

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

Diciembre / 2015



Buenos
Aires
Ciudad



EN TODO
ESTÁS VOS

Horacio Rodríguez Larreta

Jefe de Gobierno

Diego Santilli

Vice Jefe de Gobierno

Felipe Miguel

Jefe de Gabinete

Ana María Bou Pérez

Ministra de Salud

Horacio Daniel Boggiano

Subsecretario Atención Primaria,
Ambulatoria y Comunitaria

Daniel Carlos Ferrante

Subsecretario Planificación
Sanitaria

Gabriel Armando Batistella

Director General Atención Primaria

Florencia Flax Marcó

Directora General Planificación
Operativa

Fabián Portnoy

Programa Coordinación Sida

Índice

Presentación

Nota metodológica

1. Descripción general de las notificaciones de personas con VIH en seguimiento en instituciones de la CABA (2003-2014).....	9
2. Análisis de la mortalidad por sida en los residentes de la CABA	31
3. Situación de la transmisión perinatal del VIH en la CABA	35
4. Situación de los niños, niñas y adolescentes con VIH en la CABA	45
5. Situación del acceso al diagnóstico de VIH	49
6. Situación de la población en tratamiento antirretroviral	63
7. Situación de las personas con hepatitis viral crónica	71
8. Gestión de insumos preventivos: distribución de preservativos y material gráfico	73
9. Síntesis	79





Presentación

15 años de trabajo produciendo información para la acción

Como todos los años, presentamos el nuevo boletín epidemiológico del VIH/sida en la ciudad.

Es importante destacar la continuidad de esta publicación, producto del trabajo permanente de fortalecimiento de la capacidad de producción y análisis de los datos generados por los efectores del sistema.

Aquí se reflejan avances significativos en relación con la cobertura y acceso a las intervenciones preventivas, de diagnóstico y asistenciales, así como un renovado impulso de las acciones para facilitar el acceso al testeo y los cambios en los algoritmos diagnósticos para el VIH. A su vez, en esta edición se incorporan apartados especiales para la situación de los niños, niñas y adolescentes con VIH y para las personas con infección por hepatitis crónicas.

La presente edición, además, coincide con los quince años de existencia de la Coordinación Sida.

Desde su fundación, la Coordinación Sida ha cultivado una estrecha relación con el desarrollo de las políticas públicas de salud como parte de la misión que ha inspirado su trabajo. Bajo esta perspectiva, el programa ha tenido y tiene como una de sus principales funciones proponer respuestas para la reducción y eliminación de inequidades en salud a través de una mejor redistribución de los recursos, de los servicios sanitarios en red, en la focalización de acciones específicas, en mejoras continuas de las capacidades y tareas de los trabajadores del sistema y en la defensa de los derechos de las personas.

Es a partir de estas posiciones que desde el inicio de este camino hemos organizado y puesto en marcha un modelo de gestión participativo y democrático, que ha dado respuestas efectivas a usuarios del sistema y trabajadores de la salud. Un modelo de trabajo centrado en la consigna de «gestionar generando confianza» y responder oportunamente a los requerimientos y necesidades que se plantean, apuntando a la construcción de ciudadanía y al fortalecimiento de la autonomía de los sujetos. Y todo esto en el marco de cambios normativos y legales que han posibilitado trabajar en mejores condiciones. Así, hemos sabido articular con diferentes servicios hospitalarios, con los equipos de atención primaria, con los integrantes de distintas ONG, con sectores académicos ligados a la investigación en salud y, en definitiva, hemos intentado dar respuestas efectivas a los requerimientos que se han ido planteando en cada momento.

Hemos atravesado, como equipo, diferentes gestiones y gobiernos, y hemos sostenido los principios y objetivos fundacionales de la Coordinación Sida como equipo técnico, remarcando la naturaleza ético-política de la gestión como una manera de dar respuestas a problemas que involucran a personas.

Esto hace que nuestro trabajo esté pensado de manera de estimular a todos los trabajadores sanitarios a desarrollar un pensamiento crítico y que utilicen crecientes niveles de autonomía para poder trabajar en libertad y con entusiasmo, generando así, mística. Esto ayuda a tener mejores y más trabajadores que cumplan con su tarea, que ésta se relacione con la misión de la organización y lograr mayores niveles de satisfacción y probablemente de éxito.

Entendemos que es de esta forma como lograremos avanzar hacia organizaciones de salud humanas y que pongan el acento en defensa de la vida y de las personas.

Fabián Portnoy

Coordinación Sida / Ministerio de Salud



Nota metodológica

Si bien la notificación obligatoria de los casos de sida se inició en nuestro país en 1990, la notificación de casos de VIH, que comenzó en el año 2000, 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 31/12/2014 y que fueron recibidas en la Coordinación Sida hasta el 1/8/2015.

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 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 indiquen referencias de fuente distinta, los datos aquí presentados 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 (2003-2014)

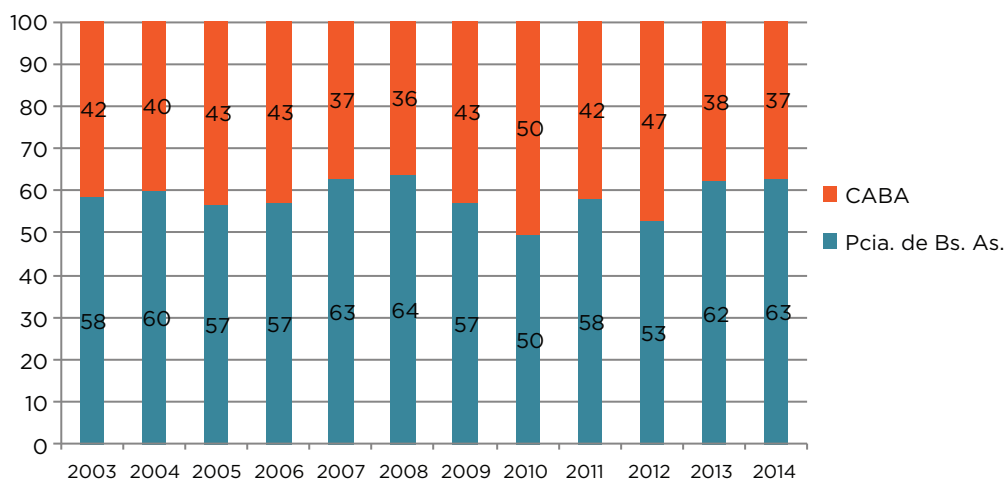
Hasta el 31/8/2014, se notificaron a la Coordinación Sida 16.109 infecciones por VIH con fecha de diagnóstico entre el 1º de enero de 2003 y el 31 de diciembre de 2014 (tabla 1). Respecto de las cifras presentadas en el boletín previo, se incluyeron 1457 nuevas notificaciones. Los últimos dos años se pueden considerar incompletos debido a los retrasos de notificación.

Con respecto al lugar de residencia de las personas notificadas, 6368 (39,5%) correspondieron a la CABA, 8864 (55%) al conurbano bonaerense, 234 (1,5%) a otras jurisdicciones y en 643 casos (4%) 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, 2003-2014

Año de diagnóstico	Nº	% residentes CABA
2003	1.764	40,0
2004	1.639	38,5
2005	1.512	42,1
2006	1.355	41,5
2007	1.250	35,9
2008	1.429	33,5
2009	1.339	39,8
2010	1.231	47,5
2011	1.384	38,9
2012	1.254	44,6
2013	988	35,5
2014	964	34,8
Total	16.109	39,5

Gráfico 1. Distribución porcentual de notificaciones de infección por VIH según lugar de residencia del área metropolitana y año de diagnóstico, CABA, 2003-2014



Distribución por barrios en residentes de la CABA

En el 54% (3467) de los casos de residentes en la ciudad, se obtuvo el dato del barrio de residencia. De acuerdo a esta distribución, el 67% de las notificaciones de residentes de la CABA corresponden a comunas del sur (tabla 2).

Tabla 2. Distribución geográfica por comuna porteña de notificaciones de infección por VIH, CABA, período acumulado 2003-2014

Comuna	Población con VIH notificados	Población de la comuna hab.	Tasa de VIH x 100.000
1 Retiro, San Nicolás, Monserrat, Constitución, San Telmo, Puerto Madero	421	249.433	168,8
2 Recoleta	87	150.130	57,9
3 Balvanera, San Cristóbal	447	192.171	232,6
4 Pompeya, Parque Patricios, Barracas, La Boca	447	237.214	188,4
5 Almagro, Boedo	201	186.276	107,9
6 Caballito	139	184.105	75,5
7 Flores, Parque Chacabuco	427	239.057	178,6
8 Villa Soldati, Villa Riachuelo, Villa Lugano	198	223.764	88,5
9 Liniers, Mataderos, Parque Avellaneda	209	169.814	123,1
10 Villa Real, Versalles, Monte Castro, Villa Luro, Vélez Sarsfield, Floresta	95	169.908	55,9
11 Villa Devoto, Villa del Parque, Villa Santa Rita, Villa Gral. Mitre	77	189.893	40,5
12 Villa Pueyrredón, Villa Urquiza, Saavedra, Coghlan	113	212.846	53,1
13 Núñez, Belgrano, Colegiales	196	235.506	83,2
14 Palermo	256	226.758	112,9
15 Agronomía, Villa Ortúzar, Paternal, Chacarita, Villa Crespo	148	182.354	81,2

Fuente para la población de la comuna: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). Proyecciones de población para año 2014.

1.1. Instituciones notificantes

Del total de notificaciones, 11.491 (71%) fueron remitidas por instituciones públicas y 4618 (29%), 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 (71% sistema público y 29% obras sociales).

Gráfico 2. Distribución porcentual de notificaciones de diagnóstico de VIH según tipo de institución notificante, CABA, 2003-2014

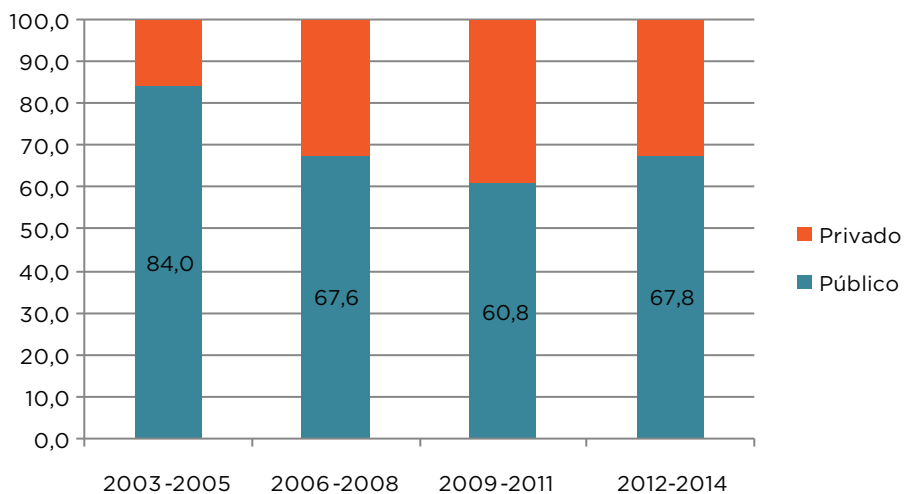


Tabla 3. Distribución de notificaciones de diagnóstico de VIH según hospital notificante, subsector público, CABA, 2003-2014

Hospital notificante	Diagnósticos notificados (2003-2014)*	Nuevas notificaciones respecto de la edición anterior
Álvarez	300	55
Argerich	726	82
Borda	21	0
Durand	243	34
Elizalde	153	8
Fernández	1.888	81
Ferrer	57	0
Garrahan	253	7
Gutiérrez	90	0
Moyano	20	2
Muñiz	2.659	230
Penna	702	61
Pirovano	419	14
Piñero	892	42
Ramos Mejía	1.286	165
Rivadavia	183	20
Santojanni	706	68
Sardá	208	24
Tornú	333	35
Udaondo	15	0
Vélez Sarsfield	94	3
Zubizarreta	188	4
CePAD**	55	55
Total	11.491	990

* Notificaciones recibidas al 31/8/2015 con diagnóstico de VIH entre 2003 y 2014.

** En esta edición se incorpora, por primera vez, el detalle de las notificaciones recibidas de los centros de testeo.

Tabla 4. Distribución de notificaciones de diagnóstico de VIH según institución notificante, subsector no público, CABA, 2003-2014

Institución	Diagnósticos notificados (2003-2014)	Nuevas notificaciones respecto de la edición anterior
Fundación Helios	1.701	340
CEADI	940	87
Nexo AC	843	101
FUNDAI	291	1
Sanatorio Franchín	226	34
Sanatorio Julio Méndez	268	3
MEDICUS	113	0
Hospital Italiano	63	0
Otros	173	0
Total	4.618	566

* Notificaciones recibidas al 31/08/2014 con diagnóstico de VIH a partir del año 2003

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 50 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, 2003-2014

Año de diagnóstico	Año de notificación		
	Mismo año de diagnóstico (%)	Año siguiente de diagnóstico (%)	Años posteriores (%)
2003	49,2	17,6	33,1
2004	48,4	21,6	29,7
2005	51,0	23,3	24,9
2006	54,8	16,3	28,4
2007	51,7	23,3	24,8
2008	60,1	22,7	16,6
2009	60,3	25,1	14,1
2010	59,1	18,1	20,7
2011	43,4	15,4	40,7
2012	36,1	41,5	18,6
2013	47,4	37,4	13,3
2014	37,4	60,7	

1.2. Sexo y edad

De las 16.109 notificaciones recibidas desde 2003, 5686 (35,3%) correspondieron a mujeres y 10.422 a varones (64,7%), con una mediana de edad al momento del diagnóstico de 31 y 34 años, respectivamente.

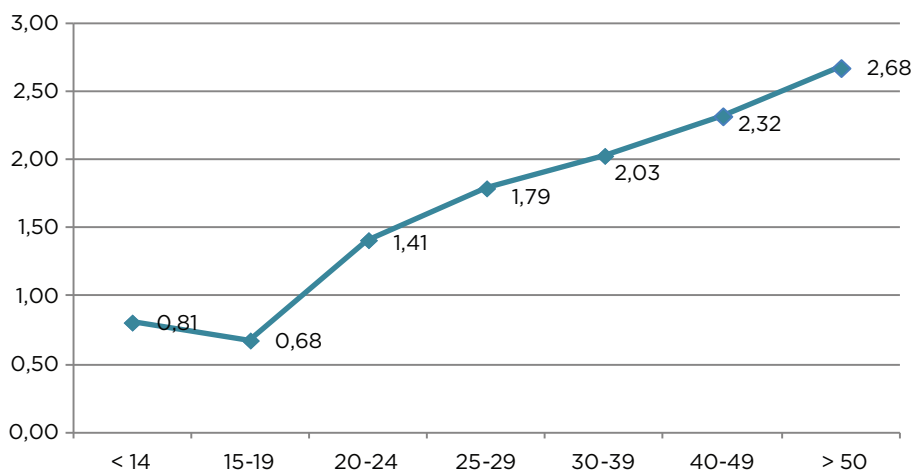
La razón hombre/mujer global fue de 1,83, con tendencia en aumento durante los últimos años del período (tabla 6).

Tabla 6. Distribución de la razón hombre/mujer, según año del diagnóstico, CABA, 2003-2014

Año de diagnóstico	Razón H/M
2003	1,61
2004	1,58
2005	1,52
2006	1,79
2007	1,82
2008	1,80
2009	1,83
2010	2,13
2011	2,13
2012	1,97
2013	2,11
2014	2,32
Total	1,83

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, 2003-2014



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).

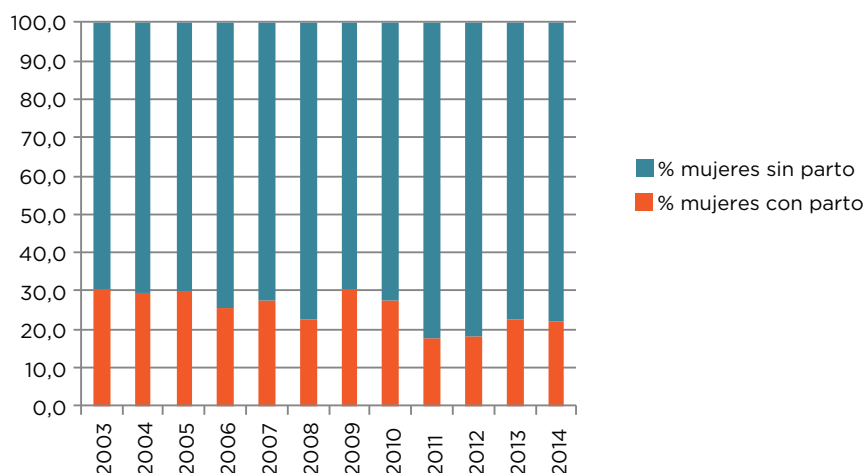
Se observa un aumento en el porcentaje de partos en la población menor de 20 años con respecto al análisis reportado en el boletín anterior.

Tabla 7. Distribución de las notificaciones según edad y razón hombre/mujer y porcentaje de mujeres con parto en cada grupo etario, CABA, 2003-2014

Edad	H/M	% partos 2003-2014
Hasta 14	0,81	5,5
15 a 19	0,68	53,8
20 a 24	1,41	43,0
25 a 29	1,79	39,4
30 a 39	2,03	26,2
40 a 49	2,32	4,1
50 o más	2,68	0,0
Total	1,82	26,1

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 son años cuyos datos están incompletos (gráfico 4).

Gráfico 4. Distribución de las notificaciones en mujeres y proporción con parto en el año de diagnóstico según año, CABA, 2003-2014



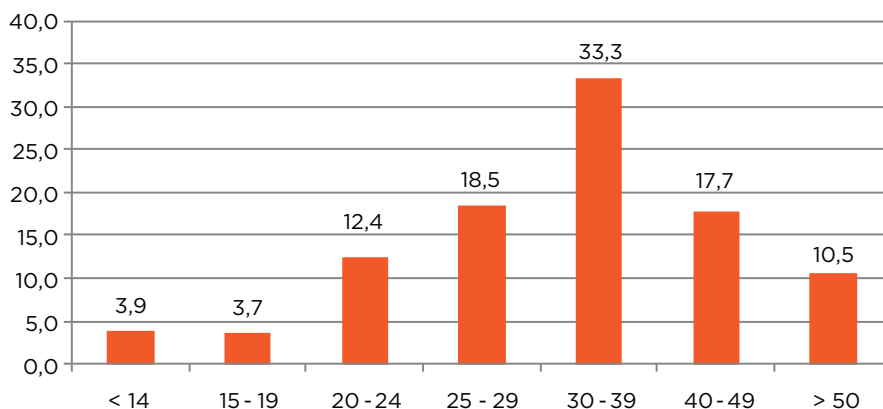
El análisis en los residentes muestra una razón H/M algo mayor que en la población total que se atiende en la CABA y con tendencia al ascenso durante el período (tabla 8).

Tabla 8. Distribución de la razón hombre/mujer según año del diagnóstico, residentes de CABA, 2003-2014

Año de diagnóstico	Razón H/M
2003	1,82
2004	2,09
2005	1,92
2006	2,22
2007	2,18
2008	2,15
2009	2,19
2010	2,56
2011	2,46
2012	2,25
2013	2,57
2014	2,55
Total	2,20

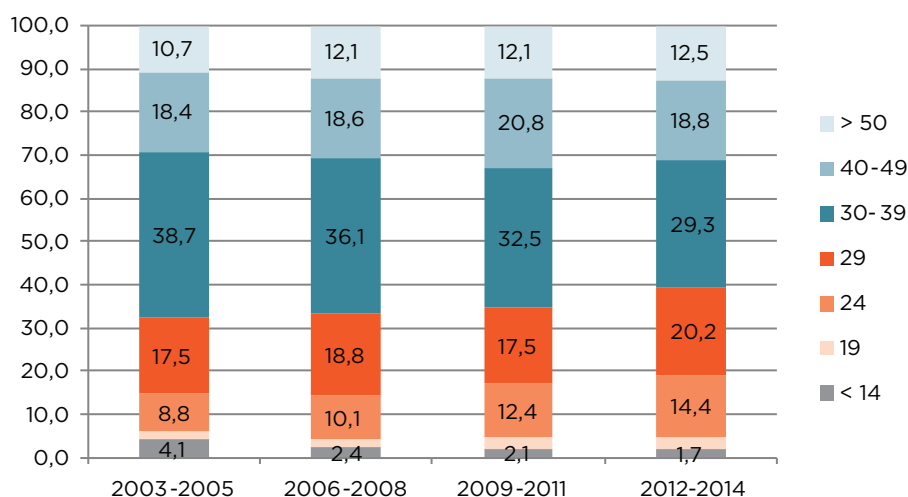
Con respecto a la edad, el mayor porcentaje de la población analizada tenía entre 30 y 39 años al momento del diagnóstico y el 52% fue diagnosticado entre los 25 y 40 años (gráfico 5).

Gráfico 5. Distribución porcentual de las notificaciones según edad al momento del diagnóstico, CABA, 2003-2014



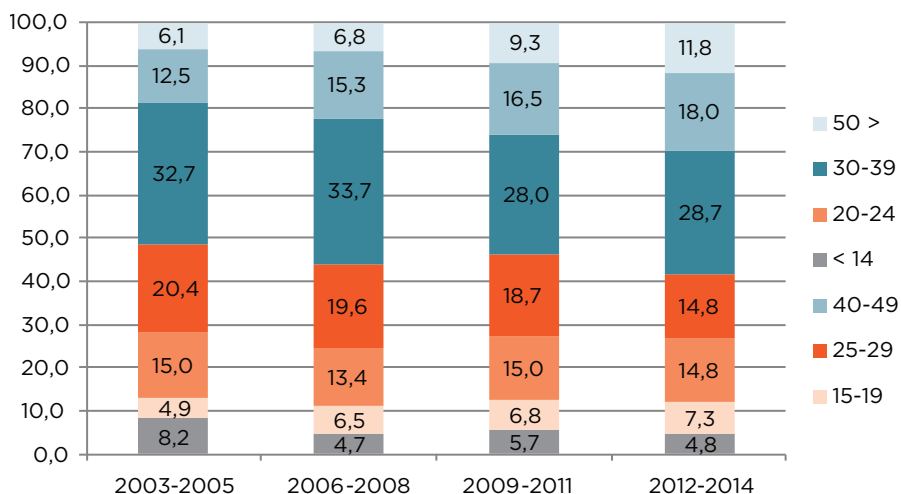
El análisis de tendencia de la edad según sexo por trienios muestra, en varones, un descenso en la proporción de diagnósticos en los grupos de 30 a 39 años y de menores de 14, y un aumento entre los 15 y 24 años (gráfico 6).

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



Entre las mujeres, 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 25 a 39 años (gráfico 7).

Gráfico 7. Distribución de las notificaciones según edad y año de diagnóstico en mujeres, CABA, 2003-2014



1.3. Instrucción formal y cobertura de salud

Instrucción formal

El nivel de instrucción alcanzado fue analizado en la población mayor de 18 años. Se obtuvo información sobre este punto en el 90% de los 15.104 casos seleccionados:

- 4812 (35,2%) completaron como máximo la escuela primaria,
- 3022 (22,1%) no completaron la escuela secundaria y
- 5818 (42,6%) 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 67,9% de las mujeres y el 52,2% de los hombres.

Tabla 9. Nivel de educación formal de las personas notificadas, según sexo, CABA, 2003-2014

Nivel de educación formal	Mujeres*		Varones*	
	Nº	%	Nº	%
Hasta primaria completa	1.895	41,8	2.917	32,0
Secundaria incompleta	1.182	26,1	1.840	20,2
Secundaria completa o más	1.456	32,1	4.362	47,8
Total	4.533	100,0	9.119	100,0

* 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 57% de los residentes masculinos tiene alto nivel de instrucción formal, con secundaria completa o más versus el 34% 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% de los varones con transmisión heterosexual del VIH completaron la escuela secundaria o más, este porcentaje asciende al 67% en los HSH (tabla 10).

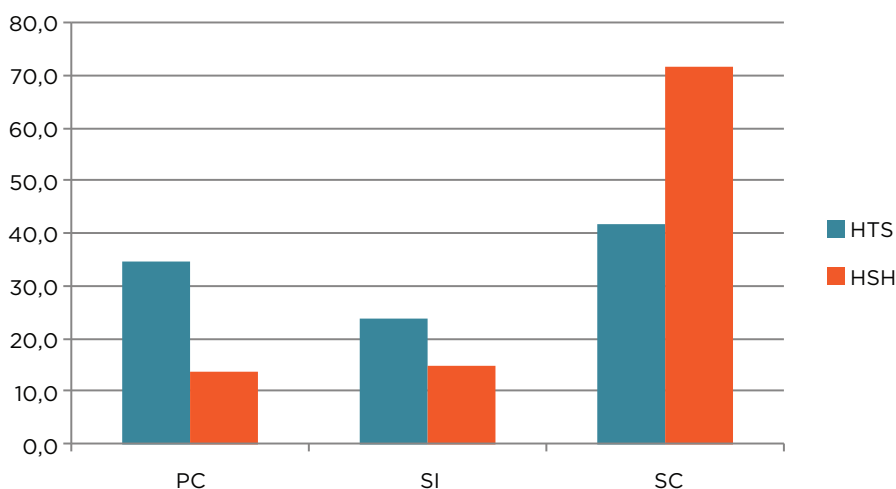
Esta diferencia es mayor todavía entre los varones residentes de la CABA, ya que el 72% de los HSH tiene estudios secundarios completos o más, versus el 42% de los varones heterosexuales (gráfico 8).

Tabla 10. Nivel de educación formal de las personas notificadas, según sexo, CABA, 2003-2014

Nivel Educativo	Hombres HTS*		HSH*	
	Nº	%	Nº	%
Hasta primaria completa	1.888	42,8	668	17,2
Secundaria incompleta	1.049	23,8	607	15,6
Secundaria completa o más	1.471	33,4	2.605	67,1
Total	4.408	100,0	3.880	100,0

* Mayores de 18 años

Gráfico 8. Nivel de educación formal de la población masculina de residentes de la CABA según vía de transmisión. CABA, 2003-2014



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

El análisis de tendencia del nivel de instrucción durante el período muestra un aumento en la proporción de personas 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 26,5% al 39,8% entre las mujeres y del 38,8% al 58% 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).

Gráfico 9. Distribución de las notificaciones de personas con secundario completo como mínimo nivel de instrucción formal según año de diagnóstico, CABA, 2003-2014

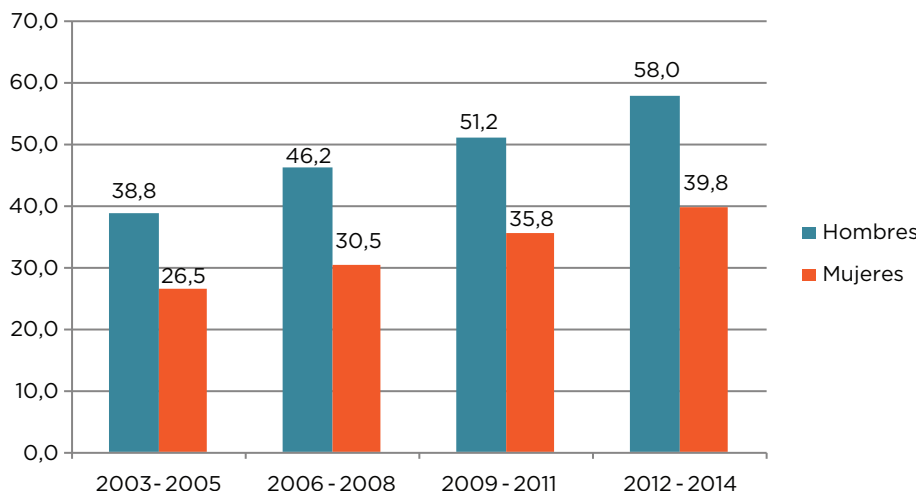
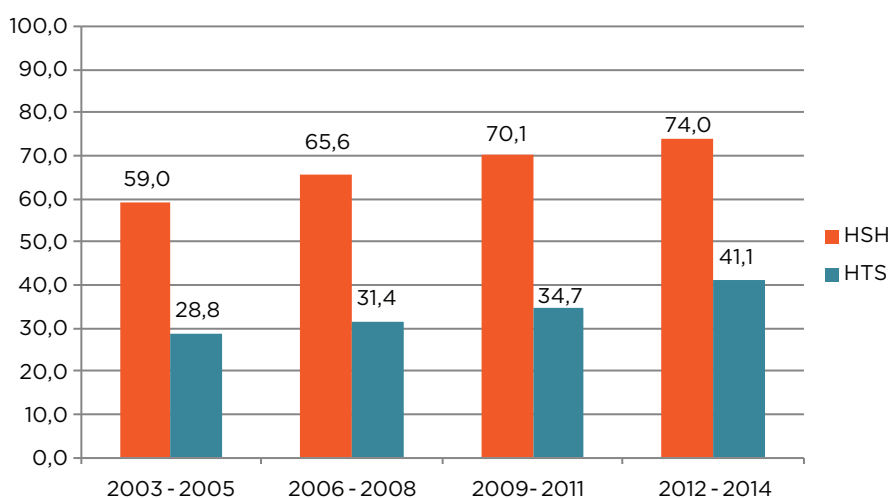


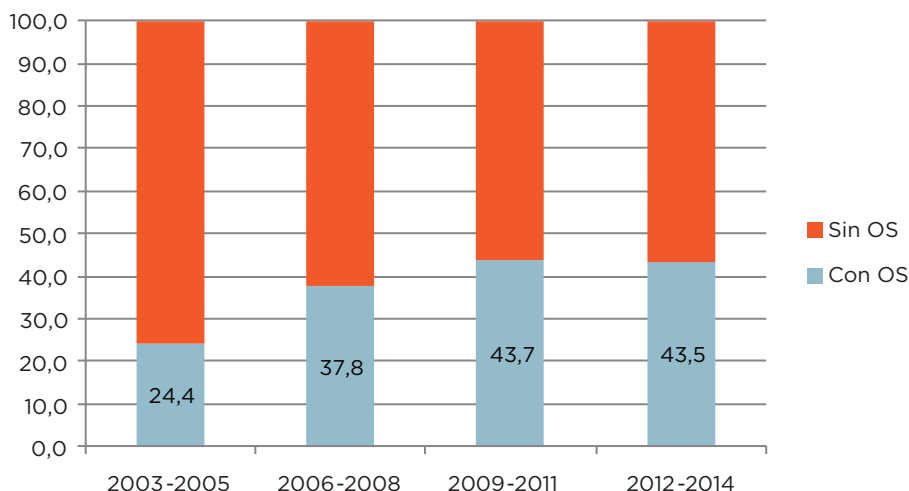
Gráfico 10. Distribución porcentual de la población masculina con secundario completo o más según vía de transmisión y año de diagnóstico, CABA, 2003-2014



Cobertura de salud

La información sobre cobertura con obra social o prepaga estuvo disponible en el 75% de la población notificada con VIH (11.194). El porcentaje de personas con cobertura ascendió del 24% en el primer trienio al 43% en el segundo y luego se mantuvo estable hasta el fin del período (gráfico 11).

Gráfico 11. Porcentaje de personas con cobertura de obra social o prepaga según año de diagnóstico, CABA, 2003-2014



OS = Obra Social.

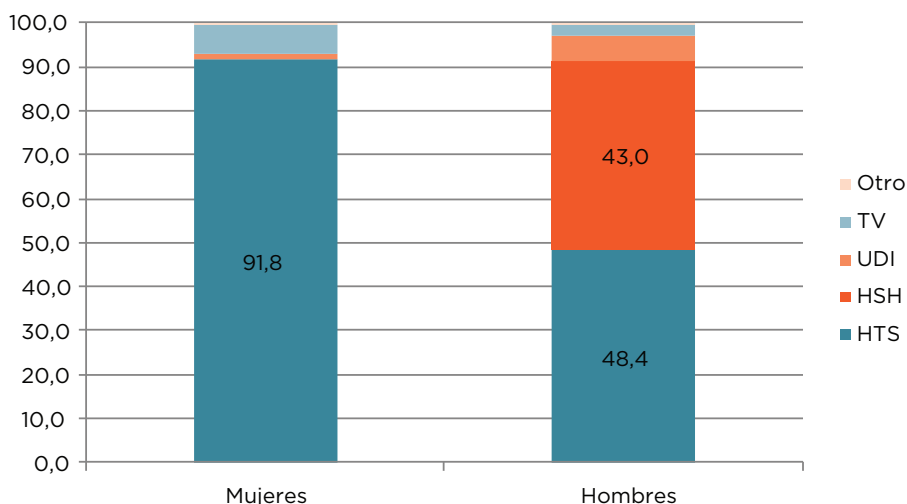
1.4. Vías de transmisión

La forma de transmisión más frecuente en varones y mujeres es la sexual, con más del 90% de las infecciones (tabla 11). El análisis de la población masculina muestra que el 43% de las infecciones por transmisión sexual se produce a través de las relaciones entre hombres (gráfico 12). Dado que la codificación utilizada durante el período analizado no permite identificar a las personas trans, para el análisis epidemiológico esta población está incluida dentro del grupo definido como HSH (hombres que tienen sexo con hombres).

Tabla 11. Distribución de las notificaciones por sexo según vía de transmisión, CABA, 2003-2014

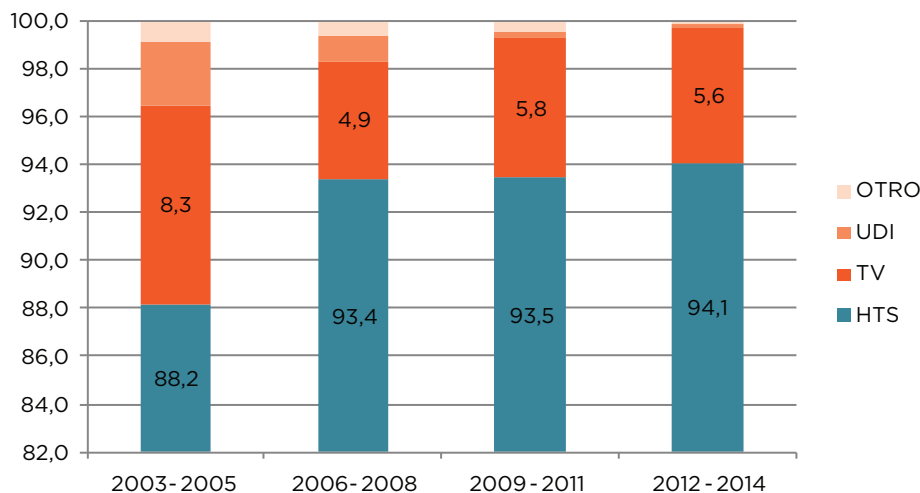
Vía de transmisión	Mujeres	%	Varones	%
Sexual - hétero	4.943	91,8	4.804	48,4
Sexual - homo			4.268	43,0
Uso compartido de material inyectable	68	1,3	537	5,4
Vertical	343	6,4	276	2,8
Otras	30	0,6	32	0,3
Total	5.384	100,0	9.917	100,0

Gráfico 12. Distribución porcentual de las notificaciones según sexo y vía de transmisión, CABA, 2003-2014



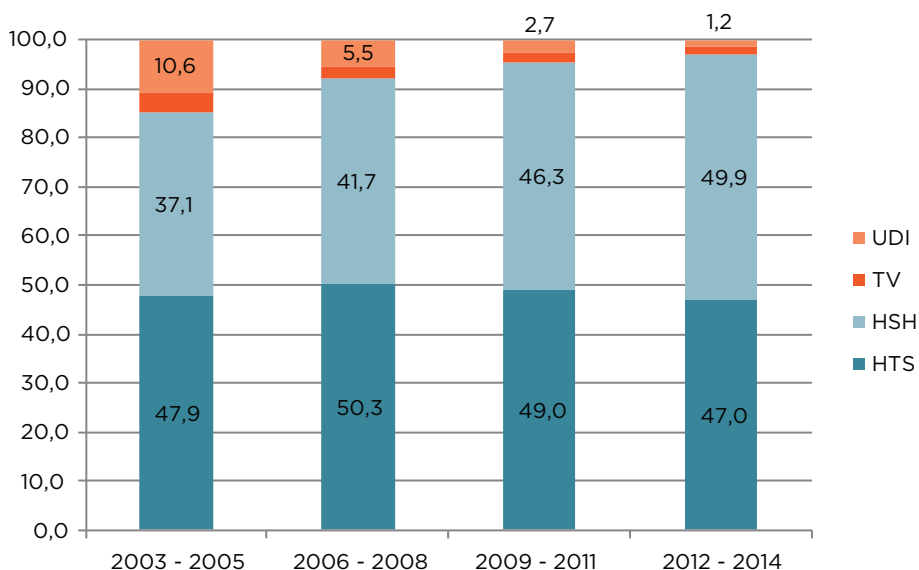
El análisis de la distribución porcentual de las notificaciones según la vía de transmisión muestra el predominio de la transmisión sexual en las mujeres durante todo el período y en los varones se observa una tendencia en aumento de la transmisión sexual entre hombres y un descenso significativo de la transmisión entre usuarios de drogas inyectables. 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, 2003-2014



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

Gráfico 14. Distribución porcentual de las notificaciones en hombres según vía de transmisión y año de diagnóstico, CABA, 2003-2014



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

El análisis acotado a los residentes de la CABA muestra también que las relaciones sexuales son la vía de transmisión predominante en ambos sexos. A diferencia de la población del AMBA en su conjunto, entre los varones de la CABA predomina la transmisión a través de relaciones sexuales entre hombres en casi el 52% de los casos (tabla 12).

Tabla 12. Distribución por vía de transmisión según sexo, residentes CABA, 2003-2014

Vía de transmisión	Mujeres	%	Varones	%	Total	%
Sexual - hétero	1.824	94,75	1.768	42,15	3.559	58,15
Sexual - homo			2.175	51,85	2.208	36,08
Uso compartido de material inyectable	33	1,71	183	4,36	216	3,53
Vertical	63	3,27	58	1,38	121	1,98
Otros/desconocido	5	0,26	11	0,26	16	0,26

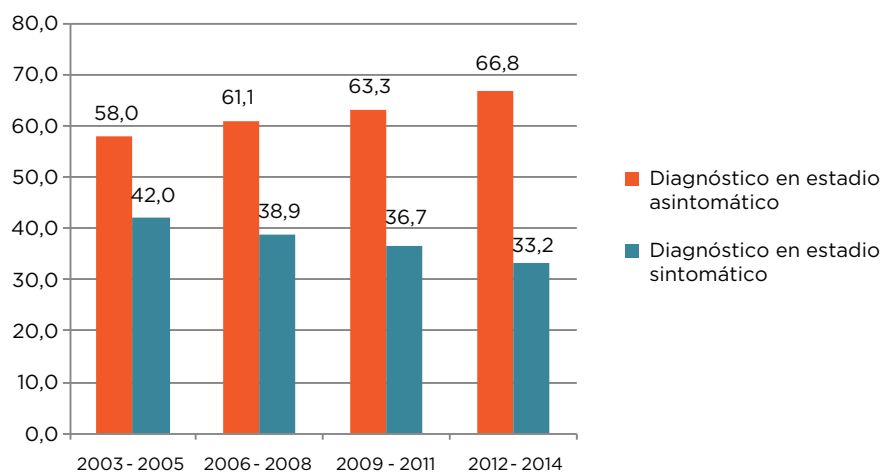
1.5 Estadio clínico al momento del diagnóstico: Situación del diagnóstico tardío de VIH en la CABA

Se registró el estadio clínico al momento del diagnóstico en 14.209 notificaciones. 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 38,3% 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 (gráfico 15).

Tabla 13. Prevalencia de diagnósticos tardíos de VIH según año, CABA, 2003-2014

Año de diagnóstico	Diagnóstico tardío (%)
2003	42,3
2004	43,0
2005	40,6
2006	39,4
2007	39,8
2008	37,6
2009	36,5
2010	37,8
2011	35,9
2012	34,8
2013	33,3
2014	31,2
Total	38,3

Gráfico 15. Distribución porcentual de las notificaciones según estadio clínico y año de diagnóstico. CABA, 2003-2014



Diagnóstico tardío según sexo y edad

El análisis desagregado por sexo demuestra que el diagnóstico tardío es claramente superior en la población masculina (44,5% en los hombres y 27,4% 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, 2003-2013

Estadio clínico	Mujeres		Varones		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Síndrome retroviral agudo	100	1,95	193	2,1	293	2,1
Asintomático	3.632	70,66	4.841	53,4	8.473	59,6
Sintomático no sida	618	12,02	1.346	14,8	1.964	13,8
Sida	790	15,37	2.689	29,7	3.479	24,5
Total	5.140	100,00	9.069	100,0	14.209	100,0

Tabla 15. Distribución de la razón H/M según estadio clínico al momento del diagnóstico, CABA, 2003-2014

Estadio clínico	Razón H/M
Síndrome retroviral agudo	1,93
Asintomático	1,33
Sintomático no sida	2,18
Sida	3,40

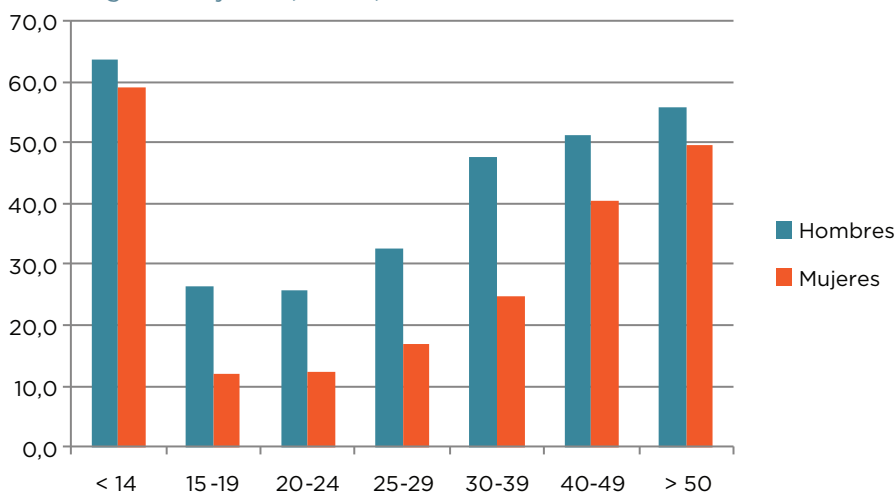
Cuando se analiza la población masculina según vía de transmisión, se observa una mayor proporción de diagnóstico en estadios sintomáticos entre los usuarios de drogas y los varones heterosexuales (67,5% y 50,5%, respectivamente) que entre los HSH (37,6%).

Tabla 16. Distribución de las notificaciones de varones según estadio clínico al momento del diagnóstico y vías de transmisión, CABA, 2003-2014

Estadio clínico	Varones HTS (%)	HSH (%)	UDI (%)
Síndrome retroviral agudo	1,2	2,9	0,4
Asintomático	48,3	59,5	32,0
Sintomático no sida	15,6	13,8	18,1
Sida	34,9	23,8	49,4

Si bien el diagnóstico en estadios sintomáticos predomina en la población masculina de 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.

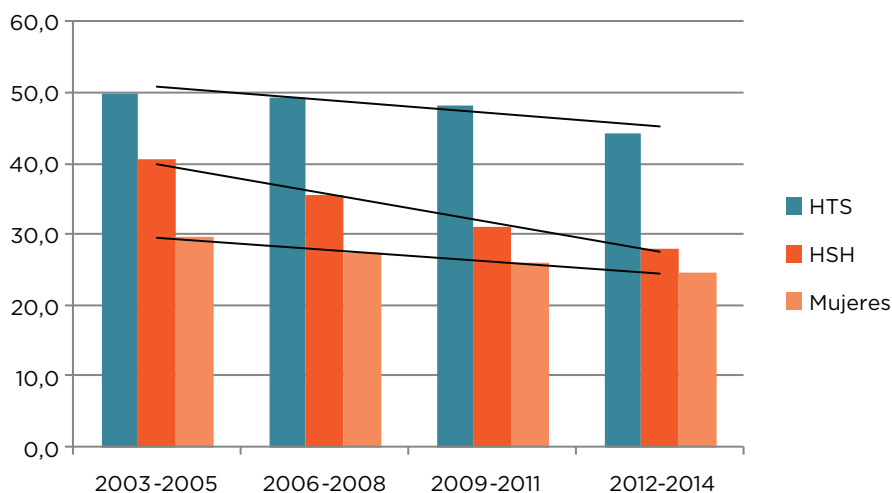
Gráfico 16. Distribución porcentual de notificaciones en personas con diagnóstico tardío según sexo y edad, CABA, 2003-2014



HTS = transmisión heterosexual; HSH = transmisión sexual entre hombres

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 (gráfico17).

Gráfico 17. Distribución porcentual de notificaciones con diagnóstico tardío según sexo y vía de transmisión sexual en hombres, CABA, 2003-2014

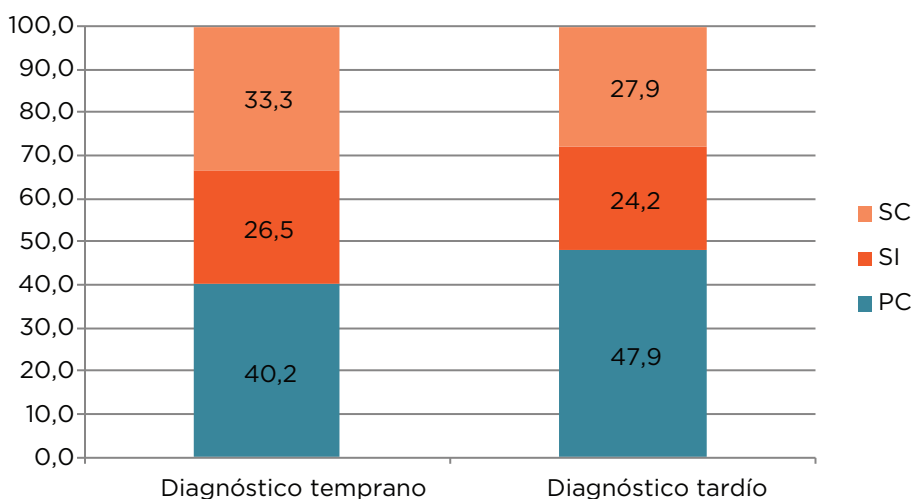


HTS = hombres con transmisión heterosexual; HSH = transmisión sexual entre hombres.

Diagnóstico tardío según nivel de instrucción

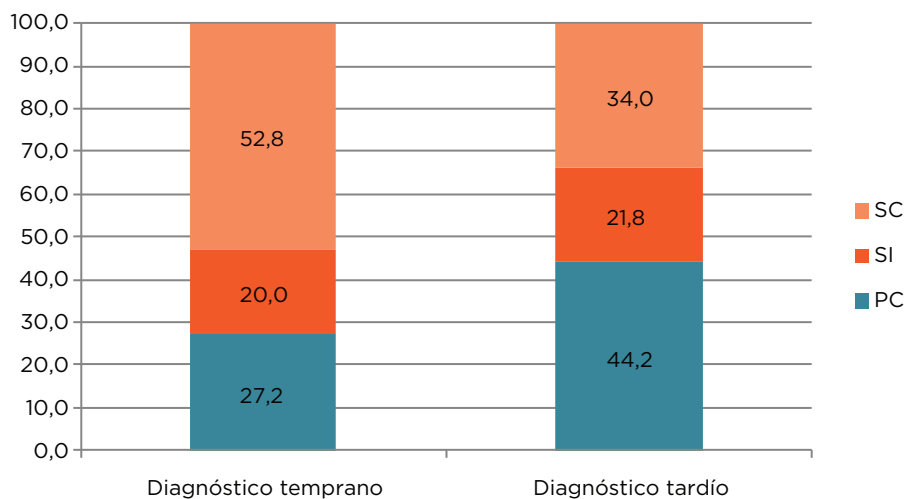
El mayor nivel de instrucción se relacionó con una menor proporción de diagnósticos tardíos tanto en mujeres como en varones (gráficos 18 y 19). Sin embargo, en la población masculina es más marcada la diferencia en la oportunidad del diagnóstico según el nivel de instrucción, ya que en el grupo con diagnóstico tardío, el 44% 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, 2003-2014



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

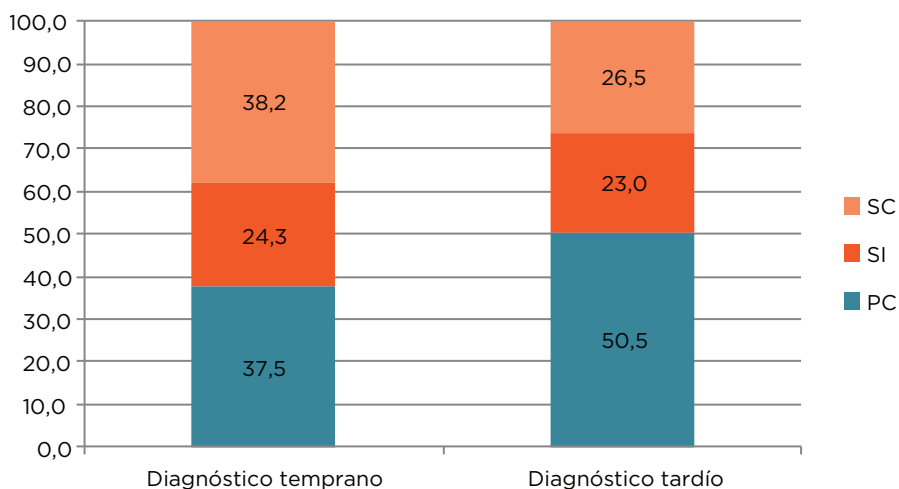
Gráfico 19. Distribución porcentual de notificaciones en varones según diagnóstico temprano o tardío de VIH y nivel de instrucción, CABA, 2003-2014



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

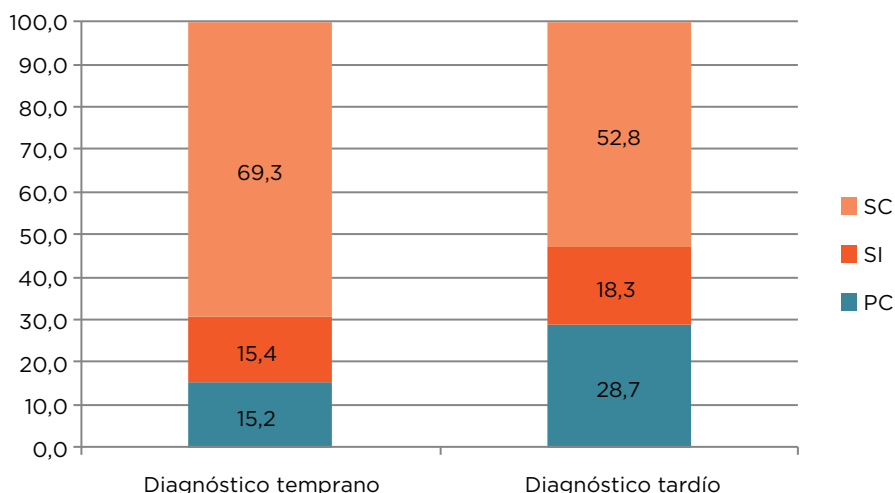
Al analizar a la población masculina según la vía de transmisión, se observa que a pesar de que el bajo nivel de instrucción se asocia con diagnóstico tardío tanto en varones con transmisión heterosexual como homosexual del VIH, la diferencia es más marcada en la población heterosexual (gráficos 20 y 21).

Gráfico 20. Distribución porcentual de notificaciones en varones con transmisión heterosexual del VIH según estadio clínico y nivel de instrucción, CABA, 2003-2014



PC = hasta primaria completa, SI = hasta 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, 2003-2014



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

Situación del diagnóstico tardío en los residentes de la CABA

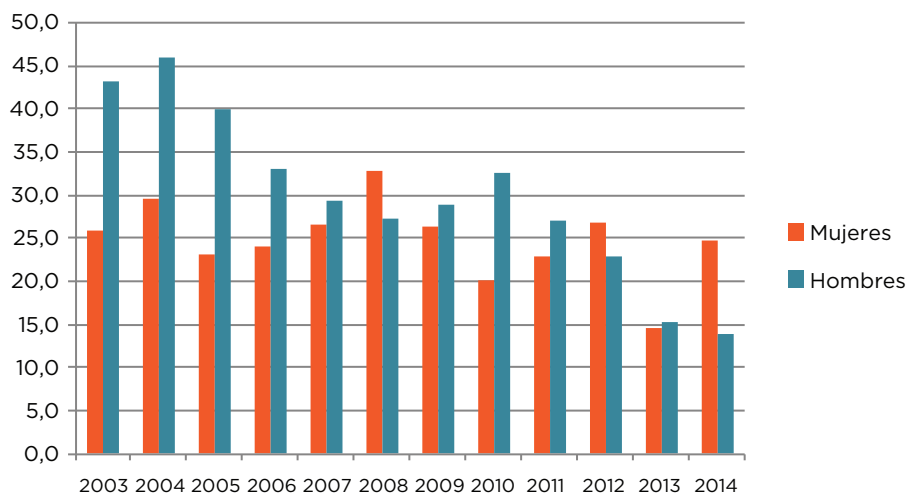
En los residentes de la CABA, el porcentaje acumulado de diagnósticos tardíos fue del 35,8% durante el período. Aun considerando los últimos años como incompletos, se observa un descenso progresivo en la proporción de diagnósticos en estadios sintomáticos (tabla 17).

Tabla 17. Prevalencia de diagnósticos tardíos de VIH en residentes de la CABA según año de diagnóstico, CABA, 2003-2014

Año de diagnóstico	Diagnóstico tardío (%)
2003	37,2
2004	42,9
2005	37,8
2006	35,8
2007	39,9
2008	38,2
2009	33,8
2010	34,0
2011	34,0
2012	31,7
2013	26,0
2014	29,7
Total	35,8

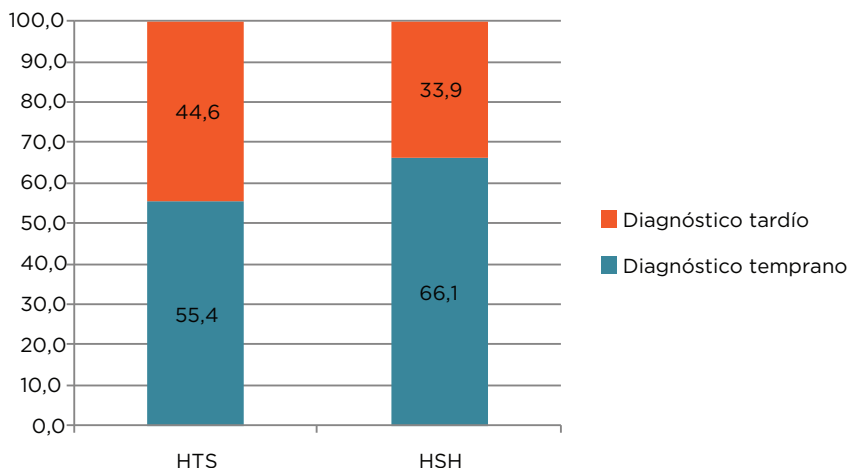
El análisis del estadio clínico según sexo muestra que la mayor proporción de diagnósticos tempranos en la población femenina es más marcada en la primera mitad del período, aunque los últimos años se deben tomar con cautela debido al retraso en la notificación (gráfico 22).

Gráfico 22. Distribución porcentual de los diagnósticos tardíos en residentes de la CABA con VIH según sexo y año de diagnóstico, CABA, 2003-2014



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, 2003-2014



HTS=hombres con transmisión heterosexual; HSH=transmisión sexual entre hombres.

1.6. Descripción de los nuevos casos de sida

El descenso en el número de casos de sida a partir de la disponibilidad de la terapia antirretroviral de alta eficacia en 1996 se ha acompañado también de 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.

Desde 2003 se notificaron 2568 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 subestimados por el retraso en la notificación (tabla 18).

Tabla 18. Distribución anual de casos de diagnóstico simultáneo de VIH y sida, CABA, 2003-2014

Año de diagnóstico	Diagnósticos simultáneos VIH y sida	Total de diagnósticos	% diagnósticos simultáneos de VIH y sida
2003	307	1.764	17,4
2004	320	1.639	18,1
2005	257	1.512	14,6
2006	252	1.355	14,3
2007	198	1.250	11,2
2008	253	1.429	14,3
2009	218	1.339	12,4
2010	168	1.231	9,5
2011	191	1.384	10,8
2012	151	1.254	8,6
2013	151	988	8,6
2014	102	964	5,8
Total	2.568	16.109	15,9

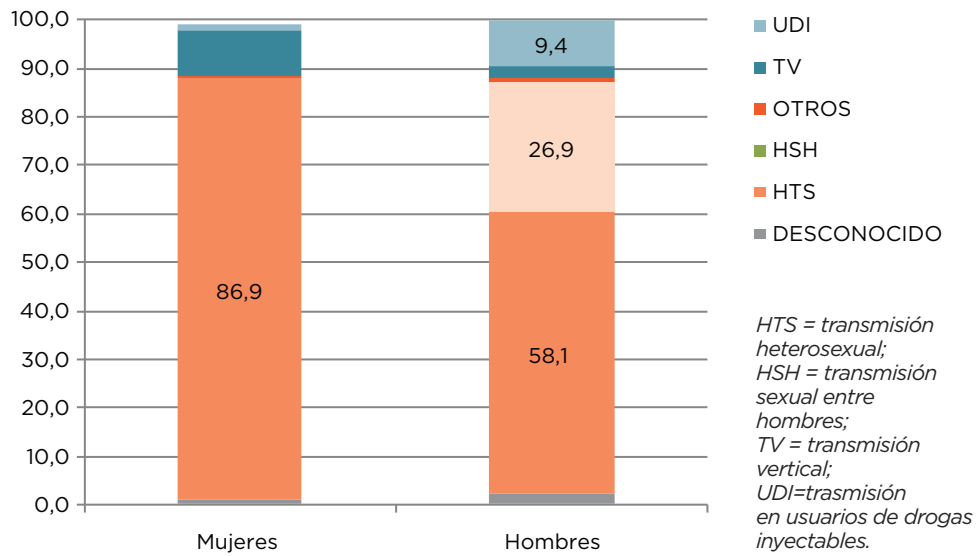
El análisis de las notificaciones de estos 2568 casos demostró:

- el 77,5% ocurrió en varones, con una razón hombre/mujer que aumentó progresivamente durante todo el período (tabla 19);
- el 38,1% son residentes de la CABA y el 59,4% del conurbano bonaerense;
- la mediana de edad al momento del diagnóstico fue de 38 años tanto en hombres como en mujeres, y el 79,4% de la población con sida al momento del diagnóstico tenía más de 30 años;
- el 78% de las notificaciones provino de hospitales públicos;
- el 31,7% cuenta con cobertura de obra social o prepaga;
- el 70% no completó la secundaria como máximo nivel de instrucción, sin diferencias significativas entre hombres y mujeres;
- la transmisión del VIH fue sexual en el 87% de las mujeres y en el 85% de los hombres. En estos últimos el diagnóstico simultáneo de VIH y sida predominó en el grupo con transmisión 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, 2003-2014

Año de diagnóstico	Razón hombre/mujer
2003	3,1
2004	3,0
2005	3,4
2006	3,3
2007	3,5
2008	3,1
2009	3,7
2010	3,9
2011	3,9
2012	3,1
2013	4,4
2014	5,4

Gráfico 24. Distribución porcentual de los casos de diagnóstico simultáneo de VIH y sida según sexo y vía de transmisión, CABA, 2003-2014



El 90% de las infecciones se producen por transmisión sexual. Casi la mitad de los varones se infectaron en relaciones sexuales con otros varones.



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

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

La tasa de mortalidad por sida en los residentes de la ciudad alcanzó su pico en 1996 con 18,8 casos por 100.000 habitantes, año a partir del cual comienza un descenso marcado, vinculado con la disponibilidad de la terapia antirretroviral de alta eficacia (tabla 20).

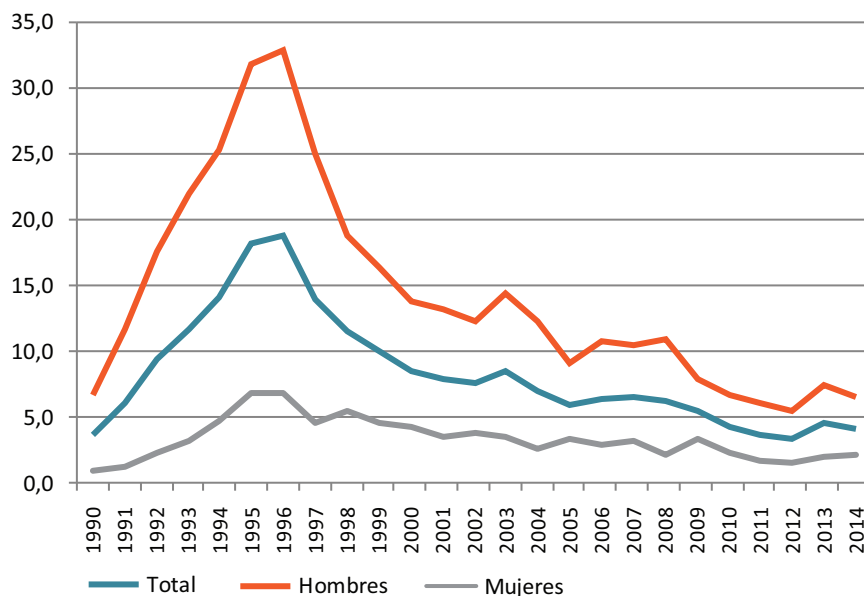
Tabla 20. Tasa de mortalidad por sida por 100.000 habitantes, CABA, 1990-2014

	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

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 (gráfico 25).

Gráfico 25. Tasa de mortalidad por sida por 100.000 habitantes según sexo, CABA, 1990-2014



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

2.1. Tasa de mortalidad por comunas

El análisis de las tasas de mortalidad por sida en las comunas en los últimos seis años muestra un descenso progresivo a nivel global hasta 2012. Aunque en el último año hay un aumento en algunas comunas, debe tenerse en cuenta que la reducción en el número de las muertes por sida podría determinar que pequeños aumentos en la cantidad 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 2014 según comuna. Como se observa en el mapa, las tasas más altas se registran en las comunas de la región sur.

La mortalidad por sida
está en descenso desde la implementación
de la terapia ARV, en 1996.

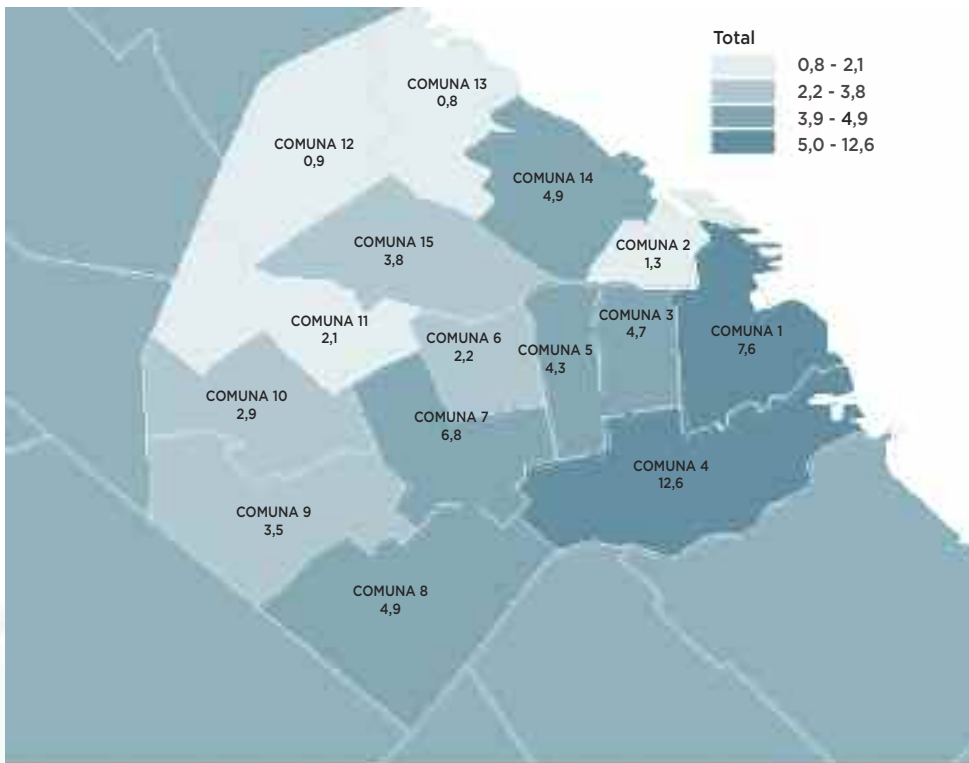


Tabla 21. Tasa específica de mortalidad por sida por 100.000 habitantes según comuna, CABA, 2006-2014

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



Gráfico 25. Tasa de mortalidad por sida según comunas, CABA, 2014



3. 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 2014 notificados a la Coordinación Sida hasta el 1º de agosto de 2015. Debido al retraso en la notificación, la información de los últimos años debe interpretarse con cautela.

Entre enero de 2003 y diciembre de 2013, se notificaron 2872 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, 2003-2014

Año	Nº de partos del sistema público de la CABA	Nº de partos de mujeres con VIH	Prevalencia de partos de mujeres con VIH en hospitales públicos de CABA
2003	29.272	317	1,08%
2004	30.824	313	1,02%
2005	30.049	275	0,92%
2006	29.738	266	0,89%
2007	31.727	245	0,77%
2008	31.027	263	0,85%
2009	30.794	266	0,86%
2010	31.670	235	0,74%
2011	30.651	196	0,64%
2012	29.630	177	0,60%
2013	29.326	158	0,54%
2014	No disponible	161	
Total	334.708	2.872	0,85%

La distribución de partos en mujeres con VIH según institución muestra que la maternidad Sardá y los hospitales Argerich, Penna, Durand y Ramos Mejía concentraron la mayor cantidad de partos durante el período (tabla 23). En base a las notificaciones del año 2013, los hospitales Argerich, Durand y Ramos Mejía 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, 2003-2014

Hospital	Partos en mujeres con VIH	% del total de partos en mujeres con VIH
Álvarez	66	2,3
Argerich	357	12,4
Durand	372	13,0
Fernández	275	9,6
Garrahan	51	1,8
Penna	304	10,6
Pirovano	70	2,4
Piñero	223	7,8
Ramos Mejía	349	12,2
Rivadavia	83	2,9
Santojanni	111	3,9
Sardá	556	19,4
Vélez Sarsfield	49	1,7
Otros	6	0,2
Total	2.872	100,0

Tabla 24. Distribución de partos en mujeres con VIH en hospitales públicos y prevalencia según institución en el año 2013, CABA, 2013

Año	Total de partos	Partos de mujeres con VIH	Prevalencia de partos en mujeres con VIH
2003	29.272	317	1,08%
2004	30.824	313	1,02%
2005	30.049	275	0,92%
2006	29.738	266	0,89%
2007	31.727	245	0,77%
2008	31.027	263	0,85%
2009	30.794	266	0,86%
2010	31.670	235	0,74%
2011	30.651	196	0,64%
2012	29.630	177	0,60%
2013	29.326	158	0,54%
2014	No disponible	161	
Total	334.708	2.872	0,85%

3.1. Características de las madres

Del total de partos, 1193 (42%) correspondieron a mujeres residentes de la ciudad; 1625 (57%), a residentes del conurbano bonaerense y 54 (1%), a residentes de otras jurisdicciones.

En 2164 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 las madres no superó la escuela primaria como máximo nivel de instrucción y sólo el 25% completó la educación secundaria o alcanzó estudios superiores (tabla 25).

Tabla 25. Distribución de las madres de acuerdo al nivel de instrucción alcanzado, mayores de 18 años, CABA, 2003-2014

Estudios	Nº	%
Analfabeto	23	1,1
Primaria incompleta	214	9,9
Primaria completa	602	27,8
Secundaria incompleta	783	36,2
Secundaria completa	406	18,8
Terciaria o universitaria	136	6,3

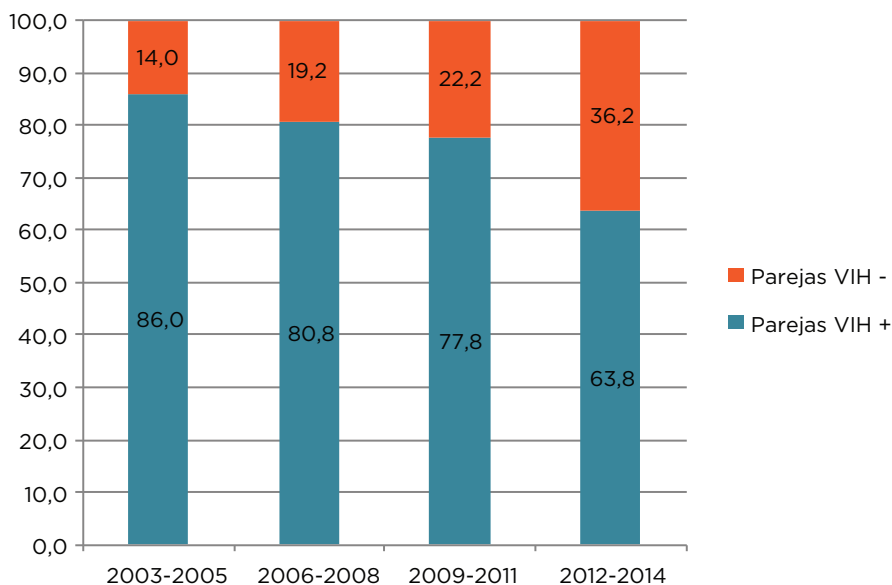
El 88,9% de estas mujeres tuvo diagnóstico en estadios clínicos tempranos y solo el 11,1% en etapas avanzadas (tabla 26).

Tabla 26. Distribución de las madres de acuerdo al estadio clínico de VIH al momento del diagnóstico, CABA, 2003-2014

Estadio clínico	%
Síndrome retroviral agudo	1,0
Asintomático	87,9
Sintomático no sida	4,8
Sida	6,3

El 63,6% de las mujeres conocían el estado serológico de sus parejas: de estas, 78% tenían parejas VIH positivas y el 22% restante, parejas VIH negativas. El 36,4% 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, 2003-2014



3.2. Momento del diagnóstico de VIH

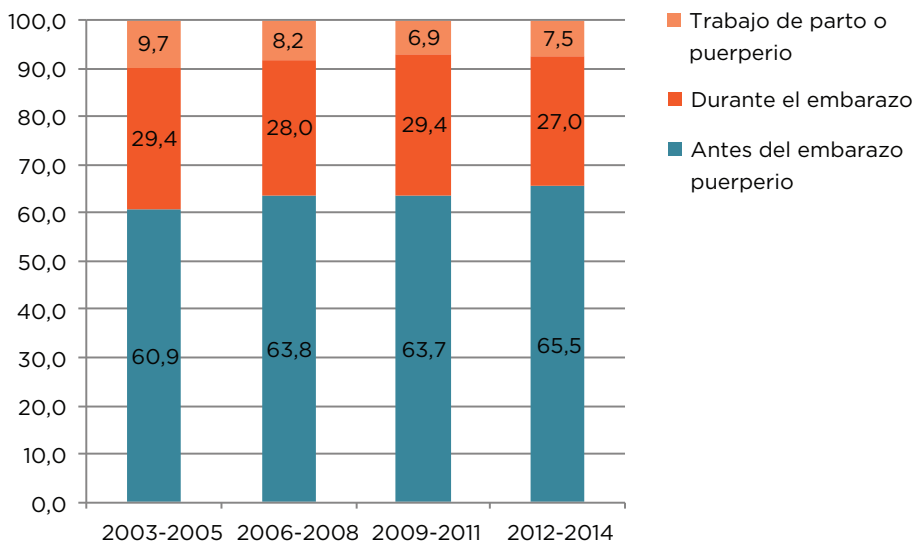
El 62% de las mujeres tenía el diagnóstico de VIH antes del embarazo actual; el 28% lo recibió durante el embarazo en curso y el 8,2% lo obtuvo el trabajo de parto o en el puerperio (tabla 27).

Tabla 27. Distribución de las madres de acuerdo al momento del embarazo en que se diagnosticaron, hospitales públicos, CABA, 2003-2014

Momento	N°	%
Antes del embarazo	1.655	57,6
En un embarazo previo	120	4,2
Durante el embarazo	803	28,0
Parto	148	5,2
Puerperio	83	3,0
Desconocido	63	2,0
Total	2.872	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).

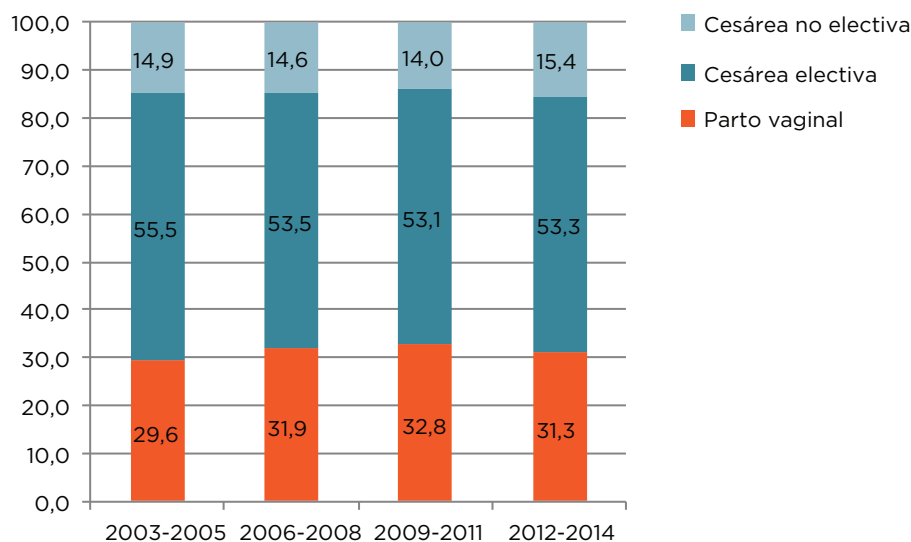
Gráfico 28. Distribución de las madres de acuerdo al momento del embarazo en que recibieron el diagnóstico de VIH, hospitales públicos, CABA, 2003-2014



3.3. Modalidad de nacimiento

Se obtuvo información sobre la modalidad de nacimiento en 2798 casos. Existe un claro predominio de la cesárea electiva (54%) sobre el parto vaginal (31,3%) 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, 2003-2014



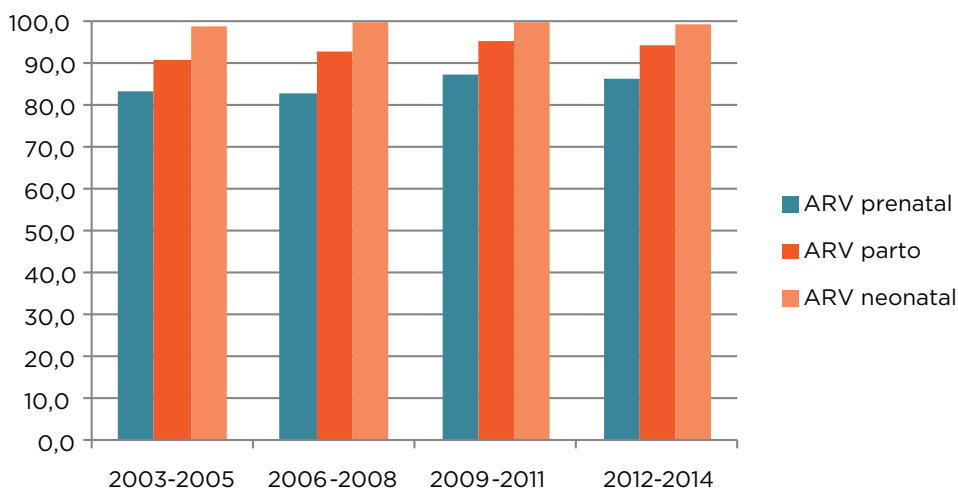
3.4. Tratamiento antirretroviral

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. Distribución de las madres y neonatos de acuerdo al porcentaje de cobertura con antirretrovirales, hospitales públicos, CABA, 2003-2014

	% ARV prenatal	% ARV parto	% ARV neonatal
2003-2005	83,4	91,1	98,9
2006-2008	83,0	92,8	99,7
2009-2011	87,3	95,3	99,7
2012-2014	86,4	94,4	99,4

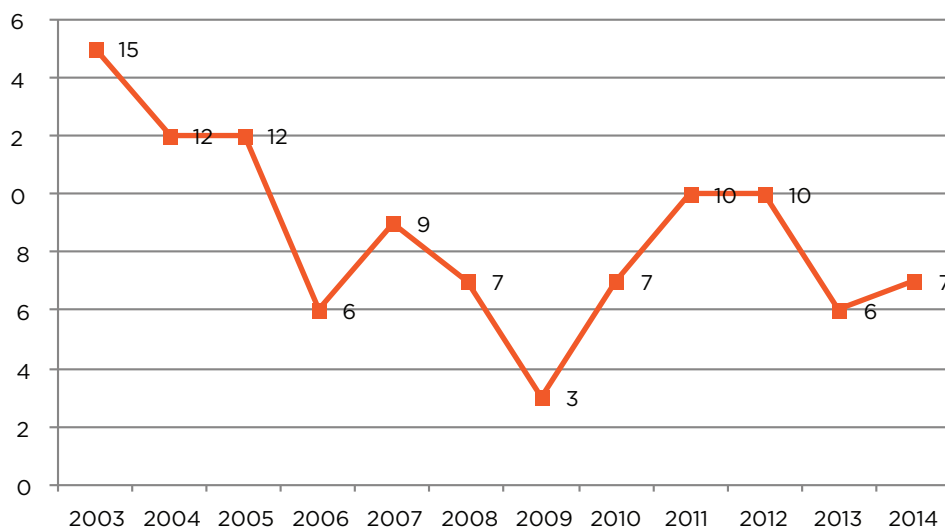
Gráfico 30. Distribución de las madres y neonatos de acuerdo al porcentaje de cobertura con antirretrovirales, hospitales públicos, CABA, 2003-2014



3.5. 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).

Gráfico 31. Distribución anual de los casos de transmisión perinatal del VIH según año de nacimiento, CABA, 2003-2014



En la tabla 29 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.

Tabla 29. Tasas de transmisión vertical, CABA, 2003-2014

Año	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	*2013	*2014
Total de partos	317	313	275	266	245	263	266	235	196	177	172	163
Diagnóstico definitivo	215	208	207	191	165	182	184	186	136	140	121	132
% diagnóstico definitivo	67,8	66,5	75,3	71,8	67,3	69,2	69,2	79,1	69,4	79,1	70,3	81,0
Positivos	15	12	12	6	9	7	3	7	10	10	6	7
Tasa TV	6,98	5,77	5,80	3,14	5,45	3,85	1,63	3,76	7,35	7,14	4,96	5,30

*Años incompletos.

El análisis de cobertura de niños expuestos con diagnóstico completo muestra una tendencia en aumento en el último trienio, aunque 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, 2003-2014



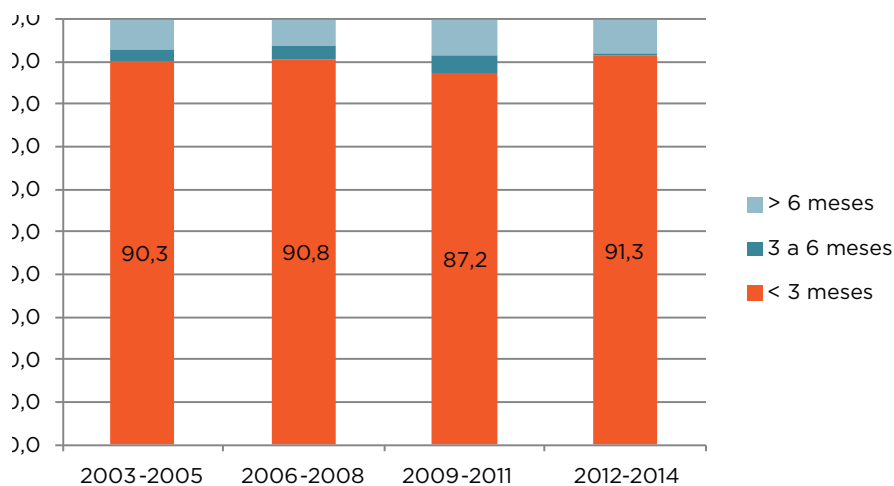
Para medir el impacto de las estrategias implementadas para facilitar el diagnóstico temprano en niños infectados por transmisión vertical, se evaluó el tiempo transcurrido entre la fecha de nacimiento y la realización del primer estudio virológico. Se dispuso de esta información en 1930 partos (68% del total). El 90% 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 la población de niños expuestos según tiempo transcurrido entre el nacimiento y el primer estudio virológico, CABA, 2002-2014

Días entre el parto y el primer estudio virológico	Nº	%
< 30	1.079	55,9
31-59	522	27,0
60-89	136	7,0
90-120	54	2,8
121- 365	119	6,2
> 365	20	1,0
Total	1.930	100,0

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).

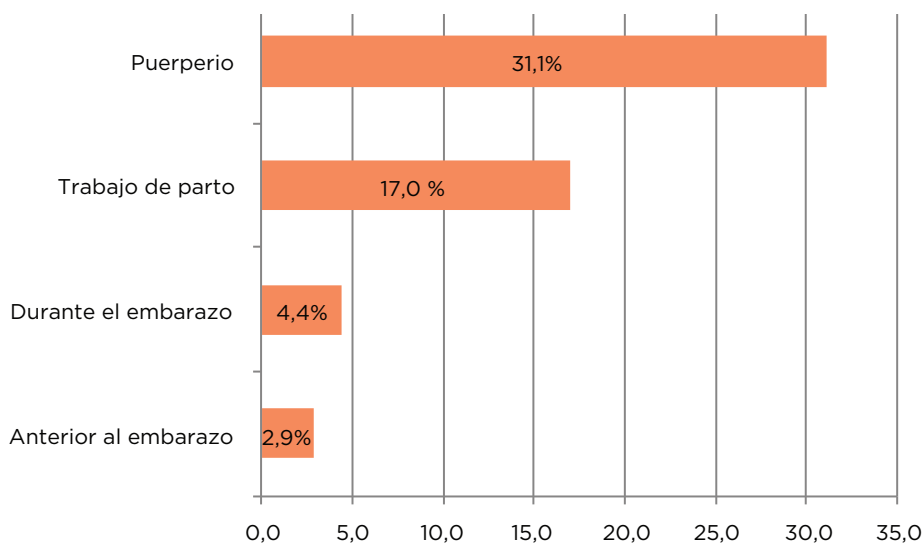
Gráfico 33. Distribución porcentual de la población de niños expuestos según tiempo transcurrido entre el nacimiento y el primer estudio virológico, CABA, 2003-2014.



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

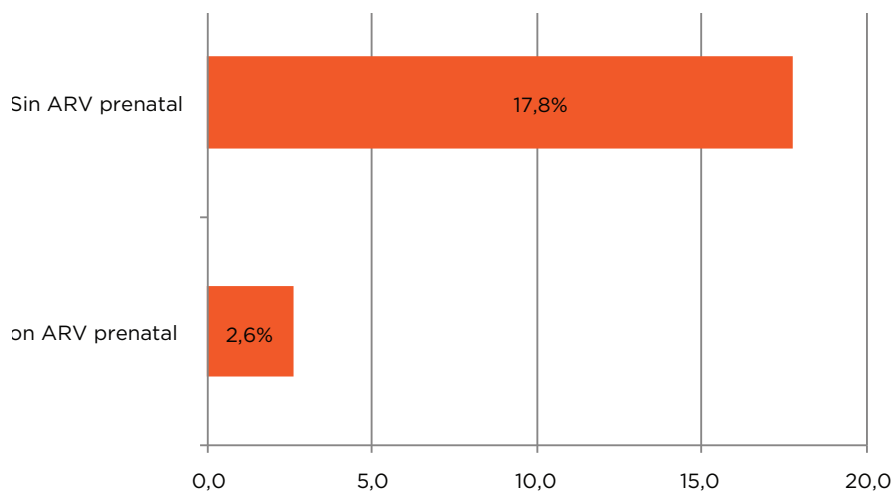
El momento del diagnóstico de VIH en relación con el embarazo y la cobertura de profilaxis prenatal y durante el parto fueron las variables con mayor impacto en la tasa de transmisión (gráficos 34, 35 y 36).

Gráfico 34. Tasa de transmisión vertical del VIH (%) según el momento del diagnóstico, partos en hospitales públicos, CABA, 2003-2014



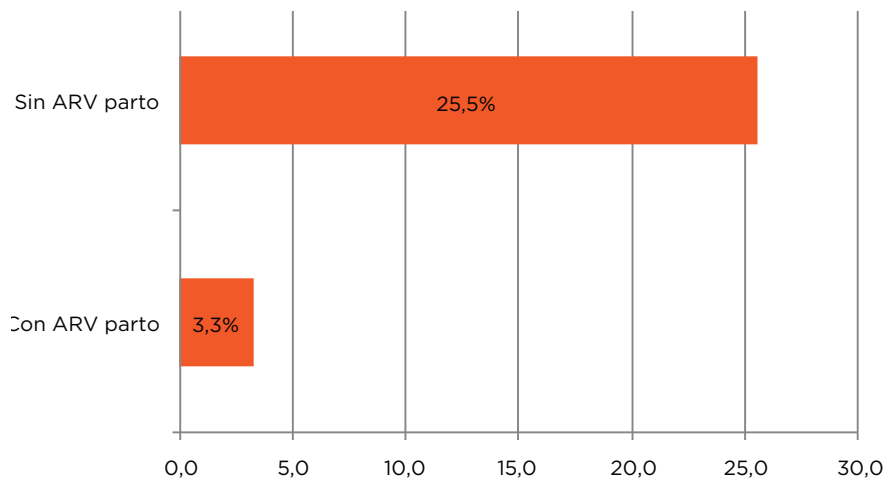
$\chi^2 = 153,2p < 0,000000001$

Gráfico 35. Tasa de transmisión vertical del VIH (%) según cobertura de ARV prenatal, partos en hospitales públicos, CABA, 2003-2014



$\chi^2 = 160,3$ $p < 0,000000001$

Gráfico 36. Tasa de transmisión vertical del VIH (%) según cobertura de tratamiento ARV durante el parto, partos en hospitales públicos, CABA, 2003-2014

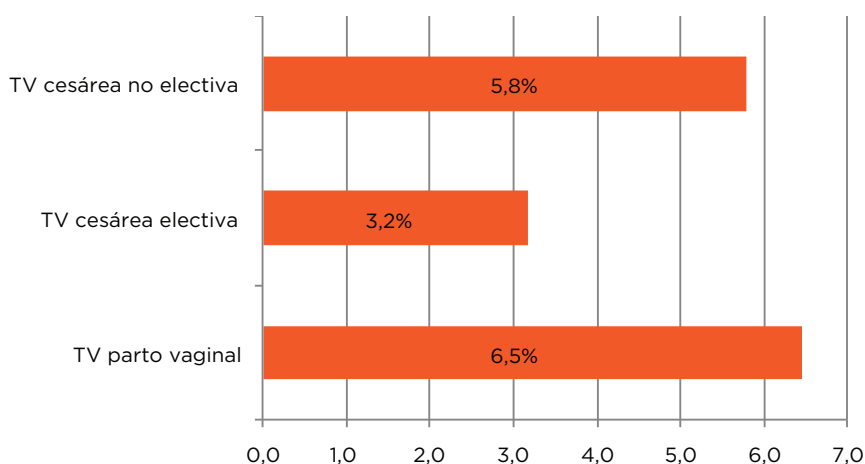


$\chi^2 = 152,7$ $p < 0,000000001$

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 cobertura de tratamiento ARV durante el parto, partos en hospitales públicos, CABA, 2003-2014



$\chi^2 = 20,13 p < 0,00047$

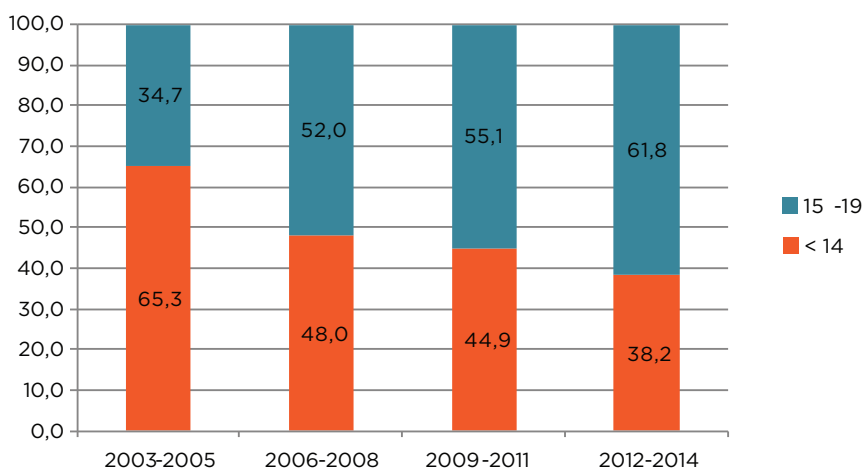
Tabla 31. Tasa de transmisión vertical del VIH (%) según cobertura de tratamiento ARV prenatal y modalidad de nacimiento, partos en hospitales públicos, CABA, 2003-2014

	Tasa TV con ARV prenatal	Tasa TV sin ARV prenatal
Parto vaginal	1,4%	25,2%
Cesárea electiva	2,9%	6,0%
Cesárea no electiva	3,0%	13,7%

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

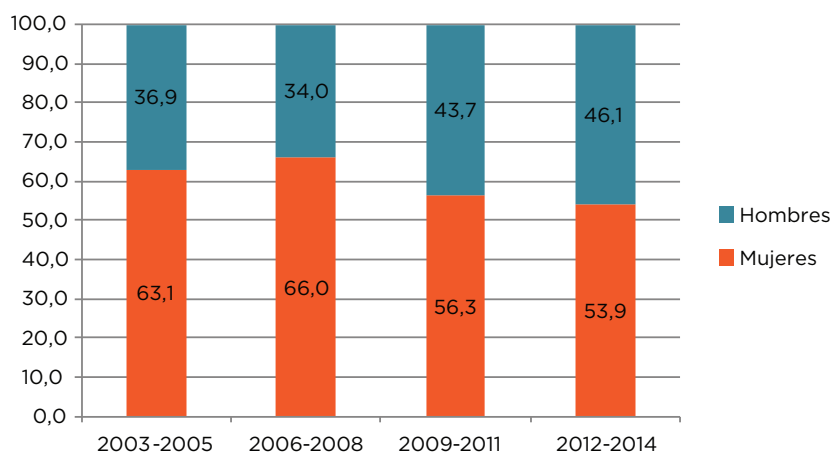
Entre enero de 2003 y diciembre de 2014 se notificaron 1227 infecciones por VIH en menores de 20 años: 52% en menores de 14 años y 48% en adolescentes de 15 a 19. La proporción de notificaciones en menores de 14 años disminuyó significativamente durante el período, lo cual demuestra el impacto de las 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, 2003-2014



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 0,6 en el primer trienio a 0,9 en el último (gráfico 39). El 54% 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, 2003-2014



Con respecto al lugar de residencia, el 68% de las notificaciones corresponde a residentes del Conurbano, el 30% a residentes de la CABA y el 2% a otras jurisdicciones.

El 86% de las notificaciones correspondieron al sistema público y el 24% 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, 2003-2014

Hospital	Frecuencia absoluta	Porcentaje
Álvarez	10	0,9%
Argerich	47	4,4%
Durand	34	3,2%
Elizalde	152	14,4%
Fernández	57	5,4%
Ferrer	1	0,1%
Garrahan	233	22,0%
Gutiérrez	88	8,3%
Moyano	2	0,2%
Muñiz	98	9,3%
Penna	54	5,1%
Pirovano	30	2,8%
Piñero	61	5,8%
Ramos Mejía	51	4,8%
Rivadavia	17	1,6%
Santojanni	50	4,7%
Sardá	42	4,0%
Tornú	14	1,3%
Vélez Sarsfield	5	0,5%
Zubizarreta	11	1,0%

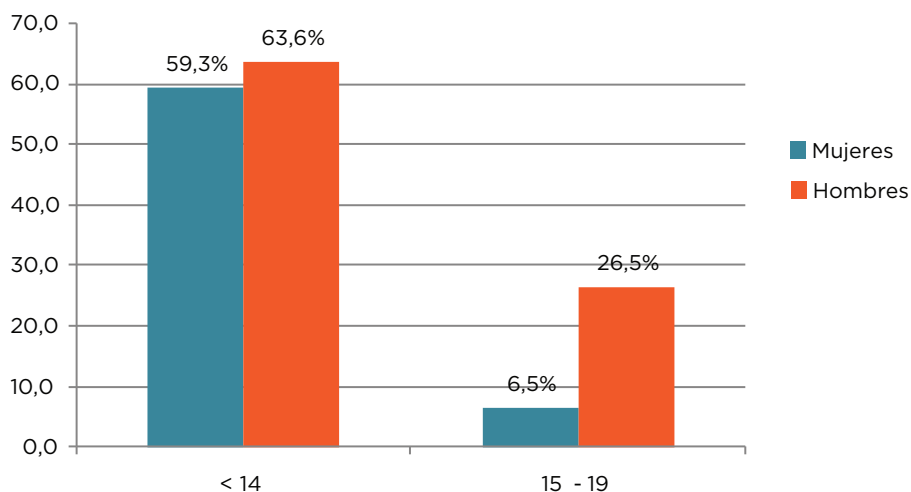


4.1. Estadio clínico al momento del diagnóstico

El estadio clínico al momento del diagnóstico varió significativamente entre los grupos etarios. Mientras que solo el 17% de los adolescentes se diagnosticaron en estadios sintomáticos, este porcentaje alcanzó el 61% en los menores de 14 años. Este dato evidenciaría 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 cuadruplica 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, 2003-2014.



4.2. 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, 2003-2014

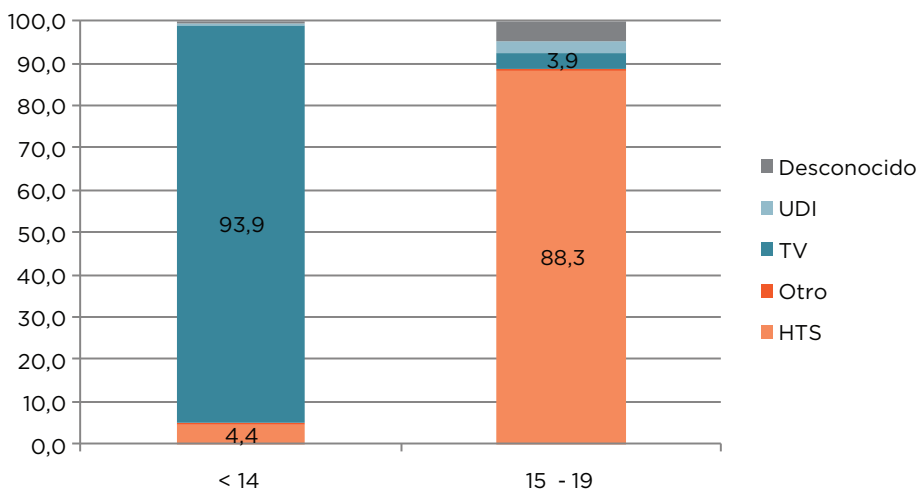
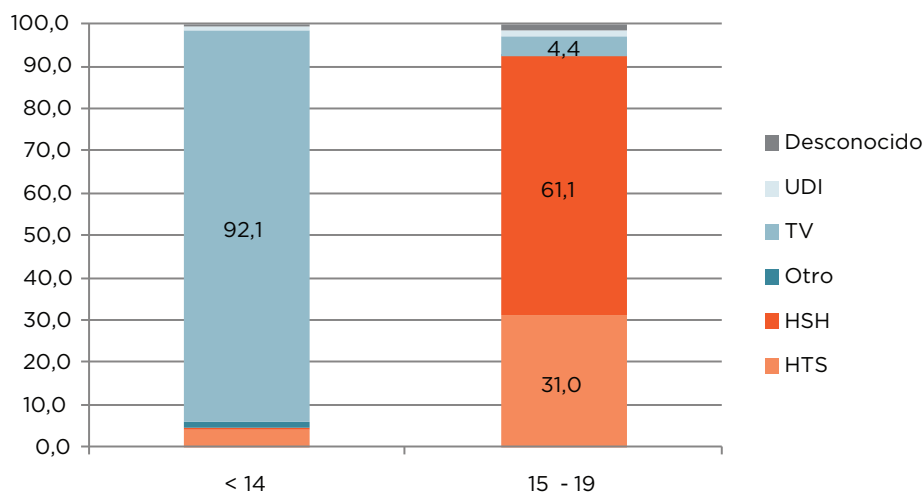


Gráfico 42. Distribución porcentual de las notificaciones de hombres con VIH enores de 20 años según sexo y vía de transmisión, CABA, 2003-2014



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.



5. Situación del acceso al diagnóstico de VIH

5.1. Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico

Desde su inicio, la Coordinación Sida estableció el acceso al diagnóstico de VIH como uno de sus ejes estratégicos. Por eso, desde 2001 funcionan 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 34 centros de testeo facilitado, 23 de los cuales desarrollan sus actividades en centros de salud, 7 en hospitales públicos, uno en un sindicato de docentes (UTE-CTERA) y 3 en organizaciones no gubernamentales (Rock&Vida, Fundación Huésped y Nexo AC -donde acuden, prioritariamente, hombres gay, otros hombres que tienen sexo con hombres y personas travestis o transexuales-).

A su vez, a partir de 2012 se inició el proceso de implementación de un nuevo algoritmo diagnóstico que incluye un test rápido como 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 20 de los 34 centros de testeo (tabla 33).

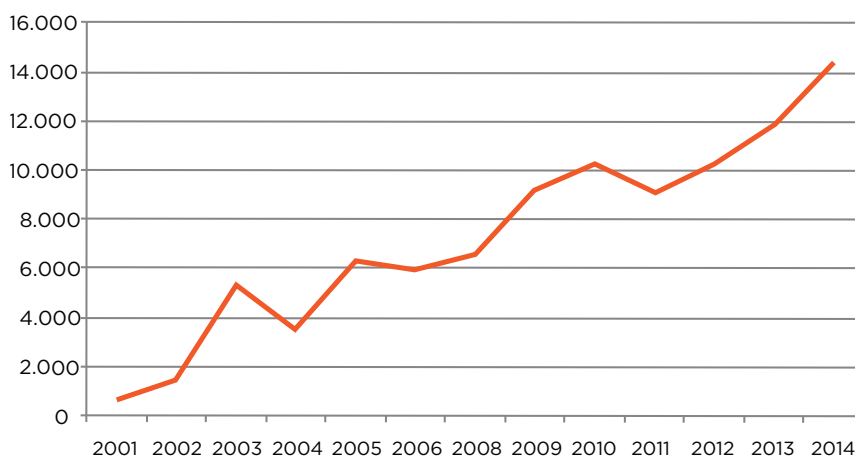
Tabla 33. Implementación de centros con test rápido, según año, CABA 2013-2015

2013	2014	2015
CeSAC 39	CeSAC 38	CeSAC 4
Hospital R. Mejía	CeSAC 22	Hospital Tornú
Nexo/ATTTA	Rock & vida	CeSAC 15
CeSAC 35	CeSAC 29	Fundación Huésped
	CeSAC 21	CeSAC 3
	Hospital R. Carrillo	CeSAC 5
	Hospital Argerich	CeSAC 30
	CeSAC 7	CeSAC 10

Al momento de la elaboración de este boletín se dispuso de la información de 31 de los 34 centros de testeo.

Desde la implementación de esta estrategia no solo se observa un aumento sostenido del número de testeos (gráfico 43) sino que se 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, 2001-2014



En este apartado se analiza la información de la población que realizó el test de VIH entre 2012 y 2014 en los CePAD y otros espacios diferenciados de asesoramiento y testeo que responden fundamentalmente a la demanda espontánea.

En el período se realizaron según esta modalidad 37.663 test de VIH (tabla 34). La implementación del test rápido aumentó significativamente el número de testeos en algunos centros (como el CeSAC 39, Nexo AC y el hospital Ramos Mejía). La diferencia en el número de testeos en el hospital Fernández se atribuye a la contabilización, a partir de 2013, de todos los test realizados en el servicio y no solo a los realizados por el equipo de asesoramiento. El CeSAC 21, los hospitales Rivadavia, Carrillo y Argerich y la ONG Rock&Vida se incorporaron en 2014.

Tabla 34. Distribución de los análisis realizados según CePAD, CABA, 2012-2014

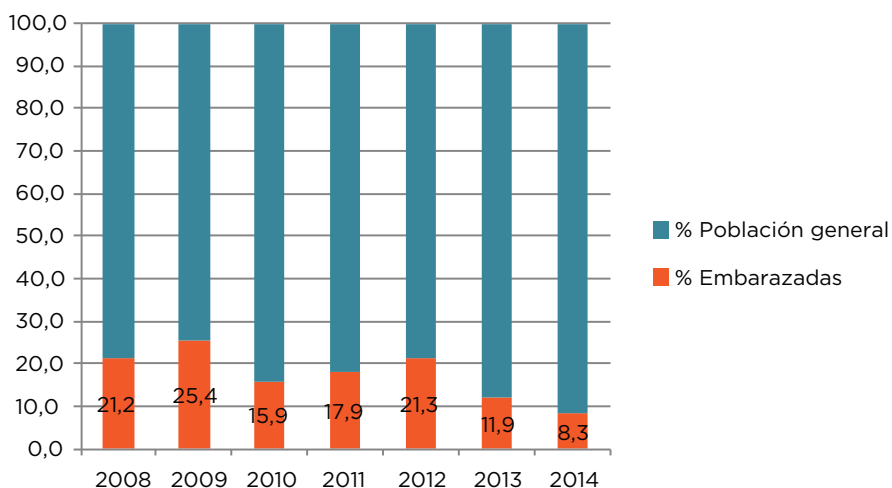
CePAD	2012	2013	2014	Total
CESAC 2	454	427	298	1.179
CESAC 5	13	54	102	169
CESAC 7	409	364	460	1.233
CESAC 9	1.054	1175	946	3.175
CESAC 13	116			116
CESAC 15	471	560	429	1.460
CESAC 18	434	18	17	469
CESAC 19		28	37	65
CESAC 20	77	54	36	167
CESAC 21*			272	272
CESAC 22	179	249	198	626
CESAC 24	103	116	139	358
CESAC 29	135	173	184	492
CESAC 33	577	655	657	1.889
CESAC 35	147		280	427
CESAC 38	294	214	334	842
CESAC 39	260	577	719	1.556
CESAC 40	42	46	38	126
CESAC 41	480	422	449	1.351
CESAC 44	25	9	29	63
UTE-CTERA	79	100	91	270
ONG Rock & Vida*			282	282
NEXO/ATTTA	800	1.629	2.562	4.991
Htal. Rivadavia*			521	521
Htal. Fernández	883	2.621	2.505	6.009
Htal. Piñero	540	545	615	1.700
Htal. Carrillo*			104	104
Htal. R. Mejía	1.394	1.375	2.334	5.103
Hta. Tornú	1.264	491	645	2.400
Htal. Argerich*			240	240
Total	10.230	11.902	15.531	37.663

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

** Centros incorporados a mediados de 2014.*

Para evaluar las condiciones de acceso al diagnóstico, más allá de la situación de embarazo, desde 2008 se diferenció la proporción de testeos de mujeres embarazadas. Durante el período 2008-2014, el 16,3% de los testeos correspondió a embarazadas con una tendencia en descenso, probablemente vinculado a la implementación en varios centros de estrategias para promover el diagnóstico en la población general (gráfico 44).

Gráfico 44. Proporción de análisis de VIH realizados en los CePAD según población, CABA, 2008-2014



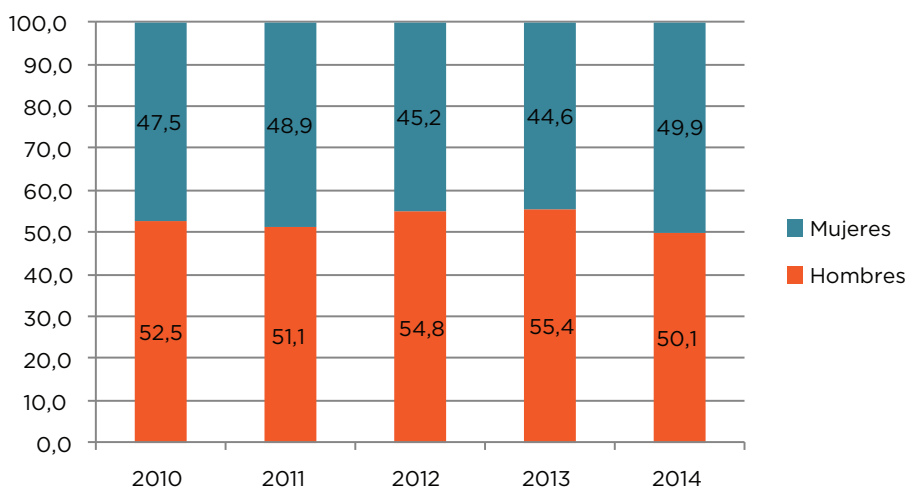
Características de la población que realizó el test de VIH en los centros de testeo

Durante 2014 se realizaron 15.536 análisis de VIH en los centros de testeo de la CABA: 47,6% en mujeres (7391), 51,2% en varones (7955) y 1,2% en personas trans (190). El predominio masculino, aunque pequeño, es de destacar teniendo en cuenta la supremacía femenina en los datos de testeo de la población general.

Para analizar el perfil de género de la población testeada, se tomó el período 2010-2014 y se excluyó a las embarazadas para evitar la influencia de la universalización de la oferta de testeo en el embarazo. Debido a la especificidad de la convocatoria al colectivo de varones gay, HSH y personas trans, la información sobre la población testeada en Nexo AC/ATTA se analizará por separado.

Hombre y mujeres testeados se mantienen en proporciones similares durante el período, con un leve predominio masculino en algunos años (gráfico 45).

Gráfico 45. Proporción de hombres y mujeres en la población testeada para VIH en los CePAD, CABA, 2010-2014



La información para analizar el perfil epidemiológico según edad se dispone desde 2012.

El análisis de la población testeada en los CePAD entre 2012 y 2014 muestra que aproximadamente el 70% tenía entre 20 y 39 años al momento de realizar el test, sin diferencias entre hombres y mujeres (gráficos 46 y 47).

Gráfico 46. Distribución anual de la población femenina que hizo el test de VIH en los CePAD según edad, CABA, 2012-2014

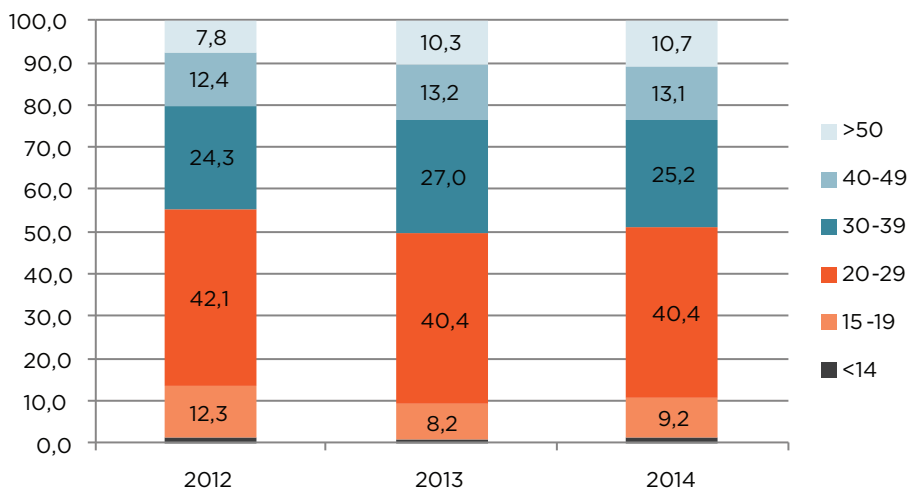
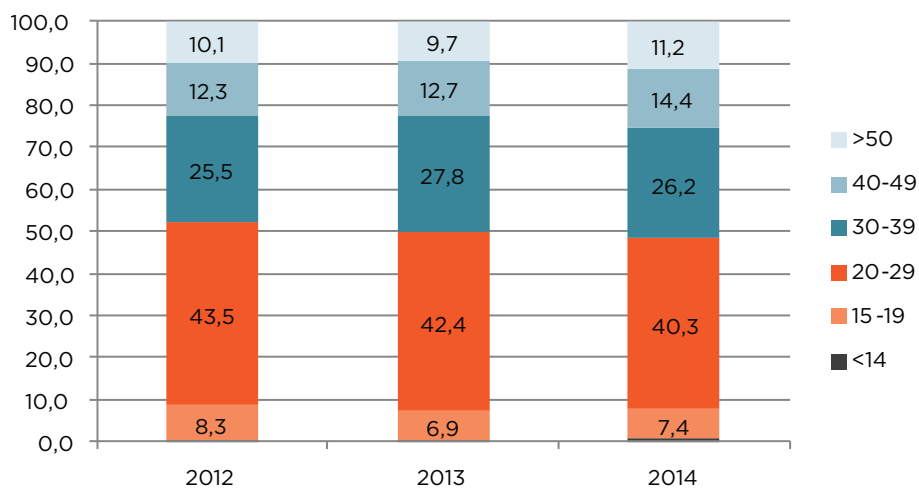


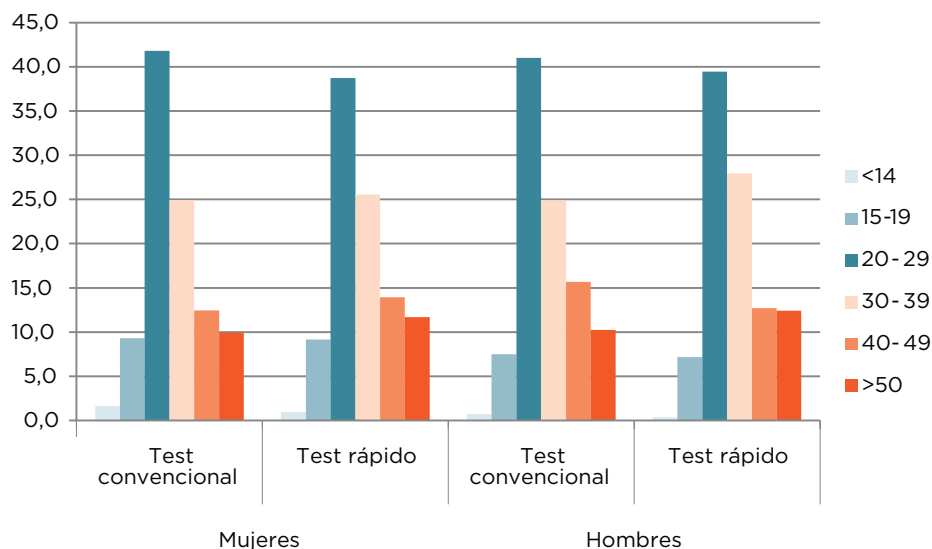
Gráfico 47. Distribución anual de la población masculina que hizo el test de VIH en los CePAD según edad, CABA, 2012-2014



Desde 2012 se realizaron 220 testeos en trans femeninas y si bien en la mayoría de los centros se están implementando estrategias para facilitar el acceso a la salud de esta población, todavía el número acotado no permite un análisis desagregado por grupos.

No se encontraron diferencias significativas entre el perfil epidemiológico de la población que se testeó en 2014 según la utilización de test rápido o convencional en los centros de testeo (gráfico 48).

Gráfico 48. Distribución por género y edad de la población que hizo el test de VIH en los CePAD según tipo de test, CABA, 2014



Cuando se analiza la población testeada exclusivamente en centros de atención primaria, el predominio de la población femenina se sostiene incluso en aquellos que cuentan con test rápido, lo que resulta consistente con la percepción de una menor concurrencia de los hombres a los centros de salud (tabla 35). Una estrategia para ampliar la demanda masculina consiste en extender la oferta a las parejas de las embarazadas.

Tabla 35. Distribución de los testeos realizados según CeSAC, CABA, 2014

	Hombres	Mujeres	Relación H/M
CeSAC con test rápido	976	1.158	0,84
CeSAC con test convencional	946	1.294	0,73

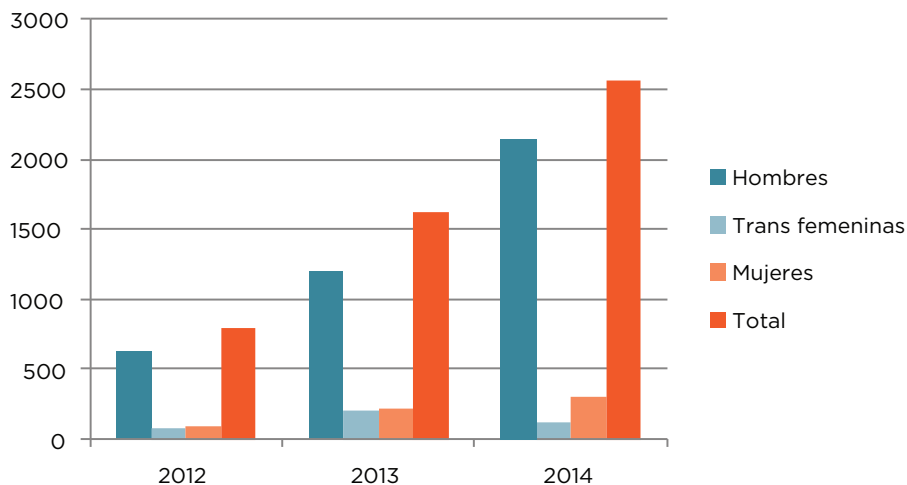
CeSAC = Centro de Salud y Atención Comunitaria; H/M = hombre/mujer.

Sitio centinela para la población de varones gay, HSH y personas trans

Nexo Asociación Civil es una organización no gubernamental donde se ofrece el testeo a varones gays 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 se amplió la oferta de testeo a personas trans.

Entre 2012 y 2014 se realizaron en Nexo AC 4490 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 gays y otros HSH.

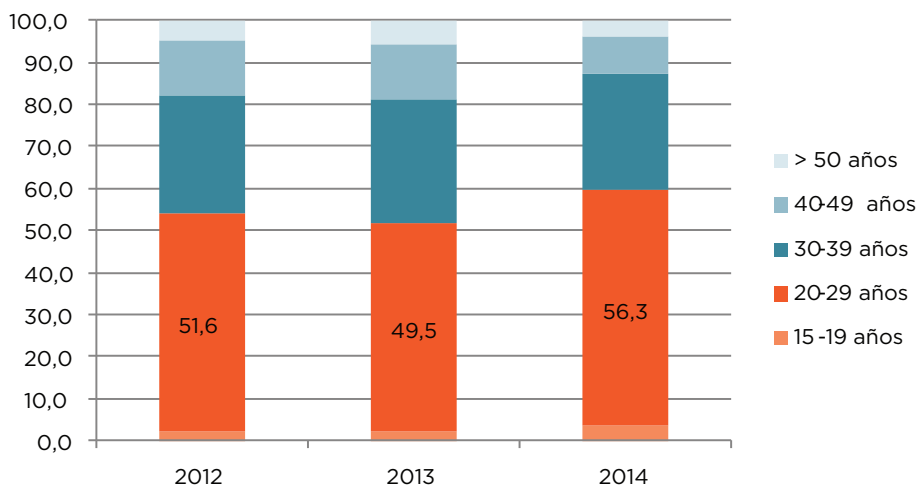
Gráfico 49. Distribución anual de la población testeada en Nexo AC según género, Nexo AC, 2012-2014



Fuente: Nexo AC/ATTA.

El análisis etario de la población testeada aquí muestra que, al igual que en el resto de los CePAD, la mayor proporción tiene entre 20 y 29 años (gráfico 50).

Gráfico 50. Distribución etaria de la población testeada en Nexo AC según año de testeo, Nexo AC, 2012-2014



Fuente: Nexo AC/ATTA.

Retiro de resultados

El análisis del porcentaje de personas que retiraron el resultado en el período muestra diferencias entre 2012 y 2014 (tabla 36).

Tabla 36. Porcentaje de retiro de resultados en CePAD según año, CABA, 2012-2014

	2012	2013	2014
N° testeos	8.055	10.479	14.241
Resultados retirados	6.795	7.919	12.457
% retiro	84,30%	75,50%	87,5%

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 con el uso de test rápido hay personas que se retiran antes de tener el resultado. El análisis según el tipo de test muestra un mayor porcentaje de retiro de resultados en los centros que ofrecen la prueba rápida (tabla 37). Sin embargo, para analizar la cobertura de retiro es necesario considerar que algunos de estos centros implementaron este test recién en el segundo semestre de 2014, por lo que hubo un período de transición con test convencional (tablas 38 y 39).

Tabla 37. Porcentaje de retiro de resultados en CePAD según tipo de test ofrecido, CABA, 2014

	Test realizados	Resultados retirados	% retiro de resultados
Test convencional	6.669	5.009	75,1
Test rápido	7.572	7.448	98,4

Tabla 38. Porcentaje de retiro de resultados en CePAD que ofrecen test convencional para VIH, CABA, 2014

Centro	Testeos realizados	Resultados retirados	% retiro de resultados
CeSAC 2	176	145	82,4
CeSAC 5	102	85	83,3
CeSAC 9	636	316	49,7
CeSAC 15	218	169	77,5
CeSAC 18	25	21	84,0
CeSAC 19	37	15	40,5
CeSAC 20	36	31	86,1
CeSAC 24	139	121	87,1
CeSAC 33	657	630	95,9
CeSAC 40	38	32	84,2
CeSAC 41	199	85	42,7
CeSAC 44	29	14	48,3
UTE-CTERA	91	71	78,0
Hospital Rivadavia	521	490	94,0
Hospital Fernández	2.505	1.687	67,3
Hospital Piñero	615	520	84,6
Hospital Tornú	645	577	89,5

Tabla 39. Porcentaje de retiro de resultados en CePAD que ofrecen test rápido para VIH, CABA, 2014

Centro	Testeos realizados	Resultados retirados	% retiro de resultados
CeSAC 7	214	211	98,6
CeSAC 21	272	271	99,6
CeSAC 22	146	103	70,5
CeSAC 29	177	155	87,6
CeSAC 35	280	280	100,0
CeSAC 38	334	304	91,0
CeSAC 39	718	717	99,9
Rock&Vida	282	282	100,0
NEXO AC/ATTTA	2.562	2.562	100,0
Hospital Carrillo	104	100	96,2
Hospital R. Mejía	2.243	2.223	99,1
Hospital Argerich	240	240	100,0

Prevalencia de VIH en la población testeada en los CePAD

En la tabla 40 se detallan los datos de prevalencia de VIH según tipo de CePAD durante el período 2009-2014. 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. En el último año se observa un aumento de la prevalencia en embarazadas.

Tabla 40. Prevalencia de VIH según tipo de CePAD, CABA, 2009 -2014

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

En la tabla 41 se analiza la prevalencia de VIH en la población testeada en Nexo Asociación Civil que funciona como sitio centinela de hombres que tienen sexo con hombres y trans femeninas. Se observa una estabilidad en la prevalencia en HSH y un descenso en el último año en la población de trans femeninas.

Tabla 41. Prevalencia de VIH en HSH y trans, Nexo Asociación Civil, 2009-2013

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

Fuente: Nexo AC/ATTTA.

5.2. Oferta de testeo en el espacio público

En el marco de ampliar la oferta de testeo y facilitar el acceso al diagnóstico oportuno de VIH, desde diciembre de 2013 se implementaron estrategias específicas para ofrecer el test rápido para VIH en el espacio público. 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, como la población masculina, que habitualmente no circulan por el sistema de salud.

En base a esta respuesta, en 2015 se inició la campaña "Test rápido por los barrios", que consistió en la oferta de testeo rápido en el tráiler sanitario, en un barrio distinto cada mes. A su vez, en marzo de 2015, también comenzó a funcionar una oferta mensual de testeo rápido de VIH en la Consejería de Salud Sexual y Reproductiva dependiente de la Dirección de Juventud del GCBA. Ambas actividades son llevadas adelante por el personal de la Coordinación Sida en conjunto con los equipos de la Consejería o de los centros de salud y hospitales, de acuerdo al área programática donde se emplace el tráiler.

En este apartado se analizan las características de la población que realizó el test de VIH en estos espacios entre diciembre de 2014 y septiembre de 2015.

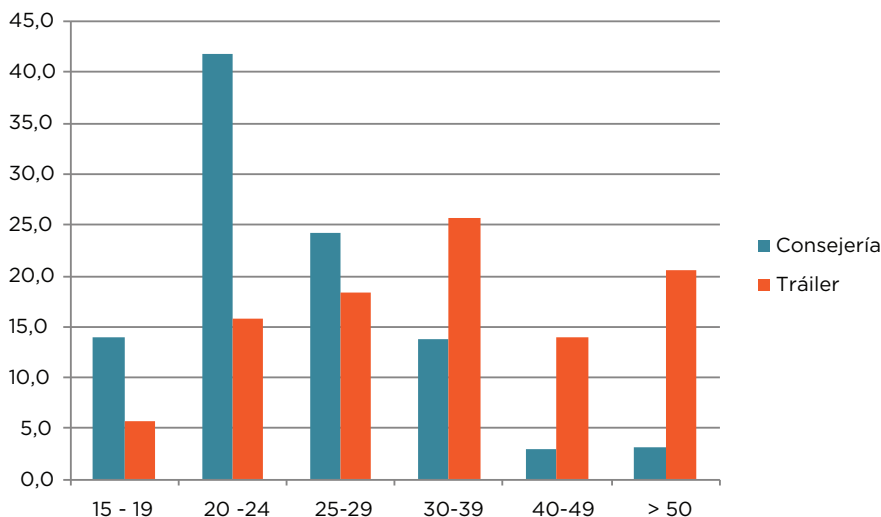
Durante el período se entrevistaron 2073 personas de las cuales 2047 realizaron el test rápido para VIH: 1491 en el tráiler sanitario y 582 en el espacio de la Consejería.

El análisis por sexo muestra un predominio masculino en la población testeada en el tráiler (tabla 42). El análisis por edades muestra el predominio de jóvenes en la Consejería: el 56% de la población asistida tiene entre 15 y 24 años. En cambio, en el tráiler sanitario el 60% es de más de 30 años (gráfico 51).

Tabla 42. Distribución de la población testeada en el espacio público según sexo, residencia y edad, CABA, 2014 -2015

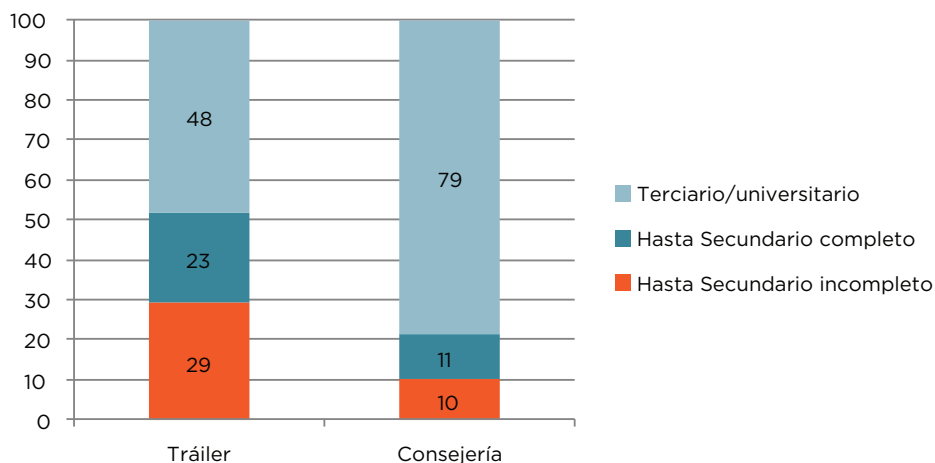
	Consejería	Tráiler
Hombres	46%	54%
Residentes CABA	67%	60%
Mediana de edad	24 años	32 años
15 a 19 años	14,0%	5,8%
20 a 24 años	41,9%	15,8%
25 a 29 años	24,3%	18,3%
30 a 39 años	13,8%	25,7%
40 a 49 años	2,9%	14,0%
> 50 años	3,1%	20,5%

Gráfico 51. Distribución de la población testeada en el espacio público según edad, CABA, 2014 -2015



Para analizar el nivel de instrucción formal de la población testeada solo se incluyó a las personas mayores de 18 años. Casi el 80% de quienes acudieron a la Consejería tenía estudios terciarios o universitarios completos o en curso, lo cual es esperable dado que este espacio, a mediados del período, se ubicó en una zona rodeada de facultades (gráfico 52).

Gráfico 52. Distribución de la población testeada en el espacio público según nivel de instrucción, CABA, 2014 -2015



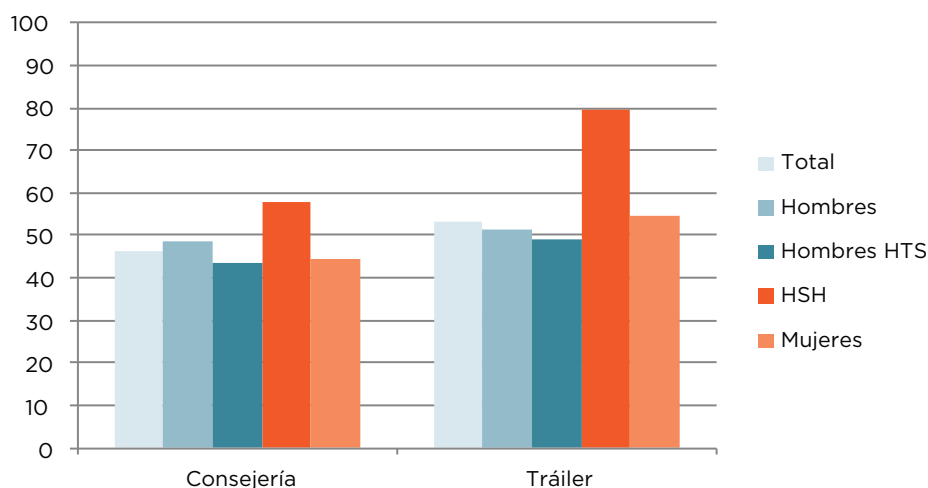
Para evaluar el impacto de las estrategias de difusión se les preguntó a los consultantes por la manera en la que se enteraron de la posibilidad de hacer el test. La situación casual de "pasar por ahí" fue la referencia más frecuente en ambos espacios, seguida por la convocatoria a través de internet o redes sociales, especialmente en el ámbito de la Consejería (tabla 43).

Tabla 43. Distribución de la población testeada en el espacio público según respuesta a la pregunta sobre “cómo se enteró del lugar del testeo”, CABA, 2014 -2015

	Tráiler (%)	Consejería (%)
Pasaba por ahí	54,5	48,5
Internet/redes sociales	16,2	36,9
Medios	9,7	0,2
Afiches/folletos	0,9	0,2
Boca en boca	7,2	12,4
Otro	11,5	1,9

El 46% de la población de la Consejería y el 53% de la del tráiler ya habían realizado el test de VIH, el 59% dentro de los dos años previos al test actual y el 83% dentro de los últimos cinco años. La población HSH fue la que presentó la mayor frecuencia de testeo previo en ambos espacios pero especialmente en el tráiler, donde el 80% ya se había testeado previamente (gráfico 53). La diferencia con la población de la Consejería puede también explicarse por la menor edad de los consultantes.

Gráfico 53. Distribución porcentual de consultantes en el espacio público con test previo de VIH, según sexo y prácticas sexuales de los hombres, CABA, 2014 -2015



Prevalencia de VIH en la población testeada en el espacio público

Durante el período analizado hubo 26 resultados positivos, lo que arroja una prevalencia global de 1,27%. El análisis por espacio y población muestra una mayor prevalencia en varones gays. El alto porcentaje en la población HSH de la Consejería es un dato muy relevante teniendo en cuenta, por la edad de los consultantes, que muchos de ellos pueden corresponder a nuevas infecciones (tabla 44). La mayor prevalencia en hombres heterosexuales sobre las mujeres muestra la importancia de considerar diferencias de género al momento de estimar la prevalencia en la población general.

Tabla 44. Prevalencia de VIH en la población testeada en el espacio público según sexo y vía de transmisión en hombres, CABA, 2014 -2015

Población	Tráiler	Consejería
Hombres HTS	0,7%	0,6%
HSH	4,6%	7,8%
Mujeres	0,2%	0,3%

5.3. El diagnóstico de VIH en los laboratorios de la CABA

La Coordinación Sida gestiona y coordina de manera centralizada la provisión de los insumos necesarios para el diagnóstico de VIH y para el seguimiento de las personas infectadas en los laboratorios del sistema público de la CABA.

Las tareas de planificación de compras y seguimiento de las licitaciones se efectúan de acuerdo a la Ley de Compras y Contrataciones de la ciudad. Cuando finaliza el proceso de compra, los productos ingresan a la droguería y se distribuyen a los laboratorios de los hospitales. 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 26 laboratorios hospitalarios y otros lugares de testeo con acuerdos y/o convenios con CABA.

Esta estimación también 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 en la modalidad de asistencia programados.

Durante 2014 se distribuyeron:

- 138.760 determinaciones de test para tamizaje de VIH,
- 25.200 test rápidos de VIH,
- 965 determinaciones de reactivos para diagnóstico pediátrico (en menores de 18 meses) y para el seguimiento de niños infectados por VIH, y
- 2664 determinaciones para la confirmación del diagnóstico de VIH (Western Blot).

Con estos reactivos se realizaron las siguientes prestaciones:

- 102.829 diagnósticos de VIH (positivos y negativos).
 - 1.802 infecciones confirmadas por VIH.
 - 1.602 cargas virales para el seguimiento de menores de 18 años infectados por VIH.
- En el último quinquenio ha aumentado el número de determinaciones distribuidas y test realizados sin cambios significativos en la prevalencia de diagnósticos positivos (tabla 45).

Tabla 45. Distribución de determinaciones, tests realizados y resultados positivos según año. Laboratorios de los hospitales públicos, CABA, 2011-2014

	2010	2011	2012	2013	2014
N° de determinaciones distribuidas	95.500	111.300	117.532	138.852	138.760
N° test de VIH realizados	97.506	88.878	102.783	102.952	102.829
Diagnósticos positivos	1.852	1.659	1.985	1.883	1.802
Prevalencia de resultados positivos	1,90	1,87	1,93	1,83	1,75

Durante 2013 y 2014 se inició la implementación de un nuevo algoritmo para diagnóstico de VIH propuesto por la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación,¹ en seis hospitales de la ciudad: Muñiz, Penna, Ramos Mejía, Santojanni, Piñero y Fernández. 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 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, validado por la División de Análisis Clínicos del Hospital Muñiz, está mostrando un análisis de costos favorable y mejora en los tiempos de la confirmación diagnóstica del VIH.

El uso de test rápido en los centros de testeo aumentó el consumo de este insumo un 61% entre 2012 y 2014 (tabla 46).

Tabla 46. Distribución de test rápidos, CABA, 2012-2014

Año	TR VIH utilizados
2012	15.700
2013	19.900
2014	25.200

El análisis de la utilización de insumos por hospital en 2014 muestra que se confirmaron 1802 diagnósticos. Los hospitales Muñiz y Fernández fueron los de mayor prevalencia (tabla 47).

Tabla 45. Distribución de determinaciones, tests realizados y resultados positivos según año. Laboratorios de los hospitales públicos, CABA, 2011-2014

Hospital	Nº de terminaciones 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 (%)
Penna	11.596	9.154	53	0,58
Santojanni	11.520	10.100	250	2,48
Argerich	11.311	10.265	105	1,02
Piñero	10.430	9.350	89	0,95
Muñiz	10.218	6.936	611	8,81
Fernández	8.300	7.714	257	3,33
Durand	8.061	7.524	81	1,08
Ramos Mejía	7.706	6.218	100	1,61
Sardá	7.580	6.500	23	0,35
Pirovano	6.930	6.309	60	0,95
Rivadavia	6.266	5.823	42	0,72
Tornú	5.681	4.315	10	0,23
Alvarez	5.412	3.866	53	1,37
Curie	2.829	1.800	0	0,00
Elizalde	2.374	2.156	13	0,60
Gutiérrez	1.968	1.635	1	0,06
Vélez Sarsfield	1.812	1.607	24	1,49
Zubizarreta	1.020	974	25	2,57
Ferrer	749	583	5	0,86
Total	121.763	102.829	1.802	1,75

¹Bouzas, 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: noviembre de 2015).



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

6.1. Situación actual del tratamiento antirretroviral en CABA

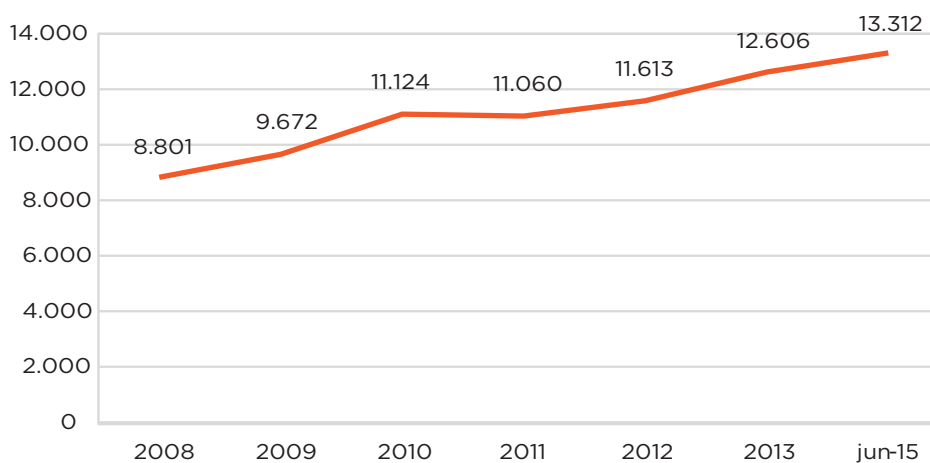
En la ciudad de Buenos Aires hay veinte hospitales con servicios específicos para la atención de personas con VIH, donde entre otras prestaciones se entrega medicación antirretroviral (ARV) a pacientes sin obra social.

Para este análisis se utilizó la información disponible en el sistema *sVIH* para los hospitales con padrón actualizado (Durand, Elizalde, Fernández, Gutiérrez, Ramos Mejía, Rivadavia y Maternidad Sardá) y los datos referidos por los servicios de Infectología o Farmacia para los demás.

Características generales y distribución por hospitales

Desde 2008 se observa un aumento progresivo de los tratamientos distribuidos desde la Coordinación Sida, que alcanza a 13.312 en el primer semestre de 2015 (gráfico 54).

Gráfico 54. Distribución de la población en tratamiento antirretroviral en el sistema público, CABA, 2008-06/2015



Más del 75% de los pacientes que retiran medicación antirretroviral en CABA se encuentran distribuidos en seis hospitales (tabla 48).



Tabla 48. Distribución de pacientes en tratamiento ARV según hospital, hospitales públicos, CABA, 2015

Hospital	N° personas en tratamiento ARV	%
Álvarez	466	3,50
Argerich	795	5,97
Borda	37	0,28
Durand	334	2,51
Elizalde	162	1,22
Fernández	2.022	15,19
Ferrer	54	0,41
Gutiérrez	216	1,62
Moyano	8	0,06
Muñiz	4.857	36,40
Penna	453	3,40
Piñero	812	6,10
Pirovano	290	2,18
Ramos Mejía	1.016	7,63
Rivadavia	196	1,47
Santojanni	666	5,00
Sardá	65	0,49
Tornú	497	3,73
Vélez Sarsfield	114	0,86
Zubizarreta	252	1,89
Total	13.312	100

El 39% corresponde a mujeres y el 61% a hombres.

El 55% de la población en tratamiento tiene entre 40 y 59 años. Aproximadamente un 2% (n=280) son menores de 15 años y cerca del 6% (n=767) son mayores de 60 años (tabla 49). A mayor edad se observa un aumento progresivo de la razón hombre/mujer (tabla 50).

Tabla 49. Distribución de pacientes en tratamiento ARV, discriminados según edad y sexo, hospitales públicos, CABA, 2015

Edad	M	F	
<5	36	40	0,57%
5-14	91	113	1,54%
15-19	178	180	2,69%
20-24	298	278	4,33%
25-39	2.341	1.627	29,82%
40-59	4.629	2.729	55,26%
>=60	550	222	5,78%

Tabla 50. Distribución de la razón hombre/mujer de los pacientes en tratamiento ARV según edad, hospitales públicos, CABA, 2015

Edad	H/M
<5	0,9
6-14	0,8
15-19	1,0
20-24	1,1
25-39	1,4
40-59	1,7
>=60	2,5

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 55).

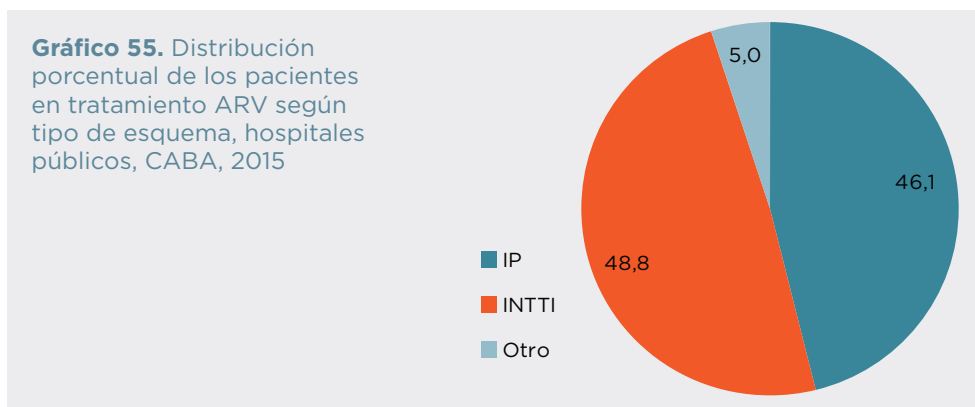


Tabla 51. Frecuencia de indicación de antirretrovirales según droga, hospitales públicos, CABA, 2015

Droga	Total Pacientes
Abacavir (ABC)	2.642
Atazanavir	3.163
Darunavir	390
Dolutegravir	20
Efavirenz	5.184
Emtricitabina	4.499
Enfuvirtide (T20)	13
Etravirina	135
Fosamprenavir (FPV)	613
Lamivudina (3TC)	7.586
Lopinavir/Ritonavir (LPV/RTV)	1.950
Maraviroc	99
Nevirapina (NVP)	1.206
Raltegravir	571
Stavudina	30
Tenofovir (TDF)	6.548
Tipranavir	8
Zidovudina (AZT)	4.036

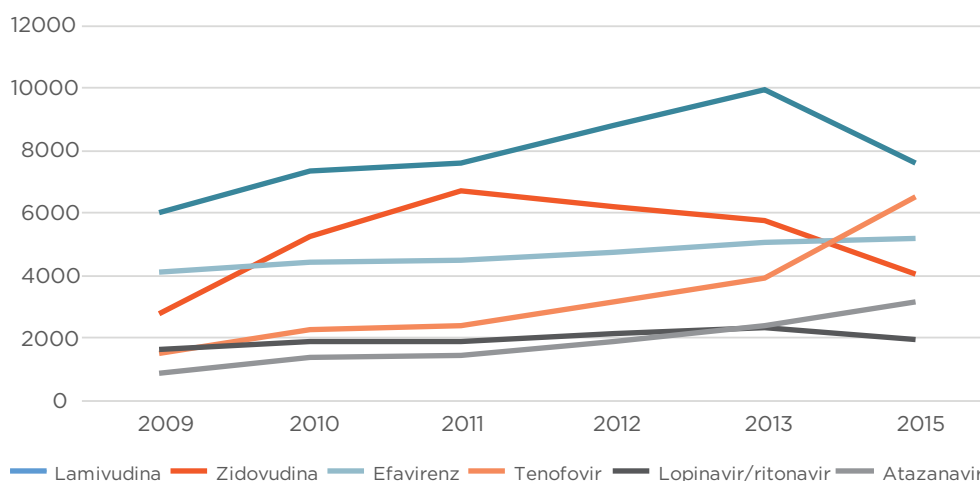
Si bien el análisis de la frecuencia acumulada muestra que las drogas más utilizadas son Lamivudina (3TC), Tenofovir (TDF), Efavirenz (EFV), Emtricitabina (FTC), Zidovudina (AZT) y Atazanavir (ATV) (tabla 52), el análisis de tendencia muestra un aumento sostenido del uso del TDF, de acuerdo a las recomendaciones nacionales e internacionales, en todas sus combinaciones, en detrimento del uso del AZT. También puede haber contribuido a este incremento el hecho de que TDF, a partir de febrero de 2014, dejó de ser un medicamento de uso restringido (gráfico 56).

El análisis por esquemas muestra que el 80% de los pacientes recibe combinaciones de TDF, AZT O ABC con 3TC o FTC más EFV, LPV, ATV o NVP.

Tabla 52. Distribución de los pacientes en tratamiento ARV según esquema, hospitales públicos, CABA, 2015

Esquema de tratamiento ARV	Nº pacientes	% pacientes
TDF / (3TC o FTC) + EFV	2.688	20,3
3TC / (ABC o AZT)+EFV	2.344	17,5
TDF/(3TC o FTC) +ATV/r	1.733	13,1
3TC/(ABC o AZT)+ATV/r	1.338	10,1
3TC/(ABC o AZT)+LPV/rtv	1.039	7,8
3TC/(ABC o AZT)+NVP	953	7,0
TDF/(3TC o FTC)+LPV/r	606	4,6
TDF/(3TC o FTC)+FPV	280	2,1
TDF/FTC+NVP	181	1,4
AZT/3TC+FPV	171	1,3
TDF/FTC+RAL	147	1,1
TDF/(3TC o FTC) +DRV/r	118	0,9
LPV/r+RAL	86	0,6
3TC/AZT+DRV/r	73	0,6
TDF/3TC+RAL	55	0,4
Otras combinaciones	1.500	11,3
Total	13.312	100,0

Gráfico 56. Evolución de la frecuencia de indicación de los ARV más utilizados según año, hospitales públicos, CABA, 2009-2015



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 y llegó al 5,53% en 2015 (gráfico 57). El análisis de la frecuencia relativa de las drogas de uso restringido muestra el ascenso progresivo del uso de Raltegravir y la inclusión de Dolutegravir, a partir de 2015 (tabla 53).

Gráfico 57. Porcentaje de pacientes en tratamiento ARV con esquemas que incluyen drogas de uso restringido, hospitales públicos, CABA, 2011-2015

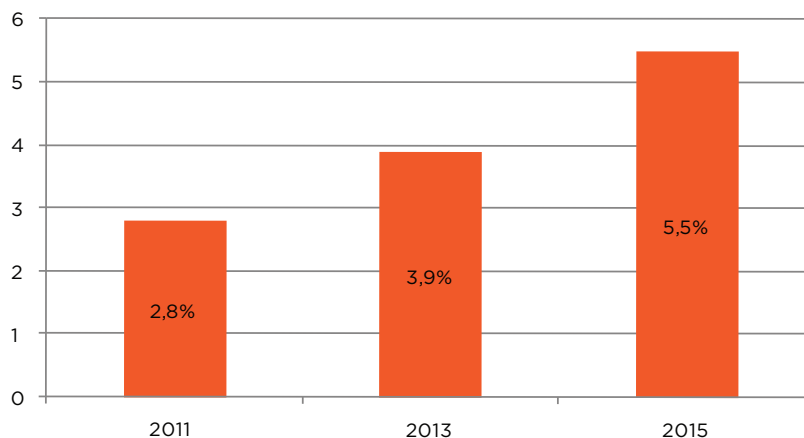


Tabla 53. Frecuencia relativa de ARV de uso restringido según año, hospitales públicos, CABA, 2011-2015

Droga	2011 (%)	2013 (%)	2015 (%)
Darunavir	34,61	31,8	31,50
Etravirina	25,81	12,5	10,90
Raltegravir	23,71	42,6	46,20
Maraviroc	8,60	9,4	8,01
Enfuvirtide	4,78	2,4	1,05
Tipranavir	2,49	1,3	0,64
Dolutegravir			1,60

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, 11% del grupo de 15 a 19 años y 13% en la población de entre 20 a 24 años (tabla 54). 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 54. Distribución de pacientes en tratamiento ARV con drogas de uso restringido según edad, hospitales públicos, CABA, 2015

Edad	Total de pacientes en tratamiento ARV	Total de pacientes con drogas de uso restringido	% de pacientes del grupo etario con drogas de uso restringido
<5	76	3	3,9%
5-14	204	15	7,3%
15-19	357	39	10,9%
20-24	575	74	12,9%
25-39	3.957	133	3,4%
40-59	7.333	437	5,9%
>60	767	33	4,3%

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 2014-2015, se encontraron 126 personas con combinaciones de drogas no recomendadas, lo cual representa el 1% de la población en tratamiento. La combinación no recomendada registrada con mayor frecuencia es la de tenofovir con atazanavir sin ritonavir (tabla 55).

Tabla 55. Cantidad de pacientes que utilizan esquemas no recomendados, hospitales públicos, CABA, 2015

Drogas asociadas	Nº Pacientes
MVC+FPV/r	3
NVP+ATV/r	5
TDF/ATV200	118

La asociación TDF/ATV200 se incrementó un 60% con respecto al año anterior, lo cual podría explicarse en parte por el hecho de que el uso de tenofovir dejó de requerir autorización desde febrero de 2014.

6.2. 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 2014 se autorizaron 30.950 pedidos de carga viral para 10.124 pacientes lo cual significa un promedio de 3 cargas virales por paciente por año. Sin embargo, durante el período, solo se realizaron 12.497 cargas virales (40% de los pedidos autorizados) en 9.066 pacientes, lo que representa un promedio de 1,38 cargas virales por paciente por año. En la tabla 56 se detalla el promedio de cargas virales realizadas por paciente en cada hospital excluyendo los pediátricos y la Maternidad Sardá por disponer de un circuito logístico diferente.

Tabla 56. Cargas virales realizadas y promedio por paciente según institución, hospitales públicos seleccionados, CABA, 2014

Hospital	Nº CV realizadas	Nº pacientes a los que se les realizó CV	Promedio de CV realizadas por paciente
Álvarez	413	258	1,60
Argerich	886	584	1,52
Borda	20	16	1,25
Durand	513	326	1,57
Fernández	1.944	1.771	1,10
Ferrer	33	27	1,22
Muñiz	4.288	3.136	1,37
Penna	402	291	1,38
Piñero	839	587	1,43
Pirovano	300	181	1,66
Ramos Mejía	1.315	871	1,51
Rivadavia	181	133	1,36
Santojanni	349	240	1,45
Tornú	676	403	1,68
Vélez Sarsfield	136	90	1,51
Zubizarreta	202	152	1,33

Se obtuvo información sobre los resultados de las 12.497 cargas virales realizadas, con niveles indetectables en 8292, lo cual implica que el porcentaje de indetectibilidad de la carga viral poblacional fue de 66,3%.

Durante 2014 se solicitó la autorización para realizar el test de resistencia a 434 pacientes (3,27% del total de pacientes bajo tratamiento). Los pedidos provinieron de 18 de los 20 hospitales, el 65% de los hospitales Muñiz, Ramos Mejía y Fernández (40%, 13% y 12% respectivamente). En este año se solicitaron, también, 377 autorizaciones para realizar el test de hipersensibilidad al abacavir (HLAB*5701) pero con una concentración más marcada de hospitales solicitantes: 75% del Muñiz fue irregular y 19% del Fernández.%.

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



7. Situación de las personas con hepatitis viral crónica

Desde mediados de 2013 la Coordinación Sida 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 (HBV y HCV, respectivamente) con o sin coinfección con VIH.

Desde entonces y hasta diciembre de 2014, se registraron 891 personas con diagnóstico de hepatitis viral crónica. El mayor porcentaje de diagnósticos corresponde a personas con virus C, con o sin coinfección con VIH (tabla 57).

Tabla 57. Distribución de las personas con hepatitis viral crónica notificadas en el sistema público según tipo de virus, Coordinación Sida, CABA, 2013-2014

	2013 (%)	2014 (%)
HCV	37,3	34,1
HBV	18,9	14,5
HCV + VIH	36,3	32,6
HBV + VIH	5,7	11,7
HCV + HBV	0,9	3,1
HCV + HBV + VIH	0,9	4,1

El número de personas con hepatitis viral crónica notificadas a la Coordinación Sida se triplicó entre 2013 y 2014. De acuerdo a la distribución por hospitales, el mayor número corresponde a los hospitales Muñiz y Fernández (tabla 58).

Tabla 58. Distribución de las personas con hepatitis viral crónica notificadas, hospitales públicos, Coordinación Sida, CABA, 2013-2014

Hospital	2013	2014	Total
Álvarez	2	5	7
Argerich	30	20	50
Durand	5	2	7
Fernández	21	76	97
Gutiérrez	1	0	1
Moyano	1	4	5
Muñiz	68	469	537
Penna	7	8	15
Piñero	17	21	38
Pirovano	6	5	11
Ramos Mejía	17	19	36
Rivadavia	1	2	3
Roffo	1	1	2
Santojanni	18	27	45
Tornú	4	9	13
Udaondo	10	6	16
Vélez Sarsfield	2	2	4
Zubizarreta	1	3	4
Total	212	679	891

Características generales

Se notificaron 580 hombres (65%), 306 mujeres (34,5%) y 5 trans femeninas (0,5%) con hepatitis. La mediana de edad fue de 47 años en hombres y mujeres, y de 37 en trans. El 35% dispone de obra social y el 48% no terminó el secundario como máximo nivel de instrucción (tabla 59).

Tabla 59. Distribución de la población con hepatitis viral crónica notificada según máximo nivel de instrucción alcanzado, Coordinación Sida, CABA, 2013-2014

Nivel de educación máximo alcanzado	N°	%
Ninguno	4	0,4
Primaria incompleta	50	5,6
Primaria completa	203	22,8
Secundaria incompleta	172	19,3
Secundaria completa	184	20,7
Terciario/Universitario	96	10,8
Sin datos	182	20,4
Total	891	100,0

Población en tratamiento para hepatitis viral crónica

Se analizaron los tratamientos indicados en 2013-2014 según tipo de hepatitis y estado de coinfección con VIH.

La combinación de Interferón Alfa 2b con Ribavirina fue el esquema más utilizado para el tratamiento de hepatitis C, tanto en mono infectados como en coinfectados con VIH (tabla 60).

Tabla 60. Distribución de los tratamientos para hepatitis crónica por virus C, Coordinación Sida, CABA, 2013-2014

Coinfección HCV+VIH		Mono infección HCV	
Interferón Alfa 2a + Ribavirina	10	Interferón Alfa 2a + Ribavirina	10
Interferón Alfa 2a + Ribavirina + Telaprevir	2	Interferón Alfa 2a + Ribavirina + Boceprevir	11
Interferón Alfa 2b + Ribavirina	56	Interferón Alfa 2a + Ribavirina + Telaprevir	10
Interferón Alfa 2b + Ribavirina + Telaprevir	3	Interferón Alfa 2b + Ribavirina	41
		Interferón Alfa 2b + Ribavirina + Boceprevir	6
		Interferón Alfa 2b + Ribavirina + Telaprevir	6

El número de pacientes en tratamiento para hepatitis B es aún limitado, sin embargo hay una tendencia en predominio del uso de entecavir (tabla 61). 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 61. Distribución de los tratamientos para hepatitis crónica por virus B, Coordinación Sida, CABA, 2013-2014

Coinfección HBV+VIH		Mono infección HBV	
Tenofovir	3	Entecavir	24
Entecavir	1	Lamivudina	1
		Tenofovir	17

8. Gestión de insumos preventivos: distribución de preservativos y material gráfico

Una de las principales estrategias de prevención que ha definido la Coordinación Sida es la de facilitar el acceso al preservativo 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.

Desde 2001 el número de preservativos distribuido fue aumentando en forma progresiva hasta 2013 (gráfico 58). En 2014 se distribuyeron 7.586.496 unidades, 689 mil menos que en el año anterior; esta disminución responde, en principio, a una menor demanda desde el circuito de Salud.

Gráfico 58. Distribución anual de preservativos, Coordinación Sida, 2001-2014

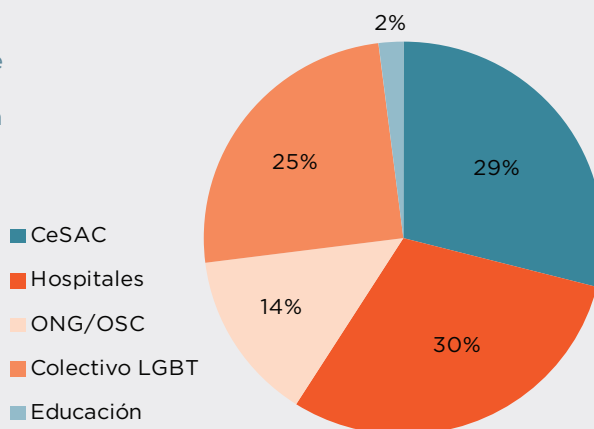


El sistema de distribución gratuita de preservativos está conformado por instituciones del sistema público de salud, de otras áreas de gobierno y de una amplia variedad de organizaciones no gubernamentales. Actualmente es una red interinstitucional e intersectorial alrededor de 400 bocas.

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 del circuito comercial del colectivo LGTB de importancia estratégica para la llegada a esta población.

En 2014, el 60% de los preservativos se distribuyeron a través de hospitales y centros de salud (en este punto es importante destacar que la mayoría de los centros de salud organizan una red en los barrios a cuya comunidad asisten, de modo que aquí está solapada una enorme cantidad de efectores comunitarios que si bien individualmente distribuyen cantidades pequeñas de recursos, se encuentran articuladas con la política que se propone desde el nivel de gestión y de abordaje en terreno) y el 25%, en el circuito LGTB (gráfico 59).

Gráfico 59. Distribución de preservativos según tipo de institución/organización intermediaria, Coordinación Sida, 2014



Distribución de materiales preventivos

Además de preservativos, la Coordinación Sida gestiona la distribución de materiales que promueven distintas estrategias preventivas, orientadas tanto a la población general como a grupos con mayor grado de vulnerabilidad de contraer VIH o desarrollar sida. Los folletos y afiches no son sólo una herramienta de información sino que también pueden constituirse en una instancia de comunicación y encuentro entre el personal de salud y los usuarios del sistema.



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

CUADERNILLO: "¿El Test rápido de VIH te dio negativo?"
Refuerza los conceptos explicados en el asesoramiento, especialmente en el significado del período de ventana. Destinado a las personas con resultado de test rápido negativo.



AFICHETA:
"Test rápido de VIH"

Promociona el testeo rápido. Cuenta con un espacio libre para ser completado con datos locales.





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

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

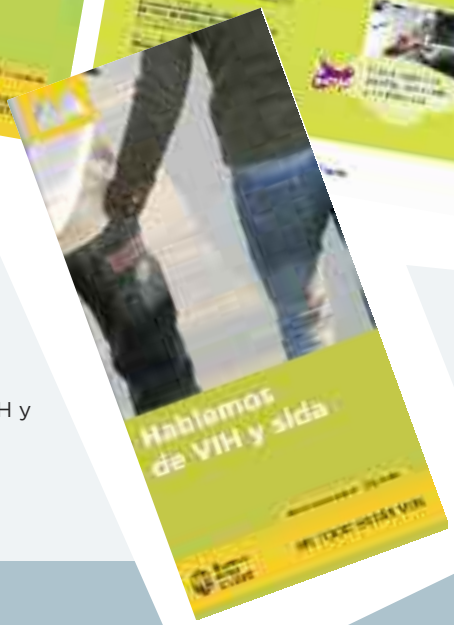
FLYER: "PRESERVATIVO / TEST RÁPIDO"

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



TRÍPTICO: "Hablemos de VIH y sida"

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





TRÍPTICO: "Embarazo, VIH y sida"

Información para la prevención de la transmisión vertical de VIH durante el embarazo, el parto y posparto inmediato. Refuerza la importancia del testeo de la embarazada y su pareja. Destinado a mujeres en edad reproductiva y sus parejas.



TRÍPTICO:
"Vivir en positivo"

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

Para solicitar estos materiales escribir a 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 01/01/2003 y hasta el 31/12/2014 se notificaron 16.109 de personas con VIH diagnosticadas durante el período, 40% residentes de la CABA y 55% del Conurbano bonaerense.
- El 71% de las notificaciones provienen del sistema público. La proporción de notificaciones del sistema privado y de obras sociales ascendió del 16% en el primer trienio a 33% en el último.
- La razón hombre/mujer ascendió de 1,6 en 2003 a 2,3 en 2014 y la mediana de edad al momento del diagnóstico fue de 31 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 ascendió del 26,5% al 39,8% entre las mujeres y del 38,8% al 58% en los hombres. En HSH la proporción de personas con secundario completo o más ascendió de 59% a 74% durante el período.
- El porcentaje de personas obra social o prepaga ascendió del 24% en el primer trienio al 43% en el segundo y luego se mantuvo estable hasta el fin. El porcentaje de personas obra social ascendió del 24% en el primer trienio al 43% en el segundo y luego se mantuvo estable hasta el fin.
- La forma de transmisión más frecuente en ambos sexos es la sexual, con más del 90% de los casos. La transmisión sexual entre hombres aumentó del 37% en el primer trienio al 50% en el último.
- 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. 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 descendió de 17,4% en 2003 a 5,8% en 2014.
- La tasa de mortalidad por sida en residentes de la CABA descendió de 8,5 x 100.000 a 4,3 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 en las mujeres se observa un aumento leve pero sostenido en los últimos cuatro años.
- Se registraron 2.872 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 5,30% en 2014 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 y 2012, que motivó medidas específicas de fortalecimiento de las estrategias de prevención de la transmisión perinatal.

- Entre 2003 y 2014 se notificaron 1227 infecciones por VIH en menores de 20 años: 52% en menores de 14 años y 48% en adolescentes de 15 a 19 años. Mientras que solo el 17% de los adolescentes se diagnosticaron en estadios sintomáticos, este porcentaje alcanzó el 61% 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 92% de las mujeres y, en la población masculina, un 31% por relaciones con mujeres y el 61% a través de relaciones entre hombres.

- Entre 2012 y 2014 se realizaron 37.663 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 5,6%, respectivamente). Los datos de Nexo AC como sitio centinela muestran prevalencias de 10% en HSH y 21,8% en trans femeninas.

- En 2015 se inició la campaña "Test rápido por los barrios" que consiste en ofrecer el test de VIH con el tráiler sanitario en los barrios y en la Consejería de Salud Sexual y Reproductiva, donde acuden predominantemente adolescentes y jóvenes. Durante el período se realizaron más de 2000 tests con una prevalencia global de 1,27%. Los datos diferenciados, según población mostraron prevalencias de 5,9% en HSH, 0,71% en hombres heterosexuales y 0,21% en mujeres.

- Durante 2014 se confirmaron 1.802 diagnósticos de VIH en los laboratorios del sistema público de la CABA con una prevalencia global de 1,75%. La distribución de test rápidos aumentó de 15.700 en 2012 a 25.200 en 2014.

- Hay más de 13.312 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 5,1% en 2015.

- De acuerdo a la información disponible, el porcentaje de indetectibilidad de la carga viral poblacional fue de 66,3%.

- Desde 2013 se incorporó la logística de diagnóstico y seguimiento de personas con hepatitis virales crónicas. Desde entonces se registraron 891 personas entre las que predominó la infección por virus C con o sin coinfección por VIH. La combinación de Interferón Alfa 2b con Ribavirina fue el esquema de tratamiento más utilizado para el tratamiento de hepatitis C, tanto en mono infectados como en coinfectados.

- La distribución de preservativos aumentó de 2.500.000 en 2002 a más de 7.500.000 en 2014. En el último año el 60% de los preservativos se distribuyeron a través del sistema de salud, y 39 % en espacios de la sociedad civil, fundamentalmente en el circuito LGTB.



Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Enero de 2016

Boletín Epidemiológico

Coordinación editorial: Adriana Duran.

Edición y corrección: Malala Carones.

Agradecimientos

- Marcelo Vila (OPS): Asesoramiento técnico.
- Agustín Moñino (Residencia de Trabajo Social del hospital Tornú).
- Dirección de Estadísticas del Ministerio de Hacienda del Gobierno de la Ciudad.
- Instituto de Investigaciones Biomédicas en Retrovirus y Sida (INBIRS) / CONICET.
- División de Análisis Clínicos y Unidad de Virología del Hospital Muñiz.
- Laboratorio de Biología Celular y Retrovirus del Hospital de Pediatría J. P. Garrahan.
- Nexo Asociación Civil.
- Laboratorios de los hospitales públicos de la CABA.
- Servicios de Infectología, Farmacia y otros equipos de atención de PVS en la CABA.
- Equipos de prevención de la transmisión perinatal del VIH de los hospitales públicos de la CABA.
- Equipos de los Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico (CePAD).
- Residencia de Epidemiología del Ministerio de Salud del GCABA.
- Equipo de la Consejería de Salud Sexual y Reproductiva de la Dirección de Juventud del GCABA

Programa Coordinación Sida

Fabián Portnoy (coordinador)

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

Donato Álvarez 1236, 1º piso

Tels. 5197-2842 / 5197-2438

coordinacionsida@buenosaires.gob.ar



buenosaires.gob.ar/salud   **BAsalud**