marcado. En 2011, se ubicó en 3,6 por 100 habitantes, con 1.454 casos reportados a la DSyETS. Este declive es más acentuado entre los varones, cuya tasa específica fue de 5,4 por 100 mil ese año, mientras que la de mujeres se ubicó en 1,8 por 100 mil. Si bien a nivel provincial se observan importantes diferencias, llaman la atención los valores de algunas provincias, que triplican la tasa nacional, con más de 11 casos por 100 mil, aunque la proporción de diagnósticos tardíos no difiere de los guarismos generales, lo que puede indicar una mejor notificación de casos en esas jurisdicciones que en el resto del país. La razón entre sexos de los casos de sida ha vuelto a ubicarse en 2,9 varones por cada mujer reportada, valor que no se registraba desde 1997, el pico de la epidemia, lo que es consistente con el acceso más tardío de los varones a los servicios de salud.

Tabla 9. Casos y tasas de sida por 100 mil habitantes según año de diagnóstico, Argentina (1990-2011)

	Sida	
	Casos	Tasas
1990	560	1,7
1991	793	2,4
1992	1.218	3,6
1993	1.623	4,8
1994	2.282	6,6
1995	2.352	6,8
1996	2.909	8,3
1997	3.328	9,3
1998	2.207	6,1
1999	2.408	6,6
2000	2.517	6,8
2001	2.281	6,1
2002	2.402	6,4
2003	2.315	6,1
2004	2.175	5,7
2005	1.991	5,2
2006	2.036	5,2
2007	1.850	4,7
2008	2.003	5,0
2009	1.760	4,4
2010	1.800	4,4
2011*	1.454	3,6

(*) Año no cerrado por retraso en la notificación.

A continuación se analizan los diagnósticos en estadios avanzados de la infección, es decir, aquellos en los que la detección de la infección se produjo ante la presencia de una enfermedad marcadora de sida o donde los síntomas aparecieron dentro de los doce meses posteriores al diagnóstico.

En los últimos diez años, el 26% de los varones y el 15% de las mujeres se han diagnosticado en etapas avanzadas de la infección, con picos de 28% y 17% respectivamente en el año 2010. En 2011, último año de la medición, se ha producido un ligero descenso, aunque se trata de un período no cerrado, por lo que habrá que evaluar la tendencia en los próximos años (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**).

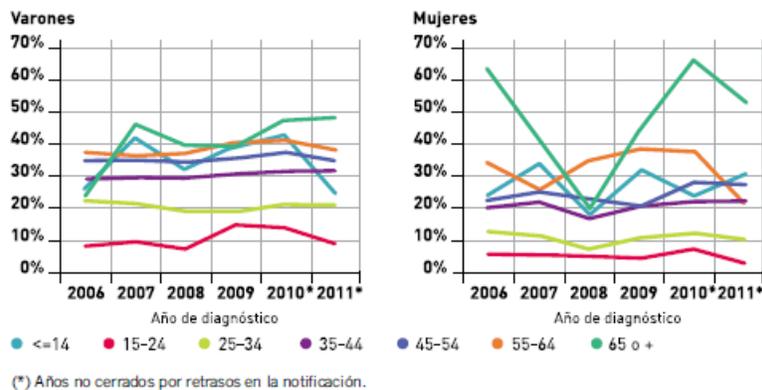
Gráfico 19. Proporción de diagnósticos tardíos de infección por VIH según sexo y año de diagnóstico, Argentina (2002-2011)



(*) Años no cerrados por retrasos en la notificación.

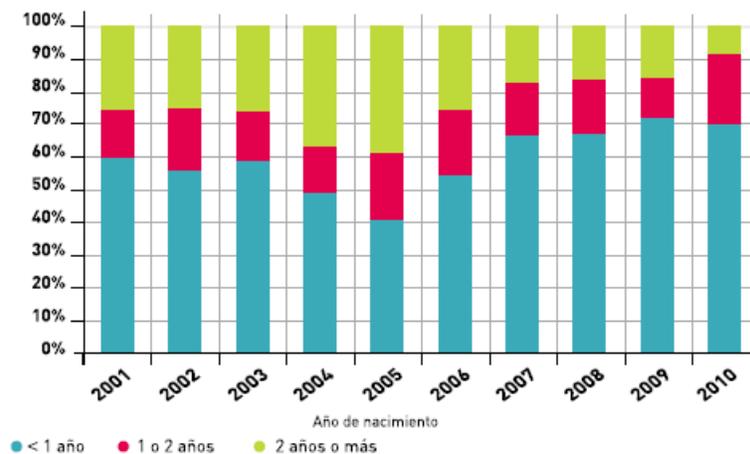
En el **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** se presenta la proporción de diagnósticos tardíos por sexo y grupo etario. Se observa que, salvo la franja de 0-14, en el resto, a medida que se incrementa la edad de diagnóstico, aumenta el diagnóstico tardío. Así, mientras que en el grupo de 15-24 el diagnóstico tardío en varones ronda el 15% y entre las mujeres, el 5%, en el grupo de 55-64 alcanza el 40% en ambos sexos. En el grupo de 65 años o más, la mitad de los varones se diagnostican en etapas avanzadas de la infección y esta proporción es aún mayor entre las mujeres.

Gráfico 20. Proporción de diagnósticos tardíos de infección por VIH según sexo y edad por año de diagnóstico, Argentina (2006-2011)



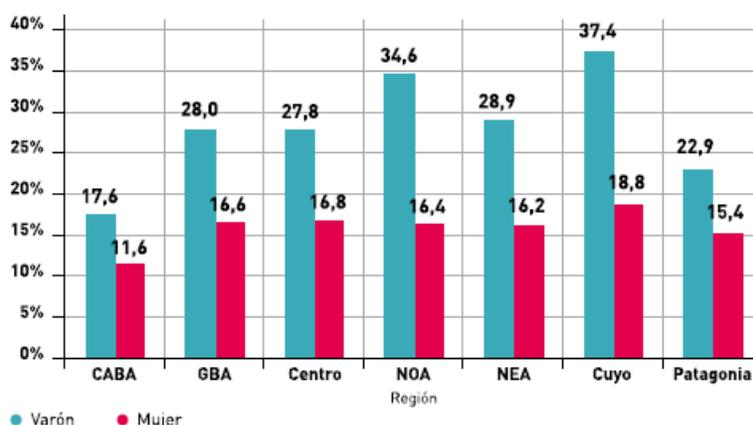
Que el grupo de 0 a 14 años se diferencie del patrón general es un fenómeno a subrayar, ya que está relacionado con una proporción de niños y niñas infectados por transmisión vertical que no completa el proceso diagnóstico y reingresa a los servicios de salud con infecciones avanzadas. En el **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**, se observa que, durante los últimos años, alrededor del 30% de los niños son diagnosticados después del año de vida y que el 10%, después de los 2 años.

Gráfico 21. Edad al momento del diagnóstico de niños infectados por transmisión vertical, Argentina (2001-2010)



En el bienio 2010-2011, a nivel regional, en Cuyo se registran los valores más altos tanto entre varones (37,4%) como entre las mujeres (18,8%). En CABA se observan los valores más bajos: 17,6% entre los varones y 11,6% entre las mujeres (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**).

Gráfico 22. Proporción de diagnósticos tardíos de infección por VIH según sexo por región, Argentina (2010-2011)



Entre los varones del área central del país, no se observan cambios a lo largo del tiempo si se los compara con los del norte argentino y la región cuyana, que sí muestran fluctuaciones. Por el contrario, en todas las regiones el diagnóstico tardío en mujeres registra ascensos y descensos a lo largo de la década (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**). Las únicas tendencias claras durante esos años son el ascenso de los diagnósticos tardíos entre los varones de Cuyo y entre las mujeres de Patagonia¹⁵.

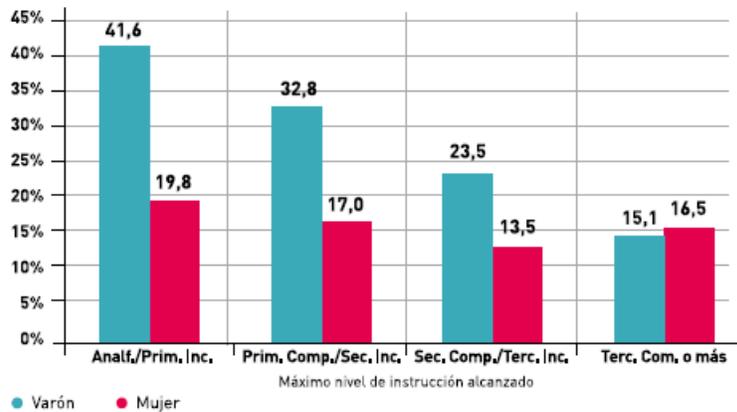
Tabla 10. Evolución de los diagnósticos tardíos según sexo por región, Argentina (2003-2011)

Varones	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010*	2011*
CABA	18,8%	22,1%	19,2%	20,1%	17,0%	16,4%	19,0%	16,3%	19,3%
GBA	29,0%	25,3%	29,9%	29,2%	29,4%	28,0%	28,6%	29,3%	26,4%
Centro	25,0%	27,0%	29,2%	24,0%	27,1%	27,7%	27,2%	28,8%	26,7%
NOA	39,8%	30,5%	43,8%	27,6%	29,0%	24,6%	37,7%	40,9%	29,1%
NEA	23,1%	30,8%	39,5%	25,9%	27,6%	20,3%	20,2%	29,5%	28,3%
Cuyo	25,4%	28,9%	18,5%	41,7%	42,7%	32,3%	39,7%	34,6%	39,2%
Patagonia	24,0%	22,3%	21,5%	23,3%	24,1%	19,8%	24,4%	26,8%	19,6%

En el período 2010-2011, la proporción de diagnósticos tardíos decrece con el aumento del nivel de instrucción tanto entre los varones como entre las mujeres, salvo en el caso de las mujeres con terciario completo o más, único grupo en que están en peor situación que los varones y donde aumenta el diagnóstico tardío en relación con aquellos con secundario completo o terciario incompleto (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**). En ese período, casi el 42% de los varones que no completaron el primario fueron diagnosticados en estadios avanzados de la infección, el doble que las mujeres con esa misma escolaridad. Este valor desciende a la tercera parte, 15,1%, entre los varones que completaron la educación media. Entre las mujeres, la variación no es tan marcada y va del 19,8% entre las de menor nivel de instrucción al 13,5% entre las que completaron el nivel medio, en tanto que aumenta tres puntos en las de mayor nivel de instrucción.

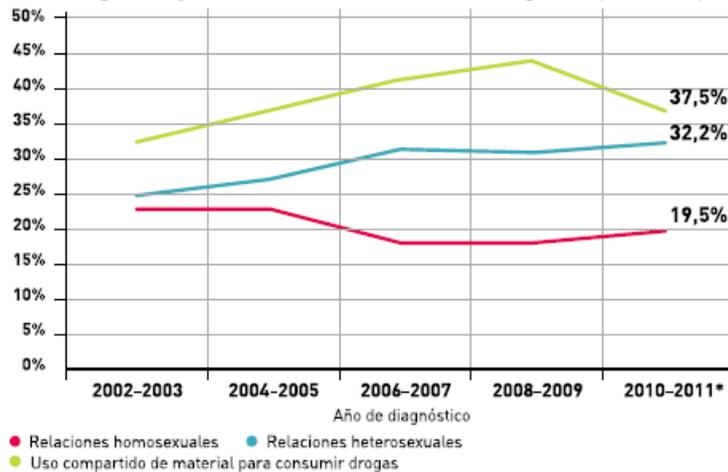
¹⁵ En la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** del Anexo del Boletín N° 30 DSyETS accesible en http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000297cnt-2013-11-28_boletin-epidemiologico-30.pdf se presenta la proporción de diagnósticos tardíos por jurisdicción según sexo.

Gráfico 23. Proporción de diagnósticos tardíos de infección por VIH en personas de 19 años o más según sexo y máximo nivel de instrucción, Argentina (2010-2011)



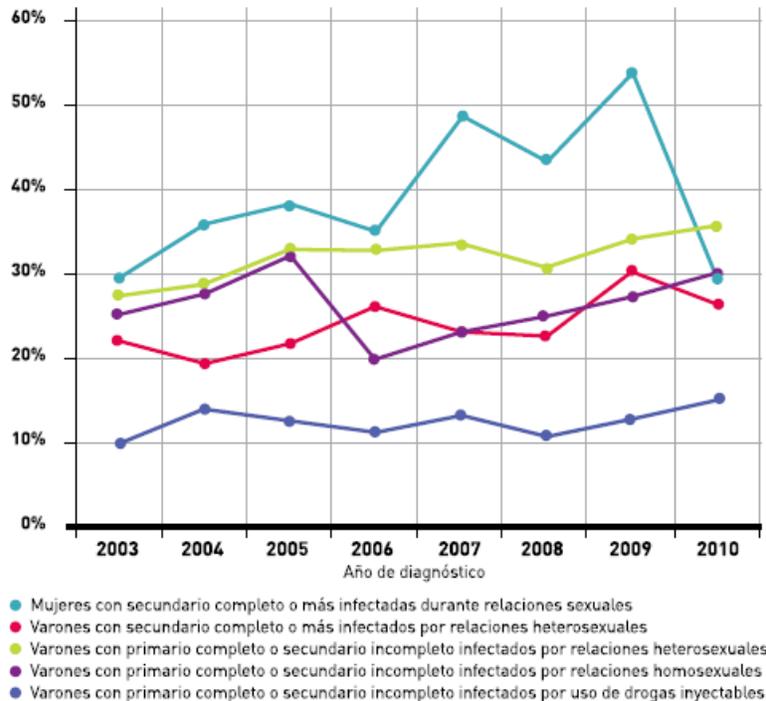
Se observa una clara diferencia entre el momento de diagnóstico de los varones según las vías de transmisión (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**). Aquellos que se infectaron durante relaciones sexuales con otros varones tienen un diagnóstico más precoz que los infectados por relaciones sexuales con mujeres y ambos se diagnostican antes que los infectados por compartir material para consumir drogas. En el período 2010-2011, el 19,5% de los hombres que tienen sexo con hombres, el 32,2% de los infectados durante relaciones heterosexuales y el 37,5% de los que adquirieron el virus al compartir material para el consumo de drogas inyectables se diagnosticaron en estadios avanzados de la infección. Entre los infectados por relaciones heterosexuales se advierte un aumento de este indicador. No obstante, como se verá más adelante, si se desagregan estos grupos según el nivel de instrucción se observan tendencias diferentes.

Gráfico 24. Proporción de diagnósticos tardíos de infección por VIH en varones según año de diagnóstico y vías de transmisión seleccionadas, Argentina (2002-2011)



El análisis de las tendencias en los diagnósticos tardíos al cruzar el sexo, nivel de instrucción y vías de transmisión señala una ligera evolución negativa entre las mujeres con secundario completo o superior. Lo mismo sucede entre los varones que no completaron la educación media en las tres vías de transmisión y entre los varones con secundario completo o más infectados por relaciones sexuales heterosexuales (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**).

Gráfico 25. Evolución del diagnóstico tardío según sexo, nivel de instrucción y vía de transmisión, Argentina (2003-2010)



Transmisión perinatal del VIH y la sífilis

En noviembre de 2009, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Unicef lanzaron la Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Materno-Infantil del VIH y de la sífilis en América Latina y el Caribe, en articulación con el Plan Mundial para eliminar las nuevas infecciones por el VIH en niños para 2015 y mantener con vida a sus madres. En septiembre de 2010, los Estados miembros de OPS aprobaron la estrategia y el plan de acción, cuyas metas para el año 2015 son:

- Reducir la transmisión materno-infantil del VIH a menos del 2%.
- Reducir la incidencia del VIH pediátrico a menos de 0,3 casos por 1.000 nacidos vivos.
- Reducir la incidencia de sífilis congénita a menos de 0,5 casos por 1.000 nacidos vivos.

Desde el año 2010, la Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (DSyETS) se encuentra trabajando en la elaboración de estrategias programáticas para dar respuesta a esta iniciativa.

Tasa de transmisión perinatal de VIH

Desde el año 2009, la DSyETS recibe notificaciones de los partos de mujeres con VIH e información de laboratorios que realizan diagnóstico pediátrico en la Argentina, con el objetivo de monitorear la tasa de transmisión vertical y analizar sus variables asociadas.

Los laboratorios del Hospital Garrahan, del Instituto de Investigaciones Biomédicas en Retrovirus y SIDA (Inbirs, UBA-Conicet, ex CNRS), de Virología del Hospital Muñiz, del Hospital Ludovica de La Plata, del Hospital Posadas, del Centro de Referencia de Córdoba y del CPRS de Buenos Aires proveyeron información sobre diagnósticos definitivos de niños hijos de madres con VIH para el período 2000-2009. Para construir las tasas de transmisión vertical para los años 2010 y 2011 se contó con información del Centro de Referencia de Córdoba, del Hospital Garrahan, del Hospital Muñiz, del Hospital Posadas, del Centro de Tecnología en Salud Pública y del Inbirs, UBA-Conicet.

En la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** se detalla la tasa de transmisión perinatal de VIH por año de nacimiento de los niños/as estudiados.

Tabla 12. Distribución de los casos de niños expuestos al VIH por vía perinatal con diagnóstico definitivo y proporción de positivos por año en laboratorios seleccionados, según año de nacimiento, Argentina (2000-2011)

Año de nacimiento	Niños estudiados para VIH	Niños infectados por VIH por TV	Tasa de TV de VIH (%)
2000	700	96	13,7
2001	844	67	7,9
2002	1.026	111	10,8
2003	1.128	112	9,9
2004	1.168	120	10,3
2005	1.318	86	6,5
2000-2005	6.184	592	9,6
2006	1.525	73	4,8
2007	1.177	61	5,2
2008	1.203	60	5
2009	1.187	52	4,4
2010	791	33	4,2
2011	963	50	5,2
2006-2011	6.846	329	4,8

Fuente: elaboración propia en base a datos provistos por laboratorios que realizan diagnóstico pediátrico en la Argentina.

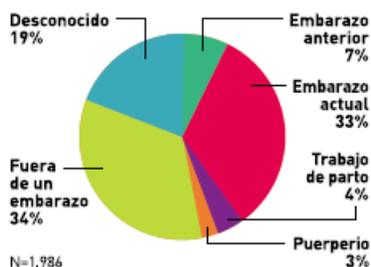
Para el análisis de las notificaciones de partos de mujeres con VIH se incorporaron a la base de datos del programa las notificaciones recibidas como “fichas de notificación de partos” y las enviadas a través de planillas electrónicas. En la Tabla 13 se puede observar la información recibida según jurisdicción y año de parto. Desde el año 2009 hasta 2012 se reportaron un total de 1.986 partos de mujeres con VIH que tuvieron sus hijos en el sistema público de salud.

Tabla 13. Distribución de los partos de mujeres con VIH notificados a la DSyETS según jurisdicción, Argentina (2009-2012)

Jurisdicción	2009	2010	2011	2012	Total
Buenos Aires	24	12	14	0	50
CABA	270	248	202	182	902
Catamarca	0	0	0	0	0
Chaco	0	9	10	17	36
Chubut	5	6	11	15	37
Córdoba	0	79	53	43	175
Corrientes	17	9	13	15	54
Entre Ríos	0	0	3	2	5
Formosa	0	0	0	0	0
Jujuy	17	25	17	23	82
La Pampa	4	7	0	6	17
La Rioja	0	0	0	0	0
Mendoza	0	25	27	22	74
Misiones	0	33	41	27	101
Neuquén	13	13	10	13	49
Río Negro	0	0	0	5	5
Salta	0	41	10	31	82
San Juan	0	4	15	10	29
San Luis	0	7	2	9	18
Santa Cruz	6	11	14	13	44
Santa Fe	7	64	72	57	200
Santiago del Estero	12	1	1	2	16
Tierra del Fuego	2	3	1	4	10
Tucumán	0	0	0	0	0
Total	377	597	516	496	1.986

El **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** muestra que el 47% de las mujeres fueron diagnosticadas en el contexto de un embarazo. De ellas, el 7% tuvo diagnóstico tardío durante el trabajo de parto o en el puerperio inmediato.

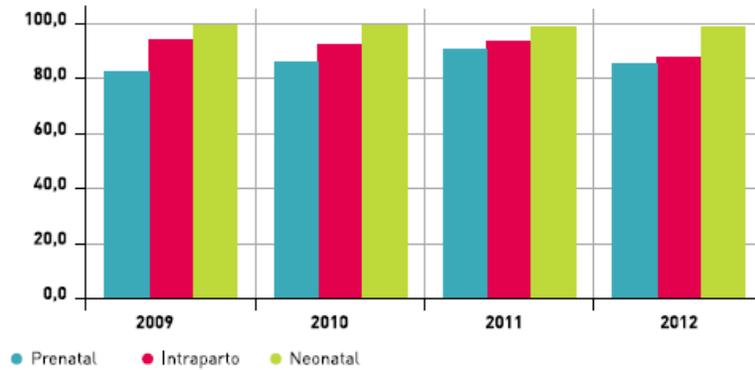
Gráfico 30. Distribución de los partos según el momento de diagnóstico de VIH en las mujeres, Argentina (2009-2012)



En el **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** se puede observar el porcentaje de cobertura de la profilaxis para prevenir la transmisión materno-infantil durante el embarazo, en el parto y en el niño expuesto. El porcentaje de cobertura de la profilaxis prenatal ha tenido variaciones durante el período, hasta alcanzar el 90% en el año 2011. La cobertura de profilaxis intraparto reportada en 2012 fue del 87,9%, lo que constituye la menor cifra del período.

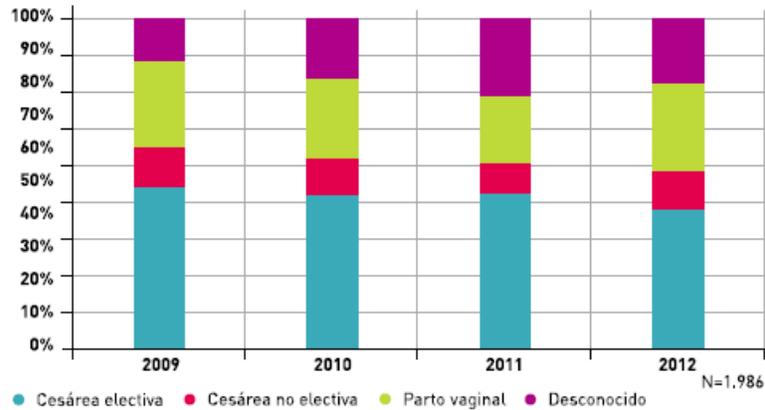
El porcentaje de niños expuestos que recibió profilaxis neonatal fue del 98,6% en el año 2012, en tanto que se reportó que un 1,4% (5) no accedió a la medicación.

Gráfico 31. Porcentaje de cobertura de profilaxis prenatal, intraparto y neonatal según año de parto, Argentina (2009-2012)



En cuanto a la modalidad de parto, continúa predominando la cesárea, ya sea electiva o no electiva, mientras que el parto vaginal ocurrió en el 25,8% de los casos durante 2012 (¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.).

Gráfico 32. Distribución de los partos según la modalidad de nacimiento, Argentina (2009-2012)



Situación de los niños bajo tratamiento antirretroviral

En marzo de 2013 se encontraban registrados 1.232 menores de 15 años con cobertura de tratamiento ARV provisto por la DSyETS: 49% varones y 51% mujeres con una mediana de edad de 11 años.

Tabla 15. Distribución de la población menor de 15 años en tratamiento provisto por la DSyETS según grupo etario, Argentina (2013)

Edad	Junio de 2012	Marzo de 2013
0 a 2 años	8 (0,7%)	33 (2,7%)
3 a 12 años	504 (45,3%)	811 (65,8%)
13 a 14 años	602 (54,0%)	388 (31,5%)
Total	1.113 (100,0%)	1.232 (100,0%)

En la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** se puede observar la distribución de los niños menores de 15 años en tratamiento según la jurisdicción en la que retiran la medicación.

Tabla 16. Distribución de las personas menores de 15 años en tratamiento antirretroviral provisto por la DSyETS según jurisdicción de retiro de medicación, Argentina (2013)

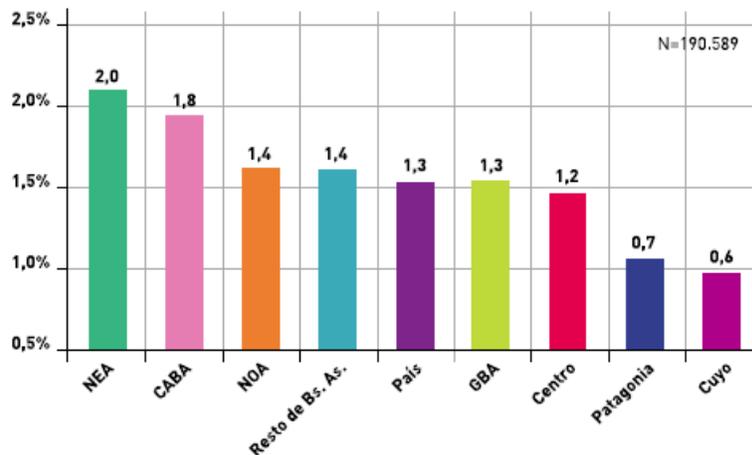
Jurisdicción	Total de menores de 15 años en tratamiento ARV	Distribución porcentual por jurisdicción (%)
CABA	388	31,5
Buenos Aires	421	34,2
Catamarca	19	1,5
Chaco	17	1,4
Chubut	11	0,9
Córdoba	73	5,9
Corrientes	14	1,1
Entre Ríos	39	3,2
Formosa	7	0,6
Jujuy	22	1,8
La Pampa	6	0,5
La Rioja	7	0,6
Mendoza	17	1,4
Misiones	30	2,4
Neuquén	9	0,7
Río Negro	6	0,5
Salta	17	1,4
San Juan	11	0,9
San Luis	12	1,0
Santa Cruz	5	0,4
Santa Fe	60	4,9
Santiago del Estero	23	1,9
Tierra del Fuego	1	0,1
Tucumán	17	1,4
Total	1.232	100,0

En relación con los esquemas antirretrovirales, sólo 31 individuos (2,5%) se encuentran con esquemas de tercera línea: 14/700 (2,0%) niños entre 6 y 12 años y 17/388 (4,4%) mayores de 12 años.

Sífilis congénita

En los últimos años, la sífilis congénita ha recobrado la atención en el sistema sanitario por considerarse que existe una mayor incidencia. Según la información registrada en el Sistema Informático Perinatal (SIP) que gestiona la Dirección de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud, durante 2011 se estudiaron 190.589 mujeres con pruebas no treponémicas durante el control prenatal: el 1,3% de los casos resultó positivo, con un rango que va del 0,6% en Cuyo al 2% en el NEA. El mismo valor nacional se halló en el estudio “Seroprevalencia de sífilis y VIH en púerperas de Argentina”¹⁶, llevado a cabo durante los años 2010 y 2011. En el **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** puede observarse la proporción de mujeres con VDRL positivas durante el control prenatal según la región de residencia.

Gráfico 33. Proporción de mujeres con VDRL positivas durante el control prenatal según región, Argentina (2011)



Fuente: elaboración propia basada en datos del SIP Gestión suministrados por la Dirección de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación.

La información sobre sífilis congénita se obtiene como resultado de la integración de los casos notificados al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) a través de los módulos de vigilancia clínica (C2) y laboratorial (SIVILA). Hay que tener en cuenta que la definición de sífilis congénita, no es homogénea para todos los efectores por lo que se está trabajando para su unificación.

La definición de sífilis congénita de OPS/OMS a la que suscribe el país es muy sensible y, en el afán de querer captar la mayor cantidad de niños expuestos a la transmisión vertical, pierde especificidad. No sólo incluye los/las niños/as nacidos con sífilis confirmada, sino a las mujeres con sífilis que no fueron tratadas durante el embarazo o que sí recibieron tratamiento pero inadecuadamente, más allá de que la transmisión se haya producido.

¹⁶ <http://www.msal.gov.ar/sida/index.php/publicaciones/otras-publicaciones->

Definición de sífilis congénita

- La madre del recién nacido o mortinato tuvo sífilis no tratada o fue inadecuadamente tratada, independientemente de la presencia de signos, síntomas o resultados de laboratorio.
- El niño tiene prueba no treponémica (USR, VDRL o RPR) positiva y evidencia clínica de sífilis congénita; o alteraciones en Rx de huesos largos; o LCR y prueba no treponémica positiva; o, bien, aumento de las proteínas sin otra causa que lo justifique.
- Se ha obtenido del niño material positivo de cordón umbilical, lesiones, necropsia, en campo oscuro, TIF u otra prueba específica.

En la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** se presentan los niños con diagnóstico confirmado de sífilis notificados hasta el momento al SNVS. Cabe recordar que esto/as niños/niñas son una proporción de los que inicialmente se informaron como casos sospechosos de sífilis congénita, es decir, aquellos que estuvieron expuestos a la transmisión vertical de esta infección.

Para el año 2012 se reportaron un total de 1.225 casos de sífilis congénita en el país, de los cuales 751 fueron confirmados. La región NEA presentó la mayor cantidad de notificaciones, con un total de 299 casos de sospecha de sífilis congénita, de los cuales 139 resultaron confirmados.

Como ya se mencionó, se desarrollaron y se están llevando a cabo estrategias para optimizar el proceso de diagnóstico y seguimiento de VIH en esta población por medio de la estandarización de los algoritmos diagnósticos, la definición de recomendaciones consensuadas con la Dirección de Maternidad e Infancia del Ministerio de Salud de la Nación, la utilización del SIVILA para el seguimiento de los niños expuestos, la ampliación de la red de laboratorios que hacen diagnóstico pediátrico y la redefinición de los circuitos de derivación de muestras entre las jurisdicciones. Además, se sigue trabajando en mejorar la cantidad y calidad de las notificaciones de partos de mujeres con VIH.

Tabla 17. Casos confirmados de sífilis congénita según provincia y región, Argentina (2011-2012)

	2011	2012
Total	818	751
Centro	516	405
CABA	70	46
Buenos Aires	244	216
Córdoba	120	49
Entre Ríos	12	9
Santa Fe	70	85
Cuyo	40	12
La Rioja	6	1
Mendoza	27	3
San Juan	1	2
San Luis	6	6
Noroeste	83	185
Catamarca	7	3
Jujuy	4	46
Salta	29	41
Santiago del Estero	15	0
Tucumán	28	95
Noreste	173	139
Corrientes	18	22
Chaco	18	21
Formosa	16	2
Misiones	121	94
Patagonia	6	10
Chubut		1
La Pampa		0
Neuquén	2	1
Río Negro	2	4
Santa Cruz	2	2
Tierra del Fuego		2

Fuente: SNVS, Ministerio de Salud de la Nación.

Mortalidad por sida

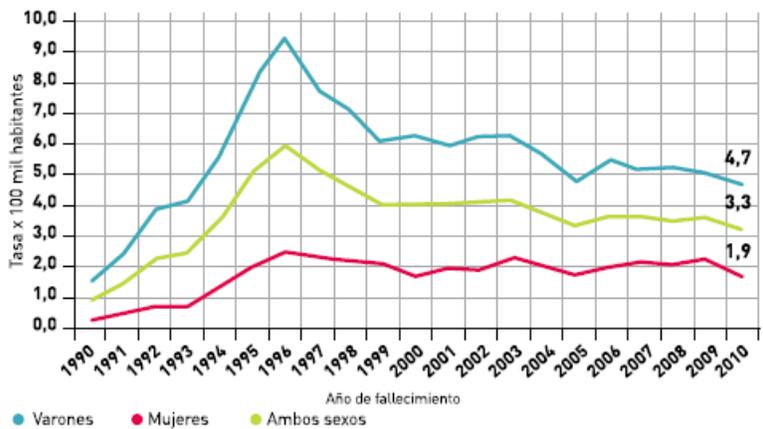
La tasa de mortalidad por sida se construye con información elaborada por la Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación a partir de los informes estadísticos de defunción. Para el cálculo de las tasas se utilizaron las proyecciones para 2011 estimadas a partir del Censo 2001.

La evolución de la mortalidad por sida en la Argentina presenta tres períodos marcadamente diferenciados: el primero de ellos, caracterizado por una tendencia ascendente en la mortalidad congruente con el descubrimiento del agente causal de la enfermedad, así como de las primeras herramientas diagnósticas y terapéuticas, aunque sin herramientas efectivas para controlar la infección. La segunda etapa comienza en 1997 con la introducción de una estrategia terapéutica que implicó el uso de varios fármacos combinados (Targa), que inició el descenso del número de defunciones por sida.

Finalmente, un tercer período, signado por el “amesetamiento” de la tasa de mortalidad en la última década. Para poder visualizar el impacto de la mortalidad por sida durante los últimos años, muchas consideraciones resultantes del análisis de los datos serán remitidas al período 2001-2011.

Durante la última década, la tasa de mortalidad por sida osciló entre 4 por 100 mil habitantes en 2001, hasta encontrarse en 3,2 por 100 mil habitantes en 2011 (Gráfico 34).

Gráfico 34. Tasa de mortalidad por sida por 100 mil habitantes según sexo, Argentina (1990-2011)



Fuente: Dirección de Estadísticas e Información en Salud.

Al analizar las tasas desagregadas por sexo, se puede observar que la tendencia entre las mujeres se mantiene estable en el período mencionado (2001-2011), con una tasa de alrededor del 2 por 100 mil habitantes para todo el período. En contraste, los varones presentaron una tendencia levemente más descendente, con valores que oscilan entre 6 por 100 mil habitantes en 2001 y 4,6 en 2011 (Tabla 18).

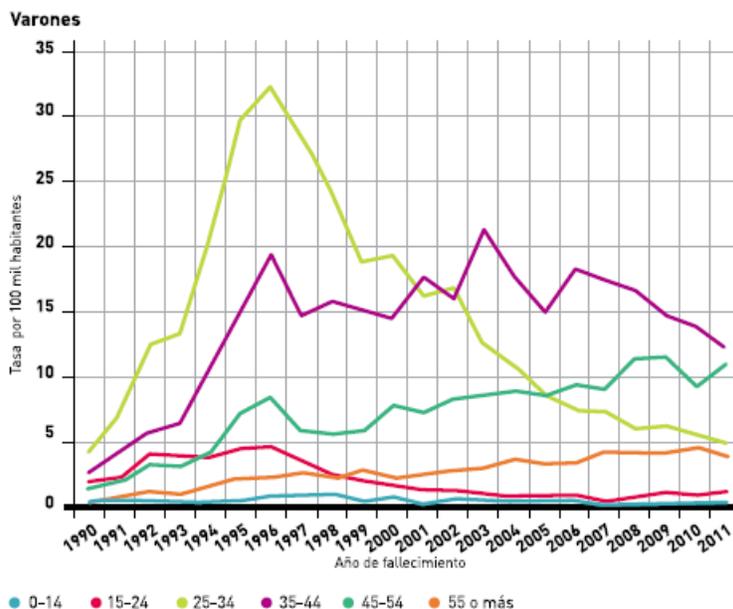
Tabla 18. Número de defunciones y tasa de mortalidad por sida por 100 mil habitantes según sexo, Argentina (1990-2011)

Años	Defunciones				Tasa por 100 mil		
	Varones	Mujeres	Desconocidos	Total	Varones	Mujeres	Total
1990	243	41	2	286	1,5	0,2	0,9
1991	389	68	3	460	2,4	0,4	1,4
1992	631	111	6	748	3,8	0,7	2,2
1993	683	124	9	816	4,1	0,7	2,4
1994	963	232	17	1.212	5,7	1,3	3,5
1995	1.385	363	24	1.772	8,1	2,0	5,1
1996	1.614	440	44	2.098	9,3	2,5	6,0
1997	1.351	438	40	1.829	7,7	2,4	5,1
1998	1.252	421	0	1.673	7,1	2,3	4,6
1999	1.087	382	0	1.469	6,1	2,1	4,0
2000	1.120	351	1	1.472	6,2	1,9	4,0
2001	1.092	382	0	1.474	6,0	2,0	4,0
2002	1.142	386	0	1.528	6,2	2,0	4,1
2003	1.155	416	2	1.573	6,2	2,2	4,2
2004	1.055	396	1	1.452	5,6	2,0	3,8
2005	923	381	3	1.307	4,9	1,9	3,4
2006	1.015	388	0	1.403	5,3	2,0	3,6
2007	994	429	2	1.425	5,2	2,1	3,6
2008	998	401	3	1.402	5,1	2,0	3,5
2009	992	427	4	1.423	5,0	2,1	3,5
2010	932	403	2	1.337	4,7	1,9	3,3
2011	916	383	2	1.301	4,6	1,8	3,2

Fuente: Dirección de Estadísticas e Información en Salud.

Al analizar la mortalidad por grupos de edad según sexo durante la última década, se puede observar entre los varones que las distintas franjas etarias presentan tasas con tendencia estable o descendente a lo largo del período. Particularmente, el grupo de 25-34 años ostenta, a partir del año 2001, la mayor pendiente descendente, seguido por el grupo de 35-44 años. En contraste, el sector de 45-54 años exhibe una tendencia ligeramente opuesta durante idéntico período (Gráfico 35).

Gráfico 35. Tasa de mortalidad por sida por 100 mil habitantes en varones por grupo etario, Argentina (1990-2011)

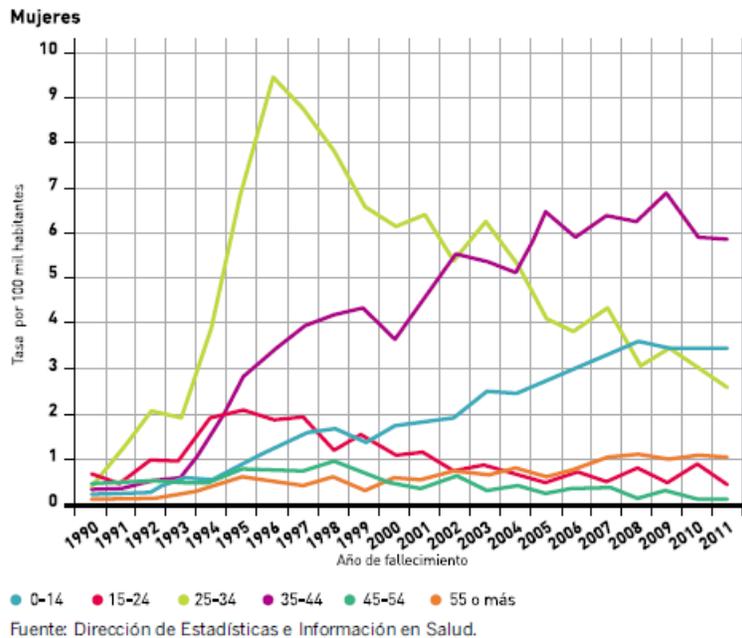


Fuente: Dirección de Estadísticas e Información en Salud.

En cambio, si analizamos el comportamiento de la mortalidad entre las mujeres durante el mismo período, podemos apreciar que el grupo de 45 a 54 años y, luego, el de 35 a 44 años presentan una tendencia ascendente a pesar de que las curvas parecen haberse estabilizado en el último bienio (Gráfico 36).

Por otra parte, entre las menores de 24 años y las mayores de 55 años dicha tendencia se encuentra estable, mientras que en el grupo de 25 a 34 años se halla en descenso.

Gráfico 36. Tasa de mortalidad por sida por 100 mil habitantes en mujeres por grupo etario, Argentina (1990-2011)



Nótese que, en los gráficos de las tasas de mortalidad específicas por sexo, el eje vertical (ordenada) presenta valores de tasa mucho menores entre las mujeres respecto de los varones, a pesar de la aparente similitud de los mismos.

El descenso registrado en la tasa de mortalidad en los últimos 15 años se corresponde, fundamentalmente, con la disminución que se aprecia en el grupo de 25 a 34 años.

Al analizar este indicador por región, durante los últimos diez años, las tasas de mortalidad de la CABA y el GBA mostraron una tendencia descendente con la particularidad de que, para este último conglomerado, el valor estimado durante 2011 evidenció un leve ascenso (Tabla 19).

Si se toman en cuenta el resto de las regiones del país, la región Centro mantiene sus valores en forma estable; en el NOA, NEA y en la región de Cuyo, la tasa de mortalidad registró un leve ascenso, mientras que en la Patagonia la tasa aumentó 1 punto durante el mismo período.

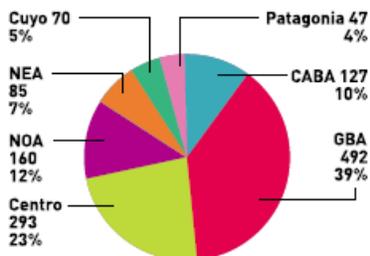
Tabla 19. Tasa de mortalidad por sida por 100 mil habitantes por región, Argentina (2001-2011)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
País	4,0	4,1	4,2	3,8	3,4	3,6	3,6	3,5	3,6	3,3	3,2
CABA	8,4	8,0	9,0	7,5	6,4	6,8	7,3	6,6	6,0	4,6	4,1
GBA	7,5	7,7	7,4	6,4	5,9	6,3	6,2	5,7	5,7	4,9	5,1
Centro	2,7	3,1	3,1	3,0	2,5	2,7	2,6	2,5	2,6	2,5	2,1
NOA	1,5	1,3	2,2	2,2	2,2	1,9	2,4	3,0	2,6	3,0	3,3
NEA	1,3	1,2	1,4	2,1	1,5	1,6	1,7	1,6	1,9	2,1	2,2
Cuyo	1,4	1,4	1,2	0,9	1,2	1,8	1,4	1,8	2,1	2,0	2,1
Patagonia	1,9	1,9	2,1	2,0	1,9	1,8	2,0	2,4	2,8	2,9	4,0

Fuente: elaboración propia en base a información provista por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud.

Al analizar la proporción que cada región aporta al total de defunciones por sida durante el año 2011, se puede observar que la mayor concentración de fallecidos pertenece a la región del GBA, luego a la región Centro y, por último, al NOA. En tanto, cada región restante presenta menos del 10% de fallecidos (Gráfico 37)¹⁷.

Gráfico 37. Distribución de la mortalidad por sida por región, Argentina (2011)



Cuando se analiza el peso proporcional de las defunciones del año 2011 por regiones, dentro de la región Centro, Buenos Aires es la jurisdicción que adquiere el mayor peso (78,9%), seguida por Santa Fe (10,6%.); en el NOA, más de la mitad de las defunciones corresponden a Salta (58,1%); mientras que en el NEA sobresale Misiones (37,6%), seguida por la provincia de Corrientes (34,1%). Finalmente, en la región de Cuyo el mayor peso se encuentra representado por Mendoza (60%) y San Luis (24,3%) y, en la región Patagonia, por Neuquén (36,2%) y Chubut (23,4%) (Tabla 20).

¹⁷ En la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** del Anexo del Boletín N° 30 DSyETS accesible en http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000297cnt-2013-11-28_boletin-epidemiologico-30.pdf se presentan las tasas de mortalidad por sida por provincia y sexo.

Tabla 20. Distribución proporcional de la mortalidad por sida según región y provincia, Argentina (2011)

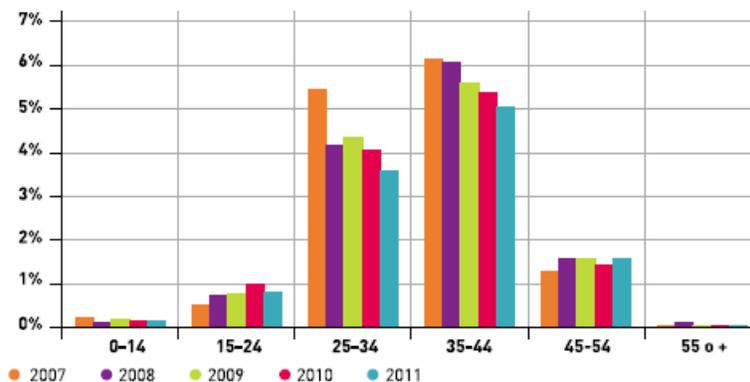
Región	Provincia	Porcentaje del total de la región	Porcentaje del total del país
CABA	CABA	100%	9,8%
Centro	Buenos Aires (incluye GBA)	78,9%	43,3%
	Córdoba	7,4%	4,5%
	Entre Ríos	3,2%	1,9%
	Santa Fe	10,6%	6,4%
Cuyo	La Rioja	7,1%	0,4%
	Mendoza	60,0%	3,2%
	San Juan	8,6%	0,5%
NEA	San Luis	24,3%	1,3%
	Chaco	11,8%	0,8%
	Corrientes	34,1%	2,2%
	Formosa	16,5%	1,1%
NOA	Misiones	37,6%	2,5%
	Catamarca	1,9%	0,2%
	Jujuy	18,1%	2,2%
	Salta	58,1%	7,1%
	Santiago del Estero	6,9%	0,8%
Patagonia	Tucumán	15,0%	1,8%
	Chubut	23,4%	0,8%
	La Pampa	6,4%	0,2%
	Neuquén	36,2%	1,3%
	Río Negro	19,1%	0,7%
	Santa Cruz	10,6%	0,4%
	Tierra del Fuego	4,3%	0,2%

Fuente: elaboración propia en base a información provista por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud.

La mortalidad proporcional evidencia la importancia relativa que adquiere un evento respecto del total de muertes para un mismo período. En nuestro caso, si analizamos el comportamiento de las defunciones por sida en relación con el total de muertes a lo largo del último quinquenio, podemos apreciar que prácticamente no ha variado, con valores que representan el 0,45% de las muertes de todos los grupos de edad: 0,6% entre los varones y 0,25% en las mujeres.

Si analizamos la mortalidad por edad, el grupo de 35 a 44 años, seguido por el de 25 a 34, adoptan los porcentajes más elevados, que oscilan en un rango de entre 3,6% y 6,1% respectivamente, aunque presentan una tendencia decreciente, como se aprecia en el Gráfico 38. Este descenso se debe fundamentalmente a la caída en las defunciones entre los varones.

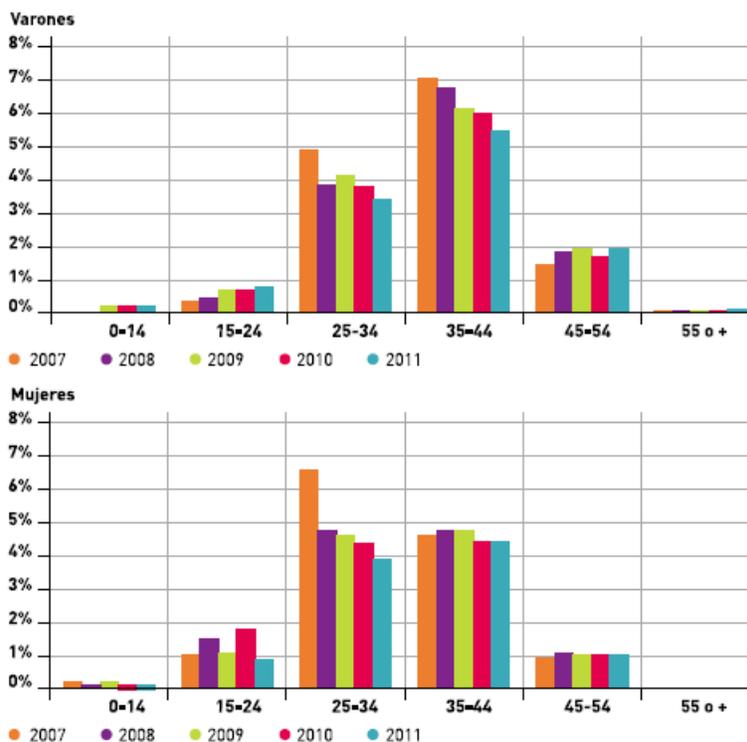
Gráfico 38. Mortalidad proporcional por sida en el total de defunciones por edad, Argentina (2007-2011)



Fuente: elaboración propia en base a información provista por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud.

Entre los varones, el sida se redujo como causa de muerte del 7% al 5,5% en el grupo de 35 a 44 años y del 5% al 3,5% en el de 25 a 34 años. El resto de los grupos no presenta variaciones significativas. Entre las mujeres, la tasa también se ha reducido en ambos grupos de edad, aunque de forma menos marcada (Gráfico 39).

Gráfico 39. Mortalidad proporcional por sida en el total de defunciones por sexo y edad, Argentina (2007-2011)



Fuente: elaboración propia en base a información provista por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud.

III. Respuesta nacional a la epidemia de sida

La Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (DSyETS) consolida la información que dispone sobre la epidemia del sida en la Argentina y la respuesta del Estado. Los datos duros, por sí mismos, no alcanzan a reflejar con claridad la labor realizada por cada una de las áreas de la DSyETS y otros actores que trabajan en pos de detener la epidemia y brindar atención a las personas con VIH.

Es por eso que en este artículo se pretende dar cuenta de las acciones destacadas que tuvieron lugar en 2013. Hay actividades transversales a todas las áreas y otras que se encuentran enmarcadas dentro de los cuatro ejes estratégicos de la DSyETS: **promover el acceso a la información y los recursos preventivos, permitir el acceso al diagnóstico de VIH e ITS con asesoramiento, brindar atención integral a las personas con VIH y reducir el estigma y la discriminación.**

Una de las acciones que involucró a todas las áreas de la DSyETS y a una multiplicidad de actores fue la **elaboración del Plan Estratégico Nacional (PEN) 2013-2015**. El PEN establece acciones concretas para alcanzar diferentes metas y, para que sea factible, requiere de la participación y compromiso de todos los actores sociales implicados en la respuesta al VIH, las infecciones de transmisión sexual y las hepatitis.

Con la misión de mejorar la calidad en la gestión de medicamentos, insumos de laboratorio, preservativos y materiales gráficos que distribuye la DSyETS, se incorporó un **equipo de profesionales para monitorear**, hacer evaluaciones de procedimientos y actividades que realizan en coordinación con el organismo nacional tanto los programas jurisdiccionales como de los efectores. En esa senda, se realizaron visitas durante todo el año que permitieron indagar acerca de los procedimientos de pedidos, distribución y condiciones de almacenamiento de los insumos provistos, al tiempo que arrojaron datos sobre el uso de herramientas informáticas y del alcance de las políticas de prevención. El producto final de cada una de estas visitas es un análisis de situación de la jurisdicción, en el que se identifican fortalezas y debilidades y se realizan recomendaciones para mejorar la gestión.

Durante 2013, se inició el **estudio de investigación multicéntrico** con la colaboración de la OPS, que busca estimar la prevalencia de hepatitis A, B y C y sífilis en varones y mujeres adultos que acuden a realizarse los estudios prenupciales en cuatro conglomerados urbanos: conurbano bonaerense, Córdoba, Santa Fe y Mendoza.

A continuación se presentan las acciones más relevantes realizadas por las diferentes áreas de la DSyETS, incluyendo el Programa Nacional de Control de las Hepatitis Virales, en función de las cuatro líneas estratégicas descriptas.

Acceso a la información y recursos preventivos

De las 5.000 infecciones que, se estima, se producen cada año en el país, más del 95% obedecen a relaciones sexuales sin protección. En el caso de los varones, la mitad corresponde a relaciones heterosexuales y la otra mitad, a relaciones homosexuales. Del total de infectados, un tercio son mujeres y los restantes, varones y se presentan a en personas de distintas edades: el 19% de los nuevos diagnósticos ocurren en menores de 24 años y el 20% tienen más de 45 años.

Desde la DSyETS se promueve una política nacional y pública de acceso a la información y recursos preventivos tendientes a disminuir la transmisión del VIH y otras ITS. Con este objetivo, todos los años se producen y reeditan materiales informativos, y se compran y distribuyen preservativos y geles lubricantes: durante 2013, los diferentes puestos fijos recibieron mensualmente más de 4 millones de preservativos.

En un trabajo de cogestión con los Programas de Sida de las provincias, regiones y municipios, con otros organismos gubernamentales y con Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), se promueven diferentes acciones para disminuir las barreras que existen a la hora de acceder a los recursos de salud y a la información actualizada. A ello apunta la distribución de los recursos en los lugares donde circulan las personas regularmente, con una lógica focalizada en el usuario y ya no en las instituciones (que pueden obstaculizar el acceso por la distancia geográfica o por sus horarios restringidos, por ejemplo).

La instalación de puestos fijos para la distribución de preservativos y geles lubricantes a una comunidad de forma sistemática, gratuita y libre (la cantidad la define el usuario) a través de un dispenser es otra de las acciones sostenidas que viene promoviendo la DSyETS desde hace tiempo. En la actualidad, la red de puestos fijos está conformada por 3.156 bocas de distribución, ubicadas a lo largo de todo el país.

La propuesta de la DSyETS es trabajar con cada territorio (provincia, región y municipio) con la consigna de que la política “universal” de prevención debe adecuarse a las particularidades de cada territorio o jurisdicción. Esto implica la construcción (y renovación) de acuerdos locales de distribución de insumos (preservativos, geles lubricantes y material de difusión) y el apoyo a las estrategias para el acceso a los preservativos (por ejemplo, la instalación de puestos fijos en espacios clave), entre otros.

Si hablamos de acceso a la información, la renovación total de la página web de la DSyETS¹⁸ en 2013 permitió un gran avance, ya que se trabajó especialmente en el reordenamiento del contenido, para generar una mayor navegabilidad y accesibilidad de los usuarios. La nueva portada del sitio se inicia con una selección de noticias a partir de las cuales los visitantes pueden acceder a información actualizada sobre diferentes temas ligados al trabajo de la DSyETS. Toda la información está ordenada sobre la base de los dos grandes grupos de destinatarios: población en general y equipos de salud.

Dentro del sitio están disponibles los materiales de comunicación desarrollados desde la Dirección sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y adherencia, entre otros.

Es importante destacar que en 2013 se sumó y actualizó una larga lista de materiales gráficos con la intención de mejorar y hacer más precisa la comunicación con los diferentes públicos con los que trabaja la Dirección de Sida y ETS¹⁹.

El 28 de julio, Día Mundial de las Hepatitis Virales, se distribuyeron 97 mil dípticos en distintos puntos del país como herramienta informativa de sensibilización para acompañar las actividades conmemorativas.

Por otra parte, la DSyETS consolidó el trabajo en las redes sociales (Facebook, Twitter, Google+, YouTube) a través de una planificación que implicó el desarrollo de contenidos y diseños adecuados al formato en línea. Así fue que durante 2013 se duplicaron los seguidores en las redes sociales y se profundizó el intercambio con los diferentes públicos.

La línea 0800 Pregunte Sida, gratuita y confidencial, funciona de manera independiente de la DSyETS, aunque se trabaja de un modo articulado (a título de ejemplo, durante 2013 se implementó una serie de capacitaciones para la actualización de los operadores telefónicos). Actualmente, la línea de atención gratuita recibe llamados de todo el país, que incluyen diversas consultas sobre temas vinculados al VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

¹⁸ Página web de la DSyETS: www.msal.gov.ar/sida

¹⁹ Al final del Boletín Nº 30 DSyETS accesible en http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000297cnt-2013-11-28_boletin-epidemiologico-30.pdf se presentan algunos materiales desarrollados por la DSyETS.

Accesibilidad al diagnóstico de VIH e ITS con asesoramiento

“Mejorar la accesibilidad al diagnóstico del VIH y otras ITS” es una de las grandes metas de la DSyETS, para la que se trabaja en dos líneas complementarias: la estimulación de la demanda espontánea del diagnóstico a partir de la promoción del testeo voluntario con asesoramiento; y la oferta activa del estudio en el marco de la consulta médica²⁰. Asimismo, la política de accesibilidad también promueve la descentralización de la realización de la prueba²¹.

Para estimular la demanda espontánea del diagnóstico y, por ende, reducir el porcentaje de diagnósticos tardíos, se desarrolló y diseñó la campaña de comunicación “Elegí saber”, que será implementada durante los siguientes tres años. Incluye la difusión de mensajes en diferentes formatos de comunicación masiva y acciones territoriales que necesitarán del apoyo de otros actores, como los programas provinciales, OSC, centros de salud, entre otros, para que llegue a todo el país.

Por otra parte, para promover la oferta activa del test, se realizaron jornadas de capacitación en diferentes puntos del país en las que se discutió la política de diagnóstico, así como las dificultades y potencialidades de cada lugar, entre otros temas.

Además, desde la DSyETS se abasteció de reactivos a los programas provinciales que a su vez alimentan una red de distribución para realizar las pruebas de tamizaje y confirmación del diagnóstico de VIH y sífilis en todo el país. En este terreno, cabe destacar que las adquisiciones locales complementan las necesidades de testeo en las diferentes jurisdicciones. También se fortaleció la red de laboratorios equipados con instrumental y asistencia técnica, al tiempo que se desarrolló un programa de control externo de calidad para diagnóstico de VIH.

El 27 de agosto de 2013, el Ministerio de Salud de la Nación aprobó las recomendaciones para la implementación de tests rápidos en el diagnóstico del VIH y de otras infecciones de transmisión sexual (ITS), a través de la Resolución 1340/2013 publicada en el Boletín Oficial. La norma contempla la recomendación del uso del test rápido y regula su aplicación.

La DSyETS sigue promoviendo la creación de Centros de Prevención, Asesoramiento y Testeo (Cepat) para mejorar el acceso a la prueba, con políticas de prevención y diagnóstico desarrolladas a nivel local. En el país existen 575 Cepat activos, gestionados por los Programas de Sida provinciales, las regiones y los municipios.

Mejoras en la atención de las personas con VIH

De las 110 mil personas con VIH en el país, aproximadamente el 70% conoce su diagnóstico, lo que posibilita su atención, su seguimiento y el acceso a tratamientos antirretrovirales en caso de necesitarlos. En la Argentina, se estima que aproximadamente 52 mil personas reciben tratamiento antirretroviral (todos en forma gratuita, como lo prescribe la legislación vigente). De estas, el 69% reciben los medicamentos de parte del sistema público de salud.

Una de las estrategias que contribuyen a mejorar la atención de las personas con VIH es la implementación del sistema informático SVIH, que comenzó en 2011 y hoy se encuentra funcionando en la totalidad de las jurisdicciones. Este dispositivo permite registrar los tratamientos de los pacientes, además de agilizar los pedidos de autorización de medicación y de estudios de carga viral. Por otra parte, se conformó un equipo de capacitación que acompaña

²⁰ Si bien se busca que se ofrezca el test, siempre la solicitud del diagnóstico tiene que ser voluntaria y con asesoramiento.

²¹ Se entiende por descentralización: a) la apertura a la solicitud de la prueba de VIH a todas las especialidades médicas y no médicas ofertadas desde los servicios de salud; y b) la oferta y realización del test de VIH con asesoramiento/información en el primer nivel de atención

continuamente en la implementación del sistema a los miembros de los diferentes programas e instituciones que lo utilizan.

Con el objetivo de reducir los tiempos de entrega de la medicación antirretroviral, en 2013 se desarrolló un trabajo de mejora junto con el operador logístico (Remediar). Los resultados de este esfuerzo serán visibles a lo largo de 2014.

El equipo especializado en adherencia, conformado en 2012, realizó un relevamiento para conformar un mapa de situación sobre este punto en cada jurisdicción. En una segunda instancia, se están elaborando estrategias en conjunto de acuerdo con la situación particular de cada región. Asimismo, para promover la adherencia al tratamiento de las personas que viven con VIH, se elaboraron materiales específicos, como folletería, carnet y pastilleros, entre otros.

Por otra parte, es de destacar que durante 2013 el Programa Nacional de Control de las Hepatitis Virales organizó los circuitos de solicitud y distribución de medicación para el tratamiento de hepatitis C y B crónicas en distintas jurisdicciones del país. Vale recordar que, en la actualidad, se encuentran en tratamiento 51 pacientes coinfectados con VIH-VHC, 75 pacientes en tratamiento para VHC mono infectados y 66 pacientes para VHB mono infectados. Las drogas boceprevir y telaprevir fueron incorporadas al vademécum de la Dirección de Sida y se inició el proceso de compra de las mismas para el tratamiento de VHC genotipo 1. Además, la DSyETS, junto con la Comisión General Técnica Asesora, elaboró las recomendaciones para el tratamiento de las hepatitis crónicas por virus C genotipo 1 con inhibidores de proteasas.

Una estrategia asistencial para las personas que se encuentran privadas de la libertad es la línea de atención con el sistema de cobro revertido. En lo que hace a esta población, la mayor cantidad de consultas tienen que ver con la accesibilidad a la salud de las personas con VIH tanto en la atención intramuros como extramuros (turnos/derivaciones a diferentes especialidades, por ejemplo). También los consultantes que se comunican muchas veces refieren haber realizado el test de VIH o baciloscopía para TBC, y no haber recibido los resultados, por lo que resulta necesario redefinir estrategias de intervención específica.

Reducción del estigma y la discriminación

Las DSyETS trabaja con un enfoque de derechos humanos, lo cual implica tenerlos en cuenta para la concepción, desarrollo, aplicación y evaluación de todas las políticas y servicios implementados. Dirigir las políticas a los grupos con vulnerabilidad incrementada al VIH, promover el acceso a la información sobre los recursos existentes, generar la participación activa de los usuarios en la toma de decisiones, actuar de acuerdo con los principios de igualdad y no discriminación son la base del enfoque de derechos humanos de la DSyETS.

En esa orientación es que se desarrollan distintas estrategias de intervención y gestión. Por ejemplo, en relación con el componente de Diversidad Sexual, se trabaja en diferentes líneas: por un lado, el apoyo y acompañamiento para la creación de servicios de atención integral de la salud dirigidos a población de la diversidad sexual; por otro, la realización de capacitaciones específicas para equipos de salud a fin de mejorar sus recursos para atender a esta población; también se producen y actualizan materiales gráficos y de promoción destinados a los equipos de salud y la población de la diversidad sexual. En particular, se desarrollan materiales para la población trans, al tiempo que se está construyendo una línea de trabajo para hombres que tienen sexo con hombres. Además, cada año participamos de la Marcha del Orgullo LGTBIQ a fin de fortalecer el vínculo de la salud pública con este colectivo.

Asimismo, desde los equipos de Derechos Humanos y Apoyo a la Sociedad Civil se motorizan acuerdos de acciones conjuntas, así como la recepción de demandas y denuncias de las redes de personas viviendo con VIH y otras

organizaciones de la sociedad con trabajo en VIH y sida. Por otro lado, regularmente se capacita y sensibiliza a otras áreas de gobierno para lograr una respuesta articulada ante situaciones de vulneración de derechos y discriminación vinculadas al VIH.

Otra de las líneas de trabajo que se iniciaron en 2013 tiene que ver con la capacitación y sensibilización de periodistas. Los medios de comunicación son grandes formadores de opinión y contribuyen a la conformación de imaginarios que a veces resultan estigmatizantes o discriminadores. En este sentido, desde el área de Comunicación se elaboró una guía de recomendaciones para el tratamiento periodístico de temas vinculados al VIH-sida que incluye utilización del lenguaje, sugerencias para el tratamiento periodístico y guía de fuentes, entre otros temas.

Por otra parte, se comenzó un trabajo de articulación con la Editora Nacional Braille y Libro Parlante del Ministerio de Desarrollo Social, con el fin de comenzar un proceso de adecuación y producción de contenidos para las personas con discapacidad visual.

Como se puede apreciar, durante 2013 la Dirección de Sida y ETS consolidó su trabajo y desarrolló nuevas líneas de acción tendientes a disminuir las brechas que aún existen en algunas poblaciones y/o regiones del país.

Plan Estratégico 2013/2017 de VIH-sida de la Argentina

En noviembre del año 2012, con base en los resultados del estudio de monitoreo y evaluación llevado adelante en todo el país para relevar la respuesta de los servicios de salud públicos en materia de prevención, diagnóstico y atención del VIH (ver en este mismo Boletín), la DSyETS lideró el proceso de construcción del Plan Estratégico 2013/2017, acompañado de un plan de monitoreo y evaluación con indicadores para cada una de las líneas pautadas.

La formulación del Plan Estratégico Nacional (PEN) demandó la convocatoria de una importante y diversa cantidad de actores y la organización de espacios que facilitaran la comunicación e interacción de los participantes. En esa senda, se desarrolló una plataforma virtual abierta a todos durante el proceso del plan y se organizaron distintos encuentros presenciales programáticos e intersectoriales por cada región del país. Dada la diversidad de la realidad nacional, durante los encuentros se validó el documento base del PEN teniendo en cuenta las realidades locales, se analizaron brechas regionales y se definieron metas.

Para la formulación del PEN, se convocó a referentes de las jurisdicciones provinciales, regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires y municipios. Además, fueron invitadas organizaciones de la Sociedad Civil con fuerte representación a nivel nacional, provincial y municipal y otros referentes del Estado.

Asimismo, se procuró extender el debate a otras áreas del Ministerio de Salud, como la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, el Programa de Salud en Contextos de Encierro, la Dirección de Epidemiología, la Dirección de Salud Comunitaria y el Programa Nacional de Salud Integral del Adolescente.

Además, se consultó con la Comisión Nacional de Pensiones del Ministerio de Desarrollo Social, el Programa de Educación Sexual integral del Ministerio de Educación de la Nación, el Ministerio de Trabajo, el Instituto Nacional contra la Discriminación y la Secretaría de DDHH del Ministerio de Justicia y DDHH de la Nación.

También se realizaron intercambios con las Agencias Internacionales de Cooperación Técnica, como Onusida, OPS, UNPFA, ONUDD, Unicef y PNUD.

El Plan Estratégico da continuidad y profundiza las líneas con las que se venía trabajando: facilitar el acceso a los recursos preventivos, favorecer el acceso al diagnóstico con asesoramiento, mejorar la calidad de atención de las personas con VIH

y reducir el estigma y la discriminación. Cada una de estas líneas supone un conjunto de actividades a desarrollar durante los próximos cuatro años y cuenta con indicadores para medir los progresos realizados. Para algunas de estas variables, al contar con una línea de base, fue posible fijar metas para los años 2015 y 2017, en tanto que otras han quedado pendientes a la espera de poder construir la línea de base durante este año.

La construcción de indicadores fue una tarea compleja, en la medida en que supusieron un proceso de reflexión de todos los equipos –de la DSyETS y de las jurisdicciones– acerca de qué era posible medir y cómo hacerlo. Cabe aclarar que durante los talleres regionales cada jurisdicción, en función de su propia realidad, consensuó metas locales.

A continuación se presentan los indicadores del Plan de Monitoreo y Evaluación (algunos de los cuales forman parte del Plan Estratégico) que, para su organización, prioriza alguna línea estratégica, aunque es claro que pueden servir para monitorear varias líneas.

Acceso al diagnóstico

	Línea de base	Meta 2015	Meta 2017
Tasa de mortalidad por sida por 100 mil habitantes	3,3	3,0	2,9
Porcentaje de personas con diagnóstico tardío de infección por VIH	Total = 25% Hombres = 29% Mujeres = 17%	Total = 20% Hombres = 26% Mujeres = 15 %	Total = 17% Hombres = 23% Mujeres =12%
Proporción de la población de 15 a 60 años que realizó el test de VIH en el último año y conoce el resultado	A construir	Metas a definir una vez que se construya la línea de base	
Número de Centros de Prevención, Asesoramiento y Testeo (CePAT) x 100 mil habitantes	1,9	2,6	3,1

Reducción del estigma y la discriminación

	Línea de base	Meta 2015	Meta 2017
Proporción de jurisdicciones que cuentan con equipos sensibilizados/capacitados en atención basada en un enfoque de DDHH	A construir	50%	80%
Proporción de jurisdicciones con servicio de atención legal instalado	A construir	50%	80%
Proporción de organismos gubernamentales que cuentan con equipos capacitados en DDHH	A construir	50%	80%
Proporción de usuarios satisfechos con la respuesta cuando consultaron a la DSyETS por situaciones de estigma o discriminación	A construir	50%	80%

Reducción de la transmisión vertical

	Línea de base	Meta 2015	Meta 2017
Tasa de transmisión perinatal del VIH	5%	3%	2%
Porcentaje de embarazadas que realizaron el test de VIH durante el control prenatal	80%	85%	90%
Porcentaje de embarazadas con VIH que recibieron ARV durante el embarazo	82%	Metas pendientes de definición	
Porcentaje de niños/as con transmisión perinatal del VIH que iniciaron tratamiento ARV antes del año de vida	A construir	Metas a definir una vez que se construya la línea de base	
Porcentaje de embarazadas testeadas para sífilis durante el control prenatal	A construir	Metas a definir una vez que se construya la línea de base	
Tasa de incidencia de sífilis congénita por mil nacidos vivos	0,8	0,5	0,5

Acceso a recursos preventivos

	Línea de base	Meta 2015	Meta 2017
Tasa de infección por VIH (Tasa de diagnósticos de VIH notificados)	Total = 12,4 x 100 mil Varones = 17,3 x 100 mil Mujeres = 9,1 x 100 mil	No se pueden definir metas, ya que se trata de diagnósticos, no de incidencia de infecciones	
Prevalencia de infección por VIH en grupos vulnerables	Hombres que tienen sexo con hombres = 12% Trans = 34% Mujeres en situación de prostitución = 2% Usuarios de drogas = 7%	No se pueden definir metas, ya que un aumento de la prevalencia puede estar causado tanto por incremento de la incidencia como por la reducción de la mortalidad	
Preservativos distribuidos por persona por la DSyETS entre el grupo de 15 a 64 años	1,42	3,8	4,6
Puntos fijos de distribución de preservativos x 100 mil habitantes	11	15	18
Porcentaje de personas de entre 15 y 65 años que utilizaron preservativo en la última relación sexual con una pareja ocasional	81%	Se fijarán metas una vez que se ajuste la línea de base	

Calidad de atención

	Línea de base	Meta 2015	Meta 2017
Porcentaje de personas con VIH que sostienen el tratamiento ARV por más de 12 meses	63%	70%	75%
Porcentaje de cobertura de tratamiento ARV en las personas diagnosticadas con VIH	72%	75%	78%
Porcentaje de cobertura de terapia ARV en el estimado de personas con VIH que requieren tratamiento	60%	65%	70%
Porcentaje de personas con VIH en tratamiento ARV con esquemas de 1ª, 2ª y 3ª línea	1ª línea = 63,1% 2ª línea = 39,3% 3ª línea = 2,1%	Metas pendientes de definición	
Porcentaje de personas con VIH con esquemas de tratamiento ARV no recomendados por la DSyETS	20%	10%	5%
Promedio de cargas virales por personas con VIH por año	1,7	1,9	2,0
Porcentaje de personas con VIH en tratamiento ARV con carga viral indetectable (< 50 copias/cc)	60%	65%	70%

Indicadores de gestión

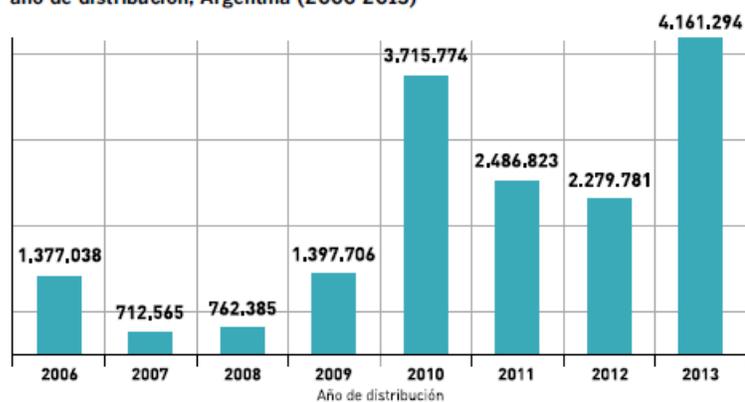
A continuación se describen los indicadores de gestión en relación con los gastos efectuados por la DSyETS en función de sus cuatro ejes estratégicos²².

Acceso a preservativos y geles lubricantes

La DSyETS compra y distribuye preservativos y geles lubricantes a todas las jurisdicciones del país. En el **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** se observa que en el año 2013 se transfirieron por mes para su distribución un promedio de 4.161.294 preservativos, el triple que el promedio mensual del año 2006. Los años 2011 y 2012 registran una disminución debido a retrasos en las entregas de la licitación internacional y la aprobación del INTI. Cabe aclarar que el valor del año 2013 surge del promedio de la distribución mensual enero-septiembre y del estimado de octubre-diciembre.

²² En la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** del Anexo del Boletín N° 30 DSyETS accesible en http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000297cnt-2013-11-28_boletin-epidemiologico-30.pdf se detallan el gasto total y discriminado por insumos y provincias.

Gráfico 40. Promedio mensual de preservativos entregados por la DSyETS por año de distribución, Argentina (2006-2013)



La entrega de los insumos de prevención se realiza a través de puestos fijos, en eventos, talleres y/o campañas. A septiembre de 2013, hay un total de 3.156 puestos fijos de entrega de preservativos en todo el país, un 8,7% más que el año anterior. El 68% de estos lugares está concentrado en CABA (15%) y en las provincias de Buenos Aires (38%), , Santa Fe (8%) y Córdoba (7%), como se aprecia en la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia..**

Tabla 21. Cantidad de bocas fijas de distribución de preservativos por jurisdicción (2011-2013)

	Bocas de distribución al 30/09/2011		Bocas de distribución al 30/09/2012		Bocas de distribución al 30/07/2013	
Total del país	2.533	(100,0%)	2.904	(100,0%)	3.156	(100,0%)
Buenos Aires	875	(34,5%)	1.043	(35,9%)	1.208	(38,3%)
CABA	411	(16,2%)	416	(14,3%)	467	(14,8%)
Catamarca	-	(0,0%)	-	(0,0%)	-	(0,0%)
Chaco	45	(1,8%)	44	(1,5%)	45	(1,4%)
Chubut	78	(3,1%)	95	(3,3%)	95	(3,0%)
Córdoba	183	(7,2%)	224	(7,7%)	225	(7,1%)
Corrientes	15	(0,6%)	13	(0,4%)	16	(0,5%)
Entre Ríos	67	(2,6%)	96	(3,3%)	107	(3,4%)
Formosa	42	(1,7%)	40	(1,4%)	40	(1,3%)
Jujuy	35	(1,4%)	35	(1,2%)	35	(1,1%)
La Pampa	61	(2,4%)	60	(2,1%)	61	(1,9%)
La Rioja	25	(1,0%)	25	(0,9%)	28	(0,9%)
Mendoza	17	(0,7%)	16	(0,6%)	17	(0,5%)
Misiones	9	(0,4%)	8	(0,3%)	10	(0,3%)
Neuquén	32	(1,3%)	31	(1,1%)	32	(1,0%)
Río Negro	22	(0,9%)	56	(1,9%)	56	(1,8%)
Salta	37	(1,5%)	68	(2,3%)	71	(2,2%)
San Juan	46	(1,8%)	45	(1,5%)	46	(1,5%)
San Luis	26	(1,0%)	64	(2,2%)	64	(2,0%)
Santa Cruz	100	(3,9%)	108	(3,7%)	109	(3,5%)
Santa Fe	239	(9,4%)	237	(8,2%)	240	(7,6%)
Santiago del Estero	9	(0,4%)	13	(0,4%)	16	(0,5%)
Tierra del Fuego	31	(1,2%)	40	(1,4%)	40	(1,3%)
Tucumán	128	(5,1%)	127	(4,4%)	128	(4,1%)

En la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** se observa cómo se distribuyen los puestos fijos dentro de la provincia de Buenos Aires. Las regiones sanitarias V, VI y VII concentran el 62% del total. Al sumar la región XII, la cuarta que conforma el GBA, esta proporción asciende al 73%.

Tabla 22. Cantidad y porcentaje de bocas fijas de distribución de preservativos según Región Sanitaria de la provincia de Buenos Aires (2013)

	Nº	%
Total Buenos Aires	1.208	100,0%
Región Sanitaria I	121	10,0%
Región Sanitaria II	1	0,1%
Región Sanitaria III	40	3,3%
Región Sanitaria IV	23	1,9%
Región Sanitaria V	265	21,9%
Región Sanitaria VI	236	19,5%
Región Sanitaria VII	240	19,9%
Región Sanitaria VIII	13	1,1%
Región Sanitaria IX	4	0,3%
Región Sanitaria X	6	0,5%
Región Sanitaria XI	130	10,8%
Región Sanitaria XII	129	10,7%

Acceso al diagnóstico

Durante 2012, la DSyETS compró y distribuyó a las jurisdicciones del país distintos reactivos para el diagnóstico de VIH, ITS y hepatitis virales. Para determinaciones de VIH e ITS se gastó un total de \$25.512.572,59 y para determinaciones de hepatitis virales, \$2.446.063 (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** y **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**).

Tabla 23. Reactivos para diagnóstico comprados y distribuidos por la DSyETS durante el año 2012, Argentina

	Agutínación de partículas	Elisa	Confirmatorio de sífilis (TPHA)	Thayer Martin	VDRL	Western-Blot	Tests rápidos VIH I+2	Total de determinaciones	
								Unidades	Pesos
Total del país	600.000	600.000	34.000	12.000	1323.000	9.054	153.425	2.731.479	\$25.512.572,59
Buenos Aires	101.200	108.288	5.000	1.260	339.000	2.799	36.875	594.422	\$4.880.504,78
CABA	0	0	0	0	0	0	1.500	1.500	\$20.109,00
Catamarca	25.100	17.280	1.000	0	11.750	108	2.500	57738	\$807.248,51
Chaco	21.700	41.376	2.000	900	56.750	144	6.700	129.570	\$1.208.257,67
Chubut	13.300	9.600	700	600	23.250	144	3.075	50.669	\$495.478,58
Córdoba	30.000	48.096	3.000	1.140	51.000	693	13.575	147.504	\$1.711.646,32
Corrientes	27.300	17.280	1.100	300	41.500	342	5.100	92.922	\$954.021,98
Entre Ríos	20.000	9.024	800	300	31.750	153	4.800	66.827	\$634.444,90
Formosa	17.700	18.624	1.300	600	51.000	162	3.325	92.711	\$732.597,17

Tabla 23 (continuación). Reactivos para diagnóstico comprados y distribuidos por la DSyETS durante el año 2012, Argentina

	Aglutinación de partículas	Elisa	Confirmatorio de sífilis (TPHA)	Thayer Martin	VDRL	Western-Blot	Tests rápidos VIH I+2	Total de determinaciones	
								Unidades	Pesos
Jujuy	18.600	14.688	1.300	540	49.500	270	3.325	88.223	\$716.205,80
La Rioja	25.300	20.736	800	0	32.250	126	2.325	81.537	\$867.330,82
Mendoza	11.300	5.472	1.100	300	18.250	216	5.825	42.463	\$447.464,09
Misiones	39.900	35.808	1.300	540	54.000	216	5.725	137.489	\$1.456.904,87
Neuquén	26.900	19.200	1.100	300	65.250	432	2.625	115.807	\$967.739,29
Río Negro	16.900	8.928	1.100	540	49.500	144	3.425	80.537	\$564.218,51
Salta	29.900	40.992	1.300	300	79.500	414	7.250	159.656	\$1.417.284,06
San Juan	25.800	17.856	1.000	300	39.750	144	5.675	90.525	\$890.633,84
San Luis	18.300	9.600	1.000	300	16.000	108	3.325	48.633	\$579.923,94
Santa Cruz	13.000	12.096	1.000	300	13.750	126	3.125	43.397	\$519.732,43
Santa Fe	45.100	78.240	3.500	1.140	170.500	693	13.450	312.623	\$2.473.875,70
Santiago del Estero	25.000	22.080	800	300	28.250	90	4.800	81.320	\$910.522,24
Tierra del Fuego	8.300	4.320	600	300	14.750	162	2.550	30.982	\$310.233,74
Tucumán	20.200	28.224	1.200	600	43.000	558	7.600	101.382	\$1.081.472,89
Ministerio de Salud*	10.200	7.008	1.500	840	22.500	612	2.850	45.510	\$524.535,83

(*) INBIRS, SPF, ANLIS, INE Mar del Plata y Hospital Posadas.

Tabla 24. Reactivos para diagnóstico de hepatitis virales comprados y distribuidos por la DSyETS, Argentina (2012)

	Elisa antiHCV	Elisa HBsAg	Elisa antiHBc	Elisa antiHAV - IgM	Elisa HAV - IgG	Total de determinaciones	
						Total de unidades	Total de pesos
Total del país	19.680	143.616	18.816	5.568	5.568	193.248	\$2.446.0
Buenos Aires	5.376	35.424	5.376	1.056	1.056	48.288	\$613.727
CABA	0	0	0	0	0	0	\$0
Catamarca	288	3.072	288	96	96	3.840	\$47.015
Chaco	288	3.360	288	96	96	4.128	\$50.125
Chubut	288	3.072	288	96	96	3.840	\$47.015
Córdoba	864	8.832	768	384	384	11.232	\$138.889
Corrientes	288	3.360	288	96	96	4.128	\$50.125
Entre Ríos	960	6.336	960	288	288	8.832	\$113.373
Formosa	384	2.880	384	96	96	3.840	\$48.373
Jujuy	384	2.976	288	96	96	3.840	\$47.860
La Pampa	384	2.304	384	192	192	3.456	\$45.694
La Rioja	288	3.360	288	96	96	4.128	\$50.125
Mendoza	1.056	8.352	864	288	288	10.848	\$135.477
Misiones	288	3.360	288	96	96	4.128	\$50.125
Neuquén	288	3.456	384	96	96	4.320	\$52.713
Río Negro	576	4.704	576	192	192	6.240	\$78.478
Salta	960	6.336	960	384	384	9.024	\$116.915
San Juan	480	3.840	480	96	96	4.992	\$62.173
San Luis	576	4.224	576	96	96	5.568	\$69.753
Santa Cruz	576	4.224	576	192	192	5.760	\$73.294
Santa Fe	2.208	14.592	1.632	768	768	19.968	\$255.559
Santiago del Estero	288	2.880	288	96	96	3.648	\$44.941
Tierra del Fuego	288	2.880	288	96	96	3.648	\$44.941
Tucumán	672	5.664	672	192	192	7.392	\$92.278
Ministerio de Salud*	1.632	4.128	1.632	384	384	8.160	\$117.092

(*) INBIRS, SPF, ANLIS, INE Mar del Plata, Hospital de Clínicas y Hospital Posadas.

El acceso al diagnóstico de VIH con asesoramiento es un eje estratégico de la DSyETS y, en esa senda, una de las líneas de trabajo es la creación de Centros de Prevención, Asesoramiento y Testeo (CePAT). En la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** se puede observar la cantidad de CePATs activos a julio de 2013 por jurisdicción. El 51% está ubicado en la provincia de Buenos Aires, seguido por Entre Ríos, con el 7,1%.

Tabla 25. Cantidad y porcentaje de CePAT por jurisdicción (Julio de 2013)

Total del país	CePAT	
	575	100,0%
Buenos Aires	293	51,0%
CABA	23	4,0%
Catamarca	7	1,2%
Chaco	13	2,3%
Chubut	5	0,9%
Córdoba	25	4,3%
Corrientes	12	2,1%
Entre Ríos	41	7,1%
Formosa	6	1,0%
Jujuy	20	3,5%
La Pampa	8	1,4%
La Rioja	3	0,5%
Mendoza	10	1,7%
Misiones	11	1,9%
Neuquén	4	0,7%
Río Negro	5	0,9%
Salta	8	1,4%
San Juan	14	2,4%
San Luis	15	2,6%
Santa Cruz	6	1,0%
Santa Fe	18	3,1%
Santiago del Estero	21	3,7%
Tierra del Fuego	1	0,2%
Tucumán	6	1,0%

Acceso a los estudios de seguimiento

Durante el año 2012, la DSyETS compró y entregó reactivos para estudios de seguimiento de VIH y hepatitis virales por un total de \$10.937.930,54. Para el detalle por jurisdicción, véase la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia..**

Tabla 26. Reactivos para estudios de seguimiento de VIH y hepatitis virales comprados y distribuidos por la DSyETS, Argentina (2012)

	Carga Viral VHB	Carga Viral VHC	Genotipo VHC	Carga Viral VIH	Test de resistencia	CD4/CD8	Total en pesos
Total del país	216	432	480	34.020	1290	54.600	\$10.937.930,54
Buenos Aires*	29	20	111	9.713	347	17.425	\$3.193.716,86
CABA	119	216	200	9.051	496	8.003	\$2.524.061,24
Catamarca	0	0	0	150	10	221	\$46.225,68
Chaco	0	0	0	307	23	753	\$131.748,60
Chubut	0	0	0	0	0	0	\$0
Córdoba	48	122	94	2.915	111	8.484	\$1.484.402,59
Corrientes	0	0	3	796	22	1.040	\$202.835,41
Entre Ríos	0	0	6	488	31	1.231	\$210.908,52
Formosa	0	0	0	154	0	170	\$30.847,47
Jujuy	6	21	12	391	10	562	\$130.772,71
La Pampa	4	4	6	326	0	267	\$64.946,60
La Rioja	0	0	0	199	0	332	\$51.778,88
Mendoza	0	0	0	1.061	12	1.136	\$222.788,13
Misiones	6	3	2	143	9	1.031	\$146.741,72
Neuquén	0	0	0	488	11	831	\$142.395,36
Río Negro	0	3	2	398	12	883	\$145.398,87
Salta	4	0	6	1.076	11	1.459	\$266.030,59
San Juan	0	5	0	458	8	429	\$95.246,57
San Luis	0	2	0	314	12	287	\$70.472,74
Santa Cruz	0	0	0	84	9	400	\$59.945,52
Santa Fe	0	24	30	2.555	72	5.198	\$890.417,85
Santiago del Estero	0	2	3	259	9	391	\$75.324,41
Tierra del Fuego	0	0	0	72	9	164	\$33.141,84
Tucumán	0	0	0	784	11	1.138	\$198.632,62
Ministerio de Salud**	0	10	5	1.838	55	2.765	\$519.149,76

(*) Incluye al SPB

(**) INBIRS, SPF, ANLIS, INE Mar del Plata y Hospital Posadas

En el análisis de los datos, se debe considerar que las jurisdicciones pueden derivar la realización de estudios a algún laboratorio de referencia que se encuentre en otra provincia. Por este motivo, en la **¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.** se observa que no se entregaron reactivos a algunas jurisdicciones.

Acceso a los tratamientos antirretrovirales y a la leche de inicio

La DSyETS compra y distribuye ARV, medicamentos para enfermedades oportunistas y leche de inicio a las distintas jurisdicciones del país, a hospitales nacionales y a los servicios penitenciarios federal y bonaerense. Estas compras constituyen el mayor gasto del presupuesto, que para el año 2012 fue de \$385.093.371. El 95% del total corresponde a fármacos antirretrovirales y el 5% a medicación para enfermedades oportunistas, hepatitis virales y a leches de inicio. Con respecto a 2011, se observa un incremento del 15% debido a un aumento de precios y a la incorporación de nuevos pacientes bajo tratamiento.

Con la información estimada de la cantidad de pacientes en tratamiento durante 2012, se calculó el gasto promedio persona/año de cada jurisdicción. Las diferencias que se observan por provincias corresponden a la

cantidad de personas empadronadas y al esquema de tratamiento que utilizan (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**).

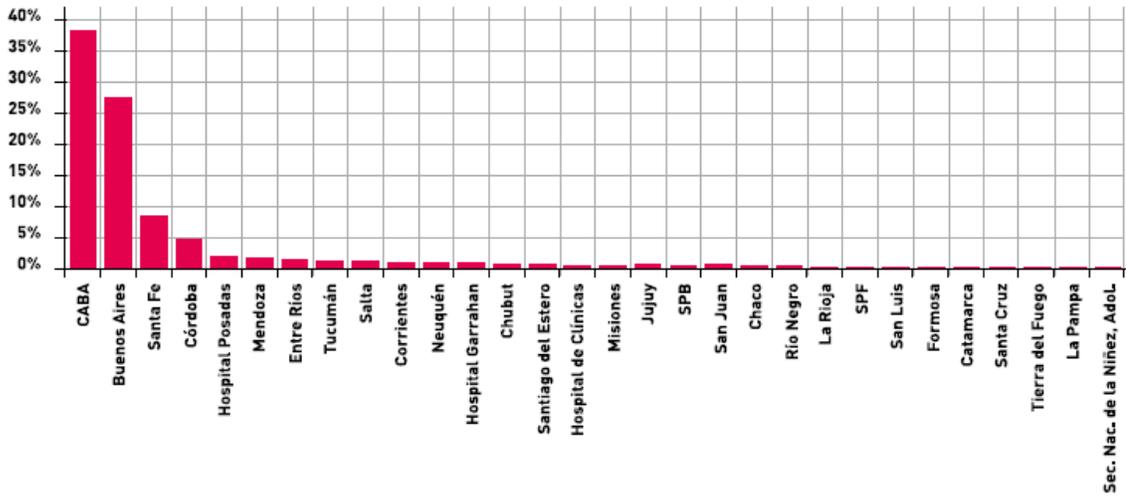
Tabla 27. Gasto por jurisdicción y promedio por persona por jurisdicción (2012)

	Gasto en pesos	Gasto por paciente/año
Total del país	\$385.018.898,80	\$10.909,65
Buenos Aires	\$106.249.997,51	\$11.814,68
CABA	\$146.370.433,59	\$12.546,24
Catamarca	\$954.955,02	\$6.728,35
Chaco	\$2.702.557,23	\$8.079,64
Chubut	\$3.407.489,52	\$7.804,96
Córdoba	\$18.289.936,96	\$6.615,45
Corrientes	\$4.287.016,95	\$9.708,80
Entre Ríos	\$6.858.303,80	\$10.689,54
Formosa	\$1.070.777,53	\$7.544,41
Jujuy	\$2.997.826,57	\$7.493,44
La Pampa	\$663.180,04	\$4.756,02
La Rioja	\$1.539.548,81	\$9.972,46
Mendoza	\$7.174.864,31	\$7.901,66
Misiones	\$3.031.178,42	\$6.890,61
Neuquén	\$4.266.384,33	\$7.969,34
Río Negro	\$2.166.230,17	\$6.319,41
Salta	\$4.840.895,90	\$6.458,92
San Juan	\$2.766.108,21	\$8.501,68
San Luis	\$1.446.293,14	\$5.567,16
Santa Cruz	\$938.706,84	\$5.543,98
Santa Fe	\$33.375.469,20	\$12.155,81
Santiago del Estero	\$3.365.247,40	\$10.754,68
Tierra del fuego	\$676.323,85	\$6.847,46
Tucumán	\$5.751.629,64	\$9.364,42
Hospital de Clínicas	\$3.205.394,49	\$12.260,07
Hospital Garrahan	\$3.834.277,56	\$12.385,02
Hospital Posadas	\$8.413.160,48	\$10.218,08
Servicio Penitenciario Bonaerense	\$2.872.295,71	\$7.120,57
Servicio Penitenciario Federal	\$1.502.415,62	\$4.289,43

En la Tabla 27 se puede observar que el mayor porcentaje del gasto corresponde a CABA y a la provincia de Buenos Aires, seguidas por Santa Fe y Córdoba.

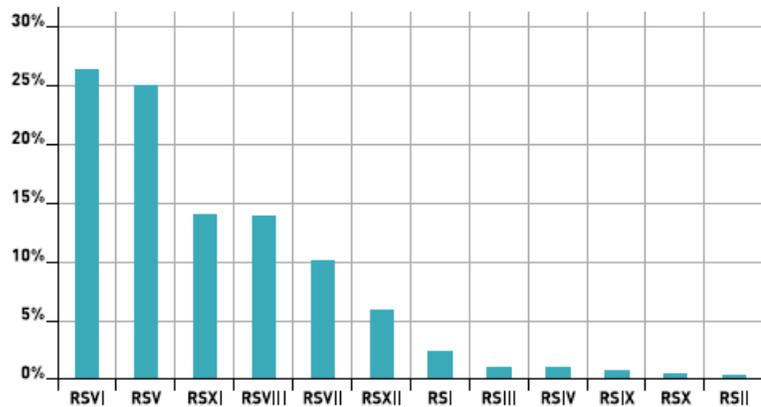
En tanto, el Gráfico 41 muestra cómo se distribuye el gasto de medicamentos y leche de inicio: CABA y Buenos Aires juntas superan el 65% del total.

Gráfico 41. Porcentaje del gasto en medicamentos y leche de inicio por jurisdicción, Argentina (2012)



Al desagregar el gasto atribuible a la provincia de Buenos Aires en sus regiones sanitarias, se observa que las regiones VI (26,11%) y V (24,84%) superan el 50% del total (Gráfico 42).

Gráfico 42. Porcentaje del gasto en medicamentos y leche de inicio entre las Regiones Sanitarias de la provincia de Buenos Aires (2012)



A partir de 2011 se comenzó a desarrollar e implementar un nuevo sistema informático (SVIH), que tiene como finalidad el monitoreo de las personas con VIH asistidas por el sistema público de salud. A partir de julio de 2013, todas las jurisdicciones del país ya habían comenzado a trabajar con este sistema, que implica la carga de la información de tratamientos de pacientes y el registro de los cambios, inicios y abandonos de tratamientos en forma mensual. En la Tabla 28 se puede observar que hay 42.520 pacientes registrados en la base de datos y que este número supera en un 17% a las personas que se estiman en tratamiento. Esta diferencia se debe, principalmente, al alta de nuevos pacientes al sistema y a que algunas jurisdicciones no han actualizado los datos de baja de personas (por abandono del tratamiento, fallecimiento o ingreso al sistema de obra social o de medicina privada).

Tabla 28. Cantidad de personas incorporadas al SVIH que reciben ARV de la DSyETS y personas estimadas en tratamiento, Argentina (2012)

	Cantidad de pacientes en TAR incorporados al SVIH	Pacientes en TAR estimados por la DSyETS
Total del país	43.260	35.904
Buenos Aires	10.835	8.993
CABA	14.056	11.666
Catamarca	171	142
Chaco	403	334
Chubut	526	437
Córdoba	3.331	2.765
Corrientes	532	442
Entre Ríos	773	642
Formosa	171	142
Hospital de Clínicas	315	261
Hospital Garrahan	373	310
Hospital Posadas	992	823
Jujuy	482	400
La Pampa	168	139
La Rioja	186	154
Mendoza	1.094	908
Misiones	530	440
Neuquén	645	535
Río Negro	413	343
Salta	903	749
San Juan	392	325
San Luis	313	260
Santiago del Estero	377	313
Servicio Penitenciario Bonaerense	486	403
Servicio Penitenciario Federal	422	350
Santa Cruz	204	169
Santa Fe	3.308	2.746
Tierra del Fuego	119	99
Tucumán	740	614

Se espera que con la incorporación de la funcionalidad de entrega de medicamentos al SVIH las personas en tratamiento puedan ser actualizadas automáticamente y así, por ejemplo, queden inactivos aquellos pacientes que no registren un retiro de medicación durante los últimos tres meses.

IV. Mejores prácticas

En forma sintética se presentan las prácticas más relevantes de los últimos dos años:

- Ley de identidad de género 2012.
- Diversificación de las estrategias de promoción y acceso al testeo.
- Actualización de los algoritmos diagnósticos.
- Planificación Estratégica 2013/2017 (más detalle al final de esta sección).
- Estudio de la respuesta preventivo-asistencial con participación de programas de SIDA jurisdiccionales.
- Lanzamiento de una campaña de comunicación “Elegí saber”, como marca que utilizará el Estado y la Sociedad Civil.
- Ampliación de la red de distribución de recursos preventivos, por fuera del sistema de salud.
- Implementación del programa de control de calidad en los laboratorios para el diagnóstico de VIH.
- Publicación de una recomendación para el uso de test rápidos para VIH.
- Conformación de un equipo de monitoreo y acompañamiento para los programas jurisdiccionales de SIDA.
- Desarrollo de materiales de comunicación en sistema Braille.
- Constitución de un área de Derechos Humanos y apoyo a la Sociedad Civil, dentro de la DSyETS.
- Diagnóstico de la situación del VIH Sida en las fronteras, en conjunto con Brasil y Uruguay.

Planeamiento Estratégico 2013/2017 de VIH Sida de la Argentina

En noviembre del año 2012, con base en los resultados del estudio de monitoreo y evaluación llevado adelante en todo el país para relevar la respuesta de los servicios de salud públicos en materia de prevención, diagnóstico y atención del VIH (ver en este mismo Boletín), la DSyETS lideró el proceso de construcción del Plan Estratégico 2013/2017, acompañado de un plan de monitoreo y evaluación con indicadores para cada una de las líneas pautadas.

La formulación del Plan Estratégico Nacional (PEN) demandó la convocatoria de una importante y diversa cantidad de actores y la organización de espacios que facilitarían la comunicación e interacción de los participantes. En esa senda, se desarrolló una plataforma virtual abierta a todos durante el proceso del plan y se organizaron distintos encuentros presenciales programáticos e intersectoriales por cada región del país. Dada la diversidad de la realidad nacional, durante los encuentros se validó el documento base del PEN teniendo en cuenta las realidades locales, se analizaron brechas regionales y se definieron metas.

Para la formulación del PEN, se convocó a referentes de las jurisdicciones provinciales, regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires y municipios. Además, fueron invitadas Organizaciones de la Sociedad Civil con fuerte representación a nivel nacional, provincial y municipal y otros referentes del Estado.

Asimismo, se procuró extender el debate a otras áreas del Ministerio de Salud, como la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia, el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, el Programa de Salud en Contextos de Encierro, la Dirección de Epidemiología, la Dirección de Salud Comunitaria y el Programa Nacional de Salud Integral del Adolescente.

Además, se consultó con la Comisión Nacional de Pensiones del Ministerio de Desarrollo Social, el Programa de Educación Sexual integral del Ministerio de Educación de la Nación, el Ministerio de Trabajo, el Instituto Nacional contra la Discriminación y la Secretaría de DDHH del Ministerio de Justicia y DDHH de la Nación.

También se realizaron intercambios con las Agencias Internacionales de Cooperación Técnica, como Onusida, OPS, Unpfa, Onudd, Unicef y PNUD.

El Plan Estratégico da continuidad y profundiza las líneas con las que se venía trabajando: facilitar el acceso a los recursos preventivos, favorecer el acceso al diagnóstico con asesoramiento, mejorar la calidad de atención de las personas con VIH y reducir el estigma y la discriminación. Cada una de estas líneas supone un conjunto de actividades a desarrollar durante los próximos cuatro años y cuenta con indicadores para medir los progresos realizados. Para algunas de estas variables, al contar con una línea de base, fue posible fijar metas para los años 2015 y 2017, en tanto que otras han quedado pendientes a la espera de poder construir la línea de base durante este año.

La construcción de indicadores fue una tarea compleja, en la medida en que supusieron un proceso de reflexión de todos los equipos –de la DSyETS y de las jurisdicciones– acerca de qué era posible medir y cómo hacerlo. Cabe aclarar que durante los talleres regionales cada jurisdicción, en función de su propia realidad, consensuó metas locales.

A continuación se presentan los indicadores del Plan de Monitoreo y Evaluación (algunos de los cuales forman parte del Plan Estratégico) que, para su organización, prioriza alguna línea estratégica, aunque es claro que pueden servir para monitorear varias líneas.

Acceso al diagnóstico

	Línea de base	Meta 2015	Meta 2017
Tasa de mortalidad por sida por 100 mil habitantes	3,3	3,0	2,9
Porcentaje de personas con diagnóstico tardío de infección por VIH	Total = 25% Hombres = 29% Mujeres = 17%	Total = 20% Hombres = 26% Mujeres = 15 %	Total = 17% Hombres = 23% Mujeres = 12%
Proporción de la población de 15 a 60 años que realizó el test de VIH en el último año y conoce el resultado	A construir	Metas a definir una vez que se construya la línea de base	
Número de Centros de Prevención, Asesoramiento y Testeo (CePAT) x 100 mil habitantes	1,9	2,6	3,1

Reducción del estigma y la discriminación

	Línea de base	Meta 2015	Meta 2017
Proporción de jurisdicciones que cuentan con equipos sensibilizados/capacitados en atención basada en un enfoque de DDHH	A construir	50%	80%
Proporción de jurisdicciones con servicio de atención legal instalado	A construir	50%	80%
Proporción de organismos gubernamentales que cuentan con equipos capacitados en DDHH	A construir	50%	80%
Proporción de usuarios satisfechos con la respuesta cuando consultaron a la DSyETS por situaciones de estigma o discriminación	A construir	50%	80%

Reducción de la transmisión vertical

	Línea de base	Meta 2015	Meta 2017
Tasa de transmisión perinatal del VIH	5%	3%	2%
Porcentaje de embarazadas que realizaron el test de VIH durante el control prenatal	80%	85%	90%
Porcentaje de embarazadas con VIH que recibieron ARV durante el embarazo	82%	Metas pendientes de definición	
Porcentaje de niños/as con transmisión perinatal del VIH que iniciaron tratamiento ARV antes del año de vida	A construir	Metas a definir una vez que se construya la línea de base	
Porcentaje de embarazadas testeadas para sífilis durante el control prenatal	A construir	Metas a definir una vez que se construya la línea de base	
Tasa de incidencia de sífilis congénita por mil nacidos vivos	0,8	0,5	0,5

Acceso a recursos preventivos

	Línea de base	Meta 2015	Meta 2017
Tasa de infección por VIH (Tasa de diagnósticos de VIH notificados)	Total = 12,4 x 100 mil Varones = 17,3 x 100 mil Mujeres = 91 x 100 mil	No se pueden definir metas, ya que se trata de diagnósticos, no de incidencia de infecciones	
Prevalencia de infección por VIH en grupos vulnerables	Hombres que tienen sexo con hombres = 12% Trans = 34% Mujeres en situación de prostitución = 2% Usuarios de drogas = 7%	No se pueden definir metas, ya que un aumento de la prevalencia puede estar causado tanto por incremento de la incidencia como por la reducción de la mortalidad	
Preservativos distribuidos por persona por la DSyETS entre el grupo de 15 a 64 años	1,42	3,8	4,6
Puntos fijos de distribución de preservativos x 100 mil habitantes	11	15	18
Porcentaje de personas de entre 15 y 65 años que utilizaron preservativo en la última relación sexual con una pareja ocasional	81%	Se fijarán metas una vez que se ajuste la línea de base	

Calidad de atención

	Línea de base	Meta 2015	Meta 2017
Porcentaje de personas con VIH que sostienen el tratamiento ARV por más de 12 meses	63%	70%	75%
Porcentaje de cobertura de tratamiento ARV en las personas diagnosticadas con VIH	72%	75%	78%
Porcentaje de cobertura de terapia ARV en el estimado de personas con VIH que requieren tratamiento	60%	65%	70%
Porcentaje de personas con VIH en tratamiento ARV con esquemas de 1ª, 2ª y 3ª línea	1ª línea = 63,1% 2ª línea = 39,3% 3ª línea = 2,1%	Metas pendientes de definición	
Porcentaje de personas con VIH con esquemas de tratamiento ARV no recomendados por la DSyETS	20%	10%	5%
Promedio de cargas virales por personas con VIH por año	1,7	1,9	2,0
Porcentaje de personas con VIH en tratamiento ARV con carga viral indetectable (< 50 copias/cc)	60%	65%	70%

V. Principales problemas y medidas correctoras

Gran parte de los problemas han sido analizados dentro del marco del proceso que tuvo lugar para el Plan Estratégico. En este proceso se trabajó en función de los 4 ejes para los cuales se identificaron problemas y se definieron líneas estratégicas y acciones, teniendo en cuenta que estas acciones recién están comenzando a implementarse, aunque ya marcan las tendencias sobre las cuales se brindarán las soluciones en el futuro cercano¹.

Consideraciones que surgen de la investigación sobre evaluación y monitoreo de la respuesta del sistema público de salud para el VIH, ITS y hepatitis.

La investigación realizada desde la DSyETS para la Evaluación y monitoreo del estado actual de la respuesta preventiva y asistencial al VIH-sida, ITS y hepatitis en la República Argentina muestra algunas tendencias a considerar en la identificación de brechas que deben eliminarse o disminuirse en los próximos cinco años. Participaron los jefes de programa de VIH-sida de las 24 provincias, 10 regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires y 18 municipios. Además se entrevistaron referentes de 191 hospitales y 348 centros de salud.

Según la percepción que tienen los jefes de programas jurisdiccionales, sobre el acceso a los insumos de prevención, al diagnóstico y a la atención de PVV, comparando los años 2008 con el 2011, el 90% considera que la situación actual es mejor que la de años anteriores. Esta opinión se fundamenta en que, en la actualidad, se cuenta con mayor cantidad de RRHH capacitados y especializados; mayor cantidad y mejor distribución de insumos preventivos, medicamentos y reactivos; aumento y diversificación de actividades para la promoción del testeo; eliminación de turnos, especialmente para las embarazadas; atención descentralizada y en mayor cantidad de lugares.

Otro dato significativo de la respuesta al VIH-sida y las ITS es que, además de la cobertura realizada por la DSyETS en medicamentos, reactivos e insumos de prevención en todo el país; se observa un mayor compromiso de jurisdicciones y efectores en la disponibilidad de presupuesto para la compra de insumos de prevención y diagnóstico.

Todas las jurisdicciones reconocen haber recibido materiales de comunicación sobre VIH provistos por la DSyETS y la gran mayoría también había recibido materiales sobre ITS. Sin embargo, existe una necesidad sentida por los jefes jurisdiccionales de contar con materiales comunicacionales referidos a las hepatitis y algunos materiales sobre VIH e ITS para poblaciones particulares (adolescentes, pueblos originarios y migrantes de países limítrofes).

Con respecto al diagnóstico, más del 86% (45) de los programas jurisdiccionales informaron que durante el año 2011 desarrollaron alguna estrategia para promover el testeo de VIH. Solo 6 jurisdicciones no tuvieron estrategias durante ese año.

El 92,3% (48) refirió haber tenido en su jurisdicción lugares que facilitaban el testeo de VIH. Estos funcionaban, en su mayoría, en hospitales, centros de salud, CEPAT y centros especializados, y en menor medida en OSC, municipalidades, sindicatos, universidades, laboratorios móviles, entre otros. El 69% (36) de los programas acompañó o monitoreó estos lugares. Los referentes de los programas informaron que en algunos de estos lugares, además de facilitar el test de VIH, el 75% también lo hacen para sífilis (36) y el 44% para hepatitis (21) y C (21).

¹ Ver http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/000000324cnt-2014-01_plan-estrategico-2013.pdf

El 61,5% (214) de los centros de salud consultados realizaron actividades de promoción del análisis en la comunidad.

En el 47% de los 191 hospitales y el 24% de los 340 centros de salud que manifestaron ofrecer el test de VIH se mencionó que durante el 2011 funcionó un equipo de asesoramiento de pre y post test. Patagonia, Centro y AMBA son las regiones con mayor presencia de equipos en hospitales. NOA, NEA y Patagonia son las regiones donde existían menor cantidad de centros de salud con equipos de asesoramiento.

En todas las jurisdicciones existen hospitales que son referencia de otros efectores para la realización de pruebas de diagnóstico y seguimiento, así como para la atención de PVV. La pauta más frecuente es derivar a las personas (en algunos casos derivan personas o muestras, según el tipo de prueba) y solo en un 19% de los hospitales reconocieron enviar las muestras.

El horario de extracciones y la existencia de demoras en los turnos constituye una barrera en el acceso al diagnóstico de VIH. En el 76% de los hospitales el único horario posible de extracción de sangre es durante la mañana. Solo en 13 hospitales (distribuidos en las regiones de Buenos Aires, Cuyo, Centro y Patagonia) se han implementado horarios extendidos que incluyen mañana, tarde y noche para facilitar el acceso de la población. En el 57,6% de los hospitales y el 62% de los centros de salud se otorgan turnos para las pruebas de VIH.

Todos los hospitales que atienden a mujeres embarazadas ofrecen el test de VIH a las mujeres, sin embargo, la mayoría (71%) solo ofrece el test a la pareja cuando la mujer resulta positiva. El 47% de los hospitales y el 38% de los centros de salud tienen circuito diferenciado para el acceso de la mujer embarazada al diagnóstico de VIH, la estrategia más implementada es que accedan sin turno.

El horario reducido, la existencia de turnos o requisitos administrativos y la derivación de personas generan barreras a la accesibilidad y producen oportunidades perdidas para el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno.

Si bien los datos obtenidos indican avances importantes por la presencia del Estado, en la respuesta a la epidemia de VIH subsisten brechas en el marco de un campo de desigualdades de oferta, según región del país, en problemáticas varias, entre las más importantes:

- a) de logística, almacenamiento y distribución de insumos preventivos;
- b) de acceso al diagnóstico y tratamiento;
- c) de atención accesible a la población;
- d) de carencia de RRHH especializados para la respuesta integral al VIH, las ITS y las hepatitis;
- e) de demoras en el proceso de diagnóstico;
- f) de oportunidades perdidas y deserciones en las distintas etapas de prevención, diagnóstico, atención y seguimiento y
- g) de notificaciones tardías y subnotificaciones.

El estigma y la discriminación persisten en distintos niveles y se observan en el incumplimiento de normas y recomendaciones para la prevención, atención y diagnóstico del VIH, como así también de la legislación que protege la identidad de género. Desde el punto de vista epidemiológico, se consideran que las personas que se encuentran en un contexto de mayor vulnerabilidad de contraer VIH e ITS son las que pertenecen a las poblaciones de trans, hombres que tienen sexo con hombres (HSH), usuarios de drogas (UD) y trabajadoras sexuales o mujeres en situación de prostitución. La condición de pobreza incrementa la vulnerabilidad.

Ejes, problemas, líneas estratégicas y acciones

A continuación se presentan los cuadros de problemas, organizados por cada eje, y posteriormente, las acciones presentes y futuras que vendrán a modificar la situación problemática diagnosticada.

Ejes	Problemas	Líneas Estratégicas
<p>I. Acceso a la información y a los recursos necesarios para prevenir la transmisión del VIH, las hepatitis virales y otras ITS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se mantiene la incidencia de infecciones de VIH e ITS. • Debilidad en el nivel de desarrollo y capacidades de algunos programas jurisdiccionales para la gestión y distribución de los recursos de prevención. • Dificultades derivadas de la falta de estabilidad y continuidad en los cargos de jefes/as y equipos. • Dificultades en el acceso de la población a los insumos para la prevención del VIH, sífilis y hepatitis virales (preservativos y materiales comunicacionales). • Compromiso insuficiente en los servicios de salud por el abastecimiento de recursos de prevención para el conjunto de la población. • Información insuficiente sobre el conocimiento que tiene la población con respecto al uso/acceso al preservativo y a la información preventiva. • Necesidad de recoger de modo sistemático y regular información epidemiológica de VIH en la población general y en grupos vulnerables, así como de la respuesta a la epidemia. • Escasa información y subregistros epidemiológicos de las ITS, en la población en general y en grupos vulnerables. • Ausencia de información con respecto a la situación epidemiológica de las hepatitis crónicas por VHB y VHC. • Cobertura insuficiente de vacunación para VHB, en poblaciones claves. • Debilidad en las capacidades técnicas y financieras de las OSC para sostener actividades de prevención en los niveles locales. • Escasa vigilancia epidemiológica respecto de UD. • Escasas iniciativas del sistema sanitario orientadas a reducir los daños de los UD. 	<ul style="list-style-type: none"> • Integración de la respuesta preventiva del VIH, ITS y hepatitis virales de los distintos actores de la gestión pública y de la sociedad civil con énfasis en las instituciones educativas y en los programas de educación sexual integral. • Fortalecimiento de las capacidades de producción y de gestión de los distintos actores involucrados en la respuesta. • Estimular la comunicación integral y sostenida en el tiempo en la población general y en los grupos vulnerables, desde una perspectiva de DDHH y no discriminación. • Fortalecer la capacidad de producción de información estratégica, para mejorar la respuesta al VIH, hepatitis virales e ITS.

Acciones
<ul style="list-style-type: none"> Promover al trabajo articulado entre programas jurisdiccionales de VIH, referentes de otros sectores y OSC, para disminuir la incidencia de VIH y mejorar la respuesta a la epidemia.
<ul style="list-style-type: none"> Instalar expendedores de preservativos masculinos y materiales de comunicación en los distintos servicios de salud, en dependencias estatales, en espacios comunitarios y en aquellos lugares donde circulan grupos afectados durante las 24 horas.
<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer la articulación con el PRONACER para incrementar la cobertura de vacunación para VHB, en la población general y en grupos con vulnerabilidad incrementada a las hepatitis virales.
<ul style="list-style-type: none"> Acompañar el monitoreo del cumplimiento de la vacunación para VHB, según normas vigentes.
<ul style="list-style-type: none"> Identificar y ampliar el universo de actores para la respuesta preventiva al VIH, las ITS y las hepatitis virales.
<ul style="list-style-type: none"> Apoyar y asesorar a los equipos jurisdiccionales acerca de la gestión y distribución de los recursos preventivos.
<ul style="list-style-type: none"> Creación de programas informáticos para la generación de información confiable sobre insumos de prevención (además de medicamentos y reactivos).
<ul style="list-style-type: none"> Difundir experiencias exitosas sobre la prevención del VIH y promoción del testeo.
<ul style="list-style-type: none"> Eliminar los requisitos que limitan el libre acceso al preservativo.
<ul style="list-style-type: none"> Estimular la participación de las OSC y redes para garantizar el suministro y reposición de insumos de prevención.
<ul style="list-style-type: none"> Racionalizar el sistema de distribución de insumos de prevención (preservativos y materiales comunicacionales) para reducir las brechas jurisdiccionales en el acceso a estos recursos. Lograr que se distribuyan en lugares más concurridos por grupos vulnerables, boliches, clubes y otros de similares características.
<ul style="list-style-type: none"> Apoyar técnica y financieramente a las OSC para fortalecer acciones tendientes a la distribución de insumos de prevención y promoción del testeo.
<ul style="list-style-type: none"> Crear un modelo de comunicación integral y sistemático que responda a las necesidades planteadas por los distintos actores de la respuesta al VIH-sida.
<ul style="list-style-type: none"> Diseñar circuitos alternativos de circulación de mensajes para una efectiva llegada a la población.
<ul style="list-style-type: none"> Adaptar los materiales de difusión para que sean accesibles a las personas con discapacidad.
<ul style="list-style-type: none"> Sensibilizar y capacitar de forma continua a periodistas sobre sexualidad, VIH, ITS, hepatitis y educación sexual integral.
<ul style="list-style-type: none"> Asesorar a los distintos actores públicos y de la sociedad civil en el desarrollo de programas de comunicación.
<ul style="list-style-type: none"> Producir y sostener estrategias de comunicación masivas, a mediano y largo plazo, a través de medios de comunicación, que incluyan distintas modalidades (gráficas, audiovisual u otras) sobre prevención del VIH, ITS y hepatitis y en la producción que se haga con participación de las OSC.
<ul style="list-style-type: none"> Evaluar el diseño y los contenidos de los materiales de comunicación que se producen.
<ul style="list-style-type: none"> Realizar estudios de segunda generación sobre prácticas sexuales y de cuidado en relación al VIH, ITS y hepatitis virales, en la población general y grupos vulnerables.
<ul style="list-style-type: none"> Monitorear y evaluar la respuesta de los distintos subsectores de salud a las problemáticas del VIH, ITS y hepatitis virales, a nivel nacional y jurisdiccional.
<ul style="list-style-type: none"> Realizar investigaciones sobre poblaciones particulares afectadas por el VIH (niños en hogares sustitutos, personas en situación de encierro, etcétera) con la incorporación de las OSC y de los grupos vulnerables.
<ul style="list-style-type: none"> Realizar estudios epidemiológicos de incidencia y prevalencia de ITS en la población general, sífilis congénita y hepatitis virales.
<ul style="list-style-type: none"> Asesorar a los programas jurisdiccionales en la producción, análisis y difusión de la información epidemiológica local.

Ejes	Problemas	Líneas Estratégicas
<p>II. Acceso al diagnóstico oportuno y con asesoramiento de VIH, sífilis y hepatitis virales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Una proporción de la población de PWV desconocen su condición. • Persistencia de obstáculos en la accesibilidad al diagnóstico de VIH entre las jurisdicciones. • Controles insuficientes de la calidad de los laboratorios que realizan el diagnóstico y la confirmación de VIH. • Obstáculos para el acceso de menores de 18 años al diagnóstico de VIH. • Persistencia de un elevado porcentaje de diagnósticos en etapas avanzadas de la infección por VIH. • Oferta limitada del test de VIH entre las personas con diagnóstico de TB. • Obstáculos en el acceso al test de VIH y sífilis para mujeres embarazadas y especialmente para sus parejas. • Diagnósticos tardíos de niños expuestos al VIH. • Persistencia de la incidencia de niños infectados por transmisión vertical, debido al diagnóstico tardío o a la pérdida de seguimiento de la mujer embarazada con VIH y su pareja. • Persistencia de una tasa elevada de sífilis congénita. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promocionar el testeo voluntario de VIH, sífilis y hepatitis virales, con asesoramiento en la población general y especialmente en los grupos vulnerables, <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Optimizar la logística de los circuitos de distribución de insumos para el diagnóstico. <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer la calidad de los laboratorios para el diagnóstico del VIH y hepatitis virales. <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer las estrategias para el diagnóstico de la mujer embarazada, su pareja y los niños expuestos a la infección.

Acciones
<ul style="list-style-type: none"> • Compra, provisión y distribución de reactivos para diagnóstico de VIH, ITS y hepatitis.
<ul style="list-style-type: none"> • Distribución de reactivos por parte de las jurisdicciones a los efectores para diagnóstico de VIH, ITS y hepatitis.
<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar campañas de comunicación, sostenidas en el tiempo, que promuevan el testeo voluntario en la población general y en los grupos vulnerables al VIH.
<ul style="list-style-type: none"> • Crear nuevos CEPAT y fortalecer y monitorear los ya creados.
<ul style="list-style-type: none"> • Establecer circuitos ágiles y rápidos para el traslado de muestras.
<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer la red de logística de muestras.
<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar la interrelación con los servicios integrales para adolescentes y los servicios de SSyPR.
<ul style="list-style-type: none"> • Difundir e implementar los diferentes algoritmos diagnósticos adecuados para cada escenario.
<ul style="list-style-type: none"> • Estimular acuerdos con OSC y asociaciones científicas que promuevan y realicen el testeo con asesoramiento.
<ul style="list-style-type: none"> • Instalar consultorios que faciliten el acceso al diagnóstico y atención para población gay, bisexual y trans.
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar actividades de <i>advocacy</i> para lograr el cumplimiento del derecho de niños y adolescentes a acceder al diagnóstico temprano de VIH y promoción de una legislación que proteja esos derechos en las jurisdicciones que no las tengan.
<ul style="list-style-type: none"> • Universalizar la oferta de testeo de VIH para personas con TB, hepatitis virales e ITS, a través de la sensibilización de los equipos de salud, de la definición de un marco normativo por resolución ministerial y la elaboración y difusión de materiales de promoción del testeo de VIH, en personas con TB, para los equipos de salud.
<ul style="list-style-type: none"> • Monitorear y evaluar los circuitos de distribución intrajurisdiccional de insumos para el diagnóstico.
<ul style="list-style-type: none"> • Incorporación de un sistema informático que permita facilitar la obtención de información desde las jurisdicciones acerca del stock existente, distribución y seguimiento de reactivos y medicamentos,
<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar la existencia de controles de calidad externos para los laboratorios que realizan el diagnóstico de VIH.
<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollar un plan de capacitación de recursos humanos de los laboratorios.
<ul style="list-style-type: none"> • Revisión de circuitos e instrucciones y estandarización de protocolos y resultados.
<ul style="list-style-type: none"> • Renovar el equipamiento para la realización de test ELISA y otros tipos de pruebas.
<ul style="list-style-type: none"> • Promover el diagnóstico oportuno de VIH, hepatitis e ITS en las mujeres embarazadas.
<ul style="list-style-type: none"> • Promover el diagnóstico oportuno de VIH, hepatitis e ITS en las parejas de las mujeres embarazadas.
<ul style="list-style-type: none"> • Difundir las normativas y capacitar a los equipos de salud acerca de la implementación de las estrategias de prevención de la transmisión vertical y de los algoritmos diagnósticos.
<ul style="list-style-type: none"> • Monitorear la distribución efectiva de los insumos en las maternidades y centros de salud.
<ul style="list-style-type: none"> • Promover el uso del test rápido en embarazadas/puérpas sin diagnóstico previo de VIH.

Ejes	Problemas	Líneas Estratégicas
<p>III. Acceso a la atención y seguimiento integral de las personas con VIH-sida, ITS y hepatitis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Brechas en la calidad de atención de las PVV. • Persistencia de pacientes en tratamiento con fallo virológico temprano. • Alto porcentaje de pacientes con tratamiento ARV con drogas no recomendadas. • Heterogeneidad en los equipos de salud en el grado de implementación de las recomendaciones sobre el tratamiento ARV del Ministerio de Salud de la Nación. • Pérdida de seguimiento de los niños/as expuestos al VIH por TV y de adolescentes con VIH. • Mujeres embarazadas con diagnóstico de VIH que no acceden a la profilaxis prenatal e intraparto. • Dificultades de acceso de las PVV a servicios asistenciales por eventos no asociados a su condición. • Dificultades en la logística de distribución intraprovincial de medicamentos e insumos para la prevención, diagnóstico y atención de PVV. • Dificultades de adherencia a los tratamientos ARV de las PVV. • Insuficientes dispositivos institucionales y comunitarios para el apoyo de las PVV. • Alto porcentaje de diagnósticos de sífilis prenatal sin tratamiento adecuado. • Alta tasa de sífilis congénita, en determinadas jurisdicciones. • Implementación desigual de las pautas de tratamiento y seguimiento de las hepatitis virales crónicas en Argentina. • Implementación desigual de los circuitos de diagnóstico y tratamiento de personas coinfectadas con VIH y TB en las distintas jurisdicciones. • Falta información sobre: cobertura total, accesibilidad a otros servicios asistenciales por comorbilidades o por la atención de efectos adversos de la medicación; cobertura de vacunación en la población con VIH, y apoyo social para mejorar el acceso al sistema de salud de las poblaciones de bajos recursos. • Escasa capacidad resolutive para la atención de las personas con hepatitis virales. • Retraso y subnotificación de casos de VIH y sida. • Escasa información epidemiológica sobre las ITS y hepatitis virales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar y sostener la provisión de reactivos para seguimiento y medicamentos ARV y otros tratamientos relacionados, aumentando la cobertura a PVV, ITS y hepatitis. • Fortalecer al equipo de salud en la atención de las personas con VIH e incorporar herramientas y dispositivos que faciliten la adherencia a los tratamientos ARV y el apoyo de las personas. • Fortalecer la atención de los niños y adolescentes que viven con VIH • Fortalecer la atención integral de las mujeres embarazadas con VIH y hepatitis. • Optimizar la logística de los circuitos de distribución de insumos para seguimiento y tratamiento. • Fortalecer la atención de personas con hepatitis virales. • Fortalecer la vigilancia epidemiológica del VIH, las hepatitis virales y las ITS.

Acciones
<ul style="list-style-type: none"> • Compra, provisión y distribución de reactivos para seguimiento de VIH, ITS y hepatitis. • Compra, provisión y distribución de medicamentos a las jurisdicciones. • Distribución de medicamentos dentro de las jurisdicciones hacia los efectores.
<ul style="list-style-type: none"> • Actualizar y difundir las guías de tratamiento, según las recomendaciones definidas por distintas sociedades científicas y en el Consenso nacional de tratamiento antirretroviral de la Sociedad Argentina de Infectología y la DSyETS. • Desarrollar actividades de capacitación para los equipos de salud, en relación a las recomendaciones sobre tratamiento ARV. • Evaluar el seguimiento de los pacientes a través del análisis de los resultados de cargas virales para VIH, CD4 y test de resistencia. • Monitoreo y evaluación de padrones de tratamiento antirretroviral para verificar esquemas predominantes, porcentajes de pacientes con tratamientos de rescate y frecuencia de errores de prescripción. • Capacitar a los equipos de salud que trabajan fuera del campo de la infectología en la atención de personas con VIH y en educación sexual integral. • Promover la inclusión de módulos de VIH en los cursos y jornadas de las sociedades científicas. • Fortalecer y crear equipos interdisciplinarios y redes de atención a nivel de hospitales y centros de salud para facilitar la integración de las PVV a las instituciones. • Capacitar a los equipos de salud sobre la atención de la coinfección VIH y TB y difusión de las normativas vigentes. • Capacitar y articular acciones del personal que interviene en la atención del VIH-sida, salud mental o adicciones a nivel nacional, provincial y municipal, en aspectos vinculados a la atención integral de los usuarios de drogas para fomentar los procesos de aproximación a la atención por VIH y otros problemas de salud. • Producir guías de tratamiento de tuberculosis en PVV, consensuadas con el Programa Nacional de tuberculosis y su difusión. • Difundir y capacitar a los equipos de salud sobre la implementación de las guías de atención y seguimiento de niños infectados. • Promover la creación de espacios amigables para la atención de niños y adolescentes con VIH en los servicios de infectología y pediatría y de su interrelación con los servicios integrales para adolescentes. • Difundir y capacitar a los equipos de salud que asisten a embarazadas con VIH, sífilis o hepatitis virales en la implementación de las normas de atención. • Implementar programas de capacitación sobre tratamiento de la sífilis, sífilis congénita, VIH y hepatitis. • Monitorear y evaluar los circuitos de distribución intrajurisdiccional de insumos para seguimiento y tratamiento. • Establecer procedimientos locales, capacitar a los actores y desarrollar materiales para la distribución y almacenamiento de medicamentos. • Incorporación de un sistema informático que permita facilitar la obtención de información acerca del stock existente, distribución y seguimiento de medicamentos, desde cada provincia. • Aumentar la oferta para la atención de las hepatitis virales en aquellas jurisdicciones donde aún no esté instalada. • Generar y efectuar reuniones, talleres, jornadas, encuentros regionales para la difusión e intercambio de pautas de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de hepatitis virales. • Realizar actividades de sensibilización con decisores políticos de salud para interesarlos en la creación de servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento de las hepatitis virales. • Promover la notificación de casos de VIH, hepatitis e ITS, a través de los distintos sistemas de información. • Implementar la nueva estrategia de vigilancia de hepatitis virales. • Actualizar e implementar el sistema de vigilancia epidemiológica de ITS. • Desarrollar investigaciones que permitan mejorar el conocimiento acerca de la cobertura y accesibilidad a recursos y servicios de salud de VIH, ITS y hepatitis virales. • Desarrollar actividades de apoyo técnico para los equipos de trabajo en las jurisdicciones para fortalecer su capacidad de producción y análisis de información.

Ejes	Problemas	Líneas Estratégicas
IV. Reducción del estigma y la discriminación	<ul style="list-style-type: none"> • Persistencia de alta prevalencia de VIH, ITS y hepatitis virales en grupos vulnerables de diversidad sexual. • Discriminación a usuarios/as de drogas y sus familiares y criminalización del uso de drogas que afectan el acceso de estas personas a los recursos preventivos y a la atención de los diferentes problemas de salud • Dificultades en el acceso al sistema de salud de las personas del colectivo LGTB. • Existencia de provincias que desconocen legislaciones vigentes. • Persistencia de situaciones de estigma y discriminación en personas en situación de encierro y en proceso de prelibertad, afectadas por el VIH. • Persistencia en los servicios de salud y en la comunidad del estigma por asociación hepatitis/cirrosis/alcohol. • Persistencia de dificultades en el acceso al sistema de salud de migrantes pobres. • Inexistencia de una red de contención jurídica que potencie una respuesta adecuada al objetivo de reducir el estigma y la discriminación vinculados al VIH, desde una acción articulada con distintas áreas del Estado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción de estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento, orientados a las poblaciones con vulnerabilidad incrementada frente al VIH, ITS y hepatitis virales, en el marco de las leyes y normas vigentes. • Desarrollo de la incidencia política que articule al Estado con OSC y actores significativos en la toma de decisiones, en relación a la atención de la población afectada por la epidemia con un enfoque de DD.HH. • Sensibilización de distintas agencias estatales de DD.HH. y acceso a la justicia, INADI y Servicio Penitenciario, para la atención de la problemática vinculada al estigma y la discriminación del VIH y sida.

Acciones
<ul style="list-style-type: none"> Realizar encuentros con autoridades del sistema de salud y de la red de servicios sanitarios de cada jurisdicción para garantizar la aplicación de la legislación vigente.
<ul style="list-style-type: none"> Delinear estrategias de trabajo conjunto con INADI, Justicia y Derechos Humanos para el establecimiento de una red de respuesta legal en temas de DD.HH., VIH y sida.
<ul style="list-style-type: none"> Realizar un mapeo de recursos existentes en las jurisdicciones para afrontar el estigma y la discriminación a las PVV.
<ul style="list-style-type: none"> Ejecutar un programa de capacitación y sensibilización a personal de servicios penitenciarios para la remoción de actitudes de estigma y discriminación a PVV.
<ul style="list-style-type: none"> Promover capacitaciones o mesas de diálogo con periodistas y medios de comunicación para reducir estigma y discriminación.
<ul style="list-style-type: none"> Promover capacitaciones o mesas de diálogo con autoridades judiciales y fuerzas públicas para reducir estigma y discriminación.
<ul style="list-style-type: none"> Agilizar procedimientos para la derivación, atención y resolución de casos planteados que impliquen estigma y/o discriminación.
<ul style="list-style-type: none"> Capacitación a la sociedad civil, intentando obtener como saldo la formación de promotores "legales y de derechos humanos".
<ul style="list-style-type: none"> Apoyar acciones de incidencia política para lograr armonización de intervenciones dirigidas a usuarios de drogas en acuerdo con los principios de la Ley Nacional de Salud Mental.

VI. Apoyo de los asociados de desarrollo del país

APOYO POR PARTE DE LOS ASOCIADOS DE DESARROLLO DEL PAÍS:

Sistema de Naciones Unidas

En el mes de diciembre del año 2005, el Secretario General de las Naciones Unidas instruyó a los Coordinadores Residentes a dar origen y comprometerse con el establecimiento de un Equipo Conjunto sobre Sida y un Programa Conjunto de Apoyo a la respuesta nacional al VIH y al Sida para lograr una armonización y coordinación en las acciones programáticas, una gestión adecuada basada en resultados y un uso más eficiente y efectivo de los recursos de asistencia técnica y financiera del Sistema de Naciones Unidas a nivel de los países.

En este contexto, el propósito del Equipo Conjunto sobre Sida es asegurar la cohesión y la eficacia de la contribución de Naciones Unidas a la respuesta nacional al VIH con un enfoque particular en el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) como el mecanismo para llevar a cabo el desarrollo y coordinación de los programas y actividades del Sistema de las Naciones Unidas relacionados al VIH/Sida en Argentina. Su objetivo principal es apoyar a las autoridades nacionales sobre sida en la implementación de la respuesta nacional a la epidemia.

Esta contribución se estructura en la Programación Conjunta del Sistema de Naciones Unidas que orientará las acciones del Equipo Conjunto sobre SIDA y deberá enmarcarse en la división de trabajo basada en las experticias de cada una de las agencias, así como en el Marco de Asistencia de Naciones Unidas para el Desarrollo (MANUD - UNDAF), siempre considerando las prioridades nacionales para definir las líneas estratégicas de apoyo.

En seguimiento a los mandatos previamente mencionados, en Argentina se estableció el Equipo Conjunto de Naciones Unidas sobre SIDA en el mes de mayo de 2008, que constituye el grupo operacional permanente y técnico del Sistema de Naciones Unidas en el país. El mismo está liderado por el Director de UNUSIDA en Argentina e integrado por 13 puntos focales técnicos que trabajan en el área de VIH de agencias del Sistema de Naciones Unidas: ACNUR, UNICEF, PNUD, UNFPA, UNODC, OIT, OPS/OMS, ONU MUJERES, OIM, CEPAL, UNOPS, Banco Mundial y Oficina del Coordinador Residente.

Durante el período 2012/2013 y teniendo como eje el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo en Argentina 2010-2015 (MANUD – inicialmente el período abarcativo del MANUD era de 2010 a 2014 pero en el año 2013

se logró una extensión hasta 2015), el Equipo Conjunto sobre Sida diseñó, elaboró e implementó la Programación Conjunta del Sistema de Naciones Unidas, cuyas acciones y estrategias se focalizaron en:

- generar información estratégica sobre la epidemia;
 - reducir el estigma y la discriminación;
 - promover la defensa de los derechos de los grupos más expuestos y afectados y de las personas que viven con VIH;
- y
- fortalecer la gobernabilidad de la respuesta conjunta al VIH y la cooperación con el gobierno, la sociedad civil y otros actores clave.

Este proceso de Programación Conjunta fue revisado y actualizado a principios del año 2013 y validado por el Equipo de País de las Naciones Unidas (UNCT). El mismo fue reestructurado en base a las cuatro líneas estratégicas de trabajo definidas en el proceso de planificación estratégica de la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación (proceso que se inició finales del año 2012) que esencialmente articula políticas universales y focalizadas en los grupos más vulnerables a la epidemia y además está alineada con la estrategia de Tratamiento 2.0, iniciativa conjunta de OMS y ONUSIDA, diseñada para responder a los desafíos financieros y técnicos que limitan el acceso universal al tratamiento antirretroviral, buscando mejorar la eficiencia y el impacto de los programas de atención y tratamiento del VIH, y con el Marco de Inversión de ONUSIDA (UNAIDS Investment Framework).

Los cuatro ejes del nuevo Plan Estratégico Nacional 2013/2017 en el que se basa la Programación Conjunta sobre Sida 2013 son los siguientes: i) Mejorar la accesibilidad a los preservativos, geles lubricantes y materiales de información y difusión; ii) Mejorar la accesibilidad al diagnóstico del VIH y otras infecciones de transmisión sexual con asesoramiento; iii) Mejorar la calidad de atención de las personas con VIH, incluyendo el acceso a los antirretrovirales y a los estudios de seguimiento; iv) Reducir el estigma y la discriminación. Además de estos ejes centrales, dentro de la Programación Conjunta 2013 se decidió incluir una quinta línea de trabajo referida a “Reforzar la capacidad de gobernabilidad, su eficacia y calidad en orientaciones adecuadas, coordinando y apoyando la colaboración entre el Estado y las organizaciones de la Sociedad Civil”. La implementación de las actividades previstas en la programación conjunta se desarrolló de forma completa, lográndose la mayoría de los objetivos propuestos.

En este sentido, el apoyo por parte del Sistema de Naciones Unidas como asociado de desarrollo del país durante el bienio 2011/2012 ha consistido, en líneas generales, en actividades de análisis de la situación del país e implementación de acciones establecidas en base a problemas prioritarios, causas y necesidades identificadas para el desarrollo de una cooperación que permita mejorar las capacidades nacionales y así reducir el impacto de la epidemia de VIH.

Programación Conjunta 2012/2013 del Equipo Conjunto de Naciones Unidas sobre Sida para Argentina

Línea estratégica 1: Profundizar el desarrollo de Información Estratégica			
Actividades	Agencias Responsables/Agencias Asociadas	Resultados obtenidos	Acciones de seguimiento
<i>Producción de información estratégica sobre VIH en</i>			

mujeres.			
<i>Caracterización de las mujeres recientemente diagnosticadas con el VIH en Argentina.</i>	R: UNFPA A: ONUSIDA, ONU MUJERES, OPS DSyETS, SSyR, Gino Germani/CENEP/RAMVIH S/Red Bonaerense de personas con VIH	-Estudio finalizado -Resultados en revisión -Publicación en Marzo 2012 (en el marco del día de la mujer 08/03/2012)	-Presentación con actores clave. -Publicación en medios masivos de comunicación y académicos. -Presentaciones varias (congresos, conferencias, seminarios, eventos, etc.)
<i>Validación y difusión del informe final del estudio de tamaño poblacional de trabajadoras sexuales.</i>	R: OPS, ONUSIDA A: DSyETS, Gino Germani, AMMAR	Completo	-Publicación y difusión de informe final. -Acciones de abogacía.
<i>Estudio de prevalencia de sífilis y VIH en mujeres durante el parto y puerperio inmediato.</i>	R: OPS, UNICEF A: ONUSIDA, UNFPA, Banco Mundial DSyETS/Dirección Nacional de Maternidad e Infancia	-Estudio de campo completo. -Informe preliminar (resumen ejecutivo).	-Difusión de los Hallazgos: reunión con participación de maternidades que fueron parte de la investigación y presentación de las nuevas guías de prevención de la transmisión perinatal. -Publicación.
Producción de información estratégica sobre hombres gay, otros HSH y población transgénero.			
<i>Estudios de prevalencia y de estimación de tamaño poblacional en HSH transgénero (fuera de Buenos Aires) utilizando metodología RDS,</i>	R: OPS, ONUSIDA A: UNFPA, PNUD DSyETS	No Realizado	-Acciones a definir en base a avances en torno a la propuesta del FM. -Movilización de recursos. -Abogacía con Ministerio de Salud.
Producción de información estratégica en otras poblaciones en situación de vulnerabilidad incrementada.			
<i>Estimación de tamaño poblacional y estudio de actualización sub-nacional sobre prevalencia de VIH, prácticas de riesgo y acceso a usuarios de drogas.</i>	R: UNODC A: OPS, ONUSIDA, Banco Mundial DSyETS	No Realizado	-Acciones a definir en base a avances en torno a la propuesta del FM. -Movilización de recursos. -Abogacía con Ministerio de Salud.
<i>Estudio sobre comportamiento de la población migrante y</i>	R: ACNUR	-Estudio de campo	-Revisión documento

<i>refugiada, focalizado en salud sexual, reproductiva y VIH.</i>	A: UNFPA, ONUSIDA, OPS DSyETS/CONARE/MyRAR/Coordinación Sida GCBA	completo. -Población: sólo refugiados. -Documento final en revisión.	final. -Impresión y difusión. -Articular y coordinar con CEPAD y otros centros de testeo de la CABA. -Evaluar posibilidad de realización de test rápido. -Mapeo entre distribución geográfica de refugiados y CEPAD y otros centros.
Producción de información estratégica fuera del sector salud			
<i>Estudio sobre las vulnerabilidades relacionadas al VIH en camioneros de larga distancia en la provincia de Mendoza.</i>	R: OIT A: OPS, Banco Mundial, PNUD (Pacto Global) DSyETS/Gremios/Sindicatos	No realizado	A definir por OIT
Mejorar la especificidad de los indicadores sobre los avances en la respuesta a la epidemia			
<i>Reporte de progreso global sobre Sida 2012 – Informe de Acceso Universal 2012.</i>	R: ONUSIDA, OPS, UNICEF A: UNFPA, ACNUR, UNODC, PNUD	-Directrices y guías y herramientas para reportar. -Designación de punto focal responsable del reporte (contraparte gubernamental) -Proceso de selección de consultores/as para apoyo y facilitación a la contraparte nacional en todas las etapas del proceso.	-Apoyo a la elaboración de indicadores e informe narrativo a ser enviados el 31 de marzo de 2012 (fecha límite) -Apoyo a la realización de talleres de la sociedad civil para completar el Índice Compuesto de Políticas Nacionales (ICPN) que debe ser enviado antes del 31 de marzo de 2012.
<i>Integración de indicadores del MANUD sobre epidemia concentrada entre los indicadores de los ODM Argentina, armonización con los informes de UNGASS e introducción de variables sobre otros ODM en las investigaciones sobre VIH, para mejorar la medición del Acceso</i>	R: ONUSIDA, OPS. A: UNFPA, ACNUR, UNIFEM CNCPS (Consejo Nacional de Coordinación de Política Social), DSyETS.	Contactos realizados y a la espera de la respuesta del Ministerio de Salud.	-Indicadores de UNGASS y AU a nivel de país ya están definidos, pero no están en línea con ODM y en consecuencia, con los de MANUD. -Indicadores de MANUD serán revisados y

<p><i>Universal a prevención, tratamiento, atención y apoyo y darle seguimiento a las recomendaciones de UNGASS.</i></p>			<p>modificados en la Revisión de Medio Término del MANUD a cargo del equipo de M&E.</p> <p>-Retomar comunicación con autoridades del Ministerio de Salud.</p>
<p><i>Apoyo a la elaboración de información estratégica sobre la medición del gasto en Sida (MEGAS) e incorporación al quehacer de las instituciones de gobierno.</i></p>	<p>R: UNICEF (M&E), ONUSIDA (M&E).</p> <p>A: UNFPA, ACNUR, UNIFEM</p> <p>DSyETS/Economía de la Salud/Ministerio de Economía</p>	<p>-MEGAS Sectores Público y cuasi público 2006/2009 finalizado.</p> <p>-Presentación en congreso de Sida en San Juan.</p> <p>-MEGAS Sector Privado 2006/2010 (Medicina Prepaga, Sociedad Civil y gasto de bolsillo) en curso.</p>	<p>-Publicación en curso de Sectores Público y cuasi público 2006/2009.</p> <p>-MEGAS Etapa III: Público y cuasi público 2010/2011.</p> <p>-Articulación entre todos los sectores – Armonización de las herramientas.</p>
<p>Línea estratégica 2: Promover y fortalecer intervenciones para reducir el estigma y la discriminación y la promoción y defensa de los derechos de grupos más expuestos (HSH, transgénero, trabajadores/as sexuales, usuarios de drogas, privados de la libertad), persona con VIH y otras poblaciones con vulnerabilidad incrementada.</p>			
<p>Actividades</p>	<p>Agencias Responsables/Agencias Asociadas</p>	<p>Resultados obtenidos</p>	<p>Acciones de seguimiento</p>
<p><i>Diseño, elaboración y publicación de una Guía de atención Integral de Adolescentes con VIH, con el objetivo de promover la defensa de los derechos y la adecuación de los servicios de salud como espacios de información, orientación y atención de calidad en ITS y VIH de acuerdo con las necesidades y realidades de los /as adolescentes, en particular los más vulnerables.</i></p>	<p>R: UNICEF, OPS.</p> <p>A: UNFPA, ONUSIDA.</p> <p>DSyETS/SAP (Sociedad Argentina de Pediatría)/ Otras sociedades científicas (a confirmar)</p>	<p>-Guía de atención integral de Adolescentes con VIH en proceso.</p> <p>-Edición a finales de diciembre de 2011.</p>	<p>-Publicación y difusión del documento.</p> <p>-Estrategia de implementación del material.</p> <p>-Evaluación de la implementación del material.</p> <p>-Evaluación de la implementación del material en los servicios específicos.</p>

<p><i>Apoyo a la elaboración de propuestas de políticas anti-discriminatorias y protectoras, dirigidas a personas con VIH, poblaciones más expuestas (por ej. LGTB) y otras con vulnerabilidad social incrementada.</i></p>	<p>R: PNUD, ONUSIDA.</p> <p>A: UNFPA, ONU MUJERES, ACNUR, UNDOC, OIT, OPS.</p> <p>DSyETS/FALGBT/Poder Judicial/Poder Legislativo</p>	<p>-Publicación y difusión del “Plan de ciudadanía LGBT: de la igualdad legal a la igualdad real”.</p> <p>-Apoyo a acciones de abogacía para Ley de Equidad de Género.</p> <p>-Apoyo a acciones de abogacía para Ley de Equidad de Género.</p> <p>- Apoyo a acciones de abogacía y sensibilización para propiciar elaboración políticas públicas en relación a la lipodistrofia en personas con VIH.</p>	<p>-En base al documento sobre legislación realizado por PNUD Regional y GPI, avanzar en información desagregada para Argentina, a nivel nacional y subnacional.</p> <p>-Definir estrategias de abogacía, utilizando programas ya existentes, recién instalados y en vías de instalación (Ej. Municipios saludables de OPS)</p> <p>-Acciones de abogacía.</p> <p>-Cooperación técnica.</p>
<p><i>Promover la inclusión del VIH en agendas de trabajo en el ámbito laboral.</i></p>	<p>R: OIT.</p> <p>A: ONUSIDA, PNUD (Pacto Global).</p> <p>Ministerio de Trabajo/Sindicatos</p>	<p>-No realizado.</p> <p>-ONUSIDA está llevando a cabo dos iniciativas con OSC en el marco de RSE.</p> <p>-Diciembre de 2011: misión de Eric Carlson (OIT Chile) para capacitación al Equipo Conjunto y discusión de temas prioritarios.</p>	<p>-Acciones pendientes por definir, en función de los resultados de la mencionada misión de Eric Carlson.</p> <p>-Dar continuidad a acciones de RSE.</p>
<p><i>Bullying (acoso escolar)</i></p>	<p>R: ONUSIDA, UNFPA.</p>	<p>-Iniciativa del UNFPA en curso: estrategia de no discriminación en escuelas en colaboración con CTERA.</p> <p>-Iniciativa de ONUSIDA en curso: estrategia de prevención del VIH y otras ITS y reducción de estigma y discriminación entre jóvenes escolarizados, a cargo de AAES (Asociación Argentina de Educadores)</p>	<p>-Definir estrategia de “bullying” en el marco de las iniciativas en curso que trabajan con jóvenes, educación sexual y VIH.</p>

		Sexuales)	
<i>Implementación del Programa sobre el VIH en el lugar de trabajo del Sistema de Naciones Unidas - UN Cares.</i>	R: PNUD. OCR (Oficina del Coordinador Residente). A: Todas las agencias	-Implementación completa. -Diciembre de 2011: Argentina seleccionada entre cinco países para una encuesta de evaluación externa (UCC, CR, Punto focal UN Cares, Staff) -Estrategia PEP kits revisada.	-Compra de preservativos. -Sesiones para personal UN nuevo. -Sesiones sobre temas prioritarios: estigma y discriminación. -Compra de material para distribución entre UN staff.
Línea estratégica 3: Promover y fortalecer el acceso universal a prevención, tratamiento, atención y apoyo en relación al VIH en grupos vulnerables y afectados (PVS, HSH, transgénero, trabajadores/as sexuales, usuarios de drogas, privados de libertad, migrantes y refugiados, mujeres jóvenes y trabajadores.)			
Actividades	Agencias Responsables/Agencias Asociadas	Resultados obtenidos	Acciones de seguimiento
<i>Iniciativa de eliminación de la transmisión vertical del VIH y de la sífilis congénita.</i>	R: OPS, UNICEF. A: ONUSIDA, UNFPA, UNIFEM. DSyETS	Diseño del protocolo y recolección de datos a cargo de UNICEF.	-Dar continuidad a las acciones en curso en forma interagencial (a definir cómo). -Implementación de la Guía de Prevención de la Transmisión Vertical.
<i>Planificación Estratégica</i>	R: Banco Mundial, ONUSIDA. A: OPS, UNFPA, UNICEF . DSyETS		-En primer semestre 2012 realizar investigación sobre diagnóstico situacional. -En base a los hallazgos formular Planificación Estratégica.
<i>Impulsar la puesta en práctica de programas de prevención, tratamiento, atención y apoyo en población GTB que faciliten la formulación de políticas integrales de salud, a nivel subnacional.</i>	R: ONUSIDA, PNUD, UNFPA, OPS. A: UNICEF , UNODC. DSyETS	-Instalación de cinco centros amigables. -Actividades múltiples en el Congreso Nacional de Sida de San Juan. -Fortalecimiento de dos	-Documento de sistematización de publicaciones realizadas. -Elaboración y publicación de guías de atención LGBT.

		centros ya existentes (San Juan – La Matanza) -Creación de nuevos centros amigables (Lanús, San Martín)	-Dar continuidad a centros pilotos.
<i>Propiciar acciones de expansión del acceso al diagnóstico oportuno, incluyendo Tratamiento 2.0</i>	R: ONUSIDA, OPS, UNICEF. A: UNFPA, ACNUR.	-Apoyo a dos proyectos piloto de Tratamiento 2.0: Venado Tuerto y San Salvador de Jujuy. -Jornadas sobre expansión de acceso al diagnóstico y tratamiento (SADI/DSyETS). -Sistematización de la experiencia (Argentina como parte de un estudio de casos con otros 4 países)	
<i>Promover la prevención del VIH en jóvenes y adolescentes a través de la cultura.</i>	R: UNFPA, ONUSIDA. Fundación Huésped, Dance4life		Continuidad en función de resultados obtenidos.
Línea estratégica 4: Reforzar la capacidad de gobernabilidad, su eficacia, y calidad en orientaciones adecuadas, coordinando y apoyando la colaboración entre el Estado y las organizaciones de la Sociedad Civil.			
Actividades	Agencias Responsables/Agencias Asociadas	Resultados obtenidos	Acciones de seguimiento
<i>Apoyo y fortalecimiento al MCP Argentino</i>	R: ONUSIDA, OPS, Banco Mundial. A: UNFPA, ONU MUJERES, UNICEF, UNODC, OIT. MCP	-MCP reformulado. -Propuesta ronda 10 FM aprobada. -Acuerdo firmado por USD 4.300.000 en primera fase.	-Elaborar propuesta de financiamiento para MCP. -Cooperación técnica para implementación de propuesta país, ronda 10 FM. -Cooperación técnica para fortalecer gobernabilidad del MCP.

<i>Acompañamiento a la formación y fortalecimiento de la coordinación, programación conjunta y ejecución de proyectos del COPRECOS Argentina (Fuerzas Armadas y Fuerzas de Seguridad)</i>	R: ONUSIDA, UNFPA.	-Inclusión de Argentina en segundo año de propuesta avanzada. -Avances y acuerdos entre Coordinación de Salud del Ministerio de Defensa y RP.	-Actividades comenzarán en marzo 2012: cooperación técnica y acompañamiento e implementación de la propuesta avanzada.
<i>Apoyo a la revisión periódica y elaboración de informes de avance de las actividades del Equipo Conjunto de Naciones Unidas sobre Sida para Argentina.</i>	R: ONUSIDA y todos los copatrocinadores.	-Implementación de Programación conjunta 2012-2013	-Reuniones regulares del Equipo Conjunto, elaboración de minutas sobre acuerdos. -Revisiones periódicas de avance y elaboración de informes.
<i>Apoyo a actividades 1º de Diciembre</i>			

Eje Estratégico 1: Acceso a la información y a los recursos necesarios para prevenir la transmisión del VIH, hepatitis HBV y HCV y otras. Generación de información estratégica para direccionar acciones concretas y estratégicas.				
ACTIVIDADES	Vínculo MANUD	Agencias Responsables Agencias Asociadas	Resultados obtenidos	Acciones / productos esperados
"Derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes. El uso de la evidencia en el abordaje para su pleno ejercicio: diagnóstico, intervención y evaluación" del Programa de Adolescencia de la Provincia de Córdoba. Revisión de los resultados de las encuestas realizadas.	3.2 – 3.2.2	R: UNICEF	Elaboración de documento que relata la experiencia de un modelo de abordaje para conocimiento, intervención y evaluación del impacto sobre el ejercicio positivo de los derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes de la provincia de Córdoba, utilizando la evidencia como estrategia en el diagnóstico, la intervención y la evaluación.	- Se está trabajando actualmente en la revisión de los resultados con el objetivo de producir una publicación.
Fortalecimiento de los conocimientos y capacidad de respuesta de la Comisión Nacional	4.4 – 4.4.1	R: ACNUR A: ONUSIDA, OIM CONARE	Las actividades están por dar inicio.	- Estudio <u>cuantitativo</u> vía encuestas a miembros de CONARE y socios implementadores; análisis de protocolos y documentos existentes en

para los Refugiados (CONARE) y Socios Implementadores en temas de VIH, Salud Reproductiva y Violencia basada en Género.		Fundación Huésped		<p>las tres temáticas y su consecuente aplicación; análisis del documento "Salud sexual y reproductiva y prevención del VIH en población refugiada en Argentina".</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estudio <u>cualitativo</u> incluyendo evaluación del lugar, materiales de difusión, estrategias de comunicación, entrevistas en profundidad y grupos focales. - Formación/capacitación a equipo de CONARE e inclusión de módulo virtual en el sitio de formación online de ACNUR para oficiales de migraciones de todo el país. - Formación/capacitación a oficiales de elegibilidad para incluir estos temas en la admisión de solicitantes de refugio y refugiados. - Flyer online traducido al inglés y francés. - Informe final cuali-cuantitativo sobre actitudes, conocimiento y prácticas, incluyendo conclusiones/recomendaciones sobre fortalecimiento institucional para la articulación entre actores clave. - Incorporación de CONARE, socios operativos y población de interés en el desarrollo de actividades del 1° de
---	--	-------------------	--	--

				<p>diciembre organizadas por la Dirección de Sida y ETS.</p> <ul style="list-style-type: none"> - OIM contribuirá a promocionar y difundir las actividades contempladas entre las organizaciones que trabajan por los derechos de los migrantes.
Presentación del Estudio sobre comportamiento de la población migrante y refugiada, focalizado en SSR y VIH.	4.4 – 4.4.1	R: ACNUR A: UNFPA, ONUSIDA, OIM CONARE / MyRAR /	Publicación impresa.	<ul style="list-style-type: none"> - Presentación y difusión a actores clave. - OIM contribuirá a promocionar y difundir los resultados de la investigación entre las organizaciones que trabajan por los derechos de los migrantes.
Fortalecimiento de la Vigilancia Epidemiológica de niños y niñas expuestos al VIH por transmisión vertical.	4.4 – 4.4.2	R: UNICEF A: OPS DSyETS		<ul style="list-style-type: none"> - Acciones para contribuir a fortalecer los circuitos de recolección y sistematización de información estratégica para mejorar la respuesta al VIH en la población de niñas/os y adolescentes.
Reporte de progreso sobre Sida 2013 (GARPR) - Informe de Acceso Universal 2013.	6.2 – 6.2.1	R: ONUSIDA, OPS, UNICEF A: UNFPA DSyETS	Informe remitido el 31/03/2013, que sólo incluyó revisión de indicadores para los cuales había información actualizada respecto de 2012 (no se realizó informe descriptivo ni ICPN).	<ul style="list-style-type: none"> - Datos validados por la DSyETS (datos oficiales) a ser incluidos en el Informe Global sobre Sida 2013 de ONUSIDA.

Examen nacional de mitad de periodo de la Declaración política de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA de 2011 "Cerrando la brecha"	6.2 – 6.2.1	R: ONUSIDA DSyETS	Como parte de los compromisos asumidos por el país en Asamblea General de UN se realizó un proceso de consulta nacional para detallar logros alcanzados y brechas identificadas en referencia a los 10 objetivos de la Declaración Política de 2011 (establecida en la Asamblea General de UN). Se sistematizaron aportes y comentarios de actores clave (invitados a participar del proceso a través de una plataforma virtual) a una matriz predeterminada, la cual fue discutida también en el marco de los seis talleres sub-regionales de validación del PEN. Informe final descriptivo enviado el 06 06 2013.	- Análisis del informe descriptivo final a nivel regional en ONUSIDA LAC durante junio y julio 2013. - A nivel global ONUSIDA realizará la incorporación de información relevante de estas consultas nacionales al informe del Secretario General que presentará durante la Asamblea General de UN en Septiembre de 2013.
Reporte de progreso sobre Sida 2014 (GARPR) - Informe de Acceso Universal 2014.	6.2 – 6.2.1	R: ONUSIDA, OPS, UNICEF		- Apoyo a la elaboración de indicadores e informe narrativo a ser enviados el 31 de marzo de 2014 (fecha límite). - Apoyo a la realización de talleres con sociedad civil y agencias del sistema de UN para completar el Índice Compuesto

				de Políticas Nacionales (ICPN) que debe ser enviado el 31 de marzo de 2014.
Apoyo a la realización del ejercicio MEGAS (medición del gasto en sida) para el período 2010-2012.	4.4 – 4.4.3	R: UNICEF (M&E), ONUSIDA (M&E) DSyETS / Economía de la Salud	MEGAS Sectores Público y cuasi público 2006/2009. Presentación, impresión y difusión. MEGAS Sector Privado 2006/2010 (Medicina prepaga, Sociedad Civil y gasto de bolsillo).	- MEGAS Etapa III: Sectores público y cuasi-público para el período 2010/2011/2012 - Promover la articulación entre todos los sectores. - Armonización de las herramientas.
Generación de Información Estratégica: Caracterización de las personas que fallecen por sida en el Área Metropolitana de Buenos Aires (estudio descriptivo observacional).	6.2 – 6.2.1	R: ONUSIDA A: OPS DSyETS	Estudio comenzado hace dos meses. Se realizará en dos etapas: - Etapa 1: Cruce y análisis de bases de datos. - Etapa 2: Revisión de registros hospitalarios. Se espera finalice para diciembre de 2013.	Objetivos: - Describir perfil epidemiológico de personas cuya causa básica de muerte registrada es el sida. - Describir principales causas de muerte. - Conocer porcentaje de subnotificación de eventos y calidad de datos reportados en fichas de notificación de casos de VIH. - Analizar relación temporal entre fallecimiento, diagnóstico de VIH y aparición de primera enfermedad marcador. - Conocer proporción de personas fallecidas con diagnóstico tardío de infección por VIH. - Analizar si las personas fallecidas

				habían iniciado alguna vez el TAR.
Generación de Información Estratégica: Perfil de las personas con diagnóstico reciente de VIH y monitoreo del acceso a atención y efectividad del TAR en los servicios de salud en la Argentina.	6.2 – 6.2.1	R: ONUSIDA, OPS, UNICEF DSyETS	Protocolo del estudio en proceso de diseño.	
Generación de Información Estratégica: Opciones para mejorar la inversión en VIH/SIDA en la Argentina: síntesis de la evidencia.	6.2 – 6.2.1	R: ONUSIDA DSyETS	Estudio en proceso. Se están realizando las entrevistas actualmente. Informe final se espera esté disponible para finales del mes de agosto 2013. Brindará insumos para el costeo del PEN 2013/2017.	- Realización de un estudio de caso sobre la aplicabilidad del marco de inversión en Argentina con recomendaciones a futuro y gráficos sobre la inversión actual en sida del país. - Reporte con análisis de datos obtenidos a partir de entrevistas, charlas telefónicas y demás contactos con actores clave. - Documento final en español e inglés.
Aproximación a la situación laboral de las personas viviendo con VIH: conociendo sus necesidades, construyendo políticas	6.2 – 6.2.1	R: OIT/Sida Chile, ONUSIDA A: UNFPA, PNUD, OIT Arg Red Bonaerense de	Recolección de datos a cargo de la Red Bonaerense de Personas con VIH concluida a finales de mayo 2013. Pendiente desgravaciones, análisis de datos y	<u>Componente cuantitativo</u> : realización y revisión de 116 encuestas. <u>Componente cualitativo</u> : realización de 10 entrevistas sobre la base de la guía cualitativa a personas con VIH que residen en el conurbano bonaerense:

públicas.		PVH / CENEP	elaboración de informe final.	mujeres; varones gays y bisexuales; trans; usuarios de drogas.
Adolescentes y jóvenes incidiendo para el cumplimiento de sus derechos sexuales y reproductivos.	3.2 – 3.2.2	R: UNICEF FEIM	Capacitación de adolescentes y jóvenes para la promoción de derechos sexuales y prevención del VIH.	Conformación de mesas tripartitas para definición de espacios amigables para adolescentes en los servicios de salud.
Eje Estratégico 2/3: Garantizar el acceso al diagnóstico oportuno de VIH con asesoramiento (incluyendo acceso a diagnóstico de sífilis y hepatitis). Garantizar la calidad de atención de las personas con VIH, ITS y hepatitis.				
ACTIVIDADES	Vínculo c/ MANUD	Agencias Responsables Agencias Asociadas	Resultados obtenidos	Acciones de seguimiento
Iniciativa regional para la eliminación de la transmisión vertical del VIH y la sífilis congénita.	4.4 – 4.4.2	R: OPS, UNICEF A: ONUSIDA, UNFPA DSyETS / Dirección Nacional de Maternidad e Infancia / SAP	Estudio de campo completo, con informe final realizado y difundido.	- Acciones para monitorear la implementación de guías nacionales para la prevención y el tratamiento de la sífilis congénita (entre las cuales se encuentra la Guía de Atención Integral de Adolescentes con VIH). - Conformación de mesa intersectorial de seguimiento a la iniciativa de eliminación integrada por diferentes actores del sector gubernamental, organizaciones del SNU y asociaciones científicas.

				- Construcción de documento base respecto del estado de la iniciativa en Argentina y propuesta de compromiso de los involucrados en la mesa intersectorial.
Proyecto frontera Argentina (Salta) – Bolivia (Yacuiba), en el marco de la Iniciativa Regional para la Eliminación de la Sífilis Congénita y la Transmisión del VIH de UNICEF y OPS.	4.4 – 4.4.1	R: UNICEF A: OPS Fundación Huésped Prog. Sida Bolivia DSyETS Argentina Prog. Sida Salta	<ul style="list-style-type: none"> Proyecto 2013/2016 para reducir la transmisión vertical del VIH en zona fronteriza con Bolivia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Acciones para promover movilización comunitaria y así mejorar acceso al testeo y tratamiento de VIH, focalizando en poblaciones más vulnerables, especialmente mujeres de pueblos originarios en edad fértil. - Acciones para mejorar el control prenatal y evitar nacimiento de niños con VIH. - Acciones para efectivizar los derechos de las mujeres. - Acciones para fortalecer áreas públicas de atención primaria y secundaria de salud en cuanto a detección, atención y tratamiento de la sífilis congénita, VIH y otras ITS. - Promover el desarrollo de redes locales de prevención.
Implementación del Programa sobre el VIH en el lugar de trabajo del Sistema de Naciones Unidas – UN Cares.	3.2 – 3.2.2	R: PNUD - OCR A: Todas las agencias	Implementación completa de las acciones comprometidas en 2012. Estrategia PEP Kits revisada.	<ul style="list-style-type: none"> - Se recibió donación de preservativos, los cuales fueron distribuidos y se renuevan por agencia a demanda. - Sesiones para personal UN nuevo. - Distribución de material entre UN staff.

				- Posibilidad de brindar sesiones sobre Estigma y Discriminación a través de Asesora en Derechos Humanos de ONUSIDA.
Implementación de acciones en base a los resultados obtenidos del estudio "Caracterización de las mujeres recientemente diagnosticadas con VIH en Argentina".	4.4– 4.4.1	R: ONUSIDA A: UNFPA, OPS, UNICEF DSyETS / RAMVIHS / Red Bonaerense de personas con VIH	Estudio de caracterización realizado en 2010/2011. Entre finales de 2012 y principios de 2013 se contrató a una consultora en forma conjunta entre UNICEF, UNFPA, ONUSIDA, PNUD y OCR para brindar asistencia técnica a las redes de mujeres en la elaboración de documento marco para producir un plan de incidencia política. En ese mismo período las redes de mujeres con VIH con apoyo financiero de ONUSIDA capacitaron a referentes subnacionales para desarrollar el plan de acción propuesto para 2013.	<ul style="list-style-type: none"> - Las redes de mujeres viviendo con VIH en Argentina está comenzando a implementar un proyecto financiado por ONUSIDA para sensibilizar y comprometer a los/as funcionarios/as a nivel nacional, provincial y local sobre la necesidad de la implementación de la "Agenda para la Acción Acelerada de los Países para abordar la problemática de las Mujeres, las Niñas, la Igualdad de género y el VIH 2010-2014 (Plan Operativo)" de ONUSIDA, y la incorporación de las mujeres con VIH en el diseño e implementación de las políticas públicas en VIH. - Se realizará el mes de noviembre de 2013 la presentación de este proyecto a actores clave (conjuntamente con el evento de presentación de los resultados del estudio de aceptabilidad del condón femenino que llevó a cabo UNFPA).
Planificación Estratégica Nacional 2013/2017.	6.2 – 6.2.1	R: ONUSIDA A: OPS, UNFPA,	Apoyo al diseño y elaboración del PEN	- Costeo del PEN: agosto/septiembre 2013.

		UNICEF DSyETS	2013/2017 Y Plan de M&E. Apoyo a validación del PEN a través de seis talleres subregionales con participación del Coordinador de ONUSIDA y presentación y aportes al proceso de consulta nacional sobre 10 targets de la Declaración Política sobre sida.	- Impresión del PEN y Plan de M&E.
Apoyar actividades relacionadas con la puesta en práctica de programas de prevención, tratamiento, atención y apoyo en población GTB ("consultorios amigables"), a nivel nacional, provincial y municipal.	4.4 – 4.4.1	R: ONUSIDA, PNUD, UNFPA, OPS A: UNICEF, UNODC DSyETS	Desde 2009 a través de u Programa Conjunto entre ONUSIDA, OPS, PNUD, UNFPA y la DSyETS se llevan acciones relacionadas con la promoción y facilitación del acceso a prevención, atención y tratamiento de personas LGBT.	Acciones que se vienen desarrollando y tienen continuidad en la segunda parte de 2013: *Capacitaciones en diferentes lugares del país, surgidas a partir de demanda espontánea de los servicios a la DSyETS en temas relacionados a: 1) conceptos sobre diversidad sexual; 2) salud anal; 3) experiencia con consultorios amigables. *Curso de "Conceptos sobre Diversidad Sexual y prevención del VIH y otras ITS para equipos de Salud" que se llevará a cabo en La Matanza entre Septiembre y Octubre 2013. *Elaboración de materiales específicos para trabajar con población de HSH que no se identifican como gays ni como bisexuales. *Elaboración de materiales para trabajar

				con Promotores de Salud, con diferentes especificidades que serán discutidos y acordados en un encuentro nacional que se llevará a cabo en diciembre de 2013. *Impresión y distribución del Informe final de Sistematización de la Experiencia de Centros Amigables (desarrollada en 2012).
Estrategia de Tratamiento 2.0	4.4 – 4.4.1	R: ONUSIDA, OPS, UNICEF DSyETS		- Realización de Misión de Implementación de Optimización de Tratamiento 2.0 en Argentina, junio 2013. - Presentación de las recomendaciones y conclusiones finales de la misión a actores clave, en particular a representantes de la sociedad civil. - Participación en reunión regional de OPS y GCTH para presentar nuevas guías de tratamiento ARV.
		R: OPS		Apoyo a la DSyETS en el proceso de elaboración de las nuevas guías de diagnóstico y algoritmo de infección por VIH en Argentina. Apoyo a la realización de la reunión de presentación la política a nivel nacional.

Promoción de la creación de servicios amigables para usuarios de drogas en el sistema de salud		R: UNODC A: ONUSIDA, OPS	En proceso de diseño de las actividades en concreto y pendiente definición de jurisdicciones donde se llevará a cabo la implementación.	Se realizarán talleres dirigidos a: a) capacitación de personal de centros de salud y de personal de salud en unidades penitenciarias en ciudad/es a definir sobre consecuencias sociales y para la salud del uso de drogas. b) capacitación de ONGs en outreach y apoyo entre pares en las mismas localidades.
--	--	-----------------------------	---	---

Eje estratégico 4: Reducir el estigma y la discriminación vinculados al VIH y al sida.

ACTIVIDADES	Vínculo c/ MANUD	Agencias Responsables Agencias Asociadas	Resultados obtenidos	Acciones de seguimiento
Empresas comprometidas en la respuesta al VIH/sida en Argentina	3.2 – 3.2.2	R: ONUSIDA Fundación Huésped	Evento anual con más de 30 empresas comprometidas (junio 2013). Actualización de materiales comunicacionales. Página web en curso.	- Sistematización y Evaluación de la Iniciativa Objetivo general: sistematizar y evaluar los tres años y medio de la iniciativa “Empresas comprometidas en la respuesta al VIH/Sida”, enfocando en sus logros, alcance, desafíos y lecciones aprendidas, de manera que pueda ser replicado por otras empresas y países. Productos a obtener: 1- Cuadernillo en español de

				distribución general (formato digital e impreso) e inglés (formato digital) con la sistematización de la iniciativa y los casos mostrados como Buenas Prácticas. 2- Documento interno (digital y en español) con la evaluación de la iniciativa y las recomendaciones para mejorarla. 3- Documento en inglés y español (digital) para su posterior publicación que resuma los principales hallazgos, lecciones aprendidas y recomendaciones. - Acciones que dan continuidad a la iniciativa (capacitaciones a managers de empresas, etc). - Acciones de cooperación Sur-Sur para replicar la iniciativa y sus experiencias exitosas: actualmente se está trabajando con Perú y Chile (a través de las oficinas de ONUSIDA locales).
Implementación de la herramienta de costeo en derechos humanos y VIH en Argentina.	3.2 – 3.2.2	R: ONUSIDA DSyETS	Herramienta diseñada para costear programas dirigidos a reducir E&D relacionados al VIH y mejorar el acceso a la justicia en el contexto del VIH.	- Implementación en curso a través de entrevistas con actores clave en la respuesta al VIH a nivel nacional y sub-nacional para: conocer el nivel de implementación de los siete programas en el país y así identificar necesidades

			<p>Se desarrolla alrededor de 7 programas (para aplicar a nivel global, regional y nacional):</p> <ul style="list-style-type: none"> - programas que brindan servicios legales relacionados al VIH; - programas para monitoreo de reformas de leyes, regulaciones y políticas relacionadas al VIH para asegurar respuestas más efectivas; - programas para incrementar capacitación jurídica; - programas para sensibilizar a legisladores, diputados, senadores (law makers) y jueves sobre VIH y derechos humanos; - programas para entrenar a proveedores de salud sobre no discriminación, consentimiento informado y confidencialidad; - programas para promover los derechos de las mujeres en el contexto del VIH. 	<p>futuras; generar y analizar información sobre costos de programas sobre derechos humanos en el contexto del VIH en Argentina; utilizar esta información en el marco de la realización de estudio de caso de inversión y en la elaboración del costeo del Plan Estratégico Nacional sobre VIH y sida 2013/2017.</p>
--	--	--	---	---

Plan de Derechos Humanos y VIH		<p>R: ONUSIDA A: OPS, OIM</p> <p>DSyETS INADI Secretaría DDHH del Ministerio de Justicia de Nación</p>	<p>Aún en proceso de definición de roles, elaboración de presupuesto, establecimiento de acciones y prioridades, etc.</p>	<p>- Objetivo principal: establecimiento de una red de contención jurídica que potencie una respuesta adecuada al objetivo de reducir el estigma y discriminación vinculados al VIH desde una acción articulada con distintas áreas del Estado.</p> <p>- Apoyo para facilitar el abordaje de las especificidades en materia de derechos de la población migrante, entre ellos el acceso a la salud.</p>
Apoyo a la elaboración de propuestas de políticas anti-discriminatorias y protectoras, dirigidas a personas con VIH entre poblaciones más expuestas (LGBT).	3.2 – 3.2.2	<p>R: PNUD, ONUSIDA A: UNFPA</p> <p>DSyETS / FALGBT / Poder Judicial / Poder Legislativo</p>	<p>Revisión y actualización del “Plan de ciudadanía LGBT: de la igualdad legal a la igualdad real” -2013.</p> <p>Presentación de dicho plan en el Congreso de la Nación el 16 de mayo de 2013.</p> <p>Apoyo a la presentación del proyecto de Ley para prevención y sanción de actos discriminatorios relacionados con población LGBT.</p> <p>Apoyo a la presentación del Frente Parlamentario para la Diversidad Sexual en el Congreso de la Nación el 23 de mayo de 2013.</p>	<p>Actividades a desarrollar a partir de septiembre de 2013:</p> <p>*Encuentro nacional LGBT en Rosario organizado por la FALGBT (6 al 8 septiembre 2013), donde se presentará el proyecto PRIDE y otras acciones de incidencia política que se están desarrollando con el Gobierno de la Provincia de Santa Fe.</p> <p>*Conformación de 3 (tres) mesas de diálogo interministerial e intersectorial (siguiendo el modelo de lo realizado en la provincia de Santa Fe) en Córdoba, Salta y provincia de Buenos Aires, asegurando la participación de altas autoridades de gobierno.</p> <p>*Apoyo a la ampliación de la Red de Diversidad de Ciudades (conformada a la</p>

				<p>fecha por representantes de gobiernos locales de Medellín, Bogotá, Montevideo, Santiago (Brasil) y Rosario. Desde ONUSIDA brindaremos asistencia para reactivar el contacto establecido previamente con Lima para facilitar su adherencia a esta red.</p> <p>*Acciones de Cooperación Sur-Sur con Paraguay, en particular para fortalecimiento de organizaciones de la sociedad civil que trabajan con población trans.</p>
Trabajo con jóvenes con edad escolar: prevención VIH/ITS, salud sexual y reproductiva, derechos humanos, violencia, entre otros.	3.2 – 3.2.2	<p>R: ONUSIDA, UNFPA, UNICEF</p> <p>-DSyETS</p> <p>-AAES (Asociación Argentina de Educadores/as Sexuales)</p> <p>-Red de Jóvenes Positivos (RAJAP)</p>	<p>Iniciativa de ONUSIDA desarrollada durante 2011 y 2012 en forma conjunta con AAES: talleres para prevención del VIH y otras ITS, SSR y reducción de estigma y discriminación entre jóvenes escolarizados de nivel medio.</p>	<p>- AAES presenta en el mes de junio nueva propuesta ONUSIDA.</p> <p>- Se realiza el 30 de julio 2013 reunión para coordinar acciones y definir un plan de trabajo conjunto entre DSyETS, Coordinación Sida del GCBA, Programa de Educación Sexual Integral del Ministerio de Educación de la Nación, Dirección de Educación del GCBA, AAES y representante de RAJAP, con el principal objetivo de institucionalizar las acciones a seguir.</p> <p>- Próxima reunión: finales del mes de agosto 2013 para acordar estrategias.</p>
Acciones para promover la inclusión laboral de la	3.2 – 3.2.1	R: PNUD, ONUSIDA, OIT		- Articulación con el sector privado a través de la Red Argentina de Empresas

población trans.		<p>INADI</p> <p>Secretaría de Empleo, Ministerio de Trabajo de Nación</p>		<p>del Pacto Global y de OIT a fin de explorar posibilidades de apoyo por parte de las áreas de Responsabilidad Social Empresaria en relación a financiamiento para llevar a cabo acciones de capacitación / educación dirigidas a población transgénero con el fin de mejorar / incrementar oportunidades de inserción laboral, así como también desarrollar acciones de sensibilización del sector empresario y de la sociedad en general.</p> <p>- Reactivar el convenio entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Trabajo (proceso iniciado en el año 2010) cuya finalidad será la de potenciar las oportunidades de trabajo articulado en materia de reducción del estigma y la discriminación en el ámbito laboral, así como en el acceso a la salud de población transgénero.</p>
Implementación del Proyecto PRIDE (OIT/Sida) en Argentina.	3.2 – 3.2.1	<p>R: OIT/SIDA Chile</p> <p>A: OIT Argentina, ONUSIDA, UNFPA</p> <p>Federación Argentina LGBT</p>	<p>El objetivo general del proyecto PRIDE es identificar la extensión y las formas de la discriminación en el lugar de trabajo que enfrentan trabajadores/as LGBT en todas las etapas del ciclo de trabajo, además de relevar</p>	<p>En una primera fase (la segunda aún no fue confirmada por OIT) las actividades a realizarse son (acaba de iniciar la implementación del proyecto):</p> <p>*Realización de un "Desk review", con información general sobre la discriminación y los conceptos principales LGBT en Argentina; revisión</p>

			desafíos y buenas prácticas para combatir la discriminación y promover la igualdad en el empleo para las mujeres y los hombres LGBT en Argentina.	de la legislación argentina; resumen de las principales áreas de preocupación en cuanto a la discriminación en el empleo y la ocupación contra las personas LGBT en Argentina. *Dirigir una discusión de grupos focales y emprender un diálogo con las partes interesadas para identificar desafíos y buenas prácticas. *Elaborar un "policy brief" (5 páginas) con para la eliminación de la discriminación y la promoción de los derechos, la diversidad y la igualdad en el mundo del trabajo para las personas LGBT que viven con VIH en Argentina.
--	--	--	---	---

Eje estratégico 5: Reforzar la capacidad de gobernabilidad, su eficacia y calidad en orientaciones adecuadas, coordinando y apoyando la colaboración entre el Estado y las organizaciones de la Sociedad Civil.

ACTIVIDADES	Vínculo c/ MANUD	Agencias Responsables Agencias Asociadas	Resultados obtenidos	Acciones de seguimiento
Apoyo a la Red Nacional de Jóvenes y Adolescentes Positivos – RAJAP	3.2 – 3.2.1	R: UNICEF, ONUSIDA	Apoyo a la conformación de esta Red Nacional en Argentina. Apoyo en 2013 a la realización de la Asamblea Nacional Anual.	- Apoyo a la realización del II Encuentro Nacional de la RAJAP que se realizará en Septiembre 2013, en la ciudad de Buenos Aires.

Apoyo para fortalecimiento institucional a Fundación "Más Paz Menos Sida".	3.2 – 3.2.1	R: ONUSIDA A: OIM		- Apoyo para la realización de talleres de capacitación para mujeres con VIH en la Ciudad de Buenos Aires y AMBA y zona de Cuyo, focalizando en los siguientes ejes temáticos: derechos sexuales y reproductivos; prevención secundaria y adherencia al tratamiento; no violencia contra la mujer; generación de recursos. - Desde OIM se ofrecerá asistencia técnica para ampliar el abordaje de la temática al acceso a derechos por parte de las mujeres migrantes.
Apoyo y fortalecimiento a MCP Argentino.	3.2.1	R: ONUSIDA, OPS, UNDP, UNODC A: UNFPA, ONUS MUJERES, UNICEF, UNODC, OIT Presidencia MCP (Subsecretaria de Prevención y Control de Riesgos del Ministerio de Salud de Nación).	Última reunión del MCP llevada a cabo en el mes de abril de 2013 en la cual no hubo acuerdo entre los sectores para designar a sus representantes. Propuesta país finaliza su implementación a finales del año 2013.	- Cooperación técnica para dar seguimiento a la implementación de propuesta país Ronda 10 GFATM. - Cooperación técnica para fortalecer gobernabilidad del MCP (aún sin miembros designados por sectores).
Acompañamiento a la formación y	3.2.1	R: ONUSIDA, UNFPA		Propuesta regional CORPPRECOs AVANZADA LAC ha sido redefinida

fortalecimiento de la coordinación, programación conjunta y ejecución de proyectos del COPRECOS Argentina (Fuerzas Armadas y Fuerzas de Seguridad)				focalizando sus acciones en grupos específicos: personas trans y trabajadoras/res sexuales. Pendiente encuentro con autoridades del Ministerio de Seguridad (quien tiene a su cargo el proyecto en su segundo año) para conocer sus expectativas e intenciones en relación a la implementación de esta propuesta reformulada.
Apoyo a la revisión periódica y elaboración de informes de avance de las actividades del Equipo Conjunto de Naciones Unidas sobre Sida para Argentina.	6.2 – 6.2.1	R: ONUSIDA y todas las agencias miembro del Equipo Conjunto.	Implementación de acciones incluidas en la Programación conjunta 2012/2013	Validación de la Programación Conjunta 2013 revisada y actualizada, en base al nuevo Plan Estratégico Nacional 2013/2017 Reuniones regulares del Equipo Conjunto (cronograma establecido a principios de 2013). Elaboración y difusión de minutas sobre discusiones y acuerdos alcanzados. Revisiones periódicas sobre avances y elaboración de informes correspondientes (en base a los TDR del Equipo Conjunto)
AGENDA POST 2015	6.2 – 6.2.1	R: ONUSIDA		Elaboración del capítulo sobre ODM 7 “Combatir el VIH/Sida, la Tuberculosis, el Paludismo, el Chagas y otras enfermedades” que formará parte del documento conjunto “Argentina y los

				ODM después de 2015: logros, buenas prácticas y desafíos”, el cual procura visibilizar los logros alcanzados a nivel de país, reconocer las buenas prácticas e identificar aquellas metas donde es necesario redoblar los esfuerzos así como también las estrategias para acelerar su cumplimiento.
Apoyo actividades 1° de diciembre.	3.2.1			A definir.
Estrategia de comunicación del Equipo Conjunto de Naciones Unidas sobre Sida para Argentina enmarcada dentro de la estrategia del Grupo de Comunicación de Naciones Unidas				

- Archivo Programación Conjunta 2012/2013 Ver [Programacion Conjunta sobre sida firmada 15 12 11.pdf](#)
- Archivo Programación Conjunta 2013 (actualizado) Ver [Programacion Conjunta sobre Sida 2013 firmada.pdf](#)

VII. Entorno de seguimiento y evaluación

Desde el último informe presentado en 2012, se ha realizado:

- Estudio de la respuesta preventivo asistencial al VIH en 24 jurisdicciones del país, 12 regiones sanitarias de la pcia de Buenos Aires, y 24 municipios.

- Se elaboró un Plan de Monitoreo y Evaluación con indicadores para cada uno de los 4 ejes estratégicos.

- Se realizó una estimación de la cantidad de huérfanos por SIDA en la Argentina.

- Estudio del perfil de las personas que fallecen por SIDA en la Argentina.

- Investigación sobre aceptabilidad del preservativo femenino en trabajadoras sexuales y mujeres que viven con VIH.

- Se avanzó en la implementación de un sistema de registro y seguimiento de pacientes con VIH atendidos en el sistema público.

- Se está finalizando un estudio de prevalencia de VIH en grupos vulnerables, financiado por el FM.

- Se avanzó en la integración de los sistemas de información de la DSyETS con otras áreas del Ministerio de Salud, como el sistema de información perinatal y el sistema de vigilancia laboratorial.

- Actualización de la estrategia de vigilancia epidemiológica de ITS y de Hepatitis Virales.

- Estudios en curso para 2014:

- Prevalencia de VIH en grupos vulnerables.

Se trata de un estudio que atraviesa su etapa final financiado por el Fondo Mundial del Lucha Contra el Sida, La Tuberculosis y la Malaria y desarrollado por el INBIRS (ex CNRS-UBA) con el apoyo de la Dirección de Sida y ETS y OSC. Procura estimar la prevalencia de VIH y sífilis entre hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales, usuarios de droga y personas trans.

- Cascada de atención de VIH en servicios de salud.

Es un estudio nacional para conocer el perfil sociodemográfico, epidemiológico y clínico de las personas con diagnóstico reciente de VIH o aquellas que inician tratamiento antirretroviral así como su vinculación y permanencia en los servicios de salud a los doce meses. Este estudio recibe apoyo de ONUSIDA y OPS que permitirá construir indicadores centrales para medir la efectividad de la respuesta a la epidemia en los servicios de salud.

- Estudio sobre jóvenes con diagnóstico reciente.

Es una investigación cuali-cualitativa cuyo objetivo es conocer el perfil y las trayectorias de jóvenes con diagnóstico reciente de VIH residentes en el AMBA, indagando los contextos de exposición, el acceso a las pruebas, al asesoramiento

y a los cuidados, junto con los modos en que vivir con VIH impacta en su cotidianeidad. En este estudio, apoyado por ONUSIDA y UNICEF, participará la Red de Jóvenes Positivos.

-Estudio de significados asociados al VIH-sida en población general.

Es un estudio cualitativo que tendrá lugar en el AMBA, Cuyo y NOA, que busca explorar saberes y prácticas en torno al VIH/sida en jóvenes y adultos de sectores medios y populares. La investigación abordará los saberes y sentidos acerca del VIH/sida, atendiendo a los modos en que inciden en los procesos de exposición y en las prácticas de cuidado, al uso de preservativo, las realizaciones de las pruebas de VIH, el acceso a las distintas fuentes de información y recursos así como las representaciones respecto de las PVVS y su articulación con los procesos de estigmatización. Los resultados serán un insumo importante para monitorear y planificar las estrategias de prevención y las políticas de comunicación.

- Estudio de resistencia viral pre TARV.

Este estudio apoyado por OPS que busca determinar la resistencia viral antes de iniciar un tratamiento antirretroviral. La investigación utiliza una muestra representativa de las personas atendidas en el sistema público de salud de la Argentina.

ANEXOS

ANEXO 1: Proceso de consulta/preparación del informe nacional sobre el seguimiento de los progresos hacia la implementación de la Declaración de Compromiso sobre VIH/sida. Ver en **I. Situación actual a simple vista**

ANEXO 2: ICPN

Los informes han sido entregados a través de la herramienta de notificación en línea.