

  /BASalud

buenosaires.gob.ar/salud

En equipo

Publicación de la Coordinación
Salud Sexual, Sida e ITS

Ministerio de Salud



Buenos Aires Ciudad



Vamos Buenos Aires

Horacio Rodríguez Larreta

Jefe de Gobierno

Diego Santilli

Vice Jefe de Gobierno

Felipe Miguel

Jefe de Gabinete

Ana María Bou Pérez

Ministra de Salud

Gabriel A. Batistella

Subsecretario Atención Primaria,
Ambulatoria y Comunitaria

Daniel Carlos Ferrante

Subsecretario Planificación Sanitaria

Paula Zingoni

Dirección General de Atención Primaria

Florencia Flax Marcó

Directora General Planificación Operativa

Claudia Callejas

GO de Redes Y Programas de Base Ambulatoria

Fabián Portnoy

Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	4
1) SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH-SIDA EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES	6
A. Descripción general de las notificaciones de personas con VIH en seguimiento en instituciones de la CABA (2003-2015).....	7
B. Análisis de la mortalidad por sida en los residentes de la CABA	30
C. Situación de la transmisión perinatal del VIH en la CABA.....	33
D. Situación de niños, niñas y adolescentes con VIH en la CABA.....	44
E. Situación del acceso al diagnóstico de VIH	48
F. Atención y seguimiento de las personas con VIH en el sistema público de la CABA	62
G. Situación de las personas con hepatitis viral crónica	70
H. Gestión de insumos preventivos	75
Síntesis.....	78
2) ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y RESPUESTA: Programa Salud Sexual y Reproductiva 2015 ..	80
Algunas consideraciones metodológicas	81
Principales hallazgos	85
A. Sobre los determinantes.....	85
B. Sobre la población y sus características demográficas	85
C. Sobre las acciones programáticas	86
D. Utilización de servicios.....	88
E. Impacto.....	90

Presentación

Nuevamente llegamos a ustedes con información actualizada. Esta vez lo hacemos solamente en formato digital y con una publicación de transición que da continuidad a nuestro boletín e incorpora otros contenidos. Este cambio es fruto de nuevos desafíos que estamos asumiendo desde nuestro equipo.

Como seguramente ya saben, en marzo de 2016, a partir de una decisión de las autoridades del Ministerio de Salud, se fusionaron los programas de Salud Sexual y Reproductiva y la Coordinación Sida, dando lugar a un nuevo equipo: **la Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS (CSSSeITS)**.

Este nuevo espacio se propone integrar “dos mundos” que suceden en simultáneo y con las mismas personas. Por un lado, tenemos en nuestra ciudad una epidemia de VIH cuya principal vía de transmisión es la sexual. Es un gran desafío lograr que quienes trabajan cotidianamente con personas con VIH tengan en cuenta, por ejemplo, los aspectos relativos a su vida sexual, sus deseos reproductivos si los tuvieren, las cuestiones relacionadas con la anticoncepción, la interrupción legal del embarazo, la identidad de género, la hormonización de las personas trans, entre otras cuestiones.

Por otra parte, para quienes trabajan habitualmente en el amplio campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos constituye un reto tener presente en su accionar profesional, la existencia de la epidemia y las respuestas ante el VIH y otras ITS.

Por cierto tenemos un recorrido desde el cual encarar este doble desafío: la Ciudad de Buenos Aires ha sido pionera en la formulación e implementación de políticas y programas innovadores dentro de lo que hoy conocemos como el campo de la salud sexual y reproductiva y también en la respuesta a la epidemia de VIH/sida.

En 1987 se comenzó a implementar, en la ciudad, el Programa de Procreación Responsable como experiencia piloto en algunos servicios hospitalarios. En el año 2000 la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires sancionó la ley 418, que creó el Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, basado en el reconocimiento de los derechos reproductivos y en el compromiso indelegable del Estado de satisfacer las necesidades en salud reproductiva de la población y de garantizar esos derechos. Ese mismo año se creaba la Coordinación Sida, que vino a dar respuestas efectivas a las necesidades de profesionales, equipos y organizaciones de la sociedad civil, en el marco de una política pública activa e inclusiva.

Hace no mucho tiempo celebramos los 15 años de trabajo de la Coordinación Sida y el pasado 26 de septiembre, los 30 de la creación del Programa de Salud Sexual y Reproductiva. En este lapso han cambiado muchas cosas: se ha avanzado en una perspectiva de derechos que reconoce el género y la diversidad como aspectos fundamentales de las prácticas en salud sexual, reproductiva y no reproductiva. Así, se ha ampliado el marco normativo y legislativo, se han incorporado nuevos equipos de hospitales y centros de salud como efectores de las acciones del programa, se ha incrementado la oferta y variedad de insumos y el número de consultantes y, en nuestro caso particular, ha fortalecido el equipo de gestión central mediante la fusión de los programas.

Es mucho lo que se ha conseguido y, sin embargo, tenemos también muchos desafíos para el presente y el futuro, entre otros: ampliar la oferta de métodos anticonceptivos de larga duración y la contracepción quirúrgica; facilitar, en aquellos casos que lo requieran, el acceso a anticoncepción de emergencia e interrupción legal del embarazo; potenciar la promoción de la salud y la prevención ampliando la oferta de preservativos y el testeo para VIH y sífilis, y generar investigaciones y estudios que den insumos para abordar problemas complejos (hormonización, PrEP, hepatitis).

En virtud de todo lo anterior, esta publicación digital consta de dos partes que, si bien se presentan diferenciadas, buscan avanzar en la reunión de esos “dos mundos” mencionados al

comienzo: la habitual información referida al VIH/sida y hepatitis en la ciudad y un estado del arte acerca de la respuesta programática en materia de salud sexual y reproductiva.

Fabián Portnoy
Coordinador

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

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, que comenzó en el año 2001, se implementó en la ciudad de Buenos Aires a partir de 2003. Es por ello 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 31/12/2015 y que fueron recibidas en la Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS hasta el 31/12/2016.

El análisis no está acotado a los residentes en la ciudad, sino a toda la población que se atiende en el sistema público porteño y a parte del subsector privado de salud, 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 en la ciudad.

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 esta Coordinación, los datos de mortalidad por sida fueron provistos por la Dirección de Estadísticas del Ministerio de Hacienda del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Excepto donde se indiquen referencias de fuente distinta, los datos aquí presentados son de elaboración propia de la Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS de la Dirección General de Redes y Programas del Ministerio de Salud porteño (en adelante, la Coordinación).

A. Descripción general de las notificaciones de personas con VIH en seguimiento en instituciones de la CABA (2003-2015)

Hasta el 31/07/2017, se notificaron a la Coordinación 17.845 infecciones por VIH con fecha de diagnóstico entre el 1º de enero de 2003 y el 31 de diciembre de 2015 (tabla 1). Respecto de las cifras presentadas en el boletín previo, se incluyeron 1.736 nuevas notificaciones. Los últimos dos años se pueden considerar incompletos debido a los retrasos de notificación.

Con respecto al lugar de residencia de las personas notificadas, 7.060 (39,5%) correspondieron a la CABA, 9.871 (55,3%) al conurbano bonaerense, 251 (1,4%) a otras jurisdicciones y en 663 casos (3,71%) no se dispuso de este dato. La proporción entre residentes de la ciudad y del conurbano bonaerense 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, 2003-2015

Año de diagnóstico	N.º	Residentes CABA (%)
2003	1.792	40,3
2004	1.648	38,1
2005	1.521	41,2
2006	1.390	41,6
2007	1.275	36,9
2008	1.471	34,4
2009	1.376	40,8
2010	1.276	47,6
2011	1.437	39,3
2012	1.317	45,9
2013	1.057	35,7
2014	1.132	35,9
2015	1.153	35,2
Total	17.845	39,6

Gráfico 1. Distribución porcentual de notificaciones de infección por VIH según lugar de residencia del área metropolitana y año de diagnóstico, CABA, 2003-2015

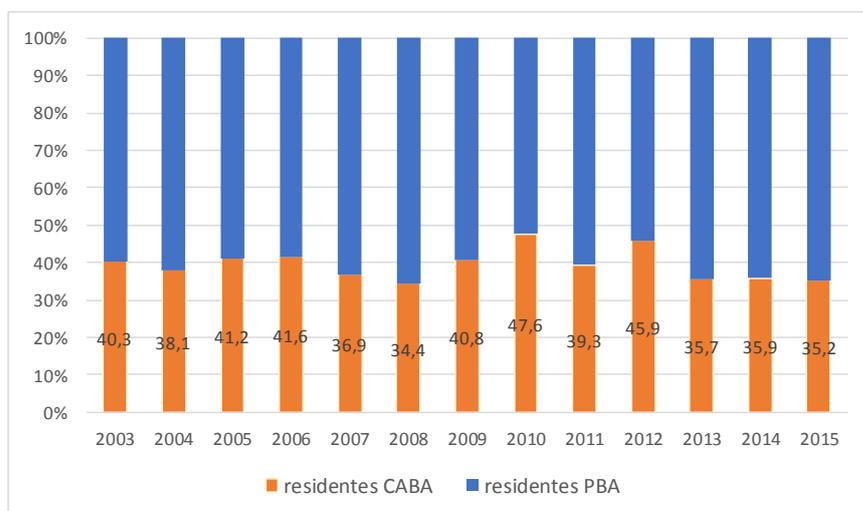


Tabla 2. Distribución geográfica por comuna porteña de notificaciones de infección por VIH, CABA, período acumulado 2003-2015

Comuna	Residentes con VIH notificados	% del total de casos de VIH	Población de la comuna
4. Barracas, Boca, Nueva Pompeya, Parque Patricios	483	12,9	237.769
3. Balvanera, San Cristóbal	480	12,8	192.375
7. Flores, Parque Chacabuco	463	12,4	239.597
1. Constitución, Monserrat, Puerto Madero, Retiro, San Nicolás, San Telmo	457	12,2	250.770
14. Palermo	285	7,6	226.821
5. Almagro, Boedo	221	5,9	186.512
9. Liniers, Mataderos, Parque Avellaneda	217	5,8	170.087
8. Villa Lugano, Villa Riachuelo, Villa Soldati	214	5,7	224.770
13. Belgrano, Colegiales, Núñez	211	5,6	235.666
6. Caballito	156	4,2	184.363
15. Agronomía, Chacarita, Parque Chas, Paternal, Villa Crespo, Villa Ortúzar	144	3,8	182.372
12. Coghlan, Saavedra, Villa Pueyrredón, Villa Urquiza	120	3,2	213.218
2. Recoleta	112	3,0	149.985
10. Floresta, Monte Castro, Vélez Sarsfield, Versalles, Villa Luro, Villa Real	105	2,8	170.037
11. Villa del Parque, Villa Devoto, Villa General Mitre, Villa Santa Rita	79	2,1	189.925

Fuente para la población por comuna, año 2015: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). Población de Buenos Aires, abril 2016.

*En **negrita**, comunas con barrios de la zona Sur.*

En el 53% de los casos de residentes en la ciudad (3.747), se obtuvo el dato del barrio de residencia. De acuerdo a esta distribución, el 67,6% de las notificaciones de residentes de la CABA corresponden a comunas con barrios en la zona sur de la ciudad (comunas 1,3,4,5,7, 8 y 9) 32,3% a comunas de la zona norte (comunas 2, 6, 10,11,12,13,15) (tabla 2). Es de destacar que, a excepción de la comuna 14 (Palermo), los porcentajes más altos corresponden a las comunas de la zona sur.

A.1. Instituciones notificantes

Del total de notificaciones, 12.356 (69%) fueron remitidas por instituciones públicas y 5.489 (31%), por instituciones que brindan asistencia a prepagas y obras sociales (tablas 3 y 4). Durante el período 2003-2005 más del 80% de las notificaciones provenían del sistema público, pero luego esa proporción descendió y se mantuvo por debajo del 70% en el resto del período (gráfico 2).

La distribución de notificaciones según procedencia de instituciones públicas u obra sociales no varió para los residentes de la CABA (70% sistema público y 30% obras sociales).

Tabla 3. Distribución de notificaciones de diagnóstico de VIH según hospital notificante, subsector público, CABA, 2003-2015

Hospital notificante	Diagnósticos notificados (2003-2015)	Nuevas notificaciones respecto de la edición anterior
Álvarez	301	1
Argerich	794	68
Borda	21	0
Durand	258	15
Elizalde	164	11
Fernández	1.919	31
Ferrer	58	1
Garrahan	270	17
Gutiérrez	93	3
Moyano	20	0
Muñiz	3.019	360
Penna	785	83
Piñero	956	64
Pirovano	457	38
Ramos Mejía	1.295	9
Rivadavia	205	22
Santojanni	746	40
Maternidad Sardá	233	25
Tornú	380	47
Udaondo	16	1
Vélez Sarsfield	94	0
Zubizarreta	208	20
CePAD	64	9
Total	12.356	865

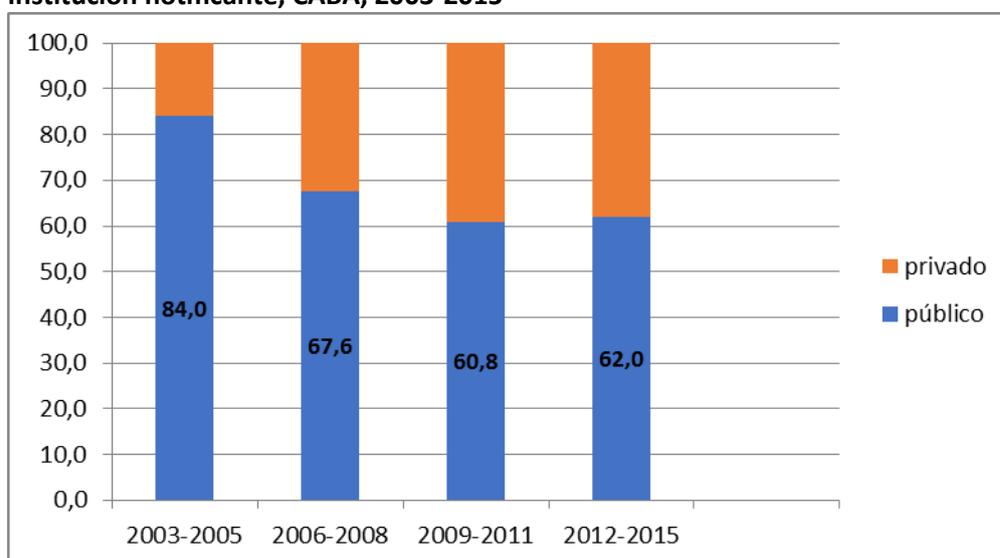
* Notificaciones recibidas al 31/07/2017 con diagnóstico de VIH entre 2003 y 2015.

Tabla 4. Distribución de notificaciones de diagnóstico de VIH según institución notificante, subsector no público, CABA, 2003-2015

Institución	Diagnósticos notificados (2003-2015)	Nuevas notificaciones respecto de la edición anterior
Fundación Helios	2.154	453
CEADI	944	4
Nexo AC	1104	261
FUNDAI	294	3
Sanatorio Franchín	284	58
Sanatorio Julio Méndez	269	1
MEDICUS	117	4
Hospital Italiano	66	3
Otros	230	57
Total	5.489	871

* Notificaciones recibidas al 31/07/2017 con diagnóstico de VIH entre 2003 y 2015.

Gráfico 2. Distribución porcentual de notificaciones de diagnóstico de VIH según tipo de institución notificante, CABA, 2003-2015



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 los últimos dos años por estar incompletos, las notificaciones de cada año representan un 45% a 60% de las personas diagnosticadas en ese año.

Tabla 5. Distribución de notificaciones de infección por VIH según año de diagnóstico y año de notificación, CABA, 2003-2015

Año de diagnóstico	Año de notificación		
	mismo año de diagnóstico (%)	año siguiente del diagnóstico (%)	años posteriores (%)
2003	48,8	17,6	33,5
2004	48,3	21,5	30,2
2005	51,3	23,1	25,5
2006	54,4	16,1	29,4
2007	50,8	23,1	25,7
2008	59,4	22,2	18,2
2009	59,6	24,7	15,6
2010	59,4	17,7	22,7
2011	42,8	15,1	42,1
2012	38,6	40,1	21,3
2013	47,3	35,6	17,2
2014	36,7	63,3	-
2015	39,2	60,8	-

A.2. Sexo y edad

De las 17.845 notificaciones recibidas desde el año 2003, 6.173 correspondieron a mujeres (34,6%) y 11.672 a varones (65,4%), con una mediana de edad al momento del diagnóstico de 32 y 34 años, respectivamente.

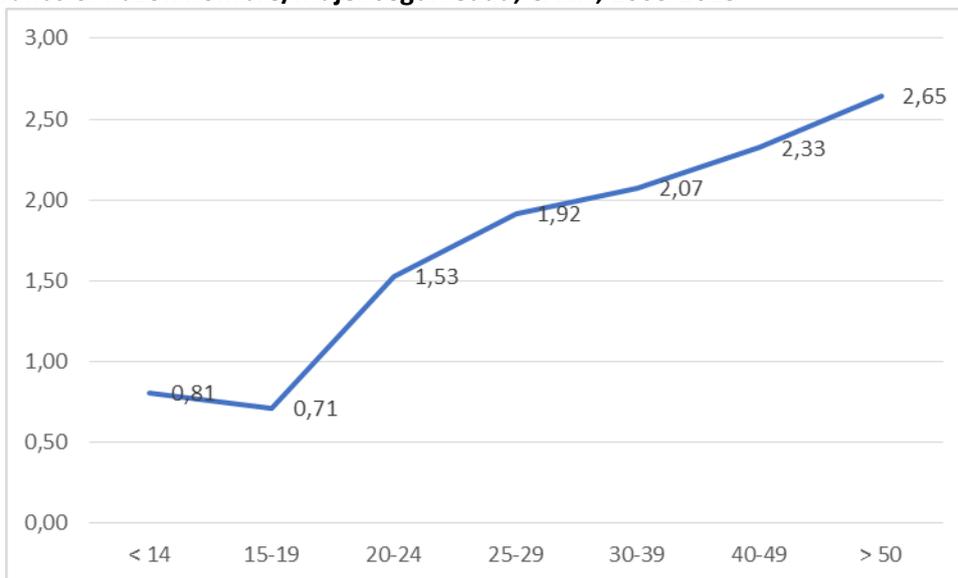
La razón hombre/mujer global fue de 1,89, con tendencia en aumento durante los últimos años del período, probablemente vinculado a un mayor diagnóstico en la población HSH (tabla 6).

Tabla 6. Distribución de la razón hombre/mujer, según año del diagnóstico, CABA, 2003-2015

Año de diagnóstico	Razón H/M
2003	1,60
2004	1,58
2005	1,51
2006	1,80
2007	1,83
2008	1,79
2009	1,84
2010	2,15
2011	2,13
2012	2,00
2013	2,03
2014	2,36
2015	3,19
Global	1,89

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 3).

Gráfico 3. Razón hombre/mujer según edad, CABA, 2003-2015



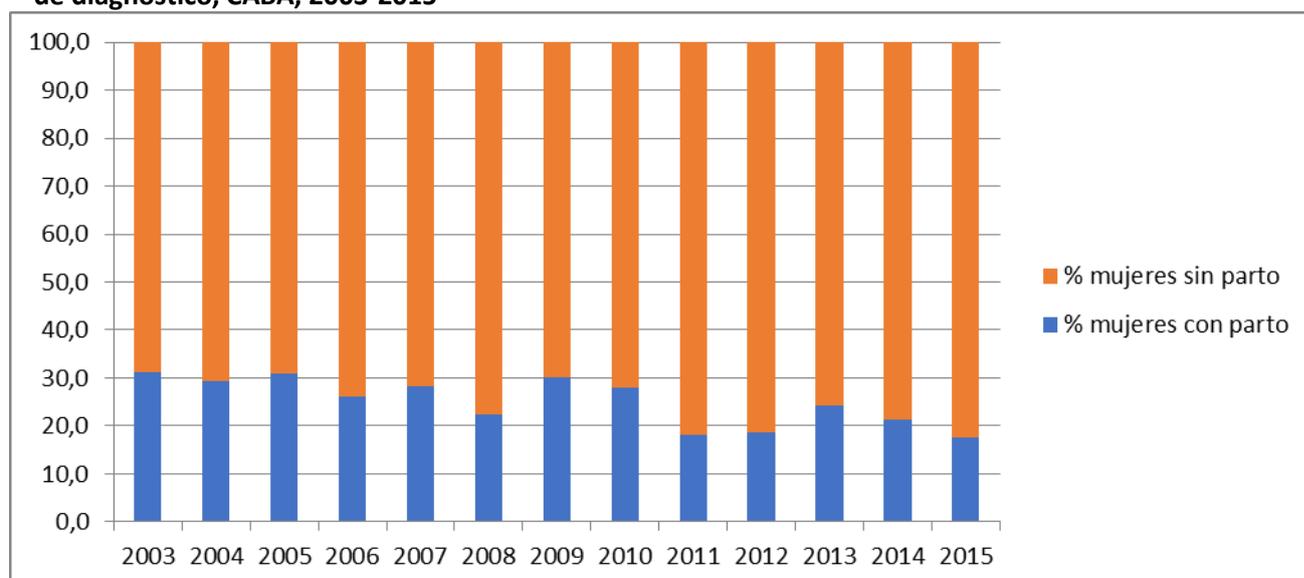
El alto porcentaje de partos en los grupos etarios con menor razón hombre/mujer podría explicarse por la mayor oferta de diagnóstico durante el embarazo a la población femenina (tabla 7). Se observa un leve aumento en el porcentaje de partos en la población menor de 20 años con respecto al análisis reportado en el boletín anterior, principalmente en el grupo etario menor de 15 años.

Tabla 7. Distribución de las notificaciones según edad y razón hombre/mujer y porcentaje de mujeres con parto en cada grupo etario, CABA, 2003-2015

Edad	H/M	% partos 2003-2015
Hasta 14	0,81	6,8
15 a 19	0,71	52,3
20 a 24	1,53	43,2
25 a 29	1,92	39,3
30 a 39	2,07	25,4
40 a 49	2,33	4
50 o más	2,65	0
Total	1,89	25,8

El análisis desagregado por año de diagnóstico muestra que alrededor del 30% de las mujeres tuvo un parto en el mismo año. El menor porcentaje al final del período puede deberse a que en dichos años se estima un atraso en la notificación (gráfico 4).

Gráfico 4. Distribución anual de las notificaciones en mujeres y proporción con parto en el año de diagnóstico, CABA, 2003-2015



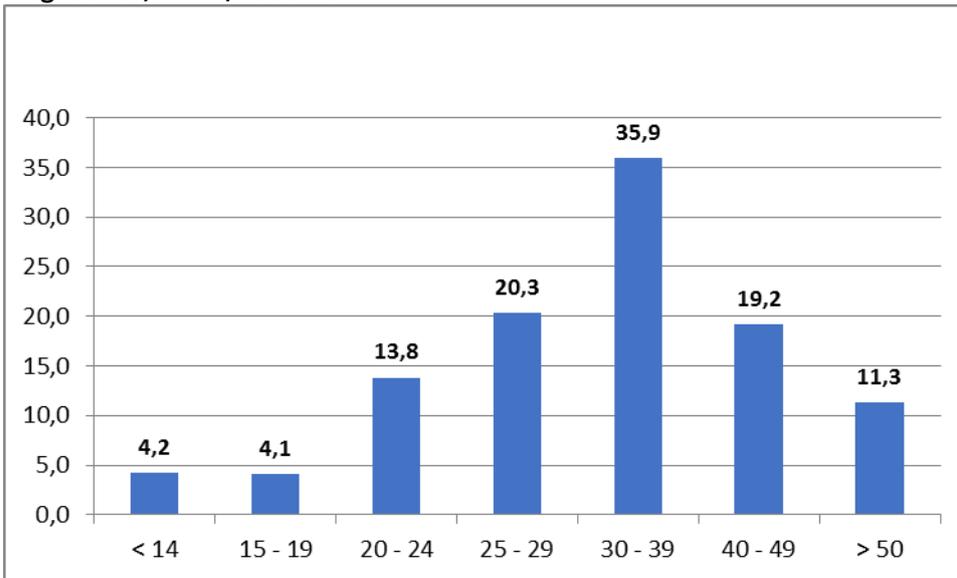
El análisis específico en los residentes muestra una razón H/M algo mayor que en la población total que se atiende en la CABA y con tendencia al ascenso durante el período (tabla 8).

Tabla 8. Razón hombre/mujer según año de diagnóstico entre residentes de CABA, 2003-2015

Año de diagnóstico	Razón H/M
2003	1,82
2004	2,09
2005	1,91
2006	2,21
2007	2,2
2008	2,14
2009	2,21
2010	2,53
2011	2,42
2012	2,33
2013	2,66
2014	2,76
2015	3,63
Total	2,26

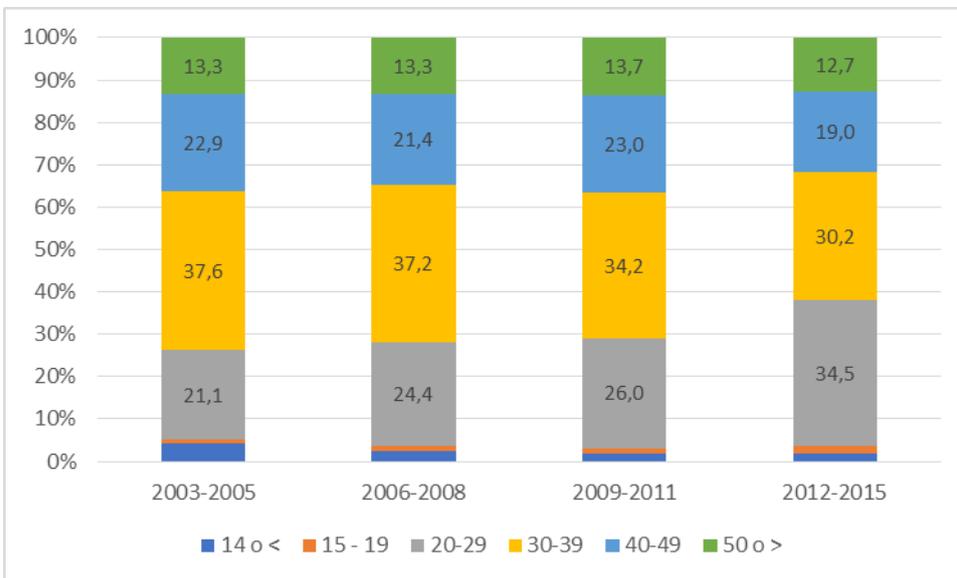
Con respecto a la edad, el mayor porcentaje de la población analizada tenía entre 30 y 39 años al momento del diagnóstico y el 56,2% fue diagnosticado entre los 25 y 40 años (gráfico 5).

Gráfico 5. Distribución porcentual de las notificaciones según edad al momento del diagnóstico, CABA, 2003-2015



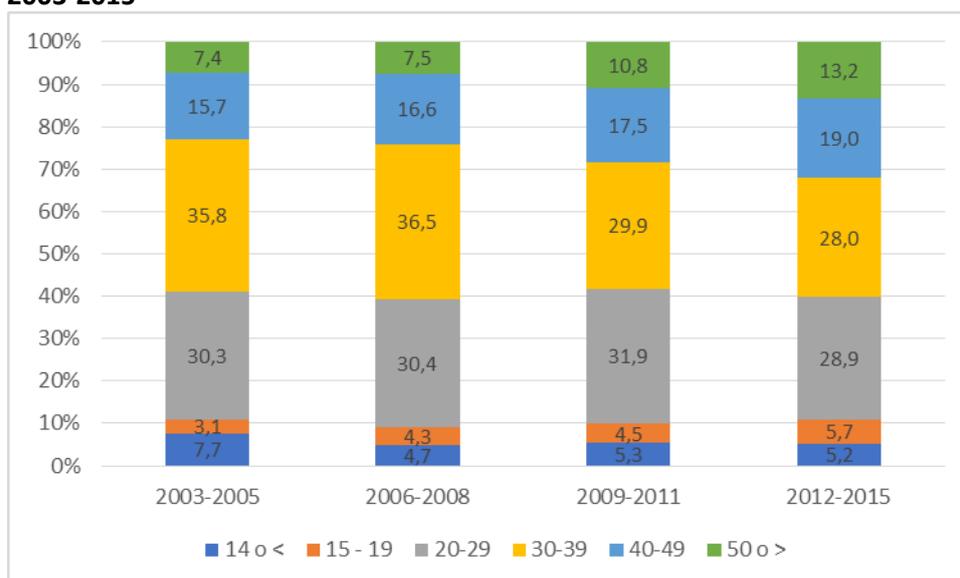
El análisis de tendencia de la edad según sexo por trienios muestra en varones un descenso en la proporción de diagnósticos dentro de los grupos de 30 a 39 años y de menores de 14, y un aumento entre los 20 y 29 años (gráfico 6).

Gráfico 6. Distribución de las notificaciones según edad y año de diagnóstico en varones, CABA, 2003-2015



Entre las mujeres, aumentó la proporción de diagnósticos después de los 40 años y en las adolescentes de 15 a 19. Se observa una tendencia al descenso del porcentaje 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, 2003-2015



A.3. Instrucción formal y cobertura de salud

El nivel de instrucción alcanzado fue analizado en la población mayor de 18 años. Se obtuvo información sobre este punto en el 89,9% de los 16.435 casos seleccionados:

- 5.033 (34,1%) completaron solo la escuela primaria,
- 3.215 (21,8%) no completaron la escuela secundaria y
- 6.527 (44,2%) 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 9). Si consideramos como nivel de educación bajo el hecho de no haber completado la escuela secundaria, corresponden a esta categorización el 67,03% de las mujeres y el 50,41% de los hombres.

Tabla 9. Nivel de educación formal de las personas notificadas según sexo, CABA, 2003-2015

Nivel educativo	Mujeres*		Varones*	
	N.º	%	N.º	%
Hasta primaria completa	1.978	41,10	3.055	30,67
Secundaria incompleta	1.248	25,93	1.967	19,75
Secundaria completa o más	1.587	32,97	4.940	49,59
Total	4.813	100	9.962	100

*Mayores de 18 años

El análisis del nivel de instrucción de los residentes de la CABA muestra diferencias significativas entre varones y mujeres, ya que más del 58% de los residentes masculinos tiene alto nivel de instrucción formal, con secundaria completa o más versus el 35% de las mujeres.

Al particularizar en el nivel de instrucción de la población masculina desagregado según la vía de transmisión homo o heterosexual, también surgen diferencias significativas. Mientras que solo el 33,9% de los varones heterosexuales completaron la escuela secundaria o más, este porcentaje asciende al 67,6% en los HSH (tabla 10).

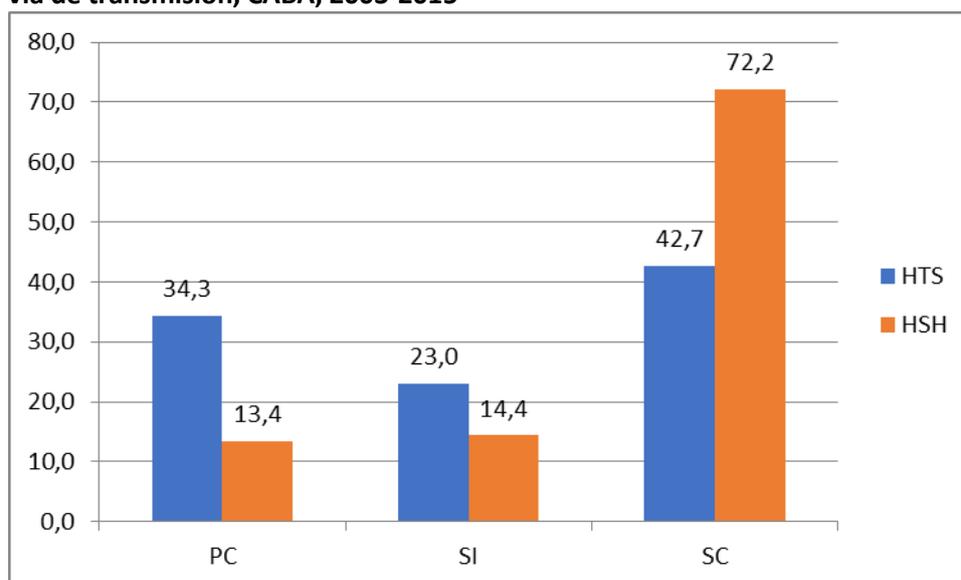
Esta diferencia es mayor todavía entre los varones residentes de la CABA, ya que el 72,2% de los HSH tiene estudios secundarios completos o más, versus el 42,7% de los varones heterosexuales (gráfico 8).

Tabla 10. Nivel de educación formal de las personas notificadas, según sexo, CABA, 2003-2015

Nivel educativo	Hombres HTS *		HSH*	
	Nº	%	Nº	%
Hasta primaria completa	1.916	42,4	769	16,8
Secundaria incompleta	1.068	23,6	712	15,6
Secundaria completa o más	1.532	33,9	3.090	67,6
Total	4.516	100	4.571	100

*Mayores de 18 años.

Gráfico 8. Nivel de educación formal de la población masculina de residentes de la CABA según vía de transmisión, CABA, 2003-2015



PC = hasta primaria completa, SI = secundaria incompleta, SC = secundaria completa o más. HTS = heterosexual, HSH = hombres que tienen sexo con hombres.

El análisis de tendencia del nivel de instrucción durante el período muestra un aumento en la proporción de personas mayores de 18 años con secundario completo como mínimo nivel de instrucción, aunque con diferencias según sexo, ya que en el análisis por trienios esta proporción ascendió del 25,5% al 38,8% entre las mujeres y del 38,4% al 60,4% en los hombres (gráfico 9).

El análisis de la proporción de la población masculina con secundario completo o más, según vía de transmisión muestra diferencias importantes entre varones heterosexuales y HSH durante todo el período (gráfico 10). Además, mientras que en la población HSH la proporción con secundario completo como mínimo nivel de instrucción fue ascendiendo, en los varones heterosexuales fue disminuyendo

Gráfico 9. Distribución de las notificaciones de personas con secundario completo como mínimo nivel de instrucción formal según sexo y año de diagnóstico, CABA, 2003-2015

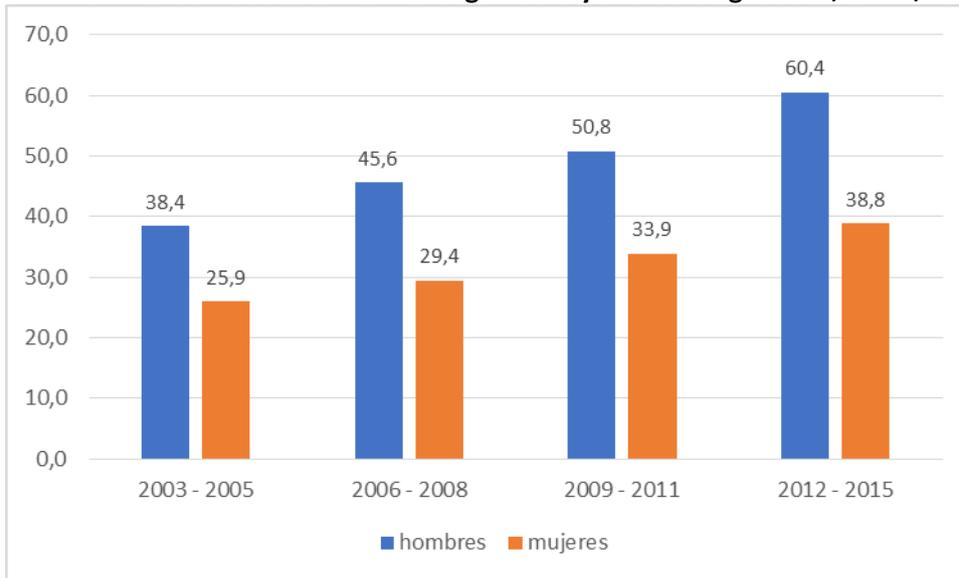
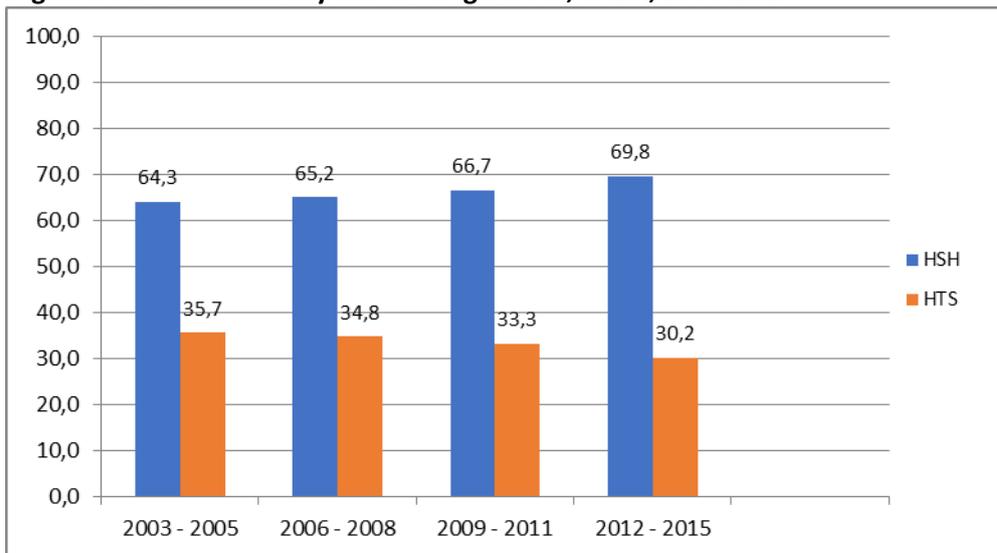
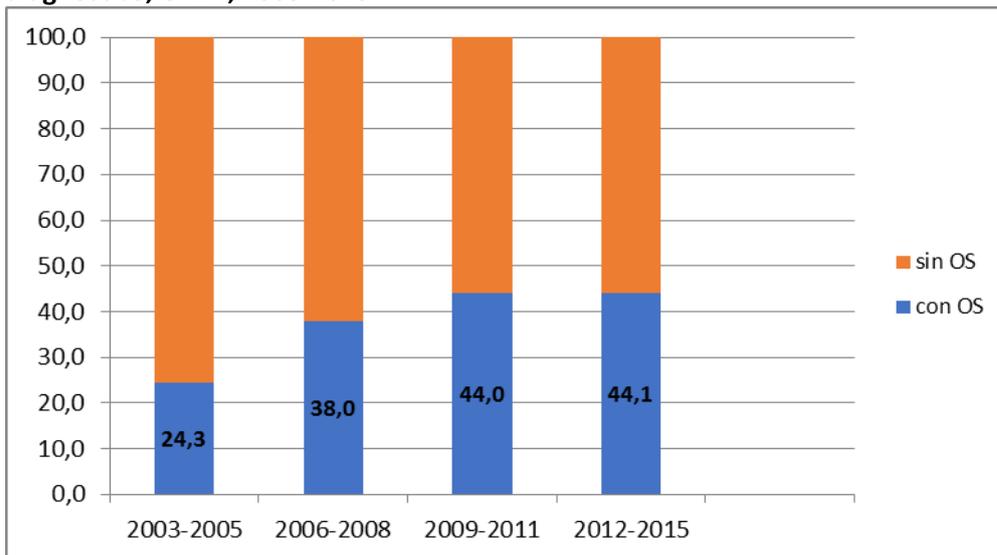


Gráfico 10. Distribución porcentual de la población masculina con secundario completo o más según vía de transmisión y año de diagnóstico, CABA, 2003-2015



La información sobre cobertura con obra social o prepaga estuvo disponible en el 70% de la población notificada con VIH (12.194). El porcentaje de personas con este tipo de cobertura ascendió del 24% en el primer trienio al 38% en el segundo para luego aumentar y mantenerse estable hasta el fin del período en 44% (gráfico 11).

Gráfico 11. Porcentaje de personas con cobertura de obra social o prepaga según año de diagnóstico, CABA, 2003-2015



OS = obra social.

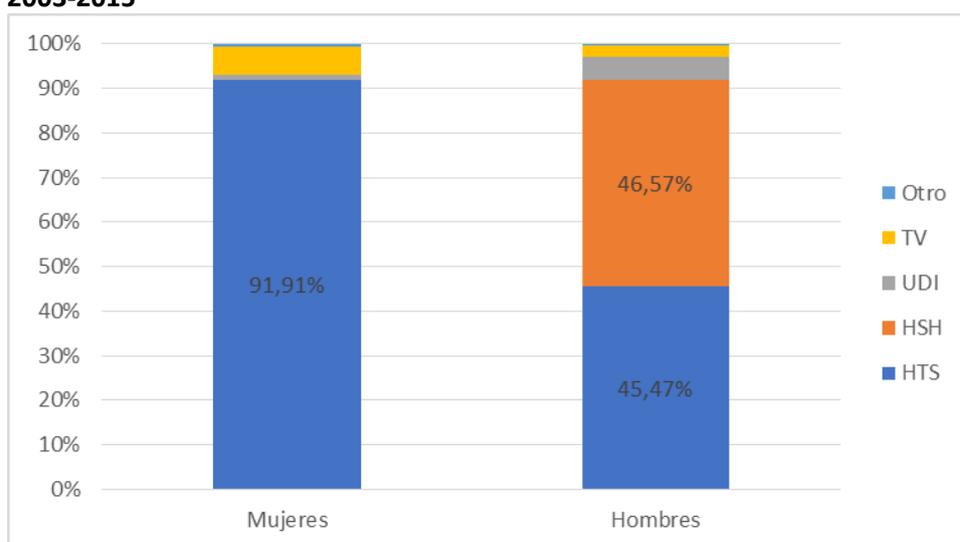
A.4. Vías de transmisión

La forma de transmisión más frecuente es la sexual, con más del 90% de las infecciones (tabla 11). El análisis de la población masculina muestra que el 46% de las infecciones por transmisión sexual se produce en relaciones entre hombres (gráfico 12). Dado que la codificación utilizada durante el período analizado solo permite identificar a las personas trans recién en el último año, y con un número muy pequeño hasta el momento, para el análisis epidemiológico esta población está incluida dentro del grupo definido como HSH (hombres que tienen sexo con hombres).

Tabla 11. Distribución de las notificaciones por sexo según vía de transmisión, CABA, 2003-2015

Vía de transmisión		Mujeres		Varones	
Sexual	heterosexual	5.262	91,91%	4.943	45,47%
	homosexual	0	0,00%	5.063	46,57%
Uso compartido de material inyectable		69	1,21%	543	4,99%
Vertical		361	6,31%	289	2,66%
Otras		33	0,58%	33	0,30%
Total		5.725	100%	10.871	100%

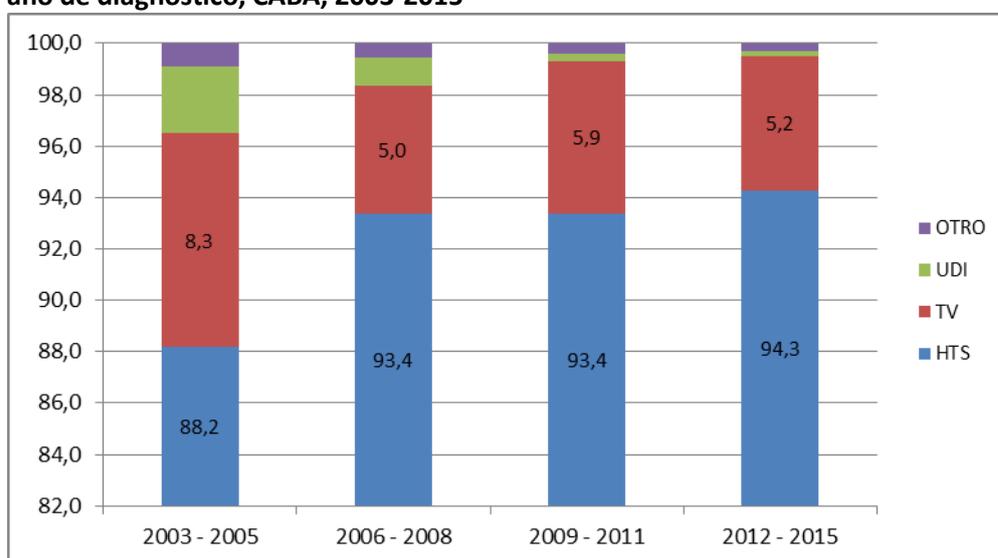
Gráfico 12. Distribución porcentual de las notificaciones según sexo y vía de transmisión, CABA, 2003-2015



HTS = heterosexual; HSH = hombres que tienen sexo con hombres; TV = transmisión vertical; UDI = usuarios de drogas inyectables.

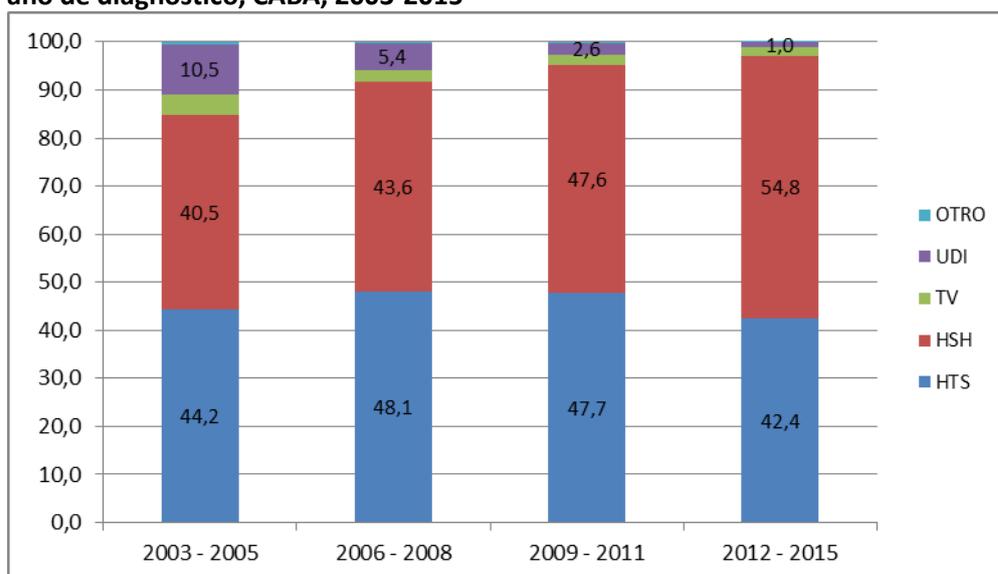
El análisis de la distribución porcentual de las notificaciones según la vía de transmisión muestra el predominio de la transmisión sexual en las mujeres durante todo el período. Entre los varones se observa una tendencia en aumento de la transmisión sexual entre hombres y un descenso significativo de la transmisión entre usuarios de drogas inyectables. La proporción de personas infectadas por transmisión vertical del VIH descendió, durante el período, en ambos sexos (gráficos 13 y 14).

Gráfico 13. Distribución porcentual de las notificaciones en mujeres según vía de transmisión y año de diagnóstico, CABA, 2003-2015



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

Gráfico 14. Distribución porcentual de las notificaciones en hombres según vía de transmisión y año de diagnóstico, CABA, 2003-2015



HTS = heterosexual; HSH = hombres que tiene sexo con hombres; TV = transmisión vertical; UDI = 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 (tabla 12).

Tabla 12. Distribución por vía de transmisión según sexo, residentes CABA, 2003-2015

Vía de transmisión		Mujeres		Hombres		Total	
Sexual	heterosexual	1.282	92,50%	1.786	39,38%	3.559	58,15%
	homosexual			2.491	54,93%	2.208	36,08%
Uso compartido de material inyectable		33	2,38%	183	4,04%	216	3,53%
Vertical		65	4,69%	63	1,39%	121	1,98%
Otros/desconocido		6	0,43%	12	0,26%	16	0,26%
Total		1.386	1	4.535	1	6.120	1

A.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 15.256 notificaciones de las 17.518, lo que representa un 87%.

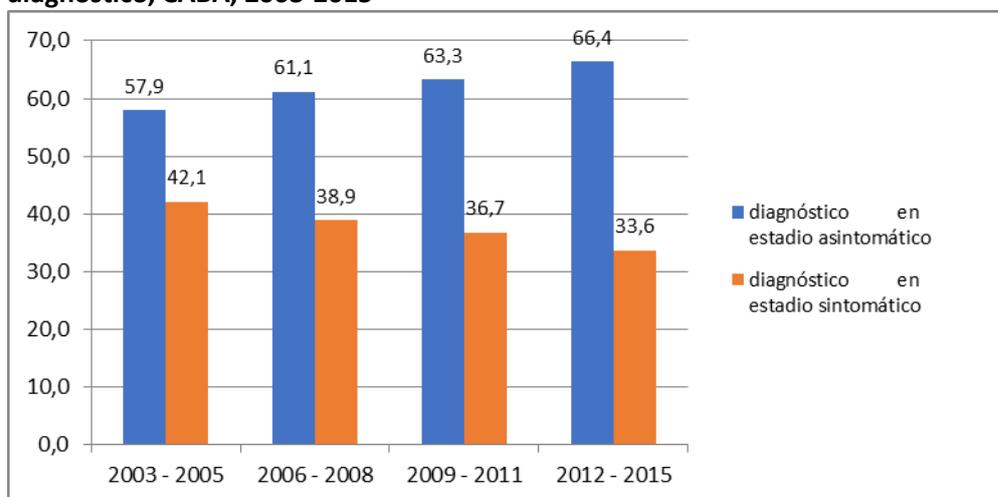
El diagnóstico tardío de VIH fue definido como aquel que ocurre en etapas sintomáticas de la infección (sida y sintomático no sida). De acuerdo a esta definición, tuvieron diagnóstico tardío el 38,16% de las personas notificadas durante el período (tabla 13).

Si bien los últimos años deben interpretarse con cautela debido al retraso en la notificación, el análisis por trienios de la proporción de diagnósticos tardíos muestra una clara tendencia en descenso a lo largo del período (gráfico 15).

Tabla 13. Prevalencia de diagnósticos tardíos de VIH según año, CABA, 2003-2015

Año de diagnóstico	Diagnóstico tardío
2003	42,50%
2004	42,87%
2005	40,75%
2006	39,37%
2007	39,72%
2008	37,65%
2009	36,17%
2010	38,11%
2011	36,06%
2012	34,64%
2013	32,96%
2014	31,54%
2015	35,75%
Total	38,16%

Gráfico 15. Distribución porcentual de las notificaciones según estadio clínico y año de diagnóstico, CABA, 2003-2015



Diagnóstico tardío según sexo y edad

El análisis desagregado por sexo demuestra que el diagnóstico tardío es claramente superior en la población masculina (44,16% en los hombres y 27,42% en las mujeres) (tabla 14).

La razón hombre/mujer en el diagnóstico concomitante con sida es casi el triple que en el diagnóstico en período asintomático (tabla 15).

Tabla 14. Distribución de las notificaciones según estadio clínico al momento del diagnóstico, por sexo, CABA, 2003-2015

Estadio clínico	Mujeres		Varones		Total	
	N	%	N	%	N	%
Síndrome retroviral agudo	108	1,97%	220	2,25%	328	2,15%
Asintomático	3.865	70,61%	5.242	53,59%	9.107	59,69%
Sintomático no sida	665	12,15%	1.475	15,08%	2.140	14,03%
Sida	836	15,27%	2.845	29,08%	3.681	24,13%
Total	5.474	100%	9.782	100%	15.256	100%

Tabla 15. Distribución de la razón H/M según estadio clínico al momento del diagnóstico, CABA, 2003-2015

Estadio clínico	Razón H/M
Síndrome retroviral agudo	2,04
Asintomático	1,36
Sintomático no sida	2,22
Sida	3,40

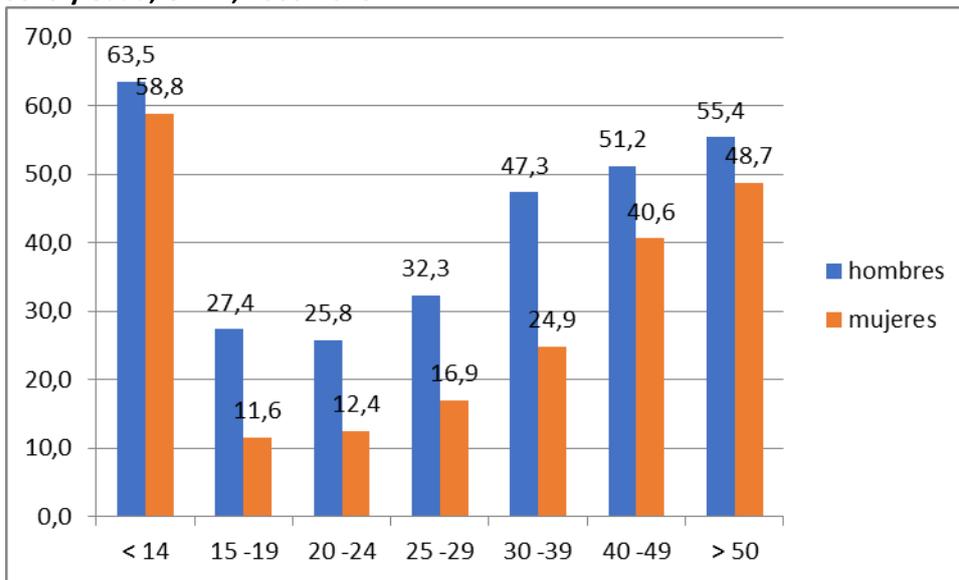
Cuando se analiza la población masculina con diagnóstico según vía de transmisión, se observa una mayor proporción de diagnóstico en estadios sintomáticos entre usuarios de drogas y varones heterosexuales (71,8% y 48,4%, respectivamente) que aquella en población HSH (34,2%) (tabla 16).

Tabla 16. Distribución de las notificaciones de varones según estadio clínico al momento del diagnóstico y vías de transmisión, CABA, 2003-2015

Estadio clínico	Varones		
	HTS	HSH	UDI
Síndrome retroviral agudo	1,5%	3,5%	0,2%
Asintomático	50,1%	62,3%	28,0%
Sintomático no sida	15,0%	13,4%	17,6%
Sida	33,4%	20,8%	54,2%

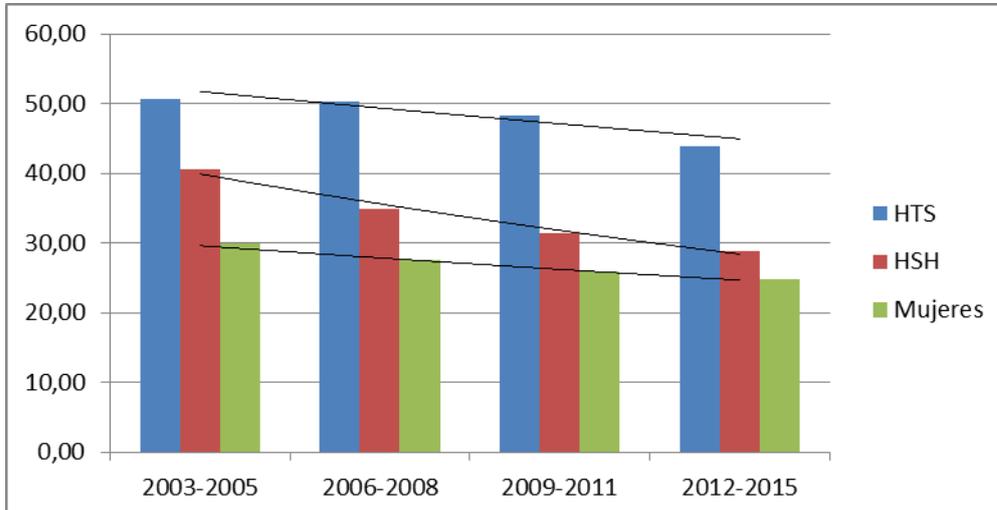
Si bien el diagnóstico en estadios sintomáticos predomina en la población masculina en todas las edades, la diferencia entre sexos disminuye a medida que las mujeres se alejan de la edad fértil (gráfico 16). También la diferencia entre sexos se reduce en los menores de 14 años, dato que podría evidenciar dificultades en el circuito de diagnóstico pediátrico.

Gráfico 16. Distribución porcentual de notificaciones en personas con diagnóstico tardío según sexo y edad, CABA, 2003-2015



El diagnóstico en estadios sintomáticos fue más frecuente en varones heterosexuales durante todo el período, pero el análisis por trienios muestra un descenso más marcado en el último período para este grupo, de 48,3 % en el período 2009-2011 a 43,9 % en el período 2012-2015 (gráfico 17).

Gráfico 17. Distribución porcentual de notificaciones con diagnóstico tardío según sexo y vía de transmisión sexual en hombres, CABA, 2003-2015

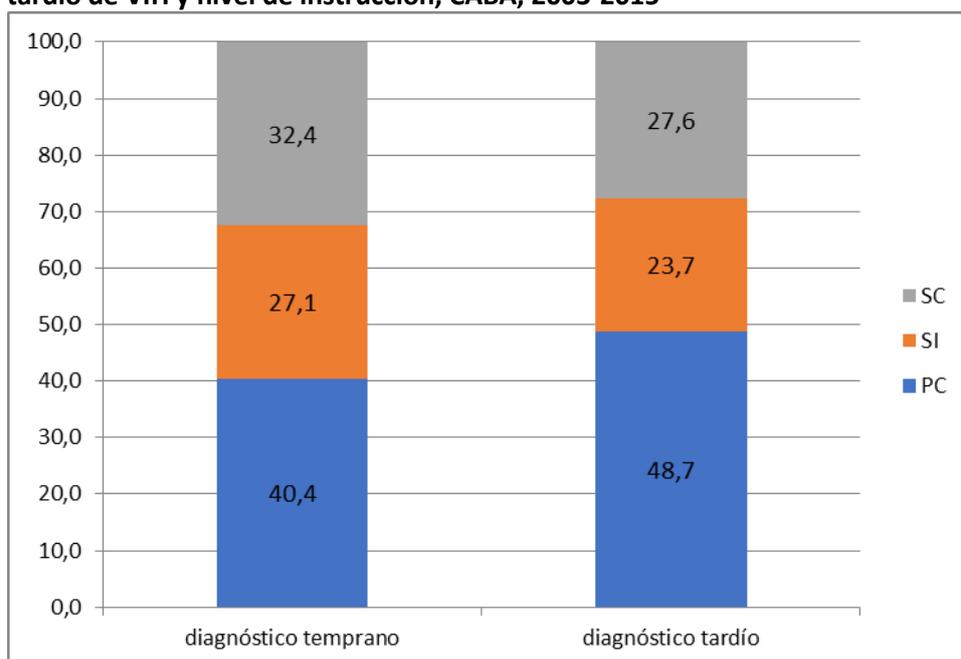


HTS = heterosexual; HSH = hombres que tienen sexo con hombres.

Diagnóstico tardío según nivel de instrucción

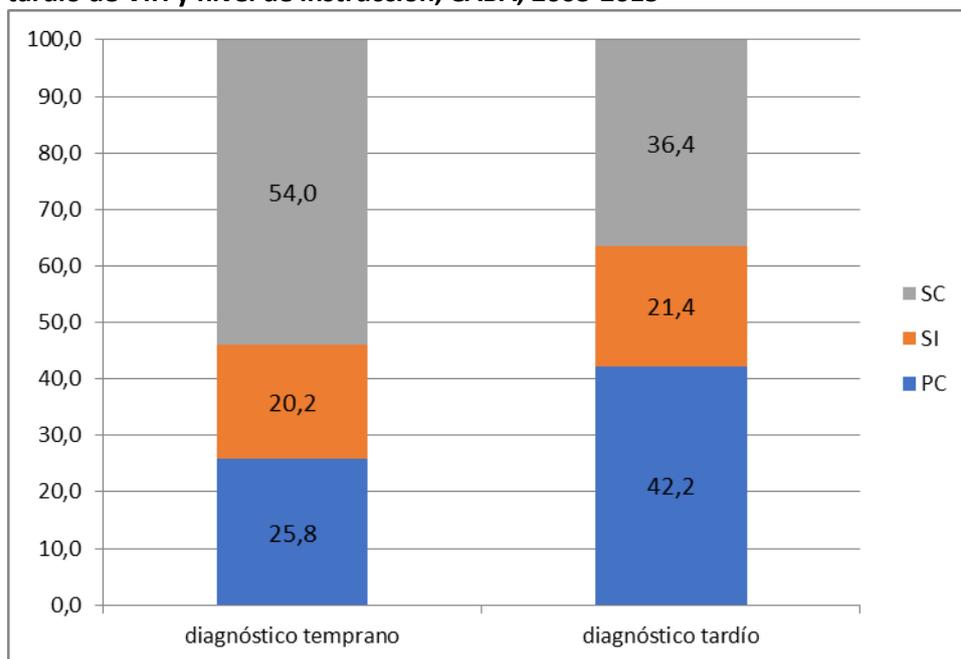
El mayor nivel de instrucción se relacionó con una menor proporción de diagnósticos tardíos tanto en mujeres como en varones (gráficos 18 y 19). Sin embargo, en la población masculina heterosexual es más marcada la diferencia en la oportunidad del diagnóstico según el nivel de instrucción, ya que, en el grupo con diagnóstico tardío, el 48,7% solo completó la primaria como máximo nivel de instrucción.

Gráfico 18. Distribución porcentual de notificaciones en mujeres según diagnóstico temprano o tardío de VIH y nivel de instrucción, CABA, 2003-2015



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

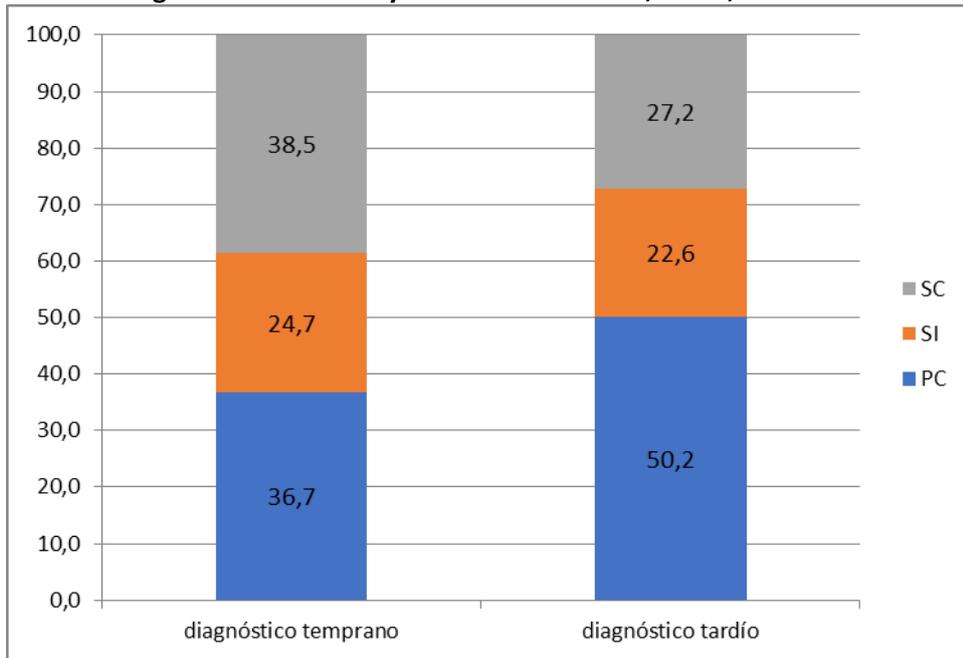
Gráfico 19. Distribución porcentual de notificaciones en varones según diagnóstico temprano o tardío de VIH y nivel de instrucción, CABA, 2003-2015



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

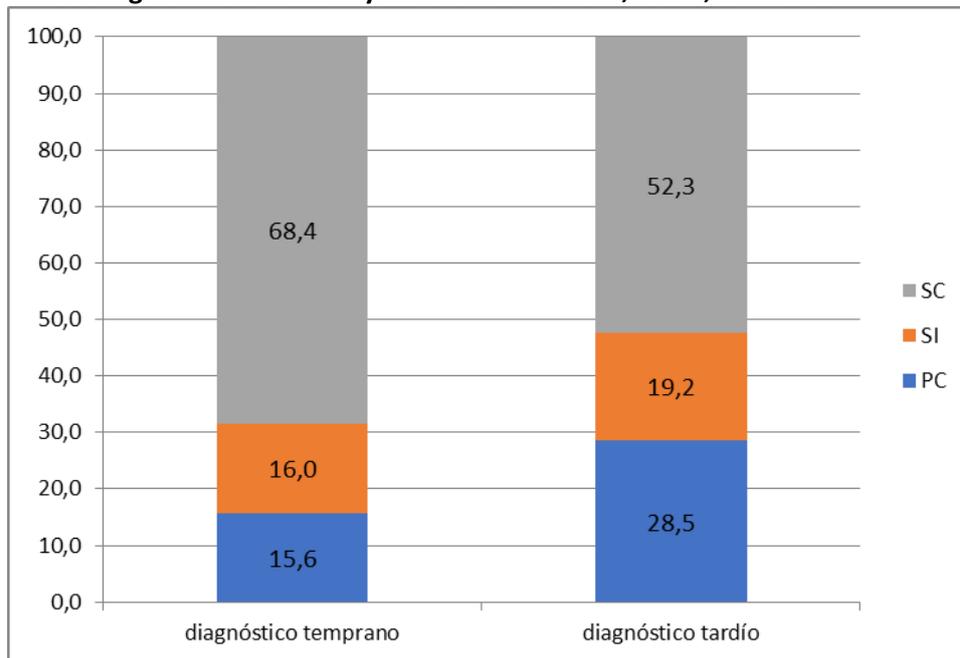
Cuando se analiza a la población masculina según vías de transmisión, se observa que a pesar de que el bajo nivel de instrucción se asocia con diagnóstico tardío tanto en tanto en varones heterosexuales como homosexuales, la diferencia es más marcada en la población heterosexual (gráficos 20 y 21).

Gráfico 20. Distribución porcentual de notificaciones en varones con transmisión heterosexual del VIH según estadio clínico y nivel de instrucción, CABA, 2003-2015



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

Gráfico 21. Distribución porcentual de notificaciones en varones con transmisión homosexual del VIH según estadio clínico y nivel de instrucción, CABA, 2003-2015



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

Situación del diagnóstico tardío en los residentes de la CABA

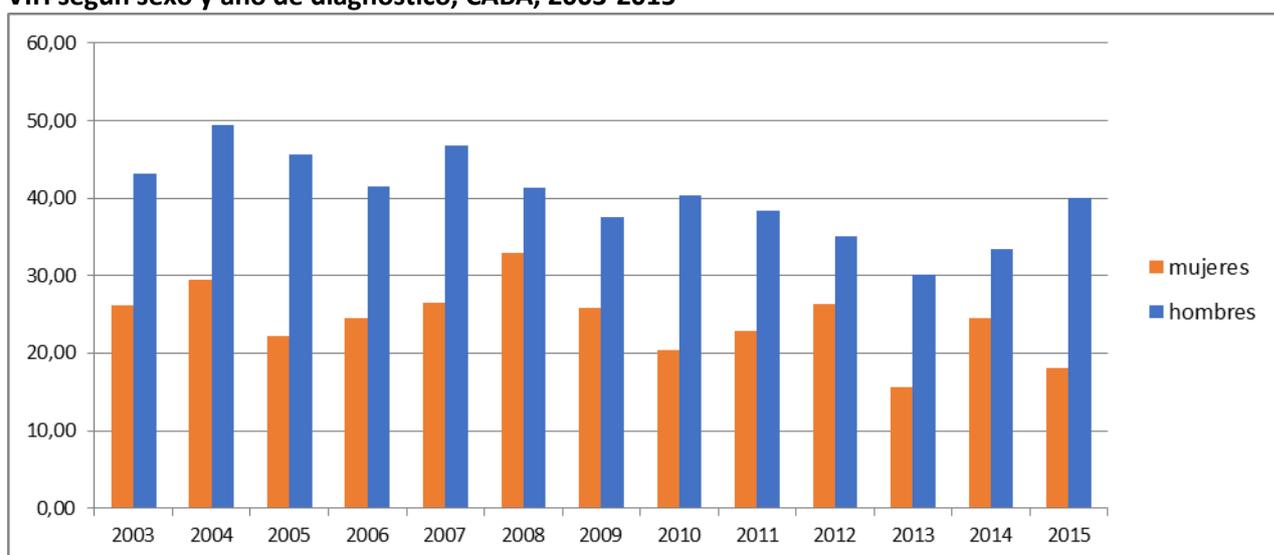
En los residentes de la CABA, el porcentaje acumulado de diagnósticos tardíos fue del 35,8% durante el período. Aun considerando los últimos años como incompletos, se observa un descenso progresivo en la proporción de diagnósticos en estadios sintomáticos (tabla 17).

Tabla 17. Prevalencia de diagnósticos tardíos de VIH en residentes de la CABA según año de diagnóstico, CABA, 2003-2015

Año de diagnóstico	Diagnósticos tardíos (%)
2003	37,20
2004	42,91
2005	37,85
2006	35,97
2007	40,20
2008	38,44
2009	33,80
2010	34,18
2011	33,56
2012	32,49
2013	25,96
2014	30,79
2015	33,68
Total	35,81

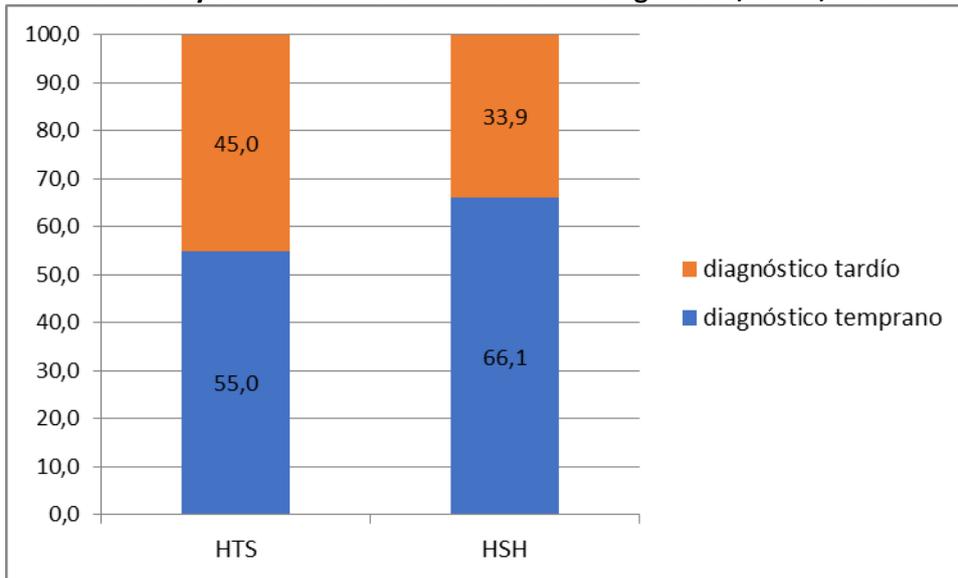
El análisis del estadio clínico según sexo muestra que la mayor proporción de diagnósticos tempranos en la población femenina es más marcada en la primera mitad del período. El ascenso en el porcentaje de diagnósticos tardíos en la población masculina en el último año debe interpretarse con cautela debido al retraso en la notificación (gráfico 22).

Gráfico 22. Distribución porcentual de los diagnósticos tardíos en residentes de la CABA con VIH según sexo y año de diagnóstico, CABA, 2003-2015



El análisis de la población masculina muestra mayor proporción de diagnósticos tempranos en el grupo de HSH que en los hombres con transmisión heterosexual del VIH (gráfico 23).

Gráfico 23. Distribución de la población masculina de residentes de la CABA con VIH según vía de transmisión y estadio clínico al momento del diagnóstico, CABA, 2003-2015



HTS = hombres con transmisión heterosexual; HSH = hombres que tienen sexo con hombres.

A.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 una 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.

Tabla 18. Distribución anual de casos de diagnóstico simultáneo de VIH y sida, CABA, 2003-2015

Año	Diagnóstico simultáneo de VIH y sida	Diagnóstico de VIH	% diagnósticos simultáneos de VIH y sida
2003	458	1.789	25,60
2004	439	1.649	26,62
2005	363	1.532	23,69
2006	321	1.377	23,31
2007	282	1.269	22,22
2008	328	1.462	22,44
2009	281	1.363	20,62
2010	248	1.262	19,65
2011	289	1.419	20,37
2012	216	1.300	16,62
2013	182	1045	17,42
2014	151	1091	13,84
2015	123	960	12,81
Total	3.681	17.518	21,01

Desde 2003 se notificaron 3.681 personas con sida al momento del diagnóstico de VIH. El porcentaje de diagnósticos simultáneos de VIH y sida parece estar en descenso, sin embargo, hay que tener en cuenta que los datos de los últimos años pueden estar incompletos por el retraso en la notificación (tabla 18).

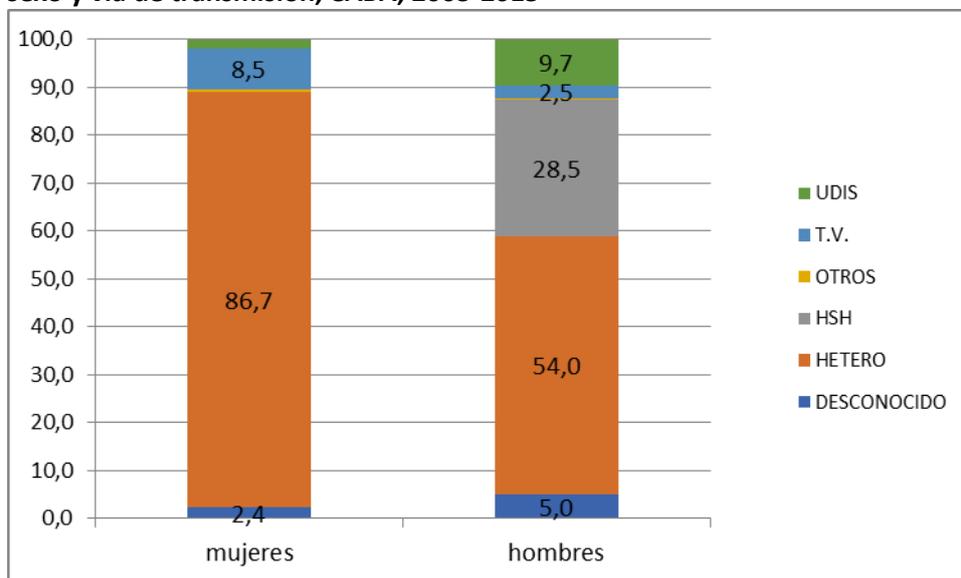
Del análisis de las notificaciones de estos 3.681 casos surge que:

- el 77,3% ocurrió en varones, con una razón hombre/mujer que aumentó progresivamente durante todo el período (tabla 19).
- el 36% son residentes de la CABA y el 57,76% del conurbano bonaerense;
- la mediana de edad al momento del diagnóstico fue de 36 años en las mujeres y de 38 años en los hombres, y el 73,9% de la población con sida al momento del diagnóstico tenía más de 30 años;
- el 78,5% de las notificaciones provino de hospitales públicos;
- el 21,6% cuenta con cobertura de obra social o prepaga;
- el 74,32% no completó la secundaria como máximo nivel de instrucción, desagregando por sexo nos encontramos con un 78,9% en las mujeres y un 72,9 entre los hombres;
- la transmisión del VIH fue sexual en el 86,7% de las mujeres y en el 82,5% de los hombres. En estos últimos el diagnóstico simultáneo de VIH y sida predominó en el grupo con transmisión heterosexual (gráfico 24).

Tabla 19. Distribución de la razón hombre/mujer de los casos de diagnóstico simultáneo de VIH y sida, según año de diagnóstico CABA, 2003-2015

Año de diagnóstico	Razón hombre/mujer
2003	3,16
2004	3,14
2005	2,90
2006	3,72
2007	3,48
2008	3,00
2009	3,68
2010	4,90
2011	3,66
2012	3,08
2013	3,79
2014	4,03
2015	3,24

Gráfico 24. Distribución porcentual de los casos de diagnóstico simultáneo de VIH y sida según sexo y vía de transmisión, CABA, 2003-2015



HTS = transmisión heterosexual; HSH = hombres que tienen sexo con hombres; TV = transmisión vertical; UDI = usuarios de drogas inyectables

B. Análisis de la mortalidad por sida en los residentes de la ciudad

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

La tasa de mortalidad por sida entre los residentes en 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 20).

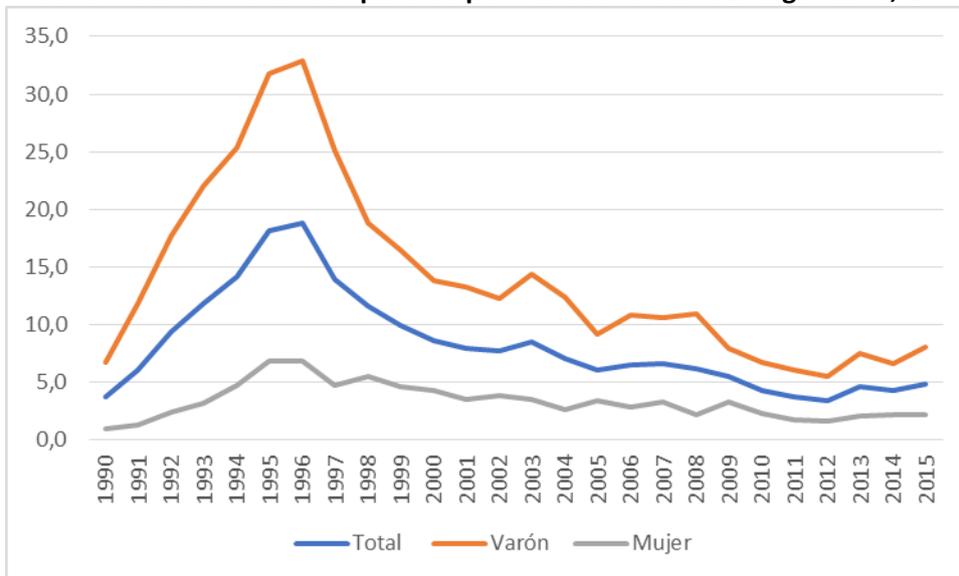
Tabla 20. Tasa de mortalidad por sida por 100.000 habitantes, CABA, 1990-2015

	Total
1990	3,7
1991	6,1
1992	9,4
1993	11,8
1994	14,2
1995	18,2
1996	18,8
1997	14,0
1998	11,6
1999	10,0
2000	8,6
2001	8,0
2002	7,7
2003	8,5
2004	7,1
2005	6,1
2006	6,5
2007	6,6
2008	6,2
2009	5,5
2010	4,3
2011	3,8
2012	3,5
2013	4,6
2014	4,3
2015	4,9

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 y entre las mujeres se observa un aumento leve pero sostenido en los últimos cuatro años. En la población masculina se observa un incremento en los últimos dos años (gráfico 25).

Gráfico 25. Tasa de mortalidad por sida por 100.000 habitantes según sexo, CABA, 1990-2015



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

B.1. Tasa de mortalidad por comunas

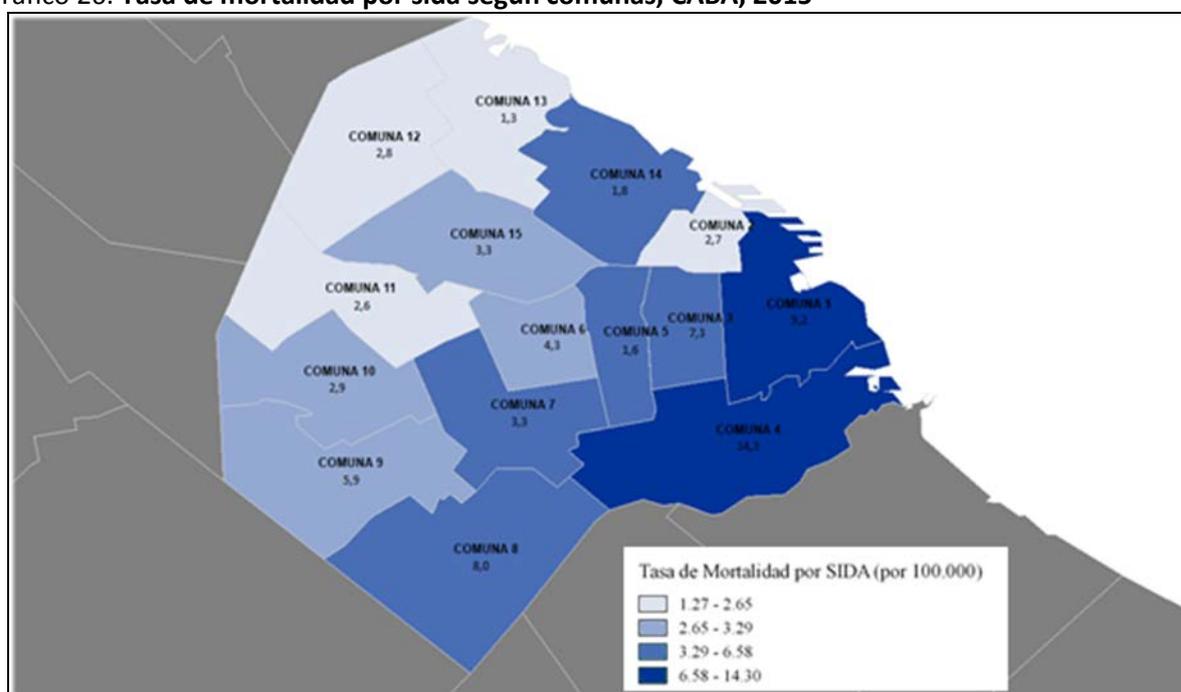
El análisis de las tasas de mortalidad por sida en las comunas muestra en los últimos diez años un descenso progresivo a nivel global hasta 2012. Aunque en el último año hay un aumento en algunas comunas, hay que tener en cuenta que la reducción en el número de las muertes por sida podría determinar que pequeños aumentos en el número de fallecimientos tengan un alto impacto en las tasas de mortalidad (tabla 21).

En el gráfico 26 se pueden ver referenciadas las tasas de mortalidad por sida del año 2015 según comuna. Como se observa en el mapa, las tasas más altas se registran en las comunas de la región sur.

Tabla 21. Tasa específica de mortalidad por sida por 100.000 habitantes según comuna, CABA, 2006-2015

Comuna. Barrios	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Total	6,5	6,6	6,2	5,5	4,3	3,8	3,5	4,6	4,3	4,9
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	7,6	9,2
2. Recoleta	4,9	2,1	3,2	4,3	2,1	1,1	1,1	1,6	1,3	2,7
3. Balvanera, San Cristóbal	7,9	11,7	11,6	7,2	4,8	5,3	5,7	6,7	4,7	7,3
4. Barracas, La Boca, Nueva Pompeya, Parque Patricios	15,3	16,7	16,6	15,6	9,8	10,5	10,0	9,2	12,6	14,3
5. Almagro, Boedo	3,2	5,3	4,8	2,1	1,6	1,1	4,3	3,2	4,3	1,6
6. Caballito	3,3	4,4	0,5	4,4	2,2	2,7	0,5	2,7	2,2	4,3
7. Flores, Parque Chacabuco	5,2	7,0	6,0	5,1	3,7	2,8	5,0	6,8	4,2	3,3
8. Villa Lugano, Villa Riachuelo, Villa Soldati	12,9	16,4	8,1	6,4	7,4	9,9	5,7	8,2	4,9	8,0
9. Liniers, Mataderos, Parque Avellaneda	6,7	5,4	7,8	6,6	8,4	2,4	2,4	3,6	3,5	5,9
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	2,9	2,9
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	-	2,1	2,6
12. Coghlan, Saavedra, Villa Pueyrredón, Villa Urquiza	3,0	3,0	3,0	4,5	1,5	2,5	2,0	1,5	0,9	2,8
13. Belgrano, Colegiales, Núñez	3,2	4,8	0,4	1,2	2,4	1,6	1,2	0,8	0,8	1,3
14. Palermo	5,2	2,8	5,9	3,5	2,0	1,2	1,6	1,6	4,9	1,8
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	3,8	3,3

Gráfico 26. Tasa de mortalidad por sida según comunas, CABA, 2015



C. Situación de la transmisión perinatal del VIH en la CABA

En este capítulo se analizarán los partos en mujeres con VIH en maternidades públicas de la CABA entre 2003 y 2015 y notificados a la Coordinación Salud Sexual, SIDA e ITS hasta el 31 de diciembre de 2016. Debido al retraso en la notificación, la información de los últimos años debe interpretarse con cautela.

Entre enero de 2003 y diciembre de 2015, se notificaron 3.227 partos en mujeres con VIH desde los hospitales públicos de la CABA (tabla 22). Si bien la distribución anual de partos en hospitales del sistema se ha mantenido constante durante el período y los últimos años pueden estar incompletos, se observa una tendencia en descenso de la cantidad de partos de mujeres con VIH en la CABA.

Tabla 22. Distribución anual de partos en hospitales públicos de la CABA y partos en mujeres con VIH. CABA, 2003-2015

Año	N.º de partos del sistema público de la CABA	N.º de partos de mujeres VIH	Prevalencia de partos de mujeres con VIH en hospitales públicos de la CABA
2003	29.272	327	1,12%
2004	30.824	326	1,06%
2005	30.049	284	0,95%
2006	29.738	294	0,99%
2007	31.727	254	0,80%
2008	31.027	272	0,88%
2009	30.794	274	0,89%
2010	31.670	252	0,80%
2011	30.651	206	0,67%
2012	29.630	186	0,63%
2013	29.326	188	0,64%
2014	27.208	189	0,69%
2015	26.667	175	0,66%
Total	388.583	3227	0,83%

La distribución de partos en mujeres con VIH según institución muestra que la maternidad Sardá y los hospitales Argerich, Ramos Mejía, Durand y Penna concentraron la mayor cantidad de partos durante el período (tabla 23). En base a las notificaciones del año 2013, los hospitales Fernández, Argerich, Ramos Mejía y Durand presentan las prevalencias más altas de partos en mujeres con VIH (tabla 24).

Tabla 23. Distribución de partos en mujeres con VIH en hospitales públicos, CABA, acumulado 2003-2015

Hospital	Partos en mujeres con VIH	% del total de partos en mujeres con VIH
Álvarez	71	2,2
Argerich	402	12,5
Durand	406	12,6
Fernández	319	9,9
Penna	360	11,2
Pirovano	75	2,3
Piñero	261	8,1
Ramos Mejía	398	12,3
Rivadavia	92	2,9
Santojanni	115	3,6
Sardá	659	20,4
Vélez Sarsfield	50	1,5
Otros	19	0,6
Total	3227	100,0

Tabla 24. Distribución de partos en mujeres con VIH en hospitales públicos y prevalencia según institución en el año 2014, CABA, 2015

Hospital	Total de partos	Partos de mujeres con VIH	Prevalencia de partos en mujeres con VIH
Álvarez	1.694	0	0,00%
Argerich	2.456	33	1,34%
Durand	1.802	18	1,00%
Fernández	1.873	31	1,66%
Penna	3.783	24	0,63%
Piñero	2.814	21	0,75%
Pirovano	1.176	0	0,00%
Ramos Mejía	1.624	21	1,29%
Rivadavia	1.322	2	0,15%
Santojanni	2.407	0	0,00%
Sardá	6.004	37	0,62%
Vélez Sarsfield	253	0	0,00%

C.1. Características de las madres

Del total de partos, 1.327 (41%) correspondieron a mujeres residentes de la ciudad; 1.813 (56%), a residentes del conurbano bonaerense y 87 (2,7%), a residentes de otras jurisdicciones. En 2.467 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. El 39% de estas mujeres no superaron la escuela primaria como máximo nivel de instrucción y sólo el 25% completaron la educación secundaria o alcanzaron estudios superiores (tabla 25).

Tabla 25. Distribución de las madres de acuerdo al nivel de instrucción alcanzado, mayores de 18 años, CABA, 2003-2015

Estudios	Nº	%
Analfabeta	25	1,0
Primaria incompleta	245	9,9
Primaria completa	679	27,5
Secundaria incompleta	889	36,0
Secundaria completa	460	18,6
Terciaria o universitaria	169	6,9

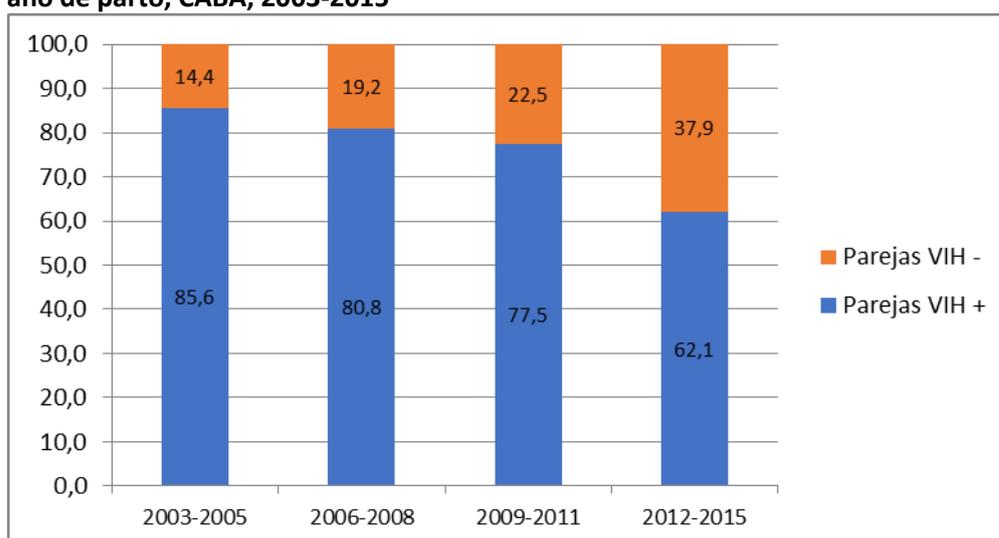
El 88,6% de este grupo tuvo diagnóstico en estadios clínicos tempranos y solo el 11,4% en etapas avanzadas (tabla 26).

Tabla 26. Distribución de las madres de acuerdo al estadio clínico de VIH al momento del diagnóstico, CABA, 2003-2015

Estadio clínico	%
Síndrome retroviral agudo	1,1
Asintomático	87,5
Sintomático no sida	4,9
Sida	6,5

El 62,9% de las mujeres conocían el estado serológico de sus parejas: de estas, 76,8% tenían parejas VIH positivas y el 23,2% restante, parejas VIH negativas. El 37,1% no conocía la serología de su pareja o el dato no estuvo disponible. 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 27. Distribución de las madres de acuerdo al estatus serológico de sus parejas según año de parto, CABA, 2003-2015



C.2. Momento del diagnóstico de VIH

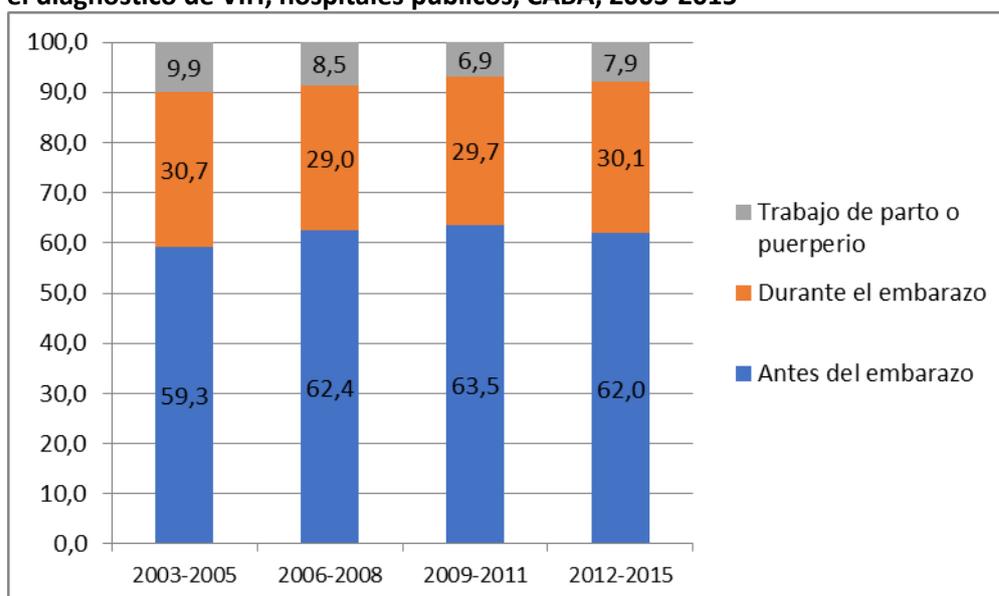
El 61,3% de las mujeres tenía el diagnóstico de VIH antes del parto (el 27,9% lo recibió durante el embarazo en curso) y el 7,8 % lo obtuvo el trabajo de parto o en el puerperio (tabla 27).

Tabla 27. Distribución de las mujeres embarazadas de acuerdo al momento en que recibieron el diagnóstico de VIH, hospitales públicos, CABA, 2003-2015

Momento	N°	%
Antes del embarazo	1.841	57,0%
En un embarazo previo	140	4,3%
Durante el embarazo	901	27,9%
En el parto	160	5,0%
En el puerperio	91	2,8%
Desconocido	94	2,9%
Total	3.227	100,0%

El análisis por trienios muestra un aumento del porcentaje de mujeres con diagnóstico de VIH previo al embarazo y un descenso del porcentaje de mujeres con diagnóstico tardío durante el trabajo de parto o puerperio (gráfico 28).

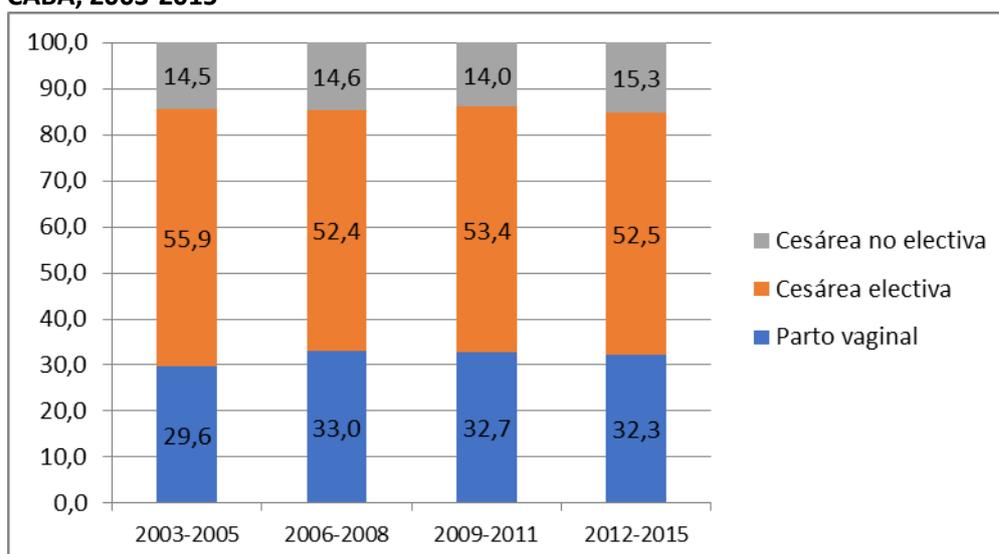
Gráfico 28. Distribución de las mujeres de acuerdo al momento del embarazo en que recibieron el diagnóstico de VIH, hospitales públicos, CABA, 2003-2015



C.3. Modalidad de nacimiento

Se obtuvo información sobre la modalidad de nacimiento en 3.114 casos. Existe un claro predominio de la cesárea electiva (53,5%) sobre el parto vaginal (31,9%) y la cesárea no electiva (14,6%) en el análisis acumulado del período. Al observar el dato por trienios, se aprecia que este predominio es estable (gráfico 29).

Gráfico 29. Distribución porcentual de acuerdo al tipo de nacimiento, hospitales públicos, CABA, 2003-2015



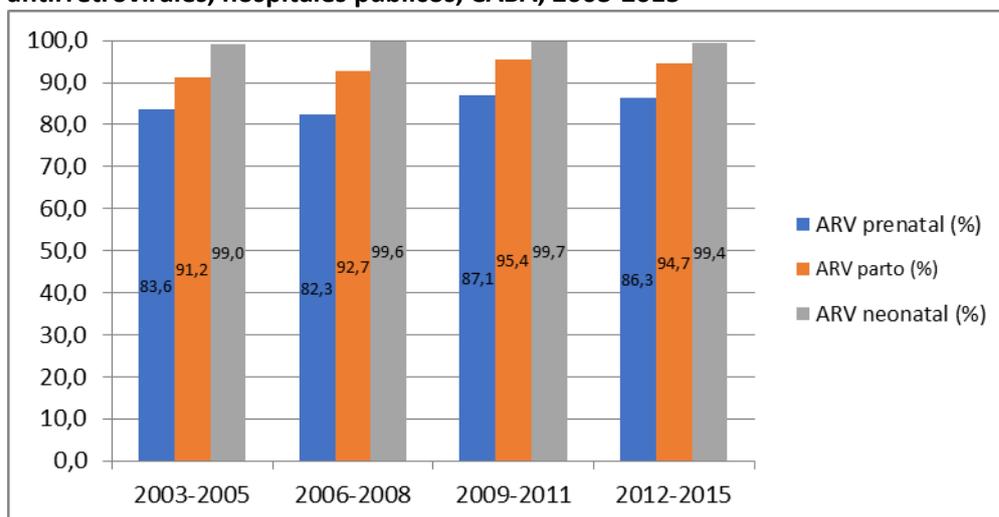
C.4. Tratamiento antirretroviral

El porcentaje de cobertura de antirretrovirales prenatal fue mayor al 80%, con un aumento progresivo hacia el final del período (tabla 28). 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 28. Evolución por trienios de la cobertura con antirretrovirales a mujeres y neonatos, hospitales públicos, CABA, 2003-2015

	ARV prenatal (%)	ARV parto (%)	ARV neonatal (%)
2003-2005	83,6	91,2	99,0
2006-2008	82,3	92,7	99,6
2009-2011	87,1	95,4	99,7
2012-2015	86,3	94,7	99,4

Gráfico 30. Distribución de las madres y neonatos de acuerdo al porcentaje de cobertura con antirretrovirales, hospitales públicos, CABA, 2003-2015



C.5. Tasa de transmisión vertical

El análisis del número de niños con VIH por transmisión vertical nacidos en el sistema público de la CABA muestra un descenso importante entre 2003 y 2009, con un aumento posterior, que tiende al descenso en los últimos años (gráfico 31).

En la tabla 29a se detallan las tasas de transmisión vertical del VIH en el período donde, coherentemente con el aumento en el número de casos, se observa un incremento en 2011-2012, que motivó acciones específicas de fortalecimiento de las estrategias de prevención de la transmisión perinatal con los equipos de salud.

Gráfico 31. Distribución anual de los casos de transmisión perinatal del VIH según año de nacimiento, CABA, 2003-2015

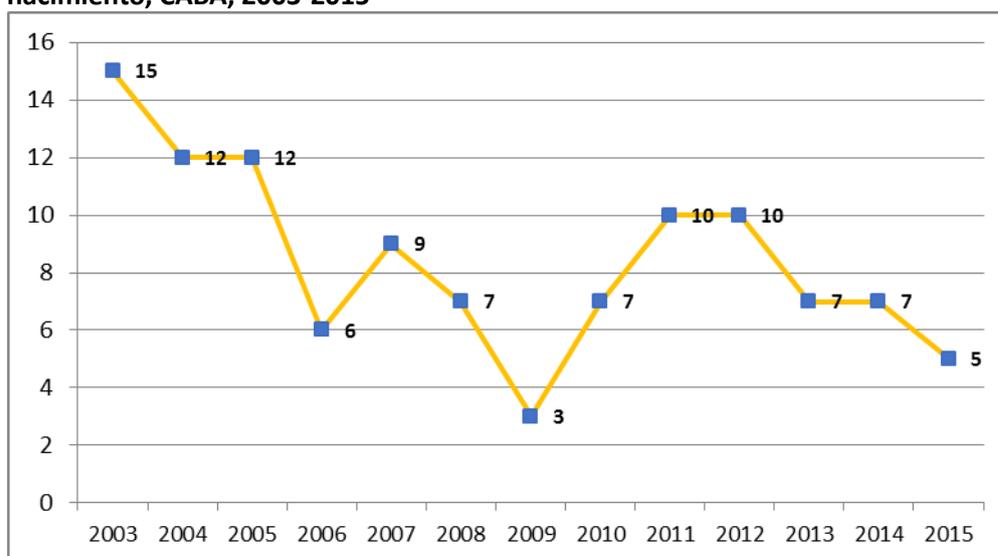


Tabla 29a. Tasas de transmisión vertical en base a los partos notificados durante el período, CABA, 2003-2015

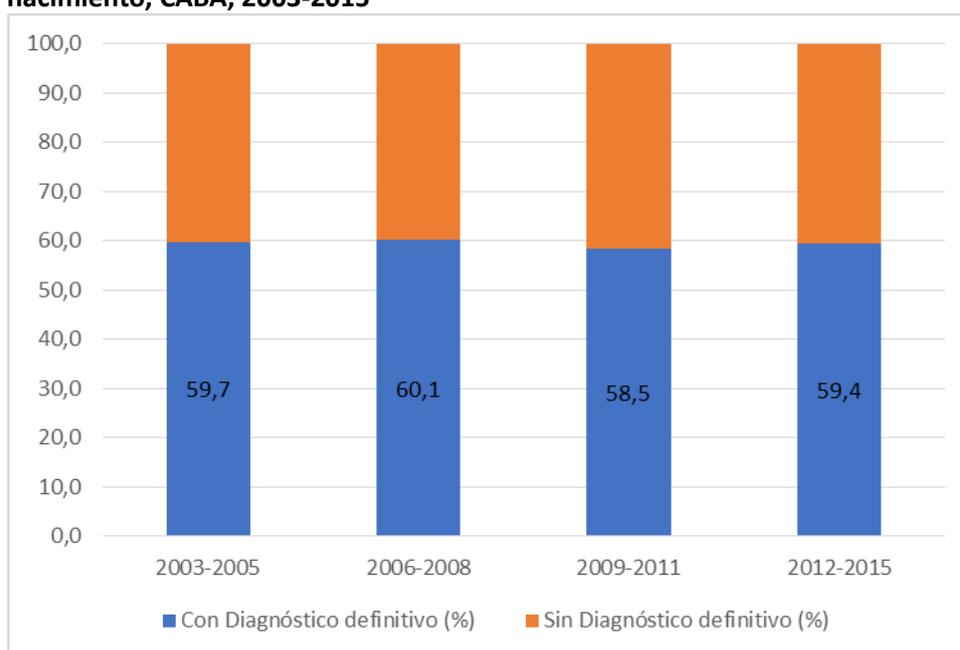
Año	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	*2013	*2014	*2015
Total de partos	327	326	284	294	254	272	274	252	206	185	188	189	175
Diagnóstico definitivo	215	209	208	194	166	184	187	193	139	140	126	132	119
% diagnóstico definitivo	65,7%	64,1%	73,2%	66,0%	65,4%	67,6%	68,2%	76,6%	67,5%	75,6%	67,0%	69,8%	68,0%
Positivos **	15	12	12	6	9	7	3	7	10	9	7	7	5
Tasa TV	6,98%	5,74%	5,77%	3,09%	5,42%	3,80%	1,60%	3,63%	7,19%	6,42%	5,55%	5,30%	4,20%

*Años incompletos.

**Con la última revisión de la base de datos, se modificó la información de los casos positivos de 2012, 2013 y 2014.

El análisis de cobertura de niños expuestos con diagnóstico completo muestra una tendencia en aumento en el último trienio que se puede considerar completo (2010-2012), los datos de los últimos años deben ser tomados como provisorios por el retraso en la notificación (gráfico 32).

Gráfico 32. Porcentaje de niños expuestos al VIH con diagnóstico definitivo, según año de nacimiento, CABA, 2003-2015



Para evitar el sesgo de la subnotificación de partos en el análisis de la tasa de transmisión vertical, se analizaron también los datos de laboratorio, independientemente de la notificación del parto. Los datos, disponibles desde 2013, fueron aportados por los laboratorios de los hospitales Muñiz, Ramos Mejía y Garrahan, que centralizan gran parte de los diagnósticos de la población pediátrica. La mayor cobertura de niños expuestos con diagnóstico completo en el análisis de laboratorio muestra valores más bajos en la tasa de transmisión vertical (tabla 29b).

Tabla 29b. Tasa de transmisión vertical del VIH según registro de laboratorio durante el período 2013-2016

	2013	2014	2015	2016
Niños expuestos	198	265	238	217
Niños con diagnóstico definitivo	148	194	180	155
% niños con diagnóstico definitivo	74,5%	73%	76%	71%
Positivos	8	8	5	7
Tasa de TV VIH	5,4%	4,1%	2,7%	4,5%

Fuente: laboratorios de los hospitales Muñiz, Garrahan y Ramos Mejía.

Para evaluar el impacto de las estrategias implementadas para facilitar el diagnóstico temprano en niños infectados por transmisión vertical, se evaluó el tiempo transcurrido entre la fecha de nacimiento y la realización del primer estudio virológico.

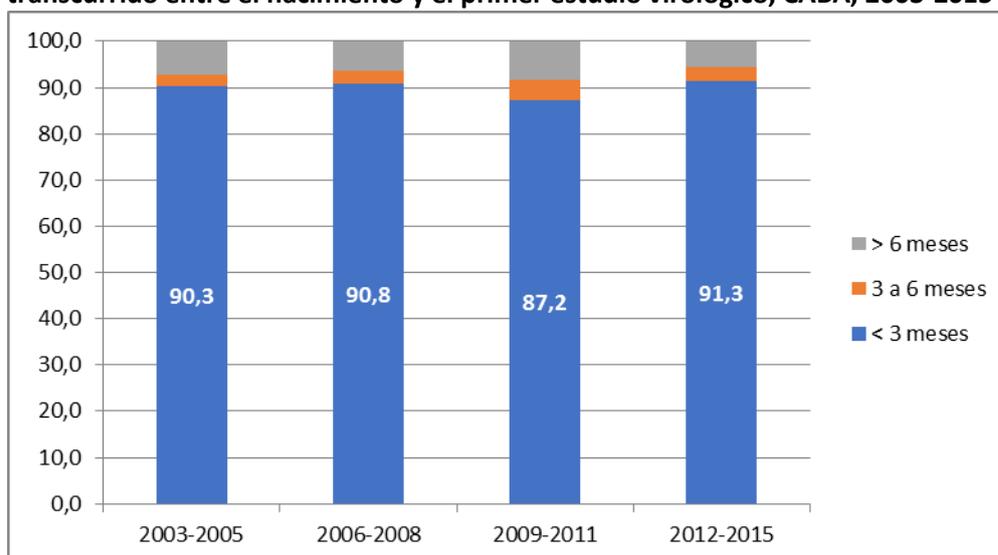
Se dispuso de esta información en 2.141 nacimientos (66,1% del total). El 83% de los niños de esta muestra tuvo el primer estudio virológico dentro de los primeros tres meses de vida (tabla 30). El 53% de los niños positivos se diagnosticaron dentro del primer mes y el 70% dentro de los dos meses de vida.

Tabla 30. **Distribución de niños expuestos según tiempo transcurrido entre el nacimiento y el primer estudio virológico, CABA, 2002-2015**

Días entre el parto y el primer estudio virológico	N	%
< 30	1.232	57,54%
31-59	543	25,36%
60-89	148	6,91%
90-120	63	2,94%
121- 365	129	6,03%
> 365	26	1,21%
Total	2.141	100,00%

El análisis de tendencia muestra que el porcentaje alto de niños con el primer estudio virológico dentro de los tres meses se mantuvo durante todo el período (gráfico 33).

Gráfico 33. **Distribución porcentual de la población de niños expuestos según tiempo transcurrido entre el nacimiento y el primer estudio virológico, CABA, 2003-2015**



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

El momento del diagnóstico de VIH en relación con el embarazo y la cobertura de profilaxis prenatal y durante el parto fueron las variables con mayor impacto en la tasa de transmisión (gráficos 34, 35 y 36).

Gráfico 34. Tasa de transmisión vertical del VIH (%) según el momento del diagnóstico, partos en hospitales públicos, CABA, 2003-2015

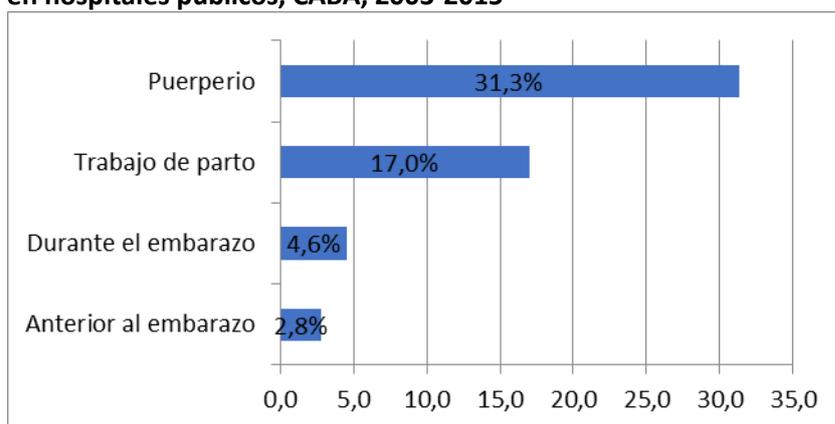


Gráfico 35. Tasa de transmisión vertical del VIH (%) según cobertura de ARV prenatal, partos en hospitales públicos, CABA, 2003-2015

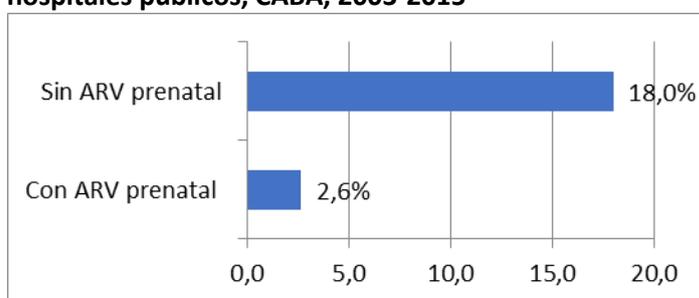
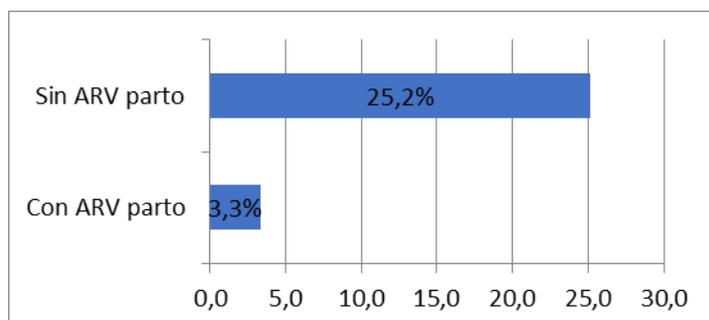


Gráfico 36. Tasa de transmisión vertical del VIH (%) según cobertura de tratamiento ARV durante el parto, partos en hospitales públicos, CABA, 2003-2015



Si bien no se observaron diferencias significativas en la tasa de transmisión vertical del VIH en relación con la modalidad de nacimiento (gráfico 37), el análisis desagregado según cobertura de tratamiento muestra una menor transmisión con la cesárea electiva cuando no hubo tratamiento ARV prenatal (tabla 31). Las diferencias en la tasa de transmisión según el tipo de nacimiento en mujeres que recibieron tratamiento antirretroviral antes del parto no fueron estadísticamente significativas ($p=0,017$).

Gráfico 37. Tasa de transmisión vertical del VIH (%) según modalidad de nacimiento, partos en hospitales públicos, CABA, 2003-2015

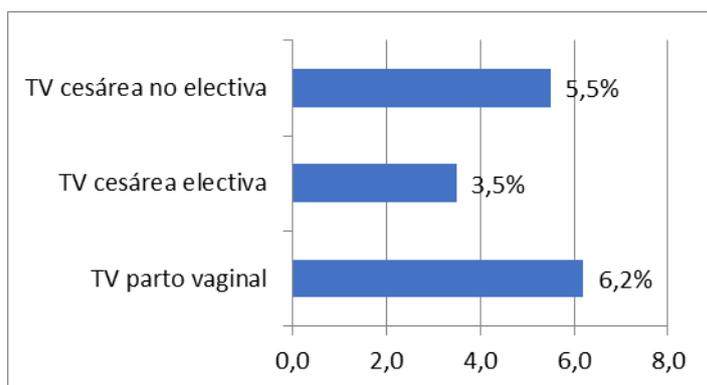


Tabla 31. Tasa de transmisión vertical del VIH (%) según cobertura de tratamiento ARV prenatal y modalidad de nacimiento, partos en hospitales públicos, CABA, 2003-2015

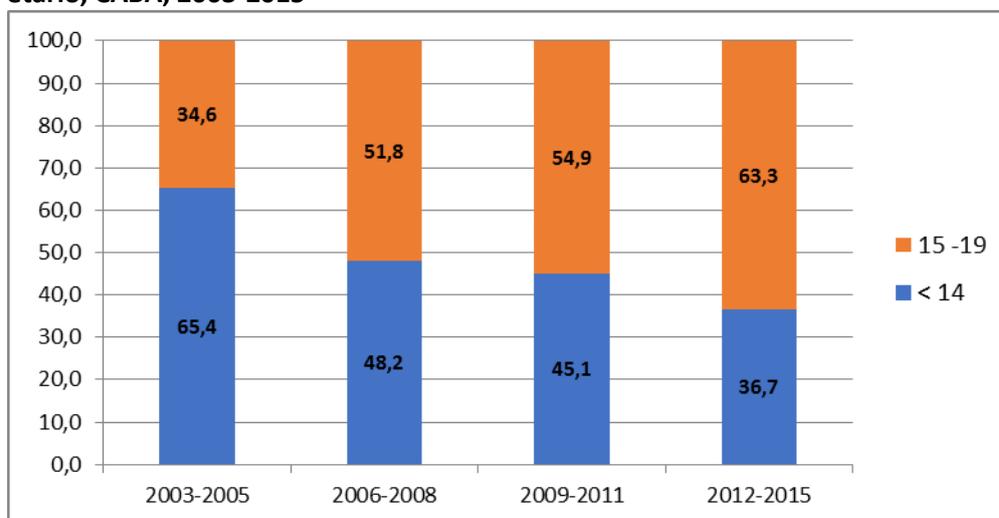
	Tasa TV con ARV prenatal	Tasa TV sin ARV prenatal
Parto vaginal	1,10%	25,30%
Cesárea electiva	3,00%	7,80%
Cesárea no electiva	2,80%	12,80%

D. Situación de niños, niñas y adolescentes con VIH en la CABA

Entre enero de 2003 y diciembre de 2015 se notificaron 1.330 infecciones por VIH en menores de 20 años: el 50,5% fueron menores de 14 años y 49,5%, adolescentes de 15 a 19.

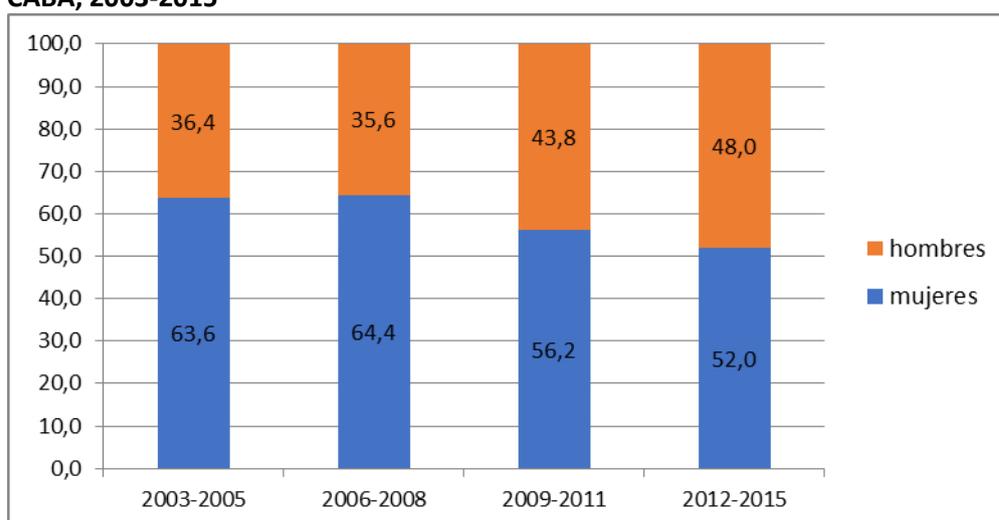
La proporción de notificaciones en menores de 14 años disminuyó significativamente durante el período, lo cual demuestra el impacto de las estrategias de prevención de la transmisión vertical (gráfico 38).

Gráfico 38. Distribución porcentual de las notificaciones en menores de 20 años según grupo etario, CABA, 2003-2015



El análisis por sexo en el grupo de 15 a 19 años muestra que, si bien predominaron las notificaciones en mujeres durante todo el período, esta diferencia se fue reduciendo en los últimos años, con una razón hombre/mujer que aumentó de 0,57 en el primer trienio a 0,82 en el último (gráfico 39). El 2015 remarca la tendencia, pero se debe esperar para completar la información, dado el atraso en las notificaciones. El 52,5% de las adolescentes con diagnóstico de VIH tuvieron un parto durante el período, lo cual demuestra la oportunidad de diagnóstico ligada a la situación de embarazo.

Gráfico 39. Distribución porcentual de las notificaciones en menores de 20 años según sexo, CABA, 2003-2015



El 68,5% de las notificaciones corresponde a residentes del Conurbano, el 29,4% a residentes de la CABA y el 2,1% a otras jurisdicciones.

El 85% de las notificaciones correspondieron al sistema público y el 15% al subsector privado o de obras sociales. El 45% corresponde a hospitales pediátricos (tabla 32).

Tabla 32. Distribución de notificaciones en menores de 20 años según hospital, CABA, 2003-2015

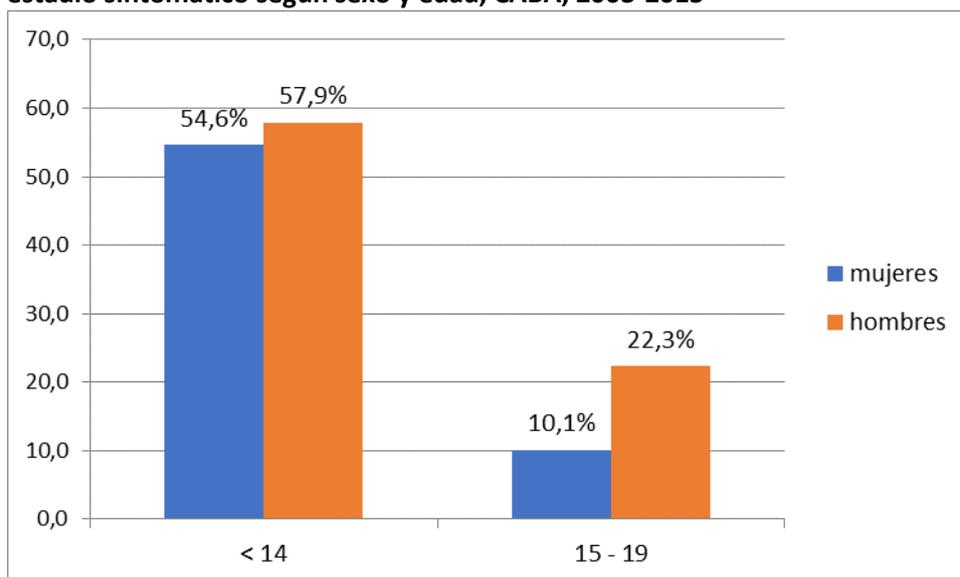
Hospital	Frecuencia absoluta	Porcentaje
Álvarez	10	0,89%
Argerich	52	4,61%
Durand	36	3,19%
Elizalde	163	14,46%
Fernández	61	5,41%
Ferrer	1	0,09%
Garrahan	247	21,92%
Gutiérrez	90	7,99%
Moyano	2	0,18%
Muñiz	106	9,41%
Penna	64	5,68%
Piñero	67	5,94%
Pirovano	29	2,57%
Ramos Mejía	52	4,61%
Rivadavia	17	1,51%
Santojanni	53	4,70%
Sardá	45	3,99%
Tornú	15	1,33%
Vélez Sarsfield	5	0,44%
Zubizarreta	12	1,06%

D.1. Estadio clínico al momento del diagnóstico

El estadio clínico al momento del diagnóstico varió significativamente entre los grupos etarios. Mientras que solo el 16,2% de los adolescentes se diagnosticaron en estadios sintomáticos, este porcentaje alcanzó el 56,3% en los menores de 14 años. Si bien este dato bajó 5 puntos respecto al análisis anterior, continúa exhibiendo la existencia de problemas en el circuito del diagnóstico pediátrico.

El análisis desagregado por sexo en el grupo de adolescentes muestra que la proporción de diagnósticos tardíos en varones duplica a la de las mujeres (gráfico 40).

Gráfico 40. Distribución porcentual de personas menores de 20 años con diagnóstico de VIH en estadio sintomático según sexo y edad, CABA, 2003-2015



D.2. Vías de transmisión

La vía perinatal fue la forma de transmisión del VIH en más del 90% de los menores de 14 años notificados, sin diferencias entre sexos (gráfico 41).

En el grupo de adolescentes, predominó la transmisión a través de relaciones sexuales no protegidas. Entre las mujeres, el 92% por transmisión en relaciones heterosexuales y en la población masculina, el 31% por relaciones sexuales con mujeres y el 61% a través de relaciones entre hombres (gráfico 42).

Gráfico 41. Distribución porcentual de las notificaciones de mujeres con VIH menores de 20 años según sexo y vía de transmisión, CABA, 2003-2015

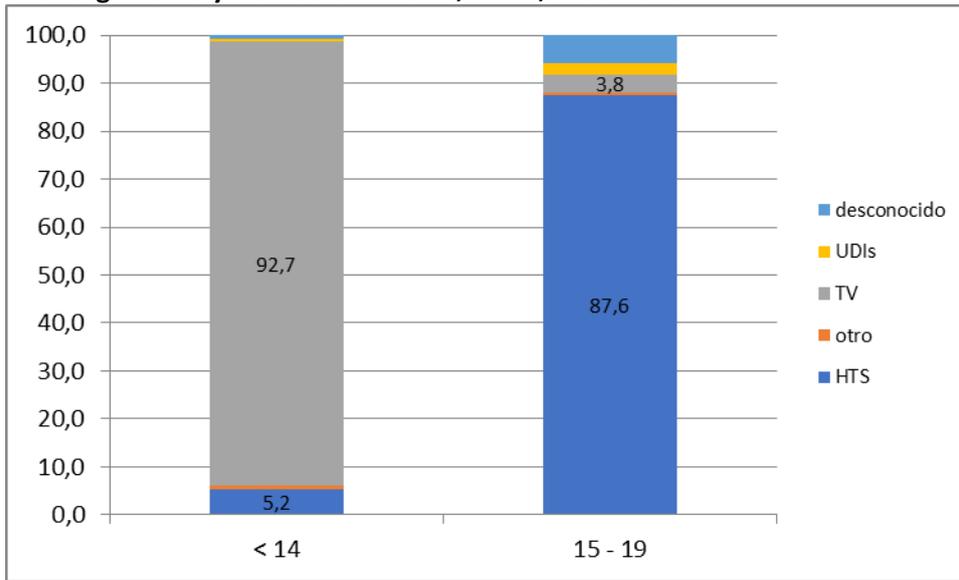
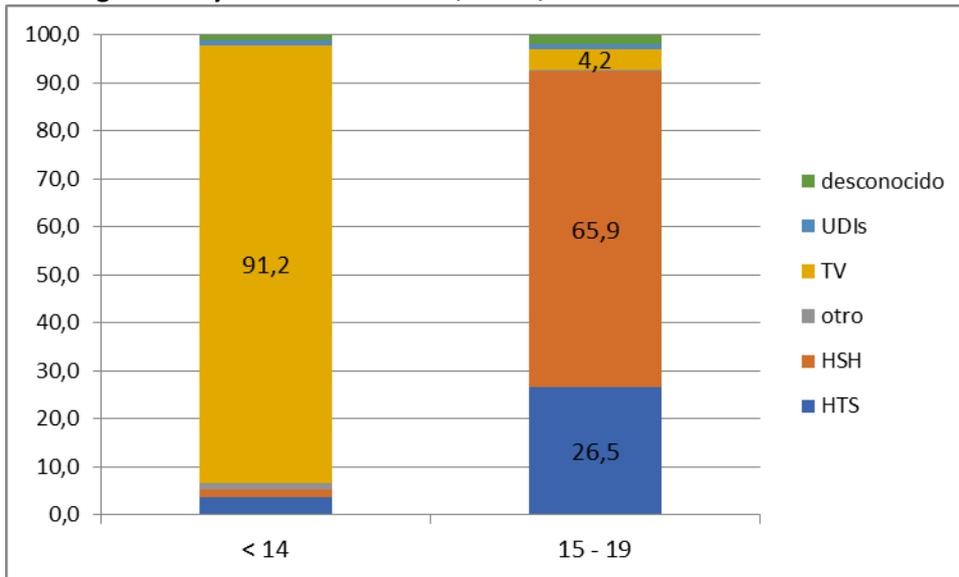


Gráfico 42. Distribución porcentual de las notificaciones de hombres con VIH menores de 20 años según sexo y vía de transmisión, CABA, 2003-2015



Síntesis de la situación de niños, niñas y adolescentes con VIH en la CABA

- Disminución progresiva de la proporción de menores de 20 años infectados por transmisión perinatal.
- Predominio de la transmisión por relaciones desprotegidas entre varones en la población masculina de adolescentes.
- Alto porcentaje de diagnóstico en estadios sintomáticos en los menores de 14 años, lo cual requiere un fortalecimiento del circuito de diagnóstico pediátrico.
- Mayor diagnóstico tardío en varones durante la adolescencia, lo cual podría estar mostrando una mayor oferta a la población femenina vinculada a la situación de embarazo.

E. Situación del acceso al diagnóstico de VIH

E.1. Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico

Desde el año 2000, el Ministerio de Salud del GCBA –a través de la entonces Coordinación Sida– estableció el acceso al diagnóstico de VIH como uno de sus ejes estratégicos con el objetivo de reducir la morbilidad y mortalidad de las personas infectadas y disminuir el riesgo de transmisión. Para ello puso en marcha los Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico (CePAD) como dispositivos para facilitar el acceso al test de VIH. Desde entonces, se han creado en forma progresiva 38 centros o espacios de testeo facilitado. De estos, 25 desarrollan sus actividades en centros de salud (CeSAC), 9 en hospitales públicos, 1 en un sindicato de docentes (UTE-CTERA) y 3 en organizaciones no gubernamentales (Rock & Vida, Fundación Huésped y Nexo AC, esta última atiende varones gay, otros hombres que tienen sexo con hombres y personas travestis o transexuales).

A partir de 2013 se comenzó a implementar un nuevo algoritmo diagnóstico que incluye un test rápido (TR) de VIH como método de tamizaje y una prueba molecular (carga viral) como confirmación.

Después de un proceso de implementación centrado en la capacitación y control de calidad, el test rápido para VIH fue incorporado, en forma progresiva, en 25 de los 38 centros de testeo.

Al momento de ser elaborado este boletín, dos CeSAC (9 y 41) incorporaron el nuevo algoritmo diagnóstico y dos hospitales generales implementaron la nueva estrategia (Santojanni y Penna), (tabla 33).

Tabla 33. Implementación de centros con test rápido, según año, CABA, 2013-2016

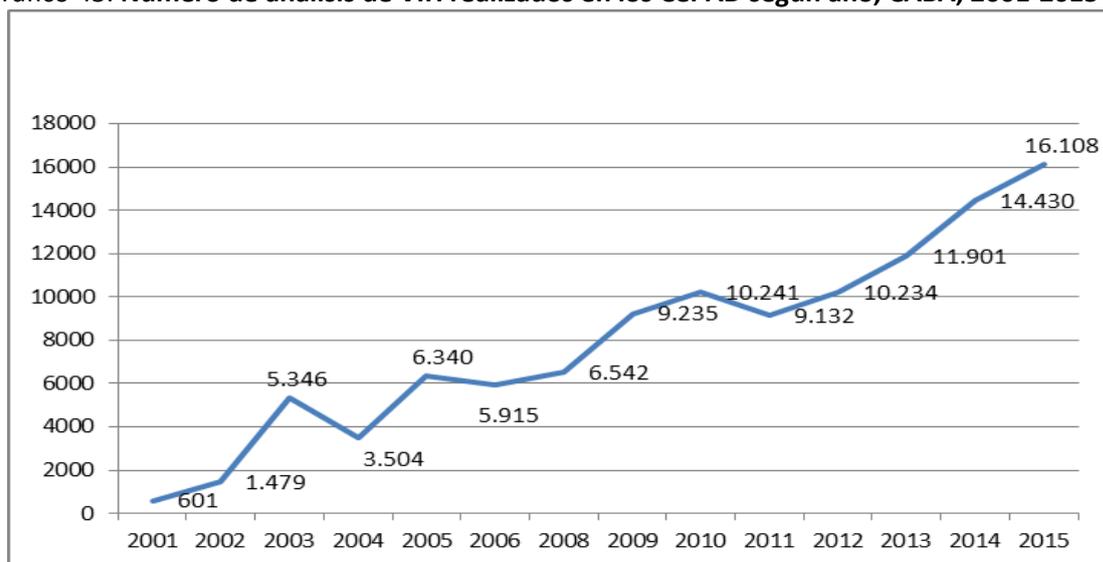
2013	2014	2015	2016
CeSAC 39	CeSAC 38	CeSAC 4	CeSAC 9
Hospital Ramos Mejía	CeSAC 22	Hospital Tornú	CeSAC 41
Nexo/ATTTA	Rock & Vida	CeSAC 15	Hospital Penna
CeSAC 35	CeSAC 29	Fundación Huésped	Hospital Santojanni
	CeSAC 21	CeSAC 3	
	Hospital R. Carrillo	CeSAC 5	
	Hospital Argerich	CeSAC 30	
	CeSAC 7	CeSAC 10	
		CeSAC 16	

En este apartado se describirá la información de 33 centros, en los restantes casos no se disponen de datos.

La incorporación de los últimos dos hospitales, Santojanni y Penna, se concretó durante el 2016.

Desde la implementación de esta estrategia, no solo se observa un aumento sostenido del número de testeos (gráfico 43), sino que dicha estrategia favoreció la integración de equipos interdisciplinarios e interinstitucionales fortaleciendo los acuerdos y vías de comunicación entre los hospitales y el primer nivel de atención.

Gráfico 43. Número de análisis de VIH realizados en los CePAD según año, CABA, 2001-2015



A continuación, se analiza la información de la población que realizó el test de VIH entre 2012 y 2015 en los CePAD y otros espacios diferenciados de asesoramiento y testeo que responden fundamentalmente a la demanda espontánea.

Entre 2012 y 2015 se realizaron 53.763 test de VIH en los CePAD de la CABA. La implementación del test rápido aumentó significativamente el número de testeos en algunos centros, como los CeSAC 5, 7, 22, 29, 38, 39, Nexo AC y los hospitales Ramos Mejía, Tornú y Argerich (tabla 34). Además, la disponibilidad del test rápido permitió que centros del primer nivel de atención que no contaban con CePAD, por no tener facilitado el circuito de traslado de muestras, pudieran incorporar esta nueva estrategia (CeSAC 3, 4, 10, 16 y 30).

Tabla 34. Distribución de los análisis realizados según CePAD, CABA, 2012-2015

CePAD	2012	2013	2014	2015	Total
CeSAC 2	454	427	298	189	1.368
CeSAC 3 ¹				34	34
CeSAC 4				303	303
CeSAC 5	13	54	102	130	299
CeSAC 7	409	364	460	203	1.436
CeSAC 9	1.054	1.175	946	613	3.788
CeSAC 10 ¹				95	95
CeSAC 13	116				116
CeSAC 15	471	560	429	448	1.908
CeSAC 16 ¹				9	9
CeSAC 18	434	18	17	25	494
CeSAC 19		28	37		65
CeSAC 20	77	54	36	48	215
CeSAC 21			272	299	571
CeSAC 22	179	249	198	338	964
CeSAC 24	103	116	139	226	584
CeSAC 29	135	173	184	275	767
CeSAC 30 ¹				43	43
CeSAC 33	577	655	657	485	2.374
CeSAC 35	147		280	339	766
CeSAC 38	294	214	334	937	1.779
CeSAC 39	260	577	719	902	2.458
CeSAC 40	42	46	38	61	187
CeSAC 41	480	422	449	153	1.504
CeSAC 44	25	9	29	58	121
UTE-CTERA	79	100	91	52	322
Hospital Rivadavia			521	691	1.212
Hospital Fernández ²	883	2.621	2.505		6.009
Rock & Vida			282	712	994
Nexo AC/ATTTA	800	1.629	2.562	3.213	8.204
Fundación Huésped				325	325
Hospital Piñero	540	545	615	340	2.040
Hospital Ramón Carrillo			104	118	222
Hospital Ramos Mejía	1.394	1.375	2.334	3.271	8.374
Hospital Tornú	1.264	491	645	826	3.226
Hospital Argerich			240	347	587
Total	10.230	11.902	15.523	16.108	53.763

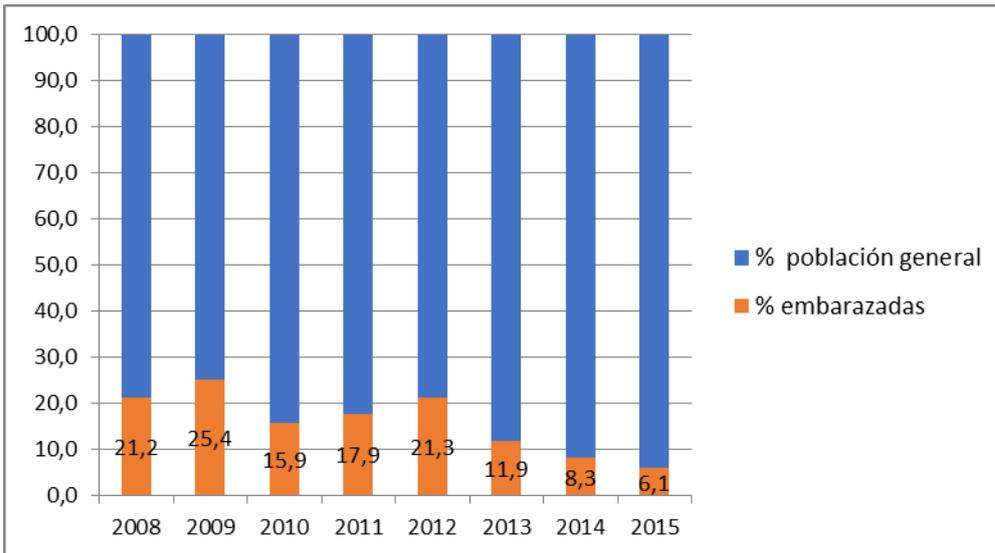
Las celdas sombreadas corresponden a los centros que implementaron el test rápido.

¹ Centros que iniciaron su actividad entre octubre y diciembre 2015.

² Los datos del Hospital Fernández serán considerados en el apartado "El diagnóstico de VIH en los laboratorios de la CABA".

Dado que en nuestro país se universalizó la oferta activa de testeo en las mujeres embarazadas, en este análisis se diferenció el porcentaje de esta población en los centros de testeo. Durante el período 2008-2015 se observa una tendencia en descenso del porcentaje de mujeres embarazadas entre quienes se testearon en los CePAD (gráfico 44).

Gráfico 44. Proporción de análisis de VIH realizados en los CePAD según población, CABA, 2008-2015



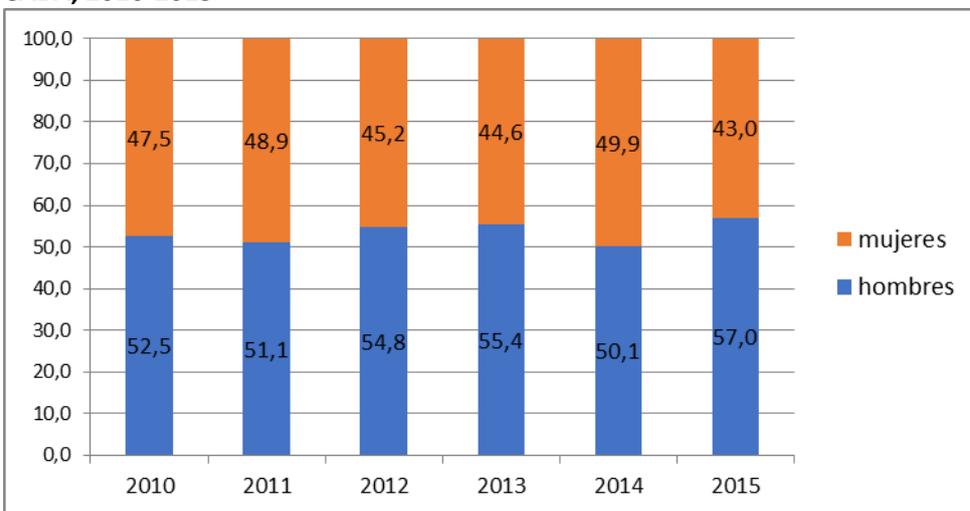
Características de la población que realizó el test de VIH en los centros de testeo

Durante 2015 se realizaron 16.108 test de VIH en los centros de testeo de la CABA. Se dispone de datos sobre el género en 15.105 casos: 42% eran mujeres (6.363), 56,7% eran hombres (8.533) y 1,3% eran trans femeninas (209). Es de destacar la mayor frecuencia de testeos en la población masculina teniendo en cuenta la supremacía femenina en los datos de testeo disponibles en la red de laboratorio.

Para analizar el perfil de género de las personas testeadas en el período 2010-2015 se excluyó a las mujeres que cursaban embarazos para evitar la influencia de la oferta universal de testeo en esta población. Debido a la especificidad de la convocatoria al colectivo de varones gay, HSH y personas trans, la información sobre la población testeadas en Nexo AC/ATTA se analizará en un apartado específico.

La proporción entre hombres y mujeres se ha mantenido estable durante el período, con un mayor predominio masculino en el último año (gráfico 45).

Gráfico 45. Proporción de hombres y mujeres en la población testada para VIH en los CePAD, CABA, 2010-2015



La información para analizar el perfil epidemiológico según edad se dispone desde 2012. Su análisis muestra que mientras en los varones predomina la población de 20 a 39 años al momento de realizar el test, en las mujeres aumentó progresivamente la proporción mayor de 40 años (gráficos 46 y 47).

Entre 2013 y 2015 se realizaron 279 test en personas trans femeninas en centros no específicos de la diversidad sexual. El 85% de esta población tenía entre 20 y 39 años al momento del testeo.

Gráfico 46. Distribución la población femenina que hizo el test de VIH en los CePAD, según edad y año de testeo, CABA, 2012-2015

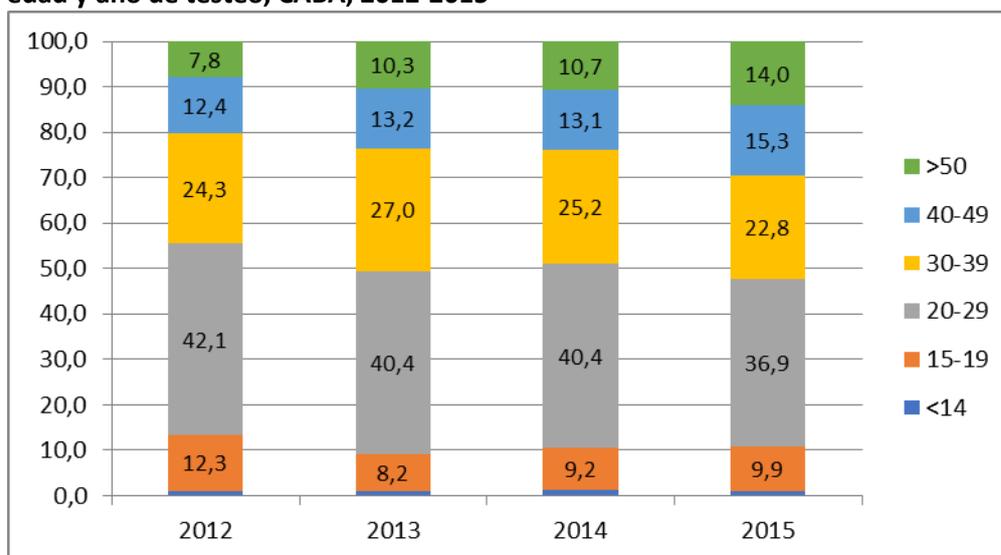
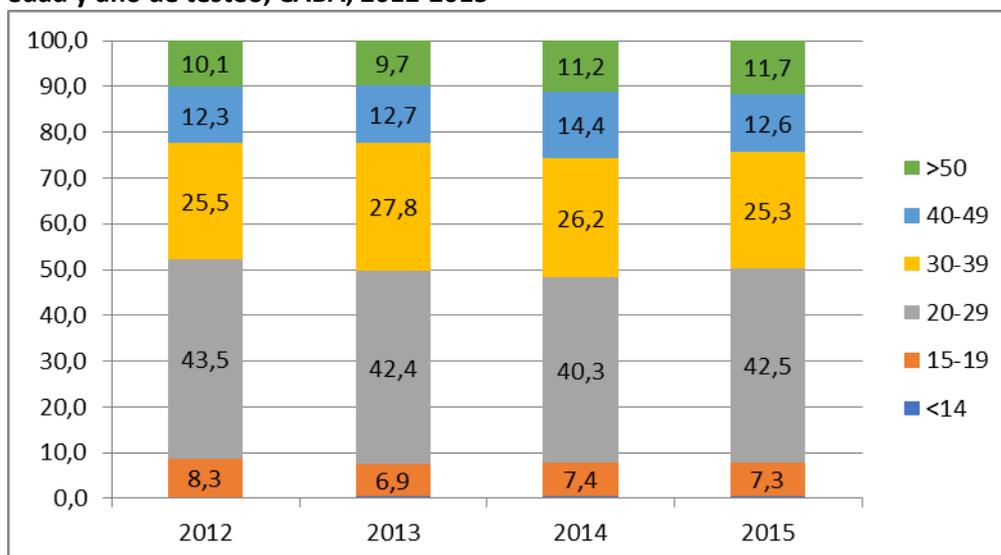


Gráfico 47. Distribución la población masculina que hizo el test de VIH en los CePAD, según edad y año de testeo, CABA, 2012-2015



El análisis de la población testeada exclusivamente en centros de atención primaria muestra que la proporción con test rápido ascendió del 49% en 2014 al 77% en 2015. En los centros con test rápido la razón hombre/mujer fue cercana a 1, lo cual demuestra que el acceso y la rapidez son valores ponderados especialmente por los varones en relación con la técnica convencional. A su vez también puede vincularse con la oferta activa del test a las parejas de las embarazadas (tabla 35).

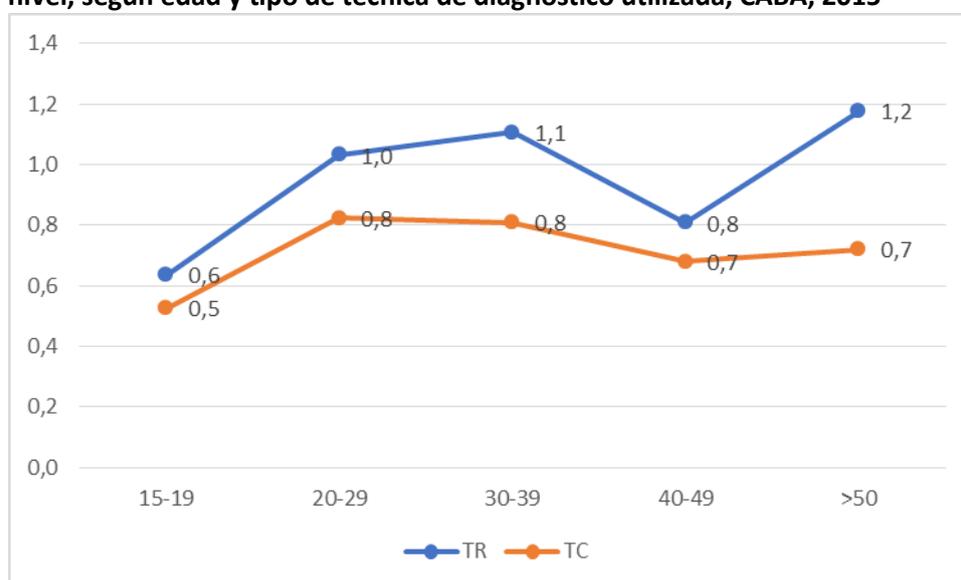
Tabla 35. **Distribución de los test realizados en centros de salud, según técnica, género y razón hombre/mujer, CABA, 2015**

	Hombres	Mujeres	H/M
CeSAC con test rápido	2.104	2.154	0,98
CeSAC con test convencional	546	726	0,75

CeSAC = Centro de Salud y Acción Comunitaria; H/M= Razón hombre/mujer

El análisis de la razón hombre/mujer según edad y técnica de testeo muestra que, en los centros que disponen de test rápido, el índice de masculinidad es mayor que en los centros con test convencionales, en todas las edades, incluso en la adolescencia, donde hay un franco predominio femenino (gráfico 48).

Gráfico 48. **Índice de masculinidad de la población testeada para VIH en centros del primer nivel, según edad y tipo de técnica de diagnóstico utilizada, CABA, 2015**



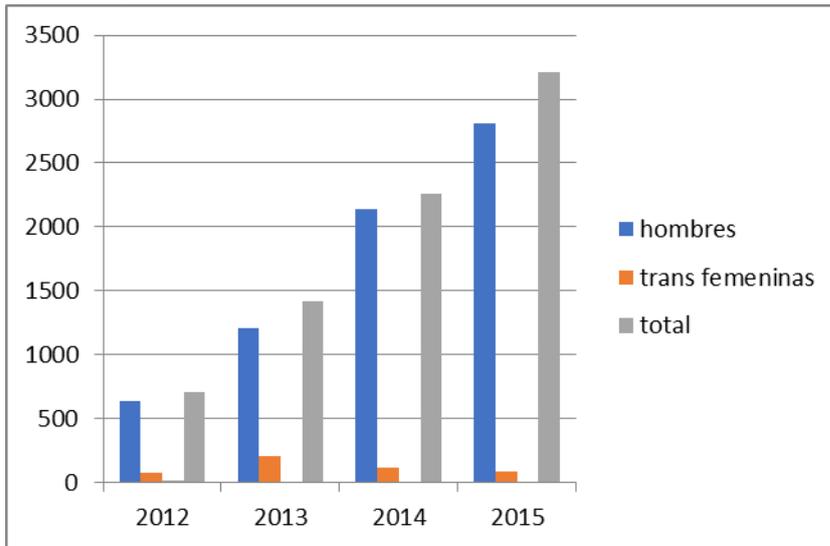
TR = test rápido; TC = test convencional (ELISA + Western Blot).

Información del sitio centinela de población gay, otros HSH y trans

Nexo Asociación Civil es una organización no gubernamental donde, entre otras actividades, ofrecen testeo a varones gay y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH), 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 ampliaron la oferta de testeo a esta última población.

Entre 2012 y 2015 realizaron 8.203 testeos de VIH, con un aumento muy significativo desde la implementación del test rápido en el año 2013 (gráfico 49). Este aumento se concentró, fundamentalmente en la población de hombres gay y otros HSH y hubo un descenso en el número de personas trans.

Gráfico 49. Distribución de la población testeada en sitio centinela según género, Nexo AC, 2012-2015



El análisis de la población de HSH testeados muestra que, al igual que en el resto de los CePAD la mayor proporción tiene entre 20 y 29 años de edad (gráfico 50). Se observa, además, un descenso en la proporción del grupo de mayores de 40 años.

Gráfico 50. Distribución la población testeada en Nexo AC según edad y año de testeo Nexo AC, 2012-2015



Retiro de resultados

El análisis del porcentaje de personas que retiraron el resultado en el período muestra un aumento significativo hacia el último año (tabla 36).

Tabla 36. Porcentaje de retiro de resultados en CePAD según año, CABA, 2012-2015

	2012	2013	2014	2015
N° testeos	8.055	10.479	14.241	16.108
Resultados retirados	6.795	7.919	12.457	15.393
% retiro	84,30%	75,50%	87,50%	95,56%

Uno de los objetivos de la implementación del test rápido fue el de aumentar el porcentaje de personas testeadas que efectivamente conocen su serología, por lo que aquí analizamos el porcentaje de retiro diferenciando los centros según la oferta de test rápido o convencional. Este análisis se justifica en la corroboración de que, aun contando con de test rápido, hay personas que se retiran antes de tener el resultado.

El análisis según el tipo de test usado muestra un mayor porcentaje de retiro de resultados en los centros que ofrecen test rápido (tabla 37).

Tabla 37. Porcentaje de retiro de resultados en CePAD según tipo de test para VIH ofrecido, CABA, 2015

	Test realizados	Resultados retirados	% retiro de resultados
Centros con test convencional	3015	2407	79,8
Centros con test rápido	13093	12976	99,1

Prevalencia de VIH en la población testada en los CePAD

En la tabla 38 se detallan los datos de prevalencia de VIH según tipo de CePAD durante el período 2009-2015. La prevalencia en los centros que funcionan en el primer nivel de atención 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. El descenso en la prevalencia en los CePAD hospitalarios hay que interpretarlo con cautela ya que, en 2015, no se dispuso de los datos del hospital Fernández para este análisis, los mismos serán considerados en el apartado de laboratorio. La prevalencia en embarazadas testeadas en los CePAD se consigna por separado, observándose un leve aumento en los últimos años.

Tabla 38. Prevalencia de VIH según tipo de CePAD, CABA, 2009-2015

Tipo de CePAD	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
CeSAC	1,37%	2,33%	2,27%	1,71%	2,34%	2,21%	2,24%
Hospitales	5,70%	6,18%	5,50%	5,02%	5,72%	5,64%	4,77%
Embarazadas	0,17%	0,36%	0,36%	0,27%	0,22%	0,47%	0,41%

En la tabla 39 se analiza la prevalencia de VIH en la población testada en Nexó, que funciona como sitio centinela de hombres que tienen sexo con hombres y trans femininas. Se observa estable la prevalencia en HSH y un descenso en el último año en la población de trans femininas.

Tabla 39. Prevalencia de VIH en HSH y trans, Nexo AC, CABA, 2009-2015

Población	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
HSH	9,76%	10,60%	9,20%	11,70%	10,4%	10,0%	9,31%
Trans femeninas		17,70%	23%	28%	29,3%	21,8%	18,9%

E.2. Oferta de testeo en el espacio público y asesoramiento sobre salud sexual

Con el objetivo de difundir el test rápido de VIH y promover su demanda en el primer nivel de atención, desde diciembre de 2014 se implementaron estrategias específicas en el espacio público, en asociación con los hospitales y sus equipos correspondientes a cada área programática. A su vez, la presencia en la vía pública oficia como una instancia de comunicación (muchas veces favorecida con visibilidad mediática y en redes sociales) que amplía la oferta de testeo en general y facilita el acceso al diagnóstico oportuno de VIH.

En diciembre de 2014, en el marco de los eventos vinculados al Día Mundial del Sida, se ofreció el test rápido para VIH en el tráiler sanitario del Ministerio de Salud porteño en distintos barrios de la ciudad. La respuesta de la población a la convocatoria fue excelente, fundamentalmente porque permitió el acceso al test de VIH en algunos grupos que habitualmente no circula por el sistema de salud, como es el caso de la población masculina. En base a esta respuesta, en 2015 se inició la campaña “Test rápido por los barrios”, que consistió en ofrecer este dispositivo una vez al mes en distintos lugares. Desde entonces, hubo 26 jornadas de testeo en vía pública, algunas repitiendo espacios: Plaza San Martín, Pompeya, Parque Los Andes, Barrio Piedrabuena, Chacarita, Parque de los Patricios, Monserrat, Pacífico, Plaza Flores, Tribunales, Parque Centenario, Belgrano, Plaza Congreso, Villa Lugano, Boedo, Barrio Mitre, Bajo Flores y La Boca.

Esta actividad es llevada adelante por el personal de la Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS en colaboración con los equipos de los CePAD, laboratorio y otros servicios del hospital correspondiente.

Luego de que en marzo de 2016 se fusionaran los programas de sida y salud sexual y reproductiva, se incorporó al dispositivo en vía pública un consultorio de salud sexual para ampliar la oferta desde una perspectiva integral de la salud.

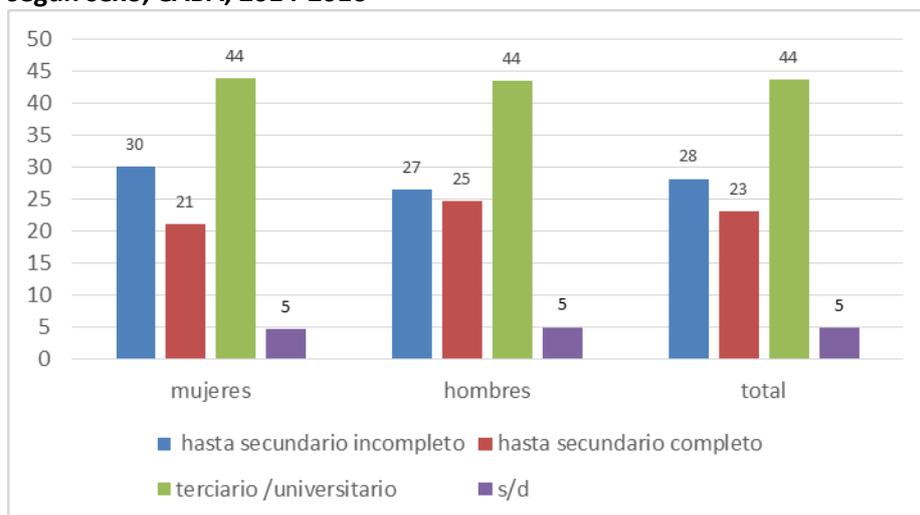
Se ofrece allí una oportunidad de escucha, diálogo e información para aquellas personas que se acerquen con esa necesidad o también derivadas por temas surgidos durante el asesoramiento para el test de VIH. En ese espacio se cuenta con algunos métodos anticonceptivos, anticoncepción hormonal de emergencia y test de embarazo, para ofrecer en los casos en que fuera necesario.

Esta tarea está a cargo de profesionales del equipo de la Coordinación y de los equipos de salud sexual del área programática que corresponda, quienes disponen de la red de recursos para referenciar al usuario y facilitar su acceso si fuera necesario.

En este punto se analizan las características de la población que realizó el test de VIH en estos espacios entre diciembre de 2014 y diciembre de 2016.

Durante el período se realizaron 3.847 testeos. El 53,9% (2.073) fueron hombres, el 45,8% (1.760) eran mujeres y el 0,3% eran trans femeninas (14). La mediana de edad fue de 33 años para hombres y mujeres, y de 28 años para trans femeninas. El 44% de la población testeada alcanzó estudios terciarios o universitarios, tanto en hombres como en mujeres (gráfico 50).

Gráfico 50. Distribución porcentual del nivel máximo de instrucción de la población testeada según sexo, CABA, 2014-2016



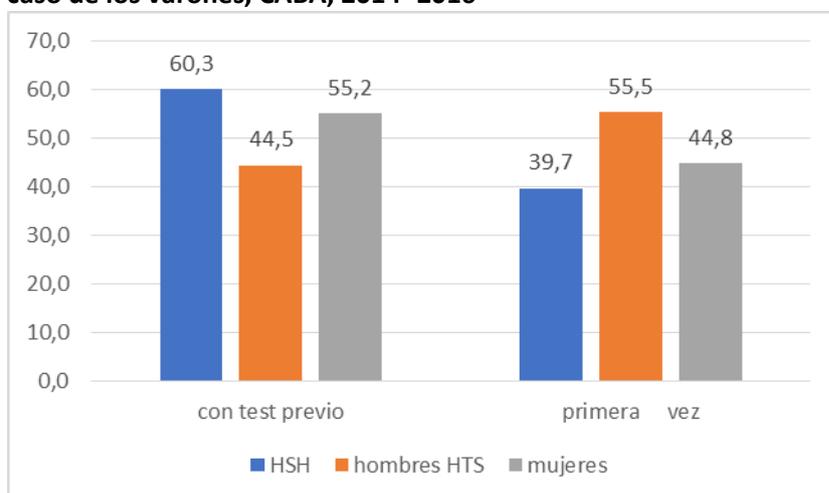
Más de la mitad de la población que se testeó en el espacio público, lo hizo porque pasaba y vio el tráiler. Un 30% se enteró por los medios o a través de las redes sociales (tabla 40).

Tabla 40. Distribución de la población testeada en el espacio público según respuesta a la pregunta "cómo se enteró del lugar del testeo", CABA, 2014-2016

¿Cómo se enteró?	%
Pasaba por ahí	53,9
Radio-TV-diarios	17,7
Internet/redes sociales	13,3
Boca en boca	8,8
S/D	4,4
Afiche/folletos	1,9

La población HSH y las mujeres fueron los que presentaron la mayor frecuencia de testeo previo y los varones heterosexuales, la mayor proporción de primer testeo (gráfico 51).

Gráfico 51. Distribución porcentual de testeo previo según género y orientación sexual en el caso de los varones, CABA, 2014 -2016



Prevalencia de VIH en la población testada en el espacio público

Durante el período analizado hubo 49 personas con test rápidos para VIH positivos, con una prevalencia global de 1,27%. El análisis por población muestra la mayor prevalencia en hombres que tienen sexo con hombres. Los datos de prevalencia en hombres heterosexuales y en mujeres son más elevados que el valor estimado para la población general en nuestro país (tabla 41). Si bien se detectaron 5 casos positivos en 14 trans femeninas (35%), el denominador es muy pequeño para interpretar este dato como representativo de la prevalencia en esta población.

Tabla 41. Prevalencia de VIH en el testeo en vía pública según género y orientación sexual en los varones, CABA, 2014 -2016

Población		Prevalencia VIH
Hombres	HTS	0,71%
	HSH	6,75%
Mujeres		0,62%

ENCUESTA DE ACEPTABILIDAD DEL TEST RÁPIDO

Durante la jornada de testeo en Plaza San Martín en el marco de la campaña por el Día Mundial del Sida de 2016, se realizó una encuesta de aceptabilidad entre algunos usuarios que se hicieron el test ese día, con el fin de evaluar la aceptabilidad al mismo.

Cien personas (un tercio de la gente que se testeó ese día) accedieron voluntariamente a completar el formulario autoadministrado de nueve preguntas, la mayoría hombres jóvenes (61% hombres, 84% entre 20 y 39 años).

El 42% de las personas refirieron que se hicieron el test “por curiosidad” o “porque pasaban por el lugar”, un 31% dijo que “por control” y el 27% se asumió en situación de riesgo aludiendo a relaciones sexuales sin protección.

La encuesta arrojó resultados acordes a la buena aceptabilidad que tiene esta técnica: el 96% se sintió cómodo durante la consulta, el 93% lo volvería a hacer y el 95% lo recomendaría a otras personas.

Las personas refirieron que el test les pareció seguro y confiable (78%) y que los tiempos de espera son aceptables (96%).

El 65% dijo haber estado tranquilo o muy tranquilo durante la espera del resultado, mientras que el 30% refirió haber estado ansioso.

Se incluyó una pregunta sobre frecuencia en el uso de preservativo. Un 50% refirió que lo usa “a veces”, el 36% dijo “siempre” y un 13%, “nunca”.

E.3. El diagnóstico de VIH en los laboratorios de la CABA

La Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS gestiona y coordina de manera centralizada la provisión de los reactivos necesarios para el diagnóstico de VIH, para el diagnóstico pediátrico en niños expuestos a la infección por transmisión vertical y para el seguimiento de personas infectadas, en los laboratorios del sistema público de la CABA.

Asimismo, articula con los laboratorios y la Unidad Transporte Muestras Biológicas la derivación y recepción de muestras para confirmar el diagnóstico de VIH con el algoritmo vigente y para el seguimiento de personas que viven con el virus.

Las tareas de planificación de compras y seguimiento de las licitaciones se hacen de acuerdo a la Ley de Compras y Contrataciones de la Ciudad. Cuando finaliza el proceso de compra, los productos ingresan a la Droguería Central y se distribuyen a los laboratorios hospitalarios. Este proceso incluye un seguimiento del *stock* para asegurar la provisión bimestral de reactivos.

Para el proceso de compra se requiere:

- la identificación previa de los reactivos que se utilizan en cada laboratorio, de acuerdo al equipamiento disponible;

- la estimación de la necesidad anual de los recursos para el presupuesto que debe asegurar la cobertura de 28 laboratorios hospitalarios y otras instituciones que efectúan testeo con acuerdos y/o convenios con CABA.

En esta estimación también se incluye el cotejo con el consumo del año anterior, las estadísticas remitidas por los laboratorios sobre la cantidad de determinaciones procesadas anualmente, las campañas de testeo planificadas y los cambios que puedan generarse para mejorar la calidad en la asistencia de los usuarios del sistema público.

Tabla 42. Distribución de reactivos para VIH, CABA, 2014-2015

Reactivo	Distribución 2014 (Determinaciones)	Distribución 2015 (Determinaciones)	Observaciones 2015
Tamizaje para VIH	138.360	122.045	Descenso en el consumo por el aumento de testeo rápido.
Test rápidos para VIH	25.200	35.300	Aumento en el consumo por desarrollo de nuevos centros con testeo rápido.
Diagnóstico pediátrico y seguimiento niños con VIH	965	672	
Western Blot	2.664	936	Descenso en el consumo por el avance del nuevo algoritmo diagnóstico (confirmación con carga viral)

Tabla 43. Distribución de determinaciones, test realizados y resultados positivos según año, en laboratorios de los hospitales públicos, CABA, 2011-2014

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
N° de determinaciones distribuidas (ELISA 4ª generación)	95.500	111.300	117.532	138.852	138.760	122.045
N° test de VIH realizados (ELISA 4ª generación)	97.506	88.878	102.783	102.952	102.829	104.892
Diagnósticos positivos confirmados	1.852	1.659	1.985	1.883	1.802	2.084
Prevalencia de resultados positivos	1,90	1,87	1,93	1,83	1,75	1,99

A partir de 2013 se inició la implementación de un nuevo algoritmo para el diagnóstico de VIH propuesto por la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación,¹ actualmente son 17 los laboratorios que lo han implementado.

Este algoritmo incluye la combinación de dos inmunoensayos (un EIA de 4ª. generación más un EIA de 4ª. generación de distinto formato o test rápido) y su confirmación con determinación de carga viral. En este marco, el uso de Western Blot se reserva para aquellos casos con resultados discordantes o niveles de carga viral indetectables.

Este algoritmo fue validado por la División de Análisis Clínicos del Hospital Muñiz y está mostrando un análisis de costos favorable y una mejora en los tiempos de la confirmación diagnóstica del VIH.

La utilización del test rápido aumentó en un 125% entre 2012 y 2015.

Tabla 44. **Distribución de test rápidos de VIH, CABA, 2012-2014**

Año	TR VIH utilizados
2012	15.700
2013	19.900
2014	25.200
2015	35.300

**Incluye su utilización en partos con control inadecuado del embarazo y en centros de testeo.*

El análisis de la utilización de insumos por hospital en 2015 muestra que se confirmaron 2.084 diagnósticos de VIH. Los hospitales Muñiz y Fernández fueron los de mayor prevalencia.

¹ Bouzas, M. B.; Cudola, A.; Salomón, H. (2013): *Propuestas sobre nuevos algoritmos de diagnóstico de VIH*. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina. Disponible en <http://bit.ly/nuevosalgoritmos> (consulta: junio de 2017).

Tabla 45. Número de determinaciones, personas testeadas y diagnósticos realizados según hospital, CABA, 2015

Hospital	Nº determinaciones procesadas (Incluye total muestras + repeticiones + controles)	Nº personas que realizaron el test de VIH	Nº de personas con diagnóstico de VIH confirmado por WB o carga viral	Prevalencia de resultados positivos (%)
Álvarez	4.521	4.001	40	1,00
Argerich	12.068	10.528	180	1,71
Curie	2.050	1.550	0	0
Durand	7.180	5.428	81	1,49
Elizalde	2.572	2.387	13	0,54
Fernández	7.000	6.029	249	4.13
Gutiérrez	2.950	2.482	4	0.16
Sardá	9.000	7.000	19	0.27
Muñiz	11.328	9.294	731	7.86
Penna	10.110	9.414	65	0.69
Pirovano	7.020	6.633	56	0.84
Piñero	11.200	9.350	48	0.51
Ramos Mejía	6.026	5.022	41	0.82
Rivadavia	6.961	6.601	49	0.74
Tornú	5.630	4.542	118	2.60
Santojanni	11.800	10.900	312	2.86
Vélez Sarsfield	3.209	2.674	48	1.79
Zubizarreta	1.420	1.057	30	2.84
Total	122.045	104.892	2.084	1.99

F. Atención y seguimiento de las personas con VIH en el sistema público de la CABA

F.1. Situación actual del tratamiento antirretroviral en CABA

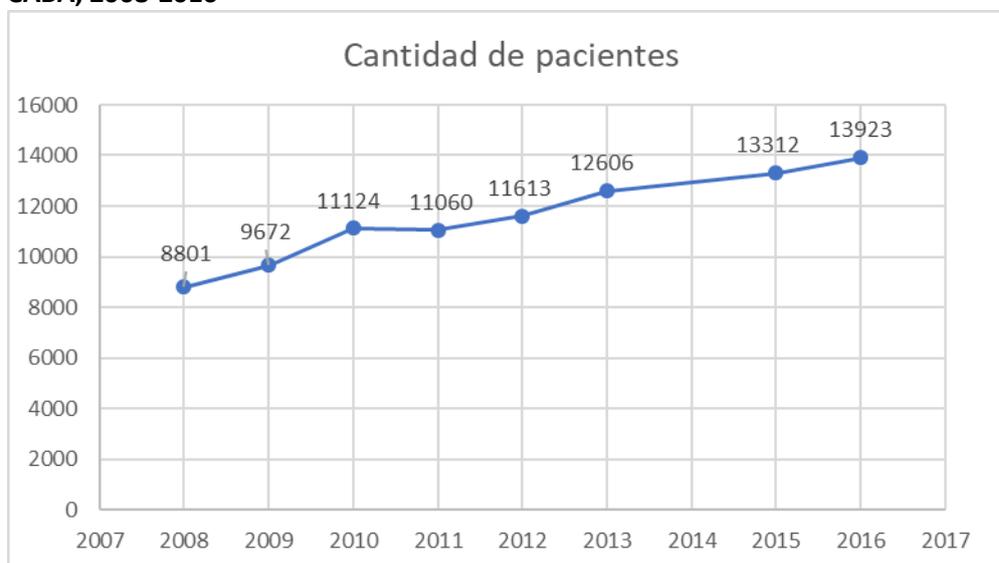
En la ciudad de Buenos Aires hay veintidós hospitales con servicios específicos para la atención de personas con VIH, donde entre otras prestaciones se entrega medicación antirretroviral (ARV) a pacientes sin obra social.

Para este análisis se utilizó la información disponible en el sistema *sVIH*, menos en aquellos hospitales donde aún no se lo emplea para registrar la dispensa de ARV por farmacia (Argerich, Borda, Muñiz y Penna), en los cuales se utilizó la información referida por los servicios de Infectología o Farmacia.

Características generales y distribución por hospitales

Desde 2008 se observa un aumento progresivo de los tratamientos distribuidos desde la Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS, que alcanza a 13.923 para fines del 2016 (gráfico 52).

Gráfico 52. Evolución de la cobertura con tratamiento antirretroviral en el sistema público, CABA, 2008-2016



Casi el 80% (78,95%) de los pacientes que retiran medicación antirretroviral en CABA se encuentran distribuidos en cinco hospitales (tabla 46).

Tabla 46. Distribución de pacientes en tratamiento ARV según hospital, hospitales públicos, CABA, 2016

Hospital	N° personas en tratamiento ARV	%
Álvarez	243	1,75
Argerich	1.054	7,57
Borda	40	0,29
Durand	403	2,89
Elizalde	97	0,70
Fernández	2.530	18,17
Ferrer	39	0,28
Gutiérrez	77	0,55
Moyano	8	0,06
Muñiz	5.292	38,01
Penna	538	3,86
Piñero	926	6,65
Pirovano	281	2,02
Ramos Mejía	1.190	8,55
Rivadavia	164	1,18
Santojanni	358	2,57
Sardá	54	0,39
Tornú	369	2,65
Vélez Sarsfield	128	0,92
Zubizarreta	132	0,95
Total	13.923	100

El 38% son mujeres y el 62%, hombres.

El 55% de la población en tratamiento tiene entre 40 y 59 años. Aproximadamente un 2% (n=229) son menores de 15 años y cerca del 5% (n=724) son mayores de 60 (tabla 47). A mayor edad se observa un aumento progresivo de la razón hombre/mujer (tabla 48).

Tabla 47. Distribución de pacientes en tratamiento ARV, discriminados según edad y sexo, hospitales públicos, CABA, 2016

Edad	M	F	
<5	37	36	0,52%
5-14	62	94	1,12%
15-19	121	160	2,02%
20-24	419	306	5,21%
25-39	2.595	1.708	30,91%
40-59	4.766	2.895	55,02%
>=60	571	153	5,20%

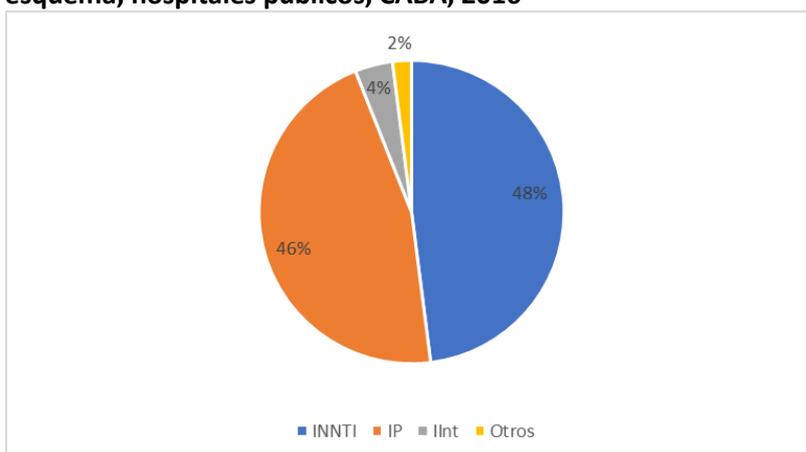
Tabla 48. Distribución de la razón hombre/mujer de los pacientes en tratamiento ARV según edad, hospitales públicos, CABA, 2016

Edad	H/M
<5	1,0
6-14	0,7
15-19	0,8
20-24	1,4
25-39	1,5
40-59	1,6
>=60	3,7

Análisis de los esquemas de tratamiento prescriptos

El análisis de los esquemas de tratamiento según familia de drogas muestra que el 49% recibe Inhibidores No Nucleosídicos de la Transcriptasa Inversa (INNTI) y el 46%, Inhibidores de la Proteasa (IP) (gráfico 53).

Gráfico 53. Distribución porcentual de los pacientes en tratamiento ARV según tipo de esquema, hospitales públicos, CABA, 2016



Entre los INNTI, el fármaco más prescripto fue el Efavirenz, en más del 80% de los esquemas. Entre los IP, el más usado es Atazanavir, en el 57% de los casos; Lopinavir/Ritonavir, en el 24% y Darunavir, en el 12% (tabla 49).

Tabla 49. Frecuencia de indicación de antirretrovirales según droga, hospitales públicos, CABA, 2016

Droga	Pacientes
Tenofovir (TDF)	8.909
Emtricitabina (FTC)	6.907
Lamivudina (3TC)	6.425
Efavirenz (EFV)	5.811
Atazanavir (ATV)	3.786
Zidovudina (AZT)	2.814
Abacavir (ABC)	2.386
Lopinavir/Ritonavir (LPV/RTV)	1.611
Nevirapina (NVP)	995
Raltegravir (RTG)	918
Darunavir (DRV)	793
Fosamprenavir (FPV)	448
Dolutegravir (DTG)	240
Etravirina (ETV)	148
Maraviroc (MVC)	91
Tipranavir (TPV)	5
Enfuvirtide (T20)	2

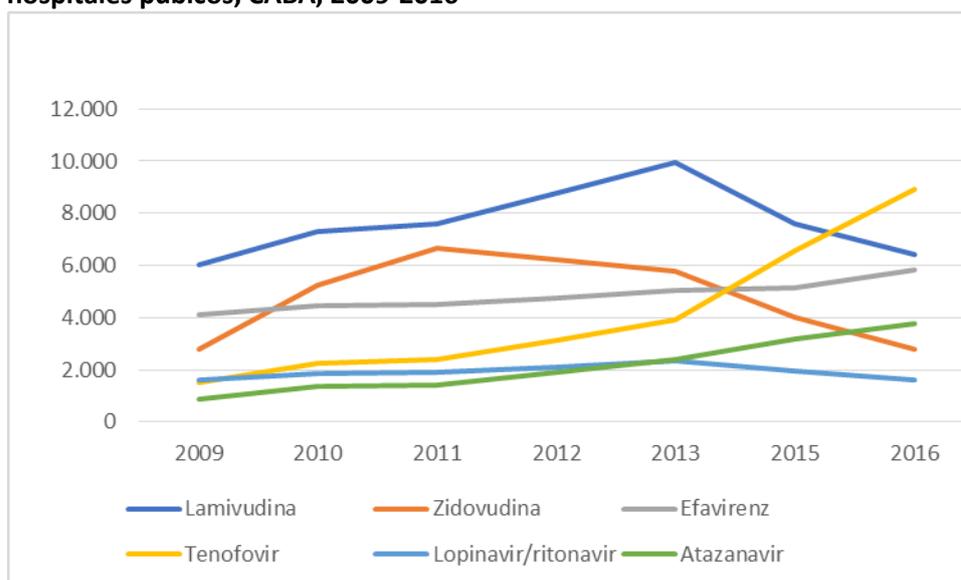
Según los datos de los esquemas más utilizados, podemos apreciar que los que contienen Efavirenz (EFV) suman más del 40%. Dado que actualmente uno de los esquemas escogidos como preferentes ante un inicio de tratamiento es la coformulación TDF/FTC/EFV, y la resistencia primaria observada frente al EFV, se recomienda el uso del Test de Genotipificación en todos los inicios donde se esté por indicar dicho esquema.

Asimismo, el análisis de tendencia muestra un aumento sostenido del uso del TDF, de acuerdo a las recomendaciones nacionales e internacionales, en todas sus combinaciones, en detrimento del uso del AZT. También, dentro de los IP, se ve el aumento del ATV frente al descenso del LPV/r.

Tabla 50. Distribución de los pacientes en tratamiento ARV según esquema, hospitales públicos, CABA, 2016

Esquema de tratamiento ARV	N° pacientes	% pacientes
TDF / (3TC o FTC) + EFV	4.001	29%
TDF/ (3TC o FTC) +ATV/r	2.345	17%
3TC/ (AZT o ABC) + EFV	1.710	12%
3TC/AZT/NVP	628	5%
TDF / (3TC o FTC) + LPV/r	589	4%
3TC/AZT + LPV/r	558	4%
3TC/ABC + ATV/r	545	4%
3TC/AZT + ATV/r	409	3%
TDF / (3TC o FTC) + (RTG o DTG)	394	3%
3TC/ABC + LPV/r	252	2%
TDF / (3TC o FTC) + DRV800/r	237	2%
TDF/ (3TC o FTC) +FPV	236	2%
3TC/ (AZT o ABC) + FPV	188	1%
TDF / (3TC o FTC) + NVP	177	1%
TDF / (3TC o FTC) + DRV/r	49	0%
3TC/ (AZT o ABC) + DRV800/r	48	0%
TDF / (3TC o FTC) + DRV/r +RTG	45	0%
3TC/ (AZT o ABC) + DRV/r	13	0%
Otras combinaciones	1.499	11%
Total	13.923	100%

Gráfico 54. Evolución de la frecuencia de indicación de los ARV más utilizados según año, hospitales públicos, CABA, 2009-2016



Antirretrovirales de uso restringido

Según los datos analizados, el porcentaje de pacientes con esquemas con drogas de uso restringido (Darunavir, Etravirina, Raltegravir, Maraviroc, Enfuvirtide, Tipranavir y Dolutegravir) aumentó progresivamente hasta llegar a 9,4 % en 2016 (gráfico 55). El análisis de la frecuencia relativa de las drogas de uso restringido muestra el ascenso progresivo del uso de Raltegravir y del Dolutegravir, frente al descenso de todos los demás (tabla 51).

Gráfico 55. Porcentaje de pacientes en tratamiento ARV con esquemas que incluyen drogas de uso restringido, hospitales públicos, CABA, 2011-2016

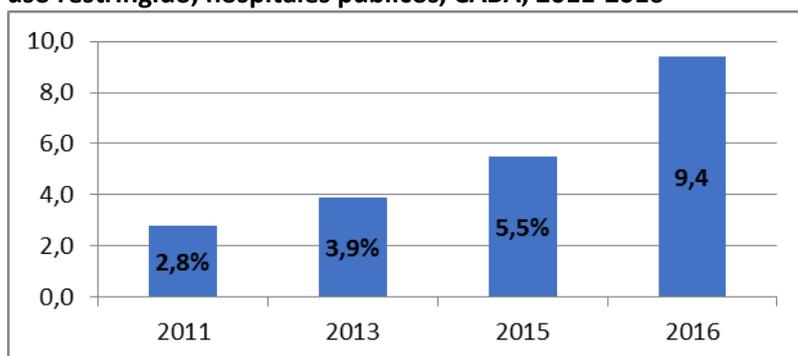


Tabla 51. Frecuencia relativa de ARV de uso restringido según año, hospitales públicos, CABA, 2011-2016

Droga	2011 (%)	2013 (%)	2015 (%)	2016 (%)
Raltegravir	23,71	42,6	46,2	43,9
Darunavir	34,61	31,8	31,5	22,5
Dolutegravir			1,6	14,7
Etravirina	25,81	12,5	10,9	10,6
Maraviroc	8,6	9,4	8,01	7,8
Tipranavir	2,49	1,3	0,64	0,4
Enfuvirtide	4,78	2,4	1,05	0,2

El análisis según edad muestra que el grupo etario con mayor porcentaje de personas que reciben esquemas con drogas de uso restringido es el de adolescentes y jóvenes hasta los 24 años, 13% del grupo de 15 a 19 años y 14% en la población de entre 20 a 24 años (tabla 52). Esta situación podría estar vinculada a un predominio de adolescentes y jóvenes infectados por transmisión vertical con largo tiempo de exposición a ARV y plantea la necesidad de planificar estrategias de adherencia específicas para estos grupos.

Tabla 52. **Distribución de pacientes en tratamiento ARV con drogas de uso restringido según edad, hospitales públicos, CABA, 2016**

Edad	Pacientes en tratamiento ARV	Pacientes con drogas de uso restringido	%
<5	73	2	3%
05-14	156	17	11%
15-19	281	36	13%
20-24	725	102	14%
25-39	4.303	301	7%
40-59	7.661	791	10%
>=60	724	66	9%

Uso de combinaciones no recomendadas

De acuerdo a las recomendaciones definidas por la Sociedad Argentina de Infectología (SADI) en el Consenso Argentino de Terapia Antirretroviral 2016-2017, se encontraron 101 personas con combinaciones de drogas no recomendadas, lo cual representa el 0,73% de la población en tratamiento. La combinación no recomendada registrada con mayor frecuencia es la de Tenofovir con Atazanavir sin Ritonavir (tabla 53).

Tabla 53. **Cantidad de pacientes que utilizan esquemas no recomendados, hospitales públicos, CABA, 2016**

Drogas asociadas	N° Pacientes
EFV+NVP	1
NVP+FPV/r	1
EFV+ETV	2
NVP+ATV/r	9
TDF+ATV200	88

Las asociaciones no recomendadas se redujeron un 20% con respecto al año anterior y, dentro de dicha categoría, la combinación TDF/ATV200 se redujo un 25%.

F.2. Estudios para seguimiento de las personas con VIH en el sistema público de la CABA

De acuerdo a la información disponible en el sistema *sVIH*, durante 2016 se autorizaron 29.788 pedidos de carga viral para 10.323 pacientes, lo cual significa un promedio de 2,9 cargas virales por paciente por año. De las cuales, sólo se pudo conseguir el resultado de 9.458 (32% de los pedidos autorizados) en 7.555 pacientes, lo que representa un promedio de 1,25 cargas virales por paciente por año. En este punto se debe aclarar que el sistema de registro de los resultados, dentro del *sVIH* es

un proceso engorroso, motivo por el cual se vuelve difícil el registro de los resultados. Por tal motivo, se está trabajando conjuntamente con la Dirección Nacional de Sida y ETS para simplificar el proceso, con el fin de poder contar con mayores resultados en el sistema y posibilitar, así, el análisis que nos compete.

Se obtuvo información sobre los resultados de las 9.458 cargas virales, con niveles indetectables en 6.184, lo cual implica que el porcentaje de indetectibilidad de la carga viral poblacional fue de 65,4%, muy lejos del objetivo del 90%. Este hecho obliga a trabajar primero en mejorar el registro de los resultados, para así poder obtener un porcentaje de carga viral poblacional lo más ajustado a la realidad, para, a partir del mismo, ejecutar las estrategias necesarias a fin de elevar la cobertura.

Por otro lado, se recabó la información respecto de las cargas virales confirmatorias realizadas en el laboratorio de Virología del Hospital Muñiz, como así también del cd4 al momento del diagnóstico de 660 nuevos pacientes (34% mujeres, 66% hombres). La media de edad para este grupo fue de 36 años, sin diferencias significativas según el sexo. La media de cd4 fue de 288 c/mm³, con un 8% de pacientes con carga viral indetectable. Estos valores hablan de un atraso en el diagnóstico y obligan a reforzar la estrategia para un diagnóstico temprano.

Durante 2016 se solicitó la autorización para realizar el test de resistencia a 638 pacientes (4,6% del total bajo tratamiento). Los pedidos fueron requeridos por 18 de los 20 hospitales, el 71% provino de los hospitales Muñiz, Ramos Mejía y Fernández (42%, 18% y 11%, respectivamente). En este año se solicitaron, también, 208 autorizaciones para realizar el test de hipersensibilidad al Abacavir (HLAB*5701) pero con una concentración más marcada de hospitales solicitantes: Muñiz 56% y Fernández 40%.

Si bien los datos hablarían de una baja demanda de estos estudios, es importante considerar que la disponibilidad de estas prestaciones fue irregular durante el período analizado.

Se espera para el siguiente boletín contar con un mayor caudal de datos, tanto de cargas virales como de cd4, ya que la CSSSEITS comenzó a compilar dicha información de forma sistemática directamente de los laboratorios que procesan las muestras.

G. Situación de las personas con hepatitis viral crónica

Desde mediados de 2013, la Coordinación Salud Sexual, Sida e ITS implementó la logística necesaria para garantizar el acceso al diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las personas con hepatitis viral crónica por virus B y C (VHB y VHC, respectivamente), con o sin coinfección con VIH.

Desde entonces y hasta diciembre de 2016, se registraron 2.215 personas con diagnóstico de hepatitis viral crónica. El mayor porcentaje de diagnósticos corresponde a personas con virus C, incluyendo a los coinfectados con VIH (tabla 54).

Tabla 54. **Distribución de las personas con hepatitis viral crónica notificadas en el sistema público según tipo de virus, CABA, 2013-2016**

	2013 %	2014 %	2015 %	2016 %
VHC	37,3	34,1	35,3	39,0
VHB	18,9	14,5	12,7	9,7
VHC + VIH	36,3	32,6	34,3	26,3
VHB + VIH	5,7	11,7	5,4	3,7
VHC + VHB	0,9	3,1	5,4	9,0
VHC + VHB + VIH	0,9	4,1	6,9	12,3

El número de personas con hepatitis viral crónica notificadas a esta Coordinación tuvo un aumento importante entre 2013 y 2014, cuando se triplicó la notificación, para luego estabilizarse. De acuerdo a la distribución por hospitales, el mayor número corresponde al hospital Muñiz, con un 65% del total de los pacientes notificados (tabla 55).

Tabla 55. Distribución de las personas con hepatitis viral crónica notificadas, hospitales públicos, CABA, 2016

Hospital	2013	2014	2015	2016	Total
Álvarez	2	5	9	9	16
Argerich	30	20	5	13	63
Durand	5	2	2	12	19
Fernández	21	76	36	7	104
Gutiérrez	1	0	1	0	1
Curie	0	0	0	1	1
Moyano	1	4	1	0	5
Muñiz	68	469	370	404	941
Penna	7	8	1	0	15
Piñero	17	21	27	27	65
Pirovano	6	5	1	1	12
Ramos Mejía	17	19	7	56	92
Rivadavia	1	2	3	5	8
Roffo	1	1	0	8	10
Santojanni	18	27	34	22	67
Tornú	4	9	24	13	26
Udaondo	10	6	4	7	23
Vélez Sarsfield	2	2	0	0	4
Zubizarreta	1	3	0	2	6
Total	212	679	525	587	1.478

G.1. Características generales

Se notificaron 1.877 pacientes con hepatitis virales crónicas: 1.209 fueron hombres (64,4%); 658, mujeres (35,1%) y 10, trans femeninas (0,5%). La mediana de edad fue de 46 años, tanto en hombres como en mujeres y de 34 en trans.

El 38,6% dispone de obra social.

Se obtuvo la información sobre el nivel de escolaridad del 90,6% del total, de los cuales el 56,2% no terminó el secundario como máximo nivel de instrucción (tabla 56).

Tabla 56. Distribución de la población con hepatitis viral crónica notificada, según máximo nivel de instrucción alcanzado, CABA, 2016

Nivel de instrucción	N°	%
Ninguno	11	0,6%
Primaria incompleta	131	7,0%
Primaria completa	441	23,5%
Secundaria incompleta	471	25,1%
Secundaria completa	423	22,5%
Terciario/Universitario	224	11,9%
Sin datos	176	9,4%
Total	1.877	100%

Población en tratamiento para hepatitis viral crónica

En relación a los tratamientos para VHC, durante el 2015 y 2016, se comenzó a tratar pacientes con los nuevos tratamientos, con Sofosbuvir y Daclatasvir, con y sin Ribavirina.

Para estos pacientes se realizó una distribución que contempló en esta primera etapa pacientes con y sin cobertura social. El Programa Nacional caracterizó a este primer grupo como “hiperurgentes” y, al no tramitar la CSSSEITS sus solicitudes, no se dispone de la información epidemiológica.

Para los mismos se realizó una distribución que incluía a 630 pacientes, de los cuales el 57,1% pertenecía a hospitales públicos. Dentro de los públicos, el hospital Muñiz contaba con el 45,3% del total y, entre los privados, el hospital Italiano abarcaba el 50,4%. Para estos pacientes, el Programa Nacional dispuso un formulario *on line* para que completen los prescriptores, donde se contemplan los datos epidemiológicos y los de respuesta virológica. Entendemos que una vez completados dichos formularios, se compartirá la información para evaluar la efectividad de los esquemas mencionados, que según la bibliografía internacional debería de ser superior al 90% de efectividad.

Tabla 57. Distribución de los tratamientos hiperurgentes, hospitales públicos, CABA, 2016

Hospital	Pacientes
Álvarez	3
Argerich	31
Durand	8
Fernández / Fundación Huésped	29
Muñiz	163
Penna	18
Piñero	9
Pirovano	1
Ramos Mejía	50
Santojanni	11
Tornú	9
Udaondo	34
Total	366

Tabla 58. Distribución de los tratamientos hiperurgentes, centros privados, CABA, 2016

Hospital	Pacientes
Alemán	18
Británico	32
Centro Integral de Gastroenterología	3
Churruca	4
Franchín	2
Fundación Favalaro	24
Fundación Hemofilia	1
Galeno	4
Italiano	136
Naval	1
OSECAC	14
Sanatorio Juncal	1
Sanatorio Güemes	4
Sanatorio Mitre	17
Sanatorio San Lucas	3
Total	264

El número de pacientes en tratamiento para hepatitis B es aún limitado; sin embargo, hay una tendencia en predominio del uso de Entecavir (tabla 59). La mayoría de los pacientes con hepatitis B y coinfección con VIH reciben tratamiento para hepatitis B dentro del esquema de tratamiento ARV con Tenofovir y Lamivudina o FTC, por lo que no estarían aquí representados.

Tabla 59. Distribución de los tratamientos para hepatitis crónica por virus B, CABA, 2016

VHB	Pacientes
Entecavir	76
Tenofovir	56
Lamivudina	1
Interferón Alfa 2a + Entecavir	1

H. Gestión de insumos preventivos

Desde 2001 es una estrategia consolidada en materia de prevención la distribución gratuita de preservativos en la población general y en 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. Para ello se implementó la política de creación de puestos fijos de distribución a través de dispensers, con la intención de disminuir al mínimo el número de barreras en el acceso al insumo.

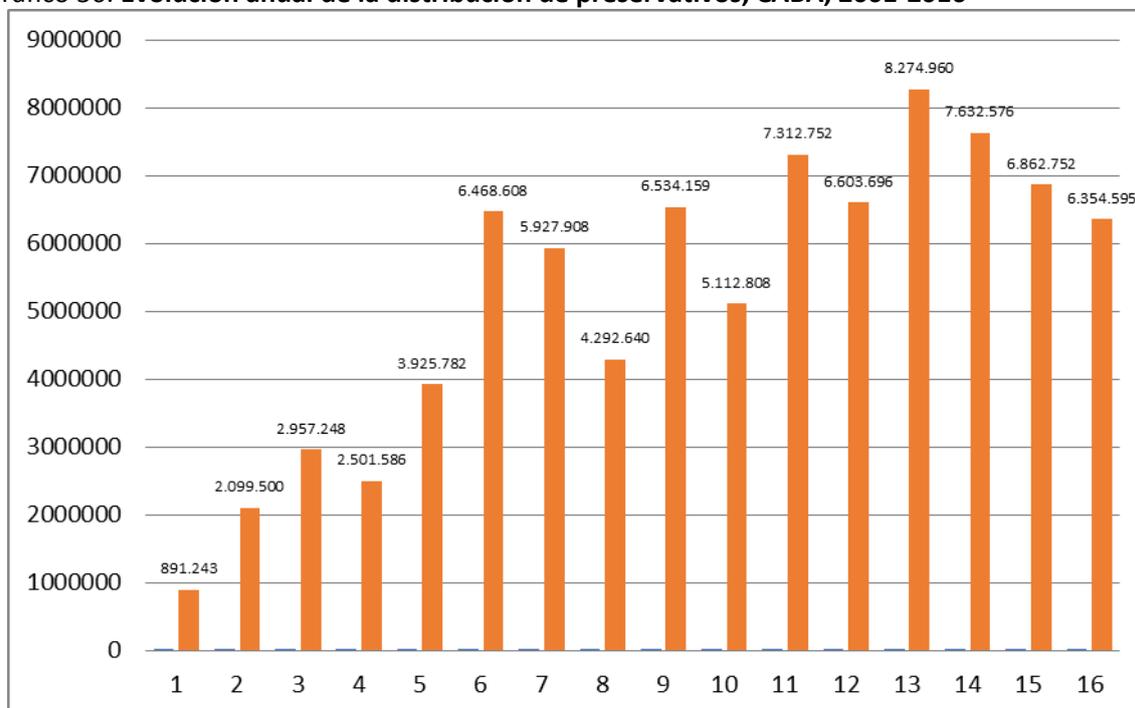
Para monitorear la política de acceso a los preservativos gratis se utilizan dos indicadores:

- Número total de preservativos distribuidos (gráfico 56)
- Número de relaciones sexuales protegidas por varón por mes (gráfico 58)

H.1. Número total de preservativos distribuidos

Desde 2001 el número de preservativos distribuido fue aumentando en forma progresiva hasta el 2013 (gráfico 56). Luego de ese pico, que superó los 8 millones, comienza una tendencia descendente, en principio atribuible a una menor demanda desde el circuito de Salud. Este descenso se incluyó como problema a encarar en los distintos encuentros de capacitación, donde se enfatizó la necesidad de fortalecer los mecanismos de promoción.

Gráfico 56. Evolución anual de la distribución de preservativos, CABA, 2001-2016



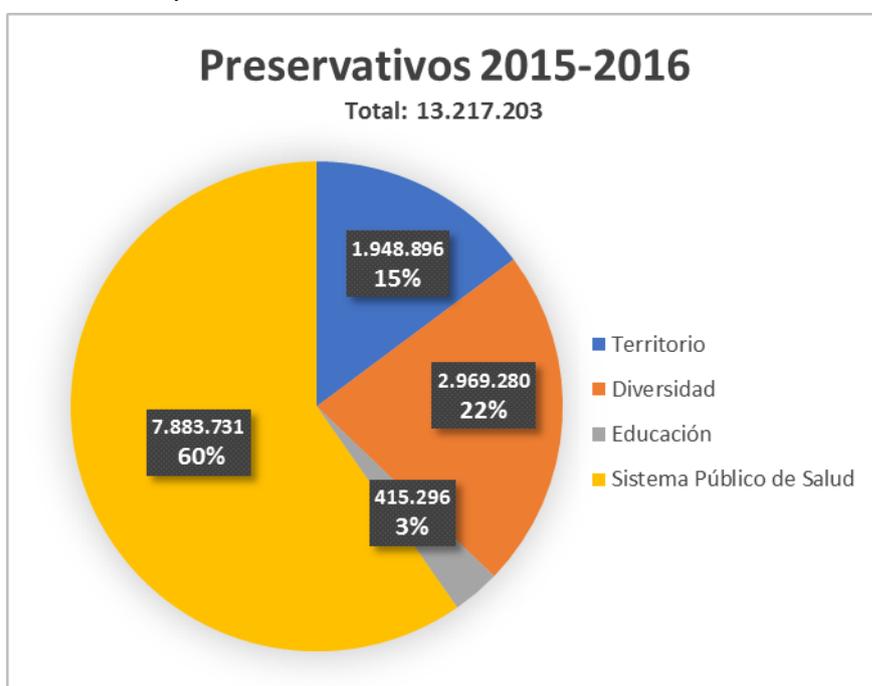
El sistema de distribución gratuita de preservativos y geles se compone de instituciones del sistema público de salud, de otras áreas de gobierno y de una amplia

variedad de organizaciones no gubernamentales y privados. Actualmente es una red interinstitucional e intersectorial de alrededor de 250 bocas.

A través del tiempo se incrementó la diversidad de 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 locales comerciales orientados al colectivo LGTB.

En 2015-2016, el 60% de los preservativos y geles se distribuyeron a través de hospitales y centros de salud, que a su vez suelen redistribuir una parte (en mayor medida los centros de salud) a través de organizaciones de la comunidad. El 22% de los preservativos se entregó a través de los locales comerciales del circuito LGTB (gráfico 57).

Gráfico 57. Distribución de preservativos y geles según tipo de institución/organización intermediaria, 2015-2016



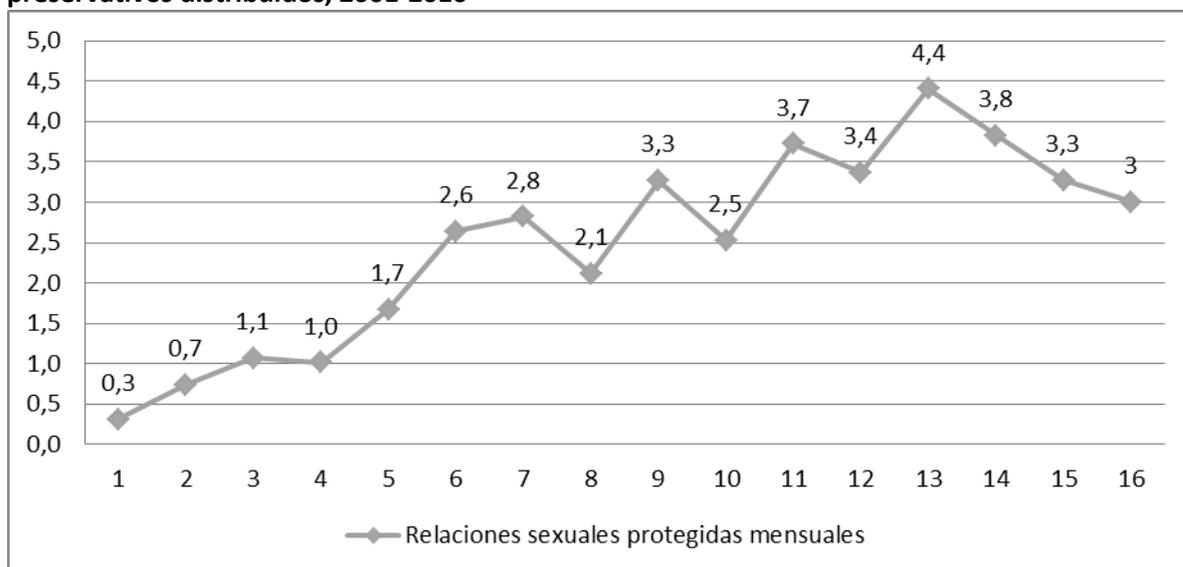
H.2. Relaciones sexuales protegidas por varón por mes

El otro indicador que permite monitorear la política de acceso a los preservativos gratuitos es el de “relaciones sexuales protegidas por hombre por mes”. Para su construcción se utiliza como numerador la cantidad de preservativos distribuidos durante el año (6.354.595 en 2016) y se la divide por la cantidad de varones de entre 15 y 64 años que sólo tienen como cobertura de salud al sistema público. El valor obtenido se divide por los 12 meses del año.

En el gráfico 58 se observa la progresión del indicador “relaciones sexuales protegidas por hombre por mes”. Así, cuando se inició la política de distribución gratuita de preservativos en el año 2001 la ciudad no llegaba a cubrir ni una relación sexual protegida por persona (0.3) por mes. Recién en el año 2003 se alcanza a cubrir una

relación mensual, por hombre. El valor máximo se alcanzó en el año 2013, donde cada hombre de entre 15 a 64 años, que sólo contaba con cobertura pública de salud, habría contado con más de cuatro relaciones sexuales protegidas por mes (4.4) para todo el año. Para el año 2016 se cubrieron 3 relaciones mensuales por hombre.

Gráfico 58. Evolución del indicador de relaciones sexuales protegidas mensuales a través de preservativos distribuidos, 2001-2016



Elaboración propia a partir de datos registrados en la CSSSeITS y los datos de población provenientes de la Dirección de Estadísticas y Censos.

En este boletín no se incluyen las piezas gráficas disponibles, puesto que se está trabajando en la edición de nuevos materiales fruto de la fusión de los programas de sida y salud sexual y reproductiva, que se incluirán en la siguiente publicación.

En cualquier caso, las vías de provisión de materiales gráficos y preservativos continúan siendo las habituales: coordinacionsida@buenosaires.gob.ar o llamar al 5197-2842.

También se puede visitar <http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/sida>
[facebook.com/coordinacionsida](https://www.facebook.com/coordinacionsida)

Síntesis

- Desde el 1/1/2003 y hasta el 31/12/2015 se notificaron 17.518 personas con VIH diagnosticadas durante el período, 39% residentes de la CABA y 56% del Conurbano bonaerense.
- El 69% de las notificaciones provienen del sistema público. La proporción de notificaciones del sistema privado y de obras sociales de suplicó desde el primer trienio al último (16%-31%).
- La razón hombre/mujer ascendió de 1,6 en 2003 a 3,19 en 2015 y la mediana de edad al momento del diagnóstico fue de 32 años en las mujeres y de 34 en los varones, sin cambios durante el período. El predominio de la población femenina diagnosticada en la adolescencia podría explicarse por la oferta universal de testeo en el embarazo.
- El análisis de tendencia del nivel de instrucción durante el período muestra un aumento en la proporción de personas mayores de 18 años con secundario completo como mínimo nivel de instrucción, con diferencias según sexo, ya que, en el análisis por trienios, esta proporción aumentó del 25,5% al 38,8% entre las mujeres y del 38,4% al 60,4% en los hombres. Al analizar la población masculina según la vía de transmisión, se observa que en los HSH la proporción de personas con secundario completo como mínimo nivel de instrucción fue siempre superior al 60%, mientras que la población de varones heterosexuales descendió del 35,7% en el primer trienio al 30% para el final del período.
- El porcentaje de personas con obra social o prepaga ascendió del 24% en el primer trienio al 43% en el último, proporción que se mantiene en el último año.
- La forma de transmisión más frecuente en ambos sexos sigue siendo la sexual, con más del 90% de los casos. La transmisión sexual entre hombres aumentó del 37% en el primer trienio al 66% en el último año.
- Durante el período, el 38% de las personas fueron diagnosticadas en estadios sintomáticos. El porcentaje de diagnósticos tardíos descendió del 42% en 2003 al 31% en 2014, para subir al 36% en el último año. El diagnóstico en estadios sintomáticos fue más frecuente en varones heterosexuales durante todo el período y, si bien el análisis por trienios muestra un descenso en todos los grupos, el mayor descenso se observa en la población HSH.
- La proporción de diagnósticos simultáneos de VIH y sida viene descendiendo desde un 25,6% en el 2003 al 12,81 en el 2015.
- La tasa de mortalidad por sida en residentes de la CABA descendió de 8,5 x 100.000 a 4,9 x 100.000 habitantes durante el período. Si bien la tasa de mortalidad por sida ha sido mayor en la población masculina durante todo el período, después del año 2000 la diferencia entre ambos sexos se redujo y también en ambos sexos se observa un aumento leve pero sostenido en los últimos cuatro años.
- Se registraron 3.239 partos en mujeres con VIH con un descenso progresivo hacia los últimos años del período. La tasa de transmisión vertical descendió de 6,98% en 2003 a 4% en 2015 con oscilaciones intermedias vinculadas también a variaciones en el porcentaje de niños con diagnóstico definitivo. Después del mayor descenso registrado en 2009 con 3 casos, se evidenció un aumento de 10 casos en 2011, 9 en 2012, que

motivó medidas específicas de fortalecimiento de las estrategias de prevención de la transmisión perinatal.

- Entre 2003 y 2015 se notificaron 1.330 infecciones por VIH en menores de 20 años: 50,5% en menores de 14 años y 49,5% en adolescentes de 15 a 19 años. Mientras que solo el 16,2% de los adolescentes se diagnosticaron en estadios sintomáticos, este porcentaje alcanzó el 56,3% en los menores de 14 años, lo cual evidenciaría problemas en el circuito del diagnóstico pediátrico. Entre los adolescentes predominó la transmisión a través de relaciones sexuales no protegidas, que alcanzó al 87,6% de las mujeres y, en la población masculina, un 26,5% por relaciones con mujeres y el 65,9% a través de relaciones entre hombres.

- Entre 2012 y 2015 se realizaron 53.763 test de VIH en los CePAD de la CABA. La implementación de un nuevo algoritmo que incluye la utilización del test rápido, en 2013, permitió ampliar la oferta de diagnóstico con la apertura de nuevos centros y el aumento del número de testeos en los centros preexistentes.

- La prevalencia de VIH en los centros de testeo continúa siendo más alta que en la población general con diferencias entre CeSAC y hospitales (2,2% y 4,7%, respectivamente). Los datos de Nexo AC como sitio centinela muestran prevalencias de 9,31% en HSH y 18,9% en trans femeninas, con un descenso leve pero sostenido en las mismas desde el 2012.

- En 2015 se inició la campaña "Test rápido por los barrios" que consiste en ofrecer el test de VIH con el tráiler sanitario. Durante el período 2015-2016 se realizaron más de 3.800 test con una prevalencia global de 1,27%. Los datos diferenciados, según población mostraron prevalencias de 6,75% en HSH, 0,71% en hombres heterosexuales y 0,62% en mujeres.

- Durante 2015 se confirmaron 2.084 diagnósticos de VIH en los laboratorios del sistema público de la CABA con una prevalencia global de 1,99%. La distribución de test rápidos aumentó de 15.700 en 2012 a 35.300 en 2015.

- Hay más de 13.900 personas con VIH en tratamiento antirretroviral en el padrón del sistema público de la CABA, el 49% con Inhibidores No Nucleosídicos de la Transcriptasa Inversa (INNTI) y 46% con Inhibidores de la Proteasa (IP). El porcentaje de pacientes con esquemas con drogas de uso restringido aumentó de 2,8% en 2011 a 9,4% en 2016.

- De acuerdo a la información disponible, el porcentaje de indetectabilidad de la carga viral poblacional fue de 65,4%.

- Desde 2013 se incorporó la logística de diagnóstico y seguimiento de personas con hepatitis virales crónicas. Desde entonces se registraron 2.215 personas entre las que predominó la infección por virus C con o sin coinfección por VIH. Durante 2016 se distribuyó la combinación de Sofosbuvir/Daclatasvir para 630 pacientes, tanto en mono infectados como en coinfectados, y tanto con o sin obra social.

- La distribución de preservativos aumentó de 2,5 millones en 2002 a más de 8 millones en 2013. A partir de dicho año, se viene reduciendo la cantidad de preservativos distribuidos hasta llegar, en a 6,3 millones en 2016.

2) ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y RESPUESTA: Programa Salud Sexual y Reproductiva 2015

Presentación

Entre los meses de julio y octubre de 2016 se llevó adelante un análisis preliminar de la situación y respuesta (ASR) respecto de la salud sexual y reproductiva (SSyR) en la ciudad de Buenos Aires.² El trabajo se realizó a partir de algunos indicadores de SSyR de la población, así como de los recursos, equipos, servicios y estrategias desarrolladas por el Programa de Salud Sexual y Reproductiva, tomando como año principal de referencia el 2015.

El propósito de este primer análisis “rápido” fue el de contar con insumos para generar conversaciones con los equipos que desde hace treinta años vienen llevando adelante la política desde el subsector público de salud e iniciar una metodología de trabajo compartido que incluya el relevamiento, análisis y devolución de información como una manera de ir midiendo los esfuerzos a fin de valorar los logros y redefinir las acciones en función de los desafíos que se van vislumbrando.

Vale la pena recordar que el Programa fue fundado bajo el nombre de Programa de Procreación Responsable por el Departamento de Salud Familiar de la entonces Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires en el año 1987. A lo largo de su historia, tuvo una sola evaluación que fue realizada en el año 1993. Los resultados fueron volcados en el documento “Seminario de Evaluación Programa de Procreación Responsable. 19 al 23 de abril de 1993. Conclusiones Finales” (Programa de Procreación Responsable. Departamento de Salud Familiar, 1993).

En marzo de 2016 el Programa de Salud Sexual y Reproductiva y la Coordinación Sida integraron su trabajo bajo un nuevo programa denominado Coordinación de Salud Sexual, Sida e ITS (CSSSeITS). En este contexto de “nuevo comienzo” fue que se elaboró el presente material, que confiamos se pueda ir mejorando con el paso del tiempo y los aportes de los integrantes de los más de cien equipos que desde hospitales, centros de salud y acción comunitaria (CeSAC) y otros espacios gubernamentales, de modo sostenido y cotidiano, brindan respuesta a las necesidades en materia de salud sexual y reproductiva de la población.

Una discusión que se tuvo especialmente en cuenta a la hora de pensar indicadores para este ASR fue el cambio de paradigma inaugurado con la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de El Cairo en 1994, que implicó una nueva política global de consenso que puso énfasis en un enfoque de “salud sexual” y reproductiva que tiene como idea rectora el derecho individual a disfrutar, o por lo menos a no padecer, por el ejercicio de la sexualidad (sea esta con intenciones reproductivas o no), noción que contrasta con los modelos de comprensión anteriores, centrados en el control demográfico. Estas ideas fueron tenidas en cuenta a la hora de seleccionar algunos indicadores. Por último, considerando que la política de SSyR de la ciudad se guía por el concepto de equidad, se hizo un esfuerzo por incluir indicadores que permitan mostrar el peso de las desigualdades sociales.

Consideramos este material como un instrumento que permita generar un diálogo; se trata, en este sentido, de un “documento de trabajo” en el cual se presenta una

² Con la colaboración de la Lic. en Sociología Georgina Carluccio. Residente de la RiEPS. GCBA.

síntesis de los hallazgos más relevantes y algunas propuestas de líneas de trabajo a futuro que se desprenden de las mismas.

Algunas consideraciones metodológicas

Teniendo en cuenta las conversaciones con los referentes del Programa, la lectura bibliográfica y las necesidades de gestión de la Coordinación de Salud Sexual, Sida e ITS, se delinearón los siguientes objetivos para el ASR:

- Cuantificar y caracterizar desde el punto de vista sociodemográfico a la “población objetivo” del Programa;
- Identificar el alcance y las características de la implementación del PSSyR en el sistema público de salud de la ciudad de Buenos Aires;
- Identificar los logros y las brechas;
- Producir información que pueda ser devuelta de un modo relativamente rápido a los equipos, para que funcione como insumo para la valoración y reflexión sobre las prácticas;
- Identificar problemas que permitan trazar líneas de acción a futuro, a nivel de la propia Coordinación y de las diferentes instancias donde se está implementando el Programa.

El análisis se organizó a partir de cinco dimensiones: determinantes, población, acciones del programa, utilización de los servicios e impacto (ver Ilustración 1).

Estas dimensiones se derivaron de la definición de política pública de Fleury (Fleury, 2002) y del documento “Seguimiento a nivel nacional de los logros en el acceso universal a la salud reproductiva. Consideraciones conceptuales y prácticas e indicadores relacionados” (OMS/UNFPA, 2009), que fue revisado críticamente por los integrantes del equipo de la CSSSeITS para adaptarlo a las características y necesidades locales.

Ilustración 1. Dimensiones utilizadas para el análisis de situación y respuesta

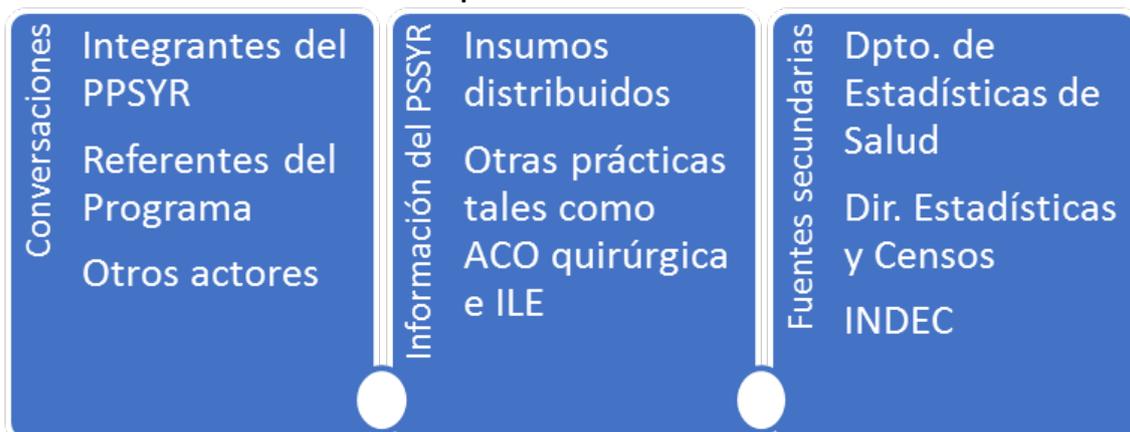


A continuación, se realiza una breve definición de cada una de las dimensiones y sus indicadores principales.

- **Determinantes:** refiere a aquellos elementos que dan cuenta del contexto en el que se desarrolla el Programa. Algunos indicadores que aquí se toman son: la existencia de una política sobre salud sexual y reproductiva (en los distintos niveles, nacional y local), la sanción de leyes sobre la materia y la posibilidad de contar con presupuesto propio.
- **Población:** aquí se agruparon aquellos indicadores que permiten caracterizar la población objetivo de la política pública. Los indicadores que se incluyeron en esta dimensión son estadísticas vitales (fecundidad, natalidad, nacimientos) e indicadores que sirven para dar cuenta de la inequidad y vulnerabilidades específicas en la ciudad (tipo de cobertura de salud, fecundidad por comuna y por edad). Se incluyó también una forma de calcular la población objetivo del programa.
- **Acciones del programa:** se utilizó para dar cuenta del desarrollo institucional del programa en sus diferentes niveles de implementación (desde el Ministerio hasta los establecimientos). Algunos de los indicadores aquí incluidos son la cantidad de “puertas” o puntos de acceso que ofrecen las prestaciones del Programa y la canasta de métodos y otros insumos disponibles.
- **Utilización de los servicios:** refiere al encuentro entre el Programa y las personas usuarias (*Fleury, 2002*) y permite dar cuenta de forma aproximada, del porcentaje de cobertura sobre la población objetivo y del acceso brindado a otras prestaciones que son ofrecidas.
- **Impacto:** esta dimensión da cuenta de posibles modificaciones en la situación de salud de las personas que puedan imputarse (directa o indirectamente) a la existencia del Programa. Algunos de los indicadores incluidos son: egresos hospitalarios por aborto y brecha de fecundidad por comuna. Como se aclaró con anterioridad, por trabajar desde un enfoque de derechos no se incluyeron en esta dimensión indicadores referidos a la natalidad, sino sólo aquellos que puedan dar cuenta de modificaciones en las brechas de equidad o vulnerabilidad.

Se detallan a continuación los tres tipos de fuentes de información (Ilustración 2) utilizadas para el presente ASR.

Ilustración 2. Fuentes de información para realizar el análisis



- **Conversaciones:** Se partió de la base de que el trabajo en salud desde el sistema público tiene algunas especificidades relacionadas con el propio papel de los trabajadores de la salud (Campos G., 2001). Además de las profesiones o saberes específicos que cada uno detente, todos los trabajadores coinciden en tener conocimiento sobre su trabajo cotidiano, sobre los procedimientos involucrados en la tarea, y tienen la capacidad de analizar sus propias intervenciones. Como señala Campos (Campos G., 2000), no siempre se crean los espacios adecuados para que estos saberes se desplieguen y puedan aprovecharse. Por ello, para realizar un análisis de situación los sujetos (de la Coordinación de Salud Sexual, Sida e ITS, de los establecimientos sanitarios e idealmente también de las personas que son beneficiarias), tienen que estar “adentro” de la misma.

El método sugerido por Campos propone realizar “una síntesis entre el saber clínico y epidemiológicos objetivos, y la historia del sujeto o del grupo poblacional, lo que incluye analizar la capacidad de intervención de esas personas sobre la producción de salud” (Campos G., 2000, pág. 28).

Siguiendo esta propuesta, el primer “insumo” del análisis fue una síntesis de las distintas conversaciones que se tuvieron con los distintos referentes del PSSyR durante el año 2016, buscando destacar las reflexiones que tuvieron más consenso entre los participantes.

- **Información producida por el Programa de Salud Sexual y Reproductiva:** La información producida por el PSSyR se utilizó para calcular la cantidad de insumos distribuidos durante el año 2015 a cada uno de los establecimientos. Para realizar el cálculo de “mujeres con cobertura ideal” por cada uno de los métodos se utilizó la siguiente tabla de equivalencias:

Método	Equivalencia de “cobertura ideal”
Pastillas anticonceptivas	13 blisters: una mujer
Inyectables mensuales	12 inyectables: una mujer
Inyectables trimestrales	4 inyectables: una mujer
Pastillas para la lactancia	7 blisters: una mujer
DIU, SIU, implante y aco quirúrgica	1 mujer por cada método

Los anticonceptivos para la lactancia no fueron “transformados” en personas cubiertas, sino que se los consideró en relación con los partos realizados en los hospitales en ese año.

El indicador “cobertura ideal” basado en la **distribución de insumos** desde el Programa cuenta con la fortaleza de que los referentes realizaban el pedido cada dos meses; durante el año 2015 no hubo faltantes, con lo que los números expresarían lo que efectivamente los referentes iban necesitando pues se les agotaba el stock. Sin embargo, tiene algunas limitaciones, dado que no hay datos de insumos efectivamente recibidos por la población; en particular los hospitales distribuyen una cantidad no mensurada de “muestras gratis”, con lo

que cobertura podría ser mayor.³ Por otro lado, se han reportado situaciones de insumos que se han vencido, con lo que la cobertura podría ser menor.

Para el cálculo de ligaduras tubarias, vasectomías (anticoncepción quirúrgica) e interrupciones legales del embarazo (ILE) se utilizó la información que sistematiza el Programa a partir de los informes semestrales que envían los establecimientos sanitarios.

- **Fuentes secundarias:** Para construir la **población objetivo** del Programa se utilizaron las siguientes fuentes de datos:

Dirección de estadísticas y censos del GCBA, Ministerio de Hacienda GCBA

- Población por grupo de edad y comuna según sexo. Ciudad de Buenos Aires. 1 de julio de 2015.
- Distribución porcentual de la población por tipo de cobertura médica. Ciudad de Buenos Aires. Años 2002/2015.
- Distribución porcentual de la población por tipo de cobertura médica según comuna. Ciudad de Buenos Aires. Año 2015.

En cuanto a la información referida a **tasas de fecundidad y partos** realizados en hospitales del Gobierno de la Ciudad, el Departamento de Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud del GCBA⁴ brindó:

- Datos sobre los “Diagnósticos de pacientes egresados 2010”, que permitió conocer el número de egresos por abortos y su comparación con el número de egresos totales por partos y causas obstétricas en general.
- Datos del SICESAC 2015 que permitieron conocer los perfiles de las profesiones que participaron de la respuesta en SSyR durante el año 2015, la cantidad de mujeres en edad fértil que concurrieron a los CeSAC durante el año 2015 y la cantidad de estas mujeres que se identificaron como “bajo programa de SSyR”, lo que permitió construir el indicador de proporción de mujeres por CeSAC que habiendo consultado en un CeSAC fueron beneficiarias de alguna prestación del PSSyR.

La Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013 (INDEC / Ministerio de Salud de la Nación, 2013) fue la fuente para la información referida a **edades de inicio sexual de la población, conocimiento y uso de métodos anticonceptivos y modo de acceso a los mismos**.

³ El único dato de que disponemos en relación con esto fue brindado por un referente quien señaló que en su efector, además de distribuir los ACO provistos por el programa, se repartieron entre 2800 y 3000 unidades de muestras gratis, lo que representaría un incremento del 38% en la cobertura por ACO.

⁴ Destacamos la generosa colaboración de la Lic. Alejandra Irurzun.

Principales hallazgos

A. Sobre los determinantes

¿Qué sabemos?

La ciudad cuenta con todas las leyes reconocidas a nivel internacional tendientes a garantizar los mayores estándares en materia de salud sexual y reproductiva, con excepción de la referida a las interrupciones del embarazo.

- Ley 23.798 Ley Nacional de Sida (1991).
- Ley 153 Ley Básica de Salud, CABA (1999).
- Ley 418. CABA y Programa de Salud Sexual y Reproductiva (2000).
- Ley 25.673 Ley Nacional de Salud Reproductiva (2003).
- Ley 26.130 Ley Nacional de Anticoncepción Quirúrgica (2006).
- Ley 26.743 Ley Nacional de Identidad de Género (2012).
- Ley 26.150 Ley Nacional de Educación Sexual Integral (2006).
- Protocolo MSN para ILE /Fallo FAL (2012).

La ciudad cuenta con un Programa que tiene 30 años de existencia y si bien no dispone de presupuesto propio, se provee de insumos para la distribución a partir de los aportes del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable del Ministerio de Salud de la Nación y a través de compras propias realizadas por el Ministerio de Salud del GCBA. El Programa se implementa en el marco de una extensa red de establecimientos de diferente nivel de complejidad, con acceso universal y gratuito (Ley 153 Básica de Salud).

Líneas de trabajo a futuro

- Fortalecer el marco legal para las interrupciones del embarazo.

B. Sobre la población y sus características demográficas

¿Qué sabemos?

La ciudad de Buenos Aires contaba con una población total de 3.054.267 personas (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2015), de las cuales 1.426.582 eran varones y 1.627.685 mujeres. Para el año 2015, la tasa global de fecundidad observada era de 1,78 y la tasa de fecundidad adolescente (cada mil mujeres) para el grupo 15-19 años registrada en el año 2015 era de 26,1 (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2015). Durante 2014, dentro del sistema público tuvieron lugar 27.208 partos y para el año 2006 se registraron 6086 egresos por aborto.

Para las mujeres de 14 a 49 años del GBA (Ciudad de Buenos Aires y 24 Partidos del Conurbano Bonaerense) la edad media de la primera relación sexual fue a los 17,3 años y para el grupo de 14 a 19 años fue a los 15,5 años. En el caso de los varones de entre 14 y 59 años del GBA la edad media de la primera relación sexual fue a los 16 años y para el grupo de 14 a 19 años, la edad media fue de 15 (INDEC / Ministerio de Salud de la Nación, 2013).

El 74,8% de las mujeres y el 65,2% de los varones refirieron haber utilizado un método anticonceptivo en su primera relación sexual (INDEC / Ministerio de Salud de la Nación, 2013).

Estos datos nos dan un panorama sociodemográfico general. Sin embargo, para caracterizar con más precisión a la población, se partió de la noción fundamental de que la ciudad de Buenos Aires está atravesada por profundas desigualdades sociales y económicas que se verifican en el nivel territorial y que influyen y determinan el estado de salud de la población y sus posibilidades de acceso a los servicios. Uno de los aspectos en que eso se verifica es en el porcentaje de **cobertura pública exclusiva**, es decir personas que no cuentan con obra social ni con cobertura de medicina privada, entonces su única cobertura es la que provee el sistema público de salud de la Ciudad y/o el gasto privado de bolsillo. Para el año 2015, ese porcentaje era de 15,3%. Sin embargo, cuando se desagrega ese indicador por comuna se observan profundas diferencias. La Comuna 2 (Recoleta) cuenta con un porcentaje de cobertura pública exclusiva de 4,7%, número que contrasta con el 44,8% de la Comuna 8 (Villa Lugano, Villa Soldati, Villa Riachuelo) (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2015)

Otro dato que también tiene que ser analizado por Comuna es el relativo a la fecundidad adolescente. Para el trienio 2013-2015, la tasa de fecundidad adolescente (por mil mujeres) para el grupo 15-19 años varía desde un 4,5 en la Comuna 2 (la que tienen los mejores indicadores socioeconómicos) hasta un 57,8 en la Comuna 8 (la más postergada). Es decir que la tasa de fecundidad adolescente de la comuna con niveles más alto es 12,8 veces mayor que la que presenta los niveles más bajos. (Dirección General de Estadística y Censos, 2015).

Uno de los “problemas” metodológicos –y no sólo metodológicos– que suscitan el PSSYR es que su población objetivo es toda la población sexualmente activa. Más aún, de acuerdo a la definición de sexualidad y de salud reproductiva que se considere, es posible afirmar que prácticamente toda la población debería ser beneficiaria del Programa. Sin embargo, a los fines de realizar el presente análisis y con la intención de contar con una base que permita a futuro monitorear los esfuerzos, se han tomado decisiones metodológicas que permitieran realizar un cálculo de “población objetivo” sobre el cual poder realizar cálculos de cobertura.

Las decisiones que se han tomado fueron:

- a. Para el cálculo de todos insumos anticonceptivos que provee el Programa, con excepción de los preservativos, se toma como base a las mujeres residentes con cobertura pública exclusiva que tienen entre 15 y 49 años. Ese cálculo arrojó el número de 142.275 mujeres que serían potencial objetivo del programa (Dirección General de Estadísticas y Censos, 2015).
- b. El desarrollo de acciones efectivas orientadas hacia la población de la diversidad sexual es muy incipiente, por lo que no se ha considerado aún el cálculo de población objetivo.

C. Sobre las acciones programática

¿Qué sabemos?

- **De las conversaciones con los referentes**

Con respecto a los logros, hubo consenso general al señalar el aseguramiento de los insumos y se destacó la importancia de haber incluido en los últimos años en la canasta los implantes y el misoprostol. Con respecto a las necesidades o expectativas a futuro, es posible afirmar que la dimensión más destacada tenía que ver con la necesidad de reconocer, jerarquizar y fortalecer a los equipos y las acciones que realizan. Se observa la necesidad de realizar acciones programáticas tendientes a fortalecer la construcción de redes, como estrategia para enfrentar el aislamiento y la fragmentación, que generan cansancio y desazón en los profesionales que quieren realizar su trabajo de modo adecuado y encuentran limitaciones en sus lugares de trabajo.

- **Del análisis de información provista por el programa**

El Programa contaba con una canasta de 13 tipos de métodos anticonceptivos,⁵ test de embarazo y misoprostol.⁶

En diciembre de 2015 se identificaron alrededor de cien referentes que constituían “puertas de entrada” a los métodos anticonceptivos. Las mismas se ubicaban en todos los hospitales generales de agudos –en los servicios y/o equipos de Obstetricia, Ginecología, Medicina General, Ginecología Infanto Juvenil y Adolescencia–; en prácticamente todos los CeSAC (41 de los 43 existentes) y en algunos efectores de Cobertura Porteña. En lo referido a los hospitales especializados estaban incluidos la Maternidad Sardá, el Hospital Muñiz, los hospitales Borda, Moyano y Alvear de Salud Mental y en los de Niños y Adolescentes: Gutiérrez, Elizalde y Garrahan. El único referente por fuera del sistema de salud era la Consejería de SSyR (Dirección de Políticas de Juventud. Jefatura de Gabinete. GCBA).

Con respecto al perfil de los profesionales que brindaban prestaciones de SSyR en el marco de los CeSAC, se observó que el 75% eran médicos/as; el 8% obstétricas; el 5,5% trabajadores/as sociales; el 4,9% enfermeras/os y el 5,8% “otras profesiones”, donde se destacaban por el volumen de prestaciones los psicólogos, sociólogos y farmacéuticos. Contribuían también con la respuesta psicopedagogas, licenciadas/os en Ciencias de la Educación, antropólogos, odontólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos y kinesiólogos.

En lo referido a la distribución de preservativos, es preciso destacar que en el año 2015 la misma estaba a cargo de Coordinación Sida e involucraba alrededor de 400 puestos fijos de distribución ubicados el 46% en organizaciones comunitarias, 28% en el sistema público de salud, 23% en el circuito de la diversidad sexual y el 3% en espacios de educación.

⁵ Anticonceptivos combinados orales (ACO) (Etinilestradiol 0,030 mg con Levonorgestrel 0,150 mg, Etinilestradiol 0,020 mg con Levonorgestrel 0,100 mg, Etinilestradiol 0,020 mg con Gestodeno 0,075 mg); Anticonceptivos orales para lactancia (Desogestrel 0,75, Levonorgestrel 0,030 mg); Inyectable mensual; Inyectable trimestral; Anticoncepción hormonal de emergencia; DIU(Tcu 380, MULTILOAD y Kit de colocación); Implante; SIU-LNG.

⁶ El misoprostol se destinaba exclusivamente para las interrupciones legales de embarazo realizadas en el primer nivel de atención, siendo los hospitales los responsables de la compra del mismo para las prácticas realizadas en el segundo nivel.

El análisis permitió también identificar que en 12 de los 13 hospitales generales de agudos y la Maternidad Sardá se realizaron ligaduras tubarias y sólo 5 hospitales realizaron alguna vasectomía.

En lo referido a la oferta de interrupción legal del embarazo, eran 15 CeSAC y 6 hospitales los que realizaron al menos una ILE durante el año 2015.

No se pudo obtener información sistematizada sobre la aplicación del protocolo ante casos de violencia sexual.

Líneas de trabajo a futuro

- Redactar de modo participativo nuevos lineamientos programáticos sobre salud sexual y reproductiva: objetivos, poblaciones, metas, indicadores.
- Redactar de modo participativo guías de procedimiento que involucren criterios para la dación de métodos; prestaciones comunes a todos los establecimientos y especificidades de prácticas por nivel de atención.
- Realizar gestiones tendientes a modificar el sistema “radial” de gestión hacia uno orientado a la conformación de trabajo en red.
- Estimular la conformación de equipos interdisciplinarios y amplios como modo de evitar el aislamiento de los profesionales y mejorar la capacidad de respuesta en términos de atención integral, de aumento de puertas de entrada y de ampliación del horario de atención.
- Crear puertas de entrada en los establecimientos donde es preciso que estén y ampliar la respuesta en zonas críticas tales como hospitales especializados en Salud Mental (equipos nuevos o derivaciones protegidas).

D. Utilización de servicios

¿Qué sabemos?

Como ya fue anticipado en el apartado referido a “Población”, para los análisis referidos a la cobertura de métodos anticonceptivos se tomó como base a las mujeres de entre 15-49 años que sólo disponían como cobertura de salud al sistema público, lo que arrojó un total de 142.000 mujeres. Para estimar datos de cobertura se utilizaron dos fuentes de datos: insumos entregados por el PSSyR y datos del SiCeSAC.

- Se distribuyeron 11.822 tratamientos de anticoncepción de emergencia, el 67% de los cuales fueron distribuidos a través de los CeSAC, 21% desde los Hospitales y el 6,1% desde la Consejería de SSyR (Dirección de Políticas de Juventud).
- Desde los hospitales generales de agudos y la Maternidad Sardá se distribuyeron 14.840 blisters de anticonceptivos para la lactancia. Si se consideran 7 blisters por parturienta, se habría brindado cobertura a través de este método al 8% de las 27.208 mujeres que realizaron su parto en los hospitales públicos de la ciudad. El valor máximo de cobertura fue del 46% y el mínimo de 2,4%.
- Se realizaron 1181 ligaduras tubarias y 9 vasectomías.
- Se realizaron 134 ILE, de las cuales 89 fueron en Hospitales y 45 en CeSAC.

- Los hospitales brindaron cobertura con métodos anticonceptivos reversibles a 6632 mujeres, con un promedio de 474 mujeres por Hospital. El valor mínimo fue de 87 mujeres y el máximo 1253.
- Los CeSAC brindaron cobertura con métodos anticonceptivos reversibles a 11317 mujeres, con un promedio de 269 mujeres por CESAC. El valor mínimo fue de 14 mujeres y el máximo 758 mujeres.

Al considerar todos los establecimientos se observa que el sistema cubrió con métodos reversibles a un total de 19.412 mujeres a lo largo del 2015. El 58,3% fue a través de los CeSAC, el 34,2% a través de los hospitales generales de agudos y la Maternidad Sardá, el 4% a través de Cobertura Porteña, el 2% a través de los hospitales especializados de Niños, el 1,3% la Consejería de SSyR de Juventud, el 0,2% el Hospital Muñiz y el 0,1% los hospitales especializados en Salud Mental.

Tomando como base la población objetivo del Programa y considerando distintos modos de calcular la cobertura, las **mujeres cubiertas** oscilaban entre 20.000 y 30.000 por lo que el **porcentaje de cobertura** iría desde un 13% a un 26%, en función de las diferentes fuentes de datos.

A partir de los datos provistos por el SiCeSAC se pudo obtener otro indicador que permite conocer qué proporción de las mujeres entre 15-49 años que concurrieron a los CeSAC fueron incluidas como “población bajo programa” (Ver Ilustración 3).

Ilustración 3. **Relación entre mujeres en edad fértil que accedieron a los CeSAC y su inclusión en el Programa de SSyR (2015)**



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos provistos por el SiCeSAC. 2015.

En el año 2015 concurrieron a los CeSAC de la ciudad 65.122 mujeres que tenían entre 15-49 años. De estas, 20.366 mujeres fueron beneficiarias de alguna prestación de SSyR, por lo que fueron consideradas “mujeres bajo programa”. Así, si consideramos la información de todos los CeSAC de la ciudad, se observa que un 32% de las mujeres que accedieron a un CeSAC también fueron beneficiarias del Programa.

Este valor promedio (un tercio) exhibe diferencias muy importantes entre los diferentes CeSAC. Así el valor máximo fue 75%, es decir que fueron captadas el 75% de las mujeres entre 15-49 que concurren al centro de salud y el valor mínimo fue de 14%. Esto permite hipotetizar la existencia de modalidades de implementación del Programa muy disímiles en los diferentes CeSAC, algunas más inclusivas que otras.

Líneas de acción a futuro

- Mejorar la forma de calcular la “población objetivo” considerando que del total de mujeres que tienen 15-49 años, un porcentaje de la misma (alrededor del 30%) no buscaría métodos anticonceptivos por diferentes motivos: porque están embarazadas, porque buscan embarazarse, porque son o se consideran estériles, porque no mantienen relaciones sexuales, porque mantienen relaciones sexuales con otras mujeres o porque no los utilizan por motivos religiosos (Programa de Salud Sexual y Reproductiva, Provincia de Buenos Aires, 2017).
- Construir el indicador “población objetivo” para cada una de las Áreas Programáticas y Áreas de Responsabilidad de los CeSAC de la ciudad de Buenos Aires, a fin de contar con información más refinada que permita reorientar los esfuerzos en materia de apoyo a los equipos locales, con el fin de garantizar un acceso equitativo en la ciudad.
- Promover el uso de métodos de larga duración.
- Mejorar la proporción de población bajo programa en los CeSAC, donde el indicador es menor al valor promedio (30%).
- Difundir la existencia; facilitar y aumentar el acceso de la anticoncepción de emergencia.
- Mejorar la cobertura en materia de anticoncepción post evento obstétrico inmediato (AIPE) a través de métodos de corta y de preferencia larga duración (DIU e Implantes).
- Mejorar el acceso a las ligaduras tubarias por fuera del evento obstétrico (los valores del 2015 muestran un 3%) y la realización de vasectomías.
- Aumentar el número de establecimientos que realiza interrupciones legales del embarazo, a fin de garantizar un acceso más equitativo a las mujeres.

E. Impacto

¿Qué sabemos?

- Tomando como base la población de mujeres de 15 a 49 años del GBA, la encuesta del INDEC (INDEC / Ministerio de Salud de la Nación, 2013) mostró que el 94% conocía las pastillas, el 90% el preservativo y el 72% el DIU. Los valores caían abruptamente en lo referido a los otros métodos. Así, sólo el 27% conocía los inyectables, el 12,7% la ligadura de trompas, el 7,6% la anticoncepción de emergencia y el 1,8% la vasectomía. Un 1,6% de la población refirió no conocer ningún método.

- Los datos disponibles sobre **obtención gratuita** del método anticonceptivo se encuentran disponibles sólo para el total del país (INDEC / Ministerio de Salud de la Nación, 2013), por lo que no fue posible identificar el valor que adopta para la ciudad de Buenos Aires. Pero es posible afirmar que sólo el 32% de las argentinas habría recibido su método de modo gratuito (tal como lo indica la Ley), porcentaje que asciende al 44,8% cuando se trató de mujeres que tenían cobertura pública de salud.
- Los egresos hospitalarios ocurridos en CABA por aborto representaron, según datos del 2010, el 16% si se toma como base los egresos referidos a partos, y el 10% de los egresos totales por causas obstétricas.
- La tasa de fecundidad adolescente varía desde un 4,5 por mil en la comuna 2 hasta un 57,8 por mil en la comuna 8. Es decir que en la zona más pobre de la ciudad la tasa de fecundidad adolescente es 12,8 veces mayor que en la zona más aventajada económicamente.

Trabajos citados

- Campos, G. (2000). Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec.
- Campos, G. (2001). El Anti-Taylor: un método para gobernar instituciones de salud con la producción de libertad y compromiso. En G. Campos, Gestión en Salud: en defensa de la vida (págs. 85-100). Buenos Aires: Lugar.
- Dirección de Sida y ETS/Ministerio de Salud de la Nación. (Diciembre de 2014). Boletín sobre el VIH-sida en la Argentina. Año XVII. Nº 31. Recuperado el 22 de Enero de 2015, de http://www.msal.gov.ar/sida/images/stories/5-comunicacion/pdf/2015-01-12_boletin-vih-2014.pdf
- Dirección General de Estadística y Censos. (2015). Proyecciones de población. Buenos Aires: Ministerio de Hacienda GCBA.
- Dirección General de Estadísticas y Censos. (2015). EAH. Buenos Aires: Ministerio de Hacienda.
- Fleury, S. (2002). Políticas sociales y ciudadanía. Umbralés- Revista del Postgrado en Ciencias del Desarrollo. CIDES.UMSA, 189-218.
- INDEC / Ministerio de Salud de la Nación. (s/d de 2013). Encuesta nacional sobre salud sexual y reproductiva 2013. Recuperado el 22 de Enero de 2015, de https://www.entrieros.gov.ar/dec/publicaciones/SALUD/2014_enssy_13.pdf
- OMS/UNFPA. (2009). Seguimiento a nivel nacional de los logros en el acceso universal a la salud reproductiva. Consideraciones conceptuales y prácticas e indicadores relacionados. Ginebra: OMS.
- Programa de Procreación Responsable. Departamento de Salud Familiar. (1993). Seminario de Evaluación. Programa de Procreación Responsable. Conclusiones Finales. 19 al 23 de abril de 1993. Buenos Aires: Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires.

- Programa de Salud Sexual y Reproductiva. Provincia de Buenos Aires. (2017). Definiciones y estimaciones de poblaciones para el Sistema de Aseguramiento de Insumos para mujeres. Nota metodológica 1/2017. Provincia de Buenos Aires: Ministerio de Salud.



Vamos Buenos Aires