

INFORME NACIONAL SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS EN ARGENTINA¹

Periodo 2010-2011

Fecha de presentación: 31 de marzo de 2012

¹ Facilitadoras del proceso: Valeria Cicconi y Jenifer Durrant

Comentarios a: informepaissida2012@gmail.com, valericicconi@gmail.com, jeniferdurrant@gmail.com

Se desea agradecer -en orden alfabético- la amplia colaboración de los integrantes de ONUSIDA Clarisa Brezzo y Rubén Mayorga, los miembros de la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación, Ariel Adaszko, Carlos Falistocco y Valeria Levite y a todos los representantes de la Sociedad Civil que han participado e intercambiado con gran compromiso.

Contenidos

I. Situación actual a simple vista

II. Panorama general de la epidemia de sida

III. Respuesta nacional a la epidemia de sida

IV. Prácticas óptimas

V. Principales problemas y acciones correctoras

VI. Apoyo por parte de los asociados de desarrollo del país (si corresponde)

VII. Entorno de vigilancia y evaluación

ANEXOS

I. Situación actual a simple vista

Participación de las partes interesadas en el proceso de redacción del informe:

El proceso de construcción y armado del presente reporte tuvo lugar entre octubre de 2011 y marzo de 2012.

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

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

Para lograr una comunicación inequívoca con todos los actores involucrados, se abrió una cuenta de correo especial para este proceso en particular, informepaissida2012@gmail.com. Desde ese momento han sido contestadas por ese medio todas las consultas pertinentes.

En las reuniones preliminares se determinó un comité por parte del Gobierno y uno por parte de ONUSIDA para facilitar tareas de Gobierno y de la Sociedad Civil. En el primer caso el Comité de Gobierno que acompañó a Carlos Falistocco, Director Nacional de SIDA y ETS, fueron Ariel Adaszko y Valeria Levite, en el caso del Comité para intercambio con la sociedad civil fueron Valeria Cicconi y Jenifer Durrant.

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

El proceso comenzó con un mapeo general de fuentes reportadas con anterioridad en 2010, control de existencia de actualizaciones a dichos estudios, búsqueda y solicitud de informes alternativos a representantes de la sociedad civil y actores clave de espacios de gobierno y académicos.

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

En todos los casos se verificó la representatividad de las muestras, estimaciones o metodologías utilizadas y se comparó con la mejor fuente al informe anterior (2010).

Debieron ser recalculados algunos indicadores del informe anterior, cuando continuara siendo la mejor fuente disponible, ya que se han encontrado algunos errores de interpretación y cálculo a la luz de las actuales directrices existentes para cada uno de ellos y de información que hubiera sufrido ajustes para su versión definitiva.

Luego de identificada la fuente y calculado el valor de los indicadores, se definió una metodología de intercambio virtual, vía web, a través de la plataforma mipizarron.com. En dicho sitio se abrieron dos espacios, uno referido a los indicadores básicos y otro a la construcción del ICPN parte B (Sociedad Civil). En ambos casos se realizó una comunicación masiva vía correo electrónico y telefónicamente, en distintas oportunidades, invitando a los interesados a ingresar y discutir acerca de los valores expuestos en forma preliminar, a modo de primer validación.

En lo referente a los indicadores básicos la forma de trabajo fue crear un tema o foro por cada indicador, exponiendo en cada uno el mejor valor hallado, en porcentaje, numerador y denominador, fuente de datos, fecha del dato y aclaraciones. Se promovía que se discutiera si el valor era correcto o si alguien podía aportar una fuente alternativa o realizar una crítica al valor.

Ver <http://mipizarron.com/cursos/informe-de-avances-en-la-lucha-contra-el-sida-2012-argentina.277>

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

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

En ambos sitios se comunicaron las novedades del proceso y se publicaron los eventos más importantes, como el Workshop y vencimientos.

Ver <http://mipizarron.com/cursos/icpn-instrumento-de-observacion-de-los-compromisos-y-las-politicas-nacionales-argentina-2012.278/>

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

Corresponde enfatizar que, a pesar de que los recálculos de ciertos indicadores muestran una aparente “peor” situación comparando con el informe anterior (lo cual se atribuye a una subestimación previa que se desea sincerar en el presente), se ha optado por exponer los datos más fidedignos sin ningún reparo por parte de la DSYETS.

Cumpliendo con la metodología prevista en las directrices, se organizó finalmente el Workshop presencial para validación de los datos que venían siendo expuestos virtualmente. En el mismo se optó por una modalidad de exposición y taller, procurando que todas las voces fueran escuchadas y a su vez no perdiendo el foco de la necesidad de tener como producto de la jornada de trabajo, el reporte validado por todos los sectores. Se estima que esto se ha cumplido en el mejor grado posible. En el evento se ha expuesto la sección de indicadores generales, que no ha tenido ninguna opinión contraria, y los indicadores ICPN parte A y B. En el caso de la parte B, relativo a la sociedad civil, en el mismo evento se ha terminado de validar cuantitativamente. Se expusieron todos los valores y comentarios realizados de antemano por quienes entregaron el formulario en fecha y se intercambió y votó en el momento el documento definitivo.

El documento ICPN parte B votado y validado en forma presencial, ha sido circulado virtualmente (en plataforma y por mail) para ser agregados los últimos comentarios antes de cerrar un documento compaginado que incluyera todas las opiniones. Se han recibido hasta último momento comentarios adicionales que sustenten dicha votación.

Informe ICPN A

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

Ver [NCPI 2012-02-22 parte A.docx](#)

Informe ICPN B

Con respecto al ICPN parte B, se han recibido en fecha seis formularios completos con lo cual se compaginó un resumen que tuvo muy nutrida cada sección de comentarios. En el mismo se exponen los votos de cada una de las organizaciones (ver [NCPI B Compilado resumen2.doc](#) y [NCPI B Compilado total.doc](#)), si bien la votación definitiva ha sido realizada presencialmente y ha quedado registrada en otro documento (ver [NCPI acordado.doc](#)).

Se entregan adjuntos el informe ICPN A, y el informe ICPN B, validado y el compaginado con detalle de comentarios.

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

Mirada general de la situación actual de la epidemia: ²

(b) la situación actual de la epidemia

Argentina viene ampliando la estrategia de vigilancia epidemiológica del VIH-sida desde el 2001, luego de los cambios significativos en los procesos de salud, enfermedad y atención tras la introducción de los tratamientos antirretrovirales de gran actividad (TARGA) a mediados de los años '90.

El descenso de la morbilidad por sida trajo hizo necesaria más y mejor información sobre las personas con VIH que no habían alcanzado un estadio avanzado de la infección y sobre los factores que aumentaban la vulnerabilidad para contraer el virus. Así, durante el año 2001 se dispuso la notificación obligatoria de todos los nuevos diagnósticos de VIH lo que visibilizó un universo hasta entonces ausente de las estadísticas. Esta notificación, junto con otras estrategias englobadas en lo que se conoce internacionalmente como vigilancia epidemiológica de segunda generación, ha permitido caracterizar mejor la situación y las tendencias epidemiológicas y definir prioridades y líneas de trabajo a nivel nacional y subregional.

Hoy Argentina presenta una epidemia concentrada en los principales aglomerados urbanos de todas las jurisdicciones. Se estima que 4 de cada mil adultos están infectados con el virus. La proporción varía y se incrementa si se toman subpoblaciones vulnerables, alcanzando al 12% entre hombres que tienen sexo con otros hombres³, al 7% entre usuarios de drogas inyectables, al 5,41% en trabajadoras/es sexuales y al 34% entre personas trans.

La Dirección Nacional de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (DSYETS) del Ministerio de Salud de la Nación recibe aproximadamente notificaciones de 5.500 diagnósticos nuevos de infección por VIH por año. También en el boletín epidemiológico editado en diciembre 2011 se destaca que en el año 2009, esto representó una tasa de 12 diagnósticos de infección por cada cien mil habitantes. Ese mismo año, la tasa de sida fue de 3,9 por 100 mil y la tasa de mortalidad por sida de 3,5 por 100 mil. De los diagnósticos de nuevas infecciones producidos los dos últimos años, dos tercios son hombres, en promedio tienen 36 años los varones y 33 años las mujeres, el 20% son menores de 24 años y el 21% mayor de 45 años. El 35% vive en el área metropolitana de Buenos Aires y esa proporción asciende al 67% si se

² **Todo el reporte en general se ha basado en información publicada en el Boletín sobre el VIH –SIDA en la Argentina, Nº 28, Diciembre de 2011. Elaborado por la Dirección Nacional de SIDA y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. DSYETS.**

³ En los indicadores se ha reportado el 15,7% de fuente: -Nexo – Links, no representativo nacional (AMBA). Año: 2005/2010, método RDS. Sin embargo en esta sección se informa lo que oficialmente está publicado en el Boletín de la Dirección Nacional de SIDA y ETS, Ministerio de Salud de la Nación.

suma el resto de la región central del país. El 48% de los varones y el 63% de las mujeres no completaron la escuela secundaria. El 89% de las mujeres y el 86% de los varones se infectaron durante una relación sexual desprotegida. En el caso de los varones, el 48% contrajo el virus durante una práctica sexual con una mujer y el 38% con otro varón. Hasta el 30% de los varones y el 15% de las mujeres fueron diagnosticados en etapas sintomáticas de la infección.

La DSYETS considera que la epidemia está estabilizada a partir de los indicadores de nuevos diagnósticos de los últimos cinco años. El Ministerio de Salud y ONUSIDA estima en 130.000⁴ la cantidad de personas que vive con VIH en el país.

Mirada general acerca de la respuesta política y programática:

Hace 10 años, cuando comenzaron a notificarse los casos de VIH, las preocupaciones centrales de quienes participaban de la respuesta a la epidemia eran instalar en la agenda pública el uso y el acceso a preservativos como estrategia de prevención, mejorar el acceso al diagnóstico oportuno, voluntario y confidencial, incrementar el acceso a los tratamientos para quienes lo necesitaran y a una atención de calidad y reducir la transmisión perinatal del VIH. Hoy, los indicadores epidemiológicos dan cuenta de los avances logrados en muchos de estos campos pero también señalan la necesidad de profundizar algunas líneas. Así, la tasa de casos de sida cayó en 15 años un 58%, la tasa de mortalidad se redujo en el mismo lapso un 42%, la transmisión madre-hijo ha descendido consistentemente desde un pico de 329 niños/as infectados en 1995 a menos de 100 durante el 2009, y la cobertura en medicación antirretroviral alcanza hoy el 72%. Mientras que a comienzos de la década pasada contábamos con muy poca información para conocer la epidemia, hoy disponemos de abundantes y variados estudios gracias a los esfuerzos que equipos de salud, organizaciones de la sociedad civil, universidades, redes de personas con VIH, el Estado y las agencias de cooperación internacional realizaron durante toda la década. Pese a la crisis financiera internacional, sólo en el sector público, el gasto durante el 2010 en medicamentos y leche para mujeres con VIH que no pueden amamantar fue de 255 millones de pesos, un 36% más que el año anterior. Ese mismo año el Ministerio de Salud entregó 45 millones de preservativos, 767 mil geles lubricantes y 8 millones de folletos de prevención en alrededor de 2.500 puntos fijos distribuidos en todo el país, y alrededor de 2 millones de reactivos para VIH y sífilis, entre otros. No obstante estos avances, aún es necesario mejorar estos indicadores. Entre ellos, diversos estudios revelan que hasta un 50% de las personas infectadas en el país podrían desconocer su condición. Hoy en la Argentina, el 28% de las personas que podría recibir tratamiento no lo hace debido a que, en su gran mayoría, no conoce que está infectada.

Reducir la cantidad de personas que no conocen su infección es una de las prioridades de gestión de la Dirección de Sida y ETS ya que muchas de ellas podrían tener acceso a una atención oportuna y con ello disminuir el riesgo de complicaciones y mejorar ostensiblemente su pronóstico y su calidad de vida.

Tabla general de indicadores reportados:

Indicador	Valor a reportar	Fuente	Observaciones
<u>Objetivo 1.</u>			
<u>Reducir a la mitad el número de</u>			

⁴ En ciertos indicadores se ha manejado otro valor, 110.000, ya que este número está en proceso de revisión con Spectrum y aún no ha finalizado.

Indicador	Valor a reportar	Fuente	Observaciones
transmisiones sexuales de VIH para el 2015			
<i>Población general</i>			
1.1 Porcentaje de mujeres y hombres jóvenes de 15 a 25 años que identifica correctamente las formas de prevenir la transmisión sexual del VIH, y que rechaza las principales ideas erróneas sobre la transmisión del VIH*	Dato no disponible. Por las razones expuestas en la fuente de datos disponible se ha decidido no repetir el dato y fuente. No se han realizado nuevos estudios con posterioridad al mencionado ni de la misma ni de otras fuentes.	La fuente "Actitudes, información y conductas en relación con el VIH/SIDA en la población general - Argentina 2008" – de Jorge Raúl Jorrat - "Actividades de Apoyo a la Prevención y Control del VIH/SIDA en Argentina" Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria. UBATEC. La captación informada no coincide con la definición del indicador ni en los rangos etarios, ni se tuvieron en cuenta los criterios establecidos para las preguntas de conocimiento de formas de prevención (no son las mismas ni la misma cantidad)	El dato se expone en el cuadro 5.2.3.1. de "ideas erróneas" pero no se cumple ni el tipo de preguntas a realizar, ni se calcula bien el número. Se toman 6 preguntas de las cuales deben coincidir 3 con directrices y no coincide ninguna. No se cumple con definición.
1.2 Porcentaje de mujeres y varones jóvenes de 15 a 24 años de edad que tuvo su primera relación sexual antes de los 15 años	18,72% N: 187 D: 999	Se repite el dato del informe anterior de fuente Jorge Raúl Jorrat, "Actitudes, información y conductas en relación con el VIH/SIDA en la población general - Argentina 2008" -... - de - Fondo Mundial, Buenos Aires, UBATEC 2008 No se han desarrollado nuevos estudios o encuestas representativas que den cuenta del indicador. Ver Jorge Raúl Jorrat 2008.xls	El programa de salud sexual y reproductiva realizará un estudio nuevamente para actualizar este dato en el próximo informe. De evaluaron dos fuentes alternativas que no coincidían con las directrices, si bien es un aporte interesante. Ver Indicadores Documento de Trabajo.docx Y en anexos: M. Laura Martínez, Nina Zamberlin y Julián

Indicador	Valor a reportar	Fuente	Observaciones
			<p>Govea Basch, Situación de Salud de los/las adolescentes en la Argentina, Ministerio de Salud de la Nación Subsecretaría de Salud Comunitaria, Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, estudio "Salud y Adolescencia", Noviembre de 2011. En</p> <p>Linea de Base 25 de octubre 2011 Nina Zamberlín.doc</p> <p>Fundación Huésped y UNICEF Argentina estudio "CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN VIH Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (SSR) Y USO DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN (TIC) ENTRE ADOLESCENTES DE ARGENTINA", agosto 2011.</p> <p>En INFORME FINAL FH - UNICEF 2011 corregido.doc</p>
<p>1.3 Porcentaje de adultos de 15 a 49 años edad que tuvo relaciones sexuales con más de una pareja en los últimos 12 meses</p>	<p>No se reportará.</p>		<p>El país no considera que sea un aspecto a monitorear. No se considera que la cantidad de parejas sea el foco, sino más bien la protección.</p>

Indicador	Valor a reportar	Fuente	Observaciones
<p>1.4 Porcentaje de personas adultas de 15 a 49 años de edad que tuvo más de una pareja sexual en los últimos 12 meses y declara haber usado un preservativo durante la última relación sexual*</p>	<p>82,53%</p> <p>N: 615</p> <p>D: 745</p>	<p>Se repite el dato del informe anterior de fuente Jorge Raúl Jorrat, "Actitudes, información y conductas en relación con el VIH/SIDA en la población general - Argentina 2008" -... - de - Fondo Mundial, Buenos Aires, UBATEC 2008, con un pequeño ajuste de datos.</p> <p>No se han desarrollado nuevos estudios o encuestas representativas que den cuenta del indicador.</p> <p>Ver</p> <p>Jorge Raúl Jorrat 2008.xls</p>	<p>Se desea aclarar que el rango etario utilizado es de 15 a 54 años, ya que la encuesta de Jorrat no tiene apertura a 49 años.</p>
<p>1.5 Porcentaje de mujeres y varones de 15 a 49 años de edad que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados</p>	<p>21,05%</p> <p>N: 772</p> <p>D: 3.668</p>	<p>Se repite el dato del informe anterior de fuente Jorge Raúl Jorrat, "Actitudes, información y conductas en relación con el VIH/SIDA en la población general - Argentina 2008" Fondo Mundial, Buenos Aires, UBATEC 2008, con un pequeño ajuste de datos.</p> <p>No se han desarrollado nuevos estudios o encuestas representativas que den cuenta del indicador.</p> <p>Ver</p> <p>Jorge Raúl Jorrat 2008.xls</p>	<p>Se desea aclarar que el rango etario utilizado es de 15 a 54 años, ya que la encuesta de Jorrat no tiene apertura a 49 años.</p> <p>Del 51% que se realizó alguna vez el test, Jorrat aclara que el 41% fue en el último año y adicionalmente, que sólo el 3% no retiró los resultados.</p> <p>Existe una fuente alternativa, si bien no responde con exactitud a las directrices (no coincide con la definición del indicador por la franja etaria considerada), representa un valioso aporte. Estudio realizado por Fundación Huésped y UNICEF Argentina,</p> <p>"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN VIH Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (SSR) Y</p>

Indicador	Valor a reportar	Fuente	Observaciones
			<p>USO DE</p> <p>TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN (TIC) ENTRE ADOLESCENTES DE ARGENTINA” En el punto</p> <p>2.1.6 Testeo de VIH, se consigna que de 1100 casos, el 11% de los entrevistados se realizó el test alguna vez –no se pregunta en el último año- (16% en mujeres, por atravesar controles de embarazo). Más del 90% retiraron el resultado.</p> <p>Ver INFORME FINAL FH - UNICEF 2011 corregido.doc</p>
<p>1.6 Porcentaje de jóvenes de 15 a 24 años que viven con el VIH*</p>	<p>0,44%</p>	<p>Estimación de la Dirección Nacional de SIDA, tomar prevalencia de puérperas directamente. Las directrices señalan como numerador al número de personas de 15 a 24 que acude a centros de asistencia prenatal cuyos resultados de VIH son positivos, y al denominador, al número de personas de 15 a 24 años que acude a centros de asistencia prenatal que se sometió a la prueba de VIH.</p> <p>Ver página 5 en Resumen Ejecutivo Seroprevalencia.pdf</p>	<p>Si bien debería aplicarse sólo a mujeres, se aplica a ambos sexos por la inexistencia de datos en varones.</p>
<p><i>Trabajadores/as sexuales</i></p>			
<p>1.7 Porcentaje de trabajadores/as sexuales a los que le han llegado programas de prevención</p>	<p>89,7%</p> <p>N: 372</p>	<p>Se repite la fuente Equipo Multidisciplinario de Investigaciones en Género y Trabajo (EMIGT) CEIL-PIETTE /</p>	<p>Si bien en las directrices se considera alcanzada a la persona que contesta que sabe dónde realizarse el test</p>

Indicador	Valor a reportar	Fuente	Observaciones
	D: 415	<p>CONICET, Fondo Mundial, “Saberes y estrategias de las mujeres trabajadoras sexuales ante el VIH/SIDA y otras ITS, ESTUDIO SOCIAL EN TRABAJADORAS SEXUALES”</p> <p>Diciembre de 2007, con un pequeño ajuste.</p> <p>Ver en Estudio social trabajadoras sexuales.pdf</p>	<p>y que ha recibido preservativos en los últimos 12 meses y <u>en el estudio del fondo mundial la segunda pregunta no se considera</u>, se ha informado de esta manera. Asimismo este indicador está sesgado ya que la información se refiere sólo a trabajadoras sexuales mujeres y el 92 % de las encuestadas trabajan en la calle (cuando se estima que este tipo de modalidad de trabajo es aproximadamente un tercio de todas las trabajadoras sexuales –Jorrat-AMMAR)</p> <p>Ver presentación AMMAR en congreso de San Juan 2011</p> <p>Presentación San Juan 2011.ppt</p>
<p>1.8 Porcentaje de trabajadores/as sexuales que declara haber usado un preservativo con su último cliente</p>	<p>98,55%</p> <p>N:408</p> <p>D:414</p>	<p>Se repite la fuente Equipo Multidisciplinario de Investigaciones en Género y Trabajo (EMIGT) CEIL-PIETTE / CONICET, Fondo Mundial, “Saberes y estrategias de las mujeres trabajadoras sexuales ante el VIH/SIDA y otras ITS, ESTUDIO SOCIAL EN TRABAJADORAS SEXUALES” Diciembre de 2007.</p> <p>Ver en Estudio social trabajadoras sexuales.pdf</p>	<p>Ante falta de información más precisa, los datos corresponden al subgrupo de trabajadoras sexuales mujeres que ejercen en la calle. (cuando se estima que este tipo de modalidad de trabajo es aproximadamente un tercio de todas las trabajadoras sexuales –Jorrat-AMMAR) Ver Presentación San Juan 2011.ppt</p> <p>Se evaluó una fuente alternativa, aunque no cumple con los requisitos de la definición del indicador en cuanto al “último cliente”, se</p>

Indicador	Valor a reportar	Fuente	Observaciones
			<p>trata de H. SALOMÓN y M. A. Pando, “Determinación de la seroincidencia y resistencia de VIH en poblaciones HSH, TS, UD y embarazadas”. Octubre 2006-Septiembre 2008. En el estudio se indaga a TS hombres, mujeres y trans en relación al uso del preservativo con pareja estable y con clientes, lamentablemente sin especificar "en la última relación sexual".</p> <p>Ver Salomón subpoblaciones vulnerables.pdf</p>
<p>1.9 Porcentaje de trabajadores/as sexuales que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados</p>	<p>70,37% N: 292 D: 415</p>	<p>Se repite la fuente Equipo Multidisciplinario de Investigaciones en Género y Trabajo (EMIGT) CEIL-PIETTE / CONICET, Fondo Mundial, “Saberes y estrategias de las mujeres trabajadoras sexuales ante el VIH/SIDA y otras ITS, ESTUDIO SOCIAL EN TRABAJADORAS SEXUALES” Diciembre de 2007, con ajustes.</p> <p>Ver en Estudio social trabajadoras sexuales.pdf</p>	<p>Se toma en cuenta a quienes se hacen el test cada <u>3, 6 o 12 meses</u> y se toma como base a quienes se <u>testearon y recibieron</u> el resultado.</p> <p>Ante falta de información más precisa, los datos corresponden al subgrupo de trabajadoras sexuales mujeres que ejercen en la calle. (cuando se estima que este tipo de modalidad de trabajo es aproximadamente un tercio de todas las trabajadoras sexuales –Jorrat-AMMAR) Ver Presentación San Juan 2011.ppt</p>
<p>1.10 Porcentaje de trabajadores/as sexuales que vive con el VIH</p>	<p>5,41% TS TOTAL N: 74 D: 1368</p>	<p>Se repite la fuente utilizada, SALOMÓN y M. A. Pando, “Determinación de la seroincidencia y resistencia de VIH en poblaciones HSH, TS, UD y embarazadas”. Octubre 2006-Septiembre 2008.</p>	<p>La fuente del FM es más antigua pero es más representativa en términos de género. La fuente de AMMAR es más nueva, pero sólo de mujeres y llamativamente da</p>

Indicador	Valor a reportar	Fuente	Observaciones
	22,84% TS varones N: 53 D: 232 1,85% TS mujeres N: 21 D: 1136 27% TS Trans N: 30 D: 108	Ver Salomón subpoblaciones vulnerables.pdf	mayor al porcentaje hallado por el FM. Se evaluó como fuente alternativa los datos de AMMAR presentados en el congreso de San Juan 2011, Prevalencia de VIH/SIDA en MTS: 1,9%. Ver en Presentación San Juan 2011.ppt
<i>Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres</i>			
1.11 Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres al que le han llegado programas de prevención del VIH	Dato no disponible.	Las encuestas disponibles no captan exactamente lo que las directrices comprenden como alcanzados.	En la investigación Sara Barrón López, Micaela Libson, Renata Hiller, “Estudio social en hombres que tienen sexo con hombres (HSH)” Relevamiento 2007, realizada en el marco del Proyecto “Actividades de Apoyo para la Prevención y Control del VIH/Sida en Argentina” Ver en invHSH.pdf Se aportan algunos datos. Ver pág. 54. Cumple en parte la definición del indicador por la cual se deben realizar dos preguntas en la encuesta: -sabe dónde testearse? -recibió preservativos en los últimos 12 meses?

Indicador	Valor a reportar	Fuente	Observaciones
			<p>Esta segunda pregunta no se realiza por lo que se considera que no cumple con directrices.</p> <p>En otros estudios relativos a HSH no se indaga sobre alcance de programas de prevención.</p> <p>Por ejemplo ver Salomón subpoblaciones vulnerables.pdf</p>
<p>1.12 Porcentaje de varones que declara haber usado un preservativo durante su último coito anal con una pareja masculina</p>	<p>PAREJA ESTABLE</p> <p>59,8%</p> <p>N: 66</p> <p>D: 111</p> <p>PAREJA OCASIONAL</p> <p>90,2%</p> <p>N: 177</p> <p>D: 196</p>	<p>Se repite fuente de datos: Sara Barrón López, Micaela Libson, Renata Hiller, “Estudio social en hombres que tienen sexo con hombres (HSH)” Relevamiento 2007, realizada en el marco del Proyecto “Actividades de Apoyo para la Prevención y Control del VIH/Sida en Argentina”, con ajustes.</p> <p>Ver en invHSH.pdf</p>	<p>Tener en cuenta que el estudio no dice haber depurado del porcentaje a la pequeña proporción que tiene pareja estable mujer, lo que no coincidiría con la definición estricta del indicador, en cuanto a último coito anal con pareja masculina. (es sólo un 3,6%, que son 23 personas en el marco de pareja casual).</p> <p>Se evaluó como fuente alternativa a SALOMÓN y M. A. Pando, “Determinación de la seroincidencia y resistencia de VIH en poblaciones HSH, TS, UD y embarazadas”. Octubre 2006-Septiembre 2008. Aunque se capta uso de preservativo en parejas estables y casuales no se aclara el uso en el último coito anal.</p> <p>Ver Salomón subpoblaciones vulnerables.pdf</p>

Indicador	Valor a reportar	Fuente	Observaciones
<p>1.13 Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados</p>	<p>62%</p> <p>N: 189</p> <p>D: 307</p>	<p>Se repite fuente de datos: Sara Barrón López, Micaela Libson, Renata Hiller, “Estudio social en hombres que tienen sexo con hombres (HSH)” Relevamiento 2007, realizada en el marco del Proyecto “Actividades de Apoyo para la Prevención y Control del VIH/Sida en Argentina”, con ajustes.</p> <p>Ver en invHSH.pdf</p>	<p>Se consideró también otro estudio, Alex Carballo-Diéguez, Ph.D., et al (Protocolo # R01 MH73410) “Factores Asociados con Conductas de Alto Riesgo en Hombres que tienen Sexo con Hombres en Buenos Aires”, Proyecto financiado por: Instituto Nacional de Salud Mental.</p> <p>No se tomó en cuenta ya que por un lado no era una encuesta representativa nacional y por otro que si bien capta cantidad de veces que la persona se realizó la prueba, no toma en cuenta los últimos 12 meses. (muestra Links)</p> <p>Si bien son datos del área metropolitana de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se expone que el 52% nunca se hizo el test, el 20% se lo hizo sólo una vez y el 28% más de una vez. Se utilizó el método de muestreo Respondent Driven Sampling (RDS), para reclutar a personas de poblaciones “ocultas”. Duración del estudio: 4.5 años (Sep. 2005 a Feb. 2010), Primera Fase: Formativa (N=108), Segunda Fase: Evaluación Cuantitativa (N=500) Allí se aplicó el RDS.</p> <p>Es un interesante estudio. Ver Presentación Links 23112009 RDS</p>

Indicador	Valor a reportar	Fuente	Observaciones
			Nexo.ppt
1.14 Porcentaje de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que vive con el VIH	15,7%	<p>Fuente: -Nexo – Links, no representativo nacional (AMBA).</p> <p>Alex Carballo-Diéguez, Ph.D., et al (Protocolo # R01 MH73410) “Factores Asociados con Conductas de Alto Riesgo en Hombres que tienen Sexo con Hombres en Buenos Aires”, Proyecto financiado por: Instituto Nacional de Salud Mental.</p> <p>Año: 2005/2010, método RDS.</p> <p>Ver Presentación Links 23112009 RDS Nexo.ppt</p>	<p>Se evaluó la posibilidad de utilizar la fuente anterior, SALOMÓN y M. A. Pando, “Determinación de la seroincidencia y resistencia de VIH en poblaciones HSH, TS, UD y embarazadas”. Octubre 2006- Septiembre 2008.</p> <p>Ver Salomón subpoblaciones vulnerables.pdf</p> <p>Si bien el estudio del FM dice ser representativo nacional, el 98,1% está en Bs As, por lo que el dato de Nexo-Links, que se sabe que es Área Metropolitana de Buenos Aires, es más actual, por el método capta más población oculta y se consideró más representativo. (dato validado en forma colectiva por Gobierno y Sociedad Civil)</p>
<p><u>Objetivo 2.</u></p> <p><u>Reducir en un 50% la transmisión del VIH entre los consumidores de drogas inyectables para el 2015</u></p>			
2.1 Número de jeringas que distribuyen los programas de agujas y jeringas por usuario de drogas inyectables por año	Dato no disponible.		<p>No se reportará por no existir estudios específicos. El país no prioriza estudios en esta subpoblación por no considerarse una vía de transmisión preocupante. En el país se consideran casos aislados.</p>

Indicador	Valor a reportar	Fuente	Observaciones
<p>2.2 Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado un preservativo durante su última relación sexual</p>	<p>Dato no disponible.</p>		<p>En realidad la definición del indicador en las directrices habla de consumo de drogas <u>inyectables</u>, cuando en las fuentes de datos disponibles, por ejemplo SALOMÓN y M. A. Pando, “Determinación de la seroincidencia y resistencia de VIH en poblaciones HSH, TS, UD y embarazadas”. Octubre 2006- Septiembre 2008.</p> <p>Se habla que sólo el 7,8% refirió usar este tipo de drogas alguna vez, y el 3,7% en el último año. Es muy poco representativo para lo que se pide. Adicionalmente se solicita que se considere el último mes (inyectado drogas y hayan tenido sexo), para luego preguntarles por el uso del preservativo y no es la forma en que se realizó el estudio nacional.</p> <p>Bajo estas condiciones se había reportado de Pareja estable: 27,2% (146/536)</p> <p>Pareja Ocasional: 64,3% (182/283)</p> <p>Se validó entre los actores clave no reportar el mismo</p> <p>Ver Salomón subpoblaciones vulnerables.pdf</p> <p>Página 38</p>
<p>2.3 Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que declara haber usado un</p>	<p>Dato no disponible.</p>		<p>No hay estudios específicos en usuarios</p>

Indicador	Valor a reportar	Fuente	Observaciones
<p>equipo de inyección estéril la última vez que se inyectó</p>			<p>de drogas inyectables recientes ni representativos, tal como piden las directrices del reporte.</p> <p>Se evaluó como fuente al estudio Fondo Mundial, 2008. "Los usuarios de drogas y el riesgo de transmisión del VIH/sida" De Ana María Mendes Diz, Ana Clara Camarotti y Patricia Schwarz, Instituto de Investigaciones Gino Germani. Fondo Mundial.</p> <p>Si bien se había relevado en el mismo que 90,67% de los encuestados declaraba haber usado equipo estéril la última vez que se inyectó, se descartó el estudio ya que se menciona que "Se trabajó con un muestreo intencional y la cantidad de casos realizados en cada una de las ciudades se determinó a partir de la información proveniente de la Línea de Base sobre usuarios de drogas (2003). Cabe la salvedad de que, si bien se realiza un análisis comparativo, la población del estudio anterior estaba constituida por usuarios de drogas por vía inyectable (UDI), mientras que sólo el 22% (79 casos) de la población del estudio actual tiene esta condición."</p> <p>En la página 23 se detalla que en los</p>

Indicador	Valor a reportar	Fuente	Observaciones
			<p>últimos años, tanto a escala nacional como internacional, la tendencia en el consumo de drogas por vía inyectable muestra un marcado descenso.</p> <p>Adicionalmente se pregunta la última vez que usó jeringa, independientemente de y se pide en las directrices que sea durante el <u>último mes</u>.</p> <p>Ver invud.pdf</p> <p>Se revisaron otras fuentes que tampoco cumplían la definición como son:</p> <ul style="list-style-type: none"> -presentación de Intercambios Asociación Civil, congreso de San Juan 2011, estudio de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA, con datos de proporción de mujeres y hombres, por ej en página 7, pero no cuantificados en general, ver: 2011 Saisida San Juan agosto 2011.ppt - SALOMÓN y M. A. Pando, "Determinación de la seroincidencia y resistencia de VIH en poblaciones HSH, TS, UD y embarazadas". Octubre 2006- Septiembre 2008. Donde en la página 37, se detalla que, un 35% usó material estéril y al menos el 50% comparte equipo de inyección, aunque la pregunta no es la última vez que se inyectó sino en el

Indicador	Valor a reportar	Fuente	Observaciones
			<p>último año.</p> <p>Ver Salomón subpoblaciones vulnerables.pdf</p> <p>Se validó en forma colectiva la no utilización de estas fuentes de datos.</p>
<p>2.4 Porcentaje de consumidores de drogas inyectables que se sometió a una prueba del VIH en los últimos 12 meses y conoce los resultados</p>	<p>Dato no disponible.</p>		<p>Existe para esta subpoblación vulnerable el estudio Fondo Mundial, 2008, "Los usuarios de drogas y el riesgo de transmisión del VIH/sida" de Ana María Mendes Diz, Ana Clara Camarotti y Patricia Schwarz, Instituto de Investigaciones Gino Germani. Fondo Mundial.</p> <p>Ver invud.pdf</p> <p>No se reporta por no coincidir con las pautas de las directrices. En el mismo se informaba el porcentaje de UD que se realizaron alguna vez la prueba del VIH (56,1%), pero no se capta el periodo de últimos 12 meses ni se indaga si conocen los resultados.</p> <p>Adicionalmente, al universo de usuarios de drogas considerado habría que depurarle los casos de UD no inyectables ya que se aclara en este estudio que sólo el 22% (79 casos) de la población encuestada tiene la condición de ser usuario de drogas inyectables (UDI). De los UD en general que se realizaron la prueba (56,1%), lo hicieron en</p>

Indicador	Valor a reportar	Fuente	Observaciones
			<p>mayor proporción las mujeres (más habituadas a tener contacto con el mundo hospitalario) y los de mayor nivel de instrucción. En ambos estudios son los menores de 25 años los que en menor proporción se hicieron la prueba. Casi la totalidad de los que se realizaron la prueba del VIH (tanto en el estudio 2008 como en el 2003) fueron a buscar el resultado. Los pocos casos que no lo han hecho son en su mayor parte hombres y las personas más jóvenes.</p> <p>Se validó en forma colectiva la no utilización de esta fuente de datos.</p>
<p>2.5 Porcentaje de usuarios de drogas inyectables que vive con el VIH</p>	<p>Dato no disponible.</p>		<p>No se reporta ya que las fuentes de datos disponibles no cumplen con exactitud con la definición del indicador.</p> <p>Se evaluó la fuente:</p> <p>-SALOMÓN y M. A. Pando, "Determinación de la seroincidencia y resistencia de VIH en poblaciones HSH, TS, UD y embarazadas". Octubre 2006-Septiembre 2008.</p> <p>Ver Salomón subpoblaciones vulnerables.pdf</p> <p>En el mismo se detalla el dato del 4,8% (31/647) La apertura NO UDI y UDI fue: NO UDI 5,3% y UDI 11,90%.</p>

Indicador	Valor a reportar	Fuente	Observaciones
			<p>El dato total tomaba la mayoría de usuarios de drogas en <u>general</u>, no exclusivamente inyectables (sólo el 8,7%) y, en el caso de los UDI, se tomaba inyectable alguna vez en la vida, no consideraba los últimos 12 meses (el 61,1% de los UDI ya no realizaba la práctica hacía más de 3 años). Tener en cuenta que aproximadamente el 3,7% son UDI del último año.</p> <p>-Existe una fuente alternativa, un estudio no representativo nacional sino local de área metropolitana de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de Diana Rossi, Intercambios Asociación Civil, Facultad de Ciencias Sociales - UBA, presentada en el III Congreso Nacional de SIDA, San Juan, agosto 2011, donde en una muestra de 140 UDI/35 parejas UDI, confirmando el descenso en el uso y la frecuencia de uso de drogas inyectables, se calcula la prevalencia total local en 5,3% (N 581, mujeres 3,4% y varones 6,3%). Ver 2011 Saisida San Juan agosto 2011.ppt</p> <p>En la reunión presencial de validación se decidió no reportar el indicador y se discutió la importancia de enfocarse en los</p>

Indicador	Valor a reportar	Fuente	Observaciones
			usuarios de drogas en general, información aportada en el ICPN B.
<p><u>Objetivo 3.</u></p> <p><u>Eliminar la transmisión materno-infantil del VIH para el 2015 y reducir sustancialmente el número de muertes maternas relacionadas con el sida</u></p>			
<p>3.1 Porcentaje de embarazadas seropositivas que reciben medicamentos antirretrovíricos para reducir el riesgo de la transmisión materno-infantil</p>	<p>82,9%</p> <p>N: 708</p> <p>D: 854</p>	<p>Boletín epidemiológico de Dirección Nacional de SIDA N° 28, página 31 Diciembre de 2011.</p> <p>Ver boletin-epidemiologico-2011.pdf</p>	<p>Muestra de 2009 - 2010: Sobre-representación del área metropolitana. Datos reales de ficha de notificación de partos de mujeres con VIH en Hospitales Públicos.</p> <p>La fuente de datos fue seleccionada por ser la más representativa, si bien no cumple exactamente con las directrices. El número total de embarazadas 854, corresponde a todos los casos de embarazadas seropositivas informados para el periodo 2009/2010, desde los programas jurisdiccionales.</p> <p>Más del 82% de las mujeres recibieron profilaxis con antirretrovirales durante el embarazo (tabla 28). Dentro del 16% que no realizó profilaxis prenatal, se incluye al 8,68% que recibió su diagnóstico de VIH durante el trabajo de parto o en el puerperio. Si solo tomamos a la población con diagnóstico de VIH previo al parto, el</p>

Indicador	Valor a reportar	Fuente	Observaciones
			<p>92,26% recibió profilaxis prenatal con antirretrovirales.</p> <p>Durante el año 2008 se ha fortalecido el sistema de notificación de casos captando datos adicionales para poder realizar esta estimación. Si bien son más las jurisdicciones que informan estos datos, aún resta mucho por realizar para obtener información completa y representativa nacional.</p> <p>Se descartaron otras estimaciones y cálculos, incluyendo Spectrum, datos del boletín de la Ciudad de Buenos Aires, Ver sit epidemiologica vih - sida caba oct 2011.pdf, etc., por considerarse menos representativos de la realidad que el dato nacional sobre registros de casos reales (aunque incompleto)</p>
3.2 Porcentaje de niños que nacen de madres infectadas por el VIH y que reciben un test virológico de VIH dentro de los dos primeros meses desde el nacimiento	69,60% N:190 D:273	Datos de la CABA (2010/2011) - Se destaca que el indicador capta área metropolitana de Bs As (reciben muestras de 12 hospitales) Galera Libro Resúmenes Congreso San Juan.pdf Página 94 Abstract 0229/ La fuente utilizada es la presentación de AM Cañizal, F González, S Fernández Giuliano, I Zapiola, MB Bouzas "Edad del niño al momento del diagnóstico de HIV por transmisión vertical.	El estudio presentado como fuente de datos tuvo por objetivo evaluar la edad de los niños al momento del diagnóstico siguiendo el algoritmo incorporado en las recomendaciones del 2002 y 2004 del GCBA, para el diagnóstico precoz de la transmisión vertical del HIV-1. Es de destacar que los datos son únicamente del área metropolitana de la Ciudad de Buenos

Indicador	Valor a reportar	Fuente	Observaciones
		Experiencia de diez años en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires", Hospital de Enfermedades Infecciosas Dr. F. J. Muñiz, CABA, Argentina.	Aires (muestras de 12 hospitales públicos). Se trata de 63 niños que lo recibieron hasta los 7 días, 77 niños de los 8 a los 30 días y 50 niños de 31 a 60 días después del nacimiento. 83 niños fueron estudiados entre los 2 y los 6 meses. De los 273 niños estudiados, 6 resultaron positivos.
3.3 Transmisión materno-infantil del VIH (modelada)	4,38% N: 52 D: 1.187 (2009)	Datos de notificaciones de laboratorios: -Garrahan -CNRS UBA (para todo el país) -S.M. Ludovica La Plata -Posadas -Muñiz -Córdoba -CNR Pcia. Bs. As Ver TV.xls	En principio no habría un dato representativo a nivel nacional, sino datos locales. Se está armando una cohorte de niños expuestos a nivel nacional para un mejor seguimiento Adicionalmente se evaluó el dato publicado en "Situación de niños, niñas y adolescentes con VIH en Argentina" Unicef, DSYETS, OPS, Ver Anexo II - Unicef VIH.pdf Aunque no se alineaba con lo solicitado.
<u>Objetivo 4.</u> <u>Lograr que 15 millones de personas que viven con el VIH sigan un tratamiento antirretrovírico para 2015</u>			
4.1 Porcentaje de adultos y niños elegibles que actualmente recibe terapia antirretrovírica	72% N: 46.000 D: 63.800	Dirección Nacional de SIDA y ETS (2010) Ver Cobertura.xls	Dado que la estimación con Spectrum no está concluida es posible que este indicador sufra algún cambio en los próximos meses.

Indicador	Valor a reportar	Fuente	Observaciones
4.2 Porcentaje de adultos y niños con el VIH que se sabe que continúan con el tratamiento 12 meses después de empezar la terapia antirretrovírica	Dato no disponible.		No se reportará ya que no hay datos cerrados aún, aunque se comenzó en enero 2011 a tomar registro.
<u>Objetivo 5.</u> <u>Reducir al 50% el número de muertes por tuberculosis entre las personas que viven con el VIH para el 2015</u>			
5.1 Porcentaje estimado de los casos de incidencia de personas seropositivas que padecen TB, que recibe tratamiento tanto para la TB como para el VIH	Dato no disponible.		<p>La estimación de WHO para la cantidad de personas TB-HIV positivas es de 760 personas (0.76 por mil). No se ha podido determinar el numerador, es decir la cantidad de personas con VIH en tratamiento con antituberculostáticos. Resulta complejo calcular la cantidad de personas en tratamiento, ya que se compra y entrega en distintas dependencias. En Hospitales, Provincias, también se adquieren. Adicionalmente, Farmacia de la DSYETS entrega distintas fórmulas en el tiempo para una misma persona, por lo que es dificultoso calcular personas a partir de dosis.</p> <p>https://extranet.who.int/sree/Reports?op=Report&name=%2FWHO_HQ_Reports%2FG2%2FPROD%2FEXT%2FTBCountryProfile&ISO2=AR&outtype=html</p>

Indicador	Valor a reportar	Fuente	Observaciones
<p><u>Objetivo 6.</u></p> <p><u>Alcanzar un nivel significativo de inversiones por año a nivel mundial (22.000-24.000 millones de dólares estadounidenses) en los países de ingresos bajos y Medios</u></p>	Reportado on line	Ver Argentina 2012_GARPR_6-1_spa.xls MEGAS 15 11 11.pdf MEGAS Informe Final 20 01 2012.pdf	
<p><u>Objetivo 7.</u></p> <p><u>Facilitadores y sinergias esenciales con los sectores de desarrollo</u></p>			
<p>7.1 Instrumentos de observación de los compromisos y las políticas nacionales (prevención, tratamiento, atención y apoyo, derechos humanos, participación de la sociedad civil, cuestiones de género, programas en el lugar de trabajo, estigma y discriminación y vigilancia y evaluación)</p>	Reportado on line	Ver ICPN parte A: NCPI 2012-02-24 PARTE A.doc ICON parte B: NCPI B Compilado total.doc NCPI acordado.doc	
<p>7.2 Proporción de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años que alguna vez estuvieron casadas o tuvieron pareja, y que experimentaron violencia física o sexual por parte de una pareja íntima de sexo masculino en los últimos 12 meses</p>	Dato no disponible.		Si bien se ha indagado en el "Programa Las Víctimas contra Las Violencias", del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos Presidencia de la Nación (datos locales de CABA), la Brigada móvil de auxilio contra la violencia de género, la Oficina de Violencia Doméstica de la Corte Suprema de Justicia de la Nación (datos de CABA), y el Registro Unificado en la Comisión Nacional de la Mujer, no se han podido relevar datos que coincidan con la definición del indicador. Además la disponibilidad de datos, aunque no

Indicador	Valor a reportar	Fuente	Observaciones
			<p>específicos, se encuentran únicamente para la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la información no capta si han estado en pareja alguna vez, ni si la violencia es por parte de una pareja íntima, ni hay cortes a los últimos 12 meses.</p> <p>En el caso del Ministerio de Justicia, Equipo de Brigada Móvil de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (Datos de 2011), se encuentran registros no de personas, sino de llamadas y no se desagrega por género (en el caso de la Brigada Móvil, hubo 14.434 llamadas de las cuales 9505 fueron realizadas por la víctima) . De las llamadas pueden derivarse o no visitas del móvil al lugar de los hechos. Sobre un total de 4.253 víctimas atendidas por la Brigada Móvil de Atención a Víctimas de Violencia Familiar en el 2011, 2.936 son femeninas. De este total de 2.936 víctimas femeninas, 1.367 han sufrido violencias por parte de sus parejas y/o ex parejas. Lo que no significa que las víctimas femeninas restantes no estén o hayan estado en pareja, sino que el vínculo con el/la agresor/a es otro/a. Si bien la relación se establece sobre un total de víctimas</p>

Indicador	Valor a reportar	Fuente	Observaciones
			<p>femeninas, que incluiría a niñas, no hay registro de víctimas menores a 15 años con vínculos de pareja. Reiteramos que si bien la relación se establece sobre un total de víctimas femeninas, que incluiría a niñas, no tenemos registro de víctimas menores de 15 años cuyo agresor sea la pareja, por lo tanto sería adecuado aplicar la cifra de 1.367 víctimas de sus parejas o ex parejas, a un rango etario de 16 años en adelante. Por todas las limitaciones de cálculo y falta de representatividad nacional, se ha decidido no reportar el indicador.</p> <p>Ver</p> <p>Min Jus Brigada Móvil estad 2011 08.pdf</p> <p>http://www.csjn.gov.ar/docus/documentos/cons_temaovd.jsp?temaID=K186</p> <p>OVD Estadísticas verdoc.jsp.pdf</p> <p>Y datos recibidos por correo electrónico disponibles en Indicadores Documento de Trabajo.docx</p>
7.3 Asistencia escolar actual por parte de huérfanos y no huérfanos de 10 a 14 años de edad	Dato no disponible.		Segue sin haber captación de escolaridad.
7.4 Proporción de los hogares más pobres que recibieron apoyo económico en los últimos tres meses	Dato no disponible.		No hay datos de asistencia económica (que sí capta EPH) para hogares afectados por el VIH - SIDA, se decide

Indicador	Valor a reportar	Fuente	Observaciones
			no informar.

Ver indicadores comparados con reporte 2010 en:

[DSYETS - Presentaciones 2012.ppt](#)

Ver proceso de comparación y análisis de fuentes alternativas en:

[Indicadores Documento de Trabajo.docx](#)

II. Panorama general de la epidemia de sida

Situación detallada de la epidemia de VIH en el país:⁵

La respuesta de la Argentina a la epidemia de VIH a través de la distribución de preservativos, incremento del acceso al diagnóstico y tratamiento, mejora en la atención y reducción de la discriminación, han provocado una sustantiva reducción de casos y defunciones por SIDA y en la transmisión vertical (madre-hijo).

La epidemia en Argentina, similar a casi todos los países latinoamericanos se considera estabilizada teniendo en cuenta la ocurrencia de nuevas infecciones, el perfil y la cantidad de personas con VIH en un sistema de notificación cada vez más eficiente. Cada año, el Ministerio de Salud de la Nación recibe notificaciones de alrededor de 5.500 nuevos diagnósticos de infección por VIH. La tasa anual de infección por VIH se ubicó en un valor de 12 por 100 mil habitantes.

Argentina sigue teniendo una epidemia concentrada respondiendo a la definición donde la proporción de personas infectadas en la población joven y adulta es menor al 1%, pero mayor al 5% en algunos subgrupos particularmente vulnerables a contraer VIH.

Los estudios de prevalencia desarrollados en los últimos años indican que aproximadamente el 0,4% de las personas mayores de 15 años estarían infectadas con el VIH, pero que esta proporción aumenta al 12% entre los varones que tienen sexo con otros varones (más allá de su identidad de género o sexual), al 5% entre trabajadoras/es sexuales y alcanzaría el 34% entre las personas transgénero. Asimismo se puede estimar que en la Argentina viven hoy alrededor de 130 mil personas infectadas por el VIH, la mitad de las cuales conoce su condición y, de estas, el 69% es atendida por el sistema público de salud.

Además, a partir de casos por la notificación de los Servicios de Salud se obtiene una tasa de casos de sida de 3,9 por 100 mil habitantes y a partir de la cantidad de muertes por sida se calcula una tasa de mortalidad del 3,5 por 100 mil habitantes.

La epidemia sigue concentrada en los grandes aglomerados urbanos de todas las jurisdicciones.

Las relaciones sexuales desprotegidas siguen siendo la principal vía de transmisión del virus con un 89% en las mujeres y un 86% en los varones.

Continúan descendiendo las transmisiones por uso compartido de material para consumo de drogas inyectables y los diagnósticos de infección por transmisión vertical.

⁵ Todo el reporte en general se ha basado en información publicada en el Boletín sobre el VIH –SIDA en la Argentina, Nº 28, Diciembre de 2011. Elaborado por la Dirección Nacional de SIDA y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. DSyETS.

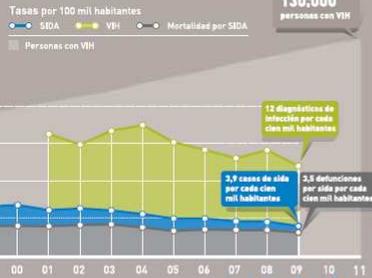
A través de los años

VIH EN ARGENTINA

En 30 años de la epidemia se dieron importantes avances en la respuesta: distribución gratuita de preservativos, aumento en el acceso al diagnóstico y a los tratamientos, mejora en la calidad de atención y reducción del estigma y la discriminación. Como resultado se redujeron notablemente los casos y las defunciones por sida así como la transmisión madre-hijo.

EPIDEMIA ESTABILIZADA

La evolución de los indicadores en los últimos cinco años da cuenta de una epidemia estabilizada en cuanto a la ocurrencia de nuevas infecciones, al perfil y la cantidad de personas con VIH.



130,000 personas con VIH

HITOS DE LA EPIDEMIA

1982 1º caso de Sida reportado

1985 1º test para realizar diagnóstico de VIH

1990 Ley Nacional de Sida 23.798

1992 Creación del "Programa Nacional de Lucha Contra los Retrovirus Humanos"

1996 Introducción de los tratamientos antirretrovirales de alta eficacia

1995 Implementación de estrategias efectivas para prevenir la transmisión vertical

NIÑOS NOTIFICADOS CON VIH POR TRANSMISIÓN VERTICAL

1995 329 niños

2008 79 niños

2001 LEY 26.843 Obligación del ofrecimiento del test de VIH a toda mujer embarazada

Comienza la notificación obligatoria de diagnósticos de VIH

2008 Se producen 5,500 nuevos diagnósticos cada año

2008 La Dirección de Sida y ETS comienza a comprar y distribuir preservativos de forma sistemática

2008 360 Centros fijos de distribución gratuita

2010 1503 Centros fijos de distribución gratuita

2011 2533 Centros fijos de distribución gratuita

45 millones de preservativos distribuidos por el Ministerio de Salud

CASOS NOTIFICADOS 2001-2010

55,000 Diagnósticos de infección por VIH

LA EPIDEMIA DEL VIH HOY

Se estima que 4 de cada 1,000 adultos tienen VIH.



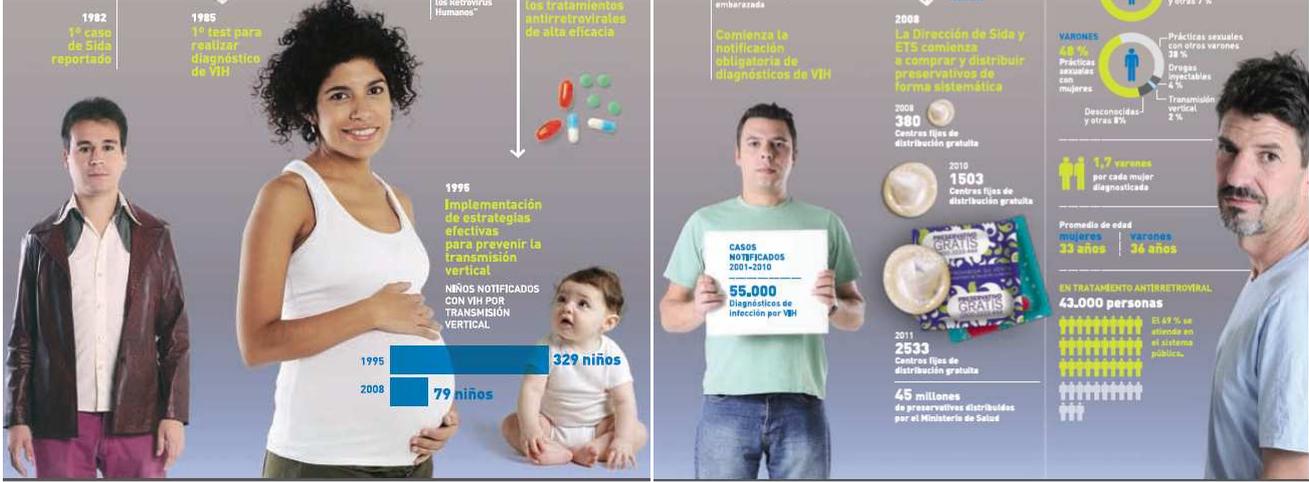
DE LOS NUEVOS DIAGNÓSTICOS ANUALES VÍAS DE TRANSMISIÓN



Promedio de edad

mujeres 33 años | varones 36 años

EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL



Resumen de indicadores epidemiológicos de VIH-sida en Argentina

	Población 2010		Diagnósticos acumulados de infección por VIH 2001-2010		Tasa de VIH x 100 mil habitantes 2008-2009	Tasa de mortalidad por sida x 100 mil habitantes 2009	Cantidad de personas con medicación suministrada por la DSyETS a junio de 2011	
Total	40.117.096	100,0%	54.418	100,0%	12,0	3,5	31.854	100,0%
CABA	2.890.151	7,2%	8.871	16,3%	23,4	6,0	11.667	36,6%
Buenos Aires	15.625.084	38,9%	24.573	45,2%	11,3	4,7	10.164	31,9%
24 partidos del GBA	9.916.715	24,7%	16.749	30,8%	10,7	5,7	-	-
Resto provincia BA	5.708.369	14,2%	7.824	14,4%	12,2	2,9	-	-
Catamarca	367.828	0,9%	220	0,4%	9,9	1,3	101	0,3%
Chaco	1.055.259	2,6%	405	0,7%	5,3	1,8	215	0,7%
Chubut	509.108	1,3%	701	1,3%	10,4	1,5	380	1,2%
Córdoba	3.308.876	8,2%	3.937	7,2%	13,6	1,1	1.600	5,0%
Corrientes	992.595	2,5%	628	1,2%	6,6	4,9	250	0,8%
Entre Ríos	1.235.994	3,1%	902	1,7%	6,2	1,6	390	1,2%
Formosa	530.162	1,3%	227	0,4%	3,2	2,2	75	0,2%
Jujuy	673.307	1,7%	881	1,6%	15,2	2,9	212	0,7%
La Pampa	318.951	0,8%	218	0,4%	9,5	1,8	87	0,3%
La Rioja	333.642	0,8%	372	0,7%	17,0	0,6	150	0,5%
Mendoza	1.738.929	4,3%	1.218	2,2%	8,7	1,9	455	1,4%
Misiones	1.101.593	2,7%	1.158	2,1%	11,8	3,0	420	1,3%
Neuquén	551.266	1,4%	817	1,5%	13,1	2,9	282	0,9%
Río Negro	638.645	1,6%	664	1,2%	10,6	2,3	250	0,8%
Salta	1.214.441	3,0%	1.567	2,9%	16,5	4,3	370	1,2%
San Juan	681.055	1,7%	480	0,9%	12,2	2,6	198	0,6%
San Luis	432.310	1,1%	360	0,7%	10,3	2,9	170	0,5%
Santa Cruz	273.964	0,7%	315	0,6%	15,8	0,4	112	0,4%
Santa Fe	3.194.537	8,0%	2.982	5,5%	11,5	3,1	3.250	10,2%
Santiago del Estero	874.006	2,2%	495	0,9%	5,0	2,1	170	0,5%
Tierra del Fuego	127.205	0,3%	230	0,4%	16,1	3,1	56	0,2%
Tucumán	1.448.188	3,6%	1.315	2,4%	10,7	1,7	390	1,2%

Tomando:

Tasa de VIH	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de diagn}^\circ \text{sticos de VIH durante un a}^\circ \text{ en un lugar determinado}}{\text{Poblaci}^\circ \text{ en ese lugar a mediados de ese a}^\circ}$	x 100 mil
Tasa de sida	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de casos de sida durante un a}^\circ \text{ en un lugar determinado}}{\text{Poblaci}^\circ \text{ en ese lugar a mediados de ese a}^\circ}$	x 100 mil

La DSYETS tiene registros de 42.185 casos de sida diagnosticados entre los años 1991 y 2010, y de 54.418 casos de VIH diagnosticados entre 2001 y 2010.

La fuente de datos para construir los numeradores de las tasas son los casos reportados por los servicios de salud y para los denominadores se utilizan las poblaciones censadas o proyectadas (para los años intercensales) del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INDEC).

A diferencia de la tasa de sida, la tasa de diagnósticos de VIH está afectada por el acceso diferencial que puedan tener distintas subpoblaciones a las pruebas diagnósticas. Por ejemplo, la oferta universal del test a las mujeres embarazadas ha producido una disminución de la razón varón/mujer, situación que podría modificarse si se universalizara la oferta de la prueba a las parejas masculinas de esas mujeres. Las tasas de sida, por el contrario, no se ven tan afectadas por esta situación, dado que suponen la presencia de alguna patología que requiere intervención médica, lo cual ocurre de modo semejante en ambos sexos. No obstante, debe tenerse presente que la tasa de sida ha ido perdiendo valor como indicador epidemiológico en países como la Argentina, donde se ha universalizado el acceso gratuito a los tratamientos antirretrovirales.

La tasa de diagnósticos notificados de VIH –de aquí en adelante tasa de VIH– se ubicó en un valor de 12,0 por 100 mil habitantes en el año 2009. De los 4.777 diagnósticos notificados para ese año, el 63,8% correspondió a varones y el 36,2% a mujeres. Además, ese año los servicios de salud reportaron 1.544 casos de sida, que representaron una tasa del 3,9 por 100 mil habitantes, aquí se exponen las mismas:

Casos y tasas de Sida y VIH por 100 mil habitantes según año de diagnóstico, Argentina 1990-2010

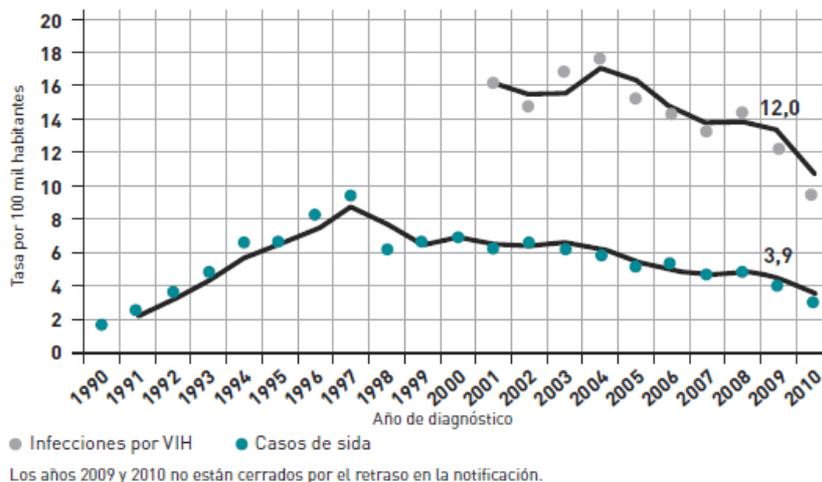
Tabla 1. Casos y tasas de sida y VIH por 100 mil habitantes según año de diagnóstico, Argentina 1990-2010

Año	Sida		VIH	
	Tasa x 100 mil hab	Casos	Tasa x 100 mil hab	Casos
1990	1,7	559	-	-
1991	2,4	791	-	-
1992	3,6	1.212	-	-
1993	4,8	1.613	-	-
1994	6,6	2.278	-	-
1995	6,7	2.341	-	-
1996	8,2	2.900	-	-
1997	9,3	3.302	-	-
1998	6,1	2.184	-	-
1999	6,6	2.395	-	-
2000	6,8	2.493	-	-
2001	6,2	2.258	16,1	5.839
2002	6,5	2.373	14,7	5.402
2003	6,2	2.291	16,7	6.184
2004	5,7	2.142	17,5	6.575
2005	5,1	1.944	15,1	5.731
2006	5,1	1.969	14,2	5.458
2007	4,6	1.785	13,2	5.131
2008	4,8	1.901	14,2	5.560
2009 *	3,9	1.544	12,0	4.777
2010 *	3,0	1.194	9,4	3.761

* Años no cerrados por el retraso en la notificación.

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

Gráfico 1. Tendencia en las tasas de infección por VIH y casos de sida por 100 mil habitantes, Argentina 1990-2010



La tasa de VIH específica para varones supera a la de mujeres en todo el período observado.

Tabla 2. Tasa de VIH por 100 mil habitantes por sexo y razón varón /mujer, Argentina 2001-2010

Año	Tasa		Razón
	Varones	Mujeres	Varón/Mujer
2001	21,3	11,1	1,8
2002	19,3	10,4	1,8
2003	21,2	12,4	1,6
2004	21,8	13,4	1,5
2005	19,0	11,3	1,6
2006	18,1	10,6	1,6
2007	17,2	9,4	1,7
2008	18,1	10,4	1,6
2009 *	15,8	8,5	1,8
2010 *	12,2	6,7	1,7

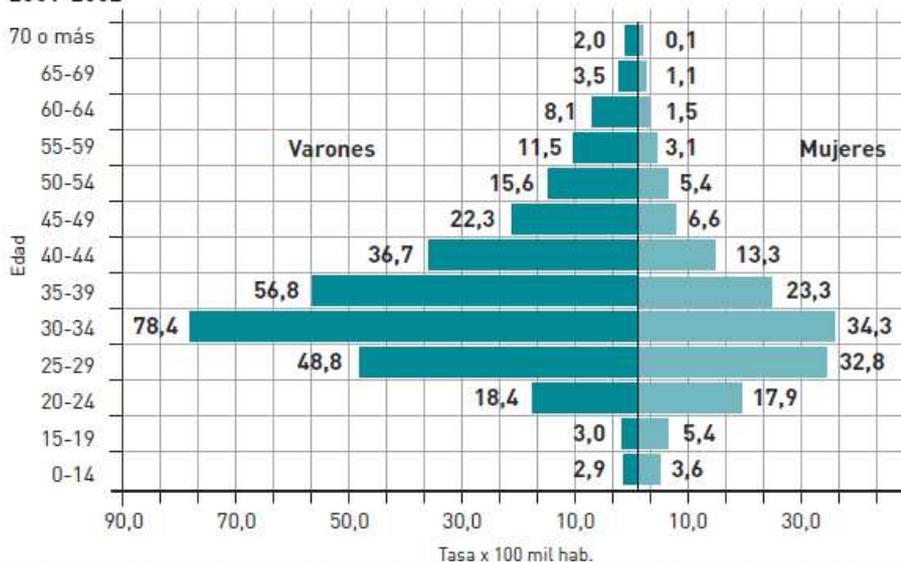
* Años no cerrados por el retraso en la notificación.

En el año 2009 la tasa para varones fue de 15,8 por cien mil y para mujeres de 8,5 por cien mil, mientras que la razón de sexos ese año fue de 1,8 varones por cada mujer diagnosticada. Se observa que la tasa de VIH para los varones fue la que sufrió mayores modificaciones desde el inicio de la notificación obligatoria hasta el año 2009.

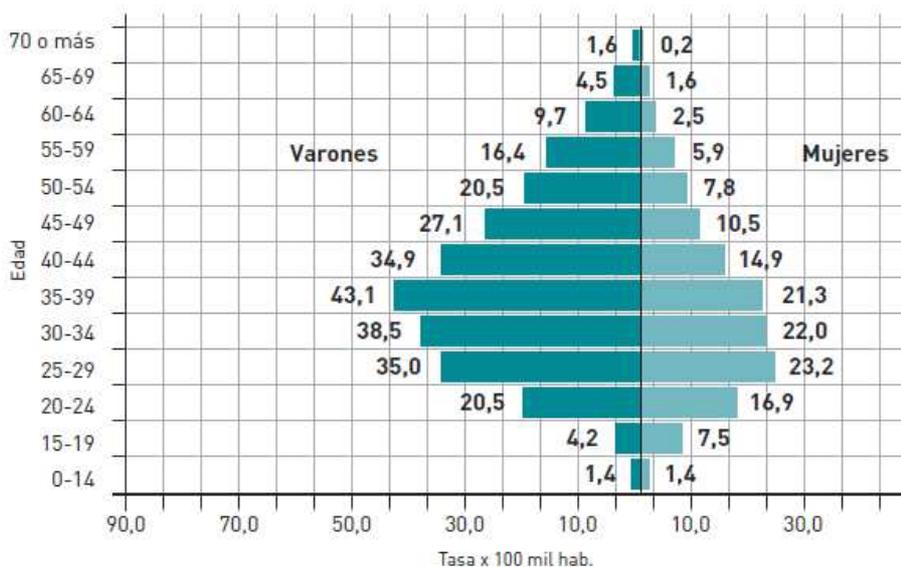
En el Gráfico 2 se comparan las tasas de diagnósticos de VIH por sexo e intervalos de edad al comienzo y al final de la década del 2000. La principal incidencia de diagnósticos para el período 2001-2002 correspondió al intervalo 30-34 años en ambos sexos, en tanto que en el período 2008-2009, la mayor incidencia de diagnósticos en varones se registró en el intervalo 35-39 y, en mujeres, casi por igual entre los grupos 25-29, 30-34 y 35-39 años. Si bien la tasa de VIH entre varones supera a la de mujeres en cada uno de los años analizados, al desagregar por intervalos de edad se puede observar que la tasa en mujeres de 15 a 19 años es mayor que la de varones, situación que podría deberse al mayor acceso al diagnóstico de las mujeres durante los controles prenatales.

Gráfico 2. Tasas de VIH por 100 mil habitantes por sexo y grupo de edad, Argentina

2001-2002



2008-2009



Para analizar la tendencia de las tasas de VIH en el nivel subregional, se clasifican las 24 jurisdicciones del país en siete categorías:

- CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- GBA: 24 partidos del conurbano bonaerense (INDEC, 2005).
- Centro: 111 partidos restantes de la provincia de Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos y Santa Fe.
- NEA: Corrientes, Chaco, Formosa y Misiones.
- NOA: Catamarca, Jujuy, Salta, Santiago del Estero y Tucumán.
- Cuyo: La Rioja, Mendoza, San Juan y San Luis.
- Patagonia: Chubut, La Pampa, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz y Tierra del Fuego.

En el nivel regional, continúan en descenso las tasas en CABA y en el GBA, las que se ubican en 2009 en 23,4 y 10,7 por 100 mil habitantes respectivamente. El resto de las regiones presenta tasas estables. La tasa de CABA duplica a la del resto de las jurisdicciones, incluyendo al GBA (Tabla 3).

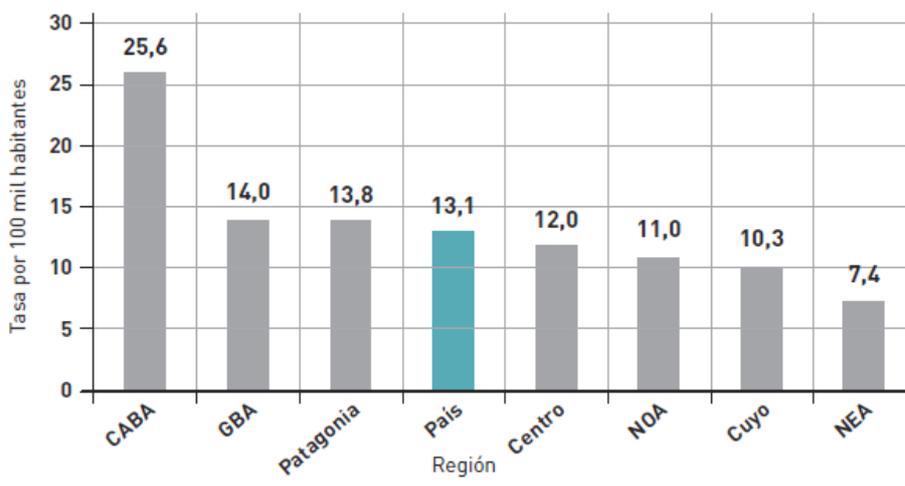
Tabla 3. Tasa de VIH por 100 mil habitantes por región y año de diagnóstico, Argentina 2001-2009

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009 *
País	16,1	14,7	16,7	17,5	15,1	14,2	13,2	14,2	12,0
CABA	43,0	34,3	39,7	40,6	33,1	30,1	27,0	26,5	23,4
GBA	24,7	22,5	23,6	24,5	19,3	18,3	15,8	15,3	10,7
Centro	12,0	10,7	12,6	14,6	14,5	12,2	11,2	12,9	11,8
NOA	7,5	9,0	10,1	11,5	9,6	9,8	9,6	11,8	11,7
NEA	5,4	4,4	7,1	7,2	6,5	8,2	7,3	7,7	7,3
Cuyo	6,7	5,2	9,5	6,5	5,0	7,4	8,9	11,4	10,5
Patagonia	11,3	15,1	14,7	15,4	12,2	11,9	13,9	15,7	11,9

* Año no cerrado por el retraso en la notificación.

A fin de reducir las fluctuaciones de año en año y establecer mejores comparaciones, en el Gráfico 3 se presentan las tasas regionales para el período 2007-2009. Se puede observar que CABA, GBA y Patagonia son las tres regiones que superan la tasa nacional.

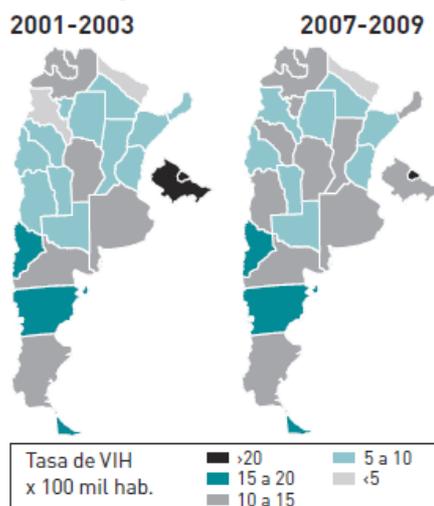
Gráfico 3. Tasa de VIH por 100 mil habitantes por región, Argentina 2007-2009



En los mapas de la Figura 1 se presenta la evolución de las tasas de VIH por jurisdicción. A lo largo de la década (2000-2010) se produjo una disminución proporcional de la cantidad de casos en CABA y GBA y un aumento en otras regiones, situación que queda reflejada en las tasas de VIH. Comparando los dos extremos de la década, mientras que en el período 2001-2003 CABA y GBA concentraban el 55% de los casos, en el de 2007-2009 descendieron al 40%. Asimismo, durante el período 2001-2003 las tasas variaron entre el 2,5 (Chaco) y el 39,0 (CABA), mientras que al cabo de cinco años, el rango se redujo de 4,0 (Formosa) a 25,6 (CABA). Al comienzo de la década 14 provincias tenían tasas menores a 10 x 100 mil y 3 jurisdicciones tasas mayores a 20 x 100 mil; mientras que al final de la década fueron 9 las que tuvieron tasas menores a 10 x 100 mil y 1 sola tasa mayor a 20 x 100 mil. En el Anexo se presenta la evolución de las tasas de VIH por provincia (Tabla 27 del Anexo del Boletín Nº 28 de la DSyETS, Diciembre 2011⁶).

⁶ <http://www.msal.gov.ar/sida/boletines.html>

Figura 1. Tasas de nuevos diagnósticos de VIH, Argentina



Durante el año 2009, en la zona sur del GBA (Tabla 28 del Anexo) la tasa más elevada la presentó el partido de Lomas de Zamora (19,9), en la zona oeste, José C. Paz (14,9), y en la zona norte, San Fernando (14,8). En las regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires (Tabla 29 del Anexo), las tasas más elevadas las presentaron las regiones sanitarias VIII (15,6) y VI (13,8).

La epidemia de VIH sigue concentrada en los grandes centros urbanos, ya no sólo del área metropolitana de Buenos Aires o central del país, sino en todas las ciudades capitales provinciales.

Esto se evidencia al comparar las tasas de cada provincia con la de su principal localidad. En la Tabla 4 se presentan los casos más claros de este fenómeno y en la Tabla 30 del Anexo la misma comparación pero para todas las jurisdicciones.

Se debe tener presente que, en algunas jurisdicciones, por cuestiones vinculadas a la discriminación, las personas infectadas pueden declarar como ciudad de residencia el principal aglomerado urbano aunque no vivan en él. En sentido inverso, en muchas provincias hay un porcentaje considerable de notificaciones con lugar de residencia desconocido que, si no se incluyen en el cálculo, podrían incrementar aún más el valor de la tasa del principal aglomerado urbano.

Variables epidemiológicas

Lugar de residencia

Al comienzo del período 2001-2010, el 81% de las personas diagnosticadas con VIH residía en CABA, GBA y la región Centro del país, y diez años más tarde esa proporción disminuyó al 67% (Tabla 5). En el GBA la proporción de diagnósticos en relación con el total del país se redujo a casi la mitad, en tanto que en NOA, NEA y Cuyo se duplicó la proporción.

En la Tabla 31 del Anexo del Boletín N° 28 de la DSyETS, diciembre 2011⁷, se presenta la distribución geográfica de los nuevos diagnósticos de VIH por provincia. Con excepción de CABA, Buenos Aires, Chubut y Tierra del Fuego, en el resto de las jurisdicciones la proporción de diagnósticos aumentó a lo largo de la década.

En la provincia de Buenos Aires (Gráfico 4) la región sanitaria VI (zona sur) es la que contribuyó con mayor cantidad de diagnósticos, seguida de la región sanitaria V (zona norte y noroeste). Si el análisis se realiza por departamento, La Matanza, seguida por los partidos de General Pueyrredón, Lomas de Zamora y La Plata concentraron un cuarto de los diagnósticos producidos en el período 2009-2010 (Tabla 32 del Anexo Boletín N° 28 de la DSyETS, diciembre 2011)⁸.

⁷ <http://www.msal.gov.ar/sida/boletines.html>

⁸ <http://www.msal.gov.ar/sida/boletines.html>

Tabla 4. Comparación de las tasas de VIH por 100 mil habitantes entre jurisdicciones seleccionadas y sus principales localidades, Argentina 2001-2009

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009 *
BUENOS AIRES	21,3	19,6	20,1	23,2	18,5	17,1	15,1	15,0	11,3
Mar del Plata	36,0	30,9	20,7	42,4	41,8	38,9	28,0	28,3	24,3
CÓRDOBA	10,7	10,5	11,8	12,3	13,5	12,4	11,8	13,8	13,6
Córdoba Capital	16,4	16,4	19,8	20,2	22,6	21,9	21,6	24,9	23,9
ENTRE RÍOS	7,2	5,5	13,2	8,4	5,6	7,0	6,9	8,5	6,2
Concordia	12,1	9,5	16,9	23,5	14,7	20,7	25,9	16,7	18,4
MENDOZA	7,8	5,0	7,5	5,3	2,8	5,6	8,7	12,7	8,7
Mendoza	27,0	9,9	21,4	16,0	10,6	8,8	27,3	30,7	23,6
MISIONES	8,8	9,3	11,5	12,9	9,7	14,6	12,4	10,3	11,8
Posadas	19,7	17,0	23,5	26,9	22,8	30,3	24,7	18,1	20,0
SALTA	11,2	13,7	14,9	17,3	9,4	11,7	11,1	15,3	16,5
Salta	20,5	25,8	25,1	29,6	14,2	17,3	18,4	24,3	26,6
SANTA FE	8,8	6,2	10,5	8,4	14,6	8,6	8,1	10,8	11,5
Rosario	18,6	11,6	20,0	15,8	29,3	14,3	13,9	17,8	18,7
TUCUMÁN	9,0	6,8	6,9	8,2	9,3	9,8	9,4	11,9	10,7
Tucumán	16,1	11,5	12,6	14,0	14,5	17,8	18,5	20,2	19,2

* Año no cerrado por el retraso en la notificación.

Tabla 5. Distribución geográfica de las infecciones por VIH según año de diagnóstico, Argentina 2001-2010

	2001-2002	2003-2004	2005-2006	2007-2008	2009-2010
País	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	11.241	12.759	11.189	10.691	8.538
CABA	19,1%	17,7%	16,0%	14,3%	13,4%
GBA	36,7%	34,0%	31,2%	27,9%	21,2%
Centro	25,1%	27,0%	30,8%	29,7%	32,3%
NOA	6,2%	7,3%	7,6%	8,9%	12,3%
NEA	2,9%	3,9%	4,6%	5,0%	6,3%
Cuyo	3,0%	3,7%	3,4%	5,9%	7,1%
Patagonia	4,8%	5,0%	4,8%	6,4%	6,3%
Desconocido	2,1%	1,4%	1,6%	1,8%	1,1%

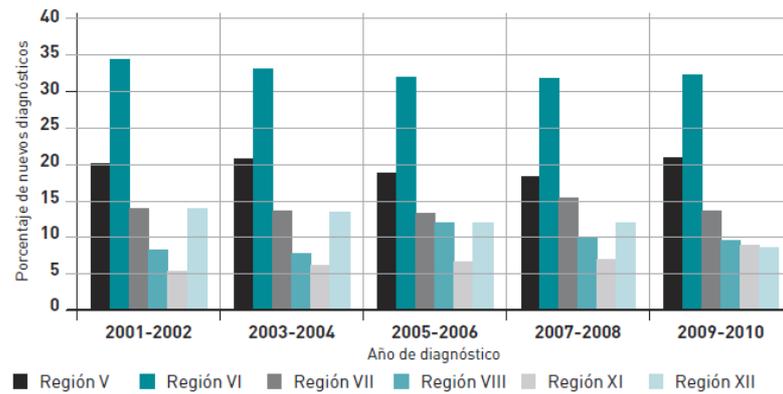
Razón varón/mujer

La relación entre la cantidad de varones y mujeres diagnosticadas en el ámbito nacional fluctúa a lo largo de la década entre 1,6 y 1,8 varones por cada mujer diagnosticada. Sin embargo, este indicador presenta grandes diferencias regionales. En el período 2009-2010, CABA y Cuyo mostraron valores más elevados para este indicador, 2,7 y 2,2 respectivamente, en tanto que el GBA y el NEA presentaron los valores más bajos (Tabla 6).

Tabla 6. Razón varón/mujer en infecciones por VIH por año de diagnóstico y región de residencia, Argentina 2001-2010

	2001-2002	2003-2004	2005-2006	2007-2008	2009-2010
País	1,8	1,6	1,6	1,7	1,7
Varones	7.211	7.810	6.899	6.715	5.427
Mujeres	4.012	4.946	4.290	3.976	3.111
CABA	2,4	2,1	2,5	2,7	2,7
GBA	1,5	1,3	1,2	1,3	1,4
Centro	1,9	1,6	1,8	1,8	1,8
NOA	1,7	1,6	1,5	1,6	1,6
NEA	1,8	1,8	1,2	1,3	1,5
Cuyo	2,3	2,0	2,1	2,4	2,2
Patagonia	1,8	1,3	1,7	1,5	1,6

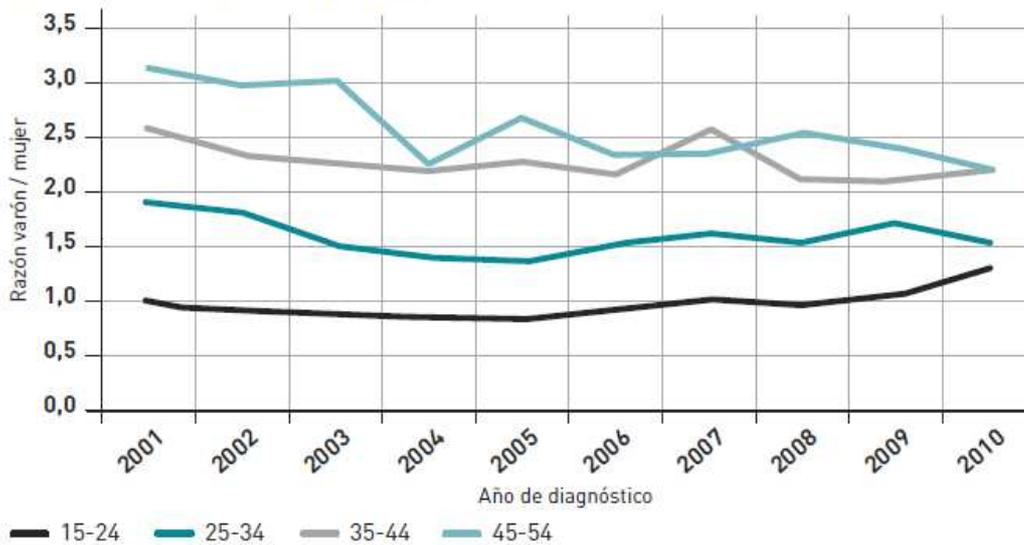
Gráfico 4. Distribución de los nuevos diagnósticos de VIH en regiones sanitarias seleccionadas de la provincia de Buenos Aires, Argentina 2001-2010



En la tabla 33 del Anexo del Boletín N° 28 de la DSyETS, diciembre 2011⁹, se puede observar que en el nivel provincial, en el período 2009-2010, los valores más bajos para este indicador los presentaron Catamarca, 0,9 y Formosa, 1,0; en tanto que los valores más elevados correspondieron a Mendoza, 2,6, CABA y Córdoba, 2,7.

La razón varón/mujer va en aumento a medida que crece la edad de las personas que reciben el diagnóstico de VIH (Gráfico 5). El grupo de edad de 15 a 24 años es el único que en el primer lustro de la década presentó más mujeres que varones diagnosticadas, pero incluso en este grupo este fenómeno se modificó en los últimos años.

Gráfico 5. Razón varón/mujer en infecciones por VIH por año de diagnóstico y grupos de edad seleccionados, Argentina 2001-2010

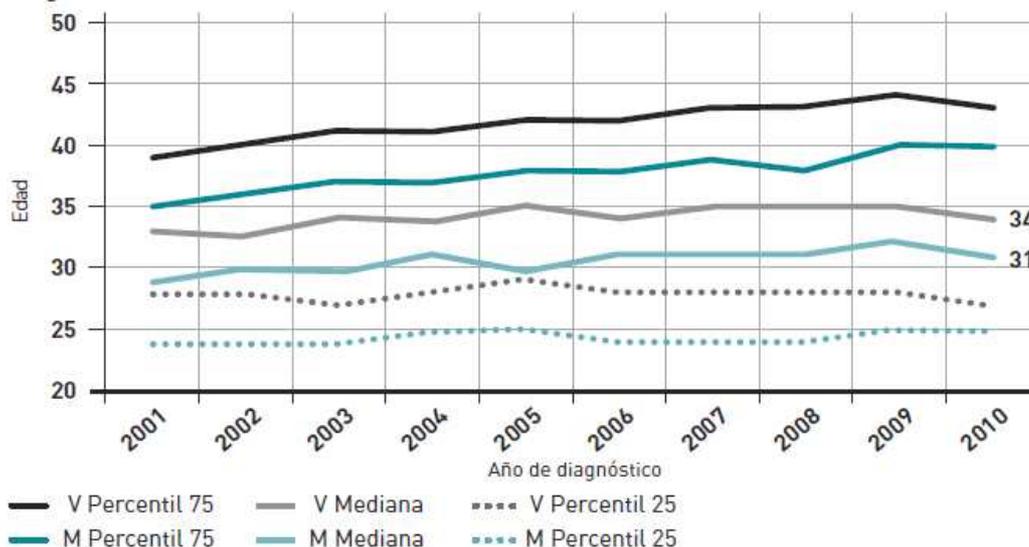


⁹ <http://www.msal.gov.ar/sida/boletines.html>

Edad de diagnóstico

En el período 2009-2010, la mediana de edad de diagnóstico fue de 35 años para los varones y de 31 para las mujeres. En ambos casos el indicador muestra un comportamiento estable si se lo compara con los años anteriores (Gráfico 6).

Gráfico 6. Evolución de la mediana de edad de diagnóstico de VIH por sexo, Argentina 2001-2010



Sin embargo, sigue aumentando en ambos sexos el percentil 75, lo que indica que año a año se diagnostican personas de mayor edad. En la Tabla 7 se presentan las medianas de edad de diagnóstico por sexo y región. Para los años 2009-2010, entre los varones, GBA tiene la edad más elevada (36 años) y el NOA la edad más baja (33 años). Para el mismo período entre las mujeres, las edades más elevadas se presentan en CABA, GBA y Centro (32 años) y las más bajas en las regiones de NOA y NEA (30 años). En todas las regiones la mediana de edad de diagnóstico entre los varones es entre 3 y 4 años superior a la de las mujeres.

Al compararse los períodos 2007-2008 y 2009-2010, aunque algunas regiones presentaron un ascenso, en términos generales las medianas de edad se mantuvieron estables, lo que indica que, salvo excepciones, el ascenso mencionado se produjo hasta mediados de década.

En el plano provincial y para el período 2009-2010 (Tabla 34 del Anexo) las mayores edades entre los varones se observan en Misiones y Río Negro (37 años) y la más baja en la provincia de Chaco (31,5 años). Entre las mujeres, la mediana más elevada corresponde a Tierra del Fuego (41,5 años) y la menor, a La Pampa (24 años).

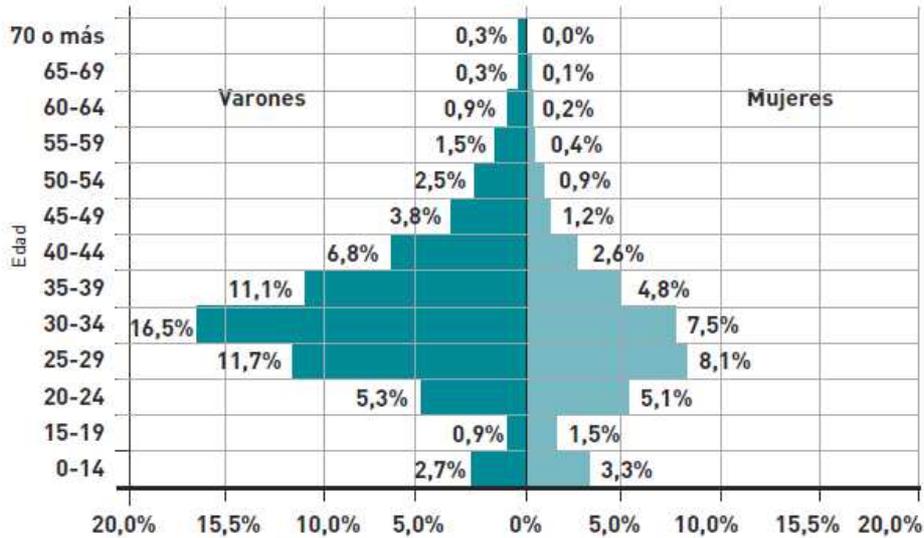
Tabla 7: Mediana de edad de diagnóstico de infección por VIH por región y sexo según año de diagnóstico, Argentina 2001-2010

País	Varones					Mujeres				
	2001 - 2002	2003 - 2004	2005 - 2006	2007 - 2008	2009 - 2010	2001 - 2002	2003 - 2004	2005 - 2006	2007 - 2008	2009 - 2010
País	33	34	35	35	35	29	30	31	31	31
CABA	34,5	35	35	35	35	31	32	32	32	32
GBA	33	34	35	36	36	29	31	31	32	32
Centro	33	34	35	34,5	35	29	30	30	31	32
NOA	30,5	32	33	33	33	28	29	28	29	30
NEA	32	33	33	33	34	26	28	28	29	30
Cuyo	31	32	33	34	34	30	29	29	29	31
Patagonia	33	34	35	35	35	29	28	30	31	31

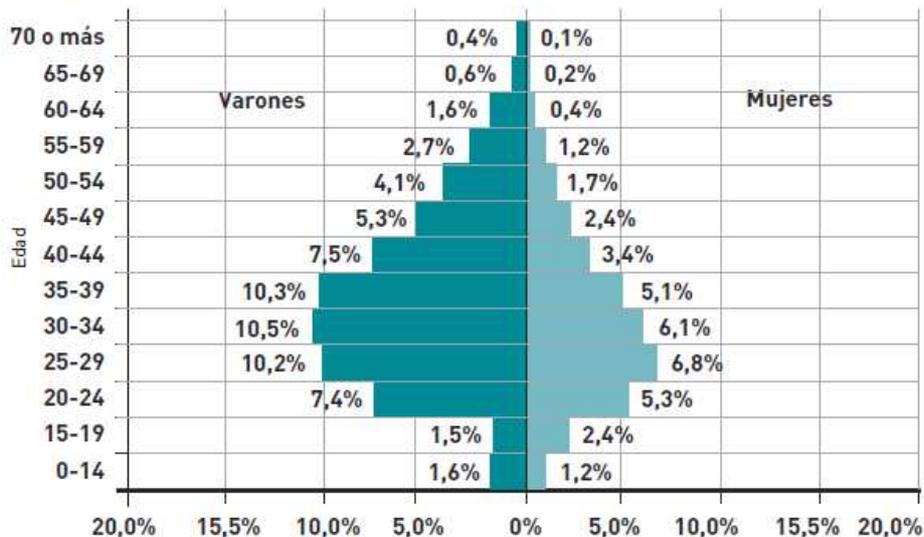
En el Gráfico 7 se muestra la evolución de la composición por sexo y edad de las personas con nuevos diagnósticos de VIH.

Gráfico 7. Evolución de la composición por sexo y edad de los diagnósticos de infección por VIH, Argentina

2001-2002



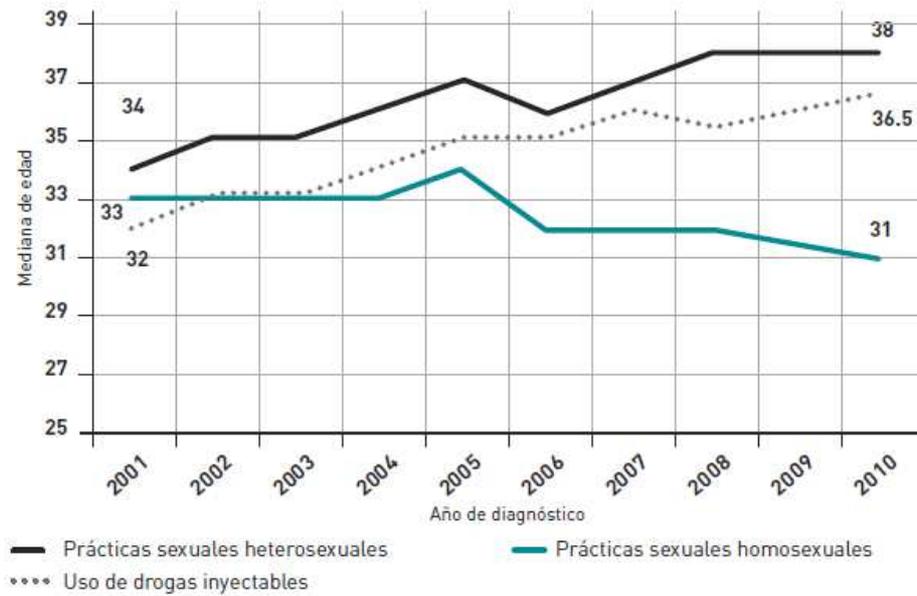
2009-2010



En el período 2009-2010, el 23% de los diagnósticos en varones y el 16% de los diagnósticos en mujeres se produjeron en personas mayores de 45 años. Esto no implica que se haya producido un incremento de la incidencia en estos grupos, sino que la disminución de los diagnósticos en los grupos de 25-34 y 35-44 de edad provocó un aumento en la proporción de los otros grupos sobre el total de diagnósticos realizados esos años. En el Gráfico 2 de la página 11, se puede observar que las tasas específicas para los grupos de edad mayores a 45 años apenas han sufrido modificaciones a lo largo de la década.

En el caso de los varones, se observa que la mediana de edad de diagnóstico varía según la vía de transmisión del VIH. Entre las personas infectadas por relaciones heterosexuales desprotegidas y entre las que utilizan drogas por vía inyectable, va subiendo la mediana de edad, que en el año 2010 es de 38 y 36,5 años respectivamente. Entre los varones infectados por una relación sexual desprotegida con otro varón la mediana de edad desciende y es de 31 años para ese mismo año (Gráfico 8).

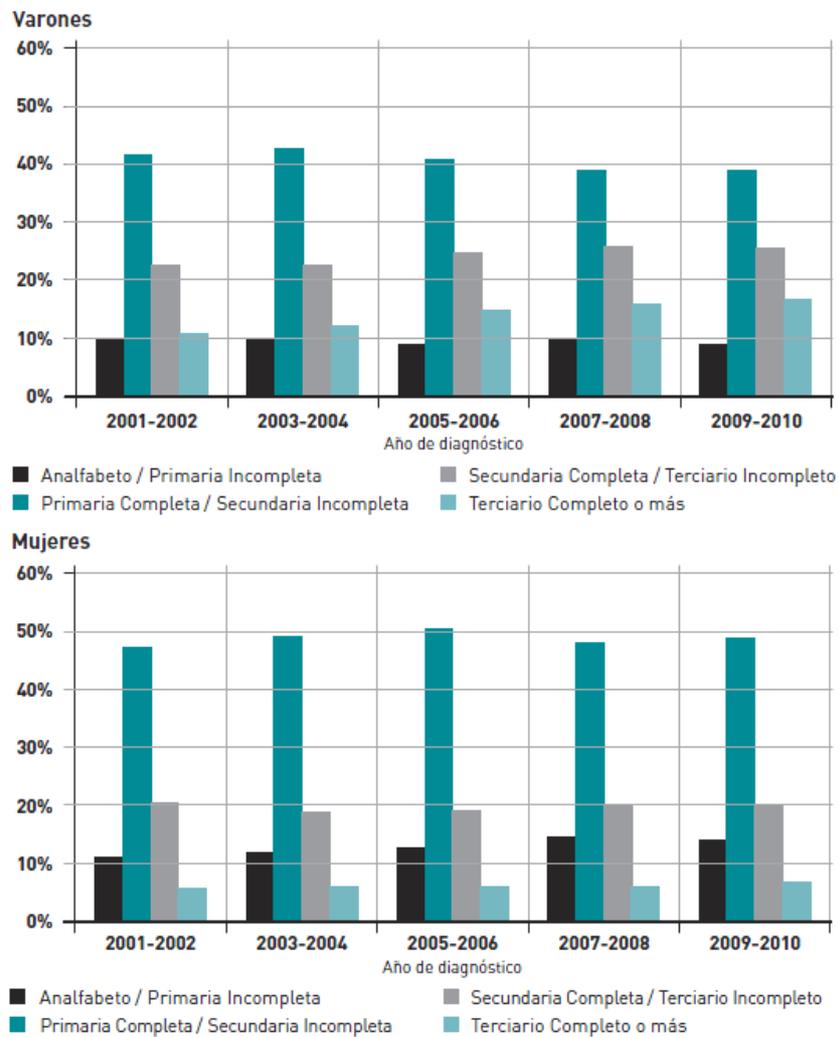
Gráfico 8. Evolución de la mediana de edad de diagnóstico de VIH en varones según las principales vías de transmisión, Argentina 2001-2010



Nivel de instrucción en personas de 19 años o más

Este indicador se calcula sólo en las personas de 19 años o más, ya que en los menores de esa edad es normal no haber alcanzado el nivel secundario completo. Al comparar el nivel de instrucción alcanzado por las personas al momento del diagnóstico de VIH, se observa que el de las mujeres es menor que el de los varones (Gráfico 9).

Gráfico 9. Máximo nivel de instrucción alcanzado por personas de 19 años o más con VIH según año de diagnóstico y sexo, Argentina 2001-2010



A lo largo del período 2001-2010 aumentó ligeramente el nivel de instrucción alcanzado por los varones, mientras que no hubo variaciones en las mujeres. Para el período 2009- 2010, el 44% de los varones completó o superó la escuela media, pero en las mujeres sólo el 28% completó o superó ese nivel (Tabla 8).

Tabla 8. Máximo nivel de instrucción alcanzado por personas con VIH de 19 años o más según año de diagnóstico, sexo y región de residencia, Argentina 2001-2010

Pais		Varones					Mujeres				
		2001 - 2002	2003 - 2004	2005 - 2006	2007 - 2008	2009 - 2010	2001 - 2002	2003 - 2004	2005 - 2006	2007 - 2008	2009 - 2010
Pais	Analf. / Prim.Inc.	10%	10%	9%	9%	9%	10%	11%	13%	13%	14%
	Prim.Comp. / Sec.Inc.	44%	44%	42%	39%	39%	50%	51%	52%	50%	50%
	Sec.Comp. / Terc.Inc.	24%	23%	25%	26%	26%	22%	20%	20%	21%	21%
	Terc.Comp. o más	11%	13%	16%	17%	18%	7%	7%	7%	7%	7%
	Desconocido	11%	10%	8%	8%	8%	10%	10%	9%	9%	8%
	Total	100%									
		6.870	7.448	6.660	6.499	5.225	3.532	4.499	3.943	3.630	2.864
CABA	Analf. / Prim.Inc.	5%	4%	5%	5%	7%	6%	6%	10%	9%	10%
	Prim.Comp. / Sec.Inc.	33%	33%	28%	27%	28%	42%	43%	42%	39%	47%
	Sec.Comp. / Terc.Inc.	36%	33%	36%	36%	33%	35%	30%	28%	34%	28%
	Terc.Comp. o más	18%	21%	24%	25%	25%	9%	11%	11%	10%	7%
	Desconocido	8%	9%	6%	7%	7%	8%	10%	8%	9%	8%
	Total	100%									
		1.495	1.500	1.251	1.106	822	590	685	492	381	293
GBA	Analf. / Prim.Inc.	14%	12%	11%	11%	12%	10%	11%	14%	14%	15%
	Prim.Comp. / Sec.Inc.	56%	56%	54%	50%	48%	59%	62%	58%	56%	57%
	Sec.Comp. / Terc.Inc.	18%	18%	20%	23%	25%	19%	17%	17%	21%	17%
	Terc.Comp. o más	5%	7%	9%	11%	10%	5%	5%	4%	4%	5%
	Desconocido	7%	7%	7%	5%	4%	6%	6%	7%	5%	6%
	Total	100%									
		2.305	2.310	1.814	1.601	985	1.466	1.715	1.471	1.217	705
Centro	Analf. / Prim.Inc.	9%	9%	8%	10%	8%	10%	12%	11%	13%	12%
	Prim.Comp. / Sec.Inc.	41%	43%	43%	40%	41%	48%	50%	53%	50%	52%
	Sec.Comp. / Terc.Inc.	25%	25%	26%	26%	26%	21%	21%	22%	21%	22%
	Terc.Comp. o más	11%	13%	16%	17%	18%	6%	6%	6%	7%	7%
	Desconocido	14%	10%	7%	7%	7%	14%	10%	8%	9%	7%
	Total	100%									
		1.762	2.024	2.146	1.966	1.708	816	1.197	1.125	1.034	910
NQA	Analf. / Prim.Inc.	13%	11%	14%	10%	8%	11%	13%	17%	17%	14%
	Prim.Comp. / Sec.Inc.	43%	39%	40%	40%	38%	51%	41%	47%	49%	47%
	Sec.Comp. / Terc.Inc.	19%	20%	20%	22%	23%	19%	19%	19%	20%	25%
	Terc.Comp. o más	14%	17%	20%	19%	24%	10%	9%	10%	8%	9%
	Desconocido	11%	13%	6%	9%	7%	9%	18%	7%	7%	5%
	Total	100%									
		407	538	487	567	628	229	315	305	326	357

Tabla 8 (continuación). Máximo nivel de instrucción alcanzado por personas con VIH de 19 años o más según año de diagnóstico, sexo y región de residencia, Argentina 2001-2010

		Varones					Mujeres				
		2001-2002	2003-2004	2005-2006	2007-2008	2009-2010	2001-2002	2003-2004	2005-2006	2007-2008	2009-2010
NEA	Analf./ Prim.Inc.	13%	18%	10%	11%	11%	24%	26%	21%	18%	25%
	Prim.Comp./ Sec.Inc.	37%	43%	33%	29%	32%	28%	41%	39%	36%	32%
	Sec.Comp./ Terc.Inc.	21%	17%	22%	20%	22%	24%	17%	14%	13%	12%
	Terc.Comp. o más	17%	11%	14%	13%	13%	6%	5%	5%	3%	5%
	Desconocido	11%	10%	21%	27%	22%	17%	11%	21%	31%	26%
	Total	100%									
		195	299	267	287	302	99	157	213	204	201
Cuyo	Analf./ Prim.Inc.	11%	10%	14%	13%	10%	28%	19%	16%	16%	21%
	Prim.Comp./ Sec.Inc.	41%	47%	40%	36%	36%	46%	47%	58%	54%	46%
	Sec.Comp./ Terc.Inc.	23%	19%	22%	24%	27%	16%	19%	14%	17%	18%
	Terc.Comp. o más	20%	15%	15%	23%	20%	8%	6%	6%	10%	10%
	Desconocido	5%	9%	9%	3%	6%	2%	8%	5%	3%	5%
	Total	100%									
		226	301	247	435	408	96	139	111	165	174
Patagonia	Analf./ Prim.Inc.	9%	6%	9%	8%	11%	11%	12%	8%	7%	10%
	Prim.Comp./ Sec.Inc.	37%	36%	40%	38%	44%	34%	34%	40%	50%	49%
	Sec.Comp./ Terc.Inc.	18%	20%	23%	26%	23%	14%	17%	23%	20%	24%
	Terc.Comp. o más	10%	13%	17%	10%	15%	8%	8%	14%	10%	7%
	Desconocido	26%	26%	12%	16%	8%	34%	29%	15%	12%	9%
	Total	100%									
		333	345	326	401	319	173	251	181	250	191
Desconocido	Total	147	131	122	136	53	63	40	45	51	35

Sin embargo, si se diferencia por vías de transmisión, el nivel de instrucción de los varones infectados por relaciones heterosexuales fue ligeramente superior al de las mujeres y la tendencia a lo largo de la década es estable en ambos grupos.

Si se observan para el mismo período los varones con analfabetismo y/o primaria incompleta, se encuentra que la regiones del país con mayores porcentajes son GBA (12%), seguida por NEA y Patagonia (11%), y si se consideran las mujeres, las regiones con mayor porcentaje son NEA (25%), Cuyo (21%) y GBA (15%). En la Tabla 35 del Anexo del Boletín N° 28 de la DSyETS¹⁰, diciembre 2011 se presenta la información sobre el nivel de instrucción de las personas con diagnóstico de VIH según jurisdicción.

¹⁰ <http://www.msal.gov.ar/sida/boletines.html>

Vías de transmisión

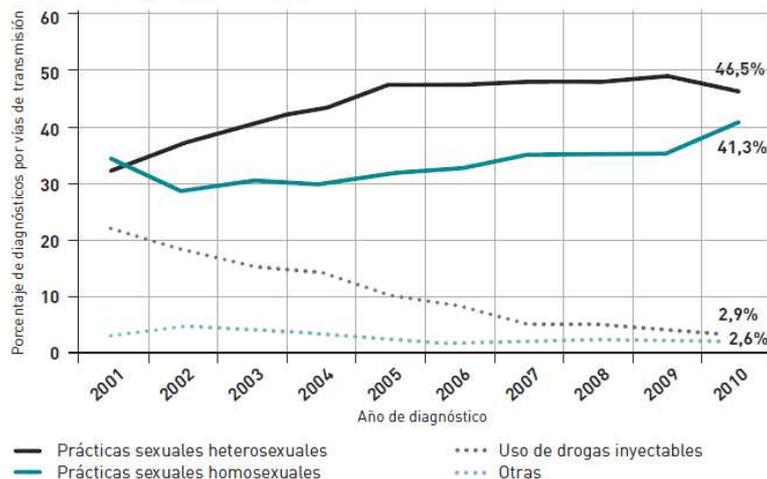
En el período 2009-2010, el 86,4% de los varones y el 88,6% de las mujeres diagnosticadas se infectaron por relaciones sexuales sin uso de preservativo (Tabla 9).

Tabla 9. Vías de transmisión en personas con VIH por año de diagnóstico según sexo, Argentina 2001-2010

	Varones					Mujeres				
	2001-2002	2003-2004	2005-2006	2007-2008	2009-2010	2001-2002	2003-2004	2005-2006	2007-2008	2009-2010
Total	7.211	7.810	6.899	6.715	5.427	4.012	4.946	4.290	3.976	3.111
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Relaciones sexuales heterosexuales	35,0%	42,2%	47,5%	48,2%	48,0%	78,3%	83,5%	87,6%	87,7%	88,6%
Relaciones sexuales homosexuales	31,9%	30,6%	32,9%	35,6%	38,4%	-	-	-	-	-
Transmisión vertical	3,8%	3,3%	2,1%	2,0%	2,4%	8,4%	5,3%	4,0%	3,9%	3,0%
Uso de drogas inyectables	20,5%	14,9%	9,6%	5,5%	3,5%	6,6%	4,5%	2,7%	1,5%	1,4%
Hemofilia / Transfusión	0,4%	0,5%	0,3%	0,2%	0,1%	1,0%	0,9%	0,5%	0,5%	0,3%
Otras	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,2%	0,1%
Desconocidas	8,3%	8,4%	7,5%	8,4%	7,6%	5,6%	5,6%	5,1%	6,3%	6,6%

En el caso de los varones, en el 38,4% la infección se debió a una relación con una persona del mismo sexo y en el 48,0%, a una relación heterosexual. En la evolución de las vías de transmisión de VIH se puede observar un sostenido descenso en la cantidad de personas infectadas por uso compartido de equipos de inyección para consumir drogas y un aumento de las infectadas por relaciones sexuales desprotegidas. Mientras que los varones expuestos por relaciones sexuales heterosexuales aumentan hasta mediados de la década y luego se mantienen estables, los infectados por relaciones sexuales homosexuales siguen en ascenso (Gráfico 10).

Gráfico 10. Evolución de las vías de transmisión de VIH en varones por año de diagnóstico, Argentina 2001-2010



Si se observan las vías de transmisión en el nivel regional, salvo en CABA, las relaciones heterosexuales desprotegidas son la principal causa de transmisión entre los varones (Tabla 10).

Tabla 10. Vías de transmisión de VIH en varones, Argentina 2008-2010

	CABA	GBA	Centro	NOA	NEA	Cuyo	Patagonia	Desconocido	País
Total	100,0%								
	1.387	1.849	2.858	979	473	667	549	122	8.884
Relaciones sexuales heterosexuales	39,1%	54,7%	47,5%	51,6%	39,3%	46,0%	57,9%	36,9%	48,1%
Relaciones sexuales homosexuales	49,8%	29,3%	36,8%	41,0%	31,1%	44,7%	26,8%	36,1%	37,4%
Transmisión vertical	0,6%	3,8%	2,5%	1,5%	3,6%	1,2%	0,9%	0,8%	2,2%
Uso de drogas inyectables	2,5%	8,0%	5,2%	1,7%	0,6%	2,8%	1,3%	2,5%	4,3%
Hemofilia / Transfusión	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%	0,0%	0,1%	0,0%	0,8%	0,2%
Otras	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,1%
Desconocidas	7,6%	4,1%	7,7%	3,9%	25,4%	5,1%	12,8%	23,0%	7,8%

En el período 2008-2010 entre los 18 y 30 años, la principal vía de transmisión en varones es la relación sexual sin protección con otro varón.

El 62% de los diagnósticos en varones de entre 19 y 22 años se producen por esa vía. A partir de los 31 años, la principal vía pasa a ser las relaciones sexuales sin protección con una mujer (Gráfico 11).

En las Tablas 36 y 37 del Anexo del Boletín N° 28 de la DSyETS, diciembre 2011¹¹, se presentan las vías de transmisión por jurisdicción y en la Tabla 38 se presenta la mediana de edad de diagnóstico en los varones según vía de transmisión y región del país.

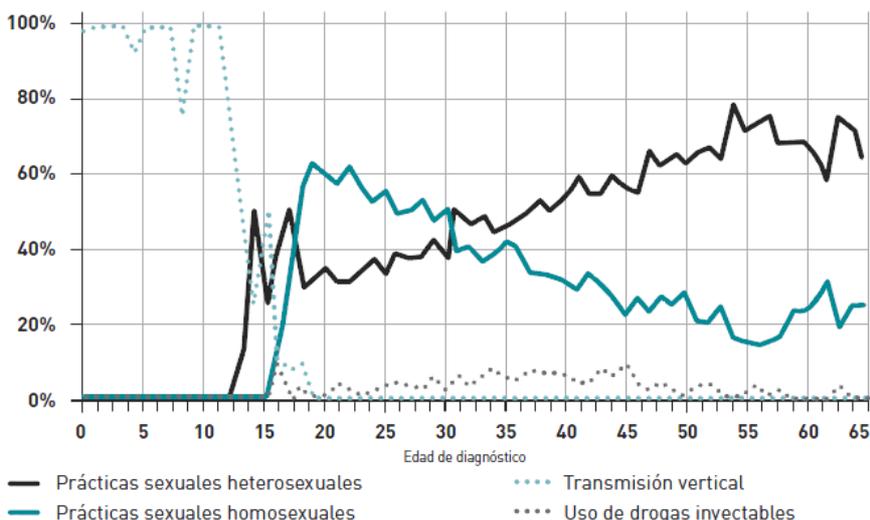
En la Tabla 11 se indican los diagnósticos de personas infectadas por otras vías. A lo largo de la década se observa un descenso sostenido de los casos de transmisión vertical (véase sección Transmisión Vertical del VIH en la Argentina). En el período 2001-2010, se produjeron 18 diagnósticos de personas con hemofilia y 223 de personas que se habrían infectado durante una transfusión.

Tabla 11. Personas con infección por VIH según año de diagnóstico en vías de transmisión seleccionadas, Argentina 2001-2010

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Hemofílico	1	1	3	2	2	1	1	4	1	2	18
Transfusión	36	34	38	40	16	22	13	15	7	2	223
Transmisión vertical	306	310	280	240	180	141	148	141	122	101	1969
Accidente laboral	5	0	4	7	5	3	1	4	4	1	34

¹¹ <http://www.msal.gov.ar/sida/boletines.html>

Gráfico 11. Proporción de diagnósticos de varones infectados con VIH por vía de transmisión seleccionada según edad, Argentina 2008-2010



Diagnóstico tardío

Se considera aquí como diagnóstico tardío a aquellos en los que la notificación de la fecha de diagnóstico coincide con la fecha de enfermedades marcadoras de sida o que ésta se desarrolla dentro de los doce meses posteriores al diagnóstico de infección.

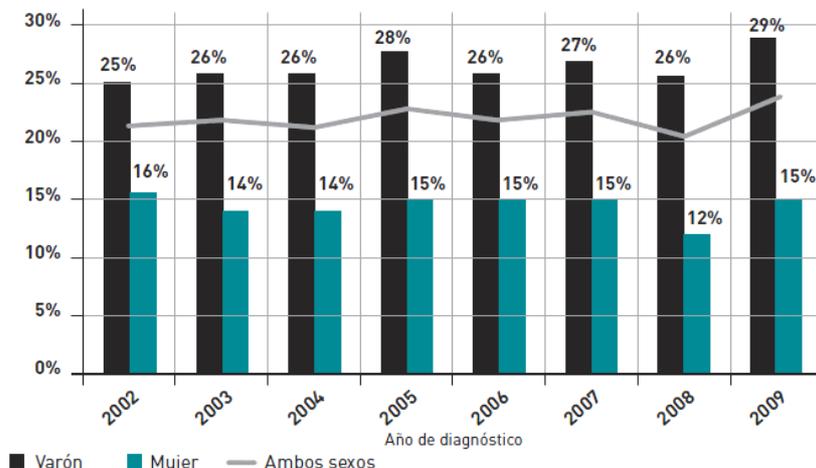
Un indicador central para monitorear la respuesta a la epidemia es el que mide la proporción de personas cuyo diagnóstico se produce en una etapa avanzada de la infección por VIH. El indicador permite evaluar las condiciones de acceso al testeo.

Para la construcción de este indicador se consideran, en el denominador, todas las personas con fecha de diagnóstico conocida y, en el numerador, todas las personas con diagnóstico de sida simultáneo o dentro de los doce meses posteriores al diagnóstico de infección.

De las 50.857 notificaciones de casos de infección por VIH producidos entre los años 2001 y 2009, 32.208 poseen información suficiente para construir este indicador.

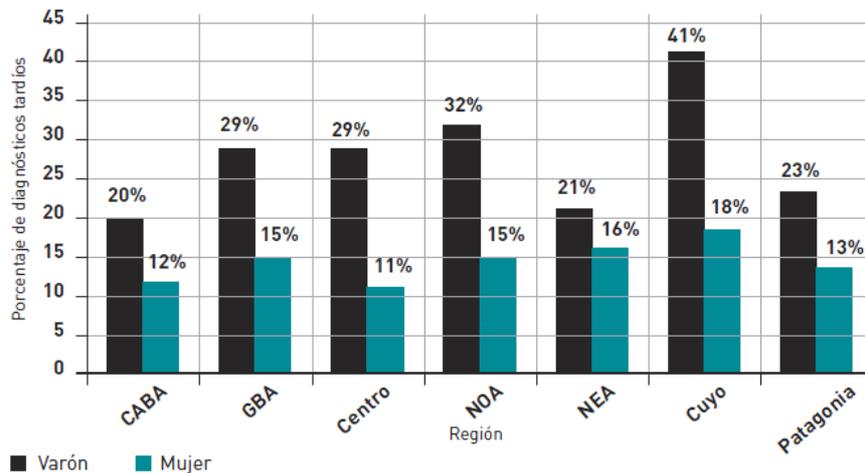
Durante el año 2009, el 24,8% de los diagnósticos fueron tardíos, el 28,5% en el caso de los varones y el 14,9% en el de las mujeres, proporciones que se han mantenido prácticamente sin cambios a lo largo de toda la década (Gráfico 12). La diferencia entre varones y mujeres podría explicarse por el acceso más temprano de éstas en el marco de los controles prenatales.

Gráfico 12. Proporción de diagnósticos tardíos de infección por VIH según sexo y año de diagnóstico, Argentina 2002-2009



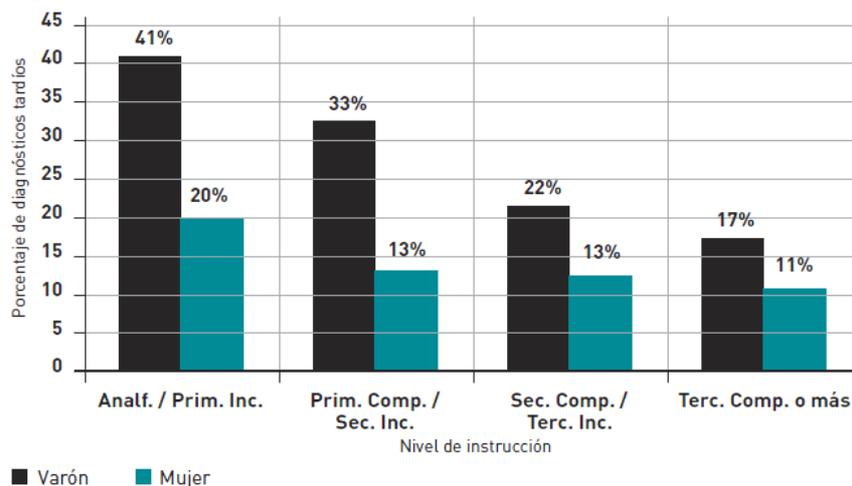
Se observan variaciones en las proporciones de diagnósticos entre las distintas regiones del país. En el período 2008-2009, los valores oscilan entre el 11% en la región Centro y el 18% en Cuyo, en el caso de las mujeres. En los varones las diferencias son mayores y varían del 20% en CABA al 41% en Cuyo (Gráfico 13). En la Tabla 39 del Anexo del Boletín N° 28 de la DSyETS, diciembre 2011¹², se presenta la evolución de este indicador por región y sexo.

Gráfico 13. Proporción de diagnósticos tardíos de infección por VIH según sexo y región, Argentina 2008-2009



Los diagnósticos tardíos varían según el nivel de instrucción alcanzado, fenómeno que se evidencia tanto entre las mujeres como entre los varones, pero que es más claro en los últimos (Gráfico 14). En tanto que el 41% de los varones que no completaron la escuela primaria tienen un diagnóstico tardío, sólo el 17% de los que completaron una educación terciaria o mayor están en esa situación. En las mujeres las proporciones oscilan entre el 20% respecto de las que no cuentan con el ciclo primario completo y el 11% en las que completaron o superaron el nivel terciario.

Gráfico 14. Proporción de diagnósticos tardíos de infección por VIH según sexo y máximo nivel de instrucción, Argentina 2008-2009

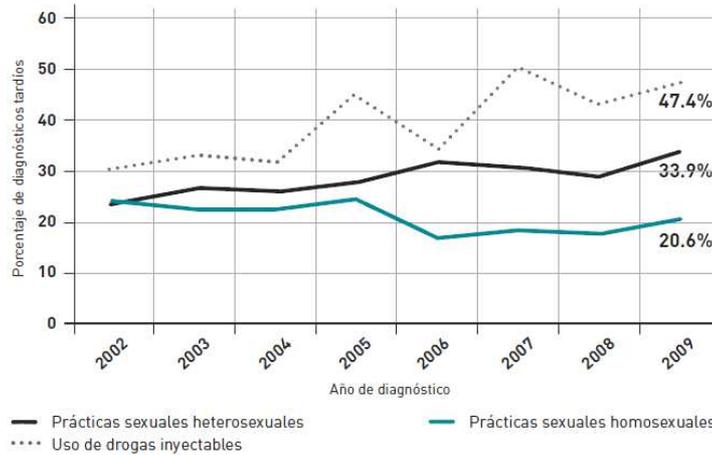


Se observan diferencias en los varones según la vía de exposición al virus. Los que se diagnostican más tardíamente son los que se infectaron por compartir material para consumir drogas, seguidos de los que se infectaron por relaciones sexuales heterosexuales desprotegidas. Durante el año 2009, el 47,4% de los infectados por compartir material para

¹² <http://www.msal.gov.ar/sida/boletines.html>

consumir drogas se diagnosticaron con una enfermedad marcador de sida, proporción que fue del 33,9% en los infectados durante prácticas sexuales con mujeres y del 20,6% en prácticas sexuales entre varones (Gráfico 15).

Gráfico 15. Evolución de la proporción de diagnósticos tardíos de infección por VIH según vía de transmisión en varones, Argentina 2002-2009



Transmisión vertical del VIH en la Argentina

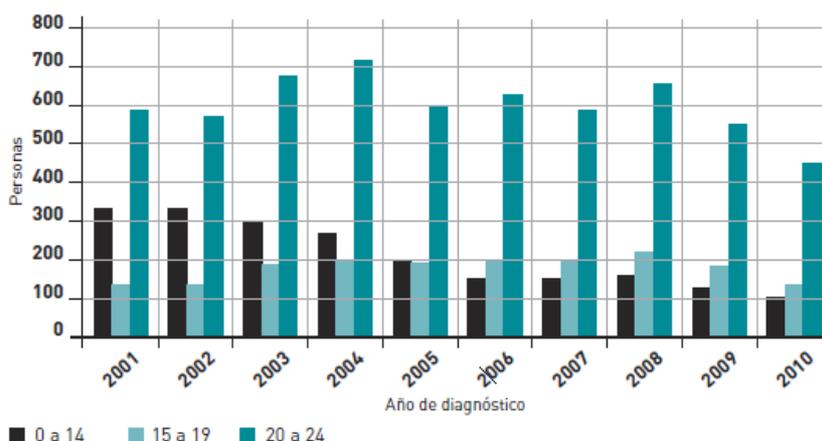
Situación de los niños y adolescentes con VIH

Desde el inicio de la epidemia hasta diciembre de 2010 el Ministerio de Salud de la Nación recibió notificaciones de 7.941 personas de 0 a 19 años con VIH y/o sida, de las cuales 4.618 (58%) pertenecen al grupo de 0 a 14, y 3.323 (42%) al grupo de 15 a 19. Es importante aclarar que hasta el año 2001 en nuestro país sólo se notificaban los casos de sida y que a partir de ese momento se inició la notificación de casos de infección por VIH. Si sólo se consideran los diagnósticos producidos desde el año 2001, éstos son 3.337, de los cuales el 56% corresponden a personas de 0 a 14 años y el 46% a personas de 15 a 19 años.

Cabe destacar que en el grupo de 0 a 14 se registraron más diagnósticos en la década de 1990 (50%) que en los últimos diez años (41%), mientras que en el grupo de 15 a 19 la relación se invirtió: el 44% se diagnosticó en la última década y el 34% en los años noventa. Esta diferencia se debe a la disminución progresiva de la incidencia de infecciones por transmisión vertical.

En tanto que la cantidad de diagnósticos en adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años se mantuvo relativamente constante a lo largo de los años, los que corresponden a niños de 0 a 14 disminuyeron a lo largo de la década, desde un pico de 333 en 2002 hasta menos de la mitad en los últimos años (Gráfico 16).

Gráfico 16. Diagnósticos de infección por VIH por año y grupo de edad, Argentina 2001-2010



Las vías de transmisión están claramente diferenciadas entre el grupo de 0 a 14 y el de los de más edad. El 91% de los niños del primer grupo diagnosticados entre 2001 y 2009 se infectaron por transmisión perinatal. En cambio, en el grupo de 15 a 19, el 80% de los varones y el 88% de las mujeres se infectaron por relaciones sexuales desprotegidas.

En el caso de los varones, el 36% durante una relación sexual heterosexual y el 44% en una relación sexual con otro varón.

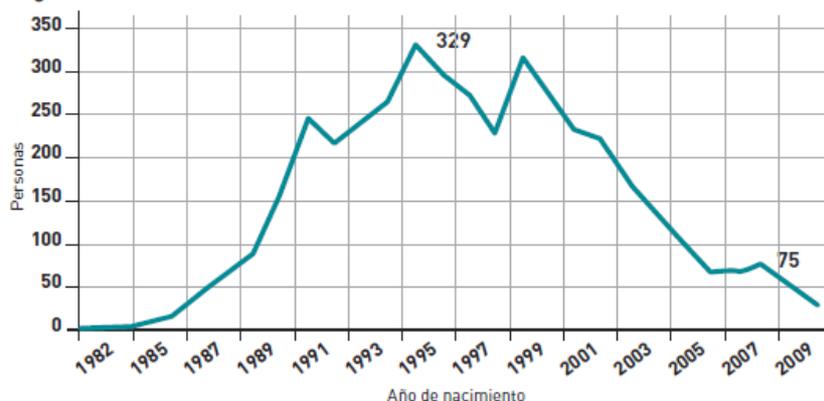
Si se restringe el análisis a las notificaciones correspondientes a infecciones por transmisión vertical, desde la identificación del primer caso de una persona infectada de esa forma hasta el 31 de diciembre de 2010, se informaron 4.246 casos (Tabla 12).

Tabla 12: Casos de infección por VIH por transmisión perinatal según año de diagnóstico, Argentina 1982-2010

Año de diagnóstico	Personas
← = 1990	93
1991-2000	2.198
2001-2002	613
2003-2004	522
2005-2006	319
2007-2008	288
2009-2010	213
Total	4.246

Al analizar las notificaciones de casos de transmisión perinatal según año de nacimiento, se observa que se alcanzó un pico de 329 casos en 1995, año a partir del cual comenzó un descenso significativo. Esta disminución es atribuible tanto a la implementación de la profilaxis con zidovudina (AZT) como a la sanción en el país de una normativa específica para perinatología que permitió universalizar la oferta del test de VIH para mujeres embarazadas y comenzar la profilaxis con antirretrovirales en las mujeres infectadas (Gráfico 17).

Gráfico 17. Distribución de casos de transmisión perinatal según año de nacimiento, Argentina 1982-2010



Cuando se analiza la distribución de notificaciones de acuerdo con la jurisdicción, se aprecia que el 50% de los niños infectados por transmisión perinatal en la última década reside en el área metropolitana de Buenos Aires, y otro 30% en el resto de la provincia de Buenos Aires, Entre Ríos, Córdoba y Santa Fe.

De acuerdo con la edad al momento del diagnóstico, casi el 99% de los casos se diagnosticaron antes de los 14 años de edad y el 60% antes del año de vida. El porcentaje de niños detectados después del primer año de vida aún es muy alto, lo cual limita el impacto positivo de las intervenciones terapéuticas.-

El descenso de la transmisión vertical en la última década se evidenció tanto en los casos notificados a la DSyETS como en el número de diagnósticos reportados por los laboratorios y en la cantidad de niños en seguimiento en los servicios de salud.

En octubre de 2010 la DSyETS y la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) organizaron, con el apoyo de OPS, UNICEF y ONUSIDA un encuentro con los referentes de los servicios donde se atiende a la mayor parte de los niños y adolescentes con VIH con los principales laboratorios que realizan diagnósticos pediátricos.

Los hospitales que participaron del encuentro informaron que durante 2010 atendieron a más de 2.000 niños y adolescentes, de los cuales el 68% tenían entre 0 y 14 años. El 89% de los niños de 0 a 14 y el 81% de los adolescentes de 15 a 19 años estaban recibiendo TAR. En el caso de los hospitales pediátricos, estas proporciones fueron del 94% de los niños de 0 a 14 años y del 91% de los de 15 a 19. La mayoría de los adolescentes que se infectaron por transmisión sexual no están representados en la información previa dado que, en general, son asistidos en servicios de infectología de adultos.

Los participantes del encuentro informaron que la cantidad de niños atendidos en los principales hospitales se mantenía estable y en algunos casos había comenzado a descender. Esta tendencia es confirmada por la información suministrada por los principales laboratorios que realizan PCR para diagnóstico pediátrico. Entre los años 2000 y 2009 estudiaron 13.656 niños, de los cuales 1.090 resultaron positivos (Tabla 13).

Tabla 13. Prevalencia anual de niños/as infectados por transmisión vertical, sobre el total de niños expuestos (diagnósticos completos e incompletos), según laboratorio. En porcentaje, 2000-2009

Año	Virología Htal. Muñiz	Centro Nacional de Referencia para el Sida	Laboratorio Htal. Posadas	Laboratorio Central, Córdoba	Htal. Garrahan
2000	-	14,2	0,3	0,0	18,0
2001	15,2	8,2	-	0,0	15,0
2002	10,4	7,3	1,7	15,0	14,0
2003	8,0	9,5	6,2	7,0	12,0
2004	5,0	7,2	19,6	17,0	11,0
2005	4,6	4,6	9,6	1,7	6,0
2006	3,6	5,0	8,3	8,0	9,0
2007	4,7	3,7	4,3	3,2	10,0
2008	3,6	4,3	8,7	3,0	7,0
2009	4,4	2,8	11,7	5,0	8,0

Por otro lado, en un estudio prospectivo realizado por el Centro Nacional de Referencia para el Sida (CNRS) con el fin de evaluar la resistencia primaria a antirretrovirales en una muestra de 127 niños infectados por transmisión vertical, se observó que casi el 70% fue diagnosticado después del primer año de vida y que el 73% de ellos tenía inmunosupresión moderada a severa al momento del diagnóstico, con recuperación clínica e inmunológica limitada después del inicio del tratamiento.

La información presentada evidencia que ha habido una disminución sistemática de las infecciones por transmisión perinatal. En la actualidad se está trabajando con las distintas jurisdicciones en la construcción de la tasa de transmisión vertical.

Hacia la construcción de la tasa de transmisión vertical del VIH

A partir del año 2008, la DSyETS inició un proceso para lograr la construcción de la tasa de transmisión vertical de VIH a escala nacional. Para ello se propuso a los distintos actores que intervenían en el circuito de atención de la mujer embarazada, su pareja y su niño, fortalecer los sistemas de registro ya existentes en el ámbito local y en aquellas jurisdicciones donde no contaran con ese sistema, y se propuso el uso de una ficha que recolectara información de las mujeres embarazadas con diagnóstico de VIH y el seguimiento de los niños expuestos (Ficha de Notificación de Partos de mujeres con VIH),

Tabla 14: Partos de mujeres con VIH notificados según jurisdicción y año, Argentina 2009-2010

Jurisdicción	2009	2010
CABA	253	228
Chaco	9	11
Corrientes	20	13
Entre Ríos	-	1
Región Sanitaria III	-	5
Misiones	-	20
Neuquén	13	13
Región Sanitaria V	141	-
Río Negro	16	10
Salta	19	21
Santa Cruz	9	12
Santa Fe	7	2
San Juan	-	4
San Luis	-	7
Santiago del Estero	12	1
Tierra del Fuego	2	5
Total	501	353

Tasa de transmisión vertical

Niños infectados con VIH por transmisión perinatal en un período y lugar determinado

Niños expuestos al VIH* por vía perinatal en el mismo período y lugar

x 100

*Sólo se incluye a los niños con diagnóstico definitivo (ya sea positivo o negativo)

Si bien hoy se dispone de mayor información de la mujer embarazada con VIH y el parto, aún es difícil acceder a la información sobre el resultado final del proceso de diagnóstico de los niños expuestos, información indispensable para la construcción de la tasa de transmisión vertical del VIH.

A continuación se sistematizó la información de los años 2009 y 2010 proveniente de 16 programas jurisdiccionales, a partir de las fichas de notificación de partos, base de datos y boletines epidemiológicos locales. Algunas de las jurisdicciones que compartieron información propia no relevaron variables en la ficha de notificación de partos. Por ello, en la siguiente descripción, esas variables para las jurisdicciones mencionadas se consignaron como “sin datos”.

Se obtuvo información sobre 854 mujeres con VIH que cursaron su embarazo en el período mencionado. Con respecto a los datos presentados en el boletín anterior, se duplicó el número de jurisdicciones que notificaron y se triplicó la cantidad de notificaciones que generaron.

El diagnóstico de VIH oportuno posibilita realizar todas las medidas de profilaxis necesarias para disminuir la transmisión vertical. La ficha de notificación de parto permite analizar el momento en el que se le diagnosticó VIH a la mujer embarazada. Para el período 2009-2010, según los datos con los que se cuenta, en el 45% de las mujeres se diagnosticó en un embarazo anterior en el 36% fue diagnosticado durante el embarazo actual, el 7% tuvo un diagnóstico tardío durante el parto o puerperio y el 9%, fuera de un embarazo.

Al momento del diagnóstico, aproximadamente dos tercios de las mujeres presentaban una situación clínica asintomática, el 0,6% síndrome retroviral agudo, el 2,5% infección sintomática sin criterio de sida y el 2,8% sida. No hay datos para el 31,3% de los casos.

En relación con la profilaxis prenatal intraparto y neonatal, se observa que durante el embarazo el 82,9% de las mujeres recibió terapia antirretroviral, el 87,8% durante el parto y el 92,2% de los recién nacidos recibieron profilaxis con jarabe de AZT durante 6 semanas (Gráficos 18, 19 y 20).

Más de la mitad de las mujeres tuvo cesárea electiva (58,7%), al 10,8% se le realizó una cesárea de emergencia y en el 27% el parto fue vaginal.

Como se indicó, actualmente son más las jurisdicciones que remiten información acerca de las mujeres embarazadas con VIH, pero aún resta mucho trabajo por realizar para poder contar con la información que permita construir la tasa de transmisión vertical.

Gráfico 18. Profilaxis prenatal



Gráfico 19. Profilaxis intraparto

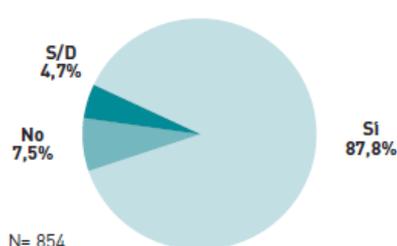
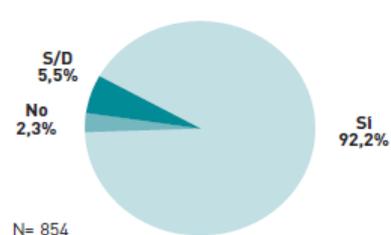
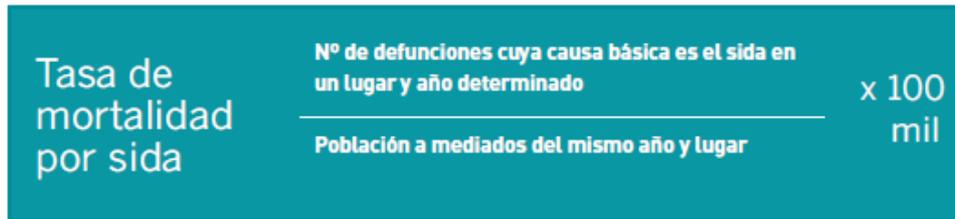


Gráfico 20. Profilaxis neonatal



Mortalidad por sida en la Argentina

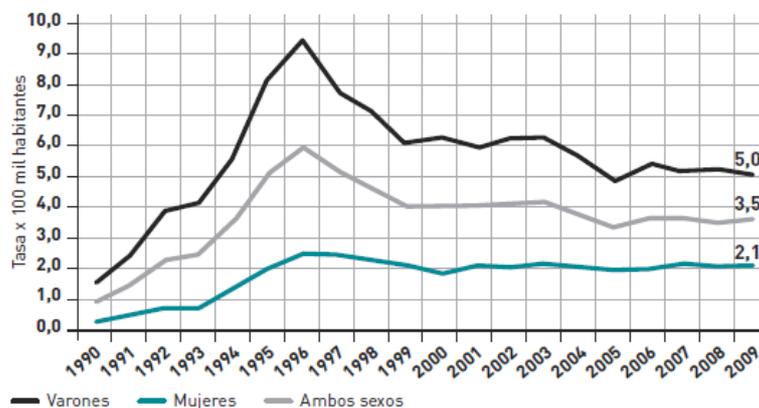


El análisis de la mortalidad por sida en la Argentina se construye con información provista por la Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS). La tasa de mortalidad, que se ha mantenido estable en los últimos cinco años, es de 3,5 por cien mil habitantes en el año 2009. Ese año, las tasas específicas por sexo fueron de 5,0 por cien mil entre los varones (992 defunciones) y 2,1 por cien mil entre las mujeres (427 defunciones), siendo la razón de sexos de 2,3 varones por cada mujer, indicador que en el año 2000 se ubicaba en 3,2 (Tabla 15 y Gráfico 27).

Tabla 15. Número de defunciones y tasa de mortalidad por sida por cien mil habitantes según sexo, Argentina 1990-2009

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

Gráfico 27. Tasa de mortalidad por sida por cien mil habitantes según sexo, Argentina 1990-2009



La tasa de mortalidad por sida alcanzó su valor más elevado para ambos sexos en 1996, momento en el que comenzó a descender a partir de la introducción de las terapias antirretrovirales de gran actividad, para estabilizarse en 1999. Mientras que entre los varones volvió a sufrir un descenso entre los años 2003 y 2006, entre las mujeres se mantiene estable desde fines de la década de 1990.

Al analizar las defunciones por edad (Gráfico 28), se observa entre los varones un descenso continuo en la tasa de mortalidad en los grupos 0-14, 15-24 y 25-34 años, estable entre los de 35-44 y en ascenso en los grupos de 45 años o más. En el caso de las mujeres, desciende la tasa en el grupo de 25-34, ascienden las tasas en los de 35-44 y 45-54 y el resto se mantiene estable.

Gráfico 28. Tasa de mortalidad por sida por cien mil habitantes según grupo de edad y sexo, Argentina 1990-2009

Varones

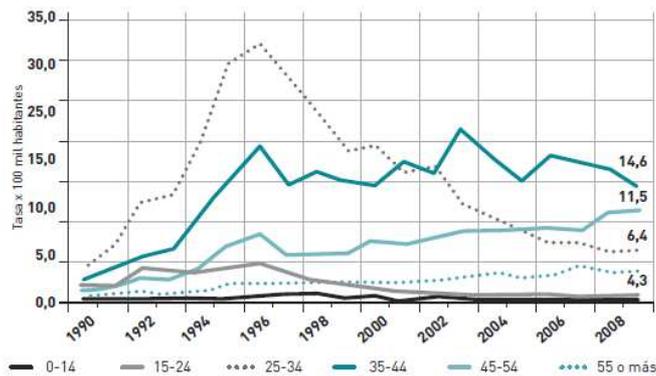
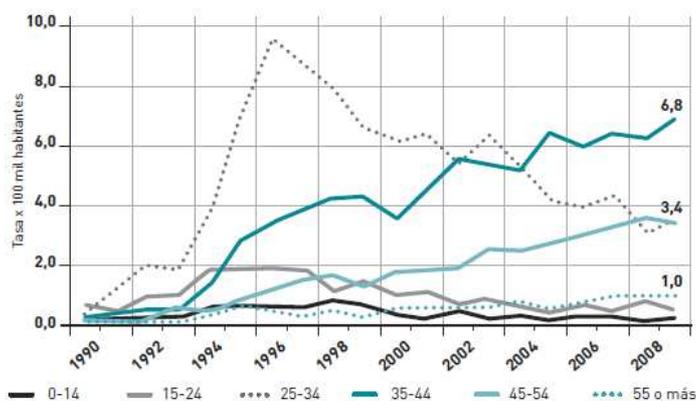


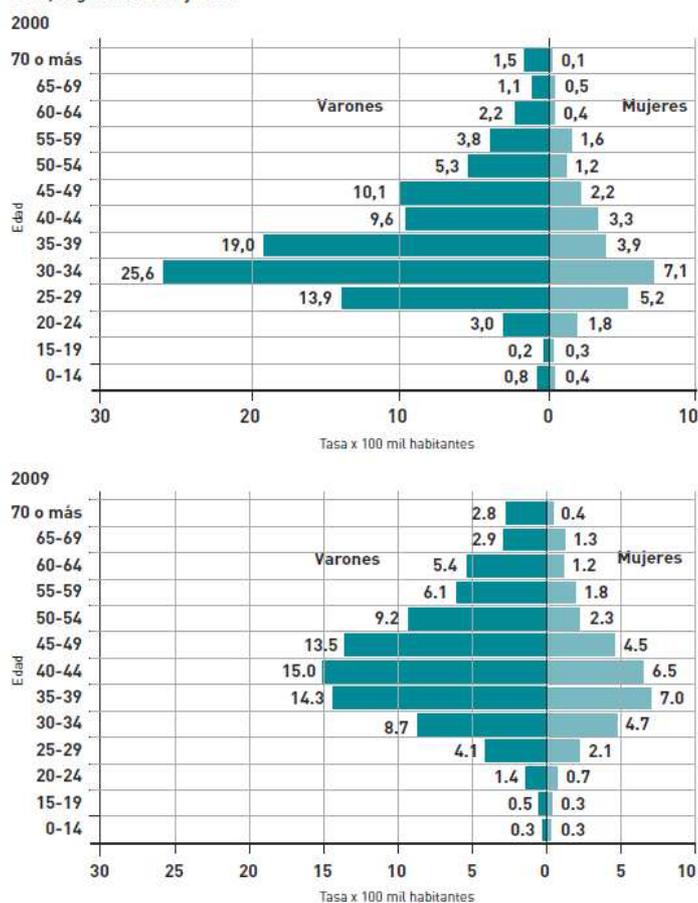
Gráfico 28. Tasa de mortalidad por sida por cien mil habitantes según grupo de edad y sexo, Argentina 1990-2009

Mujeres



En las pirámides del Gráfico 29 en las que se comparan las tasas de mortalidad de los años 2000 y 2009, se puede apreciar el aumento de la edad entre las personas que fallecen a causa del sida. Se observa que en 2009, la tasa más elevada en los varones se concentró en los grupos de 35-49 años y alcanzó su valor máximo en el grupo de 40-44 años (15 por cien mil habitantes). En las mujeres, la tasa más elevada se concentró en los grupos de 30-49 años y el valor más elevado se presentó en el grupo de 35-39 años (7 por cien mil habitantes).

Gráfico 29. Tasas de mortalidad por sida por 100 mil habitantes por grupo de edad y sexo, Argentina 2000 y 2009



En 2009, el sida ocupó el 5º lugar entre las causas de muerte bien definidas en los varones de 35-44 años y el 8º en los de 25-34. En las mujeres de 25-34 años ocupó el 5º lugar entre las causas bien definidas y el 6º en las de 35-44.

Al analizar las tasas de mortalidad por región en la última década (Gráfico 30), se aprecia una caída en CABA, GBA y la región Centro (resto de Buenos Aires, Entre Ríos, Santa Fe y Córdoba) hasta el año 2005 aproximadamente y luego una estabilización de los valores.

Gráfico 30. Tasa de mortalidad por sida por cien mil habitantes según región, Argentina 2001-2009



En el resto de las regiones se observa un leve ascenso, relacionado con la modificación de la distribución de las infecciones en el país en los últimos veinte años, lo que ha producido un aumento en la prevalencia y, en consecuencia, en la cantidad de defunciones. Esto no implica un aumento en la letalidad de la infección.

Se analizaron las bases de mortalidad provenientes de las defunciones registradas en el Informe Estadístico de Defunción del Subsistema de Estadísticas Vitales para los años 1990 a 2009, según sexo, grupos de edad y causas seleccionadas, para el total del país. Las estimaciones de población fueron suministradas por el Instituto Nacional de Estadística y Censos, elaboradas sobre la base del Censo de Población, Hogares y Vivienda 2001.

La metodología y las causas por considerar fueron adaptadas a partir de una propuesta realizada por ONUSIDA para ser aplicada en varios países. El análisis incluyó las causas básicas de muerte consideradas mal definidas e inespecíficas y las que podían ocultar sida.

Puede consultarse la metodología utilizada en el Boletín Nº 28 de la DSYETS de Diciembre de 2011.

Mortalidad por sida en la Argentina luego de la aplicación de la metodología

En la Tabla 16 se muestra el total de defunciones y tasas registradas por sida para cada año del período y las recalculadas luego de aplicar la metodología seleccionada, y en el Gráfico 31, la comparación de la tasa de mortalidad registrada y recalculada.

Los resultados determinaron que la mortalidad no sólo fue más elevada sino que en general conservó la misma tendencia que la mortalidad registrada. Esto se observó también en el análisis por grupo de edad en todos los grupos, excepto en el de 15 a 19 años en el cual la tendencia de la mortalidad se modificó en comparación a la mortalidad sin corregir, y en los de 40 a 44 y 45 a 49 años en los que, sin modificarse la tendencia, se observó una mayor diferencia con la mortalidad previa a la corrección que en los otros grupos de edad.

Tabla 16. Cantidad de defunciones y tasa de mortalidad por sida registrada y recalculada, Argentina 1990-2009

AÑO	Muertes por sida		Tasa de mortalidad por sida (por 100.000 hab)	
	Registrada	Recalculada	Registrada	Recalculada
1990	286	312	0,88	0,96
1991	459	621	1,39	1,88
1992	749	963	2,24	2,88
1993	812	954	2,39	2,81
1994	1.216	1.404	3,54	4,09
1995	1.772	1.971	5,10	5,67
1996	2.098	2.309	5,96	6,56
1997	1.829	1.999	5,14	5,61
1998	1.673	1.839	4,65	5,11
1999	1.469	1.675	4,04	4,60
2000	1.472	1.651	4,00	4,49
2001	1.474	1.621	3,97	4,36
2002	1.528	1.720	4,07	4,58
2003	1.573	1.826	4,15	4,82
2004	1.452	1.664	3,80	4,35
2005	1.307	1.584	3,39	4,10
2006	1.403	1.705	3,60	4,38
2007	1.425	1.758	3,62	4,47
2008	1.402	1.790	3,53	4,50
2009	1.423	1.828	3,55	4,55

Fuente: Dirección de Estadísticas e Información de Salud

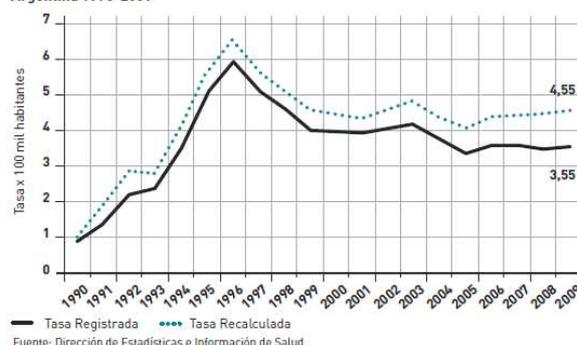
Conclusiones

A partir de los resultados de la aplicación de la metodología definida puede concluirse que en la Argentina existen tres grupos de causas que podrían contribuir al subregistro de la mortalidad por sida: 1) las denominadas trazadoras, 2) otro conjunto –que podría denominarse asociadas– de causas de defunción que los médicos certifican frecuentemente como causa básica o como causa única, pero que en realidad se trata de causas intermedias o finales y que también encubren otras causas básicas de mortalidad importantes y 3) las denominadas mal definidas.

Con respecto a estos dos últimos grupos, su frecuencia y distribución se basa, entre otras razones, en la modalidad de certificación médica de causa de muerte y el perfil epidemiológico de mortalidad en el país. Esto significa que debe estudiarse con mayor profundidad (por edad, sexo, región, etc.) y mediante otros métodos, qué porcentaje, por ejemplo, de las muertes por neumonía o caquexia pueden encubrir la causa sida y no atribuir a esta causa todo el exceso de mortalidad.

Sobre la base de los cálculos que pudieron realizarse, se observa que la omisión de la causa sida en la mortalidad sería inferior al 30% a lo largo de toda la serie considerada. Por último, debe mencionarse que se han llevado a cabo en el país actividades de capacitación, especialmente orientadas a los profesionales vinculados a la atención del sida, sobre la incorporación correcta de datos en la certificación médica de la causa de muerte, así como talleres, la impresión de material específico para esta enfermedad editado en el año 2001 en conjunto con la DSyETS, etc.

Gráfico 31. Comparación de la tasa de mortalidad por sida registrada y recalculada. Argentina 1990-2009



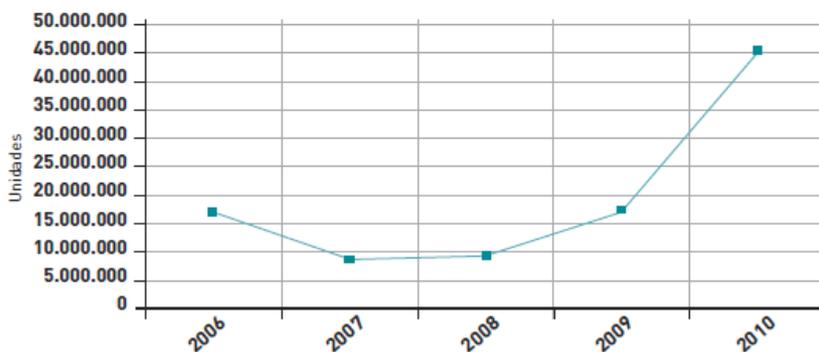
III. Respuesta nacional a la epidemia de sida

Ejecución del Programa de SIDA, respuestas en detalle:¹³

Estrategia preventiva

En el marco de las estrategias de prevención de la epidemia implementadas en el período, se observa un importante crecimiento de la distribución de preservativos gratuitos en todo el territorio nacional a través de puestos fijos, eventos y actividades de prevención. Durante el año 2010, la DSyETS distribuyó un promedio mensual de 3.715.773 de preservativos, alcanzando un total de 44 millones de preservativos durante el año.

Gráfico 32. Preservativos distribuidos en el país, Argentina 2006-2010



Bocas fijas de distribución de preservativos

En el período se observa un significativo incremento de los puestos fijos de distribución gratuita de preservativos masculinos y geles lubricantes, partiendo de 380 puestos ubicados sólo en CABA en el año 2008 se pasó a 2.533 puntos de distribución en todo el país. Los puestos fijos cuentan con dirección, ubicación dentro de la institución, horario de funcionamiento y nombre del referente institucional encargado.

El 35% (875) de los centros están concentrados en la provincia de Buenos Aires, en segundo lugar se encuentra CABA con un total de 411 bocas de expendio representando el 16% de los puestos fijos, seguida por la provincia de Santa Fe con el 9% (239), mientras que Córdoba se ubica en cuarto lugar con 138 (7%).

¹³ Todo el reporte en general se ha basado en información publicada en el Boletín sobre el VIH –SIDA en la Argentina, N° 28, Diciembre de 2011. Elaborado por la Dirección Nacional de SIDA y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. DSyETS.

Tabla 18. Cantidad de bocas fijas de distribución de preservativos por jurisdicción, Argentina 2009-2011

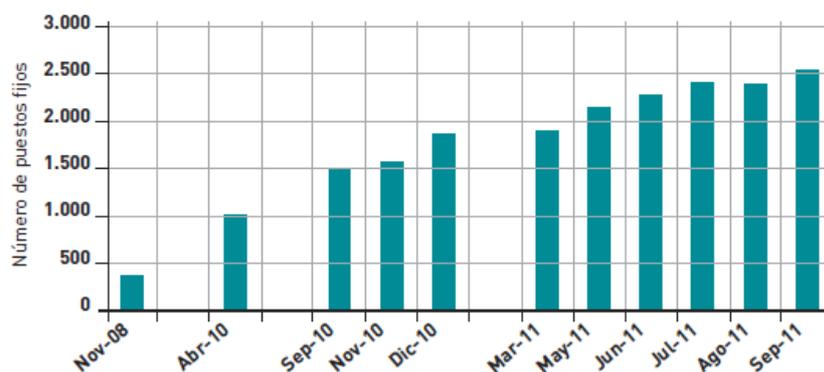
	Septiembre de 2010	Septiembre de 2011
Total general	1.503	2.533
Buenos Aires	310	875
CABA	404	411
Catamarca	-	-
Chaco	47	45
Chubut	1	78
Cordoba	124	183
Corrientes	4	15
Entre Rios	41	67
Formosa	7	42
Jujuy	19	35
La Pampa	58	61
La Rioja	25	25
Mendoza	15	17
Misiones	1	9
Neuquén	1	32
Rio Negro	2	22
Salta	4	37
San Juan	42	46
San Luis	40	26
Santa Cruz	100	100
Santa Fe	208	239
Santiago del Estero	8	9
Tierra del Fuego	18	31
Tucumán	24	128

Base: Total de jurisdicciones (N=24)

Los valores presentados señalan un incremento en relación con los informados en el boletín anterior, con alrededor de 1.000 nuevas bocas de distribución fijas. Este aumento se debe a una política de oferta sostenida de preservativos masculinos y geles basada en el fortalecimiento de los programas jurisdiccionales de VIH-sida del país, sus capacidades de gestión y logística y la presencia de actores que implementan estrategias de acceso de la población a los recursos preventivos.

En el Gráfico 33 se detalla el crecimiento de los lugares de distribución de preservativos y geles en el período noviembre de 2008 y septiembre de 2011.

Gráfico 33: Evolución de las bocas fijas de distribución de preservativos y geles, Argentina, noviembre de 2008 a septiembre de 2011



Reactivos para diagnóstico y estudios de seguimiento

La normativa vigente en la Argentina - la Ley Nacional de Sida 23.798 y su decreto reglamentario 1.244/91- establecen la entrega gratuita de medicamentos, análisis de diagnóstico y complementarios para personas sin cobertura de salud. Esta responsabilidad es compartida por el Estado Nacional, las provincias y el CABA.

La DSyETS es la dirección responsable de proveer los insumos de diagnóstico y tratamiento para VIH, diagnóstico y seguimiento de infecciones oportunistas y de transmisión sexual relacionado a la inmunodeficiencia producida por el VIH a nivel nacional.

Durante el año 2010 se adquirieron un total de 85.928 reactivos de seguimiento para VIH y hepatitis C y 1.990.548 reactivos de diagnóstico que se distribuyeron en las 24 jurisdicciones del país y en los laboratorios nacionales. La distribución de reactivos fue acompañada con controles de calidad.

Un total de 21.286 personas fueron autorizadas para la realización de estudios de seguimiento (Tabla 19), distribuidas entre 43% mujeres y el 57% varones en el año 2010. A partir del año 2009 se realizó un cambio en la modalidad de autorización: una autorización habilita a tres estudios de seguimiento, algunos de los cuales se hicieron en 2010. Por lo tanto, el descenso en el número de personas no refleja una disminución en la cobertura de los estudios sino a un cambio en el método de autorización.

Tabla 19. Personas autorizadas por la DSyETS a realizar estudios de seguimiento para VIH y/o hepatitis C por año, Argentina 2004-2010

	Número de personas estudiadas	Porcentaje		Mediana Edad		Razón hombre / mujer
		Mujeres	Varones	Mujeres	Varones	
2004	22.425	40%	60%	32,5	35,8	1,5
2005	22.132	41%	59%	33,3	36,7	1,5
2006	23.709	41%	59%	33,9	37,3	1,4
2007	23.446	42%	58%	34,6	38,0	1,4
2008	24.881	42%	58%	35,0	38,6	1,4
2009	27.499	43%	57%	35,5	39,0	1,3
2010	21.286	43%	57%	35,9	39,3	1,4

En el año 2010, se autorizó a 20.633 personas a realizarse estudios de carga viral, a 799 test de resistencia para VIH - un 28% más que el año anterior-, y a 562 a estudios relacionados con el seguimiento de la hepatitis C - un 11% más que el año anterior. (Gráficos 34 y 35).

Gráfico 34. Evolución de las personas autorizadas a realizarse estudios de carga viral para VIH, Argentina 2004-2010

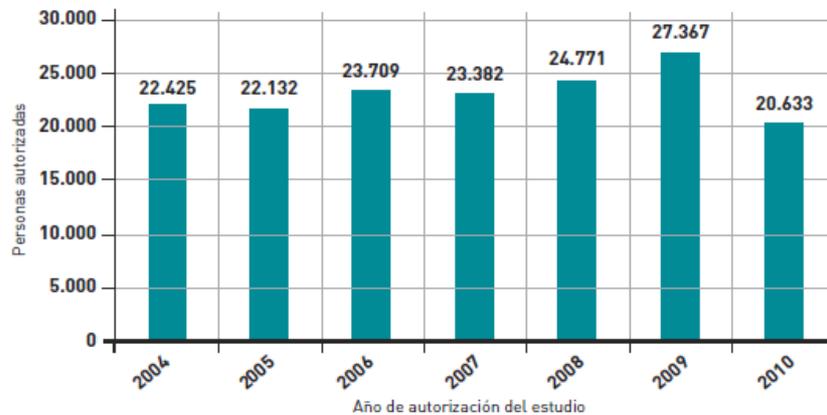
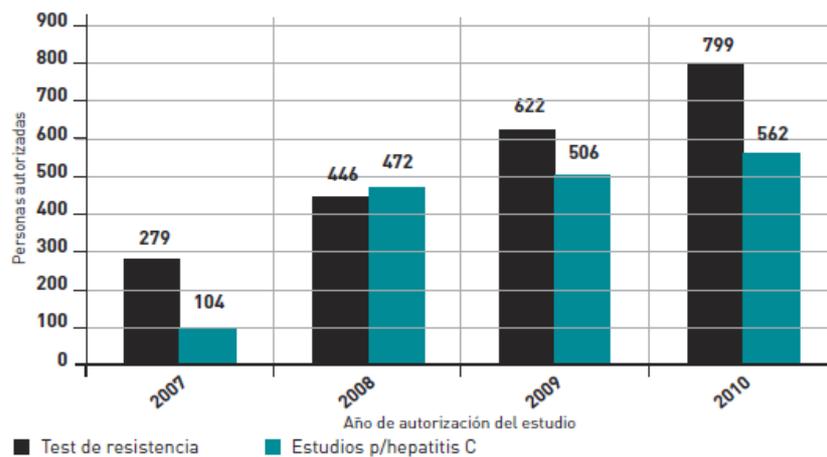


Gráfico 35. Evolución de las personas autorizadas a realizarse test de resistencia para VIH y carga viral o genotipo para hepatitis C, Argentina 2007-2010



En cuanto a la distribución geográfica de los estudios, en primer lugar se encuentra CABA con el 33%, seguido por la provincia de Buenos Aires con el 30%, en tercer lugar Santa Fe con el 8% y en cuarto lugar Córdoba con el 6%. Los test de resistencia presentan una distribución diferencial donde el 51% de los tests fueron solicitados por instituciones de la provincia de Buenos Aires en el año 2010 y el 30% por instituciones de CABA.

Evolución de los padrones de personas con medicación

En el año 2008 se inició un proceso de actualización de padrones de personas en tratamiento cubiertos por la DSyETS. Actualmente, se encuentran empadronadas un total de 22.708 pero están en proceso de registración 2.030 personas adicionales.

La estimación del total de personas se realizó sobre la base de la información provista por cada jurisdicción a Junio del 2011. En algunas jurisdicciones las personas empadronadas superan a las estimadas por la DSyETS, esto se debe a que las estimaciones se realizan a partir de los consumos de cada jurisdicción calculados sobre la base de los pedidos

realizados. El riesgo de esta estimación es que los pedidos de medicamentos se encuentran asociados a los stocks existentes en cada provincia.

En la Tabla 20 se puede observar que casi todas las jurisdicciones han logrado empadronar al menos al 60% de las personas y se ha podido incrementar el número de empadronados en el año 2011.

Tabla 20. Padrón de tratamientos antirretrovirales cubiertos por la DSyETS, Argentina 2010-2011

	Personas bajo tratamiento declarado por la Jurisdicción durante el 2010	Porcentaje Empadronado	Personas bajo tratamiento declarado por la Jurisdicción a Junio del 2011	Personas bajo tratamiento estimadas por la DSyETS a junio del 2011*	Porcentaje Empadronado	Porcentaje de personas respecto del total
Buenos Aires	6.801	62,8%	7.974	10.164	68,0%	31,9%
CABA	4.786	50,9%	7.502	11.667	74,0%	36,6%
Catamarca	52	65,0%	82	101	81,0%	0,3%
Chaco	134	84,3%	211	215	98,0%	0,7%
Chubut	93	43,9%	330	380	87,0%	1,2%
Córdoba	1.582	106,2%	1.604	1.600	100,0%	5,0%
Corrientes	220	80,0%	220	250	88,0%	0,8%
Entre Ríos	346	74,9%	363	390	93,0%	1,2%
Formosa	56	67,5%	56	75	75,0%	0,2%
Jujuy	95	36,5%	200	212	94,0%	0,7%
La Pampa	63	76,8%	87	87	100,0%	0,3%
La Rioja	77	85,6%	83	150	55,0%	0,5%
Mendoza	439	86,2%	436	455	96,0%	1,4%
Misiones	153	46,4%	440	420	105,0%	1,3%
Neuquén	268	75,5%	274	282	97,0%	0,9%
Río Negro	201	80,7%	217	250	87,0%	0,8%
Salta	194	94,6%	365	370	99,0%	1,2%
San Juan	126	47,4%	200	198	101,0%	0,6%
San Luis	119	88,8%	111	170	65,0%	0,5%
Santa Cruz	95	106,7%	106	112	95,0%	0,4%
Santa Fe	1.791	48,0%	2.998	3.250	92,0%	10,2%
Santiago del Estero	50	22,5%	180	170	106,0%	0,5%
Servicio Penitenciario Bonaerense	50	27,2%	184	220	84,0%	0,7%
Servicio Penitenciario Federal	15	12,7%	118	220	54,0%	0,7%
Tierra del Fuego	17	38,6%	47	56	84,0%	0,2%
Tucumán	254	74,9%	350	390	90,0%	1,2%
Personas estimadas a Junio del 2011*			24.738	31.854	78,0%	100,0%

* En el cálculo de personas estimadas no se incluyeron los hospitales dependientes directamente del ministerio de Salud de la Nación.

Análisis de los tratamientos antirretrovirales provistos por la DSyETS

Durante el año 2010, la DSyETS realizó un estudio de corte transversal con apoyo de OPS, cuyo objetivo fue conocer el perfil de los tratamientos antirretrovirales (ARV) provistos por el Ministerio de Salud a las personas con VIH en la Argentina con el propósito de optimizar la planificación de necesidades de fármacos antirretrovirales. Este estudio fue actualizado durante el año 2011.

La fuente principal de información fue la base de datos del padrón de pacientes cubiertos por la DSyETS (aproximadamente 30.000 personas) con sus tratamientos cargados a la fecha del corte. Para cada persona se dispone

información sobre fecha de nacimiento, sexo, institución y jurisdicción donde es atendida y los antirretrovirales prescritos. De este modo, se pueden reconstruir los esquemas antirretrovirales utilizados por cada paciente, analizar esos esquemas (y drogas individuales) por sexo, edad, institución y jurisdicción.

El análisis se realizó sobre la base de un padrón de 22.708 personas - 59% varones y el 41% mujeres - con una media de edad de 40,6 años (DE +/- 11,55). El 3,3% tenía menos de 15 años, el 78,4% tenía entre 15 y 50 y el 18,3% tenía más de 50 años.

Para el análisis, se consideraron como esquemas de primera línea aquellos compuestos por cualquier combinación de análogos de nucleósidos o nucleótidos con efavirenz o nevirapina, y los esquemas compuestos solamente por análogos de nucleósidos/nucleótidos (por ejemplo, AZT/3TC/ABC). Se consideraron como esquema de segunda línea aquellos esquemas que contenían los siguientes antirretrovirales: nelfinavir, saquinavir, indinavir, atazanavir, lopinavir/ritonavir, fosamprenavir, pero que no contuvieran ningún antirretroviral considerado como de tercera línea o "rescate".

Se consideraron de tercera línea a aquellos esquemas que contenían: darunavir, tipranavir, etravirina, maraviroc, raltegravir, enfuvirtide; y los esquemas con 4 o más antirretrovirales (excluido el ritonavir).

Gráfico 37. Uso relativo de los tratamientos de primera línea, Argentina 2011

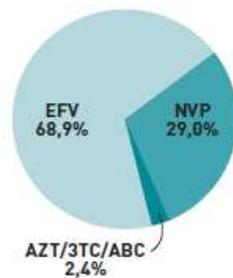
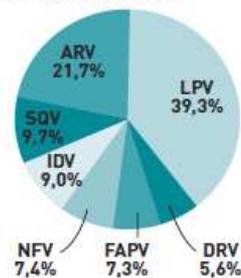


Gráfico 38. Uso relativo de los inhibidores de proteasa en los esquemas de 2º y 3º línea, Argentina 2011



La CABA y la provincia de Buenos Aires concentran casi el 65% de los tratamientos antirretrovirales provistos por la DSyETS. Si se agregan Córdoba y Santa Fe, este porcentaje asciende al 82%. En la Tabla 22 se listan algunos de los esquemas más utilizados y su frecuencia relativa.

Tabla 22: Esquemas antirretrovirales más utilizados, Argentina 2011

AZT/3TC + EFV	23,6
AZT/3TC + NVP	11,1
ABC + 3TC + EFV	10,4
AZT/3TC + LPV/R	6,1
D4t + 3TC + EFV	3,9
AZT/3TC + ATV (+/- RTV)	2,7
AZT/3TC + SQV (+/- RTV)	1,7
AZT/3TC + IDV (+/- RTV)	1,6
ABC + 3TC + LPV/R	1,5
ABC + 3TC + NVP	1,5
TDF + 3TC + LPV/R	1,3
TDF + 3TC + EFV	1,2
ABC + 3TC + ATV (+/- RTV)	1,0
TDF + 3TC + ATV (+/- RTV)	0,9
TDF/FTC + EFV	0,8
TDF/FTC + ATV/R	0,6
TDF/FTC + LPV/R	0,5

Además, se realizó un análisis sobre la efectividad de los tratamientos sobre la base de los resultados de las cargas virales realizadas y registradas en la base de datos. Se analizaron 11.436 personas (de los 22.708 empadronadas), que tenían registrado al menos un valor de carga viral en el último año. Se determinó que en el país, el porcentaje de personas bajo tratamiento con carga viral menor a 50 copias/ml es de 63%; con carga viral entre 51 y 400 copias/ml es de 13,5%, y de 23,5% mayor a 1.000 copias/ml. Estos porcentajes son heterogéneos si se analizan según la jurisdicción. Existen jurisdicciones en las que el porcentaje de personas bajo TAR y carga viral menor a 50 copias/ml es de 34% y otras regiones en las que esta cifra supera el 80%. Las razones de estas discrepancias son multifactoriales y continúan siendo analizadas.

En relación a tratamientos de rescate, el 2,13% (619) de las personas recibieron tratamientos de rescate con al menos uno de los siguientes antirretrovirales: darunavir, tipranavir, raltegravir, maraviroc, enfuvirtide o etravirina. El 63% eran varones y la media de edad fue de 37,15 años (DE 13,88) (Gráficos 23 y 24). En la tabla 25 se presenta la distribución de las distintas combinaciones de esquemas de rescate. Debido a la gran dispersión, todas las posibles combinaciones de nucleósidos fueron resumidas en una sola (NUC). Aun así, existe una gran dispersión de esquemas y se representan sólo los más frecuentes.

Tabla 23. Distribución según grupo etario de las personas que reciben tratamientos de rescate, Argentina 2011

GRUPO	PORCENTAJE
Menores de 14 años	4,6%
14 a 50 años	73,3%
Mayores de 50 años	16,1%

Tabla 24. Cantidad y distribución con respecto al total de los esquemas de rescate de los antirretrovirales que definen a este grupo, Argentina 2011

ANTIRRETROVIRAL	PORCENTAJE DE USO EN ESQUEMAS DE RESCATE
DRV	69,63%
RAL	44,43%
T-20	24,72%
ETR	19,71%
TPV	7,92%
MVC	6,95%

Tabla 25. Distribución de las distintas combinaciones de esquemas de rescate, Argentina 2011

ESQUEMAS DE RESCATE	PORCENTAJE DEL TOTAL DE ESQUEMAS DE RESCATE
DRV + NUC	24,70%
DRV + RAL + NUC	12,11%
DRV + T-20 + NUC	11,15%
DRV + RAL + ETR + NUC	7,43%
DRV + RAL + MVC + NUC	6,95%
DRV + ETR + NUC	4,20%
TPV + NUC	3,56%
RAL + LPV + NUC	3,56%
T-20 + LPV + NUC	2,75%

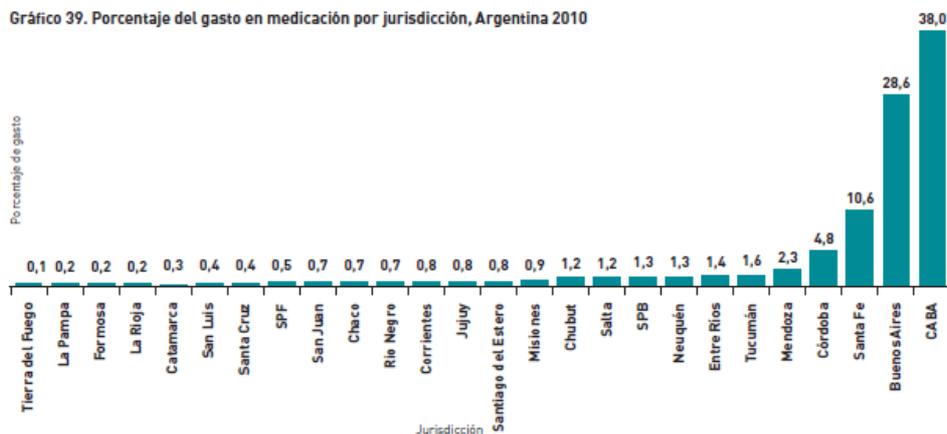
En general, la amplia disponibilidad de opciones terapéuticas produce una dispersión muy importante en cuanto a los distintos esquemas utilizados en Argentina. No obstante, la mayoría son esquemas de primera línea de tratamiento. Existe una concentración de los proveedores de tratamientos antirretrovirales en CABA y área metropolitana, y en menor medida en otras grandes ciudades, que coincide con la forma de la concentración de la epidemia en el país.

Si bien no se dispone de datos de cargas virales de todas las personas que reciben antirretrovirales, la información disponible permite apreciar que existen importantes discrepancias en la efectividad de los tratamientos entre diferentes jurisdicciones. Las razones de la efectividad disminuida y de las discrepancias entre jurisdicciones continúan siendo evaluadas.

Gasto en medicamentos y leche de inicio

El gasto en medicamentos antirretrovirales, para enfermedades oportunistas y leche de inicio durante el año 2010 fue de \$ 255.033.791. El 96% corresponde a medicamentos antirretrovirales. Se puede observar un incremento del 36% respecto del año 2009, un porcentaje de aumento mayor al promedio de los últimos años. Este aumento se encuentra relacionado principalmente con la incorporación de nuevas drogas al vademécum. El mayor porcentaje del gasto corresponde a la provincia de Buenos Aires y a CABA con el 66,55%. Si se suma el gasto de Santa Fe y Córdoba, se alcanza el 81,92% del total del gasto nacional, dato consistente con la cantidad de personas en seguimiento en estas jurisdicciones (Gráfico 39).

Gráfico 39. Porcentaje del gasto en medicación por jurisdicción, Argentina 2010



El costo promedio anual por persona de los tratamientos provistos por la DSyETS es de \$ 8.100. Las jurisdicciones con menor gasto por persona son La Rioja, el Servicio Penitenciario Federal y Misiones con el 52%, 35% y 32% respectivamente. Es importante aclarar que el gasto no siempre se encuentra asociado con una mejor o peor prescripción de tratamientos antirretrovirales, sino que también hay que considerar, al hacer una evaluación, el estado de salud de las personas. Además, la estimación del gasto se realiza sobre la base de los pedidos de medicamentos realizados por cada jurisdicción, que se encuentra atado a stocks existentes en cada una de ellas.

Indicadores de Alerta Temprana (IAT) de la OMS

La DSyETS, junto con la OPS, sostiene un proyecto de alerta temprana de resistencia viral a través del monitoreo de algunos indicadores. Los IAT constituyen un instrumento de monitoreo y evaluación de los servicios de atención integral, en áreas específicas que pueden tener un impacto importante en la prevención de la farmacoresistencia del VIH. Estos indicadores incluyen: las prácticas de prescripción de antirretrovirales, el retiro puntual de los medicamentos, la asistencia puntual a las consultas médicas, el abandono de los tratamientos, la permanencia en el esquema de tratamiento inicial al cabo de 12 meses, el desabastecimiento de antirretrovirales, la medición de adherencia y la supresión de la carga viral. Se consideran indicadores indirectos del riesgo de farmacoresistencia en los centros de atención y permiten identificar áreas que representan un potencial riesgo para la aparición de resistencia en las personas con TAR.

Este proyecto plantea la recolección de datos para el monitoreo de una adaptación de los IAT de OMS en centros de distribución de medicamentos ARV del sector público de nuestro país. La meta del proyecto es prevenir el desarrollo de farmacoresistencia en pacientes en TAR, mejorando la calidad de atención y potenciando la efectividad de la terapia a largo plazo. El propósito es fortalecer la capacidad local (centros de tratamiento y distribución de TAR), así como la nacional (DSyETS) de monitoreo y evaluación de indicadores básicos de calidad de atención y resultados del programa de acceso universal al TAR.

Los resultados parciales muestran que hay una importante proporción de personas (42,2% de la muestra) que, habiendo iniciado su TAR durante el año 2011, no retiró puntualmente sus medicamentos. Si bien la evaluación final de los indicadores comenzará a principios de 2012, con los resultados preliminares se puede concluir que es necesario el desarrollo y la implementación de estrategias para mejorar la adherencia al TAR y que sería recomendable mejorar la difusión e implementación de las guías nacionales.

Transferencias de recursos a las provincias

Durante el año 2010, la DSyETS transfirió un total de \$ 276.045.390,53 a las 24 jurisdicciones, distribuidos \$ 242.887.146,82 en medicamentos, \$ 21.811.080,07 en reactivos, \$ 879.998,64 en leche de inicio, \$ 9.934.342 en material preventivo, entre otros (Tabla 26).

Tabla 26: Transferencias de recursos de prevención y asistencia desde la Dirección de Sida y ETS a las provincias durante el año 2010

	Unidades	Monto
Medicamentos	47.928.043	242.887.146,82
Reactivos para VIH y sífilis	1.963.678	14.096.039,10
Test hepatitis C	1.156	248.964,73
Test de resistencia	790	673.892,76
Cargas virales	60.247	6.792.183,48
Leche de inicio	31.861	879.998,64
Lubricantes	766.810	68.302,00
Preservativos	44.589.282	8.952.207,00
Folletería	8.019.599	913.833,00
Material educativo	181.633	532.823,00
TOTAL		276.045.390,53

En el marco de la estrategia nacional multisectorial en respuesta al VIH, durante el período 2010/2011 se destaca la definición de un área específica de Prevención que, entre otras acciones, gestiona la compra y distribución sistemática de preservativos, organiza la producción y distribución de material gráfico preventivo y articula acciones estratégicas con las organizaciones de la sociedad civil; además se reestructuró el área de Epidemiología a fin de incluir actividades de investigación, monitoreo y evaluación de las estrategias implementadas para dar respuesta a la epidemia.

Esta estrategia nacional está dirigida a alcanzar a todas las poblaciones clave (población general, jóvenes, hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras/es sexuales, usuarios de drogas, personas con VIH, personas privadas de su

libertad, niños/niñas, migrantes, mujeres con VIH y mujeres embarazadas en general) asegurando así la plena integración y activa participación de la sociedad civil, a través de redes de personas viviendo con el VIH, organizaciones no gubernamentales que trabajan con VIH/sida, asociaciones de trabajadoras sexuales (AMMAR), organizaciones LGTB (ATTTA), organizaciones de usuarios de drogas, entre otros grupos.

En cuanto a los asociados externos, éstos han respaldado, ajustado y armonizado sus planes y programas relacionados con el VIH con las prioridades nacionales definidas en el marco de la mencionada estrategia.

En relación al apoyo y liderazgo político en Argentina en materia de VIH y sida, es importante destacar que altos funcionarios del gobierno nacional así como también sub-nacional hablan públicamente a favor de los esfuerzos relacionados a la respuesta a la epidemia, como fue el caso del discurso argentino en la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas – UNGASS, en junio de 2011 en Nueva York, momento en que una funcionaria de alto cargo demostró su liderazgo y compromiso.

Argentina, tanto a nivel nacional como provincial y municipal, dispone de leyes, regulaciones y reglamentaciones contra la discriminación que protegen específicamente a las personas que viven con VIH y a otras poblaciones clave:

- Ley Nacional de Sida N° 23.798 (contempla acceso a la atención de la salud, respeto a la dignidad y no discriminación, consentimiento informado, información, confidencialidad, etc)
- Ley antidiscriminatoria (Decreto 1086/2005) - Publicado en el Boletín Oficial N° 30.747
- Ley de Salud sexual y procreación responsable (N° 25.6739)
- Ley de contracepción quirúrgica.
- Ley de matrimonio igualitario (N° 26.618)
- Ley Nacional de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos que desarrollen sus relaciones interpersonales (N° 26.485)
- Ley Nacional de Migraciones. Nuevo Régimen Legal (N° 25.871)
- Proyecto de ley de identidad de género (media sanción aprobada en 2011).

A excepción de la ley de identidad de género que sólo recibió media sanción, el resto de las leyes citadas se encuentran en vigencia. Existen en el país mecanismos que garantizan la implementación de la legislación, como el INADI (Instituto Nacional contra la discriminación, la xenofobia y el racismo), y la Comisión Provincial por la Memoria – Comité contra la tortura de la Provincia de Buenos Aires, entre otros.

IV. Prácticas óptimas

Atendiendo a sus objetivos, la DSyETS desarrolla y promueve 8 estrategias para mejorar el acceso al diagnóstico de VIH y sífilis con asesoramiento:

1. Difusión de los circuitos existentes para la realización del diagnóstico de VIH y sífilis. Es necesario que los programas jurisdiccionales trabajen en la difusión y comunicación de los lugares, horarios existentes y requisitos solicitados para la realización del test de VIH y sífilis. Con ese fin, se deben utilizar mensajes claros con información precisa sobre los recursos disponibles en cada jurisdicción.

2. Revisión de los circuitos establecidos. Es conveniente que los equipos de salud realicen un análisis de los circuitos diagnósticos existentes en sus lugares de trabajo y jurisdicciones con la finalidad de conocerlos y revisarlos desde la

perspectiva del usuario, identificando los pasos necesarios para su mejoramiento (modalidad de turnos, lugares, horarios, tiempos de esperas, pedidos de órdenes, etc.).

3. **Capacitación a personas clave.** Desarrollar actividades de capacitación permanente a profesionales, técnicos o administrativos que, por su tarea cotidiana y/o interés particular, estén en condiciones de ofertar las pruebas de VIH y sífilis (obstétricas, clínicos, ginecólogos, trabajadores sociales, enfermería, otros). Las actividades pueden ser organizadas por profesión y/o por equipos de trabajo, promoviendo la transversalización de la capacitación en el nivel sanitario y comunitario.

4. **Oferta de test de VIH (y sífilis) a parejas de mujeres embarazadas.** Repensar la aplicación del protocolo para la disminución de la transmisión vertical desde el trinomio madre/padre/hijo, instalando el espacio del asesoramiento y mejorando la devolución de resultados. Ofrecer el testeo a la pareja sexual de la embarazada y facilitar los circuitos para su testeo. Informar a ambos padres sobre las prácticas de cuidado necesarias para prevenir infecciones durante el embarazo y la lactancia.

5. **Realización de campañas de testeo.** Organización de campañas de testeo que incluyan la instancia de asesoramiento y atiendan las condiciones necesarias para la devolución de resultado. Estas campañas pueden ser extraordinarias (por ejemplo, 1° de diciembre, fiestas regionales, otros.) u organizadas como parte de actividades programadas.

6. **Creación de CePAT.** Los CePAT son un dispositivo de atención específico que propone la creación de equipos y la reorganización de modalidades de trabajo. Pueden estar orientados a poblaciones con vulnerabilidades diferenciales (personas gay, bisexuales y trans, trabajadoras/es sexuales, personas en contexto de encierro, etc.) y/o a población en general.

7. **Implementación extendida de tests rápidos.** La utilización de pruebas de diagnóstico rápidas permitirá facilitar el acceso al diagnóstico en aquellos lugares donde la accesibilidad está disminuida por la distancia, donde existan dificultades en los circuitos y/o en los laboratorios, en el trabajo con poblaciones con vulnerabilidad incrementada al virus, etc. En el marco de un proceso de asesoramiento, estas pruebas deberán realizarse por personas especialmente capacitadas.

8. **Proceso de discusión y generación de nuevos consensos.** Destacando el rol de los laboratorios en el proceso de mejora de la accesibilidad al diagnóstico, es preciso analizar, evaluar e implementar estrategias que comprendan procedimientos de laboratorio para el diagnóstico ágiles y eficaces (participación activa en el proceso diagnóstico, coordinación con equipo en la entrega de resultados, control de calidad de reactivos y laboratorios, implementación de nuevas técnicas, discusión de algoritmos diagnósticos, etc.). La revisión de los algoritmos y la generación de nuevos consensos para agilizar el proceso y mejorar el acceso es fundamental.

-Otras prácticas con buenos resultados han sido:

- Acceso a la salud de la población de diversidad sexual, a través de las herramientas ya mencionadas y otras estrategias
- Desburocratización de pedidos de estudios de seguimiento y medicación.
- Capacitación del sistema penitenciario federal. Intervención modelo. Convenio con Provincias para el Programa de Salud en contexto de encierro, (Ministerios de Salud y de Justicia)
- Programa Remediar que descentralizó manejo de medicación.
- Capacitación docente y articulación con el Ministerio de Educación para producción de materiales de educación sexual en forma conjunta.

V. Principales problemas y acciones correctoras

A partir del proceso de armado del Instrumento de Observación de los compromisos y las políticas nacionales, se ha reflexionado acerca de los problemas, obstáculos y acciones ejecutadas para poder alcanzar los objetivos propuestos, en este sentido, la DSYETS realizó las siguientes observaciones, según el área de intervención:

Plan estratégico

Se plantearon como problemas a resolver:

- Desigualdades regionales (país federal).
- Dificultad en integración de otros actores diferentes de salud.
- Acceso oportuno al diagnóstico

Apoyo y liderazgo políticos

- Discurso argentino en Asamblea de Naciones Unidas UNGASS, New York, Junio 2011.
- **Logros:** Incremento del presupuesto, apoyo a las líneas de trabajo presentadas, acompañamiento en los procesos de trabajo internos y externos.
- **Dificultades:** Conclusión del proceso de Conformación de Comisión Nacional de Sida.

Derechos humanos

- Ley Nacional de Sida 23798
- Acceso a la atención de la salud.
- Respeto a la dignidad y no discriminación.
- Consentimiento informado.
- Información.
- Confidencialidad.
- Ley antidiscriminatoria: (Decreto 1086/2005). Boletín Oficial N°30.747
- Ley de Salud sexual y procreación responsable (N°25.6739)
- Ley de contracepción quirúrgica.
- Ley de matrimonio igualitario (N°26.618)
- Ley Nacional de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos que desarrollen sus relaciones interpersonales (N°26.485)
- Ley de Migraciones. Nuevo Régimen Legal (N°25.871)
- Proyecto de ley de identidad de género

Prevención

- Producción y distribución de material gráfico (folletos, afiches) dirigidos a poblaciones vulneradas.
- Producción y distribución de materiales gráficos dirigidos a los equipos que trabajan con la población trans (guías, cuadernillos, etc.).
- Producción y distribución de materiales gráficos dirigidos a los equipos que trabajan con la población de la diversidad sexual (cuadernillos con los resultados de la investigación "Condiciones de vulnerabilidad al VIH-sida e ITS y problemas de acceso a la atención de la salud en personas homosexuales, bisexuales y trans en la Argentina" 2009-2010; Publicación "Salud, VIH-sida y sexualidad trans 2008").
- Inclusión de la población de la diversidad sexual en los materiales gráficos dirigidos a la población general.

- Promoción y apoyo para la creación de servicios de salud inclusivos para la población de la diversidad sexual y trabajadoras/es sexuales.
- Dictado de jornadas y cursos de capacitación dirigidos a profesionales de la salud, educación, referentes de ONGs, sindicatos, etc. que trabajan con población GLTBIQ, trabajadores/as sexuales, personas en contextos de encierro y personas que viven con VIH.
- Instalación de dispensers de preservativos en el circuito LGTB y HSH.
- Participación en la marcha del orgullo LGTBQ.
- Producción y distribución de material gráfico dirigido a población en contexto de encierro.
- Creación de la línea telefónica por cobro revertido “Salud para incluir”, disponible para las personas en contexto de encierro y sus familias

Logros

- Se incrementó la adquisición y distribución de preservativos de 6 a 60 millones anuales.
- Se incrementaron los puestos fijos de distribución de preservativos 300 a 2600 puestos instalados en diferentes lugares del país.
- Se produjeron, difundieron y distribuyeron nuevos materiales gráficos y herramientas para el trabajo de los equipos y organizaciones de la sociedad civil (folletería y afiches, “maletín preventivo”, guías, dispenser de preservativos).
- Se profundizó la línea estratégica de acceso al test de VIH con asesoramiento. A través de la producción de materiales gráficos específicos (folletos, afiches, guías).
- Se trabajó activamente con los Servicios Penitenciarios Federal y algunos provinciales, donde la salud de los internos pasa a depender del Ministerio de Salud y se consigue en varias unidades la distribución permanente de preservativos.
- Promoción, apoyo y acompañamiento para la creación de servicios de salud inclusivos para la población de la diversidad sexual.

Dificultades

- Acceso oportuno al diagnóstico.
- Prevención de otras ITS.
- Acceso temprano a educación sexual en el sistema escolar
- Provisión permanente de preservativos por falta de oferentes y demora en las entregas por parte de la industria

Tratamiento, atención y apoyo

Logros:

- Incorporación al vademécum del Ministerio de Salud de nuevas drogas y nuevas combinaciones, Simplificación del circuito administrativo en estudios complementarios Incorporación de nuevos estudios como el test de hipersensibilidad para ABACAVIR y test de resistencia,
- Descentralización de entrega de medicamentos
- Control de calidad desde el nivel central de los tratamientos implementados evaluando combinaciones de drogas utilizadas y respuesta virológica en cada paciente Se suministraron todos los tratamientos de rescate solicitados con la totalidad de drogas antirretrovirales comercializadas provistas oportunamente desde el Ministerio de Salud de la Nación.

Dificultades:

- Mejorar el trabajo en la adherencia de los pacientes a los tratamientos antirretrovirales.
- Lograr acceso igualitario para toda la población.
- Tratamiento de las comorbilidades (dislipemias, etc.) Este año se incorporaron las drogas necesarias para distribución gratuita y se estableció programa de intervención a desarrollar durante el año 2012

Tratamiento, atención y apoyo en niños y huérfanos

Logros

En el 2010 se realizó un informe conjuntamente con UNICEF y la SAP sobre el diagnóstico en Argentina de niños, niñas y adolescentes. Durante el 2011 se comenzó una investigación para estimar el número de huérfanos y niños vulnerables en el país. Se editó la guía de atención integral de niños, niñas y adolescentes. Se incorporaron todas las formulaciones pediátricas de Antirretrovirales disponibles. En el 2011 se comenzó a armar la cohorte de niños expuestos del país la cual se implementará en el transcurso del 2012.

Dificultades:

- Evaluar necesidades específicas de esta población.
- Realizar investigación de hogares sustitutos.
- Ampliar las formulaciones disponibles de ARV.
-

Vigilancia y evaluación

- Durante el año 2011, se realizó una revisión y selección de indicadores consensuados para el monitoreo de las estrategias implementadas por la Dirección de Sida y ETS.
- Desde el año 2008 se reforzaron las estrategias de vigilancia epidemiológica capacitando a los referentes de los programas jurisdiccionales, cruzando la información de la notificación sistemática de casos con la distribución de insumos y medicamentos para evaluar el nivel de subnotificación.
- Se intenta mejorar la calidad de información del subsector de obras sociales y prepagas.
- Se realizó una evaluación del subregistro de mortalidad por sida.
- Se diseñó una nueva ficha de notificación de caso de VIH-sida incorporando el nivel de CD4 para un mejor monitoreo del porcentaje de diagnóstico tardío y la variable género para mejorar el conocimiento de la población trans.
- Se está diseñando un sistema de notificación online para agilizar el circuito de vigilancia.

VI. Apoyo por parte de los asociados de desarrollo del país

APOYO POR PARTE DE LOS ASOCIADOS DE DESARROLLO DEL PAÍS:

Sistema de Naciones Unidas

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

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

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

En seguimiento a los mandatos previamente mencionados, en Argentina se estableció el Equipo Conjunto de Naciones Unidas sobre SIDA en el mes de mayo de 2008, que constituye el grupo operacional permanente y técnico del Sistema de Naciones Unidas en el país. El mismo está liderado por el Coordinador de ONUSIDA en Argentina e integrado por 12 puntos focales técnicos que trabajan en el área de VIH de agencias del Sistema de Naciones Unidas: ACNUR, UNICEF, PNUD, UNFPA, UNODC, OIT, OPS/OMS, ONU MUJERES, OIM, CEPAL, Banco Mundial y Oficina del Coordinador Residente.

Durante el período 2010/2011 y teniendo como eje el Marco de Asistencia de las Naciones Unidas para el Desarrollo en Argentina 2010-2014 (MANUD), el Equipo Conjunto diseñó, elaboró e implementó la Programación Conjunta del Sistema de Naciones Unidas, cuyas acciones y estrategias se focalizaron en:

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

Este proceso de Programación Conjunta 2010/2011, evidentemente significó mucho más que el mero desarrollo e implementación de un adecuado proceso técnico; se constituyó esencialmente en una herramienta política trascendente para la construcción de un modelo de intervención de trabajo frente a la complejidad institucional, modificando y creando colectivamente una respuesta pertinente ante los desafíos que plantea la epidemia de VIH en Argentina. Dicha Programación se estructuró en 4 líneas estratégicas con acciones concretas definidas, con presupuesto asignado, con designación de agencias responsables y asociadas y con socios implementadores establecidos. La implementación de las actividades previstas en la programación conjunta se desarrolló de forma completa, lográndose la mayoría de los objetivos propuestos y detallados a continuación.

En este sentido, el apoyo por parte del Sistema de Naciones Unidas como asociado de desarrollo del país durante el bienio 2010/2011 ha consistido, en líneas generales, en actividades de análisis de la situación del país e implementación de acciones establecidas en base a problemas prioritarios, causas y necesidades identificadas para el desarrollo de una cooperación que permita mejorar las capacidades nacionales y así reducir el impacto de la epidemia de VIH.

Programación Conjunta 2010/2011 del Equipo Conjunto de Naciones Unidas sobre Sida para Argentina

Línea Estratégica 1: Profundizar el desarrollo de información estratégica.

Actividades	Agencias		Socios implementadores
	Responsables	Asociadas	
Caracterización de las mujeres recientemente diagnosticadas con el VIH.	UNFPA	ONU MUJERES OPS / ONUSIDA	DSyETS (Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual / Ministerio de Salud) SSyR (Programa de Salud Sexual y Reproductiva)
Validación y difusión del informe final del estudio de tamaño poblacional de trabajadoras sexuales.	OPS / ONUSIDA		DSyETS
Estudio "Seroprevalencia de sífilis e infección por VIH en pacientes puérperas de Argentina".	OPS / UNICEF	ONUSIDA / UNFPA Banco Mundial OPS	DSyETS
Estudio sobre comportamiento de la población migrante y refugiada, focalizado en salud sexual, reproductiva y VIH.	ACNUR	ONUSIDA / UNFPA Banco Mundial	CONARE (Comisión Nacional para los Refugiados) MyRAR (Fundación Migrantes y Refugiados en Argentina)
Armonización de indicadores sobre epidemia concentrada para mejorar la medición del acceso universal a prevención, tratamiento, atención y apoyo.	ONUSIDA / OPS UNICEF	UNFPA / PNUD ONU MUJERES	CNCPS (Consejo Nacional de Coordinación de Política Social) DSyETS
Elaboración de la medición del gasto en sida (MEGAS).	ONUSIDA UNICEF		DSyETS Ministerio de Economía

Línea Estratégica 2: Reducir el estigma y la discriminación y promover los derechos de grupos más expuestos.

Actividades	Agencias		Socios implementadores
	Responsables	Asociadas	
Elaboración de una Guía de Atención Integral de Niños/as y Adolescentes con VIH.	UNICEF / OPS	UNFPA / ONUSIDA	DSyETS SAP (Sociedad Argentina de Pediatría)
<ul style="list-style-type: none"> ● Sistematización y publicación de propuestas de política pública municipal, provincial y nacional. ● Relevamiento de legislación que proteja derechos de lesbianas, gays, bisexuales y trans en 24 ciudades. ● Publicación de un digesto normativo. 	ONUSIDA	PNUD / UNFPA ONU MUJERES ACNUR / UNODC OIT / OPS	FALGBT (Federación Argentina de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans) Poder Judicial Poder Legislativo
Implementación del Programa sobre VIH en el lugar de trabajo del Sistema de Naciones Unidas - UN Cares.	OCR (Oficina Coordinador Residente)	Todas las agencias	

Línea Estratégica 3: Promover y fortalecer el acceso universal a prevención, tratamiento, atención y apoyo en relación al VIH en grupos vulnerables y afectados.

Actividades	Agencias		Socios implementadores
	Responsables	Asociadas	
Promoción de la prevención de la transmisión vertical del VIH y la sífilis.	OPS / UNICEF	ONUSIDA / UNFPA ONU MUJERES	DSyETS
Seguimiento y revisión de la planificación operativa en VIH de la Provincia de Buenos Aires	Banco Mundial ONUSIDA	OPS / UNFPA	DSyETS
Promoción de la accesibilidad a la prevención, diagnóstico y atención del VIH e ITS de población gay, trans y bisexual.	ONUSIDA / UNFPA PNUD / OPS / OCR	UNICEF / UNODC ONU MUJERES	DSyETS
Prevención del VIH en adolescentes y jóvenes a través de la cultura.	UNFPA ONUSIDA		Fundación Huésped Dance4life

Línea Estratégica 4: Reforzar la capacidad de gobernabilidad, coordinando la colaboración entre el Estado y la Sociedad Civil.

Actividades	Agencias		Socios implementadores
	Responsables	Asociadas	
Reformulación del Mecanismo Coordinador de País y elaboración de la propuesta argentina para la 10ª Ronda del Fondo Mundial.	ONUSIDA / OPS	UNFPA / UNICEF UNODC / PNUD	ONG Secretaría de Derechos Humanos DSyETS
Participación en la ejecución de proyectos del Comité de prevención, control y tratamiento del VIH/Sida de las Fuerzas Armadas, de Seguridad y Policiales Nacionales de la República Argentina - COPRECOS	ONUSIDA UNFPA		Ministerio de Defensa
Promoción de actividades en el marco del Día Mundial del Sida (1º de diciembre).	Todas las agencias		

Actividades no incluidas en la Programación Conjunta, llevadas a cabo en el período 2010/2011

Generación de Información Estratégica

- Investigación Diagnóstica “Vulnerabilidades de las mujeres viviendo con VIH/Sida en América Latina” – 2010/2011.
ONUSIDA
- Estudios de caso y lecciones aprendidas en la respuesta a la epidemia de VIH de la comunidad trans en América Latina – 2011
ONUSIDA
- “Proyecto para Integrar Género y Diversidad Sexual en los Servicios de Estrategias y Planes de Acción contra el Sida”- 2010/2011.
ONUSIDA – PNUD
- UNGASS 2010 – Reporte de Progreso sobre los avances en la respuesta al VIH/sida 2012 – Reporte de Acceso Universal 2010 y 2012.
ONUSIDA – OPS/OMS – UNICEF
- Estudio de Estimación de la Mortalidad relacionada al Sida en Argentina – 2011
ONUSIDA
- Estimación del número de huérfanos del SIDA en Argentina -2011.
UNICEF
- Informe sobre la Situación de niños, niñas y adolescentes con VIH en Argentina – 2011.
UNICEF – OPS/OMS
- Diseño de la Cohorte de niños y niñas expuestos al VIH por vía perinatal en Argentina –2011.
UNICEF
- Encuesta sobre Conocimientos, Actitudes y Prácticas en VIH y Salud Sexual y Reproductiva y uso de TIC entre adolescentes de Argentina - Trabajo conjunto con la Fundación Huésped – 2010/2011.
UNICEF
- Actualización de la Guía de Atención Integral de Mujeres con VIH - Desarrollo de material preventivo que vincula VIH y Salud Sexual y reproductiva – 2011.
UNFPA
- Fortalecimiento del sistema de vigilancia epidemiológica de caso de VIH. Publicación del Boletín sobre VIH/sida de Argentina.
OPS/OMS

Reducción del estigma y la discriminación

- Índice de Estigma y Discriminación de las personas que viven con VIH – 2010/2011. **ONUSIDA – OPS/OMS**
- Proyecto sobre lipodistrofia “Nuestros cuerpos hablan”- 2010/2011.
ONUSIDA
- Concurso literario/Campaña Regional de Reducción de Discriminación en el lugar de trabajo: “¡Trabajadores/as Positivos/as Escriben!” de la Organización Internacional del Trabajo y la Confederación Sindical Internacional Año 2010. Apoyo a la participación de joven argentina, quien ganó el concurso literario por su narrativa sobre la superación de la discriminación.
OIT

Promoción y fortalecimiento del Acceso Universal en grupos vulnerables y afectados

- Tratamiento 2.0 – 2011
ONUSIDA – OPS/OMS
- Instalación de Centro de Asesoramiento y Testeo en VIH para Usuarios/as de drogas” – 2011
ONUSIDA – OPS/OMS

Iniciativa de “Empresas Comprometidas en la respuesta al VIH/Sida en Argentina”- 2010/2011.
ONUSIDA – PNUD – OIT
- Iniciativa de “Responsabilidad Social Empresaria, el mundo del trabajo y el VIH/Sida desde la perspectiva de género” – 2011.
ONUSIDA
- Proyecto de “Aproximación a la situación laboral de las personas viviendo con VIH” – 2010/2011.
ONUSIDA
- Acuerdo de cooperación con Ministerio de Trabajo y Salud – 2011
ONUSIDA
- Misión de experto de VIH/sida de la OIT a la Argentina, con el fin de intercambiar experiencias con el Equipo Conjunto de Naciones Unidas sobre Sida y brindar asistencia técnica a las organizaciones de la sociedad civil y diferentes áreas de gobierno en relación al ámbito laboral y el VIH – 2011.
OIT – ONUSIDA
- Iniciativa “Hablemos de VIH en las escuelas, promoviendo la solidaridad, el respeto y la no discriminación” – 2010/2011
ONUSIDA
- Apoyo nacional a la “Iniciativa de Medio Latinoamericanos sobre el Sida – IMLAS” – 2010/2011
ONUSIDA
- Talleres de Capacitación a Equipo de Corresponsales Clave de América Latina y el Caribe Hispano – 2010/2011.
ONUSIDA
- Campaña “igual a ti”- 2011
ONUSIDA – OPS/OMS
- Apoyo difusión Video “Translatina”.
ONUSIDA – OPS/OMS
- Taller participativo para el Diagnóstico de la Situación de los niños/as y adolescentes con VIH en Argentina y la respuesta a nivel sub-regional – 2010.
UNICEF – OPS/OMS
- Capacitación en políticas de estímulos y accesibilidad al testeo con consejería a nivel subnacional – 2010/2011.
OPS/OMS
- Fortalecimiento de las actividades colaborativas en relación a Tuberculosis/VIH – 2010/2011.
OPS/OMS
- Cooperación técnica para actualizar la estrategia de VIH y Uso de drogas – 2011. **OPS/OMS**

Fortalecimiento de la capacidad de gobernabilidad / Fortalecimiento institucional

- Apoyo a la elaboración de la propuesta regional de la Red de Mujeres Trabajadoras Sexuales de Latinoamérica y Caribe Hispano – RedTrasex, para la Ronda 10 del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria – 2010.
ONUSIDA – PNUD
- Apoyo a la elaboración de la propuesta regional de la Red Latinoamericana y del Caribe de personas Trans – REDLACTRANS, para la Ronda 10 del Fondo Mundial **de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria – 2010.**
ONUSIDA – PNUD
- Reunión de Redes Regionales Latinoamericanas con trabajo en VIH/sida - REDESLAC – 2010.
ONUSIDA
- Lanzamiento de la “Agenda para la Acción Acelerada de los países para abordar la problemática de las Mujeres, las Niñas, la Equidad de Género y el VIH” – 2011.
ONUSIDA
- Fortalecimiento institucional Capítulo Argentino Comunidad Internacional de Mujeres viviendo con VIH/Sida (ICW) – 2010.
ONUSIDA
- Apoyo a la Red de Jóvenes con VIH en Argentina (participación en el V Encuentro de la Red Nacional de Adolescentes y Jóvenes que viven con VIH/sida en Brasil y realización del Primer Encuentro de la Red de Jóvenes con VIH en Argentina en Chapadmalal) – 2011.
UNICEF
- Apoyo a la Red Nacional de Jóvenes y Adolescentes para la Salud Sexual y Reproductiva / Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer -RedNac/FEIM y para la realización del proyecto “Oportunidades Saludables para Adolescentes y Jóvenes” para la prevención del VIH y otras ITS en jóvenes y adolescentes – 2010/2011.
UNICEF - UNFPA
- Apoyo a la Asociación Argentina de Mujeres Meretrices – AMMAR, en el inicio de sus actividades en la Provincia de Chaco y actividades de fortalecimiento en Salta en temas de prevención de VIH y promoción de derechos sexuales y reproductivos.
UNFPA
- Apoyo a la Red Bonaerense de personas con VIH en la realización de talleres de derechos sexuales y reproductivos dirigidos a personas con VIH y equipos de salud. Grupos de pares de mujeres sobre temas de salud sexual y reproductiva.
UNFPA
- Apoyo a OAJNU (Organización Argentina de Jóvenes para las Naciones Unidas) en la capacitación de jóvenes sindicalistas y políticos en temas de Salud Sexual y reproductiva y VIH/Sida.
UNFPA

El Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria

Durante el año 2010 se realizó la propuesta país, la que fue finalmente aprobada a fines de 2011 para su ejecución a partir de este año.

VII. Entorno de vigilancia y evaluación

La principal estrategia de vigilancia epidemiológica de sida y VIH, aunque no exclusiva, es la notificación por parte de los médicos de casos diagnosticados en los servicios de salud. Los casos de sida comenzaron a notificarse obligatoriamente a partir del año 1991 y los de VIH, desde 2001.

Paralelamente, desde mediados de los años 90 comenzó a implementarse una estrategia de unidades centinelas para mujeres embarazadas y para poblaciones vulnerables. Esta estrategia sólo se sostiene hoy con los hombres que tienen sexo con hombres.

Desde el 2003, comenzaron a desarrollarse estudios de vigilancia epidemiológica de segunda generación, algunos financiados por el Fondo Global y otros con recursos propios del país.

En 2001 comenzó a desarrollarse un plan de V&E, proceso que aún no ha finalizado. Se realizó una revisión y selección de indicadores consensuados para el monitoreo de las estrategias implementadas por la Dirección de Sida y ETS. Por el momento no ha sido posible conformar una comisión para el diseño de un plan nacional de monitoreo que concentre todas las estrategias que se están implementando o se encuentran en vía de implementación.

No obstante la ausencia de un Plan integrado de M&E, la Dirección de Sida cuenta con un área específica para desarrollar estas acciones.

Algunas de las actividades realizadas fueron:

- Depuración, consistencia y cruce de bases de datos.
- Capacitaciones sobre vigilancia epidemiológica de VIH/sida a los referentes de las jurisdicciones.
- Actualización de la ficha de notificación de casos de VIH/sida (ver más abajo).
- Proceso de estimación vía Spectrum de incidencia, prevalencia, cantidad de personas con VIH, nivel de cobertura, mortalidad, etc.
- Estudio diagnóstico sobre la respuesta preventivo asistencial al VIH en Argentina.
- Estudio diagnóstico sobre la respuesta asistencial a los niños con VIH en la Argentina.
- Estimación del subregistro de mortalidad por sida.
- Estudio nacional de seroprevalencia de VIH y sífilis en mujeres puérperas.
- Indicadores de Alerta Temprana de OMS.
- Estudio sobre consumo de medicación ARV provisto por la Dirección de Sida y ETS.
- Investigación diagnóstica-participativa sobre la situación de las personas GTB en la Argentina.

Están en curso:

- Puesta on-line del sistema de notificación epidemiológica.
- Estimación de la cantidad de niños/as huérfanos por VIH.
- Estudio sobre aceptabilidad de preservativo femenino.
- Estudio sobre el perfil socioepidemiológico de las personas que mueren por sida en la Argentina.
- Investigación sobre la situación de la respuesta preventivo-asistencial al VIH y las hepatitis virales en la Argentina.
- Cohorte de niños expuestos al VIH.

Actualización de la estrategia de vigilancia de casos de infección y sida

El objetivo de la vigilancia epidemiológica del VIH-sida es producir y divulgar información sobre la situación y evolución de la epidemia a fin de orientar las decisiones de los distintos actores que participan en los diferentes niveles de la respuesta a ella: programas de VIH-sida, áreas de epidemiología, equipos de salud, organizaciones de la sociedad civil, organismos multilaterales de cooperación, entre otros.

Con el paso de los años, se ha complejizado el proceso de vigilancia con el consiguiente aumento en el número de actividades requeridas para poder comprender la situación y dinámica de la epidemia. Así, a las notificaciones

obligatorias de casos de sida a partir de 1991, de mortalidad a partir de 1990 y de diagnósticos de infección por VIH a partir de 2001 (eventos de salud/enfermedad componentes de la llamada vigilancia epidemiológica de primera generación), se han sumado más recientemente estudios de prácticas y conocimientos en la población respecto del VIH-sida y sexualidad, estudios de seroprevalencia de VIH e ITS, análisis de cohortes bajo tratamiento, vigilancia de resistencia viral, modelajes, estimaciones y proyecciones de incidencia, prevalencia, mortalidad y costos, vigilancia de tuberculosis y otras enfermedades (actividades de vigilancia de segunda generación).

No obstante la riqueza de esta información, en la Argentina las actividades de vigilancia de primera generación siguen constituyendo una fuente de conocimiento valiosa para monitorear y responder a la epidemia.

Durante los años 2010 y 2011 el área de Estudios e Investigaciones de DSyETS trabajó en la revisión de la estrategia de vigilancia de casos de infección por VIH y de casos de sida, para adecuarla a los requerimientos actuales de información. Este proceso se cristalizó en la ficha de notificación de casos que comenzará a utilizarse a partir de enero del año 2012. En la nueva ficha se empezará a relevar el género de la persona infectada, si el diagnóstico se produjo en el contexto de un embarazo, el lugar de nacimiento, el estadio clínico y la situación inmunológica (CD4) al momento del diagnóstico. Se modifica la forma de preguntar la vía de transmisión, de modo que se registre la práctica por la cual se produjo la infección, sin circunscribir grupos de riesgo.

En la sección de epidemiología del sitio web de la DSyETS (<http://www.msal.gov.ar/sida/epidemiologia.html>) se pueden descargar ejemplares de la nueva ficha y el instructivo para su uso.

ANEXOS

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

ANEXO 2: ICPN

Los informes han sido entregados en la herramienta de notificación en línea, no obstante existen documentos de trabajo que serán remitidos como adjuntos a AIDSreporting@unaids.org.

Ver

[NCPI 2012-02-24 PARTE A.doc](#)

[NCPI acordado.doc](#)

[NCPI B Compilado total.doc](#)

ANEXO 3:

Estudios aportados por la Sociedad Civil

-FEIM aportó

-Informe de los objetivos de desarrollo del milenio. Argentina 2000-2010 - http://www.feim.org.ar/pdf/publicaciones/informe_mdgs_argentina.pdf

-Datos sobre sexualidad y prácticas en la adolescencia y juventud. Ver [encuesta-rednacytalleres.pdf](#)

-Derechos humanos de las mujeres: asignaturas pendientes del estado argentino (capitulo v salud sexual y reproductiva)
[INFORME DDHH ARGENTINA CEDAW 2010 cap V.pdf](#)

-Huésped aportó:

ESTUDIOS PUBLICADOS POR LA DIRECCION DE EPIDEMIOLOGÍA Y PREVENCIÓN

Durante 2010:

SISTEMATIZACIÓN DE UNA EXPERIENCIA EXITOSA DE USO SOCIAL DE LAS TIC APLICADAS A LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA. Lucía Wang, Cecilia Valeriano, Betiana Cáceres, Lucas Villalba, Mariana Vazquez y Marina Rojo (2010). Eä Revista de Humanidades Médicas & Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología. Vol. 2, Nº 2. Diciembre de 2010. ISSN 1852-4680 . [Online] Disponible en: <http://issuu.com/eajournal/docs/uso-social-de-tics-para-prevencion-del-vih-sida>

PREVENTION OF MOTHER TO CHILD TRANSMISSION (MTCT) OF HIV/AIDS, SYPHILIS AND CHAGAS DISEASE IN THE NORTHWESTERN PROVINCES, ARGENTINA. M Vazquez, M. Rojo, L. Rodriguez, F. Gareca, V.Argañaraz, M. Romeo. XVIII International AIDS Conference (IAS) Abstract no. MOPE0285 Vienna 2010. <http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageld=11&abstractId=200740260>

ONLINE SURVEY TO ASSESS FACTORS RELATED TO WILLINGNESS TO USE MICROBICIDES AMONG MSM IN GREATER BUENOS AIRES, ARGENTINA. V Zalazar, M. Vazquez, I. Aristegui, E. Bissio. XVIII International AIDS Conference (IAS) Abstract no. MOPE0390 Vienna 2010. Financiado por Fogarty AITRP Grant # D43TW001037
<http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageld=11&abstractId=200740252>

HIV VULNERABILITY OF INDIGENOUS PEOPLE IN THE NORTHWESTERN ARGENTINA. M. Vazquez, L. Rodriguez, M. Rojo, V. Argañaraz, F. Gareca, M. Romeo. XVIII International AIDS Conference (IAS) Abstract no. WEPE0384 Vienna 2010
<http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageld=11&abstractId=200740626>

MATERNAL HEALTH AND VULNERABILITY AMONG INDIGENOUS WOMEN FROM NORTHWESTERN ARGENTINA. Vazquez M. Global Maternal Health Conference. India, 2010.
<http://maternalhealthtaskforce.org/gmhc2010/index.php/conference/poster/viewposter>

Durante 2011

HIV PREVENTION IN PRISON SETTINGS: UNDERSTANDING INMATES INCREASED VULNERABILITY. M. Rojo, V. Zalazar, M. Vazquez, M. Ridaó, M.F. Campos, C. Quiroga. 6th IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment: Abstract no. CDC194. Roma, 2011
<http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageld=11&abstractId=200743285>

FACTORS ASSOCIATED WITH HAART ADHERENCE IN ADOLESCENTS AND YOUTH LIVING WITH HIV IN ARGENTINA. M.V. Zalazar, M. Vazquez, M. Rojo, I. Aristegui, A. Dorigo, M.C. Magneres. 6th IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment: Abstract no.CDB424. Roma, 2011
<http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageld=11&abstractId=200743750>

ACCEPTABILITY OF MICROBICIDES AND OTHER NEW PREVENTION TECHNOLOGIES AMONG MSM IN GREATER BUENOS AIRES, ARGENTINA. V. Zalazar, M. Vazquez, I. Aristegui, E. Bissio. 6th IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment: Abstract no. CDC127. Roma, 2011

<http://www.iasociety.org/Default.aspx?pageId=11&abstractId=200742876>

EL USO SOCIAL DE LAS TIC APLICADAS A LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA. UNA EXPERIENCIA EN JOVENES DE SECTORES POPULARES. Wang L. Valeriano C. Vazquez M. (Libro) Editorial Academia Española EAE. LAP Lambert Academic Publishing. UK 2011

<https://www.eae-publishing.com/catalog/details/store/gb/book/978-3-8454-8415-0/el-uso-social-de-las-tic-aplicadas-a-la-prevenci%C3%B3n-del-vih-sida?search=vih>

ANÁLISIS DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LAS ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA E ITS María Laura Bidart; Mariana Vazquez; Lorena Rodríguez; Marina Rojo; Virginia Zalazar; María Fernanda Campos; Ángeles Vazquez; Susana Cahn.. IX Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población. IIGG, FSOC, UBA. Buenos Aires, Agosto de 2011

<http://webiigg sociales.uba.ar/saludypoblacion/ixjornadas/principal.php?resumenid=192>

CONDOM USE AND MICROBICIDES ACCEPTABILITY AMONG GAYS AND OTHER MEN WHO HAVE SEX WITH MEN (G&MSM) IN THE METROPOLITAN AREA OF BUENOS AIRES. STUDY AMONG POPULATION WITH POSITIVE AND NEGATIVE HIV STATUS. Aristegui, I., Zalazar, V. & Vázquez, M. (2011). 16th International Conference on AIDS & STIs. Addis Ababa, Etiopía, 2-8 Diciembre, 2011.

<http://www.icasa2011addis.org/media-center/presentations/viewdownload/16-dec-05/125-1045aristeguiinescondomuseandmicrobicidesacceptability>

KNOWLEDGE, ATTITUDES AND PRACTICES RELATED TO HIV AND VULNERABILITY FACTORS AMONG PREGNANT WOMEN TREATED IN PUBLIC HOSPITALS IN BUENOS AIRES PROVINCE, ARGENTINA. Vazquez, M; Insua, P; Rojo, M; Zalazar, V; Barrenechea, M; Cobos, S; Castillo, M; Leach, M. 7^o European Congress on Tropical Medicine and International Health. 3 to 6 October 2011, Barcelona, Spain.

[http://www.ectmihbarcelona2011.org/docs/bk_abstracts\(1\).pdf](http://www.ectmihbarcelona2011.org/docs/bk_abstracts(1).pdf)

PROGRAM OF MIDWIVES TRAINING FOR HIV AND SYPHILIS PREVENTION IN PREGNANT WOMEN TREATED IN PUBLIC HOSPITALS IN BUENOS AIRES PROVINCE, ARGENTINA. Insúa, Patricia; Vazquez, Mariana; Zalazar, Virginia; Campos, Fernanda; Vazquez, Angeles; Leach, Melisa. IRISH FORUM FOR GLOBAL HEALTH, DUBLIN 2012

<http://globalhealth.ie/index.php?i=238>

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN VIH Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (SSR) Y USO DE TECNOLOGIAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN (TIC) ENTRE ADOLESCENTES DE ARGENTINA. Wang L, Vazquez M., Duran A y Ravalli M (coord.) Fundación Huesped – UNICEF Argentina. Documento de Investigación

<http://www.huesped.org.ar/destacados/130-estudiofhunicef.html>

PROMOCION DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA EN ADOLESCENTES Y JOVENES DEL CONURBANO BONAERENSE. M Vazquez coord.. Fundación Huésped. Premio Mejores Prácticas OPS 2011. Editado en español y en inglés con el título « Sexual and Reproductive Health Promotion and HIV/AIDS Prevention on Adolescents and Women living in vulnerable suburban areas of Buenos Aires »

http://www.huesped.org.ar/biblioteca-/biblioteca-virtual/doc_details/91-promocion-de-la-ssr-y-la-prevencion-del-vihsida-en-adolescentes-y-jovenes-del-conurbano-bonaerense.html

ESTUDIO DIAGNOSTICO SOBRE LA SITUACION PSICO-SOCIAL Y DE SALUD DE ADOLESCENTES Y JOVENES CON VIH EN ARGENTINA. ESTUDIO PILOTO PARA SU VALIDACION Y REPLICACION EN LA REGION. Vazquez M y Cahn P et al. Fundación Huésped – Organización Panamericana de la Salud OPS. Documento de Investigación (sin publicar) Datos parciales presentados al III Congreso Nacional de SIDA, San Juan, Argentina, 24-27 Agosto, 2011