

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

OCTUBRE 2011



**Coordinación editorial:** Adriana Durán (vigilancia epidemiológica).

**Contenidos:** Silvina Vulcano (transmisión vertical), Ana Arévalo, Luciana Betti y Graciela Fernandez Cabanilla (CePAD), Marisa Nan y Florencia Vulcano (Laboratorio), María Inés Morales, Aldo Maranzana, Sebastián Nardi, Luciana Marachlian, Gastón De Simone, (Medicamentos y cargas virales), Luciana Goldin, Rodrigo Candelaresi (carga de datos).

**Edición y corrección:** Malala Carones.

**Diseño:** Andrés Venturino (OPS/OMS Argentina).

## **Agradecimientos**

- Marcelo Vila (OPS): asesoramiento técnico
- Dirección de Estadísticas del Ministerio de Hacienda del Gobierno de la Ciudad: datos de mortalidad por sida en la CABA
- Centro Nacional de Referencia en Sida (CNRS) de la UBA: diagnóstico perinatal
- Unidad de Virología del Hospital Muñiz: diagnóstico perinatal
- Nexo Asociación Civil: Prevalencia de infección por VIH en población gay y otros HSH
- Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico (CePAD) de la CABA : Acceso al diagnóstico de VIH en la CABA
- Laboratorios de los hospitales públicos de la CABA: Acceso al diagnóstico de VIH en la CABA
- Servicios de Infectología y otros equipos de atención de PVS en la CABA: situación epidemiológica del VIH en la CABA
- Equipos de prevención de la transmisión perinatal del VIH de los hospitales públicos de la CABA: Situación de la transmisión perinatal del VIH

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

Coordinación Sida / Ministerio de Salud / GCBA

OCTUBRE 2011

# Índice

Presentación .....	5
Introducción metodológica .....	7
Descripción general de las notificaciones de residentes del área metropolitana (2003-2010) .....	8
Especificaciones sobre las notificaciones de residentes de la CABA con diagnóstico de VIH .....	13
Análisis de la mortalidad por sida en la CABA .....	18
Transmisión perinatal del VIH .....	20
Acceso al diagnóstico de VIH en la Ciudad de Buenos Aires .....	24
Indicadores de gestión .....	30
Reflexiones finales .....	33

# Presentación

Contar con información sistematizada y periódicamente actualizada sobre la epidemia de VIH en la ciudad es una herramienta clave para el diseño de políticas públicas, ya sea desde el nivel central de la gestión como desde los efectores que brindan atención o desarrollan actividades preventivas.

Según los datos de la Dirección Nacional de Sida y ETS, en nuestro país hay alrededor de 130.000 personas infectadas por el VIH y la mitad de ellas no lo sabe. A su vez, la epidemia continúa afectando principalmente los grandes conglomerados. En el período 2007-2009, el 40% de los nuevos diagnósticos seguía correspondiendo a residentes de la ciudad de Buenos Aires y el conurbano bonaerense.

Esta nueva edición del boletín epidemiológico porteño refrenda el compromiso de esta Coordinación Sida de producir información relevante e incorpora una descripción del perfil metropolitano de las personas con infección por VIH.

En más de diez años de existencia de la Coordinación Sida, se pueden apreciar logros palpables como el descenso de las nuevas notificaciones de infección en estadios sintomáticos, la disminución de la tasa de transmisión vertical y reducción de la mortalidad por sida. Estos logros son fruto del trabajo articulado tanto con el nivel nacional como con los distintos efectores del sistema de salud y otras áreas del gobierno porteño.

En una esfera más amplia, la mejora en los indicadores epidemiológicos y el trabajo de múltiples organizacio-

nes no gubernamentales –a los que se suma el debate que instaló en la sociedad la ley de matrimonio igualitario– definen un contexto de mejora respecto del estigma y la discriminación asociados al VIH.

A pesar de ello, nuevas infecciones se siguen produciendo y muchas personas continúan sin saber su situación serológica. Si se tienen en cuenta las publicaciones internacionales que documentan la disminución del crecimiento de la epidemia a partir de, entre otras acciones, incrementar el número de personas con VIH tratadas, resulta un desafío impostergable continuar trabajando en estimular, facilitar y ampliar el acceso al diagnóstico como primer eslabón en la cadena de atención y tratamiento de las personas con VIH.

Así, queremos propiciar estrategias que amplíen las oportunidades para el diagnóstico, que contribuyan al acceso a un tratamiento oportuno y al desarrollo de mecanismos que mejoren la adherencia.

La información que presentamos muestra a las claras que sigue existiendo una alta prevalencia de infección en poblaciones ya definidas como vulnerables (HSH, población transgénero). Sin embargo, el predominio de indicadores negativos, como el diagnóstico tardío y la mortalidad por sida en varones y mujeres fuera de la edad fértil, requiere profundizar en los distintos aspectos del concepto de vulnerabilidad, para direccionar estrategias preventivas y asistenciales más allá de los grupos ya reconocidos como vulnerables.

A su vez, tenemos por delante nuevos retos en gestión pública: avanzar en la incorporación de la categorización del género Trans en las notificaciones, incorporar las hepatitis y las ITS a nuestra responsabilidad, facilitar los mecanismos administrativos para el acceso de las personas en seguimiento y tratamiento a los estudios, en particular los de carga viral y test de resistencia y profundizar el accionar de los equipos en lo referido a la integración de las acciones del campo de la salud reproductiva y el VIH.

Por último, aunque no menos importante, debemos destacar y agradecer el compromiso de los integrantes de los equipos de salud involucrados cotidianamente en la prevención, atención y el seguimiento de las personas con VIH, sin cuya participación sería imposible construir la calidad de información epidemiológica que aquí se presenta.

**Dr. Fabián Portnoy**  
Coordinador

Coordinación Sida

# Introducción metodológica

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

La ciudad de Buenos Aires implementó este cambio a partir de 2003, por lo que el presente boletín se basará en el análisis de las notificaciones de infección en personas que tuvieron su diagnóstico de VIH entre el 01/01/2003 y el 31/12/2010 y que fueron recibidas en la Coordinación Sida hasta el 31/07/2011.

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

Para evaluar la tendencia con respecto al número de casos, las notificaciones se asignan al año de 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 de la letra T (de trans) como categoría de género en las fichas de notificación de casos de VIH es aún incipiente. Por ese motivo, los datos correspondientes a dicha población se encuentran incluidos en los del grupo denominado HSH (hombres que tienen sexo con hombres).

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

# Descripción general de las notificaciones de residentes del área metropolitana (2003-2010)

Durante el período comprendido entre el 01/01/2003 y el 31/12/2011, se notificaron a la Coordinación Sida 10.620 infecciones por VIH con fecha de diagnóstico posterior a enero de 2003 (tabla 1). Se consideraron las notificaciones recibidas en la Coordinación Sida hasta el 31/07/2011. Respecto de la cifras presentadas en el boletín previo, se incluyeron 1.438 nuevas notificaciones.

Tabla 2. Distribución de notificaciones de diagnóstico de VIH según hospital notificante, subsector público, CABA, 2003-2010

Hospital notificante	Diagnósticos notificados (2003-2010)*	Nuevas notificaciones respecto de la edición anterior
Álvarez	284	30
Argerich	475	57
Borda	12	0
Durand	168	7
Elizalde	118	0
Fernández	871	50
Ferrer	44	3
Garrahan	190	20
Gutiérrez	76	0
Moyano	13	3
Muñiz	2.166	112
Penna	472	63
Pirovano	279	60
Piñero	636	84
Ramos Mejía	836	124
Rivadavia	119	12
Santojanni	443	48
Sardá	155	30
Udaondo	4	4
Tornú	231	31
Vélez Sársfield	53	0
Zubizarreta	110	33
<b>Total</b>	<b>7.755</b>	<b>787</b>

\* Notificaciones recibidas al 31/07/2011 con diagnóstico de VIH a partir del año 2003

Tabla 1. Distribución de notificaciones de infección por VIH y porcentaje de residentes de la CABA según año de diagnóstico, CABA, 2003-2010

Año de diagnóstico	Nº	% de residentes
2003	1.699	40,1
2004	1.573	38,9
2005	1.459	42,1
2006	1.276	41,6
2007	1.159	36,4
2008	1.329	34,1
2009	1.204	40,2
2010	921	52,0
<b>Total</b>	<b>10.620</b>	<b>40,3</b>

## Instituciones notificantes

Del total de notificaciones, 7.755 (73%) fueron remitidas por hospitales públicos y 2.865 (27%), por instituciones que brindan asistencia a prepagas y obras sociales (tablas 2 y 3).

Con respecto al lugar de residencia de las personas notificadas, 4.276 (40,3%) correspondieron a la CABA, 5847 (56,5%) al conurbano bonaerense y 497 (2%) a otras jurisdicciones.

Tabla 3. Distribución de notificaciones de diagnóstico de VIH según institución notificante, subsector no público, CABA, 2003-2010

Institución	Diagnósticos notificados	Nuevas notificaciones respecto de la edición anterior
Fundación Helios	866	199
CEADI	637	150
Nexo AC	579	134
FUNDAI	161	161
Sanatorio Franchín	160	30
Sanatorio Julio Méndez	162	49
Otros	300	39
<b>Total</b>	<b>2.865</b>	<b>642</b>

\* Notificaciones recibidas al 31/07/2011 con diagnóstico de VIH a partir del año 2003

## Sexo y edad

De las 10.620 notificaciones recibidas desde el año 2003, 3.890 (36,6%) correspondieron a mujeres y 6.730, a varones (63,4%). La mediana de edad global del período fue de 34 años, pero con diferencias apreciables según sexo, ya que las mujeres se diagnostican en medianas de edad más tempranas (gráfico 1).

En la tabla 4 se detalla la distribución de la razón hombre/mujer (índice de masculinidad) según el año de diagnóstico. Si bien debido al retraso en las notificaciones, los últimos años seguirán completándose, pareciera haber una tendencia en aumento en el índice de masculinidad (gráfico 1).

La desagregación de los datos según grupo etario muestra un predomi-

Gráfico 1. Distribución anual de la mediana de edad al momento del diagnóstico según sexo, CABA, 2003-2010

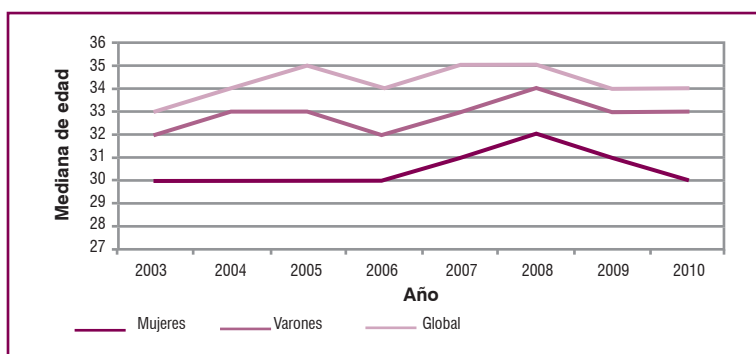
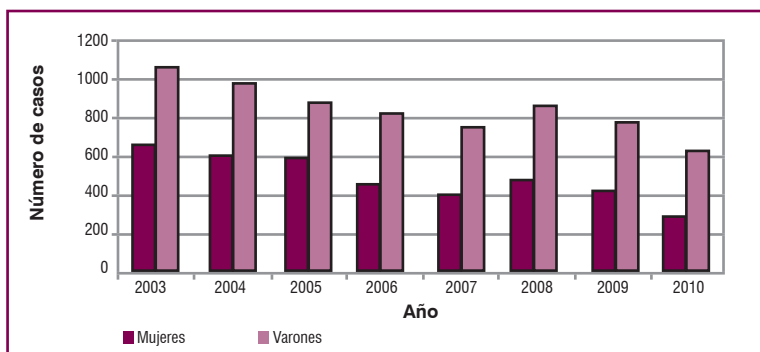


Tabla 4. Distribución de la razón hombre/mujer según año de diagnóstico, CABA, 2003-2010

Año de diagnóstico	Razón H/M
2003	1,63
2004	1,61
2005	1,49
2006	1,82
2007	1,85
2008	1,81
2009	1,81
2010	2,15
<b>Total</b>	<b>1,73</b>

nio de los diagnósticos en la población femenina durante la adolescencia y un índice de masculinidad menor durante la edad fértil, probablemente vinculado a un mayor diagnóstico por la oferta activa del test de VIH durante el embarazo. Esta interpretación se sostiene en base al porcentaje de mujeres con partos en cada grupo de edad (tabla 5).

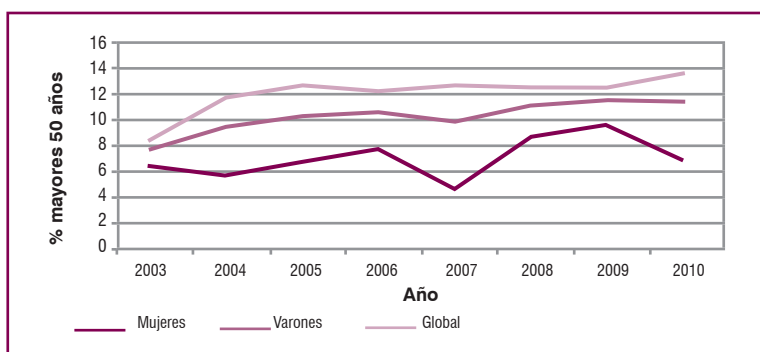
**Gráfico 2. Distribución anual de las notificaciones de diagnóstico de VIH según sexo, CABA, 2003-2010**



**Tabla 5. Distribución de notificaciones por grupo etario según sexo y razón hombre/mujer, CABA, 2003-2010**

Edad	Mujeres	Varones	Razón H/M	% mujeres con partos
14 o menos	251	214	0,85	3,19
15 a 19	216	131	0,61	50,00
20 a 24	547	651	1,19	41,86
25 a 29	762	1203	1,58	37,66
30 a 39	1279	2431	1,90	27,44
40 a 49	561	1298	2,31	3,92
50 o más	273	798	2,92	0,00
<b>Total</b>	<b>3.889</b>	<b>6.726</b>	<b>1,73</b>	<b>25,84</b>

**Gráfico 3. Distribución anual de las notificaciones de diagnóstico de VIH en mayores de 50 años según sexo, CABA, 2003-2010**



El 10,8% de la población global tenía más de 50 años al momento del diagnóstico, sin embargo, el análisis desagregado por sexo y por año de diagnóstico muestra el predominio creciente de los varones en este grupo etario (gráfico 3).

### Instrucción formal, ocupación y cobertura médica

El nivel de instrucción alcanzado fue analizado en la población mayor de 18 años. Del total de 9.158 casos seleccionados, 3.617 (39,5%) completaron como máximo la escuela primaria, 2.041 (22,3%) no completaron la escuela secundaria y 3.500 (38,2%) finalizaron los estudios secundarios o alcanzaron niveles terciarios.

Cuando desagregamos la información según sexo, encontramos diferencias significativas entre el nivel alcanzado por varones y mujeres (tabla 6).

Se obtuvo información sobre la vía probable de transmisión en el 96% de los casos (n=10.193).

**Tabla 6. Nivel de educación formal de las personas notificadas, según sexo, CABA, 2003-2010**

Nivel educativo	Mujeres*		Varones*	
	N°	%	N°	%
Hasta primaria completa	1.483	46%	2.134	36%
Secundaria incompleta	826	26%	1.215	20%
Secundaria completa o más	906	28%	2.594	44%
<b>Total</b>	<b>3.215</b>	<b>100%</b>	<b>5.943</b>	<b>100%</b>

\*Mayores de 18 años

La forma de transmisión más frecuente fue a través de relaciones sexuales sin preservativo en el 90% de los casos, en ambos sexos (tabla 8). El análisis de la población masculina muestra que el 41% de las infecciones por transmisión sexual se produce a través de las relaciones entre hombres.

Con respecto al porcentaje de ocupación y pertenencia a una obra social, se obtuvo esta información en 8.518 y 8.871 casos, respectivamente. Como se observa en la tabla 7, hubo un aumento significativo durante estos años, del porcentaje de personas con VIH que refirieron tener trabajo u obra social

tra que el 40% de las infecciones por transmisión sexual se produce a través de las relaciones entre hombres.

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

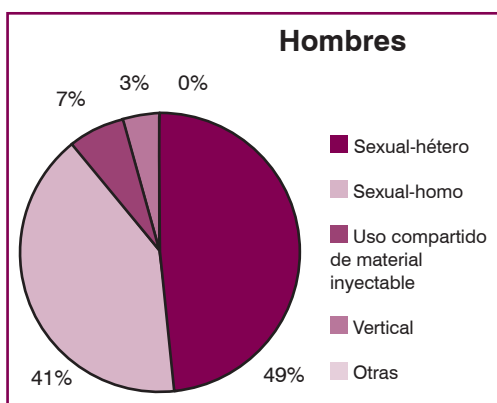
**Tabla 7. Porcentaje de personas con trabajo o con obra social según año de diagnóstico, CABA, 2003-2010**

Año de diagnóstico de VIH	% con trabajo	% con obra social o prepaga
2003	49,4	23,4
2004	53,7	24,5
2005	49,4	26,6
2006	56,7	30,7
2007	61,2	35,3
2008	67,3	49,3
2009	63,1	43,3
2010	65,3	41,0

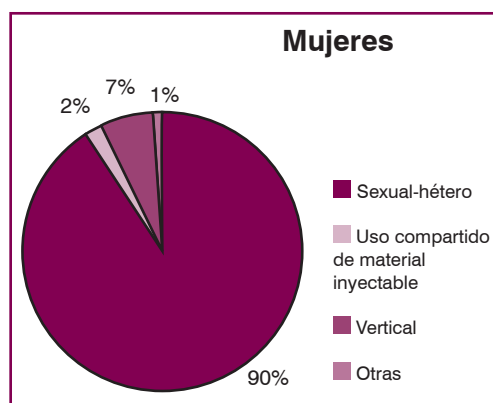
## Vías de transmisión

La forma de transmisión más frecuente, en ambos sexos, es la sexual: alcanzó el 86,4% de las infecciones en mujeres y el 86,1% en varones (tabla 8). El análisis de la población masculina mues-

**Gráfico 4. Distribución porcentual de las notificaciones en varones según vía de transmisión, CABA, 2003-2010**



**Gráfico 5. Distribución porcentual de las notificaciones en mujeres según vía de transmisión, CABA, 2003-2010**



## Estadio clínico al momento del diagnóstico

En la tabla 9 se detalla la distribución de la población según el estadio clínico al momento del diagnóstico y la razón hombre/mujer resultante en cada etapa.

El 22,6% de los diagnósticos globales del período fueron concomitantes con un evento definidor de sida. Si consideramos como diagnóstico tardío a aquel que ocurre en etapas sintomáticas de la infección (sida y

sintomático no sida), corresponden a esta definición el 36% de los diagnósticos del período. Sin embargo, al desagregar la información según el año de diagnóstico se observa una leve tendencia al descenso, aunque hay que considerar el retraso en la notificación que podría subestimar el porcentaje en los últimos años (tabla 10).

En el análisis desagregado según sexo se demuestra que el diagnóstico tardío es claramente superior en la población masculina.

Tabla 8. Distribución de las notificaciones por sexo según vía de transmisión, CABA, 2003-2010

Vía de transmisión	Mujeres	%	Varones	%
Sexual – hétero	3.361	90	3.126	49
Sexual – homo		0	2.663	41
Uso compartido de material inyectable	63	2	458	7
Vertical	246	7	222	3
Otras	28	1	26	0
<b>Total</b>	<b>3.698</b>	<b>100</b>	<b>6.495</b>	<b>100</b>

Tabla 10. Distribución anual del porcentaje de notificaciones en estadios sintomáticos de la infección, CABA, 2003-2010

Año	% diagnósticos en estadios sintomáticos
2003	39,91
2004	39,67
2005	36,60
2006	35,50
2007	35,29
2008	34,09
2009	32,23
2010	29,42

Tabla 9. Distribución de las notificaciones según estadio clínico al momento del diagnóstico, por sexo y razón hombre/mujer, CABA, 2003-2010

Estadio clínico	Mujeres		Varones		Razón H/M
	N°	%	N°	%	
Síndrome retroviral agudo	74	1,90	116	1,72	1,57
Asintomático	2.502	64,34	3151	46,85	1,26
Sintomático no sida	447	11,49	885	13,16	1,98
Sida	587	15,09	1.891	28,11	3,22
Desconocido	279	7,17	683	10,15	2,45
<b>Total</b>	<b>3.889</b>	<b>100,00</b>	<b>6.726</b>	<b>100,00</b>	<b>1,73</b>

# Especificaciones sobre las notificaciones de residentes de la CABA con diagnóstico de VIH

Durante el período comprendido entre el 01/01/2003 y el 31/12/2010, se notificaron 4.276 diagnósticos de infección por VIH correspondientes a residentes en la CABA. Respecto de la pasada edición del boletín, se sumaron 688 casos. En la tabla 11 se presenta la distribución de las notificaciones de acuerdo al año del diagnóstico.

## Distribución por barrio

Del total de diagnósticos de residentes porteños notificados durante el período, 2.282 casos (53,36%) registran información sobre el barrio de residencia. En la tabla 12 se muestra la distribución de esos diagnósticos por comuna. De acuerdo con esta distribución, más del 70% (1.620) de las notificaciones corresponden a residentes en las comunas de la zona sur de la ciudad, dividida artificialmente por la avenida Rivadavia. Sin embargo, este dato debe ser interpretado con precaución, ya que puede estar sesgado por no disponer del dato sobre el barrio de residencia en el 47% de los casos.

Es importante considerar también que existen diferencias en la concentración demográfica y en la proporción de personas con obra social que no se atienden en el sistema público: ambos parámetros son superiores en las comunas de la zona norte de la ciudad.

Tabla 11. Distribución anual de diagnósticos notificados, residentes, CABA, 2003-2010

Año	Nº
2003	681
2004	612
2005	614
2006	531
2007	422
2008	453
2009	484
2010	479
<b>Total</b>	<b>4.276</b>

Tabla 12. Distribución de diagnósticos por comuna de residencia, residentes CABA, 2003-2010

Comuna	Diagnósticos de VIH	%
1. Retiro, San Nicolás, Monserrat, Constitución, San Telmo, Puerto Madero	282	12,36
2. Recoleta	51	2,23
3. Balvanera, San Cristóbal	299	13,10
4. Pompeya, Parque Patricios, Barracas, La Boca	281	12,31
5. Almagro, Boedo	136	5,96
6. Caballito	86	3,77
7. Flores, Parque Chacabuco	298	13,06
8. Villa Soldati, Villa Riachuelo, Villa Lugano	134	5,87
9. Liniers, Mataderos, Parque Avellaneda	123	5,39
10. Villa Real, Versalles, Monte Castro, Villa Luro, Vélez Sársfield, Floresta	67	2,94
11. Villa Devoto, Villa del Parque, Villa Santa Rita, Villa Gral. Mitre	53	2,32
12. Villa Pueyrredón, Villa Urquiza, Saavedra, Coghlan	84	3,68
13. Núñez, Belgrano, Colegiales	120	5,26
14. Palermo	178	7,80
15. Agronomía, Villa Ortúzar, Paternal, Chacarita, Villa Crespo	90	3,94
<b>Total</b>	<b>2.282</b>	<b>100,00</b>

## Sexo y edad

La mediana de edad global, al momento del diagnóstico, es de 31 años en las mujeres y de 34 en los varones con tendencia, en las primeras, al descenso en los últimos años. No se evidencian diferencias significativas en la población masculina (gráfico 6).

El 33,4% de los casos se diagnosticaron en la franja de 30 a 39 años y casi un 12%, después de los 50 años (tabla 13). En los residentes de la CABA, el diagnóstico después de los 50 años también predomina en la población masculina, aun en porcentajes más altos que en la población metropolitana en su conjunto (gráfico 7).

Gráfico 6. Distribución anual de la mediana de edad al momento del diagnóstico según sexo, residentes CABA, 2003-2010

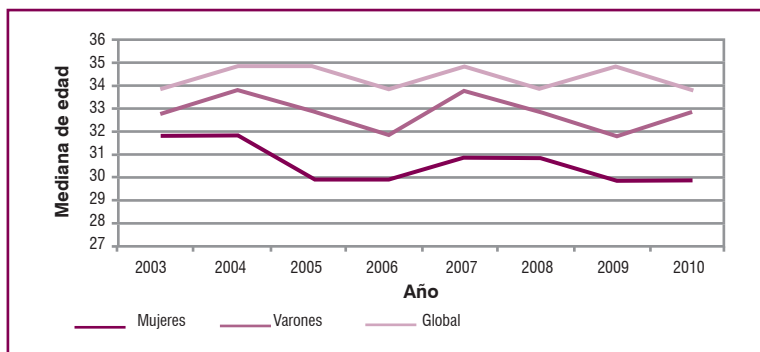
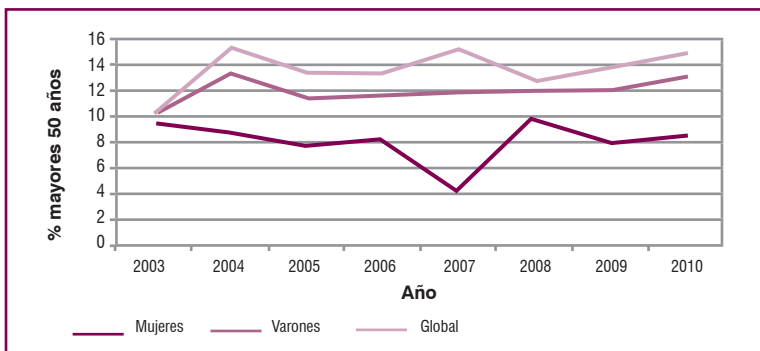


Tabla 13. Distribución de diagnósticos según grupo etario, residentes CABA, 2003-2010

Edad	Mujeres		Varones		% total
	N°	%	N°	%	
14 o menos	45	3,27	41	1,41	2,01
15 a 19	86	6,25	60	2,07	3,42
20 a 24	197	14,31	294	10,14	11,49
25 a 29	283	20,55	559	19,29	19,70
30 a 39	440	31,95	986	34,02	33,36
40 a 49	216	15,69	569	19,63	18,36
50 o más	110	7,99	389	13,42	11,67
<b>Total</b>	<b>1.377</b>	<b>100</b>	<b>2.898</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Gráfico 7. Distribución anual de las notificaciones de diagnóstico de VIH en mayores de 50 años según sexo, residentes CABA, 2003-2010



Dado que la ficha de notificación no permite identificar a las personas trans, se describe a la población según el sexo biológico y no según género. Durante el período se recibieron 1.377 notificaciones de mujeres (32,2%) y 2.899 de varones (67,8%), con una razón hombre/mujer de 2.10.

Como se observó en el análisis conjunto de la población del área metropolitana, la razón hombre/mujer es menor en la adolescencia y aumenta a medida que disminuye la edad fértil, situación, probablemente vinculada al diagnóstico en el contexto de embarazo (tabla 14).

Tabla 14. Distribución de la razón hombre/mujer y % de embarazadas según grupo etario, residentes CABA, 2003-2010

Edad	razón H/M	% embarazadas
14 o <	0,91	8,9
15-19	0,70	52,3
20-24	1,49	38,6
25-29	1,98	44,5
30-39	2,24	33,0
40-49	2,63	4,6
50 ó >	3,54	0
<b>total</b>	<b>2,10</b>	

Tabla 15. Porcentaje de personas con trabajo u obra social según año de diagnóstico, residentes CABA, 2003-2010

Año	% con trabajo	% con OS
2003	39,06	20,70
2004	47,06	19,93
2005	43,49	21,99
2006	52,73	27,50
2007	53,32	29,86
2008	56,51	40,62
2009	55,79	37,19
2010	55,95	36,12

## Nivel de ocupación y cobertura médica

La información sobre el nivel de ocupación y la cobertura de obras sociales o prepagas estuvo disponible en el 87,3% de los casos notificados durante el período 2003-2010.

En la Tabla 15 se describe el porcentaje de casos informados de personas que tenían trabajo, obra social o prepaga al momento de la notificación, según el año de diagnóstico.

Como en la población de AMBA tomada en su conjunto, el porcentaje de los residentes de la CABA con trabajo u obra social al momento de la notificación, aumentó significativamente entre 2003 y 2010 aunque en menor medida que el conjunto de residentes y no residentes.

La diferencia entre el porcentaje de personas con trabajo estable y obra social permite inferir el grado de trabajo informal.

## Nivel de instrucción formal

El nivel de instrucción alcanzado fue analizado en la población mayor de 18 años. Del total de 3.835 casos seleccionados, 1.105 (32,05%) completaron como máximo la escuela primaria, 665 (22,06%) no completaron la escuela secundaria y 1.436 (45,9%) finalizaron los estudios secundarios o alcanzaron niveles terciarios.

Al desagregar la información según sexo, se hallan diferencias estadísticamente significativas entre el nivel alcanzado por hombres y mujeres, ya que mientras que más del 50% de los varones completaron el secundario o estudios terciarios, casi el 43% de las mujeres no completaron la escuela primaria (Tabla 16).

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

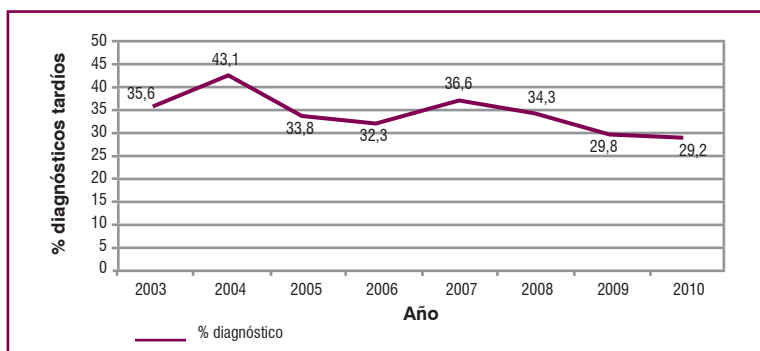
Tabla 16. Nivel de educación formal alcanzado según sexo en mayores de 18 años, residentes, CABA, 2003-2010

Nivel de educación alcanzado	Mujeres (%) n=1.218	Hombres (%) n=2.617
Hasta primaria completa	42,61	27,13
Secundaria incompleta	26,35	20,06
Secundaria completa o más	31,03	52,81

Tabla 17. Distribución por vía de transmisión según sexo, CABA, 2003-2010

Vía de transmisión	Mujeres	%	Hombres	%
Sexual – hétero	1.257	92,22	1.199	41,76
Sexual – homo		0,00	1.407	49,01
Uso compartido de material inyectable	30	2,20	151	5,26
Vertical	41	3,01	43	1,50
Otros	4	0,29	9	0,31
Desconocido	31	2,27	62	2,16
Total		100,00		100,00

Gráfico 8. Distribución de diagnósticos tardíos según año de diagnóstico, residentes CABA, 2003-2010



## Vías de transmisión

En la tabla 17 se muestra la distribución de los casos según vía de transmisión. La sexual es la forma de transmisión predominante en ambos sexos, con el 92,2% en el caso de las mujeres y el 90,7% entre los hombres. A diferencia de la población del AMBA en su conjunto, entre los varones de la CABA predomina la transmisión a través de relaciones sexuales entre hombres.

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

Al analizar la evolución anual desagregada por sexo, se aprecia que si bien el porcentaje de diagnósticos tardíos es mayor en la población masculina, la brecha entre sexos se fue achicando a lo largo del período 2003-2009 y pareciera otra vez aumentar en 2010 (gráfico 9).

## Descripción de los nuevos casos de sida en los residentes de la CABA

La disponibilidad a partir de 1996 de la terapia antirretroviral de alta eficacia modificó sustancialmente la historia natural de la epidemia y, por ende, el tradicional recuento acumulativo de los casos de sida fue perdiendo peso ante la notificación de nuevas infecciones, que a la luz de la cronicación de la enfermedad se reveló como una herramienta más adecuada para la vigilancia epidemiológica.

Es por ello que aun cuando el descenso en el número de nuevos casos es indiscutible, la sub-notificación de nuevos eventos puede estar sobreestimando este descenso.

No obstante, incluimos un análisis del perfil de los casos de residentes con diagnóstico simultáneo de VIH y sida, para evidenciar algunos aspectos de las personas más vulnerables diagnosticadas en el último período.

Desde el año 2003 se notificaron 2.567 casos de sida tanto en residentes como en no residentes. En 1.900 casos (74%), el diagnóstico de VIH fue simultáneo con el de sida; 727 de estos últimos (38,3%) ocurrieron en residentes de la CABA.

Aunque el porcentaje de diagnósticos simultáneos de VIH y sida parece estar estabilizado o con una leve tendencia en descenso, hay que tener en cuenta que los datos de los últimos años pueden estar sesgados por una retraso en la notificación (tabla 19).

El análisis sociodemográfico de estos 727 casos demostró:

- que el 81,3% ocurrieron en la población masculina
- la razón H/M fue de 4,34
- la mediana de edad de las mujeres fue de 41 años y de 38 años en los varones
- el 80,3% de las notificaciones provinieron de hospitales públicos
- el 44% no superó la primaria completa y el 21,1% no completó la secundaria como máximo nivel de instrucción.

Gráfico 9. Distribución anual de diagnósticos tardíos según sexo, residentes CABA, 2003-2010

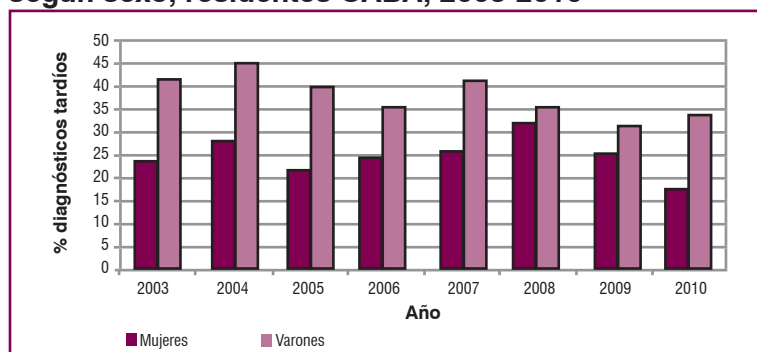


Tabla 18. Distribución de las notificaciones de residentes según estadio clínico al momento del diagnóstico, por sexo y razón H/M, CABA, 2003-2009

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

Tabla 19. Distribución anual de casos de diagnóstico simultáneo de VIH y sida, residentes CABA, 2003-2010

Año	Diagnóstico simultáneo de VIH y caso de sida	% del total de diagnósticos
2003	112	16,45
2004	124	20,26
2005	103	16,78
2006	89	16,76
2007	76	18,01
2008	85	18,76
2009	75	15,50
2010	63	13,15
<b>Total</b>	<b>727</b>	<b>17,00</b>

# Análisis de la mortalidad por sida en la CABA

Los datos incluidos en esta sección fueron aportados por la Dirección General de Estadísticas y Censos del Ministerio de Hacienda del GCBA<sup>1</sup>.

La curva de mortalidad por sida en la ciudad alcanzó su pico en 1996 con 18,8 casos por 100.000 habitantes, año a partir del cual comienza un descenso marcado, vinculado con la dis-

Tabla 21. Distribución anual de las tasas de mortalidad por sida por 100.000 habitantes según sexo y razón hombre/mujer, CABA, 1990-2010

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

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

1 - Ministerio de Hacienda del GCABA. Dirección General de Estadísticas y Censos. La mortalidad por Sida en la Ciudad de Buenos Aires a partir de la década del 90. Mayo 2011. Disponible en: <[http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/hacienda/sis\\_estadistico/ir\\_2011\\_458.pdf](http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/hacienda/sis_estadistico/ir_2011_458.pdf)>

Tabla 20. Tasa de mortalidad por sida por 100.000 habitantes, CABA, 1990-2010

Año	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

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

ponibilidad de la terapia antirretroviral de alta eficacia (tabla 20).

Si bien la mortalidad por sida siempre fue mayor en la población masculina, la razón hombre/mujer muestra un descenso en esta diferencia con fluctuaciones en la mitad del período (tabla 21 y gráfico 10).

La diferencia en la edad de fallecimiento de varones y mujeres se ha reducido a lo largo del período con un aumento en la edad para ambos sexos (gráfico 11). En este sentido, es de destacar que el sida, como causa de

muerte, en la población de 15 a 34 años pasó del primer lugar en 1997 al tercero en 2010, tanto en mujeres como en varones.

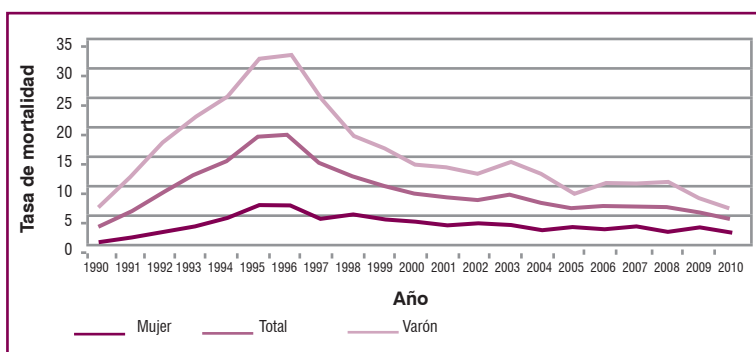
**Tabla 22. Tasa específica de mortalidad por sida por 100.000 habitantes según comuna, CABA, 2008-2010**

Comuna	Barrios	2008-2010
Total		5,4
4	Barracas - Boca - Nueva Pompeya - Parque Patricios	14,7
1	Constitución - Montserrat - Puerto Madero - Retiro - San Nicolás - San Telmo	11,2
3	Balvanera - San Cristóbal	7,9
9	Liniers - Mataderos - Parque Avellaneda	7,6
8	Villa Lugano - Villa Riachuelo - Villa Soldati	7,1
7	Flores - Parque Cha- cabuco	4,3
10	Floresta - Monte Cas- tro - Vélez Sársfield - Versalles - Villa Luro - Villa Real	3,5
14	Palermo	3,8
11	Villa del Parque - Villa Devoto - Villa General Mitre - Villa Santa Rita	3,5
2	Recoleta	3,2
15	Agronomía - Chaca- rita - Parque Chas - Paternal - Villa Cres- po - Villa Ortúzar	3,2
12	Coghlan - Saavedra - Villa Pueyrredón - Villa Urquiza	3,0
5	Almagro - Boedo	2,8
6	Caballito	2,4
13	Belgrano - Colegiales - Núñez	1,3

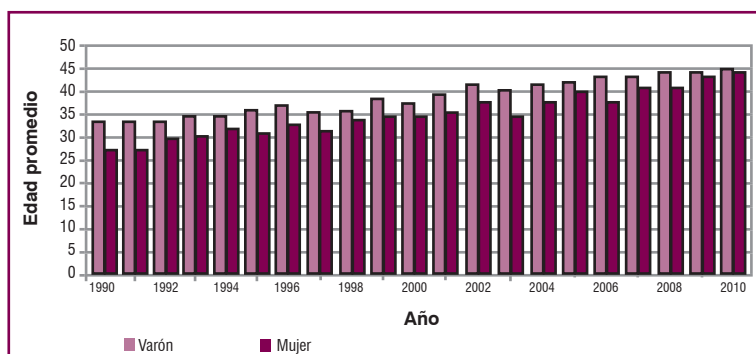
Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA). Estadísticas vitales

El análisis de las tasas de mortalidad por sida en las comunas, en el trienio 2008-2010, muestra que las tasas más altas corresponden a las comunas del sur de la ciudad, donde se registran también los indicadores socioeconómicos más desfavorables (tabla 22). Sin embargo, hay que tener en cuenta la posibilidad de sesgos debido a la menor densidad demográfica en estas comunas.

**Gráfico 10. Tasa de mortalidad por sida por 100.000 habitantes según sexo, CABA, 1990-2010**



**Gráfico 11. Edad promedio de las muertes por sida según sexo, CABA, 1990-2010**



# Transmisión perinatal del VIH

Entre enero de 2003 y diciembre de 2010, se notificaron 2.119 partos en mujeres con VIH que tuvieron lugar en hospitales del sistema público de la ciudad (tabla 23). Si bien la distribución anual de partos en hospitales

del sistema público se ha mantenido constante durante el período, la cantidad de partos de mujeres con VIH ha bajado progresivamente, lo que redundó en un descenso de la prevalencia de estos partos. La distribución por hospital se detalla en la tabla 24.

Tabla 23. Partos en mujeres con VIH y prevalencia en hospitales públicos, CABA, 2003-2010

Año	Nº de partos totales	Nº de partos de mujeres VIH	Prevalencia
2003	29.272	311	1,06
2004	30.824	306	0,99
2005	30.049	269	0,90
2006	29.738	258	0,87
2007	31.727	241	0,76
2008	31.060	250	0,80
2009	30.794	255	0,83
2010	31.670	229	<b>0,72</b>
<b>Total</b>	<b>245.134</b>	<b>2.119</b>	<b>0,86</b>

## Características de las madres

Del total de partos, 862 (41%) correspondieron a mujeres residentes de la ciudad; 1.209 (57,5%), a residentes del conurbano bonaerense y 31 (1,5%), a residentes de otras jurisdicciones.

En 1.541 casos se dispuso de información para el análisis del nivel de instrucción formal alcanzado al momento del embarazo, excluyendo a las jóvenes de menos de 18 años (n=60). Casi el 40% de las madres no superó la escuela primaria y sólo el 25% completó la educación secundaria o alcanzó estudios superiores (tabla 25). Asimismo, el 56,2% de las mujeres refiere tener una pareja con VIH y en un 34% no se conoce la serología o el dato no estuvo disponible.

Tabla 24. Distribución de partos en mujeres con VIH en hospitales públicos, CABA, 2003-2010

Hospital	Nº de partos	%
Álvarez	64	3,02
Argerich	233	11,00
Durand	301	14,20
Fernández	193	9,11
Garrahan	3	0,14
Penna	246	11,61
Pirovano	52	2,45
Piñero	102	4,81
Ramos Mejía	261	12,32
Rivadavia	66	3,11
Santojanni	104	4,91
Sardá	458	21,61
Vélez Sársfield	36	1,70
<b>Total</b>	<b>2.119</b>	<b>100,00</b>

Tabla 25. Distribución de las madres de acuerdo al nivel de instrucción en mayores de 18 años, CABA, 2003-2009

Estudios	Nº	%
Analfabeto	<b>20</b>	1,30
Primaria incompleta	<b>141</b>	9,15
Primaria completa	<b>453</b>	29,40
Secundaria incompleta	<b>538</b>	34,91
Secundaria completa	<b>286</b>	18,56
Terciaria o universitaria	<b>103</b>	6,68

## Momento del diagnóstico de VIH

El 88,9% de las mujeres tenía el diagnóstico positivo de VIH antes del parto (el 27,8% con diagnóstico en el embarazo) y el 8,6 % tuvo diagnóstico tardío, ya sea durante el trabajo de parto o en el puerperio (tabla 26).

Como se observa en la tabla 27, después de una tendencia descendente en los diagnósticos tardíos de VIH durante el trabajo de parto o el puerperio, vuelve a haber un aumento en el año 2010. Sin embargo, es importante tener en cuenta que, debido al retraso en la notificación, los datos correspondientes a los últimos años no están completos.

## Información sobre el parto

Con respecto a la modalidad de parto, los datos del gráfico 12 muestran que, durante el período evaluado, hay un claro predominio de la cesárea electiva, que se da en el 52,8 % de los casos.

Tabla 26. Distribución de las madres de acuerdo al momento de diagnóstico de VIH respecto al embarazo. Partos en el sistema público de la CABA, 2003-2010

Momento	N°	%
Antes del embarazo	1.222	57,67
Embarazo previo	73	3,45
Durante el embarazo	590	27,84
Parto	117	5,52
Puerperio	65	3,07
Desconocido	52	2,45
<b>Total</b>	<b>2.119</b>	<b>100,00</b>

Gráfico 12. Distribución de partos de acuerdo al tipo de nacimiento, hospitales públicos, CABA, 2003-2010

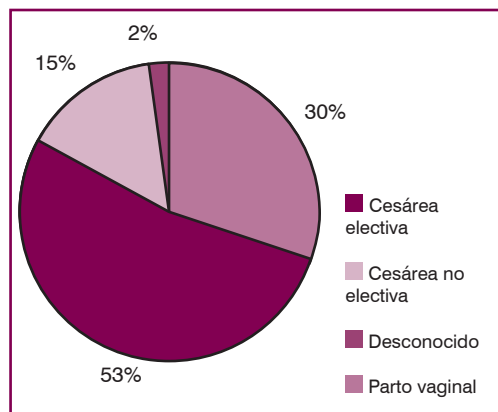


Tabla 27. Distribución anual del porcentaje de diagnósticos tardíos (trabajo de parto y puerperio) en hospitales públicos, CABA, 2003-2010

Año	Diagnóstico durante el trabajo de parto o en el puerperio
2003	10,61
2004	10,13
2005	7,63
2006	7,48
2007	9,75
2008	7,97
2009	6,35
2010	9,05

## Profilaxis con antirretrovirales

Más del 82% de las mujeres recibieron profilaxis con antirretrovirales durante el embarazo (tabla 28). Dentro del 16% que no realizó profilaxis prenatal, se incluye al 8,68% que recibió su diagnóstico de VIH durante el trabajo de parto o en el puerperio.

Si solo tomamos a la población con diagnóstico de VIH previo al parto, el 92,26% recibió profilaxis prenatal con antirretrovirales.

El 89,48% recibió profilaxis intraparto (tabla 29) y el 95% de los recién nacidos iniciaron profilaxis con zidovudina en las primeras horas de vida (tabla 30).

## Tasa de transmisión vertical

La tasa de transmisión perinatal global del período 2003-2009 fue de 4,77%. En la tabla 31 se describe la tasa de transmisión perinatal anual tomando como numerador y denominador el total de niños con resultado definitivo. A pesar de que los datos de los últimos años deben tomarse como pro-

Tabla 28. Profilaxis prenatal

	N°	%
Sí	1.738	82
No	338	16
Sin datos	43	2
<b>Total</b>	<b>2.119</b>	<b>100,00</b>

Tabla 29. Profilaxis intraparto

	N°	%
Sí	1.896	89,48
No	157	7,41
Sin datos	66	3,11
<b>Total</b>	<b>2.119</b>	<b>100,00</b>

Tabla 30. Profilaxis neonatal

	N°	%
Sí	2.018	95,2
No	13	0,6
Sin datos	88	4,2
<b>Total</b>	<b>2.119</b>	<b>100,0</b>

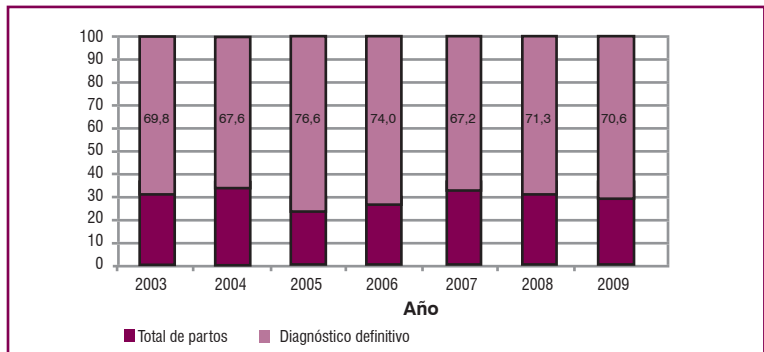
visorios, hay una tendencia clara en descenso de la tasa de transmisión vertical del VIH, sobre todo si se tiene en cuenta que el porcentaje de niños con diagnóstico definitivo, aun cuando no es completo, continúa estable a lo largo del período (gráfico 13).

El momento del diagnóstico de VIH en relación con el embarazo fue uno de los factores con mayor impacto en la tasa de transmisión, ya que este factor condiciona la posibilidad de recibir profilaxis prenatal (gráfico 14). Como se observa en el gráfico, el diagnóstico tardío (durante el trabajo de parto o puerperio) determina tasas de transmisión vertical de 17,9% y 32,6%, respectivamente.

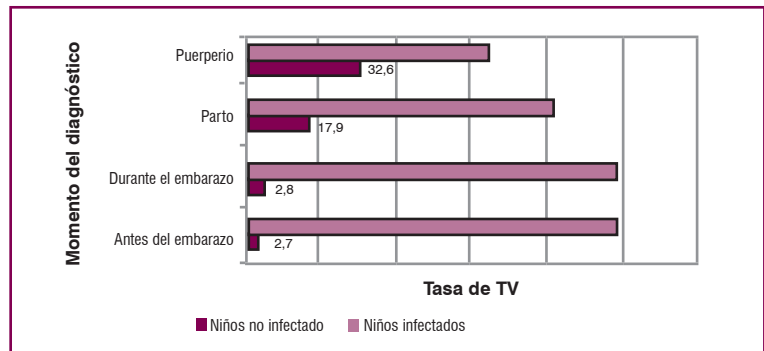
Tabla 31. Tasas de transmisión vertical, CABA, 2003-2009

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Total
<b>Partos</b>	311	306	269	258	241	251	255	<b>1.891</b>
<b>Niños con resultados confirmados</b>	217	207	206	191	162	179	180	<b>1.342</b>
<b>Positivos</b>	15	12	12	6	9	7	3	<b>64</b>
<b>Tasa TV</b>	6,91%	5,80%	5,83%	3,14%	5,56%	3,91%	1,67%	<b>4,77%</b>

**Gráfico 13. Porcentaje de niños expuestos al VIH con diagnóstico definitivo, según año de nacimiento, CABA, 2003-2009**



**Gráfico 14. Tasa de transmisión vertical del VIH según el momento del diagnóstico, partos en hospitales públicos, CABA, 2003-2009**



# Acceso al diagnóstico de VIH en la Ciudad de Buenos Aires

## Diagnóstico en los centros de prevención, asesoramiento y diagnóstico (CePAD)

El acceso al testeo voluntario con asesoramiento siempre ha sido uno de los ejes centrales de las estrategias de prevención de la Coordinación Sida.

En ese sentido, a partir de 2001 se pusieron en marcha los CePAD en el ámbito de la ciudad de Buenos Aires.

Durante estos diez años se han creado, en forma progresiva, 26 CePAD, de los cuales en la actualidad se encuentran en funcionamiento 23. Dieciocho desarrollan sus actividades en centros de salud y acción comunitaria (CeSAC), tres en hospitales públicos, uno en un sindicato de docentes (UTE-CTERA) y otro en una ONG para hombres gay (Nexo AC). De los tres CePAD que dejaron de funcionar, dos correspondían a espacios gubernamentales destinados a jóvenes y su particularidad respecto de los anteriores era que estaban por fuera del sistema de salud.

A partir de 2008 se comenzaron a sistematizar las características de la población testeada, a fin de establecer un perfil y con el objetivo de fortalecer estrategias de trabajo que faciliten el acceso de las poblaciones más vulnerables.

Si bien la estrategia de los CePAD estuvo inicialmente centrada en fomentar el acercamiento voluntario de personas para conocer su situación serológica (demanda espontánea), los equipos han desarrollado otras modalidades de trabajo para incorporar, por ejemplo, la atención de consultas derivadas de la oferta activa de testeo de profesionales de otros servicios (en las estadísticas, se las contabiliza como “derivaciones médicas”) o, incluso, la devolución de resultados de análisis solicitados por otros servicios.

A continuación se presenta la información de los testeos realizados durante 2010 de acuerdo a estas diferentes modalidades (tabla 32). Las mujeres embarazadas se presentan

Tabla 32. Distribución de testeos por CePAD según modalidad de demanda, CABA, 2010

CePAD	Demanda espontánea	Derivación médica	Total
CeSAC 2	380	9	389
CeSAC 5	77	0	77
CeSAC 7	63	11	74
CeSAC 9	201	304	505
CeSAC 13	122	0	122
CeSAC 15	270	66	336
CeSAC 18	19	0	19
CeSAC 20	64	0	64
CeSAC 21	46	13	59
CeSAC 22	86	14	100
CeSAC 24	179	0	179
CeSAC 29*	25	5	30
CeSAC 33	464	0	464
CeSAC 35	83	4	87
CeSAC 39	186	18	204
CeSAC 40	13	0	13
CeSAC 41	55	134	189
UTE-CTERA	240	0	240
Nexo AC	1.048	0	1.048
Htal. Tornú	536	578	1.114
Htal. Ramos Mejía	1.432	387	1.819
Htal. Piñero	567	0	567
Htal. Fernández	909	0	909
Total	7.065	1.543	8.608

\* Se registra solo un semestre dado que fue inaugurado en julio de 2010.

separadamente, ya que se trata de una población destinataria de estrategias particulares que en muchos casos utiliza circuitos diferenciados (tabla 33). No se incluirán los datos del CeSAC 38, cuyo centro de testeo fue inaugurado en 2011. Se incorporan datos producidos por el servicio de Infectología del hospital Fernández que cuenta con un espacio particular donde se asesora y testea a las personas bajo la modalidad de la demanda espontánea.

#### Características de la población testeada

Dado que en los CePAD es predominante la atención de la demanda espontánea, se concentrará el análisis en las características de esta población referido al número de personas y no de análisis, ya que una misma persona podría haber realizado más de un testeo. Se utilizaron separadamen-

Tabla 33. Distribución de los testeos en embarazadas por CePAD, CABA, 2010

CePAD	Mujeres embarazadas
CeSAC 2	150
CeSAC 7	282
CeSAC 9	410
<b>CeSAC 15</b>	<b>287</b>
CeSAC 21	12
CeSAC 22	44
CeSAC 33	33
CeSAC 35	7
CeSAC 39	5
CeSAC 41	201
Htal. Tornú	22
Htal. Ramos Mejía	180
<b>Total</b>	<b>1.633</b>

te los conceptos de sexo biológico e identidad de género. De acuerdo al sexo biológico, se describe el índice de masculinidad por centro de testeo (tabla 34); se excluyó a Nexo AC por tratarse de una organización que trabaja exclusivamente con varones gay y personas trans. Para el análisis simultáneo de sexo y edad no se dispone de la información de los hospitales Fernández y Ramos Mejía.

Tabla 34. Distribución de las personas testeadas por CePAD, según sexo biológico y razón H/M, CABA, 2010

CePAD	Varones	Mujeres	Relación H/M
CeSAC 2	209	170	1,23
CeSAC 5	38	39	0,97
CeSAC 7	41	27	1,52
CeSAC9	116	125	0,93
CeSAC 13	65	57	1,14
CeSAC 15	151	119	1,27
CeSAC 18	6	11	0,55
CeSAC 20	18	46	0,39
CeSAC 21	17	29	0,59
CeSAC 22	43	43	1,00
CeSAC 24	65	114	0,57
CeSAC 29*	8	17	0,47
CeSAC 33	283	181	1,56
CeSAC 35	30	53	0,57
CeSAC 39	92	94	0,98
CeSAC 41	35	23	1,52
UTE-CTERA	132	108	1,22
Htal. Piñero	276	301	0,92
Htal. Tornú	267	269	0,99
Htal. Fernández	539	370	1,45
Htal. Ramos Mejía	---	---	---
Total	2.431	2.196	1,10
Htal. Fernández	909	0	909
Total	7.065	1.543	8.608

\* Se registra solo un semestre dado que fue inaugurado en julio de 2010.

\*\* No se dispone de información desagregada por sexo.

El análisis de la distribución por sexo muestra que algunos centros tienen una concurrencia de varones mayor a la habitual en el sistema de salud están facilitando un mayor acceso a la población masculina, habitualmente no priorizada en el sistema de salud, mayormente focalizado en la atención materno-infantil. Los motivos de esta mayor afluencia masculina pueden deberse a distintas estrategias (oferta del test a parejas de mujeres embarazadas, horarios de atención vespertinos, ubicación geográfica, entre otros) que requieren de un análisis cualitativo.

Según los datos relevados, dos CePAD recibieron pedidos de test de VIH de personas trans, los CeSAC 2 y 9.

Como se señaló, esta población también accede al test de VIH y otras ITS a través del Nexo AC en convenio con la Asociación de Travestis, Transexuales y Transgénero Argentina (ATTTA)

Con respecto a la edad, el mayor volumen de testeos se concentra en la franja de 20 a 29 años con el 41,6%. Y si bien la mayor parte de la población que realizó el testeo se encuentra en la franja de la edad fértil (88%), hay un 8% de testeos en mayores de 50 años (tabla 35).

Al desagregar la información por sexo no se observan diferencias significativas excepto en la adolescencia, en que predominan las mujeres, y en el grupo de mayores de 50 años, en que predominan los varones (gráfico 15).

Tabla 35. Distribución por edad de las personas testeadas en CePAD, demanda espontánea, CABA, 2010

	Edad						Total
	hasta 14	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	más de 50	
Total	33	399	1.535	959	464	301	3.691
%	0,9	10,8	41,6	26,0	12,6	8,2	100,0

#### Retiro de resultados

Si bien el porcentaje global de resultados retirados fue de 88,26%, se observan diferencias entre los distintos centros (tabla 36) que ameritarían análisis particulares para determinar obstáculos y facilitadores que en cada caso influyen sobre el acceso al diagnóstico.

#### Datos sobre prevalencia

En la tabla 37 se detallan los datos de prevalencia de VIH en los CePAD (sólo se incluyeron aquellos centros en que hubo resultados reactivos). La prevalencia en estos centros es más alta que la estimada para la población general de nuestro país (alrededor de 0,50%), lo cual podría explicarse por una mayor autopercepción de riesgo de infección de parte de los consultantes en la demanda espontánea de los CePAD.

Gráfico 15. Distribución porcentual según sexo y edad de las personas testeadas en CePAD, demanda espontánea, CABA, 2010

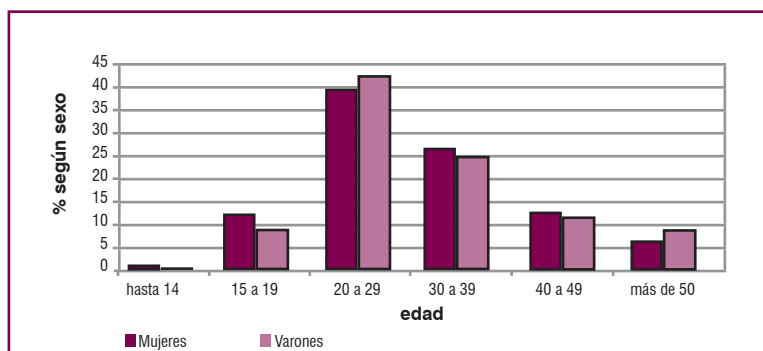


Tabla 36. Porcentaje de retiro de resultados según CEPAD

CePAD	testeo	retirado	% retiro
CeSAC 2	380	305	80,26
CeSAC 5	77	54	70,13
CeSAC 7	63	43	68,25
CeSAC 9	201	183	91,00
CeSAC 13	122	113	92,62
CeSAC 15	270	199	73,70
CeSAC 18	17	17	100,00
CeSAC 20	64	57	89,06
CeSAC 21	46	23	50,00
CeSAC 22	86	73	84,88
CeSAC 24	179	155	86,59
CeSAC 33	464	447	96,34
CeSAC 35	83	74	89,16
CeSAC 39	186	166	89,25
CeSAC 40	8	8	100,00
CeSAC 41	55	41	74,55
UTE-CTERA	240	216	90,00
Nexo AC	1.048	983	93,80
Htal. Tornú	536	496	92,54
Htal. Ramos Mejía	1.432	1.236	86,31
Htal. Piñero	567	494	87,13
Total	6.124	5.383	88,19
Htal. Fernández	909	0	909
Total	7.065	1.543	8.608

Tabla 37. Prevalencia de VIH entre consultantes de CEPAD, demanda espontánea, CABA, 2010

CePAD	Personas testeadas	Resultados reactivos	Prevalencia
CeSAC 2	380	6	1,58
CeSAC 5	77	2	2,60
CeSAC 7	63	3	4,76
CeSAC 9	201	8	3,98
CeSAC 13	122	1	0,82
CeSAC 15	270	5	1,85
CeSAC 18	17	1	5,88
CeSAC 21	46	1	2,17
CeSAC 24	179	1	0,56
CeSAC 33	464	14	3,02
CeSAC 35	83	1	1,20
CeSAC 39	186	4	2,15
CeSAC 40	13	1	7,69
CeSAC 41	55	1	1,82
UTE-CTERA	240	7	2,91
Nexo AC*	1.048	117	11,16
Htal. Tornú	536	25	4,66
Htal. Ramos Mejía	1.432	59	4,12
Htal. Piñero	567	52	9,17
Htal. Fernández	909	77	8,47
Htal. Piñero	567	494	87,13
Total	6.124	5.383	88,19
Htal. Fernández	909	0	909
Total	7.065	1.543	8.608

\* Se incluyen 79 personas trans, de las cuales hay 14 con resultado de VIH positivo

La organización no gubernamental Nexo, donde concurren a testearse varones gay, otros hombres que tienen sexo con hombres y personas trans, se define como un sitio centinela de prevalencia en esta población. Si se separa a los varones gay de las personas trans, la prevalencia de infección por VIH fue en 2010 de 10,63% y 17,7%, respectivamente.

### Prevalencia de VIH en población HSH

A continuación se presenta información obtenida del estudio "Links", una investigación realizada por Nexo AC en forma conjunta con el Centro Nacional de Referencia para el Sida (CNRS) de la Universidad de Buenos Aires y el HIV Center de la Universidad de Columbia (Nueva York), cuyo objetivo fue evaluar los factores asociados

a la transmisión del VIH en hombres que tienen sexo con hombres en la CABA.<sup>1</sup>

En la fase cuantitativa de este estudio, se determinó la prevalencia de infección por VIH, sobre una muestra de 497 participantes reclutados por metodología de muestreo dirigido por los participantes (respondent-driven sampling o RDS por sus siglas en inglés). Aquí se muestran los resultados de la determinación de prevalencia de acuerdo a la identidad sexual referida por los participantes (tabla A) y de acuerdo al tipo de parejas sexuales, independientemente de la definición de la identidad sexual (tabla B).

Un 75% de los hombres que integran la muestra de esta investigación no se autodefinieron como gays u homosexuales, a pesar de referir relaciones sexuales con otros hombres. En este sentido, el estudio aporta información novedosa, ya que demuestra que una parte de la población de varones (identificados como heterosexuales en investigaciones previas) refieren tener también sexo con hom-

bres y trans cuando son consultados sobre prácticas. Los resultados de este estudio demuestran prevalencia elevada de VIH en esta población.

**Tabla B. Prevalencia de infección por VIH según pareja sexual (N = 497)**

Parejas sexuales (últimos 2 meses)	% de la muestra	Prevalencia de VIH
Hombres solamente	31	38%
Hombres y mujeres	21,4	20%
Hombres, mujeres y trans	30	9%

## Gestión de los insumos para el diagnóstico

De acuerdo a los antecedentes de consumo de reactivos y a las diferentes técnicas y equipos de los cuales disponen los laboratorios hospitalarios, se estimó en 120.000 determinaciones anuales la cobertura de los servicios que procesan estos diagnósticos.

Durante el año 2010 se distribuyeron:

- 101.932 determinaciones para el tamizaje del virus VIH,
- 14.400 test rápidos de VIH para mujeres en trabajo de parto sin diagnóstico prenatal,
- 1.728 determinaciones para el diagnóstico pediátrico de VIH,
- 2.880 determinaciones para la confirmación del diagnóstico de VIH (Western Blot).

Estos reactivos posibilitaron la siguiente cobertura (tabla 45):

- 97.506 serologías (1.852 de las cuales fueron reactivos para VIH),

**Tabla A. Prevalencia de infección por VIH según identidad sexual (N = 497)**

Identidad sexual	% de la muestra	Prevalencia de VIH
Gay/homosexual	25,6	35%
Bisexual	37,8	14%
Heterosexual	22,5	15%
Otro	14,1	8%

1- Presentación del estudio "Links" de hombres que tienen sexo con hombres en Buenos Aires, Argentina. Carballo-Diéguez, A.; Ávila, M. M.; Balán, I. C.; Marone, R. O.; Pando, M. A.; Barreda, V., en Actualizaciones en SIDA, 2011;19(71):21-25. ISSN: 0327-9227

- 301 estudios pediátricos (7 diagnósticos de infección por transmisión vertical),
- 611 diagnósticos en proceso de confirmación.

#### Datos del Sistema de Vigilancia Laboratorial (SIVILA)

El SIVILA constituye el módulo de notificación de laboratorios del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS), sistema de notificación on-line que permite la vigilancia en red de cualquier evento de interés para la salud pública y que se enmarca en una estrategia general de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación. Su arquitectura constituye una red informática de carácter modular con ingreso on-line y actualización automática de la información. La estrategia de incorporación de los laboratorios en la vigilancia epidemiológica general implica una nueva dimensión de articulación de los servicios de salud. Así, se constituyen como “nodos” o unidades de análisis donde se registra, resume, analiza y difunde la información notificada.

A partir del Condensado que brinda información de la Notificación Agrupada, se obtuvieron los siguientes datos parciales con respecto a los test de VIH realizados durante 2010 en los laboratorios de los hospitales Santojanni, Pirovano, Penna, Muñiz, Durand, Vélez Sársfield, Piñero, Zubizarreta y Álvarez (tabla 39).

Dado que los datos corresponden al año 2010, las determinaciones catalogadas como reactivas corresponden a muestras confirmadas con test de Western Blot.

Estos datos muestran el predominio de las mujeres en la población tes-

teada, fundamentalmente vinculado a la universalización de la oferta del testeo durante el embarazo.

Tabla 38. Distribución de los estudios realizados según hospital y confirmación diagnóstica, hospitales públicos, CABA, 2010

Hospital	Total de test realizados	Resultados confirmados por WB	No confirmados/ En estudio
Álvarez	3.337	48	10
Argerich	8.855	112	6
Durand	6.675	81	22
Elizalde	2.217	12	1
Fernández	6.275	243	112
Gutierrez	1.764	4	0
Muñiz	6.523	595	255
Penna	8.378	68	121
Pirovano	5.824	94	14
Piñero	8.103	72	
Quemados	126	3	
Ramos Mejía	6.775	206	
Rivadavia	5.451	46	8
Sardá	9.712	30	25
Santojanni	10.712	105	
Tornú	3.026	87	33
V. Sarfield	2.854	8	14
Zubizarreta	899	38	
total	97.506	1.852	611

Tabla 39. Distribución de test de VIH y resultados reactivos según sexo y condición de embarazo en hospitales seleccionados\*, CABA, 2010

	Varones	Mujeres	Mujeres embarazadas	Total
Total	6.948	8.541	11.864	27.353
Reactivos	626	296	65	987
Prevalencia de VIH	9,0	3,5	0,5	3,6

\* Santojanni, Pirovano, Penna, Muñiz, Durand, Vélez Sársfield, Piñero, Zubizarreta y Álvarez

## Pacientes en tratamiento antirretroviral

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

Al momento de la emisión de este boletín, se registran 11.124 personas en tratamiento. La distribución por hospital de estas personas se muestra en la tabla 40.

## Distribución de tratamientos según medicamento y familias de antirretrovirales

Se obtuvo información completa para describir las características de los tratamientos en 10.353 personas: 4.118 mujeres (39,8%) y 6.235 hombres (60,2%).

Se describe la frecuencia de distribución según droga o familia, ya que la información disponible no permite determinar el esquema completo que recibe cada persona (tabla 41).

Con respecto a la distribución de inhibidores nucleosídicos de la transcriptasa reversa (INTR), 43% (4.442) reciben AZT/3TC, 14% (1.434) ABC/3TC, 12% (1.250) TDF/FTC y 3% (305) TDF/3TC.

El 55% (5.738) recibe un esquema que incluye inhibidores no nucleosídicos de la transcriptasa reversa (IN-NTR), 77% (4.435) con efavirenz y 23% (1.303) con nevirapina .

El 41% (4.232) reciben al menos un inhibidor de la proteasa (IP), de los cuales 454 reciben inhibidores no reforzados con ritonavir.

Hay 327 (3%) personas que reciben esquemas que incluyen al menos un medicamento de tercera línea, que son las drogas indicadas en pacientes con múltiples fallos terapéuticos y test con mutaciones de resistencia a ARV de primera y segunda línea.

Comparando los datos del año 2010 con los del 2009, se observa un incremento de 10 veces en la frecuencia de prescripción de maraviroc y de etravirina y una disminución cercana al 50% en el uso de T20 (enfuvirtide) .

Al comparar la distribución de los esquemas según familia en 2009 y 2010, se observa como principal diferencia el aumento en el porcentaje de

Tabla 40. Distribución de personas en tratamiento ARV según hospital, CABA, a junio de 2010

Hospital	Nº de pacientes	%
Álvarez	300	2,70
Argerich	841	7,56
Borda	26	0,23
Durand	364	3,27
Elizalde	189	1,70
Fernández	1.756	15,79
Ferrer	47	0,42
Gutiérrez	139	1,25
Moyano	9	0,08
Muñiz	3.696	33,23
Penna	309	2,78
Piñero	551	4,95
Pirovano	233	2,09
Ramos Mejía	1.441	12,95
Rivadavia	142	1,28
Santojanni	500	4,49
Sardá	26	0,23
Tornú	357	3,21
Vélez Sársfield	74	0,67
Zubizarreta	124	1,11
<b>Total</b>	<b>11.124</b>	<b>100,00</b>

personas en tratamiento con drogas de tercera línea (gráfico 16).

## Pedidos de autorización para la realización de cargas virales

Entre el segundo semestre de 2009 y el primero de 2010, se enviaron solicitudes para la realización de cargas virales a 8.685 personas sin obra social que se encuentran en seguimiento en hospitales públicos de la ciudad. Es de destacar que con cada autorización se habilita la realización de tres cargas virales al año por paciente.

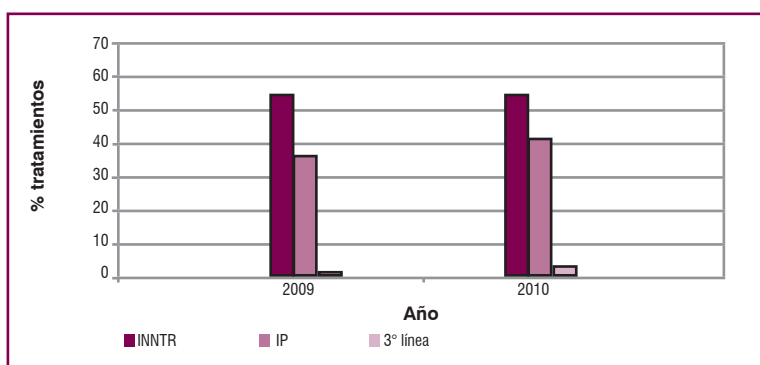
En la tabla 42 se describe la distribución de autorizaciones por hospital. Si bien la diferencia entre el número de personas a quienes se les solicitó carga viral y el número acumulado de notificaciones podría facilitar la estimación del nivel de subnotificación, hay que considerar que parte de las personas notificadas no requieren autorizaciones porque tienen obra social y que algunos pedidos de autorización de carga viral corresponden a personas diagnosticadas antes de 2003, cuando no era obligatoria la notificación de personas con diagnóstico de infección por VIH.

Sin embargo, el número de solicitudes, en general, no coincide con el número de estudios que finalmente se concretan por lo que la información disponible no permite determinar cuántas cargas virales realizó cada persona durante el período mencionado.

**Tabla 41. Distribución de tratamientos según droga y familia de antirretrovirales. Pacientes sin obra social y en tratamiento en hospitales públicos de la CABA a junio de 2010**

Familia	Droga	Nº de tratamientos según padrón a junio de 2009	Nº de tratamientos según padrón a junio de 2010
INTR	AZT	132	103
	AZTJ	62	72
	D4T30	900	761
	D4T40	420	427
	D4T J	28	34
	DDI 100	109	41
	DDI 250	58	75
	DDI 400	337	340
	3TC	3.354	2.803
	3TC/AZT	2.607	4.442
	3TC J	64	78
	ABC	2.078	2.192
	ABC J	10	19
	TDF	1.495	1.019
TDF/FTC	0	1.250	
INNTR	NVP	1.212	662
	NVP J	22	21
	EFV 200	13	14
	EFV 600	4.090	4.421
INNTR + INTR	NVP/3TC/AZT	0	620
IP	RTV	1.412	1.951
	SQV	326	157
	SQV 500	28	71
	INV	133	76
	NFV	206	166
	LPV	1.603	1.827
	LPV J	27	50
	ATZ 200	142	288
	ATZ 300	728	1.073
	FAPV	360	518
FAPV J	3	6	
Restringidos de 3ª línea	TPV	7	14
	DRV	99	168
	ETV	10	128
	T20	43	25
	MVC	4	40
	RTG	49	153

**Gráfico 16. Distribución de tratamientos según familia de ARV. Personas sin obra social en tratamiento en hospitales públicos, CABA, 2009-2010**



Durante el primer semestre de 2010, se solicitaron 5.202 cargas virales, de las cuales 3.645 (70%) correspondieron a pacientes bajo tratamiento antirretroviral. Disponemos de los resultados de la última carga viral realizada en 1.876 pacientes en tratamiento, de los cuales 1.272 (69%) tuvieron valores por debajo de los límites de detección (<1,7 log), dato que podría ser interpretado como un indicador del impacto de la eficacia del tratamiento antirretroviral a nivel poblacional pero con limitaciones dado que representa a menos del 20% de las personas registradas en el padrón de tratamientos.

**Tabla 42. Distribución de autorizaciones para la realización de carga viral según hospital, CABA, 2do. semestre de 2009 y 1er. semestre de 2010**

Hospital	Pacientes a los que se les solicitó CV durante 2010	Pacientes notificados entre el 01/01/2003 y el 01/12/2010
Álvarez	190	284
Argerich	420	475
Borda	26	12
Durand	275	168
Fernández	1.663	871
Ferrer	53	44
Moyano	11	13
Muñiz	2.899	2.166
Penna	260	472
Piñero	526	636
Pirovano	186	279
Ramos Mejía	781	836
Rivadavia	104	119
Santojanni	201	443
Tornú	277	231
Vélez Sársfield	67	53
Zubizarreta	97	110
<b>Total</b>	<b>8.036</b>	<b>7.212</b>

## Reflexiones finales

El análisis de las notificaciones de las personas con diagnóstico de VIH (2003-2010) en la ciudad de Buenos Aires muestra una situación estable en términos del número de casos reportados cada año. La inclusión de la descripción, en este boletín, de la población del área metropolitana no evidenció diferencias significativas con la población de residentes de la CABA, lo cual demuestra la importancia de jerarquizar, en algunas circunstancias, aspectos socioculturales más allá de los límites geográficos, especialmente cuando más de la mitad de la población con VIH que se atiende en la ciudad reside en el conurbano bonaerense.

A continuación se presenta un resumen con los puntos más significativos que describen la situación epidemiológica en el área metropolitana:

- La mediana global de edad al momento del diagnóstico continúa siendo mayor a los 30 años, con cambios en la razón hombre/mujer según los grupos etarios, vinculados a la jerarquización de la oferta de testeo durante el embarazo. El predominio de las mujeres en los diagnósticos, durante la adolescencia y la mitad de ellas durante el embarazo, da cuenta de esta situación y demuestra la necesidad de ampliar la oferta de testeo a las parejas masculinas de las embarazadas.
- Durante los últimos años se observa una tendencia en aumento de los diagnósticos en personas mayores de 50 años, predominantemente en varones y más marcada en los residentes de la ciudad, que

visibiliza la necesidad de considerar estrategias de prevención específicas para esta población.

- La transmisión en el área metropolitana continua siendo predominantemente sexual. De allí que se sostenga la jerarquización de las estrategias preventivas basadas en la promoción del uso del preservativo y la facilitación a su acceso. El predominio de la transmisión sexual entre hombres que tienen sexo con hombres residentes de la CABA y los altos niveles de prevalencia requieren estrategias específicas dirigidas a la prevención primaria y secundaria en este colectivo.
- Durante el período, el 36% de los diagnósticos se hicieron en estadios sintomáticos de la infección (sida y sintomático no sida). Sin embargo, al desagregar la información se observa una tendencia en descenso, que deberá ser corroborada en los próximos años debido a la existencia de retrasos en la notificación.
- La mejora significativa en los parámetros aproximados de nivel socioeconómico, desde el año 2003, dan cuenta del impacto de políticas sociales generales que podrían facilitar la incorporación de las estrategias de prevención y cuidado en las personas afectadas por el virus.
- La caracterización de la población con diagnóstico simultáneo de VIH y sida (diagnóstico tardío) demuestra que son más vulnerables los varones, mayores de 40 años y con menor nivel de instrucción.

- Si bien la mortalidad por sida siempre ha sido mayor en varones, la diferencia entre ambos sexos se fue reduciendo hacia el final del período. El sida como causa muerte en la población de 15 a 34 años de la CABA pasó del primer lugar en 1997 al tercero en 2010, tanto en mujeres como en varones.
- La búsqueda activa de los diagnósticos definitivos de los niños expuestos al VIH por vía perinatal demostró un descenso importante de la transmisión por esta vía, con una tasa de transmisión menor al 2% en 2009. Sin embargo, es necesario seguir disminuyendo el porcentaje de niños con diagnóstico incompleto para una mejor definición de la tasa de transmisión perinatal.
- Entre 2003 y 2010, el 90% de las mujeres embarazadas con VIH, tuvieron diagnóstico antes del parto, con tendencia al descenso de los diagnósticos tardíos (durante el parto o puerperio) en los últimos años. El porcentaje global de las mujeres que recibieron profilaxis prenatal con antirretrovirales fue de 82%, con oscilaciones entre 80 y 85% durante el período. Mejorar el nivel de cobertura es una meta esencial para seguir reduciendo los casos de transmisión perinatal.
- El empadronamiento de las personas en tratamiento antirretroviral está permitiendo avanzar en el conocimiento de los esquemas terapéuticos utilizados, indicando el grado de implementación de las recomendaciones consensuadas entre las sociedades científicas y los niveles centrales de gestión.
- La profundización en el análisis de las características de las personas que acceden al diagnóstico en los Centros de Prevención Asesoramiento y Diagnóstico (CePAD) demuestra que mayoritariamente concurre la población de adultos jóvenes (entre 20 y 39 años) y que, a excepción de algunos centros, se mantiene el predominio femenino, probablemente ligado a la jerarquización de la salud materno-infantil. La prevalencia de VIH en estos centros, superior a la de la población general, demuestra que son dispositivos con acceso facilitado a personas con mayor percepción de riesgo.
- La cobertura del Sistema de Vigilancia de Laboratorio (SIVILA) durante el año 2010 refleja la situación de alrededor del 30% de los testeos realizados en los laboratorios del ámbito público de la CABA. El análisis de la información, aquí disponible, muestra que el 75% de los testeos se realizaron en mujeres (43% de ellas embarazadas), que sumado al predominio del diagnóstico tardío y mortalidad predominante por sida demuestra la necesidad de definir políticas de acceso al diagnóstico en la población masculina.



## **Coordinación Sida**

**Ministerio de Salud - GCBA**

Donato Álvarez 1236, 1º piso

4581-5766

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

[www.buenosaires.gob.ar/areas/salud](http://www.buenosaires.gob.ar/areas/salud)