

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

Coordinación Sida / Ministerio de Salud / GCBA

MAYO DE 2009

I. DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR VIH	pág. 1
II. CASOS DE SIDA	pág. 8
III. VIGILANCIA DE LA TRANSMISIÓN PERINATAL	pág. 10
IV. INFORMACIÓN SOBRE TESTEOS	pág. 15
V. ALGUNOS DATOS DE GESTIÓN DE LOS MEDICAMENTOS	pág. 17
VI. SÍNTESIS: LA EPIDEMIA EN LA CIUDAD HOY	pág. 19

I. DIAGNÓSTICOS DE INFECCIÓN POR VIH (2003-2008)

Desde un principio, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) la vigilancia epidemiológica estuvo centrada sólo en la notificación de los casos de sida. Luego de un proceso de sistematización y armado logístico, el 1° de enero de 2003 se inició la notificación obligatoria de los nuevos diagnósticos de infección por VIH. Debido a estos cambios, la presente sección se basó en el análisis de los casos cuya fecha de diagnóstico fue posterior al 1° de enero de 2003.

En el período comprendido entre el 01/01/2003 y el 31/12/2008 se registraron en la Coordinación Sida **7.011 notificaciones de infección por VIH** con fecha de diagnóstico posterior a 2002. Dichas notificaciones corresponden a pacientes atendidos en distintos efectores de la CABA. Esto significa que se incluyeron 1.878 nuevas notificaciones desde la difusión del último boletín (que presentaba la información recabada hasta agosto de 2007). Si bien se observa una desaceleración en el número de nuevas infecciones por año, es necesario no perder de vista el retraso que se da con recurrencia en el proceso de notificación (Tabla 1).

De las 7.011 notificaciones, 2.677 (38,2%) correspondieron a mujeres y 4.334 (61,8%) a varones. Con respecto a la residencia de las personas notificadas, 2.787 (40,5%) pertenecen a la CABA, 3.972 (57,8%) al conurbano bonaerense y 252 (1,7%) a otras jurisdicciones.

Tabla 1. **Notificaciones de infección según año de diagnóstico, residentes y no residentes, CABA, 2003-2008**

Año de diagnóstico	Nº
2003	1.550
2004	1.396
2005	1.239
2006	1.049
2007	934
2008	843
Total	7.011

*En todos los casos, los datos son de elaboración propia de la
Coordinación Sida, Ministerio de Salud, GCBA.*

Del total de notificaciones, 5.538 (79%) fueron remitidas por hospitales públicos y 1.473 (21%) por instituciones que brindan asistencia a empresas de medicina prepaga y obras sociales (Tablas 2 y 3). En la Tabla 2 se detalla también el porcentaje de personas residentes de la ciudad que se atienden en

cada institución. En los hospitales pediátricos, la población de residentes es menor al 20%, mientras que en el resto de los hospitales la distribución no es uniforme.

Tabla 2. **Distribución de notificaciones por hospital público y proporción de residentes, CABA, 2003-2008**

Hospital	Total	% residentes	Hospital	Total	% residentes
Álvarez	215	51,2	Penna	339	32,2
Argerich	370	44,3	Pirovano	186	52,7
Borda	11	36,4	Piñero	460	54,8
Durand	150	58,7	Ramos Mejía	340	62,6
Elizalde	91	13,2	Rivadavia	76	67,1
Fernández	667	51,6	Santojanni	325	25,5
Ferrer	40	27,5	Sardá	102	31,4
Garrahan	153	11,1	Tornú	148	47,3
Gutiérrez	76	17,1	Vélez Sársfield	53	43,4
Moyano	9	33,3	Zubizarreta	43	41,9
Muñiz	1.684	28,5→	Total	5.538	39,6

Tabla 3. **Distribución de notificaciones por instituciones del subsector no público y proporción de residentes, CABA, 2003-2008**

Institución	Nº	%
CEADI	424	28,78
Nexo Asociación Civil	395	26,81
Fundación Helios	250	16,98
Sanatorio Franchín	85	5,80
Medicus	84	5,70
Sanatorio Méndez	50	3,40
Otros	172	11,67
Total	1.473	

ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN DE RESIDENTES DE LA CABA

Para realizar un análisis del perfil epidemiológico de las personas notificadas, hemos considerado solamente a los residentes en la CABA para tener un panorama con menos sesgo de selección, pues los no residentes son sólo una parte del universo de personas con VIH del conurbano bonaerense.

Tabla 4. **Distribución de diagnósticos notificados por año, residentes, CABA, 2003-2008**

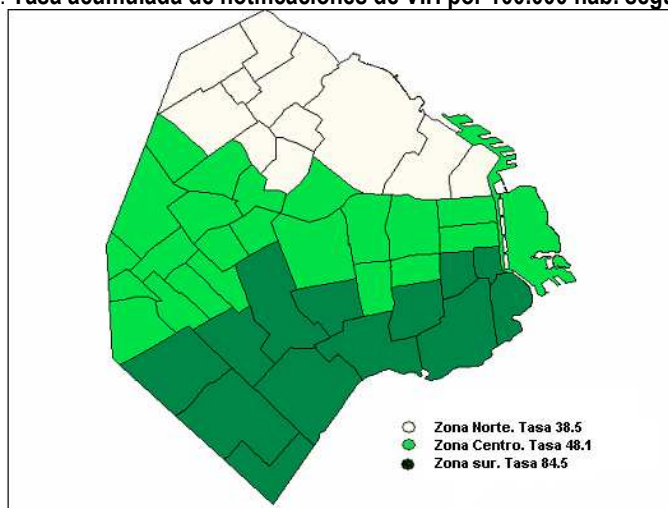
Año	Nº
2003	624
2004	552
2005	535
2006	457
2007	328
2008	291
Total	2.787

Del mismo modo que se describió en la población total, la reducción en los últimos años se atribuye a una subnotificación de casos.

RESIDENCIA

Del total de notificaciones (7.011), en 1.497 fichas (64,5%) se encuentra detallado el barrio de residencia de la persona. De esa manera, es posible observar una tasa de diagnóstico de VIH por 100.000 habitantes en la que la zona sur de la ciudad duplica a las zonas norte y centro en el número de pacientes.

Gráfico 1. Tasa acumulada de notificaciones de VIH por 100.000 hab. según zona de residencia, CABA, 2003-2008



Cuando desagregamos la información por barrio, se percibe una gran heterogeneidad, en parte por la dispersión demográfica y también debido a que hay barrios de la división geográfica de la ciudad que son confundidos con otros cuando se pregunta por el lugar de residencia.

De todas maneras, se observa que si bien la zona central de la ciudad tiene la mitad de la tasa de la zona sur, barrios como Monserrat y Balvanera se comportan en la tasa como los barrios de la zona sur. Un sesgo posible de esta distribución espacial es que estamos refiriéndonos solamente a los diagnósticos notificados por el subsector público y sólo a una parte del subsector privado.

Tabla 5. Diagnósticos de infección y tasa acumulada por 100.000 habitantes, residentes, CABA, 2003-2008

Barrio	N° de diagnósticos de VIH	Tasa x 100.000 habitantes
San Telmo	46	194,4
Paternal	27	149,4
Monserrat	52	139,9
Boca	59	138,7
Constitución	51	127,1
Flores	172	124,1
Mataderos	67	109,5
Parque Patricios	36	104,1
Villa Soldati	39	100,2
Balvanera	134	99,7
San Cristóbal	44	99,6
Floresta	33	90,4
Barracas	59	86,6
Chacarita	13	60,5
Palermo	130	58,7
Boedo	26	57,5
Retiro	20	54,8
Villa Lugano	55	51,9
Almagro	64	51,8
Belgrano	61	49,0
Villa del Parque	21	38,5
Saavedra	18	37,1
Villa Urquiza	30	34,9
Nueva Pompeya	24	34,7
Caballito	55	33,1
Villa Devoto	20	30,8
Villa Luro	9	27,8
Colegiales	14	27,4
Liniers	11	26,8
Villa Riachuelo	3	25,1

Barrio	N° de diagnósticos de VIH	Tasa x 100.000 habitantes
Recoleta	37	22,8
Parque Chacabuco	12	22,3
Villa Pueyrredón	8	21,2
Núñez	10	20,3
Villa Crespo	17	19,6
Agronomía	6	18,5
San Nicolás	4	15,8
Villa Real	2	14,2
Coghlan	2	10,6
Villa Ortúzar	2	9,4
Versalles	1	7,5
Monte Castro	2	6,0
Parque Avellaneda	1	2,0
Vélez Sársfield	0	0,0
Villa General Mitre	0	0,0
Villa Santa Rita	0	0,0
Total	1.497	55,0

EDADES

La mediana de edad al momento del diagnóstico entre los residentes fue de 35 años durante el período (34 años en los hombres y 32 en las mujeres). En la Tabla 6 se muestra la distribución por grupo de edades y por sexo.

Como se observa en la tabla, alrededor del 13% de las notificaciones corresponden a adultos jóvenes (20-24 años) y adolescentes. Más del 70% de los casos se concentran en el grupo de adultos de 25 a 49 años y un 12% en los mayores de 50.

Tabla 6. Distribución etaria de las notificaciones según sexo y edad, residentes, CABA, 2003-2008

Edades en años	Mujeres	Hombres	Total	%
14 o menos	29	31	60	2,19
15 a 19	44	29	73	2,67
20 a 24	111	177	288	10,52
25 a 29	174	354	528	19,28
30 a 39	300	647	947	34,59
40 a 49	153	361	514	18,77
50 o más	77	251	328	11,98

RAZÓN HOMBRE/MUJER

El índice de masculinidad global durante el período fue de 1,98 (1.853/934). Como se observa en la Tabla 7, la distribución anual de la razón hombre/mujer (H/M) se ha mantenido en un valor cercano a 2/1.

Si bien en los primeros años de la epidemia hubo un descenso muy significativo del índice de masculinidad (de 21,8 en 1989 a 5,2 en 1992), esta razón se ha mantenido estable en los últimos ocho años. El cambio en la forma de notificación (sólo casos de sida hasta 2002) y la mayor accesibilidad de las mujeres al sistema de salud justifican el aumento de diagnósticos en la población femenina.

Tabla 7. Distribución anual de la razón hombre/mujer, residentes, CABA, 2003-2008

Año	Razón H/M
2003	1,81
2004	2,0
2005	1,84
2006	2,21
2007	2,24
2008	1,98

Cuando analizamos la razón hombre/mujer estratificada por edad (Tabla 8), llama la atención la inversión del índice de masculinidad en el subgrupo de adolescentes. Tal inversión está definida por la

presencia en este grupo de una alta proporción de embarazadas. Dada la edad probable de infección, se supone que el diagnóstico de VIH fue hecho en el contexto del embarazo, sobre todo porque en este estrato de edad la vía perinatal fue la forma de transmisión sólo en 5 adolescentes mujeres.

Tabla 8. **Distribución etaria de la razón H/M y porcentaje de embarazadas por grupo, residentes, CABA, 2003-2008**

Grupos de edad	Mujeres	Hombres	Razón H/M	Número de embarazadas y porcentaje
14 o menos	29	31	1	
15-19	44	29	0,66	24 (54%)
20-24	111	177	1,60	37 (34%)
25-29	174	354	2,03	77 (44%)
30-39	300	647	2,15	92 (31%)
40-49	153	361	2,35	6 (4%)
50 o más	77	251	3,26	0
Total	888	1.850		

En la Tabla 9 se presenta la razón H/M excluyendo a las mujeres embarazadas.

El aumento en la razón H/M en la población en edad fértil, cuando se excluye a las embarazadas, podría estar vinculado con el impacto de la universalización de la oferta de testeo en esta población, con la mayor accesibilidad de las mujeres al sistema de salud y con una mayor información de infecciones femeninas a través de la notificación de partos.

Tabla 9. **Distribución etaria de la razón H/M excluyendo a las mujeres embarazadas, residentes, CABA, 2003-2008**

Grupos de edad	Mujeres	Hombres	Razón H/M
14 o menos	29	31	1
15-19	20	29	1,45
20-24	74	177	2,39
25-29	103	354	3,43
30-39	208	647	3,11
40-49	147	361	2,45
50 o más	77	251	3,26

También presentamos el índice de masculinidad en la población heterosexual (Tabla 10). El descenso en la razón H/M se atribuye al predominio del subgrupo de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) en la población masculina.

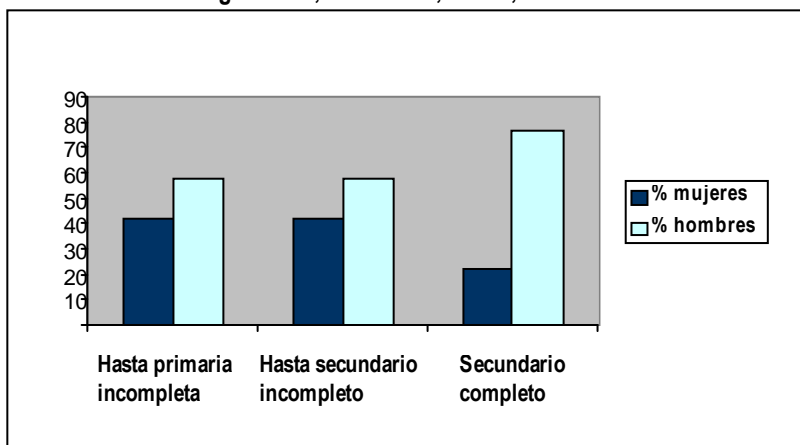
Tabla 10. **Razón H/M en población heterosexual por año**

Año	Mujeres	Hombres	Razón H/M
2003	186	176	0,94
2004	152	154	1,01
2005	166	134	0,80
2006	125	132	1,05
2007	65	89	1,36
2008	81	74	0,90

NIVEL DE ESTUDIOS

Es llamativa la diferencia en cuanto al nivel de estudios superiores entre hombres y mujeres. Mientras los primeros completaron el nivel secundario o terciario en más de un 50% de los casos, las mujeres sólo completaron este nivel en un 30%. La diferencia es aun más marcada si se contempla sólo el nivel terciario. Otra forma de presentarlo sería indicando que, de las 1.123 personas que completaron el nivel secundario o terciario, solamente un 23% son mujeres (Gráfico 3).

Gráfico 2. Nivel de estudios según sexo, residentes, CABA, 2003-2008



VÍAS DE TRANSMISIÓN

En el Gráfico 3 se muestra la distribución de los casos de acuerdo a la vía de transmisión. La vía sexual es la forma de transmisión predominante en ambos sexos (92% en mujeres y 41% en hombres). Entre la población masculina, casi el 50% de las infecciones corresponde a población de hombres que tienen sexo con hombres, HSH (Tabla 11).

En cuanto a la evolución en el tiempo, se observa una estabilización de la proporción de población heterosexual, mientras que la proporción en la población de HSH muestra una tendencia descendente (Gráfico 4). Sin embargo, no es posible sacar conclusiones definitivas dado que, por el retraso habitual de las notificaciones, aún no consideramos 2007 y 2008 como períodos cerrados.

Cuando analizamos específicamente a la población masculina, se observa una tendencia en descenso paralela durante los últimos años. Sin embargo, el subgrupo de HSH sigue siendo predominante en esta población (Gráfico 5).

Tabla 11. Distribución de notificaciones por vía de transmisión según sexo, residentes, CABA, 2003-2008

Vía de transmisión	Mujeres	%	Hombres	%
Heterosexual	849	92%	759	41%
HSH			899	49%
Usuarios de drogas inyectables	25	3%	112	13%
Transmisión vertical	23	2%	28	1,5%
Otros	5		8	
Desconocido	32		16	
Total	932		1.853	

Gráfico 3. Distribución de la población según vía de transmisión, residentes, CABA, 2003-2008

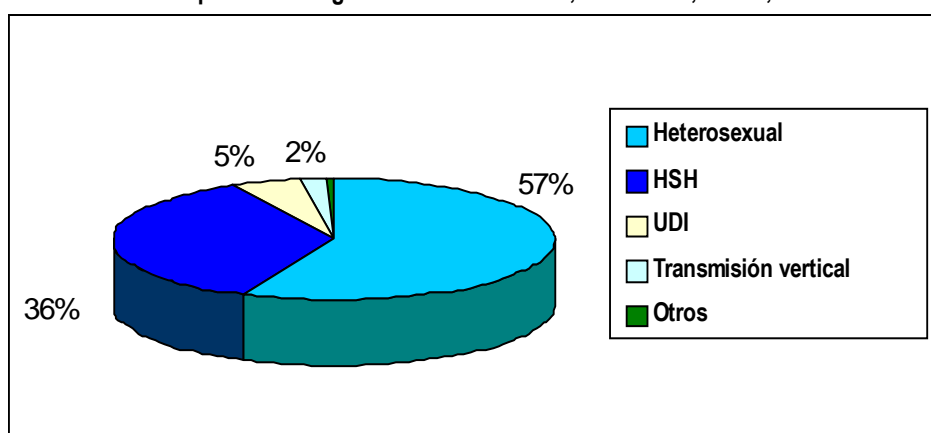


Gráfico 4. Tendencia en las vías de transmisión, residentes, CABA, 2003-2008

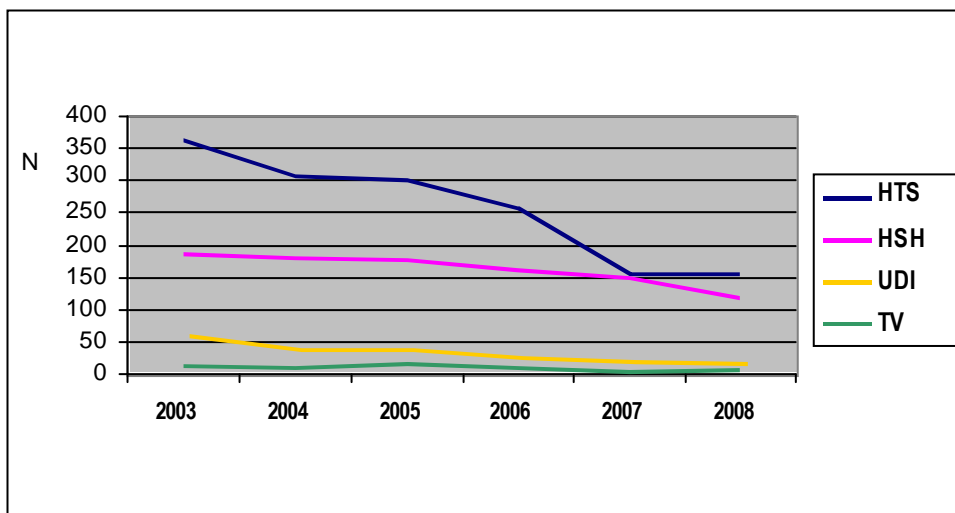
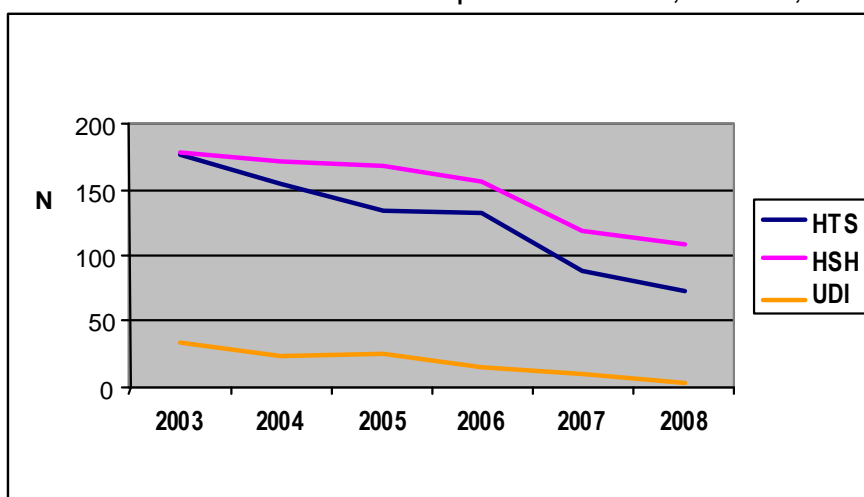


Gráfico 5. Tendencia en las vías de transmisión en la población masculina, residentes, CABA, 2003-2008



ESTADIO CLÍNICO AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO

En la Tabla 12 se detalla la distribución de la población de acuerdo al estadio clínico en que se hallaban las personas al momento del diagnóstico. El análisis permite destacar que existe un predominio de la población masculina en el grupo con diagnóstico concomitante de sida.

Tabla 12. Distribución por sexo y razón H/M según estadio clínico al momento del diagnóstico, residentes, CABA, 2003-2008

Estadio	Nº	%	Mujeres	Hombres	Razón H/M
Síndrome retroviral agudo	49	1,75	20	29	1,45
Asintomático	1.499	53,78	619	880	1,42
Sintomático no sida	340	12,20	106	234	2,20
Sida	629	22,57	128	501	3,92
Desconocido	60	2,15			
Total	2.787				

DIAGNÓSTICOS TARDÍOS

Definimos como diagnósticos tardíos a aquellos casos en que el primer test de VIH se hizo en el contexto de un evento sintomático (Tabla 13). Durante el período 2003-2008, de las 2.787 notificaciones de infección por VIH, 628 fueron con diagnóstico simultáneo de sida, mientras que 340 casos correspondieron a personas con eventos asociados aunque no definidores de sida al momento del diagnóstico. Si consideramos a los dos grupos, el porcentaje de diagnósticos tardíos alcanzó el 34,73% (968 casos) durante el período mencionado.

En esta oportunidad se ha incluido a aquellas personas diagnosticadas en período sintomático pero sin criterios de sida; esta decisión tiene el objetivo de suplir la falta de datos en la ficha de notificación con respecto al nivel de CD4+ al momento del diagnóstico, ya que estos eventos sintomáticos ocurren mayoritariamente con recuentos menores a 200 cels/cc.

Tabla 13. **Distribución anual de los casos de diagnósticos tardíos, residentes, CABA, 2003-2008**

Año	Diagnósticos tardíos por año	Diagnósticos de VIH totales por año	% de diagnósticos tardíos con relación al total de diagnósticos por año
2003	210	624	33,65%
2004	219	552	39,67%
2005	174	535	32,52%
2006	151	457	33,04%
2007	123	328	37,50%
2008	91	291	31,27%
Total	968	2.787	34,73%

En el subgrupo de personas con diagnósticos tardíos, la razón hombre/mujer fue superior a la de la población de residentes en su conjunto (3,14 vs 1,98).

De las personas con diagnóstico tardío, el 36,32% sólo completó la escuela primaria. Este porcentaje desciende al 29% entre quienes tuvieron diagnóstico más temprano.

El 42,3% tiene más de 40 años de edad, mientras que este grupo etario representa sólo el 24% entre aquellas personas con diagnóstico temprano.

En la población femenina, es posible observar que en el grupo con nivel de instrucción más alto es más frecuente el diagnóstico temprano. En conclusión, la población masculina, los mayores de 50 años y las personas con menor nivel de instrucción son los grupos predominantes entre las personas diagnosticadas tardíamente. No se advierten diferencias significativas en cuanto a la vía de transmisión (Tabla 14).

Tabla 14. **Probables factores asociados al diagnóstico tardío, residentes, CABA, 2003-2008**

Variables	Total	Diagnóstico temprano	Diagnóstico tardío
Sexo femenino	934	700 (75%)	234 (25%)
Sexo masculino	1.853	1.098 (59,25%)	755 (40,75%)
> 50 años	328	147 (44,8%)	181 (55,2%)
Hasta primaria completa	843	491 (58,25%)	352 (41,75%)
Secundaria completa o terciario	1.123	813 (73%)	310 (27%)
Transmisión HTS	1.534	1.006 (66%)	528 (34%)
Transmisión HSH	973	661 (68%)	312 (32%)
UDI	137	87 (63,5%)	50 (36,5%)

II. CASOS DE SIDA (1983-2008)

La vigilancia epidemiológica de los casos de sida ha dejado de tener la importancia que presentaba hace unos años para orientarse en el avance de la epidemia, ya que a partir de la incorporación del tratamiento antirretroviral de alta eficacia, se ha modificado sustancialmente la historia natural de la enfermedad.

Sin embargo, el análisis de esta información puede ser útil para conocer el perfil de quienes enferman de sida, lo que podría evidenciar los aspectos más vulnerables de las personas que viven con el virus.

Desde el inicio de la epidemia en nuestra ciudad se han notificado 15.994 casos de sida, de los cuales 8.161 (51%) residen en el distrito.

Para describir y analizar la epidemia de sida en la ciudad de Buenos Aires, se ha tomado la información de las personas que viven en la ciudad.

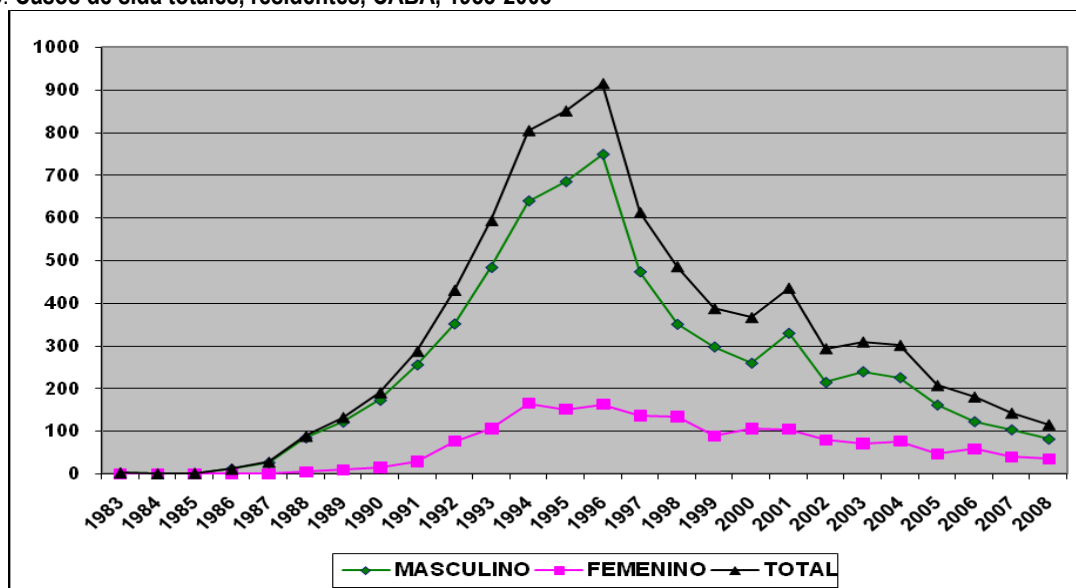
La tasa de incidencia tuvo su pico en el año 1996 con 30,5 por 100.000 habitantes, y decreció luego paulatinamente hasta el 6 por 100.000 habitantes en 2006, que es el último año que se puede considerar completo por el retraso en la notificación. Esta baja se debe a la aparición de la terapia antirretroviral de alta eficacia y es consistente con la disminución de la mortalidad en el mismo

período. Sin embargo, el descenso en el número de casos está también influenciado por la falta de actualización de eventos marcadores en aquellas personas diagnosticadas en estadio asintomático.

Tabla 15. Casos de sida según sexo, relación H-M y tasa de incidencia, residentes, CABA, 1983-2008

Año	Masculino	Femenino	S/d	Total	Razón H/M	Tasa x 100,000 hab.
1983	2	0	0	2	N/C	0,1
1984	0	0	0	0	N/C	0
1985	1	0	0	1	N/C	0
1986	11	0	0	11	N/C	0,4
1987	26	0	1	27	N/C	0,9
1988	84	4	0	88	21	2,9
1989	121	9	2	132	13,4	4,4
1990	172	15	3	190	11,5	6,3
1991	255	29	3	287	8,8	9,6
1992	351	76	3	430	4,6	14,3
1993	483	105	5	593	4,6	19,8
1994	639	164	1	804	3,9	26,8
1995	684	151	15	850	4,5	28,3
1996	748	162	4	914	4,6	30,5
1997	473	135	4	612	3,5	20,4
1998	350	133	2	485	2,6	16,2
1999	297	88	2	387	3,4	12,9
2000	259	105	2	366	2,5	12,2
2001	329	104	2	435	3,2	14,5
2002	214	79	0	293	2,7	9,8
2003	239	70	0	309	3,4	10,3
2004	225	76	0	301	3	10
2005	161	46	0	207	3,5	6,9
2006	122	58	0	180	2,1	6
2007	103	39	0	142	2,6	4,7
2008	81	34	0	115	2,4	3,8
	6.430	1.682	49	8.161	3,8	272

Gráfico 6. Casos de sida totales, residentes, CABA, 1983-2008



SEXO

Desde el inicio de la epidemia hay notificados 6.430 hombres y 1.682 mujeres residentes en la ciudad de Buenos Aires. La razón hombre-mujer en los casos de sida disminuyó de más de 10 a 1 en los años ochenta a 3/1 en el año 1997, bajando a menos de 2/1 en 2006. Dentro de ese descenso se observa una tendencia a la estabilización en el índice de masculinidad.

EDAD

La mediana de edad de los casos de sida es de 32 años para los hombres y de 29 para las mujeres. Al analizar la curva se aprecia un aumento progresivo a partir de 1992, que en 2004 alcanza una mediana de 35 años y se mantiene hasta 2008. Durante el período 2003-2008 la mediana de edad es de 32 años para las mujeres y 34 para los hombres.

NIVEL DE ESTUDIOS

El nivel de estudios de las personas con diagnóstico de sida ha ido en disminución a partir del año 1996. El porcentaje de personas que sólo alcanzó estudios primarios o menores pasó del 30% en 1996 a cifras superiores al 40% a partir del año 2000.

TIEMPO ENTRE EL DIAGNÓSTICO DE VIH Y LA PROGRESIÓN A SIDA

La notificación de casos incluye –a partir de 2003– información sobre la fecha de diagnóstico de infección. Es por ello que se puede analizar el tiempo transcurrido entre dicho diagnóstico y la progresión hacia la enfermedad. De los 1.103 casos diagnosticados en el período 2003-2008, 1.072 consignan este dato. El 56,7% de esos pacientes tiene menos de un año entre ambos diagnósticos, lo que se puede interpretar como un diagnóstico tardío y simultáneo entre infección y enfermedad. El 15,5% tenía de 2 a 5 años de estar infectado y el 27,8% tenía más de 5 años de conocimiento de su condición serológica positiva. Una de las conclusiones que revela el análisis de esta información es que quienes se enferman son en su mayoría aquellos que no conocían con anterioridad su serología.

Tabla 16. Casos de sida según tiempo transcurrido desde el diagnóstico de infección, residentes, CABA, 2003-2008

Tiempo	N°	%	Acumulado
1 año o menos	608	56,7	56,7
2 a 5 años	166	15,5	72,2
6 a 10 años	165	15,4	87,6
Más de 10 años	133	12,4	100,0
	1.072		

III. VIGILANCIA DE LA TRANSMISIÓN PERINATAL (2003-2008)

Entre enero de 2003 y diciembre de 2008 se notificaron **1.621 partos en mujeres con VIH**, los cuales se produjeron en hospitales del sistema público de la CABA. El análisis de los datos correspondientes a esta población permite observar una disminución tanto del número absoluto como de la prevalencia de partos en mujeres con VIH en la ciudad (Tabla 17). Si bien esta disminución podría atribuirse a una subnotificación, el Gráfico 7 muestra que la baja se da exclusivamente en el grupo de residentes porteñas. La mayor disponibilidad de métodos anticonceptivos –incluida la ligadura tubaria– en la ciudad de Buenos Aires podría asociarse con esta disminución.

Tabla 17. Partos de mujeres con VIH en hospitales públicos de la ciudad, residentes y no residentes, CABA, 2003-2008

Año	Total de partos	Partos de mujeres VIH+	Prevalencia de VIH
2003	29.272	312	1,06%
2004	30.824	305	0,98%
2005	30.049	270	0,90%
2006	29.738	257	0,86%
2007	31.727	241	0,75%
2008	31.060	236	0,76%
Total	182.670	1.621	0,88%

Grafico 7. Tendencia anual de la residencia de las mujeres con VIH cuyos partos fueron en hospitales públicos de la CABA, 2003-2008

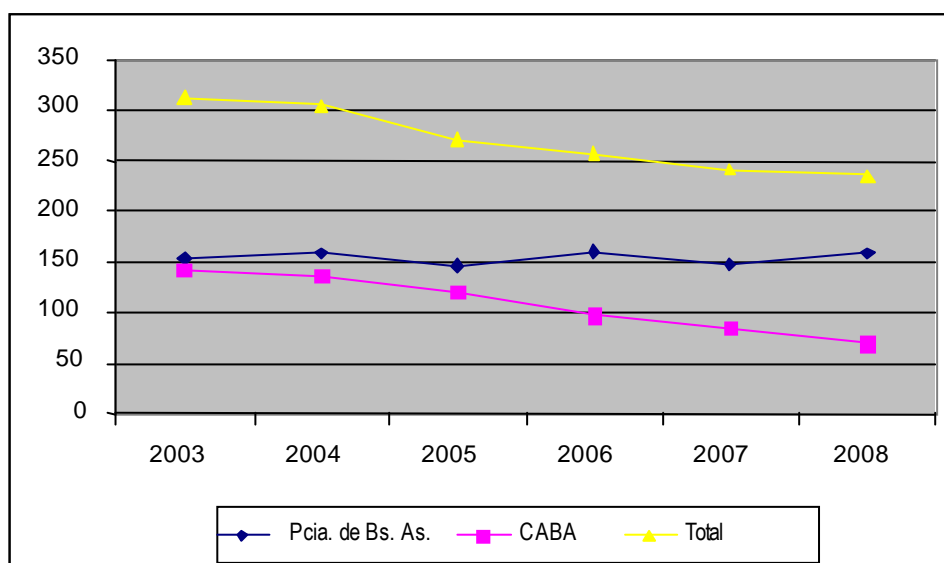


Tabla 18. Distribución por hospital de los partos notificados, CABA, 2003-2008

Hospital	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Total
Sardá	65	77	83	58	46	34	363
Durand	50	51	44	40	43	24	252
Ramos Mejía	34	34	35	39	33	31	206
Penna	32	24	34	36	31	36	193
Argerich	31	32	20	31	31	21	166
Fernández	16	21	12	8	17	42	116
Piñero	24	18	12	9	7	10	80
Santojanni	21	25	2	11	13	8	80
Álvarez	18	3	6	11	3	10	51
Rivadavia	13	6	11	4	4	8	46
Vélez Sársfield	7	7	4	3	4	8	33
Pirovano	1	7	7	6	6	4	31

CARACTERÍSTICAS DE LAS MADRES

El 40,2% (651) de las madres eran residentes de la CABA; el 57,1% (925), de la provincia de Buenos Aires; y el 2,89%, de otras ciudades del país. De los casos de estas mujeres en que se consignan los datos sobre el nivel de instrucción, el 40,6% no superó la escuela primaria y sólo el 25,4% completó estudios secundarios o superiores. Estas cifras ponen en evidencia que el bajo nivel de escolaridad (Tabla 19) incrementa la vulnerabilidad de la población más pobre frente al VIH-sida.

Tabla 19. Distribución de las madres según nivel de instrucción, residentes y no residentes, CABA, 2003-2008

Estudios	Número	%	% acumulado
Analfabeta	15	1,2	1,2
Primaria incompleta	120	9,5	10,7
Primaria completa	376	29,8	40,6
Secundaria incompleta	428	34	74,5
Secundaria completa	231	18,3	92,9
Terciaria	90	7,1	100

Entre 2003 y 2008, el 60% de las embarazadas tuvo un diagnóstico previo al embarazo, aunque se evidencia un aumento de la curva de 57% en 2003 a 66,1% en 2008. Esto significa que la mayoría de

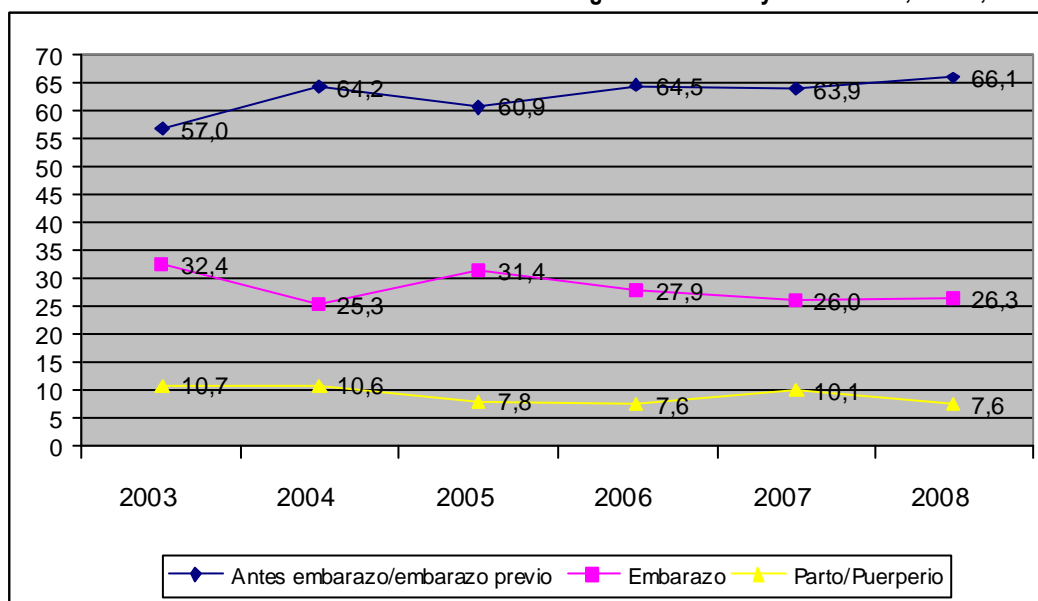
las mujeres quedaron embarazadas conociendo su diagnóstico serológico. Sin embargo, es posible que muchas de estas mujeres fueran diagnosticadas en un embarazo anterior. El diagnóstico durante el embarazo representó aproximadamente la cuarta parte de los casos, y mostró una variación del 32,4% en 2003 al 26% en 2008. Asimismo, el diagnóstico tardío ha sido más estable en el momento del parto o del puerperio, ya que estuvo en torno al 9% del total (Tabla 20 y Gráfico 8).

Tabla 20. Distribución de las madres de acuerdo al momento de diagnóstico de VIH respecto del embarazo, residentes y no residentes, CABA, 2003-2008

Momento del diagnóstico	N°	%
Antes del embarazo	929	57,3
Embarazo previo	55	3,4
Durante el embarazo	446	27,5
Parto	90	5,6
Puerperio	54	3,3
Desconocido	47	2,9
Total	1.621	

Como se observa en la tabla, un 9% de las madres tuvo diagnóstico tardío durante el trabajo de parto o puerperio, lo cual –como veremos más adelante– influye directamente en la tasa de transmisión vertical. Este porcentaje se mantiene estable en los últimos cinco años (Gráfico 8).

Gráfico 8. Tendencia anual de la relación entre el momento del diagnóstico de VIH y el embarazo, CABA, 2003-2008



Es interesante destacar que el 55% de las mujeres refiere tener una pareja con VIH conocida, mientras que el 23,6% reconoce haber tenido una pareja usuaria de drogas inyectables alguna vez en su vida (Tablas 21 y 22).

Tabla 21. Serología de la pareja de las madres, residentes y no residentes, CABA, 2003-2008

	N°	%
Positiva	887	54,72
Negativa	170	10,49
Desconocida	564	34,79
Total	1.621	

Tabla 22. **Madres con pareja UDI, residentes y no residentes, CABA, 2003-2008**

	Nº	%
Sí	382	23,6
No	430	26,5
Desconocido	809	49,9
Total	1.621	

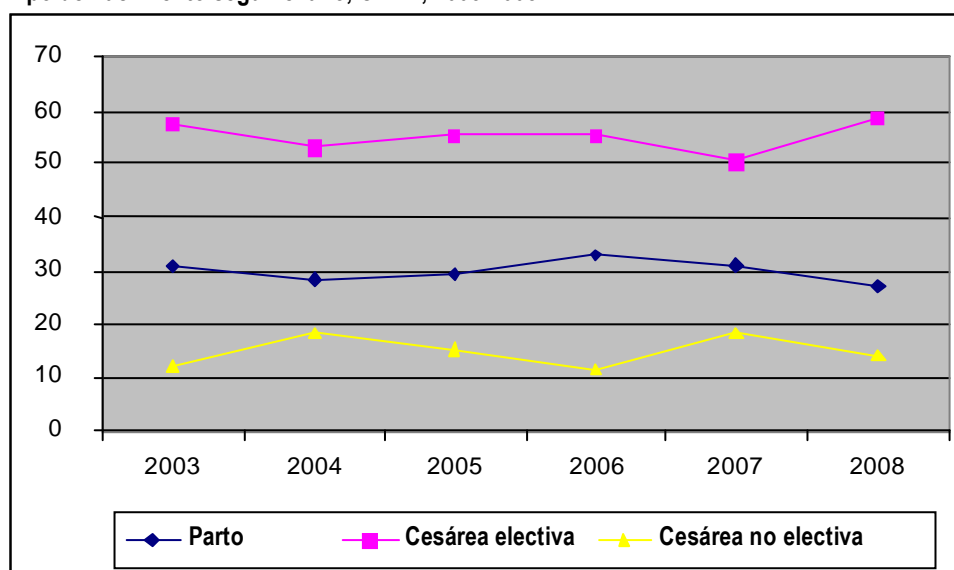
INFORMACIÓN SOBRE EL PARTO

El tipo de nacimiento no ha variado significativamente durante el período evaluado. Entre los datos analizados, es de destacar que hay un claro predominio de las cesáreas electivas (54% de los casos), como es posible observar en la Tabla 23 y en el Gráfico 9. Estos datos confirman la tendencia universal a elegir esta vía de terminación del parto entre las mujeres con VIH. Además, en algunas instituciones, la programación de una cesárea facilita el acceso a una ligadura tubaria.

Tabla 23. **Distribución de acuerdo al tipo de nacimiento, residentes y no residentes, CABA, 2003-2008**

Tipo	Nº	%
Parto vaginal	475	29,3
Cesárea electiva	875	54,0
Cesárea no electiva	237	14,6
Desconocido	34	2,09
Total	1.621	

Gráfico 9. **Tipo de nacimiento según el año, CABA, 2003-2008**



PROFILAXIS CON ANTIRRETROVIRALES

Más del 80% de las mujeres recibieron profilaxis con antirretrovirales durante el embarazo (Tabla 24). Dentro del 16% que no realizó profilaxis prenatal, se incluye al 9% cuyo diagnóstico se produjo durante el trabajo de parto o en el puerperio.

De las 262 madres que no realizaron profilaxis prenatal, el 55% tuvo diagnóstico tardío durante el trabajo de parto o puerperio, pero el 27% conoció el diagnóstico antes del embarazo y el 15% durante el mismo. Como muestra la Tabla 25, el 90% recibió profilaxis intraparto y más del 95% de los neonatos iniciaron profilaxis con zidovudina en las primeras horas de vida (Tabla 26)

Tabla 24. **Profilaxis prenatal, residentes y no residentes, CABA, 2003-2008**

	Nº	%
Sí	1.321	81,5
No	262	16,2
Sin datos	38	2,3
Total	1.621	

Tabla 25. **Profilaxis intraparto, residentes y no residentes, CABA, 2003-2008**

	Nº	%
Si	1.461	90,1
No	128	7,9
Sin datos	32	2,0
Total	1.621	

Tabla 26. **Profilaxis neonatal, residentes y no residentes, CABA, 2003-2008**

	Nº	%
Si	1.563	96,4
No	10	0,6
Sin datos	48	3,0
Total	1.621	

La tasa de transmisión perinatal global del período fue de 6,1 (IC95% 4,7-7,8). En la Tabla 27 se describe la tasa anual tomando como numerador y denominador el total de niños con resultado definitivo. La variación con respecto a las tasas de TV reportadas en boletines anteriores se debe a una redefinición más estricta de lo que implica un diagnóstico definitivo.

Tabla 27. **Tasa de transmisión vertical anual, CABA, 2003-2007**

	2003	2004	2005	2006	2007	Total
Total de partos	312	305	270	257	241	1.385
Total de niños con resultados confirmados	213	190	199	184	153	939
Positivos	16	12	12	6	9	57
Tasa TV	7,5	6,3	6,0	3,3	5,9	6,1
IC 95%	4,5-12,1	3,5-6,11	3,3-10,5	1,3-7,2	2,9-11,2	4,7-7,8

El momento del diagnóstico de VIH con relación al embarazo fue uno de los factores con mayor impacto en la tasa de transmisión (Gráfico 10). Mientras la tasa de transmisión perinatal en las mujeres con diagnóstico obtenido durante el embarazo fue de 3,5%, en aquellas con diagnóstico durante el puerperio fue de 35%.

Otro de los factores determinantes fue el nivel de instrucción de las madres, ya que la tasa de transmisión ascendió de 3% en las mujeres con secundaria completa a 11% en aquellas que tenían primaria incompleta, mientras que en las mujeres sin instrucción la tasa alcanzó el 22% (Gráfico 11).

Gráfico 10. **Tasa de transmisión vertical según el momento de diagnóstico de VIH, CABA, 2003-2008**

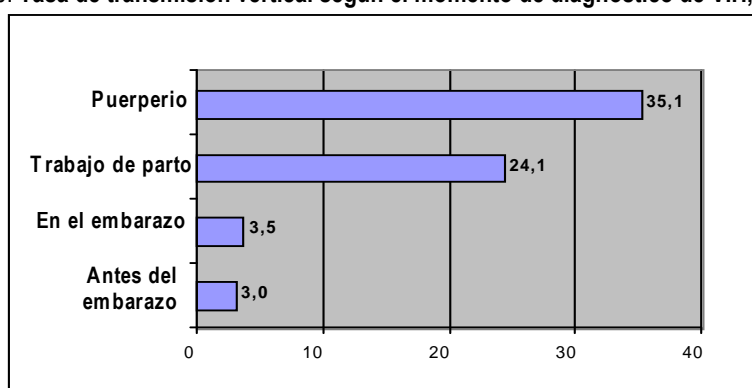
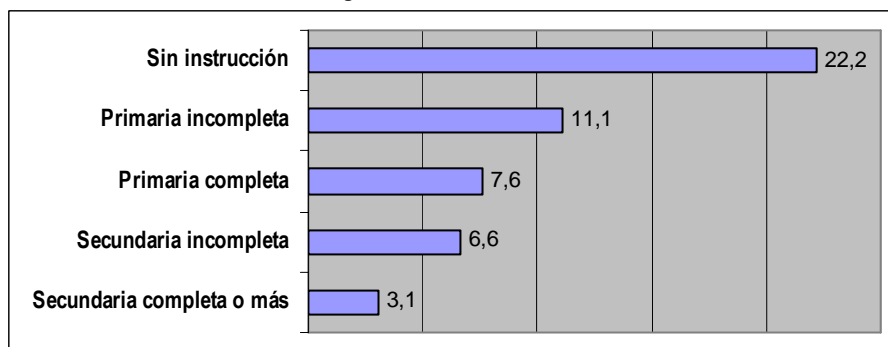


Gráfico 11. Tasa de transmisión vertical según nivel de estudio de las madres, CABA, 2003-2008



IV. INFORMACIÓN SOBRE TESTEOS

Una de las políticas implementadas por la Coordinación Sida desde su origen ha sido la promoción del acceso voluntario, confidencial y gratuito al test de VIH. En la actualidad, existen 20 Centros de Prevención, Asesoramiento y Diagnóstico (CePAD) en los que no sólo se facilita el acceso al test de VIH, sino que se promueven otras estrategias de prevención, como pueden ser el asesoramiento previo y posterior a la realización del examen y la distribución de preservativos y folletería específica. De acuerdo al perfil de cada CePAD, en algunos se realizan más testeos, mientras en otros predomina el trabajo de campo y la distribución de preservativos y de material preventivo.

Del total de CePAD, 15 están ubicados en Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC), 3 en hospitales generales de agudos (Piñero, Tornú y Ramos Mejía), 1 en una Organización No Gubernamental gay (Nexo Asociación Civil) y 1 en un gremio (UTE-CTERA).

En la Tabla 28 se detalla la información recibida hasta el momento con respecto al número de test realizados durante 2008. Allí no están incluidos los análisis de mujeres embarazadas ya que, si bien fueron realizados en forma voluntaria y contaron con asesoramiento, surgieron del ofrecimiento durante la consulta médica y no de la demanda espontánea de las personas.

En las Tablas 29 y 30 se detallan los datos sobre el porcentaje de test retirados y la prevalencia de resultados positivos.

Tabla 28. Número de análisis de VIH y resultados positivos de CePAD no hospitalarios, CABA, 2008

CePAD	Nº de test realizados	Resultados positivos	Período considerado
CeSAC Nº 2	526	4	Anual
CeSAC Nº 5	82	3	Anual
CeSAC Nº 7	255	1	2º semestre
CeSAC Nº 9	0	0	Sin datos
CeSAC Nº 13	462	6	Anual
CeSAC Nº 15	410	8	1er. semestre
CeSAC Nº 18	203	2	Anual
CeSAC Nº 19	60	0	Anual
CeSAC Nº 20	70	1	Anual
CeSAC Nº 21	128	0	Anual
CeSAC Nº 22	105	1	Anual
CeSAC Nº 24	141	2	Anual
CeSAC Nº 33	779	17	Anual
CeSAC Nº 35	73	3	1er. semestre
CeSAC Nº 40	362	1	Anual
UTE-CTERA	317	3	Anual
Nexo A. C.	1.183	104	Anual
Total	5.156	156	

Tabla 29. **Test realizados, resultados retirados y prevalencia en embarazadas, CePAD no hospitalarios, CABA, 2008**

Institución	Test a embarazadas	Resultados retirados	Resultados positivos
CePAD no hospitalarios	1.386	1.273 (92%)	5 (0,36%)

Tabla 30. **Test realizados, resultados retirados y prevalencia en demanda espontánea, CePAD no hospitalarios, CABA, 2008**

Institución	Test por demanda espontánea	Resultados retirados	Resultados positivos
CePAD de CeSAC	2.270	2.024 (89%)	44 (1,93%)
CePAD de UTE-CTERA	317	252 (79,5%)	3 (0,94%)
CePAD de Nexo	1.183	1.054 (90%)	104 (8,8%)

Si tomamos la prevalencia en embarazadas como el dato que mejor refleja la prevalencia en la población general, podríamos inferir que el mayor porcentaje de casos reactivos en los CePAD se debería a que a estos centros concurre a testearse un perfil de población que autopercebe un mayor riesgo de infección.

CePAD HOSPITALARIOS

Los CePAD hospitalarios tienen algunas particularidades que los diferencian de aquellos que funcionan en centros de salud y otras organizaciones. Asimismo, cada centro de testeo hospitalario tiene algunas singularidades con respecto a los demás: cada uno de ellos fue creado en diferentes momentos del proceso, con el objetivo de mejorar la accesibilidad al testeo dentro del ámbito hospitalario.

Con el propósito de comparar cada CePAD entre sí y observar las características que tienen en común, tomamos el período comprendido entre el año 2006 y el primer semestre de 2008.

Durante estos 18 meses se realizaron en los CePAD hospitalarios 9.228 entrevistas con testeo.

En la Tabla 31 se describen los datos diferenciados por hospital

Tabla 31. **Datos sobre testeos de los CePAD hospitalarios, CABA, 2006-1er. semestre de 2008**

Institución donde funciona el CePAD	Test por demanda espontánea	Resultados retirados	Resultados positivos	Observaciones
Hospital Piñero	1.370	1.096 (80%)	151 (11%)	
Hospital Ramos Mejía	4.265	3.250 (76%)	144 (3,37%)	Incluye 117 embarazadas
Hospital Tornú	1.771	1.293 (73%)	52 (2,9%)	No se incluyeron 1.822 análisis solicitados por otros servicios del hospital

Las prevalencias en los CePAD hospitalarios son aun más altas que las de los CePAD extra muros. La alta prevalencia en el CePAD del Hospital Piñero probablemente se deba a que se han incluido personas derivadas por otros servicios del hospital.

PERFIL DE LOS USUARIOS, A PROPÓSITO DE UN CASO

Para comparar los perfiles de las poblaciones testeadas, tomamos el área geográfica del Hospital Piñero, que incluye los datos del CePAD hospitalario y de los testeos realizados en el área programática del hospital (CeSAC y CePAD extra muros). Además, esta es el área de mayor concentración de CePAD en la ciudad. Hasta el momento disponemos de la información completa del año 2007.

Los nueve CeSAC del área programática del Hospital Piñero realizan testeo de VIH, de los cuales seis cuentan con CePAD. Los CePAD de esta área sólo realizan testeo por demanda espontánea, ya que los

análisis a embarazadas o por otras derivaciones médicas se realizan en los CeSAC pero por fuera del ámbito de los CePAD.

Durante 2007 se realizaron 3.672 test de VIH –2.959 a embarazadas y 713 fuera del embarazo–, de los cuales 347 se originaron por indicación médica y 366 por demanda espontánea en los CePAD. La prevalencia de resultados positivos fue de 0,20% en embarazadas, de 0,86% en el grupo testeado por indicación médica y de 0,54% en la población de los CePAD que acudió espontáneamente.

Durante el mismo año se notificaron desde el Servicio de Infectología del hospital Piñero 75 nuevos diagnósticos, de los cuales 33 correspondieron a residentes de la CABA. El 48% de los residentes de la ciudad diagnosticados con VIH vivían en barrios del área programática. De esos 16 residentes en el área, sólo 3 (18%) fueron diagnosticados en etapas sintomáticas de la enfermedad.

Si a estos datos los consideramos en conjunto con la información del CePAD del hospital, es probable que la población que se autopercebe en situación de más riesgo de infección concorra directamente al hospital y no lo haga tanto a los centros de salud barriales.

V. ALGUNOS DATOS DE GESTIÓN DE LOS MEDICAMENTOS

De acuerdo a las solicitudes de medicación recibidas por la Coordinación Sida hasta diciembre de 2008, **8.801 personas se encontraban bajo tratamiento** en los hospitales públicos de la CABA. Al comparar este número con el surgido de las notificaciones efectuadas por cada hospital (Tabla 32), aparece que este último es menor, diferencia que, inferimos, se debe a que algunas personas fueron diagnosticadas antes de 2003 y otras –probablemente la mayoría– no fueron notificadas por los efectores.

Tabla 32. Distribución de pacientes en tratamiento de acuerdo a cada hospital, CABA, 2003-2008

Hospital	Nº	%
Álvarez	237	2,69
Argerich	613	6,96
Durand	307	3,49
Elizalde	187	2,12
Fernández	1.585	18,01
Gutiérrez	140	1,59
Muñiz	2.981	33,87
Penna	191	2,17
Piñero	385	4,37
Pirovano	215	2,44
Ramos Mejía	994	11,29
Rivadavia	114	1,30
Santojanni	479	5,44
Tornú	256	2,91
Vélez Sársfield	32	0,36
Zubizarreta	86	0,98
Total	8.801	100

El 45,33% de las personas en tratamiento recibe combinaciones de zidovudina/lamivudina con inhibidores nucleósidos o no nucleósidos de la transcriptasa reversa (INTR, INNTR) o inhibidores de la proteasa (IP) (Tabla 33). En la Tabla 34 se describe la distribución de los nucleósidos utilizados, distintos a la combinación de zidovudina con lamivudina.

Tabla 33. Distribución de las combinaciones de tratamiento en el grupo que recibe zidovudina/lamivudina, CABA, 2003-2008

Combinación de drogas		Nº de pacientes	%
Zidovudina/Lamivudina	Efavirenz (EFV)	1.855	46,49
	Nevirapina (NVP)	796	19,95
	Lopinavir (LPV)/Ritonavir (RTV)	440	11,03
	Saquinavir (SQV)	186	4,66
	Abacavir (ABC)	176	4,41
	Atazanavir (ATZ)	170	4,26
	Nelfinavir (NFV)	163	4,09
	Indinavir (IND)	96	2,41
	Fosamprenavir (FMP)	56	1,40
	Otros	52	1,30
Total		3.990	100

Tabla 34. Distribución de nucleósidos utilizados, distintos a zidovudina/lamivudina, CABA, 2003-2008

INTR	Nº	%
Tenofovir	1.124	13,03
Lamivudina	3.401	39,43
Abacavir	1.916	22,21
Stavudina	1.651	19,14
Didanosina	534	6,19

Si bien no se dispone de la información necesaria para describir los esquemas de tratamiento (de acuerdo a las combinaciones utilizadas), en la Tabla 35 se resume el consumo individual de cada medicamento. Como se observa, el uso de drogas de última generación es todavía limitado.

Tabla 35. Distribución de pacientes en función de cada medicamento, CABA, 2003-2008

Droga	Nº de pacientes	% sobre el total de pacientes en tratamiento
Zidovudina (comprimidos)	183	2,08
Zidovudina (jarabe)	81	0,92
Didanosina 100	77	0,87
Didanosina 200	12	0,14
Didanosina 250	32	0,36
Didanosina 400	411	4,67
Stavudina 30	858	9,75
Stavudina 40	793	9,01
Lamivudina	3.401	38,64
Zidovudina/Lamivudina	3.946	44,83
Abacavir	1.916	21,77
Tenofovir	1.124	12,77
Nevirapina	1.320	15,00
Efavirenz	4.170	47,38
Ritonavir	1.187	13,49
Saquinavir	453	5,15
Indinavir	269	3,06
Nelfinavir	402	4,57
Lopinavir	1.359	15,44
Atazanavir 300	484	5,50
Atazanavir 200	91	1,03
Fosamprenavir	199	2,26
Amprenavir	34	0,39
Darunavir	24	0,27
Tipranavir	25	0,28

Droga	Nº de pacientes	% sobre el total de pacientes en tratamiento
Enfuvirtide	17	0,19
Raltegravir	2	0,02
Etravirina	0	0,00

**SÍNTESIS:
LA EPIDEMIA EN LA
CIUDAD HOY**

- Como sucede con la mayoría de los problemas de salud-enfermedad, la epidemia de VIH-sida afecta en la ciudad de Buenos Aires particularmente a los sectores sociales más desfavorecidos, que en su mayoría residen en la zona sur del distrito.
- Si bien el índice de masculinidad de los casos de sida ha descendido desde el inicio de la epidemia y hasta el año 2000, la razón hombre/mujer entre las nuevas infecciones se mantiene estable desde 2003 hasta la fecha. No podemos dejar de desconocer el impacto que la universalización de la oferta de testeo en embarazadas ha producido en esta relación.
- La principal vía de transmisión es la sexual tanto para mujeres como para varones. Pero dentro de la población masculina, predomina la transmisión entre HSH.
- En relación con la edad de diagnóstico, el 64% de los casos recibió su diagnóstico entre los 30 y los 49 años.
- Si bien el 54% de las personas conocieron su serología positiva en etapas asintomáticas, casi un 35% de los nuevos diagnósticos se corresponden con etapas avanzadas de la enfermedad. El sexo masculino, la edad mayor a 50 años y un bajo nivel de instrucción son variables asociadas a este diagnóstico tardío.
- La tasa de transmisión vertical global en la ciudad durante el período 2003-2008 es de 6,1%. Esta tasa supera los valores que podrían esperarse en este distrito que dispone de todas las estrategias preventivas recomendadas en la actualidad. El diagnóstico tardío y la consecuente ausencia de profilaxis prenatal aparecen como los factores determinantes de esta situación.

Coordinación Sida / Ministerio de Salud / GCBA

Carlos Pellegrini 313, 9º piso
4323-9029 / 9053
coordinacionsida@buenosaires.gob.ar