

Boletín sobre el VIH-sida Nº 33 en la Argentina

AÑO XIX - DICIEMBRE DE 2016

120mil
personas
con VIH
2015

Incremento anual
6.500
casos
Cantidad de casos notificados
por año

Cada 100
13,5
personas
tienen

70%
conoce su
diagnóstico
84 mil personas

30%
desconoce
su diagnóstico
36 mil personas

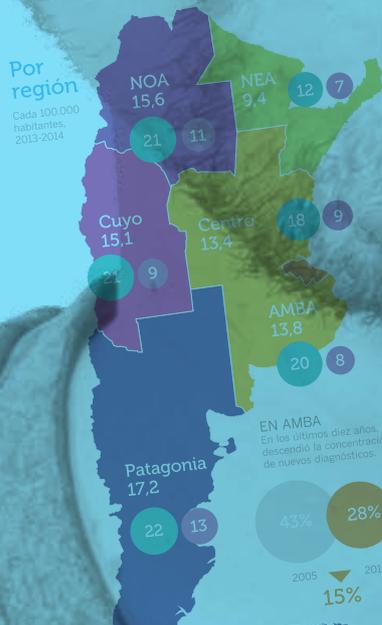
**Diagnósticos
por género**
Cantidad de casos anuales

Edad pro
de diagn
Mediana, 201

2,1
Varones

1
Mujeres

33
años
Varones



81%
están en
tratamiento
68 mil personas

**Por nivel
de instrucción**
Creció la cantidad de
diagnósticos en personas
con estudios superiores.
En porcentaje

5 de
bebés
con VI

5,4%

Presidente de la Nación
Ing. Mauricio Macri

Ministro de Salud
Dr. Jorge Lemus

Dirección de Sida y ETS
Dr. Carlos Zala

Área de Estudios y Monitoreo
Ariel Adaszko
Patricia Angeleri
Andrea Aymá
Paula Enz
Hernán Hernández
Vanesa Kaynar
Valeria Levite
Mercedes Musso
Marysol Orlando

Área de Comunicación
Adrián Arden
Carolina Berdiñas
Cecilia Dávila
Manuel Díaz
Guadalupe Iglesias

Diseño de infografía
Paula López

Boletín sobre el VIH-sida e ITS en la Argentina



Abreviaturas

AAEEH	Asociación Argentina para el Estudio de las Enfermedades del Hígado
AMBA	Área Metropolitana de Buenos Aires
ANMAT	Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica
APVP	Años potenciales de vida perdidos
ARV	Antirretrovirales
C2	Módulo de Vigilancia Clínica del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud
CABA	Ciudad Autónoma de Buenos Aires
DSyETS	Dirección de Sida y ETS
ETS	Enfermedades de transmisión sexual
GBA	Gran Buenos Aires
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
IAPVP	Índice de años potenciales de vida perdidos
INF	Interferón
INNTI	Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa
INTI	Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa
IP	Inhibidores de la proteasa
ITS	Infecciones de transmisión sexual
MAR	Mutaciones asociadas a resistencia
NEA	Noreste argentino
NOA	Noroeste argentino
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el Sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PNCHV	Programa Nacional de Control de las Hepatitis Virales
RAJAP	Red Argentina de Jóvenes y Adolescentes Positivos
Sida	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SNVS	Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud
SRA	Síndrome retroviral agudo
SIVILA	Sistema de Vigilancia Laboratorial
TAR / TARV	Tratamiento antirretroviral
TARGA	Tratamiento antirretroviral de gran actividad
TR	Test rápido
Trans	Término que refiere a personas travestis, transexuales y transgéneros
UDI	Usuarios de drogas inyectables
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VHC	Virus de la hepatitis C
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana

Índice

1. Presentación **6**
2. Consideraciones metodológicas **8**
3. VIH y sida en Argentina **10**
4. Resumen de indicadores sobre la situación y respuesta al VIH en la Argentina **12**
5. Vigilancia de casos de infección por VIH **13**
6. Diagnóstico oportuno y tardío de la infección por VIH **24**
7. Transmisión perinatal del VIH y sífilis congénita en la Argentina **28**
8. Mortalidad por sida en provincias de la Argentina en el período 2004-2014 **33**
9. Experiencias piloto de implementación del test rápido de VIH en el primer nivel de atención **37**
10. VIH y comunicación: estrategias para la prevención **42**
11. Jóvenes con diagnóstico reciente de VIH en el Área Metropolitana de Buenos Aires **44**
12. Prevalencia de mutaciones por resistencia en personas que comienzan el tratamiento antirretroviral **50**
13. Estado actual del tratamiento de la hepatitis C en la Argentina **54**
14. Algunas acciones implementadas por la Dirección de Sida y ETS en 2015 **58**
15. Anexo **60**
16. Catálogo de materiales **87**

Presentación

Desde 1993, un año después de la creación del Programa Nacional de Sida, se publica anualmente el Boletín sobre el VIH-sida e ITS en la Argentina, una herramienta clave para los diversos actores que trabajan en la respuesta a la epidemia desde el Estado nacional, los niveles locales y la sociedad civil. Con el paso de los años, el Boletín ha ido evolucionando desde una publicación estrictamente epidemiológica hasta transformarse en un anuario que divulga información estratégica tanto de aquello que tradicionalmente se entiende como vigilancia epidemiológica como de otros datos significativos para ayudar a entender dónde estamos y pensar hacia dónde queremos ir.

La producción de este Boletín cobra sentido en la medida en que sirva como insumo para entender la epidemia, el impacto de nuestras acciones y a partir de allí tomar decisiones. La realidad del país es heterogénea y cada actor, desde su lugar de intervención, debe agudizar su mirada para conocer las especificidades locales que naturalmente se escapan en una publicación de carácter nacional.

Como muchas veces hemos planteado, el VIH no es meramente un proceso biológico, sino que está inscripto en una sociedad y en un contexto determinado cuyas características inciden en el devenir de esa epidemia. Entender la complejidad de los procesos sociales que vuelven vulnerables a algunos grupos o individuos aumentando su probabilidad de contraer una infección, condicionando su acceso a los servicios de diagnóstico y atención o incluso incrementando sus chances de enfermar y morir, es fundamental para evaluar y, si es necesario, reorientar las estrategias en curso.

En este sentido, la Dirección de Sida y ETS tiene como meta reducir las nuevas infecciones y aumentar el acceso al diagnóstico oportuno y a los tratamientos desde una perspectiva de derechos. Para ello, además de

garantizar la distribución de insumos, trabaja sobre los distintos factores sociales, culturales e institucionales que desde dentro y fuera del sistema de salud determinan el curso de la epidemia.

Las líneas estratégicas de esta Dirección tienen como eje a las personas y sus derechos, garantizando la continuidad de los compromisos políticos asumidos a nivel nacional e internacional: aumentar el acceso a los recursos preventivos, la información, el diagnóstico oportuno, los tratamientos, una atención de calidad y reducir el estigma y la discriminación. En esta línea se inscriben las metas 90-90-90 a las que se ha comprometido el país: lograr que para el año 2020 el 90% de las personas infectadas conozcan su situación, que el 90% esté en tratamiento y que el 90% de estas últimas tenga una carga viral indetectable.

Reducir la brecha entre la realidad actual y esos objetivos es un gran desafío que requiere del sostenimiento y la profundización de las líneas estratégicas con las que se viene trabajando, así como la renovación del compromiso de los distintos actores, especialmente del Estado, quien es responsable de garantizar los recursos para alcanzar esas metas.

Si bien la situación de la epidemia en la Argentina continúa estable, la distribución geográfica y el perfil de las personas que se están infectando y de aquellas que se están diagnosticando fueron variando. En el país viven alrededor de 120 mil personas con VIH, el 30% de las cuales desconoce su situación.

Cada año se siguen reportando alrededor de 6.500 nuevos casos, pero se redujeron ligeramente los diagnósticos reportados en el AMBA y aumentaron en todas las restantes regiones del país. En cuanto a las características de las personas diagnosticadas entre 2013 y 2015, más del 90% adquirieron la infección du-

rante prácticas sexuales desprotegidas; en el caso de los varones, la mitad con mujeres y la otra mitad con varones. Por cada nuevo diagnóstico de mujeres se producen dos de varones. La mediana de edad de diagnóstico es de 32 años para las primeras y 33 para los últimos, lo que implica una reducción de la brecha entre ambos sexos. El 20% de los diagnósticos se producen en personas menores de 25 años y el 21% en personas de 45 años o más. El nivel de instrucción aumentó en ambos sexos, especialmente en los varones, entre quienes uno de cada tres tiene estudios superiores.

El 32% de los varones y el 23% de las mujeres se diagnostican cada año en forma tardía. A su vez, la tasa de mortalidad por sida en 2014 se ubicó en 3,4 por 100 mil habitantes. Ambos indicadores no muestran cambios en relación a lo informado en los últimos años.

En cuanto a la transmisión perinatal del VIH, cada año dan a luz alrededor de 1.600 mujeres con VIH. La tasa de transmisión perinatal del VIH se encuentra estable en un valor de 5,2% para el período 2013-2015, en tanto que la tasa de sífilis congénita ha aumentado los últimos años.

Los indicadores presentados arriba son de carácter nacional, por lo que las realidades pueden cambiar de provincia en provincia e incluso entre los grandes centros urbanos y ciudades más pequeñas. Algunas de las realidades locales se describen a lo largo del Boletín.

En este Boletín, además de presentar las secciones habituales con el análisis de nuevos diagnósticos de infección, diagnóstico tardío, transmisión perinatal y mortalidad, se presentan los resultados de dos estudios. El primero es una investigación sobre la resistencia en personas que inician tratamiento antirretroviral y el segundo es un estudio sobre el perfil y las trayectorias de jóvenes con diagnóstico reciente en el AMBA. Además, en función de la profundización de la política de acceso a las pruebas, se presenta la experiencia piloto de implementación del test rápido en el primer nivel de atención. Incluimos también en el boletín un artículo en el que se describe el proceso de incorporación de las nuevas drogas para tratar a personas con infección por hepatitis C.

Queremos agradecer a los equipos de la Dirección de Sida y ETS así como a los de la Dirección de Estadís-

ticas e Información en Salud, del Área de Vigilancia de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud y a los rotantes de la Residencia de Epidemiología (PRE-SEC) que han aportado información valiosa para nutrir algunas secciones de este Boletín.

Equipo de la Dirección de Sida y ETS

Consideraciones metodológicas

Para conocer la situación del VIH en nuestro país, la Dirección de Sida y ETS recurre a múltiples estrategias de vigilancia epidemiológica que en conjunto nos permiten construir un mosaico heterogéneo, pero consistente, de información. La necesidad de valernos de diversas fuentes, característica común a cualquier evento de salud, en el caso del VIH se acentúa por su carácter crónico, por su extenso período asintomático, por las dificultades para acceder a un diagnóstico oportuno, por el estigma y discriminación que padecen los grupos más afectados, como así también debido a la heterogeneidad de la distribución de las infecciones en distintos grupos poblacionales.

Dado que el presente boletín es una herramienta de trabajo para todos aquellos actores que necesitan información para incidir sobre el curso de la epidemia y no solo para especialistas en epidemiología, creemos necesario clarificar el modo en que se construyen algunos indicadores cuya interpretación puede dar lugar a confusiones:

- **Personas que viven con VIH en el país**
- **Personas que contraen el virus por año**
- **Personas que son diagnosticadas y notificadas con VIH al año**

► **Cantidad de personas que viven con VIH en la Argentina:** surge de una *estimación* para la que se pueden utilizar distintos modelos. En la Argentina, como en gran parte de los países del mundo, desde la década pasada se emplea un software llamado Spectrum de ONUSIDA¹. Este programa utiliza datos epidemiológicos (casos diagnosticados, estudios de prevalencia, datos de mortalidad, tamaños de las poblaciones más expuestas, etc.) y de la respuesta de los países

(cantidad de personas en tratamiento, criterios de elegibilidad para iniciar el tratamiento antirretroviral (TARV), cantidad de embarazadas con VIH que reciben los distintos componentes para prevenir la transmisión perinatal, etc.) y arroja como resultado estimaciones de incidencia y número de nuevas infecciones por año; prevalencia y cantidad de personas infectadas por edad y sexo; mortalidad por sida, mortalidad de personas infectadas no relacionada con el sida; proporción de cobertura de TARV y proporción de cobertura en prevención de la transmisión perinatal, tasa de transmisión perinatal modelada, entre otros datos. Cabe aclarar, entonces, que no se trata de la sumatoria de cada una de las personas diagnosticadas los últimos treinta y cuatro años en el país, sino una estimación modelada.

Las estimaciones tienen un valor e intervalos de confianza para cada indicador y tienen un alcance nacional. Para realizar estimaciones jurisdiccionales se debería contar con estudios de prevalencia y estimación de tamaños para cada uno de los grupos más vulnerabilizados (hombres que tienen sexo con hombres, personas trans, usuarios de drogas y trabajadoras sexuales) por provincia, datos que no están disponibles en nuestro país.

Anualmente todos los países realizan un ajuste de las estimaciones debido a que surgen nuevos datos epidemiológicos y también a que ONUSIDA ajusta el software con nueva evidencia científica sobre la historia natural de la infección. Estos ajustes producen oscilaciones que se ven año a año en los números publicados tanto a nivel global como en la Argentina sobre la cantidad de personas con VIH. Este año se estima que son 120 mil las personas que viven con VIH en nuestro país, mientras que el año anterior referíamos 126 mil. Esto no obedece a que hayan fallecido seis mil personas y que no se hayan producido nuevas infecciones, sino a que ONUSIDA introdujo cambios en el modelo de estimación y que nuestro país va mejorando año a año la calidad de la información que se introduce al modelo. Por este

¹ El modelo es desarrollado por el instituto Avenir Health <http://www.avenirhealth.org/software-spectrum>.

motivo no se pueden comparar las estimaciones publicadas de un año a otro, ya que cada año se recalcula toda la curva histórica. La nueva estimación de la curva arroja que para el año 2015 eran 117 mil personas las que vivían con VIH y no 126 mil como fue publicado en el número anterior de este boletín. No se trata de un error sino de una característica propia de los procesos de estimación que afectan a todos los países.

► **Personas que son diagnosticadas y notificadas con VIH (casos de VIH):** los casos de VIH corresponden a diagnósticos de infección, según una definición específica que utiliza el país. No debe confundirse con las nuevas infecciones ya que el diagnóstico que se está produciendo y reportando hoy puede corresponder a una persona que se infectó varios años atrás. Si la vía de transmisión es la sexual, lo que ocurre en más del 90% de los casos, es probable que no tengamos certeza sobre el año específico en el que la persona adquirió el virus. Gran parte del análisis de este boletín se realiza en base a estos casos reportados que no nos brindan la información directa sobre las personas que hoy se están infectando sino sobre quiénes se están diagnosticando. En base a estos casos podemos seguir una tendencia de la proporción de nuevos diagnósticos sobre la población (tasa de VIH), describirla según el sexo, la edad, el nivel de instrucción, el lugar de residencia o la vía de infección y si el diagnóstico ocurrió de forma oportuna o en un estadio avanzado de la infección.

Cuando decimos que desde el inicio de la epidemia se reportaron diagnósticos de 129 mil personas, no significa que esta sea la cantidad de personas con VIH hoy vivas en el país, sino que son las que se diagnosticaron y se notificaron a la DSyETS -número que ya dijimos que asciende a 120 mil. De las 129 mil personas reportadas históricamente, al menos 35 mil fallecieron a lo largo de las últimas tres décadas. A su vez, estimamos que el 30% de las 120 mil personas con VIH no fue reportado debido de que aún no ha sido diagnosticado.

► **Nuevas infecciones por VIH:** este indicador también surge de una estimación realizada con el programa Spectrum de ONUSIDA o a partir de otras estrategias o modelos de los que pueden disponer algunos países. A diferencia de una afección aguda con un período asintomático breve en el que se pueden asimilar las nuevas infecciones a los nuevos diagnósticos, en el caso del VIH, si se quiere saber cuántas personas se están infectando este año, se debe recurrir a estos modelajes y a proyecciones.

La única sección de este boletín en la que se presentan datos de incidencia real es aquella donde se analiza la información sobre la transmisión perinatal del VIH. Esto es así porque se conoce el momento de la infección y se puede poner en relación la cantidad de niños infectados un año determinado con la cantidad de niños expuestos por vía perinatal (tasa de transmisión perinatal) o nacidos ese año (tasa de incidencia de niños infectados por transmisión perinatal). Sin embargo, esos casos no representan más del 1% de los nuevos diagnósticos anuales.

A lo largo de las distintas secciones del boletín iremos incluyendo referencias metodológicas y definiciones de casos e indicadores para facilitar la lectura y la interpretación de la información, así como para especificar los límites de estos datos.



VIH y sida en Argentina



● Ambos sexos ● Varones ● Mujeres

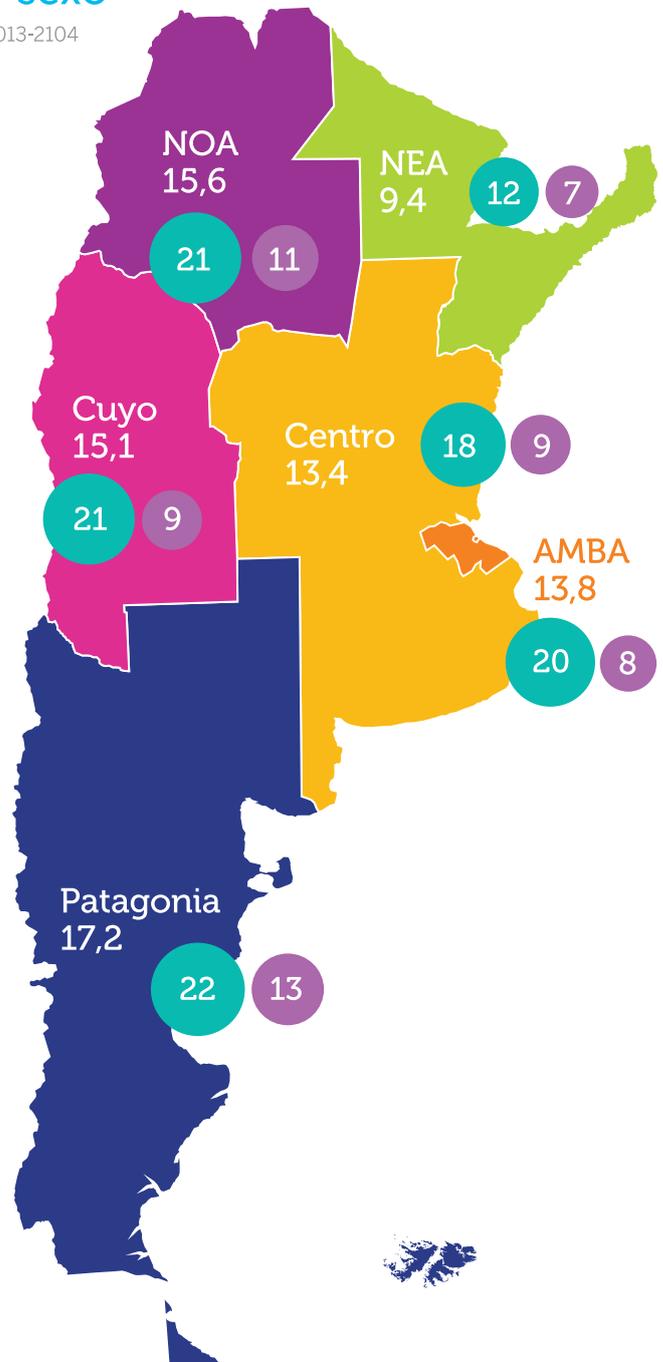
En todo el país

6.500 casos notificados por año



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

2013-2104



Diagnósticos por sexo

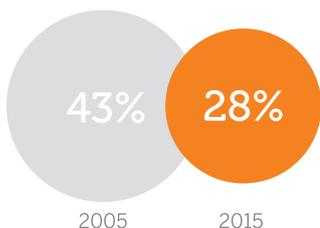


Mediana de edad de diagnóstico



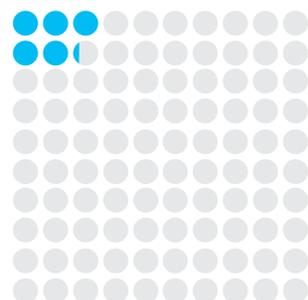
En AMBA

En los últimos diez años, descendió la concentración de nuevos diagnósticos en relación al total del país.



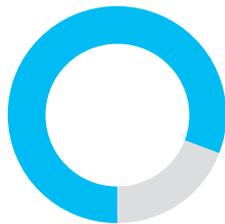
15%

5,2 de cada 100 bebés de madres con VIH son diagnosticados con el virus



2013-2015

70%
conoce su diagnóstico
84 mil personas



81%
de las personas que conocen su diagnóstico están en tratamiento
68 mil personas

30%
desconoce su diagnóstico
36 mil personas



7 de cada 10
se atienden en el sistema público

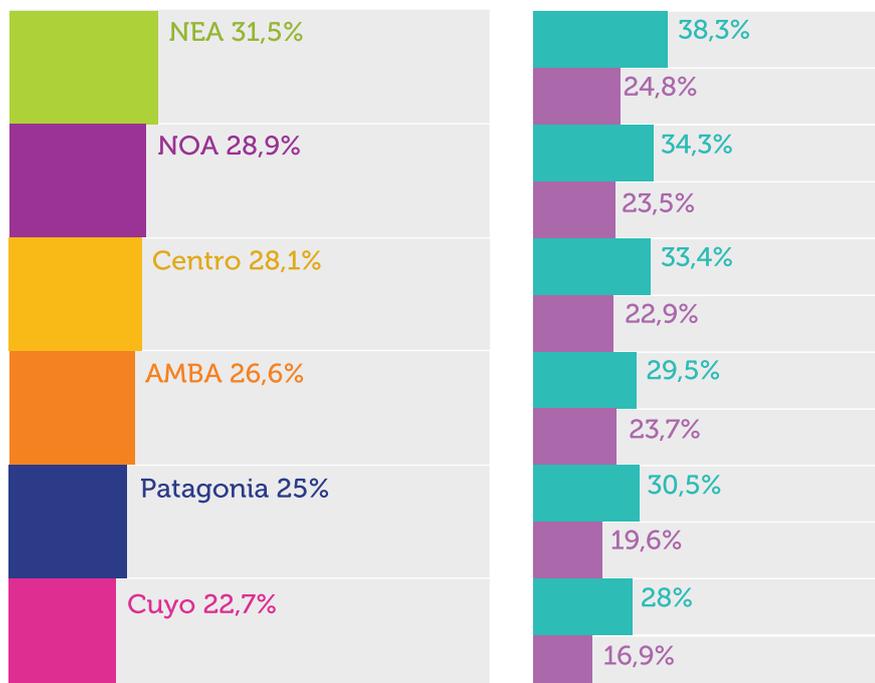
Diagnósticos tardíos

Diagnósticos que se realizan en una etapa avanzada de la infección
2012-2015

En el país

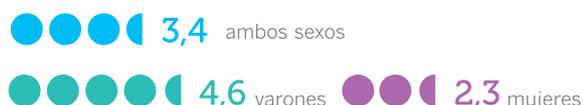


Por región



Defunciones por sida

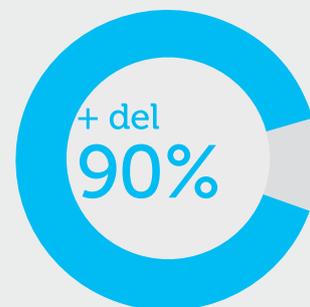
Cada 100,000 habitantes, 2014



Prevalencia de VIH



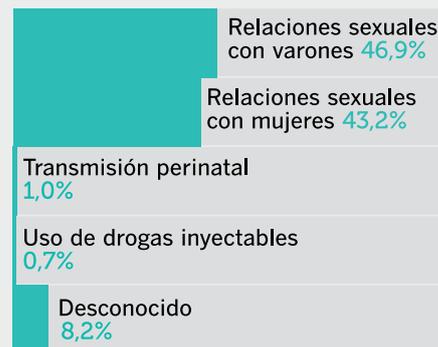
Vías de transmisión



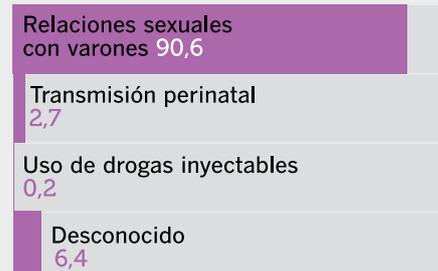
de las infecciones se producen por relaciones sexuales sin protección

2013-2015

En varones



En mujeres



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

	Población 2016			Promedio de nuevos casos (2013-2015*)		Tasa de VIH por 100.000 habitantes (2013-2014*)	Tasa de mortalidad por sida por 100.000 habitantes (2014*)	Personas con medicación suministrada por la DSYETS 2016	
	Población	% sobre el total del país	% sobre la región	Casos	% sobre el total del país			Cantidad	% sobre el total del país
Total País	43.590.368	100,0%	---	5.955	100,0%	13,5	3,5	46.829	100,0%
AMBA Y ÁREA CENTRAL DEL PAÍS	28.266.942	64,8%	100,0%	3.724	62,5%	12,7	3,8	35.134	75,0%
CABA	3.059.122	7,0%	10,8%	889	14,9%	26,6	4,5	14.030	30,0%
Buenos Aires	16.841.135	38,6%	59,6%	1.748	29,3%	10,0	4,4	13.778	29,4%
24 partidos del GBA	10.767.852	24,7%	38,1%	959	16,1%	8,6	5,1	--	--
Resto de Buenos Aires	6.073.283	13,9%	21,5%	789	13,2%	10,0	3,2	--	--
Entre Ríos	1.334.489	3,1%	4,7%	149	2,5%	11,2	1,6	793	1,7%
Córdoba	3.606.540	8,3%	12,8%	548	9,2%	15,3	1,8	3.224	6,9%
Santa Fe	3.425.656	7,9%	12,1%	390	6,5%	11,0	3,4	3.309	7,1%
NOA	5.040.683	11,6%	100,0%	756	12,7%	15,4	3,5	3.119	6,7%
Catamarca	400.678	0,9%	7,9%	42	0,7%	10,6	2,8	178	0,4%
Jujuy	736.542	1,7%	14,6%	151	2,5%	22,1	4,0	567	1,2%
Salta	1.351.878	3,1%	26,8%	244	4,1%	18,2	7,8	1.019	2,2%
Santiago del Estero	938.109	2,2%	18,6%	44	0,7%	4,8	0,9	470	1,0%
Tucumán	1.613.476	3,7%	32,0%	275	4,6%	17,3	1,5	885	1,9%
NEA	4.025.174	9,2%	100,0%	365	6,1%	8,5	2,8	1.952	4,2%
Chaco	1.155.723	2,7%	28,7%	99	1,7%	8,3	1,7	485	1,0%
Corrientes	1.080.655	2,5%	26,8%	95	1,6%	9,5	3,2	621	1,3%
Formosa	584.614	1,3%	14,5%	43	0,7%	7,2	1,7	181	0,4%
Misiones	1.204.182	2,8%	29,9%	127	2,1%	8,3	4,0	665	1,4%
CUYO	3.510.208	8,1%	100,0%	510	8,6%	15,4	2,2	1.991	4,3%
La Rioja	372.879	0,9%	10,6%	55	0,9%	17,9	0,8	267	0,6%
Mendoza	1.907.045	4,4%	54,3%	287	4,8%	15,9	2,3	1.062	2,3%
San Juan	747.488	1,7%	21,3%	97	1,6%	12,8	2,7	307	0,7%
San Luis	482.796	1,1%	13,8%	71	1,2%	15,9	2,1	355	0,8%
PATAGONIA	2.747.361	6,3%	100,0%	448	7,5%	17,3	2,0	2.257	4,8%
Chubut	577.466	1,3%	21,0%	108	1,8%	19,6	1,4	697	1,5%
La Pampa	346.191	0,8%	12,6%	53	0,9%	17,7	1,2	201	0,4%
Neuquén	628.897	1,4%	22,9%	94	1,6%	15,2	1,5	571	1,2%
Río Negro	708.799	1,6%	25,8%	102	1,7%	15,2	3,0	487	1,0%
Santa Cruz	329.499	0,8%	12,0%	56	0,9%	17,8	1,6	143	0,3%
Tierra del Fuego	156.509	0,4%	5,7%	35	0,6%	25,0	3,4	158	0,3%
Desconocido/Otro	--	--	--	153	2,6%	--	--	2.376	5,1%

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

Para cada indicador se seleccionaron los años con información más completa.

Vigilancia de casos de infección por VIH

La Dirección de Sida y ETS (DSyETS) registra 129.260 casos de personas con VIH o sida entre 1982 y diciembre de 2015. De ellas, 91.558 fueron diagnosticadas con VIH a partir del año 2001, momento en el que comenzó la notificación obligatoria de esta infección. Los 37.702 casos restantes corresponden a personas con diagnóstico de sida en el período 1982-2000. Debe tenerse presente que el VIH y el sida son dos eventos de salud/enfermedad diferentes y desde 2008 la vigilancia epidemiológica en la Argentina se centró en los casos de VIH.

Debido al retraso en la notificación de los nuevos diagnósticos, el análisis de la evolución de las tasas de casos diagnosticados de VIH (tasa de VIH) se realizó siguiendo la tendencia

de este indicador entre 2005 y 2014, último año en el que el sesgo del retraso no es significativo para el análisis. En esa década se reportaron en promedio 6.230 diagnósticos por año.

129.260
casos de personas con VIH
entre 1982 y diciembre de 2015.

Gráfico 1: Evolución de la tasa de diagnósticos de VIH por 100.000 habitantes según sexo, Argentina (2005-2014)



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

FUENTE: Total de casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica específica y al SNVS por laboratorio en el período analizado. N = 62.299.

La estabilidad del número de diagnósticos y el aumento demográfico produjo el efecto de una ligera caída en la tasa de VIH. El ligero descenso de la tasa específica de varones comenzó en el año 2010 y el de las mujeres en 2008. Durante el año 2013 la tasa general de VIH se ubicó en 15 por 100 mil habitantes.

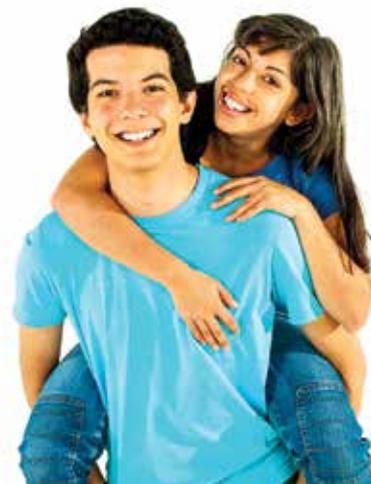
La caída que se observa en el año 2014 en el Gráfico 1 se debe al retraso en la notificación.

$$\text{Tasa de VIH} = \frac{\text{N}^\circ \text{ de diagnósticos de VIH durante un año en un lugar determinado.}}{\text{Población en ese lugar a mediados de ese año.}} \times 100 \text{ mil}$$

Gráfico 2: Evolución de las tasas específicas de VIH por 100.000 habitantes según sexo y grupo de edad, Argentina (2005-2014)



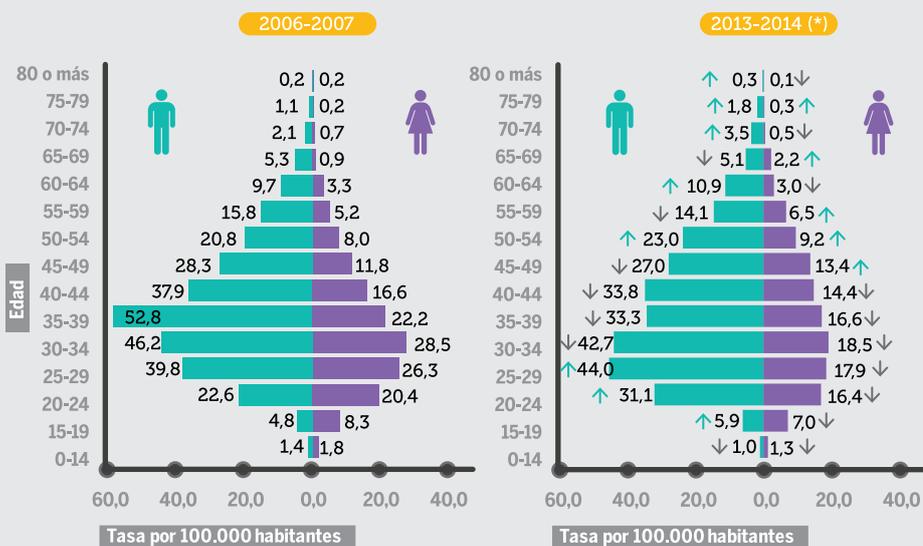
Las tasas de VIH específicas por sexo y edad (Gráfico 2) se muestran estables o presentan ligeras oscilaciones, salvo en el grupo de varones de 15 a 24 años, en el que ascendió, y en el de 35 a 44, en el que descendió. Entre las mujeres el comportamiento de las tasas fue más variado: descendió entre las de 15 a 24 años, 25 a 34 y 35 a 44 y ascendió entre las de 45 a 54 y de 55 a 64.



Tasa de VIH en el grupo de 15 a 24 años



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



El Gráfico 3 compara las tasas por sexo y edad entre los bienios 2006-2007 y 2013-2014. Allí se observa que los grupos de varones en los cuales las tasas aumentaron de forma más clara son los de 15 a 29 años y de 50 a 54 años. Las tasas que se han reducido claramente son las de 30 a 44 años, en especial la de 35 a 39 que pasó de 52,8 a 33,3 por 100 mil. Entre las mujeres se ha reducido en casi todos los grupos, salvo en las de 45 a 59 años. Donde es más evidente la reducción es en la tasa de mujeres de 25 a 29 años, que pasó del 26,3 al 17,9 por 100 mil y la de 30 a 34, que cayó del 28,5 al 18,5 por 100 mil. Volveremos a este fenómeno cuando describamos la mediana de edad de diagnóstico para cada sexo.

FUENTE: Total de casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica específica y al SNVS por laboratorio en el período analizado. N = 62.299.

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

El comportamiento de las tasas de VIH a nivel regional acentúa una tendencia ya señalada en boletines anteriores (Gráfico 4): la caída de la tasa de diagnósticos en el AMBA (CABA y GBA), la estabilización en la zona central del país (resto de Buenos Aires, Entre Ríos, Córdoba y Santa Fe) y el aumento en el resto de las regiones, fundamentalmente en NOA y Cuyo. Desde el año 2011 la tasa de VIH en la Patagonia es más alta que en el AMBA, y esta última también ha sido superada por la del NOA y Cuyo a partir del año 2013.

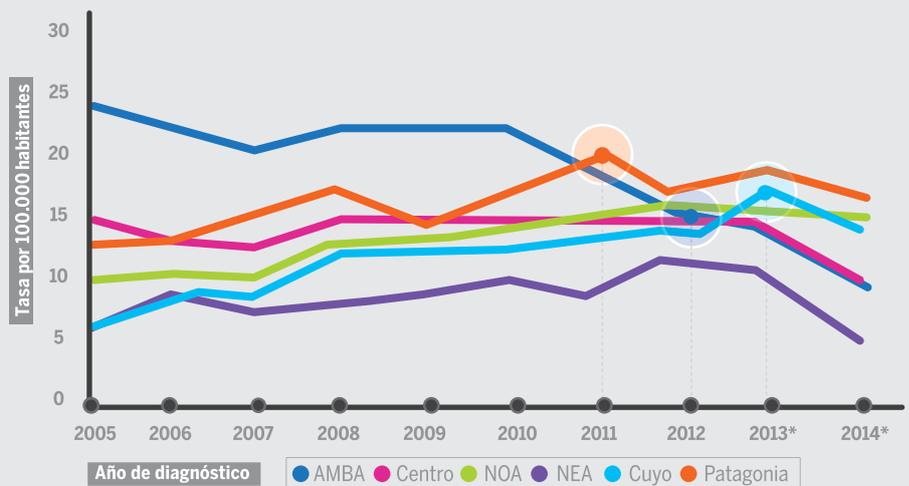
En el Gráfico 5 se observa que para el bienio 2013-2014 las tasas más altas, tanto de varones como de mujeres, se encuentran en la Patagonia, seguidas por NOA y Cuyo, mientras que las más bajas se hallan en el NEA. Salvo por el caso del NEA, que puede verse afectado por una subnotificación, la tasa de varones en todas las regiones se encuentra entre el 18 y el 22 por 100 mil, y la de mujeres entre el 7 y el 13 por 100 mil (Tabla 8 del Anexo).

A nivel jurisdiccional (Tabla 7 del Anexo) las tasas de VIH descendieron en CABA y en las provincias de Buenos Aires, Misiones y Santiago de Estero; se mantuvieron estables en Neuquén, Santa Fe y Córdoba y ascendieron en el resto de las jurisdicciones, en algunas con notable fuerza.

En la Provincia de Buenos Aires las tasas ascendieron en las regiones sanitarias I, III, IV y X, se mantuvieron estables en las regiones II y XI¹ y descendieron en las demás, especialmente en el GBA. Este fenómeno podría deberse al retraso en la notificación de nuevos diagnósticos en esta zona (Tabla 9 del Anexo). En la Tabla 10 del Anexo se observa una caída en la tasa de VIH en cada uno de los 24 partidos del GBA.

1 La composición de las regiones sanitarias puede consultarse en <http://www.ms.gba.gov.ar/regiones-sanitarias/>

Gráfico 4: Evolución de las tasas de VIH por 100.000 habitantes según región, Argentina (2005-2014)



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

FUENTE: Total de casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica específica y al SNVS por laboratorio en el período analizado. N = 62.299.

Gráfico 5: Comparación de las tasas generales y específicas de VIH por 100.000 habitantes por sexo según región, Argentina (2013-2014*)

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

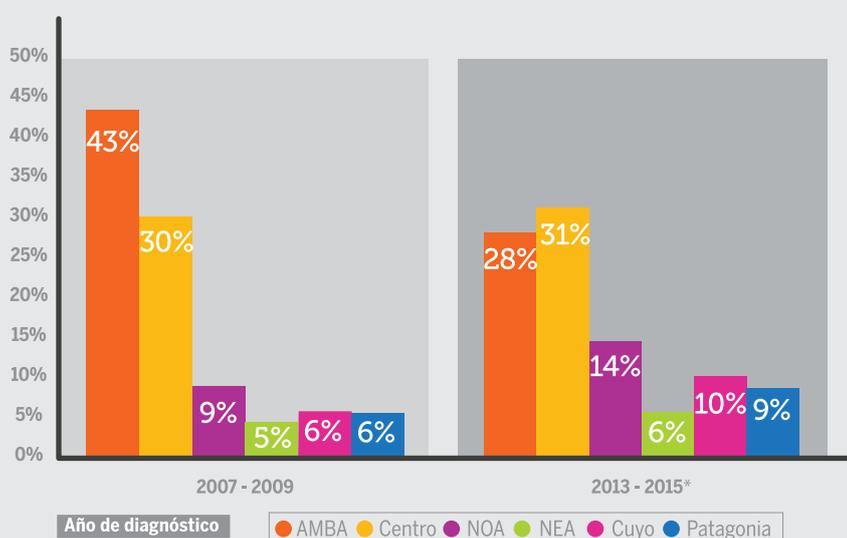


FUENTE: Total de casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica específica y al SNVS por laboratorio en el período analizado. N = 62.299.

Análisis de variables epidemiológicas

Para la caracterización epidemiológica de las personas diagnosticadas con VIH se consideraron -salvo cuando se indica algo diferente- los casos reportados entre los años 2007 y 2015, a fin de poder agrupar los diagnósticos en tres trienios. La inclusión de los diagnósticos producidos en 2015 obedece a que el retraso en la notificación de casos no afecta el estudio de las variables socioepidemiológicas, como sí lo hace en el análisis de las tasas.

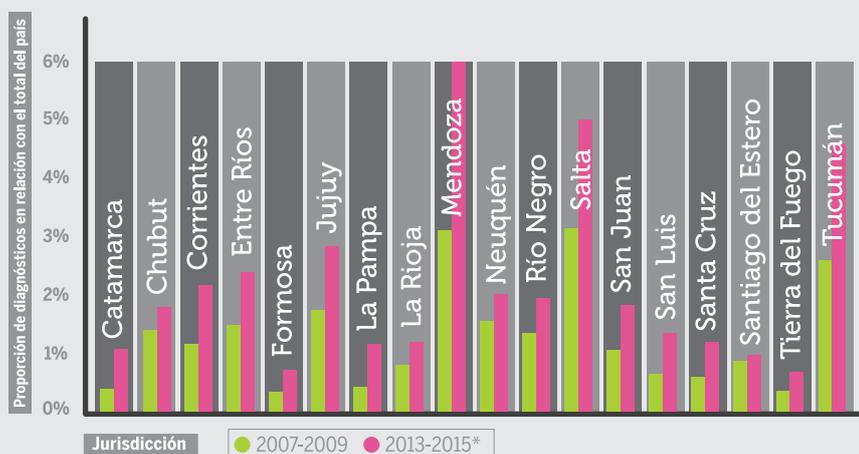
Gráfico 6: Lugar de residencia de las personas con diagnóstico de VIH según región, Argentina (2007-2015)



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

FUENTE: Casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica específica. N = 53.769.

Gráfico 7: Comparación del lugar de residencia de las personas con diagnóstico de VIH en jurisdicciones seleccionadas, Argentina



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

FUENTE: Casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica específica. N = 32.117.

Lugar de residencia

En el período 2013-2015 el 27,9% de los casos notificados correspondían a residentes del AMBA, mientras que el 30,9% correspondían al área central del país (resto de Buenos Aires, Entre Ríos, Santa Fe y Córdoba). Esta división da cuenta de un cambio a lo largo de los años en la distribución espacial de las personas que se diagnostican con VIH. En el trienio 2007-2009 el AMBA concentraba el 43,1% de los casos, lo que representa una reducción de más de un tercio. El área central presentaba la misma proporción de casos en ambos trienios, por lo que la caída proporcional en AMBA fue absorbida, en términos relativos, por el resto de las regiones. Esto quedó evidenciado al presentar las tasas: el NOA pasó del 8,7% del total de diagnósticos producidos en la Argentina al 14,4%; el NEA pasó del 4,5% al 5,5%; Cuyo, del 5,7% al 10,1% y la Patagonia, del 5,6% al 8,6% (Gráfico 6).

A nivel jurisdiccional (Tabla 11 del Anexo), CABA y las provincias de Buenos Aires, Misiones, Chaco y Santa Fe registraron un descenso en la proporción de diagnósticos en relación al resto de las provincias. Comparando los trienios 2007-2009 y 2013-2015, la provincia de Buenos Aires pasó del 40,6% al 28,9% de los diagnósticos y CABA del 16,0% al 11,9%. En el Gráfico 7 se presenta la información de algunas provincias en las que esta proporción subió. Si bien a simple vista sobresalen los incrementos de Salta, Mendoza, Tucumán, Jujuy y Entre Ríos, en las demás jurisdicciones el aumento proporcional también es importante. En Catamarca, por ejemplo, se pasó del 0,4% al 1,1% del total de diagnósticos del país, lo que representa un aumento del 164%.

La Pampa pasó del 0,4% al 1,2% de los diagnósticos, aumentando el 181%. Crecimientos semejantes deben ser interpretados con cautela ya que no implican necesariamente una mayor carga de la enfermedad (para afirmar algo así se deberían observar las tasas de VIH), sino que también resultaron afectados por el descenso de las tasas de VIH en el AMBA. Este nuevo cuadro da cuenta de una distribución más pareja de la epidemia en todo el país, en comparación con lo que ocurría hace quince o veinte años atrás.

En la Provincia de Buenos Aires la distribución espacial de los nuevos diagnósticos también se modificó: la proporción de diagnósticos en el GBA y en la región sanitaria VIII (Mar del Plata) descendió, mientras que en el resto de las regiones aumentó (Tabla 12 del Anexo).

Razón varón/mujer

En la última modificación de la ficha epidemiológica, producida en el año 2012, se diferenciaron las variables de sexo y género. La primera variable remite al sexo biológico de nacimiento y se dicotomizó en las categorías varón y mujer. El género remite a la autopercepción que construyen las personas, que puede corresponderse o no con el sexo asignado al nacer, y remite a tres categorías: masculino, femenino y trans. Dado que son muy pocos los reportes de personas trans que llegan a la Dirección de Sida -en parte porque los equipos de salud o bien reportan a las mujeres trans como varones o bien lo hacen directamente como mujeres-, aún no es posible realizar un análisis epidemiológico en base al género. Por ello, como en los boletines anteriores, el análisis se realizó en base al sexo biológico de nacimiento, sin ánimo de invisibilizar a la población de personas trans que tiene una vulnerabilidad socialmente incrementada a contraer la infección, situación que se manifiesta en niveles de prevalencia de más del 30%.

La distribución por sexo de los nuevos casos también fue variando con el tiempo. A un aumento de la proporción de mujeres diagnosticadas a lo largo de los primeros años del nuevo siglo (llamada "feminización de la epidemia"), siguió un retroceso que se aprecia en la razón hombre/mujer (Gráfico 8). Mientras que en el año 2007 el 64% de las personas diagnosticadas eran varones y se producían 1,7 diagnósticos por cada mujer, en el año 2015 el 68% de los casos fueron de varones y la razón varón/mujer se encontraba en 2,1.

El análisis de la proporción de casos por sexo y de la razón hombre/mujer muestra una evolución diferente según el grupo de edad (Gráfico 9). En los grupos de 15 a 24 años y de 25 a 34 años la canti-

dad de varones aumentó, así como la razón hombre/mujer. En el resto de los grupos la razón hombre/mujer cayó, mientras que la proporción de mujeres o bien se mantuvo estable o bien aumentó un poco. El grupo de 0 a 14 años, en el que casi todos adquirieron el virus por transmisión perinatal, es el único en el que hay más mujeres que varones, y esta tendencia se acentúa con el tiempo. En el resto de los grupos hay más varones que mujeres, situación que aumenta a medida que se incrementa la edad. Las variaciones más claras de la razón hombre/mujer en los nueve años analizados se produjeron en el grupo de 15 a 24 años, en el que la razón pasó de 1,1 a 1,7 entre los trienios 2007-2009 y 2013-2015, y en el intervalo de edad siguiente, que en el mismo lapso pasó de 1,7 a 2,4. La caída más abrupta en la razón de sexos ocurrió en el grupo de 65 años o más, en el cual el aumento de los diagnósticos en mujeres provocó que

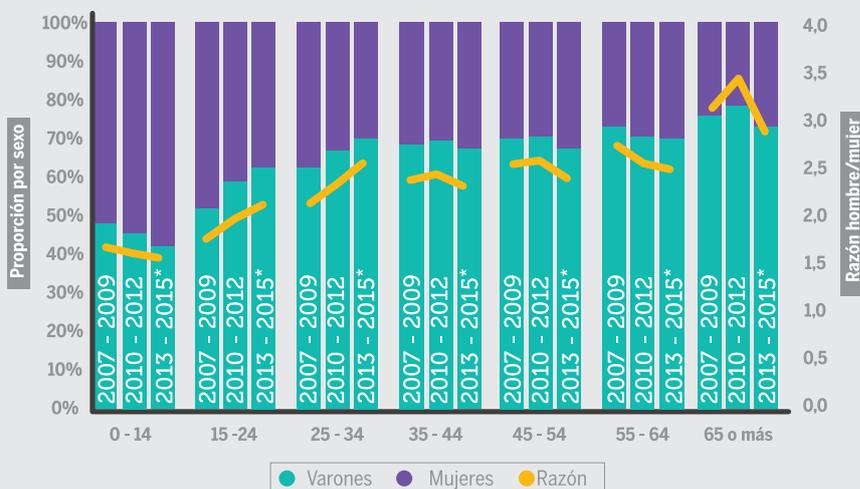
Gráfico 8: Proporción de diagnósticos de VIH por sexo y razón hombre/mujer, Argentina (2007-2015)



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

FUENTE: Casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica específica. N = 49.929.

Gráfico 9: Proporción de diagnósticos de VIH por sexo y razón hombre/mujer según grupo de edad, Argentina (2007-2015)



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

FUENTE: Casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica específica. N = 49.929.

el indicador descendiera de 3,8 a 2,8 entre los trienios 2010-2012 y 2013-2015.

En el **Gráfico 10** se presenta la misma información clasificada por región. En todas las regiones se observan más diagnósticos de varones que de mujeres y, si se comparan los trienios 2007-2009 y 2013-2015, en todas -salvo en la Patagonia- se aprecia un aumento de la proporción de varones y de la razón hombre/mujer. Para el trienio 2013-2015 la razón más alta se encuentra en el AMBA y en Cuyo, con 2,2; y la más baja en la

Patagonia, con 1,7. En la última década se pasó de 1,8 a 2,2 en el AMBA; en el NOA, de 1,7 a 2,1; y en el NEA, de 1,3 a 2,0. En este último caso podría existir una importante subnotificación de diagnósticos.

En la **Tabla 13 del Anexo** se presenta información sobre la razón hombre/mujer a nivel provincial. Este indicador aumentó en todas las jurisdicciones salvo en Catamarca, Córdoba, Mendoza y San Luis. Las provincias en las que la suba fue más notoria son Corrientes, que pasó del 1,4 en el trienio 2007-2009 a 2,4 en el trienio 2012-2015; Formosa, de 1,2 a 1,7; Salta, de 1,4 a 2,1; Santa Cruz, de 1,3 a 1,8 y Tierra del Fuego, de 2 a 2,7. Dentro de la provincia de Buenos Aires, el aumento también se verificó en todas las regiones sanitarias, salvo en la III y la XII (**Tabla 14 del Anexo**). Para el trienio 2013-2015, la razón más elevada se dio en las regiones II y IX, con 2,6 y 2,5 respectivamente; y la más baja se encontró en la región XII, en la que durante el último lapso se observó una razón de 1.

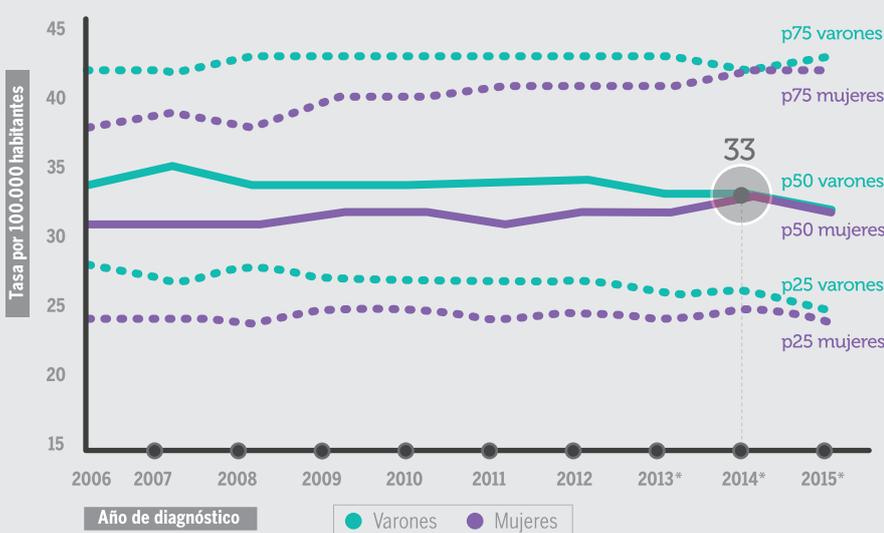
Gráfico 10: Proporción de diagnósticos de VIH por sexo y razón hombre/mujer según región, Argentina (2007-2015)



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

FUENTE: Casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica específica. N = 49.929.

Gráfico 11: Evolución de la mediana de edad de diagnóstico de VIH según sexo, Argentina (2006-2015)



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

FUENTE: Casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica específica. N = 55.981.

Edad

La edad de las personas diagnosticadas también fue variando en la última década. Mientras que en 2006 la mediana de edad de los varones era tres años mayor que la de las mujeres -con 31 y 34 años respectivamente-, esta diferencia ha desaparecido en el año 2014. En este año la mediana de edad de los casos diagnosticados -tanto de varones como de mujeres- era de 33 años (**Gráfico 11**). Este fenómeno se debió al aumento de la edad de diagnóstico de las mujeres y a la caída de la edad entre los varones. En el gráfico se advierte el aumento del percentil 75 entre las mujeres y la caída en el percentil 25 entre los varones. Incluso, en los dos últimos años casi ha desaparecido la brecha entre sexos para ambos percentiles.

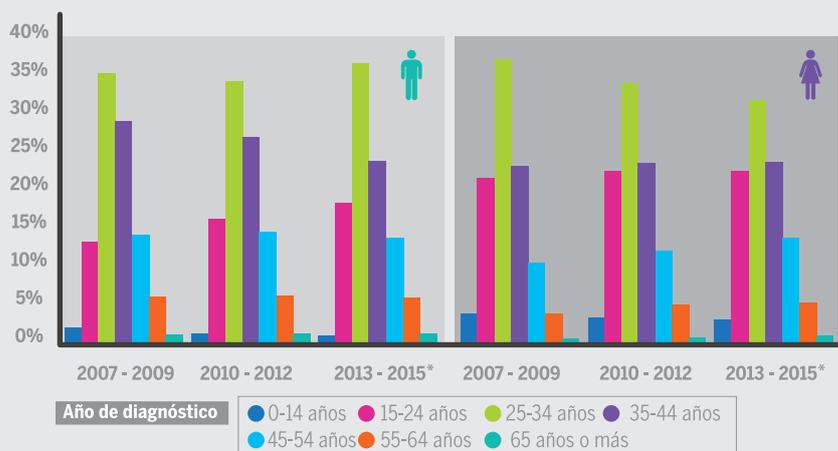
En la última década la **mediana de edad de diagnóstico** entre hombres y mujeres se equiparó



Al comparar los trienios 2007-2009 y 2013-2015 (Gráfico 12), la proporción de varones diagnosticados entre los 15 y los 24 años trepó del 13% al 18%, mientras que entre los de 35 a 44 años cayó del 29% al 24%. El resto de los grupos de edad no registró cambios significativos. Entre las mujeres, se observó un descenso entre las de 25 a 34 años, que pasaron de representar el 37% de los diagnósticos al 31%. En sentido inverso, aumentaron del 11% al 14% las mujeres diagnosticadas entre los 45 y los 54 años.

El Gráfico 13 compara las estructuras por sexo y edad de la población diagnosticada entre 2005 y 2006, por un lado, y entre 2014 y 2015, por el otro.

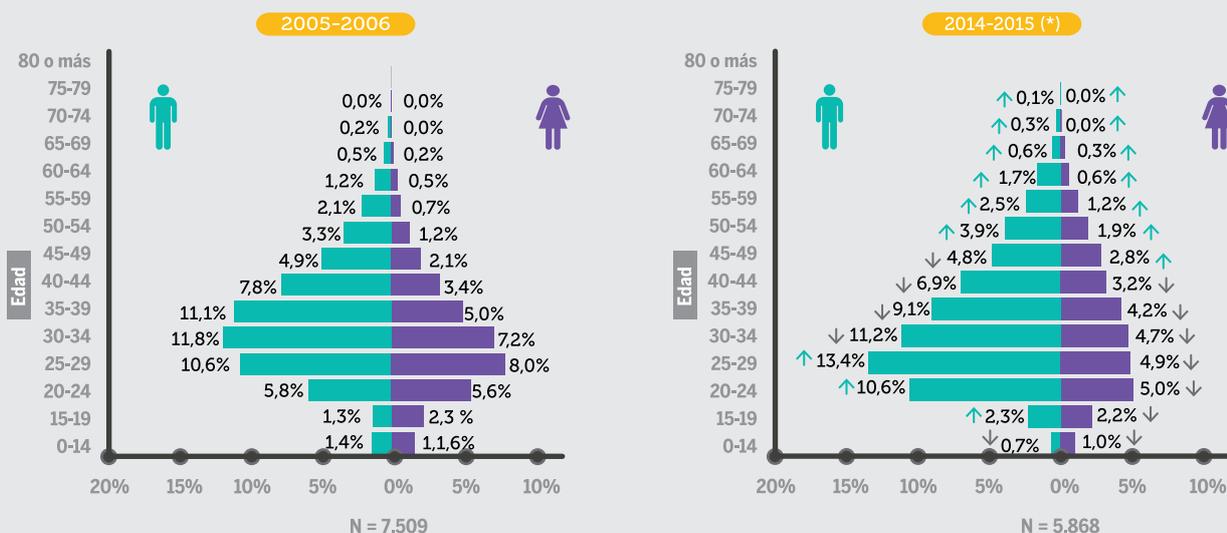
Gráfico 12: Evolución de la edad de diagnóstico de VIH según sexo, Argentina (2007-2015)



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

FUENTE: Casos notificados por ficha epidemiológica específica a la DSyETS. N = 49.929

Gráfico 13: Comparación de la proporción de diagnósticos de VIH según sexo y edad, Argentina



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

FUENTE: Total de casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica específica y al SNVS por laboratorio en el período analizado.

Allí se observa claramente el aumento de la proporción de varones en los intervalos de 15 a 19, 20 a 24 y 25 a 29 años, así como la reducción de la proporción de mujeres de 25 a 29, 30 a 34 y 35 a 39 años.

A nivel provincial (Tabla 16 del Anexo), en el trienio 2013-2015 Chubut, La Pampa y Río Negro muestran las medianas de edad más elevadas en varones (36 años), mientras que La Rioja, Santiago del Estero y Chaco poseen las más bajas (29 años). Entre las mujeres, los valores más elevados se encuentran en La Pampa (36 años), Misiones y Tierra del Fuego

(35 años), mientras que los más bajos están en Catamarca y Chaco (28 años). Al observar la evolución del indicador entre los varones entre 2007 y 2015 se pone de manifiesto que descendió en casi todas las provincias salvo en Chubut, donde se mantuvo estable, y en San Juan y San Luis, donde ascendió. Entre las mujeres, en 15 provincias subió la mediana de edad, en cuatro no varió y en cinco descendió.

La comparación entre las edades de diagnóstico por sexo para el período 2013-2015 muestra que en CABA, Corrientes, La Rioja, Mendoza, Misiones, Santa Cruz, Santiago del Estero

y Tierra del Fuego la mediana es más alta entre las mujeres que entre los varones. Esta última jurisdicción presenta la diferencia más elevada, de cuatro años.

En el **Gráfico 14** se muestra la información sobre las jurisdicciones en las que se observó un cambio más marcado en la edad de diagnóstico.

Gráfico 14: Comparación de la mediana de edad de diagnóstico de VIH en jurisdicciones seleccionadas según sexo, Argentina



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

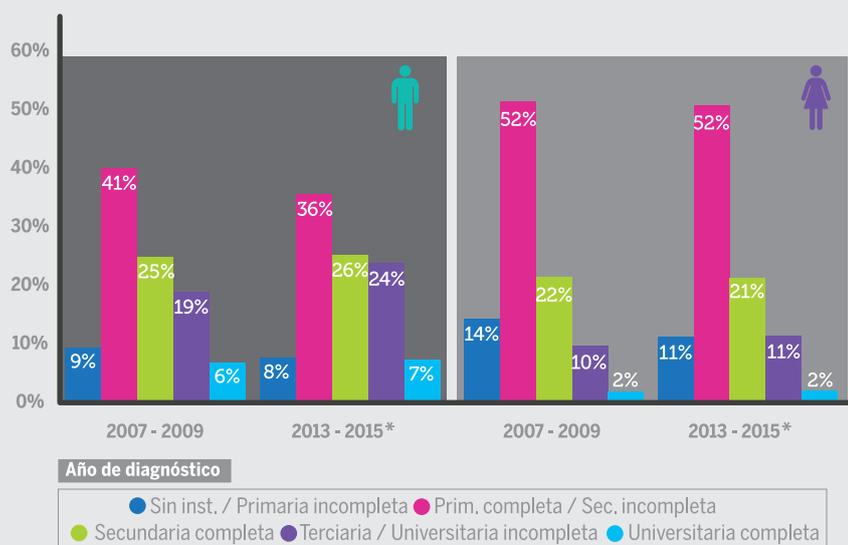
FUENTE: Casos notificados por ficha epidemiológica específica a la DSyETS.

En la **Tabla 17 del Anexo** se presenta la evolución de la mediana de edad de diagnóstico en las regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires.

Nivel de instrucción en personas de 19 años o más

A lo largo de los años el nivel de instrucción de las personas diagnosticadas con VIH aumentó. En el **Gráfico 15** se compara este indicador entre los trienios 2007-2009 y 2013-2015. En el caso de los varones, las personas que no habían completado el nivel medio descendieron del 49,8% al 43,6%, variable que entre las mujeres cayó del 66,4% al 62,8%. En sentido inverso, los varones que habían iniciado un estudio superior (independientemente de si lo habían completado o no) pasaron del 25,4% al 30,8%, mientras que entre las mujeres aumentó del 11,8% al 13,4%.

Gráfico 15: Máximo nivel de instrucción alcanzado por personas de 19 años o más con diagnóstico de VIH según sexo, Argentina (2007-2015)



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

FUENTE: Casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica específica. N = 27.440.

El aumento del nivel de instrucción se observa en todas las regiones para los varones. En el caso de las mujeres este aumento también se observa en todas las regiones, salvo en el área central. En todos los casos los varones tienen mayor nivel de instrucción que las mujeres.

3 de cada 10 varones con VIH tienen estudios superiores



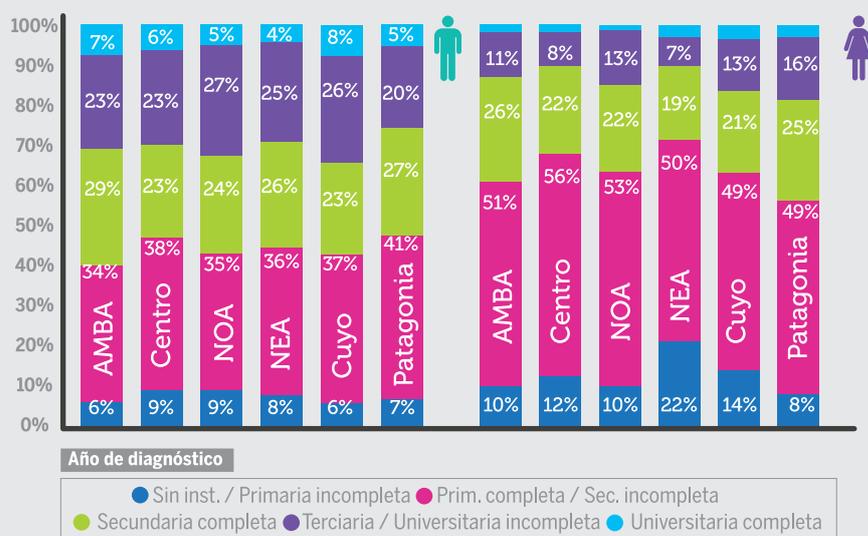
Para el período 2013-2015 la variación entre regiones es mayor entre las mujeres que entre los varones. De estos últimos, sin contar los casos en los que no hay información, entre el 6% y el 9% en todas las regiones no completó la educación primaria; entre el 40% y el 48% no llegó a completar el nivel medio; entre el 23% y el 29% tenía el secundario completo y entre el 25% y el 34% había al menos iniciado la educación superior (Gráfico 16).

Entre las mujeres, al observar el mismo período, la situación es un poco más heterogénea. Entre el 8% (Patagonia) y el 22% (NEA) no completaron la educación primaria; entre el 57% (Patagonia) y el 72% (NEA) no completaron el nivel medio; entre el 19% (NEA) y el 26% (AMBA) tenían el secundario completo y entre el 10% (NEA y Centro) y el 18% (Patagonia) habían al menos iniciado un estudio superior.

El Gráfico 17 muestra el máximo nivel de instrucción alcanzado por las personas de 19 años o más diagnosticadas con VIH entre 2013 y 2015, con transmisión del virus por vía sexual. Los varones que adquirieron la infección durante relaciones desprotegidas con otros varones tienen mayor nivel de instrucción que los varones y las mujeres que la adquirieron durante relaciones heterosexuales. Entre estos últimos prácticamente no se observan diferencias, lo que denota la pertenencia a un mismo estrato social. Alrededor del 67% de los varones que se infectaron durante relaciones desprotegidas con otros varones completaron o superaron la educación media, proporción que cae al 39% entre los varones que adquirieron el VIH durante relaciones sexuales con mujeres y al 38% entre las mujeres que se infectaron por vía sexual. En estos dos últimos casos, más del 60% de los diagnósticos se informaron en personas que no habían completado la educación media y más del 10% no había completado la educación inicial.

En la Tabla 19 del Anexo se presenta el máximo nivel de instrucción alcanzado por jurisdicción.

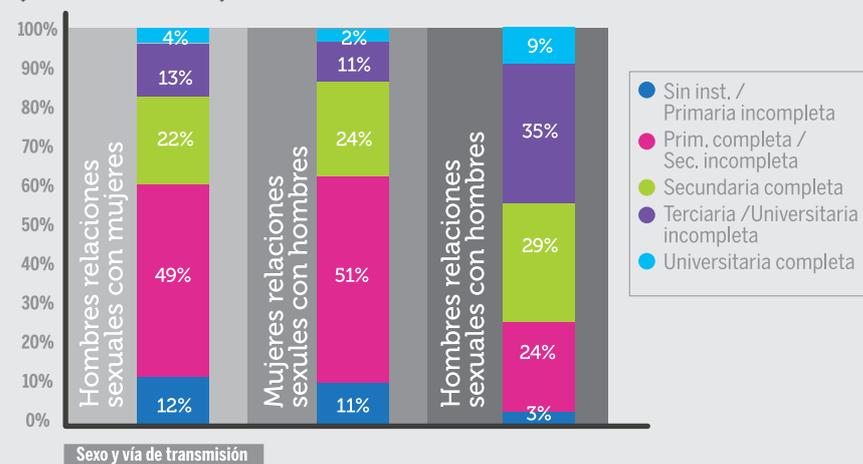
Gráfico 16: Máximo nivel de instrucción alcanzado por personas de 19 años o más con diagnóstico de VIH según sexo y región, Argentina (2013-2015*)



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

FUENTE: Casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica específica. N = 11.547. Se excluyeron los casos con nivel de instrucción desconocido.

Gráfico 17: Máximo nivel de instrucción alcanzado por personas de 19 años o más con diagnóstico de VIH según sexo y vía de transmisión, Argentina (2013-2015*)



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

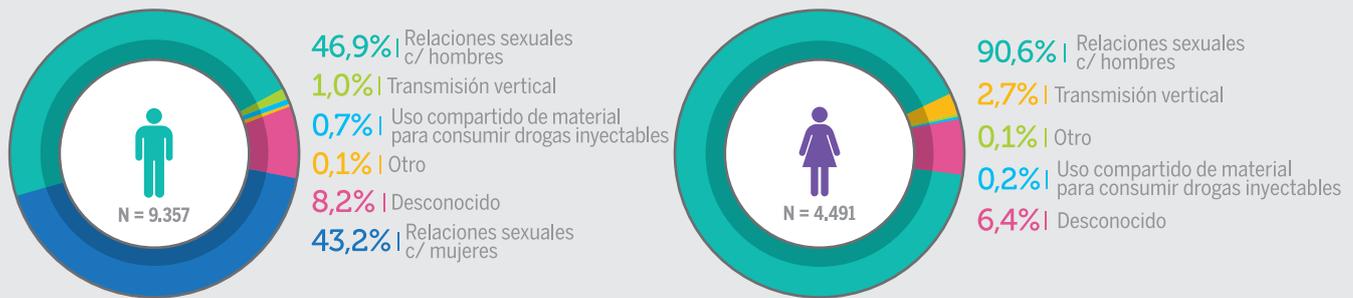
FUENTE: Casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica específica. N = 10.800. Se excluyeron los casos con nivel de instrucción desconocido.

Vías de transmisión

La principal vía de transmisión del VIH sigue siendo la sexual (Gráfico 18). En el período 2013-2015 más del 90% de los varones y mujeres adquirieron el VIH de esa forma. En el caso de

los varones, son más los que adquirieron la infección durante relaciones sexuales desprotegidas con otros varones que durante relaciones heterosexuales. Aún se reportan algunos casos de personas que adquirieron el VIH por el uso compartido de elementos para el consumo de drogas inyectables y por transmisión perinatal (ver sección dedicada al tema).

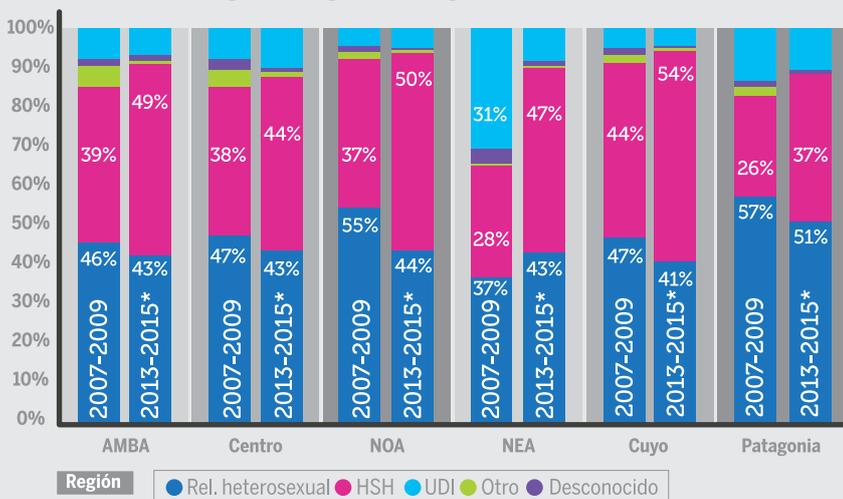
Gráfico 18: Vías de transmisión del VIH según sexo, Argentina (2013-2015*)



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

FUENTE: Casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica específica.

Gráfico 19: Evolución de las vías de transmisión del VIH en varones según región, Argentina



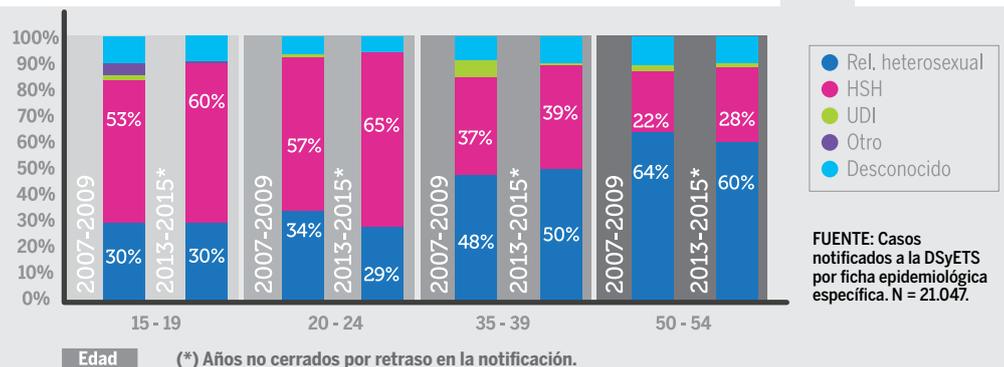
(*) Años no cerrados por retraso en la notificación.

FUENTE: Casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica específica. N = 21.047.

Al comparar los trienios 2007-2009 y 2013-2015 se observa que en todas las regiones **aumentó la cantidad de varones que adquirieron el VIH durante relaciones sexuales con otros varones** (Gráfico 19 y Tabla 20 del Anexo). Este tipo de prácticas sexuales ha vuelto a ser la principal vía de transmisión entre hombres en todas las regiones del país en el período 2013-2015, salvo en la Patagonia.

El análisis de esta variable también pone en evidencia el aumento de las transmisiones entre varones en distintos grupos de edad. Mientras que en 2007 las relaciones sexuales desprotegidas entre varones eran la principal vía de transmisión del VIH hasta los 27 años, en 2014 seguían siendo la principal vía de transmisión para los varones hasta los 34 años (Gráfico 20).

Gráfico 20: Evolución de las vías de transmisión del VIH en varones según grupos de edad seleccionados, Argentina (2007-2015)



FUENTE: Casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica específica. N = 21.047.

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

En el Anexo se presenta la información sobre la evolución de las vías de transmisión según provincia (Tabla 21). Entre los varones, en once jurisdicciones predominan los que adquirieron la infección durante relaciones heterosexuales; en nueve, los que la adquirieron durante relaciones desprotegidas con otros varones; y en cuatro jurisdicciones están parejos. Independientemente de cuál sea la vía predominante, en todas las jurisdicciones se observa un aumento de las infecciones entre los hombres que tienen sexo con hombres. En cuatro jurisdicciones donde en el trienio 2007-2009 la mayoría de las infecciones entre varones obedecía a relaciones heterosexuales, en el trienio 2013-2015 han prevalecido las relaciones sexuales con otros varones: Formosa, Salta, Santiago del Estero y Tierra del Fuego. La única jurisdicción en la que se ha invertido la tendencia es San Juan. Mientras que entre 2007 y 2009 casi el 50% de las infecciones eran por relaciones entre varones, en el trienio 2013-2015 estas cayeron al 44%, siendo superadas por las transmisiones durante relaciones heterosexuales, que alcanzaban el 48%.

En la provincia de Buenos Aires prevalecen las relaciones heterosexuales desprotegidas como la ocasión en la que tiene lugar la transmisión del VIH en los varones, salvo en la región sanitaria I en la que las relaciones homosexuales igualan a las heterosexuales, y en la región sanitaria X en la que las relaciones sexuales desprotegidas con otros varones son la principal vía de transmisión (Tabla 22 del Anexo).

Conclusión

El análisis de las notificaciones epidemiológicas revela que el perfil de las personas que se diagnostican con VIH se ha ido modificando, un indicador que permite entrever también algunas características de quiénes están adquiriendo el virus. Hasta hace una década se decía que la epidemia era cada vez más femenina, más pobre y más joven. Sin negar la heterogeneidad de las realidades del país, en el año 2016 se aprecian tendencias claras de que estos procesos se han revertido.



A pesar de que siguen siendo mayoritarios los diagnósticos en adultos de mediana edad -**el 50% de los varones diagnosticados tiene entre 25 y 43 años y el 50% de las mujeres tiene entre 24 y 42 años**-, los diagnósticos en varones de 15 a 25 años y en mayores de 45 años están aumentando. La caída de las tasas de diagnóstico en el AMBA y el amesetamiento en el área central vienen acompañados por el aumento de las tasas en el resto de las regiones. En la Patagonia, NOA y Cuyo las tasas de VIH superaron a las del AMBA.

En los últimos diez años el AMBA pasó de concentrar el 43% de los nuevos diagnósticos a reunir el 28%, los que han au-

mentado en todas las regiones, especialmente en el NOA. En el trienio 2013-2015 el 31% de los nuevos casos provenía del resto de Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe y Entre Ríos, mientras que el otro 41% pertenecía al resto de las regiones.

El aumento en la cantidad de varones y la caída en el número de mujeres revelan una nueva masculinización de la epidemia, con proporciones por sexo y una razón hombre/mujer semejantes a las que se encontraban a principios del milenio. Este proceso se aprecia en todas las regiones y en los grupos de edad hasta 34 años, que son los que más han crecido y aportan la mayor cantidad de casos. En los intervalos de edad superiores aumenta ligeramente la cantidad de mujeres, pero la proporción de varones diagnosticados sigue siendo mayor.

El nivel de instrucción -una forma indirecta de conocer el nivel social de las personas diagnosticadas- **aumentó en ambos sexos**, no encontrándose diferencias entre varones y mujeres que adquirieron el VIH durante relaciones heterosexuales. Entre estos/as, más del 60% no había completado la educación media, en comparación con el 27% de hombres que tienen sexo con hombres que no habían obtenido ese grado.



La vía de transmisión principal continúa siendo la sexual. Entre los varones prevalecen las relaciones sexuales con otros varones, vía que aumentó en todas las regiones y en casi todas las provincias.

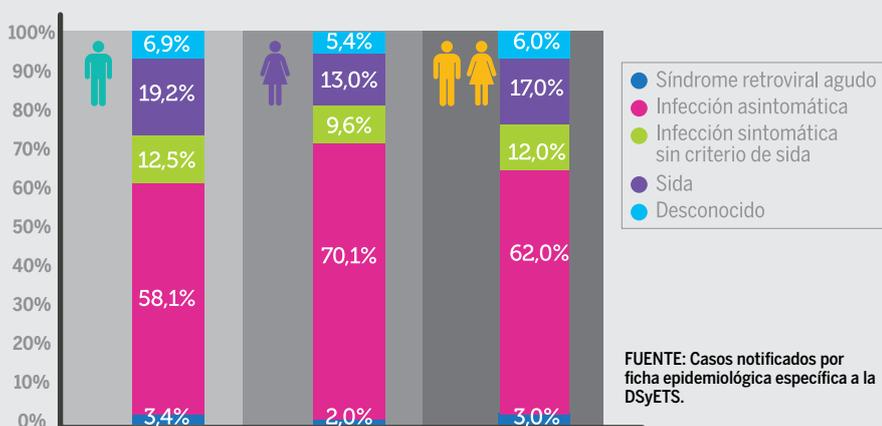
En síntesis, sin postergar al resto de la población y sin desconocer las diferencias subregionales de un país tan vasto como la Argentina, **parece necesario poner el foco preventivo en los adultos de más de 25 años de ambos sexos y en los varones jóvenes**, especialmente aquellos que tienen sexo con otros varones, muchos de los cuales no vivieron la era previa a la aparición del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA).

Diagnóstico oportuno y tardío de la infección por VIH

En 2012 se comenzó a medir la oportunidad del diagnóstico con un indicador clínico (estadio clínico al momento del diagnóstico) y uno de laboratorio (nivel de CD4 más próximo al diagnóstico). En el **Gráfico 21** se presenta el primero de estos

indicadores, que no mostró variaciones entre 2012 y 2015. En ese período, el 3% de los diagnósticos fue realizado en el marco de un síndrome retroviral agudo (SRA); el 62% en estadio asintomático; el 12% en estadio sintomático sin criterio de sida; el 17% con sida y se desconoce el dato en el 6% de las personas.

Gráfico 21: Estadio clínico al momento del diagnóstico de VIH según sexo, Argentina (2012-2015*)



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

Se consideran “oportunos” los diagnósticos realizados durante un SRA y en estadios asintomáticos, mientras que los diagnósticos “tardíos” son los que tienen lugar en una etapa sintomática, con o sin criterio de sida. En el período 2012-2015, el 32% de los varones y el 23% de las mujeres se diagnosticaron en una etapa avanzada de la infección.

32%  **23%** 
se diagnosticaron en una etapa avanzada de la infección

En el **Gráfico 22** se compara el diagnóstico tardío medido a través del estadio clínico y el nivel de CD4. Se observan algunas diferencias menores en los porcentajes con respecto al gráfico anterior ya que solo se consideraron los casos en que ambas informaciones estuvieran consignadas. El 33% de las personas diagnosticadas presentaban menos de 200 CD4; el 54% menos de 350 CD4; el 73% menos de 500 CD4 y solo el 27% más de 500 CD4. Se observa claramente que los diagnósticos en etapas sintomáticas, con y sin criterio de sida, tienen una magnitud similar a la proporción de personas con CD4 menor a 200.

A nivel regional se observan pocas diferencias: entre el 28% (Cuyo) y el 38% (NEA) de los varones y entre el 17% (Cuyo) y el 25% (NEA) de las mujeres se diagnosticaron tardíamente. La situación de las mujeres es más homogénea que la de los varones, aunque en ambos casos la diferencia entre regiones no es significativa (**Gráfico 23**). Salvo en el AMBA, en el resto de las regiones la diferencia entre el diagnóstico tardío entre varones y mujeres ronda los diez puntos porcentuales.

En el **Gráfico 24** se aprecia que entre el 29% (AMBA) y el 40% (NOA) de los varones se diagnosticaron con un valor de CD4 menor a 200. Entre las mujeres este conteo tiene un piso del 28% en Cuyo y un máximo del 33% en la Patagonia. Si observamos a quienes se diagnosticaron con un CD4 mayor a 500, en el caso de los varones encontramos que alcanza el 30% en la Patagonia y el 21% en Cuyo y NOA, mientras que entre las mujeres el valor más bajo se encuentra en la Patagonia (26%) y el más alto en NOA (36%).

Gráfico 22: Comparación del diagnóstico tardío medido según recuento de CD4 y criterio clínico según sexo, Argentina (2012-2015*)

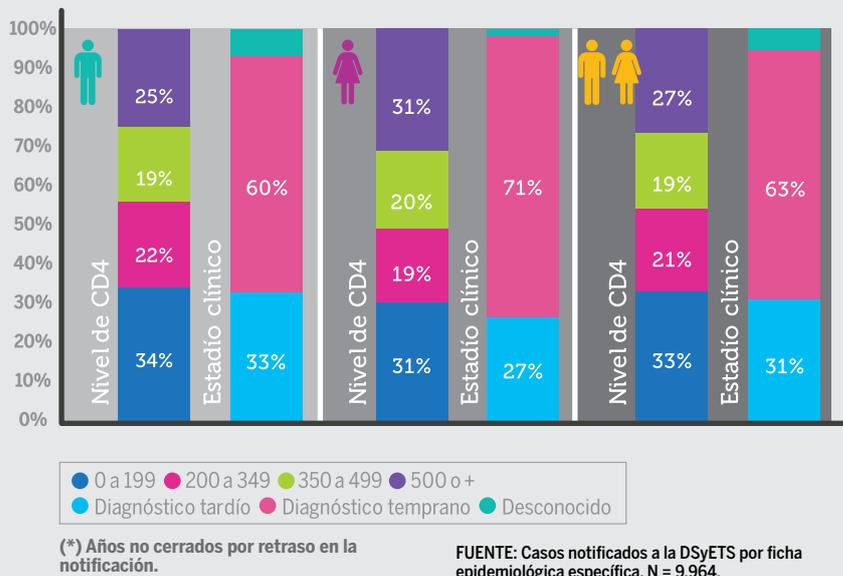


Gráfico 23: Diagnóstico tardío de VIH según estadio clínico al momento del diagnóstico por sexo y región, Argentina (2012-2015*)

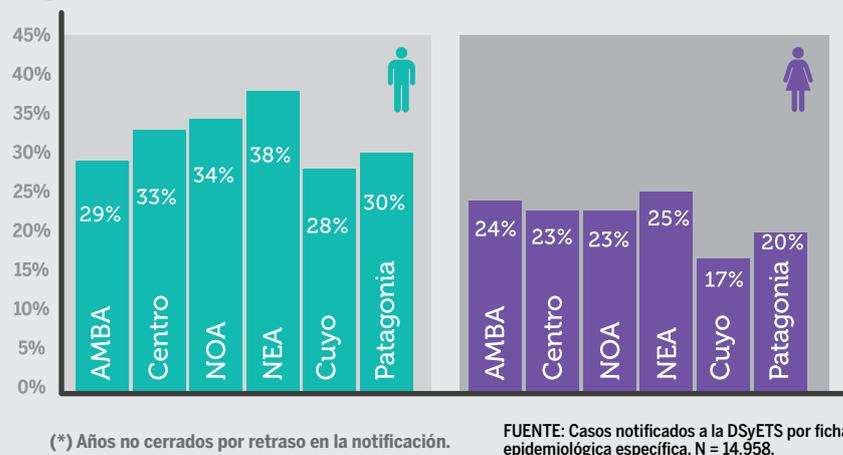


Gráfico 24: Recuento de CD4 al momento del diagnóstico de VIH según sexo y región, Argentina (2012-2015*)

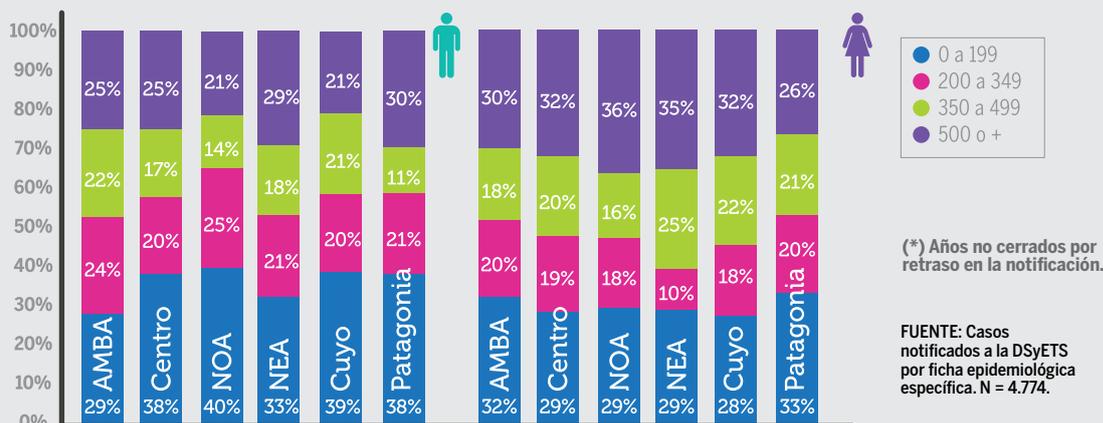
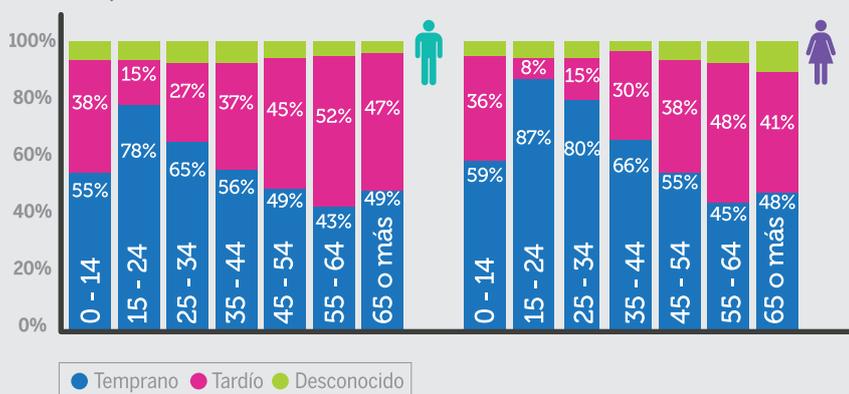


Gráfico 25: Estadio clínico al momento del diagnóstico de VIH según sexo y grupo de edad, Argentina (2012-2015*)



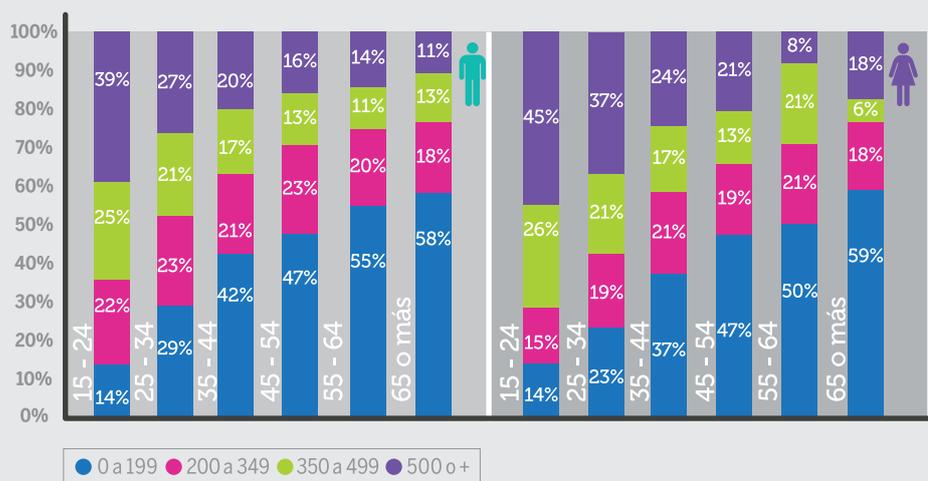
(*) Años no cerrados por retraso en la notificación.

FUENTE: Casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica específica. N = 14.958.

En la [Tabla 23 del Anexo](#) se presenta la proporción de diagnósticos tardíos por provincia; en la [Tabla 24](#), por región y en la [Tabla 25](#), por región sanitaria de la provincia de Buenos Aires.

Como es de esperar, el diagnóstico tardío aumenta con la edad, salvo en el intervalo de 0 a 14 años (casi todas infecciones por transmisión perinatal) en el que más de un tercio de los varones y mujeres fueron diagnosticados tardíamente ([Gráfico 25](#)). Mientras que el 15% de los varones y el 8% de las mujeres de 15 a 24 años tuvieron un diagnóstico tardío, entre las personas de 55 a 64 años el porcentaje de diagnósticos tardíos trepa al 52% de los varones y el 48% de las mujeres.

Gráfico 26: Recuento de CD4 al momento del diagnóstico según sexo y grupo de edad, Argentina (2012-2015*)



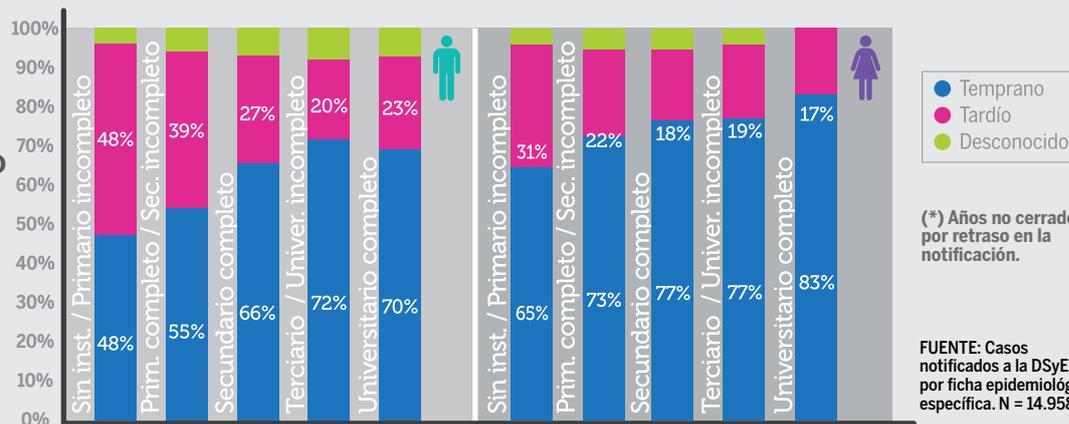
(*) Años no cerrados por retraso en la notificación.

FUENTE: Casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica específica. N = 4.982.

Mientras el 39% de los varones y el 45% de la mujeres 15 a 24 años presentaron un valor de CD4 mayor a 500, solo el 14% de los varones y el 8% de las mujeres de 55 a 64 años tenían ese nivel linfocitario ([Gráfico 26](#)).

Los datos indican que a menor nivel de instrucción, mayor es la proporción de diagnósticos tardíos ([Gráfico 27](#)). Mientras que uno de cada dos varones y una de cada tres mujeres que no completaron la educación primaria presentaron un diagnóstico tardío, esto desciende a uno de cada cinco varones y mujeres que accedieron a estudios superiores, los hayan completado o no.

Gráfico 27: Proporción de personas de 19 años o más con diagnóstico tardío de VIH según máximo nivel de instrucción alcanzado y sexo, Argentina (2012-2015*)



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

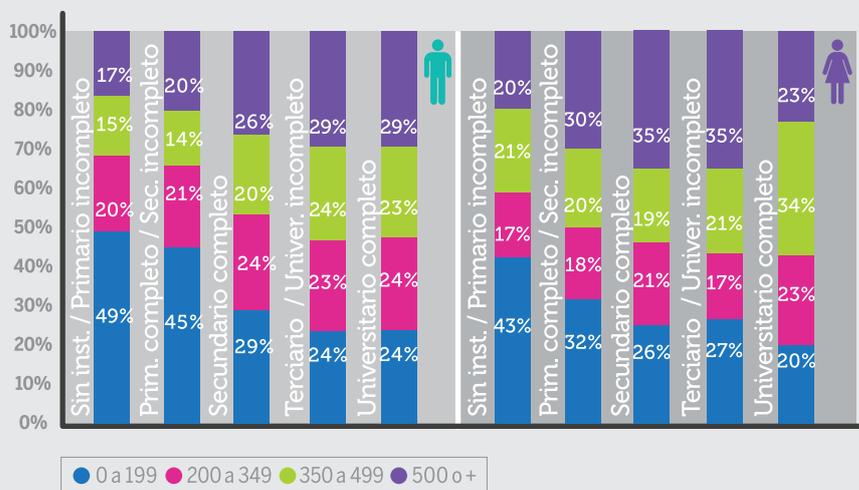
FUENTE: Casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica específica. N = 14.958.

En el **Gráfico 28** se presenta el nivel de CD4 según el máximo nivel de instrucción alcanzado.

4 de cada 10 varones

que se infectaron durante relaciones heterosexuales se **diagnosticaron en forma tardía**

Gráfico 28: Recuento de CD4 al momento del diagnóstico de VIH en personas de 19 años o más según sexo y máximo nivel de instrucción alcanzado, Argentina (2012-2015*)

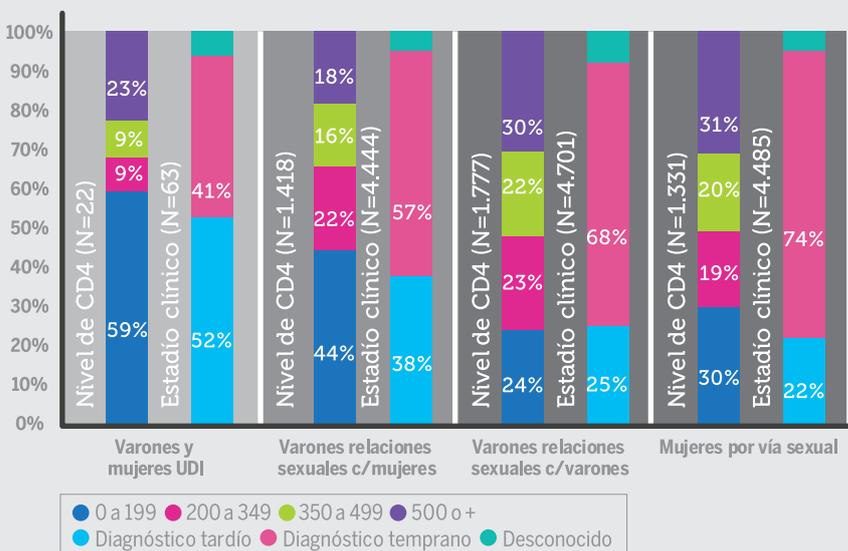


(*) Años no cerrados por retraso en la notificación.

FUENTE: Casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica específica. N = 4.982.

Finalmente, salvo las personas que adquirieron el VIH al compartir material para el consumo de drogas inyectables -entre quienes más de la mitad de los diagnósticos fueron tardíos-, el grupo más afectado es el de los varones que se infectaron durante relaciones heterosexuales, el 38% de los cuales tuvo un diagnóstico tardío. Entre ellos, el 44% tenía menos de 200 CD4 al ser diagnosticado y el 66%, menos de 350. Les siguen los varones que adquirieron la infección durante relaciones sexuales con otros varones (25%) y, en último lugar, las mujeres que se infectaron durante relaciones sexuales desprotegidas (22%) (**Gráfico 29**).

Gráfico 29: Proporción de personas con diagnóstico tardío de VIH y nivel de CD4 según sexo y vías de transmisión, Argentina (2012-2015*)



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

FUENTE: Casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica específica. N = 13.630.

Transmisión perinatal del VIH y sífilis congénita en la Argentina



A partir de la Iniciativa regional para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH y de la sífilis congénita en América Latina y el Caribe, implementada en nuestro país a partir del año 2010, se planteó como estrategia a nivel nacional la realización de un estudio de cohorte de niños positivos al VIH entre 2013 y 2014.

Se recopilaron datos de las bases de los laboratorios nacionales que realizan el diagnóstico de los niños nacidos de madres con VIH. El número total de niños expuestos y estudiados en el bienio analizado es de 2.738 (1390 en el año 2013 y 1.348 en 2014), de los cuales 2.170 niños (80%) completaron su diagnóstico, mientras que 568 (20%) no lo hicieron. Se considera, con criterio epidemiológico, como niños expuestos con diagnóstico final a aquellos con estudios virológicos conclusivos después de las 12 semanas de vida.

El número de niños positivos fue de 113 para el periodo analizado y los datos aportados permitieron calcular una tasa de transmisión perinatal de VIH de 5,2. Se pudo realizar el análisis de caso de 77 de los 113 niños positivos.

El análisis de las fichas de casos de estos 77 niños mostró que la mediana de edad de las madres era de 25 años; el 65% (50/77) tenían secundaria incompleta o menos; el 27,6% reportaron condiciones de precariedad habitacional y el 88% de las mujeres fueron diagnosticadas en un estadio asintomático de la infección. Casi la mitad (48%) de las parejas de las embarazadas con VIH desconocía su estatus serológico, mientras que el 44% eran positivas al VIH.

Con respecto al control prenatal, se definió como control ade-

cuando cuando se reportaban cinco controles o más y su comienzo había sido en el primero o segundo trimestre. Teniendo en cuenta esta definición, el 42,6% (29/68) de las mujeres habían tenido un control adecuado; el 57,4% (39/68) tenían un control inadecuado de su embarazo y en nueve casos se desconocía el dato.

El diagnóstico materno se realizó en el 26,4% (19) de los casos en un embarazo previo o antes del embarazo en curso; en el 31,9% (23) durante la gestación del niño; en el parto y puerperio inmediato en el 20,8% (15) y en la lactancia en el 20,8% (15). No se pudo conocer el dato de cinco mujeres.

El diagnóstico materno tardío, definido como aquel realizado en el tercer trimestre, parto o puerperio, fue una de las variables principales que se observó en las madres de los niños infectados, ya que se encontró en el 45,5% (35/77) de los niños positivos.

De los 42 casos con diagnóstico materno antes del parto solo se obtuvo el dato de la carga viral materna en 15 (35,7%) de las mujeres y solo cinco de ellas tenían una carga viral menor a 1.000 copias.

Del grupo de madres que fueron diagnosticadas durante el control del embarazo en curso, diez de ellas no recibieron profilaxis prenatal completa. Las posibles causas se vincu-

lan, principalmente, con un diagnóstico tardío del VIH (en el último mes), control inadecuado del embarazo y adherencia irregular al tratamiento.

Diez mujeres se diagnosticaron en el parto, tres de las cuales no recibieron profilaxis intraparto y solo la mitad de los niños recibieron profilaxis ampliada con 3TC y nevirapina. Otras 20 mujeres fueron diagnosticadas en el puerperio o en la lactancia, nueve de las cuales tenían serologías negativas en los controles prenatales y adquirieron la infección por VIH al final del embarazo o en la lactancia.

El diagnóstico de infección por VIH en los niños fue precoz -antes de los dos meses de vida- en el 59,1% (39/66) de los casos.

Los casos estudiados muestran que la falta de diagnóstico de la pareja sexual de la embarazada es una de las causas principales de las seroconversiones en el tercer trimestre o periodo de lactancia, vinculado con la infección por VIH del neonato.

Los datos aportados por los laboratorios, ya sea a través del sistema de vigilancia laboratorial (SIVILA) o por el envío de sus bases de datos a la DSyETS, son las fuentes que nos permiten calcular la tasa de transmisión perinatal de VIH, que es de 4,9 para 2013; 5,5 para 2014 y 5,2 para 2015. El análisis de esta tasa revela una tendencia sostenida aproximada del 5%, un valor alejado de la meta propuesta para el año 2015 (Tabla 1).

Tabla 1: Niños expuestos al VIH por transmisión perinatal reportados por laboratorios, Argentina (2013–2015)

AÑO	NIÑOS ESTUDIADOS	NIÑOS CON DIAGNÓSTICO COMPLETO	% DIAGNÓSTICO COMPLETO	NIÑOS POSITIVOS	TASA POSITIVOS/CASOS CERRADOS
2013	1.390	1.136	82%	56	4,9
2014*	1.348	1.034	77%	57	5,5
2015*	1.514	988	65%	51	5,2

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

FUENTE: Elaboración de la DSyETS en base a datos del SIVILA-SNVS y otros laboratorios que realizan diagnóstico pediátrico.

Tabla 2: Porcentaje de niños expuestos estudiados en la primera semana de vida y antes de los dos meses de vida, Argentina (2013-2015)

AÑO	< 1 SEMANA	< 2 MESES	TOTAL
2013	213 (15,3%)	883 (63,5%)	1390
2014*	260 (19,3%)	868 (64,4%)	1348
2015*	453 (29,9%)	1140 (75,3%)	1514

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

FUENTE: Elaboración de la DSyETS en base a datos del SIVILA-SNVS y otros laboratorios que realizan diagnóstico pediátrico.

Se evidencia una mejora en los indicadores planificados para evaluar el impacto de la estrategia propuesta desde el año 2013, cuyo objetivo es optimizar el proceso de diagnóstico relacionado con la estandarización de los algoritmos y la ampliación de la red de laboratorios. Uno de los indicadores, el porcentaje de niños expuestos con un primer estudio virológico realizado dentro de los dos primeros meses de vida, se incrementó en 2015, alcanzando el 75,3%. Además aumentaron progresivamente las muestras enviadas dentro de la primera semana de vida, las que pasaron del 15% en 2013 al 30% en 2015 (Tabla 2). Es una estrategia que se debe seguir fortaleciendo. Respecto al otro indicador (diagnóstico temprano de los niños expuestos positivos), en el año 2013 el 54% de los niños positivos se diagnosticaron lue

go de los dos meses de vida, mientras que en el año 2015 el 27% de los niños positivos tuvieron un diagnóstico tardío. Se observó además un incremento significativo del diagnóstico temprano de los niños expuestos al VIH en el año 2015. Si

bien hubo un cambio significativo de este indicador, es de suma importancia continuar fortaleciendo el diagnóstico temprano para el acceso adecuado al tratamiento del neonato (Tabla 3).

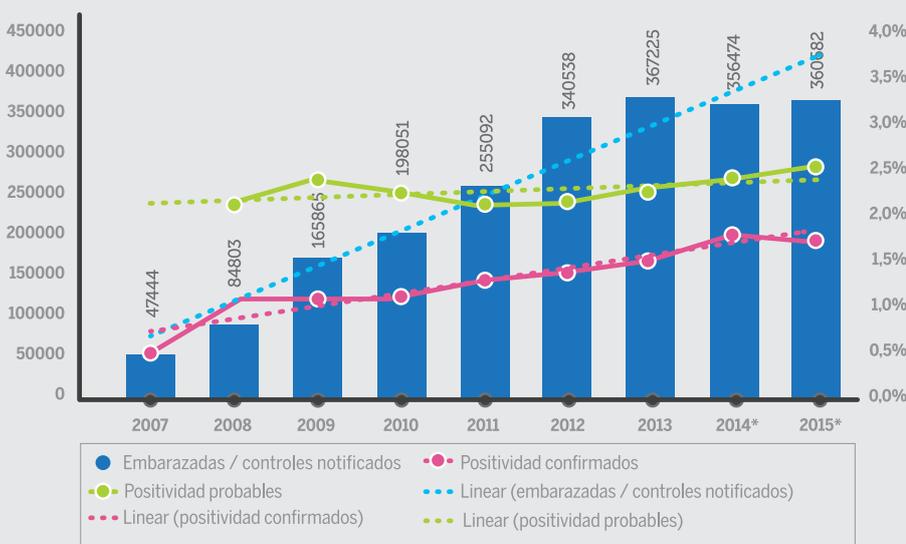
Tabla 3: Número de niños positivos según el momento del diagnóstico, Argentina (2013-2015)

AÑO	DIAGNÓSTICO 1-30 DÍAS DE VIDA	DIAGNÓSTICO 31-60 DÍAS DE VIDA	DIAGNÓSTICO MAYOR 61 DÍAS DE VIDA	TOTAL DE NIÑOS POSITIVOS
2013	13 (23%)	13 (23%)	30 (54%)	56
2014*	17 (30%)	6 (10%)	34 (60%)	57
2015*	27 (53%)	10 (20%)	14 (27%)	51

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

FUENTE: Elaboración de la DSyETS en base a datos del SIVILA-SNVS y otros laboratorios que realizan diagnóstico pediátrico.

Gráfico 30: Número de controles prenatales notificados y casos de sífilis probables y confirmados, Argentina (2007-2015)



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

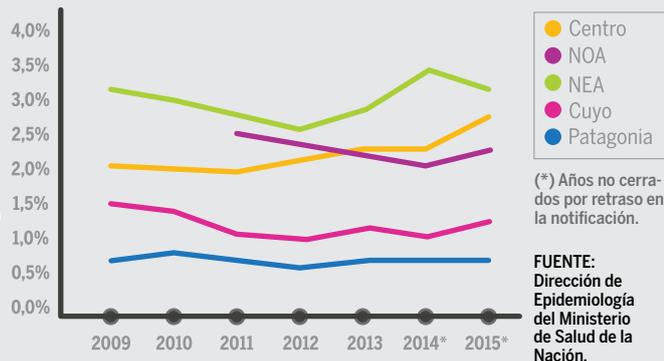
FUENTE: Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación.

Sífilis congénita

En los últimos años la sífilis congénita ha recobrado la atención del sistema sanitario. La información epidemiológica se obtiene de la integración de los casos notificados al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) en los dos módulos (C2 y SIVILA). La tendencia de la notificación ha sido ascendente a lo largo de los años. En 2015 el número de controles de embarazo notificados fue de 360.000, lo que representa alrededor del 80% de los nacidos vivos en el sector público.

La proporción de embarazadas con sífilis confirmada con pruebas treponémicas pasó del 1% en 2011 al 1,5% en 2015. Un aumento similar ha experimentado la proporción de positividad por prueba de tamizaje no treponémica. Esto marca una tendencia ascendente de sífilis en el embarazo (Gráfico 30).

Gráfico 31: Proporción de positividad para sífilis en embarazadas por pruebas no treponémicas (2007-2015)



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

FUENTE: Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación.

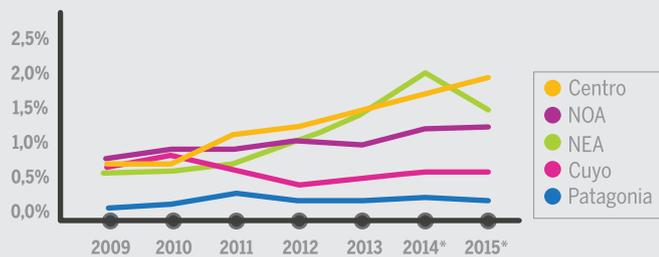
La proporción de positividad para sífilis en embarazadas por pruebas treponémicas tiene un comportamiento diferente en cada región del país. Se observan tendencias en ascenso en las regiones Centro y NEA, que presentan los valores más elevados de positividad, mientras que las demás regiones tienen un comportamiento más estable (Gráfico 31).

En cuanto a la confirmación del diag-

nóstico se observa una tendencia similar, sumándose la región del NOA a la tendencia ascendente. Esto puede deberse a un mejor acceso y registro de la confirmación del diagnóstico (Gráfico 32).



Gráfico 32: Proporción de positividad para sífilis en embarazadas por pruebas confirmatorias según región (2007-2015)



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

FUENTE: Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación.

Gráfico 33: Total de embarazadas con diagnóstico confirmado de sífilis y tasa de sífilis congénita cada 1.000 nacidos vivos, Argentina (2007-2015)



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

FUENTE: Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación.

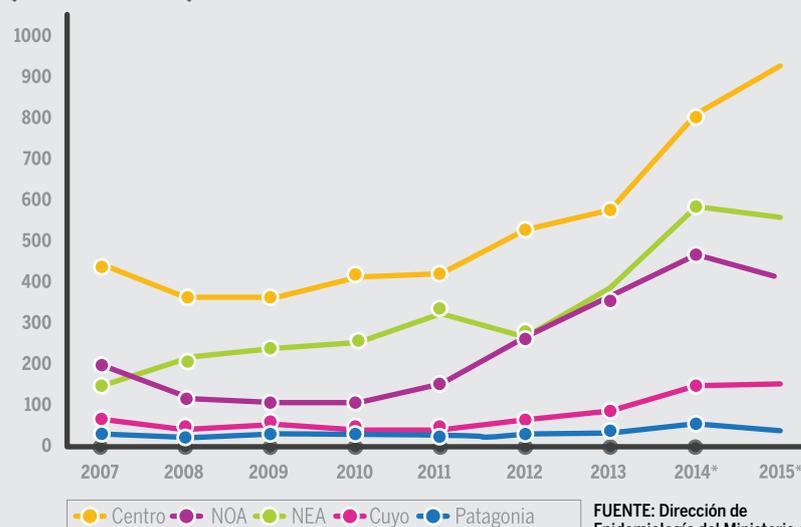
El aumento de casos de sífilis en embarazadas y de la tasa de sífilis congénita se ve acompañado de una mayor notificación al sistema de vigilancia (Gráfico 33).

Las notificaciones de sífilis congénita muestran una pronunciada tendencia ascendente en las regiones del Centro, NEA y NOA en el periodo analizado (Gráfico 34).

En los últimos años mejoró la notificación de casos de sífilis.



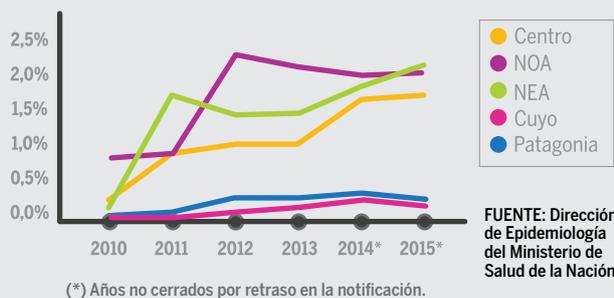
Gráfico 34: Notificaciones del evento sífilis congénita (incluye casos sospechosos, expuestos no infectados, confirmados, en estudio y descartados), Argentina (2007-2015)



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

FUENTE: Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación.

Gráfico 35:
Tasa de sífilis
congénita cada
1.000 nacidos
vivos, Argentina
(2010-2015)



La tasa de sífilis congénita cada 1.000 nacidos vivos en el sector público se construye con los casos notificados como confirmados por vigilancia clínica y los casos confirmados por laboratorio, como neurosífilis y pruebas treponémicas positivas luego de los 18 meses de vida (Gráfico 35).

La información analizada permite concluir que las estrategias puestas en marcha para reducir la tasa de transmisión perinatal del VIH en la Argentina se han fortalecido. Existe un registro mejorado en el seguimiento de los casos y los niños expuestos acceden al diagnóstico final en forma cada vez

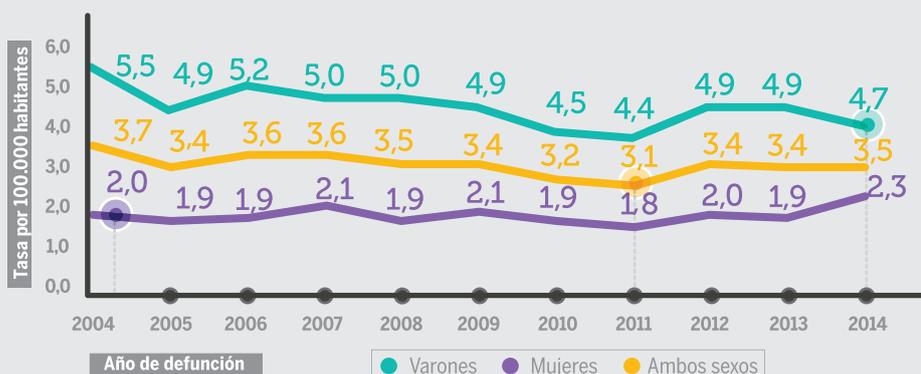
más temprana. Sin embargo, es necesario seguir trabajando para mejorar el acceso temprano de las mujeres embarazadas y sus parejas al diagnóstico de VIH y sífilis, así como reforzar la calidad y la oportunidad del dato reportado para la vigilancia epidemiológica.

Mortalidad por sida en provincias de la Argentina en el período 2004-2014

La evolución de la mortalidad por sida en la Argentina presenta tres períodos diferenciados: el primero está caracterizado por una tendencia ascendente de la mortalidad, coincidente

con el descubrimiento de la enfermedad y el desarrollo de las primeras herramientas diagnósticas y terapéuticas; el segundo se da a mediados de los años '90, con el mayor grado de conocimiento de la infección y la introducción de una estrategia terapéutica que consistió en el uso de varios fármacos combinados (TARGA), y se corresponde con una tendencia descendente de las defunciones por sida; mientras que el tercer período corresponde a la última década y es coincidente con una estabilización de las muertes por sida.

Gráfico 36: Tasa de mortalidad por sida por 100.000 habitantes según sexo, Argentina (2004-2014)



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

FUENTE: Elaboración propia en base a datos provistos por la DEI

La tendencia de la mortalidad por sida en el período comprendido entre 2004 y 2014 (Gráfico 36) muestra que para ambos sexos la tasa bruta de mortalidad osciló entre 3,7 cada 100.000 habitantes en el año 2004 y 3,5 cada 100.000 habitantes en 2014. Entre las mujeres se observa que en el período de análisis la tasa bruta de mortalidad

Tabla 4: Defunciones y tasas brutas de mortalidad por sida por 100.000 habitantes según sexo, Argentina (2004-2014)

AÑO	MUJERES		VARONES	
	Casos	Tasa bruta	Casos	Tasa bruta
2004	390	2,0	1035	5,5
2005	378	1,9	919	4,9
2006	385	1,9	1000	5,2
2007	428	2,1	969	5,0
2008	390	1,9	980	5,0
2009	422	2,1	960	4,9
2010	398	1,9	906	4,5
2011	378	1,8	892	4,4
2012	426	2,0	1003	4,9
2013	417	1,9	1010	4,9
2014*	501	2,3	983	4,7

(*) El número de casos incluye la cantidad de muertes por sida con lugar de residencia desconocido.

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

se mantiene en un valor promedio de 2,0 cada 100.000 habitantes. En los varones, esta tasa asciende a 5,5 cada 100.000 habitantes en 2004, con un valor mínimo en el período de análisis de 4,4 cada 100.000 habitantes en 2011. En el año 2014, la tasa bruta de mortalidad en varones es de 4,7 cada 100.000 habitantes. En la **Tabla 4** se presentan las defunciones y las tasas de mortalidad por sida en el período 2004-2014, según sexo. En las **Tablas 26, 27 y 28 del Anexo** se presentan las tasas brutas de mortalidad por sida en ambos sexos, en varones y en mujeres a nivel país, y por provincias.

Las tasas de mortalidad por sida específicas por edad en varones durante 2004-2014 muestran una tendencia descendente para los grupos etarios de 25 a 34 años y 35 a 44 años, con un descenso promedio del 5,8% anual. El grupo de 45 a 54 años presenta una tendencia ascendente, con un incremento porcentual promedio del 4% anual; hay que considerar que para el 2014 se aprecia un descenso de la tasa. Los restantes grupos etarios se mantienen estables a lo largo del período analizado (**Gráfico 37**).

El análisis de las tasas de mortalidad por sida específicas por edad en mujeres durante 2004-2014 (**Gráfico 38**) muestra que los grupos etarios de 45 a 54 años y 55 años o más presentan una tendencia ascendente, con un incremento anual del 6% y del 11% en promedio, respectivamente. El grupo etario de 25 a 34 años presenta una tendencia decreciente.

Gráfico 37: Tasas de mortalidad por sida específicas por edad en varones por 100.000 habitantes, Argentina, (2004-2014)

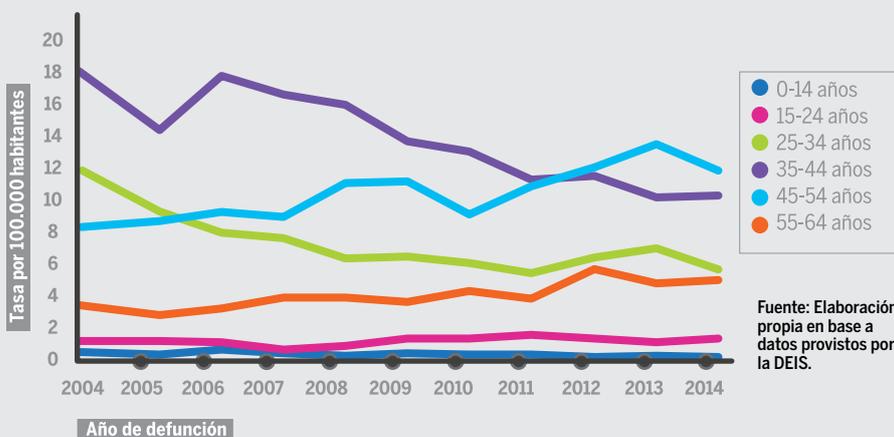
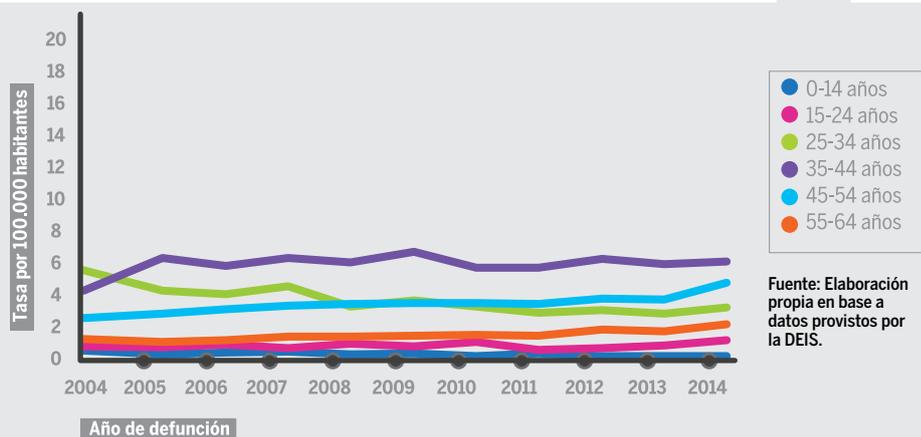


Gráfico 38: Tasas de mortalidad por sida específicas por edad en mujeres por 100.000 habitantes, Argentina (2004-2014)



Años potenciales de vida perdidos por sida en la Argentina entre 2010 y 2014

Los años potenciales de vida perdidos (APVP) constituyen una alternativa en el análisis de la mortalidad por sida, que consiste en cuantificar el peso relativo que tiene la muerte por una determinada causa en diferentes edades sobre la mortalidad general. En este sentido, “[...] el supuesto en el que se basan los APVP es que cuanto más “prematura” es la muerte, mayor es la pérdida de vida” (OPS, 2003). El número resultante de la suma de los APVP por una causa en una población representa los años que habrían vivido las personas que fallecieron por tal causa de haberse cumplido la esperanza de vida prevista.

Para la elaboración del indicador se consideraron las edades

límites de 0-70 años. Se calcularon los años potenciales de vida perdidos por sida y el índice de años potenciales de vida perdidos (IAPVP) por 10.000 habitantes para cada provincia, que surge del cociente entre los APVP y las poblaciones por provincia. Se tomó como período de análisis el quinquenio 2010-2014 para el cálculo de los indicadores.

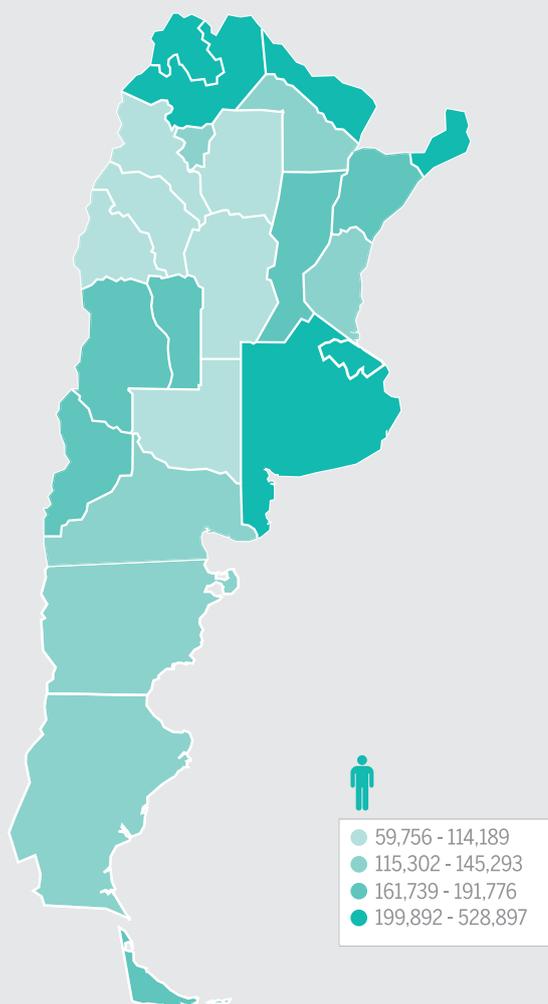
En el quinquenio 2010-2014 se produjeron 125.929,5 APVP (Tabla 5) de varones en la Argentina. El análisis del IAPVP permite observar que cinco provincias superan el IAPVP por 10.000 habitantes a nivel nacional, a saber: Salta, Jujuy, CABA, provincia de Buenos Aires y Misiones (Mapa 1).

Tabla 5: APVP e IAPVP por sida en varones por 10.000 habitantes, Argentina (2010-2014)

PROVINCIA	APVP	IAPVP
CABA	12.042,5	262,36
Buenos Aires	57.942,5	241,41
Catamarca	607,5	101,54
Córdoba	5.837,5	114,19
Corrientes	2.605	175,85
Chaco	1.912,5	122,26
Chubut	1.187,5	142,90
Entre Ríos	2.350,0	117,44
Formosa	1.427,0	199,89
Jujuy	3.220,0	314,72
La Pampa	305,0	59,76
La Rioja	545,0	89,81
Mendoza	4.214,5	165,28
Misiones	3.430,0	213,06
Neuquén	1.347,5	161,74
Río Negro	1.217,5	122,04
Salta	9.522,0	528,90
San Juan	1.000,0	98,31
San Luis	1.222,5	178,28
Santa Cruz	545,0	115,30
Santa Fe	8.576,5	184,48
Santiago del Estero	1.109,5	99,46
Tucumán	3.365,0	145,29
Tierra del Fuego	397,5	191,78
Total	125.929,5	205,71

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

Mapa 1: IAPVP por sida en varones por 10.000 habitantes, Argentina (2010-2014)



En el mismo período se produjeron 60.184,5 APVP entre las mujeres en la Argentina (Tabla 6). A nivel nacional, el IAPVP (por 10.000 habitantes) fue de 95,08. También en mujeres,

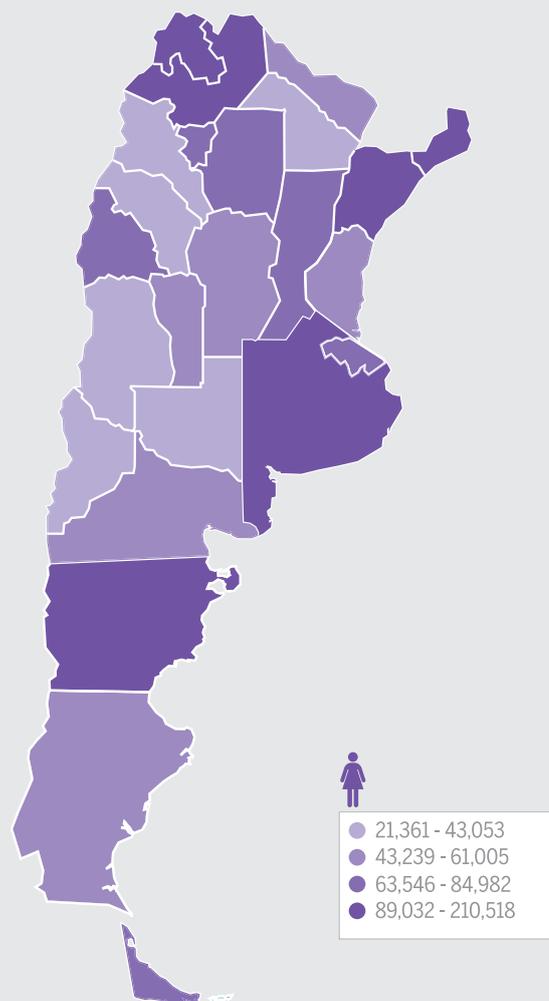
son cinco las provincias que superan el índice nacional, que en orden decreciente son: Salta, Jujuy, provincia de Buenos Aires, Misiones y Chubut (Mapa 2).

Tabla 6: APVP e IAPVP por sida por 10.000 habitantes en mujeres, Argentina (2010-2014)

PROVINCIA	APVP	IAPVP
CABA	4.440,0	84,98
Buenos Aires	32.508,5	130,59
Catamarca	165,0	28,43
Córdoba	2.300,0	43,24
Corrientes	1.264,5	89,03
Chaco	585,0	37,24
Chubut	857,5	99,33
Entre Ríos	1.277,5	58,08
Formosa	510,0	61,00
Jujuy	1.507,5	133,42
La Pampa	127,5	25,63
La Rioja	120,0	21,36
Mendoza	1.220,0	43,05
Misiones	1.840,0	103,98
Neuquén	350,0	37,67
Río Negro	475,0	46,70
Salta	4.145,0	210,52
San Juan	4.41,5	71,51
San Luis	397,5	57,54
Santa Cruz	237,5	46,41
Santa Fe	3.472,0	68,66
Santiago del Estero	639,0	67,21
Tucumán	1.174,0	63,55
Tierra del Fuego	130,0	70,47
Total	60.184,5	95,08

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

Mapa 2: IAPVP por sida en mujeres por 10.000 habitantes, Argentina (2010-2014)



El análisis de los APVP y el IAPVP permite observar que son los varones quienes pierden más años de vida a causa del sida en la Argentina. Asimismo, puede verse que la mortalidad por sida en

nuestro país afecta a las provincias de forma heterogénea.

Es importante considerar que los APVP y el IAPVP pueden verse afectados por las diferentes estructuras etarias.

Experiencias piloto de implementación del test rápido de VIH en el primer nivel de atención

La Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual del Ministerio de Salud de la Nación (DSyETS) tiene como uno de sus ejes estratégicos la mejora del acceso al diagnóstico temprano de la infección por VIH. Actualmente, se estima que en la Argentina viven 120.000 personas con VIH, de las cuales aproximadamente el 30% desconoce su diagnóstico. El 31,7% de los hombres y el 22,6% de las mujeres que se diagnostican cada año lo hacen en un estado avanzado de la infección (diagnósticos tardíos). En este contexto se incluyen los test rápidos de VIH como parte de las propuestas e insumos que se ofrecen a nivel nacional. La incorporación de las pruebas rápidas en el primer nivel de atención de la salud facilita el acceso de las personas al diagnóstico y tratamiento tempranos de manera ágil y eficiente.

Los test rápidos (TR) son tiras reactivas que pueden arrojar resultados dentro de los 30 minutos, solo requieren una pequeña muestra de sangre y no conllevan el uso de equipos de laboratorio. En los últimos años los TR ganaron importancia en el diagnóstico del VIH debido a su sensibilidad y especificidad comparable con las pruebas convencionales, a que facilitan

el diagnóstico en aquellos lugares con accesibilidad reducida y a que permiten acortar los circuitos de derivación de muestras para tamizaje.

Por las ventajas enumeradas, el TR es recomendado especialmente para el trabajo con las poblaciones más vulnerables al virus, que suelen ser también las que tienen menor acceso a los circuitos convencionales para la realización del test, entre otras prestaciones de salud.



Cabe destacar que el diagnóstico de VIH por TR debe respetar los mismos principios que el diagnóstico convencional, esto es, las llamadas "5 C": consentimiento, confidencialidad, consejería, correcto resultado y conexión con los servicios de salud.

En este artículo se recuperan las principales acciones desarrolladas por la DSyETS tendientes a incluir de modo progresivo el uso del TR en nuestro país. Particularmente, la experiencia piloto desarrollada en municipios de la provincia de Buenos Aires, donde es posible reconocer tres momentos (Ilustración 1):

1. Acciones a nivel ministerial (2012-2014) tendientes a generar un consenso para la definición de nuevos algoritmos diagnósticos; la Resolución Ministerial 1340/2013 que legaliza y difunde oficialmente los nuevos algoritmos y el uso del TR; y desarrollo de estrategias educativas (guías, capacitaciones) para favorecer el cambio adecuado de las prácticas sanitarias.
2. Puesta en marcha de una prueba piloto de uso del TR en cinco municipios de la provincia de Buenos Aires. Esta etapa se divide en dos momentos: fase I y fase II. La fase I comenzó en el año 2014 y presentó como actor central a la DSyETS, que tuvo a su cargo la selección de los municipios, la convocatoria y coordinación de los equipos locales y la puesta en marcha de líneas de base y capacitaciones.
3. En la fase II (marzo-octubre de 2015) adoptaron un rol protagónico los municipios elegidos, los que con el acompañamiento y apoyo de la DSyETS, comenzaron a implementar el uso del TR en centros de salud seleccionados.

Posteriormente, de julio a octubre de 2015, se realizó una sistematización con el objetivo de generar recomendaciones que pudiesen servir de guía a los nuevos municipios que desearan incluir esta estrategia para mejorar el acceso al diagnóstico de VIH en el primer nivel de atención.

Primera fase de la implementación

La fase I de la implementación del test rápido comenzó a mediados de 2014. Los pasos centrales fueron:

- a. Selección de cinco municipios del área metropolitana.
- b. Conformación de los equipos locales.
- c. Reuniones para seleccionar los establecimientos del primer nivel de atención donde se comenzaría a implementar el uso del TR y construcción de líneas de base.
- d. Capacitaciones en el uso del TR, asesoramiento previo y posterior al test y acciones de control de calidad.

Ilustración 1: De la norma al territorio. Etapas de implementación del uso del TR



- e. Oferta de indicadores para el seguimiento y monitoreo de las personas que acceden al TR.

Paralelamente a los contactos realizados con los municipios, a fines de 2014 se llevaron a cabo las capacitaciones sobre los nuevos algoritmos en las regiones sanitarias correspondientes, orientadas a los bioquímicos de referencia. Asimismo, en estos encuentros se revisaron los circuitos de diagnóstico con el objetivo de agilizar los procesos y resolver los problemas identificados.



En cada uno de los municipios seleccionados se conformó una mesa de trabajo integrada por el programa local de VIH, los bioquímicos de referencia y los referentes de los establecimientos del primer nivel de atención que comenzarían con la experiencia de implementación.

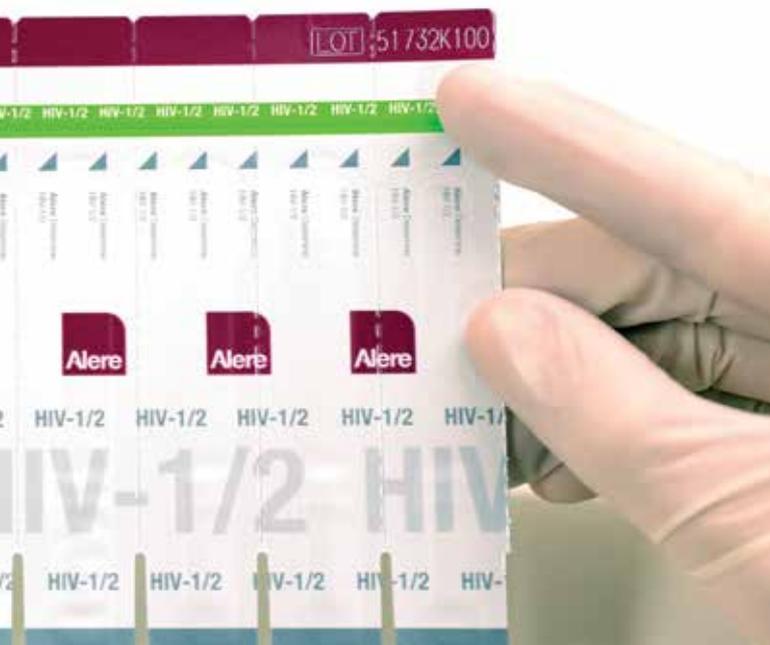
A través de sucesivas reuniones se trabajó sobre el suministro de las tiras para hacer el TR (con el apoyo del área de Reactivos de la DSyETS), la organización de capacitaciones y visitas de acompañamiento, la necesidad de guías y otros recursos, la producción de materiales locales y el diseño de estrategias de comunicación (con el apoyo del área de Comunicación de la DSyETS).

Asimismo, se identificaron instalaciones, insumos e integrantes de equipos de salud necesarios a nivel local para llevar adelante el proyecto, y se definieron los lugares donde se comenzaría la experiencia en el primer nivel. La propuesta inicial de la DSyETS era que la implementación comenzara en dos lugares que cumplieran los requisitos, que preferentemente no contaran con laboratorio propio y que estuvieran ubicados en lugares estratégicos dentro del municipio.

Además se realizó un análisis para identificar y describir el circuito para el diagnóstico convencional de VIH por localidad participante. El análisis puso en evidencia que en muchos casos los pasos que debía realizar una persona para obtener su diagnóstico eran excesivos.

También se organizaron capacitaciones a los equipos de los centros de salud en los que se trabajó sobre la técnica de TR y el asesoramiento previo y posterior al test.

Segunda fase de la implementación



La fase II de la implementación se llevó a cabo durante 2015. Se realizaron visitas a cada uno de los municipios con el objetivo de monitorear el proceso de implementación y proponer estrategias para mejorarlo.

En esas visitas se identificaron necesidades de capacitación extra a las pautadas en el proyecto inicial, así como dificultades generales para implementar los controles de calidad tal como habían sido propuestos. Esto motivó reuniones con los bioquímicos de referencia de cada municipio para trabajar sobre los obstáculos encontrados en la implementación del control de calidad.

Por otra parte, a mediados de junio se organizó un encuentro de intercambio de las cinco experiencias locales. Los equipos aprovecharon este espacio para compartir las distintas formas de organización del proceso de trabajo de implementación del TR y reflexionar sobre sus aciertos y desafíos.

Recomendaciones

Debido a que la implementación del test rápido en el primer nivel de atención supone la incorporación de nuevos procesos de trabajo, a continuación enumeramos algunas recomendaciones y puntos relevantes a tener en cuenta, surgidos a partir del trabajo con los municipios:

► **La incorporación de nuevas prácticas:** como sucede con cualquier modificación en los procesos de trabajo que incluyen la participación de diferentes actores, resultó indispensable contar con la decisión política del municipio al más alto nivel. A esto se sumó la necesidad de fortalecer a los actores clave (por ejemplo, los equipos de laboratorio locales y de referencia) en tanto ejes fundamentales del proceso.

► **La elección de los centros de salud:** la experiencia piloto mostró que lo más adecuado es comenzar con una pequeña cantidad de establecimientos considerados clave, teniendo en cuenta lo siguiente:

- La motivación de los equipos.
- La ubicación geográfica (cercanía a medios de transporte).
- La accesibilidad general del establecimiento (horarios, lugar físico, modelo de atención centrado en las personas).

Con respecto al momento del día en el que se ofrecería el TR, la mayoría de los centros de salud de la experiencia piloto destinaron horarios convencionales, es decir por la mañana o el mediodía. Si bien la disponibilidad horaria no se amplió en comparación con la del testeo convencional, se logró mejorar la oferta con respecto a la línea de base. Se considera conveniente comenzar con una oferta de uno o dos días por semana, con tramos de por lo menos cuatro horas, y preferentemente en horarios de la tarde o vespertinos.

Se pudo observar que iniciar la experiencia en unos pocos establecimientos permite, por un lado, detectar a tiempo problemas que podrían no haberse considerado al comienzo, y realizar los ajustes necesarios. Por otro lado, permite generar un grupo de trabajadores que luego podrán transferir la experiencia a los equipos de otros establecimientos, constituyéndose como centros de capacitación.

► **La conformación de los equipos de trabajo:** en la experiencia piloto los equipos se conformaron en algunos casos de un modo “tradicional” (médico/enfermera), mientras que en otros lo hicieron de un modo más innovador, con la inclusión de otras profesiones en el rol de asesor. La distribución de profesionales en los centros de salud registra enormes variaciones, tanto de un municipio a otro como al interior de los diferentes centros de salud que conforman la red de atención primaria de un mismo municipio, por lo que es difícil hacer recomendaciones generales respecto de este punto. Sin embargo, vale la pena destacar que la propuesta del TR es aumentar el acceso, y en ese sentido la mayor variedad de profesiones involucradas garantizaría una mayor apertura.

► **Las capacitaciones:** en sus diferentes conformaciones, todos los equipos valoraron muy positivamente las capacitaciones que recibieron antes de iniciar el trabajo. Todos los municipios manifestaron que la tarea de asesoramiento les resultaba especialmente desafiante, en particular la idea de entregar un resultado reactivo “en tan poco tiempo”. Esto motivó la organización de una capacitación para profundizar en el tema del “asesoramiento en situaciones difíciles”.

La gestión de insumos y los consensos necesarios: el uso del TR implicó nuevos desafíos para los referentes locales de VIH, como la gestión de las tiras reactivas y la construcción de consensos con áreas claves en el proceso. De la experiencia piloto se desprende que esto significó incluir tareas novedosas de diferente índole en el quehacer cotidiano, como la realización de una primera estimación de tiras que se necesitarían por establecimiento, la identificación de las personas responsables de recibirlas y controlar el stock en el centro de salud, el fortalecimiento del diálogo con los laboratorios, la creación de un sistema de distribución de tiras reactivas que abarcase a los establecimientos que se fueran sumando a la estrategia y la inclusión en las compras de algunos recursos que generalmente no están disponibles (por ejemplo, lancetas, capilares y buffer).

Respecto a la construcción de consensos, destacamos la importancia de la incorporación de los trabajadores del laboratorio, responsables de una parte primordial del proceso como

lo es el garantizar las condiciones de calidad adecuadas en la implementación del TR.

► **El control de calidad:** los controles de calidad buscan asegurar que los resultados sean confiables y deben acompañar en forma continua cualquier propuesta de implementación de test rápido. El objetivo es asegurar que todos los pasos inherentes a la realización del test sean realizados de forma correcta. La realización del control de calidad les permite a los equipos conocer el desempeño del TR, identificar fallas y tomar medidas correctivas. Además, es una parte de la capacitación continua del personal que ejecuta el TR, al proporcionar una mejor comprensión de la técnica.

A lo largo de la experiencia piloto se observó que es necesario generar procedimientos cada vez más simples para la realización del control de calidad, que permitan incluir los diferentes escenarios en términos de recursos humanos, materiales y estilos de trabajo de cada municipio, garantizando siempre el criterio de calidad indispensable.

► **La evaluación y los registros:** la evaluación fue una de las tareas que generó mayor dificultad, principalmente porque se trata de una actividad fuertemente “contracultural” respecto a los modos de trabajo habituales en el ámbito de la salud pública. Los registros son fundamentales para que los equipos puedan saber qué están haciendo, a quiénes están llegando con las estrategias y qué actividades tienen que modificar. Cabe destacar que un solo municipio logró llevar adelante esta tarea en forma adecuada, lo que pone de manifiesto la dificultad que esta actividad representa para los efectores de salud.

“El TR es una herramienta, no una estrategia que pueda por sí misma mejorar el acceso de la población al diagnóstico oportuno.”

A modo de breve conclusión, rescatamos las palabras de Silvana Weller: “El TR es una herramienta, no una estrategia que pueda por sí misma mejorar el acceso de la población al diagnóstico oportuno. Para ello es preciso que lo que se hacía de un modo, se haga de otro diferente. Estos cambios no son fáciles, pero vale la pena resumirlos con la esperanza de que algunos de éstos puedan ser tenidos en cuenta a la hora de diseñar los nuevos procesos de trabajo.”¹

¹ Weller, Silvana: “Uso del test rápido para diagnóstico de VIH en el primer nivel de atención” (inédito), Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación y ONUSIDA, noviembre de 2015.

La realización de las experiencias piloto en diferentes municipios reveló que la implementación del TR para el diagnóstico de VIH toma forma propia de acuerdo a los escenarios locales. Si bien el procedimiento técnico y las recomendaciones para la implementación son universales, los actores participantes, los roles que cumple cada uno, los lugares y espacios de realización del TR, la modalidad de

implementación, los circuitos de diagnóstico y las estructuras de gestión sanitaria local, entre otras cosas, son siempre particulares. Por tal motivo creemos que es de especial importancia atender a estas particularidades locales para lograr una implementación exitosa del TR, que cumpla con el objetivo de ampliar y mejorar el acceso al diagnóstico de VIH.



VIH y comunicación: estrategias para la prevención

Una de las líneas de trabajo de la Dirección de Sida y ETS es brindar información para **prevenir la transmisión del VIH y otras infecciones de transmisión sexual, así como reducir el estigma y la discriminación.**

En ese sentido, en los últimos años y en articulación con otros organismos públicos y agencias internacionales, se realizaron diferentes acciones dirigidas a la población general o poblaciones clave afectadas por la epidemia en forma particular. Aquí haremos un repaso de las acciones más destacadas.

Fortalecimiento de la comunicación en redes sociales

A través de canales propios en Facebook, Twitter y YouTube se difunden mensajes preventivos sobre temas como la transmisión del VIH, la adherencia al tratamiento, el uso correcto del preservativo, los derechos de las personas con VIH y datos de contacto o lugares donde realizar denuncias o reclamos. Esto nos permite llegar con mensajes específicos a diferentes grupos poblacionales con los que buscamos comunicarnos (adolescentes, jóvenes, equipos de salud, etc.).



 /direcciondesida

Capacitación a comunicadores y periodistas

Con el objetivo de seguir promoviendo el acceso a la información de la población para que tenga el conocimiento básico acerca del VIH, una de las herramientas más importantes para la prevención y para evitar la discriminación, se elaboró la guía "Cómo comunicar sobre VIH y sida" con recomendaciones para el tratamiento periodístico de la infección. La guía fue presentada en diferentes provincias en el marco de una capacitación destinada a profesionales de la comunicación para mejorar la cobertura de estos temas en los medios de comunicación.



Elegí Saber: una campaña para promover el testeo

Se estima que en nuestro país **tres de cada diez personas con VIH no saben que están infectadas**.

Para promover el testeo del VIH y otras ITS se lanzó en 2014 la campaña Elegí Saber, que incluyó la difusión de mensajes en diferentes formatos de comunicación masiva y acciones territoriales con el apoyo de distintos actores, como los

programas provinciales, organizaciones de la sociedad civil y centros de salud, entre otros.

Para 2017 está previsto el relanzamiento de la campaña con el objetivo de llegar a todo el país.



Información accesible en la web

El sitio de la Dirección de Sida ofrece información actualizada sobre el VIH, el diagnóstico y tratamiento de la infección y otras cuestiones asociadas, que puede consultarse en www.salud.gob.ar/sida.

Además de esta información destinada a población general y personas con VIH se incluyeron secciones con información específica para equipos de salud que trabajan con personas con VIH (guías, algoritmos, etc.) que pueden descargarse en forma gratuita en el mismo sitio.



También se incorporó una sección en la que están incluidos todos los materiales preventivos de la DSyETS para que las jurisdicciones e interesados puedan descargarlos en alta resolución e imprimirlos por su cuenta.

Una línea gratuita que informa sobre el VIH y cómo prevenirlo



¿Dónde puedo hacerme el test de VIH?
¿Cuáles son las vías de transmisión? ¿Estuve expuesto a una situación de riesgo?
Ante las dudas que puedan surgir sobre el VIH, contar con información

confiable es el mejor camino para prevenir la transmisión y derribar mitos y prejuicios.

Por ello, la línea Salud Responde del Ministerio de Salud de la Nación cuenta con un número exclusivo, el **0800 3333 444**, para responder todo tipo de consultas sobre el VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

La línea tiene alcance nacional y es gratuita, anónima y confidencial.

Una aplicación para favorecer la adherencia

Se trata de un proyecto en etapa de desarrollo que consiste en una aplicación para celulares destinada a personas en tratamiento por VIH con el objetivo de facilitar su adherencia. Entendemos que tomar un medicamento es mucho más que tomar una pastilla: significa aprender a vivir con la medicación, intentar hacer de ella un elemento más de la rutina diaria y adherir al cuidado de la salud. Para las personas con VIH esto es fundamental para poder controlar el virus y tener una buena calidad de vida.



Jóvenes con diagnóstico reciente de VIH en el Área Metropolitana de Buenos Aires

AUTORA: GRISEL ADISSI. PARTICIPANTES DEL ESTUDIO: MARYSOL ORLANDO, PAULA BILDER, MARTÍN GÜELMAN, MATÍAS MUÑOZ. COLABORACIÓN EN EL TRABAJO DE CAMPO: RAJAP. SUPERVISIÓN GENERAL: ARIEL ADASZKO Y CARLOS FALISTOCCO

Queremos expresar nuestro agradecimiento a todos los equipos de salud sin cuya colaboración esta investigación no podría haberse llevado a cabo.

En los últimos años la Argentina ha mejorado sustancialmente su respuesta a la epidemia de VIH, pese a lo cual se ha llegado a un estado general de “amesetamiento” de los indicadores epidemiológicos. Sin embargo, al analizar la situación de algunos grupos se observa que es variada. Entre los jóvenes de 15 a 24 años se verifica un leve aumento de la cantidad de diagnósticos de VIH. Un tercio de estos diagnósticos se producen en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) y la vía más frecuente de transmisión es la sexual. La Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación decidió realizar un estudio exploratorio para indagar en este fenómeno.

En este documento se resumen los principales resultados de una investigación realizada por la Dirección de Sida y ETS (DS-yETS) durante los años 2014 y 2015, con la participación de la Red Argentina de Jóvenes y Adolescentes Positivos (RAJAP) y el apoyo de UNICEF y ONUSIDA. Este estudio tuvo como objetivo general describir y analizar el perfil y las trayectorias de jóvenes con diagnóstico reciente de VIH. Para ello, se buscó

indagar acerca de los contextos de exposición, el acceso a las pruebas, al asesoramiento y a los cuidados, y los modos en que tener VIH impacta en su vida cotidiana.

El universo de indagación fue de jóvenes entre 15 y 24 años con diagnóstico positivo de VIH recibido entre los seis y los 30 meses previos a la investigación, que no hubieran contraído el virus por vía perinatal y que se encontraran bajo seguimiento médico en establecimientos de salud del AMBA. La investigación fue realizada con la colaboración de siete establecimientos públicos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), cuatro del conurbano bonaerense y tres prestadores privados de servicios de salud.

La información se recogió a través de una ficha con información biomédica completada por el equipo de salud -con previa administración a los jóvenes de un consentimiento informado-, una encuesta administrada por un joven perteneciente a la RAJAP, entrevistas en profundidad realizadas por investiga-

dores sociales y talleres de discusión con jóvenes de RAJAP. Se obtuvieron 93 fichas biomédicas, 71 encuestas, 20 entrevistas en profundidad y se realizaron dos talleres.

Tipo y cantidad de fuentes utilizadas:

ESTRATEGIA / INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	CANTIDAD
Fichas con información biomédica	93
Encuestas	71 (44 varones y 27 mujeres)
Entrevistas en profundidad	20 (10 varones y 10 mujeres)
Talleres de discusión	2

A continuación se presentan algunos resultados, con especial énfasis en aquellos relativos a los procesos diagnósticos, ya que una de las líneas estratégicas de la DSyETS es facilitar el acceso a la prueba con el objetivo de reducir la proporción de personas que desconocen su situación e incrementar el diagnóstico en etapas tempranas de la infección.

El reclutamiento de los jóvenes constituyó un desafío, ya que cada servicio de salud hacía seguimiento a pocos jóvenes que cumplieran con todos los criterios de selección. Por este motivo, fue necesario trabajar con muchos centros para obtener un número suficiente de encuestas. El perfil de los jóvenes a quienes finalmente se tuvo acceso plantea un límite en cuanto a la posibilidad de generalizar los resultados del estudio a "los jóvenes" como un todo. Sin embargo, también revela las características de quienes sostienen un vínculo regular con los servicios de salud y de su contracara: quienes tienen VIH pero no circulan por los servicios, ya sea porque no accedieron a un diagnóstico o porque, conociendo su diagnóstico positivo, no han logrado vincularse con los servicios de salud o han perdido ese vínculo.

Se trata de un estudio básicamente cualitativo basado en una muestra por conveniencia, que permite comprender las perspectivas y experiencias de los jóvenes en su relación con los servicios de salud. Si bien los resultados no pueden generalizarse, señalan aspectos sobre los cuales pueden trabajar los equipos de salud y los programas de sida jurisdiccionales.

Caracterización

Los 71 jóvenes encuestados tenían entre 16 y 25 años, con una mediana de edad para ambos sexos de 22 años. Si bien el 75% se atendía en hospitales de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), el 66% vivía en el Gran Buenos Aires (GBA). El 62% (44) eran varones y el 38% (27) mujeres. De ellas, 14 habían sido diagnosticadas en el contexto de un embarazo. Todos habían adquirido la infección durante relaciones sexuales desprotegidas. En el caso de los varones, el 86% (38 de 44) adquirió el VIH durante relaciones sexuales con otro varón. En términos sociales la muestra resultó heterogénea, con jóvenes pertenecientes a contextos acomodados y otros en

situación de extrema fragilidad, tanto en lo relativo a la vivienda, inserción laboral, ingresos y trayectoria educativa, como así también respecto a situaciones pasadas o presentes de agresión y violencia institucional o intersubjetiva.

Cinco jóvenes vivían solos; 18 con parejas y el resto con parientes o amigos. Un cuarto de los entrevistados tenía hijos y casi la totalidad vivía con ellos. Entre quienes vivían con sus hijos, la mitad convivía también con sus parejas; algunos vivían con sus padres u otros familiares y había dos mujeres que vivían solas con sus hijos. Al momento de la encuesta poco más de la mitad (52%) tenía una pareja estable.

El 25% solo estudiaba; el 13% estudiaba y trabajaba; el 38% solo trabajaba y el 24% no estudiaba ni trabajaba en ese momento. En este último caso se trataba en su mayoría de mujeres. De quienes no trabajaban, cinco (7%) buscaban trabajo sin encontrarlo. Del total, diez (16%) indicaron que el dinero que entraba a sus hogares no era suficiente para solventar los gastos cotidianos.

Aproximadamente uno de cada cinco jóvenes había atravesado o se encontraba atravesando situaciones de fragilización subjetiva relacionadas con la vulnerabilidad socioeconómica, la falta de redes vinculares y el impacto de diferentes violencias (sexuales, domésticas o institucionales).



En todos los jóvenes encuestados la vía de transmisión del VIH fue la **sexual**

Según las 93 fichas biomédicas analizadas, el 75% (70) fue diagnosticado en estadio asintomático; el 11% (10) con síndrome retroviral agudo; el 9% (7) en estadio sintomático sin criterio de sida y se desconoce el dato de cinco casos. Solo un joven fue diagnosticado con una enfermedad marcadora de sida y 14 presentaban diversas comorbilidades.

El análisis del universo al que se tuvo acceso a través de este estudio señala la presencia de dos grupos emergentes: por un lado, los varones que adquirieron el VIH durante relaciones sexuales con otros varones (38 de 44) y se autodefinen como gays y, por el otro, las mujeres que adquirieron la infección durante relaciones heterosexuales y fueron diagnosticadas durante un embarazo (14 de 27). Las otras 18 encuestas co-

responden a varones heterosexuales y mujeres que no se diagnosticaron durante un embarazo.

Resultados generales

Exposición y afrontamiento

Como se indicó, en todos los casos la vía de transmisión del virus fue la sexual. El uso del preservativo continúa siendo problemático. Antes del diagnóstico, solo el 45% de los entrevistados refirió haber usado siempre el preservativo antes de la penetración con una pareja estable, mientras que el 67% lo usaba en el caso de parejas ocasionales. Muchos percibían que la poca experiencia, fruto de una iniciación sexual reciente, los volvía tímidos e inseguros, dificultando la negociación del uso de protección. Esto a su vez se articula, por un lado, con las distintas situaciones que desalientan o directamente impiden el uso del preservativo: las relaciones interpersonales asimétricas (incluyendo situaciones de violencia) y las limitaciones en el acceso a la información y los recursos preventivos. Por otro lado, se relaciona con cuestiones que inciden en las decisiones respecto de la no utilización, tales como la confianza, la creencia en que la posibilidad de infectarse tiene más que ver con el azar que con las prácticas preventivas, y el hecho de que el preservativo no se encuentra asociado al juego erótico.

En cuanto al diagnóstico, **de los 71 jóvenes que respondieron sobre la iniciativa de realizarse la prueba, 24 dijeron que se les había ocurrido a ellos (17 de los cuales eran varones que habían tenido sexo con otros varones) y 21 respondieron que se los había recomendado un médico,** un psicólogo u otro profesional de la salud (diez de ellos, mujeres diagnosticadas durante el embarazo). De los restantes, diez respondieron que una pareja actual o pasada les había sugerido testearse al enterarse que vivía con VIH (seis eran varones que habían tenido sexo con otros varones), otros seis contestaron que se los había sugerido un amigo o conocido (cinco de ellos, varones que habían tenido sexo con otros varones) mientras que diez respondieron que les realizaron la prueba sin consultarles. Esto da cuenta de la importancia del ofrecimiento activo para la detección del VIH en jóvenes.

Buena parte de los jóvenes refirió haber conocido su estatus serológico “de casualidad” y no a raíz de una sospecha o inquietud específica respecto del VIH. Aún así, entre quienes sí habían tenido dudas sobre su condición serológica, muchos desconocían dónde realizarse la prueba.



La investigación pone de relieve la necesidad y efectividad de la oferta activa del testeo, ya sea durante el embarazo, ante síntomas inespecíficos o en rutinas de laboratorio. De hecho, buena parte de los jóvenes refirió haber conocido su estatus serológico “de casualidad” y no a raíz de una sospecha o inquietud específica respecto del VIH. Aún así, entre quienes sí habían tenido dudas sobre su condición serológica, muchos desconocían dónde realizarse la prueba.

Las instancias de consejería previa al testeo son infrecuentes (el 66% no la recibió), y las de consejería posterior no se encuentran universalizadas (el 31% no la recibió). Si bien el asesoramiento que acompaña a la entrega de resultados positivos parece estar bastante extendido, desde la perspectiva de los jóvenes a veces resulta poco receptivo ante sus necesidades singulares. Esto atañe tanto al balance entre información y contención como al cuidado respecto de una decisión personalísima: la de concurrir acompañados o no, cómo y por quién. En ocasiones, los adultos que realizan el testeo a jóvenes prefieren como interlocutores a otros adultos, por lo que, por ejemplo, hacen pasar al consultorio a los padres sin consultar a los jóvenes. Y si bien la compañía de los padres puede suponer un sostén, en algunos casos puede conducir a dejar en segundo plano las necesidades de los jóvenes.

El diagnóstico es un proceso poco claro para los jóvenes, que puede incluir el pedido de una



muestra suplementaria con motivos confusos o bien una cita para entregar el resultado en una institución distinta a aquella donde se realizó la extracción, entre otras posibilidades. Los establecimientos no parecen prever la posibilidad de entregar un resultado positivo, lo que se refleja en la falta de anticipación del circuito diagnóstico al momento de la extracción.

Entre la extracción y el diagnóstico los jóvenes seropositivos suelen experimentar una secuencia más o menos amplia de “malos presagios”, tanto más angustiosos para las mujeres que transitan un embarazo. Estos presagios posiblemente impriman un sesgo de desamparo e incertidumbre respecto a las implicancias de un diagnóstico positivo y la necesidad de vincularse de modo continuo, en adelante, con los establecimientos sanitarios.

Los itinerarios diagnósticos

Si bien no agota la totalidad de situaciones posibles, el material analizado permitió construir dos itinerarios diagnósticos típicos: por un lado, el de las mujeres diagnosticadas durante un embarazo y, por el otro, el de los varones autodefinidos como gays.

Para las primeras, en su mayor parte primerizas, los sentidos atribuidos al VIH quedaban subsumidos en la nueva experiencia de maternidad, así como la atención infectológica quedaba solapada con la tocoginecológica, neonatal y/o pediátrica.

En el caso de los varones autodefinidos como gays, en cam-

bio, el testeo representaba muchas veces cierta continuidad respecto de una sociabilidad previa fundada en la orientación sexual en la que el VIH, como posibilidad o fantasma, siempre había estado presente. La disponibilidad de recursos asistenciales es mayormente conocida por este grupo de jóvenes, en contraste con los restantes.

Con mayor frecuencia, los varones autodefinidos como gays encuentran redes de sostén y apoyo en círculos de amistades y compañeros de trabajo o estudio. Entre las jóvenes diagnosticadas durante un embarazo, muchas veces tienen lugar situaciones de mayor precariedad y aislamiento, lo que se asienta en vulnerabilidades previas y las retroalimenta.

Ubicar estos dos itinerarios diagnósticos nos ha permitido comprender que el sentido del diagnóstico y el modo en el que se procesa están relacionados con las trayectorias personales previas.

Tal vez condicionadas por la impronta médica del contexto institucional en el que se recibe el diagnóstico, las primeras preocupaciones que acompañan el resultado remiten a lo biológico. Esto tiende a aliviarse inicialmente con la distinción entre VIH y sida y al conocer las características y disponibilidad de la medicación antirretroviral.

Las decisiones respecto a quiénes comentarles el diagnóstico, de qué forma o en qué momento son acompañadas mayormente de tensión e incertidumbre y conviven tanto la sensación de deber como el despliegue de estrategias de cuidado de sí mismos y de los otros. Uno de los motivos para contarlos es la necesidad de elaborar la situación actual y sentirse acompañados, lo cual no siempre resulta exitoso y condiciona decisiones posteriores. Por otro lado, no revelarlo puede representar tanto un gesto de autopreservación ante eventuales rechazos como de protección frente a quienes no se considera capaces de comprender o elaborar la noticia (habitualmente los padres e hijos, por diversos motivos). El no contarlos no siempre es experimentado como un gesto de ocultamiento sino como parte de algo perteneciente al territorio de lo íntimo.

En cuanto a las reacciones de los otros ante la noticia, existe una mayoría de situaciones de aceptación y acompañamiento. Si bien en algunas ocasiones el sostén por parte de la familia de origen puede ser vivido como una intromisión, las redes de apoyo se vuelven fundamentales al momento de afrontar la vida cotidiana. Paradójicamente, en los casos en los que primó la incomprensión, la estigmatización o el rechazo, se trataba también de las familias de origen.

Los entramados vinculares resultan claves para forjar la percepción de sí mismos de los jóvenes y adoptar una posición frente a los otros, a fin de sostener la cotidianeidad, las rutinas y los proyectos.

A lo largo del tiempo los jóvenes van desarrollando una expertise gracias a un conjunto de saberes y prácticas de cuidado no limitados a la información biomédica que reciben desde los servicios de salud, lo que les permite desarrollar tanto una

sensación de protagonismo respecto al manejo de la propia infección como un rol diferencial (“los que saben sobre cuidados”) ante sus pares y familiares.

La mitad de los jóvenes encuestados tenía una pareja a la que consideraba estable, tanto constituida previamente al diagnóstico como conformada luego de él. Un tema central en estas parejas es su carácter seroconcordante o serodiscordante. Si bien la situación de concordancia es percibida como el punto óptimo de igualación o simetría, la mitad de las parejas eran serodiscordantes. Esto último tiende a coincidir con una distribución desigual de preocupaciones, en la que el o la joven con VIH suele cargarse con la responsabilidad del cuidado¹.

Atención médica, adherencia y autocuidado

La necesidad -novedosa- de un contacto continuo con los servicios asistenciales es posiblemente la discontinuidad más fuerte que constatan los jóvenes en sus rutinas. También es uno de los aspectos centrales que tiende a diferenciarlos del resto de sus coetáneos. Ser diagnosticado con VIH en la juventud suele ser una de las primeras veces en las que la expresión “para toda la vida” se convierte en una experiencia concreta.

A fin de no hacer girar la vida en torno a la infección surge el desafío de incorporar a la rutina diaria los cuidados para poder continuar con las actividades previas al diagnóstico. Esto tiende a entrar en conflicto con las dinámicas y lógicas propias de los establecimientos de salud.

De esta manera, la atención médica del VIH provoca dos efectos a futuro: por un lado, la incertidumbre que genera la sensación de dependencia de un mundo bastante impredecible como es el hospitalario; por el otro, la certeza de ir conformando de manera acumulativa un repertorio amplio de conocimientos que les permita gestionar mejor su nueva realidad. Esto último podría entenderse como un proceso de “expertización”, que incluye tanto conocimientos específicos sobre el VIH como otros que les permiten valorar la oferta asistencial y, en base a ella, interactuar con los establecimientos de salud. Este cúmulo de conocimientos incluye así pautas de valoración y preferencia, y destrezas con las que sortear los obstáculos que se presenten. Esta expertise suele hacer preferible el continuar la atención en lugares conocidos, pese a que no se esté del todo conforme con ellos.

El capital del paciente (los recursos de distinto tipo), forjado

¹ Esto se ve reforzado por el poco conocimiento de la profilaxis posterior a la exposición.

durante aquel proceso de expertización, se articula con el capital simbólico previo de cada uno de los jóvenes. A su vez, incluye un capital social específico: el conocimiento mutuo y la confianza con miembros del equipo de salud, lo cual puede incluir arreglos particulares para flexibilizar pautas institucionales, adaptándolas a las necesidades y posibilidades singulares. El vínculo con los médicos tratantes muchas veces se desliza hasta asumir formas y sentidos propios de la relación entre adultos y jóvenes, donde están presentes tanto el cariño y la gratitud como las asimetrías propias de las relaciones intergeneracionales, incluso el ocultamiento de los incumplimientos de las prescripciones médicas para evitar ser reprendidos.

El proceso de expertización también incluye la apropiación de conceptos del mundo médico con los que los jóvenes monitorean su infección. Entre ellos, el concepto de “indetectabilidad” aparece como una de las apropiaciones clave que les permite simplificar la percepción del propio estado de salud, delineando pautas binarias de cuidado según se esté o no indetectable: usar o no preservativo, relajar las tomas de medicación, etc.

La decisión sobre qué esquema se prescribe a cada joven la toma el médico en forma unilateral. En los casos en los que se produce una negociación de esquemas, prácticamente el único factor que se pone en consideración y se discute con los jóvenes son los efectos secundarios de la medicación. Sin embargo, los jóvenes encuestados han relacionado escasamente los efectos adversos con la falta de cumplimiento en las tomas. Por el contrario, los obstáculos interpuestos a las tomas tienen más que ver con los olvidos cotidianos y con las dificultades para obtener la medicación. Estos obstáculos tienden a ser minimizados por los profesionales, quienes reprochan los incumplimientos en general sin ahondar en qué los motiva.



La incertidumbre de tener VIH siendo joven se actualiza al momento de retirar la medicación. El futuro es percibido por estos jóvenes como limitado, dada la necesidad de proveerse de antirretrovirales por el resto de su vida, más allá de que estos sean gratuitos en la Argentina. Entienden que la obtención de medicamentos los atará territorialmente a un establecimiento y/o a una cobertura de salud. La periodicidad con la que se retira la medicación, las trabas administrativas y muchas veces el maltrato que acompaña estas situaciones imponen un recordatorio continuo de la infección y del estigma que pesa sobre ella. Esto también abre un interrogante respecto de la propia capacidad de sobreponerse a los obstáculos.

La adherencia al tratamiento es un proceso complejo y condicionado socialmente, que no cabe reducir a la mera actividad de tomar o no un medicamento, ser o no ser “adherente”. En este sentido, acordarse de tomar la medicación es un trabajo

activo en el que se ponen en juego distintos recursos, tanto materiales como afectivos. Así, es importante tanto el acompañamiento de quienes conviven con ellos como los recursos tecnológicos a los que se puede apelar como recordatorio. Por otra parte, el hecho de que habitualmente las tomas coinciden con las comidas puede significar un obstáculo, ya que en general los jóvenes comen con otros. Esto muestra que existen condiciones que ayudan u obstaculizan el comprometerse con el tratamiento. De hecho, es importante mencionar que en más de un caso comenzar a tomar antirretrovirales fue solicitado por los mismos jóvenes.

Por otra parte, la adherencia se relaciona con el sentido que adquiere para los jóvenes tomar la medicación. En algunos casos, el cumplimiento de lo prescripto se vincula con el estar bien para atender a otros (por ejemplo, a hijos pequeños) o con un gesto que refleja ante los adultos su capacidad de autocuidado. En otros casos, se ve en la medicación una pauta adulta a la que resulta lógico resistir y oponerse como parte de la propia condición juvenil.

Procesos de afrontamiento

Al percibirse como una generación definida por el acceso a la información, los jóvenes remiten con frecuencia a ese concepto para pensarse a sí mismos e incorporar una serie de cuidados con los que gestionar su cotidianeidad. Los soportes virtuales resultan clave en sus experiencias. Internet permite obtener conocimientos teóricos y prácticos, tomar contacto con quienes nunca habrían interactuado, realizar consultas desde el anonimato, conocer experiencias personales, estar al tanto de los nuevos tratamientos, entre muchas otras posibilidades. Sin

embargo, cabe advertir que se trata más de informaciones plurales que de un saber uniforme y consensuado.

Los jóvenes siempre disponen de información, pese a que ellos mismos la consideren insuficiente o que no coincida con las versiones más difundidas o actuales del conocimiento biomédico. Esto se pone de manifiesto en lo que refiere al mundo del cuidado. Así, mientras que disponer de información biomédica no siempre se traduce en seguir pautas desde esa perspectiva, los jóvenes despliegan un sinnúmero de prácticas de cuidado de sí mismos y de los otros que les posibilitan acercarse a la sensación de que controlan en algún grado el curso de su propia infección. Surgen entonces rutinas de alimentación, ejercicio y bienestar a la par de estrategias para evitar situaciones en las que eventualmente podrían exponer a otros al contacto con su propia sangre.

Un elemento fundamental de los procesos de afrontamiento es la articulación entre diagnóstico y proyectos de vida. En la medida en que la nueva situación se asocia con alguna discontinuidad que pone en juego necesidades y sueños personales, los jóvenes pasan a sentirse hacedores de su propia historia. El "hacerse cargo" del VIH implica un posicionamiento en el cual la responsabilidad y la autonomía resultan elementos clave. El VIH forma parte de su futuro y muchas veces se convierte en aquello que acompaña el despliegue de una nueva etapa de desarrollo. Se pasa así de la necesidad de cuidado al ser cuidadosos. La expertización es amplia y multiforme y tiende a configurar un nuevo rol social a través del cual ingresar en el mundo adulto. El VIH se vuelve la oportunidad de demostrar(se) autónomos, constituyendo una forma posible entre otras de transitar hacia la adultez.

Esperamos que los resultados de este estudio contribuyan a la reflexión sobre las prácticas de los equipos de salud que acompañan a estos jóvenes, con el fin de comprender sus experiencias y necesidades. Que ayude a identificar las formas en que los servicios de salud se

relacionan con los jóvenes, de qué manera se desencadenan las propuestas sanitarias dirigidas a ellos y cuál es el impacto que tienen en el acceso al diagnóstico, el tratamiento y seguimiento de la infección por VIH.

Prevalencia de mutaciones por resistencia en personas que comienzan el tratamiento antirretroviral

AUTORES: EMILIANO BISSIO; MARÍA GABRIELA BARBÁS; MARÍA BELÉN BOUZAS; ANALÍA CUDOLÁ; HORACIO SALOMÓN; SILVIA KADEMIAN; LIDIA ESPÍNOLA; LILIA MAMANNA; SILVINA FERNÁNDEZ GIULIANO; MARÍA LAURA SUÁREZ ORNANI; GIOVANNI RAVASI; MARCELO VILA; INÉS ZAPIOLA; CARLOS FALISTOCCO.

Agradecemos a los/as profesionales de la salud que participaron del estudio en los centros seleccionados (ver Tabla N°7); a Santiago Ávila (CIENI, México) por realizar el control de calidad externo del estudio y a todos/as los/as participantes.

El desarrollo de resistencia del VIH a los medicamentos antirretrovirales conduce a la falla terapéutica, lo que tiene como resultado no solo un perjuicio para las personas de manera individual sino también una amenaza para la efectividad de los programas de tratamiento del VIH. Además, compromete el cumplimiento de la última meta 90-90-90: lograr que al menos el 90% de las personas que están bajo tratamiento antirretroviral (TARV) mantengan la supresión viral.

La resistencia del VIH a los medicamentos puede ocurrir cuando, por algún motivo, las personas que están bajo TARV no logran mantener la carga viral suprimida (por adherencia incompleta a los medicamentos, eficacia subóptima de los

esquemas indicados, entre otras causas), lo que lleva a que el virus seleccione mutaciones que le confieren la capacidad de reproducirse aún bajo tratamiento. Una vez desarrolladas las mutaciones la eficacia de los medicamentos se reduce y es más complejo volver a lograr la supresión. En estos casos hablamos de “resistencia adquirida”.

En algunas personas, en cambio, la resistencia puede estar presente antes de haber comenzado el tratamiento antirretroviral. Esto puede deberse a la infección por virus que ya tenían mutaciones al tratamiento o a que estuvieron expuestas a medicamentos antirretrovirales (por ejemplo, porque realizaron profilaxis de la transmisión perinatal). En estas

situaciones hablamos de “resistencia pretratamiento”. En los últimos años, se ha observado que los niveles de resistencia pretratamiento han ido en aumento en varias partes del mundo y también en la Argentina. Se ha demostrado que las personas que comienzan un tratamiento antirretroviral para un virus con resistencia pretratamiento tienen tres veces más posibilidades de falla virológica.

Por esto, resulta de fundamental importancia para los programas de tratamiento del VIH vigilar la aparición de resistencia a los antirretrovirales, así como llevar a cabo acciones para prevenirla y manejarla. En los últimos años, se publicaron en nuestro país varios reportes que informaban un nivel preocupante de resistencia pretratamiento en algunas poblaciones, especialmente a la familia de medicamentos de los inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa (INNTI). Los esquemas basados en INNTI son los preferidos para el inicio del tratamiento antirretroviral en la Argentina y la presencia de una sola mutación puede llevar a la falla virológica de dichos esquemas.

Con el objetivo de determinar la prevalencia de mutaciones de resistencia en personas que comienzan TARV, con representatividad nacional y un intervalo de confianza aceptable, la Dirección de Sida y ETS llevó a cabo un estudio nacional de vigilancia de la resistencia pretratamiento. La investigación, que contó con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se realizó entre agosto de 2014 y marzo de 2015, según la Estrategia de Vigilancia de la Resistencia propuesta por la OMS.

Metodología

Se consideraron elegibles todas las personas adultas (mayores de 18 años) que iniciaran el tratamiento antirretroviral con un esquema de primera línea durante el período del estudio en los sitios seleccionados, independientemente de la exposición previa. Esto significa que podían ser incluidas personas que ya hubieran tenido exposición a medicamentos antirretrovirales debido a que recibieron profilaxis o realizaron tratamientos con anterioridad, siempre y cuando el médico les indicara (re)comenzar con un esquema de primera línea.

Los centros participantes se seleccionaron al azar, utilizando el método de muestreo propuesto por la OMS. Se realizó una estratificación de los centros por región geográfica para asegurar la representatividad de todas las regiones del país. Se decidió incluir a 30 centros y, con el fin de obtener una prevalencia de resistencia con un intervalo de confianza de $\pm 5\%$, el número total necesario de muestras a analizar fue de 330 (11 por centro).

El estudio pudo determinar también, con el mismo intervalo de confianza, la prevalencia de la resistencia en la subpoblación de personas sin antecedentes de exposición previa. Como la probabilidad de ser seleccionado era directamente

proporcional al número de personas que comenzaran TARV en cada centro, dos de ellos resultaron desproporcionadamente más grandes que el resto. Estos fueron seleccionados al azar más de una vez y por lo tanto debieron contribuir con un mayor número de muestras. Los centros seleccionados al azar están listados en la [Tabla 7](#).

Tabla 7: Centros participantes por provincias de la Argentina, 2014-2015

PROVINCIA	CENTROS
Chubut	Htal. Regional de Comodoro Rivadavia
Ciudad de Buenos Aires	Htal. Argerich
	Htal. Fernández
	Htal. Muñiz
	Htal. Penna
	Htal. Ramos Mejía
	Htal. Álvarez
	Htal. Santojanni
Córdoba	Htal. Misericordia
	Htal. Rawson
Entre Ríos	Htal. Felipe Heras
Mendoza	Htal. Central
Neuquén	Htal. Castro Rendón
Buenos Aires Región XII	Htal. Interzonal de Agudos Dr. Paroissien
	Htal. Posadas
Buenos Aires Región V	Htal. San Isidro
Buenos Aires Región VI	Htal. Quilmes
	Htal. Fiorito
	Htal. Evita
Buenos Aires Región VIII	Htal. HIGA Oscar Alende
Río Negro	Htal. General Roca
Salta	Htal. Milagro
San Juan	Htal. Rawson
Santa Fe	Htal. Iturraspe
	CEMAR
Tucumán	Centro de Salud

A las personas que aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado se les extrajo una muestra de sangre para el estudio de resistencia y se les realizó una encuesta para recabar datos demográficos y clínicos (como la presencia o no de exposición previa, recuento de CD4, carga viral, esquema antirretroviral prescripto, entre otros). Los centros que completaran el número necesario de muestras antes de los tres meses desde el comienzo del estudio debían seguir enrolando



personas para realizar las encuestas (sin la toma de las muestras) hasta que se cumpliera ese lapso.

El estudio fue aprobado por un Comité de Ética Central (Comité CIEIS, Córdoba) y varios centros también requirieron aprobación local. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado previamente a su participación en el estudio.

Resultados

Se realizó la **encuesta a 344 personas**. La **media de edad de las personas incluidas fue de 35 años (± 11)**; **63,4% fueron varones, 36% mujeres y 0,6% personas transgénero**. La mediana de recuento de CD4 fue de 274 células/mm³ (RIC 106-461) y la mediana de carga viral fue de 36.999 copias/mL (RIC 7.534-119.000). El 18% de los participantes tenía antecedentes de exposición previa a antirretrovirales. De estos, el 71% había recibido TARV en el pasado: el 21% eran mujeres que recibieron profilaxis de la transmisión perinatal, el 6% recibió profilaxis posterior a la exposición sexual y del 2% no se tenían datos. La mediana de tiempo desde el diagnóstico fue de 2,2 años (0,3-2,5) pero el 60% de los participantes había sido diagnosticado dentro de los seis meses previos al ingreso al estudio.

Al analizar específicamente las 330 muestras de plasma que se intentaron secuenciar se genotipificaron exitosamente 294 (89%), mientras que 36 muestras (11%) no pudieron ser secuenciadas. La prevalencia de virus con mutaciones de resistencia a cualquier antirretroviral resultó del 14% (IC 10-18). La prevalencia de mutaciones de resistencia a INNTI fue de 11% (IC 7-15) mientras que la prevalencia de mutaciones a inhibidores nucleosídicos de la transcriptasa inversa (INTI) resultó del 3% y la prevalencia de resistencia a inhibidores de la proteasa (IP) fue de 2%. Cabe aclarar que una persona puede desarrollar resistencia a más de un antirretroviral.

En las muestras de personas que no tuvieron exposición previa a antirretrovirales se encontró una prevalencia de resistencia del 13%. En esta población la prevalencia de mutaciones de resistencia a INNTI fue de 10% (IC 6-14); la prevalencia de mutaciones a INTI resultó del 3% y la prevalencia de re-

sistencia a IP fue de 2%. En cambio, entre las personas que tuvieron exposición previa, la prevalencia de mutaciones de resistencia a INNTI fue de 17% (7-27), la prevalencia de mutaciones a INTI fue de 4% y la prevalencia de resistencia a IP resultó de 2%.

No hubo diferencias en relación con la prevalencia de mutaciones de resistencia de acuerdo al sexo biológico (14% en varones y 14% en mujeres, $p = 1,0$); el subtipo viral (B vs BF: 13% vs 16%, $p = 0,5$) o el área de residencia (Área Metropolitana de Buenos Aires versus el resto del país: 14% vs 14%, $p = 1,0$).

Las mutaciones más frecuentes fueron: K103N ($n=17$); G190A ($n=6$); M41L ($n=6$); K101E ($n=5$).

Tabla 8: Resultados

	SIN EXPOSICIÓN PREVIA	CON EXPOSICIÓN PREVIA	TOTAL
Total de muestras	270	60	330
Muestras secuenciadas con éxito	239	55	294
Prevalencia de resistencia	13%	19%	14%
Prevalencia de MAR a INNTI	10%	17%	11%
Prevalencia de MAR a INTI	3%	4%	3%
Prevalencia de MAR a IP	2%	2%	2%

MAR: Mutaciones asociadas a resistencia

Conclusión

La prevalencia de resistencia pretratamiento en personas que inician TARV en la Argentina es de nivel moderado. Aproximadamente una de cada seis personas tiene alguna mutación asociada a la resistencia al comenzar el TARV. La resistencia a INNTI es preocupante, debido a que una de cada diez personas que inician TARV y no tienen antecedentes de exposición previa presenta resistencia de alto nivel a estos medicamentos.

Los resultados obtenidos concuerdan con reportes previos en nuestro país y con los resultados de estudios similares en otras partes del mundo. Luego del análisis y discusión de los resultados con el Consejo Consultivo y con representantes de sociedades científicas, la Dirección de Sida y ETS recomienda realizar un test de resistencia a todas las personas que inician TARV y a las que se les prescribirá un esquema con INNTI.

Estado actual del tratamiento de la hepatitis C en la Argentina

La hepatitis crónica por virus C representa hoy la primera causa de trasplante hepático en la Argentina y es una importante causa de muerte en personas con VIH.

A partir del descubrimiento del virus, los tratamientos consistieron inicialmente en interferón (INF); posteriormente se agregó la ribavirina y más tarde se sumó el interferón pegilado. Estos tratamientos se asociaron a una tasa inicial de cura del 10%, que fue aumentando hasta el 55%, aunque las tasas eran aún menores en personas coinfectadas con VIH.

Además de la baja eficacia, estos tratamientos presentaban una gran cantidad de efectos adversos y contraindicaciones, por lo que muchos pacientes los discontinuaban y una gran proporción no podía siquiera iniciarlos.

Desde 2013 se dispone de medicamentos que han ido incrementando las tasas de curación, las que a la fecha están por encima del 90% en la mayoría de los casos, además de presentar una tasa muy baja de efectos adversos. En este sentido, las drogas de última generación aprobadas y recomendadas como primera línea de tratamiento para la hepatitis C (VHC) crónica son: sofosbuvir, simeprevir, daclatasvir, ledipasvir, gazoprevir, velpatasvir y el esquema combinado de paritaprevir/ritonavir, ombitasvir y dasabuvir. Durante el año 2015 se aprobaron en nuestro país el daclatasvir, el simeprevir, el sofosbuvir y el esquema combinado de paritaprevir/ritonavir, ombitasvir y dasabuvir.

La actual medicación logró incrementar la tasa de curación por encima del 90% y reducir los efectos adversos.

Ese mismo año el Programa Nacional de Control de las Hepatitis Virales (PNCHV) definió, con el consenso de los organismos involucrados en el estudio de las hepatitis en el país (Asociación Argentina para el Estudio de las Enfermedades del Hígado, Sociedad Argentina de Infectología y Fundación Huésped), los criterios de inclusión de un primer grupo de pacientes “hiperurgentes” en todo el territorio nacional para iniciar el tratamiento de la hepatitis C crónica con esquemas libres de interferón, así como los aspectos referentes al seguimiento intra y postratamiento.

Se definieron como “**hiperurgentes**” a aquellas personas que cumplían con los siguientes criterios:

- Cirrosis hepática independientemente de otros aspectos como VIH o trasplante, o
- Manifestaciones extrahepáticas asociadas a hepatitis C crónica clínicamente significativas.

En base a estos criterios, los médicos tratantes realizaron las solicitudes de tratamiento y se conformó un listado de 1.068 personas. Todas las solicitudes de tratamiento fueron auditadas por el PNCHV del Ministerio de Salud de la Nación.

En forma excepcional y por única vez, el Estado nacional financió la provisión de estos tratamientos a personas atendidas por los tres subsectores de salud, siempre y cuando cumplieran con los criterios de inclusión enumerados más

arriba. En el **Gráfico 39** se presenta la cobertura de salud de las personas que finalmente integraron la lista de “hiperurgentes” y a quienes se les autorizó el tratamiento.

De las 1.068 personas del grupo, la cobertura privada y de la seguridad social representó el 58,5%. A su vez, 235 personas (21%) presentaban una coinfección VIH-VHC.

Según la disponibilidad de la medicación y el genotipo, los esquemas de tratamiento y su duración -definidos por el Programa Nacional de Control de Hepatitis Virales- fueron los siguientes:

- Sofosbuvir + daclatasvir por 24 semanas (genotipos 1 y 4)
- Sofosbuvir + daclatasvir + ribavirina por 12 semanas (genotipos 1 y 4)
- Sofosbuvir + daclatasvir + ribavirina por 24 semanas (genotipo 3)
- Sofosbuvir + ribavirina por 18 semanas (genotipo 2)
- Sofosbuvir + daclatasvir por 12 semanas (genotipo 2)

Gráfico 39: Cobertura de salud de las personas incluidas (N= 1068)

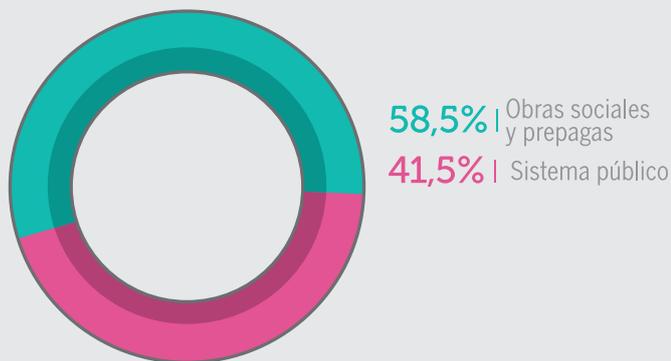


Gráfico 40: Cobertura de salud de las personas incluidas (N= 1068)

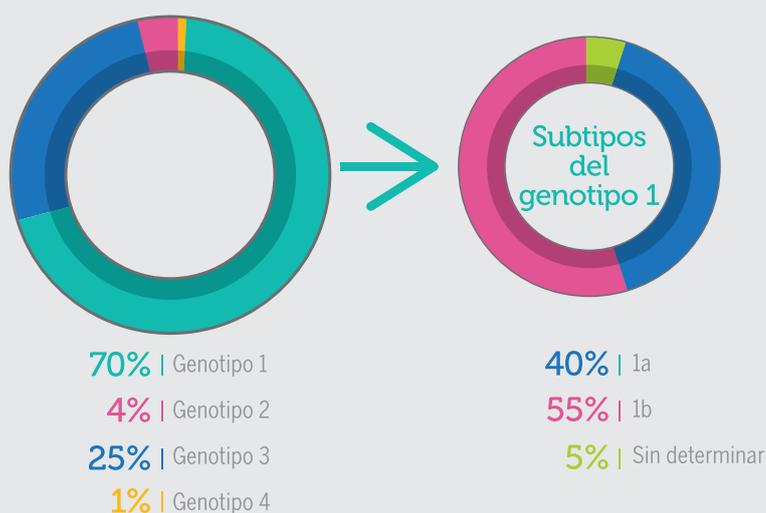
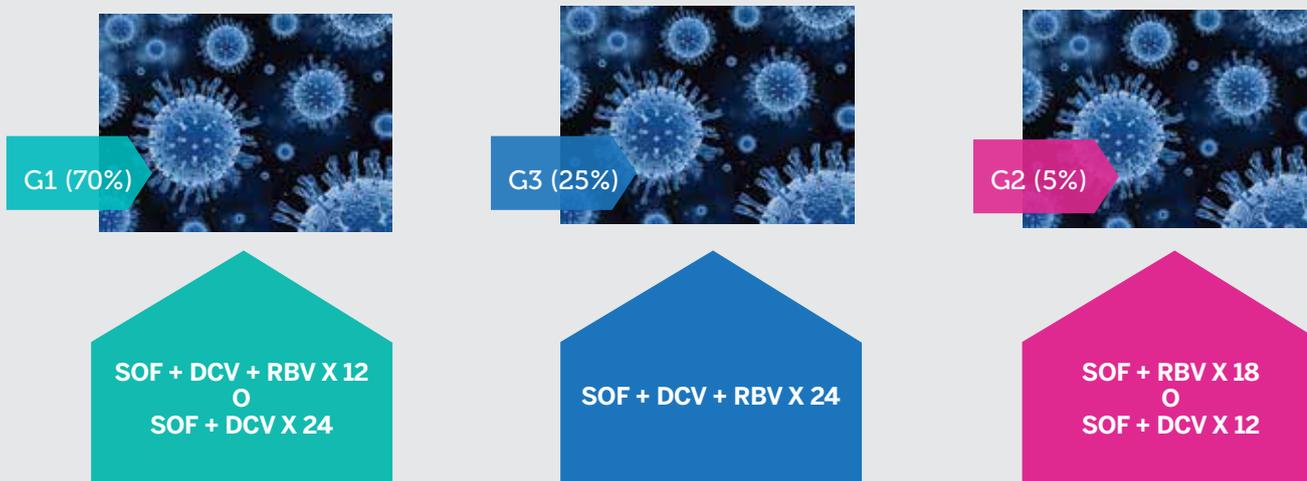


Ilustración 2: Esquemas de tratamiento



En enero de 2016 el Ministerio de Salud aprobó la adjudicación de la compra de los antivirales daclatasvir y sofosbuvir. Dado que se adquirió sofosbuvir de dos marcas comerciales diferentes, se realizó una randomización de esta droga entre los pacientes de la lista de “hiperurgentes”, con la presencia y el aval de representantes de las sociedades científicas y sociedades civiles que integran el Comité Técnico Asesor del PNCHV.

Estas personas iniciaron los esquemas de tratamiento libres de interferón en marzo de 2016. Dado que los tratamientos duran entre 12 y 24 semanas, un grupo finalizó el tratamiento en julio y otro entre septiembre y octubre de 2016. Al momento de la redacción de este artículo aún no se cuenta con la información completa del resultado de estos tratamientos.



Para monitorear el tratamiento y la evolución de las personas que conformaron el primer grupo tratado con los nuevos esquemas se diseñó una ficha de seguimiento en línea en la que cada médico pudiese cargar y acceder a la información sobre sus pacientes. Esta plataforma permitirá conocer el comportamiento de los nuevos antivirales “en la vida real”, así como registrar y caracterizar la aparición de efectos adversos. Para esto último se coordinó el relevamiento de datos con la ANMAT.

La posibilidad de contar con una herramienta en línea facilita el acceso a los datos tanto a los médicos como al PNCHV, permite una mejor vigilancia de los tratamientos y, por lo tanto,

una mejor programación de las futuras acciones. En etapas posteriores se planea incorporar a esta plataforma una función para que los médicos soliciten el tratamiento y, a la vez, el Programa de Hepatitis Virales pueda conocer el estado actual de la entrega de medicación a cada persona, con el fin de optimizar el recurso.

Al mismo tiempo que los pacientes hiperurgentes iniciaban su tratamiento, en febrero de 2016 el PNCVH redactó las guías de tratamiento de hepatitis C crónica con esquemas libres de interferón, en consenso con la Asociación Argentina para el Estudio de las Enfermedades del Hígado (AAEEH). Se definieron asimismo criterios para el acceso al tratamiento de un grupo más amplio de pacientes en una segunda etapa.

Estos criterios son:

- Monoinfectados con estadios de fibrosis: F3-F4.
- Coinfectados (VIH-VHC) con estadios de fibrosis: F2 a F4.
- Cirrosis descompensada (a tratarse en centros de trasplante).
- Personas con trasplante hepático. Receptores o trasplantados de otros órganos.
- Manifestaciones extrahepáticas clínicamente significativas independientemente del estadio de fibrosis.
- Personas en hemodiálisis.
- Profesionales de la salud que realizan procedimientos con riesgo de transmisión.
- Situaciones especiales y excepcionales a ser evaluadas por la auditoría médica.

En la actualidad se encuentra en curso una compra de 1.000 tratamientos de antivirales para esquemas libres de interferón.

Por otro lado, ante la necesidad de ampliar el acceso a los tratamientos en el sistema público de salud, el PNCHV incluyó el APRI entre las herramientas para estadificar a los pacientes con hepatitis C. El APRI es un método serológico que permite evaluar la fibrosis hepática en forma no invasiva. Este método utiliza para su cálculo el recuento de plaquetas y la transaminasa glutámico pirúvica (TGP). Estas determinaciones se encuentran ampliamente disponibles en los hospitales públicos y el uso de esta herramienta para la estadificación de la fibrosis está recomendado por la Organización Mundial de la Salud. Es por ello que fue incluido en las guías nacionales como método válido de estadificación de la fibrosis hepática hasta tanto se tenga acceso a la elastografía por Fibroscan a nivel nacional para el sector público de salud. Todos aquellos pacientes con un APRI mayor a 1.5 son candidatos a recibir tratamiento para la hepatitis C.

Actualmente nuestro país cuenta con las herramientas terapéuticas para erradicar la hepatitis C, pero existen numerosos desafíos para lograrlo. El PNCHV continúa recibiendo solicitudes de tratamiento para personas con hepatitis B y C crónicas. Con igual énfasis, se trabaja en aumentar el acceso a la información acerca de las hepatitis virales tanto entre los equipos de salud como en la comunidad en general, con el objetivo de diagnosticar a las personas con hepatitis que desconocen su infección, dado que se estima que en la Argentina solo el 15% de las personas infectadas conoce su diagnóstico.

Algunas acciones implementadas por la Dirección de Sida y ETS en 2015

19 CAPACITACIONES DIRIGIDAS A EQUIPOS DE SALUD Y A ORGANIZACIONES DE LA SOCIEDAD CIVIL (OSC) EN TEMAS DE DIVERSIDAD SEXUAL.

CASI **1700** RESPUESTAS A CONSULTAS Y PROBLEMAS DERIVADOS DE OBRAS SOCIALES.



600

CENTROS DE TESTEO ACTIVOS CON ASESORAMIENTO.



4044 PUESTOS FIJOS DE ENTREGA DE PRESERVATIVOS Y GELES LUBRICANTES



DETERMINACIONES PROVISTAS (2015):

- 1.143.500 PARA EL DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS.
- 1.286.576 PARA EL DIAGNÓSTICO DE VIH.
- 7.956 PARA LA CONFIRMACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE VIH.
- 104.810 PARA LA CONFIRMACIÓN DEL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE PERSONAS CON VIH MEDIANTE CARGA VIRAL Y CD4.
- 965.575 DETERMINACIONES SEROLÓGICAS PARA EL DIAGNÓSTICO DE HEPATITIS A, B Y C.
- 2.752 PARA LA DETECCIÓN, DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE PERSONAS CON HEPATITIS VIRALES MEDIANTE CARGA VIRAL.
- 44.010 PARA EL DIAGNÓSTICO DE ITS.

* Ver Tabla 29 del Anexo.



CASI

7000

PREGUNTAS RESPONDIDAS EN LA LÍNEA 0800 3333 444



3 ENCUENTROS REGIONALES SOBRE VIH Y DERECHOS HUMANOS (NEA - CENTRO - PATAGONIA)

350

LUGARES DE ENTREGA DE MEDICAMENTOS EN TODO EL PAÍS.

21

CONSULTORIOS AMIGABLES PARA LA DIVERSIDAD SEXUAL FUNCIONANDO EN TODO EL PAÍS.

5 NUEVAS INVESTIGACIONES Y PUBLICACIONES

- SEROPREVALENCIA DE VIH, SÍFILIS, HEPATITIS VIRALES Y TUBERCULOSIS EN CARCELES.
- CASCADA DEL CONTINUO DE LA ATENCIÓN DEL VIH.
- ADHERENCIA A LOS TRATAMIENTOS ANTIRRETROVIRALES.
- RESISTENCIA PRIMARIA A LOS ANTIRRETROVIRALES.
- ESTUDIO DE CASOS DE NIÑOS/AS CON VIH POR TRANSMISIÓN PERINATAL.



ENCUENTRO NACIONAL DE DEBATE POR LA REFORMA DE LA LEY DE SIDA.

Anexo

Tabla 7: Casos y tasas de VIH por 100.000 habitantes por provincia, Argentina (2005-2014)

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013*	2014*	Tendencia
TOTAL PAÍS	Tasas	15,9	15,3	14,5	16,5	16,3	16,7	16,2	15,4	15,1	11,9	—
	Casos	6.131	5.963	5.719	6.543	6.561	6.817	6.700	6.436	6.355	5.074	
Buenos Aires	Tasas	19,6	18,2	16,7	17,9	16,1	14,6	14,0	12,2	11,2	8,9	—
	Casos	2.868	2.695	2.485	2.688	2.451	2.295	2.222	1.959	1.823	1.461	
Catamarca	Tasas	6,3	8,0	6,8	3,3	9,8	5,6	10,0	10,9	10,0	11,2	—
	Casos	23	30	26	13	39	21	38	42	39	44	
Chaco	Tasas	3,7	4,7	4,4	7,0	7,4	8,2	8,7	10,0	12,7	3,9	—
	Casos	38	49	46	74	79	89	95	111	142	44	
Chubut	Tasas	14,8	14,2	21,3	20,8	14,8	17,9	25,2	20,2	22,9	16,4	—
	Casos	66	64	97	96	69	92	132	108	125	91	
CABA	Tasas	33,8	32,5	30,4	33,3	40,3	43,7	38,6	34,4	32,2	21,0	—
	Casos	1.021	983	922	1.013	1.229	1.322	1.170	1.046	979	641	
Córdoba	Tasas	14,3	13,9	13,6	16,4	17,9	18,7	16,6	16,5	16,4	14,2	—
	Casos	464	456	449	548	604	631	565	571	572	502	
Corrientes	Tasas	5,9	6,9	6,9	6,8	7,3	8,3	7,6	8,1	9,8	9,2	—
	Casos	58	68	69	69	75	84	78	84	103	98	
Entre Ríos	Tasas	5,8	7,2	6,8	8,8	7,6	12,9	14,0	12,2	13,5	8,9	—
	Casos	71	88	84	111	96	162	178	156	175	117	
Formosa	Tasas	7,0	5,0	3,4	5,0	2,9	6,0	5,9	8,5	11,6	2,8	—
	Casos	36	26	18	27	16	33	33	48	66	16	
Jujuy	Tasas	13,5	14,7	13,6	16,5	16,8	17,1	14,9	19,5	23,2	21,0	—
	Casos	88	97	91	112	116	117	103	137	165	151	
La Pampa	Tasas	3,7	5,5	5,8	8,4	10,4	10,7	15,7	11,7	21,1	14,4	—
	Casos	12	18	19	28	35	35	52	39	71	49	
La Rioja	Tasas	8,4	15,3	14,1	12,9	17,2	18,1	15,0	9,9	18,5	17,4	—
	Casos	27	50	47	44	60	62	52	35	66	63	
Mendoza	Tasas	4,6	6,8	8,9	14,0	11,8	14,5	15,4	14,9	16,4	15,4	—
	Casos	77	115	152	242	206	257	276	272	302	287	
Misiones	Tasas	9,7	15,2	12,2	10,9	12,2	12,2	10,6	16,5	10,1	6,5	—
	Casos	100	159	129	117	133	136	120	189	117	76	
Neuquén	Tasas	16,1	17,0	16,9	19,7	15,1	18,9	19,8	16,7	12,1	18,2	—
	Casos	84	90	91	108	84	108	115	99	73	111	
Río Negro	Tasas	12,4	11,5	10,6	18,4	12,0	13,1	13,4	14,7	17,7	12,8	—
	Casos	73	68	63	110	72	85	88	98	120	88	
Salta	Tasas	10,8	13,5	12,1	17,2	18,1	19,4	22,7	20,0	17,1	19,3	—
	Casos	125	160	145	210	225	241	285	256	222	254	
San Juan	Tasas	4,8	7,4	6,1	9,9	12,2	8,3	13,3	14,6	13,7	11,9	—
	Casos	32	50	42	69	86	58	94	104	99	87	
San Luis	Tasas	12,5	9,3	9,8	6,6	12,7	9,9	10,9	14,4	19,9	11,9	—
	Casos	51	39	42	29	57	44	49	66	92	56	
Santa Cruz	Tasas	13,1	12,9	18,9	11,5	20,4	22,1	20,4	20,1	13,9	21,5	—
	Casos	28	28	42	26	47	61	58	59	42	67	

Tabla 7 (continuación): **Casos y tasas de VIH por 100.000 habitantes por provincia, Argentina (2005-2014)**

		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013*	2014*	Tendencia
Santa Fe	Tasas	14,3	9,1	9,2	11,7	12,7	13,8	12,8	13,0	13,3	8,7	—
	Casos	455	291	297	379	416	449	419	432	444	294	
Santiago del Estero	Tasas	8,8	4,5	6,2	7,3	6,4	6,4	9,5	4,9	3,7	5,9	—
	Casos	74	38	53	63	56	56	84	44	34	54	
Tierra del Fuego	Tasas	19,1	17,7	22,0	16,6	16,9	23,5	37,6	22,9	27,8	22,3	—
	Casos	22	21	27	21	22	31	51	32	40	33	
Tucumán	Tasas	9,1	9,9	9,6	12,6	10,4	14,4	13,7	18,6	18,0	16,5	—
	Casos	129	142	140	186	156	215	207	285	280	260	
Desconocido	Casos	109	138	143	160	132	133	136	164	164	130	

* Años no cerrados por retrasos en la notificación.

FUENTE: Total de casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica específica y al SNVS por laboratorio en el período analizado. N = 62.299.

Tabla 8: **Tasa específica de VIH por 100.000 habitantes según sexo y región, Argentina (2005-2014)**

VARONES	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013*	2014*	Tendencia
PAÍS	20,1	19,4	18,9	21,2	21,8	22,6	22,2	21,0	20,5	16,5	—
AMBA	30,2	28,7	27,5	28,8	30,4	31,0	27,4	23,0	20,8	15,0	—
Centro	19,8	16,9	16,4	19,1	20,0	19,4	20,1	19,4	19,0	15,5	—
NOA	11,8	12,5	12,8	15,9	15,6	17,9	19,9	20,2	21,4	20,4	—
NEA	7,2	8,9	8,1	8,6	9,7	11,4	10,6	14,4	14,1	7,6	—
Cuyo	7,9	12,0	12,6	16,9	17,6	17,8	19,5	20,4	22,2	21,1	—
Patagonia	15,0	17,0	17,8	20,5	17,4	21,5	24,4	21,4	22,7	21,5	—

MUJERES	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013*	2014*	Tendencia
PAÍS	11,8	11,3	10,3	11,9	11,1	11,1	10,5	10,1	9,9	7,5	—
AMBA	18,1	17,2	14,7	16,3	14,3	13,6	11,5	9,5	8,9	6,6	—
Centro	10,3	9,2	8,6	10,2	10,2	10,2	9,7	10,1	10,1	6,9	—
NOA	7,9	8,3	7,1	9,4	9,6	10,1	10,5	11,7	9,2	10,8	—
NEA	5,8	7,9	6,3	7,0	6,6	6,9	6,5	8,0	7,9	4,3	—
Cuyo	4,3	4,4	5,4	7,1	7,7	8,2	9,3	8,3	11,0	7,9	—
Patagonia	10,8	8,9	12,1	13,5	11,0	11,8	15,1	12,6	13,4	11,5	—

* Años no cerrados por retrasos en la notificación.

FUENTE: Total de casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica específica y al SNVS por laboratorio en el período analizado. N = 62.299.

Tabla 9: Tasa de VIH por 100.000 habitantes según región sanitaria de la provincia de Buenos Aires (2005-2014)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013*	2014*	Tendencia
PROVINCIA DE BUENOS AIRES	19,5	18,2	16,6	17,8	16,1	14,6	14,0	12,2	11,2	8,9	—
Región Sanitaria I	6,5	7,1	4,8	8,2	7,3	5,1	9,2	9,5	10,7	10,5	—
Región Sanitaria II	2,3	2,3	2,3	2,9	2,6	2,3	2,9	1,6	1,9	3,2	—
Región Sanitaria III	6,0	6,7	7,5	6,7	10,9	8,3	8,6	10,6	12,9	5,4	—
Región Sanitaria IV	3,5	4,9	4,4	4,7	4,9	6,4	5,1	7,2	5,0	4,8	—
Región Sanitaria V	17,9	14,4	13,8	13,9	11,7	12,9	10,3	10,2	9,4	5,6	—
Región Sanitaria VI	23,4	22,7	19,1	22,0	19,6	18,0	16,7	11,0	11,2	9,5	—
Región Sanitaria VII	16,4	14,9	15,3	16,1	13,9	12,6	11,6	11,7	8,8	6,7	—
Región Sanitaria VIII	27,9	26,0	19,1	19,6	18,2	11,3	13,0	12,1	11,4	9,0	—
Región Sanitaria IX	4,9	7,5	6,1	3,2	3,5	3,2	5,1	5,4	3,1	0,6	—
Región Sanitaria X	5,6	8,0	5,2	5,1	4,8	5,0	11,0	13,6	6,3	2,3	—
Región Sanitaria XI	19,3	12,6	13,9	16,3	16,7	16,5	15,5	18,0	14,8	12,9	—
Región Sanitaria XII	22,6	24,3	22,0	22,9	18,5	14,8	11,4	7,9	6,6	7,2	—

* Años no cerrados por retrasos en la notificación.

FUENTE: Total de casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica específica y al SNVS por laboratorio en el período analizado. N = 62.299.

Tabla 10: Tasa de VIH por 100.000 habitantes en los 24 partidos del Gran Buenos Aires (2005-2014)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013*	2014*	Tendencia
GBA	20,6	19,5	17,7	18,8	16,2	15,4	13,3	10,6	9,5	7,7	—
Almirante Brown	20,0	13,5	15,8	18,5	15,5	19,0	11,4	9,4	7,7	7,0	—
Avellaneda	25,4	28,9	27,7	22,8	23,7	17,1	19,3	14,9	14,0	12,3	—
Berazategui	14,6	18,6	12,4	17,8	14,8	19,0	18,5	8,7	3,2	4,4	—
Esteban Echeverría	19,6	13,6	12,3	45,6	23,5	14,3	11,3	6,0	9,6	4,5	—
Ezeiza	16,6	33,1	19,3	14,6	8,1	12,9	13,6	13,1	11,6	5,4	—
Florencio Varela	20,1	18,2	15,8	15,2	17,1	15,0	12,1	12,3	12,7	11,2	—
General San Martín	19,3	16,4	17,8	15,8	11,3	16,7	9,8	16,7	11,2	6,7	—
Hurlingham	10,8	11,4	18,1	14,7	15,7	13,1	13,6	7,6	5,4	5,3	—
Ituzaingó	11,0	17,5	9,0	11,3	11,2	10,6	4,7	5,8	5,2	3,4	—
José C. Paz	27,5	16,3	22,8	19,3	18,3	18,7	10,7	13,1	10,4	5,3	—
La Matanza	22,6	24,3	22,0	22,9	18,5	14,8	11,4	7,9	6,6	7,2	—
Lanús	36,6	34,7	26,8	22,9	23,8	21,8	20,3	11,7	12,7	8,4	—
Lomas de Zamora	27,3	28,5	25,0	27,2	25,3	23,8	18,7	14,8	14,8	9,0	—
Malvinas Argentinas	14,5	11,7	8,7	4,9	6,4	9,2	11,0	7,2	9,5	5,0	—
Merlo	18,4	16,0	15,4	15,9	12,9	13,0	13,2	15,2	11,4	10,5	—
Moreno	18,4	17,1	19,8	16,9	15,5	15,0	11,7	16,7	11,8	8,6	—
Morón	16,4	14,3	16,2	18,0	14,7	13,3	11,1	9,9	5,9	3,7	—
Quilmes	20,7	19,0	13,4	16,5	17,2	13,5	21,0	8,0	12,0	17,0	—
San Fernando	36,4	19,4	25,5	18,5	19,6	16,4	10,9	7,2	11,9	6,5	—
San Isidro	15,7	17,9	10,4	13,7	10,4	10,8	14,2	8,1	11,5	7,8	—
San Miguel	15,9	15,4	10,5	13,9	9,5	14,0	10,3	7,1	9,4	3,5	—
Tigre	19,1	16,4	17,1	14,5	12,3	14,6	10,6	11,1	7,2	4,1	—
Tres de Febrero	12,1	12,7	13,9	13,9	11,3	9,3	10,2	6,7	7,0	4,7	—
Vicente López	15,1	13,0	9,5	14,4	10,2	12,8	13,6	13,3	8,9	7,0	—

* Años no cerrados por retrasos en la notificación.

FUENTE: Total de casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica específica y al SNVS por laboratorio en el período analizado. N = 62.299.

Tabla 11: Lugar de residencia de las personas con diagnóstico de VIH según provincia, Argentina (2007-2015)

	2007-2009	2010-2012	2013-2015	TENDENCIA	2007-2015
PAÍS	100,0% 18.269	100,0% 17.812	100,0% 13.848		
Buenos Aires	40,6%	33,6%	28,9%	↓	28,9%
CABA	16,0%	16,1%	11,9%	↓	25,4%
Catamarca	0,4%	0,5%	1,1%	↑	163,9%
Chaco	1,0%	1,0%	0,7%	↓	25,3%
Chubut	1,4%	1,6%	1,8%	↑	26,3%
Córdoba	8,7%	9,8%	10,1%	↑	16,0%
Corrientes	1,2%	1,4%	2,2%	↑	87,7%
Entre Ríos	1,5%	1,7%	2,4%	↑	58,1%
Formosa	0,3%	0,5%	0,7%	↑	109,8%
Jujuy	1,7%	2,0%	2,8%	↑	62,1%
La Pampa	0,4%	0,6%	1,2%	↑	181,0%
La Rioja	0,8%	0,8%	1,2%	↑	45,9%
Mendoza	3,1%	4,3%	6,2%	↑	96,8%
Misiones	2,1%	2,0%	0,7%	↓	67,5%
Neuquén	1,5%	1,8%	2,0%	↑	29,6%
Río Negro	1,3%	1,4%	1,9%	↑	44,8%
Salta	3,2%	4,3%	5,0%	↑	57,9%
San Juan	1,1%	1,2%	1,8%	↑	68,8%
San Luis	0,7%	0,8%	1,3%	↑	106,2%
Santa Cruz	0,6%	0,9%	1,2%	↑	96,1%
Santa Fe	6,0%	6,4%	5,8%	↓	2,5%
Santiago del Estero	0,9%	1,0%	1,0%	↑	5,7%
Tierra del Fuego	0,4%	0,5%	0,7%	↑	81,6%
Tucumán	2,6%	3,3%	4,6%	↑	76,3%
Desconocido	2,4%	2,4%	2,7%		

* Años no cerrados por retrasos en la notificación.

FUENTE: Casos notificados por ficha epidemiológica específica a la DSyETS en el período analizado. N = 49.929.

Tabla 12: Lugar de residencia de las personas con diagnóstico de VIH según región sanitaria de la provincia de Buenos Aires (2007-2015)

	2007-2009	2010-2012	2013-2015*	EVOLUCIÓN 2007-2015
PROVINCIA DE BUENOS AIRES	7.417 100,0%	5.981 100,0%	3.997 100,0%	
Región Sanitaria I	1,8%	2,6%	5,0%	↑ 176,3%
Región Sanitaria II	0,3%	0,4%	0,5%	↑ 39,2%
Región Sanitaria III	0,8%	1,2%	1,5%	↑ 73,6%
Región Sanitaria IV	1,0%	1,8%	1,7%	↑ 66,3%
Región Sanitaria V	16,4%	17,6%	14,4%	↓ 12,3%
Región Sanitaria VI	28,9%	26,4%	26,5%	↓ 8,3%
Región Sanitaria VII	13,4%	13,2%	10,6%	↓ 20,5%
Región Sanitaria VIII	8,8%	7,1%	8,1%	↓ 7,6%
Región Sanitaria IX	0,5%	0,7%	0,4%	↓ 35,1%
Región Sanitaria X	0,6%	0,9%	0,7%	↑ 20,8%
Región Sanitaria XI	7,2%	9,9%	10,3%	↑ 42,5%
Región Sanitaria XII	11,3%	9,9%	8,4%	↓ 74,0%
Desconocido	9,0%	8,5%	12,2%	

* Años no cerrados por retrasos en la notificación.

FUENTE: Casos notificados por ficha epidemiológica específica a la DSyETS en el período analizado. N = 17.395.

Tabla 13: Razón hombre/mujer de VIH por años de diagnóstico agrupados según provincia, Argentina (2007-2015)

	2007-2009	2010-2012	2013-2015*	VARIACIÓN 2007-2015
PAÍS	1,8	2,0	2,1	↑ 15,7%
Buenos Aires	1,4	1,6	1,7	↑ 23,3%
CABA	2,9	3,2	3,4	↑ 16,9%
Catamarca	1,7	1,1	1,7	↓ 1,4%
Chaco	2,2	2,5	2,3	↑ 4,6%
Chubut	1,3	1,4	1,5	↑ 18,5%
Córdoba	2,8	2,4	2,2	↓ 22,1%
Corrientes	1,4	2,0	2,4	↑ 74,2%
Entre Ríos	1,8	2,0	2,1	↑ 13,6%
Formosa	1,2	1,8	1,7	↑ 41,4%
Jujuy	1,6	1,5	1,9	↑ 16,5%
La Pampa	1,2	1,7	1,4	↑ 15,3%
La Rioja	1,3	1,5	1,4	↑ 4,7%
Mendoza	2,7	2,7	2,5	↓ 7,0%
Misiones	1,0	1,2	1,1	↑ 6,7%
Neuquén	2,0	2,6	2,0	↑ 0,5%
Río Negro	1,5	1,8	1,6	↑ 3,4%
Salta	1,4	1,5	2,1	↑ 42,1%
San Juan	2,4	1,7	2,4	↑ 0,0%
San Luis	1,9	1,7	1,7	↓ 8,5%
Santa Cruz	1,3	1,2	1,8	↑ 35,9%
Santa Fe	1,7	1,6	1,9	↑ 8,2%
Santiago del Estero	1,1	1,3	1,2	↑ 14,7%
Tierra del Fuego	2,0	1,7	2,7	↑ 33,3%
Tucumán	2,5	2,7	2,8	↑ 10,3%

* Años no cerrados por retrasos en la notificación.

FUENTE: Casos notificados por ficha epidemiológica específica a la DSyETS en el período analizado.

Tabla 14: Razón hombre/mujer de VIH por años de diagnóstico agrupados según región sanitaria de la provincia de Buenos Aires, Argentina (2007-2015)

	2007-2009	2010-2012	2013-2015*	EVOLUCIÓN 2007-2015
PROVINCIA DE BUENOS AIRES	1,4	1,6	1,7	↑ 23,3% 
Región Sanitaria I	1,3	2,4	2,2	↑ 72,1% 
Región Sanitaria II	1,4	1,6	2,6	↑ 85,7% 
Región Sanitaria III	1,4	2,7	1,1	↓ 16,2% 
Región Sanitaria IV	1,3	1,2	1,9	↑ 51,6% 
Región Sanitaria V	1,5	1,8	1,9	↑ 23,1% 
Región Sanitaria VI	1,3	1,6	1,6	↑ 19,0% 
Región Sanitaria VII	1,4	1,7	2,0	↑ 46,3% 
Región Sanitaria VIII	1,5	1,8	1,6	↑ 10,0% 
Región Sanitaria IX	2,1	0,8	2,5	↑ 20,4% 
Región Sanitaria X	1,4	2,1	1,9	↑ 32,2% 
Región Sanitaria XI	1,4	1,7	2,1	↑ 49,8% 
Región Sanitaria XII	1,2	1,4	1,0	↓ 18,3% 

* Años no cerrados por retrasos en la notificación.

FUENTE: Casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica específica en el período analizado.

Tabla 15: Mediana de edad de diagnósticos de VIH según sexo y región, Argentina (2007-2015)

	VARONES				MUJERES			
	2007-2009	2010-2012	2013-2015*	Tendencia 2007-2015	2007-2009	2010-2012	2013-2015*	Tendencia 2007-2015
PAÍS	34	34	33		31	32	32	
AMBA	35	34	33		32	33	33	
Centro	34	34	33		31	32	32	
NOA	33	32	31		30	30	30	
NEA	33	34	30		29	30	33	
Cuyo	34	34	32		30	32	33	
Patagonia	35	34	34		31	31	33	

* Años no cerrados por retrasos en la notificación.

FUENTE: Casos notificados por ficha epidemiológica específica a la DSyETS en el período analizado. N = 49.929.

Tabla 16: Mediana de edad de diagnóstico de VIH según sexo y provincia, Argentina (2007-2015)

	VARONES				MUJERES			
	2007-2009	2010-2012	2013-2015*	Tendencia 2007-2015	2007-2009	2010-2012	2013-2015*	Tendencia 2007-2015
PAÍS	34	34	33	↘	31	32	32	↘
Buenos Aires	35	35	34	↘	31	33	33	↘
CABA	35	33	32	↘	32	33	33	↘
Catamarca	33	29	30	↘	30	29	28	↘
Chaco	34	32	29	↘	27	29	28	↘
Chubut	36	35	36	↘	32	30	32	↘
Córdoba	33	33	32	↘	32	32	32	↘
Corrientes	34	33	31	↘	31	30	34	↘
Entre Ríos	32	33	31	↘	28	30	28	↘
Formosa	35	33	27	↘	27	31	24	↘
Jujuy	34	33	32	↘	30	30	30	↘
La Pampa	36	37	36	↘	29	29	36	↘
La Rioja	31	35	29	↘	27	31	32	↘
Mendoza	35	34	32	↘	31	34	34	↘
Misiones	33	37	32	↘	29	29	35	↘
Neuquén	34	33	33	↘	32	34	31	↘
Río Negro	37	36	36	↘	31	29	33	↘
Salta	32	32	31	↘	30	28	31	↘
San Juan	34	33	35	↘	36	31	33	↘
San Luis	31	33	34	↘	29	28	33	↘
Santa Cruz	34	33	31	↘	33	31	32	↘
Santa Fe	36	36	35	↘	31	31	33	↘
Santiago del Estero	30	34	29	↘	28	32	30	↘
Tierra del Fuego	32	31	31	↘	28	37	35	↘
Tucumán	33	32	31	↘	28	30	30	↘

* Años no cerrados por retrasos en la notificación.

FUENTE: Casos notificados por ficha epidemiológica específica a la DSyETS en el período analizado. N = 49.929.

Tabla 17: Mediana de edad de diagnóstico de VIH según sexo en regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires, Argentina (2007-2015)

	VARONES				MUJERES			
	2007-2009	2010-2012	2013-2015*	Tendencia 2007-2015	2007-2009	2010-2012	2013-2015*	Tendencia 2007-2015
PROVINCIA DE BUENOS AIRES	35	35	34		31	33	33	
Región Sanitaria I	40	35	33		34	34	33	
Región Sanitaria II	37	33	37		29	37	37	
Región Sanitaria III	34	38	35		30	34	35	
Región Sanitaria IV	33	41	35		35	36	34	
Región Sanitaria V	35	35	32		32	33	33	
Región Sanitaria VI	35	36	34		31	32	32	
Región Sanitaria VII	36	34	35		32	34	34	
Región Sanitaria VIII	34	36	36		30	32	33	
Región Sanitaria IX	39	39	37		32	27	39	
Región Sanitaria X	34	33	37		29	37	32	
Región Sanitaria XI	33	32	33		30	31	32	
Región Sanitaria XII	36	36	35		32	33	29	

* Años no cerrados por retrasos en la notificación.

FUENTE: Casos notificados por ficha epidemiológica específica a la DSyETS en el período analizado. N = 13.795.

Tabla 18: Máximo nivel de instrucción alcanzado en personas de 19 años o más con diagnóstico de VIH según sexo y región, Argentina (2007-2015)

	VARONES											MUJERES										
	Sin Inst. / PI	PC / SI	SC	T / UI	UC	Desc	Total	Sin Inst. / PI	PC / SI	SC	T / UI	UC	Desc	Total								
País	8,5%	37,3%	22,8%	17,5%	5,8%	8,1%	100,0%	13,1%	47,4%	19,9%	9,1%	1,6%	8,9%	100,0%								
2007-2009	8,5%	37,3%	22,8%	17,5%	5,8%	8,1%	100,0%	13,1%	47,4%	19,9%	9,1%	1,6%	8,9%	100,0%								
2010-2012	6,8%	35,0%	23,7%	19,5%	6,8%	8,2%	100,0%	10,7%	47,8%	20,5%	10,3%	1,6%	9,1%	100,0%								
2013-2015*	6,7%	31,7%	22,5%	21,3%	5,8%	12,1%	100,0%	9,6%	44,2%	20,4%	9,6%	1,9%	14,3%	100,0%								
AMBA	7,9%	37,2%	25,2%	17,9%	6,2%	5,6%	100,0%	12,5%	49,2%	21,6%	9,0%	1,7%	6,0%	100,0%								
2007-2009	7,9%	37,2%	25,2%	17,9%	6,2%	5,6%	100,0%	12,5%	49,2%	21,6%	9,0%	1,7%	6,0%	100,0%								
2010-2012	5,2%	33,6%	26,1%	19,4%	7,7%	7,9%	100,0%	9,0%	48,2%	22,2%	10,1%	1,6%	8,8%	100,0%								
2013-2015*	4,9%	29,6%	25,3%	20,2%	6,4%	13,5%	100,0%	7,5%	41,7%	22,4%	9,2%	1,6%	17,7%	100,0%								
Centro	8,5%	39,2%	22,7%	16,6%	5,8%	7,2%	100,0%	13,1%	48,1%	20,1%	8,9%	1,5%	8,4%	100,0%								
2007-2009	8,5%	39,2%	22,7%	16,6%	5,8%	7,2%	100,0%	13,1%	48,1%	20,1%	8,9%	1,5%	8,4%	100,0%								
2010-2012	7,7%	37,8%	23,1%	17,7%	6,8%	6,9%	100,0%	10,8%	50,0%	20,2%	8,8%	1,6%	8,7%	100,0%								
2013-2015*	8,1%	33,4%	20,0%	20,8%	5,6%	12,0%	100,0%	10,5%	48,2%	19,5%	7,5%	1,7%	12,6%	100,0%								
NOA	9,0%	38,7%	17,9%	19,5%	5,2%	9,7%	100,0%	15,4%	48,9%	18,4%	9,7%	1,1%	6,5%	100,0%								
2007-2009	9,0%	38,7%	17,9%	19,5%	5,2%	9,7%	100,0%	15,4%	48,9%	18,4%	9,7%	1,1%	6,5%	100,0%								
2010-2012	8,7%	35,0%	19,6%	23,9%	5,3%	7,5%	100,0%	11,4%	47,5%	19,9%	11,6%	1,2%	8,3%	100,0%								
2013-2015*	8,0%	31,0%	21,7%	25,0%	4,8%	9,6%	100,0%	8,5%	48,5%	20,3%	12,2%	1,3%	9,2%	100,0%								
NEA	11,0%	29,4%	18,6%	9,2%	4,5%	27,4%	100,0%	19,1%	33,1%	10,0%	4,4%	0,9%	32,5%	100,0%								
2007-2009	11,0%	29,4%	18,6%	9,2%	4,5%	27,4%	100,0%	19,1%	33,1%	10,0%	4,4%	0,9%	32,5%	100,0%								
2010-2012	10,4%	38,6%	19,0%	18,6%	4,9%	8,4%	100,0%	22,8%	42,3%	15,8%	9,1%	0,7%	9,4%	100,0%								
2013-2015*	7,9%	32,6%	24,5%	23,2%	3,9%	7,9%	100,0%	20,2%	42,1%	17,5%	6,6%	2,7%	10,9%	100,0%								
Cuyo	12,3%	37,7%	18,5%	21,2%	6,2%	4,2%	100,0%	18,9%	48,8%	14,9%	11,0%	1,4%	5,0%	100,0%								
2007-2009	12,3%	37,7%	18,5%	21,2%	6,2%	4,2%	100,0%	18,9%	48,8%	14,9%	11,0%	1,4%	5,0%	100,0%								
2010-2012	8,5%	31,0%	23,4%	21,1%	7,2%	8,9%	100,0%	10,0%	48,6%	16,2%	15,4%	2,2%	7,6%	100,0%								
2013-2015*	5,9%	33,5%	21,2%	24,8%	7,2%	7,5%	100,0%	12,3%	42,0%	18,4%	11,6%	3,1%	12,7%	100,0%								
Patagonia	8,6%	38,3%	21,7%	14,2%	3,3%	14,0%	100,0%	8,2%	46,2%	21,9%	10,3%	2,1%	11,3%	100,0%								
2007-2009	8,6%	38,3%	21,7%	14,2%	3,3%	14,0%	100,0%	8,2%	46,2%	21,9%	10,3%	2,1%	11,3%	100,0%								
2010-2012	6,7%	37,3%	21,4%	18,9%	4,6%	11,1%	100,0%	9,5%	43,1%	23,5%	10,9%	1,9%	11,1%	100,0%								
2013-2015*	5,9%	34,9%	23,2%	17,2%	4,5%	14,3%	100,0%	6,4%	39,3%	21,6%	13,6%	2,6%	16,5%	100,0%								

* Años no cerrados por retrasos en la notificación.

FUENTE: Casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica específica en el período analizado. N = 47.563.

Síglas: **SI/PI**: sin instrucción/primario incompleto; **PC/SI**: primario completo/secundario incompleto; **SC**: secundario completo; **T/UI**: terciario (completo e incompleto)/universitario incompleto; **UC**: universitario completo; **Desc**: desconocido.

Tabla 19: Máximo nivel de instrucción alcanzado en personas de 19 años o más con diagnóstico de VIH según sexo y provincia, Argentina (2007-2015)

	VARONES										MUJERES									
	Sin Inst. / PI	PC / SI	SC	T / UI	UC	Desc	Total	Sin Inst. / PI	PC / SI	SC	T / UI	UC	Desc	Total						
País	8,5%	37,3%	22,8%	17,5%	5,8%	8,1%	100,0%	13,1%	47,4%	19,9%	9,1%	1,6%	8,9%	100,0%						
	6,8%	35,0%	23,7%	19,5%	6,8%	8,2%	100,0%	10,7%	47,8%	20,5%	10,3%	1,6%	9,1%	100,0%						
	6,7%	31,7%	22,5%	21,3%	5,8%	12,1%	100,0%	9,6%	44,2%	20,4%	9,6%	1,9%	14,3%	100,0%						
Buenos Aires	10,2%	45,8%	22,4%	12,4%	2,7%	6,5%	100,0%	13,4%	52,6%	19,1%	7,3%	0,9%	6,7%	100,0%						
	7,3%	43,6%	22,4%	14,1%	3,5%	9,1%	100,0%	9,9%	52,6%	19,6%	7,5%	1,2%	9,1%	100,0%						
	6,7%	37,5%	22,3%	14,3%	3,5%	15,7%	100,0%	7,8%	47,2%	19,7%	6,2%	1,2%	18,0%	100,0%						
CABA	4,2%	24,0%	30,0%	24,7%	10,5%	6,6%	100,0%	8,2%	36,4%	29,0%	14,6%	3,9%	7,9%	100,0%						
	3,5%	22,4%	29,4%	24,5%	12,7%	7,5%	100,0%	7,7%	38,4%	28,0%	14,8%	2,6%	8,6%	100,0%						
	3,8%	19,6%	27,5%	26,8%	10,0%	12,3%	100,0%	7,1%	33,2%	23,6%	16,5%	2,8%	16,8%	100,0%						
Catamarca	6,8%	20,5%	18,2%	22,7%	6,8%	25,0%	100,0%	7,1%	46,4%	28,6%	7,1%	3,6%	7,1%	100,0%						
	10,9%	37,0%	21,7%	6,5%	6,5%	17,4%	100,0%	9,3%	46,5%	20,9%	11,6%	2,3%	9,3%	100,0%						
	5,4%	30,4%	20,7%	25,0%	9,8%	8,7%	100,0%	3,6%	41,8%	30,9%	20,0%	1,8%	1,8%	100,0%						
Chaco	10,7%	43,0%	20,7%	15,7%	4,1%	5,8%	100,0%	32,1%	44,6%	14,3%	5,4%	1,8%	1,8%	100,0%						
	7,6%	36,4%	19,5%	28,8%	3,4%	4,2%	100,0%	12,5%	54,2%	10,4%	16,7%	2,1%	4,2%	100,0%						
	0,0%	33,8%	40,0%	18,5%	4,6%	3,1%	100,0%	9,7%	58,1%	19,4%	9,7%	0,0%	3,2%	100,0%						
Chubut	7,0%	40,1%	20,4%	6,3%	3,5%	22,5%	100,0%	6,5%	43,5%	20,4%	10,2%	0,9%	18,5%	100,0%						
	10,2%	36,1%	24,7%	9,6%	3,6%	15,7%	100,0%	6,3%	47,3%	23,2%	10,7%	0,9%	11,6%	100,0%						
	6,8%	36,7%	21,8%	19,7%	3,4%	11,6%	100,0%	8,8%	42,9%	19,8%	15,4%	5,5%	7,7%	100,0%						
Córdoba	5,5%	31,9%	21,4%	24,8%	12,0%	4,3%	100,0%	11,4%	41,4%	24,4%	12,4%	3,6%	6,9%	100,0%						
	5,9%	28,4%	25,4%	24,8%	11,5%	4,0%	100,0%	8,8%	42,1%	25,5%	12,0%	3,6%	8,0%	100,0%						
	4,6%	25,8%	20,0%	31,7%	9,7%	8,2%	100,0%	8,5%	44,7%	26,4%	10,6%	2,8%	7,0%	100,0%						
Corrientes	16,9%	35,6%	24,6%	12,7%	5,1%	5,1%	100,0%	25,0%	46,3%	12,5%	7,5%	1,3%	7,5%	100,0%						
	10,9%	36,5%	21,2%	21,8%	5,1%	4,5%	100,0%	30,6%	33,3%	11,1%	13,9%	0,0%	11,1%	100,0%						
	9,7%	36,9%	20,4%	23,3%	4,9%	4,9%	100,0%	23,5%	41,2%	16,5%	7,1%	2,4%	9,4%	100,0%						
Entre Ríos	16,6%	40,8%	17,8%	14,2%	3,6%	7,1%	100,0%	18,5%	45,7%	12,0%	13,0%	1,1%	9,8%	100,0%						
	9,0%	36,7%	21,6%	20,6%	5,0%	7,0%	100,0%	20,4%	46,9%	14,3%	10,2%	0,0%	8,2%	100,0%						
	12,3%	34,9%	16,0%	19,8%	2,8%	14,2%	100,0%	16,2%	35,2%	12,4%	15,2%	1,0%	20,0%	100,0%						

* Años no cerrados por retrasos en la notificación.

FUENTE: Casos notificados a la DSYETS por ficha epidemiológica específica en el período analizado.

Siglas: SI/PI: sin instrucción/primario incompleto; PC/SI: primario completo/secundario incompleto; SC: secundario completo; T/UI: terciario (completo e incompleto)/universitario incompleto; UC: universitario completo; Desc: desconocido.

Tabla 19 (continuación): **Máximo nivel de instrucción alcanzado en personas de 19 años o más con diagnóstico de VIH según sexo y provincia, Argentina (2007-2015)**

	VARONES										MUJERES											
	Sin Inst. / PI	PC / SI	SC	T / UI	UC	Desc	Total	Sin Inst. / PI	PC / SI	SC	T / UI	UC	Desc	Total	Sin Inst. / PI	PC / SI	SC	T / UI	UC	Desc	Total	
Formosa	2007-2009	3,1%	37,5%	18,8%	12,5%	15,6%	100,0%	8,3%	62,5%	12,5%	4,2%	0,0%	12,5%	100,0%	8,3%	62,5%	12,5%	4,2%	0,0%	12,5%	100,0%	
	2010-2012	8,8%	38,6%	21,1%	14,0%	8,8%	100,0%	16,7%	53,3%	8,8%	6,7%	0,0%	8,8%	100,0%	16,7%	53,3%	23,3%	6,7%	0,0%	0,0%	100,0%	
	2013-2015*	3,3%	23,3%	26,7%	26,7%	1,7%	100,0%	6,5%	32,3%	18,3%	6,5%	9,7%	19,4%	100,0%	5,7%	50,9%	17,0%	16,0%	0,0%	0,0%	10,4%	100,0%
Jujuy	2007-2009	8,5%	49,7%	17,5%	18,0%	1,1%	100,0%	5,7%	50,9%	5,3%	18,0%	1,1%	5,3%	100,0%	5,7%	50,9%	17,0%	16,0%	0,0%	0,0%	10,4%	100,0%
	2010-2012	10,7%	35,4%	20,9%	18,0%	1,9%	100,0%	9,2%	43,1%	13,1%	18,0%	1,9%	13,1%	100,0%	9,2%	43,1%	19,2%	12,3%	0,0%	0,0%	16,2%	100,0%
	2013-2015*	9,7%	33,9%	19,8%	21,0%	0,8%	100,0%	10,7%	44,3%	14,9%	21,0%	0,8%	14,9%	100,0%	10,7%	44,3%	18,9%	6,6%	0,0%	0,0%	19,7%	100,0%
La Pampa	2007-2009	18,6%	30,2%	16,3%	7,0%	4,7%	100,0%	14,3%	39,3%	23,3%	7,0%	4,7%	23,3%	100,0%	14,3%	39,3%	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%	21,4%	100,0%
	2010-2012	7,4%	42,6%	25,0%	10,3%	4,4%	100,0%	5,0%	32,5%	10,3%	10,3%	4,4%	10,3%	100,0%	5,0%	32,5%	22,5%	22,5%	0,0%	0,0%	17,5%	100,0%
	2013-2015*	6,6%	38,5%	18,7%	9,9%	2,2%	100,0%	7,5%	34,3%	24,2%	9,9%	2,2%	24,2%	100,0%	7,5%	34,3%	16,4%	7,5%	4,5%	4,5%	29,9%	100,0%
La Rioja	2007-2009	20,7%	47,6%	18,3%	8,5%	1,2%	100,0%	32,8%	50,0%	3,7%	8,5%	1,2%	3,7%	100,0%	32,8%	50,0%	12,1%	3,4%	0,0%	0,0%	1,7%	100,0%
	2010-2012	0,0%	45,2%	29,8%	8,3%	1,2%	100,0%	7,3%	47,3%	15,5%	8,3%	1,2%	15,5%	100,0%	7,3%	47,3%	27,3%	9,1%	0,0%	0,0%	9,1%	100,0%
	2013-2015*	4,3%	19,6%	31,5%	21,7%	5,4%	100,0%	6,3%	29,7%	17,4%	21,7%	5,4%	17,4%	100,0%	6,3%	29,7%	21,9%	10,9%	1,6%	1,6%	29,7%	100,0%
Mendoza	2007-2009	9,0%	34,1%	19,7%	25,8%	6,6%	100,0%	14,7%	45,6%	4,9%	25,8%	6,6%	4,9%	100,0%	14,7%	45,6%	17,6%	12,5%	1,5%	1,5%	8,1%	100,0%
	2010-2012	8,7%	28,0%	24,1%	24,7%	7,4%	100,0%	9,7%	50,0%	7,2%	24,7%	7,4%	7,2%	100,0%	9,7%	50,0%	14,3%	18,4%	3,1%	3,1%	4,6%	100,0%
	2013-2015*	5,9%	33,9%	19,5%	27,9%	7,6%	100,0%	11,8%	41,2%	5,2%	27,9%	7,6%	5,2%	100,0%	11,8%	41,2%	17,5%	14,9%	4,4%	4,4%	10,1%	100,0%
Misiones	2007-2009	8,6%	14,3%	13,1%	1,7%	2,3%	100,0%	13,1%	18,1%	60,0%	1,7%	2,3%	60,0%	100,0%	13,1%	18,1%	6,9%	2,5%	0,6%	0,6%	58,8%	100,0%
	2010-2012	12,3%	41,9%	16,2%	10,6%	4,5%	100,0%	23,6%	40,5%	14,5%	10,6%	4,5%	14,5%	100,0%	23,6%	40,5%	18,2%	4,7%	0,7%	0,7%	12,2%	100,0%
	2013-2015*	16,3%	24,5%	18,4%	24,5%	2,0%	100,0%	33,3%	38,9%	14,3%	24,5%	2,0%	14,3%	100,0%	33,3%	38,9%	11,1%	2,8%	0,0%	0,0%	13,9%	100,0%
Neuquén	2007-2009	11,6%	38,1%	18,8%	19,3%	4,4%	100,0%	10,5%	48,8%	7,7%	19,3%	4,4%	7,7%	100,0%	10,5%	48,8%	22,1%	10,5%	3,5%	3,5%	4,7%	100,0%
	2010-2012	4,0%	38,1%	19,3%	26,5%	4,9%	100,0%	14,0%	37,2%	7,2%	26,5%	4,9%	7,2%	100,0%	14,0%	37,2%	20,9%	10,5%	1,2%	1,2%	16,3%	100,0%
	2013-2015*	4,9%	32,1%	24,5%	20,7%	5,4%	100,0%	5,8%	41,9%	12,5%	20,7%	5,4%	12,5%	100,0%	5,8%	41,9%	20,9%	17,4%	0,0%	0,0%	14,0%	100,0%
Río Negro	2007-2009	7,9%	45,0%	20,7%	15,0%	2,1%	100,0%	7,6%	51,1%	9,3%	15,0%	2,1%	9,3%	100,0%	7,6%	51,1%	20,7%	8,7%	3,3%	3,3%	8,7%	100,0%
	2010-2012	7,8%	34,4%	18,2%	20,8%	2,6%	100,0%	9,8%	43,9%	16,2%	20,8%	2,6%	16,2%	100,0%	9,8%	43,9%	26,8%	6,1%	2,4%	2,4%	11,0%	100,0%
	2013-2015*	8,9%	42,4%	20,9%	12,0%	3,2%	100,0%	8,2%	39,8%	12,7%	12,0%	3,2%	12,7%	100,0%	8,2%	39,8%	20,4%	13,3%	1,0%	1,0%	17,3%	100,0%
Salta	2007-2009	8,8%	44,8%	21,3%	16,2%	4,9%	100,0%	14,0%	47,9%	4,0%	16,2%	4,9%	4,0%	100,0%	14,0%	47,9%	22,3%	9,3%	1,4%	1,4%	5,1%	100,0%
	2010-2012	9,4%	36,6%	22,0%	19,6%	2,5%	100,0%	9,4%	46,6%	9,9%	19,6%	2,5%	9,9%	100,0%	9,4%	46,6%	24,4%	9,8%	0,8%	0,8%	9,0%	100,0%
	2013-2015*	9,7%	29,9%	27,0%	17,9%	1,8%	100,0%	9,3%	44,9%	13,7%	17,9%	1,8%	13,7%	100,0%	9,3%	44,9%	22,0%	10,3%	0,5%	0,5%	13,1%	100,0%

* Años no cerrados por retrasos en la notificación.

FUENTE: Casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica específica en el período analizado.

Siglas: SI/PI: sin instrucción/primario incompleto; PC/SI: primario completo/secundario incompleto; SC: secundario completo; T/UI: terciario (completo e incompleto)/universitario incompleto; UC: universitario completo; Desc: desconocido.

Tabla 19 (continuación): **Máximo nivel de instrucción alcanzado en personas de 19 años o más con diagnóstico de VIH según sexo y provincia, Argentina (2007-2015)**

		VARONES										MUJERES									
		Sin Inst. / PI	PC / SI	SC	T / UI	UC	Desc	Total	Sin Inst. / PI	PC / SI	SC	T / UI	UC	Desc	Total						
San Juan	2007-2009	12,2%	42,4%	14,4%	19,4%	9,4%	2,2%	100,0%	13,5%	53,8%	11,5%	15,4%	3,8%	1,9%	100,0%						
	2010-2012	10,7%	33,6%	19,1%	16,8%	12,2%	7,6%	100,0%	12,7%	40,8%	18,3%	18,3%	2,8%	7,0%	100,0%						
	2013-2015*	7,5%	36,8%	16,1%	22,4%	8,6%	8,6%	100,0%	16,9%	46,2%	20,0%	7,7%	3,1%	6,2%	100,0%						
San Luis	2007-2009	20,8%	37,7%	19,5%	13,0%	3,9%	5,2%	100,0%	20,0%	51,4%	14,3%	11,4%	0,0%	2,9%	100,0%						
	2010-2012	13,0%	32,5%	18,2%	16,9%	3,9%	15,6%	100,0%	10,4%	56,3%	8,3%	6,3%	0,0%	18,8%	100,0%						
	2013-2015*	5,2%	37,1%	29,3%	14,7%	4,3%	9,5%	100,0%	14,9%	52,2%	16,4%	4,5%	0,0%	11,9%	100,0%						
Santa Cruz	2007-2009	4,9%	29,5%	27,9%	16,4%	1,6%	19,7%	100,0%	6,8%	47,7%	13,6%	18,2%	2,3%	11,4%	100,0%						
	2010-2012	6,6%	40,7%	16,5%	24,2%	8,8%	3,3%	100,0%	14,1%	47,9%	21,1%	11,3%	4,2%	1,4%	100,0%						
	2013-2015*	2,0%	35,3%	26,5%	18,6%	6,9%	10,8%	100,0%	1,7%	41,4%	22,4%	13,8%	3,4%	17,2%	100,0%						
Santa Fe	2007-2009	10,3%	45,1%	23,2%	11,8%	1,9%	7,6%	100,0%	16,0%	51,7%	18,7%	6,4%	0,8%	6,4%	100,0%						
	2010-2012	9,8%	47,1%	22,0%	12,2%	3,6%	5,3%	100,0%	11,3%	55,1%	16,8%	8,4%	0,3%	8,1%	100,0%						
	2013-2015*	14,5%	42,7%	18,9%	13,9%	2,4%	7,6%	100,0%	16,6%	55,1%	17,7%	2,6%	1,1%	6,8%	100,0%						
Santiago del Estero	2007-2009	20,2%	40,5%	16,7%	11,9%	3,6%	7,1%	100,0%	30,0%	55,7%	7,1%	5,7%	0,0%	1,4%	100,0%						
	2010-2012	12,9%	53,5%	13,9%	11,9%	3,0%	5,0%	100,0%	12,7%	60,6%	15,5%	9,9%	0,0%	1,4%	100,0%						
	2013-2015*	12,9%	45,7%	21,4%	10,0%	0,0%	10,0%	100,0%	13,2%	60,4%	18,9%	5,7%	0,0%	1,9%	100,0%						
Tierra del Fuego	2007-2009	0,0%	31,9%	36,2%	19,1%	2,1%	10,6%	100,0%	4,8%	33,3%	47,6%	14,3%	0,0%	0,0%	100,0%						
	2010-2012	3,6%	33,9%	32,1%	12,5%	5,4%	12,5%	100,0%	3,2%	45,2%	29,0%	9,7%	3,2%	9,7%	100,0%						
	2013-2015*	4,4%	16,2%	29,4%	22,1%	7,4%	20,6%	100,0%	0,0%	24,0%	48,0%	12,0%	0,0%	16,0%	100,0%						
Tucumán	2007-2009	6,9%	28,2%	15,0%	25,2%	8,1%	16,5%	100,0%	20,2%	45,4%	16,8%	7,6%	1,7%	8,4%	100,0%						
	2010-2012	5,7%	28,5%	17,5%	36,4%	10,3%	1,7%	100,0%	17,4%	47,1%	13,8%	15,2%	3,6%	2,9%	100,0%						
	2013-2015*	5,0%	28,4%	17,7%	36,5%	9,6%	2,6%	100,0%	5,8%	55,1%	16,0%	18,6%	3,8%	0,6%	100,0%						

* Años no cerrados por retrasos en la notificación.

FUENTE: Casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica específica en el período analizado.

Siglas: SI/PI: sin instrucción/primario incompleto; PC/SI: primario completo/secundario incompleto; SC: secundario completo; T/UI: terciario (completo e incompleto)/universitario incompleto; UC: universitario completo; Desc: desconocido.

Tabla 20: Vías de transmisión del VIH por sexo y región, Argentina (2007-2015)

VARONES	Rel. hetero	HSH	TV	UDI	Hemo / Transf	Otro	Desconocido	Total
País	2007-2009	47,1%	37,8%	2,0%	4,2%	0,1%	8,7%	11.690
	2013-2015*	43,2%	46,9%	1,0%	0,7%	0,0%	8,2%	9.357
AMBA	2007-2009	45,9%	38,9%	1,8%	5,6%	0,1%	7,7%	4.930
	2013-2015*	42,6%	48,5%	1,3%	0,5%	0,0%	7,0%	2.672
Centro	2007-2009	47,4%	37,7%	2,6%	4,4%	0,1%	7,8%	3.600
	2013-2015*	43,4%	44,1%	1,1%	1,3%	0,1%	10,0%	2.876
NOA	2007-2009	54,8%	37,5%	1,5%	1,6%	0,2%	4,4%	1.017
	2013-2015*	43,6%	50,3%	0,7%	0,4%	0,0%	4,9%	1.363
NEA	2007-2009	37,0%	28,1%	3,6%	0,6%	0,0%	30,7%	473
	2013-2015*	43,0%	47,1%	1,3%	0,3%	0,0%	8,4%	395
Cuyo	2007-2009	47,0%	44,0%	1,2%	2,4%	0,3%	5,0%	721
	2013-2015*	40,7%	53,7%	0,6%	0,4%	0,0%	4,7%	1.006
Patagonia	2007-2009	57,0%	25,8%	1,3%	2,0%	0,0%	13,5%	635
	2013-2015*	50,7%	37,4%	0,7%	0,1%	0,3%	10,8%	765

MUJERES	Rel. hetero	TV	UDI	Hemo / Transf	Otro	Desconocido	Total
País	2007-2009	3,6%	1,3%	0,3%	0,1%	6,7%	6.579
	2013-2015*	2,7%	0,2%	0,0%	0,0%	6,4%	4.491
AMBA	2007-2009	3,9%	1,5%	0,2%	0,1%	4,5%	2.798
	2013-2015*	4,1%	0,2%	0,0%	0,0%	7,6%	1.204
Centro	2007-2009	3,9%	1,8%	0,4%	0,1%	5,9%	1.974
	2013-2015*	2,7%	0,3%	0,0%	0,0%	7,0%	1.438
NOA	2007-2009	3,2%	0,5%	0,2%	0,0%	5,0%	599
	2013-2015*	2,5%	0,0%	0,0%	0,2%	3,6%	643
NEA	2007-2009	4,2%	0,0%	0,0%	0,3%	31,4%	360
	2013-2015*	3,0%	0,0%	0,0%	0,0%	10,4%	201
Cuyo	2007-2009	3,5%	1,3%	0,3%	0,0%	3,5%	317
	2013-2015*	1,3%	0,0%	0,0%	0,0%	4,2%	451
Patagonia	2007-2009	1,2%	0,7%	0,7%	0,0%	5,4%	410
	2013-2015*	1,1%	0,2%	0,0%	0,0%	5,5%	455

* Años no cerrados por retrasos en la notificación. FUENTE: Casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica específica en el período analizado.

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

Tabla 21: Vías de transmisión del VIH por sexo y provincia, Argentina (2007-2015)

VARONES		Rel. hetero	HSH	TV	UDI	Hemo / Transf	Otro	Desconocido	Total
País	2007-2009	47,1%	37,8%	2,0%	4,2%	0,1%	0,1%	8,7%	11.690
	2013-2015*	43,2%	46,9%	1,0%	0,7%	0,0%	0,0%	8,2%	9.357
Buenos Aires	2007-2009	54,4%	28,7%	3,5%	6,9%	0,1%	0,0%	6,4%	4.297
	2013-2015*	49,7%	36,9%	1,6%	1,2%	0,0%	0,0%	10,5%	2.529
CABA	2007-2009	36,1%	50,5%	0,3%	2,3%	0,0%	0,1%	10,6%	2.187
	2013-2015*	32,0%	60,8%	0,5%	0,2%	0,0%	0,0%	6,5%	1.305
Catamarca	2007-2009	53,2%	34,0%	2,1%	2,1%	0,0%	0,0%	8,5%	47
	2013-2015*	47,4%	46,3%	0,0%	2,1%	0,0%	0,0%	4,2%	95
Chaco	2007-2009	32,5%	49,6%	1,6%	0,0%	0,0%	0,0%	16,3%	123
	2013-2015*	31,9%	49,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	18,8%	69
Chubut	2007-2009	61,8%	13,9%	0,7%	2,1%	0,0%	0,7%	20,8%	144
	2013-2015*	44,7%	37,3%	0,7%	0,7%	0,0%	0,0%	16,7%	150
Córdoba	2007-2009	32,7%	57,8%	1,1%	2,3%	0,1%	0,0%	6,0%	1.179
	2013-2015*	34,8%	57,4%	1,0%	0,3%	0,0%	0,0%	6,5%	975
Corrientes	2007-2009	48,4%	35,5%	4,0%	0,0%	0,0%	0,0%	12,1%	124
	2013-2015*	47,2%	47,2%	1,9%	0,5%	0,0%	0,0%	3,3%	214
Entre Ríos	2007-2009	53,4%	32,4%	1,7%	0,6%	0,0%	0,0%	11,9%	176
	2013-2015*	45,0%	38,6%	1,8%	0,0%	0,0%	0,0%	14,5%	220
Formosa	2007-2009	48,5%	36,4%	0,0%	3,0%	0,0%	0,0%	12,1%	33
	2013-2015*	26,7%	56,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	16,7%	60
Jujuy	2007-2009	61,9%	27,4%	1,5%	0,5%	0,0%	0,5%	8,1%	197
	2013-2015*	51,6%	41,1%	1,6%	0,4%	0,0%	0,0%	5,4%	258
La Pampa	2007-2009	60,5%	30,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	9,3%	43
	2013-2015*	59,1%	31,2%	1,1%	0,0%	0,0%	0,0%	8,6%	93
La Rioja	2007-2009	64,0%	24,4%	3,5%	2,3%	0,0%	0,0%	5,8%	86
	2013-2015*	50,5%	48,5%	0,0%	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	97
Mendoza	2007-2009	44,6%	47,2%	1,0%	1,9%	0,5%	0,0%	4,8%	417
	2013-2015*	36,3%	59,6%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%	612
Misiones	2007-2009	30,6%	8,3%	5,2%	1,0%	0,0%	0,0%	54,9%	193
	2013-2015*	59,6%	32,7%	1,9%	0,0%	0,0%	0,0%	5,8%	52

* Años no cerrados por retrasos en la notificación. FUENTE: Casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica específica en el período analizado.

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

Tabla 21 (continuación): Vías de transmisión del VIH por sexo y provincia, Argentina (2007-2015)

VARONES	Rel. hetero	HSH	TV	UDI	Hemo / Transf	Otro	Desconocido	Total
Neuquén	2007-2009	33,5%	0,5%	3,2%	0,0%	0,0%	12,8%	188
	2013-2015*	38,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	7,6%	185
Río Negro	2007-2009	24,3%	2,7%	2,7%	0,0%	0,0%	7,4%	148
	2013-2015*	29,0%	1,2%	0,0%	0,0%	0,0%	9,3%	162
Salta	2007-2009	33,8%	2,0%	2,0%	0,0%	0,0%	2,3%	343
	2013-2015*	47,1%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	7,1%	467
San Juan	2007-2009	49,6%	0,0%	0,7%	0,0%	0,0%	5,0%	139
	2013-2015*	43,6%	0,6%	0,6%	0,0%	0,0%	7,8%	179
San Luis	2007-2009	38,0%	2,5%	7,6%	0,0%	1,3%	5,1%	79
	2013-2015*	42,4%	0,0%	1,7%	0,0%	0,0%	11,0%	118
Santa Cruz	2007-2009	20,0%	3,1%	0,0%	0,0%	1,5%	24,6%	65
	2013-2015*	39,6%	0,9%	0,0%	1,9%	0,0%	16,0%	106
Santa Fe	2007-2009	28,8%	1,7%	8,8%	0,1%	0,1%	8,4%	691
	2013-2015*	37,4%	1,3%	2,7%	0,2%	0,0%	6,0%	519
Santiago del Estero	2007-2009	22,7%	1,1%	3,4%	0,0%	0,0%	6,8%	88
	2013-2015*	48,6%	4,1%	0,0%	0,0%	0,0%	5,4%	74
Tierra del Fuego	2007-2009	40,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,1%	47
	2013-2015*	58,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,8%	69
Tucumán	2007-2009	51,2%	0,9%	1,2%	0,6%	0,0%	3,2%	342
	2013-2015*	59,7%	0,6%	0,4%	0,0%	0,0%	2,6%	469

* Años no cerrados por retrasos en la notificación. FUENTE: Casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica específica en el período analizado.

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

Tabla 21 (continuación): Vías de transmisión del VIH por sexo y provincia, Argentina (2007-2015)

MUJERES		Rel hetero	TV	UDI	Hemo / Transf	Otro	Desconocido	Total
País	2007-2009	87,9%	3,6%	1,3%	0,3%	0,1%	6,7%	6.579
	2013-2015*	90,6%	2,7%	0,2%	0,0%	0,0%	6,4%	4.491
Buenos Aires	2007-2009	88,1%	5,1%	1,7%	0,4%	0,2%	4,6%	3.120
	2013-2015*	87,5%	3,9%	0,1%	0,0%	0,0%	8,4%	1.468
CABA	2007-2009	90,7%	1,9%	1,0%	0,0%	0,0%	6,4%	734
	2013-2015*	89,0%	3,2%	0,3%	0,0%	0,0%	7,5%	347
Catamarca	2007-2009	93,1%	3,4%	0,0%	3,4%	0,0%	0,0%	29
	2013-2015*	94,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,3%	57
Chaco	2007-2009	94,9%	1,7%	0,0%	0,0%	0,0%	3,4%	59
	2013-2015*	94,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,9%	34
Chubut	2007-2009	89,7%	0,9%	0,9%	0,0%	0,0%	8,6%	116
	2013-2015*	89,9%	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	9,1%	99
Córdoba	2007-2009	89,7%	1,2%	0,5%	0,2%	0,0%	8,4%	417
	2013-2015*	92,1%	2,6%	0,0%	0,0%	0,0%	5,4%	428
Corrientes	2007-2009	84,3%	4,5%	0,0%	0,0%	1,1%	10,1%	89
	2013-2015*	88,8%	3,4%	0,0%	0,0%	0,0%	7,9%	89
Entre Ríos	2007-2009	92,1%	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	6,9%	101
	2013-2015*	95,5%	1,8%	0,0%	0,0%	0,0%	2,7%	112
Formosa	2007-2009	78,6%	7,1%	0,0%	0,0%	0,0%	14,3%	28
	2013-2015*	75,7%	8,1%	0,0%	0,0%	0,0%	16,2%	37
Jujuy	2007-2009	83,6%	6,6%	0,0%	0,0%	0,0%	9,8%	122
	2013-2015*	91,0%	4,5%	0,0%	0,0%	0,0%	4,5%	134
La Pampa	2007-2009	91,2%	2,9%	0,0%	0,0%	0,0%	5,9%	34
	2013-2015*	97,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,8%	71
La Rioja	2007-2009	96,9%	3,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	65
	2013-2015*	95,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,3%	70
Mendoza	2007-2009	92,2%	5,2%	0,6%	0,6%	0,0%	1,3%	154
	2013-2015*	96,3%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	2,9%	240
Misiones	2007-2009	42,4%	4,3%	0,0%	0,0%	0,0%	53,3%	184
	2013-2015*	85,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	14,6%	41

* Años no cerrados por retrasos en la notificación. FUENTE: Casos notificados a la DsVETS por ficha epidemiológica específica en el período analizado.

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

Tabla 21 (continuación): Vías de transmisión del VIH por sexo y provincia, Argentina (2007-2015)

MUJERES	Rel hetero	TV	UDI	Hemo / Transf	Otro	Desconocido	Total
Neuquén	2007-2009	2,1%	1,1%	1,1%	0,0%	2,1%	95
	2013-2015*	2,2%	0,0%	0,0%	0,0%	5,4%	93
Río Negro	2007-2009	0,0%	1,0%	1,0%	0,0%	3,1%	97
	2013-2015*	1,9%	0,0%	0,0%	0,0%	3,7%	107
Salta	2007-2009	2,5%	0,4%	0,0%	0,0%	7,2%	236
	2013-2015*	3,1%	0,0%	0,0%	0,4%	4,4%	226
San Juan	2007-2009	1,7%	1,7%	0,0%	0,0%	6,9%	58
	2013-2015*	5,5%	0,0%	0,0%	0,0%	4,1%	73
San Luis	2007-2009	0,0%	5,0%	0,0%	0,0%	12,5%	40
	2013-2015*	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	8,8%	68
Santa Cruz	2007-2009	0,0%	0,0%	2,2%	0,0%	8,7%	46
	2013-2015*	0,0%	1,7%	0,0%	0,0%	8,5%	59
Santa Fe	2007-2009	1,8%	3,5%	0,3%	0,0%	2,5%	400
	2013-2015*	2,4%	1,0%	0,0%	0,0%	5,6%	287
Santiago del Estero	2007-2009	2,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	78
	2013-2015*	3,4%	0,0%	0,0%	0,0%	3,4%	59
Tierra del Fuego	2007-2009	4,5%	0,0%	0,0%	0,0%	4,5%	22
	2013-2015*	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	26
Tucumán	2007-2009	1,5%	1,5%	0,0%	0,0%	0,7%	134
	2013-2015*	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	167

* Años no cerrados por retrasos en la notificación. **FUENTE:** Casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica específica en el período analizado.

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

Tabla 22: Vías de transmisión del VIH por sexo y región sanitaria de la provincia de Buenos Aires, Argentina (2007-2015)

VARONES	Rel. hetero	HSH	TV	UDI	Hemo / Transf	Otro	Desconocido	Total
Provincia de Buenos Aires	2007-2009	28,7%	3,5%	6,9%	0,1%	0,0%	6,4%	4.297
	2013-2015*	49,7%	1,6%	1,2%	0,0%	0,0%	10,5%	2.529
Región Sanitaria I	2007-2009	28,0%	6,7%	2,7%	0,0%	0,0%	6,7%	75
	2013-2015*	42,3%	0,0%	2,9%	0,7%	0,0%	12,4%	137
Región Sanitaria II	2007-2009	28,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	14
	2013-2015*	53,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	30,8%	13
Región Sanitaria III	2007-2009	31,4%	2,9%	2,9%	0,0%	0,0%	11,4%	35
	2013-2015*	64,5%	3,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	31
Región Sanitaria IV	2007-2009	23,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,3%	43
	2013-2015*	56,5%	2,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	46
Región Sanitaria V	2007-2009	35,5%	1,5%	5,6%	0,3%	0,0%	5,6%	735
	2013-2015*	46,9%	1,9%	0,5%	0,0%	0,3%	7,5%	375
Región Sanitaria VI	2007-2009	27,6%	3,9%	10,4%	0,0%	0,0%	4,8%	1.210
	2013-2015*	55,3%	2,8%	0,6%	0,0%	0,0%	7,1%	647
Región Sanitaria VII	2007-2009	31,9%	1,6%	6,0%	0,5%	0,0%	8,4%	570
	2013-2015*	49,8%	1,1%	0,4%	0,0%	0,0%	8,8%	283
Región Sanitaria VIII	2007-2009	22,9%	1,6%	3,1%	0,3%	0,0%	7,3%	385
	2013-2015*	50,8%	0,5%	1,5%	0,0%	0,0%	11,6%	199
Región Sanitaria IX	2007-2009	29,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	14,8%	27
	2013-2015*	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	30,0%	10
Región Sanitaria X	2007-2009	32,0%	0,0%	4,0%	0,0%	0,0%	16,0%	25
	2013-2015*	38,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	16,7%	18
Región Sanitaria XI	2007-2009	32,9%	11,5%	7,7%	0,0%	0,0%	4,2%	313
	2013-2015*	40,9%	0,4%	3,9%	0,0%	0,0%	19,7%	279
Región Sanitaria XII	2007-2009	22,5%	4,6%	7,9%	0,0%	0,0%	4,6%	457
	2013-2015*	58,7%	2,4%	1,8%	0,0%	0,0%	7,2%	167

* Años no cerrados por retrasos en la notificación. FUENTE: Casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica específica en el período analizado.

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

Tabla 22 (continuación): Vías de transmisión del VIH por sexo y región sanitaria de la provincia de Buenos Aires, Argentina (2007-2015)

MUJERES		Rel. hetero	TV	UDI	Hemo / Transf	Otro	Desconocido	Total
Provincia de Buenos Aires	2007-2009	88,1%	5,1%	1,7%	0,4%	0,2%	4,6%	3.120
	2013-2015*	87,5%	3,9%	0,1%	0,0%	0,0%	8,4%	1.468
Región Sanitaria I	2007-2009	93,1%	0,0%	1,7%	0,0%	0,0%	5,2%	58
	2013-2015*	95,1%	1,6%	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%	61
Región Sanitaria II	2007-2009	60,0%	30,0%	0,0%	0,0%	0,0%	10,0%	10
	2013-2015*	60,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	40,0%	5
Región Sanitaria III	2007-2009	92,6%	7,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	27
	2013-2015*	96,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,7%	27
Región Sanitaria IV	2007-2009	73,5%	11,8%	2,9%	2,9%	0,0%	8,8%	34
	2013-2015*	95,7%	4,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	23
Región Sanitaria V	2007-2009	89,0%	5,8%	1,0%	0,6%	0,2%	3,3%	480
	2013-2015*	86,9%	4,5%	0,0%	0,0%	0,0%	8,5%	199
Región Sanitaria VI	2007-2009	88,7%	5,2%	2,4%	0,0%	0,2%	3,5%	931
	2013-2015*	86,6%	3,6%	0,0%	0,0%	0,0%	9,7%	411
Región Sanitaria VII	2007-2009	87,0%	2,1%	1,2%	0,5%	0,5%	8,8%	422
	2013-2015*	93,7%	2,1%	0,0%	0,0%	0,0%	4,2%	142
Región Sanitaria VIII	2007-2009	92,8%	2,3%	1,5%	0,0%	0,0%	3,4%	264
	2013-2015*	90,3%	0,8%	0,8%	0,0%	0,0%	8,1%	124
Región Sanitaria IX	2007-2009	92,3%	0,0%	7,7%	0,0%	0,0%	0,0%	13
	2013-2015*	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4
Región Sanitaria X	2007-2009	88,9%	5,6%	0,0%	0,0%	0,0%	5,6%	18
	2013-2015*	70,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	30,0%	10
Región Sanitaria XI	2007-2009	76,9%	14,9%	2,3%	1,8%	0,0%	4,1%	221
	2013-2015*	78,6%	6,9%	0,0%	0,0%	0,0%	14,5%	131
Región Sanitaria XII	2007-2009	91,3%	4,5%	1,6%	0,3%	0,0%	2,4%	381
	2013-2015*	89,2%	7,2%	0,6%	0,0%	0,0%	3,0%	167

* Años no cerrados por retrasos en la notificación. FUENTE: Casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica específica en el período analizado.

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

Tabla 23: Estadio clínico al momento del diagnóstico de VIH según sexo y provincia, Argentina (2012-2015*)

	VARONES			MUJERES		
	Temprano	Tardío	Desconocido	Temprano	Tardío	Desconocido
País	6.180	3.185	692	3.531	1.106	264
	61,4%	31,7%	6,9%	72,0%	22,6%	5,4%
Buenos Aires	55,5%	36,2%	8,3%	69,8%	24,3%	5,9%
CABA	64,2%	23,6%	12,2%	71,5%	22,2%	6,3%
Catamarca	48,9%	47,8%	3,3%	73,6%	22,6%	3,8%
Chaco	64,2%	26,4%	9,4%	77,8%	11,1%	11,1%
Chubut	63,5%	30,8%	5,8%	76,1%	18,5%	5,4%
Córdoba	66,9%	29,1%	4,0%	71,2%	23,4%	5,5%
Corrientes	50,9%	44,9%	4,2%	63,8%	33,0%	3,2%
Entre Ríos	64,1%	31,1%	4,9%	89,3%	9,1%	1,7%
Formosa	48,4%	37,1%	14,5%	51,5%	18,2%	30,3%
Jujuy	41,5%	50,4%	8,1%	59,4%	31,5%	9,1%
La Pampa	51,1%	37,2%	11,7%	73,3%	20,0%	6,7%
La Rioja	85,9%	14,1%	0,0%	88,9%	9,7%	1,4%
Mendoza	69,7%	29,0%	1,3%	79,2%	19,4%	1,4%
Misiones	71,4%	27,0%	1,6%	73,2%	21,4%	5,4%
Neuquén	70,0%	24,7%	5,3%	77,6%	16,5%	5,9%
Río Negro	61,0%	35,5%	3,5%	75,9%	21,4%	2,7%
Salta	54,6%	38,1%	7,3%	66,5%	28,6%	4,8%
San Juan	55,0%	34,2%	10,7%	69,9%	19,2%	11,0%
San Luis	64,0%	30,7%	5,3%	80,3%	14,1%	5,6%
Santa Cruz	62,6%	32,3%	5,1%	72,0%	18,0%	10,0%
Santa Fe	63,2%	33,3%	3,6%	70,8%	24,6%	4,6%
Santiago del Estero	61,4%	38,6%	0,0%	80,0%	20,0%	0,0%
Tierra del Fuego	77,6%	19,4%	3,0%	72,0%	28,0%	0,0%
Tucumán	78,6%	20,3%	1,1%	87,0%	11,9%	1,1%
Desconocido	59,0%	30,2%	10,8%	64,7%	27,6%	7,8%

* Años no cerrados por retrasos en la notificación.

FUENTE: Casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica específica. N = 14.958.

Tabla 24: Estadio clínico al momento del diagnóstico de VIH según sexo y región, Argentina (2012-2015*)

	VARONES			MUJERES		
	Temprano	Tardío	Desconocido	Temprano	Tardío	Desconocido
País	6.180	3.185	692	3.531	1.106	264
	61,4%	31,7%	6,9%	72,0%	22,6%	5,4%
AMBA	60,3%	29,5%	10,2%	70,6%	23,7%	5,7%
Centro	60,8%	33,4%	5,8%	71,7%	22,9%	5,4%
NOA	61,3%	34,3%	4,5%	72,3%	23,5%	4,2%
NEA	55,6%	38,3%	6,1%	66,2%	24,8%	9,0%
Cuyo	68,4%	28,5%	3,1%	79,4%	16,9%	3,7%
Patagonia	64,0%	30,5%	5,5%	75,2%	19,6%	5,2%
Desconocido	59,0%	30,2%	10,8%	64,7%	27,6%	7,8%

* Años no cerrados por retrasos en la notificación.

FUENTE: Casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica específica. N = 14.958.

Tabla 25: **Estadio clínico al momento del diagnóstico de VIH según sexo y región sanitaria de la provincia de Buenos Aires, Argentina (2012-2015*)**

	VARONES			MUJERES		
	Temprano	Tardío	Desconocido	Temprano	Tardío	Desconocido
Provincia de Buenos Aires	1.594	1.038	238	1.169	406	99
	55,5%	36,2%	8,3%	69,8%	24,3%	5,9%
Región sanitaria I	66,3%	32,5%	1,2%	80,3%	16,4%	3,3%
Región sanitaria II	69,2%	30,8%	0,0%	60,0%	20,0%	20,0%
Región sanitaria III	59,5%	35,1%	5,4%	73,1%	26,9%	0,0%
Región sanitaria IV	45,1%	43,1%	11,8%	64,5%	35,5%	0,0%
Región sanitaria V	57,1%	31,8%	11,1%	65,0%	24,2%	10,8%
Región sanitaria VI	54,8%	38,0%	7,2%	72,4%	23,0%	4,6%
Región sanitaria VII	59,5%	32,8%	7,7%	66,7%	25,5%	7,8%
Región sanitaria VIII	54,5%	35,5%	10,0%	76,0%	18,5%	5,5%
Región sanitaria IX	41,7%	41,7%	16,7%	50,0%	25,0%	25,0%
Región sanitaria X	53,8%	42,3%	3,8%	57,1%	28,6%	14,3%
Región sanitaria XI	51,0%	39,9%	9,0%	66,9%	27,0%	6,1%
Región sanitaria XII	56,0%	37,0%	6,9%	72,4%	26,6%	1,0%

* Años no cerrados por retrasos en la notificación.

FUENTE: Casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica específica. N = 4.544.

Tabla 26: Tasas brutas de mortalidad por sida por 100.000 habitantes y por provincia, (2004-2014)

Provincia	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
País	3,7	3,4	3,6	3,6	3,5	3,4	3,2	3,1	3,4	3,4	3,5
Buenos Aires	5,5	4,9	5,3	5,0	4,7	4,6	4,0	3,9	4,3	4,2	4,4
CABA	7,5	6,4	6,8	7,3	6,6	6,0	4,6	4,2	3,7	4,9	4,5
Catamarca	1,7	1,4	0,5	1,8	1,3	1,3	0,0	0,8	1,3	2,1	2,8
Córdoba	1,4	1,8	1,7	2,0	1,9	1,8	1,9	1,7	1,9	1,9	1,8
Corrientes	2,4	1,7	1,8	1,9	2,4	1,5	1,7	2,8	2,4	2,2	3,2
Chaco	1,4	1,1	0,4	1,1	0,7	1,1	2,1	0,9	2,0	1,5	1,7
Chubut	4,1	3,8	2,4	3,1	3,5	4,9	3,3	2,1	3,2	3,8	1,4
Entre Ríos	1,8	1,6	2,3	1,6	1,3	1,6	1,9	2,0	1,6	2,4	1,6
Formosa	1,0	0,6	0,2	1,7	1,1	2,2	2,0	2,5	3,7	1,1	1,7
Jujuy	2,2	2,6	1,8	3,0	4,3	2,9	4,0	4,2	6,1	6,1	4,0
La Pampa	0,9	0,3	0,6	1,8	0,9	1,8	0,9	0,9	1,5	0,6	1,2
La Rioja	1,0	0,3	3,2	0,9	0,0	0,6	3,2	1,4	0,9	0,0	0,8
Mendoza	0,8	1,3	1,7	1,3	2,3	1,9	2,0	2,3	2,6	2,2	2,3
Misiones	3,2	2,2	3,2	2,3	1,8	3,0	2,6	2,8	3,9	3,3	4,0
Neuquén	2,1	3,3	3,0	3,0	1,6	2,9	2,6	2,9	3,6	2,5	1,5
Río Negro	1,0	0,7	1,4	0,8	2,8	2,3	2,5	1,4	1,8	1,6	3,0
Salta	3,8	3,7	3,1	3,6	6,0	4,3	6,5	7,4	8,1	7,1	7,8
San Juan	0,5	1,4	1,0	1,0	1,9	2,6	1,3	0,9	1,1	1,5	2,7
San Luis	2,0	1,7	2,9	2,8	1,6	2,9	2,0	3,8	2,6	3,7	2,1
Santa Cruz	1,0	0,0	0,5	1,8	2,2	0,4	2,9	1,8	2,4	1,3	1,6
Santa Fe	2,9	2,6	2,5	2,6	2,4	3,1	2,6	2,5	2,9	2,6	3,4
Santiago del Estero	1,0	1,7	0,9	1,5	1,0	1,8	1,3	1,2	1,6	1,7	0,9
Tucumán	1,6	1,3	1,8	1,7	1,6	1,7	1,8	1,6	2,2	2,7	1,5
Tierra del Fuego	2,7	2,6	2,5	0,8	4,0	3,1	7,6	1,5	2,9	2,1	3,4

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

Tabla 27: Tasas brutas de mortalidad por sida por 100.000 habitantes según sexo y por provincia, (2003-2014)

VARONES	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
País	5,5	4,9	5,2	5,0	5,0	4,9	4,5	4,4	4,9	4,9	4,7
Buenos Aires	8,1	6,9	7,2	7,1	6,7	6,4	5,5	5,3	5,7	5,7	5,7
CABA	13,2	9,7	11,2	11,5	11,6	9,0	7,2	6,8	5,9	8,0	7,1
Catamarca	2,2	1,6	0,5	1,0	2,1	1,5	0,0	1,6	2,1	3,1	4,1
Córdoba	1,9	3,1	3,1	2,7	2,9	2,8	2,7	2,7	2,8	2,9	2,2
Corrientes	3,3	2,7	2,8	2,8	2,8	2,0	2,4	4,5	3,1	3,1	4,0
Chaco	2,0	1,6	0,4	1,5	1,1	1,9	3,2	0,9	3,7	2,4	2,1
Chubut	6,3	4,9	2,7	3,5	3,0	7,7	2,7	2,7	4,5	4,8	2,2
Entre Ríos	2,7	2,2	4,0	1,5	1,5	2,9	2,6	3,4	2,7	2,8	1,6
Formosa	0,4	0,4	0,0	2,6	1,1	2,9	3,6	2,9	5,7	1,8	2,4
Jujuy	3,1	4,0	3,7	3,9	7,1	4,4	5,0	6,4	9,3	8,8	4,8
La Pampa	1,3	0,6	1,2	2,4	1,8	3,6	1,2	1,2	1,8	1,2	1,8
La Rioja	0,7	0,7	5,4	0,6	0,0	0,0	5,9	1,7	1,7	0,0	0,6
Mendoza	1,2	2,1	2,9	1,9	3,9	3,3	3,0	3,9	4,1	3,4	3,6
Misiones	4,3	2,1	4,6	2,1	2,4	4,0	3,1	3,4	6,5	4,1	5,8
Neuquén	2,7	4,2	5,7	4,1	2,6	5,1	3,5	4,5	6,5	4,0	3,0
Río Negro	1,7	1,4	2,0	1,7	4,7	3,3	3,7	1,5	2,7	2,7	4,4
Salta	4,6	5,9	5,4	5,8	8,2	6,5	9,6	9,6	11,7	11,2	10,5
San Juan	0,9	2,4	1,8	1,5	2,9	4,3	2,0	1,2	2,3	2,0	3,9
San Luis	2,0	2,4	5,2	4,7	2,7	3,6	3,6	4,9	3,5	5,2	4,3
Santa Cruz	1,9	0,0	0,9	2,7	3,5	0,0	2,8	2,1	4,0	2,6	3,1
Santa Fe	4,2	4,1	3,7	4,1	2,7	3,9	3,9	4,2	4,2	4,1	4,8
Santiago del Estero	1,7	2,4	1,6	1,4	1,4	2,7	1,6	1,8	2,0	2,4	0,9
Tucumán	2,6	1,8	2,7	2,4	2,3	2,0	3,0	2,3	2,9	4,6	1,8
Tierra del Fuego	5,2	1,7	1,6	1,6	4,7	3,0	14,9	1,4	2,8	2,7	4,0

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

Tabla 28: Tasas brutas de mortalidad por sida por 100.000 habitantes según sexo y por provincia, (2004-2014)

MUJERES	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
País	2,0	1,9	1,9	2,1	1,9	2,1	1,9	1,8	2,0	1,9	2,3
Buenos Aires	3,0	2,9	3,4	3,1	2,7	2,9	2,6	2,5	2,9	2,7	3,1
CABA	2,6	3,5	3,1	3,6	2,4	3,4	2,4	1,9	1,7	2,2	2,3
Catamarca	1,1	1,1	0,5	2,6	0,5	1,0	0,0	0,0	0,5	1,0	1,5
Córdoba	1,0	0,5	0,4	1,2	0,9	0,9	1,0	0,7	1,0	1,0	1,3
Corrientes	1,4	0,8	0,8	1,0	2,0	1,0	1,0	1,2	1,7	1,3	2,4
Chaco	0,8	0,6	0,4	0,6	0,2	0,4	1,1	0,9	0,4	0,7	1,2
Chubut	1,8	2,7	2,2	2,6	3,9	2,1	3,9	1,5	1,9	2,9	0,7
Entre Ríos	1,0	1,0	0,6	1,7	1,1	0,3	1,2	0,6	0,6	2,0	1,6
Formosa	1,6	0,8	0,4	0,8	1,1	1,5	0,4	2,1	1,8	0,4	1,0
Jujuy	1,2	1,2	0,0	2,1	1,5	1,4	2,9	2,0	3,1	3,3	3,3
La Pampa	0,6	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	0,6	0,6	1,2	0,0	0,6
La Rioja	1,3	0,0	1,2	1,2	0,0	1,2	0,6	1,1	0,0	0,0	1,1
Mendoza	0,4	0,5	0,5	0,7	0,7	0,7	1,1	0,9	1,2	1,0	1,1
Misiones	2,0	2,4	1,7	2,5	1,1	2,0	2,2	2,3	1,4	2,4	2,2
Neuquén	1,6	2,3	0,4	1,9	0,7	0,7	1,7	1,4	0,7	1,0	0,0
Río Negro	0,3	0,0	0,7	0,0	1,0	1,3	1,2	1,2	0,9	0,6	1,7
Salta	3,0	1,5	0,8	1,3	3,9	2,2	3,4	5,2	4,5	3,1	5,3
San Juan	0,0	0,3	0,3	0,6	0,9	0,8	0,6	0,6	0,0	1,1	1,4
San Luis	2,0	1,0	0,5	0,9	0,5	2,2	0,4	2,6	1,7	2,1	0,0
Santa Cruz	0,0	0,0	0,0	0,9	0,9	0,9	3,0	1,4	0,7	0,0	0,0
Santa Fe	1,8	1,2	1,3	1,2	2,0	2,3	1,4	0,9	1,6	1,3	2,0
Santiago del Estero	0,2	1,0	0,2	1,7	0,7	0,9	0,9	0,7	1,1	0,9	0,9
Tucumán	0,7	0,8	1,0	1,1	0,8	1,3	0,7	0,9	1,4	0,9	1,1
Tierra del Fuego	0,0	3,5	3,4	0,0	3,2	3,1	0,0	1,5	2,9	1,4	2,8

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

Tabla 29: Transferencia de medicamentos, reactivos y material preventivo a las provincias, Argentina (2015)

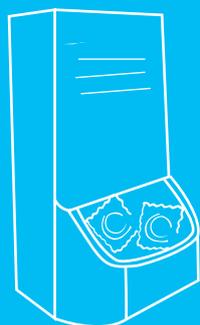
Jurisdicción	Medicamentos		Reactivos para diagnóstico de VIH, ITS y hepatitis virales		Reactivos para seguimiento de personas en atención por VIH y hepatitis virales		Leche de inicio para prevenir la transmisión vertical del VIH	
	Unidades	Pesos	Unidades	Pesos	Unidades	Pesos	Unidades	Pesos
Buenos Aires	15.808.792	\$262170619,58	620.084	11198653,04	33.951	10200973,71	12.139	495324,00
CABA	13.281.564	\$268458262,34	2.875	80541,25	26.007	8190296,70	5.977	256500,00
Catamarca	216.356	\$2816956,94	64.264	1572859,75	415	129399,64	251	10236,00
Chaco	501.048	\$9295256,67	173.715	3261570,86	512	99419,84	353	15252,00
Chubut	648.100	\$10073695,55	98.548	2032123,51	786	342323,40	134	5256,00
Córdoba	3.618.999	\$57451166,36	148.479	3455318,97	9.106	2576303,48	2.351	91560,00
Corrientes	523.391	\$9879571,59	156.276	2450534,04	599	188327,16	281	11412,00
Entre Ríos	879.857	\$15112195,62	140.613	2725022,67	1.045	268224,05	506	20472,00
Formosa	197.052	\$3097373,09	98.995	1786154,24	609	186624,66	186	8232,00
Jujuy	537.311	\$8569027,39	129.821	2162486,06	1.155	313861,27	608	25800,00
La Pampa	214.480	\$2900834,03	27.496	490160,28	379	109256,62	374	14904,00
La Rioja	329.765	\$5163136,28	42.422	917041,39	510	124972,78	293	12936,00
Mendoza	1.574.481	\$23856333,16	55.395	1323655,45	2.871	894089,76	1.712	74808,00
Misiones	734.922	\$9638874,98	209.099	3683566,34	2.615	685227,85	187	8232,00
Neuquén	537.066	\$10320370,72	128.333	1934750,79	1.054	284892,98	347	13104,00
Río Negro	354.959	\$8276451,80	83.959	1698201,04	1.045	266857,92	720	31752,00
Salta	1.340.857	\$16287753,97	272.955	3667842,69	3.856	842307,39	1.253	49968,00
San Juan	396.453	\$7955512,62	78.280	1851139,07	1.604	376686,63	226	8436,00
San Luis	251.698	\$6383872,45	95.987	1964022,63	759	270230,76	400	16704,00
Santa Cruz	120.172	\$2981349,00	34.575	728886,79	479	126561,64	107	4704,00
Santa Fe	4.389.223	\$77454884,05	522.995	8463404,17	9.534	2581364,58	2.641	104568,00
Santiago del Estero	475.250	\$8428753,82	43.338	1025530,96	686	182526,88	480	20856,00
Tierra del Fuego	101.729	\$1785583,23	29.682	685584,44	538	129441,79	80	3528,00
Tucumán	774.073	\$18343632,78	113.731	2271290,64	2.162	542319,13	1.334	52404,00
Ministerio de Salud*	2.188.028	\$39.093.820,53	61.697	1.549.801,25	0	1.640.611,92	0	49.392
Total	49.995.626	\$885.795.289	3.433.614	62.980.142,32	108.772	31.553.102,54	34.038	1.406.340,00

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

	Geles lubricantes		Preservativos		Folletos		Material educativo		Total de transferencias
	Unidades	Pesos	Unidades	Pesos	Unidades	Pesos	Unidades	Pesos	Pesos
	3.028.164	1069831,37	11.318.400	9423918,00	410.235	4328822,17	5.590	93205,67	298981347,53
	488.797	162530,88	2.658.752	1836276,63	730.250	215335,39	18.359	149676,23	279349419,42
	57.514	21155,70	211.200	185507,52	20.550	2353,00	374	3568,00	4742036,55
	114.360	42066,18	420.480	369328,61	0	0,00	38	441,54	13083335,70
	219.744	80830,63	897.120	787985,35	20.900	1588,00	140	1957,22	13325759,66
	821.248	302087,86	3.212.640	2821822,34	14.600	17974,00	242	5722,22	66721955,24
	217.860	79968,57	817.920	716526,36	11.450	1291,50	133	1215,78	13328847,00
	275.720	99918,12	1.144.800	992910,60	35.250	3691,00	482	5858,53	19228292,59
	36.056	13262,84	132.480	116363,81	0	0,00	27	297,24	5208307,88
	97.100	34590,22	388.800	328878,00	8.500	1007,00	244	3421,16	11439071,10
	144	52,97	4.320	3794,47	21.378	1650,44	281	8093,58	3528746,39
	30.960	11388,33	115.200	101185,92	0	0,00	39	1012,24	6331672,94
	163.260	59997,21	659.520	578658,17	10.280	4950,35	1.153	16295,78	26808787,87
	163.424	60113,88	617.760	542609,50	6.800	802,00	131	2957,59	14622384,14
	64.464	23712,44	306.720	269407,51	5.500	600,00	30	323,12	12847161,56
	227.440	83661,53	856.800	752570,28	13.700	1557,00	153	1429,34	11112480,91
	247.996	91222,85	944.640	829724,54	36.450	5007,00	232	5339,80	21779166,24
	61.104	22476,50	205.920	180869,83	18.650	1328,00	220	5802,10	10402250,75
	201.340	74060,91	684.000	600791,40	200	0,00	67	799,24	9310481,39
	64.564	23749,22	241.920	212490,43	1.900	230,00	155	3997,16	4081968,24
	907.064	333654,42	3.481.920	3058344,43	27.700	3112,00	480	7323,87	92006655,52
	130.080	47848,63	485.280	426245,69	0	0,00	30	323,12	10132085,10
	4.320	1589,07	129.600	113834,16	2.400	230,00	68	818,04	2720608,73
	214.940	79063,53	820.800	720949,68	3.900	423,00	152	2834,22	22012916,98
	0,00	0	0	0	0	0	0	0	42.333.625,70
	7.837.662	2.818.833,86	30.756.992	25.970.993,24	1.400.593	4.591.951,85	28.820	322.712,79	1.015.439.365,14

Catálogo de materiales 2016

1. Materiales gráficos
2. Materiales digitales
3. Herramientas para equipos de salud y educación
4. Guías y otras publicaciones
5. Boletines epidemiológicos y síntesis del boletín



1. Materiales gráficos

➔ PREVENCIÓN

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

Folleto "VIH ¿Qué hay que saber?"



Folleto "ITS ¿Qué hay que saber?"



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



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



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



Calco preservativo



Afiche preservativo



Afiche embarazo



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



Volante "Salud para Incluir"



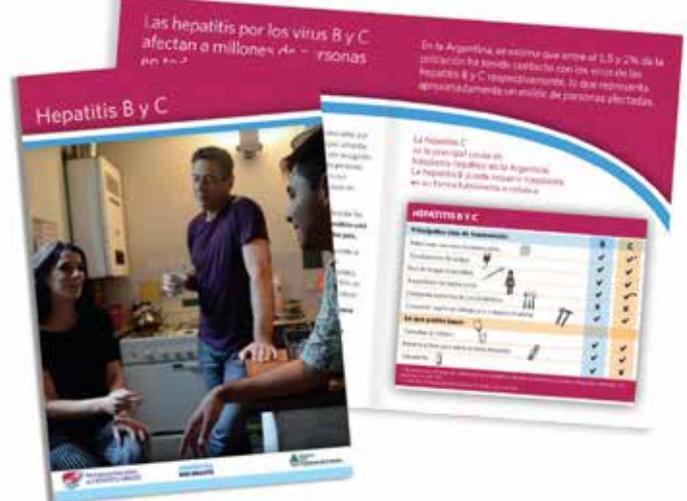
HEPATITIS

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

Folleto "El ABC de las hepatitis"



Folleto "Hepatitis By C"



Serie de volantes sobre las hepatitis virales



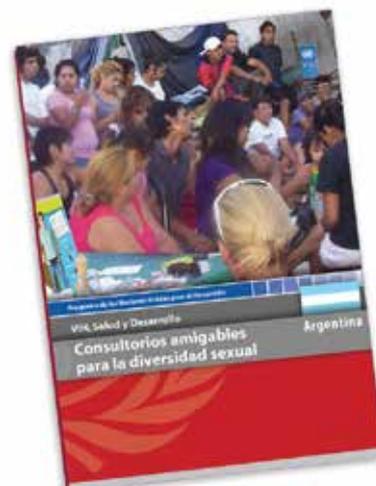
➔ DIVERSIDAD SEXUAL

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

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



Consultorios amigables para la diversidad sexual



Volante "Diferentes somos todos. Los derechos son los mismos"



Afiche "Diferentes somos todos. Los derechos son los mismos"



Calco flúo para dispenser de preservativos



PERSONAS CON VIH

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

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



Guía "Vivir en positivo"



Guía de tratamiento



Folleto "VIH. ¿Estás en tratamiento?"



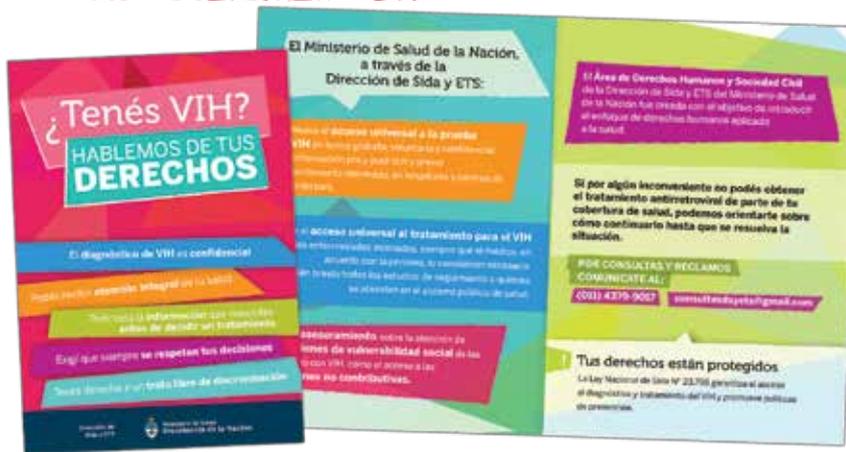
Folleto "Cuidados para tu bebé"



DERECHOS HUMANOS Y SOCIEDAD CIVIL

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

Folleto "¿Tenés VIH? Hablemos de tus derechos"



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



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



2. Materiales digitales

Disponibles en    /direcciondesida

➔ CONOCÉ LAS ITS

Serie de flyers sobre infecciones de transmisión sexual: qué son, cómo se transmiten y cómo se tratan.



➔ DERRIBEMOS ALGUNOS MITOS

El objetivo de estos materiales es revisar frases y conceptos incorrectos vinculados con el VIH y el sida que generan estigma y discriminación.



➔ HABLEMOS BIEN

Serie de flyers con los que se busca difundir la terminología adecuada para referirse a temas vinculados con el VIH y sida.



➔ USO DEL PRESERVATIVO

Materiales destinados a adolescentes en los que se explica el uso correcto del preservativo y cómo se transmite el VIH.



→ INFOGRAFÍAS

Destinadas a explicar de un modo directo y simple a través de diferentes temáticas vinculadas con el VIH y el sida y los derechos de las personas que viven con la enfermedad.

The image displays nine infographics arranged in a collage. Each infographic is a small, colorful poster with text, illustrations, and icons. The topics covered include:

- ALGUNAS FORMAS EN LAS QUE NO SE TRANSMITE EL VIH:** Explains that HIV is not transmitted through dog bites, mosquito bites, contact sports like football or rugby, or sharing a drink with someone with HIV.
- 5 RAZONES PARA HACERTE EL TEST DE VIH:** Lists reasons such as knowing one's status, the test being the only way to detect it, and the availability of free treatment.
- ¿TENÉS VIH? TRABAJAR DIGNAMENTE ES TU DERECHO:** Discusses labor rights for people with HIV, including the right to work in the same conditions as colleagues and to receive the same benefits.
- ¿QUÉ ES EL PERÍODO VENTAJA?:** Explains the 'window period' when HIV tests may not yet detect the virus, advising on when to get tested.
- IDEAS PARA LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE VIH:** Offers tips like using reminders, exercising, and consulting a doctor to stay on track with medication.
- CÓMO SE TRANSMITE EL VIH:** Details transmission routes such as blood, sexual contact, and sharing needles.
- EL CAMPO DE LÁTEX:** Describes the use of latex condoms for oral, vaginal, and anal sex to prevent HIV and other STIs.
- CUATRO PASOS PARA USAR CORRECTAMENTE EL PRESERVATIVO:** Provides a step-by-step guide on how to use a condom correctly.
- ¿TENÉS VIH Y FUISTE MAMÁ?:** Addresses the safety of breastfeeding for mothers with HIV, noting that breast milk can transmit the virus.

 Each infographic includes the 'Ejeci Saber' logo and the contact number 0800 3333 444 for further information.

3. Herramientas para equipos de salud y educación

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

Maletín preventivo



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

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



4. Guías y otras publicaciones

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



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



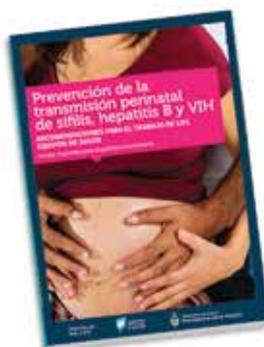
Guías para la atención integral de mujeres con infección por VIH



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



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



Atención integral de niños, niñas y adolescentes con VIH



Guía básica sobre diversidad sexual



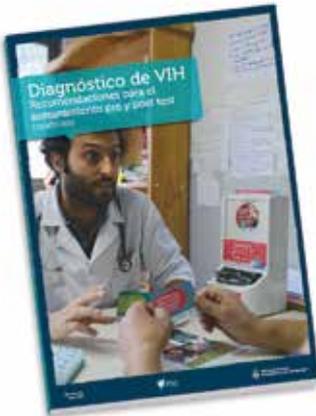
Relaciones sexuales anales. Conceptos y recomendaciones para equipos de salud



Atención de la salud integral de las personas trans. Recomendaciones para equipos de salud



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



Propuesta de nuevos algoritmos
para el diagnóstico de VIH



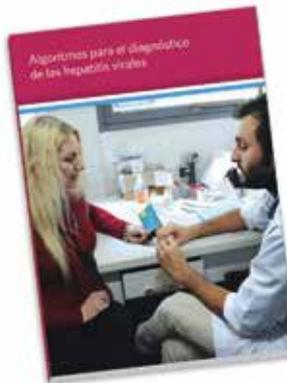
Recomendaciones para la
implementación de test rápidos
en el diagnóstico de VIH



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



Algoritmos para el diagnóstico
de las hepatitis virales



Vigilancia epidemiológica de
las infecciones de transmisión
sexual (ITS)



Prevención del VIH y otras ITS.
Líneas estratégicas, actividades, gestión
y recursos



Cómo comunicar sobre
VIH y sida



5. Boletín y síntesis epidemiológica

➔ Publicación anual de la Dirección de Sida y ETS que resume las principales estadísticas sobre VIH y otras infecciones de transmisión sexual en Argentina. Además, los indicadores de gestión sobre los ejes estratégicos en los que la Dirección basa su trabajo.

Boletín sobre VIH, sida e ITS



Síntesis del Boletín sobre VIH, sida e ITS

100.000,
5
onas
en VIH

Diagnósticos tardíos

Diagnósticos que se realizan en una etapa avanzada de la infección
Sobre la tasa cada 100.000 habitantes, 2012-2015

En el país



Por región



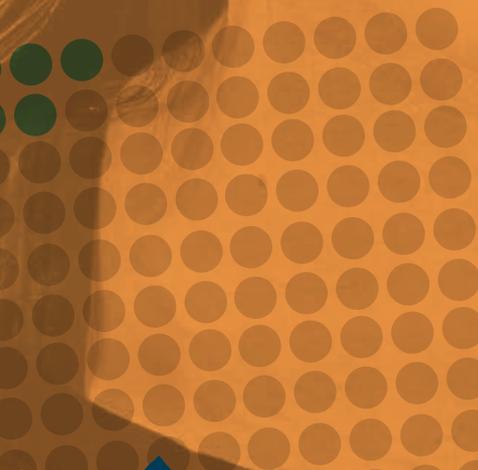
El promedio diagnóstico

na, 2013-2015

32 años

Mujeres

de cada 100
bebés de madres
con VIH



Defunciones por sida

En porcentaje



3,4 ambos