

# BOLETÍN SOBRE VIH/SIDA EN LA ARGENTINA



AÑO X - NÚMERO 24 - DICIEMBRE 2005

# AUTORIDADES

---

Ministro de Salud y Ambiente

**Dr. Ginés González García**

Secretario de Programas Sanitarios

**Dr. Héctor Conti**

Sub Secretario de Programas de Prevención y Promoción de la Salud

**Dr. Andrés Leibovich**

Directora del Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS

**Dra. Gabriela Hamilton**

# Índice

<b>Editorial</b>	<b>Pág. 3</b>
<b>Introducción</b>	<b>Pág. 4</b>
<b>Situación de la epidemia del VIH/SIDA en el Mundo</b>	<b>Pág. 5</b>
<b>¿Cuántas Personas Viven con VIH en Argentina?</b>	<b>Pág. 6</b>
<b>Situación de la Epidemia de SIDA en Argentina</b>	<b>Pág. 10</b>
<b>Situación de los Infectados con VIH en Argentina</b>	<b>Pág. 20</b>
<b>Situación de la epidemia de VIH/SIDA en menores de 13 años</b>	<b>Pág. 27</b>
<b>El VIH/SIDA en Argentina en jóvenes y adolescentes entre 14 y 24 años de edad</b>	<b>Pág. 30</b>
<b>Mortalidad por VIH/SIDA en Argentina</b>	<b>Pág. 33</b>
<b>Sistema de Vigilancia del VIH</b>	<b>Pág. 41</b>
<b>Informe línea 0 800 – Pregunte SIDA</b>	<b>Pág. 47</b>
<b>Vigilancia de VIH/SIDA de Segunda Generación: Estudios sobre Comportamiento, Prácticas y Nivel de Información sobre VIH/SIDA</b>	<b>Pág. 50</b>
<b>    Pueblos Originarios: Iniciación Sexual, Testeo de VIH y Nivel de Información en VIH/SIDA</b>	<b>Pág. 51</b>
<b>    Mujeres: Iniciación Sexual y Testeo de VIH/SIDA</b>	<b>Pág. 56</b>
<b>    Mujeres Embarazadas: Accesibilidad al testeo de VIH y Nivel de información</b>	<b>Pág. 61</b>
<b>    Trabajadoras/es Sexuales: Características de la Actividad Laboral y Testeo de VIH</b>	<b>Pág. 67</b>
<b>    Adolescentes de 14 a 19 años: Iniciación Sexual y Conocimiento sobre VIH/SIDA e ITS</b>	<b>Pág. 71</b>
<b>Personas Privadas de Libertad</b>	<b>Pág. 75</b>
<b>Anexo</b>	<b>Pág. 78</b>

# Agradecimientos

El presente Boletín sobre VIH/SIDA en la Argentina, correspondiente al año 2005, es un informe del Área de Epidemiología del Programa Nacional de Lucha contra los RH, SIDA y ETS del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, el cual se elabora periódicamente gracias a la contribución de los Directores de Programas Provinciales de VIH/SIDA e ITS, sus colaboradores, los equipos de salud de los diferentes Subsectores del Sistema de Salud Nacional y el personal de las distintas áreas del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

Se destaca la dedicación y aportes del equipo que trabajó en el desarrollo e implementación de las encuestas de comportamiento e información realizadas en el marco del Proyecto de Vigilancia de VIH/SIDA de Segunda Generación.

# Editorial

En los últimos veinte años, el VIH/SIDA nos ha permitido visualizar y también asumir una diversidad de cuestiones vinculadas con la incidencia de determinados comportamientos individuales y colectivos sobre el proceso salud – enfermedad.

La promoción activa de la vigilancia epidemiológica y el permanente monitoreo de la evolución de la epidemia, constituyen junto a la atención integral de las personas que viven con VIH/SIDA, pilares esenciales de las políticas públicas que buscan dar respuesta al VIH/SIDA.

En Argentina, la política de acceso universal a los tratamientos antirretrovirales ha permitido cambiar el rumbo de la historia natural de la enfermedad; de todos modos resta mucho camino por recorrer en materia de prevención para lograr revertir la incidencia de VIH, especialmente en los jóvenes y las mujeres, quienes constituyen uno de los grupos poblacionales más vulnerables.

Uno de los principales retos que afronta la vigilancia de VIH/SIDA es la detección de patrones de comportamiento de las personas en su conjunto así como también de cada grupo en particular, a fin de conocer certeramente las conductas que incrementan la vulnerabilidad frente al virus, como a otras ITS.

Entre las iniciativas que tampoco pueden estar ausentes, se encuentra la incorporación de la perspectiva de género en las intervenciones, así como también la ampliación de prácticas de prevención y asesoramiento en el primer nivel de atención. Respecto de dicha problemática sanitaria, la tarea de los equipos de salud debe orientarse a promover cambios en conocimientos, actitudes y prácticas, fortaleciendo la capacidad de individuos y comunidades de incidir positivamente en el cuidado de su salud.

El presente informe destaca los diversos desafíos a los que nos enfrentamos. También expresa el permanente esfuerzo que realiza cada una de las provincias argentinas y la Nación para fortalecer el sistema de vigilancia de la enfermedad, para cumplir con las metas prioritarias de Salud Pública y para establecer políticas y programas integrales respecto del VIH/SIDA, enfermedad cuya principal posibilidad de control radica precisamente en la adopción de conductas preventivas por parte del conjunto social.

**Dr. Ginés González García**

Ministro de Salud y Ambiente de la Nación

# Introducción

El Boletín sobre el VIH/SIDA en la Argentina es un informe con datos a diciembre del año 2005, que se realiza periódicamente y que tiene como objetivo presentar y difundir los datos de la vigilancia epidemiológica recogidos en todo el país.

Este informe se estructuró en secciones en las que se presentan los resultados de los principales sistemas de información epidemiológica sobre el VIH y SIDA en Argentina, agrupados según el objeto de estudio. Este sistema de vigilancia es de alcance nacional y comenzó a desarrollarse a fines de los años 80.

Se incluye la información de los casos de SIDA y VIH notificados al Área de Vigilancia Epidemiológica del Programa Nacional de lucha contra los RH, SIDA y ETS al 30 de diciembre de 2005, y se incorpora la cifra de personas viviendo con VIH/SIDA en Argentina a diciembre de 2005, estimación elaborada en conjunto entre ONUSIDA y el Programa Nacional.

Para el análisis de la mortalidad se utilizaron las bases de datos del Programa Nacional de Estadísticas de Salud del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, elaboradas a partir de los certificados de defunción.

Se incluye un breve detalle en el que se comenta, en forma global, la situación y el curso de la epidemia de VIH y SIDA en el Mundo, basado en la Situación de la Epidemia de SIDA, elaborado en noviembre 2005 por ONUSIDA y OMS.

Asimismo contiene un resumen de los estudios de comportamiento realizados en seis poblaciones específicas: adolescentes y jóvenes, mujeres, mujeres embarazadas, personas privadas de libertad, trabajadoras/es sexuales, población aborígen, que se realizaron en el marco de la Vigilancia de Segunda Generación del VIH/SIDA, financiados por medio del Proyecto “Actividades de apoyo a la prevención y el control de VIH/SIDA en Argentina” - Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria

Además se enumeran las características principales de un grupo específico de las personas que han consultado a la Línea telefónica gratuita de prevención de VIH/SIDA y ETS. Durante los tres años últimos dicha línea cumplió con la función de ser una herramienta más para la gestión del área de medicamentos del Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS, del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

# Situación de la epidemia VIH/SIDA en el Mundo

El VIH ha provocado una epidemia que se ha propagado a todos los continentes y países, según estimaciones de ONUSIDA y OMS. Se calcula para Diciembre del año 2005, en todo el mundo un total de 40,3 millones de personas viviendo con VIH/SIDA, (Rango: 36,7 millones a 45,3 millones) (Tabla N°1).

*Tabla N° 1: Distribución Mundial de las personas viviendo con VIH en el año 2005*

POBLACIÓN	NÚMERO
ADULTOS	38 MILLONES
MUJERES	17,5 MILLONES
NIÑOS <15 AÑOS	2,3 MILLONES

Fuente: Situación de la epidemia de SIDA, Diciembre de 2005  
ONUSIDA - OMS

Se estima que en el año 2005 el número de nuevas infecciones fue cercano a los 5 millones de personas, que en su mayoría no saben que están infectadas por el virus de VIH y que 700.000 serían menores de 15 años (Tabla N° 2). Es decir que, aproximadamente, hubo 14.000 nuevas infecciones diarias de VIH.

De los adultos nuevos infectados en el año 2005, el 50% son mujeres, por lo tanto la probabilidad de riesgo de infección por VIH es semejante entre hombres y mujeres. La mayoría de las nuevas infecciones se detectaron en adultos jóvenes. Aproximadamente el 50 % tienen entre 15 y 24 años de edad y más del 95% de estos fueron en países en desarrollo.

*Tabla N° 2: Distribución Mundial de Nuevas Infecciones de VIH en el año 2005*

POBLACIÓN	NÚMERO
TOTAL	4,9 MILLONES
ADULTOS	4,2 MILLONES
NIÑOS <15 AÑOS	700.000

Fuente: Situación de la epidemia de SIDA, Diciembre de 2005  
ONUSIDA - OMS

Respecto a las muertes por SIDA, para el año 2005 se estimaron aproximadamente 3 millones en todo el mundo, de los cuales el 20% fueron niños menores de 15 años, (Tabla N° 3). El SIDA ha pasado a ser la principal causa de muerte en África y la cuarta a nivel mundial.

Su paso por el mundo ha provocado consecuencias muy negativas. Ha causado retroceso en el desarrollo de países, terminado con millones de vidas, ensanchado aún más la brecha entre pobres y ricos, y quebrantado así la seguridad social y económica.

**Tabla N° 3: Defunciones Mundiales por VIH en el año 2005**

Fuente: Situación de la epidemia de SIDA, Diciembre de 2005  
ONUSIDA - OMS

POBLACIÓN	NÚMERO
TOTAL	3,1 MILLONES
ADULTOS	2,6 MILLONES
NIÑOS <15 AÑOS	570.000

El número de personas que viven con el VIH ha aumentado en todas las regiones, salvo en una, el Caribe, la segunda región más castigada del mundo, la prevalencia general del VIH no ha registrado cambios en 2005 en comparación con el 2003 (Tabla N° 4). La prevalencia de VIH/SIDA a nivel mundial en adultos entre 15 y 49 años de edad en el 2005 es de 1,1% (Rango:1.0% a 1,2%). (Gráfico N° 1).

África subsahariana sigue siendo la región más castigada, con 25,8 millones de personas que viven con el VIH, casi once millones más que en el 2003, por lo tanto, las dos terceras partes del total de personas que viven con el VIH están en esta región, así como el 77% del total de mujeres VIH positivas.

Asimismo hay epidemias en rápido crecimiento en Europa oriental, Asia central y oriental. En las primeras, el número de personas que viven con el VIH ha aumentado en un cuarto (hasta 1,6 millones) desde el 2003, y el número de fallecimientos causados por el SIDA casi se ha duplicado (hasta 62 000) en el mismo período. En Asia oriental, el número de personas que viven con el VIH en el 2005 aumentó en un quinto (hasta 870 000) en comparación con los dos años anteriores.

Algunas epidemias de Asia y Oceanía se agravan, especialmente en China, Papua Nueva Guinea y Viet Nam. También se observan indicios alarmantes de que otros países -incluidos Pakistán y Polinesia- podrían estar al borde de tener serias epidemias.

Se calculó que en América Latina y el Caribe hay 2,1 millones de niños y adultos viviendo con VIH, de los cuales 233 mil son nuevas infecciones, y que al menos 90 mil fallecieron a causa del SIDA en el mismo período.

**Gráfico N° 1: Número estimado de adultos y niños que viven con VIH/SIDA a diciembre de 2005**

Fuente: Situación de la epidemia de SIDA, Diciembre de 2005  
ONUSIDA - OMS

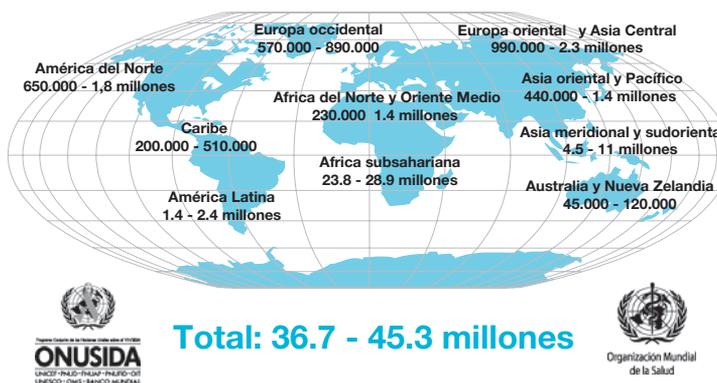


Tabla N° 4: Estadísticas y características regionales del VIH y SIDA, año 2005

REGIÓN	Adultos y niños que viven con el VIH	Nuevas Infecciones por el VIH en adultos y niños	Prevalencia en adultos (%)	Defunciones de adultos y niños por SIDA	Porcentaje de mujeres adultas (15-49 años) que vivían con el VIH (%)
África Subsahariana	25,8 millones	3,2 millones	7,2 %	2,4 millones	57%
África del Norte y Oriente Medio	510000	6 7000	0,2%	58 000	47%
Asia Meridional y Sudoriental	7,4 millones	990 000 millones	0,7%	480 000	26%
Asia Oriental	870 000 millones	140 000	0,1%	41 000	18%
Oceanía	74 000	8200	0,5%	3600	55%
América Latina	1,8 millones	200 000	0,6%	66 000	32%
Caribe	330 000	33 000	1,6%	24 000	50%
Europa oriental y Asia Central 2005	1,4 millones	210000	0,8%	60 000	28%
Europa occidental y central 2005	720 000	22 000	0,3%	12 000	27%
América del Norte 2005	1,2 millones	43 000	0,7%	18 000	25%
<b>TOTAL</b>	<b>40,3 millones</b>	<b>4,9 millones</b>	<b>1,1%</b>	<b>3,1 millones</b>	<b>46%</b>

Durante la pasada década han aumentado y mejorado de forma notable las respuestas al SIDA, pero todavía no llegan a alcanzar la escala o el ritmo de una epidemia que empeora sistemáticamente.

En los últimos dos años, el acceso al tratamiento antirretrovírico ha mejorado de forma palpable. Las personas que necesitan tratamiento ahora no sólo tienen la oportunidad de recibirlo en los países ricos de América del Norte y Europa occidental. Además, a pesar de la alta cobertura del tratamiento y progresos realizados en países como Argentina, Brasil, Chile y Cuba, la situación es diferente en los países más pobres de América Latina y el Caribe, si bien en algunos países la cobertura es de menos del 25%, en otros supera el 75%. Este parámetro, de gran relevancia hoy en día, va marcando ciertos patrones epidémicos en América Latina.

Mientras que en Europa oriental, la mayor parte de Asia y prácticamente toda África subsahariana, la cobertura es menor que en América Latina. Como mucho, uno de cada diez africanos y uno de cada siete asiáticos que necesitaban tratamiento lo recibían a mediados de 2005.

Es por ello que, para el estudio desmenuzado de la epidemia, se debe continuar trabajando en el día a día para aumentar más aún la precisión de las estimaciones que se realizan periódicamente.

Fuente: Situación de la epidemia de SIDA, Diciembre de 2005  
ONUSIDA - OMS

# ¿Cuántas Personas Viven con VIH en Argentina?

Las estimaciones durante el año 2005 en forma conjunta entre ONUSIDA, OMS y el Programa Nacional de Lucha contra los RH, SIDA y ETS muestran que aproximadamente 127.000 (115.000 a 134.000) personas viven con VIH/SIDA en Argentina, de las cuales un 60% desconocerían su situación serológica.

Para la construcción de estas estimaciones se realizó un trabajo en conjunto cuya finalidad fue determinar los tamaños de las poblaciones en riesgo. A las mismas se les aplicó la prevalencia recopilada a partir de los sitios centinelas: se determinó así las personas viviendo con VIH en cada grupo específico y se sumó a las personas viviendo con VIH de población general, obtenidas a partir del seguimiento de las prevalencias en mujeres embarazadas.

El método utilizado por el ONUSIDA y la OMS, parte del supuesto de que la prevalencia entre las mujeres embarazadas es una buena aproximación a la prevalencia entre la población adulta (de 15 a 49 años de edad). Los estudios efectuados a nivel subnacional en diversos países de África, han proporcionado pruebas a favor de este supuesto (comparando directamente la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas que acuden a los controles prenatales, con la detectada entre la población adulta de la misma comunidad).

No hay una regla de oro para la vigilancia del VIH. Todos los cálculos sobre el VIH deben evaluarse críticamente, tanto si se basan en encuestas como en datos de vigilancia centinela.

Los datos recogidos a partir de las mujeres embarazadas son especialmente útiles para calcular las tendencias del VIH y, junto a las encuestas nacionales, ayudan a configurar el panorama de la epidemia. Si dichas encuestas se efectúan a intervalos de tres o cuatro años pueden servir como elementos valiosos para contribuir a mejorar los cálculos de los niveles y tendencias de la prevalencia del VIH.

Se puede observar que las estimaciones del año 2005 son más bajas que las que figuran en la actualización de ONUSIDA correspondiente al año 2002. Eso no significa que el número de personas que viven con el VIH/SIDA sea inferior ni que se haya producido un descenso en la epidemia, sino que la obtención de datos más ajustados y un mejor conocimiento de la epidemia han hecho posible que se realizaran estimaciones más precisas.

Este trabajo surge a partir de que la Secretaría de ONUSIDA trabajó con la OMS, el Futures Group, los Centros de Control y Prevención de Enfermedades, Family Health Inter-

national y el Centro Oriente-Occidente con miras a mejorar los conocimientos especializados para obtener, validar e interpretar datos relacionados con el VIH y desarrollar la capacidad para la construcción de modelos y la estimación en 130 países.

Asimismo nuevas y diferentes fuentes de datos, como las encuestas nacionales de comportamiento, están posibilitando la obtención de estimaciones más precisas y un conocimiento más ajustado de la tendencia de la epidemia en nuestro país.

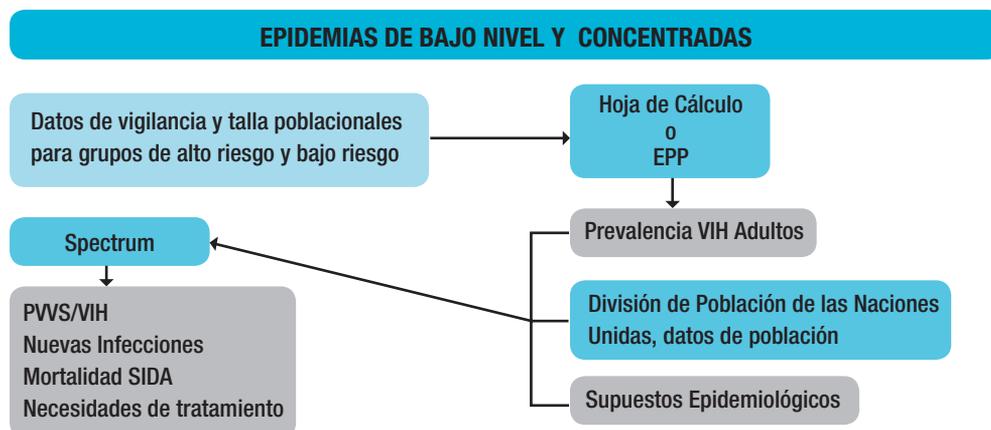
A nivel mundial, para la realización de las estimaciones y por lo tanto para la selección de las herramientas a utilizar, se dividen a los países según el tipo de epidemia:

**Generalizada:** El VIH se encuentra bien establecido entre la población general. Si bien es posible que los subgrupos de población aún promuevan la difusión del VIH de manera desproporcionada, las redes sexuales que existen entre la población general son suficientes para mantener una epidemia independiente de las de los subgrupos de población de más alto riesgo. La prevalencia del VIH se encuentra constantemente por encima del 1% entre las mujeres embarazadas.

**Concentrada:** El VIH se ha difundido rápidamente en un subgrupo de población determinado, pero no así entre la población general. Este estadio de la epidemia señala la presencia de redes activas de riesgo entre uno o más de los subgrupos de población afectados. La trayectoria de la epidemia estará determinada por la frecuencia y naturaleza de las relaciones entre los subgrupos de población con alto grado de infección y la población general. La prevalencia del VIH se ha mantenido constante, por encima del 5%, en por lo menos un subgrupo de población. La prevalencia de VIH es de menos del 1% entre las mujeres embarazadas de las zonas urbanas.

**Bajo Nivel:** Si bien la epidemia del VIH lleva muchos años, nunca ha alcanzado un grado significativo de infección en ningún subgrupo de población. La infección registrada se concentra mayormente entre individuos con comportamiento de más riesgo, por ejemplo trabajadoras sexuales, personas usuarias de drogas inyectables y hombres que tienen relaciones con hombres. Una epidemia en este estadio indicaría que las redes de riesgo son más bien difusas (con poco intercambio de parejas y de uso compartido de equipo de inyección de drogas) o que el virus se introdujo muy recientemente. La prevalencia del VIH no ha superado el 5% en ningún subgrupo de población definido.

Por lo expresado anteriormente Argentina utiliza el siguiente diagrama de flujo y herramientas para el cálculo de las estimaciones nacionales



Fuente: Grupo de Trabajo OMS/ONUSIDA para la Vigilancia Global de ITS/VIH/SIDA

# Situación de la Epidemia de SIDA en Argentina

La epidemia de SIDA en Argentina ha evolucionado en forma disímil desde que se registró el primer caso en el año 1982, alcanzándose al 31 de diciembre de 2005 un total de 30.496 casos notificados en el Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS. Sin embargo al calcular el retraso en el envío de las notificaciones, se estima que el total de enfermos diagnosticados es de 31.900 (Tabla N° 5).

Respecto al Boletín sobre SIDA en Argentina, Número 23, se registra una diferencia en positivo de 3664 casos de SIDA: dicha diferencia se debe al registro de nuevos casos de SIDA diagnosticados y principalmente al fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, con una recopilación más exhaustiva de las notificaciones tanto de SIDA como VIH.

Este fortalecimiento consistió en el cotejo de diferentes bases de datos, ya sea de registros provinciales, registros de mortalidad, registros de medicamentos, registros de cargas virales, etc, lográndose así detectar casos faltantes de notificación que, por lo tanto fueron reclamados y solicitados al ámbito correspondiente. Se logró así incorporar casos de SIDA de año de diagnóstico previo al año 2001 como son: 1 caso de SIDA diagnosticado en el año 1982 hasta 116 casos de SIDA diagnosticados en el año 2000.

En Argentina según la Ley Nacional de SIDA (Ley N° 23.798/90), el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación registra a las personas con diagnóstico de SIDA de todo el país, bajo una codificación específica para reservar la identidad de la persona.

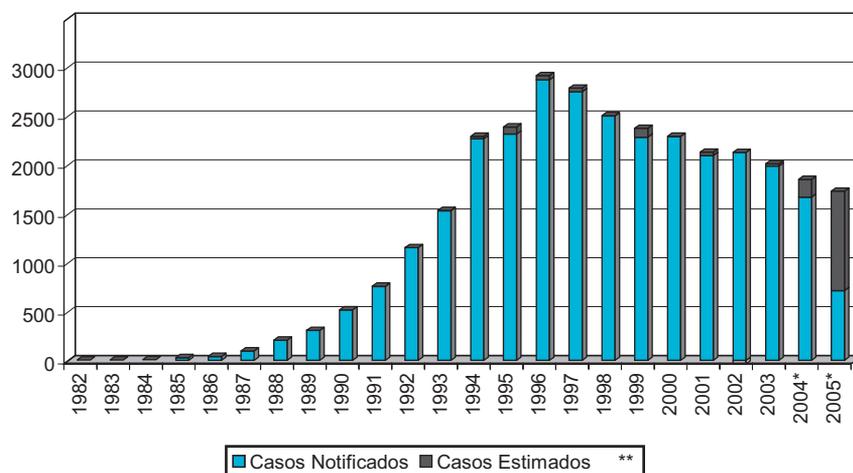
Para ello, la Ley establece la obligatoriedad para médicos y/o instituciones de salud públicas y/o privadas, de realizar la notificación a través de un formulario elaborado para dicho efecto, dentro de las 48 horas de realizada la confirmación del diagnóstico de VIH/SIDA, así como el fallecimiento de una persona viviendo con VIH/SIDA y las causas de su muerte.

Es por esto que se está trabajando intensamente para corregir posibles desvíos y establecer un Registro Nacional de VIH/SIDA que contemple todas las etapas de la infección/enfermedad.

**Tabla N° 5: Argentina: Tendencia anual de casos notificados de SIDA según año de diagnóstico, 1982 – 2005**

Año	Casos Notificados	Casos Estimados**	Tasa de Incidencia por millón de habitantes***
1982	4	4	0,1
1983	4	4	0,13
1984	8	8	0,23
1985	28	28	0,92
1986	40	40	1,22
1987	96	96	2,95
1988	207	207	6,37
1989	306	306	9,36
1990	516	514	16
1991	756	759	23
1992	1154	1150	35
1993	1530	1534	46
1994	2265	2290	67
1995	2313	2385	67
1996	2866	2910	80
1997	2746	2783	75
1998	2498	2501	65
1999	2282	2372	59
2000	2288	2281	58
2001	2094	2128	51
2002	2125	2087	47
2003	1988	1980	46
2004*	1670	1840	42
2005*	714	1730	
<b>TOTAL</b>	<b>30.498</b>	<b>31937</b>	<b>700.1****</b>

**Gráfico N° 2: Argentina. Tendencia anual de casos notificados y estimados de SIDA según año de diagnóstico, 1982 – 2005**



\* Datos provisorios al 31 de diciembre de 2005.

Las tasas de Incidencia de los años 2004 y 2005 se calcularon respecto a los casos estimados y no a los notificados.

\*\* Son el resultado de la estimación realizada mediante el cálculo del retraso en la notificación por el Programa Informático Moucho.

\*\*\* Las Tasas de incidencia se calcularon con los casos notificados y los datos de población según datos del Anuario Estadístico de la República Argentina 2004. INDEC, Buenos Aires, Argentina, Año 2004 y los resultados del Censo 2001 del INDEC.

\*\*\*\*Tasa de Incidencia acumulada de SIDA  
Fuente: Programa Nacional de Lucha contra RH, SIDA y ETS – Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Anuario Estadístico de la República Argentina 2004. INDEC (Instituto Nacional de Estadística y Censo, Ministerio de Economía de la Nación).

Anuario Estadístico de la República Argentina 2004. INDEC (Instituto Nacional de Estadística y Censo, Ministerio de Economía de la Nación)

\* Datos provisorios al 31 de diciembre de 2005.

\*\* Son el resultado de la estimación realizada mediante el cálculo del retraso en la notificación por el Programa Informático Moucho.

En el año 1996 (Gráfico N° 2) con 2.866 casos se alcanza el valor máximo de enfermos notificados. El mismo coincide con la incorporación a la notificación de tres nuevas enfermedades marcadoras (tuberculosis pulmonar, neumonía bacteriana a repetición y cáncer de cuello uterino invasivo), responsables del 31% de los enfermos diagnosticados en ese año.

En los años siguientes se observa una disminución en forma constante de la notificación de nuevos diagnósticos de casos de SIDA y coincide con la aplicación de la terapia antirretroviral de alta eficacia (TARGA en español o HAART en inglés) a partir de 1997, que influye directamente en el descenso de la tasa de incidencia de diagnóstico de enfermos de SIDA.

Según las estimaciones, en el registro de notificación se calculó que la tasa de incidencia en el 2004 fue de 45,71 casos por millón de habitantes, presentando respecto a 1996 una reducción de aproximadamente de un 43 % (se consideró la tasa del 2004 corregida en base a estimaciones por retraso en la notificación). Las provincias que presentan mayor tasa son: Tierra del Fuego y Misiones (36/ 100.000 habitantes), Salta (48/100.000) y Jujuy (61/100000), del otro lado de la curva y por debajo de la media país se presentan Chaco (0,58 / 100.000) y Córdoba, Catamarca y Corrientes con una tasa de 3/100.000 habitantes (Gráfico 3).

**Gráfico N° 3: Argentina. Distribución de la Tasa de Incidencia de Diagnóstico de SIDA por provincia, Año 2004**

Fuente: Programa Nacional de Lucha contra RH, SIDA y ETS  
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

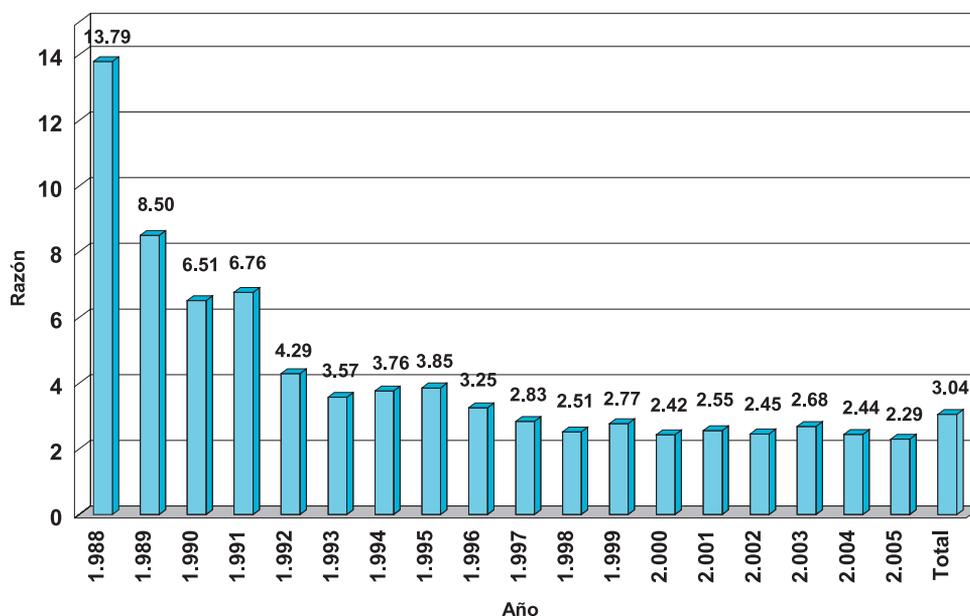


La evolución de la distribución de los casos de SIDA por sexo, hasta el año 1987 era predominantemente en hombres. En este mismo año se diagnosticó el 1°

caso de SIDA en mujeres y la razón hombre/mujer fue de 92/1. En el 2004, según los casos notificados hasta la fecha de elaboración del presente informe, la razón fue de 2,4/1 hombres por mujer, valor levemente inferior a los últimos cinco años (Gráfico N° 4). Continuando con el descenso de la razón hombre/mujer en el total de casos acumulados notificados de enfermos de SIDA, alcanzando 3 hombres por cada mujer (Gráfico 4).

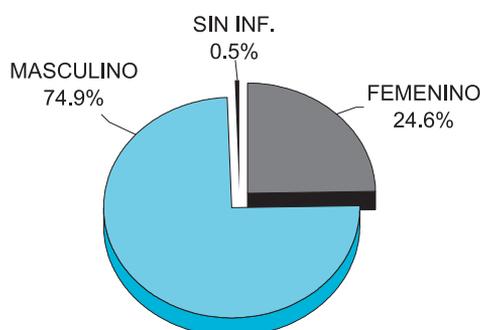
Como se puede observar sobre el total de casos acumulados de SIDA las mujeres representan el 24,6%, los hombres el 74,9% y los registros donde no se puede constatar el sexo son el 0,5% (en general son registros de principio de la década de los años 90) (Gráfico N° 5). Mostrando un 5% de diferencia respecto a los casos notificados del año 2004, donde las mujeres representan el 29%, los hombres el 70,9 % y sin información el 0,1% que representa un solo caso de un niño fallecido (Gráfico N° 6).

**Gráfico N° 4: Argentina: evolución de la razón hombre / mujer de casos de SIDA notificados según año de diagnóstico, 1988 – 2005**



Fuente: Programa Nacional de Lucha contra RH, SIDA y ETS  
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

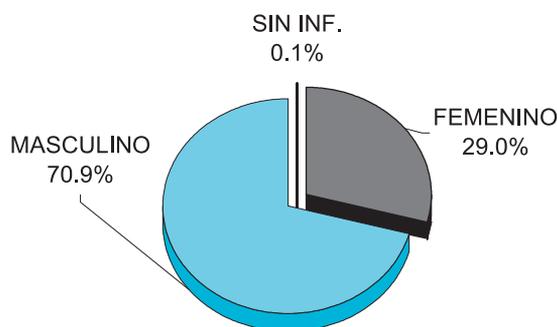
**Gráfico N° 5: Argentina. Distribución de casos notificados de SIDA según sexo, 1982 - 2005**



Fuente: Programa Nacional de Lucha contra RH, SIDA y ETS  
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

Fuente: Programa Nacional de Lucha contra RH/Sida y ETS  
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

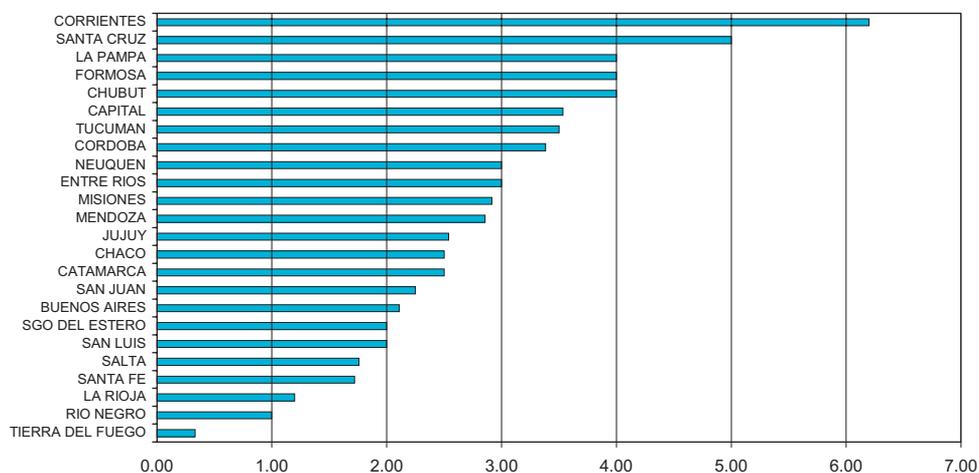
**Gráfico N° 6: Argentina. Distribución de casos notificados de SIDA según sexo, Año 2004**



Para visualizar ciertas tendencias que ha ido teniendo la epidemia en cada provincia, en particular, se puede observar que desde que comenzó la epidemia en Argentina hasta la fecha, las provincias que se detallan a continuación presentan una razón hombre / mujer en el año 2004 por encima de la media nacional (2,4/1): Corrientes (6/1), Santa Cruz (5/1), La Pampa, Chubut y Formosa (4/1), Tucumán, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Neuquén y Córdoba (superior a 3/1). Asimismo en el otro extremo se encuentran las provincias de La Rioja, Río Negro y Tierra del Fuego, con valores menores a 1,3 hombres por cada mujer a la que se le diagnóstico SIDA (Gráfico N° 7). Es importante remarcar que en provincias de baja cantidad de población, números absolutos pequeños muestran una razón muy diferente a la media país.

**Gráfico N° 7: Argentina. Razón hombre / mujer de los casos notificados de SIDA por provincia, año 2004**

Fuente: Programa Nacional de Lucha contra RH, SIDA y ETS - Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

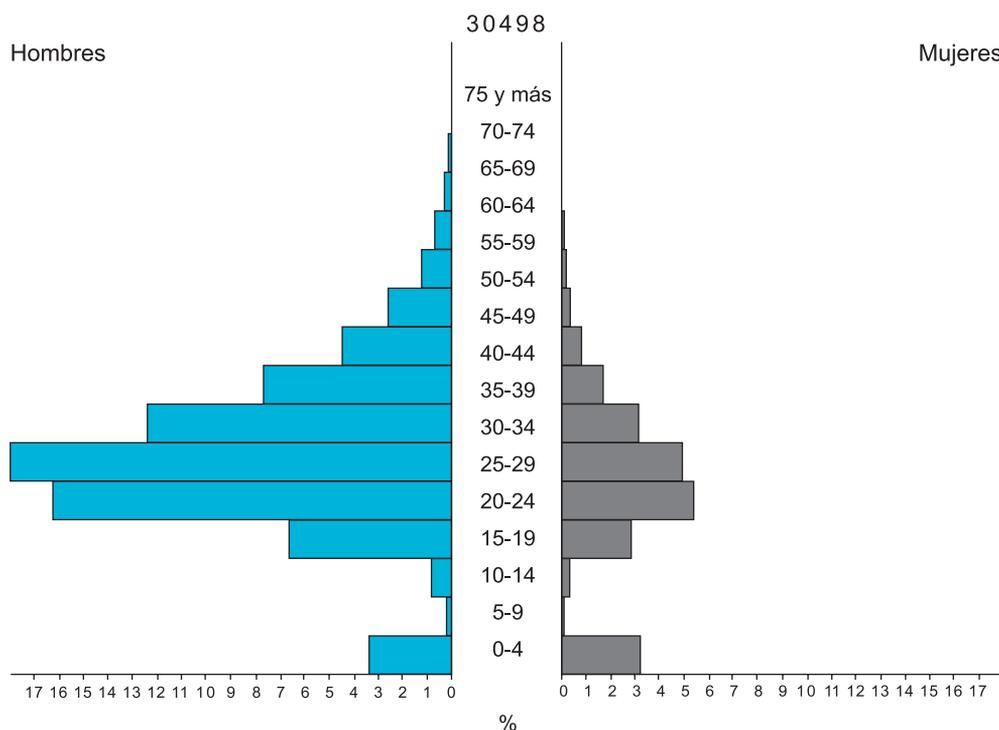


La tendencia tanto en Argentina como en el resto del mundo expresa que la epidemia se extiende cada vez más en mujeres y el número de casos de SIDA en mujeres diagnosticadas anualmente no ha dejado de crecer (Gráfico N° 4). Unido esto a que la mayor concentración de casos se ha presentado en edades sexualmente activas, radica la importancia de focalizar acciones de prevención y diagnóstico precóz de VIH o SIDA en la mujer y principalmente en la embarazada, para poder suministrar tratamiento adecuado para la mujer y además evitar así la transmisión vertical. Actualmente una de las Políticas más fuertes se encaminan a la erradicación de la Transmisión Vertical del VIH.

Según mostraron las estadísticas, la enfermedad afecta fundamentalmente a la franja de edad de población económicamente activa y se concentra mayoritariamente en ambos sexos entre 20 y 39 años, considerando el acumulado de casos es entre 25 y 34 años, pero en el año 2004 los nuevos diagnósticos de SIDA se produjeron con más frecuencia entre 25 y 39 años. Este traslado de desarrollo del SIDA de 5 años demuestra la extensión del período de infección el cual es multicausal, pero principalmente por diagnósticos más tempranos y comienzos oportunos de la terapia antirretroviral de alta eficacia (Gráfico N° 8 y N° 9).

En la población de sexo femenino se puede observar que la distribución por edad de la enfermedad presenta el mayor pico en el rango entre 25 y 29 años, aunque se puede decir que el período de mayor frecuencia es de 25 a 34 años. En la población de sexo masculino la mayor concentración en la distribución por edad en los enfermos de SIDA, es entre 25 y 34 años, pero a diferencia del año anterior se ve un mayor incremento en el peso entre los 30 y 34 años.

**Gráfico N° 8: Argentina: Pirámide Poblacional de los casos notificados de SIDA. Años 1982 al 2005**



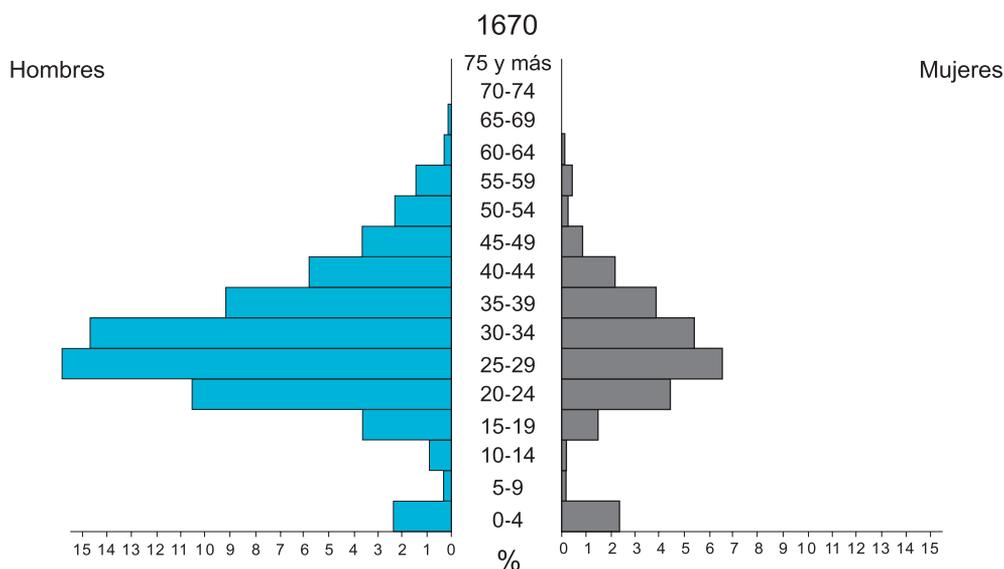
Fuente: Programa Nacional de Lucha contra RH, SIDA y ETS  
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

Pero aún hoy la distribución por edad de los casos de SIDA da evidencias significativas de que un grupo de alta vulnerabilidad son los adolescentes, debido a que si la edad de desarrollo de la enfermedad es en el rango que comprende a los adultos jóvenes, significa que hubo muchas posibilidades de contraer la infección durante su adolescencia.

Además, sobre el total de casos, el 24% son femeninos; en el gráfico de pirámide de población se visualiza un incremento proporcional en dicho sector (29%). Como así también, la edad de mayor prevalencia de 25 a 34 años, con leve incremento proporcional de los de 35 a 39 años.

Gráfico N° 9: Argentina: Pirámide Poblacional de los casos notificados de SIDA. Año 2004

Fuente: Programa Nacional de Lucha contra RH, SIDA y ETS Ministerio de salud y Ambiente de la Nación

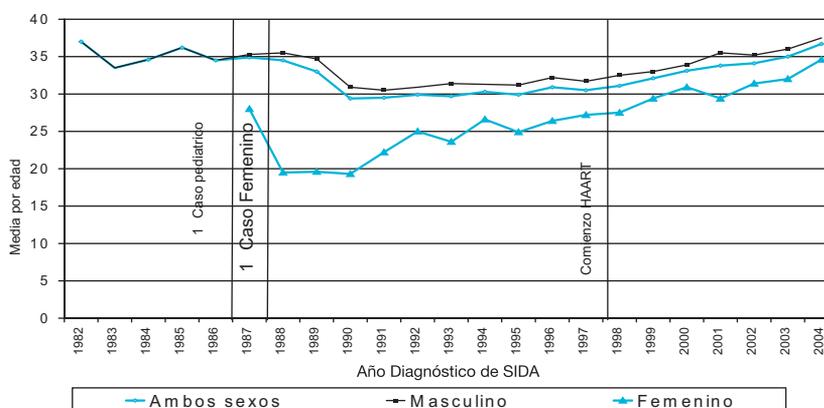


La evolución de la media de la edad de diagnóstico de SIDA mostró que al aparecer el primer caso femenino (año 1987) unido a la presentación de los primeros casos pediátricos (año 1986), dió como consecuencia un descenso en la media de la edad de diagnóstico (Gráfico N° 10).

Es importante resaltar que en estos últimos cinco años la edad de los pacientes que adquirieron la enfermedad en ambos sexos fue mayor. Este hecho se relaciona directamente con el uso temprano de la terapia antirretroviral de alta eficacia en infectados desde la fase VIH avanzada que se incorporó a partir de 1997 en Argentina: se retrasó así la evolución de la enfermedad. La media de edad en el 2004 para hombres fue de 37,5 años y en mujeres de 34,5 años, dando muestra así que aun hoy las mujeres se enferman a edades más tempranas.

Gráfico N° 10: Argentina. Evolución de la media de edad de diagnóstico de SIDA según sexo, años 1982-2004

Fuente: Programa Nacional de Lucha contra RH, SIDA y ETS Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación de SIDA según sexo, años 1982 - 2004



Teniendo en cuenta el total de notificaciones de SIDA en todo el país, la principal vía de transmisión, es el uso de drogas intravenosas con el 32,6%, seguido por transmisión

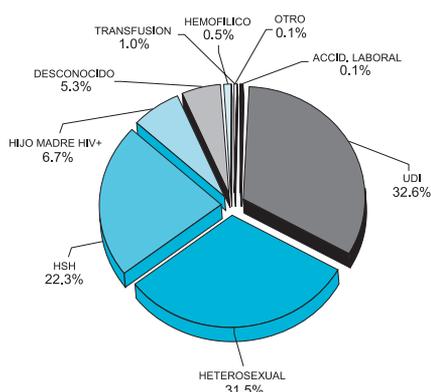
sexual, primero con el 31,5% en heterosexual y luego con el 22,3% en hombres que tienen sexo con hombres.

Esta distribución no refleja el patrón de transmisión que sigue la epidemia actualmente. Desde principios de los años 90 en los casos diagnosticados de SIDA la vía de transmisión más frecuente es por relaciones sexuales desprotegidas. En las personas que desarrollaron SIDA en el año 2004, la distribución fue la siguiente: las relaciones heterosexuales con el 50,7%, seguido por hombres que tienen sexo con hombres 18% y luego usuarios de drogas inyectables 16,8%.

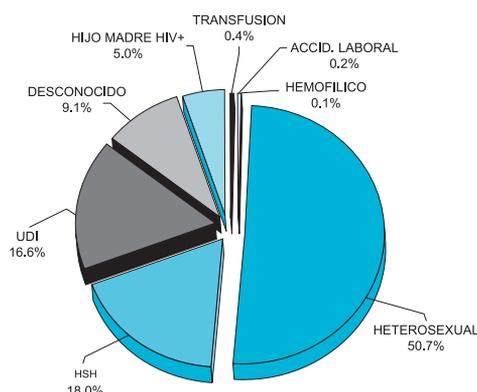
Asimismo es importante destacar que entre los nuevos enfermos de SIDA hubo 13 casos notificados por transfusiones en el 2001 y 6 casos en el 2002 (Gráfico N° 11). Debido al largo y variable período de incubación del SIDA, muchas de las personas que se infectaron por esta causa en las dos décadas anteriores desarrollaron SIDA durante los años 80 y los 90 y otras pueden tardar aún más tiempo en desarrollarlo.

**Gráfico N° 11: Argentina. Distribución de los casos notificados de SIDA acumulados según vía de transmisión, 1982- 2004**

#### Año 1982 -2004



#### Año 2004



Fuente: Programa Nacional de Lucha contra RH, SIDA y ETS Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación de SIDA según sexo, años 1982 - 2004

En el grupo de casos de SIDA de mayores de 12 años según el sexo se observó que la evolución de las categorías de transmisión han tenido diferente peso en cada sexo. En mujeres la tendencia decreciente del número de casos en usuarios de drogas inyectables (UDIs) unido al incremento de casos por transmisión sexual desprotegida en heterosexuales, ha dado como resultado que casi el 85% de los nuevos casos diagnosticados de SIDA en el 2004 fueron por transmisión sexual en mujeres heterosexuales, con incremento de la vía de transmisión desconocida para ambos sexos.

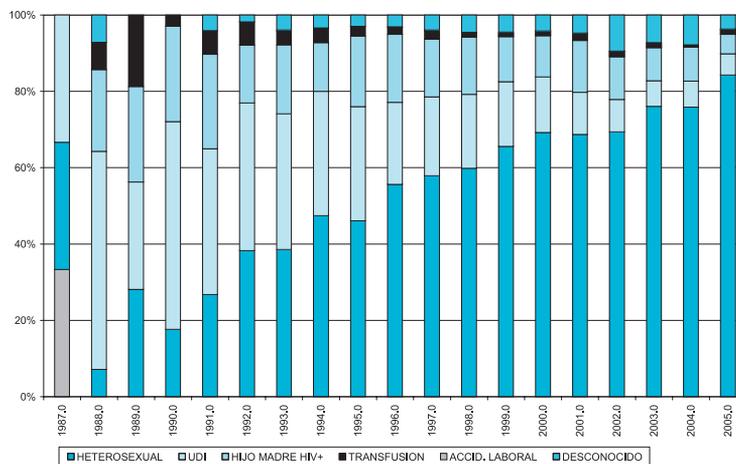
En hombres la tendencia es semejante pero no tan marcada en el 2004. La transmisión sexual en el 65 % de los nuevos casos diagnosticados, dividido de la siguiente manera: el 43% en hombres heterosexuales y el 22% hombres que tienen sexo con hombres. Los UDIs fueron el 21%.

Estos cambios de patrón de la vía de transmisión, se comienzan a visualizar a fines de los 80, principios de los 90, dando como resultado que actualmente una de las poblaciones más vulnerables es la población sexualmente activa y principalmente la población heterosexual de bajos recursos financieros (Gráfico N° 12).

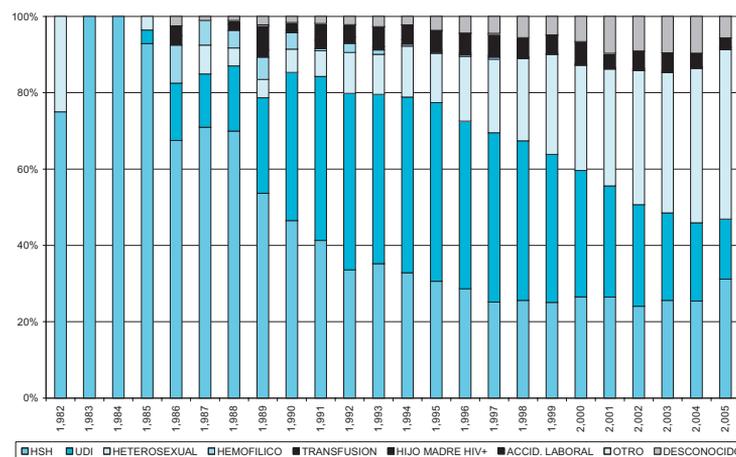
Gráfico N° 12: Argentina. Evolución de las vías de infección en ambos sexos según año de diagnóstico, 1982 - 2005

Fuente: Programa Nacional de Lucha contra RH, SIDA y ETS - Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

MUJERES



HOMBRES



Fuente: Programa Nacional de Lucha contra RH, SIDA y ETS - Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

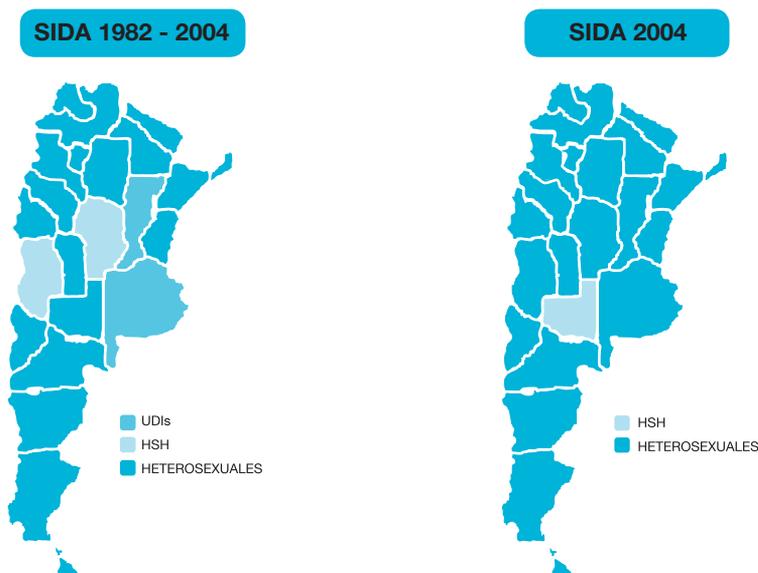
El patrón geográfico del SIDA en Argentina, describe la distribución de la enfermedad y en consecuencia permite identificar las necesidades socio-sanitarias que de ella derivan. Sin embargo esta epidemia puede considerarse el resultado de la suma de diferentes sub-epidemias, que se fueron definiendo por los diferentes mecanismos de transmisión del VIH.

Según la notificación en el acumulado de casos de SIDA, desde el comienzo de la epidemia hasta la fecha las provincias de Buenos Aires, Santa Fe y Ciudad Autónoma de Buenos Aires presentaron como principal vía de transmisión la vía sanguínea, en usuarios de drogas inyectables. La única provincia que presenta como principal vía la sexual en hombres que tienen sexo con hombres es Mendoza y el resto de las provincias presentaron también la vía sexual pero en población heterosexual (Gráfico N° 13).

A diferencia de lo expresado anteriormente al analizar el año 2004, las provincias de Córdoba, San Luis y Mendoza se presentan con transmisión sexual en población homo/bisexual y el resto de las provincias también transmisión sexual pero en población heterosexual.

Una consideración a tener en cuenta en este sentido, es el análisis realizado anteriormente de la razón hombre / mujer en el cual las provincias de Corrientes, Entre Ríos y San Juan, a pesar de tener como la principal vía de transmisión la sexual en población heterosexual, la presentan por encima de la razón país.

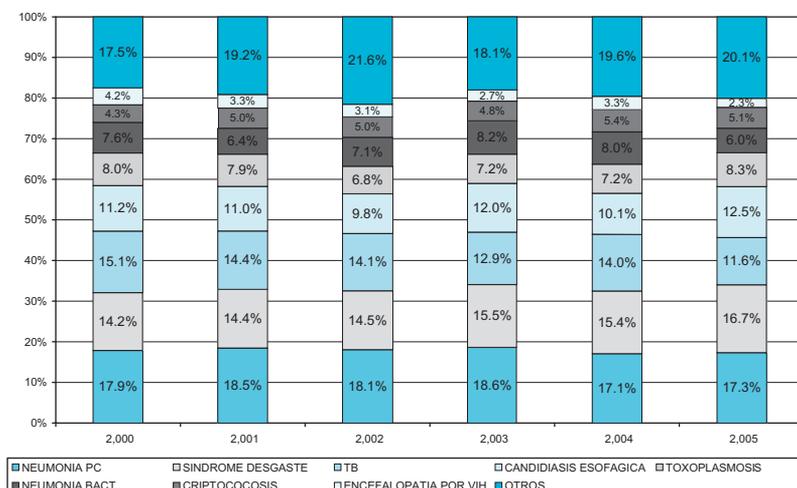
**Gráfico N° 13: Argentina. Distribución de las principales vías de infección en cada provincia de los casos de SIDA acumulados en el período 1982-2004 y en el año 2004**



Fuente: Programa Nacional de Lucha contra RH, SIDA y ETS. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

En las enfermedades marcadoras (en los nuevos diagnósticos de SIDA), se observa que en los últimos seis años las de mayor frecuencia fueron Neumonía por *Pneumocystis Carinii* (Neumonía por *Pneumocystis Jirovecii*), Neumonía Bacteriana a Repetición, Síndrome de Desgaste, Criptococosis, Tuberculosis (Pulmonar y Diseminada), Encefalopatía por VIH, Candidiasis Esofágica y Toxoplasmosis. Asimismo al analizar la evolución de las mismas se observa que la que sufrió un leve incremento como enfermedad marcadora de SIDA es el Síndrome de Desgaste, el resto se mantuvo en este período sin cambios significativos (Gráfico N° 14).

**Gráfico N° 14: Argentina. Evolución de las Enfermedades Marcadoras de SIDA, Año 2000 al 2005**



Fuente: Programa Nacional de Lucha contra RH, SIDA y ETS. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

# Situación de los Infectados por VIH en Argentina

Los casos notificados de VIH, son en todo el país 32.411 casos de los cuales el 50% corresponden al período posterior al año 2001, año en que se incorpora al registro de SIDA la notificación obligatoria del VIH. A partir de la creación del registro de VIH (1° de Junio de 2001) se comienza a trabajar en conjunto Programa Nacional de lucha contra los RH, SIDA y ETS, Programas Provinciales de SIDA, efectores de salud y médicos notificantes para realizar la reconstrucción histórica de dicho registro (Tabla N° 6).

Hasta el día de la fecha se han recopilado de años previos un total de 17.367 casos de VIH, de los cuales en 6400 se han podido determinar la variable año de diagnóstico, y las variables sexo y código de notificación sexo, (1° dos letras del nombre, 1° dos letras del apellido y fecha de nacimiento completa –dd,mm,aaaa-) de la totalidad de los casos de VIH.

Por lo expresado anteriormente el análisis epidemiológico de los diagnósticos de VIH se realiza con los registros notificados con fecha de diagnóstico de VIH del año 2000 en adelante, debido a que si se incorpora a los registros anteriores se podría estar sesgando el análisis hacia los supervivientes y no a la epidemia total.

La tasa de incidencia de diagnóstico de VIH para el año 2004 fue de 101,8 casos por millón de habitantes. La tasa de incidencia de diagnóstico acumulada, es de 700 casos por millón de habitante, similar a la tasa de incidencia de diagnóstico de SIDA acumulada.

Es importante subrayar que el incremento en nuevos diagnósticos de VIH en el año 2004, puede estar influenciado por el trabajo realizado para: disminuir la subnotificación, reconstruir el registro histórico de VIH y también con un mayor diagnóstico de VIH, debido a que se está trabajando en disminuir la brecha existente entre las personas viviendo con VIH que conocen y no conocen su estado serológico.

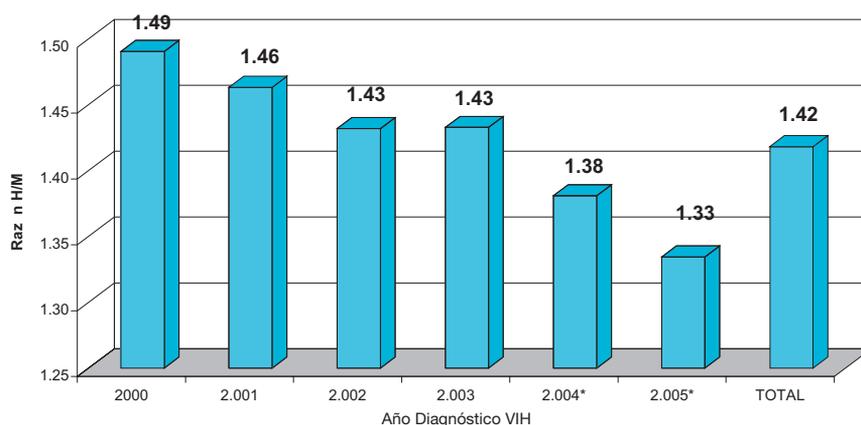
**Tabla N° 6 : Argentina. Tendencia anual de los diagnósticos de VIH notificados según año de ocurrencia y sexo, 1983 - 2005**

AÑO	FEMENINO	MASCULINO	SIN INFORMACION	TOTAL	TASA INCIDENCIA DE DIAGNOSTICO DE VIH
s/año diag	4,102	6,829	0	10,931	--
1983 - 1999	1,766	3,228	11	5,005	--
2000	579	863	7	1,449	40.3
2.001	1,267	1,854	16	3,137	85.9
2.002	1086	1,555	1	2,642	71.4
2.003	1,361	1,950	0	3,311	88.3
2.004*	1625	2,244	1	3,870	101.8
2.005*	885	1,181	0	2,066	--
<b>TOTAL</b>	<b>12,671</b>	<b>19,704</b>	<b>36</b>	<b>32,411</b>	

En la distribución por sexo de los infectados por VIH se observó mayor porcentaje de hombres que de mujeres pero con menor diferencia que en casos notificados de SIDA. La razón por sexo en el 2004 en casos notificados de SIDA fue de 2,4 hombres por mujer y en VIH notificados fue de 1,3 hombres por mujer (es decir aproximadamente cada 10 infectados 6 son hombres y 4 mujeres). Esto denota la importancia que ha cobrado la epidemia en la población heterosexual y principalmente en las mujeres en los últimos años (Gráfico N° 15).

Realizando otro tipo de lectura, se observa además que, la distribución por sexos en el año 2004 fue de 57,97% (sexo masculino), 42% (sexo femenino) y el 0,03% (1 caso, sin información) (Gráfico N°16).

**Gráfico N° 15 : Argentina. Evolución de la Razón Hombre / Mujer de los diagnósticos de VIH notificados según año de ocurrencia y sexo, 2000 - 2005**



El hecho de que la proporción de hombres sea mayor respecto a las mujeres en enfermos de SIDA, se debe principalmente a que los nuevos diagnósticos de SIDA son en personas viviendo con VIH de larga evolución, cuando la tasa de infección de VIH en hombres era muy superior a la de las mujeres.

\* Datos provisorios al 31 de diciembre de 2005

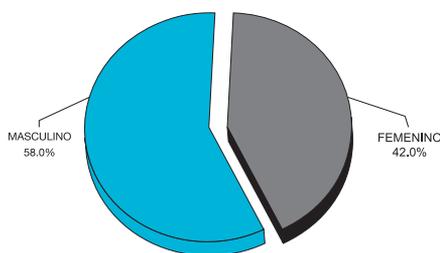
\*\*\*Tasas calculadas sobre los casos informados de VIH- Población según datos del Anuario Estadístico de la República Argentina 2004. INDEC, Buenos Aires, Argentina, Año 2004.

Fuente: Programa Nacional de Lucha contra RH, SIDA y ETS Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Anuario Estadístico de la República Argentina 2004. INDEC (Instituto Nacional de Estadística y Censo, Ministerio de Economía de la Nación)

Fuente: Programa Nacional de Lucha contra RH, SIDA y ETS Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

**Gráfico N° 16: Argentina. Distribución de infectados por VIH notificados por sexo, año 2004**

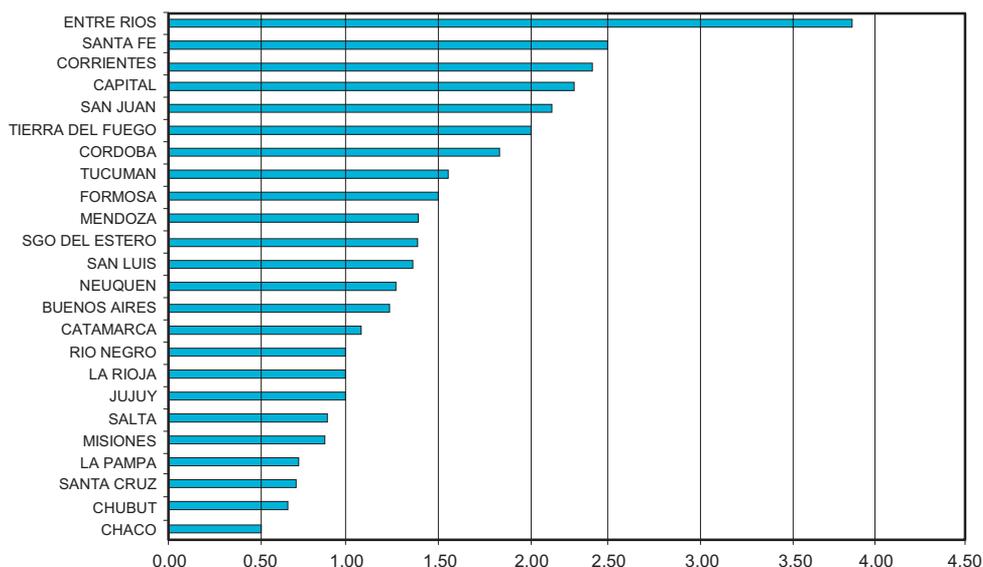
Fuente: Programa Nacional de Lucha contra RH, SIDA y ETS  
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación



Al analizar la distribución provincial de los nuevos diagnósticos de VIH, se observa que las provincias de Entre Ríos, Santa Fe, Corrientes, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, San Juan, Tierra del Fuego, Córdoba, Tucumán, Formosa, Santiago del Estero y Mendoza se encuentran por encima de la media nacional (1,35 hombres / 1 mujer), mientras que Chaco tiene una razón invertida de hombres por mujer (Gráfico N°17).

**Gráfico N° 17: Argentina. Distribución de la Razón Hombre/Mujer de infectados por VIH notificados por provincia, año 2004**

Fuente: Programa Nacional de Lucha contra RH, SIDA y ETS  
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

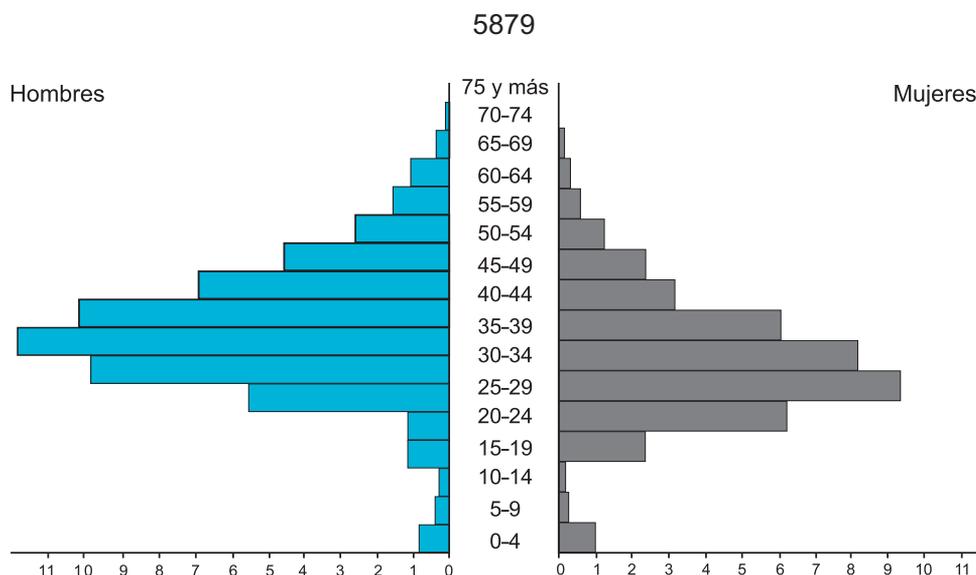


Se puede observar que la edad de mayor diagnóstico de VIH tanto en el año 2004 como en el 2005, es la comprendida entre los 20 y los 40 años con un 75%, edades económicamente activas (Gráfico 18).

Asimismo, al analizar la distribución de los nuevos diagnósticos por sexo, se observa que la edad de mayor diagnóstico en el sexo masculino es entre los 25 y 44 años, mientras que en el sexo femenino es entre los 20 y 39 años. El diagnóstico más temprano en las mujeres puede asociarse a una mayor accesibilidad al testeo durante el embarazo, que en más del 50% es el momento del diagnóstico de VIH.

El leve incremento en el diagnóstico de nuevas infecciones de VIH entre los 35 y 49 años, se correlaciona con una menor amplitud del rango total, presentando en el año 2003 un rango de 0 a 82 años y en el año 2004 un rango de 0 a 76 años.

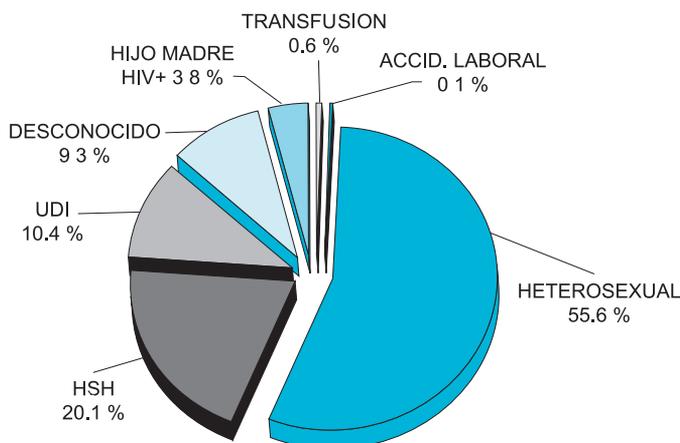
Gráfico N° 18: Argentina. Pirámide Poblacional de nuevos diagnósticos de VIH notificados, año 2004-2005



Fuente: Programa Nacional de Lucha contra RH, SIDA y ETS  
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

En los datos acumulados desde el año 2000, en los nuevos diagnósticos de VIH, se observa que la principal vía de transmisión es la sexual con el 75,7%, en población heterosexual el 55,6% y HSH 20,1%, seguida por la vía sanguínea en usuarios de drogas inyectables 10,4% de los casos. Al analizar la vía de transmisión en el año 2004, en el sexo masculino se observa que la mayor proporción se encuentra en la vía sexual con el 75%, distribuido en población heterosexual el 40,1% y HSH el 34,6%, seguido por UDIs con el 11,4%, mientras que en el sexo femenino la mayor proporción la presentó la transmisión sexual con el 82%, seguida por la vía sanguínea en UDIs que fue de 5,1%.

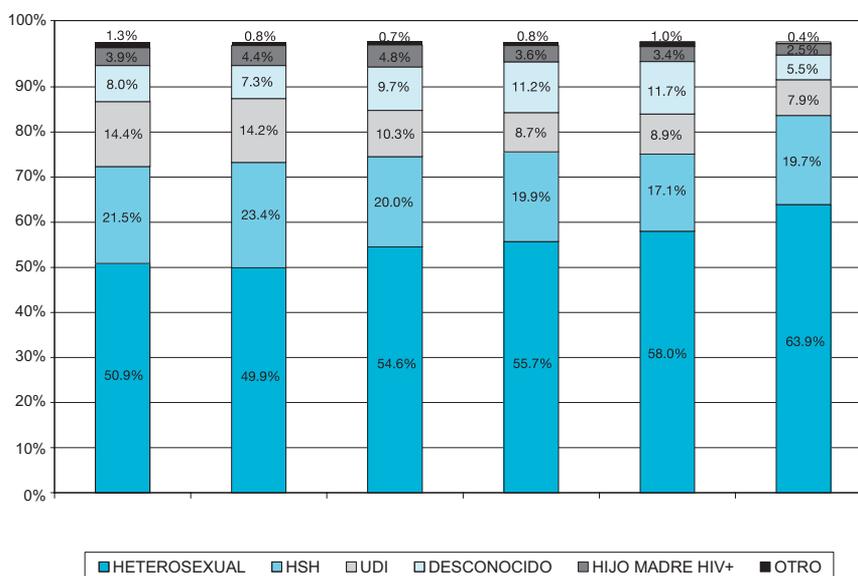
Gráfico N° 19: Argentina. Distribución Porcentual de nuevos diagnósticos de VIH según vía de transmisión, año 2004



Fuente: Programa Nacional de Lucha contra RH, SIDA y ETS  
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

Gráfico N° 20: Argentina. Evolución de nuevos diagnósticos de VIH según vía de transmisión, 2000-2005

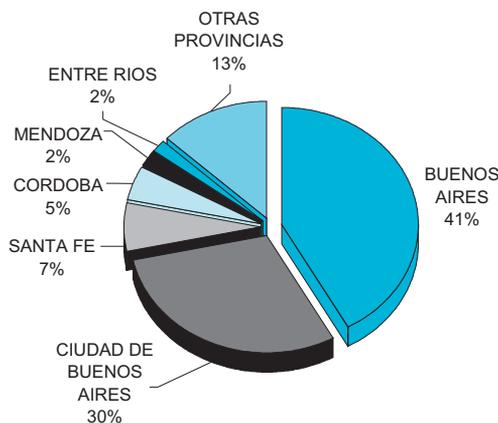
Fuente: Programa Nacional de Lucha contra RH, SIDA y ETS  
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación



Las jurisdicciones de Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba Mendoza y Entre Ríos son las que presentan mayor número de casos de VIH correlacionándose con las jurisdicciones con mayor número de casos notificados de SIDA (Gráfico N° 21).

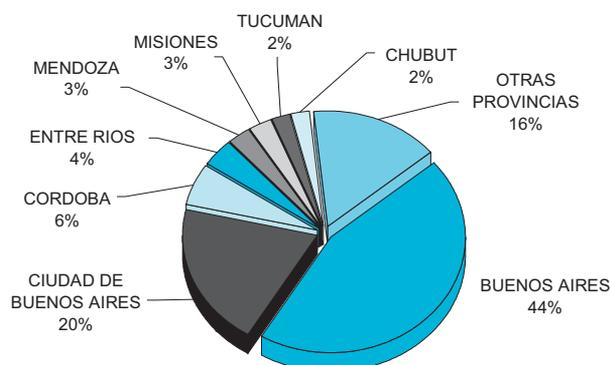
Gráfico N° 21: Argentina. Distribución porcentual del total de VIH diagnosticados notificados por jurisdicción, 1983 - 2004

Fuente: Programa Nacional de Lucha contra RH, SIDA y ETS  
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación



Las notificaciones de VIH en el año 2004, como se refirió en párrafos anteriores son las de mayor concentración de datos y se distribuyeron de la siguiente manera: Provincia de Buenos Aires 44%, Ciudad de Buenos Aires 20%, Córdoba 6%, Entre Ríos 4%, Misiones 3%, Mendoza 3% y Tucumán y Chubut 2%. Es importante remarcar que la ausencia de la Provincia de Santa Fe entre las provincias de mayor diagnóstico se debe a ciertas falencias en la notificación de VIH (Gráfico 22).

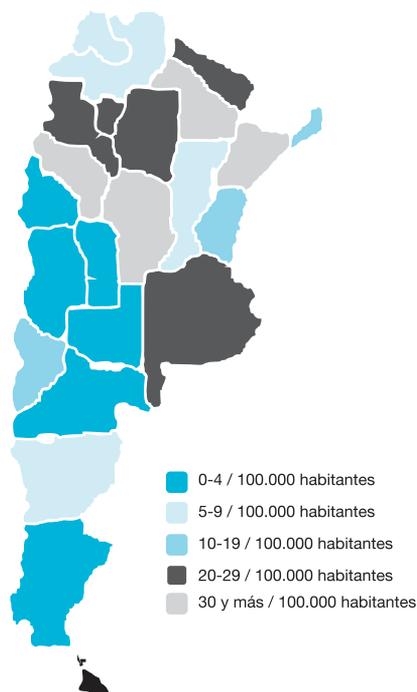
**Gráfico N° 22: Argentina. Distribución porcentual del total de nuevos diagnósticos de VIH notificados por jurisdicción, año 2004**



Fuente: Programa Nacional de Lucha contra RH, SIDA y ETS  
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

Los datos que se registran en el Programa Nacional, muestran que las mayores tasas de incidencia las presentaron en el 2004 las provincias de Neuquén, Chubut, Tierra del Fuego, San Luis y Ciudad de Buenos Aires. Esto se puede correlacionar con la búsqueda activa de nuevos casos que se realizó en el año anterior principalmente, y un fortalecimiento de los registros de VIH (Gráfico N° 23).

**Gráfico N° 23: Distribución en Argentina de la Tasa de Incidencia de Diagnóstico de Infección de VIH, año 2004**

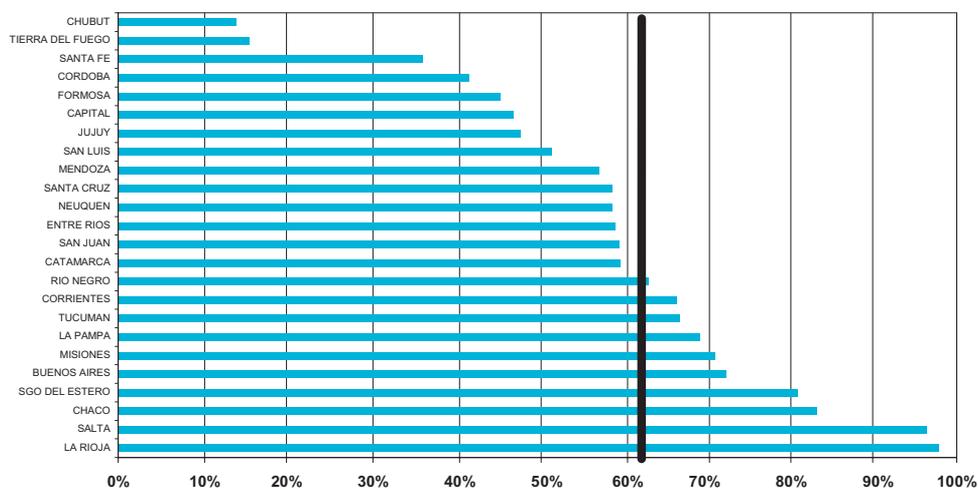


Fuente: Programa Nacional de Lucha contra RH, SIDA y ETS  
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

Asimismo, si se analiza el nivel de instrucción de los nuevos diagnósticos de VIH se observa que el 63% no completó la escuela secundaria, y que además existen grandes diferencias jurisdiccionales. Las provincias de Chubut y Tierra del Fuego no alcanzan al 20% con niveles de educación incompletos, mientras que las provincias de Salta y La Rioja representan más del 90%, mostrando así las diferencias regionales respecto a la población vulnerable y correlacionándose en su mayoría con los indicadores educativos del país (Gráfico N° 24).

Gráfico N° 24: Distribución en Argentina Porcentaje de nuevos diagnósticos de VIH con Secundaria Incompleta o menor nivel educativo, año 2004

Fuente: Programa Nacional de Lucha contra RH, SIDA y ETS  
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

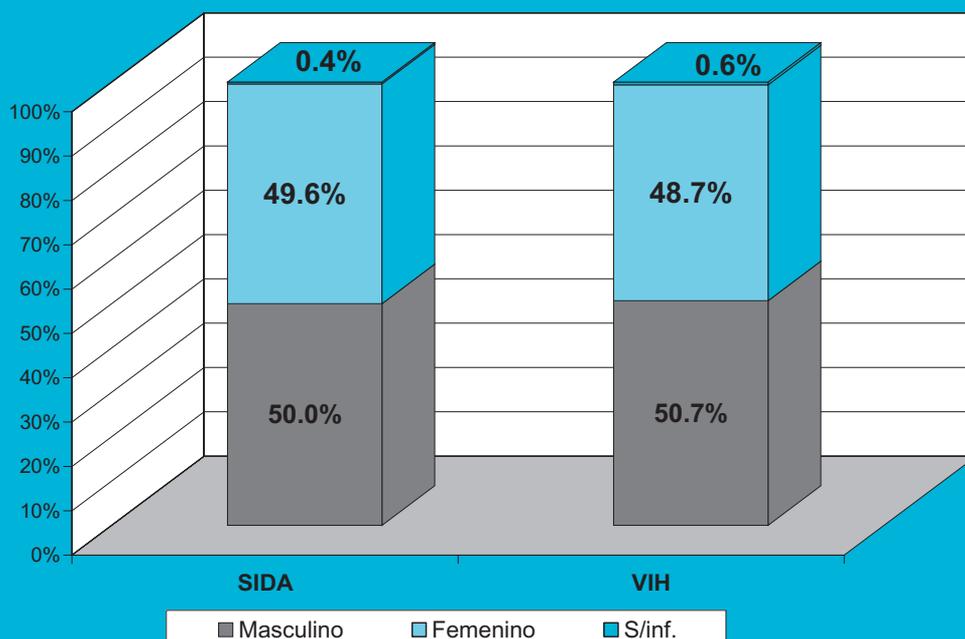


Se ha observado que estas brechas entre provincias se han acentuado en los últimos años de epidemia, principalmente por un incremento de nuevas infecciones en población de menor nivel de instrucción. Al comparar el periodo 2000 – 2004 el aumento de la población de secundario incompleto es del 20%, y esta evolución no se ve favorecida por un menor porcentaje de población con primario incompleto sino por una menor proporción de personas que cumplimentaron el nivel educacional secundario y/o terciario/universitario. Asimismo, estas diferencias no se ven reflejadas en los indicadores de nivel de educación de la población general.

# Situación de la epidemia en menores de 13 años

El análisis de las personas viviendo con VIH/SIDA se realiza sobre dos grandes estratos de edad debido a que tienen características clínicas y epidemiológicas bien diferenciadas. El total de casos de SIDA y VIH en los menores de 13 años es de 2.961 y la distribución por sexo es similar, ya que depende en general de la selección natural por concepción, debido a la alta frecuencia en este grupo específico de edad de la vía de transmisión perinatal, exceptuando los casos que se han diagnosticado en los años de la epidemia en niños con hemofilia.

Gráfico N° 25: Argentina. Distribución de infectados por VIH y casos de SIDA notificados en menores de 13 años según sexo, 1986- 2005



Fuente: Programa Nacional de Lucha contra RH, SIDA y ETS – Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

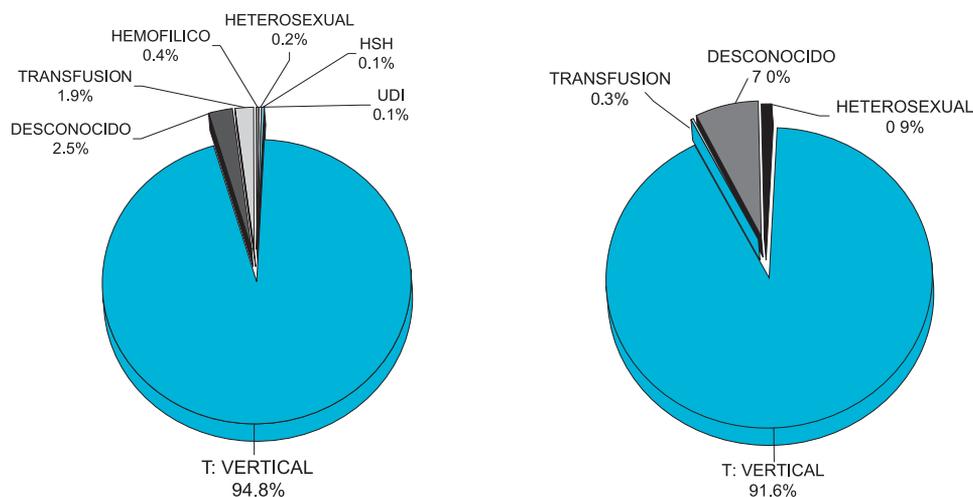
\*Datos Provisorios, aun no se ha cumplimentado el período para descartar infección por VIH (18 meses después del nacimiento)

En las notificaciones de SIDA en menores de 13 años la transmisión vertical representa el 94,8%, desde 1990 no se registran casos de SIDA en personas hemofílicas y desde 1998 hasta la fecha, se informaron 3 casos por transfusiones de 2, 9 y 11 años de edad (Gráfico 26).

En relación a las notificaciones de infectados por VIH, el 92% es por transmisión vertical, el 7% desconocido y un 1% otros. Es importante remarcar que en el año 2001 y 2003 se notificaron 2 infectados por VIH debido a abuso sexual.

Gráfico N° 26: Argentina. Distribución de infectados por VIH y casos notificados de SIDA menores de 13 años por vía de transmisión, 1986- 2005

Fuente: Programa Nacional de Lucha contra RH, SIDA y ETS  
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación



Para analizar la evolución de los casos de transmisión vertical es necesario considerar el año de nacimiento (año probable de la transmisión ya sea durante el embarazo, parto o lactancia materna), debido a que la confirmación del diagnóstico de VIH se realiza entre los 6 y 18 meses de vida y no el año de diagnóstico como en las otras vías de transmisión del VIH. Por este motivo se realizó una traslación de la fecha de diagnóstico de VIH o SIDA a la fecha de nacimiento.

Otras consideraciones que se tuvieron en cuenta para realizar este análisis son:

- Hasta el año 2001, año en que se crea el registro de VIH, sólo se notificaba el caso cuando desarrollaba una enfermedad marcador, y se lo consideraba epidemiológicamente un nuevo caso de SIDA.
- Posible sub-testeo de VIH en la embarazada principalmente en años anteriores.
- El diagnóstico indirecto de la madre, se realizaba cuando el hijo tenía síndromes varios que llevaban a pensar un diagnóstico presuntivo, y por lo tanto se realizaba el testeo tanto a la madre como al hijo.
- Los niños suelen tener una evolución más rápida a SIDA o nacer con SIDA.

Las consideraciones enumeradas anteriormente, llevaron al retraso en el registro de los niños VIH positivos hijos de madres viviendo con VIH/SIDA, pero que han sido subsanados con el análisis planteado y se observó en los que nacieron a partir de 1986 una evolución de los nuevos infectados por VIH por año absolutamente diferente.

El mayor número de infecciones se determinó entre los años 1991 y 1996, dando muestra así que a partir de que se comienza con el Protocolo 076 -administración de AZT (zidovudina); a partir de la semana 14 de embarazo, durante el parto y al recién nacido en los primeros 45 días de vida, y el trabajo de los efectores de salud de implementación de consejería a la embarazada, disminuye el riesgo de transmisión vertical y por lo tanto el número de nuevas infecciones de VIH en los niños hijos de madres viviendo con VIH/SIDA (Tabla N° 7).

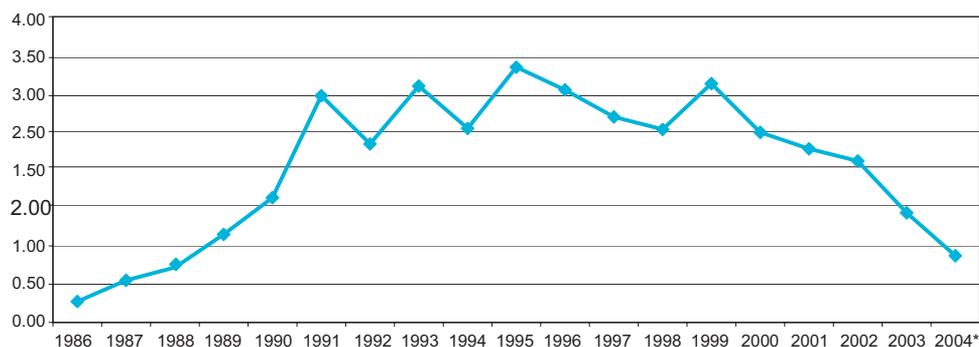
**Tabla N° 7: Argentina: Distribución de casos notificados de VIH/SIDA por transmisión vertical según año de infección, 1986- 2004**

AÑO	SIDA	VIH	TODOS
1986	21	5	26
1987	31	6	37
1988	48	4	52
1989	72	4	76
1990	106	18	124
1991	187	23	210
1992	156	29	185
1993	190	25	215
1994	154	39	193
1995	190	50	240
1996	159	54	213
1997	150	49	199
1998	122	54	176
1999	133	86	219
2000	111	80	191
2001	75	84	159
2002	68	75	143
2003	50	51	101
2004*	29	29	58
2005*	3	8	11
<b>TOTAL</b>	<b>2.053</b>	<b>733</b>	<b>2.826</b>

Fuente: Programa Nacional de Lucha contra RH, SIDA y ETS  
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

Al analizar la tasa de incidencia de VIH por transmisión vertical se observa que entre el quinquenio 1991-1996 dicha tasa fue de 2,8 a 3,4 nacidos infectados por VIH cada 10.000 nacidos vivos. En el año 2003 dicha tasa es de 1,4/10.000 NV un 50% menor que la del año 1996 y también por debajo de la tasa de incidencia acumulada (2,1 por 10.000 NV). Aún no se puede determinar la tasa de incidencia del año 2004 debido a que no se ha cumplimentado el período para descartar infección por VIH (18 meses después del nacimiento), (Gráfico N° 27).

**Gráfico N° 27: Argentina: Evolución de la Tasa de incidencia de VIH por transmisión vertical según año de infección, 1986- 2004**



Fuente: Programa Nacional de Lucha contra RH, SIDA y ETS  
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

# El VIH/SIDA en Argentina en jóvenes y adolescentes entre 14 y 24 años de edad

En el mundo más de la mitad de las nuevas infecciones por el VIH que se producen en la actualidad afectan a jóvenes de 15 a 24 años de edad. Sin embargo, las necesidades de los millones de jóvenes del mundo quedan sistemáticamente desatendidas cuando se elaboran las estrategias de prevención sobre el VIH/SIDA y se establecen políticas, aunque es sabida cuenta que es más probable que los jóvenes adopten y mantengan comportamientos más seguros que los adultos.

Un estimado de 11,8 millones de jóvenes de 15 a 24 años viven en la actualidad con el VIH/SIDA. Cada día, alrededor de 6000 jóvenes de esas edades se infectan con el VIH. Pero tan sólo una parte de ellos saben que están infectados.

En todo el mundo, nuevos estudios han concluido que una enorme cantidad de jóvenes no tiene idea de como se transmite el VIH/SIDA, ( encuestas efectuadas en 40 países indican que más del 50% de los jóvenes de 15 a 24 años de edad tienen graves concepciones erróneas acerca de la forma como se transmite el VIH/SIDA), ni de como protegerse, y si utiliza preservativo, tiene mayor peso en la elección prevenir embarazos no deseados, que prevenir el VIH/SIDA u otras enfermedades de transmisión sexual.

El número de personas viviendo con VIH/SIDA en Argentina es de aproximadamente 126.000 personas, las cuales se estima que en general se infectaron siendo adolescentes o adultos jóvenes, debido a que el VIH/SIDA es una enfermedad que presenta un largo período asintomático, (una persona infectada no presenta manifestaciones clínicas de enfermedad a pesar de vivir con el virus). Además se estima que existiría una tasa de incidencia de VIH en la población adolescente en Argentina de 0,15%.

Desde el inicio de la epidemia hay notificados 62.909 casos de VIH/SIDA de los cuales 8.074 corresponden a personas de 14 a 24 años de edad, es decir el 12,8%. Debemos tener en cuenta que la notificación por VIH comienza a registrarse en el año 2001 y que en las notificaciones por SIDA, se toma como referencia la edad en la cual se le realiza el diagnóstico de SIDA. La edad de diagnóstico de VIH se obtendrá una vez recopilada la mayor parte de la información al respecto.

Para realizar un análisis por sexo y vía de transmisión es importante realizar una subdivisión por condición de registro, entre SIDA y VIH. Al considerar el acumulado de casos de SIDA desde 1982 (N=3.382), se observa una razón hombre/mujer de 2,3 / 1 hombres por mujer con diagnóstico de SIDA, mientras que al analizar los registros de VIH con un total de 4.692 infecciones por VIH esta razón decrece considerablemente a valores invertidos, es decir a 0,88/1 hombres por mujer o dicho de otra manera 1,12/1 mujeres por hombre. (Tabla N° 8)

Estos datos seguramente están marcando la tendencia a la transmisión sexual en la población heterosexual, la mayor vulnerabilidad de la mujer por desarrollo inmaduro del aparato genital femenino y la mayor accesibilidad de la mujer al diagnóstico de VIH, principalmente durante el embarazo- (El Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación provee reactivos para el testeo gratuito del 100% de las mujeres embarazadas, y además por Ley 25.543/01 que establece la obligatoriedad del médico tratante del ofrecimiento del test diagnóstico de VIH a toda mujer embarazada con adecuado asesoramiento pre y post-test).

**Tabla N° 8: Argentina. Distribución de los casos notificados de VIH/SIDA según sexo, 1982 – 2005.**

CONDICIÓN	MASCULINO	FEMENINO	S/INF	TOTAL
SIDA	2320	1039	23	3382
VIH	2205	2482	5	4692
<b>Total</b>	<b>4525</b>	<b>3521</b>	<b>28</b>	<b>8074</b>

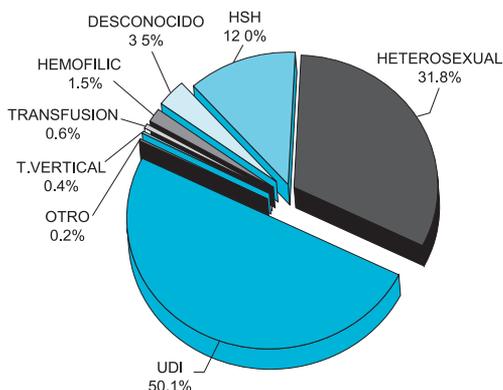
Fuente: Programa Nacional de Lucha contra RH, SIDA y ETS. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

Al disminuir el rango de análisis, jóvenes entre 13 y 19 años (N=1.671 VIH/SIDA) la razón es de 1/1 hombre por mujer, en casos registrados con diagnóstico de SIDA es de 1,96/1 hombres por mujer y en personas con diagnóstico de VIH es de 0,8/1 hombres por mujer.

La distribución de los casos notificados de SIDA presenta como mayor vía de transmisión la sanguínea en usuarios de drogas inyectables 50%, seguido por la vía sexual, con el 31,8% en población heterosexual y 12% en hombres que tienen sexo con hombres, demostrando así la importancia que ha tenido el uso de drogas principalmente el compartir material de inyección en los jóvenes en las primeras dos décadas de epidemia. (Gráfico N° 28)

Por otro lado, al analizar el registro de diagnósticos de VIH (2001, año de comienzo del registro de VIH), el 64,9% de los nuevos diagnósticos es por transmisión sexual, con el 64,9% en población heterosexual y 17,9% en hombres que tienen sexo con hombres, seguido, por la transmisión sanguínea en usuarios de drogas inyectables, 7,2%. (Gráfico N° 29)

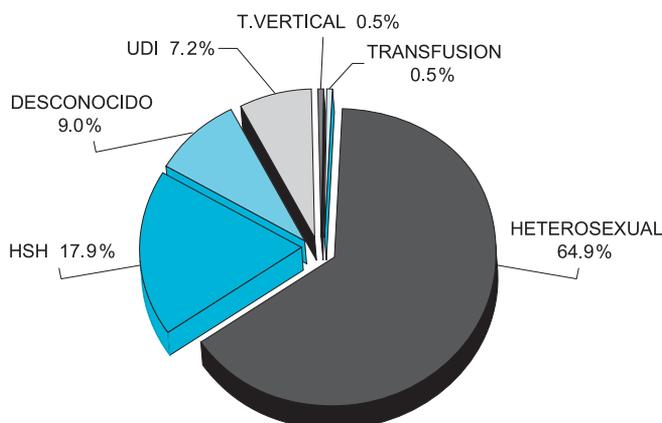
**Gráfico N° 28 : Argentina. Distribución de los casos notificados de SIDA en jóvenes de 14 a 24 años, según vía de transmisión. 1982-2005**



Fuente: Programa Nacional de Lucha contra RH, SIDA y ETS. Ministerio de salud y Ambiente de la Nación

**Gráfico N° 29 : Argentina. Distribución de los casos notificados de VIH en jóvenes de 14 a 24 años, según vía de transmisión. 2000-2005**

Fuente: Programa Nacional de Lucha contra RH, SIDA y ETS  
Ministerio de salud y Ambiente de la Nación



Es importante analizar este grupo de edad en forma individualizada respecto al resto de población y principalmente en los nuevos diagnósticos de infección de VIH, ya que este tipo de análisis puede brindar características respecto a la nueva tendencia de la epidemia, a grupos poblacionales más vulnerables, a comportamientos y prácticas de riesgo, etc, como así también puede brindar datos iniciales respecto a la incidencia de infección y por lo tanto reflejar evaluaciones de impacto de las acciones desarrolladas en el ámbito de la prevención tanto a nivel escolar como en campañas masivas de información y sensibilización.

Además también es importante hacer el seguimiento de este grupo de edad y cotejarlo con las encuestas de comportamiento, prácticas y nivel de información sobre VIH/SIDA, que se comenzaron a realizar a nivel nacional en el año 2005 en el marco del Sistema de Vigilancia de VIH de Segunda Generación (Vigilancia de prevalencia de VIH y comportamiento en poblaciones específicas)

La vía de transmisión más frecuente en casos notificados de SIDA en mujeres es la sexual en el 63,2% seguida por la sanguínea en usuarias de drogas inyectables en el 31,1%. En los casos de VIH, el peso de la vía sexual es aún mayor con el 83,3%, seguida por UDIs con el 7,8%.

En la población masculina, en los casos de SIDA el 60,7% corresponde a UDIs, el 16,5% a HSH y el 15,6% a heterosexuales, mientras que esta relación se invierte en los nuevos diagnósticos de VIH con el 67,6% por transmisión sexual, 34% HSH y 33,6% heterosexuales y el 23,1% UDIs. Es decir que la población gay a pesar de haber sido visualizada desde el principio de la epidemia como una de las poblaciones específicas de alto riesgo, sigue manteniendo su vulnerabilidad frente a la infección por VIH, principalmente los jóvenes que no son alcanzados en las estrategias de prevención ni dentro de este colectivo, ni como adolescentes.

# Mortalidad por VIH/SIDA en Argentina<sup>1</sup>

Dentro de las actividades que comprende la vigilancia epidemiológica, el estudio y monitoreo de la mortalidad es fundamental para conocer la evolución de la epidemia de VIH/SIDA en el país.

Si bien la Ley Nacional de SIDA N° 23.798 establece la obligatoriedad de notificar al Programa Nacional de VIH/SIDA y ETS del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación las defunciones por VIH/SIDA dentro de las 48 horas de producidas, existen subregistros y retrasos importantes en las notificaciones.

Por este motivo, se han utilizado los datos procedentes del Programa Nacional de Estadísticas de Salud para estudiar la evolución de la mortalidad por VIH/SIDA desde 1990 a 2004 que suman un total de 19.118 defunciones (Tabla n°9).

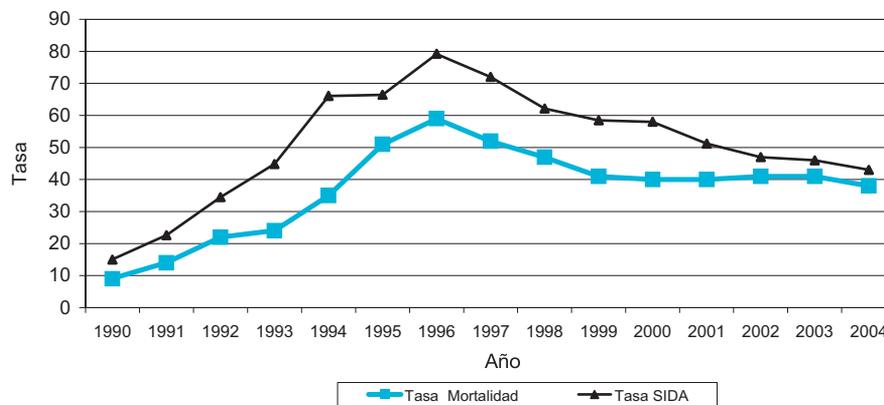
Hasta la aparición de los tratamientos antirretrovirales de alta eficacia, el SIDA era una enfermedad con muy alta letalidad y en los grupos etáreos que más afectó, desencadenó consecuencias sociales, demográficas y económicas.

La evolución de la tasa de mortalidad es similar a la evolución de la tasa de incidencia de diagnóstico de SIDA, con un pico en el año 1996 que descendió desde la incorporación del tratamiento antirretroviral de alta eficacia. Desde 1999 al 2002 se observó una meseta que se la puede atribuir a las causas que se detallan a continuación: diagnósticos tardíos, no adherencia al tratamiento antirretroviral, fallas del tratamiento, enfermos de larga evolución, crisis económico financiera, empobrecimiento de la población general y en particular de las PVVS, etc., que provocan un descenso menor al esperado en la mortalidad por esta causa (Gráfico N° 30).

Asimismo en el año 2004 la tasa de mortalidad por VIH/SIDA disminuyó un 7,3 %, dicha tasa refleja un descenso significativo y comparable con el descenso del año 1997, año en que se universaliza en Argentina el acceso a triterapia antirretroviral, dicha disminución podría estar asociada a: diagnósticos de VIH tempranos, mayor accesibilidad a los ARV, mayor adherencia en el tratamiento y/o aparición de nuevas drogas de rescate.

1-Informe basado en las estadísticas de defunciones por causa - República Argentina Período 1990-2004, Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Dirección de Estadísticas e Información de Salud, Subsecretaría de Planificación, Control, Regulación y Fiscalización, Secretaría de Políticas y Regulación Sanitaria, Ministerio de Salud y Ambiente.

Gráfico N° 30: Argentina. Evolución de tasa de mortalidad por VIH/SIDA y tasa de incidencia de SIDA, 1990-2004



Fuente: Estadísticas Vitales. Información Básica. Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Dirección de Estadística e Información de Salud. Programa Nacional de Lucha contra RH, SIDA y ETS - Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

Tabla N° 9: Argentina. Defunciones y Tasa de mortalidad por VIH/SIDA según año de ocurrencia, 1990 – 2004

AÑO	NÚMERO DEFUNCIONES	TASA MORTALIDAD POR 1.000.000 HAB.***
1990	282	9
1991	465	14
1992	725	22
1993	788	24
1994	1176	35
1995	1741	51
1996	2055	59
1997	1829	52
1998	1673	47
1999	1469	41
2000	1472	40
2001	1474	40
2002	1528	40
2003	1573	41
2004	1452	38
<b>TOTAL</b>	<b>19718</b>	

Fuente: Estadísticas Vitales. Información Básica. Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Dirección de Estadística e Información de Salud. Programa Nacional de Lucha contra RH, SIDA y ETS - Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

La proporción de defunciones por SIDA respecto a las muertes totales representó en el 2004 el 0.48%, la misma proporción que el año anterior. En los últimos tres años se pueden observar tasas de mortalidad específicas semejantes, aunque en el último año registrado se ve un incremento de la mortalidad en valores absolutos de aproximadamente 50 defunciones, ello se debe al incremento principalmente registrado en las Provincias de Córdoba, Entre Ríos, Buenos Aires y Santa Cruz (Tabla n° 10).

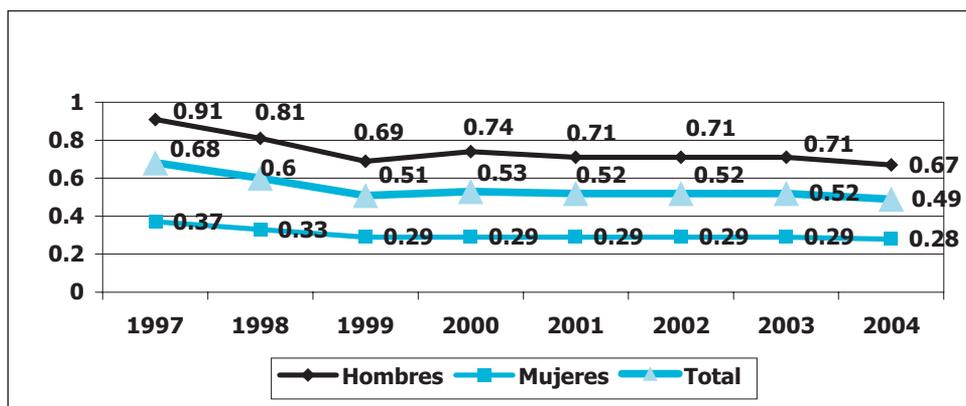
**Tabla N° 10: Argentina. Mortalidad por VIH/SIDA y porcentaje de variación, año 1997-2004**

Año	Número total de muertes	Número de muertes por SIDA	%	Variación (%)	p
1997	270.910	1829	0.68		
1998	280.180	1673	0.60	- 11,76%	< 0.05
1999	289.543	1469	0.51	- 15,00%	< 0.05
2000	277.148	1472	0.53	+ 3,92%	N.S.
2001	285.941	1474	0.52	- 1,89%	N.S.
2002	290.270	1528	0.52	0%	--
2003	300.306	1574	0.52	0%	--
2004	294.051	1452	0.48	-8%	<0.05

Fuente: Estadísticas Vitales. Información Básica. Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Dirección de Estadística e Información de Salud Programa Nacional de Lucha contra RH, SIDA y ETS - Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

Como se expresó en párrafos anteriores, la proporción de las defunciones no sufrió modificaciones, como así tampoco la proporción de las defunciones en mujeres ni en hombres respecto al total de defunciones por sexo, manteniéndose este valor en 0,29% y 0,71% respectivamente (Gráfico n° 31).

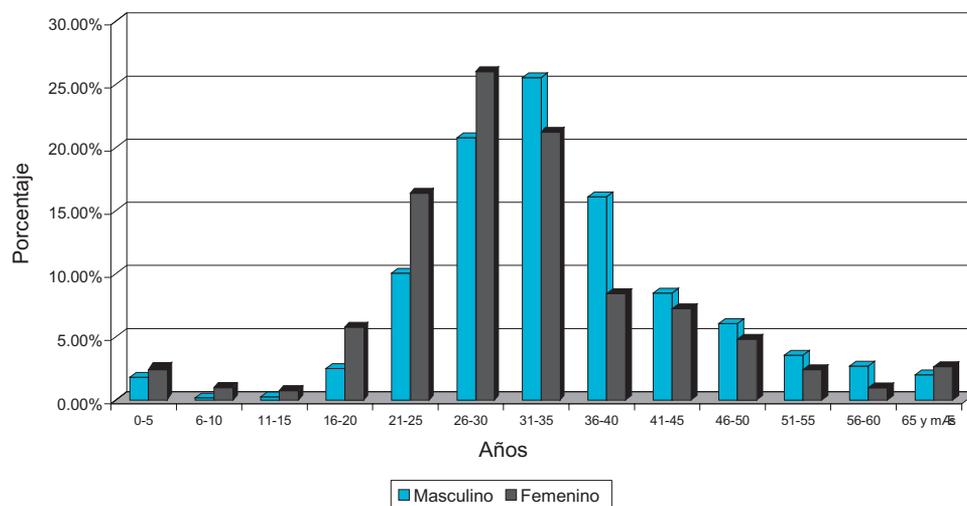
**Gráfico N° 31: Argentina: Proporción de defunciones por VIH/SIDA 1997-2004**



Fuente: Estadísticas Vitales. Información Básica. Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Dirección de Estadística e Información de Salud Programa Nacional de Lucha contra RH, SIDA y ETS - Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

En la mortalidad por VIH/SIDA, la media de edad es de 37,7 años, el 39% de las defunciones por esta causa se concentran entre los 32 y 39 años. La media de edad en el sexo masculino es de 38,5 años (IC 95% 38,2 - 38.8 años) y en el sexo femenino es de 35,57 años (IC 95% 35 a 36 años), por lo tanto se observa una diferencia de 3 años entre ambos sexos, dicha diferencia puede estar asociada a múltiples causas y/o factores como por ejemplo diagnóstico más tardíos, diferencias socio-económicas de los infectados, etc. Al analizar el comportamiento y la evolución en los diferentes grupos etáreos se observa un incremento en los menores de 15 años, mientras que en el grupo de edad entre 15 y 44 años y en los mayores de 45 años de edad se mantuvo estable (Tabla n° 11).

Gráfico N° 32: Argentina. Distribución de la Mortalidad por VIH/SIDA según grupos etáreos, Año 2004



Fuente: Estadísticas Vitales. Información Básica. Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Dirección de Estadística e Información de Salud Programa Nacional de Lucha contra RH, SIDA y ETS - Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

Tabla N° 11: Argentina. Defunciones totales por VIH/SIDA y proporción sobre el total de muertes según grupos de edad. 1997-2004

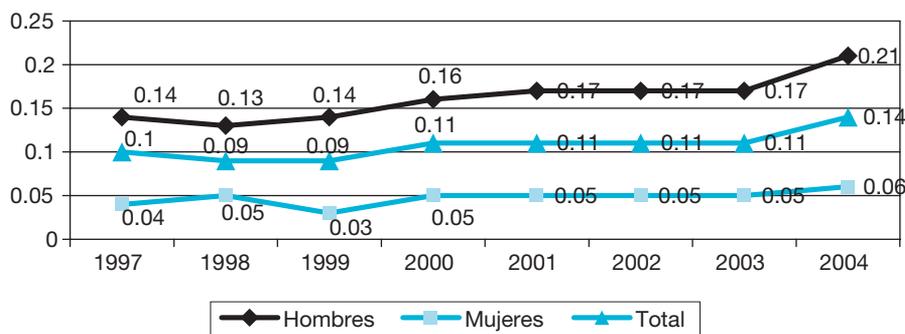
GRUPOS DE EDAD		0-14	15-44	45 y más	Sin inf.
1997	Muertes por VIH/SIDA	85	1.513	221	10
	% del total de muertes	0.49	6.63	0.1	0.59
1998	Muertes por VIH/SIDA	96	1.351	220	6
	% del total de muertes	0.55	6.03	0.09	0.76
1999	Muertes por VIH/SIDA	63	1.185	219	2
	% del total de muertes	0.39	5.23	0.09	0.28
2000	Muertes por VIH/SIDA	58	1.147	266	1
	% del total de muertes	0.38	5.19	0.11	0.24
2001	Muertes por VIH/SIDA	31	1.165	273	5
	% del total de muertes	0,21	5,23	0,11	0,53
2002	Muertes por VIH/SIDA	54	1162	308	4
	% del total de muertes	0.35	5.21	0.12	0.44
2003	Muertes por VIH/SIDA	38	1196	339	0
	% del total de muertes	0.35	5.21	0.12	0
2004	Muertes por VIH/SIDA	38	1039	370	4
	% del total de muertes	0.29	4.9	0.14	0.57

En las mujeres mayores de 45 años se ha producido un leve aumento de la mortalidad proporcional por VIH/SIDA que no es significativo, si bien lleva un leve incremento en las muertes totales en este grupo específico pero que no es estadísticamente significativo.

Se debe tener en cuenta que muchas veces los síntomas de VIH/SIDA en este grupo de población, tanto en hombres como en mujeres, no son reconocidos como tales y orientan hacia otras enfermedades, complicando el tratamiento si se encuentra en una fase avanzada de la enfermedad. Un ejemplo de esto es el cansancio y la pérdi-

da de peso que pueden ser considerados como parte del proceso natural del envejecimiento, o la demencia que puede ser diagnosticada como Enfermedad de Alzheimer o como demencia senil.

**Gráfico N° 33: Argentina. Proporción de defunciones por VIH/SIDA en mayores de 45 años 1997 - 2004**



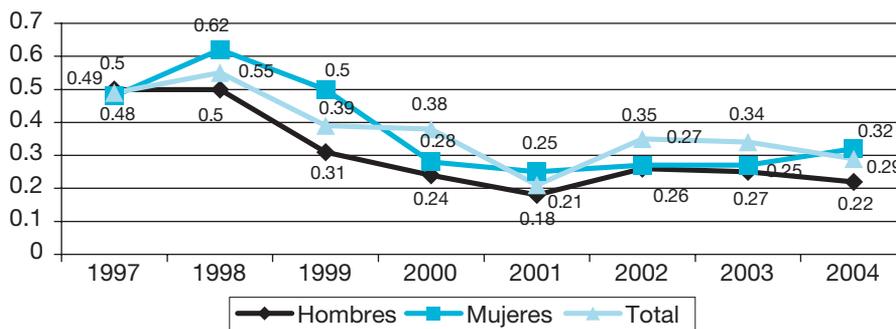
Fuente: Estadísticas Vitales. Información Básica. Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Dirección de Estadística e Información de Salud. Programa Nacional de Lucha contra RH, SIDA y ETS - Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

Los datos revelan que la evolución de las defunciones por grupos de edad y sexo muestran un incremento de la mortalidad por VIH/SIDA en los menores de 15 años a partir de 1998, pero con una proporción menor al año 2000. Esto se atribuye a la aplicación de la "Norma Nacional de SIDA en Perinatología" que se elaboró, aprobó y difundió en 1997. Esta Norma que incluye la obligatoriedad de ofrecer a todas las embarazadas la realización del Test diagnóstico para VIH, previo aconsejamiento y respetando el consentimiento informado, mejoró la detección de las embarazadas infectadas por VIH y su tratamiento posterior así como el de sus hijos recién nacidos (Gráfico n°34).

La repercusión de la aplicación de esta Norma también se ve reflejada en la disminución continua de la mortalidad por VIH/SIDA en las mujeres de 15 a 44 años. Este descenso en el número de muertes se ha hecho más pronunciado en el último año compensando inclusive un ligero aumento en las defunciones por VIH/SIDA en el sexo masculino de ese mismo grupo de edad, por lo cual este no se ve reflejado en la proporción de muertes totales (Gráfico n°35).

Las provincias que presentan defunciones en este grupo etáreo específico son: Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Córdoba, Chaco, Chubut, Entre Ríos, Jujuy, La Rioja, Mendoza, Misiones, Salta y Santa Fe (Gráfico 36).

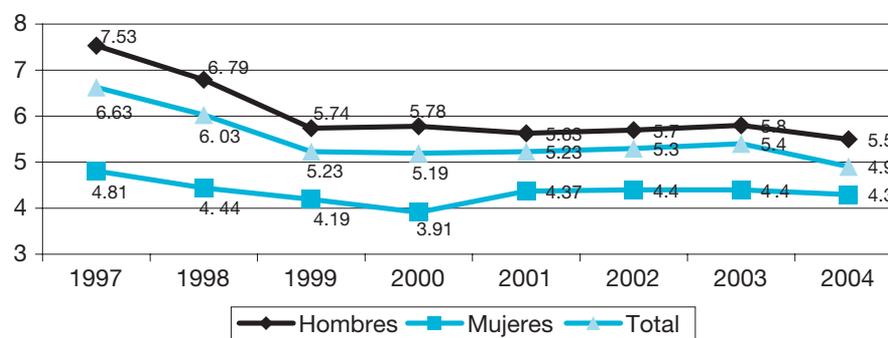
**Gráfico N° 34: Argentina. Proporción de defunciones por VIH/SIDA en menores de 15 años 1997 - 2004**



Fuente: Estadísticas Vitales. Información Básica. Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Dirección de Estadística e Información de Salud. Programa Nacional de Lucha contra RH, SIDA y ETS Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

Gráfico N° 35: Argentina. Proporción de defunciones por VIH/SIDA entre 15 y 45 años 1997 – 2004

Fuente: Estadísticas Vitales. Información Básica. Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Dirección de Estadística e Información de Salud. Programa Nacional de Lucha contra RH, SIDA y ETS - Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación



La tasa de mortalidad por VIH/SIDA en la Argentina en el año 2002 se presenta en forma heterogénea según las diferentes regiones del país hecho que se debe a diversas causas: a momentos diferentes en el comienzo de la epidemia, a mejores niveles de adhesión de los pacientes al tratamiento de la triterapia antirretroviral, a diagnósticos oportunos, etc.

Las jurisdicciones con mayores tasas de mortalidad en el año 2003 por esta causa son Tierra del Fuego, Santa Fe, Salta, Jujuy y Chubut con tasas superiores a 30 casos por 100.000 habitantes, mientras que en el año 2004 las provincias que presentaron mayores tasas fueron Salta, Santa Fe y Chubut.

Al comparar las tasas entre uno y otro año las provincias que presentaron incremento mayor al 50% son Catamarca, Corrientes, Chaco, San Juan, San Luis, Santiago del Estero y Tucumán, mientras las que presentaron reducción de la tasa en más de un 30% son Jujuy, Mendoza, San Juan, Santa Cruz y Tierra del Fuego.

Los datos más relevantes al comparar las tasas de mortalidad de cada provincia del período 2004 respecto al año 2003, están relacionados con el incremento en dicha tasa principalmente en las provincias de Entre Ríos, Tierra del Fuego y Santa Cruz, en esta última en el 2001 registró una sola defunción (5/millón), mientras que en el año 2002 se registraron 10 defunciones (49/millón). En el otro extremo estarían las provincias donde más descendió la tasa de mortalidad, como fueron Chubut, Formosa y San Juan, principalmente la Provincia de Chubut que dicha tasa descendió en un 52%.

Para realizar el cálculo de años potenciales de vida perdidos-AVPP a causa del VIH/SIDA se tomó como referencia la esperanza de vida para cada sexo para la cohorte de personas nacidas en el año 2003 (hombres 70,6 años, mujeres 78,1 años y ambos sexos 74,28 años).

El número total de AVPP para el año 2003 fue de 54.866 años con un incremento respecto al año anterior del 9% (Total año 2002: 50.264 años), con una media para cada persona fallecida de 35,1 años, (32 años para los hombres y 42 años para las mujeres). (Tabla n° 12)

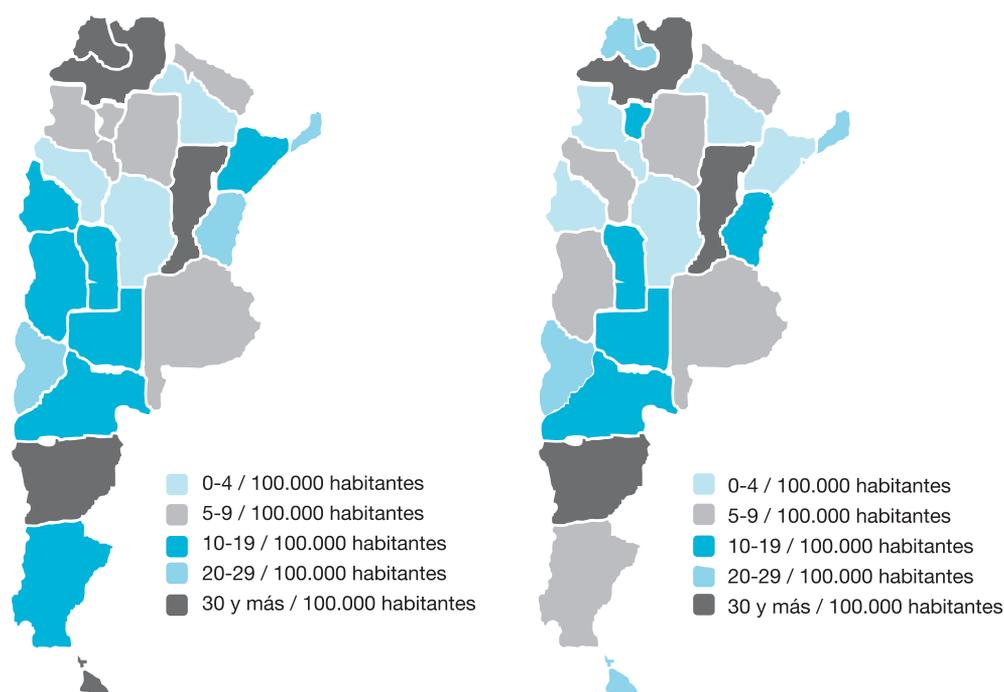
Se debe considerar que la diferencia a mismas edades de la media de AVPP entre hombres y mujeres se debe principalmente a la diferencia en la metodología de trabajo ya

que se utiliza la esperanza de vida para cada sexo la cual difiere entre uno y otro en casi 8 años.

En los menores de 14 años fue de 2645 AVPP, con una media para cada niño fallecido de 69,6 años de vida potenciales perdidos, a pesar de mantenerse la media de años potenciales perdidos, se redujo sobre el total en un 40% respecto al año anterior. Entre 15 y 44 años fue de 45879 AVPP con una media para cada persona fallecida de 38,39 años de vida potenciales perdidos y en los mayores de 45 años fue de 6342 AVPP con una media para cada persona fallecida de 19,21 años de vida potenciales perdidos.

En general se pudo observar al comparar los AVPP con el año 2002 que disminuye significativamente en los menores de 15 años, se incrementa en las personas de 15 a 44 años sin ser significativo el incremento y si siendo muy significativo en los mayores de 45 años. Pudiéndose atribuir a que son personas que fueron diagnosticadas durante su adolescencia y/o juventud y aumentaron su sobrevida por ARV:

**Gráfico N° 36: Argentina. Distribución de la tasa de mortalidad por VIH/SIDA por jurisdicción, año 2003 y 2004**



Fuente: Estadísticas Vitales.  
Información Básica.  
Programa Nacional de Estadísticas de Salud.  
Dirección de Estadística e Información de Salud.  
Programa Nacional de Lucha contra RH, SIDA y ETS - Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

**Tabla N° 12: Argentina. Distribución de los Años Potenciales de Vida Perdidos a causa del VIH/SIDA según grupo etáreo y sexo, año 2003**

Grupo etareo	AVPP Hombres		AVPP Mujeres		AVPP Total	
	N°	Media	N°	Media	N°	Media
0 - 14	1541	67.01	1104	73.6	2645	69.6
15 - 44	31071	35.75	14807	45.4	45879	38.39
45 y más	4526	17.68	1815	24.5	6342	19.21
<b>Total</b>	<b>37139</b>	<b>32.35</b>	<b>17727</b>	<b>42.7</b>	<b>54866</b>	<b>35.1</b>

Fuente: Estadísticas Vitales. Información Básica. Programa Nacional de Estadísticas de Salud Dirección de Estadística e Información de Salud Programa Nacional de Lucha contra RH, SIDA y ETS - Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

**Tabla N° 13: Argentina. Distribución de los Años Potenciales de Vida Perdidos a causa del VIH/SIDA según grupo etáreo y sexo, año 2004**

Grupo etareo	AVPP Hombres		AVPP Mujeres		AVPP Total	
	N°	Media	N°	Media	N°	Media
0 - 14	1142	63.49	1445	72.28	2588	68.1
15 - 44	26662	35.74	13229	45.3	39891	38.43
45 y más	4831	17.63	2045	24.64	6876	19.26
<b>Total</b>	<b>32635</b>	<b>31.44</b>	<b>16719</b>	<b>42.32</b>	<b>49355</b>	<b>34.44</b>

Fuente: Estadísticas Vitales. Información Básica. Programa Nacional de Estadísticas de Salud Dirección de Estadística e Información de Salud Programa Nacional de Lucha contra RH, SIDA y ETS - Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

Asimismo el número total de AVPP para el año 2004 fue de 49.355 años con un descenso respecto al año anterior del 10% con una media para cada persona fallecida de 34,44 años, (31 años para los hombres y 42 años para las mujeres) Se debe considerar que la diferencia a mismas edades de la media de AVPP entre hombres y mujeres se debe principalmente a la diferencia en la metodología de trabajo ya que se utiliza la esperanza de vida para cada sexo la cual difiere entre uno y otro en casi 8 años. (Esperanza de vida en mujeres=78,1 años, en hombres 70,6 años, además en promedio 1 año más que el año 2003) (Tabla N° 13)

En los menores de 14 años fue de 2.588 AVPP, con una media para cada niño fallecido de 68,1 años de vida potenciales perdidos, a pesar de mantenerse la media de años potenciales perdidos, se redujo 2,2% sobre el total, en menor cuantía que el año anterior (40%). Entre los 15 y 44 años fue de 39.891 AVPP con una media para cada persona fallecida de 38.43 años de vida potenciales perdidos, reduciéndose en cantidad de años perdidos en un 13% respecto al año 2003 y en los mayores de 45 años fue de 6.876 AVPP con una media para cada persona fallecida de 19,26 años de vida potenciales perdidos. (Tabla N° 13)

Se pudo observar al comparar los AVPP de los años 2003 y 2004 la disminución de años potenciales de vida perdidos la cual es estadísticamente significativa, ya que presenta una reducción del 10%, asimismo este descenso se debe al menor número de muertes totales, como también a las defunciones en personas de mayor edad, es decir las personas viviendo con VIH/SIDA están teniendo una mayor sobrevivencia. Como se observa decrece el número de años potenciales perdidos en la población entre 14 y 44 años y aumenta en los mayores de 45 años. (Tablas N° 12 y N° 13)

# Sistema de Vigilancia del VIH

El Sistema de Vigilancia Epidemiológica del Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual contiene los registros de notificación de enfermos, infectados y mortalidad, y desde 1998 también se lleva a cabo la recolección de datos provenientes de sitios centinelas, que se basan en muestras tomadas de poblaciones específicas. La información corresponde a 24 jurisdicciones y cárceles del Servicio Penitenciario.

Se han notificado en el primer semestre del 2004 muestras de 921 sitios centinelas, de los cuales 253 correspondieron a embarazadas, 64 a Consultorios de Enfermedades de Transmisión Sexual, 19 a Centros de detección y asesoramiento, 9 a Cárceles Provinciales y Federales, 572 a Bancos de Sangre y 2 a Centros de Usuarios de drogas inyectables, (Tabla N° 14).

En el segundo semestre del 2004 se han notificado muestras de 952 sitios centinelas, de los cuales 292 correspondieron a embarazadas, 67 a consultorios de Enfermedades de Transmisión Sexual, 21 a Centros de detección y asesoramiento, 16 a Cárceles Provinciales, 547 a Bancos de Sangre, 7 a Centros de diagnóstico y asesoramiento para trabajadores sexuales y 3 a Centros de Usuarios de drogas inyectables; esta diferencia se debe a la incorporación de nuevos centros de la provincia de Buenos Aires, tanto de embarazadas como de ETS, (Tabla N° 14).

El incremento en el número de Sitios Centinelas se debe, principalmente al esfuerzo de los Programas Provinciales, en con la colaboración del Programa Nacional, de incorporar todas las muestras del control prenatal de las mujeres embarazadas del sistema público y ampliar la información local de poblaciones vulnerables y por lo tanto ampliar así los lugares de recolección de información.

Es así que en el Plan estratégico de VIH/SIDA e ITS 2004 – 2007, se acordó como meta para el fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de VIH/SIDA de segunda generación, implementar a diciembre del año 2007, por lo menos 1 sitio centinela por cada población específica por provincia.

**Tabla N° 14: Distribución en Argentina de sitios centinela para VIH según tipo de población estudiada y jurisdicción - Año 2004**

Jurisdicción	Embarazadas		Cons. ETS		Ing. FFAA		Voluntarios		Priv. Libertad		UDIs		Donante Sangre		HSH		TCS	
	1ºs	2ºs	1ºs	2ºs	1ºs	2ºs	1ºs	2ºs	1ºs	2ºs	1ºs	2ºs	1ºs	2ºs	1ºs	2ºs	1ºs	2ºs
BUENOS AIRES	226	220	59	57	-	-	10	12	6	2	-	-	143	143	-	-	-	-
CIUDAD DE BUENOS AIRES	1	1	-	1	-	-	-	1	-	5	-	-	73	73	-	-	-	-
CATAMARCA	1	1	1	1	-	-	1	1	-	-	-	-	9	9	-	-	-	-
CORDOBA	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	72	72	-	-	-	-
CORRIENTES	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16	16	-	-	-	-
CHACO	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	11	11	-	-	-	-
CHUBUT	5	4	1	-	1	-	1	2	1	1	1	-	10	10	-	-	1	1
ENTRE RIOS	-	47	-	7	-	-	-	-	-	6	-	2	55	30	-	-	-	6
FORMOSA	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	10	-	-	-	-
JUJUJY	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	12	-	-	-	-
LA PAMPA	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2	-	-	-	-
LA RIOJA	1	1	1	1	-	-	1	1	1	1	-	-	1	1	-	-	-	-
MENDOZA	1	1	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	11	11	-	-	-	-
MISIONES	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	12	-	-	-	-
NEUQUEN	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	12	12	-	-	-	-
RIO NEGRO	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	16	16	-	-	-	-
SALTA	1	1	2	-	-	-	3	1	1	1	-	-	1	1	-	-	-	-
SAN JUAN	1	1	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	1	6	-	-	-	-
SAN LUIS	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	9	-	-	-	-
SANTA CRUZ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	21	21	-	-	-	-
SANTA FE	1	1	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	66	66	-	-	-	-
SANTIAGO DEL ESTERO	2	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	1	-	-	-	-
T. DEL FUEGO	2	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	2	-	-	-	-
TUCUMAN	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>253</b>	<b>292</b>	<b>64</b>	<b>67</b>	<b>1</b>	<b>-</b>	<b>19</b>	<b>21</b>	<b>9</b>	<b>16</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>572</b>	<b>547</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>1</b>	<b>7</b>

Se estudiaron en el 1º semestre del 2004 un total de 378.085 muestras para VIH (Tabla N° 15), la población donde se encontró mayor prevalencia de VIH, corresponde a las unidades penitenciarias con el 5.70% (IC 5,24-6,16%), seguido por usuarios de drogas inyectables con el 3.75% (IC 3.45-4.05%) y pacientes de consultorios de ETS con el 1.4% (IC 1.36-1.43%), mientras que la prevalencia más baja se da en donantes de Bancos de sangre con el 0,21% (0.18-0.22%), tasa similar al semestre anterior para este grupo específico de sitios centinelas, (Tabla N° 16).

En el 2º semestre del 2004 con un total de 397.727 muestras para VIH, (Tabla N° 15) la población donde se encontró mayor prevalencia de VIH, fueron también las personas privadas de libertad con 5.69% (IC 5.24-6.15%), seguido consultantes de ETS 2,42% (IC 2.26-2.57%) y por los usuarios de drogas inyectables con el 2.25% (IC 2,07% - 2.43%) y la prevalencia más baja también se da en donantes de Bancos de sangre con el 0,21% (0.19% - 0.23%) y embarazadas con un 0,32% (0,29%-0,35%), ambos grupos con diferencias significativas entre los dos semestres del año, (Tabla N° 16).

**Tabla N° 15: Distribución en Argentina del número de muestras estudiadas para VIH según tipo de población estudiada y jurisdicción – Año 2004**

Jurisdicción	Embarazadas		Cons. ETS		Ing. FFAA		Voluntarios		Priv. Libertad		UDIs		Donante Sangre		HSH		TCS	
	1ºs	2ºs	1ºs	2ºs	1ºs	2ºs	1ºs	2ºs	1ºs	2ºs	1ºs	2ºs	1ºs	2ºs	1ºs	2ºs	1ºs	2ºs
BUENOS AIRES	62094	65711	2459	2838	-	-	370	356	686	39	-	-	66117	66116	-	-	-	-
CAD.BS.AS.	13771	13771	-	320	-	-	-	-	-	693	-	-	34534	34535	-	-	-	-
CATAMARCA	847	1338	355	-	-	-	1883	2102	-	-	-	-	2025	1955	-	-	-	-
CORDOBA	5771	6981	-	-	-	-	-	6496	-	-	75	68	8667	8631	-	-	-	-
CORRIENTES	4576	4577	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7885	7886	-	-	-	-
CHACO	4710	8395	-	-	17	-	-	-	-	-	-	-	4927	3019	-	-	-	-
CHUBUT	2016	1655	8	-	-	-	831	802	98	63	5	-	1529	1650	-	-	25	40
ENTRE RIOS	0	7570	-	625	-	-	-	-	-	194	-	21	2104	5838	-	-	-	62
FORMOSA	4059	3992	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1859	1795	-	-	-	-
JUJUY	6528	7222	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3914	3699	-	-	-	-
LA PAMPA	1390	1475	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1429	1758	-	-	-	-
LA RIOJA	2010	2288	2580	2840	-	-	3100	3250	238	300	-	-	2300	2550	-	-	-	-
MENDOZA	2752	3531	-	-	-	-	1449	1308	-	-	-	-	8024	8025	-	-	-	-
MISIONES	1559	2204	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2673	2927	-	-	-	-
NEUQUEN	3631	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2156	2156	-	-	-	-
RIO NEGRO	3878	3905	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	419	3376	-	-	-	-
SALTA	12109	12109	962	-	-	-	2216	760	1100	1100	-	-	6280	6280	-	-	-	-
SAN JUAN	5172	6448	-	-	-	-	835	1683	-	-	-	-	1328	2749	-	-	-	-
SAN LUIS	-	1510	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2006	2964	-	-	-	-
SANTA CRUZ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1631	1631	-	-	-	-
SANTA FE	16500	16500	-	-	-	-	1599	1600	-	-	-	-	14382	14382	-	-	-	-
SGO. ESTERO	1511	515	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10452	1113	-	-	-	-
T. DEL FUEGO	660	324	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	869	571	-	-	-	-
TUCUMAN	8315	8533	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5825	5007	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>163859</b>	<b>180554</b>	<b>6364</b>	<b>6623</b>	<b>17</b>	<b>0</b>	<b>12283</b>	<b>18357</b>	<b>2122</b>	<b>2389</b>	<b>80</b>	<b>89</b>	<b>193335</b>	<b>190613</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>25</b>	<b>102</b>

Fuente: Programa Nacional de Lucha contra RH, SIDA y ETS  
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

Se debe considerar que el aumento en el tamaño muestral del segundo semestre respecto al primer semestre, como se dijo en párrafos anteriores, se debe a la incorporación de nuevos sitios centinelas en la vigilancia de la seroprevalencia de VIH en poblaciones específicas. Es importante aclarar que la muestra de mujeres embarazadas del año 2004, incluye información de casi el 75% de las mujeres embarazadas del subsector público de salud.

Tabla N° 16: Prevalencia en Argentina de VIH según tipo de población estudiada y jurisdicción - Año 2004

Jurisdicción	Embarazadas		Cons. ETS		Ing. FFAA		Voluntarios		Priv. Libertad		UDIs		Donante Sangre		HSH		TCS	
	1ºS	2ºS	1ºS	2ºS	1ºS	2ºS	1ºS	2ºS	1ºS	2ºS	1ºS	2ºS	1ºS	2ºS	1ºS	2ºS	1ºS	2ºS
BUENOS AIRES	0.42	0.51	2.97	4.02	-	-	1.08	1.97	17.06	28.21	-	-	0.30	0.30	-	-	-	-
CDAD BS.AS.	0.69	0.69	-	5.31	-	-	-	-	-	16.88	-	-	0.29	0.29	-	-	-	-
CATAMARCA	0.12	0.22	0.56	-	-	-	0.48	0.81	-	-	-	-	0.05	0.00	-	-	-	-
CORDOBA	0.31	0.21	-	-	-	-	-	2.63	-	-	4.00	2.94	0.07	0.20	-	-	-	-
CORRIENTES	0.09	0.07	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.05	0.05	-	-	-	-
CHACO	0.02	0.02	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.04	0.00	-	-	-	-
CHUBUT	0.25	0.30	-	-	0.00	-	1.93	2.87	0.00	1.59	0.00	-	0.13	0.12	-	-	0.00	2.50
ENTRE RIOS	-	0.08	-	4.00	-	-	-	-	-	1.03	-	0.00	0.19	0.05	-	-	-	1.61
FORMOSA	0.15	0.25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.48	0.61	-	-	-	-
JUJUY	0.09	0.25	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.36	0.05	-	-	-	-
LA PAMPA	0.07	0.07	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.07	0.00	-	-	-	-
LA RIOJA	0.00	0.17	0.12	0.14	-	-	0.10	0.15	0.00	0.00	-	-	0.04	0.08	-	-	-	-
MENDOZA	0.15	0.08	-	-	-	-	3.93	4.36	-	-	-	-	0.06	0.06	-	-	-	-
MISIONES	0.71	0.27	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.15	0.17	-	-	-	-
NEUQUEN	0.06	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.14	0.09	-	-	-	-
RIO NEGRO	0.15	0.15	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.00	0.00	-	-	-	-
SALTA	0.10	0.11	1.14	-	-	-	1.04	0.13	0.36	0.45	-	-	0.03	0.02	-	-	-	-
SAN JUAN	0.08	0.08	-	-	-	-	1.08	1.01	-	-	-	-	0.15	0.15	-	-	-	-
SAN LUIS	-	0.13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.10	0.07	-	-	-	-
SANTA CRUZ	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.06	0.06	-	-	-	-
SANTA FE	0.22	0.22	-	-	-	-	2.13	2.13	-	-	-	-	0.17	0.17	-	-	-	-
SGO. ESTERO	0.13	0.97	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.10	0.00	-	-	-	-
T. DEL FUEGO	0.00	0.31	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.12	0.00	-	-	-	-
TUCUMAN	0.04	0.07	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.07	0.32	-	-	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>0.29</b>	<b>0.32</b>	<b>1.40</b>	<b>2.42</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>1.26</b>	<b>1.81</b>	<b>5.70</b>	<b>5.69</b>	<b>3.75</b>	<b>2.25</b>	<b>0.21</b>	<b>0.21</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>0.00</b>	<b>1.96</b>
<b>IC 95%</b>	<b>0.27-0.31</b>	<b>0.29-0.35</b>	<b>1.36-1.43</b>	<b>2.26-2.57</b>	<b>-/-</b>	<b>-/-</b>	<b>1.07-1.45</b>	<b>1.54-2.08</b>	<b>5.25-6.16</b>	<b>5.24-6.15</b>	<b>3.45-4.05</b>	<b>2.07-2.43</b>	<b>0.19-0.22</b>	<b>0.19-0.23</b>	<b>-/-</b>	<b>-/-</b>	<b>-/-</b>	<b>1.80-2.12</b>

Fuente: Programa Nacional de Lucha contra RH, SIDA y ETS. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

Al determinar en el año 2004 la prevalencia de VIH en cada grupo de población por provincia que notificó sitio centinela, se pudo observar que, las jurisdicciones con mayores tasas de prevalencia de VIH en embarazadas fueron: Ciudad de Buenos Aires (0,69%), Provincia de Misiones (0,45%), Provincia de Santiago del Estero (0,33%), Provincia de Buenos Aires (0,46%), todas por encima de la media país (0,31% IC:0,29%-0,34%) (Tabla N° 17).

Las muestras más representativas estudiadas respecto al total de la población de personas que consultan por enfermedades de transmisión sexual, es la provincia de La Rioja con una prevalencia de 0,13% que lleva a una disminución del total país, ya que el resto de las provincias que notificaron dichas muestras tienen prevalencias en consultantes de ETS en un rango que va de 4 a 6%, duplicando en general la media país.

Asimismo las pruebas en centros voluntarios de diagnóstico y asesoramiento, muestran a la Provincia de Mendoza (4,00%) y Provincia de Chubut (2,4%) con las mayores prevalencias de VIH, pero con una reducción respecto a 1998 en el total país de un 70%, parámetro esperable al tener en cuenta, que al comenzar a funcionar dichos centros se estima una mayor concurrencia de personas pertenecientes a grupos en riesgo y luego concurrencias de población de mayor heterogeneidad.

**Tabla 17: Evolución en Argentina de la prevalencia de VIH en poblaciones seleccionadas, 1998- 2004**

Jurisdicción	1998		1999		2000		2001		2002		2003		2004		IC 95%
	N	PREV	N	PREV.											
EMBARAZADAS	44480	0.63	101967	0.53	167373	0.61	185423	0.45	220125	0.37	272524	0.32	344413	0.31	0.30-0.34
CONSULTANTES ETS	1.663	4.03	3136	5.71	5327	4.19	9860	4.13	12353	3.17	12249	2.98	12987	1.92	1.89-1.94
VOLUNTARIOS	20319	6.86	17509	4.27	53097	3.12	20127	2.6	18462	2.54	26828	1.99	30640	1.59	1.57-1.6
CÁRCELES	4214	17.6	6457	16.31	4550	19.49	4467	16.8	2854	16.9	3809	18.4	4511	5.7	5.63-5.76
INGRESANTES FFAA	3343	0.09	9434	0.03	2113	0.05	1067	0.09	82	0	460	0.21	-	-	
DONANTES SANGRE	210400	0.22	265124	0.19	218805	0.13	227740	0.12	165595	0.21	206148	0.26	383948	0.21	0.20-0.21
TRABAJO SEXUAL	487	1.64	57	0	594	2.02	620	1.93	158	0.63	34	0	127	1.57	1.35-1.78
UDIS	180	18.9	420	2.86	553	19.17	701	7.7	196	6.12	180	7.78	169	2.96	2.70-3.21
HSH	-	-	-	-	1233	5.03	763	12.97	339	8.55	889	8.77	-	-	

Fuente: Programa Nacional de Lucha contra RH, SIDA y ETS  
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

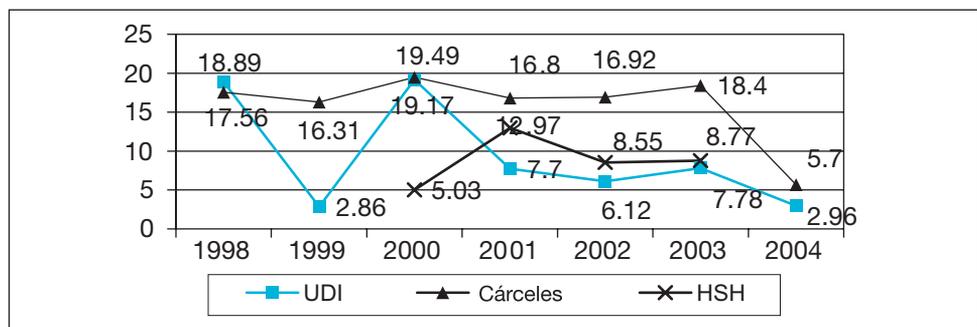
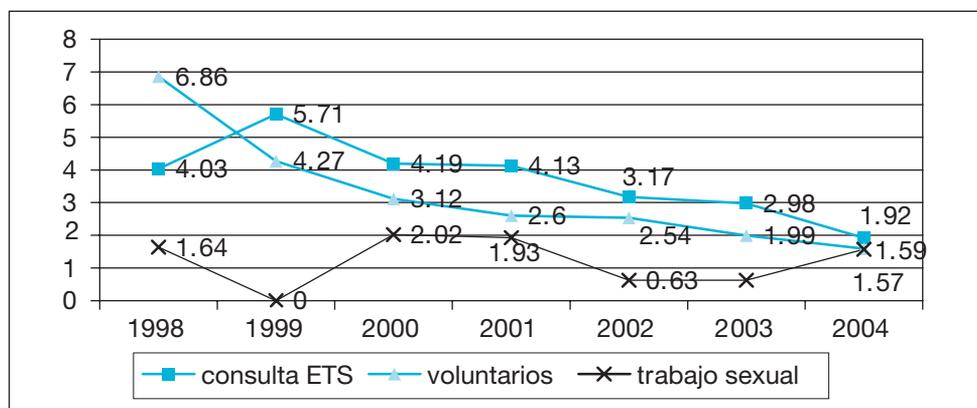
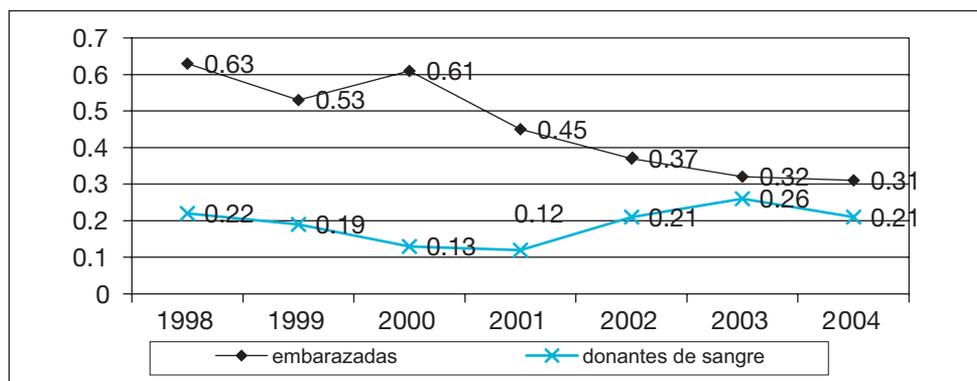
Se han notificado en el 2004 muestras de 993 sitios centinelas, de los cuales 292 correspondieron a embarazadas, 67 a consultorios de Enfermedades de Transmisión Sexual, 21 a Centros de detección y asesoramiento, 16 a cárceles, 572 a Bancos de Sangre, 3 a centros de usuarios de drogas inyectables y 7 a Centros de diagnóstico y asesoramiento para trabajadoras sexuales.

La prevalencia de VIH en poblaciones específicas en el año 2004 fueron: en embarazadas 0,31% (disminución del 15% respecto al año 2002 y del 50% respecto al año 1998), se debe considerar que la disminución es multicausal, entre otras podemos citar, por un lado cuando se comienza con la estrategia de prevención de la transmisión vertical, se realizaba el testeo de VIH a la mujeres embarazadas con mayores factores de riesgo asociados, mientras que en la actualidad el ofrecimiento del test diagnóstico es a todas las mujeres embarazadas, por otro lado que no ingresan en la muestra de población la mujer que vive con VIH y conoce su serología previo al embarazo (actualmente la efectividad de los tratamientos para prevenir la transmisión vertical, permite que la mujer vi-viendo con VIH/SIDA, pueda decidir quedar embarazada disminuyendo así el riesgo de la transmisión de VIH).

En consultantes de ETS: 1,92% (disminución del 36% respecto al año 2003), voluntarios: 1,59% (disminución del 20% respecto al año 2003), bancos de sangre: 0,21%, privados de libertad: 5,7% (diferencias altamente significativa con la prevalencia de 2003, debido a que se incorporan unidades penitenciarias del interior del país en mayor cantidad), usuarios de drogas inyectables 2,96% y trabajadoras sexuales es del 1,57%.

Gráfico 37: Evolución en Argentina de la prevalencia de VIH en poblaciones seleccionadas. 1998- 2004

Fuente: Programa Nacional de Lucha contra RH, SIDA y ETS  
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación



Fortalecer la vigilancia centinela es una meta a nivel país, hacer sustentable en el tiempo la seroprevalencia en poblaciones vulnerables y vulnerables emergentes, complementado con estudios de comportamiento permitirá marcar tendencias epidemiológicas, herramienta fundamental para programar las políticas en VIH y estrategias de promoción y prevención tanto a nivel nacional como regional y local.

# Informe Línea 0800 Pregunte SIDA

Algunas de las características de la Línea 0800 “Pregunte SIDA” son: la confidencialidad, el anonimato, la gratuidad; es de alcance nacional y su atención es personalizada. Los consultores que atienden las llamadas brindan el servicio sin abrir juicios, sin directivas y con escucha centrada en lo personal, promoviendo la autoestima de los usuarios/as y el respeto por sus creencias personales.

En el caso de hacer preguntas a los consultantes, es al sólo efecto de poder brindar un adecuado asesoramiento en función de cada situación de riesgo planteada y en ningún caso se “diagnostica”. Al finalizar cada llamado se realiza una encuesta voluntaria y anónima.

La encuesta permite obtener algunos datos sociodemográficos, como edad, provincia; nivel de educación, estado civil, sexo, ocupación, como se enteró de la línea. El sistema permite registrar el tipo de llamados que ingresan. En base a estos datos se obtienen los informes estadísticos.

Con la intención de hacer algunas observaciones del contenido de las llamadas que recibimos en la Línea 0800 “Pregunte SIDA”, hemos seleccionado aquellas que fueron realizadas por usuarios/as que están comprendidos entre los grupos de edad de 6 a 12 y de 13 a 19 años, en el período de enero a septiembre de 2005. Todos con escolaridad desde primario incompleto hasta terciario o universitario incompleto.

Nivel de información (Tabla N° 18, 19 y 20)

En general es bajo en el grupo de 13 a 19 años. Si bien existe “información básica” referida al VIH-SIDA persisten muchas creencias erróneas con respecto a las vías de transmisión; la eficacia del preservativo; la idea de que los anticonceptivos pueden proteger de la infección por VIH; persiste la creencia que se puede contraer el VIH por contacto con objetos o con insectos (cera depilatoria; cubiertos; mosquitos, etc.). No hay diferencias significativas en usuarios de Ciudad Autónoma de Bs. As.; Bs. As. y el resto del país.

En relación a las infecciones de transmisión sexual la desinformación se manifiesta en llamadas donde describen dolor, ardor o supuración en los genitales y consultan para saber qué puede ser, expresando el temor de un diagnóstico de Sida. La mayor frecuencia de este tipo de llamadas corresponde a varones que, evidentemente, prefieren consultar la Línea antes que asistir a la consulta médica por temor o por pudor. En todos los casos además de la información se los orienta a la consulta médica. Se puede inferir que los varones, se muestran muy preocupados por las ITS pero no consultan acerca de como prevenirlas sino cuando las padecen. Se observa una mayor frecuencia de este tipo de llamadas en usuarios de las provincias del interior.

En la franja de 6 a 12 años las preguntas se orientan más a satisfacer la curiosidad de aquello que no conocen, por ejemplo, ¿qué es un preservativo? ¿para qué sirve el preservativo? ¿por qué la gente se enferma de Sida?, etc.

En el grupo de 13 a 19 años, los más jóvenes consultan como se tienen que cuidar en su primera relación sexual o preguntan si es necesario usar preservativos en la primera vez. Esta inquietud la manifiestan más las mujeres que los varones, en estos la mayor preocupación es cómo se usa un preservativo; plantean la dificultad que tienen para conseguirlos porque son menores.

En relación a las prácticas sexuales consultan si la masturbación es peligrosa; persiste la idea de que el sexo oral o anal son “más seguros” ya que de esa manera evitan embarazos sin tener que usar anticonceptivos o preservativos. La preocupación de los embarazos está más presente en las mujeres que en los varones. La mayoría de las consultas se realizan después de alguna situación de riesgo de lo que se puede inferir que la motivación está más asociada al temor o miedo de contraer alguna infección que a la intención de adoptar conductas preventivas.

Si comparamos los llamados provenientes de Ciudad Autónoma de Bs. As. con la provincia de Bs. As. y el resto del país, observamos que en Ciudad son mucho más frecuentes las consultas preguntando en dónde se pueden hacer el test del VIH. En el nivel de información general no se detectan diferencias significativas en cuanto al contenido de las consultas.

## CONCLUSIONES

Los servicios 0800 de ayuda telefónica especializados en VIH/SIDA comparten algunas características con otras técnicas de divulgación y prevención: campañas en los medios masivos de comunicación; campañas focalizadas; la educación entre pares, etc, y pueden trabajar sinérgicamente con ellas.

El relevamiento realizado permite conocer cuales son las creencias, los mitos, los tabúes que circulan en relación al VIH-SIDA. En otras palabras, permite conocer que se dice, como se dice y que falta decir en los mensajes preventivos.

La cualidad principal de este servicio es la tarea misma de la atención telefónica, el modo particular de la escucha que es necesario desarrollar, desprovista de prejuicios, sobre todo cuando los usuarios/as plantean situaciones relativas a su privacidad y a las diferentes formas de la expresión de la sexualidad humana.

Quizás el interrogante sea como demostrar la eficacia de ésta herramienta en cuanto a los efectos que el asesoramiento personalizado pueda tener en los comportamientos de riesgo de quienes consultan; tal vez la única manera de hacerlo sea a través de las múltiples llamadas que realizan los usuarios/as para agradecer y comentar cómo resolvieron la situación particular que los llevó a hacer la primera consulta (realización del test; impacto del diagnóstico; violación; etc)

*Tabla 18: Distribución por edad de los Llamados a la Línea 0 800 durante el año 2005*

EDAD	LLAMADOS	PORCENTAJE	PROMEDIO DIARIO
6 a 12 años	245	1%	1.59
13 a 19 años	4366	12%	16.29
20 y más años	31118	87%	113.98
<b>TOTAL</b>	<b>35729</b>	<b>100%</b>	<b>131.84</b>

Fuente: Línea 0800  
Programa Nacional de  
lucha contra los  
RH, SIDA y ETS  
Ministerio de Salud y  
Ambiente de la Nación

*Tabla 19: Distribución por edad de los Llamados a la Línea 0 800 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Conurbano Bonaerense durante el año 2005.*

EDAD	LLAMADOS	PORCENTAJE	PROMEDIO DIARIO
6 a 12 años	146	1%	1.35
13 a 19 años	2508	19%	9.5
20 y más años	10698	80%	39.18
<b>TOTAL</b>	<b>13352</b>	<b>100%</b>	<b>49.27</b>

Fuente: Línea 0800  
Programa Nacional de  
lucha contra los  
RH, SIDA y ETS  
Ministerio de Salud y  
Ambiente de la Nación

*Tabla 20: Distribución por edad de los Llamados a la Línea 0 800 del interior del país durante el año 2005.*

EDAD	LLAMADOS	PORCENTAJE	PROMEDIO DIARIO
6 a 12 años	99	1%	0.36
13 a 19 años	1858	8%	6.8
20 y más años	20420	91%	74.79
<b>TOTAL</b>	<b>22377</b>	<b>100%</b>	<b>81.96</b>

Fuente: Línea 0800  
Programa Nacional de  
lucha contra los  
RH, SIDA y ETS  
Ministerio de Salud y  
Ambiente de la Nación

# Vigilancia de VIH/SIDA de Segunda Generación:

Estudios sobre Comportamiento.

Prácticas y Nivel de Información sobre VIH/SIDA

# Pueblos Originarios, Iniciación Sexual, Testeo de VIH y Nivel de Información en VIH/SIDA<sup>5</sup>

En el marco del Proyecto “Sistema de Vigilancia de Segunda Generación” y con el objetivo de determinar la tendencia de los principales factores de riesgo en relación con la población, el lugar y el tiempo, que acompañan la transmisión del VIH en Argentina se realizó entre los meses de Marzo y Julio de 2005, un estudio de carácter cualitativo en comunidades aborígenes.<sup>1</sup>

Debido a que no existen datos sobre la cantidad y composición de la población aborígen en la República Argentina, el Instituto Nacional de Asuntos Indígenas-INAI junto con algunas ONG's e instituciones aborígenes han estimado que el número de personas aborígenes podría estar entre 1 y 3 millones.

Históricamente, los pueblos originarios fueron incorporados masiva y compulsivamente al Estado argentino como pueblos sometidos, luego de que le fueran expropiadas sus condiciones materiales de existencia.

Teniendo en cuenta que las grandes extensiones de tierra fueron un recurso indispensable para la subsistencia de estos pueblos, ya sea para la caza y recolección; o para la agricultura y pastoreo; el arrebato de la misma implicó el deterioro en sus condiciones de vida.

Esta situación, entre otras, influyó negativamente en la condición sanitaria de las poblaciones aborígenes. Todavía en la actualidad experimentan las tasas más altas de mortalidad y morbilidad evitables y las mayores tasas de mortalidad materna e infantil. Si a esto se suma la presencia de dolencias endémicas y crónicas (TBC, Chagas Mazza, desnutrición, diarrea); de ITS y de pandemias como el VIH/SIDA, la continuidad histórica de grupos enteros se encuentra amenazada.

Por lo expuesto hasta aquí, se desprende el interés del Programa Nacional de Lucha contra los RH, SIDA, ETS, por abordar la problemática del VIH/SIDA en comunidades aborígenes.

## DISEÑO METODOLOGICO

Desde el punto de vista metodológico, el trabajo consistió, durante los meses de enero y marzo, en la elaboración previa de un listado o plantilla de preguntas abiertas que sirvieron como herramientas de apertura a un diálogo más espontáneo con los actores.

Las temáticas abordadas incluyeron: Referencias sobre la estructura familiar en general; Características del área regional y zonal que contiene la Comunidad (fuentes de producción y de trabajo existentes); Prácticas religiosas (discurso de la Iglesia respecto a la sexualidad) y condiciones de Liderazgo al interior de cada comunidad.

<sup>5</sup> Estudio sobre comportamiento e información en relación con el VIH/SIDA e ITS en Población Aborígen.

Programa Nacional de lucha contra el Retrovirus del Humano, SIDA y ETS. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Argentina 2005.

Con relación al Estado Sanitario específicamente, las preguntas giraron en torno a la relación con los agentes sanitarios; Epidemias (conocimiento VIH, SIDA, ITS); Mortalidad Infantil; Embarazos; Partos; Test VIH/SIDA; Conocimiento- Antecedentes de ITS.

Para el relevamiento de la información, se recurrió a los métodos de evaluación rápida, más específicamente, al método de "Rapid Assessment Procedures". Este método fue creado por investigadores provenientes de la antropología y de las ciencias sociales, que pensaron que la teoría y metodología antropológica podía ser aplicada para evaluar y mejorar programas de atención primaria de la salud. Teniendo en cuenta que este método tiene un propósito específico, no requiere de una muy prolongada estadía en el campo. Los procedimientos son básicamente la observación directa, la conversación informal, entrevistas semiestructuradas de final abierto a informantes claves y la observación participante. Este método es una herramienta muy útil a la hora de obtener información densa y relevante sobre factores culturales, tradicionales y sociales, así como sobre conocimiento nativo sobre el tema en cuestión.

En el lapso de setenta días (fines de marzo, abril y mayo) se realizaron viajes para entrevistar a informantes clave - agentes sanitarios, maestros de la etnia, promotores de la salud, enfermeros, dirigentes, profesionales de la salud - aborígenes, de las etnias Toba, Wichí, Avá Guaraní, Mbyá Guaraní, Colla y Mapuche, de seis etnias diferentes, en cinco provincias. Teniendo en cuenta el contexto de producción y realización del proyecto, no se pudo evitar que la presencia del investigador-entrevistador influenciara en el horizonte de la entrevista. El investigador resultó, tanto observador de una realidad considerada "otra", como observado desde una realidad en la que era considerado "otro".

ETNIA/PCIA.	FORMOSA <sup>1</sup>	SALTA <sup>2</sup>	SANTA FE <sup>3</sup>	MISIONES <sup>4</sup>	NEUQUÉN <sup>5</sup>
TOBA	■		■		
WICHÍ	■				
AVÁ GUARANÍ		■			
MBYÁ GUARANÍ				■	
COLLA		■			
MAPUCHE					■

<sup>1</sup> Formosa Capital,

Ingeniero Juárez,

El Potrillo, María

Cristina, Laguna Yema.

<sup>2</sup> Pichanal, Villa Rallé,

Misión San Francisco,

Orán, Finca Santiago,

Río Pescado, Tapé Ibupé,

Aguas Blancas.

<sup>3</sup> Rosario.

<sup>4</sup> Puerto Iguazú,

Fortín Mboreré.

<sup>5</sup> Aluminé, Rucachoroi,

Kilka, Lonco Luan,

Carrilil, Epu Pehuén,

Currumil.

En total se realizaron 60 entrevistas, divididas en las diferentes etnias y localidades de las provincias citadas.

Se destaca a continuación, algunos de los relatos de los entrevistados relacionados con algunos indicadores que se consideraron para este estudio: Inicio Sexual y Uso del Preservativo; Test de VIH; Conocimiento e Información.

## RESULTADOS

### Inicio Sexual

En las seis etnias pertenecientes a las distintas localidades, la mayoría de los entrevistados respondieron que tanto los varones como mujeres, se inician sexualmente durante la etapa más temprana de la adolescencia ( entre 14 y 16 años aproximadamente)

Si bien, en algunas comunidades no conocen que es el preservativo, otras reconocen que el VIH/SIDA, se previene mediante el uso del preservativo, a su vez, cuentan que el mismo es rechazado. Se destacan respuestas tales como:

“-¿y el preservativo?

¿eso qué es, un remedio?”

**“...porque existe la creencia o historia de que hace tiempo aparecieron los blancos y le dejaron el preservativo dentro de las mujeres, que se infectaron y murieron. Por eso creen [los adultos de la comunidad] que el preservativo es malo. Las chicas se enfermaron por mal uso del preservativo”.**

“-¿y sabés que es el preservativo?

Los anticonceptivos, los preservativos....la gente se ríe, no los usa porque no es costumbre usar eso”.

**“El hombre es quien no usa el preservativo... dicen que no es lo mismo con globito”.**

“El preservativo no lo utilizan, es muy resistido y más cuando lo tiene que utilizar el varón, la mujer es la que más se preocupa y, veces usa el anticonceptivo a escondidas porque si no el hombre cree que no le tiene confianza”.

**“no lo conocen, no quieren, no saben como se usa”**

Algunas de las razones que dan los jóvenes para no usar el preservativo son que “no me gusta”; “es incómodo”: quieren tener la relación “a lo natural”

**“la mayoría no usa el preservativo... por falta de educación, de charlas, de dar difusión radial y por falta del personal capacitado para ello... se reparten pocos, pero no lo suficiente... cuando se lo entregamos, los chicos se ríen, no creen en nada, lo toman como una broma”**

## Test de VIH

Es importante subrayar en principio, que al acceso a los sistemas de salud entre la población aborigen es a través de la salita o centro de salud y el hospital, aunque todavía prevalece la consulta al curandero o shamán, como así también la asistencia de parteras tradicionales durante el parto. A todas las embarazadas que llegan al sistema de salud se les hace el test del VIH y de VDRL gratuitamente, aunque los agentes sanitarios manifiestan que al “no hacer charlas o campañas de prevención”, el resto de la población no lo realiza por diferentes motivos: desconocimiento (“debemos mejorar la situación de información”), falta de comunicación en la relación médico-paciente (“la gente no se hace el test del VIH porque no confían en los médicos”; “Cuando van al centro de salud, el médico les hace preguntas [a los pacientes] pero la gente no le hace preguntas [al médico]” Esta cita describe de alguna manera la relación médico-paciente) y falta de dinero para trasladarse hasta el hospital donde se realiza la prueba, fueron los comentarios más frecuentes.

“se le ha explicado a la gente, pero nadie se acercó, sí se lo hacen a las embarazadas y es gratuito”

**Los hombres no van”; “el test es gratuito, la gente no pide examen de VIH, sólo las embarazadas”**

**el test no es una inquietud, la gente no lo pide... a las embarazadas se les hace, es necesario”**

La falta de conocimiento acerca del test de VIH, podría atribuirse al escaso o nulo conocimiento que estas comunidades portan respecto al VIH/SIDA.

**“De SIDA se habla muy poco, porque no hay gente que pueda hablar con la gente explicando lo que es el SIDA”**

**“La prevención es una defensa, eso es lo que está debilitado”**

**“No se vive esa realidad, no se sabe, no se habla, no hubo medios de difusión, no hubo una campaña, una difusión sobre HIV”.**

## Conocimiento e Información sobre VIH/SIDA

Las diferencias culturales, el aislamiento geográfico, la discriminación y la barrera del idioma (la gente no entiende lo que les dice el médico), limitan el acceso al conocimiento e información sobre VIH/SIDA.

Más allá de la información que pudieron haber recibido en algún momento en su paso por la escuela, hablando específicamente del VIH/SIDA, los relatos de los entrevistados coinciden en muchos casos, con el desconocimiento de las vías de transmisión, la existencia del test y los medios de prevención, entre otros.

*“No se habla de SIDA entre nosotros yo no hablo de SIDA, no conozco, no sé que es”*  
***Los profesionales jóvenes no hablan mucho con la gente de la comunidad”; “Los médicos no hablan,..., están metidos en su consultorio, cumplen horario y se van. Falta el componente humano, que el médico se interese por la comunidad”.***  
***“A la gente sí le interesa informarse sobre SIDA, los adultos no son consientes sobre el SIDA... los jóvenes si saben, porque en la escuela también les hablan de SIDA”. Sin embargo, el mismo entrevistado manifestó que no se hacen tareas de prevención porque “no hay estructura ni presupuesto para hacer prevención”.***

Algunos entrevistados manifestaron tener conocimiento de VIH/SIDA, a través de programas micro radiales, “pero no sabés como les llega, no tenemos una experiencia continua, sistematizada, con indicadores”.

También aparecen como importantes comunicadores los agentes sanitarios, aunque ***“no tenemos para leer, para informarnos de eso”***

***“No logramos hacer un trabajo continuo, de prevención”***

***Los relatos de los entrevistados coinciden en que la información es escasa, y cuando “la gente escuchó hablar del SIDA se asustó y preguntaba si podía existir esa enfermedad en la comunidad”***

***“Se asustan y preguntan si esa enfermedad puede llegar acá”***

Hoy en día, el SIDA “se ve como algo de afuera”.

## CONCLUSIONES

Finalizado el trabajo, se puede decir que a las comunidades aborígenes en las que se realizó esta investigación, las une una situación socioeconómica desfavorable, la falta de información sobre la salud y en particular sobre la problemática VIH/SIDA e ITS, y el poco o casi nulo uso del preservativo. En todas ellas surgieron relatos que ubican al VIH/SIDA como algo de “afuera” de “otros”, del “blanco”, lejano; que acecha, pero que todavía no llega.

A partir de las entrevistas, surgieron en todas las localidades visitadas, una fuerte demanda por información sobre VIH/SIDA e ITS.

A modo de síntesis se pueden destacar algunas características en común, surgidas de los relatos de los entrevistados pertenecientes a distintos grupos étnicos.

- El VIH/SIDA provoca miedo. Es algo desconocido.
- El SIDA es entendido como una “enfermedad del blanco”.
- Se remite a la confianza en la pareja como razón para no necesitar usar el preservativo.

- Referencia al discurso de “lo natural” para justificar la preferencia por el no uso del preservativo.
- El uso de preservativo o métodos anticonceptivos generan desconfianza y/o deslealtad.
- Falta de diálogo con los médicos. Fallan los canales de la comunicación.
- Aparecen el miedo, la vergüenza y la falta de confianza, ante la situación de tener que enfrentar a un médico para una consulta referida a cuestiones referidas a la sexualidad.
- Desconocimiento sobre la posibilidad de realizarse el test. Solo están seguros que las mujeres embarazadas pueden acceder.
- La escuela es uno de los pocos ámbitos donde adolescentes y jóvenes reciben alguna información sobre VIH/SIDA e ITS.
- No se hacen campañas, ni charlas de prevención del VIH/SIDA e ITS.
- Demanda de información sobre VIH/SIDA para la población aborígen.
- Demanda de capacitación para los agentes sanitarios en la problemática VIH/SIDA e ITS.
- Al hablar de VIH/SIDA, el desconocimiento y la vergüenza surgen como denominador común.
- El VIH/SIDA como problemática que preocupe a las comunidades, aumenta en la medida en que éstas se insertan en centros más urbanizados con mayor densidad de población.
- En poblados rurales, el SIDA es considerado como una enfermedad que se contrae en zonas urbanas, por lo que la gente cree que es mejor quedarse en el campo, “que no va a llegar allí”. Esta concepción, no favorece a la prevención.
- En localidades con Hospital se nota un debilitamiento en la relación con el agente sanitario, esto perjudica a la misma gente de la comunidad, ya que la relación con el médico es siempre compleja, pensando que en esa relación diádica, se ponen en juego marcos de referencia e idiomas diferentes.
- Nuevamente, aparecen el miedo, la vergüenza y la falta de confianza, ante la situación de tener que enfrentar a la figura del médico para una consulta referida a cuestiones que tienen que ver con la sexualidad.
- La figura del shamán o curandero, de acuerdo a la etnia y localidad específica, es una figura con mucho peso y presencia, que suele ser consultado en primer lugar.
- Presencia de casos de ITS, sobre todo sífilis y trichimona en las regiones del NEA y NOA.
- La llegada de las ITS, en las narrativas coincide con la llegada de los “hombres del petróleo”, o “del blanco”, o “del Winka”, de acuerdo a las distintas etnias según su localidad, quienes serían los agentes transmisores de las mismas. Las ITS habrían aparecido a partir del contacto interétnico.
- Las ITS se detectan en el control de embarazo de las mujeres. Los hombres se resisten al tratamiento.
- Las ITS se asocian con la culpa y la vergüenza por eso las esconden, para no quedar expuestos a situaciones de maltrato o discriminación.

# Mujeres: Iniciación Sexual y Testeo de VIH/SIDA<sup>6</sup>

<sup>6</sup> Estudio sobre comportamiento e información en relación con el VIH/SIDA e ITS en Mujeres. Programa Nacional de lucha contra el Retrovirus del Humano, SIDA y ETS. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Argentina 2005.

Este trabajo está enmarcado en el proyecto: Vigilancia del VIH/SIDA de Segunda Generación, financiado por el Fondo Global de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, que tiene como objetivo general “Determinar las tendencias de los principales factores de riesgo que acompañan la transmisión del VIH en Argentina”.

Las mujeres representan una proporción creciente de las personas afectadas por el VIH/SIDA. La tendencia tanto en Argentina como en el resto del mundo expresan que la epidemia se extiende cada vez más en mujeres y la proporción de casos de SIDA en mujeres diagnosticadas anualmente no ha dejado de crecer. Esta tendencia se aprecia al observar la razón hombre/mujer en las notificaciones de casos de SIDA. En el año 1987 esta razón era de 91 hombres por mujer, pasando a 3 hombres por mujer en el año 2004. En los nuevos diagnósticos de VIH esta razón disminuye aún más, siendo en el 2004 de 1,5 hombres por mujer (es decir por cada 3 hombres, 2 mujeres con VIH).

## DISEÑO METODOLÓGICO

El enfoque de la investigación fue cualicuantitativo en razón de que se consideraron variables actitudinales y de comportamiento que caracterizan la sexualidad, pero las mismas fueron convertidas en variables cuantitativas.

En la selección de los lugares de relevamiento se definieron previamente 8 áreas geográficas de mayor concentración poblacional urbana: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Gran Buenos Aires, Gran La Plata, Mar del Plata, Gran Mendoza, Gran Rosario, Gran Córdoba y Gran Tucumán. Esto representa al 46,2% del total de la población argentina; pero se incrementa al 52,5% si consideramos solamente la población urbana.

La unidad de análisis del estudio fueron las mujeres entre los 25 a 54 años residentes en los conglomerados urbanos de más de 500.000 habitantes de la República Argentina. Se consideró el límite inferior de edad de 25 años pues simultáneamente se realizó un estudio a adolescentes y jóvenes de 14 a 24 años. El límite máximo se debe a que diversas investigaciones han mostrado mayor vulnerabilidad al VIH/Sida en dicho límite y que esta disminuye fuertemente a partir de esa edad.

El tamaño muestral fue de 3165 personas distribuidas según las variables determinadas para el diseño muestral. Se definió como número de encuestas a realizar, en función de las estimaciones poblacionales existentes. Se tomó sobre población infinita un tamaño de muestra en razón de un margen de error (menor al 2%) que permitiera darle suficiente consistencia a la información de campo.

El diseño muestral fue polietápico, contempló varias etapas utilizando técnicas proba-

bilísticas y no probabilísticas. Las variables consideradas para el diseño muestral fueron localidad, sexo, edad y nivel socioeconómico. Se contó con cartografía en cada área geográfica con caracterización de las secciones por nivel socioeconómico. Los puntos muestra fueron los radios dentro de cada sección.

Se seleccionó al azar simple los radios dentro de las secciones y luego aplicación del azar sistemático en cada radio eligiendo una vivienda, con un intervalo de 1 (se tomó una vivienda y se dejó la siguiente). En caso de rechazo o de ausencia, se tomó la siguiente restituyendo el intervalo propuesto.

Cada encuestador contó con una hoja de ruta que contempló el radio, la sección y la cuota (edades y nivel socioeconómico) a efectuar.

El instrumento investigativo utilizado fue un cuestionario cerrado, confeccionado como una plantilla común a la totalidad de los encuestados/as.

La encuesta se realizó persona a persona en los lugares, cerrados o abiertos dispuestos para su realización, previo acuerdo con los encuestados, durante los meses de marzo, abril, mayo y junio de 2005.

Se determinó por cuestiones de confianza, que los encuestadores fueran de sexo femenino las cuales recibieron una capacitación para la aplicación del instrumento y fueron monitoreadas por parte de los supervisores de campo y los consultores a cargo de la investigación a medida que desarrollaban el trabajo de campo.

Para la etapa de análisis se construyó una base de datos en el programa EPI-INFO para analizar las diferentes variables que presentó la encuesta y el análisis posterior se realizó en el sistema SPSS 11.5 para Windows, versión en español.

## RESULTADOS

La muestra respondió a los niveles pautados en el diseño muestral mediante ponderación de los casos por nivel socioeconómico y localidad. La distribución del nivel socioeconómico se construyó a partir del nivel de instrucción y las características de la ocupación del jefe de hogar.

La media de edad de las mujeres entrevistadas fue de 38 años, fueron entrevistadas una mayor proporción de mujeres jóvenes, entre 25 y 34 años está representada el 40% de la muestra (Tabla N° 1). Un 39,8% de las mujeres entrevistadas tenían estudios primarios completos o menos, el 22,1% secundaria incompleta y el 17,0% secundaria completa. Un 20,0% había realizado estudios terciarios o universitarios, pero casi la mitad no lo habían completado al momento de la entrevista.

El 35,1% de las mujeres refirió ser ama de casa y el 17,1% empleada doméstica. Cuando se indagó sobre quien era el jefe de familia, el 35,6% de las mujeres refirieron ser ellas mismas, teniendo diferencias respecto al nivel socioeconómico. A menor nivel socioeconómico se observó mayor cantidad de mujeres que decían ser jefe de hogar en esta muestra. Al preguntar por el estado civil el 50,4% de las mujeres refieren ser casadas, el 15,7% divorciadas y el 29,5% solteras.

El 58,7% de las mujeres tenían cobertura de salud sólo del sector estatal, pero con grandes diferencias según los niveles socioeconómicos.

Tabla N° 1: Distribución de encuestadas según edad

GRUPO DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
25-29	659	20.8
30-34	599	18.9
35-39	523	16.5
40-44	471	14.9
45-49	457	14.4
50-54	456	14.4
<b>TOTAL</b>	<b>3165</b>	<b>100.0</b>

Fuente Estudio sobre comportamiento e información en relación con el VIH/SIDA e ITS en Mujeres. Argentina 2005.

### Características de la Iniciación Sexual

El 98,8% de las mujeres encuestadas refieren haber tenido relaciones sexuales. La media de edad de inicio sexual fue, a los 17 años. El promedio de edad de sus parejas sexuales fue de 20 años.

Se observa disparidades en las edades de inicio sexual según el nivel socioeconómico: el 11,3% se inician antes de los 14 años, pero con una clara diferencia según nivel socioeconómico: son el 2,4% en el nivel socioeconómico alto y 15,1% en el nivel socioeconómico bajo.

Cuando se realiza este análisis según nivel de instrucción hay mayor diferencia entre quienes se iniciaron antes de los 14 años: el 18% de las mujeres con instrucción primaria o menor versus el 4,1% de las mujeres que tienen estudios universitarios.

La mayoría de las mujeres se iniciaron sexualmente con sus novios: 71,8%; un 13,7% con el esposo y el resto con amigos o conocidos. Un parámetro a considerar es que el 1,7% de las mujeres manifestaron que su primera relación sexual fue por abuso sexual y sólo un 18,5 refiere que este abuso fue perpetrado por un desconocido, el 38% refiere haber sido abusada por un familiar o pareja y el 25,9% por un conocido.

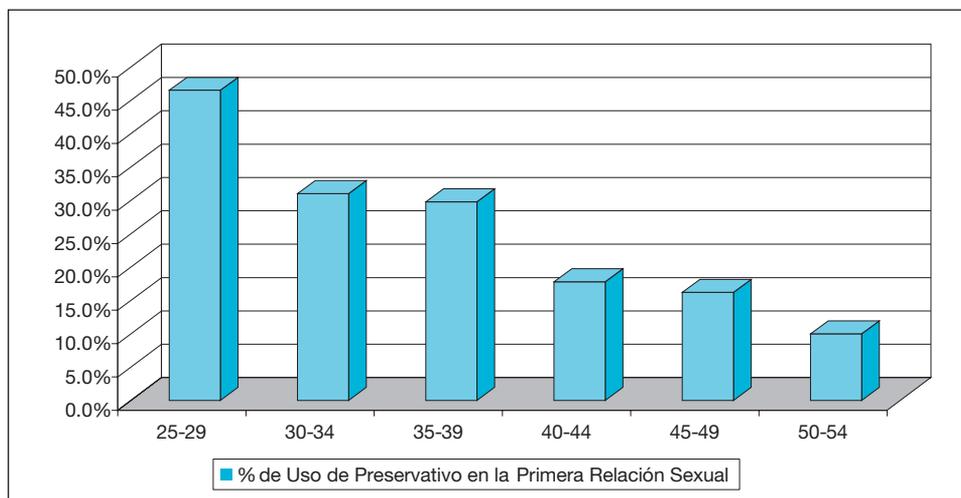
Al indagar sobre la prevalencia de mujeres que tienen sexo con mujeres, se observa que el 0,8% refiere haberse iniciado sexualmente con una mujer mientras que el 0,4% refiere haber mantenido relaciones sexuales sólo con mujeres durante su vida.

Además de la edad de iniciación sexual se relevó el uso de preservativo en esa primera relación sexual y el 26,3% (821/3127) de las mujeres iniciadas sexualmente refiere uso de preservativo durante su primera relación sexual. Hay una diferencia marcada en la utilización del preservativo según nivel de instrucción y nivel socioeconómico: así las mujeres con menor nivel de instrucción usaron el preservativo en el 14,8% de los casos versus el 42,9% de las mujeres con estudios terciarios o universitarios. Esta diferencia también existe cuando se analiza el nivel socioeconómico, el 19% de las mujeres del sector inferior de la pirámide social contra el 44,3% de las mujeres del estrato social alto han utilizado preservativo en su primera relación sexual.

El dato más importante es la diferencia de uso según la edad actual de la mujer: las mujeres de 25 a 29 años utilizaron el preservativo en su primera relación en un 46,5%, disminuyendo su uso paulatinamente a mayor edad de la mujer, llegando a las de más de 50 años que sólo utilizaron el preservativo en el 10% de los casos (Gráfico N° 1) Estos datos concuerdan con los datos de otro estudio comportamentales llevado a cabo

en adolescentes en nuestro país, donde el 68% de las mujeres de 14 a 24 años refirieron usar preservativo en la primera relación sexual<sup>1</sup>.

**Gráfico N° 1: Argentina: Porcentaje de Uso de Preservativo en la primer relación sexual según edad actual de la mujer, Año 2005.**



Fuente Estudio sobre comportamiento e información en relación con el VIH/SIDA e ITS en Mujeres. Argentina 2005.

Los motivos expresados para el no uso de preservativos se relacionaron con la sensación de que no era necesario su uso o que, por la edad, en el momento de su primera relación no se conocía el VIH/SIDA. El 15,3% refería la falta de disponibilidad del mismo y un grupo refiere el no deseo de utilización por parte de su pareja.

### Test de VIH

El 62,0% de las mujeres se realizó el test serológico para diagnóstico de VIH, con un promedio de 2 por mujer a lo largo de su vida. La media de tiempo de realización del primer test es de 7 años.

Hay diferencia del porcentaje de mujeres que se realizó el test según nivel socioeconómico y de instrucción: a mayor nivel de ambas variables mayor proporción de realización del test.

Con respecto a la edad de las mujeres observamos que las mujeres de 25 a 39 años son las que más se realizaron el test, disminuyendo la proporción de quienes se lo efectuaron a partir de los 40 años.

Cuando se preguntó el motivo de realización del test se observa que el 62,0% se lo realizó durante el transcurso de un embarazo. Solo un 10% refiere haberlo realizado “para saber”, es decir, voluntariamente.

Esto muestra la importancia del embarazo como oportunidad de contacto de las mujeres con el sistema de salud por un lado, y por otro que la alta tasa de testeo entre las mujeres tiene que ver más con esta situación y no con una búsqueda voluntaria de conocimiento sobre su condición serológica frente al VIH/SIDA, o percepción de riesgo.

Un 4% manifiesta haberse realizado el test en ocasión de un ingreso laboral, práctica expresamente prohibida por la Ley Nacional de SIDA. (Ley N° 23798/90)

Las mujeres que no se realizaron el test la mayoría responde que fue por no sentirse en riesgo, un muy pequeño porcentaje responde porque no sabía donde realizárselo o por dificultad de acceso al mismo.

### **CONCLUSIONES**

Se entrevistó una diversidad de mujeres respecto a ocupación, cobertura de salud y empleo y existen importantes diferencias por nivel socioeconómico.

Con respecto a la iniciación sexual y las conductas preventivas se observa que sólo el 26,6% de las mujeres hicieron uso del preservativo en la primera relación sexual. Esto se encuentra influenciado por el nivel de instrucción y por el nivel socioeconómico directamente: a mayor nivel mayor uso.

El factor más importante que se observa como diferencial es la edad actual de las mujeres: las más jóvenes y que se han iniciado sexualmente más recientemente tienen una mayor tasa de uso de preservativo en la primera relación sexual. Así las mujeres de 25 a 29 años utilizaron el preservativo en su primera relación sexual en un 46,5%, disminuyendo su uso progresivamente con la edad de la mujer y aquellas de más de 50 años lo utilizaron solo en el 10% de los casos. Estos datos son consistente con la encuesta efectuada en adolescentes durante el 2005 donde el 68,5% de las adolescentes mujeres utilizaron preservativo en su primera relación sexual. Esto estaría indicando que, si bien insuficiente, en los últimos años ha habido una incorporación del preservativo en los jóvenes en sus primeras relaciones sexuales.

La estimulación del testeo de VIH para que la población conozca su estatus serológico es una herramienta de la prevención y el diagnóstico temprano, es por ello que al analizar la realización del test se observa que el 62% de las mujeres se realizó el test, habiendo una relación directa con el nivel socioeconómico y de instrucción.

La variable más destacada es la relativa al test de VIH en el contexto de la mujer que accede a los servicios de salud durante el embarazo. Las dos terceras partes de las que se habían realizado el test se lo realizaron por indicación médica durante el embarazo. Sólo una mínima proporción, en torno al 10,9% refiere haberse realizado el test "para saber", lo que se interpreta como una búsqueda espontánea del test.

Asimismo, se destaca en la población encuestada, un buen nivel de conocimiento sobre transmisión de VIH/SIDA en general y un regular conocimiento sobre la transmisión vertical. Las prácticas de cuidado, como el uso del preservativo han sido incorporadas parcialmente. Si bien los jóvenes la han incorporado más en proporción, aún es alto el grupo de mujeres que no utiliza el preservativo en sus relaciones sexuales. Las afirmaciones para el no uso del preservativo en una proporción importante tienen que ver con un sentimiento de rechazo a su uso porque le desagrada, o sea una respuesta absolutamente subjetiva. Estas respuestas son dadas tanto en relación a las parejas estables como ocasionales. Con respecto a las parejas estables se agrega la cuestiones relacionadas a la "confianza" en la pareja que las relevaría de riesgos, viéndose a la pareja estable como un factor de protección frente a los riesgos de infección por vía sexual.

# Mujeres embarazadas, Accesibilidad al testeo de VIH y Nivel de información<sup>7</sup>

Este trabajo está enmarcado en el proyecto: Vigilancia del VIH/SIDA de Segunda Generación, financiado por el Fondo Global de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, que tiene como objetivo general “Determinar las tendencias de los principales factores de riesgo que acompañan la transmisión del VIH en Argentina”.

Hoy es posible reconocer en la evolución de la epidemia del SIDA un claro proceso de feminización, donde ha ido aumentando a lo largo de la última década la proporción de casos de Sida en mujeres. Estas mujeres son en general jóvenes y en edades reproductivas. En Argentina desde que en 1987 se diagnosticó el primer caso de SIDA en una mujer, la relación hombre/mujer ha ido disminuyendo paulatinamente. La mayoría de estas infecciones ocurren por vía sexual por ello es imprescindible conocer las prácticas y conocimientos de este grupo de mujeres.

La tasa de incidencia de notificaciones de VIH/SIDA en niños por transmisión vertical ha descendido del 3,4 cada mil nacidos vivos en el año 1995 a 1.4/10.000 nacidos vivos en el año 2004.

## DISEÑO METODOLÓGICO

El enfoque de la investigación fue cualicuantitativo en razón de que se consideraron variables actitudinales y de comportamiento que caracterizan la sexualidad, pero las mismas fueron convertidas en variables cuantitativas.

En la selección de los lugares de relevamiento se definieron previamente 8 áreas geográficas de mayor concentración poblacional urbana: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Gran Buenos Aires, Gran La Plata, Mar del Plata, Gran Mendoza, Gran Rosario, Gran Córdoba y Gran Tucumán. Esto representa al 46,2% del total de la población argentina; pero se incrementa al 52,5% si consideramos solamente la población urbana.

La unidad de análisis del estudio fueron las mujeres embarazadas que cursaran el quinto mes o la semana veinte de embarazo o más. Se tomó como muestra mujeres embarazadas de este tiempo pues se pretendía analizar variables relacionadas con el comportamiento y otras variables relacionadas con la atención del embarazo y el VIH/SIDA. De esta manera la muestra aseguraba que la mayoría de las mujeres ya hubieran tenido al menos un control prenatal.

El tamaño muestral fue de 855 personas distribuidas según las variables determinadas para el diseño muestral. Se definió como número de encuestas a realizar, en función de las estimaciones poblacionales existentes. Se tomó sobre población infinita un tamaño de muestra en razón de un margen de error (menor al 2%) que permitiera darle suficien-

<sup>7</sup> Estudio sobre comportamiento e información en relación con el VIH/SIDA e ITS en Mujeres Embarazadas. Programa Nacional de lucha contra el Retrovirus del Humano, SIDA y ETS. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Argentina 2005.

te consistencia a la información de campo.

El diseño muestral contempló varias etapas: La primero es no aleatoria porque se confeccionaron las regiones; luego se seleccionaron los establecimientos sanitarios sobre los cuales se detectaría y encuestaría a la unidad de análisis y finalmente se establecieron cuotas por nivel socioeconómico. El nivel socioeconómico es un índice que combina el nivel educativo, la posesión de vivienda, el tipo de vivienda (según caracterización del INDEC), y ocupación del entrevistado y el jefe de familia.

Cada encuestador contó con una hoja de ruta con los establecimientos que contempló el radio, la sección y la cuota (nivel socioeconómico) a efectuar.

El instrumento investigativo utilizado fue un cuestionario cerrado, confeccionado como una plantilla común a la totalidad de los encuestados/as.

La encuesta se realizó persona a persona en los lugares, cerrados o abiertos dispuestos para su realización, previo acuerdo con los encuestados, durante los meses de marzo, abril y mayo de 2005.

Se determinó que por cuestiones de confianza los encuestadores fueran de sexo femenino las cuales recibieron una capacitación para la aplicación del instrumento y fueron monitoreadas por parte de los supervisores de campo y los consultores a cargo de la investigación a medida que desarrollaban el trabajo de campo.

Para la etapa de análisis se construyó una base de datos en el programa EPI-INFO para analizar las diferentes variables que presentó la encuesta y el análisis posterior se realizó en el sistema SPSS 11.5 para Windows, versión en español.

## **RESULTADOS**

La muestra respondió a los niveles pautados en el diseño muestral mediante ponderación de los casos por nivel socioeconómico y localidad. La distribución del nivel socioeconómico se construyó a partir del nivel de instrucción y las características de la ocupación del jefe de hogar.

La media de tiempo de embarazo era de 26,8 semanas y la mediana de 28 semanas. La media de edad de las mujeres entrevistadas fue de 26 años, con edades extremos de 14 y 48 años.

Es necesario destacar que por el muestreo realizado han quedado fuera del mismo las mujeres que llegan al parto sin controles prenatales, que según diversos estudios en nuestro país oscila entre el 5 al 20% dependiendo de las regiones consideradas.

El 40,6% de las mujeres era casadas, el 4,2% divorciada y el 53,6% de las embarazadas se definen como solteras. Sin embargo el 74,4% del total de mujeres refiere vivir con su pareja.

Al indagar sobre el nivel de instrucción un 32,9% de las embarazadas tenía estudios primarios o menores, el 26,8% tenía secundario incompleto, y el 18,5% tenía al menos estudios terciarios o universitarios iniciados.

Respecto a la actividad el 54,3% de las mujeres refirió ser ama de casa, el 9,9% em-

pleada sin especificar, luego le siguen en frecuencia las estudiantes con el 9,9% (Tabla 1.4) asimismo el 9,7 % (83/855) de las mujeres se define como jefe de familia.

La cobertura de salud sólo estatal de las mujeres embarazadas es de un 58,9%, variando según en nivel socioeconómico. Esta cobertura es algo mayor al promedio nacional que es del 48,1%. Se observa que a mayor nivel socioeconómico mayor cobertura de prepaga y obra social. Esta variabilidad socioeconómica donde quienes están en la base de la pirámide social tienen más hijos y utilizan más el subsector privado podría explicar en parte la sobrerepresentación del subsector estatal como lugar de atención de los embarazos de las mujeres de la muestra.

### **Características de la Iniciación Sexual**

La primera relación sexual es referida principalmente por amor en el 63,4% de los casos, luego se expresa por curiosidad, el 14,6% y atracción el 12,4%. Sólo el 1,5% refiere por casamiento. En el 79,4% de los casos se refiere esta iniciación con el novio.

La mediana de edad de la primera relación sexual es de 17 años y la mediana de edad de las parejas de esta primera relación fue de 19 años.

El 97,7% refiere que su primera relación fue con un hombre, el 0,4% con una mujer, siendo este valor el 50% de lo que refirieron en la encuesta de mujeres, y el resto no contesta.

Un parámetro semejante a la otra encuesta es que el 1,5% (13/855) refiere abuso en la primera relación sexual; el mismo es denunciado como cometido por un familiar (32,4%) o conocido (39,8%) en la mayoría de los casos.

Para determinar la vulnerabilidad de frente al VIH/SIDA se les encuestó sobre el uso del preservativo en la primera relación sexual y se pudo observar que el 44,8% (383/855), con un (I.C. del 95% entre 41.4-48.2) refiere haber utilizado preservativo. Este uso está influenciado por el nivel socioeconómico y por el nivel de instrucción alcanzado: a mayor nivel mayor porcentaje de uso.

De los que usaron preservativos el 91,1% responden que lo hicieron para “evitar el embarazo” y al indagar el porque no usaron preservativo durante la primera relación sexual se observa que la respuesta más frecuente fue porque “no tenía disponible”, seguido “porque no pensaba que era necesario” o “porque no esperaba tener sexo”.

Esta tasa de uso de preservativo en la primera relación sexual es sensiblemente superior al 26,6% obtenido en el estudio de mujeres en edad fértil, pero se debe tener en cuenta que una de las variables determinantes, en ambos estudios, para la utilización del preservativo fue la edad actual de las mujeres. Esto significa que el uso del preservativo está influenciado por el momento histórico que se iniciaron sexualmente. La mediana de edad de las mujeres embarazadas fue de 26 años, versus 38 años de la muestra de mujeres en edad fértil.

### **Test de VIH y Embarazo**

La obligatoriedad para el sistema de salud del ofrecimiento del test de VIH/SIDA durante el embarazo tiene dos objetivos muy específicos: realizar el diagnóstico precoz en mujeres embarazadas tendiente a disminuir la tasa de transmisión vertical. El segundo objetivo es poder aprovechar la oportunidad del embarazo para realizar un diagnóstico precoz en mujeres asintomáticas teniendo en cuenta que la infección por VIH/SIDA en

la actualidad con los tratamientos adecuados tiende a convertirse en una enfermedad crónica. Es por ello muy importante poder valorar no sólo la realización del test, sino la calidad del mismo en cuanto al aprovechamiento de esta oportunidad para brindar consejería sobre prevención de VIH.

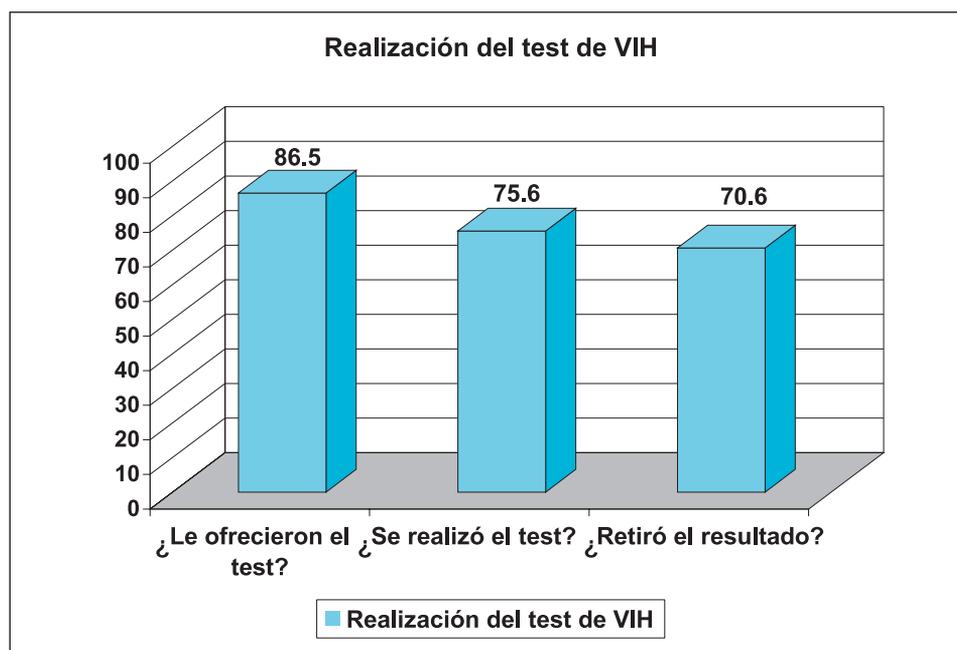
El 86,5% de las mujeres refiere que le indicaron realizarse el test de VIH/SIDA en el embarazo actual, pero sólo se lo realizó el 87,7% de este grupo, lo que representa el 75,6% del total de las embarazadas. Es interesante destacar que solo el 70,6% del total había retirado el resultado al momento de la entrevista (Gráfico N° 2).

El 88,3% de las mujeres a las que le solicitaron el test refieren que le fue solicitado en la primera o segunda consulta de control del embarazo, habiéndose realizado el 64% de las mujeres el test antes de la semana 12 de embarazo.

Asimismo se indagó sobre porque aún no se habían realizado el test y la respuesta más frecuente fue porque estoy sana, porque ya se lo había hecho en otro momento de la vida y en menor medida por falta de turnos o tiempo.

Gráfico N° 2 : Realización del test de VIH durante el embarazo

Fuente: Estudio sobre comportamiento e información en relación con el VIH/SIDA e ITS en mujeres embarazadas Argentina 2005



#### Test de VIH/SIDA y Consejería

Para conocer la calidad de la consejería sobre VIH se les preguntó a las mujeres sobre la información recibida al solicitársele el test, referente al significado del mismo y a su derecho a la información.

#### Se preguntaba lo siguiente:

- 1- ¿Informaron que era confidencial y gratuito?
- 2- ¿Le informaron el significado del test para UD?
- 3- ¿Le informaron el significado del test para el bebé?
- 4- ¿Le informaron como prevenir el VIH/SIDA?

Al efectuar el análisis se observa que a pesar de que al 86,5% le ofrecieron hacerse el

test de VIH, la información recibida fue en general mucho menor: sólo el 61,3% de las mujeres recibió información sobre que el test era confidencial, el 49,6% sobre el significado de la prueba para ella, el 51,0% sobre el significado de la prueba para su bebé y sólo al 44,2% le informaron como prevenir el VIH.

Evaluando las 4 preguntas en conjunto sólo el 28,8% de las mujeres recuerda haber recibido las cuatro informaciones correctas. Cuando se analiza por subsector de atención del embarazo son aquellas mujeres atendidas en los hospitales públicos quienes más refieren haber recibido esta información, y quienes menos la refieren son las que atienden su embarazo en centros de salud. Al realizar el entrecruzamiento de la información recibida con el nivel de instrucción y el lugar de atención observamos que está más directamente influenciada por esta última. (Tabla N° 2)

*Tabla N° 2: Información recibida durante la consulta prenatal según lugar de atención.*

INFORMACIÓN CORRECTA	TOTAL		CTRO. DE SALUD	HOSPITAL PÚBLICO	CLÍNICA PRIVADA	CONSULTORIO PARTICULAR
	N°	%	%	%	%	%
NINGUNA	204	27,6	32,2	20,9	26,2	34,8
1 CORRECTA	119	16,1	16,4	14,4	20,3	14,0
2 CORRECTAS	81	10,9	13,2	7,4	13,6	15,2
3 CORRECTAS	124	16,7	20,0	18,0	13,7	10,3
4 CORRECTA	213	28,8	18,2	39,4	26,2	25,6

Fuente: Estudio sobre comportamiento e información en relación con el VIH/SIDA e ITS en mujeres embarazadas. Argentina 2005

#### Test de VIH a la pareja:

El 17,1% de las mujeres refiere que le ofrecieron hacerse el test a su pareja.

En cambio ante la pregunta si su pareja se lo hizo la respuesta positiva es del 25,7%. Se infiere que esta diferencia esta dada porque muchas parejas se testaron por otras causas y no en el marco de los controles prenatales, pues la pregunta referida a la pareja fue formulada en términos genéricos y no referido a este embarazo.

#### CONCLUSIONES

Con respecto a la iniciación sexual y las conductas preventivas se observa que el 44,8% de las mujeres hicieron uso del preservativo en la primera relación sexual. Esta tasa de uso de preservativo en la primera relación sexual es sensiblemente superior al 26,6% obtenido en el estudio de mujeres en edad fértil, pero se debe tener en cuenta que una de las variables determinantes, en ambos estudios, para la utilización del preservativo fue la edad actual de las mujeres. Esto significa que el uso del preservativo está influenciado por el momento histórico que se iniciaron sexualmente.

Respecto al testeo para VIH durante el embarazo se observa una alta tasa de ofrecimiento del test: el 86,5% de las mujeres refiere que le fue ofrecido, pero hay un porcentaje importante de alrededor del 15% que no conoce el resultado. O por que no retiró el resultado o porque no se lo hizo. Este desgranamiento de las mujeres en la consulta se lo puede relacionar con la calidad de la misma. Sólo el 44,2% refiere haber sido informada sobre pautas de prevención en la consulta prenatal, al 50% le informaron el significado del test para ella y/o para su bebé y a un poco más del 650% le informaron que era confidencial y gratuito. Estos datos evidencian que el test a

sido incorporado paulatinamente a la práctica médica desde una perspectiva absolutamente normativa dirigida a “cumplir” y ocuparse del aquí y ahora del embarazo, pero no enmarcada en un concepto más amplio de prevención. Es así que cuando se observa las cuatro preguntas al mismo tiempo sólo el 28,8% refiere haber sido informada correctamente de los cuatro ítems preguntados.

El subsector estatal hospitalario es el que mejor ha incorporado estas prácticas preventivo / asistenciales, pues el 39,4% de las mujeres atendidas en este sector responde afirmativamente a las 4 preguntas. Además este es el único ítem respecto a conocimientos sobre VIH donde tiene mayor impacto el lugar de atención que el nivel socioeconómico o de instrucción, marcando claramente que está influenciado por las prácticas médicas más que por el conocimiento general de las personas.

Asimismo, el 25,7% de las parejas de estas mujeres se han hecho el test de VIH, pero sólo al 17,1% le fue ofrecido como una práctica de control del embarazo.

Cuando se observa los conocimientos sobre transmisión vertical se evidencia que el conocimiento acabado del tema lo tienen el 31,6% de las mujeres que responden correctamente tres preguntas. Este conocimiento sí está influenciado por el nivel socioeconómico y de instrucción de las mujeres. Una proporción importante de las mujeres (41,5%) no contesta cuando se pregunta si puede hacerse algo para evitar la transmisión del VIH de una mujer embarazada al bebé.

Finalmente, en lo que respecta a la historia de embarazos, las mujeres entrevistadas tenían una media de 2,59 hijos incluyendo el embarazo actual, con estándares de edad primer embarazo y número de embarazos compatibles con estudios anteriores: a menor nivel educativo y social, más precoz es el primer embarazo y mayor el número de hijos.

Un dato para destacar, es que al preguntarle a las mujeres si han tenido algún aborto, sin especificar de que tipo, el 27,5% respondió afirmativamente. Se debería profundizar en el estudio de las características de estos abortos y que proporción se corresponden con abortos espontáneos, datos que no fueron relevados por no ser el objetivo de la investigación.

# Trabajadoras/es Sexuales: Características de la Actividad Laboral y Testeo de VIH<sup>8</sup>

Este trabajo está enmarcado en el proyecto: Vigilancia del VIH/SIDA de Segunda Generación, financiado por el Fondo Global de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, que tiene como objetivo general “Determinar las tendencias de los principales factores de riesgo que acompañan la transmisión del VIH en Argentina”.

Estudios rigurosos sobre el tema, hechos con perspectiva de género, han mostrado que las trabajadoras/es sexuales constituyen un grupo heterogéneo en cuanto a su ambiente laboral, situación socioeconómica, salud, prácticas sexuales y conocimiento y uso de medidas de prevención de la transmisión del VIH. Además, varía la manera en que conciben sus vidas privadas y profesionales, y el nivel de riesgo de las prácticas que tienen en cada esfera.

## DISEÑO METODOLOGICO

El enfoque de la investigación fue cualicuantitativo en razón de que se consideraron variables actitudinales y de comportamiento que caracterizan la sexualidad, pero las mismas fueron convertidas en variables cuantitativas.

En la selección de los lugares de relevamiento se definieron 5 áreas geográficas de mayor concentración poblacional urbana: GBA (Ciudad Autónoma de Bs.As. y GBA), La Plata, Rosario, Córdoba y Mendoza.

La unidad de análisis fueron las/los trabajadoras sexuales de ambos sexos entre los 18 y 50 años de edad (incluyendo a travestis y transexuales según género de pertenencia). La muestra resultante final incluyó algunos casos por encima de los 50 años, debido a que la prevalencia de TS mayores de 50 años era relevante.

El tamaño muestral fue de 500 personas distribuidas el 72% del sexo femenino y el 28% del sexo masculino<sup>9</sup>. Se adoptó el sexo según género. Es decir, los travestis serán considerados “masculinos” al efecto de la investigación. Se definió como número de encuestas a realizar, en función de las estimaciones poblacionales existentes.

El instrumento investigativo utilizado fue un cuestionario cerrado, confeccionado como una plantilla común a la totalidad de los encuestados/as, salvo las preguntas sobre Test de VIH y embarazo, que fueron aplicadas únicamente a las mujeres.

La encuesta se realizó persona a persona en los lugares, cerrados o abiertos dispuestos para su realización, previo acuerdo con los encuestados. La mayor parte fue realizada en la calle donde se encontraban trabajando, o en bares aledaños, durante el mes de Mayo y Junio de 2005.

---

<sup>8</sup>Estudio sobre Comportamiento e Información en Relación con el VIH/SIDA e ITS en Trabajadoras/es Sexuales de Argentina. Programa Nacional del lucha contra el Retrovirus del Humano, SIDA y ETS. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Argentina 2005.

---

<sup>9</sup>Estimado.  
Sin datos paramétricos.

Las encuestadoras, integrantes de AMMAR, recibieron una capacitación para la aplicación del instrumento y fueron monitoreadas por parte de los consultores a cargo de la investigación a medida que desarrollaban el trabajo de campo.

Para la etapa de análisis se construyó una base de datos en el programa EPI-INFO para analizar las diferentes variables que presentó la encuesta y el análisis posterior se realizó en el sistema SPSS 11.5 para Windows, versión en español.

## RESULTADOS

Tanto en lo referido a la distribución geográfica como por sexo, la muestra respondió al diseño previamente pautado. De las 496 encuestas válidas, casi un 40% correspondió a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Gran Buenos Aires y Gran La Plata, distribuyéndose los otros tres aglomerados urbanos (Córdoba, Rosario y Mendoza) con un 20% cada uno.

Aunque en el diseño muestral la edad no fue una variable a controlar específicamente, la distribución por edades resultante fue, en el caso de las mujeres, bastante equilibrada. Algo más del 45% de la muestra tiene menos de 35 años, otro 35% tiene entre 35 y 45 años, y un 18,8% tiene más de 45 años, siendo la máxima edad 72 años.

En los casos de varones, tanto taxi-boys como travestis, hay una mayor concentración en las edades jóvenes, siendo el grupo de menores de 30 años el que concentra un 67,5% de la muestra en los casos "masculinos". En los travestis, por su parte, también se observa un mayor peso en las edades jóvenes, pero no tan acentuado: un 43,7% tiene menos de 30 años, otro 46,6% tiene entre 30 y 45 años. (Tabla N° 3)

Tabla N° 3: Encuestadas/os según edad y sexo

Estudio sobre  
Comportamiento e  
Información en Relación  
con el VIH/SIDA e ITS en  
Trabajadoras/es  
Sexuales de Argentina.  
Programa Nacional de  
lucha contra el Retrovirus  
del Humano, SIDA y  
ETS. Ministerio de  
Salud y Ambiente de la  
Nación. Argentina 2005.

GRUPO DE EDAD	FEMENINO		MASCULINO		TRAVESTI		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
18-24	57	16,0	15	40,5	17	16,50	89	17,9
25-29	47	13,2	10	27,0	28	27,20	85	17,1
30-34	61	17,1	5	13,5	18	17,50	84	16,9
35-39	62	17,4	2	5,4	14	13,60	78	15,7
40-44	62	17,4	2	5,4	16	15,50	80	16,1
45-49	35	9,8			6	5,80	41	8,3
50 y +	32	9,0	3	8,1	4	3,90	39	7,9
<b>TOTAL</b>	<b>356</b>	<b>100,00</b>	<b>37</b>	<b>100,00</b>	<b>103</b>	<b>100,00</b>	<b>496</b>	<b>100,00</b>

Del análisis de la situación actual de pareja por sexo y grupo de edad, se observa que entre las mujeres y las travestis los grupos etáreos que superan el promedio general en la situación "sin pareja" son las mayores de 40 años y el grupo de 25 a 29 años. Por su parte, las parejas ocasionales y las parejas no convivientes, predominan entre las mujeres y las travestis más jóvenes, mientras que las que conviven con sus parejas se agrupan en las edades intermedias mayoritariamente (30 a 44 años).

### Características del Trabajo Sexual

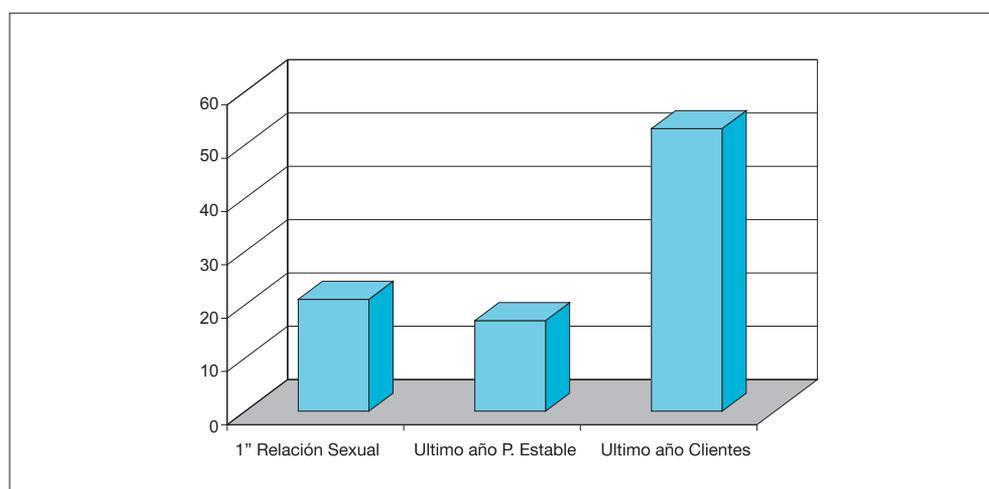
La edad media de inicio en el Trabajo Sexual del conjunto de encuestadas/os fue de 20,9 años, aunque se reduce hasta en tres años en los grupos masculino y travesti. Las necesidades económicas junto con la imposibilidad de conseguir otro trabajo fueron

para estas personas las motivaciones mayoritarias para el inicio en el trabajo sexual. Por su parte, la necesidad de obtener dinero para comprar droga no tuvo relevancia entre los motivos mencionados de iniciación

El resultado revela un porcentaje elevado de utilización de preservativo con los clientes en todos los tipos de práctica aunque, tal como en el caso de las relaciones con la pareja, el uso disminuye en las relaciones anales respecto de las vaginales y en las orales respecto de las anales que se observa que el 93,8% de la muestra total afirma usar preservativo SIEMPRE en las relaciones vaginales, un 90,3% en las anales y un 8,5% en las orales.

Las frecuencias obtenidas al combinar las respuestas de uso consistente (SIEMPRE) para las distintas prácticas sexuales (vaginal, anal, oral). De acuerdo a lo declarado, que incluso puede no ser del todo adecuado a la realidad concreta del día a día del trabajo sexual, solo un 53,2% de la muestra total utiliza el preservativo SIEMPRE en todas sus prácticas sexuales con los clientes. Asimismo mostrando diferencias con el uso del preservativo durante el último año con la pareja estable en todas las relaciones sexuales (17%) y con la primera relación sexual donde la tasa de uso fue del 21%. (Gráfico N° 3)

**Gráfico N° 3: Argentina Tasa de uso de Preservativo en Trabajadoras/es Sexuales en la primer relación sexual y durante el último año, Año 2005.**



Estudio sobre Comportamiento e Información en Relación con el VIH/SIDA e ITS en Trabajadoras/es Sexuales de Argentina. Programa Nacional de lucha contra el Retrovirus del Humano, SIDA y ETS. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Argentina 2005.

<sup>10</sup> Encuestados/as que declararon utilizar el preservativo “a veces” o “nunca” en alguna de las prácticas sexuales con sus clientes.

Al indagar sobre los motivos para el No Uso en una o más de las prácticas, aquellas opciones vinculadas a la dificultad o imposibilidad de negociación (el cliente no quiso usarlo, no me animé a plantearlo al cliente, me permitía un mayor ingreso) suman un 56,2% de las menciones de la muestra<sup>10</sup>. La negación o minimización del riesgo (no me gusta usarlo, no pensé que fuera necesario, es una práctica sin riesgo) alcanzan 27,1% de las menciones. Si se agrega a estos motivos el de “es un cliente de confianza” que obtiene un 12,5% de menciones, este grupo de motivaciones llega a un 39,6% de menciones. Es llamativo el 19,8% que obtiene “práctica sin riesgo” (podría corresponder a una creencia errónea sobre el riesgo vinculado a la práctica de sexo oral, o bien a prácticas sexuales que no implican penetración).

También cabe destacar de las respuestas obtenidas que un 42,1% del total muestral, que llega casi al 60% en el caso de los del grupo masculino, han participado alguna vez en prácticas sexuales grupales, frecuencia notablemente más elevada que la observada en el estudio realizado a la población general de mujeres (2%).

El uso de lubricantes (complementariamente con los preservativos) declarado por los/as

encuestados no es muy elevado, tanto en las relaciones con la pareja estable como con los clientes, incrementándose la frecuencia de uso en las relaciones anales respecto de las vaginales y en éstas respecto de las orales. Las travestis son las que evidencian un mayor uso, llegando a más del 50% en las relaciones anales con los clientes.

Es importante resaltar como otro tema crítico que en relación a la prevención de la transmisión de ITS/SIDA que cuando declaran usar algún lubricante, en la mayoría de los casos no es del tipo de base acuosa (sobre todo con las parejas), lo que puede volver ineficaz el uso de preservativos.

#### **Test de VIH**

Un 88,9% de la muestra total afirma haberse realizado alguna vez el test de VIH, siendo mayor el porcentaje aún en los subgrupos femenino y travesti, mientras que entre los taxi boy disminuye al 78,4%.

De los que afirman haberse realizado alguna vez un test de VIH, casi un 24,3% no sabe o no recuerda cuántos se realizó. Del resto la frecuencia más elevada fue para los que afirman haberse hecho más de 5, que llega al 31% en el caso de los travestis. Otro 34% de la muestra se hizo entre 1 y 3 exámenes.

Un 49,7% de la muestra se hizo el primer o único test en los últimos 5 años, otro 25,8% entre los 5 y los 10 años, y un 9,3% hace más de 10 años.

En cuanto al último test, un 28,1% se lo realizó en el último año, y otro 9,6% en los últimos dos años. Del resto, un 44,5% de los que se hicieron más de un test, hace más de dos años que no se lo realiza, incluyendo un 25,8% que se hizo el último test hace más de 5 años.

#### **CONCLUSIONES**

Existen importantes diferencias por sexo y/o identidad sexual en cuanto a las características del trabajo sexual de mujeres, varones taxi boy y travestis que deberán tenerse en cuenta al planificar acciones preventivas o promocionales. En particular el grupo de travestis se muestra como particularmente desfavorecido en términos del acceso a la atención de salud y a la exposición a situaciones de violencia y discriminación.

Las relaciones sexuales con las parejas aparentemente estables son un área sensible a trabajar por cuanto por diversos motivos los/as TS (en particular las mujeres por la vulnerabilidad genérica que agregan a la situación particular de este colectivo) no muestran comportamientos sexuales consistentes en cuanto a la prevención de la transmisión de ITS/VIH.

La “confianza” como elemento que incide en la actitud preventiva, tanto en las relaciones con las parejas aparentemente estables como con los clientes debería ser especialmente considerada por configurar situaciones de exposición al riesgo y vulnerabilidad no adecuadamente percibidas por esta población y también en la población general.

La capacidad de negociación del sexo seguro, tanto en las relaciones aparentemente estables como con los clientes también debe constituir un aspecto relevante a desarrollar en las estrategias de prevención.

# Adolescentes de 14 a 19 años: Iniciación Sexual y Conocimiento sobre VIH/SIDA e ITS <sup>11</sup>

En el marco del proyecto “Sistema de Vigilancia de Segunda Generación”, el Programa Nacional de lucha contra los RH, SIDA y ETS del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, realizó una investigación con el objetivo de determinar la tendencia de los principales factores de riesgo en relación con la población, el lugar y el tiempo, que acompañan la transmisión del VIH en Argentina, con adolescentes y jóvenes entre los 14 y 24 años de edad.

El presente trabajo tiene por objeto, reflejar los resultados acerca de conocimiento, información y conductas que demuestra la población adolescente entre 14 y 19 años frente a la epidemia del VIH/SIDA. Se previó esta brecha como unidad de análisis, teniendo en cuenta que es la edad en la que esta población mayoritariamente se inicia en la actividad sexual.

## **DISEÑO METODOLOGICO**

El problema de la investigación estuvo enfocado desde un aspecto cualicuantitativo en razón de que se consideraron variables actitudinales y de comportamiento que caracterizan la sexualidad, pero las mismas fueron convertidas en variables cuantitativas.

Como unidad de análisis para el estudio de comportamiento se, fueron tenidos en cuenta adolescentes entre los 14 y 24 años de edad de ambos sexos.

En la selección de los lugares de relevamiento se definieron previamente 8 áreas geográficas de mayor concentración poblacional urbana: Ciudad Autónoma de Bs. As., Gran Buenos Aires, Gran LA Plata, Mar del Plata, Gran Mendoza, Gran Rosario, Gran Córdoba, Gran Tucumán. Esto representa al 46,2% del total de la población argentina, pero se incrementa al 52,5% si se considera solamente la población urbana.

La población se distribuye según la importancia de los centros urbanos, y la muestra se ha confeccionado considerando estas variaciones poblacionales, con un tamaño muestral total de 1694 y en particular de menores de 19 años 1157 adolescentes

Respecto al instrumento de investigación, se confeccionó un cuestionario estructurado con preguntas cerradas sobre, modificaciones de “Las Directrices de Encuestas de Vigilancia del Comportamiento” de la Family Health International y de ONUSIDA.

Dado el objeto de la investigación, se seleccionaron variables tales como: - Características sociodemográficas; - Situación de pareja; - Iniciación sexual; - Historia sexual y hábitos de protección; - Experiencia sexual/ reflexiones y creencias; - Conocimientos y opiniones sobre VIH/SIDA.

<sup>11</sup>Estudio sobre comportamiento e información en relación con el VIH/SIDA e ITS en Población Adolescente.

Programa Nacional de lucha contra los RH, SIDA y ETS  
Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación Argentina.

Las encuestas se realizaron en escuelas, universidades y lugares donde se reúnen habitualmente los jóvenes.

Antes de la realización de la encuesta se le solicitó a todas las personas el consentimiento informado donde se expresa la voluntariedad y anonimato de la encuesta y la posibilidad de interrumpir la misma en cualquier momento si lo consideraba oportuno.

Se llevó a cabo la supervisión de campo "in situ" en cada localidad donde se realizó la investigación. Esta supervisión fue desarrollada por un miembro del equipo de investigación central. Allí se supervisaron: lugares de toma de la muestra, dispersión de las variables sociodemográficas estipuladas en el diseño muestral y edición de los cuestionarios.

Finalizada la encuesta, se entregó un tríptico que contenía información sobre VIH/SIDA, además de ofrecer los servicios de la línea 0800 Pregunte SIDA (de carácter nacional, gratuito y confidencial) del Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, donde los interesados podían recurrir para realizar consultas o aclarar dudas surgidas a partir de la entrevista o de la encuesta.

El trabajo de campo se realizó durante los meses de abril y mayo de 2005, al mismo tiempo se realizó a nivel central la carga de la base de datos.

La información obtenida se analizó en el programa SPSS 11.5 para Windows, versión en español.

### Resultados

La distribución por sexo de los encuestados es la siguiente: el 51,4% son masculinos y el 48,6% femeninos, respecto a la edad, el 40% de la muestra tiene entre 16 y 17 años de edad, el 35% tiene entre 14 y 15 años y el 25% restante, tiene entre 18 y 19 años. (Tabla N° 4)

En cuanto al nivel de instrucción, el 76,4% resulta secundario incompleto mientras que un 6,1% corresponde a universitario / terciario incompleto sumando así un 82,5% del total. El alto porcentaje de estudios incompletos se debe a que los encuestados aún están en edades de cursar actualmente, ambos niveles. No fue el objetivo de este estudio, preguntar que año o que momento de la carrera estaban cursando.

Tabla N° 4: Encuestados/as según edad y sexo

EDAD	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
14	86	14,45	97	17,25	183	15,81
15	108	18,15	108	19,21	216	18,66
16	125	21,00	108	19,21	233	20,13
17	117	19,66	113	20,10	230	19,87
18	88	14,78	86	15,30	174	15,03
19	71	11,93	50	8,89	121	10,45
<b>TOTAL</b>	<b>595</b>	<b>100,00</b>	<b>562</b>	<b>100,0</b>	<b>1157</b>	<b>100</b>

Base: Total de encuestados

Fuente: Estudio sobre comportamiento e información en relación con el VIH/SIDA e ITS en Población Adolescente. Argentina 2005

## INICIO SEXUAL

De los 1157 encuestados, un total de 711 (61,4%), manifiestan haber tenido relaciones sexuales al menos una vez en la vida. (Tabla N° 5) De ese total, el 68,4 % pertenece al sexo masculino, mientras que 54% al femenino.

Tanto la media como la mediana y moda de edad de la primera relación sexual entre el grupo adolescente de 14 a 19 años, coincide en los 15 años, con una desviación típica de 2,008. En el sexo femenino la media de edad de inicio es de 15,1 años y en los hombres de 14,8.

El rango de edad de inicio sexual de los encuestados es de 9 a 19 años de edad en los varones y de 12 a 19 años en las mujeres.

Respecto al uso del preservativo durante la primera relación sexual, un 73,3% de los adolescentes respondió afirmativamente, mientras que el 26,7% respondió no haberlo utilizado o no saber que es un preservativo. Probablemente, el alto porcentaje de respuestas afirmativas al uso del preservativo como principal medida preventiva, tenga que ver con el nivel de información que los encuestados tienen acerca de las vías de transmisión del VIH/SIDA. Tales respuestas, quizás respondan a un “deber ser” más que al “hacer” de sus propias prácticas sexuales.

*Tabla N° 5: Encuestados/as que tuvieron relaciones sexuales según sexo*

RESPUESTAS	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	RECUESTO	% COL.	RECUESTO	% COL.	RECUESTO	% COL.
NR	1	.1%	2	.4%	3	.2%
SI	407	68.4%	304	54.0%	711	61.4%
NO	187	31.5%	256	45.6%	444	38.3%
<b>TOTAL</b>	<b>595</b>	<b>100.0%</b>	<b>562</b>	<b>100.0%</b>	<b>1157</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Estudio sobre comportamiento e información en relación con el VIH/SIDA e ITS en Población Adolescente. Argentina 2005

Base: Total de encuestados

*Tabla N° 6: Encuestados/as que tuvieron relaciones sexuales según edad*

RESPUESTAS	14		15		16		17		18		19		TOTAL	
	REC.	% COL.	REC.	% COL.										
NR	1	.4%	2	1.0%	-	-	-	-	-	-	-	-	3	.2%
SI	48	26.5%	94	43.9%	138	59.2%	165	71.5%	152	87.1%	114	92.9%	711	61.4%
NO	133	73.1%	119	55.1%	95	40.8%	66	28.5%	22	12.9%	9	7.1%	444	38.3%
<b>TOTAL</b>	<b>182</b>	<b>100.0%</b>	<b>215</b>	<b>100.0%</b>	<b>233</b>	<b>100.0%</b>	<b>230</b>	<b>100.0%</b>	<b>174</b>	<b>100.0%</b>	<b>123</b>	<b>100.0%</b>	<b>1157</b>	<b>100.0%</b>

Fuente: Estudio sobre comportamiento e información en relación con el VIH/SIDA e ITS en Población Adolescente. Argentina 2005

Base: Total de encuestados

Tabla N° 7: Tasa de Uso de preservativo durante la primera relación sexual

Fuente: Estudio sobre comportamiento e información en relación con el VIH/SIDA e ITS en Población Adolescente

RESPUESTAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	518	73.3
NO	191	26.4
NO SABE	2	.3
<b>TOTAL</b>	<b>711</b>	<b>100.0</b>

Base: Total de encuestados

### Conocimiento acerca de VIH/SIDA e ITS

Para indagar el nivel de conocimiento sobre transmisión vertical se formularon las siguientes preguntas:

- ¿Se puede transmitir el virus durante el embarazo?
- ¿Se puede transmitir el virus durante el parto?
- ¿Se puede transmitir el virus durante la lactancia?

Ante las tres posibilidades planteadas de transmisión vertical del VIH/SIDA, arrojó que el 71,3% responde saber que se transmite durante el embarazo, el 49,4% durante el parto, mientras que para el período de lactancia el porcentaje desciende a un 41,9%. En todos los casos es mayor el conocimiento entre las mujeres que entre los varones.

Seguidamente, a las personas que declararon conocer al menos una de las vías de transmisión vertical, se les preguntó sobre si creían o sabían que se pudiera hacer algo para evitarlo, a lo que un 48,8% del total respondió que sí, una vez más con mayor conocimiento entre las mujeres.

El 66,1% del total de los encuestados respondió haber recibido alguna vez información acerca del VIH/SIDA mientras que casi el 32% de los mismos manifestó no haber recibido información sobre tal problemática.

Si bien la escuela es el medio de información que mayor porcentaje arrojó 26,8%, siguen siendo bajos los niveles de conocimiento respecto al VIH/SIDA. La radio, fue otro de los medios importantes con un 14,3%, siguiendo los folletos con un 11,6%.

Al indagar sobre el conocimiento de las vías de transmisión del VIH, el 86,8% de las menciones del total de la muestra, correspondió a "relaciones sexuales sin preservativo", siguiendo en un 41,7% el "compartir jeringas", un 34,8% respondió "por contacto con heridas", que son las respuestas correctas.

Sin embargo, aunque en bajos porcentajes, se observa que persisten ideas erróneas sobre la transmisión del VIH como las del uso de drogas en general, la donación o transfusión de sangre o las relaciones homosexuales.

Ante la pregunta espontánea y múltiple sobre como pueden protegerse las personas del virus del VIH, el 47% respondió "usar preservativos", el 14% "evitar compartir jeringas" y un 9% incluyó la respuesta "controlar que el material utilizado en los hospitales sea descartable".

Finalmente, el conocimiento de otras infecciones de transmisión sexual está mayoritariamente ligado a la Sífilis. Esta infección recibió el 26,7% de las menciones y en porcentajes mucho más bajos, le siguen en orden de importancia: Hepatitis B (12,7%), Gonorrea (8,3 %) y el Herpes (4,5 %).

# Personas Privadas de Libertad: Vulnerabilidad frente al VIH/SIDA

Este trabajo está enmarcado en el proyecto: Vigilancia del VIH/SIDA de Segunda Generación, financiado por el Fondo Global de lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, que tiene como objetivo general “Determinar las tendencias de los principales factores de riesgo que acompañan la transmisión del VIH en Argentina”.

El VIH-SIDA constituye un problema de salud pública que debe ser atendido prioritariamente por las organizaciones estatales, particularmente en el caso de aquellas personas que están bajo su tutela, como es el caso de las personas privadas de libertad. Más aún, si se tiene en cuenta que los/as jóvenes y adultos privados de su libertad en razón de conflictos con la ley penal constituyen grupos especialmente vulnerables al VIH-SIDA.

Por otra parte, no debe olvidarse que la población de las instituciones penitenciarias es fluctuante y que dichas instituciones no son mundos completamente cerrados. Cada día entran y salen de ellas internos y otras personas, entre ellas el personal que desempeña sus funciones laborales en las instituciones penitenciarias y las visitas. Muchas personas ingresan solo para sentencias cortas, y otros pasan allí largos períodos, volviendo al mundo exterior una vez que obtienen su libertad. Además algunos ingresan y salen de las unidades penitenciarias varias veces en su vida. Por ello, deben tomarse todas las medidas posibles para prevenir la transmisión del VIH tanto en las unidades penitenciarias como en otros lugares, en beneficio no solo del personal y de los internos, sino también de la sociedad en general, de la que estas personas forman parte.

## **DISEÑO METODOLÓGICO**

El enfoque de la investigación fue cualicuantitativo en razón de que se consideraron variables actitudinales y de comportamiento que caracterizan la sexualidad, pero las mismas fueron convertidas en variables cuantitativas.

En la selección de los lugares de relevamiento se definieron 4 áreas geográficas de mayor concentración poblacional: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Provincia de Buenos Aires, Santa Fe, y Salta

El universo poblacional fueron las personas privadas de libertad en instituciones federales y provinciales en los distintos regímenes de seguridad. La unidad de análisis fueron las personas privadas de libertad de sexo masculino mayores de 18 años.

El tamaño muestral fue de 560 personas distribuidas según unidades penitenciarias provinciales y federales. Se definió como número de encuestas a realizar, en función de las estimaciones poblacionales existentes.

El instrumento investigativo utilizado fue un cuestionario cerrado, confeccionado como una plantilla común a la totalidad de los encuestados/as.

La encuesta se realizó persona a persona en los lugares, cerrados o abiertos dispuestos para su realización, previo acuerdo con los encuestados. El diseño muestral contempló la realización de encuestas en los lugares de detención, considerando áreas geográficas e instituciones de acuerdo a su población. Se entrevistó a las personas por azar, previa autorización de las autoridades penitenciarias y previo acuerdo de los encuestados. El relevamiento fue llevado a cabo durante los meses de Mayo, Junio y Julio de 2005.

Las/os encuestadoras/es, integrantes de la Procuración Penitenciaria de la Nación y de Organizaciones de la Sociedad Civil con trabajo previo en unidades penitenciarias, recibieron una capacitación para la aplicación del instrumento y fueron monitoreadas por parte de los consultores a cargo de la investigación a medida que desarrollaban el trabajo de campo.

Para la etapa de análisis se construyó una base de datos en el programa EPI-INFO para analizar las diferentes variables que presentó la encuesta y el análisis posterior se realizó en el sistema SPSS 11.5 para Windows, versión en español.

## RESULTADOS

Tanto en lo referido a la distribución geográfica, pertenecía al servicio penitenciario federal provincial, como por las unidades penitenciaria la muestra respondió al diseño previamente pautado. El total de encuestas validas realizadas fue de 557, sin puntualizar la distribución por unidad pertenecen ya que se acordó con los directores penitenciarios y encuestados que este dato sería confidencial.

Aunque en el diseño muestral la edad no fue una variable a controlar específicamente, la distribución por edades resultante fue representativa y con distribución semejante al universo de análisis. La media de edad de los encuestados fue de 32,3 años con un rango de 18 a 72 años. (Tabla N° 8)

*Tabla N° 8: Distribución de los Encuestados según edad*

GRUPOS DE EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18-24	165	29,6
25-34	205	36,8
35-44	92	16,5
45-54	57	10,2
55-64	27	4,8
65 y +	8	1,4
NR	3	,5
<b>TOTAL</b>	<b>557</b>	<b>100</b>

Fuente Estudio sobre comportamiento e información en relación con el VIH/SIDA e ITS en Personas Privadas de Libertad. Argentina 2005.

El 90,3% de los encuestados refirió haber nacido en Argentina, el 42,4% tener como estado civil soltero, el 54% estar conviviendo con su pareja previo a la detención, el 31% además con hermanos y/o cuñados y el 65,4% tener al menos un hijo con el cual convivían o no. Respecto al nivel de educación 22% de los encuestados refiere no tener instrucción o no haber completado el nivel primario.

Al relevar la situación procesal el 53% de los encuestados refirió estar cursando su primera condena o procesamiento. En las personas que respondieron los años que les dieron como condena la media de años fue de 5,6 años (con un rango de 1 a 40 años). Y cuando se les consultó por los años que hacía que estaban privados de libertad desde la última detención el 47,8% refirió entre 1 a 3 años.

Del análisis de la situación actual al consultarle por el número de visitas (se incluyeron todo tipo de visitas) el 48% refirió recibir una visita por semana y el 24%, una visita por mes; asimismo el 11% refirió no recibir visitas. El 37,3% señaló haber solicitado permiso de visitas íntimas, concediéndosele al 75% de ellos. Además el 10,2% de los encuestados refirió tener permisos de salida temporaria del centro de detención

De esta manera cuando se les consultó sobre cuestiones particulares de la vida y de factores de riesgo psico-socio-ambiental y se les preguntó ¿Qué te resulta más difícil de aceptar de la vida como privado de libertad? respondieron entre alguna otras cuestiones el 73% “no poder hacer las cosas que me gustan”, el 62% “no poder tener relaciones sexuales” y el 56% “no poder tener relaciones sexuales con mi pareja”, entre otras.

Indagando acerca de sus prácticas sexuales durante el último año, el 41,1% de los encuestados señaló haber mantenido relaciones sexuales con una persona, el 9,2% con dos personas y el 13,5% con más de tres personas.

Al consultarles sobre su última relación sexual, el 39% afirmó que fue en los últimos tres meses, el 24,1% entre los tres y doce meses, mientras que el 35,2% la tuvo hace más de un año. Asimismo al preguntarles el sexo de su compañero/a sexual el 95,2% refirió que fue con alguien del sexo opuesto y el 2,9% con alguien del mismo sexo.

Ante la pregunta de “¿con quién fue esta última relación sexual?”, el 72,2% la mantuvo con la pareja estable, el 15,6% con la pareja ocasional, el 4,3% con amigo/a, el 2,3% con conocido/a, el 1,8% con trabajadoras/es sexuales y el 0,4% con travestis/transsexuales.

Respecto al uso del preservativo en esta relación sexual, el 29,9% respondió afirmativamente, siendo su motivación en un 29% evitar el embarazo, el 26% para evitar ITS/SIDA y el 40% para evitar ambas. Mientras los que no utilizaron preservativo (66,6%), los motivos principales fueron: “no me gusta usarlo”, “le tenía confianza” y “porque no teníamos disponible”.

Asimismo el 48,5% de los encuestados relató que esas relaciones tuvieron lugar “dentro del centro de detención”, mientras el 44,6% fue en el medio libre.

# Anexo

**TABLA 1: Argentina: Casos Notificados de SIDA por sexo según año de diagnóstico 1982 - 2005**

<b>AÑO</b>	<b>FEMENINO</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>SIN INFORMACION</b>	<b>TOTAL</b>
1982	0	4	0	4
1983	0	4	0	4
1984	0	8	0	8
1985	0	28	0	28
1986	0	40	0	40
1987	2	93	1	96
1988	14	193	0	207
1989	32	272	2	306
1990	68	443	5	516
1991	97	656	3	756
1992	217	932	5	1,154
1993	332	1,185	13	1,530
1994	471	1,772	22	2,265
1995	471	1,814	28	2,313
1996	670	2,177	19	2,866
1997	714	2,024	8	2,746
1998	708	1,780	10	2,498
1999	604	1,671	7	2,282
2000	666	1,615	7	2,288
2001	588	1,500	6	2,094
2002	615	1,508	2	2,125
2003	540	1,447	1	1,988
2004	485	1,184	1	1,670
2005	217	497	0	714
<b>TOTAL</b>	<b>7,511</b>	<b>22,847</b>	<b>140</b>	<b>30,498</b>

Fuente: Programa Nacional de lucha contra los RH SIDA y ETS – Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

TABLA 2: Argentina: Casos Notificados de SIDA por provincia según año de diagnóstico, 1982 - 2005

Año	Sin Información	Buenos Aires	Ciudad Autónoma	De Buenos Aires	Catamarca	Chaco	Chubut	Cordoba	Corrientes	Entre Rios	Fornosa	Jujuy	La Pampa	La Rioja	Mendoza	Misiones	Neuquen	Rio Negro	Salta	San Juan	San Luis	Santa Cruz	Santa Fe	Sgo Del Estero	Tierra Del Fuego	Tucuman	Total
1982	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
1983	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
1984	6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
1985	17	7	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	28
1986	19	5	11	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	40
1987	20	15	25	0	0	1	6	3	0	0	0	0	0	0	12	0	0	0	0	0	0	9	2	2	0	1	96
1988	15	55	88	0	1	1	7	9	8	0	0	0	0	0	4	2	3	2	0	1	0	1	7	0	0	3	207
1989	2	114	133	0	1	0	11	5	10	2	0	0	0	0	5	2	2	2	2	2	0	0	13	0	0	0	306
1990	8	140	192	0	5	3	31	3	11	1	0	2	0	5	5	3	2	3	2	0	0	3	102	0	0	0	516
1991	2	229	281	0	6	4	40	10	11	0	0	0	0	0	20	6	3	2	3	9	0	2	128	0	0	0	756
1992	5	374	430	0	3	12	94	11	19	0	0	2	0	22	8	3	3	3	7	0	0	1	155	1	3	1	1,154
1993	16	614	589	0	4	11	93	17	8	0	2	5	0	21	14	10	8	16	4	3	5	75	10	1	4	1,530	
1994	25	1,037	788	1	2	9	66	25	14	4	3	2	5	18	18	12	11	22	23	2	5	146	1	4	22	2,265	
1995	12	1,038	855	3	13	7	69	28	10	3	8	1	1	21	12	16	10	19	27	2	2	124	5	9	18	2,313	
1996	28	1,345	925	6	14	10	98	15	34	8	4	1	4	35	32	27	12	27	29	4	6	161	7	7	27	2,866	
1997	13	1,507	616	3	31	24	110	12	29	6	15	3	15	34	76	16	16	37	19	5	5	111	10	10	23	2,746	
1998	25	1,377	505	11	13	20	133	19	20	4	23	7	16	35	51	28	16	27	26	13	7	71	15	10	26	2,498	
1999	24	1,278	408	5	14	16	127	15	12	3	19	3	14	33	56	18	11	34	13	7	7	104	11	9	41	2,282	
2000	43	1,219	365	2	13	22	112	17	20	7	37	4	18	38	50	11	15	48	31	36	3	122	18	7	30	2,288	
2001	29	1,006	388	5	18	25	120	30	33	10	35	7	12	29	28	15	21	61	16	11	7	126	19	7	36	2,094	
2002	34	1,109	308	7	13	41	138	22	23	4	33	5	19	30	30	16	27	75	10	5	5	111	21	11	28	2,125	
2003	27	1,004	269	5	13	20	128	26	27	14	51	12	18	24	35	21	15	96	12	11	6	93	26	11	24	1,988	
2004	11	825	272	14	7	15	114	36	20	4	46	5	11	27	47	12	12	69	13	9	6	49	15	4	27	1,670	
2005	8	287	87	8	9	16	79	15	3	4	21	3	0	3	28	10	8	23	0	10	1	42	17	5	27	714	
<b>Total</b>	<b>393</b>	<b>14,568</b>	<b>7,538</b>	<b>70</b>	<b>181</b>	<b>257</b>	<b>1,577</b>	<b>319</b>	<b>312</b>	<b>74</b>	<b>297</b>	<b>62</b>	<b>133</b>	<b>419</b>	<b>498</b>	<b>225</b>	<b>194</b>	<b>568</b>	<b>235</b>	<b>120</b>	<b>81</b>	<b>1,743</b>	<b>178</b>	<b>98</b>	<b>338</b>	<b>30,498</b>	

Fuente: Programa Nacional de lucha contra los RH, SIDA y ETS - Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

TABLA 3: Argentina: Casos Notificados de SIDA en mujeres por provincia según año de diagnóstico 1982 - 2005

Año	Sin Información	Buenos Aires	Capital	Catamarca	Chaco	Chubut	Cordoba	Corrientes	Entre Rios	Formosa	Jujuy	La Pampa	La Rioja	Mendoza	Misiones	Nequen	Rio Negro	Salta	San Juan	San Luis	Santa Cruz	Santa Fe	Sgo Del Estero	Tierra Del Fuego	Tucuman	Total	
1987	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
1988	1	6	4	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	14
1989	0	14	9	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	4	0	0	0	0	32
1990	1	29	15	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	16	0	0	0	0	68
1991	0	33	26	0	0	0	3	0	2	0	0	0	0	3	0	1	0	3	0	0	0	26	0	0	0	0	97
1992	1	82	76	0	1	3	4	3	5	0	0	0	0	5	2	0	0	2	0	0	0	33	0	0	0	0	217
1993	3	164	103	0	0	3	17	1	4	0	0	2	0	5	2	1	1	3	1	2	2	15	2	0	1	332	
1994	11	226	160	0	0	2	10	3	3	1	1	1	1	3	4	2	4	4	2	0	3	27	1	0	2	471	
1995	4	240	151	0	4	2	15	3	1	1	0	0	0	4	2	3	2	4	4	1	0	24	2	1	3	471	
1996	10	360	164	2	3	3	20	6	7	2	1	0	1	10	8	4	3	5	10	1	3	33	0	3	11	670	
1997	1	432	132	1	10	8	24	5	7	3	2	0	5	3	28	3	2	9	4	1	3	27	0	2	2	714	
1998	6	415	135	3	3	6	25	2	3	2	5	2	6	7	23	7	6	10	4	6	2	12	5	6	7	708	
1999	3	353	94	1	7	7	29	4	2	0	7	1	4	10	20	6	6	6	3	1	1	25	4	2	8	604	
2000	11	367	100	2	2	12	40	4	1	3	12	2	9	5	18	2	5	11	8	9	0	30	6	2	5	666	
2001	7	308	82	1	2	8	26	6	10	2	11	2	5	7	13	6	5	19	6	4	1	37	8	3	9	588	
2002	6	333	83	2	2	12	34	8	7	0	8	4	4	4	9	6	9	29	0	0	2	33	6	7	7	615	
2003	3	294	61	1	5	5	22	7	9	4	19	6	5	5	10	8	3	19	2	1	1	30	9	6	5	540	
2004	3	265	60	4	2	3	26	5	5	0	13	1	5	7	12	3	6	25	4	3	1	18	5	3	6	485	
2005	0	93	19	4	2	4	18	5	1	3	11	0	0	1	11	3	2	4	0	2	1	18	5	1	9	217	
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>4015</b>	<b>1474</b>	<b>21</b>	<b>44</b>	<b>78</b>	<b>318</b>	<b>62</b>	<b>69</b>	<b>21</b>	<b>90</b>	<b>21</b>	<b>45</b>	<b>79</b>	<b>162</b>	<b>56</b>	<b>58</b>	<b>154</b>	<b>48</b>	<b>31</b>	<b>21</b>	<b>409</b>	<b>53</b>	<b>36</b>	<b>75</b>	<b>7511</b>	

Fuente: Programa Nacional de lucha contra los RH, SIDA y ETS - Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

TABLA 4: Argentina: Casos Notificados de SIDA en hombres por provincia según año de diagnóstico 1982 - 2005

Año	Sin Informacion	Buenos Aires	Capital	Catamarca	Chaco	Chubut	Cordoba	Corrientes	Entre Rios	Formosa	Jujuy	La Pampa	La Rioja	Mendoza	Misiones	Neuquen	Rio Negro	Salta	San Juan	San Luis	Santa Cruz	Santa Fe	Sgo Del Estero	Tierra Del Fuego	Tucuman	Total
1982	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
1983	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
1984	6	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8
1985	17	7	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	28
1986	19	5	11	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	40
1987	20	14	24	0	0	1	6	3	0	0	0	0	0	12	0	0	0	0	0	0	8	2	2	0	1	93
1988	14	49	84	0	1	1	6	9	8	0	0	0	0	4	2	3	1	0	1	0	1	6	0	0	3	193
1989	2	100	122	0	1	0	10	5	8	2	0	0	0	5	2	2	0	2	2	0	0	9	0	0	0	272
1990	7	111	174	0	4	3	27	3	11	1	0	2	0	5	3	1	2	1	0	0	3	85	0	0	0	443
1991	2	196	252	0	6	4	37	10	9	0	0	0	0	17	6	2	2	0	9	0	2	102	0	0	0	656
1992	3	291	351	0	2	9	90	8	14	0	0	2	0	17	6	3	3	5	0	0	1	122	1	3	1	932
1993	12	446	481	0	4	8	76	16	4	0	2	3	0	16	12	9	7	13	3	1	3	57	8	1	3	1,185
1994	14	790	627	1	2	7	56	22	11	3	2	1	4	15	14	10	7	18	21	2	2	119	0	4	20	1,772
1995	8	788	692	3	9	5	53	24	9	2	7	1	1	17	10	13	8	15	23	1	2	98	3	8	14	1,814
1996	17	974	758	4	11	5	78	9	27	6	3	1	3	25	24	23	9	22	19	3	3	126	7	4	16	2,177
1997	12	1,072	480	2	21	16	86	7	22	3	13	3	10	30	48	13	14	28	15	4	2	84	10	8	21	2,024
1998	19	955	368	8	10	14	108	17	16	2	18	5	10	28	28	21	10	17	22	7	5	59	10	4	19	1,780
1999	21	921	313	4	7	9	98	11	10	3	12	2	10	22	36	12	5	28	10	6	6	78	7	7	33	1,671
2000	32	848	265	0	11	10	72	13	19	4	25	2	9	33	31	9	10	37	22	27	3	91	12	5	25	1,615
2001	22	695	304	4	16	17	93	24	23	8	24	5	7	22	15	9	16	42	10	7	6	89	11	4	27	1,500
2002	28	775	224	5	11	29	104	14	16	4	25	1	15	26	21	10	18	46	10	5	3	78	15	4	21	1,508
2003	24	710	208	4	8	15	106	19	18	10	32	6	13	19	25	13	12	77	9	10	5	63	17	5	19	1,447
2004	8	559	212	10	5	12	88	31	15	4	33	4	6	20	35	9	6	44	9	6	5	31	10	1	21	1,184
2005	8	194	68	4	7	12	61	10	2	1	10	3	0	2	17	7	6	19	0	8	0	24	12	4	18	497
<b>Total</b>	<b>319</b>	<b>10,503</b>	<b>6,021</b>	<b>49</b>	<b>137</b>	<b>177</b>	<b>1,256</b>	<b>256</b>	<b>242</b>	<b>53</b>	<b>206</b>	<b>41</b>	<b>88</b>	<b>338</b>	<b>335</b>	<b>169</b>	<b>136</b>	<b>414</b>	<b>185</b>	<b>89</b>	<b>60</b>	<b>1,324</b>	<b>125</b>	<b>62</b>	<b>262</b>	<b>22,847</b>

Fuente: Programa Nacional de lucha contra los RH SIDA y ETS - Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

TABLA 5: Argentina: Casos Notificados de SIDA por grupo de edad según año de diagnóstico 1982 - 2005

Grupo	0 a 4	5 a 9	10 a 14	15 a 19	20 a 24	25 a 29	30 a 34	35 a 39	40 a 44	45 a 49	50 a 54	55 a 59	60 a 64	65 y más	sin/int	Total
1,982	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	4
1,983	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	4
1,984	0	0	0	0	1	0	2	4	1	0	0	0	0	0	0	8
1,985	0	0	0	0	5	3	3	7	6	3	0	0	1	0	0	28
1,986	2	0	1	0	2	4	10	8	8	1	3	1	0	0	0	40
1,987	1	0	1	3	10	18	25	13	8	9	4	1	0	2	1	96
1,988	8	1	1	13	17	30	38	39	23	20	8	4	0	2	3	207
1,989	27	3	4	6	39	54	58	38	27	16	8	4	5	6	11	306
1,990	26	1	4	34	105	111	80	63	45	25	14	3	4	1	0	516
1,991	47	9	1	26	127	197	117	101	64	27	16	11	7	6	0	756
1,992	58	9	3	28	205	326	221	128	78	44	23	11	6	7	7	1154
1,993	103	18	2	32	253	394	289	185	114	71	33	20	5	6	5	1530
1,994	114	21	6	32	317	642	465	290	186	98	46	20	16	7	5	2265
1,995	151	26	5	26	287	637	506	309	170	92	54	24	16	9	1	2313
1,996	167	61	8	34	263	707	680	397	259	128	78	44	20	20	0	2866
1,997	164	48	11	32	260	707	646	406	222	118	64	38	14	16	0	2746
1,998	138	46	10	37	209	595	648	354	215	109	67	40	15	15	0	2498
1,999	114	34	7	25	171	495	627	378	183	118	73	29	15	13	0	2282
2,000	130	31	10	16	169	406	592	403	237	136	83	34	19	22	0	2288
2,001	102	29	13	16	118	332	541	390	242	134	89	47	27	14	0	2094
2,002	105	25	16	18	124	337	521	397	262	143	83	49	30	15	0	2125
2,003	85	26	10	26	135	294	460	372	251	149	95	44	21	20	0	1988
2,004	61	20	10	19	86	251	374	336	218	134	75	44	33	9	0	1670
2,005	20	6	2	6	32	110	141	154	92	63	44	17	14	13	0	714
<b>Total</b>	<b>1623</b>	<b>414</b>	<b>125</b>	<b>429</b>	<b>2935</b>	<b>6650</b>	<b>7046</b>	<b>4776</b>	<b>2913</b>	<b>1638</b>	<b>960</b>	<b>485</b>	<b>268</b>	<b>203</b>	<b>33</b>	<b>30498</b>

Fuente: Programa Nacional de lucha contra los RH SIDA y ETS - Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

TABLA 6: Argentina: Casos Notificados de SIDA por vía de transmisión según año de diagnóstico 1982 - 2005

AÑO	UDI	HETEROSEXUAL	HSH	TRANSMISION VERTICAL	TRANSFUSION	HEMOFILICO	OTRO	DESCONOCIDO	Total
1,982	0	1	3	0	0	0	0	0	4
1,983	0	0	4	0	0	0	0	0	4
1,984	0	0	8	0	0	0	0	0	8
1,985	1	1	26	0	0	0	0	0	28
1,986	6	0	27	1	1	4	0	1	40
1,987	14	8	66	1	0	6	0	1	96
1,988	41	10	135	5	4	9	0	3	207
1,989	78	22	146	25	11	17	1	6	306
1,990	212	39	207	26	5	19	0	8	516
1,991	319	70	274	53	20	4	0	16	756
1,992	519	183	313	63	29	22	1	24	1,154
1,993	652	255	418	121	22	14	1	46	1,530
1,994	985	462	582	129	39	9	2	57	2,265
1,995	1,005	456	562	177	21	6	5	81	2,313
1,996	1,108	748	626	229	22	9	4	118	2,866
1,997	1,047	804	511	220	25	11	5	119	2,746
1,998	884	812	456	191	16	3	2	125	2,498
1,999	752	834	421	151	9	1	2	108	2,282
2,000	633	909	429	163	14	2	1	135	2,288
2,001	502	866	399	134	16	1	2	173	2,094
2,002	454	956	364	138	16	1	1	195	2,125
2,003	368	942	372	116	12	0	1	177	1,988
2,004	277	847	301	83	6	1	3	152	1,670
2,005	90	403	156	23	6	0	0	36	714
<b>Total</b>	<b>9,947</b>	<b>9,628</b>	<b>6,806</b>	<b>2,049</b>	<b>294</b>	<b>139</b>	<b>31</b>	<b>1,581</b>	<b>30,498</b>

Fuente: Programa Nacional de lucha contra los RH SIDA y ETS - Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación

TABLA 7: Argentina: Diagnósticos de VIH notificados por provincia según año de diagnóstico 2000 - 2005

AÑO	2,000	2,001	2,002	2,003	2,004	2,005	Total
BUENOS AIRES	627	1589	1331	1427	2100	938	8012
CAPITAL	302	692	520	617	606	222	2959
CATAMARCA	3	1	10	3	27	14	58
CHACO	1	4	5	1	6	18	35
CHUBUT	31	32	60	59	87	36	305
CORDOBA	101	190	148	255	219	161	1074
CORRIENTES	5	11	6	73	44	32	171
ENTRE RIOS	24	24	17	102	29	5	201
FORMOSA	1	11	2	8	20	18	60
JUJUY	1	1	37	43	56	45	183
LA PAMPA	3	10	21	6	19	12	71
LA RIOJA	0	1	0	2	1	1	5
MENDOZA	41	86	48	87	59	16	337
MISIONES	32	52	58	75	78	46	341
NEUQUEN	27	37	43	48	36	18	209
RIO NEGRO	30	29	37	43	44	42	225
SALTA	49	41	78	86	114	3	371
SAN JUAN	10	19	19	17	22	5	92
SAN LUIS	14	0	4	59	28	30	135
SANTA CRUZ	10	10	9	16	24	18	87
SANTA FE	41	111	40	136	84	222	634
SGO DEL ESTERO	6	12	23	30	33	44	148
TIERRA DEL FUEGO	7	16	16	16	12	10	77
TUCUMAN	10	91	47	58	79	90	375
(SIN INFORMACION)	73	67	63	44	43	20	310
<b>Total</b>	<b>1449</b>	<b>3137</b>	<b>2642</b>	<b>3311</b>	<b>3870</b>	<b>2066</b>	<b>16475</b>

Fuente: Estudio sobre comportamiento e información en relación con el VIH/SIDA e ITS en Personas Privadas de Libertad, Argentina 2005.

TABLA 8: Argentina: Diagnósticos de VIH notificados en mujeres por provincia según año de diagnóstico 2000 - 2005

Provincia	2,000	2,001	2,002	2,003	2,004	2,005	Total
HETEROSEXUAL	737	1564	1442	1844	2245	1320	9152
HSH	311	734	528	660	663	408	3304
UDI	209	444	271	289	343	164	1720
TRANSMISION VERTICAL	57	139	128	120	130	52	626
TRANSFUSION	15	22	15	18	30	7	107
ACCID. LABORAL	2	3	2	4	4	2	17
HEMOFILICO	1	1	0	2	3	0	7
OTRO	1	0	1	2	1	0	5
DESCONOCIDO	116	230	255	372	451	113	1537
<b>Total</b>	<b>1449</b>	<b>3137</b>	<b>2642</b>	<b>3311</b>	<b>3870</b>	<b>2066</b>	<b>16475</b>

Fuente: Estudio sobre comportamiento e información en relación con el VIH/SIDA e ITS en Personas Privadas de Libertad. Argentina 2005.

TABLA 9: Argentina: Mortalidad por VIH/SIDA notificados por provincia según año de ocurrencia 1990 - 2004

Jurisdicción	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	Total
C	108	180	295	292	438	565	589	439	365	313	274	252	240	269	227	4846
B A	118	219	311	350	515	900	1158	1082	1033	874	902	855	921	897	804	10939
C						4	4	1	4	4	3	6	5	1	6	38
C	7	5	3	5	3	7	7	41	34	33	47	52	75	45	46	410
C	2	1	2	6	6	15	5	15	10	13	12	10	10	8	24	139
C	1		1	2		6	6	8	8	8	8	6	9	8	14	85
C	1	3	3			1	1	4	6	5	8	18	9	13	18	90
E R	4	2	2	2	11	6	15	15	9	12	10	10	21	25	22	166
F	1				1	1	4	3	1	3	5	8	5	4	5	41
J			2	2	2	2	5	4	4	5	13	12	9	26	14	98
L P	1					1	5	2	2	2	1	1	1	3	3	22
L R			1							1	3	1	2	3	3	14
M	2	3	11	8	17	17	27	20	19	22	18	26	26	21	13	250
M			1		2	9	7	15	3	9	18	20	17	29	32	162
N		4	2	2	5	9	9	9	6	11	9	11	10	14	11	112
R N	1	1	1	5	6	6	7	5	8	9	5	8	8	6	6	82
S	1			2	5	10	10	10	13	4	10	24	20	51	43	203
S J		1	1	1	2		6	3	9	6	6	12	9	8	3	67
S L		1	1	1	1		1	5	5	2	6	2	3	5	8	41
S C				2	4	1	4	3	3	1	2	1	10	4	2	37
S F	30	38	75	92	120	128	138	107	82	94	80	89	76	94	93	1336
S E				1		3	1	6	10	3	3	5	5	5	8	50
T		1	3	6	6	9	8	9	9	13	7	14	17	12	23	137
T.D F				2	2	1	3	1	3	2	3	1	3	5	3	27
E	4		6	7	21	25	24	2			1			1		91
I	1	6	4	4	9	15	11	20	27	20	18	30	17	16	21	219
<b>Total general</b>	<b>282</b>	<b>465</b>	<b>725</b>	<b>788</b>	<b>1176</b>	<b>1741</b>	<b>2055</b>	<b>1829</b>	<b>1673</b>	<b>1469</b>	<b>1472</b>	<b>1474</b>	<b>1528</b>	<b>1573</b>	<b>1452</b>	<b>19702</b>

Fuente: Estudio sobre comportamiento e información en relación con el VIH/SIDA e ITS en Personas Privadas de Libertad. Argentina 2005.

# Sitios Centinelas que remiten información, a través de cada Programa Provincial de SIDA Año 2004

## PROVINCIA DE BUENOS AIRES

### Región Sanitaria I

- Hospital Municipal Agudos “Dr. Lucero” (Bahía Blanca)
- HIGA Penna (Bahía Blanca)
- Hospital Municipal Eva Perón (Punta Alta)
- Hospital Municipal Cabrera (Bahía Blanca)
- Hospital Municipal Guamini (Guamini)
- Hospital Municipal Anita Elicagaray (Gonzáles Chaves)
- Hospital Municipal “Dr. Ramón Carrillo” (Monte Hermoso)
- Hospital Municipal Gral. San Martín (Adolfo Alsina)
- Hospital Local Pedro Luro (Pedro Luro)
- Hospital Municipal “Dr. Pedro Ecay” (Patagones)
- Hospital Municipal Coronel Dorrego (Coronel Dorrego)
- Hospital Ignacio Pirovano (Tres Arroyos)

### Región Sanitaria II

- Hospital Municipal Villegas (Gral. Villegas)
- Hospital Julio Vedia (9 de Julio)
- Hospital Municipal Dr. Calvagni (Hipólito Irigoyen)
- Hospital Municipal Pedro Orellana (Trenque Lauquen)
- Hospital Municipal Garré (Carlos Tejedor)
- Hospital Municipal Salliqueló (Salliqueló)

### Región Sanitaria III

- Hospital Abraham Piñeyro (HIGA JUNIN) (Junín)
- Hospital Rubén Miravalle (Lincoln)
- Hospital Municipal de Gral. Viamonte (Gral. Viamonte)
- Hospital Municipal del Carmen (Chacabuco)
- Hospital Municipal Alberto Videla (General Pintos)

### Región Sanitaria IV

- Hospital Municipal Salto (Salto)
- Hospital S Unzue (Rojas)
- Hospital Zonal San Felipe (San Nicolás)
- Hospital Santa Francisca (Arrecifes)
- Hospital Subzonal San Pedro (San Pedro)
- Hospital Lino Piñeiro (Baradero)
- Hospital San José (Pergamino)

- Hospital Municipal Colon (Colon)

### Región Sanitaria V

- Hospital Domingo Mercante (José C. Paz)
- Hospital Dr. A. Cetrángolo (Vicente López)
- Hospital Dr. Diego Thompson (San Martín)
- Hospital M. y L. de la Vega (Moreno)
- Hospital Magdalena V. Martínez (Tigre)
- Hospital Zonal Gral. Manuel Belgrano (San Martín)
- Instituto de Maternidad Santa Rosa (Florida)
- Hospital Raúl F. Larcade (San Miguel)
- Hospital Federico Falcón (Del Viso)
- Hospital Municipal San José (Exaltación de la Cruz)
- Hospital Menem (Grand Bourg)
- Hospital A. Fleming (José L. Suarez)
- Hospital Ramón Carrillo (Los Polvorines)
- Hospital Juan Cirilo Sanguinetti (Pilar)
- Hospital Petrona V. de Cordero (San Fernando)
- HIGA Eva Perón (San Martín)
- Hospital Municipal Dr. Bernardo Houssay (Vicente López)
- Hospital Zonal Gral. Agudos Virgen del Carmen (Zárate)
- Maternidad Municipal de San Isidro (San Isidro)
- Hospital Municipal de San Isidro (San Isidro)
- Hospital Municipal de Boulogne (Boulogne)

### Región Sanitaria VI

- HIGA Luisa de Gandulfo (Lomas de Zamora)
- Hospital Local Gral. Agudos Dr. Arturo Melo (Lanus)
- Hospital Arturo Oñativia (Rafael Calzada)
- Hospital Modelo Don Bosco (Quilmes)
- Hospital Interzonal José A. Estévez (Lomas de Zamora)
- Hospital General de Agudos Lucio Meléndez (Adrogué)
- HIGA Dr. Pedro Fiorito (Quilmes)
- HIGA Pte. Perón (Avellaneda)
- Hospital Subzonal Materno Infantil Ana Goitia (Avellaneda)

- Hosp. Zonal Gral. de Agudos Evita Pueblo (Berazategui)
- Hospital Zonal María Teresa de Calcuta (Ezeiza)
- Hospital Municipal "Mi Pueblo" (Florencia Varela)
- HIGA Evita (Lanús)
- Hospital Zonal Gral. de Agudos Narciso López (Lanús)
- Unidad Sanitaria Araoz Alfaro (Lomas de Zamora)
- Hospital Sofía Santamarina (Monte Grande)
- Hospital Zonal Gral. de Agudos Dr. Isidoro Iriarte (Quilmes)
- Hospital Subzonal Esp. Materno Infantil (San Fco.Solano)
- Hospital Subzonal Gral. de Agudos de Wilde (Wilde)

#### Región Sanitaria VII A

- Hospital C. Bocalandro (Caseros)
- Hospital Dr. Jose Equiza (González Catán)
- Hospital Municipal de 3 de Febrero (3 de Febrero)
- Hospital Zonal Gral. de Agudos Prof. Dr. Ramón Carrillo (Ciudadela)
- HIGA Dr. Luis Güemes (Haedo)
- Hospital San Bernardino de Siena (Hurlingham)
- Hospital Municipal Hampi (Ituzaingo)
- Hospital Dra. Teresa Gelmani (Laferrere)
- Hospital Zonal Gral. de Agudos Dr. Paroissien (La Matanza)
- Hospital Municipal de Morón (Morón)
- Hospital de Niños (San Justo)
- Policlínico Central San Justo (San Justo)

#### Región Sanitaria VII B

- Hospital Dr. Pedro Chutro (Merlo)
- Hospital Zonal Municipal Ntra. Sra. De Luján (Lujan)
- Hospital Materno Infantil de Pontevedra (Merlo)
- Hospital Zonal Gral. Vicente López y Planes (Gral. Rodríguez)
- Hospital Eva Perón (Merlo)
- Hospital Dr. Hector D'Angelo (Marcos Paz)

#### Región Sanitaria VIII

- HIGA Iremi (Mar del Plata)
- HIGA Mar del Plata (Mar del Plata)
- Hospital Municipal de Mar de Ajo (Mar de Ajo)
- Hospital Santa Teresita (Santa Teresita)
- Hospital Local Gral. de Agudos (San Clemente)
- Hospital Local Gral. Gaspar Campos (Lobería)
- Hospital Comunitario de Pinamar (Pinamar)
- Hospital Subzonal Municipal Dr.F. Fosatti (Balcarce)
- Hospital Municipal Dr. Mariano Cassano (Miramar)
- Hospital Municipal Ana de Martinez Guerrero (Gral. Madariaga)

- Hospital Municipal Dr Arturo Illia (Villa Gesell)
- Hospital Subzonal Gral. Jose Irurzun (Necochea)
- Hospital Municipal Dr. Emilio Ferreyra (Necochea)
- Hospital Municipal Ramón Santamarina (Tandil)

#### Región Sanitaria IX

- Hospital Dr. Hector Cura (Olavarría)
- Hospital Dr. Angel Pinto (Azul)
- Hospital Materno Infantil (Azul)
- Hospital Local Gral. Lamadrid (Lamadrid)
- Hospital Zonal Gral. Las Flores (Las Flores)
- Hospital Subzonal Dr. Capredoni (Bolívar)
- Hospital Dr. P.S. Sancholuz (Laprida)
- Hospital Municipal de Tapalque (Tapalque)
- Hospital Municipal de Rivadavia (Rivadavia)

#### Región Sanitaria X

- Hospital Municipal San Luis (Bragado)
- Hospital Municipal Ntra. Sra. de la Merced (Alberti)

#### Región Sanitaria XI

- HIGA Dr. Rossi (La Plata)
- Hospital San Juan de Dios (La Plata)
- Hospital Zonal Gral. de Agudos San Roque (Gonnet)
- Centro Provincial de Referencia de SIDA (La Plata)
- Hospital Dr. A. Korn (La Plata)
- Hospital Subzonal de Agudos Ma. Magdalena (Magdalena)
- Hospital Zonal Gral. de Agudos Dr. Ricardo Gutiérrez (La Plata)
- Hospital Zenon Videla Dorna (Monte)
- Hospital Zonal Gral. de Agudos Mario V. Larrain (Berisso)
- Hospital Dra. Cecilia Grierson (Guernica)
- Centro Regional de Hemoterapia (La Plata)
- Hospital Subzonal Carrillo (San Vicente)
- Hospital Interzonal Gral. San Martín (La Plata)
- Hospital Zonal Gral. de Agudos H. Cestino (Ensenada)
- Hospital San Vicente de Paul (Chascomus)
- Hospital Municipal Ismael Ferrari (Gral. Conesa)
- Hospital Municipal Juan E. De la Fuente (Gral. Belgrano)
- Hospital Municipal Dr. Francisco Caram (Brandsen)
- Hospital Local Gral. Mitre (Cañuelas)
- Hospital Gral. de Agudos Dr. Juan Campomar (Ranchos)

**CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES**

- Hospital Durand
- Hospital Fernández
- Hospital Piñero
- Hospital Ramos Mejía
- Hospital Rivadavia
- Hospital Santojanni
- Hospital Velez Sarfield
- Maternidad Sardá
- ONG Nexo
- Cesac N° 2
- Cesac N° 7
- Cesac N° 20
- Cesac N° 33
- Cepad Ramos Mejía
- Cepad UTE
- Cepad Casa Jóven
- Servicio de Prom. y Protecc. Hospital Muñiz
- Servicio de ITS del Hospital Muñiz

**PROVINCIA DE SANTA FE**

- Hospital de Casilda (Casilda)
- Hospital Escuela Eva Peron (Granadero Baigorria)
- Hospital SAMCO Rafaela (Rafaela)
- Hospital Regional de Reconquista (Reconquista)
- Hospital Centenario (Rosario)
- Hospital Provincial (Rosario)
- Hospital Roque Saenz Peña (Rosario)
- Maternidad Martín (Rosario)
- Hospital Granaderos a Caballos (San Lorenzo)
- Hospital Cullen (Santa Fe)
- Hospital Iturraspe (Santa Fe)
- Hospital Alejandro Gutierrez (Venado Tuerto)
- Hospital de Villa Constitución (Villa Constitución)
- Hospital Gamen (Villa Gobernador Gálvez)

**PROVINCIA DE CHACO**

- Hospital Perrando (Resistencia)

**PROVINCIA DE CHUBUT**

- Hospital Zub Zonal El Maiten -Dpto. Cushamen
- Hospital Regional de Comodoro Rivadavia -Dpto. Escalante-
- Hospital Zonal - Dpto. Futaleufu
- Hospital Trevelin - Dpto. Futaleufu
- Hospital Rural Tecka - Dpto. Languiño
- Hospital Regional Lago Puelo - Dpto. Rawson
- Hospital S. Rawson - Dpto. Rawson
- Hospital Zonal de Trelew - Dpto. Rawson
- Hospital Rural José de San Martín - Dpto. Tehuelches

**PROVINCIA DE SANTIAGO DEL ESTERO**

- Banco Privado de Sangre Dr. Bouzon
- Hospital Añatuya
- Hospital Regional
- Centro de Chagas

**PROVINCIA DE LA PAMPA**

- Hospital Lucio Molas (Santa Rosa)
- Información Centralizada por el Programa Provincial sin descripción de Instituciones

**PROVINCIA DE ENTRE RÍOS (DEPARTAMENTOS INFORMANTES)**

- |              |                |          |                    |
|--------------|----------------|----------|--------------------|
| • Colón      | • Federal      | • La Paz | • Uruguay          |
| • Concordia  | • Feliciano    | • Nogoyá | • Victoria         |
| • Diamante   | • Gualeguay    | • Paraná | • Villaguay        |
| • Federación | • Gualeguaychu | • Tala   | • Islas del Ibicuy |
|              |                |          | • San Salvador     |

**PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO**

- Hospital de Río Grande
- Hospital de Ushuaia

**PROVINCIA DE TUCUMÁN**

- División ETS y Referencia en Diagnóstico HIV (San Miguel de Tucumán)
- Maternidad Nuestra Sra. de las Mercedes (San Miguel de Tucumán)

**PROVINCIA DE CÓRDOBA**

- Información Centralizada por el Programa Provincial sin descripción de Instituciones

**PROVINCIA DE CORRIENTES**

- Información Centralizada por el Programa Provincial sin descripción de Instituciones
- Banco de Sangre Central (Corrientes)

**PROVINCIA DE FORMOSA**

- Información Centralizada por el Programa Provincial sin descripción de Instituciones

**PROVINCIA DE JUJUY**

- Información Centralizada por el Programa Provincial sin descripción de Instituciones

**PROVINCIA DE LA RIOJA**

- Departamento de ETS y SIDA (La Rioja)
- Información Centralizada por el Programa Provincial sin descripción de Instituciones.

**PROVINCIA DE MENDOZA**

- Laboratorio de Referencia de Enfermedades Transmisibles. Centro Sanitario "Dr. Emilio Coni".

**PROVINCIA DE MISIONES**

- Información Centralizada por el Programa Provincial sin descripción de Instituciones

**PROVINCIA DE NEUQUEN**

- Información Centralizada por el Programa Provincial sin descripción de Instituciones

**PROVINCIA DE RÍO NEGRO**

- Información Centralizada por el Programa Provincial sin descripción de Instituciones

**PROVINCIA DE SALTA**

- Información Centralizada por el Programa Provincial sin descripción de Instituciones

**PROVINCIA DE SAN JUAN**

- Información Centralizada por el Programa Provincial sin descripción de Instituciones

**PROVINCIA DE SAN LUIS**

- Información Centralizada por el Programa Provincial sin descripción de Instituciones

**PROVINCIA DE SANTA CRUZ**

- Información Centralizada por el Programa Provincial sin descripción de Instituciones

**PROVINCIA DE CATAMARCA**

- Centro Unico de Referencia. Programa Provincial.

**COORDINADORA:**

**Dra. Gabriela Hamilton**

**Lic. María Delia Péné** (Coordinadora Área Epidemiología)

**EQUIPO DE TRABAJO:**

**Lic. Dolores Fenoy** (Coordinadora Línea 0-800 – Pregunte SIDA)

**Andrea Ayma** (Data entry)

**Gabriela Kuperman** (Data entry)

**Maria Laura Giraldez** (Data entry)

**Lic. Juan Adrián Sotelo** (Consultor Proyecto Vigilancia Segunda Generación)

**Dr. Marcelo Eduardo Vila** (Consultor Proyecto Vigilancia Segunda Generación)

**Lic. Beatriz Giri** (Consultor Proyecto Vigilancia Segunda Generación)

**Lic. Silvina Barchetta** (Consultor Proyecto Vigilancia Segunda Generación)



[www.msal.gov.ar](http://www.msal.gov.ar)

PREGUNTAR, CONSULTAR E INFORMARTE ES TU DERECHO

**0800-3333-444**

LÍNEA GRATUITA Y CONFIDENCIAL

Av. 9 de Julio 1925, 10° piso  
(C1073ABA) Ciudad Autónoma de Buenos Aires  
Tel. (011) 4379-9017 / 9112  
E-mail: [prog-nacional-sida@msal.gov.ar](mailto:prog-nacional-sida@msal.gov.ar)  
[vigilanciasida@msal.gov.ar](mailto:vigilanciasida@msal.gov.ar)



**Programa Nacional  
de Lucha  
contra los R.H.,  
SIDA y ETS**

 **Argentina**  
un país en serio