

Boletín sobre el VIH-sida Nº 29 en la Argentina AÑO XV - DICIEMBRE DE 2012



**DIAGNÓSTICO
RECURSOS PREVENTIVOS
TRATAMIENTO INCLUSIÓN**

Presidenta de la Nación

Dra. Cristina Fernández de Kirchner

Ministro de Salud

Dr. Juan Luis Manzur

Secretario de Promoción y Programas Sanitarios

Dr. Máximo Andrés Diosque

Subsecretaría de Promoción y Control de Riesgos

Dra. Marina Kosacoff

Director de Sida y ETS

Dr. Carlos Falistocco

Área de Estudios e Investigaciones

Ariel Adaszko

Vanesa Kaynar

Valeria Levite

Patricia Angeleri

Andrea Ayma

Sergio Gerez

Consultoras en las áreas de monitoreo

Adriana Durán

Área de Comunicación

Martín Iglesias

Guadalupe Iglesias

Lucía Deluca

Mariana Isasi

Manuel Díaz

Andrea Perner

Diseño y diagramación: **Carolina Berdiñas**

BOLETÍN SOBRE EL VIH-SIDA EN LA ARGENTINA

Abreviaturas

AMBA	Área Metropolitana de Buenos Aires
ARV	Antirretroviral
CABA	Ciudad Autónoma de Buenos Aires
CEPAT	Centro de Prevención, Asesoramiento y Testeo
CDC	Sigla en inglés del Centro para el Control de Enfermedades, Estados Unidos
CIA	Ensayo de quimioluminiscencia
CV	Carga viral
DEIS	Dirección de Estadística e Información en Salud, Ministerio de Salud
DSyETS	Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual, Ministerio de Salud
EIA o EIE	Enzimoimmunoanálisis o enzimoimmunoensayo
ELISA	Enzyme Linked Immuno Sorbent Asssay (Ensayo inmunoabsorbente vinculado a enzimas)
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual
FDA	Sigla en inglés de la Administración de Drogas y Alimentos, Estados Unidos
GBA	Gran Buenos Aires
GTB	Gay, trans y bisexual
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
IAT	Indicadores de Alerta Temprana
INDEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LGBTTTIQ	Lesbianas, gays, bisexuales, travestis, transgéneros, transexuales, intersexuales, queer
NEA	Noreste Argentino
NOA	Noroeste Argentino
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-sida
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización no Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSC	Organización de la sociedad civil
PCR	Reacción en cadena de la polimerasa
PF	Preservativo femenino
PM	Preservativo masculino
PPL	Personas privadas de la libertad
PVIH	Personas con VIH
SAP	Sociedad Argentina de Pediatría
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SNVS	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud
TARV	Tratamiento antirretroviral
TB o TBC	Tuberculosis
TR	Test rápido
TS	Trabajadoras sexuales
Trans	Término que refiere a personas travestis, transexuales y transgéneros
UBA	Universidad de Buenos Aires
UNICEF	Sigla en inglés del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
UNFPA	Sigla en inglés del Fondo de Población de las Naciones Unidas
VHB	Virus de la hepatitis B
VHC	Virus de la hepatitis C
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
WB	Western Blot

Índice

Introducción	4
El VIH en la Argentina hoy	6
Resumen de indicadores epidemiológicos de VIH-sida	12
Notificaciones de VIH y sida	13
Análisis de tasas	13
Variables epidemiológicas	17
Diagnóstico tardío	24
Transmisión vertical del VIH	27
Modificación del sistema de codificación de las personas con VIH	31
Mortalidad por sida	33
Estimación de huérfanos maternos por sida en la Argentina	36
Mujeres, sexualidad, cuidados y VIH-sida. Prácticas y significados en torno al uso del preservativo femenino en Argentina	38
Mujeres con diagnóstico reciente de VIH	43
Nuevos algoritmos diagnósticos de VIH	46
Situación en relación a la efectividad de los tratamientos antirretrovirales	53
Políticas y estrategias de comunicación de la DSyETS	55
Indicadores de gestión	57
Nuevo Programa Nacional de Control de Hepatitis Virales	65
Anexo	66

Introducción

En el año 2012 se cumplieron tres décadas del primer diagnóstico de sida en la Argentina. Durante este período, tanto la epidemia como las respuestas preventivo-asistenciales atravesaron diversas etapas: en un momento inicial, a mediados de los 80, apenas se disponía de pruebas diagnósticas; en la década siguiente, aparecieron los tratamientos antirretrovirales de alta eficacia (TARGA) y los protocolos para prevenir la transmisión materno-infantil; y en la actualidad el Estado compra y distribuye gratuitamente preservativos, al tiempo que son sancionadas leyes nacionales de Educación Sexual Integral y de Identidad de Género. En el transcurso de estos años fueron variando las problemáticas, los modos de pensarlas y nuestras capacidades de implementar respuestas.

Hoy, la epidemia en el país se ha estabilizado y no presenta cambios significativos desde hace al menos cinco años. Se siguen diagnosticando anualmente alrededor de 5.500 personas con VIH, valor cercano a las nuevas infecciones estimadas en ese espacio de tiempo; fallecen aproximadamente 1.400 personas por sida y se infectan alrededor de 100 niños/as por transmisión vertical. Así, las tasas de diagnósticos de VIH (12 por 100 mil), de mortalidad por sida (3,3 por 100 mil) y de transmisión perinatal (5%) permanecen estables en un piso que debemos modificar.

A pesar del “amesetamiento” de los indicadores, el análisis de las notificaciones epidemiológicas muestra cambios en la distribución de los nuevos casos de VIH que, si bien son ligeros, marcan una tendencia: ascenso de la razón hombre/mujer, incremento de la proporción de diagnósticos de varones que se infectaron por relaciones sexuales con otros varones y aumento de los diagnósticos tardíos. Esto nos obliga a pensar si los cambios reflejan modificaciones en la pauta de notificación, en el acceso a las pruebas o en la propia incidencia.

Debemos, una vez más, agudizar la mirada, repensar los problemas y llevar adelante nuevas soluciones no sólo a nivel nacional sino, especialmente, en el nivel local, a fin de identificar en cada región los nudos críticos que dificultan seguir disminuyendo la incidencia y la mortalidad así como aumentar el diagnóstico temprano y mejorar la calidad de vida de las personas y familias afectadas.

En efecto, se observan importantes diferencias a nivel subregional tanto en la situación epidemiológica como en las tendencias, diversidad que hemos intentado poner en evidencia en este boletín. Transformar la realidad epidemiológica en cada lugar del país no será posible hasta que cada actor local –desde los responsables políticos, los equipos de salud y la sociedad civil– vuelva a mirar la información de su jurisdicción y la relacione con la respuesta que está dando. En este sentido, el Boletín Epidemiológico está pensado, fundamentalmente, como una herramienta de gestión.

En esta edición encontrarán un primer artículo en el que hemos hecho el ejercicio de relacionar indicadores correspondientes a las cuatro líneas estratégicas de la DSyETS con las acciones en curso: a) mejora en la accesibilidad a información y recursos preventivos; b) mejora en la accesibilidad al diagnóstico del VIH y otras ITS; c) mejora en la calidad de atención de las personas con VIH; y d) reducción del estigma y la discriminación. En cada una de estas líneas se verá que, además de profundizar las acciones exitosas, el país ha iniciado un proceso de diversificación de las ofertas para encarar los problemas a los que nos enfrentamos.

Esto es así ya que, a pesar de que hoy disponemos de un conocimiento acumulado de muchos años sobre las estrategias exitosas en prevención y se han mejorado enormemente las técnicas diagnósticas y los tratamientos para las personas infectadas, sigue habiendo inequidades importantes en el acceso a estos recursos.

Como todos los años, el boletín presenta el análisis de las notificaciones de casos de VIH, de transmisión vertical, de sida y de un conjunto de indicadores de gestión en prevención, diagnóstico y tratamiento.

Además, se exponen los resultados de un estudio de aceptabilidad del preservativo femenino que realizó la DSyETS conjuntamente con organizaciones de la sociedad civil y el apoyo de agencias multilaterales de cooperación; se incorporan nuevos algoritmos diagnósticos recientemente consensuados que incluyen la posibilidad de realizar pruebas rápidas de VIH en centros de salud y confirmación por carga viral en laboratorios; y se presenta el nuevo sistema informático de la DSyETS que permitirá mejorar sustancialmente el monitoreo de las personas atendidas en el sistema de salud.

A partir de la sanción de la Ley de Identidad de Género, se presenta una readecuación del modo de armado de los códigos de las personas con VIH en las notificaciones epidemiológicas.

De la misma manera que en el boletín anterior, publicamos dos estudios desarrollados por otros actores que nos ayudan a

mejorar la comprensión de la epidemia: una investigación sobre las características de las mujeres con diagnóstico reciente de VIH y una estimación de la cantidad de huérfanos maternos por sida en el país.

En relación con la calidad de la atención, la adherencia a los tratamientos y la vigilancia de la fármaco-resistencia, se ha actualizado, por un lado, la información sobre la proporción de personas con carga viral indetectable atendida en el sistema público de salud y, por el otro, los Indicadores de Alerta Temprana de OMS.

Para apoyar las distintas acciones de la DSyETS, el área de Comunicación ha multiplicado la producción de contenidos y ha comenzado a utilizar redes sociales para ampliar las audiencias y mejorar el acceso a nuevos sectores. Asimismo, se ha actualizado el catálogo de materiales disponibles y se delinea, finalmente, la estrategia comunicacional de la Dirección.

Por último, se encontrarán los lineamientos generales del nuevo Programa Nacional de Control de las Hepatitis Virales que ha sido creado en 2012 dentro de la DSyETS.

Dirección de Sida y ETS
Ministerio de Salud de la Nación



El VIH en la Argentina hoy

La situación actual de la epidemia de VIH-sida y el curso futuro que pueda tomar están estrechamente relacionados con las acciones que vienen realizando diversos actores sociales para controlarla y mitigar su impacto, especialmente el Estado como responsable por la salud colectiva.

A partir de un proceso de fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, la Argentina ha mejorado sustancialmente su capacidad de producir información para entender la dinámica de la epidemia. En las páginas que siguen se ofrece un panorama sobre la situación de nuestro país a partir de los indicadores epidemiológicos y de gestión más relevantes; se plantean los principales problemas y cuáles son las estrategias en marcha para mejorar la respuesta.

Se estima que en Argentina viven alrededor de 110.000 personas con VIH, 4 de cada 1.000 jóvenes y adultos están infectados con el virus y el 40% de ellos desconoce su condición. La prevalencia entre los hombres que tienen sexo con otros hombres es del 12%; entre los usuarios de drogas, del 7%; entre las mujeres que realizan trabajo sexual, del 2%; y entre las personas trans, del 34%.

Las curvas de incidencia, prevalencia y mortalidad por sida se han “amasetado” en el último quinquenio. La tasa de diagnósticos de infección por VIH se mantiene en valores cercanos a 12 por 100 mil habitantes y el 90% de las nuevas infecciones se deben a relaciones sexuales desprotegidas.

La tasa de sida continúa rondando el 4 cada 100 mil habitantes y la tasa de mortalidad se ubicó en 3,3 por 100 mil durante 2010. Con respecto a la mortalidad, luego de haber alcanzado un pico en 1996, comenzó a descender hasta estabilizarse en 2005. El amesetamiento de este indicador y la dificul-

tad para mejorar aún más se deben, entre otras causas, a los diagnósticos tardíos, a obstáculos en la adherencia a los tratamientos y a problemas en la accesibilidad a los servicios de salud.

Para transformar esta realidad, la Dirección de Sida y ETS desarrolla cuatro líneas estratégicas prioritarias en las que articula políticas universales y también focalizadas en los grupos más vulnerabilizados a la epidemia. Estas líneas son: a) mejora en la accesibilidad a los preservativos, geles lubricantes y materiales de información y difusión; b) mejora en la accesibilidad al diagnóstico del VIH y otras ITS con asesoramiento; c) mejora en la calidad de atención de las personas con VIH, incluyendo el acceso a los antirretrovirales y a los estudios de seguimiento; d) reducción del estigma y la discriminación. A continuación se presentan avances en cada una de estas líneas.

Accesibilidad a los preservativos, geles lubricantes y materiales de información y difusión

Si bien en la última década aumentó el uso del preservativo en todos los segmentos sociales, de las 5.000 personas en promedio diagnosticadas con VIH que se notifican a la DSyETS cada año, el 90% de las mujeres y el 88% de los varones se infectaron durante una relación sexual sin protección. Entre los hombres, el 48% se infectó durante una práctica con una mujer y el 40%, con otro varón.

Disminuir la transmisión sexual no depende sólo de decisiones individuales de utilizar o no preservativos, sino de factores estructurales que favorecen o impiden su adopción. También deben contemplarse otros aspectos que contribuyen a incrementar la

vulnerabilidad de algunos colectivos, como las dificultades para acceder a los recursos de salud, las barreras institucionales para implementar políticas o estrategias que contribuyan a disminuir las nuevas infecciones, así como las relaciones asimétricas de género y los procesos de estigmatización y discriminación que existen en la sociedad.

La DSyETS tiene diversas líneas de trabajo para promover el uso y facilitar el acceso a preservativos, información y otros recursos preventivos. Una de ellas es la compra y distribución de profilácticos, geles lubricantes y materiales de difusión e información a través de una extensa red de 2.904 puestos fijos de distribución ubicados en todo el país. Esta red está constituida por instituciones de salud, otros organismos públicos, comedores comunitarios, escuelas, cárceles, pubs y discotecas, entre otros.

Asimismo, la DSyETS, a través del área de Comunicación, desarrolla distintos contenidos que se traducen en materiales de difusión (folletos, afiches, publicaciones y otros productos promocionales) destinados a la población general y a grupos focalizados. Estas piezas promueven el uso del preservativo y referencian básicamente las principales recomendaciones para su uso correcto. Los mensajes y productos se difunden también a través de distintas plataformas y redes sociales (Facebook, Twitter, Google+, YouTube) y la página web institucional.

A su vez, todos estos materiales son gestionados por un componente logístico del área de Prevención que también brinda apoyo técnico a los programas jurisdiccionales y otros actores para mejorar sus capacidades logísticas, al tiempo que fomenta las compras locales de preservativos y geles lubricantes.

Accesibilidad al diagnóstico de VIH e ITS con asesoramiento

En los últimos años, la DSyETS impulsó, junto con las distintas jurisdicciones del país, una política para facilitar y fortalecer el acceso de las personas al diagnóstico de VIH con asesoramiento. Si bien se produjeron claros avances, aún el 40% de las personas infectadas desconoce que lo está. El 27% de los varones y el 15% de las mujeres acceden al diagnóstico en estadios avanzados de la infección. Estos diagnósticos tardíos comprometen la evolución de la infección y contribuyen en parte a sostener la mortalidad de las personas con sida.

Para mejorar el acceso al diagnóstico de VIH y también al de sífilis, se sostienen estrategias en el tiempo, como la revisión, el mejoramiento y la difusión de los circuitos existentes para su realización, la capacitación permanente a personas claves y equipos de salud, la oferta del análisis de VIH y sífilis a las parejas de mujeres embarazadas, la realización de campañas de testeo y la implementación extendida de test rápidos. Además, se apoya la creación de Centros de Prevención, Asesoramiento y Testeo en VIH y Sífilis (Cepat), la rotación de distintos equipos de salud por experiencias exitosas de testeo y se brinda acompañamiento en distintos eventos de carácter nacional. Asimismo, se elaboran piezas comunicacionales que promueven la realización del test de VIH y sífilis y folletos con información para el pretest y postest que sirven para acompañar la consejería en el sistema de salud.

Con el objetivo de simplificar procedimientos y reducir los tiempos para la confirmación de un diagnóstico de VIH, se desarrollaron nuevos algoritmos diagnósticos que incorporan pruebas rápidas. Además, se continúa con



la compra y distribución de reactivos para el diagnóstico de VIH, de sífilis y de gonorrea, se sigue trabajando en la expansión de la red de laboratorios con equipos que utilicen la técnica de ELISA de VIH y se ha comenzado a trabajar en el mejoramiento de la tecnovigilancia para reactivos que se usan para el diagnóstico.

La cobertura del análisis de VIH de las mujeres durante el embarazo es alta, aunque aún resulta un desafío universalizar la oferta a sus parejas sexuales. De esta manera se garantizaría un acceso más temprano al análisis en los varones. Con respecto a la tasa de transmisión vertical, se estima que actualmente se infectan 5 de cada 100 niños nacidos de mujeres con VIH por año, muchos de ellos debido al acceso tardío de las mujeres a las pruebas.

En relación con el diagnóstico pediátrico, la pérdida del seguimiento de algunos niños expuestos redundan en que sean diagnosticados tardíamente. Para facilitar el seguimiento, se está diseñando un sistema de notificación y monitoreo online al que tendrán acceso las maternidades, servicios de neonatología y laboratorios que realicen los diagnósticos pediátricos.

Mejoras en la atención de las personas con VIH

De las 110.000 personas con VIH en el país, aproximadamente el 60% conoce su diagnóstico, lo que posibilita la atención, seguimiento y el acceso a tratamientos antirretrovirales en caso de necesitarlos. En la Argentina, se distribuye en forma gratuita TARV (tratamiento antirretroviral) para aproximadamente 50 mil personas. De éstas, el 69% recibe los medicamentos de parte del sistema público de salud.

Para mejorar la atención de las personas con VIH, durante los últimos años se implementaron distintas estrategias. Una de ellas fue, a partir de 2011, comenzar a trabajar en el desarrollo e implementación de un nuevo sistema informático que tiene como finalidad realizar el monitoreo de la atención de las personas con VIH que son asistidas bajo el sistema público de salud. Este sistema también permite conocer el stock y establecer el consumo de todos los insumos que distribuye la DSyETS, lo que representa una mejora en la calidad de la gestión.

Paralelamente, se está implementando un proceso de simplificación y desburocratización de los trámites para el acceso a los medicamentos y estudios de seguimiento, al tiempo que se mantienen las visitas de monitoreo y asesoramiento a los laboratorios prescriptores de los análisis de CD4.

También se creó un equipo especializado en adherencia cuyo objetivo es fomentar el desarrollo de acciones específicas que permitan fortalecer el sostenimiento y continuidad de los tratamientos de las personas con VIH.

En esa senda, se diseñan y distribuyen materiales de comunicación pensados para los equipos de salud y las personas con VIH sobre los tratamientos existentes, recomendaciones, cuidados, entre otros temas. Esta información también está disponible en la página web de la DSyETS y por medio de otras plataformas.

Reducción del estigma y la discriminación

La epidemia de VIH en la Argentina es de tipo concentrada, con prevalencias muy diferentes entre distintos colectivos. La DSyETS desarrolla dis-

tintas estrategias para trabajar específicamente con las poblaciones más afectadas, muchas de las cuales ven agravadas su situación al ser víctimas de procesos de estigmatización y discriminación. Estas líneas buscan mejorar el acceso al sistema sanitario y la calidad de vida.

El área de Prevención posee un componente de diversidad sexual¹ que realiza un trabajo orientado a mejorar el acceso de la población GTB y HSH a los servicios y recursos de salud. Para ello se desarrollan dos líneas complementarias de trabajo: a) el apoyo y acompañamiento para la creación de servicios de atención integral de la salud dirigidos a población de la diversidad sexual en distintas ciudades del país; y b) el desarrollo de capacitaciones específicas para equipos de salud a fin de mejorar sus recursos para atender a esta población.

El último año se amplió la oferta de capacitaciones y se realizaron pasantías por los consultorios en funcionamiento. Se produjeron nuevos materiales para equipos de salud, así como para población de la diversidad sexual. Por cuarto año consecutivo, la DSyETS participó de la Marcha Nacional del Orgullo LGBTTTIQ –que se realizó en la ciudad de Buenos Aires– distribuyendo preservativos y materiales de prevención producidos especialmente para la ocasión.

En la misma línea de reducción del estigma y la discriminación, el área de Prevención posee un componente específico para garantizar el acceso de las personas privadas de libertad (PPL) y en proceso de prelibertad a los recursos preventivos, de diagnóstico y de tratamiento para la prevención y asistencia del VIH-sida y otras ITS. A través de este componente se participa del convenio “Justicia con Salud, Salud para Incluir” (ministerios de Justicia y

Derechos Humanos y el Ministerio de Salud de la Nación-DSyETS/Programa TBC). Este programa permite, a partir de la comunicación directa por la línea de cobro revertido², orientar a las personas con VIH-Sida-TBC en procesos de prelibertad y libertad y trabajar con ellos en la adherencia a los tratamientos. Además, se las asesora y contacta con organizaciones de la sociedad civil y con los ministerios correspondientes para mejorar su calidad de vida.

La DSyETS considera fundamental el trabajo de la sociedad civil para una respuesta integral a la salud de las personas, sobre todo en lo que respecta al VIH-sida y las ITS en donde las organizaciones y grupos de personas afectadas históricamente han sido actores claves a la hora de desarrollar acciones para la comunidad. Por ese motivo, se acompaña, incentiva, fortalece, promueve y difunde el trabajo de las OSC que trabajan esta temática. Estas estrategias se traducen, entre otras, en alianzas, financiamiento, apoyo a sus acciones y trabajo articulado con las mismas.

Por otra parte, la estrategia de comunicación de la DSyETS está atravesada por una de las líneas directivas que apunta a la reducción del estigma y la discriminación. De esta manera es que se evalúan, planifican y desarrollan mensajes y propuestas visuales inclusivas, en perspectiva de promoción de derechos y atendiendo a la diversidad.■

1 Las líneas de trabajo siguen el espíritu de la Ley Nacional de Identidad de Género (26743), del año 2012.

2 La línea de cobro revertido (19) 011-4379-9112 está a cargo de un equipo técnico del área de Prevención que recibe las llamadas de lunes a viernes en el horario de 9 a 16 hs.

Resumen de indicadores epidemiológicos de VIH-sida

	Población (2011)		Diagnósticos acumulados de infección por VIH (2001-2011)		Tasa de VIH x 100 mil habitantes (2009-2010)	Tasa de mortalidad por sida x 100 mil habitantes (2010)	Cantidad de personas con medicación suministrada por la DSyETS (a junio de 2012)	
Total	40.900.496	100,0%	59.940	100,0%	12,4	3,3	34.385	100,0%
AMBA Y ÁREA CENTRAL DEL PAÍS	26.534.928	64,9%	44.840	74,8%	13,1	3,3	27.378	79,6%
CABA	3.065.461	7,5%	9.676	16,1%	23,9	4,6	12.876	37,4%
Buenos Aires	15.444.306	37,8%	26.285	43,9%	11,5	4,2	7.974	23,2%
24 partidos del GBA	9.652.691	23,6%	17.793	29,7%	11,6	4,9		
Resto provincia Buenos Aires	5.791.615	14,2%	8.492	14,2%	11,2	3,0		
Entre Ríos	1.294.901	3,2%	985	1,6%	6,7	1,9	716	2,1%
Córdoba	3.424.376	8,4%	4.670	7,8%	15,1	1,9	2.814	8,2%
Santa Fe	3.305.884	8,1%	3.224	5,4%	10,8	2,6	2.998	8,7%
NOA	4.831.475	11,8%	5.187	8,7%	11,7	3,0	1.713	5,0%
Catamarca	412.236	1,0%	258	0,4%	7,1	0,0	146	0,4%
Jujuy	707.704	1,7%	977	1,6%	15,1	3,9	200	0,6%
Salta	1.289.272	3,2%	1.876	3,1%	16,6	6,3	661	1,9%
Santiago del Estero	892.738	2,2%	584	1,0%	5,7	1,2	251	0,7%
Tucumán	1.529.525	3,7%	1.492	2,5%	10,9	1,8	455	1,3%
NEA	3.819.826	9,3%	2.667	4,4%	7,3	2,1	1.378	4,0%
Chaco	1.080.729	2,6%	440	0,7%	5,3	2,1	305	0,9%
Corrientes	1.046.891	2,6%	702	1,2%	6,9	1,6	404	1,2%
Formosa	563.792	1,4%	256	0,4%	4,4	2,0	146	0,4%
Misiones	1.128.414	2,8%	1.269	2,1%	11,2	2,6	523	1,5%
CUYO	3.336.964	8,2%	2.895	4,8%	11,0	2,0	1.565	4,6%
La Rioja	362.502	0,9%	425	0,7%	16,1	3,1	85	0,2%
Mendoza	1.783.341	4,4%	1.524	2,5%	11,0	2,0	926	2,7%
San Juan	724.680	1,8%	558	0,9%	9,7	1,3	313	0,9%
San Luis	466.441	1,1%	388	0,6%	9,0	2,0	241	0,7%
PATAGONIA	2.377.303	5,8%	3.442	5,7%	13,8	2,9	1.656	4,8%
Chubut	475.678	1,2%	867	1,4%	14,0	3,6	424	1,2%
La Pampa	345.349	0,8%	257	0,4%	8,7	0,9	158	0,5%
Neuquén	573.916	1,4%	944	1,6%	15,0	2,7	582	1,7%
Río Negro	606.706	1,5%	749	1,2%	12,0	2,7	217	0,6%
Santa Cruz	238.171	0,6%	360	0,6%	20,9	3,4	180	0,5%
Tierra del Fuego	137.483	0,3%	265	0,4%	16,7	7,5	95	0,3%

Notificaciones de VIH y sida

Análisis de tasas

La principal estrategia de vigilancia epidemiológica de VIH y de sida en la Argentina es la notificación de casos diagnosticados en los servicios de salud, fundamentalmente, aunque no de forma exclusiva, por los equipos que inician la atención de una persona infectada. Los profesionales de la salud de los tres subsistemas deben reportar de forma fehaciente ambos eventos a través de una “ficha de notificación de casos” a las autoridades sanitarias inmediatas y éstas, a su vez, a la DSyETS.

A lo largo de los veintidós años que lleva funcionando el sistema de vigilancia, la “ficha de notificación” tuvo diferentes modificaciones a consecuencia de los cambios experimentados por la epidemia, lo que fue consolidando un sistema de información dinámico que permite pensar el quehacer cotidiano y proyectar acciones que respondan adecuadamente a las características de la epidemia. Día a día, el sistema de vigilancia se ve fortalecido con mejoras en la calidad y cantidad de la información que los profesionales de la salud producen.

Es importante destacar que la notificación de casos contabiliza eventos de salud-enfermedad, no personas, *por lo que alguien que fue notificado con diagnóstico de infección un año determinado, debe ser renotificado la primera vez que presente una enfermedad definidora de sida y al momento de su*

fallecimiento. En el cálculo de tasas, cada uno de estos eventos será considerado independientemente en el año en que se produjo. Los eventos de VIH y sida sólo se relacionan al momento de calcular la proporción de diagnósticos tardíos, es decir, el porcentaje de personas con diagnóstico de VIH que simultáneamente o hasta 12 meses después presenta una condición marcadora de sida.

La fuente de datos para construir los numeradores de las tasas de VIH y de sida son los eventos reportados por los servicios de salud mientras que los denominadores utilizan las poblaciones censadas o proyectadas del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). Cabe destacar que para este boletín se siguen utilizando las proyecciones poblacionales del censo 2001 ya que la información correspondiente al censo 2010 aún no está disponible con el nivel de desagregación aquí requerido. No obstante, de contar con estas últimas, tampoco se modificarían el escenario ni las tendencias.

Es necesario recordar que la tasa de VIH está afectada por las condiciones de acceso al diagnóstico, situación que varía entre subgrupos poblacionales y entre regiones. En cambio, la tasa de sida no se ve tan afectada por esta situación dado que supone la presencia de alguna patología que requiere intervención médica inmediata. Sin embargo, la tasa de sida ha ido perdiendo valor como indicador epidemiológico en los países –como la Argentina– que

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

Tabla 1. Casos y tasas de sida y VIH por 100 mil habitantes según año de diagnóstico, Argentina (1990-2011)

Año	Sida		VIH	
	Tasa x 100 mil hab.	Casos	Tasa x 100 mil hab.	Casos
1990	1,7	560	-	-
1991	2,4	791	-	-
1992	3,6	1.215	-	-
1993	4,8	1.615	-	-
1994	6,6	2.277	-	-
1995	6,7	2.344	-	-
1996	8,2	2.897	-	-
1997	9,3	3.311	-	-
1998	6,1	2.194	-	-
1999	6,6	2.399	-	-
2000	6,8	2.503	-	-
2001	6,1	2.268	15,8	5.878
2002	6,4	2.386	14,5	5.450
2003	6,1	2.303	16,5	6.242
2004	5,6	2.159	17,3	6.626
2005	5,1	1.968	15,1	5.822
2006	5,1	1.995	14,3	5.564
2007	4,6	1.820	13,4	5.284
2008	4,9	1.956	14,6	5.815
2009	4,2	1.667	13,1	5.253
2010 *	4,0	1.636	11,7	4.726
2011 *	2,4	985	8,0	3.281

* Años no cerrados por el retraso en la notificación.

han universalizado el acceso gratuito a los tratamientos antirretrovirales y, en consecuencia, modificaron la evolución de la infección.

Si bien el análisis de la información se realiza hasta el último año cerrado, en este caso 2011, las demoras en la notificación de los eventos llevan a pensar que la información más completa para evaluar la tendencia de las tasas es la correspondiente al año 2009. Se vuelve a aclarar que el retraso en la notificación se debe no sólo a demoras en el circuito, sino al hecho de que desde que una persona recibe su diagnóstico hasta que comienza el seguimiento de su infección, instancia en la que suele notificarse, puede transcurrir un tiempo considerable.

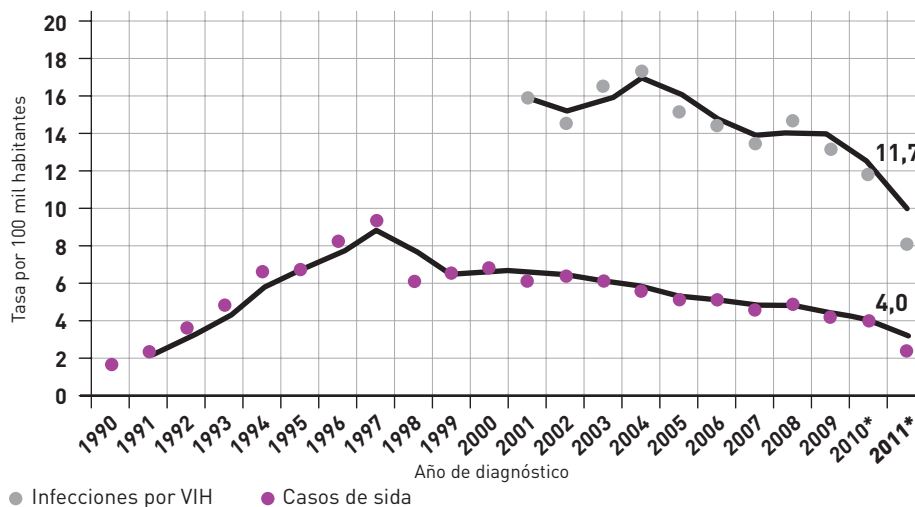
Las tasas informadas en este boletín presentan algunas variaciones en relación con los valores publicados en números anteriores debido a la mejora en la oportunidad de la notificación y a un proceso de consistencia de la base de registros epidemiológicos que tuvo

lugar el último año. Estas variaciones no son significativas.

La DSyETS tiene registros provenientes del subsistema público, de la seguridad social, del sistema médico prepago y de los servicios penitenciarios por un total de 59.941 casos de VIH diagnosticados entre 2001 y 2011 y de 43.249 casos de sida diagnosticados entre 1990 y el año 2011.

La tasa de diagnósticos notificados de VIH –de aquí en adelante, tasa de VIH– se ubicó en un valor de 11,7 por 100 mil habitantes en el año 2010. De los 4.726 diagnósticos notificados para ese año, el 65% corresponde a varones y el 35% a mujeres. Ese año los servicios de salud reportaron 1.636 casos de sida, lo que representan una tasa del 4,0 por 100 mil habitantes (Tabla 1 y Gráfico 1). El 73% ocurrió en varones, por lo que la razón hombre/mujer de casos de sida se ubicó en 2,7. Ambas tasas, si bien continúan con una ligera tendencia descendente, se han amesetado a partir de 2005.

Gráfico 1. Tendencia de las tasas de infección por VIH y casos de sida por 100 mil habitantes, Argentina (1990-2011).



* Los años 2010 y 2011 no están cerrados por el retraso en la notificación.

La tasa de VIH específica para varones supera a la de mujeres en todo el período (Tabla 2 y Gráfico 2). En el año 2010, la tasa para varones fue de 15,4 y la de mujeres, de 8,1, mientras que la razón entre ambos sexos para ese año fue de 1,8 varones por cada mujer diagnosticada.

Si se comparan los extremos de la década pasada, el descenso de la tasa de VIH fue más marcado entre los varones que entre las mujeres. Entre los primeros, la tasa pasó de 20,8 a 15,4 por 100 mil entre 2001 y 2010, y entre las segundas pasó de 11,0 a 8,1. Desde mediados de la década, las tasas específicas por sexo se encuentran estables.

Mientras tanto, la razón entre los diagnósticos de varones y mujeres ha vuelto a ascender hasta ubicarse en un valor cercano a 2 varones por cada mujer a finales de la década.

En el Gráfico 3 (en la página siguiente) se comparan las tasas de diagnósticos de VIH por sexo e intervalos de edad al comienzo y al final de la década de 2000. La principal incidencia de diagnósticos para los años 2001-2002 correspondió al intervalo 30-34 años para ambos sexos, mientras que durante los años 2009-2010, la mayor incidencia de diagnósticos en varones se registró en el intervalo 35-39; y en mujeres, casi por igual entre los grupos 25-29, 30-34 y los 35-39 años.

Si bien la tasa de VIH entre varones supera a la de mujeres en cada uno de los años analizados, al desagregar por intervalos de edad se puede observar que la tasa en mujeres de 15 a 19 años es mayor que la de varones, situación que podría deberse al mayor acceso al diagnóstico de las mujeres durante los controles prenatales.

Para analizar la tendencia de las ta-

sas de VIH a nivel subregional, se clasifican las 24 jurisdicciones del país en 7 categorías.

- **CABA:** Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- **GBA³:** 24 partidos del conurbano bonaerense (INDEC, 2005).

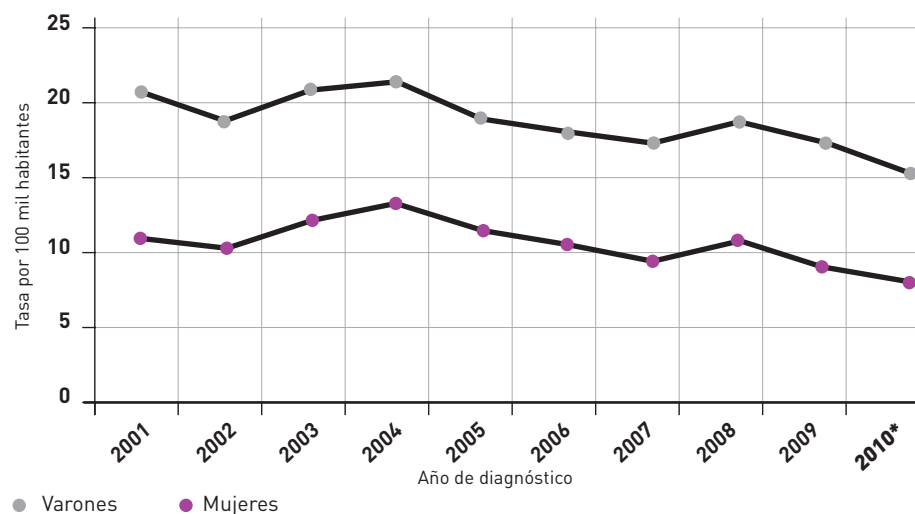
3 Indec (2005), ¿Qué es el Gran Buenos Aires?

Tabla 2. Tasa de VIH por 100 mil habitantes por sexo y razón varón/mujer, Argentina 2001-2011

Año	Tasa		Razón
	Varones	Mujeres	Varón/Mujer
2001	20,8	11,0	1,8
2002	18,9	10,3	1,8
2003	20,9	12,2	1,6
2004	21,5	13,3	1,5
2005	19,0	11,4	1,6
2006	18,1	10,6	1,6
2007	17,4	9,6	1,7
2008	18,7	10,8	1,7
2009	17,3	9,1	1,8
2010 *	15,4	8,1	1,8
2011*	10,7	5,4	1,9

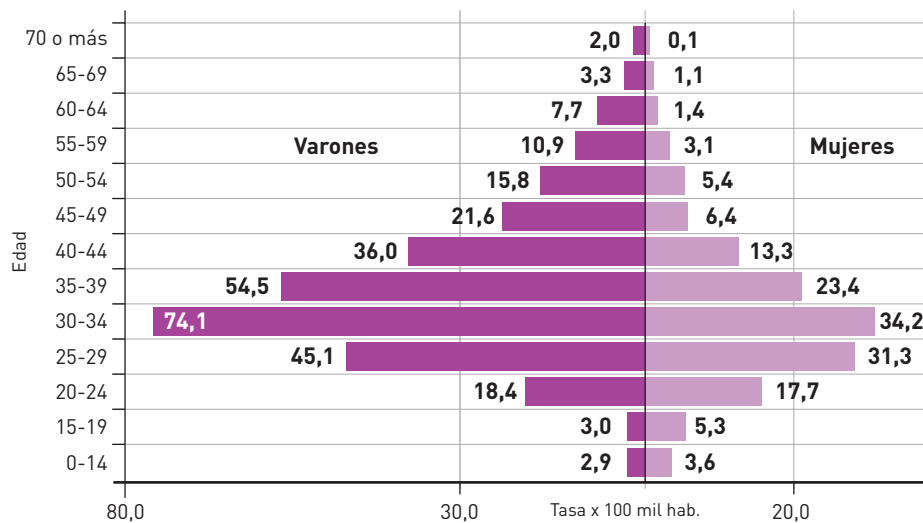
* Años no cerrados por el retraso en la notificación.

Gráfico 2. Tasa de VIH por 100 mil habitantes según sexo, Argentina (2001-2010).



* Año no cerrado por el retraso en la notificación.

Gráfico 3. Tasas de VIH por 100 mil habitantes por sexo y grupo de edad, Argentina. 2001-2002



2009-2010

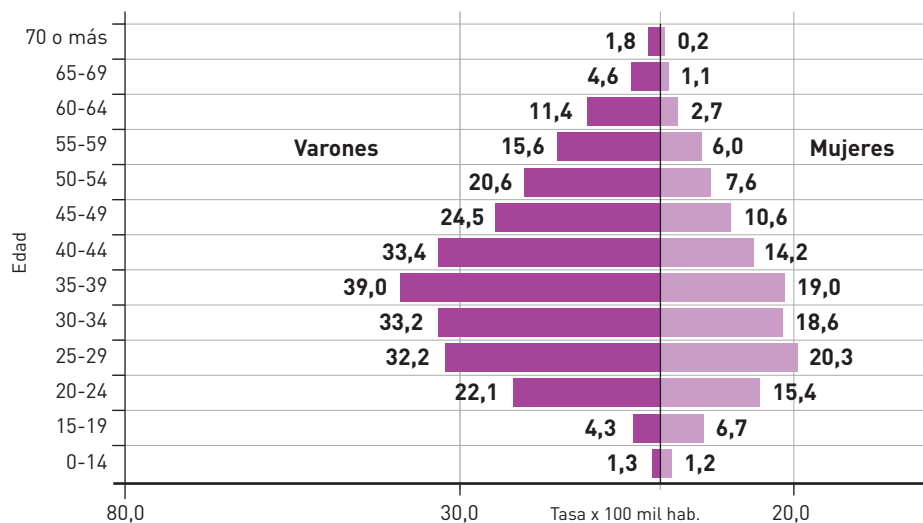


Tabla 3. Tasa de VIH por 100 mil habitantes por región y año de diagnóstico, Argentina (2001-2011)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010 *	2011 *
País	15,8	14,5	16,5	17,3	15,1	14,3	13,4	14,6	13,1	11,7	8,0
CABA	40,1	32,3	37,7	38,3	31,8	29,3	26,4	26,9	26,5	21,4	9,7
GBA	24,2	22,2	23,5	24,5	19,6	18,7	16,4	16,5	12,6	10,7	4,9
Centro	11,8	10,6	12,4	14,5	14,5	12,1	11,5	13,3	12,7	10,7	7,2
NOA	7,5	8,9	10,0	11,4	9,6	9,8	9,6	11,8	11,7	11,8	12,3
NEA	5,4	4,4	7,2	7,1	6,5	8,1	7,2	7,5	7,3	7,4	5,9
Cuyo	6,5	5,3	9,2	6,7	5,3	7,5	8,7	11,0	10,8	11,2	9,8
Patagonia	11,3	14,9	14,6	15,3	12,3	12,4	14,4	16,5	12,7	14,9	14,6

* Años no cerrados por el retraso en la notificación.

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

En los últimos cinco años, continúan relativamente estables las tendencias de las tasas en todas las regiones. Se observa un ligero descenso en CABA y una tendencia opuesta en NOA y Cuyo. La tasa de CABA duplica a la del resto de las jurisdicciones incluyendo al GBA, lo que puede deberse no sólo a la carga de enfermedad de los residentes de ese distrito sino a un mayor acceso a diagnósticos (Tabla 3).

A fin de reducir las fluctuaciones de año en año que permitan establecer mejores comparaciones, en el Gráfico 4 se presentan las tasas regionales para el período 2008-2010. Allí se observa que las dos regiones que se alejan de la

media son CABA (24,9) y, en el extremo opuesto, NEA (7,4).

En el Anexo se presenta la evolución de las tasas de diagnóstico de VIH por jurisdicción (Tabla 31), por regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires (Tabla 32) y por los 24 partidos del Gran Buenos Aires (Tabla 33). A lo largo de la década se produjo una disminución proporcional de la cantidad de casos en el AMBA y un aumento en el resto del país, situación que queda reflejada en las tasas de VIH.

Las tasas de once de las doce regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires no registran variaciones significativas en la última década. En el período 2009-2011, a nivel de las regiones sanitarias (Tabla 35 del Anexo), las regiones V y VI concentran casi la mitad de las notificaciones, proporción que alcanza los dos tercios si se incluyen las regiones VII, VIII y XI. En esta provincia, cuatro partidos concentran el 25% de las notificaciones (La Matanza, General Pueyrredón, Lomas de Zamora y La Plata) y alcanzan el 50% si se les suman otros siete partidos (Lanús, Almirante Brown, Moreno, General San Martín, Quilmes, Avellaneda y Merlo [ver Tabla 36 del Anexo]).

Durante 2010, en el sur del GBA, la tasa más elevada se registró en Lomas de Zamora (17,4); para la zona oeste, en José C. Paz (13,1); y en la zona norte, en San Fernando (13,4).

Variables epidemiológicas

Lugar de residencia

El mapa de la distribución geográfica de las infecciones por VIH ha cambiado a lo largo de los años. Mientras que a principios de la década casi el 80% de los diagnósticos correspondían a residentes del Área Metropolitana de Buenos Aires y de la región central del país, esta proporción descendió al 65% en los últimos tres años. Al comparar los períodos 2001-2004 y 2009-2011, se observa que las principales variaciones ocurrieron en

el GBA, que pasó de concentrar el 35% de las notificaciones al 20%, diferencia que fue absorbida por el resto de las regiones del país (Gráfico 5).

Se ha registrado un descenso en la proporción de diagnósticos a lo largo de la década en la provincia de Buenos Aires (de 49% a 33%) y en CABA (de 18% a 13%), proceso que se ve reflejado en el aumento en el resto de los distritos, en muchos de los cuales se ha duplicado el porcentaje de diagnósticos (Tabla 34 del Anexo).

Dentro de la provincia de Buenos Aires, no se observan variaciones significativas en la última década. En el período 2009-2011, a nivel de las regiones sanitarias (Tabla 35 del Anexo), las regiones V y VI concentran casi la mitad de las notificaciones, proporción que alcanza los dos tercios si se incluyen las regiones VII, VIII y XI. En esta provincia, cuatro partidos concentran el 25% de las notificaciones (La Matanza, General Pueyrredón, Lomas de Zamora y La Plata) y alcanzan el 50% si se les suman otros siete partidos (Lanús, Almirante Brown, Moreno, General San Martín, Quilmes, Avellaneda y Merlo [ver Tabla 36 del Anexo]).

Gráfico 5. Evolución de la distribución de casos de VIH por región, Argentina.

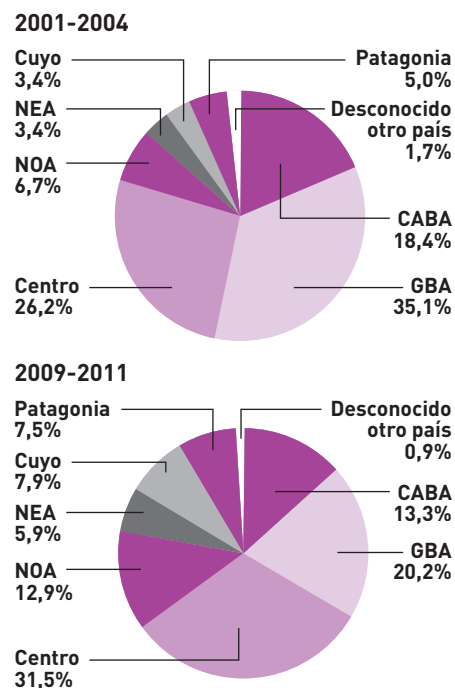


Gráfico 4. Tasa de VIH por 100 mil habitantes por región, Argentina (2008-2010)

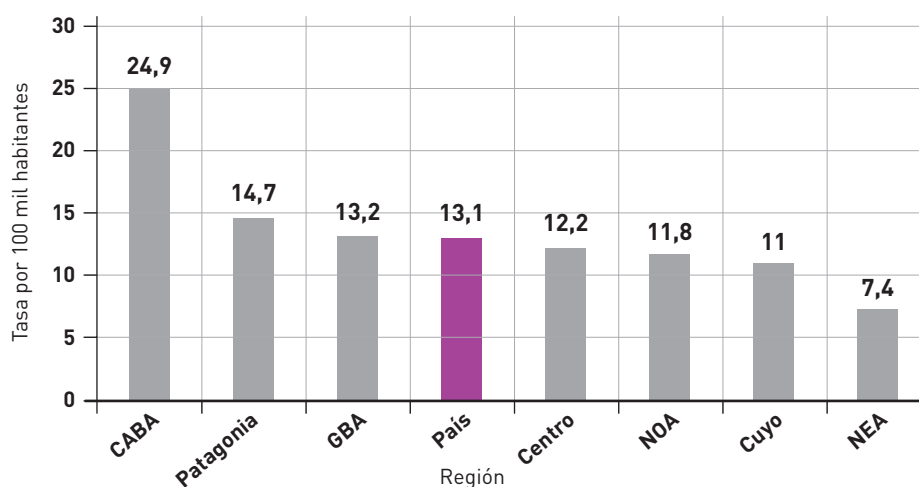


Gráfico 6. Razón hombre/mujer de los diagnósticos de VIH, Argentina (2001-2011)

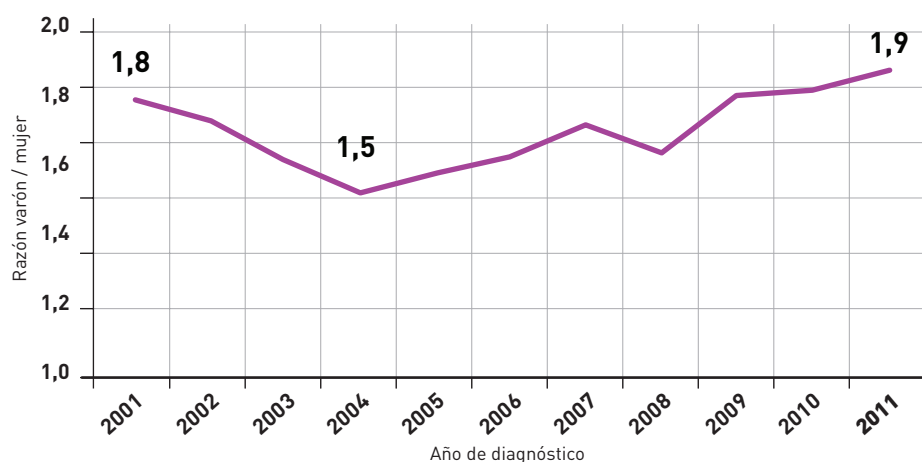
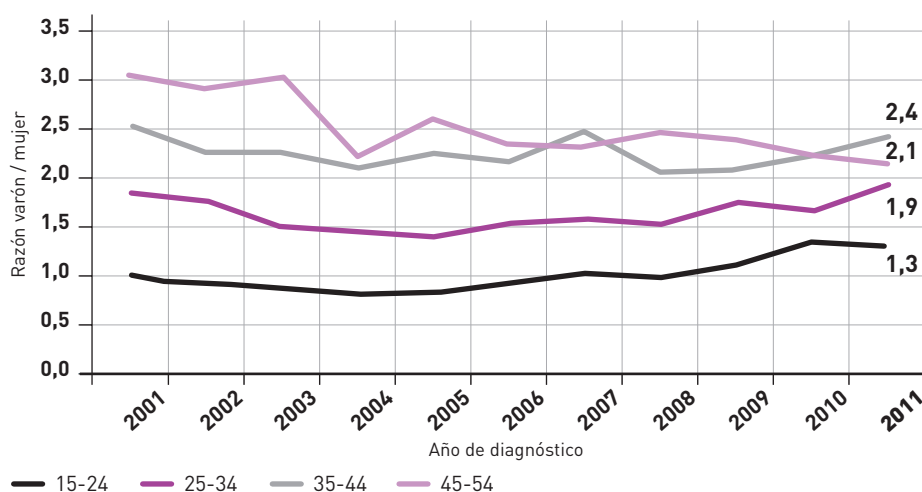


Gráfico 7. Razón hombre/mujer en infecciones por VIH por año de diagnóstico en grupos de edad seleccionados, Argentina (2001-2011)



Razón hombre/mujer

En el Gráfico 6 se observa que la relación entre ambos sexos en los diagnósticos de VIH a nivel nacional ha vuelto a ubicarse en un valor cercano al que tenía en 2001, luego de registrar un descenso a mediados de la década.

Este indicador presenta grandes diferencias regionales (Tabla 4). Así, mientras que en el año 2010 CABA tenía una razón de 3,4, el GBA presentaba un valor de 1,4. En todas las regiones se observa la tendencia descendente en la primera parte de la década seguida de un ascenso en los últimos años.

A nivel provincial, en el período 2009-2011, los valores más bajos para este indicador los presentaron Catamarca (1,0), Misiones (1,1) y Santiago del Estero (1,2); en tanto que los valores más elevados se registraron en Chaco (3,4), Tucumán (3,1) y CABA (2,9). (Ver Tabla 37 del anexo).

La razón hombre/mujer va en aumento a medida que crece la edad de las personas que reciben el diagnóstico de VIH (Gráfico 7). El grupo de 15 a 24 años es el único que en el primer lustro del período 2001-2011 presentó más mujeres que varones diagnosti-

Tabla 4. Razón hombre/mujer en los diagnósticos de VIH por región, Argentina (2001-2011)

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

cadadas, pero incluso en este grupo el fenómeno se modificó durante los últimos años.

Los grupos de 15-24 años y de 25-34 años se mantienen por debajo de 2 varones por cada mujer con diagnóstico de VIH, a diferencia de los grupos de 35-44 años y 45-54, que se encuentran por encima. Es necesario considerar, como se señala más arriba, que hay un acceso diferencial de las distintas poblaciones al análisis de VIH. En nuestro país existe la oferta universal del test de VIH a toda mujer embarazada durante el control prenatal. Esto plantea como hipótesis que la mujer en edad fértil accede con más facilidad al diagnóstico que los varones a la misma edad. El desafío actual consiste en pensar estrategias que posibiliten el mismo acceso a los varones.

Edad de diagnóstico

En los últimos dos años, la mediana de edad de diagnóstico fue de 34 años para los varones y de 31 para las mujeres. En ambos casos, el indicador muestra pocas fluctuaciones desde mediados de la década pasada, aunque se observa un continuo aumento del percentil 75, lo que señalaría que año a año se diagnostican personas de mayor edad (Gráfico 8).

En la Tabla 5 se presentan las medianas de edad de diagnóstico por sexo y región agrupadas en tres períodos. Tanto para los varones como para las mujeres se han reducido las diferencias regionales, en parte por el aumento de este indicador en las jurisdicciones en las que era más bajo. En la Tabla 38 del Anexo se presenta la mediana de edad por provincia.

En el Gráfico 9 (en la página siguiente) se presenta la evolución de la composición por sexo y edad de las

personas con nuevos diagnósticos de VIH. Al comparar los dos períodos, 2001-2002 y 2010-2011, se observa un aumento en la proporción de los diagnósticos en las personas de más de 40 años para ambos sexos.

En el caso de los varones, la mediana de edad de diagnóstico varía según la vía de transmisión de VIH. Para el año 2011, entre los varones infectados por una relación sexual desprotegida con otro varón, la mediana de edad es de 31 años, cifra que permite observar un descenso a lo largo del período.

Gráfico 8. Evolución de la mediana de edad de diagnóstico de VIH por sexo, Argentina (2001-2011)

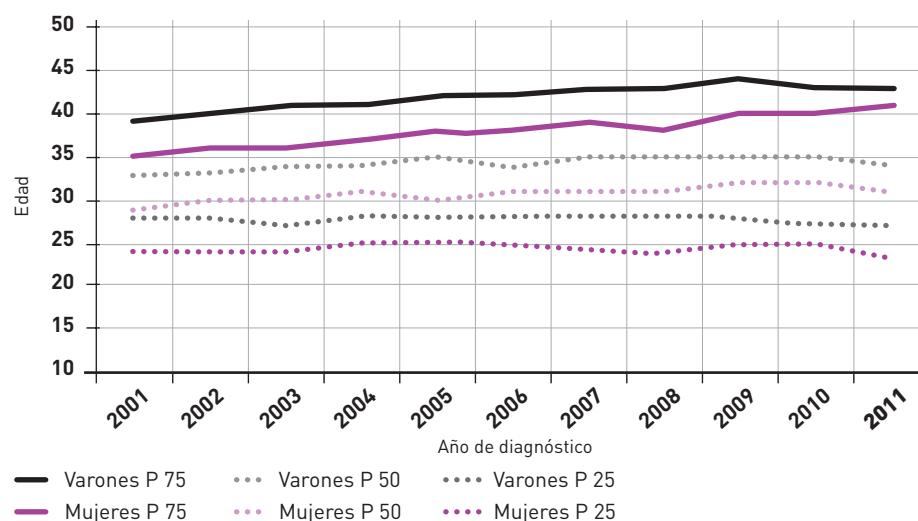
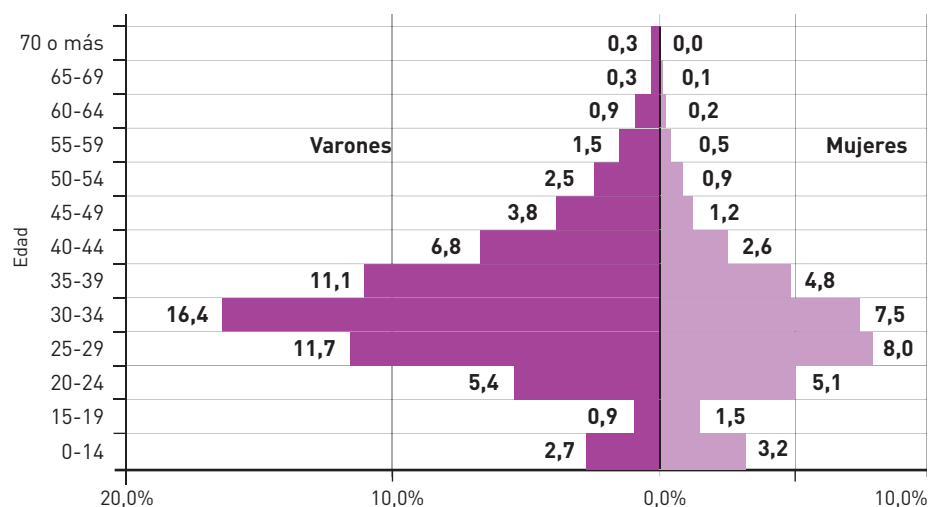


Tabla 5. Mediana de edad de diagnóstico de infección por VIH por región y sexo según el año de diagnóstico, Argentina (2001-2011)

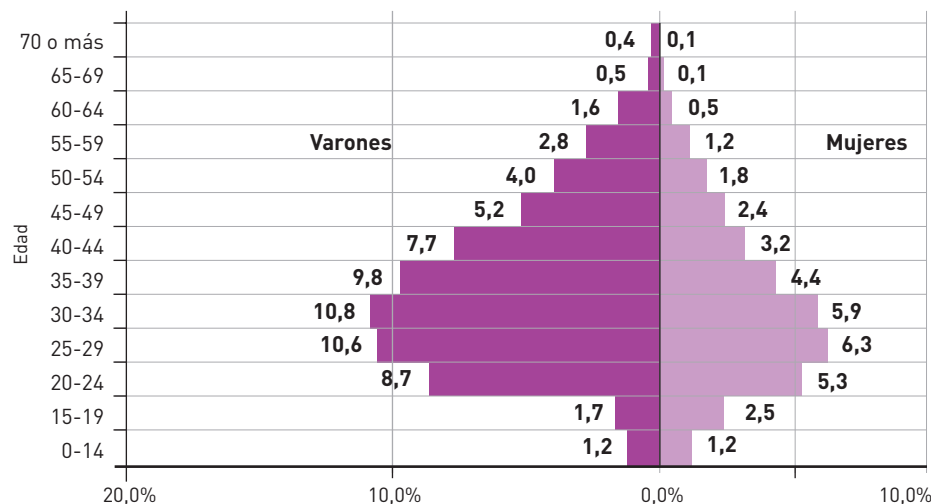
	Varones			Mujeres		
	2001-2004	2005-2008	2009-2011	2001-2004	2005-2008	2009-2011
País	33	35	35	30	31	31
CABA	35	35	35	32	32	32
GBA	33	35	36	30	31	32
Centro	33	35	35	30	31	32
NOA	31	33	33	29	28	30
NEA	32	33	34	27	29	31
Cuyo	32	33	35	29	29	31
Patagonia	34	35	34	29	31	31

Gráfico 9. Evolución de la composición por sexo y edad de los diagnósticos de infección por VIH, Argentina

2001-2002



2010-2011



do 2001-2011. Los varones cuyas vías de transmisión son el uso de drogas inyectables y las relaciones sexuales desprotegidas con una mujer comparten una mediana de edad de 36 años para el año 2011 (Gráfico 10).

Nivel de instrucción en personas de 19 años o más

Este indicador se calcula sólo entre las personas de 19 años o más, ya que los

menores de esa edad suelen no haber completado el nivel secundario. Al comparar el nivel de instrucción alcanzado por las personas al momento del diagnóstico de VIH, se observa que las mujeres tienen un menor grado de instrucción en relación con los varones durante todo el período 2001-2011 (Gráfico 11).

A lo largo del período 2001-2011, aumenta ligeramente el nivel de instrucción alcanzado entre los varones, mientras que entre las mujeres no presenta cambios. Para el período 2009-2011, el 50% de los varones completó o superó la escuela media, a diferencia de las mujeres, entre quienes sólo el 33% alcanzó ese nivel. En la Tabla 7 (en la página siguiente) se presenta este indicador por región del país y en la Tabla 39 del Anexo, según jurisdicción.

Si se diferencia por vías de transmisión, los varones infectados por relaciones heterosexuales tienen un nivel de instrucción ligeramente superior al de las mujeres, y la tendencia a lo largo de la década es estable.

Vías de transmisión

En el período 2009-2011, el 87,6% de los varones y el 89,6% de las mujeres diagnosticadas se infectaron por relaciones sexuales sin uso de preservativo (Tabla 6). En el caso de los varones, el 48,5% se infectó durante una práctica heterosexual y el 39,1% lo hizo en una relación con una persona del mismo sexo.

La evolución de las vías de transmisión de VIH señala un descenso sostenido en las personas infectadas por uso compartido de equipos de inyección para consumir drogas y un aumento del número de aquellas que se infectaron por relaciones sexuales desprotegidas. Mientras que los varones expuestos por relaciones sexuales

Gráfico 10. Evolución de la mediana de edad de diagnóstico de VIH en varones según las principales vías de transmisión, Argentina (2001-2011)

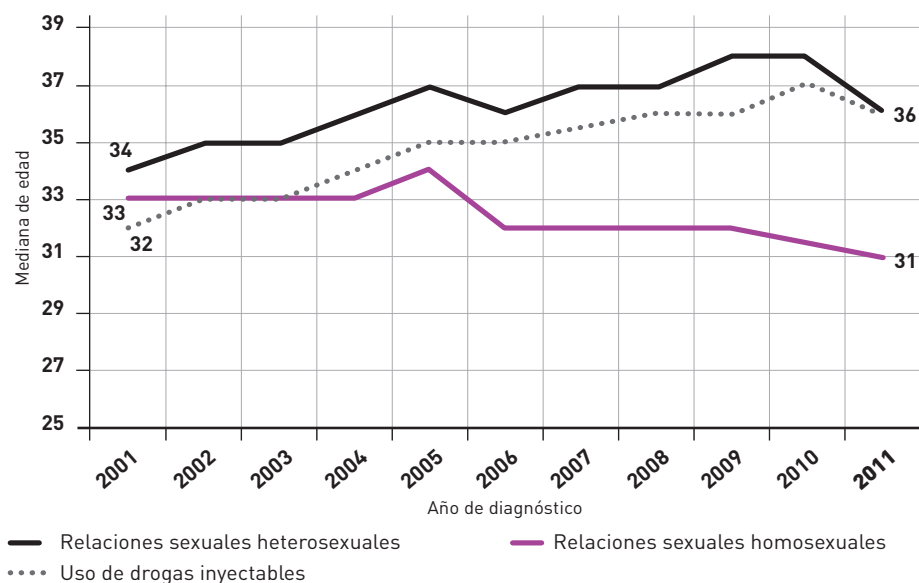


Gráfico 11. Máximo nivel de instrucción alcanzado por personas de 19 años o más con VIH según año de diagnóstico y sexo, Argentina (2001-2011)

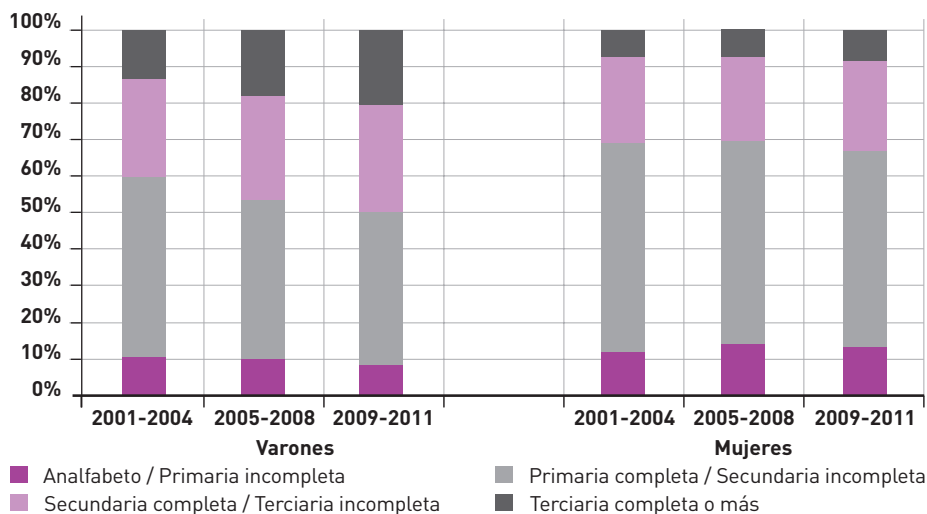


Tabla 6. Vías de transmisión en personas con VIH por año de diagnóstico según sexo, Argentina (2001-2011)

	Varones			Mujeres		
	2001-2004	2005 - 2008	2009 - 2011	2001 - 2004	2005 - 2008	2009 - 2011
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	15.158	14.030	8.598	9.017	8.455	4.662
Prácticas sexuales heterosexuales	38,9%	47,8%	48,5%	81,3%	87,8%	89,6%
Prácticas sexuales homosexuales	31,3%	34,5%	39,1%			
Transmisión vertical	3,5%	2,0%	1,9%	6,7%	3,9%	3,0%
Uso de drogas inyectables	17,4%	7,4%	2,5%	5,4%	2,1%	1,0%
Hemo/Transfundido	0,4%	0,3%	0,1%	1,0%	0,5%	0,2%
Otro	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Desconocido	8,3%	8,0%	7,8%	5,6%	5,6%	6,0%

Tabla 7. Máximo nivel de instrucción alcanzado por personas de 19 años o más con VIH según año de diagnóstico, sexo y región de residencia, Argentina (2001-2011)

		Varones			Mujeres		
		2001 - 2004	2005 - 2008	2009 - 2011	2001 - 2004	2005 - 2008	2009 - 2011
País	Analf. / Prim.Inc.	9,8%	9,1%	8,1%	10,8%	13,1%	12,8%
	Prim.Comp. / Sec.Inc.	44,0%	40,4%	38,4%	51,0%	50,6%	49,4%
	Sec.Comp. o más	36,0%	42,8%	46,6%	27,8%	27,8%	30,7%
	Desconocido	10,1%	7,7%	6,9%	10,4%	8,6%	7,2%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		14.447	13.575	8.315	8.082	7.750	4.290
CABA	Analf. / Prim.Inc.	4,9%	4,8%	5,7%	5,8%	9,3%	9,1%
	Prim.Comp. / Sec.Inc.	33,1%	26,9%	27,1%	42,5%	40,4%	42,1%
	Sec.Comp. o más	53,9%	62,0%	61,8%	42,6%	41,9%	41,1%
	Desconocido	8,2%	6,3%	5,4%	9,1%	8,4%	7,7%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		3.030	2.468	1.284	1.285	902	428
GBA	Analf. / Prim.Inc.	13,0%	10,8%	10,0%	10,2%	13,9%	13,6%
	Prim.Comp. / Sec.Inc.	56,1%	52,2%	48,8%	60,9%	56,8%	54,9%
	Sec.Comp. o más	24,1%	31,5%	37,4%	22,8%	23,4%	26,2%
	Desconocido	6,8%	5,5%	3,8%	6,0%	6,0%	5,3%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		4.636	3.505	1.507	3.191	2.736	1.010
Centro	Analf. / Prim.Inc.	9,1%	8,8%	8,0%	11,4%	12,2%	11,6%
	Prim.Comp. / Sec.Inc.	42,2%	41,6%	40,4%	49,4%	51,4%	52,0%
	Sec.Comp. o más	37,1%	42,9%	44,8%	27,4%	28,4%	29,9%
	Desconocido	11,6%	6,7%	6,9%	11,9%	7,9%	6,5%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		3.842	4.259	2.653	2.033	2.231	1.329
NOA	Analf. / Prim.Inc.	11,5%	11,9%	7,4%	12,1%	17,3%	12,5%
	Prim.Comp. / Sec.Inc.	40,6%	39,8%	37,4%	45,0%	47,7%	49,7%
	Sec.Comp. o más	35,9%	40,7%	48,6%	28,7%	28,1%	33,8%
	Desconocido	12,0%	7,5%	6,7%	14,3%	6,8%	4,0%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		949	1.088	1.046	547	643	551

Tabla 7 (continuación). Máximo nivel de instrucción alcanzado por personas de 19 años o más con VIH según año de diagnóstico, sexo y región de residencia, Argentina (2001-2011)

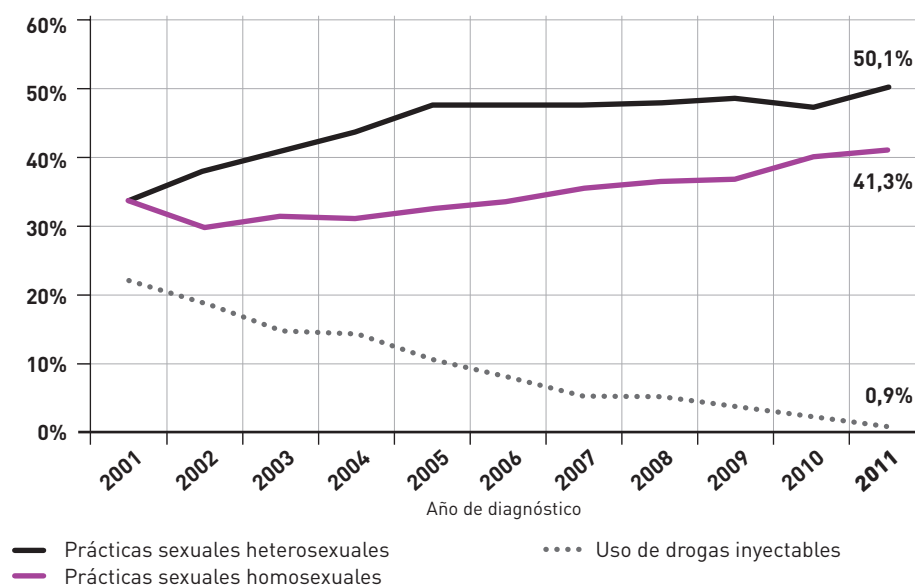
		Varones			Mujeres		
		2001 - 2004	2005 - 2008	2009 - 2011	2001 - 2004	2005 - 2008	2009 - 2011
NEA	Analf. / Prim.Inc.	16,2%	10,6%	10,7%	25,4%	19,5%	22,4%
	Prim.Comp. / Sec.Inc.	40,8%	30,8%	34,6%	35,9%	37,8%	36,3%
	Sec.Comp. o más	32,6%	34,4%	39,3%	25,0%	17,3%	22,4%
	Desconocido	10,4%	24,1%	15,4%	13,7%	25,4%	18,9%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	500	555	448	256	421	281	
Cuyo	Analf. / Prim.Inc.	10,3%	13,6%	8,8%	23,1%	15,8%	15,6%
	Prim.Comp. / Sec.Inc.	44,7%	37,7%	34,6%	46,6%	56,3%	47,7%
	Sec.Comp. o más	37,6%	43,4%	50,2%	24,8%	23,9%	31,5%
	Desconocido	7,3%	5,3%	6,4%	5,5%	3,9%	5,3%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	532	693	703	238	284	302	
Patagonia	Analf. / Prim.Inc.	7,0%	8,7%	8,6%	11,3%	7,3%	9,9%
	Prim.Comp. / Sec.Inc.	36,0%	38,5%	39,0%	33,8%	45,5%	45,8%
	Desconocido	25,8%	14,0%	10,3%	30,8%	13,4%	8,7%
	Desconocido	25,8%	14,0%	10,3%	30,8%	13,4%	8,7%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	686	745	603	426	440	343	

heterosexuales aumentan hasta mediados del período y luego se mantienen estables, los infectados por relaciones sexuales homosexuales siguen en ascenso (Gráfico 12).

A nivel regional, entre los varones en el período 2009-2011, las relaciones heterosexuales desprotegidas son la principal causa de transmisión, exceptuando en CABA (Tabla 8 en la página siguiente).

En el período 2009-2011, entre los 17 y 30 años, la principal vía de transmisión entre varones es la relación sexual con otro varón sin protección. A partir de los 31 años, la principal vía pasa a ser la relación sexual sin protección con una mujer.

Gráfico 12. Evolución de las vías de transmisión de VIH en varones por año de diagnóstico, Argentina (2001-2011)



En las Tabla 40 y Tabla 41 del Anexo se presentan las vías de transmisión por jurisdicción, mientras que en la Tabla 42 se discrimina la mediana de edad de diagnóstico entre los varones según vía de transmisión y región del país.

En la tabla 9 se presentan los diagnósticos de infección por otras vías. A lo largo del período 2001-2011 se observa un descenso sostenido de los casos de transmisión vertical (ver sección "Transmisión vertical del VIH").

Para el período 2001-2011, hay un total de 21 diagnósticos de personas con hemofilia, 231 diagnósticos de personas que se infectaron durante una transfusión –sin especificación del año en que tuvo lugar esa transmisión– y 37 diagnósticos de personas que se infectaron en un accidente laboral.

Diagnóstico tardío

Se considera aquí como diagnóstico tardío a aquellos casos que presentan junto, o hasta los doce meses posteriores al diagnóstico de VIH, una enfermedad marcadora de sida. Se utilizan como insumo las notificaciones de VIH y de sida. Este es el único momento del análisis de la información en donde se ponen en relación ambos eventos.

Para la construcción de este indicador se consideran en el denominador a todas las personas con fecha de diagnóstico conocida, mientras que en el numerador se contemplan a todas las personas con diagnóstico de sida simultáneo o dentro de los doce meses.

El diagnóstico tardío es un indicador central para monitorear la respuesta a la epidemia ya que es el que mide la proporción de personas cuyo diagnós-

Tabla 8. Vías de transmisión de VIH en varones por región, Argentina (2009-2011)

	CABA	GBA	Centro	NOA	NEA	Cuyo	Patagonia	País
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	1.307	1.587	2.733	1.089	472	717	618	8.598
Prácticas sexuales heterosexuales	38,9%	56,0%	48,2%	49,6%	44,7%	47,8%	53,1%	48,5%
Prácticas sexuales homosexuales	52,3%	31,4%	37,7%	42,8%	29,2%	44,4%	32,4%	39,1%
Transmisión vertical	0,9%	3,7%	1,7%	1,7%	3,8%	0,7%	1,0%	1,9%
Uso de drogas inyectables	1,3%	4,7%	3,5%	1,1%	0,4%	2,2%	0,2%	2,5%
Hemo*/Transfundido	0,0%	0,0%	0,3%	0,1%	0,0%	0,1%	0,2%	0,1%
Otro	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,1%
Desconocido	6,1%	4,2%	8,6%	4,8%	21,8%	4,7%	13,1%	7,8%

* Persona con hemofilia que en el tratamiento de su patología se vio infectada por VIH.

Tabla 9. Personas con infección por VIH según año de diagnóstico en vías de transmisión seleccionadas, Argentina (2001-2011)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Hemofílico*	1	1	3	2	2	1	1	4	1	4	1
Transfusión	36	35	37	40	16	23	13	16	7	2	6
Transmisión vertical	311	309	281	243	175	136	151	145	129	113	63
Accidente laboral	5	0	4	7	5	2	1	5	5	1	2

* Persona con hemofilia que en el tratamiento de su patología se vio infectada por VIH.

tico se produce en una etapa avanzada de la infección por VIH. El indicador permite evaluar las condiciones de acceso al diagnóstico.

De las 50.782 notificaciones de casos de infección por VIH producidos entre 2002 y 2010, 34.645 poseen información suficiente para construir este indicador.

El 25,3% de los diagnósticos reportados en el año 2010 fueron tardíos, el 29,5% en el caso de los varones y el 17,3% en el de las mujeres. Las proporciones de los años anteriores se han mantenido prácticamente estables a lo largo del período (Gráfico 13). Como ya se dijo en reiteradas oportunidades, la diferencia entre varones y mujeres podría explicarse por el acceso más temprano de estas últimas a la oferta de la prueba de VIH durante el embarazo.

Se observan variaciones en las proporciones de diagnósticos entre las distintas regiones del país. En el período 2009-2010, en el caso de las mujeres los valores oscilan entre el 14% en la región CABA y Centro y el 20% en el NOA, mientras que entre los varones las diferencias son mayores y van del 20% en CABA al 40% en el NOA (Gráfico 14). Cabe aclarar que la definición de diagnóstico tardío que se utiliza en este boletín no incluye los diagnósticos sintomáticos sin criterio de sida, por lo que los valores reportados aquí pueden diferir de los informados por las jurisdicciones.

En la Tabla 43 del Anexo se presenta la evolución de este indicador por región y sexo; y en la Tabla 44, por provincia y sexo.

Los diagnósticos tardíos varían según el nivel de instrucción alcanzado. Si bien este fenómeno se evidencia tanto entre las mujeres como entre los varones, entre éstos últimos la diferencia es más clara. (Gráfico 15). Mientras el 41% de

Gráfico 13. Proporción de diagnósticos tardíos de infección por VIH según sexo y año de diagnóstico, Argentina (2002-2010)

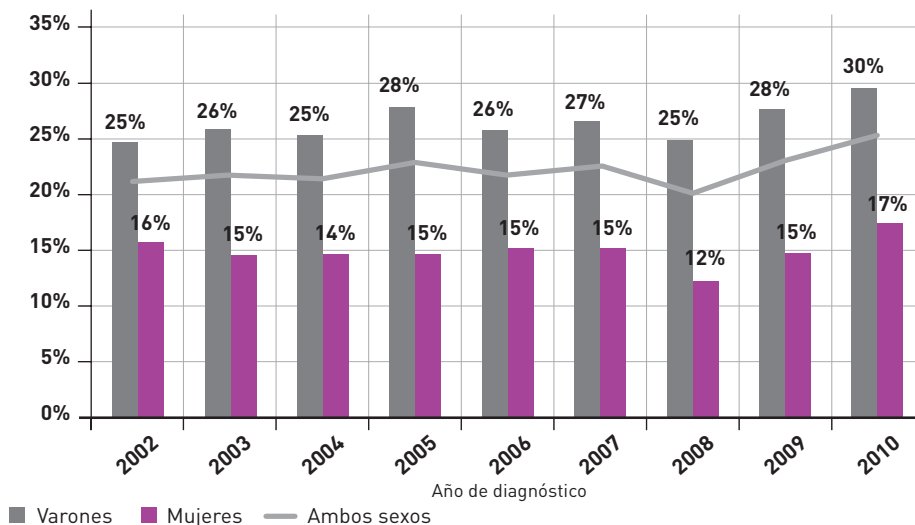


Gráfico 14. Proporción de diagnósticos tardíos de infección por VIH según sexo y región, Argentina (2009-2010)

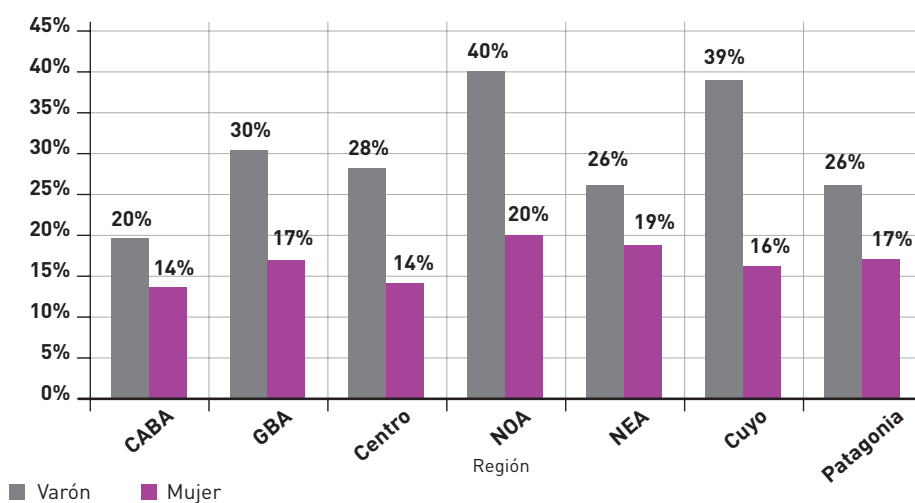


Gráfico 15. Proporción de diagnósticos tardíos de infección por VIH en personas de 19 años o más, según sexo y máximo nivel de instrucción, Argentina (2009-2010)

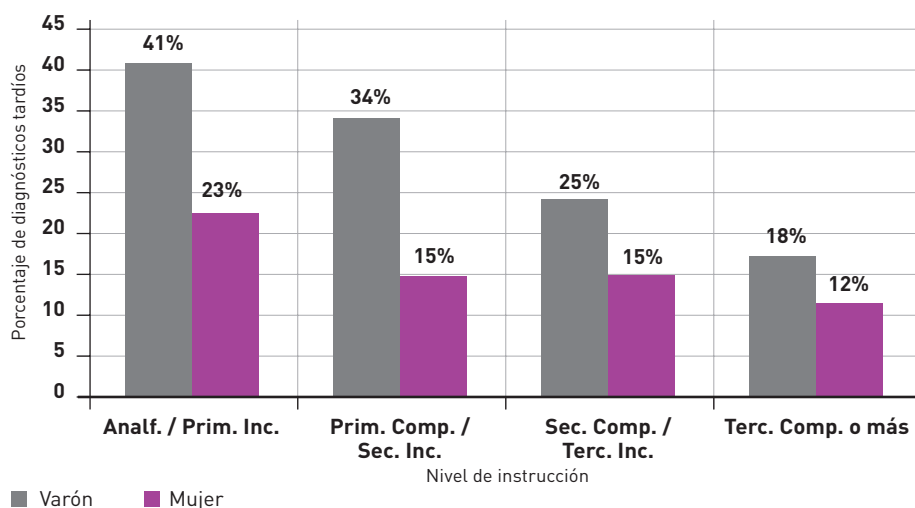
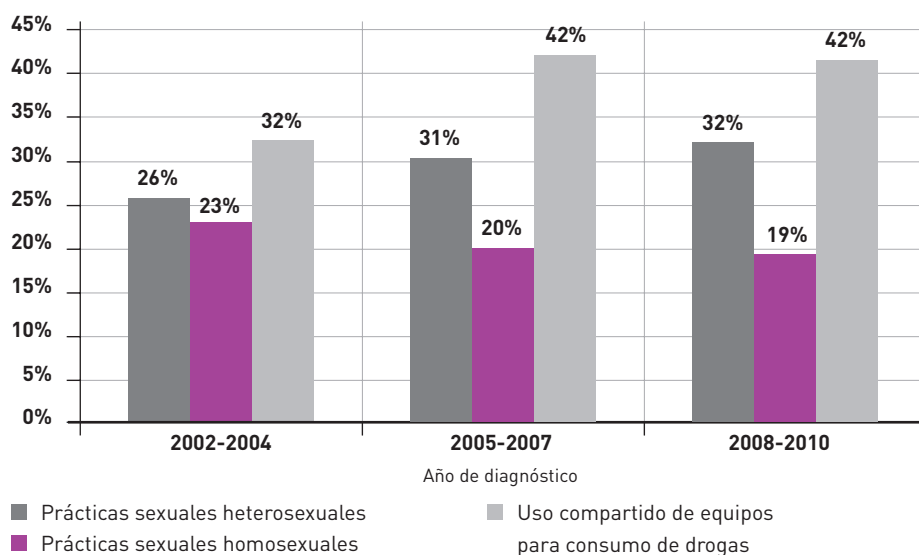


Gráfico 16. Evolución de la proporción de diagnósticos tardíos de infección por VIH según vía de transmisión en varones, Argentina (2002-2010)



los varones que no completaron la escuela primaria presenta un diagnóstico tardío, sólo el 18% de los que completaron una educación terciaria o mayor está en esa situación. Entre las mujeres las proporciones van del 23% en las que no completaron la escuela primaria al 12% para las que completaron o superaron el nivel terciario.

Entre los varones se observan diferencias según la vía de exposición al virus. Los que se diagnostican más tardíamente son quienes se infectaron por compartir material para el uso de drogas, seguidos de los que se infectaron por relaciones sexuales heterosexuales desprotegidas. Durante el período 2008-2010, el 41,8% de los que se infectaron por compartir material para el uso de drogas se diagnosticó con una enfermedad marcador de sida, proporción que alcanzó el 32,3% entre los que se infectaron durante prácticas sexuales con mujeres y el 19,3% por prácticas sexuales entre varones (Gráfico 16). ■

Transmisión vertical del VIH

A partir del año 2009, la DSyETS inició un proceso para sistematizar la información de los partos en mujeres con VIH en Argentina, ya que es un insumo fundamental para monitorear la tasa de transmisión perinatal del VIH y definir sus determinantes en nuestro país.

Durante el período 2009-2011, 19 jurisdicciones notificaron a la DSyETS 1.558 partos en mujeres con VIH. Si bien aún no se recibe información de todas las jurisdicciones, cada año aumenta el número de ellas que aporta esta información.

Tres de cada cuatro notificaciones de partos reportados en el período 2009-2011 provienen de la región Centro del país. El 43%, de CABA; el 13%, de la provincia de Buenos Aires⁴; el 10%, de Córdoba; 5%, de Santa Fe; y 4%, de Entre Ríos (Tabla 10).

Para analizar los determinantes asociados a la transmisión perinatal del VIH, se evaluó la relación temporal entre el embarazo y el diagnóstico de VIH (momento del diagnóstico de VIH), realización de profilaxis con antirretrovirales (en período prenatal, parto y en el neonato) y la modalidad de parto reportada (parto vaginal, cesárea electiva y cesárea no electiva).

Se obtuvo información con respecto a la relación temporal entre embarazo y diagnóstico de VIH en 1.112 casos (70% de la muestra). Casi el 50% de estas mujeres tuvo diagnóstico de VIH en el contexto de embarazo. Entre ellas, el 5,6% tuvo diagnóstico tardío durante el trabajo de parto o puerperio (Tabla 11).

En 1.144 fichas de 15 jurisdicciones había información respecto de la profilaxis con antirretrovirales. Los casos consignados como "sin datos" implican que la información no estuvo disponible para alguno de los tres componentes de la profilaxis (prenatal, parto o

Tabla 10. Distribución de los partos en mujeres con VIH notificados a la DSyETS según jurisdicción, Argentina (2009-2011)

Jurisdicción	2009	2010	2011	Total
Buenos Aires	159	33	20	212
CABA	256	231	185	672
Chaco	10	10		20
Chubut	1	3	4	8
Córdoba		86	66	152
Corrientes	20	15	12	47
Entre Ríos		30	34	64
Jujuy	18	26	17	61
Misiones		19	36	55
Neuquén	13	13	11	37
Río Negro	16	10	10	36
Salta	16	21	9	46
San Juan		4	4	8
San Luis		7	2	9
Santa Cruz	9	11	14	34
Santa Fe	7	35	30	72
Santiago del Estero	14	1	1	16
Tierra del Fuego	2	6	1	9
Totales	541	561	456	1.558

neonatal). En el caso del componente de profilaxis intraparto o neonatal, se incluyen también en la categoría "sin datos" a aquellos casos donde el embarazo no llegó a término o concluyó con muerte fetal.

La cobertura de profilaxis prenatal en este grupo alcanzó al 82,3% y el 87,1% recibió zidovudina intravenosa durante el parto (Tabla 12 en la página siguiente). Si bien el 91,5% de los neonatos inició profilaxis con AZT, no es posible determinar qué proporción completó el esquema de 6 semanas según las recomendaciones vigentes.

Se obtuvo información de 1.044 casos para el análisis de la modalidad de parto. Como es frecuente en esta población, predomina la realización de cesárea en el 73% de los casos (59%

Tabla 11. Distribución de los partos según el momento de diagnóstico de VIH en las mujeres, jurisdicciones seleccionadas de Argentina (2009-2011)

Momento del diagnóstico	N°	%
Embarazo anterior	59	5,3
Embarazo actual	421	37,9
Fuera del embarazo	569	51,2
Trabajo de parto	38	3,4
Puerperio	25	2,2
Totales	1.112	100,0

⁴ Cabe aclarar que el 90% de las notificaciones de la provincia de Buenos Aires provienen de la Región Sanitaria V.

5 Situación de los Niños, Niñas y Adolescentes con VIH en Argentina: Un diagnóstico colectivo del estado de la respuesta en los servicios de salud. Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Sida y ETS, SAP, UNICEF, OPS, ONUSIDA. Noviembre 2011.

Tabla 12. Distribución de los partos según la profilaxis con ARV en jurisdicciones seleccionadas, Argentina (2009-2011)

Profilaxis prenatal	Nº	%
Sí	941	82,3
No	157	13,7
Sin datos	46	4,0
Total	1.144	100

Profilaxis parto	Nº	%
Sí	996	87,0
No	91	8,0
Sin datos	57	5,0
Total	1.144	100

Profilaxis neonatal	Nº	%
Sí	1.047	91,5
No	31	2,7
Sin datos	66	5,8
Total	1.144	100

Tabla 13. Distribución de los partos según la modalidad de nacimiento, Argentina (2009-2011)

	Nº	%
Cesárea electiva	613	58,7
Cesárea no electiva	149	14,3
Parto vaginal	282	27,0
Total	1.044	100,0

electiva y 14% no electiva) y el nacimiento ocurrió por parto vaginal sólo en el 27% de los casos (Tabla 13).

Tasa de transmisión perinatal

Debido a los retrasos en la notificación de partos y a las dificultades que existen en el circuito de diagnóstico pediátrico, desde el año 2010 se decidió monitorear la tasa de transmisión perinatal del VIH con los datos de los laboratorios que centralizan el diagnóstico de los niños expuestos.

Durante el encuentro para un diagnóstico participativo sobre la situación de niños, niñas y adolescentes con VIH en Argentina que organizó la DSyETS junto con la SAP, OPS y Unicef en octubre de 2010, se sistematizó la información aportada por 7 de los principales

laboratorios que a través de redes de derivación centralizan el circuito de diagnóstico pediátrico del VIH en el país (Tabla 14)⁵.

Como se observa en la tabla, el mayor descenso en la tasa de transmisión vertical se produjo en los primeros cinco años, para mantenerse luego en valores entre 4% y 5%.

Situación de los niños bajo tratamiento antirretroviral

El número de niños diagnosticados de 0 a 14 años ha ido disminuyendo en los últimos años debido al descenso progresivo de la incidencia de infecciones de transmisión vertical. En el año 2012, la DSyETS buscó conocer cuáles eran los esquemas terapéuticos de los niños bajo tratamiento antirretroviral. Con ese objeto, se realizó un corte transversal de

Tabla 14. Distribución de los casos de niños expuestos al VIH por vía perinatal con diagnóstico definitivo y proporción de positivos por año en laboratorios seleccionados, según año de nacimiento, Argentina (2000-2009)

	Niños/as estudiados para VIH	Niños/as infectados por VIH por TV	Tasa de TV VIH (%)
2000	700	96	13,7
2001	844	67	7,9
2002	1.026	111	10,8
2003	1.128	112	9,9
2004	1.168	120	10,3
2000-2004	4.866	506	10,4
2005	1.318	86	6,5
2006	1.525	73	4,8
2007	1.177	61	5,2
2008	1.203	60	5,0
2009	1.187	52	4,4
2005-2009	6.410	332	5,2

Elaboración propia en base a datos provistos por los laboratorios de: Hospital Garrahan, CNRS de la UBA, Virología del Hospital Muñiz, S.M.Ludovica de La Plata, Hospital Posadas, Centro de Referencia Córdoba y CPRS de provincia de Buenos Aires.

los datos existentes al 30 de junio de ese año. La fuente principal de información provino del consumo de ARV suministrada por el Ministerio de Salud a cada jurisdicción del país.

De acuerdo con los padrones nominalizados, se analizaron los esquemas de ARV de 1.113 niños en tratamiento. La edad media fue de 12 años, 49% eran varones y 51% mujeres.

La distribución de tratamientos según la edad fue de 8 niños de 0 a 2 años, 504 de 3 a 12 años y 602 mayores de 12. El 38,1% correspondía a CABA, el 36,3% a Buenos Aires y el 25,6% al resto de las jurisdicciones del país (Tabla 15).

Para conocer qué tipo de tratamiento están recibiendo los niños notificados, se definieron tres líneas de esquemas terapéuticos:

a. Esquemas de primera línea: compuestos por la combinación de análogos de nucleósidos/nucleótidos con Efavirenz o Nevirapina, y los esquemas compuestos por análogos de nucleósidos/nucleótidos (ej AZT/3TC/ABC).

b. Esquemas de segunda línea: contienen los siguientes antirretrovirales: Nelfinavir; Saquinavir (con o sin Ritonavir); Indinavir (con o sin Ritonavir); Atazanavir (con o sin Ritonavir); Lopinavir/Ritonavir; Fosamprenavir (con o sin Ritonavir) y que no contengan ningún antirretroviral considerado de tercera línea o “rescate”.

c. Esquemas de tercera línea: contienen: Darunavir (con o sin ritonavir), Tipranavir (con o sin Ritonavir), Etravirina; Maraviroc, Raltegravir, Enfuvirtide; o esquemas con 4 o más antirretrovirales (excluido el Ritonavir).

Tabla 15. Distribución de las personas menores de 14 años en tratamiento antirretroviral según jurisdicción de residencia, Argentina (2012)

Jurisdicción	Total de menores de 14 años en tratamiento ARV	Relación con el total a nivel nacional [%]
CABA	425	38,2
Buenos Aires	405	36,4
Formosa	2	0,2
Chaco	14	1,3
Misiones	11	1,0
Corrientes	11	1,0
Entre Ríos	21	1,9
Santa Fe	64	5,8
Córdoba	33	3,0
San Luis	9	0,8
Santiago del Estero	4	0,4
La Pampa	7	0,6
Jujuy	2	0,2
Salta	11	1,0
Catamarca	15	1,4
La Rioja	1	0,1
Tucumán	24	2,2
San Juan	5	0,4
Mendoza	13	1,2
Neuquén	12	1,1
Río Negro	8	0,7
Chubut	10	0,9
Santa Cruz	2	0,2
Tierra del Fuego	-	0,0
Total	1.113	100

Como se observa en la Tabla 16, el 25,6% de los menores de 14 años recibe esquemas de primera línea; el 74,1%, de segunda; y solo el 0,4%, medicación de rescate o de tercera línea. Aunque no hay mayores diferencias según el grupo etario, los mayores de 12 años son los que reciben esquemas de primera línea en menor proporción. ■



Tabla 16. Distribución de la población en tratamiento menor de 14 años según tipo de esquema y grupo etario, Argentina (2012)

Edad	0-2 años		3-12 años		>12 años		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1º línea	3	37,5	153	31,0	129	21,5	285	25,6
2º línea	5	72,3	350	69,5	470	78,0	825	74,1
3º línea	0	0,0	1	0,5	3	0,5	4	0,4

Modificación del sistema de codificación de las personas con VIH

La Ley Nacional de Sida vigente en la Argentina (Ley N° 23798/90) establece que las notificaciones epidemiológicas deben realizarse de modo tal que no puedan individualizarse a las personas que están siendo reportadas en función de resguardarlas de los procesos de discriminación. Debe tenerse presente que esta ley, de avanzada hace veinte años, fue creada en la época previa a la aparición de los tratamientos antirretrovirales de alta eficacia (TARGA) y el estigma que pesaba sobre estas personas, incluso en los servicios de salud, era mucho mayor que el actual.

Por ese motivo, las personas con VIH son notificadas con un código que, en su versión actual, combina el sexo biológico de nacimiento, las dos primeras letras del primer nombre, las dos primeras letras del primer apellido y la fecha de nacimiento.

A partir del año 2013, comenzará a regir una modificación en el modo de construir ese código para adecuar los sistemas de información a los requerimientos de la Ley de Identidad de Género (Ley N° 26743) aprobada en 2012. A partir de la sanción de la norma, varios equipos de salud se han comunicado con la DSyETS para solicitar algún criterio uniforme con el fin de realizar la notificación epidemiológica de las personas trans, ya que muchas están comenzando a tramitar el cambio de documento y se presentan en los servicios de salud con documentos acordes a su identidad en los que no sólo varía el género sino que puede modificarse el nombre y apellido.

Si bien se estima que esta situación se puede presentar en no más del 2% de las notificaciones epidemiológicas que se producen anualmente, resulta necesario realizar una adecuación del código de todas las personas. Este cambio también permitirá subsanar un problema en la codificación que se

FICHA DE NOTIFICACIÓN VIH-SIDA

COMPLETAR CON LETRA LEGIBLE

SEXO: HOMBRE MUJER TRANSEXUAL

CÓDIGO:

a) Dos y dos letras del primer nombre (si el nombre es = M) / b) Dos y dos letras del primer apellido (si el nombre es = O) / c) Género (M=O) O (M=O) O (M=O) O (M=O) O (M=O) O (M=O) O (M=O)

* Sexo biológico de nacimiento (siempre en una F o en un varón)

FECHA DE LLENADO DE ESTA FICHA:

DD MM AAAA

1. DATOS DEL NOTIFICANTE

Nombre y Apellido: _____

Tel: _____ e-mail: _____

Institución: _____ Tel: _____

Dirección Institución: _____

Ciudad: _____ Provincia: _____

Firma y sello del notificante: _____

2. DATOS DE LA PERSONA AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO

La Género: Masculino Femenino Trans Desconocido

La Edad de nacimiento: Argentina (Provincia: _____ Localidad: _____ Barrio: _____) Otro país, país: _____ Desconocido

La País de nacimiento: _____

La Cobertura de salud: Sistema público Otro Social / Seguridad Social Medicina Prepagada Desconocido

La Máximo nivel de instrucción alcanzado: Persona entre 0 y 5 años Persona entre 6 y 10 años Persona de 11 años o más

Número de años de escolaridad completada/afectada contando a partir del 2º grado de la primaria: _____

Persona de 11 años o más:

Sin estudios Primario incompleto Primario completo Secundario incompleto Secundario completo Terciario incompleto Terciario completo Universitario incompleto Universitario completo Desconocido

3. DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR VIH

La Fecha: _____ Fecha Diagnóstico Desconocido

Fecha del primer test positivo confirmado por Western blot documentado o referido por el paciente / Fecha menor de 18 meses / Fecha de la segunda PCR (según año) antigeno PCR positivo


¿Es la mujer, el diagnóstico se realizó durante un embarazo, parto o puerperio? Si No Desconocido

¿El Estado clínico al momento del diagnóstico serológico confirmado: Síndrome retorcional agudo Infección asintomática Infección asintomática sin criterios de sida Enfermedad manifiesta de sida Desconocido

Dirección de Sida y ETS

Av. Pío XII 100, planta baja - Av. Magrane 100 (CABA) - Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina

(00351) 4374 3000 ext. 100 - registro.infeccion@msd.gov.ar - www.msds.gov.ar/sida



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

viene arrastrando desde hace muchos años originado en que, si bien la primera letra del código indicaba el sexo biológico, las letras “M” y “F” que se venían utilizando remitían al género.

A partir del próximo año, el código constará de doce caracteres y se confeccionará igual que como se venía haciendo, salvo que se eliminará el primer lugar correspondiente al sexo, que irá consignado por separado. Así, quedará construido con las dos primeras letras del primer nombre y las dos primeras letras del primer apellido según consten en el documento de identidad vigente al momento de la notificación, más allá de que coincidan o no con el nombre de elección de la persona. Los ocho dígitos restantes corresponden a la fecha de nacimiento con el formato dd/mm/aaaa.

En caso de que la persona trans manifieste reparos en ser reportada con un nombre que no coincida con la identidad autopercebida, se le informará del derecho que tiene de realizar el cambio de documento, situación que habilitará la posibilidad de ser notificada con su nuevo nombre. En la notificación epidemiológica se consignará por separado **el sexo biológico de nacimiento**, cuyos valores posibles son “**Varón**” o “**Mujer**”, y **el género**, cuyos valores posibles son “**Masculino**”, “**Femenino**” y “**Trans**”.

Cabe aclarar que durante el año 2011 se consultó a dos de las organizaciones que nuclean a este colectivo acerca de la conveniencia de que en las notificaciones epidemiológicas consten el sexo biológico de nacimiento y el género y ambas organizaciones estuvie-

ron de acuerdo. Se convino en que este modo de notificarlas evita invisibilizar el impacto que tiene en este colectivo la epidemia, ocultamiento que ocurriría si fueran reportadas directamente con el género acorde con su identidad.

En el caso de que se produzca un cambio de documento de identidad y éste conlleve una modificación del género y/o del nombre y apellido, se realizará una renotificación indicando, en la medida de lo posible, el código anterior para evitar duplicaciones.

Ya sea que la persona haya sido notificada o no, es indispensable que se marque la categoría **trans** en la variable **género** para la correcta caracterización epidemiológica del dato y que esta población, altamente vulnerable, no quede invisibilizada. ■

Ejemplos de la construcción del código

Notificación por primera vez de una trans femenina en cuyo DNI figura Carlos Fuentes

* VARÓN	<input checked="" type="checkbox"/> X	MUJER	<input type="checkbox"/> O	CÓDIGO	C d F U I 0 0 9 1 9 9 4
					a b c d e
			a: 1ra. y 2da. letra del primer nombre (ej: María Ines = MA)		c: Día de nacimiento (DD)
			b: 1ra. y 2da. letra del primer apellido (ej: Gomez Fuentes = GO)		d: Mes de nacimiento (MM)
			Ejemplo: MAGO 03 06 1978		e: Año de nacimiento (AAAA)

* Sexo biológico de nacimiento (marcar con una X lo que corresponda)

1.a Género:

<input type="checkbox"/>	Masculino
<input type="checkbox"/>	Femenino
<input checked="" type="checkbox"/>	Trans
<input type="checkbox"/>	Desconocido

Notificación por primera vez de una trans femenina en cuyo DNI figura María Fuentes

* VARÓN	<input checked="" type="checkbox"/> X	MUJER	<input type="checkbox"/> O	CÓDIGO	M a F U I 0 0 9 1 9 9 4
					a b c d e
			a: 1ra. y 2da. letra del primer nombre (ej: María Ines = MA)		c: Día de nacimiento (DD)
			b: 1ra. y 2da. letra del primer apellido (ej: Gomez Fuentes = GO)		d: Mes de nacimiento (MM)
			Ejemplo: MAGO 03 06 1978		e: Año de nacimiento (AAAA)

* Sexo biológico de nacimiento (marcar con una X lo que corresponda)

1.a Género:

<input type="checkbox"/>	Masculino
<input type="checkbox"/>	Femenino
<input checked="" type="checkbox"/>	Trans
<input type="checkbox"/>	Desconocido

Renotificación de una trans femenina en cuyo DNI figura María Fuentes

* VARÓN	<input checked="" type="checkbox"/> X	MUJER	<input type="checkbox"/> O	CÓDIGO	M a F U I 0 0 9 1 9 9 4
					a b c d e
			a: 1ra. y 2da. letra del primer nombre (ej: María Ines = MA)		c: Día de nacimiento (DD)
			b: 1ra. y 2da. letra del primer apellido (ej: Gomez Fuentes = GO)		d: Mes de nacimiento (MM)
			Ejemplo: MAGO 03 06 1978		e: Año de nacimiento (AAAA)

* Sexo biológico de nacimiento (marcar con una X lo que corresponda)

1.a Género:

<input type="checkbox"/>	Masculino
<input type="checkbox"/>	Femenino
<input checked="" type="checkbox"/>	Trans
<input type="checkbox"/>	Desconocido

Si es posible también indicar el código anterior

Código anterior
 C d F U I 0 0 9 1 9 9 4

Mortalidad por sida

La tasa de mortalidad por sida se construye con información proveniente de los informes estadísticos de defunción y es elaborada por la Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación.

En el año 2010, la tasa de mortalidad por sida se ubicó en 3,3 por 100 mil habitantes, valor que señala la estabilidad del indicador desde hace aproximadamente diez años, luego del descenso producido tras la introducción del TAR-GA en los años 90. La tendencia es más clara entre las mujeres, para quienes la tasa se ubica, igual que hace diez años, en 1,9. Entre los varones, el valor descendió un punto y medio en diez años, hasta alcanzar 4,7 en 2010 (Tabla y Gráfico 17).

En el análisis de la mortalidad por grupo de edad según sexo, se mantienen las mismas tendencias. Entre los varones, la tasa se encuentra estable en los menores de 35 años, sigue descendiendo en el grupo de 35 a 44 y aumenta en el de 45 años o más. Entre las mujeres, se encuentra estable entre las menores de 24 años, desciende entre las de 25 a 34 y aumenta en las mayores de 35 años.

El descenso registrado en la tasa de mortalidad en los últimos 15 años se corresponde, fundamentalmente, con el grupo de 25 a 34 años. Desde 1997, en este grupo la tasa descendió un 80% entre los varones y un 68% entre las mujeres (Gráfico 18 en la página siguiente).

Durante los últimos diez años, las tasas de mortalidad en las regiones del país muestran un descenso en CABA y GBA, la región Centro mantiene sus valores estables y se observa un ascenso en NOA, NEA, Cuyo y Sur (Tabla 18 en la página siguiente).

Al analizar la proporción que cada región aporta al total de defunciones

Tabla 17. Número de defunciones y tasa de mortalidad por sida por 100 mil habitantes según sexo, Argentina (1990-2010)

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

Gráfico 17. Tasa de mortalidad por sida por 100 mil habitantes, según sexo, Argentina (1990-2010)

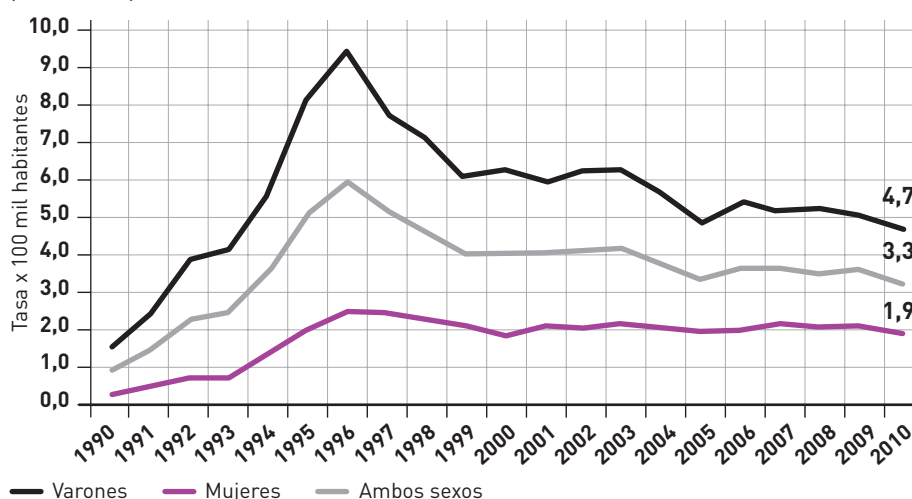
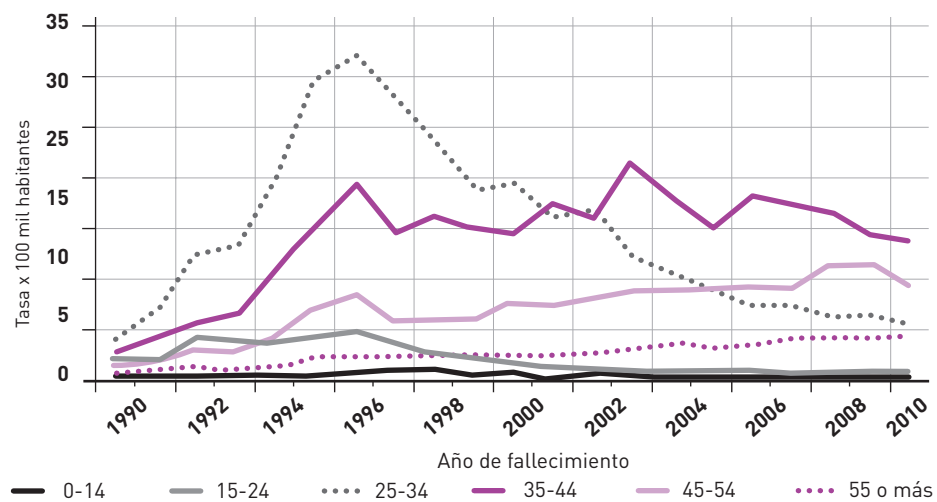
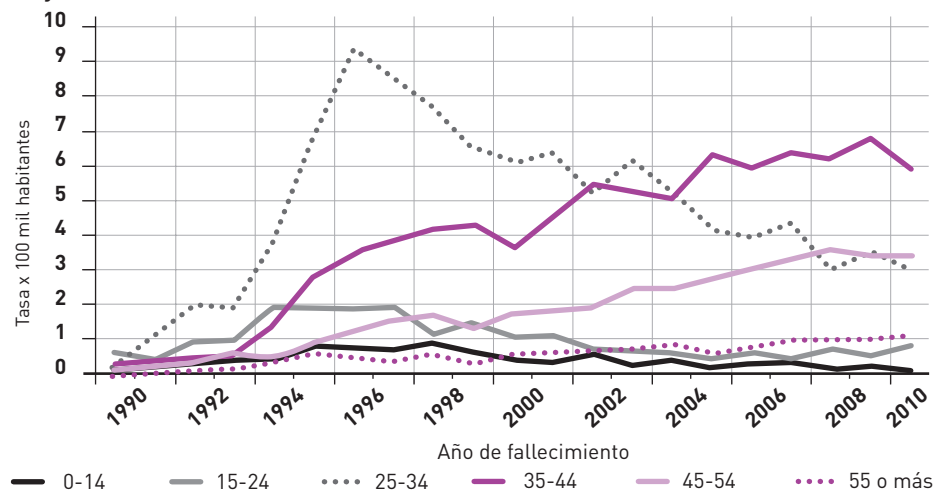


Gráfico 18. Tasa de mortalidad por sida por 100 mil habitantes según grupo de edad y sexo, Argentina (1990-2010)

Varones



Mujeres



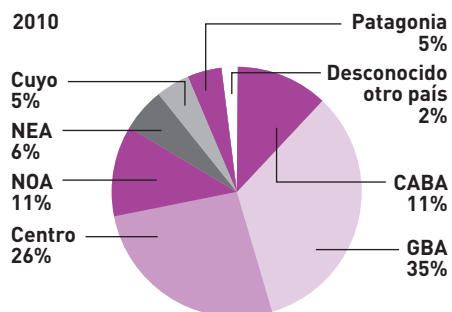
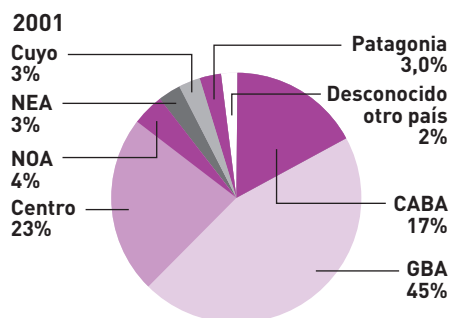
por sida en los años 2001 y 2010, también se puede observar que los porcentajes de CABA y GBA han descendido y que en las regiones NOA, NEA, Cuyo y Patagonia se ha incrementado. La región Centro muestra un leve ascenso.

En la Tabla 45 del Anexo se presentan las tasas de mortalidad por sida por provincia y sexo. El número de defunciones no es uniforme dentro de cada región. En el año 2010, del total de defunciones en la región Centro, el 75% corresponde a la provincia de Buenos Aires (sin el área GBA) y Santa Fe. En el NOA, más de la mitad corresponde a la provincia de Salta. En la región de Cuyo, Mendoza tiene el 55% de los casos y en la Patagonia, el 75% corresponde a Chubut, Neuquén y Río Negro. La distribución es más pareja en el NEA. El 36% para Misiones, el 29% Chaco, el 21% Corrientes y el 14% Formosa. ■

Tabla 18. Tasa de mortalidad por sida por 100 mil habitantes por región, Argentina (2001-2010)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
País	3,97	4,07	4,15	3,80	3,39	3,60	3,62	3,53	3,55	3,30
CABA	8,41	8,00	8,95	7,54	6,36	6,81	7,25	6,64	6,00	4,61
GBA	7,50	7,72	7,39	6,36	5,91	6,30	6,16	5,66	5,71	4,89
Centro	2,67	3,13	3,05	2,97	2,53	2,73	2,58	2,44	2,56	2,50
NOA	1,45	1,31	2,20	2,15	2,23	1,91	2,36	3,02	2,60	3,04
NEA	1,30	1,20	1,41	2,14	1,52	1,56	1,73	1,55	1,93	2,12
Cuyo	1,41	1,36	1,24	0,89	1,24	1,83	1,39	1,84	2,06	1,97
Patagonia	1,87	1,93	2,09	1,98	1,90	1,84	2,03	2,40	2,76	2,94

Gráfico 19. Distribución geográfica de las defunciones por sida, Argentina (2001 y 2010)



Estimación de huérfanos maternos por sida en la Argentina⁶

La epidemia de VIH en la Argentina permanece hoy estable y concentrada en los principales aglomerados urbanos de todas las jurisdicciones. Los indicadores epidemiológicos dan cuenta de los avances logrados en la disminución de la morbi-mortalidad por sida, de la transmisión perinatal y del aumento en la cobertura del tratamiento antirretroviral para las personas que lo necesitan.

En la última década, se han realizando importantes esfuerzos por conocer las condiciones de vulnerabilidad de los grupos más afectados. Sin embargo, poco se conoce sobre la situación de los niños, niñas y adolescentes afectados por el VIH, tanto de los que tienen a sus padres conviviendo con el virus como de aquellos que perdieron a uno o a sus dos progenitores a causa del sida.

La orfandad no es el único factor de vulnerabilidad en esta población, ya que muchos de estos niños y niñas viven en hogares con pocos recursos y expuestos a situaciones de discriminación y estigma debido a su situación de seropositividad y/o a la de uno o ambos progenitores.

La orfandad sigue siendo una de las consecuencias más visibles y mensurables del impacto de la epidemia en las comunidades. En este sentido, tener una aproximación del tamaño de la población de huérfanos es un insumo necesario para que los diversos actores que participan de la respuesta a la epidemia puedan dirigir acciones priorizando a las comunidades más vulnerables, ya sea potenciando la capacidad de cuidado de las familias consanguíneas o sustitutas como garantizando el acceso de los niños a servicios esenciales.

En el presente año, a partir de la inquietud de la DSyETS del Ministerio de Salud de la Nación y Unicef, se propuso aplicar algunos métodos ensayados en Brasil para aproximar cifras que permitan poner en discusión este problema en la Argentina.

⁶ El estudio completo puede consultarse en www.msal.gov.ar/sida

Tabla 19. Cantidad de huérfanos por sida materno, total y ajustado por mortalidad, total país (1996-2010)

	Huérfanos
1996	445
1997	422
1998	395
1999	390
2000	355
2001	384
2002	367
2003	400
2004	354
2005	338
2006	299
2007	317
2008	321
2009	348
2010	334
Total	5.471

El estudio realizado arrojó los resultados del primer proceso de estimación de la población de **huérfanos maternos por sida** en el país, tomando en consideración a los niños y niñas que perdieron a su madre o a ambos progenitores antes de cumplir los 15 años de edad.

El método aplicado consistió en realizar una estimación anual de los huérfanos maternos por sida menores de 15 años en base a las tasas de fertilidad específicas acumuladas por grupos de edad y la cantidad de mujeres fallecidas de 15 a 49 años por sida cada año. A través de la descomposición de la tasa acumulada de fertilidad en cada tramo de edad de la madre, pudieron calcularse para cada año los huérfanos por edad. La suma de estos resultados a lo largo del período 1996-2010 y la consideración de ajustes por la mortalidad de esta población de niños, ya sea por sida o cualquier otra causa, permitió obtener el total de niños huérfanos.

En la Tabla 19 se presenta el total de niños/as menores de 15 años que habrían perdido a su madre por año, mientras que en el Gráfico 20 se destaca la cantidad acumulada anual de niños/as según la edad que tienen en cada año.

De acuerdo con esta estimación, en los últimos quince años en la Argentina habrían perdido a su madre 5.471 niños y niñas a causa del sida antes de cumplir los 15 años. Si se considera el período 1996-2010, vivirían hoy cerca de 2.800 niños y niñas en esa situación. La estimación señala que, desde 1996, se están produciendo un promedio de entre 300 y 400 nuevos huérfanos por año.

Si bien estos resultados son el producto de una metodología de estimación que asume diversos supuestos, hay otros datos que permiten pensar que los valores obtenidos describen un escenario muy cercano a la realidad. Así, por ejemplo, los datos de estadísticas vitales muestran que en el período 2001-2010 fallecieron por sida 2.349 mujeres de entre 15 y 40 años en nuestro país, rango de edad en el que

Dirección de Estadísticas e Información de Salud

Autores: Carlos Guevel, María de las Mercedes Fernández, Élica Marconi, Karina Loiácono y Adrián Santoro.

también se concentra el mayor número de partos.

Un estudio sobre niños, niñas y adolescentes afectados y huérfanos del VIH-sida en nuestro país en el año 2004 indicó que alrededor del 50% de los niños/as infectados por transmisión perinatal eran huérfanos.

En la publicación de Unicef "Children on the Brink 2002", se estimaba que el total acumulado de huérfanos maternos por sida en Argentina para 2010 era de 16.000, lo cual difiere sustancialmente del total de 2.700 estimados en esta investigación. Sin embargo, la misma publicación del año 2004 excluyó a los países de Latinoamérica y el Caribe (LAC) por reconocer que la metodología aplicada en estimaciones

previas no había sido la más adecuada para las características de la epidemia de VIH en la región. En primer lugar, muchos de los supuestos para la estimación estaban basados en parámetros de epidemias generalizadas, como la del África Subsahariana, donde la prevalencia en la población general es mayor al 1% y la proporción de mujeres siempre representó más del 50% de la población infectada; mientras que en LAC, la epidemia siempre ha sido concentrada, con prevalencia menor al 1% en población general e inicialmente concentrada en hombres que tienen sexo con hombres y usuarios de drogas inyectables. Factores clave para la estimación de huérfanos, como las tasa de mortalidad y fecundidad y la sobrevivencia en niños, también son muy diferentes en los países de LAC. Además, en aquella publicación, la estimación para 2010 es una cifra proyectada, en base a datos producidos durante la década del noventa y que, por lo tanto, no reflejan los cambios que la terapia antirretroviral produjo en la evolución de la enfermedad.

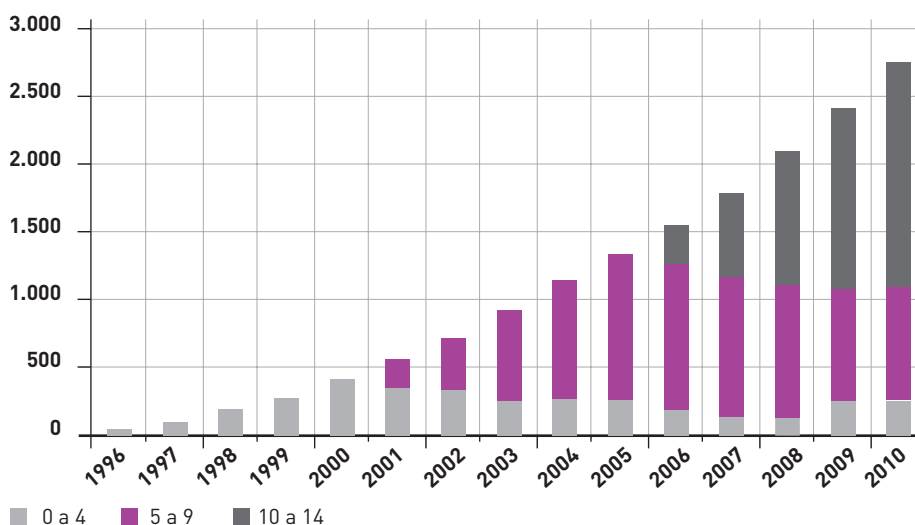
Estas consideraciones evidencian la importancia de la investigación, ya que utiliza una metodología para la estimación acorde con las características de la epidemia en LAC en general y en la Argentina en particular.

Si bien la tendencia global de la orfandad fue decreciente, se observaron diferencias regionales con aumentos en jurisdicciones donde también se incrementó la mortalidad por sida en mujeres. Es probable que este fenómeno refleje parte del proceso de la extensión de la epidemia en el país y no necesariamente un aumento de la letalidad por sida en estas jurisdicciones.

También la diferencia regional en la edad predominante de los huérfanos muestra la heterogeneidad en el impacto de la respuesta, ya que las jurisdicciones donde los huérfanos son más chicos evidenciarían también un retraso en el impacto de las estrategias para la reducción de la mortalidad.

A pesar de las limitaciones propias de la metodología utilizada, este es el primer estudio que estima el impacto de la orfandad por sida en la Argentina con supuestos acordes con las características de la epidemia en nuestro país. Profundizar este diagnóstico con otros aportes metodológicos y enfoques conceptuales de las ciencias sociales permitirá una mejor caracterización para definir políticas adecuadas a las necesidades de esta población. ■

Gráfico 20. Cantidad acumulada anual de huérfanos menores de 15 años en 2010, en Argentina según la edad que tienen en cada año (1996 - 2010)



Mujeres, sexualidad, cuidados y VIH-sida

Prácticas y significados en torno al uso del preservativo femenino. Argentina, 2012⁷

7 Coordinadora del estudio: Dra. Laura Recoder; equipo colaborador: Lic. Natalia Sosa Loyola, Lic. Julia Recchi, Lic. Luciana Beti, Dra. Cecilia Santamaría y Dr. Fernando Delio. El estudio completo puede ser consultado en www.msar.gov.ar/sida.

8 Las relaciones de género definen y condicionan las características de lo femenino y lo masculino, sus roles y las formas de relacionarse en la vida cotidiana. Mientras los estereotipos de género asocian lo femenino al cuidado, la responsabilidad, la sensibilidad, el afecto y el diálogo, entre otros, lo masculino, en oposición, refiere a los rasgos estereotipados de valentía, fortaleza, riesgo, osadía y virilidad. Estas características se traducen en roles y prácticas diferenciales para cada género que se complementan subordinadamente para establecer relaciones de desigualdad entre mujeres y varones (Lamas, 1996).

9 Sobre uso del preservativo masculino, ver Jorrat y Col., 2008; Comas y Col., 2008; Pecheny, 2008, 2012.

10 Limitadas son las experiencias de uso del preservativo femenino (PF) en nuestro país y no existen estudios que den cuenta de su aceptación (o no) como método anticonceptivo y/o de cuidado. Estudios realizados en América Latina y el Caribe relatan desconocimiento del insumo, altos niveles de aceptabilidad del PF al inicio de su uso (entre el 53% y el 95%) (Madrigal 1998, Barbosa 1999, Avarza 2007) y una disminución progresiva de su aceptación con el transcurso del tiempo (Barbosa 1999, Kalckmann 2003). También se relevaron dificultades para su colocación, sobre todo en las primeras experiencias (Madrigal 1998, Barbosa 1999). Uno de los estudios realizado en Brasil asocia el mayor uso del PF a mujeres con menor escolaridad, con mayores niveles de desempleo y en convivencia con una pareja (Kalckmann 2003).

11 Consideramos que la muestra conformada determina algunos límites a los resultados obtenidos: a) la construcción de la "muestra" dependió de las posibilidades de las organizaciones involucradas de convocar mujeres para participar del estudio. Esto dio como resultado una elección arbitraria de ciudades y un número limitado de participantes por ciudad; b) las mujeres convocadas forman parte o tienen vinculación con las organizaciones convocantes, lo que supone un grado mayor de trabajo y conocimientos sobre prevención y cuidados. Esto probablemente signifique mayores niveles de cuidado que la media poblacional; c) el hecho de que las mujeres formen parte de la organización pudo haber limitado su libertad de expresión respecto de las prácticas de cuidado que realizan o que no realizan; d) la vinculación de estas mujeres con las organizaciones convocantes y el nivel de conocimientos sobre prevención y cuidados tiene una relación directa con las expectativas positivas y los altos grados de aceptación del PF.

12- El reclutamiento de todas las mujeres y la realización de las entrevistas estuvieron a cargo de las OSC participantes. Cada organización recibió una capacitación para la organización del reclutamiento, el manejo y aplicación del cuestionario y la presentación del PF a cada una de las mujeres entrevistadas.

13- Los talleres de discusión estuvieron a cargo del equipo de la DSyETS y se desarrollaron seleccionando a algunas de las mujeres encuestadas. La selección de las mujeres para cada taller estuvo a cargo de cada OSC. Para cada encuentro fueron convocadas entre 5 y 15 mujeres. Se realizaron dos talleres por cada organización en las localidades correspondientes. Asimismo, se organizaron 4 talleres con mujeres trabajadoras sexuales y 6 talleres con mujeres con y sin diagnóstico de VIH.

Los años 90 evidencian en la Argentina un aumento significativo y constante en **las cifras** de mujeres infectadas por el virus del VIH. En el período 2001-2011 se infectaron 22.134 mujeres, 4.662 en el período 2009-2011. En el 89,6% de los casos, debido a relaciones sexuales no protegidas (Ministerio de Salud, DSyETS, 2012).

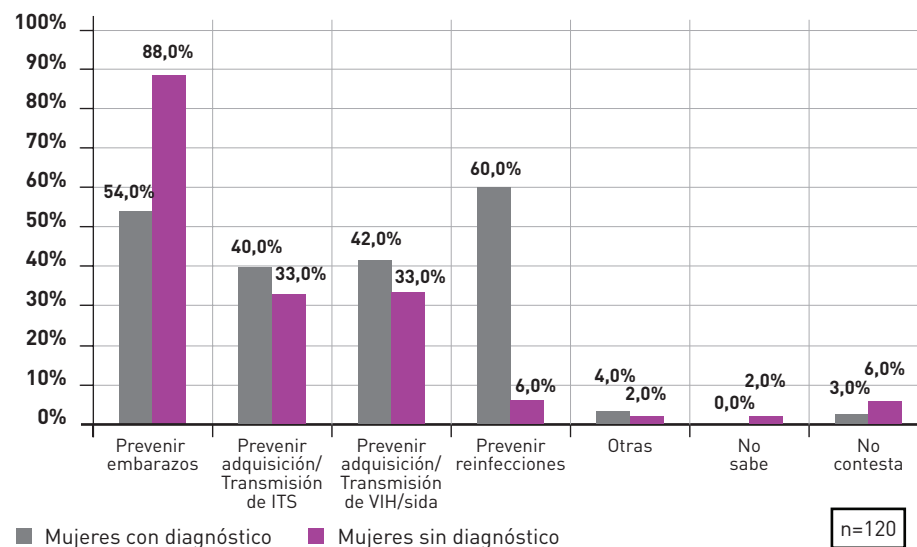
Es posible interpretar estas cifras a la luz de la desigualdad existente en las **relaciones de género**⁸, desigualdad y asimetría de poder que condicionan las posibilidades de cuidado de las mujeres durante las relaciones sexuales (en la medida en que no poseen el poder suficiente para negociar prácticas de cuidado, entre ellas el uso del preservativo masculino) ubicando a mucha de ellas en una particular situación de vulnerabilidad frente al VIH y otras ITS. Las dificultades en la incorporación del preservativo masculino (PM) en las relaciones sexuales⁹ plantean un importante desafío tanto a las actividades preventivas existentes como a las futuras propuestas de prevención del VIH e ITS en nuestro país.

La necesidad de crear **estrategias de prevención** que tengan en cuenta las relaciones de poder cotidianas en las dinámicas de las relaciones sexuales fue el disparador del presente estudio, con el **objetivo** de comprender las modalidades de cuidado y las posibilidades de uso del preservativo femenino (PF)¹⁰. La inquietud que orientó la investigación fue saber si el PF podría funcionar para las mujeres como una tecnología específica que permita reducir los márgenes de desigualdad en las relaciones sexuales, particularmente en lo que respecta a las prácticas de cuidado.

Sobre el estudio

Se trató de un **estudio exploratorio, descriptivo, cuali-cuantitativo** sobre prácticas y significados respecto del uso del PF en 225 mujeres que viven en contextos de vulnerabilidad al VIH-sida e ITS en 4 ciudades Argentinas ubicadas en el GBA y las provincias de Córdoba y Mendoza. El estudio fue desarrollado entre agosto de 2011 y julio de 2012 conjuntamente por organizaciones de la socie-

Gráfico 21. Motivos para la elección de métodos anticonceptivos y/o de protección en mujeres usuarias del sistema público de salud con y sin diagnóstico de VIH que refirieron usar algún método.



dad civil (AMMAR, Red Bonaerense de Personas Viviendo con VIH, Red Norte de Personas Viviendo con VIH y Redes Nueva Frontera), la DSyETS y UNFPA.

A partir de un **muestreo no probabilístico de tipo discrecional**¹¹, se realizaron 450 entrevistas cerradas a 80 mujeres trabajadoras sexuales, 71 mujeres sin diagnóstico de VIH y 74 mujeres con VIH. El diseño de investigación contempló la realización de entrevistas estructuradas y cerradas: una entrevista inicial de presentación del PF, la entrega de PF para su uso y una segunda entrevista para discutir y evaluar su utilización¹². Complementariamente, se realizaron 10 talleres de discusión sobre el uso del PF en los que participaron 103 de las mujeres entrevistadas¹³.

El **procesamiento de los datos**, análisis de resultados y escritura del informe final también estuvo a cargo de la DSyETS. El material cuantitativo producido (470 cuestionarios) fue procesado con el programa estadístico SPSS. El material cualitativo producto de los 10 talleres de discusión (20 horas de grabación) fue desgrabado y procesado en el programa Excel. Con el procesamiento se realizó un análisis de contenido que dio cuerpo y voz al informe final.

Algunos resultados

Mujeres usuarias de los servicios público de salud con y sin diagnóstico de VIH

Entre las mujeres sin diagnóstico de VIH, el 70% manifestó utilizar algún **método anticonceptivo**: el PM (70%) y los anticonceptivos orales (36%) fueron los más utilizados. Entre las mujeres con VIH, los porcentajes crecen: el 95% manifestó utilizar algún método anticonceptivo o de protección; el PM resultó el más utilizado (95%), segui-

do de los anticonceptivos orales (19%) (Gráfico 21).

Respecto de la **frecuencia en el uso de PM**, entre las mujeres sin diagnóstico, el 44% dijo utilizarlo "pocas veces", 30% "siempre", 20% "con frecuencia" y 7% "nunca". Entre las mujeres con VIH, los valores fueron más elevados, ya que el 73% mencionó usarlo "siempre", el 14% "con frecuencia", 11%, "pocas veces" y el 1% "nunca".

Las mujeres refirieron en los talleres de reflexión que la utilización del PM no suele efectuarse a partir de la iniciativa del varón, sino que se realiza, en términos mayoritarios, por y a partir del requerimiento de la mujer.

Para la realización del estudio, las

mujeres participantes debieron utilizar entre 1 y 15 PF para poder contar su experiencia y evaluar el insumo. Entre las mujeres sin diagnóstico, un 67% utilizó el PF (47), 8% no contestó y un 25% no lo utilizó debido a dificultades en su colocación o porque no les gustó. En tanto que entre las mujeres con VIH, el 79% (58) lo usó, el 5% no contestó y el 16% no lo utilizó por motivos similares a los de las mujeres sin diagnóstico.

Entre las mujeres sin diagnóstico, la mayoría no tuvo dificultad en la **colocación (60%) ni en el retiro del PF (94%)**, y no sintió dolor (96%) ni incomodidad (60%). Tampoco las mujeres con VIH refirieron en su mayoría dificultades en la **colocación ni en el retiro (66% y 98% respectivamente)**, no sintieron dolor (71%), ni incomodidad (98,3%).

Tabla 20. Ventajas y desventajas en el uso del PF entre las mujeres sin VIH que utilizan el PF con sus parejas (nº: 47).

Mujeres sin diagnóstico	
Ventajas	Desventajas
"Brinda autonomía a las mujeres" (59,6%) .	"Es feo" (48,9%) .
"Protección contra ITS" (55,3%) .	"El anillo interno o externo molesta" (36,2%) .
"Se puede colocar antes de la relación sexual" (31,9%) .	"Es ruidoso" (25,5 %) .
"Es resistente" y "Es higiénico; evita el contacto con el esperma" (23,4%) .	"Es difícil de manejar" (25,5 %) .
"No tiene efectos secundarios" (19,1%) .	"A la pareja no le gusta" (21,3%) .

Tabla 21. Ventajas y desventajas en el uso del PF entre las mujeres con VIH que utilizan el PF con sus parejas (nº: 58)

Mujeres con diagnóstico	
Ventajas	Desventajas
"Brinda autonomía a las mujeres" (65,5%) .	"Es feo" (46,6%) .
"Protección contra ITS" (58,6%) .	"Es difícil de manejar" (29,3%) .
"Es higiénico; evita el contacto con el esperma" (44,8%) .	"El anillo interno o externo molesta" (25,9 %) .
"Se puede colocar antes de la relación sexual" (43,1%) .	"Es ruidoso" (25,9 %) .
"Es resistente" (31%) .	"Genera más responsabilidad en la mujer" (17,2%) .

Gráfico 22. Evaluación del PF entre las mujeres usuarias del sistema público de salud con y sin diagnóstico de VIH que lo utilizaron

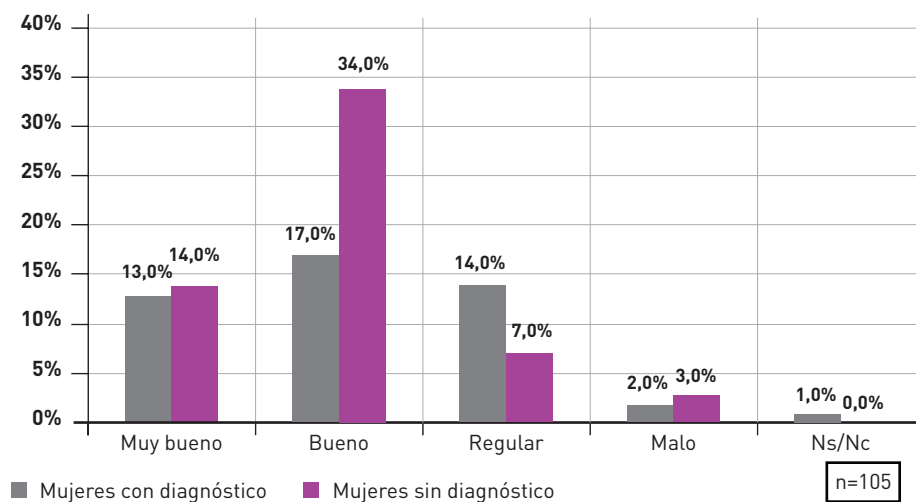
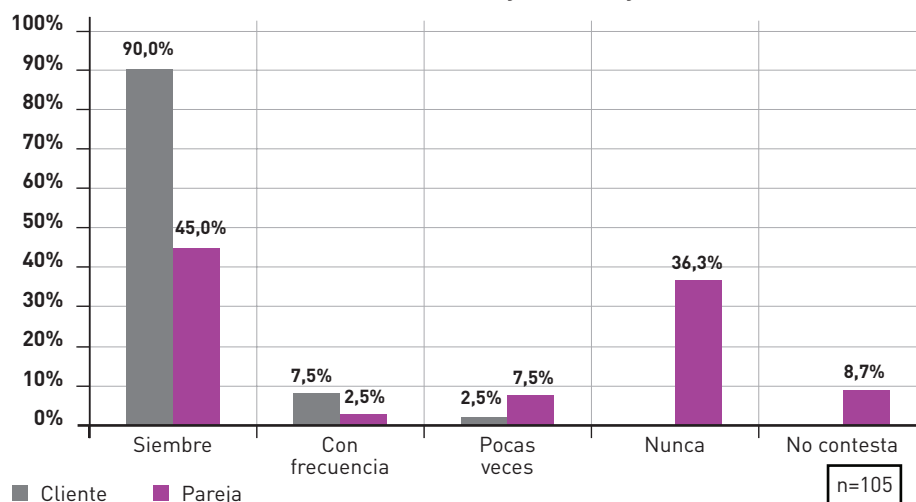


Gráfico 23. Frecuencia en el uso del PM en mujeres trabajadoras sexuales



Al indagar sobre las “sensaciones” y/o “percepciones” experimentadas con el uso del PF, relevamos una serie de valoraciones que clasificamos en términos de ventajas y desventajas en el uso del PF (Tabla 20).

Complementariamente, en los relatos relevados en los talleres de reflexión, la mayoría de los ejes de descripción y análisis de las valoraciones realizadas por las mujeres sobre el PF aparece marcada y transversalmente la **comodidad/practicidad/conveniencia de los varones**

y la falta de interés de ellos por el placer de las mujeres durante las relaciones sexuales. También se destacó reiteradamente la potencialidad del PF para brindar mayor **autonomía** a las mujeres, con especial énfasis en el reconocimiento de su rol activo en la **negociación cuando el uso del preservativo** resulta dificultoso.

En aquellas expresiones que reconocían al PF por su capacidad de brindar más autonomía, emergió la **noción de responsabilidad** de la mujer en el uso del preservativo. Así se observa una ten-

sión entre autonomía y responsabilidad, o quizás entre responsabilidad y responsabilización de la mujer por los cuidados de ella y de los otros. Estas mujeres viven y desempeñan **roles de género** vinculados a valores determinantes de lo femenino y lo masculino respecto de la sexualidad y los cuidados que las colocan en situaciones de mayor vulnerabilidad frente a las ITS y el VIH.

Estas experiencias y valoraciones permitieron a las mujeres evaluar el PF y expresar la posibilidad de adoptarlo (o no) como método de protección en el futuro. Evaluaciones similares realizaron las parejas de las mujeres entrevistadas (Gráfico 22).

Frente a la posibilidad de **adoptar el PF** como método de cuidado, las mujeres sin diagnóstico refirieron en un 45% que sí lo adoptarían, el 30% dijo que no y un 26% no sabía. Las mujeres con VIH manifestaron posibilidades más altas de **adoptar el PF como su método de cuidado**: el 59% dijo que sí, el 14%, que no; y el 26%, que no lo sabían.

Finalmente, el análisis de los datos cualitativos de los relatos de las mujeres que viven con VIH nos permitió comprender que las **nociones y experiencias** de cuidado, sexualidad y uso del PF se inscriben y significan en relación con su padecimiento (el VIH), los debates sobre el “gerenciamiento del secreto”, sus parejas y la negociación del uso del preservativo masculino.

Mujeres trabajadoras sexuales

En este grupo, el 99% de las mujeres refirieron utilizar **algún método anticonceptivo** y/o de protección. Entre ellas el 100% manifestó **usar PM** y el 10%, anticonceptivos orales. Los métodos elegidos eran utilizados para prevenir la transmisión de ITS (84%), prevenir la transmisión del VIH (78%) y evitar embarazos (59%).

Con respecto a la frecuencia de uso del PM, su uso es mayor con un cliente que con la pareja (Gráfico 23).

El punto de partida de los comentarios y discusiones en los talleres sobre el PM fue siempre su uso inevitable y saludable y la habilidad en el manejo del PM como una estrategia adquirida que les otorga poder y libertad de acción en las relaciones con sus clientes. A su vez, el no uso del PM estuvo, en la mayoría de los relatos, vinculado a las relaciones de pareja. La convicción sobre la necesidad de cuidados disminuye cuando se habla de pareja, novio, cliente de confianza, amigo, así como también en la capacidad de imposición/negociación del insumo. Existe una asociación entre PM y trabajo que repercute negativamente en los cuidados al interior de las parejas. Parece haber una cierta necesidad en demarcar con claridad y distancia las diferencias entre el trabajo y el placer, entre las formas del trato con los clientes y al interior de la pareja; y en esta distinción, para algunas mujeres trabajadoras sexuales, el uso del PM marca una diferencia. Al igual que el

resto de las mujeres que participaron de este estudio, las trabajadoras sexuales enfrentan dificultades a la hora de negociar el PM con sus parejas.

En el marco del estudio, 71 mujeres (89%) utilizaron el PF; el 45 % lo usó con la pareja; el 35% con los clientes; y el 20%, con ambos.

Respecto a la colocación y el retiro del preservativo, al 66% no le causó dificultad colocárselo; el 86% no sintió dolor; el 68% no experimentó ninguna incomodidad; y el 93% no tuvo dificultad para retirarlo de la vagina. Estas respuestas contrastan con los relatos de los talleres donde las mujeres manifestaron dificultades en la colocación e incomodidad.

Gráfico 24. Evaluación del PF de las mujeres trabajadoras sexuales que usaron PF.

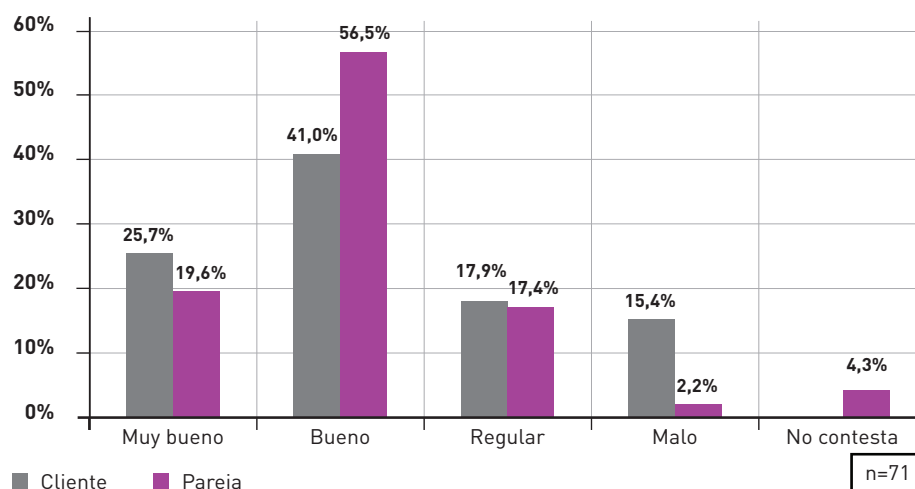


Tabla 22. "Sensaciones" y/o "percepciones" experimentadas con el uso del PF en mujeres trabajadoras sexuales

Relaciones sexuales con clientes		Relaciones sexuales con sus parejas	
Ventajas	Desventajas	Ventajas	Desventajas
"Protección contra las ITS" (52,6%).	"El anillo interno o externo molesta" (57,7%).	"Protección contra las ITS" (66,7%).	"Es feo" (63,6%).
"Es práctico" (50%).	"Es feo" (34,6%).	"Cómodo" (64,6%).	"Es ruidoso" (47,7%).
"Es resistente" (44,7%).	"Es difícil de manejar" (26,9%).	"Es resistente" (62,5%).	"Es difícil de manejar" (29,5%).
"Se puede usar cuando el pene no está erecto" (36,8%).	"A los clientes no les gusta" (26,9%).	"Es práctico" (58,3%).	"El anillo interno o externo molesta" (27,3%).
"Brinda decisión propia/libertad a las mujeres" (36,8%).	"Es ruidoso" (19,2%).	"Brinda decisión propia a las mujeres" (54,2%).	"Tiene demasiada lubricación" (20,5%).
"Se puede colocar antes de la relación sexual" (31,6%).			
"Es una alternativa cuando el cliente no quiere usar el PM" (31,6%).			
"Es una alternativa cuando el cliente no quiere usar el PM" (31,6%).			

En cuanto a las “sensaciones” y/o “percepciones” experimentadas con el uso del PF, se encontró como principal ventaja tanto en las relaciones sexuales con la pareja como con un cliente la “protección contra las ITS” (Tabla 22).

La comprensión de la importancia de los cuidados y la adquisición de herramientas y habilidades para instalar el PM en las relaciones sexuales con los clientes, otorgó a estas mujeres importantes grados de **autonomía** respecto a la voluntad de los clientes. Así, mientras algunas mujeres prefieren informar al cliente y brindarle la posibilidad de elegir el método de cuidado, otras ven en el PF la posibilidad de introducir una herramienta de cuidado sin tener que hablarlo previamente con el cliente; en ambos casos la autonomía se ve reforzada por utilización del PF. Para las mujeres trabajadoras sexuales que viven en contextos socio-económicos empobrecidos y trabajan en **condiciones de precarización y/o explotación** el PF también puede ser una alternativa de *empoderamiento* (Gráfico 24).

Más de la mitad de las mujeres manifestaron que adoptarían el PF como una herramienta de cuidado tanto para el trabajo con clientes (74%) como para el uso con sus parejas/amigos/novios (59%).

Si bien estas mujeres reconocen al PF como **una alternativa complementaria** al PM que les puede brindar algunos beneficios, también consideran que el PM es una herramienta indispensable.

A modo de cierre

Estos resultados colocan al PF como una herramienta de prevención alternativa y/o complementaria al PM que puede fortalecer la autonomía de las mujeres (mujeres con y sin VIH y mujeres TS) y facilitar sus prácticas de cuidado.

En colectivos como el de las mujeres trabajadoras sexuales y/o mujeres con VIH, puede contribuir especialmente al empoderamiento y a la toma de decisiones respecto de los cuidados en las prácticas sexuales. En mujeres viviendo con VIH, puede contribuir, además, a aliviar un conjunto de tensiones y conflictos vinculados con la relación entre padecimiento, sexualidad y la necesidad de cuidado en las relaciones sexuales. No obstante, es necesario un profundo trabajo de promoción y capacitación para que mujeres y varones se familiaricen y así puedan optar (o no) por su utilización.

Desde la DSyETS se avanza en la compra para la distribución gratuita del insumo a los fines de garantizar el acceso al PF de las mujeres que lo requieran, a través de una distribución focalizada principalmente en mujeres con VIH y mujeres trabajadoras sexuales (aunque abierta a la demanda de las mujeres que los requieran). Paralelamente, se iniciará un proceso sostenido de promoción del insumo, tanto en población general como en poblaciones con vulnerabilidades incrementadas, con el objetivo de dar a conocer el producto y presentarlo como una alternativa posible al PM. En el desarrollo de estas actividades, al igual que en la realización de este estudio, las OSC son nuestros principales aliados. ■

Bibliografía

- **Ayarza, R., Álvarez Monsalve, S., Molina, E. (2007).** Estudio “Aceptación del PF en mujeres en edad reproductiva”, Red de Trabajadoras Sexuales del Ecuador, Unifem, Onusida, Ecuador.
- **Barbosa, R.M., Berquó E., Kalcman, S. (1999).** “Aceptabilidad del PF en diferentes contextos sociales”, Population Studies Center (NEPO),

Universidad de Campinas, Brazilian Center for Analysis in Planning (CEBRAP), Instituto of Health San Pablo, Cndstads y Unaid, Brasil.

- **Comas, A., Fabro, M. y Seiffer, T. (2008).** “Saberes y estrategias de las mujeres trabajadoras sexuales ante el VIH-sida y otras ITS”, Buenos Aires, Editorial Eudeba.
- **Jorrat, J., Barletta, P., Chacón, M., Riveiro, M. (2008).** “Información, actitudes y conductas en relación con el VIH-sida. Estudio social en población bajo la línea de pobreza en el área metropolitana de Buenos Aires”, Buenos Aires, Editorial Eudeba.
- **Kalckmann S., Farías N., Carvalheiro, J. (2003).** “Validación de la continuidad del uso del preservativo en usuarias del Sistema Único de Salud en San Pablo”, Instituto de Saúde da Secretaria de Estado de São Paulo, Departamento de Epidemiología da Faculdade de Saúde Publica da USP, Brasil.
- **Lamas, M. (1996).** “La Perspectiva de Género”. En *Revista La Tarea* 8, Guadalajara México, Publicación en línea 2007: en www.latarea.com.
- **Madrigal J., Shifter J., Feldblum PJ. (1988).** “Aceptabilidad del PF entre trabajadoras sexuales, Instituto Latinoamericano de Prevención y Educación en Salud”, San José, Costa Rica.
- **Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, DSyETS,** “Boletín sobre el VIH-sida en la Argentina”, Año XII, N°28, noviembre de 2011.
- **Pecheny, M. (2008).** “Estudio nacional sobre la situación social de las personas viviendo con VIH en la Argentina”, Buenos Aires, Libros del Zorzal.
- **Pecheny, M. (2012).** “Caracterización de las mujeres infectadas por el VIH en Argentina”, Informe final, mayo de 2012.

Mujeres con diagnóstico reciente de VIH

Autores: Mario Pecheny (Instituto Gino Germani/UBA y Conicet); Georgina Binstock (Cenep-Conicet); Hernán Manzelli (Cenep); Renata Hiller (Instituto Gino Germani/UBA); Matías Bruno (Cenep).

En el año 2011 se llevó a cabo una investigación para conocer quiénes son las mujeres que hoy, en la Argentina, se están infectando con el VIH: cómo es la vulnerabilidad femenina a la infección, cómo ha sido la ruta de transmisión del virus, cuándo y cómo acceden al testeo y eventualmente al tratamiento. El equipo del proyecto fue integrado por miembros de la Red Bonaerense de Personas Viviendo con VIH/sida, la Red Argentina de Mujeres Viviendo con VIH/sida, el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, la Dirección de Sida y ETS, ONUSIDA, UNFPA, OPS/OMS, representantes del Instituto Gino Germani de la Universidad de Buenos Aires y del Cenep.

El proyecto articula un componente cuantitativo (sobre la base de una encuesta a una muestra intencional con cuotas por distrito de 465 mujeres con diagnóstico de VIH recibido desde el 1° de enero de 2009 en adelante, residentes en ciudades medianas y grandes de la Argentina) y uno cualitativo (sobre la base de entrevistas a 31 mujeres con dichas características y a 12 varones que son parejas de mujeres con esas particularidades). Las encuestas y entrevistas fueron realizadas por mujeres miembros de las redes de mujeres o personas viviendo con VIH, con capacitación y supervisión del equipo de trabajo. La colaboración multisectorial entre individuos y organizaciones de la comunidad, sectores gubernamentales y académicos y organismos internacionales garantizó la calidad de la información y el fortalecimiento de cada uno de los sectores.

La muestra de mujeres es muy variable en términos socio-demográficos. La edad promedio de la muestra es de 34,5 años. El 93% nació en la Argentina. El 70% tiene secundario incompleto o un nivel de instrucción menor. El 70% se atiende exclusivamente en el sistema público de salud. Todas las mujeres

encuestadas recibieron su test positivo para VIH entre enero de 2009 y julio de 2011 y se encontraban readaptando sus vidas ante la nueva situación.

- Alrededor de un tercio se realizó el análisis de VIH a partir de un chequeo de rutina o por concurrir al médico por otros problemas de salud; un 13% lo hizo en el contexto de una cirugía o internada en un hospital o sanatorio. Un 27,4% se realizó el test porque su pareja o alguna persona con la que había tenido relaciones sexuales vivía con VIH, mientras que un 25,2% lo hizo por haberse preocupado luego de haber tenido relaciones sexuales sin preservativo. Un 2%, por haber sido víctima de una agresión sexual. El 26,7% de las mujeres fue testeada en un control prenatal y/o en el parto.

- En algunos casos recibieron su resultado sin confidencialidad ni asesoramiento, en medio o inmediatamente después del parto. A varias les han practicado la ligadura tubaria, sin tiempo ni consejería para decidir de manera informada acerca de la adopción de ese método anticonceptivo.

- El 42,9 por ciento recibió consejería antes del test de VIH, mientras que el 62,6 por ciento recibió consejería postest. Es decir, *cuatro de cada diez mujeres se enteraron de que vivían con el virus sin ningún tipo de charla ni apoyo*. La falta de consejería pretest y postest, así como la falta de confidencialidad al comunicar el resultado, son una falla dolorosa del sistema de salud.

- Para el 60 por ciento de las mujeres con diagnóstico de VIH el resultado fue totalmente inesperado.

- La atención en los servicios es heterogénea; se refieren prácticas dife-

renciales según la unidad sanitaria e incluso al interior de cada institución.

- Las mujeres suelen actuar como cuidadoras de sus hijos/as, su familia y/o su pareja, lo cual implica una sobrecarga de trabajo y preocupaciones, así como la postergación de su auto-cuidado.

Cuadro A. Mujeres con VIH. Distribución de la vía de infección

Vía de infección	%
Por relaciones sexuales con un varón	92,4
Por relaciones sexuales con una mujer	0,4
Por uso de drogas inyectables	1,3
Otra	1,7
No sabe cómo pudo haberse infectado	4,1
Total	100,0
N°	465

Cuadro B. Mujeres con VIH que creen haberse infectado por relaciones sexuales con un varón. Distribución del tipo de relación con ese varón

Relación con la encuestada	%
Marido o pareja conviviente	48,8
Novio	24,2
Amante o relación ocasional	22,5
Trabajo sexual, con un cliente	3,6
Forzadas	0,9
Total	100,0
N°	425

- Más del 40% llevaba seis años o más de relación con su pareja, y un 27% adicional, entre tres y cinco años. La infección ocurre pues en contexto de relaciones no sólo estables, sino

también duraderas. Pese a ello, una minoría (menos del 10%) conocía entonces el estado serológico de su compañero.

- Dos de cada tres mujeres indican que su marido, pareja estable o novio, pudo haberse infectado a partir de relaciones sexuales con una mujer. Para un tercio pudo haber sido a través de relaciones con trabajadoras sexuales y para un 12% pudo haberse debido a relaciones con otros hombres y/o travestis. Un quinto indicó que su pareja pudo haberse infectado a través del uso de drogas inyectables y una de cada diez mujeres apuntó que pudo haberse infectado mientras estuvo privado de la libertad.
- El 6,9% de las mujeres indicó haberse inyectado cocaína alguna vez en la vida, proporción mayor a la que considera haberse infectado por uso inyectable de drogas (1,3%).
- El 24,9% aspiró cocaína y el 13,1% fumó paco. En muchas trayectorias es posible determinar “períodos” de consumo intensivo seguidos de etapas de menor consumo o sin consumo, a veces en el pasado y no recientemente. Para muchas otras personas, el consumo de cocaína aspirada ha sido esporádico o puntual.
- El 20,6% dijo haber tenido al menos una vez problemas de abuso de alcohol.
- El 12,7% realiza o realizó trabajo sexual o estuvo en situación de trabajo sexual.
- El 6,5% estuvo privada de la libertad alguna vez en la vida.

Los datos sobre prácticas y situaciones de los compañeros a lo largo de la vida expresan dimensiones específicas

de la vulnerabilidad de estas mujeres a contraer VIH, que se califican como “relacionales”.

- Al menos el 22,4% tuvo relaciones sexuales con alguien que estuvo privado de la libertad; el 26%, con un compañero que se inyectaba drogas; el 25,2%, con un varón que utilizaba paco, y el 51,4% tuvo relaciones sexuales o de pareja con un varón que abusaba del alcohol.
- 46,9% fue alguna vez víctima de violencia por parte de una pareja.
- El 75% se encontraba con una pareja estable al momento de realizarse el análisis y tener un resultado positivo: un 11%, casada; un 46%, conviviendo en pareja; y un 18%, de novia pero sin convivir. Una de cada cuatro mujeres estaba sin pareja estable. De las que se encontraban con pareja estable al momento del diagnóstico, el 60% siguió con la misma pareja.
- Casi la mitad de las mujeres encuestadas vive hoy con una pareja y un 10% mantiene una relación de noviazgo. El 40% restante no tiene una relación de pareja estable. De las mujeres que están en pareja, la mitad tiene un compañero que es seropositivo; 28%, un compañero seronegativo; y el 25% restante desconoce el estado serológico de su pareja.
- Durante el último año (o desde el diagnóstico, si éste fue más reciente), el 84% tuvo relaciones sexuales (la mayoría con una pareja estable) y el 16% no. El 82% de las mujeres sexualmente activas practicó sexo vaginal, de las cuales un 52,5% usó siempre preservativo. El 65% practicó sexo oral y usó siempre preservativo el 23,2%. El 46% practicó sexo anal, y usó siempre preservativo el 39%.

- El 74% de las mujeres que tuvo relaciones sexuales lo hizo con su pareja estable; un 23%, con una pareja ocasional; y un 3% (12 casos), con un cliente. Del total, el 67,3% usó preservativo en esa relación. Con pareja estable u ocasional no comercial, los niveles de uso rondan el 65-70%. De las relaciones sexuales comerciales, once usaron y una no.
- Casi la mitad de las mujeres dijeron que el uso de preservativo a menudo/a veces fue motivo de desacuerdo o de tensión con una pareja.
- Durante el último año, una minoría ha usado drogas inyectables (2,2%). La proporción que utilizó cocaína aspirada o paco es mayor, al igual que el uso problemático del alcohol; cada una de estas prácticas corresponde a 6-10% de la muestra. La prevalencia del trabajo sexual es de alrededor del 6% del total. El 17% fue en este período víctima de violencia física por parte de una pareja.
- Del total de encuestadas, 44,7% usan regularmente métodos anticonceptivos; un 2,8% estaban embarazadas, y 22,6% no son actualmente fértiles (por posmenopausia o esterilidad; un 13,6% tenían una ligadura tubaria). Calculando los porcentajes de mujeres con posibilidad de quedar embarazadas, el 73,9% usa métodos anticonceptivos, 5,7% a veces y 20,4% no usa. La inmensa mayoría usa como método anticonceptivo el preservativo. Cuando se consideran sólo a las que están en riesgo de embarazo, la prevalencia de uso de anticonceptivos eficaces es del 42,5%.
- Tres de cada cuatro mujeres de la muestra tienen hijos.
- Diecisiete mujeres (4,9% de las mujeres con hijos) dijeron tener un hijo que nació con VIH; treinta mujeres

estaban esperando confirmar el estado serológico de un hijo reciente.

- Una de cada diez mujeres indicó haberse quedado embarazada a posteriori de haber sido diagnosticada. Más de la mitad de dichos embarazos no fueron ni buscados ni planeados, dato consistente con la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos eficaces.
- El 35% por ciento de las mujeres en edad fértil quiere tener hijos en el futuro, mientras que un 18% reconoció no estar aún segura al respecto.
- Menos de un cuarto de las mujeres indicó que, desde el diagnóstico, algún médico le sugirió realizar una consulta de salud reproductiva y/o planificación familiar. La proporción que efectivamente realizó una consulta es del 11%.
- Entre quienes recibieron la sugerecia de un médico de hacer una consulta ginecológica, el 35% efectivamente la realizó, mientras entre quienes no la recibieron, la proporción que tuvo consulta ginecológica desde el diagnóstico desciende al 3,5%.

Conclusiones

La vulnerabilidad al VIH, fenómeno complejo, involucra dimensiones individuales, sociales y programáticas. Las prácticas de cada una de las personas, sus relaciones sociales a lo largo de la vida y en el presente, y el impacto por acción u omisión del Estado, todo ello se refleja en historias a lo largo del tiempo (“trayectorias”) y se condensa en situaciones (“escenas”) de vulnerabilidad ante la infección por VIH, así como ante otros padecimientos y daños en salud y sociales: otras enferme-

dades, uso abusivo de drogas, violencia social, violencia sexual y de género.

La combinación de situaciones y prácticas relativas al uso de alcohol y drogas con otras que suelen estar asociadas, como las experiencias de privación de la libertad, las relaciones sexuales y afectivas en contextos de tranquilidad o descontrol, así como la situación de trabajo sexual que una de cada diez mujeres señalaron haber transitado, confluye en un cuadro de vulnerabilidad individual y social que permite, si no potencia, la transmisión del VIH. La vulnerabilidad programática, es decir, la que resulta de las acciones e inacciones del sistema de salud y del Estado en general, aparece aquí mediante la criminalización de ciertas prácticas, la estigmatización y la insuficiente intervención en materia de discriminación e inequidad de género.

Hoy, la mayoría de las mujeres encuestadas vive en pareja con un varón, de manera estable. Para ellas se trate de una pareja serodiscordante o no, el desafío de sostener el sexo seguro a lo largo del tiempo no es menor. También lo es compatibilizar el hecho de vivir con VIH con los proyectos de maternidad y/o con la planificación familiar. Para el resto, el desafío pasa por rearmar la vida y una nueva pareja.

La mayoría de las mujeres usa preservativo, pero no siempre. Casi la mitad de las mujeres se cuidan de un embarazo no buscado, pero no necesariamente con métodos eficaces. Muchas dijeron querer o planear tener (más) hijos en el futuro. Integrar entonces seguimiento y tratamiento de la infección por VIH con anticoncepción y planificación familiar (para no tener o para tener hijos) es uno de los principales desafíos para una política integral destinada a estas mujeres, parejas y familias. ■

Los resultados completos y las recomendaciones se encuentran en los siguientes sitios Web:

www.ramvihs.com.ar, Red Argentina de mujeres viviendo con VIH/sida, www.onusida-latina.org, Onusida y OPS, www.paho.org/arg.

Mails de contacto: Onusida, ucoarg@unaids.org; Red de Mujeres Viviendo con VIH/sida, redargentinademujeres@hotmail.com; y Mario Pecheny, pecheny.mario@gmail.com.

Equipo de investigación:

Mario Pecheny (coordinador de la investigación [Instituto Gino Germani/UBA y Conicet]); Georgina Binstock (Cenep-Conicet); Hernán Manzelli (Cenep); Renata Hiller (Instituto Gino Germani/UBA); Matías Bruno (Cenep); María Eugenia Gilligan y Lorena Di Giano (Red Argentina de Mujeres viviendo con VIH/sida); Marcela Alsina (Red Bonaerense de Personas viviendo con VIH/sida).

Centros de investigación: Instituto Gino Germani, UBA y Centro de Estudios de Población (Cenep).

Financiamiento: ONUSIDA.

Iniciativa, seguimiento y gestión:

Marcela Alsina (Red Bonaerense de Personas Viviendo con VIH/sida); María Eugenia Gilligan y Lorena Di Giano (Red Argentina de Mujeres Viviendo con VIH/sida); Paula Ferro y Erika Rofler (Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable [Ministerio de Salud de la Nación]); Carlos Falistocco, Valeria Levite, Silvina Vulcano y Vanesa Kaynar (Dirección de Sida y ETS [Ministerio de Salud de la Nación]); Rubén Mayorga y Clarisa Brezzo (ONUSIDA); Sergio Maulen (UNFPA); Marcelo Vila (OPS-OMS); Eleonora Roestel (ONU Mujeres); Adriana Durán (UNICEF).

Nuevos algoritmos diagnósticos de VIH

Miembros del consejo consultivo de la DSyETS¹⁴

¹⁴ Bioq. María Belén Bouzas, jefa de División Análisis Clínicos, Hospital de Infecciosas Francisco Muñiz; Bioq. Analía Cudola, jefa de Departamento Laboratorio Central, Ministerio de Salud, provincia de Córdoba; Dr. Horacio Salomón, director del Instituto Investigaciones Biomédicas en Retrovirus y Sida.

El diagnóstico de infección por VIH se basa en la detección de anticuerpos. Desde 1989, las recomendaciones para el algoritmo diagnóstico han comprendido el empleo en forma secuencial de un ensayo de tamizaje caracterizado por una alta sensibilidad seguido por un ensayo confirmatorio, de mayor especificidad, en aquellas muestras reiteradamente reactivas. Dentro de este último grupo de ensayos, el Western Blot ha sido el más utilizado, acompañado de una serie de criterios para su interpretación.

De los distintos tipos de ensayos, los enzimoimmunoensayos (EIE) han sido ampliamente empleados debido a la excelente sensibilidad que poseen. Los de aglutinación de partículas de gelatina también son frecuentemente utilizados debido a la ventaja que ofrecen de poder prescindir de un equipamiento complejo a pesar de requerir de 2 horas para la obtención de resultados.

En los últimos años, los tests rápidos (TR) han ganado importancia en el diagnóstico de la infección por VIH, ya que su sensibilidad y especificidad ha sido mejorada, en muchos casos comparable con la del algoritmo convencional basado en EIE y Western Blot (WB). El resultado de la mayoría de los TR puede obtenerse dentro de los 30 minutos de extraída la muestra de sangre.

Propósito

En virtud de los avances tecnológicos de los distintos ensayos para el tamizaje y diagnóstico de la infección por VIH-1 y, en conjunción con la necesidad de ampliar el acceso al mismo, se proponen diferentes algoritmos con el fin de ser implementados en distintos escenarios: centros de salud o de testeo voluntario, laboratorios clínicos, etcétera.

El objetivo que se persigue a través de ellos es:

1. Ampliar el acceso al diagnóstico.
2. Acelerar la derivación de aquellas personas con diagnóstico positivo o presuntamente positivo a servicios de salud para el seguimiento y tratamiento de su infección.
3. Mejorar, en términos de tiempo y recursos, el diagnóstico de VIH.

En la implementación de los algoritmos es conveniente que los mismos sean validados en paralelo con el utilizado en la actualidad. En consecuencia, resulta necesario que los centros de testeo trabajen en forma articulada con los laboratorios de su área programática o con el centro de referencia según corresponda.

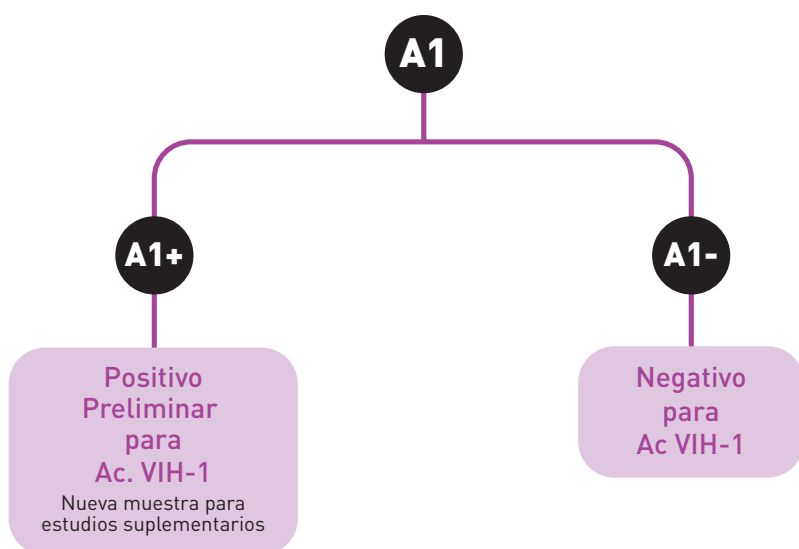
Escenario 1: Algoritmos propuestos para Centros de Salud o de Testeo Voluntario

En este escenario se recomienda exclusivamente el uso de TR para el testeo de las personas. Se puede utilizar un ensayo o, bien, dos o tres combinados en serie. Estas dos últimas estrategias tienen como objetivo aumentar el valor predictivo del resultado positivo y facilitar la derivación médica de la persona con el fin de proveer seguimiento y tratamiento en forma oportuna.

Dado que a medida que la prevalencia disminuye se incrementa el porcentaje de falsos positivos (lo que acarrea un menor valor predictivo positivo), la utilización de TR en serie contribuiría al fortalecimiento del valor pronóstico de las pruebas utilizadas.

Resulta imprescindible remarcar que **ninguna de estas estrategias aumenta la sensibilidad del tamizaje**. Por tal motivo, todo individuo con una exposición reciente de alto riesgo debería ser analizado con otro tipo de algoritmo que considere la detección de ARN de VIH por métodos moleculares.

Algoritmo 1: TAMIZAJE CON ÚNICO TEST RAPIDO



Ventajas:

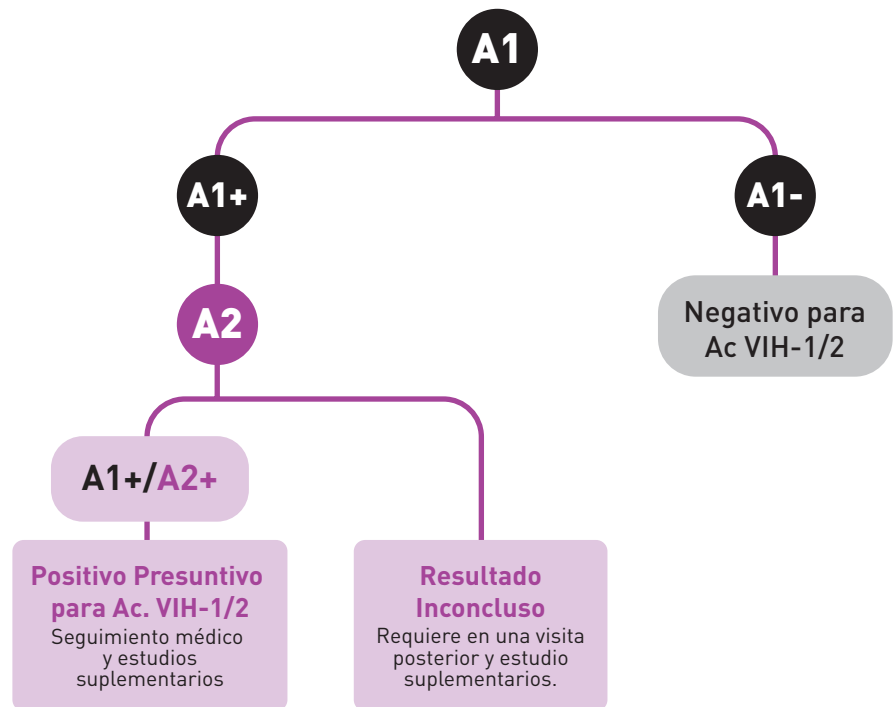
- Este algoritmo identifica mayoritariamente individuos no infectados.
- Identifica aquellos que deben ser estudiados posteriormente.
- Es importante para aquellos lugares en donde no puede asegurarse la calidad de los productos.

Desventajas:

- Algunos resultados preliminares pueden ser falsos positivos.
- Personas con infección aguda pueden resultar en falsos negativos.
- Una incorrecta derivación y seguimiento de las personas con resultados positivos puede ocasionar que los mismos no reciban sus estudios confirmatorios.

Este algoritmo es el más empleado. Por ello resulta imprescindible conocer la performance (sensibilidad y especificidad) de los ensayos, la tasa de falsos negativos, la tasa de falsos positivos o bien la tasa de personas infectadas con WB indeterminados. Es importante recordar que la consejería posttest debe proveer información también sobre el significado de un resultado negativo.

Algoritmo 2: TAMIZAJE CON DOS TESTS RÁPIDOS COMBINADOS EN SERIE



La sensibilidad del test A1 debe ser igual o mayor a la del test A2. Es conveniente que la consideración de la sensibilidad no sea sobre la reportada por el fabricante sino sobre la reportada por programas de precalificación de ensayos, como el de la OMS, o bien programas de validación de ensayos, como el de la Agencia para el Desarrollo Internacional en colaboración con el CDC.

Esta estrategia busca diferenciar test positivos de falsos positivos. La bibliografía también muestra un aumento de la especificidad al combinar dos ensayos de 99,87% (IC 99,75%-99,98%) al 100% (IC 99,97%-100%).

Ventajas:

- Este algoritmo detecta eficientemente la mayoría de individuos no infectados.
- Mejora el valor predictivo del positivo cuando dos TR son positivos por lo que las personas pueden ser derivadas rápidamente a los servicios de salud para su atención.

Desventajas:

- Al igual que el algoritmo anterior, produce falsos positivos aunque en menor medida.
- En el contexto de una infección aguda pueden ocurrir falsos negativos.
- Representa un mayor desafío en términos generales de aseguramiento de la calidad.

Es necesario conocer la tasa de falsos negativos del TR utilizado como A1 en distintos escenarios (de alta y baja prevalencia). Pero también es importante conocer la eficiencia de la derivación de las personas con ambas pruebas positivas versus lo

planteado en el algoritmo 1 (con el empleo de un solo test) y, con el fin de reevaluar el algoritmo, saber cuántas personas con resultados discordantes entre los dos tests rápidos regresan para la realización de estudios suplementarios.

ESCENARIO 2: Algoritmos para laboratorios clínicos

Los laboratorios clínicos emplean en general ensayos categorizados como de mediana o alta complejidad. Esto no implica que ciertos laboratorios incorporen en su algoritmo un TR para aquellas muestras encontradas positivas en el primer ensayo. En general, en la Argentina, los algoritmos de diagnóstico de infección por VIH incluyen enzimoimmunoensayos tradicionales (EIA) ya sea manuales o automatizados y ensayos de quimioluminiscencia (CIA), en su mayoría de cuarta generación, es decir, con la capacidad de detectar antígeno y anticuerpos.

Algunos laboratorios cuentan también con ensayos agrupados bajo la denominación de simples (inmunocomb y aglutinación de partículas) que, en su mayoría, presentan la capacidad para detectar anticuerpos pero no antígeno p24.

De acuerdo con el algoritmo convencional, aquellas muestras repetidamente reactivas son estudiadas por una prueba suplementaria que es el WB, con un amplio consenso de utilizar los criterios establecidos por el CDC/ASTPHL para su interpretación. Esta determinación es costosa y en muchos laboratorios, debido al bajo número de muestras positivas, la realización de la misma se encuentra extendida en el tiempo haciendo que la devolución del resultado se demore. A su vez, un número pequeño de casos no es confirmado, en los que se informa el WB como indeterminado o negativo.

De manera que los nuevos algoritmos **intentan reemplazar el uso del WB como primer opción de método suplementario o confirmatorio**, para limitarlo a un número menor de muestras. La combinación de dos ensayos de tamizaje aumenta el valor predictivo en un 99,6%, eliminando el uso del WB en un 98,9% de los casos.

Por otro lado, varios reportes han mostrado que la incorporación de carga viral de VIH (o detección de ácidos nucleicos) como opción confirmatoria resuelve entre el 93-97% de las muestras EIA reactivas/WB positivas.

Estos datos sustentan en nuestro medio el uso de ensayos de carga viral que requieren estudios serológicos suplementarios para aquellos casos con resultado EIA Reactivo/Carga viral No detectable.

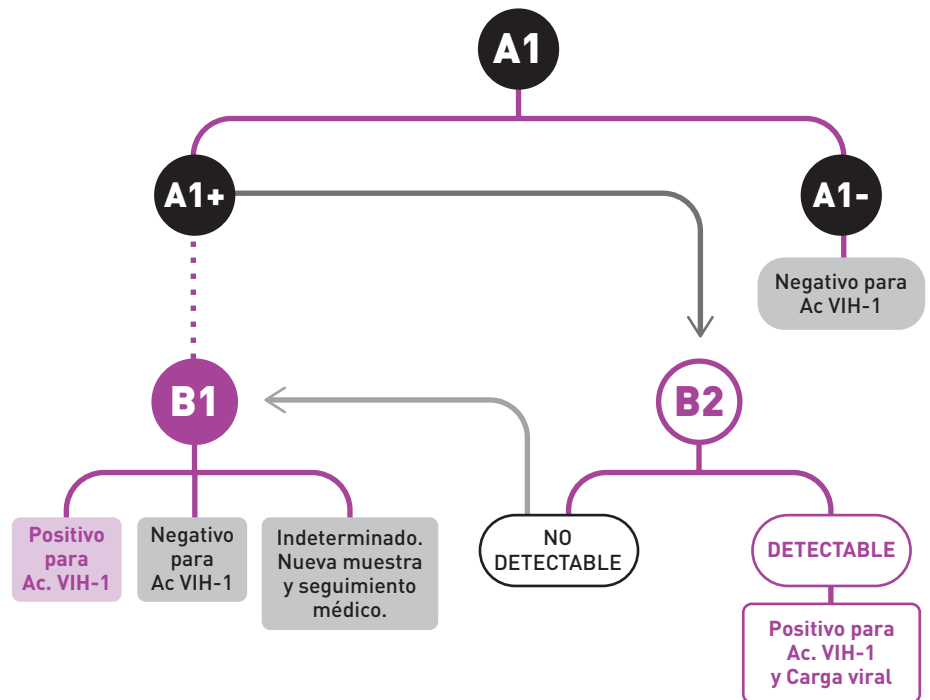
Es importante resaltar que cualquier combinación de dos ensayos –en el que el primero tenga la capacidad de detectar Agp24 y el siguiente no la tenga y que presenten discordancia en los resultados entre el primero y el segundo– obligan a evaluar también la posibilidad de una infección aguda.

Se describen dos algoritmos para este escenario: uno para laboratorios que disponen de métodos moleculares (Algoritmo 1), y otro para aquellos sin acceso a pruebas moleculares, lo que origina su derivación a centros de referencia (Algoritmo 2).



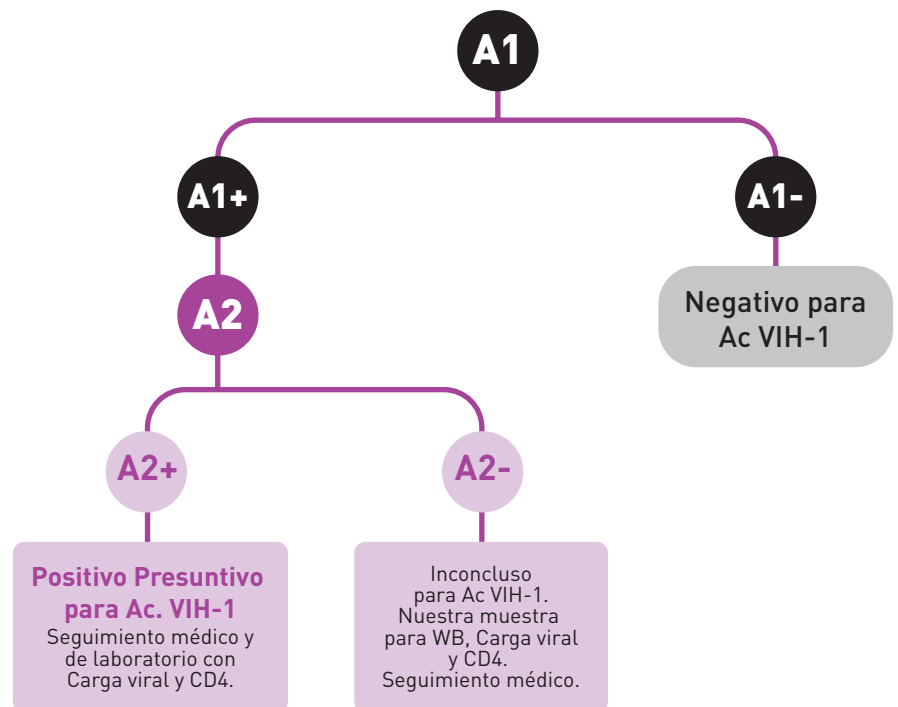
LABORATORIOS CLÍNICOS

Algoritmo 1: INMUNOENSAYO CON ENSAYO SUPLEMENTARIO MOLECULAR



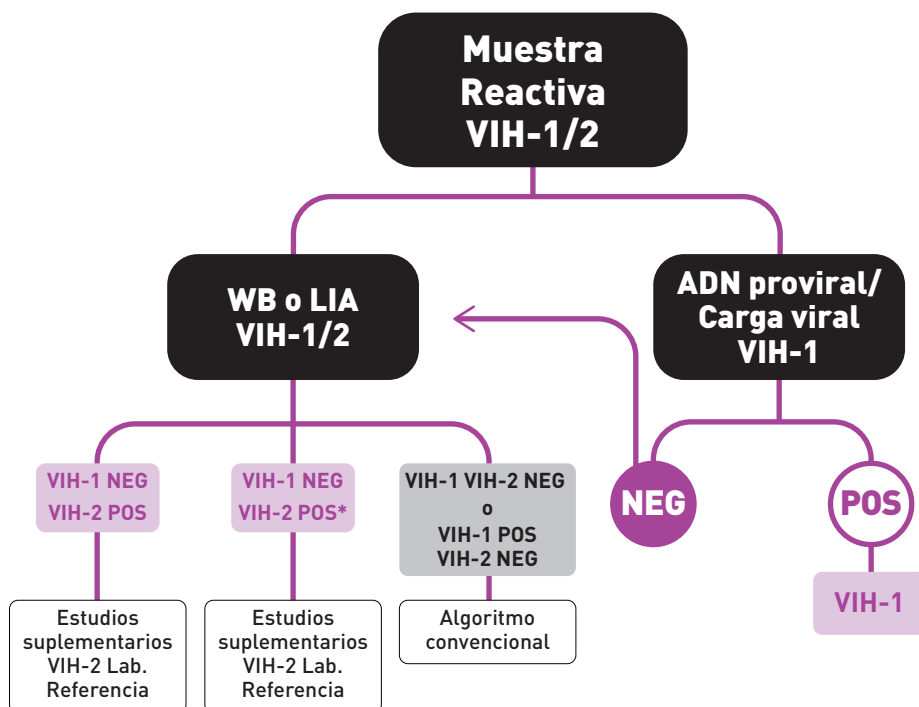
A1: EIA de 4ta Generación. B1: Western Blot. B2: Carga Viral.

Algoritmo 2: COMBINACIÓN DE DOS INMUNOENSAYOS PARA VIH-1/2



A1: EIA de 4ta Generación. A2: EIA de 4ta Generación de distinto formato o test rápido.

Diagnóstico de HIV-2



* Es necesario hacer diluciones con el fin de diferenciar reacciones cruzadas. Seguir las instrucciones del instructivo del ensayo.

Aseguramiento de la calidad

La expansión de los tests rápidos debe ir acompañada de programas de calidad que permitan monitorear la performance del test, aumentar su precisión e implementar en forma sistemática herramientas que mejoren su calidad.

En lo que respecta a la precisión del ensayo, hay por los menos cuatro factores importantes: 1) la calidad de la prueba al momento de la fabricación; 2) la calidad del producto al momento de su utilización; 3) la selección del test y del algoritmo; y 4) la calidad del testeo en el lugar en que se realiza.

Existen dos programas internacionales de precalificación de ensayos cuyos objetivos son asegurar la calidad de los que están disponibles, el de la OMS y el del CDC en colaboración con la Agencia de Desarrollo Internacional (USAID). Estos programas permiten conocer la performance de los distintos equipos, particularmente en países donde no hay posibilidad de realizarlos. El criterio de aceptabilidad en la performance incluye una sensibilidad del 99% y una especificidad igual o superior al 98%, consistente con los requerimientos de la FDA (Food Drug Administration, Estados Unidos) y el programa de precalificación de OMS.

En la selección de los TR, es importante que los mismos sean apropiados para los operadores y para el lugar donde se van a utilizar. Para las determinaciones, generalmente suelen elegirse los tests que demandan 10 a 15 minutos, ya que permiten el testeo y la consejería en el mismo momento.

En referencia a los algoritmos, la elección de realizarlos en serie o paralelamente es importante y depende de varios factores. La OMS recomienda en serie porque, en general, requieren menos pruebas y mejoran los costos. En este caso, el primer ensayo debe ser más sensible seguido por uno más específico. Los algoritmos en paralelo requieren menos tiempo para su realización pero incrementan los costos. El valor predictivo positivo de dos pruebas secuenciales positivas (con una especificidad >99%) es superior al 90% en poblaciones de baja prevalencia (0,1%) y superior al 99% en poblaciones con 1% de prevalencia.

Dentro de las cuestiones que impactan en la calidad del testeo rápido se incluyen:

1. el uso de kits validados;
2. entrenamiento del personal con énfasis en el aseguramiento de la calidad que incluya la distribución de un control de calidad externo; y
3. el uso de un registro de eventos estandarizado. Los dos últimos puntos permiten certificar el personal y el lugar que realiza los estudios.

Por último, es importante remarcar la importancia de una fluida comunicación en términos de entrenamiento, controles de calidad y registros que aseguren la excelencia entre los centros de testeo y los laboratorios de mayor complejidad y referencia.

Agradecimientos

Los autores agradecen la revisión del presente manuscrito al Dr. Manuel Gómez Carrillo, del Instituto de Investigaciones Biomédicas en Retrovirus y Sida (Inbris), a la Lic. Inés Zapiola, de la Unidad de Virología del Hospital de Infecciosas Francisco Muniz, y a la Bioq. María Gabriela Barbás, del área de Biología Molecular del Laboratorio Central del Ministerio de Salud, provincia de Córdoba. ■

Bibliografía

- **World Health Organization. OPERATIONAL CHARACTERISTICS OF COMMERCIALY AVAILABLE ASSAYS TO DETERMINE ANTIBODIES TO HIV-1 AND/OR HIV-2 IN HUMAN SERA.** 1999. Disponible en: www.who.int/diagnostics_laboratory/en/
- **World Health Organization. HIV SIMPLE/RAPID ASSAYS: OPERATIONAL CHARACTERISTICS (PHASE I) REPORT 12 WHOLE BLOOD SPECIMENS** Blood Safety and Clinical Technology January 2002. Disponible en: www.who.int/diagnostics_laboratory/en/
- **Centers for Disease Control and Prevention. Notice to Readers: Protocols for Confirmation of Reactive Rapid HIV Tests.** MMWR; 53(10): 221-222. 2004. Disponible en: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5310a7.htm>.
- **World Health Organization, US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and prevention. GUIDELINES FOR ASSURING THE ACCURACY AND RELIABILITY OF HIV RAPID TESTING: APPLYING THE ACCURACY AND RELIABILITY OF HIV RAPID TESTING: APPLYING A QUALITY SYSTEM APPROACH.** World Health Organization 2005.
- **World Health Organization, Centers for Disease Control and Prevention, UNAIDS, HIV RAPID TEST TRAINING PACKAGE.** 2006. Disponible en: www.who.int/diagnostics_laboratory/documents/guidance/hivtraining_overview/en/
- **Centers for Disease Control and Prevention. FDA-APPROVED RAPID HIV ANTIBODY SCREENING TESTS.** 2008 February. Disponible en: <http://www.cdc.gov/hiv/topics/testing/rapid/rt-comparison.htm>.
- **Centers for Disease Control and Prevention. RAPID HIV TESTING.** 2008 September. Disponible en: http://www.cdc.gov/hiv/rapid_testing.
- **HIV Testing Algorithms. A STATUS REPORT.** A publication from the Association Of Public Health Laboratories And The Centers For Disease Control & Prevention. 2009
- **World Health Organization. HIV ASSAYS: OPERATIONAL CHARACTERISTICS.REPORT 16 RAPID ASSAYS.** 2009. Disponible en: www.who.int/diagnostics_laboratory/en/.
- **USAID Bureau for Global Health.** http://www.usaid.gov/our_work/global_health/aids/TechAreas/Treatment/testkit_explain.pdf. 2010.

Situación en relación a la efectividad de los tratamientos antirretrovirales

En los últimos años, la DSyETS, desde el área de Asistencia, analiza información relacionada con el uso y la efectividad de los tratamientos antirretrovirales con el objetivo de mejorar la calidad de la atención y de la gestión de los recursos. Algunos datos ya fueron publicados en versiones anteriores a este boletín.

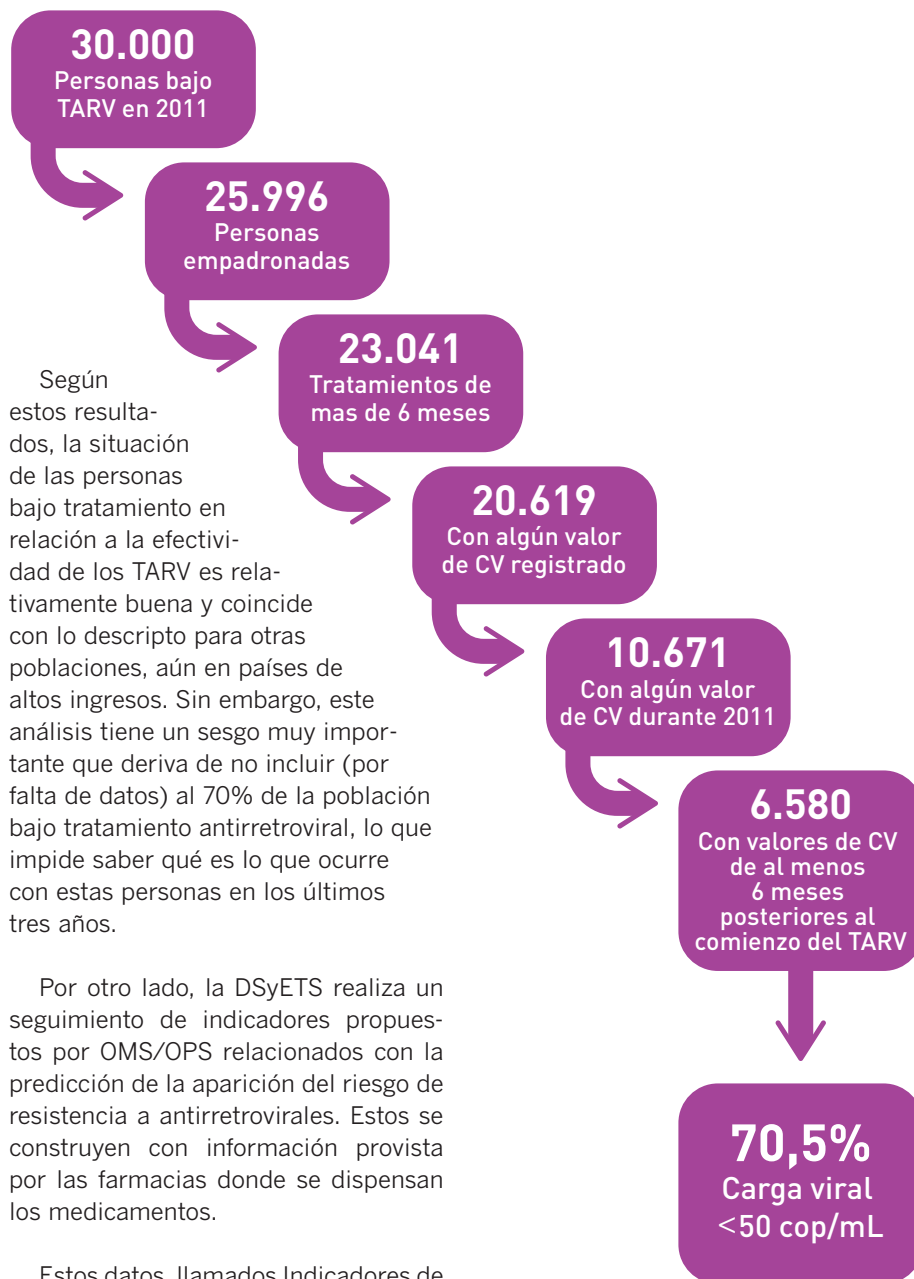
Uno de los estudios que se actualizó durante 2012 fue el análisis de los resultados de las cargas virales de las personas bajo tratamiento en el sistema público en 2011. A continuación se describen los principales hallazgos.

Durante 2011 se suministró TARV para 30.000 personas, aproximadamente. Sin embargo, la base de datos de la DSyETS disponía de 25.996 registros de personas bajo TARV en su padrón, el 86,6 % del total de personas estimadas con tratamientos. De éstos, 88,6 % (23.041) eran tratamientos que llevaban más de 6 meses, de los cuales 20.619 tenían algún valor de carga viral registrado.

De los TARV entregados durante 2011, 10.671 disponían de algún valor de carga viral durante ese año. De ellos, se excluyeron los tratamientos que tuvieran valores de carga viral antes de los 6 meses de haber comenzado o cambiado, por lo que finalmente quedaron para analizar 6.580 personas (22% de las 30.000).

Al estudiar a esta población, se encontró que el 70,5% de ellos tenía carga viral en valores menores a 50 copias/mL y 78,2%, valores menores a 200 copias/mL.

Si se incluyen en el análisis a las personas con algún valor de carga viral desde 2009 (9.042, 30% del total), los porcentajes de personas con valores de carga viral inferiores a 50 y a 200 copias/mL son 66,7% y 75,1%, respectivamente.



la permanencia en el esquema de tratamiento inicial al cabo de 12 meses, el desabastecimiento de antirretrovirales, la medición de adherencia, así como la supresión de la carga viral. De esta manera, son indicadores indirectos del riesgo de fármaco-resistencia a nivel de los centros de atención y permiten identificar áreas que representan un potencial peligro para la aparición de resistencia en las personas en tratamiento antirretroviral.

La DSyETS realiza el monitoreo de un conjunto de Indicadores de Alerta Temprana (versión de OMS adaptada) en una selección de centros de dispensación de medicamentos ARV del sector público. Este seguimiento tiene como objetivo prevenir el desarrollo de fármaco-resistencia en personas bajo TARV, mejorando la calidad de atención y potenciando la efectividad de la terapia a largo plazo.

Hasta el momento se ha completado el análisis de cuatro centros –uno de la ciudad de Buenos Aires, uno en Mendoza, otro en Santa Fe y uno en Neuquén–, a partir de los cuales se tomó una muestra total de 304 personas que permitió evaluar en forma prospectiva la totalidad de los indicadores. Con respecto a las prácticas de prescripción, si bien en tres de los centros no se alcanzó la meta de 0% de esquemas no recomendados, los valores obtenidos son menores que los del análisis retrospectivo del año 2010. Merece ser destacado que en la mayoría de los casos se trata de esquemas que contienen estavudina. En el caso de los indicadores que evalúan desabastecimiento de ARV, tres de los cuatro cen-

tros alcanzaron la meta, y con respecto a los cambios de esquemas terapéuticos debidos a fallo virológico, ningún centro mostró casos en el período evaluado. Los resultados más destacados son los referidos al porcentaje de pacientes naive que abandonan el TARV durante el primer año, así como el indicador acerca de porcentaje de pacientes naive que no retiran sus medicamentos en forma puntual (Tabla 23).

Con estos resultados se puede concluir que se hace necesario el desarrollo y la implementación de estrategias en todos los niveles para mejorar la adherencia al TARV. Asimismo, sería recomendable mejorar la difusión y la implementación de las guías nacionales de tratamiento.

Desde la DSyETS, se comenzó a trabajar más intensamente durante 2012 para desarrollar y poner en práctica un programa para el fortalecimiento de las acciones sobre la adherencia al tratamiento antirretroviral y a los cuidados de la salud integral. Por otra parte, se está implementando un nuevo sistema informático que permitirá, entre otras cosas, contar con información en tiempo real de los retiros de medicación desde las farmacias, y de los datos de los valores de cargas virales y CD4 desde los laboratorios. ■

Tabla 23. Indicadores de Alerta Temprana seleccionados (2011)

	Centro			
	A	B	C	D
% de personas que abandonan TARV en el primer año	26,7%	12,9%	9,3%	35,0%
% de personas que retiran sus ARV en forma puntual durante el primer año	37,5%	66,7%	28,0%	24,4%

Políticas y estrategias de comunicación de la DSyETS

El área de Comunicación de la Dirección de Sida y ETS, creada en 2008, desarrolla estrategias comunicacionales vinculadas al VIH-sida y otras infecciones de transmisión sexual en consonancia con las políticas que implementa el Ministerio de Salud a escala federal. Por sus propias características, las intervenciones del área cruzan transversalmente a toda la DSyETS desde una perspectiva donde la comunicación es considerada como un derecho de toda la ciudadanía. Es por ello que promueve el acceso a la información y genera acciones comunicacionales atendiendo a la diversidad cultural y el pluralismo. Al mismo tiempo, busca disputar espacios hegemónicos de sentido que dan lugar a mitos, estigmas y miedos de las personas con respecto al VIH y otras ITS, entendiendo que es una problemática que se inscribe en un contexto mucho más amplio y complejo.

A través de la interpelación de públicos diferenciados, la DSyETS busca desencadenar procesos de movilización individual y colectiva a partir del acceso a la información para prevenir nuevas infecciones de VIH y otras ITS. En ese sentido es que se difunden formas de prevención, atención y tratamiento de la infección por VIH, e información orientada a los equipos de salud sobre procedimientos de testeos, guías de tratamientos, asesoramiento y aconsejamiento, entre otros.

Para dar cumplimiento a estos objetivos, se conformó un equipo transdisciplinario que trabaja en dos ejes principales: contenidos e información y el departamento de diseño y comunicación visual.

Son sus acciones (generales):

- Planificación, desarrollo y gestión de campañas masivas de comunicación.
- Realización integral de contenidos para piezas gráficas, publicaciones

y productos para eventos en la vía pública. Mediación de textos y propuesta visual.

- Articulación con la Línea Pregunte Sida: 0800 3333 444. Capacitación de consultores. Actualización periódica de las bases de datos de VIH-sida e ITS.
- Gestión y actualización de contenido e imagen del sitio web de la DSyETS y redes sociales (Twitter, Facebook, YouTube, Google+).
- Desarrollo de información para medios de comunicación.
- Asesoría en contenidos para la confección de guiones televisivos para campañas y ficciones para televisión.
- Cobertura periodística de acciones de la DSyETS.

Asimismo, el área de Comunicación tiene entre sus funciones facilitar la comunicación interna de la DSyETS y entre ella y las otras dependencias del Ministerio de Salud. Esto implica proponer ámbitos de intercambio interpersonales como así también la gestión y distribución de información a través de dispositivos o instrumentos de comunicación.

Resultados:

- Participación en la confección y edición del Boletín Epidemiológico 2012.
- Desarrollo de una propuesta de campaña nacional de diagnóstico (marca e identidad).
- Producción de piezas comunicacionales de la DSyETS: 22 productos gráficos, 14 publicaciones, 11 productos promocionales y 8 formularios y fichas de notificación.

- Desarrollo y asistencia para la producción de nuevos productos comunicacionales.
- Reestructuración y producción de contenidos para el nuevo sitio de la DSyETS: www.msal.gov.ar/sida
- Producción de información, contenidos y propuesta visual para eventos de relevancia social (campañas digitales) haciendo referencia a fechas significativas para la respuesta al VIH, las hepatitis virales y otras ITS. Se incorporaron, además, eventos de los colectivos de la diversidad sexual.
- Campaña comunicacional (audiovisual, radial, gráfica y vía pública) "Cuidándote vos cuidás al otro" en articulación con la Coordinación de Información Pública y comunicación del Ministerio de Salud y Presidencia de la Nación.
- Producción del Boletín Electrónico mensual con casi 2000 suscriptores.

Estrategias diferenciadas y audiencias masivas

Desde su creación, el área de Comunicación ha desarrollado una batería de nutridas piezas gráficas para la difusión de las principales temáticas asociadas al VIH-sida y otras ITS. Pueden referenciarse materiales dedicados al VIH-sida, la promoción del testeo del VIH y VIH y sífilis para embarazadas, información general sobre infecciones de transmisión sexual, orientaciones frente a un resultado positivo en el test de VIH, entre otros. Recientemente se han incorporado además aquellas piezas dedicadas a las hepatitis virales.

Estos productos han sido valorados positivamente por los programas jurisdiccionales no sólo por sus contenidos sino por su propuesta visual y su tono particular en la comunicación. Esto ha permitido, además, el trabajo de mejoramiento de las piezas que interpelan a públicos generales y poblaciones específicas. Sin duda, se presentan como una herramienta primordial para el trabajo cara a cara en los servicios de salud o a través de las acciones preventivas de la sociedad civil.

Sin embargo, se observa un déficit en el desarrollo de estrategias vinculadas a la interpelación de las grandes audiencias, hoy concentradas principalmente en radio y televisión. Si bien se ha logrado la inserción de mensajes preventivos y promoción del testeo a través de la publicidad oficial del Fútbol para Todos cercano al 1º de diciembre, se torna necesaria la presencia constante de este tipo de información en los medios como respuesta a la epidemia.

En ese sentido, no es menor el crecimiento exponencial de la banda ancha en nuestro país, que ha permitido ampliar las posibilidades de acceso domiciliario a internet. En ese terreno, son las plataformas conocidas

como redes sociales las que concentran el tráfico y las audiencias digitales. Consecuencia de esta realidad es que el área de Comunicación ha desarrollado durante 2012 una serie de acciones orientadas a la difusión de mensajes a través de las redes sociales como Twitter, Facebook, YouTube y Google+. Para ello se llevó adelante la reformulación de la identidad visual de aplicaciones y del diseño y producción de mensajes específicos atendiendo al lenguaje particular de cada una de las plataformas. Estos perfiles fueron integrando y planificando sus contenidos y el flujo de los mismos con el objetivo de referenciar y llevar tráfico de los usuarios de las redes sociales a la web institucional de la DSyETS en el portal del Ministerio de Salud.

Un caso: el proceso de cambio de envase del preservativo gratuito

La política de aumento en la compra y distribución de preservativos por parte del Ministerio de Salud se ha visto acompañada de un proceso de transformación de la imagen asociada al envase del producto. En un principio, estuvo vinculado a la imagen y logos institucionales y la difusión de la Línea Pregunte Sida. A partir de 2008, comenzaron a darse una serie de cambios en la propuesta visual orientados a formas abstractas y con un marcado énfasis en la presentación de la in-

formación de la línea de consulta y el carácter de gratuidad del preservativo. Posteriormente, en 2010, se observó un cambio sustancial en la propuesta de diseño que, sin embargo, conservaba como premisa los criterios de gratuidad y difusión del 0800. En una iniciativa novedosa para la elección del envase, se convocó abiertamente a una encuesta para elegir entre cuatro opciones de diseño, donde participaron los públicos seguidores de la DSyETS en la fan page de Facebook. Los motivos que obtuvieron la mayor cantidad de votos fueron llevados al envase del preservativo gratuito en ese año y en 2011. A principios de 2012 se renovó la propuesta visual en cuatro diseños que, por sugerencia y acompañamiento de la Coordinación de Comunicación e Información Pública del Ministerio de Salud, incorporó frases que interpelan al público usuario. El mensaje convocante ocupa en este caso la disposición central de la composición del envase. La elección de los diseños correspondientes a la temporada 2012/2013 volvió a convocarse a través de redes sociales en simultáneo con las plataformas oficiales del Ministerio de Salud. ■

Más información:

Web: <http://www.msal.gov.ar/sida>

Facebook: <http://www.facebook.com/direcciondesida>

Google +: <http://www.plus.google.com/direcciondesida>

Twitter: @direcciondesida

YouTube: <http://www.youtube.com/user/direcciondesida>



Indicadores de gestión

Acceso a los preservativos y geles lubricantes

Una de las cuatro líneas estratégicas de la DSyETS es promover el uso y facilitar el acceso a recursos de prevención, especialmente preservativos, habida cuenta de que nueve de cada diez personas se infectan por VIH durante una relación sexual desprotegida. Para ello, se destina parte del presupuesto para su compra y distribución y se impulsa a los programas de sida jurisdiccionales y las OSC a definir lugares fijos de distribución de estos recursos que funcionen durante todo el año, además de la entrega ocasional en eventos o talleres.

Para mejorar el acceso a los preservativos y geles, se trabaja para que estos puestos se encuentren en los lugares donde las personas circulan habitualmente (escuelas, comedores, boliches bailables, etc.), además de los lugares tradicionales como los centros de salud, hospitales y ONG con trabajo específico en VIH.

La Tabla 24 refleja la cantidad de puestos fijos de distribución gratuita de preservativos masculinos y de geles lubricantes que funcionan activamente al 30 de septiembre de 2012 en cada jurisdicción. En esa fecha se contabilizaban 2.904 puestos fijos, 370 más que el año anterior, el 36% en la provincia de Buenos Aires, el 14,3% en CABA, el 8,2% en Santa Fe y el 7,7% en Córdoba. La ubicación, teléfono, horario e información sobre el responsable de cada puesto puede ser consultada en <http://www.msal.gov.ar/sida/pdf/prevencion/puestos-fijos-distribucion.pdf>

El continuo crecimiento de la red se logra a través de la institucionalización de vínculos con los actores tradicionales de la respuesta (programas jurisdiccionales y ONG), al tiempo que se consigue la inclusión progresiva de nuevos actores (Tabla 24).

Acceso al diagnóstico

En la actualidad, se estima que el 40% de las personas infectadas en la Argentina desconoce su condición y que el 15% de las mujeres y el 30% de los varones se diagnostican en un estadio avanzado de la infección. Es por ello que otra de las líneas estratégicas de la DSyETS es mejorar el acceso al diagnóstico del VIH con asesoramiento, destinando presupuesto a la compra y distribución de reactivos para la detección del VIH, además de

otras ITS. Durante el año 2011 se distribuyeron un total de 2.396.522 determinaciones (Tabla 25 en la página siguiente).

Además, la DSyETS acompaña la creación de centros de prevención, asesoramiento y testeo (Cepat), brinda formación especializada a distintos equipos de salud, promueve el cumplimiento de la Ley Nacional 25543 –que obliga a ofrecer el análisis de VIH a las mujeres embarazadas–, desarrolla estrategias para ofertar el análisis de

Tabla 24. Cantidad de bocas fijas de distribución de preservativos por jurisdicción (2011-2012)

	Bocas de distribución al 30/09/2011	Bocas de distribución al 30/09/2012
Total general	2.533	2.904
Buenos Aires	875	1.043
CABA	411	416
Catamarca	-	-
Chaco	45	44
Chubut	78	95
Córdoba	183	224
Corrientes	15	13
Entre Ríos	67	96
Formosa	42	40
Jujuy	35	35
La Pampa	61	60
La Rioja	25	25
Mendoza	17	16
Misiones	9	8
Neuquén	32	31
Río Negro	22	56
Salta	37	68
San Juan	46	45
San Luis	26	64
Santa Cruz	100	108
Santa Fe	239	237
Santiago del Estero	9	13
Tierra del Fuego	31	40
Tucumán	128	127

VIH y otras ITS a las parejas sexuales de esas mujeres y promueve acciones para que los niños nacidos de una mujer con VIH accedan a tiempo a un diagnóstico definitivo.

Por otro lado, durante el año 2012 se reformuló el algoritmo para el diagnóstico de VIH con el objetivo de que las personas accedan a un diagnóstico confirmado de forma fácil y rápida (ver **Nuevos algoritmos diagnósticos de VIH**).

Disminución del estigma y la discriminación

La DSyETS puso en marcha diversas estrategias para que las poblaciones más vulnerabilizadas a la infección, muchas de ellas estigmatizadas y objeto de discriminación, puedan acceder a los recursos necesarios para mitigar el impacto de la epidemia.

Con respecto a la población de la diversidad sexual, se realiza un trabajo

focalizado orientado a mejorar el acceso de la población gay, trans, bisexual y de hombres que tienen sexo con hombres a los servicios integrales de salud. Para ello se desarrollan dos líneas complementarias de trabajo:

- a) El apoyo y acompañamiento para la creación de servicios de atención integral de la salud dirigidos a población de la diversidad sexual en distintas ciudades del país. En el año 2012 se agregaron a los servicios del

Tabla 25. Reactivos para diagnóstico comprados y distribuidos por la DSyETS durante el año 2011

	Aglut de partículas	ELISA	TPHA	Thayer Martin	VDRL	Western Blot	ELISA P 24	Test rápido VIH 1 y 2	Total
Buenos Aires *	61.300	153.216	17.600	3.600	253.250	1.089	2.112	30.140	522.307
Catamarca	16.500	18.144	3.200	960	18.500	189	0	2.510	60.003
Chaco	15.500	40.320	6.200	1.110	52.750	162	0	5.450	121.492
Chubut	6.100	14.496	2.800	1.770	18.250	117	192	2.260	45.985
Córdoba	25.400	59.424	9.600	3.330	64.500	657	960	11.920	175.791
Corrientes	17.300	15.648	4.000	930	32.500	216	192	4.500	75.286
Entre Ríos	13.500	9.696	2.800	930	24.000	216	192	4.500	55.834
Formosa	13.500	20.544	4.200	1.830	35.000	189	192	3.290	78.745
Jujuy	13.500	14.880	4.800	1.710	43.000	189	0	3.390	81.469
La Pampa	6.200	5.376	1.800	870	14.000	117	0	1.600	29.963
La Rioja	12.000	15.456	2.800	900	24.500	171	0	1.780	57.607
Mendoza	10.400	8.352	3.600	900	19.000	216	384	5.080	47.932
Misiones	18.600	29.952	4.800	1.800	47.000	234	192	4.980	107.558
Neuquén	16.000	21.024	4.000	960	43.250	171	0	3.090	88.495
Río Negro	15.000	9.216	4.200	1.860	34.250	144	0	3.090	67.760
Salta	20.600	36.480	5.400	600	57.000	288	384	5.470	126.222
San Juan	15.800	15.456	3.400	930	25.750	189	0	4.400	65.925
San Luis	12.200	10.944	3.200	900	17.750	171	192	2.790	48.147
Santa Cruz	10.300	14.016	3.000	990	13.750	171	0	2.590	44.817
Santa Fe	34.000	84.864	11.200	3.330	87.000	837	960	11.920	234.111
Santiago del Estero	14.000	17.664	2.800	900	27.500	144	0	4.100	67.108
Tierra del Fuego	6.000	6.432	2.000	900	14.500	144	192	1.820	31.988
Tucumán	14.500	36.864	4.600	1.770	33.500	234	384	6.150	98.002
Subtotal provincias	388.200	658.464	112.000	33.780	1.000.500	6.255	6.528	126.820	2.332.547
Ministerio de Salud **	9.300	13.248	5.000	2.220	30.000	567	960	2.680	63.975
Total	397.500	671.712	117.000	36.000	1.030.500	6.822	7.488	129.500	2.396.522

* Buenos Aires: incluye la provincia homónima y al Servicio Penitenciario Bonaerense.

** Ministerio de Salud incluye al Centro Nacional de Referencia de Sida (UBA), Servicio Penitenciario Federal, ANLIS MALBRÁN, INE de Mar del Plata y al Hospital Posadas.

Hospital Dr. Guillermo Rawson de San Juan, Hospital San Bernardo de Salta y Centro de Salud N° 1 de Mar del Plata creados en 2011, los del Hospital Dr. José Giordano y Centro de Salud René Favalaro de San Juan, Hospital Evita de Lanús y el Hospital Alexander Fleming del Municipio de San Martín, provincia de Buenos Aires.

- b) El desarrollo de capacitaciones específicas para equipos de salud. Durante el último año, se amplió la oferta de capacitaciones y se realizaron pasantías por los consultorios en funcionamiento. Se produjeron nuevos materiales para equipos de salud, así como para población de la diversidad sexual.

Por cuarto año consecutivo, la DSyETS participó de la Marcha Nacional del Orgullo LGBTTTIQ que se realiza en la ciudad de Buenos Aires distribuyendo preserva-

tivos y materiales de prevención producidos especialmente para la ocasión.

Por otro lado, desde hace años la DSyETS viene trabajando con las instituciones relacionadas con las personas privadas de la libertad (PPL) para garantizar el acceso a los recursos preventivos, de diagnóstico y de tratamiento del VIH-sida y otras ITS. En 2008, se puso en marcha el Convenio “Justicia con Salud, Salud para Incluir” entre los Ministerios de Justicia y Derechos Humanos y el Ministerio de Salud de la Nación. Como parte de este convenio (y otros firmados por la DSyETS), se desarrollan capacitaciones en las diferentes unidades penitenciarias dirigidas a los equipos de salud y a PPL, se distribuyen preservativos, reactivos para el diagnóstico de VIH y, en el caso de ser necesario, los reactivos para el seguimiento de los PPL y tratamientos antirretrovirales.

Durante 2012 se realizó una evaluación con los actores de los Servicios Penitenciarios Bonaerense y Federal tendientes a revisar el alcance de la estrategia de acceso al preservativo dentro de las unidades penitenciarias del país.

Acceso a los estudios de seguimiento

La Ley Nacional de Sida 23798 y su decreto reglamentario 1244/91 establecen el suministro gratuito de medicamentos, análisis de diagnóstico y estudios complementarios para personas sin cobertura de salud, responsabilidades que comparten el Estado nacional, las provincias y la CABA.

Durante el año 2011, la DSyETS compró y entregó 53.100 reactivos para carga viral de VIH, 1.440 tests de resistencia, 1.440 determinaciones para ge-

Tabla 26. Distribución de reactivos para estudios de seguimiento por institución, Argentina (2011)

	Carga viral de VIH Total	Test de resistencia	Genotipo VHC	Carga viral de VHB	Carga viral de VHC
INE Malbrán (CABA)	1.944		320	180	216
Htal. Muñiz, Unidad Virología (CABA)	17.136	540	640	324	288
C.N.R.S. Fac. Medicina UBA	5.040	330	40		
Lab. Central de La Plata (Buenos Aires)	0	180			
Htal. Evita (Lanús, Buenos Aires)	4.320				
Htal. Eva Perón (San Martín, Bs.As.)	2.232				
Htal. Posadas (Ciudadela, Buenos Aires)	4.320				
INE (MDP, Buenos Aires)	1.296				
CTSP Rosario	5.112				
Lab. Central de Mendoza	2.568				
Lab. Central de Córdoba	4.860	390	440	216	216
Hospital Neuquén (Neuquén)	1.104				
Lab. Referencia VIH-SIDA (Tucumán)	3.168				
Total	53.100	1.440	1.440	720	720

Cada laboratorio tiene una cantidad de jurisdicciones designadas según el estudio del que se trate.

notipo de VHC, 720 cargas virales para VHB y 720 cargas virales para VHC.

Además, durante el año 2011, se distribuyeron 2.310.159 determinaciones para estudios de CD4 y CD8 a las 24 jurisdicciones del país y al Centro Nacional de Referencia para el Sida, el ANLIS-Malbrán, el INE de Mar del Plata, el Hospital Posadas y los Servicios

Penitenciarios Federal y Bonaerense.

Por otro lado, se ha comenzado a trabajar en el mejoramiento de la tecnovigilancia para reactivos de diagnóstico de VIH, se continúa la expansión de la red de laboratorios equipados con equipos para ELISA VIH y además se sostienen las visitas de monitoreo y asesoramiento a los laboratorios pres-

tadores de CD4. También el último año se comenzó a trabajar en conjunto con otras áreas del Ministerio de Salud de la Nación en el proceso de implementación de un sistema de control global de insumos sanitarios (SMIS).

Acceso a los tratamientos antirretrovirales y a la leche de inicio

La DSyETS destina la mayor parte de su presupuesto a la compra y distribución de ARV, medicamentos para enfermedades oportunistas y leche de inicio. Durante el año 2011, el gasto en medicamentos fue de \$327.882.414,77, de los cuales el 97% corresponde a antirretrovirales. Este gasto supuso un incremento del 21% respecto de 2010, lo que obedece principalmente a un aumento en los precios de los fármacos y al incremento de la cantidad de personas que los utilizan. En la Tabla 46 del Anexo se presentan las transferencias realizadas a las 24 jurisdicciones en el año 2011 en este y otros rubros.

Gráfico 25. Porcentaje del gasto en medicamentos antirretrovirales entre las regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires (2011)

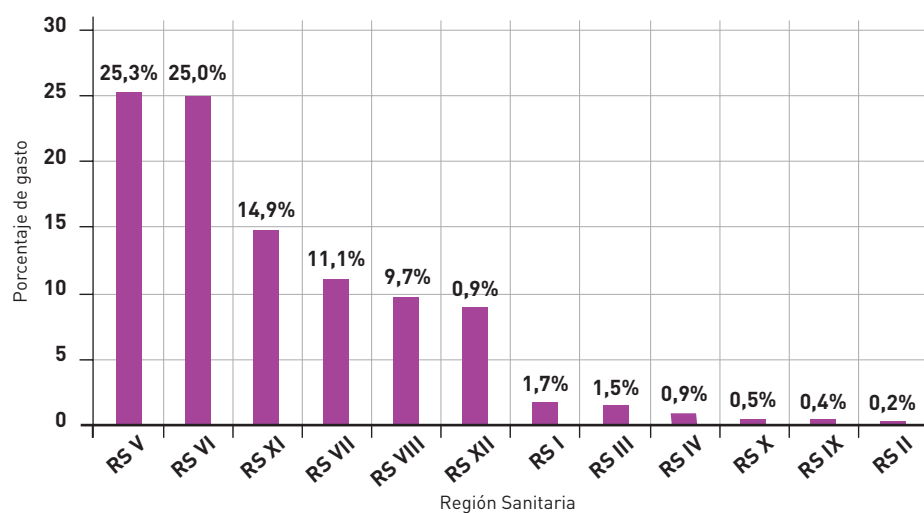
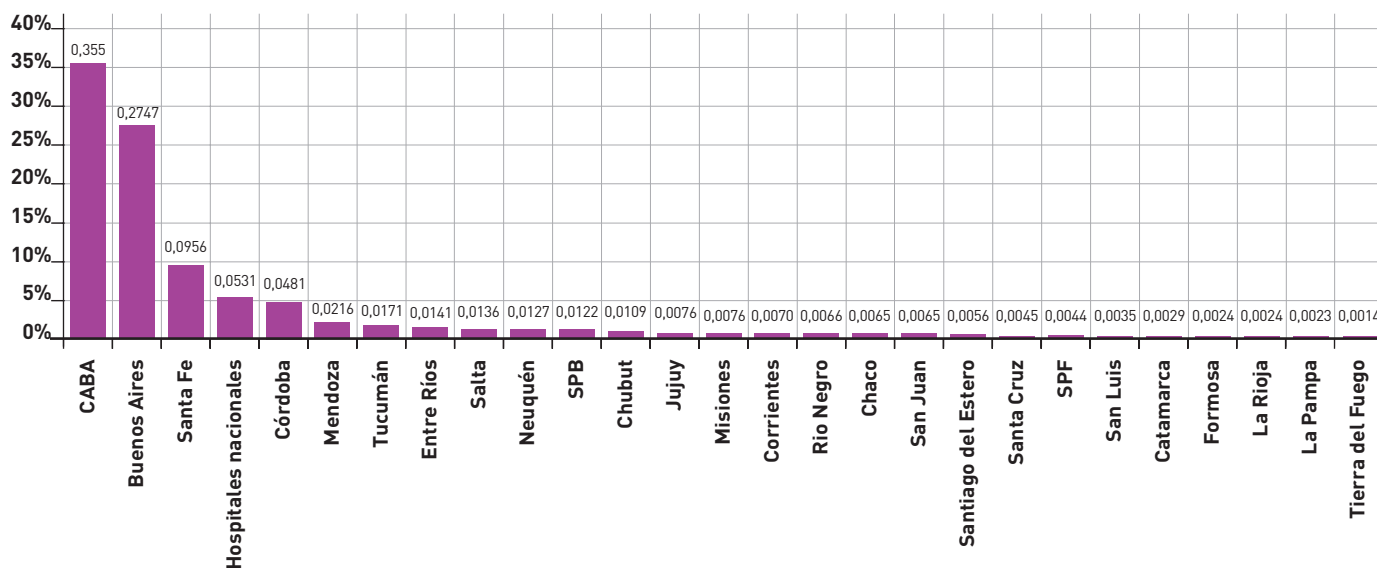


Gráfico 26. Porcentaje del gasto en medicamentos por jurisdicción, Argentina (2011)



En el Gráfico 26 se observa que el mayor porcentaje del gasto corresponde a la provincia de Buenos Aires y a CABA, seguidas de Santa Fe y Córdoba. Existe en todos los casos una asociación directa entre la magnitud del gasto y la cantidad de personas que son asistidas en cada provincia.

En el Gráfico 25 se presenta la información para las regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires, que también coincide con la cantidad de personas bajo tratamiento existentes en cada una de ellas. No se aprecian cambios en relación con la distribución reportada sobre el gasto correspondiente a 2010.

A partir del año 2011 se comenzó a trabajar con el desarrollo e implementación de un nuevo sistema informático que tiene como finalidad poder realizar el monitoreo de todas las personas que viven con VIH asistidos por el servicio público de salud. A septiembre de 2012, 18 jurisdicciones han comenzado a trabajar con este sistema (en el apartado “Sistema de monitoreo de pacientes” se pueden observar los detalles).

La incorporación de este nuevo sistema permite mejorar la calidad de registro de la información de pacientes, al tiempo que brinda la posibilidad de poder realizar actualizaciones a diario. Las jurisdicciones que han comenzado a trabajar con el nuevo sistema realizan la carga de la información de tratamientos de las personas, registran además los cambios, inicios y abandonos de tratamientos mensualmente.

En la Tabla 27 se presenta la distribución por jurisdicción de las 34.385 personas bajo tratamiento. Se han coloreado aquellas jurisdicciones que ya se incorporaron al trabajo con el nuevo sistema. Se espera que el resto de las jurisdicciones se sumen antes de finales de 2012. En la tabla se puede apreciar que, a partir de la incorpo-

ración del nuevo sistema, el número de personas que reciben medicación fue sustancialmente mayor que en otros años.

En 2011, el costo anual por persona bajo tratamiento promedio para la DSyETS fue de \$9.867, un 21,8% por encima del año 2010. Este dato coincide con el incremento en el gasto total

del año 2011 respecto de 2010. Con la información obtenida de los padrones de personas en tratamiento y el gasto por jurisdicción durante 2011, se calculó el gasto promedio por persona por año de cada jurisdicción.

En la Tabla 28 (de la página siguiente) se puede observar que en aquellas jurisdicciones donde aún no

Tabla 27. Cantidad de personas que reciben medicación ARV por año de la DSyETS

	Personas bajo tratamiento declarado por jurisdicción durante 2010	Personas bajo tratamiento estimadas por la DSyETS a junio de 2011	Personas bajo tratamiento declarado por jurisdicción a junio de 2012*
Buenos Aires	6.801	10.164	7.974
CABA	4.786	11.667	12.876
Catamarca	52	101	146
Chaco	134	215	305
Chubut	93	380	424
Córdoba	1.582	1.600	2.814
Corrientes	220	250	404
Entre Ríos	346	390	716
Formosa	56	75	146
Jujuy	95	212	200
La Pampa	63	87	158
La Rioja	77	150	85
Mendoza	439	455	926
Misiones	153	420	523
Neuquén	268	282	582
Río Negro	201	250	217
Salta	194	370	661
San Juan	126	198	313
San Luis	119	170	241
Santa Cruz	95	112	180
Santa Fe	1.791	3.250	2.998
Santiago del Estero	50	170	251
SPB	50	220	475
SPF	15	220	220
Tierra del Fuego	17	56	95
Tucumán	254	390	455
Total	18.077	31.854	34.385

* Puesta en marcha del sistema informático.

Tabla 28. Gasto promedio por persona por jurisdicción (2011)

	Pacientes empadronados	Gasto año 2011	Precio promedio por paciente
Buenos Aires	7.974	\$ 84.308.579,09	\$ 10.573
CABA	12.876	\$ 108.943.841,63	\$ 8.461
Catamarca	146	\$ 877.523,90	\$ 6.010
Chaco	305	\$ 2.009.037,03	\$ 6.587
Chubut	424	\$ 3.351.856,41	\$ 7.905
Córdoba	2.814	\$ 14.745.537,01	\$ 5.240
Corrientes	404	\$ 2.161.672,88	\$ 5.351
Entre Ríos	716	\$ 4.313.287,42	\$ 6.024
Formosa	146	\$ 725.536,49	\$ 4.969
Jujuy	200	\$ 2.344.779,77	\$ 11.724
La Pampa	158	\$ 711.389,55	\$ 4.502
La Rioja	85	\$ 740.186,26	\$ 8.708
Mendoza	926	\$ 6.620.886,29	\$ 7.150
Misiones	523	\$ 2.335.970,21	\$ 4.466
Neuquén	582	\$ 3.884.562,65	\$ 6.675
Rio Negro	217	\$ 2.038.294,20	\$ 9.393
Salta	661	\$ 4.168.214,64	\$ 6.306
San Juan	313	\$ 1.982.191,03	\$ 6.333
San Luis	241	\$ 1.064.645,29	\$ 4.418
Santa Cruz	180	\$ 1.386.196,92	\$ 7.701
Santa Fe	2.998	\$ 29.326.990,21	\$ 9.782
Santiago del Estero	251	\$ 1.705.080,44	\$ 6.793
Servicio Penitenciario Bonaerense	475	\$ 3.757.665,21	\$ 7.911
Servicio Penitenciario Federal	220	\$ 1.362.800,88	\$ 6.195
Tierra del Fuego	95	\$ 442.826,74	\$ 4.661
Tucumán	455	\$ 5.241.461,98	\$ 11.520
Total	34.385		

han comenzado a trabajar con el sistema informático, el gasto promedio es en general mayor que en las jurisdicciones que ya han comenzado a trabajar con el sistema. Probablemente esta diferencia se encuentre asociada a un subregistro de personas bajo tratamiento en el primer caso, lo que genera un precio promedio mayor. Se espera poder mejorar la calidad de la información en los próximos meses.

Sistema de monitoreo de pacientes

Uno de los proyectos más importantes implementados por la DSyETS durante 2011 es el sistema de monitoreo de pacientes (SVIH), una herramienta que en 2013 utilizarán todas las áreas de la Dirección.

El desarrollo de este complejo sistema informático se está realizando

en etapas, con una primera fase centrada en el área Asistencial (medicamentos) con el fin de mejorar el seguimiento de las personas asistidas por el sistema público de salud. La meta es disponer de una base de datos de personas en seguimiento que posea información actualizada de personas notificadas, tratamientos, estudios de carga viral y de CD4, que permita realizar modificaciones en tiempo real, y que brinde la posibilidad de conocer la disponibilidad de stock y establecer el consumo de todos los insumos que distribuye la DSyETS, con el valor agregado de mejorar la calidad de la gestión.

Para ello se diseñó un sistema que pueda registrar el ingreso de todas las personas desde su notificación epidemiológica, el tratamiento propuesto, como así también los resultados de laboratorio, lo que permite poder hacer un seguimiento adecuado. El sistema permitirá también a los médicos tratantes realizar cambios de esquema en el momento adecuado, al tiempo que brindará la posibilidad de tener información actualizada de cada una de las personas.

Este sistema fue realizado en formato de página web de manera tal que los usuarios puedan utilizarlo desde cualquier lugar del país. Además, todos las personas estarán registradas con un identificador único que permitirá la transferencia de la información entre los centros de atención en caso de que la persona decida cambiar de institución.

Por otro lado, también ofrece la posibilidad, siempre y cuando la persona lo autorice, de asentar un teléfono o e-mail para poder contactarlo desde los centros de atención cuando no asistan de manera frecuente a retirar la medicación o a realizar estudios de seguimiento.

El sistema posee tres etapas de desarrollo:

Fase I (2011-2012)	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de personas bajo monitoreo • Registro de tratamiento ARV • Registro de pedido y autorización de tratamiento propuesto • Registro de productos • Registro de resultados de Carga Viral y CD4 • Incorporación de base de datos del PUCO
Fase II (2013)	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de notificación epidemiológica • Manejo de stock de productos • Incorporación de sistema de trazabilidad de productos • Incorporación de resultados de test de resistencia e historia clínica de personas para solicitud de medicación de rescate
Fase III (2013)	<ul style="list-style-type: none"> • Importación de resultados de Carga Viral y CD4 directo desde los laboratorios

A la fecha ya se encuentra en etapa de implementación el componente de registro de tratamientos de personas que permite realizar la autorización de tratamientos y entrega de medicamentos en las farmacias de los hospitales. Se encuentra avanzado el desarrollo de la incorporación de las autorizaciones de cargas virales y el registro de las mismas, al igual que el registro de los resultados de CD4.

Antes de incorporar a cada una de las jurisdicciones a trabajar con el nuevo sistema, fue necesario compatibilizar la información disponible en las bases de datos de la DSyETS y las bases con las que trabajan las jurisdicciones.

Para este fin, antes de la incorporación de la jurisdicción, se trabaja sistematizando la información proveniente de los programas provinciales y jurisdiccionales relativa a tratamientos antirretrovirales y solicitudes de autorización de tratamientos a la Auditoría Médica de esta Dirección. Para ello, se obtuvieron los padrones de pacientes actualizados, se cruzaron las bases disponibles en la Dirección con los archivos Excel provistos por los referentes y se actualizaron

los datos, rectificando a los que habían sido dados de baja y solicitando autorizaciones para nuevas incorporaciones .

A julio de 2012 se contabiliza un total de 17 provincias trabajando online. La totalidad de los personas ingresadas a la base de datos es de 40.596, de los cuales 20.337 se encuentran activos con tratamiento antirretroviral (Tabla 29 en la página siguiente). El resto de ellas se encuentra en monitoreo.

Con respecto a la producción, además de la actualización de los tratamientos, las jurisdicciones deben realizar la solicitud de autorización de algunos tratamientos específicos (medicación de uso nominal o tratamientos de rescate) mediante el sistema. Estas solicitudes son evaluadas por la Auditoría Médica de esta Dirección. Desde abril de 2012 hasta el momento se han evaluado 3.638 tratamientos de todo el país, según la distribución por provincias que se muestra en la Tabla 30 en la página siguiente. ■



Tabla 29. Cantidad de personas incorporadas al VIH según jurisdicción

Jurisdicción	Fecha de inicio	Personas incorporadas
CABA	Abril de 2012	11.664
Entre Ríos	Abril de 2012	676
Corrientes	Abril de 2012	349
La Pampa	Abril de 2012	149
Chaco	Mayo de 2012	272
RS VIII	Mayo de 2012	994
Neuquén	Junio de 2012	535
T. del Fuego	Junio de 2012	93
San Luis	Junio de 2012	230
Córdoba	Julio de 2012	2.620
Mendoza	Julio de 2012	865
Salta	Julio de 2012	614
Catamarca	Julio de 2012	122
San Juan	Julio de 2012	266
Formosa	Julio de 2012	146
Misiones	Julio de 2012	432
Chubut	Julio de 2012	310
Total		20.337

Tabla 30. Cantidad de personas con tratamientos evaluados según jurisdicción

Jurisdicción	Tratamientos nominales evaluados
Catamarca	36
CABA	403
Chaco	41
Chubut	247
Córdoba	1.158
Corrientes	116
Entre Ríos	344
La Pampa	87
Mendoza	261
Misiones	1
Neuquén	308
Región Sanitaria 8	112
Salta	381
San Juan	48
San Luis	6
Santa Cruz	81
Tierra del Fuego	8
Total	3.638

Nuevo Programa Nacional de Control de Hepatitis Virales

En el año 2012, la DSyETS incorporó dentro de su estructura al Programa Nacional de Control de las Hepatitis Virales con el objetivo de desarrollar un abordaje integral en el que se articulen acciones para prevenir nuevas infecciones y facilitar el diagnóstico y el tratamiento de las personas que lo necesiten¹⁵.

Con el fin de garantizar la disponibilidad de herramientas de diagnóstico serológico y de biología molecular para diagnóstico y seguimiento de las hepatitis virales, el Programa distribuye, a través de las diferentes jurisdicciones, a 62 laboratorios públicos de todo el país, equipamiento y determinaciones de reactivos de hepatitis. El Hospital Muñiz, el Laboratorio Central de Córdoba y el Instituto Malbrán son los tres laboratorios de referencia que concentran el procesamiento de las determinaciones de ADN VHB y ARN VHC, ambas por PCR en tiempo real ultrasensible.

Además, el programa provee a todas las regiones del país las drogas necesarias para el tratamiento y el manejo de los efectos adversos asociados en personas con hepatitis virales crónicas que no poseen cobertura médica por el sistema de obras sociales o de medicina prepaga. Una vez recibida la solicitud, la medicación es adquirida por el Ministerio de Salud y distribuida, siguiendo el circuito de logística de insumos para VIH, a diferentes jurisdicciones e instituciones del país (las 23 provincias, CABA, las 12 Regiones Sanitarias de la provincia de Buenos Aires, los Servicios Penitenciarios Federal y Bonaerense, la Sennaf (Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia), los Hospitales Nacionales Garrahan y Posadas, el Hospital de Clínicas de la U.B.A. y el Instituto Nacional de Epidemiología). El circuito de distribución continuará siendo el mismo hasta tanto cada jurisdicción designe un responsable específico para el Programa de Hepatitis Virales.

La documentación necesaria para la solicitud de medicación se envía desde

las diferentes jurisdicciones al Programa de Hepatitis Virales de la DSyETS por fax, al **(011) 4379-9210**, o por el correo electrónico, a **agfsida@msal.gov.ar**. El área de Auditoría Médica recibe los formularios y decide su autorización en base a las recomendaciones de tratamiento vigentes en el Ministerio de Salud. Estas recomendaciones, así como los formularios necesarios para el pedido, se encuentran publicados en **http://www.msal.gov.ar/sida**.

La medicación disponible para los tratamientos es Interferón Pegilado, Ribavirina, Tenofovir, Entecavir, Lamivudina y, para los efectos adversos asociados al tratamiento, Eritropoyetina y Factor Estimulante de Colonias (FSC-GM).

Desde el año 2007, la DSyETS distribuye tratamientos para personas con hepatitis B y C crónica coinfectados con VIH. Actualmente, 447 personas han sido tratadas para la coinfección VHC-VIH y 127 se encuentran en tratamiento. La mitad de las solicitudes de tratamiento (52%) provinieron de CABA; 37%, de GBA; y el porcentaje restante, de otras regiones del país. Actualmente se encuentran en tratamiento 37 personas mono infectadas con VHC y 18 con VHB crónica.

Para nutrir al Programa de información estratégica, el área de Estudios y Monitoreo de la DSyETS tiene a su cargo el desarrollo de actividades tendientes a caracterizar más objetivamente la situación de las hepatitis virales en el país. Para ello, está trabajando en la unificación del registro y de los instrumentos de notificación de casos al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS). Esto posibilitará el seguimiento de las distintas formas de hepatitis virales y la implementación oportuna de medidas de prevención, al tiempo que mejorará la disponibilidad de información (cobertura, oportunidad y calidad).

El Programa cuenta con el asesoramiento de la Comisión de Trabajo de Hepatitis Virales, integrada por representantes del Ministerio de Salud involucrados con el área, sociedades científicas

(Asociación Argentina para el Estudio de las Enfermedades del Hígado, Sociedad Argentina de Infectología, Sociedad Argentina de Pediatría, Sociedad Argentina de Infectología Pediátrica, Sociedad Argentina de Trasplantes), Sociedad Civil (ONG Hepatitis) y un representante de la OMS para la Argentina. La dinámica de trabajo incluye reuniones bimensuales generales y trabajo específico a través de cinco subcomisiones: "Diagnóstico", "Tratamiento", "Epidemiología y Estudios de Investigación", "Comunicación, Promoción y Prevención" y "Capacitación médica".

La subcomisión de tratamiento se encuentra actualizando las recomendaciones de tratamiento para VHB y VHC confeccionadas en el año 2011. La subcomisión de diagnóstico realizará la actualización de definición de caso de hepatitis virales y del algoritmo diagnóstico de VHC. Como ya se mencionó, la subcomisión de Epidemiología y Estudios de Investigación trabaja actualmente en el desarrollo de una ficha única de notificación de hepatitis virales.

En consonancia con otro objetivo prioritario del Programa –desarrollar campañas de difusión acerca de las vías de transmisión de las hepatitis virales, así como capacitar a los equipos de salud en la prevención y el manejo de las hepatitis–, la subcomisión de Comunicación, Promoción y Prevención busca promover la participación con banners y folletería en jornadas científicas dirigidas a profesionales de la salud y en otros eventos relacionados con la temática de las hepatitis virales. Asimismo, se encuentra planificando campañas de verano para difundir información en la comunidad general. ■

15 El Programa Nacional de Control de las Hepatitis Virales es coordinado por la Dra. Gabriela Vidiela.

Anexo

Tabla 31. Casos y tasas de VIH por 100 mil habitantes por jurisdicción y año de diagnóstico, Argentina (2001-2011)

		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010 *	2011 *
País	Tasa	15,8	14,5	16,5	17,3	15,1	14,3	13,4	14,6	13,1	11,7	8,0
	Casos	5.877	5.450	6.242	6.626	5.822	5.564	5.284	5.815	5.253	4.726	3.281
Buenos Aires	Tasa	20,9	19,3	19,9	23,1	18,6	17,3	15,5	15,9	12,9	10,1	5,4
	Casos	2.961	2.757	2.873	3.356	2.732	2.565	2.311	2.393	1.952	1.544	841
24 partidos de GBA	Tasa	24,2	22,2	23,5	24,5	19,6	18,7	16,4	16,5	12,6	10,7	4,9
	Casos	2.153	1.992	2.121	2.229	1.797	1.732	1.534	1.550	1.192	1.022	471
Interior de la provincia de Buenos Aires	Tasa	15,3	14,4	14,0	20,8	17,1	15,1	13,9	15,0	13,4	9,1	6,4
	Casos	808	765	752	1.127	935	833	777	843	760	522	370
CABA	Tasa	40,1	32,3	37,7	38,3	31,8	29,3	26,4	26,9	26,5	21,4	9,7
	Casos	1.202	968	1.132	1.154	959	886	801	817	807	653	297
Catamarca	Tasa	2,1	5,2	3,1	10,9	6,6	8,3	6,8	2,8	9,3	4,9	8,2
	Casos	7	18	11	39	24	31	26	11	37	20	34
Chaco	Tasa	2,6	2,4	2,8	2,1	3,6	4,6	4,3	6,7	5,5	5,0	2,6
	Casos	26	24	28	21	37	48	45	71	58	54	28
Chubut	Tasa	14,6	22,3	18,6	25,4	13,5	13,3	20,2	20,4	12,2	15,7	16,6
	Casos	62	96	81	112	60	60	92	94	57	74	79
Córdoba	Tasa	11,0	11,0	12,0	12,0	14,0	13,0	12,0	15,0	15,0	15,0	12,0
	Casos	337	338	375	402	445	419	413	491	508	514	428
Corrientes	Tasa	5,0	3,0	8,0	8,0	6,0	7,0	7,0	7,0	6,0	7,0	6,0
	Casos	49	30	81	74	58	66	67	69	66	77	65
Entre Ríos	Tasa	7,0	6,0	13,0	8,0	6,0	7,0	7,0	8,0	6,0	7,0	5,0
	Casos	81	66	155	100	67	86	83	106	77	95	69
Formosa	Tasa	4,0	1,0	5,0	5,0	7,0	4,0	3,0	5,0	3,0	6,0	5,0
	Casos	21	7	24	25	35	23	18	27	17	32	27
Jujuy	Tasa	6,0	12,0	16,0	16,0	13,0	15,0	13,0	16,0	15,0	15,0	10,0
	Casos	37	74	103	102	86	96	90	108	105	104	72
La Pampa	Tasa	5,6	9,7	6,7	8,2	3,7	5,2	5,5	7,8	8,9	8,5	9,0
	Casos	17	30	21	26	12	17	18	26	30	29	31
La Rioja	Tasa	3,4	7,3	13,3	9,2	8,7	15,3	14,1	12,0	16,9	15,2	12,1
	Casos	10	22	41	29	28	50	47	41	59	54	44
Mendoza	Tasa	7,3	5,3	7,4	5,7	3,3	6,0	8,6	12,5	9,1	12,9	11,1
	Casos	117	86	122	94	56	101	148	216	159	227	198
Misiones	Tasa	8,9	9,2	11,6	12,8	9,7	14,6	12,3	10,2	11,9	10,5	9,4
	Casos	86	90	116	130	100	153	131	110	130	117	106
Neuquén	Tasa	12,9	16,8	18,3	16,4	15,3	16,4	16,1	19,4	13,8	16,1	16,4
	Casos	63	83	92	84	80	87	87	106	77	91	94
Río Negro	Tasa	8,9	10,7	11,2	10,3	11,9	10,8	10,3	17,7	11,3	12,6	10,9
	Casos	51	62	65	60	70	64	61	106	68	76	66
Salta	Tasa	11,2	13,6	14,8	17,2	9,6	11,8	11,4	15,8	16,6	16,5	18,9

Tabla 31 (continuación). Casos y tasas de VIH por 100 mil habitantes por jurisdicción y año de diagnóstico, Argentina (2001-2011)

		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010 *	2011 *
	Casos	121	150	166	196	112	140	137	194	207	209	244
San Juan	Tasa	7,3	5,8	6,5	5,8	4,8	6,7	5,8	9,9	12,1	7,4	9,8
	Casos	46	37	42	38	32	45	40	69	85	53	71
San Luis	Tasa	4,0	3,1	18,2	10,2	11,7	8,8	9,6	6,4	10,5	7,4	3,0
	Casos	15	12	71	41	48	37	41	28	47	34	14
Santa Cruz	Tasa	9,1	8,4	14,6	15,2	13,1	12,9	18,0	11,1	18,3	23,5	18,9
	Casos	18	17	30	32	28	28	40	25	42	55	45
Santa Fe	Tasa	8,7	6,1	10,3	8,3	14,2	8,4	8,4	11,0	11,6	10,0	3,8
	Casos	268	190	323	261	451	270	269	358	379	329	126
Santiago del Estero	Tasa	3,8	5,6	6,9	5,9	8,7	4,4	5,8	7,4	5,3	6,2	8,5
	Casos	31	46	57	49	73	37	50	64	46	55	76
Tierra del Fuego	Tasa	24,7	26,7	23,1	17,0	19,1	17,7	22,0	16,6	15,4	18,0	24,0
	Casos	25	28	25	19	22	21	27	21	20	24	33
Tucumán	Tasa	8,9	6,6	6,8	8,1	9,3	9,5	9,2	11,7	10,2	11,6	11,0
	Casos	121	91	94	114	132	137	134	172	153	175	169

Para el cálculo de la tasa del GBA y del interior de la provincia de Buenos Aires, se estimó la población para el año 2011.

(*) Años no cerrados por retraso en la notificación

Tabla 32. Tasa de VIH por 100 mil habitantes por región sanitaria de la provincia de Buenos Aires y año de diagnóstico (2001-2011)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010 *	2011 *
Provincia de Buenos Aires	20,9	19,3	19,9	23,1	18,6	17,3	15,5	15,9	12,9	10,1	5,4
Región Sanitaria I	5,1	2,9	2,9	11,4	5,9	6,6	4,6	7,7	6,2	3,2	6,7
Región Sanitaria II	0,0	3,2	2,4	2,7	2,7	1,6	2,7	3,5	1,5	1,5	1,9
Región Sanitaria III	10,5	8,4	7,6	6,8	5,6	6,3	7,1	5,9	8,2	1,6	0,4
Región Sanitaria IV	5,5	6,0	5,8	5,2	3,1	4,8	3,6	3,4	3,6	4,8	1,9
Región Sanitaria V	20,4	16,1	16,8	23,6	17,3	13,6	13,3	12,3	10,3	9,9	5,7
Región Sanitaria VI	25,2	27,6	26,6	26,9	22,3	21,7	17,5	19,6	15,1	12,5	5,3
Región Sanitaria VII	19,6	15,8	17,4	18,8	15,8	14,2	14,5	14,5	10,8	8,2	4,0
Región Sanitaria VIII	22,0	19,4	13,1	28,5	27,6	24,7	17,9	18,9	17,0	9,2	8,4
Región Sanitaria IX	3,6	6,9	4,9	4,6	4,2	7,5	5,8	2,9	3,5	2,9	3,2
Región Sanitaria X	3,9	5,2	7,4	7,7	4,8	6,9	3,5	3,4	3,1	1,2	1,8
Región Sanitaria XI	12,6	13,7	12,3	20,2	18,0	11,5	12,3	14,6	12,1	12,8	7,1
Región Sanitaria XII	30,5	27,7	34,5	24,4	20,8	23,6	19,8	18,5	12,9	9,4	3,7

Para el cálculo de la tasa de las regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires, se estimó la población para el año 2011.

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

Tabla 33. Tasas de diagnósticos de VIH por 100 mil habitantes en los 24 partidos del Gran Buenos Aires (2001-2011)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010 *	2011 *
24 Partidos del GBA	24,2	22,2	23,5	24,5	19,6	18,7	16,4	16,5	12,6	10,7	4,9
Almirante Brown	21,9	21,1	23,4	19,5	19,5	12,6	14,9	15,7	12,5	11,9	3,2
Avellaneda	33,2	41,4	38,8	30,9	24,8	28,6	26,0	19,8	17,2	11,1	7,0
Berazategui	12,3	39,8	29,3	26,3	14,3	17,0	12,7	16,6	14,2	14,4	6,7
Esteban Echeverría	11,4	17,3	30,5	20,7	18,4	13,3	11,2	41,9	17,0	12,9	4,6
Ezeiza	21,8	11,4	14,3	20,9	15,1	30,9	16,4	13,9	4,1	5,3	4,6
Florencio Varela	13,3	25,0	18,0	18,2	18,3	16,7	14,6	14,3	14,2	10,4	3,8
General San Martín	18,2	21,0	18,1	19,5	17,6	16,4	17,3	14,6	9,7	14,1	5,4
Hurlingham	27,7	8,6	11,5	13,7	10,3	11,9	14,1	11,8	11,8	10,7	5,0
Ituzaingó	21,4	10,6	15,5	7,4	9,7	17,5	9,6	10,1	8,2	7,6	1,7
José C. Paz	29,2	22,0	20,8	40,2	26,7	15,5	20,8	17,4	16,4	13,1	5,2
La Matanza	30,5	27,7	34,5	24,4	20,8	23,6	19,8	18,5	12,9	9,4	3,7
Lanús	45,8	35,1	39,8	35,5	35,4	35,2	24,2	21,2	18,2	16,2	7,1
Lomas de Zamora	29,9	24,2	22,3	33,3	26,2	27,4	23,1	24,3	20,2	17,4	7,1
Malvinas Argentinas	13,9	13,7	15,9	30,3	14,1	10,5	8,4	4,0	5,2	7,2	7,1
Merlo	17,8	16,7	17,9	17,8	18,4	14,8	14,6	14,8	10,3	8,1	3,8
Moreno	19,9	15,4	17,4	27,1	17,7	16,4	19,6	15,6	12,6	10,0	5,6
Morón	23,9	16,7	18,5	23,4	16,7	13,4	15,6	17,1	10,4	6,7	1,5
Quilmes	22,3	26,2	20,7	27,9	19,3	16,8	11,2	12,8	11,5	7,6	4,0
San Fernando	35,3	20,4	27,9	27,8	35,2	17,5	24,8	18,5	16,6	13,4	6,7
San Isidro	32,5	19,0	22,6	26,2	14,7	17,6	9,8	13,3	9,4	8,8	6,8
San Miguel	15,6	12,3	10,6	20,3	15,6	15,0	10,1	11,8	8,4	9,7	4,8
Tigre	19,8	15,7	16,1	25,6	19,1	15,2	16,2	12,4	11,1	12,1	6,6
Tres de Febrero	16,4	13,0	15,3	15,0	9,8	11,9	12,7	11,6	8,4	4,6	2,6
Vicente López	22,7	14,0	17,1	17,9	13,7	12,3	8,8	10,5	8,1	8,8	5,2

Para el cálculo de la tasa del GBA y del interior de la provincia de Buenos Aires, se estimó la población para el año 2011.

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

Tabla 34. Distribución geográfica de las notificaciones de VIH según año de diagnóstico, Argentina (2001-2011)

	2001-2004	2005-2008	2009-2011 (*)
País	100,0%	100,0%	100,0%
Nº	24.195	22.485	13.260
Buenos Aires	49,4%	44,5%	32,7%
CABA	18,4%	15,4%	13,3%
Catamarca	0,3%	0,4%	0,7%
Chaco	0,4%	0,9%	1,1%
Chubut	1,5%	1,4%	1,6%
Córdoba	6,0%	7,9%	10,9%
Corrientes	1,0%	1,2%	1,6%
Entre Ríos	1,7%	1,5%	1,8%
Formosa	0,3%	0,5%	0,6%
Jujuy	1,3%	1,7%	2,1%
La Pampa	0,4%	0,3%	0,7%
La Rioja	0,4%	0,7%	1,2%
Mendoza	1,7%	2,3%	4,4%
Misiones	1,7%	2,2%	2,7%
Neuquén	1,3%	1,6%	2,0%
Río Negro	1,0%	1,3%	1,6%
Salta	2,6%	2,6%	5,0%
San Juan	0,7%	0,8%	1,6%
San Luis	0,6%	0,7%	0,7%
Santa Cruz	0,4%	0,5%	1,1%
Santa Fe	4,3%	6,0%	6,3%
Santiago del Estero	0,8%	1,0%	1,3%
Tierra del Fuego	0,4%	0,4%	0,6%
Tucumán	1,7%	2,6%	3,7%
Desconocido	1,7%	1,7%	0,9%

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

Tabla 35. Distribución de los casos de VIH por región sanitaria en la provincia de Buenos Aires (2001-2011) (*)

	2001-2004	2005-2008	2009-2011 (**)
Provincia de Buenos Aires	100,0%	100,0%	100,0%
N°	11.947	10.001	4.337
Región Sanitaria VI	31,4%	29,5%	28,4%
Región Sanitaria V	18,8%	17,2%	18,9%
Región Sanitaria VII	12,7%	13,0%	12,0%
Región Sanitaria VIII	7,6%	10,0%	9,2%
Región Sanitaria XI	5,4%	6,4%	8,6%
Región Sanitaria XII	12,7%	11,1%	8,3%
Región Sanitaria I	1,2%	1,7%	2,5%
Región Sanitaria IV	1,0%	0,8%	1,3%
Región Sanitaria IX	0,5%	0,6%	0,7%
Región Sanitaria III	0,7%	0,6%	0,6%
Región Sanitaria X	0,6%	0,6%	0,5%
Región Sanitaria II	0,2%	0,3%	0,3%
Desconocido	7,2%	8,1%	8,6%

(*) La tabla está ordenada de mayor a menor por proporción de diagnósticos del período 2009-2011.

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

Tabla 36. Principales partidos donde se producen diagnósticos de VIH en la provincia de Buenos Aires (2001-2011)

	2001-2004	2005-2008	2009-2011*
Provincia de Buenos Aires	100,0%	100,0%	100,0%
N°	11.947	10.001	4.337
La Matanza	12,7%	11,1%	8,3%
General Pueyrredón	6,3%	8,3%	7,4%
Lomas de Zamora	5,6%	6,2%	6,5%
La Plata	3,2%	4,2%	5,6%
Lanús	6,1%	5,4%	4,4%
Almirante Brown	3,8%	3,5%	3,7%
Moreno	2,7%	3,0%	3,0%
General San Martín	2,7%	2,8%	2,9%
Quilmes	4,4%	3,3%	2,9%
Avellaneda	4,1%	3,4%	2,8%
Merlo	2,9%	3,2%	2,8%
Berazategui	2,7%	1,9%	2,7%
Florencio Varela	2,3%	2,5%	2,7%
Tigre	2,0%	2,1%	2,4%
Bahía Blanca	1,1%	1,3%	2,2%
Resto de la provincia de Buenos Aires	37,4%	37,8%	39,7%

Tabla 37. Razón hombre/mujer en personas con infección por VIH según año de diagnóstico y provincia, Argentina (2001-2011)

	2001-2004	2005-2008	2009-2011
País	1,7	1,7	1,8
Varones	15.157	14.030	8.598
Mujeres	9.017	8.455	4.662
CABA	2,3	2,6	2,9
Buenos Aires	1,4	1,3	1,5
Catamarca	1,5	1,7	1,0
Chaco	2,4	1,6	3,4
Chubut	1,4	1,2	1,4
Córdoba	2,8	2,8	2,6
Corrientes	2,4	1,7	1,8
Entre Ríos	1,1	1,4	1,8
Formosa	1,8	1,1	1,4
Jujuy	1,7	1,5	1,6
La Pampa	1,4	1,7	1,4
La Rioja	1,4	1,3	1,5
Mendoza	2,4	2,9	2,6
Misiones	1,5	0,9	1,1
Neuquén	1,6	2,0	2,3
Río Negro	1,7	1,6	1,6
Salta	1,7	1,4	1,5
San Juan	2,1	2,7	2,1
San Luis	1,9	1,6	1,9
Santa Cruz	1,4	1,4	1,4
Santa Fe	1,7	1,9	1,8
Santiago del Estero	1,3	1,1	1,2
Tierra del Fuego	1,3	2,0	1,8
Tucumán	1,8	2,1	3,1

Tabla 38. Mediana de edad de diagnóstico por sexo y jurisdicción según año de diagnóstico, Argentina (2001-2011)

	Varones			Mujeres		
	2001-2004	2005-2008	2009-2011	2001-2004	2005-2008	2009-2011
País	33	35	35	30	31	31
Buenos Aires	33	35	35	30	31	32
CABA	35	35	35	32	32	32
Catamarca	28	35	32	28	30	29
Chaco	32	32	32	25	27	32
Chubut	33	36	36	28	32	31
Córdoba	33	34	33	31	32	32
Corrientes	33	33	33	28	31	32
Entre Ríos	33	32	33	28	27	30
Formosa	35	33	34	29	28	32
Jujuy	31	32	35	30	30	30
La Pampa	34	36	32	27	30	26
La Rioja	26	28	34	24	27	29
Mendoza	33	35	36	30	31	33
Misiones	32	34	37	26	28	29
Neuquén	35	35	34	31	30	34
Río Negro	33	35	37	28	31	30
Salta	31	32	33	29	28	29
San Juan	31	34	33	28	32	32
San Luis	32	30	32	28	29	29
Santa Cruz	32	34	33	26	29	32
Santa Fe	34	36	36	30	30	32
Santiago del Estero	29	33	33	28	28	30
Tierra del Fuego	34	32	31	32	27	38
Tucumán	32	33	32	29	28	30

Tabla 39. Máximo nivel de instrucción alcanzado por personas infectadas con VIH de 19 años o más según año de diagnóstico, sexo y jurisdicción, Argentina (2001-2011)

País		Varones			Mujeres		
		2001 - 2004	2005 - 2008	2009 - 2011	2001 - 2004	2005 - 2008	2009 - 2011
	Analf. / Prim. Inc.	9,8%	9,1%	8,1%	10,8%	13,1%	12,8%
	Prim. Comp. / Sec. Inc.	44,0%	40,4%	38,4%	51,0%	50,6%	49,4%
	Sec. Comp. o más	36,0%	42,8%	46,6%	27,8%	27,8%	30,7%
	Desconocido	10,1%	7,7%	6,9%	10,4%	8,6%	7,2%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		14.447	13.575	8.315	8.082	7.750	4.290
Buenos Aires	Analf. / Prim. Inc.	11,9%	10,2%	9,6%	10,2%	13,2%	12,2%
	Prim. Comp. / Sec. Inc.	53,8%	49,8%	47,5%	59,2%	55,6%	54,2%
	Sec. Comp. o más	27,1%	33,7%	36,7%	24,1%	24,1%	26,6%
	Desconocido	7,3%	6,2%	6,3%	6,5%	7,0%	7,0%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		6.632	5.444	2.457	4.344	3.974	1.616
CABA	Analf. / Prim. Inc.	4,9%	4,8%	5,7%	5,8%	9,3%	9,1%
	Prim. Comp. / Sec. Inc.	33,1%	26,9%	27,1%	42,5%	40,4%	42,1%
	Sec. Comp. o más	53,9%	62,0%	61,8%	42,6%	41,9%	41,1%
	Desconocido	8,2%	6,3%	5,4%	9,1%	8,4%	7,7%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		3.030	2.468	1.284	1.285	902	428
Catamarca	Analf. / Prim. Inc.	17,9%	8,8%	9,8%	16,0%	6,2%	7,3%
	Prim. Comp. / Sec. Inc.	25,6%	28,1%	36,6%	44,0%	37,5%	48,8%
	Sec. Comp. o más	41,0%	38,6%	36,6%	36,0%	40,6%	39,0%
	Desconocido	15,4%	24,6%	17,1%	4,0%	15,6%	4,9%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		39	57	41	25	32	41
Chaco	Analf. / Prim. Inc.	15,6%	7,6%	11,4%	12,5%	24,7%	21,9%
	Prim. Comp. / Sec. Inc.	34,4%	38,7%	43,8%	50,0%	53,4%	40,6%
	Sec. Comp. o más	39,1%	47,1%	41,0%	25,0%	19,2%	34,4%
	Desconocido	10,9%	6,7%	3,8%	12,5%	2,7%	3,1%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		64	119	105	24	73	32
Chubut	Analf. / Prim. Inc.	5,7%	6,7%	11,6%	5,4%	6,4%	6,2%
	Prim. Comp. / Sec. Inc.	29,2%	46,1%	32,2%	26,9%	47,2%	46,2%
	Sec. Comp. o más	22,4%	27,3%	34,7%	19,2%	28,8%	33,8%
	Desconocido	42,7%	20,0%	21,5%	48,5%	17,6%	13,8%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		192	165	121	130	125	80
Córdoba	Analf. / Prim. Inc.	6,4%	6,4%	5,4%	10,3%	9,5%	10,9%
	Prim. Comp. / Sec. Inc.	28,8%	31,1%	31,8%	40,6%	45,6%	44,1%
	Sec. Comp. o más	47,9%	57,6%	58,7%	31,1%	41,0%	40,9%
	Desconocido	16,9%	4,9%	4,1%	18,0%	3,9%	4,1%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		1.029	1.269	1.032	350	432	367
Corrientes	Analf. / Prim. Inc.	20,8%	15,7%	12,5%	28,6%	23,9%	35,3%
	Prim. Comp. / Sec. Inc.	35,8%	35,2%	35,2%	34,9%	47,7%	38,2%
	Sec. Comp. o más	37,1%	44,7%	49,2%	30,2%	22,7%	19,1%
	Desconocido	6,3%	4,4%	3,1%	6,3%	5,7%	7,4%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 39 (continuación). Máximo nivel de instrucción alcanzado por personas infectadas con VIH de 19 años o más según año de diagnóstico, sexo y jurisdicción, Argentina (2001-2011)

		Varones			Mujeres		
		2001 - 2004	2005 - 2008	2009 - 2011	2001 - 2004	2005 - 2008	2009 - 2011
Entre Ríos	Analf. / Prim. Inc.	11,3%	17,4%	12,2%	13,6%	21,1%	20,5%
	Prim. Comp. / Sec. Inc.	49,2%	41,1%	36,5%	52,3%	42,2%	51,3%
	Sec. Comp. o más	29,2%	29,5%	48,0%	22,7%	21,1%	26,9%
	Desconocido	10,3%	12,1%	3,4%	11,4%	15,6%	1,3%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
			195	190	148	176	128
Formosa	Analf. / Prim. Inc.	12,5%	5,7%	6,8%	19,2%	14,0%	17,2%
	Prim. Comp. / Sec. Inc.	33,3%	34,0%	34,1%	30,8%	53,5%	55,2%
	Sec. Comp. o más	43,8%	43,4%	54,5%	26,9%	23,3%	24,1%
	Desconocido	10,4%	17,0%	4,5%	23,1%	9,3%	3,4%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
			48	53	44	26	43
Jujuy	Analf. / Prim. Inc.	17,7%	13,8%	8,5%	18,3%	13,3%	9,2%
	Prim. Comp. / Sec. Inc.	41,9%	43,1%	41,5%	33,7%	45,9%	45,9%
	Sec. Comp. o más	33,9%	37,6%	45,7%	36,5%	32,6%	35,7%
	Desconocido	6,5%	5,5%	4,3%	11,5%	8,1%	9,2%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
			186	218	164	104	135
La Pampa	Analf. / Prim. Inc.	7,3%	13,3%	13,2%	9,7%	8,7%	9,4%
	Prim. Comp. / Sec. Inc.	54,5%	31,1%	39,6%	64,5%	47,8%	31,2%
	Sec. Comp. o más	27,3%	35,6%	37,7%	9,7%	17,4%	46,9%
	Desconocido	10,9%	20,0%	9,4%	16,1%	26,1%	12,5%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
			55	45	53	31	23
La Rioja	Analf. / Prim. Inc.	24,0%	25,3%	5,4%	40,6%	23,1%	16,7%
	Prim. Comp. / Sec. Inc.	46,0%	44,8%	52,2%	37,5%	56,9%	51,7%
	Sec. Comp. o más	14,0%	24,1%	35,9%	12,5%	18,5%	30,0%
	Desconocido	16,0%	5,7%	6,5%	9,4%	1,5%	1,7%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
			50	87	92	32	65
Mendoza	Analf. / Prim. Inc.	8,7%	10,8%	8,4%	20,0%	13,7%	13,3%
	Prim. Comp. / Sec. Inc.	42,9%	35,5%	28,0%	48,7%	52,4%	44,7%
	Sec. Comp. o más	44,3%	48,9%	57,6%	30,4%	29,8%	37,3%
	Desconocido	4,2%	4,7%	6,0%	0,9%	4,0%	4,7%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
			287	380	415	115	124
Misiones	Analf. / Prim. Inc.	14,0%	9,8%	9,9%	27,3%	17,1%	17,8%
	Prim. Comp. / Sec. Inc.	47,6%	22,8%	28,7%	35,0%	25,3%	30,9%
	Sec. Comp. o más	25,3%	18,3%	26,9%	22,4%	13,4%	21,1%
	Desconocido	13,1%	49,1%	34,5%	15,4%	44,2%	30,3%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
			229	224	171	143	217
Neuquén	Analf. / Prim. Inc.	8,5%	9,9%	8,0%	13,6%	9,1%	11,7%
	Prim. Comp. / Sec. Inc.	29,8%	37,9%	42,3%	32,2%	46,4%	41,6%
	Sec. Comp. o más	37,2%	38,4%	46,9%	25,4%	32,7%	35,1%
	Desconocido	24,5%	13,8%	2,9%	28,8%	11,8%	11,7%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 39 (continuación). Máximo nivel de instrucción alcanzado por personas infectadas con VIH de 19 años o más según año de diagnóstico, sexo y jurisdicción, Argentina (2001-2011)

		Varones			Mujeres		
		2001 - 2004	2005 - 2008	2009 - 2011	2001 - 2004	2005 - 2008	2009 - 2011
Río Negro	Analf. / Prim. Inc.	7,6%	10,3%	8,9%	23,0%	8,4%	11,0%
	Prim. Comp. / Sec. Inc.	49,7%	40,0%	39,5%	21,6%	44,9%	49,3%
	Sec. Comp. o más	26,2%	42,3%	37,1%	33,8%	39,3%	32,9%
	Desconocido	16,6%	7,4%	14,5%	21,6%	7,5%	6,8%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		145	175	124	74	107	73
Salta	Analf. / Prim. Inc.	8,0%	10,8%	6,8%	6,4%	15,2%	12,6%
	Prim. Comp. / Sec. Inc.	38,6%	48,9%	40,7%	39,6%	48,4%	48,7%
	Sec. Comp. o más	33,5%	37,2%	47,2%	30,2%	31,3%	36,1%
	Desconocido	19,8%	3,1%	5,2%	23,8%	5,1%	2,6%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		373	325	381	202	217	230
San Juan	Analf. / Prim. Inc.	7,6%	10,4%	9,5%	22,9%	11,4%	15,9%
	Prim. Comp. / Sec. Inc.	52,4%	41,0%	43,1%	50,0%	65,9%	50,8%
	Sec. Comp. o más	35,2%	44,8%	43,1%	25,0%	22,7%	28,6%
	Desconocido	4,8%	3,7%	4,4%	2,1%	0,0%	4,8%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		105	134	137	48	44	63
San Luis	Analf. / Prim. Inc.	11,1%	18,5%	15,3%	18,6%	15,7%	24,1%
	Prim. Comp. / Sec. Inc.	41,1%	34,8%	33,9%	44,2%	56,9%	48,3%
	Sec. Comp. o más	32,2%	37,0%	37,3%	18,6%	17,6%	10,3%
	Desconocido	15,6%	9,8%	13,6%	18,6%	9,8%	17,2%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		90	92	59	43	51	29
Santa Cruz	Analf. / Prim. Inc.	7,4%	5,9%	4,9%	12,5%	4,3%	12,7%
	Prim. Comp. / Sec. Inc.	38,9%	36,8%	37,0%	53,1%	44,7%	56,4%
	Sec. Comp. o más	42,6%	41,2%	53,1%	18,8%	36,2%	30,9%
	Desconocido	11,1%	16,2%	4,9%	15,6%	14,9%	0,0%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		54	68	81	32	47	55
Santa Fe	Analf. / Prim. Inc.	12,9%	9,4%	10,1%	16,1%	13,6%	13,7%
	Prim. Comp. / Sec. Inc.	42,1%	48,2%	49,3%	39,8%	55,2%	60,1%
	Sec. Comp. o más	31,7%	36,1%	33,3%	25,1%	25,9%	22,3%
	Desconocido	13,3%	6,3%	7,3%	18,9%	5,3%	4,0%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		622	861	523	354	433	278
Santiago del Estero	Analf. / Prim. Inc.	17,8%	23,0%	16,1%	17,6%	26,3%	17,4%
	Prim. Comp. / Sec. Inc.	46,7%	41,6%	51,6%	43,2%	55,8%	62,3%
	Sec. Comp. o más	27,8%	29,2%	28,0%	23,0%	15,8%	18,8%
	Desconocido	7,8%	6,2%	4,3%	16,2%	2,1%	1,4%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		90	113	93	74	95	69
Tierra del Fuego	Analf. / Prim. Inc.	3,8%	5,0%	4,1%	2,4%	3,6%	7,7%
	Prim. Comp. / Sec. Inc.	23,1%	23,3%	44,9%	43,9%	35,7%	42,3%
	Sec. Comp. o más	48,1%	61,7%	42,9%	34,1%	50,0%	46,2%
	Desconocido	25,0%	10,0%	8,2%	19,5%	10,7%	3,8%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Tabla 39 (continuación). Máximo nivel de instrucción alcanzado por personas infectadas con VIH de 19 años o más según año de diagnóstico, sexo y jurisdicción, Argentina (2001-2011)

		Varones			Mujeres		
		2001 - 2004	2005 - 2008	2009 - 2011	2001 - 2004	2005 - 2008	2009 - 2011
Tucumán	Analf. / Prim. Inc.	8,8%	9,1%	4,9%	12,0%	20,1%	14,2%
	Prim. Comp. / Sec. Inc.	42,5%	31,2%	28,6%	62,0%	45,7%	47,8%
	Sec. Comp. o más	42,9%	49,3%	57,8%	22,5%	25,0%	34,5%
	Desconocido	5,7%	10,4%	8,7%	3,5%	9,1%	3,5%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		261	375	367	142	164	113

Tabla 40. Vías de transmisión de VIH por región, Argentina (2001-2011)

País		Varón			Mujer		
		2001-2004	2005-2008	2009-2011	2001-2004	2005-2008	2009-2011
País	Prácticas sexuales heterosexuales	38,9%	47,8%	48,5%	81,3%	87,8%	89,6%
	Prácticas sexuales homosexuales	31,3%	34,5%	39,1%	0,0%	0,0%	0,0%
	Uso de drogas inyectables	17,4%	7,4%	2,5%	5,4%	2,1%	1,0%
	Otro	4,1%	2,3%	2,1%	7,8%	4,4%	3,3%
	Desconocido	8,3%	8,0%	7,8%	5,6%	5,6%	6,0%
	País	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		15.157	14.030	8.598	9.017	8.455	4.662
CABA	Prácticas sexuales heterosexuales	36,10%	38,80%	38,90%	85,50%	92,60%	92,90%
	Prácticas sexuales homosexuales	45,6%	47,1%	52,3%	0,0%	0,0%	0,0%
	Uso de drogas inyectables	10,4%	4,5%	1,3%	6,0%	0,7%	0,9%
	Otro	1,6%	1,0%	1,3%	3,7%	2,9%	2,7%
	Desconocido	6,3%	8,6%	6,1%	4,8%	3,8%	3,6%
	País	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		3.087	2.509	1.307	1.368	954	450
GBA	Prácticas sexuales heterosexuales	39,8%	53,4%	56,0%	81,3%	88,8%	89,3%
	Prácticas sexuales homosexuales	21,4%	25,6%	31,4%	0,0%	0,0%	0,0%
	Uso de drogas inyectables	28,5%	13,0%	4,7%	6,3%	2,8%	1,6%
	Otro	5,5%	3,2%	3,7%	8,8%	5,3%	4,9%
	Desconocido	4,8%	4,8%	4,2%	3,6%	3,1%	4,1%
	País	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		4.913	3.648	1.587	3.576	2.965	1.098
Centro	Prácticas sexuales heterosexuales	39,5%	47,0%	48,2%	79,9%	87,4%	90,0%
	Prácticas sexuales homosexuales	31,2%	35,3%	37,7%	0,0%	0,0%	0,0%
	Uso de drogas inyectables	14,4%	7,4%	3,5%	5,2%	2,6%	1,2%
	Otro	4,1%	2,7%	2,0%	8,3%	4,6%	2,8%
	Desconocido	10,7%	7,6%	8,6%	6,6%	5,3%	6,0%
	País	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		4.047	4.408	2.733	2.289	2.438	1.444
NOA	Prácticas sexuales heterosexuales	37,5%	53,0%	49,6%	84,4%	90,8%	91,7%
	Prácticas sexuales homosexuales	38,8%	37,7%	42,8%	0,0%	0,0%	0,0%
	Uso de drogas inyectables	8,1%	2,4%	1,1%	1,5%	1,1%	0,5%
	Otro	4,9%	2,6%	1,7%	8,6%	3,6%	3,6%
	Desconocido	10,7%	4,3%	4,8%	5,5%	4,4%	4,2%
	País	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		1.012	1.134	1.089	615	720	617

Tabla 40 (continuación). Vías de transmisión de VIH por región, Argentina (2001-2011)

		Varón			Mujer		
		2001-2004	2005-2008	2009-2011	2001-2004	2005-2008	2009-2011
NEA	Prácticas sexuales heterosexuales	42,2%	41,4%	44,7%	76,7%	69,0%	79,3%
	Prácticas sexuales homosexuales	24,5%	28,3%	29,2%	0,0%	0,0%	0,0%
	Uso de drogas inyectables	14,0%	2,2%	0,4%	4,7%	0,8%	0,0%
	Otro	5,0%	2,4%	3,8%	9,5%	4,9%	1,6%
	Desconocido	14,2%	25,7%	21,8%	9,1%	25,3%	19,0%
	País	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	535	584	472	296	474	305	
Cuyo	Prácticas sexuales heterosexuales	33,8%	46,3%	47,8%	82,0%	90,9%	91,2%
	Prácticas sexuales homosexuales	44,1%	39,7%	44,4%	0,0%	0,0%	0,0%
	Uso de drogas inyectables	11,3%	4,8%	2,2%	4,1%	1,6%	1,2%
	Otro	2,7%	1,7%	0,8%	7,1%	3,5%	3,7%
	Desconocido	8,1%	7,5%	4,7%	6,8%	4,1%	4,0%
	País	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	556	710	717	266	317	328	
Patagonia	Prácticas sexuales heterosexuales	50,8%	56,7%	53,1%	76,9%	88,8%	90,9%
	Prácticas sexuales homosexuales	20,4%	26,1%	32,4%	0,0%	0,0%	0,0%
	Uso de drogas inyectables	10,7%	4,0%	0,2%	4,4%	1,2%	0,3%
	Otro	3,6%	0,9%	1,3%	6,0%	2,9%	1,9%
	Desconocido	14,5%	12,2%	13,1%	12,7%	7,0%	7,0%
	País	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	719	769	618	480	483	373	

Tabla 41. Vías de transmisión de VIH por jurisdicción, Argentina (2001-2011)

País		Varón			Mujer		
		2001-2004	2005-2008	2009-2011	2001-2004	2005-2008	2009-2011
País	Prácticas sexuales heterosexuales	38,9%	47,8%	48,5%	81,3%	87,8%	89,6%
	Prácticas sexuales homosexuales	31,3%	34,5%	39,1%	0,0%	0,0%	0,0%
	Uso de drogas inyectables	17,4%	7,4%	2,5%	5,4%	2,1%	1,0%
	Otro	4,1%	2,3%	2,1%	7,8%	4,4%	3,3%
	Desconocido	8,3%	8,0%	7,8%	5,6%	5,6%	6,0%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		15.157	14.030	8.598	9.017	8.455	4.662
Buenos Aires	Prácticas sexuales heterosexuales	38,9%	47,8%	48,5%	81,3%	87,8%	89,6%
	Prácticas sexuales homosexuales	31,3%	34,5%	39,1%	0,0%	0,0%	0,0%
	Uso de drogas inyectables	17,4%	7,4%	2,5%	5,4%	2,1%	1,0%
	Otro	4,1%	2,3%	2,1%	7,8%	4,4%	3,3%
	Desconocido	8,3%	8,0%	7,8%	5,6%	5,6%	6,0%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		15.157	14.030	8.598	9.017	8.455	4.662
CABA	Prácticas sexuales heterosexuales	36,1%	38,8%	38,9%	85,5%	92,6%	92,9%
	Prácticas sexuales homosexuales	45,6%	47,1%	52,3%	0,0%	0,0%	0,0%
	Uso de drogas inyectables	10,4%	4,5%	1,3%	6,0%	0,7%	0,9%
	Otro	1,6%	1,0%	1,3%	3,7%	2,9%	2,7%
	Desconocido	6,3%	8,6%	6,1%	4,8%	3,8%	3,6%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		3.087	2.509	1.307	1.368	954	450
Catamarca	Prácticas sexuales heterosexuales	53,3%	51,7%	46,7%	66,7%	85,3%	89,1%
	Prácticas sexuales homosexuales	20,0%	32,8%	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%
	Uso de drogas inyectables	2,2%	1,7%	2,2%	0,0%	0,0%	0,0%
	Otro	13,3%	0,0%	6,7%	16,7%	8,8%	6,5%
	Desconocido	11,1%	13,8%	11,1%	16,7%	5,9%	4,3%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		45	58	45	30	34	46
Chaco	Prácticas sexuales heterosexuales	31,4%	34,4%	28,7%	82,8%	93,4%	90,6%
	Prácticas sexuales homosexuales	37,1%	44,0%	50,9%	0,0%	0,0%	0,0%
	Uso de drogas inyectables	10,0%	1,6%	0,9%	0,0%	0,0%	0,0%
	Otro	5,7%	3,2%	1,9%	13,8%	2,6%	0,0%
	Desconocido	15,7%	16,8%	17,6%	3,4%	3,9%	9,4%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		70	125	108	29	76	32
Chubut	Prácticas sexuales heterosexuales	50,5%	60,1%	56,2%	65,8%	89,9%	92,1%
	Prácticas sexuales homosexuales	15,8%	17,9%	21,5%	0,0%	0,0%	0,0%
	Uso de drogas inyectables	10,9%	3,0%	0,8%	2,7%	0,7%	0,0%
	Otro	1,0%	1,8%	0,0%	5,4%	2,2%	1,1%
	Desconocido	21,8%	17,3%	21,5%	26,2%	7,2%	6,7%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		202	168	121	149	138	89

Tabla 41 (continuación). Vías de transmisión de VIH por jurisdicción, Argentina (2001-2011)

		Varón			Mujer		
		2001-2004	2005-2008	2009-2011	2001-2004	2005-2008	2009-2011
Córdoba	Prácticas sexuales heterosexuales	28,7%	33,2%	34,0%	84,9%	88,7%	89,0%
	Prácticas sexuales homosexuales	52,2%	55,6%	56,4%	0,0%	0,0%	0,0%
	Uso de drogas inyectables	5,0%	2,8%	1,4%	1,6%	0,9%	0,0%
	Otro	1,8%	1,5%	1,0%	7,0%	3,6%	2,5%
	Desconocido	12,4%	7,0%	7,1%	6,5%	6,9%	8,5%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		1.060	1.301	1.049	385	467	401
Corrientes	Prácticas sexuales heterosexuales	51,2%	47,9%	45,1%	88,2%	86,3%	85,3%
	Prácticas sexuales homosexuales	34,3%	41,2%	36,1%	0,0%	0,0%	0,0%
	Uso de drogas inyectables	1,8%	0,0%	0,0%	0,0%	1,1%	0,0%
	Otro	4,2%	1,8%	3,0%	7,4%	5,3%	4,0%
	Desconocido	8,4%	9,1%	15,8%	4,4%	7,4%	10,7%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		166	165	133	68	95	75
Entre Ríos	Prácticas sexuales heterosexuales	51,9%	55,8%	44,2%	88,5%	84,1%	89,7%
	Prácticas sexuales homosexuales	21,0%	29,4%	32,5%	0,0%	0,0%	0,0%
	Uso de drogas inyectables	11,0%	0,5%	0,6%	1,6%	0,7%	0,0%
	Otro	5,7%	1,0%	2,6%	6,2%	4,1%	3,4%
	Desconocido	10,5%	13,2%	20,1%	3,6%	11,0%	6,9%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		210	197	154	192	145	87
Formosa	Prácticas sexuales heterosexuales	49,0%	52,7%	50,0%	85,7%	87,5%	90,6%
	Prácticas sexuales homosexuales	36,7%	27,3%	36,4%	0,0%	0,0%	0,0%
	Uso de drogas inyectables	8,2%	3,6%	0,0%	3,6%	0,0%	0,0%
	Otro	2,0%	1,8%	0,0%	7,1%	4,2%	0,0%
	Desconocido	4,1%	14,5%	13,6%	3,6%	8,3%	9,4%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		49	55	44	28	48	32
Jujuy	Prácticas sexuales heterosexuales	39,6%	62,4%	55,0%	79,8%	88,7%	89,1%
	Prácticas sexuales homosexuales	45,2%	28,8%	33,9%	0,0%	0,0%	0,0%
	Uso de drogas inyectables	3,0%	0,4%	0,0%	0,8%	0,0%	0,0%
	Otro	4,1%	3,1%	1,2%	10,9%	4,0%	3,6%
	Desconocido	8,1%	5,2%	9,9%	8,4%	7,3%	7,3%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		197	229	171	119	151	110
La Pampa	Prácticas sexuales heterosexuales	49,1%	50,0%	69,8%	76,9%	88,9%	89,2%
	Prácticas sexuales homosexuales	30,9%	37,0%	20,8%	0,0%	0,0%	0,0%
	Uso de drogas inyectables	12,7%	2,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Otro	0,0%	0,0%	0,0%	15,4%	0,0%	2,7%
	Desconocido	7,3%	10,9%	9,4%	7,7%	11,1%	8,1%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		55	46	53	39	27	37

Tabla 41 (continuación). Vías de transmisión de VIH por jurisdicción, Argentina (2001-2011)

		Varón			Mujer		
		2001-2004	2005-2008	2009-2011	2001-2004	2005-2008	2009-2011
La Rioja	Prácticas sexuales heterosexuales	35,0%	67,7%	57,0%	78,6%	94,5%	96,9%
	Prácticas sexuales homosexuales	41,7%	18,3%	31,2%	0,0%	0,0%	0,0%
	Uso de drogas inyectables	8,3%	3,2%	2,2%	0,0%	0,0%	0,0%
	Otro	10,0%	4,3%	0,0%	14,3%	5,5%	1,6%
	Desconocido	5,0%	6,5%	9,7%	7,1%	0,0%	1,6%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		60	93	93	42	73	64
Mendoza	Prácticas sexuales heterosexuales	35,0%	44,3%	45,4%	84,7%	94,1%	90,2%
	Prácticas sexuales homosexuales	47,3%	45,6%	48,9%	0,0%	0,0%	0,0%
	Uso de drogas inyectables	7,8%	2,3%	1,2%	3,2%	0,0%	0,6%
	Otro	1,4%	1,0%	0,7%	3,2%	3,7%	4,3%
	Desconocido	8,5%	6,7%	3,8%	8,9%	2,2%	4,9%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		294	386	421	124	135	163
Misiones	Prácticas sexuales heterosexuales	38,0%	38,1%	52,4%	69,6%	51,8%	72,3%
	Prácticas sexuales homosexuales	12,0%	11,3%	10,2%	0,0%	0,0%	0,0%
	Uso de drogas inyectables	24,4%	3,8%	0,5%	7,6%	1,2%	0,0%
	Otro	6,0%	2,5%	6,4%	9,9%	5,5%	1,2%
	Desconocido	19,6%	44,4%	30,5%	12,9%	41,6%	26,5%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		250	239	187	171	255	166
Neuquén	Prácticas sexuales heterosexuales	54,8%	56,1%	41,8%	82,1%	89,3%	90,0%
	Prácticas sexuales homosexuales	15,1%	28,9%	44,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Uso de drogas inyectables	7,0%	3,3%	0,0%	3,3%	0,8%	0,0%
	Otro	4,5%	0,0%	1,1%	3,3%	4,1%	1,2%
	Desconocido	18,6%	11,7%	13,2%	11,4%	5,8%	8,8%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		199	239	182	123	121	80
Río Negro	Prácticas sexuales heterosexuales	50,3%	59,5%	59,7%	80,5%	91,4%	92,6%
	Prácticas sexuales homosexuales	25,8%	22,7%	30,2%	0,0%	0,0%	0,0%
	Uso de drogas inyectables	12,6%	7,6%	0,0%	8,0%	2,6%	0,0%
	Otro	4,0%	1,6%	3,1%	9,2%	1,7%	1,2%
	Desconocido	7,3%	8,6%	7,0%	2,3%	4,3%	6,2%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		151	185	129	87	116	81
Salta	Prácticas sexuales heterosexuales	30,9%	54,4%	54,8%	83,8%	90,1%	90,0%
	Prácticas sexuales homosexuales	39,7%	36,5%	37,8%	0,0%	0,0%	0,0%
	Uso de drogas inyectables	10,6%	3,8%	1,8%	3,4%	1,2%	0,8%
	Otro	3,8%	2,6%	1,8%	7,2%	3,7%	3,8%
	Desconocido	15,1%	2,6%	4,0%	5,5%	4,9%	5,4%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		398	340	400	235	243	260

Tabla 41 (continuación). Vías de transmisión de VIH por jurisdicción, Argentina (2001-2011)

		Varón			Mujer		
		2001-2004	2005-2008	2009-2011	2001-2004	2005-2008	2009-2011
San Juan	Prácticas sexuales heterosexuales	37,8%	44,1%	49,6%	86,5%	88,0%	92,6%
	Prácticas sexuales homosexuales	42,3%	45,6%	41,1%	0,0%	0,0%	0,0%
	Uso de drogas inyectables	7,2%	1,5%	2,8%	0,0%	0,0%	1,5%
	Otro	2,7%	0,0%	0,7%	9,6%	4,0%	4,4%
	Desconocido	9,9%	8,8%	5,7%	3,8%	8,0%	1,5%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		111	136	141	52	50	68
San Luis	Prácticas sexuales heterosexuales	24,2%	36,8%	46,8%	72,9%	81,4%	81,8%
	Prácticas sexuales homosexuales	37,4%	28,4%	40,3%	0,0%	0,0%	0,0%
	Uso de drogas inyectables	29,7%	21,1%	8,1%	14,6%	8,5%	6,1%
	Otro	2,2%	4,2%	3,2%	8,3%	0,0%	3,0%
	Desconocido	6,6%	9,5%	1,6%	4,2%	10,2%	9,1%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		91	95	62	48	59	33
Santa Cruz	Prácticas sexuales heterosexuales	49,1%	51,4%	58,3%	77,5%	80,4%	91,4%
	Prácticas sexuales homosexuales	19,3%	25,7%	27,4%	0,0%	0,0%	0,0%
	Uso de drogas inyectables	15,8%	4,3%	0,0%	7,5%	2,0%	1,7%
	Otro	7,0%	1,4%	2,4%	7,5%	5,9%	1,7%
	Desconocido	8,8%	17,1%	11,9%	7,5%	11,8%	5,2%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		57	70	84	40	51	58
Santa Fe	Prácticas sexuales heterosexuales	39,9%	46,4%	57,9%	77,2%	88,8%	94,7%
	Prácticas sexuales homosexuales	18,9%	29,2%	26,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Uso de drogas inyectables	27,8%	16,4%	8,4%	8,2%	4,5%	1,7%
	Otro	3,8%	1,9%	1,3%	5,6%	3,2%	1,3%
	Desconocido	9,5%	6,0%	6,4%	9,0%	3,4%	2,3%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		651	883	534	390	465	300
Santiago del Estero	Prácticas sexuales heterosexuales	55,9%	68,6%	64,3%	90,1%	96,2%	93,7%
	Prácticas sexuales homosexuales	32,4%	23,7%	23,5%	0,0%	0,0%	0,0%
	Uso de drogas inyectables	0,0%	2,5%	3,1%	0,0%	0,0%	1,3%
	Otro	7,8%	1,7%	3,1%	8,6%	2,8%	3,8%
	Desconocido	3,9%	3,4%	6,1%	1,2%	0,9%	1,3%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		102	118	98	81	106	79
Tierra del Fuego	Prácticas sexuales heterosexuales	41,8%	52,5%	42,9%	92,9%	86,7%	85,7%
	Prácticas sexuales homosexuales	32,7%	41,0%	42,9%	0,0%	0,0%	0,0%
	Uso de drogas inyectables	10,9%	0,0%	0,0%	7,1%	0,0%	0,0%
	Otro	9,1%	0,0%	0,0%	0,0%	3,3%	7,1%
	Desconocido	5,5%	6,6%	14,3%	0,0%	10,0%	7,1%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		55	61	49	42	30	28

Tabla 41 (continuación). Vías de transmisión de VIH por jurisdicción, Argentina (2001-2011)

		Varón			Mujer		
		2001-2004	2005-2008	2009-2011	2001-2004	2005-2008	2009-2011
Tucumán	Prácticas sexuales heterosexuales	35,9%	41,6%	38,1%	89,3%	91,4%	97,5%
	Prácticas sexuales homosexuales	38,5%	49,1%	58,4%	0,0%	0,0%	0,0%
	Uso de drogas inyectables	12,2%	2,3%	0,3%	0,0%	2,7%	0,0%
	Otro	4,8%	2,8%	1,1%	7,3%	2,7%	1,6%
	Desconocido	8,5%	4,1%	2,1%	3,3%	3,2%	0,8%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		270	389	375	150	186	122

Tabla 42. Mediana de edad de diagnóstico en varones según vía de transmisión y jurisdicción, Argentina (2001-2011)

		2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
País	Prácticas sexuales heterosexuales	34	35	35	36	37	36	37	37	38	38	37
	Prácticas sexuales homosexuales	33	33	33	33	33	32	32	32	32	32	31
	Uso de drogas inyectables	32	33	33	34	35	35	35	36	36	37	36
CABA	Prácticas sexuales heterosexuales	35	36	37	36	39	36	37	38	39	41	38
	Prácticas sexuales homosexuales	34	34	33	33	34	32	32	32	32	31	30
	Uso de drogas inyectables	35	34	34	35	37	34	40	37	36	39	38
GBA	Prácticas sexuales heterosexuales	34	35	35	36	37	36	38	38	38	39	37
	Prácticas sexuales homosexuales	33	33	33	35	33	31	33	32	32	32	30
	Uso de drogas inyectables	32	33	34	34	35	36	37	37	36	41	42
Centro	Prácticas sexuales heterosexuales	34	34	35	36	36	36	37	38	38	38	37
	Prácticas sexuales homosexuales	33	33	33	33	34	32	32	32	30	32	32
	Uso de drogas inyectables	32	32	32	33	34	34	34	34	35	32	33
NOA	Prácticas sexuales heterosexuales	29	33	32	33	36	34	33	35	34	37	35
	Prácticas sexuales homosexuales	30	31	31	32	31	32	30	31	32	30	29
	Uso de drogas inyectables	30	28	35	30	32	31	32	35	32	33	30
NEA	Prácticas sexuales heterosexuales	34	36	33	33	34	36	33	38	37	38	36
	Prácticas sexuales homosexuales	34	32	29	37	34	30	32	33	34	30	31
	Uso de drogas inyectables	28	33	35	35	35	29	25	39	.	21	36
Cuyo	Prácticas sexuales heterosexuales	30	33	35	33	34	31	35	36	37	36	36
	Prácticas sexuales homosexuales	34	32	32	32	31	35	34	34	33	33	35
	Uso de drogas inyectables	26	27	27	28	28	27	32	28	31	39	35
Patagonia	Prácticas sexuales heterosexuales	33	36	33	38	37	36	36	37	37	37	36
	Prácticas sexuales homosexuales	33	31	36	32	33	32	31	32	32	30	31
	Uso de drogas inyectables	32	34	33	33	33	34	33	37	38	-	-

Tabla 43. Proporción de diagnósticos tardíos por año de diagnóstico y sexo según región, Argentina (2002-2010)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
CABA	Varón	18,4%	18,6%	22,4%	19,9%	20,6%	18,2%	17,1%	20,1%	18,9%
	Mujer	13,8%	10,8%	12,0%	10,3%	10,0%	8,2%	11,4%	13,0%	14,5%
GBA	Varón	27,2%	29,4%	25,5%	30,3%	29,7%	30,0%	27,4%	29,1%	31,5%
	Mujer	14,7%	15,6%	13,7%	15,2%	16,9%	15,6%	13,2%	15,5%	18,6%
Centro	Varón	26,1%	24,9%	27,0%	29,1%	23,8%	27,2%	28,5%	27,8%	29,0%
	Mujer	18,9%	12,5%	15,3%	16,1%	14,1%	15,4%	11,7%	10,4%	17,8%
NOA	Varón	26,8%	39,9%	31,1%	43,9%	28,6%	29,2%	25,2%	38,6%	40,8%
	Mujer	14,5%	25,6%	21,8%	16,8%	17,2%	20,2%	7,5%	22,7%	17,7%
NEA	Varón	35,7%	26,7%	30,8%	37,8%	27,3%	26,3%	20,3%	20,7%	30,6%
	Mujer	15,4%	16,7%	33,3%	21,9%	14,1%	13,2%	10,9%	20,9%	16,7%
Cuyo	Varón	33,3%	26,6%	28,9%	22,2%	45,2%	44,3%	34,8%	43,2%	34,2%
	Mujer	25,0%	16,7%	20,0%	12,5%	22,2%	15,4%	17,4%	20,0%	13,1%
Patagonia	Varón	25,0%	23,6%	22,6%	21,7%	23,5%	23,6%	20,1%	23,6%	28,0%
	Mujer	17,5%	15,9%	6,1%	9,2%	10,5%	16,0%	12,2%	14,9%	18,8%

Tabla 44. Proporción de diagnósticos tardíos por año de diagnóstico y sexo según jurisdicción, Argentina (2002-2010)

	Varones									
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
Buenos Aires	26,1%	27,1%	25,9%	28,3%	26,9%	28,7%	27,9%	27,6%	31,4%	
CABA	18,4%	18,6%	22,4%	19,9%	20,6%	18,2%	17,1%	20,1%	18,9%	
Catamarca	33,3%	50,0%	66,7%	33,3%	0,0%	28,6%	50,0%	44,4%	40,0%	
Chaco	14,3%	0,0%	25,0%	57,1%	11,8%	34,6%	12,5%	28,6%	28,2%	
Chubut	34,0%	21,4%	25,9%	10,5%	28,0%	33,3%	29,4%	25,0%	21,6%	
Córdoba	31,6%	31,4%	31,7%	34,8%	25,7%	26,0%	26,8%	29,1%	27,9%	
Corrientes	66,7%	0,0%	44,4%	37,5%	33,3%	36,4%	23,3%	31,6%	31,4%	
Entre Ríos	21,1%	35,7%	27,8%	46,9%	28,1%	34,6%	40,0%	37,2%	32,7%	
Formosa	100,0%	71,4%	0,0%	25,0%	42,9%	0,0%	23,1%	12,5%	44,4%	
Jujuy	25,0%	35,7%	42,9%	40,0%	33,3%	22,2%	26,1%	44,4%	38,5%	
La Pampa	0,0%	33,3%	20,0%	50,0%	25,0%	25,0%	14,3%	40,0%	36,4%	
La Rioja	0,0%	66,7%	11,1%	11,1%	81,0%	64,0%	61,1%	60,0%	30,0%	
Mendoza	33,3%	30,8%	38,5%	20,0%	35,0%	29,4%	32,4%	45,5%	47,3%	
Misiones	16,7%	29,2%	31,8%	33,3%	29,8%	23,5%	24,4%	11,5%	29,4%	
Neuquén	14,7%	13,2%	17,5%	29,4%	26,8%	17,9%	16,0%	22,2%	24,4%	
Río Negro	20,0%	37,0%	23,1%	19,0%	11,1%	34,6%	11,4%	41,2%	26,9%	
Salta	27,9%	37,6%	31,7%	50,0%	31,1%	36,5%	30,8%	41,3%	50,4%	
San Juan	28,6%	6,7%	0,0%	37,5%	22,2%	35,0%	19,0%	39,1%	17,4%	
San Luis	50,0%	14,3%	55,6%	25,0%	35,7%	41,2%	30,8%	30,0%	18,8%	
Santa Cruz	0,0%	16,7%	25,0%	12,5%	36,4%	21,4%	33,3%	5,6%	24,0%	
Santa Fe	14,7%	13,8%	13,0%	22,6%	27,0%	32,9%	26,4%	29,0%	24,7%	
Santiago del Estero	50,0%	50,0%	23,8%	51,7%	47,6%	50,0%	20,6%	40,0%	50,0%	
Tierra del Fuego	25,0%	42,9%	50,0%	16,7%	14,3%	0,0%	11,1%	20,0%	52,9%	
Tucumán	7,7%	45,5%	26,9%	26,9%	20,6%	16,4%	21,3%	30,6%	30,0%	

	Mujeres									
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	
Buenos Aires	14,6%	14,7%	13,0%	15,1%	16,5%	16,0%	12,9%	13,6%	18,8%	
CABA	13,8%	10,8%	12,0%	10,3%	10,0%	8,2%	11,4%	13,0%	14,5%	
Catamarca	0,0%	0,0%	60,0%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	7,7%	0,0%	
Chaco	0,0%	0,0%	33,3%	100,0%	30,8%	7,1%	11,5%	30,0%	22,2%	
Chubut	20,6%	6,5%	8,0%	9,5%	17,6%	15,6%	24,2%	4,8%	13,8%	
Córdoba	27,3%	13,2%	21,9%	18,6%	14,1%	19,2%	13,6%	13,2%	17,1%	
Corrientes	33,3%	0,0%	66,7%	50,0%	0,0%	40,0%	18,8%	46,7%	31,3%	
Entre Ríos	20,0%	17,2%	27,6%	7,7%	7,1%	8,0%	8,8%	12,5%	13,8%	
Formosa	0,0%	14,3%	0,0%	0,0%	16,7%	25,0%	0,0%	0,0%	16,7%	
Jujuy	0,0%	28,6%	40,0%	0,0%	0,0%	25,0%	0,0%	23,5%	11,8%	
La Pampa	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	16,7%	25,0%	33,3%	0,0%	
La Rioja	40,0%	25,0%	42,9%	6,7%	50,0%	33,3%	35,7%	20,0%	13,3%	

Tabla 44 (continuación). Proporción de diagnósticos tardíos por año de diagnóstico y sexo según jurisdicción, Argentina (2002-2010)

	Mujeres								
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Mendoza	20,0%	27,3%	16,7%	18,2%	20,0%	0,0%	8,3%	18,8%	27,3%
Misiones	14,3%	28,6%	22,2%	20,0%	11,5%	9,8%	10,2%	10,5%	9,8%
Neuquén	15,0%	19,2%	3,8%	13,6%	5,6%	18,2%	3,4%	30,4%	17,4%
Río Negro	0,0%	5,3%	0,0%	7,1%	11,1%	9,1%	4,3%	0,0%	23,8%
Salta	18,2%	29,8%	17,0%	24,4%	15,4%	21,4%	6,3%	27,4%	22,7%
San Juan	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	14,3%	0,0%	16,7%	12,5%	0,0%
San Luis	0,0%	0,0%	12,5%	20,0%	0,0%	7,1%	0,0%	27,3%	0,0%
Santa Cruz	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	17,6%	0,0%	15,4%	20,0%
Santa Fe	11,8%	9,3%	8,6%	26,9%	10,7%	2,3%	7,1%	2,3%	17,5%
Santiago del Estero	25,0%	27,8%	28,6%	11,1%	25,0%	20,0%	13,0%	17,6%	26,3%
Tierra del Fuego	33,3%	55,6%	33,3%	0,0%	20,0%	16,7%	33,3%	0,0%	33,3%
Tucumán	0,0%	0,0%	25,0%	17,6%	20,0%	15,6%	9,5%	20,0%	14,9%

Tabla 45: Tasas de mortalidad por sida por 100 mil habitantes según sexo y provincia, Argentina (1990-2010)

	Ambos Sexos																				
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total	0,9	1,4	2,2	2,4	3,5	5,1	6,0	5,1	4,6	4,0	4,0	4,0	4,1	4,2	3,8	3,4	3,6	3,6	3,5	3,5	3,3
CABA	3,6	6,0	9,8	9,7	14,6	18,9	19,7	14,7	12,2	10,4	9,1	8,4	8,0	8,9	7,5	6,4	6,8	7,3	6,6	6,0	4,6
Buenos Aires	0,9	1,7	2,4	2,7	3,9	6,8	8,6	7,9	7,5	6,3	6,4	6,0	6,4	6,2	5,5	4,9	5,3	5,0	4,7	4,7	4,2
Catamarca	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	1,6	0,3	1,3	1,2	0,9	1,8	1,5	0,3	1,7	1,4	0,5	1,8	1,3	1,3	0,0
Córdoba	0,5	0,1	1,1	1,2	1,5	1,6	1,7	1,4	1,1	1,1	1,5	1,7	2,4	1,4	1,4	1,8	1,7	2,0	1,9	1,8	1,9
Corrientes	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	1,0	0,6	1,7	1,1	1,4	1,3	1,1	1,1	0,8	2,5	1,7	1,8	1,9	2,5	1,5	1,6
Chaco	0,1	0,0	0,1	0,2	0,0	0,7	0,6	0,9	0,8	0,8	0,8	0,6	0,9	0,8	1,4	1,1	0,4	1,1	0,7	1,1	2,1
Chubut	0,3	0,8	0,8	1,3	1,3	1,3	1,5	1,0	1,5	1,2	1,9	4,2	2,1	3,0	4,1	3,8	2,4	3,1	3,5	4,9	3,6
Entre Ríos	0,4	0,2	0,2	0,2	1,0	0,5	1,4	1,3	0,8	1,0	0,9	0,9	1,8	2,1	1,8	1,6	2,3	1,6	1,3	1,6	1,9
Formosa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,7	0,7	0,2	0,6	1,0	1,6	1,0	0,8	1,0	0,6	0,2	1,7	1,1	2,2	2,0
Jujuy	0,0	0,0	0,2	0,0	0,4	0,4	0,9	0,7	0,7	0,8	2,1	1,9	1,4	4,1	2,2	2,6	1,8	3,0	4,3	2,9	3,9
La Pampa	0,4	0,0	0,0	0,0	0,7	0,4	1,8	0,7	0,7	0,7	0,3	0,3	0,3	1,0	0,9	0,3	0,6	1,8	0,9	1,8	0,9
La Rioja	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	1,0	0,3	0,7	1,0	1,0	0,3	3,1	0,9	0,0	0,6	3,1
Mendoza	0,1	0,1	0,8	0,5	1,1	1,1	1,8	1,3	1,2	1,4	1,1	1,6	1,6	1,3	0,8	1,3	1,7	1,3	2,3	1,9	2,0
Misiones	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2	1,0	0,8	1,7	0,3	1,0	1,9	2,1	1,7	2,9	3,2	2,2	3,2	2,3	1,8	3,0	2,6
Neuquén	0,0	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,0	2,0	1,3	2,4	1,9	2,3	2,0	2,8	2,1	3,3	3,0	3,0	1,6	2,9	2,7
Río Negro	0,2	0,0	0,2	0,6	0,9	0,9	1,3	0,9	1,4	1,6	0,9	1,4	1,4	1,0	1,0	0,7	1,4	0,8	2,8	2,3	2,7
Salta	0,1	0,0	0,0	0,7	0,0	1,0	1,0	1,0	1,3	0,4	0,9	2,2	1,8	4,5	3,8	3,7	3,1	3,6	6,0	4,3	6,3
San Juan	0,0	0,2	0,2	0,2	0,4	0,0	1,0	0,5	1,5	1,0	1,0	1,9	1,4	1,2	0,5	1,4	1,0	1,0	1,9	2,6	1,3
San Luis	0,0	0,3	0,3	0,3	0,3	0,0	0,0	1,5	1,4	0,6	1,6	0,5	0,8	1,3	2,0	1,7	2,9	2,8	1,6	2,9	2,0
Santa Cruz	0,0	0,0	0,0	1,2	2,3	0,6	2,2	1,6	1,6	0,5	1,0	0,5	4,9	1,9	1,0	0,0	0,5	1,8	2,2	0,4	3,4
Santa Fe	1,1	1,3	2,6	3,2	4,1	4,3	4,6	3,6	2,7	3,1	2,6	2,9	2,4	3,0	2,9	2,6	2,5	2,6	2,4	3,1	2,6
Santiago del Estero	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,3	0,8	1,3	0,4	0,4	0,6	0,6	0,6	1,0	1,8	1,1	1,5	1,0	2,1	1,2
Tucumán	0,0	0,1	0,3	0,5	0,5	0,6	0,6	0,7	0,7	1,0	0,5	1,0	1,2	0,9	1,6	1,3	1,8	1,7	1,6	1,7	1,8
Tierra del Fuego	0,0	0,0	0,0	0,0	2,5	1,2	3,5	1,1	3,3	2,1	3,1	0,0	2,9	4,6	2,7	2,6	2,5	0,8	4,0	3,1	7,5

Tabla 45 (continuación). Tasas de mortalidad por sida por 100 mil habitantes según sexo y provincia, Argentina (1990-2010)

	Varones																				
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total del país	1,5	2,4	3,8	4,1	5,7	8,1	9,3	7,7	7,1	6,1	6,2	6,0	6,2	6,2	5,6	4,9	5,3	5,2	5,1	5,0	4,7
CABA	6,7	11,6	18,4	18,2	26,1	33,0	34,6	26,1	19,9	17,1	14,7	14,1	12,6	15,2	13,2	9,7	11,2	11,5	11,6	9,0	7,2
Buenos Aires	1,6	2,9	4,0	4,5	6,1	10,7	13,0	11,4	11,3	9,5	9,9	9,0	9,8	9,2	8,2	6,9	7,3	7,1	6,7	6,5	5,7
Catamarca	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,7	3,3	0,6	1,9	1,9	1,2	0,6	2,3	0,6	2,2	1,6	0,5	1,0	2,1	1,5	0,0
Córdoba	0,8	0,3	1,9	2,1	2,5	2,6	3,1	2,1	2,0	1,7	2,6	2,5	4,1	2,4	1,9	3,1	3,1	2,7	2,9	2,8	2,7
Corrientes	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2	1,9	1,1	2,5	2,2	2,2	2,2	1,5	1,3	1,5	3,3	2,7	2,8	2,8	2,8	2,0	2,3
Chaco	0,2	0,0	0,2	0,4	0,0	0,9	1,1	1,7	1,3	1,0	1,0	0,8	1,6	1,0	2,0	1,6	0,4	1,5	1,1	1,9	3,2
Chubut	0,6	1,6	1,6	1,6	2,6	2,0	1,5	2,0	1,9	0,5	2,8	6,1	3,2	3,7	6,3	4,9	2,7	3,5	3,0	7,7	3,0
Entre Ríos	0,8	0,4	0,4	0,4	1,7	0,9	2,4	2,5	1,2	1,6	1,6	1,2	2,6	2,5	2,7	2,2	4,0	1,5	1,5	2,9	2,5
Formosa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,5	0,9	0,9	0,4	0,8	1,2	2,0	1,6	1,6	0,4	0,4	0,0	2,6	1,1	2,9	3,6
Jujuy	0,0	0,0	0,4	0,0	0,4	0,4	1,1	1,0	0,7	1,3	3,7	3,3	1,9	5,4	3,1	4,0	3,7	3,9	7,1	4,4	4,9
La Pampa	0,8	0,0	0,0	0,0	1,4	0,7	2,1	0,7	1,4	1,3	0,7	0,7	0,6	0,6	1,3	0,6	1,2	2,4	1,8	3,6	1,2
La Rioja	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	0,7	1,3	1,9	0,6	0,6	4,9	0,6	0,0	0,0	5,6
Mendoza	0,3	0,1	1,4	1,0	1,9	1,6	2,8	2,4	1,7	1,9	1,9	2,8	2,9	2,0	1,2	2,1	2,9	1,9	3,9	3,3	3,0
Misiones	0,0	0,0	0,2	0,0	0,5	1,4	1,1	2,6	0,6	1,3	2,5	2,9	2,6	3,0	4,3	2,1	4,6	2,1	2,4	4,0	3,0
Neuquén	0,0	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,0	3,1	2,2	3,8	2,5	2,5	3,2	4,8	2,7	4,2	5,7	4,1	2,6	5,1	3,6
Río Negro	0,0	0,0	0,0	1,1	1,9	1,1	2,2	1,1	1,4	2,8	1,4	2,4	2,4	1,7	1,7	1,4	2,0	1,7	4,7	3,3	4,0
Salta	0,2	0,0	0,0	1,1	0,0	1,5	1,8	1,4	2,5	0,2	1,9	3,0	2,4	7,7	4,6	5,9	5,4	5,8	8,2	6,5	9,4
San Juan	0,0	0,4	0,4	0,4	0,7	0,0	2,1	0,7	2,0	1,7	1,3	2,9	1,6	2,2	0,9	2,4	1,8	1,5	2,9	4,3	2,0
San Luis	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	0,6	1,1	3,3	0,5	1,0	2,0	2,0	2,4	5,2	4,7	2,7	3,6	3,5
Santa Cruz	0,0	0,0	0,0	1,1	3,3	1,1	2,1	0,0	2,1	1,0	2,0	1,0	6,8	3,8	1,9	0,0	0,9	2,7	3,5	0,0	3,4
Santa Fe	2,0	2,2	4,6	5,2	6,9	6,7	7,6	5,3	4,2	4,6	4,1	4,4	3,8	4,2	4,2	4,1	3,7	4,1	2,7	3,9	3,9
Santiago del Estero	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,8	1,8	0,3	0,2	0,7	1,0	0,7	1,7	2,4	1,9	1,4	1,4	3,2	1,6
Tucumán	0,0	0,2	0,5	0,8	1,0	0,8	0,3	1,3	1,4	1,2	0,9	1,9	1,8	1,5	2,6	1,8	2,7	2,4	2,3	2,0	2,9
Tierra del Fuego	0,0	0,0	0,0	0,0	4,8	2,3	6,7	2,2	6,3	2,0	3,9	0,0	1,9	5,4	5,2	1,7	1,6	1,6	4,7	3,0	14,7

Tabla 45 (continuación). Tasas de mortalidad por sida por 100 mil habitantes según sexo y provincia, Argentina (1990-2010)

	Mujeres																				
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Total del país	0,2	0,4	0,7	0,7	1,3	2,0	2,5	2,4	2,3	2,1	1,9	2,0	2,0	2,2	2,0	1,9	2,0	2,1	2,0	2,1	1,9
CABA	1,0	1,3	2,5	2,5	4,9	7,1	7,1	5,0	5,7	4,9	4,5	3,6	4,1	3,6	2,6	3,5	3,1	3,6	2,4	3,4	2,4
Buenos Aires	0,3	0,6	0,8	0,8	1,6	2,6	3,7	4,0	3,8	3,2	3,0	3,2	3,3	3,4	3,0	2,9	3,4	3,1	2,7	2,9	2,7
Catamarca	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,6	0,6	3,0	0,6	0,0	1,1	1,1	0,5	2,6	0,5	1,0	0,0
Córdoba	0,1	0,0	0,2	0,3	0,6	0,6	0,4	0,6	0,3	0,4	0,4	0,9	0,7	0,5	1,0	0,5	0,4	1,2	0,9	0,9	1,0
Corrientes	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,9	0,0	0,7	0,4	0,6	0,8	0,2	1,6	0,8	0,8	1,0	2,2	1,0	1,0
Chaco	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,2	0,0	0,4	0,6	0,6	0,4	0,2	0,6	0,8	0,6	0,4	0,6	0,2	0,4	1,1
Chubut	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	0,5	1,5	0,0	1,0	2,0	1,0	2,4	0,9	2,3	1,8	2,7	2,2	2,6	3,9	2,1	4,3
Entre Ríos	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,2	0,4	0,2	0,3	0,5	0,2	0,5	1,0	1,6	1,0	1,0	0,6	1,7	1,1	0,3	1,2
Formosa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,4	0,0	0,4	0,8	1,2	0,4	0,0	1,6	0,8	0,4	0,8	1,1	1,5	0,4
Jujuy	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	0,4	0,7	0,3	0,7	0,3	0,7	0,6	1,0	2,8	1,2	1,2	0,0	2,1	1,5	1,4	2,8
La Pampa	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4	0,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3	0,6	0,0	0,0	1,2	0,0	0,0	0,6
La Rioja	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,7	0,0	0,0	0,0	1,3	0,0	1,2	1,2	0,0	1,2	0,6
Mendoza	0,0	0,1	0,1	0,1	0,4	0,7	0,8	0,3	0,8	0,9	0,4	0,5	0,4	0,6	0,4	0,5	0,5	0,7	0,7	0,7	1,1
Misiones	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	0,5	0,7	0,0	0,6	1,3	1,2	0,8	2,8	2,0	2,4	1,7	2,5	1,1	2,0	2,2
Neuquén	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,4	0,9	1,3	2,1	0,8	0,8	1,6	2,3	0,4	1,9	0,7	0,7	1,8
Río Negro	0,4	0,0	0,4	0,0	0,0	0,8	0,4	0,7	1,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,0	0,7	0,0	1,0	1,3	1,3
Salta	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,6	0,2	0,6	0,0	0,6	0,0	1,5	1,3	1,4	3,0	1,5	0,8	1,3	3,9	2,2	3,3
San Juan	0,0	0,4	0,4	0,4	0,3	0,0	0,0	0,3	1,0	0,3	0,6	0,9	1,2	0,3	0,0	0,3	0,3	0,6	0,9	0,8	0,6
San Luis	0,0	0,0	0,0	0,7	0,6	0,0	1,2	1,2	2,3	0,0	0,0	0,5	0,5	0,5	2,0	1,0	0,5	0,9	0,5	2,2	0,4
Santa Cruz	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,4	1,1	0,0	0,0	0,0	3,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,9	0,9	0,9	3,5
Santa Fe	0,1	0,6	0,7	1,2	1,4	2,1	1,8	2,0	1,3	1,6	1,2	1,4	1,1	1,8	1,8	1,2	1,3	1,2	2,0	2,3	1,4
Santiago del Estero	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,5	0,8	0,8	0,5	0,5	0,5	0,2	0,5	0,2	1,0	0,2	1,7	0,7	0,9	0,9
Tucumán	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,3	0,9	0,2	0,0	0,7	0,1	0,1	0,7	0,3	0,7	0,8	1,0	1,1	0,8	1,3	0,7
Tierra del Fuego	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,2	2,1	0,0	3,9	3,8	0,0	3,5	3,4	0,0	3,2	3,1	0,0

Tabla 46. Transferencias de medicamentos, reactivos y material preventivo a las 24 jurisdicciones, Argentina (2011)

PROVINCIAS	Medicamentos		Reactivos de VIH y sífilis		Test hepatitis C		Testes de resistencia		Cargas virales		Leche de Inicio	
	En unidades	En \$	En unidades	En \$	En unidades	En \$	En unidades	En \$	En unidades	En \$	En unidades	En \$
Buenos Aires	14.365.699	91.172.903,86	528.427	3.980.285,79	369	142.191,90	465	415.387,90	23.514	2.814.604,32	10.705	391.607,67
CABA	14.733.011	122.291.555,69	4.416	499.856,88	268	102.722,23	446	399.165,60	26.083	3.507.986,30	5.397	167.009,06
Catamarca	113.946	904.974,03	60.003	525.266,49	8	3.763,52	3	2.686,20	299	35.125,26	147	6.777,51
Chaco	281.602	2.242.836,43	121.492	814.391,46	-	-	14	12.553,70	805	107.976,50	160	6.601,98
Chubut	579.742	3.330.509,82	45.985	320.750,29	-	-	1	895,40	-	-	294	4.398,35
Córdoba	2.499.053	15.421.895,46	180.671	1.915.352,63	11	5.389,48	139	124.460,60	3.780	506.469,48	1.733	40.532,61
Corrientes	320.642	2.367.305,88	77.036	710.014,70	8	3.154,58	24	21.500,40	977	131.904,64	241	8.806,01
Entre Ríos	781.326	4.573.445,59	55.834	411.410,86	-	-	34	30.537,60	1.756	236.814,54	1.120	17.842,11
Formosa	220.971	735.208,41	78.745	535.319,97	-	-	1	895,40	423	54.969,00	133	3.012,23
Jujuy	421.746	2.442.921,49	82.429	485.253,41	-	-	19	17.012,60	837	98.739,18	240	18.420,27
La Pampa	139.435	743.428,08	29.963	206.581,71	8	2.364,69	6	5.347,00	334	39.147,51	53	2.259,18
La Rioja	128.747	778.808,31	57.607	416.597,61	-	-	5	4.477,00	466	54.179,88	107	9.036,68
Mendoza	937.260	6.948.337,26	51.022	541.504,66	-	-	18	16.225,80	1.296	165.715,21	240	10.742,40
Misiones	442.158	2.046.334,55	107.558	751.590,70	41	17.890,50	5	4.426,20	875	125.881,16	1.245	12.728,17
Neuquén	576.792	4.062.964,75	89.195	626.053,67	-	-	17	15.207,20	-	-	160	4.379,70
Río Negro	316.163	2.171.838,59	67.760	405.070,06	7	1.961,63	11	9.860,20	758	103.113,27	533	12.543,69
Salta	702.568	4.283.906,90	126.222	869.524,24	4	1.989,08	20	17.868,00	2.226	260.461,92	693	36.960,23
San Juan	251.870	2.139.963,36	65.925	503.369,23	10	4.149,12	9	8.007,80	430	56.903,64	347	11.947,23
San Luis	217.882	1.045.068,15	48.147	373.201,55	8	2.742,79	6	5.372,40	523	72.736,53	161	4.078,26
Santa Cruz	217.400	1.430.043,45	45.167	421.352,71	-	-	3	2.686,20	319	44.712,03	240	5.987,27
Santa Fe	3.706.674	31.452.107,95	234.939	2.187.985,83	83	30.533,79	108	96.445,40	5.620	760.046,02	1.466	62.674,56
Santiago del Estero	330.902	1.864.370,09	67.108	487.771,12	6	1.869,29	3	2.686,20	651	75.400,08	347	20.964,74
Tierra del Fuego	61.323	449.309,31	31.988	224.768,96	-	-	6	5.347,00	152	20.373,66	-	5.197,61
Tucumán	677.150	5.584.048,73	100.652	1.038.495,42	10	4.182,81	27	24.193,90	1.523	180.023,04	693	15.491,12
Total	45.127.724	327.882.414,77	2.428.012	20.251.944,06	868	332.640,85	1.413	1.263.858,00	74.129	8.286.012,45	26.963	879.999,00

Tabla 46 (continuación). Transferencias de medicamentos, reactivos y material preventivo a las 24 jurisdicciones, Argentina (2011)

PROVINCIAS	Geles lubricantes		Preservativos		Folletería		Material educativo		Total de transferencias	
	En unidades	En \$	En unidades	En \$	En unidades	En \$	En unidades	En \$	En unidades	En \$
Buenos Aires	68.000	9.483,00	11.193.120	3.223.978,20	812.893	96.846,80	50.706	60.919,30	102.233.592,50	
CABA	21.000	3.150,00	2.272.886	654.665,90	916.137	93.450,00	66.058	90.991,81	127.788.276,62	
Catamarca	-	-	331.200	96.048,00	37.600	3.296,00	844	576,88	1.575.668,78	
Chaco	-	-	308.160	89.123,60	11.112	2.377,00	664	1.309,14	3.274.860,47	
Chubut	-	-	403.200	116.928,00	9.802	987,00	2.292	3.563,40	3.781.493,43	
Córdoba	15.000	2.250,00	3.997.440	1.159.259,60	43.920	4.742,00	2.952	9.617,78	19.195.912,07	
Corrientes	-	-	800.640	231.580,60	14.500	870,00	1.551	2.287,20	3.475.053,84	
Entre Ríos	12.000	1.800,00	783.360	225.721,40	32.010	1.735,00	254	2.400,36	5.513.906,39	
Formosa	-	-	205.920	59.111,60	21.400	2.287,00	359	466,00	1.391.831,70	
Jujuy	18.000	2.700,00	551.520	158.246,20	42.785	7.515,00	1.066	1.716,84	3.220.541,52	
La Pampa	-	-	115.200	33.408,00	18.090	817,00	177	2.678,00	1.035.199,99	
La Rioja	-	-	182.880	53.035,00	32.000	1.260,00	720	571,04	1.311.791,56	
Mendoza	-	-	685.440	196.960,80	25.800	1.872,00	3.528	4.408,82	7.881.469,99	
Misiones	-	-	383.040	111.082,00	5.520	1.262,00	657	1.473,00	3.093.311,95	
Neuquén	-	-	226.130	65.577,60	24.100	2.970,00	1.742	2.182,80	4.779.245,54	
Río Negro	3.000	450,00	576.000	166.615,80	98.920	8.627,00	3.704	3.828,34	2.885.657,85	
Salta	-	-	417.600	121.104,00	100	44,00	18	316,50	5.573.789,14	
San Juan	9.000	1.350,00	820.800	238.032,00	23.605	3.322,50	1.602	6.612,90	2.971.009,35	
San Luis	3.000	283,00	303.840	87.326,80	27.700	2.703,00	411	1.277,64	1.595.006,66	
Santa Cruz	-	-	338.400	98.136,00	1.906	444,00	1.183	3.479,92	2.007.292,31	
Santa Fe	-	-	3.178.080	921.582,00	162.800	13.323,00	4.587	\$ 8.256,76	35.509.578,83	
Santiago del Estero	-	-	640.800	194.544,00	38.650	5.151,00	2.226	\$ 6.365,66	2.647.441,12	
Tierra del Fuego	-	-	316.800	86.428,00	3.000	1.388,00	463	\$ 1.180,00	788.794,93	
Tucumán	32.400	2.862,00	809.424	231.706,96	142.440	12.779,20	2.945	\$ 6.926,06	7.103.816,68	
Total	181.400	24.328,00	29.841.880	8.620.202,06	2.546.790	270.068,50	150709	223.406,15	369.083.220,20	

Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual

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

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

0800 3333 444

LÍNEA PREGUNTE SIDA - MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

Es gratis, es confidencial, es anónima