



Repositorio Digital Institucional
"José María Rosa"

Universidad Nacional de Lanús
Secretaría Académica
Dirección de Biblioteca y Servicios de Información Documental

María Valeria Levite

valelevite@yahoo.com.ar

¿Quiénes se diagnostican tardíamente con VIH en la Argentina?: un estudio de las notificaciones de casos diagnosticados entre 2013-2011

Tesis presentada para la obtención del título de Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud del Departamento de Salud Comunitaria

Director de Tesis

Grisel Adissi

<https://doi.org/10.18294/rdi.2017.172280>

El presente documento integra el Repositorio Digital Institucional "José María Rosa" de la Biblioteca "Rodolfo Puiggrós" de la Universidad Nacional de Lanús (UNLa)

This document is part of the Institutional Digital Repository "José María Rosa" of the Library "Rodolfo Puiggrós" of the University National of Lanús (UNLa)

Cita sugerida

Levite, M. V. (2014). *¿Quiénes se diagnostican tardíamente con VIH en la Argentina?: un estudio de las notificaciones de casos diagnosticados entre 2013-2011* (Tesis de Maestría). Universidad Nacional de Lanús.

Recuperada de

http://www.repositoriojmr.unla.edu.ar/descarga/Tesis/MaEGyPS/Levite_M_Quienes_2014.pdf

Condiciones de uso

www.repositoriojmr.unla.edu.ar/condicionesdeuso



www.unla.edu.ar
www.repositoriojmr.unla.edu.ar
repositoriojmr@unla.edu.ar



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS
Departamento de Salud Comunitaria

Maestría en Epidemiología Gestión y Políticas de Salud
11º Cohorte – Años 2008-2010

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

TÍTULO

¿Quiénes se diagnostican tardíamente con VIH en la Argentina? Un estudio de las notificaciones de casos diagnosticados entre 2003-2011.

MAESTRANDA

Lic. María Valeria Levite

TUTORA

Dra. Grisel Adissi

FECHA DE ENTREGA

Diciembre de 2014

Lanús, Argentina

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LANÚS
Departamento de Salud Comunitaria

Maestría en Epidemiología Gestión y Políticas de Salud
11º Cohorte – Años 2008-2010

TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER

TÍTULO

¿Quiénes se diagnostican tardíamente con VIH en la Argentina? Un estudio de las notificaciones de casos diagnosticados entre 2003-2011.

MAESTRANDA

Lic. María Valeria Levite

TUTORA

Dra. Grisel Adissi

INTEGRANTES DEL JURADO

Mgr. Osvaldo Rico Cordeiro

Mgr. Adrián Santoro

Mgr. Francisco Damián Herkovits

FECHA DE APROBACIÓN

03/11/2015

CALIFICACIÓN

Ocho

AGRADECIMIENTOS

Ante todo quiero agradecer a Grisel Adissi por acompañarme maravillosamente en este camino de indagación y aprendizaje como tutora y como amiga.

A Carlos Guevel por su cálida disposición a compartir sus conocimientos.

A Carlos Falistocco, Ariel Adaszko y Andrea Ayma quienes confiaron en mí y sin quienes no hubiera sido posible contar con el insumo principal de esta tesis.

A Graciela Laplacette que me ayudó a dar el primer paso.

A Liliana Vignau, Adriana Durán y Eduardo Pérez por estar cuando los necesité.

A Andrea Montenegro, Andrés Negroni y Guadalupe Iglesias por sus valiosas colaboraciones técnicas.

A Pedro Osvaldo Rico Cordeiro y Raúl Gómez Alonso por sus ricos aportes.

A Ariel Zeballos por ayudarme a reencontrar el camino.

Y a Andrés Gori por ser mi compañero también en esta aventura.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo observacional retrospectivo con el propósito de producir conocimiento sobre las características epidemiológicas de las personas con diagnóstico tardío de la infección por VIH en Argentina en contraste con aquellas que se diagnostican tempranamente a fin de contribuir al análisis y reformulación de políticas públicas de acceso al diagnóstico. Para ello se exploró en primer lugar la existencia de cambios en la epidemia de VIH y en la oferta diagnóstica en Argentina que permitieran comprender el acceso al diagnóstico en el marco de las condiciones en que se produce. Luego se describió la evolución del porcentaje de personas con diagnóstico tardío de VIH según variables epidemiológicas estudiadas entre los años 2003 y 2011. Finalmente se indagó sobre la existencia de asociación estadística entre aquellas variables y el momento del diagnóstico de VIH en tales años de corte según regiones geográficas del país. Se encontraron porcentajes de diagnósticos tardíos estables en el tiempo a nivel nacional pero con importantes diferencias a nivel regional existiendo asociación en al menos una región entre todas las variables analizadas y el momento de diagnóstico -tardío o temprano- de VIH. Las diferencias encontradas pudieron ser especificadas para cada área del país señalando inequidades en el acceso al diagnóstico y llamando a preguntarse sobre el impacto específico de las modificaciones en la oferta.

PALABRAS CLAVE: VIH; Infecciones por VIH; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Diagnóstico tardío.

ABSTRACT

A retrospective, descriptive and observational study was conducted with the purpose of producing knowledge about the epidemiological characteristics of persons with late diagnosis of HIV infection in Argentina in contrast to those who were diagnosed in earlier stages in order to contribute to the analysis and reformulation of public policies about access to HIV diagnosis. It was first explored the existence of changes in the HIV epidemic and in the offer of HIV testing in Argentina to understand the access to diagnosis. It was then described the evolution of the percentage of people with late HIV diagnosis according to epidemiological variables between 2003 and 2011. Finally, statistical analyses were performed to evaluate by region the existence of association between these variables and the moment of the HIV diagnosis in terms of early or late. The percentages of late diagnoses were stable for the country over time but there were considerable regional differences. Statistical association was found between every variable and the moment of the diagnosis in at least one region. The differences could be specified for each area of the country indicating inequities in access to diagnosis and therefore making it necessary to evaluate the specific impact of changes in supply.

Key Words: HIV - Acquired Immunodeficiency Syndrome - Delayed Diagnosis -HIV Infections

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1. Estimación de personas viviendo con el virus de la inmunodeficiencia humana por región (2013)	37
Figura 2. Número de personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana, nuevas infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana y muertes por síndrome de inmunodeficiencia adquirida a nivel mundial (2001-2012)	38
Figura 3. Tasa de mortalidad por síndrome de inmunodeficiencia adquirida por 100 mil habitantes según sexo, Argentina (1990-2010)	41
Figura 4. Evolución de la razón hombre/mujer según año de diagnóstico del virus de la inmunodeficiencia humana, Argentina (1987-2014)	42
Figura 5. Evolución de la proporción de casos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana* por nivel de instrucción en las personas mayores de 18 años, Argentina (1990-2014)	43
Figura 6. Número de casos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana* según vía de transmisión por año de diagnóstico, Argentina (1982-2012)	44
Figura 7. Proporción de las vías de transmisión por año de diagnóstico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana*, Argentina (1982-2014)	45
Figura 8. Casos notificados de infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana y por síndrome de inmunodeficiencia adquirida según el tiempo transcurrido entre ambos, Argentina (2003-2011)	59
Figura 9. Porcentaje de personas con diagnóstico tardío de infección por virus de la inmunodeficiencia humana, Argentina (2003-2011)	60
Figura 10. Evolución de la proporción de personas con diagnóstico tardío de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana según región de residencia, Argentina (2003-2011)	64
Figura 11. Porcentaje de personas con diagnóstico tardío de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana según sexo, Argentina (2003-2011)	66
Figura 12. Evolución de la mediana de edad según el momento del diagnóstico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, Argentina (2003-2011)	69
Figura 13. Proporción de personas con diagnóstico tardío de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana según edad por año de diagnóstico, Argentina (2003-2011)	70
Figura 14. Porcentaje de personas con diagnóstico tardío de la de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana por grupos de edad y sexo, Argentina (2003 y 2011) ...	71
Figura 15. Evolución de la proporción de personas con diagnóstico tardío de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana por vías de transmisión, Argentina (2003-2011)	76
Figura 16. Evolución de la proporción de personas con diagnóstico tardío de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana según cuente con cobertura de obra social o de medicina prepaga, Argentina (2003-2011)	79

Figura 17. Evolución de la proporción de personas con diagnóstico tardío de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana según tuvieran trabajo al momento del diagnóstico, Argentina (2003-2011).	82
Figura 18. Evolución de la proporción de personas diagnosticadas tardíamente con la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana según máximo nivel de instrucción alcanzado en personas mayores de 18 años, Argentina (2003-2011).....	85
Figura 19. Categorías de las variables en análisis con odds ratios significativos para el diagnóstico tardío de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana respecto al grupo de referencia por región, Argentina (2003 y 2011)	87

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Número de casos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana notificados por año de diagnóstico, Argentina (2003-2011)	60
Tabla 2. Cantidad de registros con datos conocidos para cada variable y su proporción respecto al total de la base de datos, Argentina (2003-2011).	62
Tabla 3. Número y porcentaje de casos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana según región de residencia, Argentina (2003-2011).	63
Tabla 4. Número y porcentaje de casos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana por región de residencia según momento del diagnóstico, Argentina (2003-2011).	63
Tabla 5. Número y porcentaje de casos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana según sexo, Argentina (2003-2011).	65
Tabla 6. Razón hombre/mujer según el momento del diagnóstico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, Argentina (2003-2011)	65
Tabla 7. Odds ratio del diagnóstico tardío de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en varones respecto a mujeres e intervalos de confianza del 95% por región, Argentina (2003 y 2011).....	67
Tabla 8. Número y porcentaje de casos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana según grupos de edad, Argentina (2003-2011)	68
Tabla 9. Odds ratio del diagnóstico tardío de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en cada grupo etario respecto al grupo de 15-24 años e intervalos de confianza de 95% por región, Argentina (2003 y 2011).....	72
Tabla 10. Distribución de las categorías para la variable <i>vía de transmisión</i> del virus de la inmunodeficiencia humana, Argentina (2003-2011).	74
Tabla 11. Vías de transmisión de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana agrupadas, Argentina (2003-2011).	74
Tabla 12. Vías de transmisión según el momento de diagnóstico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, Argentina (2003-2011).	75
Tabla 13. Odds ratio del diagnóstico tardío de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana por vía de transmisión respecto a la vía de relaciones sexuales entre varones e intervalos de confianza de 95% por región, Argentina (2003 y 2011)	77
Tabla 14. Número y porcentaje de casos de infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana según se cuente con una cobertura de obra social/prepaga, Argentina (2003-2011).	78
Tabla 15. Porcentaje de casos de infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana según contaran con una cobertura de obra social/prepaga y el momento del diagnóstico, Argentina (2003-2011).	78

Tabla 16. Odds ratio del diagnóstico tardío de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y la no cobertura de obra social o prepaga respecto a contar con la cobertura e intervalos de confianza de 95% por región, Argentina (2003 y 2011) .	80
Tabla 17. Número y porcentaje de casos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana según el estado ante la ocupación, Argentina (2003-2011).....	81
Tabla 18. Situación laboral según el momento del diagnóstico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, Argentina (2003-2011).	81
Tabla 19. Odds ratio del diagnóstico tardío de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y no trabajar en personas de 18 años o más respecto a las personas con empleo e intervalos de confianza de 95% por región, Argentina (2003 y 2011)	83
Tabla 20. Distribución de las categorías para la variable <i>nivel de instrucción</i> , Argentina (2003-2011).....	84
Tabla 21. Distribución de las categorías de la variable <i>nivel de instrucción</i> según el momento del diagnóstico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, Argentina (2003-2011).	84
Tabla 22. Odds ratio del diagnóstico tardío de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en personas de 19 años o más con bajo nivel de instrucción respecto a aquellas con medio/alto nivel de instrucción e intervalos de confianza de 95% por región, Argentina (2003 y 2011).....	86
Tabla 23. Casos de infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana según sexo y momento del diagnóstico por región, Argentina (2003 y 2011).	89
Tabla 24. Prueba de significación estadística entre sexo y momento del diagnóstico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana por región, Argentina (2003 y 2011).	90
Tabla 25. Casos de infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana según momento del diagnóstico y grupos de edad por región, Argentina (2003 y 2011)	91
Tabla 26. Prueba de significación estadística entre edad y momento del diagnóstico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana por región, Argentina (2003 y 2011).	93
Tabla 27. Número y porcentaje de casos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana según momento del diagnóstico por vía de transmisión y región, Argentina (2003 y 2011)	94
Tabla 28. Prueba de significación estadística entre vía de transmisión y momento del diagnóstico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana por región, Argentina (2003 y 2011).	97
Tabla 29. Número y porcentaje de casos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana según momento del diagnóstico y cobertura de salud por región, Argentina (2003 y 2011)	98

Tabla 30. Prueba de significación estadística entre cobertura de salud y momento del diagnóstico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana por región, Argentina (2003 y 2011)	99
Tabla 31. Número y porcentaje de casos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en personas de 18 años o más según ocupación y el momento del diagnóstico por región, Argentina (2003 y 2011).....	100
Tabla 32. Prueba de significación estadística entre ocupación y momento del diagnóstico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en personas de 18 años o más por región, Argentina (2003 y 2011).....	101
Tabla 33. Número y porcentaje de casos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en personas de 19 años o más según nivel de instrucción y el momento del diagnóstico por región, Argentina (2003 y 2011).....	102
Tabla 34. Prueba de significación estadística para nivel de instrucción y momento del diagnóstico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en personas de 19 años o más por región, Argentina (2003 y 2011)	103

LISTADO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

AMBA: Área Metropolitana de Buenos Aires
APE: Administración de Programas Especiales
AZT: Zidovudina
CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires
CD4: Cúmulo de Diferenciación 4
CePAT: Centro de Prevención, Asesoramiento y Testeo
DEIS: Dirección de Estadística e Información en Salud
DSyETS: Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual
ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual
FESP: Funciones Esenciales de Salud Pública
FNC: Ficha de Notificación de Caso
GBA: Gran Buenos Aires
GTB: Gays, Trans, Bisexuales
HSH: Hombres que tienen Sexo con Hombres
INSSJP (PAMI): Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
IOMA: Instituto de Obra Médico Asistencial
ITS: Infecciones de Transmisión Sexual
NEA: Noreste Argentino
NOA: Noroeste Argentino
OMS: Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA: Oficina de Naciones Unidas para el Sida
OPS: Organización Panamericana de la Salud
PAMI (INSSJP): Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
Sida: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SIVILA: Sistema de Vigilancia Laboratorial
SNVS: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud
SRA: Síndrome Retroviral Agudo
SUR: Sistema Único de Reintegros
TARGA: Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad
TARV: Tratamiento Antirretroviral
UDI: Usuarios de drogas inyectables
UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF: Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia
VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

CONTENIDO

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
1.1 <i>Introducción</i>	14
1.2 <i>Propósito</i>	14
1.3 <i>Problema</i>	14
1.4 <i>Pregunta</i>	16
1.5 <i>Hipótesis</i>	17
1.6 <i>Fundamentación</i>	17
1.7 <i>Estado del Arte</i>	18
1.8 <i>Marco Teórico-Conceptual</i>	21
1.9 <i>Objetivos</i>	27
1.9.1 <i>Objetivo general</i>	27
1.9.2 <i>Objetivos específicos</i>	27
2. METODOLOGÍA	28
2.1 <i>Diseño</i>	28
2.2 <i>Fuente de datos</i>	28
2.2.1 <i>La notificación del VIH en la Argentina</i>	29
2.3 <i>Población</i>	30
2.4 <i>Criterios de inclusión y exclusión</i>	30
2.5 <i>Período a estudiar</i>	30
2.6 <i>Definición de diagnóstico tardío y temprano de la infección por VIH</i>	31
2.6.1 <i>Diagnóstico Tardío</i>	31
2.6.2 <i>Diagnóstico Temprano</i>	31
2.7 <i>Variables y categorías</i>	31
2.8 <i>Análisis</i>	33
2.9 <i>Aspectos éticos de la investigación</i>	34
3. CONTEXTO	35
3.1 <i>Introducción</i>	35
3.2 <i>La epidemia del VIH</i>	35
3.2.1 <i>El VIH en el mundo</i>	35
3.2.2 <i>El VIH en la Argentina</i>	38
3.2.2.1 <i>Cambios en la epidemia y en la forma de monitorearla</i>	40

3.2.3 Conclusión.....	46
3.3 <i>Reconstrucción de la oferta de la prueba de VIH en la Argentina</i>	47
3.3.1 Normativas nacionales sobre el acceso al diagnóstico de VIH	48
3.3.2 La oferta según los boletines epidemiológicos nacionales (1998-2012)....	50
3.3.3 La oferta según investigaciones específicas	53
3.3.4 En síntesis.....	55
3.4 <i>Consideraciones de este apartado</i>	57
4. RESULTADOS.....	58
4.1 <i>Procesamiento de datos de la base de la DSyETS</i>	58
4.2 <i>Análisis de variables</i>	61
4.2.1 Región de residencia	62
4.2.2 Sexo	64
4.2.3 Edad	67
4.2.4 Vías de transmisión	73
4.2.5 Obra social / Prepaga.....	78
4.2.6 Ocupación.....	80
4.2.7. Nivel de instrucción	83
4.3 <i>Tratamiento intermedio de datos</i>	88
5. DISCUSIÓN	104
6. CONCLUSIÓN	110
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	112
ANEXOS	116

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Introducción

La cobertura de salud en la Argentina es universal y tanto el diagnóstico como el tratamiento para la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) son gratuitos. Sin embargo, un importante porcentaje de las personas que se diagnostican lo hacen luego de varios años de haber contraído la infección afectando de esta manera su calidad de vida y expectativas de morbimortalidad.

La intención de esta tesis es contribuir al conocimiento de las características epidemiológicas de las personas con VIH según se hayan diagnosticado tempranamente o tardíamente por regiones de la Argentina, describir la evolución del porcentaje de personas que se diagnosticaron en un estadio avanzado de la infección según distintas variables e indagar sobre los cambios en la epidemia y en la oferta diagnóstica del país.

Presentar las diferencias en el acceso al diagnóstico de VIH según regiones permitirá evidenciar factores que intervendrían en la utilización de los servicios de salud y con ello posibles inequidades a nivel local.

En este apartado se expondrá el problema e hipótesis de la investigación, su fundamentación, los antecedentes de este estudio, el marco teórico elegido y los objetivos planteados.

1.2 Propósito

El propósito de la tesis es el de producir conocimiento sobre las características epidemiológicas de las personas con diagnóstico tardío de VIH en Argentina en contraste con aquellas que se diagnostican tempranamente a fin de contribuir desde mi lugar de trabajo, la Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (DSyETS) del Ministerio de Salud de la Nación, al análisis y reformulación de políticas públicas de acceso al diagnóstico.

1.3 Problema

Los primeros casos de sida (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) fueron informados por el Centro de Control y Enfermedades de Estados Unidos en el año 1981 y desde entonces la epidemia ha avanzado en todo el mundo. Se llama *sida* al estado avanzado de la infección por VIH por lo cual el síndrome se manifiesta cuando el sistema

inmunológico de las personas infectadas se deteriora predisponiéndolas a desarrollar enfermedades oportunistas o marcadoras de sida¹ (1).

En 1996, para fortalecer la respuesta de las Naciones Unidas a la epidemia, se creó la Oficina de las Naciones Unidas para el Sida² (ONUSIDA). De acuerdo al último Informe Global del organismo del año 2013, 2,3 millones de personas se infectaron con VIH durante el año 2012 en todo el mundo y actualmente más de 35 millones viven con el virus. El total de personas con infección por VIH presenta un incremento con respecto a años anteriores que es atribuible a que más personas acceden al tratamiento antirretroviral gracias al cual se extiende la expectativa de vida. Así, el número de muertes por sida descendió un 30% desde el año 2005 pasando de 2,3 millones a 1,6 millones en 2012 (2).

En 1990 y en el marco de la Ley Nacional de Sida N°23.798, comenzó a funcionar en la Argentina el Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA³ y ETS. Más adelante, por medio de la Resolución Ministerial N°1343 del año 2007, se convertiría en Dirección del Ministerio de Salud de la Nación con la denominación "Dirección de Sida y ETS"⁴ (enfermedades de transmisión sexual).

Según su última publicación oficial, el Boletín Epidemiológico sobre el VIH de la Argentina, se estima que en el país viven 110.000 personas infectadas con VIH, de las cuales el 30%, es decir 33.000, no conoce aún su situación serológica. Cada año se infectan alrededor de 5.000 personas, mayoritariamente por prácticas sexuales no protegidas, 100 niños contraen el virus por transmisión vertical⁵ y mueren aproximadamente 1.400 personas por sida en el mismo período. Actualmente se están diagnosticando dos varones por cada mujer, hay un aumento en las tasas de diagnóstico en algunas regiones del país, un incremento de los diagnósticos en varones infectados por relaciones sexuales desprotegidas con otros varones y los diagnósticos tardíos llegan al 22% (3).

A diferencia de lo que ocurre en otros países, la epidemia del VIH en la Argentina es de tipo concentrada. Esto quiere decir que la prevalencia en la población general es menor al 1% y superior al 5% en algún o algunos grupos poblacionales. Se estima que el 12% de los hombres que tienen sexo con hombres, el 7% de los usuarios de drogas, el 2% de las mujeres que realizan trabajo sexual y el 34% de las personas trans viven con el virus (4). Es por ello que las estrategias preventivas y de facilitación del acceso al diagnóstico se han enfocado en estos grupos.

¹ Se puede consultar el listado de enfermedades marcadores en el Anexo B.

² La mayúscula en Sida corresponde al nombre del organismo.

³ Las mayúsculas corresponden al nombre del Programa.

⁴ La mayúscula en Sida corresponde al nombre de la Dirección.

⁵ La transmisión vertical es la vía por la cual la transmisión del VIH se produce de madre a hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia.

Las altas tasas de nuevos diagnósticos de sida y de mortalidad por sida se han frenado desde mediados y finales de la década del 90 y han descendido gracias a las medidas preventivas y al tratamiento con antirretrovirales (TARV) que en nuestro país se proporciona de manera gratuita (3). Epidemiológicamente, para el estudio a nivel nacional, se considera como tardío al diagnóstico de VIH que se produce en forma simultánea a la aparición de una enfermedad marcadora de sida o bien cuando alguna de ellas aparece hasta un año después del diagnóstico. Por lo tanto, que el diagnóstico de VIH sea tardío implica que la infección ha avanzado y por ello no será posible obtener el mismo beneficio del TARV de haberlo comenzado antes de que el sistema inmune se dañe de forma importante.

En contraposición, que el diagnóstico se realice tempranamente permite comenzar el TARV antes de que el sistema inmune se dañe significativamente y así mejorar la calidad de vida de las personas infectadas y sus expectativas de morbimortalidad. Pero también permite disminuir la carga del virus circulante en la población y de esta manera ayudar al control de la epidemia.

Según lo dispuesto por la Ley Nacional de Sida N°23.798 (5), la prueba para el diagnóstico de VIH en el país es gratuita, confidencial y voluntaria. Sin embargo, la proporción de personas que se diagnostican tardíamente sigue siendo elevada en alrededor del 22%, 15% entre las mujeres y 26% entre los varones y no ha registrado descensos desde el año 2002, momento en el que se comenzó a estudiar este indicador a nivel nacional.

El recuento de casos de diagnósticos tardíos se considera uno de los datos fundamentales en el seguimiento y análisis de la epidemia. Desde esta perspectiva, pese a los avances en términos de control de la epidemia, el amesetamiento de la cantidad de personas que llegan tarde al diagnóstico, acompañado del de otros indicadores como incidencia, mortalidad y transmisión vertical implica una llamada de atención en términos de definición de políticas públicas (3).

1.4 Pregunta

¿Cómo se relacionan el momento de diagnóstico de VIH y las características epidemiológicas de las personas diagnosticadas entre 2003 y 2011 según las notificaciones recibidas por la DSyETS?

1.5 Hipótesis

Existen diferencias significativas a nivel regional en las características epidemiológicas de las personas con VIH diagnosticadas tardíamente con respecto a aquellas con diagnóstico temprano en Argentina en los años 2003 y 2011.

1.6 Fundamentación

El diagnosticarse tardíamente implica más riesgo de morbilidad y mortalidad, más hospitalizaciones y complicaciones oportunistas. El momento del comienzo de la terapia antirretroviral según el recuento de CD4, y por lo tanto, según el tiempo que transcurrió desde la infección, influye en la respuesta al tratamiento y en la expectativa de vida de las personas (6).

Conocer el estatus serológico le otorga a las personas infectadas la posibilidad de reducir las situaciones de transmisión del virus hacia el resto de la comunidad así como evitar las reinfecciones (6). Además, el tratamiento adecuado disminuye la carga viral de los individuos y por lo tanto también el virus que circula en la población (6, 7).

Sin embargo, entre los casos de diagnósticos de VIH reportados en el país, el porcentaje que se produce tardíamente no ha descendido en los últimos 10 años, manteniéndose entre un 20 y un 25% (3). De acuerdo a datos recientes aportados por un estudio que llevó a cabo la DSyETS durante el año 2013, con el apoyo de ONUSIDA, el 45% de las muertes por sida ocurridas en el año 2010 en el área metropolitana de Buenos Aires correspondían a personas con diagnóstico de sida simultáneo al de VIH y en el 43% de los casos no habían transcurrido más de 3 años desde el diagnóstico de VIH a la defunción (8).

El comienzo tardío del TARV también tiene repercusiones económicas para los sistemas de salud, no sólo por el costo de las medicaciones sino también por hospitalizaciones y tratamientos para otros problemas de salud asociados.

Al formar parte del área de Estudios y Monitoreo de la DSyETS del Ministerio de Salud de la Nación, equipo que tiene a cargo la vigilancia del VIH a nivel nacional, y al contar con el bagaje que me proporcionó la Maestría de Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud de la Universidad Nacional de Lanús, me pareció oportuno utilizar los datos que proveen las notificaciones a la DSyETS de casos de infección por VIH y sida en el país para avanzar en el conocimiento de la relación que pudiera existir entre las características epidemiológicas de las personas con VIH y su momento de diagnóstico. Si bien se entiende que diagnosticarse tardíamente refiere a situaciones complejas que exceden a las características individuales informadas en la ficha de notificación e interpelan a entornos culturales y tipo y calidad de las ofertas de servicios de salud, el conocimiento que se pueda

lograr a partir de la observación sistemática de datos en una serie histórica nacional significará un avance importante. Dicha información constituirá un insumo para la planificación y formulación de políticas así como para el diseño de estrategias de acción que contribuyan a un diagnóstico voluntario y oportuno en el marco de los derechos de las personas.

1.7 Estado del Arte

Que las personas lleguen tarde al diagnóstico de VIH es un problema que preocupa a varias regiones del mundo. Sin embargo, existen diversas definiciones de *tardío* lo cual dificulta su comparación entre distintos países o estudios. Algunas pueden incluir información sobre el estado inmunológico de las personas al momento del diagnóstico a través del recuento de células CD4 que puede variar entre menos de 350, 200 o 50, otras pueden relacionar el momento del diagnóstico de VIH con la aparición de un evento definitorio de sida (desde la simultaneidad hasta un año después) y hay otras que combinan ambas situaciones, clínica e inmunológica (6, 7, 9).

A pesar de la falta de consenso, todas las definiciones coinciden en que se denomina *tardío* a los diagnósticos de VIH que se realizan cuando las personas ya no podrán beneficiarse plenamente del TARV por el grado de avance de la infección.

La definición que toma los valores de CD4 es más sensible ya que, de acuerdo al valor de corte, incluiría a más personas que la sola presencia de una enfermedad marcadora de sida. Pero la información sobre el valor basal de CD4 no está disponible en todos los países y en el caso de Argentina, no existe el dato a nivel nacional para el período que se estudia (2003-2011). Por lo tanto, para el presente estudio se define como *tardío* al diagnóstico de VIH que se produjo ante una enfermedad marcadora de sida o cuando alguna de ellas apareció dentro de los doce meses posteriores a la fecha reportada de diagnóstico de VIH.

Un resumen de estudios epidemiológicos sobre el diagnóstico tardío en países como Canadá, Inglaterra, Escocia, Italia, España, Australia y Estados Unidos presenta las definiciones a las que adhirieron para las investigaciones seleccionadas y los factores asociados encontrados. Italia consideró como *tardío* a aquellos diagnósticos con CD4 menor a 200 o con diagnóstico de sida dentro del mes. España al diagnóstico simultáneo o dentro del mes. Australia al diagnóstico de sida dentro de las 8 semanas al de VIH. Estados Unidos y Canadá al diagnóstico de VIH con menos de 200 CD4. E Inglaterra a tener menos de 50 CD4 (6). Con respecto a los factores asociados, el estudio encontró que el diagnóstico tardío tiende a presentarse con menos frecuencia entre los hombres que tienen sexo con hombres

y entre usuarios de drogas inyectables al compararlo con personas que realizan prácticas sexuales heterosexuales y en personas con causa de transmisión desconocida. Se concluyó que, aunque los factores asociados al diagnóstico tardío pueden variar entre diferentes poblaciones, es generalmente más común entre los que no se perciben o no son percibidos en riesgo de infección, entre aquellos a los que no se les ofrece la prueba de manera activa y entre grupos marginados. También se encontró asociación a tener más edad y a haber nacido en un país distinto al de diagnóstico y se interpretó que estas características de las personas podían tener que ver con falta de información sobre el VIH y a problemas de acceso a los servicios de salud (6).

Estudios llevados a cabo en países como Australia, España, Estados Unidos, Canadá, Italia y Gran Bretaña estiman que entre un 15 y 43% de los nuevos diagnósticos ocurren tardíamente (6). Brasil por su parte, realizó una investigación sobre los diagnósticos de VIH en Manaus entre 1986 y 2000 encontrando que un 50,8% se había realizado en la etapa sintomática de sida (10).

Una investigación llevada a cabo en Inglaterra, sugirió que el 17% de las personas que al momento del diagnóstico de VIH tenía menos de 200 CD4 había recurrido a un servicio de salud durante el año anterior con una presentación clínica que en retrospectiva estaba claramente relacionada al VIH (7).

Una revisión de la literatura publicada y sin publicar de Estados Unidos sobre barreras institucionales para el diagnóstico de VIH reconoció que si bien, desde el año 2006 se recomienda que en todos los centros médicos de ese país se ofrezca, como parte de la rutina, la prueba de VIH, la recomendación no tuvo el éxito esperado. Los resultados de la revisión refieren que en los profesionales de la salud aparecían barreras que son comunes a cualquier actividad de prevención de la salud como falta de tiempo y problemas de prioridades. Además de éstas, se observaron algunas específicas del VIH, tales como un complejo proceso para el consentimiento informado y complicados requerimientos para la consejería pre-test (11).

El conocer su estatus serológico le otorga la posibilidad a las personas de reducir las situaciones de transmisión del virus (6) ya que de acuerdo a estudios realizados en España, Inglaterra y Estados Unidos la transmisión del virus de personas no diagnosticadas es proporcionalmente mucho mayor que la de personas con diagnóstico conocido (6, 7). El tratamiento disminuye la carga viral de las personas y por lo tanto también el virus que circula en la población (6, 7).

Un estudio realizó una comparación entre los casos de diagnósticos tempranos y tardíos de una clínica de referencia para el VIH de la ciudad de México. La población consistió en personas recientemente diagnosticadas con VIH entre los años 2001 y 2008 y

la proporción de personas con diagnósticos tardíos (definida por tener menos de 200 CD4 cercano al diagnóstico y/o por presentar alguna enfermedad marcadora de sida) fue del 61%. La mayor proporción de personas con diagnósticos tardíos correspondieron a mayores de 45 años, desempleados y personas con más bajo nivel de instrucción. Se explicó como posible factor de contribución la vulnerabilidad social que se refleja como barrera para acceder al diagnóstico más tempranamente (12).

El antecedente más cercano al presente estudio lo llevó a cabo la Coordinación Sida de la Ciudad de Buenos Aires en el año 2012 al analizar las variables asociadas a las personas con diagnóstico tardío de VIH en las notificaciones de diagnósticos realizados en la ciudad entre los años 2003 y 2010. El estudio comparó a las personas con diagnósticos tardíos y con diagnósticos tempranos, encontrando un 37% de casos en que los diagnósticos se hacían tardíamente. La ocurrencia del diagnóstico tardío resultó más frecuente entre las personas de sexo masculino, los hombres que realizan prácticas sexuales heterosexuales, las personas menores de 15 años y mayores de 40 de ambos sexos, los hombres mayores de 18 años con bajo nivel de instrucción y los niños infectados por transmisión perinatal. Se concluyó que estos grupos no son identificados como vulnerables al VIH y por lo tanto no se les ofrece activamente la prueba para el diagnóstico (13). Con este estudio se buscó ampliar la investigación a la totalidad del país. Sin embargo, se considera que las características a describir no son inherentes a la condición de tardío del diagnóstico sino que surgen de la comparación entre el grupo de personas con diagnóstico tardío y el grupo diagnosticado tempranamente.

De tal manera, se puede concluir que la información que brindó la vigilancia epidemiológica de segunda generación⁶ permitió mejorar el conocimiento de la epidemia del VIH y favoreció la implementación de estrategias nacionales y locales. Sin embargo, no se ha profundizado el conocimiento sobre las personas que se diagnostican tardíamente en el país al no existir un análisis comparado entre el grupo que fue diagnosticado tardíamente y el que se diagnosticó tempranamente, lo que permitiría contar con un perfil más ajustado de las personas que llegan tarde al diagnóstico de VIH.

⁶ Como se describirá más adelante, la vigilancia de segunda generación incluye no sólo a la vigilancia epidemiológica de la infección por VIH sino también a la vigilancia sistemática de comportamientos que contribuyen a la epidemia. Guía para hacer uso eficaz de los datos generados por la vigilancia del VIH. OPS. OMS. Onusida. Washington. 2005.

1.8 Marco Teórico-Conceptual

Como ya ha sido descripto, al no existir consenso respecto a la definición de diagnóstico tardío se dificulta la comparación de los datos entre distintos países e incluso entre distintas regiones o investigaciones de un mismo país.

Muchos estudios mencionan a *presentadores tardíos* o *presentación tardía* para referirse a las personas con *diagnósticos tardíos*. En la gran mayoría de los casos se usan ambos términos indistintamente. Sin embargo, Antinori et al aclaran la diferencia. Llamam a la *presentación para la atención* a aquella que se realiza en un centro de salud donde se puede iniciar una adecuada atención y tratamiento para el VIH contraponiéndolo con el concepto de *diagnóstico* que por sí solo no implica el acceso a la atención (14).

Si bien se acuerda con la distinción, ya que el diagnóstico de VIH no garantiza que las personas, por distintos motivos, comiencen el seguimiento clínico de su infección cuando conocen su serología, se considera que el término *presentador* o *presentación* pone todo el peso –sea de la demora en el diagnóstico o de la atención- en las personas infectadas. Pero la oferta también forma parte del problema. Ya sea por los horarios restringidos y necesidad de solicitar un turno para acceder a la prueba diagnóstica, por la fragmentación de los servicios que dificulta la complementación necesaria entre ellos para ofrecer y realizar la prueba, por la diversidad de criterios de los profesionales de la salud que ponen de manifiesto que no se incorporan los protocolos y recomendaciones respecto al diagnóstico (3) y, entre otros, por la falta de un ofrecimiento activo de la prueba de VIH (3, 11), incluso cuando las personas presentan síntomas que podrían indicar la presencia de la infección (7).

Cuando se habla de *acceso a la salud* se la suele definir desde la oferta, esto es, como la forma en que los servicios de salud se acercan a la población. Desde esta perspectiva, se describen obstáculos o barreras como problemas para el acceso a la salud. Estas barreras pueden ser de tipo *geográficas*, tanto por un accidente geográfico como por una barrera construida por el hombre; *económicas* en los casos de no poder llegar al lugar de atención por falta de recursos económicos o la imposibilidad de comprar medicamentos; *administrativas* o *institucionales* como la imposición de turnos u horarios reducidos de atención; y *culturales* por las diferencias culturales entre la población y el personal de salud, los prejuicios y estereotipos en relación al género, al status social o al VIH, entre otras (15, 16). Es a raíz de la existencia de estos obstáculos que, si bien algunos autores plantean que la accesibilidad es un atributo de la oferta, también proponen que no debe tratarse simplemente del ofrecimiento de servicios sino que estos deberían ser pensados en relación

a las necesidades de la población a la que están dirigidos (17). Pero estas definiciones no incluyen a los sujetos como constructores de la accesibilidad.

Cuando se considera que los obstáculos son un problema de la oferta, en las estrategias para mejorar el acceso no se suelen tener en cuenta las representaciones, discursos y prácticas de la población. Por ello, Stolkiner et al definen a la accesibilidad como “*el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios. Este vínculo se construye a partir de una combinatoria entre las condiciones y discursos de los servicios y las condiciones y representaciones de los sujetos y se manifiesta en la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios*”. Visto el concepto de accesibilidad de esta manera, se comprende la importancia de implicar en la respuesta, además de la oferta, a las personas que necesitan los servicios de salud (15).

Aday y Anderson sostienen que hay tres tipos de factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud. Factores llamados *predisponentes* que son las que existían antes del problema de salud y que disponen anticipadamente a la utilización como ser, entre otros, el sexo, la edad, el nivel educativo y también los que tienen que ver con las actitudes y conocimientos en torno a la salud y a los servicios de salud. Otro tipo de factores son los llamados *habilitantes* que comprenden a nivel comunitario la disponibilidad de los servicios y a nivel individual a contar con los medios y el conocimiento para utilizar el servicio. Y un tercer tipo de factores llamados de *necesidad de salud* que hacen referencia a las condiciones de salud percibidas por las personas que a su vez están relacionadas con la estructura social y las creencias en salud (17, 18).

En relación con lo anterior, como factores predictores de la utilización de los servicios de salud se mencionan algunos como ser el tiempo de espera hasta acceder a un turno, la distancia y el costo de llegar al servicio y el tiempo que demanda la espera en el servicio para la atención (17).

A partir de lo expuesto, Anderson define dos dimensiones del acceso. El que está determinado por la presencia de recursos que permiten la utilización de los servicios al que llama *acceso potencial* y el *acceso realizado* que es la utilización de los servicios. Habiendo hecho esta distinción es que plantea que hay equidad en el acceso a los servicios de salud mientras que la utilización sea explicada por factores demográficos y de necesidades de salud. Por el contrario, la inequidad se presenta cuando algunos de los factores de estructura social, información o concepciones de salud son los que determinan quien recibe el cuidado de salud (17)

Muchos de los problemas de la oferta y demanda expuestos podrían estar asociados al estigma y la discriminación de y hacia las personas con VIH por lo que resulta de interés explorar también esta perspectiva teórica.

De acuerdo a Kornblit y Mendes Diz (19), en los primeros años de la epidemia, los medios de comunicación divulgaron los conceptos de *riesgo*, *factores de riesgo*, *grupos de riesgo*, entre otros, que adquirieron connotaciones morales. Luego del reemplazo de *grupos de riesgo* por *prácticas de riesgo*, desde los medios se requería a las personas adquirir conductas preventivas y por lo tanto, se podía interpretar que se las responsabilizaba de su infección. Las autoras refieren la conclusión del trabajo de Herzlich y Pierret en relación al análisis del discurso sobre el sida en la prensa de Francia:

- 1) Los medios de difusión juegan, en relación con el conocimiento científico y en particular con la medicina, un papel que trasciende la divulgación, contribuyendo a la formación de la imagen de la ciencia y desempeñando un rol activo en la construcción social del “fenómeno SIDA⁷”;
- 2) La divulgación de la información en torno al SIDA⁸ es necesaria pero no suficiente para provocar en la población una comprensión tal del fenómeno que lleve al autocuidado; por el contrario, el sensacionalismo puede desencadenar fenómenos perjudiciales, como el miedo irracional, con sus consecuencias como la división de la sociedad entre ellos, los enfermos, vistos como extranjeros-desviantes y nosotros, los normales.

Según explican Parker y Aggleton (20) y Mahajan et al (21), el concepto de estigma en relación al VIH y al sida comenzó con la definición de Goffman en 1963 quien definió al estigma como “un atributo que es significativamente desacreditador”⁹ y la persona estigmatizada es vista como alguien que posee una diferencia no deseada. El trabajo de Goffman sobre estigma se ha utilizado en muchas investigaciones sobre el tema pero la característica estática de su definición en contraposición a un proceso social en cambio constante, ha mostrado limitaciones para el estudio del concepto en relación al VIH. Desde la publicación de la definición de Goffman, se ha utilizado el término en la literatura, particularmente en relación a la salud, pero con serios limitantes ya sea por definiciones vagas o cambiantes, por falta de ellas o por darle una visión individualista al concepto que ve al estigma como algo en la persona estigmatizada en vez de una designación otorgada por otros.

La definición de Goffman fue adaptada por la psicología social que se interesó por conocer cómo los individuos construyen categorías y las enlazan a creencias estereotipadas. Esta perspectiva restringe al concepto en querer saber cómo las personas con VIH son etiquetadas y estereotipadas en base a creencias incorrectas. Si bien este

⁷ Las mayúsculas en SIDA corresponden a la cita.

⁸ Las mayúsculas en SIDA corresponden a la cita.

⁹ Traducción libre de la autora.

enfoque resultó importante, los aspectos estructurales del estigma, el proceso dinámico social-económico-político, no fueron tenidos en cuenta (21).

Link y Phelan integran en su definición de estigma los aspectos estructurales y los socio-cognitivos. Según los autores, el estigma existe cuando se dan cuatro componentes: los individuos distinguen y etiquetan diferencias humanas, creencias culturales dominantes le otorgan a las personas etiquetadas características no deseables, se ubica a las personas etiquetadas en categorías para distinguirlas del resto y por último, las personas etiquetadas experimentan pérdida de estatus y discriminación (21).

La discriminación es una consecuencia del estigma y es definida por Mahajan et al como “cuando en la ausencia de una justificación objetiva, se hace una distinción contra una persona que resulta en que sea tratada injustamente basado en pertenecer o ser percibido como pertenecer a un grupo en particular”¹⁰

El estigma vinculado con el VIH impacta negativamente en las personas provocando conductas que no favorecen su salud y dificultan el control de la epidemia. La discriminación puede ser más o menos manifiesta y, en algunos casos, el temor a ser discriminado es suficiente para condicionar a las personas para solicitar una prueba diagnóstica y/o retirar el resultado de dicha prueba así como para iniciar y sostener una terapia (22).

En cuanto a las variables que estudia esta investigación, que serán detalladas en el próximo apartado, es a partir de un enfoque de Epidemiología Social que aquí se ha decidido incluir bajo el concepto de *características epidemiológicas* a aquellas de corte demográfico y socioeconómico, junto con las que específicamente hacen a la infección por VIH, como ser la vía de transmisión. De esta manera, se busca evitar el reduccionismo biológico al tomar en cuenta los fenómenos de inequidad social (23), estudiando los determinantes sociales de la distribución de eventos de morbilidad y del acceso a los servicios de salud. Es por lo anterior que, en el marco de una concepción ampliada de la vigilancia, que toma como insumo indicadores recabados desde una estrategia de segunda generación, las variables que aquí serán retomadas lo serán en la medida en que refieren a condiciones de vida. Es decir, a aquellas dimensiones no biológicas que resultan determinantes de las interacciones entre las personas y que son a las que remite tanto la infección por VIH como el acceso al diagnóstico (24). Vale decir que a diferencia de Anderson que considera a la edad y al sexo como variables estrictamente demográficas, aquí serán explicadas como condicionantes de la desigual utilización de los recursos.

Las estrategias de acceso al diagnóstico requieren ser diferenciadas según sector socioeconómico puesto que a grandes rasgos los obstáculos se estratifican según esa

¹⁰ Traducción libre de la autora.

pertenencia. Los sectores más desfavorecidos tienen más dificultades en reconocer los síntomas de distintas enfermedades e incluso a darle importancia y suelen tener menos flexibilidad a la hora de no ir a trabajar o dejar a otra persona el cuidado de sus hijos para la atención de su salud. Además, es más frecuente que soporten molestias más intensas o incluso que éstas lleguen a impedir la realización normal de sus tareas antes de realizar la consulta. En contraposición, en los sectores más favorecidos son más frecuentes las consultas preventivas con profesionales de la salud y la realización de pruebas diagnósticas (17, 25).

Existe una amplia discusión respecto de cómo medir la pertenencia socioeconómica. Bloch retoma las conceptualizaciones de Beccaria y López al sostener que las probabilidades de conseguir trabajo y el puesto a conseguir están alcanzados por varios factores y uno de los que más incide es el nivel de instrucción formal (26). Otros autores también afirman que la estructura social se puede definir por la variable educación según los niveles aprobados en la educación formal y tiene como ventaja con respecto a la ocupación que se comienza a adquirir desde más temprano y que es permanente. Ross y Wupostulan, citados por Bloch, postulan que para la salud, la variable educación es el aspecto del estatus socioeconómico más importante (26). Es por lo expuesto que se tomará al máximo nivel de instrucción formal alcanzado por las personas notificadas con diagnóstico de VIH y/o sida como indicador indirecto y aproximado del nivel socioeconómico.

En nuestro país, el sistema de salud tiene una estructura tripartita conformada por el subsistema público, el de obras sociales y el privado en el cual se inscribe la medicina prepaga. El subsector público de salud ha tendido a utilizarse de manera residual mientras que los trabajadores formales han estado vinculados a una cobertura de salud a través de obras sociales y a partir de la década del 90 ha cobrado auge el sector de medicina prepaga. Si bien al subsector público se lo conoce como “universal”, las capas poblacionales más pobres son las que más lo utilizan (27). Es por ello que, en algunos países como el nuestro donde la utilización de los servicios está muy influenciada por el tipo de cobertura de salud con que se cuente, la cobertura de salud es utilizada como un indicador del desigual acceso a los servicios de salud (17). Por ello es que también la variable *obra social/prepaga* estará vinculada con el acceso a los servicios de salud.

Desde una perspectiva de género, se conoce que las mujeres consumen más servicios de salud que los varones y que las diferencias en la frecuencia del consumo se deben principalmente a distintos tipos de necesidades de atención, a que por expectativas culturales las mujeres estén más familiarizadas con la detección de síntomas de enfermedades y a que factores institucionales y estructurales les faciliten u obstruyan el acceso a la salud (25, 28, 29). A pesar de que las mujeres utilicen más frecuentemente los

servicios de salud que los varones, no se puede afirmar que sus necesidades de atención estén más satisfechas sino que tienen, especialmente en lo referente a la atención preventiva, mayor nivel de necesidad (29). En lo que respecta al acceso al diagnóstico de VIH, el uso diferencial de los servicios de salud por sexo para las mujeres en edad reproductiva es más evidente a partir de la ley N°25,543 que obliga a los profesionales de la salud a ofrecer la prueba de VIH a las embarazadas.

En cuanto a la edad, a diferencia de los niños y ancianos, la población más joven es la que tiene menos carga de morbilidad y se percibe como menos vulnerable por lo cual no suele otorgarle prioridad al cuidado de su salud (17).

Retomando a Belmartino, Maceira y Centrángolo, Ballesteros argumenta que el tipo de cobertura, el acceso y la calidad de los servicios depende de las características culturales, económicas y sociodemográficas de la población pero, por ser el sistema de salud de la Argentina fuertemente segmentado, fragmentado y heterogéneo y con distinta calidad de atención, también depende de factores territoriales (17). Es por ello que, aunque la salud es un derecho, existen grandes niveles de desigualdad y de inequidad en la distribución de los procesos de salud y enfermedad pero también en el acceso a prestaciones de calidad (30).

En ese sentido, distintos estudios señalan que en las provincias del Noroeste (NOA) y del Noreste (NEA) es donde una menor proporción de personas están afiliados a una obra social o a una entidad de medicina prepaga y donde, en el subsector público, hay menos recursos materiales y humanos por habitante sin cobertura. También coinciden con que es en estas regiones y en algunos municipios de menos recursos de otras regiones que las personas tienen más necesidades en salud.

Retomando lo expuesto, en el presente estudio se hará referencia a *diagnóstico tardío o temprano* de las personas con VIH y no a *presentadores tardíos o tempranos* a fin de no excluir, ya desde la terminología, a una parte importante del problema a estudiar. De tal manera, si bien se dará cuenta de la demanda¹¹ y no de la oferta de atención, el interés es contribuir a este campo de estudio desde una mirada integral aportando a futuras indagaciones mediante la apertura de nuevos interrogantes sobre la temática.

De acuerdo a lo expuesto, es que se puede inferir que el acceso, ya sea potencial como realizado, está condicionado por las características demográficas y socioeconómicas pero también por el lugar de residencia. Es por ello que resulta de interés conocer las

11 Es de suponer que en el período que se estudiará las coyunturas políticas y económicas influyeron sobre la oferta de diagnóstico de VIH. Si bien sería de interés indagar este tema en relación al objeto de estudio, no se han encontrado investigaciones o reportes que señalen estos probables cambios en la oferta del diagnóstico de VIH.

características epidemiológicas de las personas con VIH en relación a su momento de diagnóstico a nivel regional¹².

1.9 Objetivos

1.9.1 Objetivo general

Describir las características epidemiológicas de las personas reportadas a la DSyETS con diagnóstico VIH entre los años 2003 y 2011 en la Argentina según la condición de temprano o tardío del diagnóstico.

1.9.2 Objetivos específicos

- Explorar la existencia de cambios en la epidemia de VIH y en la oferta diagnóstica en Argentina que permitan comprender el acceso al diagnóstico en el marco de las condiciones en que se produce.
- Describir la evolución del porcentaje de personas con diagnóstico tardío de VIH según las variables epidemiológicas relevadas en la Ficha de Notificación de Casos de las personas notificadas a la DSyETS con diagnóstico de VIH entre los años 2003 y 2011.
- Indagar la existencia de asociación entre las variables epidemiológicas relevadas y la condición de tardío o temprano del diagnóstico para los años 2003 y 2011 según regiones geográficas del país.

¹² Si bien podría plantearse que un análisis por provincia permitiría mostrar inequidades que la agregación regional invisibiliza, se considera que una de las inequidades mayores tiene que ver con la distancia geográfica a los establecimientos, motivo por el cual el nivel provincial continuaría reproduciendo tal invisibilización. Se entiende que esto sólo lograría subsanarse eventualmente agrupando territorialmente a quienes viven en ciudades con establecimientos, y quienes no y, a su vez, a estos últimos según rangos de distancia a aquellos.

2. METODOLOGÍA

2.1 Diseño

Se realizó un estudio observacional descriptivo y retrospectivo de los casos de VIH y sida notificados a la DSyETS con fecha de diagnóstico de VIH entre los años 2003 y 2011.

2.2 Fuente de datos

La fuente de datos es la base que elaboró la Dirección de Informática del Ministerio de Salud de la Nación para la DSyETS. En ella se cargan las Fichas de Notificación de Casos de VIH (FNC), sida y mortalidad por sida.

Si bien las notificaciones de casos es el insumo principal de la base de datos, por la existencia de subnotificación es que en el último año se han incorporado por primera vez a la base, datos provenientes de otras fuentes distintas a la ficha de casos. La DSyETS accedió a través la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación a datos de los laboratorios del país que reportan los resultados del estudio confirmatorio para VIH, Western Blot, al Sistema de Vigilancia Laboratorial (SIVILA) que forma parte de uno de los dos componentes del Sistema Nacional de Vigilancia de Salud (SNVS). También se comenzó a sumar a la base, la información proveniente de las Fichas de Notificación de Partos de Mujeres con VIH que forma parte de la estrategia de vigilancia de la transmisión vertical de la DSyETS.

En el caso de los datos de los laboratorios, no es posible distinguir si las personas que tuvieron un confirmatorio positivo para VIH han comenzado el seguimiento de su infección, momento en el cual se debería producir el reporte con la FNC, o incluso si llegaron a conocer su diagnóstico positivo.

Ninguna de estas dos fuentes, la laboratorial y la de transmisión vertical, incluyen todas las variables que se estudiarán de la FNC y si bien aportan información útil para la construcción de las tasas de diagnósticos de VIH, fueron excluidas de la base para el análisis de esta tesis.

La ventaja de contar con la base de datos conlleva también una serie de limitaciones. En primer lugar, debido a que no todos los diagnósticos son efectivamente notificados, pudiendo existir en ello diferencias regionales que podrían reproducir la debilidad de algunos Programas de VIH locales. En segundo lugar, por la demora con que a veces las notificaciones llegan a la oficina de la DSyETS por estar ubicada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y la demora por el tiempo que puede transcurrir desde que una persona es diagnosticada hasta que efectivamente comienza su seguimiento, momento en

el cual se realiza el reporte, postergando en estos casos la carga de la FNC en la base en el período correspondiente. Y finalmente, por la existencia de fichas con datos incompletos o datos incoherentes que luego se ve reflejado en la base de datos.

2.2.1 La notificación del VIH en la Argentina

En la Argentina se notifican a la DSyETS del Ministerio de Salud de la Nación los casos de VIH desde el año 2001 y de sida y mortalidad por sida desde 1990. La Ley Nacional de Sida N°23.798/90 y el Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Enfermedades de Notificación Obligatoria (revisión 2007), establecen la obligatoriedad de la notificación individual y detallada de los eventos citados. La FNC es el instrumento para la vigilancia donde se recogen los datos epidemiológicos de las personas tales como, fecha de nacimiento (que se recodifica como edad al momento del diagnóstico), sexo, provincia de residencia, máximo nivel de instrucción alcanzado, ser beneficiario de una obra social o contar con medicina prepaga, fecha del diagnóstico de VIH, vías de transmisión más probable, la presencia de enfermedades marcadoras de sida y la fecha del fallecimiento. En el Anexo A se puede acceder a la última versión de la ficha vigente desde el año 2012. Esta versión de la FNC cuenta con nuevas variables que no podrán ser incorporadas al presente estudio por no haberse relevado en el período que se describirá. Tales variables son: género (incluyendo la categoría trans), recuento de linfocitos T-CD4, la presencia de co-infección con hepatitis B y/o C y el estadio clínico al momento del diagnóstico.

La ficha epidemiológica es completada por el profesional de la salud que atiende a una persona con VIH. Para el evento *VIH* la notificación debe hacerse cada vez que el profesional atiende por primera vez a una persona con VIH ya sea que el diagnóstico de VIH sea nuevo o date de varios años y para el evento *sida*, la notificación se debe realizar cuando se presenta la primera enfermedad marcadora de sida. El tercer evento a notificar es la *muerte por sida* pero hasta el momento, por la gran subnotificación que existe de este evento, para estudiar la frecuencia y construir la tasa de mortalidad, la DSyETS utiliza la información proveniente de los Informes Estadísticos de Defunción que es recogida por la Dirección de Estadística e Información de Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación. Las FNC de VIH, sida y mortalidad por sida así producidas son remitidas al Programa de VIH de la jurisdicción y de ahí se envían a la DSyETS donde son cargadas en la base de datos elaborada para tal fin.

Gracias a un convenio entre la DSyETS y la Administración de Programas Especiales (APE), organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional y actualmente reemplazado por el Sistema Único de Reintegros (SUR), se ha mejorado

sustancialmente la notificación de casos de VIH y de sida por parte de las prestadoras privadas y de obras sociales. El SUR reintegra a los prestadores el gasto en medicación antirretroviral y dispuso como requisito para el cobro por parte de las obras sociales y prepagas de este reintegro, presentar a la entidad una copia sellada por la DSyETS de la FNC. Como algunas entidades no participan del reintegro del SUR, quedaron por fuera de esta estrategia. Las dos de más envergadura son el Instituto de Obra Médico Asistencial (IOMA) y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP o PAMI) a la actualidad no se han incorporado a la vigilancia del VIH También se ha mejorado el reporte en general con talleres realizados por la DSyETS en 2009 dirigidos a los jefes de los programas de VIH de todas las provincias del país que buscaron fortalecer la vigilancia de los casos a través de la notificación.

2.3 Población

La población estudiada está comprendida por las personas que han sido diagnosticadas con VIH en la Argentina entre los años 2003 y 2011 y han sido notificadas por medio de la FNC a la DSyETS como casos de VIH, sida o fallecimiento por sida.

2.4 Criterios de inclusión y exclusión

Se incorporaron todos los casos notificados a la DSyETS y cargados en la base de datos de la Dirección con diagnóstico de VIH entre los años 2003 y 2011.

Se excluyeron todos los casos notificados a los que les faltaron datos esenciales para ser incluidos en este estudio: código de la persona y fecha de diagnóstico del VIH.

2.5 Período a estudiar

Los casos de sida se comenzaron a notificar a nivel nacional en el año 1990 y los de VIH en el año 2001. Sin embargo, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires inició su proceso de registro de casos de VIH dos años después. Como el 30% de los casos de VIH que se reportan a la DSyETS provienen de CABA, pudiendo corresponder a personas con residencia en esa ciudad o en otros distritos, se decidió que el primer año a analizar será el 2003, año en el que todas las jurisdicciones del país se encontraban notificando.

La elección de cierre del período con el año 2011 se debe a que los últimos dos años reportados no se consideran cerrados por el retraso en las notificaciones, ya sea por demoras en el circuito del envío de las fichas o por el tiempo que transcurre entre que la

persona es diagnosticada con VIH y concurre a un servicio de salud, momento en el cual se produce la notificación.

Es por lo expuesto que el período en estudio de casos de diagnósticos de VIH es de 2003 a 2011.

2.6 Definición de diagnóstico tardío y temprano de la infección por VIH

2.6.1 Diagnóstico Tardío

Como ya ha sido expuesto, existen diversas definiciones de diagnóstico tardío por infección por VIH. Todas coinciden en que en el momento del diagnóstico, las personas presentan un estado avanzado de la infección por VIH. Cómo medir el estado avanzado depende en cada lugar de la información disponible. Algunos países entienden por diagnóstico tardío del VIH al diagnóstico que se produce cuando las personas tienen menos de un determinado conteo de linfocitos CD4. En la Argentina, a pesar de que la variable del conteo de CD4 al momento del diagnóstico se incorporó a la FNC de VIH en el año 2012, todavía no se está relevando este dato en forma sistemática por todas las jurisdicciones del país. Por lo tanto, epidemiológicamente y a nivel nacional o regional, se sigue considerando un diagnóstico de VIH como tardío cuando se produce en forma simultánea con el sida, es decir, cuando lo que lleva a realizar el diagnóstico es alguna de las enfermedades consideradas marcadoras de sida o cuando alguna de ellas se produce dentro de los 12 meses siguientes al diagnóstico de VIH (31). Esta definición de diagnóstico tardío es la que se utilizó para la presente investigación.

2.6.2 Diagnóstico Temprano

A los efectos del presente estudio, se definirá como diagnóstico temprano al caso de diagnóstico de VIH notificado a la DSyETS que no haya sido notificado por sida o por defunción por sida dentro de los 12 meses siguientes a la fecha de diagnóstico de VIH.

2.7 Variables y categorías.

Se retomarán todas las variables y categorías especificadas en la FNC de VIH vigente durante el período en estudio y se construirán otras necesarias para el análisis.

A continuación se presentan las variables y sus categorías.

- Sexo: variable nominal.
 - Valores posibles: varón / mujer / desconocido.
- Edad en años al momento del diagnóstico de VIH¹³: variable de intervalo que en caso de considerarse necesario, se podrá agrupar.
- Región de residencia¹⁴: variable nominal
 - Valores posibles: CABA / GBA / Centro / NOA / NEA / Cuyo / Patagonia / Desconocido
 - CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires
 - GBA: 24 partidos del conurbano bonaerense (32)
 - Centro: 111 partidos restantes de la provincia de Buenos Aires, Córdoba, Entre Ríos y Santa Fe
 - NOA: Catamarca, Jujuy, Salta, Tucumán y Santiago del Estero
 - Cuyo: La Rioja, Mendoza, San Juan, San Luis
 - Patagonia: La Pampa, Neuquén, Río Negro, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego
- Máximo nivel de instrucción alcanzado al momento del diagnóstico de VIH: variable ordinal.
 - Valores posibles: sin instrucción / primario incompleto / primario completo / secundario incompleto / secundario completo / superior o universitario incompleto / superior o universitario completo / desconocido
- Obra social/Prepaga.
 - Valores posibles: sí / no / desconocido
- Ocupación:
 - Valores posibles: sí / no / desconocido
- Vía de transmisión del VIH: variable nominal.
 - Valores posibles: relaciones sexuales heterosexuales / relaciones sexuales homosexuales¹⁵ / transmisión vertical / uso compartido de equipos de inyección / transfusión / hemofilia / accidente laboral / otras / desconocida
- Momento del diagnóstico¹⁶: variable nominal que será construida a partir de las fechas de diagnóstico de VIH y de la aparición de la primera enfermedad marcadora de sida.
 - Valores posibles: diagnóstico temprano / diagnóstico tardío / desconocido

¹³ La variable edad no es relevada en la ficha de notificación sino que es construida a partir de la fecha de nacimiento y la fecha del diagnóstico de VIH.

¹⁴ Esta variable será construida a partir de los datos de provincia y localidad registrados en la FNC.

¹⁵ Como se explicará más adelante, por no haber casos registrados de mujeres en esta categoría, será estudiada como "hombres que tienen sexo con hombres".

¹⁶ Momento del diagnóstico no es una variable que se releve en la ficha de notificación sino que es construida para este estudio.

2.8 Análisis.

Se utilizó la base de datos de las notificaciones de VIH de la DSyETS para obtener frecuencias de las características de las personas con diagnóstico tardío y diagnóstico temprano de VIH durante 2003 y 2011.

Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS 19.0 y para la generación de figuras Microsoft Excel 2010.

Se utilizaron gráficos de líneas para describir la evolución de las variables respecto al diagnóstico tardío de VIH.

En un primer momento se había considerado estudiar las características de las personas con diagnóstico tardío de VIH por regiones y para el período en su conjunto. Pero luego, como se describe en el apartado de resultados, se observó que algunas regiones del país presentaban importantes fluctuaciones del porcentaje de personas con diagnóstico tardío durante esos nueve años (Figura 10, página 64), incluso si se agrupaban los años en trienios. Es por ello que se decidió conocer la existencia de asociación estadística entre cada variable y el momento del diagnóstico para cada región no para todo el período como un todo sino para los años 2003 y 2011. De esta manera se buscó visibilizar posibles cambios en la oferta que pudieran haber ocurrido en los nueve años que estudia esta tesis y que pudieran haber influido para llegar a un diagnóstico oportuno de VIH.

Antes del análisis estadístico de cada variable, se consideró la factibilidad de excluir a los casos que no registraron datos de la variable en estudio, observando si su frecuencia relativa, de acuerdo al momento del diagnóstico, era parecida o si se alejaba respecto a las del resto de las categorías. Esto se reflejará cuando se describa detalladamente lo encontrado para cada una de las variables en el siguiente apartado.

Se buscó asociación estadística entre cada variable y el momento del diagnóstico de VIH por regiones del país, tanto para el año 2003 como para 2011, utilizando el método del chi cuadrado. Cuando no se cumplieron los supuestos para la aplicación del chi cuadrado, se calculó el test exacto de Fisher. Luego, en las regiones en que los estadísticos resultaron significativos, se calculó el odds ratio para medir la fuerza de las asociaciones encontradas. Cabe aclarar que para el cálculo del odds ratio en las variables politómicas, se tomó como referencia a la categoría que presentó un menor porcentaje de personas con diagnóstico tardío contra la cual se estudiaron las demás categorías.

2.9 Aspectos éticos de la investigación

Toda la información sobre la vigilancia de casos de personas con VIH está registrada, de acuerdo a la Ley Nacional de Sida vigente en la Argentina, ley N°23,798/90, bajo un código de identificación que permite mantener a resguardo la identidad de las personas notificadas. Este código de identificación se ha establecido en base a la utilización de la letra M o F según el sexo biológico al momento del nacimiento, las dos primeras letras del nombre y las dos primeras letras del apellido seguidas por la fecha de nacimiento en el formato de dos números para el día, dos para el mes y cuatro para el año, con lo cual, la repetición de personas con igual codificación es excepcional.

El código se puede ejemplificar de la siguiente manera:

Nombre: María Victoria

Apellido: Gómez

Fecha de nacimiento: 10/08/1957

Código: FMAGO10081957

Así, en el análisis de la base de datos que se realizará en esta investigación, no será posible identificar a las personas allí registradas, por nombre, apellido o documentos de identidad cumpliendo así con la ley de protección de los datos personales.

3. CONTEXTO

3.1 Introducción

El que un alto porcentaje de personas se diagnostiquen tardíamente en la Argentina no es un problema que se pueda interpretar recortado de su contexto. Es por ello que para describirlo resulta imprescindible hacerlo a la luz de los cambios en la epidemia en el mundo pero particularmente de los que ocurrieron en el país, de la situación actual de la epidemia y de los esfuerzos se llevaron a cabo para promover el diagnóstico oportuno de VIH.

3.2 La epidemia del VIH

A fin de describir la situación epidemiológica en nuestro país, se consideró conveniente comenzar haciendo referencia a la epidemia del VIH en el mundo. Cabe señalar que la distinción de niveles termina siendo analítica, en la medida en que los procesos de la epidemia funcionan articuladamente. No obstante, se consideró que detenerse en los modos en que uno y otro nivel se interpretan excedería los límites del presente trabajo.

3.2.1 El VIH en el mundo

Se describirá a continuación la evolución de lo que sería la epidemia del VIH en el mundo a partir de los primeros casos reconocidos como sida hace ya más de 30 años.

El 5 de junio de 1981, el Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos publicó un documento sobre cinco casos de hombres homosexuales de la ciudad de Los Ángeles que presentaban inmunodeficiencia y neumonía *P. carinii* condición que luego se conocería como *síndrome de inmunodeficiencia adquirida* (sida). En agosto del mismo año, el CDC anunciaba que había 108 casos registrados y que el 40% de ellos ya había muerto. Más adelante se confirmaría que habían habido casos de sida desde finales de la década del 70 (26, 33).

En los siguientes dos años a la primera publicación del CDC, se pudieron establecer las vías de transmisión de la infección y difundir las primeras recomendaciones para la prevención aunque aún no se había detectado el agente etiológico involucrado. Si bien el virus de la inmunodeficiencia humana fue descubierto en 1983, la primera prueba diagnóstica estuvo disponible para ser comercializada en 1985 (33). Durante este primer período de la epidemia, al que Ayres denomina *período de descubrimiento*, los medios de comunicación difundieron ampliamente la noción de grupo de riesgo y las estrategias de

prevención promovidas, que consistían en el aislamiento y la abstinencia, resultaron ineficaces y provocaron actitudes prejuiciosas y discriminatorias (34).

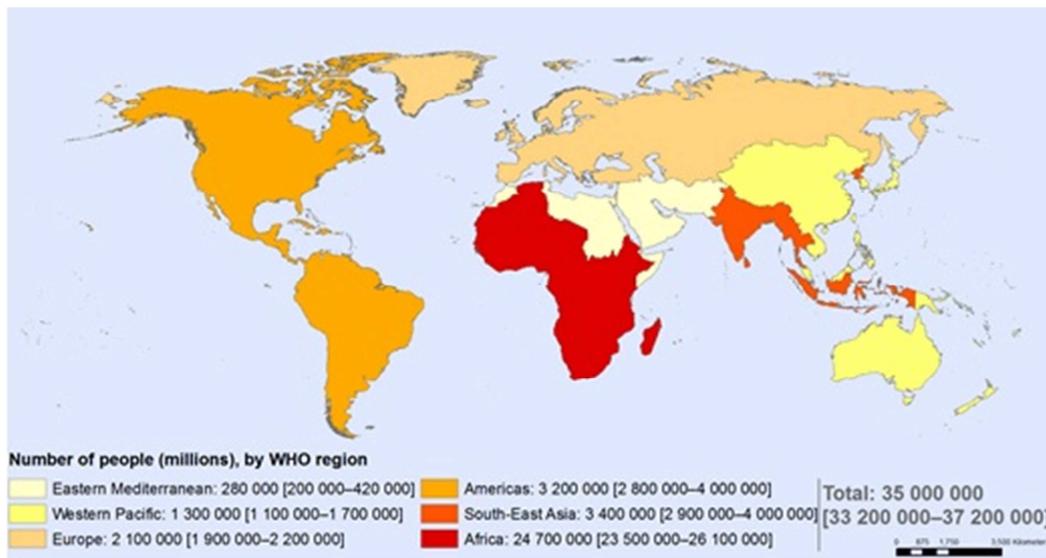
En sus inicios, el sida estuvo limitado a pocos países pero rápidamente la epidemia se extendió por todo el mundo con índices crecientes de incidencia. El número acumulado de personas adultas infectadas pasó de 10 millones a principios de la década del 90 a más de 25 millones y a casi 6 millones de personas fallecidas por sida para mediados de 1996 (26). El tiempo prolongado entre la infección y la aparición de los primeros síntomas que es de alrededor de 10 años en adultos, permitió la gran transmisión del VIH incluso antes de conocer la epidemia y de poder tomar medidas preventivas (33).

Vale describir las características particulares de la historia natural de la infección por VIH que es lo que explica la gran transmisión descrita en el párrafo anterior. La infección por VIH, sin la posibilidad de contar con un tratamiento, está caracterizada por tres estadios. Al primero se lo conoce como infección aguda y tiene una duración de 1 a 3 meses, período en el cual hay un pico en la replicación del virus y una caída en las células CD4. Algunas personas luego de 2 a 4 semanas de la infección pueden experimentar síntomas parecidos al de una gripe fuerte que se conoce como *síndrome retroviral agudo* y es la respuesta del organismo a la infección. Luego de la fase aguda, comienza el período de latencia clínica en el cual el virus se reproduce muy lentamente y las personas no manifiestan síntomas que puedan advertirlas de su condición serológica. Este estadio es el más largo, pudiendo extenderse por 8 o 10 años. Y por último el estadio sida, que como ya fue descrito, es la etapa más avanzada de la infección donde el sistema inmunológico se encuentra deteriorado y las personas infectadas se vuelven vulnerables a adquirir enfermedades oportunistas que, sin tratamiento y luego de 2 o 3 años, progresa hacia la muerte (35).

Al año 1996 fue un punto de inflexión para el crecimiento de la pandemia que cambió la historia natural de la infección. Si bien fue en 1987 que se desarrolló la primera droga específica para combatir al VIH, la zidovudina, conocida como AZT, fue en 1996 que apareció la medicación antirretroviral de alta eficacia (TARGA) que consistió en un cóctel de tres o más drogas antirretrovirales que usadas en combinación mejoraron significativamente las expectativas de vida de las personas infectadas que pasaron de tener una sobrevida de décadas en vez de meses (36).

Aunque se cree que la epidemia comenzó en África central, la prevalencia actualmente es más elevada en el sur de África. Sólo en la República de Sudáfrica vive un sexto de las personas infectadas de todo el mundo (33). A continuación se puede observar un mapa mundial de cantidad de personas estimadas viviendo con VIH en 2013 según las regiones definidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Figura 1).

Figura 1. Estimación de personas viviendo con el virus de la inmunodeficiencia humana por región (2013)



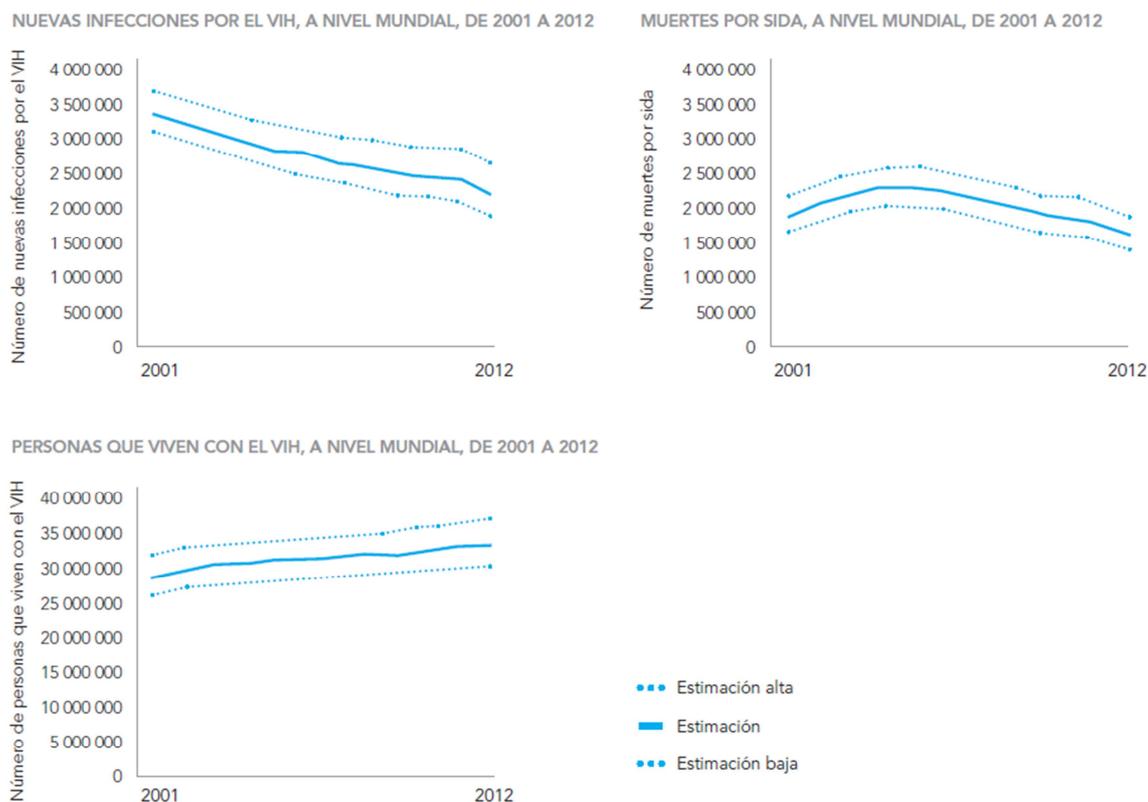
Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2014.

En 1996, para fortalecer la respuesta de las Naciones Unidas a la epidemia, se creó la Oficina de las Naciones Unidas para el-Sida¹⁷ (ONUSIDA). De acuerdo al último Informe Global del organismo, del año 2013, 2,3 millones de personas se infectaron con VIH durante el año 2012 en todo el mundo y actualmente más de 35 millones viven con el virus. El total de personas con infección por VIH presenta un incremento con respecto a años anteriores que es atribuible a que más personas acceden al TARV gracias al cual se extiende la expectativa de vida. Así, el número de muertes por sida descendió un 30% desde el año 2005 pasando de 2,3 millones a 1,6 millones en 2012 (2).

En la Figura 2 se puede apreciar la evolución de las nuevas infecciones de VIH, de la cantidad de personas viviendo con VIH y de las muertes por sida a nivel mundial para el período 2001-2012.

¹⁷ La mayúscula en Sida corresponde al nombre del organismo.

Figura 2. Número de personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana, nuevas infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana y muertes por síndrome de inmunodeficiencia adquirida a nivel mundial (2001-2012)



Fuente: estimaciones de ONUSIDA, 2012.

3.2.2 El VIH en la Argentina

A continuación se describirá el marco en que comenzó la vigilancia epidemiológica del VIH y sida en el país, gracias al cual será posible exponer la evolución y situación actual del VIH en la Argentina aplicando al contexto local categorías que son descriptivas del VIH en el mundo.

Como ya fue expuesto, el Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA¹⁸ y Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) comenzó a funcionar en la Argentina en 1990 en el marco de la Ley Nacional de Sida N°23.798 (5). Luego, en 2007 por medio de la Resolución Ministerial N°1343, se convertiría en Dirección del Ministerio de Salud de la Nación con el nombre *Dirección de Sida y ETS*¹⁹.

¹⁸ Las mayúsculas corresponden al nombre del Programa.

¹⁹ La mayúscula en Sida corresponde al nombre de la Dirección.

La mencionada ley estableció la obligatoriedad para médicos e instituciones de salud pública y privadas de notificar los casos de sida y fallecimientos por sida al Programa de Nacional del Ministerio de Salud de la Nación para lo cual se elaboró una FNC. Es gracias al análisis de la base donde se vuelcan los datos de las fichas que se puede conocer la epidemia de VIH en el país.

Los primeros casos de sida reportados en el país datan de 1982 y, así como a nivel mundial también ocurrieron en hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) y la cantidad de diagnósticos por esta vía siguió aumentando hasta el día de hoy.

En la categoría HSH se incluye a los varones gays y bisexuales, a otros varones que no se identifican como homosexuales pero que tienen prácticas sexuales con otros varones y a las personas trans femeninas. La categoría pone el énfasis en prácticas que pueden transmitir el virus por sobre una variedad de identidades ya que es el sexo sin protección la vía de transmisión y no la identidad sexual (37, 38). La FNC sufrió varios cambios a lo largo de los años y su actual versión, del año 2012, permite, entre otras incorporaciones, dar visibilidad a las personas trans.

En el país, no hubo casos notificados de mujeres por relaciones sexuales desprotegidas con otras mujeres, por lo cual la vía de relaciones sexuales entre personas del mismo sexo sólo remite a los HSH²⁰.

Desde mediados de la década del 80, el compartir equipos para el uso de drogas inyectables fue la vía que más incidió en los nuevos diagnósticos de sida hasta 1996, momento en el que comienza a descender y es superada por los casos producidos por relaciones sexuales heterosexuales desprotegidas que continuaron en aumento siendo, desde ese momento y hasta la fecha, la vía con más casos reportados.

Los primeros casos de transmisión vertical también fueron notificados a mediados de la década del 80 y fueron en aumento hasta llegar a un máximo en 1997 momento en el cual comenzó a bajar la tendencia. El año 1997 se corresponde con la aprobación de la "Norma de SIDA²¹ en Perinatología", resolución N°105/97, donde se recomienda ofrecerle la prueba diagnóstica a las mujeres embarazadas en la primera consulta prenatal y a las puérperas, antes del alta, que no tienen la serología realizada previamente (39). La norma surge después de que se conocieran medidas preventivas de la transmisión perinatal. Fue a fines

²⁰ La transmisión del VIH entre mujeres que tienen sexo con otras mujeres es muy poco frecuente. Por lo cual, hubo muy pocos casos en el mundo de infecciones de VIH que pudieran atribuirse a relaciones sexuales desprotegidas entre mujeres ya que primero se deben descartar otras exposiciones potenciales al virus que resultan de más riesgo para adquirir la infección como ser el uso compartido de equipos inyectables, relaciones heterosexuales sin protección, transfusiones, entre otras. Es por ello que resulta muy difícil atribuir la infección a esta vía (Likely Female-to-Female Sexual Transmission of HIV - Texas 2012. Centers for Disease Control and Prevention - Morbidity and Mortality Weekly Report. Marzo 2014).

²¹ Las mayúsculas en SIDA corresponde al nombre de la norma.

de 1994 que se publicaron los resultados de un estudio clínico realizado en Estados Unidos, conocido como PACTG 076, que demostró la posible reducción en un 70% de la transmisión si se le administraba AZT a las mujeres embarazadas con VIH y a los recién nacidos expuestos (40, 41). Otros estudios clínicos y observacionales lo siguieron y lograron demostrar que una combinación de antirretrovirales administrados a la embarazada se asociaba a una mayor reducción de la transmisión vertical llegando a prevenir la transmisión por esta vía en más del 98% de los casos (41).

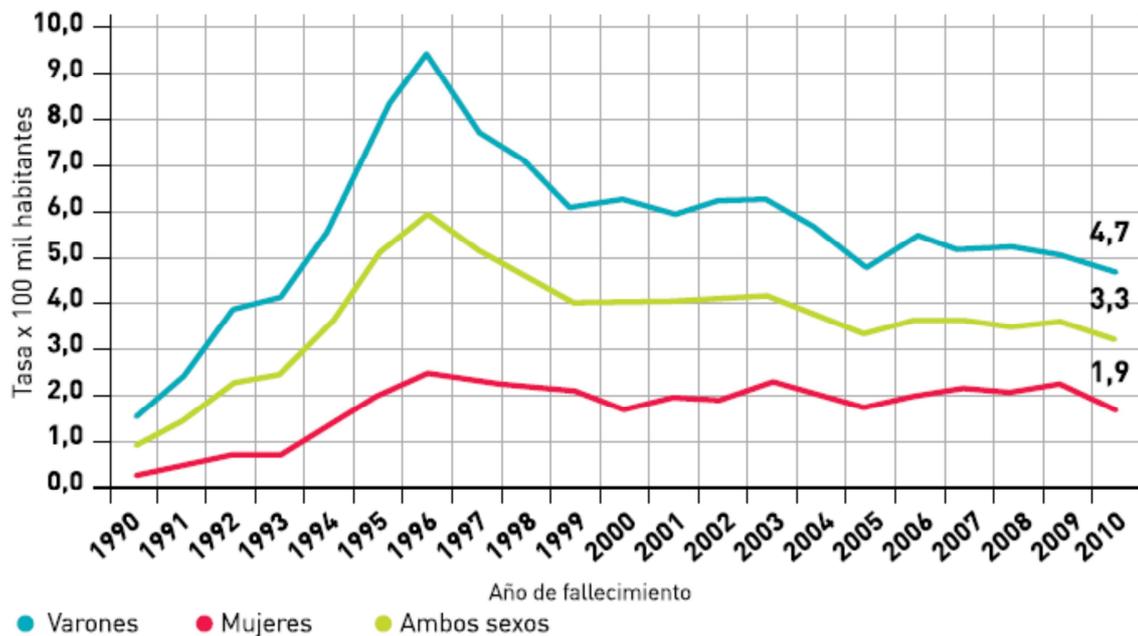
En relación a las otras vías, las infecciones por transfusiones de sangre o por el uso terapéutico de plasma o de otros derivados sanguíneos no llegaron a ser muy altas. Esto se debió a la obligatoriedad por ley, en 1990, del control de la sangre donada antes de su uso debiendo ser descartada la sangre que resultara positiva para VIH.

3.2.2.1 Cambios en la epidemia y en la forma de monitorearla

Las características de la epidemia en el país han ido cambiando a lo largo de los años. Estos cambios se deben a la aparición a mediados de la década de los 90 del TARGA que a partir de 1997 influye fuertemente en el descenso de la incidencia de casos de sida evitando o retrasando la evolución de la infección del VIH a un estadio más avanzado, a los cambios en la razón hombre/mujer que ha venido descendiendo, al cambio en el consumo de drogas ilegales hacia fines de la década del 90 y al uso del preservativo en ciertos sectores sociales (42).

En la Argentina, así como en el resto del mundo, la introducción del TARGA en 1996 tuvo un fuerte impacto no sólo en la prevención de la transmisión perinatal de la infección como se describió anteriormente sino también en la mortalidad y en la expectativa de vida de las personas infectadas. Las altas tasas de nuevos diagnósticos de sida y de mortalidad por sida se han frenado desde mediados y finales de la década del 90 y han descendido gracias a las medidas preventivas y al TARV que en nuestro país se proporciona de manera gratuita (3). En el 1996 hay un pico en la cantidad de personas notificadas por sida que posiblemente se vio sobredimensionado por la incorporación ese mismo año de tres nuevas enfermedades marcadoras a la definición de estadio sida (43). En la Figura 3 se puede observar como la tendencia de tasa de mortalidad presentaba un fuerte aumento durante los primeros años, sobre todo entre los varones, hasta llegar a un pico en 1996 para luego descender y finalmente estabilizarse al final de la serie (3).

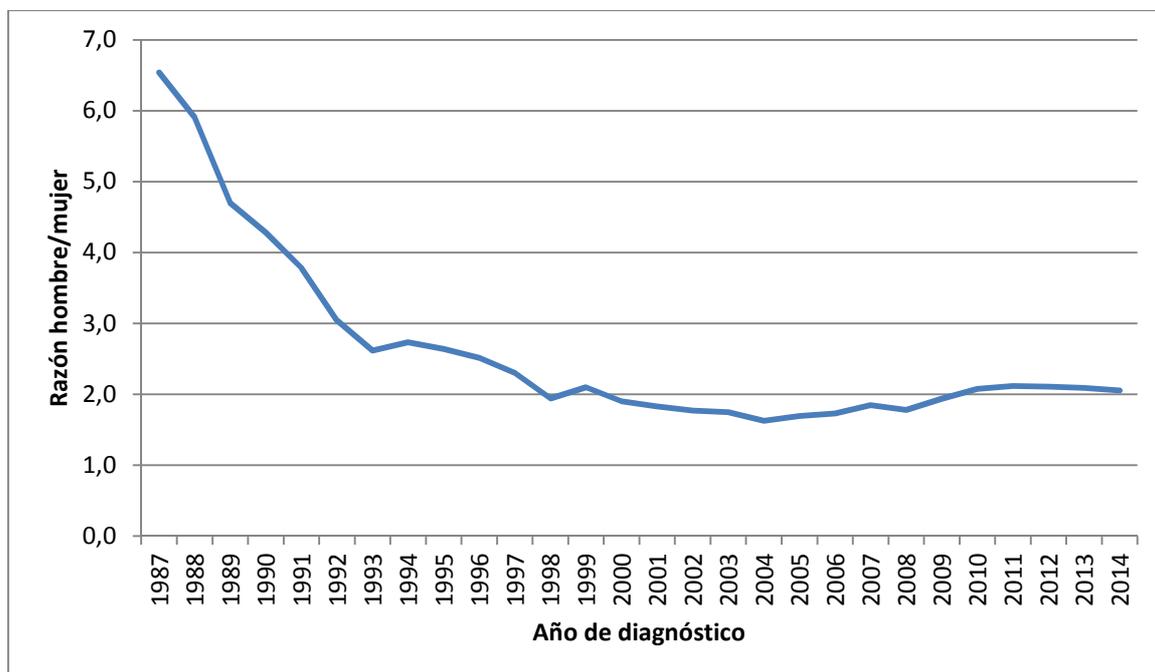
Figura 3. Tasa de mortalidad por síndrome de inmunodeficiencia adquirida por 100 mil habitantes según sexo, Argentina (1990-2010)



Fuente: Boletín sobre el VIH-sida e ITS en la Argentina. 2013

Los primeros casos de sida reportados fueron en varones y las mujeres comenzaron a infectarse y, por lo tanto, a diagnosticarse más tarde. Durante los primeros años se diagnosticaban más de 6 varones por cada mujer, sin embargo la razón hombre/mujer fue descendiendo hasta 1997 lo cual significa que más mujeres se estaban diagnosticando en relación a los años anteriores. Para esos años la epidemia se observaba como más femenina aunque siempre hubo más diagnósticos en varones que en mujeres. El incremento en la proporción de mujeres diagnosticadas seguramente estuvo influenciado por las estrategias de acceso al diagnóstico de las mujeres embarazadas. Pero a partir de 1997 la razón ya no presentó cambios importantes. Descendió unas décimas para, en 2010, volver al valor registrado una década atrás. Desde 2010 a la fecha el valor permanece constante en 2,1 varones por cada mujer diagnosticada (Figura 4).

Figura 4. Evolución de la razón hombre/mujer según año de diagnóstico del virus de la inmunodeficiencia humana, Argentina (1987-2014)



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud, Argentina.

Nota: Hasta el año 2000 sólo se reportaron los casos de VIH cuando llegaban a estadio sida.

Más allá de las variables biológicas, interesa además dar cuenta de variables que son indicativas del nivel socioeconómico para poder caracterizar a la epidemia también desde esa perspectiva.

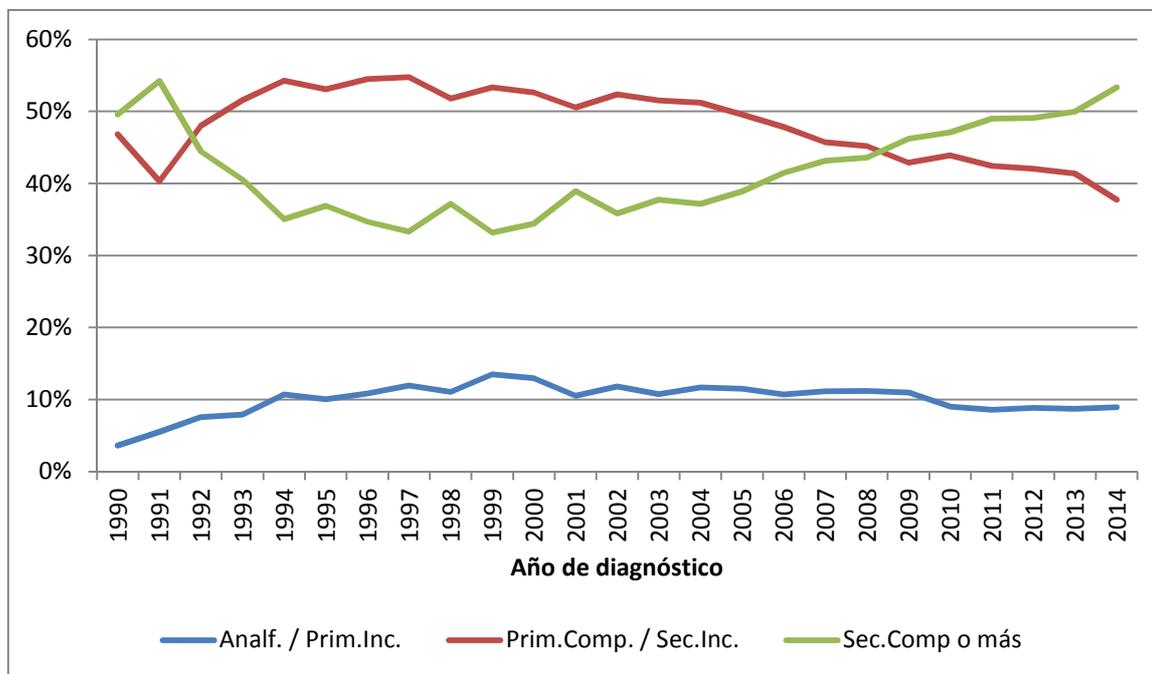
Siguiendo a Ross y Wupostulan, citados por Bloch, quienes postulan que para la salud el nivel de instrucción puede ser utilizado como proxy de estatus socioeconómico (26) se puede observar en la Figura 5 la evolución de los casos de VIH por nivel de instrucción formal alcanzado al momento del diagnóstico en personas de 19 años o más. Hasta finales de la década del 90, la proporción de los casos en personas de bajo nivel²² de instrucción crecía lentamente y la proporción de personas diagnosticadas con un nivel medio²³ de educación -si bien desde 1997 comenzó a bajar- siguió representando a más de la mitad de todos los diagnósticos hasta 2005. Al mismo tiempo, la proporción de personas diagnosticadas con alto nivel²⁴ de instrucción, fue incrementándose desde hace quince años hasta superar a los otros niveles en 2009 e incluso llegar a representar más de la mitad del total de casos reportados en 2013 y 2014.

²² Por bajo nivel de instrucción se entiende hasta primario incompleto.

²³ Por nivel medio de instrucción se entiende primario completo y secundario incompleto.

²⁴ Por alto nivel de instrucción se entiende secundario completo o más.

Figura 5. Evolución de la proporción de casos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana* por nivel de instrucción en las personas mayores de 18 años, Argentina (1990-2014)



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud, Argentina.

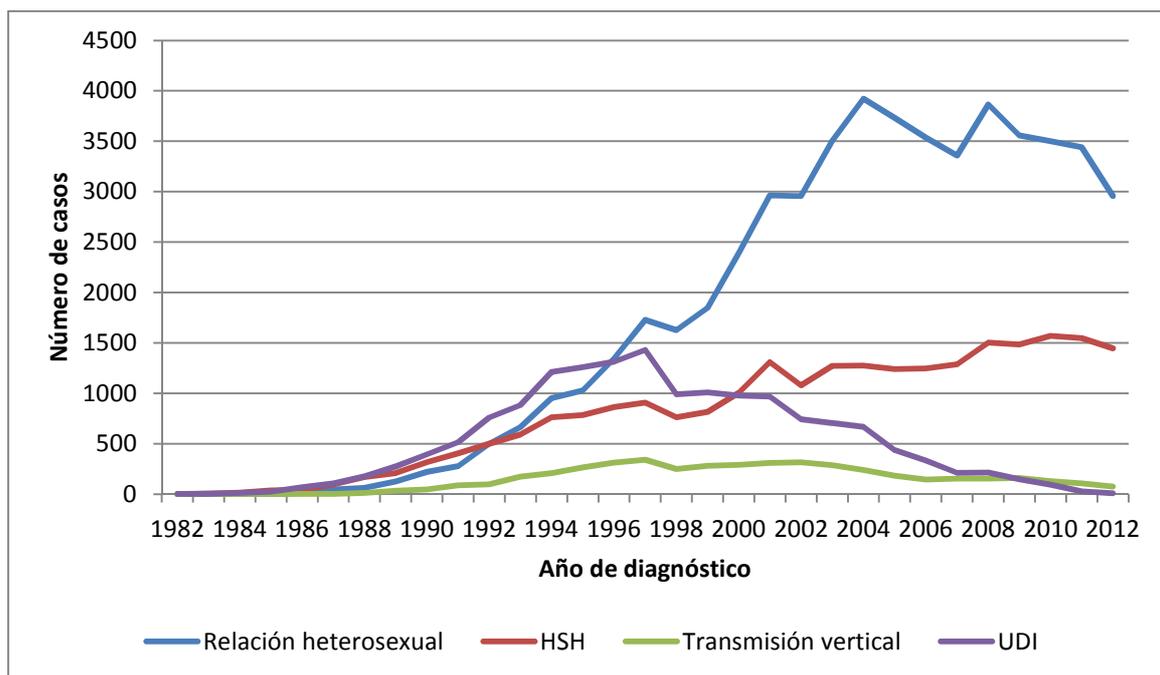
(*) Hasta el año 2000 sólo se reportaron los casos de VIH cuando llegaban a estadio sida.

Como posibles razones de los cambios en el consumo de drogas que produjeron un descenso del uso inyectable se describen la aparición del VIH, el surgimiento, a mediados de la década del 90, de programas de reducción de daños que trabajaron en el intercambio de jeringas, la escasez y baja calidad de las sustancias inyectables, especialmente la cocaína, durante los años de crisis y la aparición de *paco* o *pasta base* en las zonas más pobres del país (44, 45). El cambio en el consumo de drogas y las políticas de reducción de daños fueron las causas de la reducción del número de casos de VIH reportados en entre usuarios de drogas inyectables (UDI) como se puede observar en la Figura 6.

Los casos por relaciones sexuales desprotegidas entre varones y por el uso compartido de equipos de inyección fueron los más reportados hasta 1995 momento en el cual toma más preponderancia la vía de relaciones sexuales heterosexuales. Los notificados por vía HSH fueron en aumento para luego estabilizarse y, en los últimos años, mostrar un leve incremento. La vía por el uso compartido de equipos de inyección fue la que más infecciones produjo en los primeros años y luego, por los cambios en el consumo de drogas antes mencionado y por las políticas de prevención de daños preponderante fue disminuyendo su participación en el total de casos hasta 2014 donde, hasta el momento, no se reportó ningún caso por esta vía (Figura 6). Hay que tener en cuenta que, como se

desarrollará más adelante, hasta el año 2000 sólo era obligatorio reportar a nivel central los casos de sida y de muertes por sida. Es a partir de 2001 que se incorporaron a la notificación también los diagnósticos de VIH. Razón por la cual, cuando se describe la evolución de casos de VIH, hasta 2001 la mayoría de los registros corresponden a la notificación en el estadio sida de la infección y a partir de ese año al diagnóstico de VIH.

Figura 6. Número de casos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana* según vía de transmisión por año de diagnóstico, Argentina (1982-2012)

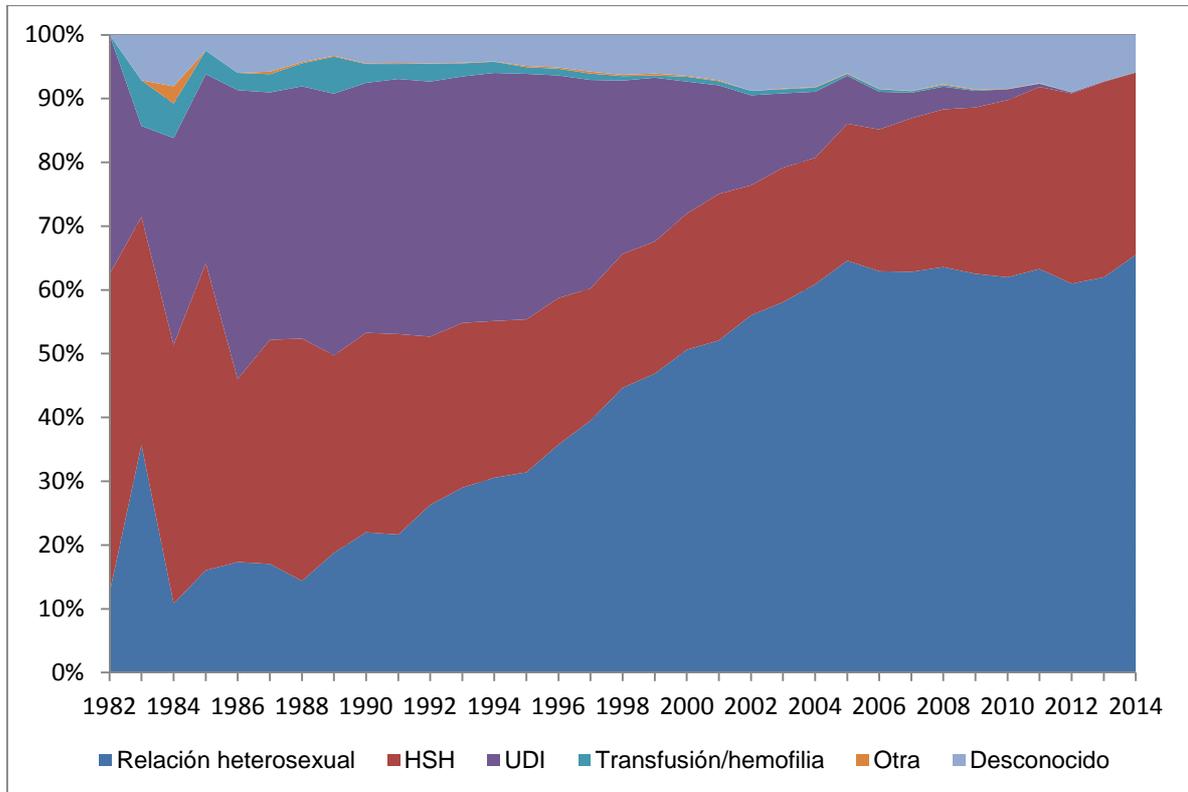


Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud, Argentina.

(*) Hasta el año 2000 sólo se reportaron los casos de VIH cuando llegaban a estadio sida.

En la Figura 7 puede apreciarse cómo ha ido cambiando la proporción que representa cada vía de transmisión en el total de casos de VIH según el año de diagnóstico.

Figura 7. Proporción de las vías de transmisión por año de diagnóstico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana*, Argentina (1982-2014)



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud, Argentina.

(*) Hasta el año 2000 sólo se reportaron los casos de VIH cuando llegaban a estadio sida.

Así como cambió la epidemia, también cambió la manera de vigilarla y monitorearla. Antes del acceso al TARGA se contabilizaban las muertes por sida y los casos de sida porque la historia natural de la enfermedad llevaba irremediablemente a que la infección por VIH avanzara al estadio sida y luego a la muerte. Hasta esos años, monitorear los casos de sida permitía conocer la incidencia de la infección por VIH. El drástico descenso de la morbimortalidad por sida a partir de 1997 trajo también la necesidad de un cambio en la vigilancia que proporcionara información sobre la epidemia aun cuando la infección no evolucionara a sida. Es por ello que ONUSIDA y el CDC recomendaron que se incluyera el diagnóstico de VIH a la vigilancia de la epidemia a la cual la Argentina adhirió disponiendo la notificación obligatoria del VIH en todo el país y creando el registro de VIH el 1 de junio de 2001 (43, 46).

Al tipo de vigilancia donde se reportan casos de VIH, sida y mortalidad por sida se la conoce como vigilancia del VIH de primera generación. Pero este tipo de monitoreo no resultó suficiente para conocer las particularidades de la epidemia en cada país ni los comportamientos que favorecen su transmisión. Es por ello que la OMS presentó la

estrategia de vigilancia del VIH de segunda generación que tiene por objetivos poder comprender mejor las tendencias de la epidemia y los comportamientos que la sostienen y concentrar la vigilancia en los grupos más vulnerables a adquirir la infección para que la información que brinde pueda ayudar a conocer mejor la epidemia y a idear estrategias de prevención y atención más eficientes (47).

La vigilancia de segunda generación permite también clasificar a las distintas epidemias en *de bajo nivel, concentrada o generalizada*. La de bajo nivel es aquella en la que ningún subgrupo superó el 5% de prevalencia. En la concentrada la prevalencia en la población general es menor al 1% y superior al 5% en algún o algunos grupos poblacionales. Y la epidemia generalizada es en la que la prevalencia en las mujeres embarazadas es superior al 1%.

La epidemia del VIH en el país es de tipo concentrada. Como vigilancia de segunda generación se han realizado en el país estudios y estimaciones de prevalencia, de prácticas sexuales y consumo de drogas y también se amplió el conocimiento de los grupos más vulnerables y de la población general (42). A partir de estos estudios se estima que en la Argentina el 12% de los HSH, el 7% de los UDI, el 2% de las mujeres que realizan trabajo sexual y el 34% de las personas trans viven con el virus (4).

Según la última publicación oficial del país, el Boletín Epidemiológico sobre el VIH de la Argentina N°30 de la DSyETS, se estima que en el país viven alrededor de 110.000 personas infectadas con VIH, de las cuales el 30%, es decir 33.000, no conoce aún su situación serológica. Cada año se infectan alrededor de 5.000 personas, mayoritariamente por prácticas sexuales no protegidas, 100 niños contraen el virus por transmisión vertical y mueren aproximadamente 1.400 personas por sida en el mismo período. Más del 70% de los nuevos diagnósticos se dan entre personas de 20 a 44 años con una mediana de edad de diagnóstico en el último trienio de 34 años para los varones y de 32 para las mujeres. Actualmente se están diagnosticando dos varones por cada mujer, hay un aumento en las tasas de diagnóstico en algunas regiones del país, un incremento de los diagnósticos en varones infectados por relaciones sexuales desprotegidas con otros varones y los diagnósticos tardíos llegan al 22% (3).

3.2.3 Conclusión

La epidemia de VIH en el mundo ha tenido importantes puntos de quiebre pero el más trascendente fue la aparición del TARV que cambió la historia natural de la infección y las dinámicas de la epidemia en el mundo y también en Argentina.

En el caso de nuestro país, el rol que tuvo el Estado en la respuesta a la epidemia fue fundamental. La Ley de Sida y las normas y recomendaciones que le siguieron, dieron

cuenta de la capacidad de intervención y de la interface entre conocimiento, gestión, y políticas públicas.

El TARGA gratuito ha tenido gran influencia en la importancia de promover el diagnóstico oportuno en un país donde la provisión de medicamentos se encuentra garantizada.

Cabe también resaltar que las vías de transmisión han ido variando su peso relativo con el correr de los años mostrando la estrecha relación entre la epidemia y prácticas sociales que a veces pueden exceder lo sanitario, como fue el caso en el cambio que se dio entre los UDI.

En la actualidad el VIH es mayormente una infección de transmisión sexual (ITS) en la medida en que esta es la vía de transmisión principal, lo cual obliga a pensar el acceso al diagnóstico con las particularidades que tienen este tipo de infecciones.

3.3 Reconstrucción de la oferta de la prueba de VIH en la Argentina

A fin de analizar lo relativo al acceso oportuno al diagnóstico de VIH en la Argentina se vuelve ineludible dar cuenta de las modificaciones habidas en el plano de la oferta de testeo hasta el año 2011.

Un indicador fundamental de los cambios en la oferta podría estar dado por la cantidad de personas que efectivamente acceden al testeo. Ahora bien, en la actualidad los registros existentes no permiten contar con este dato a nivel nacional. El Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) del Ministerio de Salud de la Nación es la red a la cual se notifican los eventos relevantes para la salud pública. El sistema consta de un módulo de vigilancia clínica (C2) y otro de vigilancia por laboratorio (SIVILA). En el SIVILA algunos laboratorios del país, especialmente los del subsector público, registran la cantidad de muestras y los resultados para algunas patologías con el objetivo de aportar especificidad a la vigilancia epidemiológica, identificar la aparición de un brote y alertar acerca de eventos que requieran medidas rápidas. Con respecto al VIH, no es posible inferir de este sistema de información el dato sobre la cantidad de personas testeadas en un período. La limitación está dada por la imposibilidad de diferenciar en la base personas de muestras. Esto se debe a que los laboratorios pueden cargar de una u otra forma sin que el sistema de cuenta de esta diferencia. Tampoco es posible estudiar los cambios en el tiempo de la cantidad de personas o muestras estudiadas porque el número de laboratorios que integran la red fue variando y porque también es posible que haya variado el modo de carga en algunos laboratorios de muestras a personas o a la inversa.

Considerando lo anterior, se ha realizado un relevamiento sistemático de aquella información disponible que permita reconstruir de algún modo la evolución de la oferta de testeo de VIH en la Argentina. En primer lugar se presentarán las normas que tratan sobre el acceso al diagnóstico de VIH que se produjeron desde el inicio de la epidemia en el país y que son de alcance nacional.

En segundo lugar, para complementar la información sobre los cambios en la oferta diagnóstica del VIH, se expondrán los resultados de la revisión de los boletines epidemiológicos elaborados por el Programa de Lucha contra los Retrovirus del Humano y luego la DSyETS publicados desde el año 1998 al año 2012 en busca de datos de gestión sobre estrategias implementadas en ese período para mejorar el acceso a las pruebas diagnósticas de VIH.

Por último, se buscará dar cuenta de los resultados que estas normas y estrategias han tenido en la práctica mediante información que brindan distintas investigaciones que se han llevado a cabo en los últimos años.

3.3.1 Normativas nacionales sobre el acceso al diagnóstico de VIH

La norma fundamental que marca el acceso al diagnóstico de VIH es la Ley Nacional de Sida²⁵ N°23.798 del año 1990 y sus decretos reglamentarios N°1240/91 y N°1244/91 (5). La ley establece que la prueba diagnóstica debe ser gratuita y confidencial. La gratuidad tiene como objetivo evitar un obstáculo económico de acceso al diagnóstico y la confidencialidad evitar el estigma y la discriminación que se asocian a la infección por VIH.

Luego, hubo normas complementarias. En el año 1997 se aprobó la Norma de SIDA²⁶ en Perinatología, resolución N°105/97, donde se recomienda ofrecerle la prueba diagnóstica a las mujeres embarazadas en la primera consulta prenatal y a las puérperas, antes del alta, que no tienen la serología realizada previamente (39). Hasta ese año no existían en el país normas que reglamentaran la prevención de la transmisión perinatal y sólo en algunas pocas instituciones se le realizaba la prueba a la mujer de acuerdo al conocimiento de los médicos tratantes y a la disponibilidad de reactivos en el efector (46).

La obligatoriedad del ofrecimiento de la prueba a todas las mujeres embarazadas lo dictaminó la Ley N°25.543 sancionada en 2001 y promulgada a principios de 2002 donde, para poder llevar a cabo estos estudios, se requería a todos los establecimientos públicos,

²⁵ La mayúscula en Sida corresponde al nombre de la norma.

²⁶ Las mayúsculas en SIDA corresponde al nombre de la norma.

de obras sociales y de la medicina prepaga que reconocieran dentro de su cobertura el test diagnóstico de VIH como parte del cuidado durante el embarazo (48).

El acceso a la prueba diagnóstica del VIH de la mujer embarazada es de vital importancia no sólo como oportunidad de un diagnóstico oportuno sino también para la prevención de la transmisión vertical de la infección al niño. Sin las medidas de profilaxis adecuadas que incluyen el testeo temprano durante el embarazo de la mujer y, en el caso de resultar positiva para VIH, el inicio del TARV, la supresión de la lactancia, la cesárea electiva cuando se considera conveniente y el tratamiento preventivo a los recién nacidos, el porcentaje de niños que adquieren la infección entre todos los expuestos por esta vía es del 25-30% (40). En cambio, la transmisión puede llegar ser menor al 2% cuando se aplican estas medidas de profilaxis prenatal, intraparto y neonatal (49).

En 2002, el Ministerio de Salud de la Nación publica las *Recomendaciones para la Prevención de la Transmisión Perinatal del VIH* donde aconseja, además de realizar la prueba de VIH en el primer trimestre o la primera consulta y en el tercer trimestre en los casos en que las mujeres hayan comenzado más tarde el control prenatal, realizar un test rápido a las mujeres que concurren al final del embarazo o en trabajo de parto sin serología previa. Además se sugiere ofrecer la prueba de VIH en las consultas preconcepcionales o ginecológicas tanto a la mujer como a su pareja (50). La recomendación del uso de la prueba rápida de VIH en el parto pone de manifiesto que a pesar de ya ser ampliamente conocido el impacto en la reducción de la transmisión vertical del VIH al aplicar las medidas de profilaxis oportunamente y de existir en el país la Norma de SIDA en Perinatología desde 1997, no todas las mujeres llegaban al momento del parto con el estudio realizado. Es importante remarcar que el ofrecimiento de la prueba de VIH a las parejas de las mujeres embarazadas además de ser vital para la prevención de la infección en la mujer en los casos de parejas serodiscordantes y por ende de la prevención en la transmisión vertical, también es una oportunidad para mejorar el acceso a los varones heterosexuales a la prueba quienes, según el último boletín epidemiológico (3) tienen peores porcentajes de diagnósticos tardíos que los varones que tienen relaciones con otros hombres.

3.3.2 La oferta según los boletines epidemiológicos nacionales (1998-2012)²⁷

La revisión se concentró en la búsqueda de datos que pudieran aportar a conocer los posibles cambios en la oferta diagnóstica en el país como ser las estrategias implementadas para mejorar y ampliar el testeo y datos de gestión de la DSyETS como la cantidad de reactivos para el diagnóstico de VIH comprados durante el período.

En el primer boletín en que se hace referencia a estrategias para la mejora y extensión del diagnóstico es en el número 17 del mes de julio de 1999. En él se explicitan ideas para la acción donde se sugiere capacitar a los periodistas para que informen con sensibilidad y precisión sobre el VIH e incluir la temática del VIH en los mensajes de los políticos. Desde la sección de transmisión vertical se recomienda promover el acceso a las pruebas a las mujeres embarazadas y asegurar que sus parejas estén informadas de su papel y responsabilidad para prevenir la potencial infección a sus hijos.

En el siguiente boletín, de diciembre de 1999, aparece la primera mención de los centros de detección anónima y voluntaria como lugares en los que se favorece el acceso al diagnóstico con consejería previa y posterior a la prueba de grupos vulnerables y que no suelen funcionar en hospitales ni centros de salud distinguiéndolos de los que se encuentran dentro del esquema de prestación de servicios médicos (51). En esta publicación se hace referencia a los centros más bien como un concepto y no como una estrategia en marcha ni una propuesta a llevar a cabo.

A fin de contextualizar lo anterior, se hace necesario aclarar que el principal objetivo de los Centros de Prevención, Asesoramiento y Testeo (CePAT), así llamados actualmente, es el de implementar estrategias que promuevan el testeo voluntario de VIH buscando que sean las propias personas las que soliciten el pedido de la prueba y por ello el asesoramiento antes y después de la realización del análisis juega un papel importante en la prevención de la infección y también como una puerta de entrada a los servicios de asistencia para iniciar el seguimiento de las personas infectadas (52). Para el momento de la publicación del citado boletín, en la Argentina sólo funcionaban algunos CePATS en la ciudad de Rosario que habían sido creados en 1997. En el año 2000 comenzó a funcionar el primer centro en el conurbano bonaerense, en el municipio de San Martín y el primero de la CABA, este último en un centro de salud (52). Actualmente, hay CePATs en distintos lugares del país que funcionan en contextos diversos y con distinto grado de desarrollo y

²⁷ La periodicidad de la publicación de los boletines no ha sido siempre la misma. En 1998 hubo dos boletines semestrales, en 1999 se publicaron 3 boletines trimestrales y partir de 2000 se produjo un boletín anual aunque con diferencias en cuanto al mes de publicación. Cabe aclarar que en 2006 no se publicó el boletín.

muchas veces no se diferencian de un servicio clásico de laboratorio hospitalario o de un centro de salud. En cuanto el impacto de esta estrategia en la oferta, no hay datos fehacientes sobre la cantidad de centros funcionando en el país y se estima que el total de personas que se realizan las pruebas en los CePATs no es significativa respecto del total de personas que se estudian en el país (53).

Siguiendo con las publicaciones de los boletines, en la del año 2000 no se ha encontrado información sobre cambios en la oferta diagnóstica ni sobre estrategias implementadas para su ampliación.

En el boletín del año 2001 se hace hincapié en la importancia del ofrecimiento de la prueba de VIH con asesoramiento a las mujeres embarazadas y sus parejas (46) y los siguientes siete años los boletines no han mencionado cambios ni estrategias respecto al acceso al diagnóstico.

Recién en el boletín del año 2009 (42), que corresponde a una nueva gestión de la DSyETS, se vuelve a retomar el tema de los CePATs planteando la instalación de una estrategia de testeo con asesoramiento en centros de atención primaria del país. Sin embargo, no se explicita ni la cantidad de centros, ni el momento de puesta en marcha, ni su ubicación, ni tampoco si en esos centros ya se ofrecía la prueba de VIH.

El boletín del año 2010 no brinda información pertinente a la oferta pero en el del año siguiente, 2011, se explica que para mejorar el acceso a las pruebas con asesoramiento se crea en la DSyETS un área llamada *Acceso al diagnóstico de VIH y sífilis* y se detallan las actividades que en ese sentido fueron llevadas a cabo por el organismo durante 2010 y 2011 (54).

- a) Promoción para la instalación de CePAT
- b) Creación de CePAT con financiamiento FESP
- c) Oferta y realización en distintas jurisdicciones del país de capacitaciones sobre estrategias de acceso al dx y asesoramiento antes y después del test
- d) Publicación de la guía "Desarrollo y fortalecimiento de Centros de Prevención, Asesoramiento y Testeo en VIH-sida" en la Argentina. Un modelo de atención para promover la accesibilidad al test de VIH-sida con asesoramiento"
- e) Apoyo técnico a las jurisdicciones que están desarrollando actividades vinculadas al mejoramiento del dx de VIH y sífilis
- f) Instalación de consultorios de dx y atención para población vulnerable GTB
- g) Compra de 2.000.000 de reactivos para la realización de la prueba dx
- h) Elaboración de un Programa de Control de Calidad en Dx para 150 laboratorios del país
- i) Renovación de equipos para la realización del test Elisa
- j) Promoción y distribución de materiales de difusión, promocionando el acceso al testeo voluntario de VIH

En el último boletín revisado, del año 2012, también se hace referencia a las estrategias implementadas y sostenidas para mejorar el acceso al diagnóstico como ser la revisión, mejoramiento y difusión de los circuitos diagnósticos, capacitación a personas clave y a equipos de salud, el ofrecimiento de la prueba de VIH a las parejas de las mujeres embarazadas, la realización de campañas de testeo y la implementación del uso de tests rápidos (4).

La Argentina cuenta con una importante red de laboratorios públicos que realizan la prueba de VIH y, en su mayor parte, los reactivos necesarios para el diagnóstico son distribuidos por el Ministerio de Salud de la Nación lo cuales son complementados con compras a nivel local. Es por ello que se consideró que comparar el número de reactivos distribuidos por la DSyETS a las provincias por año podría ser un indicador aproximado del impacto de las estrategias de promoción del testeo en el total de estudios realizados con lo cual se buscó específicamente esta información en los boletines.

El boletín epidemiológico del año 2011 es el primero que da cuenta de las compras de reactivos por parte de la DSyETS donde se informa de una distribución durante 2010 de 2 millones de determinaciones tanto para VIH como para sífilis (54) sin la posibilidad de desagregar el número para VIH. En el último boletín del período en estudio, correspondiente al año 2012 (4), se presenta una tabla con el total de reactivos comprados por la DSyETS durante el año 2011 para el diagnóstico de VIH y de sífilis y aquí también el total de unidades supera los 2 millones.

En la medida en que no hay disponibles datos sobre la cantidad de reactivos comprados en años anteriores, se ha solicitado esa información al área de compras de laboratorio de la DSyETS pudiendo acceder únicamente a un listado de 2008. La cantidad de reactivos para el diagnóstico de VIH y de sífilis para ese año estuvo un poco por encima de los 2 millones lo cual permitiría inferir, si se lo coteja con la información disponible para los años 2010 y 2011²⁸, que la cantidad distribuida por la DSyETS a las provincias ha sido relativamente constante.

²⁸ Según lo publicado en los boletines 2011 y 2012 respectivamente.

3.3.3 La oferta según investigaciones específicas

El ofrecimiento de la prueba diagnóstica a las parejas de las mujeres embarazadas no mostró mucha adherencia por parte del equipo de salud. En un estudio de 2005 financiado por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida²⁹, la Tuberculosis y la Malaria como parte de una serie de investigaciones sociales sobre el VIH en la Argentina dio como uno de sus resultados que sólo el 17,1% de las mujeres embarazadas entrevistadas refirió que a su pareja le habían ofrecido realizarse la prueba de VIH desconociéndose el porcentaje que efectivamente lo realizó (55). La recomendación del ofrecimiento de la prueba a las parejas de las mujeres embarazadas se siguió remarcando en distintos instrumentos como ser una guía dirigida a los equipos de salud para la prevención de la transmisión vertical de: sífilis, hepatitis B y VIH que desarrolló la DSyETS en 2011 y también se trató el tema en los boletines epidemiológicos que produjo el mismo organismo.

Durante los años 2010 y 2011, la DSyETS³⁰ realizó una investigación que tuvo por objetivo conocer la seroprevalencia de sífilis y VIH en mujeres puérperas en Argentina. Además de realizar las pruebas serológicas en el puerperio inmediato a 6.711 mujeres, se recabó información de las historias clínicas sobre la realización de la prueba de VIH durante el embarazo. Se encontró que el 85% de las mujeres habían accedido a la serología de VIH antes del parto pero del 9% que no lo había hecho, el 65% había tenido por lo menos un control del embarazo y el 23% tuvo cinco o más controles (56). Estos datos permiten evidenciar que la cobertura del testeo en embarazadas, a 14 años de la aprobación de la Norma de SIDA en Perinatología y a 10 años de la ley que obliga al ofrecimiento de la prueba, es buena pero el alto porcentaje de puérperas sin serología que habían pasado por el sistema de salud durante el embarazo es un llamado de atención.

La DSyETS llevó a cabo dos estudios sobre la respuesta del sistema público de salud a la epidemia del VIH. El primero de ellos fue en 2008 y coincidió con un cambio en la dirección de la DSyETS que buscó contar con una línea de base para su gestión. El segundo se realizó cinco años después, en 2012, para poder conocer los cambios producidos en la respuesta luego del relevamiento anterior. En la primera investigación se relevaron centros de salud y hospitales públicos de todo el país que fueron seleccionados junto a los referentes de los programas de VIH provinciales y de las regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires (57, 58). Los programas de VIH también fueron entrevistados. La

²⁹ La mayúscula en Sida corresponde al nombre del organismo.

³⁰ Con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

información que se recabó corresponde al año 2007. En la segunda investigación, además de centros de salud y programas provinciales y de la provincia de Buenos Aires también se sumaron algunos programas municipales de VIH y los datos recogidos corresponden al año 2011 (59).

Uno de los ejes estudiados en ambos relevamientos fue el acceso al diagnóstico de VIH y, en ese sentido, una de las indagaciones se centró en el ofrecimiento de la prueba de VIH y la posibilidad de realizar extracciones en los centros de salud relevados no habiéndose encontrado diferencias en las respuestas de los dos estudios. Alrededor de un 98% de los centros había ofrecido la prueba y de ellos entre el 62% y 63% había realizado extracciones. Para el último estudio se cuenta con datos desagregados por región evidenciándose una importante heterogeneidad. La necesidad de trasladarse para acceder al testeo era más frecuente en la Patagonia, la región Centro y en las regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires que no incluyen a los partidos del GBA donde más de la mitad de los centros de salud derivaban a las personas hacia otros efectores.

Se encontró que la cantidad de efectores que dijeron ofrecerle el análisis de VIH a las parejas de las mujeres embarazadas independientemente del resultado de ellas, no se incrementó durante esos 5 años. Sin embargo sí aumentó la proporción del ofrecimiento en los casos en que las mujeres resultaran positivas para VIH. En estos casos, en los hospitales encuestados se pasó de un 36% en 2007 a un 71% en 2011 y en los centros de salud de un 23% a un 52%. Sin bien este cambio es importante para la prevención de la transmisión vertical, no representaría un aumento significativo en el total de personas estudiadas en el país.

En esta misma investigación, con respecto al uso de tests rápidos de VIH, se consultó a los hospitales si los usaban y no se encontró un gran aumento. El 75% lo hacía en 2007 y el 88% en 2011 y en ambos momentos, su utilización era mayormente para uso en el parto.

Además, se observó que, buscando agilizar el proceso diagnóstico y mejorar el acceso en algunos efectores del relevamiento de 2011, el test podía ser solicitado por otros profesionales además de los médicos. Cabe aclarar que la comparación de este dato con el año 2007 no es posible por no estar disponible la información así como tampoco es posible conocer las posibles diferencias regionales.

Acercas de la facilitación u obstaculización de acceder a la prueba, en 2011 sólo el 24% de los hospitales de un total de 191 expresaron contar con un horario extendido para la realización de la prueba de VIH, ya sea de mañana y tarde o de mañana, tarde y noche. También aquí fue más alta la proporción de efectores de la región Centro que dijo ofrecer un

horario ampliado y los del NEA son los que prácticamente sólo ofrecían el diagnóstico durante las mañanas.

Además del horario, la necesidad de tener que solicitar un turno para acceder a la prueba de VIH puede también resultar en un obstáculo para el diagnóstico oportuno. En el estudio sobre 2011, más de la mitad de los hospitales entrevistados (57,6%) y el 62% de los centros de salud utilizaban el sistema de turnos para la extracción de sangre. En el 70% de los casos, el turno no demoraba más de una semana pero si se observa este dato por región, los porcentajes cambian sensiblemente. En la mitad de los efectores del área metropolitana de Buenos Aires (AMBA), el turno tenía una demora de más de una semana e incluso de más de 16 días. Alrededor del 30% de los centros de salud de la Patagonia y de los hospitales del NEA tenían la misma demora del AMBA. En cambio los efectores de Cuyo son los que más rápido resolvían el acceso a la extracción, ya sea porque no solicitaban turnos o porque la demora era menor.

En el segundo estudio, los centros de salud de la región Centro fueron los que en mayor proporción contestaron que habían desarrollado alguna actividad comunitaria de promoción del testeo en 2011, seguida de los centros de salud de las regiones AMBA, NOA, Cuyo, Patagonia y en menor medida el resto de la provincia de Buenos Aires³¹ y NEA. De igual modo, el 84% de los jefes de los programas de VIH jurisdiccionales consultados informaron sobre la realización de actividades específicas, sobre todo se refirieron a acciones esporádicas y no a estrategias integrales.

3.3.4 En síntesis...

Como conclusión de lo expuesto, los grandes cambios en el ofrecimiento de la prueba diagnóstica de VIH parecieran haber ocurrido antes del período en estudio de esta tesis y especialmente a partir de la promulgación de la Ley Nacional de Sida y de la ley que obliga a ofrecer la prueba a todas las mujeres embarazadas.

Si bien el testeo en algunas situaciones, como el embarazo, ha mostrado claros avances, la recomendación del uso de la prueba rápida de VIH en el parto evidencia que a pesar de ya ser ampliamente conocido el impacto en la reducción de la transmisión vertical del VIH al aplicar las medidas de profilaxis oportunamente y de existir en el país la Norma de SIDA en Perinatología desde 1997, no todas las mujeres llegan al momento del parto con el estudio realizado aún, en algunos casos, habiendo tenidos controles durante el embarazo.

³¹ La mención *resto de Buenos Aires* se corresponde a los partidos de la provincia de Buenos Aires que no pertenecen al Gran Buenos Aires

La situación de embarazo es una oportunidad para el ofrecimiento de la prueba a las parejas de las mujeres. Sin embargo, no se han observado cambios en el ofrecimiento independientemente de la situación serológica de la mujer aunque sí ha mejorado la proporción de efectores que les solicita la prueba a los varones cuando las mujeres resultan positivas.

Durante el período 2003-2011 se ha continuado con estrategias implementadas años anteriores de promoción del testeo, como la de los CePATs que han tenido resultados dispares y se estima que no habrían impactado sobre la cantidad de personas que se han estudiado a nivel nacional.

Si bien la DSyETS viene trabajando junto a los programas jurisdiccionales en la promoción del testeo y el mejoramiento de los circuitos diagnósticos, siguen existiendo obstáculos propios del sistema de salud en el acceso a la prueba en algunas regiones. La necesidad de contar con un turno, la demora en el otorgamiento del mismo y la necesidad de trasladarse a otra institución para la extracción de sangre, entre otras limitaciones que existen en algunos efectores ponen de manifiesto niveles de desigualdad y de inequidad en el acceso a prestaciones de calidad.

Con el objetivo de poder dimensionar los cambios en la oferta, se compararon los datos existentes sobre compras de reactivos diagnósticos por parte de la DSyETS en los últimos años y, a partir de los registros a los que se accedió, el total de reactivos distribuidos se ha mantenido prácticamente constante. Sin embargo no fue posible evaluar, por la inexistencia del dato, las compras que realizaron las propias jurisdicciones en el mismo período como para poder identificar un posible incremento. En el mismo sentido se intentó conocer la evolución de la cantidad de personas testeadas a lo largo del tiempo pero el SIVILA no resultó una fuente válida para la construcción de este indicador.

Así como es difícil reconstruir la oferta diagnóstica de VIH a nivel nacional, lo es mucho más a nivel regional. La escasa información disponible en términos del impacto de las modificaciones en la oferta configuran un límite a la interpretación que en este trabajo se podrá hacer respecto del momento del diagnóstico.

3.4 Consideraciones de este apartado

Reconstruir el contexto del acceso al diagnóstico permite entender algunas de sus determinaciones.

En primer lugar, el conocer los procesos históricos muestra la dinámica de lo que se intenta capturar a través de la investigación. En ese sentido, se buscó conocer las posibles modificaciones tanto en la epidemia como en la oferta diagnóstica de VIH. Dado que la historia de la epidemia se ha ido modificando hasta la actualidad, nada hace prever que en el futuro se mantenga idéntica a como se la conoce hoy.

Mientras que en algunos casos la falta de información disponible resulta en una limitación de lo que aquí se puede interpretar, también tiene la virtud de señalar aquellas dimensiones que requieren de una mayor precisión, es decir, que marca la importancia de orientar futuras investigaciones y mejoras del sistema de monitoreo a temáticas que aún no han sido suficientemente indagadas.

Tanto lo relativo a la epidemia como a la oferta, dimensiones necesarias de analizar en la medida en que no puede interpretarse lo ocurrido con una sin remitir a la otra, el Estado aparece como un claro actor central. Esto lleva a reforzar el sentido del presente trabajo en la medida en que la intención es aportar a la gestión pública.

4. RESULTADOS

En este apartado se describe en primer lugar el contenido de la base de datos nacional, el criterio de selección de los casos estudiados y su clasificación según el momento del diagnóstico de VIH además de la evolución de la proporción de personas que tuvieron un diagnóstico tardío para el período 2003-2011.

En segundo lugar, se describe cada variable a la luz del momento del diagnóstico de VIH con un desagregamiento por región.

Por último se presentan algunas de las tablas que son descriptas durante el desarrollo de los resultados pero que para facilitar la lectura de los datos encontrados se las agrupó en un apartado diferenciado.

4.1 *Procesamiento de datos de la base de la DSyETS*

Es de interés presentar el trabajo realizado con la base de datos previo al análisis propiamente dicho que resultó en un trabajo de depuración y de reorganización. La depuración tuvo por objetivo excluir otras fuentes de información que no remitían a la previamente seleccionada, la FNC, y a los registros que carecían de información clave para el análisis. La reorganizaron los casos tuvo por fin la creación de una variable que permitiera distinguir a aquellos diagnosticados tempranamente de los que fueron diagnosticados tardíamente.

Como ya se ha descrito, la base de datos con la que se realizó el análisis tiene como principal insumo a las FNC pero, durante el último año, se han incorporado otras dos fuentes de datos que son las que reporta el SIVILA como diagnósticos de VIH confirmados por Western Blot y las que se desprenden de los reportes de partos de mujeres con VIH que forma parte de la estrategia de vigilancia de la transmisión vertical.

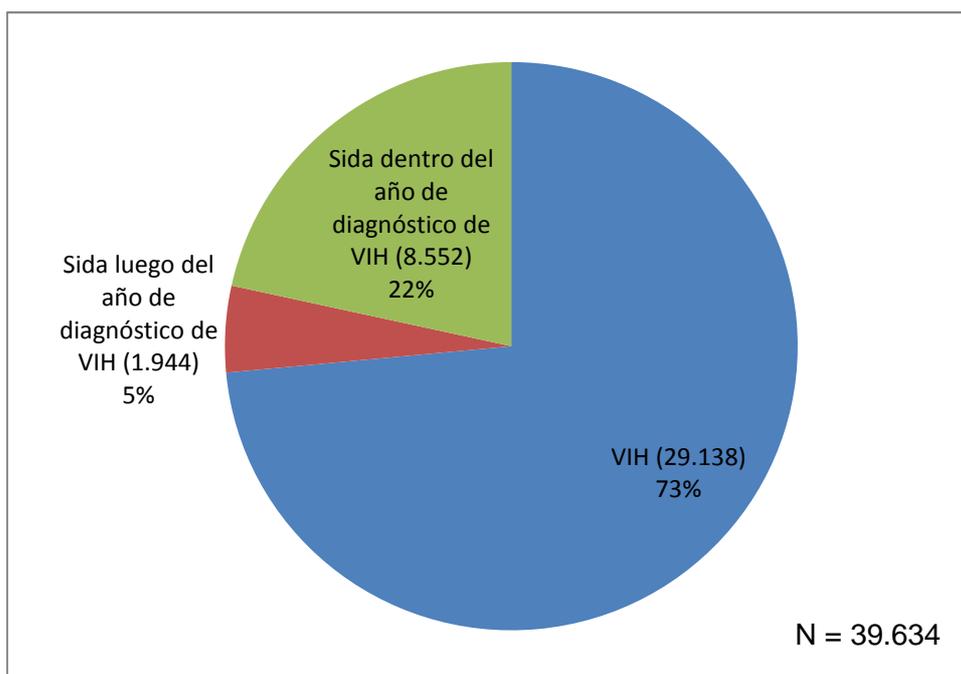
Como estas dos nuevas fuentes recientemente incorporadas a la base no dan cuenta de los datos relevados en la FNC es que fueron excluidos de la base.

Luego de esta primera depuración de la base, se creó una variable que, en primer lugar, clasificó a los casos en aquellos con fecha de diagnóstico de VIH conocida y no conocida y se encontró que para el período 2003-2011 se había reportado la fecha de diagnóstico en un 74%. Los casos sin fecha de diagnóstico conocida fueron excluidos del análisis por no aportar la información necesaria para poder determinar su pertenencia al grupo de personas con diagnóstico temprano o tardío. Luego de esta segunda depuración de la base, restringiéndola sólo a los casos válidos, esto es a los casos en los que se

conoce la fecha del diagnóstico de VIH y, en las notificaciones de sida, conocer la fecha de la primera enfermedad marcadora, el total de casos a estudiar para el período 2003-2011 resultó ser 39.634.

A partir de la variable creada se desagregó a los casos en aquellos que fueron notificados con VIH y no fueron luego renotificados por sida o fallecimiento por sida, en aquellos que fueron notificados con VIH y sida con una diferencia de más de un año entre la fecha de diagnóstico de VIH y la aparición de la primera enfermedad marcadora y por último en aquellos en los que, a diferencia de los anteriores, transcurrió hasta un año entre el diagnóstico de VIH y el de sida. En la Figura 8 puede observarse la distribución encontrada para cada una de las situaciones descriptas.

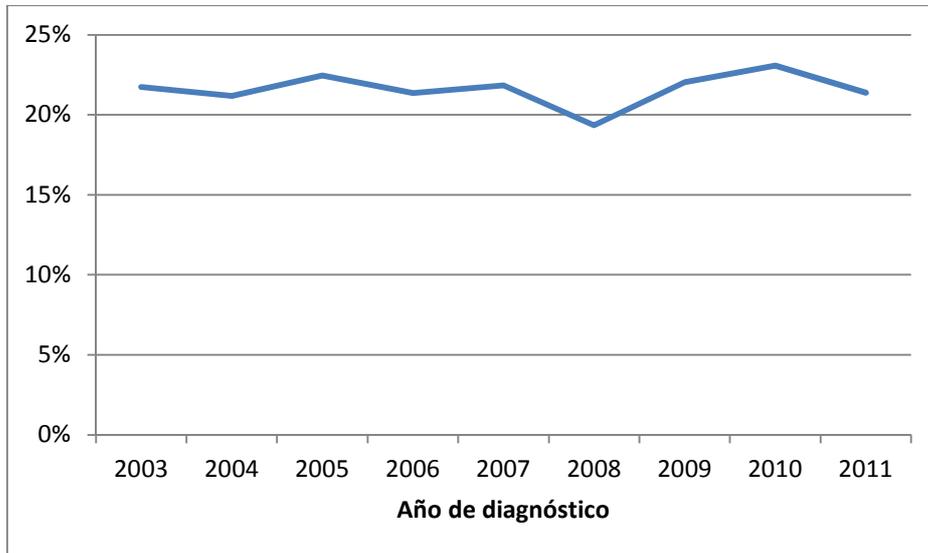
Figura 8. Casos notificados de infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana y por síndrome de inmunodeficiencia adquirida según el tiempo transcurrido entre ambos, Argentina (2003-2011)



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud, Argentina.

De acuerdo a la definición de diagnóstico tardío que se tomó para el análisis, el primer y segundo grupo fueron considerados como personas con diagnóstico temprano y el tercer grupo el conformado por personas con diagnóstico tardío de VIH. De esta manera, para todo el período 2003-2011 se encontró que más de dos de cada diez personas (21,6%) tuvieron un diagnóstico tardío y que la evolución se ha mantenido relativamente estable (Figura 9).

Figura 9. Porcentaje de personas con diagnóstico tardío de infección por virus de la inmunodeficiencia humana, Argentina (2003-2011)



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud, Argentina.
N = 39.634

Se consideró importante presentar el número total de casos reportados según año de diagnóstico (Tabla 1) para conocer cómo evolucionó la cantidad de personas diagnosticadas y notificadas a la DSyETS. Se puede observar un aumento en la cantidad hasta el año 2008 y luego un pequeño descenso que podría deberse al retraso de las notificaciones anteriormente mencionadas.

Tabla 1. Número de casos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana notificados por año de diagnóstico, Argentina (2003-2011)

Año de diagnóstico	Casos notificados
2003	3.654
2004	3.863
2005	4.149
2006	4.365
2007	4.457
2008	5.008
2009	4.619
2010	4.793
2011	4.726
Total	39.634

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud, Argentina.

4.2 Análisis de variables

En este apartado se describe para cada variable el porcentaje de registros sin datos conocidos para poder luego evaluar su exclusión del análisis estadístico.

Luego se estudia cada variable en relación al momento del diagnóstico de VIH para lo cual se presentan las frecuencias relativas y absolutas encontradas en cada categoría y para el total del período. A continuación es que se evaluó la factibilidad de desestimar del análisis a los registros sin datos conocidos. En tercer lugar, se describe la evolución de la proporción de personas con diagnóstico tardío. En cuarto lugar, se realiza el análisis desagregado por región y para cada extremo del período, años 2003 y 2011. Para esta parte del análisis se calcularon frecuencias para luego aplicar pruebas estadísticas en busca de asociación entre el momento del diagnóstico de VIH y cada una de las variables. Finalmente, en las regiones en las que el estadístico utilizado, chi cuadrado o test exacto de Fisher según correspondiera, haya resultado significativo se calculó el odds ratio para medir la fuerza de la asociación encontrada.

Todas las variables fueron estudiadas en función del momento del diagnóstico y por lo tanto de acuerdo al grado de avance de la infección.

Cabe aclarar que para todas las variables, el dato consignado en la FNC es al momento del diagnóstico de VIH. Esto quiere decir que si una persona fue notificada, por ejemplo, dos años después de su diagnóstico de VIH, tiempo en el cual se mudó, consiguió trabajo o terminó la universidad, estos cambios producidos luego del diagnóstico no se verán reflejados en la FNC ni, por ende, en la base.

Algunas de las variables analizadas no tienen datos no válidos o desconocidos como por ejemplo la edad ya que, como ya ha sido mencionado, la fecha de nacimiento forma parte del código de notificación sin el cual la ficha no es ingresada al sistema. La edad se calculó como los años completos transcurridos entre la fecha de nacimiento y la fecha del diagnóstico de VIH. En cambio, otras variables como ser *ocupación* no tuvieron el mismo nivel de registro y es por ello que para este caso, y para todo el período, el porcentaje de datos desconocidos o no completados asciende a 16,4%. En la Tabla 2 puede observarse el número de casos con datos conocidos para cada variable y el porcentaje respecto al total de la base de datos. Luego, en el análisis específico de cada variable, se retomará este tema para evaluar la desestimación de estos registros.

Tabla 2. Cantidad de registros con datos conocidos para cada variable y su proporción respecto al total de la base de datos, Argentina (2003-2011)

Variable	Momento del diagnóstico	Sexo	Región de residencia	Edad	Nivel de instrucción	Vía de transmisión	Ocupación	Obra Social
Casos	39.634	39.633	38.718	39.634	34.651	36.621	33.144	34.586
%	100,0	100,0	97,7	100,0	92,0	92,4	83,6	87,3

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud, Argentina.

Antes de describir los resultados encontrados para cada variable, se considera necesario volver a mencionar una modificación respecto del análisis proyectado y que tuvo lugar cuando se comenzó el proceso de análisis de los datos. El proyecto de este estudio preveía estudiar a los años 2003-2011 como un todo. Pero fue luego de comenzar el análisis que se observó que el porcentaje de personas diagnosticadas tardíamente en algunas regiones del país presentaban importantes fluctuaciones durante esos nueve años. Es por ello que se agruparon los años en trienios, sin embargo las variaciones persistían. Es por ello que se decidió conocer la existencia de asociación estadística entre cada variable y el momento del diagnóstico por región para el principio y el fin del período, años 2003 y 2011.

Como anticipación de los resultados encontrados, se puede mencionar que se encontró asociación para todas las variables estudiadas en relación al momento del diagnóstico de VIH en por lo menos para una de las regiones del país tanto en 2003 como en 2011.

A continuación se presentan los resultados hallados para cada variable. Cabe aclarar que para facilitar la lectura del análisis que se desarrollará algunas tablas se encuentran disponibles para la consulta en el siguiente apartado.

4.2.1 Región de residencia

La región de residencia se utilizó para desagregar el análisis de cada variable estudiada con el objetivo de aportar información regional que se presumió podía ser de más utilidad para la gestión que el dato a nivel nacional.

Un 97,7% de los registros de la base tienen datos conocidos para la variable región de residencia y, de acuerdo a la Tabla 3, casi la mitad de las personas diagnosticadas con VIH durante 2003 y 2011 vivían en la región metropolitana de Buenos Aires (CABA más GBA) llegando a más de dos terceras partes si se incluye a la región Centro.

Tabla 3. Número y porcentaje de casos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana según región de residencia, Argentina (2003-2011)

Región	Casos	%
CABA	7.701	19,4
GBA	11.350	28,6
Centro	11.423	28,8
NOA	3.370	8,5
NEA	1.412	3,6
Cuyo	1.346	3,4
Patagonia	2.116	5,3
Desconocido	916	2,3
Total	39.634	100,0

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud, Argentina.

Antes de presentar los resultados encontrados de las variables por región y según el momento del diagnóstico de VIH, resulta de interés mostrar las frecuencias de los casos reportados por regiones de acuerdo el momento del diagnóstico. Se puede observar en la Tabla 4 que si bien la mayor cantidad de notificaciones corresponden a personas con residencia en el área central del país, es la región Cuyo la que presentó un mayor porcentaje de personas que se diagnosticaron tardíamente con un 29,1%, seguida de la región NOA con un 27,1%, el GBA con un 23,0%, Centro con 22,4% y NEA con 21,6%. Por debajo del 20% se encuentran CABA y Patagonia.

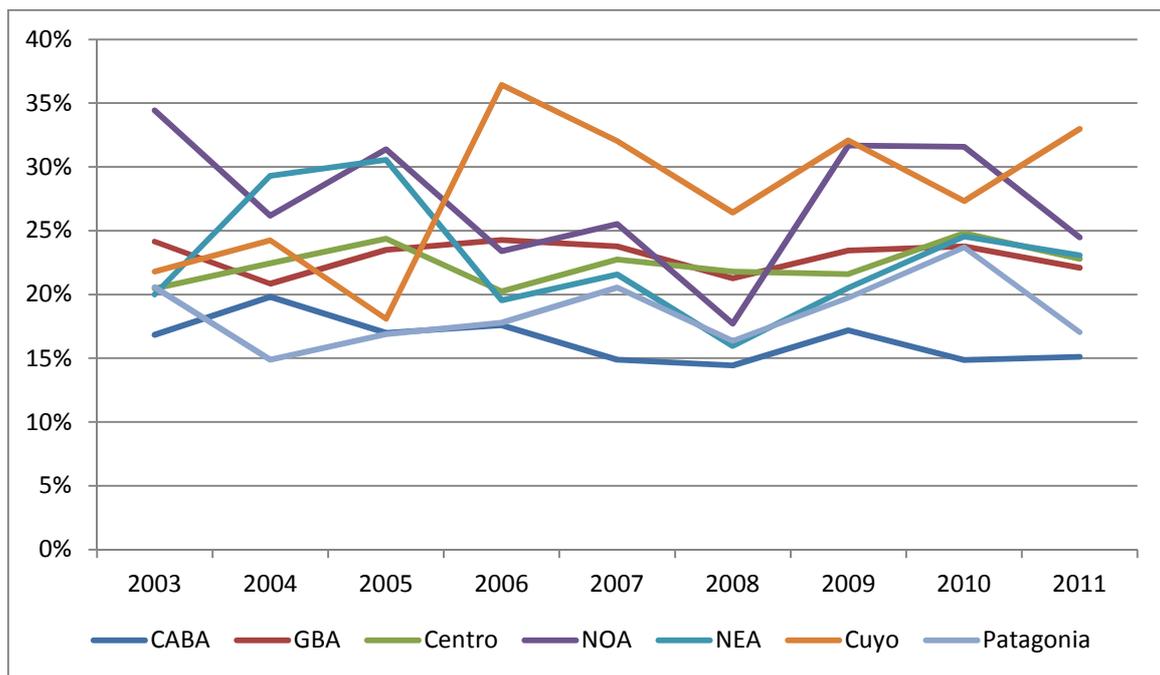
Tabla 4. Número y porcentaje de casos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana por región de residencia según momento del diagnóstico, Argentina (2003-2011)

Región	Momento del diagnóstico					
	Tardío		Temprano		Total	
	Casos	%	Casos	%	Casos	%
CABA	1.266	16,4%	6.435	83,6%	7.701	100,0%
GBA	2.612	23,0%	8.738	77,0%	11.350	100,0%
Centro	2.559	22,4%	8.864	77,6%	11.423	100,0%
NOA	912	27,1%	2.458	72,9%	3.370	100,0%
NEA	305	21,6%	1.107	78,4%	1.412	100,0%
Cuyo	392	29,1%	954	70,9%	1.346	100,0%
Patagonia	398	18,8%	1.718	81,2%	2.116	100,0%
Total	8.444	21,8%	30.274	78,2%	38.718	100,0%

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud, Argentina.

Cuando se observa la evolución que tuvieron las proporciones para el período (Figura 10), algunas regiones como Centro, CABA, GBA y Patagonia no han variado de forma importante. Sin embargo, otras como Cuyo, NOA y NEA han tenido fluctuaciones de por lo menos un 15%.

Figura 10. Evolución de la proporción de personas con diagnóstico tardío de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana según región de residencia, Argentina (2003-2011)



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud, Argentina.
N = 38.718

4.2.2 Sexo

Con esta variable ocurre lo mismo que lo descrito anteriormente para la edad. El código de identificación de las notificaciones estuvo conformado durante todo el período de estudio³² por la letra “F” para las mujeres o “M” para los varones además de las dos primeras letras del nombre, las dos primeras letras del apellido y la fecha de nacimiento. Es por este motivo que sólo se ha ingresado a la base de datos una única ficha de notificación

³² A partir de la modificación de la Ficha de Notificación de Caso del año 2012, el código de identificación ya no cuenta con el dato del sexo y se ha incorporado la variable género a los datos epidemiológicos.

sin el dato respecto al sexo. En la Tabla 5 pueden observarse las frecuencias encontradas para la variable.

Tabla 5. Número y porcentaje de casos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana según sexo, Argentina (2003-2011)

Sexo	Casos	%
Varones	26.082	65,8
Mujeres	13.551	34,2
Desconocido	1	0,0
Total	39.634	100,0

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud, Argentina.

La cantidad de varones diagnosticados con VIH osciló en alrededor de 2 por cada mujer diagnosticada durante el período. Sin embargo, la razón es distinta al diferenciarla entre las personas diagnosticadas tardíamente y aquellas que lo hicieron tempranamente. A excepción de los años 2004 y 2006 donde el valor presenta un pequeño descenso, la brecha se amplía encontrándose por los menos 3 varones que llegan tarde al diagnóstico por cada mujer en igual situación. En cambio, la razón es menor y oscila entre 1,5 y 2,0 cuando se trata de personas con diagnóstico temprano (Tabla 6).

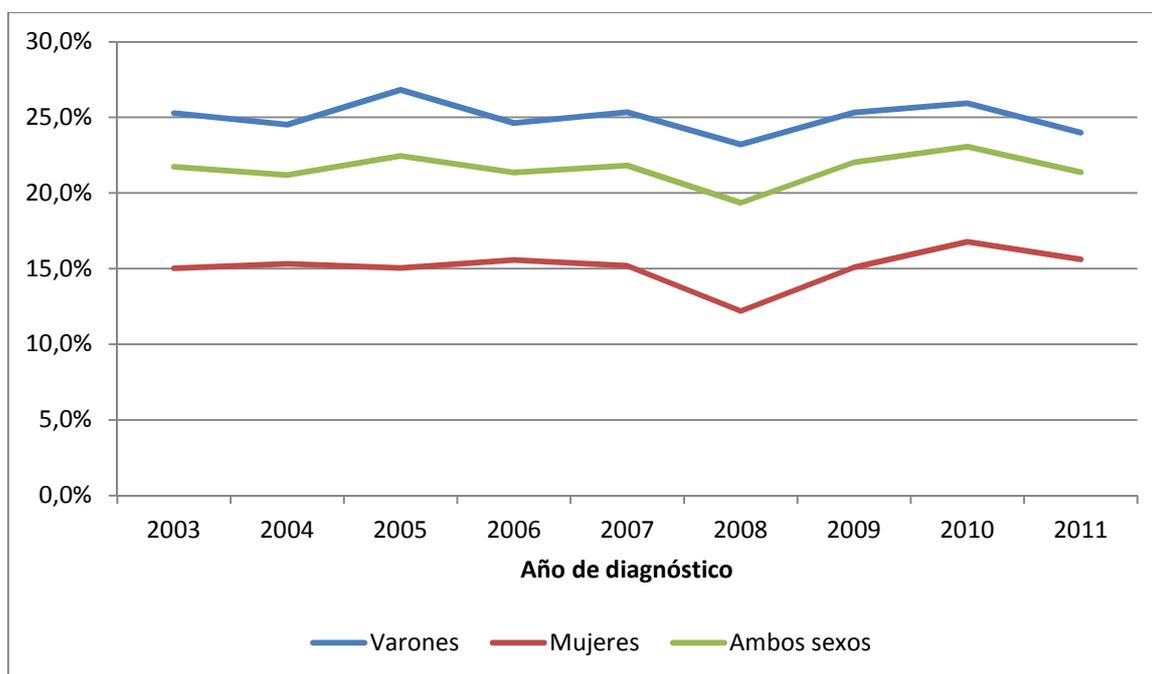
Tabla 6. Razón hombre/mujer según el momento del diagnóstico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, Argentina (2003-2011)

Momento del diagnóstico	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Total	1,9	1,8	1,7	1,8	1,9	1,9	2,1	2,2	2,2	1,9
Tardío	3,2	2,8	3,0	2,8	3,1	3,5	3,5	3,4	3,4	3,2
Temprano	1,7	1,6	1,5	1,6	1,7	1,6	1,9	2,0	2,0	1,7

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud, Argentina.

En la Figura 11 puede apreciarse como durante todo el período de estudio los varones llegaron tarde al diagnóstico en mayor proporción que las mujeres siendo similares las evoluciones en ambos sexos.

Figura 11. Porcentaje de personas con diagnóstico tardío de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana según sexo, Argentina (2003-2011)



N = 39.633

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud, Argentina.

En el año 2003, hubo un 21,8% de personas diagnosticadas tardíamente con diferencias según el sexo, un 25,4% entre los varones y un 15,0% entre las mujeres. En 2011, los porcentajes de personas diagnosticadas tardíamente se mantienen prácticamente iguales a pesar de que ese año hubo un 30% más de casos de VIH notificados (Tabla 23).

Distintos son los porcentajes al mirarlos por región del país. Casi el 40% de los varones en NOA en 2003 fue diagnosticado tarde y el 28,7 en GBA. En 2011, Cuyo pasa a ser la región con el porcentaje más alto (38,1%) seguida de NOA (29,3%) (Tabla 23).

Las regiones que más se alejan del valor nacional en las mujeres son NOA en 2003 con un 24,1% y Cuyo en 2011 con 22,3% (Tabla 23).

Con respecto al cambio entre los extremos del período, la región del NOA tuvo, entre los varones, un 10% menos de casos con diagnóstico tardío de VIH al final del período con respecto al inicio y las mujeres casi un 9% menos pasando de 39,8% a 29,3% y de 24,1% a 15,4% respectivamente. Por el contrario, la región de Cuyo fue la que aumentó en mayor medida las proporciones para ambos sexos. Por su parte, CABA y Patagonia mostraron un leve descenso en ambos sexos, la región Centro tuvo un incremento que fue mayor en las mujeres, en NEA se observa un aumento mayor en los varones y en el GBA, una disminución en los varones mientras que en las mujeres el porcentaje prácticamente no ha variado (Tabla 23).

Sin embargo hay que ser cautelosos en la interpretación de estos cambios ya que, como se observó anteriormente, las regiones con mayores variaciones entre los años 2003 y 2011 son también las que presentaron mayores fluctuaciones durante todo el período.

Luego de obtenidas las frecuencias para 2003 y 2011 se realizó el análisis de asociación estadística encontrando asociación entre el sexo y el momento del diagnóstico en CABA, GBA, Centro y NOA en 2003 y en GBA, Centro, NOA y Cuyo en 2011.

En 2003, la fuerza de la asociación fue mayor en el Centro donde las chances en varones de llegar tarde al diagnóstico de VIH eran 2,4 veces las de las mujeres, 2 veces en NOA y GBA y 1,6 en CABA. En 2011, en GBA las chances en los varones eran 1,6 las de las mujeres, en la región Centro 1,8, en NOA 2,3 y en Cuyo 2,1. No se encontró significación estadística en NEA y Patagonia (Tabla 7 y Tabla 24).

Tabla 7. Odds ratio del diagnóstico tardío de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en varones respecto a mujeres e intervalos de confianza del 95% por región, Argentina (2003 y 2011)

Región	2003	2011
	Odds Ratio (IC 95%)	Odds Ratio (IC 95%)
CABA	1,600 (1,035-2,472)	
GBA	2,004 (1,483-2,708)	1,640 (1,188-2,265)
Centro	2,401 (1,647-3,501)	1,834 (1,350-2,490)
NOA	2,078 (1,148-3,764)	2,271 (1,479-3,486)
Cuyo		2,144 (1,218-3,772)

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud, Argentina.

Nota: el sombreado corresponde a los odds ratio que resultaron significativos.

4.2.3 Edad

La variable edad fue agrupada en cuatro categorías. La primera incluye a los niños hasta los 14 años y la razón de esta agrupación obedece a que en este rango etario casi la totalidad de las infecciones se deben a la transmisión vertical. Específicamente para el período en estudio, en el grupo de hasta 14 años la infección por vía perinatal fue del 92,7%. Una segunda categoría agrupa a los adolescentes y a los adultos jóvenes de 15 a 24 años buscando así evidenciar las particularidades de este grupo que suele consultar menos a los servicios de salud, a excepción de la situación de embarazo en las mujeres.

Una tercera categoría comprende a las personas de 25 a 44, que es en la que son más frecuentes los diagnósticos de VIH. Y una cuarta categoría para las personas de 45 años o

más. La primera intención era poder contar con una quinta categoría para las personas de 55 años o más para describir las características en las personas de mediana y mayoría de edad pero, por la poca cantidad de casos reportados, no resultaba posible el análisis para los años 2003 y 2011 con las pruebas estadísticas empleadas.

En la Tabla 8 se pueden observar las frecuencias absolutas y relativas de la variable para todo el período estudiado.

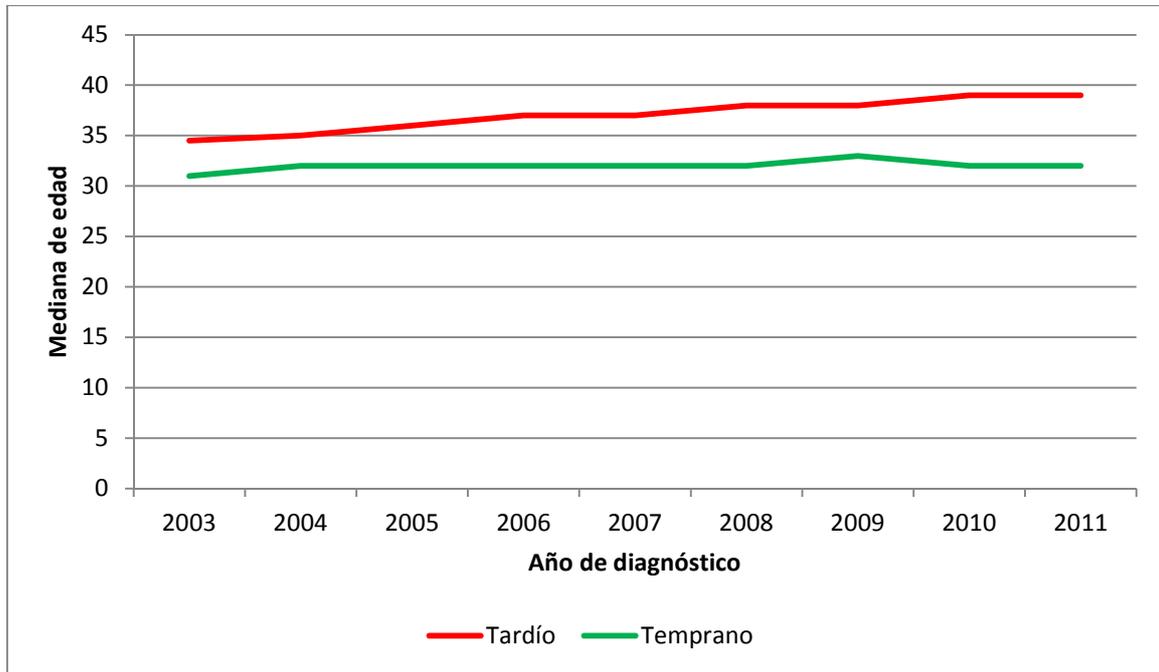
Tabla 8. Número y porcentaje de casos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana según grupos de edad, Argentina (2003-2011)

Edad	Casos	%
0-14	1.081	2,7
15-24	6.359	16,0
25-44	24.920	62,9
45 o +	7.274	18,4
Total	39.634	100,0

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud, Argentina.

Se compararon las medianas de edad entre las personas que tuvieron un diagnóstico temprano y tardío según año de diagnóstico y, como se puede observar en la Figura 12, la mediana de edad al momento del diagnóstico de VIH es siempre mayor en las personas diagnosticadas tardíamente que en las diagnosticadas más temprano. Incluso la mediana de edad para las primeras muestra un incremento durante el período habiendo comenzado en 35 años y finalizando en 39 y en el segundo grupo la edad se mantiene constante entre 32 y 33 años.

Figura 12. Evolución de la mediana de edad según el momento del diagnóstico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, Argentina (2003-2011)

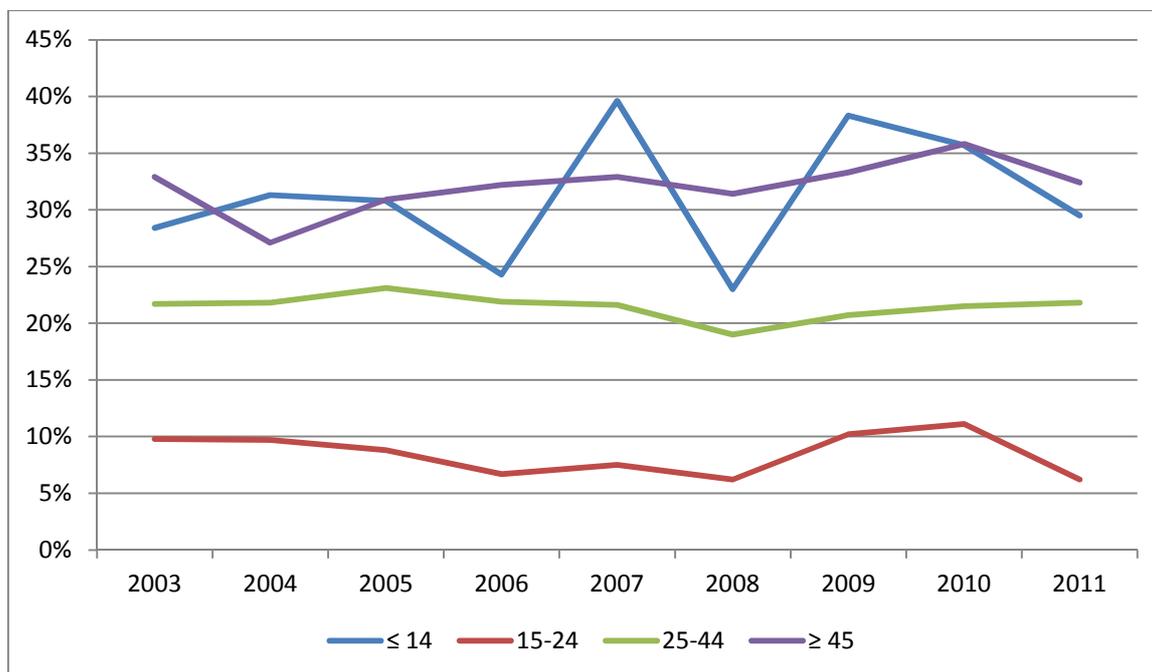


N = 39.634

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud, Argentina.

Al estudiar la evolución para cada grupo de edad según el momento en que se realizó el diagnóstico, se puede observar que a partir de los 15 años y a medida que aumenta la edad, aumenta también la proporción de personas que se diagnostican con un estado avanzado de la infección por VIH y en el caso de las personas de 45 años o más la curva va en aumento a excepción del último año que quizás podría deberse al atraso en las notificaciones. El grupo de hasta 14 años tiene valores cercanos al de 45 años o más y muestra grandes fluctuaciones durante el período. Como ya fue mencionado, este grupo es el que mayoritariamente ha sido infectado por transmisión vertical, esto es, durante el embarazo, parto o la lactancia de su madre.

Figura 13. Proporción de personas con diagnóstico tardío de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana según edad por año de diagnóstico, Argentina (2003-2011)



N = 39.634

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud, Argentina.

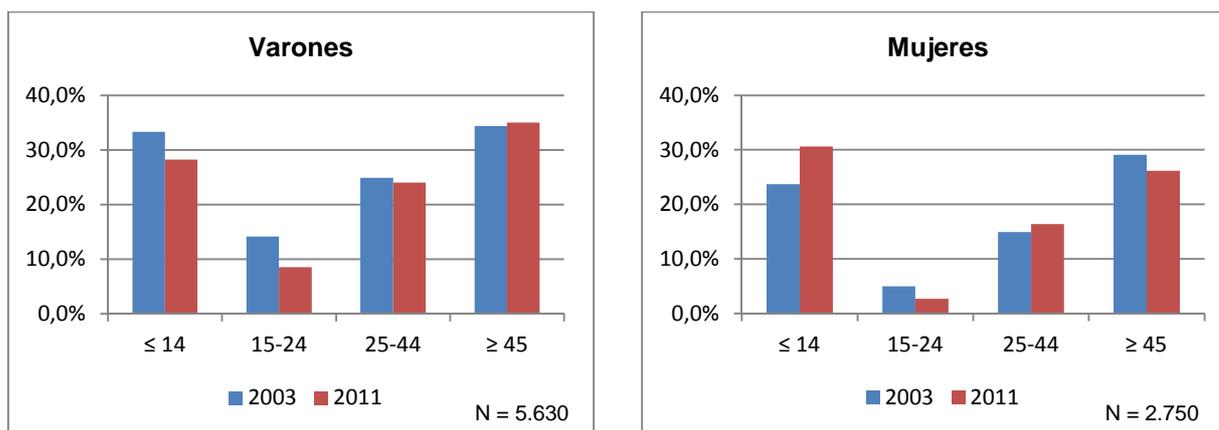
Si bien, como ya se ha expuesto, la cantidad de personas diagnosticadas y notificadas aumentó en 2011 con respecto a 2003, la proporción de personas que lo hicieron tardíamente se mantiene relativamente constante. Lo mismo sucedió en mayor o en menor medida en cada grupo de edad, salvo en los menores de 15 años donde la cantidad de casos disminuyó a más de la mitad para el final del período aunque no mejoró el porcentaje que se diagnostica tardíamente rondando el 30% en ambos años (Tabla 25).

Se compararan los porcentajes de personas que fueron diagnosticadas tardíamente en los extremos del período según grupos de edad y también por sexo para poder visualizar los distintos porcentajes que se suponía se iban a encontrar especialmente para los grupos de 15 a 24 y de 25 a 44 años que corresponden con la edad reproductiva de la mujer. La Figura 14 muestra que entre los varones de 25-44 años y de 45 o más no hubo grandes variaciones manteniéndose altos los porcentajes en alrededor de 25% y 35% respectivamente. Pero el porcentaje en el grupo de hasta 14 años bajó de 33,3% a 28,2% y el que mostró una mayor caída es el que tiene los valores más bajos, el de 15-24 años, que pasó de 14,1% en 2003 a 8,5% en 2011.

Por otro lado, las mujeres de 15 a 24 años son las que mejores porcentajes de diagnósticos tempranos tuvieron, mejorando incluso el porcentaje al final del período (de 5,0% a 2,7% de mujeres diagnosticadas tardíamente). Entre las de 45 años o más también

mejoró el momento en el que se diagnosticaron (de 29,1% en 2003 a 26,1% en 2011) aunque sus valores siguen siendo altos. Pero el porcentaje que se diagnosticó tardíamente de 0 a 14 años y de 25 a 44 fue mayor en 2011 que en 2003 (de 23,7% a 30,6% y de 14,9% a 16,4 respectivamente (Figura 14).

Figura 14. Porcentaje de personas con diagnóstico tardío de la de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana por grupos de edad y sexo, Argentina (2003 y 2011)



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud, Argentina.

Al igual que para las otras variables en estudio, las diferencias se acentúan cuando se observan los porcentajes por regiones del país. En CABA y el GBA hubo una disminución del porcentaje de personas que accedieron tarde al diagnóstico de VIH al final del período en todos los grupos etarios. En la región Centro, la proporción entre las personas de 15 a 24 años y de 25 a 44 años no ha tenido importantes cambios y el porcentaje se incrementó levemente en el grupo de hasta 14 años y también creció en el de 45 años o más con una diferencia en los porcentajes de 7,2%. En el NOA, en 2011, una mayor proporción de personas de hasta 14 años fue diagnosticada tardíamente respecto a 2003; en cambio, en el resto de los grupos etarios el porcentaje de personas con diagnóstico temprano fue el que se incrementó. En el NEA, la cantidad de personas diagnosticadas y notificadas de los grupos de edad distintos al de 25-44 años tanto en 2003 como en 2011 es muy baja como para analizar esos grupos. En cambio en los casos de 25 a 44 años se observa un 20,3% con diagnóstico tardío en 2003 y llegando a casi un 30% en 2011. En Cuyo hubo porcentajes más altos de personas diagnosticadas tardíamente en 2011 que en 2003 en todos los grupos a excepción del de 15 a 24 años donde se observa que una mayor proporción se diagnosticó tempranamente. Finalmente, en Patagonia, hubo una disminución del porcentaje en todos los grupos menos en el de 25 a 44 años que presentó un pequeño incremento (Tabla 25).

En el año 2003 se encontró asociación entre edad y momento del diagnóstico en CABA, el GBA, Centro y NOA (Tabla 28). Para el cálculo del odds ratio, se tomó como referencia el grupo de 15 a 24 años por ser el que tuvo menor porcentaje de casos diagnosticados tardíamente en todo el período. En CABA, las chances en el grupo de mayores de 44 años de tener un diagnóstico tardío eran casi 4 veces las del grupo de 15 a 24 años en tanto en GBA todos los grupos tuvieron más chances de tener un diagnóstico tardío que el de 15 a 24 años con odds ratio de más de 6 en los grupos de mayor y menor edad y de 3,5 en el de 25 a 44 años. También en el Centro todos los grupos tuvieron significativamente más chances de diagnosticarse tardíamente que el de referencia con valores de odds ratio más altos a medida que sube la edad (casi 3 para el grupo de hasta 14, 3,5 para el de 25 a 34 años y 4,4 para el de 45 años o más). En cuanto al NOA los odds ratio también fueron altos, 3,8 en el grupo de 25 a 44 años y 7,8 en el de 45 años o más aunque en este último caso hay que aclarar la gran amplitud que muestra el intervalo de confianza (Tabla 9).

En el año 2011, se encontró asociación en todas las regiones (Tabla 28), resultando con significativamente más chances que el grupo de referencia para llegar tarde a un diagnóstico de VIH en los grupos de más de 25 años de CABA, todos los de GBA, Centro, NOA y Patagonia y los de 25 a 44 años y de 45 años o más de Cuyo. A diferencia de lo que se observa en el resto de las regiones, la región NEA muestra la particularidad de que los grupos de 25 a 44 años y de 45 años o más tienen significativamente menos chances de llegar tarde a un diagnóstico que el de 15 a 24 años aunque hay que tener en cuenta el bajo valor observado para el grupo de referencia por lo cual hay que tomar este resultado con precaución (Tabla 9).

Tabla 9. Odds ratio del diagnóstico tardío de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en cada grupo etario respecto al grupo de 15-24 años e intervalos de confianza de 95% por región, Argentina (2003 y 2011)

Región	Edad	2003	2011
CABA	0-14	1,185 (0,135-10,443)	^a
	25-44	2,032 (0,990-4,169)	3,815 (1,624-8,964)
	45 o más	3,987 (1,826-8,702)	6,506 (2,680-15,796)
GBA	0-14	6,738 (3,304-13,744)	14,377 (4,770-43,337)
	25-44	3,471 (1,921-6,271)	6,730 (2,908-15,573)
	45 o más	6,584 (3,388-12,793)	13,167 (5,569-31,130) ^b

Tabla 9. Continuación.

Región	Edad	2003	2011
Centro	0-14	2,933 (1,230-6,993)	3,109 (1,042-9,275)
	25-44	3,532 (1,944-6,419)	3,175 (1,968-5,122)
	45 o más	4,421 (2,227-8,777)	5,516 (3,309-9,194)
NOA	0-14	4,080 (0,737-22,597)	14,200 (3,867-52,138) ^b
	25-44	3,841 (1,427-10,335)	4,964 (2,498-9,864)
	45 o más	7,846 (2,370-25,973) ^b	9,664 (4,625-20,191)
NEA	0-14		a
	25-44		0,705 (0,631-0,787)
	45 o más		0,829 (0,713-0,963)
Cuyo	0-14		2,750 (0,245-30,882)
	25-44		5,500 (1,886-16,038)
	45 o más		12,630 (4,014-39,737)
Patagonia	0-14		1,077 (1,009-1,149)
	25-44		2,923 (1,102-7,752)
	45 o más		4,250 (1,470-12,288)

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud, Argentina.

Nota: el sombreado corresponde a los odds ratio que resultaron significativos.

^a: los valores encontrados fueron muy bajos para calcular el odds ratio.

^b: intervalo de confianza muy amplio.

4.2.4 Vías de transmisión

La vía de transmisión del virus más probable entre todas las personas con diagnóstico de VIH para el período 2003-2011 fue en un 85,7% la vía sexual cuando se incluye a los valores desconocidos, pero asciende a 92,7% si sólo se estudian los casos en que se haya consignado alguna vía. En la Tabla 10 se muestran las frecuencias para todas las categorías de la variable antes de su agrupación para el análisis.

Tabla 10. Distribución de las categorías para la variable *vía de transmisión* del virus de la inmunodeficiencia humana, Argentina (2003-2011)

Vía de transmisión	Casos	%
Relaciones heterosexuales	24.043	60,7
HSH	9.891	25,0
Uso compartido de equipos de inyección	1.575	4,0
Transmisión vertical	994	2,5
Transfusión	87	0,2
Accidente laboral	23	0,1
Hemofilia ³³	3	0,0
Otra	5	0,0
Desconocida	3.013	7,6
Total	39.634	100,0

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud, Argentina.

Es por la baja frecuencia de algunas vías que se decide agrupar las categorías *transfusión*, *accidente laboral* y *hemofilia*³⁴ en la categoría *otra*, resultando las nuevas frecuencias las que se observan en la Tabla 11.

Tabla 11. Vías de transmisión de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana agrupadas, Argentina (2003-2011)

Vías de transmisión	Casos	%
Relaciones heterosexuales	24.043	60,7
HSH	9.891	25,0
Transmisión vertical	994	2,5
Uso compartido de equipos de inyección	1.575	4,0
Otra	118	0,3
Desconocida	3.013	7,6
Total	39.634	100,0

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud, Argentina.

³³ Nótese que esta categorización es la utilizada por la base de datos de la DSyETS y que la hemofilia no representa una vía de transmisión, sino su tratamiento a través de hemoderivados.

Si bien el porcentaje de casos sin datos para esta variable no supera el 8%, se estudió su distribución respecto al momento del diagnóstico para compararla con la que presentan las vías de transmisión conocidas. Como se puede ver en la Tabla 12, la distribución de los casos desconocidos no se aleja del comportamiento de los casos donde sí se conoce el dato. Es por ello que para el análisis de esta variable no se computarán estos registros.

Tabla 12. Vías de transmisión según el momento de diagnóstico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, Argentina (2003-2011)

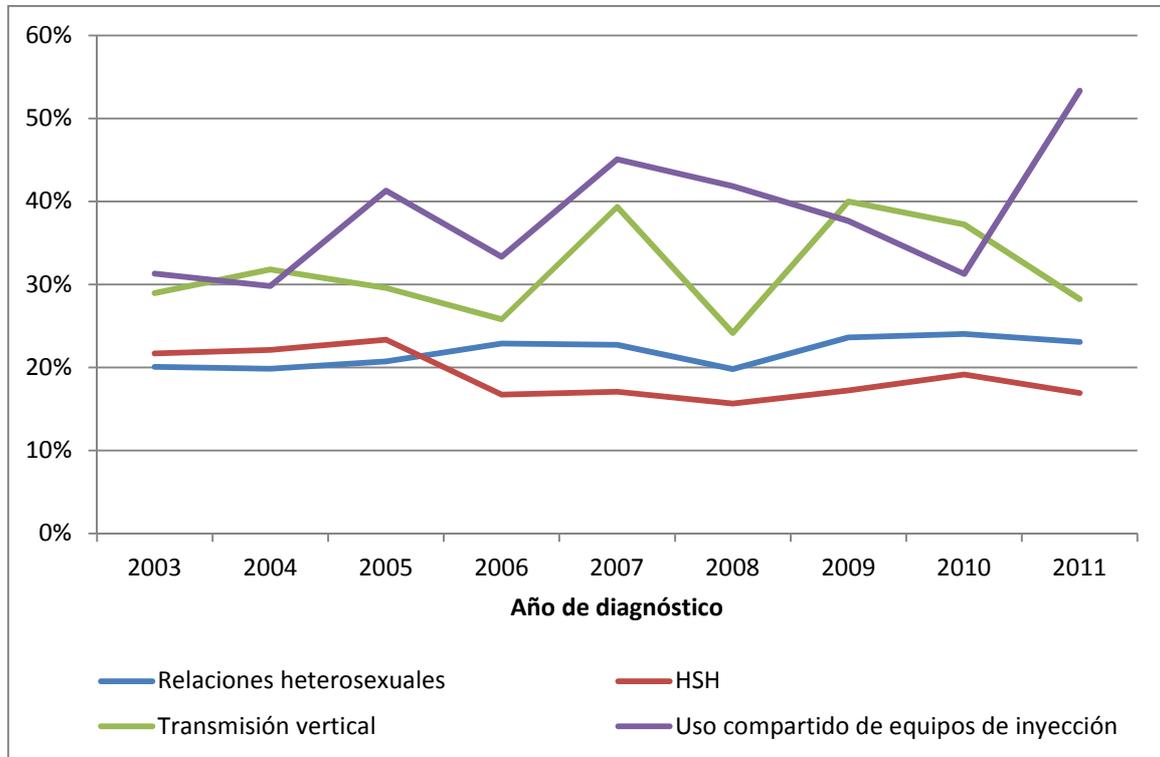
Vía de transmisión	Momento del diagnóstico	
	Tardío	Temprano
Relaciones heterosexuales	21,9%	78,1%
HSH	18,5%	81,5%
Transmisión vertical	31,4%	68,6%
Uso compartido de equipos de inyección	35,8%	64,2%
Otra	22,9%	77,1%
Desconocida	17,9%	82,1%

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud, Argentina.

Al observar la evolución de los porcentajes de personas con diagnóstico tardío de VIH por vía de transmisión, los mayores valores durante todo el período los tienen las personas que se infectaron por compartir equipos de drogas inyectables y los que adquirieron la infección por vía perinatal si bien son las vías que presentan menores números de casos. En los primeros, luego de un descenso entre los años 2007-2010, la curva vuelve a ascender hasta superar el 50% (Figura 15). Pero hay que recordar que la cantidad de personas usuarias de drogas inyectables en el país ha descendido fuertemente lo que se ve reflejado también en la cantidad de personas infectadas por esa vía pasando de 329 en 2003 a sólo 15 en 2011 (Tabla 27).

La vía de transmisión por relaciones entre el mismo sexo, que como ya se expuso, sólo es reportada entre los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), ha tenido un mayor porcentaje de diagnósticos tardíos durante los primeros años, luego, a partir del año 2006 la proporción de personas con diagnóstico tardío infectadas por vía heterosexual superó a la proporción de HSH diagnosticados tardíamente, momento a partir del cual los porcentajes en ambas vías se muestran estables (Figura 15).

Figura 15. Evolución de la proporción de personas con diagnóstico tardío de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana por vías de transmisión, Argentina (2003-2011)



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud, Argentina.

A pesar de que la proporción de personas con diagnóstico tardío entre las que se infectaron por vía sexual (HSH o relaciones heterosexuales) se mantuvo casi sin cambios durante el período, al desagregar los datos por región se observa que la que presentó mayores cambios fue NOA donde el porcentaje de HSH que se infectó tardíamente bajó de 50,9% en 2003 a 19,6% en 2011. Las otras regiones que también presentaron importantes cambios aunque no tan drásticos pero con porcentajes más altos en 2011 fueron NEA (de 12,5% a 25,6% en HSH) y Cuyo donde también aumentó el porcentaje entre los que se infectaron tarde por prácticas heterosexuales (18,2% a 35,1%). En el resto de las regiones también hubo cambios pero menores respecto a los presentados (Tabla 27).

En cuanto a la transmisión vertical, la cantidad de casos diagnosticados y notificados disminuyó en un 57% (de 183 casos en 2003 a 78 en 2011) sin embargo el porcentaje de ellos que fue diagnosticado tardíamente prácticamente no ha variado si se toma al país en su conjunto (de 29,0% a 28,2%). Distinta es la situación por región. En CABA, el GBA, Centro y Patagonia ha habido un descenso del porcentaje pero ha aumentado en las regiones de NOA, NEA y Cuyo (Tabla 27).

Respecto al momento del diagnóstico en las personas que se infectaron por compartir equipos de inyección, no es posible la comparación de los extremos del período por región por los pocos casos reportados en 2011 que a su vez tiene que ver con los cambios ya mencionados en las prácticas del consumo de drogas ilegales. Sin embargo, de los 15 casos diagnosticados en 2011 y notificados de todo el país, 8 lo hicieron tardíamente lo que representa un aumento en el porcentaje ya que en 2003 había sido de 31,3% de un total de 329 casos.

Se encontró asociación entre vía de transmisión y el momento del diagnóstico en CABA y GBA en 2003 y en CABA, GBA y NEA en 2011 (Tabla 28) y para calcular la fuerza de la asociación se utilizó el odds ratio tomando como referencia al grupo HSH por ser el que registró menor porcentaje de personas diagnosticadas tardíamente.

En 2003, en CABA y en GBA las chances de diagnosticarse tardíamente para las personas que se infectaron por el uso compartido de equipos de inyección eran 2,8 y 1,8 respectivamente las de los HSH. En GBA el grupo infectado por transmisión vertical tuvo 2,2 las chances de llegar tarde al diagnóstico de las del grupo de referencia. (Tabla 13).

En el año 2011, el odds ratio en GBA para las infecciones por relaciones sexuales heterosexuales y para las infecciones por transmisión vertical fue de 2,6 y 4,3 respectivamente.

Tabla 13. Odds ratio del diagnóstico tardío de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana por vía de transmisión respecto a la vía de relaciones sexuales entre varones e intervalos de confianza de 95% por región, Argentina (2003 y 2011)

Región	Vías de transmisión	Odds ratio (IC 95%)	
		2003	2011
CABA	Relaciones heterosexuales	1,101 (0,725-1,674)	1,380 (0,918-2,074)
	Transmisión vertical	0,703 (0,086-5,776)	
	Uso compartido de equipos de inyección	2,813 (1,456-5,432)	
	Otra	1,875 (0,190-18,479)	
GBA	Relaciones heterosexuales	0,904 (0,603-1,355)	2,555 (1,603-4,074)
	Transmisión vertical	2,170 (1,229-3,833)	4,251 (1,751-10,319)
	Uso compartido de equipos de inyección	1,800 (1,094-2,962)	
	Otra	3,526 (0,842-14,764)	
NEA	Relaciones heterosexuales		0,737 (0,324-1,679)
	Transmisión vertical		8,700 (0,810-93,493)
	Uso compartido de equipos de inyección		
	Otra		

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud, Argentina.

Nota: el sombreado corresponde a los odds ratio que resultaron significativos.

4.2.5 Obra social / Prepaga

Se ha evaluado también el comportamiento de los casos desconocidos para *obra social/prepaga* respecto al momento del diagnóstico y, si bien representan un 12,7%, se ha encontrado que es posible estudiar la variable sin ellos por tener la misma distribución respecto al momento del diagnóstico que las otras categorías (Tabla 14 y Tabla 15).

Tabla 14. Número y porcentaje de casos de infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana según se cuente con una cobertura de obra social/prepaga, Argentina (2003-2011)

Obra social / Prepaga	Frecuencia	%
No	20.335	51,3
Sí	14.251	36,0
Desconocido	5.048	12,7
Total	39.634	100,0

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud, Argentina.

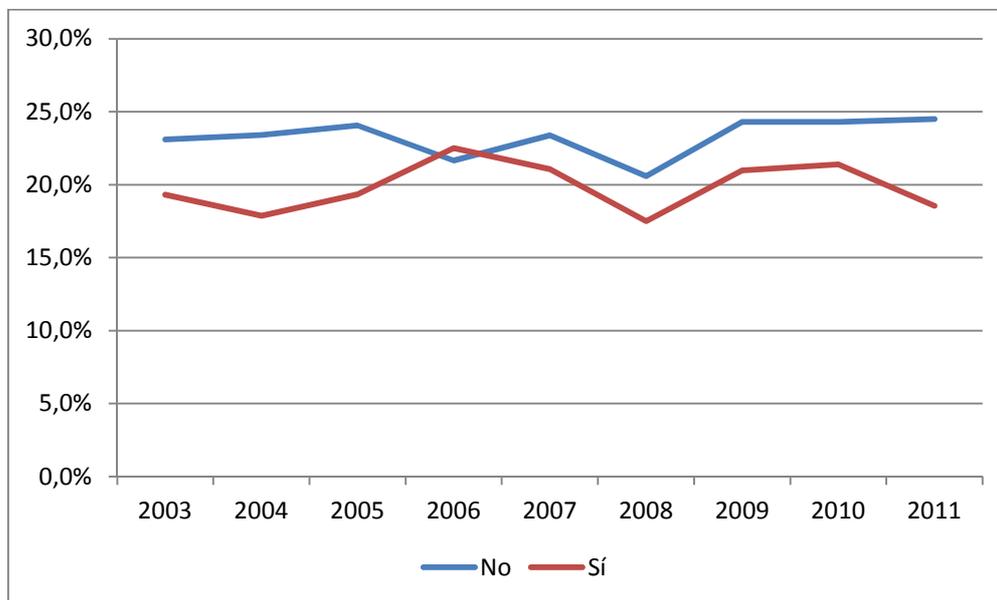
Tabla 15. Porcentaje de casos de infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana según contaran con una cobertura de obra social/prepaga y el momento del diagnóstico, Argentina (2003-2011)

Obra social / Prepaga	Momento del diagnóstico	
	Tardío	Temprano
No	23,2%	76,8%
Sí	19,9%	80,1%
Desconocido	19,5%	80,5%

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud, Argentina.

Las personas que cuentan con cobertura del sistema de las obras sociales o de la medicina prepaga han llegado antes al diagnóstico de VIH en todo el período, a excepción del año 2006 (**Figura 16**).

Figura 16. Evolución de la proporción de personas con diagnóstico tardío de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana según cuenten con cobertura de obra social o de medicina prepaga, Argentina (2003-2011)



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud, Argentina.
N = 34.586

Al estudiar los resultados por región para el inicio del período, año 2003, los porcentajes de personas diagnosticadas tardíamente en algunas de ellas no presentan grandes diferencias según las personas contaran o no con cobertura de salud de una obra social o prepaga al momento del diagnóstico de VIH (GBA, Centro, NOA y Cuyo). Las regiones en las que se observaron mayores diferencias de porcentajes de personas con diagnóstico tardío entre las que no contaban con obra social o prepaga y las que sí tenían esa cobertura fueron CABA y NEA (Tabla 30).

En el año 2011, en todas las regiones salvo en Cuyo, aumentó, en mayor o menor medida, la diferencia en los porcentajes de las personas con diagnóstico tardío entre las personas sin cobertura de obra social o prepaga y las que sí contaban con la cobertura. Lo que no en todos los casos quiere decir que aumentó la proporción de personas diagnosticadas tardíamente ese año sino que se incrementó la brecha de los que llegan tarde al diagnóstico entre los que cuentan con cobertura y los que no.

Al comparar 2003 con 2011 en cuanto a estas diferencias de porcentajes se observa que en CABA se pasó de 6,7% a 3,2%. En Cuyo en 2003 casi no había diferencias en la proporción de personas diagnosticadas tardíamente según estuvieran o no afiliadas a una obra social o prepaga y en 2011 si bien aumentó un poco la brecha entre un grupo y otro, el mayor incremento que se observa es con respecto a la proporción de personas con

diagnóstico tardío para ambos grupos, pasando de 22,6% en 2003 a 33,1% en 2011 entre los que sólo contaban con el sistema público de salud y de 22,7% a 34,5% entre los que tenían una obra social o prepaga (Tabla 29).

Se encontró asociación estadística entre *obra social/prepaga* y el *momento del diagnóstico* de VIH en CABA en 2003 y en GBA y Patagonia en 2011 con odds ratio de 1,6, 1,5 y 2,2 respectivamente (Tabla 16 y Tabla 30).

Tabla 16. Odds ratio del diagnóstico tardío de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y la no cobertura de obra social o prepaga respecto a contar con la cobertura e intervalos de confianza de 95% por región, Argentina (2003 y 2011)

Región	Odds ratio (IC 95%)	
	2003	2011
CABA	1,624 (1,093-2,412)	
GBA		1,487 (1,083-2,041)
Patagonia		2,200 (1,157-4,184)

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud, Argentina.

Nota: el sombreado corresponde a los odds ratio que resultaron significativos.

4.2.6 Ocupación

La variable ocupación hace referencia a la situación laboral de las personas al momento del diagnóstico del VIH y no al tipo de ocupación que ejercían. Sin embargo se considera que las respuestas a esta variable podrían estar sesgadas de acuerdo al modo de indagar del profesional de salud que realiza la pregunta.

Como se expuso anteriormente, esta variable es la que fue menos reportada y como se puede observar en la siguiente tabla, el porcentaje de registros en los que no se pudo conocer este dato fue de 16,4%.

Tabla 17. Número y porcentaje de casos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana según el estado ante la ocupación, Argentina (2003-2011)

Ocupación	Casos	%
Sí	18.794	47,4
No	14.350	36,2
Desconocido	6.490	16,4
Total	39.634	100,0

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud, Argentina.

La Tabla 18 muestra la situación laboral de las personas infectadas según el momento del diagnóstico de VIH. Hubo un porcentaje un poco menor de personas con diagnóstico tardío entre aquellas con trabajo. La proporción de personas con diagnóstico tardío entre las que no se cuenta con el dato de ocupación es similar a la proporción entre aquellas que sí tienen la información y es por ello que se consideró que estos casos podían excluirse al analizar esta variable.

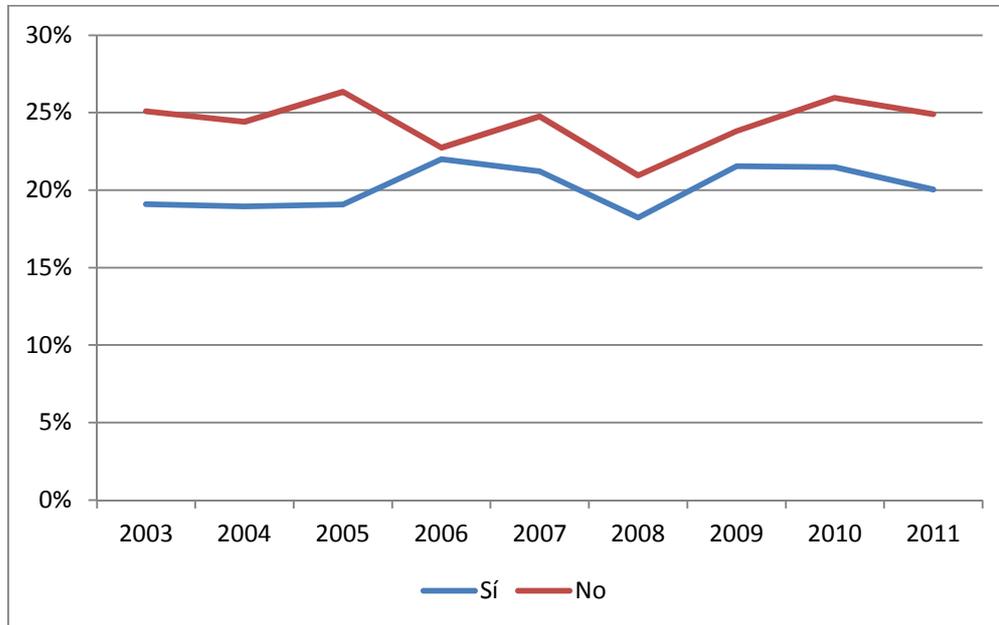
Tabla 18. Situación laboral según el momento del diagnóstico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, Argentina (2003-2011)

Ocupación	Momento del diagnóstico	
	Tardío	Temprano
Sí	20,2%	79,8%
No	24,3%	75,7%
Desconocido	19,5%	80,5%

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud, Argentina.

Durante todo el período, la proporción de personas diagnosticadas tardíamente no ha tenido grandes cambios y para cada año ha sido menor el porcentaje entre las que tenían trabajo que entre las que estaban desempleadas (Figura 17).

Figura 17. Evolución de la proporción de personas de 18 años o más con diagnóstico tardío de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana según tuvieran trabajo al momento del diagnóstico, Argentina (2003-2011)



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud, Argentina.
N = 33.144

En la Argentina, hasta el año 2008 la edad mínima para trabajar era 14 años. A partir de la ley 26.390 en 2008 se elevó la edad mínima a 15 años y en 2010 fue requisito contar con 16 años para firmar un contrato laboral. Además, el trabajo de las personas menores de 18 años tiene una regulación distinta a la de adultos. Es por ello que para el análisis de esta variable se excluirán a las personas menores de 18 años, para evitar el sesgo de contabilizar como sin empleo a personas que por su edad no podrían haber estado trabajando.

A nivel regional, tanto al principio como al final del período, en todas las regiones a excepción de Cuyo, se encontraron porcentajes más altos de personas que llegaron a un diagnóstico tardío de VIH entre las que no tenían trabajo al momento de ser diagnosticadas (Tabla 31). Cabe aclarar que la fuente de datos no permite diferenciar entre estas últimas a las que buscaban trabajo y de las que no lo hacían, lo que hubiera permitido una mayor aproximación al nivel socioeconómico.

En CABA, NOA y Patagonia, la brecha entre los porcentajes de personas que accedieron tarde al diagnóstico de VIH entre las que tenían trabajo y las que no disminuyó al final del período. En cambio, se observó un aumento en GBA, Centro y NEA. Cuyo muestra

la particularidad de que tanto en 2003 como en 2011 las mayores proporciones de personas con diagnóstico tardío se dieron en el grupo que contaba con trabajo (Tabla 31).

Se ha encontrado asociación entre las variables *ocupación* y *momento del diagnóstico* en CABA para el año 2003 donde las chances del grupo sin ocupación fue 1,9 las de los que tenían trabajo y en GBA en 2011 donde las chances eran de 1,6 (Tabla 19 y Tabla 32).

Tabla 19. Odds ratio del diagnóstico tardío de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana y no trabajar en personas de 18 años o más respecto a las personas con empleo e intervalos de confianza de 95% por región, Argentina (2003 y 2011)

Región	Odds ratio (IC 95%)	
	2003	2011
CABA	1,895 (1,265-2,839)	1,199 (0,732-1,964)
GBA	1,256 (0,922-1,712)	1,600 (1,136-2,253)

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud, Argentina.

Nota: el sombreado corresponde a los odds ratio que resultaron significativos.

4.2.7. Nivel de instrucción

Para evitar sesgos en el análisis de la variable *nivel de instrucción*, sólo serán consideradas las personas mayores de 18 años. Esto es para no computar dentro de las categorías con bajo nivel de instrucción a aquellas personas que por su corta edad todavía no podrían haber completado el nivel medio de educación. Vale decir, que en caso de no controlar la variable nivel educativo por la variable edad el dato estaría siendo sesgado. Es por ello que el total de registros en este caso es menor que el total para el resto de las variables analizadas.

Las frecuencias para cada categoría de la base de datos para esta variable son las que muestran la Tabla 20 donde se puede observar que las más altas se dan entre los que alcanzaron el nivel primario completo, secundario incompleto y secundario completo. La mitad de las personas notificadas mayores de 18 años tuvo a lo sumo secundario incompleto como máximo nivel de instrucción.

Tabla 20. Distribución de las categorías para la variable *nivel de instrucción*, Argentina (2003-2011)

Nivel de instrucción	Casos	%	% acumulado
Analfabeto	426	1,1	1,1
Primario incompleto	2.956	7,8	9,0
Primario completo	8.435	22,4	31,4
Secundario incompleto	7.107	18,9	50,2
Secundario completo	8.643	22,9	73,2
Terciario incompleto	1.389	3,7	76,9
Terciario completo	2.329	6,2	83,0
Universitario incompleto	1.719	4,6	87,6
Universitario completo	1.647	4,4	92,0
Desconocido	3.021	8,0	100,0
Total	37.672	100,0	

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud, Argentina.

Al igual que para otras variables, los casos en los que no cuentan con el dato sobre el nivel de instrucción no serán tenidos en cuenta para el análisis habiendo verificado que siguen una distribución como el promedio de las otras categorías respecto al momento del diagnóstico (Tabla 21).

En la siguiente tabla se puede observar cómo a mayor nivel de instrucción las personas con VIH se diagnostican más tempranamente (Tabla 21).

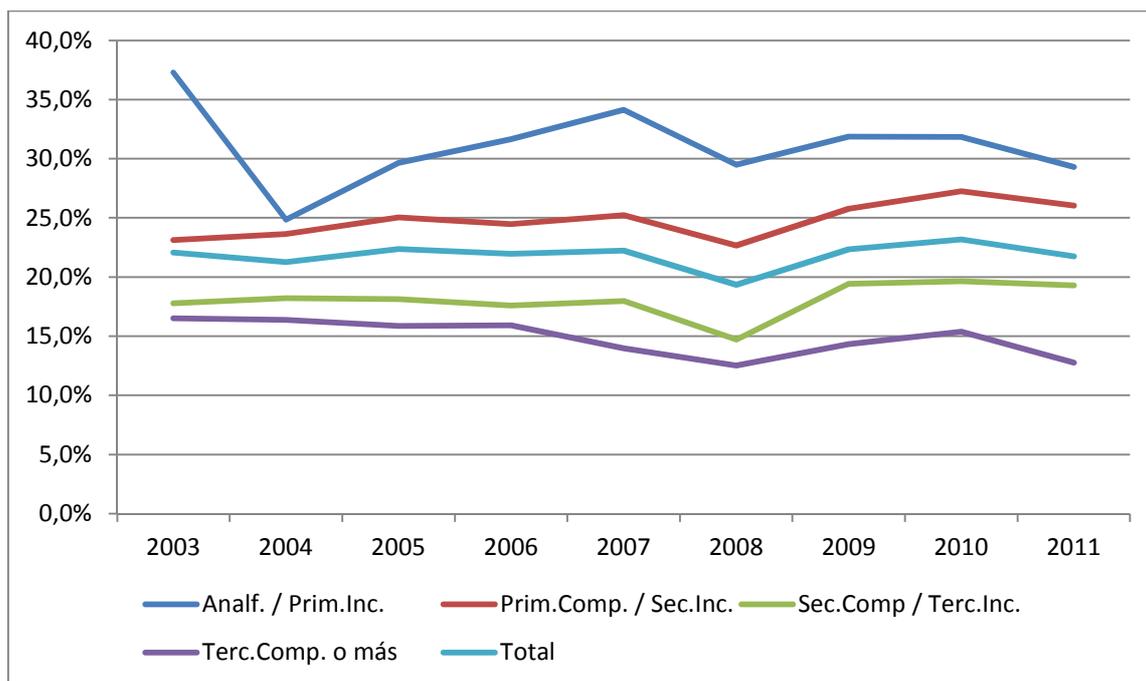
Tabla 21. Distribución de las categorías de la variable *nivel de instrucción* según el momento del diagnóstico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, Argentina (2003-2011)

Nivel de instrucción	Momento del diagnóstico	
	Tardío	Temprano
Analfabeto	34,7%	65,3%
Primario incompleto	30,5%	69,5%
Primario completo	27,2%	72,8%
Secundario incompleto	22,0%	78,0%
Secundario completo	18,4%	81,6%
Terciario incompleto	16,4%	83,6%
Terciario completo	15,8%	84,2%
Universitario incompleto	12,6%	87,4%
Universitario completo	15,1%	84,9%
Desconocido	20,0%	80,0%

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud, Argentina.

Cuando se analiza la evolución, se observa que las diferencias vistas para el período en su conjunto se conservan año a año queriendo decir que a mayor nivel educativo, mayor porcentaje de personas diagnosticadas tempranamente (Figura 18).

Figura 18. Evolución de la proporción de personas diagnosticadas tardíamente con la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana según máximo nivel de instrucción alcanzado en personas mayores de 18 años, Argentina (2003-2011)



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud, Argentina.
N = 34.651

Para estudiar la relación entre esta variable y el momento del diagnóstico, se reagruparon los niveles en dos únicas categorías –nivel de instrucción bajo y nivel de instrucción medio/alto- a fin de poder dar luz sobre los rasgos más salientes de este atributo. Una de las categorías incluye a las personas con hasta secundario incompleto y la otra a las personas con secundario completo o más.

La mayor proporción de personas con diagnóstico tardío entre las que tienen menos estudios que se encontró a nivel nacional, se reproduce en los dos extremos del período a nivel regional con la excepción del NOA y el NEA. Por cuanto en 2003 en NOA, el 33,9% del grupo con bajo nivel de instrucción se diagnosticó tardíamente pero más alto fue el porcentaje entre las personas con un nivel de instrucción medio o alto llegando a que más de la mitad de ellos accedió tardíamente al diagnóstico (51,4%), Esta situación cambia en 2011 donde el porcentaje para el primer grupo se mantiene en 30,5% pero en el de mayor instrucción muestra una mejora en la proporción que accedió tardíamente (19,7%). Con

respecto al NEA, si bien en 2003 sólo hubo un caso reportado con diagnóstico tardío entre los de medio o alto nivel de instrucción lo que representaba el 5,6%, en 2011 el porcentaje aumentó a 24,7% mientras que la proporción en personas con bajo nivel de instrucción fue un poco menor, 22,7% (Tabla 33).

Se encontró asociación entre el *nivel de instrucción* y el *momento del diagnóstico* de VIH en CABA, GBA y NOA tanto para 2003 como para 2011, en Centro para el año 2011 y en Patagonia para 2003 (Tabla 34). Las chances de llegar tarde a un diagnóstico de VIH con un bajo nivel de instrucción fueron de entre 1,5 a 2,5 veces las de las personas con secundario completo o más. La excepción es NOA en 2003 ya que las chances de diagnosticarse tardíamente eran mayores en las personas con medio o alto nivel de instrucción respecto a las que de bajo nivel de instrucción (Tabla 22).

Tabla 22. Odds ratio del diagnóstico tardío de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en personas de 19 años o más con bajo nivel de instrucción respecto a aquellas con medio/alto nivel de instrucción e intervalos de confianza de 95% por región, Argentina (2003 y 2011)

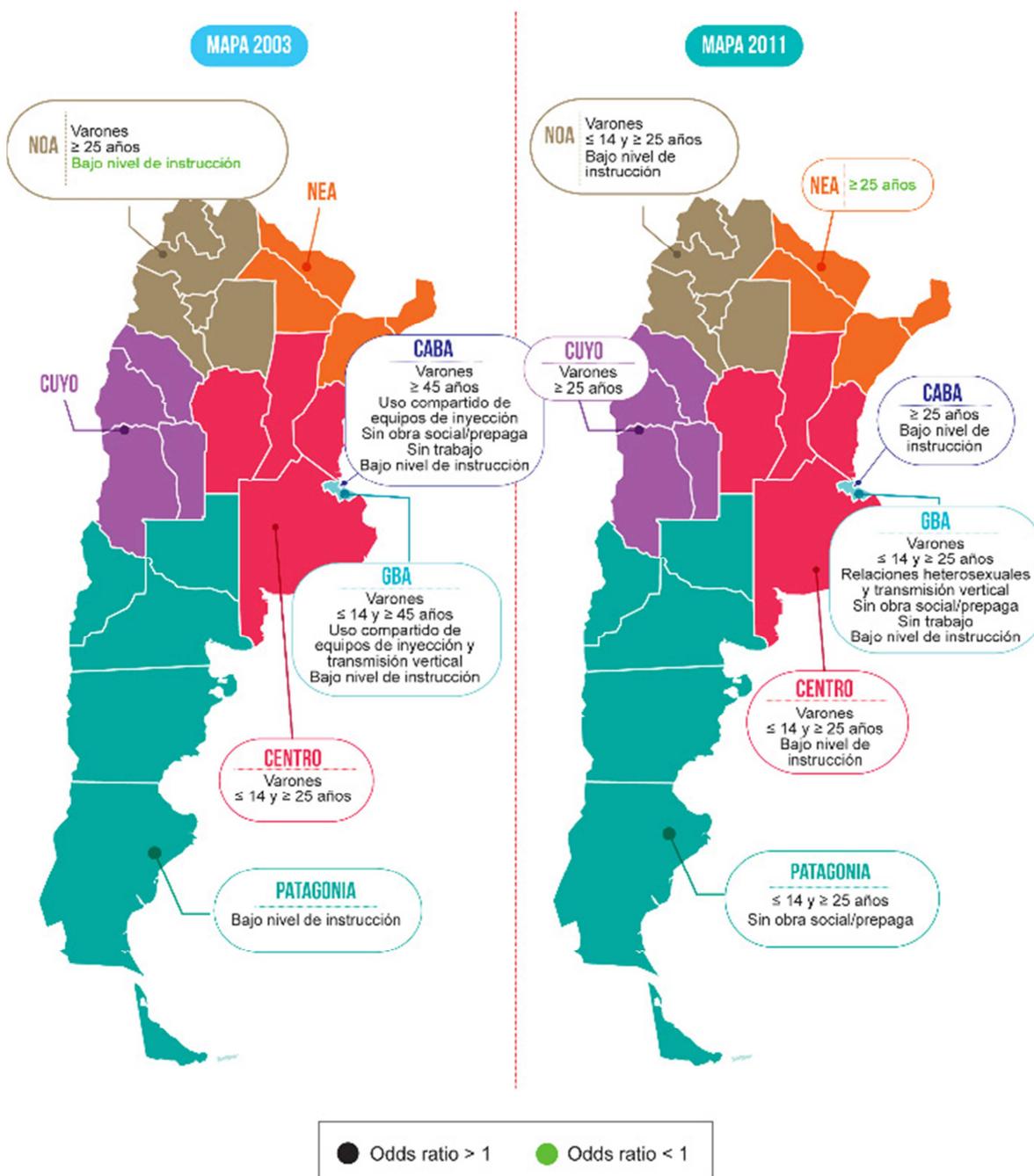
Región	Odds Ratio (IC 95%)	
	2003	2011
CABA	2,220 (1,487-3,315)	1,556 (1,043-2,322)
GBA	2,079 (1,441-3,001)	1,851 (1,307-2,620)
Centro	1,227 (0,864-1,743)	1,888 (1,432-2,489)
NOA	0,494 (0,267-0,911)	1,786 (1,204-2,648)
Patagonia	2,481 (1,107-5,560)	1,416 (0,766-2,619)

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud, Argentina.

Nota: el sombreado corresponde a los odds ratio que resultaron significativos.

A continuación y a modo de resumen de algunos de los resultados más relevantes encontrados, se presentan dos mapas de Argentina correspondientes a los años 2003 y 2011, donde, para cada región del país, se especifican las categorías de las variables que tuvieron odds ratios significativos respecto al grupo de referencia. Así es que se puede observar por año y región cuál es el sexo, el grupo de edad, la vía de transmisión, el nivel de instrucción y la situación respecto al trabajo y al tipo de cobertura de salud que tienen más o menos chances de llegar tarde a un diagnóstico de VIH respecto a las categorías de referencia anteriormente especificadas.

Figura 19. Categorías de las variables en análisis con odds ratios significativos para el diagnóstico tardío de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana respecto al grupo de referencia³⁵ por región, Argentina (2003 y 2011)



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud, Argentina.

Nota: ≥25 años incluye a los grupos de 25 a 44 años y de 45 años o más.

³⁵ Los grupos de referencia han sido especificados en el análisis de cada variable de este apartado.

4.3 Tratamiento intermedio de datos

A continuación se pueden consultar las tablas que fueron referenciadas en el apartado anterior. Se muestra de manera independiente este procesamiento de los datos para facilitar la lectura del análisis de las variables de la sección anterior.

Las tablas fueron construidas con el programa SPSS 19.0 a partir de la base de datos de la DSyETS y son las mismas para cada variable en la medida en que se consideró necesario darle igual tratamiento a cada uno de los atributos trabajados. Es por ello que se construyó para cada una de las variables una primera tabla que da cuenta sobre los años 2003 y 2011 y en la que se muestra la frecuencia absoluta y relativa de cada categoría según el diagnóstico de VIH haya sido tardío o temprano. Un segundo tipo de tabla es la que tiene por objetivo identificar la existencia de asociación entre cada una de las variables y el momento del diagnóstico de VIH por regiones y es a partir de estos resultados que fueron luego calculados los odds ratio para aquellas regiones en las que el test estadístico haya resultado significativo (las tablas de resultados de los odds ratio han sido presentadas en la sección anterior).

La Tabla 23 refiere a las frecuencias de los casos de VIH según el sexo y el momento del diagnóstico de VIH para los años 2003 y 2011 y fue construida como parte del análisis previo al cálculo de significación estadística.

Cabe recordar que la variable sexo está siendo considerada como aproximación del género, entendido el género como la percepción de las personas sobre sí mismas en cuanto a sentirse varón o mujer, independientemente del sexo biológico de nacimiento.

Tabla 23. Casos de infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana según sexo y momento del diagnóstico por región, Argentina (2003 y 2011)

Región	Sexo	2003						2011					
		Momento del diagnóstico						Momento del diagnóstico					
		Tardío		Temprano		Total		Tardío		Temprano		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CABA	Varones	109	18,6%	477	81,4%	586	100,0%	107	16,2%	554	83,8%	661	100,0%
	Mujeres	30	12,5%	210	87,5%	240	100,0%	18	10,8%	148	89,2%	166	100,0%
GBA	Varones	203	28,7%	505	71,3%	708	100,0%	161	25,1%	480	74,9%	641	100,0%
	Mujeres	72	16,7%	359	83,3%	431	100,0%	64	17,0%	313	83,0%	377	100,0%
Centro	Varones	155	24,9%	468	75,1%	623	100,0%	234	25,8%	672	74,2%	906	100,0%
	Mujeres	40	12,1%	290	87,9%	330	100,0%	64	16,0%	337	84,0%	401	100,0%
NOA	Varones	64	39,8%	97	60,2%	161	100,0%	118	29,3%	285	70,7%	403	100,0%
	Mujeres	20	24,1%	63	75,9%	83	100,0%	33	15,4%	181	84,6%	214	100,0%
NEA	Varones	12	22,6%	41	77,4%	53	100,0%	36	27,1%	97	72,9%	133	100,0%
	Mujeres	5	15,6%	27	84,4%	32	100,0%	12	16,0%	63	84,0%	75	100,0%
Cuyo	Varones	17	24,3%	53	75,7%	70	100,0%	74	38,1%	120	61,9%	194	100,0%
	Mujeres	5	16,1%	26	83,9%	31	100,0%	21	22,3%	73	77,7%	94	100,0%
Patagonia	Varones	30	24,0%	95	76,0%	125	100,0%	44	20,0%	176	80,0%	220	100,0%
	Mujeres	14	15,7%	75	84,3%	89	100,0%	16	12,1%	116	87,9%	132	100,0%
Total	Varones	590	25,4%	1.736	74,6%	2.326	100,0%	774	24,5%	2.384	75,5%	3.158	100,0%
	Mujeres	186	15,0%	1.050	85,0%	1.236	100,0%	228	15,6%	1.231	84,4%	1.459	100,0%

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud, Argentina.

A continuación se presenta la tabla de los resultados del chi cuadrado que busca conocer la existencia o no de asociación estadística entre el sexo y el momento del diagnóstico a partir de las frecuencias arriba descriptas.

Puede observarse que las regiones que resultaron con $p < 0,05$ fueron CABA, GBA, Centro y NOA en 2003 y GBA, Centro, NOA y Cuyo en 2011.

Tabla 24. Prueba de significación estadística entre sexo y momento del diagnóstico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana por región, Argentina (2003 y 2011)

Región	Chi cuadrado			
	2003		2011	
	Valor	Valor de p	Valor	Valor de p
CABA	4,528	0,033	2,953	0,086
GBA	20,949	0,000	9,138	0,003
Centro	21,577	0,000	15,377	0,000
NOA	5,946	0,015	14,526	0,000
NEA	0,614	0,433	3,309	0,069
Cuyo	0,839	0,360	7,154	0,007
Patagonia	2,177	0,140	3,622	0,057

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud, Argentina.

Las dos tablas que siguen hacen lo propio con la variable *edad*. Si bien esta variable en la base de datos utilizada no está agrupada, se decidió su categorización para facilitar el análisis. Por un lado se agruparon a los menores de 15 años para que coincidiera con el rango de edad en el que más del 90% de los casos fue infectado por transmisión vertical. Luego se agruparon las demás edades en las cuales la principal vía de transmisión es la sexual. Los grupos son: adolescentes y adultos jóvenes de entre 15 y 24 años, adultos de entre 25 y 44 años y personas de 45 años o más.

Tabla 25. Casos de infecciones por el virus de la inmunodeficiencia humana según momento del diagnóstico y grupos de edad por región, Argentina (2003 y 2011)

Región	Edad	2003				2011			
		Momento del diagnóstico				Momento del diagnóstico			
		Tardío		Temprano		Tardío		Temprano	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CABA	0-14	1	10,0%	9	90,0%	0	0,0%	8	100,0%
	15-24	9	8,6%	96	91,4%	6	4,5%	128	95,5%
	25-44	92	16,0%	483	84,0%	76	15,2%	425	84,8%
	45 o +	37	27,2%	99	72,8%	43	23,4%	141	76,6%
GBA	0-14	33	37,5%	55	62,5%	11	36,7%	19	63,3%
	15-24	13	8,2%	146	91,8%	6	3,9%	149	96,1%
	25-44	178	23,6%	576	76,4%	129	21,3%	476	78,7%
	45 o +	51	37,0%	87	63,0%	79	34,6%	149	65,4%
Centro	0-14	11	19,6%	45	80,4%	5	22,7%	17	77,3%
	15-24	13	7,7%	156	92,3%	21	8,6%	222	91,4%
	25-44	136	22,7%	462	77,3%	176	23,1%	586	76,9%
	45 o +	35	26,9%	95	73,1%	96	34,3%	184	65,7%
NOA	0-14	3	37,5%	5	62,5%	6	50,0%	6	50,0%
	15-24	5	12,8%	34	87,2%	10	6,6%	142	93,4%
	25-44	61	36,1%	108	63,9%	86	25,9%	246	74,1%
	45 o +	15	53,6%	13	46,4%	49	40,5%	72	59,5%
NEA	0-14	2	22,2%	7	77,8%	3	60,0%	2	40,0%
	15-24	1	14,3%	6	85,7%	0	0,0%	36	100,0%
	25-44	13	20,3%	51	79,7%	39	29,5%	93	70,5%
	45 o +	1	20,0%	4	80,0%	6	17,1%	29	82,9%

Tabla 25. Continuación

Región	Edad	2003				2011			
		Momento del diagnóstico				Momento del diagnóstico			
		Tardío		Temprano		Tardío		Temprano	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Cuyo	0-14	0	0,0%	7	100,0%	1	20,0%	4	80,0%
	15-24	6	26,1%	17	73,9%	4	8,3%	44	91,7%
	25-44	11	19,3%	46	80,7%	59	33,3%	118	66,7%
	45 o +	5	35,7%	9	64,3%	31	53,4%	27	46,6%
Patagonia	0-14	2	25,0%	6	75,0%	0	0,0%	6	100,0%
	15-24	8	19,0%	34	81,0%	5	7,1%	65	92,9%
	25-44	24	17,3%	115	82,7%	38	18,4%	169	81,6%
	45 o +	10	40,0%	15	60,0%	17	24,6%	52	75,4%
Total	0-14	52	28,0%	134	72,0%	26	29,5%	62	70,5%
	15-24	55	10,1%	489	89,9%	52	6,2%	786	93,8%
	25-44	515	21,9%	1.841	78,1%	603	22,2%	2.113	77,8%
	45 o +	154	32,4%	322	67,6%	321	32,9%	654	67,1%

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud, Argentina.

En la siguiente tabla se puede observar que se encontró asociación entre la edad y el momento del diagnóstico de VIH en las regiones CABA, GBA, Centro y NOA en 2003 y en todas las regiones en 2011.

En este análisis se utilizó el test exacto de Fisher en las regiones en las que las frecuencias esperadas fueron menores a 5.

Tabla 26. Prueba de significación estadística entre edad y momento del diagnóstico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana por región, Argentina (2003 y 2011)

Región	Estadístico			
	2003		2011	
	Valor	Valor de p	Valor	Valor de p
CABA	15,327 ^b	0,001	24,280 ^b	0,000
GBA	43,195 ^a	0,000	54,680 ^a	0,000
Centro	22,201 ^a	0,000	48,697 ^a	0,000
NOA	13,591 ^b	0,003	52,686 ^b	0,000
NEA	0,435 ^b	1,000	22,366 ^b	0,000
Cuyo	3,701 ^b	0,272	26,195 ^b	0,000
Patagonia	6,863 ^a	0,073	8,941 ^b	0,025

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud, Argentina.

a: chi cuadrado

b: test exacto de Fisher

En la Tabla 27 se presentan para 2003 y 2011 y por región, la cantidad de casos de VIH notificados según las vías de transmisión de acuerdo al momento del diagnóstico de VIH. Además se muestran los porcentajes para cada vía de los casos que fueron diagnosticados tardíamente y tempranamente.

Tabla 27. Número y porcentaje de casos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana según momento del diagnóstico por vía de transmisión y región, Argentina (2003 y 2011)

Región	Vías de transmisión	2003				2011			
		Momento del diagnóstico				Momento del diagnóstico			
		Tardío		Temprano		Tardío		Temprano	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CABA	Relaciones heterosexuales	74	16,4%	378	83,6%	68	16,9%	334	83,1%
	HSH	40	15,1%	225	84,9%	45	12,9%	305	87,1%
	Transmisión vertical	1	11,1%	8	88,9%	0	0,0%	7	100,0%
	Uso compartido de equipos de inyección	18	33,3%	36	66,7%	2	100,0%	0	0,0%
	Otra	1	25,0%	3	75,0%	0	0,0%	2	100,0%
GBA	Relaciones heterosexuales	141	20,4%	550	79,6%	179	25,0%	536	75,0%
	HSH	38	22,1%	134	77,9%	23	11,6%	176	88,4%
	Transmisión vertical	32	38,1%	52	61,9%	10	35,7%	18	64,3%
	Uso compartido de equipos de inyección	49	33,8%	96	66,2%	0	0,0%	1	100,0%
	Otra	4	50,0%	4	50,0%	0	0,0%	0	0,0%
Centro	Relaciones heterosexuales	99	18,9%	424	81,1%	187	22,7%	635	77,3%
	HSH	52	22,9%	175	77,1%	78	21,2%	290	78,8%
	Transmisión vertical	11	20,4%	43	79,6%	3	15,8%	16	84,2%
	Uso compartido de equipos de inyección	16	22,2%	56	77,8%	3	50,0%	3	50,0%
	Otra	1	16,7%	5	83,3%	0	0,0%	1	100,0%

Tabla 27. Continuación

Región	Vías de transmisión	2003				2011			
		Momento del diagnóstico				Momento del diagnóstico			
		Tardío		Temprano		Tardío		Temprano	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
NOA	Relaciones heterosexuales	41	32,5%	85	67,5%	98	25,7%	284	74,3%
	HSH	28	50,9%	27	49,1%	38	19,6%	156	80,4%
	Transmisión vertical	3	37,5%	5	62,5%	5	50,0%	5	50,0%
	Uso compartido de equipos de inyección	10	47,6%	11	52,4%	1	50,0%	1	50,0%
	Otra	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	1	100,0%
NEA	Relaciones heterosexuales	10	21,3%	37	78,7%	30	20,3%	118	79,7%
	HSH	1	12,5%	7	87,5%	10	25,6%	29	74,4%
	Transmisión vertical	2	22,2%	7	77,8%	3	75,0%	1	25,0%
	Uso compartido de equipos de inyección	3	37,5%	5	62,5%	1	100,0%	0	0,0%
	Otra	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Cuyo	Relaciones heterosexuales	8	18,2%	36	81,8%	67	35,1%	124	64,9%
	HSH	7	25,0%	21	75,0%	22	30,1%	51	69,9%
	Transmisión vertical	0	0,0%	7	100,0%	1	20,0%	4	80,0%
	Uso compartido de equipos de inyección	3	50,0%	3	50,0%	1	100,0%	0	0,0%
	Otra	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%	0	0,0%

Tabla 27. Continuación

Región	Vías de transmisión	2003				2011			
		Momento del diagnóstico				Momento del diagnóstico			
		Tardío		Temprano		Tardío		Temprano	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Patagonia	Relaciones heterosexuales	32	22,5%	110	77,5%	43	18,2%	193	81,8%
	HSH	5	21,7%	18	78,3%	11	13,3%	72	86,7%
	Transmisión vertical	2	25,0%	6	75,0%	0	0,0%	5	100,0%
	Uso compartido de equipos de inyección	3	17,6%	14	82,4%	0	0,0%	1	100,0%
	Otra	0	0,0%	0	0,0%	1	100,0%	0	0,0%
Total	Relaciones heterosexuales	414	20,1%	1.648	79,9%	679	23,0%	2.267	77,0%
	HSH	174	21,7%	629	78,3%	228	16,9%	1.120	83,1%
	Transmisión vertical	53	29,0%	130	71,0%	22	28,2%	56	71,8%
	Uso compartido de equipos de inyección	103	31,3%	226	68,7%	8	53,3%	7	46,7%
	Otra	6	30,0%	14	70,0%	1	20,0%	4	80,0%

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud, Argentina.

Durante el cálculo del chi cuadrado para las variables *vía de transmisión* y *momento del diagnóstico* se observó que no se cumplían las condiciones para su utilización, ya que en todas las regiones había casillas con frecuencias esperadas menores a 5. Es por ello que se optó por hacer el cálculo con el test exacto de Fisher.

Tabla 28. Prueba de significación estadística entre vía de transmisión y momento del diagnóstico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana por región, Argentina (2003 y 2011)

Región	Estadístico exacto de Fisher			
	2003		2011	
	Valor	Valor de p	Valor	Valor de p
CABA	10,289	0,026	10,230	0,025
GBA	23,916	0,000	21,188	0,000
Centro	1,906	0,756	3,704	0,450
NOA	6,802	0,117	7,734	0,071
NEA	1,618	0,694	8,710	0,019
Cuyo	5,236	0,225	2,685	0,458
Patagonia	0,363	0,985	5,549	0,224

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud, Argentina.

La Tabla 29 presenta lo que la FNC, vigente durante el período en estudio, denominaba *cobertura de salud*³⁶, denominación que no da cuenta del sistema de salud de la Argentina donde existe cobertura universal –la diferencia es si lo está a través del sistema público o bien cuenta con una cobertura a través de obra social o prepaga. En tal sentido es que debe interpretarse *no* a no estar afiliado a una obra social o empresa de medicina prepaga y *si* a contar con dicho tipo de cobertura.

³⁶ Se hace necesario aclarar que en la actual FNC, vigente desde el año 2012 y que forma parte del anexo, la variable *cobertura de salud* tiene todas las categorías necesarias para abarcar a los distintos subsectores del sistema de salud de Argentina.

Tabla 29. Número y porcentaje de casos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana según momento del diagnóstico y cobertura de salud por región, Argentina (2003 y 2011)

Región	Cobertura de salud	2003						2011					
		Momento del diagnóstico						Momento del diagnóstico					
		Tardío		Temprano		Total		Tardío		Temprano		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CABA	No	80	20,2%	317	79,8%	397	100,0%	42	17,6%	197	82,4%	239	100,0%
	Sí	46	13,5%	296	86,5%	342	100,0%	69	14,4%	411	85,6%	480	100,0%
GBA	No	174	23,5%	565	76,5%	739	100,0%	130	26,4%	363	73,6%	493	100,0%
	Sí	60	21,4%	220	78,6%	280	100,0%	79	19,4%	328	80,6%	407	100,0%
Centro	No	120	20,7%	461	79,3%	581	100,0%	183	23,3%	601	76,7%	784	100,0%
	Sí	46	20,4%	179	79,6%	225	100,0%	88	21,3%	326	78,7%	414	100,0%
NOA	No	60	39,0%	94	61,0%	154	100,0%	100	24,9%	301	75,1%	401	100,0%
	Sí	16	39,0%	25	61,0%	41	100,0%	39	22,9%	131	77,1%	170	100,0%
NEA	No	13	24,5%	40	75,5%	53	100,0%	32	32,7%	66	67,3%	98	100,0%
	Sí	2	10,0%	18	90,0%	20	100,0%	5	15,6%	27	84,4%	32	100,0%
Cuyo	No	12	22,6%	41	77,4%	53	100,0%	54	33,1%	109	66,9%	163	100,0%
	Sí	5	22,7%	17	77,3%	22	100,0%	30	34,5%	57	65,5%	87	100,0%
Patagonia	No	18	21,7%	65	78,3%	83	100,0%	39	21,4%	143	78,6%	182	100,0%
	Sí	14	24,6%	43	75,4%	57	100,0%	15	11,0%	121	89,0%	136	100,0%
Total	No	477	23,2%	1.583	76,8%	2.060	100,0%	580	24,6%	1.780	75,4%	2.360	100,0%
	Sí	189	19,1%	798	80,9%	987	100,0%	325	18,8%	1.401	81,2%	1.726	100,0%

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud, Argentina.

En la Tabla 30 se pueden observar los resultados del chi cuadrado para la cobertura de salud y el momento del diagnóstico, habiendo resultado significativo en CABA en 2003 y en GBA y Patagonia en 2011.

Tabla 30. Prueba de significación estadística entre cobertura de salud y momento del diagnóstico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana por región, Argentina (2003 y 2011)

Región	Chi Cuadrado			
	2003		2011	
	Valor	Valor de p	Valor	Valor de p
CABA	5,833	0,016	1,250	0,264
GBA	0,514	0,473	6,055	0,014
Centro	0,004	0,947	0,673	0,412
NOA	0,000	0,994	0,258	0,611
NEA	1,877	0,171	3,435	0,064
Cuyo	0,000	0,994	0,047	0,829
Patagonia	0,158	0,691	5,971	0,015

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud, Argentina.

Con respecto *ocupación*³⁷ y como ya fue mencionado, esta variable es muy sensible al modo en el que se pregunta cuando se está llenando la FNC queriendo decir que, por ejemplo, se podría haber consultado a la persona a notificar como caso de VIH por ocupaciones que no son laborables como ser *estudiante* asignando un posible sesgo a la variable.

³⁷ Vale aclarar que esta variable ya no forma parte de la actual FNC vigente que se encuentra en el anexo.

Tabla 31. Número y porcentaje de casos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en personas de 18 años o más según ocupación y el momento del diagnóstico por región, Argentina (2003 y 2011)

Región	Ocupación	2003						2011					
		Momento del diagnóstico						Momento del diagnóstico					
		Tardío		Temprano		Total		Tardío		Temprano		Total	
Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
CABA	No	55	22,8%	186	77,2%	241	100,0%	25	17,2%	120	82,8%	145	100,0%
	Sí	61	13,5%	391	86,5%	452	100,0%	78	14,8%	449	85,2%	527	100,0%
GBA	No	110	24,7%	336	75,3%	446	100,0%	82	28,1%	210	71,9%	292	100,0%
	Sí	98	20,7%	376	79,3%	474	100,0%	92	19,6%	377	80,4%	469	100,0%
Centro	No	82	22,0%	291	78,0%	373	100,0%	109	25,2%	324	74,8%	433	100,0%
	Sí	76	19,7%	309	80,3%	385	100,0%	132	21,2%	490	78,8%	622	100,0%
NOA	No	46	46,0%	54	54,0%	100	100,0%	77	25,2%	228	74,8%	305	100,0%
	Sí	19	42,2%	26	57,8%	45	100,0%	51	24,2%	160	75,8%	211	100,0%
NEA	No	8	22,2%	28	77,8%	36	100,0%	22	32,4%	46	67,6%	68	100,0%
	Sí	6	19,4%	25	80,6%	31	100,0%	13	26,5%	36	73,5%	49	100,0%
Cuyo	No	8	25,8%	23	74,2%	31	100,0%	35	33,3%	70	66,7%	105	100,0%
	Sí	10	27,8%	26	72,2%	36	100,0%	49	36,0%	87	64,0%	136	100,0%
Patagonia	No	14	27,5%	37	72,5%	51	100,0%	21	17,8%	97	82,2%	118	100,0%
	Sí	18	19,6%	74	80,4%	92	100,0%	29	16,2%	150	83,8%	179	100,0%
Total	No	323	25,3%	955	74,7%	1.278	100,0%	371	25,3%	1.095	74,7%	1.466	100,0%
	Sí	288	19,0%	1.227	81,0%	1.515	100,0%	444	20,2%	1.749	79,8%	2.193	100,0%

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud, Argentina.

En cuanto al cálculo del chi cuadrado para ocupación y momento del diagnóstico, se puede observar en la siguiente tabla que hubo significación estadística únicamente en las regiones CABA en 2003 y GBA en 2011.

Tabla 32. Prueba de significación estadística entre ocupación y momento del diagnóstico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en personas de 18 años o más por región, Argentina (2003 y 2011)

Región	Chi Cuadrado			
	2003		2011	
	Valor	Valor de p	Valor	Valor de p
CABA	9,809	0,002	0,522	0,470
GBA	2,089	0,148	7,313	0,007
Centro	0,578	0,447	2,261	0,133
NOA	0,179	0,672	0,077	0,781
NEA	0,083	0,773	0,460	0,497
Cuyo	0,033	0,856	0,190	0,663
Patagonia	1,175	0,278	0,129	0,719

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud, Argentina.

Con respecto a la variable *nivel de instrucción*, que está siendo utilizada como aproximada de nivel socioeconómico, las categorías fueron reagrupadas de tal forma que una de ellas representa al bajo nivel de instrucción que incluye hasta el secundario incompleto y una segunda que representa al nivel medio y alto de instrucción que agrupa al secundario completo y a las instancias superiores de educación formal.

En la Tabla 33 se presentan los casos de VIH según el nivel de instrucción y el momento del diagnóstico de VIH con un desagregamiento regional.

Tabla 33. Número y porcentaje de casos de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en personas de 19 años o más según nivel de instrucción y el momento del diagnóstico por región, Argentina (2003 y 2011)

Región	Nivel de instrucción	2003						2011					
		Momento del diagnóstico						Momento del diagnóstico					
		Tardío		Temprano		Total		Tardío		Temprano		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
CABA	Bajo	80	21,8%	287	78,2%	367	100,0%	51	19,1%	216	80,9%	267	100,0%
	Medio/alto	44	11,5%	340	88,5%	384	100,0%	66	13,2%	435	86,8%	501	100,0%
GBA	Bajo	184	26,2%	519	73,8%	703	100,0%	133	26,1%	376	73,9%	509	100,0%
	Medio/alto	43	14,8%	247	85,2%	290	100,0%	56	16,0%	293	84,0%	349	100,0%
Centro	Bajo	100	21,5%	365	78,5%	465	100,0%	180	29,1%	439	70,9%	619	100,0%
	Medio/alto	66	19,0%	281	81,0%	347	100,0%	101	17,8%	465	82,2%	566	100,0%
NOA	Bajo	38	33,9%	74	66,1%	112	100,0%	85	30,5%	194	69,5%	279	100,0%
	Medio/alto	37	51,4%	35	48,6%	72	100,0%	53	19,7%	216	80,3%	269	100,0%
NEA	Bajo	13	24,5%	40	75,5%	53	100,0%	25	22,7%	85	77,3%	110	100,0%
	Medio/alto	1	5,6%	17	94,4%	18	100,0%	19	24,7%	58	75,3%	77	100,0%
Cuyo	Bajo	15	28,8%	37	71,2%	52	100,0%	54	38,0%	88	62,0%	142	100,0%
	Medio/alto	6	18,8%	26	81,3%	32	100,0%	33	30,0%	77	70,0%	110	100,0%
Patagonia	Bajo	26	30,6%	59	69,4%	85	100,0%	27	18,8%	117	81,3%	144	100,0%
	Medio/alto	11	15,5%	60	84,5%	71	100,0%	22	14,0%	135	86,0%	157	100,0%
Total	Bajo	456	24,8%	1.381	75,2%	1.837	100,0%	555	26,8%	1.515	73,2%	2.070	100,0%
	Medio/alto	208	17,1%	1.006	82,9%	1.214	100,0%	350	17,2%	1.679	82,8%	2.029	100,0%

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud, Argentina.

La siguiente tabla muestra los resultados ya sea del chi cuadrado o del test exacto de Fisher, según se hayan cumplido las condiciones para la utilización del chi cuadrado, donde se puede observar que en 2003 se encontró asociación entre el nivel de instrucción y el momento del diagnóstico en CABA, GBA, NOA y Patagonia y en 2011 en CABA, GBA, Centro, NOA y NEA.

Tabla 34. Prueba de significación estadística para nivel de instrucción y momento del diagnóstico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en personas de 19 años o más por región, Argentina (2003 y 2011)

Región	Estadístico			
	2003		2011	
	Valor	Valor de p	Valor	Valor de p
CABA	15,692 ^a	0,000	4,739 ^a	0,029
GBA	15,721 ^a	0,000	12,257 ^a	0,000
Centro	1,307 ^a	0,253	20,629 ^a	0,000
NOA	5,156 ^a	0,023	8,421 ^a	0,004
NEA	^b	0,094	0,096 ^a	0,757
Cuyo	1,842 ^a	0,175	1,767 ^a	0,184
Patagonia	5,037 ^a	0,025	1,237 ^a	0,266

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud, Argentina.

^a: chi cuadrado

^b: test exacto de Fisher

5. DISCUSIÓN

A continuación se retomarán los puntos más salientes de los datos encontrados tanto a nivel nacional como por región, siendo la intención interpretarlos a la luz de su contexto y del marco teórico-conceptual de referencia.

En tal sentido, se cree necesario recordar lo ya mencionado en distintas oportunidades respecto a que los diferentes momentos en que las personas acceden al diagnóstico de VIH están influenciados por las variadas características de las ofertas de testeo. Sea por la disponibilidad horaria y las necesidades de traslado, los tiempos de espera, por el manejo del sistema de turnos, por los circuitos de derivación -estén o no establecidos- o por el grado de cumplimiento de los protocolos y recomendaciones nacionales (3, 7, 11, 57, 59). También se verá reflejado en lo oportuno o no del diagnóstico el grado en que la oferta se corresponda con las necesidades particulares de la población a la que va destinada (15).

Mientras que lo anterior tiene que ver con los factores habilitantes, interesa a continuación dar cuenta de los factores predisponentes a partir de los datos surgidos del estudio y, en la medida de lo posible, sugerir líneas de análisis en relación con las necesidades de salud (17, 18, 57, 59). En términos de mecanismos facilitadores de un diagnóstico oportuno pensados desde la oferta, cabe señalar que, en el período aquí estudiado, la implementación de los tests rápidos era aún incipiente en cuanto al testeo voluntario, a excepción de algunos desarrollos específicos y muy localizados, y estaba básicamente enfocado al testeo en embarazadas cuando llegaban al trabajo de parto sin serología previa.

En primer término se retomarán los principales resultados respecto a la evolución de los porcentajes de personas diagnosticadas tardíamente según las variables estudiadas durante 2003 y 2011.

Al final del período hubo más casos notificados que en 2003. Se presume que este incremento podría corresponder a la sumatoria de un mayor acceso al diagnóstico y de una mejora en las notificaciones y no necesariamente a un aumento de las infecciones. Esta presunción se funda en tres motivos. Por un lado, tal como se ha descrito, la epidemia en el país se muestra estable desde los últimos años. Por otro lado, diversos esfuerzos han sido implementados para que los programas de VIH de las provincias promuevan la notificación de VIH y de sida entre los efectores de sus jurisdicciones. Finalmente, se han venido desarrollando una serie de estrategias de promoción del diagnóstico. El hecho de que esto permanezca en el nivel de lo presuntivo

radica en que no es posible dimensionar con exactitud el acceso al diagnóstico a través del sistema nacional de vigilancia por laboratorio.

Se ha encontrado para el periodo estudiado un acceso tardío de determinados grupos de personas. En mayor proporción los varones, quienes presentaron una curva relativamente constante; los dos extremos de los grupos etarios (0-14 años y 45 o más) con una mediana de edad de diagnóstico que va en aumento; las personas infectadas por transmisión vertical y por el uso compartido de equipos de inyección con curvas muy fluctuantes; las personas que no contaban con cobertura de salud por parte de una obra social o medicina prepaga y los que no estaban trabajando con curvas sin grandes cambios y no muy alejadas de los que sí contaban con esa cobertura o de los que sí tenían trabajo; y las personas con más bajo nivel de educación con curvas levemente en ascenso hacia el final del período.

Resulta importante aclarar que los porcentajes más altos de personas diagnosticadas tardíamente no en todos los casos coinciden con los grupos en los que son más frecuentes los diagnósticos de VIH, ya sean tardíos o tempranos. Este es el caso, por ejemplo, de las vías de transmisión vertical y de los grupos de mayor edad. En el primer caso, entre las personas diagnosticadas por esa vía, el 31,4% lo hizo tardíamente durante el período 2003-2011, sin embargo los casos notificados por esta vía sólo representaban el 2,5% del total de casos. En el segundo caso, el porcentaje de personas de 45 años o más que se diagnosticó tardíamente fue de 32,3% pero este grupo etario representó el 18,4% del total de casos diagnosticados y notificados. Asimismo, respecto de la variable edad, debe señalarse que la mediana de edad de diagnóstico entre quienes acceden tardíamente ha estado incrementándose.

Se estudiaron los datos con un desagregamiento regional, buscando con ello otorgarles un valor agregado al contar con una mirada más local del problema que permita hacer interrogaciones que sirvan para la acción en las distintas áreas del país, encontrándose asociación estadística entre cada una de las variables y el momento del diagnóstico diferencial para cada una de aquellas áreas geográficas. Al observar la evolución de la proporción de personas que accedieron tarde al diagnóstico de VIH se encontró que ésta ha sido muy dispar tanto entre las regiones como hacia el interior de las mismas, especialmente en Cuyo, NOA y NEA, regiones estas últimas que también fueron las que presentaron porcentajes más elevados en gran parte del período. Esta fluctuaciones podrían deberse a o estar influenciadas por problemas de subnotificación.

Los resultados permiten describir algunas características salientes de las personas que se diagnostican tardíamente en las distintas regiones de Argentina. Estas características admiten ser consideradas como plataformas sobre las cuales diseñar

políticas específicas en la materia. En CABA, en 2003 la proporción de personas con diagnóstico tardío fue mayor entre varones (18,6%) que entre mujeres (12,5) ($p < 0,05$). También lo fue en 2011 donde las proporciones disminuyeron levemente pero sin significación estadística. En cuanto a la edad, se encontraron diferencias significativas para las personas de 45 años o más en 2003 y para los de 25 años o más en 2011. Es importante recordar que el grupo de referencia que se tomó para la variable *edad* fue el de 15 a 24 años. En lo referente a las vías de transmisión, sólo se encontró diferencia significativa en los UDIs tomando como referencia a los HSH en 2003 –vía que ya no resultó significativa en 2011. En cuanto a las variables que refieren a estructura social, sólo para 2003 se hallaron diferencias significativas entre los que no contaban con una cobertura de obra social o prepaga, y entre los que no tenían trabajo. El bajo nivel de instrucción presentó proporciones con diferencias significativas en ambos años.

Con respecto a la región del GBA el análisis mostró diferencias significativas para 2003 y 2011 en varones; en todos los grupos etarios en relación al grupo de 15 a 24 años; en el grupo de personas infectadas por transmisión vertical; y en los que fueron notificados con bajo nivel de instrucción. Al igual que en CABA, hubo diferencia significativa en los UDIs en 2003 mientras que en 2011 el acceso tardío según vías de transmisión señalaba los obstáculos sufridos por las personas infectadas por relaciones heterosexuales. También en 2013 se encontró diferencias significativas para las personas sin trabajo y sin cobertura de obra social o prepaga.

Pasando a las regiones del interior, se ha mostrado que en la región Centro, tanto en 2003 como en 2011 la proporción de personas que se diagnosticaron tardíamente fue mayor entre los varones y en todos los grupos etarios respecto al de 15 a 24 años. Además, en 2011 las personas de bajo nivel de instrucción tuvieron significativamente más chances de diagnosticarse tardíamente que las que habían alcanzado un nivel medio/alto al momento del diagnóstico de VIH:

En el NOA, tanto los varones como todos los grupos etarios tuvieron significativamente más chances de diagnosticarse tardíamente que el grupo de referencia. Esta región presenta una particularidad con respecto al nivel de instrucción y es que las chances de diagnosticarse tardíamente fueron menores que las de las personas de medio/alto nivel de instrucción en 2003 y mayores que las de más nivel de instrucción en 2011.

En el NEA no se encontró asociación entre las variables y el momento del diagnóstico en 2003 pero sí en 2011 donde, a diferencia de lo observado para las otras regiones, las personas de hasta 14 años y las de 25 a 44 tenían menos chances que las de 15 a 24 años de que su diagnóstico de VIH fuera tardío.

En Cuyo tampoco se encontraron asociaciones entre las variables con respecto al momento del diagnóstico en 2003 y en 2011 tanto los varones como los grupos de 25 a 44 años y de 45 años o más presentaron diferencias significativas con respecto a sus grupos de referencia (mujeres y personas de 15 a 24 años respectivamente).

Por último, en Patagonia, las diferencias significativas encontradas para llegar tarde al diagnóstico de VIH se corresponden con las personas de bajo nivel de instrucción en 2003 y con todos los grupos etarios y los que no contaban con cobertura de obra social o de medicina prepaga en 2013.

De acuerdo a lo expuesto, en ningún caso las mujeres tuvieron más chances que los varones de llegar tarde al diagnóstico de VIH y la asociación entre *sexo* y *momento del diagnóstico* existió en todas las regiones –en 2003, 2011 o ambos años- salvo en NEA y Patagonia. Lo que va de la mano de la literatura que insiste en señalar que los hombres tienden a ver a la enfermedad y a la atención como símbolos de debilidad mientras que las mujeres están más familiarizadas con el reconocimiento de posibles síntomas y son más accesibles a la búsqueda de atención, incluso preventiva. En la medida en que las mujeres tienden a consultar más tempranamente, serían más proclives a acceder al diagnóstico durante el estadio asintomático. El acceso al diagnóstico de VIH coincide así con quienes plantean que las mujeres consumen más servicios de salud tanto por motivos culturales como por factores institucionales que facilitan su acceso a los sistemas de salud (17, 29), al tiempo que es necesario subrayar que esto se articula con una particularidad de esta infección: la obligatoriedad de ofrecerle a todas las mujeres embarazadas la realización de la prueba diagnóstica de VIH. Cabe señalar que en cuanto a la oportunidad del testeo la situación de embarazo presenta la particularidad de que para la infección de la mujer puede ser oportuno un diagnóstico en el periparto mientras que para el niño esto puede implicar una pérdida de oportunidad de evitar la transmisión. Si se detiene el análisis en este momento distintivo respecto de la atención en salud, debe mencionarse que en el embarazo persisten las oportunidades diagnósticas perdidas, dada la escasa implementación del ofrecimiento de la prueba a las parejas de las mujeres embarazadas. Esto podría estar incidiendo en la inequidad de acceso por género, evidenciando problemas de la oferta que ya no remiten a la disponibilidad de servicios y recursos sino a la calidad de atención.

Volviendo a situar al diagnóstico de VIH en el marco de la accesibilidad ampliada al sistema de salud, cabe señalar que mientras que en términos generales la población de mayor edad es la que más necesidades de salud tiene, siendo por ello la que más consulta (17), cuando se trata del diagnóstico de VIH la relación pareciera invertirse. Como se desprende de los datos, salvo en NEA, en todas las regiones el grupo de 45 o

más años tuvo más chances de diagnosticarse tardíamente que el de 15 a 24 años. Esto podría explicarse debido a que, siendo la vía de transmisión principal actual del VIH la sexual, la promoción de la prueba diagnóstica suele dirigirse a los grupos etarios que son considerados desde el imaginario como con mayor actividad sexual –lo cual a su vez concuerda con que la mayor cantidad de infecciones ocurren en personas de entre 15 y 44 años. Junto con aquello, y debido a lo expuesto en el párrafo anterior, la edad reproductiva de la mujer podría ser considerada como un *factor de protección* que permite llegar tempranamente a las mujeres a su diagnóstico.

Dentro del panorama descripto, llama la atención que en la región NEA los grupos de 25 a 44 años y de 45 años o más tuvieron en 2011 menos chances de diagnosticarse tardíamente que el grupo de 15 a 24 años. Una posible explicación podría ser la eventual existencia de problemas en el ofrecimiento de la prueba a las mujeres embarazadas y a sus parejas, aunque también podría tratarse de un sesgo derivado de la subnotificación.

Yendo ahora al nivel socioeconómico, resultados como la mayor chance de tener un diagnóstico tardío por parte de aquellas personas que no cuentan con cobertura de obra social o prepaga –tal como se mostró para CABA en 2003 y para el GBA y Patagonia en el 2011- insisten en señalar los efectos de un sistema de salud estratificado como el de Argentina. En la medida en que esto lleva a pensar en términos de desigualdad social, según señala la literatura son los sectores más desfavorecidos quienes no sólo en general están más expuestos sino que además tienen más dificultades en reconocer síntomas y menos flexibilidad en faltar al trabajo o conseguir cuidados alternativos para sus familiares dependientes (17, 21). Esto redundaría en que probablemente sean personas socialmente vulnerables quienes en menor medida accedan al diagnóstico tanto durante el síndrome retroviral agudo como durante las etapas asintomáticas. Vale decir que las necesidades de las personas, que en estos casos necesitan ser particularmente atendidas, son las que tienden a ser descuidadas cuando la oferta no contempla situaciones específicas.

Junto con lo anterior en cuanto a la calidad de la atención, es posible que los médicos no asocien los síntomas del SRA con el VIH si no evalúan a la persona como candidata a adquirir la infección. Posiblemente se diagnostiquen más oportunamente quienes se perciban y sean percibidos más en *riesgo* en el contexto histórico de una epidemia concentrada, y de políticas públicas que han ido buscando dar respuesta a ella. Simultáneamente, las personas que forman parte de un grupo con mayor prevalencia de VIH tal vez cuenten con una mayor información respecto tanto de los factores de exposición como de la disponibilidad de oferta diagnóstica. Lejos de simplificar lo anterior,

sin embargo, se debe decir que la estigmatización y la discriminación condicionan en gran medida el acceso a los servicios de salud.

Tanto en esto último como en la medida en que influyen en la configuración de la demanda, los medios de comunicación son actores claves. Mientras que pueden contribuir a la difusión de información sobre medidas preventivas, promoviendo el autocuidado, también pueden reproducir o profundizar el estigma y la discriminación. Sin duda, los medios deben ser considerados aliados indispensables en el diseño de políticas públicas de acceso oportuno de diagnóstico del VIH.

6. CONCLUSIÓN

A pesar de que en la Argentina la prueba de VIH es gratuita y su resultado confidencial, el porcentaje de personas diagnosticadas tardíamente se ha mantenido constante durante los años 2003-2011 poniendo en evidencia que la gratuidad y confidencialidad, si bien son claves para el diagnóstico oportuno, por sí solas no bastan.

En la actualidad sólo es posible una aproximación al conocimiento de cuántas y quiénes son las personas que han resultado positivas a la prueba. Dado que la vigilancia por laboratorio de los estudios diagnósticos no permite contabilizar a las personas testeadas, sólo pueden conocerse parcialmente algunos aspectos de quienes han sido notificados a la DSyETS. Siendo que la interpretación de los datos que aquí han sido construidos y analizados da cuenta del universo notificado, se abren una serie de interrogantes. ¿Cuál es el universo que se está viendo y cuál aquel que queda por fuera? ¿Quiénes tienen menor probabilidad de ser notificados?

Este estudio permite valorizar la información que arroja la FNC que fue adaptándose a los cambios de la epidemia, valorizando con ello la vigilancia como actividad de rutina que posibilita el diseño y gestión de políticas públicas apropiadas y oportunas. Al mismo tiempo, contribuye a señalar la necesidad de optimizarla, incorporando efectores y buscando disminuir tanto el retraso como la subnotificación. Considerando que la asociación estadística como herramienta de análisis permite visualizar aquellas relaciones que no son debidas al azar, el presente estudio señala las características epidemiológicas de las personas infectadas que dan cuenta de necesidades diferenciales de salud. De tal manera, esta tesis puede ser vista como un diagnóstico ampliado del VIH, un diagnóstico de la situación de los diagnósticos. Además esta investigación muestra un mapa de características poblacionales que requieren políticas especialmente diseñadas. Y, al mismo tiempo, muestra qué dimensiones requieren ser particularmente indagadas en futuras aproximaciones.

Mientras que las prevalencias más altas se dan en los distintos grupos vulnerables, las estrategias preventivas y de facilitación del acceso al diagnóstico se enfocaron en estas poblaciones mayormente expuestas, con lo cual se podría haber relegado en alguna medida el acceso al diagnóstico oportuno de quienes no se encuentran incluidos en tal delimitación. Más allá de aquellos grupos, este trabajo ha ido mostrando la existencia o persistencia de inequidades que los exceden. Inequidades que pueden ser deducidas de la interpretación de las variables registradas rutinariamente por la vigilancia a la luz de marcos teórico-conceptuales relevantes en la materia. E

inequidades que subrayan otras necesidades de salud que también requieren de ofertas adaptadas a la población.

Los datos estudiados han permitido reconstruir, en la medida de lo posible, el acceso realizado. Aún queda mucho por conocer respecto de quienes aún no han llegado a acercarse a los servicios de salud y que tal vez lo hagan cuando su sistema inmunológico esté severamente dañado. ¿A quiénes no se está llegando? ¿Es posible que la epidemia pueda estar concentrándose en grupos que aún no han sido aprehendidos como tales? ¿En qué medida podrán incidir en la conformación de estos grupos las particularidades de la oferta como ser que los trabajadores informales no estén en condiciones de acudir a un servicio que sólo atiende de mañana o que las mujeres con varios hijos no puedan dejarlos al cuidado de otras personas?

La promoción del testeo voluntario del VIH es clave para que el diagnóstico sea oportuno dado que la oportunidad consiste en que se realice durante el largo estadio asintomático de la infección. Esto lleva a concluir, en primer lugar, la necesidad de diseñar estrategias que sorteen obstáculos que podrían estar imposibilitando a las personas a concurrir a testearse. En segundo lugar, y en la medida que se trata de que la oferta se corresponda con la demanda, podría pensarse que uno de los puntos de conexión se encuentra dado por las campañas de comunicación. Éstas admiten ser pensadas en el marco de la oferta en la medida en que surgen de políticas públicas dirigidas explícitamente e impactan de manera directa en el acceso realizado al influir en las personas respecto de la necesidad o conveniencia de realizarse el test de VIH.

Los hallazgos de este estudio llaman a ser enriquecidos con futuras investigaciones de nivel local que permitan un mejor acercamiento a las inequidades señaladas, así como a acercarse a quienes aún no están accediendo no sólo al diagnóstico oportuno del VIH, sino incluso al propio sistema de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dirección de Sida y ETS - Ministerio de Salud de la Nación. Diferencia entre VIH y sida. CABA: [citado 21/07/2014]. Available from: www.msal.gov.ar/sida
2. UNAIDS. GLOBAL REPORT UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. UNAIDS, 2013 Noviembre 2013.
3. Dirección de Sida y ETS - Ministerio de Salud de la Nación. Boletín sobre el VIH-sida e ITS en la Argentina: 2013;30.
4. Dirección de Sida y ETS - Ministerio de Salud de la Nación. Boletín sobre el VIH-sida e ITS en la Argentina. 2012;29.
5. Ley Nacional de Sida Nº23.798/90 de 16 de agosto. (Boletín Oficial del Estado, número 26972, de 20-09-90).
6. Girardi EM, Sabin CAP, Monforte AdAM. Late Diagnosis of HIV Infection: Epidemiological Features, Consequences and Strategies to Encourage Earlier Testing. JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. 2007;46:S3-S8.
7. Fisher M. Late diagnosis of HIV infection: major consequences and missed opportunities. Current Opinion in Infectious Diseases. 2008;21(1):1-3.
8. Dirección de Sida y ETS - Ministerio de Salud de la Nación. Caracterización de las personas que fallecen por sida en el Área Metropolitana de Buenos Aires. 2013.
9. Martínez Martínez-Colubi M. Presentadores tardíos de la infección por VIH en España: consecuencias médicas e impacto económico. Tesis inédita: Universidad Complutense de Madrid; 2012.
10. Silva LCFd, Santos EMd, Silva Neto ALd, Miranda AE, Talhari S, Toledo LdM. Padrão da infecção pelo HIV/AIDS em Manaus, Estado do Amazonas, no período de 1986 a 2000. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 2009;42:543-50.
11. Burke RC, Sepkowitz KA, Bernstein KT, Karpati AM, Myers JE, Tsoi BW, et al. Why don't physicians test for HIV? A review of the US literature. AIDS. 2007;21(12):1617-24.
12. Crabtree-Ramírez B, Caro-Vega Y, Belaunzarán-Zamudio F, Sierra-Madero J. High prevalence of late diagnosis of HIV in Mexico during the HAART era. Salud Pública de México. 2012;54:506-14.
13. Duran A, Carrizo J, Vila M, Portnoy F. Late diagnosis of HIV infection in Buenos Aires City: The highest risk in less vulnerable groups. XIX International AIDS Conference; 22-27 de Julio; Washington DC 2012.
14. Antinori A, Coenen T, Costagiola D, Dedes N, Ellefson M, Gatell J, et al. Late presentation of HIV infection: a consensus definition. HIV Medicine. 2011;12(1):61-4.
15. Comes Y, Solitario R, Garbus P, Mauro M, Czerniecki S, Vázquez A, et al. El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. Anuario de investigaciones de la Facultad de Psicología. UBA. 2006;14:201-9.
16. Whitehead M. Los conceptos y Principios de la Equidad en la Salud. Washington DC: Centro de Documentación e Información, Programa de Desarrollo de Políticas de Salud (HPS), 1991.
17. Ballesteros M. Un análisis sobre las desigualdades en el acceso a los servicios de salud en la población adulta urbana de Argentina a partir de datos secundarios. Instituto de Investigaciones Gino Germani, 2014 Septiembre 2014.

18. Andersen R. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does It Matter? *Journal of Health and Social Behaviour*. 1995;36(Marzo):1-10.
19. Kornblit AL, Mendes Diz AM. La construcción social del Sida. Los trabajadores de la salud en los tiempos del SIDA. Buenos Aires: Oficina de Publicaciones del C.B.C.; 1995. p. 18-26.
20. Parker R, Aggleton P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Social science & medicine* (1982). 2003;57(1):13-24.
21. Mahajan AP, Sayles JN, Patel VA, Remien RH, Sawires SR, Ortiz DJ, et al. Stigma in the HIV/AIDS epidemic: a review of the literature and recommendations for the way forward. *Aids*. 2008;22 Suppl 2:S67-79.
22. Ageitos M, Laplacette G. Vivir con VIH/SIDA. Una investigación testimonial sobre los niños y sus derechos, la información y los silencios, la discriminación y la pobreza. Buenos Aires: UNICEF; 2004.
23. Breilh J. *Epidemiología Crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2003.
24. Ayres J. *Acerca del Riesgo. Para comprender la Epidemiología*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2005.
25. Llovet J. *Servicios de salud y sectores populares*. Buenos Aires: Hvmánitas-CEDES; 1989.
26. Cahn P, Bloch C, Weller S. *El sida en Argentina. Epidemiología, subjetividad y ética social*. Buenos Aires: Arkhetypo; 1999.
27. Adissi I. *Reveses del derecho: Estado y vida cotidiana. Un análisis desde el área de salud mental de los CeSACs*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires; 2013.
28. Boltansky L. *Los usos sociales del cuerpo*. Buenos Aires: Periferia; 1975.
29. Gómez Gómez E. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 2002;11:327-34.
30. Adasko D. La salud de la población y el acceso al sistema que la atiende. In: Salvia A, editor. *Estado de situación del desarrollo humano y social Barreras estructurales y dualidades de la sociedad argentina en el primer año del Bicentenario*. Buenos Aires: Educa; 2011. p. 135-76.
31. Dirección de Sida y ETS - Ministerio de Salud de la Nación. *Instructivo para la vigilancia y la notificación de casos de VIH, sida y defunciones de personas infectadas*. Buenos Aires: Dirección de Sida y ETS; 2012.
32. Instituto Nacioanl de Estadística y Censos. *¿Qué es el Gran Buenos Aires?* Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2005.
33. De Cock K, Jaffe H, Curran J. Reflections on 30 years of AIDS. *Emerging Infectious Diseases*. 2011;17(6):1044.
34. Ayres J, Junior I, Junqueira Calazans G, Saletti Filho H. El concepto de vulnerabilidad y las prácticas de salud: nuevas perspectivas y desafíos. In: Czeresnia D, Machado de Freitas C, editors. *Promoción de la Salud: conceptos, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires: Lugar Editorial S.A.; 2006. p. 135-61.
35. AIDS.gov. Stages of HIV infection 2014 [13/11/2014]. Available from: <http://www.aids.gov/hiv-aids-basics/just-diagnosed-with-hiv-aids/hiv-in-your-body/stages-of-hiv/>.

36. Center for Disease Control and Prevention. Background Brief on the Prevention Benefits of HIV Treatment 2013 [28/10/2014]. Available from: <http://www.cdc.gov/hiv/prevention/research/tap/>.
37. Barrón López S, Libson M, Hiller R. Estudio social en hombres que tienen sexo con hombres (HSH). Relevamiento 2007. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ubatec SA; 2008.
38. Dirección de Sida y ETS - Ministerio de Salud de la Nación. Condiciones de vulnerabilidad al VIH/Sida e ITS y problemas de acceso a la atención de la salud en personas homosexuales, bisexuales y trans en la Argentina. Dirección de Sida y ETS, 2010.
39. Norma de SIDA en Perinatología Resolución 105 (1997). (Boletín Oficial del Estado, número 28741, de 30-09-97).
40. Connor EM, Sperling RS, Gelber R, Kiselev P, Scott G, O'Sullivan MJ, et al. Reduction of Maternal-Infant Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1 with Zidovudine Treatment. *New England Journal of Medicine*. 1994;331(18):1173-80.
41. Panel on Treatment of HIV-Infected Pregnant Women and Prevention of Perinatal Transmission. Lessons from clinical trials of antiretroviral interventions to reduce perinatal transmission of HIV. [cited 13/09/2014]. In: Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-1-Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States [Internet]. [cited 13/09/2014]; [F1-F10]. Available from: <http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/PerinatalGL.pdf>.
42. Dirección de Sida y ETS - Ministerio de Salud de la Nación. Boletín sobre el VIH-sida e ITS en la Argentina. 2009;26.
43. Dirección de Sida y ETS - Ministerio de Salud de la Nación. Boletín sobre VIH/sida en la Argentina. 2007;25.
44. Mendes Diz AM, Camarotti AC, Schwarz P. Los usuarios de drogas y el riesgo de transmisión del VIH/sida. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Ubatec SA; 2008.
45. Epele M. Sujetar por la herida. Una etnografía sobre drogas, pobreza y salud. Buenos Aires: Paidós; 2010.
46. Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano SIDA y ETS. Boletín Epidemiológico sobre el VIH-sida en la Argentina. Buenos Aires: 2001.
47. Organización Mundial de la Salud. Vigilancia del VIH de segunda generación. El próximo decenio [Internet]. OMS; 2000 [cited 14/08/2014]. Available from: http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_CDS_CSR_EDC_2000.5_spa.pdf?ua=1.
48. Obligatoriedad del ofrecimiento del test diagnóstico del VIH a toda mujer embarazada, Ley 25.543 (2001). (Boletín Oficial del Estado, número 29812, de 09-01-02)
49. Dirección de Sida y ETS - Ministerio de Salud de la Nación. Prevención de la transmisión vertical de: sífilis, hepatitis B y VIH. Recomendaciones para el trabajo de los equipos de salud. Buenos Aires: 2011.
50. Ministerio de Salud de la Nación. Recomendaciones para la prevención de la transmisión perinatal del VIH. Buenos Aires: Unidad Coordinadora Ejecutora de VIH/SIDA/ETS, 2001.
51. Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano SIDA y ETS. Boletín Epidemiológico sobre el VIH-sida en la Argentina. Buenos Aires: 1999.
52. Dirección de Sida y ETS - Ministerio de Salud de la Nación. Desarrollo y fortalecimiento de Centros de Prevención, Asesoramiento y Testeo en VIH y sífilis (CePAT) en Argentina. [Internet]. DSyETS [cited 14/08/2014]. Available from:

http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000106cnt-2013-05_guia-cepat.pdf

53. Recoder L. Actualidad de los CePATs en la Argentina. Entrevista personal. 2014.
54. Dirección de Sida y ETS - Ministerio de Salud de la Nación. Boletín sobre VIH-sida y ETS en la Argentina. 2011;28.
55. Dirección de Sida y ETS - Ministerio de Salud de la Nación. Boletín sobre el Sida en la Argentina. 2005;24.
56. Dirección de Sida y ETS, Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas. VIH y sífilis, seroprevalencia en púerperas de Argentina. Argentina: Fondo de Naciones Unidas para la Infancia; 2012.
57. Weller SA, A; Huergo, M; Sotelo, J. ¿Dónde estamos? ¿Dónde queremos ir? Respuesta al VIH-sida desde el sistema público de salud. 1ra edición ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: UBATEC S.A.; 2009.
58. Recoder M, Ziaurriz C, Weller S. Accesibilidad al diagnóstico de VIH en Argentina: estado de situación y propuesta de trabajo. Revista Argentina de Salud Pública. 2012;3(11):37-9.
59. Dirección de Sida y ETS - Ministerio de Salud de la Nación. Evaluación y monitoreo del estado actual de la respuesta preventiva y asistencial al VIH-sida, ITS y hepatitis virales en la República Argentina. 2014.

ANEXOS

ANEXO A – Ficha de Notificación de VIH	23
ANEXO B – Definición de caso de VIH y de sida	25

ANEXO A - Ficha de Notificación de VIH – Anverso

FICHA DE NOTIFICACIÓN VIH-SIDA

COMPLETAR CON LETRA LEGIBLE

* VARÓN MUJER	CÓDIGO	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	a	b	c	d	e				
	a: 1ra. y 2da. letra del primer nombre (ej: María Ines = MA)				c: Día de nacimiento (DD)				
	b: 1ra. y 2da. letra del primer apellido (ej: Gomez Fuentes = GO)				d: Mes de nacimiento (MM)				
	Ejemplo: MAGO 03 06 1978				e: Año de nacimiento (AAAA)				
* Sexo biológico de nacimiento (marcar con una X lo que corresponda)									
FECHA DE LLENADO DE ESTA FICHA									
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>					
DD		MM		AAAA					
DATOS DEL NOTIFICANTE									
Nombre y Apellido: _____									
Tel.: _____ e-mail: _____									
Institución: _____ Tel.: _____									
Dirección Institución: _____									
Ciudad: _____ Provincia: _____									
Firma y sello del notificante: _____									

1. DATOS DE LA PERSONA AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO

- 1.a Género:
- Masculino
 Femenino
 Trans
 Desconocido
- 1.b Lugar de residencia
- Argentina
Provincia _____
Localidad _____
Barrio _____
- Otro país, ¿cuál? _____
 Desconocido
- 1.c País de nacimiento

- 1.d Cobertura de salud
- Sistema público
 Obra Social / Seguridad Social
 Medicina Prepaga
 Desconocido
- 1.e Máximo nivel de instrucción alcanzado
- Persona entre 0 y 5 años
 Persona entre 6 y 18 años
Número de años de escolaridad completos/aprobados contando a partir del 1er grado de la primaria _____
- Persona de 19 años o más
- Sin estudios
 Primario incompleto
 Primario completo
 Secundario incompleto
 Secundario completo
 Terciario incompleto
 Terciario completo
 Universitario incompleto
 Universitario completo
 Desconocido

2. DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN POR VIH

- 2.a Fecha: ___/___/____ Fecha Diagnóstico Desconocida
Fecha del primer test positivo confirmado por Western Blot documentada o referida por el paciente
Niños menores de 18 meses: fecha de la segunda PCR, carga viral o antígeno P24 positivo
- 2.b Si es mujer, ¿el diagnóstico se realizó durante un embarazo, parto o puerperio?
- Sí
 No
 Desconocido
- 2.c Estado clínico al momento del diagnóstico serológico confirmado
- Síndrome retroviral agudo
 Infección asintomática
 Infección sintomática sin criterio de sida
 Enfermedad marcadora de sida
 Desconocido

Dirección de Sida y ETS

Av. 9 de Julio 1925, planta baja - Ala Belgrano - (C1073ABA) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina
(005411) 4379-9000 INT. 4061 - vigilanciasida@msal.gov.ar - www.msal.gov.ar/sida



Ministerio de
Salud
Presidencia de la Nación

Ficha de Notificación de VIH - Reverso

2.d Vías de transmisión más probables (Se pueden marcar hasta 3 opciones)

- Transmisión vertical
 Relaciones sexuales con mujeres
 Relaciones sexuales con hombres
 Relaciones sexuales con trans
 Uso compartido de equipo de inyección en los últimos 10 años
 Accidente laboral
 Transfusión sanguínea o derivados Institución _____
 Ciudad _____
 Fecha (MM/AAAA) ___/___/____

- Otras ¿Cuál? _____
 Desconocida

3. SITUACIÓN INMUNOLÓGICA

Recuento de linfocitos T-CD4 más cercano a la fecha de diagnóstico

- Disponible Valor CD4 _____ Porcentaje _____ Fecha: ___/___/____ (DD/MM/AAAA)
 No disponible

4. HEPATITIS: CO-INFECCIÓN AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO DE VIH

- Hepatitis B: Sí No Desconocido Fecha (MM/AAAA): ___/___/____ Fecha desconocida
 Hepatitis C: Sí No Desconocido Fecha (MM/AAAA): ___/___/____ Fecha desconocida

5. ENFERMEDADES MARCADORAS

Enfermedad marcadora	Fecha (mes/año)	Enfermedad marcadora	Fecha (mes/año)
Candidiasis bronquial, traqueal, pulmonar o esofágica	___/___	Septicemia recurrente a Salmonella	___/___
TBC pulmonar	___/___	H. Simplex: úlcera crónica de más de 1 mes de evolución o bronquitis o neumonitis o esofagitis	___/___
TBC diseminada o extrapulmonar	___/___	Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar	___/___
Neumonía a <i>P. jiroveci</i> (<i>P. carinii</i>)	___/___	Enfermedad de Chagas con manifestaciones neurológicas del SNC	___/___
Micobacteriosis atípica	___/___	Neumonía bacteriana de repetición (en 1 año)	___/___
Toxoplasmosis cerebral	___/___	L.E.M.P. (Leucoencefalopatía Multifocal Progresiva)	___/___
Retinitis por Citomegalovirus	___/___	Linfoma de alta malignidad	___/___
Enfermedad por Citomegalovirus (no limitada a hígado, bazo, ganglio)	___/___	Linfoma primario en cerebro	___/___
Coccidioidomicosis diseminada o extrapulmonar	___/___	Cáncer cervical uterino invasor (cáncer cuello invasivo)	___/___
Cryptosporidiasis con diarrea persistente de más de 1 mes	___/___	Sarcoma de Kaposi	___/___
Criptococosis extrapulmonar	___/___	Síndrome de desgaste por VIH (1)	___/___
Isosporidiasis crónica intestinal (más de 1 mes)	___/___	Encefalopatía por VIH	___/___
Infecciones bacterianas severas múltiples o recurrentes (pediatría)	___/___	Neumonía intersticial linfoidea o hiperplasia pulmonar linfoidea (pediatría) (2)	___/___
Retardo madurativo pondo-estatural (pediatría)	___/___		___/___

- (1) Se considerará enfermedad adelgazante por el VIH a la que produzca un descenso de peso superior al 10%, asociada con diarrea crónica (al menos dos deposiciones blandas por día durante más de un mes) o astenia e hipertermia intermitente o constante por más de un mes. Debe descartarse cualquier enfermedad concurrente que pueda explicar dichos signos o síntomas.
 (2) Neumonía intersticial linfoidea: deben observarse infiltrados intersticiales, retículo-nodulares bilaterales de más de dos meses de evolución sin que se aísle ningún germen ni haya respuesta a tratamiento antibiótico.

6. NOTIFICACIÓN DEL FALLECIMIENTO

Fecha del fallecimiento: ___/___/____ (DD/MM/AAAA)

¿Causa de fallecimiento vinculada al sida?

- Sí. ¿Cuál? _____
 No
 Desconocido

Dirección de Sida y ETS

Av. 9 de Julio 1925, planta baja - Ala Belgrano -(C1073ABA) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina
 (005411) 4379-9000 INT. 4061 - vigilanciasida@msal.gov.ar - www.msal.gov.ar/sida



Ministerio de
Salud
 Presidencia de la Nación

ANEXO B - Definición de caso de VIH y de sida

Caso de VIH (31)

Se considera un caso de infección de VIH a aquel con resultado de laboratorio reactivo que luego fue confirmado. Los algoritmos diagnósticos están siendo actualizados pero a los efectos del presente trabajo, se tomarán los que estaban vigentes al período que se analizará.

En un adulto, adolescente o niño/a mayor de 18 meses: Una prueba de tamizaje de VIH con resultado positivo, posteriormente confirmado con una técnica específica (ej. Western Blot, carga viral u otro).

En un/a niño/a menor de 18 meses, nacido de una madre infectada por VIH, o cualquier niño infectado por sangre, productos sanguíneos u otros modos conocidos de transmisión, debe cumplirse al menos uno de los siguientes criterios de laboratorio: resultados positivos en dos determinaciones de sangre diferentes (excluyendo sangre del cordón) usando uno o más de los siguientes tests: detección del ADN o ARN del VIH (reacción de cadena de polimerasa o PCR), detección del antígeno p24 del VIH o aislamiento del VIH (por cultivo).

Caso de sida (31)

Diagnóstico clínico (presuntivo o definitivo) de cualquiera de los siguientes eventos en una persona con infección por VIH confirmada:

- Candidiasis bronquial, traqueal o pulmonar
- Candidiasis esofágica
- Coccidioomicosis diseminada o extrapulmonar
- Criptococosis extrapulmonar
- Cryptosporidiasis crónica intestinal
- Enfermedad por CMV (no limitada a hígado, bazo, ganglios)
- Retinitis CMV
- Encefalopatía por VIH
- Herpes simplex: úlcera crónica + 1 mes o bronquitis o neumonitis o esofagitis
- Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar
- Isosporidiasis crónica (intestinal > 1 mes)
- Sarcoma de Kaposi
- Neumonía bacteriana de repetición
- Linfoma alta malignidad
- Linfoma primario en cerebro
- Mycobacteriosis atípica

- TBC diseminada o extrapulmonar
- Neumonía a P. jiroveci
- L.E.M.P
- Septicemia recurrente a salmonella
- Toxoplasmosis cerebral
- Síndrome de desgaste por VIH
- Enfermedad de Chagas con manifestaciones neurológicas del SNC y/o diseminada
- TBC pulmonar
- Cáncer de cuello invasivo

En los niños se agrega:

- Infecciones bacterianas múltiples o recurrentes
- Neumonía intersticial linfoidea
- Retardo madurativo (pondo estatural)