

Boletín sobre el VIH-sida Nº 31 en la Argentina

AÑO XVII - DICIEMBRE DE 2014



Presidenta de la Nación
Dra. Cristina Fernández de Kirchner

Ministro de Salud
Dr. Juan Luis Manzur

Secretario de Promoción y Programas Sanitarios
Dr. Jaime Lazovski

Subsecretaria de Promoción y Control de Riesgos
Dra. Marina Kosacoff

Director de Sida y ETS
Dr. Carlos Falistocco

Área de Estudios e Investigaciones
Ariel Adaszko
Grisel Adissi
Patricia Angeleri
Andrea Ayma
Vanesa Kaynar
Valeria Levite
Cecilia Mora
Mercedes Musso
Santiago Ocejo

Consultora en el área de Monitoreo
Adriana Durán

Área de Comunicación
Cecilia Dávila
Mariana Isasi

Corrección
Marta Kordon

Diseño y diagramación
Carolina Berdiñas y Guadalupe Iglesias

BOLETÍN SOBRE EL VIH-SIDA EN LA ARGENTINA



Abreviaturas

AMBA	Área Metropolitana de Buenos Aires
AMMAR	Asociación de Mujeres Meretrices de Argentina
ANLIS	Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud
ARV	Antirretroviral
ATTTA	Asociación de Travestis, Transgéneros y Transexuales de la Argentina
CABA	Ciudad Autónoma de Buenos Aires
CAJ	Centros de Asistencia Judicial
CePAT	Centros de Prevención, Asesoramiento y Testeo
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión
CPR	Centro Provincial de Referencia, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires
CTERA	Confederación de Trabajadores de la Educación de la República Argentina
CTSP	Centro de Tecnología en Salud Pública, Ministerio de Salud de Santa Fe
CV	Carga viral
DEIS	Dirección de Estadística e Información en Salud, Ministerio de Salud
DSyETS	Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual, Ministerio de Salud
Elisa	Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay (Ensayo inmunoabsorbente vinculado a enzimas)
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual
GBA	Gran Buenos Aires
GCBA	Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
INBIRS	Instituto de Investigaciones Biomédicas en Retrovirus y Sida
INDEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
INE	Instituto Nacional de Epidemiología Dr. Juan H. Jara
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
NEA	Noreste Argentino
NOA	Noroeste Argentino
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
ONUSIDA	Agencia de Naciones Unidas para el VIH/sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PEMAR	Población en más alto riesgo
PROFE	Programa Federal de Salud
ProNaCEI	Programa Nacional de Inmunizaciones
PVS	Personas con VIH o sida
RS	Región Sanitaria
Sida	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIVILA	Sistema de Vigilancia Laboratorial
SNVS	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud
SPB	Servicio Penitenciario Bonaerense
SPF	Servicio Penitenciario Federal
SRA	Síndrome Retroviral Agudo
SUTEBA	Sindicato Unificado de los Trabajadores de la Educación de la provincia de Buenos Aires
SVIH	Sistema de información en VIH
TARGA	Terapia antirretroviral de gran actividad
TARV (TAR)	Tratamiento Antirretroviral
TPHA	Sigla en inglés del ensayo no treponémico (Treponema Pallidum Haemagglutination Assay)
Trans	Término que refiere a personas travestis, transexuales y transgéneros
TS	Trabajadoras sexuales
TV	Transmisión vertical
UBA	Universidad de Buenos Aires
UD	Usuarios de drogas
UDI	Usuarios de drogas inyectables
VDRL	Sigla en inglés del ensayo no treponémico (Venereal Disease Research Laboratory)
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

Índice

Presentación	4
La respuesta al VIH-sida y las ITS en 2014	6
Nuevas metas en diagnóstico y tratamiento del VIH en la Argentina	12
Resumen de indicadores sobre situación y respuesta al VIH en la Argentina	14
Vigilancia de casos de infección por VIH	15
Evolución de las tasas de VIH	18
Análisis de variables epidemiológicas	21
Diagnóstico tardío de infección por VIH	29
Transmisión perinatal del VIH en la Argentina	38
Situación de los adolescentes y jóvenes con VIH en la Argentina	41
Mortalidad por sida	44
Perfil de las personas que fallecen por sida en el Área Metropolitana de Buenos Aires	48
Prevalencia de infección por VIH y sífilis en poblaciones vulnerables de Argentina	53
Indicadores de gestión de VIH, ITS y hepatitis virales	59
Anexo	63

Presentación

En esta nueva edición del Boletín Epidemiológico sobre VIH-sida e ITS en la Argentina presentamos una vez más una revisión sistemática de los datos disponibles respecto de la situación actual y las tendencias, junto con aquellos referidos a la respuesta del sistema de salud, tanto a nivel nacional como local. Nos parece importante subrayar el carácter sostenido de esta publicación que es el fruto de un trabajo continuo de fortalecimiento de la capacidad de producción y análisis de los datos generados por nuestras contrapartes locales o que son el resultado de investigaciones de vigilancia epidemiológica de segunda generación específicas lideradas por el Ministerio de Salud o desarrolladas por otros actores que, por su calidad, creemos oportuno difundir.

De la mano de lo anterior, inevitablemente, debemos referir a lo que de esa manera se refleja: el carácter sostenido de la respuesta al VIH en nuestro país, uno de los primeros a nivel mundial en la provisión gratuita de atención y de tratamientos antirretrovirales a todas las personas que lo necesiten. Garantizar el acceso universal al diagnóstico y al tratamiento ha sido y es una política de Estado. Política que es el fruto del trabajo mancomunado de una gran cantidad de actores gubernamentales y de la sociedad civil.

Como siempre, queremos enfatizar que este boletín es una herramienta de gestión para los equipos que trabajan desde distintos sectores en la respuesta a la epidemia, pero que no puede reemplazar los esfuerzos que debe realizar cada actor, en especial los programas de sida jurisdiccionales, para conocer su propia epidemia. Este es un insumo indispensable para poder adecuar la respuesta a las realidades sobre las que se tiene responsabilidad.

En esta línea, la producción de información sólida que posibilite una adecuación permanente de las respuestas sigue siendo un compromiso de la DSyETS. Mostrar no sólo aquellos indicadores que señalen éxitos, sino también dificultades, dan cuenta, precisamente, de aquella seriedad y de nuestro interés

por formar interlocutores informados, con quienes consensuar estrategias de acción basadas en las realidades y retos concretos que, de manera dinámica, el país enfrenta.

Desde la aparición del último boletín hace un año, la DSyETS ha venido trabajando en una serie de dispositivos para mejorar la información disponible. Entre ellos queremos destacar un proceso de integración de los sistemas de información y vigilancia epidemiológica de la Dirección de Sida con los de otras áreas del Ministerio de Salud, lo que permite disponer de información de mayor calidad, especialmente sobre los casos de VIH y de transmisión vertical.

Las tendencias actuales señalan, en cuanto a los nuevos diagnósticos de infección, una reducción de la tasa de diagnósticos en mujeres y la estabilización de la en varones; un aumento de la tasa de diagnósticos en NEA, NOA, Patagonia y Cuyo y una caída en el AMBA; el aumento de la razón hombre/mujer en todas las edades, ubicándose en valores cercanos al 2 a 1; una ligera caída en la edad de diagnóstico en los varones (33 años) y aumento en las mujeres (32 años), lo que reduce la brecha entre ambos; la mejora en el nivel de instrucción en ambos sexos. Por otro lado, los datos disponibles permiten apreciar un estancamiento de la tasa de mortalidad por sida: 3,5 por cien mil habitantes y un leve aumento de la tasa de transmisión vertical que se ubicó en 2013 en el 6%.

Otra mejora sustantiva en la vigilancia es la modificación de la metodología para medir el diagnóstico tardío del VIH que a partir del 2013 incorpora nuevos indicadores más sensibles. Estos indicadores permiten detectar una proporción de personas que no están diagnosticándose de manera oportuna pero que hasta ahora permanecían inadvertidas: el 31% de los varones y 23% de las mujeres tienen diagnóstico tardío.

En este boletín el lector podrá encontrar una síntesis de las principales acciones de la DSyETS desarrolladas durante el año 2014, seguida de la actualización de los datos de vigilancia

epidemiológica de casos de VIH, de transmisión vertical y de mortalidad. También, una sección específica para analizar el diagnóstico tardío de VIH en el país y otra que resume la información epidemiológica disponible sobre adolescentes y jóvenes con VIH.

Además, se presentarán en el boletín los resultados de un estudio que busca caracterizar a las personas que aún fallecen por sida en la Argentina en el Área Metropolitana de Buenos Aires que señala el impacto de los diagnósticos en este tipo de defunciones y otro estudio que arroja nuevos datos de prevalencia de VIH y sífilis en grupos con mayor vulnerabilidad a estas infecciones.

Finalmente, en un apartado se presentan las metas en acceso a la atención y al tratamiento para el año 2020 que fijaron los programas de sida latinoamericanos a partir de una serie de reuniones realizadas durante el primer semestre de 2014.

Dirección de Sida y ETS
Ministerio de Salud de la Nación



La respuesta al VIH-sida y las ITS en 2014

Más de 30 años de trabajo en el control de la epidemia del VIH-sida hacen que los desafíos y metas estén claros en la región. Por eso, en mayo de 2014 en la Ciudad de México, los países de Latinoamérica representados por el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal, presidido por Argentina y varios socios de agencias de Naciones Unidas como OPS, ONUSIDA y el Fondo Mundial, entre otros, se comprometieron a aumentar al 90% la proporción de personas con VIH que conocen su diagnóstico, a incrementar al 90% aquellas bajo tratamiento antirretroviral y a que el 90% bajo tratamiento tenga carga viral suprimida para 2020. Estas metas, denominadas "90-90-90", se corresponden directamente con las líneas de trabajo que viene desarrollando la Dirección de Sida y ETS (DSyETS): acceso a la información y a los recursos necesarios para prevenir la transmisión del VIH y otras ITS; acceso al diagnóstico oportuno y con asesoramiento de VIH, sífilis y hepatitis virales; atención integral de las personas con VIH o sida, ITS y hepatitis virales, y reducción del estigma y la discriminación. Tomando estos ejes, en este apartado del Boletín interesa rendir cuentas y hacer un informe sintetizado de la gestión realizada durante 2014 por la DSyETS en todo el territorio nacional.

Cabe destacar que durante este año se consolidaron tres líneas de trabajo que fueron creadas en 2013: Adherencia al Tratamiento, Derechos Humanos y Relevamiento y Monitoreo. A continuación se encontrará más información al respecto.

La DSyETS promueve la descentralización de la respuesta al VIH en todo el país con la finalidad de optimizar la respuesta a las necesidades a nivel local. Con este objetivo, durante 2014 acompañamos la creación y fortalecimiento de programas municipales de VIH a través de la distribución de materiales de

manera directa, y de la participación en capacitaciones y reuniones de gestión.

También se concentraron esfuerzos en la promoción del diagnóstico de VIH, con el objetivo de llegar al 30% de las personas que viven con el virus y todavía lo desconocen, como así también disminuir el porcentaje de diagnósticos tardíos. Capacitaciones, campañas, talleres, acuerdos con las provincias y municipios, y compras de reactivos son algunas de las acciones que forman parte de esta estrategia y que presentamos a continuación.

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

El acceso a la información sobre VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) permite que las personas puedan tomar decisiones con conocimiento. En este sentido, desde la DSyETS se generan diferentes materiales de difusión tendientes a hacer llegar información a distintas poblaciones.

Una innovación implementada durante 2014 fue la capacitación de periodistas y estudiantes de comunicación sobre cómo mejorar las coberturas de temas vinculados al VIH. Los medios de comunicación son actores fundamentales para transmitir información sobre el VIH a la comunidad en general y son grandes aliados, pero a veces, por desconocimiento, se difunden conceptos o terminología erróneos, imágenes o musicalización que pueden ser discriminatorios, estigmatizantes o generar miedo. Es en este sentido que promovemos que los periodistas puedan contar con elementos para modificar este tipo de publicaciones.

Asimismo, nos interesa destacar que este año la Línea Pregunte Sida 0800 333 3444 cumple 15 años de atención ininterrumpida, un hito en la gestión



de acceso a la información sobre VIH, espacio de denuncias y asesoramiento sobre esta y otras infecciones de transmisión sexual. Desde sus inicios, los consultores han atendido más de medio millón de llamados.

El último año la DSyETS continuó desarrollando acciones para el fortalecimiento de los equipos de salud que trabajan en cada jurisdicción con el fin de garantizar el acceso a los insumos preventivos, como preservativos, geles lubricantes y materiales de información, y difundir las políticas de prevención de la DSyETS. Así, en 2014 se instalaron 621 puestos fijos de distribución de preservativos, llegando a un total de 3.777, con un promedio de más de dos millones de preservativos distribuidos de forma gratuita por mes en todo el país.

La DSyETS cuenta con diferentes materiales de difusión y este año se incorporaron nuevos, como un folleto sobre hepatitis B y C, algoritmos de diagnóstico de hepatitis y una síntesis sobre promoción del testeo en forma de volante.

Además de la creación de nuevos programas municipales de VIH, como los de Vicente López, Malvinas Argentinas, José C. Paz, Escobar, Marcos Paz, Pergamino, Chascomús en Buenos Aires; Concepción del Uruguay en Entre Ríos; Ituzaingó, Goya, Corrientes, Mercedes en Corrientes, y Bariloche en Río Negro, otros actores se sumaron a la implementación o profundización de la política preventiva mediante diversos proyectos. Por ejemplo: el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos a través de los Centros de Asistencia Judicial (CAJ), el Ministerio de Desarrollo Social, la Subsecretaría de Juventud, Argentina Trabaja, la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, la Editora Nacional Braille y Libro Parlante, el Territorio en Movi-

miento (Caraza), el Plan Ahí (Articulación de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias), la Secretaría de Determinantes de la Salud y Relaciones Sanitarias, el Servicio Nacional de Rehabilitación, el Ministerio de Trabajo con sus Oficinas de Empleo, el Ministerio del Interior a través de la Secretaría de Asuntos Municipales, la Secretaría Administrativa del Senado, la Secretaría de Desarrollo Social de Quilmes, el Servicio Penitenciario Bonaerense y el Servicio Penitenciario Federal, la CTERA (Confederación de Trabajadores de la Educación de la República Argentina), el SUTEBA (Sindicato Unificado de los Trabajadores de la Educación de la provincia de Buenos Aires) y el Sindicato de Gráficos.

El Área de Estudios y Monitoreo finalizó tres estudios: **Evaluación y monitoreo del estado actual de la respuesta preventiva y asistencial al VIH-sida, ITS y hepatitis virales en la República Argentina; Perfil de las personas que mueren por sida en el AMBA (cuyo resumen publicamos en este boletín), y Prevalencia de hepatitis virales y sífilis en personas que realizan estudios prenupciales en la Argentina**, que permiten contar con información para la gestión de la DSyETS y otros actores involucrados en la respuesta a la epidemia.

A su vez, durante 2014 se iniciaron otros tres estudios cuyos resultados estarán disponibles durante el primer semestre del año 2015: Jóvenes con diagnóstico reciente de VIH en el AMBA; Significados asociados al VIH-sida (estudio multicéntrico desarrollado en el AMBA, San Juan y Salta), y un tercer estudio que busca construir la cascada de atención del VIH a nivel nacional. Finalmente, con la participación de la Dirección de Epidemiología y de otros actores relevantes, se actualizaron las estrategias de vigilancia de VIH, ITS y hepatitis virales.





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

En los últimos años, la DSyETS impulsó, junto a las distintas jurisdicciones del país, una política para facilitar y fortalecer el acceso de las personas al diagnóstico de VIH con asesoramiento. Si bien se logró aumentar la cantidad de personas diagnosticadas, todavía se estima que el 30% de quienes tienen VIH desconoce su condición. De los que acceden al diagnóstico, un 31% de los varones y un 23% de las mujeres lo hacen en estados avanzados de la infección.

En diciembre de 2013 se lanzó la campaña de comunicación masiva “Elegí Saber” para promover el testeo de VIH y otras ITS. Desde la DSyETS se elaboró una serie de materiales gráficos, spots de radio y televisión, como así también postales y folletos para compartir en redes sociales. Además, se desarrolló y compartió un manual para sumarse a la campaña con el fin de que otros actores la replicaran. Este año se decidió incorporar el 27 de junio como Día de la Prueba de VIH para contar con otra fecha en el calendario para instalar el tema en los medios de comunicación, además del Día Mundial del Sida.

Durante 2014 se llevaron a cabo acciones tendientes a cumplir con este objetivo: se realizaron 21 capacitaciones en políticas públicas de acceso al diagnóstico, asesoramiento pre y post test, y sobre algoritmos de diagnóstico y reuniones para mejorar la logística de los reactivos en cada territorio, y se desarrolló la campaña de promoción del testeo de VIH “Elegí Saber”.

Los Centros de Prevención, Asesoramiento y Testeo (CePAT) son parte fundamental de esta estrategia y tienen como objetivo disminuir la transmisión del VIH y la sífilis a través de la promo-

ción, la prevención, el asesoramiento y el diagnóstico voluntario, favoreciendo la accesibilidad de las personas a servicios y recursos de manera gratuita, y garantizar un espacio de confidencialidad y autonomía. En la actualidad suman 651 en todo el país.

Este año se instalaron 12 nuevos equipos para la realización del test de Elisa en diferentes jurisdicciones del país, y además se implementó un plan de reparación, reemplazo y reubicación de equipos. También se brindó la provisión de 180 pipetas automáticas nuevas para uso en serología.

Por otra parte, se intensificaron las medidas de tecnovigilancia en conjunto con la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT), con el fin de garantizar el correcto desempeño de los reactivos y equipos de uso en los laboratorios para diagnóstico y seguimiento abastecidos por la DSyETS.

Dado que en la Argentina siguen ocurriendo casos de transmisión vertical de VIH, sífilis y hepatitis por diagnósticos tardíos en embarazadas, pérdida de seguimiento de los niños expuestos, falta o inadecuada profilaxis prenatal o intraparto en mujeres embarazadas con VIH –entre otros inconvenientes–, la DSyETS comenzó una serie de capacitaciones regionales que buscan formar equipos referentes para la prevención de la transmisión vertical del VIH, sífilis y hepatitis B. El objetivo es actualizar el estado de situación de la transmisión perinatal de las regiones, mejorar la calidad de los circuitos de atención en esta instancia y fortalecer la unificación de los sistemas de vigilancia en la transmisión vertical. Los equipos que participaron acordaron acciones concretas dentro del circuito de prevención, diagnóstico y tratamiento de las infecciones perinatales con el propósito de realizar un

monitoreo semestral de los alcances logrados o las dificultades para concretar esos compromisos. Cabe destacar que se está llevando a cabo una vigilancia intensificada de los niños positivos para VIH nacidos en 2013 en todo el país, con el objeto de poner de manifiesto los determinantes específicos que llevan a la posibilidad de la transmisión perinatal del VIH en la Argentina.

Con respecto a la sífilis materna y congénita se trabajó de manera conjunta con la Dirección Nacional de Epidemiología para actualizar la vigilancia de ellas a través del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS).

3) Atención integral a las personas con VIH-sida e ITS

La atención integral a las personas con VIH y otras infecciones de transmisión sexual implica generar el acceso a la medicación en tiempo y forma, a los análisis de seguimiento y control, y a una atención adecuada por parte del sistema de salud.

En nuestro país, se estima que aproximadamente 60.000 personas reciben tratamiento antirretroviral en forma gratuita según la legislación vigente. De éstas, el 70% recibe los medicamentos de parte del sistema público de salud; es decir 41.000 personas. El resto, 19.000, es atendido por obras sociales y prepagas. Existen 350 lugares desde donde se dispensan los medicamentos en todo el país. Durante 2013 se compraron y distribuyeron 800.000 reactivos de diagnóstico y seguimiento del VIH.

A partir de 2013 se conformó un equipo multidisciplinario con el objetivo de acompañar a las jurisdicciones en circuitos que las involucran en su articulación con la DSyETS, los efectores de las jurisdicciones y las personas con

VIH. Para eso, el equipo realiza visitas a los programas jurisdiccionales, a los hospitales y diversos centros donde se brinda atención médica y/o se realizan estudios de diagnóstico o seguimiento. Hasta el primer semestre de 2014 se relevaron 14 jurisdicciones.

Por otra parte, el área de Adherencia al Tratamiento –creada en 2013– comenzó a distribuir material gráfico que brinda información sobre los tratamientos antirretrovirales o temas asociados: folletos de adherencia para la población general, para las personas en contexto de encierro y guías de tratamiento con información básica acerca de los medicamentos. También se confeccionaron otras herramientas destinadas a facilitar los retiros de medicación, el registro del tratamiento actual y de las próximas consultas médicas: recetarios de medicación antirretroviral, no-antirretroviral y para hepatitis virales, y carnet para personas en tratamiento y pastilleros. Se encuentran en producción para el año próximo otros materiales destinados a poblaciones específicas, como niños y niñas, adolescentes y embarazadas. Asimismo, se realizaron capacitaciones específicas en unidades penitenciarias y en organizaciones no gubernamentales, dirigidas a personas en tratamiento antirretroviral.

En 2014 se instalaron dos nuevos citómetros en Salta y Rosario, y un equipo para la realización de carga viral de VIH en Salta, para mejorar la accesibilidad y los tiempos de respuesta de la red de laboratorios equipados por la DSyETS. Se creó una plataforma genómica para el estudio de resistencia a los antirretrovirales que se iniciará a fines de 2014 con la adquisición de cuatro secuenciadores capilares y sus insumos dedicados, incluyendo la capacitación y la dirección del proyecto por parte del Instituto de Investigaciones Biomédicas en Retrovirus y Sida (INBIRS).



Con el fin de ampliar la red de laboratorios prestadores de análisis de carga viral de hepatitis B y C y genotipo de hepatitis C, así como garantizar las prestaciones en los tiempos adecuados de acuerdo con los protocolos recomendados, se incorporó a la red de laboratorios el Centro de Referencia Instituto Biológico Tomás Perón de la provincia de Buenos Aires. También se adquirieron cinco equipos portátiles PIMA y 5.000 determinaciones para la medición de CD4 fuera de los laboratorios, para mejorar el acceso al seguimiento de las personas infectadas con VIH en lugares con dificultades para la derivación de muestras a la red de laboratorios. También durante 2014 se sumaron 94 laboratorios al programa de control de calidad externo para serología de VIH que lleva a cabo el Laboratorio Central de Córdoba, con lo cual en total se controlan 580 desde 2014. Se consolidó el programa de control de calidad externo para laboratorios prestadores de carga viral de VIH que efectúa el INBIRS y se amplió el programa de control de calidad externo para los laboratorios que realizan citometría de flujo mediante el desarrollo de protocolos de análisis adicionales por parte del Laboratorio del Hospital Rawson de Córdoba.

Por otra parte, se proveyó la conexión de los equipos para la realización de cargas virales a los sistemas informáticos de laboratorio (LIS) que asegura la transferencia automática de datos validados para los centros que se abastecen con nuevas adquisiciones a partir de noviembre de 2014. Dicha conexión está planificada para citometrías a partir de fines de 2015. La conectividad permite mejorar la gestión de la información, tanto para los laboratorios prestadores como para la planificación y seguimiento por parte del nivel central abastecedor.

4) Reducción del estigma y la discriminación

El eje estratégico de reducción del estigma y la discriminación es transversal a todas las acciones que realiza la DSyETS. La información y material preventivo es elaborado teniendo en cuenta evitar la discriminación hacia las personas con VIH o con otras infecciones de transmisión sexual. La política de diagnóstico también se propone desde una perspectiva de derechos; es decir, que cada persona tiene derecho a decidir hacerse o no el test de forma voluntaria, confidencial y con información. Al mismo tiempo, se promueve que el sistema de salud sea receptivo a toda la población y brinde una adecuada atención a las personas con VIH, evitando barreras.

De todos modos, aún persisten vulneraciones de los derechos de las personas con VIH y su entorno, y por eso en 2013 la DSyETS creó un área de trabajo para introducir el enfoque de derechos humanos aplicado a la salud, que busca conectar al Estado con la Sociedad Civil, donde las personas con VIH que residen en la Argentina pueden comunicarse –al igual que los programas jurisdiccionales, los servicios de salud y las organizaciones sociales– para recibir asesoramiento.

También se elaboró información para la página web sobre “preguntas frecuentes”, una guía de derechos de las personas con VIH, un instructivo sobre cobertura de tratamiento en caso de fallas o demoras por parte de las obras sociales o prepagas y otro para acceder al trámite de pensión no contributiva. Durante 2014 se comenzó a trabajar en un proyecto consensuado de reforma de la Ley Nacional de Sida (N° 23.798).

El componente de Diversidad Sexual sigue trabajando en la creación y sostenimiento de servicios de atención integral de la salud dirigidos a la

diversidad sexual. Actualmente existen 26 Consultorios Amigables en todo el país y se siguen realizando capacitaciones para promoverlos en todas las jurisdicciones.

Desde hace más de veinte años la DSyETS viene desarrollando tareas de asistencia, prevención y gestión en el ámbito de las unidades penitenciarias, profundizándose el trabajo desde 2008, cuando se firmó el Convenio Marco "Justicia con Salud, Salud para Incluir" entre los Ministerios de Justicia y Seguridad y de Salud de la Nación. Durante 2014 se realizaron visitas y capacitaciones en diferentes unidades penitenciarias y se sigue atendiendo la línea de cobro revertido (19) 011-4379-9112, a través de la cual las personas detenidas en unidades penitenciarias pueden llamar y comunicarse a este servicio telefónico de lunes a viernes en el horario de 10 a 14 horas. ■



Nuevas metas en diagnóstico y tratamiento del VIH en la Argentina

Durante el primer semestre de 2014, los programas de sida latinoamericanos realizaron una serie de encuentros de consenso para definir metas de tratamiento y prevención para el año 2020 tanto a nivel nacional como regional, los que fueron finalmente rubricados el 28 de mayo en México, en el marco del “Primer Foro Latinoamericano y del Caribe sobre el continuo de la atención”.

Las cuatro metas a alcanzar son:

Meta 1. Aumentar el número de las personas con VIH que tienen conocimiento de su diagnóstico.

Para 2020, el 90% de las personas que viven con VIH debería conocer su estado serológico.

Meta 2. Disminuir el diagnóstico tardío.

Para 2020 el 10% o menos de personas deberían tener un primer recuento de CD4 menor o igual a 200 cel/mm³.

Meta 3. Aumentar el número de personas en tratamiento antirretroviral.

Para 2020, el 90% de las personas elegibles para tratamiento según las normas nacionales debería recibirlo.

Meta 4. Aumentar las personas en tratamiento con carga viral indetectable.

Para 2020, el 90% de las personas en TAR tendría que estar con una carga viral menor o igual a 50 copias.

Dado que las metas requieren lograr el 90% de personas diagnosticadas, el 90% de ellas con cobertura en tratamiento y el 90% de las personas tratadas con supresión viral, la iniciativa fue denominada “90%-90%-90%”. Estas metas son regionales y muestran, en números absolutos, con cuanto contribuirá América Latina para alcanzar las metas que se han de definir a nivel mundial para dicho año.

Para estimar la brecha sobre la cual trabajar los próximos años, los países participantes de una reunión preliminar en Buenos Aires tomaron como línea de base la situación durante 2013. Se estima que ese año vivían en Argentina alrededor de 110.000 personas infectadas, de las cuales el 70% conocía su situación. De las 6.000 personas diagnosticadas anualmente en nuestro país, diversos estudios muestran que el 33% lo hace con un nivel de CD4 menor de 200 cel/mm³. A su vez, el 66% de las personas elegibles para estar en tratamiento antirretroviral, según los consensos nacionales de ese año, lo recibían efectivamente, mientras que quienes no lo recibían en su mayoría eran personas no diagnosticadas. Finalmente, por medio de registros de laboratorio de personas en seguimiento médico se conoce que el 66% de las personas en tratamiento tenía supresión viral.

En el Gráfico 1 se presentan las líneas de base y las metas para cada indicador, expresadas a modo de una cascada. Con color azul se visualiza la situación durante el año 2013 y en rojo la brecha a cubrir hasta el año 2020.

Es fundamental entender que el gráfico expresa un modelaje de la epidemia desde una situación inicial real en 2013 hasta un escenario ideal proyectado para 2020. El efecto del modelaje se advierte en el escaso aumento de las



personas con VIH (la primera columna), cuya línea de base y proyección para 2020 surge de un modelo propuesto por ONUSIDA. El escaso aumento de las personas infectadas se debe a que la mejora programada en los otros tres indicadores produce una caída significativa en la incidencia, por lo que esta, combinada con la mortalidad, arroja un incremento de tan sólo 2.000 personas. Si durante los próximos años los otros tres indicadores no mejoran de modo progresivo y constante al ritmo esperado, es probable que la cantidad de personas con VIH o sida (PVS) sea de aproximadamente 10.000 más.

En cuanto a la primera meta (segunda columna del gráfico) a alcanzar en los próximos años, que el 90% de personas infectadas conozca su situación, se necesitaría diagnosticar a 22.400 personas. En esta línea, una de las políticas a las que está dando más atención la Dirección de Sida es al aumento de la oferta de pruebas voluntarias. Para ello, se han modificado e incrementado los algoritmos diagnósticos y se han incorporado las pruebas rápidas.

La segunda meta (no representada en el gráfico) requiere que el 33% de las personas diagnosticadas anualmente con CD4 menor o igual a 200 disminuya al 10%. Esta es una de las metas más ambiciosas debido a que supone reducir significativamente los diagnósticos tardíos.

La meta vinculada con la cobertura en tratamiento antirretroviral (tercera columna del gráfico) supone llegar a un 90% de cobertura, lo cual, en números absolutos, significaría sumar a unas 38.700 personas en los próximos seis años. Este número implicaría, sin embargo, tomar como una constante las recomendaciones de tratamiento de 2013, recomendaciones que en realidad varían de año a año.

Finalmente, se deberá reducir la proporción de personas con carga viral mayor a 50 copias a un 10% (cuarta columna en el gráfico), objetivo que requiere trabajar sobre los procesos de adherencia de las personas que reciben antirretrovirales. ■

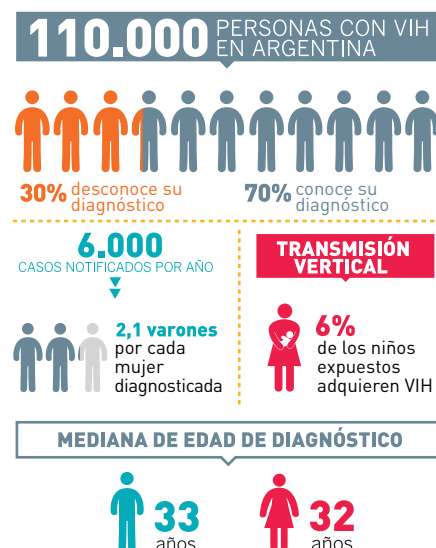
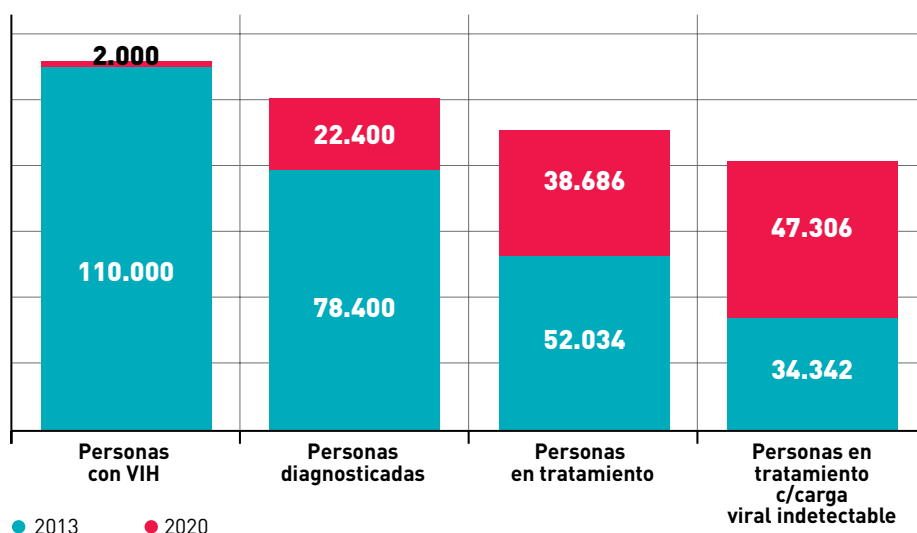


Gráfico 1. Metas 90%-90%-90% de acceso y cobertura en prevención y tratamiento del VIH, Argentina



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

	Población (2013)			Diagnósticos acumulados de infección por VIH (2001-2013)		Tasa de VIH x 100 mil habitantes (2010-2012)*	Tasa de mortalidad por sida x 100 mil habitantes (2012)*	Cantidad de personas con medicación suministrada por la DSyETS (2013)	
	Población	% sobre el total del país	% sobre el total regional					Número	% sobre el total del país
Total País	42.202.935	100,00%	-	79.631	100,0%	14,8	3,5	41.313	100,0%
AMBA Y ÁREA CENTRAL DEL PAÍS	27.459.693	65,1%	100,0%	58.094	73,0%	14,7	3,6	33.008	79,9%
CABA	3.044.076	7,2%	11,1%	13.788	17,3%	33,7	3,7	14.039	34,0%
Buenos Aires	16.289.599	38,6%	59,3%	32.169	40,4%	11,7	4,3	11.968	29,0%
24 partidos del GBA	10.180.999	24,1%	62,5%	21.557	27,1%	11,1	5,3	-	-
Resto de Buenos Aires	6.108.600	14,5%	37,5%	10.612	13,3%	12,7	2,5	-	-
Entre Ríos	1.295.121	3,1%	4,7%	6.171	7,8%	13,0	1,6	715	1,7%
Córdoba	3.489.669	8,3%	12,7%	1.520	1,9%	15,3	1,9	3.111	7,5%
Santa Fe	3.341.228	7,9%	12,2%	4.446	5,6%	12,0	2,9	3.175	7,7%
NOA	4.855.049	11,5%	100,0%	6.956	8,7%	15,2	4,1	2.691	6,5%
Catamarca	389.256	0,9%	8,0%	346	0,4%	10,3	1,3	153	0,4%
Jujuy	710.121	1,7%	14,6%	1.336	1,7%	16,6	6,1	448	1,1%
Salta	1.295.944	3,1%	26,7%	2.455	3,1%	20,8	8,1	942	2,3%
Santiago del Estero	908.268	2,2%	18,7%	678	0,9%	7,0	1,6	399	1,0%
Tucumán	1.551.460	3,7%	32,0%	2.141	2,7%	16,0	2,2	749	1,8%
NEA	3.895.054	9,2%	100,0%	3.730	4,7%	9,7	3,0	3.783	9,2%
Chaco	1.117.953	2,7%	28,7%	805	1,0%	9,2	2,0	385	0,9%
Corrientes	1.049.325	2,5%	26,9%	917	1,2%	7,6	2,5	518	1,3%
Formosa	568.331	1,4%	14,6%	378	0,5%	7,0	3,7	195	0,5%
Misiones	1.159.445	2,8%	29,8%	1.630	2,1%	13,4	3,9	685	1,7%
CUYO	3.384.570	8,0%	100,0%	4.214	5,3%	14,0	2,1	1.937	4,7%
La Rioja	357.516	0,9%	10,6%	516	0,7%	12,3	0,9	226	0,5%
Mendoza	1.841.813	4,4%	54,4%	2.292	2,9%	14,8	2,6	1.045	2,5%
San Juan	721.830	1,7%	21,3%	791	1,0%	13,9	1,1	364	0,9%
San Luis	463.411	1,1%	13,7%	615	0,8%	12,6	2,6	302	0,7%
PATAGONIA	2.608.569	6,2%	100,0%	4.599	5,8%	17,6	2,6	1.894	4,6%
Chubut	545.656	1,3%	20,9%	1.191	1,5%	22,2	3,2	503	1,2%
La Pampa	336.706	0,8%	12,9%	404	0,5%	13,3	1,5	152	0,4%
Neuquén	601.003	1,4%	23,0%	1.147	1,4%	17,0	3,6	556	1,3%
Río Negro	678.797	1,6%	26,0%	1.007	1,3%	13,4	1,8	395	1,0%
Santa Cruz	302.420	0,7%	11,6%	487	0,6%	19,9	2,4	186	0,5%
Tierra del Fuego	143.987	0,3%	5,5%	363	0,5%	29,4	2,9	102	0,2%
Desconocido	-	-	-	2.038	2,56%	-	-	-	-

* Años no cerrados por retrasos en la notificación.

Vigilancia de casos de infección por VIH

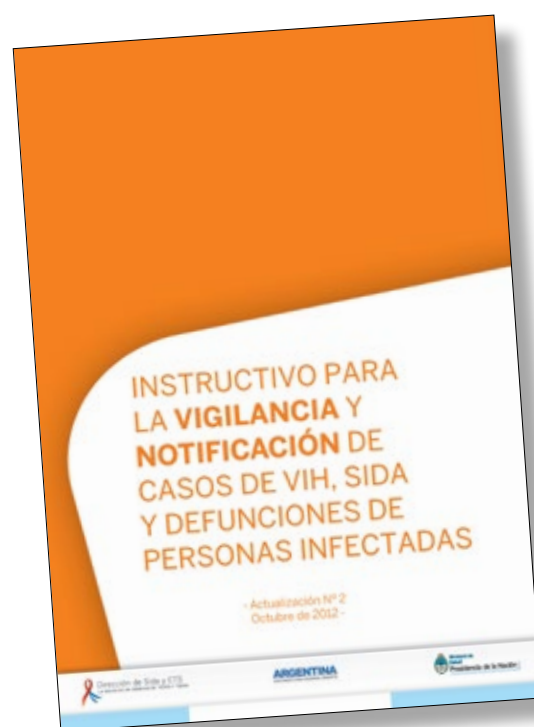
El objetivo de la vigilancia epidemiológica de VIH es contar con información sobre la carga de enfermedad, sus tendencias, el perfil de las personas infectadas y el impacto de las respuestas a la misma a fin de orientar las políticas de prevención y de atención. Es por ello que la información requerida no ha sido siempre la misma y las acciones, tanto del Estado como de la sociedad civil, fueron variando a lo largo del tiempo según lo hacía la propia epidemia. Hoy, por ejemplo, muchos niños infectados por transmisión vertical han llegado a la adultez y otros infectados por vía sexual durante la edad adulta están envejeciendo. Asimismo, problemas que se creían en vías de resolución han vuelto a estar en agenda, y escenarios negativos que se creía imposibles de eludir finalmente no se han producido. Por eso es necesario pensar la epidemia como un proceso en transformación y someter las acciones de vigilancia a un ejercicio continuo de reflexión.

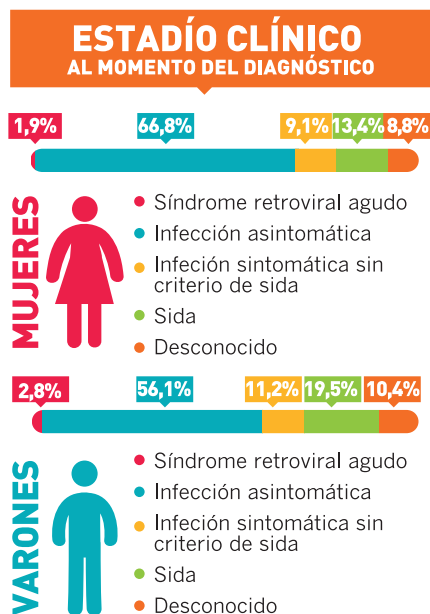
La principal estrategia de vigilancia epidemiológica en la Argentina es la notificación de casos de VIH, sida y mortalidad, todas ellas componentes de la llamada vigilancia de primera generación. Desde 2001, la información para construir tasas de diagnósticos de VIH y caracterizar a los colectivos afectados proviene de las notificaciones de nuevos casos a través de una ficha de investigación epidemiológica específica que completa un integrante del equipo de salud una vez que la persona toma contacto con el sistema sanitario para iniciar la atención de su situación. En los últimos diez años este circuito de vigilancia ha informado que se producían entre cinco mil y seis mil diagnósticos cada año, aunque la disponibilidad de este dato no se daba de modo oportuno a raíz del retraso en la notificación. Por ejemplo, en 2009, se informó que en 2007 se produjeron 3.411 diagnósticos, mientras que cinco años después se contabilizaban para aquel año 5.427, un 60% más. Para los

diagnósticos de 2008, hoy se cuenta con un 53% más de notificaciones que las que se reportaron en un boletín cinco años atrás. Dado que uno de los ejes estratégicos centrales de la Dirección de Sida es promover la prueba de VIH para que los diagnósticos sean cada vez más tempranos, el retraso en la notificación así como la subnotificación dificulta la correcta evaluación de esos esfuerzos.

En el Gráfico 2 (de la página siguiente) se observa la cantidad de casos notificados de VIH para cada año, tal como fueron informados en distintos boletines epidemiológicos y cómo el retraso en la notificación de los nuevos diagnósticos va modificando la tendencia, lo que afecta principalmente a los últimos cuatro años de cada serie. En el Gráfico 3 (de la página siguiente) se observa cómo fueron arribando las notificaciones de nuevos diagnósticos a la DSyETS, donde se centraliza la carga a una base de datos para su análisis, y cómo los casos que se remitieron con atraso modificaron los valores publicados en boletines previos. Así, por ejemplo, tomando como referencia 2011, en el boletín de 2012 se informó que aquel año se habían producido 3.281 casos. En el boletín siguiente se agregaron 1.634 casos más y en el presente boletín se cuenta con información sobre otros 626 diagnósticos de 2011.

En paralelo a la vigilancia de casos a través de fichas epidemiológicas existen otros sistemas de información potencialmente útiles para intentar saldar el retraso en la notificación y poder contabilizar y caracterizar epidemiológicamente a las personas infectadas. Son los estudios de laboratorio para el diagnóstico de infección en adultos y en niños menores de 18 meses, notificaciones de partos de mujeres con VIH, pedidos de leche maternizada para niños expuestos a una transmisión vertical, o solicitudes de medicación o de estudios de monitoreo viral del sistema público de salud, entre otros.





En el último año se han evaluado las fortalezas y debilidades de cada una de ellas a efectos de incorporarla a la vigilancia epidemiológica de nuevos diagnósticos. Los dos sistemas que brindan información adecuada son el Sistema de Vigilancia Laboratorial (SIVILA) del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (SNVS), en el que los laboratorios cargan las pruebas diagnósticas de infección y las notificaciones de partos de mujeres con VIH atendidas en el sistema público de salud.

En cuanto al SIVILA, su cruce con la base epidemiológica de la Dirección de Sida ha permitido identificar y sumar 4.078 diagnósticos producidos entre 2008 y 2013 no informados por ficha de notificación. Si bien el SIVILA no registra todas las variables habitualmente utilizadas por la DSyETS para describir a la población afectada, sí cuenta con información para poder construir tasas por sexo, edad y lugar de residencia de los nuevos casos. Debido al retraso en la notificación, es probable que buena parte de estos diagnósticos informados por laboratorio sean notificados en los próximos tres o cuatro años por medio

de fichas epidemiológicas. Así pues, incorporar los diagnósticos por laboratorio permite reducir significativamente el tiempo entre este evento y su reporte al Ministerio de Salud. El nivel de cobertura del SIVILA aumenta de forma gradual y alcanza a algunas jurisdicciones donde es particularmente más acentuada la subnotificación por ficha epidemiológica, de modo que una estrategia compensa a la otra. Es el caso, por ejemplo, de algunas provincias del NEA.

La segunda base de datos que se ha integrado es la que surge de la notificación de partos de mujeres con VIH, personas que no fueron notificadas en el momento de ser diagnosticadas. Por ahora se han identificado 1.135 mujeres en esa condición, de las cuales 457 fueron diagnosticadas entre 2008 y 2013. A diferencia del SIVILA, estas fichas incluyen casi todas las variables requeridas para la caracterización epidemiológica de la mujer.

La ampliación de las fuentes de datos no modifica la definición de caso de VIH que sigue siendo para los mayores de 18 meses: un test de tamizaje de VIH

Gráfico 2. Casos de VIH por año de diagnóstico notificados en distintos boletines, Argentina

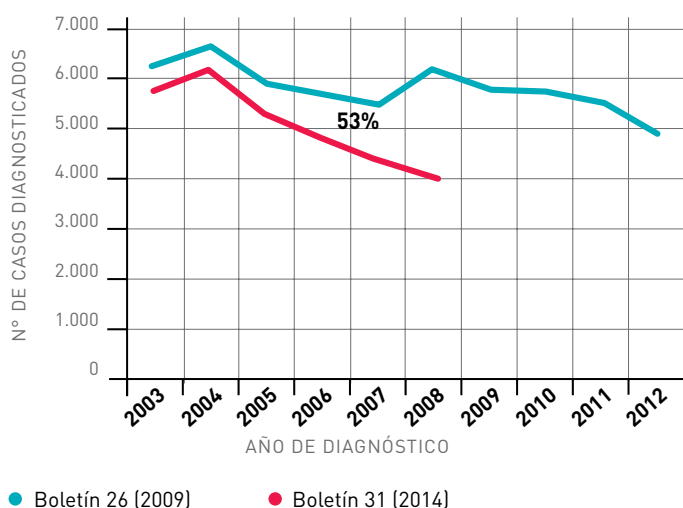
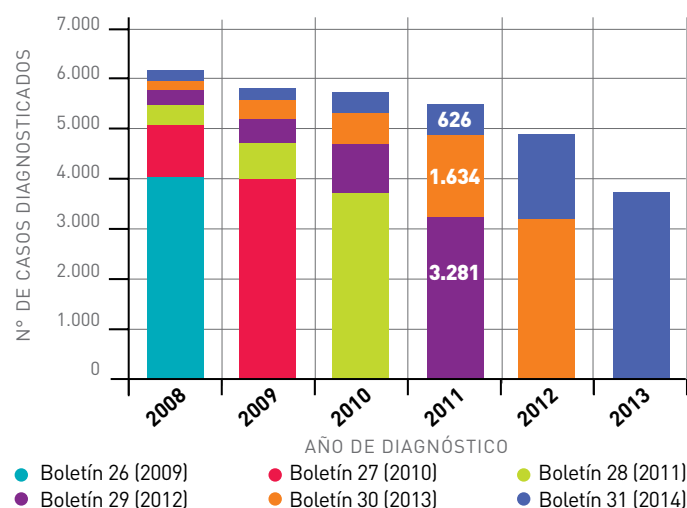


Gráfico 3. Casos de VIH notificados por año de diagnóstico y año de notificación, Argentina



con resultado reactivo, posteriormente confirmado con una técnica específica (Western Blot, carga viral u otro).

En el Gráfico 4 se compara la tasa de VIH con y sin la incorporación de los diagnósticos por laboratorio y de los partos de mujeres con VIH. Si bien en este gráfico se comparan las tendencias desde 2003, en la mayor parte del análisis de tasas de la sección siguiente se partirá de 2008, momento en que comenzó a cargarse la información en el SIVILA. De este modo se busca evitar interpretaciones erróneas que podrían surgir del aumento de casos y tasas cuya causa debe buscarse en la incorporación de una nueva fuente de información en mitad de la serie. Asimismo, debe tenerse presente que también se produce un ligero cambio en la población descripta. Antes de 2008 la curva refleja exclusivamente la población que luego de diagnosticarse tomó contacto con los servicios de salud para comenzar un seguimiento médico (aunque alguna podría haberlo abandonado), mientras que a partir de ese año también se incluyen personas que habiéndose diagnosticado, podrían no haber comenzado tal seguimiento.

En el Gráfico 5 se muestra el aporte que realizan las nuevas fuentes de información según sexo al total de diagnósticos reportados por distintos canales. Para 2013, el 27% de los diagnósticos en mujeres fueron informados a través de laboratorios y de fichas de seguimiento de partos de mujeres con VIH. Este aporte no modifica la tendencia que se obtendría si sólo se consideraran los diagnósticos conocidos por fichas de notificación de casos.

Para los varones, la inclusión de los datos de laboratorio genera una curva que en los primeros años de la serie considerada modifica ligeramente la curva, pero a partir de 2010 vuelve a mostrar la misma forma que la curva que sólo incluye notificaciones.

A nivel provincial, la incorporación de los diagnósticos por laboratorio no modifica las tasas de modo significativo en las regiones con mayor cantidad de casos, aunque sí en jurisdicciones más chicas y con mayor nivel de subnotificación. Esta situación se presenta especialmente, aunque no de forma ex-

Gráfico 4. Casos de VIH con y sin la integración de las bases de datos, Argentina (2003-2013)

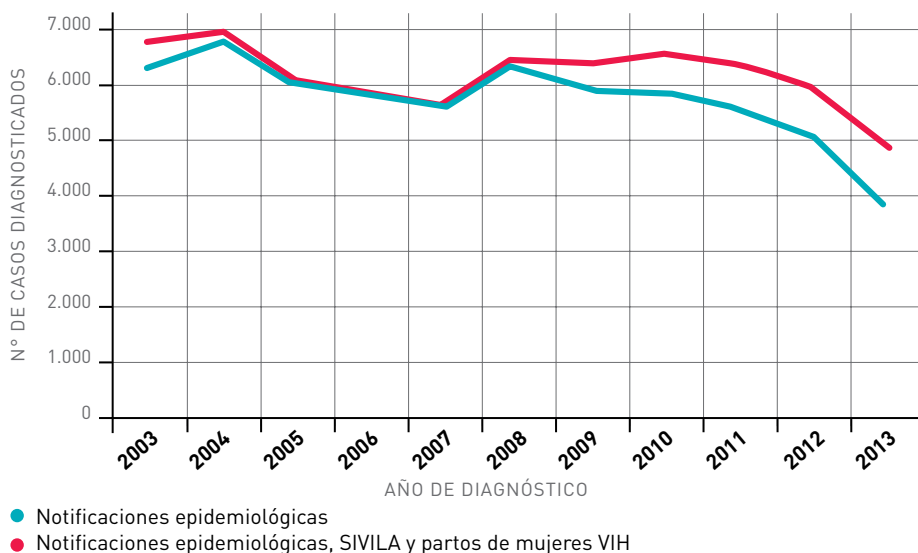
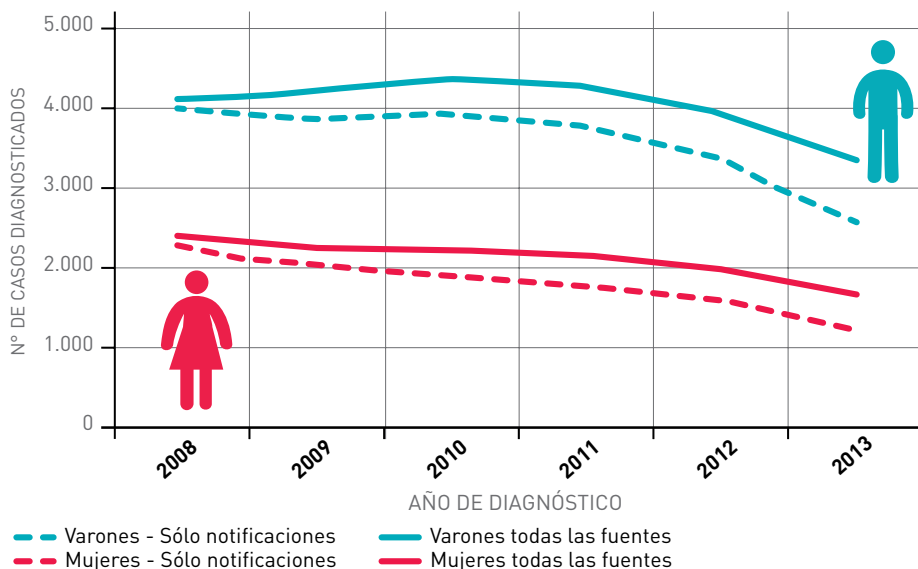


Gráfico 5. Comparación de los casos de VIH según fuente de información utilizada por sexo, Argentina (2008-2013)





clusiva, en Chaco, Chubut, Entre Ríos, Formosa, Misiones y Tierra del Fuego.

Desde hace años que el retraso en la notificación dificulta la capacidad de apreciar las tendencias en los últimos años, así como el efecto de las políticas en marcha. Creemos que la inclusión de la nueva información mitiga este problema, y presenta un escenario más realista que permite aprehender mejor la magnitud y entender mejor la dinámica de la epidemia.

Evolución de las tasas de VIH

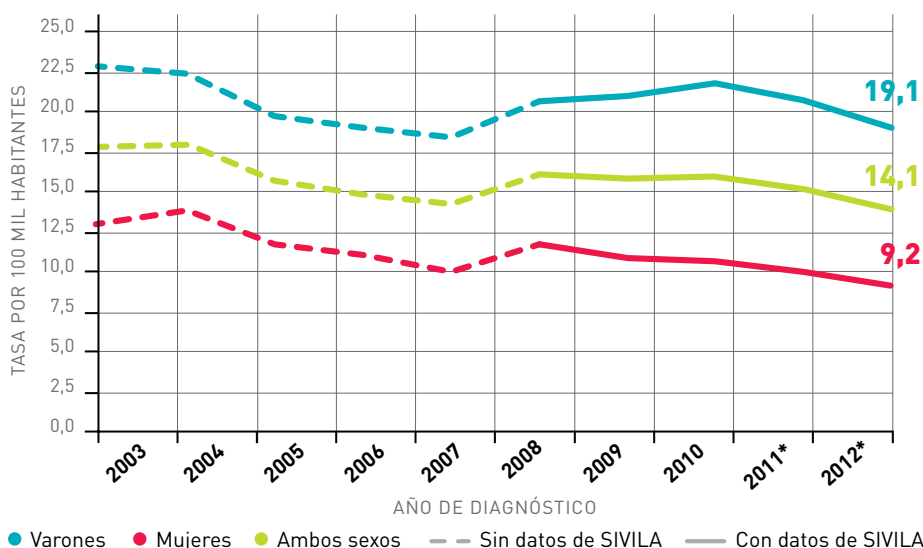
Desde el inicio de la epidemia, la DSyETS cuenta con información sobre 117 mil personas con VIH, de las cuales 79.631 son diagnósticos de infección producidos entre 2001 –momento en que comienza la vigilancia del evento “diagnóstico de VIH”– y 2013. De estos, el 93% fue reportado a través de fichas epidemiológicas específicas para esta infección, el 6% mediante el Sistema de Vigilancia Laboratorial (SIVILA) y el

1% por medio de fichas de notificación de partos de mujeres con VIH (instrumento que se utiliza para monitorear la transmisión vertical). El análisis de las tasas se realizará sobre la base del conjunto de notificaciones recibidas; es decir, a través de las tres fuentes de información.

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

En el último lustro, se produjeron en promedio 6.200 diagnósticos de VIH por año: 4.000 de varones y 2.200 de mujeres. Esto representa una tasa de alrededor de 15 casos por 100 mil habitantes, 21 por 100 mil para los varones y 10 por 100 mil para las mujeres. Estos valores son ligeramente superiores a los publicados en boletines previos debido a la inclusión de diagnósticos de laboratorio que todavía no han sido reportados mediante fichas epidemiológicas específicas. Este aumento no implica cambios en las tendencias informadas en años anteriores, aunque sí morigerara la tendencia descendente en los últimos años de la serie, ya que el retraso en la notificación es compensado en parte por el reporte oportuno de algunos laboratorios al SIVILA.

Gráfico 6. Evolución de la tasa de diagnósticos de VIH por 100 mil habitantes según sexo, Argentina (2003-2012)



En el Gráfico 6 se observa una tendencia descendente entre las mujeres, que comenzó luego de una meseta entre 2005 y 2008. En los varones, la tasa descendió hasta 2008, momento en el cual aumentó dos puntos y se estabilizó. En los últimos años, debido al descenso de la tasa entre las mujeres, se ha ampliado la brecha entre ambos sexos. Cabe aclarar que el pico de 2008 no está producido por haberse incluido ese año los diagnósticos por laboratorio. El efecto de estos últimos se ve en los últimos años de la serie, no en los primeros. En el Gráfico 6 se representa

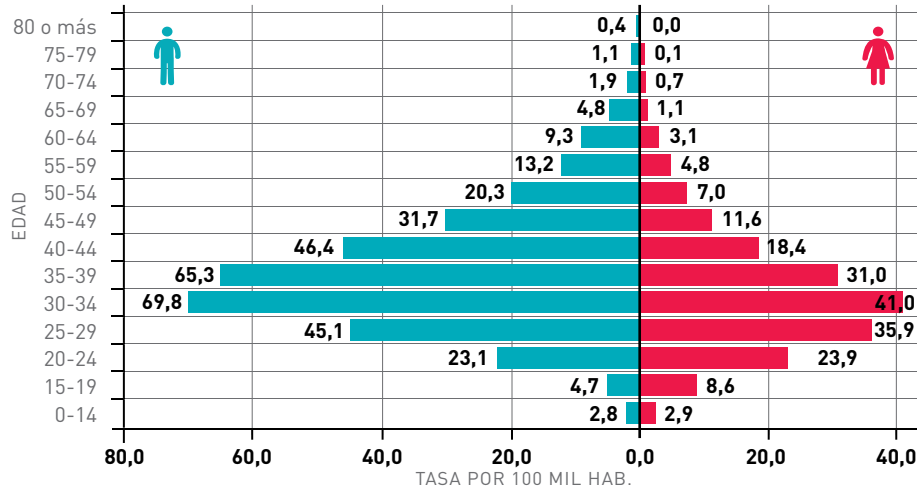
con líneas punteadas las tasas durante el período que no incluye diagnósticos informados por laboratorios 2001-2008 y en línea completa los años en que sí se incluyó esta fuente de información (2008-2012).

En el Gráfico 7 se aprecia que la tasa de los varones de 15 a 24 años registra un leve aumento, cae entre los de 35 a 44 años y en los de 55 a 64, y se mantiene estable en los otros subgrupos. En las mujeres, desciende en los grupos de 25 a 34 años y de 35 a 44, y se sostiene estable en el resto. Las tasas más altas en ambos sexos se observan en las personas de 25 a 44 años, siendo la tasa entre los varones de este grupo el doble que la de las mujeres. Un dato a resaltar es el ligero aumento en la tasa de diagnósticos de los varones de 15 a 19 años, fenómeno que será abordado en una sección especial de este boletín.

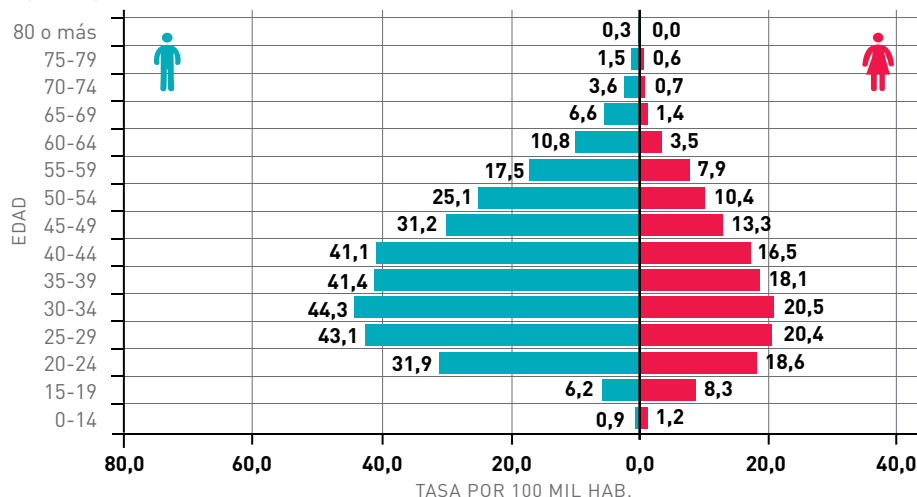
En el Gráfico 8 se comparan las tasas por sexo y edad entre 2003-2004 y 2011-2012. Se observa una reducción en los varones de 30 a 39 años, en las mujeres de 25 a 39 años y en ambos grupos de 0 a 14 años. Paralelamente, se visualiza un ligero aumento en los

Gráfico 8. Comparación de las tasas específicas de VIH por 100 mil habitantes según sexo y edad, Argentina

2003-2004



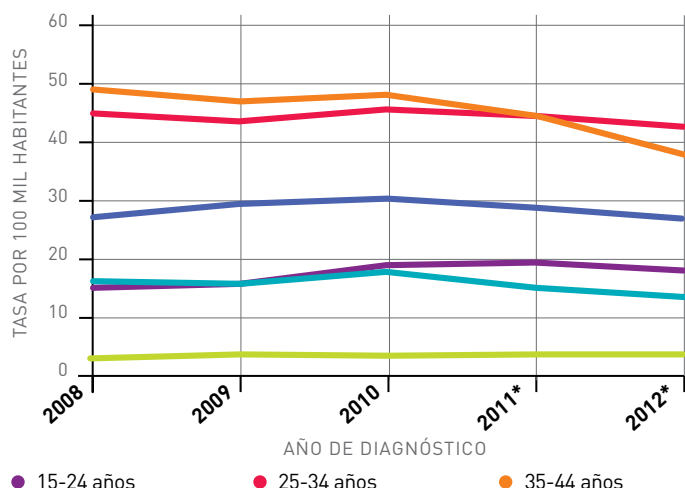
2011-2012*



* Años no cerrados por retrasos en la notificación.

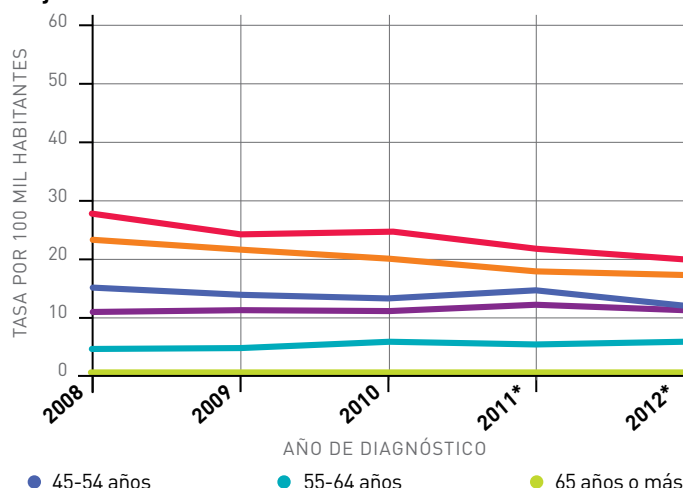
Gráfico 7. Evolución de las tasas específicas de VIH por 100 mil habitantes según sexo y edad, Argentina (2008-2012)

Varones



* Años no cerrados por retraso en la notificación

Mujeres



varones de 15 a 24 años y de 50 años o más y en las mujeres en los grupos de 45 años o más.

La incorporación de la información de laboratorio permite que este boletín cuente con información más precisa sobre algunas jurisdicciones donde la subnotificación de casos es especial-

mente marcada. Se presentará esta información dividiendo el país en seis regiones:

AMBA: ciudad de Buenos Aires y 24 partidos del Gran Buenos Aires (GBA).

Centro: partidos de la provincia de Buenos Aires no comprendidos en el GBA, Córdoba, Santa Fe y Entre Ríos.

NOA: Salta, Jujuy, Catamarca, Santiago del Estero y Tucumán.

NEA: Corrientes, Chaco, Misiones y Formosa.

Cuyo: San Juan, San Luis, Mendoza y La Rioja.

Patagonia: La Pampa, Neuquén, Río Negro, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego.

Gráfico 9. Evolución de las tasas de VIH por 100 mil habitantes según región, Argentina (2003-2012)

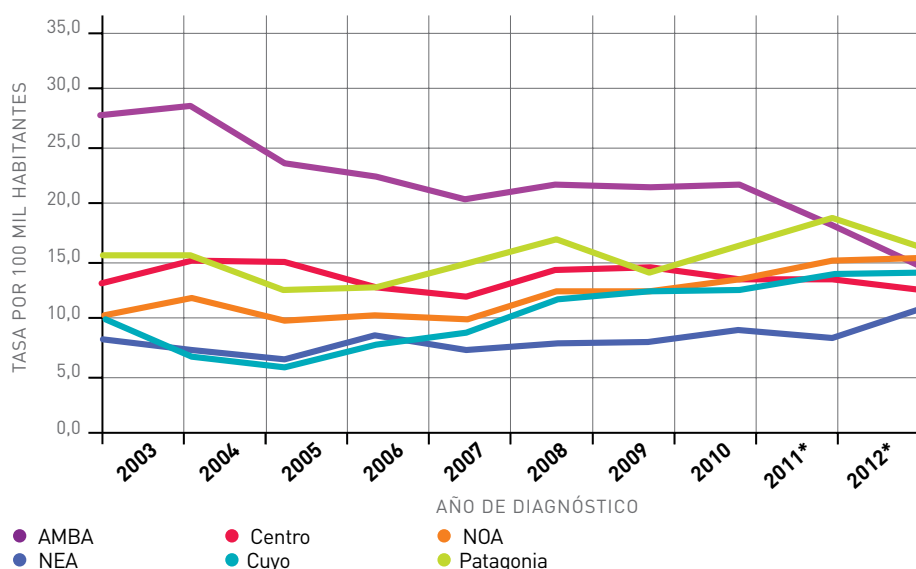
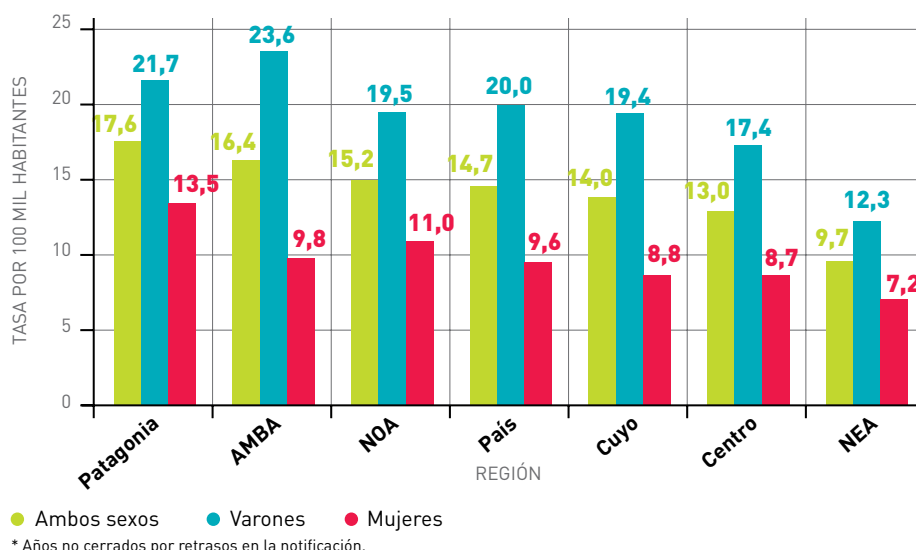


Gráfico 10. Comparación de las tasas generales y específicas por sexo de VIH por 100 mil habitantes según región, Argentina (2011-2012)*



El Gráfico 9 muestra la evolución de las tasas de VIH por región a lo largo de 10 años. Se observa un descenso en la tasa del AMBA, un valor constante en el área central y un ascenso en el resto del país. Mientras que al comienzo de la medición la tasa del AMBA casi triplicaba a las de Cuyo, NEA y NOA, en 2012 todas las regiones tienen valores de entre 10 y 17 por 100 mil. Cabe destacar que las mismas tendencias por región se verifican también en las tasas específicas por sexo, aunque con distinta fuerza. Esto es así especialmente en el AMBA, donde es más notorio el descenso de la tasa entre las mujeres que entre los varones, y en Cuyo, donde el aumento de los varones es más pronunciado que el de las mujeres (ver Tabla 16 del Anexo).

En el Gráfico 10 se presenta la tasa de VIH general y específica por sexo, ordenada por región para los años 2011

y 2012 agrupados. El rango de valores entre los varones va del 23,6 en el AMBA al 12,3 en el NEA. En las mujeres los valores van del 13,5 en Patagonia al 7,2 en NEA.

En la Tabla 15 del Anexo se presentan las tasas por jurisdicción. Salvo la ciudad de Buenos Aires y la provincia de Buenos Aires, en el resto de las jurisdicciones la tasa se encuentra estable o aumenta en distinta medida. Se realizó un análisis para interpretar si los aumentos se debían a la incorporación de la información de laboratorio o no. Salvo en Chaco, Formosa, Misiones y Santa Fe donde sí se observa que la tendencia varía según se incluya o excluya la información de laboratorio, en el resto de las jurisdicciones varía la magnitud pero la tendencia sigue siendo la misma (Gráfico 11).

En la Tabla 17 del Anexo pueden verse las tasas para las regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires y en la Tabla 18 las tasas para los 24 partidos del GBA.

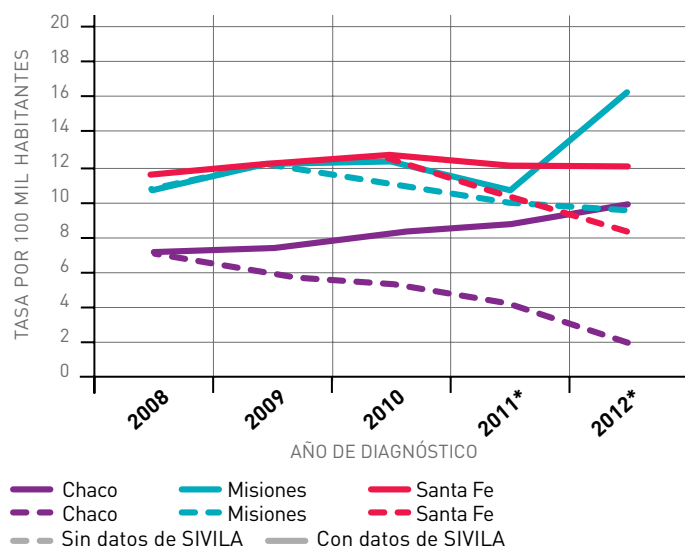
Análisis de variables epidemiológicas

La base para analizar las variables epidemiológicas serán las notificaciones de 50.074 diagnósticos producidos entre 2005 y 2013, realizadas por medio de fichas epidemiológicas o fichas de seguimiento de partos de mujeres con VIH. Se excluyeron los diagnósticos informados por SIVILA debido a que no cuentan con los datos necesarios para este análisis. No obstante, en los casos en que se crea pertinente, se hará alusión a la información de laboratorio –especialmente en los casos en que haya mucha disparidad entre una y otra fuente de información o en jurisdicciones donde la subnotificación por ficha epidemiológica sea muy alta, ya que la información de laboratorio puede echar luz sobre la situación en esos lugares. Esto suele presentarse en varias provincias del NEA, en las cuales la información de laboratorio compensa en parte la subnotificación.



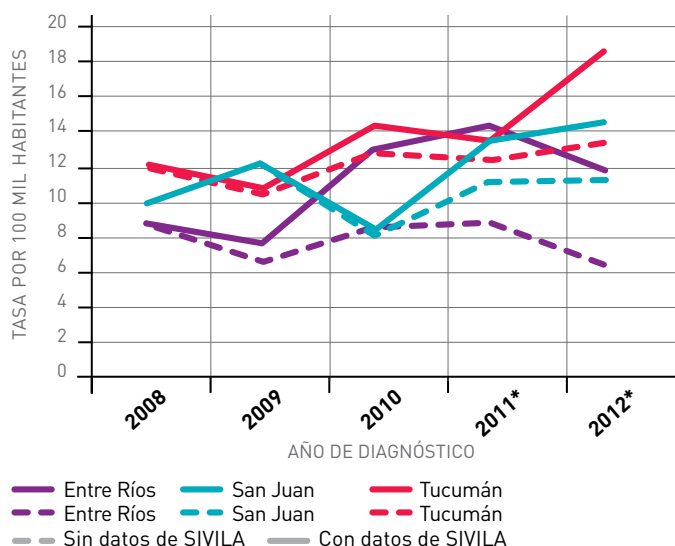
Gráfico 11. Comparación de las tasas de VIH por 100 mil habitantes en provincias seleccionadas según incluya o no información de laboratorio (2008-2012)

Provincias en que varía la tendencia al incorporar la información de laboratorio



* Años no cerrados por retraso en la notificación.

Provincias en que no varía la tendencia al incorporar la información de laboratorio



* Años no cerrados por retraso en la notificación.

Lugar de residencia

Un tercio de los diagnósticos producidos entre 2011 y 2013 se produjo en el AMBA (Área Metropolitana de Buenos Aires), poco menos de un tercio en el área central del país (resto de la provincia de Buenos Aires, Entre Ríos, Córdoba y Santa Fe) y el otro tercio en el resto del país (Gráfico 12). Comparada con el período 2005-2007, esta distribución supone un aumento de los casos

en NOA, Cuyo y Patagonia, un valor estable en la región Centro y un descenso en CABA y GBA. En cuanto al NEA, si bien parece haber descendido unas décimas, cuando se incluye la información de laboratorio (no incluida en el gráfico), pasa del 4,5% entre 2005-2007 al 6,6% en 2011-2013. Las dos regiones que conforman el AMBA representaban hace una década el 46,5% de las notificaciones, modificación que significa un descenso de 13% en nueve años.

Gráfico 12. Lugar de residencia de las personas con diagnóstico de VIH según región, Argentina (2005-2013)

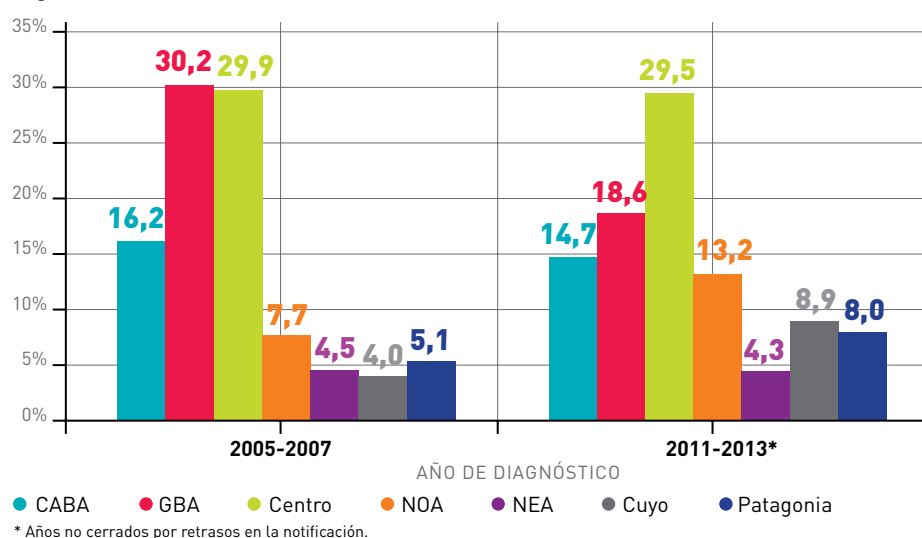
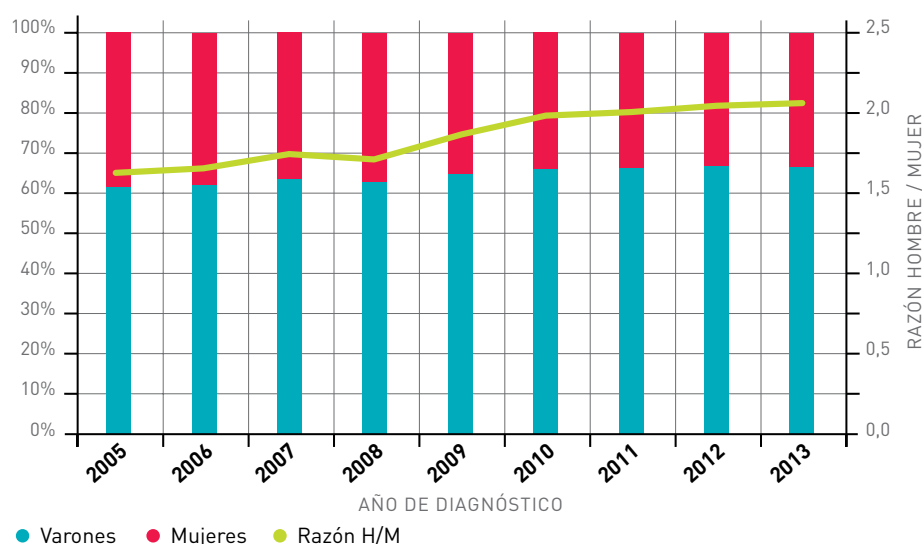


Gráfico 13. Proporción de diagnósticos de VIH por sexo y razón hombre/mujer, Argentina (2005-2013)



A nivel jurisdiccional (Tabla 19 del Anexo), la principal variación se produjo en la provincia de Buenos Aires, la cual entre 2005-2007 representaba el 45,3% de los diagnósticos y en 2011-2013, el 30,1%. Los otros cambios importantes fueron el aumento de diagnósticos notificados por Mendoza, del 1,9 al 5,3%; Córdoba, del 7,7 al 10,3%; Salta, del 2,4 al 5,0%, y Tucumán, del 2,3 al 4,0%.

Dentro de la provincia de Buenos Aires (Tabla 20 del Anexo) el 66,4% de los diagnósticos de 2011-2013 se registró en las regiones sanitarias que corresponden al GBA (V, VI, VII y XII), proporción que asciende al 83% si se le agregan las regiones XI (La Plata) y VIII (Mar del Plata). Cabe destacar que hay un 9% de diagnósticos de esa jurisdicción con lugar de residencia desconocido pero que fueron remitidas desde instituciones de la ciudad de Buenos Aires y el GBA, por lo que la proporción de diagnósticos producidas en el GBA y las regiones XI y VIII podría alcanzar el 85%. La evolución de los diagnósticos en el distrito más poblado del país señala una reducción en los diagnósticos de las regiones XII (La Matanza) del 11,5 al 8,9%, y VIII (Mar del Plata) del 10,1 al 7,7%, y un incremento en la región XI (La Plata) que pasó en 9 años del 6,3 al 8,9% de los casos de la provincia.

Razón hombre/mujer

La relación entre la cantidad de varones y mujeres diagnosticados sigue aumen-

tando debido especialmente al descenso en la cantidad de mujeres. El registro más bajo para este indicador se obtuvo en 2004 con 1,5 varones por cada mujer notificada, mientras que a partir de 2010 el indicador se ubica en dos o más. Este valor surge del hecho de que en los últimos tres años el 67% de las personas diagnosticadas fueron varones (Gráfico 13).

La razón hombre/mujer aumenta a medida que lo hace la edad, desde un piso de 0,8 entre los menores de 14 años hasta el 3,4 entre las personas de 65 años o más. La evolución de este indicador para cada grupo muestra que hasta 2010 entre los 15 y los 44 años fue en ascenso continuo, mientras que durante los últimos tres años de la serie observados el indicador ha descendido unas décimas en los grupos de 45 años o más con respecto al período 2008-2010. Este hecho es especialmente notorio en el grupo de 55 a 64 años debido a una ligera reducción de los diagnósticos de varones, mientras que los casos entre las mujeres se mantienen estables (Gráfico 14).

La razón hombre/mujer asciende en todas las regiones, salvo en Cuyo y Patagonia en donde registran un leve retroceso (Gráfico 15). En el trienio 2011-2013, CABA presenta la razón más elevada con 3,4 varones por cada mujer diagnosticada, mientras que en Patagonia, el NEA y el GBA el valor es la mitad (1,6 en la primera y 1,7 en las dos últimas). NEA y GBA vienen incrementando de forma continua este indicador, superando en el caso de NEA los tres últimos años a Patagonia.

En la Tabla 21 del Anexo se describe la evolución de la razón hombre/mujer por jurisdicción. Analizando la tendencia de los últimos cinco años, casi todas las provincias han sufrido cambios en distinta medida, aunque en los distritos con mayor cantidad de notificaciones dichos cambios no resultan significativos. En el Gráfico 16 se destacan las jurisdicciones en donde las modificaciones han sido mayores.

Gráfico 14. Evolución de la razón hombre/mujer en diagnósticos de VIH según grupo de edad, Argentina (2005-2013)

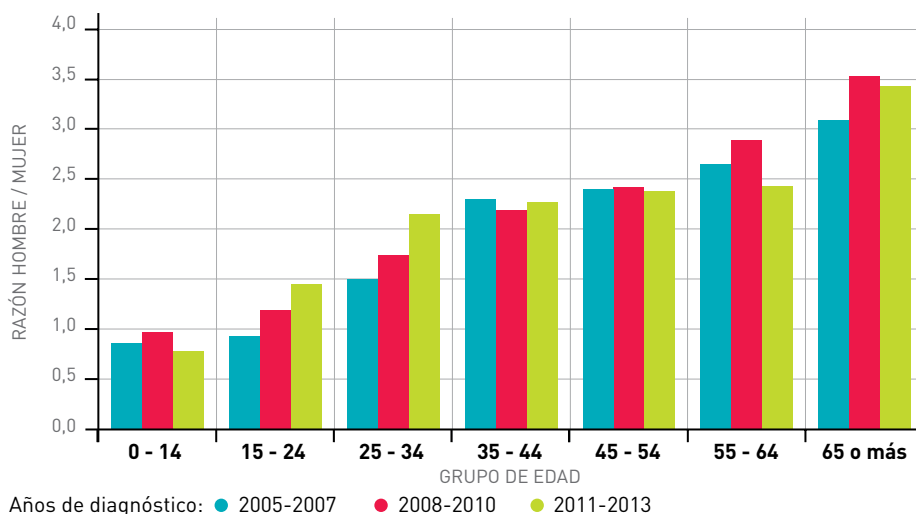


Gráfico 15. Evolución de la razón hombre/mujer de los diagnósticos de VIH según región, Argentina (2005-2013)

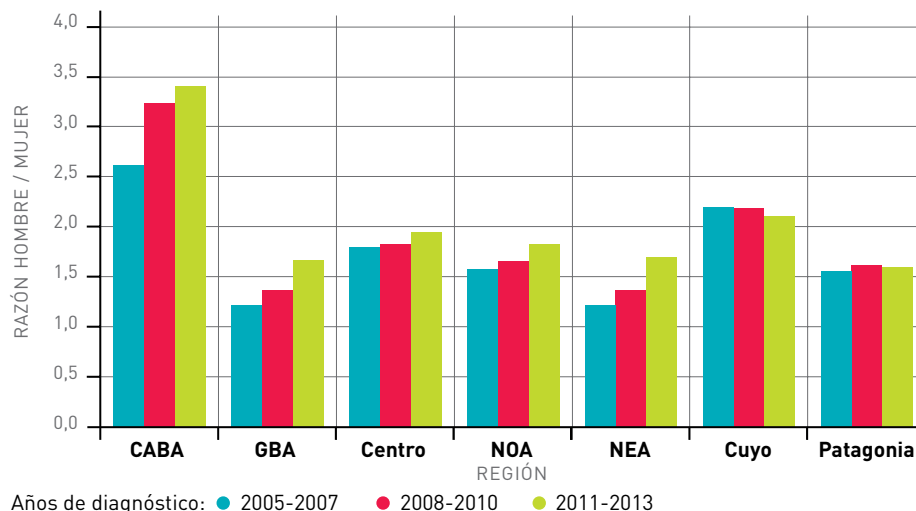
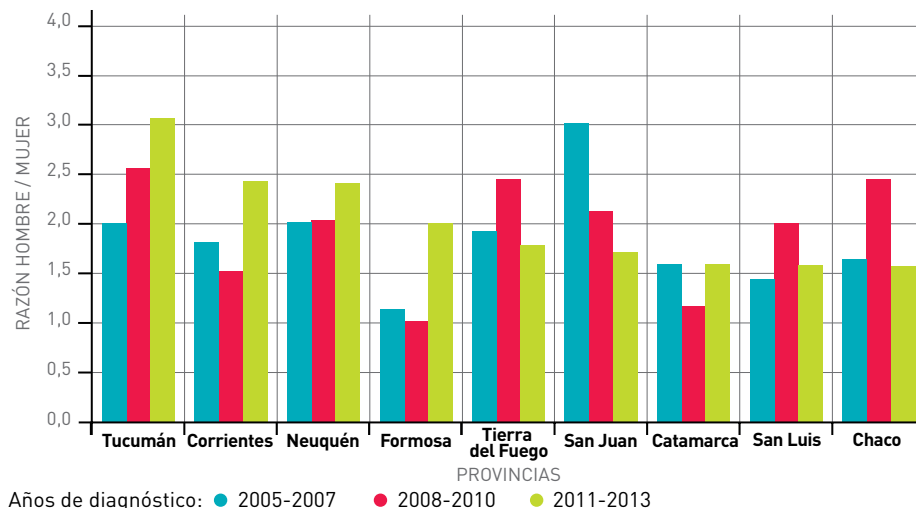


Gráfico 16. Evolución de la razón hombre/mujer de los casos de VIH en provincias seleccionadas (2005-2013)



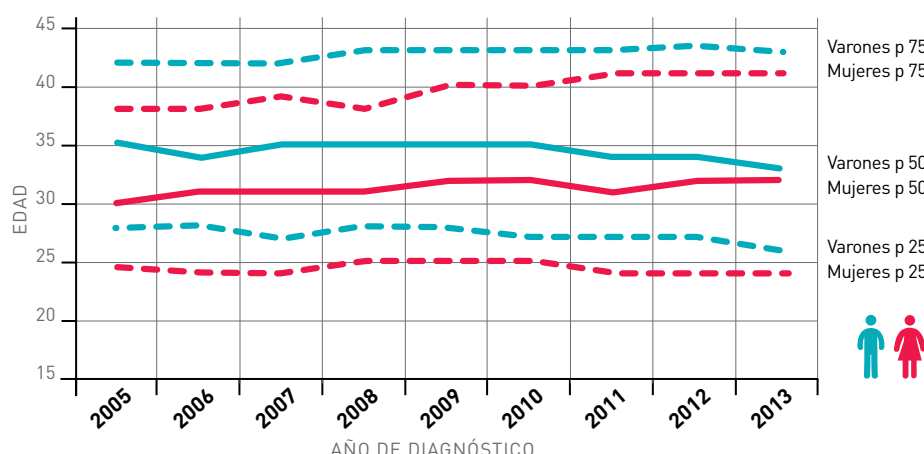
CABA es el distrito con la razón más alta (3,4), seguido de Tucumán (3,1), Mendoza (2,6) y Córdoba (2,4). Los valores más bajos se presentan en Misiones y Chubut (1,2).

Si se toma en consideración aquellos diagnósticos informados por el SIVILA que no fueron reportados por ficha de notificación epidemiológica específica, la razón hombre/mujer sube ligeramente en Misiones, Formosa, Entre Ríos y Santa Fe. Misiones es el único caso en que se modifica la tendencia al

incluir los diagnósticos de laboratorio, debido a que han disminuido las notificaciones realizadas mediante fichas epidemiológicas.

En las regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires con mayor cantidad de habitantes, la razón hombre/mujer viene aumentando. En el período 2011-2013 se ubica entre 1,7 y 1,9, salvo en la región XII (La Matanza) donde es de 1,4 (Tabla 22 del Anexo). En las regiones sanitarias la razón hombre/mujer no varía si se incorporan los diagnósticos de laboratorio no informados por ficha epidemiológica.

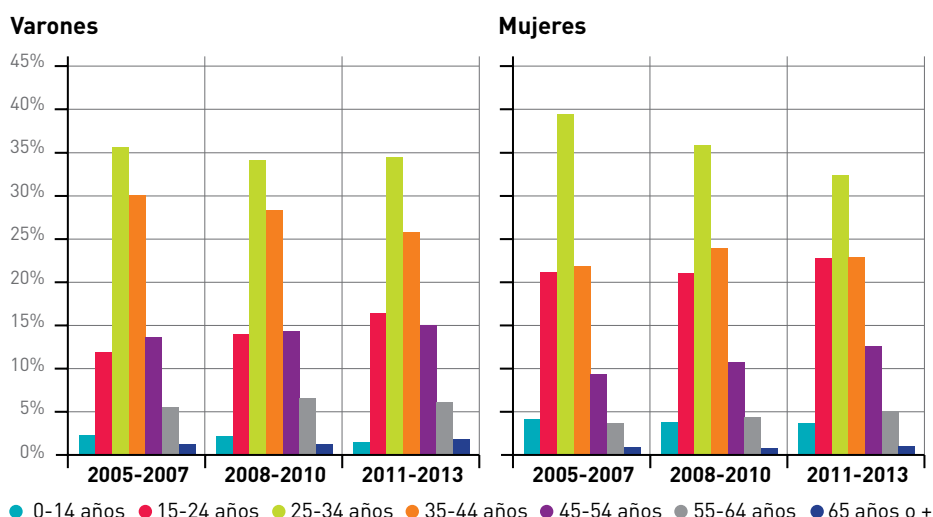
Gráfico 17. Evolución de la edad de diagnóstico de VIH según sexo, Argentina (2005-2013)



Edad de diagnóstico

Se observa una reducción de la brecha entre la edad de diagnóstico de varones y la de mujeres, a partir de un ligero descenso en la edad de los primeros y una modificación de igual magnitud –aunque en sentido inverso– entre las mujeres. Así, la diferencia de entre 3 y 4 años que existía a mediados de la década anterior se redujo a 1 o 2 años. Este fenómeno está relacionado con el aumento de los diagnósticos en varones más jóvenes (ver el descenso del percentil 25 en el Gráfico 17) y el aumento de las mujeres de más edad (ver el percentil 75 de las mujeres en el mismo gráfico).

Gráfico 18. Evolución de la edad de diagnóstico de VIH según sexo, Argentina (2005-2013)



Se registra un leve ascenso de la proporción de diagnósticos entre varones de 15 a 24 años y de 45 a 54 en detrimento de quienes tienen entre 35 y 44 años. Entre las mujeres, el aumento proporcional se observa en los grupos de 45 años o más, en detrimento de quienes tienen entre 25 y 34 años (Gráfico 18). En el trienio 2011-2013, los jóvenes de 15 a 24 años representaban el 16% de los varones y el 23% de las mujeres. Cabe aclarar que el aumento no se debe sólo a un incremento en la cantidad de diagnósticos en esas edades, sino también al descenso en los segmentos siguientes. A su vez, los diagnósticos en

personas de 45 años o más representaban el 22% de los varones y el 19% de las mujeres en ese mismo trienio.

En el Gráfico 19 se observa un achatamiento del área central de la pirámide en los últimos dos años, así como un aumento de los grupos de mayor edad. También se redujo la proporción de diagnósticos en niños de 0 a 14 años, y se observa un leve aumento en los diagnósticos de adolescentes y jóvenes entre 15 y 24 años, especialmente para los varones.

A nivel regional (Tabla 23 del Anexo), si se compara el período 2008-2010 con el 2011-2013 se observa un descenso en la edad de los varones diagnosticados. Este descenso de entre uno y dos años aparece en general, a excepción de la CABA y Cuyo, donde la edad se mantiene constante. Entre las mujeres, la edad ha aumentado en igual medida en todas las regiones, salvo en Patagonia y Centro, donde se ha mantenido estable. Para el período 2011-2013, los valores más bajos entre varones se presentan en el NOA (31) y entre mujeres en el NEA (29,5), mientras que los valores más altos se registran en el GBA –donde la mediana de edad es de 35 años para los varones y 33,5 para las mujeres.

A nivel jurisdiccional (Tabla 24 del Anexo) se observan importantes cambios al compararse los trienios 2008-2010 y 2011-2013. En los varones, en Formosa la mediana de edad de diagnóstico cae de 36 a 31,5 años; en Misiones, de 37 a 34, y en Tierra del Fuego, de 35 a 30 años. En las mujeres, en Neuquén cae de 34 a 30 años y en Tierra del Fuego, de 37 a 32. A su vez, para este sexo sube en Formosa de 27 a 30 años; en La Pampa de 25,5 a 34, y en la Rioja de 28 a 32. Si se incluye la información de laboratorio aumentando la base de análisis, en Catamarca desciende de 34 a 30 años la mediana de edad de diagnóstico de los varones en el mismo lapso.

En el período 2011-2013, Catamarca y Tierra del Fuego tienen los valores más bajos entre varones (30 años), y La Pampa y Santa Fe los valores más elevados (37,5 y 36, respectivamente). Entre Ríos, Salta y Catamarca muestran a su vez los valores más bajos en las mujeres (28 años la primera provincia y 29 las dos últimas), mientras que los valores más elevados se encuentran en La Pampa (34 años), seguida de Buenos Aires, CABA y Mendoza (33 años).

La diferencia de edad más importante entre varones y mujeres se encuentra tanto en Santa Fe como en Chubut, y es de 5 años; mientras que en Tucumán, Buenos Aires y CABA la mediana de edad entre los varones es sólo un año más que la de las mujeres. Cabe aclarar que la única provincia donde la mediana de edad de diagnóstico en mujeres es mayor que en varones es Tierra del Fuego.

En la Tabla 25 del Anexo se presenta la mediana de edad de diagnóstico en las regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires. Las principales modificaciones registradas son el aumento de la edad de diagnóstico de las mujeres en las regiones sanitarias que integran el GBA.

Gráfico 19. Comparación de la estructura por sexo y edad de los diagnósticos de VIH, Argentina

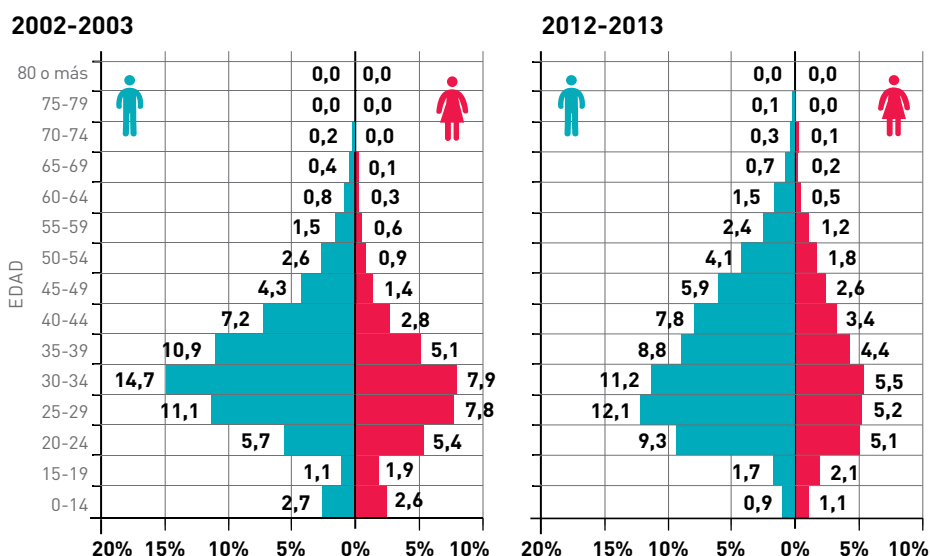
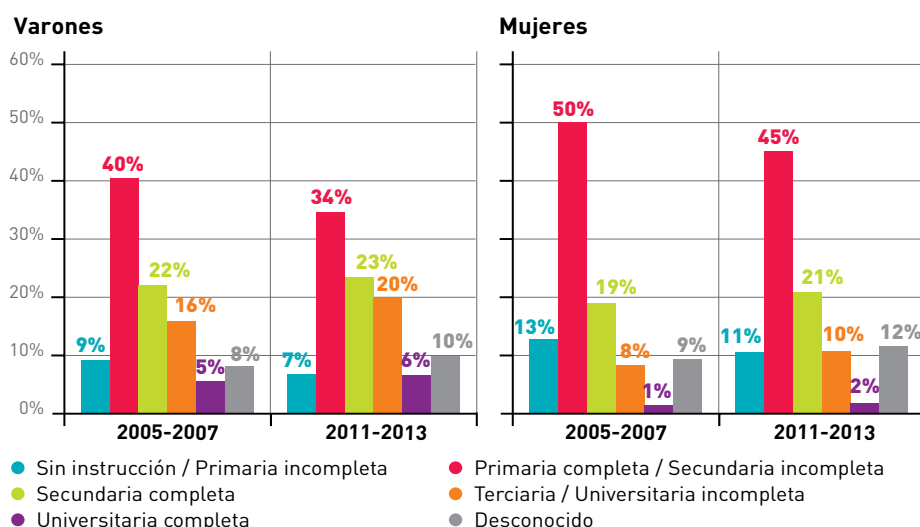


Gráfico 20. Máximo nivel de instrucción alcanzado por personas de 19 años o más con diagnóstico de VIH según sexo, Argentina.



Máximo nivel de instrucción alcanzado en personas de 19 años o más

El análisis de la evolución del nivel educativo alcanzado por las personas con diagnóstico de VIH arroja para ambos sexos un aumento en los últimos años. En la comparación de los trienios 2005-2007 y 2011-2013, los varones que al menos completaron la educación media pasaron del 43 al 49%, y las mujeres del 28 al 33%. La reducción de diagnósticos entre quienes tienen educación secundaria incompleta o menos es absorbida por quienes lograron completar la educación secundaria o iniciaron una formación superior sin llegar a obtener un título terciario o universitario. Estos últimos representaron el 6% de los diagnósticos en varones y el 2% en mujeres (Gráfico 20).

La diferencia entre varones y mujeres se debe a un mayor nivel de instrucción entre los hombres que tienen sexo con otros hombres, lo cual eleva el promedio en ese sexo. Si se excluye a este grupo –que representa un tercio de los diagnósticos entre varones– la diferencia se desvanece. En el Gráfico 21 se presenta el máximo nivel de instrucción para ambos sexos según la vía de transmisión. En los tres grupos creados se aprecia a lo largo del tiempo un aumento del nivel de escolaridad, pero no hay diferencia entre varones y mujeres infectados durante relaciones heterosexuales desprotegidas. En el período 2011-2013, el 57% de los diagnosticados no había llegado a terminar la educación media, mientras que esta situación sucedía sólo en el 25% de los hombres que tenían sexo con otros hombres.

Gráfico 21. Máximo nivel de instrucción alcanzado por personas de 19 años o más con diagnóstico de VIH según sexo y vías de transmisión seleccionadas, Argentina (2005-2013)

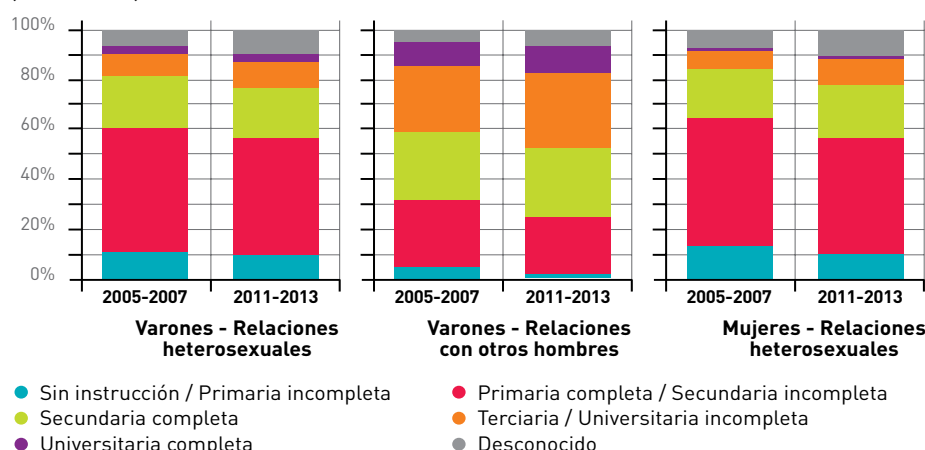
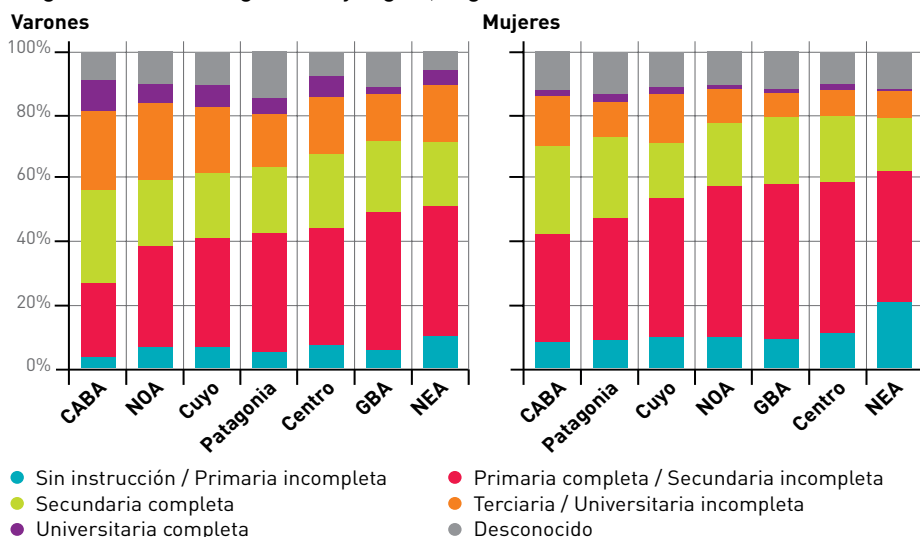


Gráfico 22. Máximo nivel de instrucción alcanzado por personas de 19 años o más con diagnóstico de VIH según sexo y región, Argentina (2011-2013)



Para el período 2011-2013, CABA presenta el mejor nivel de instrucción tanto en varones como en mujeres, mientras que el NEA presenta el más bajo (Gráfico 22).

En prácticamente todas las regiones del país las mujeres diagnosticadas tienen un menor nivel de instrucción que los varones, y en casi todo el país se verifica un aumento en los últimos años, con excepción del NEA –donde las mujeres tienen mayor nivel de instrucción que los varones y la tendencia entre ellas es inversa. Esta situación podría ser producida por un retraso en la notificación de esta región que no logra ser compensada por los diagnósticos de laboratorio –como para el caso de otras variables– ya que en estos no se releva ese indicador (Tabla 26 del Anexo). En la Tabla 27 del Anexo se presenta esta información a nivel jurisdiccional.

Vías de transmisión

Entre los varones se ha consolidado una reducción en la proporción de quienes se habrían infectado al compartir material para el consumo de drogas inyectables –razón por la cual en el período 2011-2013 el 90% de las infecciones, tanto en varones como en mujeres, tienen como vía de transmisión las relaciones sexuales desprotegidas (Gráfico 23). El 47% de los varones contrajo el virus durante una relación sexual con una mujer y el 43%, con otro varón. Si no se tiene en cuenta el 8% de personas con vía de transmisión desconocida, la vía sexual se relaciona con la infección en el 98% de los varones y el 97% de las mujeres.

El 1,2% (117) de los varones y el 3,1% (148) de las mujeres diagnosticadas en ese período corresponden a casos de transmisión vertical. Estos diagnósticos incluyen tanto a personas infectadas durante el mismo período como a quienes fueran diagnosticados en ese trienio habiéndose infectado en años previos (pág. 38).

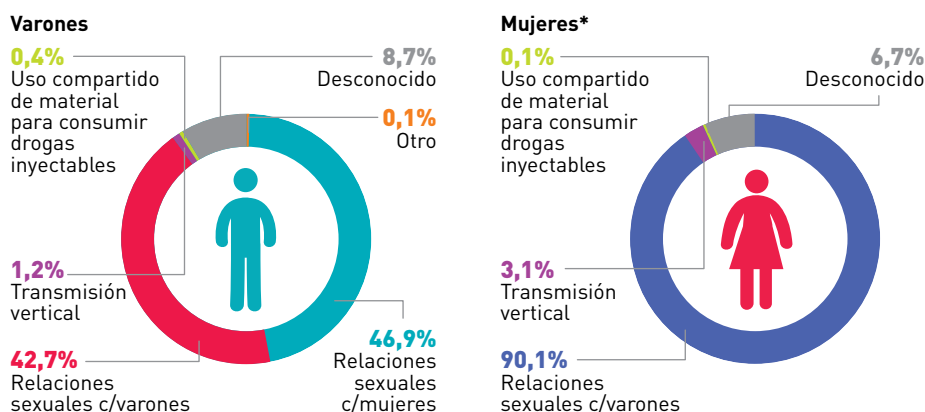
En todas las regiones se registra un aumento de la proporción de diagnósti-

cos entre hombres que tienen sexo con hombres. En CABA, NOA y Cuyo constituye la principal vía de transmisión entre los varones diagnosticados entre los años 2011-2013 (Gráfico 24).

En la Tabla 28 del Anexo se presenta la vía de transmisión por jurisdicción y en la Tabla 29 por región sanitaria de la provincia de Buenos Aires.

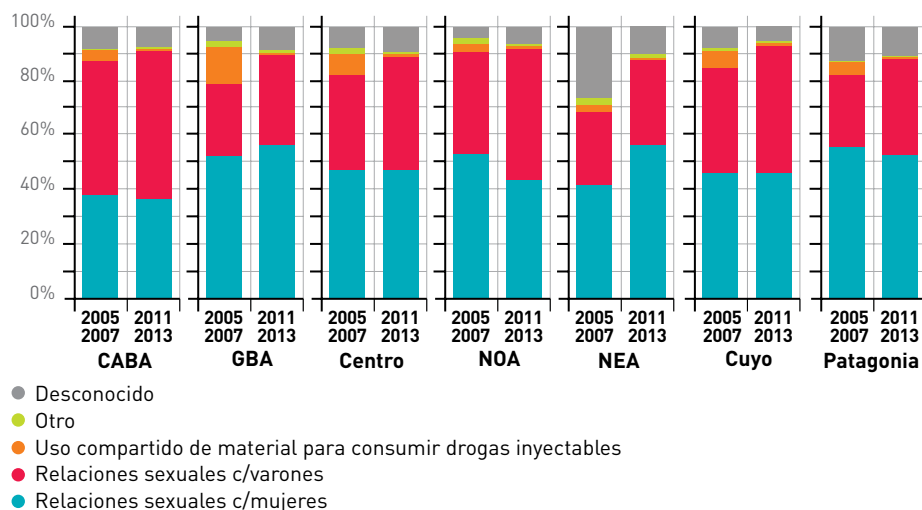
En el Gráfico 25 (de la página siguiente) se observa que a medida que aumenta la edad prevalece la vía

Gráfico 23. Vías de transmisión de VIH según sexo, Argentina (2011-2013)



* En este gráfico se han excluido dos casos de infecciones por derivados de sangre ya que representaba el 0,04% y no era posible reflejarlo en el gráfico.

Gráfico 24. Evolución de las vías de transmisión de VIH en varones según región, Argentina (2005-2013)





de transmisión heterosexual entre los varones. También que la tendencia al aumento de las transmisiones durante relaciones desprotegidas con varones se consolida en el grupo de 15 a 24 años.

Hasta los 34 años la principal vía de transmisión entre los varones es el sexo desprotegido con otros hombres. Sin embargo, hay numerosos distritos en los que esa vía de transmisión prevalece en los diagnósticos de va-

rones hasta los 50 años; es el caso de CABA, Córdoba, Mendoza, Santa Cruz, Tucumán y Tierra del Fuego, entre otras jurisdicciones.

En la Tabla 1 se detallan los casos de infección para algunas vías de transmisión no prevalentes. Entre 2005 y 2013 se han reportado dos casos de infecciones en personas hemofílicas, 67 en personas transfundidas, 1.195 casos de transmisión vertical y 16 de accidentes laborales. ■

Gráfico 25. Vía de transmisión del VIH en varones en grupos de edad seleccionados, Argentina (2005-2013)

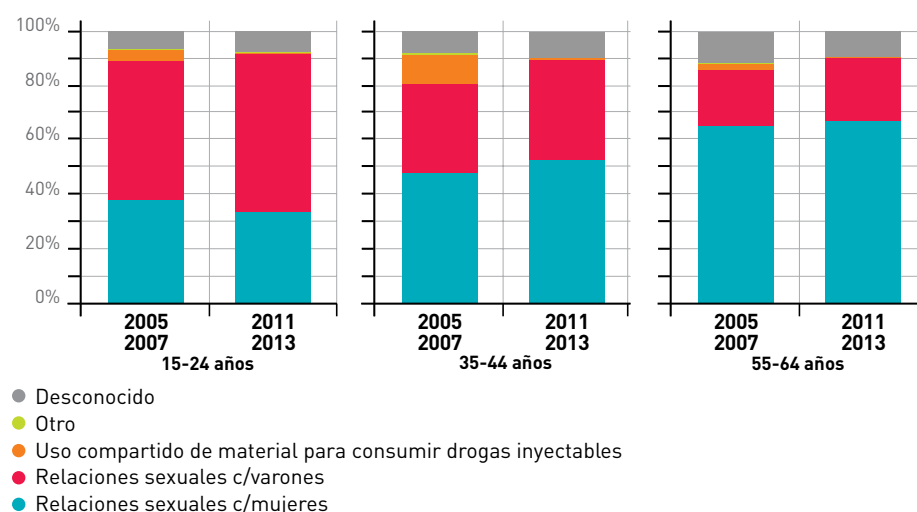


Tabla 1. Casos de infección por VIH en vías de transmisión seleccionadas según año de diagnóstico, Argentina (2005-2013)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Hemofílico	0	1	0	1	0	1	0	0	0
Transfusión	12	21	10	12	6	1	3	2	0
TV	183	145	155	156	162	129	107	74	84
Accidente laboral	3	2	0	5	4	0	2	0	0

Diagnóstico tardío de infección por VIH

El momento del proceso de infección por VIH en que tiene lugar el diagnóstico es importante pues incidirá en la calidad de vida posterior y posibilita o no la ocurrencia de complicaciones que puedan comprometer la vida de las personas afectadas. La probabilidad de tener un diagnóstico oportuno –en una etapa temprana, próxima al momento de la infección– o tardío –en una etapa avanzada de la infección–, está relacionado con diversos factores que vulnerabilizan a las personas. Es propósito de la vigilancia epidemiológica identificar esos factores para poder actuar sobre ellos.

Es importante subrayar que una de las dimensiones de los procesos de vulnerabilización es la relacionada con las condiciones de acceso a los servicios y recursos de prevención, diagnóstico y cuidado de la salud. De allí que el diagnóstico oportuno/tardío también refleje la efectividad de las distintas políticas orientadas a promover el diagnóstico y a facilitar el acceso a los servicios de salud.

En la Argentina, el porcentaje de diagnósticos tardíos, la contracara del diagnóstico oportuno, históricamente se ha medido considerando la cantidad de personas que acceden a un diagnóstico por presentar alguna enfermedad marcadora de sida o que la desarrollan dentro de los 12 meses siguientes, sobre el total de personas diagnosticadas en el mismo período.

Si bien esta forma de medición ha sido muy útil hasta ahora, el indicador está afectado por la subnotificación de casos de enfermedades marcadoras de sida que surgen poco tiempo después del diagnóstico. Además, no es sensible a aquellos diagnósticos que tienen lugar en estadios avanzados de la infección pero que aún no se han manifestado en alguna de las enfermedades definidoras de caso de sida, pero sí a través de otros procesos de enfermedad vinculados con el deterioro inmunológico.

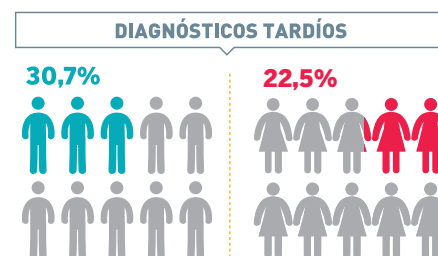
Por este motivo, en la última actualización de la ficha epidemiológica realizada en 2012 se incluyeron dos variables específicas para medir el diagnóstico tardío, una clínica y otra de laboratorio. La primera es la situación clínica al momento del diagnóstico, cuyas categorías son síndrome retroviral agudo, infección asintomática, infección sintomática sin criterio de sida, y sida siendo la otra el recuento de linfocitos T-CD4 más próximo al diagnóstico.

Al cierre de la base de datos para este boletín, se han reportado a través de los distintos sistemas de información 10.831 diagnósticos de VIH producidos entre 2012 y 2013, de los cuales se recibieron 8.656 notificaciones epidemiológicas. La diferencia corresponde a determinaciones de laboratorio confirmatorias de infección pero que aún no han sido notificadas en la ficha específica de casos por lo cual no se cuenta con los dos indicadores de medición del diagnóstico tardío mencionados. Del total de las personas efectivamente notificadas, 6.252 (72%) tienen información sobre la situación clínica al momento del diagnóstico y 1.235 (14%) información sobre el nivel de CD4 más próximo a ese momento. Esta disparidad lleva a que el análisis del indicador clínico pueda ser tratado a nivel subregional, en tanto que el indicador de laboratorio sólo pueda serlo a nivel nacional.

Dado que aún no se cuenta con datos anteriores a 2012 de los dos nuevos indicadores, para estudiar tendencias se considera la presencia de enfermedades marcadoras de sida, sin considerar los diagnósticos en estadios sintomáticos sin criterio de sida, tal como se venía haciendo en los boletines anteriores.

Estadio clínico al momento del diagnóstico

En los últimos 10 años, la proporción de personas diagnosticadas tardíamente, medida por la presencia de enfermedad



marcadora de sida al momento del diagnóstico o durante el transcurso del año siguiente, se ha mantenido estable con pocas variaciones en aproximadamente el 25% de los varones y el 15% de las mujeres (Gráfico 26), con un pico de 26,8% en los primeros en 2005 y de 16,8% en 2010 en las últimas.

A partir de la información recogida en la nueva ficha epidemiológica, se observa que el estadio clínico sida de las personas diagnosticadas entre 2012-2013 arroja valores un poco menores, especialmente para los varones: el 19,5% de los varones y el 13,4% de las mujeres. No obstante, cuando se incluye el estadio de la categoría sin criterio de sida, la novedad que introduce este indicador es que los diagnósticos tardíos alcanzan al 30,7% de los varones y al 22,5% de las mujeres. Es decir, en ambos sexos se presentan alrededor de un 10% de personas con entidades relacionadas con el deterioro inmunológico aunque no marcadoras de sida.

En contrapartida, cabe destacar que el 2,8% de los varones y el 1,9% de las mujeres se diagnosticaron con un síndrome retroviral agudo, lo que significa

que el diagnóstico se realizó poco tiempo después de haber contraído la infección (Gráfico 27).

Si bien la información sobre el nivel de CD4 más próximo al diagnóstico está consignada en menor cantidad de notificaciones, su distribución es consistente con la información sobre el estadio clínico. La mediana de CD4 de los diagnósticos asintomáticos es de 354 en varones y de 421 en mujeres, mientras que en el caso de los diagnósticos con enfermedades marcadoras de sida es de 50 CD4 para los varones y 36 CD4 para las mujeres. Asimismo, en los diagnósticos sintomáticos sin criterio de sida es de 248 CD4 para los varones y 188 CD4 para las mujeres, en ambos casos denotando una infección avanzada (Tabla 2).

El 34% de los varones y el 32% de las mujeres tiene menos de 200 CD4 al momento del diagnóstico, el 59 y el 49% menos de 350 CD4 y el 77 y el 69% menos de 500 CD4, situación que determina que, según las normas vigentes en Argentina en 2014, al menos el 75% de las personas deberían iniciar un tratamiento con antirretrovirales apenas

Gráfico 26. Evolución de los diagnósticos tardíos de VIH definidos por presencia de enfermedad marcadora de sida según sexo, Argentina (2003-2012)

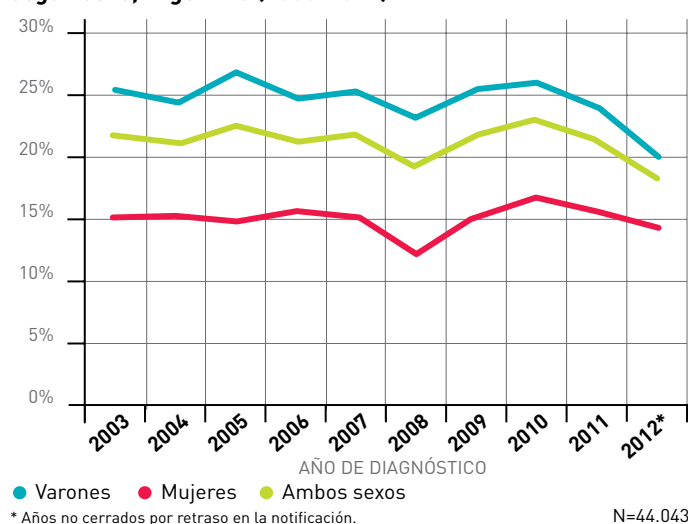
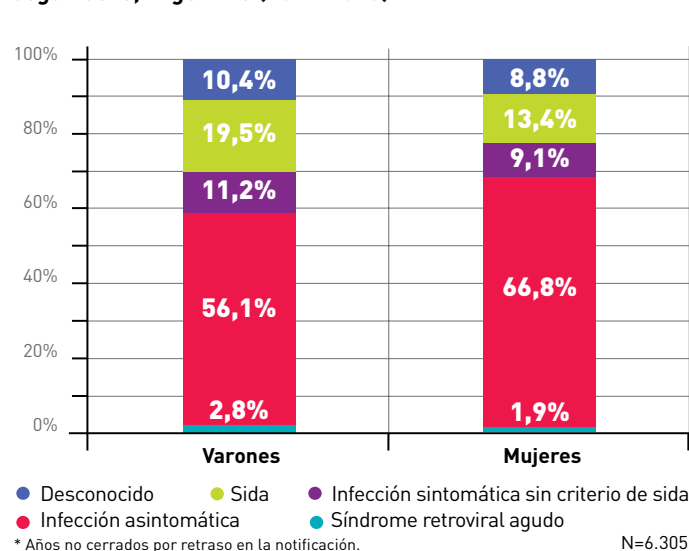


Gráfico 27. Estadio clínico al momento del diagnóstico de VIH según sexo, Argentina (2012-2013)*



conocen su diagnóstico al estar por debajo de 500 CD4 (Gráfico 28).

El diagnóstico tardío medido a partir de enfermedades marcadoras de sida para cada grupo de edad y sexo no presenta variaciones importantes a lo largo de la última década. En el Gráfico 29 se observa la distribución del estadio clínico de los diagnósticos ocurridos en 2012-2013. A medida que aumenta

Gráfico 28. Proporción de nuevos diagnósticos de infección por VIH según nivel de CD4 por sexo, Argentina (2012-2013)*

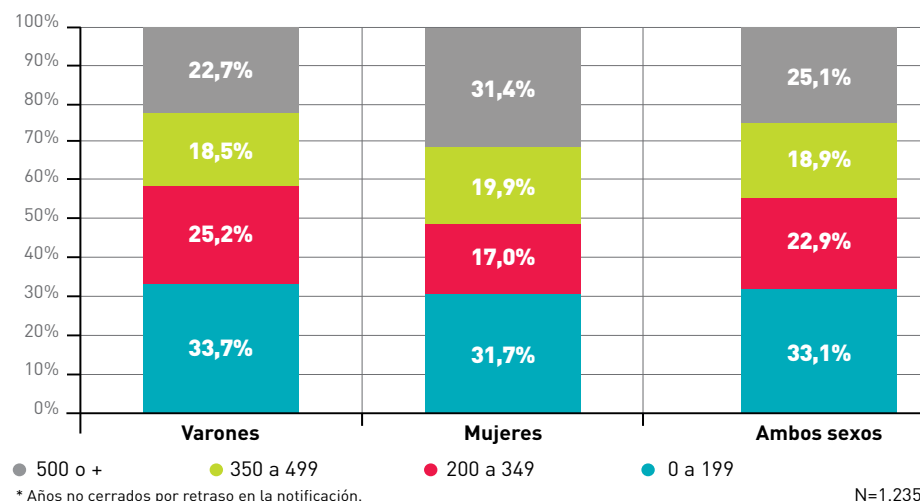
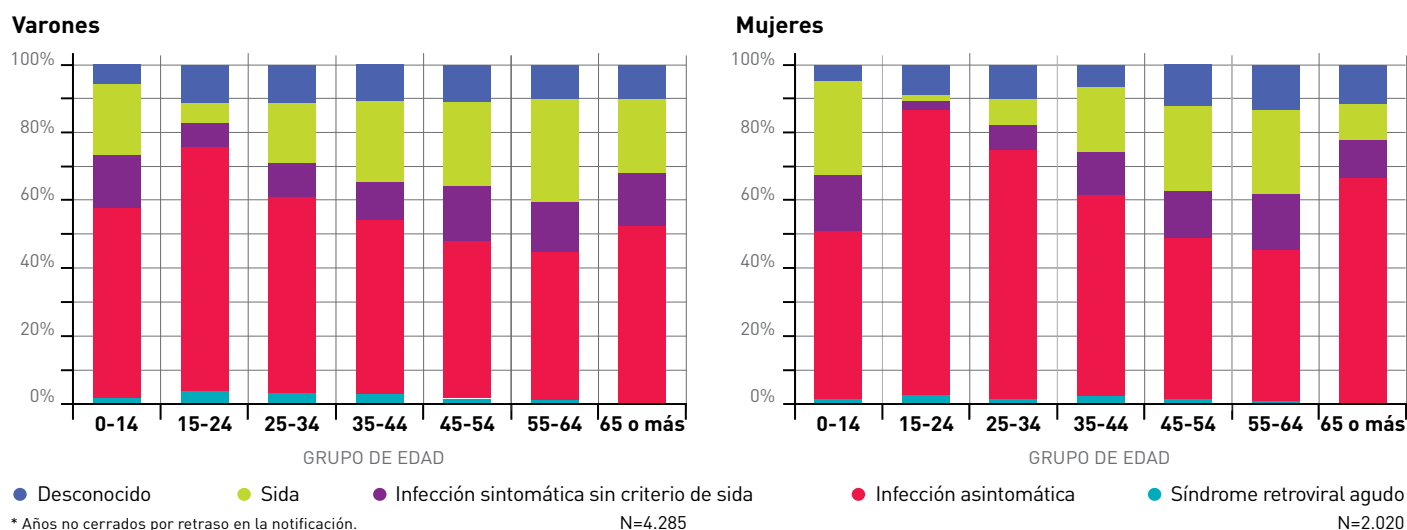


Tabla 2. Distribución del CD4 al momento del diagnóstico de VIH según estadio clínico y sexo, Argentina (2012-2013)

	Recuento	Percentil 25	Mediana	Percentil 75
Varones				
Síndrome retroviral agudo	20	327	412	658
Infección asintomática	409	217	354	510
Infección sintomática sin criterio de sida	79	123	248	379
Sida	115	13	50	130
Desconocido	61	-	-	-
Total	684	127,5	296	467
Mujeres				
Síndrome retroviral agudo	8	508	633	701
Infección asintomática	187	257	421	629
Infección sintomática sin criterio de sida	22	110	187,5	343
Sida	38	16	35,5	101
Desconocido	10	-	-	-
Total	265	135	357	584

N = 949

Gráfico 29. Estadio clínico al momento de diagnóstico de VIH según sexo y grupo de edad, Argentina (2012-2013)*



la edad, lo hace también la proporción de personas con diagnóstico en estadio sida, salvo en los menores de 15 años y en los mayores de 65. El diagnóstico es más temprano en las mujeres de 15 a 44 años y en las de 65 años o más.

En el grupo de 0 a 14 años, el diagnóstico en estadio sida afecta más a las mujeres (27,9%) que a los varones (21,1%) y es el más alto de todos los grupos de edad en las primeras. Si se le agrega el estadio sintomático sin criterio de sida, alcanza al 44,1% de ellas contra el 36,9% de los varones.

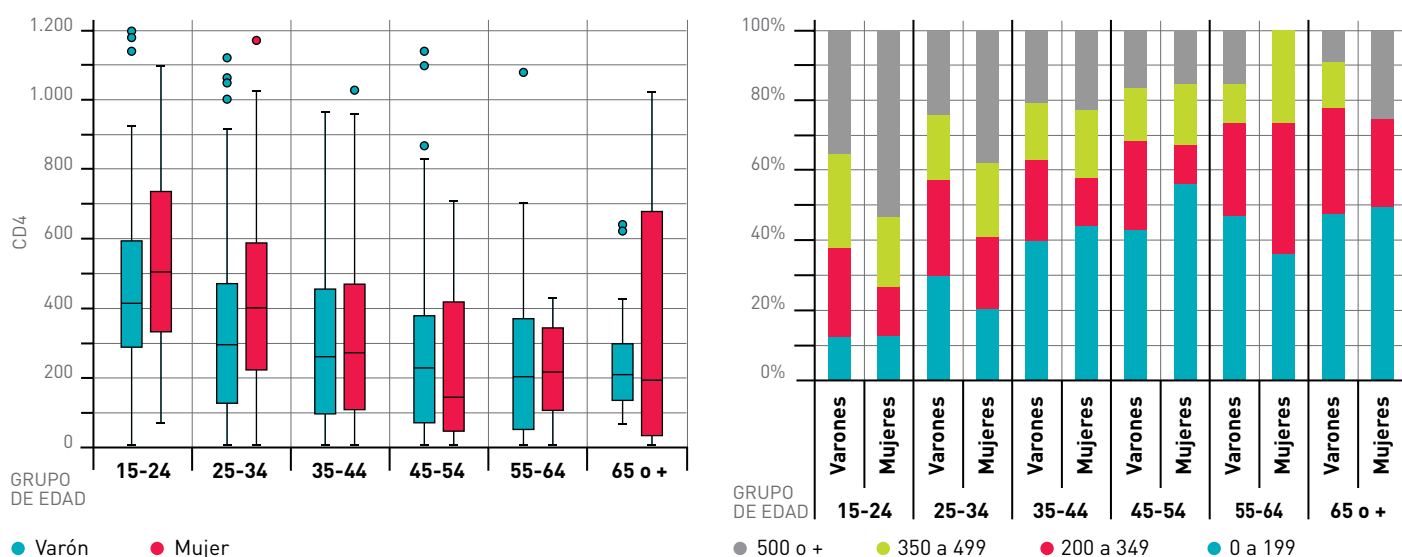
Salvo ese grupo, el más afectado por los diagnósticos con sida en los varones es el de 55 a 64 años: el 30,3% son diagnosticados en estadio sida y otro 14,7% con síntomas no definidores de sida. A su vez, un cuarto de las mujeres en los grupos de 45 a 54 años y de 55 a 64 años se diagnostican con sida (25,0% y 25,5%, respectivamente) y el 13,8% del primer grupo y el 16,4% del segundo, con síntomas pero sin criterio de sida.

El valor de CD4 al momento del diagnóstico de VIH se va reduciendo a

medida que aumenta la edad en ambos sexos. Mientras que la mediana se ubica en 417 para los varones y 506 para las mujeres de 15 a 24 años, en los mayores de 65 años es de 214 entre los varones y 196 entre las mujeres. En los primeros grupos el descenso es más evidente, pero luego, sin desaparecer, se va atenuando. Como se aprecia en el Gráfico 30, a partir de los 44 años no existe cambios entre los varones y hay un aumento ligero en las mujeres. En las mujeres de 45 a 54 años se observa la mediana de CD4 más bajo (146), único grupo (sin considerar las cuatro mujeres de 65 años o más) en que el nivel de este indicador se presenta más bajo en las mujeres que en los varones.

Con estos valores, salvo entre los varones de 15 a 24 años y las mujeres de 15 a 34 años, el resto de los grupos tiene al menos el 50% de las personas por debajo de 350 CD4 y el 75% por debajo de 500 CD4 en el momento del diagnóstico. En el caso de las mujeres de 55 a 64 años (19 casos), todas están por debajo de 500 CD4 en el momento del diagnóstico (Gráfico 30).

Gráfico 30. Valor de CD4 al momento de diagnóstico de VIH por sexo y grupo de edad, Argentina (2012-2013)* **



N=1.222

El “gráfico de caja y bigotes” permite observar dispersión y simetría. Dentro de cada caja se encuentran los valores entre el percentil 25 y 75 (límite inferior y superior de la caja, respectivamente) de cada categoría y la mediana está representada por la línea negra. Las líneas que se prolongan de las cajas se las conoce como “bigotes” y sus extremos representan los valores mínimo (bigote inferior) y máximos (bigote superior). Los puntos fuera de ellos son considerados valores atípicos.

El porcentaje de personas con estadio clínico sida al momento del diagnóstico por región (Gráfico 31) presenta marcadas diferencias: CABA, Cuyo y Patagonia tienen valores de entre 11,1 y 13,4%, y el GBA, NEA, NOA y Centro entre 19,6 y 20,5%. Al analizar la información por sexo en NEA, el 24,5% de los varones son diagnosticados con sida, proporción que alcanza el 42,4% si se incluyen los diagnósticos sintomáticos sin criterio de sida. En las mujeres, el Centro es la región con mayor diagnóstico tardío con un 17% de diagnósticos de sida. Sin embargo, si a estos se les agrega los diagnósticos sintomáticos sin criterio de

sida el valor asciende a 24,2%; menor que en el NOA para ambas categorías donde el 27,4% de los diagnósticos de las mujeres son tardíos.

En el Gráfico 32 se describe el estadio clínico al momento del diagnóstico según provincias ordenadas en función de las dos categorías que suponen un

Gráfico 31. Estadio clínico al momento del diagnóstico de VIH según sexo y región, Argentina (2012-2013)*

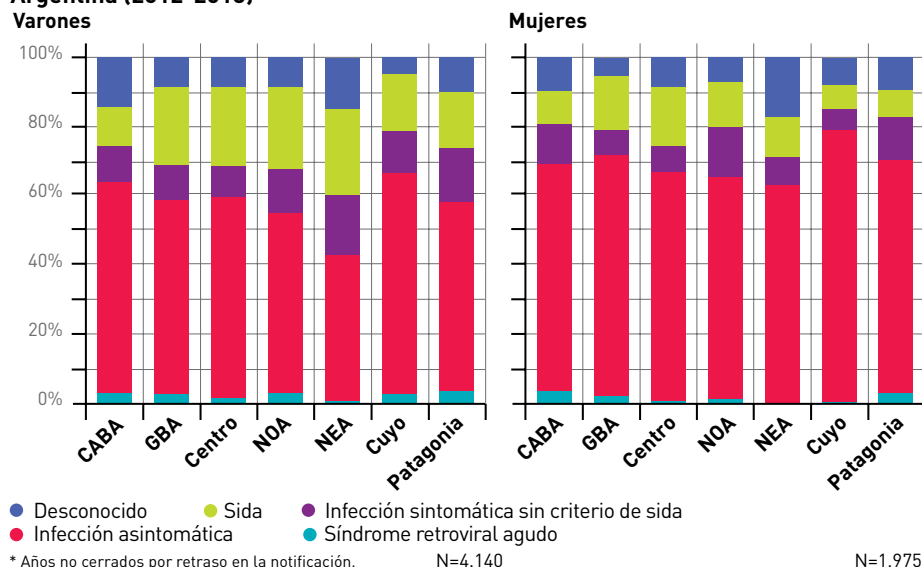
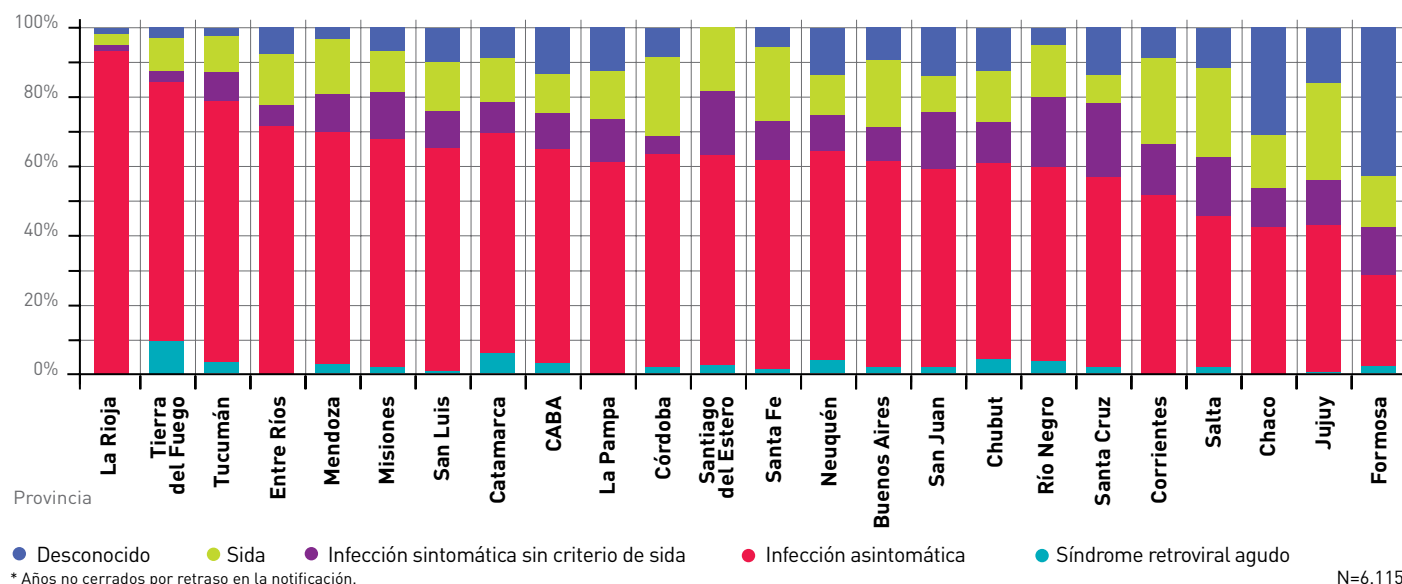


Gráfico 32. Estadio clínico al momento del diagnóstico de VIH por provincia, Argentina (2012-2013)*



diagnóstico oportuno: síndrome retroviral agudo e infección asintomática. Dos provincias, Chaco y Formosa, presentan más del 30% de las notificaciones sin información por lo que su lugar en el gráfico debe interpretarse con cautela. Igual cuidado debería tenerse con algunas jurisdicciones que llamativamente tienen más del 93% de personas con diagnóstico oportuno lo que podría deberse a un problema en el registro. Hechas estas salvedades y sin considerar los extremos, vemos que en las 21 jurisdicciones restantes sólo dos provincias, Tucumán y Tierra del Fuego, tienen al menos el 75% de las personas diagnosticadas de modo oportuno, 17 jurisdicciones tienen entre el 75 y el 50% de los diagnósticos en esa condición y en dos provincias del NOA es inferior al 50%.

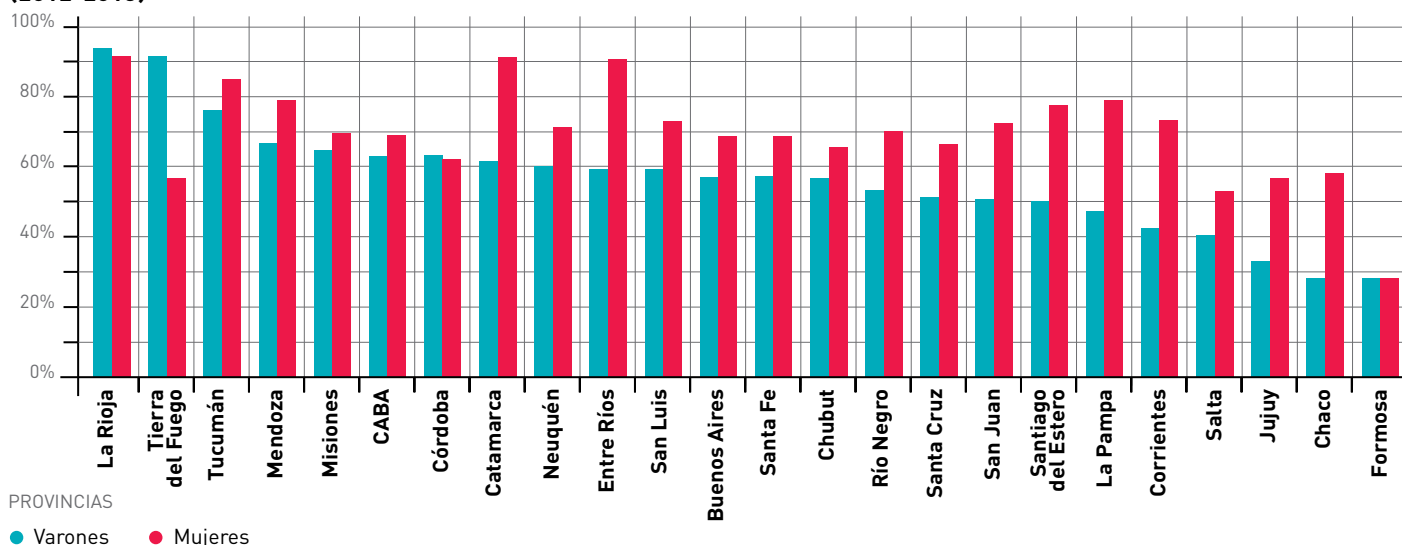
Es importante resaltar que la dispar cantidad de varones y mujeres diagnosticados por jurisdicción hace que al analizar la distribución de este indicador por sexo en algunas el panorama cambia significativamente. En nueve jurisdicciones la diferencia en diagnóstico sintomático (con y sin criterio de sida) entre varones y mujeres no supera el

10%, en ocho es de entre el 10 y el 20%, y en siete es mayor al 20%. En el Gráfico 33 se observa la diferencia entre el diagnóstico oportuno (SRA o asintomático) por sexo. Salvo en Tierra del Fuego y La Rioja, en el resto de las jurisdicciones la situación de las mujeres es mejor o al menos igual que la de los varones.

En la Tabla 30 del Anexo se presenta la distribución de diagnósticos según el estadio clínico por sexo y provincia. Jujuy, Corrientes y Salta presentan diagnósticos con sida en por lo menos el 30% de los varones. Cuando a ello se agrega el sintomático sin criterio de sida, 22 jurisdicciones superan el 20%; 14, el 30%, y 5, el 40%. Cuando se analiza la distribución de dicho estadio en las mujeres según provincia, las escalas se modifican, salvo en Tierra del Fuego y Salta que presentan diagnósticos sintomáticos con y sin criterio de sida superiores al 40%. En la Tabla 31 del Anexo se presenta la información para las regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires.

En el Gráfico 34 (de la página siguiente) se presenta el estadio clínico según

Gráfico 33. Proporción de personas con diagnóstico oportuno de VIH (asintomático o SRA) según sexo y provincia, Argentina [2012-2013]*



N=6.115

el nivel de instrucción alcanzado en personas de 19 años o más. En los varones es clara la tendencia a un diagnóstico más temprano a medida que aumenta el nivel de escolaridad. Mientras que en quienes no completan la educación primaria el diagnóstico en las dos etapas sintomáticas alcanza casi el 47% (11% sin criterio de sida y 36% con sida); entre los de nivel terciario completo o superior se ubica en torno al 18% (8% sin criterio de sida y 10% con sida). En las mujeres se ve una tendencia clara entre las que no tienen estudios (40% de diagnóstico sintomático) hasta el universitario incompleto (14% con diagnóstico sintomático). En las mujeres con universitario completo el diagnóstico tardío alcanza a casi el 20%.

Este indicador se evidencia también en la distribución de CD4 al momento del diagnóstico. A medida que aumenta el nivel de instrucción aumenta el nivel de CD4. Las mujeres tienen mejor CD4 salvo en el grupo de primaria incompleta. Casi el 90% de las personas de ambos sexos que no completaron la educación primaria tienen menos de 500 CD4 y más de la mitad de las mujeres con esta instrucción menos de 200.

En el Gráfico 36 (de la página siguiente) se observa la evolución de los diagnósticos tardíos medidos exclusivamente por presencia de enfermedad marcadora de sida según la vía de transmisión. Allí se observa que las mujeres infectadas por relaciones desprotegidas con varones y los varones que tuvieron sexo desprotegido con otros varones son los diagnosticados de modo más precoz (menos del 20% lo hizo tardíamente en los últimos años). Los varones infectados durante relaciones heterosexuales y las personas de ambos sexos infectadas por transmisión vertical tienen alrededor del 30% de diagnóstico con enfermedad marcadora de sida. Los que se diagnostican más tardíamente son los varones infectados por uso compartido de material

para consumir drogas, aunque cada vez el número absoluto se reduce más.

Al analizar el diagnóstico tardío por estadio clínico al momento del diagnóstico de VIH según la vía de transmisión (Gráfico 37 de la página siguiente) se

Gráfico 34. Estadio clínico al diagnóstico de VIH según máximo nivel de instrucción alcanzado y sexo en personas de 19 años o más, Argentina (2012-2013)*

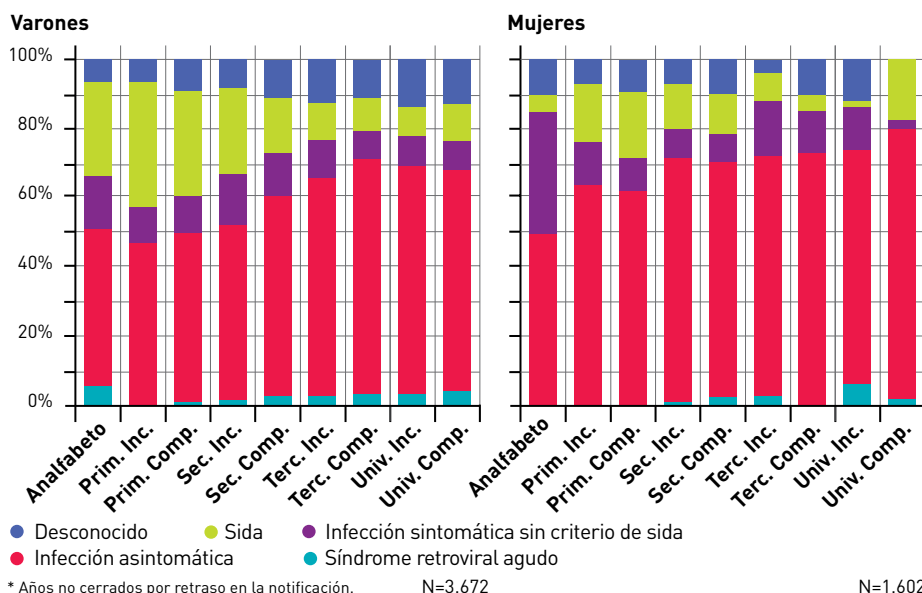
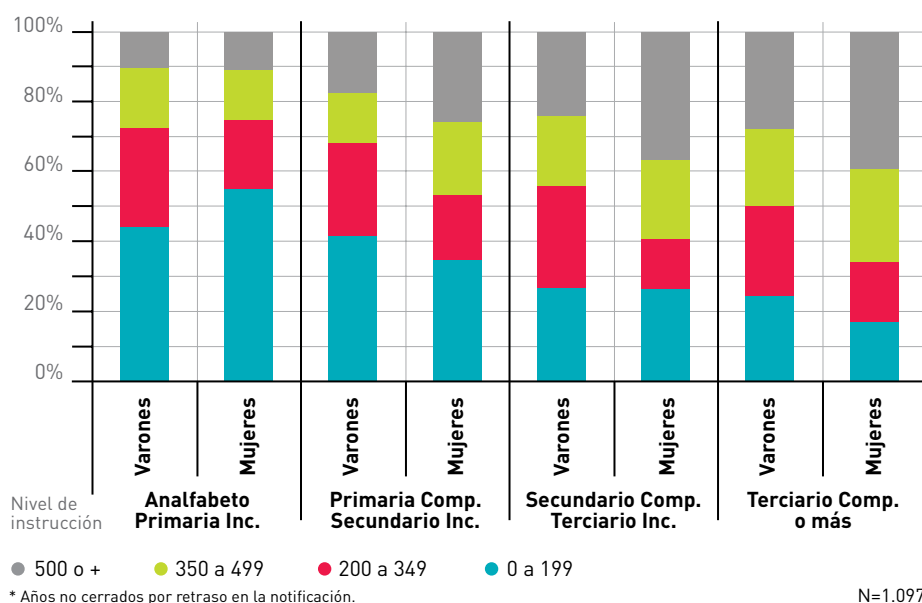


Gráfico 35. Distribución del valor de CD4 al momento de diagnóstico de VIH por nivel de instrucción y sexo en personas de 19 años o más, Argentina (2012-2013)*



aprecia que a los diagnósticos sintomáticos con criterio de sida se le suma alrededor del 10% de diagnósticos sintomáticos sin criterio de sida, aunque en el caso de los de transmisión vertical es un poco más.

Los varones infectados por relaciones sexuales desprotegidas con mujeres tienen una media de CD4 al mo-

mento del diagnóstico de 242 (más del 84% tiene CD4 menor a 500 y el 43% menor a 200); los infectados por relaciones con otros varones, 321, y las mujeres infectadas por relaciones desprotegidas con varones, 372.

Conclusiones

Reducir el diagnóstico tardío sigue siendo uno de los principales desafíos

Gráfico 36. Evolución de los diagnósticos tardíos, medidos por enfermedad marcadora de sida, según vía de transmisión y sexo, Argentina (2003-2012)

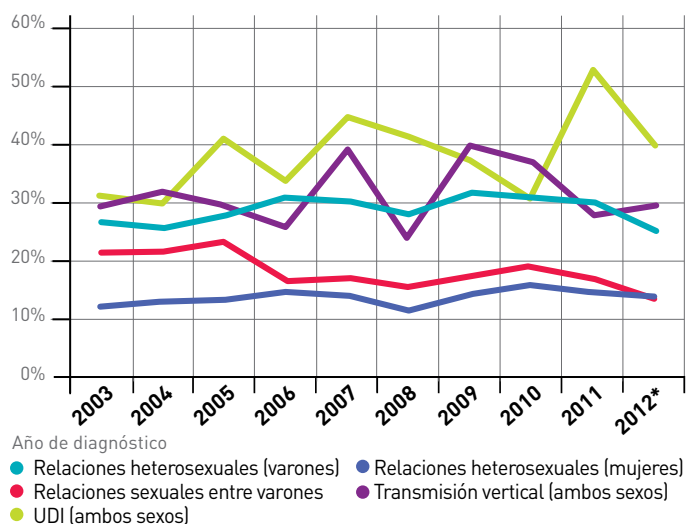


Gráfico 37: Estadio clínico al diagnóstico de VIH según vía de transmisión y sexo, Argentina (2012-2013)*

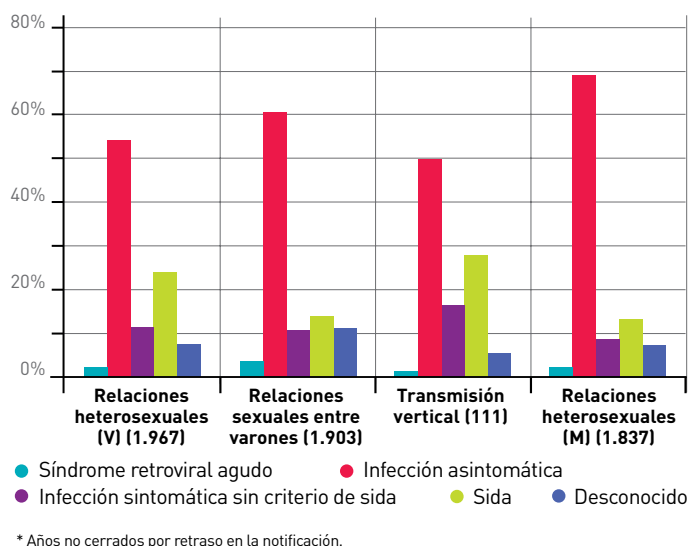
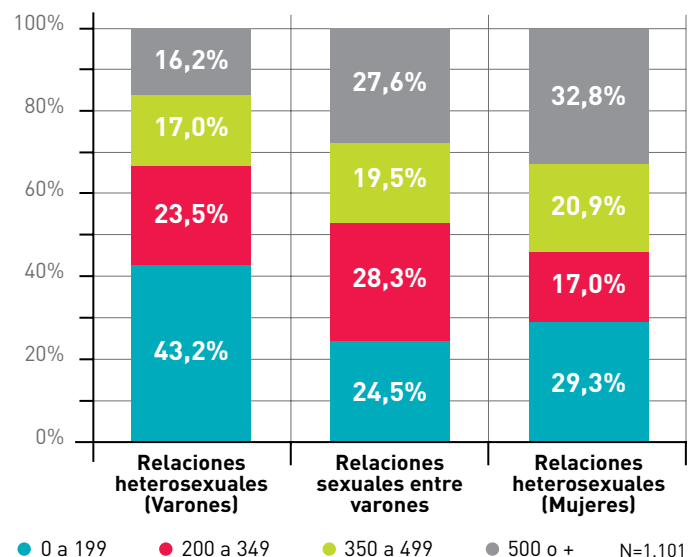
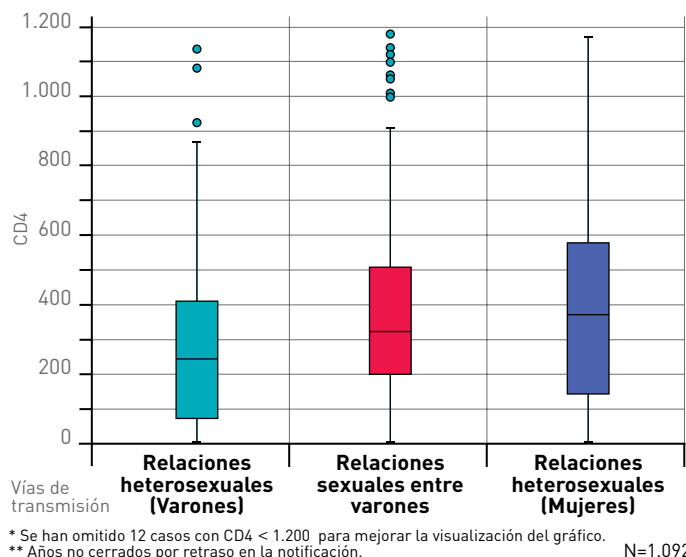


Gráfico 38. Distribución del valor de CD4 al momento del diagnóstico según vías de transmisión seleccionadas, Argentina (2012-2013)* **



que deberá enfrentar el país los próximos años. Hasta ahora, la medición del diagnóstico tardío por presencia de una enfermedad marcadora de sida simultánea al diagnóstico o dentro de los 12 meses posteriores mostró que no se han producido cambios significativos en el último lustro. La introducción de dos variables en la nueva ficha epidemiológica –CD4 y estadio clínico– aumenta la sensibilidad del diagnóstico tardío y permiten visibilizar a un 10% de personas con diagnóstico sintomático pero sin criterio de sida que hasta ahora permanecían inadvertidas.

Durante el bienio 2012-2013, el 30,7% de los varones y el 22,5% de las mujeres fueron diagnosticados a partir de la presencia de una enfermedad marcadora de sida o con algún síntoma relacionado con el deterioro inmunológico. A su vez, un tercio de las personas diagnosticadas tenían un CD4 menor a 200, 56% menos de 350 y el 75% menos de 500 CD4.

El análisis sigue mostrando que los diagnósticos tardíos afectan sobre todo a los varones infectados durante relaciones sexuales desprotegidas con mujeres, así como a las personas con menor nivel de instrucción formal. También aumentan los diagnósticos tardíos con la edad, salvo en el segmento de menores de 15 años en el que un tercio accede al diagnóstico de modo tardío.

En este sentido, la DSyETS viene impulsando diversas estrategias para ampliar el acceso al diagnóstico oportuno del VIH en los distintos niveles de atención que incluyen una oferta ampliada de la prueba, la diversificación de los algoritmos diagnósticos y el uso de las pruebas rápidas. Como se indicó al comienzo de este boletín, el país aspira a lograr que para 2020 el 90% de las personas infectadas conozcan su situación y que el 90% de los diagnósticos se realicen con CD4 superior a 200. ■



Transmisión perinatal del VIH en la Argentina

Gráfico 39. Niños/as infectados por transmisión vertical de VIH según año de nacimiento, Argentina (1981-2011)

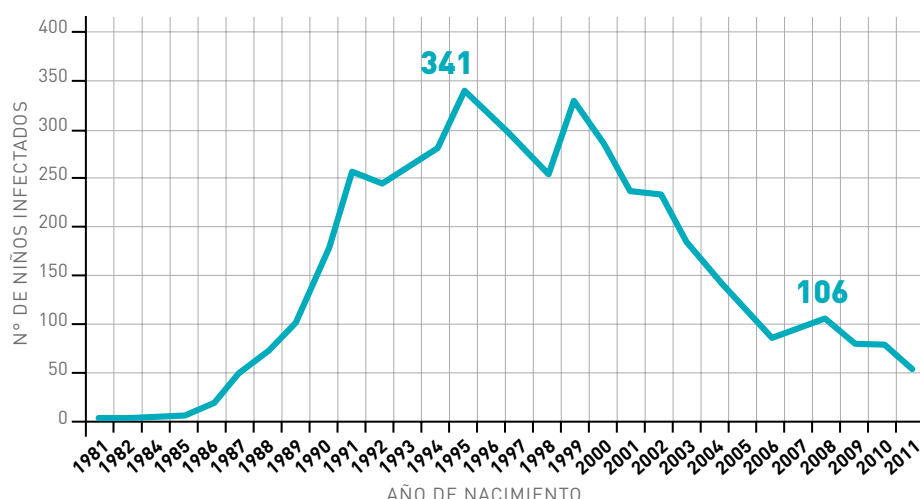


Tabla 3. Distribución de la notificación de partos en mujeres con VIH según provincia notificante (2009-2013)

	2009	2010	2011	2012	2013	Total	Tendencia
Buenos Aires	27	14	21	7	13	82	
CABA	262	236	197	179	155	1.029	
Catamarca	0	0	0	0	6	6	
Chaco	0	9	9	17	21	56	
Chubut	9	6	11	16	22	64	
Córdoba	0	80	54	47	96	277	
Corrientes	17	10	12	15	19	73	
Entre Ríos	0	0	6	6	7	19	
Formosa	0	0	0	0	0	0	
Jujuy	17	25	17	22	25	106	
La Pampa	5	7	3	7	10	32	
La Rioja	0	0	0	1	14	15	
Mendoza	0	25	27	30	35	117	
Misiones	0	33	41	28	13	115	
Neuquén	13	13	10	13	19	68	
Río Negro	0	0	0	5	10	15	
Salta	0	41	10	30	19	100	
San Juan	0	4	15	9	10	38	
San Luis	0	7	2	9	15	33	
Santa Cruz	8	11	14	13	2	48	
Santa Fe	7	64	68	56	16	211	
Santiago del Estero	12	1	1	2	0	16	
Tierra del Fuego	2	3	1	4	8	18	
Tucumán	0	0	0	0	30	30	
Desconocido	0	1	0	0	0	1	
Total del país	379	590	519	516	565	2.569	

El número de niños infectados por transmisión vertical fue disminuyendo progresivamente, desde su pico en el año 1996, gracias a la temprana implementación de estrategias para prevenir este tipo de transmisión en Argentina. No obstante, desde mediados de la década pasada la cantidad de niños infectados se ha estabilizado en alrededor de 100 por año, con una tasa de transmisión vertical que varía entre el 5 y el 6%. En el Gráfico 39 se observa la cantidad de niños notificados infectados por esta vía según el año de nacimiento, los que contabilizan 4.725 entre 1981 y 2011. Debe tenerse en cuenta que la visible disminución en los últimos años del gráfico se debe al diagnóstico tardío, a la subnotificación y al retraso en la notificación.

Actualmente la vigilancia de la transmisión vertical de VIH tiene tres componentes. A la vigilancia de casos diagnosticados, se suma, por un lado, el seguimiento de los embarazos y partos de mujeres con VIH para monitorear la implementación de las estrategias para prevenir la transmisión vertical y, por el otro, las pruebas diagnósticas de los niños expuestos para estimar la tasa de transmisión vertical.

En relación con el seguimiento de partos de mujeres con VIH, desde 2009, la DSyETS inició un proceso de sistematización de la información mediante una ficha de notificación específica. Esta herramienta permite conocer las características epidemiológicas de estas mujeres, el momento del diagnóstico y el tipo de profilaxis que reciben. El número total de notificaciones de partos de mujeres con VIH desde 2009 a 2013 fue de 2.569 (Tabla 3).

El Gráfico 40 muestra que el 47% de las mujeres durante los años 2009-2013 comenzaron su embarazo con diagnóstico de VIH previo, el 35% obtuvo su diagnóstico en el embarazo en curso, el

3% durante el parto y otro 3% durante el puerperio inmediato. En el caso de las mujeres diagnosticadas durante este embarazo, la ficha no permite discernir el trimestre en que obtuvieron una prueba positiva, dato relevante ya que un estudio de vigilancia intensificada durante 2013 mostró que una proporción significativa de los niños infectados ese año podría haber contraído el virus a raíz de que sus madres fueron diagnosticadas tardíamente durante el embarazo.

En el Gráfico 41 se evidencian ligeras oscilaciones en los tres componentes de la profilaxis para la prevención de la transmisión vertical. En 2013 el 87% de las mujeres recibieron profilaxis durante el embarazo, el 91% durante el parto y el 98% de los niños recibieron profilaxis neonatal. La principal variación se observa en el componente intraparto.

En agosto de 2013, en el marco del compromiso asumido por el Ministerio de Salud de la Nación para cumplir con la "Iniciativa de Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y de la Sífilis Congénita", la Dirección Nacional de SIDA y ETS y la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación acordaron comenzar a vigilar el proceso de diagnóstico de los niños expuestos al VIH a través del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS). A partir de ese momento, los laboratorios que realizan diagnóstico pediátrico se han ido incorporando al sistema, aunque todavía hay instituciones que no se han adherido.

Por ello, para estimar la tasa de transmisión vertical de VIH se analizan datos que provienen de laboratorios que reportan al Sistema de Vigilancia Laboratorial (SIVILA) y de otros laboratorios como el del hospital Muñiz, el Garrahan, INBIRS, Centro de Tecnología en Salud Pública (CTSP) de Santa Fe y el Centro Provincial de Referencia (CPR) de la provincia de Buenos Aires.

Gráfico 40. Distribución de los partos de mujeres con VIH según momento del diagnóstico, Argentina (2009-2013)

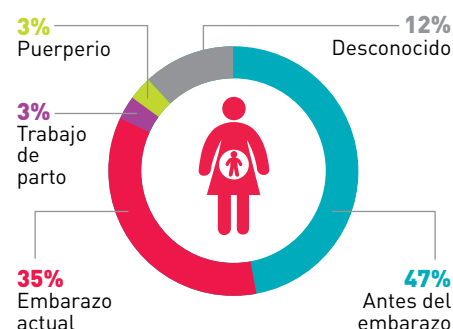


Gráfico 41. Porcentaje de cobertura de profilaxis prenatal, intraparto y neonatal según el año de parto, Argentina (2009-2013)

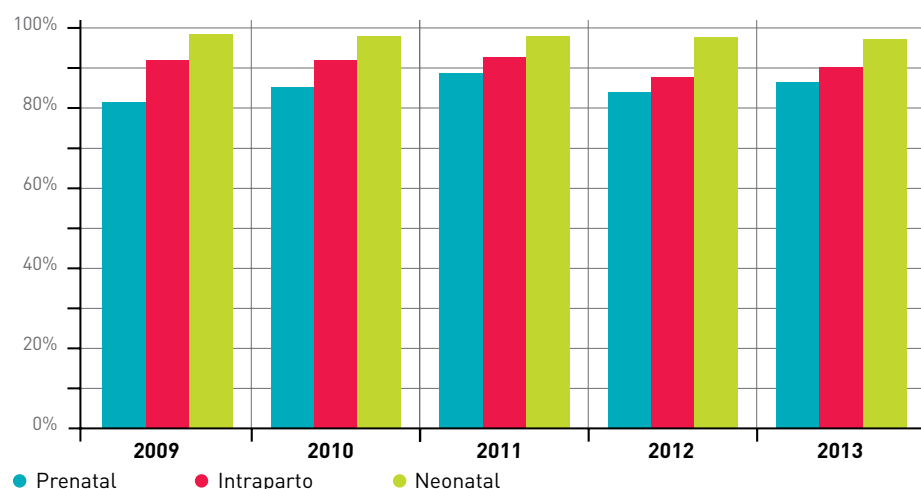


Tabla 4. Niños expuestos al VIH por vía perinatal con diagnóstico definitivo y con diagnóstico positivo según fuente de la base de datos y según año de nacimiento, Argentina (2012-2013)

Año	Fuente	Niños con diagnóstico final	Niños positivos	Tasa de transmisión vertical
2012	SIVILA	147	11	6,0%
	Hospital Garrahan	91	6	
	Hospital Muñiz	114	11	
	INBIRS	159	5	
	CTSP Santa Fe	70	2	
Total		581	35	
2013	SIVILA	329	24	5,8%
	Hospital Muñiz	85	7	
	CTSP Santa Fe	34	1	
	CPR	207	6	
Total		655	38	



Como puede observarse en la Tabla 4, se cuenta con información sobre 581 diagnósticos completos del año 2012 y 655 del 2013 lo que da cuenta de una tasa de transmisión vertical de 6,0 y 5,8%, respectivamente.

Con respecto al seguimiento de los niños expuestos a la infección por transmisión vertical, el análisis de la información disponible en el SIVILA indica que en el 35,6% de los casos no se completó la evaluación de diagnóstico antes del año de vida.

Durante 2014 se realizó una vigilancia intensificada de 38 de los niños infectados durante el año anterior con el objetivo de hallar algunos factores que pudieran estar asociados a la transmisión. Entre ellos se destacaron:

- Diagnóstico tardío de la madre; es decir, durante el último trimestre del embarazo, en el parto o el puerperio inmediato.
- Falla virológica por resistencia al TARV o por inadecuada adherencia a los ARV.
- Seroconversión durante la lactancia.■

Situación de los adolescentes y jóvenes con VIH en la Argentina

Entre 2003 y 2013 se notificaron 12.926 casos de VIH en menores de 24 años. De estos, 1.956 (15%) se produjeron en menores de 14 años, 2.505 (20%) en adolescentes de 15 a 19 años y 8.465 (65%) en jóvenes de 20 a 24 años (Gráfico 42). Estos números nos señalan la necesidad de profundizar en el conocimiento de este sector de la población, a fin de recomendar acciones específicas para reducir el riesgo de transmisión en esta franja etaria.

Para el análisis de las variables que presentamos en este artículo hemos considerado la población de 20 a 24 años e inferimos que una proporción contrajo la infección durante la adolescencia. El análisis proporcional de la distribución de casos según el año de diagnóstico muestra que sólo se ha producido un descenso significativo en el grupo de menores de 14 años –el cual pasó de representar el 25% de los diagnósticos notificados en personas de 0 a 24 años en 2003 al 11% en 2013 (véase el descenso de las tasas en el Gráfico 8 de la página 19).

Al analizar la tendencia de diagnóstico según sexo en adolescentes y jóvenes (Gráfico 43), se observa que los diagnósticos en la población femenina de 15 a 19 años superaron a los de la población masculina durante todo el período. En el grupo de 20 a 24 años, en cambio, se observa a partir de 2005 un predominio de la población masculina. Antes de ese año también prevalecían las mujeres en este subgrupo de edad. Vale señalar que el descenso en los diagnósticos durante los últimos dos años debe ser interpretado con reservas, debido al retraso en las notificaciones.

Las relaciones sexuales desprotegidas fueron la vía de transmisión predominante en el último quinquenio. Esto puede observarse tanto en los varones como en las mujeres de 15 a 24 años, alcanzando al 95% de las mujeres y al

92% de los varones (Gráfico 44 de la página siguiente). En la población de varones, las relaciones sexuales con otros varones fueron la vía de transmisión más frecuente para ambos grupos etarios. En el trienio 2011-2013 no se han registrado en estos grupos diagnósticos de personas infectadas por uso compartido de material para el consumo de drogas inyectables.

Para el análisis del nivel de instrucción sólo se consideró a la población mayor de 19 años. En el Gráfico 45 (en la página siguiente) se presenta la información según sexo y vía de transmisión sexual. Es muy poca la diferencia en la escolaridad de varones y mujeres infectados durante relaciones heterosexuales, en tanto que los varones infectados por relaciones desprotegidas con otros varones

Gráfico 42. Distribución de la población de menores de 24 años con VIH según grupo etario y año de diagnóstico, Argentina (2003-2013)

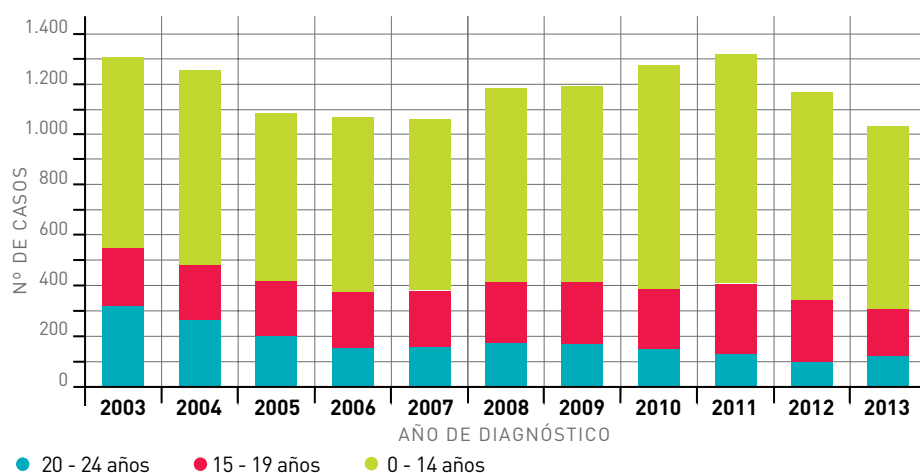
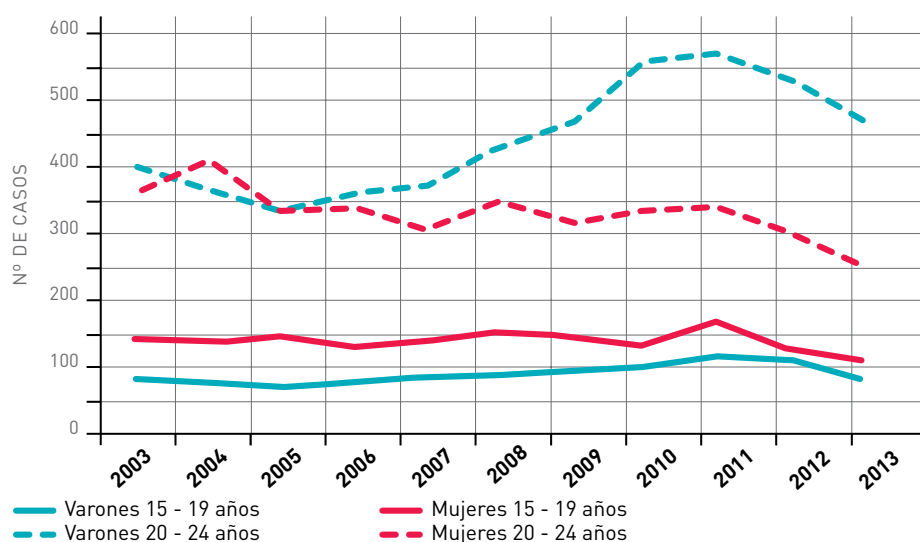


Gráfico 43. Tendencia de los diagnósticos de VIH en varones y mujeres de 15 a 24 años según grupo etario y año de diagnóstico, Argentina (2003-2013)



tienen mayor nivel de instrucción. En el período 2011-2013, entre las personas infectadas por relaciones heterosexuales, sólo el 38% de los varones y el 35% de las mujeres habían completado o superado la escuela secundaria al momento del diagnóstico de VIH, en tanto que el

69% de los varones infectados por relaciones homosexuales sí había alcanzado ese nivel. En todos los grupos se aprecia un aumento de la escolaridad, lo cual podría estar vinculado con el incremento registrado en el conjunto de la población Argentina durante la última década.

Oportunidad del diagnóstico de VIH

Hasta 2011 el diagnóstico tardío fue definido en el boletín epidemiológico de la DSyETS por la presencia de un evento definidor de sida al momento del diagnóstico de VIH o dentro de los 12 meses siguientes. De acuerdo con esta definición, durante el período 2009-2011 se diagnosticaron en etapas avanzadas de la infección el 8,9% de los varones y el 2,3% de las mujeres, ambos de entre 15 y 19 años, y el 10,8% de los varones y el 4,8% de las mujeres de 20 a 24 años. En el Gráfico 46 (de la página siguiente) se observa la tendencia a lo largo de la última década por sexo y grupo de edad.

Desde 2012 se incluye en la ficha de notificación el estadio clínico al momento del diagnóstico. Esto permitió sensibilizar la detección de diagnósticos tardíos dado que esta definición incluye no sólo a las personas con sida sino a aquellas con eventos sintomáticos no definidores de sida aunque vinculados a un deterioro inmunológico. De acuerdo con esta definición se diagnosticaron en forma tardía el 15,8% de los varones y el 4,8% de las mujeres de 15 a 19 años ($p = 0,003$) y el 12,7% de los varones y el 4,7% de las mujeres de 20 a 24 años ($p = 0,00015$) (Tabla 5 en la página siguiente).

Dentro de la población de varones, a diferencia de lo que ocurre en adultos mayores de 24 años, el análisis del momento del diagnóstico según vía de transmisión no demostró en este último período diferencias estadísticamente significativas entre transmisión por relaciones heterosexuales u homosexuales en ninguno de los dos grupos etarios (Gráfico 47 en la página siguiente).

Gráfico 44. Vía de transmisión en varones con VIH de 15 a 24 años, Argentina (2005-2013)

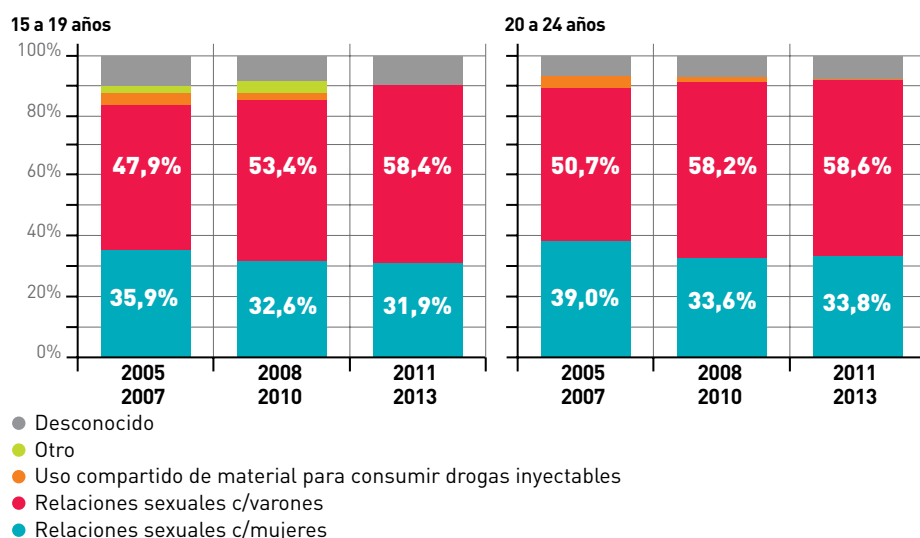
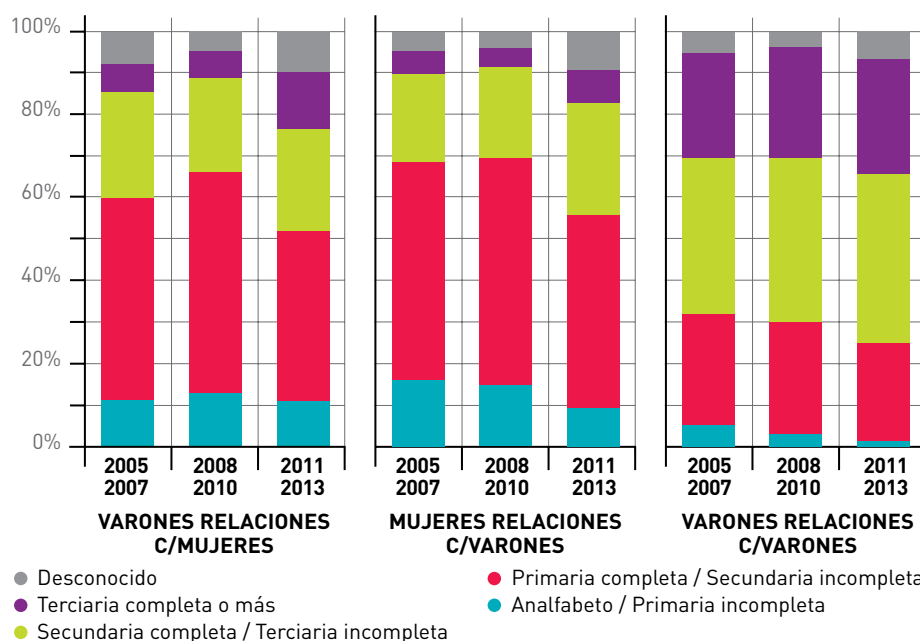


Gráfico 45. Distribución de la población de 19 a 24 años con VIH según sexo, vía de transmisión y máximo nivel de instrucción formal, Argentina (2005-2013)



Consideraciones finales

- Entre 2003 y 2013 se notificaron 12.926 menores de 24 años con VIH

en Argentina de los cuales 1.956 (15%) correspondieron a niños y niñas menores de 15 años infectados fundamentalmente por transmisión vertical y 2.505 (20%) a adolescentes de entre 15 y 19 años, infectados, fundamentalmente, por transmisión sexual.

- El único grupo con descenso significativo en el número de casos entre 2003 y 2013 fue el de menores de 14 años debido al impacto de las estrategias implementadas para la prevención de la transmisión vertical.
- El predominio durante todo el período del diagnóstico en la población femenina de 15 a 19 años es atribuible a la universalización de la oferta de testeo durante el embarazo.
- Las relaciones sexuales desprotegidas fueron la vía de transmisión más frecuente tanto en mujeres como en varones. En la población de varones predominó la transmisión a través de relaciones sexuales entre varones.
- El 41% de los varones y el 51% de las mujeres de 19 a 24 años no habían completado el secundario al momento del diagnóstico de VIH.
- El diagnóstico tardío en la población de adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años, pese a ser menos frecuente que en la de adultos mayores de 25 años, continúa siendo significativamente mayor en varones que en mujeres. Sin embargo, a diferencia de la población adulta masculina, no se detectan diferencias entre varones infectados por vía hétero u homosexual.
- El predominio del diagnóstico temprano podría estar reflejando un mayor impacto de las estrategias de promoción del testeo en esta población. ■

Gráfico 46. Proporción de diagnósticos tardíos de VIH en la población de 15 a 24 años según sexo y año del diagnóstico, Argentina (2003-2011)

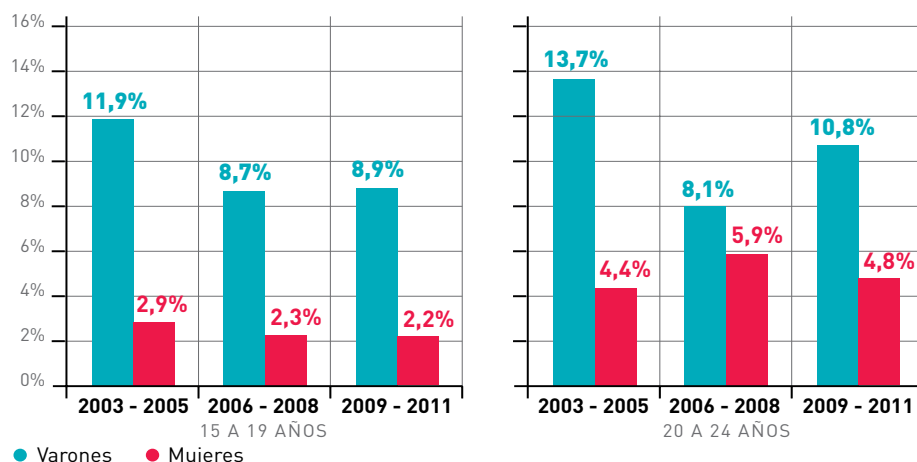
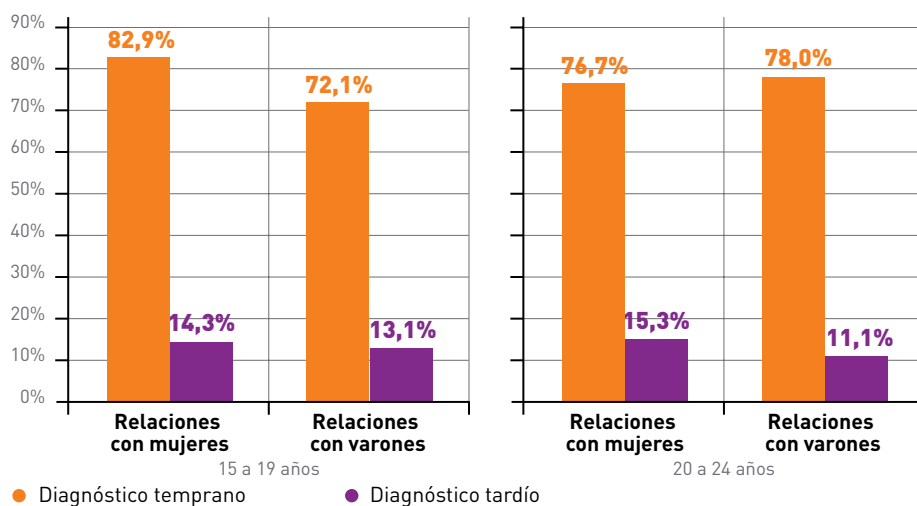


Tabla 5. Estadio clínico al momento del diagnóstico de VIH según sexo y edad, Argentina (2012-2013)

	15 - 19 años		20 - 24 años	
	Varón	Mujer	Varón	Mujer
Síndrome retroviral agudo	4,7%	4,0%	3,4%	2,0%
Infección asintomática	67,3%	79,2%	73,7%	86,6%
Infección sintomática sin criterio de sida	12,1%	2,4%	5,7%	2,7%
Sida	3,7%	2,4%	7,0%	2,0%
Desconocido	12,2%	12,0%	10,2%	6,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	107	125	596	299

Gráfico 47. Proporción de diagnósticos tardíos de VIH en varones de 15 a 19 y de 20 a 24 años según vía de transmisión sexual, Argentina (2012-2013)



Mortalidad por sida

Gráfico 48. Tasa de mortalidad por sida por 100 mil habitantes según sexo, Argentina (1990-2012)

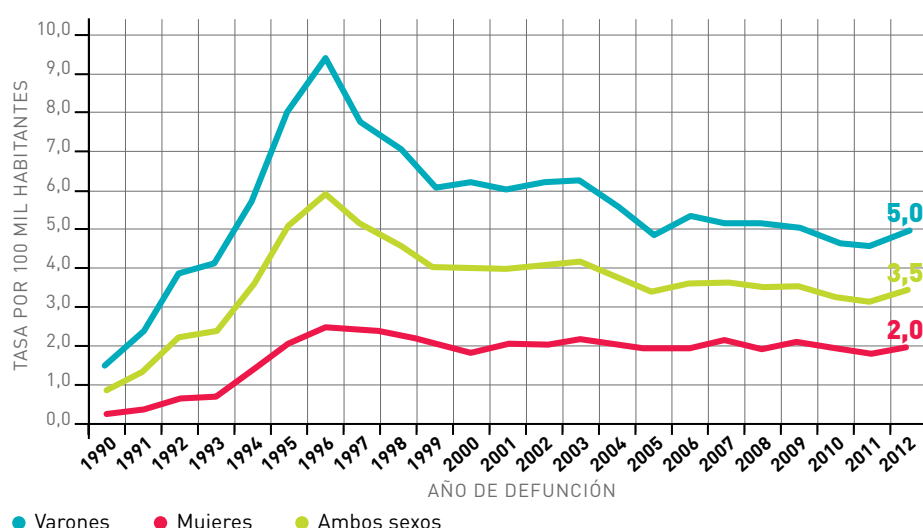


Tabla 6. Cantidad de defunciones y tasa de mortalidad por sida cada 100 mil habitantes según sexo, Argentina (1990-2012)

Años	Defunciones				Tasa por 100 mil hab.		
	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
2012	1.018	427	1	1.446	5,0	2,0	3,5

La evolución de la mortalidad por sida en la Argentina presenta tres periodos marcadamente diferenciados. El primero de ellos está 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. Luego, a mediados de la década de 1990, el mayor conocimiento de la enfermedad, al igual que la introducción de una estrategia terapéutica que implicó el uso de varios fármacos combinados (TARGA), dio lugar al comienzo de un nuevo periodo que implicó el descenso de las defunciones por sida. La tercera etapa es la que corresponde a la última década en la que el número de muertes por sida se estabilizó en valores entre 1.300 y 1.450 por año.

La posibilidad de monitorear el perfil de la mortalidad por sida a lo largo del desarrollo de la epidemia constituye una herramienta imprescindible que aporta información acerca de la efectividad de las distintas estrategias implementadas por los programas en la lucha contra la infección por el VIH.

Metodológicamente la tasa de mortalidad por sida se construye con información elaborada por la Dirección de Estadísticas 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 los datos poblacionales de los Censos 2001 y 2010, y las proyecciones intercensales elaboradas por el INDEC (con excepción de los datos intercensales para los partidos de la provincia de Buenos Aires que resultan de estimaciones propias por no encontrarse disponibles al cierre del Boletín).

Durante la última década la tasa de mortalidad por sida osciló entre 4,2 por 100 mil habitantes en 2002 y 3,2 en 2011, hasta encontrarse en 3,5 por 100 mil habitantes en 2012 (Gráfico 48).

Al analizar las tasas desagregadas por sexo, puede observarse que la tendencia entre las mujeres cambió en valores de alrededor de 2 por 100 mil habitantes durante el período mencionado (2002-2012).

En cambio, los varones presentaron una tendencia descendente más marcada, con valores que variaron entre 6,2 por 100 mil habitantes en 2002 y 4,6 en 2011; sin embargo, en el último año analizado se observa un leve incremento con una tasa de 5,0 por 100 mil habitantes (Tabla 6).

Al analizar la mortalidad por grupos de edad según sexo, puede observarse que durante la última década (2002-2012) la curva entre los varones del grupo de 25 a 34 años presenta la mayor pendiente descendente, seguida por la del grupo de 35 a 44 años. En cambio, los grupos de 45 a 54 años y los de 55 años o más presentan una tendencia ligeramente ascendente. El resto de los grupos muestran tasas con tendencia estables a lo largo del período mencionado (Gráfico 49).

Al analizar el comportamiento de la mortalidad entre las mujeres durante el mismo período, se evidencia que los grupos de 35 a 44 años, de 45 a 54 y 55 o más años presentan una tendencia ascendente. Por otra parte, entre las menores de 24 años dicha tendencia se encuentra estable, mientras que en el grupo de 25 a 34 años se mantiene con una tendencia en descenso (Gráfico 50).

Durante los últimos 10 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 durante el 2012 evidenció un leve ascenso.

Tomando en cuenta el resto de las regiones del país, la región Centro continúa manteniendo sus valores en forma estable; en el NOA, NEA y en la región de

Gráfico 49. Tasa de mortalidad por sida cada 100 mil habitantes en varones por grupo etario, Argentina (1990-2012)

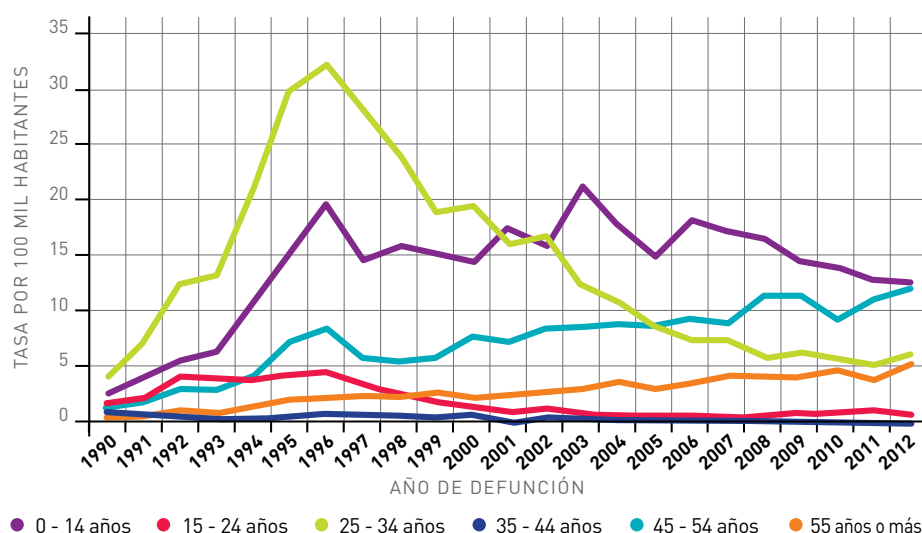
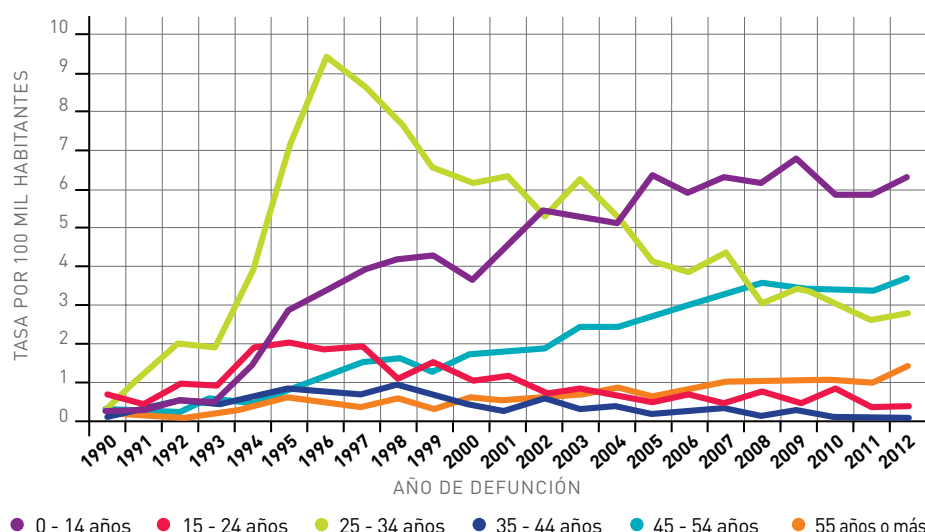


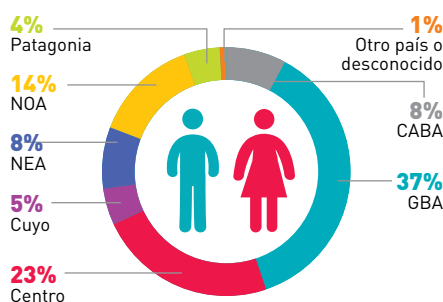
Gráfico 50. Tasa de mortalidad por sida cada 100 mil habitantes en mujeres por grupo etario, Argentina (1990-2012)



Cuyo la tasa de mortalidad registró un leve ascenso, mientras que en la Patagonia la tasa también ha venido en aumento para volver a descender en el último año (Tabla 7 de la página siguiente).

Al analizar la proporción de la región de residencia de las personas fallecidas por sida durante el año 2012 (Gráfico 51 de la página siguiente), puede observar-

Gráfico 51. Distribución de la región de residencia de las personas fallecidas por sida, Argentina (2012)



Fuente: elaboración propia basada en datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud.
N= 1.446

se que el 60% de las personas vivía en el GBA o en la región Centro. En el NOA residía el 14%, seguido por NEA y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con un 8%, Cuyo con 5% y Patagonia con 4%.

Al analizar el peso proporcional de las defunciones dentro de cada región, en la región Centro el resto de la provincia de Buenos Aires (Buenos Aires sin el GBA) es la jurisdicción que adquiere el mayor peso (46,0%), seguida por Santa Fe (28,4%).

En la región del NOA el mayor peso se lo llevan Salta con más de la mitad de los casos (52%) y Jujuy (21,7%); mientras que en región del NEA se encuentran Misiones (39,5%), seguida de

la provincia de Corrientes (22,8%). Finalmente, en la región de Cuyo el mayor peso se encuentra representado por Mendoza (67,6%), y en la región Patagonia por Neuquén (31,8%) y Chubut (25,8%) (Tabla 8 en la página siguiente).

En la Tabla 32 del Anexo se presentan las tasas de mortalidad por sida por provincia y sexo.

Mortalidad proporcional

Para poder conocer el peso de las muertes por sida respecto de las muertes por otras causas en el país se calculó la mortalidad proporcional por sida para el período 2008-2012. En el Gráfico 52 puede observarse que el porcentaje para ambos sexos disminuye durante los años 2010 y 2011 para ubicarse en 45 de cada 10.000 fallecimientos en 2012, 61 entre los varones y 28 entre las mujeres (Gráfico 52).

Analizando la serie según grupos etarios, el grupo de 35 a 44 años seguido del grupo de 25 a 34 años adoptan las proporciones más elevadas para todo el período analizado.

Cuando se analiza la mortalidad proporcional por sexo, en las personas de hasta 14 años, la proporción no supera el 0,25%, y para el resto de los grupos de edad estudiados, salvo en el de 15 a 24 años, la proporción de los varones que fallecen por sida en relación a

Gráfico 52. Mortalidad proporcional por sida según año y sexo, Argentina (2008-2012)

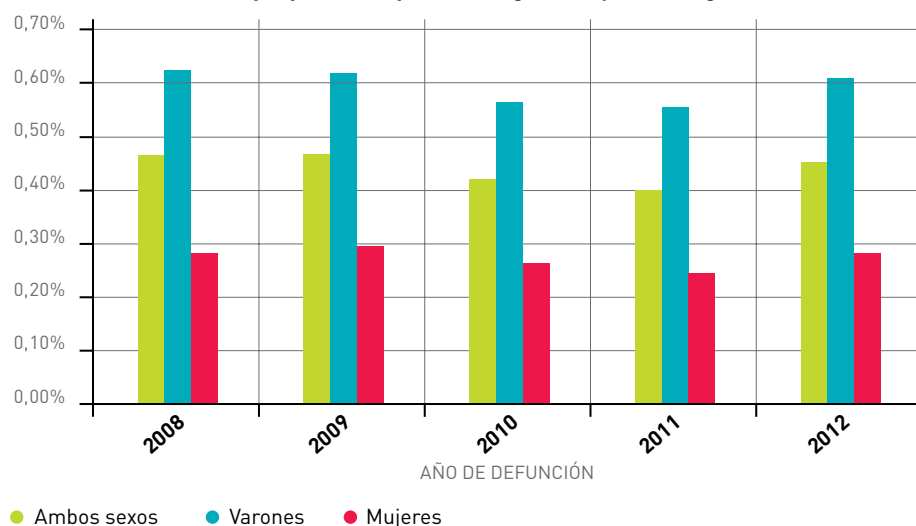


Tabla 7. Tasa de mortalidad por sida cada 100 mil habitantes por región, Argentina (2002-2012)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
País	4,1	4,2	3,8	3,4	3,6	3,6	3,5	3,6	3,3	3,2	3,5
CABA	8,0	9,0	7,5	6,4	6,8	7,3	6,6	6,0	4,6	4,1	3,7
GBA	7,7	7,4	6,4	5,9	6,3	6,2	5,7	5,7	4,9	5,1	5,3
Centro	3,1	3,1	3,0	2,5	2,7	2,6	2,5	2,6	2,5	2,1	2,4
NOA	1,3	2,2	2,2	2,2	1,9	2,4	3,0	2,6	3,0	3,3	4,1
NEA	1,2	1,4	2,1	1,5	1,6	1,7	1,6	1,9	2,1	2,2	3,0
Cuyo	1,4	1,2	0,9	1,2	1,8	1,4	1,8	2,1	2,0	2,1	2,1
Patagonia	1,9	2,1	2,0	1,9	1,8	2,0	2,4	2,8	2,9	4,0	2,6

otras causas es siempre superior al de las mujeres.

En los varones, el único grupo que ha mostrado un descenso durante el período es el de 35 a 44 años. El resto de los grupos ha permanecido estable o ha mostrado fluctuaciones sin una tendencia definida.

Los fallecimientos por sida entre las mujeres han mostrado un leve descenso en relación con el total de fallecimientos por todas las causas en los grupos de 15 a 24 y 25 a 34 años. En el resto de las edades, la tendencia ha sido estable durante el período (Gráfico 53). ■

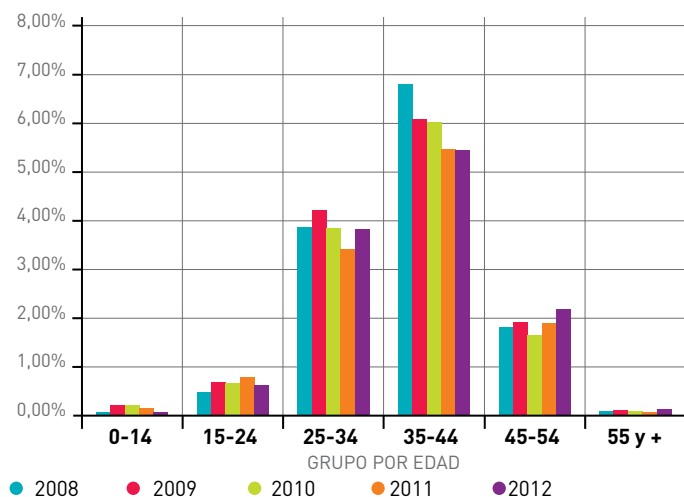
Tabla 8. Distribución proporcional de la mortalidad por sida según región y total del país, Argentina (2012)

Región	Provincia	Defunciones	% del total de la región	% del total del país
CABA		112	100,0%	7,8%
GBA		537	100,0%	37,5%
Centro	Resto de Buenos Aires	154	46,0%	10,7%
	Córdoba	65	19,4%	4,5%
	Entre Ríos	21	6,3%	1,5%
	Santa Fe	95	28,3%	6,6%
	Subtotal Centro	335	100,0%	23,3 %
Cuyo	La Rioja	3	4,2%	0,2%
	Mendoza	48	67,6%	3,3%
	San Juan	8	11,3%	0,7%
	San Luis	12	16,9%	0,8%
	Subtotal Cuyo	71	100,0%	5,0%
NEA	Chaco	22	19,3%	1,5%
	Corrientes	26	22,8%	1,8%
	Formosa	21	18,4%	1,5%
	Misiones	45	39,5%	3,2%
	Subtotal NEA	114	100,0%	8,0%
NOA	Catamarca	5	2,5%	0,3%
	Jujuy	43	21,7%	3,0%
	Salta	103	52,0%	7,2%
	Santiago del Estero	14	7,1%	1,0%
	Tucumán	33	16,7%	2,3%
	Subtotal NOA	198	100,0%	13,8%
Patagonia	Chubut	17	25,8%	1,2%
	La Pampa	5	7,6%	0,3%
	Neuquén	21	31,7%	1,5%
	Río Negro	12	18,2%	0,8%
	Santa Cruz	7	10,6%	0,5%
	Tierra del Fuego	4	6,1%	0,3%
	Subtotal Patagonia	66	100,0%	4,6%
Total		1.433*		100%

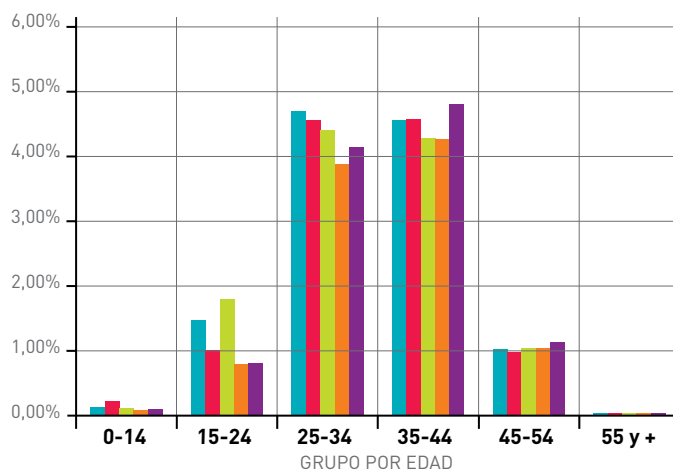
* Hay 13 defunciones que corresponden a personas residentes en otro país o de residencia desconocida que no están incluidas en la tabla.

Gráfico 53. Mortalidad proporcional por sida según año y grupo etario, Argentina (2008-2012)

Varones



Mujeres



Perfil de las personas que fallecen por sida en el Área Metropolitana de Buenos Aires * **

* **Autores:** Adriana Durán, Eduardo Pérez, Ariel Adaszko

** **Participaron del estudio:** Viviana Alonso (HOSPITAL CENTRÁNGOLO, VICENTE LÓPEZ), Marcelo Beltrán (HOSPITAL POSSE, SAN ISIDRO), Marta Blasco (HOSPITAL FIORITO, AVELLANEDA), Sandra Carabajal (HOSPITAL EVA PERÓN, MERLO), Andrés Díaz Armas (HOSPITAL FERNÁNDEZ, CABA), Edith Dinerstein (HOSPITAL EVITA, LANÚS), Liliana Federman (HOSPITAL GANDULFO, LOMAS DE ZAMORA), Oscar García Messinas (HOSPITAL PIÑERO, CABA), Marcelo Losso (HOSPITAL RAMOS MEJÍA, CABA), Aldo Maranzana (HOSPITAL MUÑIZ, CABA), Juan Pablo Stagnaro (HOSPITAL ZONAL MI PUEBLO, FLORENCIO VARELA), Fernando Silva Nieto (HOSPITAL PAROISSIEN, LA MATANZA), Graciela Torales (HOSPITAL POSADAS, MORÓN), Valeria Valenzuela (HOSPITAL OÑATIVIA, ALMIRANTE BROWN) y Mónica Viegas (HOSPITAL PTE. PERÓN, AVELLANEDA).

En Argentina la tasa específica de mortalidad por sida ha descendido progresivamente desde 1997 a partir de la introducción de la terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA). Sin embargo, entre 2005 y 2012 la tasa mostró un estancamiento, e incluso entre 2012 y 2013 un leve ascenso de 3,2 a 3,5 defunciones por 100 mil habitantes. En la actualidad, cada año mueren en nuestro país aproximadamente 1.400 personas a causa del sida.

En un contexto de políticas activas de promoción del testeo para VIH y de disponibilidad de tratamiento efectivo, el estudio de la mortalidad por sida adquiere importancia para evaluar la eficiencia de las políticas y acciones públicas y privadas destinadas a procurar el acceso al diagnóstico oportuno y al tratamiento antirretroviral (ARV).

Durante 2013, la Dirección de Sida y ETS desarrolló, con apoyo de ONUSIDA, un estudio cuyo objetivo fue describir las características sociodemográficas, epidemiológicas y el contexto de atención de las personas que fallecieron por sida en el AMBA durante 2010, así como aspectos relacionados con la evolución de su infección.

Metodología

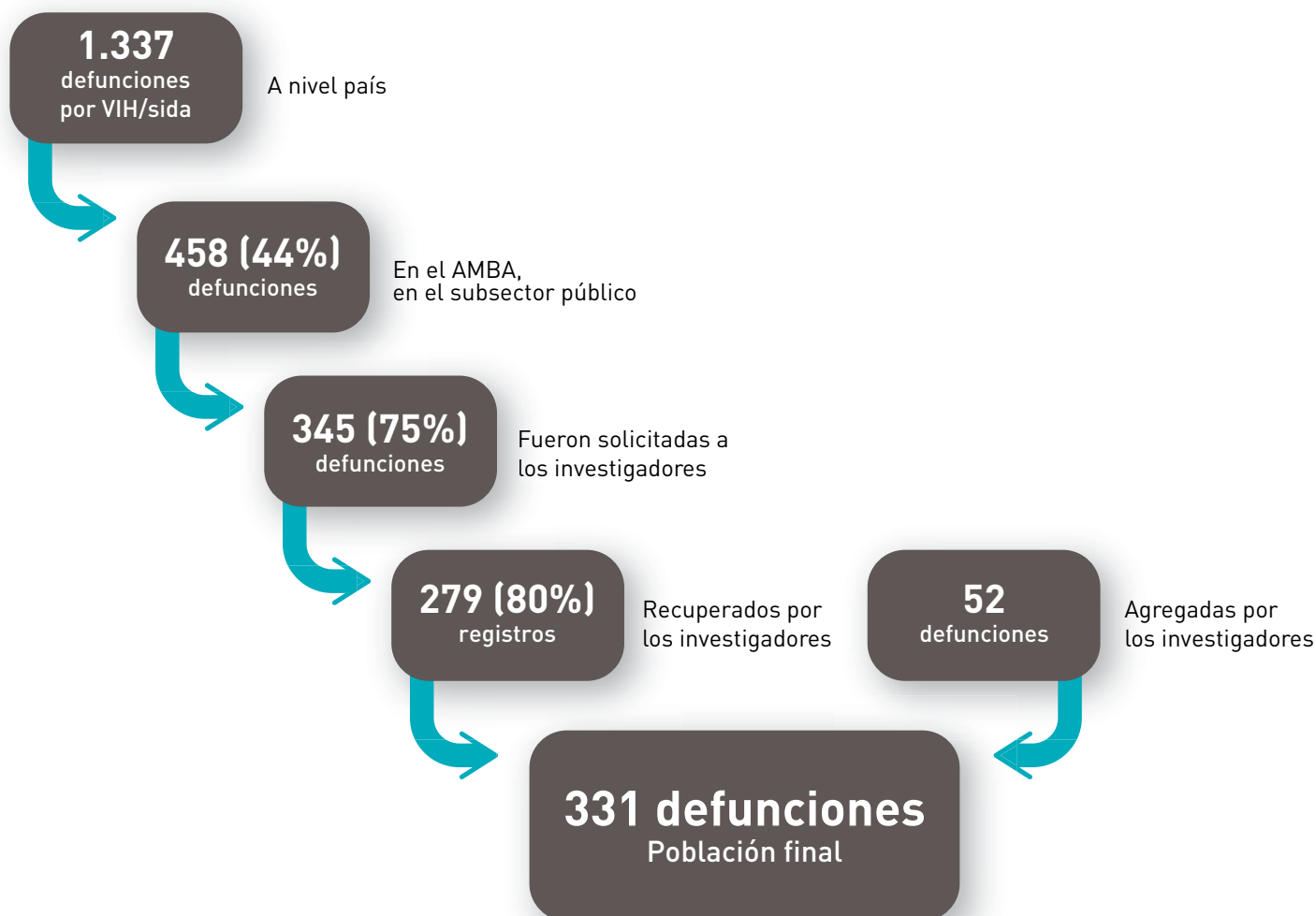
El estudio fue de tipo retrospectivo, transversal y descriptivo. Las unidades de análisis fueron las personas fallecidas en el AMBA durante 2010 cuya causa básica de defunción fuera el sida (códigos B20-B24 de la CIE-10). La información analizada fue obtenida de diversas fuentes: historias clínicas de internaciones, base de datos de defunciones causadas por sida en 2010, certificados de defunción y la base de datos de notificación de casos de VIH de la Dirección de Sida y ETS.

A partir de esos registros se relevaron datos correspondientes a características sociodemográficas y epidemiológicas de las personas fallecidas utilizando un instrumento desarrollado específicamente para este trabajo que se pidió que completaran los profesionales responsables por el desarrollo del campo en cada hospital en que se produjeron los decesos. Asimismo, se recabó información precisa de la asistencia ambulatoria relacionada con la infección por VIH y con el evento que desencadenó la defunción. En el caso de información faltante o inconclusa, en el relevamiento de campo, se obtuvieron datos, en la medida en que fue posible, de la base de datos de notificaciones del Ministerio de Salud de Nación.

Se incluyeron en este estudio a todas las personas mayores de 18 años fallecidas en el AMBA durante 2010 en un hospital perteneciente al sector público, cuya causa básica de defunción había sido el sida (códigos B20-B24 de la CIE-10).

Resultados

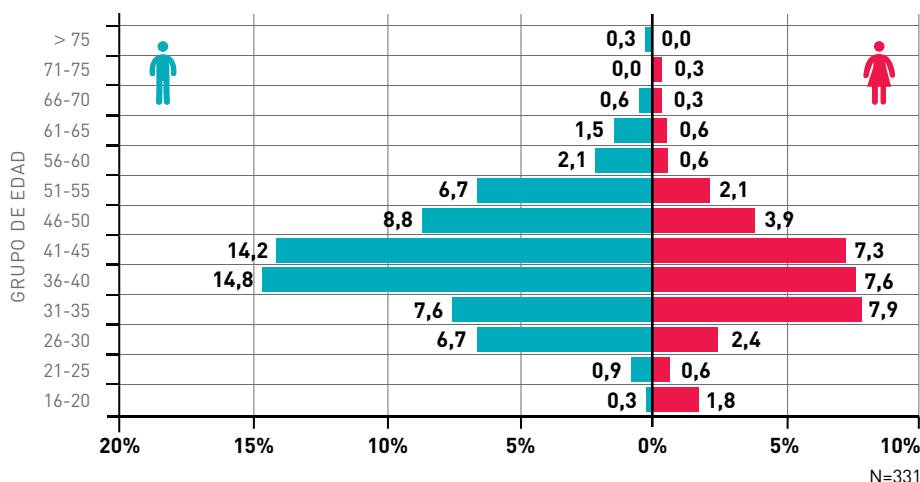
Durante 2010 se registraron a nivel nacional 1.337 defunciones relacionadas con el sida, de las cuales el 44% (588) ocurrieron en AMBA. A partir de la información contenida en los certificados de defunción –excluidas las instituciones del subsector privado y de obras sociales– se pudieron reconstruir los datos de 458 individuos. Se realizó entre estos una muestra por conveniencia de 345 personas, cuyas historias clínicas fueron solicitadas para revisión de los investigadores. De esta muestra, sólo 279 pudieron ser revisadas. Además de la muestra original, los investigadores incluyeron 52 personas que de acuerdo con sus datos cumplían con los criterios de la población estudiada.



La población estudiada estuvo constituida por un total de 331 personas, de las cuales 214 (64,5%) eran varones y 117 (35,5%) mujeres (Gráfico 54). Esta proporción entre sexos resulta semejante a la de las notificaciones de nuevos diagnósticos que cada año recibe la DSyETS. En cuanto al lugar de residencia, el 71,3% residía habitualmente en la provincia de Buenos Aires, relación que se invierte al observar el hospital donde se produjeron los decesos.

Pudieron recuperarse datos sobre escolaridad de las personas en 253 historias clínicas (76% del total). El 51% de ellas no había superado el nivel primario, proporción que entre los varones del GBA alcanza el 57,5%. En esta última

Gráfico 54. Distribución de frecuencias de las defunciones por rango de edad y sexo. Defunciones por sida, AMBA (2010)



jurisdicción, sólo el 10% de los varones y el 16,7% de las mujeres habían completado la educación media, mientras que el 37,9% de varones y el 46,2% de mujeres habían alcanzado esa escolaridad en la CABA.

De las 242 personas sobre las que se contaba con datos sobre su condición frente al trabajo, el 66% no trabajaban en el momento de la defunción. De la información disponible se desprende que sólo el 15% de las mujeres y el 29% de los varones trabajaban cuando se produjo el deceso.

Coincidentemente con los datos de la vigilancia epidemiológica, las relaciones sexuales desprotegidas fueron la principal vía de transmisión: 71,6% de los hombres y 86,8% de las mujeres contrajeron el virus de este modo. En la población masculina fallecida predominó la transmisión heterosexual (43,2%) sobre la producida durante prácticas sexuales desprotegidas con otros varones (28,4%).

La relación temporal entre el diagnóstico de VIH y la muerte por sida es, sin duda, uno de los hallazgos más importantes de esta investigación. Más del 40% de las defunciones ocurrieron dentro de los tres años de diagnóstico y un tercio dentro del año, lo cual demuestra el peso del diagnóstico tardío en esta población.

El 44,7% de las personas fallecidas por sida en el AMBA en 2010 tuvo diagnóstico tardío de la infección por VIH. Esa proporción es superior a la de los diagnósticos tardíos entre las personas notificadas epidemiológicamente a nivel nacional para el mismo año (25,3%).

La mediana de tiempo desde el diagnóstico a la defunción en el total de la población analizada fue de cinco años; mientras que el máximo fue de 24 años. En el caso de las mujeres, la media fue de siete años, mientras que en los varones fue de cuatro años.

Tabla 9. Detalle del análisis estadístico para la comparación del tiempo, medido en años, desde el diagnóstico hasta la defunción según distintas variables de agrupación. Defunciones por sida, AMBA (2010)

Variable de agrupación	Valores posibles	Tiempo a la defunción			Prueba de significación utilizada	p
		N	Media	Mediana		
Sexo	Varones	196	5,88	4,0		0,007
	Mujeres	112	7,84	7,0		
Jurisdicción de residencia habitual	CABA	222	6,95	7,0	Prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes	0,295
	Prov. de Buenos Aires	63	6,44	4,5		
Sexo sin protección, en varones	Con varones o trans.	48	5,63	4,5		0,266
	Con mujeres	67	4,90	3,0		
Máximo nivel de escolaridad alcanzado	Nunca asistió	3	6,67	4,0	Kruskal-Wallis para muestras independientes	0,311
	Primaria completa	59	6,15	5,0		
	Primaria incompleta	31	6,71	5,0		
	Secundaria completa	33	4,64	3,0		
	Secundaria incompleta	53	8,23	7,0		
	Terciaria completa	1	-	-		
	Terciaria incompleta	4	8,00	8,5		

Esta diferencia demostró ser estadísticamente significativa. En cambio, en las variables por jurisdicción de residencia habitual el máximo nivel de escolaridad alcanzado y tipo de prácticas sexuales en el caso de los varones no mostraron asociación estadística (Tablas 9 y 10).

En el 40% (N = 39) de las personas dentro de la categoría “Menos de 1 año” el diagnóstico de VIH se hizo durante la misma internación en la que se produjo la defunción (Gráfico 55).

Dentro de la población estudiada, 148 personas (44,7%) fueron diagnosticadas tardíamente, de las cuales 70,2% eran hombres. A pesar de que la relación entre diagnóstico tardío y sexo no adquiere significación estadística, puede observarse una importante diferencia entre varones y mujeres (Gráfico 56).

Al momento de la internación, el 73,7% de la población se encontraba sin tratamiento ARV. Dentro de este grupo, el 59% nunca había recibido TARV, mientras que el 41% restante había estado bajo tratamiento en algún momento de su evolución, habiéndolo abandonado al momento de la internación.

Las causas más frecuentes de defunción fueron la tuberculosis (14,2%) y la criptococosis (11,5%).

La falta de información sobre la asistencia ambulatoria en cuanto a parámetros como la carga viral y el recuento de CD4 muestran brechas en la cadena de cuidado de esta población, especialmente si consideramos el contexto urbano de la asistencia y la gratuidad de las prestaciones.

Conclusiones

Si bien un estudio descriptivo posee límites inherentes, los hallazgos presentados revisten un peso suficiente como

Tabla 10. Distribución proporcional del tiempo desde el diagnóstico de VIH a la defunción, en años según sexo. Defunciones por sida, AMBA (2010)

	Total		Mujeres		Varones	
	N	%	N	%	N	%
Menos de 1 año	97	31,5	26	23,2	71	36,2
1 - 3 años	35	11,4	14	12,5	21	10,7
4 - 6 años	36	11,7	11	9,8	25	12,8
7 - 9 años	46	14,9	16	14,3	30	15,3
10 años o más	94	30,5	45	40,2	49	25,0
Total	308	100,0	112	100,0	196	100,0

Gráfico 55. Distribución proporcional del tiempo transcurrido entre la fecha de diagnóstico y la fecha de defunción, por sexo. Defunciones por sida. Prueba de Chi², AMBA (2010)

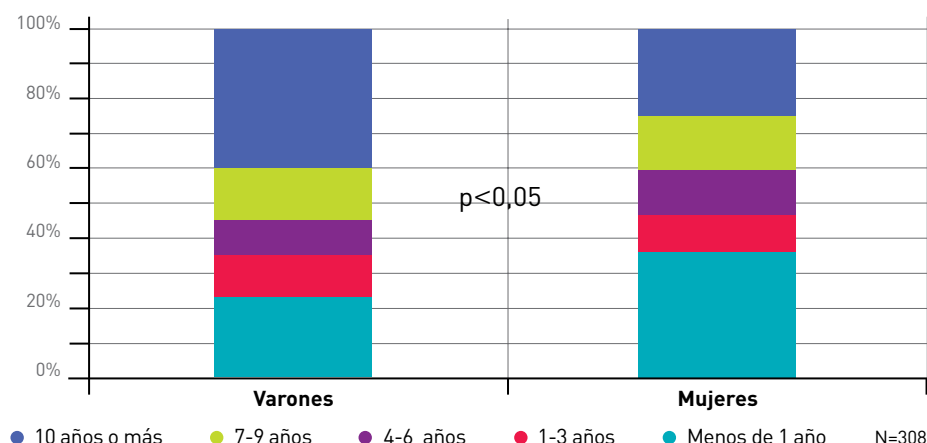
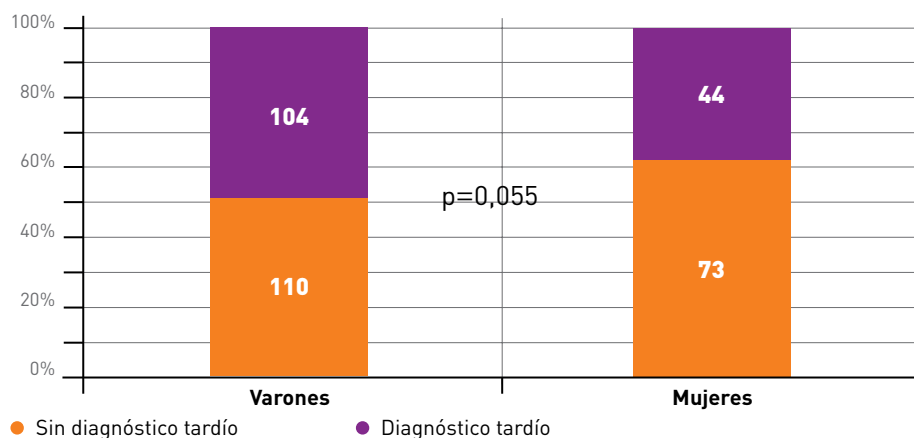


Gráfico 56. Porcentaje de diagnósticos tardíos en la población estudiada, por sexo. Defunciones por sida, AMBA (2010)



Nota: la prueba de significación corresponde a Chi².

N=331



para alertar sobre los desafíos que deberán enfrentar en los próximos años todos los actores comprometidos en el campo del VIH-sida. Entre ellos, especialmente el Estado. Creemos que lo presentado demuestra la necesidad de profundizar en el estudio de estos datos a través de nuevas pesquisas que posibiliten intervenciones oportunas, a fin de reducir la mortalidad por sida.

Pese a la disponibilidad y oferta universal de recursos para el diagnóstico, atención médica y tratamiento antirretroviral de las personas infectadas, hay factores que dificultan el acceso real a ellos. Podemos distinguir factores individuales, sociales y programáticos que acentúan la vulnerabilidad de algunas de las personas infectadas, aumentando el riesgo de muerte.

La enfermedad por micobacterias fue la principal causa de muerte en casi el 15% de los casos estudiados. Esto constituye un dato relevante si se tiene en cuenta que se trata de un evento para el cual existe un tratamiento efectivo y actualmente compatible con el tratamiento antirretroviral. Para intervenir en el vínculo sinérgico entre VIH y tuberculosis es necesario ampliar la oferta de testeo para VIH en las personas que han sido diagnosticadas con tuberculosis, al tiempo que mejorar la cobertura de quimioprofilaxis con isoniazida en la población con VIH susceptible. Esto implica, a nivel programático, la necesidad de fortalecer la colaboración entre los programas de VIH-sida y los de tuberculosis.

La población fallecida en el AMBA en 2010 por causas relacionadas con el sida tuvo un contacto irregular con el sistema de salud, tanto para el diagnóstico oportuno como para el seguimiento ambulatorio adecuado. El bajo nivel de instrucción formal y el alto porcentaje de personas excluidas del circuito laboral define la necesidad de profundizar en el conocimiento de las condiciones de accesibilidad real de esta población vulnerable al sistema de salud.

Los resultados de este estudio ponen en evidencia la importancia de fortalecer las políticas de acceso al diagnóstico oportuno del VIH, así como las estrategias de retención en la cadena de cuidado y tratamiento de las personas infectadas a fin de disminuir la mortalidad por sida en AMBA en particular y en el país en general.

El diagnóstico tardío surge como una de las principales características de los decesos por sida en el AMBA durante 2010, especialmente en la población masculina. ■

Prevalencia de infección por VIH y sífilis en poblaciones vulnerables de Argentina * **

Introducción

En los países con epidemias concentradas de VIH es necesario que los programas de prevención, acceso al diagnóstico, ingreso y permanencia en el sistema de salud consideren especialmente la inclusión de los grupos más vulnerables. Tanto la Coordinación Sida del Ministerio de Salud de la CABA como la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación han priorizado las estrategias de acceso al diagnóstico definiendo nuevos algoritmos que incluyen el tamizaje con test rápidos y la confirmación con pruebas moleculares.

En este contexto se realizó un estudio epidemiológico cuyo objetivo central fue estimar la prevalencia de infección por VIH y *Treponema pallidum* (agente causal de la sífilis) en grupos PEMAR (población en más alto riesgo): hombres que tienen sexo con hombres (HSH), mujeres trans (trans), usuarios de drogas (UD) y trabajadoras sexuales mujeres (TS), a través del uso de algoritmos diagnósticos que incluyen pruebas rápidas. Este proyecto fue parcialmente financiado por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, como parte del Proyecto “Actividades de Apoyo para la Prevención y Control del VIH/Sida en Argentina”. La DSyETS del Ministerio de Salud y la Coordinación Sida del GCBA aportaron tanto los reactivos como la capacitación a las personas que realizaron el trabajo en terreno.

Metodología

Capacitación a instituciones participantes. Dada la reciente implementación del test rápido en el algoritmo diagnóstico para VIH en Argentina y la falta de experiencia en el uso del test rápido de *T. pallidum*, el proyecto incluyó una primera etapa de capacitación técnica en las instituciones participantes realizada en conjunto con el equipo de la Coordinación SIDA del CABA y el Laboratorio de Virología del Hospital Muñiz.

Criterios de inclusión. Se consideró como población PEMAR a aquellos individuos que reportaron al menos una de las siguientes prácticas:

- **Hombres que tienen sexo con hombres (HSH):** hombres que reportaron mantener relaciones sexuales con otros hombres por lo menos una vez en los últimos seis meses y más de 10 veces en su vida.
- **Mujeres trans:** personas autodefinidas como mujeres trans.
- **Usuarios de drogas (UD):** hombres y mujeres que en los últimos seis meses se hayan inyectado drogas o hayan consumido cocaína, heroína, anfetaminas o metanfetaminas al menos un día por semana.
- **Trabajadoras sexuales (TS):** mujeres que reportaron mantener relaciones sexuales a cambio de bienes, drogas o dinero por lo menos una vez en los últimos seis meses y más de 10 veces en su vida.

Todos los individuos incluidos en el estudio eran mayores de 18 años y aceptaron firmar un formulario de consentimiento informado. El proyecto y los instrumentos utilizados fueron evaluados y aprobados por el comité de ética de la Fundación Huésped.

* Este estudio fue coordinado por el Instituto de Investigaciones Biomédicas en Retrovirus y Sida / INBIRS, Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Director: Horacio Salomón. Coordinadoras: María de los Ángeles Pando, Diana Rossi y Adriana Durán.

** Instituciones participantes: Nexo Asociación Civil; Asociación de Mujeres Meretrices de Argentina (AMMAR); Asociación de Travestis, Transgéneros y Transexuales de la Argentina (ATTTA); Intercambios Asociación Civil; Programa de VIH-sida e ITS de la Municipalidad de San Martín; Hospital en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones; Laboratorio de Inmunología y Virología Clínica, Hospital de Clínicas José de San Martín; Programa de Enfermedades de Transmisión Sexual (PETS), Hospital de Clínicas José de San Martín; Consultorio de ETS, Hospital Fernández, y Hospital Alexander Fleming.



Convocatoria y acceso a la población

Se utilizaron diferentes estrategias de acceso a la población en cada una de las instituciones participantes. Los testeos se realizaron en Nexo Asociación Civil, en el Hospital en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones (ex CENARESO) y en el Programa de VIH-sida e ITS de la Municipalidad de San Martín.

En Nexo se realizó la difusión del testeo y se aceptó la demanda espontánea en la sede institucional. Tanto la Asociación de Mujeres Meretrices de Argentina (AMMAR) como la Asociación de travestis, transgénero y transexuales de Argentina (ATTTA) convocaron a las personas relacionadas con sus organizaciones a la sede de Nexo. En el Hospital en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones, el testeo se ofreció tanto a personas internadas como a las que fueron atendidas en consultorios externos y en consultorios móviles que concurren a diferentes barrios de la CABA. El Programa de VIH-sida e ITS de la Municipalidad de San Martín realizó el testeo en diferentes territorios. Se hicieron acuerdos con personas clave en cada barrio y se difundió información sobre la fecha y el horario en el que se realizaría el testeo entre las personas que usan drogas.

Procedimiento del estudio. Se realizó un muestreo por conveniencia, donde a todo aquel que se acercara a participar y cumpliera con los criterios de inclusión se le ofrecía incorporarse al mismo. Todos los participantes pasaron por tres etapas para realizarse los tests rápidos de HIV y *T. pallidum*: 1) entrevista inicial; 2) toma de muestra y realización de los tests rápidos, y 3) entrega de resultados y consejería post test. Por otro lado, a los 15 días de tomada la muestra se realizó la entrega de resultados confirmatorios.

1. Entrevista inicial. Durante la entrevista inicial se relevaron datos sociodemográficos, de salud y de riesgos relacionados con la transmisión de VIH y otras ITS, utilizando un cuestionario cerrado administrado por el entrevistador.

2. Toma de muestra sanguínea y procedimientos para realizar el diagnóstico de VIH/*T. pallidum*. A todos los participantes se les tomó una muestra de sangre periférica a fin de realizar los tests rápidos y luego derivarla al laboratorio para los estudios convencionales. El diagnóstico rápido de infección por HIV y *T. pallidum* se realizó utilizando los tests AlereDetermine™ HIV 1/2 y Alere Determine Syphilis TP. El diagnóstico convencional de infección por VIH se hizo mediante otra técnica de tamizaje, el enzoinmunoensayo. Si ambas pruebas (el test rápido y el enzoinmunoensayo) resultaban “no reactivas”, el resultado era informado como “negativo”. En aquellos casos donde los resultados de las dos pruebas fueron discordantes (uno “reactivo” y otro “no reactivo”) o doblemente “reactivos”, se realizaron los siguientes estudios: Western Blot, carga viral plasmática (bDNA, Versant HIV-1 RNA 3.0, Siemens, USA) y recuento de células T CD4/CD8 por citometría de flujo doble plataforma (BD FACSCanto, BD Biosciences, USA). Los reactivos utilizados para el diagnóstico de infección por VIH (test rápido, ELISA, WB y CV) fueron provistos por la Dirección de SIDA y ETS del Ministerio de Salud de la Nación. El diagnóstico convencional de infección por *T. pallidum* se realizó en el Laboratorio de Inmunología y Virología Clínica del Hospital de Clínicas José de San Martín, utilizando un ensayo no treponémico (VDRL) y otro treponémico (TPHA). Los datos de prevalencia de HIV y *T. pallidum* se expresan sobre la base de resultados confirmados con pruebas convencionales de laboratorio.

3. Entrega de resultados y consejería post test. El resultado de los test rápidos fue comunicado a cada uno de los participantes por el consejero que le había tomado la entrevista, acompañado de asesoramientos relacionados con el diagnóstico obtenido. A todos los voluntarios, independientemente del resultado obtenido, se los convocó a retirar los estudios confirmatorios a los 15 días. A los participantes que resultaron infectados con alguno de los agentes estudiados se les ofreció una consulta gratuita con un médico infectólogo en la misma sede o en un hospital cercano.

Resultados

Se incorporaron al estudio un total de 1.517 participantes (1.015 HSH, 78 TS, 165 trans y 259 UD) entre septiembre de 2013 y mayo de 2014. La mayor parte de los participantes HSH, trans y TS ingresaron a través de las ONG Nexo y ATTTA, mientras que los UD lo hicieron a través del Programa de VIH-sida e ITS de la Municipalidad de San Martín y del Hospital en Red Especializado en Salud Mental y Adicciones.

Prevalencia de infección por VIH y *T. pallidum*

La prevalencia de infección por VIH en HSH fue del 11,5% (IC 95% 9,5-13,5), en TS del 5,1% (IC 95% 1,4-12,6), en trans del 31,5% (IC 95% 24,1-38,9) y en UD del 3,5% (IC 95% 1,1-5,9). En el grupo de UD, la prevalencia fue de 2,9% (4/136, IC 95% 0,8-7,4) en mujeres y de 4,1% (5/123, IC 95% 1,3-9,2) en hombres ($p=0,88$).

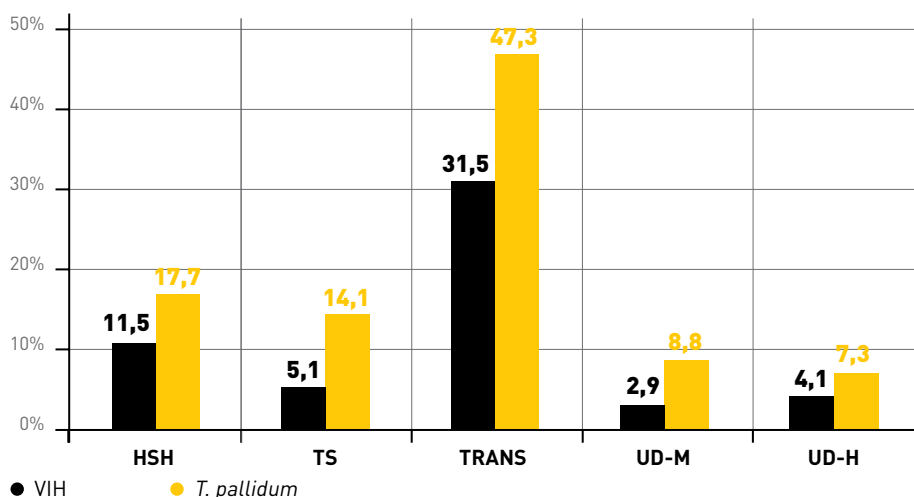
En relación con la prevalencia de infección por *T. pallidum* en grupos PEMAR, en HSH fue del 17,7% (IC 95% 15,2-20,0), en TS del 14,1% (IC 95% 5,7-22,5), en trans del 47,3% (IC 95% 39,3-55,2) y en UD del 7,7% (IC 95% 4,3-11,2). En el grupo de UD, la prevalencia fue del 8,8% (12/136, IC 95% 3,7-14,0) en mujeres y de 7,3% (9/123, IC 95% 2,3-12,3) en hombres ($p=0,82$). Los resultados de prevalencia de HIV y *T. pallidum* en grupos PEMAR puede observarse en el Gráfico 57.

Datos sociodemográficos de la población estudiada

El 61,4% de los participantes del estudio residían en la CABA y el 38,6% en la provincia de Buenos Aires, siendo esta última frecuencia más alta para los UD (la mitad de los participantes fueron reclutados en dicha jurisdicción). En relación con el lugar de nacimiento, un 19,5% de los participantes eran extranjeros –la mayoría proveniente de Perú, Paraguay, Colombia y Brasil. Esta frecuencia fue mayor en el grupo de Trans (36,0%) y TS (33,3%).

En relación con el nivel de educación formal, el 75% de los participantes te-

Gráfico 57. Frecuencia de infección por HIV y *T. pallidum* según grupos PEMAR, AMBA (09/2013-05/2014)



nían estudios secundarios completos y un 26,1%, tenía además estudios terciarios/ universitarios. Esta situación varía de acuerdo con el grupo estudiado, encontrándose un mayor nivel de educación formal en el grupo de HSH. Aproximadamente la mitad de los participantes (49%) tenía un trabajo formal al momento del estudio, siendo esta frecuencia mayor en los HSH (64,1%). Tanto en TS como en población trans (donde la mayoría ejercían el trabajo sexual), prevaleció el trabajo informal (79,5% y 76,2%, respectivamente). La mitad de la población estudiada tenía obra social (41,2%) o cobertura privada (9,4%), mientras que el 46,9% de los casos utilizaba el subsistema público de salud. El análisis del nivel de consulta del sistema de salud muestra que el 74,1% de los participantes lo consultaron durante el último año. El 25,6% de los participantes reportó haber tenido alguna infección de transmisión sexual (ITS), siendo el 27,2% (123/452) de ellas reportadas como cursadas durante el último año. Los grupos que informaron una mayor frecuencia de ITS fueron las trans (38,6%) y los HSH (30,5%).

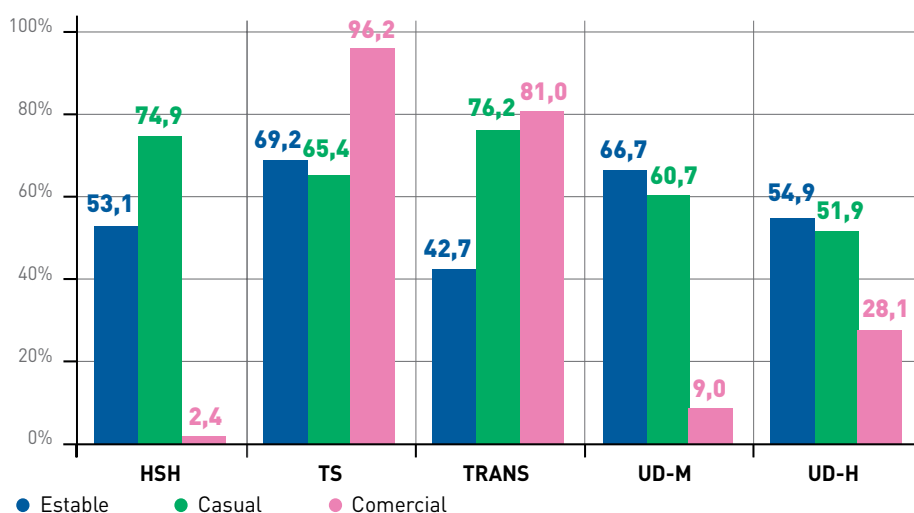
El 11,5% de los participantes del estudio reportó tener vinculación con una ONG, que en la mayoría de los casos se trataba de organizaciones vinculadas al VIH, a la diversidad sexual y al trabajo sexual. Al estratificar los datos según grupo PEMAR, se observa una vinculación mucho mayor en las TS (33,3%) y en las personas trans (22,1%).

Por otra parte, el 62,5% de los participantes manifestó que era la primera vez que respondía a una encuesta sobre VIH y prácticas sexuales.

Tipo de parejas y uso de preservativo

Un 55,2% de los participantes dijo haber mantenido relaciones sexuales con pareja estable en los últimos seis meses, siendo esta frecuencia del 69,8% con parejas casuales. Por otro lado un 16,1% reportó haber mantenido relaciones sexuales con pareja comercial (Gráfico 58).

Gráfico 58. Frecuencia de participantes que reportaron haber tenido relaciones sexuales con pareja estable, casual y/o comercial en los últimos seis meses según PEMAR, AMBA (09/2013-05/2014)



Un 35,2% de los participantes informó haber utilizado preservativo en la última relación sexual con pareja estable, mientras que esta frecuencia aumentó a 51,8% al considerar las parejas casuales y al 80% considerando las parejas comerciales. Al comparar la frecuencia de uso de preservativo en la última relación sexual según los distintos tipos de pareja (estable, casual o comercial), se observa que en todos los grupos el uso de preservativo fue más alto con las parejas casuales que con las parejas estables, y más elevado con las comerciales, alcanzando significación estadística en todos los grupos. Dentro de las razones más frecuentemente invocadas para no utilizar preservativo se destacan la confianza en la pareja (ya sea estable u ocasional) y la consideración de que no era necesario usarlo.

Experiencias previas de diagnóstico de VIH

Un 78,1% de los participantes informó haberse realizado anteriormente un test de VIH, sin embargo el 3,2% de ellos no había retirado el resultado. El testeo previo para VIH fue del 92,1% en Trans, del 81,7% en HSH, del 78,2% en TS y del 73,2% en UD. Si se considera el último año la frecuencia desciente al 47,5% en HSH, 37,2% en TS, 56% en trans y 26,7% en UD. El 22,6% de los participantes reportó haberse realizado el test previo por indicación médica, mientras que el resto declaró haberlo hecho por iniciativa personal.

Aceptabilidad del test rápido

El análisis global del grupo estudiado muestra una alta aceptabilidad del test rápido, dado que un 99,5% de los participantes dijo que el procedimiento les pareció “Bueno” o “Muy Bueno”. Sólo un 1,2% de los participantes consideró que la información recibida antes de la realización del test había sido insuficiente. Si bien un alto porcentaje del grupo estudiado (43,2%) sostuvo que recibir el resultado del diagnóstico de VIH en el mismo día es angustiante, el 91,2% de los participantes informaron preferirlo así. En relación con la confianza en el resultado del test, un 88,5% de los participantes consideró que el test es seguro y confiable, el 96,2% manifestó que volvería a hacerlo y el 97,0% que lo recomendaría a otra persona.

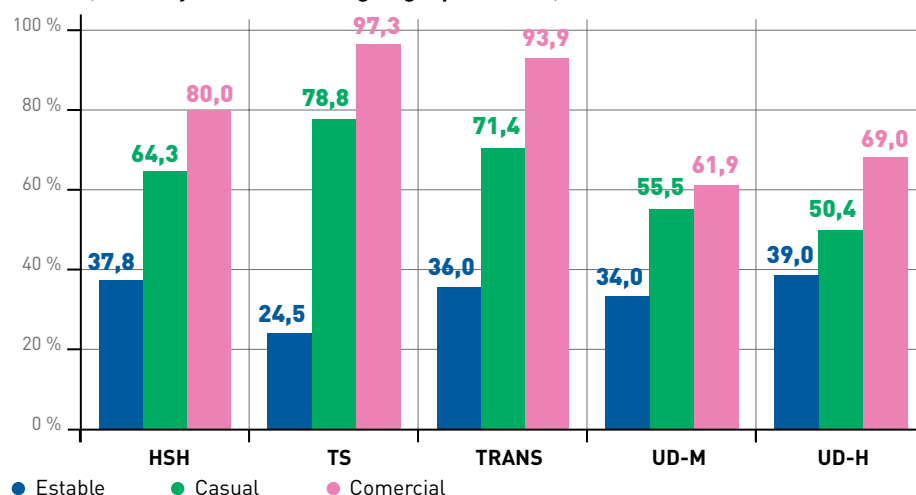
Conclusiones finales

Si bien en Argentina el acceso al diagnóstico y tratamiento de la infección por VIH es libre, confidencial y gratuito, un elevado porcentaje de individuos todavía son diagnosticados en estadios avanzados de la infección, con el consiguiente impacto desfavorable en su evolución clínica. Como parte de las políticas públicas de salud para mejorar el acceso de los individuos al diagnóstico de la infección por VIH, se han introducido en el país nuevos algoritmos que incluyen el uso de test rápidos.

Este proyecto implicó la realización, por primera vez en el país, de un estudio epidemiológico para evaluar la prevalencia de la infección por VIH y sífilis en las poblaciones en más alto riesgo (PEMAR) mediante un algoritmo diagnóstico que incluye el uso de test rápidos. Dichos test –además de generar resultados inmediatos– favorecen, por su sencilla implementación, la expansión de las pruebas de VIH fuera de los ámbitos formales de salud.

Los resultados de prevalencia de infección por VIH y *T. pallidum* obtenidos en los distintos grupos estudiados no difieren significativamente de los informados en estudios previos, y muestran que

Gráfico 59. Frecuencia de uso de preservativo en la última relación sexual con pareja estable, casual y/o comercial según grupo PEMAR, AMBA (09/2013-05/2014)





la prevalencia de ambos agentes continúa teniendo un gran impacto en los grupos PEMAR. En relación con el uso del test rápido, es de destacar la excelente aceptabilidad por parte de los distintos grupos estudiados. Dicha aceptabilidad se vio reflejada, por ejemplo, en la alta demanda para realizarse el test en la ONG Nexo, donde la cantidad de individuos que acuden a realizarse el test llegó casi a duplicarse luego de su implementación. La alta aceptabilidad del test también se vio reflejada en todos los sitios de reclutamiento a partir de los resultados de la encuesta, ya que el 99,5% de los participantes reportaron que el procedimiento del test rápido les pareció “Bueno” o “Muy Bueno”, el 88,5% consideró que el test es seguro y confiable, el 96,2% volvería a hacérselo y el 97,0% lo recomendaría.

Es importante resaltar que aproximadamente un 22% de los individuos incluidos en el estudio nunca se habían realizado el test de VIH, pese a que la mitad de ellos informaron prácticas con alto riesgo de transmisión. Por otro lado, aun cuando muchos individuos dijeron haberse realizado el test con anterioridad, un 3,2% de ellos nunca había retirado el resultado, llegando esta frecuencia a valores más elevados en los UD (8,6%) y las Trans (10,6%).

Los resultados de este estudio confirman los elevados niveles de prevalencia de VIH y sífilis en grupos vulnerables del área metropolitana, y sugieren que la promoción del testeo para VIH puede actuar como una estrategia de reducción de daño, al facilitar el diagnóstico temprano y reducir así la morbilidad por sida en esta población. ■



Indicadores de gestión de VIH, ITS y hepatitis virales

En esta sección se describen algunos indicadores de la Dirección de Sida y ETS relacionados con la respuesta al VIH, a las ITS y a las hepatitis virales en materia de prevención, diagnóstico y tratamiento. En la Tabla 33 del Anexo se detallan los gastos realizados durante 2013, discriminados por insumo y jurisdicción.

Acceso a preservativos y geles lubricantes

Durante 2014 se distribuyeron en promedio 2,2 millones de preservativos mensuales. Esto representó una disminución respecto del año anterior, debido a un retraso en el proceso de licitación. Por tal motivo, la diferencia faltante de este recurso ingresará los próximos meses en el Ministerio para ser distribuida durante el próximo año. Para calcular los preservativos repartidos durante el corriente año se tomaron los registros de entrega de enero a septiembre, en tanto que para los meses que restan –aún no ejecutados al momento de elaboración de este Boletín– se computaron las cantidades de insumos programadas.

Estos preservativos se distribuyeron principalmente en puntos fijos (bocas de distribución), y en menor medida durante eventos especiales. En 2014 pudimos contabilizar en el total del país 3.777 centros, un 20% más que el año anterior (Tabla 11 de la página siguiente). De estas bocas, el 36% se encontraba en la provincia de Buenos Aires y el 13% en la CABA. La comparación interanual muestra que 13 jurisdicciones aumentaron la cantidad de bocas, mientras que cuatro continuaron con la misma cantidad y siete disminuyeron. En la Tabla 12 (de la página siguiente) se presenta la localización de las bocas de distribución de preservativos dentro de la provincia de Buenos Aires.

Durante 2013 se distribuyeron 502.592 reactivos para tamizaje con-

vencional, 197.625 test rápidos y 12.420 confirmatorios para VIH. También 1.536.000 para sífilis y 34.020 para otras ITS. En relación con los reactivos de seguimiento, se distribuyeron: 84.330 determinaciones por un valor de \$10.729.962. De ellas, fueron 35.460 determinaciones para realizar cargas virales, 1.170 test de resistencia y 47.700 para conteo de CD4 y CD8. La Tabla 34 del Anexo describe la distribución según jurisdicción.

Personas bajo tratamiento antirretroviral

A partir de 2011 la Dirección de Sida comenzó a trabajar en el desarrollo e implementación de un nuevo sistema informático. Este tiene como finalidad realizar el monitoreo de todas las personas que viven con VIH y que son asistidas por el subsistema público de salud. A fines de 2013, esta base de datos incluía 42.520 registros de personas en tratamiento, aunque se estimaba que la cantidad total era de 35.292, ya que existían duplicaciones y omisiones de bajas. En lo que va de 2014, la cantidad

Gráfico 60. Promedio mensual de preservativos entregados por la DSyETS según año de distribución, Argentina (2006-2014)

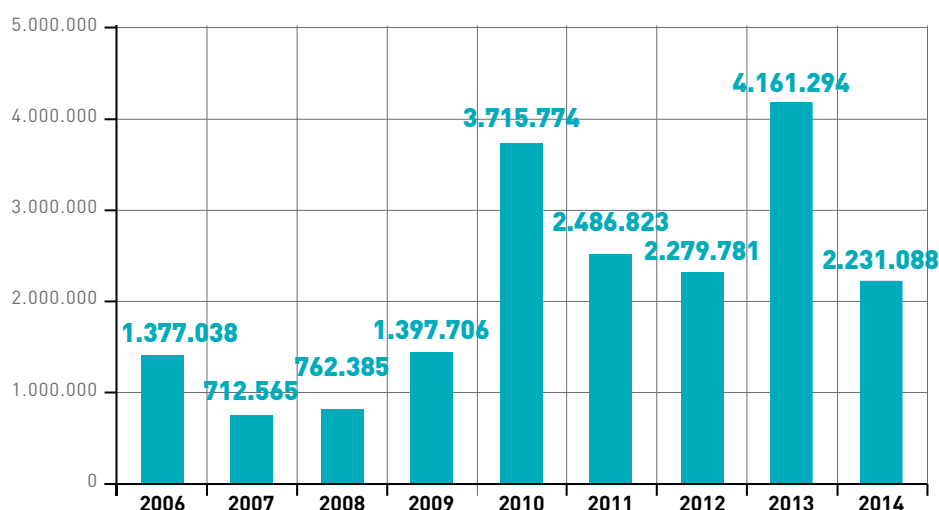


Tabla 11. Bocas de distribución gratuita de preservativos según provincia, Argentina (2011-2014)

	Cantidad de bocas de distribución				% del país de las bocas 2013	Variación 2013-2014
	30/09/2011	30/09/2012	30/07/2013	30/07/2014		
Total del país	2.533	2.904	3.156	3.777	100%	20%
Buenos Aires	875	1.043	1.208	1.361	36%	13%
CABA	411	416	467	492	13%	5%
Catamarca	-	-	-	76	2%	-
Chaco	45	44	45	44	1%	-2%
Chubut	78	95	95	73	2%	-23%
Córdoba	183	224	225	240	6%	7%
Corrientes	15	13	16	24	1%	50%
Entre Ríos	67	96	107	123	3%	15%
Formosa	42	40	40	40	1%	0%
Jujuy	35	35	35	57	2%	63%
La Pampa	61	60	61	120	3%	97%
La Rioja	25	25	28	28	1%	0%
Mendoza	17	16	17	24	1%	41%
Misiones	9	8	10	9	0%	-10%
Neuquén	32	31	32	31	1%	-3%
Río Negro	22	56	56	149	4%	166%
Salta	37	68	71	67	2%	-6%
San Juan	46	45	46	148	4%	222%
San Luis	26	64	64	59	2%	-8%
Santa Cruz	100	108	109	108	3%	-1%
Santa Fe	239	237	240	310	8%	29%
Santiago del Estero	9	13	16	26	1%	63%
Tierra del Fuego	31	40	40	40	1%	0%
Tucumán	128	127	128	128	3%	0%

Tabla 12. Bocas de distribución gratuita de preservativos según región sanitaria de la provincia de Buenos Aires, Argentina (2013-2014)

Variable de agrupación	2013		2014		Variación 2013-2014
	N°	%	N°	%	
Total Buenos Aires	1.208	100,0%	1.361	100,0%	13%
Región Sanitaria I	121	10,0%	121	8,9%	0%
Región Sanitaria II	1	0,1%	1	0,1%	0%
Región Sanitaria III	40	3,3%	50	3,7%	25%
Región Sanitaria IV	23	1,9%	23	1,7%	0%
Región Sanitaria V	265	21,9%	327	24,0%	23%
Región Sanitaria VI	236	19,5%	251	18,4%	6%
Región Sanitaria VII	240	19,9%	309	22,7%	29%
Región Sanitaria VIII	13	1,1%	10	0,7%	-23%
Región Sanitaria IX	4	0,3%	4	0,3%	0%
Región Sanitaria X	6	0,5%	6	0,4%	0%
Región Sanitaria XI	130	10,8%	130	9,6%	0%
Región Sanitaria XII	129	10,7%	129	9,5%	0%

de registros ascendió a 55.967 gracias al aumento de la carga activa por parte de los equipos de salud. Cabe señalar que si bien se estima que la cantidad ingresada continúa superando al número real por las razones mencionadas, a nivel global la carga de registros ha aumentado considerablemente.

En la Tabla 13 puede observarse que el número de pacientes que se encuentran registrados en la base de datos supera en un 30% a los que se estima que están en tratamiento. Esta proporción descenderá de modo significativo cuando se encuentre en pleno funcionamiento el módulo del sistema que registra la entrega de medicamentos. A partir de entonces, quedarán automáticamente inactivos aquellos pacientes que no registren un retiro de medicación durante los últimos tres meses.

Gasto en medicamentos y leches maternizadas

El gasto en medicamentos durante el 2013 fue de \$453.548.070,57. El 98% de ese monto corresponde a fármacos antirretrovirales mientras que el resto incluye drogas para enfermedades oportunistas y hepatitis virales, además de leche maternizada. El gasto general fue un 13% superior al del año anterior, lo cual se debió tanto a un aumento en los precios de los medicamentos como al incremento en el número de personas bajo tratamiento.

En relación con la distribución del gasto según Jurisdicción (Gráfico 61 en la página siguiente), puede observarse que los mayores porcentajes corresponden a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y a la provincia de Buenos Aires, seguidas por las provincias de Santa Fe y Córdoba. Existe en todos los casos una asociación directa entre el gasto y la cantidad de pacientes

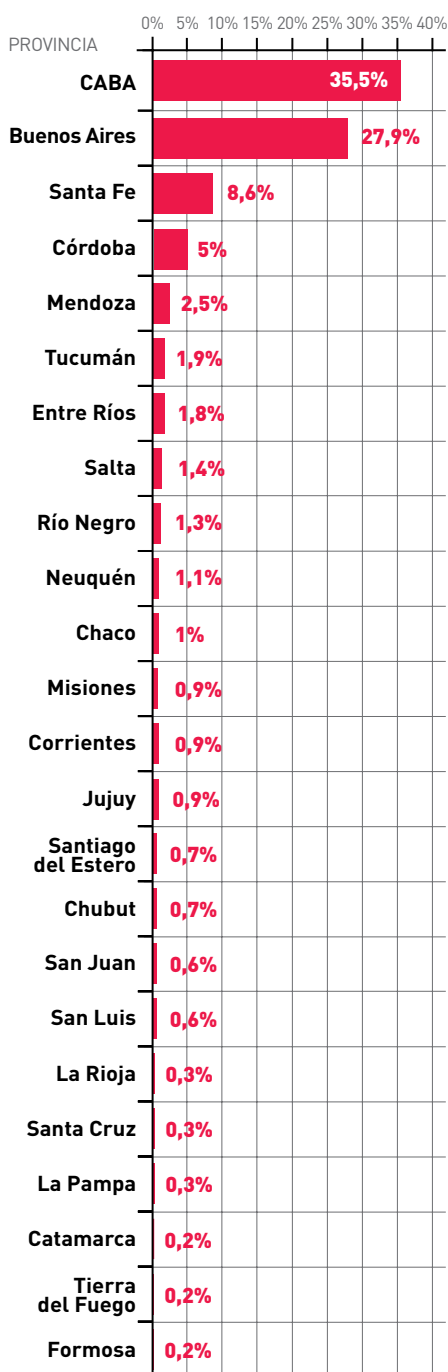
asistidos en cada jurisdicción. En el Gráfico 62 (en la página siguiente) se evidencia el gasto en medicamentos de la provincia de Buenos Aires según regiones sanitarias, donde se mantienen los mismos porcentajes de gasto que en los años anteriores.

A partir de la información obtenida de los padrones de pacientes en tratamiento y del gasto por jurisdicción durante 2013, se calculó el gasto anual promedio por paciente de cada juris-

Tabla 13. Cantidad de personas incorporadas al Sistema de Gestión de medicamentos SVIH que reciben ARV de la Dirección de Sida y ETS, y cantidad de personas estimadas en tratamiento, Argentina (2013)

Jurisdicción	Cantidad de pacientes en TAR estimados por la DSyETS	Cantidad de pacientes en TAR incorporados al sistema SVIH
Total pacientes	41.313	53.709
Buenos Aires	11.968	15.559
Catamarca	153	199
Ciudad de Buenos Aires	14.039	18.251
Chaco	385	501
Chubut	503	654
Córdoba	3.111	4.044
Corrientes	518	674
Entre Ríos	715	929
Formosa	195	253
Jujuy	448	583
La Pampa	152	198
La Rioja	226	294
Mendoza	1.045	1.358
Misiones	685	891
Neuquén	556	723
Río Negro	395	513
Salta	942	1.224
San Juan	364	473
San Luis	302	393
Santa Cruz	186	242
Santa Fe	3.175	4.128
Santiago del Estero	399	519
Tierra del Fuego	102	132
Tucumán	749	974

Gráfico 61. Porcentaje de gasto en medicamentos y leche de inicio según provincia, Argentina (2013).



dicción. El costo anual promedio por paciente en 2013 de la DSyETS fue de \$10.534,89 –levemente menor que el mismo indicador en 2012. Esto puede deberse al efecto combinado de un aumento en la cantidad de los registros durante el último año y el incremento de los precios, lo que haría que, pese al crecimiento del gasto total con respecto a 2012, el gasto por persona haya disminuido.

Pueden observarse algunas diferencias en el gasto a lo largo de las diferentes jurisdicciones. ■

Gráfico 62. Porcentaje de gasto en medicamentos y leche de inicio según región sanitaria de la provincia de Buenos Aires, Argentina (2013)

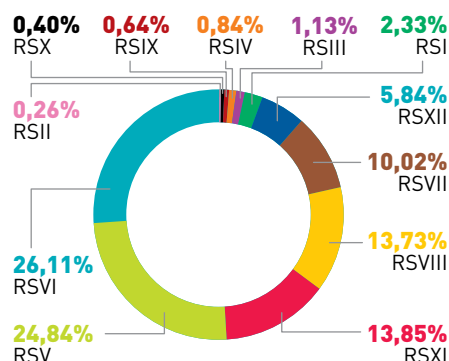


Tabla 14. Gasto promedio anual por persona en ARV según provincia, Argentina (2013)

Provincia	Gasto en pesos anual	Gasto promedio anual por persona
País	\$ 453.548.070,57	\$ 10.534,89
Buenos Aires	\$ 126.668.180,57	\$ 10.583,50
Catamarca	\$ 1.122.273,21	\$ 7.331,43
Ciudad de Buenos Aires	\$ 161.231.359,45	\$ 11.484,34
Chaco	\$ 4.713.943,26	\$ 12.231,79
Chubut	\$ 3.034.675,76	\$ 6.032,23
Córdoba	\$ 22.584.344,23	\$ 7.260,05
Corrientes	\$ 3.918.169,12	\$ 7.557,30
Entre Ríos	\$ 8.163.814,53	\$ 11.424,07
Formosa	\$ 767.815,24	\$ 3.945,30
Jujuy	\$ 3.908.680,07	\$ 8.715,75
La Pampa	\$ 1.251.040,10	\$ 8.213,90
La Rioja	\$ 1.992.389,81	\$ 8.809,89
Mendoza	\$ 11.489.122,89	\$ 10.998,42
Misiones	\$ 3.945.051,88	\$ 5.755,97
Neuquén	\$ 5.033.953,77	\$ 9.051,37
Río Negro	\$ 5.706.123,02	\$ 14.459,96
Salta	\$ 6.385.750,39	\$ 6.782,25
San Juan	\$ 2.900.084,13	\$ 7.970,63
San Luis	\$ 2.806.188,92	\$ 9.282,56
Santa Cruz	\$ 1.484.201,34	\$ 7.972,98
Santa Fe	\$ 39.138.150,34	\$ 12.325,48
Santiago del Estero	\$ 3.204.264,66	\$ 8.026,10
Tierra del Fuego	\$ 1.071.133,54	\$ 10.549,04
Tucumán	\$ 8.675.020,03	\$ 11.578,57

Anexo

Tabla 15. Casos y tasas por 100 mil habitantes de VIH por provincia, Argentina (2003-2012)

		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*	2012*	Tendencia
País	Tasas	17,9	18,2	15,7	15,1	14,3	16,2	15,9	16,1	15,5	14,1	
	Casos	6.766	6.941	6.064	5.875	5.627	6.436	6.388	6.565	6.376	5.882	
Buenos Aires	Tasas	20,4	23,6	19,3	18,1	16,4	17,6	15,7	13,9	13,0	10,5	
	Casos	2.942	3.426	2.833	2.672	2.453	2.643	2.389	2.192	2.061	1.689	
CABA	Tasas	40,0	40,1	33,3	31,6	29,4	32,4	39,0	41,9	36,2	31,1	
	Casos	1.203	1.209	1.005	955	892	985	1.189	1.270	1.099	946	
Catamarca	Tasas	3,1	10,9	6,3	8,3	6,8	3,3	9,8	5,6	9,7	10,9	
	Casos	11	39	23	31	26	13	39	21	37	42	
Chaco	Tasas	2,8	2,1	3,7	4,6	4,4	7,0	7,3	8,1	8,6	9,8	
	Casos	28	21	38	48	46	74	77	88	94	108	
Chubut	Tasas	18,8	25,7	14,1	14,2	21,3	21,1	14,6	17,9	24,4	20,0	
	Casos	82	113	63	64	97	97	68	92	128	107	
Córdoba	Tasas	12,9	14,5	14,2	13,6	13,2	16,3	17,2	18,1	16,1	14,5	
	Casos	414	469	461	447	438	543	578	610	549	502	
Corrientes	Tasas	10,1	7,7	5,9	6,9	6,8	6,8	7,1	8,2	7,6	7,7	
	Casos	97	75	58	68	68	69	73	83	78	80	
Entre Ríos	Tasas	14,1	8,2	5,7	7,2	6,7	8,7	7,5	12,9	14,2	11,8	
	Casos	169	99	69	88	83	109	95	162	180	151	
Formosa	Tasas	5,4	5,1	7,0	5,0	3,6	5,0	2,9	5,8	5,7	8,2	
	Casos	27	26	36	26	19	27	16	32	32	46	
Jujuy	Tasas	17,2	16,3	13,3	14,7	13,9	16,3	16,4	17,0	14,4	18,8	
	Casos	109	105	87	97	93	111	113	116	100	132	
La Pampa	Tasas	9,2	8,5	3,7	5,2	5,8	8,4	10,4	10,7	15,4	11,1	
	Casos	29	27	12	17	19	28	35	35	51	37	
La Rioja	Tasas	13,3	9,2	8,7	15,3	14,1	12,6	17,2	17,2	15,0	9,6	
	Casos	41	29	28	50	47	43	60	59	52	34	
Mendoza	Tasas	9,0	5,9	4,3	6,5	8,9	13,7	11,7	14,1	14,9	14,7	
	Casos	148	97	72	110	153	237	204	251	267	267	
Misiones	Tasas	13,5	12,8	9,7	15,2	12,3	10,8	12,2	12,2	10,5	16,3	
	Casos	135	130	100	159	131	116	133	136	119	186	
Neuquén	Tasas	20,0	17,0	15,7	16,8	16,5	19,7	14,7	18,2	18,4	15,6	
	Casos	101	87	82	89	89	108	82	104	107	92	
Río Negro	Tasas	12,6	10,6	12,1	11,2	10,6	18,6	12,2	12,6	12,6	14,2	
	Casos	73	62	71	66	63	111	73	82	83	95	
Salta	Tasas	15,5	17,8	10,6	13,3	11,7	17,2	17,7	18,8	22,6	19,1	
	Casos	174	203	123	157	141	210	220	233	284	244	

Tabla 15 (continuación). Casos y tasas por 100 mil habitantes de VIH por provincia, Argentina (2003-2012)

		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*	2012*	Tendencia
San Juan	Tasas	6,5	5,5	4,8	7,0	6,1	9,9	12,1	8,2	13,3	14,4	
	Casos	42	36	32	47	42	69	85	57	94	103	
San Luis	Tasas	19,7	10,5	12,2	9,3	9,6	6,6	13,0	10,4	10,7	14,4	
	Casos	77	42	50	39	41	29	58	46	48	66	
Santa Cruz	Tasas	14,6	15,7	13,1	12,9	18,5	11,5	20,4	22,9	20,0	19,8	
	Casos	30	33	28	28	41	26	47	63	57	58	
Santa Fe	Tasas	10,9	8,6	14,5	8,8	8,9	11,5	12,1	12,6	12,0	12,0	
	Casos	341	272	461	282	287	373	396	411	394	396	
Santiago del Estero	Tasas	7,2	6,3	8,8	4,5	6,1	7,4	6,1	6,4	9,6	4,6	
	Casos	59	52	74	38	52	64	53	56	85	41	
Tierra del Fuego	Tasas	22,2	17,0	19,1	17,7	22,0	16,6	17,7	23,5	36,8	22,2	
	Casos	24	19	22	21	27	21	23	31	50	31	
Tucumán	Tasas	6,8	8,2	9,1	9,7	9,7	12,1	10,6	14,4	13,4	18,4	
	Casos	95	115	130	140	141	178	158	214	203	282	
Desconocido	Casos	315	155	106	136	138	152	124	121	124	147	

* Años no cerrados por retrasos en la notificación.

Tabla 16. Tasa específica de VIH por 100 mil habitantes según sexo y región, Argentina (2003-2012)

Varones	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*	2012*	Tendencia
País	22,9	22,5	19,8	19,1	18,6	20,9	21,2	21,9	21,0	17,9	
AMBA	35,6	36,2	29,7	28,3	26,8	28,2	29,5	30,5	26,0	15,0	
Centro	16,8	19,3	19,7	16,6	16,1	18,8	19,2	18,2	18,5	46,4	
NOA	13,8	13,8	11,8	12,4	12,8	15,6	15,3	17,6	19,6	3,9	
NEA	10,6	9,2	7,2	8,9	8,2	8,5	9,5	11,2	10,5	8,0	
Cuyo	14,3	8,5	7,7	11,5	12,6	16,6	17,6	17,5	18,9	19,5	
Patagonia	18,5	16,6	14,5	16,8	17,5	20,4	17,5	21,0	23,2	23,5	
Mujeres	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*	2012*	Tendencia
País	13,1	13,9	11,8	11,2	10,2	11,7	10,9	10,6	10,1	9,2	
AMBA	20,9	22,0	17,9	17,0	14,6	16,0	14,0	13,1	11,1	8,5	
Centro	9,7	11,3	10,3	9,1	8,4	10,0	9,7	9,4	9,1	8,6	
NOA	7,0	9,7	7,9	8,1	7,1	9,3	9,5	9,9	10,5	11,5	
NEA	5,9	5,1	5,8	7,9	6,3	7,0	6,5	6,8	6,5	7,8	
Cuyo	6,4	5,0	4,2	4,4	5,4	7,1	7,6	8,0	9,2	8,4	
Patagonia	13,0	14,7	10,7	8,7	12,1	13,7	10,8	12,0	14,7	12,4	

* Años no cerrados por retrasos en la notificación.

Tabla 17. Tasa de VIH por 100 mil habitantes según región sanitaria de la provincia de Buenos Aires (2003-2012)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*	2012*
Total Buenos Aires	20,4	23,6	19,3	18,1	16,4	17,6	15,7	13,9	13,0	10,5
Región Sanitaria I	3,2	11,1	6,3	7,1	4,8	8,2	7,1	4,3	7,9	8,5
Región Sanitaria II	2,4	3,1	2,7	2,7	2,7	3,5	2,7	1,8	1,8	1,8
Región Sanitaria III	7,6	6,8	5,6	6,3	7,1	6,7	9,8	3,0	1,1	1,8
Región Sanitaria IV	6,0	5,4	3,1	4,8	4,4	4,2	5,0	6,1	4,5	5,8
Región Sanitaria V	17,2	24,0	17,8	14,3	13,9	13,6	11,5	12,2	9,4	8,9
Región Sanitaria VI	27,1	27,3	23,1	22,5	18,8	21,7	19,3	17,5	15,8	9,6
Región Sanitaria VII	17,9	19,6	16,5	14,9	15,2	16,0	13,4	11,3	10,1	9,9
Región Sanitaria VIII	13,4	28,3	27,8	25,5	18,6	19,6	18,0	10,2	11,8	10,1
Región Sanitaria IX	5,3	4,6	4,6	7,5	6,1	2,9	3,5	3,1	4,6	5,1
Región Sanitaria X	7,4	8,6	5,1	7,3	4,1	4,7	4,3	3,3	10,1	10,5
Región Sanitaria XI	13,0	20,9	19,0	12,2	13,2	15,9	15,3	15,2	14,0	13,8
Región Sanitaria XII	35,0	25,5	22,2	24,4	22,0	22,6	18,1	18,0	13,6	7,9

* Años no cerrados por retrasos en la notificación.

Tabla 18. Tasa de VIH por 100 mil habitantes en los 24 partidos del Gran Buenos Aires (2003-2012)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011*	2012*
Total GBA	24,0	25,1	20,4	19,5	17,5	18,5	15,9	15,2	12,8	9,4
Almirante Brown	23,6	20,1	19,8	13,5	15,3	17,8	15,1	17,8	10,3	7,2
Avellaneda	39,9	31,8	25,1	29,5	27,7	22,2	23,1	16,6	17,8	12,7
Berazategui	29,0	26,7	14,6	18,3	12,7	17,8	14,5	18,5	17,1	7,0
Esteban Echeverría	31,2	21,4	18,8	13,6	11,9	45,6	23,5	14,7	12,1	6,8
Ezeiza	15,1	20,9	15,1	33,1	18,6	13,9	8,1	13,8	14,9	12,2
Florencio Varela	18,5	19,0	19,4	17,7	15,6	15,0	17,1	14,4	11,7	10,9
General San Martín	18,6	20,3	19,0	16,6	17,5	15,4	10,8	15,9	8,8	14,7
Hurlingham	11,5	16,0	10,8	12,5	17,5	14,7	15,2	12,0	12,9	6,4
Ituzaingó	16,7	8,0	11,0	17,5	9,0	11,3	11,2	10,2	4,5	5,0
José C. Paz	22,5	41,5	27,1	16,3	22,4	18,5	18,3	17,7	10,2	12,6
La Matanza	35,0	25,5	22,2	24,4	22,0	22,6	18,1	18,0	13,6	7,9
Lanús	40,1	35,5	36,4	34,9	26,3	22,9	23,3	21,1	18,4	10,6
Lomas de Zamora	23,1	33,5	27,0	28,2	24,7	26,7	24,8	22,6	16,8	12,7
Malvinas Argentinas	16,2	30,3	14,1	11,7	8,7	4,9	6,4	8,5	10,1	5,1
Merlo	18,1	19,2	18,6	15,8	15,0	16,3	12,7	11,0	10,9	12,7
Moreno	17,6	26,8	18,4	17,6	20,0	16,7	15,1	13,5	10,8	15,5
Morón	19,4	25,2	16,7	14,3	16,2	18,0	13,8	12,7	9,6	7,8
Quilmes	21,1	28,0	20,7	17,9	12,7	16,1	17,2	13,1	21,6	7,4
San Fernando	27,9	29,1	35,8	18,1	24,8	19,1	19,0	14,8	11,1	6,4
San Isidro	22,6	26,2	15,7	17,6	10,4	13,3	10,1	10,0	12,4	5,2
San Miguel	11,0	21,4	15,9	15,4	10,5	13,9	9,5	12,6	9,1	6,0
Tigre	16,1	25,9	18,8	16,4	17,1	14,2	12,3	15,0	10,1	10,8
Tres de Febrero	15,9	15,0	11,8	12,1	13,6	13,3	11,0	8,1	8,6	5,7
Vicente López	18,2	17,5	15,1	13,0	8,8	13,4	9,8	11,2	10,4	11,3

* Años no cerrados por retrasos en la notificación.

Tabla 19. Lugar de residencia de las personas con diagnósticos de VIH según provincia, Argentina (2005-2013)

	2005 - 2007	2008 - 2010	2011 - 2013*	Tendencia
País	100,0%	100,0%	100,0%	
	17.556	18.143	14.375	
Buenos Aires	45,3%	37,7%	30,1%	
CABA	16,2%	15,9%	14,7%	
Catamarca	0,5%	0,4%	0,8%	
Chaco	0,8%	1,0%	0,5%	
Chubut	1,3%	1,4%	1,9%	
Córdoba	7,7%	9,5%	10,3%	
Corrientes	1,1%	1,2%	1,7%	
Entre Ríos	1,4%	1,6%	1,8%	
Formosa	0,5%	0,4%	0,6%	
Jujuy	1,6%	1,9%	2,4%	
La Pampa	0,3%	0,5%	1,0%	
La Rioja	0,7%	0,9%	0,9%	
Mendoza	1,9%	3,6%	5,3%	
Misiones	2,2%	2,0%	1,6%	
Neuquén	1,5%	1,6%	1,8%	
Río Negro	1,1%	1,4%	1,8%	
Salta	2,4%	3,6%	5,0%	
San Juan	0,7%	1,2%	1,6%	
San Luis	0,7%	0,6%	1,2%	
Santa Cruz	0,6%	0,7%	1,0%	
Santa Fe	5,9%	6,5%	5,9%	
Santiago del Estero	0,9%	0,9%	1,0%	
Tierra del Fuego	0,4%	0,4%	0,6%	
Tucumán	2,3%	2,8%	4,0%	
Desconocido	2,2%	2,2%	2,7%	

* Años no cerrados por retrasos en la notificación.

Tabla 20. Lugar de residencia de las personas con diagnósticos de VIH según región sanitaria de la provincia de Buenos Aires (2005-2013)

	2005 - 2007	2008 - 2010	2011 - 2013	Tendencia
Provincia de Buenos Aires	100,0%	100,0%	100,0%	
	7.950	6.847	4.325	
Región Sanitaria I	1,5%	1,9%	3,8%	
Región Sanitaria II	0,3%	0,3%	0,3%	
Región Sanitaria III	0,6%	0,7%	0,4%	
Región Sanitaria IV	0,8%	1,2%	1,8%	
Región Sanitaria V	17,5%	17,1%	17,4%	
Región Sanitaria VI	29,3%	29,4%	27,7%	
Región Sanitaria VII	12,9%	13,0%	12,4%	
Región Sanitaria VIII	10,1%	8,1%	7,7%	
Región Sanitaria IX	0,7%	0,4%	0,8%	
Región Sanitaria X	0,7%	0,5%	1,0%	
Región Sanitaria XI	6,3%	7,8%	8,9%	
Región Sanitaria XII	11,5%	11,3%	8,9%	
Desconocido	7,8%	8,3%	9,0%	

Tabla 21. Razón hombre/mujer de VIH por años de diagnóstico agrupados según provincia, Argentina (2005-2013)

	2005 - 2007	2008 - 2010	2011 - 2013	Tendencia
País	1,8	1,9	2,1	
Varones	10.969	11.751	9.629	
Mujeres	6.259	6.113	4.568	
Buenos Aires	1,3	1,4	1,7	
CABA	2,6	3,3	3,4	
Catamarca	1,6	1,2	1,6	
Chaco	1,6	2,5	1,6	
Chubut	1,1	1,4	1,2	
Córdoba	2,6	2,6	2,4	
Corrientes	1,8	1,5	2,4	
Entre Ríos	1,3	1,7	1,8	
Formosa	1,1	1,0	2,0	
Jujuy	1,4	1,5	1,5	
La Pampa	1,7	1,4	1,4	
La Rioja	1,4	1,3	1,4	
Mendoza	2,9	2,6	2,6	

Tabla 21 (continuación). Razón hombre/mujer de VIH por años de diagnóstico agrupados según provincia, Argentina (2005-2013)

	2005 - 2007	2008 - 2010	2011 - 2013	Tendencia
Misiones	0,9	1,0	1,2	
Neuquén	2,0	2,0	2,4	
Río Negro	1,6	1,4	1,8	
Salta	1,6	1,4	1,6	
San Juan	3,0	2,1	1,7	
San Luis	1,5	2,0	1,6	
Santa Cruz	1,3	1,6	1,3	
Santa Fe	2,0	1,7	1,7	
Santiago del Estero	1,1	1,3	1,3	
Tierra del Fuego	1,9	2,5	1,8	
Tucumán	2,0	2,6	3,1	

Tabla 22. Razón hombre/mujer en los diagnósticos de VIH por años agrupados según región sanitaria, provincia de Buenos Aires (2005-2013)

	2005 - 2007	2008 - 2010	2011 - 2013	Tendencia
Provincia de Buenos Aires	1,3	1,4	1,7	
Varones	4.524	4.045	2.751	
Mujeres	3.426	2.802	1.577	
Región Sanitaria I	2,0	1,3	2,2	
Región Sanitaria II	0,9	1,3	4,5	
Región Sanitaria III	1,0	1,6	3,3	
Región Sanitaria IV	2,0	1,1	1,8	
Región Sanitaria V	1,4	1,6	1,7	
Región Sanitaria VI	1,2	1,3	1,8	
Región Sanitaria VII	1,2	1,4	1,9	
Región Sanitaria VIII	1,5	1,6	1,7	
Región Sanitaria IX	1,5	1,5	0,8	
Región Sanitaria X	1,3	2,0	2,5	
Región Sanitaria XI	1,6	1,6	1,8	
Región Sanitaria XII	1,0	1,4	1,4	

Tabla 23. Mediana de edad de diagnósticos de VIH según sexo y región, Argentina (2005-2013)

	Varones				Mujeres			
	2005 - 2007	2008 - 2010	2011 - 2013	Tendencia	2005 - 2007	2008 - 2010	2011 - 2013	Tendencia
País	35,0	35,0	34,0		30,0	31,0	32,0	
CABA	35,0	34,0	34,0		32,0	32,0	33,0	
GBA	35,0	36,0	35,0		31,0	32,0	33,5	
Centro	35,0	34,5	34,0		30,0	32,0	32,0	
NOA	33,0	33,0	31,0		28,0	29,0	30,0	
NEA	33,0	35,0	33,0		29,0	29,0	29,5	
Cuyo	33,0	34,0	34,0		29,0	31,0	33,0	
Patagonia	35,0	35,0	34,0		29,0	32,0	32,0	

Tabla 24. Mediana de edad de diagnóstico de VIH según sexo y provincia, Argentina (2005-2013)

	Varones				Mujeres			
	2005 - 2007	2008 - 2010	2011 - 2013	Tendencia	2005 - 2007	2008 - 2010	2011 - 2013	Tendencia
País	35,0	35,0	34,0		30,0	31,0	32,0	
Buenos Aires	35,0	35,0	35,0		31,0	32,0	33,0	
CABA	35,0	34,0	34,0		32,0	32,0	33,0	
Catamarca	36,0	32,0	30,0		29,0	29,0	29,0	
Chaco	30,5	33,0	33,0		27,0	29,0	25,0	
Chubut	35,0	36,0	35,0		30,0	32,0	30,5	
Córdoba	34,0	33,0	33,0		30,0	32,0	32,0	
Corrientes	32,0	34,0	33,5		31,0	31,0	30,0	
Entre Ríos	32,0	33,0	31,0		27,0	30,0	28,0	
Formosa	32,0	36,0	31,5		30,0	27,0	30,0	
Jujuy	32,0	33,0	32,0		29,5	30,0	30,0	
La Pampa	36,0	34,5	37,5		31,0	25,5	34,0	
La Rioja	28,5	32,0	33,0		26,0	28,0	32,0	
Mendoza	34,5	35,5	34,0		31,0	32,0	33,0	
Misiones	34,0	37,0	34,0		28,0	28,0	30,0	
Neuquén	36,0	34,0	32,0		30,0	34,0	30,0	
Río Negro	35,0	37,0	35,0		30,0	31,0	32,0	
Salta	31,5	33,5	31,5		27,0	30,0	29,0	
San Juan	33,0	34,0	35,0		29,5	32,0	32,0	
San Luis	30,0	31,0	33,0		30,0	27,5	30,0	
Santa Cruz	35,0	32,0	33,5		29,5	32,0	31,0	
Santa Fe	35,0	36,0	36,0		30,0	31,0	31,0	
Santiago del Estero	34,5	31,5	34,0		26,0	29,0	31,0	
Tierra del Fuego	32,0	35,0	30,0		26,0	37,0	32,0	
Tucumán	33,0	33,0	31,0		29,0	28,0	30,0	

Tabla 25. Mediana de edad de diagnóstico de VIH según sexo en regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires, Argentina (2005-2013)

	Varones				Mujeres			
	2005 - 2007	2008 - 2010	2011 - 2013	Tendencia	2005 - 2007	2008 - 2010	2011 - 2013	Tendencia
Provincia de Buenos Aires	35,0	35,0	35,0		31,0	32,0	33,0	
Región Sanitaria I	35,0	40,5	35,0		30,0	35,5	31,0	
Región Sanitaria II	36,0	34,0	33,0		30,0	32,0	35,0	
Región Sanitaria III	32,5	36,0	36,0		29,5	29,5	31,5	
Región Sanitaria IV	34,0	35,0	40,0		32,5	34,0	37,5	
Región Sanitaria V	35,0	35,0	35,0		30,0	32,0	33,0	
Región Sanitaria VI	35,0	36,0	35,0		31,0	32,0	32,0	
Región Sanitaria VII	36,0	35,0	35,0		32,0	32,0	35,0	
Región Sanitaria VIII	35,0	35,0	36,0		30,0	33,0	32,0	
Región Sanitaria IX	39,5	39,5	30,5		33,5	32,5	26,5	
Región Sanitaria X	36,0	35,5	32,0		28,0	29,0	36,0	
Región Sanitaria XI	35,0	33,0	31,0		31,0	31,0	32,0	
Región Sanitaria XII	36,0	35,0	37,0		32,0	32,0	34,0	

Tabla 26. Máximo nivel de instrucción alcanzado en personas de 19 años o más con diagnóstico de VIH según sexo y región, Argentina (2005-2013)

		Varones		Mujeres	
		2005 - 2007	2011 - 2013	2005 - 2007	2011 - 2013
País	Analfabeto / Primaria incompleta	8,8%	6,6%	12,7%	10,6%
	Primaria completa / Secundaria incompleta	40,5%	34,5%	50,1%	44,9%
	Secundaria completa	21,9%	23,1%	18,9%	20,9%
	Terciaria incompleta/completa o Universitaria incompleta	15,6%	19,7%	8,1%	10,4%
	Universitaria completa	5,3%	6,3%	1,3%	1,7%
	Desconocido	7,9%	9,8%	8,9%	11,5%
	Total	10.598	9.355	6.035	4.355
CABA	Analfabeto / Primaria incompleta	4,8%	3,8%	9,4%	8,8%
	Primaria completa / Secundaria incompleta	26,7%	23,2%	39,5%	34,2%
	Secundaria completa	30,6%	29,0%	26,8%	26,8%
	Terciaria incompleta/completa o Universitaria incompleta	22,5%	25,1%	12,9%	16,2%
	Universitaria completa	9,5%	10,4%	2,9%	1,8%
	Desconocido	5,9%	8,5%	8,6%	12,3%
	Total	2.024	1.615	747	456
GBA	Analfabeto / Primaria incompleta	10,7%	6,0%	13,7%	9,0%
	Primaria completa / Secundaria incompleta	52,4%	44,0%	56,9%	49,5%
	Secundaria completa	18,3%	21,8%	16,8%	20,6%
	Terciaria incompleta/completa o Universitaria incompleta	10,0%	15,1%	5,7%	7,9%
	Universitaria completa	2,1%	2,3%	0,7%	1,2%
	Desconocido	6,4%	10,8%	6,3%	11,7%
	Total	2.819	1.622	2.179	911
Centro	Analfabeto / Primaria incompleta	8,5%	8,1%	11,4%	11,5%
	Primaria completa / Secundaria incompleta	42,0%	36,5%	52,3%	47,6%
	Secundaria completa	22,1%	23,0%	20,1%	20,7%
	Terciaria incompleta/completa o Universitaria incompleta	15,3%	18,1%	7,4%	8,1%
	Universitaria completa	5,5%	6,7%	1,1%	2,0%
	Desconocido	6,7%	7,6%	7,7%	10,1%
	Total	3.270	2.723	1.710	1.308
NOA	Analfabeto / Primaria incompleta	11,9%	7,7%	16,9%	10,5%
	Primaria completa / Secundaria incompleta	38,8%	31,2%	46,4%	47,5%
	Secundaria completa	16,4%	20,8%	18,2%	19,4%
	Terciaria incompleta/completa o Universitaria incompleta	19,5%	23,8%	10,0%	11,0%
	Universitaria completa	5,8%	6,2%	1,7%	1,2%
	Desconocido	7,6%	10,2%	6,8%	10,4%
	Total	793	1.191	468	589
NEA	Analfabeto / Primaria incompleta	10,7%	10,3%	19,9%	21,6%
	Primaria completa / Secundaria incompleta	32,7%	40,9%	34,6%	40,7%
	Secundaria completa	15,5%	20,1%	13,4%	17,2%
	Terciaria incompleta/completa o Universitaria incompleta	13,1%	18,2%	4,0%	8,3%
	Universitaria completa	3,1%	5,0%	0,9%	0,5%
	Desconocido	24,9%	5,5%	27,1%	11,8%
	Total	413	379	321	204

Tabla 26 (continuación). Máximo nivel de instrucción alcanzado en personas de 19 años o más con diagnóstico de VIH según sexo y región, Argentina (2005-2013)

		Varones		Mujeres	
		2005 - 2007	2011 - 2013	2005 - 2007	2011 - 2013
Cuyo	Analfabeto / Primaria incompleta	12,8%	7,6%	17,0%	10,2%
	Primaria completa / Secundaria incompleta	38,7%	33,8%	54,0%	43,6%
	Secundaria completa	20,3%	20,7%	14,0%	17,2%
	Terciaria incompleta/completa o Universitaria incompleta	15,1%	20,8%	10,5%	15,4%
	Universitaria completa	6,7%	6,7%	0,5%	2,3%
	Desconocido	6,5%	10,4%	4,0%	11,2%
	Total	478	850	200	383
Patagonia	Analfabeto / Primaria incompleta	8,3%	4,9%	7,0%	9,2%
	Primaria completa / Secundaria incompleta	38,3%	37,9%	42,2%	38,4%
	Secundaria completa	23,0%	20,8%	20,6%	25,1%
	Terciaria incompleta/completa o Universitaria incompleta	14,2%	17,1%	13,7%	11,9%
	Universitaria completa	3,0%	4,9%	1,6%	2,2%
	Desconocido	13,2%	14,5%	14,9%	13,1%
	Total	530	692	315	411
Desconocido		271	283	95	93

Tabla 27. Máximo nivel de instrucción alcanzado en personas de 19 años o más según sexo y provincia, Argentina (2005-2013)

Analf. /PI: Analfabeto / Primaria incompleta

PC / SI: Primaria completa / Secundaria incompleta

SC: Secundaria completa

TI / TC / UI: Terciaria incompleta/completa o Universitaria incompleta

UC: Universitaria completa

Desc.: Desconocido

		Varones						Mujeres					
		Analf / PI	PI / SI	SC	TI / TC / UI	UC	Desc.	Analf / PI	PI / SI	SC	TI / TC / UI	UC	Desc.
País	2005 - 2007	8,8%	40,5%	21,9%	15,6%	5,3%	7,9%	12,7%	50,1%	18,9%	8,1%	1,3%	8,9%
	2008 - 2010	8,1%	36,8%	23,5%	18,1%	6,1%	7,4%	12,6%	48,5%	20,0%	9,1%	1,4%	8,4%
	2011 - 2013	6,6%	34,5%	23,1%	19,7%	6,3%	9,8%	10,6%	44,9%	20,9%	10,4%	1,7%	11,5%
Buenos Aires	2005 - 2007	9,9%	50,1%	19,8%	10,6%	2,8%	6,8%	12,9%	56,0%	17,2%	6,2%	0,7%	7,0%
	2008 - 2010	9,6%	45,2%	23,1%	12,9%	2,6%	6,5%	12,3%	53,3%	19,3%	7,0%	0,9%	7,1%
	2011 - 2013	6,9%	42,5%	22,4%	14,4%	3,4%	10,6%	9,8%	49,1%	20,6%	7,6%	1,3%	11,5%
CABA	2005 - 2007	4,8%	26,7%	30,6%	22,5%	9,5%	5,9%	9,4%	39,5%	26,8%	12,9%	2,9%	8,6%
	2008 - 2010	4,1%	22,9%	30,2%	24,1%	11,9%	6,8%	7,8%	39,8%	29,4%	13,6%	2,7%	6,7%
	2011 - 2013	3,8%	23,2%	29,0%	25,1%	10,4%	8,5%	8,8%	34,2%	26,8%	16,2%	1,8%	12,3%
Catamarca	2005 - 2007	8,3%	22,9%	10,4%	20,8%	10,4%	27,1%	3,4%	34,5%	37,9%	3,4%	3,4%	17,2%
	2008 - 2010	11,4%	37,1%	17,1%	22,9%	2,9%	8,6%	9,7%	51,6%	19,4%	9,7%	3,2%	6,5%
	2011 - 2013	7,5%	28,4%	19,4%	13,4%	14,9%	16,4%	7,7%	43,6%	20,5%	15,4%	5,1%	7,7%
Chaco	2005 - 2007	6,6%	40,8%	13,2%	28,9%	2,6%	7,9%	22,9%	52,1%	20,8%	0,0%	2,1%	2,1%
	2008 - 2010	11,4%	45,5%	18,2%	16,7%	3,8%	4,5%	25,0%	46,2%	13,5%	11,5%	0,0%	3,8%
	2011 - 2013	2,3%	18,6%	32,6%	30,2%	7,0%	9,3%	12,0%	48,0%	8,0%	20,0%	0,0%	12,0%
Chubut	2005 - 2007	4,3%	53,4%	15,5%	9,5%	2,6%	14,7%	6,5%	47,3%	19,4%	9,7%	0,0%	17,2%
	2008 - 2010	10,3%	30,1%	21,9%	7,5%	4,1%	26,0%	5,3%	48,4%	21,1%	6,3%	1,1%	17,9%
	2011 - 2013	7,6%	43,4%	23,4%	10,3%	4,8%	10,3%	7,8%	45,2%	20,0%	13,0%	3,5%	10,4%
Córdoba	2005 - 2007	7,1%	31,0%	23,9%	21,9%	10,9%	5,2%	8,8%	46,3%	27,1%	10,9%	2,4%	4,4%
	2008 - 2010	4,5%	32,1%	22,7%	24,8%	12,1%	3,8%	11,3%	39,5%	25,2%	12,4%	3,3%	8,4%
	2011 - 2013	7,1%	28,6%	24,1%	24,6%	10,3%	5,4%	8,4%	45,2%	25,1%	9,9%	3,7%	7,7%
Corrientes	2005 - 2007	16,0%	39,5%	20,2%	16,8%	5,0%	2,5%	22,7%	47,0%	16,7%	4,5%	1,5%	7,6%
	2008 - 2010	13,7%	29,8%	25,2%	21,4%	3,8%	6,1%	28,4%	40,7%	8,6%	12,3%	0,0%	9,9%
	2011 - 2013	10,7%	44,0%	16,7%	19,6%	4,8%	4,2%	31,7%	33,3%	7,9%	7,9%	1,6%	17,5%
Entre Ríos	2005 - 2007	15,5%	42,6%	19,4%	8,5%	0,8%	13,2%	20,7%	44,6%	12,0%	2,2%	0,0%	20,7%
	2008 - 2010	13,6%	35,6%	22,6%	19,2%	4,5%	4,5%	20,0%	43,0%	18,0%	14,0%	1,0%	4,0%
	2011 - 2013	8,6%	36,4%	16,0%	21,6%	4,9%	12,3%	15,9%	45,5%	10,2%	10,2%	1,1%	17,0%
Formosa	2005 - 2007	4,9%	34,1%	29,3%	9,8%	4,9%	17,1%	11,4%	48,6%	20,0%	2,9%	0,0%	17,1%
	2008 - 2010	7,9%	28,9%	28,9%	13,2%	7,9%	13,2%	21,9%	56,3%	12,5%	6,3%	0,0%	3,1%
	2011 - 2013	7,5%	39,6%	18,9%	18,9%	9,4%	5,7%	4,3%	43,5%	34,8%	8,7%	0,0%	8,7%
Jujuy	2005 - 2007	14,7%	40,4%	19,9%	19,2%	0,6%	5,1%	16,3%	42,3%	22,1%	8,7%	1,9%	8,7%
	2008 - 2010	10,4%	48,2%	17,1%	16,6%	1,6%	6,2%	6,7%	49,2%	17,5%	15,0%	0,0%	11,7%
	2011 - 2013	8,3%	30,9%	22,5%	19,1%	1,0%	18,1%	10,3%	42,1%	17,5%	9,5%	0,0%	20,6%
La Pampa	2005 - 2007	17,2%	31,0%	20,7%	13,8%	3,4%	13,8%	7,1%	42,9%	14,3%	7,1%	0,0%	28,6%
	2008 - 2010	11,5%	38,5%	26,9%	5,8%	5,8%	11,5%	9,4%	43,8%	25,0%	9,4%	0,0%	12,5%
	2011 - 2013	5,1%	41,8%	17,7%	11,4%	2,5%	21,5%	5,7%	32,1%	22,6%	17,0%	1,9%	20,8%

Tabla 27 (continuación). Máximo nivel de instrucción alcanzado en personas de 19 años o más según sexo y provincia, Argentina (2005-2013)

		Varones						Mujeres					
		Analf / PI	PI / SI	SC	TI / TC / UI	UC	Desc.	Analf / PI	PI / SI	SC	TI / TC / UI	UC	Desc.
La Rioja	2005 - 2007	25,0%	48,5%	19,1%	1,5%	0,0%	5,9%	23,4%	51,1%	19,1%	4,3%	0,0%	2,1%
	2008 - 2010	11,6%	44,2%	25,6%	9,3%	0,0%	9,3%	21,0%	56,5%	17,7%	1,6%	0,0%	3,2%
	2011 - 2013	0,0%	38,6%	17,1%	7,1%	1,4%	35,7%	5,9%	29,4%	17,6%	13,7%	0,0%	33,3%
Mendoza	2005 - 2007	10,1%	36,4%	24,3%	15,4%	8,5%	5,3%	12,5%	50,0%	12,5%	21,3%	1,3%	2,5%
	2008 - 2010	9,7%	31,0%	20,7%	27,6%	5,4%	5,6%	14,3%	44,6%	17,9%	14,3%	1,2%	7,7%
	2011 - 2013	7,2%	32,2%	23,1%	23,9%	6,9%	6,7%	8,6%	44,9%	17,2%	18,2%	4,0%	7,1%
Misiones	2005 - 2007	10,2%	24,3%	10,2%	4,5%	1,7%	49,2%	19,8%	22,1%	8,7%	5,2%	0,6%	43,6%
	2008 - 2010	8,2%	21,1%	14,6%	4,1%	4,1%	48,0%	16,3%	26,9%	10,0%	3,1%	1,3%	42,5%
	2011 - 2013	13,9%	45,2%	20,9%	11,3%	2,6%	6,1%	21,5%	43,0%	21,5%	5,4%	0,0%	8,6%
Neuquén	2005 - 2007	8,8%	35,3%	22,4%	14,7%	2,4%	16,5%	9,0%	41,0%	21,8%	11,5%	3,8%	12,8%
	2008 - 2010	12,0%	41,7%	17,2%	20,3%	4,7%	4,2%	12,1%	48,4%	15,4%	12,1%	2,2%	9,9%
	2011 - 2013	1,2%	37,2%	20,9%	27,3%	4,7%	8,7%	14,3%	31,4%	31,4%	8,6%	0,0%	14,3%
Río Negro	2005 - 2007	9,5%	38,8%	23,3%	16,4%	4,3%	7,8%	8,7%	36,2%	20,3%	21,7%	2,9%	10,1%
	2008 - 2010	10,7%	42,7%	20,0%	17,3%	1,3%	8,0%	6,9%	54,5%	22,8%	8,9%	3,0%	4,0%
	2011 - 2013	7,5%	37,3%	19,9%	12,4%	2,5%	20,5%	10,8%	39,8%	20,5%	9,6%	1,2%	18,1%
Salta	2005 - 2007	11,3%	47,4%	17,4%	15,8%	3,6%	4,5%	14,3%	49,3%	20,0%	10,7%	1,4%	4,3%
	2008 - 2010	7,6%	43,6%	23,3%	17,3%	4,6%	3,5%	13,8%	46,3%	22,8%	10,2%	0,8%	6,1%
	2011 - 2013	8,3%	32,8%	22,1%	20,4%	2,9%	13,5%	7,5%	45,8%	24,6%	9,6%	1,3%	11,3%
San Juan	2005 - 2007	7,9%	41,6%	12,4%	24,7%	7,9%	5,6%	14,8%	63,0%	22,2%	0,0%	0,0%	0,0%
	2008 - 2010	12,9%	38,6%	18,6%	16,4%	11,4%	2,1%	15,3%	55,9%	6,8%	13,6%	5,1%	3,4%
	2011 - 2013	10,0%	36,4%	15,7%	18,6%	10,0%	9,3%	13,2%	39,5%	22,4%	17,1%	1,3%	6,6%
San Luis	2005 - 2007	16,2%	33,8%	17,6%	14,9%	5,4%	12,2%	19,6%	58,7%	6,5%	4,3%	0,0%	10,9%
	2008 - 2010	18,9%	36,5%	21,6%	10,8%	4,1%	8,1%	24,2%	45,5%	12,1%	6,1%	0,0%	12,1%
	2011 - 2013	12,0%	35,0%	17,0%	17,0%	5,0%	14,0%	15,5%	56,9%	10,3%	5,2%	0,0%	12,1%
Santa Cruz	2005 - 2007	7,4%	35,2%	16,7%	18,5%	3,7%	18,5%	2,6%	46,2%	15,4%	17,9%	0,0%	17,9%
	2008 - 2010	5,6%	38,9%	27,8%	18,1%	4,2%	5,6%	15,2%	58,7%	13,0%	10,9%	2,2%	0,0%
	2011 - 2013	5,1%	41,0%	11,5%	25,6%	11,5%	5,1%	10,2%	40,7%	28,8%	13,6%	3,4%	3,4%
Santa Fe	2005 - 2007	9,5%	48,8%	19,1%	15,0%	2,0%	5,7%	12,8%	56,3%	20,0%	5,3%	0,9%	4,7%
	2008 - 2010	10,3%	46,8%	23,5%	9,9%	2,3%	7,2%	14,0%	53,9%	17,8%	7,0%	0,8%	6,5%
	2011 - 2013	9,8%	44,9%	22,7%	13,9%	3,3%	5,5%	14,8%	50,3%	18,3%	6,6%	0,7%	9,3%
Santiago del Estero	2005 - 2007	22,5%	40,0%	15,0%	11,3%	6,3%	5,0%	25,4%	56,3%	12,7%	2,8%	0,0%	2,8%
	2008 - 2010	18,7%	47,3%	15,4%	9,9%	2,2%	6,6%	24,6%	56,9%	9,2%	9,2%	0,0%	0,0%
	2011 - 2013	12,5%	47,5%	16,3%	13,8%	3,8%	6,3%	8,6%	67,2%	12,1%	10,3%	0,0%	1,7%
Tierra del Fuego	2005 - 2007	8,9%	17,8%	53,3%	13,3%	2,2%	4,4%	4,5%	36,4%	36,4%	9,1%	0,0%	13,6%
	2008 - 2010	4,1%	49,0%	18,4%	16,3%	0,0%	12,2%	5,3%	47,4%	42,1%	5,3%	0,0%	0,0%
	2011 - 2013	1,8%	17,5%	33,3%	12,3%	7,0%	28,1%	3,2%	32,3%	38,7%	9,7%	3,2%	12,9%
Tucumán	2005 - 2007	8,0%	32,4%	14,9%	25,6%	9,9%	9,2%	18,5%	43,5%	11,3%	16,1%	2,4%	8,1%
	2008 - 2010	6,8%	29,2%	13,4%	31,4%	7,1%	12,0%	17,7%	50,0%	13,1%	10,0%	2,3%	6,9%
	2011 - 2013	6,0%	27,0%	19,8%	33,2%	11,2%	2,9%	18,3%	48,4%	14,3%	14,3%	1,6%	3,2%

Tabla 28. Vías de transmisión de VIH por sexo y provincia, Argentina (2005-2013)

Rel. hetero: Relaciones sexuales entre varones y mujeres

Rel.e/varones: Relaciones sexuales entre varones

TV: Transmisión vertical

UDI: Uso compartido de material para consumir drogas inyectables

Hemo/Transf.: Hemofílico o transfundido

País		Varones							Total	
		Rel. hetero	Rel. e/varones	TV	UDI	Hemo / Transf.	Otro	Desconocido		
	2005 - 2007	47,4%	34,4%	2,1%	7,6%	0,2%	0,0%	8,3%	100,0%	10.969
	2011 - 2013	46,9%	42,7%	1,2%	0,4%	0,0%	0,0%	8,7%	100,0%	9.631
Buenos Aires	2005 - 2007	53,5%	25,8%	3,1%	11,2%	0,2%	0,1%	6,2%	100,0%	4.524
	2011 - 2013	55,6%	33,5%	1,7%	0,4%	0,0%	0,0%	8,9%	100,0%	2.751
CABA	2005 - 2007	38,6%	48,0%	0,9%	4,2%	0,1%	0,0%	8,1%	100,0%	2.064
	2011 - 2013	36,2%	55,0%	0,5%	0,2%	0,0%	0,1%	7,9%	100,0%	1.639
Catamarca	2005 - 2007	51,0%	36,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	12,2%	100,0%	49
	2011 - 2013	50,7%	37,7%	1,4%	0,0%	0,0%	0,0%	10,1%	100,0%	69
Chaco	2005 - 2007	31,7%	43,9%	4,9%	2,4%	0,0%	0,0%	17,1%	100,0%	82
	2011 - 2013	31,8%	38,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	29,5%	100,0%	44
Chubut	2005 - 2007	63,0%	17,6%	1,7%	4,2%	0,0%	0,0%	13,4%	100,0%	119
	2011 - 2013	53,0%	30,2%	1,3%	0,7%	0,0%	0,0%	14,8%	100,0%	149
Córdoba	2005 - 2007	34,4%	53,7%	0,9%	2,8%	0,3%	0,0%	7,9%	100,0%	977
	2011 - 2013	35,7%	54,3%	1,1%	0,3%	0,0%	0,0%	8,6%	100,0%	1.046
Corrientes	2005 - 2007	52,0%	37,6%	2,4%	0,0%	0,0%	0,0%	8,0%	100,0%	125
	2011 - 2013	54,0%	36,8%	1,7%	0,0%	0,0%	0,0%	7,5%	100,0%	174
Entre Ríos	2005 - 2007	58,5%	25,2%	1,5%	0,7%	0,0%	0,0%	14,1%	100,0%	135
	2011 - 2013	47,6%	33,9%	1,8%	0,0%	0,6%	0,0%	16,1%	100,0%	168
Formosa	2005 - 2007	53,5%	27,9%	2,3%	2,3%	0,0%	0,0%	14,0%	100,0%	43
	2011 - 2013	55,6%	31,5%	1,9%	0,0%	0,0%	0,0%	11,1%	100,0%	54
Jujuy	2005 - 2007	62,0%	30,1%	2,5%	0,0%	0,6%	0,0%	4,9%	100,0%	163
	2011 - 2013	50,7%	38,9%	2,4%	0,0%	0,0%	0,0%	8,1%	100,0%	211
La Pampa	2005 - 2007	46,7%	36,7%	0,0%	3,3%	0,0%	0,0%	13,3%	100,0%	30
	2011 - 2013	63,8%	26,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	10,0%	100,0%	80
La Rioja	2005 - 2007	66,7%	19,4%	2,8%	4,2%	0,0%	0,0%	6,9%	100,0%	72
	2011 - 2013	69,9%	27,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,7%	100,0%	73
Mendoza	2005 - 2007	43,6%	46,4%	0,4%	2,4%	0,4%	0,0%	6,8%	100,0%	250
	2011 - 2013	40,7%	53,7%	1,1%	0,0%	0,0%	0,0%	4,5%	100,0%	551
Misiones	2005 - 2007	37,6%	10,6%	2,1%	4,2%	0,5%	0,0%	45,0%	100,0%	189
	2011 - 2013	68,6%	19,8%	3,3%	0,8%	0,8%	0,0%	6,6%	100,0%	121
Neuquén	2005 - 2007	56,9%	26,4%	0,0%	2,9%	0,0%	0,0%	13,8%	100,0%	174
	2011 - 2013	49,2%	40,9%	1,1%	0,0%	0,0%	0,0%	8,8%	100,0%	181
Río Negro	2005 - 2007	54,8%	23,4%	2,4%	9,7%	0,0%	0,0%	9,7%	100,0%	124
	2011 - 2013	61,7%	29,3%	1,2%	0,0%	0,6%	0,0%	7,2%	100,0%	167
Salta	2005 - 2007	51,9%	39,2%	2,7%	3,1%	0,0%	0,0%	3,1%	100,0%	260
	2011 - 2013	48,6%	42,2%	0,0%	0,7%	0,0%	0,0%	8,5%	100,0%	436
San Juan	2005 - 2007	47,3%	40,7%	0,0%	2,2%	0,0%	0,0%	9,9%	100,0%	91
	2011 - 2013	56,6%	35,0%	0,7%	2,1%	0,0%	0,0%	5,6%	100,0%	143

Tabla 28 (continuación). Vías de transmisión de VIH por sexo y provincia, Argentina (2005-2013)

		Varones								
		Rel. hetero	Rel. e/varones	TV	UDI	Hemo / Transf.	Otro	Desconocido	Total	
San Luis	2005 - 2007	35,1%	27,3%	3,9%	22,1%	0,0%	1,3%	10,4%	100,0%	77
	2011 - 2013	45,6%	39,8%	1,0%	1,0%	0,0%	0,0%	12,6%	100,0%	103
Santa Cruz	2005 - 2007	50,9%	29,1%	0,0%	3,6%	0,0%	0,0%	16,4%	100,0%	55
	2011 - 2013	45,0%	43,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	11,3%	100,0%	80
Santa Fe	2005 - 2007	46,3%	28,0%	2,0%	17,2%	0,3%	0,0%	6,1%	100,0%	685
	2011 - 2013	57,1%	31,8%	1,9%	1,5%	0,0%	0,0%	7,7%	100,0%	531
Santiago del Estero	2005 - 2007	72,6%	21,4%	2,4%	2,4%	0,0%	0,0%	1,2%	100,0%	84
	2011 - 2013	52,4%	36,9%	3,6%	0,0%	0,0%	0,0%	7,1%	100,0%	84
Tierra del Fuego	2005 - 2007	47,8%	43,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	8,7%	100,0%	46
	2011 - 2013	29,8%	56,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	14,0%	100,0%	57
Tucumán	2005 - 2007	41,2%	47,4%	2,6%	2,6%	1,1%	0,0%	5,1%	100,0%	274
	2011 - 2013	32,1%	63,3%	0,9%	0,0%	0,0%	0,0%	3,7%	100,0%	433

		Mujeres								
		Rel. hetero	TV	UDI	Hemo / Transf.	Otro	Desconocido	Total		
País	2005 - 2007	87,3%	3,9%	2,3%	0,5%	0,1%	6,0%	100,0%	6.587	
	2011 - 2013	90,1%	3,1%	0,1%	0,0%	0,0%	6,6%	100,0%	4.749	
Buenos Aires	2005 - 2007	88,0%	4,9%	2,9%	0,4%	0,1%	3,8%	100,0%	3.426	
	2011 - 2013	89,7%	4,4%	0,2%	0,1%	0,0%	5,6%	100,0%	1.577	
CABA	2005 - 2007	92,0%	2,0%	0,6%	0,4%	0,4%	4,6%	100,0%	786	
	2011 - 2013	89,4%	2,3%	0,2%	0,0%	0,0%	8,1%	100,0%	479	
Catamarca	2005 - 2007	83,9%	0,0%	0,0%	9,7%	0,0%	6,5%	100,0%	31	
	2011 - 2013	90,7%	0,0%	0,0%	2,3%	0,0%	7,0%	100,0%	43	
Chaco	2005 - 2007	96,0%	0,0%	0,0%	2,0%	0,0%	2,0%	100,0%	50	
	2011 - 2013	92,9%	3,6%	0,0%	0,0%	0,0%	3,6%	100,0%	28	
Chubut	2005 - 2007	89,5%	1,0%	1,0%	1,0%	0,0%	7,6%	100,0%	105	
	2011 - 2013	90,2%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	9,0%	100,0%	122	
Córdoba	2005 - 2007	88,3%	3,5%	1,1%	0,5%	0,0%	6,5%	100,0%	369	
	2011 - 2013	88,2%	3,0%	0,0%	0,0%	0,0%	8,9%	100,0%	440	
Corrientes	2005 - 2007	85,5%	2,9%	1,4%	0,0%	0,0%	10,1%	100,0%	69	
	2011 - 2013	87,5%	4,2%	0,0%	0,0%	0,0%	8,3%	100,0%	72	
Entre Ríos	2005 - 2007	81,0%	3,8%	1,0%	1,0%	0,0%	13,3%	100,0%	105	
	2011 - 2013	94,6%	1,1%	0,0%	0,0%	0,0%	4,3%	100,0%	93	
Formosa	2005 - 2007	89,5%	2,6%	0,0%	0,0%	0,0%	7,9%	100,0%	38	
	2011 - 2013	81,5%	7,4%	0,0%	0,0%	0,0%	11,1%	100,0%	27	
Jujuy	2005 - 2007	93,0%	1,8%	0,0%	0,0%	0,0%	5,3%	100,0%	114	
	2011 - 2013	88,4%	5,1%	0,7%	0,0%	0,0%	5,8%	100,0%	138	
La Pampa	2005 - 2007	88,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	11,1%	100,0%	18	
	2011 - 2013	96,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,5%	100,0%	57	
La Rioja	2005 - 2007	92,5%	7,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	53	
	2011 - 2013	96,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,8%	100,0%	52	
Mendoza	2005 - 2007	95,3%	3,5%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	100,0%	85	
	2011 - 2013	94,3%	1,9%	0,0%	0,0%	0,0%	3,8%	100,0%	209	
Misiones	2005 - 2007	53,2%	4,5%	1,5%	0,0%	0,0%	40,8%	100,0%	201	
	2011 - 2013	92,2%	1,9%	0,0%	0,0%	0,0%	5,8%	100,0%	103	

Tabla 28 (continuación). Vías de transmisión de VIH por sexo y provincia, Argentina (2005-2013)

		Mujeres								
		Rel. hetero	TV	UDI	Hemo / Transf.	Otro	Desconocido	Total		
Neuquén	2005 - 2007	86,0%	3,5%	1,2%	2,3%	0,0%	7,0%	100,0%	86	
	2011 - 2013	92,0%	1,3%	0,0%	0,0%	0,0%	6,7%	100,0%	75	
Río Negro	2005 - 2007	88,2%	1,3%	3,9%	1,3%	0,0%	5,3%	100,0%	76	
	2011 - 2013	92,6%	1,1%	0,0%	0,0%	0,0%	6,3%	100,0%	95	
Salta	2005 - 2007	87,0%	5,0%	1,9%	0,0%	0,0%	6,2%	100,0%	161	
	2011 - 2013	91,4%	5,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,6%	100,0%	278	
San Juan	2005 - 2007	83,3%	3,3%	0,0%	0,0%	0,0%	13,3%	100,0%	30	
	2011 - 2013	95,2%	3,6%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	100,0%	83	
San Luis	2005 - 2007	81,1%	0,0%	7,5%	0,0%	0,0%	11,3%	100,0%	53	
	2011 - 2013	89,2%	3,1%	0,0%	0,0%	0,0%	7,7%	100,0%	65	
Santa Cruz	2005 - 2007	81,0%	4,8%	2,4%	0,0%	0,0%	11,9%	100,0%	42	
	2011 - 2013	88,7%	1,6%	1,6%	0,0%	0,0%	8,1%	100,0%	62	
Santa Fe	2005 - 2007	87,5%	2,6%	5,2%	0,3%	0,0%	4,3%	100,0%	345	
	2011 - 2013	87,7%	1,9%	0,3%	0,0%	0,0%	10,1%	100,0%	318	
Santiago del Estero	2005 - 2007	95,0%	2,5%	0,0%	1,3%	0,0%	1,3%	100,0%	80	
	2011 - 2013	95,4%	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%	3,1%	100,0%	65	
Tierra del Fuego	2005 - 2007	87,5%	4,2%	0,0%	0,0%	0,0%	8,3%	100,0%	24	
	2011 - 2013	93,8%	3,1%	0,0%	0,0%	0,0%	3,1%	100,0%	32	
Tucumán	2005 - 2007	91,2%	2,2%	3,6%	0,7%	0,0%	2,2%	100,0%	137	
	2011 - 2013	92,2%	1,4%	0,0%	0,0%	0,0%	6,4%	100,0%	141	

Tabla 29. Vías de transmisión de VIH por sexo y región sanitaria de la provincia de Buenos Aires, Argentina (2005-2013)

Rel. hetero: Relaciones sexuales entre varones y mujeres

Rel.e/varones: Relaciones sexuales entre varones

TV: Transmisión vertical

UDI: Uso compartido de material para consumir drogas inyectables

Hemo/Transf.: Hemofílico o transfundido

		Varones								
		Rel. hetero	Rel. e/varones	TV	UDI	Hemo / Transf.	Otro	Desconocido	Total	
Provincia de Buenos Aires	2005 - 2007	53,5%	25,8%	3,1%	11,2%	0,2%	0,1%	6,2%	100,0%	4.524
	2008 - 2010	54,4%	29,2%	3,6%	5,4%	0,2%	0,0%	7,2%	100,0%	4.045
	2011 - 2013	55,6%	33,5%	1,7%	0,4%	0,0%	0,0%	8,9%	100,0%	2.751
Región Sanitaria I	2005 - 2007	42,5%	40,0%	5,0%	2,5%	1,3%	0,0%	8,8%	100,0%	80
	2008 - 2010	63,9%	20,8%	5,6%	2,8%	0,0%	0,0%	6,9%	100,0%	72
	2011 - 2013	49,1%	42,0%	0,9%	0,0%	0,0%	0,0%	8,0%	100,0%	112
Región Sanitaria II	2005 - 2007	50,0%	40,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	10,0%	100,0%	10
	2008 - 2010	66,7%	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	12
	2011 - 2013	44,4%	44,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	11,1%	100,0%	9
Región Sanitaria III	2005 - 2007	50,0%	37,5%	0,0%	8,3%	0,0%	0,0%	4,2%	100,0%	24
	2008 - 2010	58,6%	20,7%	3,4%	3,4%	0,0%	0,0%	13,8%	100,0%	29
	2011 - 2013	46,2%	30,8%	15,4%	0,0%	0,0%	0,0%	7,7%	100,0%	13
Región Sanitaria IV	2005 - 2007	68,9%	15,6%	0,0%	11,1%	0,0%	0,0%	4,4%	100,0%	45
	2008 - 2010	57,8%	26,7%	4,4%	2,2%	0,0%	0,0%	8,9%	100,0%	45
	2011 - 2013	44,9%	44,9%	2,0%	0,0%	0,0%	0,0%	8,2%	100,0%	49

Tabla 29 (continuación). Vías de transmisión de VIH por sexo y región sanitaria de la provincia de Buenos Aires, Argentina (2005-2013)

		Varones								
		Rel. hetero	Rel. e/varones	TV	UDI	Hemo / Transf.	Otro	Desconocido	Total	
Región Sanitaria V	2005 - 2007	52,8%	30,2%	2,4%	9,4%	0,6%	0,2%	4,4%	100,0%	822
	2008 - 2010	51,2%	37,0%	1,9%	4,1%	0,3%	0,0%	5,5%	100,0%	725
	2011 - 2013	54,5%	36,9%	1,0%	0,4%	0,0%	0,0%	7,1%	100,0%	477
Región Sanitaria VI	2005 - 2007	50,9%	23,4%	3,9%	17,3%	0,1%	0,0%	4,4%	100,0%	1.293
	2008 - 2010	55,6%	28,4%	3,6%	7,8%	0,0%	0,0%	4,5%	100,0%	1.143
	2011 - 2013	57,9%	31,2%	2,2%	0,3%	0,0%	0,0%	8,4%	100,0%	763
Región Sanitaria VII	2005 - 2007	52,2%	28,9%	1,4%	8,7%	0,0%	0,0%	8,8%	100,0%	554
	2008 - 2010	52,5%	32,1%	1,2%	4,4%	0,8%	0,0%	9,0%	100,0%	520
	2011 - 2013	54,9%	36,5%	0,3%	0,3%	0,0%	0,0%	8,0%	100,0%	348
Región Sanitaria VIII	2005 - 2007	60,5%	23,8%	2,9%	5,0%	0,2%	0,0%	7,5%	100,0%	478
	2008 - 2010	62,2%	22,0%	0,6%	3,5%	0,3%	0,0%	11,4%	100,0%	341
	2011 - 2013	59,7%	30,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	10,0%	100,0%	211
Región Sanitaria IX	2005 - 2007	55,9%	29,4%	2,9%	0,0%	0,0%	0,0%	11,8%	100,0%	34
	2011 - 2013	72,2%	11,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	16,7%	100,0%	18
	2005 - 2007	56,3%	18,8%	6,3%	6,3%	0,0%	0,0%	12,5%	100,0%	16
Región Sanitaria X	2005 - 2007	69,0%	10,3%	3,4%	10,3%	0,0%	0,0%	6,9%	100,0%	29
	2008 - 2010	45,5%	31,8%	0,0%	4,5%	0,0%	0,0%	18,2%	100,0%	22
	2011 - 2013	56,7%	23,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	20,0%	100,0%	30
Región Sanitaria XI	2005 - 2007	49,5%	27,0%	4,6%	11,4%	0,0%	0,0%	7,5%	100,0%	307
	2008 - 2010	49,7%	29,8%	11,3%	5,5%	0,0%	0,0%	3,7%	100,0%	326
	2011 - 2013	53,8%	32,4%	2,4%	0,4%	0,0%	0,0%	10,9%	100,0%	247
Región Sanitaria XII	2005 - 2007	58,2%	20,5%	3,4%	12,1%	0,2%	0,0%	5,6%	100,0%	464
	2008 - 2010	55,1%	26,4%	6,2%	6,0%	0,0%	0,0%	6,2%	100,0%	450
	2011 - 2013	59,6%	27,1%	3,6%	0,0%	0,0%	0,0%	9,8%	100,0%	225

		Mujeres							
		Rel. hetero	TV	UDI	Hemo / Transf.	Otro	Desconocido	Total	
Provincia de Buenos Aires	2005 - 2007	88,0%	4,9%	2,9%	0,4%	0,1%	3,8%	100,0%	3.426
	2008 - 2010	88,0%	4,8%	1,7%	0,3%	0,2%	5,0%	100,0%	2.802
	2011 - 2013	89,7%	4,4%	0,2%	0,1%	0,0%	5,6%	100,0%	1.577
Región Sanitaria I	2005 - 2007	92,7%	0,0%	2,4%	0,0%	0,0%	4,9%	100,0%	41
	2008 - 2010	91,1%	0,0%	3,6%	0,0%	0,0%	5,4%	100,0%	56
	2011 - 2013	96,1%	2,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%	100,0%	51
Región Sanitaria II	2005 - 2007	72,7%	9,1%	0,0%	0,0%	0,0%	18,2%	100,0%	11
	2008 - 2010	66,7%	22,2%	0,0%	0,0%	0,0%	11,1%	100,0%	9
	2011 - 2013	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	2
Región Sanitaria III	2005 - 2007	83,3%	8,3%	4,2%	0,0%	0,0%	4,2%	100,0%	24
	2008 - 2010	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	18
	2011 - 2013	75,0%	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	4
Región Sanitaria IV	2005 - 2007	86,4%	4,5%	0,0%	4,5%	0,0%	4,5%	100,0%	22
	2008 - 2010	77,5%	7,5%	2,5%	0,0%	0,0%	12,5%	100,0%	40
	2011 - 2013	85,7%	7,1%	0,0%	0,0%	0,0%	7,1%	100,0%	28

Tabla 29 (continuación). Vías de transmisión de VIH por sexo y región sanitaria de la provincia de Buenos Aires, Argentina (2005-2013)

		Mujeres								
		Rel. hetero	TV	UDI	Hemo / Transf.	Otro	Desconocido	Total		
Región Sanitaria V	2005 - 2007	89,4%	6,1%	2,3%	0,3%	0,2%	1,7%	100,0%	573	
	2008 - 2010	88,1%	6,3%	1,6%	0,4%	0,2%	3,4%	100,0%	445	
	2011 - 2013	88,8%	5,1%	0,0%	0,0%	0,0%	6,1%	100,0%	277	
Región Sanitaria VI	2005 - 2007	86,5%	5,2%	4,4%	0,3%	0,0%	3,6%	100,0%	1.038	
	2008 - 2010	89,9%	4,4%	2,0%	0,1%	0,2%	3,5%	100,0%	868	
	2011 - 2013	91,7%	4,4%	0,0%	0,2%	0,0%	3,7%	100,0%	433	
Región Sanitaria VII	2005 - 2007	88,0%	2,6%	1,9%	0,9%	0,2%	6,4%	100,0%	468	
	2008 - 2010	86,5%	1,9%	0,8%	0,5%	0,5%	9,7%	100,0%	370	
	2011 - 2013	91,5%	3,7%	0,0%	0,0%	0,0%	4,8%	100,0%	188	
Región Sanitaria VIII	2005 - 2007	88,9%	4,9%	2,5%	0,0%	0,0%	3,7%	100,0%	325	
	2008 - 2010	94,3%	0,5%	1,9%	0,0%	0,0%	3,3%	100,0%	211	
	2011 - 2013	90,2%	2,4%	2,4%	0,0%	0,0%	4,9%	100,0%	123	
Región Sanitaria IX	2005 - 2007	90,9%	0,0%	9,1%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	22	
	2008 - 2010	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	12	
	2011 - 2013	85,0%	5,0%	0,0%	0,0%	0,0%	10,0%	100,0%	20	
Región Sanitaria X	2005 - 2007	91,3%	4,3%	0,0%	0,0%	0,0%	4,3%	100,0%	23	
	2008 - 2010	72,7%	9,1%	9,1%	0,0%	0,0%	9,1%	100,0%	11	
	2011 - 2013	91,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	8,3%	100,0%	12	
Región Sanitaria XI	2005 - 2007	83,3%	7,8%	3,6%	1,6%	0,0%	3,6%	100,0%	192	
	2008 - 2010	77,6%	14,8%	2,4%	1,0%	0,0%	4,3%	100,0%	210	
	2011 - 2013	88,5%	7,2%	0,0%	0,0%	0,0%	4,3%	100,0%	139	
Región Sanitaria XII	2005 - 2007	91,4%	4,9%	1,8%	0,0%	0,0%	2,0%	100,0%	453	
	2008 - 2010	90,5%	5,2%	0,9%	0,3%	0,0%	3,1%	100,0%	327	
	2011 - 2013	89,5%	3,7%	0,0%	0,0%	0,0%	6,8%	100,0%	162	

Tabla 30. Estadio clínico al momento del diagnóstico de VIH según sexo y provincia, Argentina (2012-2013)*

	Varones					
	Síndrome retroviral agudo	Infección asintomática	Infección sintomática sin criterio de sida	Sida	Desconocido	Total
País	2,8%	56,1%	11,2%	19,5%	10,4%	4.285
Buenos Aires	2,8%	54,8%	10,8%	21,1%	10,4%	1.237
CABA	3,3%	60,5%	10,1%	11,6%	14,5%	731
Catamarca	2,9%	58,8%	11,8%	17,6%	8,8%	34
Chaco	0,0%	28,6%	14,3%	21,4%	35,7%	14
Chubut	6,3%	50,8%	12,7%	17,5%	12,7%	63
Córdoba	2,2%	61,3%	5,1%	24,0%	7,5%	455
Corrientes	0,0%	42,7%	17,7%	30,2%	9,4%	96
Entre Ríos	0,0%	59,7%	8,3%	20,8%	11,1%	72
Formosa	4,8%	23,8%	19,0%	14,3%	38,1%	21
Jujuy	1,0%	32,7%	13,5%	34,6%	18,3%	104
La Pampa	0,0%	47,8%	15,2%	21,7%	15,2%	46
La Rioja	0,0%	93,9%	0,0%	6,1%	0,0%	33
Mendoza	3,7%	63,2%	12,8%	16,9%	3,3%	242
Misiones	5,0%	60,0%	20,0%	10,0%	5,0%	20
Neuquén	3,2%	57,1%	12,7%	14,3%	12,7%	63
Río Negro	3,8%	50,0%	21,8%	19,2%	5,1%	78
Salta	3,3%	37,6%	15,5%	29,8%	13,8%	181
San Juan	1,9%	49,1%	18,9%	17,0%	13,2%	53
San Luis	1,8%	57,9%	14,0%	17,5%	8,8%	57
Santa Cruz	3,0%	48,5%	24,2%	12,1%	12,1%	33
Santa Fe	1,6%	55,9%	13,1%	24,1%	5,3%	245
Santiago del Estero	5,0%	45,0%	25,0%	25,0%	0,0%	20
Tierra del Fuego	8,0%	84,0%	0,0%	4,0%	4,0%	25
Tucumán	4,1%	72,4%	8,8%	12,4%	2,3%	217
Desconocido	4,1%	46,2%	11,0%	19,3%	19,3%	145

	Mujeres					
	1,9%	66,8%	9,1%	13,4%	8,8%	2020
País	1,9%	66,8%	9,1%	13,4%	8,8%	2020
Buenos Aires	1,9%	67,1%	7,5%	16,1%	7,5%	644
CABA	3,8%	65,2%	11,9%	9,0%	10,0%	210
Catamarca	16,7%	75,0%	0,0%	0,0%	8,3%	12
Chaco	0,0%	58,3%	8,3%	8,3%	25,0%	12
Chubut	2,3%	63,6%	11,4%	11,4%	11,4%	44
Córdoba	1,4%	61,0%	7,1%	19,5%	11,0%	210
Corrientes	0,0%	73,7%	7,9%	10,5%	7,9%	38
Entre Ríos	0,0%	91,1%	2,2%	4,4%	2,2%	45
Formosa	0,0%	28,6%	7,1%	14,3%	50,0%	14
Jujuy	1,4%	55,6%	12,5%	18,1%	12,5%	72
La Pampa	0,0%	79,4%	8,8%	2,9%	8,8%	34
La Rioja	0,0%	92,0%	4,0%	0,0%	4,0%	25
Mendoza	0,0%	79,4%	4,4%	11,8%	4,4%	68
Misiones	0,0%	69,6%	8,7%	13,0%	8,7%	23
Neuquén	6,3%	65,6%	6,3%	6,3%	15,6%	32
Río Negro	4,3%	66,0%	17,0%	8,5%	4,3%	47
Salta	0,0%	53,1%	20,4%	18,6%	8,0%	113
San Juan	3,0%	69,7%	12,1%	0,0%	15,2%	33
San Luis	0,0%	73,5%	5,9%	8,8%	11,8%	34
Santa Cruz	0,0%	66,7%	16,7%	0,0%	16,7%	18
Santa Fe	1,3%	67,8%	7,4%	16,8%	6,7%	149
Santiago del Estero	0,0%	77,8%	11,1%	11,1%	0,0%	18
Tierra del Fuego	14,3%	42,9%	14,3%	28,6%	0,0%	7
Tucumán	2,7%	82,2%	8,2%	4,1%	2,7%	73
Desconocido	2,2%	57,8%	11,1%	13,3%	15,6%	45

* Años no cerrados por retrasos en la notificación.

Tabla 31. Estadio clínico al momento del diagnóstico de VIH según sexo y región sanitaria de la provincia de Buenos Aires (2012-2013)*

	Varones					
	Síndrome retroviral agudo	Infección asintomática	Infección sintomática sin criterio de sida	Sida	Desconocido	Total
Provincia de Bs. As.	2,8%	54,8%	10,8%	21,1%	10,4%	1.237
Región Sanitaria I	3,0%	62,7%	11,9%	17,9%	4,5%	67
Región Sanitaria II	0,0%	60,0%	0,0%	40,0%	0,0%	5
Región Sanitaria III	0,0%	63,6%	18,2%	9,1%	9,1%	11
Región Sanitaria IV	3,7%	44,4%	11,1%	18,5%	22,2%	27
Región Sanitaria V	1,8%	53,4%	8,1%	26,5%	10,3%	223
Región Sanitaria VI	2,8%	56,2%	10,4%	22,5%	8,1%	356
Región Sanitaria VII	5,4%	58,5%	13,1%	15,4%	7,7%	130
Región Sanitaria VIII	1,3%	53,8%	12,5%	12,5%	20,0%	80
Región Sanitaria IX	0,0%	66,7%	0,0%	16,7%	16,7%	6
Región Sanitaria X	0,0%	50,0%	14,3%	21,4%	14,3%	14
Región Sanitaria XI	3,0%	51,5%	9,9%	22,8%	12,9%	101
Región Sanitaria XII	5,0%	54,0%	12,0%	18,0%	11,0%	100
Desconocido	1,7%	50,4%	12,8%	23,1%	12,0%	117

	Mujeres					
	Síndrome retroviral agudo	Infección asintomática	Infección sintomática sin criterio de sida	Sida	Desconocido	Total
Provincia de Bs. As.	1,9%	67,1%	7,5%	16,1%	7,5%	644
Región Sanitaria I	0,0%	80,0%	8,0%	8,0%	4,0%	25
Región Sanitaria II	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1
Región Sanitaria III	0,0%	66,7%	0,0%	33,3%	0,0%	3
Región Sanitaria IV	0,0%	61,5%	0,0%	30,8%	7,7%	13
Región Sanitaria V	0,7%	61,3%	8,0%	23,4%	6,6%	137
Región Sanitaria VI	3,3%	75,6%	6,1%	8,9%	6,1%	180
Región Sanitaria VII	2,1%	61,7%	6,4%	21,3%	8,5%	47
Región Sanitaria VIII	0,0%	72,3%	10,6%	4,3%	12,8%	47
Región Sanitaria IX	0,0%	33,3%	16,7%	16,7%	33,3%	6
Región Sanitaria X	0,0%	50,0%	16,7%	16,7%	16,7%	6
Región Sanitaria XI	2,0%	64,0%	0,0%	20,0%	14,0%	50
Región Sanitaria XII	3,0%	65,7%	9,0%	19,4%	3,0%	67
Desconocido	1,6%	59,7%	12,9%	19,4%	6,5%	62

* Años no cerrados por retrasos en la notificación.

Tabla 32. Tasa de mortalidad por sida por 100.000 habitantes general y por sexo según provincia, Argentina (2002-2012)

Ambos sexos	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Tendencia
País	4,1	4,2	3,8	3,4	3,6	3,6	3,5	3,5	3,3	3,2	3,5	
Buenos Aires	6,4	6,2	5,5	4,9	5,3	5,0	4,7	4,7	4,1	3,9	4,3	
CABA	8,0	8,9	7,5	6,4	6,8	7,3	6,6	6,0	4,7	4,2	3,7	
Catamarca	1,5	0,3	1,7	1,4	0,5	1,8	1,3	1,3	0,0	0,8	1,3	
Chaco	0,9	0,8	1,4	1,1	0,4	1,1	0,7	1,1	2,1	0,9	2,0	
Chubut	2,1	3,0	4,1	3,8	2,4	3,1	3,5	4,9	3,3	2,1	3,2	
Córdoba	2,4	1,4	1,4	1,8	1,7	2,0	1,9	1,8	1,9	1,7	1,9	
Corrientes	1,1	0,8	2,5	1,7	1,8	1,9	2,5	1,5	1,7	2,8	2,5	
Entre Ríos	1,8	2,1	1,8	1,6	2,3	1,6	1,3	1,6	1,9	2,0	1,6	
Formosa	1,0	0,8	1,0	0,6	0,2	1,7	1,1	2,2	2,0	2,5	3,7	
Jujuy	1,4	4,1	2,2	2,6	1,8	3,0	4,3	2,9	4,0	4,2	6,1	
La Pampa	0,3	1,0	0,9	0,3	0,6	1,8	0,9	1,8	0,9	0,9	1,5	
La Rioja	0,7	1,0	1,0	0,3	3,1	0,9	0,0	0,6	3,2	1,4	0,9	
Mendoza	1,6	1,3	0,8	1,3	1,7	1,3	2,3	1,9	2,0	2,3	2,6	
Misiones	1,7	2,9	3,2	2,2	3,2	2,3	1,8	3,0	2,6	2,8	3,9	
Neuquén	2,0	2,8	2,1	3,3	3,0	3,0	1,6	2,9	2,6	2,9	3,6	
Río Negro	1,4	1,0	1,0	0,7	1,4	0,8	2,8	2,3	2,5	1,4	1,8	
Salta	1,8	4,5	3,8	3,7	3,1	3,6	6,0	4,3	6,5	7,4	8,1	
San Juan	1,4	1,2	0,5	1,4	1,0	1,0	1,9	2,6	1,3	0,9	1,1	
San Luis	0,8	1,3	2,0	1,7	2,9	2,8	1,6	2,9	2,0	3,8	2,6	
Santa Cruz	4,9	1,9	1,0	0,0	0,5	1,8	2,2	0,4	2,9	1,8	2,4	
Santa Fe	2,4	3,0	2,9	2,6	2,5	2,6	2,4	3,1	2,6	2,5	2,9	
Santiago del Estero	0,6	0,6	1,0	1,8	1,1	1,5	1,0	2,1	1,3	1,2	1,6	
Tierra del Fuego	2,9	4,6	2,7	2,6	2,5	0,8	4,0	3,1	7,6	1,5	2,9	
Tucumán	1,2	0,9	1,6	1,3	1,8	1,7	1,6	1,7	1,8	1,6	2,2	

Varones	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Tendencia
País	6,2	6,2	5,6	4,9	5,3	5,2	5,1	5,0	4,7	4,5	5,0	
Buenos Aires	9,8	9,2	8,2	6,9	7,3	7,1	6,7	6,5	5,6	5,4	5,7	
CABA	12,6	15,2	13,2	9,7	11,2	11,5	11,6	9,0	7,3	6,8	5,9	
Catamarca	2,3	0,6	2,2	1,6	0,5	1,0	2,1	1,5	0,0	1,6	2,1	
Chaco	1,6	1,0	2,0	1,6	0,4	1,5	1,1	1,9	3,2	0,9	3,7	
Chubut	3,2	3,7	6,3	4,9	2,7	3,5	3,0	7,7	2,7	2,7	4,5	
Córdoba	4,1	2,4	1,9	3,1	3,1	2,7	2,9	2,8	2,7	2,7	2,8	
Corrientes	1,3	1,5	3,3	2,7	2,8	2,8	2,8	2,0	2,4	4,5	3,3	
Entre Ríos	2,6	2,5	2,7	2,2	4,0	1,5	1,5	2,9	2,6	3,4	2,7	
Formosa	1,6	1,6	0,4	0,4	0,0	2,6	1,1	2,9	3,6	2,9	5,7	
Jujuy	1,9	5,4	3,1	4,0	3,7	3,9	7,1	4,4	5,0	6,4	9,3	
La Pampa	0,6	0,6	1,3	0,6	1,2	2,4	1,8	3,6	1,2	1,2	1,8	
La Rioja	1,3	1,9	0,6	0,6	4,9	0,6	0,0	0,0	5,9	1,7	1,7	
Mendoza	2,9	2,0	1,2	2,1	2,9	1,9	3,9	3,3	3,0	3,9	4,1	
Misiones	2,6	3,0	4,3	2,1	4,6	2,1	2,4	4,0	3,1	3,4	6,5	
Neuquén	3,2	4,8	2,7	4,2	5,7	4,1	2,6	5,1	3,5	4,5	6,5	
Río Negro	2,4	1,7	1,7	1,4	2,0	1,7	4,7	3,3	3,7	1,5	2,7	
Salta	2,4	7,7	4,6	5,9	5,4	5,8	8,2	6,5	9,6	9,6	11,7	
San Juan	1,6	2,2	0,9	2,4	1,8	1,5	2,9	4,3	2,0	1,2	2,3	
San Luis	1,0	2,0	2,0	2,4	5,2	4,7	2,7	3,6	3,6	4,9	3,5	
Santa Cruz	6,8	3,8	1,9	0,0	0,9	2,7	3,5	0,0	2,8	2,1	4,0	
Santa Fe	3,8	4,2	4,2	4,1	3,7	4,1	2,7	3,9	3,9	4,2	4,2	
Santiago del Estero	1,0	0,7	1,7	2,4	1,9	1,4	1,4	3,2	1,6	1,8	2,0	
Tierra del Fuego	1,9	5,4	5,2	1,7	1,6	1,6	4,7	3,0	14,9	1,4	2,8	
Tucumán	1,8	1,5	2,6	1,8	2,7	2,4	2,3	2,0	3,0	2,3	2,9	

Tabla 32 (continuación). Tasa de mortalidad por sida por 100.000 habitantes general y por sexo según provincia, Argentina (2002-2012)

Mujeres	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Tendencia
País	2,0	2,2	2,0	1,9	2,0	2,1	2,0	2,1	1,9	1,8	2,0	
Buenos Aires	3,3	3,4	3,0	2,9	3,4	3,1	2,7	2,9	2,6	2,5	2,9	
CABA	4,1	3,6	2,6	3,5	3,1	3,6	2,4	3,4	2,4	1,9	1,7	
Catamarca	0,6	0,0	1,1	1,1	0,5	2,6	0,5	1,0	0,0	0,0	0,5	
Chaco	0,2	0,6	0,8	0,6	0,4	0,6	0,2	0,4	1,1	0,9	0,4	
Chubut	0,9	2,3	1,8	2,7	2,2	2,6	3,9	2,1	3,9	1,5	1,9	
Córdoba	0,7	0,5	1,0	0,5	0,4	1,2	0,9	0,9	1,0	0,7	1,0	
Corrientes	0,8	0,2	1,6	0,8	0,8	1,0	2,2	1,0	1,0	1,2	1,7	
Entre Ríos	1,0	1,6	1,0	1,0	0,6	1,7	1,1	0,3	1,2	0,6	0,6	
Formosa	0,4	0,0	1,6	0,8	0,4	0,8	1,1	1,5	0,4	2,1	1,8	
Jujuy	1,0	2,8	1,2	1,2	0,0	2,1	1,5	1,4	2,9	2,0	3,1	
La Pampa	0,0	1,3	0,6	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	0,6	0,6	1,2	
La Rioja	0,0	0,0	1,3	0,0	1,2	1,2	0,0	1,2	0,6	1,1	0,0	
Mendoza	0,4	0,6	0,4	0,5	0,5	0,7	0,7	0,7	1,1	0,9	1,2	
Misiones	0,8	2,8	2,0	2,4	1,7	2,5	1,1	2,0	2,2	2,3	1,4	
Neuquén	0,8	0,8	1,6	2,3	0,4	1,9	0,7	0,7	1,7	1,4	0,7	
Río Negro	0,3	0,3	0,3	0,0	0,7	0,0	1,0	1,3	1,2	1,2	0,9	
Salta	1,3	1,4	3,0	1,5	0,8	1,3	3,9	2,2	3,4	5,2	4,5	
San Juan	1,2	0,3	0,0	0,3	0,3	0,6	0,9	0,8	0,6	0,0	0,0	
San Luis	0,5	0,5	2,0	1,0	0,5	0,9	0,5	2,2	0,4	0,9	1,7	
Santa Cruz	3,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,9	0,9	3,0	5,8	0,7	
Santa Fe	1,1	1,8	1,8	1,2	1,3	1,2	2,0	2,3	1,4	0,9	1,6	
Santiago del Estero	0,2	0,5	0,2	1,0	0,2	1,7	0,7	0,9	0,9	0,7	1,1	
Tierra del Fuego	3,9	3,8	0,0	3,5	3,4	0,0	3,2	3,1	0,0	1,5	2,9	
Tucumán	0,7	0,3	0,7	0,8	1,0	1,1	0,8	1,3	0,7	0,9	1,4	

Tabla 33. Transferencias de medicamentos, reactivos y material preventivo a las 24 provincias, Argentina (2013)

Jurisdicción	Medicamentos		Reactivos para diagnóstico de VIH, ITS y hepatitis virales		Reactivos para seguimiento de personas en atención por VIH y hepatitis virales		Leche de inicio para prevenir la transmisión vertical del VIH		
	Unidades	Pesos	Unidades	Pesos	Unidades	Pesos	Unidades	Pesos	
Buenos Aires	14.640.167	\$ 126.668.180,57	737.078	\$ 4.855.858,12	21.940	\$ 3.106.928,10	9.999	\$ 247.958,60	
CABA	14.936.393	\$ 161.231.359,45	0	\$ 0,00	19.411	\$ 3.355.968,26	4.124	\$ 102.948,00	
Catamarca	154.543	\$ 1.122.273,21	27.788	\$ 285.683,66	320	\$ 44.401,73	139	\$ 3.450,00	
Chaco	464.256	\$ 4.713.943,26	125.942	\$ 810.185,04	1.065	\$ 126.804,43	267	\$ 6.624,00	
Chubut	389.090	\$ 3.034.675,76	54.478	\$ 361.750,56	5	\$ 5.269,55	160	\$ 3.974,40	
Córdoba	2.411.856	\$ 22.584.344,23	97.530	\$ 1.590.579,32	13.311	\$ 2.283.021,71	2.428	\$ 60.278,40	
Corrientes	429.405	\$ 3.918.169,12	110.915	\$ 609.029,77	2.759	\$ 285.060,84	213	\$ 5.299,20	
Entre Ríos	821.510	\$ 8.163.814,53	92.708	\$ 570.163,46	1.417	\$ 169.581,50	969	\$ 24.067,20	
Formosa	110.480	\$ 767.815,24	65.316	\$ 295.566,42	419	\$ 46.782,16	213	\$ 5.299,20	
Jujuy	525.845	\$ 3.908.680,07	78.550	\$ 491.014,30	984	\$ 168.313,67	359	\$ 8.942,40	
La Pampa	237.708	\$ 1.251.040,10	30.847	\$ 272.097,05	611	\$ 84.909,29	0	\$ 0,00	
La Rioja	222.625	\$ 1.992.389,81	48.638	\$ 348.202,20	494	\$ 56.079,82	0	\$ 0,00	
Mendoza	1.140.381	\$ 11.489.122,89	56.794	\$ 788.498,46	2.289	\$ 264.311,15	694	\$ 17.222,40	
Misiones	616.960	\$ 3.945.051,88	90.046	\$ 685.139,54	1.264	\$ 175.684,58	934	\$ 23.184,00	
Neuquén	496.290	\$ 5.033.953,77	70.894	\$ 557.004,74	1.241	\$ 154.741,76	347	\$ 8.611,20	
Río Negro	570.813	\$ 5.706.123,02	82.868	\$ 722.867,36	1.144	\$ 150.573,29	60	\$ 1.490,40	
Salta	933.078	\$ 6.385.750,39	107.642	\$ 1.088.214,76	2.489	\$ 317.328,30	1.333	\$ 33.120,00	
San Juan	286.153	\$ 2.900.084,13	66.844	\$ 668.013,96	467	\$ 57.395,43	160	\$ 3.974,40	
San Luis	312.797	\$ 2.806.188,92	73.306	\$ 704.662,10	426	\$ 68.691,69	190	\$ 4.719,60	
Santa Cruz	175.844	\$ 1.484.201,34	63.232	\$ 535.198,88	367	\$ 43.939,57	0	\$ 0,00	
Santa Fe	3.516.211	\$ 39.138.150,34	289.290	\$ 2.403.172,36	6.586	\$ 829.994,73	974	\$ 24.177,60	
Santiago del Estero	427.439	\$ 3.204.264,66	14.028	\$ 232.809,14	613	\$ 68.717,97	320	\$ 7.948,80	
Tierra del Fuego	109.587	\$ 1.071.133,54	30.007	\$ 265.655,23	232	\$ 27.822,61	133	\$ 3.312,00	
Tucumán	812.270	\$ 8.675.020,03	73.698	\$ 812.497,88	2.086	\$ 260.253,59	1.032	\$ 25.612,80	
Ministerio de Salud *	2.082.258	\$ 22.352.340,31	68.202	\$ 555.514,60	5.816	\$ 795.790,17	613	\$ 15.235,20	
Total	46.823.959	\$ 453.548.070,57	2.556.641	\$ 20.509.378,91	87.756	\$ 12.948.365,89	25.661	\$ 637.449,80	

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

	Preservativos		Geles lubricantes		Folletos		Material educativo		Total de transferencias
	Unidades	Pesos	Unidades	Pesos	Unidades	Pesos	Unidades	Pesos	
	21.090.920	\$ 7.498.652,80	2.939.868	\$ 529.176,24	1.184.664	\$ 198.778,97	62.394	\$ 268.715,31	\$ 143.374.248,71
	2.597.584	\$ 974.318,72	598.540	\$ 97.368,60	4.528.192	\$ 625.176,39	78.829	\$ 486.211,21	\$ 166.873.350,63
	486.720	\$ 169.660,80	108.216	\$ 24.547,68	156.340	\$ 21.447,42	9.959	\$ 35.431,91	\$ 1.706.896,41
	813.600	\$ 262.512,00	204.384	\$ 36.789,12	218.950	\$ 27.519,72	3.949	\$ 22.415,66	\$ 6.006.793,23
	1.012.320	\$ 363.340,80	208.224	\$ 37.480,32	77.260	\$ 13.080,94	11.230	\$ 41.446,85	\$ 3.861.019,18
	6.164.640	\$ 2.069.409,60	1.275.048	\$ 229.508,64	62.680	\$ 12.869,38	6.129	\$ 31.357,65	\$ 28.861.368,93
	1.329.120	\$ 467.740,80	208.260	\$ 37.486,80	14.140	\$ 4.113,39	3.135	\$ 20.274,15	\$ 5.347.174,07
	1.412.640	\$ 494.769,60	237.120	\$ 42.681,60	243.320	\$ 38.316,70	21.158	\$ 46.516,51	\$ 9.549.911,11
	398.880	\$ 133.387,20	76.248	\$ 13.724,64	28.680	\$ 6.837,40	2.959	\$ 12.770,81	\$ 1.282.183,07
	580.320	\$ 201.556,80	94.584	\$ 17.025,12	57.330	\$ 7.902,86	8.605	\$ 17.899,82	\$ 4.821.335,04
	321.120	\$ 107.812,80	82.164	\$ 14.789,52	31.790	\$ 5.537,60	3.108	\$ 11.433,42	\$ 1.747.619,78
	432.000	\$ 151.200,00	77.760	\$ 13.996,80	96.770	\$ 17.215,08	7.297	\$ 32.234,29	\$ 2.611.318,00
	1.245.600	\$ 432.720,00	219.960	\$ 39.592,80	81.580	\$ 20.879,72	10.239	\$ 48.789,32	\$ 13.101.136,74
	894.960	\$ 313.214,40	154.290	\$ 27.772,20	62.350	\$ 14.004,21	10.459	\$ 24.372,30	\$ 5.208.423,11
	358.560	\$ 125.798,40	55.968	\$ 10.074,24	31.760	\$ 7.252,70	6.000	\$ 13.487,93	\$ 5.910.924,74
	1.182.240	\$ 418.017,60	180.900	\$ 32.562,00	42.445	\$ 10.076,83	5.024	\$ 29.499,98	\$ 7.071.210,48
	953.280	\$ 337.363,20	155.832	\$ 28.049,76	62.195	\$ 12.154,87	4.398	\$ 15.738,51	\$ 8.217.719,79
	1.514.880	\$ 533.275,20	260.160	\$ 46.828,80	88.790	\$ 16.224,70	4.473	\$ 24.578,80	\$ 4.250.375,42
	1.208.160	\$ 417.542,40	212.040	\$ 38.167,20	47.010	\$ 9.898,78	2.415	\$ 16.212,53	\$ 4.066.083,22
	590.400	\$ 202.536,00	110.784	\$ 19.941,12	20.300	\$ 3.888,58	1.974	\$ 6.758,11	\$ 2.296.463,60
	4.281.120	\$ 1.505.908,80	675.792	\$ 121.642,56	105.385	\$ 21.746,22	14.977	\$ 36.749,15	\$ 44.081.541,76
	1.440.000	\$ 489.960,00	302.520	\$ 54.453,60	52.940	\$ 13.883,73	4.553	\$ 18.640,51	\$ 4.090.678,41
	423.360	\$ 163.382,40	54.540	\$ 9.817,20	26.315	\$ 4.424,51	1.111	\$ 4.561,21	\$ 1.550.108,70
	787.680	\$ 285.667,20	105.780	\$ 19.040,40	230.980	\$ 32.466,80	13.168	\$ 22.558,08	\$ 10.133.116,78
	0	\$ 0,00	0	\$ 0,00	0	\$ 0,00	0	\$ 0,00	\$ 23.718.880,28
	51.520.104	\$ 18.119.747,52	8.598.982	\$ 1.542.516,96	7.552.166	\$ 1.145.697,49	297.543	\$ 1.288.654,01	\$ 509.739.881,15

Tabla 34. Reactivos de diagnóstico y seguimiento distribuidos por la DSyETS durante el año 2013 según jurisdicción

	Reactivos para diagnóstico de VIH e ITS						
	Aglut. de partículas	ELISA	Confirmatorio de sífilis (TP-PA)	Thayer Martin	VDRL	Western-Blot	
Buenos Aires	22.500	79.488	19.100	5.280	455.000	2.682	
CABA	----	----	----	----	----	----	
Catamarca	1.600	4.032	1.900	600	12.750	216	
Chaco	11.500	9.024	3.500	7.650	84.750	378	
Chubut	1.700	4.800	2.600	1.560	37.000	378	
Córdoba	5.400	29.088	11.800	1.650	16.750	1.530	
Corrientes	7.000	11.232	1.700	690	80.250	432	
Entre Ríos	5.400	8.256	1.000	270	61.750	342	
Formosa	3.500	2.688	2.000	1.950	50.750	198	
Jujuy	6.700	7.680	2.700	510	54.250	324	
La Pampa	3.300	2.688	1.500	1.770	17.000	162	
La Rioja	4.000	3.648	2.400	780	31.000	270	
Mendoza	7.700	8.640	3.600	510	12.500	450	
Misiones	9.600	6.624	3.600	300	52.750	342	
Neuquén	10.200	3.264	3.300	540	43.750	450	
Río Negro	7.500	13.152	2.800	1.020	47.750	594	
Salta	5.900	22.176	2.200	540	46.000	594	
San Juan	8.500	12.480	6.500	330	29.500	306	
San Luis	10.200	10.560	2.800	630	32.500	198	
Santa Cruz	7.100	4.416	1.900	720	33.000	252	
Santa Fe	16.000	58.080	7.700	570	152.750	1.098	
Sgo. del Estero	----	4.224	2.200	570	----	144	
Tierra del Fuego	1.400	3.936	1.500	480	16.500	234	
Tucumán	12.100	13.440	2.400	660	28.750	324	
MSAL	4.800	5.376	5.300	4.440	43.000	522	
TOTAL	173.600	328.992	96.000	34.020	1.440.000	12.420	

BUENOS AIRES: corresponde a provincia de Buenos Aires y el Servicio Penitenciario Bonaerense.

MSAL: corresponde a: INBIRS, Servicio Penitenciario Federal, ANLIS-MALBRÁN, INE de Mar del Plata y Hospital Posadas.

				Reactivos para seguimiento de personas con VIH				
	TEST RÁPIDOS HIVI+2	Total determinaciones	TOTAL \$	Carga viral VIH	Test de resistencia	CD4/CD8	Total deter.	TOTAL \$
	69.700	653.750	3.812.561	8.046	421	12.790	21.257	2.675.086
	----	----	----	12.925	405	4.753	18.083	2.449.789
	2.850	23.948	236.715	117	6	187	310	38.320
	5.300	122.102	761.216	228	5	832	1.065	126.804
	2.600	50.638	312.782	0	5	0	5	5.270
	10.000	76.218	1.318.150	3.086	99	9.379	12.564	1.817.170
	5.675	106.979	560.061	1.833	18	892	2.743	275.158
	7.050	84.068	459.620	374	12	1.031	1.417	169.582
	1.350	62.436	256.966	116	0	303	419	46.782
	2.450	74.614	440.164	320	5	545	870	97.144
	875	27.295	224.088	256	6	321	583	67.363
	2.700	44.798	299.234	166	3	325	494	56.080
	7.650	41.050	582.632	830	21	1.438	2.289	264.311
	1.950	75.166	484.291	229	7	981	1.217	146.756
	5.550	67.054	508.036	495	25	721	1.241	154.742
	4.100	76.916	645.546	455	7	635	1.097	121.645
	9.400	86.810	834.530	893	18	1.508	2.419	273.895
	5.100	62.716	616.972	169	8	290	467	57.395
	10.850	67.738	633.983	122	5	264	391	47.549
	9.700	57.088	455.804	153	5	209	367	43.940
	14.500	250.698	1.920.479	1.906	49	4.520	6.475	761.166
	3.050	10.188	183.841	218	0	389	607	64.897
	1.925	25.975	211.018	125	5	102	232	27.823
	11.800	69.474	761.738	686	16	1.345	2.047	236.276
	1.500	64.938	503.563	1.712	19	3.940	5.671	705.020
	197.625	2.282.657	17.023.989	35.460	1.170	47.700	84.330	10.729.962

The first part of the paper discusses the importance of understanding the local context in which a project is implemented. This includes a thorough analysis of the social, economic, and cultural factors that may influence the project's success or failure. It is essential to engage with the local community from the outset, as their input and feedback are crucial for tailoring the project to their needs and expectations.

The second part of the paper explores the various challenges that may arise during the implementation of a project. These challenges can range from resource constraints and logistical difficulties to resistance from local stakeholders and unforeseen external factors. It is important to anticipate these challenges and develop strategies to address them proactively, ensuring that the project remains on track and achieves its intended goals.

The third part of the paper focuses on the importance of monitoring and evaluation throughout the project lifecycle. Regular assessment of progress and impact allows for timely adjustments and ensures that the project is delivering the desired outcomes. It is also essential to document the project's experiences and lessons learned, as this information can be valuable for future projects and for sharing best practices within the community.

In conclusion, the successful implementation of a project requires a combination of careful planning, active engagement with the local community, and a commitment to ongoing monitoring and evaluation. By addressing the challenges that may arise and learning from the project's experiences, it is possible to achieve sustainable and positive outcomes for the community.

Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual

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

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

0800 3333 444

LÍNEA PREGUNTE SIDA - MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN
Es gratis, es confidencial, es anónima

