

# Boletín sobre el VIH, sida e ITS en la Argentina

## Nº 34

AÑO XX • DICIEMBRE DE 2017

Uno de cada cuatro nuevos diagnósticos de VIH se da en **hombres de 20 a 35 años** que tienen sexo sin protección con otros hombres.

Se estima que en Argentina viven **122 mil personas con VIH**. El 30% no lo sabe.

El **81%** de quienes fueron diagnosticados con VIH **está actualmente en tratamiento**.

Desde hace 10 años **ha empezado a descender** ligeramente **la cantidad de diagnósticos en mujeres**.

# Boletín sobre el VIH, SIDA e ITS en la Argentina

Ministerio de Salud de Buenos Aires  
Instituto de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica

Ministerio de Salud de Buenos Aires  
Instituto de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica

Ministerio de Salud de Buenos Aires  
Instituto de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica

Ministerio de Salud de Buenos Aires  
Instituto de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica

Ministerio de Salud de Buenos Aires  
Instituto de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica

Ministerio de Salud de Buenos Aires  
Instituto de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica

Ministerio de Salud de Buenos Aires  
Instituto de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica

Ministerio de Salud de Buenos Aires  
Instituto de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica

Ministerio de Salud de Buenos Aires  
Instituto de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica

Ministerio de Salud de Buenos Aires  
Instituto de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica

Ministerio de Salud de Buenos Aires  
Instituto de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica

Ministerio de Salud de Buenos Aires  
Instituto de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica

Ministerio de Salud de Buenos Aires  
Instituto de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica

Ministerio de Salud de Buenos Aires  
Instituto de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica

Ministerio de Salud de Buenos Aires  
Instituto de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica

Ministerio de Salud de Buenos Aires  
Instituto de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica

Ministerio de Salud de Buenos Aires  
Instituto de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica

Ministerio de Salud de Buenos Aires  
Instituto de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica

Ministerio de Salud de Buenos Aires  
Instituto de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica

Ministerio de Salud de Buenos Aires  
Instituto de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica

Ministerio de Salud de Buenos Aires  
Instituto de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica

Ministerio de Salud de Buenos Aires  
Instituto de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica

6. Presentación

8. Consideraciones metodológicas

10. VIH y sida en la Argentina

12. Resumen de indicadores sobre la situación y respuesta al VIH

13. Vigilancia de casos de infección por VIH

24. Diagnóstico oportuno y tardío de la infección por VIH

28. Transmisión perinatal del VIH en la Argentina

34. Mortalidad por sida en la Argentina entre 2005 y 2015

38. Situación del acceso al diagnóstico oportuno, a los tratamientos de las personas con VIH en la Argentina, 2014-2016

46. Adherencia a los tratamientos antirretrovirales en personas con VIH en la Argentina

51. Prevalencia de VIH, sífilis, hepatitis virales y tuberculosis en unidades de encierro en unidades del Servicio Penitenciario Federal

56. Consultas y reclamos atendidos por la Dirección de Sida y ETS

60. Más y mejor información: estrategias para la prevención y el diagnóstico

62. Indicadores de gestión de VIH, ITS y hepatitis virales

VIH se ha estabilizado la respuesta nacional de actores del sector de prevención de acceso a las pruebas apoyando el uso del test mas antirretrovirales, la infección y mejorar de miles de personas de progresos en materia de género, sumados a la Educación Sexual In-texto que favoreció la n y mejoró el acceso más vulnerables.

**de 5.500 personas de 6.500 fueron diag- de ellas en etapas de transmisión pe- murieron por cau-** no de los diagnósticos l de las nuevas infec- siderablemente en los cho trabajo si es que nos comprometimos

**o con VIH este año su situación–** debe- ósticos para alcanzar tadas para el 2020. **de hoy están en tra- de salud** deberíamos meta del 90% de per- amiento antirretroviral os recursos para sos- s de salud de calidad IH, así como trabajar tivamente en los pro-

esidad de reexaminar udos críticos y poner difiquen realmente el do, en el segundo se- ceso de planificación en el que se discutió

la propuesta de prevención combinada, estrategia que busca generar sinergia entre diversas intervenciones biomédicas, comportamentales y estructurales a fin de dar un salto sig- nificativo en la respuesta a la epidemia. A su vez, ampliar el universo de actores más allá de aquellos con los que habi- tualmente trabajamos en este campo es indispensable para, en cuatro años, volver a reunirnos con un escenario diferente.

En esta línea buscamos ampliar nuestro horizonte incor- porando a las acciones de prevención combinada, por ejem- plo, a los médicos clínicos y generalistas, a los equipos de obstetricia y salud sexual y a las organizaciones que trabajan con poblaciones empobrecidas, migrantes, afrodescendien- tes, pueblos originarios y todos aquellos grupos que puedan verse afectados por el VIH y las otras ITS.

En este boletín ofrecemos información valiosa que espe- ramos les sea útil tanto para abonar su mirada estratégica como para su práctica cotidiana. En este sentido a partir de 2018 se producirán, además, boletines o separatas especifi- cas sobre hepatitis y tuberculosis que ofrecerán información estratégica sobre esas infecciones.

En las primeras secciones del boletín presentamos la in- formación actualizada sobre vigilancia epidemiológica de los nuevos diagnósticos de VIH, el perfil de las personas que se están diagnosticando y vinculando a la atención, la evolución de los diagnósticos tardíos, la transmisión perinatal del VIH y la mortalidad por sida. Algunos datos que queremos destacar son el leve descenso de los diagnósticos en mujeres jóvenes y el aumento de los diagnósticos en mujeres de mayor edad; el aumento de los diagnósticos en varones que tienen sexo con otros varones, los que representan el 40% del total de los nuevos casos; el descenso de la mortalidad por sida en varo- nes y mujeres jóvenes y el aumento en los grupos de mayor edad. **Por primera vez desde que comenzó la vigilancia de casos de VIH en el año 2001, la mediana de edad de las mujeres es mayor que la de los varones y la ra- zón hombre mujer alcanzó su valor más alto: 2,4 a 1.** No se han producido cambios en la tasa de transmisión peri- natal y en el diagnóstico tardío, que se ubican en 5% y 35% respectivamente.

Además, a partir de un estudio de vigilancia intensificada que presentamos también aquí, se desprende que el 9% de los diagnósticos se producen en personas nacidas en otros países, que el 4,5% ocurren en mujeres trans y que uno de cada cuatro diagnósticos de mujeres se produce durante el

de personas con diagnóstico reciente de VIH con el fin de conocer la retención en los servicios de salud luego de transcurrido un año del diagnóstico y de una cohorte de personas que iniciaron TARV para conocer el abandono y la efectividad del tratamiento a los doce meses. La segunda investigación es un estudio cualitativo sobre los procesos de adherencia al tratamiento de las personas con VIH en base a entrevistas individuales y grupos focales a pacientes y equipos de salud. El tercer estudio ofrece información sobre la prevalencia de VIH, hepatitis B y C, sífilis y tuber- culosis en personas privadas de la libertad alojadas en el Servicio Penitenciario Federal.

El boletín también ofrece un análisis de las consultas y reclamos recibidos por la DSyETS a través de distintos canales de comunicación, un artículo donde describimos las principales líneas de trabajo en materia de comunica- ción así como las nuevas estrategias que buscan mejorar el acceso a la información y, finalmente, un apartado con los principales indicadores de gestión.

Las cifras present- neral de la realidad e- ción podrá evaluar c- a partir de las tablas- este número del bol- anexo las tablas que- de diagnósticos de V- jurisdicción. El resto- perfil de las persona- de gestión podrán co- tin disponible en el s-

Por último, quere- ricana de la Salud por





para todas aquellas per-  
la situación actual de  
u curso. Dado que su  
cialistas en epidemio-  
do en que construimos

por VIH, el extenso pe-  
de la distribución de  
cionales, sumado al  
en tanto las personas  
ulnerables a contraer  
a construcción de los  
estrategias y fuentes  
orte de nuevos diag-  
ninal, medicamentos  
I Ministerio de Salud  
laboratorio al Sistema  
aciones reportadas a  
ción en Salud y cober-  
perinatal informada en  
Dirección Nacional de  
c.). Además, en algu-  
cesos de investigación  
as de información re-  
llo, estudios de preva-  
s que están involucra-  
eral (ONUSIDA, OPS,  
cas, universidades, el  
civil, entre otros. To-  
uimos colectivamente  
VIH en la Argentina.

mente los indicadores  
er la epidemia:

**ven con VIH** sur-  
ueden utilizar distin-  
a en la Argentina se  
m de ONUSIDA. Este  
s (casos diagnostica-  
e mortalidad, tamaño  
c.) y de la respuesta  
en tratamiento, crite-  
amiento antirretroviral,  
reciben los distintos

el sida; proporción de cobertura de TARV y proporción de  
cobertura de prevención de la transmisión perinatal; tasa de  
transmisión perinatal modelada, entre otros datos.

Cabe aclarar, entonces, que no se trata de la sumatoria  
de cada una de las personas diagnosticadas en los últimos  
treinta y cinco años en el país sino de un proceso modelado.  
Las estimaciones tienen un valor e intervalos de confianza  
para cada indicador y alcance nacional. Para realizar estima-  
ciones jurisdiccionales se debería contar con estudios por  
provincia, datos que no siempre están disponibles en nues-  
tro país. Anualmente todos los países actualizan las estima-  
ciones debido a que surgen nuevos datos epidemiológicos  
y también a que ONUSIDA ajusta el software con nueva evi-  
dencia científica sobre la historia natural de la infección. Este  
proceso genera oscilaciones en los números publicados año  
a año sobre la cantidad de personas con VIH, tanto a nivel  
mundial como en la Argentina.

**Prevalencia de VIH** es la proporción de personas infec-  
tadas en relación a toda la población en un período y año de-  
terminado. Si en nuestro país vivían 122 mil personas con VIH  
en 2017, según estima Spectrum, la prevalencia fue del 0,3%.

**Incidencia de VIH** es la proporción de personas que con-  
traen la infección en relación a la población no infectada en un  
período y lugar determinado. Por ejemplo, si en el año 2017 se  
infectaron en la Argentina 5.500 personas sobre una población  
de 44 millones, la incidencia fue de 0,13 cada 1.000 habitantes.  
Dado que los estudios de incidencia poblacional son muy com-  
plejos y costosos, salvo en contadas excepciones casi todos los  
países estiman la incidencia a partir de un modelaje epidemio-  
lógico con Spectrum.

**Tasa de VIH o tasa de casos de VIH** es la proporción  
de nuevos diagnósticos sobre el total de la población no infec-  
tada en un lugar y período determinado. Por ejemplo, si en el  
año 2014 se reportaron 6.500 nuevos diagnósticos, la tasa de  
VIH de ese año fue de 14,8 cada 100.000 habitantes. La tasa  
de VIH es diferente de la incidencia de infecciones, pues aquí  
lo que se contabiliza son diagnósticos, los que pueden haber  
tenido lugar mucho tiempo después de la infección. La fuente  
de información es el reporte de nuevos diagnósticos produci-  
do por los servicios de salud. La sección de este boletín en la  
que se analiza la tendencia de casos de VIH y el perfil de las  
personas diagnosticadas se basa en estas notificaciones obli-

sino que puede estar indicando problemas en el acceso a la  
prueba o que no se estén reportando adecuadamente los nue-  
vos diagnósticos.

Es importante tener en cuenta que el VIH y el sida son dos  
eventos de salud/enfermedad que se contabilizan de manera  
separada: todas las personas están infectadas por el virus pero  
solo algunas cumplen además el criterio para ser clasificadas  
como en etapa de sida. A partir del año 2008 la vigilancia epi-  
demiológica en la Argentina se centró en los casos de VIH, los  
que reflejan mejor la carga de enfermedad.

Este boletín suma 9.198 notificaciones al análisis realizado  
el año anterior. Es de destacar que debido al retraso entre el  
diagnóstico y su reporte al Ministerio de Salud de la Nación,  
año a año se actualiza la información y se ajustan las tasas  
informadas en boletines previos.

**Tasa de mortalidad por sida** es la proporción de per-  
sonas que fallecen por causas relacionadas con el sida en re-  
lación a la población de un lugar en un momento determina-  
do. Si en 2015 fallecieron 1.553 personas por sida, la tasa de  
mortalidad por este evento fue de 3,6 por 100.000 habitantes.  
Aquí se contabilizan las personas que fallecieron por una com-  
plicación vinculada con la infección, no las personas con VIH  
que fallecieron por otras causas. La fuente de información es  
el informe estadístico de defunción, un formulario que llena el  
médico que certifica el deceso y que es remitido a la Dirección  
de Estadística provincial. Esta tasa de defunción así calculada

puede diferir ligeramen-  
estimación por modela-

**Diagnóstico tarcc**  
sonas con una infecce-  
noscadas con VIH en do-  
ese caso se define el (r  
algún evento clínico  
lógico, sea este un m  
de este año se incluye  
presentaron menos c  
noscadas. La fuente  
notificación epidemio-

**Tasa de transmis**  
es la proporción de ni-  
vía perinatal en relació  
expuestos a contraer  
con VIH. La fuente de  
que realizan estudios  
ejemplo, si se realiz  
ños/as nacidos de mu  
fectados/as, la tasa de  
5%. Hay otra maner  
as que nacieron en es  
un resultado definitivo  
divididos por 1.469 niñ  
definitivo + 443 en es  
perinatal del 3,5%.





diagnóstico 85.400 personas

están en tratamiento 69.200 personas

**30%** desconoce su diagnóstico 36.600 personas

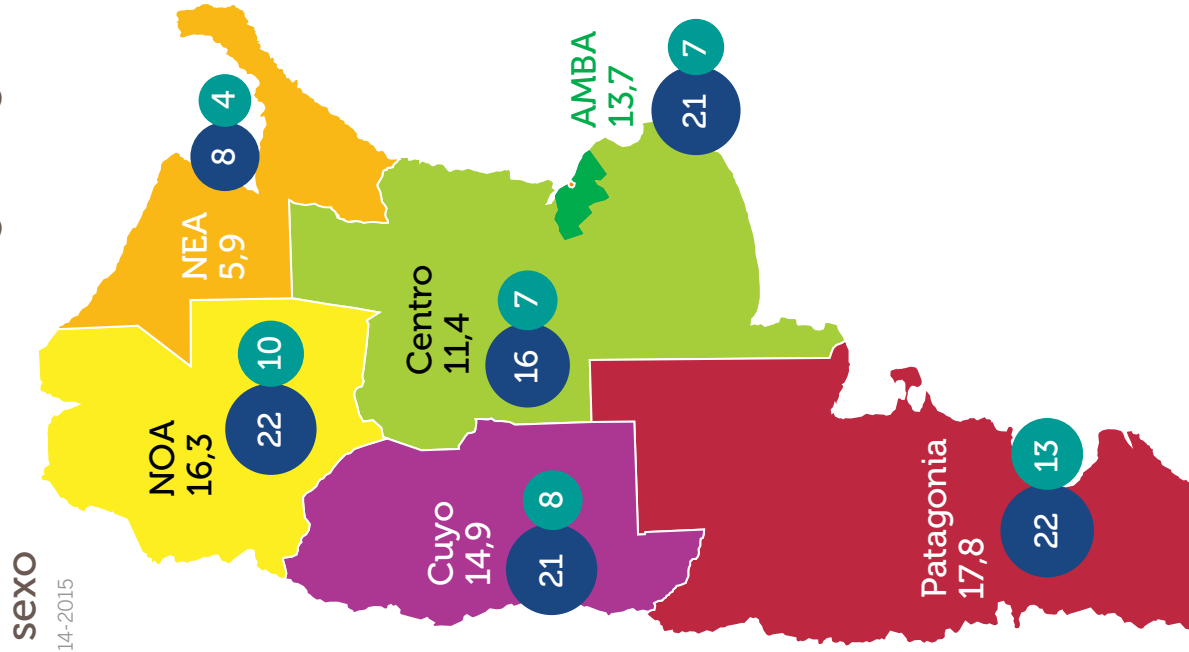
**7 de cada 10** se atienden en el sistema público



● Mujeres

## Tasa de diagnóstico de VIH por 100.000 habitantes según región y sexo

2014-2015



## Diagnósticos tardíos

Diagnósticos que se realizan en una etapa avanzada de la infección 2014-2015

En el país



Por región



100.000 personas antes, se notifican

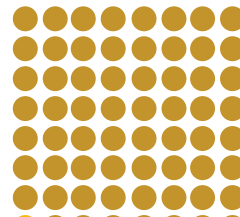
**3,3**

personas con diagnóstico de VIH 2015

Edad promedio de diagnóstico

**33** años Mujeres

7 de cada 10 bebés nacidos de madres con VIH no están diagnosticados con el virus



Población 2017 <sup>1</sup>	Promedio de nuevos casos (2014-2016) <sup>2</sup>		Tasa de VIH por 100.000 habitantes (2015) <sup>2</sup>	Tasa de mortalidad por sida por 100.000 habitantes (2015*) <sup>3</sup>	Personas con medicación suministrada a diciembre 2016		
	% sobre el total del país	% sobre la región	Casos	% sobre el total del país	Cantidad	% sobre el total del país	
1	100,0%	-	5.128	13,3	3,5	46.518	100,0%
3	64,8%	100,0%	3.002	12,5	4,0	34.563	74,3%
8	7,0%	10,7%	753	30,0	5,4	14.030	30,2%
2	38,6%	59,7%	1.394	9,7	4,5	13.207	28,4%
4	24,7%	38,2%	829	15,4	5,3	-	-
8	13,9%	21,5%	565	6,5	3,0	-	-
8	3,1%	4,7%	126	10,2	1,9	793	1,7%
1	8,3%	12,8%	461	14,3	2,3	3.224	6,9%
4	7,8%	12,1%	267	9,3	2,7	3.309	7,1%
2	11,6%	100,0%	769	16,3	3,1	3.525	7,6%
3	0,9%	7,9%	55	14,3	0,2	178	0,4%
2	1,7%	14,6%	149	21,8	4,4	567	1,2%
3	3,1%	26,9%	249	19,6	6,4	1.425	3,1%
2	2,2%	18,6%	61	8,0	1,1	470	1,0%
2	3,7%	-	255	16,4	1,5	885	1,9%
0	9,2%	100,0%	233	5,9	2,5	1.952	4,1%
5	2,7%	28,7%	23	2,7	1,6	485	1,0%
8	2,5%	26,8%	104	10,0	2,0	621	1,3%
6	1,3%	14,5%	47	7,1	2,5	181	0,4%
1	2,8%	30,0%	58	4,7	3,8	665	1,4%
0	8,1%	100,0%	485	14,9	2,4	1.991	4,4%
7	0,9%	10,6%	37	14,2	1,3	267	0,6%
4	4,4%	54,3%	289	16,4	2,2	1.062	2,3%
4	1,7%	21,3%	92	12,4	2,8	307	0,7%
5	1,1%	13,8%	67	13,2	3,3	355	0,8%
6	6,3%	100,0%	470	17,8	2,4	2.257	4,7%
6	1,3%	21,1%	99	18,4	3,4	697	1,5%
9	0,8%	12,5%	58	15,8	0,9	201	0,4%
3	1,4%	22,8%	110	18,6	2,8	571	1,2%
6	1,6%	25,7%	104	14,9	2,4	487	1,0%
2	0,8%	12,1%	64	20,9	1,5	143	0,3%
0	0,4%	5,8%	35	23,6	1,9	158	0,3%
-	-	-	169	-	-	2.230	4,8%

Como todos los años, la DSyETS presenta a través de su boletín epidemiológico la evolución de las tasas de VIH y la caracterización de las personas que están diagnosticadas con VIH en nuestro país. Esta información proviene principalmente de la ficha de notificación de nuevos casos de VIH que es de reporte obligatorio en la Argentina desde el año 2001.

**Desde 1990 hasta fines de 2016 la DSyETS registra 138.458 notificaciones de personas con VIH y/o sida. El 27% de los registros (37.702) es previo al año 2001 y corresponde a notificaciones de casos de sida o a reportes de infecciones ocurridas antes de ese año. El VIH y el sida son dos eventos de salud/enfermedad que se contabilizan de manera separada: si bien todas las**

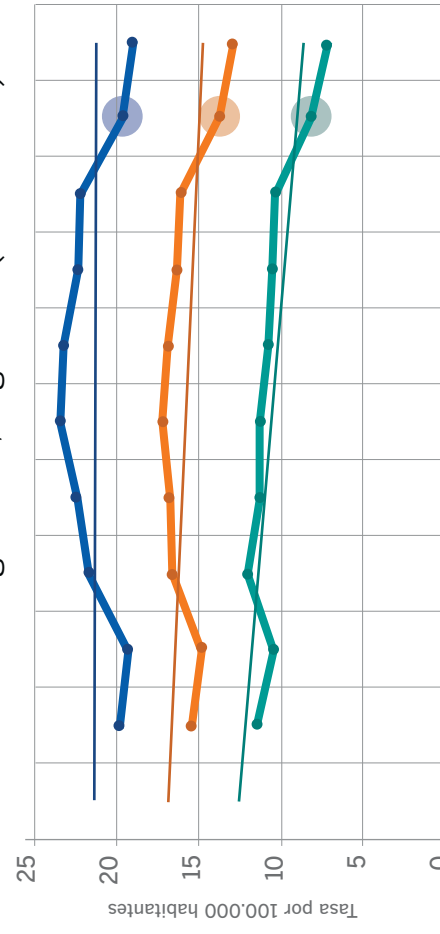
**Este boletín suma 9.198 notificaciones al análisis realizado el año anterior. El retraso entre la ocurrencia del diagnóstico y el reporte de las notificaciones al Ministerio de Salud de la**

personas están infectadas por el virus solo algunas cumplen además el criterio para ser clasificadas en etapa de sida. A partir del año 2008 la vigilancia epidemiológica en la Argentina se centró en los casos de VIH, los que reflejan mejor la carga de enfermedad.

# 138.458

notificaciones de personas con VIH y/o sida desde 1990 hasta fines de 2016

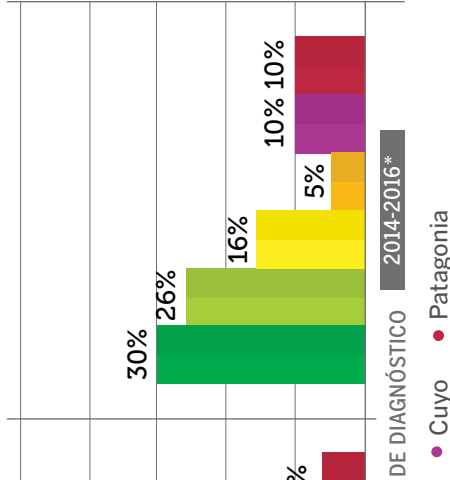
**Gráfico 1** Evolución de las tasas de diagnósticos de VIH por 100.000 habitantes según sexo, Argentina (2006-2015)







## H al momento del diagnóstico



● Cuyo ● Patagonia  
 \* por ficha epidemiológica en el período analizado. N=56.272 excluye desconocido.

La evolución de la población con VIH comparando tres trienios: 2008-2010; 2011-2013 y 2014-2016. A diferencia del análisis de tasas se incluyeron los diagnósticos del año 2016 ya que el retraso de las notificaciones no afecta significativamente la distribución de las variables sociales y epidemiológicas.

### LUGAR DE RESIDENCIA

El AMBA y el Centro son las regiones con mayor concentración de nuevos diagnósticos en nuestro país (Gráfico 5). En el AMBA se encuentra el 30% de los nuevos casos de VIH para el período 2014-2016, seguido de la región Centro con un 26%. Si se comparan estas cifras con el trienio 2008-2010 encontramos que la diferencia entre ambas regiones se ha reducido: hace una década representaban un 44% y 29% respectivamente. Si bien estas dos regiones continúan siendo las de mayor cantidad de nuevos diagnósticos reportados, en estos últimos tres años se observa un crecimiento en todas las demás regiones, principalmente en el NOA, Cuyo y Patagonia.

En cuanto a la provincia de residen-

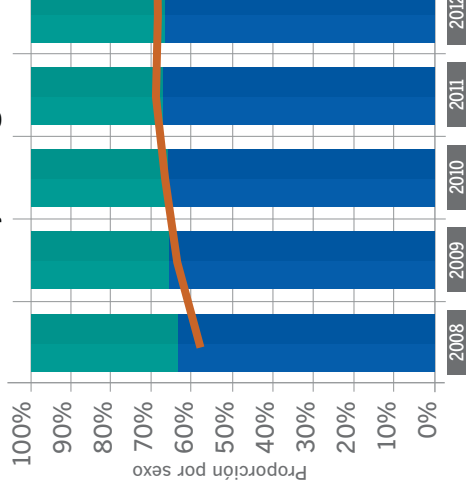
cia de la cascada de atención de una cohorte de personas con diagnóstico reciente se pudo establecer que para el bienio 2014-2015 el 4% de los diagnósticos era de mujeres trans. En el período 2008-2016 ha habido un aumento de la razón varón/mujer hasta alcanzar un nivel sin precedentes desde el comienzo de la notificación obligatoria del VIH en 2001. En estos nueve años vemos un crecimiento del 7% en la proporción de varones con VIH. Mientras que en 2008 el 63% de los casos era de varones y el 37% de mujeres, en 2016 los varones llegaron al 70% y en 2015 se produjo un pico de 72% en este grupo. En el año 2016 hay 2,3 varones por cada mujer con infección por VIH (Gráfico 6).

Si comparamos las razones entre varones y mujeres con VIH notamos una variación en la distribución conforme avanza la edad. La primera franja, de 0 a 14 años, es la única en la que las mujeres superan a los varones: en el último

estudio de la cascada de atención de una cohorte de personas con diagnóstico reciente se pudo establecer que para el bienio 2014-2015 el 4% de los diagnósticos era de mujeres trans.

trienio la razón se ubicó en 0,7 niños por cada niña. Este grupo combina niños y adolescentes que adquirieron la infección por transmisión vertical con otros que adquirieron el virus por vía sexual, aunque prevalece la primera vía.

## razón varón/mujer, Argentina



● Razón varón mujer ● Varones ● Mujeres  
 FUENTE: Total de casos notificados a la DSyETS por ficha \* Años no cerrados por retraso en la notificación.

trienio la razón se ubicó en 0,7 niños por cada niña. Este grupo combina niños y adolescentes que adquirieron la infección por transmisión vertical con otros que adquirieron el virus por vía sexual, aunque prevalece la primera vía.



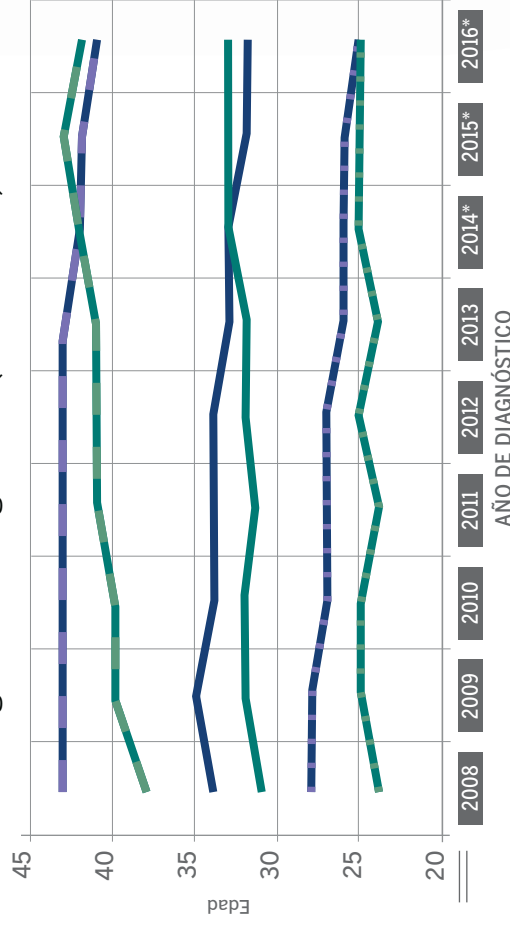
ejemplos jurisdiccionales de como se ha comportado la mediana a nivel nacional, con variaciones entre dos y tres puntos de trienio a trienio.

## NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Para analizar el comportamiento de esta variable se evaluó la situación de las personas de 19 años y más, ya que se considera que a partir de esta edad el nivel de instrucción es más estable. El nivel de instrucción se utiliza como indicador que mide el nivel socioeconómico.

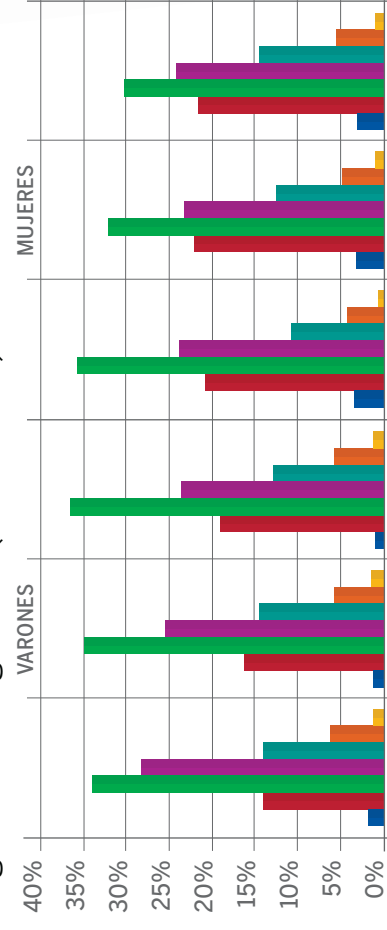
Si observamos los períodos 2008-2010 y 2014-2016 encontramos un au-

## Gráfico 9 Evolución de la mediana de edad de diagnóstico de VIH según sexo, Argentina (2008-2016)



FUENTE: Total de casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica en el período analizado. N=56.272  
\* Años no cerrados por retraso en la notificación.

## Gráfico 10 Evolución de la edad de diagnóstico de VIH según sexo, Argentina (2008-2016)



En cuanto a las mujeres, La Pampa es la provincia que más ha aumentado la mediana de edad de diagnóstico de período a período, pasando de 26 años en el período 2008-2010 a 35 años en 2014-2016. En el resto de las jurisdicciones la variación fue entre dos y cinco años, destacándose CABA, La Rioja,

Al comparar los trienios 2008-2010, 2011-2013 y 2014-2016 (Gráfico 10) vemos que la proporción de varones fue creciendo de 14% a 19% en el intervalo de 15 a 24 años, y de 34% a 37% en el de 25 a 34 años, mientras que se redujo en el intervalo de 25 a 34 años de 28% a 24%. Entre las mujeres se redujo la proporción de 35 a 44 años (de 36% a 30%) y aumentó la de 45 a 54 años (de 11% a 14%).

## EDAD AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO

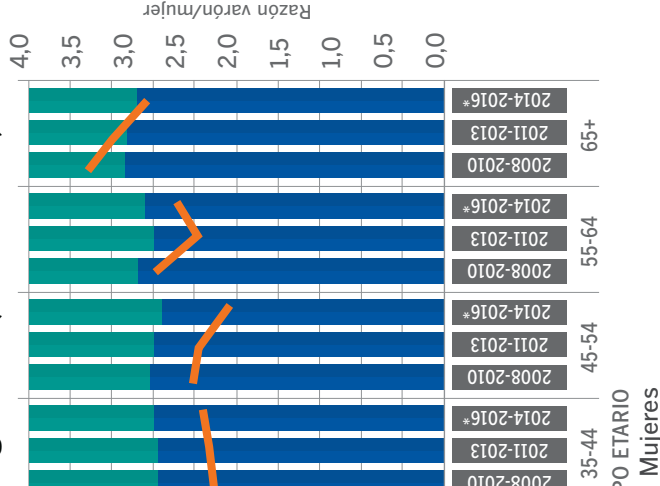
Si comparamos las medianas de edad entre varones y mujeres a lo largo de estos años vemos que, si bien la edad es muy pareja, la mediana de las mujeres fue creciendo, lo que redujo la diferencia con los varones hasta llegar, por primera vez, a superarla. En 2008 la mediana para los varones era de 34 años, mientras que para las mujeres era de 31. En 2014 la mediana se igualó en 33 años, hasta llegar a 2016 cuando encontramos un valor de 32 años para los varones y de 33 para las mujeres. (Gráfico 9)

Al comparar las estructuras poblacionales en los bienios 2006-2007 y 2015-2016 observamos algunos movimientos significativos entre períodos (Gráfico 11 de la página 20). En el grupo de 0 a 14 años la cantidad de varones y mujeres cae de período a período. Entre los 30 y 39 años se observa un descenso del porcentaje de personas infectadas en ambos sexos, tendencia que se modifica en los intervalos de 40 a 44 años y los consecutivos de 55 a 64 y 65 a 69 años, donde hay un aumento proporcional tanto en varones como en mujeres.

El gráfico 12 de la página 20 muestra cómo ha sido este movimiento a través de la selección de algunas provincias. En Formosa y Misiones es donde se

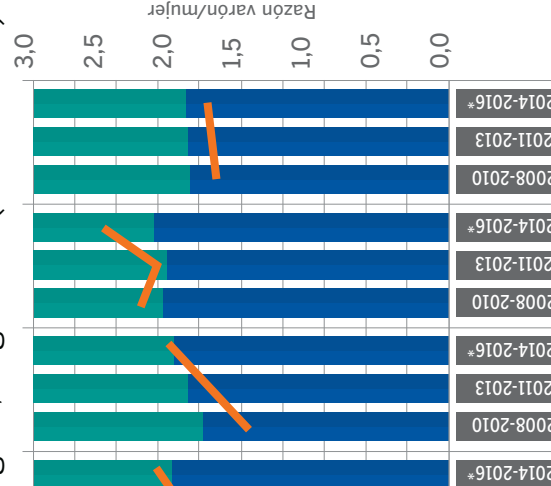
según región del país se observan notorias diferencias (Gráfico 8). En la última década aumenta la razón en todas las regiones, alcanzando su valor más alto en el AMBA con 2,8, un punto por encima

## Razón varón/mujer en casos de Argentina (2008-2016)

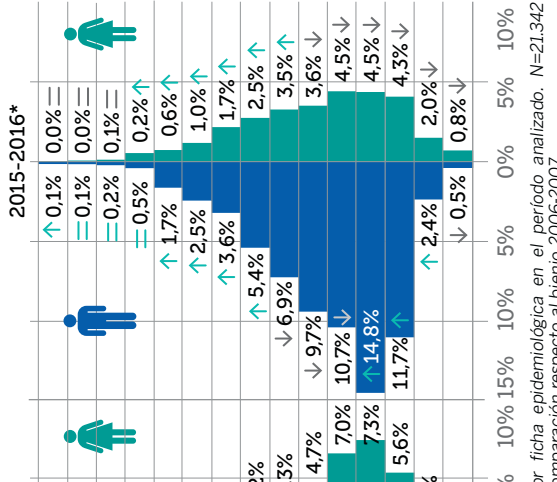


FUENTE: Ficha epidemiológica en el período analizado. N=56.272

## Razón varón/mujer en casos de Argentina (2008-2016)

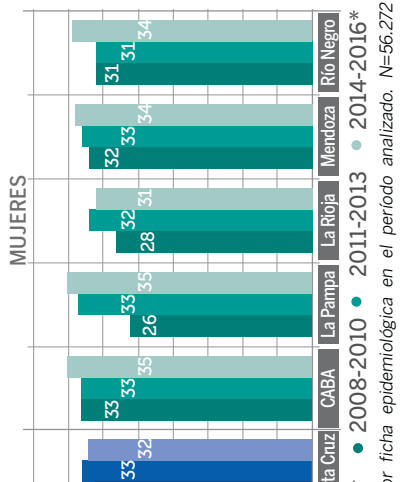


El Gráfico 15 muestra el máximo nivel de instrucción alcanzado por las personas con VIH que adquirieron el virus por vía sexual y fueron diagnosticadas entre 2014 y 2016. Los varones que se infectaron durante relaciones



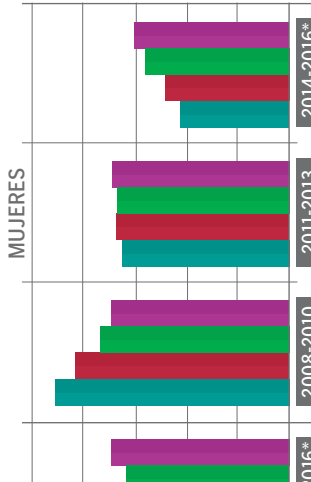
Entre los varones este fenómeno es mucho más notorio: mientras que en el primer trienio los hombres con VIH analfabetos o con primaria incompleta representaban el 42% del total de los infectados, los varones que tenían estudios superiores (terciario completo o más) alcanzaban el 31%. Esta tendencia se invierte totalmente al concluir el trienio 2014-2016, cuando el porcentaje de varones con VIH analfabetos o con primario incompleto se reduce al 24% y quienes tienen estudios terciarios o superiores alcanzan el 35%. Este movimiento se observa en todos los niveles: primaria completa/secundaria incompleta pasa del 39% al 26% y secundaria completa/terciario incompleto baja del 34% al 32%.

Por su parte, en la población femenina la comparación de los dos períodos muestra una distribución similar entre categorías. En el período 2008-2010, las mujeres analfabetas o con primaria incompleta representaban el 46%; aquellas que tenían primaria completa o secundaria incompleta constituían el 41,7% y habían finalizado la secundaria o tenían estudios superiores el 37%. Por su parte, para el trienio 2014-2016 el primer grupo representa el 21,4%; el segundo el 28,8% el 30,7% de las mujeres con VIH tiene mayores estudios.



El análisis regional (Gráfico 14) revela que las mujeres diagnosticadas con VIH tienen un nivel de instrucción inferior que el de los varones y esta tendencia es más heterogénea entre región y región: mientras que en AMBA el 51% de las mujeres completó o superó la educación media, esta proporción cae al 28% en NEA. En los varones la situación es más homogénea, ya que entre el 18% y el 26% tiene terciario completo o inició algún estudio

El Gráfico 15 muestra el máximo nivel de instrucción alcanzado por las personas con VIH que adquirieron el virus por vía sexual y fueron diagnosticadas entre 2014 y 2016. Los varones que se infectaron durante relaciones



El Gráfico 15 muestra el máximo nivel de instrucción alcanzado por las personas con VIH que adquirieron el virus por vía sexual y fueron diagnosticadas entre 2014 y 2016. Los varones que se infectaron durante relaciones

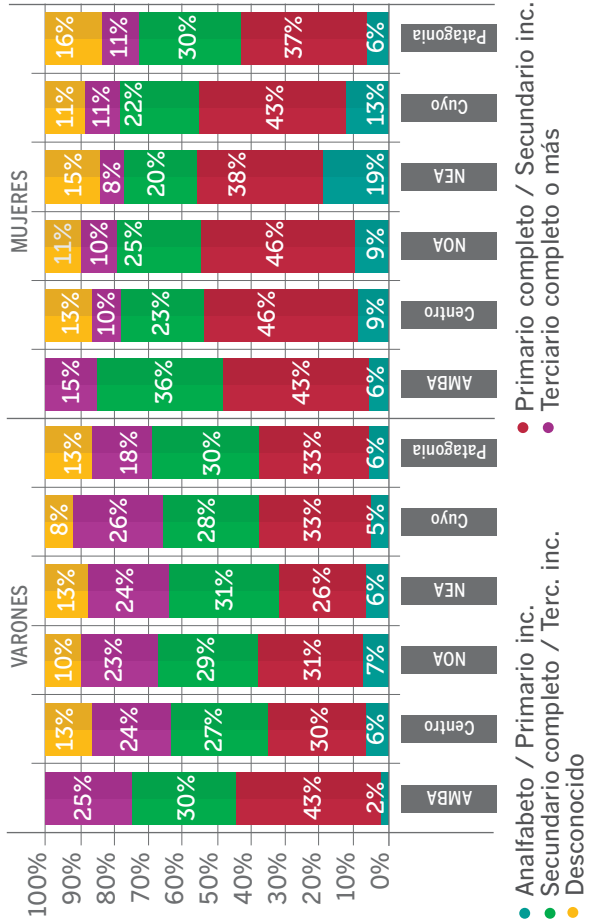
El Gráfico 15 muestra el máximo nivel de instrucción alcanzado por las personas con VIH que adquirieron el virus por vía sexual y fueron diagnosticadas entre 2014 y 2016. Los varones que se infectaron durante relaciones

El Gráfico 15 muestra el máximo nivel de instrucción alcanzado por las personas con VIH que adquirieron el virus por vía sexual y fueron diagnosticadas entre 2014 y 2016. Los varones que se infectaron durante relaciones

El Gráfico 15 muestra el máximo nivel de instrucción alcanzado por las personas con VIH que adquirieron el virus por vía sexual y fueron diagnosticadas entre 2014 y 2016. Los varones que se infectaron durante relaciones

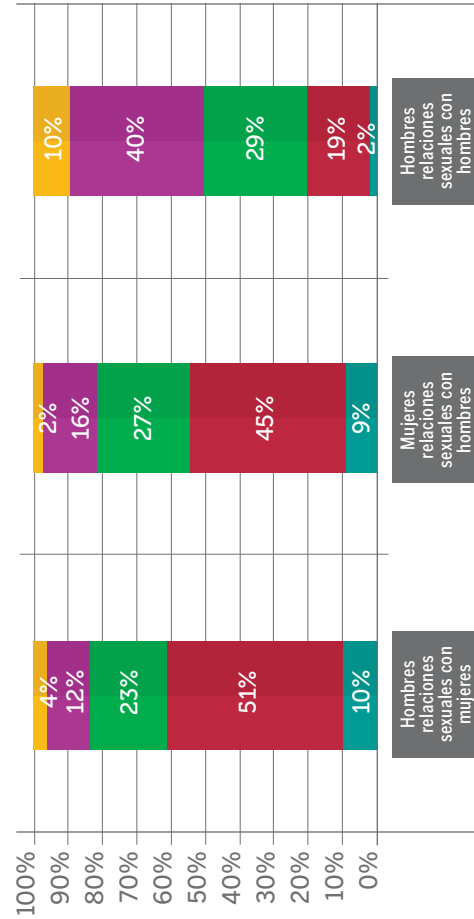
El Gráfico 15 muestra el máximo nivel de instrucción alcanzado por las personas con VIH que adquirieron el virus por vía sexual y fueron diagnosticadas entre 2014 y 2016. Los varones que se infectaron durante relaciones

**Gráfico 14** Máximo nivel de instrucción alcanzado por personas de 19 años o más con diagnóstico de VIH según sexo y región, Argentina (2014-2016)



FUENTE: Total de casos notificados a la DSVETS por ficha epidemiológica y específica en el período analizado. N=45.729 \* Años no cerrados por retraso en la notificación.

**Gráfico 15** Máximo nivel de instrucción alcanzado por personas de 19 años o más con diagnóstico de VIH según sexo y vía de transmisión sexual, Argentina (2014-2016)

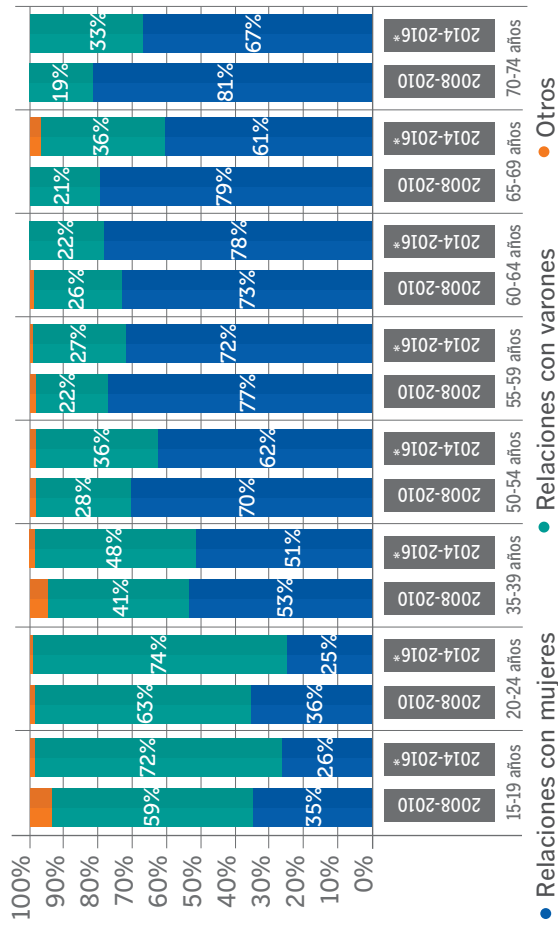




que la cantidad de infecciones durante prácticas sexuales homosexuales fue aumentando con el paso de los años en todos los grupos de edad, salvo en el de 60 a 64 años.

En el **Gráfico 18** se presentan en dos

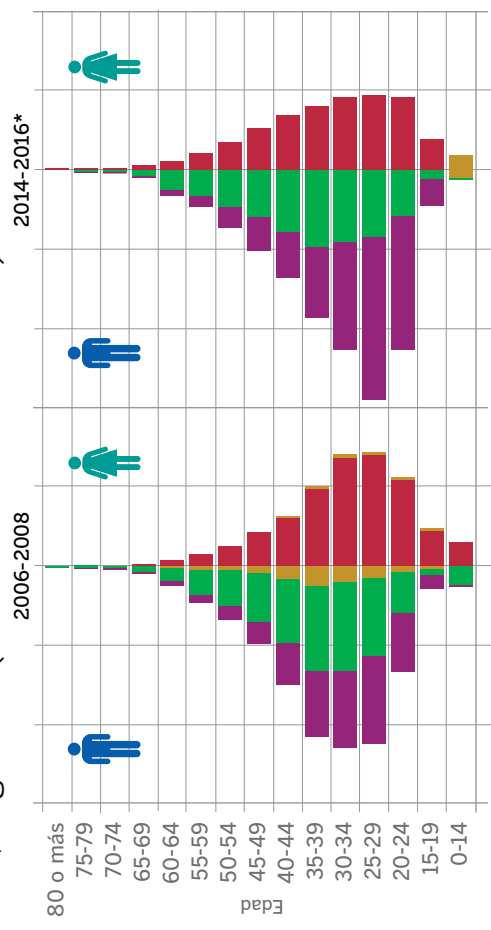
### Gráfico 17 Evolución de las vías de transmisión del VIH en varones según grupos de edad seleccionados, Argentina (2008-2010 / 2014-2016)



● Relaciones con mujeres ● Relaciones con varones ● Otros

FUENTE: Total de casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica en el período analizado. N=14.932  
\* Años no cerrados por retraso en la notificación.

### Gráfico 18 Evolución de la distribución de nuevos diagnósticos de VIH por sexo, grupo de edad y vía de transmisión, Argentina (2006-2008 / 2014-2016)



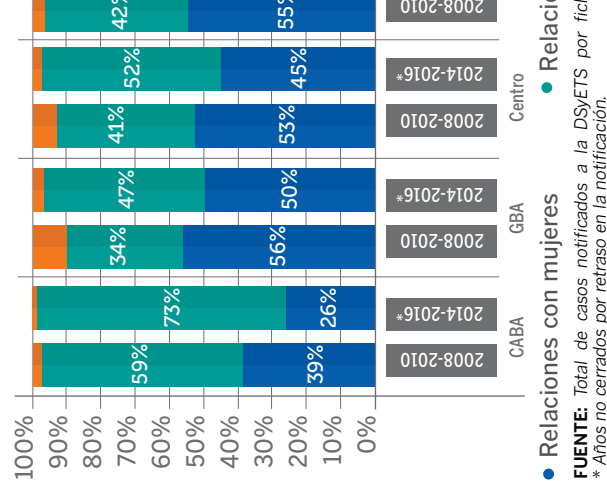
(diez años antes estos representaban el 25%); el 30% obedece a varones que contrajeron la infección durante relaciones sexuales con mujeres (antes era un 32%) y un 29% a mujeres que adquirieron el virus durante relaciones sexuales con varones (antes ascendía al 35%). Los varones cuya edad es de 20 a 35 años que contrajeron el VIH durante relaciones sexuales con varones representan un cuarto del total de nuevos diagnósticos de los últimos tres años.

Como es de esperar, esta tendencia se mantiene en el análisis por regiones. Como podemos observar en el **Gráfico 19**, las infecciones durante relaciones sexuales entre varones aumentan en todas las regiones, alcanzando el 73% de los diagnósticos de varones en CABA en el período 2014-2016 y tienen un piso del 45% en Patagonia. Las infecciones durante prácticas sexuales heterosexuales solo prevalecen sobre las otras regiones en Patagonia y el GBA.

Como señalamos, en el territorio argentino la vía de transmisión sexual es la principal forma de infección; no obstante, en los varones que han adquirido el VIH por prácticas sexuales heterosexuales notamos una caída en 19 de las 24 jurisdicciones entre los trienios 2008-2010 y 2014-2016. Se destaca Río Negro, que pasó de 62,2% en el primer período a 53,9% en 2014-2016 y Formosa, que fue bajando de 41,5% en 2008-2010 a 24,4% en el último trienio. En cinco provincias subió la cantidad de varones que contrajeron VIH por esta vía, en especial Entre Ríos, que pasó de 36,9% a 40,2%; Misiones, de 42,2% a 48,6% y San Luis, de 40% a 45,8%.

Al analizar provincia por provincia se puede observar que entre los varones que se infectaron por prácticas sexuales homosexuales el movimiento es inverso al de los que tuvieron prác-

### nes según región, Argentina (2008-2010 / 2014-2016)



● Relaciones con mujeres ● Relaciones con varones

FUENTE: Total de casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica en el período analizado. N=14.932  
\* Años no cerrados por retraso en la notificación.

tónoma de Buenos Aires, donde del trienio 2008-2010 al trienio 2014-2016 aumentaron de 46,1% a 66,1%.

## Conclusiones

En los últimos diez años se han producido algunos cambios en la población que se diagnostica con VIH en nuestro país. Si bien la realidad en todo el territorio es heterogénea, las tendencias –salvo escasas excepciones– parecen uniformes.

La tasa de diagnósticos en varones se mantiene estable en tanto la de mujeres disminuye ligera pero sostenidamente. Aumentan las tasas de VIH entre los varones de 15 a 29 años y las de mujeres de 45 a 59 años. A nivel regional cae la tasa de VIH en el AMBA, se mantiene estable en la región Centro y aumenta en NEA, NOA, Cuyo y Patagonia.

En números absolutos, la población con VIH es mayormente masculina, representando casi el 70% del total de personas con VIH del país en el trienio 2014-2016. El 20% de los varones y el

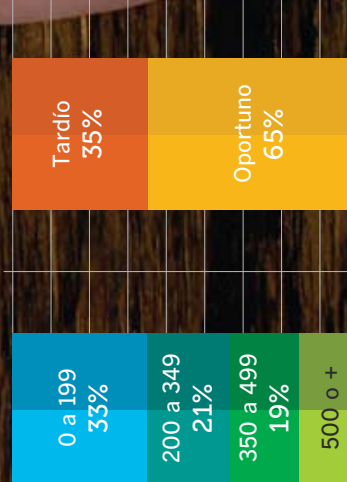




# Diagnóstico tardío e infección

El VIH en etapas avanzadas continúa siendo uno de los problemas de la respuesta nacional, lo que explica en gran parte la alta prevalencia de diagnóstico tardío que aún persiste en el país.

Según el indicador diagnóstico tardío según el indicador, Argentina



Desde 2012 el diagnóstico oportuno/tardío se mide con un indicador clínico, el estadio clínico al momento del diagnóstico, y uno de laboratorio, el nivel de CD4 más próximo al diagnóstico. El indicador clínico muestra que para el bienio 2015-2016 el 30,5% de los diagnósticos ocurrió en una etapa avanzada de la infección: el 17% con una enfermedad marcadora de sida y el 13,5% con algún evento clínico no marcador de sida. El diagnóstico tardío (DxT) medido según este indicador se ubica en 31,9% para los varones y 23,3% para las mujeres.

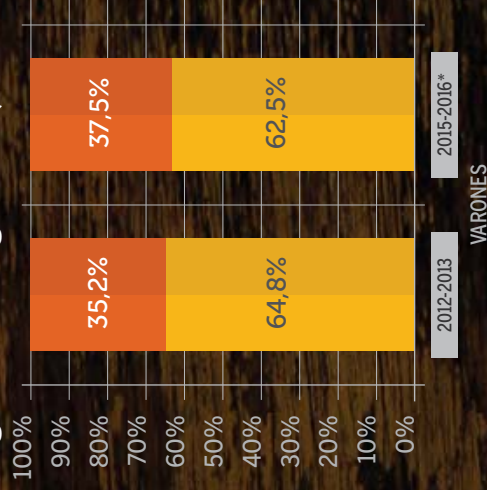
Según el criterio de laboratorio, el 32,6% tenía menos de 200 CD4 al ser diagnosticado; el 54,1% menos de 350 CD4 y el 72,9% menos de 500 CD4. En este caso la diferencia que se aprecia en el indicador clínico entre varones y mujeres se reduce. La mediana de CD4 al momento del diagnóstico fue de 325 para los varones y 328 para las mujeres.

En este boletín se combinan por primera vez ambos indicadores para considerar como DxT aquel que se produce en un estadio sintomático con o sin criterio de sida y/o con un CD4 menor a 200 cc. De este modo, el DxT alcanzaría al 35,2% de las personas y no puede compararse con la información presentada en los boletines previos. Esta modificación aumenta la sensibilidad de un indicador que hasta ahora no captaba los casos con inmunosupresión que aún no habían presentado algún evento clínico. (Gráfico 20)

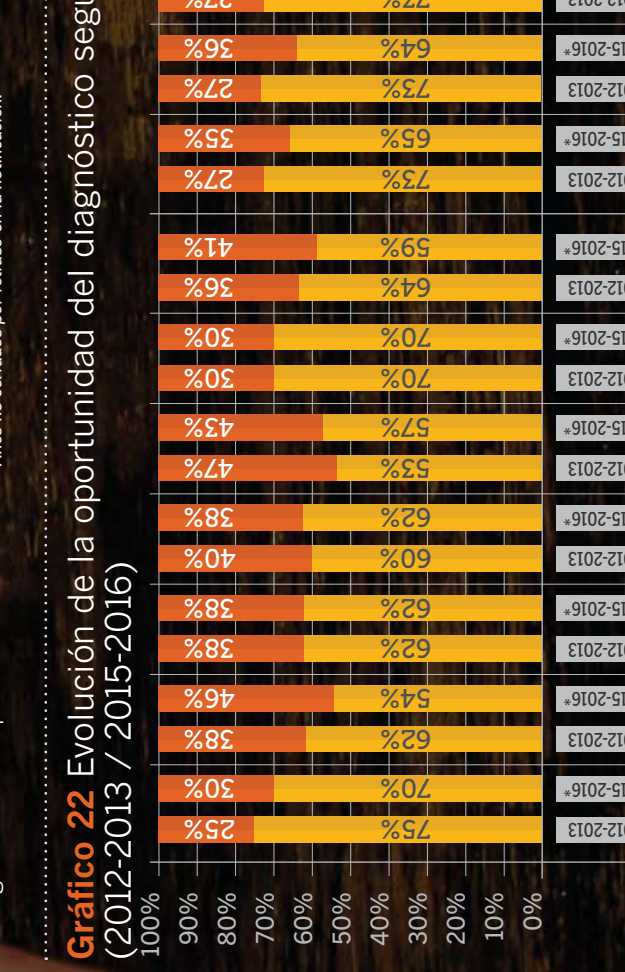
Es importante ser cautelosos en la interpretación de la evolución de la oportunidad del diagnóstico. Lo que a primera vista puede parecer un empeoramiento del indicador de DxT también puede deberse a una reducción de la incidencia en algunos grupos y a que se esté captando a las personas con infección avanzada que hasta ahora no eran alcanzadas por la oferta de la prueba.

Con el nuevo criterio, el 37,5% de los varones y el 30% de las mujeres fueron diagnosticados entre 2015 y 2016 en etapas avanzadas de la infección. En ambos casos se aprecia un aumento de ese tipo de diagnóstico al compararlo con los da-

**Gráfico 21** Evolución de la oportunidad del diagnóstico según sexo, Argentina (2012-2016)



**Gráfico 22** Evolución de la oportunidad del diagnóstico según sexo, Argentina (2012-2013 / 2015-2016)



Al analizar la oportunidad del diagnóstico según región observamos que en el último bienio el 43% de las personas en el GBA y el 42% en el NEA fueron diagnosticadas tardíamente, contra un 28% en Cuyo y un 31% en CABA. Salvo en el NOA, este tipo de diagnóstico o bien se mantuvo estable o bien empeoró ligeramente. En el Gráfico 22 se presenta

tos del bienio 2012-2013 (Gráfico 21).



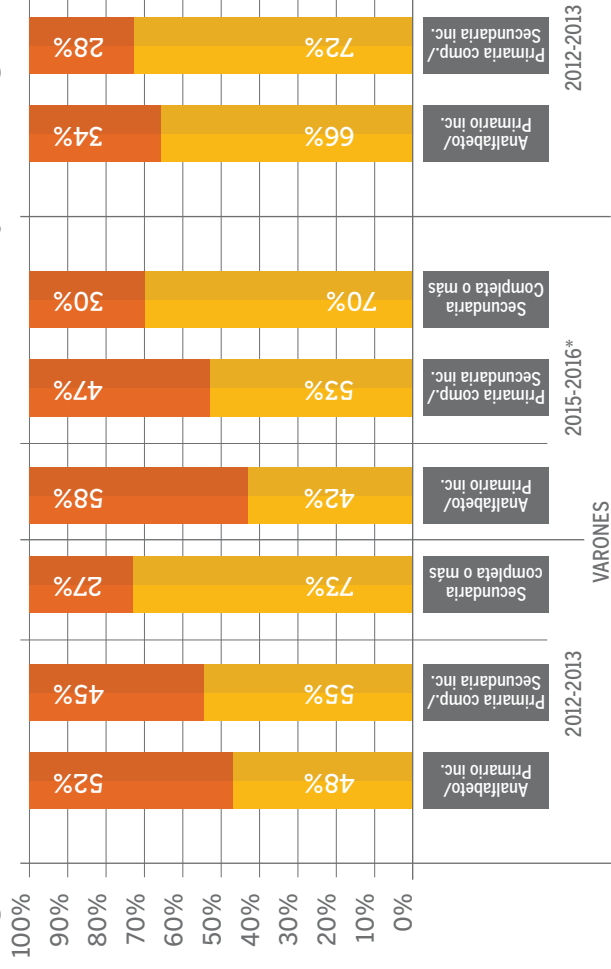
Gráfico 24 Evolución de la oportunidad del diagnóstico en el grupo de varones de 15 a 54 años, según el nivel de instrucción alcanzado y sexo, Argentina 2012-2016

El momento del diagnóstico mejora a medida que aumenta el nivel educativo (Gráfico 24). Mientras que el 70% de los varones y el 74% de las mujeres con secundario completo o más tuvieron un diagnóstico oportuno (DxO), este se redujo al 48% de los varones y al 66% de las mujeres con primaria incompleta como máximo nivel de instrucción. En el caso de las mujeres, salvo las que no tienen educación formal, el resto tuvo entre el 64% y el 78% de DxO. Para todas las categorías se observa una ligera desmejora al contrastar el bienio 2012-2013 con el 2015-2016.

entre 4% y 15% a favor de las mujeres.

El DxT aumenta con la edad, llegando a alcanzar a más de la mitad de los varones de 45 años o más y mujeres de 55 años o más. La comparación entre

Gráfico 25 Evolución de la oportunidad del diagnóstico en el grupo de varones de 15 a 54 años, según el nivel de instrucción alcanzado y sexo, Argentina 2012-2016



● Diagnóstico tardío ● Diagnóstico oportuno

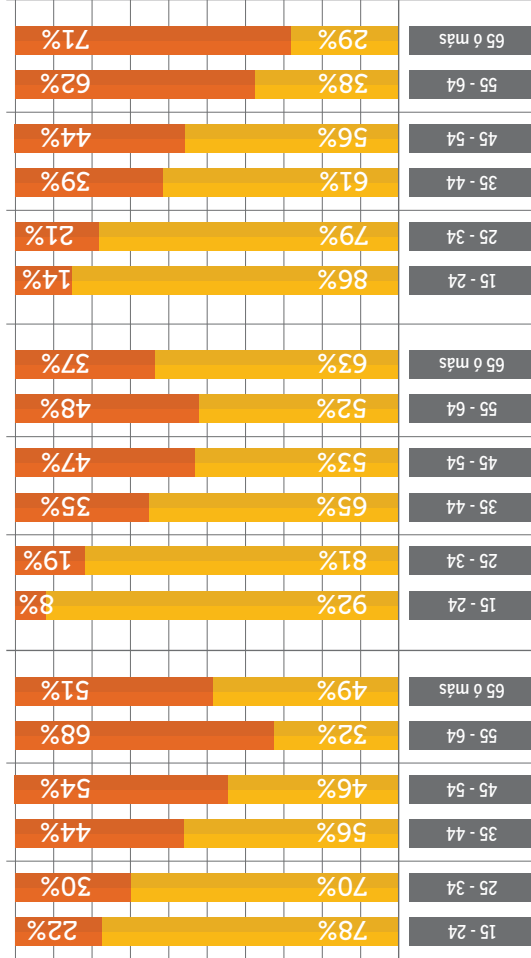
\* Años no cerrados por retraso en la notificación.

drogas inyectables y a aquellos que la adquirieron durante relaciones sexuales desprotegidas con mujeres (Gráfico 25). En este último grupo se aprecia un empeoramiento al comparar los bienios 2012-2013 y 2015-2016.

los varones y mujeres del GBA y el NEA y los varones que contrajeron VIH durante relaciones sexuales heterosexuales.

Es necesario realizar estudios de otro tipo para dilucidar si estos cambios ob-

oportunidad del diagnóstico según edad y sexo, Argentina

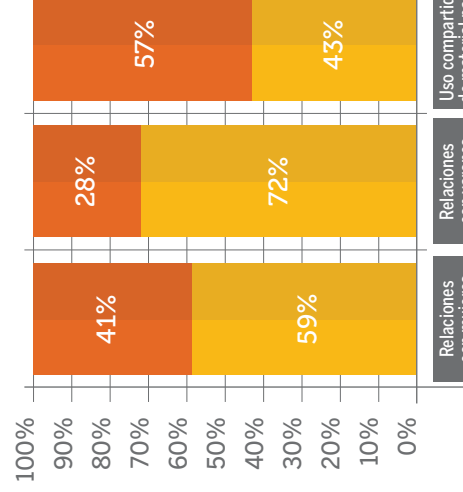


## Conclusión

El cambio en el modo de construir el indicador sobre la oportunidad del diagnóstico combinando información clínica y de laboratorio aumentó su sensibilidad, incrementando ligeramente la proporción de diagnósticos tardíos de un 31% a un 35% para el período 2015-2016.

Al recalcular el indicador para el bienio 2012-2013 y compararlo con lo observado en 2015-2016 se evidencia un aumento del DxT, salvo en algunas regiones o grupos de edad específicos en los que la oportunidad del diagnóstico mejoró: varones en el NEA, mu-

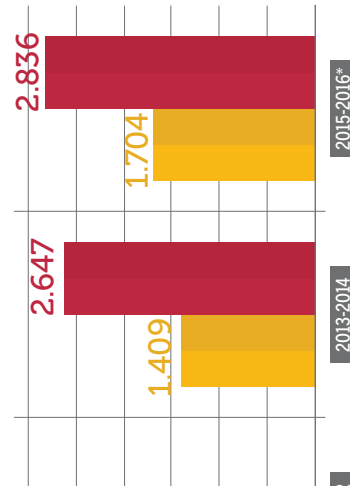
## Gráfico 25 Evolución de la oportunidad del diagnóstico en el grupo de varones de 15 a 54 años, según el nivel de instrucción alcanzado y sexo, Argentina 2012-2016



mación brindada por la red de laboratorios (SIVILA), nos permiten elaborar estrategias claves con el fin de concretar la meta de eliminación de la transmisión materno infantil del VIH (TMI). A su vez, difundir la información que nos proporciona el monitoreo de los indicadores nacionales es fundamental para dar a conocer los avances y las brechas existentes para acercarnos a la meta de eliminación de la TMI.

En los últimos años la notificación de partos de mujeres con VIH fue aumentando y se mejoró la calidad de los

el número de madres con VIH notificación de partos (FNP) con dos por los laboratorios en el (2009-2016)



diarios  
módulo del SNVS de la Dirección de Epidemiología del

ncepción de mujeres  
entina (2010-2016)

	Aborto	Mortinato
1	1	1
3	2	2
2	1	1
5	1	1
2	3	3

datos. Desde 2009 –año en que comenzó a implementarse la FNP– se incrementó el número de notificaciones por año y a junio de 2016 contamos con un total de 5.146 fichas reportadas.

Sin embargo, la notificación aún se encuentra muy por debajo del número de niños expuestos al VIH seguidos por los laboratorios de todo el país y nacidos en maternidades del sector público, siendo este número entre 1.300 y 1.500 niños por año según las últimas estimaciones (Gráfico 26). Además, todavía persisten datos inconsistentes y variables reportadas en blanco o como desconocidas. Es necesario identificar cuáles son las dificultades que se presentan en el momento del reporte para poder trabajarlas y así fortalecer la calidad de los datos.

A partir del análisis de las FNP en el último bienio (2015-2016) se observa un notable aumento en las notificaciones de los eventos aborto y mortinato en mujeres con VIH, representando el 1,18% de la situación embarazo y VIH (Tabla 1). El dato de mayor consistencia fue que 11 mujeres sabían su condición serológica previa al embarazo y 7 fueron diagnosticadas en el embarazo.

Observando los avances logrados y las brechas por saldar evaluamos comparativamente por bienios las siguientes variables vinculadas con la posibilidad de transmisión del virus:

### a) Momento del diagnóstico materno

Una de las estrategias de prevención de la transmisión perinatal del VIH es el diagnóstico temprano de la mujer, con-

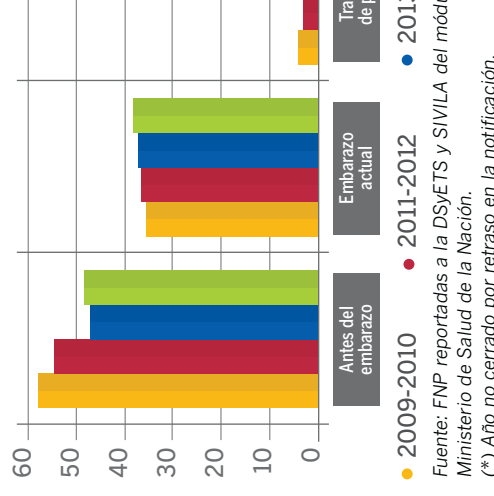
nios vemos que esto no se está logrando en la Argentina. Se evidencia un aumento de los porcentajes de diagnóstico en el embarazo actual y, aún más preocupante, un aumento de diagnósticos en el trabajo de parto y puerperio (siendo del 4,3% y 3,9% respectivamente para el bienio 2015-2016). Esto implica la necesidad de aumentar los esfuerzos para ofertar activamente el testeo del VIH con anterioridad a la situación de embarazo, tanto a la mujer como al varón, principalmente en los espacios de consejería de salud sexual y reproductiva, lugar clave para mejorar este problema (Tabla 2 y gráfico 27).

### b) Estado clínico al momento del embarazo

El estado clínico es también un punto clave para garantizar el éxito en la prevención de la transmisión perinatal. Con respecto a esta variable aún no se cuenta con información en un porcentaje elevado: entre el 20 y 30% de los datos figura como desconocido y/o vacío. A partir del total de los datos reportados se pudo analizar la situación clínica de las mujeres con VIH embarazadas en el sector público de la Argentina, observándose como dato constante que entre el 90 y el 92% se encuentran en el estadio clínico asintomático (Gráfico 28).

### c) Cobertura de la profilaxis

Para obtener información de la cobertura de profilaxis prenatal, intraparto y del recién nacido, también se utilizan las FNP como insumo. El análisis de estos datos es esencial para obtener información que permita a los equipos que se ocupan de prevenir la transmisión perinatal evaluar sus acciones, visibilizar posibles obstáculos y reorientar prácticas sanitarias.



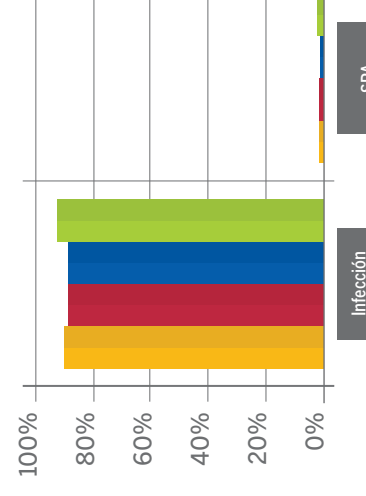
Fuente: FNP reportadas a la DSyETS y SIVILA del módulo del SNVS de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación.  
(\* Año no cerrado por retraso en la notificación.)

Tabla 2 Distribución de los partos según el momento del diagnóstico

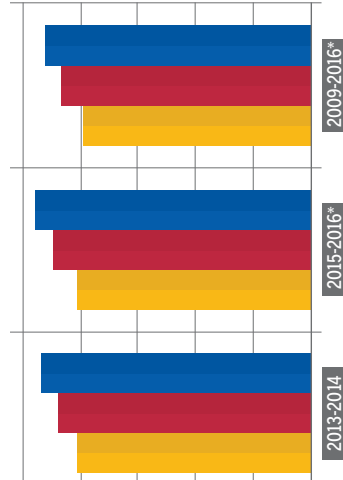
Año	Antes del embarazo	Embarazo actual	Trabajo de parto y puerperio
2009-2010	561	340	33
2011-2012	575	378	33
2013-2014	666	517	44
2015-2016	821	646	77
2009-2016*	2.623	1.881	181

Fuente: Fichas de notificación de partos (FNP), DSyETS y SIVILA del módulo del SNVS de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación.  
(\* Año no cerrado por retraso en la notificación.)

Gráfico 28 Distribución de las mujeres con VIH según el estadio clínico en (2009-2016)



## Cobertura de profilaxis perinatal según año de parto,



Neonatal  
DSyETS.

## Carga viral a mujeres embarazadas (2009-2016)

NO	Desconocido/vacío	Total
2	455	901
4	521	953
4	352	1.183
4	299	1.464

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

## Virales realizadas en el control de última carga viral de control,

>1000	Desconocido/vacío	Total
0	7	414
3	9	377
2	24	735
8	18	1.026

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

## Partos en mujeres cuya vía de transmisión perinatal por bienios,

N partos en mujeres TV	Porcentaje
2	0,2

que se realiza la carga viral es decreciente. Es de suma importancia contar con este dato para identificar si la evaluación fue realizada oportunamente y así establecer la eficacia del TARV durante el embarazo y la necesidad de realizar un test de resistencia para adecuar el esquema antirretroviral.

Con respecto a la vía de transmisión del virus en las mujeres embarazadas, en el último bienio del período 2009-2016 se observó un aumento importante de mujeres que habían contraído el virus por transmisión perinatal: 92 mujeres en 2015-2016 vs. 52 mujeres para el período 2009-2014 (Tabla 5).

Si bien el promedio de edad de las mujeres embarazadas con VIH es de 27 años, si consideramos a las que contrajeron el virus por transmisión perinatal y cuyo parto fue en 2015-2016, 63 de 92 mujeres (68,4%) tienen entre 14 a 17 años. De las mujeres embarazadas que adquirieron la infección por transmisión perinatal entre 2013 y 2016 se obtuvo el dato de la realización de la CV en 110 de las 144 mujeres notificadas por este evento. De ellas, solo el 75% presentaba una CV menor a 1.000 copias.

## d) Tasa de transmisión perinatal

La meta de eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH es alcanzar una tasa de transmisión menor al 2%. Para el cálculo de este indicador se analizaron los datos aportados por los laboratorios, principalmente a través del sistema de vigilancia laboratorial (SIVILA) o por el envío de sus bases de datos a la DSyETS. Considerando la información de los niños que completaron el diagnóstico virológico a las 12 semanas de vida o posterior, la tasa de transmisión perinatal del VIH se mantiene en alrededor del 5% en los últimos años,

## Tabla 6 Tasa de transmisión Argentina (2013-2016)

Año	Niños estudiados	Niños con diagnóstico completo	Niños
2013	1.390	1.136 (82%)	
2014	1.348	1.034 (77%)	
2015	1.459	1.016 (69,3%)	
2016*	1.366	820 (60%)	

Fuente: SIVILA módulo del SNVS. Dirección de Epidemiología y Control de Infecciones. Datos de laboratorios que realizan seguimiento de niños.  
(\*) Año no cerrado por retrasos en el reporte de información.

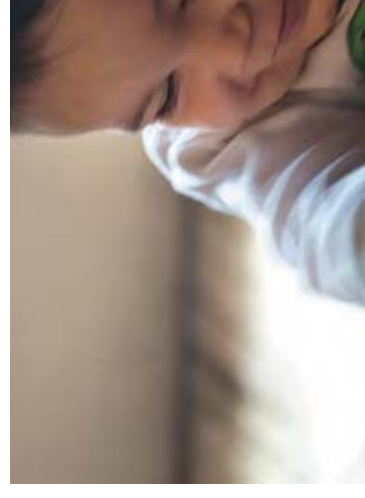
## Tabla 7 Niños expuestos a la infección en la primera semana de vida de vida, Argentina (2013-2016)

Año	< 1 semana
2013	213 (15,3%)
2014	260 (19,3%)
2015	472 (32,4%)
2016*	585 (42,8%)

Fuente: SIVILA módulo del SNVS. Dirección de Epidemiología y Control de Infecciones. Datos de laboratorios que realizan seguimiento de niños.  
(\*) Año no cerrado por retrasos en el reporte de información.

mero de niños expuestos o sin diagnóstico definitivo, definición propuesta en el documento "Eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y sífilis en la Américas. Actualización 2016" de OPS/OMS.

Para evaluar el impacto de la estrategia propuesta, a partir del 2013 se toma-



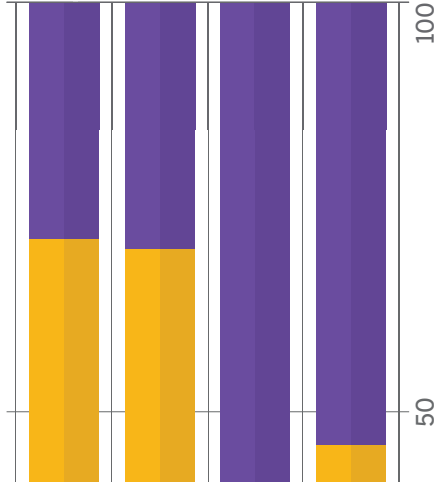


## Según el momento del diagnóstico (2013-2016)

Diagnóstico > 61 días de vida	Niños positivos
30 (54%)	56
34 (60%)	57
15 (30%)	50
12 (29%)	42

.....  
 demiólogía, Ministerio de Salud de la Nación y base de niños expuestos.  
 formación.

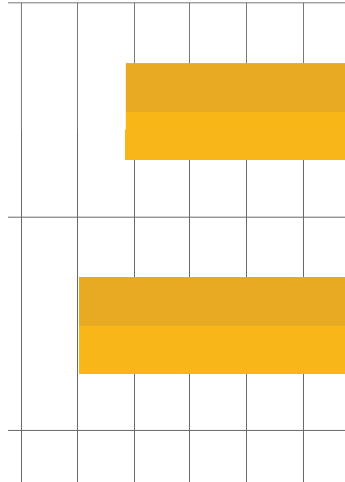
## Niños positivos según el momento del diagnóstico (2013-2016)



## Diagnóstico > 61 días de vida

.....  
 demiólogía, Ministerio de Salud de la Nación y base de niños expuestos.  
 formación.

## Argentina (2013-2016)



Existe un incremento progresivo de los indicadores mencionados, pasando de un 15,3% de las muestras enviadas dentro de la primera semana de vida en 2013 al 42,8% en 2016; y con el 63,5% de las primeras muestras enviadas antes de los dos meses de vida en 2013 al 83,3% en 2016 (**Tabla 7**).

Respecto al porcentaje de niños expuestos con diagnóstico de infección dentro de los dos meses de vida, en el año 2013 se registró el 46% mientras que en 2016 aumentó al 71% (**Tabla 8 y gráfico 30**).

Es esperable que con la mayor disponibilidad de laboratorios para realizar el diagnóstico virológico a partir de la carga viral se incremente la proporción de niños estudiados en el primer mes de vida y que completen el proceso de diagnóstico virológico a las doce semanas de vida. (**Gráfico 31**)

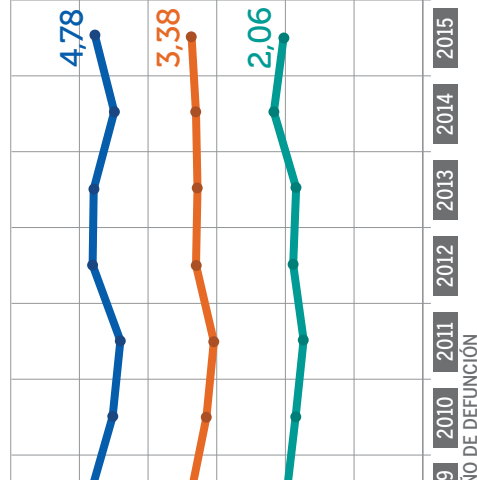
Consideramos esencial seguir trabajando en la mejora del reporte de los partos de mujeres embarazadas con VIH por medio de las FNP y el seguimiento de los niños y niñas expuestos a través del módulo de laboratorio del SNVS. Confiamos en que con la implementación de este módulo en el SISA (Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino) se logrará un cambio significativo en cuanto a la calidad de la información. Además creemos que es importante que se fortalezca la notificación de estos eventos en los subsistemas de seguridad social y privada.

La información que nos brinda la vigilancia de estos indicadores es clave no solo para actuar en el momento adecuado otorgando oportunidad a la intervención del equipo de salud sino también para evaluar las políticas públicas desarrolladas. Analizar si es necesario acentuar o reformular las estrategias implementadas es fundamental

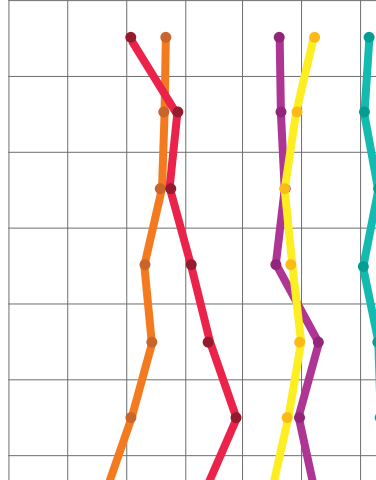


reducción del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), momento a partir del cual las tasas de mortalidad comenzaron a descender. Actualmente,

mortalidad por sida ajustadas por (2005-2015)



mortalidad por sida específicas por edad, Argentina (2005-2015)



y desde hace aproximadamente una década, la mortalidad por sida muestra una tendencia relativamente estable, sin demasiados cambios.

En este artículo se hará una descripción de la mortalidad por sida en el período 2005-2015, incluyendo en el análisis las características de los fallecidos en términos de sexo y edad y distribución geográfica de la mortalidad.

Los datos de mortalidad se obtuvieron del Informe Estadístico de Defunción del CIE-10: B20.0 a B24.9. Se calcularon las tasas crudas, específicas por edad y ajustadas por edad para los 24 jurisdicciones y total país, por año entre 2005 y 2015 y para ambos sexos.

Se procedió al ajuste de las tasas de defunción en virtud de las diferentes estructuras de edades entre las jurisdicciones argentinas, como así también entre los años incluidos en el análisis. De esta manera el ajuste de las tasas permite una mejor comparación entre las jurisdicciones y entre los diferentes años. Se utilizó el método directo de ajuste de las tasas tomando como población estándar la de Argentina para el año 2000<sup>1</sup>.

En este artículo se describirá la tendencia de las tasas de mortalidad por sida ajustadas por edad, pudiendo contar con las tasas crudas en anexo al presente. Se describirá primeramente la tendencia de las tasas ajustadas por

## 1) Tendencia de mortalidad por sida a nivel nacional entre 2005 y 2015

La tasa de mortalidad por sida ajustada por edad para ambos sexos pasó de 3,31 por 100.000 habitantes en 2005 a 3,38 por 100.000 hab. en 2015 (Gráfico 32)<sup>2</sup>. El ligero incremento en las tasas de mortalidad por sida ajustadas por edad observado es explicable por el aumento de las tasas en mujeres. En ellas, la tasa de mortalidad ajustada por edad pasa de 1,90 en 2005 a 2,06 en 2015. Por último, en varones se mantuvo estable, pasando de 4,79 en 2005 a 4,78 en 2015.

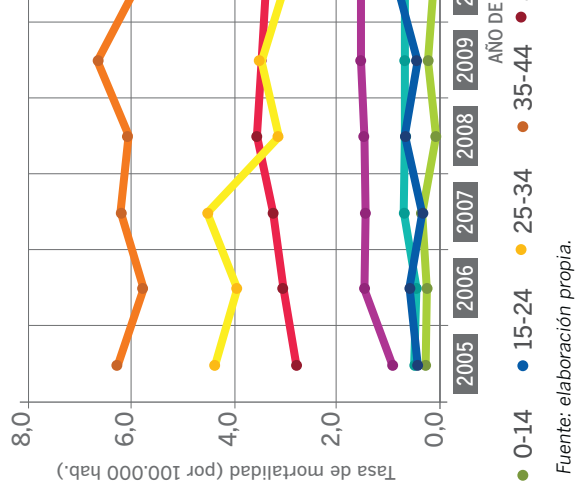
Para el período 2005-2015, las tasas específicas de mortalidad por sida mostraron un aumento, sobre todo en los grupos de edad por encima de los 45 años en ambos sexos (Gráfico 33). Es destacable el aumento de las tasas de mortalidad en mujeres, con incrementos de 100% para el grupo de edad de 45 a 54 años (tasa de 2,78 en 2005 a 5,55 en 2015), 147% para el grupo de 55 a 64 años (tasa de 0,96 en 2005 a 2,37 en 2015) y de 110% en el grupo de edad de 65 años y más (tasa de 0,40 en 2005 a 0,84 en 2015).

Sin embargo, vale resaltar que el grupo de edad de 15 a 24 años también mostró un incremento, que fue más marcado en varones. En este sentido, la tasa para ambos sexos se incrementó un 50,8% entre 2005 y 2015, pasando de 0,61 a 0,92. En mujeres el incremento fue de alrededor del

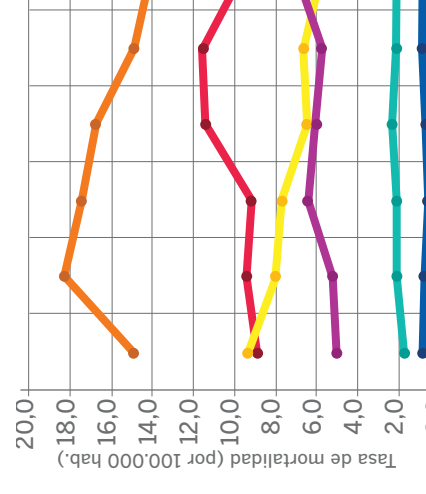
(Gráfico 35).

El análisis de las tasas específicas por edad permite observar un retraso en la muerte de las personas con sida, hecho que queda evidenciado en el incremento en las tasas de mortalidad de los grupos de edad superiores. En este sentido, mientras que la media de edad de muerte por sida para

## Gráfico 34 Tasas de mortalidad por edad para mujeres



## Gráfico 35 Tasas de mortalidad por edad para varones



Fuente: elaboración propia.

Córdoba (5,40%, n=84) (Tabla 9).

Para el año 2015, en ambos sexos, las jurisdicciones cuyas tasas de mortalidad ajustadas por edad fueron superiores a las de nivel nacional, en orden decreciente, son: Salta (6,76), Ciudad Autónoma de Buenos Aires (4,70), Jujuy (4,52), Buenos Aires (4,19) y Misiones (4,02) (Mapa 2).

En el caso de las mujeres, las jurisdicciones con tasas de mortalidad

ajustadas cuyos valores superan los nacionales son: Salta (3,72), Jujuy (2,88), Buenos Aires (2,84), San Luis (2,71), Misiones (2,58) y Tierra del Fuego (2,12) (Mapa 3).

Para varones, durante el mismo año, las jurisdicciones cuyas tasas de mortalidad ajustadas fueron mayores a las nacionales son: Ciudad Autónoma de Buenos Aires (7,89), Jujuy (6,21), Buenos Aires (5,62), Misiones (5,44), Neu-

## sida, TMAPE y tasas brutas de mortalidad por sida por Argentina, 2015.

Provincias	Tasas ajustadas			Tasas brutas		
	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos
1553	4,78	2,06	3,38	4,98	2,17	3,55
763	5,62	2,84	4,19	5,94	3,03	4,47
165	7,89	1,92	4,70	9,04	2,21	5,40
1	0,43	0,00	0,22	0,50	0,00	0,25
19	1,93	1,38	1,66	1,95	1,38	1,66
20	5,07	1,33	3,23	5,64	1,41	3,53
84	3,33	1,14	2,19	3,56	1,20	2,35
22	2,15	1,96	2,04	2,08	2,03	2,06
25	2,16	1,46	1,80	2,31	1,49	1,89
15	4,11	1,38	2,72	3,81	1,38	2,59
33	6,21	2,88	4,52	6,13	2,98	4,53
3	1,06	0,63	0,84	1,17	0,58	0,87
5	1,73	1,08	1,39	1,64	1,08	1,36
42	3,26	1,11	2,13	3,35	1,15	2,23
46	5,44	2,58	4,02	5,22	2,52	3,87
18	5,12	0,53	2,76	5,19	0,64	2,90
17	3,17	1,27	2,21	3,45	1,43	2,43
88	10,01	3,72	6,76	9,55	3,71	6,60
21	4,17	1,61	2,86	4,11	1,61	2,84
16	3,67	2,71	3,20	3,81	2,91	3,36
5	1,05	1,87	1,45	1,21	1,93	1,56
92	3,88	1,22	2,51	4,18	1,32	2,71
10	1,45	0,38	0,91	1,51	0,43	0,97

La mediana de edad para ambos sexos por provincia para el año 2015 se encontró entre un valor mínimo de 33 años y un máximo de 49 años (Mapa 5).

## Consideraciones finales

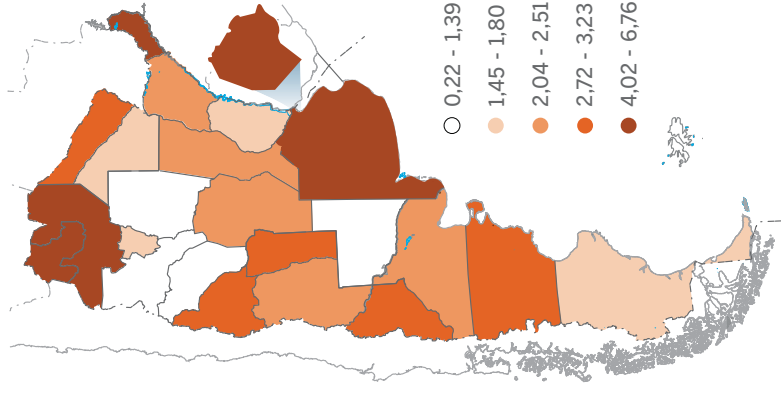
La información proveniente del informe estadístico de defunción muestra algunas limitaciones por la calidad de los datos, por lo que se sugiere complementar la lectura de este artículo con la publicación de estadísticas vitales de la DEIS, haciendo hincapié en las tasas de mortalidad por causas mal definidas.

La tendencia de las tasas de mortalidad ajustadas por edad (TMAPE) sugiere un leve incremento de la mortalidad por sida en el período analizado, aunque se debería llevar a cabo un estudio específico para analizar si este incremento es significativo desde el punto de vista estadístico.

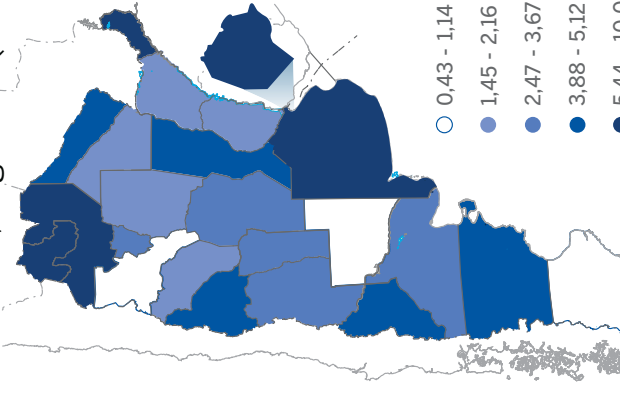
Las tasas de mortalidad específicas por edad muestran una tendencia incremental de la mortalidad en los grupos de edad superiores. Este hecho refuerza el carácter de cronicidad que ha adquirido la infección, en parte debido al desarrollo de medicación y políticas de salud que han mejorado la calidad de vida. No obstante, se refuerza la necesidad de realizar un análisis más detallado sobre el grupo de edad de 15 a 24 años, que evidencia un incremento en la mortalidad en el período de estudio.

Desde el punto de vista geográfico la mortalidad muestra un comportamiento desigual, ya que hay provincias que evidencian una mayor mortalidad independientemente de su estructura de edad. En este sentido resulta de vital importancia imple-

Mapa 2 TMAPE por provincia para ambos sexos por 100.000 habitantes, Argentina (2015)



Mapa 4 TMAPE por provincia para varones por 100.000 habitantes, Argentina (2015)





# atención y la situación diagnóstica reciente

# tratamientos y con

# en la atención de la

# personas con VIH e

# Argentina, 2014-20

Autores: Ariel Adaszko, Natalia Pacífico y Adriana Durán.

## Introducción

En la última década se han realizado importantes esfuerzos desde el Estado para fortalecer la respuesta al VIH a través de acciones dirigidas a facilitar el acceso a los recursos preventivos, a las pruebas diagnósticas, al cuidado y al tratamiento antirretroviral (TAR) en el marco de un modelo de atención integral de calidad y de la reducción del estigma y la discriminación.

En ese lapso se han estabilizado los principales indicadores de morbilidad, lo que señala la necesidad de introducir nuevas estrategias para alcanzar los compromisos asumidos por el país en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas y de las metas 90-90-90 de ONUSIDA.

La información que aporta la vigilancia epidemiológica indica que se siguen infectando alrededor de cinco mil personas cada año, más del 30% de los diagnósticos se producen en etapas avanzadas de la infección y anualmente mueren alrededor de mil quinientas personas por sida.

Mejorar esos indicadores requiere trabajar más y mejor en la vinculación con los servicios de salud, el acceso oportuno a los tratamientos y su efectividad, retos a los que deberemos hacer frente en los próximos años.

Para evaluar el impacto de lo realizado y conocer las brechas para alcanzar las metas en 2020 y 2030 es necesario disponer de información. La Dirección de Sida y ETS (DSyETS) se encuentra en un proceso de fortalecimiento e integración de sus distintos sistemas de información epidemiológicos, de gestión de medicamentos y estudios de laboratorio que permitirá a corto plazo construir algunos de los indicado-

atención y la situación diagnóstica reciente

En aquel momento como criterio la oferta de diagnóstico puede meses a un grupo de infección y a otro

El objetivo general de vincular regímenes de TAR

Los objetivos espe

- Conocer el perfil clínico de las per
- Evaluar la continu
- Conocer la propo
- Establecer la pro

Presentamos aquí el estudio, los que consideramos posible gracias a la información suministrada

Metodología

Se realizó un estudio





750 personas en base  
técnicos de infección no-  
10 y de los inicios de  
los casos epidemioló-  
s para cada región. Se  
ores de salud, aunque

750 personas en base  
técnicos de infección no-  
10 y de los inicios de  
los casos epidemioló-  
s para cada región. Se  
ores de salud, aunque

os: uno para la inclu-  
ción a los doce meses.  
les realizaron el con-  
colectaron la informa-  
e 18 años y brindaron

da grupo y

Inicio de  
tratamiento  
455

8  
Entre 6 meses  
previos al  
ingreso y  
3 meses  
posteriores

) quedó conformado  
nicial era un diagnós-  
ngreso, se extendió a  
erencias significativas  
a base de análisis. El  
edó conformado por  
seguimiento y se  
diagnóstico reciente,  
ar grupo. En este últi-  
grupo DR que también  
el ingreso al estudio y

vinculados con ambos grupos. Si bien se recogieron datos su-  
bregionales, el análisis se focalizará en indicadores nacionales.

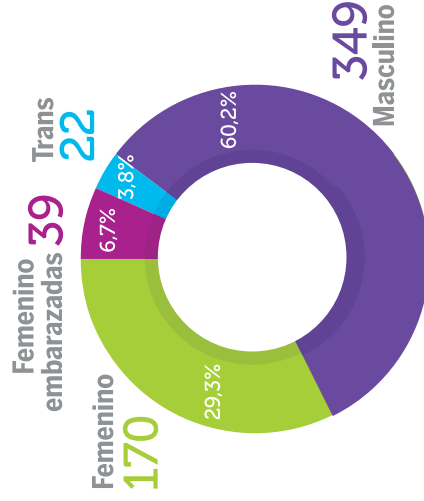
## GRUPO 1

**Vinculación y continuidad en la atención de personas con diagnóstico reciente.**

### CARACTERIZACIÓN DEL GRUPO

El grupo quedó conformado por 580 personas: 60,2% varones, 36% mujeres (39 de ellas embarazadas) y el 3,8% trans. La mediana de edad fue de 33 años para los varones, 34 para las mujeres y 31 para las trans. El 17% de los varones, el 21% de las mujeres y el 9% de las trans tenían menos de 24 años, mientras que el 26% de los varones, el 27% de las mujeres y el 14% de las trans contaban con 45 años o más.

## Gráfico 36 Distribución de los participantes por género y situación de embarazo (n = 580)



El 41% vivía en el AMBA<sup>1</sup>, el 25% en el área central del país, 16% en el NOA<sup>3</sup>, 3% en el NEA<sup>4</sup>, 5% en Cuyo<sup>5</sup> y 11% en Patagonia<sup>6</sup>. El 91% tenía nacionalidad argentina, 5% era boliviana o paraguaya y 4% había nacido en otros países.

Mientras que uno de cada dos varones no había completado la educación media, esta proporción trepaba a dos de cada tres mujeres.

El 59% estaba trabajando (predominaba el trabajo informal): el 69% de los varones, el 41% de las mujeres y el 69% de las trans. El 9% estaba desocupado y el 27% se definía como desocupado que no buscaba trabajo, como jubilado o ama de casa. El 28% de las amas de casa estaban embarazadas. (Gráfico 37)

las trans adquirieron la infección durante relaciones sexuales. Seis personas reportaron infección por uso compartido de material inyectable para el uso de drogas y una por vía transfusional.

Los varones contrajeron el virus en proporciones iguales durante relaciones heterosexuales y homosexuales. Cuanto más jóvenes, mayor prevalencia de práctica homosexual y cuanto más grandes, de relaciones heterosexuales. El 75% de los de 15 a 24 años se infectó durante relaciones con otros varones, en tanto que en el grupo de 45 años o más esta proporción cae al 27%.

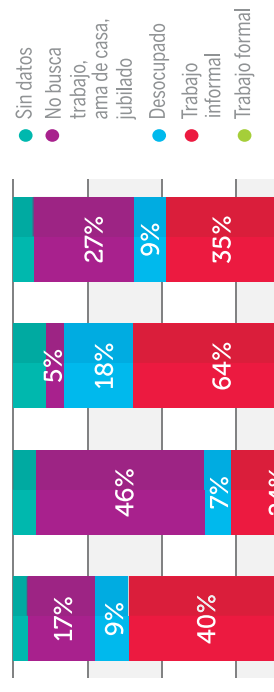
### OFERTA Y MOTIVACIÓN PARA HACERSE LA PRUEBA

El 28% accedió a la prueba por propia iniciativa y el 69% lo hizo por oferta de los profesionales de la salud. La solicitud de la prueba por parte de los usuarios varones es más elevada en los de menor edad y va descendiendo con el aumento de la edad. Una situación inversa se da entre las mujeres, salvo en las de 45 años o más, entre las que cae la demanda espontánea. Casi la mitad de los varones (47%) de 15 a 24 solicitaron la prueba, contra el 9% de las mujeres de ese grupo. En el grupo de 35 a 44 años, solicitó la prueba el 29% de los varones y el 31% de las mujeres. Entre los varones y mujeres de 45 años o más, la demanda espontánea cae al 15% y al 14% respectivamente. Casi la mitad de las trans de 25 a 34 años y el 75% de las de 35 a 44 fueron diagnosticadas por iniciativa propia. (Gráfico 38 y 39)

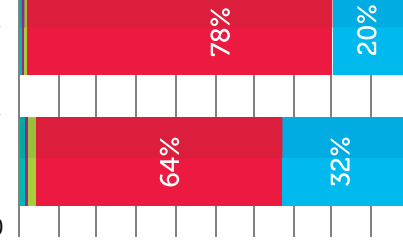
Motivó la prueba un evento clínico en el 40% de los casos, mientras que las situaciones de exposición, duda o control la motivaron en el 30%. El 1,6% fue diagnosticado en el contexto de una donación de sangre y un 0,5% refiere haberlo sido en un control pre ocupacional<sup>7</sup>. (Gráfico 40)

El 34% de los varones, el 39% de las mujeres y el 27% de las trans afirmaron haber sido testeadas previamente, proporción que alcanza un pico del 41% entre los varones de 25 a 34 años y del 53% de las mujeres de 35 a 44 años. El 8% de los

## Gráfico 37 Distribución por género y ocupación (n = 580)



## Gráfico 38

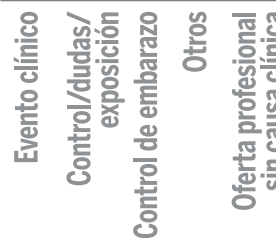


## Gráfico 39 Solicitaro y edad (n = 580)



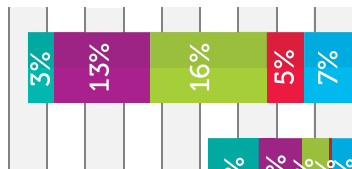
● Demanda espontánea

## Gráfico 40 Mot



1 Área Metropolitana de Buenos Aires.  
2 Santa Fe, Córdoba, Entre Ríos y partidos de la provincia de Buenos Aires.  
3 Tucumán, Salta, Jujuy, San Juan, San Luis, Mendoza, San Carlos de Bariloche, Neuquén, Río Negro, Chubut, Santa Cruz, Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur.  
4 Corrientes, Misiones, Iteza, Formosa, Chaco, Santiago del Estero, Tucumán, Salta, Jujuy, San Juan, San Luis, Mendoza, San Carlos de Bariloche, Neuquén, Río Negro, Chubut, Santa Cruz, Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur.  
5 San Juan, San Luis, Mendoza, San Carlos de Bariloche, Neuquén, Río Negro, Chubut, Santa Cruz, Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur.  
6 Santa Cruz, Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur.  
7 Control de salud ocupacional.

na prueba  
\* (n = 206)



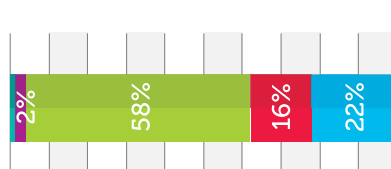
Varones

SHS

Varones

SHS

momento del diagnóstico (n = 580)



Todos

SHS  
in asintomática  
tos

momento del diagnóstico (n = 580)



gativo el año anterior a su diagnóstico. Entre los varones, esto ocurrió en el 12% de los que se infectaron durante relaciones homosexuales frente al 4% que lo hicieron durante prácticas heterosexuales. El 7,8% de quienes tenían una prueba previa no conocían o no habían retirado el resultado. **(Gráfico 41)**

Entre quienes dijeron no haberse testado previamente por no considerarse en riesgo, el 41% fue diagnosticado en un estadio sintomático. Lo mismo ocurrió con el 46% de los que no se habían testado previamente por temor y el 62% de quienes dijeron no haberlo hecho por desconocer el VIH o la prueba.

El 2,5% refiere tener una prueba positiva anterior, lo que señalaría problemas en la vinculación con los servicios de salud.

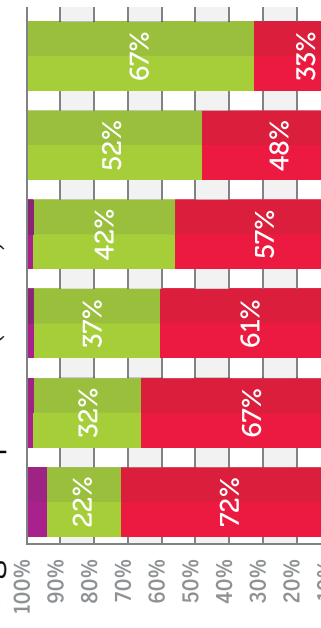
### OPORTUNIDAD DEL DIAGNÓSTICO

El 38% de las personas tuvo un diagnóstico tardío (dxT): el 22% con una enfermedad marcador de sida y el 16% en un estadio clínico sintomático sin criterio de sida. El 44% de los varones presentaron un dxT, frente al 29% de las mujeres y al 32% de las trans. Quitando a las embarazadas, quienes casi en su totalidad tuvieron un diagnóstico oportuno (dxO), en el resto de los casos el dxT aumentó con la edad. Entre los varones, el dxT afectó al 25% de los jóvenes de hasta 24 años y al 65% de los de 45 años o más. Entre las mujeres, al 16% de las de 15 a 24 años no embarazadas y al 45% de las de 45 años o más. **(Gráfico 42)**

Entre los varones, el dxT afectó más a quienes contrajeron la infección durante relaciones heterosexuales que homosexuales, aunque en el grupo de 45 años o más el dxT alcanzó al 60% de los segundos. La mayor brecha se dio entre los de 35 a 44 años: 54% de dxT en relaciones heterosexuales versus 33% en relaciones homosexuales.

El 33% de las personas presentó menos de 200 CD4 al momento del diagnóstico, el 56% menos de 350 CD4 y el 74%

**Gráfico 44** Oportunidad del diagnóstico según ocupación (n = 580)



tos durante el embarazo, no obstante lo cual el 66% de estas mujeres tenía menos de 500 CD4. **(Gráfico 43)**

La situación clínica varió según la ocupación. Mientras que el 72% de quienes se definieron como amas de casa fueron diagnosticadas oportunamente (muchas de ellas embarazadas), poco más de la mitad de quienes dijeron ser desocupados pero no buscaban trabajo tuvieron dxT, proporción que alcanzaba el 67% entre quienes estaban jubilados. En el caso de quienes no buscaban trabajo, es posible que esta condición ocupacional estuviera determinada por el deterioro de su salud más que por una decisión. **(Gráfico 44)**

### SITUACIÓN AL AÑO

De las 580 personas del grupo DR se tenía información sobre la situación al año de 507. De ellas, el 93% continuaba en atención: 74,6% en la misma institución y el 18,4% en otra. El 7% restante no estaba bajo atención: el 2,5% eran pacientes sin controles y el 4,5% había fallecido. **(Gráfico 45)**

La mayor proporción de pérdida en el seguimiento se dio entre las personas trans (10% no tenía control y el 5% había fallecido), mientras que la mayor proporción de fallecidos se registró en el grupo que se declaraba desocupado sin búsqueda de trabajo.

El 10% había presentado comorbilidades dentro de los 12 meses posteriores a su inclusión.

De quienes se tenía información al año, el 73,8% había iniciado TAR en algún momento. De quienes tenían indicación de TAR, al año lo había efectivamente iniciado el 95%.

### FALLECIDOS

El 4,5% (25 personas) había fallecido al año del diagnóstico. El 72% eran varones, el 24% mujeres y el 4% trans. El 84% de los fallecidos había tenido un dxT, aunque entre quienes fueron diagnosticados con una infección asintomática pero murieron el primer año, también se reportaron bajos niveles de CD4 al diagnóstico y fallecieron con enfermedades marcadoras de sida.

El 10% de las personas con dxO fallecieron, frente al 1% de quienes tuvieron dxO. El 52% de los fallecidos no presentaba enfermedades marcadoras al momento del diagnóstico. Entre quienes sí la presentaban, falleció el 10%.

El 64% de los fallecidos no habían completado el nivel medio y el 67% eran varones heterosexuales.

cientes y el 17% ya tenían

**INICIO DE TRATAMIENTO**  
Al momento de ingresar en 2014 (<500 CD4 elegible) y el 4% no. Entre menos de 500 CD4. (71 personas), el 14% eran mujeres embarazadas marcadoras de sida. No

Al momento de inicio estadio clínico sintomáticos, 32% de las trans embarazadas, el 38%

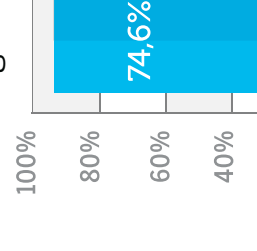
El 87% de las trans mujeres no embarazadas tenía menos de 5

El 67% inicio con tante con otro esposo pocos cambios a los con IP.

**CONTINUIDAD EN T**  
Se recibió información de personas, 98% de las con certeza el 76%, e y no se contaba con in estos últimos, la contir 5% había fallecido y el significativas según gé

Entre los varones, e nes homosexuales (HS 79% de los que se habl sexuales. Según el niv

**Gráfico 45** Cont año del diagnós

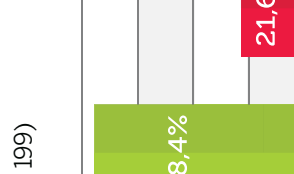




### TAR a los 12



### Gráfico 49



93% de quienes habían completado un estudio superior frente al 85% de quienes no habían completado la educación inicial. Según ocupación, la mayor pérdida se produjo entre los desocupados que no estaban buscando trabajo, grupo en el que se registraron más muertes. (Gráfico 47)

El 90% de quienes habían tenido un dxO continuaban en TAR frente al 82% de quienes tuvieron un dxT. En este último caso, el 11% había fallecido al año. (Gráfico 48)

Un tercio de quienes habían abandonado TAR continuaban no obstante en seguimiento médico.

El 12,3% (56) de las personas que iniciaron TAR presentaron toxicidad atribuible a la medicación. Este dato se desconoce en el 12,5% de la población. El 59% de la toxicidad se atribuyó a los INNTR, un 25% a IP, 14% a INTR y 2% otro.

### SUPRESIÓN VIROLÓGICA

Se dispuso de un valor de carga viral realizada entre los 9 y los 15 meses del inicio de TAR (sin contar los fallecidos) de 199 personas. Entre ellas, el 78,4% había alcanzado la supresión virológica. (Gráfico 49)

El 88% de los varones que contrajeron la infección durante relaciones sexuales heterosexuales y continuaban en TAR había alcanzado la supresión virológica, frente al 76% de quienes se infectaron durante relaciones homosexuales. (Gráfico 50)

Solo el 69% de quienes no habían terminado la educación inicial tenían supresión virológica. Según ocupación, los que en peor situación se encontraban eran los que buscaban trabajo, ya que solo el 65% había alcanzado la supresión virológica. Habían logrado la supresión el 72% de quienes tuvieron un diagnóstico tardío frente al 83% con diagnóstico oportuno.

### Conclusiones

Existen ligeras diferencias entre las muestras estudiadas y la población notificada a la DSyETS en 2014-2015. En este estudio es mayor la proporción de residentes del AMBA (41% a 33%) y la mediana de edad es un año mayor que en las notificaciones. El 70% de los notificados en el período fueron varones, mientras que en el estudio fueron 60,2% y 3,8% eran trans.

Este estudio permitió identificar algunos colectivos con situaciones específicas invisibilizadas en la vigilancia epidemiológica.

El 19% de las mujeres estaban embarazadas y otro 9% se diagnosticó en un embarazo previo. El 9% de los diagnósticos se produjo en personas nacidas en otros países.

El 28% solicitó la prueba de VIH. La demanda es mayor entre varones jóvenes, a la inversa de lo que ocurre con las mujeres. Poco más de un tercio tenía una prueba previa. El 9% de las mujeres y las trans y el 12% de los HSH tenía una prueba negativa el año anterior al diagnóstico positivo.

La situación clínica e inmunológica en la muestra es peor que la reportada en las notificaciones. El 38% tuvo diagnóstico tardío (44% de los varones, 29% de las mujeres, 32% de las trans). El 65% de los varones de 45 años o más y el 46% de las mujeres de 35 años o más tuvieron un diagnóstico tardío. El 33% tuvo menos de 200 CD4, el 56% menos de 350 CD4 y el 74% menos de 500 CD4. Es posible que la diferencia con las notificaciones obedezca a que el reclutamiento tuvo lugar en muchos servicios especializados con los que aún no están vinculadas personas en mejor situación clínica.

El 93% continuaba en seguimiento al año pero el 4,5% había fallecido. El 10% de las personas con diagnóstico tardío fallecieron y 4 de los fallecidos habían sido reportados como diagnósticos oportunos.

Al momento de realizarse el estudio se modificaron las guías nacionales, por lo que se tuvo que optar por construir dos grupos. En el grupo DR se encontraron personas que cumplan criterios de elegibilidad a quienes no se les indicó TAR.

En 2014-2015 el 76% de las personas estaba iniciando TAR con <500 CD4 y el 36% de los varones con <200 CD4.

El 87% de los varones y el 88% de las mujeres continuaban en TAR al año. El 81% de los varones y el 76% de las mujeres con información sobre carga viral cercana al año tenía <50 cc.

El 5% de las personas que iniciaron TAR había muerto al año.

El análisis de la supresión virológica solo incluyó a aquellas personas que estaban en seguimiento y que tenían un valor de carga viral al año (9 a 15 meses de inicio). Si bien es esperable que aquellas que abandonaron estén detectables, el no tener certeza sobre su situación motivó esta decisión metodológica. Este proceder acarrió que los grupos o categorías de personas con mayor pérdida de seguimiento (ej.: hombres que contrajeron la infección durante relaciones heterosexuales), terminaran presentando mayor supresión virológica ya que los que abandonaron o de los que no se disponía de información no estaban incluidos en el cálculo.



Este estudio proporciona una línea de base y clarifica los indicadores de riesgo del VIH. Sin embargo, los cohortes de pacientes con los que es posible que con los servicios de virológica de estos centros de salud en la

El inicio del estudio de las guías nacionales de las personas diagnosticadas al iniciar un tratamiento

Si bien se recabó información no permitieron a los indicadores de las

Las brechas entre la información y las metas a 2015 lo que los diversos actores deberán reforzar sus esfuerzos para lograr el control deficiente

### Gráfico 50





# personas que viven con VIH en la Argentina

r. Daniel Jones (coordinador), Dra. Sara Barrón López, Dr. Juan Pedro Alonso y Mg. Santiago Cunial.

rones, 27 mujeres y 2 mujeres trans (así autodefinidas), y un grupo de discusión mixto de alrededor de 10 participantes en cada conglomerado. También se hicieron 15 entrevistas a integrantes de equipos de salud (5 por conglomerado).

## Resultados

### Los inicios del tratamiento

El tratamiento del VIH y sida no es ajeno a un proceso de auto-reconocimiento que comienza con el diagnóstico y los primeros síntomas. La noticia de un resultado de seropositividad, en la mayoría de los casos imprevista y traumática, es una realidad “difícil de asimilar”. La mayoría de las personas conocen su situación a partir de consultas por otras cuestiones de salud (un embarazo, por ejemplo).

Las personas asocian el diagnóstico seropositivo con una muerte inminente, lo que precipita estados de fuerte desorientación que impactan en las primeras consultas médicas y en el inicio de los tratamientos.

La condición crónica de la enfermedad no es algo evidente ni del todo comprensible en esos primeros momentos, en los que las personas saben poco del VIH y de las drogas para tratarlo. Cuando el tratamiento empieza

salud que dichos efectos disparan. Los fármacos no siempre convencen a la persona en tratamiento de que el VIH sea una condición crónica, pues justamente se vivencian desórdenes en el cuerpo que se toman como indicadores “evidentes” de decadencia.

Dar a conocer la infección al entorno no es una decisión fácil para las personas con VIH. Muchas ocultan la condición seropositiva por temor a la incomprensión y exclusión social y familiar. Cuando las familias, parejas y amistades demuestran empatía y apoyo, su rol resulta clave para atravesar la infección de maneras menos menos disruptivas y traumáticas.

Asimismo, las redes de personas con VIH juegan un rol central por la escucha y guía vital en la gestión de la infección.

### Los esquemas prescriptos y los observados

De acuerdo a los y las profesionales, que las personas con VIH se involucran en la decisión de iniciar un tratamiento y en sus detalles es un facilitador de la adherencia. En la práctica, sin embargo, la definición del inicio y del esquema terapéutico no son procesos muy negociados. Las personas con VIH rememoran dicho comienzo como algo decidido unilateralmente por el/la profesional a cargo.



La trayectoria terapéutica puede incluir episodios de fuerte cuestionamiento que llevarían a “ajustes” en la toma o incluso a la no toma de los fármacos. Estas decisiones son consideradas justificadas y pertinentes por las propias personas en tratamiento, quienes muchas veces lo resuelven sin informarlo a sus infectólogos, bajo el supuesto de que no hay apertura de dichos profesionales para acompañar una suspensión de la medicación.

“ Está todo bien, no se me bajan las defensas, estoy tranquilo, ¿por qué sigo tomando tanta medicación? Se supone que esa cantidad tan exagerada de medicación es para que tu cuerpo llegue a los niveles normales de defensas y no tener una carga viral.”

“ Tuve el apoyo de mis hermanas y eso para mí fue muy importante. Así que lo veo como algo muy bueno porque en ese momento que me sentía bastante mal, poder haber contado con ellas fue como un alivio muy importante.”

*Gabriel, 24 años, CABA*

La interrupción de los tratamientos supone así un alejamiento de los servicios de salud y de los controles.

La discontinuidad de los tratamientos engloba situaciones muy heterogéneas entre sí y no puede ser explicada simplemente por falta de voluntad, compromiso o disciplina. Entre las lógicas esgrimidas por las personas en tratamiento para discontinuar o “saltar” las tomas pueden señalarse: a) la cantidad de medicación prescrita, considerada a partir de un momento como excesiva, en especial cuando se torna difícil de sostener por los efectos secundarios; b) la percepción de una toxicidad acumulada en el cuerpo por efecto de una toma de medicación prolongada; c) la búsqueda de aparentar y

adelantando o retrasando los horarios de toma para hacerlo en sus hogares. Cuando esta opción no está disponible, en general recurren a mentiras o hacen a escondidas. Estas situaciones, que refuerzan sensaciones de estigma y vergüenza, se intensifican cuando el secreto sobre el tratamiento incluye al círculo más cercano. Las personas que han revelado su condición serológica a su entorno, contrariamente, dan cuenta de las ayudas de orden práctico (como recordatorios o fiscalización de sus tomas) y del apoyo que experimentan. La participación y el compromiso del entorno para sostener la adherencia ha sido señalada como un facilitador por las personas con VIH.

“ En un principio me había costado porque las veía, las tomaba y me deprimía. Me decía, “ ¿por qué tengo que estar tomando esa pastilla yo? ¿Por qué me pasó esto a mí? ¿Por qué?”. Y era como que me sentía mal yo misma. ¿Por qué me pasaba eso? Y veía la pastilla y era como recordarme que tengo eso. Y no quería asumirlo. Entonces era eso lo que más me costaba.”

*Pero hoy es: me acuerdo, la mesita de luz, tac, la tomo y ya sigo.”*

*Luisa, 39 años, GBA*

A lo largo del tiempo las personas con VIH otorgan significados hetero-

de la ingesta de la medicación, luego de la incertidumbre y el temor que acompañan a los momentos iniciales. La adaptación del cuerpo a los efectos de las drogas, los procesos subjetivos de reconciliación con el tratamiento o la mera rutina fueron señalados como las vías para integrar el tratamiento a la vida cotidiana. Algunos llegan a este punto luego de experimentar en sus cuerpos los beneficios del tratamiento o el malestar asociado a los abandonos o la poca sistematicidad.

Estos procesos no son unívocos ni lineales. Buena parte de las personas entrevistadas dan cuenta de sensaciones más ambiguas o directamente de rechazo a los antirretrovirales. El momento de la toma como recordatorio de la infección, asociada a angustia y ansiedad, o focalizando en la toxicidad de los fármacos y un efecto acumulativo en el tiempo, reflejan las dudas y cuestionamientos que acompañan a las personas a lo largo de sus trayectorias terapéuticas. La cronicidad, por su parte, trae aparejadas sensaciones de “cansancio” para muchos. El peso de sobrellevar día a día los tratamientos es aliviado por algunas personas con salteos esporádicos de las tomas o con descansos más o menos prolongados, que no son experimentados necesariamente como interrupciones o abandonos. Aun percibidos como respiros o pequeños permisos, a menudo se los considera como facilitadores para continuar los tratamientos en el largo plazo.

En forma complementaria a los tratamientos, las personas con VIH despliegan una serie de prácticas de autocuidado (como una dieta saludable, ejercicio físico y prácticas espirituales), consideradas como un eslabón relevante de su adherencia, a las que recurren tanto para sobrellevar los efectos secundarios de la medicación como para

identificados perfiles que presentan mayores desafíos a la hora de iniciar y continuar un tratamiento antirretroviral. Muchas personas trans, trabajadoras sexuales y usuarios intensivos de drogas constituyen poblaciones potencialmente con mayores dificultades para mantener un régimen de adherencia. Las mujeres con VIH embarazadas que se encuentran en contextos de exclusión y personas jóvenes que contrajeron el virus por vía perinatal constituyen otros casos mencionados de difícil abordaje.

## Conclusiones

Desde las vivencias de quienes la transitan, la adherencia es ante todo y sobre todo un proceso, un conjunto de perspectivas en diálogo y disputa entre los profesionales, las personas en tratamiento y su entorno social y familiar. La adherencia tiene una temporalidad y diferentes etapas, supone distintas formas de vinculación con los fármacos y asignar al tratamiento significados que van cambiando con la propia gestión y vivencia de la infección. Se trata de una trayectoria dinámica y compleja en la que se acumulan saberes y se buscan modos de apropiación de la infección para integrarla en el universo cotidiano como algo asible y de alguna forma predecible.

Las nociones de adherencia de las propias personas en tratamiento contemplan formas no ortodoxas de cumplir con las indicaciones médicas, prácticas que exceden la ingesta de la medicación y el reconocimiento de otros actores en la gestión de los tratamientos. Para buena parte de las personas entrevistadas saltarse tomas o realizar unos descansos de la medicación no son prácticas percibidas como interrupciones del tratamiento sino como algo inherente a éste, e incluso

voluntaristas, sino que constituye una experiencia colectiva en la que el entorno cercano de familiares, redes de pares y profesionales de la salud juegan un papel central.

La adherencia no es un punto de llegada de las trayectorias de las personas, que se alcanza a medida que se adquiere información sobre los beneficios de los ARV y la persona se reconcilia con la cronicidad y los tratamientos.

Las trayectorias terapéuticas están signadas por idas y vueltas, acercamientos y distancias. Estar bajo tratamiento no significa lo mismo a lo largo del tiempo: el lugar que la infección y los antirretrovirales ocupan en la vida de las personas y las sensaciones que evocan varían cuando se observan sus itinerarios.

Ante este panorama, resulta conveniente introducir el tratamiento desde un enfoque dialógico y consultivo que permita a las personas entender las opciones que se les ofrecen y elegir autónomamente aquellas que los tranquilizan y convencen en mayor medida. También resultaría positivo, desde los servicios de salud, reflexionar sobre la necesidad de las personas de encontrar sentido y convencerse del tratamiento mediante la experiencia propia y comprobada de que tomar los fármacos es una resolución más ventajosa que no tomarlos.

La necesidad de políticas sanitarias integrales para las personas con VIH que contemplen no solo la cobertura de los tratamientos sino su entrega en tiempo y forma, así como la realización de los análisis y seguimientos correspondientes, se hace patente al identificar y explicar los fallos en la adherencia. Finalmente, se perciben como imprescindibles otras políticas sociales

# tuberculosis, en contextos de Penitenciario

**Investigadores asociados:** Ariel Adaszko, Julia Recchi, Gabriel Angeira (Programa Nacional de Control de Tuberculosis y Lepra, Ministerio de Franco (SPF); Marcelo Vila (OPS/OMS); Carola Lew (UNODC); Emanuel Bon DD.HH de la Nación); Natalia Sosa Loyola (Programa de Salud en Contextos de **Becarios:** Emanuel Ares, Ana Arévalo, Laura Caporaletti, Marth

## Introducción

Una de las políticas implementadas por la Dirección de Sida y ETS en los últimos años fue la de conocer y responder a las necesidades de prevención y acceso a la atención de la salud de las personas privadas de la libertad. En este sentido se realizaron diferentes acciones en conjunto con otros programas del Ministerio de Salud y en coordinación con el Programa de Salud en Contextos de Encierro, dependiente de la Dirección de Medicina Comunitaria. Se destaca la firma del convenio "Justicia con Salud, Salud para Incluir" en el año 2008, que buscaba asegurar que tanto la detención como la ejecución de la pena ocurran en un contexto de pleno respeto y protección de los derechos de las personas alojadas en el sistema carcelario.

En este marco se propuso realizar la presente investigación, cuyo objetivo general fue determinar la prevalencia de VIH, sífilis y hepatitis B y C y la fre-

## Aspectos metodológicos

Se diseñó un estudio descriptivo observacional de corte transversal en base a una muestra representativa del universo de las personas alojadas en el SPF, en función de las prevalencias esperadas de cada una de las infecciones bajo estudio. El proyecto se desarrolló en seis unidades del SPF seleccionadas en base a la facilidad de acceder a ellas y a la alta concentración de detenidos/as. Estas fueron:

- Complejo Penitenciario Federal I y Complejo Penitenciario Federal IV, Ezeiza, Buenos Aires.
- Complejo Penitenciario Federal II y Complejo Federal de Jóvenes Adultos, Marcos Paz, Buenos Aires.
- Complejo Penitenciario Federal de la Ciudad de Buenos Aires, barrio de Devoto.
- Complejo Penitenciario Federal III – Instituto Federal de Condenados e Instituto Correccional de Mujeres, Salta.





tados reactivos en suero o en sus diluciones. La población testeada presentó una prevalencia de 6,8% (IC: 5,8%-7,7%). La prevalencia entre las mujeres casi duplicó el valor de los varones (11,2% y 6,4%, respectivamente). Si bien el reducido número de personas trans no permite realizar estimaciones de prevalencia en esta subpoblación, cabe mencionar que se confirmaron 3 de las 13 personas testeadas.

Los mayores valores se apreciaron entre los/as más jóvenes (8,6%), entre quienes contaban con la escuela primaria como máximo nivel educativo (8,5%) y entre quienes tenían menos tiempo de detención (7,7%). Las personas que en el período previo a la detención residían en la Argentina mostraron una prevalencia levemente mayor a la de quienes vivían en otro país.

En el cuestionario se consultó a las/os participantes si habían mantenido relaciones sexuales en el último año y a quienes respondían afirmativamente se les hizo una serie de preguntas vinculadas con la cantidad de parejas sexuales y el uso de preservativo, entre otras. El 6,5% de quienes habían mantenido prácticas sexuales en el último año, sin tener en cuenta la cantidad de parejas sexuales, se hallaba infectado/a, y entre quienes habían mantenido actividad sexual con dos personas en el mismo período el porcentaje ascendía a 9,8%. Obtuvieron resultados reactivos el 6,5% de quienes indicaron que siempre utilizaban preservativo en el sexo con penetración frente al 6,3% de quienes no lo hicieron nunca, y resultó reactivo el 7,8% de quienes siempre usaron este método de prevención en el sexo oral, mientras que entre quienes no lo usaban nunca la prevalencia fue del 6,4%.

Podemos pensar en este sentido que una mayor frecuencia en el uso del preservativo entre quienes presen-

una reinfección o bien por cuidado hacia la pareja sexual. Como vemos a lo largo del artículo esta práctica se observa también entre quienes se sabían y/o consideraban positivos para otras ITS.

Finalmente, se consultó a los participantes si alguna vez habían tenido alguna de las enfermedades bajo estudio, solicitándoles que responderían “No tuve”, “Tuve pero me curé”, “No sé si tuve o si tengo” o “Tengo en este momento” (para el caso del VIH se consultaba solo en tiempo presente). Entre quienes dieron reactivo para sífilis se destaca que el 38,9% respondió que no había tenido esta ITS, el 20% no sabía y el 27,3% dijo que la había tenido pero se había curado. Solo el 4% de quienes dieron reactivo dijo que tenía la infección en ese momento.

## Hepatitis B

Se efectuaron 2.062 tests para la detección del virus de la hepatitis B. En todos los casos se realizó la determinación del antígeno de superficie del virus (HbsAg) e IgG anti-HBc y a partir de los resultados obtenidos se generaron las estimaciones de: a) la proporción de población carcelaria con hepatitis B crónica (en el caso de que ambas pruebas hubieran arrojado resultados reactivos); y b) la proporción de personas con antecedentes de haber estado en contacto con el virus, pudiendo haber cursado la hepatitis B en forma sintomática o asintomática, en caso de contar únicamente con el anti-HBc reactivo y el HbsAg no reactivo.

La prevalencia de hepatitis B crónica en la población carcelaria fue de 0,51% (IC 95%: 0,37%-0,65%). No se hallaron casos de hepatitis B crónica en mujeres ni en población trans. Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo más joven y el más longevo (0,2% y 0,98%, respectivamente). La prevalencia también





# Reclamamos atendidos por la Dirección de Sida y ETS en 2016

Respecto a la articulación con diferentes organismos estatales y organizaciones públicas y privadas, durante el año 2016 el área mantuvo reuniones de coordinación con diferentes áreas del Ministerio de Desarrollo Social: Secretaría de Organización y Comunicación Comunitaria, Coordinación Nacional de Diversidad Sexual, Comisión Nacional de Pensiones y Dirección Nacional de Asistencia Crítica (DiNaCrí).

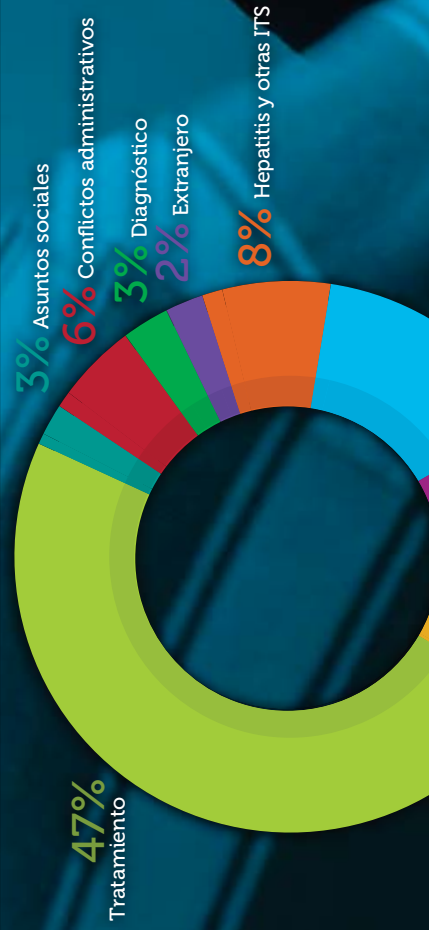
Se detallan a continuación las líneas generales de acción, según el motivo de consulta. **(Gráfico 52)**

Al igual que en los años anteriores, el reclamo por **acceso al tratamiento** ha sido la consulta más frecuente (47%). De estas, el 43% pertenece a personas que se atienden en el sistema público de salud, seguido por un 36% que cuentan con cobertura de obra social, el 9% son socios de una empresa de medicina prepaga, un 3% de Incluir Salud/Profe y del 9% restante no se tienen datos. La relación de efectores por consultas de tratamientos se ha modificado respecto del año 2015: las consultas referidas al subsistema público se incrementaron 4% mientras que aquellas vinculadas a las obras sociales

## Análisis de las consultas recibidas

La resolución de cada uno de los casos que el área recibe sigue un protocolo de actuación según la dificultad que plantea; sin embargo, se tiene en cuenta en cada caso la singularidad de la demanda y el contexto del consultante.

**Gráfico 52** Distribución de las consultas por motivo. Año 2016





organismos del Estado como el INADI. También se realizan intervenciones directas con efectores a los fines de actualizarlos respecto a los cambios legislativos ocurridos en nuestro país.

En tercer lugar se encuentran las solicitudes de orientación sobre **pensiones** (12%), tanto por inicio de trámite como por seguimiento de expedientes. En estos casos el trabajo del área consiste en el asesoramiento al consultante, la articulación con la Comisión Nacional de Pensiones y el seguimiento de los expedientes durante el proceso.

En cuarto lugar se registran las consultas por **tratamiento de hepatitis C**, que son resueltas en conjunto con el Programa Nacional de Control de las Hepatitis Virales.

Otras inquietudes atendidas refieren a conflictos administrativos, dudas sobre el diagnóstico de VIH y temas sociales. En el caso de los conflictos administrativos, el área asesora sobre la resolución de las dificultades y/o deriva a la agencia que corresponda. Entre los llamados "sociales" se ubican casos de alta complejidad debido a la vulnerabilidad social de quien consulta. Ante estas situaciones el área contiene, asesora, contacta a la persona con organizaciones de la sociedad civil, deriva al Ministerio de Desarrollo Social y/o a los jefes de programa provinciales o municipales correspondientes, para dar la respuesta articulada y conjunta que el caso requiere.

Quando se deriva al consultante a una agencia del Estado o a una organización de la sociedad civil se busca que la derivación sea asistida y cuidada. Esto implica una atención personalizada, respetando la confidencialidad y decisión individual en cada paso del proceso y explicando la razón de la derivación. Por otro lado, como parte de la derivación

## Distribución de las consultas por vía de ingreso

Analizando las vías de ingreso de las consultas recibidas durante el año 2016 se observa que la línea 0800 Salud Responde ocupa el primer lugar (33%) como canal de contacto con el área y en segundo lugar se encuentra el correo electrónico (29%).

Se evidencia un aumento de las consultas por teléfono directo (16%), ocupando el tercer lugar entre las vías de ingreso. Este dato y el aumento sostenido del número de casos que han demandado intervención del área demuestran que el soporte ofrecido por esta se ha instalado en la comunidad. **(Gráfico 54)**

El promedio de consultas mensuales en 2016 fue de 90, mientras que el año anterior había sido de 59, lo que significa un incremento de más del 65%. Durante 2016, los picos de consultas se dieron en marzo, septiembre y octubre, coincidentemente con dificultades en la distribución de medicamentos. **(Gráfico 55)**

## Distribución de las consultas por jurisdicciones

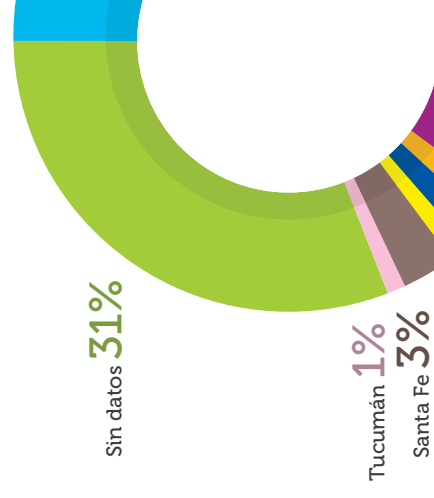
Del total de casos registrados se observa que las jurisdicciones con mayor volumen de consultas fueron la Provincia de Buenos Aires, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe y Mendoza, en ese orden. Cabe destacar que la provincia de Buenos Aires aumentó un 71% el número de consultas respecto del año anterior. Mendoza, por su parte, duplicó la cantidad de consultas. Del total de consultas recibidas de esta provin-

cuentro Provincial de VIH y Derechos Humanos en junio de 2016.

Por otra parte, se han multiplicado por cuatro las consultas desde Santiago del Estero debido al conflicto con la obra social IOSEP, lo que ocasionó falta de cobertura y entrega de medicación a los afiliados con VIH. **(Gráfico 56)**

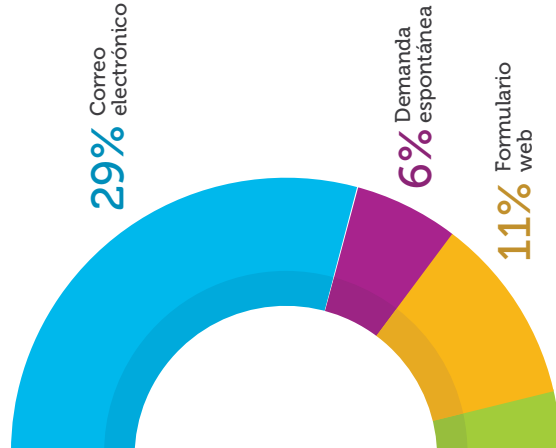
Uno de los objetivos centrales del área de Derechos Humanos y Sociedad Civil es establecer un canal de comunicación con las personas afectadas por el VIH, las hepatitis virales y las ITS donde presentar sus reclamos, dudas y/o consultas. Esta comunicación le permite a la Dirección de Sida y ETS monitorear de manera constante la situación de la respuesta en todas las jurisdicciones, detectando muchas veces problemas en la gestión y posibilitándole intervenir en forma rápida y precisa para restablecer los servicios interrumpidos, solucionar los problemas que presentan barreras a la accesibilidad y/o derivar los reclamos a las autoridades pertinentes. Por otra parte, establece un vínculo directo con las personas, que encuentran en el Estado la posibilidad de ser escuchadas y encontrar soluciones ágiles a sus problemas. •

**Gráfico 56** Distribución de consultas Año 2016

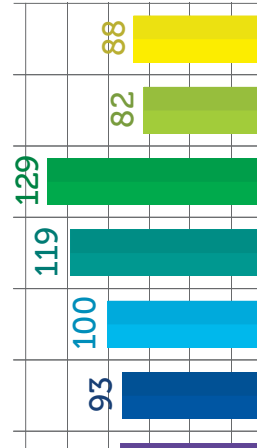


disminuyeron 10%. Como efecto de esta variación, el subsistema de salud pública pasó a ocupar el primer lugar de las consultas en 2016. **(Gráfico 53)**

Las consultas por **temas legales** se encuentran en segundo lugar (14%), entre las que se destacan casos de discriminación, acceso al diagnóstico y prueba de VIH en los estudios pre-ocupacionales. Por otro lado, pese a que el Código Civil y Comercial de la Nación habilita desde 2015 a las y los adolescentes a decidir sobre cuestiones de su salud, se siguen recibiendo consultas y dificultades respecto a este tema. En estos casos el área realiza asesoramiento legal, derivaciones a patrocinios jurídicos u otras consultas según vía de ingreso.



**Gráfico 53** Consultas según mes. Año 2016



# ... para la ... ón y el diagnóstico

... de la población a la información sobre el  
... irales es uno de los pilares del trabajo de  
... nos que se trata de uno de los derechos  
... tales y que además garantiza el ejercicio de  
... ho a la salud. En ese sentido, en el último  
... y fortalecieron líneas de trabajo pero también  
... estrategias para mejorar el acceso a la  
... da con la prevención, el diagnóstico y el  
... stintas infecciones.

## Información en la red

Desde este año está disponible el sitio [www.argentina.gob.ar/hepatitis](http://www.argentina.gob.ar/hepatitis) que ofrece la información principal para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las hepatitis virales. Se trata del primer sitio web oficial que, además, vincula a la población con el Programa Nacional de Control de las Hepatitis Virales y otros canales de información sobre el tema.

Por otro lado, también se desarrolló el sitio [www.argentina.gob.ar/vih-sida](http://www.argentina.gob.ar/vih-sida) con el objetivo de ofrecer un acceso más simple y directo a la información sobre cómo se previene y diagnostica la infección, cómo es el tratamiento y cuáles son los derechos que protegen a las personas que viven con VIH.

## Promoción del testeo

En línea con uno de los ejes estratégicos de la DSyETS, durante 2017 se realizaron dos campañas de promoción del testeo con una estrategia diferente a las de otros años: se diseñaron distintas piezas gráficas que se pusieron a disposición de los programas provinciales y municipales y de las organizaciones de la sociedad civil con el objetivo de compartir y potenciar un único mensaje preventivo en todo el país.

La campaña de promoción del testeo de VIH se hizo en el marco del Día Mundial del Test de VIH que se celebra el 27 de junio, bajo el lema "Testeate: elegí saber".

También se puso en marcha la campaña "Hacete el test al menos

## ... con la sociedad civil

En 2017 iniciamos una estrategia que esperamos reforzar el año próximo. Se trata de la planificación conjunta con actores de la sociedad civil de campañas o estrategias de comunicación que permitan llegar a grupos con mensajes específicos. Un ejemplo es lo realizado junto a la organización "Mayores en la diversidad y viviendo en positivo": una serie de folletos impresos y digitales con mensajes específicos para adultos mayores que serán utilizados en campañas de testeo en centros de jubilados y otros espacios compartidos por esta población.



### Guías para la comunicación

Los medios de comunicación y periodistas son actores clave para brindar información de calidad. Desarrollamos una serie de guías de recomendación que ofrecen recomendaciones sobre temas como el VIH, ITS y hepatitis virales. Además, proporcionamos guías muy específicas y personalizadas para cada parte de los medios de comunicación que trabajan en ellos. A la vez, se creó una guía que fue escrita y publicada en 2017 la guía "ABC de las hepatitis virales" que también a comunicadores y periodistas. Los materiales están disponibles en español.

## Campañas en redes sociales

Las redes sociales se han convertido en el último tiempo en uno de los canales de información más usados por personas de todas las edades. De hecho, para algunos grupos -adolescentes y jóvenes hasta los 24 años- son la principal fuente de información. Por ello, apostar al uso intensivo de las redes sociales para la prevención y promoción del diagnóstico de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, es uno de los objetivos de la DSyETS. Durante el 2017 realizamos diferentes campañas en redes sociales sobre temas como el uso correcto del preservativo; mitos y prejuicios vinculados con este; cómo se previenen, diagnostican y tratan el VIH, ITS y hepatitis virales; cómo fortalecer la



# VII

¿Qué hay que...



Dirección de SIDA y ETS



Ministerio de Salud y Presidencia de la Nación

las ITS y las hepatitis virales (DSyETS) y el Programa de Diagnóstico y Seguimiento de Hepatitis Virales distribuyen insumos para el diagnóstico, las pruebas de laboratorio y las campañas de prevención. A continuación se detallan algunas de las acciones que se utilizan para mejorar el acceso a los insumos y en la distribución de los mismos. Este artículo detalla el proceso de distribución de insumos para pacientes (SVIH) al Programa de Diagnóstico y Seguimiento de Hepatitis Virales que este incorpora.

## Prevención

Los indicadores que dan cuenta de la cobertura y los lugares en los que se realizan las campañas de salud para la prevención de la lactancia.

El DSyETS distribuyó mensualmente insumos para la última década ha sido de 12.565 en 2007, llegando a 12.565 en 2017. (Gráfico 57)

Las personas pueden acceder a los insumos durante las campañas de promoción de la lactancia.

## Preservativos

La distribución de este recurso preventivo) y también retirándolos en puntos fijos situados en instituciones de salud, clubes, organizaciones públicas, organizaciones de la sociedad civil, locales de esparcimiento, entre otros lugares.

A lo largo de los años se puede observar un aumento de estos lugares en todo el país, pasando de 2.533 en 2011 a 3.555 en julio de 2017. En el Mapa 6 se describe la cantidad de puntos de distribución por jurisdicción. Casi el 30% (1.015) se concentra en la provincia de Buenos Aires (en la Tabla 13 del anexo se puede consultar la distribución según región sanitaria), seguida de Córdoba (307), Santa Fe (296) y CABA (205).

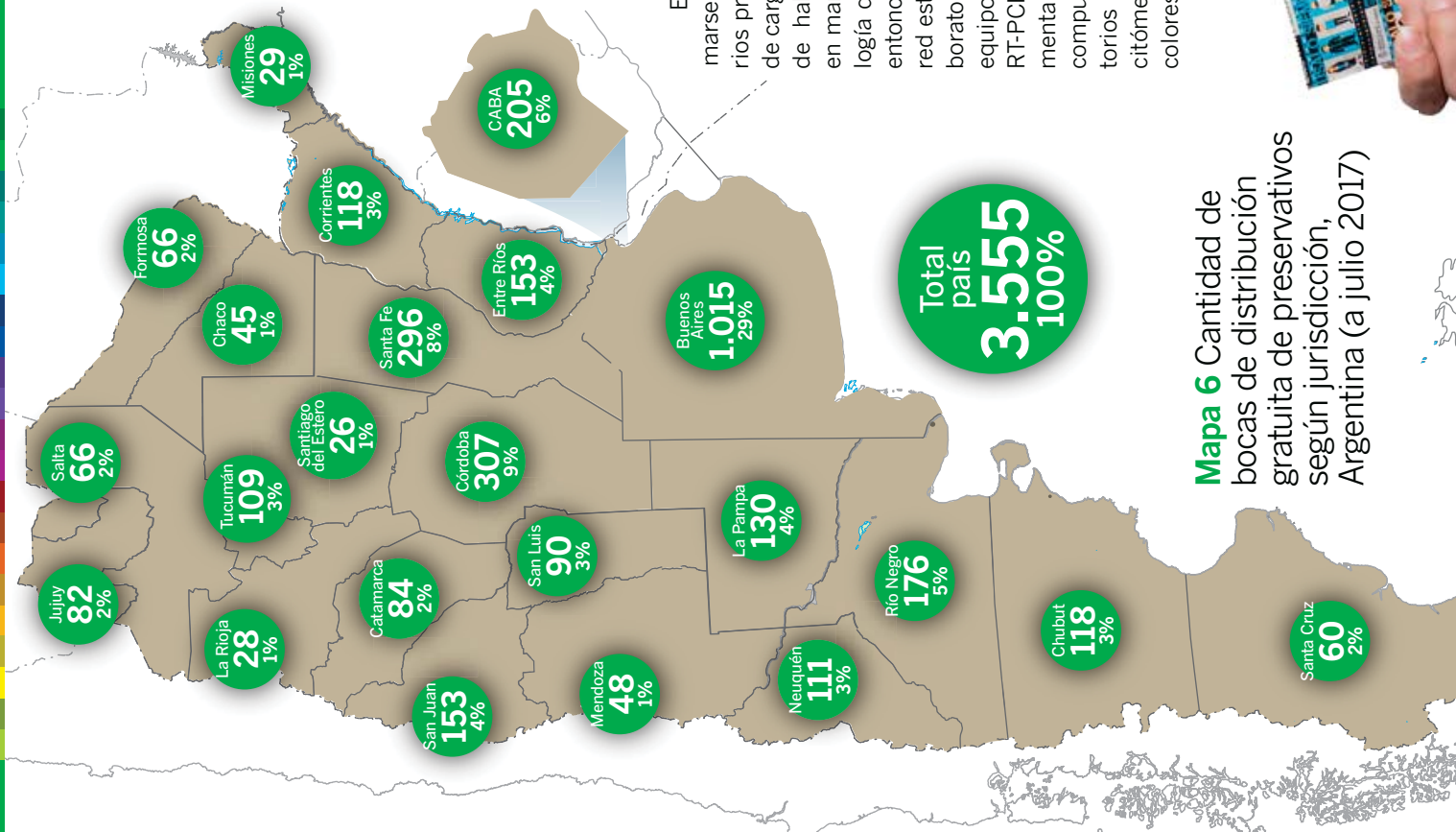
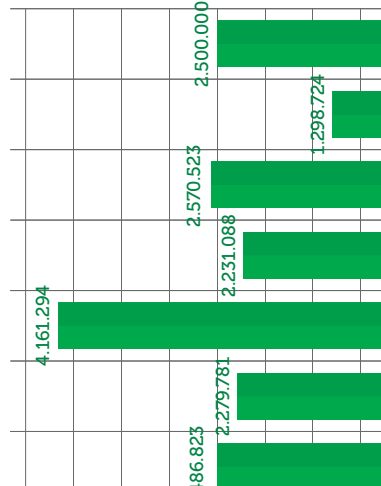
Por otro lado, como parte de la estrategia de prevención de la transmisión perinatal del VIH, la DSyETS distribuye leches de inicio para que las mujeres con VIH puedan disponer de este recurso hasta los seis meses de vida de sus bebés. En 2016 se entregaron 24.854 unidades por un total de \$1.217.846, las que se estima cubrieron las necesidades de aproximadamente 1.035 niños del subsector público de salud.

## Indicadores de diagnóstico y seguimiento

Los indicadores seleccionados para esta sección dan cuenta de los centros que promueven el testeo voluntario y de la distribución de determinaciones para el diagnóstico y seguimiento del VIH, sífilis, gonorrea y hepatitis virales.

En cuanto a la prevención y al diagnóstico, desde el nivel nacional se fomenta la creación de CePAT, Centros de Prevención, Asesoramiento y Testeo, que tienen entre sus objetivos principales la promoción y el testeo voluntario dentro de un marco de confidencialidad. A la fecha se hallan activos 555 centros y su distribución por provincias pueden observarse en la Tabla 16 del anexo.

Respecto al diagnóstico y al seguimiento por laboratorio, la DSyETS entrega determinaciones para la realización de estudios que permitan conocer



**Mapa 6** Cantidad de bocas de distribución gratuita de preservativos según jurisdicción, Argentina (a julio 2017)

En el año DSyETS el Programa de Diagnóstico y Seguimiento de Hepatitis Virales, por determinación de este tipo de he

Durante 2017 se distribuyeron 1222 unidades de preservativos para el testeo voluntario y 1.800 unidades de preservativos para el diagnóstico

Para el segundo semestre de 2017 se distribuyeron 1222 unidades de preservativos para el testeo voluntario y 1.800 unidades de preservativos para el diagnóstico

En 2017 terminaron de distribuirse los preservativos para el testeo voluntario y 1.800 unidades de preservativos para el diagnóstico. La cantidad de preservativos distribuidos para el testeo voluntario y 1.800 unidades de preservativos para el diagnóstico. La cantidad de preservativos distribuidos para el testeo voluntario y 1.800 unidades de preservativos para el diagnóstico.





CABA y en las provincias de Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe y Salta (Tabla 10). Se estima que esto representa el 69% del total de personas bajo tratamiento en la Argentina, siendo el otro 31% provisto por la seguridad social y las empresas de medicina prepaga.

A junio de 2017, el Programa Nacional de Control de las Hepatitis Virales estaba distribuyendo medicación a 292 personas en tratamiento para la hepatitis B y antivirales de acción directa dentro de esquemas libres de interferón a 1.459 personas en tratamiento para la hepatitis C. Cabe aclarar que el total de personas en tratamiento para la hepatitis C incluye tanto a personas mono infectadas como co infectadas con VIH, en cambio el total que se encuentra en tratamiento para hepatitis B indicado más arriba incluye solo a personas mono infectadas.

## Implementación del SVIH en el SISA

Desde el año 2012, la DSyETS trabaja en la implementación de un sistema de gestión de recursos para las personas con VIH que se atienden en el subsistema público de salud. Como este sistema informático fue desarrollado con financiamiento del Banco Mundial y se preveía que no tendría continuidad, hace aproximadamente dos años se comenzó a trabajar en su mudanza al entorno del SISA, el cual integrará los distintos sistemas de información del Ministerio de Salud. Finalmente, el 14 de agosto de 2017 se puso en marcha el sistema de gestión SVIH en su nuevo entorno.

Entre las nuevas funcionalidades del SVIH en el SISA se encuentra la incorporación de la gestión de los estudios de diagnóstico y seguimiento ya que a través del sistema se solicitan y autorizan estudios de CD4, carga viral, test de hipersensibilidad al abacavir (HLA) y test de resistencia. Además, se pueden gestionar los tratamientos con medicación nominalizada. Con estas incorporaciones al sistema se buscó agilizar y simplificar los trámites de autorizaciones de las prestaciones que requieren auditoría por parte de la Dirección, evitando el subregistro de tratamientos y ayudando a una mejor gestión de los recursos.

Otras mejoras tienen que ver con la transmisión perinatal del VIH: el sistema ofrece la posibilidad de establecer una relación entre el registro de la madre y el del hijo/a, de forma tal que se pueda realizar su seguimiento, independientemente de que durante el tiempo que transcurre hasta el diagnóstico definitivo el código del niño pueda cambiar. A esto se suma la posibilidad de registrar otros insumos, tales como los jarabes de AZT y la leche de inicio.

8 HOSPITAL CEMAR DE ROSARIO  
• Santa Fe

9 HOSPITAL CASTRO RENDÓN DE NEUQUÉN  
• Neuquén

10 HOSPITAL ZONAL DE TRELLEW  
• Chubut

11 HOSPITAL ZONAL USHUAIA  
• Tierra del Fuego

12 INSTITUTO MALBRÁN  
• Río Negro, Viedma + Bariloche + San Antonio Oeste

• Santa Cruz  
• RS X - Bs. As.  
• RS III - Bs. As.

13 INBIRS - UBA  
• Entre Ríos (Gualeguaychú + Concepción del Uruguay)

• Hospital Rivadavia Ambulatorios SENNAF  
• Río Negro Valle

14 CENTRO PROVINCIAL DE REFERENCIA DE LA PLATA  
• RS II

• RS III  
• RS IV  
• RS IX  
• RS X  
• RS XI

15 HOSPITAL HIGA ALENDE RS VIII  
• RS VIII

16 HOSPITAL PENNA DE BAHÍA BLANCA RS I  
• RS I

17 HOSPITAL PETRONA CORDERO RS V  
• RS V

18 HOSPITAL EVITA DE LANÚS RS VI  
• RS VI

19 HOSPITAL POSADAS RS XII  
• RS VII  
• RS XII

20 HOSPITAL PARISSIEN LA MATANZA RS XII  
• Hospital Paroissien

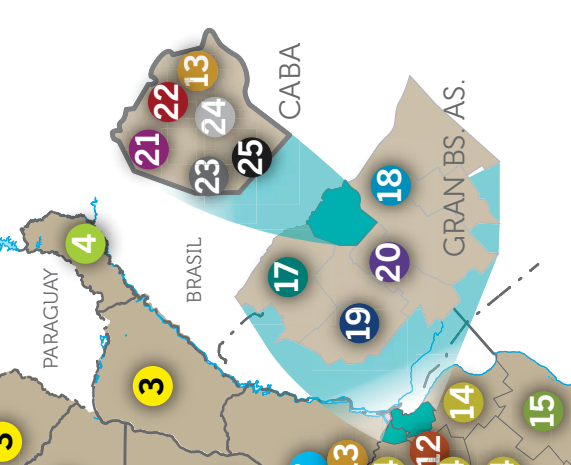
21 HOSPITAL MUNÍZ CABA  
• Muñiz  
• Penna  
• Piteyro  
• Pirovano  
• Santojanni  
• Udaondo  
• Velez Sarsfield  
• Sarda

22 HOSPITAL FERNÁNDEZ CABA  
• Rivadavia Internados  
• Hospital Fernández

23 HOSPITAL RAMOS MEJÍA CABA  
• Tornú  
• Hospital Ramos Mejía

24 HOSPITAL ARGERICH CABA  
• Argerich

25 HOSPITAL DURAND CABA  
• Durand  
• Álvarez  
• Zubizarreta  
• Centros de Prevención, asesoramiento y diagnóstico de VIH



## Mapa 7 Red de laboratorios prestadores de carga viral de VIH

1 HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO SALTA  
• Salta

2 LABORATORIO DE REFERENCIA DE VIH-SIDA TUCUMÁN  
• Santiago del Estero  
• Tucumán  
• Catamarca  
• La Rioja  
• Jujuy

3 LABORATORIO CENTRAL DE CORRIENTES  
• Formosa  
• Corrientes  
• Chaco

4 LABORATORIO DE ALTA COMPLEJIDAD DE MISIONES  
• Misiones

5 HOSPITAL RAWSON DE SAN JUAN  
• San Juan

6 HOSPITAL CENTRAL DE MENDOZA  
• Mendoza

7 LABORATORIO CENTRAL DE CÓRDOBA  
• Entre Ríos (Paraná + Concordia)  
• La Pampa  
• San Luis  
• Córdoba

de los laboratorios de cobertura.

2016 se distribuyeron a de hepatitis B (ELI-BHc IgM y ELISA anti-ti-VHC). En la Tabla 17

para carga viral para hepatitis B y C y genotipo para hepatitis C.

El monto total de las determinaciones distribuidas para VIH, sífilis, gonorrea y hepatitis B y C asciende a \$109.349.314.

## Indicadores de personas en tratamiento con antirretrovirales

Jurisdicción
Buenos Aires
CABA
Catamarca
Chaco
Chubut
Córdoba
Corrientes
Entre Ríos
Formosa
Jujuy
La Pampa
La Rioja
Mendoza
Misiones
Neuquén
Río Negro
Salta
San Juan
San Luis
Santa Cruz
Santa Fe
Santiago del Estero
Tierra del Fuego
Tucumán
Otros*
TOTAL

\* Incluye el SPF, SPB, Hospit.

y que los efectores que se encargan de realizar el diagnóstico y el seguimiento de las personas con VIH, permitiendo un mayor control y seguimiento de las personas con VIH.

El sistema cuenta con el apoyo de los efectores que se encargan de realizar el diagnóstico y el seguimiento de las personas con VIH, permitiendo un mayor control y seguimiento de las personas con VIH.

El sistema cuenta con el apoyo de los efectores que se encargan de realizar el diagnóstico y el seguimiento de las personas con VIH, permitiendo un mayor control y seguimiento de las personas con VIH.

Tendencia	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014*	2015*	2015*	Tendencia
—	14,7	16,7	16,7	17,2	16,9	16,3	16,1	13,7	12,9	12,9	—
—	5,792	6,641	6,688	7,003	6,974	6,782	6,800	5,861	5,578	5,578	—
—	16,8	18,0	16,4	15,0	14,6	13,0	12,2	10,4	9,1	9,1	—
—	2,251,1	2,713	2,496	2,357	2,322	2,091	1,993	1,713	1,513	1,513	—
—	6,6	3,3	9,8	5,3	9,7	11,2	10,0	11,2	17,4	17,4	—
—	25	13	39	20	37	43	39	44	69	69	—
—	4,4	7,1	7,4	8,3	8,7	10,0	12,7	4,1	1,3	1,3	—
—	46	75	79	90	95	111	142	46	15	15	—
—	21,7	21,1	15,5	18,5	25,8	20,9	23,8	17,4	19,4	19,4	—
—	99	97	72	95	135	112	130	97	110	110	—
—	31,2	34,7	42,0	45,8	42,2	38,3	37,1	30,6	29,5	29,5	—
—	948	1,056	1,280	1,387	1,281	1,164	1,130	932	901	901	—
—	13,7	16,6	18,2	19,1	16,9	17,4	17,3	15,5	13,1	13,1	—
—	453	554	614	645	578	600	605	548	468	468	—
—	7,0	6,9	7,5	8,7	7,9	8,7	10,2	9,4	10,7	10,7	—
—	70	70	77	89	81	90	107	100	114	114	—
—	6,8	8,8	7,6	12,9	14,2	12,5	13,9	9,5	10,9	10,9	—
—	85	111	96	162	180	160	180	124	144	144	—
—	3,2	5,2	3,1	6,2	5,9	8,4	11,6	3,1	11,0	11,0	—
—	17	28	17	34	33	47	66	18	64	64	—
—	13,6	16,5	16,8	17,4	15,2	19,7	23,5	21,6	22,0	22,0	—
—	91	112	116	119	105	138	167	155	160	160	—
—	5,8	8,7	10,4	11,0	15,4	11,7	21,4	15,0	16,6	16,6	—
—	19	29	35	36	51	39	72	51	57	57	—
—	14,1	12,6	16,9	18,1	15,5	9,9	18,7	17,4	11,1	11,1	—
—	47	43	59	62	54	35	67	63	41	41	—
—	8,9	13,9	11,8	14,6	15,4	15,0	16,7	16,0	16,8	16,8	—
—	152	240	207	259	276	273	307	298	316	316	—
—	12,3	11,0	12,3	12,2	10,7	16,7	10,1	7,3	2,2	2,2	—
—	131	119	135	136	121	191	117	86	26	26	—
—	17,1	19,9	15,1	19,2	20,5	17,4	13,1	19,7	17,6	17,6	—
—	92	109	84	110	119	103	79	120	109	109	—
—	10,3	18,4	12,2	13,4	13,5	15,4	17,8	13,8	16,0	16,0	—
—	61	110	73	87	89	103	121	95	112	112	—
—	12,5	17,4	18,2	19,9	23,0	20,7	18,4	20,9	18,2	18,2	—
—	150	213	227	246	289	264	238	275	243	243	—
—	6,1	10,1	12,2	8,5	13,3	14,6	14,0	11,8	13,0	13,0	—
—	42	70	86	59	94	104	101	86	96	96	—
—	10,0	7,1	12,7	9,9	10,9	14,9	19,6	12,1	14,3	14,3	—
—	43	31	57	44	49	68	91	57	68	68	—
—	18,9	12,0	20,4	22,5	20,4	20,8	14,2	21,5	20,3	20,3	—
—	42	27	47	62	58	61	43	67	65	65	—
—	9,4	11,9	13,0	14,0	13,1	13,3	14,1	9,8	8,9	8,9	—
—	304	387	423	457	431	440	471	331	301	301	—
—	6,2	7,4	6,4	6,4	9,6	5,2	3,6	7,0	8,9	8,9	—
—	53	64	56	56	85	47	33	64	83	83	—
—	22,0	16,6	16,9	23,5	37,6	24,3	28,5	23,6	23,6	23,6	—

**Tabla 12** Tasas específicas de VIH por 100.000 habitantes (2006-2015)

Varones	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
AMBA	29,0	28,0	29,5	31,4	32,3	29,7	25,5
Centro	17,2	16,6	19,4	20,4	19,8	20,8	20,3
NOA	12,6	12,8	16,0	15,7	18,2	20,1	20,6
NEA	9,2	8,2	8,8	10,0	11,5	10,7	14,8
Cuyo	12,1	12,7	16,9	17,6	18,0	19,6	20,5
Patagonia	17,1	18,0	20,7	17,8	22,2	24,9	22,5
Mujeres	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
AMBA	17,3	14,9	16,5	14,5	13,9	11,9	10,0
Centro	9,3	8,7	10,3	10,2	10,4	9,9	10,5
NOA	8,3	7,2	9,4	9,6	10,0	10,6	11,9
NEA	7,9	6,3	7,1	6,6	7,1	6,6	8,1
Cuyo	4,5	5,4	7,1	7,7	8,2	9,3	8,4
Patagonia	9,0	12,1	13,6	10,9	11,9	15,1	12,8
Ambos sexos	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
AMBA	23,0	21,2	22,8	22,7	22,8	20,5	17,5
Centro	13,1	12,6	14,7	15,2	15,0	15,2	15,3
NOA	10,4	10,0	12,7	12,6	14,1	15,3	16,2
NEA	8,5	7,3	7,9	8,3	9,3	8,7	11,4
Cuyo	8,2	9,0	12,0	12,6	13,0	14,3	14,4
Patagonia	13,1	15,0	17,1	14,4	17,1	20,0	17,6

**FUENTE:** Total de casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica en el período analizado. N=68.091  
\* Años no cerrados por retraso en la notificación.

	2012-2013			2015-2016*		
	Tardío	Total de casos	Oportuno	Tardío	Total de casos	Oportuno
	32,3%	7.879	64,8%	35,2%	8.066	64,8%
	35,6%	2.661	58,1%	41,9%	2.043	58,1%
	25,1%	1.333	69,5%	30,5%	1.046	69,5%
	25,0%	44	62,2%	37,8%	111	62,2%
	31,0%	29	57,1%	42,9%	21	57,1%
	32,1%	112	65,2%	34,8%	184	65,2%
	31,0%	803	68,1%	31,9%	700	68,1%
	42,7%	143	50,9%	49,1%	171	50,9%
	20,7%	135	69,4%	30,6%	219	69,4%
	54,5%	22	63,7%	36,3%	102	63,7%
	48,1%	156	49,6%	50,4%	272	49,6%
	31,6%	76	55,0%	45,0%	111	55,0%
	10,4%	77	70,5%	29,5%	44	70,5%
	27,8%	334	73,6%	26,4%	545	73,6%
	32,8%	58	67,1%	32,9%	76	67,1%
	26,9%	108	67,1%	32,9%	170	67,1%
	37,0%	127	63,3%	36,7%	196	63,3%
	46,7%	302	69,2%	30,8%	364	69,2%
	29,6%	81	68,4%	31,6%	152	68,4%
	26,7%	86	69,8%	30,2%	129	69,8%
	37,7%	53	70,9%	29,1%	86	70,9%
	35,9%	507	65,7%	34,3%	428	65,7%
	36,2%	47	58,3%	41,7%	96	58,3%
	18,2%	33	70,1%	29,9%	67	70,1%
	21,0%	300	74,9%	25,1%	471	74,9%
	33,3%	252	64,5%	35,5%	262	64,5%

	2012-2013			2012-2013		
	Mujeres	Oportuno	Tardío	Total de casos	Oportuno	Oportuno
País	73,9%	26,1%	2,505	70,0%	70,0%	70,0%
Buenos Aires	72,2%	27,8%	959	65,2%	65,2%	65,2%
CABA	72,8%	27,2%	261	65,5%	65,5%	65,5%
Catamarca	100,0%	0%	12	73,8%	73,8%	73,8%
Chaco	75,0%	25,0%	12	50,0%	50,0%	50,0%
Chubut	75,6%	24,4%	41	79,1%	79,1%	79,1%
Córdoba	72,2%	27,8%	241	73,4%	73,4%	73,4%
Corrientes	76,7%	23,3%	43	49,0%	49,0%	49,0%
Entre Ríos	94,0%	6,0%	50	82,4%	82,4%	82,4%
Formosa	42,9%	57,1%	7	69,7%	69,7%	69,7%
Jujuy	65,6%	34,4%	64	68,6%	68,6%	68,6%
La Pampa	85,3%	14,7%	34	57,4%	57,4%	57,4%
La Rioja	94,4%	5,6%	36	81,3%	81,3%	81,3%
Mendoza	80,3%	19,7%	76	76,2%	76,2%	76,2%
Misiones	74,1%	25,9%	27	69,4%	69,4%	69,4%
Neuquén	81,8%	18,2%	33	78,0%	78,0%	78,0%
Río Negro	68,2%	31,8%	44	77,6%	77,6%	77,6%
Salta	60,0%	40,0%	115	73,0%	73,0%	73,0%
San Juan	86,2%	13,8%	29	67,4%	67,4%	67,4%
San Luis	84,8%	15,2%	33	85,4%	85,4%	85,4%
Santa Cruz	77,8%	22,2%	18	69,7%	69,7%	69,7%
Santa Fe	72,9%	27,1%	188	66,7%	66,7%	66,7%
Santiago del Estero	83,3%	16,7%	24	77,3%	77,3%	77,3%
Tierra del Fuego	57,1%	42,9%	7	70,6%	70,6%	70,6%
Tucumán	85,3%	14,7%	75	80,4%	80,4%	80,4%
Desconocido	73,7%	26,3%	76	53,6%	53,6%	53,6%

FUENTE: Total de casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica en el período analizado. N=20.553  
 \* Años no cerrados por retraso en la notificación.



2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014*	2015*	Tendencia
16,8	18,0	16,4	15,0	14,6	13,0	12,2	10,4	9,1	
4,6	8,2	7,3	5,1	9,4	9,9	11,0	10,9	11,2	
2,3	2,9	2,6	2,3	2,9	1,9	2,2	3,2	2,2	
7,5	6,7	11,3	8,3	8,6	10,9	12,9	5,8	10,5	
4,4	4,9	4,9	7,3	5,4	7,5	5,5	5,8	3,8	
13,9	14,1	12,1	13,3	11,5	11,6	10,6	7,2	7,0	
19,4	22,2	19,9	18,4	17,1	11,7	12,3	11,4	11,4	
15,4	16,2	14,2	12,9	11,8	12,1	9,7	8,1	7,0	
19,0	20,0	18,8	11,8	14,0	12,5	12,6	10,5	9,1	
6,1	3,2	3,5	3,5	5,1	5,7	3,5	0,9	0,9	
5,2	5,1	4,8	5,0	11,3	13,9	6,9	3,3	3,3	
14,1	16,6	16,9	16,8	16,0	18,8	15,8	13,8	7,9	
22,2	23,0	18,6	15,1	11,8	8,4	7,0	8,3	5,7	

epidemiológica en el período analizado. N=24.134

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

FUENTE: Total de casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica en el período analizado. N= 10.475

\* Años no cerrados por retraso en la notificación.

rtalidad por sida por 100.000 habitantes y por provincia,

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
	3,6	3,49	3,5	3,26	3,15	3,45	3,44	3,47	3,55
	4,93	4,58	4,5	4,03	3,87	4,27	4,19	4,35	4,47
	7,29	6,69	6,05	4,62	4,19	3,69	4,93	4,53	5,4
	1,93	1,36	1,34	0	0,79	1,3	2,06	2,8	0,25
	1,05	0,66	1,12	2,13	0,92	1,99	1,52	1,68	1,66
	2,91	3,25	4,58	3,31	2,1	3,18	3,85	1,44	3,53
	1,97	1,87	1,82	1,87	1,7	1,88	1,95	1,76	2,35
	1,92	2,4	1,49	1,67	2,82	2,41	2,19	3,21	2,06
	1,63	1,29	1,61	1,91	1,97	1,64	2,39	1,61	1,89
	1,7	1,12	2,21	1,99	2,51	3,73	1,06	1,74	2,59
	3,03	4,35	2,96	3,95	4,19	6,13	6,06	4,03	4,53
	1,88	0,93	1,85	0,92	0,91	1,5	0,59	1,18	0,87
	0,92	0	0,59	3,21	1,44	0,85	0	0,83	1,36
	1,28	2,25	1,94	2,03	2,34	2,64	2,23	2,31	2,23
	2,26	1,76	3,01	2,6	2,83	3,93	3,28	4	3,87
	2,96	1,63	2,85	2,62	2,92	3,55	2,5	1,47	2,9
	0,8	2,7	2,19	2,47	1,37	1,79	1,62	3,05	2,43
	3,63	6,16	4,43	6,46	7,39	8,07	71	7,83	6,6
	1,04	1,91	2,62	1,29	0,85	1,12	1,52	2,74	2,84
	2,87	1,64	2,99	2,03	3,77	2,63	3,67	2,13	3,36
	1,62	1,95	0,38	2,9	1,76	2,39	1,32	1,61	1,56
	2,63	2,39	3,09	2,61	2,53	2,87	2,63	3,35	2,71
	1,52	1,04	1,84	1,25	1,24	1,56	1,65	0,87	0,97
	0,83	4,04	3,13	7,6	1,47	2,86	2,08	3,38	1,97
	1,74	1,58	1,7	1,81	1,59	2,16	2,71	1,46	1,57

la DEIS.

rtalidad por sida por 100.000 habitantes según sexo y por

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
	5,13	5,1	4,97	4,65	4,53	4,97	4,97	4,69	4,98
	6,93	6,58	6,21	5,53	5,34	5,72	5,73	5,62	5,94
	11,55	11,66	9,06	7,19	6,81	5,94	8,04	7,1	9,04
	1,1	2,18	1,61	0	1,57	2,08	3,08	4,07	0,5
	1,54	1,14	1,89	3,18	0,93	3,66	2,35	2,15	1,95
	3,31	2,84	7,16	2,73	2,67	4,49	4,76	2,16	5,64
	2,74	2,91	2,82	2,74	2,71	2,79	2,94	2,21	3,56
	2,87	2,84	2,01	2,39	4,54	3,13	3,09	4,02	2,08
	1,49	1,48	2,95	2,6	3,38	2,71	2,83	1,56	2,31
	2,64	1,12	2,95	3,64	2,88	5,7	1,77	2,45	3,81
	3,99	7,29	4,5	5,05	6,44	9,25	8,85	4,79	6,13
	2,51	1,87	3,72	1,23	1,22	1,81	1,2	1,78	1,17
	0,62	0	0	5,86	1,73	1,71	0	0,55	1,64
	1,9	3,88	3,26	2,99	3,86	4,15	3,43	3,61	3,35
	2,07	2,41	4,01	3,05	3,37	6,47	4,14	5,79	5,22
	4,07	2,55	5	3,51	4,49	6,45	4,01	2,96	5,19
	1,61	4,46	3,14	3,72	1,52	2,7	2,66	4,37	3,45
	5,96	8,4	6,62	9,62	9,64	11,71	11,23	10,45	9,55
	1,51	2,99	4,43	2,04	1,15	2,27	1,96	3,88	4,11
	4,8	2,83	3,71	3,64	4,93	3,53	5,22	4,29	3,81
	2,37	3,04	0	2,82	2,05	3,98	2,57	3,12	1,21

provincia (2005-2015)

	Mujeres	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	País	1,93	1,94	2,13	1,96	2,07	1,92	1,82
	Buenos Aires	2,92	3,34	3	2,66	2,82	2,59	2,46
	CABA	3,51	3,08	3,63	2,4	3,45	2,4	1,91
	Catamarca	1,13	0,56	2,76	0,54	1,07	0	0
	Chaco	0,58	0,38	0,57	0,19	0,37	1,1	0,91
	Chubut	2,61	2,13	2,5	3,66	1,99	3,89	1,53
	Cordoba	0,48	0,36	1,24	0,88	0,87	1,04	0,74
	Corrientes	0,82	0,81	1	1,98	0,98	0,97	1,15
	Entre Ríos	0,98	0,65	1,76	1,11	0,32	1,25	0,62
	Formosa	0,78	0,38	0,76	1,12	1,47	0,36	2,15
	Jujuy	1,23	0	2,1	1,48	1,46	2,89	1,99
	La Pampa	0	0	1,25	0	0	0,61	0,6
	La Rioja	0	1,25	1,23	0	1,19	0,58	1,15
	Mendoza	0,47	0,46	0,69	0,68	0,67	1,1	0,87
	Misiones	2,35	1,73	2,46	1,12	2,01	2,16	2,3
	Neuquén	2,3	0,38	1,85	0,72	0,71	1,74	1,37
	Río Negro	0	0,65	0	0,95	1,25	1,23	1,21
	Salta	1,56	0,85	1,34	3,96	2,27	3,35	5,19
	San Juan	0,3	0,3	0,59	0,87	0,86	0,57	0,56
	San Luis	0,99	0,49	0,95	0,47	2,28	0,45	2,64
	Santa Cruz	0	0	0,83	0,8	0,78	2,99	1,45
	Santa Fe	1,17	1,29	1,22	2,06	2,28	1,37	0,95
	Santiago del Estero	0,96	0,24	1,64	0,7	0,92	0,91	0,67
	Tierra del Fuego	3,63	3,52	0	3,31	3,21	0	1,51
	Tucumán	0,84	0,97	1,1	0,81	1,34	0,66	0,91

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

El **21%** de las mujeres con VIH son **diagnosticadas a partir de los 45 años.**

El **19%** de las mujeres con VIH son **diagnosticadas durante un embarazo.**

El 10% de las personas diagnosticadas con el virus tenían un **resultado negativo el año anterior.**