

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

## Nº 34

AÑO XX • DICIEMBRE DE 2017

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

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

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

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

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

Presidente de la Nación  
**Ing. Mauricio Macri**

Ministro de Salud  
**Prof. Dr. Adolfo Rubinstein**

Secretario de Promoción de la Salud, Prevención y Control de Riesgos  
**Dr. Mario Kaler**

Director de Sida y ETS  
**Dr. Sergio Maulen**

Área de Estudios y Monitoreo  
**Ariel Adaszko**  
**Sebastián Aquila**  
**Andrea Aymá**  
**Gastón De Simone**  
**Paula Enz**  
**Vanesa Kaynar**  
**Valeria Levite**  
**Mercedes Musso**  
**Marysol Orlando**

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

# Abreviaturas

<b>AMBA</b> . . . . .	Área Metropolitana de Buenos Aires
<b>ANMAT</b> . . . . .	Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica
<b>ARV</b> . . . . .	Antirretrovirales
<b>CABA</b> . . . . .	Ciudad Autónoma de Buenos Aires
<b>CePAT</b> . . . . .	Centros de Prevención, Asesoramiento y Testeo
<b>CV</b> . . . . .	Carga viral
<b>DDHH</b> . . . . .	Derechos humanos
<b>DEIS</b> . . . . .	Dirección de Estadísticas e Información en Salud
<b>DiNaCri</b> . . . . .	Dirección Nacional de Asistencia Crítica
<b>DR</b> . . . . .	Diagnóstico reciente
<b>DSyETS</b> . . . . .	Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual
<b>Dx</b> . . . . .	Diagnóstico
<b>DxO</b> . . . . .	Diagnóstico oportuno
<b>DxT</b> . . . . .	Diagnóstico tardío
<b>ETS</b> . . . . .	Enfermedades de transmisión sexual
<b>FNP</b> . . . . .	Ficha de notificación de partos
<b>GBA</b> . . . . .	Gran Buenos Aires
<b>HSH</b> . . . . .	Hombres que tienen sexo con hombres
<b>HTS</b> . . . . .	Hombres heterosexuales
<b>IC</b> . . . . .	Intervalo de confianza
<b>INDEC</b> . . . . .	Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina
<b>INNTR</b> . . . . .	Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa
<b>INTR</b> . . . . .	Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa reversa
<b>IP</b> . . . . .	Inhibidores de la proteasa
<b>ITS</b> . . . . .	Infecciones de transmisión sexual
<b>NEA</b> . . . . .	Noreste argentino
<b>NOA</b> . . . . .	Noroeste argentino
<b>OMS</b> . . . . .	Organización Mundial de la Salud
<b>ONUSIDA</b> . . . . .	Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el Sida
<b>OPS</b> . . . . .	Organización Panamericana de la Salud
<b>RS</b> . . . . .	Región Sanitaria
<b>Sida</b> . . . . .	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
<b>SISA</b> . . . . .	Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino
<b>SIVILA</b> . . . . .	Sistema de Vigilancia de Laboratorio
<b>SNVS</b> . . . . .	Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud
<b>SPB</b> . . . . .	Servicio Penitenciario Bonaerense
<b>SPF</b> . . . . .	Servicio Penitenciario Federal
<b>TAR/TARV</b> . . . . .	Tratamiento antirretroviral
<b>TARGA</b> . . . . .	Tratamiento antirretroviral de gran actividad
<b>TMAPE</b> . . . . .	Tasas de mortalidad ajustadas por edad
<b>TMI</b> . . . . .	Transmisión materno infantil
<b>TP-PA</b> . . . . .	<i>T Pallidum Particle Agglutination</i>
<b>Trans</b> . . . . .	Personas travestis, transexuales y transgéneros
<b>UNICEF</b> . . . . .	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
<b>UNODC</b> . . . . .	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
<b>VDRL</b> . . . . .	<i>Venereal Disease Research Laboratory</i>
<b>VHC</b> . . . . .	Virus de la hepatitis C
<b>VIH</b> . . . . .	Virus de la inmunodeficiencia humana

# Índice

6. Presentación
8. Consideraciones metodológicas
10. VIH y sida en la Argentina
12. Resumen de indicadores sobre la situación y respuesta al VIH en la Argentina
13. Vigilancia de casos de infección por VIH
24. Diagnóstico oportuno y tardío de la infección por VIH
28. Transmisión perinatal del VIH en la Argentina
34. Mortalidad por sida en la Argentina entre 2005 y 2015
38. Situación del acceso al diagnóstico oportuno, a los tratamientos y continuidad en la atención de las personas con VIH en la Argentina, 2014-2016
46. Adherencia a los tratamientos antirretrovirales en personas que viven con VIH en la Argentina
51. Prevalencia de VIH, sífilis, hepatitis virales y tuberculosis en personas en contextos de encierro en unidades del Servicio Penitenciario Federal
56. Consultas y reclamos atendidos por la Dirección de Sida y ETS en 2016
60. Más y mejor información: estrategias para la prevención y el diagnóstico
62. Indicadores de gestión de VIH, ITS y hepatitis virales
66. Anexo

# Presentación

Hace varios años que la epidemia del VIH se ha estabilizado en la Argentina gracias a los avances en la respuesta nacional y el compromiso de una multiplicidad de actores del sector público y de la sociedad civil. Las acciones de prevención sostenidas, así como las mejoras en el acceso a las pruebas diagnósticas y a los tratamientos, incluyendo el uso del test rápido y la simplificación de los esquemas antirretrovirales, permitieron estabilizar la incidencia de la infección y mejorar las condiciones de vida de decenas de miles de personas afectadas por el virus. A su vez, los progresos en materia de derechos humanos e igualdad de género, sumados a la incipiente implementación de la Ley de Educación Sexual Integral, contribuyeron a generar un contexto que favoreció la reducción del estigma y la discriminación y mejoró el acceso a los servicios de salud de los grupos más vulnerables.

Sin embargo, **en 2017 alrededor de 5.500 personas contrajeron VIH en la Argentina, 6.500 fueron diagnosticadas con el virus (el 35% de ellas en etapas avanzadas de la infección), la tasa de transmisión perinatal fue del 5% y 1.500 personas murieron por causas relacionadas con el sida.** El ritmo de los diagnósticos fue solo un poco más acelerado que el de las nuevas infecciones. Estas cifras no han variado considerablemente en los últimos años, por lo que aún resta mucho trabajo si es que queremos alcanzar las metas a las que nos comprometimos para poner fin a la epidemia en 2030.

Con **122.000 personas viviendo con VIH este año –el 30% de las cuales desconoce su situación–** deberíamos acelerar el ritmo de los diagnósticos para alcanzar la meta del 90% de personas diagnosticadas para el 2020. También, a las **70.000 personas que hoy están en tratamiento en los tres subsectores de salud** deberíamos sumar otras 38.000 para alcanzar la meta del 90% de personas diagnosticadas incluidas en tratamiento antirretroviral (TARV). Esto supone poder garantizar los recursos para sostener estos tratamientos y los servicios de salud de calidad que acompañen a las personas con VIH, así como trabajar sobre los obstáculos que inciden negativamente en los procesos de adherencia al tratamiento.

Estos desafíos nos plantean la necesidad de reexaminar lo que venimos haciendo, identificar nudos críticos y poner en marcha nuevas estrategias que modifiquen realmente el escenario epidemiológico. En este sentido, en el segundo semestre de 2017 se realizó un nuevo proceso de planificación estratégica para el período 2018-2021, en el que se discutió con los distintos actores de la respuesta nacional un diagnóstico de situación, los escenarios posibles de alcanzar en cuatro años y las formas más efectivas para llevarlos a cabo.

Desde la Dirección de Sida y ETS (DSyETS) adherimos a

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

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

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

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

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

Por otra parte, el boletín presenta los resúmenes de tres investigaciones finalizadas en 2016. La primera investigación corresponde al seguimiento de una cohorte nacional

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

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

Las cifras presentadas más arriba ofrecen una visión general de la realidad epidemiológica del país. Cada jurisdicción podrá evaluar cuán similar o diferente es su situación a partir de las tablas detalladas de los anexos. A partir de este número del boletín, la versión impresa tendrá en su anexo las tablas que describen las tendencias de las tasas de diagnósticos de VIH, diagnóstico tardío y mortalidad por jurisdicción. El resto de las tablas con información sobre el perfil de las personas con diagnóstico de VIH e indicadores de gestión podrán consultarse en la versión digital del boletín disponible en el sitio web de la DSyETS.

Por último, queremos agradecer a la Organización Panamericana de la Salud por la colaboración para imprimir este boletín.

**Dr. Sergio Maulen**  
Director de Sida y ETS  
Ministerio de Salud de la Nación



# Consideraciones metodológicas

Este boletín es un material de trabajo para todas aquellas personas que necesitan información sobre la situación actual de la epidemia de VIH para incidir sobre su curso. Dado que su público no es principalmente el de especialistas en epidemiología, creemos necesario clarificar el modo en que construimos la información que compartimos aquí.

El carácter crónico de la infección por VIH, el extenso período asintomático, la heterogeneidad de la distribución de las infecciones en distintos grupos poblacionales, sumado al estigma y la discriminación que padecen tanto las personas afectadas como los colectivos más vulnerables a contraer el virus son factores que complejizan la construcción de los datos. Por ello se recurre a distintas estrategias y fuentes de información, algunas propias (reporte de nuevos diagnósticos de VIH, sida, transmisión perinatal, medicamentos distribuidos, etc.) y de otras áreas del Ministerio de Salud de la Nación (casos reportados por laboratorio al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, defunciones reportadas a la Dirección de Estadísticas e Información en Salud y cobertura de profilaxis de la transmisión perinatal informada en el Sistema Informático Perinatal de la Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia, etc.). Además, en algunos casos los datos se obtienen de procesos de investigación específicos que no utilizan los sistemas de información regulares mencionados arriba. Por ejemplo, estudios de prevalencia o encuestas poblacionales en los que están involucradas agencias de cooperación multilateral (ONUSIDA, OPS, UNICEF, UNODC), sociedades científicas, universidades, el INDEC, organizaciones de la sociedad civil, entre otros. Todos los actores mencionados contribuimos colectivamente a construir el mapa epidemiológico del VIH en la Argentina.

A continuación describiremos brevemente los indicadores centrales que se utilizan para comprender la epidemia:

**Cantidad de personas que viven con VIH** surge de una estimación para la cual se pueden utilizar distintos modelos. Desde la década pasada en la Argentina se emplea un software llamado Spectrum de ONUSIDA. Este programa utiliza datos epidemiológicos (casos diagnosticados, estudios de prevalencia, datos de mortalidad, tamaño de las poblaciones más expuestas, etc.) y de la respuesta de los países (cantidad de personas en tratamiento, criterios de elegibilidad para iniciar el tratamiento antirretroviral, cantidad de embarazadas con VIH que reciben los distintos componentes para prevenir la transmisión perinatal, etc.) y arroja como resultado estimaciones de incidencia y número de nuevas infecciones prevista por año; prevalencia y cantidad de personas infectadas por edad y sexo; mortalidad por sida; mortalidad de personas infectadas no relacionada con

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

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

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

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

**Tasa de VIH o tasa de casos de VIH** es la proporción de nuevos diagnósticos sobre el total de la población no infectada en un lugar y período determinado. Por ejemplo, si en el año 2014 se reportaron 6.500 nuevos diagnósticos, la tasa de VIH de ese año fue de 14,8 cada 100.000 habitantes. La tasa de VIH es diferente de la incidencia de infecciones, pues aquí lo que se contabiliza son diagnósticos, los que pueden haber tenido lugar mucho tiempo después de la infección. La fuente de información es el reporte de nuevos diagnósticos producido por los servicios de salud. La sección de este boletín en la que se analiza la tendencia de casos de VIH y el perfil de las personas diagnosticadas se basa en estas notificaciones obligatorias. Debemos ser precavidos al interpretar la tendencia de la tasa de VIH ya que su aumento no necesariamente indica que se están infectando más personas sino que puede haber mejorado el acceso a la prueba. Por el contrario, una caída en la tasa no refleja necesariamente que haya menos infecciones

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

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

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

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

puede diferir ligeramente de la tasa que arroje un proceso de estimación por modelaje como el de Spectrum.

**Diagnóstico tardío de VIH** es la proporción de personas con una infección avanzada sobre las personas diagnosticadas con VIH en un lugar y momento determinado. En ese caso se define el diagnóstico tardío como la presencia de algún evento clínico vinculado con el compromiso inmunológico, sea este un marcador de sida o no. Además, a partir de este año se incluye a las personas asintomáticas pero que presentaron menos de 200 CD4 al momento de ser diagnosticadas. La fuente de información es también la ficha de notificación epidemiológica de VIH.

**Tasa de transmisión perinatal o vertical del VIH** es la proporción de niños y niñas que se infectan por VIH por vía perinatal en relación al total de niños y niñas que estuvieron expuestos a contraer el virus debido a que sus madres vivían con VIH. La fuente de información proviene de los laboratorios que realizan estudios de diagnóstico pediátrico del VIH. Por ejemplo, si se realizó todo el proceso diagnóstico de 1.026 niños/as nacidos de mujeres con VIH en 2015 y 51 resultaron infectados/as, la tasa de transmisión perinatal de ese año fue del 5%. Hay otra manera de calcularla, que es incluir a los niños/as que nacieron en ese período pero de los que aún no se tiene un resultado definitivo. En este caso, los 51 positivos deben ser divididos por 1.469 niños/as estudiados (1.026 con diagnóstico definitivo + 443 en estudio), arrojando una tasa de transmisión perinatal del 3,5%. •



# VIH y sida en la Argentina

● Ambos sexos ● Varones ● Mujeres



**70%** conoce su diagnóstico  
85.400 personas



**30%** desconoce su diagnóstico  
36.600 personas



En todo el país

**6.500** casos notificados por año



Diagnósticos por sexo 2016



Mediana de edad de diagnóstico 2014-2016

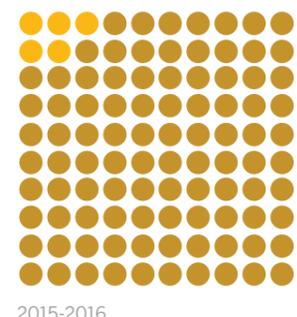


En AMBA

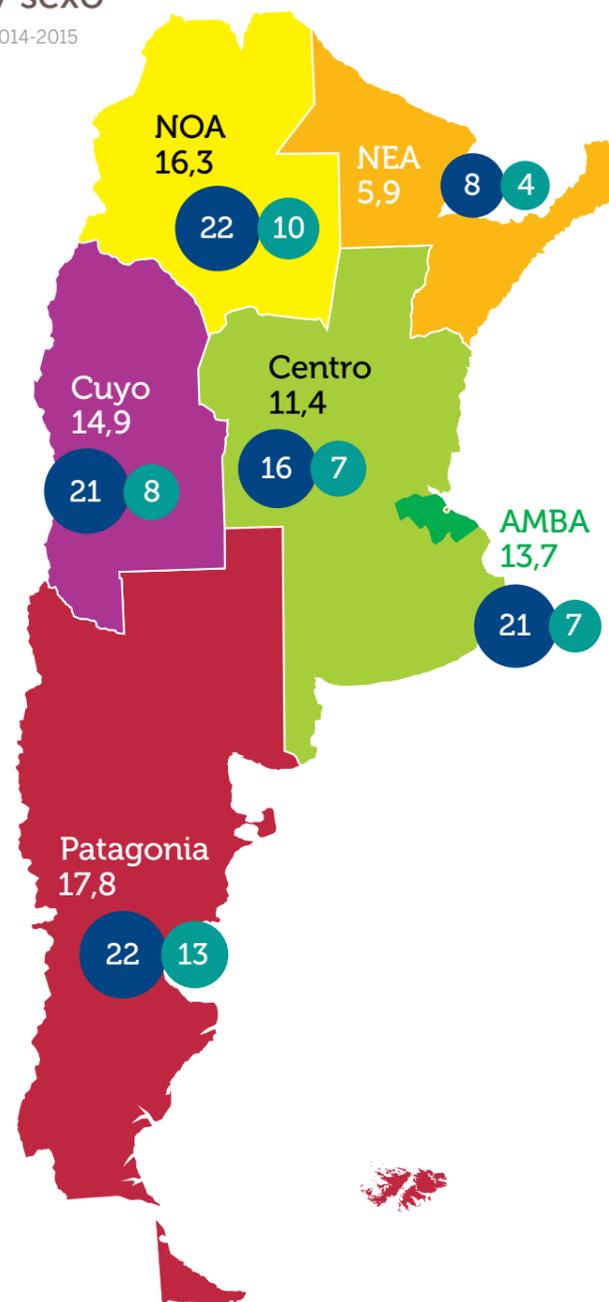
En los últimos diez años, descendió la concentración de nuevos diagnósticos en relación al total del país.



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



Tasa de diagnóstico de VIH por 100.000 habitantes según región y sexo 2014-2015



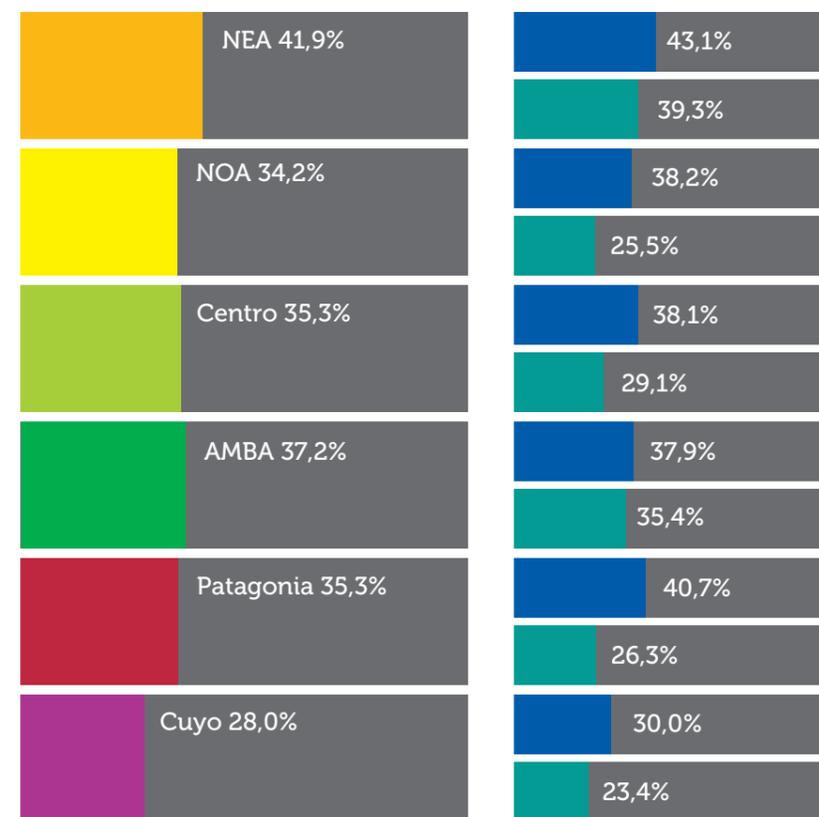
Diagnósticos tardíos

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

En el país



Por región



Defunciones por sida

Cada 100.000 habitantes, 2015



Prevalencia de VIH



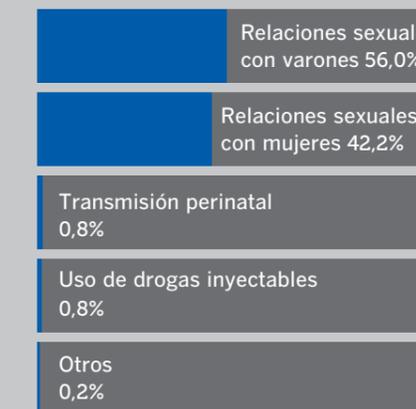
Vías de transmisión



de las infecciones se producen por relaciones sexuales sin protección

2014-2016

En varones



En mujeres



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

# Vigilancia de casos de infección por VIH

	Población 2017 <sup>1</sup>			Promedio de nuevos casos (2014-2016) <sup>2</sup>		Tasa de VIH por 100.000 habitantes (2014-2015) <sup>2</sup>	Tasa de mortalidad por sida por 100.000 habitantes (2015*) <sup>3</sup>	Personas con medicación suministrada por la DSyETS a diciembre 2016	
	Población	% sobre el total del país	% sobre la región	Casos	% sobre el total del país			Cantidad	% sobre el total del país
<b>Total País</b>	<b>44.044.811</b>	<b>100,0%</b>	<b>-</b>	<b>5.128</b>	<b>100,0%</b>	<b>13,3</b>	<b>3,5</b>	<b>46.518</b>	<b>100,0%</b>
<b>AMBA Y ÁREA CENTRAL DEL PAÍS</b>	<b>28.530.243</b>	<b>64,8%</b>	<b>100,0%</b>	<b>3.002</b>	<b>58,5%</b>	<b>12,5</b>	<b>4,0</b>	<b>34.563</b>	<b>74,3%</b>
CABA	3.063.728	7,0%	10,7%	753	14,7%	30,0	5,4	14.030	30,2%
Buenos Aires	17.020.012	38,6%	59,7%	1.394	27,2%	9,7	4,5	13.207	28,4%
24 partidos del GBA	10.894.664	24,7%	38,2%	829	16,2%	15,4	5,3	-	-
Resto de Buenos Aires	6.125.348	13,9%	21,5%	565	11,0%	6,5	3,0	-	-
Entre Ríos	1.347.508	3,1%	4,7%	126	2,5%	10,2	1,9	793	1,7%
Córdoba	3.645.321	8,3%	12,8%	461	9,0%	14,3	2,3	3.224	6,9%
Santa Fe	3.453.674	7,8%	12,1%	267	5,2%	9,3	2,7	3.309	7,1%
<b>NOA</b>	<b>5.102.132</b>	<b>11,6%</b>	<b>100,0%</b>	<b>769</b>	<b>15,0%</b>	<b>16,3</b>	<b>3,1</b>	<b>3.525</b>	<b>7,6%</b>
Catamarca	404.433	0,9%	7,9%	55	1,1%	14,3	0,2	178	0,4%
Jujuy	745.252	1,7%	14,6%	149	2,9%	21,8	4,4	567	1,2%
Salta	1.370.283	3,1%	26,9%	249	4,9%	19,6	6,4	1.425	3,1%
Santiago del Estero	948.172	2,2%	18,6%	61	1,2%	8,0	1,1	470	1,0%
Tucumán	1.633.992	3,7%	-	255	5,0%	16,4	1,5	885	1,9%
<b>NEA</b>	<b>4.067.790</b>	<b>9,2%</b>	<b>100,0%</b>	<b>233</b>	<b>4,6%</b>	<b>5,9</b>	<b>2,5</b>	<b>1.952</b>	<b>4,1%</b>
Chaco	1.168.165	2,7%	28,7%	23	0,5%	2,7	1,6	485	1,0%
Corrientes	1.090.938	2,5%	26,8%	104	2,0%	10,0	2,0	621	1,3%
Formosa	589.916	1,3%	14,5%	47	0,9%	7,1	2,5	181	0,4%
Misiones	1.218.771	2,8%	30,0%	58	1,1%	4,7	3,8	665	1,4%
<b>CUYO</b>	<b>3.551.570</b>	<b>8,1%</b>	<b>100,0%</b>	<b>485</b>	<b>9,5%</b>	<b>14,9</b>	<b>2,4</b>	<b>1.991</b>	<b>4,4%</b>
La Rioja	378.047	0,9%	10,6%	37	0,7%	14,2	1,3	267	0,6%
Mendoza	1.928.304	4,4%	54,3%	289	5,6%	16,4	2,2	1.062	2,3%
San Juan	755.994	1,7%	21,3%	92	1,8%	12,4	2,8	307	0,7%
San Luis	489.225	1,1%	13,8%	67	1,3%	13,2	3,3	355	0,8%
<b>PATAGONIA</b>	<b>2.793.076</b>	<b>6,3%</b>	<b>100,0%</b>	<b>470</b>	<b>9,2%</b>	<b>17,8</b>	<b>2,4</b>	<b>2.257</b>	<b>4,7%</b>
Chubut	587.956	1,3%	21,1%	99	1,9%	18,4	3,4	697	1,5%
La Pampa	349.299	0,8%	12,5%	58	1,1%	15,8	0,9	201	0,4%
Neuquén	637.913	1,4%	22,8%	110	2,1%	18,6	2,8	571	1,2%
Río Negro	718.646	1,6%	25,7%	104	2,0%	14,9	2,4	487	1,0%
Santa Cruz	338.542	0,8%	12,1%	64	1,2%	20,9	1,5	143	0,3%
Tierra del Fuego	160.720	0,4%	5,8%	35	0,7%	23,6	1,9	158	0,3%
Desconocido/Otro <sup>4</sup>	-	-	-	169	3,3%	-	-	2.230	4,8%

1 Proyección de población del INDEC.  
 2 Años no cerrados por retraso en la notificación.  
 3 Dirección de Estadística e Información en Salud.  
 4 En el caso de la medicación, "otros" se refiere a tratamientos entregados en el Ministerio de Salud, en el Servicio Penitenciario Federal o en otras dependencias del Estado Nacional.  
 NOTA: Para cada indicador se seleccionaron los años con información más completa.

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

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

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

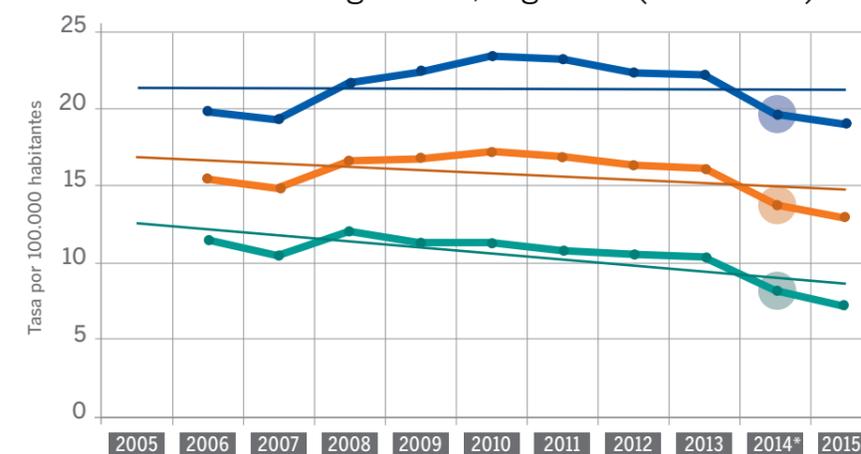
**138.458**  
 notificaciones de personas con VIH y/o sida desde 1990 hasta fines de 2016

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

Nación da lugar a que año a año se actualice la información y se ajusten las tasas informadas en boletines previos. El análisis para este número se realizó siguiendo la tendencia de las tasas de diagnóstico entre 2006 y 2015. Durante este decenio se reportó un promedio de 6.400 casos de VIH por año.

Una novedad de este boletín es que la información desagregada por provincia o región sanitaria, en el caso de la Provincia de Buenos Aires, solo estará disponible en la versión digital que se puede descargar del sitio web de la DSyETS (<http://www.msal.gov.ar/sida/index.php/publicaciones/boletines-sobre-vih-sida>) y no se encontrará en el anexo de la versión impresa.

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



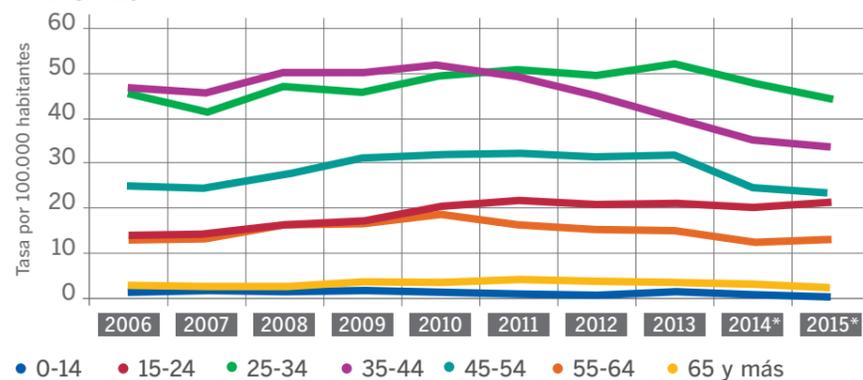
● Ambos sexos ● Mujeres ● Varones  
**FUENTE:** Total de casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica en el período analizado. N=68.091  
 \* Años no cerrados por retraso en la notificación.

## Análisis de tasas

Durante el 2014 -último año en el que el retraso en la notificación no impacta significativamente en el análisis de situación- la tasa bruta de VIH ha sido de 13,7 x 100.000 habitantes: 19,6 x 100.000 para los varones y 8,1 x 100.000 para las mujeres (Gráfico 1). Al igual que en los años anteriores, la línea de tendencia continúa teniendo una leve caída en las mujeres y se mantiene estable en los varones, lo que genera que se amplíe la brecha entre ambos. El ligero descenso de las tasas específicas es continuo desde el 2008 en las mujeres y desde el 2010 en los varones. Estos movimientos de las tasas de VIH se dan en el marco de un sostenido aumento demográfico

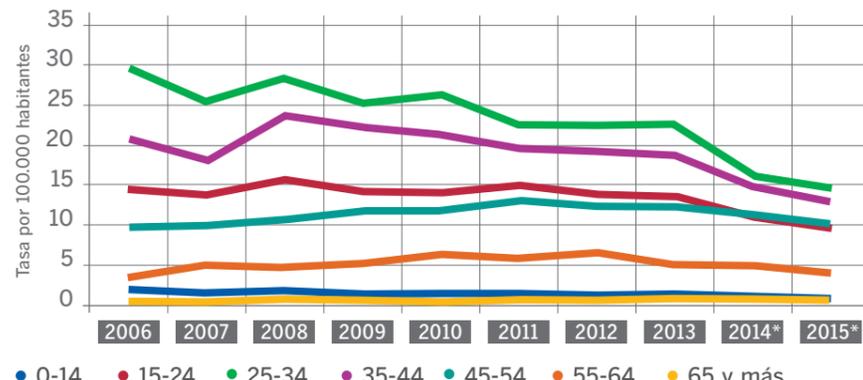
**Gráfico 2** Evolución de las tasas específicas de VIH por 100.000 habitantes por grupo de edad y sexo, Argentina (2006-2015)

**VARONES**



● 0-14 ● 15-24 ● 25-34 ● 35-44 ● 45-54 ● 55-64 ● 65 y más

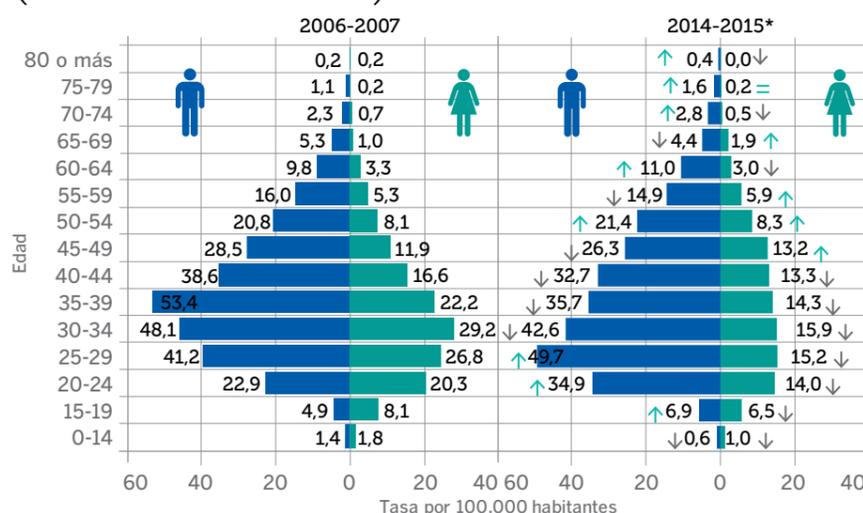
**MUJERES**



● 0-14 ● 15-24 ● 25-34 ● 35-44 ● 45-54 ● 55-64 ● 65 y más

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

**Gráfico 3** Comparación de las tasas específicas de VIH por 100.000 habitantes según sexo y edad, Argentina (2006-2007 / 2014-2015)



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

co en todo el territorio argentino, que favorece estas tendencias de estancamiento y caída pese a que en términos absolutos el número de diagnósticos es similar de un año a otro. La caída en los años 2014 a 2015 obedece al retraso en la notificación, por lo que habrá que esperar por lo menos dos años más para conocer los valores definitivos.

Las tasas específicas por sexo y edad mantienen el mismo comportamiento que en los últimos tres años. En cuanto a los varones, en la última década la franja etaria de 15 a 24 es la que tiende a un mayor crecimiento, seguida de la de 25 a 34 años. El grupo de los varones de entre 35 y 44 años muestra la tendencia descendente más marcada. Por su parte, el resto de las franjas se muestra estable.

En cuanto las mujeres, la tendencia de las tasas es descendente en las franjas que van de los 15 a los 44 años, mientras que la franja de 45 a 54 muestra un pequeño crecimiento y el resto se mantiene igual durante este decenio. (Gráfico 2)

Al comparar las tasas específicas por sexo y grupo de edad entre los bienios 2006/2007 y 2014/2015 en grupos quinquenales de edad (Gráfico 3), encontramos para ambos sexos que en líneas generales los valores se han reducido. Los varones, aunque mantienen tasas más elevadas, son quienes más evidencian el descenso, en especial en las franjas etarias de 35 a 39 con una reducción de 17 puntos, seguida de los de 30 a 34 años con 5 puntos. En contraposición se observa un aumento de 12 puntos entre los de 20 a 24 años y en los de 25 a 29 años, con un poco más de 8 puntos. En cuanto a las mujeres, los movimientos de periodo a periodo son mucho más moderados. Se puede ver una reducción en casi todas las franjas, excepto entre las de 45 a 59 y las de 65 a 69 años. Si observamos con atención, vemos que entre 2014 y 2015 se han emparejado las tasas de diagnósticos de mujeres en los grupos quinquenales que van de los 20 a los 49 años.

En cuanto a la distribución de las tasas por regiones de la Argentina, encontramos que las tendencias se mantienen sin cambios significativos. Continúa la caída en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), en el Centro<sup>1</sup>

**Mapa 1** Comparación de las tasas de VIH por 100.000 habitantes según región y sexo, Argentina (2014-2015)



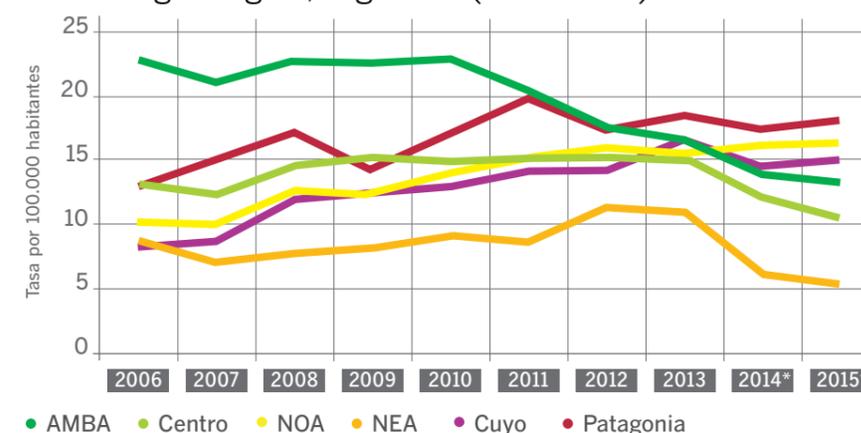
es estable y en todas las demás regiones asciende (Gráfico 4).

Para el bienio 2014-2015, como se observa en el Mapa 1, la tasa más alta se encuentra en la región patagónica, con casi 18 por 100.000 habitantes, seguida de Noroeste con poco más de 16 por 100.000 habitantes. Luego se ubican Cuyo, AMBA y la región Centro. Finalmente, el Noreste, con casi 6 por 100.000 habitantes, es la región con la tasa más baja, aunque este valor puede verse afectado por el subregistro. Por otro lado, Patagonia y NOA tienen las tasas más altas en varones, superando los 22 puntos cada 100.000 habitantes, seguidas de Cuyo con 21,5 y AMBA con 20,9 por 100.000. La Patagonia es también la región con la tasa más alta para mujeres, 13,2 por 100.000 habitantes, seguida del Noroeste con poco más de 10 por 100.000 habitantes.

Es importante destacar que para el boletín nos interesa mostrar la evolución de las tasas a lo largo del tiempo, más allá del valor puntual que muestra cada año, por eso hablamos reiteradamente de tendencia.

En cuanto a la evolución de las tasas por jurisdicción,

**Gráfico 4** Evolución de las tasas de VIH por 100.000 habitantes según región, Argentina (2006-2015)



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

el análisis de los últimos diez años revela una tendencia al crecimiento<sup>2</sup> en la mayoría de los casos. Buenos Aires y Misiones son las dos provincias cuya tendencia es decreciente y pronunciada. Por otro lado, algunas jurisdicciones mantienen el mismo comportamiento, con fluctuaciones que año a año no superan los dos puntos: la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Chubut, Córdoba, Chaco, La Rioja, Neuquén y Santa Fe. El resto de las provincias tienen una marcada tendencia ascendente de las tasas generales, destacándose Santa Cruz, Tucumán y Formosa; esta última con un crecimiento oscilante.

En los últimos diez años vemos una caída de las tasas en casi todas las regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires: V, VI, VII, VIII, IX, X, XI y XII<sup>3</sup>. Sin embargo debe tenerse en cuenta que algunas de estas regiones

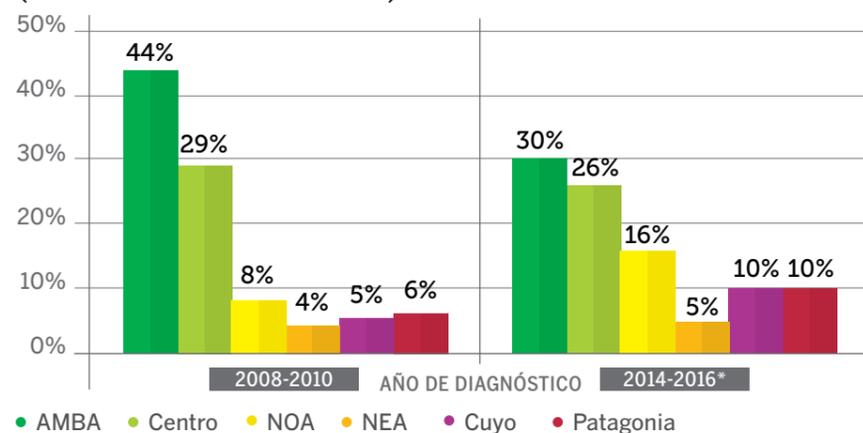
<sup>1</sup> La región Centro está integrada las provincias de Entre Ríos, Santa Fe, Córdoba y la provincia de Buenos Aires exceptuando el GBA.

<sup>2</sup> En la versión digital de este boletín se encontrarán las tablas con las tasas por jurisdicción. Puede descargarse de <http://www.msal.gov.ar/sida/index.php/publicaciones/boletines-sobre-vih-sida>.

<sup>3</sup> La Región Sanitaria II tiene como cabecera la ciudad de Pehuajó; la Región III, Junín; la IV, Pergamino; la IX, Azul y la X, Chivilcoy.

<sup>4</sup> En la versión digital de este boletín se encontrarán las tablas con las tasas por región sanitaria de la provincia de Buenos Aires y de los 24 partidos del GBA. Puede descargarse de <http://www.msal.gov.ar/sida/index.php/publicaciones/boletines-sobre-vih-sida>.

**Gráfico 5** Distribución porcentual de la región de residencia de las personas con VIH al momento del diagnóstico (2008-2010 / 2014-2016)\*\*



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

son muy sensibles a las variaciones debido a los pocos casos registrados.

Las regiones I<sup>5</sup> y III presentan en su línea de tendencia un crecimiento sostenido, a pesar de registrarse oscilaciones entre años. Por su parte, la región sanitaria II mantiene una tendencia estable con moderadas oscilaciones entre años, junto con la región sanitaria XI (cabecera en La Plata) que presenta una baja muy leve.

## Análisis de las variables epidemiológicas

En este apartado se describe el perfil de las personas que recibieron un diagnóstico de VIH entre los años 2008 a 2016, en cuanto a distribución geográfica, sexo, edad, nivel de instrucción y vía de transmisión del virus. Se analizó

5 Su cabecera es Bahía Blanca.

6 "Se entiende por identidad de género la profundamente sentida experiencia interna e individual del género de cada persona, que podría corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento, incluyendo el sentido personal del cuerpo (que, de tener la libertad para escogerlo, podría involucrar la modificación de la apariencia o la función corporal a través de medios médicos, quirúrgicos o de otra índole) y otras expresiones de género, incluyendo el vestido, el modo de hablar y los amaneramientos." (Principios de Yogyakarta, 2006)

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

### LUGAR DE RESIDENCIA

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

En cuanto a la provincia de residencia, se observan algunas variaciones que acompañan los comportamientos regionales descriptos más arriba. En términos porcentuales, encontramos reducciones en CABA (de 18,3% a

14,7%), Chaco (1,2% a 0,5%), Misiones (1,9% a 1,1%), Santa Fe (6,2% a 5,2%) y la provincia de Buenos Aires (37,2% a 27,2%). Por su parte, Córdoba y La Rioja se mantienen en valores similares. Por el contrario, aumentaron las provincias de Catamarca (de 0,4% a 1,1%), Chubut (1,3% a 1,9%), Corrientes (1,2% a 2%), Entre Ríos (1,8% a 2,5%), Formosa (0,4% a 0,9%), Jujuy (1,7% a 2,9%), Mendoza (3,5% a 5,6%), Neuquén (1,5% a 2,1%), Río Negro (1,3% a 2%), San Luis (0,6% a 1,3%), Santa Cruz (0,7% a 1,2%), Santiago del Estero (0,9% a 1,2%), Tierra de Fuego (0,4% a 0,7%) y Tucumán (2,7% a 5%).

La mayoría de las regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires registra una caída en los últimos tres años, salvo la Región I, cuyo crecimiento fue de 2,6% en relación al total provincial, y la Región III, donde se percibe un aumento del 0,9% respecto a dicho total.

### RAZÓN VARÓN/MUJER

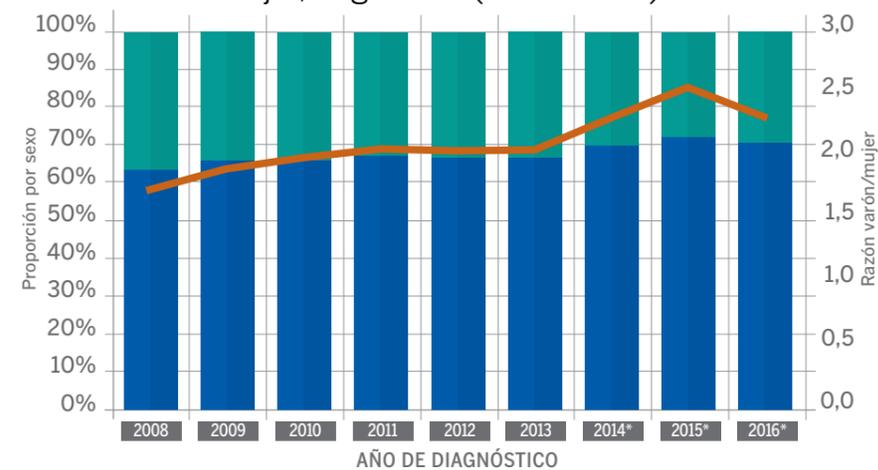
A lo largo del tiempo, la ficha de notificación epidemiológica de personas con infección por VIH ha tenido muchos cambios. En la última modificación realizada en el año 2012 se diferenció el sexo del género. El sexo se refiere al sexo biológico de nacimiento y se encuentra dicotomizado en varón y mujer. El género refiere a la experiencia personal y sentida<sup>6</sup>, es una construcción sociocultural, histórica y variable a partir de la cual se elaboran y significan las diferencias entre varones, mujeres y otras identidades o expresiones. La ficha de vigilancia epidemiológica actualmente utiliza tres categorías para el género: masculino, femenino y *trans*. La introducción de la categoría *trans* tenía por objeto visibilizar a este colectivo que tiene una prevalencia muy alta de VIH. Sin embargo, a la hora de completar la ficha epidemiológica la clasificación del género trae muchas dificultades. Esto se debe a que los equipos de salud reportan a las mujeres *trans* o bien como hombres o bien directamente como mujeres. Debido a este problema de registro el análisis aquí presentado se basa en el sexo biológico. En el artículo de este boletín en

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

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

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

**Gráfico 6** Proporción de diagnósticos de VIH por sexo y razón varón/mujer, Argentina (2008-2016)



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

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

A partir del intervalo de edad siguiente comienzan a prevalecer los diagnósticos en varones y la razón aumenta con la edad, exceptuándose los intervalos de 45 a 54 años y de 65 o más, en los que en el último trienio se

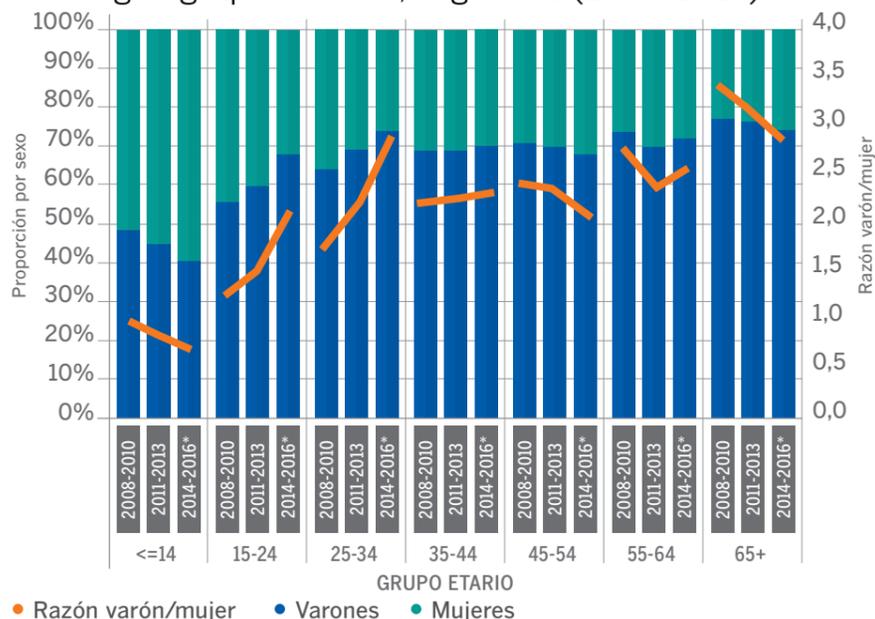


redujo ligeramente la razón varón/mujer aunque siempre con un predominio de los varones (Gráfico 7).

Al analizar la razón varón/mujer se-

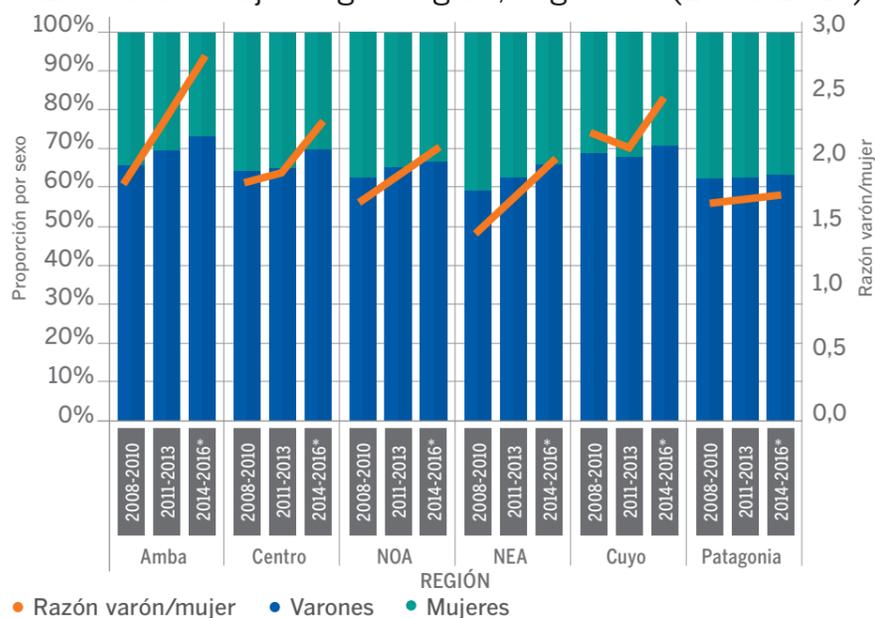
gún región del país se observan notorias diferencias (Gráfico 8). En la última década aumenta la razón en todas las regiones, alcanzando su valor más alto en el AMBA con 2,8, un punto por enci-

**Gráfico 7** Evolución de la razón varón/mujer en casos de VIH según grupo de edad, Argentina (2008-2016)



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

**Gráfico 8** Proporción de diagnósticos de VIH por sexo y razón varón/mujer según región, Argentina (2008/2016)



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

ma de la región que tiene el valor más bajo: Patagonia, con 1,8.

**EDAD AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO**

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

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

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

El gráfico 12 de la página 20 muestra cómo ha sido este movimiento a través de la selección de algunas provincias. En Formosa y Misiones es donde se observa una caída más pronunciada de la mediana de edad de los varones diagnosticados con VIH: 7 y 6 años respectivamente. Por su parte, CABA, Catamarca y Santa Cruz son claros

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

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

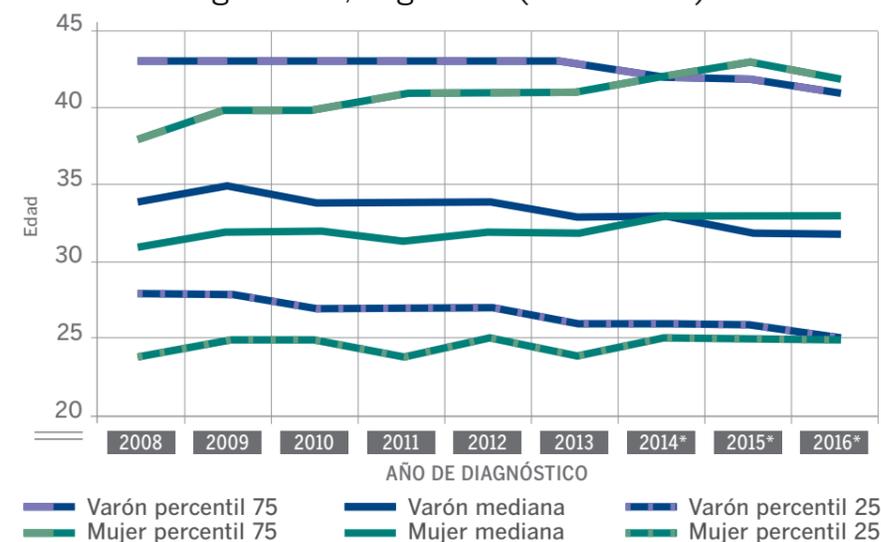
Mendoza y Río Negro.

**NIVEL DE INSTRUCCIÓN**

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

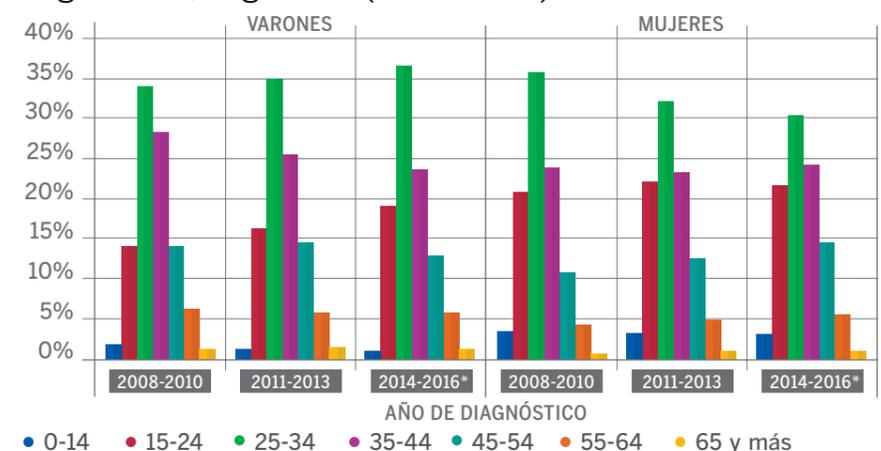
Si observamos los períodos 2008-2010 y 2014-2016 encontramos un au-

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



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

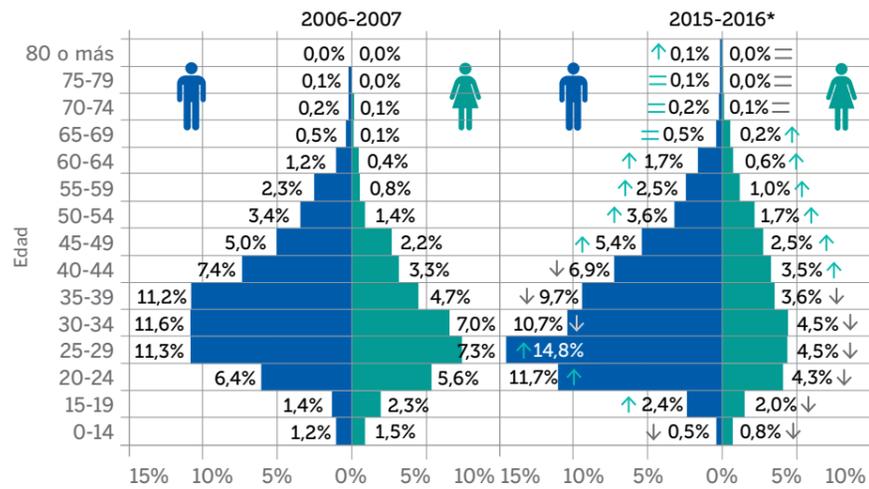
**Gráfico 10** Evolución de la edad de diagnóstico de VIH según sexo, Argentina (2008-2016)



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

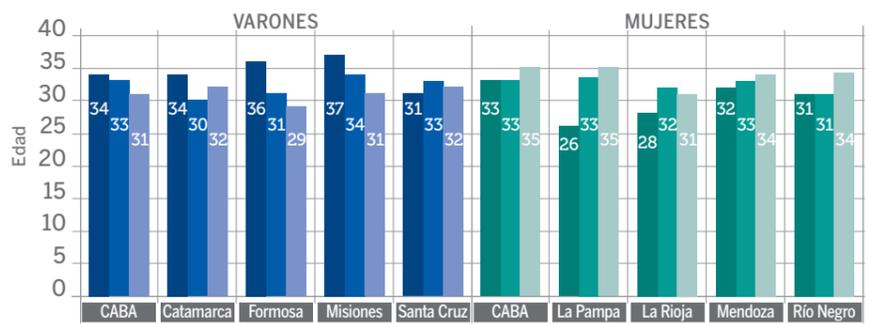


**Gráfico 11** Comparación de la proporción de diagnósticos de VIH según sexo y edad, Argentina (2006-2007 / 2015-2016).



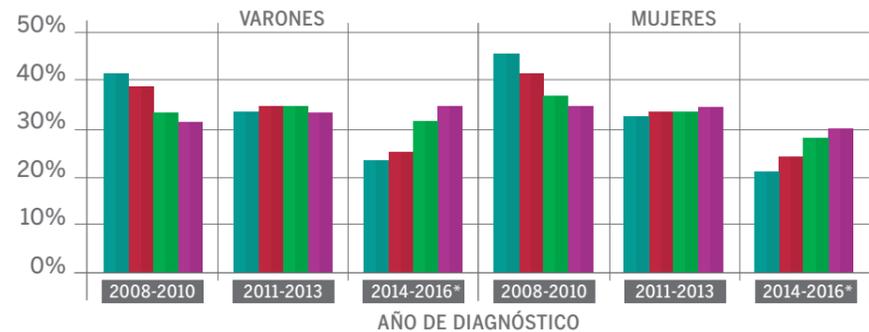
FUENTE: Total de casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica en el período analizado. N=21.342  
\* Años no cerrados por retraso en la notificación. ↑ ↓ Comparación respecto al bienio 2006-2007.

**Gráfico 12** Comparación de la mediana de edad de diagnósticos de VIH en jurisdicciones seleccionadas según sexo, Argentina (2008-2016)



● 2008-2010 ● 2011-2013 ● 2014-2016\* ● 2008-2010 ● 2011-2013 ● 2014-2016\*  
FUENTE: Total de casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica en el período analizado. N=56.272  
\* Años no cerrados por retraso en la notificación.

**Gráfico 13** Máximo nivel de instrucción alcanzado por personas de 19 años o más al momento del diagnóstico de VIH según sexo, Argentina (2008-2016)



● Analfabeto / Prim. inc. ● Secundario completo / Terc. inc. ● Terciario completo o más  
● Prim. completo / Secundario inc. ● Terciario completo / Univ. completo  
FUENTE: Total de casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica en el período analizado. N=45.729  
\* Años no cerrados por retraso en la notificación.

mento en los diagnósticos de VIH entre personas con mayor nivel de instrucción, a la vez que se redujeron entre personas con niveles más bajos (Gráfico 13).

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

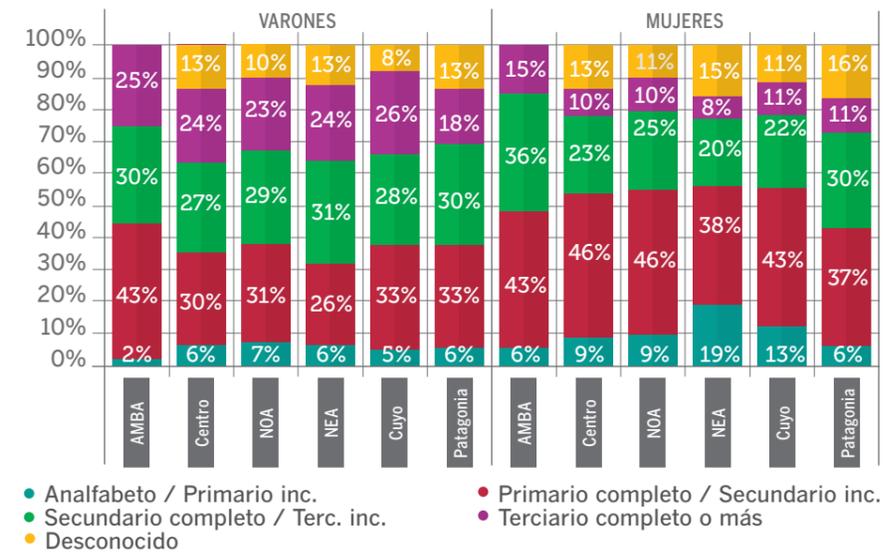
Por su parte, en la población femenina la comparación de los dos períodos muestra una distribución similar entre categorías. En el período 2008-2010, las mujeres analfabetas o con primaria incompleta representaban el 46%; aquellas que tenían primaria completa o secundaria incompleta constituían el 41,7%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

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

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

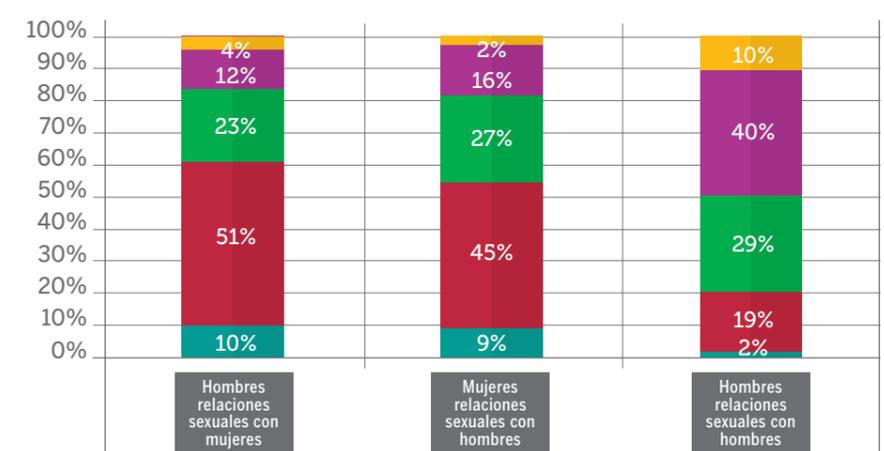
sexuales homosexuales sin protección tienen un mayor nivel de instrucción que las mujeres y los varones que contrajeron la infección durante relaciones heterosexuales sin uso del preservativo. En este sentido, mientras la mitad

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



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

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



● Analfabeto / Prim. inc. ● Secundario completo / Terc. inc. ● Terciario / Univ. completo  
● Prim. completo / Secundario inc. ● Terciario completo / Universitario inc.  
FUENTE: Total de casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica y específica en el período analizado. N= 3.441  
\* Años no cerrados por retraso en la notificación.

de los primeros comenzó o terminó algún estudio terciario o universitario, las mujeres y los varones que se infectaron durante prácticas heterosexuales solo iniciaron un estudio superior en un 18% y 16% respectivamente. A su vez, el 61% de los varones y el 54% de las mujeres que contrajeron el virus durante prácticas sexuales heterosexuales no habían completado la educación media, contra el 21% de los varones que tuvieron relaciones sexuales con otros varones.

**VÍA DE TRANSMISIÓN**

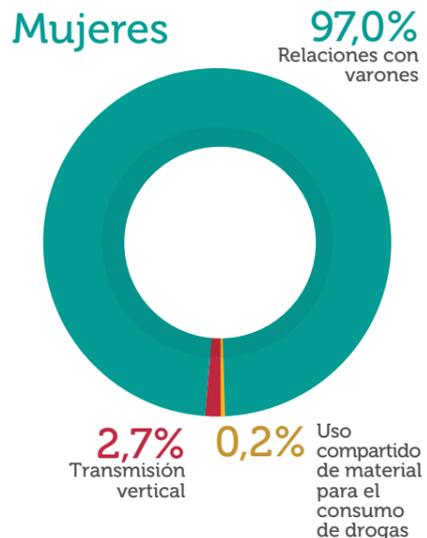
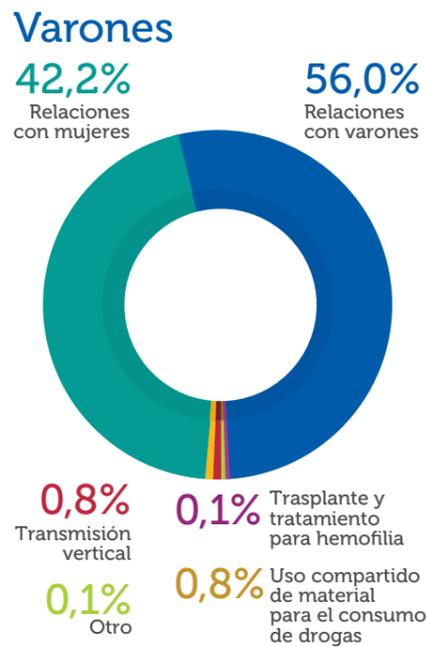
El Gráfico 16 da cuenta de que la principal vía de infección tanto en hombres como en mujeres sigue siendo la sexual. Sin tener en cuenta los casos con vía de transmisión desconocida – probablemente la inmensa mayoría de carácter sexual–, durante el período 2014-2016 el 97% de las mujeres se infectó por tener relaciones sexuales sin protección. Entre los varones la infección por esta vía llega al 98,2%; el 56% durante prácticas homosexuales y el 42,2% heterosexuales.

Si bien es bajo en comparación con la vía sexual, continúa siendo preocupante el porcentaje de infecciones por transmisión perinatal (es decir, durante el embarazo, el parto o la lactancia): 2,7% de las mujeres y 0,8% de los varones diagnosticados en los últimos tres años se infectaron de esta forma. Finalmente, la transmisión por el uso compartido de material para consumir drogas inyectables no llega al 1% durante este período.

La proporción de varones que adquirieron la infección por relaciones sexuales con mujeres bajó en el último trienio: entre 2008 y 2010 representaban el 51% de los diagnósticos entre los varones, mientras que entre 2014 y 2016 representaban el 42,2%. Es una tendencia totalmente inversa a lo que ocurre con los varones que se infectaron durante relaciones sexuales con otros varones, que pasaron del 43,3% en el trienio 2008-2010 al 56% en 2014-2016, es decir, un crecimiento porcentual de casi 13 puntos.

Al analizar la vía de transmisión del VIH entre varones según grupo de edad (**Gráfico 17**), vemos que a menor edad prevalece la infección por prácticas sexuales homosexuales, mientras que en los varones de mayor edad se presenta en mayor medida la infección a través de prácticas sexuales heterosexuales

**Gráfico 16** Vías de transmisión del VIH según sexo, Argentina (2014-2016)

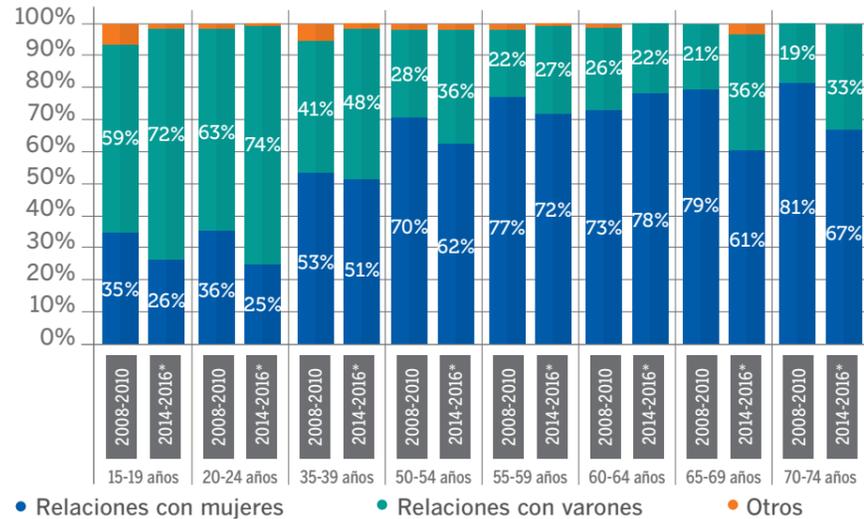


**FUENTE:** Total de casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica y específica en el período analizado. N=10.837. \*Años no cerrados por retraso en la notificación.

sin protección. No obstante, es notorio que la cantidad de infecciones durante prácticas sexuales homosexuales fue aumentando con el paso de los años en todos los grupos de edad, salvo en el de 60 a 64 años.

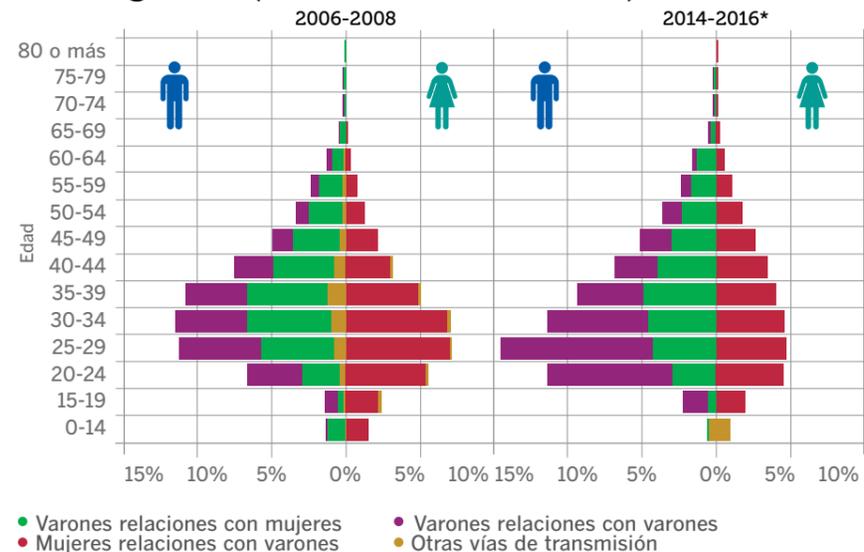
En el **Gráfico 18** se presentan en dos

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



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

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



**FUENTE:** Total de casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica en el período analizado. N=14.077. \*Años no cerrados por retraso en la notificación.

pirámides las distribuciones de nuevos diagnósticos según sexo, grupos quinquenales de edad y vías de transmisión en 2006-2008 y 2014-2016. Se puede observar que en el último trienio, en conjunto, casi el 40% de los nuevos diagnósticos corresponden a varones que se infectaron durante prácticas se-

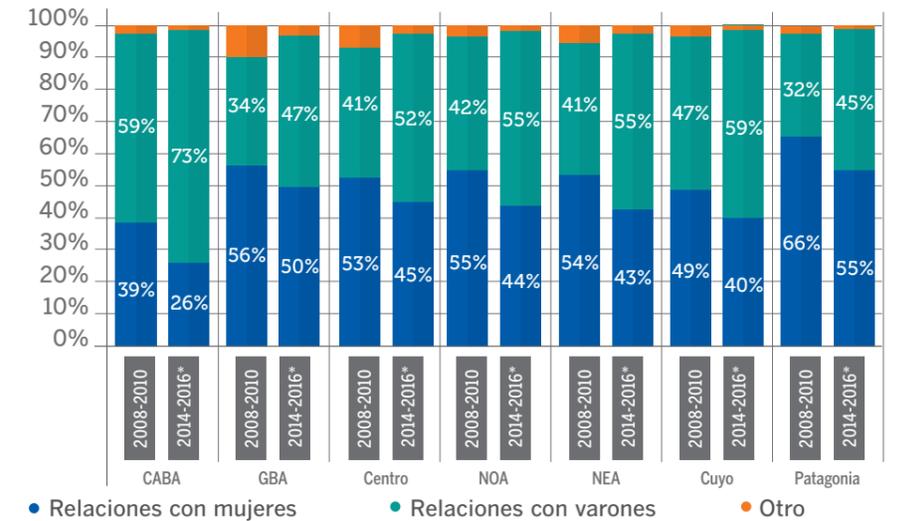
xuales desprotegidas con otros varones (diez años antes estos representaban el 25%); el 30% obedece a varones que contrajeron la infección durante relaciones sexuales con mujeres (antes era un 32%) y un 29% a mujeres que adquirieron el virus durante relaciones sexuales con varones (antes ascendía al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

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

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

Al analizar provincia por provincia se puede observar que entre los varones que se infectaron por prácticas sexuales homosexuales el movimiento es inverso al de los que tuvieron prácticas heterosexuales. En todas las jurisdicciones las infecciones por prácticas sexuales desprotegidas entre varones han aumentado desde el 2008 hasta el 2016, destacándose la Ciudad Au-

**Gráfico 19** Evolución de las vías de transmisión en varones según región, Argentina (2008-2010 / 2014-2016)



**FUENTE:** Total de casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica en el período analizado. N=19.889. \*Años no cerrados por retraso en la notificación.

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

## Conclusiones

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

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

En números absolutos, la población con VIH es mayormente masculina, representando casi el 70% del total de personas con VIH del país en el trienio 2014-2016. El 20% de los varones y el 25% de las mujeres tienen menos de 25 años; el 60% de los primeros y el 54% de las últimas tienen entre 25 y 44 años y el 20% y el 21%, respectivamente, son de 45 años o más.

El nivel de instrucción es un indicador del nivel socioeconómico de la población afectada. Entre los años 2008 y 2016 se evidencia un aumento de las personas diagnosticadas con VIH que tienen secundario completo y más, porcentaje que se elevó del 45% al 57%.

La provincia de Buenos Aires es la que concentra el mayor número de personas con VIH, con un 28,1%. Sin embargo, desde 2008 este porcentaje ha bajado casi 10 puntos. Esto se debe al aumento de casos en las provincias del Noroeste, Cuyo y Patagonia.

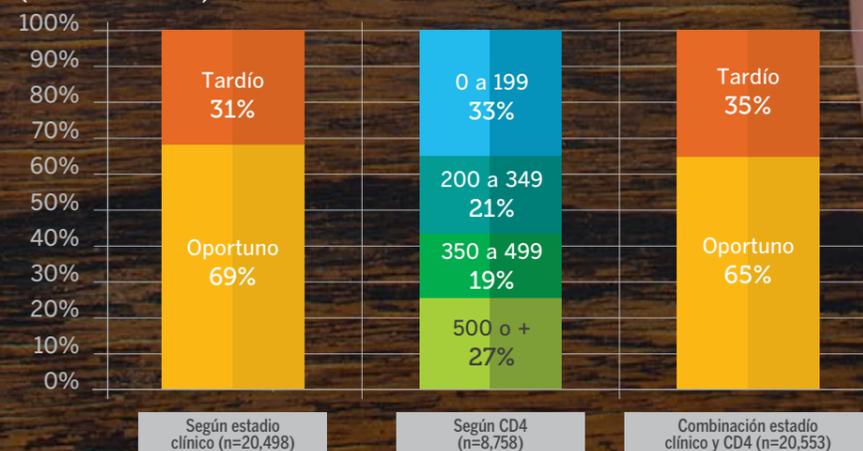
En la actualidad, podemos señalar que continúa la masculinización de la epidemia, lo que se evidencia en el aumento de la cantidad de varones diagnosticados y la caída en el número de mujeres. Esto se refleja además en el continuo aumento de la razón varón/mujer.

La sexual es la principal vía de transmisión de la infección por VIH, con una leve tendencia a la baja en varones cuyas prácticas son heterosexuales, en contraposición a un crecimiento en varones con prácticas sexuales homosexuales.

# Diagnóstico oportuno y tardío de la infección por VIH

Promover el diagnóstico de VIH en etapas tempranas de la infección continúa siendo uno de los principales desafíos de la respuesta nacional, ya que el diagnóstico tardío explica en gran parte la morbilidad por sida que aún persiste en el país.

**Gráfico 20** Comparación del diagnóstico tardío según modo en que se construye el indicador, Argentina (2015-2016\*)



\* Años no cerrados por retraso en la notificación.

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

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

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

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

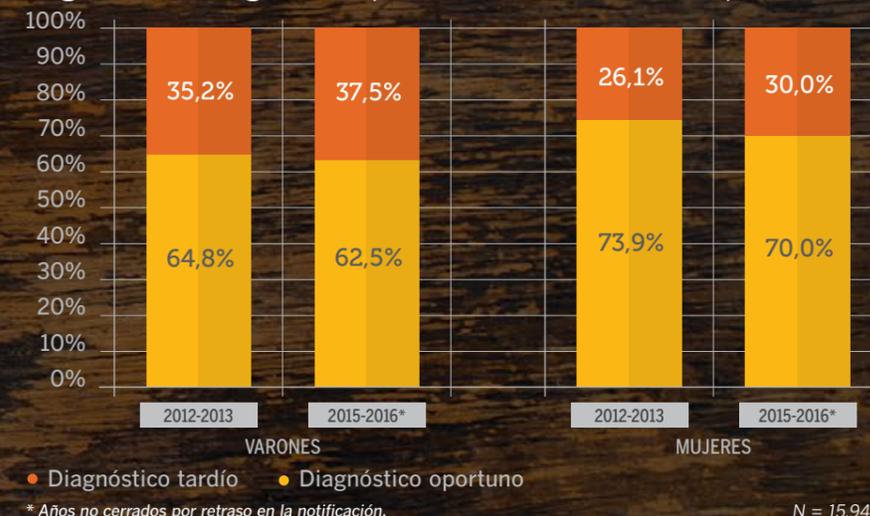
Con el nuevo criterio, el 37,5% de los varones y el 30% de las mujeres fueron diagnosticados entre 2015 y 2016 en etapas avanzadas de la infección. En ambos casos se aprecia un aumento de ese tipo de diagnóstico al compararlo con los da-

tos del bienio 2012-2013 (Gráfico 21).

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

esta información según sexo. Allí se aprecia que, entre los varones, en CABA, GBA y Patagonia aumentó la proporción de diagnósticos tardíos (en el caso del GBA un 8%) y en el NEA se redujo. Entre las mujeres aumentó ligeramente el DxT en todas las regiones, salvo en el NOA. Para ellas las mayores variaciones se produjeron en el NEA (aumentó 12% el DxT), en el GBA (aumentó 9%) y en Cuyo (aumentó 8%).

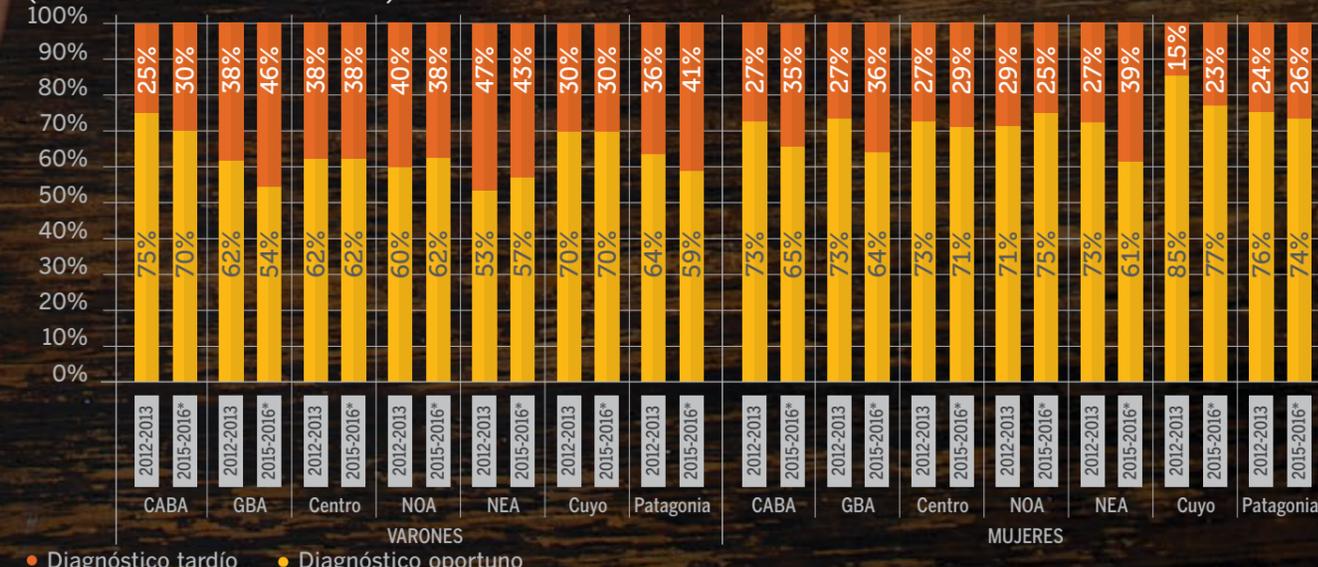
**Gráfico 21** Evolución de la oportunidad del diagnóstico según sexo, Argentina (2012-2013 / 2015-2016)



\* Años no cerrados por retraso en la notificación.

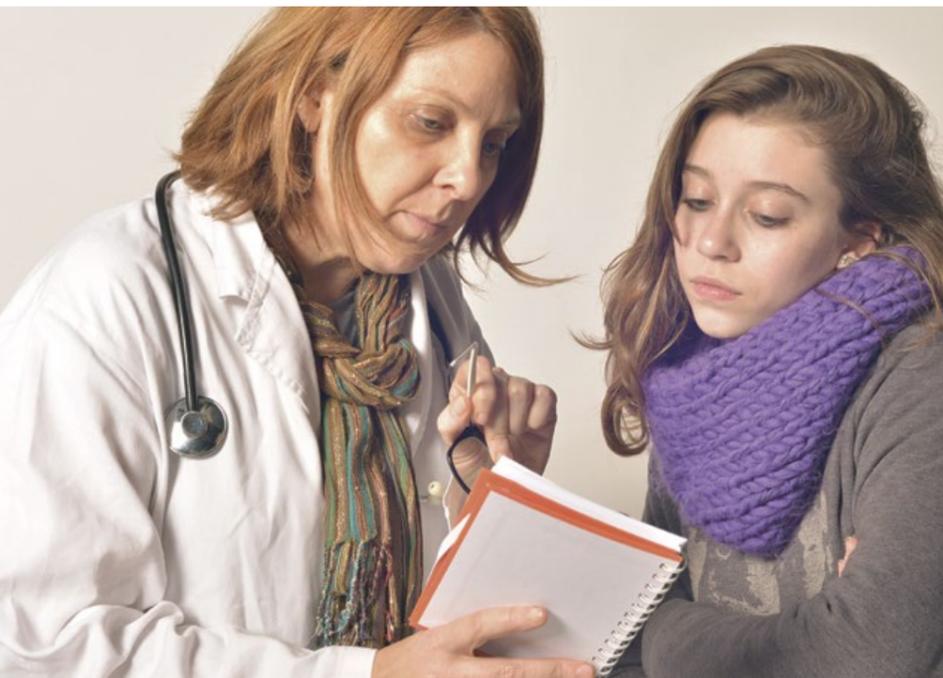
N = 15.945

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



\* Años no cerrados por retraso en la notificación.

N = 15.945



Para el bienio 2015-2016, CABA es la única región en la que los varones tuvieron un diagnóstico más oportuno que las mujeres. En las otras regiones la diferencia en la oportunidad del diagnóstico entre unos y otras fue de

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

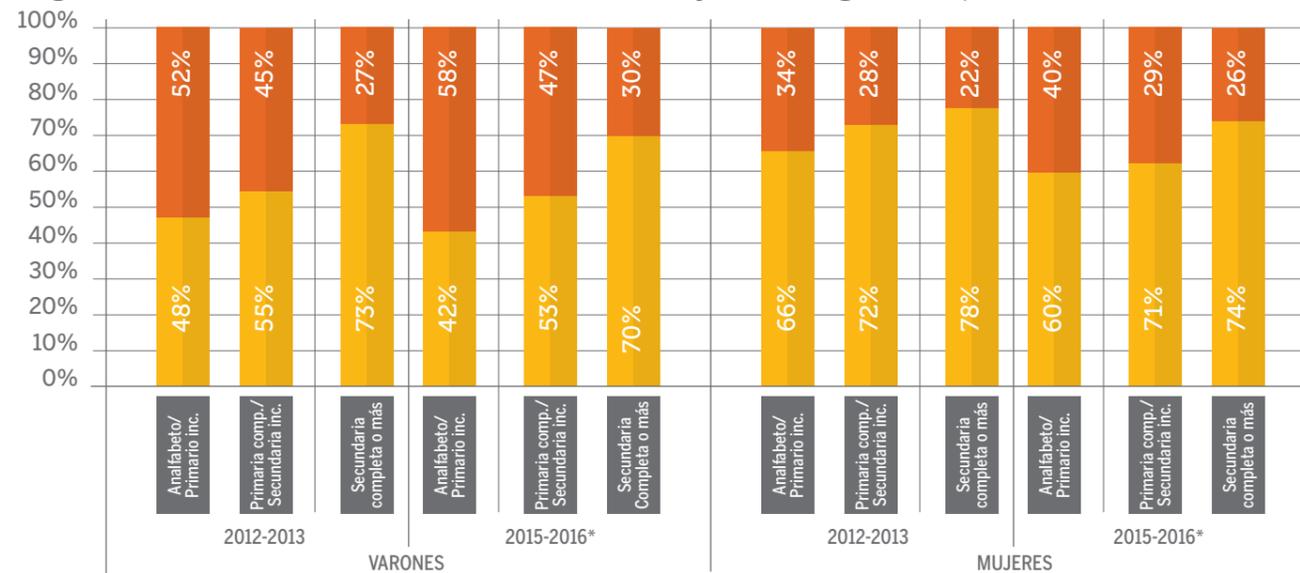
El DxT aumenta con la edad, llegando a alcanzar a más de la mitad de los varones de 45 años o más y mujeres de 55 años o más. La comparación entre

los diagnósticos ocurridos entre 2012-2013 y los que tuvieron lugar entre 2015-2016 muestra un empeoramiento de la situación, muy especialmente entre los varones de 55 años o más y las mujeres de la misma franja etaria (**Gráfico 23**). Los únicos grupos que tuvieron una ligera mejoría son los varones de 25 a 34 y las mujeres de 45 a 54 años.

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

El DxT afecta sobre todo a los varones que contrajeron la infección al compartir material para el consumo de

**Gráfico 24** Evolución de la oportunidad del diagnóstico en personas de 18 años o más según máximo nivel de instrucción alcanzado y sexo, Argentina (2012-2013 / 2015-2016)



● Diagnóstico tardío ● Diagnóstico oportuno

\* Años no cerrados por retraso en la notificación.

N = 16.207

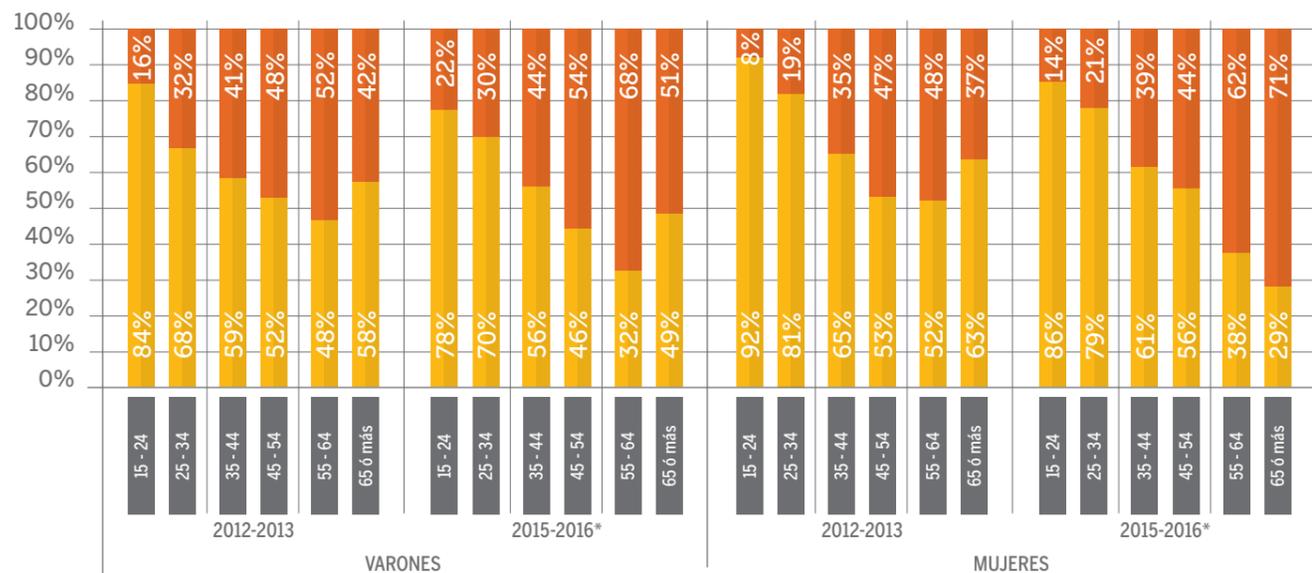
drogas inyectables y a aquellos que la adquirieron durante relaciones sexuales desprotegidas con mujeres (**Gráfico 25**). En este último grupo se aprecia un empeoramiento al comparar los bienios 2012-2013 y 2015-2016.

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

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

decen a un empeoramiento del acceso al diagnóstico o si, por el contrario, se ha reducido la incidencia de infecciones y ahora se está comenzando a alcanzar a un núcleo crítico de población que antes no accedía al diagnóstico. ●

**Gráfico 23** Evolución de la oportunidad del diagnóstico según edad y sexo, Argentina (2012-2013 / 2015-2016)



● Diagnóstico tardío ● Diagnóstico oportuno

\* Años no cerrados por retraso en la notificación.

N = 15.945

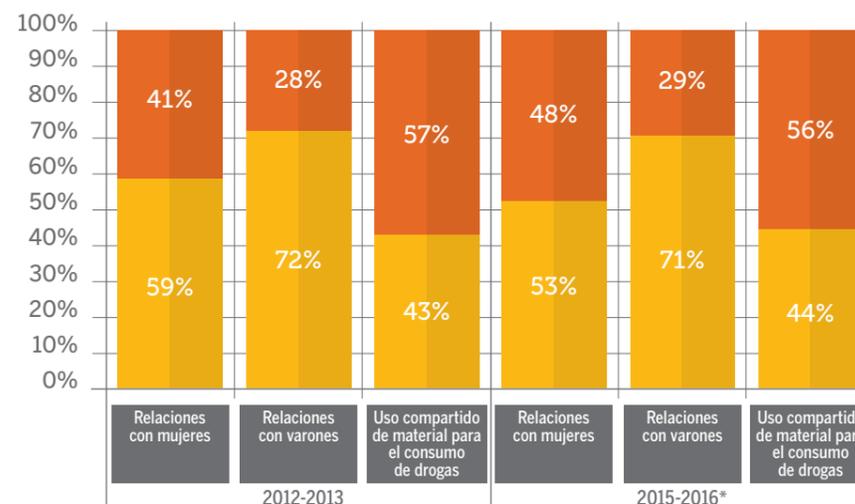
## Conclusión

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

Al recalcular el indicador para el bienio 2012-2013 y compararlo con lo observado en 2015-2016 se evidencia un aumento del DxT, salvo en algunas regiones o grupos de edad específicos en los que la oportunidad del diagnóstico mejoró: varones en el NEA, mujeres en el NOA, varones de 25 a 34 años y mujeres de 45 a 54.

Los grupos más afectados siguen siendo los de menor nivel de instrucción,

**Gráfico 25** Evolución de la oportunidad del diagnóstico según vía de transmisión en varones, Argentina (2012-2013 / 2015-2016)



● Diagnóstico tardío ● Diagnóstico oportuno

\* Años no cerrados por retraso en la notificación.

N = 11.486

# Transmisión perinatal del VIH en la Argentina

En la última década la Argentina ha logrado grandes avances en la prevención de la transmisión perinatal del VIH mediante la implementación de una política pública que permitió disminuir en forma sustancial el número de niñas y niños que adquirieron la infección por esta vía.

El estudio de los datos obtenidos a partir de las fichas de notificación de partos (FNP) generadas por cada jurisdicción municipal y/o provincial y, por otro lado, el análisis del seguimiento de los niños expuestos a partir de la infor-

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

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

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

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

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

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

**Gráfico 26** Comparación del número de madres con VIH notificadas por ficha de notificación de partos (FNP) con el número de niños estudiados por los laboratorios en el sistema público, Argentina (2009-2016)



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

**Tabla 1** Resultado de la concepción de mujeres embarazadas con VIH, Argentina (2010-2016)

AÑO	Nacido vivo	Aborto	Mortinato
2010	583	1	1
2011	525	3	2
2012	525	2	1
2013	648	5	1
2014	750	2	3
2015	939	8	3
2016*	745	4	5

Fuente: Fichas de notificación de partos (FNP), DSyETS.  
(\* Año no cerrado por retraso en la notificación.)

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

## b) Estadio clínico al momento del embarazo

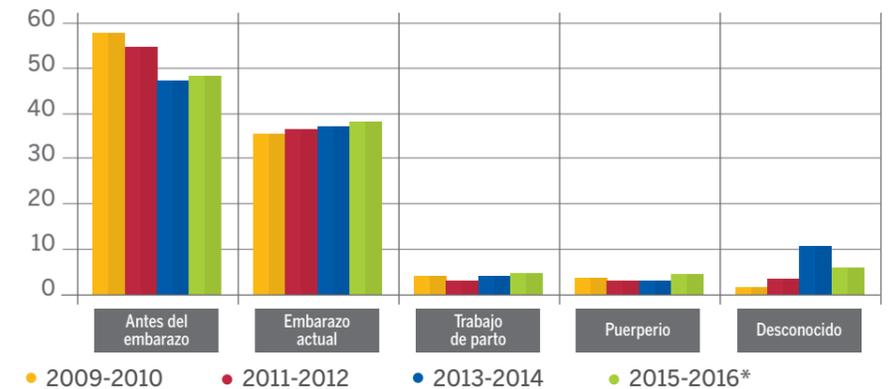
El estadio clínico es también un punto clave para garantizar el éxito en la prevención de la transmisión perinatal. Con respecto a esta variable aún no se cuenta con información en un porcentaje elevado: entre el 20 y 30% de los datos figura como desconocido y/o vacío. A partir del total de los datos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

## c) Cobertura de la profilaxis

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

Aún son varias las embarazadas que llegan al diagnóstico en forma tardía (en el momento del parto o puerperio), lo que disminuye la posibilidad de

**Gráfico 27** Distribución de los partos de mujeres con VIH según el momento del diagnóstico, Argentina (2009-2016)



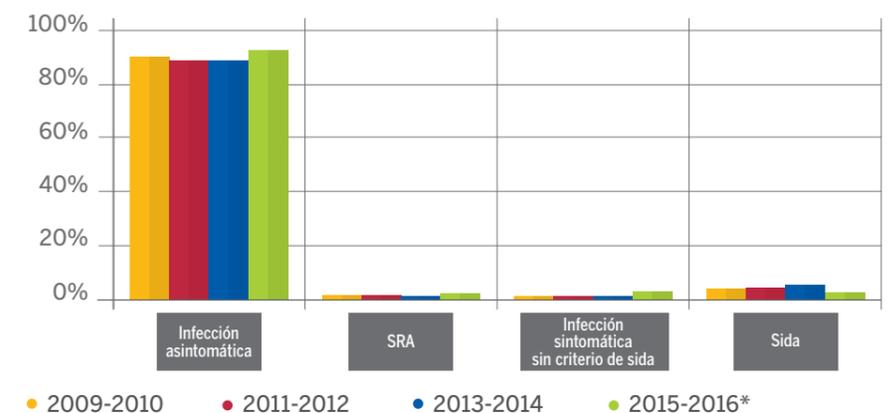
Fuente: FNP reportadas a la DSyETS y SIVILA del módulo del SNVS de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación.  
(\* Año no cerrado por retraso en la notificación.)

**Tabla 2** Distribución de los partos de mujeres con VIH según el momento del diagnóstico, Argentina (2009-2016)

Año	Antes del embarazo	Embarazo actual	Trabajo de parto	Puerperio	Desconocido	Totales
2009-2010	561	340	34	30	11	976
2011-2012	575	378	33	31	40	1.057
2013-2014	666	517	48	35	143	1.409
2015-2016	821	646	74	67	96	1.704
2009-2016*	2.623	1.881	189	163	290	5.146

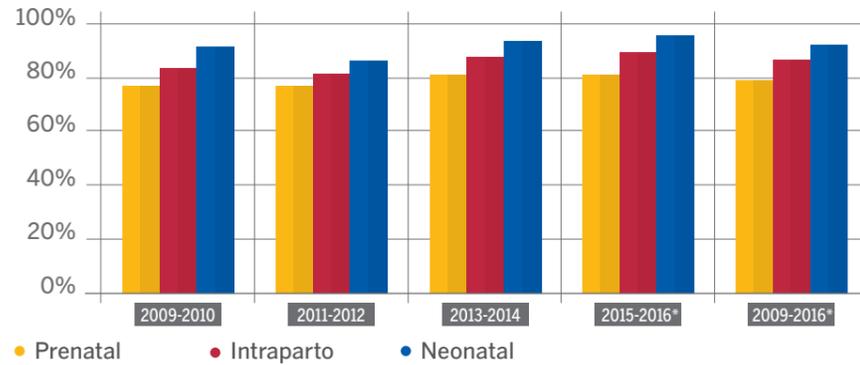
Fuente: Fichas de notificación de partos (FNP), DSyETS.  
(\* Año no cerrado por retraso en la notificación.)

**Gráfico 28** Distribución de las mujeres embarazadas con VIH según el estadio clínico de la infección, Argentina (2009-2016)



Fuente: Fichas de notificación de partos (FNP), DSyETS.  
(\* Año no cerrado por retraso en la notificación.)

**Gráfico 29** Porcentaje de cobertura de profilaxis prenatal, intraparto y neonatal según año de parto, Argentina (2009-2016)



Fuente: Fichas de notificación de partos (FNP), DSyETS. (\*) Año no cerrado por retraso en la notificación.

**Tabla 3** Realización de carga viral a mujeres embarazadas con VIH, Argentina (2009-2016)

Período	SI	NO	Desconocido/vacío	Total
2009-2010	414 (45,9%)	32 (3,6%)	455 (50,5%)	901
2011-2012	378 (39,7%)	54 (5,7%)	521 (54,7%)	953
2013-2014	737 (62,3%)	94 (7,9%)	352 (29,8%)	1.183
2015-2016*	1.031 (70,4%)	134 (9,2%)	299 (20,4%)	1.464

Fuente: Fichas de notificación de partos (FNP), DSyETS. (\*) Año no cerrado por retraso en la notificación.

**Tabla 4** Valor de las cargas virales realizadas en el control prenatal consignadas como última carga viral de control, Argentina (2009-2016)

Período	<1000	>1000	Desconocido/vacío	Total
2009-2010	317 (76,6%)	90 (21,7%)	7 (1,7%)	414
2011-2012	285 (75,6%)	83 (22,0%)	9 (2,4%)	377
2013-2014	589 (80,1%)	122 (16,6%)	24 (3,3%)	735
2015-2016*	810 (78,9%)	198 (19,3%)	18 (1,8%)	1.026

Fuente: Fichas de notificación de partos (FNP), DSyETS. (\*) Año no cerrado por retraso en la notificación.

**Tabla 5** Distribución de partos en mujeres cuya vía de infección fue la transmisión perinatal por bienes, Argentina (2009-2016)

Período	N partos	N partos en mujeres TV	Porcentaje
2009-2010	976	2	0,2
2011-2012	1.057	4	0,4
2013-2014	1.409	46	3,2
2015-2016*	1.704	92	5,3

Fuente: Fichas de notificación de partos (FNP), DSyETS. (\*) Año no cerrado por retraso en la notificación.

evitar la transmisión del virus al niño expuesto. Estas mujeres pierden la oportunidad de recibir medicación antirretroviral (ARV) durante el embarazo.

Si bien se observa un incremento lento y sostenido del nivel de cobertura de los distintos componentes de la profilaxis en la transmisión materno-infantil, en el último bienio la profilaxis prenatal fue menor que en el período anterior (82,2% vs. 81,7%). Esto podría relacionarse con la mayor proporción de diagnósticos tardíos en los últimos años. Por otra parte, la cobertura de profilaxis para el intraparto fue del 90% y neonatal del 96% (**Gráfico 29**).

Para lograr la disminución de la transmisión materno-infantil del VIH no solo es importante el inicio temprano del tratamiento antirretroviral sino también que el esquema indicado sea efectivo. Es decir, alcanzar valores no detectables de carga viral.

A partir del año 2013 se observa un incremento significativo y una mejora de la calidad de la información, que muestra que el porcentaje de mujeres embarazadas a las que se les realizó una evaluación de carga viral aumentó. Para el análisis de esta variable se excluye a todas las mujeres diagnosticadas en el trabajo de parto o en el puerperio.

En el bienio 2015-2016 se realizó el estudio de carga viral al 70,4% de las embarazadas con diagnóstico previo o durante el embarazo, pero cabe aclarar que en esta variable el dato estaba ausente o registrado como desconocido en el 20,4% de las FNP (**Tabla 3**).

Para el análisis de la eficacia de los tratamientos administrados durante el embarazo se excluyeron los embarazos que finalizaron como aborto o con mortinato. La proporción de embarazadas con cargas virales <1.000 copias/ml se mantiene estable en un 80% de las mujeres evaluadas (**Tabla 4**).

En este punto es importante señalar que la calidad de la información en relación a la semana de gestación en la

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

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

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

#### d) Tasa de transmisión perinatal

La meta de eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH es alcanzar una tasa de transmisión menor al 2%. Para el cálculo de este indicador se analizan los datos aportados por los laboratorios, principalmente a través del sistema de vigilancia laboratorial (SIVILA) o por el envío de sus bases de datos a la DSyETS. Considerando la información de los niños que completaron el diagnóstico virológico a las 12 semanas de vida o posterior, la tasa de transmisión perinatal del VIH se mantiene en alrededor del 5% en los últimos años, alejada de la meta propuesta (**Tabla 6**).

Sin embargo, esta tasa es menor si consideramos para su construcción el número de niños positivos sobre el nú-

**Tabla 6** Tasa de transmisión materno-infantil del VIH, Argentina (2013-2016)

Año	Niños estudiados	Niños con diagnóstico completo	Niños positivos	Tasa positivos/casos cerrados	Tasa positivos/expuestos
2013	1.390	1.136 (82%)	56	4,9%	4,2%
2014	1.348	1.034 (77%)	57	5,5%	4,2%
2015	1.459	1.016 (69,3%)	50	5,0%	3,5%
2016*	1.366	820 (60%)	42	5,1%	3,1%

Fuente: SIVILA módulo del SNVS, Dirección de epidemiología, Ministerio de Salud de la Nación y base de datos de laboratorios que realizan seguimiento de niños expuestos. (\*) Año no cerrado por retrasos en el reporte de información.

**Tabla 7** Niños expuestos a la infección por VIH estudiados en la primera semana de vida y antes de los dos meses de vida, Argentina (2013-2016)

Año	< 1 semana	< 2 meses	Total
2013	213 (15,3%)	883 (63,5%)	1.390
2014	260 (19,3%)	868 (64,4%)	1.348
2015	472 (32,4%)	1.069 (73,4%)	1.459
2016*	585 (42,8%)	1.138 (83,3%)	1.366

Fuente: SIVILA módulo del SNVS, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de la Nación y base de datos de laboratorios que realizan seguimiento de niños expuestos. (\*) Año no cerrado por retrasos en el reporte de información.

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

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

ron los siguientes indicadores: a) el porcentaje de niños expuestos con un primer estudio virológico realizado dentro de la primera semana de vida; b) el porcentaje de niños expuestos con un primer estudio virológico realizado antes de los dos primeros meses de vida y c) el porcentaje de niños expuestos con diagnóstico de infección dentro de los dos meses de vida.

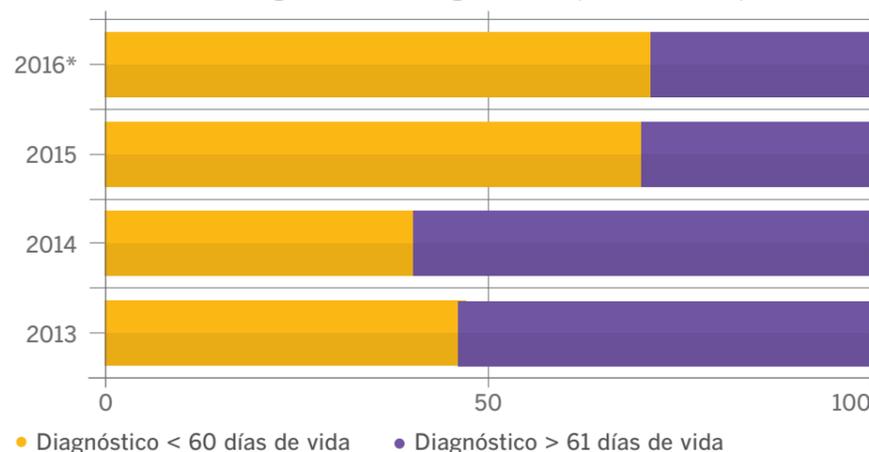


**Tabla 8** Niños positivos según el momento del diagnóstico, Argentina (2013-2016)

Año	Diagnóstico < 60 días de vida	Diagnóstico > 61 días de vida	Niños positivos
2013	26 (46%)	30 (54%)	56
2014	23 (40%)	34 (60%)	57
2015	35 (70%)	15 (30%)	50
2016*	30 (71%)	12 (29%)	42

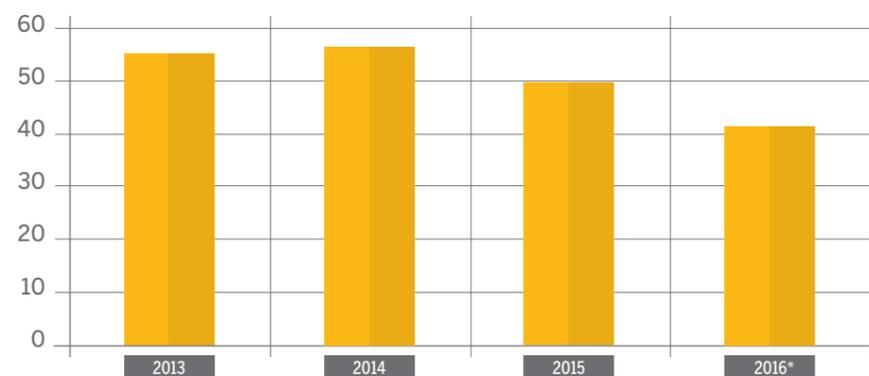
Fuente: SIVILA módulo del SNVS, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de la Nación y base de datos de laboratorios que realizan seguimiento de niños expuestos.  
 (\*) Año no cerrado por retrasos en el reporte de información.

**Gráfico 30** Porcentaje de niños positivos según el momento del diagnóstico, Argentina (2013-2016)



Fuente: SIVILA módulo del SNVS, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de la Nación y base de datos de laboratorios que realizan seguimiento de niños expuestos.  
 (\*) Año no cerrado por retrasos en el reporte de información.

**Gráfico 31** Niños positivos, Argentina (2013-2016)



Fuente: SIVILA módulo del SNVS, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de la Nación y base de datos de laboratorios que realizan seguimiento de niños expuestos.  
 (\*) Año no cerrado por retrasos en el reporte de información.

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

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

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

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

La información que nos brinda la vigilancia de estos indicadores es clave no solo para actuar en el momento adecuado otorgando oportunidad a la intervención del equipo de salud sino también para evaluar las políticas públicas desarrolladas. Analizar si es necesario acentuar o reformular las estrategias implementadas es fundamental tanto a nivel de los decisores políticos que fijan la agenda de salud pública como desde los equipos de salud que intervienen en los procesos. ●



# Mortalidad por sida en la Argentina entre 2005 y 2015

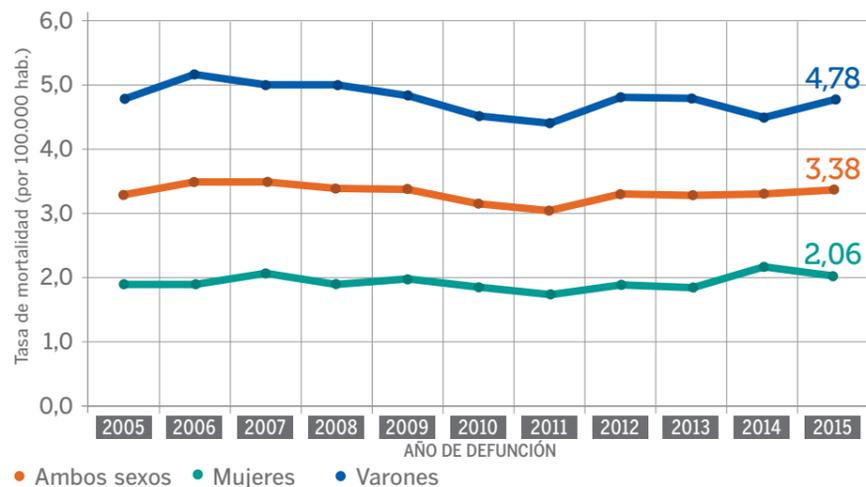
Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación.

La mortalidad por sida, tal como ha sido descrito en anteriores entregas de este boletín, muestra un comportamiento fuertemente condicionado por la intro-

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

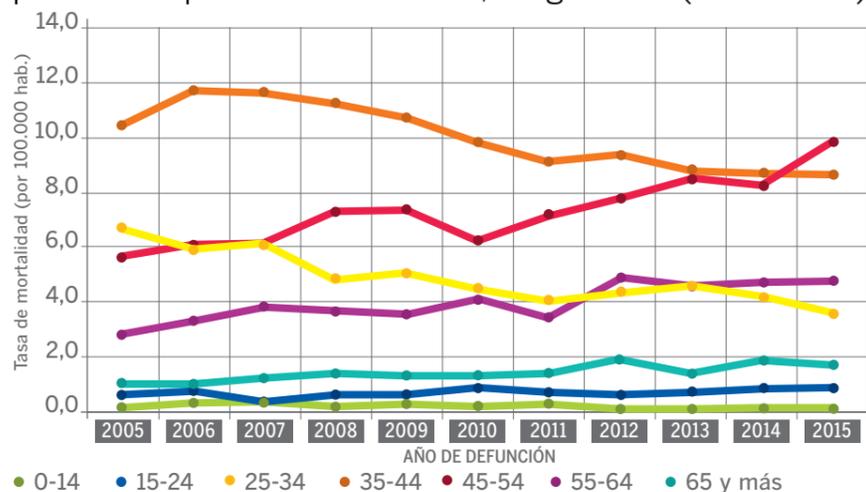
y desde hace aproximadamente una década, la mortalidad por sida muestra una tendencia relativamente estable, sin demasiados cambios.

**Gráfico 32** Tasas de mortalidad por sida ajustadas por edad según sexo, Argentina (2005-2015)



Fuente: elaboración propia.

**Gráfico 33** Tasas de mortalidad por sida específicas por edad para ambos sexos, Argentina (2005-2015)



Fuente: elaboración propia.

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

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

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

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

<sup>1</sup> Esta población se utiliza para los procedimientos de ajuste de tasas en diversas publicaciones de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS).

<sup>2</sup> Las tasas en este artículo corresponden a 100.000 habitantes.

edad (TMAPE) a nivel nacional para el período 2005-2015. Luego se realizará una descripción de la mortalidad por sida a nivel provincial.

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

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

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

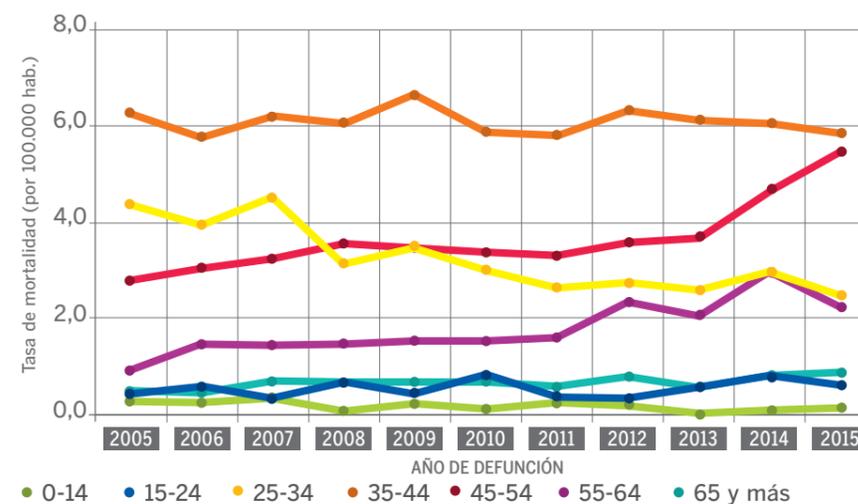
Sin embargo, vale resaltar que el grupo de edad de 15 a 24 años también mostró un incremento, que fue más marcado en varones. En este sentido, la tasa para ambos sexos se incrementó un 50,8% entre 2005 y 2015, pasando de 0,61 a 0,92. En mujeres el incremento fue de alrededor del 33%, con una tasa de 0,45 en 2005 y de 0,60 en 2015 (Gráfico 34). En varones, en cambio, este incremento fue más marcado, cercano al 60%, siendo la tasa para 2005 de 0,77

en tanto que para 2015 fue de 1,23 (Gráfico 35).

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

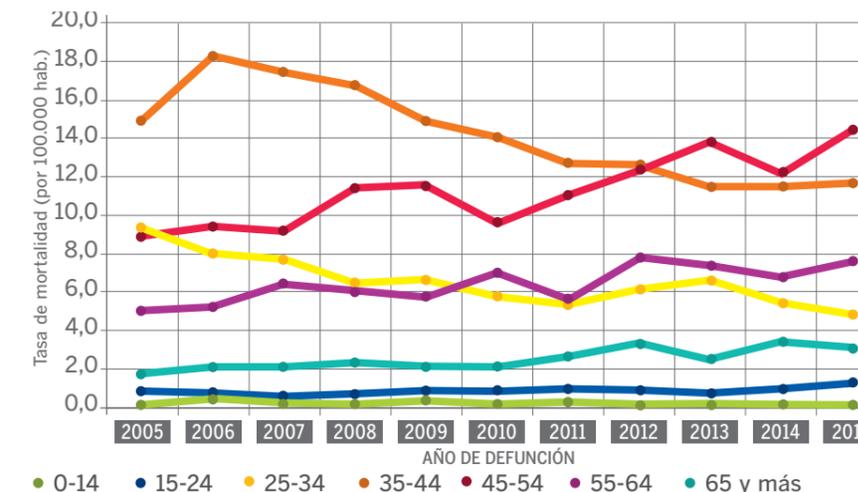
ambos sexos en Argentina era de 40 años en 2005, para 2015 este valor es de 44 años, habiéndose incrementado un 10%. Si bien en 2005 las mujeres muestran una mediana de edad menor a la de los varones (37 y 40 años, respectivamente), en 2015 se observa un incremento del 16% (mediana de 43 años de edad). En los varones la mediana de edad pasó de 40 a 45 años, siendo el incremento de alrededor del 13%.

**Gráfico 34** Tasas de mortalidad por sida específicas por edad para mujeres, Argentina (2005-2015)



Fuente: elaboración propia.

**Gráfico 35** Tasas de mortalidad por sida específicas por edad para varones, Argentina (2005-2015)



Fuente: elaboración propia.

## 2) Distribución geográfica de la mortalidad por sida

Las defunciones por sida se encuentran fuertemente concentradas. Alrededor del 75% del total de muertes ocurridas en 2015 se dio en residentes de cinco jurisdicciones, a saber: provincia de Buenos Aires (49,13%, n= 763), Ciudad Autónoma de Buenos Aires (10,62%, n=165), Santa Fe

(5,92%, n= 92), Salta (5,66%, n=88) y Córdoba (5,40%, n=84) (**Tabla 9**).

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

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

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

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

quén (5,12) y Chubut (5,07) (**Mapa 4**).

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

## Consideraciones finales

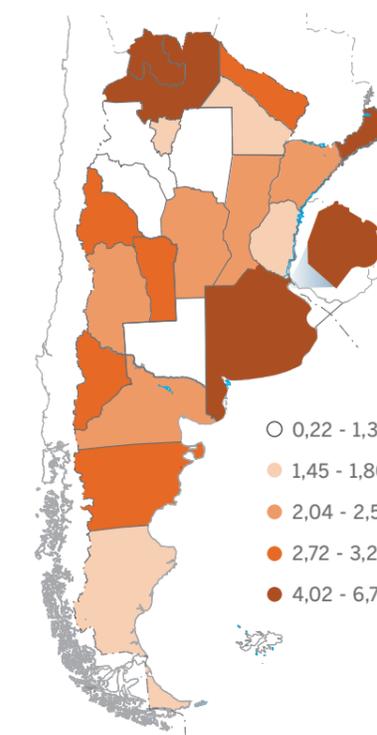
La información proveniente del informe estadístico de defunción muestra algunas limitaciones por la calidad de los datos, por lo que se sugiere complementar la lectura de este artículo con la publicación de estadísticas vitales de la DEIS, haciendo hincapié en las tasas de mortalidad por causas mal definidas.

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

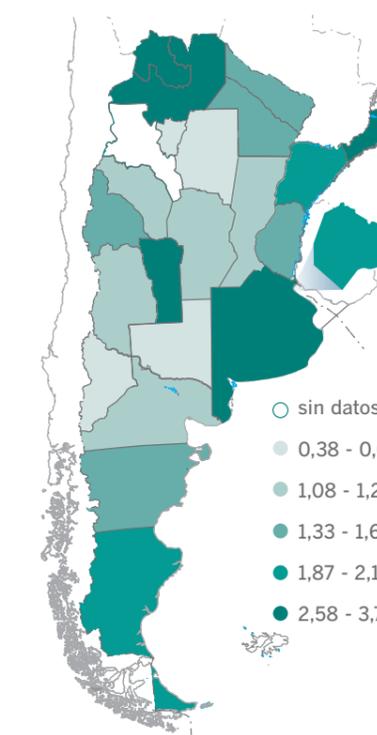
Las tasas de mortalidad específicas por edad muestran una tendencia incremental de la mortalidad en los grupos de edad superiores. Este hecho refuerza el carácter de cronicidad que ha adquirido la infección, en parte debido al desarrollo de medicación y políticas de salud que han mejorado la calidad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

Desde el punto de vista geográfico la mortalidad muestra un comportamiento desigual, ya que hay provincias que evidencian una mayor mortalidad independientemente de su estructura de edad. En este sentido resulta de vital importancia implementar investigaciones que permitan determinar qué hechos provocan una mayor mortalidad por sida en estas provincias y, en consecuencia, planificar estrategias para reducirla. •

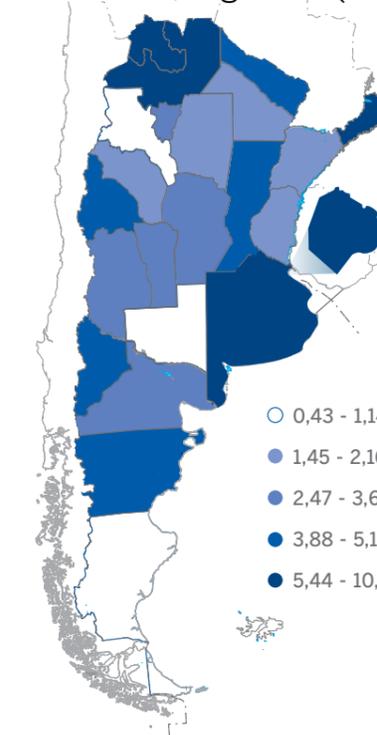
**Mapa 2** TMAPE por sida para ambos sexos por 100.000 habitantes, Argentina (2015)



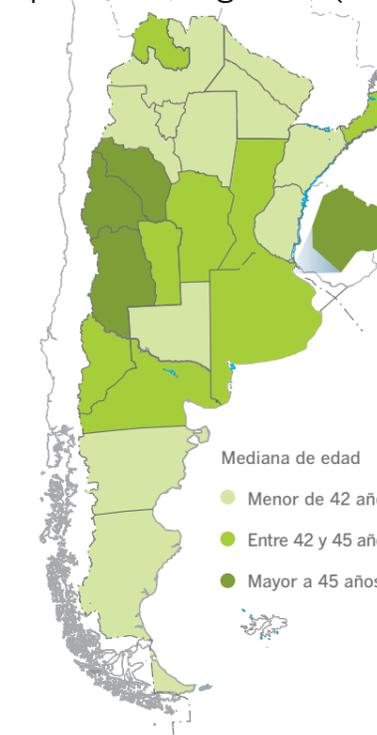
**Mapa 3** TMAPE por sida para mujeres por 100.000 habitantes, Argentina (2015)



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



**Mapa 5** Mediana de edad de los fallecidos por sida a nivel provincial, Argentina (2015)



**Tabla 9** Defunciones por sida, TMAPE y tasas brutas de mortalidad por sida por jurisdicción y total país. Argentina, 2015.

Jurisdicción	Defunciones			Tasas ajustadas			Tasas brutas		
	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos
Total país	1064	487	1553	4,78	2,06	3,38	4,98	2,17	3,55
Buenos Aires	495	267	763	5,62	2,84	4,19	5,94	3,03	4,47
CABA	129	36	165	7,89	1,92	4,70	9,04	2,21	5,40
Catamarca	1	0	1	0,43	0,00	0,22	0,50	0,00	0,25
Chaco	11	8	19	1,93	1,38	1,66	1,95	1,38	1,66
Chubut	16	4	20	5,07	1,33	3,23	5,64	1,41	3,53
Córdoba	62	22	84	3,33	1,14	2,19	3,56	1,20	2,35
Corrientes	11	11	22	2,15	1,96	2,04	2,08	2,03	2,06
Entre Ríos	15	10	25	2,16	1,46	1,80	2,31	1,49	1,89
Formosa	11	4	15	4,11	1,38	2,72	3,81	1,38	2,59
Jujuy	22	11	33	6,21	2,88	4,52	6,13	2,98	4,53
La Pampa	2	1	3	1,06	0,63	0,84	1,17	0,58	0,87
La Rioja	3	2	5	1,73	1,08	1,39	1,64	1,08	1,36
Mendoza	31	11	42	3,26	1,11	2,13	3,35	1,15	2,23
Misiones	31	15	46	5,44	2,58	4,02	5,22	2,52	3,87
Neuquén	16	2	18	5,12	0,53	2,76	5,19	0,64	2,90
Río Negro	12	5	17	3,17	1,27	2,21	3,45	1,43	2,43
Salta	63	25	88	10,01	3,72	6,76	9,55	3,71	6,60
San Juan	15	6	21	4,17	1,61	2,86	4,11	1,61	2,84
San Luis	9	7	16	3,67	2,71	3,20	3,81	2,91	3,36
Santa Cruz	2	3	5	1,05	1,87	1,45	1,21	1,93	1,56
Santa Fe	69	23	92	3,88	1,22	2,51	4,18	1,32	2,71
Santiago del Estero	7	2	10	1,45	0,38	0,91	1,51	0,43	0,97
Tierra del Fuego	1	2	3	1,14	2,12	1,64	1,29	2,68	1,97
Tucumán	19	6	25	2,47	0,69	1,54	2,42	0,74	1,57

Fuente: elaboración propia.



# Situación del acceso al diagnóstico oportuno, a los tratamientos y continuidad en la atención de las personas con VIH en la Argentina, 2014-2016

Autores: Ariel Adaszko, Natalia Pacífico y Adriana Durán.

## Introducción

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

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

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

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

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

En el año 2014, cuando este proceso aún era embrionario, se decidió realizar un estudio de alcance nacional para contar con una línea de base sobre las condiciones de acceso a la

atención y la situación a los doce meses de las personas con diagnóstico reciente de VIH y/o que iniciaban tratamiento.

En aquel momento, la Argentina aún no había adoptado como criterio la oferta universal de TAR inmediatamente después del diagnóstico, por lo que se optó por seguir durante doce meses a un grupo de personas con diagnóstico reciente de infección y a otro que iniciaba tratamiento.

El objetivo general de la indagación fue evaluar las condiciones de vinculación y seguimiento y la eficacia de los regímenes de TAR luego de un año, en la Argentina.

### Los objetivos específicos fueron:

- Conocer el perfil sociodemográfico, epidemiológico y clínico de las personas con VIH recientemente diagnosticadas que inician la atención.
- Evaluar la continuidad en el seguimiento a los doce meses.
- Conocer la proporción de personas con VIH con criterio de inicio de TAR que lo iniciaron efectivamente y lo sostienen a los doce meses.
- Establecer la proporción de personas que alcanzaron la supresión virológica al cabo de doce meses de haber iniciado el tratamiento.

Presentamos aquí los principales resultados de este estudio, los que consideramos como datos centrales para la planificación de las acciones de los próximos años. El estudio ha sido posible gracias al apoyo de ONUSIDA y OPS y de la información suministrada por los equipos de salud participantes.

## Metodología

Se realizó un estudio observacional, longitudinal prospectivo, con unidad de análisis individual. El universo de estudio estuvo constituido por dos poblaciones:

1. Personas en seguimiento en los servicios de salud con diagnóstico de VIH dentro de los diez meses previos de ingreso al estudio.

2. Personas con VIH con inicio de un primer esquema de TAR dentro de los seis meses previos al ingreso al estudio, independientemente de la fecha de diagnóstico de VIH.

Se definió una muestra intencional de 750 personas en base a la distribución de los nuevos diagnósticos de infección notificadas a la DSyETS durante el año 2010 y de los inicios de tratamiento del 2012. La distribución de los casos epidemiológicos permitió establecer también cuotas para cada región. Se incluyeron personas de los tres subsectores de salud, aunque hay un predominio del sector público.

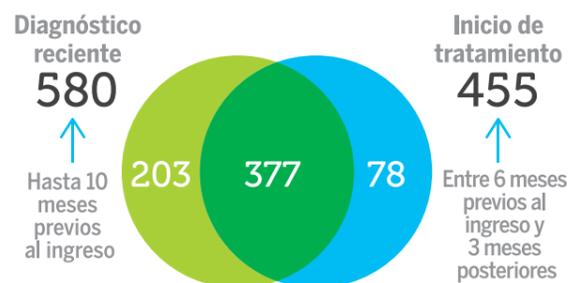
Se confeccionaron dos cuestionarios: uno para la inclusión en el estudio y otro para la evaluación a los doce meses.

Los programas de sida jurisdiccionales realizaron el contacto con los equipos de salud que recolectaron la información. Los participantes eran mayores de 18 años y brindaron su consentimiento informado.

## Resultados

Entre mayo de 2014 y marzo de 2015 se recibieron 687 cuestionarios de 13 jurisdicciones, de los cuales 658 cumplían criterios para ser incluidos en alguno de los dos grupos.

### Cantidad de personas en cada grupo y criterios de inclusión



El grupo Diagnóstico Reciente (DR) quedó conformado por 580 personas. Si bien el criterio inicial era un diagnóstico dentro de los 6 meses previos al ingreso, se extendió a 10 meses ya que no se encontraron diferencias significativas con el nuevo criterio y esto ampliaba la base de análisis. El grupo de Inicio de Tratamiento (IT) quedó conformado por 455 personas, 78 (17%) que ya venían en seguimiento y se les indicó iniciar TAR y 377 (83%) con diagnóstico reciente, que también formaban parte del primer grupo. En este último caso se incluyeron personas del grupo DR que también iniciaron TAR hasta 3 meses después del ingreso al estudio y que contaran con información al año.

Recordemos que para 2014 la elegibilidad para iniciar TAR estaba dada por tener menos de 500 CD4 o integrar algún grupo específico, ya sea por padecer comorbilidades, ser una mujer embarazada o algún otro criterio.

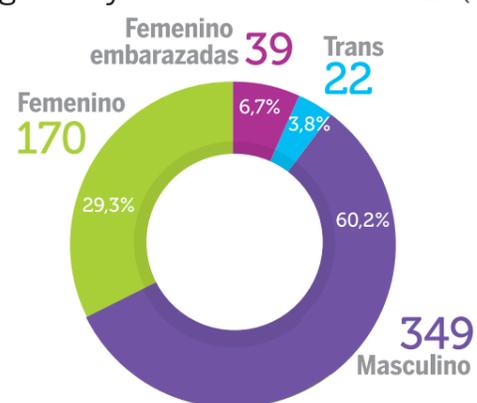
Para este informe se presentarán los principales resultados vinculados con ambos grupos. Si bien se recogieron datos subregionales, el análisis se focalizará en indicadores nacionales.

### GRUPO 1 Vinculación y continuidad en la atención de personas con diagnóstico reciente.

#### CARACTERIZACIÓN DEL GRUPO

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

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



El 41% vivía en el AMBA<sup>1</sup>, el 25% en el área central del país<sup>2</sup>, 16% en el NOA<sup>3</sup>, 3% en el NEA<sup>4</sup>, 5% en Cuyo<sup>5</sup> y 11% en Patagonia<sup>6</sup>. El 91% tenía nacionalidad argentina, 5% era boliviana o paraguaya y 4% había nacido en otros países.

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

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

1 Área Metropolitana de Buenos Aires.  
2 Santa Fe, Córdoba, Entre Ríos y partidos de la provincia de Buenos Aires fuera del GBA.  
3 Jujuy, Salta, Tucumán, Catamarca y Santiago del Estero.  
4 Formosa, Chaco, Corrientes y Misiones.  
5 San Luis, Mendoza, San Juan y La Rioja.  
6 Chubut, Santa Cruz, Río Negro, Neuquén y Tierra del Fuego.  
7 En la Argentina está prohibida la realización de la prueba de VIH en los controles preocupacionales.

El 96% de los varones, el 98% de las mujeres y el 100% de las trans adquirieron la infección durante relaciones sexuales. Seis personas reportaron infección por uso compartido de material inyectable para el uso de drogas y una por vía transfusional.

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

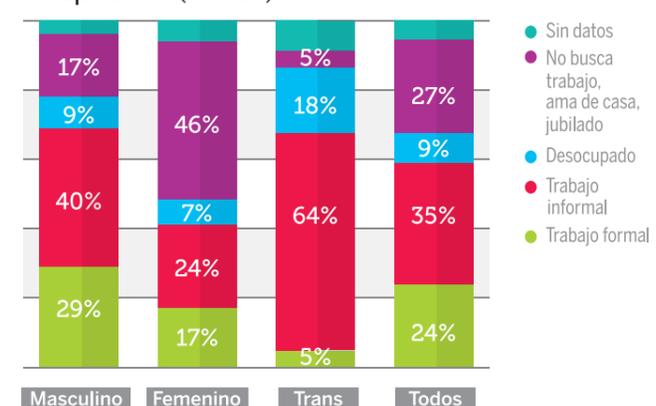
#### OFERTA Y MOTIVACIÓN PARA HACERSE LA PRUEBA

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

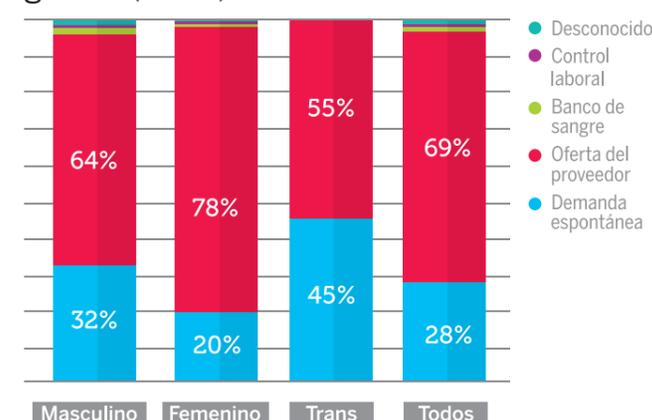
Motivó la prueba un evento clínico en el 40% de los casos, mientras que las situaciones de exposición, duda o control la motivaron en el 30%. El 1,6% fue diagnosticado en el contexto de una donación de sangre y un 0,5% refiere haberlo sido en un control pre ocupacional<sup>7</sup>. (Gráfico 40)

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

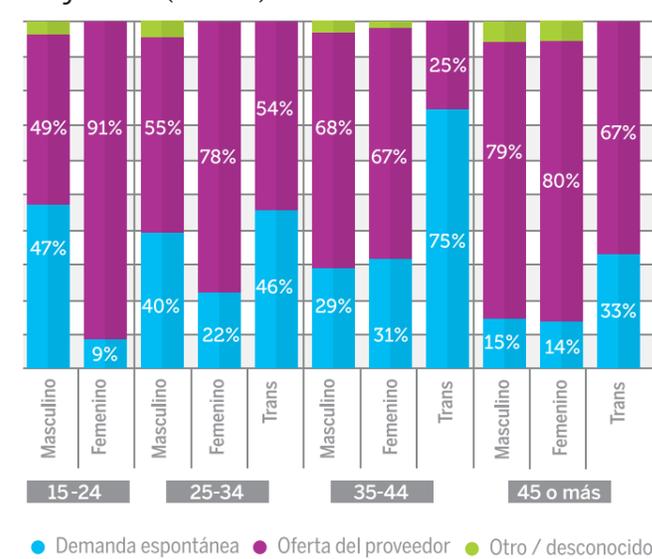
### Gráfico 37 Distribución por género y ocupación (n = 580)



### Gráfico 38 Solicitud de la prueba por género (n = 580)



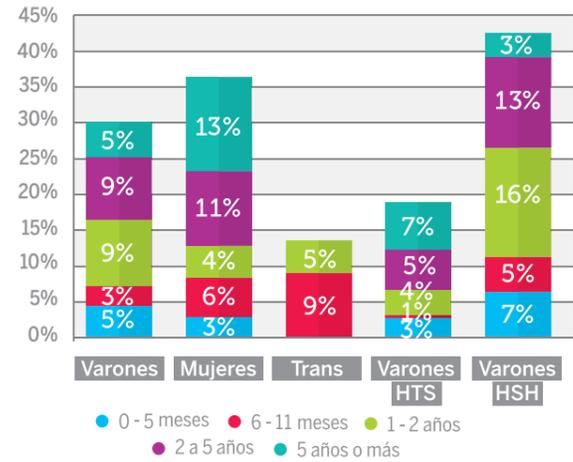
### Gráfico 39 Solicitud de la prueba por género y edad (n = 580)



### Gráfico 40 Motivo para realizarse la prueba

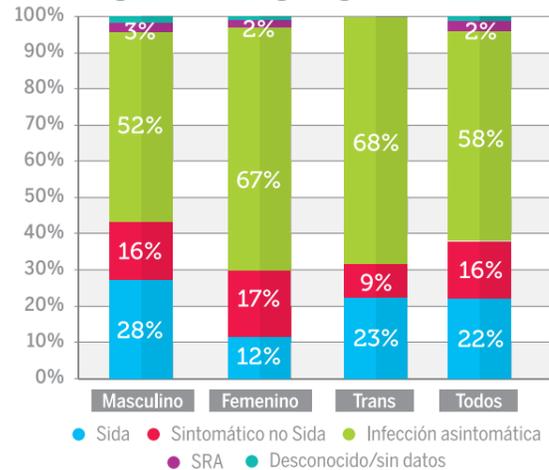


**Gráfico 41** Lapso transcurrido entre el diagnóstico de infección y una prueba anterior según sexo y género\* (n = 206)

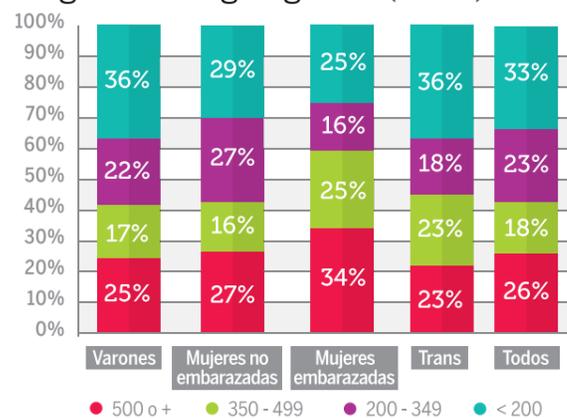


\* Cada una de las barras completa el 100% de las personas que manifestaron no haber tenido un testeo previo.

**Gráfico 42** Estadio clínico al momento del diagnóstico según género (n = 580)



**Gráfico 43** Nivel de CD4 al momento del diagnóstico según género (n = 580)



varones y el 9% de las mujeres y las *trans* tenían un test negativo el año anterior a su diagnóstico. Entre los varones, esto ocurrió en el 12% de los que se infectaron durante relaciones homosexuales frente al 4% que lo hicieron durante prácticas heterosexuales. El 7,8% de quienes tenían una prueba previa no conocían o no habían retirado el resultado. (Gráfico 41)

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

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

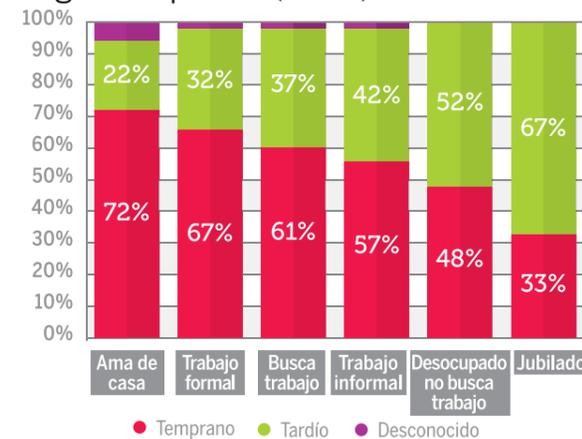
#### OPORTUNIDAD DEL DIAGNÓSTICO

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

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

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

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



menos de 500 CD4. La mejor situación fue en los diagnósticos durante el embarazo, no obstante lo cual el 66% de estas mujeres tenía menos de 500 CD4. (Gráfico 43)

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

#### SITUACIÓN AL AÑO

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

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

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

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

#### FALLECIDOS

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

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

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

#### GRUPO 2 Inicio y continuidad en TAR

#### CARACTERIZACIÓN DEL GRUPO

El grupo quedó constituido por 455 personas cuyas caracte-

rísticas eran similares al de DR. El 83% eran diagnósticos recientes y el 17% ya tenían seguimiento en los servicios de salud.

#### INICIO DE TRATAMIENTO

Al momento de ingresar, el 96% cumplía con el criterio vigente en 2014 (<500 CD4 o formar parte de algún grupo especial elegible) y el 4% no. Entre las personas elegibles, el 77% tenía menos de 500 CD4. Entre quienes tenían más de 500 CD4 (71 personas), el 14% presentaba alguna comorbilidad, el 14% eran mujeres embarazadas y el 5% tenía alguna enfermedad marcadora de sida. No se tiene información sobre el resto.

Al momento de iniciar el tratamiento el 40% cursaba un estadio clínico sintomático (sida o no sida): 47% de los varones, 32% de las *trans* y 30% de las mujeres. Si se excluye a las embarazadas, el 38% de las mujeres iniciaban TAR con un dxT.

El 87% de las *trans*, el 83% de los varones, el 81% de las mujeres no embarazadas y el 67% de las mujeres embarazadas tenía menos de 500 CD4.

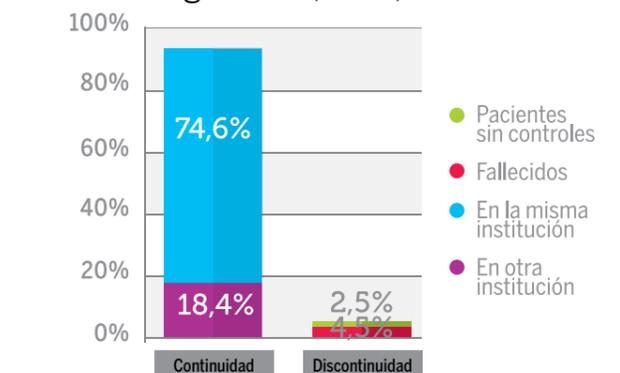
El 67% inició con INNTR, el 32% con IP y el 1% restante con otro esquema. Esta distribución se sostenía con pocos cambios a los 12 meses: 69% con INNTR y el 30% con IP.

#### CONTINUIDAD EN TAR A LOS 12 MESES

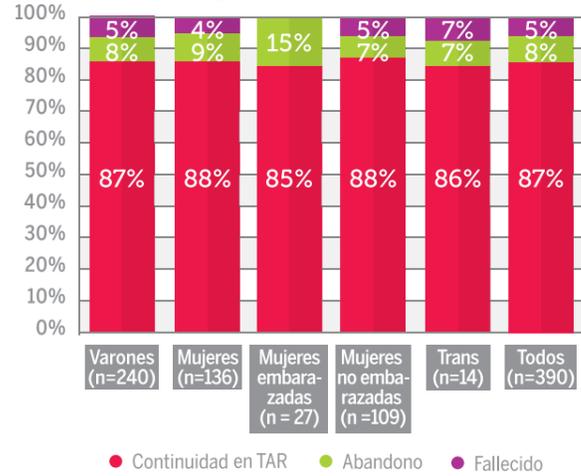
Se recibió información de la situación a los 12 meses de 448 personas, 98% de las incluidas. De ellas, continuaban en TAR con certeza el 76%, el 7% habían abandonado, el 4% falleció y no se contaba con información sobre el 13%. Descartando a estos últimos, la continuidad en TAR al año ascendía al 87%, el 5% había fallecido y el 8% lo había abandonado, sin diferencias significativas según género. (Gráfico 46 de la página siguiente)

Entre los varones, el 93% de los infectados durante relaciones homosexuales (HSH) continuaban en TAR al año frente al 79% de los que se habían infectado durante relaciones heterosexuales. Según el nivel de instrucción, continuaban en TAR el

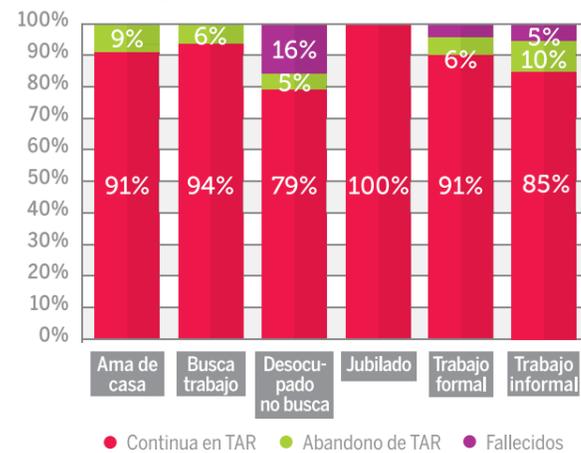
**Gráfico 45** Continuidad en la atención al año del diagnóstico (n = 507)



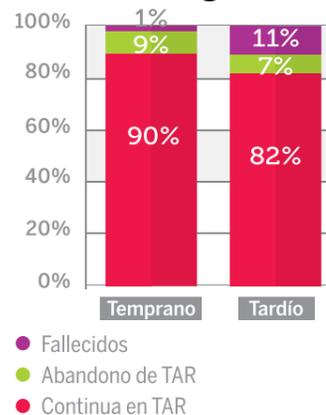
**Gráfico 46** Continuidad en TAR a los 12 meses según género (n = 390)



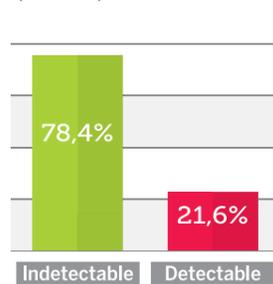
**Gráfico 47** Continuidad en TAR a los 12 meses según ocupación (n = 390)



**Gráfico 48** Continuidad en TAR a los 12 meses según oportunidad del diagnóstico



**Gráfico 49** Supresión virológica a los 12 meses (n = 199)



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

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

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

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

### SUPRESIÓN VIROLÓGICA

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

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

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

## Conclusiones

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

Este estudio permitió identificar algunos colectivos con situaciones específicas invisibilizados en la vigilancia epidemiológica universal: trans femeninas, extranjeros, mujeres embarazadas, personas con informalidad ocupacional o desocupados que no buscan trabajo.

El 4% de los diagnósticos se produjeron en mujeres trans;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### CONSIDERACIONES FINALES

Queremos agradecer a todas las instituciones, equipos de salud y programas de sida jurisdiccionales que hicieron posible esta indagación.



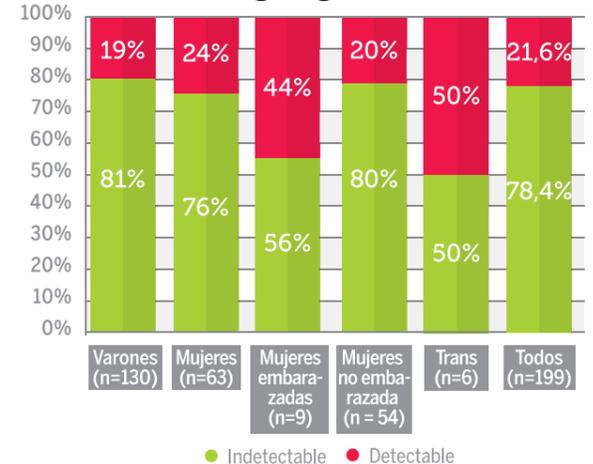
Este estudio proporciona información valiosa para fijar una línea de base y definir metas nacionales en algunos de los indicadores de la cascada del continuo de la atención del VIH. Sin embargo, debe notarse que se trata de dos cohortes de pacientes que inician seguimiento y/o TAR, por lo que es posible que la situación en cuanto a la vinculación con los servicios de salud, retención en TAR y supresión virológica de estos grupos sea un poco mejor que la del conjunto de las personas con VIH que se atiende en los servicios de salud en la Argentina, poco más de 70 mil.

El inicio del estudio tuvo lugar poco antes del cambio de las guías nacionales, pese a lo cual la inmensa mayoría de las personas diagnosticadas ya cumplían criterios para iniciar un tratamiento.

Si bien se recabaron datos subregionales, el caudal de información no permitió un análisis más fino para evaluar los indicadores de la cascada de nuevos tratamientos.

Las brechas entre la realidad planteada por esta indagación y las metas a 2020 y 2030 aún es muy marcada, por lo que los diversos actores de la respuesta a la epidemia deberán reforzar sus acciones en los próximos años para lograr el control definitivo del VIH en el país. •

**Gráfico 50** Supresión virológica al año de inicio de TAR según género (n = 199)



# Adherencia a los tratamientos antirretrovirales en personas que viven con VIH en la Argentina

**Equipo de investigación:** Dr. Daniel Jones (coordinador), Dra. Sara Barrón López, Dr. Juan Pedro Alonso y Mg. Santiago Cunial.

## Introducción

Este artículo sintetiza los resultados de un estudio realizado durante el año 2016, cuyo objetivo fue describir y analizar los procesos de adherencia a los tratamientos antirretrovirales (TARV) en personas mayores de 18 años infectadas con VIH.

El estudio apuntó a construir un mapa con los actores significativos implicados en los procesos de adherencia e identificar las dimensiones que intervienen en la continuidad y discontinuidad de los tratamientos. La DSyETS solicitó este estudio para planificar acciones de mejora de la repuesta del sistema de salud en este aspecto de la epidemia.

## Metodología

Se realizó un estudio exploratorio con un enfoque epistemológico interpretativo y una estrategia metodológica cualitativa, basado en entrevistas y grupos de discusión con personas con VIH (mayores de 18 años, actualmente en seguimiento médico y con al menos 6 meses de tratamiento) e integrantes del equipo de salud de instituciones públicas y/o privadas. El estudio se hizo en tres conglomerados urbanos: Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Gran Buenos Aires (GBA) y ciudad de Mar del Plata. Se seleccionó una muestra intencional heterogénea considerando el lugar de residencia, sexo y edad.

Se realizaron 60 entrevistas individuales a personas con VIH (15 en CABA, 15 en Mar del Plata y 30 en GBA): 31 va-

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

## Resultados

### Los inicios del tratamiento

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

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

La condición crónica de la enfermedad no es algo evidente ni del todo comprensible en esos primeros momentos, en los que las personas saben poco del VIH y de las drogas para tratarlo. Cuando el tratamiento empieza a adoptarse muchas personas experimentan los efectos secundarios como un proceso sumamente estresante y desorientador por las alarmas y especulaciones negativas sobre la propia

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

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

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

### Los esquemas prescritos y los observados

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

Algo similar ocurre con los cambios en los esquemas terapéuticos. La mayor parte de las personas entrevistadas se encontraban bajo esquemas



simplificados, pero en sus trayectorias el pasaje a estos regímenes ha supuesto adaptaciones signadas por estrés y malestar. La reducción de tomas, aspecto celebrado por la mayoría de las personas con VIH, no es vista en sí como un facilitador de la adherencia en todos los casos: hay quienes encuentran en dichos cambios más problemas que ventajas. Por ello, en la medida en que el tratamiento les funciona (es efectivo y lo toleran sin mayores problemas), suelen preferir continuar con él, incluso ante la oferta de un esquema más simple.

“Primero, el miedo a que me voy a morir, y que por eso me daban la medicación. El miedo a que mis hijos quedaran solos. Después, el miedo de cómo va repercutir en tu cuerpo, o sea no voy a ser la misma persona, pensaba yo. Como algunos contaban que les dolía el cuerpo, los huesos, que vomitaban y alucinaban. Para estar así, prefería morir. Hasta que me explicó un médico, el que te conté antes, cómo era la enfermedad.”  
*Beatriz, 45 años, GBA*

Algunas personas en tratamiento viven los cambios de esquemas como una experimentación clínica con su cuerpo, resultando problemáticos para su adherencia cuando traen efectos secundarios adversos que no les provocaban los esquemas anteriores. Cuando las decisiones son vistas por las personas con VIH como inconsultas y clínicamente injustificadas, es más común que la conveniencia del tratamiento sea cuestionada y se dude de los supuestos beneficios que conlleva dicho cambio.

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

“Tuve el apoyo de mis hermanas y eso para mí fue muy importante. Así que lo veo como algo muy bueno porque en ese momento que me sentía bastante mal, poder haber contado con ellas fue como un alivio muy importante.”  
*Gabriel, 24 años, CABA*

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

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

dición serológica; d) “sentirse bien” y tener “carga viral indetectable”, que contribuyen a la percepción de que no es necesario seguir ingiriendo fármacos ante tal estado de “altas defensas”; e) las dudas sobre la efectividad de los tratamientos a raíz de los cambios de los fármacos y los efectos secundarios experimentados en el cuerpo.

“Está todo bien, no se me bajan las defensas, estoy tranquilo, ¿por qué sigo tomando tanta medicación? Se supone que esa cantidad tan exagerada de medicación es para que tu cuerpo llegue a los niveles normales de defensas y no tener una carga viral.”  
*Lionel, 26 años, CABA*

Otras situaciones en las que las personas en tratamiento se dan permisos para interrupciones puntuales y acotadas son los eventos sociales, la expectativa de consumir alcohol o drogas, o el reducir efectos secundarios de los ARV en algunos momentos. Las personas que se dan estos permisos tienen la sensación de tener el tratamiento bajo control.

Finalmente, también registramos interrupciones que no tienen que ver con el ánimo, la salud o las decisiones de las personas con VIH, sino con fallas en la provisión de medicamentos (por ejemplo, por eventuales faltantes en el sistema de salud o en una situación de encarcelamiento).

#### La experiencia de estar bajo tratamiento

Las personas con VIH construyen espacios diferenciados para la toma de la medicación antirretroviral en virtud del grado de publicidad de su infección. Para no tomarla en público o frente a personas que lo desconocen,

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

“En un principio me había costado porque las veía, las tomaba y me deprimía. Me decía, “¿por qué tengo que estar tomando esa pastilla yo? ¿Por qué me pasó esto a mí? ¿Por qué?”. Y era como que me sentía mal yo misma. ¿Por qué me pasaba eso? Y veía la pastilla y era como recordarme que tengo eso. Y no quería asumirlo. Entonces era eso lo que más me costaba. Pero hoy es: me acuesto, la mesita de luz, tac, la tomo y ya sigo.”  
*Luisa, 39 años, GBA*

A lo largo del tiempo las personas con VIH otorgan significados heterogéneos y a menudo cambiantes a los momentos de las tomas. Identificamos dinámicas de apropiación de los tratamientos, caracterizadas por un proceso progresivo de normalización

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

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

En forma complementaria a los tratamientos, las personas con VIH despliegan una serie de prácticas de autocuidado (como una dieta saludable, ejercicio físico y prácticas espirituales), consideradas como un eslabón relevante de su adherencia, a las que recurren tanto para sobrellevar los efectos secundarios de la medicación como para reforzar su efectividad y mantener altas las defensas. Las y los especialistas médicos juegan un papel menor como fuentes de información para adoptar estos cambios.

#### Las dimensiones estructurales y colectivas del tratamiento

Para el personal sanitario los principales obstáculos para la adherencia no pueden imputarse a cuestiones ligadas a la voluntad individual de personas en tratamiento sino a condiciones socioeconómicas como la exclusión social y la pobreza. En contextos de alta vulnerabilidad social, la infección por VIH y los tratamientos podrían no ser una prioridad en la vida de las personas, situación que se potencia con barreras específicas, por ejemplo, para la accesibilidad a los servicios de salud.

“Ahora, si yo todo el tiempo estoy pidiendo turnos al doctor para ir a llevar la planilla, llevarla, traerla, ver si vino, si no vino, tu empleador te va a preguntar por qué todas las semanas te pedís un turno. Entonces, estás entre mentir y decir la verdad, y si decís la verdad por ahí peligra tu puesto, porque es la realidad.”  
*Mauricio, 28 años, Mar del Plata*

La falta de apoyo y la discriminación que algunos sufren en su entorno familiar, que los empuja a mantener en secreto su condición serológica y los tratamientos, es otra barrera señalada por el personal de salud. El estigma continúa siendo, como lo demuestran las experiencias de las personas viviendo con el virus, un obstáculo de peso para sobrellevar la infección en el día a día, tanto en el ámbito familiar como en el laboral. Las personas con VIH temen ser discriminadas al conocerse su seropositividad, pero sobre todo destacan las complicaciones para continuar su tratamiento cuando éste implica cortar o perder la jornada laboral (por los desplazamientos a los establecimientos de

salud, los horarios de atención y los tiempos de espera).

Se destaca la heterogeneidad y desigualdad en la oferta de servicios para las personas con VIH, tanto entre distritos (viéndose a la CABA con mejor oferta que la Provincia de Buenos Aires) como entre los subsistemas de salud. Pese a la valoración global positiva de la atención en el subsistema público, el personal sanitario identificó algunas barreras para la adherencia, como los pasos burocráticos para el retiro de la medicación, la falta de recursos para fiscalizar el grado de cumplimiento de los tratamientos y “recuperar” a las personas que abandonaron los controles, y la ausencia de mecanismos institucionales que favorezcan las interconsultas. La cantidad relativamente escasa de profesionales y el tiempo limitado de las consultas también fueron señalados como obstáculos de peso para absorber la demanda y brindar una mejor atención.

“ Mi médico me aconseja, me gusta que no me haga perder las esperanzas. Me motiva, me pone fuerte, me da ganas de seguir, ¿entendés? Por eso hoy yo estoy acá, y hoy ya no lo veo como un doctor a él, ya lo veo como un amigo.”

Marco, 52 años, GBA

La relación médico-paciente es un factor decisivo para los procesos de adherencia, como emerge reiteradamente en las entrevistas. La cordialidad, el interés, la escucha y la comprensión de parte de un/a infectólogo/a que “contiene” son elementos que favorecen seguir el tratamiento. La atención meramente burocrática, la frialdad en el trato y el escaso tiempo e interés dedicados resultarían obstáculos significativos para la adherencia.

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

## Conclusiones

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

Las nociones de adherencia de las propias personas en tratamiento contemplan formas no ortodoxas de cumplir con las indicaciones médicas, prácticas que exceden la ingesta de la medicación y el reconocimiento de otros actores en la gestión de los tratamientos. Para buena parte de las personas entrevistadas saltarse tomas o realizar unos descansos de la medicación no son prácticas percibidas como interrupciones del tratamiento sino como algo inherente a éste, e incluso como un estímulo o condición de posibilidad para sostener los regímenes terapéuticos en el largo plazo. La adherencia, por otra parte, no puede pen-

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

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

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

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

La necesidad de políticas sanitarias integrales para las personas con VIH que contemplen no solo la cobertura de los tratamientos sino su entrega en tiempo y forma, así como la realización de los análisis y seguimientos correspondientes, se hace patente al identificar y explicar los fallos en la adherencia. Finalmente, se perciben como imprescindibles otras políticas sociales para enfrentar situaciones de empobrecimiento, marginalidad y/o discriminación que se erigen como obstáculos de peso para seguir el tratamiento. •

# Prevalencia de VIH, sífilis, hepatitis virales y tuberculosis en personas en contextos de encierro en unidades del Servicio Penitenciario Federal

**Coordinación general:** Patricia Angeleri.

**Investigadores asociados:** Juan Sotelo, Marysol Orlando y Dan Adaszko.

**Equipo de seguimiento de la investigación:** Ariel Adaszko, Julia Recchi, Gabriela Vidiella, Roxana Aquino (DSyETS); Luciana Angueira (Programa Nacional de Control de Tuberculosis y Lepra, Ministerio de Salud de la Nación); Raúl Jacob, José Luis Francos (SPF); Marcelo Vila (OPS/OMS); Carola Lew (UNODC); Emanuel Bonforti; Victoria Alcoba (Ministerio de Justicia y DD.HH de la Nación); Natalia Sosa Loyola (Programa de Salud en Contextos de Encierro, Ministerio de Salud de la Nación.)

**Becarios:** Emanuel Ares, Ana Arévalo, Laura Caporaletti, Martha Ibarra, Teresa Strella y Santiago Ameigeiras.

## Introducción

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

En este marco se propuso realizar la presente investigación, cuyo objetivo general fue determinar la prevalencia de VIH, sífilis y hepatitis B y C y la frecuencia de síntomas respiratorios compatibles con tuberculosis en personas que viven en contextos de encierro en unidades del Servicio Penitenciario Federal (SPF) de la República Argentina.

## Aspectos metodológicos

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

- Complejo Penitenciario Federal I y Complejo Penitenciario Federal IV, Ezeiza, Buenos Aires.
- Complejo Penitenciario Federal II y Complejo Federal de Jóvenes Adultos, Marcos Paz, Buenos Aires.
- Complejo Penitenciario Federal de la Ciudad de Buenos Aires, barrio de Devoto.
- Complejo Penitenciario Federal III – Instituto Federal de Condenados e Instituto Correccional de Mujeres, Salta.
- U.6 Instituto de Seguridad y Resocialización, Chubut.
- U.4 Colonia Penal y U.13 Instituto Correccional de Mujeres, Santa Rosa, La Pampa.

El abordaje se dividió en dos componentes: por un lado, la toma de una muestra de sangre periférica a los internos para realizar determinaciones serológicas relacionadas con los eventos bajo estudio y, en caso de presentar síntomas compatibles con tuberculosis, se procedía a la toma de muestra de esputo para su estudio. Por otra parte se solicitó a los participantes que respondieran una encuesta autoadministrada a través de la cual buscamos caracterizar a la población. A los/as participantes se les solicitó la firma de un consentimiento informado y se explicó la estrategia para resguardar la confidencialidad.

Como parte del estudio se realizó un asesoramiento previo y posterior al test, se efectuó la devolución de los resultados de las pruebas de laboratorio en forma personal a todos los internos y se estableció el contacto con los infectólogos correspondientes para la atención de las personas que hubieran tenido algún resultado positivo. También se estableció un circuito de devolución de resultados para quienes obtuvieron su libertad o fueron trasladados/as a otras unidades penales.



En distintas instancias del trabajo de campo, además de la colaboración de compañeros/as de la DSyETS y del Programa de Salud en Contextos de Encierro, se contó con la participación activa de los equipos locales de cada unidad penal, conformados por trabajadores/as de salud, de seguridad y administrativos.

Además de los fondos provistos por la misma DSyETS, se recibió financiamiento de la Comisión Nacional Salud Investiga (becas Carrillo-Oñativía), ONUSIDA, ONUDC y OPS/OMS.

El proyecto comenzó a pensarse y diseñarse a mediados de 2014; durante 2015 se obtuvo la aprobación del Comité de Ética Central del Ministerio de

Salud de la Provincia de Buenos Aires y se realizaron todos los acuerdos pertinentes con los actores intervinientes; finalmente, el trabajo de campo se realizó entre marzo de 2016 y marzo de 2017.

## Resultados

Se recolectaron 2.181 muestras de sangre y 2.277 encuestas: 2.034 a varones, 228 a mujeres y 15 a personas autopercibidas como trans (12 femeninas y 3 masculinos). La edad promedio fue de 35 años y el 74,1% no había finalizado el secundario como máximo nivel de instrucción. En cuanto a la situación judicial, el 66,4% se encontraba procesado, mientras que el 33,6% restante tenía condena. El 48,2% tenía hasta un año de detención.

Se presenta la estimación puntual de la prevalencia de cada una de las infecciones mencionadas para la población alojada en las unidades del SPF, así como también las estimaciones dentro de intervalos de confianza del 95%, tanto para el conjunto como para una serie de variables seleccionadas. Las prevalencias se expresan en valores porcentuales a partir de la proporción de resultados reactivos sobre el total de pruebas realizadas.

### Sífilis

Se realizó un total de 2.180 pruebas no treponémicas (VDRL<sup>1</sup>) que, si resultaban positivas, eran confirmadas a través de una prueba treponémica (TP-PA<sup>2</sup>). Se consideraron positivas todas aquellas VDRL que presentaron resul-

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

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

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

Podemos pensar en este sentido que una mayor frecuencia en el uso del preservativo entre quienes presentaron resultados positivos en comparación con quienes presentaron resultados negativos puede vincularse con un mayor cuidado de sí mismos para evitar la infección por otra ITS o bien

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

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

### Hepatitis B

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

La prevalencia de hepatitis B crónica en la población carcelaria fue de 0,51% (IC 95%: 0,37%-0,65%). No se hallaron casos de hepatitis B crónica en mujeres ni en población trans. Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo más joven y el más longevo (0,2% y 0,98%, respectivamente). La prevalencia también aumentó ligeramente de acuerdo al nivel educativo y al tiempo de detención. No se registraron casos de hepatitis B crónica en la población que residía fuera del país antes de su detención.

No se registraron casos de hepatitis B crónica entre quienes no usaban preservativo en prácticas sexuales con penetración, en tanto la prevalencia en las personas que lo utilizaban siempre fue de 1,25%. Entre quienes lo usaban siempre para el sexo oral el porcentaje ascendió a 1,48%.

Respecto a la transmisión por vía parenteral se encontró hepatitis B crónica en el 1,33% de quienes habían consumido drogas por vía endovenosa frente al 0,49% de los que no lo habían hecho nunca. Entre los que compartieron el equipo inyectable la prevalencia fue de 3,48%. La prevalencia fue de 0,96% entre quienes solían compartir elementos de afeitado dentro de la unidad de detención.

El 41,7% de quienes dieron reactivo dijo no haber tenido hepatitis B y el 16,5% no sabía si tenía o había tenido la enfermedad. El 23,7% no respondió a esta pregunta y finalmente el 18,1% de quienes tuvieron resultados positivos respondió que tenía hepatitis B.

La prevalencia estimada de anti-HBc positivo y HbsAg negativo fue de 6,1% (IC 95%: 5,5%-6,5%). No se aprecian diferencias estadísticamente significativas por género. En el caso de las personas trans, resultaron reactivas 5 de las 13 pruebas realizadas.

Se aprecian diferencias significativas conforme avanza la edad, pasando del 1,3% en el grupo de hasta 29 años a 13% en el de 40 años o más. Quienes finalizaron o superaron el nivel medio de instrucción registraron el valor más alto en comparación con los otros dos grupos. Resulta muy importante la diferencia entre las personas que antes de estar detenidas residían en el país (5,7%) respecto de aquellas que vivían en el exterior (13,5%).

La prevalencia entre quienes no mantuvieron actividad sexual con otra persona en el último año es levemente mayor a la de quienes sí la tuvieron, aunque la diferencia no es estadísticamente significativa. A su vez, quienes

1 VDRL: Venereal Disease Research Laboratory. Prueba que mide la respuesta de anticuerpos del huésped a antígenos no treponémicos (cardiolipina).

2 TP-PA: T pallidum particle agglutination. Prueba de aglutinación pasiva de partículas de gelatina como soporte sensibilizadas con Treponema pallidum patógeno purificado cepa Nichols.

siempre utilizaron preservativo en sus prácticas sexuales triplicaron la prevalencia respecto del grupo que no lo utilizó nunca.

La prevalencia entre quienes consumieron drogas por vía endovenosa es tres veces mayor a la de quienes no lo habían hecho (17,8% y 5,7%, respectivamente). No se aprecian diferencias significativas entre aquellos que compartieron elementos de afeitado y los que no lo hicieron.

Entre quienes dieron reactivo para anti-HBc solo el 2,7% dijo tener hepatitis B al momento del estudio. El 10,8% manifestó que la había tenido pero se había curado; el 54,1% dijo que no tenía la enfermedad y el 19,5% respondió que no sabía si la había tenido o si la tenía al momento del estudio. (Gráfico 51)

### Hepatitis C

Para la determinación de hepatitis C se utilizaron reactivos de ELISA para la detección cualitativa de anticuerpos específicos en 2.180 muestras de suero, obteniéndose una estimación de la prevalencia de 3,3% (IC 95%: 3%-3,6%). El porcentaje en los varones fue ligeramente superior al de las mujeres (3,4% y 2,5%, respectivamente). En la

población trans se halló un resultado reactivo de 13 pruebas realizadas.

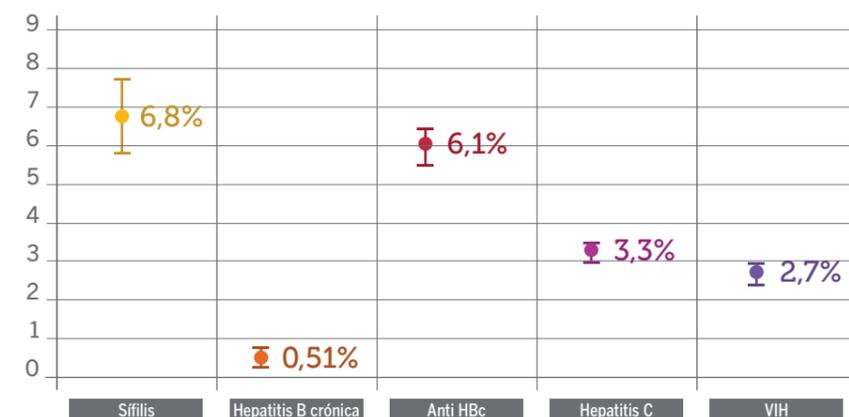
Se observó un pronunciado incremento de la prevalencia conforme avanzaba la edad, pasando de 0,8% en los más jóvenes a 2,3% en el grupo de 30 a 39 años y a 7,1% en los internos de 40 años o más. A su vez, la prevalencia resultó un punto y medio porcentual más alta entre quienes tenían menos de un año de detención en comparación con quienes superaban los tres años. Quienes vivían en la Argentina antes de la detención registraron una prevalencia ligeramente inferior a los que residían en otros países.

Se registró una prevalencia del 7% entre quienes utilizaron siempre el preservativo en el último año frente al 2,9% de los que no solían usarlo nunca. En lo que concierne al sexo oral, la prevalencia entre quienes manifestaron usar siempre el preservativo alcanzaba al 9,8% de las personas.

Teniendo en cuenta que la principal vía de entrada de la infección es la parenteral, la variable de mayor peso en la discriminación de aquellos que se encuentran infectados con hepatitis C es el uso endovenoso de drogas.

## Gráfico 51 Estimaciones puntuales de prevalencia de sífilis, hepatitis B, hepatitis C y VIH con sus respectivos intervalos de confianza (95%).

Personas privadas de su libertad en Unidades del Servicio Penitenciario Federal. Año 2016 (en porcentajes)



Fuente: elaboración propia.

Se hallaba infectado el 28,4% de quienes alguna vez habían realizado esta práctica, frente al 2,2% de los que no lo hicieron nunca. Se incrementan las diferencias para el uso compartido de equipo inyectable, alcanzando una prevalencia del 51,4% entre quienes compartieron este material frente al 13,5% de quienes no lo hacían. A su vez, la prevalencia en las personas que alguna vez fueron sometidas a una cirugía es mucho más alta que entre las que no atravesaron esa práctica (6,4% y 2,8% respectivamente).

El 40,4% de quienes dieron reactivo dijo que no había tenido hepatitis C. El 14,4% respondió que no sabía si la había tenido o la tenía actualmente; el 8,3% indicó que la había tenido pero se había curado y finalmente el 20,9% estaba en conocimiento de tener hepatitis C al momento del estudio.

### VIH

Para la determinación de la infección por VIH se utilizaron reactivos de tipo ELISA de cuarta generación. Sobre 2.181 muestras, la prevalencia estimada fue de 2,7% (IC 95%: 2,4%-3%), con un porcentaje ligeramente superior entre las mujeres (3,9% frente al 2,5% de los varones). Dieron resultados reactivos 4 de las 13 personas trans a las que se les realizaron extracciones de sangre. La prevalencia se incrementó a medida que aumentaba la edad, pasando de 1,3% en los más jóvenes a 4,3% en las personas de 40 años o más. La diferencia entre quienes residían en la Argentina antes de ser detenidos/as y quienes vivían en otros países no es significativa.

El 6,8% de quienes indicaron que utilizaban siempre el preservativo en el sexo con penetración obtuvo resultados reactivos, frente al 1,9% de los que no lo usaban nunca. Respecto del sexo oral, la prevalencia entre quienes lo usaban siempre fue del 7,3% y entre quienes no lo usaban nunca, del 2%.

Como ocurre con la hepatitis C, resulta notable la diferencia entre quienes

realizaron prácticas de consumo endovenoso de drogas en el pasado y los que no lo hicieron. Se halla infectado el 20,2% del primer grupo frente al 1,9% de quienes nunca realizaron esa práctica, elevándose al 44,6% entre quienes compartieron elementos inyectables frente al 4,1% de quienes no lo hicieron. Por su parte, se aprecia una mayor prevalencia entre quienes suelen compartir elementos de afeitado en comparación con aquellos que no lo hacen (3,8% y 2,4% respectivamente).

En el caso del VIH se encontraron los porcentajes más altos de conocimiento de un diagnóstico positivo: el 62% indicó tener la infección; el 14,2% dijo que no la tenía mientras que el 15% respondió que no sabía. Estos dos valores, que suman 29,2%, se corresponden con el 30% de la población general que la DSyETS estima que desconoce su situación serológica positiva.

### Tuberculosis

La estimación de la prevalencia de tuberculosis se llevó a cabo en dos fases. En la primera se buscó identificar a los sintomáticos respiratorios a través de preguntas formuladas en la encuesta. La segunda fase del diagnóstico consistió en una prueba de esputo tomada a quienes manifestaran los síntomas descriptos.

Del conjunto de la muestra, 72 individuos refirieron manifestar los síntomas y solo una persona resultó positiva en la prueba de esputo (mujer de 29 años). Aplicando el diseño muestral, la prevalencia estimada para el total de la población alojada en las unidades del SPF fue de 29,6 cada 100.000 personas (IC 95%: 29,5/100.000 - 29,7/100.000), lo que equivale a una tasa superior a la estimada para la población general de la Argentina (20 de cada 100.000 personas).

Del total de entrevistados, ninguno mencionó tener tuberculosis al momento del estudio pero el 3,5% refirió haberla padecido en el pasado y haberse curado.

## Conclusiones

Se trata del primer estudio a nivel nacional de prevalencia de infecciones en personas en contextos de encierro en unidades del Servicio Penitenciario Federal, en el que se obtuvieron resultados en dos grandes dimensiones.

Por un lado, las prevalencias estimadas como producto del análisis realizado superan a las de la población general.

En relación a la sífilis, la prevalencia estimada fue de 6,8% (IC 95%: 5,8%-7,7%), lo que implica un hallazgo entre 6 a 9 veces mayor a lo reportado en estudios con base poblacional.

Respecto a la hepatitis B, la prevalencia de la infección crónica en la población carcelaria fue de 0,51% (IC 95%: 0,37%-0,65%), valor que se acerca a lo estimado a partir de datos con base poblacional o de bancos de sangre. Por otra parte, la prevalencia estimada de anti-HBc fue de 6,1% (IC 95%: 5,5%-6,5%), valor que triplica los datos obtenidos de las fuentes anteriormente mencionadas.

A partir de las determinaciones para hepatitis C se obtuvo una estimación de la prevalencia del 3,3% (IC 95%: 3%-3,6%) en la población encuestada. Dichos hallazgos triplican la prevalencia encontrada en estudios de base poblacional (en zonas no endémicas) y

bancos de sangre.

En relación al VIH, la prevalencia estimada fue del 2,7% (IC 95%: 2,4%-3%), lo que supera en casi siete veces la prevalencia en la población general del país de acuerdo a estimaciones previamente reportadas.

La estimación de la tasa de tuberculosis encontrada en la población encuestada fue de 29,6 cada 100.000 personas (IC 95%: 29,5/100.000 - 29,7/100.000), resultando un 48% superior a la estimada para la población general de la Argentina (20 cada 100.000 personas).

La otra dimensión de los resultados está vinculada al impacto del desarrollo del estudio en los equipos técnicos y las personas que participaron. Tres aspectos se destacan en este punto: a) fue una investigación en servicios entendiendo a la cárcel como un espacio de gestión que permitiría potencialmente democratizar los modos de producir salud; b) la importancia de apostar no solo a la implementación de una política sino también a avanzar en la definición colectiva de necesidades, modalidades de trabajo, estrategias y metodologías; y c) esta investigación servirá como línea de base para acciones futuras de gestión, prevención, diagnóstico y atención de estas patologías dentro de los contextos de encierro desde una perspectiva de derechos. •



# Consultas y reclamos atendidos por la Dirección de Sida y ETS en 2016

El Área de Derechos Humanos y Sociedad Civil de la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación, creada en el año 2014, tiene como objetivo intervenir en situaciones de vulneración de derechos de las personas con VIH, hepatitis virales e ITS de la Argentina. Entre sus actividades, el área atiende consultas y reclamos vinculados con estos derechos y busca darles respuesta trabajando en articulación con otras áreas del Estado nacional y provincial y con organizaciones sociales -fundamentalmente las redes de personas con VIH y hepatitis virales. La sistematización y análisis de las consultas es de gran importancia para el diseño de políticas públicas y estrategias de abordaje en territorio.

Las consultas llegan al área a través de la derivación de llamados desde la línea Salud Responde (0800 3333 444), llamados al teléfono directo del área, correo electrónico, formulario web, derivaciones de las organizaciones de la sociedad civil o demanda espontánea en el Ministerio de Salud. **En el año 2016 se recibieron y resolvieron un total de 1.086 consultas/reclamos<sup>1</sup>, lo que equivale a un 54% más del total de las consultas de 2015 (704).** Si consideramos las 485 consultas recibidas en 2014, observamos que se han duplicado.

<sup>1</sup> Estas consultas/reclamos fueron recibidas por el Área de Derechos Humanos y Sociedad Civil, sin perjuicio de las que el área resolvió en conjunto con las jurisdicciones de todo el país y las que fueron recibidas en su totalidad por la Línea Salud Responde sobre otros asuntos, o por el resto de las áreas de la Dirección de Sida y ETS.

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

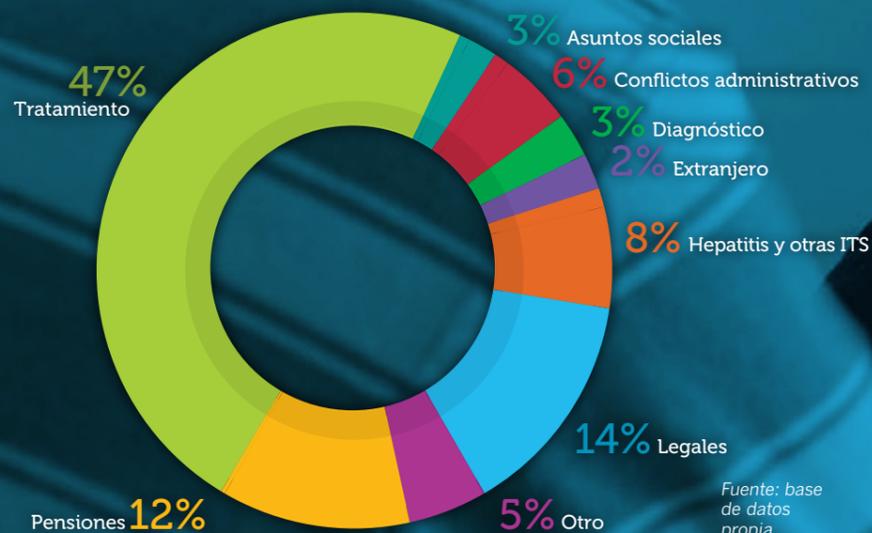
## Análisis de las consultas recibidas

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

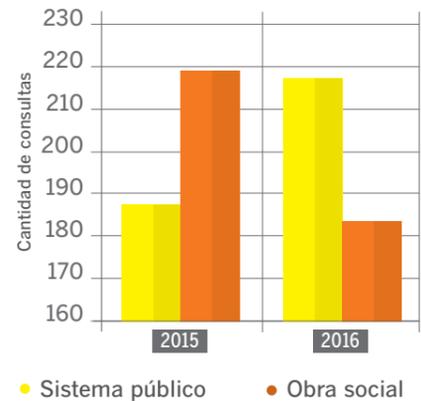
Se detallan a continuación las líneas generales de acción, según el motivo de consulta. (Gráfico 52)

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

Gráfico 52 Distribución de las consultas por motivo. Año 2016

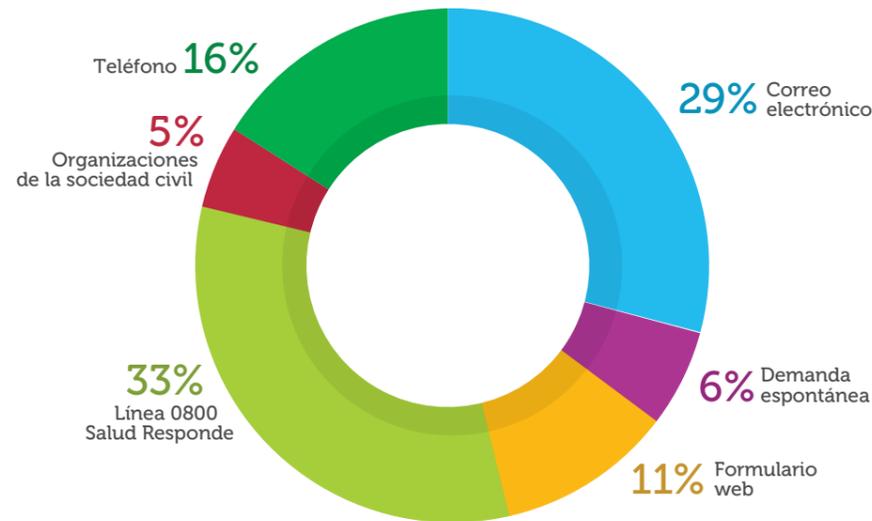


**Gráfico 53** Consultas por acceso al tratamiento según subsistema de salud. Años 2015 y 2016



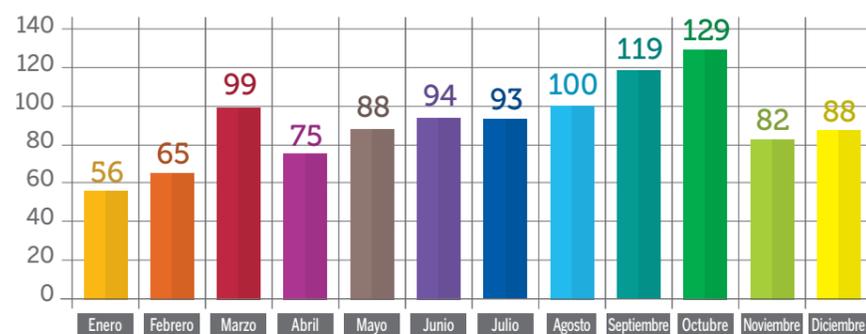
Fuente: base de datos propia.

**Gráfico 54** Distribución de consultas según vía de ingreso. Año 2016



Fuente: base de datos propia.

**Gráfico 55** Cantidad de consultas según mes. Año 2016



Fuente: base de datos propia.

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

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

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

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

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

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

Cuando se deriva al consultante a una agencia del Estado o a organizaciones de la sociedad civil se busca que la derivación sea asistida y cuidada. Esto implica una atención personalizada, respetando la confidencialidad y decisión individual en cada paso del proceso y explicando la razón de la derivación. Por otro lado, como parte de la derivación asistida se busca mantener un contacto con quien la recibe, dando aviso sobre el consultante que se comunicará, explicando el caso y constatando luego la continuidad de la gestión.

## Distribución de las consultas por vía de ingreso

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

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

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

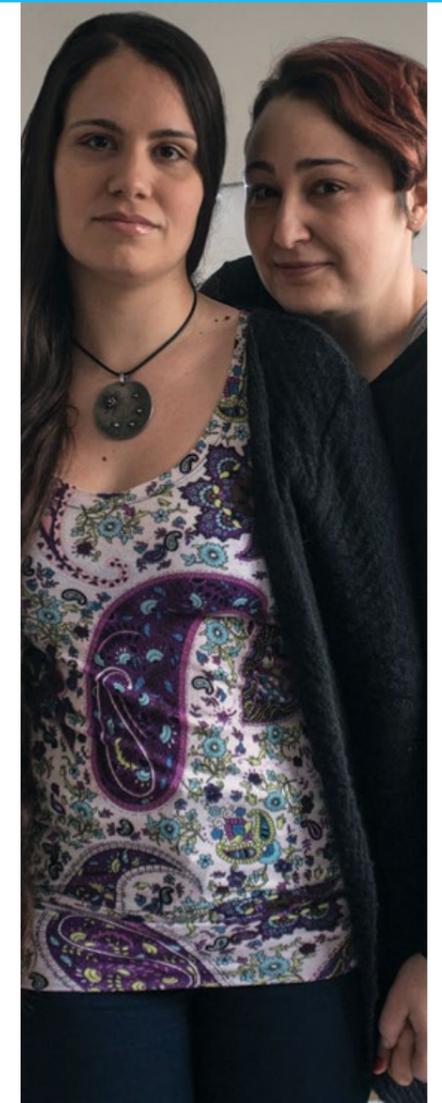
## Distribución de las consultas por jurisdicciones

Del total de casos registrados se observa que las jurisdicciones con mayor volumen de consultas fueron la Provincia de Buenos Aires, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe y Mendoza, en ese orden. Cabe destacar que la provincia de Buenos Aires aumentó un 71% el número de consultas respecto del año anterior. Mendoza, por su parte, duplicó la cantidad de consultas. Del total de consultas recibidas de esta provincia, un 35% corresponde a faltantes de medicamentos. La provincia de Chubut aumentó su número de consultas respecto del año anterior, posiblemente por la realización del En-

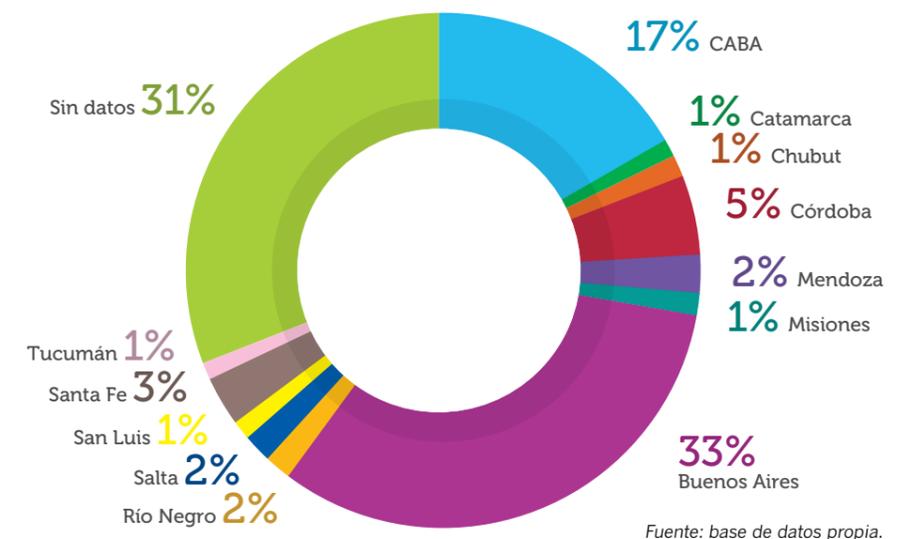
cuentro Provincial de VIH y Derechos Humanos en junio de 2016.

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

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



**Gráfico 56** Distribución de consultas según jurisdicción. Año 2016



Fuente: base de datos propia.

# Más y mejor información: estrategias para la prevención y el diagnóstico

Favorecer el acceso de la población a la información sobre el VIH, ITS y hepatitis virales es uno de los pilares del trabajo de la DSyETS. Entendemos que se trata de uno de los derechos humanos fundamentales y que además garantiza el ejercicio de otros, como el derecho a la salud. En ese sentido, en el último año se continuaron y fortalecieron líneas de trabajo pero también se diseñaron nuevas estrategias para mejorar el acceso a la información vinculada con la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las distintas infecciones.

## Información en la red

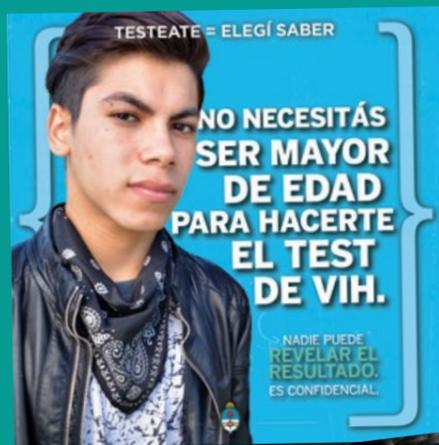
Desde este año está disponible el sitio [www.argentina.gov.ar/hepatitis](http://www.argentina.gov.ar/hepatitis) que ofrece la información principal para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las hepatitis virales. Se trata del primer sitio web oficial que, además, vincula a la población con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

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

## Promoción del testeo

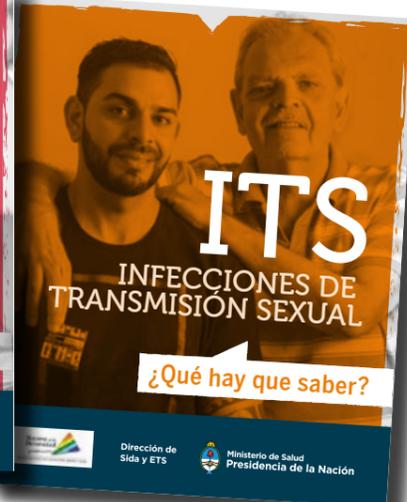
En línea con uno de los ejes estratégicos de la DSyETS, durante 2017 se realizaron dos campañas de promoción del testeo con una estrategia diferente a las de otros años: se diseñaron distintas piezas gráficas que se pusieron a disposición de los programas provinciales y municipales y de las organizaciones de la sociedad civil con el objetivo de compartir y potenciar un único mensaje preventivo en todo el país. La campaña de promoción del testeo de VIH se hizo en el marco del Día Mundial del Test de VIH que se celebra el 27 de junio, bajo el lema "Testeate: elegí saber".

También se puso en marcha la campaña "Hacete el test al menos una vez en la vida", destinada a población general con el objetivo de promover el diagnóstico de hepatitis B y C. Se realizó el 28 de julio en el marco del Día Mundial de las Hepatitis Virales y también se trató de una estrategia comunicacional compartida con los programas provinciales y organizaciones de la sociedad civil que trabajan el tema.



## Planificación conjunta con la sociedad civil

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



## Guías para mejorar la comunicación

Los medios de comunicación y en particular las y los periodistas son actores fundamentales en la misión de brindar información de calidad a diferentes públicos. Por eso desarrollamos una serie de guías que tienen como objetivo ofrecer recomendaciones para el tratamiento periodístico de temas como el VIH, ITS y hepatitis virales. Las guías buscan además proporcionar una capacitación inicial en temas que son muy específicos y merecen un cuidado especial por parte de los medios de comunicación y los profesionales que trabajan en ellos. A la guía "Cómo informar sobre VIH y sida", que fue escrita y publicada en los últimos años, sumamos en 2017 la guía "ABC de las hepatitis virales. Información y fuentes de consulta para una mejor comunicación", dirigida también a comunicadores y profesionales de prensa. Ambos materiales están disponibles en [www.salud.gov.ar/sida](http://www.salud.gov.ar/sida).

## Campañas en redes sociales

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



Podés contactarte con el Área de Comunicación de la DSyETS llamando al 011-4379-9000 interno 4060 o por email a [direcciondesida@gmail.com](mailto:direcciondesida@gmail.com)

# Indicadores de gestión de VIH, ITS y hepatitis virales

Como parte de la respuesta al VIH, las ITS y las hepatitis virales, la Dirección de Sida y ETS (DSyETS) y el Programa Nacional de Control de las Hepatitis Virales distribuyen insumos tanto para la prevención como para el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de estas infecciones. A continuación se describen algunos indicadores que se utilizan para monitorear la gestión y evolución de estos insumos y en la **Tabla 18 del anexo** puede consultarse el dinero en insumos transferido a las provincias. Además, se detalla el proceso de migración del sistema de gestión de pacientes (SVIH) al nuevo entorno del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA) y las funcionalidades que este incorpora.

## Indicadores de la prevención

En relación a la prevención, se presentan indicadores que dan cuenta de la distribución de preservativos y los lugares en los que se pueden retirar en forma gratuita, así como de las unidades de leche de inicio entregadas a las instituciones de salud para prevenir la transmisión perinatal del VIH a través de la lactancia.

La cantidad de preservativos que la DSyETS distribuyó mensualmente a las provincias a lo largo de la última década ha sido fluctuante, con un promedio mensual de 712.565 en 2007, llegando a 1.888.320 durante el primer semestre de 2017. (**Gráfico 57**)

En las provincias y en la CABA las personas pueden acceder a los preservativos mediante la entrega en mano (durante una consulta médica, en eventos o en campañas de promo-

**Gráfico 57** Promedio mensual de preservativos entregados por la DSyETS según año de distribución, Argentina (2007-2017)



\*Promedio mensual estimado para el año 2017.

ción de este recurso preventivo) y también retirándolos en punto fijos situados en instituciones de salud, clubes, organismos públicos, organizaciones de la sociedad civil, locales de esparcimiento, entre otros lugares.

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

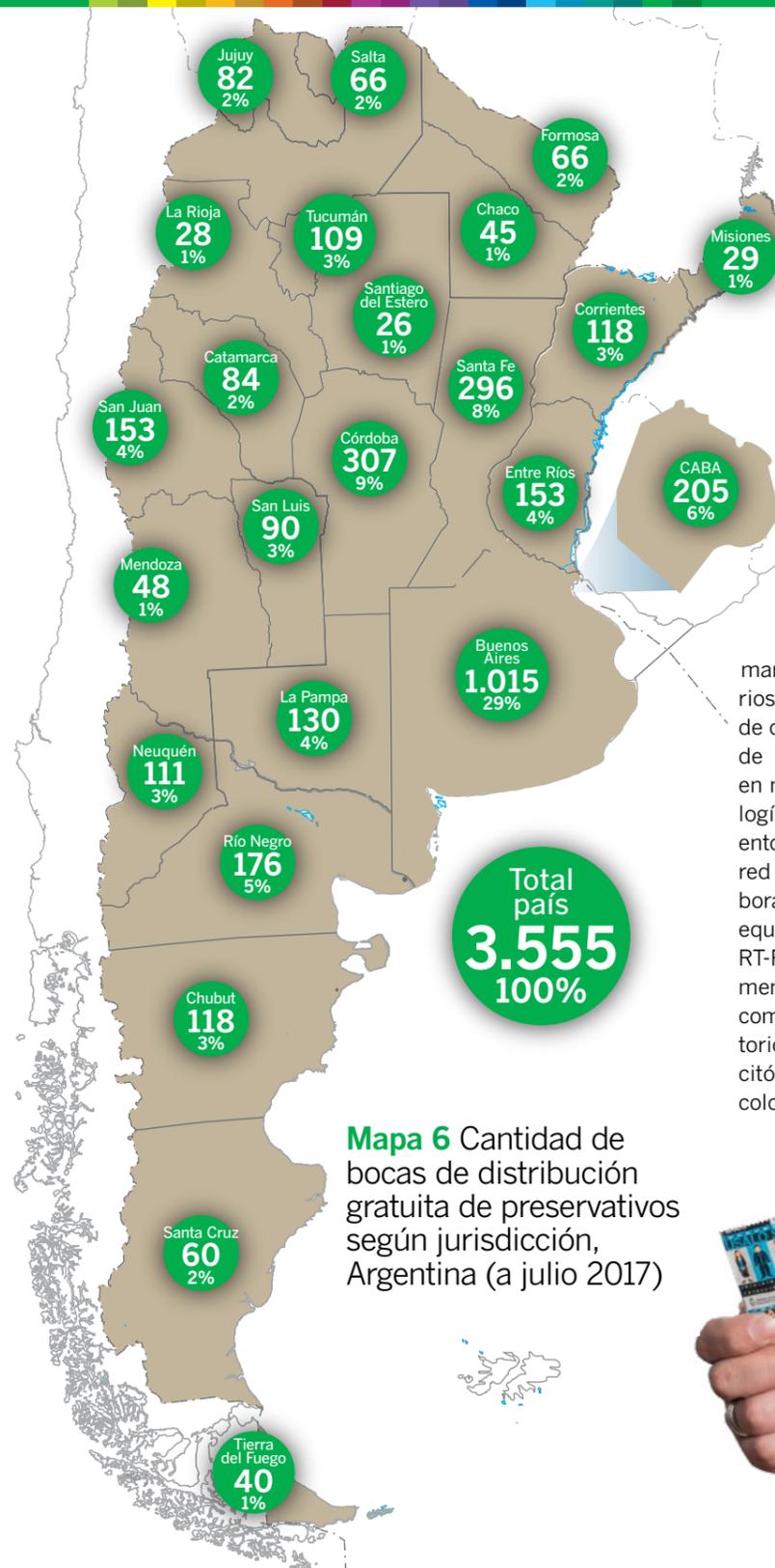
Por otro lado, como parte de la estrategia de prevención de la transmisión perinatal del VIH, la DSyETS distribuye leche de inicio para que las mujeres con VIH puedan disponer de este recurso hasta los seis meses de vida de sus bebés. En 2016 se entregaron 24.854 unidades por un total de \$1.217.846,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

## Indicadores de diagnóstico y seguimiento

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

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

Respecto al diagnóstico y al seguimiento por laboratorio, la DSyETS entrega determinaciones para la realización de estudios que permitan conocer si una persona tiene VIH, sífilis o gonorrea y también, para el caso del VIH, conocer el estado de progresión de la infección y la respuesta al tratamiento.



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

En el año 2012 se incorporó a la órbita de la DSyETS el Programa Nacional de Control de las Hepatitis Virales, por lo tanto desde ese año se distribuyen determinaciones para el diagnóstico y seguimiento de este tipo de hepatitis.

Durante 2016 se entregó a las jurisdicciones (programas provinciales y otros organismos dependientes de la Nación) un total de 912.800 determinaciones para el tamizaje serológico de VIH, además de 136.700 pruebas rápidas. Asimismo, se entregaron 1.218.300 determinaciones para el diagnóstico y seguimiento de sífilis (tipo VDRL y TP-PA) y 38.400 para el diagnóstico de gonorrea.

Para el seguimiento de la infección por VIH se distribuyeron 122.016 determinaciones para CD4 y carga viral y 1.800 para estudios de resistencia a antirretrovirales por secuenciación.

En 2017 terminó de conformarse la nueva red de laboratorios prestadores de estudios de carga viral de VIH, luego de haberse discontinuado en marzo de 2015 la tecnología que se utilizaba hasta entonces (b-DNA). La nueva red está integrada por 25 laboratorios que cuentan con equipos para la realización de RT-PCR. Esta red se complementa con la de citometría, compuesta por 21 laboratorios equipados con citómetros de cuatro colores.





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

- 1 HOSPITAL SEÑOR DEL MILAGRO SALTA  
• Salta
- 2 LABORATORIO DE REFERENCIA DE VIH-SIDA TUCUMÁN  
• Santiago del Estero  
• Tucumán  
• Catamarca  
• La Rioja  
• Jujuy
- 3 LABORATORIO CENTRAL DE CORRIENTES  
• Formosa  
• Corrientes  
• Chaco
- 4 LABORATORIO DE ALTA COMPLEJIDAD DE MISIONES  
• Misiones
- 5 HOSPITAL RAWSON DE SAN JUAN  
• San Juan
- 6 HOSPITAL CENTRAL DE MENDOZA  
• Mendoza
- 7 LABORATORIO CENTRAL DE CÓRDOBA  
• Entre Ríos (Paraná + Concordia)  
• La Pampa  
• San Luis  
• Córdoba

- 8 HOSPITAL CEMAR DE ROSARIO  
• Santa Fe
- 9 HOSPITAL CASTRO RENDÓN DE NEUQUÉN  
• Neuquén
- 10 HOSPITAL ZONAL DE TRELEW  
• Chubut
- 11 HOSPITAL ZONAL USHUAIA  
• Tierra del Fuego
- 12 INSTITUTO MALBRÁN  
• Río Negro Viedma + Bariloche + San Antonio Oeste  
• Santa Cruz  
• RS X - Bs. As.  
• RS III - Bs. As.
- 13 INBIRS - UBA  
• Entre Ríos (Gualedguichú + Concepción del Uruguay)  
• Hospital Rivadavia Ambulatorios  
• SENNAF  
• Río Negro Valle
- 14 CENTRO PROVINCIAL DE REFERENCIA DE LA PLATA  
• RS II  
• RS III  
• RS IV  
• RS IX  
• RS X  
• RS XI
- 15 HOSPITAL HIGA ALENDE RS VIII  
• RS VIII
- 16 HOSPITAL PENNA DE BAHÍA BLANCA RS I  
• RS I
- 17 HOSPITAL PETRONA CORDERO RS V  
• RS V
- 18 HOSPITAL EVITA DE LANÚS RS VI  
• RS VI
- 19 HOSPITAL POSADAS RS XII  
• RS VII  
• RS XII
- 20 HOSPITAL PAROISSIEN LA MATANZA RS XII  
• Hospital Paroissien
- 21 HOSPITAL MUÑIZ CABA  
• Muñiz  
• Penna  
• Piñeyro  
• Pirovano  
• Santojanni  
• Udaondo  
• Velez Sarsfield  
• Sardá
- 22 HOSPITAL FERNÁNDEZ CABA  
• Rivadavia Internados  
• Hospital Fernández
- 23 HOSPITAL RAMOS MEJÍA CABA  
• Tornú  
• Hospital Ramos Mejía
- 24 HOSPITAL ARGERICH CABA  
• Argerich
- 25 HOSPITAL DURAND CABA  
• Durand  
• Álvarez  
• Zubizarreta  
• Centros de Prevención, asesoramiento y diagnóstico de VIH

En el **Mapa 7** se muestra la ubicación de los laboratorios prestadores de carga viral y sus lugares de cobertura.

En cuanto a las hepatitis, durante 2016 se distribuyeron 251.808 determinaciones para serología de hepatitis B (ELISA HBsAg, ELISA anti-HBc, ELISA anti-BHc IgM y ELISA anti-HBs) y 69.696 de hepatitis C (ELISA anti-VHC). En la **Tabla 17** y **Tabla 28 del anexo** se detallan las cantidades por determinación y por provincia.

Para la confirmación del diagnóstico y seguimiento del tratamiento se distribuyeron, en 2016, 2.450 determinaciones

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

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

## Indicadores de personas en tratamiento con antirretrovirales

La DSyETS estima la cantidad de personas con VIH en tratamiento en el subsistema público de salud en base al consumo de medicamentos. Para 2016 se estimó un total de 46.518 personas, de las cuales el 76% retiraba su medicación en

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

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

## Implementación del SVIH en el SISA

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

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

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

Otro cambio es la simplificación del ingreso de los datos de los resultados de los estudios, pudiéndose hacer ahora una importación de datos en forma masiva. El objetivo es que los usuarios puedan acceder a una historia clínica con los datos necesarios para el seguimiento de los pacientes en forma ágil

**Tabla 10** Cantidad estimada de personas con VIH en tratamiento ARV, Argentina (2016)

Jurisdicción	Personas en TAR estimadas por la DSyETS
Buenos Aires	13.207
CABA	14.030
Catamarca	178
Chaco	485
Chubut	697
Córdoba	3.224
Corrientes	621
Entre Ríos	793
Formosa	181
Jujuy	567
La Pampa	201
La Rioja	267
Mendoza	1.062
Misiones	665
Neuquén	571
Río Negro	487
Salta	1.425
San Juan	307
San Luis	355
Santa Cruz	143
Santa Fe	3.309
Santiago del Estero	470
Tierra del Fuego	158
Tucumán	885
Otros*	2.230
TOTAL	46.518

\* Incluye el SPF, SPB, Hospital Posadas, Hospital Sommer y Hospital de Clínicas.

y que los efectores que generan esta información vean simplificado el trabajo.

El sistema cuenta ahora con una central de reportes que permite a los responsables de gestionar los recursos distribuidos por DSyETS obtener información muy valiosa, ya sea con el uso de informes prediseñados como a través de la definición del universo de personas sobre las que se quiere conocer determinada variable. Así, por ejemplo, se puede conocer el consumo de determinado fármaco, la distribución por sexo de una población, las personas con resultados de carga viral dentro de un determinado grupo de valores, entre otros datos.

La migración de la base de datos a la nueva plataforma comprendió mejoras que hacen foco especialmente en los usuarios, de forma tal que resulte una herramienta útil tanto para la atención de las personas con VIH como para la gestión de los responsables de los programas jurisdiccionales. •

**Tabla 11** Casos y tasas de VIH por 100.000 habitantes por provincia, Argentina (2006-2015)

		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014*	2015*	Tendencia
<b>Total País</b>	TASA	15,5	14,7	16,7	16,7	17,2	16,9	16,3	16,1	13,7	12,9	—
	CASOS	6.027	5.792	6.641	6.688	7.003	6.974	6.782	6.800	5.861	5.578	—
Buenos Aires	TASA	18,3	16,8	18,0	16,4	15,0	14,6	13,0	12,2	10,4	9,1	—
	CASOS	2.712	2.511	2.713	2.496	2.357	2.322	2.091	1.993	1.713	1.513	—
CABA	TASA	33,1	31,2	34,7	42,0	45,8	42,2	38,3	37,1	30,6	29,5	—
	CASOS	1.002	948	1.056	1.280	1.387	1.281	1.164	1.130	932	901	—
Catamarca	TASA	7,8	6,6	3,3	9,8	5,3	9,7	11,2	10,0	11,2	17,4	—
	CASOS	29	25	13	39	20	37	43	39	44	69	—
Chaco	TASA	4,7	4,4	7,1	7,4	8,3	8,7	10,0	12,7	4,1	1,3	—
	CASOS	49	46	75	79	90	95	111	142	46	15	—
Chubut	TASA	14,6	21,7	21,1	15,5	18,5	25,8	20,9	23,8	17,4	19,4	—
	CASOS	66	99	97	72	95	135	112	130	97	110	—
Córdoba	TASA	14,0	13,7	16,6	18,2	19,1	16,9	17,4	17,3	15,5	13,1	—
	CASOS	458	453	554	614	645	578	600	605	548	468	—
Corrientes	TASA	7,0	7,0	6,9	7,5	8,7	7,9	8,7	10,2	9,4	10,7	—
	CASOS	69	70	70	77	89	81	90	107	100	114	—
Entre Ríos	TASA	7,4	6,8	8,8	7,6	12,9	14,2	12,5	13,9	9,5	10,9	—
	CASOS	91	85	111	96	162	180	160	180	124	144	—
Formosa	TASA	5,5	3,2	5,2	3,1	6,2	5,9	8,4	11,6	3,1	11,0	—
	CASOS	29	17	28	17	34	33	47	66	18	64	—
Jujuy	TASA	14,7	13,6	16,5	16,8	17,4	15,2	19,7	23,5	21,6	22,0	—
	CASOS	97	91	112	116	119	105	138	167	155	160	—
La Pampa	TASA	5,5	5,8	8,7	10,4	11,0	15,4	11,7	21,4	15,0	16,6	—
	CASOS	18	19	29	35	36	51	39	72	51	57	—
La Rioja	TASA	15,6	14,1	12,6	16,9	18,1	15,5	9,9	18,7	17,4	11,1	—
	CASOS	51	47	43	59	62	54	35	67	63	41	—
Mendoza	TASA	6,9	8,9	13,9	11,8	14,6	15,4	15,0	16,7	16,0	16,8	—
	CASOS	117	152	240	207	259	276	273	307	298	316	—
Misiones	TASA	15,3	12,3	11,0	12,3	12,2	10,7	16,7	10,1	7,3	2,2	—
	CASOS	160	131	119	135	136	121	191	117	86	26	—
Neuquén	TASA	17,0	17,1	19,9	15,1	19,2	20,5	17,4	13,1	19,7	17,6	—
	CASOS	90	92	109	84	110	119	103	79	120	109	—
Río Negro	TASA	11,5	10,3	18,4	12,2	13,4	13,5	15,4	17,8	13,8	16,0	—
	CASOS	68	61	110	73	87	89	103	121	95	112	—
Salta	TASA	13,8	12,5	17,4	18,2	19,9	23,0	20,7	18,4	20,9	18,2	—
	CASOS	163	150	213	227	246	289	264	238	275	243	—
San Juan	TASA	7,4	6,1	10,1	12,2	8,5	13,3	14,6	14,0	11,8	13,0	—
	CASOS	50	42	70	86	59	94	104	101	86	96	—
San Luis	TASA	9,3	10,0	7,1	12,7	9,9	10,9	14,9	19,6	12,1	14,3	—
	CASOS	39	43	31	57	44	49	68	91	57	68	—
Santa Cruz	TASA	12,9	18,9	12,0	20,4	22,5	20,4	20,8	14,2	21,5	20,3	—
	CASOS	28	42	27	47	62	58	61	43	67	65	—
Santa Fe	TASA	9,2	9,4	11,9	13,0	14,0	13,1	13,3	14,1	9,8	8,9	—
	CASOS	295	304	387	423	457	431	440	471	331	301	—
Santiago del Estero	TASA	4,5	6,2	7,4	6,4	6,4	9,6	5,2	3,6	7,0	8,9	—
	CASOS	38	53	64	56	56	85	47	33	64	83	—
Tierra del Fuego	TASA	18,5	22,0	16,6	16,9	23,5	37,6	24,3	28,5	23,6	23,6	—
	CASOS	22	27	21	22	31	51	34	41	35	36	—
Tucumán	TASA	9,9	9,5	12,6	10,4	14,4	13,8	18,5	17,9	16,7	16,2	—
	CASOS	142	138	186	156	215	208	283	278	262	258	—
Desconocido	CASOS	144	146	163	135	145	152	181	182	194	209	—

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

**Tabla 12** Tasas específicas de VIH por 100.000 habitantes según sexo y región, Argentina (2006-2015)

Varones	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014*	2015*	Tendencia
AMBA	29,0	28,0	29,5	31,4	32,3	29,7	25,6	23,9	20,9	20,8	—
Centro	17,2	16,6	19,4	20,4	19,8	20,8	20,3	20,5	17,4	15,3	—
NOA	12,6	12,8	16,0	15,7	18,2	20,1	20,6	21,9	21,5	23,2	—
NEA	9,2	8,2	8,8	10,0	11,5	10,7	14,8	14,3	8,3	7,7	—
Cuyo	12,1	12,7	16,9	17,6	18,0	19,6	20,5	22,6	21,7	21,3	—
Patagonia	17,1	18,0	20,7	17,8	22,2	24,9	22,5	23,7	22,7	22,2	—
Mujeres	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014*	2015*	Tendencia
AMBA	17,3	14,9	16,5	14,5	13,9	11,9	10,0	9,6	7,6	6,3	—
Centro	9,3	8,7	10,3	10,2	10,4	9,9	10,5	10,5	7,4	6,0	—
NOA	8,3	7,2	9,4	9,6	10,0	10,6	11,9	9,3	11,1	9,6	—
NEA	7,9	6,3	7,1	6,6	7,1	6,6	8,1	7,9	4,4	3,3	—
Cuyo	4,5	5,4	7,1	7,7	8,2	9,3	8,4	11,0	7,9	8,9	—
Patagonia	9,0	12,1	13,6	10,9	11,9	15,1	12,8	13,6	12,3	14,0	—
Ambos sexos	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014*	2015*	Tendencia
AMBA	23,0	21,2	22,8	22,7	22,8	20,5	17,5	16,5	14,0	13,3	—
Centro	13,1	12,6	14,7	15,2	15,0	15,2	15,3	15,4	12,3	10,5	—
NOA	10,4	10,0	12,7	12,6	14,1	15,3	16,2	15,6	16,3	16,3	—
NEA	8,5	7,3	7,9	8,3	9,3	8,7	11,4	11,1	6,3	5,5	—
Cuyo	8,2	9,0	12,0	12,6	13,0	14,3	14,4	16,7	14,7	15,0	—
Patagonia	13,1	15,0	17,1	14,4	17,1	20,0	17,6	18,6	17,5	18,1	—

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

**Tabla 13** Tasa VIH por 100.000 habitantes según región sanitaria de la provincia de Buenos Aires (2006-2015)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014*	2015*	Tendencia
Provincia de Buenos Aires	18,3	16,8	18,0	16,4	15,0	14,6	13,0	12,2	10,4	9,1	///
Región Sanitaria I	7,5	4,6	8,2	7,3	5,1	9,4	9,9	11,0	10,9	11,2	///
Región Sanitaria II	2,3	2,3	2,9	2,6	2,3	2,9	1,9	2,2	3,2	2,2	///
Región Sanitaria III	6,7	7,5	6,7	11,3	8,3	8,6	10,9	12,9	5,8	10,5	///
Región Sanitaria IV	4,8	4,4	4,9	4,9	7,3	5,4	7,5	5,5	5,8	3,8	///
Región Sanitaria V	14,6	13,9	14,1	12,1	13,3	11,5	11,6	10,6	7,2	7,0	///
Región Sanitaria VI	22,8	19,4	22,2	19,9	18,4	17,1	11,7	12,3	11,4	11,4	///
Región Sanitaria VII	15,1	15,4	16,2	14,2	12,9	11,8	12,1	9,7	8,1	7,0	///
Región Sanitaria VIII	26,1	19,0	20,0	18,8	11,8	14,0	12,5	12,6	10,5	9,1	///
Región Sanitaria IX	7,5	6,1	3,2	3,5	3,5	5,1	5,7	3,5	0,9	0,9	///
Región Sanitaria X	8,0	5,2	5,1	4,8	5,0	11,3	13,9	6,9	3,3	3,3	///
Región Sanitaria XI	12,7	14,1	16,6	16,9	16,8	16,0	18,8	15,8	13,8	7,9	///
Región Sanitaria XII	24,4	22,2	23,0	18,6	15,1	11,8	8,4	7,0	8,3	5,7	///

FUENTE: Total de casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica en el período analizado. N=24.134  
\* Años no cerrados por retraso en la notificación.

**Tabla 14** Tasa de VIH por 100.000 habitantes en los 24 partidos del Gran Buenos Aires (2006-2015\*)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014*	2015*	Tendencia
GBA	19,6	17,9	18,9	16,5	15,8	14,0	11,4	10,5	9,2	8,6	///
Almirante Brown	13,5	15,8	18,5	15,8	19,0	11,6	9,9	9,3	8,4	7,3	///
Avellaneda	29,2	28,0	22,8	23,7	17,6	19,6	15,5	15,5	14,9	13,4	///
Berazategui	18,6	12,4	17,8	15,5	19,9	18,8	9,0	3,5	5,3	5,8	///
Esteban Echeverría	13,6	12,3	45,6	23,9	15,0	12,0	6,9	10,5	6,6	5,9	///
Ezeiza	33,1	19,3	14,6	8,1	12,9	13,6	13,7	12,7	5,4	5,2	///
Florencio Varela	18,2	16,3	15,2	17,1	15,5	12,4	13,2	13,4	13,8	15,8	///
General San Martín	16,4	17,8	15,8	12,0	17,2	12,2	16,9	12,8	8,1	6,6	///
Hurlingham	11,4	18,1	14,7	15,7	13,1	14,1	9,7	5,4	6,4	5,8	///
Ituzaingó	18,1	9,0	11,3	11,2	11,2	5,3	5,8	5,8	4,0	6,3	///
José C. Paz	17,1	22,8	19,7	18,3	19,1	11,4	15,6	11,8	7,4	10,4	///
La Matanza	24,4	22,2	23,0	18,6	15,1	11,8	8,4	7,0	8,3	5,7	///
Lanús	34,7	27,0	23,5	24,0	22,0	20,3	12,5	14,0	10,8	10,8	///
Lomas de Zamora	28,5	25,7	27,5	25,8	24,3	19,9	15,6	15,9	11,9	12,6	///
Malvinas Argentinas	11,7	8,7	4,9	6,4	10,2	12,2	8,4	10,1	5,3	7,0	///
Merlo	16,0	15,4	16,1	13,1	13,4	13,4	15,6	12,5	12,1	8,8	///
Moreno	16,9	20,0	17,2	15,7	15,2	11,7	16,7	12,3	9,6	7,4	///
Morón	15,2	16,8	18,0	15,6	14,2	11,7	10,2	7,1	5,0	5,6	///
Quilmes	19,0	13,6	16,3	17,7	13,8	21,9	8,6	12,9	18,1	17,9	///
San Fernando	20,6	25,5	19,1	20,9	16,4	12,7	10,8	12,5	8,3	15,3	///
San Isidro	17,9	10,4	13,7	10,7	11,5	14,9	8,5	12,9	10,2	4,4	///
San Miguel	15,4	10,5	14,3	9,8	14,4	10,3	9,5	10,5	6,2	5,1	///
Tigre	16,4	17,1	14,5	12,9	14,9	12,7	12,4	8,6	5,1	7,1	///
Tres de Febrero	12,7	13,9	13,9	11,6	9,3	10,2	7,6	7,6	6,4	7,3	///
Vicente López	12,6	10,5	14,8	10,2	13,2	15,5	15,1	10,7	10,0	10,4	///

FUENTE: Total de casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica en el período analizado. N= 10.475  
\* Años no cerrados por retraso en la notificación.

**Tabla 15** Lugar de residencia de las personas con diagnóstico de VIH según provincia, Argentina (2008-2016)

	2008-2010	2011-2013	2014-2016*	Variación 2008-2016
<b>País</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	
	<b>20.332</b>	<b>20.556</b>	<b>15.384</b>	
Buenos Aires	37,2%	31,2%	27,2%	↓ 26,9%
CABA	18,3%	17,4%	14,7%	↓ 19,8%
Catamarca	0,4%	0,6%	1,1%	↑ 201,0%
Chaco**	1,2%	1,7%	0,5%	↓ 62,1%
Chubut	1,3%	1,8%	1,9%	↑ 48,2%
Córdoba	8,9%	8,7%	9,0%	↑ 0,9%
Corrientes	1,2%	1,4%	2,0%	↑ 75,3%
Entre Ríos	1,8%	2,5%	2,5%	↑ 35,0%
Formosa	0,4%	0,7%	0,9%	↑ 137,6%
Jujuy	1,7%	2,0%	2,9%	↑ 70,6%
La Pampa	0,5%	0,8%	1,1%	↑ 131,3%
La Rioja**	0,8%	0,8%	0,7%	↓ 11,4%
Mendoza	3,5%	4,2%	5,6%	↑ 62,5%
Misiones	1,9%	2,1%	1,1%	↓ 40,7%
Neuquén	1,5%	1,5%	2,1%	↑ 43,9%
Río Negro	1,3%	1,5%	2,0%	↑ 52,7%
Salta	3,4%	3,8%	4,9%	↑ 44,1%
San Juan	1,1%	1,5%	1,8%	↑ 69,7%
San Luis	0,6%	1,0%	1,3%	↑ 101,2%
Santa Cruz	0,7%	0,8%	1,2%	↑ 85,6%
Santa Fe	6,2%	6,5%	5,2%	↓ 16,3%
Santiago del Estero	0,9%	0,8%	1,2%	↑ 36,7%
Tierra del Fuego	0,4%	0,6%	0,7%	↑ 87,5%
Tucumán	2,7%	3,7%	5,0%	↑ 81,8%

FUENTE: Total de casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica en el período analizado. N=56.272

\* Años no cerrados por retraso en la notificación.

\*\* La diferencia en el área de gráfico se debe al redondeo de valores calculados.

**Tabla 16** Lugar de residencia de las personas con diagnóstico de VIH según región sanitaria de la provincia de Buenos Aires (2008-2016)

	2008-2010	2011-2013	2014-2016*	Evolución 2008-2016
<b>Provincia de Buenos Aires</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	
	<b>7.566</b>	<b>6.406</b>	<b>4.183</b>	
Región Sanitaria I**	1,8%	3,1%	4,4%	↑ 144,3%
Región Sanitaria II	0,3%	0,3%	0,5%	↑ 43,2%
Región Sanitaria III	0,9%	1,3%	1,8%	↑ 99,8%
Región Sanitaria IV	1,3%	1,7%	2,0%	↑ 59,9%
Región Sanitaria V	16,3%	17,0%	15,3%	↓ 6,1%
Región Sanitaria VI	29,8%	24,8%	29,3%	↓ 1,5%
Región Sanitaria VII	12,9%	12,1%	10,7%	↓ 17,1%
Región Sanitaria VIII	7,7%	7,2%	7,6%	↓ 1,6%
Región Sanitaria IX	0,4%	0,7%	0,3%	↓ 37,8%
Región Sanitaria X	0,6%	1,5%	0,7%	↑ 27,4%
Región Sanitaria XI	7,7%	9,6%	7,2%	↓ 6,8%
Región Sanitaria XII	11,1%	8,0%	8,3%	↓ 24,9%

FUENTE: Total de casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica en el período analizado. N= 18.155

\* Años no cerrados por retraso en la notificación.

\*\* La diferencia en el área de gráfico se debe al redondeo de valores calculados.

**Tabla 17** Razón hombre/mujer de VIH por años de diagnóstico agrupados según provincia, Argentina (2008-2016)

	2008-2010	2011-2013	2014-2016*	Variación
<b>País</b>	<b>1,9</b>	<b>2,1</b>	<b>2,4</b>	↑ <b>27,5%</b>
Buenos Aires	1,5	1,7	2,0	↑ 38,3%
CABA	3,1	3,4	4,8	↑ 55,8%
Catamarca	1,3	1,7	1,7	↑ 35,1%
Chaco	2,9	2,2	3,1	↑ 8,5%
Chubut	1,5	1,3	1,9	↑ 31,6%
Córdoba	2,6	2,3	2,5	↓ 4,7%
Corrientes	1,5	2,4	2,4	↑ 56,6%
Entre Ríos	1,7	2,3	1,9	↑ 9,6%
Formosa	1,1	2,0	1,7	↑ 60,4%
Jujuy	1,5	1,6	1,9	↑ 26,1%
La Pampa	1,6	1,5	1,4	↓ 10,7%
La Rioja	1,3	1,3	2,0	↑ 54,4%
Mendoza	2,6	2,7	2,7	↑ 4,1%
Misiones	1,0	1,2	1,5	↑ 44,0%
Neuquén	2,1	2,5	2,1	↑ 1,1%
Río Negro	1,5	2,0	1,3	↓ 14,1%
Salta	1,5	1,6	2,0	↑ 33,3%
San Juan	2,2	1,7	2,6	↑ 17,5%
San Luis	2,1	1,6	1,9	↓ 12,7%
Santa Cruz	1,5	1,3	1,8	↑ 16,4%
Santa Fe	1,7	1,7	2,5	↑ 47,2%
Santiago del Estero	1,2	1,3	1,4	↑ 11,1%
Tierra del Fuego	2,2	1,9	2,9	↑ 30,3%
Tucumán	2,6	2,9	2,8	↑ 6,2%

FUENTE: Total de casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica en el período analizado. N=56.272

\* Años no cerrados por retraso en la notificación.

**Tabla 18** Razón hombre/mujer de VIH por años de diagnóstico agrupados según región sanitaria de la provincia de Buenos Aires, Argentina (2008-2016)

	2008-2010	2011-2013	2014-2016*	Variación 2008-2016
<b>Provincia de Buenos Aires</b>	<b>1,5</b>	<b>1,7</b>	<b>2,0</b>	↑ <b>38,3%</b>
Región Sanitaria I	1,3	2,2	2,6	↑ 103,6%
Región Sanitaria II	1,2	1,8	3,8	↑ 217,3%
Región Sanitaria III	1,5	1,7	2,2	↑ 49,7%
Región Sanitaria IV	1,1	1,3	2,0	↑ 87,8%
Región Sanitaria V	1,7	1,8	2,7	↑ 66,6%
Región Sanitaria VI	1,3	1,7	1,7	↑ 30,2%
Región Sanitaria VII	1,5	1,8	2,1	↑ 46,3%
Región Sanitaria VIII	1,6	1,8	1,6	↓ 0,2%
Región Sanitaria IX	1,7	0,8	1,2	↓ 28,8%
Región Sanitaria X	2,1	1,9	2,9	↑ 34,2%
Región Sanitaria XI	1,5	1,9	2,7	↑ 73,3%
Región Sanitaria XII	1,4	1,4	1,3	↓ 6,1%

FUENTE: Total de casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica en el período analizado. N= 18.155

\* Años no cerrados por retraso en la notificación.

**Tabla 19** Mediana de edad de diagnóstico de VIH según sexo y provincia, Argentina (2008-2016)

	VARONES				MUJERES			
	2008-2010	2011-2013	2014-2016*	Variación 2008-2016	2008-2010	2011-2013	2014-2016*	Variación 2008-2016
<b>País</b>	<b>34</b>	<b>34</b>	<b>32</b>		<b>32</b>	<b>32</b>	<b>33</b>	
Buenos Aires	35	35	34		32	33	33	
CABA	34	33	31		33	33	35	
Catamarca	34	30	32		30	28	30	
Chaco	32	34	28		30	32	29	
Chubut	36	34	36		32	32	32	
Córdoba	33	33	32		32	32	33	
Corrientes	34	33	31		31	30	35	
Entre Ríos	34	32	33		30	30	29	
Formosa	36	31	29		27	30	28	
Jujuy	33	32	32		30	30	31	
La Pampa	36	37	36		26	34	35	
La Rioja	33	33	30		28	32	31	
Mendoza	35	34	31		32	33	34	
Misiones	37	34	31		29	31	35	
Neuquén	34	32	33		34	31	31	
Río Negro	37	35	36		31	31	35	
Salta	33	32	30		30	29	31	
San Juan	34	35	33		32	32	34	
San Luis	33	34	34		29	32	34	
Santa Cruz	31	33	32		30	31	30	
Santa Fe	36	35	34		31	31	34	
Sgo. del Estero	32	34	32		29	30	31	
Tierra del Fuego	35	30	31		38	31	36	
Tucumán	33	31	31		28	29	30	

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

**Tabla 20** Mediana de edad de diagnóstico de VIH según sexo y región, Argentina (2008-2016)

	VARONES				MUJERES			
	2008-2010	2011-2013	2014-2016*	Variación 2008-2016	2008-2010	2011-2013	2014-2016*	Variación 2008-2016
<b>País</b>	<b>34</b>	<b>34</b>	<b>32</b>		<b>32</b>	<b>32</b>	<b>33</b>	
AMBA	35	34	32		32	33	34	
Centro	34	34	33		32	32	33	
NOA	33	31	31		30	30	31	
NEA	34	33	30		29	31	33	
Cuyo	34	34	32		31	33	34	
Patagonia	35	34	34		32	31	32	

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

**Tabla 21** Mediana de edad de diagnóstico de VIH según sexo en regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires, Argentina (2008-2016)

	VARONES				MUJERES			
	2008-2010	2011-2013	2014-2016*	Variación 2008-2016	2008-2010	2011-2013	2014-2016*	Variación 2008-2016
<b>Provincia de Buenos Aires</b>	<b>35</b>	<b>35</b>	<b>34</b>		<b>32</b>	<b>33</b>	<b>33</b>	
Región Sanitaria I	38	35	34		36	31	33	
Región Sanitaria II	34	34	37		32	34	40	
Región Sanitaria III	35	37	33		35	33	31	
Región Sanitaria IV	35	39	35		34	34	38	
Región Sanitaria V	35	34	32		32	33	34	
Región Sanitaria VI	36	35	34		31	33	33	
Región Sanitaria VII	35	35	35		32	34	34	
Región Sanitaria VIII	35	36	36		33	32	33	
Región Sanitaria IX	39	31	42		33	27	27	
Región Sanitaria X	36	35	36		32	37	36	
Región Sanitaria XI	33	32	32		31	32	31	
Región Sanitaria XII	36	37	34		32	34	29	

FUENTE: Total de casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica en el período analizado. N= 18.155  
\* Años no cerrados por retraso en la notificación.

**Tabla 22** Máximo nivel de instrucción alcanzado en personas de 19 años y más con diagnóstico de VIH según sexo y región, Argentina (2008-2016)

País	Año	VARONES					MUJERES						
		Analf. / Prim.Inc.	Prim. Comp. / Sec.Inc.	Sec.Comp / Terc.Inc.	Terc. Comp. o más	Desconocido	Total	Analf. / Prim.Inc.	Prim. Comp. / Sec.Inc.	Sec.Comp / Terc.Inc.	Terc. Comp. o más	Desconocido	Total
País	2008-2010	7,3%	34,0%	26,7%	18,9%	13,1%	100,0%	11,7%	45,4%	21,8%	7,3%	13,8%	100,0%
	2011-2013	5,6%	29,1%	25,9%	19,4%	20,0%	100,0%	8,8%	39,0%	21,3%	7,7%	23,2%	100,0%
	2014-2016*	5,0%	27,2%	30,6%	25,2%	11,9%	100,0%	8,4%	41,1%	26,3%	10,0%	14,2%	100,0%
AMBA	2008-2010	6,2%	31,5%	28,4%	19,2%	14,7%	100,0%	10,1%	45,0%	22,9%	7,0%	15,0%	100,0%
	2011-2013	4,1%	27,8%	28,4%	20,7%	19,0%	100,0%	6,9%	38,3%	22,9%	8,5%	23,4%	100,0%
	2014-2016*	2,9%	21,8%	35,4%	29,1%	10,7%	100,0%	5,1%	37,1%	31,6%	10,0%	16,2%	100,0%
Centro	2008-2010	7,4%	37,6%	26,2%	18,7%	10,1%	100,0%	11,9%	46,5%	22,1%	7,8%	11,7%	100,0%
	2011-2013	7,0%	31,4%	24,8%	18,3%	18,5%	100,0%	9,5%	41,3%	20,5%	6,2%	22,5%	100,0%
	2014-2016*	6,0%	29,7%	26,9%	24,4%	13,0%	100,0%	8,5%	45,6%	23,1%	10,0%	12,8%	100,0%
NOA	2008-2010	8,7%	38,6%	22,2%	20,6%	9,9%	100,0%	13,7%	48,8%	22,4%	7,0%	8,1%	100,0%
	2011-2013	6,8%	28,3%	25,2%	21,8%	18,0%	100,0%	10,6%	43,1%	22,0%	7,3%	17,0%	100,0%
	2014-2016*	7,4%	30,8%	29,4%	22,9%	9,6%	100,0%	9,3%	45,6%	24,5%	9,9%	10,7%	100,0%
NEA	2008-2010	9,3%	28,4%	22,8%	12,4%	27,1%	100,0%	19,7%	35,5%	12,7%	4,5%	27,6%	100,0%
	2011-2013	6,4%	25,9%	18,8%	12,0%	36,8%	100,0%	13,2%	29,3%	12,9%	3,7%	40,9%	100,0%
	2014-2016*	5,9%	26,2%	31,5%	23,8%	12,6%	100,0%	19,0%	37,5%	20,4%	7,9%	15,3%	100,0%
Cuyo	2008-2010	10,7%	32,6%	26,0%	20,3%	10,4%	100,0%	15,9%	47,2%	17,6%	8,8%	10,5%	100,0%
	2011-2013	6,9%	30,2%	25,4%	19,9%	17,6%	100,0%	8,9%	39,7%	20,8%	11,7%	18,9%	100,0%
	2014-2016*	5,0%	33,1%	28,5%	25,8%	7,7%	100,0%	13,0%	42,6%	22,4%	11,0%	11,0%	100,0%
Patagonia	2008-2010	9,5%	37,7%	24,1%	14,9%	13,9%	100,0%	8,5%	49,8%	22,2%	7,8%	11,7%	100,0%
	2011-2013	4,1%	32,1%	23,0%	17,6%	23,1%	100,0%	7,5%	34,8%	24,7%	9,9%	23,1%	100,0%
	2014-2016*	6,1%	32,5%	30,2%	18,1%	13,1%	100,0%	6,3%	36,8%	30,1%	10,8%	16,1%	100,0%

FUENTE: Total de casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica en el período analizado. N= 53.766  
\* Años no cerrados por retraso en la notificación.

**Tabla 23** Máximo nivel de instrucción alcanzado en personas de 19 años o más con diagnóstico de VIH según sexo y provincia, Argentina (2008-2016)

País	Año	VARONES					MUJERES						
		Analf. / Prim.Inc.	Prim. Comp. / Sec.Inc.	Sec.Comp / Terc.Inc.	Terc. Comp. o más	Desconocido	Total	Analf. / Prim.Inc.	Prim. Comp. / Sec.Inc.	Sec.Comp / Terc.Inc.	Terc. Comp. o más	Desconocido	Total
País	2008-2010	7,3%	34,0%	26,7%	18,9%	13,1%	100,0%	11,7%	45,4%	21,8%	7,3%	13,8%	100,0%
	2011-2013	5,6%	29,1%	25,9%	19,4%	20,0%	100,0%	8,8%	39,0%	21,3%	7,7%	23,2%	100,0%
	2014-2016*	5,0%	27,2%	30,6%	25,2%	11,9%	100,0%	8,4%	41,1%	26,3%	10,0%	14,2%	100,0%
Buenos Aires	2008-2010	8,9%	42,2%	25,2%	11,8%	11,9%	100,0%	11,5%	50,3%	20,6%	6,0%	11,7%	100,0%
	2011-2013	6,2%	38,4%	25,3%	13,4%	16,6%	100,0%	8,1%	45,1%	21,3%	6,2%	19,3%	100,0%
	2014-2016*	4,6%	31,2%	32,0%	18,0%	14,2%	100,0%	5,9%	42,0%	27,7%	6,3%	18,1%	100,0%
CABA	2008-2010	3,2%	19,4%	31,3%	27,1%	19,0%	100,0%	5,9%	31,1%	28,1%	9,8%	24,9%	100,0%
	2011-2013	2,8%	16,9%	30,6%	27,0%	22,7%	100,0%	5,3%	24,6%	24,4%	10,4%	35,3%	100,0%
	2014-2016*	1,9%	13,0%	36,2%	39,7%	9,1%	100,0%	5,4%	29,4%	33,5%	20,7%	10,9%	100,0%
Catamarca	2008-2010	10,5%	36,8%	23,7%	15,8%	13,2%	100,0%	6,7%	53,3%	20,0%	13,3%	6,7%	100,0%
	2011-2013	6,8%	25,7%	25,7%	20,3%	21,6%	100,0%	7,1%	42,9%	26,2%	14,3%	9,5%	100,0%
	2014-2016*	6,9%	31,4%	35,3%	21,6%	4,9%	100,0%	6,6%	37,7%	41,0%	13,1%	1,6%	100,0%
Chaco	2008-2010	8,4%	34,3%	19,7%	12,4%	25,3%	100,0%	23,0%	41,0%	14,8%	6,6%	14,8%	100,0%
	2011-2013	1,7%	14,9%	15,7%	12,3%	55,3%	100,0%	6,9%	33,7%	10,9%	4,0%	44,6%	100,0%
	2014-2016*	0,0%	28,3%	43,4%	20,8%	7,5%	100,0%	6,3%	56,3%	18,8%	6,3%	12,5%	100,0%
Chubut	2008-2010	9,6%	28,7%	23,6%	10,2%	28,0%	100,0%	5,9%	47,1%	20,6%	6,9%	19,6%	100,0%
	2011-2013	5,2%	32,9%	23,0%	11,7%	27,2%	100,0%	5,8%	35,5%	20,0%	11,0%	27,7%	100,0%
	2014-2016*	6,2%	32,0%	30,9%	16,5%	14,4%	100,0%	6,3%	38,9%	30,5%	13,7%	10,5%	100,0%
Córdoba	2008-2010	4,4%	30,9%	27,6%	32,4%	4,7%	100,0%	10,7%	39,0%	28,3%	13,0%	8,9%	100,0%
	2011-2013	6,3%	27,0%	30,2%	30,7%	5,7%	100,0%	7,6%	42,9%	27,4%	10,7%	11,3%	100,0%
	2014-2016*	3,8%	22,4%	27,9%	36,0%	9,9%	100,0%	7,3%	43,2%	28,6%	13,0%	7,8%	100,0%
Corrientes	2008-2010	13,0%	30,4%	32,6%	18,8%	5,1%	100,0%	27,1%	43,5%	14,1%	7,1%	8,2%	100,0%
	2011-2013	10,0%	41,1%	29,5%	14,7%	4,7%	100,0%	31,1%	36,5%	10,8%	6,8%	14,9%	100,0%
	2014-2016*	8,8%	28,8%	30,7%	23,7%	7,9%	100,0%	19,1%	33,7%	28,1%	6,7%	12,4%	100,0%
Entre Ríos	2008-2010	10,6%	28,8%	24,8%	12,8%	23,0%	100,0%	17,2%	37,5%	17,2%	7,8%	20,3%	100,0%
	2011-2013	6,2%	20,1%	14,2%	12,7%	46,7%	100,0%	10,6%	29,1%	9,9%	5,3%	45,0%	100,0%
	2014-2016*	11,7%	35,8%	20,4%	12,5%	19,6%	100,0%	14,6%	39,0%	17,1%	13,8%	15,4%	100,0%
Formosa	2008-2010	7,3%	29,3%	31,7%	17,1%	14,6%	100,0%	20,6%	55,9%	14,7%	2,9%	5,9%	100,0%
	2011-2013	4,3%	24,7%	15,1%	14,0%	41,9%	100,0%	2,3%	25,0%	18,2%	4,5%	50,0%	100,0%
	2014-2016*	1,1%	22,5%	30,3%	23,6%	22,5%	100,0%	8,7%	41,3%	23,9%	13,0%	13,0%	100,0%
Jujuy	2008-2010	10,0%	48,8%	22,4%	12,9%	6,0%	100,0%	6,5%	49,6%	24,4%	8,1%	11,4%	100,0%
	2011-2013	8,1%	29,4%	25,8%	13,7%	23,0%	100,0%	9,7%	38,2%	20,8%	5,6%	25,7%	100,0%
	2014-2016*	8,0%	35,1%	26,7%	13,5%	16,7%	100,0%	6,2%	40,7%	22,8%	6,9%	23,4%	100,0%
La Pampa	2008-2010	10,0%	33,3%	26,7%	8,3%	21,7%	100,0%	8,1%	40,5%	24,3%	8,1%	18,9%	100,0%
	2011-2013	4,1%	35,1%	17,5%	11,3%	32,0%	100,0%	4,8%	32,3%	21,0%	14,5%	27,4%	100,0%
	2014-2016*	11,0%	34,0%	23,0%	10,0%	22,0%	100,0%	9,9%	28,2%	26,8%	8,5%	26,8%	100,0%
La Rioja	2008-2010	11,1%	42,2%	25,6%	8,9%	12,2%	100,0%	20,0%	50,0%	20,0%	2,9%	7,1%	100,0%
	2011-2013	1,2%	38,4%	24,4%	11,6%	24,4%	100,0%	7,8%	34,4%	18,8%	12,5%	26,6%	100,0%
	2014-2016*	4,2%	22,5%	39,4%	26,8%	7,0%	100,0%	8,8%	32,4%	29,4%	11,8%	17,6%	100,0%
Mendoza	2008-2010	8,9%	29,4%	28,8%	22,8%	10,1%	100,0%	13,7%	43,7%	20,2%	10,4%	12,0%	100,0%
	2011-2013	7,0%	30,1%	29,8%	21,9%	11,2%	100,0%	7,7%	42,1%	24,4%	14,5%	11,3%	100,0%
	2014-2016*	4,6%	34,9%	28,0%	26,8%	5,6%	100,0%	12,9%	42,7%	22,2%	13,3%	8,9%	100,0%
Misiones	2008-2010	7,7%	20,9%	16,5%	6,6%	48,4%	100,0%	14,9%	25,7%	10,9%	2,9%	45,7%	100,0%
	2011-2013	9,3%	25,1%	14,4%	8,4%	42,8%	100,0%	12,0%	25,0%	13,6%	2,2%	47,3%	100,0%
	2014-2016*	7,2%	22,7%	27,8%	25,8%	16,5%	100,0%	29,2%	35,4%	7,7%	6,2%	21,5%	100,0%
Neuquén	2008-2010	11,9%	40,3%	23,9%	19,4%	4,5%	100,0%	11,5%	49,0%	21,9%	8,3%	9,4%	100,0%
	2011-2013	1,0%	35,1%	26,9%	26,9%	10,1%	100,0%	12,5%	33,8%	35,0%	3,8%	15,0%	100,0%
	2014-2016*	6,3%	33,8%	28,4%	18,5%	13,1%	100,0%	6,8%	37,9%	26,2%	14,6%	14,6%	100,0%
Río Negro	2008-2010	10,1%	42,1%	23,3%	15,1%	9,4%	100,0%	6,9%	54,9%	23,5%	9,8%	4,9%	100,0%
	2011-2013	7,3%	32,0%	20,9%	13,1%	26,7%	100,0%	9,3%	40,2%	20,6%	8,2%	21,6%	100,0%
	2014-2016*	6,2%	38,4%	28,8%	14,1%	12,4%	100,0%	7,8%	41,9%	26,4%	7,8%	16,3%	100,0%
Salta	2008-2010	7,3%	43,2%	27,3%	17,2%	5,1%	100,0%	13,6%	46,3%	27,2%	5,8%	7,0%	100,0%
	2011-2013	8,1%	31,4%	30,4%	15,8%	14,3%	100,0%	9,0%	44,4%	29,1%	5,6%	11,9%	100,0%
	2014-2016*	8,8%	30,5%	37,3%	10,7%	12,7%	100,0%	11,6%	44,2%	24,4%	5,8%	14,0%	100,0%
San Juan	2008-2010	13,0%	39,0%	19,9%	24,7%	3,4%	100,0%	15,0%	56,7%	11,7%	13,3%	3,3%	100,0%
	2011-2013	7,4%	28,2%	14,9%	21,3%	28,2%	100,0%	9,7%	31,1%	21,4%	8,7%	29,1%	100,0%
	2014-2016*	7,3%	30,1%	23,3%	28,5%	10,9%	100,0%	18,1%	41,7%	25,0%	8,3%	6,9%	100,0%
San Luis	2008-2010	17,0%	30,7%	20,5%	10,2%	21,6%	100,0%	20,5%	43,6%	10,3%	5,1%	20,5%	100,0%
	2011-2013	9,4%	27,6%	20,5%	14,2%	28,3%	100,0%	12,3%	49,3%	11,0%	6,8%	20,5%	100,0%
	2014-2016*	3,8%</											

**Tabla 24** Vías de trasmisión del VIH por sexo y región, Argentina (2008-2016)

País	Año	VARONES						MUJERES						
		Rel. hetero	HSH	TV	UDI	Hemo / Transf	Otro	Desconocido	Rel. hetero	TV	UDI	Hemo / Transf	Otro	Desconocido
País	2008-2010	43,8%	37,2%	1,7%	3,0%	0,1%	0,0%	14,1%	83,7%	3,2%	1,0%	0,2%	0,1%	11,9%
	2011-2013	40,2%	39,4%	1,1%	0,4%	0,0%	0,0%	18,9%	78,4%	2,8%	0,2%	0,0%	0,0%	18,6%
	2014-2016*	38,4%	50,9%	0,8%	0,7%	0,0%	0,1%	9,2%	90,3%	2,5%	0,2%	0,0%	0,0%	6,9%
AMBA	2008-2010	40,2%	38,2%	1,6%	3,5%	0,1%	0,0%	16,4%	82,1%	3,6%	1,2%	0,2%	0,1%	12,8%
	2011-2013	39,2%	42,8%	1,0%	0,3%	0,0%	0,0%	16,6%	79,0%	3,4%	0,0%	0,0%	0,0%	17,5%
	2014-2016*	34,4%	55,9%	0,9%	0,7%	0,0%	0,2%	8,0%	90,0%	3,5%	0,2%	0,0%	0,1%	6,2%
Centro	2008-2010	46,7%	36,1%	2,2%	3,7%	0,1%	0,0%	11,3%	85,4%	3,0%	1,5%	0,2%	0,1%	9,9%
	2011-2013	41,7%	36,5%	1,2%	0,8%	0,0%	0,0%	19,9%	76,7%	2,7%	0,5%	0,0%	0,0%	20,0%
	2014-2016*	39,9%	46,3%	0,8%	1,2%	0,1%	0,0%	11,7%	88,6%	3,1%	0,2%	0,0%	0,0%	8,1%
NOA	2008-2010	51,1%	38,8%	1,5%	1,5%	0,1%	0,1%	7,0%	89,3%	3,4%	0,1%	0,0%	0,0%	7,2%
	2011-2013	39,3%	45,0%	1,2%	0,2%	0,0%	0,0%	14,3%	83,4%	3,4%	0,1%	0,1%	0,1%	12,9%
	2014-2016*	41,3%	51,7%	0,6%	0,6%	0,0%	0,0%	5,7%	91,8%	2,1%	0,0%	0,1%	0,1%	5,7%
NEA	2008-2010	37,7%	28,8%	3,2%	0,5%	0,0%	0,0%	29,8%	68,9%	3,4%	0,0%	0,0%	0,3%	27,5%
	2011-2013	33,7%	23,2%	1,6%	0,1%	0,1%	0,0%	41,2%	59,7%	2,5%	0,0%	0,0%	0,0%	37,8%
	2014-2016*	37,4%	47,9%	1,9%	0,2%	0,0%	0,0%	12,6%	87,1%	2,2%	0,4%	0,0%	0,0%	10,3%
Cuyo	2008-2010	43,9%	42,5%	1,1%	2,5%	0,1%	0,0%	9,9%	87,8%	2,7%	1,3%	0,3%	0,0%	8,0%
	2011-2013	42,1%	42,6%	0,8%	0,5%	0,0%	0,0%	14,1%	85,2%	2,1%	0,0%	0,0%	0,0%	12,7%
	2014-2016*	37,5%	55,6%	0,5%	0,2%	0,0%	0,0%	6,2%	93,1%	0,7%	0,2%	0,0%	0,0%	6,0%
Patagonia	2008-2010	55,4%	27,1%	0,7%	0,8%	0,1%	0,3%	15,6%	88,6%	1,2%	0,0%	0,2%	0,0%	10,0%
	2011-2013	46,0%	33,0%	0,8%	0,3%	0,1%	0,0%	19,8%	82,7%	0,9%	0,2%	0,0%	0,0%	16,2%
	2014-2016*	48,9%	39,6%	0,2%	0,1%	0,2%	0,0%	10,9%	93,2%	0,8%	0,2%	0,0%	0,0%	5,9%

FUENTE: Total de casos notificados a la DSyETS por ficha epidemiológica en el período analizado. N= 56.272

\* Años no cerrados por retraso en la notificación.

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

**Tabla 25** Vías de trasmisión del VIH por sexo y provincia, Argentina (2008-2016)

País	Año	VARONES						MUJERES						
		Rel hetero	HSH	TV	UDI	Hemo / Transf	Otro	Desconocido	Rel hetero	TV	UDI	Hemo / Transf	Otro	Desconocido
País	2008-2010	43,8%	37,2%	1,7%	3,0%	0,1%	0,0%	14,1%	83,7%	3,2%	1,0%	0,2%	0,1%	11,9%
	2011-2013	40,2%	39,4%	1,1%	0,4%	0,0%	0,0%	18,9%	78,4%	2,8%	0,2%	0,0%	0,0%	18,6%
	2014-2016*	38,4%	50,9%	0,8%	0,7%	0,0%	0,1%	9,2%	90,3%	2,5%	0,2%	0,0%	0,0%	6,9%
Buenos Aires	2008-2010	51,4%	28,4%	3,3%	4,9%	0,1%	0,0%	11,9%	84,5%	4,4%	1,6%	0,3%	0,2%	9,1%
	2011-2013	51,0%	32,4%	1,5%	0,6%	0,0%	0,0%	14,6%	82,4%	4,0%	0,3%	0,0%	0,0%	13,2%
	2014-2016*	45,2%	42,0%	1,1%	1,3%	0,0%	0,1%	10,2%	88,0%	3,7%	0,3%	0,0%	0,1%	8,0%
CABA	2008-2010	30,1%	46,1%	0,4%	1,4%	0,0%	0,1%	22,0%	74,1%	2,0%	0,8%	0,0%	0,0%	23,2%
	2011-2013	27,5%	50,7%	0,4%	0,1%	0,0%	0,1%	21,2%	66,7%	2,0%	0,1%	0,0%	0,0%	31,2%
	2014-2016*	23,9%	66,1%	0,3%	0,4%	0,1%	0,2%	9,1%	91,5%	2,8%	0,0%	0,0%	0,0%	5,7%
Catamarca	2008-2010	50,0%	30,0%	5,0%	2,5%	0,0%	0,0%	12,5%	90,6%	6,3%	0,0%	0,0%	0,0%	3,1%
	2011-2013	46,7%	36,0%	1,3%	0,0%	0,0%	0,0%	16,0%	86,4%	0,0%	0,0%	2,3%	2,3%	9,1%
	2014-2016*	44,7%	49,5%	0,0%	2,9%	0,0%	0,0%	2,9%	95,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,9%
Chaco	2008-2010	27,1%	37,6%	1,1%	0,6%	0,0%	0,0%	33,7%	81,0%	1,6%	0,0%	0,0%	0,0%	17,5%
	2011-2013	13,9%	20,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	65,5%	55,5%	2,7%	0,0%	0,0%	0,0%	41,8%
	2014-2016*	28,3%	39,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	32,1%	82,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	17,6%
Chubut	2008-2010	56,1%	14,6%	0,0%	0,6%	0,0%	0,6%	28,0%	86,9%	0,9%	0,0%	0,0%	0,0%	12,1%
	2011-2013	42,3%	23,7%	0,9%	0,5%	0,0%	0,0%	32,6%	75,3%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	24,1%
	2014-2016*	49,7%	33,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	16,4%	89,1%	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	9,9%
Córdoba	2008-2010	34,8%	56,1%	0,8%	1,5%	0,0%	0,0%	6,7%	90,4%	0,8%	0,0%	0,2%	0,0%	8,6%
	2011-2013	35,6%	55,0%	1,0%	0,2%	0,0%	0,0%	8,2%	85,0%	2,4%	0,0%	0,0%	0,0%	12,6%
	2014-2016*	32,4%	60,2%	0,9%	0,5%	0,0%	0,0%	6,1%	92,7%	3,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,3%
Corrientes	2008-2010	43,7%	41,5%	2,8%	0,0%	0,0%	0,0%	12,0%	80,9%	5,3%	0,0%	0,0%	1,1%	12,8%
	2011-2013	50,5%	39,8%	2,6%	0,0%	0,0%	0,0%	7,1%	89,0%	3,7%	0,0%	0,0%	0,0%	7,3%
	2014-2016*	39,5%	50,9%	1,4%	0,5%	0,0%	0,0%	7,7%	87,1%	2,2%	0,0%	0,0%	0,0%	10,8%
Entre Ríos	2008-2010	36,9%	29,6%	0,9%	0,4%	0,0%	0,0%	32,2%	73,5%	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%	25,0%
	2011-2013	26,2%	21,0%	0,8%	0,0%	0,3%	0,0%	51,7%	64,6%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	34,8%
	2014-2016*	40,2%	39,8%	1,2%	0,0%	0,0%	0,0%	18,7%	90,1%	2,3%	0,0%	0,0%	0,0%	7,6%
Formosa	2008-2010	41,5%	36,6%	0,0%	2,4%	0,0%	0,0%	19,5%	89,5%	2,6%	0,0%	0,0%	0,0%	7,9%
	2011-2013	33,7%	19,4%	2,0%	0,0%	0,0%	0,0%	44,9%	50,0%	4,2%	0,0%	0,0%	0,0%	45,8%
	2014-2016*	24,4%	58,9%	1,1%	0,0%	0,0%	0,0%	15,6%	86,5%	1,9%	1,9%	0,0%	0,0%	9,6%
Jujuy	2008-2010	59,8%	30,1%	1,4%	0,5%	0,0%	0,5%	7,7%	84,8%	5,8%	0,0%	0,0%	0,0%	9,4%
	2011-2013	47,2%	35,4%	2,0%	0,0%	0,0%	0,0%	15,4%	82,1%	4,5%	0,6%	0,0%	0,0%	12,8%
	2014-2016*	46,6%	42,9%	0,7%	0,7%	0,0%	0,0%	9,2%	86,4%	1,9%	0,0%	0,0%	0,0%	11,7%
La Pampa	2008-2010	60,7%	24,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	14,8%	84,6%	2,6%	0,0%	0,0%	0,0%	12,8%
	2011-2013	53,1%	23,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	23,5%	89,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	10,9%
	2014-2016*	55,9%	33,3%	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	9,8%	94,5%	1,4%	0,0%	0,0%	0,0%	4,1%
La Rioja	2008-2010	54,3%	26,1%	2,2%	2,2%	0,0%	0,0%	15,2%	94,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,6%
	2011-2013	61,8%	31,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	6,7%	97,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,0%
	2014-2016*	43,8%	52,1%	0,0%	1,4%	0,0%	0,0%	2,7%	94,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,4%
Mendoza	2008-2010	44,1%	44,7%	1,0%	1,8%	0,2%	0,0%	8,2%	87,8%	3,1%	0,5%	0,5%	0,0%	8,2%
	2011-2013	38,9%	50,7%	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	9,4%	90,0%	1,7%	0,0%	0,0%	0,0%	8,2%
	2014-2016*	35,6%	59,6%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	4,3%	93,2%	0,4%	0,4%	0,0%	0,0%	6,0%
Misiones	2008-2010	42,2%	10,1%	6,0%	0,5%	0,0%	0,0%	41,2%	55,0%	3,1%	0,0%	0,0%	0,0%	41,9%
	2011-2013	40,0%	13,5%	2,2%	0,4%	0,4%	0,0%	43,5%	52,3%	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%	46,2%
	2014-2016*	48,6%	36,2%	4,8%	0,0%	0,0%	0,0%	10,5%	88,6%	2,9%	0,0%	0,0%	0,0%	8,6%
Neuquén	2008-2010	47,5%	41,2%	0,5%	1,5%	0,0%	0,0%	9,3%	91,9%	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	7,1%
	2011-2013	47,0%	43,3%	0,9%	0,5%	0,0%	0,0%	8,4%	91,9%	1,2%	0,0%	0,0%	0,0%	7,0%
	2014-2016*	49,3%	43,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	7,6%	95,3%	0,9%	0,0%	0,0%	0,0%	3,7%
Río Negro	2008-2010	62,2%	25,6%	1,2%	1,2%	0,6%	0,0%	9,1%	94,3%	0,9%	0,0%	0,0%	0,0%	4,7%
	2011-2013	54,1%	28,2%	1,0%	0,5%	0,5%	0,0%	15,8%	87,5%	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	11,5%
	2014-2016*	53,9%	33,7%	0,6%	0,6%	0,0%	0,0%	11,2%	94,0%	0,7%	0,0%	0,0%	0,0%	5,2%
Salta	2008-2010	55,7%	35,7%	2,2%	2,2%	0,0%	0,0%	4,2%	90,6%	2,5%	0,0%	0,0%	0,0%	6,9%
	2011-2013	47,0%	44,2%	0,2%	0,6%	0,0%	0,0%	7,9%	89,3%	4,7%	0,0%	0,0%	0,0%	6,0%
	2014-2016*	43,1%	48,8%	0,6%	0,2%	0,0%	0,0%	7,3%	90,9%	2,4%	0,0%	0,4%	0,4%	6,0%
San Juan	2008-2010	39,2%	50,7%	0,0%	2,0%	0,0%	0,0%	8,1%	91,0%	6,0%	1,5%	0,0%	0,0%	1,5%
	2011-2013	44,7%	28,4%	0,5%	1,6%	0,0%	0,0%	24,7%	73,4%	2,8%	0,0%	0,0%	0,0%	23,9%
	2014-2016*	35,7%	53,8%	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	9,5%	90,9%	2,6%	0,0%	0,0%	0,0%	6,5%
San Luis	2008-2010	40,0%	33,3%	2,2%	7,8%	0,0%	0,0%	16,7%	71,4%	0,0%	7,1%	0,0%	0,0%	21,

**Tabla 26** Evolución de la oportunidad del diagnóstico por jurisdicción según sexo, Argentina (2012-2016)

Ambos sexos	2012-2013			2015-2016*		
	Oportuno	Tardío	Total de casos	Oportuno	Tardío	Total de casos
País	67,7%	32,3%	7.879	64,8%	35,2%	8.066
Buenos Aires	64,4%	35,6%	2.661	58,1%	41,9%	2.043
CABA	74,9%	25,1%	1.333	69,5%	30,5%	1.046
Catamarca	75,0%	25,0%	44	62,2%	37,8%	111
Chaco	69,0%	31,0%	29	57,1%	42,9%	21
Chubut	67,9%	32,1%	112	65,2%	34,8%	184
Córdoba	69,0%	31,0%	803	68,1%	31,9%	700
Corrientes	57,3%	42,7%	143	50,9%	49,1%	171
Entre Ríos	79,3%	20,7%	135	69,4%	30,6%	219
Formosa	45,5%	54,5%	22	63,7%	36,3%	102
Jujuy	51,9%	48,1%	156	49,6%	50,4%	272
La Pampa	68,4%	31,6%	76	55,0%	45,0%	111
La Rioja	89,6%	10,4%	77	70,5%	29,5%	44
Mendoza	72,2%	27,8%	334	73,6%	26,4%	545
Misiones	67,2%	32,8%	58	67,1%	32,9%	76
Neuquén	73,1%	26,9%	108	67,1%	32,9%	170
Río Negro	63,0%	37,0%	127	63,3%	36,7%	196
Salta	53,3%	46,7%	302	69,2%	30,8%	364
San Juan	70,4%	29,6%	81	68,4%	31,6%	152
San Luis	73,3%	26,7%	86	69,8%	30,2%	129
Santa Cruz	62,3%	37,7%	53	70,9%	29,1%	86
Santa Fe	64,1%	35,9%	507	65,7%	34,3%	428
Santiago del Estero	63,8%	36,2%	47	58,3%	41,7%	96
Tierra del Fuego	81,8%	18,2%	33	70,1%	29,9%	67
Tucumán	79,0%	21,0%	300	74,9%	25,1%	471

Varones	2012-2013			2015-2016*		
	Oportuno	Tardío	Total de casos	Oportuno	Tardío	Total de casos
País	64,8%	35,2%	5.374	62,5%	37,5%	5.610
Buenos Aires	60,0%	40,0%	1.702	54,6%	45,4%	1.362
CABA	75,4%	24,6%	1.072	70,4%	29,6%	849
Catamarca	65,6%	34,4%	32	55,1%	44,9%	69
Chaco	64,7%	35,3%	17	57,9%	42,1%	19
Chubut	63,4%	36,6%	71	57,3%	42,7%	117
Córdoba	67,6%	32,4%	562	65,9%	34,1%	493
Corrientes	49,0%	51,0%	100	51,7%	48,3%	120
Entre Ríos	70,6%	29,4%	85	61,2%	38,8%	134
Formosa	46,7%	53,3%	15	60,9%	39,1%	69
Jujuy	42,4%	57,6%	92	40,9%	59,1%	186
La Pampa	54,8%	45,2%	42	53,1%	46,9%	64
La Rioja	85,4%	14,6%	41	64,3%	35,7%	28
Mendoza	69,8%	30,2%	258	72,6%	27,4%	394
Misiones	61,3%	38,7%	31	65,0%	35,0%	40
Neuquén	69,3%	30,7%	75	61,3%	38,7%	111
Río Negro	60,2%	39,8%	83	52,3%	47,7%	111
Salta	49,2%	50,8%	187	67,0%	33,0%	227
San Juan	61,5%	38,5%	52	68,9%	31,1%	106
San Luis	66,0%	34,0%	53	60,5%	39,5%	81
Santa Cruz	54,3%	45,7%	35	71,7%	28,3%	53
Santa Fe	58,9%	41,1%	319	65,2%	34,8%	305
Santiago del Estero	43,5%	56,5%	23	42,3%	57,7%	52
Tierra del Fuego	88,5%	11,5%	26	70,0%	30,0%	50
Tucumán	76,9%	23,1%	225	73,4%	26,6%	364

**Tabla 26 continuación** Evolución de la oportunidad del diagnóstico por jurisdicción según sexo, Argentina (2012-2016)

Mujeres	2012-2013			2015-2016*		
	Oportuno	Tardío	Total de casos	Oportuno	Tardío	Total de casos
País	73,9%	26,1%	2.505	70,0%	30,0%	2.456
Buenos Aires	72,2%	27,8%	959	65,2%	34,8%	681
CABA	72,8%	27,2%	261	65,5%	34,5%	197
Catamarca	100,0%	,0%	12	73,8%	26,2%	42
Chaco	75,0%	25,0%	12	50,0%	50,0%	2
Chubut	75,6%	24,4%	41	79,1%	20,9%	67
Córdoba	72,2%	27,8%	241	73,4%	26,6%	207
Corrientes	76,7%	23,3%	43	49,0%	51,0%	51
Entre Ríos	94,0%	6,0%	50	82,4%	17,6%	85
Formosa	42,9%	57,1%	7	69,7%	30,3%	33
Jujuy	65,6%	34,4%	64	68,6%	31,4%	86
La Pampa	85,3%	14,7%	34	57,4%	42,6%	47
La Rioja	94,4%	5,6%	36	81,3%	18,8%	16
Mendoza	80,3%	19,7%	76	76,2%	23,8%	151
Misiones	74,1%	25,9%	27	69,4%	30,6%	36
Neuquén	81,8%	18,2%	33	78,0%	22,0%	59
Río Negro	68,2%	31,8%	44	77,6%	22,4%	85
Salta	60,0%	40,0%	115	73,0%	27,0%	137
San Juan	86,2%	13,8%	29	67,4%	32,6%	46
San Luis	84,8%	15,2%	33	85,4%	14,6%	48
Santa Cruz	77,8%	22,2%	18	69,7%	30,3%	33
Santa Fe	72,9%	27,1%	188	66,7%	33,3%	123
Santiago del Estero	83,3%	16,7%	24	77,3%	22,7%	44
Tierra del Fuego	57,1%	42,9%	7	70,6%	29,4%	17
Tucumán	85,3%	14,7%	75	80,4%	19,6%	107

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

**Tabla 27** Tasas brutas de mortalidad por sida por 100.000 habitantes y por provincia, Argentina (2005-2015)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>País</b>	<b>3,38</b>	<b>3,58</b>	<b>3,60</b>	<b>3,49</b>	<b>3,50</b>	<b>3,26</b>	<b>3,15</b>	<b>3,45</b>	<b>3,44</b>	<b>3,47</b>	<b>3,55</b>
Buenos Aires	4,82	5,19	4,93	4,58	4,50	4,03	3,87	4,27	4,19	4,35	4,47
CABA	6,38	6,84	7,29	6,69	6,05	4,62	4,19	3,69	4,93	4,53	5,40
Catamarca	1,42	0,56	1,93	1,36	1,34	0,00	0,79	1,30	2,06	2,80	0,25
Chaco	1,07	0,39	1,05	0,66	1,12	2,13	0,92	1,99	1,52	1,68	1,66
Chubut	3,68	2,33	2,91	3,25	4,58	3,31	2,10	3,18	3,85	1,44	3,53
Cordoba	1,79	1,68	1,97	1,87	1,82	1,87	1,70	1,88	1,95	1,76	2,35
Corrientes	1,75	1,84	1,92	2,40	1,49	1,67	2,82	2,41	2,19	3,21	2,06
Entre Ríos	1,57	2,30	1,63	1,29	1,61	1,91	1,97	1,64	2,39	1,61	1,89
Formosa	0,58	0,19	1,70	1,12	2,21	1,99	2,51	3,73	1,06	1,74	2,59
Jujuy	2,64	1,84	3,03	4,35	2,96	3,95	4,19	6,13	6,06	4,03	4,53
La Pampa	0,32	0,63	1,88	0,93	1,85	0,92	0,91	1,50	0,59	1,18	0,87
La Rioja	0,32	3,13	0,92	0,00	0,59	3,21	1,44	0,85	0,00	0,83	1,36
Mendoza	1,25	1,65	1,28	2,25	1,94	2,03	2,34	2,64	2,23	2,31	2,23
Misiones	2,24	3,16	2,26	1,76	3,01	2,60	2,83	3,93	3,28	4,00	3,87
Neuquén	3,26	3,01	2,96	1,63	2,85	2,62	2,92	3,55	2,50	1,47	2,90
Río Negro	0,66	1,31	0,80	2,70	2,19	2,47	1,37	1,79	1,62	3,05	2,43
Salta	3,74	3,17	3,63	6,16	4,43	6,46	7,39	8,07	7,10	7,83	6,60
San Juan	1,37	1,05	1,04	1,91	2,62	1,29	0,85	1,12	1,52	2,74	2,84
San Luis	1,74	2,92	2,87	1,64	2,99	2,03	3,77	2,63	3,67	2,13	3,36
Santa Cruz	0,00	0,42	1,62	1,95	0,38	2,90	1,76	2,39	1,32	1,61	1,56
Santa Fe	2,62	2,48	2,63	2,39	3,09	2,61	2,53	2,87	2,63	3,35	2,71
Santiago del Estero	1,67	0,95	1,52	1,04	1,84	1,25	1,24	1,56	1,65	0,87	0,97
Tierra del Fuego	2,65	2,57	0,83	4,04	3,13	7,60	1,47	2,86	2,08	3,38	1,97
Tucumán	1,35	1,83	1,74	1,58	1,70	1,81	1,59	2,16	2,71	1,46	1,57
<b>Varones</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>
País	4,87	5,28	5,13	5,10	4,97	4,65	4,53	4,97	4,97	4,69	4,98
Buenos Aires	6,79	7,12	6,93	6,58	6,21	5,53	5,34	5,72	5,73	5,62	5,94
CABA	9,73	11,22	11,55	11,66	9,06	7,19	6,81	5,94	8,04	7,10	9,04
Catamarca	1,70	0,56	1,10	2,18	1,61	0,00	1,57	2,08	3,08	4,07	0,50
Chaco	1,56	0,39	1,54	1,14	1,89	3,18	0,93	3,66	2,35	2,15	1,95
Chubut	4,74	2,54	3,31	2,84	7,16	2,73	2,67	4,49	4,76	2,16	5,64
Córdoba	3,16	3,08	2,74	2,91	2,82	2,74	2,71	2,79	2,94	2,21	3,56
Corrientes	2,71	2,89	2,87	2,84	2,01	2,39	4,54	3,13	3,09	4,02	2,08
Entre Ríos	2,19	4,01	1,49	1,48	2,95	2,60	3,38	2,71	2,83	1,56	2,31
Formosa	0,39	0,00	2,64	1,12	2,95	3,64	2,88	5,70	1,77	2,45	3,81
Jujuy	4,08	3,73	3,99	7,29	4,50	5,05	6,44	9,25	8,85	4,79	6,13
La Pampa	0,64	1,26	2,51	1,87	3,72	1,23	1,22	1,81	1,20	1,78	1,17
La Rioja	0,64	5,00	0,62	0,00	0,00	5,86	1,73	1,71	0,00	0,55	1,64
Mendoza	2,07	2,89	1,90	3,88	3,26	2,99	3,86	4,15	3,43	3,61	3,35
Misiones	2,13	4,58	2,07	2,41	4,01	3,05	3,37	6,47	4,14	5,79	5,22
Neuquén	4,21	5,65	4,07	2,55	5,00	3,51	4,49	6,45	4,01	2,96	5,19
Río Negro	1,33	1,96	1,61	4,46	3,14	3,72	1,52	2,70	2,66	4,37	3,45
Salta	5,96	5,53	5,96	8,40	6,62	9,62	9,64	11,71	11,23	10,45	9,55
San Juan	2,48	1,84	1,51	2,99	4,43	2,04	1,15	2,27	1,96	3,88	4,11
San Luis	2,49	5,38	4,80	2,83	3,71	3,64	4,93	3,53	5,22	4,29	3,81
Santa Cruz	0,00	0,82	2,37	3,04	0,00	2,82	2,05	3,98	2,57	3,12	1,21
Santa Fe	4,15	3,75	4,11	2,75	3,94	3,92	4,20	4,22	4,06	4,76	4,18
Santiago del Estero	2,38	1,65	1,40	1,39	2,76	1,60	1,81	2,01	2,43	0,87	1,51
Tierra del Fuego	1,72	1,67	1,63	4,74	3,07	14,87	1,44	2,80	2,72	3,97	1,29
Tucumán	1,87	2,70	2,39	2,37	2,07	3,00	2,28	2,92	4,58	1,81	2,42

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

**Tabla 27 continuación** Tasas brutas de mortalidad por sida por 100.000 habitantes y por provincia, Argentina (2005-2015)

Mujeres	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
País	1,93	1,94	2,13	1,96	2,07	1,92	1,82	2,00	1,96	2,29	2,17
Buenos Aires	2,92	3,34	3,00	2,66	2,82	2,59	2,46	2,89	2,70	3,10	3,03
CABA	3,51	3,08	3,63	2,40	3,45	2,40	1,91	1,72	2,21	2,27	2,21
Catamarca	1,13	0,56	2,76	0,54	1,07	0,00	0,00	0,52	1,03	1,53	0,00
Chaco	0,58	0,38	0,57	0,19	0,37	1,10	0,91	0,36	0,71	1,22	1,38
Chubut	2,61	2,13	2,50	3,66	1,99	3,89	1,53	1,87	2,93	0,72	1,41
Cordoba	0,48	0,36	1,24	0,88	0,87	1,04	0,74	1,02	1,01	1,33	1,20
Corrientes	0,82	0,81	1,00	1,98	0,98	0,97	1,15	1,71	1,32	2,42	2,03
Entre Ríos	0,98	0,65	1,76	1,11	0,32	1,25	0,62	0,61	1,97	1,65	1,49
Formosa	0,78	0,38	0,76	1,12	1,47	0,36	2,15	1,77	0,35	1,04	1,38
Jujuy	1,23	0,00	2,10	1,48	1,46	2,89	1,99	3,10	3,34	3,29	2,98
La Pampa	0,00	0,00	1,25	0,00	0,00	0,61	0,60	1,19	0,00	0,58	0,58
La Rioja	0,00	1,25	1,23	0,00	1,19	0,58	1,15	0,00	0,00	1,10	1,08
Mendoza	0,47	0,46	0,69	0,68	0,67	1,10	0,87	1,19	0,96	1,05	1,15
Misiones	2,35	1,73	2,46	1,12	2,01	2,16	2,30	1,40	2,41	2,21	2,52
Neuquén	2,30	0,38	1,85	0,72	0,71	1,74	1,37	0,67	0,99	0,00	0,64
Río Negro	0,00	0,65	0,00	0,95	1,25	1,23	1,21	0,89	0,59	1,74	1,43
Salta	1,56	0,85	1,34	3,96	2,27	3,35	5,19	4,49	3,05	5,27	3,71
San Juan	0,30	0,30	0,59	0,87	0,86	0,57	0,56	0,00	1,09	1,35	1,61
San Luis	0,99	0,49	0,95	0,47	2,28	0,45	2,64	1,74	2,14	0,00	2,91
Santa Cruz	0,00	0,00	0,83	0,80	0,78	2,99	1,45	0,70	0,00	0,00	1,93
Santa Fe	1,17	1,29	1,22	2,06	2,28	1,37	0,95	1,59	1,28	2,02	1,32
Santiago del Estero	0,96	0,24	1,64	0,70	0,92	0,91	0,67	1,11	0,88	0,87	0,43
Tierra del Fuego	3,63	3,52	0,00	3,31	3,21	0,00	1,51	2,92	1,42	2,76	2,68
Tucumán	0,84	0,97	1,10	0,81	1,34	0,66	0,91	1,42	0,89	1,13	0,74

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

**Tabla 28** Transferencias de medicamentos, reactivos y material preventivos a las provincias, VIH, ETS y hepatitis virales. Argentina 2016

Jurisdicción	Medicamentos		Reactivos para diagnóstico de VIH, ITS y hepatitis virales		Reactivos para seguimiento de personas en atención por VIH y hepatitis virales		Leche de Inicio para prevenir la transmisión vertical del VIH	
	Unidades	Pesos	Unidades	Pesos	Unidades	Pesos	Unidades	Pesos
Buenos Aires	12.688.812	322.697.416	702.528	10.994.916	35.483	14.250.194	10.060	492.940
CABA	14.747.064	470.289.014	0	0	29.853	13.535.953	3.562	174.538
Catamarca	207.535	3.879.205	59.540	1.698.765	369	161.743	264	12.936
Chaco	429.803	14.343.317	139.310	2.537.566	1.382	554.404	348	17.052
Chubut	341.241	9.620.251	55.848	1.238.958	209	146.803	192	9.408
Córdoba	3.058.152	79.145.925	110.440	3.130.649	13.093	5.559.191	1.584	77.616
Corrientes	353.733	12.022.312	130.804	2.181.172	1.827	751.006	264	12.936
Entre Ríos	933.306	21.866.329	65.306	1.341.752	2.496	1.186.845	720	35.280
Formosa	224.353	4.759.925	47.026	1.186.030	368	159.429	336	16.464
Jujuy	535.976	14.151.560	94.952	1.692.163	1.658	712.359	648	31.752
La Pampa	227.550	4.114.039	32.562	621.913	640	296.815	72	3.528
La Rioja	211.823	5.772.919	35.116	776.541	691	273.241	0	0
Mendoza	905.370	28.010.581	27.132	816.137	4.653	2.280.975	216	10.584
Misiones	704.674	13.561.595	130.846	2.641.899	3.804	1.665.313	888	43.512
Neuquén	493.173	15.563.769	68.288	1.762.312	1.237	497.707	216	10.584
Río Negro	570.018	13.818.038	58.784	1.740.559	849	447.531	480	23.520
Salta	1.219.681	25.049.377	150.130	3.165.455	4.939	2.033.502	1.044	51.156
San Juan	245.903	11.033.441	74.256	1.636.261	1.630	744.487	324	15.876
San Luis	418.608	8.766.387	59.306	1.728.247	846	426.841	192	9.408
Santa Cruz	132.349	4.184.760	28.012	519.230	404	208.719	168	8.232
Santa Fe	3.918.892	115.309.188	352.400	7.740.970	11.885	5.164.758	1.512	74.088
Sgo. del Estero	337.329	9.333.714	49.284	1.016.261	962	410.756	312	15.288
Tierra del Fuego	104.788	3.863.757	15.162	383.942	665	238.516	72	3.528
Tucumán	954.623	32.865.841	87.862	2.326.962	3.205	1.315.158	768	37.632
<b>Total</b>	<b>45.733.102</b>	<b>1.290.566.408</b>	<b>2.627.704</b>	<b>54.069.062</b>	<b>123.146</b>	<b>55.280.252</b>	<b>24.854</b>	<b>1.217.846</b>

El Programa brinda asistencia a otras instituciones como PROFE, ANLIS, INE, Servicio Penitenciario Federal, etc. Por lo tanto el total es mayor que la sumatoria de las jurisdicciones.

Geles lubricantes		Preservativos		Folletos		Material educativo		Total de transferencias
Unidades	Pesos	Unidades	Pesos	Unidades	Pesos	Unidades	Pesos	Pesos
366.460	132.432	5.455.440	4.690.757	144.272	205.596	2.475	86.888	353.551.138
79.447	27.514	1.739.808	1.461.062	688.942	527.033	17.323	79.599	486.094.713
11.920	4.385	144.000	126.482	8.600	319	193	2.025	5.885.860
14.420	5.304	168.480	146.722	4.600	0	0	0	17.604.365
42.680	15.699	535.680	470.515	9.460	2.522	106	2.467	11.506.622
137.456	50.562	1.851.840	1.608.969	0	0	6	325	89.573.236
25.040	9.211	352.800	313.606	31.500	1.289	158	1.874	15.293.407
47.680	17.539	646.560	577.217	13.675	675	260	6.294	25.031.931
7.152	2.631	95.040	83.478	0	0	0	0	6.207.957
14.900	5.481	201.600	178.239	11.900	610	148	829	16.772.993
0	0	31.680	21.514	8.200	240	130	269	5.058.318
9.180	3.377	122.400	107.510	0	0	0	0	6.933.588
21.264	7.822	342.720	314.995	3.000	355	30	110	31.441.558
18.956	6.973	227.520	199.842	3.500	360	0	0	18.119.494
17.880	6.577	218.880	192.253	570	1.004	50	1.502	18.035.708
24.808	9.125	336.960	295.969	150	0	140	0	16.334.742
36.240	13.331	532.800	438.259	16.820	42.673	68	1.529	30.795.282
11.920	4.385	108.000	93.568	14.800	83.560	100	159	13.611.737
23.120	8.504	266.400	233.992	5.000	42.095	18	1.040	11.216.515
9.180	3.377	118.080	106.043	3.300	389	139	3.470	5.034.221
117.420	43.192	1.497.600	1.318.909	30.809	1.099	85	3.974	129.656.178
12.640	4.649	187.200	164.660	8.900	357	160	338	10.946.023
0	0	36.000	31.621	5.900	795	90	857	4.523.016
25.520	9.387	367.200	327.186	22.500	712	434	2.412	36.885.291
<b>1.075.283</b>	<b>391.456</b>	<b>15.584.688</b>	<b>13.503.368</b>	<b>1.036.398</b>	<b>911.681</b>	<b>22.113</b>	<b>195.960</b>	<b>1.416.136.034</b>

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

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

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