

Coordinación Sida / MINISTERIO DE SALUD

# SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH-SIDA EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Diciembre / 2014



Buenos  
Aires  
Ciudad



EN TODO  
ESTÁS VOS

**Mauricio Macri**  
Jefe de Gobierno

**María Eugenia Vidal**  
Vice Jefa de Gobierno

**Horacio Rodríguez Larreta**  
Jefe de Gabinete

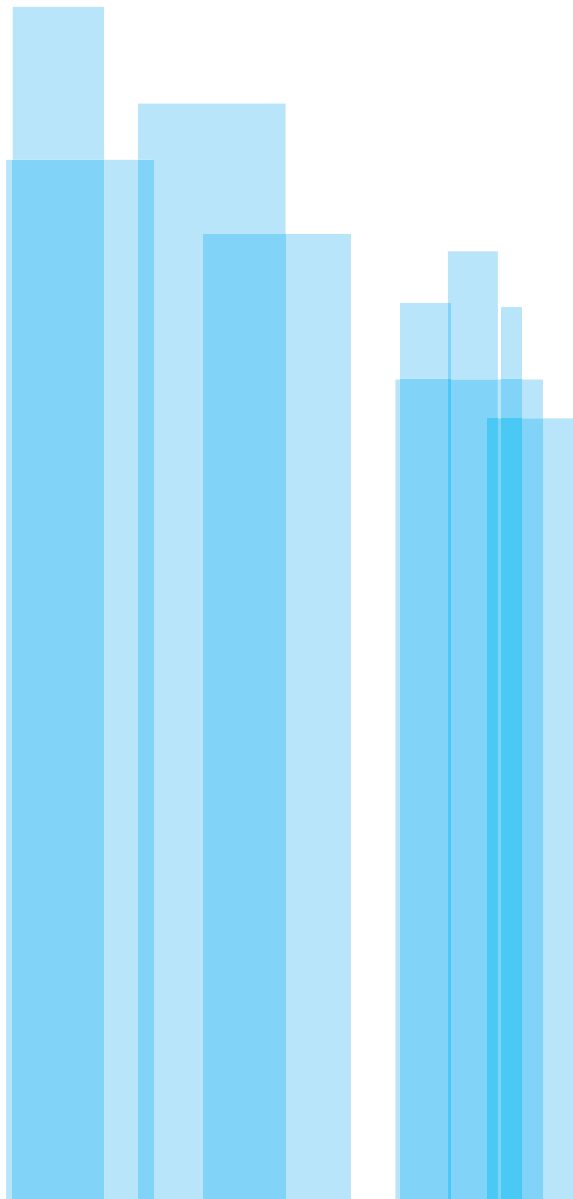
**Graciela Reybaud**  
Ministra de Salud

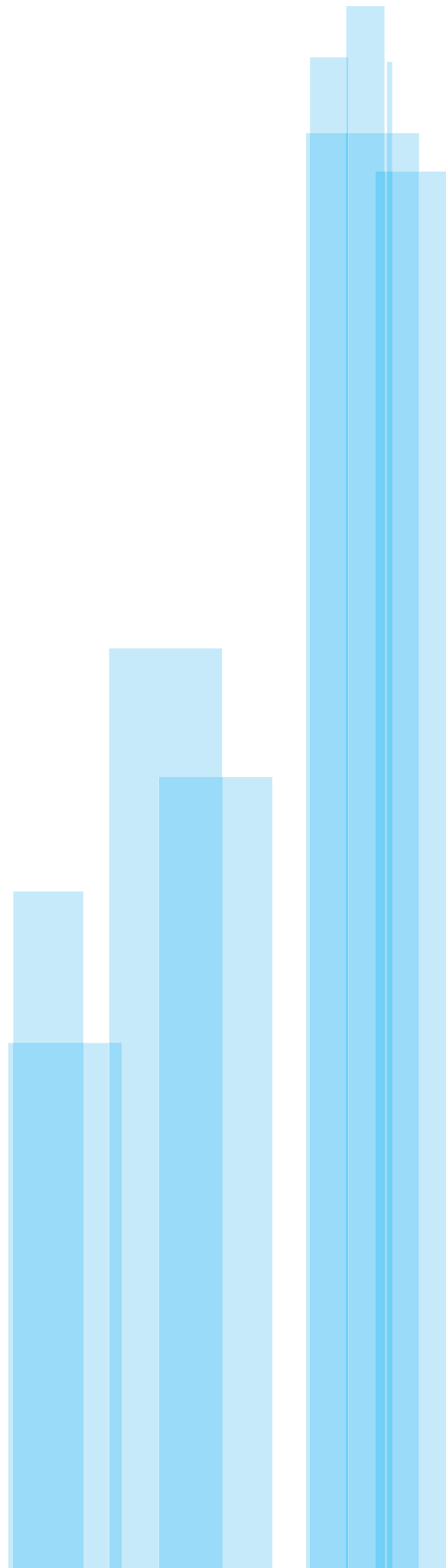
**Carlos Russo**  
Subsecretario de Atención Integrada de Salud

**Florencia Flax Marcó**  
Directora General de Redes y Programas de salud

## Índice

Presentación	
Nota metodológica	
1. Descripción general de las notificaciones de personas con VIH en seguimiento en instituciones de la CABA (2003-2013) .....	7
2. Análisis de la mortalidad por sida en los residentes de la CABA .....	27
3. Situación de la transmisión perinatal del VIH en la CABA .....	30
4. Situación del acceso al diagnóstico de VIH .....	39
5. Situación de la población en tratamiento antirretroviral .....	48
6. Gestión de insumos preventivos .....	52
7. Síntesis .....	56





## Presentación

Con el correr de los años, el perfil de la epidemia de VIH en la ciudad de Buenos Aires ha presentado cambios. Concomitantemente, han cambiado las respuestas que se fueron dando desde la gestión de políticas, desde los propios efectores de salud y desde las organizaciones de la sociedad civil.

De igual forma, ha habido variantes en las estrategias de monitoreo epidemiológico. Hemos pasado del análisis inicial de reportes de caso y mortalidad a estudios de estimación de prevalencias, determinantes de la infección, estudios de casos, de comportamientos y prácticas, de acceso al diagnóstico, entre otros. A pesar de los cambios reseñados, y en concordancia con ellos, la Coordinación Sida sostiene sus ejes estratégicos para dar respuesta a la epidemia garantizando el acceso a los recursos preventivos, al diagnóstico oportuno, a la atención integral de calidad abogando por combatir el estigma y la discriminación que afectan a las personas con VIH o sida.

Así llegamos a este nuevo Boletín Epidemiológico, que intenta reflejar las respuestas y el impacto de las acciones que cotidianamente llevan adelante quienes, de diferentes maneras y desde diversos lugares, abordan la epidemia de VIH/sida. Una vez más verán reflejada en sus páginas la información sistematizada, producida en el marco de la vigilancia epidemiológica, clave para monitorear la evolución de la epidemia y de nuestras tareas, y herramienta fundamental para la definición y puesta en práctica de las políticas públicas.

Como expresáramos en ediciones anteriores, los datos reafirman un perfil metropolitano de la epidemia de VIH en el que predomina la transmisión sexual tanto en hombres como en mujeres y pone en evidencia algunas situaciones preocupantes que es necesario abordar más activamente.

Por una parte, aparece como un dato muy preocupante el aumento en el número de casos de VIH por transmisión vertical. En esa misma dirección, algunos estudios muestran las preocupaciones del personal de salud de la Ciudad en lo referente a las cifras de sífilis congénita.

Por otro lado, la persistencia de altos niveles de prevalencia de VIH en los colectivos de la diversidad sexual y la tendencia en aumento de los nuevos diagnósticos en la población de adolescentes y adultos mayores, plantean la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención en estos grupos.

Asimismo, el conocimiento de seropositividad en estadios sintomáticos en más de un tercio de la población diagnosticada nos ha llevado a profundizar algunas estrategias que entendemos necesarias. Así, la priorización y facilitación del acceso al diagnóstico oportuno con la implementación de nuevos algoritmos que incluyen el uso del test rápido en el tamizaje y las pruebas moleculares en la confirmación redundará en mejores resultados en salud.

En este material encontrarán, también, información útil para la reflexión acerca de nuestras prácticas en salud, los sentidos de las mismas y la necesidad de plantearnos cambios.

Esperamos que este nuevo encuentro entre información epidemiológica, reflexión crítica y quehacer sanitario aporte a la tarea cotidiana.

**Fabián Portnoy**  
Coordinación Sida  
Ministerio de Salud

## Nota metodológica

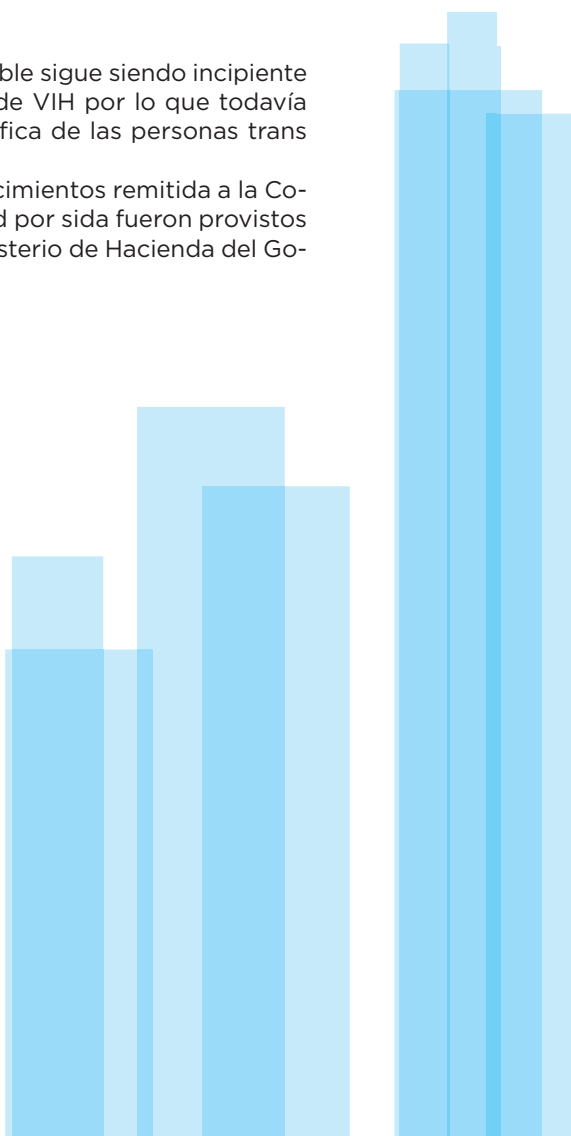
Si bien la notificación obligatoria de los casos de sida se inició en nuestro país en 1990, la notificación de casos de VIH se inició en el año 2000 y la ciudad de Buenos Aires implementó este cambio a partir de 2003. Es por eso que el presente boletín se basará en el análisis de las notificaciones de infección en personas que tuvieron su diagnóstico de VIH entre el 1/1/2003 y el 31/12/2013 y que fueron recibidas en la Coordinación Sida hasta el 31/8/2014.

Como en boletines anteriores el análisis no es acotado a los residentes en la ciudad, sino a toda la población que se atiende en el sistema público y parte del subsector privado de salud de la CABA, independientemente de su residencia, bajo la caracterización de un perfil que llamaremos “metropolitano”. Sin embargo, para algunas variables, se hará una descripción específica de la situación de los residentes de la CABA.

Para evaluar la tendencia con respecto al número de casos, las notificaciones se asignan al año de diagnóstico; de esta manera, se evita el sesgo de variaciones artificiales debidas al retraso en la notificación. De igual modo, todas las variables descriptivas incluidas en el análisis están definidas por el momento del diagnóstico de infección por VIH.

La incorporación del género como variable sigue siendo incipiente en las fichas de notificación de casos de VIH por lo que todavía no es posible la caracterización específica de las personas trans con VIH.

Debido a la escasa notificación de fallecimientos remitida a la Coordinación Sida, los datos de mortalidad por sida fueron provistos por la Dirección de Estadísticas del Ministerio de Hacienda del Gobierno de la Ciudad.



## 1. Descripción general de las notificaciones de personas con VIH en seguimiento en instituciones de la CABA (2003-2013)

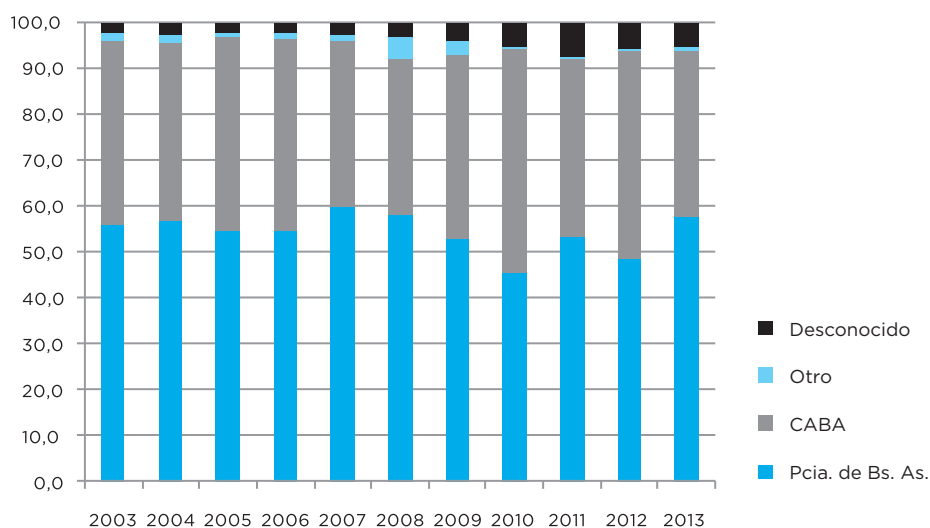
Hasta el 31/8/2014, se notificaron a la Coordinación Sida 14.652 infecciones por VIH con fecha de diagnóstico entre el 1º de enero de 2003 y el 31 de diciembre de 2013 (tabla 1). Respecto de las cifras presentadas en el boletín previo, se incluyeron 1008 nuevas notificaciones. Los últimos dos años se consideran incompletos debido a los retrasos de notificación.

Con respecto al lugar de residencia de las personas notificadas, 5875 (40,1%) correspondieron a la CABA, 7992 (54,5%) al conurbano bonaerense, 233 (1,6 %) a otras jurisdicciones y en 552 casos (3,7%) no se dispuso de este dato. La proporción de residentes de la ciudad no varió significativamente a lo largo del período (gráfico 1).

**Tabla 1.**  
Distribución de notificaciones de infección por VIH y proporción de residentes según año de diagnóstico, CABA, 2003-2013

Año de diagnóstico	Nº	% residentes CABA
2003	1.747	40,1
2004	1.618	38,8
2005	1.504	42,1
2006	1.334	41,5
2007	1.218	36,3
2008	1.405	33,7
2009	1.306	40,0
2010	1.171	48,3
2011	1.319	39,0
2012	1.197	45,2
2013	833	36,0
<b>Total</b>	<b>14.652</b>	<b>40,1</b>

**Gráfico 1.** Distribución de notificaciones de infección por VIH según lugar de residencia y año de diagnóstico, CABA, 2003-2013





### Distribución por barrios en residentes de la CABA

En el 52% (3068) de los casos residentes en la ciudad se obtuvo el dato del barrio de residencia. De acuerdo a esta distribución, el 50% de las notificaciones de residentes de la CABA corresponden a comunas del sur de la ciudad. Excepto por la comuna 14, las tasas de VIH más altas se registran también en las comunas de la región sur aunque este dato puede estar sobrestimado por la menor densidad de población en esta región de la ciudad (tabla 2).

**Tabla 2.** Distribución de notificaciones de infección por VIH según barrio de residencia en la CABA según año de diagnóstico, CABA, 2003-2013

Comuna	Residentes con VIH notificados	% sobre total de casos	Población de la comuna	Tasa de VIH x 100.000 hab.
3. Balvanera, San Cristóbal	393	12,8	209.588	187,5
1. Retiro, San Nicolás, Monserrat, Constitución, San Telmo, Puerto Madero	377	12,3	201.285	187,3
7. Flores, Parque Chacabuco	393	12,8	218.422	179,9
4. Pompeya, Parque Patricios, Barracas, La Boca	391	12,7	249.080	157,0
9. Liniers, Mataderos, Parque Avellaneda	181	5,9	166.860	108,5
5. Almagro, Boedo	180	5,9	187.373	96,1
8. Villa Soldati, Villa Riachuelo, Villa Lugano	177	5,8	193.154	91,6
14. Palermo	230	7,5	255.138	90,1
13. Núñez, Belgrano, Colegiales	174	5,7	251.962	69,1
6. Caballito	124	4,0	183.758	67,5
15. Agronomía, Villa Ortúzar, Paternal, Chacarita, V. Crespo	121	3,9	197.561	61,2
10. Villa Real, Versalles, Monte Castro, Villa Luro, Vélez Sarsfield, Floresta	86	2,8	173.174	49,7
12. Villa Pueyrredón, Villa Urquiza, Saavedra, Cohglan	91	3,0	199.942	45,5
2. Recoleta	79	2,6	186.888	42,3
11. Villa Devoto, Villa del Parque, Villa Santa Rita, Villa Gral. Mitre	71	2,3	198.241	35,8

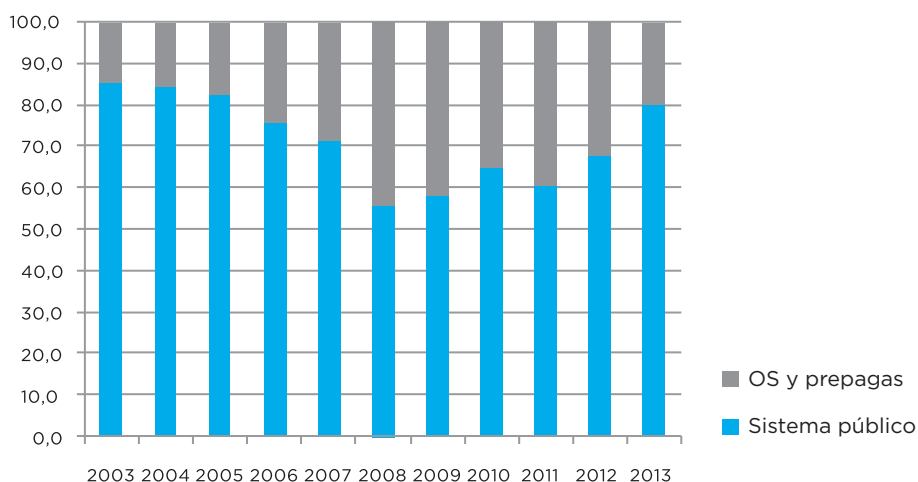
#### 1.1. Instituciones notificantes

Del total de notificaciones, 10.562 (72%) fueron remitidas por hospitales públicos y 4090 (28%), por instituciones que brindan asistencia a prepagas y obras sociales (tablas 3 y 4). La relación entre notificaciones del sistema público y del sector de obras sociales disminuyó entre 2003 y 2008 para luego estabilizarse y volver a ascender en los últimos años (gráfico 2).

La distribución de notificaciones según procedencia de instituciones públicas u obra sociales fue similar para los residentes de la CABA (71% sistema público y 29% obras sociales).



**Gráfico 2.** Distribución de notificaciones de diagnóstico de VIH según tipo de institución notificante, CABA, 2003-2013



**Tabla 3.** Distribución de notificaciones de diagnóstico de VIH según hospital notificante, subsector público, CABA, 2003-2013

Hospital notificante	Diagnósticos notificados (2003-2013)
Álvarez	300
Argerich	644
Borda	21
Durand	209
Elizalde	145
Fernández	1.807
Ferrer	57
Garrahan	246
Gutiérrez	90
Moyano	18
Muñiz	2.429
Penna	641
Pirovano	405
Piñero	856
Ramos Mejía	1.121
Rivadavia	163
Santojanni	638
Sardá	184
Tornú	298
Udaondo	15
Vélez Sarsfield	91
Zubizarreta	184
<b>Total</b>	<b>10.562</b>

**Tabla 4.** Distribución de notificaciones de diagnóstico de VIH según institución notificante, subsector no público, CABA, 2003-2013

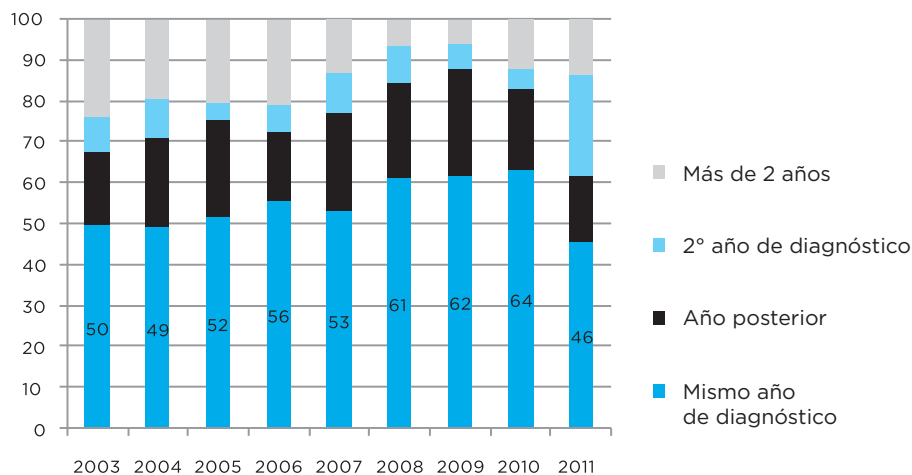
Institución	Diagnósticos notificados (2003-2013)
Fundación Helios	1.361
CEADI	853
Nexo AC	742
FUNDAI	290
Sanatorio Franchín	192
Sanatorio Julio Méndez	265
Medicus	113
Hospital Italiano	67
Otros	207
<b>Total</b>	<b>4.090</b>

Para evaluar el nivel de subnotificación de nuevos diagnósticos se analizó la relación entre año de diagnóstico y año de notificación (tabla 5). Sin considerar a los últimos dos años por estar incompletos, cada año se notifican entre el 50 y 60% de las personas diagnosticadas en ese año (gráfico 3).

**Tabla 5.** Distribución de notificaciones de infección por VIH según año de diagnóstico y año de notificación, CABA, 2003-2013

Año de diagnóstico	Año de notificación			
	Mismo año de diagnóstico (%)	Año posterior (%)	2° año de diagnóstico (%)	Más de 2 años (%)
2003	49,7	17,8	8,7	23,7
2004	49,2	22,0	9,6	19,2
2005	51,7	23,6	4,6	20,1
2006	55,9	16,7	6,5	20,9
2007	53,1	24,0	9,9	13,0
2008	61,4	23,2	9,0	6,4
2009	62,1	25,9	6,1	5,9
2010	63,5	19,5	5,0	12,0
2011	45,8	16,3	24,4	13,5
2012	39,3	45,2	15,5	
2013	57,9	42,1		

**Gráfico 3.** Distribución porcentual de notificaciones de infección por VIH según año de diagnóstico y año de notificación, CABA, 2003-2011



## 1.2. Sexo y edad

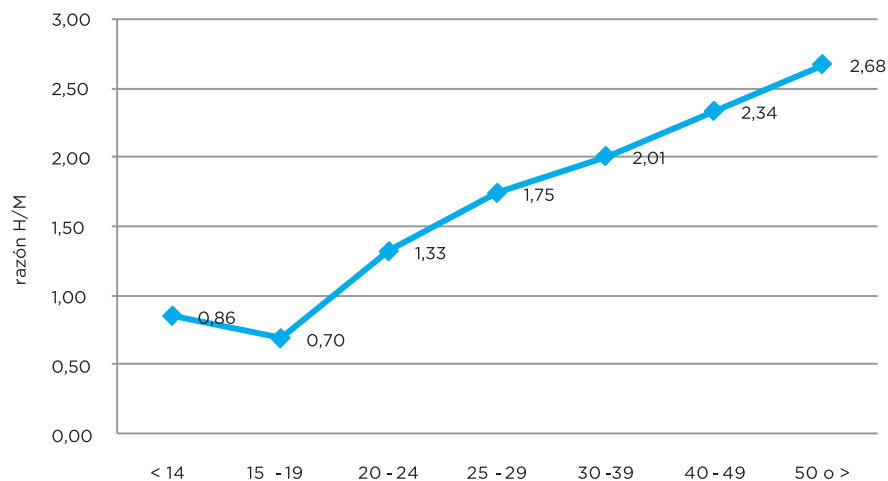
De las 14.652 notificaciones recibidas desde el año 2003, 5200 (35,5%) correspondieron a mujeres y 9451 a varones (64,5%) con una mediana de edad al momento del diagnóstico de 31 años en las mujeres y 34 años en los varones. La razón hombre/mujer global fue de 1,82, con tendencia en aumento durante el período (tabla 6).

**Tabla 6.** Distribución de la razón hombre/mujer, según año del diagnóstico, CABA 2003-2013

Año de diagnóstico	Razón H/M
2003	1,62
2004	1,59
2005	1,52
2006	1,79
2007	1,84
2008	1,83
2009	1,84
2010	2,17
2011	2,16
2012	1,96
2013	2,24
<b>Total</b>	<b>1,82</b>

El análisis de la razón hombre/mujer según edad muestra un índice de masculinidad cercano a 1 en menores de 14 años, cuya casi totalidad se infectaron de modo perinatal. En la adolescencia este índice desciende y demuestra un predominio femenino en los diagnósticos durante la adolescencia. A partir de esta edad se evidencia un aumento progresivo a medida que los grupos se alejan de la edad fértil (gráfico 4).

**Gráfico 4.** Razón hombre/mujer según edad, CABA, 2003-2013



El alto porcentaje de partos en los grupos etarios con menor razón hombre/mujer podría explicarse por la mayor oferta de diagnóstico durante el embarazo a la población femenina (tabla 7).

El análisis desagregado por año de diagnóstico muestra que, a pesar de las variaciones durante el período, cada año un porcentaje importante de mujeres en edad fértil se diagnostica en el contexto de embarazo (tabla 8).

**Tabla 7.** Distribución de las notificaciones según edad y razón hombre/mujer y porcentaje de mujeres con parto en cada grupo etario, CABA, 2003-2013

Edad	H/M	% partos
Hasta 14	0,86	1,6
15 a 19	0,70	45,9
20 a 24	1,33	42,4
25 a 29	1,75	38,7
30 a 39	2,01	26,1
40 a 49	2,34	4,1
50 o más	2,68	0,0
<b>Total</b>	<b>1,82</b>	<b>25,6</b>

**Tabla 8.** Distribución de las notificaciones en mujeres y proporción de partos según año, CABA, 2003-2013

Año de diagnóstico	N° mujeres	% partos en mujeres con VIH
2003	668	47,5
2004	625	50,1
2005	597	46,1
2006	477	55,8
2007	429	56,9
2008	497	52,9
2009	460	57,8
2010	369	63,7
2011	417	47,0
2012	404	44,1
2013	257	58,4
<b>Total</b>	<b>5.200</b>	<b>52,0</b>

El análisis específico de los residentes de la CABA muestra una razón hombre/mujer algo mayor que en la población total que se atiende en la CABA y con tendencia al ascenso durante el período (tabla 9).

**Tabla 9.** Distribución de la razón hombre/mujer, según año del diagnóstico, residentes de CABA, 2003-2013

Año de diagnóstico	Razón H/M
2003	1,82
2004	2,08
2005	1,93
2006	2,22
2007	2,25
2008	2,15
2009	2,21
2010	2,58
2011	2,55
2012	2,26
2013	2,66
<b>Total</b>	<b>2,19</b>

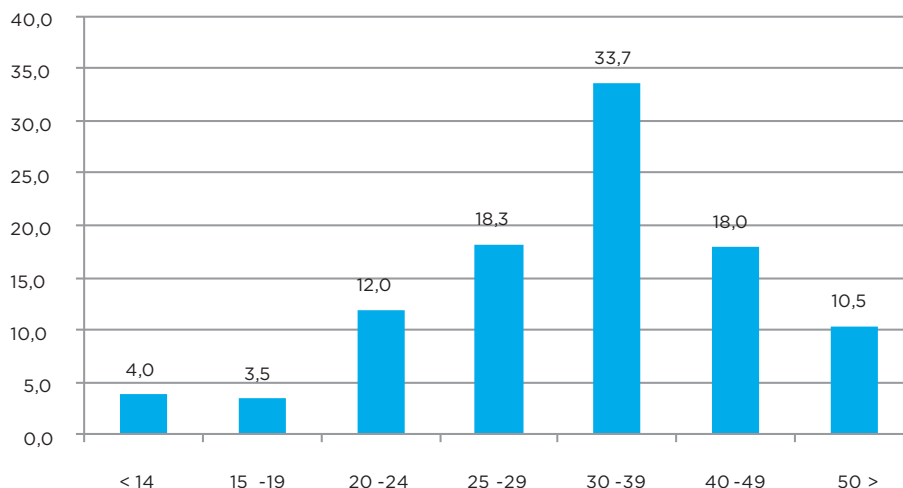
También en los residentes de la CABA la razón hombre/mujer aumenta a medida que la población se aleja de la edad fértil y presenta un mayor porcentaje de partos en casi todos los grupos etarios (tabla 10).

**Tabla 10.** Distribución la razón hombre/mujer y porcentaje de partos según edad, residentes de la CABA, 2003-2013

Edad	H/M	% partos
Hasta 14	0,85	11,5
15 a 19	0,78	54,7
20 a 24	1,65	41,7
25 a 29	2,10	45,1
30 a 39	2,36	33,3
40 a 49	2,78	4,2
50 o más	3,32	0,0
<b>Total</b>	<b>2,19</b>	<b>30,3</b>

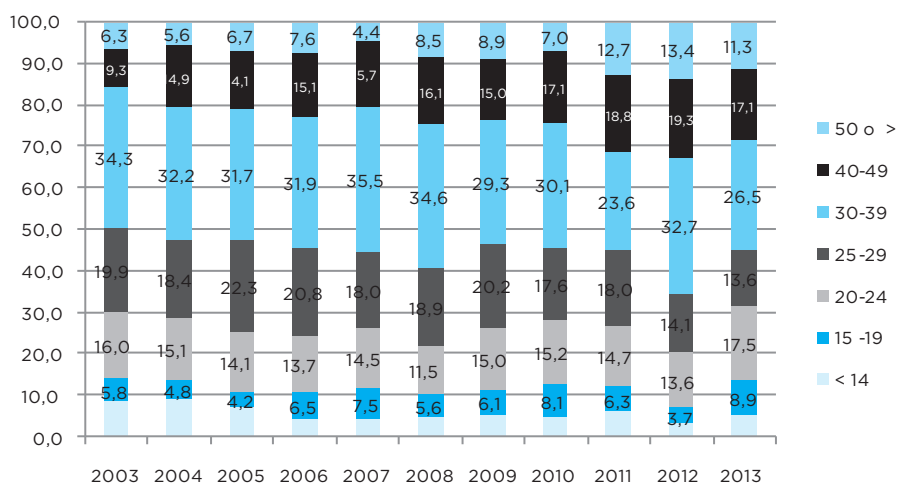
El mayor porcentaje de la población analizada tenía entre 30 y 39 años al momento del diagnóstico y el 52% fue diagnosticado entre los 25 y 40 años (gráfico 5).

**Gráfico 5.** Distribución porcentual de las notificaciones según edad al momento del diagnóstico, CABA, 2003-2013



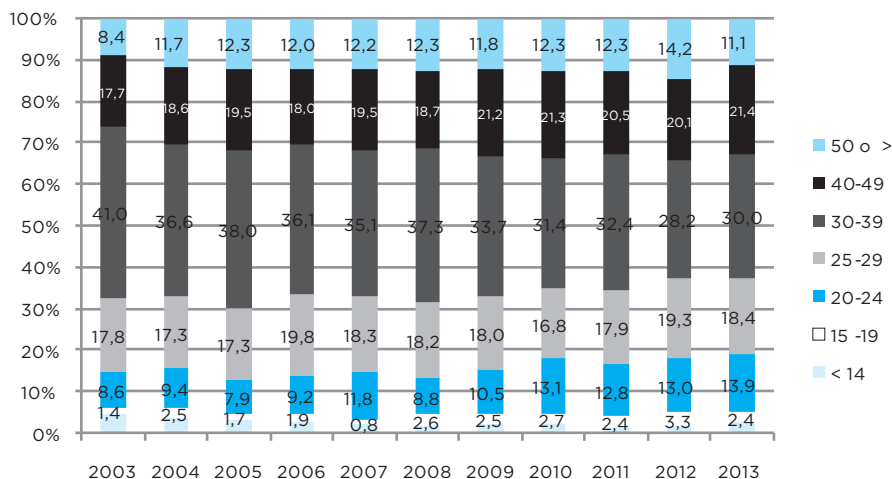
El análisis de tendencia de la edad según sexo muestra que, en varones, el porcentaje con más de 40 años al momento del diagnóstico se duplicó entre 2003 y 2013. A su vez, descendió levemente la proporción con diagnóstico entre los 25 y 39 años y aumentó entre los 15 y 24 años (gráfico 6).

**Gráfico 6.** Distribución de las notificaciones según edad y año de diagnóstico en varones, CABA, 2003-2013



Entre las mujeres, también aumentó la proporción de diagnósticos después de los 40 años y en adolescentes y jóvenes de 20 a 24 años. Solo se observa tendencia al descenso en el grupo de 30 a 39 años (gráfico 7).

**Gráfico 7.** Distribución de las notificaciones según edad y año de diagnóstico en mujeres, CABA, 2003-2013



### 1.3. Instrucción formal y cobertura de salud

#### Instrucción formal

El nivel de instrucción alcanzado fue analizado en la población mayor de 18 años. Se obtuvo información sobre el nivel de instrucción formal en el 90% de los 12.487 casos seleccionados:

- 4.519 (36,2%) completaron como máximo la escuela primaria,
- 2.741 (22%) no completaron la escuela secundaria y
- 5.227 (42%) finalizaron los estudios secundarios o alcanzaron niveles terciarios.

Cuando desagregamos la información según sexo, encontramos diferencias significativas entre el nivel alcanzado por varones y mujeres (tabla 11). Si consideramos como nivel de educación bajo el hecho de no haber completado la escuela secundaria, corresponden a esta categorización el 68,4% de las mujeres y el 53% de los hombres.

**Tabla 11.** Nivel de educación formal de las personas notificadas, según sexo, CABA, 2003-2013

Nivel de educación formal	Mujeres*		Varones*	
	Nº	%	Nº	%
Hasta primaria completa	1.793	42,9	2.726	32,8
Secundaria incompleta	1.066	25,5	1.675	20,2
Secundaria completa o más	1.319	31,6	3.908	47,0
<b>Total</b>	<b>4.178</b>	<b>100,0</b>	<b>8.309</b>	<b>100,0</b>

\*Mayores de 18 años

El análisis del nivel de instrucción para los residentes de la CABA muestra diferencias significativas en los varones, ya que más del 55% de los residentes masculinos tiene alto nivel de instrucción formal, con secundaria completa o más (tabla 12).



**Tabla 12.** Nivel de educación formal de los residentes de la CABA notificadas, según sexo, CABA, 2003-2013

Nivel de educación formal	Mujeres*		Varones*	
	Nº	%	Nº	%
Hasta primaria completa	676	40,8	927	25,1
Secundaria incompleta	435	26,3	712	19,2
Secundaria completa o más	545	32,9	2.060	55,7
<b>Total</b>	<b>1.656</b>	<b>100,0</b>	<b>3.699</b>	<b>100,0</b>

\*Mayores de 18 años

El análisis del nivel de instrucción de la población masculina desagregado según la vía de transmisión homo o heterosexual muestra diferencias significativas. Mientras que solo el 33% de los varones con transmisión heterosexual del VIH completaron la escuela secundaria o más, este porcentaje asciende al 66,4% en los HSH (tabla 13).

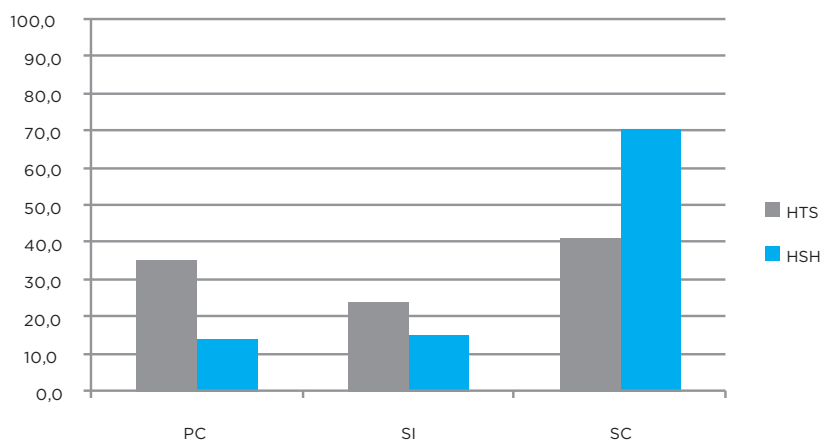
Esta diferencia es aún mayor en la población masculina de residentes de la CABA (gráfico 8).

**Tabla 13.** Nivel de educación formal de las personas notificadas, según sexo, CABA, 2003-2013

Nivel de educación formal	Hombres HTS *		HSH*	
	Nº	%	Nº	%
Hasta primaria completa	1.756	43,4	625	17,9
Secundaria incompleta	954	23,6	549	15,7
Secundaria completa o más	1.336	33,0	2.324	66,4
<b>Total</b>	<b>4.046</b>	<b>100,0</b>	<b>3.498</b>	<b>100,0</b>

\*Mayores de 18 años

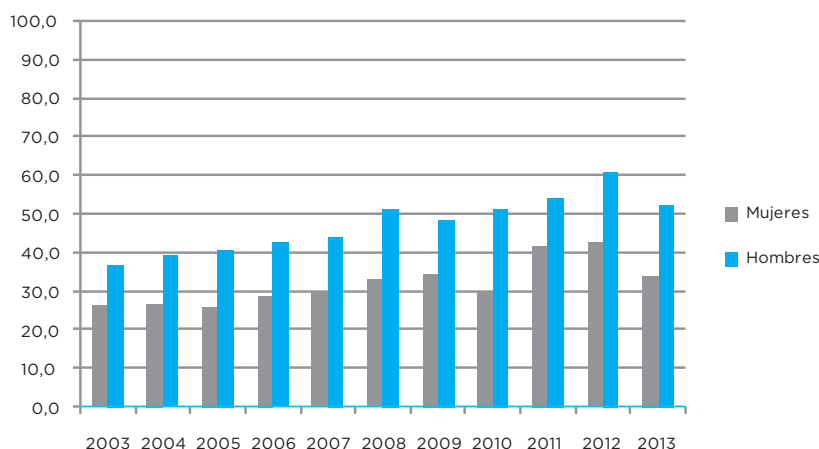
**Gráfico 8.** Nivel de educación formal de la población masculina de residentes de la CABA notificadas, según vía de transmisión, CABA, 2003-2013



PC = hasta primaria completa, SI = hasta secundaria incompleta, SC = secundaria completa o más

El análisis de tendencia del nivel de instrucción durante el período muestra un aumento en la proporción de personas con secundario completo como mínimo nivel de instrucción con diferencias según sexo, ya que entre 2003 y 2013 esta proporción ascendió del 26,4% al 34,2% entre las mujeres y del 36,7% al 52,3% en los hombres. El descenso en el último año debe interpretarse con reservas debido al retraso en la notificación (gráfico 9).

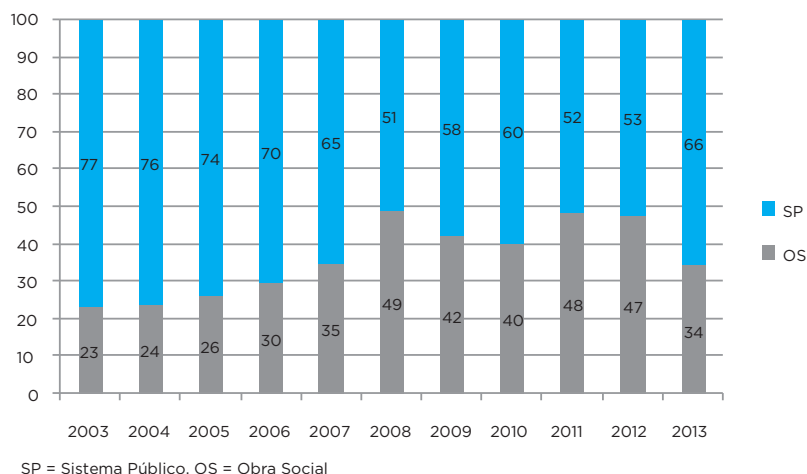
**Gráfico 9.** Distribución de las notificaciones de personas con secundario completo como mínimo nivel de instrucción formal según año de diagnóstico, CABA, 2003-2013



### Cobertura de salud

La cobertura de salud fue de obra social en el 27,9% de las personas notificadas, sistema público en el 51,4% y no se dispuso de información en 20,7%. El porcentaje de personas con VIH que refirieron tener obra social ascendió del 23% en 2003 al 49% en 2008 y luego se mantuvo estable hasta el fin del período. El descenso en el último año debe interpretarse con reservas debido al retraso en la notificación (gráfico 10).

**Gráfico 10.** Porcentaje de personas con cobertura de obra social o sistema público según año de diagnóstico, CABA, 2003-2013



#### 1.4. Vías de transmisión

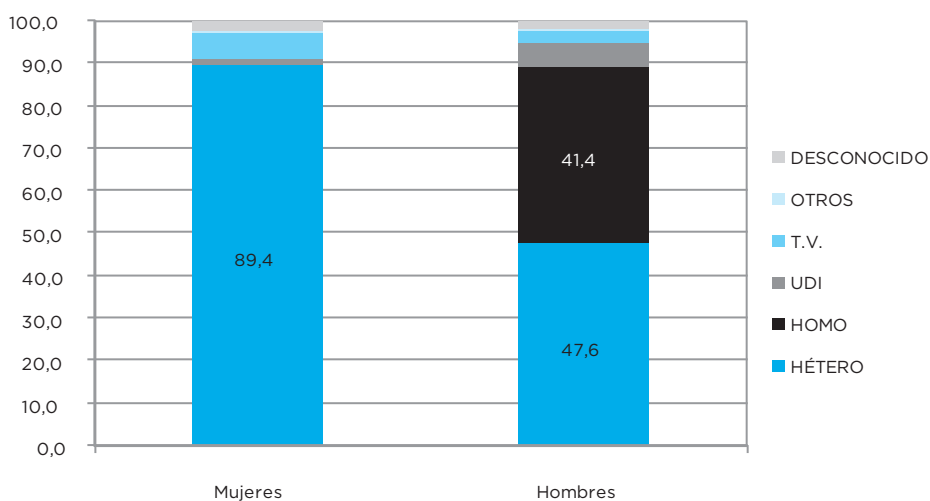
La forma de transmisión más frecuente, en ambos sexos, es la sexual con casi el 90% de las infecciones en mujeres y varones (tabla 10). El análisis de la población masculina muestra que el 41,3% de las infecciones por transmisión sexual se produce a través de las relaciones entre hombres (gráfico 11).

Dado que la codificación utilizada durante el período analizado no permite identificar a las personas trans, para el análisis epidemiológico esta población está incluida dentro del grupo definido como HSH.

**Tabla 10.** Distribución de las notificaciones por sexo según vía de transmisión, CABA, 2003-2013.

Vía de transmisión	Mujeres	%	Varones	%
Sexual - hétero	4.525	89,43	4.390	47,56
Sexual - homo			3.820	41,39
Uso compartido de material inyectable	68	1,34	524	5,68
Vertical	312	6,17	267	2,89
Otras	30	0,59	32	0,35
Desconocido	125	2,47	197	2,13
<b>Total</b>	<b>5.060</b>	<b>100,00</b>	<b>9.230</b>	<b>100,00</b>

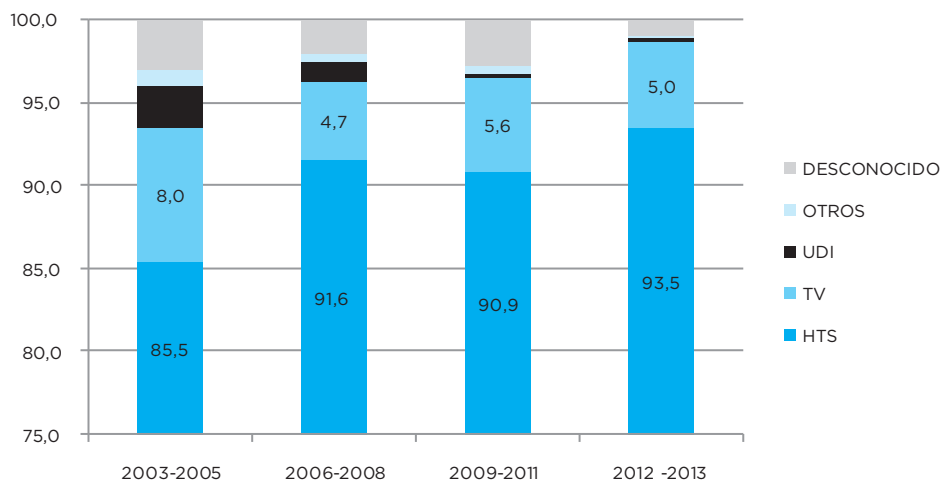
**Gráfico 11.** Distribución porcentual de las notificaciones según sexo y vía de transmisión, CABA, 2003-2013



*HÉTERO = transmisión heterosexual; HOMO= transmisión homosexual;  
TV = transmisión vertical; UDI= transmisión en usuarios de drogas inyectables*

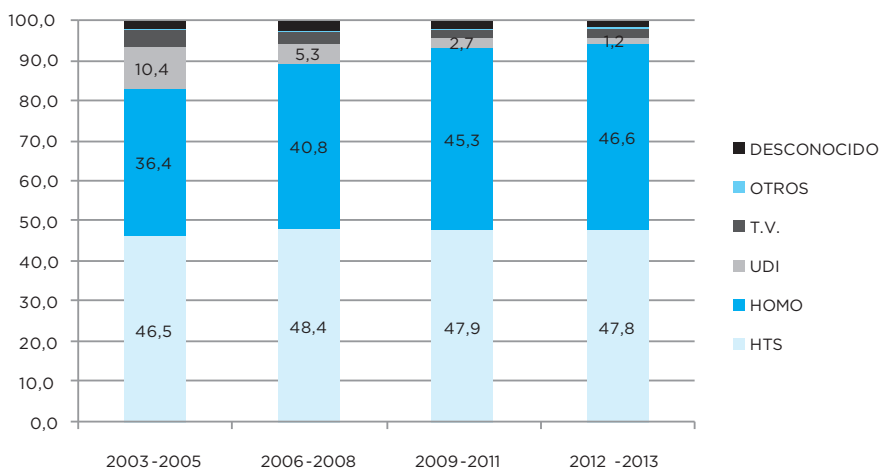
El análisis de la distribución porcentual de las notificaciones según la vía de transmisión muestra el predominio de la transmisión sexual en las mujeres durante todo el período y en los varones se observa una tendencia en aumento de la transmisión sexual entre hombres y un descenso significativo de la transmisión entre usuarios de drogas inyectables (gráficos 12 y 13).

**Gráfico 12.** Distribución porcentual de las notificaciones en mujeres según vía de transmisión, y año de diagnóstico. CABA, 2003-2013



HTS = transmisión heterosexual; TV = transmisión vertical; UDI = transmisión en usuarios de drogas inyectables

**Gráfico 13.** Distribución porcentual de las notificaciones en hombres según vía de transmisión, y año de diagnóstico. CABA, 2003-2013



HTS = transmisión heterosexual; HOMO = transmisión homosexual; TV = transmisión vertical; UDI = transmisión en usuarios de drogas inyectables

El análisis acotado a los residentes de la CABA muestra también que las relaciones sexuales son la vía de transmisión predominante en ambos sexos. A diferencia de la población del AMBA en su conjunto, entre los varones de la CABA predomina la transmisión a través de relaciones sexuales entre hombres en más del 50% de los casos (tabla 11).

**Tabla 11.** Distribución por vía de transmisión según sexo, residentes CABA, 2003-2013

Vía de transmisión	Mujeres	%	Varones	%
Sexual - hétero	1.682	92,5	1.647	41,4
Sexual - homo			1.998	50,3
Uso compartido de material inyectable	33	1,8	178	4,5
Vertical	58	3,1	56	1,4
Otras/Desconocido	44	2,4	93	2,3

### 1.5 Estadio clínico al momento del diagnóstico: Situación del diagnóstico tardío de VIH en la CABA

Se registró el estadio clínico al momento del diagnóstico en 12.978 casos. De acuerdo a la información disponible en la ficha de notificación epidemiológica, el diagnóstico tardío de VIH fue definido como aquel que ocurre en etapas sintomáticas de la infección (sida y sintomático no sida). De acuerdo a esta definición, tuvieron diagnóstico tardío el 38,8% de las personas notificadas durante el período. Si bien los últimos años deben interpretarse con cautela debido al retraso en la notificación, el análisis de la proporción de diagnósticos tardíos muestra una clara tendencia en descenso a lo largo del período, (tabla 12).

**Tabla 12.** Prevalencia de diagnósticos tardíos de VIH según año, CABA, 2003-2013

Año de diagnóstico	Diagnóstico tardío (%)
2003	42,4
2004	43,0
2005	40,6
2006	39,6
2007	39,9
2008	37,9
2009	36,4
2010	37,8
2011	36,0
2012	34,4
2013	33,7
<b>Total</b>	<b>38,8</b>

#### Diagnóstico tardío según sexo y edad

El análisis desagregado por sexo demuestra que el diagnóstico tardío es claramente superior en la población masculina (45% en los hombres y 28% en las mujeres) (tabla 13).

La razón hombre/mujer en el diagnóstico concomitante con sida es casi el triple que en el diagnóstico en período asintomático (tabla 14).

**Tabla 13.** Distribución de las notificaciones según estadio clínico al momento del diagnóstico, por sexo, CABA, 2003-2013

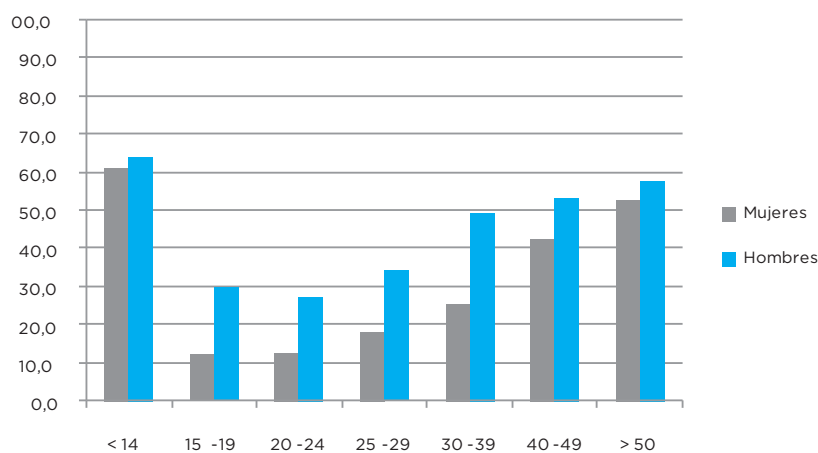
Estadio clínico	Mujeres		Varones		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Síndrome retroviral agudo	91	1,94	168	2,0	259	2,0
Asintomático	3.288	69,96	4.385	53,0	7.673	59,1
Sintomático no sida	568	12,09	1.215	14,7	1.783	13,7
Sida	753	16,02	2.510	30,3	3.263	25,1
<b>Total</b>	<b>4.700</b>	<b>100,00</b>	<b>8.278</b>	<b>100,0</b>	<b>12.978</b>	<b>100,0</b>

**Tabla 14.** Distribución de la razón H/M según estadio clínico al momento del diagnóstico, CABA, 2003-2013

Estadio clínico	Razón H/M
Síndrome retroviral agudo	1,85
Asintomático	1,33
Sintomático no sida	2,14
Sida	3,33

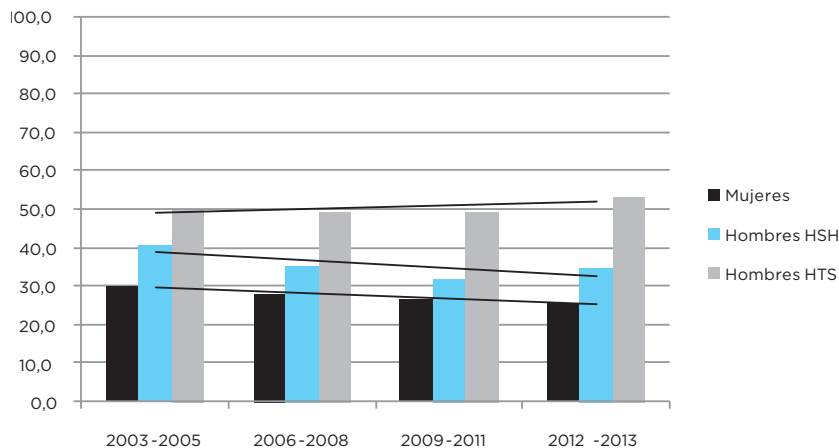
Si bien el diagnóstico tardío predomina en la población masculina en todas las edades, la diferencia entre sexos disminuye a medida que las mujeres se alejan de la edad fértil (gráfico 14).

**Gráfico 14.** Distribución porcentual de notificaciones en personas con diagnóstico tardío según sexo y edad, CABA, 2003-2013



El análisis de tendencia según sexo y vía de transmisión sexual en hombres muestra un descenso de la frecuencia de diagnósticos tardíos en mujeres y HSH y un ascenso en los varones heterosexuales hacia el final del período (gráfico 15).

**Gráfico 15.** Distribución porcentual de notificaciones en personas con diagnóstico tardío según sexo y vía de transmisión sexual en hombres, CABA, 2003-2013

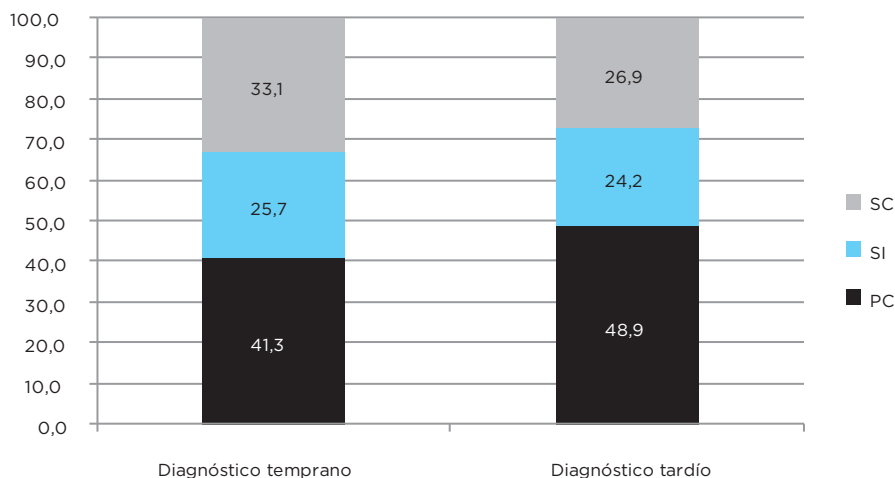


HTS = transmisión heterosexual; HSH = transmisión sexual entre hombres

#### Diagnóstico tardío según nivel de instrucción

El mayor nivel de instrucción se relacionó con una menor proporción de diagnósticos tardíos tanto en mujeres como en varones (gráficos 16 y 17). Sin embargo, en la población masculina es más marcada la diferencia en la oportunidad del diagnóstico según el nivel de instrucción.

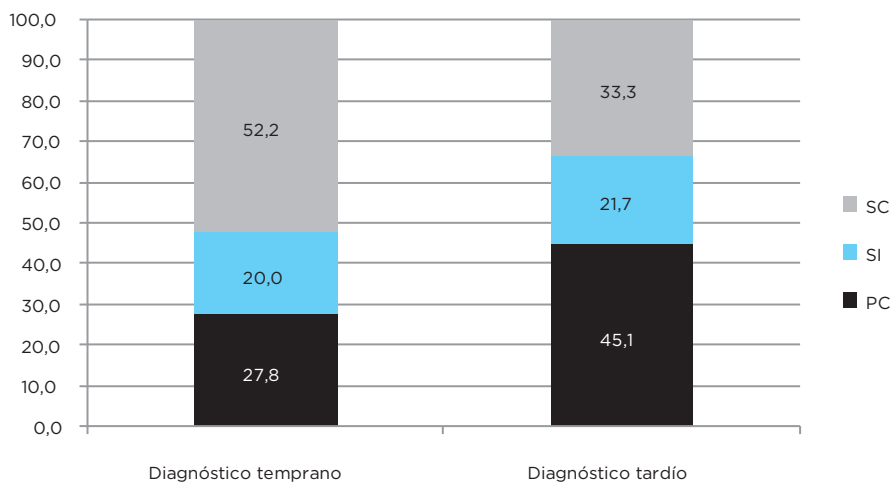
**Gráfico 16.** Distribución porcentual de notificaciones en mujeres según diagnóstico temprano o tardío de VIH y nivel de instrucción. CABA, 2003-2013



PC = hasta primaria completa, SI = hasta secundaria incompleta  
SC = secundaria completa o más



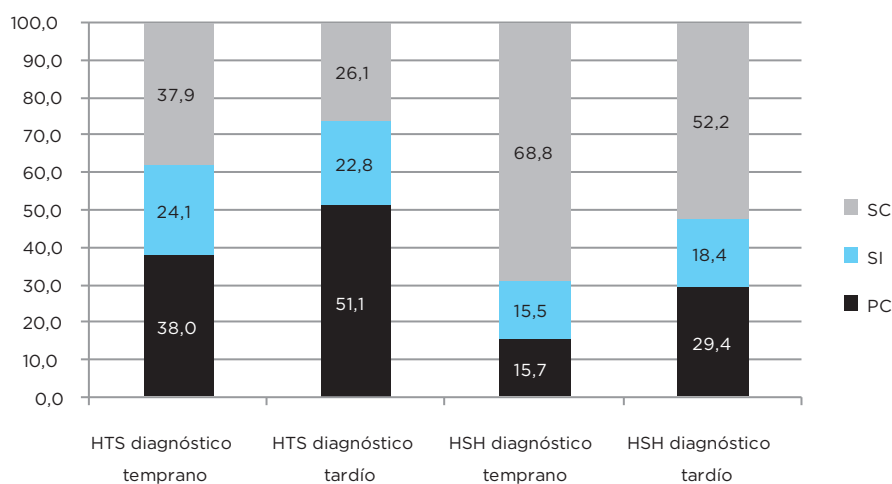
**Gráfico 17.** Distribución porcentual de notificaciones en varones según diagnóstico temprano o tardío de VIH y nivel de instrucción. CABA, 2003-2013



PC = hasta primaria completa, SI = hasta secundaria incompleta  
SC = secundaria completa o más

Cuando se analiza a la población masculina según la vía de transmisión, se observa que el bajo nivel de instrucción se asocia con diagnóstico tardío tanto en varones con transmisión heterosexual como homosexual del VIH (gráfico 18).

**Gráfico 18.** Distribución porcentual de notificaciones en varones según momento del diagnóstico, nivel de instrucción y vía de transmisión, CABA, 2003-2013



PC = hasta primaria completa, SI = hasta secundaria incompleta, SC = secundaria completa o más

HTS = transmisión heterosexual; HSH = transmisión sexual entre hombres

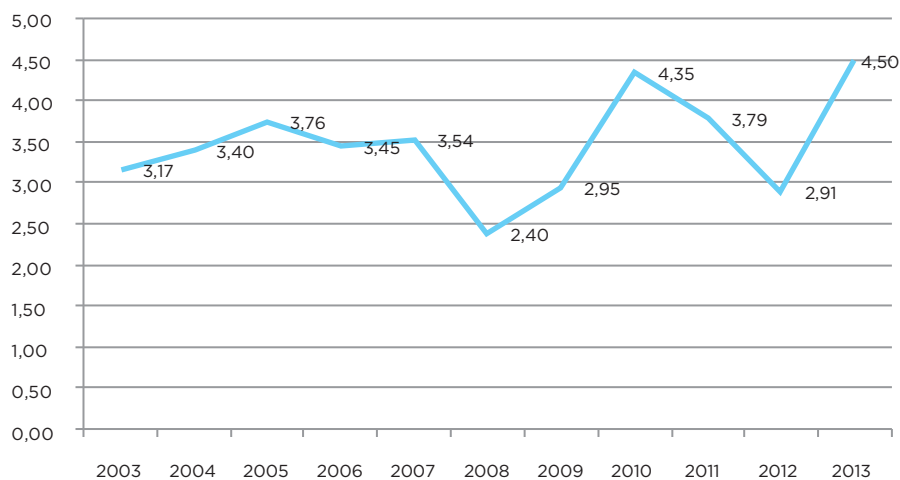
### Situación del diagnóstico tardío en los residentes de la CABA

En los residentes de la CABA también el diagnóstico tardío se mantuvo entre el 35 y 40% durante el período, considerando a los últimos años como incompletos (tabla 15). El análisis de la razón hombre/mujer muestra que también en los residentes de la CABA el diagnóstico en estadios sintomáticos predomina en la población masculina (gráfico 19).

**Tabla 15.** Prevalencia de diagnósticos tardíos de VIH en residentes de la CABA según año de diagnóstico, CABA, 2003-2013.

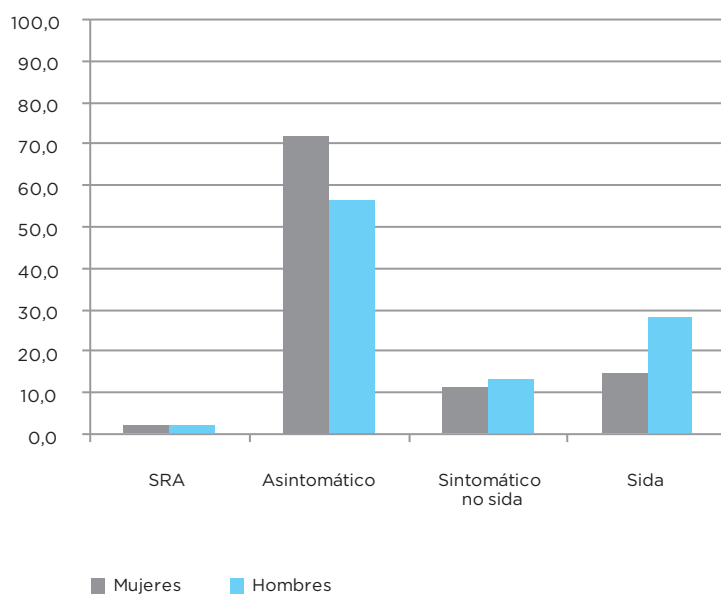
Año de diagnóstico	Diagnóstico tardío (%)
2003	37,23
2004	42,76
2005	37,68
2006	35,89
2007	40,25
2008	38,44
2009	33,82
2010	34,23
2011	34,41
2012	32,25
2013	26,51
<b>Total</b>	<b>36,38</b>

**Gráfico 19.** Razón hombre/mujer en residentes de la CABA según año de diagnóstico, CABA, 2003-2013

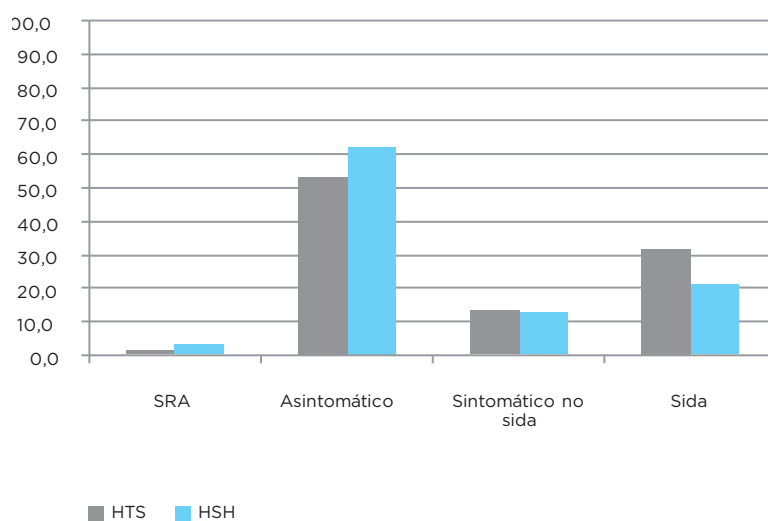


El análisis del estadio clínico según sexo muestra el predominio femenino en las etapas asintomáticas y el masculino en las sintomáticas (gráfico 20). En la población masculina, predominan los HSH en el estadio asintomático y los varones heterosexuales en la etapa sida (gráfico 21).

**Gráfico 20.** Distribución de la población de los residentes de la CABA con VIH según sexo y estadio clínico al momento del diagnóstico, CABA, 2003-2013



**Gráfico 21.** Distribución de la población masculina de residentes de la CABA con VIH según vía de transmisión y estadio clínico al momento del diagnóstico, CABA, 2003-2013



## 1.6. Descripción de los nuevos casos de sida

El descenso en el número de casos de sida, a partir de la disponibilidad de la terapia antirretroviral de alta eficacia en 1996, se ha acompañado también de subnotificación de los nuevos eventos marcadores. No obstante, incluimos un análisis del perfil de los casos de personas con diagnóstico simultáneo de VIH y sida, para evidenciar algunos aspectos de las personas más vulnerables diagnosticadas en el último período.

Desde el año 2003 se notificaron 2425 personas con sida al momento del diagnóstico de VIH.

El porcentaje de diagnósticos simultáneos de VIH y sida parece estar estabilizado; sin embargo, hay que tener en cuenta que los datos de los últimos años pueden estar subestimados por el retraso en la notificación (tabla 16).

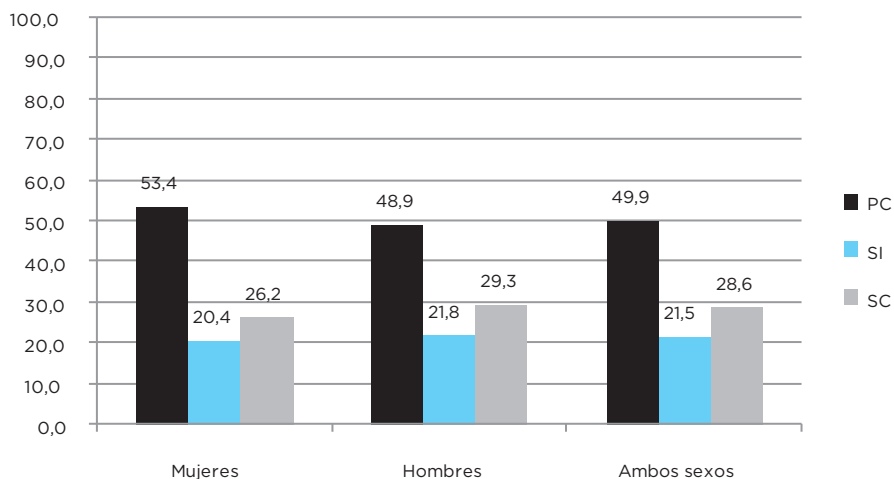
**Tabla 16.** Distribución anual de casos de diagnóstico simultáneo de VIH y sida, CABA, 2003-2013

Año de diagnóstico	Diagnósticos simultáneos VIH y sida	Total de diagnósticos	% diagnósticos simultáneos de VIH y sida
2003	306	1.742	17,6
2004	317	1.617	19,6
2005	256	1.501	17,1
2006	249	1.330	18,7
2007	196	1.215	16,1
2008	252	1.399	18,0
2009	218	1.301	16,8
2010	164	1.163	14,1
2011	185	1.299	14,2
2012	131	1.077	12,2
2013	151	800	18,9
<b>Total</b>	<b>2.274</b>	<b>13.644</b>	<b>16,7</b>

El análisis de las notificaciones de estos 2425 casos demostró:

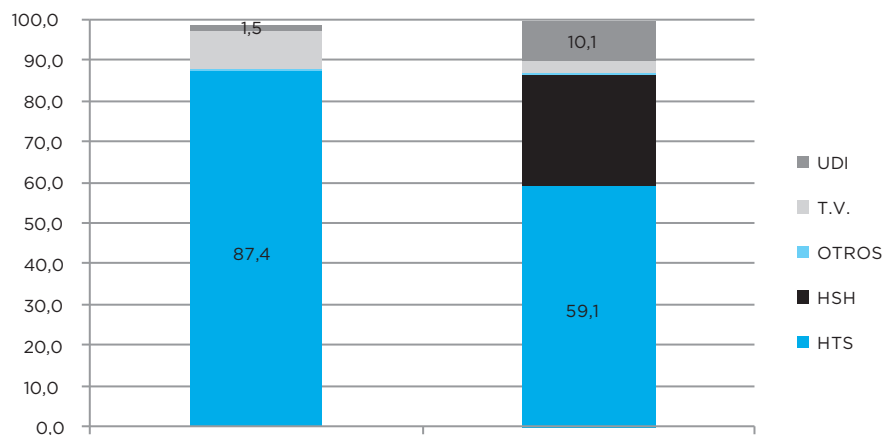
- El 77% ocurrió en varones y este predominio de la población masculina se mantuvo durante todo el período;
- El 38,7% son residentes de la CABA y el 58,7% del conurbano bonaerense;
- La mediana de edad al momento del diagnóstico fue de 38 años tanto en hombres como en mujeres, y el 79,6% de la población con sida al momento del diagnóstico tenía más de 30 años.
- El 79% de las notificaciones provino de hospitales públicos.
- El 31% cuenta con cobertura de obra social o prepaga.
- El 49,9% no completó la primaria y el 21,5% no completó la secundaria, sin diferencias significativas entre hombres y mujeres (gráfico 22).
- La transmisión del VIH fue sexual en el 88% de las mujeres y en el 85% de los hombres. En estos últimos el diagnóstico simultáneo de VIH y sida predominó en el grupo con transmisión en relaciones heterosexuales (gráfico 23)

**Gráfico 22.** Distribución de casos de diagnóstico simultáneo de VIH y sida, según nivel de instrucción formal CABA, 2003-2013



PC = hasta primaria completa / SI = hasta secundaria incompleta  
 SC = secundaria completa o más

**Gráfico 23.** Distribución porcentual de los casos de diagnóstico simultáneo de VIH y sida según sexo y vía de transmisión, CABA, 2003-2013



HTS = transmisión heterosexual; HSH = transmisión sexual entre hombres;  
 TV = transmisión vertical; UDI = transmisión en usuarios de drogas inyectables

## 2. Análisis de la mortalidad por sida en los residentes de la CABA

Los datos incluidos en esta sección fueron aportados por la Dirección General de Estadísticas y Censos del Ministerio de Hacienda del GCBA.

La tasa de mortalidad por sida en los residentes de la ciudad alcanzó su pico

en 1996 con 18,8 casos por 100.000 habitantes, año a partir del cual comienza un descenso marcado, vinculado con la disponibilidad de la terapia antirretroviral de alta eficacia (tabla 17).

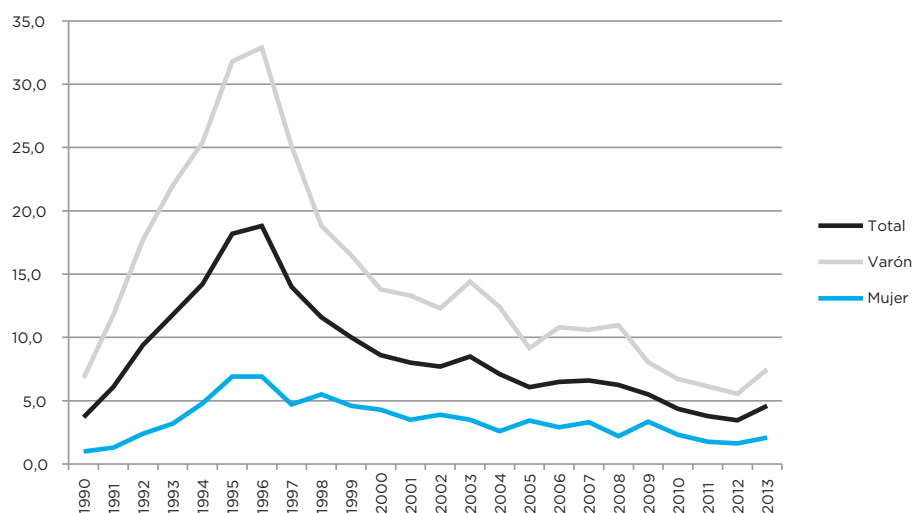
**Tabla 17.** Tasa de mortalidad por sida por 100.000 habitantes, CABA, 1990-2013

Año	Tasa	Año	Tasa
1990	3,7	2002	7,7
1991	6,1	2003	8,5
1992	9,4	2004	7,1
1993	11,8	2005	6,1
1994	14,2	2006	6,5
1995	18,2	2007	6,6
1996	18,8	2008	6,2
1997	14,0	2009	5,5
1998	11,6	2010	4,3
1999	10,0	2011	3,8
2000	8,6	2012	3,5
2001	8,0	2013	4,6
<b>Total</b>		<b>36,38</b>	

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). Estadísticas vitales.

El análisis por sexo muestra que la tasa de mortalidad por sida ha sido mayor en la población masculina durante todo el período. Sin embargo, después del año 2000 la diferencia entre ambos sexos se redujo (gráfico 24).

**Gráfico 24.** Tasa de mortalidad por sida por 100.000 habitantes según sexo, CABA, 1990-2013



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). Estadísticas vitales.

## 2.1. Tasa de mortalidad por comunas

El análisis de las tasas de mortalidad por sida en las comunas, en los últimos seis años, muestra un descenso progresivo a nivel global hasta 2012. Aunque en el último año hay un aumento en algunas comunas, hay que tener en cuenta que la reducción en el número de las muertes por sida podría determinar que pequeños aumentos en el número de fallecimientos tengan un alto impacto en las tasas de mortalidad (tabla 18).

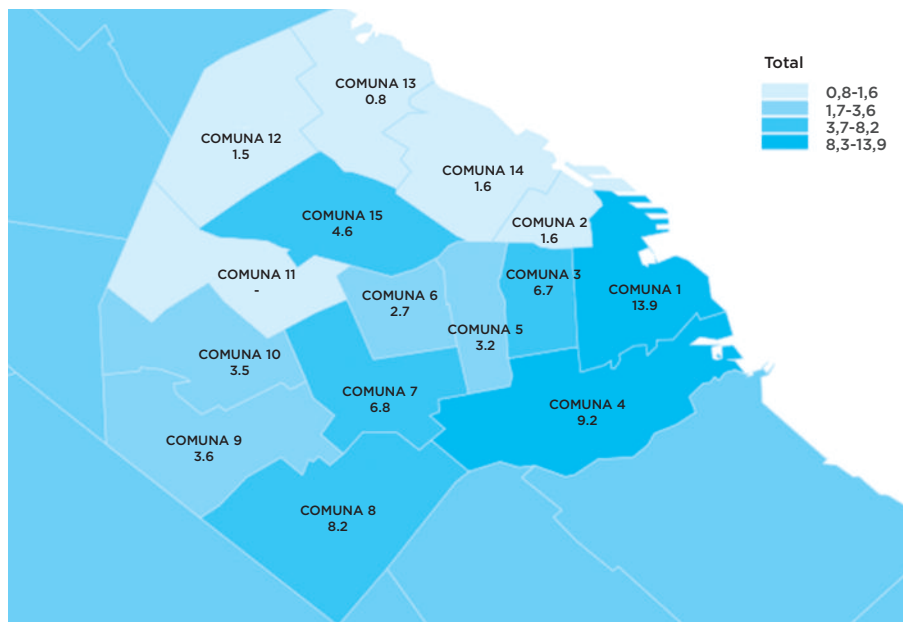
En el gráfico 25 se pueden ver referenciadas las tasas de mortalidad por sida del año 2013 según comuna. Como se observa en el mapa, las tasas más altas se registran en las comunas de la región sur.

**Tabla 18.** Tasa específica de mortalidad por sida por 100.000 habitantes según comuna, CABA, 2006-2013

Comuna	Barrios	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Total</b>		6,5	6,6	6,2	5,5	4,3	3,8	3,5	4,6
1	Constitución - Monserrat Puerto Madero Retiro - San Nicolás San Telmo	11,8	11,1	11,6	11,0	11,0	6,0	6,0	13,9
2	Recoleta	4,9	2,1	3,2	4,3	2,1	1,1	1,1	1,6
3	Balvanera - San Cristóbal	7,9	11,7	11,6	7,2	4,8	5,3	5,7	6,7
4	Barracas - Boca Nueva Pompeya Parque Patricios	15,3	16,7	16,6	15,6	9,8	10,5	10,0	9,2
5	Almagro - Boedo	3,2	5,3	4,8	2,1	1,6	1,1	4,3	3,2
6	Caballito	3,3	4,4	0,5	4,4	2,2	2,7	0,5	2,7
7	Flores Parque Chacabuco	5,2	7,0	6,0	5,1	3,7	2,8	5,0	6,8
8	Villa Lugano Villa Riachuelo Villa Soldati	12,9	16,4	8,1	6,4	7,4	9,9	5,7	8,2
9	Liniers - Mataderos Parque Avellaneda	6,7	5,4	7,8	6,6	8,4	2,4	2,4	3,6
10	Floresta - Monte Castro Vélez Sarsfield Versalles - Villa Luro Villa Real	4,7	4,6	4,1	3,5	2,9	5,2	1,7	3,5
11	Villa del Parque Villa Devoto Villa General Mitre Villa Santa Rita	3,6	2,0	4,5	4,0	2,0	1,5	0,5	-
12	Coghlan - Saavedra Villa Pueyrredón Villa Urquiza	3,0	3,0	3,0	4,5	1,5	2,5	2,0	1,5
13	Belgrano - Colegiales Núñez	3,2	4,8	0,4	1,2	2,4	1,6	1,2	0,8
14	Palermo	5,2	2,8	5,9	3,5	2,0	1,2	1,6	1,6
15	Agronomía - Chacarita Parque Chas Paternal - Villa Crespo Villa Ortúzar	6,2	1,5	4,1	2,0	3,6	2,5	2,5	4,6



**Gráfico 25.** Tasa de mortalidad por sida por 100.000 habitantes según comuna, CABA, 2013



### 3. Situación de la transmisión perinatal del VIH en la CABA

La transmisión del VIH de madre a hijo ha ido disminuyendo progresivamente desde 1996, debido a la disponibilidad de tratamiento antirretroviral, a la implementación de cesáreas electivas, a la sustitución de la lactancia y a un marco normativo para la universalización de la oferta de testeo en el embarazo.

La Coordinación Sida implementó la notificación sistemática de partos en mujeres con VIH en la CABA en 2003. La información obtenida permitió disponer de indicadores útiles para monitorear las acciones implementadas por el programa en la ciudad.

En este capítulo se analizarán los partos en mujeres con VIH ocurridos en maternidades públicas de la CABA entre 2003 y 2013, y notificados a la Coordinación Sida hasta el 31 de julio de 2014. Debido al retraso en la notificación, la información de los últimos años debe interpretarse con cautela.

Entre enero de 2003 y diciembre de 2013, se notificaron 2745 partos en mujeres con VIH, que tuvieron lugar en hospitales del sistema público de la CABA (tabla 19). Si bien la distribución anual de partos en hospitales del sistema público se ha mantenido constante durante el período, la cantidad de partos de mujeres con VIH ha bajado progresivamente, lo que redundó en un descenso de la prevalencia de estos partos en la CABA.

**Tabla 19.** Distribución anual de partos en hospitales públicos de la CABA y partos en mujeres con VIH. CABA, 2003-2013

Año	Nº de partos del sistema público de la CABA	Nº de partos de mujeres VIH	Prevalencia de partos de mujeres con VIH en hospitales públicos de la CABA
2003	29.272	317	1,08%
2004	30.824	317	1,03%
2005	30.049	277	0,92%
2006	29.738	268	0,90%
2007	31.727	247	0,78%
2008	31.027	268	0,86%
2009	30.794	270	0,87%
2010	31.670	244	0,77%
2011	30.651	201	0,65%
2012	29.630	181	0,61%
2013	no disponible	155	
<b>Total</b>		<b>2.745</b>	

**Tabla 20.** Distribución de partos en mujeres con VIH en hospitales públicos, CABA, 2003-2013

Hospital	Nº de partos	%
Álvarez	66	2,4
Argerich	316	11,5
Durand	344	12,5
Fernández	247	9,0
Garrahan	53	1,9
Penna	308	11,2
Pirovano	73	2,7
Piñero	211	7,7
Ramos Mejía	333	12,1
Rivadavia	84	3,1
Santojanni	112	4,1
Sardá	527	19,2
Vélez Sarsfield	49	1,8
Otros	22	0,8
<b>Total</b>	<b>2.745</b>	<b>100,0</b>

### 3.1. Características de las madres

Del total de partos, el 41% (1110) correspondieron a mujeres residentes de la ciudad; 1563 (57,8%), a residentes del conurbano bonaerense y 32 (1,2%), a residentes de otras jurisdicciones.

En 2004 casos se dispuso de información para el análisis del nivel de instrucción formal alcanzado al momento del embarazo, excluidas las jóvenes de menos de 18 años. Casi el 40% de las madres no superó la escuela primaria como máximo nivel de instrucción y sólo el 25,4% completó la educación secundaria o alcanzó estudios superiores (tabla 21).

**Tabla 21.** Distribución de las madres de acuerdo al nivel de instrucción en mayores de 18 años, CABA, 2003-2013

Estudios	Nº	%
Analfabeto	22	1,1%
Primaria incompleta	203	10,1%
Primaria completa	565	28,2%
Secundaria incompleta	708	35,3%
Secundaria completa	375	18,7%
Terciaria o universitaria	103	6,7%

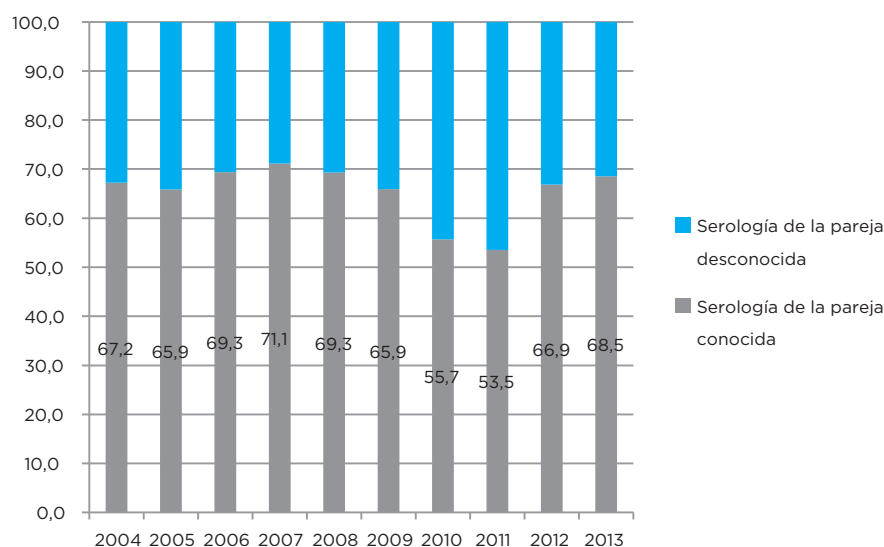
El 88,8% de las madres tuvo diagnóstico en estadios clínicos tempranos y solo el 11,2% en estadios avanzados (tabla 22).

**Tabla 22.** Distribución de las madres de acuerdo al estadio clínico de VIH al momento del diagnóstico, CABA, 2003-2013

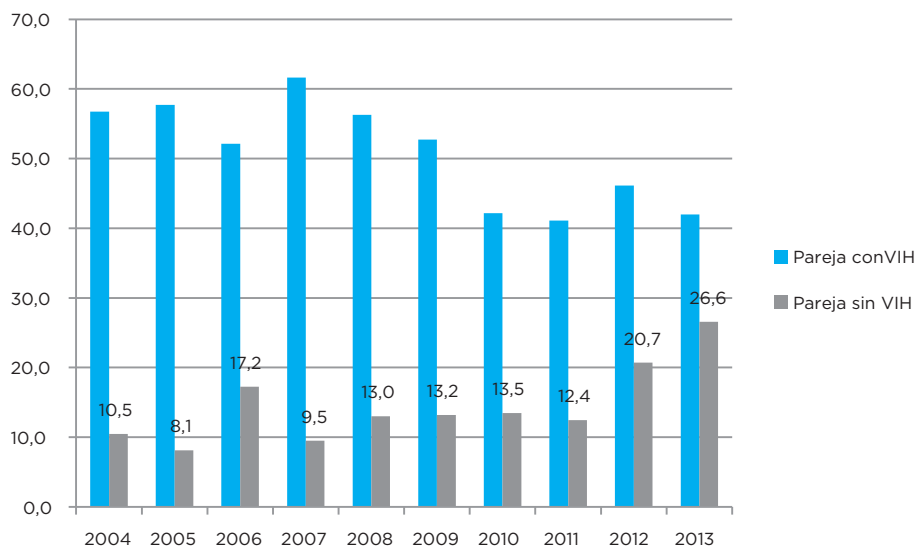
Estadio clínico	%
Síndrome retroviral agudo	1,1
Asintomático	87,7
Sintomático no sida	4,7
Sida	6,5

El 63% de las mujeres conocían el estado serológico de sus parejas: 49,3% parejas VIH positivas, 13,4% parejas VIH negativas y en 38% no se conoce la serología o el dato no estuvo disponible. El conocimiento sobre el estado serológico de la pareja se mantuvo entre el 60 y 70% durante el período con un descenso entre 2010-2011, que parece tender a aumentar en los últimos dos años (gráfico 26). Asimismo, se observa una tendencia en aumento de las parejas negativas, lo cual podría significar una mayor frecuencia de embarazos en parejas discordantes (gráfico 27).

**Gráfico 26.** Distribución de las madres de acuerdo al conocimiento de la serología de la pareja según año de parto, CABA, 2003-2013



**Gráfico 27.** Distribución de las madres de acuerdo a la serología de la pareja según año de parto, CABA, 2003-2013



### 3.2. Momento del diagnóstico de VIH

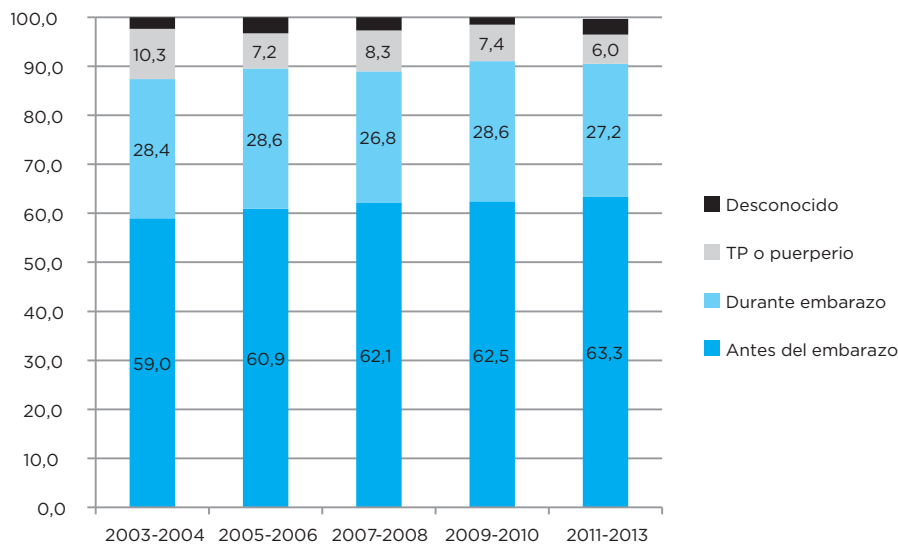
El 89,4% de las mujeres tenía el diagnóstico positivo de VIH antes del parto (el 27,9% con diagnóstico en el embarazo actual) y el 7,9 % tuvo diagnóstico durante el trabajo de parto o en el puerperio (tabla 23).

**Tabla 23.** Distribución de las madres de acuerdo al momento de diagnóstico de VIH respecto al embarazo, CABA, 2003-2013

Momento	N°	%
Antes del embarazo	1.584	57,7
Embarazo previo	103	3,8
Durante el embarazo	767	27,9
Parto	141	5,1
Puerperio	76	2,8
Desconocido	74	2,7
<b>Total</b>	<b>2.745</b>	<b>100,0</b>

El análisis de tendencia muestra un descenso progresivo del porcentaje de mujeres con diagnóstico de VIH durante el trabajo de parto o puerperio (gráfico 28).

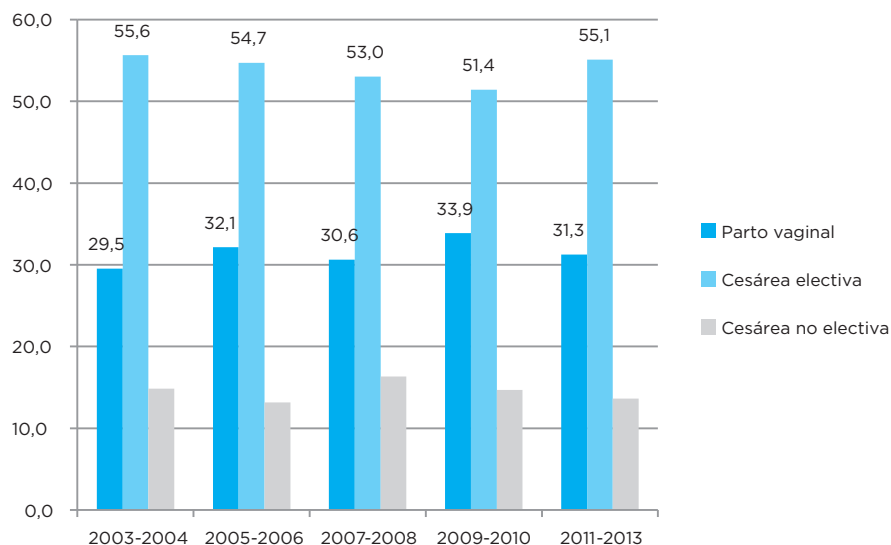
**Gráfico 28.** Distribución de las madres de acuerdo al momento de diagnóstico de VIH respecto al embarazo, CABA, 2003-2013



### 3.3. Modalidad de nacimiento

Se obtuvo información sobre la modalidad de nacimiento en 2630 casos, con un claro predominio de la cesárea electiva durante todo el período (gráfico 29).

**Gráfico 29.** Distribución porcentual de acuerdo al tipo de nacimiento, hospitales públicos, CABA, 2003-2013



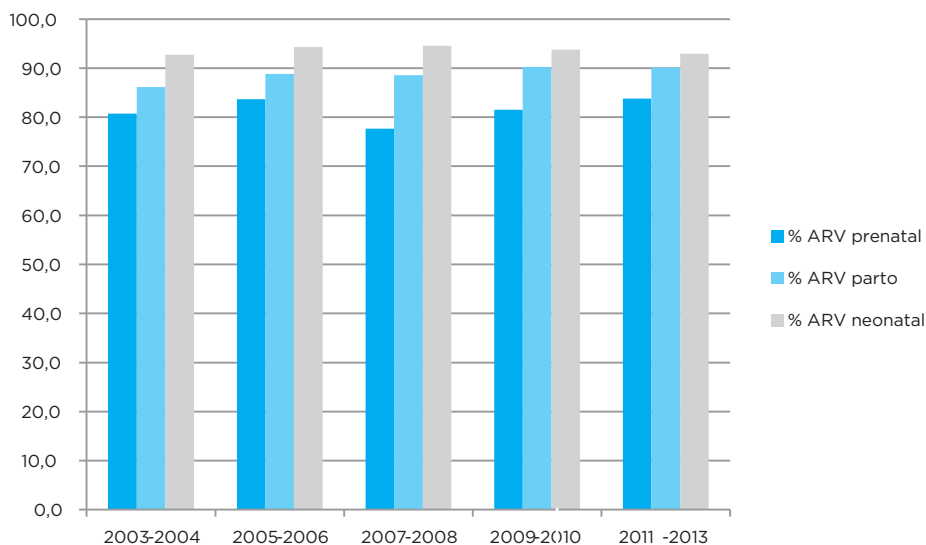
### 3.4. Tratamiento antirretroviral

El porcentaje de cobertura de antirretrovirales prenatal fue mayor al 80% en casi todo el período, excepto por una caída al 77% en 2007-2008 (tabla 24). El porcentaje que no recibió antirretrovirales incluye a las mujeres con diagnóstico de VIH durante el trabajo de parto o en el puerperio. La cobertura de profilaxis neonatal y durante el parto fue superior a la prenatal durante todo el período (gráfico 30).

**Tabla 24.** Distribución de las madres y neonatos de acuerdo al porcentaje de cobertura con antirretrovirales, CABA, 2003-2013

	% ARV prenatal	% ARV parto	% ARV neonatal
2003-2004	80,8	86,1	92,7
2005-2006	83,7	88,8	94,3
2007-2008	77,7	88,5	94,6
2009-2010	81,5	90,3	93,8
2011-2013	83,8	90,1	92,9

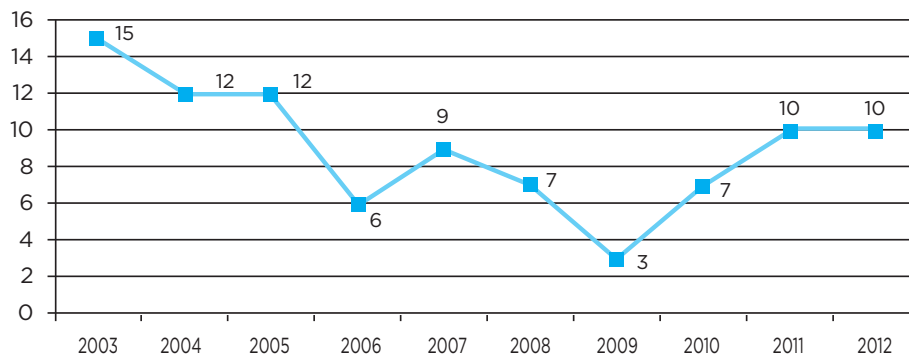
**Gráfico 30.** Distribución de las madres y neonatos de acuerdo al porcentaje de cobertura con antirretrovirales, CABA, 2003-2013



### 3.5. Tasa de transmisión vertical

El retardo en la confirmación de los diagnósticos pediátricos y la pérdida de seguimiento posterior al parto dificultan el monitoreo, en tiempo real, de la tasa de transmisión en los niños y niñas expuestos al VIH por vía perinatal en el sistema público de la CABA. Sin embargo, el análisis del número de niños infectados por esta vía muestra una tendencia en aumento hacia el final del período (gráfico 31).

**Gráfico 31.** Distribución anual de los casos de transmisión perinatal del VIH según año de nacimiento, CABA 2003-2012

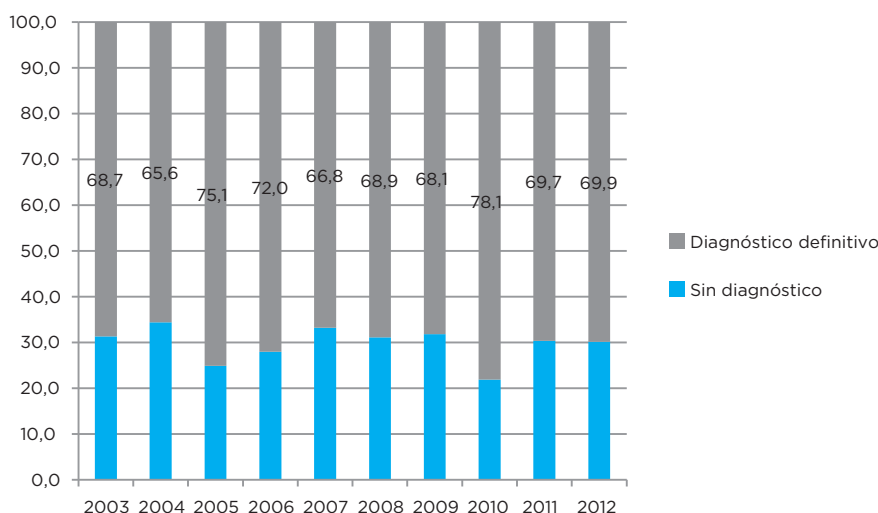


Si bien los datos de los últimos años deben tomarse como provisorios, es claro que, después de alcanzar valores menores al 2%, la tasa de transmisión vertical del VIH ha aumentado progresivamente (tabla 25). A pesar de la relevancia de este dato, el menor porcentaje de niños con diagnóstico definitivo podría sobreestimar la variación de la tasa de transmisión entre 2010 y 2012 (gráfico 32).

**Tabla 25.** Tasas de transmisión vertical, CABA, 2003-2012

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Partos	317	317	277	268	247	268	270	244	201	181
Niños con diagnóstico definitivo	217	207	207	191	165	182	184	186	132	125
Positivos	15	12	12	6	9	7	3	7	10	10
<b>Tasa TV</b>	<b>6,91%</b>	<b>5,80%</b>	<b>5,79%</b>	<b>3,14%</b>	<b>5,45%</b>	<b>3,84%</b>	<b>1,63%</b>	<b>3,76%</b>	<b>7,57%</b>	<b>8%</b>

**Gráfico 32.** Porcentaje de niños expuestos al VIH con diagnóstico definitivo, según año de nacimiento, CABA, 2003-2011



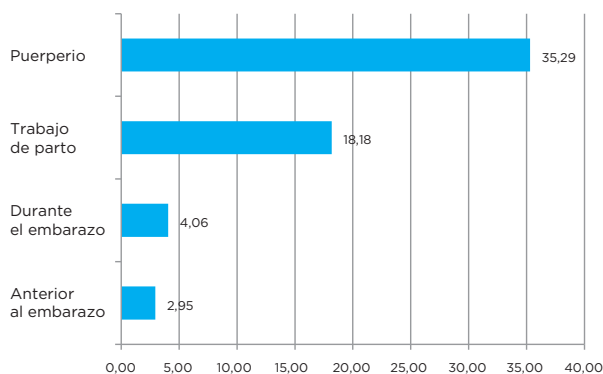


### Análisis de los determinantes de la transmisión perinatal del VIH en la CABA

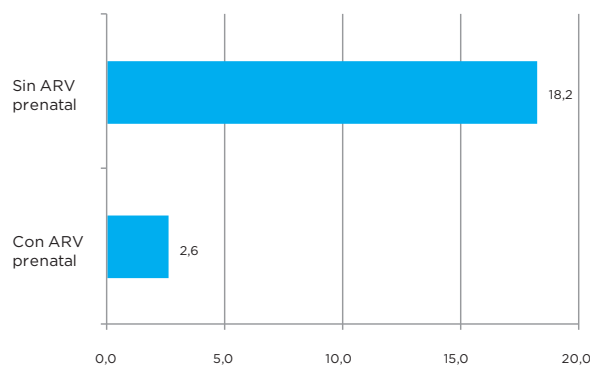
Identificar los determinantes de la transmisión perinatal del VIH es fundamental para fortalecer las estrategias de prevención en la CABA.

El análisis general de algunas variables epidemiológicas mostró que el momento del diagnóstico de VIH en relación con el embarazo y la cobertura de profilaxis prenatal fueron variables con alto impacto en la tasa de transmisión (gráficos 33 y 34).

**Gráfico 33.** Tasa de transmisión vertical del VIH (%) según el momento del diagnóstico, partos en hospitales públicos, CABA, 2003-2012

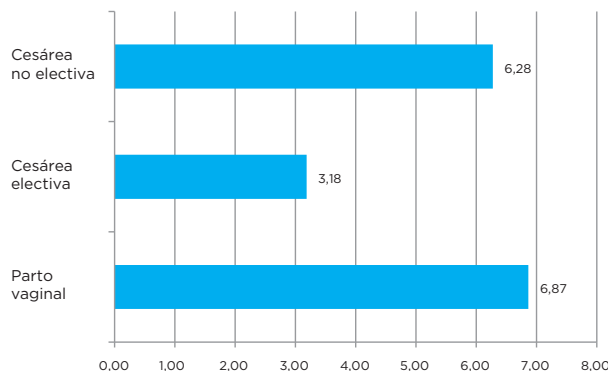


**Gráfico 34.** Tasa de transmisión vertical del VIH (%) según cobertura de ARV prenatal, partos en hospitales públicos, CABA, 2003-2012



Si bien también se observaron diferencias en la tasa de transmisión vertical del VIH en relación con la modalidad de nacimiento, potenciales confusores como la carga viral al momento del parto y la cobertura de antirretrovirales podrían estar influyendo en estos resultados (gráfico 35).

**Gráfico 35.** Tasa de transmisión vertical del VIH (%) según modalidad de nacimiento, partos en hospitales públicos, CABA, 2003-2012



## ANÁLISIS DE CASOS DE TRANSMISIÓN VERTICAL

Con motivo del aumento de casos de niños infectados, la Coordinación Sida implementó en junio de 2014 una estrategia de trabajo con los equipos de las maternidades, que consistió en el estudio de 22 niños con VIH nacidos entre 2010 y 2013 y una jornada donde se analizaron los determinantes vinculados a la transmisión.

### El estudio de casos de niños infectados por transmisión vertical de VIH permitió concluir:

- El 50% de las madres eran residentes de la CABA y el otro 50% del conurbano bonaerense.
- El 31% (7/22) de las madres eran adolescentes al momento del parto (15 a 19 años).
- El máximo nivel de instrucción fue la primaria completa en el 80% de los casos.
- Solo en 13 de los 22 casos se conocía la serología de la pareja masculina de la madre (11 positivas y 2 negativas).
- La cobertura antirretroviral según el momento del embarazo fue: prenatal = 40%, parto = 63% y neonatal = 77%.

El perfil de las madres de los niños infectados durante el período 2010-2013 fue comparado con el de las madres de aquellos infectados entre 2003-2006. Como se observa en la tabla, aumentó el porcentaje de parejas con serología conocida y disminuyó la proporción de madres con diagnóstico tardío durante el trabajo de parto y puerperio. Si bien disminuyó el porcentaje de embarazos no controlados, no hubo un cambio significativo en cuanto a la cobertura de profilaxis prenatal y disminuyó la proporción de cesáreas electivas en la modalidad de parto.

### Perfil de las madres de los niños con transmisión del VIH según período, CABA, 2003-2006, 2010-2013

	2003-2006	2010-2013
Conocimiento de la serología de la pareja	5%	30%
Mujeres asintomáticas al momento del diagnóstico de VIH	55%	91%
Embarazo sin control	54%	40%
Diagnóstico tardío de VIH (TP y puerperio)	51%	30%
Cobertura de profilaxis con ARV prenatal	38%	40%
Cesárea electiva	50%	33%

### Recomendaciones consensuadas en base al análisis de los principales determinantes de la transmisión perinatal del VIH en la CABA

#### 1. Control inadecuado del embarazo

- Redefinir el concepto de control adecuado en esta población diferenciando control obstétrico e infectológico.
- Fortalecer el control prenatal en el primer nivel de atención.

#### 2. Diagnóstico tardío de VIH en el embarazo

- Desburocratizar la entrega de resultados de laboratorio.
- Incorporar nuevos algoritmos de diagnóstico de VIH que incluyan tamizaje con test rápido en el tercer trimestre y confirmación con pruebas moleculares.

#### 3. Dificultades en el seguimiento específico de embarazadas con VIH

- Fortalecer y garantizar la sustentabilidad de los equipos interdisciplinarios en los hospitales.
- Considerar intervenciones en lo particular más allá de las recomendaciones generales (por ejemplo, cesárea programada en contextos de alta vulnerabilidad social y dificultades de acceso a las maternidades).

#### 4. Menor eficacia del tratamiento antirretroviral por inicio tardío de la cobertura prenatal

- Procurar el inicio oportuno del tratamiento antirretroviral para una exposición prolongada, independientemente de la capacidad de nuevas drogas en la reducción rápida de la carga viral.
- Monitoreo de la adherencia al tratamiento antirretroviral desde el inicio.

#### 5. Infección aguda durante el embarazo o lactancia

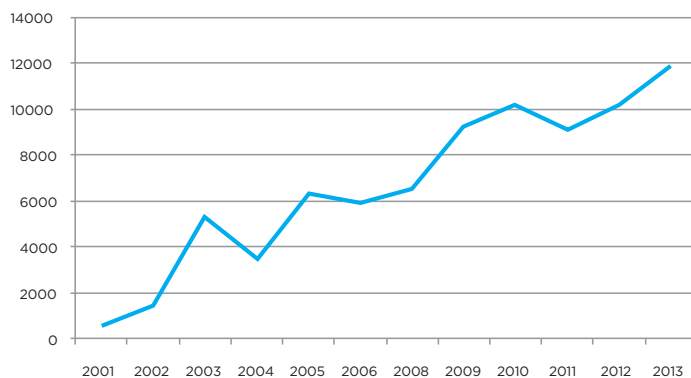
- Oferta universal de testeo a las parejas de las embarazadas.
- Promover el uso de preservativo y test de VIH durante la lactancia.

## 4. Situación del acceso al diagnóstico de VIH

### 4.1. Centros de Prevención Asesoramiento y Diagnóstico

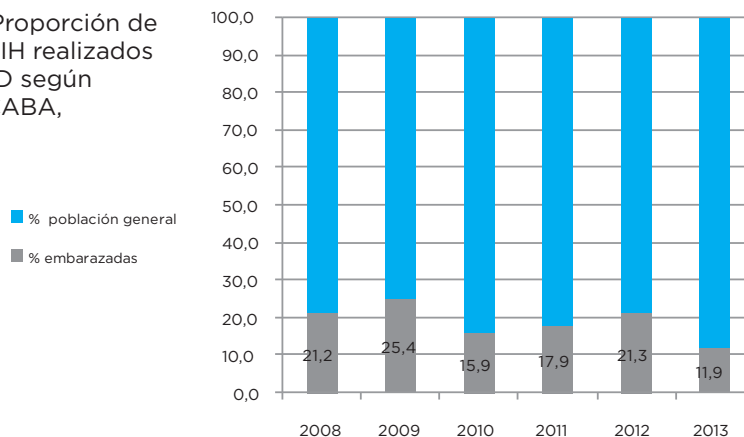
Los Centros de Prevención Asesoramiento y Diagnóstico (CePAD) funcionan desde 2001 como dispositivos para facilitar el acceso al test de VIH con asesoramiento. Desde entonces, se han creado, en forma progresiva, 26 centros, de los cuales 24 se encuentran en funcionamiento en la actualidad. De estos, 19 desarrollan sus actividades en centros de salud, tres en hospitales públicos, uno en un sindicato de docentes (UTE-CTERA) y otro en una ONG donde acuden, prioritariamente, hombres gay y otros hombres que tienen sexo con hombres (Nexo AC). Desde su inicio en 2001, el número de análisis realizados en los CePAD tuvo un aumento lento y progresivo hasta 2009, un amesetamiento entre 2009 y 2011, cuando comenzó un nuevo ascenso que continuaba en 2013 (gráfico 36).

**Gráfico 36.** Número de análisis de VIH realizados en los CePAD según año, CABA, 2001-2013



Para evaluar las condiciones de acceso al diagnóstico, más allá de la situación de embarazo, desde 2008 se diferenciaron la proporción de tests de mujeres embarazadas. La proporción de análisis en esta población muestra una tendencia en descenso hacia el final del período, probablemente vinculado a la implementación, en varios CePAD, de estrategias para promover el diagnóstico en la población general (gráfico 37).

**Gráfico 37.** Proporción de análisis de VIH realizados en los CePAD según población, CABA, 2008-2013



En este apartado se analiza la información de la población que realizó el test de VIH durante 2012 y 2013 en los CePAD y otros espacios diferenciados de asesoramiento y testeo que responden fundamentalmente a la demanda espontánea.

En la interpretación de los datos es importante considerar que para facilitar el acceso al diagnóstico de VIH, la Coordinación Sida inició en 2012 una línea estratégica para la implementación de un nuevo algoritmo que incluye tamizaje con test rápido y confirmación con carga viral. Durante el período analizado en este boletín, tres centros incorporaron el test rápido en el circuito de diagnóstico: Nexo AC, el CeSAC 39 y el hospital Ramos Mejía.

Entre 2012 y 2013 se realizaron 22.135 análisis de VIH en los CePAD de la CABA. La implementación del test rápido aumentó significativamente el número de testeos en el CeSAC 39 y en Nexo AC. La diferencia en el número de testeos en el hospital Fernández se atribuye a la contabilización, en 2013, de todos los test realizados en el servicio y no solo a los realizados por el equipo de asesoramiento.

**Tabla 26.** Distribución de los análisis realizados según CePAD y porcentaje de testeos en embarazadas, CABA, 2012-2013

Año	2012		2013	
	Total testeos	% embarazadas	Total testeos	% embarazadas
CeSAC 2	454	26,7	427	34,9
CeSAC 5	13	0,0	54	
CeSAC 7	409	69,9	364	69,0
CeSAC 9	1.054	61,6	1.175	28,9
CeSAC 13	116			
CeSAC 15	471	45,6	560	49,3
CeSAC 18	434	18,0	17	
CeSAC 19			28	
CeSAC 20	77		54	
CeSAC 22	179	43,0	249	42,6
CeSAC 24	103	1,0	116	0,9
CeSAC 29	135	3,0	173	1,2
CeSAC 33	577	6,2	655	10,7
CeSAC 35	147	7,5		
CeSAC 38	294		214	
CeSAC 39 *	260	3,5	577	0,7
CeSAC 40	42		46	
CeSAC 41	480	66,7	422	53,1
CeSAC 44	25		9	
UTE-CTERA	79		100	
Nexo AC *	800		1.629	
Htal. Piñero	540		545	
Htal. Ramos Mejía *	1.394	6,7	1.375	
Htal. Tornú	1.264	0,2	491	
Htal. Fernández	883		2.621	
<b>Total</b>	<b>10.234</b>	<b>21,3</b>	<b>11901</b>	<b>11,9</b>

(\*) Implementación de test rápido en 2013.

### Características de la población que realizó el test de VIH en los centros de testeo

Se analizó la información disponible sobre el perfil de género y edad de la población testeada durante el período 2012-2013. Debido a la especificidad de la convocatoria al colectivo de varones gays, HSH y personas trans, la información sobre la población testeada en Nexo AC/ATTA se analizó en un apartado específico.

También se excluyó a las embarazadas para analizar la relación entre géneros más allá de la universalización de la oferta de testeo en el embarazo.

Se obtuvo información para analizar el perfil epidemiológico de 13.893 personas durante el período 2012-2013. Al excluir a las embarazadas se observa un leve predominio de los varones (tabla 27).

### Razón hombre/mujer en centros de testeo

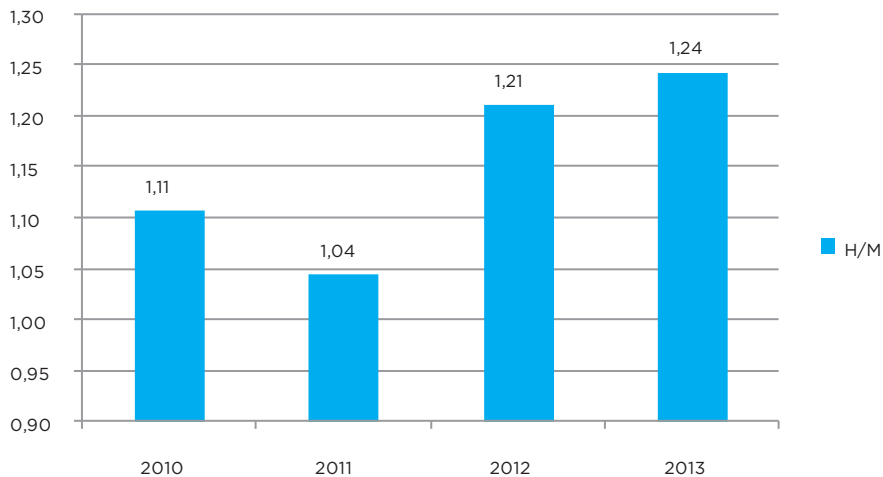
Para evaluar la tendencia de la relación entre hombres y mujeres en la población testeada en los CePAD, se analizó también el período 2010-2011. La tendencia en aumento de la razón hombre/mujer podría empezar a mostrar el impacto de las estrategias implementadas en varios centros para facilitar el acceso de la población masculina: el ofrecimiento del test a las parejas de las embarazadas, promoción del testeo en espacios laborales predominantemente masculinos y atención en horario vespertino, entre otras (gráfico 38).

**Tabla 27.** Distribución de la población testeada según género, CABA, 2012-2013

	2012		2013	
	N	%	N	%
<b>Mujeres</b>	2.651	44,5	3.513	44,23
<b>Hombres</b>	3.211	54,0	4.369	55,01
<b>Trans *</b>	89	1,5	60	0,76
<b>Total</b>	<b>5.951</b>	<b>100,0</b>	<b>7.942</b>	<b>100,00</b>

(\*) Información sobre testeo de personas trans solo de los CeSAC 2, 9 y 13 y Hospital Ramos Mejía.

**Gráfico 38.** Razón hombre/mujer en la población testeada en los CePAD, CABA, 2010-2013



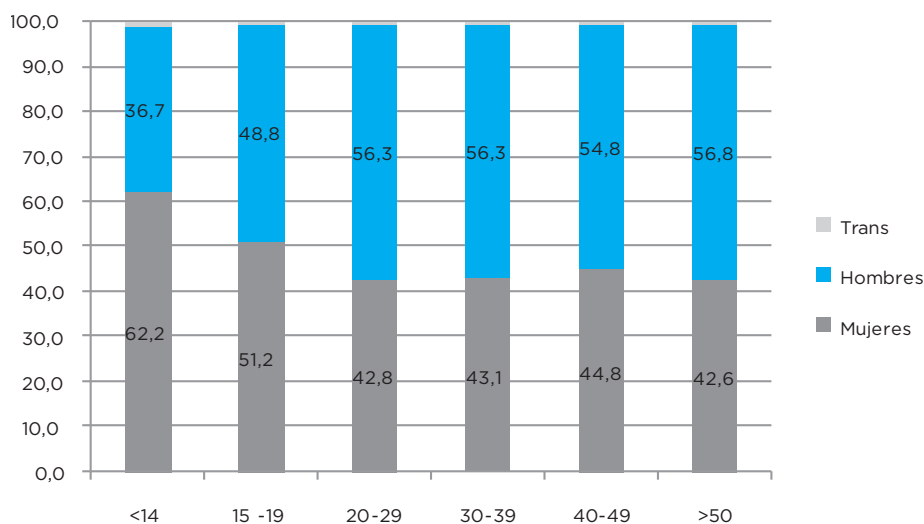
### Perfil de la población testeada según género y edad

El análisis de la población testeada en los CePAD entre 2012 y 2013 según género y edad muestra que, excepto en la adolescencia, la población masculina predominó en todos los grupos etarios (gráfico 39).

El 81% de la población analizada tiene entre 20 y 39 años.

Hay que señalar que el número acotado de personas trans testeadas no permite un análisis desagregado por grupos. Al respecto, cabe destacar que en la mayoría de los centros de testeo se están implementando estrategias para promover la atención integral de las personas trans, incluyendo el acceso a los recursos preventivos y al diagnóstico de VIH y otras ITS.

**Gráfico 39.** Distribución la población testeada en los CePAD según género y edad, CABA, 2012-2013

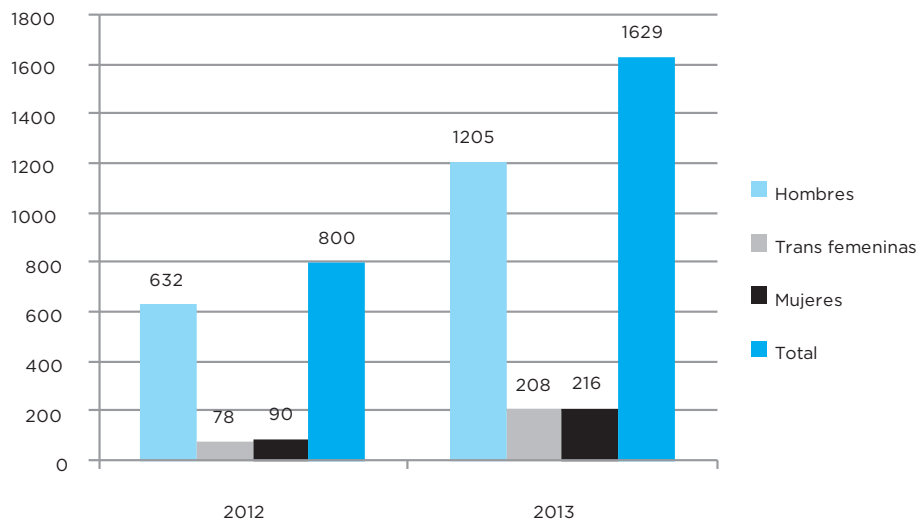


### Análisis específico de la población testeada en Nexo AC y ATTTA

Nexo AC es una organización no gubernamental donde, entre otras actividades, ofrecen testeo a varones gays y otros hombres que tienen sexo con hombres, por lo cual provee información como sitio centinela de la prevalencia de VIH en esta población. Además, esta organización tiene un convenio con la Asociación de Travestis, Transexuales y Transgéneros de Argentina (ATTTA), a partir del cual se amplió la oferta de testeo a personas trans.

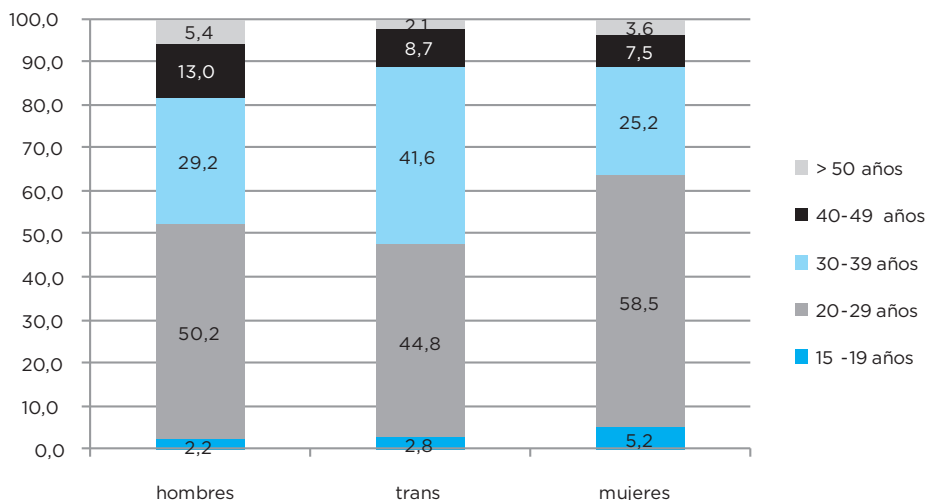
Entre 2012 y 2013 se realizaron 2429 testeos de VIH. Los datos de 2013 duplican los del año previo en todos los grupos (gráfico 40). Este aumento debe interpretarse a la luz de que durante el segundo semestre de 2013, Nexo fue uno de los centros que implementaron el uso de test rápido mediante un estudio de prevalencia en grupos vulnerables.

**Gráfico 40.** Distribución la población testeada en Nexo AC según género, Nexo AC, 2012-2013



El análisis de edad según género en 2012-2013 muestra diferencias significativas. Mientras que entre los hombres (en su mayoría HSH) y las personas trans aproximadamente el 50% tenían más de 30 años, el 64% de las mujeres tenía menos de 30 años (gráfico 41).

**Gráfico 41.** Distribución la población testeada en Nexo AC según género y edad, Nexo AC, 2012-2013



### Retiro de resultados

La implementación de test rápido con devolución inmediata del resultado va a relativizar, en un futuro, la relevancia de este indicador. Sin embargo, el análisis del porcentaje de personas que retiraron el resultado el período muestra diferencias entre 2012 y 2013 (tabla 28).

**Tabla 28.** Porcentaje de retiro de resultados en CePAD según año, CABA, 2012-2013

	2012	2013
<b>N° testeos</b>	8.055	10.479
<b>Resultados retirados</b>	6.795	7.919
<b>% retiro</b>	84,30%	75,50%

Como la estrategia del test rápido ha sido limitada a algunos centros, durante este período, hemos incluido este indicador que muestra diferencias entre los distintos CePAD (tabla 29). En el caso de Nexo, por ejemplo, el hecho de haber realizado paralelamente test rápido y extracción convencional impacta en el menor porcentaje de retiro, ya que muchas personas con test rápido negativo no volvieron a retirar los resultados del estudio convencional.

**Tabla 29.** Porcentaje de retiro de resultados según CePAD, CABA, 2012-2013

CePAD	Test realizados	Resultados retirados	% de retiro
CeSAC 2	611	543	88,9
CeSAC 5	67	56	83,6
CeSAC 7	236	223	94,5
CeSAC 9	1.241	790	63,7
CeSAC 13	116	106	91,4
CeSAC 15	540	329	60,9
CeSAC 18	96	79	82,3
CeSAC 19	28	11	39,3
CeSAC 20	131	112	85,5
CeSAC 22	245	145	59,2
CeSAC 24	217	169	77,9
CeSAC 29	302	233	77,2
CeSAC 33	1.126	1.065	94,6
CeSAC 35	136	91	66,9
CeSAC 38	508	436	85,8
CeSAC 39	824	761	92,4
CeSAC 40	88	67	76,1
CeSAC 41	358	202	56,4
CeSAC 44	34	9	26,5
UTE-CTERA	179	153	85,5
Nexo AC	2.429	1.762	72,5
Htal. Piñero	1.085	913	84,1
Htal. Ramos Mejía	2.676	2.265	84,6
Htal. Tornú	1.753	1.527	87,1
Htal. Fernández	3.504	2.667	76,1
<b>Total</b>	<b>18.534</b>	<b>14.714</b>	<b>79,4</b>



### Prevalencia de VIH en la población testeada en los CePAD

En la tabla 30 se detallan los datos de prevalencia de VIH según tipo de CePAD durante el período 2009-2013. Sólo se incluyeron los centros donde hubo resultados reactivos.

La prevalencia en los centros que funcionan en el primer nivel de atención es más alta es mayor a la estimada en la población general, lo cual podría demostrar una mayor percepción de riesgo en la población que demanda el test en estos centros. En los altos niveles de prevalencia de VIH en los CePAD de hospitales impacta la inclusión de personas diagnosticadas en estadios sintomáticos.

**Tabla 30.** Prevalencia de VIH según tipo de CePAD, CABA, 2009 -2013

Tipo de CePAD	2009	2010	2011	2012	2013
CeSAC	1,37%	2,33%	2,27%	1,71%	2,34%
Hospitales	5,70%	6,18%	5,50%	5,02%	5,72%
Embarazadas	0,17%	0,36%	0,36%	0,27%	0,22%

En la tabla 31 se analiza la prevalencia de VIH en la población testeada en Nexo. La alta detección de VIH en HSH y trans femeninas se sostiene durante todo el período confirmando la situación de vulnerabilidad de estos grupos y la necesidad de fortalecer políticas específicas de prevención y acceso al diagnóstico en esta población

**Tabla 31.** Prevalencia de VIH en CePAD Nexo según población CABA 2009 -2013

Población	2009	2010	2011	2012	2013
HSH	9,76%	10,60%	9,20%	11,70%	10,4%
Trans femeninas		17,70%	23%	28%	29,3%

## 4.2. El diagnóstico de VIH en los laboratorios de la CABA

Las tareas de planificación, seguimiento, distribución y administración de los insumos necesarios para la prevención y asistencia del VIH son los ejes de esta gestión.

La Coordinación Sida gestiona y coordina de manera centralizada los insumos para la cobertura del diagnóstico de VIH y los estudios de seguimiento de personas infectadas por el virus, de acuerdo a la Ley de Compras y Contrataciones de la Ciudad.

La cobertura de los insumos para análisis clínicos del VIH requiere una proyección previa en base al consumo de los diferentes reactivos, que debe incluirse asimismo en la planificación presupuestaria para los 23 laboratorios hospitalarios que brindan estas prestaciones.

El proceso de gestión incluye la estimación anual de las necesidades de acuerdo con el equipamiento de que dispone cada laboratorio. Para la toma de decisiones, se utilizan los datos remitidos por todos los laboratorios sobre la cantidad de diagnósticos procesados respecto al consumo del año anterior, también se consideran las campañas de testeo planificadas y los cambios en la modalidad de asistencia programados.

Para el año 2013 se estimó una cobertura para 120.000 diagnósticos de VIH.

**Durante 2013 se distribuyeron:**

- 118.952 determinaciones de test para tamizaje de VIH
- 19.900 test rápidos de VIH
- 2700 determinaciones de reactivos para diagnóstico pediátrico (en menores de 18 meses) y para el seguimiento de niños infectados por VIH
- 3528 determinaciones para la confirmación del diagnóstico de VIH (Western Blot)

**Con estos reactivos se realizaron las siguientes prestaciones:**

- 102.952 diagnósticos de VIH (positivos y negativos)
- 1883 infecciones confirmadas por VIH
- 1658 diagnósticos de adultos en estudio (diagnósticos incompletos en personas que no completaron el algoritmo de confirmación).
- 1875 cargas virales para el seguimiento de menores de 18 años infectados por VIH.

Si bien entre 2011 y 2012 se registró un aumento del 15% en los análisis realizados, en los últimos años este número se mantuvo (tabla 32).

**Tabla 32.** Distribución de tests realizados y resultados positivos según año, laboratorios de los hospitales públicos, CABA, 2011-2013

	2010	2011	2012	2013
N° tests de VIH realizados	97.506	88.878	102.783	102.952
Diagnósticos positivos	1.852	1.659	1.985	1.883
Prevalencia de resultados positivos	1,90	1,87	1,93	1,83

**Datos del Sistema de Vigilancia Laboratorial**

El Sistema de Vigilancia Laboratorial (SIVILA) constituye el módulo de notificación de laboratorios del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS). Es un sistema de notificación on-line que permite la vigilancia en red de cualquier evento de interés para la salud pública, que se enmarca en una estrategia general de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación. Su arquitectura constituye una red informática de carácter modular con ingreso on-line y actualización automática de la información.

La estrategia de incorporación de los laboratorios en la vigilancia epidemiológica general implica una nueva dimensión de articulación de los Servicios de Salud. Se constituyen como “nodos” o unidades de análisis donde se registra, resume, analiza y difunde la información notificada.

A partir del condensado que brinda información de la Notificación Agrupada, obtuvimos los siguientes datos parciales con respecto a los test de VIH realizados durante el año 2013 en los laboratorios de los hospitales: Álvarez, Fernández, Penna, Ramos Mejía y Muñiz. Los resultados catalogados como “reactivos” corresponden a muestras confirmadas con W. Blot (tabla 33).

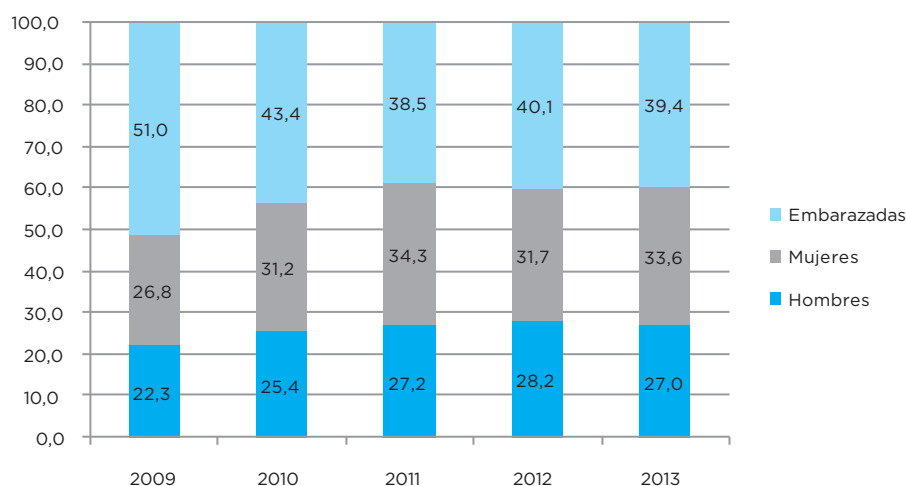
**Tabla 33.** Distribución de test de VIH realizados y registrados en el SIVILA en hospitales seleccionados y resultados reactivos según sexo y condición de embarazo, SIVILA, hospitales seleccionados CABA, 2013

2013	Hombres	Mujeres	Embarazadas	Total
Total tests para VIH	10.098	12.534	14.727	37.359
Resultados reactivos	820	408	46	1.274
Prevalencia VIH	8,12	3,25	0,31	3,41

*Nota: información cargada en el SIVILA por los laboratorios de los hospitales Álvarez, Fernández, Penna, Ramos Mejía y Muñiz.*

El análisis de la población testeada y registrada en el SIVILA 2009 a 2013 muestra el predominio de mujeres embarazadas y no embarazadas durante todo el período (gráfico 42). Aunque se observa una tendencia en aumento del porcentaje de hombres y mujeres no embarazadas, esto podría estar vinculado a cambios en las instituciones que registran.

**Gráfico 42.** Distribución de la población que realizó el test de VIH y fue registrada en el SIVILA según año SIVILA, hospitales seleccionados CABA, 2009-2013



Para evaluar la representatividad de la información registrada en el SIVILA se analizó la relación entre tests ingresados en el sistema y la cantidad de tests reportados por los laboratorios desde 2010. Como se observa en la tabla, la información disponible en el sistema refleja, por ahora, las características de un segmento acotado de la población que se prueba en el sistema público de la CABA (tabla 34).

**Tabla 34.** Relación entre tests de VIH realizados en los laboratorios y tests registrados en el SIVILA según año, laboratorios hospitalarios CABA, 2013

	2010	2011	2012	2013
Tests para VIH registrados en el SIVILA	27.353	28.291	27.811	37.359
Total de tests para VIH realizados	97.506	88.878	102.783	102.952
% de tests realizados registrados en el SIVILA	28,05	31,83	27,06	36,29

Para monitorear la efectividad en la gestión de reactivos, durante 2013 se efectuó una encuesta entre los bioquímicos de los laboratorios de referencia. Los resultados permitieron conocer el grado de satisfacción de los usuarios, completar el análisis sobre la situación del diagnóstico de VIH en la CABA y utilizar la información para planificar la adquisición anual de reactivos.

### 4.3. Experiencia de implementación del test rápido de VIH en la CABA

Para facilitar el acceso al diagnóstico de VIH en 2012 la Coordinación Sida decidió iniciar un proceso de implementación de un nuevo algoritmo de diagnóstico que incluye un test rápido como tamizaje y una prueba molecular como confirmación.

Para esto se organizó en diciembre de ese año una prueba piloto cuyos objetivos fueron ajustar las herramientas de capacitación, validar el nuevo algoritmo y evaluar la aceptabilidad de los usuarios y del equipo de salud. Dado que la capacitación fue el eje fundamental de esta prueba piloto, se organizó un equipo de capacitadores con un doble abordaje: para la técnica del test rápido, monitoreo de laboratorio y control de calidad (bioquímicas de la Coordinación Sida y del Laboratorio del Hospital Muñiz y del INBIRS) y para el asesoramiento pre y post-test (profesionales de la Coordinación Sida).

La prueba piloto se realizó en el centro de testeo del CeSAC 39 entre diciembre de 2012 y abril de 2013. Durante este período se realizaron 170 tests rápidos para VIH que permitieron la detección de 5 casos positivos (2,9%) pero el resultado más importante fue la validación del algoritmo y la excelente aceptabilidad que tuvo, tanto entre los usuarios como en el equipo de salud.

Con estas herramientas se inició un proceso de expansión progresiva de esta estrategia para facilitar el acceso al diagnóstico de VIH en distintos espacios pero especialmente en el primer nivel de atención.

Al momento de la edición de este boletín el test rápido para VIH fue implementado en los centros de salud 21, 22, 29, 35, 38 y 39; en los hospitales Ramos Mejía (servicio de Inmunocomprometidos), Argerich (servicio de Infectología) y Odontológico Ramón Carrillo; y en las organizaciones no gubernamentales Nexo AC/ATTTA y Rock & Vida.

La inclusión del test rápido en el proceso de diagnóstico demostró ser una estrategia útil que permitió consolidar la integración de equipos interdisciplinarios e interinstitucionales y fortalecer los acuerdos y vías de comunicación entre los hospitales y el primer nivel de atención.

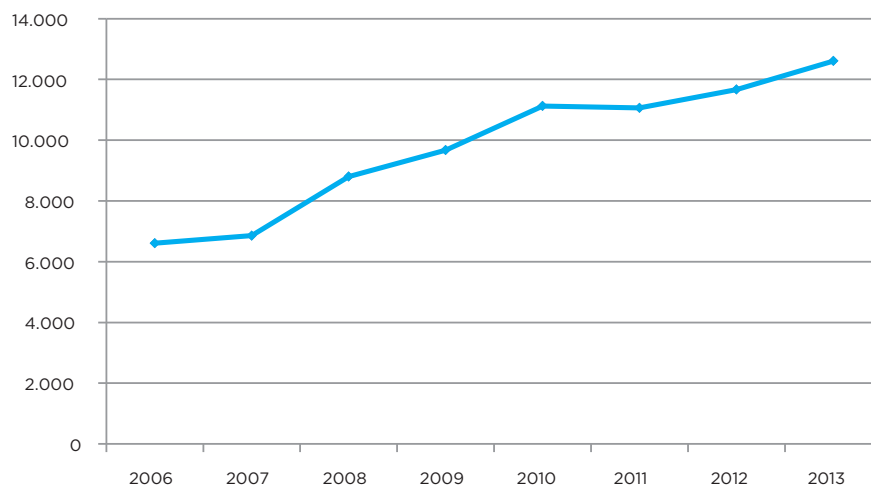
## 5. Situación de la población en tratamiento antirretroviral

En la Ciudad de Buenos Aires, hay veinte hospitales del sistema público con servicios específicos para la atención de personas con VIH donde, entre otras prestaciones, se ofrece el acceso gratuito al tratamiento antirretroviral.

Para analizar el perfil de las personas en tratamiento y los esquemas de anti-retrovirales utilizados, se tomó como fuente de datos la información de los padrones actualizada a diciembre de 2013 y los datos del SVIH (Sistema de Administración de Pacientes con VIH del Ministerio de Salud de la Nación), que se encuentra en proceso de actualización.

Según la información analizada a diciembre de 2013, en el sistema público de la CABA reciben tratamiento antirretroviral 12.606 personas con un aumento progresivo desde que se inició la sistematización de la información en 2006 (gráfico 43).

**Gráfico 43.** Personas en tratamiento antirretroviral en el sistema público según año, CABA, 2006-2013



Los hospitales Muñiz, Fernández, Ramos Mejía y Argerich concentran cerca del 70% de los pacientes en tratamiento (tabla 35).

**Tabla 35.** Distribución de la población en tratamiento antirretroviral según hospital de retiro de la medicación. CABA 2013

Hospital	Nº personas en tratamiento ARV	%
Álvarez	329	2,6
Argerich	805	6,4
Borda	29	0,2
Durand	498	4,0
Elizalde	170	1,3
Fernandez	2.184	17,3
Ferrer	22	0,2
Gutiérrez	195	1,5
Moyano	9	0,1
Muñiz	4.334	34,4
Penna	422	3,3
Piñero	651	5,2
Pirovano	195	1,5
Ramos Mejía	1.356	10,8
Rivadavia	165	1,3
Santojanni	517	4,1
Sardá	16	0,1
Tornú	451	3,6
Vélez Sarsfield	55	0,4
Zubizarreta	203	1,6
<b>Total</b>	<b>12.606</b>	<b>100</b>

El análisis por sexo y edad de las personas en tratamiento muestra que el 39% son mujeres y el 61% varones. El 55% de la población en tratamiento tiene entre 40 y 59 años. Aproximadamente un 3% (n=341) son menores de 15 años y cerca del 6% (n=700) son mayores de 60 años (tabla 36).

**Tabla 36.** Distribución de la población en tratamiento antirretroviral según edad, CABA, 2013

Grupo de edad	N° personas en tratamiento ARV	%
<5	57	0,5
5-14	284	2,2
15-19	343	2,7
20-24	431	3,4
25-39	3.818	30,3
40-59	6.973	55,3
>60	700	5,6
<b>Total</b>	<b>12.606</b>	<b>100</b>

### 5.1. Análisis de los esquemas de tratamiento prescriptos

El análisis nominalizado demostró que lamivudina (3TC), zidovudina (AZT), efavirenz (EFV) y tenofovir (TDF) fueron las drogas más frecuentemente utilizadas (tabla 37).

La existencia de tratamiento con drogas no recomendadas como stavudina, didanosina e indinavir podría explicarse por el retraso en la actualización de los padrones, ya que hay drogas (como indinavir) que ya no se distribuyen. Sin embargo, la información actualizada en el SVIH confirma la presencia de esquemas activos con algunas de estas drogas aunque con frecuencia en descenso con respecto al año 2011 (tabla 38).

**Tabla 37.** Distribución de la población en tratamiento antirretroviral según droga prescripta, CABA, 2013

Droga	N° de pacientes	%
Lamivudina	9.966	79,1
Zidovudina	5.772	45,8
Efavirenz	5.052	40,1
Tenofovir	3.897	30,9
Abacavir	2.914	23,1
Lopinavir/ritonavir	2.338	18,5
Atazanavir	2.384	18,9
Nevirapina	1.650	13,1
Fosamprenavir	511	4,1
Stavudina	737	5,9
Saquinavir	189	1,5
Indinavir	17	0,1
Didanosina	41	0,3

**Tabla 38.** Frecuencia de prescripción de combinaciones no recomendadas según esquema y año, CABA, 2011 y 2013

Drogas asociadas	2011	2013
Stavudina/didanosina	50	0
Tenofovir/ didanosina	14	2
Tenofovir/atazanavir 200 mg	75	68
<b>Total</b>	<b>139</b>	<b>70</b>

El análisis de los esquemas de tratamiento según familia de drogas muestra que el 53% recibe Inhibidores No Nucleosídicos de la Transcriptasa Inversa (INNTI) y el 43% Inhibidores de la Proteasa (IP). Entre los INNTI predomina el efavirenz en más del 75% de los esquemas que los incluyen. Y entre los IP, lopinavir y atazanavir representan el 86% del total de IP indicados (tabla 39).

Entre los Inhibidores Nucleosídicos de la Transcriptasa Inversa (INTI), la combinación AZT/3TC es la de uso más frecuente, en el 40% de los esquemas, mientras que los esquemas con tenofovir asociado a emtricitabina, 3TC u otros, alcanza al 27 % del total de la familia de INTI.

**Tabla 39.** Distribución de esquemas de tratamiento ARV según familia, CABA, 2013

Familia	Droga	N° tratamientos	%
INNTR	EFV	5.052	75,4
	NVP	1.650	24,6
	<b>Total INNTR</b>	<b>6.702</b>	<b>53,1</b>
IP	ATZ	2.384	43,8
	LPV/RTV	2.338	43,0
	FPV	511	9,4
	SQV	189	3,5
	IDV	17	0,3
	<b>Total IP</b>	<b>5.439</b>	<b>43,1</b>

*Nota: EFV=Efavirenz, NVP=Nevirapina, ATZ=Atazanavir, LPV/RTV=Lopinavir/ritonavir, FPV=Fosamprenavir, SQV=Saquinavir, IDV= Indinavir.*

#### Antirretrovirales de tercera línea

En diciembre de 2013 el porcentaje de pacientes con esquemas con drogas de tercera línea ascendió a 3,9%. Este porcentaje había sido de 1% en 2008 y de 2,8% en 2011.

El análisis de la frecuencia de prescripción específica de drogas de tercera línea muestra que entre 2011 y 2013 disminuyó la proporción de pacientes con enfuvirtide, etravirina y tipranavir, y aumentó la de pacientes con maraviroc y raltegravir. Raltegravir y darunavir forman parte de más del 70% de los esquemas de tercera línea prescriptos (tabla 40).

**Tabla 40.** Distribución porcentual de las drogas de tercera línea prescriptas según año, CABA, 2011 y 2013

Droga	2011	2013
Darunavir	34,61	31,8
Etravirina	25,81	12,5
Raltegravir	23,71	42,6
Maraviroc	8,6	9,4
Enfuvirtide (T20)	4,78	2,4
Tipranavir	2,49	1,3

## **Resumen de la situación de las personas en tratamiento antirretroviral en el sistema público de la CABA**

- El número de pacientes en tratamiento antirretroviral en los hospitales de la CABA muestra un aumento progresivo cada año.
- La mayor parte de los pacientes se encuentra recibiendo tratamiento de primera línea. La combinación de TARV más prescrita es EFV+ AZT/3TC.
- La combinación de los nucleosídicos AZT/3TC continúa siendo la base de la mayoría de los tratamientos antirretrovirales, seguida por las que incluyen TDF.
- El uso de antirretrovirales, en líneas generales, se corresponde con las recomendaciones nacionales e internacionales.
- Se observa una baja frecuencia de uso de drogas de última generación, lo que permite inferir un bajo índice de fallo grave en la población de personas con tratamiento ARV provisto por el sistema público de salud. Sin embargo, el porcentaje de pacientes con regímenes de rescate continúa en aumento con respecto a años anteriores.

## **6. Gestión de insumos preventivos**

Dado que la principal vía de transmisión de VIH son las relaciones sexuales sin protección, la Coordinación Sida ha definido como una de sus principales estrategias de intervención el acceso al preservativo, tanto para la población general como para los grupos vulnerables con alta prevalencia de infección, como lo son los hombres que tienen sexo con hombres, las trabajadoras sexuales y el colectivo trans.

Hasta el año 2000, la distribución gratuita de preservativos en la CABA se limitaba a 50.000 unidades anuales distribuidas por el Programa de Salud Sexual y Reproductiva, con una estrategia limitada a las mujeres en edad reproductiva. En este marco, las organizaciones y equipos de salud que trabajaban en la promoción del uso de preservativo dependían, fundamentalmente de la donación de los fabricantes.

En 2001 la Coordinación Sida adquirió un millón de preservativos y comenzó a organizar una Red de Distribución con tres objetivos:

- a) Facilitar el acceso al recurso a los grupos con mayor vulnerabilidad a la infección.
- b) Poner en circulación el preservativo en espacios estratégicos.
- c) Abastecer a los equipos con trabajo en la promoción del uso del preservativo.

Esta red se enmarca en una estrategia general basada en la necesidad de extender la promoción del uso del preservativo hacia espacios de la vida cotidiana de las personas no vinculados con la enfermedad.

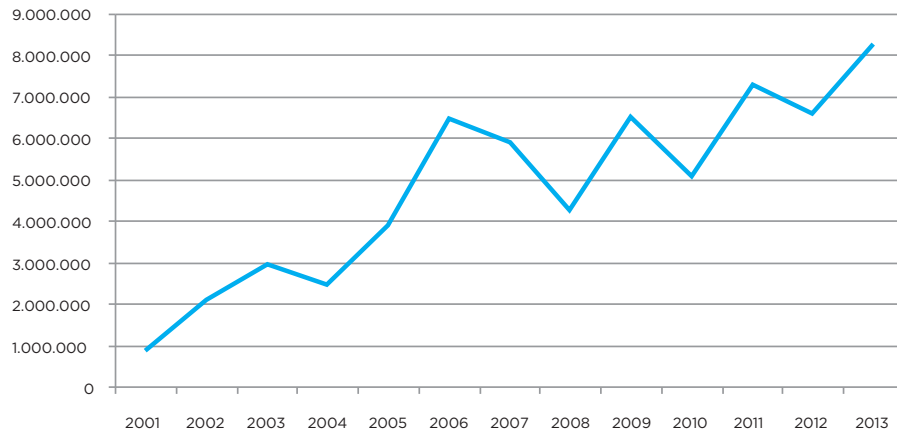
El sistema de distribución gratuita de preservativos estuvo conformado, inicialmente, por 60 instituciones del sistema público de salud y algunas ONG. A través del tiempo se incrementó la diversidad del tipo de organizaciones que se fueron sumando: comedores, merenderos, bibliotecas, escuelas, asambleas barriales, clubes de barrio, centros de jubilados, polideportivos, centros



culturales, murgas, iglesias evangélicas, locales partidarios, grupos teatrales y circuitos estratégicos del colectivo LGTB, entre otros. Y en la actualidad se ha transformado en una red interinstitucional e intersectorial de alrededor de 300 organizaciones que han integrado la distribución de preservativos a su tarea cotidiana y a otras acciones de prevención.

La implementación de esta política ha permitido facilitar el acceso al preservativo en la CABA alcanzando una distribución de más de 8 millones en 2013 (gráfico 44).

**Gráfico 44.** Número de preservativos distribuidos por año, Coordinación Sida, CABA, 2001-2013



## MATERIAL GRÁFICO

Además de preservativos, la Coordinación Sida gestiona la distribución de materiales que promueven distintas estrategias preventivas, orientadas tanto a población general como a grupos con mayor grado de vulnerabilidad de contraer VIH o desarrollar sida.

Los materiales gráficos no sólo brindan información sino que también puede constituirse en una forma de encuentro entre el personal de salud y los usuarios del sistema.



### TRÍPTICO: Test rápido de VIH

Promoción del test rápido de VIH, con resultado en quince minutos. Cómo se hace el análisis. Listado de centros con test rápido. Destinado a población general.



### TRÍPTICO: "¿Ya te hiciste el test de VIH?"

Promoción del test de VIH voluntario, confidencial y gratuito. En qué consiste el análisis. Qué situaciones ameritan hacerlo. Listado de centros de testeo. Destinado a la población general.



### FLYER: "PRESERVATIVO / TEST RÁPIDO"

Uso correcto del preservativo / Centros con test rápido de VIH. Destinado a la población general.



**TRÍPTICO:**  
**“Hablemos de VIH y sida”**

Información básica acerca de la infección por VIH, sus vías de transmisión, las diferencias entre VIH y sida, la prevención primaria y secundaria, y la importancia de hacerse el test.

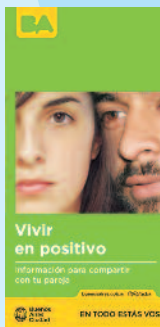
Destinado a la población general.



**TRÍPTICO: “Embarazo, VIH y sida”**

Información para la prevención de la transmisión vertical de VIH durante el embarazo, el parto y posparto inmediato. Refuerza la importancia del testeo de la embarazada y su pareja.

Destinado a mujeres en edad reproductiva y sus parejas.



**TRÍPTICO: “Vivir en positivo”**

Información útil para los primeros momentos posteriores a recibir un resultado positivo: temores y sensaciones, derecho a la confidencialidad, medios para controlar la infección, estudios de seguimiento y otros cuidados personales relacionados con su salud.

Destinado a personas que se diagnostican con VIH.



**DÍPTICO: “La Salud es tu Derecho”**

Promoción de la atención integral de la salud para trans femininas. Guía de recursos.

Destinado a trans femininas.

Para solicitar estos materiales, hay que escribir a [coordinacionsida@buenosaires.gob.ar](mailto:coordinacionsida@buenosaires.gob.ar) o llamar al 5197-2842.  
Facebook: <https://www.facebook.com/coordinacionsida?fref=ts>.  
Web: [http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/sida/?menu\\_id=737](http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/sida/?menu_id=737).

## 7. Síntesis

- El número de personas con diagnóstico de VIH en la CABA parece estar estabilizado en los últimos años. Sin embargo, la comparación con los datos de laboratorio muestra que el seguimiento a través de las notificaciones subestima el número anual de nuevos diagnósticos. En este punto hay que también tener en cuenta que cada año se notifica menos del 50% de los diagnósticos de ese año.

- El perfil de las personas en seguimiento en la CABA muestra que aproximadamente el 50% corresponde a residentes del conurbano bonaerense. El análisis por barrio, en los residentes de la ciudad, muestra mayores tasas de infección en las comunas de la región sur aunque este dato podría estar sobrestimado por la menor densidad poblacional.

- La relación entre hombres y mujeres diagnosticados se mantiene estable en alrededor de 2 a 1. Esta relación aumenta a medida que los grupos se alejan de la edad fértil, seguramente por la oferta activa del testeo en el embarazo. Esta hipótesis se sustenta en el alto porcentaje de mujeres que cada año se diagnostican en contexto de embarazo.

- Si bien la mediana de edad al momento del diagnóstico se mantiene estable alrededor de los 30 años, se observa un aumento progresivo de las personas que se diagnostican después de los 40 años, especialmente entre los varones.

- La vía de transmisión predominante son las relaciones sexuales desprotegidas, tanto en mujeres como en varones y entre estos últimos, el 50% de las transmisiones ocurren a través de relaciones sexuales entre hombres.

- Si bien más de un tercio de los diagnósticos ocurrieron tardíamente, en estadios sintomáticos de la infección, se observa una tendencia en descenso a

lo largo del período. Los diagnósticos tardíos predominan en los hombres heterosexuales y con menor nivel de instrucción. También hay un alto porcentaje de diagnósticos tardíos en menores de 14 años infectados por transmisión vertical, lo cual evidencia dificultades en el circuito de diagnóstico pediátrico.

- Aunque la tasa de mortalidad por sida descendió durante el período, en el último año se observa una tendencia en ascenso, especialmente en comunas de la región sur de la ciudad.
- El análisis de la población que realizó el test de VIH en centros de testeo muestra un aumento en la proporción de varones que lo demandan espontáneamente y el impacto favorable de la implementación del test rápido en algunos centros.
- Los datos del sitio centinela muestran que se sostienen altos los niveles de prevalencia de VIH en hombres que tienen sexo con hombres y trans femeninas.
- Es preocupante el aumento en la tasa de transmisión perinatal del VIH durante el período, lo cual ha motivado acciones específicas en las estrategias de trabajo con los equipos de salud, ya que no se observan cambios significativos en la cobertura de profilaxis con antirretrovirales ni en la proporción de diagnósticos tardíos durante el trabajo de parto y puerperio que expliquen esta situación.
- Hay un aumento progresivo de las personas que reciben tratamiento antirretroviral en el sistema público, la mayoría de ellos con esquemas de primera línea con drogas acordes a las recomendaciones nacionales. En los últimos años ha aumentado el porcentaje de tratamientos con drogas de tercera línea y ha disminuido el uso de combinaciones no recomendadas.
- La distribución de preservativos y de materiales gráficos continúa siendo una estrategia clave para prevenir la transmisión del VIH en la Ciudad de Buenos Aires.

## **Boletín Epidemiológico**

**Coordinación editorial:** Adriana Duran.

**Edición y corrección:** Malala Carones.

### **Agradecimientos**

Marcelo Vila (OPS): Asesoramiento técnico.

Dirección de Estadísticas del Ministerio de Hacienda del Gobierno de la Ciudad: Datos de mortalidad por sida en la CABA.

Instituto de Investigaciones Biomédicas en Retrovirus y Sida (INBIRS) / CONICET, Unidad de Virología del Hospital Muñiz y Laboratorio de Biología Celular y Retrovirus del Hospital de Pediatría J. P. Garrahan: Diagnóstico perinatal.

Nexo Asociación Civil/ATTTA : Situación del diagnóstico de infección por VIH en población gay y otros HSH en la CABA.

Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico (CePAD) de la CABA: Situación del diagnóstico de VIH en la CABA.

Laboratorios de los hospitales públicos de la CABA: Situación del diagnóstico de VIH en la CABA.

Servicios de Infectología, Farmacia y otros equipos de atención de PVS en la CABA: Situación epidemiológica del VIH en la CABA.

Equipos de prevención de la transmisión perinatal del VIH de los hospitales públicos de la CABA: Situación de la transmisión perinatal del VIH.

Residencia de Epidemiología del Ministerio de Salud del GCABA.

### **Programa Coordinación Sida**

Fabián Portnoy (coordinador)

Ana Arévalo, Luciana Betti, Agostina Bafico, Liliana Bochichio, Malala Carones, Evelina Carrizo, Blanca Carrozzi, Mariela Cuadrado, Gastón De Simone, Adriana Duran, Graciela Fernández Cabanillas, Luciana Goldín, Adrián Gómez, María Inés Guarella, Cynthia Hirsch, Silvana Lecce, Luciana Marachlian, Aldo Maranzana, Grisela Minissale, María Inés Morales, Marisa Nan, Sebastián Nardi, Patricia Orge, Alejandro Román, Darío Serantes, Florencia Vulcano, Silvina Vulcano.

**Donato Álvarez 1236, 1º piso**

**Tels. 51972842 / 51972438**

**[coordinacionsida@buenosaires.gob.ar](mailto:coordinacionsida@buenosaires.gob.ar)**

**Impreso en Buenos Aires,  
Noviembre de 2014**





**Buenos  
Aires  
Ciudad**