

Situación epidemiológica del VIH-sida en la Ciudad de Buenos Aires

DICIEMBRE 2012



Situación epidemiológica del VIH-sida en la Ciudad de Buenos Aires

Coordinación Sida / Ministerio de Salud / GCBA

DICIEMBRE 2012

Presentación	5
Introducción metodológica	7
1. Descripción general de las notificaciones de personas con VIH en seguimiento en instituciones de la CABA (2003-2011)	8
1.1. Instituciones notificantes	
1.2. Sexo y edad	
1.3. Instrucción formal, ocupación y cobertura de salud	
1.4. Vías de transmisión	
1.5. Estadio clínico al momento del diagnóstico	
2. Especificaciones sobre las notificaciones de residentes de la CABA con diagnóstico de VIH	13
2.1. Distribución por barrio	
2.2. Sexo y edad	
2.3. Nivel de instrucción formal	
2.4. Vías de transmisión	
2.5. Estadio clínico al momento del diagnóstico	
3. Descripción de los nuevos casos de sida	18
4. Análisis de la mortalidad por sida en los residentes de la CABA	20
4.1. Tasa de mortalidad por comunas	
5. Transmisión perinatal del VIH	24
5.1. Características de las madres	
5.2. Momento del diagnóstico de VIH	
5.3. Información sobre el tipo de nacimiento	
5.4. Profilaxis con antirretrovirales	
5.5. Tasa de transmisión vertical	
5.6. Determinantes de la transmisión perinatal del VIH en la CABA	
6. Atención y seguimiento de las personas con VIH en el sistema público de la CABA	30
6.1. Situación de las personas en tratamiento antirretroviral	
6.2. Determinaciones de carga viral de VIH y recuento de subpoblaciones linfocitarias	
6.3. Atención farmacéutica de las personas con VIH	
7. Acceso al diagnóstico de VIH en la ciudad de Buenos Aires	33
7.1. Gestión de insumos para el diagnóstico de VIH en la CABA	
7.2. Datos del Sistema de Vigilancia Laboratorial (SIVILA)	
7.3. Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico (CePAD)	
7.4. Experiencias de equipos de salud vinculadas con el acceso al diagnóstico de VIH	
8. Síntesis	40

Presentación

Una vez más, como todos los años, la Coordinación Sida llega a Uds. con un nuevo Boletín Epidemiológico.

Una vez más, tienen en sus manos la información sistematizada más reciente que da cuenta del estado actual de la epidemia de VIH/sida en la ciudad, imprescindible para la planificación de acciones y respuestas, ya sea desde el nivel central de la gestión como desde los efectores que brindan atención o desarrollan actividades preventivas.

Aquí observarán avances relevantes no sólo en cobertura y acceso a las intervenciones preventivo-asistenciales disponibles, sino además en la generación de información sustantiva para incidir en el curso actual de la epidemia.

La Coordinación Sida, desde su creación, ha tenido un fuerte componente preventivo basado en las mejores prácticas recomendadas y sustentadas en evidencias científicas, entre las que se incluyen la distribución gratuita de preservativos y la estimulación y facilitación del acceso al testeo para VIH.

Hemos intentado, además, facilitar el trabajo de las personas que cotidianamente, desde los efectores de salud de la CABA y otras organizaciones, desarrollan tareas con la población general y en la atención de las PVVIH.

El trabajo de todos estos actores, sumado a las medidas dirigidas a garantizar la calidad de la sangre para transfusiones, ha permitido atenuar

tanto la incidencia como la mortalidad por sida.

En este contexto, la información que presentamos pone de relevancia algunos problemas que es preciso tener en cuenta. Como ejemplos de ello vale la pena resaltar que:

- más de un tercio de la población diagnosticada conoce su condición de seropositividad al VIH en etapas tardías de la infección, situación agravada en población masculina;
- la mayor parte de los nuevos diagnósticos ocurren en personas con bajo (o muy bajo) nivel educativo, en particular en mujeres;
- se evidencia un aumento preocupante de los casos por transmisión vertical en los últimos dos años;
- a pesar de los buenos resultados terapéuticos en los pacientes bajo tratamiento antirretroviral, existe una baja utilización general de los estudios para carga viral y test de resistencia.

Aun a sabiendas de que muchos de los problemas existentes exceden el accionar específico del sector salud, resulta imperioso el trabajo articulado con otros programas y otros actores y sectores.

En el momento actual, y a la luz de las nuevas evidencias disponibles, debemos profundizar nuestro trabajo cotidiano en el campo preventivo-asistencial y fortalecer las políticas y acciones orientadas a facilitar el acceso de la población al testeo para VIH.

Como hemos dicho, queremos propiciar estrategias que amplíen las

oportunidades para el diagnóstico, que contribuyan al acceso a un tratamiento oportuno y al desarrollo de mecanismos que mejoren la adherencia.

En esta dirección, resultan auspiciosos los diferentes instrumentos legales que posibilitan trabajar en mejores condiciones, entre ellos los referidos a las leyes contra el estigma y la discriminación, la inequidad de género y la homo/transfobia. Asimismo, entre los nuevos diagnósticos, se observa un incremento de las personas que refieren tener trabajo y obra social.

A su vez, y en consonancia con las recomendaciones nacionales e internacionales, hemos iniciado la tarea del abordaje de las hepatitis virales como campo de gestión y acción de esta Coordinación Sida y estamos profundizando nuestro accionar en ITS, en particular en lo referido a la sífilis congénita y el cáncer cérvico-uterino en mujeres con VIH.

Una vez más, apostamos a profundizar nuestro compromiso y el de los integrantes de los equipos involucrados en estas tareas.

Dr. Fabián Portnoy
Coordinación Sida

Introducción metodológica

La vigilancia epidemiológica del VIH/sida se inició en nuestro país en 1990, con la notificación obligatoria de los casos de sida. Los cambios en la evolución de la infección, fundamentalmente ligados a la disponibilidad de la terapia antirretroviral (ARV) a partir de 1996, requirieron modificaciones en estos criterios de notificación y en el año 2001 se inició la notificación de las infecciones por VIH, independientemente de la presencia o no de eventos definidores de sida.

La ciudad de Buenos Aires implementó este cambio a partir de 2003, por lo que el presente boletín se basará en el análisis de las notificaciones de infección en personas que tuvieron su diagnóstico de VIH entre el 01/01/2003 y el 31/12/2011 y que fueron recibidas en la Coordinación Sida hasta el 31/08/2012.

Si bien en el análisis del perfil epidemiológico siempre hemos considerado solamente a los residentes en la ciudad, por contar con un panorama acotado de los residentes del Conurbano desde la edición anterior hemos incluido en el presente boletín una descripción de toda la población que se atiende en el sistema público y parte del subsector privado de salud de la ciudad, independientemente de su residencia en la ciudad. Por este motivo, si bien en algunos casos se aclarará la proporción de personas residentes en la ciudad, se abordará la caracterización de un perfil que llamaremos “metropolitano”.

Para evaluar la tendencia con respecto al número de casos, las notificaciones se asignan al año de diag-

nóstico; 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 de la letra T (de trans) como categoría de género en las fichas de notificación de casos de VIH es aún incipiente. Por ese motivo, los datos correspondientes a dicha población se encuentran incluidos en los del grupo denominado HSH (hombres que tienen sexo con hombres).

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

Excepto donde se haga mención en otro sentido, los datos son de elaboración propia de la Coordinación Sida.

1. Descripción general de las notificaciones de personas con VIH en seguimiento en instituciones de la CABA (2003-2011)

Durante el período comprendido entre el 01/01/2003 y el 31/12/2011, se notificaron a la Coordinación Sida **11.971 infecciones** por VIH con fecha de diagnóstico posterior a enero de 2003 (tabla 1). Se consideraron las notificaciones recibidas en la Coordinación Sida hasta el 31/08/2012. Respecto de las cifras presentadas en el boletín previo, se incluyeron **1.351 nuevas notificaciones**.

Con respecto al lugar de residencia de las personas notificadas, 4798 (40,1%) correspondieron a la CABA, 6557 (54,8%) al conurbano bonaerense, 290 (2,4 %) a otras jurisdicciones y en 326 casos (2,7%) no se dispuso de este dato.

Tabla 2. Distribución de notificaciones de diagnóstico de VIH según hospital notificante, subsector público, CABA, 2003-2011

Hospital notificante	Diagnósticos notificados (2003-2011) *	Nuevas notificaciones respecto de la edición anterior
Álvarez	293	9
Argerich	526	51
Borda	12	0
Durand	169	1
Elizalde	128	10
Fernández	942	71
Ferrer	56	12
Garrahan	207	17
Gutiérrez	76	0
Moyano	15	2
Muñiz	2.249	83
Penna	538	66
Pirovano	322	43
Piñero	714	78
Ramos Mejía	975	139
Rivadavia	131	12
Santojanni	511	68
Sardá	169	14
Udaondo	262	31
Tornú	6	2
Vélez Sársfield	71	18
Zubizarreta	138	28
Total	8.510	755

* Notificaciones recibidas al 31/08/2012 con diagnóstico de VIH a partir del año 2003.

Tabla 1. Distribución de notificaciones de infección por VIH y porcentaje de residentes de la CABA según año de diagnóstico, CABA, 2003-2011

Año de diagnóstico	Nº	% de residentes
2003	1.719	40,0
2004	1.592	39,1
2005	1.478	41,9
2006	1.295	41,6
2007	1.192	36,4
2008	1.362	33,9
2009	1.257	39,8
2010	1.005	50,6
2011	1.071	39,7
Total	11.971	40,1

1.1 Instituciones notificantes

Del total de notificaciones, 8510 (71%) fueron remitidas por hospitales públicos y 3.461 (29%), por instituciones que brindan asistencia a prepagas y obras sociales (tablas 2 y 3).

Tabla 3. Distribución de notificaciones de diagnóstico de VIH según institución notificante, subsector no público, CABA, 2003-2011

Institución	Diagnósticos notificados (2003-2011) *	Nuevas notificaciones respecto de la edición anterior
Fundación Helios	1.142	275
CEADI	717	80
Nexo AC	651	72
FUNDAI	228	67
Sanatorio Franchín	173	13
Sanatorio Julio Méndez	204	42
Otros	275	46
Total	3.461	595

* Notificaciones recibidas al 31/08/2012 con diagnóstico de VIH a partir del año 2003.

1.2 Sexo y edad

De las 11.971 notificaciones recibidas desde el año 2003, 4333 (36%) correspondieron a mujeres y 7638 a varones (64%), con una mediana de edad al momento del diagnóstico de 30 años en las mujeres y 34 años en los varones.

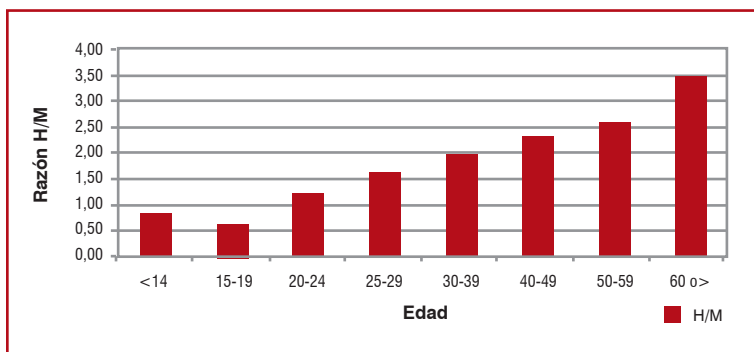
La razón hombre/mujer global fue de 1,76 con cierta tendencia en aumento durante el período (tabla 4).

El análisis de la razón hombre/mujer según edad muestra un menor índice de masculinidad durante la adolescencia con un aumento progresivo a medida que los grupos se alejan de la edad fértil (gráfico 1).

Tabla 4. Distribución de la razón hombre/mujer, según año del diagnóstico, CABA, 2003-2011

Año de diagnóstico	Razón H/M
2003	1,62
2004	1,60
2005	1,51
2006	1,80
2007	1,84
2008	1,83
2009	1,82
2010	2,19
2011	2,02
Total	1,76

Gráfico 1. Distribución de la razón hombre/mujer según grupo etario, CABA, 2003-2011



La mayor frecuencia de partos en los grupos con menor índice de masculinidad podría deberse a un mayor diagnóstico por la oferta activa del test de VIH durante el embarazo (tabla 5).

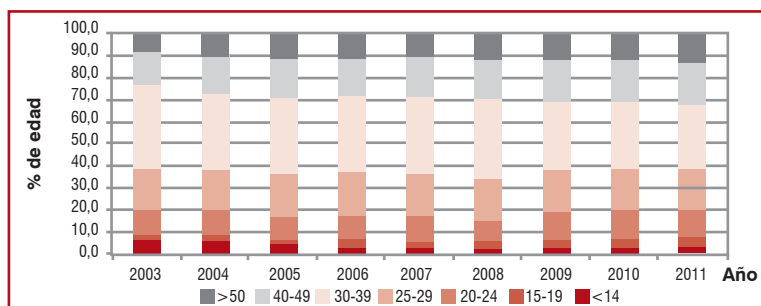
Tabla 5. Distribución de la razón hombre/mujer y porcentaje de partos según grupo etario, CABA, 2003-2011

Edad	Razón H/M	% partos
< 14	0,84	3,6
15-19	0,62	50,8
20-24	1,20	40,4
25-29	1,60	37,8
30-39	1,97	27,5
40-49	2,31	4,0
50-59	2,59	0,0
60 o >	3,47	0,0
Total	1,75	25,7

Tabla 6. Distribución porcentual de las notificaciones según grupo etario al momento del diagnóstico, CABA, 2003-2011

Año de diagnóstico	Grupo etario						
	< 14	15 -19	20-24	25- 29	30-39	40-49	> 50
2003	6,34	3,03	11,23	18,51	38,59	14,55	7,74
2004	5,91	3,39	11,63	17,60	34,70	17,35	9,43
2005	4,67	2,37	10,36	19,30	35,61	17,47	10,22
2006	3,40	3,56	10,83	19,95	34,96	16,78	10,52
2007	3,11	3,11	12,68	17,97	35,35	18,22	9,57
2008	2,79	3,60	9,77	18,36	36,34	18,14	11,01
2009	3,42	3,74	12,33	18,70	31,58	19,17	11,06
2010	3,38	4,08	13,43	18,21	30,25	19,60	11,04
2011	3,00	3,80	12,50	17,10	30,20	20,70	12,80
Total	4,18	3,36	11,52	18,44	34,55	17,75	10,20

Gráfico 2. Distribución de las notificaciones según edad y año de diagnóstico, CABA, 2003-2011



Casi el 65% de la población notificada durante el período tenía entre 20 y 39 años al momento del diagnóstico (tabla 6).

El porcentaje de personas con menos de 14 años disminuyó de 6,34% en 2003 a 3% en 2011. No se observaron mayores cambios en adolescentes y jóvenes hasta los 30 años. Mientras que la población de 30 a 39 años disminuyó de 39 a 30% entre 2003 y 2011, la de 40 a 49 y las de más 50 años aumentaron de 14,5 a 20% y de 7,7% a 12,8%, respectivamente (gráfico 2).

1.3 Instrucción formal, ocupación y cobertura médica

El nivel de instrucción alcanzado fue analizado en la población mayor de 18 años. Del total de 9.931 casos seleccionados, 3.862 (39%) completaron como máximo la escuela primaria, 2.177 (22%) no completaron la escuela secundaria y 3.892 (39%) 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 7).

Si consideramos como nivel de educación bajo el hecho de no haber completado la escuela secundaria, corresponden a esta categorización el 70% de las mujeres y el 57% de los hombres.

Con respecto al porcentaje de ocupación y pertenencia a una obra social, se obtuvo esta información en 9.084 y 9.496 casos, respectivamente.

Tabla 7. Nivel de educación formal de las personas notificadas, mayores de 18 años, según sexo, CABA, 2003-2011

Nivel educativo	Mujeres		Varones	
	Nº	%	Nº	%
Hasta primaria completa	1.541	45,2	2.321	35,6
Secundaria incompleta	863	25,3	1.314	21,9
Secundaria completa o más	1.005	29,5	2.887	39,2
Total	3.409	100%	6.522	100%

Como se observa en la tabla 7, hubo un aumento significativo durante estos años del porcentaje de personas con VIH que refirieron tener trabajo u obra social.

Tabla 8. Porcentaje de personas con trabajo o con obra social según año de diagnóstico, CABA, 2003-2011

Año de diagnóstico de VIH	% con trabajo	% con obra social o prepaga
2003	50,0	23,2
2004	53,7	24,1
2005	49,9	26,5
2006	56,9	30,8
2007	61,4	35,4
2008	68,4	49,5
2009	63,4	43,8
2010	64,8	40,9
2011	70,5	52,4

1.4 Vías de transmisión

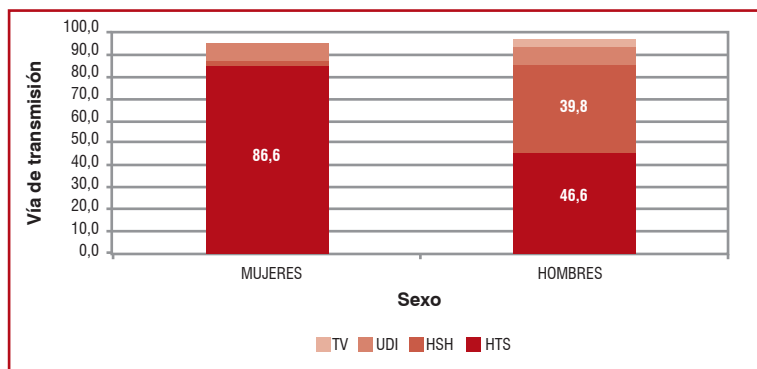
La forma de transmisión más frecuente, en ambos sexos, es la sexual con el 86,5% de las infecciones en mujeres y varones (tabla 9). El análisis de la población masculina muestra que el 40% de las infecciones por transmisión sexual se produce a través de las relaciones entre hombres.

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

Tabla 9. Distribución de las notificaciones por sexo según vía de transmisión, CABA, 2003-2011

Vía de transmisión	Mujeres	%	Varones	%
Sexual – hétero	3.753	86,61	3.556	46,56
Sexual – homo	-----	----	3.039	39,79
Uso compartido de material inyectable	64	1,48	491	6,43
Vertical	268	6,19	229	3,00
Otras	36	0,83	31	0,41
Desconocido	212	4,89	292	3,82
Total	4.333	100,00	7.638	100,00

Gráfico 3. Distribución porcentual de las notificaciones según sexo y vía de transmisión, CABA, 2003-2011



1.5 Estadio clínico al momento del diagnóstico

Se registró el estadio clínico al momento del diagnóstico en 11.696 casos. En la tabla 10 se detalla la distribución de la población según el estadio clínico al momento del diagnóstico.

El 23,4% de los diagnósticos globales del período fueron concomitantes con un evento definidor de sida. Si consideramos como diagnóstico tardío a aquel que ocurre en etapas sintomáticas de la infección (sida y sintomático no sida), corresponden a esta definición casi el 36% de los diagnósticos del período.

En el análisis desagregado por sexo se demuestra que el diagnóstico tardío es claramente superior en la población masculina (41% versus 26% en las mujeres). La razón hombre/mujer en el diagnóstico concomitante con sida es más del doble que en el diagnóstico en período asintomático (tabla 11).

Tabla 10. Distribución de las notificaciones según estadio clínico al momento del diagnóstico, por sexo, CABA, 2003-2011

Estadio clínico	Mujeres		Varones		Total
	N°	%	N°	%	
Síndrome retroviral agudo	79	1,9	133	1,8	1,8
Asintomático	2.727	64,1	3.453	46,4	52,8
Sintomático no sida	485	11,4	962	12,9	12,4
Sida	639	15,0	2.102	28,3	23,4
Desconocido	327	7,7	789	10,6	9,5
Total	4.257	100,0	7.439	100,0	100,0

Tabla 11. Distribución de la razón H/M según estadio clínico al momento del diagnóstico, CABA, 2003-2011

Estadio clínico	Razón H/M
Síndrome retroviral agudo	1,7
Asintomático	1,3
Sintomático no sida	2,0
Sida	3,3
Total	1,7

Tabla 12. Distribución anual del porcentaje de notificaciones en estadios sintomáticos de la infección, CABA, 2003-2011

Año	% diagnósticos en estadios sintomáticos
2003	41,0
2004	40,3
2005	37,7
2006	36,2
2007	37,5
2008	35,3
2009	33,8
2010	33,0
2011	34,9

2. Especificaciones sobre las notificaciones de residentes de la CABA con diagnóstico de VIH

Durante el período comprendido entre el 01/01/2003 y el 31/12/2011, se diagnosticaron y notificaron 4798 diagnósticos de infección por VIH correspondientes a residentes en la CABA. Respecto de la pasada edición del boletín, se sumaron 522 casos. En la tabla 13 se presenta la distribución de las notificaciones de acuerdo al año de diagnóstico.

Con respecto al tipo de institución notificante, el análisis global muestra que el 70,8% de las notificaciones de residentes de la CABA proviene de instituciones públicas y el 29,2% de instituciones privadas (Tabla 14). Sin embargo, la distribución anual de tipo de institución notificante ha variado considerablemente a lo largo del período 2003-2011 (Gráfico 4).

Tabla 13. Distribución anual de diagnósticos notificados en residentes, CABA, 2003-2011

Año	Nº
2003	688
2004	623
2005	620
2006	539
2007	434
2008	462
2009	500
2010	509
2011	423
Total	4.798

Gráfico 4. Distribución porcentual de las notificaciones de residentes según tipo de institución notificante, CABA, 2003-2011

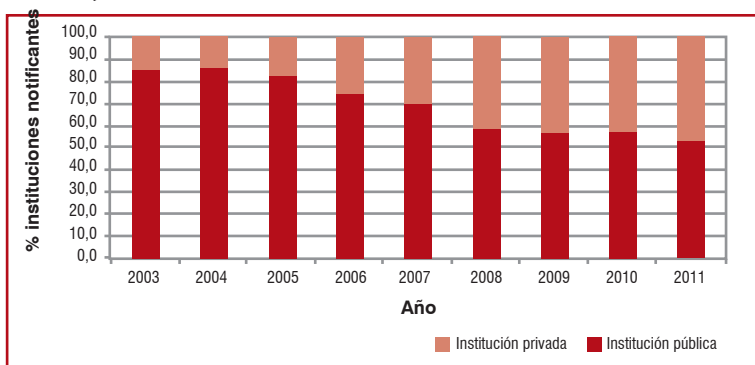


Tabla 14. Distribución anual de las notificaciones de residentes según tipo de institución notificante, CABA, 2003-2011

Año de diagnóstico	Institución pública	Institución privada
2003	84,2%	15,8%
2004	85,7%	14,3%
2005	81,6%	18,4%
2006	74,2%	25,8%
2007	69,4%	30,6%
2008	59,3%	40,7%
2009	57,2%	42,8%
2010	57,8%	42,2%
2011	52,0%	47,3%
Total	70,8%	29,2%

Tabla 15. Distribución de diagnósticos de residentes, por comuna, CABA, 2003-2011

Comuna	Diagnósticos de VIH	%
1. Retiro, San Nicolás, Monserrat, Constitución, San Telmo, Puerto Madero	323	12,6
2. Recoleta	54	2,1
3. Balvanera, San Cristóbal	330	12,9
4. Pompeya, Parque Patricios, Barracas, La Boca	316	12,3
5. Almagro, Boedo	151	5,9
6. Caballito	97	3,8
7. Flores, Parque Chacabuco	334	13,1
8. Villa Soldati, Villa Riachuelo, Villa Lugano	146	5,7
9. Liniers, Mataderos, Parque Avellaneda	147	5,7
10. Villa Real, Versalles, Monte Castro, Villa Luro, Vélez Sársfield, Floresta	74	2,9
11. Villa Devoto, Villa del Parque, Villa Santa Rita, Villa Gral. Mitre	54	2,1
12. Villa Pueyrredón, Villa Urquiza, Saavedra, Cohglan	94	3,7
13. Núñez, Belgrano, Colegiales	142	5,5
14. Palermo	193	7,5
15. Agronomía, Villa Ortúzar, Paternal, Chacarita, Villa Crespo	104	4,1
Total	2.559	100,0

2.1 Distribución por barrio

Del total de diagnósticos de residentes porteños notificados durante el período, 2559 casos (53%) registran información sobre el barrio de residencia. En la tabla 15 se muestra la distribución de esos diagnósticos por comuna.

2.2 Sexo y edad

Dado que la ficha de notificación no permite identificar a las personas trans, se describe a la población según el sexo biológico y no según género. Durante el período se recibieron 1522 notificaciones de mujeres (31,7%) y 3.276 de varones (68,3%), con una razón hombre/mujer de 2,2; es decir, superior a la del área metropolitana en su conjunto. También en la población de residentes, la razón hombre/mujer es menor en la adolescencia y aumenta a medida que disminuye la edad fértil; como ya se dijo, esta situación está vinculada al diagnóstico durante el embarazo (tabla 16).

Tabla 17. Distribución de diagnósticos según grupo etario, residentes CABA, 2003-2011

Año de diagnóstico	Grupo etario						
	< 14	15 -19	20-24	25- 29	30-39	40-49	> 50
2003	2,3	3,3	9,9	19,0	38,4	17,0	10,0
2004	1,9	3,5	11,4	19,9	30,4	19,8	13,0
2005	2,1	2,4	10,5	20,2	34,2	19,5	11,1
2006	2,4	3,0	12,6	19,5	34,0	17,1	11,5
2007	1,2	3,2	12,7	18,4	35,7	17,5	11,3
2008	1,9	4,5	9,5	21,2	33,8	17,3	11,7
2009	1,4	4,0	12,8	20,2	31,6	18,6	11,4
2010	2,4	3,7	13,9	19,6	28,5	19,4	12,4
2011	2,1	3,3	13,0	18,7	30,3	19,1	13,5
Total	2,0	3,4	11,7	19,7	33,1	18,4	11,7

Tabla 16. Distribución de la razón hombre/mujer y % de embarazadas según grupo etario, en residentes, CABA, 2003-2011

Edad	razón H/M	% embarazadas
14 o <	1,0	8,2
15-19	0,8	54,3
20-24	1,6	37,6
25-29	1,9	43,8
30-39	2,4	34,6
40-49	2,7	4,2
50 ó >	3,3	0,0
total	2,2	29,6

La mediana de edad global al momento del diagnóstico es de 31 años en las mujeres y de 34 en los varones.

El 33,1% de los casos se diagnosticaron en la franja de 30 a 39 años y casi un 12%, después de los 50 años (tabla 17). No se observaron diferencias significativas en cuanto a la distribución por edad al momento del diagnóstico durante el período (gráfico 5).

2.3 Nivel de instrucción formal

El nivel de instrucción alcanzado fue analizado en la población mayor de 18 años. Del total de 4264 casos seleccionados, 1366 (32%) completaron como máximo la escuela primaria, 934 (21,9%) no completaron la escuela secundaria y 1964 (46,1%) finalizaron los estudios secundarios o alcanzaron niveles terciarios. En base a estos datos, el 54% tiene bajo nivel de instrucción (no completó la secundaria).

Al desagregar la información según sexo, se hallan diferencias estadísticamente significativas entre el nivel alcanzado por hombres y mujeres, ya que mientras que más del 53% de los varones completaron el secundario o estudios terciarios, casi el 43% de las mujeres no completaron la escuela primaria (tabla 18 y gráfico 6).

El porcentaje de varones con secundario completo o estudios terciarios es mayor en la población de residentes que en la de la población del AMBA en su conjunto.

Gráfico 5. Distribución de las notificaciones de residentes de la CABA según edad al momento del diagnóstico, CABA, 2003-2011

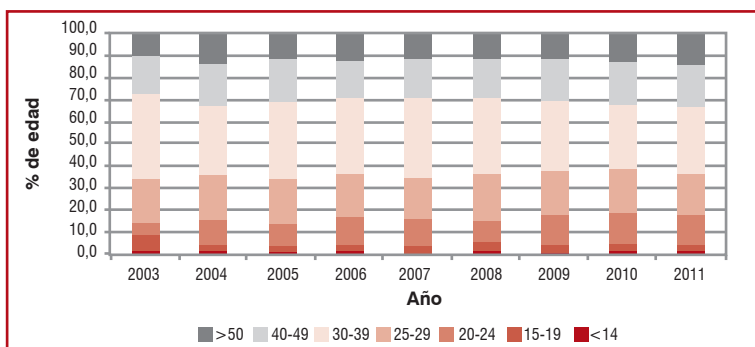


Gráfico 6. Distribución de las notificaciones de residentes de la CABA, mayores de 18 años según nivel de instrucción al momento del diagnóstico, CABA, 2003-2011

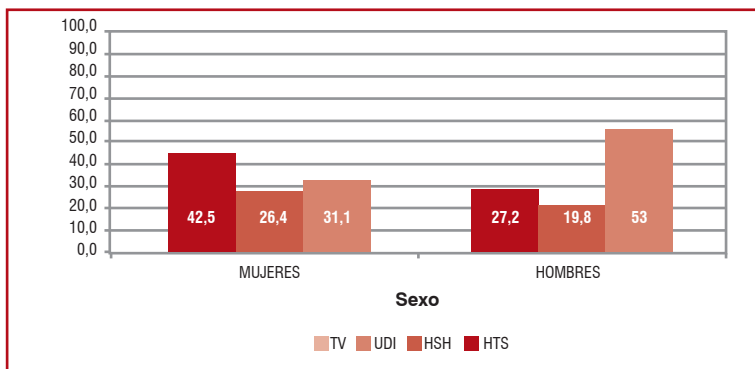


Tabla 18. Nivel de educación formal alcanzado según sexo en mayores de 18 años, residentes, CABA, 2003-2011

Nivel de educación alcanzado	Mujeres (%) n=1.350	Hombres (%) n=2.914
Hasta primaria completa	42,5	27,2
Secundaria incompleta	26,4	19,8
Secundaria completa o más	31,1	53,0

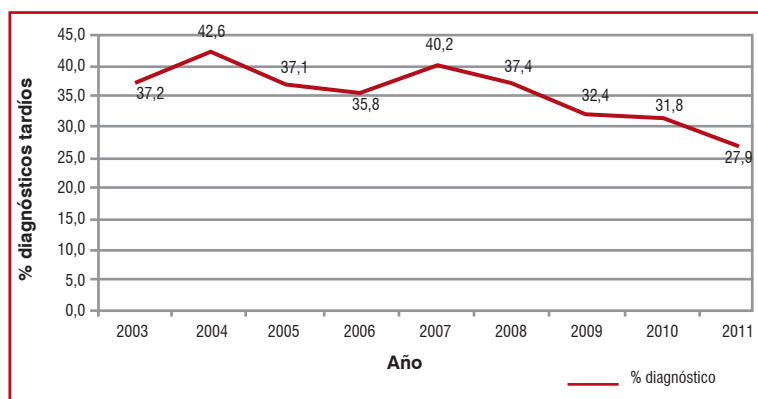
Tabla 19. Distribución por vía de transmisión según sexo, CABA, 2003-2011

Vía de transmisión	Mujeres	%	Hombres	%
Sexual – hétero	1.387	92,3	1.331	41,1
Sexual – homo			1.607	49,6
Uso compartido de material inyectable	30	2,0	168	5,2
Vertical	45	3,0	48	1,5
Otros	6	0,4	11	0,3
Desconocido	35	2,3	75	2,3
Total		100,00		100,00

Tabla 20. Distribución de las notificaciones de residentes según estadio clínico al momento del diagnóstico, por sexo y razón H/M, CABA, 2003-2011

Estadio clínico	Mujeres		Varones		Razón H/M
	N°	%	N°	%	
Síndrome retroviral agudo	30	2,23	51	1,81	1,7
Asintomático	925	68,88	1.434	51,01	1,6
Sintomático no sida	151	11,24	329	11,70	2,2
Sida	185	13,78	753	26,79	4,1
Desconocido		3,87	244	8,68	4,7
Total	1.377	100	2.899	100	2,1

Gráfico 7. Distribución de diagnósticos tardíos según año de diagnóstico, residentes CABA, 2003-2011



2.4 Vías de transmisión

En la tabla 19 se muestra la distribución de los casos según vía de transmisión. La sexual es la forma de transmisión predominante en ambos sexos, con el 92,3% en el caso de las mujeres y el 90,7% entre los hombres. A diferencia de la población del AMBA en su conjunto, entre los varones de la CABA predomina la transmisión a través de relaciones sexuales entre hombres.

Dado que el código de identificación no permite diferenciar a las personas trans, para el análisis epidemiológico esta población está incluida dentro del grupo definido como HSH.

2.5. Estadio clínico al momento del diagnóstico

Se obtuvo información sobre el estadio clínico al momento del diagnóstico en 4312 casos (90%) de residentes de la CABA notificados durante el período 2003-2011.

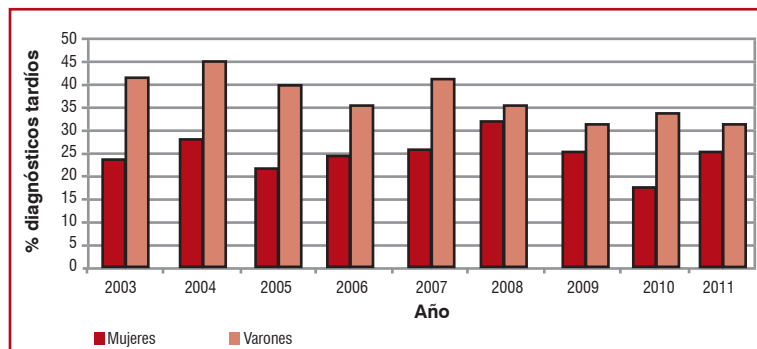
El 36% (n=1556) de la población de residentes tuvo diagnóstico tardío, similar al de la población metropolitana analizada en conjunto. Los datos desagregados por sexo se presentan en la tabla 20. Al igual que en aquella población, el diagnóstico en etapas sintomáticas de la infección es claramente superior en la población masculina (25% de las mujeres y 40% de los hombres).

De igual modo, también en la población de residentes el porcentaje de diagnósticos tardíos parece mostrar una tendencia en descenso en los últimos años (gráfico 7). Sin embargo, hay que tener en cuenta que el retra-

so en la notificación puede impactar en los datos del último año.

Al analizar la evolución anual desagregada por sexo, se aprecia que si bien el porcentaje de diagnósticos tardíos es mayor en la población masculina, la brecha entre sexos se fue achicando al final del período 2003-2011 (gráfico 8).

Gráfico 8. Distribución anual de diagnósticos tardíos según sexo, residentes CABA, 2003-2011



3. Descripción de los nuevos casos de sida

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

Desde el año 2003 se notificaron 2744 casos de sida tanto en residentes como en no residentes. En 2042 casos (74,4%), el diagnóstico de VIH fue simultáneo con el de sida.

Aunque el porcentaje de diagnósticos simultáneos de VIH y sida parece estar estabilizado o con una leve tendencia en descenso, hay que tener en cuenta que los datos de los últimos años pueden estar sesgados por un retraso en la notificación (tabla 21).

El análisis sociodemográfico de estos 2042 casos de diagnóstico simultáneo de VIH y sida demostró que:

- el 76,8% ocurrió en varones, y este predominio de la población masculina se mantuvo todos los años (tabla 22);
- el 30% son residentes de la CABA y el 60% del Conurbano bonaerense;
- la mediana de edad al momento del diagnóstico fue de 39 años tanto en mujeres como en hombres y el 79% de la población diagnosticada con sida tenía más de 30 años;
- el 80% de las notificaciones provinieron de hospitales públicos;
- el 51% no superó la primaria completa y el 21% no completó la secundaria;
- el 72% no tiene obra social; y
- la transmisión del VIH fue sexual en el 86% de las mujeres y en el 82,4% de los hombres; entre estos últimos predominó la transmisión en relaciones heterosexuales (56% de los casos vs 26% de transmisión HSH).

Tabla 21. Distribución anual de casos de diagnóstico simultáneo de VIH y sida, CABA, 2003-2011

Año de diagnóstico	Diagnósticos simultáneos VIH y sida	Total de diagnósticos	% diagnósticos simultáneos de VIH y sida
2003	305	1.719	17,7
2004	317	1.592	19,9
2005	255	1.478	17,3
2006	246	1.295	19,0
2007	193	1.192	16,2
2008	252	1.362	18,5
2009	210	1.257	16,7
2010	144	1.005	14,3
2011	120	1.071	11,2
Total	2.042	11.971	17,1

Tabla 22. Distribución anual de los casos de diagnóstico simultáneo de VIH y sida según sexo y razón H/M, CABA, 2003-2011

Año de diagnóstico	Mujeres	Hombre	Razón H/M
2003	74	231	3,1
2004	80	237	3,0
2005	58	197	3,4
2006	59	187	3,2
2007	43	150	3,5
2008	62	190	3,1
2009	43	167	3,9
2010	29	115	4,0
2011	25	95	3,8
Total	473	1.569	3,3

4. Análisis de la mortalidad por sida en los residentes de la CABA

Los datos incluidos en esta sección fueron aportados por la Dirección General de Estadísticas y Censos del Ministerio de Hacienda del GCBA¹.

La curva de mortalidad por sida 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 23).

Tabla 23. Tasa de mortalidad por sida por 100.000 habitantes, CABA, 1990-2011

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

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

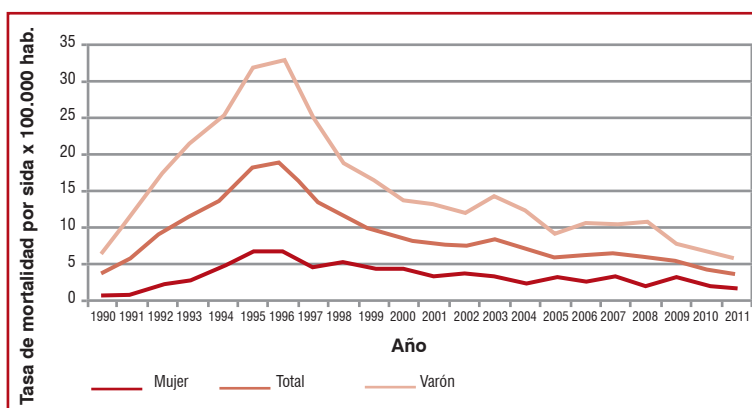
La tasa de mortalidad por sida siempre fue mayor en la población masculina y si bien la razón hombre/mujer muestra fluctuaciones se observa una tendencia en ascenso hacia el final del período (tabla 24 y gráfico 9).

1 - Ministerio de Hacienda del GCABA. Dirección General de Estadísticas y Censos. La mortalidad por Sida en la Ciudad de Buenos Aires a partir de la década del 90. Mayo 2011. Disponible en: <http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/hacienda/sis_estadistico/ir_2011_458.pdf>

Tabla 24. Distribución anual de las tasas de mortalidad por sida por 100.000 habitantes según sexo y razón hombre/mujer, CABA, 1990-2011

Año	Varón	Mujer	Razón H/M	Año	Varón	Mujer	Razón H/M
1990	6,8	1,0	5,5	2001	13,3	3,5	3,2
1991	11,8	1,3	7,4	2002	12,3	3,9	2,7
1992	17,7	2,4	6,1	2003	14,4	3,5	3,5
1993	22,0	3,2	5,5	2004	12,4	2,6	4,1
1994	25,4	4,8	4,4	2005	9,2	3,4	2,3
1995	31,8	6,9	3,9	2006	10,8	2,9	3,1
1996	32,9	6,9	4	2007	10,6	3,3	2,7
1997	25,1	4,7	4,5	2008	11,0	2,2	4,3
1998	18,8	5,5	2,9	2009	8,0	3,4	2,1
1999	16,5	4,6	3	2010	6,7	2,3	2,5
2000	13,8	4,3	2,7	2011	6,1	1,8	3,5

Gráfico 9. Tasa de mortalidad por sida por 100.000 habitantes según sexo, CABA, 1990-2011



4.1. Tasa de mortalidad por comunas

El análisis de las tasas de mortalidad por sida en las comunas, en los últimos dos trienios, muestra que a pesar de que hay un descenso progresivo a nivel global, las diferencias son marcadas entre las comunas (tabla 25).

Es de destacar que tres de las cinco comunas con las tasas de mortalidad por sida más alta y por encima de la media de la ciudad, corresponden a la región sanitaria I (Comunas 1, 3 y 4).

Tabla 25. Tasa específica de mortalidad por sida por 100.000 habitantes según comuna, CABA, 2008-2010

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

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

5. Transmisión perinatal del VIH

Entre enero de 2003 y diciembre de 2011, se notificaron 2410 partos en mujeres con VIH que tuvieron lugar en hospitales del sistema público de la ciudad (tabla 26). Si bien, el retraso en la notificación limita el análisis de los últimos años, la prevalencia de partos en mujeres con VIH se ha mantenido en un valor cercano al 1% durante el período. La distribución por hospital se detalla en la tabla 27.

Tabla 27. Distribución de partos en mujeres con VIH en hospitales públicos, CABA, 2003-2010

Hospital	Nº de partos	%
Álvarez	64	2,7
Argerich	266	11,0
Durand	319	13,2
Fernández	224	9,3
Garrahan	14	0,6
IMOS	3	0,1
Penna	254	10,5
Pirovano	64	2,7
Piñero	196	8,1
Ramos Mejía	283	11,7
Rivadavia	70	2,9
Santojanni	106	4,4
Sardá	504	20,9
Vélez Sarsfield	43	1,8
Total	2.410	100,0

5.1. Características de las madres

Del total de partos, 982 (41%) correspondieron a mujeres residentes de la ciudad; 1363 (57%), a residentes del conurbano bonaerense y 65 (2%), a residentes de otras jurisdicciones.

En 1874 casos se dispuso de infor-

Tabla 26. Partos en mujeres con VIH y prevalencia en hospitales públicos, CABA, 2003-2011

Año	Nº de partos totales	Nº de partos de mujeres VIH	Prevalencia
2003	29.272	316	1,1
2004	30.824	317	1,0
2005	30.049	277	0,9
2006	29.738	268	0,9
2007	31.727	247	0,8
2008	31.060	267	0,9
2009	30.794	270	0,9
2010	31.670	247	0,8
2011	30.651	201	0,7
Total	275.785	2.410	0,9

mación para el análisis del nivel de instrucción formal alcanzado al momento del embarazo; se excluyó a las jóvenes de menos de 18 años. El 40% de las madres no superaron la escuela primaria y sólo el 24% completaron la educación secundaria o alcanzaron estudios superiores (tabla 28). El 82% de las mujeres que tuvieron partos estaban asintomáticas desde el momento del diagnóstico de VIH. Asimismo, el 54% de las mujeres refería tener una pareja con VIH y en un 34% no se conocía la serología o el dato no estuvo disponible.

Tabla 28. Distribución de las madres de acuerdo al nivel de instrucción en mayores de 18 años, CABA, 2003-2011

Estudios	Nº	%
Analfabeto	23	1,2
Primaria incompleta	188	10,0
Primaria completa	546	29,1
Secundaria incompleta	667	35,6
Secundaria completa	335	17,9
Terciaria o universitaria	115	6,1
Total	1.874	100,0

5.2. Momento del diagnóstico de VIH

El 89,5% de las mujeres tenía diagnóstico positivo de VIH antes del parto (el 28% con diagnóstico en el embarazo) y el 8% tuvo diagnóstico tardío, ya sea durante el trabajo de parto o en el puerperio (tabla 29).

Tabla 29. Distribución de las madres de acuerdo al momento de diagnóstico de VIH respecto del embarazo, partos en el sistema público de la CABA, 2003-2011

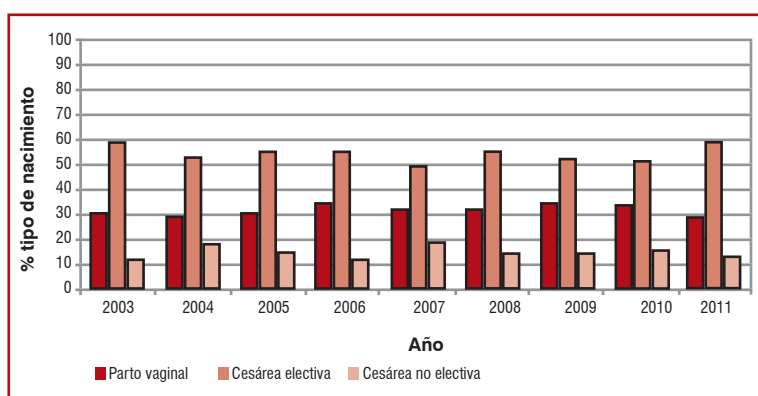
Momento	N°	%
Antes del embarazo	1.398	58,0
Embarazo previo	84	3,5
Durante el embarazo	676	28,0
Parto	124	5,1
Puerperio	69	2,9
Desconocido	59	2,4
Total	2.410	100,0

Como se observa en la tabla 30, pareciera haber una tendencia en descenso de los diagnósticos tardíos de VIH durante el trabajo de parto o el puerperio. Sin embargo, es importante tener en cuenta que, debido al retraso en la notificación, los datos correspondientes a los últimos años no están completos.

Tabla 30. Distribución anual del porcentaje de diagnósticos tardíos (trabajo de parto y puerperio) en hospitales públicos, CABA, 2003-2011

Año	Diagnóstico durante el trabajo de parto o en el puerperio
2003	10,4
2004	10,1
2005	7,4
2006	7,2
2007	9,5
2008	7,5
2009	6,4
2010	8,5
2011	4,1
Total	8,1

Gráfico 10. Distribución de partos en mujeres con VIH de acuerdo al tipo de nacimiento, hospitales públicos, CABA, 2003-2011



5.3. Información sobre el tipo de nacimiento

En relación con la modalidad de nacimiento, se realizó cesárea electiva en el 54%, parto vaginal en el 31% y cesárea no electiva en el 15% de los casos. La cesárea electiva predominó como modalidad de nacimiento durante todo el período (gráfico 10).

5.4. Profilaxis con antirretrovirales

Profilaxis prenatal

Casi el 83% de las mujeres recibió profilaxis con antirretrovirales durante el embarazo (tabla 31). Dentro del 15% que no realizó profilaxis prenatal, se incluye al 8% que recibió el diagnóstico de VIH durante el trabajo de parto o en el puerperio.

El porcentaje de mujeres que recibió profilaxis prenatal aumentó del 80% en 2003 al 87% en los últimos dos años (tabla 32).

Tabla 31. Distribución porcentual de los partos en mujeres con VIH de acuerdo al cumplimiento de profilaxis prenatal, CABA 2003-2011

Profilaxis prenatal	Nº	%
Sí	1.990	82,6
No	364	15,1
Sin datos	56	2,3
Total	2.410	100,0

Profilaxis intraparto y neonatal

El 90% recibió profilaxis intraparto (tabla 33) y casi el 95% de los recién nacidos iniciaron profilaxis con zidovudina en las primeras horas de vida (tabla 34) durante el período analizado. Sin embargo, no es posible determinar qué porcentaje de neonatos completó la profilaxis durante 6 semanas, según las recomendaciones vigentes.

Tabla 32. Distribución anual de los partos en mujeres con VIH de acuerdo al porcentaje que recibió profilaxis prenatal con ARV, CABA 2003-2011

Año	% que recibió profilaxis prenatal con ARV
2003	80,1
2004	82,3
2005	84,8
2006	84,0
2007	76,9
2008	80,9
2009	81,1
2010	87,0
2011	87,6
Total	82,6

Tabla 33. Distribución porcentual de los partos en mujeres con VIH de acuerdo al cumplimiento de profilaxis intraparto, CABA, 2003-2011

Profilaxis intraparto	Nº	%
Sí	2.168	90,0
No	164	6,8
Sin datos	78	3,2
Total	2.410	100,0

Tabla 34. Distribución porcentual de los partos en mujeres con VIH de acuerdo al cumplimiento de profilaxis neonatal, CABA 2003-2011

Profilaxis neonatal	Nº	%
Sí	2.291	95,1
No	13	0,5
Sin datos	106	4,4
Total	2.410	100,0

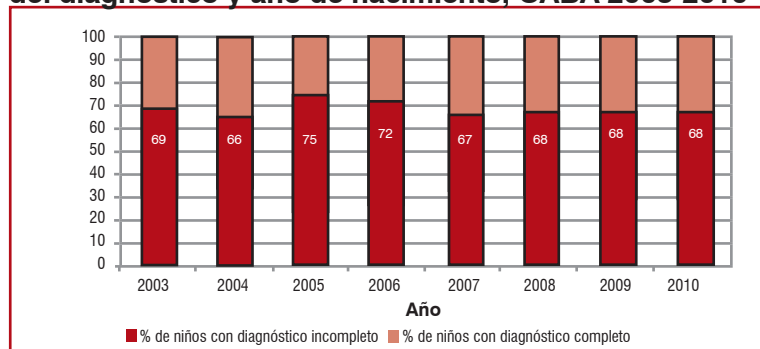
5.5. Tasa de transmisión vertical

Debido al retraso en el circuito de diagnóstico para los niños expuestos, se ve limitada la evaluación de la tasa de transmisión vertical en los últimos años. Es por eso que la tasa se expresa hasta el año 2010.

El máximo porcentaje de niños expuestos con diagnóstico completo fue del 75% durante todo el período (gráfico 11).

La tasa de transmisión perinatal global del período 2003-2010 fue de 4,76%. En la tabla 35 se describe la tasa de transmisión perinatal anual tomando como numerador y denominador el total de niños con resultado definitivo.

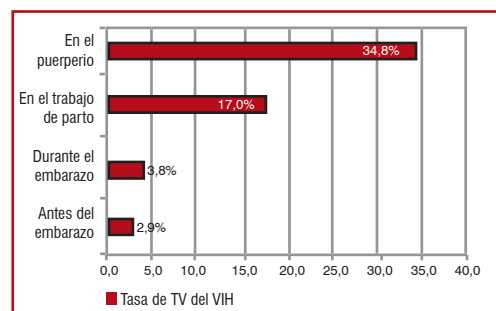
Gráfico 11. Distribución porcentual de los niños expuestos al VIH por transmisión vertical según estado del diagnóstico y año de nacimiento, CABA 2003-2010



5.6. Determinantes de la transmisión perinatal del VIH en la CABA

El diagnóstico tardío de VIH durante el trabajo de parto o puerperio fue uno de los determinantes más importantes de la transmisión perinatal del VIH durante el período, y alcanzó una tasa de 34,8% cuando el diagnóstico ocurrió en el puerperio (gráfico 12).

Gráfico 12. Tasa de transmisión perinatal según momento del diagnóstico, CABA, 2003-2011



El menor nivel de instrucción de las madres se correlacionó también con mayores tasas de transmisión del VIH (gráfico 13).

Con respecto a la profilaxis con ARV, la ausencia de profilaxis prenatal o intraparto determinó una mayor tasa de transmisión vertical del VIH (gráficos 14 y 15).

A pesar de que los datos de los últimos años deben tomarse como provisorios, en 2010 el número de casos de niños infectados se duplicó respecto del anterior, cuando la tasa de TV había descendido a menos del 2%. Esta tendencia en

Tabla 35. Tasas de transmisión vertical, CABA, 2003-2010

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Partos	316	317	277	268	247	267	270	247	2.209
Niños con resultados confirmados	217	208	208	193	165	183	184	168	1.526
Positivos	15	12	12	6	9	7	3	6	70
Tasa TV	6,91%	5,77%	5,77%	3,11%	5,45%	3,83%	1,63%	3,57%	4,58%

Gráfico 13. Tasa de transmisión perinatal según momento del diagnóstico, CABA, 2003-2011

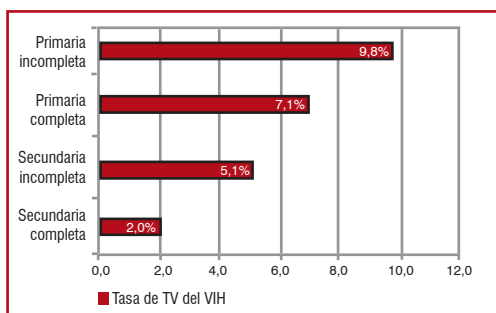


Gráfico 14. Tasa de transmisión perinatal según cumplimiento de profilaxis prenatal, CABA, 2003-2011

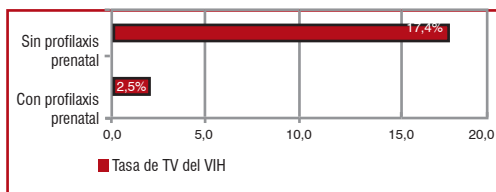
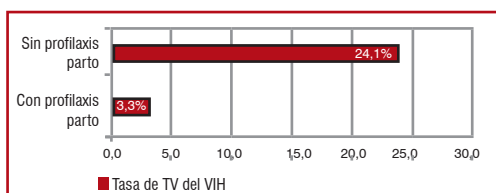


Gráfico 15. Tasa de transmisión perinatal según cumplimiento de profilaxis intraparto, CABA, 2003-2011



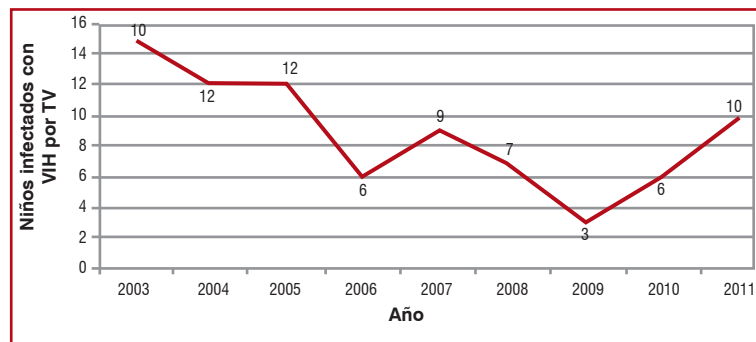
ascenso parece sostenerse ya que, si bien no se incluyen los casos de 2011 por no disponerse de los datos completos, los datos provistos por los laboratorios de referencia y las maternidades donde ocurrieron los partos registran, hasta el momento del cierre de este boletín, 10 nuevos casos de niños infectados en ese año (gráfico 16).

Al momento de la edición de este reporte, se dispone de los siguientes datos con respecto a los 16 casos de niños infectados por transmisión perinatal en el período 2010-2011:

- 9 de las 16 madres son residentes de la CABA;
- 9 no completaron la secundaria como máximo nivel de instrucción (5 de ellas sólo completaron la escuela primaria);
- 6 tuvieron diagnóstico de VIH durante el embarazo actual (durante el tercer trimestre), 4 tenían diagnóstico previo y 6 fueron diagnosticadas durante el trabajo de parto o puerperio. En las mujeres con diagnóstico previo de VIH, no hubo control del embarazo o éste fue irregular.

Si bien la implementación de acciones específicas impactó en la reducción de la transmisión vertical del VIH en la CABA, el incremento en el número de casos de niños infectados por esta vía en los últimos dos años requiere de una revisión urgente de las estrategias en curso para fortalecer la promoción del control del embarazo, el diagnóstico oportuno de VIH y la cobertura de la profilaxis prenatal en todas las embarazadas con VIH.

Gráfico 16. Distribución anual de los casos de transmisión perinatal del VIH según año de nacimiento, CABA 2003-2011



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

Tomando como base la información remitida por los hospitales, se confeccionó un padrón general de las personas sin obra social que reciben regularmente tratamiento antirretroviral (TARV) en los hospitales públicos de la ciudad.

6.1. Situación de las personas en tratamiento antirretroviral

Características generales y distribución por hospitales

En la ciudad de Buenos Aires, son 20 los hospitales públicos que brindan asistencia a personas con VIH. En diciembre de 2011, 11.060 personas en atención recibían tratamiento antirretroviral. Los hospitales Muñiz, Fernández, Ramos Mejía y Argerich concentran el 70% de las personas en tratamiento (tabla 36). El 40% de la población en tratamiento son mujeres y el 60%, varones. La mediana de edad global es de 43 años.

Tabla 37. Distribución porcentual de las drogas de uso más frecuente, CABA, diciembre de 2011

Droga	Distribución porcentual
Lamivudina (3TC)	69%
Zidovudina (AZT)	43%
Efavirenz (EFV)	42%
Tenofovir (TDF)	22%
Abacavir (ABC)	21%
Lopinavir/Ritonavir (LPV/RTV)	18%
Atazanavir (ATZ)	13%
Nevirapina (NVP)	12%
Fosamprenavir (FPV)	5%

Tabla 36. Distribución de las personas en tratamiento ARV según hospital de referencia, CABA, diciembre de 2011

Hospital	Pacientes con TARV	%
Álvarez	300	2,7
Argerich	841	7,6
Borda	26	0,2
Durand	364	3,3
Elizalde	189	1,7
Fernández	1.675	15,1
Ferrer	47	0,4
Gutiérrez	139	1,3
Moyano	8	0,1
Muñiz	3.695	33,4
Penna	309	2,8
Piñero	551	5,0
Pirovano	232	2,1
Ramos Mejía	1.441	13,0
Rivadavia	142	1,3
Santojanni	510	4,6
Sardá	26	0,2
Tornú	371	3,4
Vélez Sarsfield	74	0,7
Zubizarreta	120	1,1
Total	11.060	100,0

Drogas y esquemas de uso más frecuente

En Argentina se dispone de un total de 21 drogas antirretrovirales para el tratamiento de la infección por VIH. El análisis por uso individual demuestra que las drogas de uso más frecuente son lamivudina (3TC), zidovudina (AZT) y efavirenz (EFV) (tabla 37).

El análisis por familia de drogas demuestra que entre los Inhibidores Nucleosídicos de la Transcriptasa Inversa (INTI), la combinación AZT/3TC es la de uso más frecuente en más del 50%

de los casos. Entre los Inhibidores No Nucleosídicos de la Transcriptasa Inversa (INNTI), predomina EFV en el 77% de los casos y entre los Inhibidores de Proteasa (IP), la combinación LPV/RTV en casi el 50% (tabla 38).

El análisis por esquemas de tratamiento demuestra un uso predominante de combinaciones con INNTI en el 54% de de los casos (N=5868), y entre éstos el más utilizado es EFV (EFV=42% y NVP=13%). Entre los esquemas con NVP, casi la mitad incluyen la formulación combinada de NVP/3TC/AZT.

Los IP se prescriben en un 42% del total de los pacientes (N=4515). Un 4% no reciben IP ni INNTI.

Las combinaciones de drogas que son utilizadas con mayor frecuencia son EFV/3TC/AZT (23%), NVP/AZT/3TC (8%), LPV/RTV/AZT/3TC (7%), y ATZ/RTV/AZT/3TC (3,5%).

Combinaciones no recomendadas

Se detectó el uso combinaciones no recomendadas de antirretrovirales en 145 (1,3%) casos. Las combinaciones más frecuentes fueron D4T/DDI, DDI/TDF y TDF/AZT (gráfico 17).

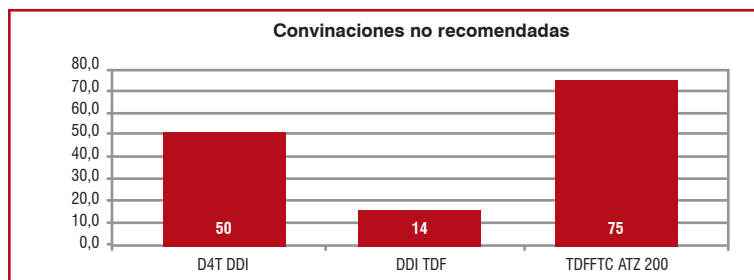
Esquemas de tercera línea

Hasta diciembre de 2011 hubo 314 pacientes con tratamiento de rescate (2,8%), y las drogas usadas en estos casos con más frecuencia fueron darunavir, raltegravir y etravirina (gráfico 18). El porcentaje de pacientes con rescate se triplicó en comparación a lo informado en el año 2008, cuando era menor al 1%.

Tabla 38. Distribución de los esquemas indicados según familia de drogas, CABA, diciembre de 2011

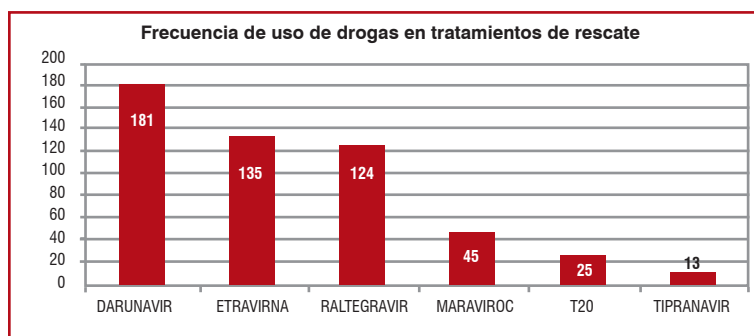
Familia	Droga	N	%
INTI	AZT + 3TC	5.218	52
	AZT + ABC	1.467	15
	TDF	2.417	24
	D4T + 3TC	434	4
	D4T + otro INTI	380	4
	DDI + otro INTI	179	2
INNTI	EFV	4.494	77
	NVP	1.348	23
IP	LPV/RTV	1.916	49
	ATZ	1.432	37
	FPV	562	14

Gráfico 17. Distribución de los esquemas con combinaciones no recomendadas de drogas, CABA, diciembre de 2011



D4T=stavudina, DDI=didanosina, TDF=tenofovir, FTC=emtricitavina, ATZ=atazanavir.

Gráfico 18. Distribución de los esquemas de tercera línea drogas, CABA, diciembre 2011



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

- En esta población predomina el uso de esquemas con INNTR.
- La mayor parte de los pacientes se encuentra recibiendo tratamiento de primera línea.
- La combinación de TARV más prescrita es un INNTR + AZT/3TC.
- La combinación de los nucleosídicos AZT/3TC continúa siendo la base de la mayoría de los tratamientos antirretrovirales, seguida por las que incluyen TDF.
- Se observa una baja frecuencia de uso de drogas de última generación, lo que permite inferir un bajo índice de fallo grave en la población de personas con tratamiento ARV provisto por el sistema público de salud.
- Sin embargo, el porcentaje de pacientes con regímenes de rescate se triplicó con respecto al análisis realizado en el año 2008.
- El uso de antirretrovirales es, en general, racional de acuerdo con las recomendaciones nacionales e internacionales.

6.2. Determinaciones de carga viral de VIH y recuento de CD4

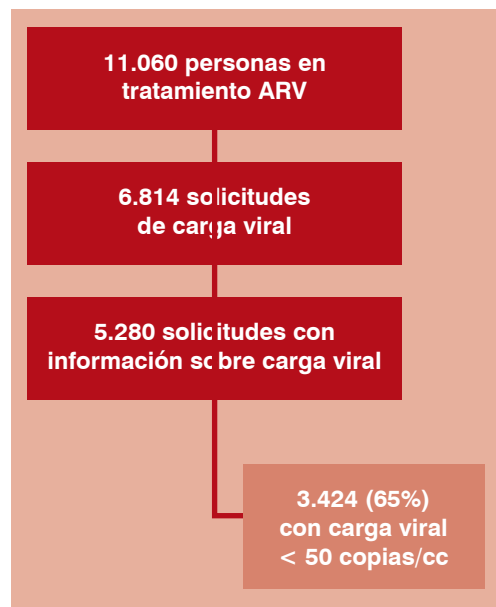
Si bien los datos actualmente disponibles no permiten hacer un seguimiento en tiempo real de las personas en tratamiento antirretroviral, el análisis de los resultados de las determinaciones de carga viral (CV) de VIH y del recuento de células CD4 permite

obtener una aproximación al estado de la eficacia del tratamiento antirretroviral en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires.

Durante 2011 se gestionaron 9872 solicitudes de estudios de carga viral para VIH, remitidas desde 17 hospitales de la CABA. No se incluye a los hospitales Sardá, Gutiérrez ni Elizalde, ya que las determinaciones en población pediátrica y en mujeres embarazadas no requieren autorización previa.

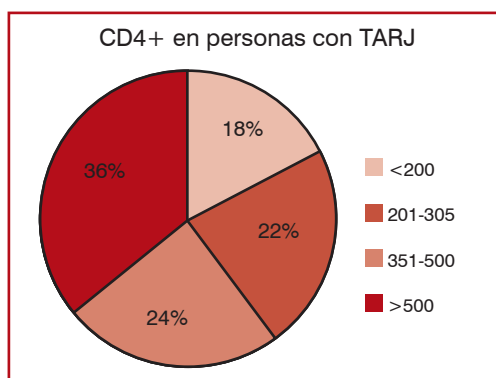
Del total de solicitudes, 6814 correspondieron a pacientes en tratamiento antirretroviral, y de éstas 5286 pedidos tenían información sobre la carga viral previa. Según estos datos, 3424 (65%) pacientes bajo tratamiento antirretroviral tenían carga viral indetectable ($\log < 1,7$) (gráfico 19).

Gráfico 19. **Solicitudes de CV y porcentaje de personas bajo tratamiento con carga viral indetectable. CABA 2011**



Se obtuvo información con respecto a la situación inmunológica en 6086 casos, de los cuales 5477 habían iniciado tratamiento ARV. El recuento de CD4+ fue mayor a 500 cel/cc en el 36% las personas bajo tratamiento ARV (gráfico 20).

Gráfico 20. Distribución porcentual de las personas bajo tratamiento según nivel de CD4+- CABA 2011



6.3. Atención farmacéutica de las personas con VIH

Como parte de las estrategias para garantizar el acceso a la atención integral de las personas con VIH/sida (PVS) en el ámbito hospitalario y territorial, la Coordinación Sida gestiona la distribución de los medicamentos antirretrovirales que provee la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación. Esta medicación se distribuye entre las farmacias de los hospitales públicos de la CABA donde se realiza la gestión logística (elaboración del pedido, recepción, almacenamiento y control de stock),

la dispensación y la atención farmacéutica propiamente dicha.

Para conocer la situación con respecto a los recursos disponibles para la atención de las PVS en estas farmacias, se realizó en 2010 un diagnóstico instrumentado a través de una encuesta, que indagaba también aspectos concretos de la atención farmacéutica. Se solicitó, además, la opinión tanto de los jefes de Farmacia como de los farmacéuticos asignados a esta actividad, referida a dificultades, facilitadores percibidos y propuestas de mejora.

Participaron 17 de las 20 farmacias de los hospitales de la CABA que realizan atención de PVS. Se presentan aquí los resultados de esta encuesta que describe la situación de las farmacias para el período 2010-2011.

En lo referido a recursos humanos, en casi la totalidad de las farmacias, los farmacéuticos asignados a la atención de las PVS, tanto para la dispensación como para la gestión de la medicación, cumplen múltiples funciones dentro del servicio. Ninguna de las farmacias cuenta con personal técnico, sólo tres tienen personal administrativo asignado y sólo en una hay personal de estiba.

En 15 de los hospitales se cuenta con un padrón de pacientes (en 8 elaborado por el servicio prescriptor, en cinco por el servicio de farmacia y en dos en forma conjunta). En 11 hospitales el pedido de medicación es realizado por las farmacias, en 4 se realiza en forma conjunta y sólo en dos lo realiza el servicio prescriptor.

La comunicación entre los diferentes efectores ante problemas de provisión de medicación es buena, y se han elaborado estrategias conjuntas para

asegurar la continuidad del acceso al tratamiento de las PVS atendidas.

Si bien la medicación se entrega por 30 días, en la mayoría se contemplan excepciones. A pesar del recurso humano limitado, el horario de atención es amplio, extendido de lunes a viernes y más de cinco horas al día, en casi la totalidad de las farmacias.

En cuanto a los recursos físicos, más de la mitad de las farmacias cuentan con un área de almacenamiento exclusivo para la medicación antirretroviral, 15 cuentan con soporte informático para la gestión de stock y seguimiento del retiro de medicación, pero el equipamiento informático disponible es escaso: menos de un tercio de las farmacias refiere contar con una cantidad suficiente de computadoras.

Si bien para la amplia mayoría de los jefes de farmacia la atención de la PVS es una oportunidad de desarrollo, no disponen de las horas profesionales necesarias para garantizar una óptima atención.

En referencia a la dispensación y atención farmacéutica, en todas las farmacias la medicación es entregada por farmacéuticos, y existe una gran variabilidad en cuanto a la función del farmacéutico asignado (planta o guardia). En el momento de la dispensa se brinda información sobre la toma de medicación, acompañada en algunos casos por información escrita. Tres farmacias tienen un área exclusiva destinada a la atención de las PVS.

Menos de un tercio de las farmacias realizan un control sistemático de la adherencia al tratamiento antirretroviral y sólo dos realizan el seguimiento de la farmacoterapia de los pacientes. Las intervenciones farmacéuticas son ampliamente valoradas por el equipo

de salud que participa en el cuidado y la atención de las PVS.

Un poco menos de la mitad de las farmacias llevan a cabo actividades docentes. En cuanto a la producción científica y/o de investigación han presentado y/o publicado trabajos menos de un tercio. Sólo una farmacia refiere haber elaborado material informativo para la comunidad hospitalaria a la que pertenece.

Reflexiones

En la totalidad de los hospitales que respondieron, la gestión y dispensación de la medicación está bajo la responsabilidad de un farmacéutico asignado a esa función, lo que implica una elevada calidad de atención. La atención de las PVS es vista como una oportunidad de desarrollo para más de los dos tercios de los jefes de farmacia encuestados.

Sin embargo, la falta de recursos humanos es un obstáculo importante ya que de las 17 farmacias que respondieron menos de la mitad realizan seguimiento de la adherencia al tratamiento antirretroviral y sólo dos hacen seguimiento farmacoterapéutico, actividades para las cuales el tiempo profesional es imprescindible e indelegable.

Los resultados de esta encuesta demuestran la necesidad de ampliar la disponibilidad de recursos para garantizar la calidad de la intervención farmacéutica y contar con equipos multidisciplinarios de atención para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral.

La disponibilidad de personal de apoyo para la actualización de los registros, el almacenamiento, reposición y control de stock de la medica-

ción permitiría optimizar las funciones indelegables del farmacéutico vinculadas a la adecuación de las pautas de administración e interacción con las PVS para prevenir, detectar y corregir problemas de adherencia en el marco de un circuito fluido de comunicación con el equipo asistencial.

7. Acceso al diagnóstico de VIH en la ciudad de Buenos Aires

La presente sección presenta los datos de gestión de reactivos de laboratorio para el diagnóstico de infección, la información del Sistema de Vigilancia Laboratorial, la producción global de los Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico (CePAD) y un conjunto de experiencias vinculadas al acceso al diagnóstico.

7.1. Gestión de insumos para el diagnóstico de VIH en la CABA

La Coordinación Sida gestiona de manera centralizada los insumos para la cobertura de 20 laboratorios hospitalarios para el diagnóstico de VIH y el seguimiento de personas con VIH-sida (PVS).

El proceso de gestión incluye la estimación anual para la presentación del presupuesto, para lo que se toma en consideración las necesidades acordadas con el equipamiento del que dispone cada laboratorio.

Para la adquisición anual, se toman datos del consumo del año anterior, de la cantidad de diagnósticos realizados y de las campañas de testeo programadas.

Para el año 2011, se había estimado una necesidad de insumos para 120.000 diagnósticos de VIH. Durante 2011, se distribuyeron:

- 95.500 determinaciones de tamizaje de VIH
- 15.800 test rápidos de VIH para mujeres en trabajo de parto sin diagnóstico prenatal
- 2784 determinaciones de reactivos para diagnóstico pediátrico y

para el seguimiento de niños infectados por VIH

- 2916 determinaciones para la confirmación del diagnóstico de VIH (Western Blot).
- Con estos reactivos se realizaron las siguientes prestaciones:
- 88.878 diagnósticos de VIH (1659 resultados reactivos)
- 358 diagnósticos en niños expuestos al VIH por transmisión perinatal (9 diagnósticos de infección por transmisión vertical)
- 647 diagnósticos de adultos en estudio (diagnósticos incompletos en personas que no completaron el algoritmo de confirmación)
- 1252 cargas virales para el seguimiento de niños infectados por VIH

¿Qué significan estos números en términos de ampliación de la oferta de diagnóstico?

De acuerdo a la información de la Dirección de Estadísticas y Censos del Ministerio de Hacienda del GCABA, durante 2011 se realizaron 9.379.171 consultas en los hospitales públicos de la CABA, 6.802.154 (72%) en hospitales generales de agudos. De las consultas realizadas a hospitales generales, 4.777.645 (70%) correspondieron a consultas de consultorio externo y 2.024.509 (30%) a servicios de emergencia¹.

En este contexto, las 88.878 personas que se testearon para VIH durante 2011 alcanzan a menos del 1% de las consultas realizadas. Si tenemos en cuenta que a nivel nacional se estima que un 40% de las personas in-

¹ - Ministerio de Hacienda del GCABA. Dirección General de Estadísticas y Censos. Anuario Estadístico 2011

fectadas no conocen su serología, los datos dan cuenta de la necesidad de fortalecer políticas orientadas a facilitar el testeo.

7.2. Datos del Sistema de Vigilancia Laboratorial (SIVILA)

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

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

A partir del condensado que brinda información de la notificación agrupada, obtuvimos los siguientes datos parciales con respecto a los test de VIH realizados durante el año 2011 en los laboratorios de los hospitales Santojanni, Penna, Muñoz y Álvarez. Los resultados catalogados como “reactivos” corresponden a muestras confirmadas con test de Western Blot (tabla 38).

Tabla 38. **Distribución de test de VIH realizados y registrados en el SIVILA en hospitales seleccionados y resultados reactivos según sexo y condición de embarazo, CABA, 2011**

2011	Hombres	Mujeres	Embarazadas	Total
Total	7.352	9.288	11.651	28.291
Reactivos	536	251	28	815
Prevalencia de VIH	7,3	2,7	0,24	2,9

En esta muestra de 28.291 testeos reportados al SIVILA, se detectaron 815 diagnósticos de infección por VIH (812 en adultos y 3 en niños infectados por transmisión vertical).

El predominio de las mujeres en la población testada se vincula fundamentalmente con la universalización del testeo en el embarazo. La diferencia en el número de infecciones detectadas en la población de embarazadas con respecto al año anterior, probablemente esté sesgada por la discontinuidad en la carga de datos por parte de hospitales con mayor prevalencia.

7.3. Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico (CePAD)

Los CePAD se crearon en el año 2001 como dispositivos para facilitar el acceso al test de VIH con asesoramiento en la CABA. Desde entonces, se han creado, en forma progresiva, 26 CePAD, de los cuales 23 se encuentran en funcionamiento en la actualidad. De éstos, 18 desarrollan sus actividades en centros de salud (CeSAC), tres en hospitales públicos,

uno en un sindicato docente (UTE-CTERA) y otro en una ONG donde acuden, prioritariamente, hombres gay (Nexo AC).

En este apartado se presentará la información disponible sobre las personas que realizaron el test de VIH por demanda espontánea durante 2011. Para la descripción general, se incluyen los testeos realizados a embarazadas en algunos CePAD que realizan actividades específicas para esta población.

Se incluyen, también, los datos del Servicio de Infectología del hospital Fernández donde funciona un espacio diferenciado de asesoramiento y testeo para satisfacer la demanda espontánea.

No se informarán datos de los CE-SAC 44 y 19 dado que comenzaron sus actividades durante 2012.

Durante el año 2011 se realizaron en los CePAD 7501 testeos por demanda espontánea y 1631 en embarazadas (tablas 39 y 40).

Tabla 39. Distribución de la población testada por demanda espontánea según CePAD, CABA, 2011

CePAD	Nº test para VIH
CeSAC 2	357
CeSAC 5	70
CeSAC 7	101
CeSAC 9	336
CeSAC 13	97
CeSAC 15	148
CeSAC 18	13
CeSAC 20	63
CeSAC 22	82
CeSAC 24	106
CeSAC 29	61
CeSAC 33	505
CeSAC 35	152
CeSAC 38	230
CeSAC 39	314
CeSAC 40	31
CeSAC 41	118
UTE-CTERA	134
Nexo AC	1.002
Hospital Tornú	673
Hospital Piñero	592
Hospital Ramos Mejía	1.389
Hospital Fernández	927
Total	7.501

Tabla 40. Distribución de la población de embarazadas testeadas según CePAD, CABA, 2011

CePAD	Nº test para VIH
CEPAD	Embarazadas
CeSAC 2	135
CeSAC 5	132
CeSAC 7	274
CeSAC 9	540
CeSAC 22	93
CeSAC 29	4
CeSAC 33	36
CeSAC 35	16
CeSAC 39	6
CeSAC 41	278
Hospital Tornú	13
Hospital Ramos Mejía	104
Total	1.631

Características de la población testada por demanda espontánea

Dado que el circuito predominante en los CePAD es la población que concurre por demanda espontánea, el análisis se centrará en las características de este grupo.

Debido al acceso facilitado al colectivo de varones gay y personas

trans, la información sobre la población testeada en Nexo se analizará en un apartado específico.

Excluyendo a la población testeada en Nexo, se obtuvo información sobre género en 5830 personas: 51% hombres y 41% mujeres. El análisis de la distribución por género muestra predominio masculino en el 50% de los centros, que permite evidenciar el impacto de estrategias implementadas en algunos de ellos para facilitar el acceso a la población masculina, habitualmente no priorizada en el sistema de salud (tabla 41).

El análisis de la distribución de la población por sexo y edad muestra que casi el 70% de la población que realizó el test durante 2011 tenía entre 20 y 40 años (tabla 42). No se observaron mayores diferencias entre varones y mujeres (gráfico 21).

Retiro de resultados

Si bien el porcentaje global de resultados retirados fue de 88,6%, se observan diferencias entre los centros analizados (tabla 43).

Datos sobre prevalencia de infección por VIH

En la tabla 44 se detallan los datos de prevalencia de personas con diagnóstico confirmado de infección por VIH entre la población que demandó atención espontáneamente. Sólo se incluyeron los CePAD donde hubo resultados reactivos. La prevalencia en todos estos centros es más alta que la de la población general de nuestro país, estimada en 0,4%. La prevalencia elevada de resultados reactivos en los CePAD de hospitales podría corresponder a la mayor frecuencia de consulta de personas en estadios sintomáticos.

Tabla 41. Distribución por género, testeos por demanda espontánea en CePAD, CABA, 2011

Centro	Varones	Mujeres	Razón H/M
CeSAC 2	173	142	1,2
CeSAC 5	35	33	1,1
CeSAC 7	59	40	1,5
CeSAC 9	212	208	1,0
CeSAC 13	55	42	1,3
CeSAC 15	86	62	1,4
CeSAC 18	7	4	1,8
CeSAC 20	14	49	0,3
CeSAC 22	41	40	1,0
CeSAC 24	27	74	0,4
CeSAC 29	10	50	0,2
CeSAC 33	270	235	1,1
CeSAC 35	72	103	0,7
CeSAC 38	130	90	1,4
CeSAC 39	178	129	1,4
CeSAC 40	10	22	0,5
CeSAC 41	69	49	1,4
UTE-CTERA	67	67	1,0
Hospital Piñero	291	219	1,3
Hospital Ramos Mejía*	382	391	1,0
Hospital Tornú	341	325	1,0
Hospital Fernández	570	357	1,6
Total	3.099	2.731	1,1

* Estos datos corresponden a un solo semestre del año.

Tabla 42. Distribución de testeos según sexo y edad, demanda espontánea en CePAD, CABA, 2011

Sexo	Edad						Total
	<14	15-19	20-29	30-39	40-49	>50	
Mujeres	23	337	995	706	337	234	2.632
Varones	29	272	1.257	880	363	292	3.093
Total	52	609	2.252	1.586	700	526	5.725
%	0,9	10,6	39,3	27,7	12,2	9,2	100,0

Gráfico 22. Distribución de testeos según sexo y edad, demanda espontánea en CePAD, CABA, 2011

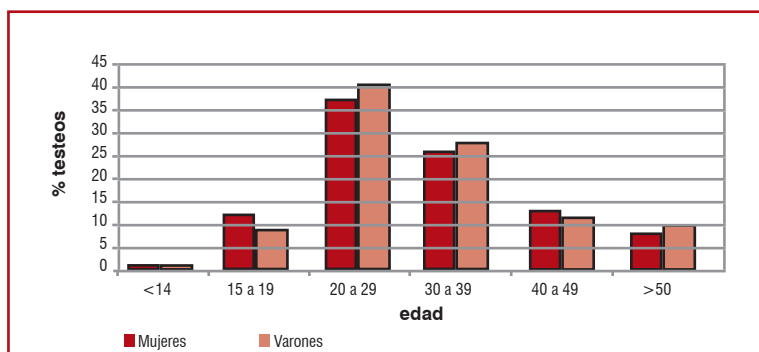


Tabla 43. Porcentaje de retiro de resultados según CePAD, CABA, 2011

CEPAD	Nº de testeos	Nº de resultados retirados	% retiro
CeSAC 2	357	338	94,7
CeSAC 5	70	56	80,0
CeSAC 7	101	82	81,2
CeSAC 9	336	225	67,0
CeSAC 13	97	87	89,7
CeSAC 18	13	8	61,5
CeSAC 20	63	56	88,9
CeSAC 22	82	56	68,3
CeSAC 24	97	85	87,6
CeSAC 29	61	59	96,7
CeSAC 33	505	484	95,8
CeSAC 35	152	117	77,0
CeSAC 38	230	200	87,0
CeSAC 39	314	277	88,2
CeSAC 40	31	26	83,9
CeSAC 41	118	96	81,4
UTE-CTERA	134	115	85,8
Hospital Tornú	673	545	81,0
Hospital Piñero	592	513	86,6
Hospital Ramos Mejía	1.389	1.118	80,5
Hospital Fernández	927	927	100,0
Total	6.342	5.470	86,3

Tabla 44. Prevalencia de resultados reactivos de los CEPAD, CABA, 2011

CEPAD	Nº testeos	Nº de resultados reactivos	Prevalencia VIH (%)
CeSAC 2	357	5	1,4
CeSAC 9	336	3	0,9
CeSAC 13	97	4	4,1
CeSAC 15	148	4	2,7
CeSAC 20	63	1	1,6
CeSAC 24	97	2	2,1
CeSAC 29	61	1	1,6
CeSAC 33	505	15	3,0
CeSAC 35	152	2	1,3
CeSAC 38	230	6	2,6
CeSAC 39	314	12	3,8
CeSAC 40	31	2	6,5
CeSAC 41	118	1	0,8
UTE-CTERA	134	2	1,5
Hospital Tornú	673	29	4,3
Hospital Piñero	592	43	7,3
Hospital Ramos Mejía	1.389	51	3,7
Hospital Fernández	927	74	8,0
Htal. Piñero	567	52	9,17
Htal. Fernández	909	77	8,47
Htal. Piñero	567	494	87,13
Total	6.124	5.383	88,19

Prevalencia de VIH en sitio centinela para población GTB

Nexo AC es una organización no gubernamental donde históricamente han concurrido a testearse varones gay y otros hombres que tienen sexo con hombres, por lo cual provee información como sitio centinela de esta población. En los últimos años la

organización hizo un convenio con la Asociación de Travestis, Transexuales y Transgénero de Argentina (ATTTA), con lo cual se amplió la oferta de testeo a personas trans masculinas y femeninas.

Durante el año 2011 se realizaron 1002 test para VIH: 902 en varones, 39 en trans femeninas y 61 en trans masculinos (tabla 45). El porcentaje global de retiro de resultados fue de 97,8% (980/1002).

La prevalencia de infección por VIH fue de 9,2% en la población de varones gays y otros hombres que tienen sexo con hombres y de 23% en las trans femeninas. No se registraron casos reactivos entre los trans masculinos.

7.4. Experiencias de equipos de salud vinculadas con el acceso al diagnóstico de VIH

Acceso integral a la salud de personas trans en el CeSAC 9

(Claps, L.; Deguer, C.; García, D.; Mallo, V.; Revale, F.; Reynoso, M. / CeSAC N° 9 y Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud, RIEpS)

La RIEpS cuenta desde 2009 con una sede formadora en el Área Programática del Hospital Argerich de la CABA, y desde 2010 se incorporó en algunas actividades y dispositivos del CeSAC N° 9.

A partir del creciente número de consultas de personas trans en los espacios de CePAD y Enfermería, surgió en el equipo la necesidad de implementar estrategias para promover un abordaje integral de la salud en esta población.

Tabla 45. Distribución de la población testada en NEXO, según género y edad, NEXO AC, 2011

Edad	Varones		Trans femeninas		Trans masculinos	
	N	%	N	%	N	%
15-19	22	2,4	0		0	
20-29	465	51,6	15	38,5	43	70,5
30-39	249	27,6	18	46,2	7	11,5
40-49	111	12,3	6	15,4	9	14,8
> 50	55	6,1	0	0,0	2	3,3
Total	902	100,0	39	100,0	61	100,0

En un trabajo conjunto con la organización 100% Diversidad y Derechos, se inició el proyecto "Acceso a la salud integral de personas trans: travestis, transexuales y transgénero".

En el marco de este proyecto, durante 2011 se testearon 19 personas trans femeninas, 5 de ellas con sus parejas. Hasta septiembre de 2012 se acercaron 17 mujeres trans: 15 vinieron a testearse y 2 vinieron por consultas médicas (no hicieron el test). Es importante destacar que 10 volvieron a buscar el resultado del test, de las cuales 2 vinieron en más oportunidades para realizar otras consultas. Asimismo, 2 completaron el tratamiento de sífilis.

De la demanda espontánea a la oferta activa en el marco de la consejería abreviada (Hospital Rivadavia)

(Fungueirino, M.; Chiozza, M. L.; Mussari, C.; Pablos, S. M.; Remonte, M. L.; Rodríguez, M.)

Con el objetivo de mejorar la accesibilidad a las pruebas de VIH, se realizaron talleres de consejería abreviada con los usuarios que concurren al laboratorio de análisis clínicos del Hos-

pital Rivadavia a realizarse estudios de rutina, para ofrecer en ese marco la realización del test de VIH. La actividad fue realizada por un equipo interdisciplinario integrado por bioquímicas y trabajadoras sociales, los miércoles por la mañana.

Entre abril y octubre de 2012, participaron de los talleres 1610 personas mayores de 14 años.

De los 1610 participantes, 410 (25,5%) aceptaron hacer el test de VIH: 340 (83%) mujeres y 70 (17%) hombres, con un promedio de edad de 44,5 años. El 51% fueron residentes de la CABA y 49%, de la provincia de Buenos Aires.

Tres de las personas testeadas tuvieron un diagnóstico positivo, confirmado por Western Blot, lo cual define una prevalencia en esta muestra de 0,49%.

El 49,8% de los usuarios realizaba el test de VIH por primera vez.

El porcentaje de retiro de resultados fue del 98%.

En esta experiencia, la modalidad del taller con consejería abreviada fue una herramienta fundamental para la sensibilización de los usuarios respecto de la problemática del VIH, ya que permitió brindar información completa acerca de las vías de transmisión, estrategias preventivas, interpretación de los posibles resultados del test, ventajas del inicio oportuno del tratamiento antirretroviral así como, además, dar respuesta a todas las dudas planteadas por los participantes.

La entrega de material gráfico con información precisa sobre el VIH, además de preservativos y gel, a los presentes, favoreció que todos se llevaran información y medios de prevención, accedieran o no a la realización de la prueba.

Es de resaltar que la edad promedio de la muestra que accedió al testeo en este estudio (44,5 años) coincide con la franja etaria más afectada por el diagnóstico tardío, en etapas sintomáticas de la infección.

El acceso de la población masculina al testeo de VIH-sida desde un enfoque de género y salud

(Berra, A.; Kargieman, S.; Murray, M. / CeSAC Nº 7, Área Programática del Hospital Santojanni)

Este estudio descriptivo fue realizado por el equipo de CePAD del CeSAC Nº 7, con el objetivo de describir las características de la población masculina que accedió al test de VIH durante el período 2010-2011. Durante este período, el CePAD implementó la estrategia de ofrecer el test de VIH con asesoramiento a las parejas masculinas de las mujeres embarazadas que acudían al centro para el control prenatal.

Se utilizó el análisis de las entrevistas pre y postest del CePAD y un cuestionario para la recolección de datos sociodemográficos e información sobre conocimientos y prácticas en relación con el VIH.

En el período estudiado, 102 hombres realizaron el test de VIH. El 75,5% tenía entre 15 y 29 años de edad.

Casi un tercio de los usuarios (32,35%) vive en el Barrio Piedrabuena, donde se encuentra ubicado el centro de salud; un 23,52%, en la zona de Villa Madero, en la Provincia de Buenos Aires pero muy cercana al centro; un 9,80% en el barrio INTA (ex Villa 19); un 16,66% proviene de otras zonas de villa de la CABA, principalmente de Villa 15 (conocida como

Ciudad Oculta) y un 8,76% de otros barrios. Es importante destacar que la mayoría de la población que reside en las áreas de influencia del centro de salud es población migrante. El 44% no completó la educación secundaria como máximo nivel de instrucción y el 24,50 % no tiene trabajo. Entre el 72,5% que refirió tener trabajo predomina el trabajo informal.

El 77,45% de los hombres entrevistados concurren a hacer el test de VIH ofrecido en forma activa por el equipo de salud por ser pareja de una mujer embarazada. Solo el 21,56% concurre a hacer el test en forma espontánea.

Al momento de la entrevista, casi el 64% de los entrevistados mostró un nivel “malo” o “regular” de conocimiento sobre las formas de prevención y transmisión del VIH.

Los resultados de este estudio refuerzan la necesidad de ampliar la oferta del test de VIH a los varones, no sólo como estrategia de prevención de la transmisión vertical sino también para contribuir a lograr un diagnóstico oportuno en esta población con alto grado de vulnerabilidad para el diagnóstico tardío.

Este tipo de estrategias contribuyen a sensibilizar a los equipos en la necesidad de incorporar la perspectiva de género en sus prácticas y en la generación de proyectos de intervención e investigación.

8. Síntesis

LSi bien en la última década la epidemia de VIH en la ciudad de Buenos Aires se encuentra estabilizada, el retraso en la notificación de casos limita la interpretación de tendencias de los últimos años.

Mientras que los datos de los laboratorios de los hospitales públicos de la CABA muestran que en 2011 se realizaron 1659 diagnósticos de VIH, sólo se recibieron 1071 notificaciones de personas diagnosticadas en ese año. Para interpretar esta información es necesario considerar que no todas las personas diagnosticadas en estos laboratorios iniciarán un seguimiento clínico en el mismo año o en servicios de salud del ámbito público porteño.

Con respecto a las instituciones notificantes (cuyo número permanece constante), ha ocurrido una transición durante el período 2003-2011, ya que mientras en 2003 sólo el 15% de las notificaciones provenía del sector privado y de obras sociales, en 2011 esta proporción alcanza el 47%, lo cual permite ofrecer una descripción más amplia de las características de la epidemia en la ciudad.

Aproximadamente la mitad de las personas en seguimiento notificadas residen en el conurbano bonaerense lo cual permite hacer una aproximación de las características de la epidemia en el área metropolitana.

La razón hombre/mujer muestra una tendencia en ascenso, especialmente en la franja etaria que supera la edad fértil.

La proporción de personas con más de 40 años al momento del diagnóstico subió de 22% en 2003 a 33% en 2011 y específicamente en las de más de 50 del 8 al 13%, lo cual demuestra la necesidad de implemen-

tar estrategias preventivas dirigidas a esta población.

Sólo el 39% de las personas mayores de 18 años completaron la escuela secundaria, porcentaje menor al 55% de la población argentina de entre 20 y 29 años que registró el censo 2010.

El porcentaje de personas con obra social o prepaga se duplicó entre 2003 y 2011, lo cual habla de un cambio en el perfil socioeconómico de las personas infectadas.

La vía de transmisión preponderante continúa siendo la sexual, con la particularidad de que en la población masculina de residentes de la CABA predomina la transmisión a través de relaciones sexuales desprotegidas con otros hombres.

El porcentaje de personas con diagnóstico durante etapas sintomáticas de la infección ronda entre el 35 y 40% durante el período. La mayor proporción de hombres con diagnóstico tardío probablemente refleje la mayor oportunidad de diagnóstico en las mujeres vinculada a las estrategias de control prenatal.

La tasa de mortalidad por sida continúa en descenso pero con diferencias entre comunas: los valores más altos se registran en la región sur donde confluyen los indicadores socioeconómicos menos favorables.

Un dato preocupante es el aumento en el número de niños infectados por transmisión perinatal, con duplicación de la tasa de transmisión entre 2009 y 2010. El diagnóstico durante el trabajo de parto y el puerperio, el control inadecuado del embarazo y la falta de profilaxis prenatal son determinantes de la transmisión que muestran el impacto del debilitamiento de

las estrategias de acceso a los servicios en el primer nivel de atención.

La distribución de los esquemas de antirretrovirales en el padrón de personas en tratamiento muestra un alto acatamiento a las recomendaciones de tratamiento vigentes. Si bien el porcentaje distribuido de esquemas de antirretrovirales para personas con virus con alto nivel de resistencia es bajo (2,8%), este valor se duplicó con respecto al publicado en el último boletín y refuerza la necesidad de implementar programas para facilitar la adherencia al tratamiento.

El impacto de la universalización de la oferta de testeo durante el embarazo se observa en el predominio de la población femenina en los datos de laboratorio reportados.

El análisis de la información de los CePAD muestra cómo estos dispositivos han facilitado el acceso al diagnóstico en grupos vulnerables y en la población masculina.

La descripción de experiencias novedosas para promover el diagnóstico oportuno demuestra la preocupación de los equipos por la persistencia de altos porcentajes de personas diagnosticadas en etapas sintomáticas de la infección.

Coordinación editorial

Adriana Durán.

Contenidos

Ana Arévalo, Luciana Betti, Adriana Durán, Aldo Maranzana, María Inés Morales, Marisa Nan, Silvina Vulcano.

Edición y corrección

Malala Carones.

Diseño

Andrés Venturino (OPS/OMS Argentina).

Integrantes de la Coordinación Sida

Ana Arévalo (psicóloga)
Luciana Betti (trabajadora social)
Malala Carones (periodista)
Evelina Carrizo (trabajadora social)
Blanca Carrozzi (antropóloga)
Mariela Cuadrado (administrativa)
Gastón De Simone (administrativo)
Adriana Durán (médica clínica)
Graciela Fernández Cabanillas (psicóloga)
Luciana Goldín (administrativa)
Adrián Gómez (administrativo)
María Inés Guarella (administrativa)
Silvana Lecce (administrativa)
Luciana Marachlian (administrativa)
Aldo Maranzana (médico infectólogo)
Grisela Minissale (administrativa)
María Inés Morales (farmacéutica)
Marisa Nan (bioquímica)
Sebastián Nardi (administrativo)
Patricia Orge (licenciada en educación)
Fabián Portnoy (médico generalista)
Alejandro Román (administrativo)
Darío Serantes (profesor)
Florencia Vulcano (bioquímica)
Silvina Vulcano (médica tocoginecóloga)

Agradecimientos

- Marcelo Vila, OPS/OMS Argentina (asesoramiento técnico).
- Dirección de Estadísticas del Ministerio de Hacienda del Gobierno de la Ciudad (datos de mortalidad por sida en la CABA).
- Servicios de Infectología, Farmacia y otros equipos de atención de PVS en la CABA (situación epidemiológica del VIH en la CABA).
- Equipos de prevención de la transmisión perinatal del VIH de los hospitales públicos de la CABA (situación de la transmisión perinatal del VIH).
- Unidad de Virología del Hospital Muñiz, Instituto de Investigaciones Biomédicas en Retrovirus y Sida –ex CNRS– (diagnóstico perinatal).
- Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico (CePAD); Laboratorios de los hospitales públicos de la CABA (Situación del diagnóstico de VIH en la CABA).
- Nexo AC, ATTTA (situación del diagnóstico en población GTB).

Coordinación Sida

Ministerio de Salud - GCBA

Donato Álvarez 1236, 1º piso

4581-5766

coordinacionsida@buenosaires.gob.ar

www.buenosaires.gob.ar/areas/salud

Prevención (territorial, diversidades, hospitalaria, centros de testeo),
Epidemiología e investigación, Gestión de reactivos para diagnóstico
5197-2842

Logística de medicamentos y cargas virales, Secretaría
51972438