

BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO Diciembre 2019

**Programa Municipal de Sida
Boletín N° 14**

**Comité Provincial de ETS y SIDA
(Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe)
Boletín N° 1**

Rosario =



BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO

Diciembre de 2019

Publicación conjunta de:

Programa Municipal de Sida (Ciudad de Rosario) Boletín N° 14.	Comité Provincial de ETS y SIDA (Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe) Boletín N° 1
Intendenta Dra. Mónica Fein Secretario de Salud Pública Dr. Leonardo Caruana Subsecretaria de Salud Pública Dra. Silvia Marmioli Director General de la Dirección de Promoción y Cuidado de la Salud Colectiva Dr. Nestor Galván Coordinador del Programa Municipal de Sida Dr. Damián Lavarello Coordinadora Sistema Municipal de Epidemiología Dra. Analía Chumpitaz Responsable Area Epidemiología del Programa Municipal de Sida Psicólogo Horacio Víctor Aronson	Gobernador Ingeniero Miguel Lifschitz Ministra de Salud Dra Andrea Uboldi Director de Prevención Promoción de la salud Dr. Julio César Bafani Bernal Coordinador del Comité Provincial de VIH/Sida Dr. Damián Lavarello Responsable del Area Epidemiología del Comité Provincial de VIH/Sida Psicólogo Horacio Víctor Aronson

BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO de VIH/Sida

Publicación conjunta de:

Programa Municipal de Sida (Ciudad de Rosario)
Boletín N° 14.

Comité Provincial de ETS y SIDA (Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe) Boletín N° 1
Diciembre de 2019.

Programa Municipal de Sida Boletín N° 14 - año 2019

Intendenta

Dra. Mónica Fein

Secretario de Salud Pública

Dr. Leonardo Caruana

Subsecretaria de Salud Pública

Dra. Silvia Marmioli

Director General de la Dirección de Promoción y Cuidado de la Salud Colectiva

Dr. Nestor Galván

Coordinador del Programa Municipal de Sida

Dr. Damián Lavarello

Coordinadora Sistema Municipal de Epidemiología

Dra. Analía Chumpitaz

Responsable Area Epidemiología del Programa Municipal de Sida

Psicólogo Horacio Víctor Aronson

Publicación del Comité provincial de ETS y SIDA Boletín N° 1 - año 2019

Gobernador

Ingeniero Miguel Lifschitz

Ministra de Salud

Dra Andrea Uboldi

Director de Prevención Promoción de la salud

Dr. Julio César Bafani Bernal

Coordinador del Comité Provincial de VIH/Sida

Dr. Damián Lavarello

Responsable del Area Epidemiología del Comité Provincial de VIH/Sida

Psicólogo Horacio Víctor Aronson

Abreviaturas:

APS: Atención Primaria de la Salud

CD4: Cluster of Cuádruple Differentiation. Tipo de linfocitos del sistema inmunológico.

CEMAR: Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias

CIE Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud

Dx: Diagnóstico

ETS: Enfermedades de Transmisión Sexual

HECA: Hospital de Emergencias Dr. Clemente Alvarez

HRSP: Hospital Roque Sáenz Peña

H/Ho: Hombres

M/Mu: Mujeres

ONUSIDA Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

PPL: Personas Privadas de Libertad

PrEP: Profilaxis Pre-exposición

PVVS: Personas que viven con VIH/Sida

REGIÓN CENTRO: Zona sanitaria en la que la Dirección Nacional de SIDA, ETS y Hepatitis Virales incluye a la Provincia de Santa Fe, conjuntamente con las provincias de Entre Ríos, Córdoba y 11 partidos de la provincia de Bs. As. (queda por fuera el Gran Bs. As.)

Sa.Si.Pro.: Sala de Situación Provincial de Santa Fe (sistema de registro electrónico).

SICAP: Sistema provincial del Ministerio de Salud que integra la Gestión de Pacientes en el orden administrativo y asistencial.

SIME: Sistema Integrado Municipal de Epidemiología (ciudad de Rosario).

SIP: Sistema Informático Perinatal. SSP: Secretaría de Salud Pública. Municipalidad de Rosario

TARV: Terapia tratamiento Antirretroviral.

TV: Transmisión Vertical

TVL: Transmisión Vertical por Lactancia

UDI: Usuario de Drogas Intravenosas

VAC: Pruebas de detección Voluntarias Anónimas y Confidenciales

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN

EVOLUCIÓN DE SITUACIONES SIGNIFICATIVAS

A-1) RESUMEN GLOBAL

A-2-1) AMERICA LATINA

A-2-2) POBLACION CLAVE

A-3-1) REPÚBLICA ARGENTINA

B) PROVINCIA DE SANTA FE

B-1-1) NOTIFICACIONES

B-1-2) MENORES DE UN AÑO NOTIFICADOS EN LA PROVINCIA DE SANTA FE

B-1-3) NOTIFICACIONES POR NODO

B-1-4-1) VIAS DE TRANSMISION

B-1-5) DIAGNÓSTICOS TARDÍOS Y ENFERMEDADES MARCADORAS

B-1-6) NOTIFICACIONES EN PACIENTES TRANS

B-2) EMBARAZADAS Y PARTURIENTAS PROVINCIA DE SANTA FE

B-2-1) PAREJAS DE MUJERES EMBARAZADAS

B-3-1) COBERTURA DE SALUD DE NOTIFICACIONES. PROVINCIA DE SANTA FE

B-3-2) MEDIANAS DE EDAD

B-3-3) NOTIFICACIONES, CD4

B-3-4) ESTUDIOS CURSADOS

B-4-1) TRATAMIENTOS ANTIRRETROVIRALES DE (TARV)

B-4-2) CIUDAD DE ESPERANZA

B-4-3) ADHERENCIA

B-4-4) ESTUDIO DE RETIRO DE MEDICACIÓN EN HOSPITAL EVA PERÓN

B-5-1) CONSULTAS PROVINCIA DE SANTA FE

B-5-2) EGRESOS HOSPITALARIOS EN LA PROVINCIA DE SANTA FE

B-5-3) POBLACION DE PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD

B-6) DEFUNCIONES RELACIONADAS CON EL VIH/SIDA EN P. DE SANTA FE

B-7) EVOLUCIÓN CONSUMO MENSUAL DE REACTIVOS PARA TAMIZAJE HIV

C) CIUDAD DE ROSARIO

C-1) VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN SECRETARIA DE SALUD PÚBLICA (SSP)

C-2-1) NOTIFICACIONES

C-2-2) NOTIFICACIONES POR DISTRITO

C-3-1) DETECCION DE VIH/SIDA

C-3-2) ANÁLISIS DE ÓRDENES, PRUEBAS Y PORCENTAJES EN LABORATORIO

C-3-3) DIAGNOSTICOS TARDIOS Y NOTIFICACIONES. ROSARIO

C-3-4) NOTIFICACIONES SEGÚN ESTADO CLINICO

C-4-1) PRUEBAS DIAGNOSTICAS VOLUNTARIAS ANÓNIMAS CONFIDENCIALES

C-4-2) RE- TESTEANTES DE PRUEBAS VAC

C-4-3) DETECCION EN DONANTES DE SANGRE

C-5-1) VIAS DE TRANSMISION DE CASOS VIH Y SIDA, NOTIFICADOS EN SSP

C-5-2) NOTIFICACIONES HSH

C-6) COBERTURA DE SALUD

C-7) CARACTERISTICAS DE LAS ENFERMEDADES MARCADORAS. Rosario.

C-8-1) RASGOS DE LOS PACIENTES NOTIFICADOS

C-8-2) MEDIANA DE EDAD

C-8-3) MAYORES DE 50 AÑOS

C-8-4) RECUENTO DE CD4

C-8-5) NIVEL DE INSTRUCCIÓN

C-8-6) OCUPACIÓN DE PACIENTES NOTIFICADOS

C-9-1) EMBARAZADAS Y PARTURIENTAS EN SSP

C-9-2) TRANSMISION VERTICAL

C-9-3) NACIMIENTOS EN NODO ROSARIO

C-9-4) PAREJAS DE EMBARAZADAS Y PUERPERAS (MADRES DE LACTANTES)

C-10-1) EGRESOS HOSPITALARIOS Y CONSULTAS

C-10-2) EGRESOS HOSPITALARIOS

C-10-3) CONSULTAS ASISTENCIALES

C-11) ASISTENCIA DESPUÉS DEL DIAGNÓSTICO

C-12-1) MONITOREO DE PERSONAS EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

C-12-2) ANÁLISIS DE PACIENTES QUE RETIRAN TARV

C-13) MORTALIDAD ASOCIADA AL VIH/SIDA

C-14-1) ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS

C-14-2) ENCUESTA REALIZADA años anteriores

C-15) CASCADA ESTIMADA DEL CONTINUO DE ATENCION VIH

INTRODUCCION

La temática VIH/Sida es relativamente reciente en términos históricos. Es por esto que la calidad de los datos ha mejorado con el transcurrir de los años. Fue a partir del año 2001 cuando se comenzaron a utilizar en el país Fichas Epidemiológicas de casos Sida (previamente a esto la información provenía de diversas fuentes no sistematizadas, dificultando un registro de calidad). Otro dato a tener en cuenta es que con la utilización de códigos de nominación se ha permitido resguardar la identidad de las personas, pero al mismo tiempo la confidencialidad de los datos filiatorios ha dificultado obtener registros de validez. En el caso de la provincia de Santa Fe, únicamente la Secretaría de Salud Pública de la ciudad de Rosario (SSP) contaba con registros sistemáticos confiables, a partir de ello, en el año 2011 se inició un proceso de unificación de casos con los registros provinciales y en ese proceso se eliminaron aproximadamente el 16% de los casos registrados en la ciudad porque se trataba de un cúmulo de información de la que no se estaba seguro que se tratase o no de casos repetidos, para poder alcanzar una consistencia de información de confianza. Es a partir del año 2012 donde los datos disponibles a nivel provincial pasan a tener calidad aceptable. Es por esto que este boletín provincial ha considerado para el análisis de la información los datos provenientes desde el primer día del año 2012. Otro dato a considerar es que se continúa con la tradición de registro y las modalidades de atención para algunos análisis de datos de la ciudad de Rosario, se utiliza el criterio de tomar los casos notificados desde la ciudad y para otros análisis globales se considera el criterio de considerar el domicilio de cada persona. Existe un elevado número de pacientes que se han atendido en diferentes efectores y localidades, situación que se considera en el análisis.

Sigue pendiente tanto a nivel nacional como local, poder alcanzar el registro de la totalidad de los casos, porque no se cuenta con el total de datos provenientes del sub-sector Privado/Prepagas y Obras Sociales. Según estimaciones nacionales, aproximadamente el 70% de los casos se atienden en el sector público, y el restante 30% en el sector privado. En el caso de la obra Social más grande de la provincia (IAPOS) corresponden el 45% de los casos que no son atendidos directamente por el estado (IAPOS ofrecía a comienzos del año 2019, 985 tratamientos antirretrovirales, de los cuales el 45% se trataba de titulares de la Obra social, y el 70% correspondían a varones¹. En definitiva, no se cuenta con los datos privados de aproximadamente el 20% del total de las PVVS de la provincia.

¹ En el año 2017, IAPOS ofrecía 896 tratamientos antirretrovirales.

EVOLUCIÓN DE SITUACIONES SIGNIFICATIVAS

1998 Primeros registros de casos VIH/Sida en la ciudad de Rosario.

2001 Se confecciona en el país las primeras Fichas Epidemiológicas de casos Sida.

2009 Trabajo compartido SSP y Provincia .

2010 El municipio de Rosario incorporó en sus registros pacientes con domicilio en la ciudad de Rosario, atendidos en efectores dependientes de la administración provincial.

2011 Unificación de datos generales entre la SSP de la ciudad de Rosario y la provincia de Santa Fe.

2012 Carga Unificada de datos on-line en todo el territorio provincial.

2013 Incorporación de datos filiatorios (Optimizar la información - Rastreo de casos repetidos – Realización de tareas de Georreferencia – Rastreo de casuística de interés)

2016 Análisis de datos conjuntos SSP y Provincia.

2018/2019 Boletín epidemiológico VIH/Sida municipal de Rosario número trece y Primer informe epidemiológico provincial.

A-1) RESUMEN GLOBAL

La pandemia de VIH/Sida en el mundo entero y a nivel local en particular, no ha dejado de incorporar nuevos casos. El año 1997 fue el de mayor número de nuevas infecciones, disminuyendo desde entonces. Desde que se desarrollaron terapias antirretrovirales ha disminuido la mortalidad y el número de PVVS ha crecido como la consecuencia del aumento de la esperanza de vida.

Cuadro 1. Resumen global de la epidemia de VIH/Sida. Año 2017 Y 2018

Total de nuevas infecciones por VIH adultos 2018	1,7 millones
Total de nuevas infecciones por VIH en menores de 15 años. 2017	180.000
Nº de personas que contrajeron VIH desde inicio de la epidemia	74,5 millones
Estimación de nuevas infecciones diarias 2017	5.000
Estimación de nuevas infecciones diarias 2017 en menores de 15 años	500
Nº de personas en TARV 2018	23,3 millones
Total de Personas que viven con VIH 2018	39,6 millones
Total de Mujeres que viven con VIH 2016	17,8 millones
Total de Personas que viven con VIH 2018 (mayores de 15 años)	37,9 millones
Total de Personas que viven con VIH 2018 (menores de 15 años)	1,7 millones
Total defunciones relacionadas con Sida desde inicio epidemia 2016	32 millones
Total defunciones relacionadas con Sida en menores de 15 años 2017	110.000
Total defunciones relacionadas con Sida 2017	940.000
Total defunciones relacionadas con Sida 2018	770.000

Fuente: UNAIDS Report epidemic 2017 y Reporte ONUSIDA

Se verifica un aumento paulatino de personas que tienen acceso al tratamiento antirretroviral. En el año 2016 era de 19,5 millones de personas para alcanzar en el año 2018 el número de 23,3 millones. Así en el año 2016 cerca del 46% de todos los adultos que vivían con el VIH tenían acceso al tratamiento, en 2018 aumentaron al 59% (el 52% de los niños menores de 15 años). Por otro lado, cerca del 80% de las embarazadas que vivían con el VIH tuvo acceso a medicamentos antirretrovirales para prevenir la transmisión del VIH a sus bebés.

De las 5.000 nuevas infecciones diarias el 33% tienen entre 15 y 24 años, el 66% ocurren en Africa, y el 43% son mujeres (el 19 % son mujeres jóvenes).

En los últimos años no deja de registrarse un descenso de las nuevas infecciones. Desde el año 2010 cerca del 16% menos (pasó de 1,9 millones hasta 1,6 millones en 2017, Y 1,7 millones en

el año 2018). Cada año entre 1,8 y 1,9 millones de adultos contrae la infección por el HIV. En los niños la disminución de nuevas infecciones ha sido más pronunciada todavía, pasó desde 270.000 casos a 180.000 (35%). Vale considerar que el 95% de las infecciones nuevas por el VIH se registran en Europa Oriental, Asia Central, Oriente Medio y África Septentrional. Es decir que en las zonas del planeta con mayor concentración de riqueza, disminuyen mas pronunciadamente las nuevas infecciones. Las muertes relacionadas con el sida han disminuido en no menos del 10% desde las máximas registradas en 2005 (cercasas a los 2 millones de personas en ese año). A pesar de haber aumentado la población mundial (7.400.000 millones en 2016) y el número de personas que viven con VIH, en el año 2018 fallecieron en el mundo 770.000 personas por causas relacionadas al VIH/Sida. La tuberculosis continúa siendo desde el comienzo de la epidemia la principal causa de muerte entre las personas que viven con el VIH.

Cuadro 2. Estimación de PVVS en el año 2017 y 2018

Región, país	2017	2018
África Oriental y Meridional	19,6 millones *	20,6 millones
África Subsahariana (septentrional) y medio Oriente	220.000	240.000
África Occidental y Central.	6,1 millones	5 millones
Asia y el Pacífico	5,2 millones	5,9 millones
Oceanía	--	--
América Latina	1,8 millones	1,9 millones
Caribe	310.000	340.000
Europa oriental y Asia Central	1,4 millones	1,7 millones
Europa Occidental Central y America del norte	2,2 millones	2,2 millones
Mundial	36,9 millones	37,9 millones
Argentina (2018)	125.000 /135.000	134.000/142.000
Santa Fe	10.800	11.300
Rosario	6.500	6.700

**43 % de las infecciones del mundo*

Cuadro 3. Porcentajes de personas que viven con el VIH con acceso a la terapia antirretroviral. Por regiones. Año 2018

	Adultos	Menores de 15 años	Mujeres embarazadas
Mundo	62 %	54 %	82 %
África Oriental y Meridional	67 %	62 %	92 %
Asia y el Pacífico	54 %	78 %	56 %
África Occidental y Central	53 %	28 %	59 %
América Latina	63 %	48 %	76 %
El Caribe	56 %	42 %	86 %
Oriente Medio y África Septentrional	32 %	35 %	28 %
Europa Oriental y Asia central	37 %	--	--
Europa Occidental y Central, y América del Norte	79 %	--	--
Argentina	80 % *		

Fuente: ONUSIDA. Hoja informativa de julio de 2017 y Boletín sobre el VIH-sida e ITS en la Argentina. N° 33 y 34 – Años XIX, XX –Diciembre de 2016 y 2017.

** En la República Argentina todas las personas con diagnóstico tienen acceso a TARV, pero por diferentes motivos, no todos lo inician.*

En el cuadro número 3 se consignan porcentajes de datos referidos al año 2018. En todas las regiones y consideraciones los porcentajes de acceso a terapias antirretroviral aumentaron en relación al año 2000, lo que indica las mejores condiciones sanitarias a nivel internacional. En general un poco más de la mitad de las personas que viven con el VIH tienen acceso a la terapia antirretroviral. Los menores de 15 años constituyen un colectivo de personas con mejor acceso a las medicaciones con respecto a la población general y las mujeres un porcentaje mayor. Cobra fuerza la hipótesis según la cual, las mujeres en particular, tienen un mayor acceso a los servicios sanitarios y por lo tanto a los tratamientos específicos. Vale la aclaración que este cuadro se involucra tanto a las personas que no acceden a un tratamiento específico, porque en sus lugares o países de residencia no existe la posibilidad real de inicio de tratamientos para todas las PVVS que conocen su diagnóstico, como también un número determinado de personas que no inician los tratamientos por otros motivos, fundamentalmente de orden personal, subjetivo, etc. En el cuadro se observa que en la República Argentina accede a TARV el 80% pero tienen acceso prácticamente el 100%.

A-2-1) AMERICA LATINA

El cuadro número 4 permite desagregar los datos en un año en la región. En cuanto a las defunciones relacionadas con el Sida, se experimenta una disminución relativa. En el año 2013 se registraron 52.000 casos, al año siguiente 41.000, luego llegó a 52.000 y ya en el año 2017 bajó a 47.000. Sobre el diagnóstico de los casos en relación a la población general se considera que 1/3 de la población no sabe que vive con VIH.

**Cuadro 4. Resumen para América Latina y el caribe de la epidemia de VIH/Sida.
Años 2016 y 2017**

Nuevas infecciones por VIH. 2017	115.000
Nuevas infecciones por VIH menores de 15 años. 2017	3.500
Total de menores de 15 años que viven con VIH. 2016	27.000
Total de Personas que viven con VIH 2016	1,8 millones
Personas con Acceso a TARV 2016	1 millón
% de personas con carga viral suprimida	52%
% de PVVS que reciben tratamiento antirretroviral	61%
Dx tardío	31 %
Mujeres embarazadas que reciben TARV	75 %
Personas que accedieron al PrEP en A latina y el caribe 2018	6000
Total Defunciones relacionadas con el Sida	47.000
Total Defunciones relacionadas con Sida en menores de 15 años 2016	1.700

Fuente: UNAIDS Epidemic Report 2017

A-2-2) POBLACION CLAVE

“Población clave” es la manera en que ONUSIDA se refiere a cinco grupos poblacionales especialmente vulnerables al VIH, que con frecuencia carecen de un acceso adecuado a los servicios, estos son: Los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los trabajadores y trabajadoras sexuales, las personas transgénero, las personas que se inyectan drogas y las personas en prisión o reclusión.

La Estrategia 2016-2021 de ONUSIDA promueve que se tomen acciones para estas poblaciones, siempre basadas en los derechos, los asuntos relacionados con la salud y la educación integral. Se manifiesta contra las prácticas punitivas incluidas las restricciones de viaje y las pruebas obligatorias.

En el África subsahariana, el 25% de las nuevas infecciones en 2016 fue entre los grupos de población clave, pero fuera del África subsahariana, el 80% de las nuevas infecciones por el VIH se situó entre los grupos de población clave y sus parejas sexuales.

En América Latina y el Caribe, entre el 70% y el 80% de las nuevas infecciones por VIH se producen en personas de población clave, o sus clientes y parejas sexuales. Por tanto, es esencial ofrecer servicios de prevención de VIH e ITS a la población clave y monitorearlos adecuadamente.

El objetivo es que las personas de población clave VIH-negativas se mantengan libres de VIH y las personas de población clave VIH-positivas mantengan una carga viral indetectable.

Cuadro 5. Nuevas infecciones por VIH por grupos de población, 2017. America Latina

	%
HSB	41
UDI	3
Trabajadores Sexuales	3
Mujeres trans	6
Clientes y parejas de población clave	24
Población general	23

Fuente ONUSIDA y OPS.

A-3-1) REPÚBLICA ARGENTINA

Se estima que en la república Argentina, en el año 2018, 138.000 personas vivían con VIH/Sida (rango 2017: 120.000 - 140.000). De ellas aproximadamente el 80% conoce su diagnóstico, y dentro de ese universo aproximadamente el 81,5% se halla en terapias antirretrovirales. Estos tratamientos se distribuyen aproximadamente en un 65 % en el sistema público. Las infecciones anuales si bien experimentaron un lento decrecimiento, nuevamente en la actualidad se ubican en relación a los 5.800 casos anuales. Se debe considerar también que hay un mayor número de habitantes en el país, y además aumentó el número de personas que acceden a Tratamientos Antirretrovirales (TARV), que en el sector público se alcanza aproximadamente a 57.000 personas.

Cuadro 6. Características nacionales de la epidemia de VIH/Sida

República Argentina	
Nº PVVS estimados (año 2019)	138.000
Mayores de 15 años (2018)	98.000
Nuevas infecciones (2018)	5.800
Personas en TARV (2019)	88.000
Personas en TARV en el sector Público. (2018)	57.000
DX entre 1982 y 2015	129.260
Mediana de edad de casos notificados VIH (2016)	H: 33 - M: 32
Razón H / M. Año (2016)	2,5 : 1
Trasmisión Vertical (2015)	5,2%
Tasa de mortalidad por 100 mil habitantes 2014 - 2015	3,5 (2300 casos)

Fuente Boletín sobre VIH/ y Sida en la Argentina Nº 33, 34 y 35 de la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación. Años 2013 y 2016.

H: Hombres M: Mujeres

En Argentina en los primeros años la brecha entre hombres y mujeres era muy pronunciada (14 varones por cada mujer). Con el transcurso de los años esta diferencia se fue achicando. Así, en el año 2007 la razón se constituía de 1,8 varones por cada mujer entre las nuevas infecciones. Esta brecha volvió a crecer y se ubicaba en el año 2016 en 2,5 varones por cada mujer, es decir que en el país el 71% de los nuevos diagnósticos son de varones.

Cuadro 7. Comparación entre medianas de edad de nuevos diagnósticos en la república Argentina para casos Sida. Por períodos de tiempo

Media de edad de casos Sida 2009 - 2011	H: 35 - M: 31
Media de edad de casos Sida 2006 – 2016	H: 33 - M:32

Las medianas de edad de las nuevas infecciones elaboradas por la Dirección Nacional de Sida muestran, comparando diferentes períodos, una leve disminución de la edad de los varones y un aumento en el de las mujeres, acercándose ambas cifras.

B) PROVINCIA DE SANTA FE

En la provincia se calcula que viven con VIH/Sida 11.300 PVVS, lo que representa el 8,2% de las personas en relación al total del país (los habitantes de la provincia constituyen el 7,8% de la población de la república Argentina). Existen en el país aproximadamente 138.000 PVVS, de ese número, conocerían su diagnóstico el 70% de las personas.

Basándose en los análisis nacionales, el sector de salud pública brinda atención específica para aproximadamente al 74% de las PVVS y el sector privado el 24% restante. En el territorio provincial, siguiendo esta línea de razonamiento habría 7.660 TARVs, de los cuales en el sector público serían 5658 pacientes, 985 en el sector privado en la Obra Social IAPOS ² y 1.017 privados no IAPOS. En el año 2019 se realiza en la provincia aproximadamente el 9,9% de los TARVs, del país.

La tasa de infección cada 100 mil habitantes en la provincia es de 9,9 (2017). Como dato de referencia se analiza en el cuadro 7 la tasa de infecciones entre los años 2012 y 2016.

Una de las fuentes de información es la utilización del registro de casos realizado a partir de la confección manual de la llamada Ficha Epidemiológica Nacional de VIH/Sida, de uso obligatorio por ley 23.798/91. La Ficha epidemiológica nacional fue modificada en diferentes ocasiones, una de ellas fue en el año 2010, ocasión en la que la SSP de la ciudad de Rosario modificó levemente la ficha nacional con el fin de recabar información específica de interés local. Un año después (año 2011) la nación modificó las fichas nacionales, y en esa ocasión, desde la provincia de Santa Fe (junto con la ciudad de Rosario), se modificó también levemente la ficha nacional, siempre a fin de recabar información específica de interés local.

Estas fichas de denuncia obligatoria circulan según el llamado “flujo de información” tradicional, son llenadas por cada médico y se envían a los niveles sanitario-administrativo más amplios llegando hasta el nivel central nacional (Dirección nacional de Sida).

Cada vez que se notifica un caso como Sida y previamente había estado notificado como VIH, se inscribe el cambio de consideración garantizando que los registros no se superpongan (a nivel nacional se consideran diferentes registros para las notificaciones VIH y Sida). Por otro lado, cada caso a registrar es chequeado con el fin de garantizar que no se inscriba dos veces o más,

² El IAPOS (Instituto Autárquico Provincial de Obra Social) es la obra social de los empleados públicos de la provincia de Santa Fe, y la de mayor cantidad de afiliados. Datos del año 2019. IAPOS representaría el 17,4% de los casos en la provincia, y el 49% de los casos privados.

aunque sea notificado en más de una ocasión. De este modo se garantiza que la información sea válida y no se superponga en ningún momento.

En el año 2019 las autoridades nacionales impulsaron la propuesta de crear un registro único nacional a partir del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina (SISA) que se viene implementando en el país desde el año 2014, y se espera que pueda implementarse integralmente para el año 2020/2021.

En el país la frecuencia de Parturientas con diagnóstico VIH/Sida es de alrededor de 0,67%, este indicador suele ser considerado en diferentes jurisdicciones, por lo tanto permite una comparación entre las mismas. En el caso particular de la provincia resulta un tanto elevado pero dentro de los parámetros esperables.

B-1) NOTIFICACIONES

Cuadro 8. Promedios anuales de las distribuciones proporcionales de las notificaciones de VIH/Sida en la provincia de Santa Fe según el lugar de residencia distribuido según nodos. Años 2012 a 2016.

Nodo/Región	Nº habitantes	% habitantes	Notificación Por Nodo	Notificaciones por 100.000 habitantes/año
Reconquista	241.463	7,6	138	11,6
Santa Fe	777.877	24,4	345	8,9
Rosario	1.662.383	52,0	914	11,0
Rafaela	305.957	9,6	50	3,2
Venado Tuerto	206.857	6,5	114	11,1
Total Provincia	3.194.537	100	1561	9,8

El cálculo se realiza utilizando el promedio de notificaciones por año y considerando la población estimada según el Censo del año 2010.

Cuadro 9. Características de la epidemia de VIH/Sida. Provincia de Santa Fe.

Pacientes en Tratamiento Antirretroviral 2017 Santa Fe (Sistema Público)	5.458
Nº de casos acumulados Provincia de Santa Fe VIH 2001-2012	3.661
Nº de casos acumulado Provincia de Santa Fe VIH 2013-2017	1.561
Tasa de infecciones VIH por 100.000 habitantes República Argentina 2018	12,7
Tasa de infecciones VIH por 100.000 habitantes. Santa Fe (2017)	9,9
Tasa de infecciones Varones VIH x 100.000 habitantes Ciudad de Rosario (2015)	12,8
Tasa de infecciones Mujeres VIH por 100.000 habitantes. Santa Fe (2015)	7,2
Tasa de infecciones Varones VIH por 100.000 habitantes. Región Centro * (2014-2015)	16,4
Tasa de infecciones Mujeres VIH por 100.000 habitantes. Región Centro (2014-2015)	6,7
Tasa de infecciones Todos VIH por 100.000 habitantes. Región Centro (2014-2015)	11,4
Razón H / M en la provincia de Santa Fe año 2009 al 2011	1,8 : 1
Razón H / M en la provincia de Santa Fe año 2017	1,9 : 1
Razón H / M Región Centro 2011	2 : 1
Fallecimientos relacionados con el Sida 2015	1.553

Fuentes datos propios y Boletín sobre VIH y Sida en la Argentina N° 32, 33, y 34 Años XVIII, XIX y XX de la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación.

H: Hombres M: Mujeres

**La región Centro es donde se encuentra la Provincia de Santa Fe. Incluye las provincias de Santa Fe, Entre Ríos, Córdoba y 11 partidos de la provincia de Bs As (queda por fuera el Gran Bs. As.).*

Vale destacar que las tasas de infección cada 100.000 habitantes históricamente son más elevadas en los varones, porque el peso de la epidemia se concentra más en estos que en mujeres.

B-1-2) MENORES DE UN AÑO NOTIFICADOS EN LA PROVINCIA DE SANTA FE

Cuadro 10. Notificaciones de menores de 12 meses. Provincia de Santa Fe. Años 2011-2017

Año	Notificaciones
2011	3
2012	1
2013	3
2014	6
2015	4
2016	3
2017	2
2018	0

Fuente: Sa.si.pro. Al momento del cierre no se habían registrado casos en el año 2018

B-1-3) NOTIFICACIONES POR NODO

La administración provincial divide a la provincia de Santa Fe en 5 nodos o regiones, a saber ³:

³ Censo 2010

NODO RECONQUISTA 241.463 habitantes. Incluye departamentos:

General Obligado, Vera y norte de San Javier.

NODO SANTA FE 777.877 habitantes. Incluye departamentos:

San Justo, Garay, La Capital, Las Colonias, sur de San Javier y San Jerónimo parcialmente.

NODO ROSARIO 1662383 habitantes Incluye departamentos:

Iriondo, San Lorenzo, Belgrano, Rosario, y San Martín. Constitución, Caseros y San Jerónimo parcialmente.

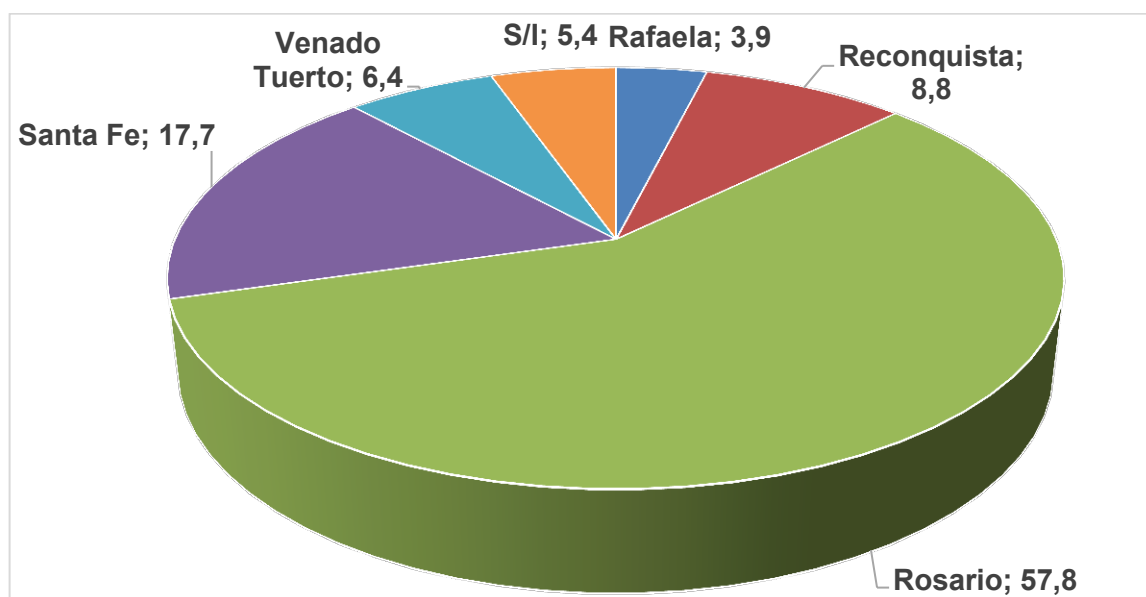
NODO RAFAELA 305.957 habitantes. Incluye departamentos:

9 de Julio, San Cristóbal, Castellanos y San Martín al norte.

NODO VENADO TUERTO 206.857 habitantes. Incluye departamentos:

General López, sur de Caseros y Constitución sudoeste.

Grafico 1 Porcentaje de distribución de las notificaciones, en la Provincia de santa Fe, según Nodos en referencia al lugar de residencia. Años 2012 a 2018



El año 2018 es considerado hasta el 12 de junio

Puede analizarse que entre los nodos de Rosario y Santa Fe concentran el 76,4% de los habitantes de la provincia. Las notificaciones de casos VIH/Sida según el lugar de residencia precisamente copia esta proporción en el período 2012 – 2018, ya que representaron el 75,5%. Diferente es el caso cuando se analiza la proporción de las notificaciones desde los lugares asistenciales, porque ambos nodos representan el 77,9% de los casos⁴.

Cabe analizar la evolución desde los primeros años de la pandemia, donde el 95% de las notificaciones provenían de los dos nodos de mayor población. 17 años atrás, solamente la ciudad de Rosario concentraba cerca de 7 de cada 10 notificaciones de la provincia. Cuando se analizaba el período 2012-2015 la cifra alcanzaba el 83,5%. Lo que indica que en los últimos años está ocurriendo una leve y paulatina capilarización de las notificaciones en la provincia. Pasando de la concentración en pocos lugares a cierta distribución interior. Diferentes lecturas pueden hacerse al respecto. Podría estar ocurriendo en un menor grado un aumento de la epidemia en las localidades de menor número de habitantes, pero fundamentalmente una mayor notificación de casos. De este modo se trataría de nuevas notificaciones y también se podría suponer que existía y probablemente existe un cierto retraso de las denuncias.

Cuadro 11. Comparación de la concentración de casuística en la Provincia de Santa Fe.

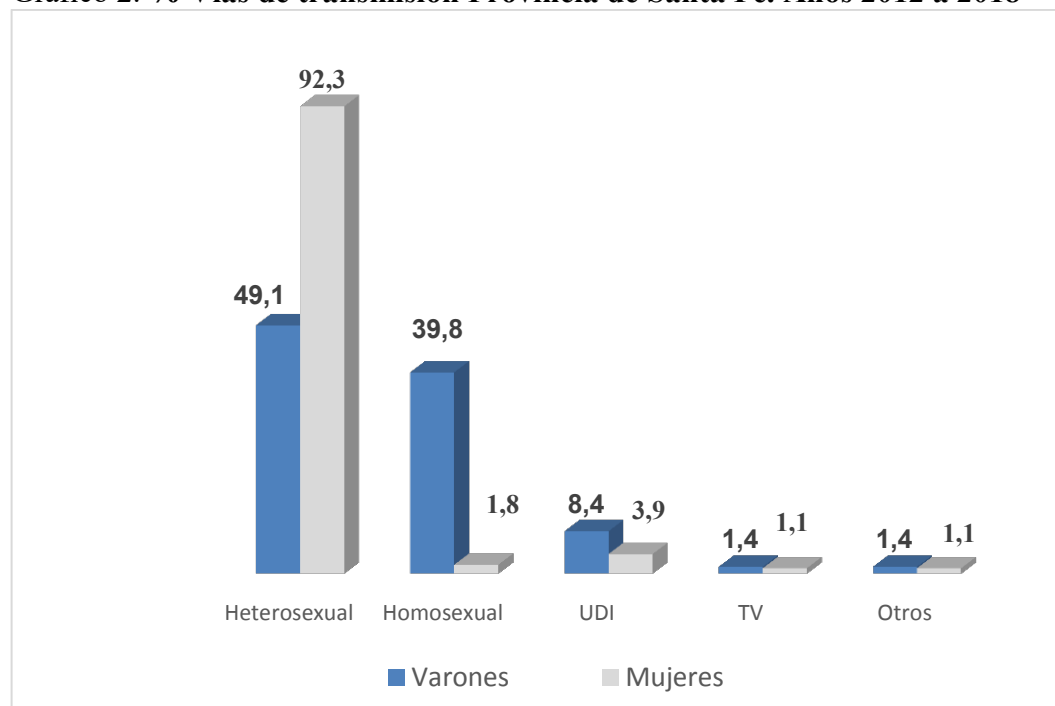
Año - Período	Sitio de referencia	%
1998 (referencial)	Ciudad de Rosario	70,0
2012 – 2016	Nodos Rosario y Santa Fe	83,5
2012 – 2018	Nodos Rosario y Santa Fe	75,5

⁴ El nodo Rosario concentra el 57,8% de los casos (1.172 notificaciones) De esto se desagrega que el 84,9%, (995 casos) corresponden a la ciudad de Rosario. El nodo Santa Fe concentra el 20,1% (409 casos), sobre un total de 2027 casos totales.

En el gráfico 2 se puede apreciar la distribución de las notificaciones en la provincia según las vías de transmisión. Puede observarse como en los últimos años en las mujeres casi todas las notificaciones fueron por vía sexual (94%), de ellas la gran mayoría por relaciones con varones (heterosexuales). En el caso de los varones, el 88,9% fue por vía sexual, de ellos el 55,2% fueron por relaciones heterosexuales y el 44,8% restante por relaciones con otros varones.

B-1-4-1) VIAS DE TRANSMISION

Gráfico 2. % Vías de transmisión Provincia de Santa Fe. Años 2012 a 2018



El año 2018 se considera hasta el 12 de junio.

UDI: Usuario de Drogas Intravenosas

TV: Transmisión vertical

El cuadro 12 muestra la particularidad de registrar 5 mujeres notificadas como teniendo sexo

Cuadro 12. Vías de transmisión y distribución por sexo de notificaciones de residentes en el nodo Rosario de la Provincia de Santa Fe. Años 2012 a 2018

Vía transmisión nodo Rosario	Varones	% Varones	Mujeres	% Mujeres
Heterosexual	311	46,8	294	91,4
Homosexual	247	37,2	0	0,0
UDI	89	13,4	22	6,7
TV	7	1,1	3	0,9
Otros	10	1,5	3	0,9
Total	664	100	327	100

El año 2018 es considerado hasta el 12 de junio.

Cuadro 13. Vías de transmisión y distribución por sexo de notificaciones de residentes en el nodo Venado Tuerto de la Provincia de Santa Fe. Años 2012 a 2018

Vía transmisión nodo Venado Tuerto	Varones	% Varones	Mujeres	% Mujeres
Heterosexual	32	58,2	51	98,0
Homosexual	23	41,8	0	0,0
UDI	0	0,0	0	0,0
TV	0	0,0	1	2,0
Otros	0	0,0	0	0,0
Total	55	100	52	100

El año 2018 es considerado hasta el 12 de junio

Cuadro 14. Vías de transmisión y distribución por sexo de notificaciones de residentes en el nodo Santa Fe de la Provincia Homónima. Años 2012 a 2018

	Varones	% Varones	Mujeres	% Mujeres
Heterosexual	98	49,2	103	96,3
Homosexual	94	47,2	0	0,0
UDI	0	0,0	0	0,0
TV	5	2,5	2	1,9
Otros	2	1,0	2	1,9
Total	199	100	107	100

El año 2018 es considerado hasta el 12 de junio

Cuadro 15. Vías de transmisión y distribución por sexo de notificaciones de residentes en el nodo Reconquista de la Provincia de Santa Fe. Años 2012 a 2018

Vía transmisión nodo Reconquista	Varones	% Varones	Mujeres	% Mujeres
Heterosexual	62	62,6	57	98,3
Homosexual	33	33,3	0	0,0
UDI	0	0,0	0	0,0
TV	2	2,0	0	0,0
Otros	2	2,0	1	1,7
Total	99	100	58	100

El año 2018 es considerado hasta el 12 de junio

Cuadro 16. Vías de transmisión y distribución por sexo de notificaciones de residentes en el nodo Rafaela de la Provincia de Santa Fe. Años 2012 a 2018

Vía transmisión Nodo Rafaela	Varones	% Varones	Mujeres	% Mujeres
Heterosexual	24	51,1	24	100
Homosexual	20	42,6	0	0,0
UDI	1	2,1	0	0,0
TV	1	2,1	0	0,0
Otros	1	2,1	0	0,0
Total	47	100	24	

El año 2018 es considerado hasta el 12 de junio

B-1-5) DIAGNÓSTICOS TARDÍOS Y ENFERMEDADES MARCADORAS

Se llaman enfermedades marcadoras a cada una de las 28 infecciones consideradas en el diagnóstico Sida por las autoridades sanitarias nacionales. Este listado está tomado del CDC (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos de América), y constituye una pauta necesaria para poder realizar un diagnóstico Sida. No se tienen en cuenta otros criterios o manifestaciones clínicas, ni tampoco los valores de laboratorio en relación a los CD4.

Un paciente puede ser registrado con una o varias de esas patologías, por lo que el número de pacientes no corresponde necesariamente con el de enfermedades marcadoras.

Cuando un paciente es notificado directamente como un caso SIDA, es decir con una de las 28 enfermedades marcadoras, es considerado un diagnóstico tardío, porque solo pudo ser diagnosticado cuando una de estas enfermedades se hicieron presentes, y no en un momento previo como idealmente se esperaría. La disquisición de los modos de considerar o no un Diagnóstico Tardío se analiza en el punto específico en relación a la provincia de Santa Fe. Ocurre que también se consideran Diagnósticos Tardíos a los casos que fueron notificados por primera vez como “Infección Sintomática sin criterio de Sida”.

Cuadro 17. Comparación de % de diagnósticos tardíos en un mismo período de tiempo. Argentina, Provincias de Santa Fe y Córdoba y ciudad de Rosario. Año 2016. Según registro nacional

		Hombres	Mujeres	Hombres y mujeres
Considerando nacionales con retraso de Dx y con Enfermedad Marcadora	PAÍS	31,7	22,6	--
	Santa Fe	33,3	24,6	--
	Córdoba	29,1	23,4	--
	SSP 2016	19,1	18,0	26,07
Considerando Dx con Enfermedad Marcadora + Infección Sintomática sin criterio de Sida	SSP 2016/2018	--	--	36,3

Se desconoce aproximadamente entre el 3,6 y el 6,9 % de los casos. En el caso de la SSP se considera únicamente cuando se denuncia un nuevo caso con enfermedad marcadora.

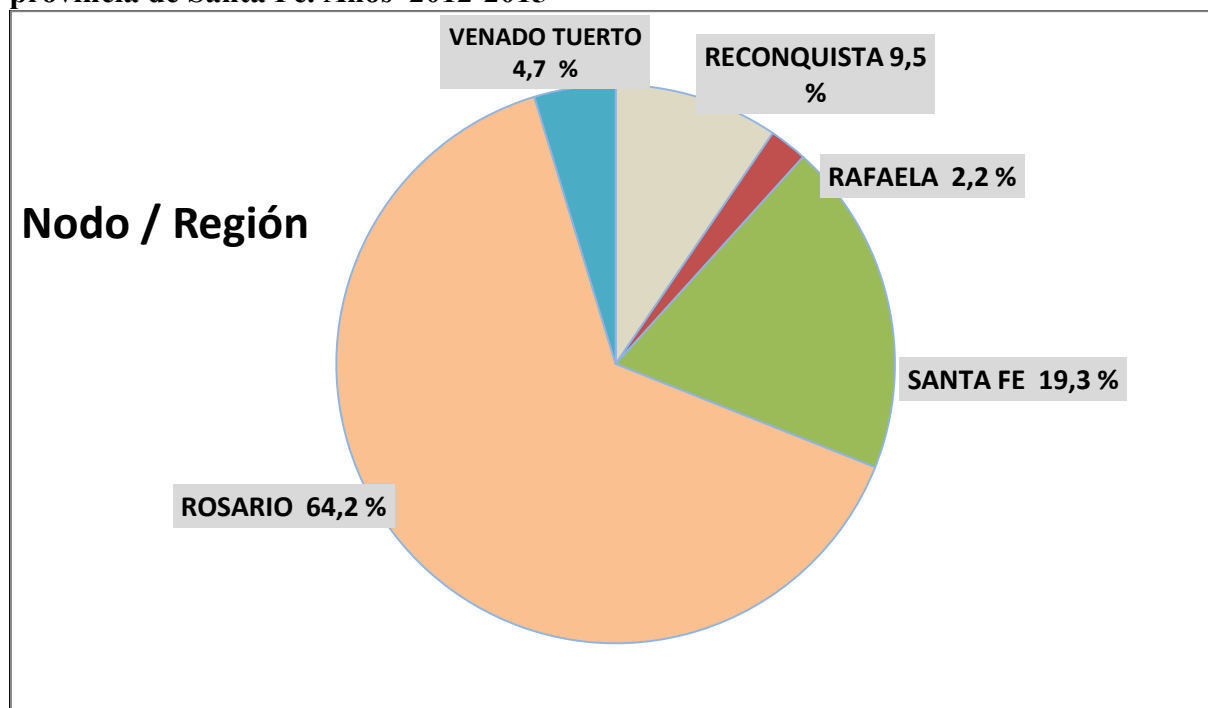
El cuadro 18 permite comparar entre el porcentaje de notificaciones por cada uno de los nodos provinciales y el porcentaje de notificaciones con una enfermedad marcadora

Cuadro 18. DX tardío. Según registro de enfermedades marcadoras. Años 2012 a 2018

Nodos	Dx tardío	% Dx Tardío	Nº de notificaciones	% de notificaciones
Rafaela	14	3,3	80	3.9
Reconquista	44	10,3	178	8.8
Rosario	258	60,1	1171	57.8
Santa Fe	64	14,9	359	17.7
Venado Tuerto	16	3,7	129	6.4
S/I	33	7,7	110	5.4
Total	429	100	2027	100

Dx tardío se considera en este cuadro únicamente para los casos diagnosticados por primera vez como enfermedad marcadora sin ningún otro criterio. El año 2018 es considerado hasta el 12 de junio.

Gráfico 3. Porcentaje de notificaciones de casos nuevos con enfermedad marcadoras en provincia de Santa Fe. Años 2012-2015



Las notificaciones con diagnósticos tardíos, también se concentran fuertemente en los dos nodos distritales de mayor concentración de población e infraestructura. Sin embargo, en el último período analizado, se notificaron en una proporción similar en cuanto al lugar de residencia o de tratamiento personas con alguna de las 28 enfermedades marcadoras. Probablemente este hecho se deba en parte a que cada vez son mejor conocidas por los equipos de salud las estrategias de abordaje de la temática, con una optimización del uso de la infraestructura del resto de la provincia, por ejemplo, se han facilitado la toma de muestras sanguíneas desde diversos puntos geográficos, y se extiende la asistencia en la totalidad provincial. Es válido referenciar que el análisis se realiza sobre el lugar de residencia de las personas notificadas, y no sobre la localidad desde donde se brinda asistencia, porque en este último caso las ciudades de mayor concentración poblacional también son las que concentran la asistencia sanitaria de complejidad. Según como se analice (ver punto específico en los datos provinciales) El 22,9 % de las notificaciones fueron diagnosticadas con al menos una enfermedad marcadora y la cifra treparía cercana al 30% si se incluyese a “Enfermedad Marcadora de Sida” más las notificaciones como “Infección Sintomática sin criterio de Sida”. Distribuidos según el cuadro 17. Puede leerse que el nodo Rosario concentró en el período analizado el 58,6 % de las notificaciones, pero el porcentaje de notificaciones con diagnóstico de enfermedades marcadoras ascendió a 64,2% del total de la provincia. También el nodo Venado Tuerto tuvo mayor porcentaje de notificaciones de enfermedades marcadoras respecto de la distribución provincial. Contrariamente los otros tres nodos (Reconquista, Rafaela y Santa Fe) tuvieron un menor porcentaje de diagnósticos con enfermedades marcadoras.

Las mujeres con enfermedades marcadoras fueron 95 casos y representaron el 21,6% del total, mientras que los varones con 263 casos con registro de enfermedades, representaron el 35,06% del total. Lo que permite analizar que en general las mujeres podrían controlarse más que los varones y posiblemente hayan sido tratadas antes que aparezcan enfermedades marcadoras comparándolas con los varones.

La resolución Provincial 0959 del año 2019 alcanza a los laboratorios bioquímicos del sector público y también privado. La misma establece la obligatoriedad del ofrecimiento de pruebas

diagnósticas de VIH, sífilis y hepatitis, con información adecuada y consentimiento informado a las personas en las que se verifiquen patologías o circunstancias tales como: Neumonías severas o a repetición, tuberculosis, infecciones de transmisión sexual, psoriasis, dermatitis seborreica extensa, herpes zoster, cualquier tipo de inmunodeficiencias, tumores malignos de cuello uterino o ano, neoplasias, síndromes febriles prolongados o sin diagnóstico definido, enfermedades autoinmunes, micosis endémicas, demencia, encefalopatías, citopenias, linfomas, víctimas de abuso sexual y obviamente cualquier tipo de enfermedad marcadora de sida.

Dx de enfermedades marcadoras según nodos y géneros

Nodo 12 a 16	Dx marcadoras	Distribución porcentual de Dx con marcadoras	Dx. Mujeres marcadoras	Dx. Hombres marcadoras
Reconquista	34	9,5	8	26
Rafaela	8	2,2	2	6
Santa Fe	69	19,3	14	55
Rosario	230	64,2	68	162
Venado Tuerto	17	4,7	3	14
Total	358	100	95	263

B-1-6) NOTIFICACIONES EN PACIENTES TRANS

En cuanto a la población trans⁵ en la provincia, el cuadro 19 permite observar que no se notó una diferencia significativa respecto al lugar de residencia que al lugar de notificación. Esta consideración es válida porque esta población suele concentrarse en los conglomerados con mayor número de habitantes.

Cuadro 19. Notificaciones trans Provincia de Santa Fe. Años 2012 al 2018

Población /ciudad	Población desde donde se notifica	Población de Residencia
Rosario	19	17
Santa Fe	5	5
Reconquista	2	0
Ceres	1	1
Esperanza	1	1
Venado Tuerto	1	1
Villa G. Gálvez	1	1
Funes	0	1
Garabato	0	1
Vera	0	1
Sin Información	1	2
Total	31	31

De los 31 casos notificados, 14 casos fueron femeninos y 17 casos masculinos, pero esta distinción no se presenta con claridad por los diversos criterios que utilizaron quienes notifican. El año 2018 es considerado hasta el 12 de junio.

⁵ Trans: personas transgéneros, travestis, transsexuales.

B-2) EMBARAZADAS Y PARTURIENTAS PROVINCIA DE SANTA FE

Los datos sobre embarazos y nacimientos en relación a la temática del VIH/Sida requieren diversas disquisiciones al considerarse diferentes fuentes de datos. Tomando como referencia el año 2017, en la provincia de Santa Fe se registraron 55.971 nacidos vivos. Esta cifra es prácticamente coincidente con el número de vacunas para la prevención de hepatitis B a recién nacidos (55.441)⁶ lo que se constituye en un método indirecto de llegar a una cifra de referencia confiable. Al mismo tiempo no todos estos nacimientos fueron registrados del mismo modo. Una de las principales fuentes de análisis para realizar consideraciones epidemiológicas es el Sistema Informático Perinatal en su participación provincial (SIP) donde se concentran aproximadamente el 40% de los partos de la provincia de Santa Fe, y el 47% de los nacimientos en el ámbito de efectores públicos estatales, consignándose datos e informaciones necesarios para el abordaje sanitario de la población. En el año 2017 se registraron en el SIP 22.664 nacidos vivos en la Provincia de Santa Fe. Se consignaron 152 parturientas con Diagnóstico VIH en la provincia. De ellas, el 27,6% sabían de su diagnóstico previamente a embarazarse, el 23% fue diagnosticada al momento del parto y el 49,4% restante se diagnosticaron durante el embarazo. Ver gráfico.

En La provincia 31.451 mujeres embarazadas y controladas en el subsector público, tuvieron una solicitud de prueba diagnóstica para VIH. Si se considera que esta cifra es superior a los nacidos vivos, entonces puede especularse de manera indirecta que casi todas las embarazadas han accedido a pruebas diagnósticas VIH/Sida. Sin embargo, no puede afirmarse una cobertura del 100% porque existen variables que podrían influir tales como que una misma embarazada puede ser sometida a una o varias pruebas diagnósticas mientras otras podrían no ser sometidas a ninguna hasta el momento del parto. Vale considerar que cuando se realizan diagnósticos en el momento del parto se demuestra que se podrían haber perdido oportunidades de profilaxis específica.

Por otro lado, se analizó que 3.365 embarazadas (14,9%) han recibido al menos tres controles a consultas médicas. Es obvio que en no todas las consultas médicas se realizan pedidos de pruebas VIH/Sida a embarazadas, pero este dato permite analizar que no todas las embarazadas mantienen el seguimiento óptimo de control general.

Se torna necesario construir datos confiables. Un modo de determinar el porcentaje de parturientas con VIH/Sida, es utilizar la metodología de considerar las parturientas registradas en el SIP en relación al número de parturientas generales anotadas en el mismo sistema. Pero no puede perderse de vista que estos valores constituyen solo una parte del total de casos, ya que el número de nacidos vivos en la provincia es mayor que lo registrado en ese sistema y teniéndose en cuenta que aproximadamente el 70% de la casuística de VIH/Sida se constituye en efectores públicos, se realiza el cálculo de agregar el 36% a los casos de madres con VIH/Sida registrados en el SIP. El cuadro de Parturientas con Diagnóstico VIH/Sida ilustra en este sentido y permite considerar los casos de mujeres parturientas con diagnóstico de VIH/Sida.

Es importante tener en cuenta que el porcentaje de relación al total de partos, constituye un indicador de valor porque a nivel internacional constituye una aproximación de la prevalencia en población general. Es preciso señalar también que resulta un indicador imperfecto, debido a que la población de mujeres constituye ya un sesgo particular (población especialmente estudiada, protocolo de realización de pruebas diagnósticas, se deja por fuera a los varones, etc.).

Se realizan entonces la doble vía, la utilización de la base del SIP y el cálculo de aproximación general. En definitiva, se calcula que entre 0,35 y 0,40 el porcentaje de mujeres parturientas con VIH/Sida.

⁶ Fuente: Sicap

Parturientas con Diagnóstico VIH/Sida. Provincia Santa Fe

Año	SIP			Cálculo provincial considerado		
	Parturientas SIP	Parturientas VIH SIP	% SIP	Parturientas Totales*	Consideración parturientas**	% de parturientas VIH considerado
2016	19.893	167	0,84	56.893	227	0,40
2017	22.664	152	0,67	55.441	206	0,38
2018	21.281	140	0,66	54.982	190	0,35

* Estimación por el número de vacunas para la prevención de Hepatitis B en recién nacidos. Datos casi coincidentes con los datos del ministerio de Salud de la Nación.

** Surge se sumar el 36% a los registrados en SIP.

Los casos del SIP surgen de sumar los casos de más y menos 20 semanas más los casos con antecedentes.

B-2-1) PAREJAS DE MUJERES EMBARAZADAS

Siguiendo el criterio realizado en la ciudad de Rosario, consistente en invitar a todas las parejas de mujeres embarazadas a realizarse una prueba diagnóstica de serología, la provincia de Santa Fe impulsó en el año 2019 la resolución del ministerio de Salud N° 0959/2019 (ya mencionado en este Boletín) que propone que las parejas se testeen con el fin de prevenir la transmisión de enfermedades como el VIH/Sida, Sífilis, Hepatitis B y Hepatitis C. Para ello se implementó la acción de adjuntar con los resultados impresos de los análisis de rutina a embarazadas, una solicitud pre-impresa destinada a facilitar esos análisis en los compañeros. De este modo las parejas de embarazadas pasan a tener en su poder la orden de realización de los análisis de sangre respectivos. Si bien las parejas de embarazadas pueden optar por no hacerlo (ya que no reviste un carácter obligatorio), en la práctica facilita el testeo masivo.

B-3-1) COBERTURA DE SALUD DE NOTIFICACIONES. PROVINCIA DE SANTA FE

Cuadro 20. Cobertura de salud registrada de los nuevos casos notificados entre los años 2012 y 2018

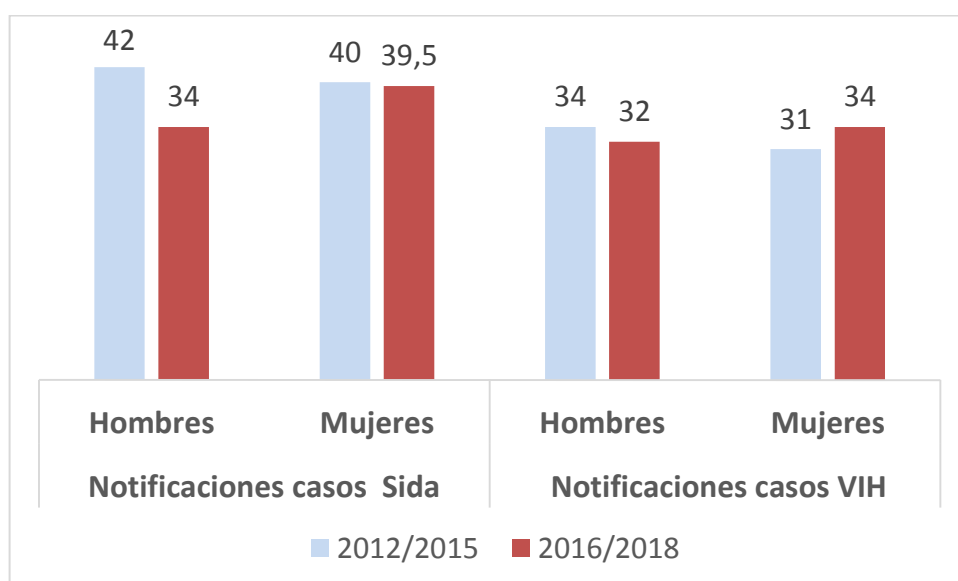
	Nº casos Provincia Santa Fe	% Provincia Santa Fe
Sin cobertura	1672	82,5
Obra social/ Seguridad Social	250	12,3
Prepaga	43	2,1
Desconocido /Sin Datos	62	3,1
Total	2027	100

Fuente Sa.si.pro. Datos al 12 de junio de 2018

B-3-2) MEDIANAS DE EDAD DE NOTIFICACIONES EN PROVINCIA DE SANTA FE

El análisis de la edad de los pacientes notificados es un indicador en cuanto a las características de la epidemia VIH/Sida. Una manera de hacerlo es mediante las medianas estadísticas de edad de las personas notificadas. En el transcurso de los años ocurrió un aumento de la edad de notificación, ya que se trataba principalmente de una temática principalmente joven. En la provincia de Santa Fe se mide desde el año 2012 que es una época de un aumento significativo de la edad, para luego acomodarse en los últimos años. El gráfico 4 permite observar dos períodos temporales donde la provincia acompaña relativamente la edad mediana del país.

Gráfico 4. Medianas de Edad de notificaciones de casos VIH y Sida por períodos de tiempo y sexo En la provincia de Santa Fe.



Nota: el año 2018 es considerado hasta el 12 de junio.

El caso de las personas mayores de 50 años es otra manera de aproximarse al dato sobre la edad de las personas que se notifican como nuevos diagnósticos. Puede analizarse en el cuadro 21 que los mayores de 50 en la provincia representan el 4,8% en los últimos años analizados (301 sobre 2.027 casos). De esta manera 1 de cada 20 nuevos diagnósticos tenían más de 50 años, cuando en años anteriores había registrados 1 de cada 100 (conjetura aproximada pero sin registros confiables).

Cuadro 21. Dx de HSH. Provincia de Santa Fe. Años 2012 al 2018

Edad (años)	Nº pacientes	%
18 / 24	105	24,5
25 / 29	99	23,1
30 / 39	125	29,1
40 / 49	68	15,9
50 / 59	24	5,6
60 / 69	7	1,6
70 o más	1	0,2
Total	429	100

El año 2018 se considera hasta el 12 de junio.

HSH: Hombres que tienen sexo con Hombres

B-3-3) NOTIFICACIONES, CD4 (PROVINCIA DE SANTA FE)

**Cuadro 22. Número y % de pacientes con notificación de CD4 (células por mm³ de sangre).
Años 2012 al 2018. Provincia de Santa Fe**

Nº de copias CD4 por mm cúbico de sangre	Nº de pacientes	%	Porcentaje
Menos de 250	353	35,0	35,0
250 a 400	175	17,4	58,3
400 a 600	211	20,9	
600 a 1000	160	15,9	
Mas de 1000	42	4,2	
s/i	67	6,6	--
Total	1008	100	100

CD4: Células por mm³ de sangre.

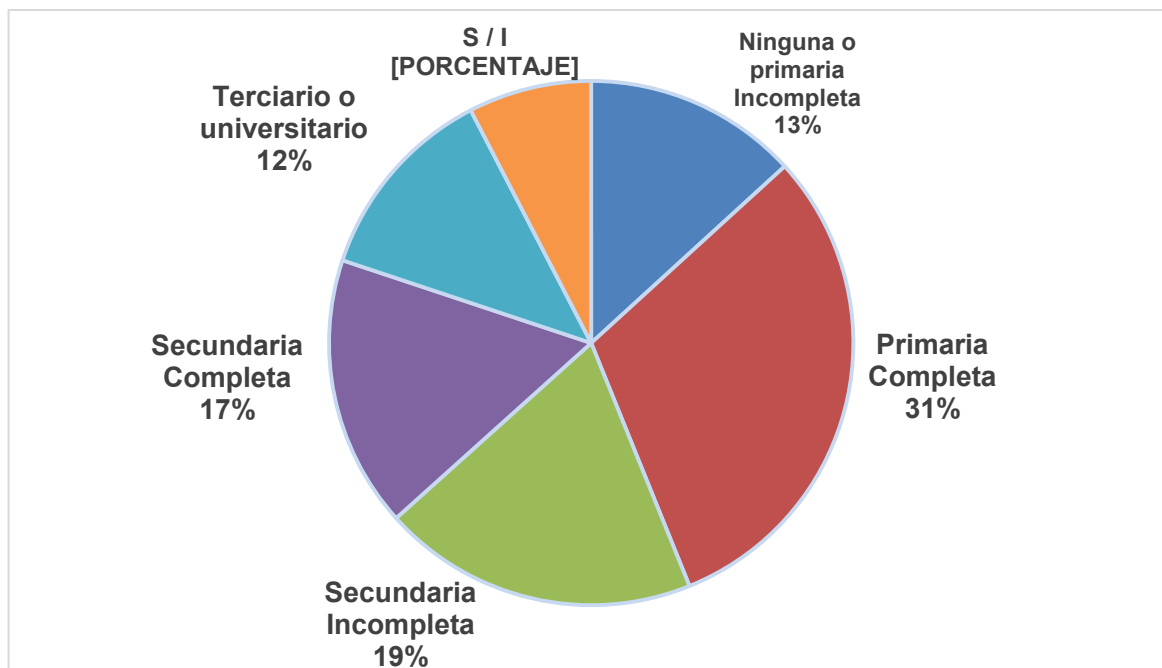
Análisis efectuado sobre los casos que se conoce el número de CD4 (1008 pacientes sobre 2027, el 49,7%). El año 2018 es considerado hasta el 12 de junio

En los años analizados entre los notificantes que ofrecieron los valores de referencia de CD4 ⁷, aproximadamente el 40% no llegaba a alcanzar 250 células por milímetro cúbico . Este valor se registró también en la municipalidad de Rosario como en la totalidad de la provincia (lugares donde se consideró esta cifra por contar con un masa crítica de pacientes). Cabe considerar que las notificaciones de la SSP de la ciudad de Rosario, constituyeron en este período aproximadamente el 57% de las notificaciones de la provincia que contaron con el dato de registro de CD4. Por lo tanto, no es un apunte que todos los profesionales sitúen en sus denuncias de casos. Lo que permite considerar que se torna necesario trabajar con los equipos de salud de la provincia (tanto de Rosario como del resto de las poblaciones) para que se registre esta información en las notificaciones.

⁷ *Aproximadamente el 40% de las notificaciones registraron este valor. En Argentina en el año 2012 solo el 21% de las notificaciones consignaban este dato.*

B-3-4) ESTUDIOS CURSADOS. PROVINCIA DE SANTA FE

Gráfico 5. Máximo nivel de instrucción alcanzado. Casos VIH/Sida Provincia de Santa Fe. 2012 a 2018. Mayores de 19 años



El año 2018 es considerado hasta el 12 de junio

Según estos datos el 43% de las notificaciones en el ámbito provincial alcanzó a terminar la escuela secundaria, y solo el 19,9% de las personas notificadas al menos cursaron algún estudio formal luego de la escuela secundaria.

Cuadro 23. Ocupación de pacientes notificados. Provincia de Santa Fe. Años 2012 al 2016. Mayores de 19 años

	Casos	%
Trabaja	362	26,1
No trabaja /busca trabajo	374	27,0
No trabaja y no busca trabajo	388	28,0
Sin datos	263	19,0

Fuente Sa.si.pro.

B-4-1) TRATAMIENTOS ANTIRRETROVIRALES (TARV). PROVINCIA DE SANTA FE

De los pacientes con diagnóstico VIH/Sida que se encontraban en tratamiento antirretroviral (TARV)⁸ en la Provincia de Santa Fe 5.628 5.458 pacientes fueron atendidos en el área de efectores públicos (agosto 2019), lo que representaría aproximadamente el 9,8% de los TARV's del País^{9 10}.

⁸ TARV: Tratamiento Antirretroviral.

⁹ La estimación nacional realiza diversas consideraciones respecto a como analizar el número de personas que viven con VIH o de tratamientos. Se utilizan modelos informáticos lo que podría significar un margen de error significativo. En la práctica no siempre coinciden exactamente los números nacionales con los datos provinciales, estos últimos se basan en

Es pertinente repasar el cálculo de considerar que la provincia Santa Fe tiene el 8% de las personas que viven con VIH/Sida en el país. Discurriendo que sobre esos 10.800 habitantes, se consideran aproximadamente 7.560 personas con diagnóstico (EL 70%), y 6.123 en TARV (el 81,5%).

En los efectores de la SSP de la ciudad de Rosario se consignaba el 55,6% de los tratamientos de la provincia de Santa Fe.

El cuadro 24 muestra la distribución de tratamientos en la provincia de Santa Fe, resumida en los principales efectores, y el cuadro 25, muestra con mayor precisión otros efectores pero con datos del año 2018.

cálculos a partir de datos concretos de entrega de medicamentos. Argentina consignaba en el año 2017, 46.518 TARV's, y atribuía a la provincia 3.309 tratamientos, pero el número distribuido en la provincia fue mayor a 5.000. El cálculo se realiza en la suposición a partir de considerar para el año 2018, 49.200. Argentina estimaba a la fecha de este cálculo en 125.000 PVVS (margen que basado en el margen de error la Dirección de Sida estima que podría haber hasta 140.000 personas). Para el año 2018 se calculaba 5.458 pacientes en la provincia, y para el año 2019 se supone que en el país debería haber aproximadamente 138.000 PVVS.

¹⁰ *En el país se considera que 81% de los que conocen Dx están en tratamiento*

Cuadro 24. TARV. Resumen de efectores Públicos estatales con TARV numéricamente significativos en la Provincia de Santa Fe. (al 26 de agosto de 2019)

Efector	N°
Hospital P. del Centenario, Rosario	993
Hospital Intendente Carrasco	633
Hospital Dr. J. B. Iturraspe. S. Fe	592
Hospital Dr. José María Cullen S. Fe	540
Hospital Provincial. Rosario	420
Hospital Escuela Eva Perón - Granadero Baigorria	397
H Central de Reconquista	338
H Alberdi	258
HRSP	253
H. Alejandro Gutiérrez	240
CEMAR	167
H. Anselmo Gamen	132
H. San Carlos	37
Vilela	29
HECA	28
H Ceres	28
H de niños Orlando Alassia	19
H. Vera	14
H Sayago	10
Zona Norte	8
H Polivalente Mira y López	8
Maternidad Martín	5
H. Protomédico Manuel Rodríguez	5
H. San José (Cañada de Gómez)	4
Otros efectores y Sin Información	470
Total provincial (todos los efectores)	5.628
DATOS ESPECIFICOS	
Ciudad de Rosario	3.154
Secretaría de Salud Pública Municipal de Rosario	1.892
Centros de Atención primaria Provinciales y Municipales	834
Centros de Atención primaria municipales de Rosario	770

Fuente: Droguería de Farmacia zona sur de la Provincia de Santa Fe. Colaborador: Gabriel Capiello.

Realizando una disquisición sobre la distribución de tratamientos antirretrovirales, se considera que en la provincia de Santa Fe reciben TARV 6.579 personas, de ellos en el sector público lo hacen 5.628 pacientes. El nodo Rosario alcanza a 3.803 (58% de los casos). Los Centros de Salud en la provincia entregan medicación a 834 personas, pero la gran mayoría de estos centros de salud corresponden a la Secretaría de Salud Pública de la municipalidad de Rosario que entrega a 770 personas (el 92% de los pacientes que retiran medicación en un efector de Atención primaria). La Secretaría de Salud Pública Municipal de Rosario entrega medicación a 1.892 pacientes (60% de la ciudad).

Cuadro 25. TARV 2018. Total de efectores en la provincia de Santa Fe (agosto de 2018)

HOSPITAL PROVINCIAL DEL CENTENARIO	981
HOSPITAL INTENDENTE GABRIEL CARRASCO	627
HOSPITAL DR. J. B. ITURRASPE	425
HOSPITAL DR. JOSE MARIA CULLEN	315
HOSPITAL ESCUELA EVA PERON - GRANADERO BAIGORRIA	355
HOSPITAL PROVINCIAL	360
HOSPITAL DR. ROQUE SAENZ PEÑA	244
HOSPITAL CENTRAL DE RECONQUISTA DRA. OLGA STUCKY DE RIZZI	237
HOSPITAL DR. JUAN BAUTISTA ALBERDI	179
HOSPITAL DR. ALEJANDRO GUTIERREZ DE VENADO TUERTO	179
CENTRO DE SALUD MARTIN	170
HOSPITAL DR. ANSELMO GAMEN	107
SAMCO DR. JAIME FERRE	91
SAMCO GALVEZ UNIDAD PENITENCIARIA	65
CENTRO DE ESPECIALIDADES MEDICAS AMBULATORIAS (CEMAR)	60
CENTRO DE SALUD SAN MARTIN - ROSARIO	36
HOSPITAL DE NIÑOS VILELA	26
CENTRO DE SALUD JUANA AZURDUY	25
CENTRO DE SALUD LAS FLORES	30
CENTRO DE SALUD EMPALME VILLA CONSTITUCION	35
CENTRO DE SALUD LUIS PASTEUR	35
HOSPITAL SAN CARLOS	25
CENTRO DE SALUD POCHO LEPRATTI	25
CENTRO DE SALUD N° 3 DEBORA FERRANDINI	21
CENTRO DE SALUD RUBEN NARANJO (EX LAS HERAS)	20
CENTRO DE SALUD SUR - ROSARIO	23
CENTRO DE SALUD ROQUE COULIN	19
CENTRO DE SALUD LUCHEMOS POR LA VIDA	15
CENTRO DE SALUD ALICIA MOREAU DE JUSTO	20
CENTRO DE SALUD PRIMERO DE MAYO	15
CENTRO DE SALUD MARCELINO CHAMPAGNAT	18
CENTRO DE SALUD SANTA TERESITA	15
CENTRO DE SALUD CASIANO CASAS	15
CENTRO DE SALUD EMAUS - ROSARIO	16
CENTRO DE SALUD EL MANGRULLO	20
HOSPITAL DE CERES	15
CENTRO DE SALUD SANTA MARIA JOSEFA ROSELLO	14
SAMCO ESPERANZA	18
CENTRO DE SALUD MAURICIO CASALS	15
CENTRO DE SALUD SANTA LUCIA - ROSARIO	15
CENTRO DE SALUD JULIO MAIZTEGUI (EX SAN ROQUE)	15
CENTRO DE SALUD VECINAL 20 DE JUNIO (EX TIRO SUIZO)	15
SAMCO GRANADEROS A CABALLO	12
CENTRO DE SALUD DR. SALVADOR MAZZA	16
CENTRO DE SALUD SAN VICENTE DE PAUL	15
SAMCO VILLA CONSTITUCION	17
HOSPITAL DE NIÑOS DR. ORLANDO ALASSIA	15
CENTRO DE SALUD LIBERTAD	10
CENTRO DE SALUD DR. DAVID STAFFIERI	12

CENTRO DE SALUD JUAN B. JUSTO	10
HOSPITAL GERIATRICO	5
HOSPITAL DE NIÑOS ZONA NORTE	5
CENTRO DE SALUD CEFERINO NAMUNCURA - ROSARIO	8
SAMCO TOSTADO DR. ALFREDO LUIS ROSETANI	8
CENTRO DE SALUD BARRIO TOBA	8
CENTRO DE SALUD EVA DUARTE	7
HOSPITAL DE EMERGENCIAS DR. CLEMENTE ALVAREZ	5
CENTRO DE SALUD DR. ESTEBAN MARADONA - ROSARIO	5
CENTRO DE SALUD JOSE RAUL UGARTE	5
CENTRO DE SALUD EL GAUCHO	5
HOSPITAL SAN JOSE DE CAÑADA DE GOMEZ	7
SAMCO SAN JORGE	5
CENTRO DE SALUD N° 16 PABLO VI	5
CENTRO DE SALUD N° 15 JUAN DOMINGO PERON	4
CENTRO DE SALUD DR. ERNESTO CHE GUEVARA	4
CENTRO DE SALUD ITATI - ROSARIO	5
SAMCO GENERAL SAN MARTIN - FIRMAT	2
CENTRO DE SALUD TIO ROLO	4
CENTRO DE SALUD ELENA BAZET (EX SAN FRANCISCO SOLANO)	3
MATERNIDAD MARTIN	5
CENTRO DE SALUD N° 3 - 7 DE SEPTIEMBRE	4
CENTRO DE SALUD DISTRITO NOROESTE	4
CENTRO DE SALUD N° 13 FONAVI	3
CENTRO DE SALUD VECINAL DOMINGO MATHEU	3
SAMCO ALVAREZ	2
CENTRO DE SALUD N° 21 CABIN 9	3
CENTRO DE SALUD GENERAL LAGOS	2
CENTRO DE SALUD VECINAL BARRIO PLATA	2
SAMCO EL TREBOL	2
HOSPITAL CARLOS GOYTIA	3
CENTRO DE SALUD VECINAL SAN MARTIN A	2
CENTRO DE SALUD ORATORIO SAN LORENZO PADRE GASPAROTTO	2
CENTRO DE SALUD LA FLORIDA	2
CENTRO DE SALUD VECINAL JULIO A. ROCA	2
CENTRO DE SALUD BARRIO NORTE SAN FRANCISCO DE ASIS	2
HOSPITAL PROTOMEDICO MANUEL RODRIGUEZ	2
CENTRO DE SALUD PUEBLO ESTHER	1
SAMCO BARRANCAS	1
CENTRO DE SALUD N° 22 GONZALEZ LOZA	1
CIC 20 DE JUNIO	1
CENTRO DE SALUD N° 17 CARITAS GUADALUPE	2
CENTRO DE SALUD N° 14 AVELLANEDA OESTE	1
SAMCO GENERAL SAN MARTIN - ARROYO SECO	1
SIN DATOS	137
TOTAL	5.458

Conocer el número de pacientes que reciben TARV es siempre una tarea de difícil debido a especificidades técnicas. Ocurre que el número de medicamentos utilizados no corresponde

directamente con el número de personas en tratamiento. Es obvio que un mismo paciente puede utilizar diferentes drogas.

El cuadro 26 manifiesta la clara diferencia entre la medición de pacientes desde una perspectiva provincial o desde los Boletines de VIH/Sida nacionales específicos. Desde las publicaciones nacionales se calcula la proporción de tratamientos que se asignan a la provincia posiblemente respecto al número de habitantes (hasta el año 2016). Contrastando la medición por entrega de medicamentos específica desde el año 2017 en adelante, que sería más precisa.

Cuadro 26. TARV Provincia de Santa Fe en el país. Sistema Público

Año	TARV asignados República Argentina	TARV Según cálculo estadístico proporcional de la nación	TARV Provincia de Santa Fe según entrega nominal de pacientes	% de la provincia en el país
2011	31.854	3.250	--	10,2
2012	34.385	2998	--	8,7
2013	35.904	2.746	--	7,6
2014	41.734	3.086	--	7,4
2015	47.564	3.426	--	7,2
2016	46.829	3.309	--	7,1
2017	46.518	3.628	5.050	10,8
2018	49.200	4.200	5.458	11,1
2019	57.408	4.592	5.628	9,8

Fuentes: Boletines sobre VIH-Sida en la Argentina N° 29, 30,31, 32, 33, 34 y 35. Dirección provincial de Farmacia y municipalidad de Rosario.

Las cifras son tomadas de las autoridades sanitarias nacionales hasta el año 2016, desde el año 2017 se realiza una consideración en base a números propios y nacionales. Los porcentajes analizados responden a dos fuentes de datos diferentes, pero los datos provinciales fueron analizados por la información nacional y además local, por la información brindada específicamente.

B-4-2) CIUDAD DE ESPERANZA¹¹

En la ciudad de Esperanza (Departamento Las Colonias de la provincia de Santa Fe) en el año 2011 se creó el Servicio de Infectología. A partir de ese trabajo pudieron comenzar a sistematizarse diferentes datos, lo que permitió y permitirá contar con informaciones necesarias en cuanto a la temática) iniciando un proceso de ampliación en cuanto a las fuentes de información.

De los casos notificados VIH/Sida el 58% (24 casos) correspondieron al Sector Público y el 42% restantes (18 casos) al Sector Privado, desagregado del siguiente modo: Obra Sociales 33% y Prepagas 9% .

Cabe destacar la importancia estratégica que desde una localidad particular se puedan proponer la construcción de indicadores que permitan intervenciones necesarias. Es por esto que se impone fomentar iniciativas de este tenor y es de esperar que desde otras localidades se busque información en relación a la temática VIH/Sida.

B-4-3) ADHERENCIA

Según Datos nacionales se considera que se trata de paciente con adherencia al grupo de personas que retiran sus dosis de tratamiento en un plazo no mayor a los 90 días entre un retiro y el otro. En la provincia de Santa Fe en setiembre de 2018 adherían el 92% de las personas. Este plazo de referencia, puede ser en la práctica inexacto porque por diversos motivos en algunas

¹¹ Fuente: Dr. Federico Detarsio

personas podrían extenderse este plazo. Fuente SISA, SNVS, Secretaría de Salud de la República Argentina.

Desde el año 2019 se pasaría a considerar algún retiro en los últimos 120 días, donde se analizarán estos datos en los años siguientes.

B-4-4) ESTUDIO DE RETIRO DE MEDICACIÓN EN HOSPITAL EVA PERÓN

El objetivo del tratamiento antirretroviral es la supresión profunda y duradera de la replicación viral. Los conocimientos adquiridos sobre mecanismos de resistencia sugieren que la perseverancia de replicación, en presencia de antirretrovirales, conduce a la selección de cepas resistentes, por lo tanto, terapias deficientes como el inadecuado cumplimiento del tratamiento crean condiciones selectivas para la aparición de mutantes resistentes. La adhesión terapéutica actúa como un potente indicador de respuesta al tratamiento antirretroviral. Una adherencia incorrecta abarca la omisión de tomas diarias, reducción de las dosis prescriptas, incumplimiento de los intervalos de administración terapéutica, no ajustarse a los patrones de administración de la medicación en relación con las comidas u otros factores intervinientes.

Desde el sector de Farmacia Clínica del Hospital Escuela Eva Perón¹² se realizó un estudio para evaluar la adherencia en cuanto al retiro de mediación específica antirretroviral. Se registraron los datos 172 pacientes entre los años 2007 y 2014. Se rastreó los registros de retiros desde la planilla individual de cada paciente. De este modo se obtuvo el porcentaje anual de retiros y no retiros de los pacientes de la medicación mensual.

Los farmacéuticos implementaron entrevistas distendidas, profundizando los hábitos de vida, recursos personales, familiares, el nivel de conocimiento, la confianza en los tratamientos, etc. Se intervino en cuanto a la administración de los fármacos (dosificación, conservación, manipulación, efectos adversos). Se interactuó con distintos profesionales con el fin de fortalecer la relación Farmacéutico-Paciente.

Cuadro 27. Porcentaje de retiros de antirretrovirales. Farmacia de Hospital Eva Perón.

Años 2007 a 2014

AÑO	RETIRO	NO RETIRO
2007	67%	33%
2008	72%	28%
2009	83%	17%
2010	85%	15%
2011	87%	13%
2012	84%	16%
2013	85%	15%
2014	92%	8%

En el período comprendido entre el año 2010 y el año 2013 se registraron fluctuaciones en el porcentaje anual de retiros, sin embargo, en el último año evaluado, el 2014, se alcanzó un

¹² Estudio presentado en el XV Congreso Argentino de Farmacia Hospitalaria. 5, 6 y 7 de Noviembre 2015- Rosario. "Retiro de medicación antirretroviral en el período 2007-2014" en el Hospital Escuela Eva Perón, Granadero Baigorria, Provincia de Santa Fe. Autoría: Oviedo M.N., Mas A., Cavalieri V.

porcentaje de retiros de 92%, pudiendo suponerse que una intervención específica mejoraría los retiros efectivos.

B-5-1) CONSULTAS PROVINCIA DE SANTA FE ¹³

En el año 2017 las consultas ambulatorias registradas en el marco de la provincia de Santa Fe en el ámbito público (efectores provinciales y municipales) correspondieron a 3.232 personas con diagnóstico registrado VIH/Sida (1.410 mujeres y 1.817 varones, más 5 personas sin este registro) que correspondieron a 3.737 consultas. Lo que ofrece una razón entre Atención/Consultas de 1,2 registros de atenciones por cada persona. Es claro que el número debería ser mucho mayor al considerarse que no todas las consultas han sido fichadas informáticamente, sin embargo, es el dato que surge del registro informático¹⁴ y permite evaluar las proporciones de atención como un indicador de gestión.

Cuadro 28. Distribución por nodos de personas que consultaron en el sector público de la provincia de Santa Fe. Año 2017

Nodos	Nº de consultas registradas	%
Rafaela	53	1,6
Reconquista	297	9,2
Rosario	2147	66,4
Santa Fe	707	21,9
Venado Tuerto	28	0,9
Total	3232	100

Fuente Sicap: Se trata de personas que consultaron, no de consultas. Se incluyen efectores municipales y provinciales registradas informáticamente.

En el cuadro 29 se analizan los 130 efectores públicos provinciales que registraron atención con entrega de mediación antirretroviral en el año 2017. Debido a las características técnicas de la distribución y entrega de medicamentos contar con un listado de efectores constituyó un trabajo de construcción y relevamiento.

¹³ Datos elaborados por la Dirección General de Estadísticas de la Salud

¹⁴ Fuente Sicap en base a los códigos CIE10 B200 a B24X y Z21X. Sobre 130 establecimientos registrados. Con la distribución según nodos de residencia.

Cuadro 29. Establecimientos que registraron atenciones VIH Sida en efectores públicos de la Provincia de Santa Fe. Año 2017

Establecimiento	Atenciones
HOSP INTENDENTE GABRIEL CARRASCO	463
CEMAR *	441
HOSP DR JOSE MARIA CULLEN	418
HOSP DRA OLGA STUCKY	298
HOSPITAL ROQUE SAENZ PEÑA	288
HOSP PROVINCIAL	287
HOSP DR J B ITURRASPE	259
HOSP EVA PERON	258
HOSP DR JUAN BAUTISTA ALBERDI	243
HOSP Dr. ANSELMO GAMEN	100
SAMCO DR JAIME FERRE	27
HOSP SAN CARLOS	26
CS EMAUS – ROSARIO	21
CS 20 DE JUNIO (EX TIRO SUIZO)	20
CS SAN MARTIN – ROSARIO	20
HOSP DE NIÑOS DR ORLANDO ALASSIA	20
SAMCO VILLA CONSTITUCION DR. JUAN E. MILICH	20
SAMCO CERES	19
SAMCO DR A GUTIERREZ	19
CS POCHO LEPRATTI	18
CS EL MANGRULLO	17
CS RUBEN NARANJO (EX LAS HERAS)	17
HOSP PROVINCIAL CENTENARIO	17
SAMCO GRANADEROS A CABALLO	17
CS JUAN B JUSTO	16
SAMCO ESPERANZA. DR DANIEL A CRIADO	16
CS NRO 16 PABLO VI	15
CS DEBORA FERRANDINI	13
CS DR SALVADOR MAZZA	13
CS MAURICIO CASALS	13
CS LAS FLORES	12
CS SANTA MARIA JOSEFA ROSELLO	12
CS ALICIA MOREAU DE JUSTO	11
CS CASIANO CASAS	11
CS ITATI – ROSARIO	11
CS SUR- ROSARIO	11
HOSP DE EMERGENCIAS DR CLEMENTE ALVAREZ	11
CS MARTIN	10
CS PRIMERO DE MAYO	10
CS SAN VICENTE DE PAUL	10
CS LUIS PASTEUR	9
CS SANTA LUCIA – ROSARIO	9
CS NRO 15 JUAN DOMINGO PERON	8

CS ALFONSINA STORNI	7
CS JULIO MAIZTEGUI (EX SAN ROQUE)	7
CS LIBERTAD	7
CS NRO 8 INDEPENDENCIA	7
CS EL GAUCHO	6
CS NRO 25 FONAVI	6
CS LUCHEMOS POR LA VIDA	5
CS BARRIO VILLA HIPODROMO	4
CS VECINAL DOMINGO MATHEU	4
HOSP GENERAL POLIVALENTE DR MIRA Y LOPEZ	4
CS CEFERINO NAMUNCURA	3
CS DR ERNESTO CHE GUEVARA	3
CS JEAN HENRY DUNNANT	3
CS JUANA AZURDUY	3
CS MARCELINO CHAMPAGNAT	3
CS NRO 21 CABIN 9	3
CS NRO 5 PEDRO FIORINA	3
CS SANTA TERESITA	3
HOSP DE NIÑOS ZONA NORTE	3
SAMCO AVELLANEDA	3
SAMCO DR R BARRIONUEVO	3
SAMCO GENERAL SAN MARTIN - ARROYO SECO	3
SAMCO TOSTADO DR. ALFREDO LUIS ROSETANI	3
SAMCO VILLA CAÑAS	3
CS BARRIO PARQUE	2
CS BARRIO TALLERES- VGG	2
CS CAPILLA SAN JOSE	2
CS DR ROQUE PEREZ	2
CS DRA CARMEN CASTILLA MURPHY	2
CS EVITA BARRIO LA FLORIDA	2
CS LUIS CRISTALLINI	2
CS NRO 13 FONAVI	2
CS NRO 2 FONAVI SUPER CEMENTO	2
CS NRO 23 SAN MIGUEL	2
CS NRO 5 MARTIN M GUEMES	2
CS PARQUE SUR	2
CS RAMON CARRILLO	2
CS SANTA ROSA DE LIMA	2
CS TIO ROLO	2
HOSP DE NIÑOS VILELA	2
SAMCO ARMSTRONG	2
SAMCO BARRANCAS	2
SAMCO LAS TOSCAS	2
SAMCO ROMANG	2
SAMCO SAN JAVIER	2
CAF HOSP EVA PERON- G BAIGORRIA	1

CS 17 DE OCTUBRE- VGG	1
CS ALBERDI	1
CS BARRIO MENDOZA OESTE	1
CS BARRIO SUR	1
CS BARRIO UNIDOS	1
CS CIUDAD NUEVA	1
CS DEMETRIO GOMEZ	1
CS DR ESTEBAN MARADONA- ROSARIO	1
CS DR JORGE CANIZA	1
CS ELENA BAZET (EX SAN FCO SOLANO)	1
CS EMPALME VILLA CONSTITUCION	1
CS EVITA- VGG	1
CS GENERAL LAGOS	1
CS INGENIERO MOSCONI	1
CS ITATI- VGG	1
CS JOSE RAUL UGARTE	1
CS LAS LOMAS	1
CS MABEL MONTES BO GUADALUPE OESTE	1
CS NRO 17 CARITAS GUADALUPE	1
CS NRO 2 MATERNO INFANTIL	1
CS NRO 22 GONZALEZ LOZA	1
CS NUEVA ROMA 2	1
CS NUEVO HORIZONTE	1
CS POLICLÂ NICO CENTENARIO	1
CS PUERTO RECONQUISTA	1
CS SAN ENRIQUE	1
CS SANTA TERESA	1
CS SETUBAL	1
CS VECINAL BARRIO PLATA	1
HOSP FEDERICO MEROI- MACIEL	1
SAMCO ALCORTA DR. J. MAIZTEGUI	1
SAMCO GENERAL SAN MARTIN – FIRMAT	1
SAMCO HUMBERTO PRIMO	1
SAMCO LAS PAREJAS DR JUAN M VALDANO	1
SAMCO NORBERTO TROSSERO- LAGUNA PAIVA	1
SAMCO PUERTO SAN MARTIN	1
SAMCO RICARDO ALDAO	1
SAMCO SAN JOSE DE LA ESQUINA	1
SAMCO TOTORAS	1
SAMCO PUEBLO ESTHER	1
SECRETARIA DE SALUD MUNICIPALIDAD DE SANTA FE	1
TOTAL GENERAL	3737

* *CEMAR: Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias Rosario*

Cuadro 30 Individuos atendidos ambulatoriamente con diagnóstico de VIH-SIDA en la red pública de Salud de la provincia de Santa Fe, según nivel y nodo establecimiento de atención. Año 2017.

Nodo	Nivel atención						Total general	
	Primer nivel	Porcentaje	Segundo nivel	Porcentaje	Tercer nivel	Porcentaje	Total	Porcentaje
RAFAELA	3	5,7	23	43,4	27	50,9	53	100
RECONQUISTA	9	2,9	4	0,001	298	95,8	311	100
ROSARIO	419	16,1	1608	61,7	579	22,2	2606	100
SANTA FE	19	2,6	25	3,4	696	94,1	740	100
VENADO TUERTO	3	11,5	4	15,4	19	73,1	26	100
TOTAL GENERAL	453	12,1	1664	44,5	1619	43,3	3736	100

Fuente: SiCAP (25-8-2018)

Cuadro 31. Atenciones ambulatorias con diagnóstico de VIH-SIDA en la red pública de salud de Santa Fe, según nivel y nodo establecimiento de atención. Año 2017.

Nodo	Nivel atención						Total general	
	Primer nivel	Porcentaje	Segundo nivel	Porcentaje	Tercer nivel	Porcentaje	Total	Porcentaje
RAFAELA	11	9,2	50	42,0	58	48,7	119	100
RECONQUISTA	9	1,0	7	0,8	914	98,3	930	100
ROSARIO	791	13,5	3494	59,4	1596	27,1	5881	100
SANTA FE	27	0,7	92	2,4	3776	96,9	3895	100
VENADO TUERTO	4	13,8	4	13,8	21	72,4	29	100
Total general	842	7,8	3647	33,6	6365	58,6	10854	100

Fuente: SiCAP (25-8-2018)

Cuadro 32. Relación atenciones ambulatorias/individuo atendido con diagnóstico de VIH-SIDA en la red pública de salud de santa Fe, según nivel y nodo establecimiento de atención. Año 2017

Nodo	Primer nivel	Segundo nivel	Tercer nivel	Total
RAFAELA	3,7	2,2	2,1	2,2
RECONQUISTA	1,0	1,8	3,1	2,9
ROSARIO	1,9	2,2	2,8	2,3
SANTA FE	1,4	3,7	5,4	5,3
VENADO TUERTO	1,3	1,0	1,1	1,2
TOTAL GENERAL	1,9	2,2	3,9	2,9

B-5-2) EGRESOS HOSPITALARIOS EN LA PROVINCIA DE SANTA FE ¹⁵

Puede analizarse en el cuadro 33 que el número de egresos registrados en la Provincia de Santa Fe tiende a una leve disminución.

¹⁵ Datos elaborados por la Dirección General de Estadísticas de la Salud. Fuente: Base de Egresos hospitalarios para cada año de la serie a partir del Informe de hospitalización generado por los establecimientos provinciales con internación (aproximadamente 110 establecimientos de segundo y tercer nivel de atención). Quedan excluidos los establecimientos municipales. Se consideró los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10). (B200, 201, 202, 203, 204, 205, 207, 208, 209, 211, 212, 213, 218, 220, 221, 227, 230, 231, 232, 238 (Enfermedad por VIH en diferentes formas), B24X (enfermedad por VIH sin otra especificación) y Z21X (Estado infección asintomática por VIH).). Dado que las Bases registran hasta tres diagnósticos de egreso, se consideró como caso los Egresos con código para VIH-Sida como primer diagnóstico los Egresos con código para VIH/Sida como segundo y tercer diagnóstico, siempre y cuando el primero correspondiese a eventos relacionados a dicha enfermedad, como infecciones y tumores (a modo de ejemplo, si el primer código estuvo relacionado a embarazo, el egreso fue excluido).

Cuadro 33. Egresos por VIH/Sida de establecimientos públicos provinciales entre los años 2015 y 2017. Provincia de Santa Fe

Nodo	Departamento	Localidad	Establecimiento egreso	N° de Egresos		
				2015	2016	2017
Rafaela	San Cristóbal	Hersilia	Hospital Hersilia	0	1	0
	Castellanos	Rafaela	Hospital Jaime Ferre	4	6	2
	Castellanos	Ceres	Hospital Ceres	0	0	3
	9 de Julio	Tostado	Hospital Tostado	0	0	2
Reconquista	Gral. Obligado	Reconquista	Hospital Olga Stucky	10	31	22
	Vera	Vera	Hospital Vera	4	4	4
Rosario	Iriondo	Cañada de Gómez	Hospital San José	0	4	8
	Iriondo	Tortugas	Hospital Tortugas	0	0	1
	Caseros	Casilda	Hospital San Carlos	2	1	0
	Rosario	G. Baigorria	Hospital Eva Perón	13	13	11
	Rosario	Rosario	Hospital Centenario	32	14	0
	Rosario	Rosario	Hospital Niños Z. Norte	0	1	0
	Rosario	Rosario	Hospital Provincial	11	12	10
	Rosario	Rosario	Hospital Geriátrico	0	1	0
	Rosario	Villa G. Galvez	Hospital Gamen	2	0	6
	San Lorenzo	San Lorenzo	Hospital G. a Caballos	0	0	2
Santa Fe	La Capital	Santa Fe	Hospital J.M. Cullen	10	13	2
	La Capital	Santa Fe	Hospital Iturraspe	38	42	37
	La Capital	Santa Fe	Hospital Sayago	5	2	2
	La Capital	Santa Fe	Hospital Alassia	2	3	5
	La Capital	Santo Tome	Hospital Santo Tome	0	1	0
	Las Colonias	Esperanza	Hospital Esperanza	0	0	1
	Las Colonias	Humberto Primo	Hospital H. Primo	0	0	1
	San Justo	San Justo	Hospital San Justo	0	0	1
Venado Tuerto	Gral. López	Firmat	Hospital San Martin	0	0	1
	Gral. López	Rufino	Hospital Salas Cobo	0	2	2
	Gral. López	Venado Tuerto	Hospital Gutiérrez	3	2	6
Total				136	153	129

Fuente: Dirección General de Estadísticas de la Salud.

B-5-3) POBLACION DE PERSONAS PRIVADAS DE LIBERTAD

Se realizó un estudio a la Población de Personas Privadas de Libertad (PPL)¹⁶ en unidades del Servicio Penitenciario de la Provincia de Santa Fe, Región Sur (SPSur) realizado entre 01/01/2017 y el 31/05/2018 17, lo que representa el 78,6% de las 5410 PPL en la provincia.

¹⁶ *Reporte de casos de tuberculosis, HIV, sífilis y hepatitis virales en personas privadas de Libertad, realizado por: Dr. Fernando Biasutti, Dr. Ernesto Careno, Esteban Rossi (Programa Provincial de Tuberculosis, Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe); Bioq. Dra. Andrea Moro (Sistema Municipal de Epidemiología, Secretaría de Salud Pública, Municipalidad de Rosario); Bioq. Romina Huanca, Dr. Mariano Lodigiani; Dr. Enrique*

Se utilizaron pruebas serológicas voluntarias. El testeo de las diferentes patologías estudiadas fue voluntario y no fue realizado en el contexto de una campaña de detección, sino como parte de la evaluación clínica de los pacientes que consultaron al Servicio Médico por cualquier causa, o en el estudio protocolizado de visitas íntimas que se lleva a cabo el SPSur.

Se conoció la condición serológica para HIV en 835 detenidos (el 19,6% de la población penitenciaria del SPSur), registrándose entre ellos 72 casos de pacientes HIV (+), lo que representó el 8,6% del total de personas para las que se conoció su condición para esta patología y un 1,7% del total de PPL

Los porcentajes observados de testeo entre PPL del SPSur han sido muy bajos, lo que haría necesario una optimización del abordaje, a través de una conducta más proactiva por parte del servicio médico penitenciario; protocolizando el testeo del detenido al momento de su ingreso a la unidad carcelaria, solicitándose cuando el detenido consulta por cualquier causa, o bien fomentando campañas de testeos periódicos. Además la muestra no fue estadísticamente representativa para la población total, sino que contó con un sesgo permanente dado que los testeos serológicos fueron voluntarios. Dada la fragilidad metodológica se debería llevar adelante estudios más rigurosos con una muestra representativa de la población del SPSur, a la que se le pueda realizar el testeo serológico para HIV.

Existen también barreras institucionales y limitaciones operativas en las entidades penitenciarias o carcelarias, tales como adherencia, discontinuidad en la disponibilidad de medicamentos, negativa o prohibición de acercarse al lugar de toma de la medicación, cambio de celdas, viajes a tribunales, hospitales o mudanza de prisión, negativa de los internos a ser atendidos, traslados en comisión, pérdidas de oportunidades y además, los detenidos que lograron la libertad antes del año de seguimiento.

De este modo, no pudieron calcularse de modo riguroso tasas de incidencia ni de prevalencia, limitándose el informe a estimar prevalencias solo en base a los datos disponibles. Sin embargo, el estudio sirvió como un primer acercamiento a la situación de salud de las PPL en la provincia. Con estas salvedades metodológicas, y basándose en otros datos de trabajo en terreno y otras reseñas de intervención, puede suponerse que cerca del 2,7% de las PPL serían PVVS, lo que constituiría una frecuencia superior a las de la población general.

Como referencia, la adherencia a TARV en unidades de detención de países desarrollados llega en ocasiones a ser similar a las de otros servicios de salud. Los datos en nuestro medio son más limitados pero se observó algo similar en un estudio en PPL en una cárcel federal de Argentina¹⁸ En conclusión, este último dato que indica una prevalencia de PVVS entre PPL en torno al 2,7%, pasa a constituirse hasta el momento, con la advertida fragilidad metodológica, en el dato de referencia aproximada.

En el período de seguimiento se constató una media de 2,4 cargas virales/año/paciente (algo menor que lo ideal pero dentro de lo recomendado (cargas virales HIV y recuento de CD4).

La frecuencia de comorbilidad del VIH resultó de 12,3% para Sífilis (8 casos); del 32% para Hepatitis B y el 43,3% con Hepatitis C.

Crochet (Servicio Penitenciario de Santa Fe, Ministerio de Seguridad de la Provincia de Santa Fe).

17 Se contempló 6 penitenciarias (U1 Coronda, U3 Rosario, U5 Mujeres Rosario, U6 Rosario, U11 Piñero y U16 Pérez), representando el 78,6% de la PPL en la Provincia de Santa Fe y algunas comisarias del sur de la provincia de Santa Fe. Se constató que existen 4.250 PPL y 82 personas en otras instancias de detección.

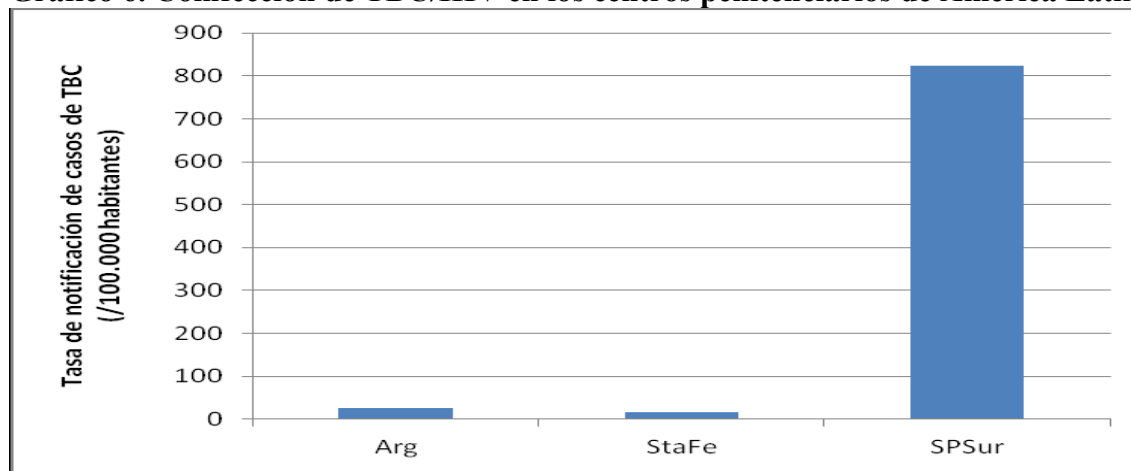
18 Francos J, Ameri D, Padin J et al. “Cascada de tratamiento del HIV/SIDA en personas privadas de la libertad en una cárcel federal argentina de máxima seguridad (hacia la meta 90/90/90)”; SADI 2016. Mendoza, Argentina.

Entre las personas con TBC/Tuberculosis) se estaría verificando una frecuencia de comorbilidad TBC/VIH de 2,8% de los casos.

Sobre la TBC surge claramente que la población carcelaria presenta determinantes sociales de salud/enfermedad que la hacen más vulnerable antes aún a su ingreso al Sistema Penitenciario, vulnerabilidad que se agrava al convertirse en PPL, ya que en las cárceles, la TBC encuentra las condiciones ideales para desarrollarse y magnificarse, mostrando en este estudio tasas de notificación de TBC en el SPSur 31 veces superiores a las encontradas en la República Argentina y 51 veces superiores a las reportadas en la Provincia de Santa Fe.

Los casos de TBC se desagregan con el 71,4 % de TBC Pulmonar y el resto, 28,6% extrapulmonar. El gráfico 6 permite visualizar la mayor vulnerabilidad de las PPL en relación a la coinfección de TBC/HIV en los centros penitenciarios de América Latina. Otro dato a considerar es que no siempre las PPL acceden a consejería y prueba voluntaria para HIV.

Gráfico 6. Coinfección de TBC/HIV en los centros penitenciarios de América Latina



Brasil no se incluye en este gráfico

Más allá de la rigurosidad o exactitud de las cifras disponibles, no cabe duda de que todos los estudios y relevamientos de datos epidemiológicos entre las PPL revelan la situación crítica de esta población, con estimaciones de prevalencias para todas las patologías estudiadas mucho mayores que las de la población general tanto para TBC, Sífilis, hepatitis C y B.

En otro estudio de campo¹⁹ entre las personas Privadas de libertad realizado en el año 2016, se consignó una muestra de 2.277 detenidos/as (22% de la población total del Servicio penitenciario Federal. SPF) que se expresa en el cuadro 34.

¹⁹ Fuente Dirección de Sida y ETS. Estudio de prevalencia de VIH, sífilis, hepatitis virales y tuberculosis en personas en contextos de encierro en unidades del Servicio Penitenciario Federal. Argentina 2017

Cuadro 34. Prevalencias estimadas en privados de libertad en cárceles federales. Año 2016

	Prevalencia X 100 casos
VIH	2,4 / 2,7
Sífilis	6,8
Hepatitis B crónica	0,5
Hepatitis C	5,6
Tuberculosis	0,7

Los datos aquí referidos son estimaciones y no corresponden a la proporción directa de resultados reactivos sobre la cantidad de extracciones de sangre, sino que se calculan como proporciones ponderadas (poblaciones finitas y cálculos según el tamaño de cada submuestra).

Del estudio resulta que habría una prevalencia de VIH para la población carcelaria de 2,7% (IC: 2,4%-3%). Entre las personas detenidas con VIH las mujeres mostraron una prevalencia de 3,9% y los varones 2,5%. Dieron resultados reactivos 4 de las 13 personas trans a quienes se les realizaron extracciones de sangre. La edad resultó un dato significativo, ya que tendrían VIH 1,3% de los menores de 40 años y 4,3% de los mayores de esa edad. El 0,71 % de las personas mostraron una coinfección ente VIH y Hepatitis C. Se analizó que la frecuencia del uso de preservativo resultó mayor entre los infectados que entre los que no lo usan nunca.

B-6) DEFUNCIONES RELACIONADAS CON EL VIH/SIDA EN LA PROVINCIA DE SANTA FE²⁰

Para analizar las defunciones relacionadas con el Sida se utilizó el mismo criterio que el manejado por la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación (luego Secretaría de Salud) por lo que se toma únicamente la principal causa de Diagnóstico en el marco del análisis para la provincia y dentro de ella para la ciudad de Rosario. Es importante destacar que si se analizan los datos presentados por el Programa de Sida del municipio de Rosario (ver datos al respecto), pueden establecerse algunas diferencias porque en el municipio de consideran las tres causas consignadas en los Certificados de Defunciones por lo que resulta en un valor más elevado.

En el año 2016 se registraron en la provincia de Santa Fe 83 defunciones (primera muestra). Fueron incluidos como defunciones por VIH/Sida las muertes registradas en las cuales se consigna como primer diagnóstico códigos CIE10 comprendidos entre B20.0 a B24.9 (no se trabajó con segundos o terceros diagnósticos).

Fueron excluidas las defunciones con residencia en otro país y/o otra provincia (52 varones y 31 mujeres). Cabe señalar que se siguió el mismo criterio que el utilizado por la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación (más tarde Secretaría Nacional de Salud). La tasa de mortalidad por 100.000 habitantes es de 2,42. Desagregada en 3,12 para varones y 1,76 para mujeres.

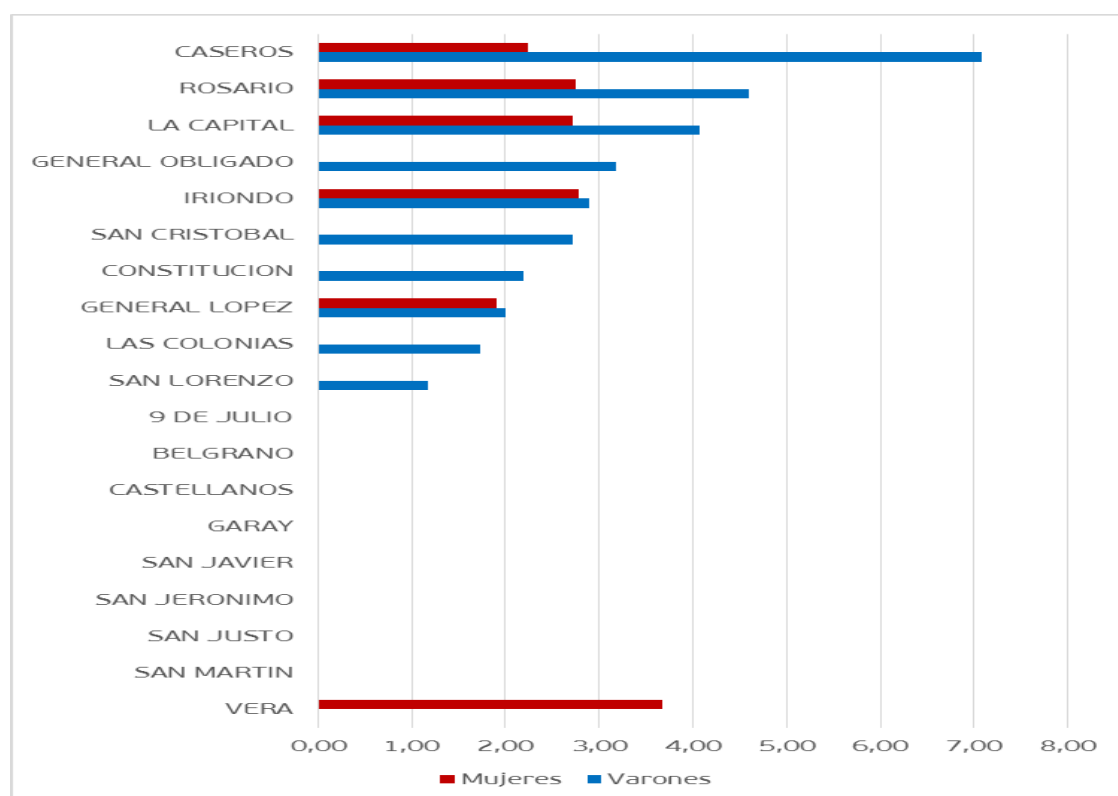
²⁰ Fuente: Ministerio de Salud. Dirección Provincial de Información para la gestión

**Cuadro 35. Mortalidad por VIH/Sida por departamentos en la provincia de Santa Fe.
Período 2001 al 2016 ²¹**

	Defunciones			Tasa brutas (x 100000)		
	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos
VERA	0	1	1	0,00	3,68	1,85
SAN MARTIN	0	0	0	0,00	0,00	0,00
SAN JUSTO	0	0	0	0,00	0,00	0,00
SAN JERONIMO	0	0	0	0,00	0,00	0,00
SAN JAVIER	0	0	0	0,00	0,00	0,00
GARAY	0	0	0	0,00	0,00	0,00
CASTELLANOS	0	0	0	0,00	0,00	0,00
BELGRANO	0	0	0	0,00	0,00	0,00
9 DE JULIO	0	0	0	0,00	0,00	0,00
SAN LORENZO	1	0	1	1,17	0,00	0,57
LAS COLONIAS	1	0	1	1,74	0,00	0,86
GENERAL LOPEZ	2	2	4	1,99	1,91	1,95
CONSTITUCION	1	0	1	2,19	0,00	1,07
SAN CRISTOBAL	1	0	1	2,72	0,00	1,34
IRIONDO	1	1	2	2,90	2,78	2,84
GENERAL OBLIGADO	3	0	3	3,19	0,00	1,57
LA CAPITAL	11	8	19	4,06	2,72	3,37
ROSARIO	28	18	46	4,60	2,75	3,64
CASEROS	3	1	4	7,08	2,23	4,59

²¹ Bases de Mortalidad elaboradas por la Dirección General de Estadística del Ministerio de Salud de Santa Fe a través del Sistema de Estadísticas Vitales, para cada uno de los años de la serie. Se utilizó las proyecciones poblacionales elaboradas por el Instituto. Provincial de Estadísticas y Censos a partir de los datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010. Con la población estimada al primero de julio de cada año. Para establecer la tendencia se aplicó la prueba de Mann-Kendall a las tasas de los departamentos y la provincia. La prueba calcula la medida de asociación tau de Kendall entre dos muestras y trabaja con tres hipótesis: nula (no hay tendencia en la serie), negativa (decreciente) y positiva (creciente).

Gráfico 7. Tasa Bruta de mortalidad por VIH-SIDA (por 100.000 habitantes), por departamento de residencia y sexo. Santa Fe. 2016. ²²



Fuentes: Dirección General de Estadística del Ministerio de Salud de Santa Fe (Estadísticas Vitales. Bases de mortalidad). Instituto Provincial de Estadísticas y Censos (proyecciones de población en base a Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 y 2010)

²² La tasa bruta de mortalidad expresa la frecuencia de las defunciones en la provincia (número de defunciones en un año y la población por cien mil habitantes).

La tasa de mortalidad general es la proporción de personas que fallecen respecto al total de la población en un año.

Tendencia tasa mortalidad por VIH/Sida por departamento de residencia según test Mann-Kendal. Santa Fe. Años 2001 a 2016.

	Valor de Z	Valor de p para hipótesis alternativa tendencia creciente (alfa = 0,05)	Valor de p para hipótesis alternativa tendencia decreciente (alfa = 0,05)	Tendencia
9 DE JULIO	1,13	0,13	0,87	nula
BELGRANO	0,79	0,21	0,79	nula
CASEROS	0,73	0,23	0,77	nula
CASTELLANOS	0,65	0,26	0,74	nula
CONSTITUCION	1,31	0,90	0,10	nula
GARAY	0,00	0,50	0,50	nula
GENERAL LOPEZ	0,86	0,02	0,98	nula
GENERAL OBLIGADO	2,06	0,02	0,98	creciente
IRIONDO	1,35	0,09	0,90	nula
LA CAPITAL	2,48	0,01	0,99	creciente
LAS COLONIAS	0,66	0,25	0,25	nula
ROSARIO	-3,47	1,00	0,0003	decreciente
SAN CRISTOBAL	0,65	0,26	0,74	nula
SAN JAVIER	-0,11	0,54	0,46	nula
SAN JERONIMO	0,05	0,48	0,48	nula
SAN JUSTO	0,18	0,43	0,57	nula
SAN LORENZO	0,94	0,17	0,83	nula
SAN MARTIN	0,95	0,17	0,83	nula
VERA	-1,16	0,88	0,12	nula
Total general	0,50	0,69	0,31	nula

Para establecer la tendencia se aplicó la prueba de Mann-Kendall a las tasas de los departamentos y la provincia. La prueba calcula la medida de asociación tau de Kendall entre dos muestras y trabaja con tres hipótesis: nula (no hay tendencia en la serie), negativa (decreciente) y positiva (creciente) 4. El cálculo se realizó con el software Minitab 16 (4 Mann-Kendall Trend Tests)

El cuadro anterior sobre la tendencia de las tasas de defunciones cada 100.000 habitantes ocurridas en la provincia de Santa Fe en el período 2001 a 2016²³, permite notar que no ha sido similar la evolución de los fallecidos en diferentes departamentos de la provincia. En términos generales se produjo un aumento no muy pronunciado de las defunciones y al mismo tiempo la evolución de las tasas arroja una “tendencia nula” es decir que analizadas en relación al número de habitantes no resulta creciente ni decreciente. Al desagregar los datos por departamentos, las tasas en los departamentos General Obligado y la Capital muestran un crecimiento. Por otra parte el departamento Rosario experimenta un proceso decreciente, acompañando entonces Rosario el comportamiento general del país. Este hecho puede deberse a que la ciudad de Rosario ha sido la localidad que concentró los primeros casos y numericamente acompañó el proceso nacional, así desde las demás localidades de la provincia, las denuncias de nuevos casos ocurrieron un tiempo después y por lo tanto el registro de fallecimientos también. En parte

²³ Población de Santa Fe: 2001: 3.095.496; 2002: 3.115.922; 2003: 3.135.972; 2004: 3.156.308; 2005: 3.177.557; 2006: 3.199.248; 2007: 3.220.818; 2008: 3.242.551; 2009: 3.264.095; 2010: 3.285.170; 2011: 3.305.884 ; 2012: 3.326.511; 2013: 3.346.867; 2014: 3.366.801; 2015: 3.386.133.

porque la asistencia particular dejó de concentrarse necesariamente en los centros urbanos de mayor cantidad de habitantes y complejidad sanitaria

B-7) EVOLUCIÓN CONSUMO MENSUAL DE REACTIVOS PARA TAMIZAJE HIV ²⁴

Se detalla en el cuadro 36 el consumo de reactivos HIV (utilizados para los diagnósticos VIH) brindadas por la Dirección Nacional de ETS/SIDA entre los años 2010 y 2018. Se observa que no ha dejado de aumentar el uso de este insumo, lo que constituye en la práctica un indicador del aumento de las pruebas diagnósticas en la provincia.

Cuadro 36. Consumo de reactivos diagnósticos para VIH en la red de Laboratorios de Salud Pública de la provincia de Santa Fe. Años 2010 al 2018

Año 2010	82.004
Año 2011	93.668
Año 2012	105.876
Año 2013	114.580
Año 2014	132.028
Año 2015	135.660
Año 2016	136.780
Año 2017	150.476
Año 2018	48.612

El año 2018 se analizan los primeros 4 meses

Cuadro 37. Porcentaje de diversos indicadores de la provincia de Santa Fe en proporción a la República Argentina con relación al VIH/Sida

	%
Reactivos para atención VIH y hepatitis virales (2015)	8,8
Unidades de reactivos Dx (2017)	13,9
Unidades de reactivos seguimiento (2017)	11,8
Unidades de medicamentos (2017)	9,5
Transferencia de medicamentos (2017)	8,4
Leche inicio para prevenir TV (2015)	7,7
Total de transferencias desde nación a Santa Fe (en relación a VIH) (2015)	9,1
Tratamientos antirretrovirales (2019)	9,9
Personas que viven con VIH/Sida (2019)	8,2
DATOS DEMOGRAFICOS Y ESTADISTICAS VITALES	
Número de Habitantes (2017)	7,8
Nacidos vivos (2018)	7,7
Mortalidad General (2018)	9,1

Fuentes: Boletín Nacional de Sida año 2016 y 2018. Informe estadísticas Vitales Secretaría nacional de Salud, y elaboración propia.

Nacidos vivos en Argentina año 2018 728.035 y en Santa Fe 55.971. Defunciones en Argentina 352.992 y en Santa Fe 32.181.

²⁴ Información brindada por la Red de Laboratorios del Ministerio de Salud de Santa Fe

C) CIUDAD DE ROSARIO

C-1) VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA (SSP)

La ciudad de Rosario, ha constituido desde los inicios de la epidemia de VIH/Sida, uno de los principales lugares de concentración de la problemática. Desde el punto de vista epidemiológico, el municipio comenzó tareas específicas desde el año 1998. Los grandes conglomerados urbanos son los que concentraron el peso de la epidemia, sobre todo en los comienzos de la misma. De este modo, la ciudad ha tenido una consideración especial en el país, por contar con una casuística mayor que varias provincias juntas. ONUSIDA considera que las ciudades desempeñan un papel fundamental en la respuesta frente al VIH, y Rosario entraría en la consideración del organismo como “Ciudades Prioritarias”.

Se estima a fines del año 2019 en 6.700 el número de PVVS en la ciudad, lo que representa el 59,3% de la provincia y el 4,8% del país (poblacionalmente la ciudad de Rosario representa el 28,8% de la provincia y el 2,25% del país (datos del año 2017)²⁵ ²⁶. La tasa de nuevas infecciones en la ciudad se ubica en 15,9 cada 100.000 habitantes

La ciudad aglomera el 55,7% de los TARV de la provincia y el 5,5% de los nacionales.

Este Boletín es la primera aparición conjunta de datos de la provincia de Santa fe con los de la SSP de la ciudad de Rosario. Cabe considerar que los análisis relativos a la provincia de Santa Fe, suelen analizarse desagregando los datos por el lugar de residencia de los pacientes (cuando corresponde y se gobierna ese dato). Sin embargo, la SSP de la ciudad mantiene un trabajo histórico con los pacientes notificados por los efectores pertenecientes al municipio, trabajo anterior a la atención epidemiológica provincial. Es por esto que debe considerarse en cada caso los criterios adoptados. De este modo la distribución de casos de la SSP no deberá coincidir necesariamente con los datos provinciales cuando se utilizan diferentes modos o criterios de análisis de la información.

Como siempre en el proceso específico de Vigilancia Epidemiológica de VIH/Sida se trabaja con información proveniente de diferentes fuentes (tanto primarias, secundarias y de propia construcción). Se trata de la elaboración de indicadores posibles para la intervención propia en el ámbito sanitario.

Metodológicamente, uno de los criterios de trabajo es considerar la primer fecha de notificación. Otros criterios tales como considerar la fecha de diagnóstico, no son los más precisos, porque no siempre se denuncian los pacientes en fechas cercanas al diagnóstico²⁷. Es importante señalar que las denuncias en un determinado período temporal no necesariamente corresponderán con el aumento o la disminución de nuevos casos en ese mismo período. Siempre se aclara al respecto que cada vez que se produce una notificación VIH/Sida, se inicia un proceso de rastreo con el fin de verificar si cada caso ha sido denunciado nuevamente y evitar así la duplicación de registros.

25 Se considera Argentina año 2017: 44.044.811, Santa Fe 3.453.674 y Rosario: 993.246

²⁶ A modo de referencia, y como comparación indirecta, las proporciones de habitantes en cuanto a los datos asistenciales, estos mantienen una lógica numérica. Por ejemplo, la ciudad de Rosario en el año 2017 representó el 32,2% de vacunas utilizadas en la provincia, y el 30,8% de los usuarios vacunados. Fuente SICAP.

²⁷ El área de Epidemiología en VIH/Sida de la Dirección Nacional de SIDA, ETS y Hepatitis Virales considera sus registros a partir de la fecha de diagnóstico registrada en la ficha de notificación independientemente de la fecha de la información.

Como se indica a nivel provincial y local, con las notificaciones de casos, si un paciente es registrado como caso VIH y luego pasa a ser registrado como caso Sida, se inscribe el cambio de consideración²⁸

Las fuentes de información son múltiples, entre ellas se destaca las notificaciones epidemiológicas enviadas a la administración nacional a partir de la ejecución manual de la llamada Ficha Epidemiológica Nacional de VIH/Sida (obligatoria por ley 23.798/91). La misma se ha modificado en diferentes ocasiones desde la administración central y local, incluso de manera conjunta entre la provincia de Santa Fe y el municipio de Rosario en el año 2011²⁹. Las Fichas son llenadas por médicos y enviadas conjuntamente con las fichas del resto de la provincia a la Dirección Nacional de Sida, cumplimentando el “flujo de información” natural, según el cual cada nivel sanitario-administrativo va constituyendo eslabones de trabajo. Es esperable que a partir del año 2020 se profundice un proceso de unificación de la información nacional a partir de la utilización de la plataforma del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina (SISA) que se viene implementando en el país desde el año 2014, y se espera que pueda implementarse integralmente en relación al VIH/Sida.

C-2-1) NOTIFICACIONES

Las notificaciones acumuladas en la ciudad parten desde el año 1988. Los datos de desagregan según diversas fuentes de información ya que hasta el 31/12/11 se utilizaba una base FOX y se registraron 4.250 casos, desde el año 2012 se comenzó a utilizar un registro on-line basado en Sa.si.pro ese cambio de registro generó la eliminación de registros, disminuyendo los mismos con fines de compatibilizar las diferentes fuentes de datos. Así si se miden los casos que registraron notificación en la ciudad la cifra hasta fines de 2019 es de 5.285 casos, pero consideradas según medios informáticos consensuados sería de 4.475.

El país consideró desde el comienzo de los registros (1990) hasta finales del 2016 que 138.458 casos se habían notificado, en consideración con el mismo período en la SSP los casos notificados fueron 5.055 desde el comienzo de los primeros registros hasta el año 2016 inclusive, que representaron el 3,65% de las notificaciones nacionales.

Cuadro 38. Casos VIH/Sida Acumulado 1988- 2011, y 2012-2016. Rosario

		1988-2011	2012-2016
Casos totales acumulados al 31/12/2017		3822	773
Casos adultos (>=15 años)		3646	758
Casos VIH/Sida. Sexo y género	Hombres	2268 (59,3%)	306 (39,5%)
	Mujeres	1510 (40,7%)	467 (63,50%)
	Relación Hombre/Mujer	1,5:1	0,65:1
	Trans	3 (0,08%)	18 (2,32%)
Casos transmisión vertical		31 (8 por lactancia)	1

Trans: personas transgénero, travestis, transexuales

La razón entre hombres y mujeres, se construye sobre los casos en los cuales se conoce el sexo de la persona notificada, de manera acumulada (cercana al 99%)

Transmisión Vertical no distingue entre casos VIH o Sida.

La ciudad de Rosario toma como referencia hasta el año 2011 sus propias fuentes de información y desde esa fecha los datos unificados con la Provincia.

²⁸ A nivel nacional se considera de manera diferenciada casos y/o personas VIH y Sida. En la provincia de Santa Fe, y específicamente en la ciudad de Rosario, se utiliza un único registro, pero se considera la diferenciación diagnóstica, por lo que no se superponen los datos.

²⁹ En un comienzo se utilizaba una bases de datos tradicional utilizada hasta el año 2011, y desde ese año se utilizó un sistema informático de carga on-line (Sa.si.pro.)

La ciudad de Rosario presentaba en el año 2012 una tasa de VIH de 18,5 por cada 100 mil habitantes, más adelante en el año 2015 la tasa de infección era de 15,6 por 100 mil habitantes; y en el año 2017 de 9,5 por 100 mil habitantes³⁰. Puede observarse en estos años que la tasa de infecciones cada 100 mil habitantes ha estado disminuyendo en la ciudad ³¹.

Cuadro 39. Razón H/M y condición clínica. Notificaciones por períodos. Ciudad de Rosario

Período	DX	Hombres	Mujeres	Razón H/M
1988-2013	VIH	1506	1204	1,25
	Sida	1192	342	2,38
2014-2017	VIH	285	145	1,96
	Sida	95	36	2,63

En cuanto a la población Trans el porcentaje es más elevado que entre los hombres, lo que mostraría que pese a contar con un acceso garantizado al sistema sanitario, los cuidados generales de este grupo de población demoran las consultas oportunas. En el cuadro 40 se analiza la distribución de notificaciones totales en cuanto a sexo y género.

Cuadro 40. Notificados 2017-2018. SSP

Mujeres	25,5 %
Hombres	73,9 %
Trans	0,4 %

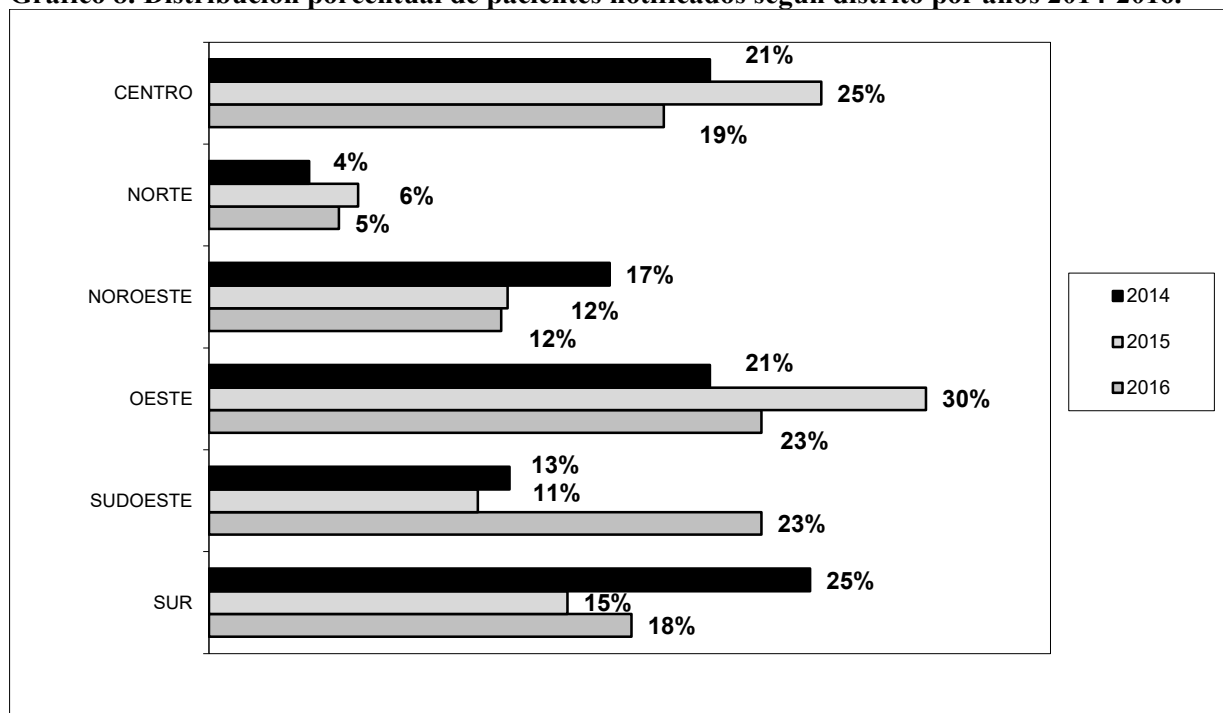
El año 2018 es considerado hasta el 12 de junio.

³⁰ Población de la ciudad de Rosario en 2017: 996.384

³¹ Como dato de referencia en Argentina se estimó para el año 2009 una tasa de 12 cada 100 mil habitantes y para los años 2013/2014 la tasa era de 13,5 cada 100 mil habitantes. En la ciudad la prevalencia en población general es de 0,65%.

C-2-2) NOTIFICACIONES POR DISTRITO

Gráfico 8. Distribución porcentual de pacientes notificados según distrito por años 2014-2016.



El gráfico 8 permite analizar las frecuencias de distribución de nuevas infecciones en la SSP medidas en tres años consecutivos en los distritos de la ciudad. No parece observarse un patrón específico pero puede notarse como en el distrito Oeste ha tenido una relevancia específica del 26,5% de las notificaciones, seguidos por el distrito Centro y el Sur.

C-3-1) DETECCION DE VIH/SIDA EN LA SSP

Las pruebas de detección en la ciudad de Rosario han respondido a lo largo de los años a diferentes algoritmos de trabajo. Básicamente se ha considerado la necesidad de no ofrecer un diagnóstico con una sola prueba de detección ni con un solo método diagnóstico. En un principio se realiza la búsqueda inicial de anticuerpos anti VIH mediante la técnica ELISA y/o otras técnicas tales como por aglutinación de partículas, por quimioluminiscencia, mediante ELFA (equipo minividas) etc. Cuando el resultado es reactivo o dudoso, se ofrece entonces una segunda extracción sanguínea y se realizan otra/s prueba/s similares a las anteriores y de confirmarse se coteja el resultado mediante otros métodos confirmatorios tales como Western Blot (WB), Polymerase Chain Reaction (PCR) o Carga Viral.

C-3-2) ANÁLISIS DE LAS ÓRDENES, PRUEBAS Y PORCENTAJES DE VIH EN LABORATORIO³²

Con el fin de considerar el porcentaje de análisis de VIH dentro de los pedidos de laboratorio para lograr una aproximación sobre la gravitación del VIH dentro de la SSP, se construye el indicador al comparar las pruebas de laboratorio de los efectores de la SSP en relación a las órdenes de laboratorio. Se parte de la base que en una orden de prescripción de análisis clínicos, suele incorporarse referentes pedidos de análisis, siendo el VIH uno de ellos o no.

En el año 2017, se solicitaron 616.184 órdenes de laboratorio, y en ese mismo año, las pruebas para la detección de VIH fueron 70.975, lo que constituye el dato que el 11,5% de las órdenes pedidas incluyeron una prueba de VIH. Y las pruebas en relación al VIH/Sida constituyeron el 2,1% de las realizadas en todo concepto en el ámbito de la SSP.

En el año 2018, se solicitaron 635.623 órdenes de laboratorio, y en ese mismo año, las pruebas para la detección de VIH fueron 52.457, lo que constituye el dato que el 8,3% de las órdenes pedidas incluyeron una prueba de VIH. En el año 2016, se solicitaron 548.796 órdenes de laboratorio, y en ese mismo año, las pruebas para la detección de VIH fueron 71.087, lo que constituye el dato que el 13% de las órdenes pedidas incluyeron una prueba de VIH. Y las pruebas en relación al VIH/Sida constituyeron el 2,1% de las realizadas en todo concepto en el ámbito de la SSP (al igual que en año anterior). El cuadro 41 permite observar que la proporción de pruebas/órdenes es relativamente estable, si bien concentró un pico en los años 2016 y 2017 mantuvo cierta proporción a lo largo de los años.

Cuadro 41. Pruebas y órdenes de laboratorio de análisis de VIH realizados en SSP.
Años 2008, y 2011 al 2017.

	Pruebas	Órdenes generales	% pruebas/órdenes
2008	29.250	389.198	7,5
2011	32.478	431.453	7,5
2012	37.549	530.676	7,1
2013	32.919	408.290	8,1
2014	40.927	568.385	7,2
2015	44.426	588.796	7,5
2016	71.087	548.650	13,0
2017	70.975	616.184	11,5
2018	52.457	635.623	8,3

El dato de 2018 surge de considerar 83.801 pruebas menos 31.344 (37,40 %) que no corresponden a la SSP. De las pruebas realizadas en el CEMAR, las de la SSP representan aproximadamente 51,8%.

C-3-3) DIAGNOSTICOS TARDIOS DE NOTIFICACIONES. ROSARIO

En cuanto a los diagnósticos VIH/Sida, se realiza la distinción de considerar cuando el primer diagnóstico informa sobre la detección de una de las 28 enfermedades marcadoras o no.

Se supone que debe haber una brecha de tiempo entre que una persona se infecte y que luego pueda desarrollar una enfermedad relacionada. Es así que se considera que si un primer diagnóstico incluye una enfermedad marcadora, la persona notificada o quién la atendiese, no se había enterado o no había recibido atención sanitaria específica a pesar de haber estado viviendo con el virus de VIH. Esta situación es denominada “Diagnóstico Tardío” para referirse a las

³² Fuente: Dirección de Bioquímica de la SSP. Hasta 2009 ASILAC (Área Sistematizada de la Información de los Laboratorios de Análisis Clínicos)

personas que se presentan como casos Sida al momento del primer diagnóstico con síntomas y con una carga viral menor de 200 copias. La definición de Diagnóstico tardío no es uniforme. Uno de los criterios es considerar los casos notificados como infección sintomática sin criterio de sida más los casos Sida (con enfermedad marcadora), en otros casos se utiliza el punto de corte de menos de 200 CD4, otras veces 250 CD4 y hasta 350 CD4. Otra diferencia de consideración es mediante el cálculo del tiempo de inicio de enfermedades marcadoras, hasta 6 meses después del diagnóstico, en otros casos hasta 12 meses (Argentina en otros años anteriores). Desde el año 2017 Argentina consideró los casos en un estadio sintomático con o sin criterio de Sida y/o con un CD4 menor de 200 centímetros cúbicos, aumentando la sensibilidad del diagnóstico, al incorporar así los casos inmuno-deprimidos pero sin presencia de enfermedades marcadoras. El mayor porcentaje de diagnósticos tardíos representan un indicador poco deseable, registran en general un número escaso de linfocitos CD4 (< 200 o 250 por milímetro cúbico) al momento de su diagnóstico, situación que mostraría un deterioro en relación a la salud al momento de la notificación. Desagregando este tipo de notificaciones, se registran un mayor número de diagnósticos tardíos en varones, además cuando la instrucción formal es menor y en mayores de 65 años.

A nivel local (provincia de Santa Fe y ciudad de Rosario) no es sencillo analizar el tiempo transcurrido. Por lo tanto, se consideran Diagnósticos Tardíos en dos perspectivas diferentes, por un lado los casos con notificación con enfermedad marcadora y por otro sumándole también los casos notificados como Infección Sintomática sin criterio de Sida. Ver cuadro 42 que se desagrega en el cuadro 43.

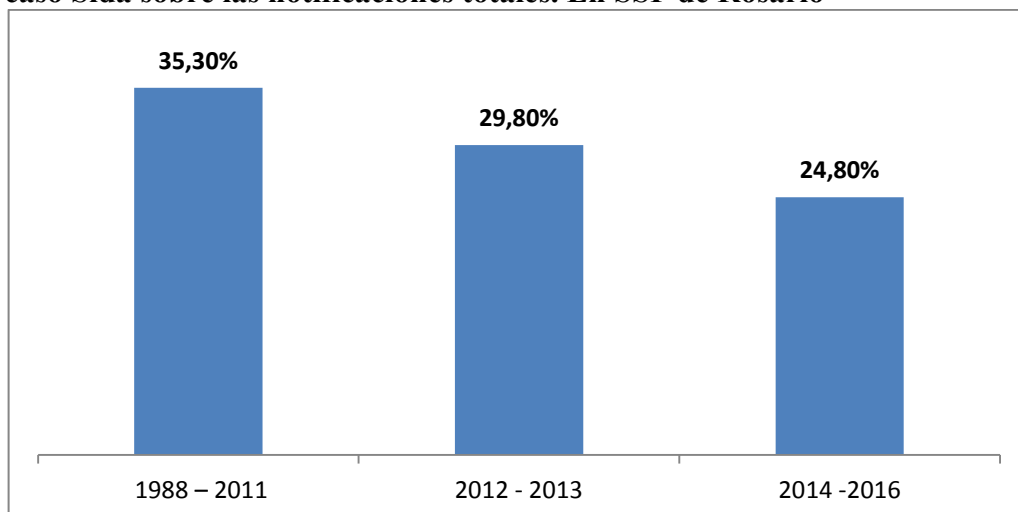
Cuadro 42 Diagnóstico Tardío por períodos de tiempo. 2 Criterios de Análisis. P. Santa Fe

		2012 - 2015	2016 - 2018
Criterios de Diagnóstico Tardío	Enfermedad Marcadora de Sida	27,5	16,9
	Enfermedad Marcadora de Sida +	36,3	24,8
	Infección Sintomática sin criterio de Sida		

El gráfico 9 muestra una disminución de casos de diagnóstico tardío (considerados únicamente como con enfermedad marcadora) a lo largo de los años. Pasando de representar aproximadamente la tercera parte de los casos en los primeros registros a significar la cuarta parte de los mismos en el último período. En el año 2017 el porcentaje fue menor todavía: 20%³³. Lo que estaría indicando una mejor calidad de atención general.

³³ 14 casos sobre un total de 70 notificaciones

Gráfico 9. Porcentaje en períodos de tiempo de casos notificados por primera vez como caso Sida sobre las notificaciones totales. En SSP de Rosario



Se entiende por enfermedad marcadora de Sida a una de las 28 enfermedades que indican protocolariamente el diagnóstico como Sida y no como VIH. Situación que implica un diagnóstico tardío.

C-3-4) NOTIFICACIONES SEGÚN ESTADO CLINICO

Cuadro 43. Notificaciones según estado clínico por períodos de tiempo

	2012 - 2015		2016 - 2018	
	Nº pacientes	%	Nº pacientes	%
Enfermedad Marcadora de Sida	176	27,5	43	16,9
Infección Asintomática	399	62,4	177	69,7
Infección Sintomática sin criterio de Sida	56	8,8	20	7,9
Síndrome Retroviral Agudo	7	1,1	5	2,0
S/I	1	0,2	9	3,5
Total	639	100	254	100

Fuente Sa.si.pro. El año 2018 se considera al 12 de junio de 2018

En cuanto a la desagregación en relación al sexo y género el cuadro del % del género, se analiza que en ambos períodos de tiempo el universo de varones, es diagnosticado como casos Sida en un porcentaje mayor que el de las notificaciones generales. En el caso de las mujeres ocurre al contrario, son notificadas en un porcentaje menor. En el caso de las notificaciones de pacientes trans en el primer período las notificaciones con enfermedad marcadora representaron un porcentaje mayor que las notificaciones generales y en el último período no se registraron pacientes tras con enfermedad marcadora. Una de las explicaciones posibles podría ser por la sistematización de los cuidados en etapas de embarazo y a una mayor predisposición de las mujeres a consultas sanitarias.

% del género entre el total de notificados y con enfermedad marcadora de Sida períodos de tiempo.

	% 2012 a 2014		% 2015 a 2018	
	Notificaciones totales	Notificaciones con enfermedad marcadora	Notificaciones totales	Notificaciones con enfermedad marcadora
Trans	2,7	4,1	1,2	0
Femenino	34,2	28,1	29,5	25,5
Masculino	63,1	67,7	69,3	74,5

Fuente Sa.si.pro.

C-4-1) PRUEBAS DIAGNOSTICAS VOLUNTARIAS ANÓNIMAS Y CONFIDENCIALES VIH/SIDA³⁴

Dentro del marco de la SSP se ofrecen pruebas de detección de VIH/Sida desde los diferentes servicios y por medio de una multiplicidad de agentes de salud. Por otro lado desde el año 1997 se ofrecen pruebas de detección VIH/Sida con carácter Voluntario, Anónimo y Confidencial en espacios diferenciados de las consultas médicas regulares, estos lugares son sostenidos en algunos casos por trabajadores del Programa de Sida y en otros lugares ofrecidos por personal perteneciente a diferentes efectores del sistema sanitario.

La propuesta consiste en sostener un algoritmo de trabajo consistente en la realización de por lo menos dos entrevistas a cada consultante (previa y posteriormente a la realización del testeo). Se busca un lugar de recepción amigable, sin necesidad de turnos previos, que permita realizarse una prueba diagnóstica evitando la necesidad de pasar por el circuito médico asistencial formal.

En el cuadro 43 se detalla únicamente el número de consultantes que fueron notificados bajo esta modalidad, descontándose que la cifra en el cuadro debería ser mayor, pero estos son los casos que pudieron sistematizarse en relación a los datos concretos.

Entre los años 1998 y 2013, las pruebas de detección VIH ascendieron a 40.692 de las cuales 749 fueron reactivas (1,8%). Entre los años 2014 y 2018 se registraron 11.158 consultantes con una frecuencia de reactivos de 2,8%. Específicamente en el año 2018 se realizaron 2.495 pruebas con 62 reactivos (2,5%)

Se ha impulsado la política pública de ampliación de la oferta de pruebas VAC (Voluntarias Anónimas y Confidenciales) hacia todos los efectores municipales de la red de salud, con el objetivo de ampliar la oferta en todo el tejido asistencial y reducir la oferta en los espacios propios, situación que se evidencia en la depreciación de las pruebas registradas bajo esta modalidad, y el mantenimiento de testeos masivos en el cuerpo asistencial general.

El número de consultas se caracterizó por una mayor concurrencia de varones, pero las mujeres han aumentado significativamente las consultas y también aumenta el porcentaje de reactivos en Mujeres, equiparándose a los diagnósticos masculinos. En definitiva, si bien concurren a realizarse pruebas VAC tanto hombres como mujeres, en los varones la frecuencia de pruebas VIH reactivas ha sido mayor.

³⁴ VAC. También llamados Consultorías o Servicios de Consejo y Detección.

Cuadro 44. Consultantes Voluntarios anónimos y confidenciales. Por períodos temporales.

Año	Pruebas	Reactivos	Frecuencia diagnósticos reactivos de VAC
1998 - 1999	2.522	79	3,13
2000 - 2003	11.175	204	1,82
2004 - 2008	15.963	271	1,69
2009 - 2013	11.032	198	1,79
2014 - 2018	11.183	314	2,81
Total Acumulado	51.875	1066	2,31

Fuente Propia.

Cuadro 45. Consultantes Voluntarios Anónimos y Confidenciales. Efectores Año 2018

Efector	Nº de consultantes	Reactivos	% reactivos
CEMAR	2053	50	2,44
HIC	314	10	3,19
HRSP	91	0	0,00
H. Alberdi	37	2	5,41
Total	2495	62	2,49

Faltaría otros efectores y desagregaciones (por ejemplo se supone unos 400 consultantes en APS).

Cuadro 46. Pruebas Voluntarias Anónimas y Confidenciales. SSP. Año 2016

Frecuencia: 3,56				
TOTALES	Varones	Mujeres	Varones (+)	Mujeres (+)
0 / 9 años	0	0	0	0
10 a 19 años	103	66	2	1
20 a 29 años	545	271	37	2
30 a 39 años	226	148	6	3
40 a 49 años	107	59	5	3
50 a 59 años	59	41	0	0
60 años o más	20	11	0	0
Sub Total	1060	596	50	9
Totales	1656		59	

Desde que se registran los consultantes de pruebas VAC mayores de 50 años han aumentado levemente en cuanto al porcentaje de personas que utilizan esta modalidad. En el año 2005 significaban el 5,5% de los consultantes y en el año 2016 representaron el 7,9% de los mismos. Al mismo tiempo cabe destacar que en cuanto a los resultados reactivos a las pruebas, los mayores de 50 años siempre representaron un valor más elevado que la representación general. Constituyendo el punto más elevado los años 2011 (9,7 de las pruebas y el 13,3 % de resultados reactivos), y 2012 (6,2 % de las pruebas y el 15% de resultados reactivos)

C-4-2) RE- TESTEANTES DE PRUEBAS VAC³⁵

Al analizar el porcentaje de las personas que se someten a reiteradas pruebas de detección, se intenta constituir un indicador en cuanto a la reiteración de prácticas de riesgo de transmisión del VIH. Es claro que se trata de un dato proxi, porque no hay una relación directa entre re-testeos y

³⁵ Aporte de Rosi Ferrara.

prácticas de riesgo, pero no deja de ser un dato significativo en una población general que coincide con la posibilidad de realizar pruebas de detección desde hace años. El cálculo se analiza en el Hospital Intendente Carrasco donde es posible rastrear las personas re-testeantes y se constituye en una muestra de conveniencia, debido a que se trata de un efector tradicional que realiza una cantidad significativa de consultas. En el cuadro 47 se evidencia que En los últimos años analizados los re-testeantes representaron una cifra cercada al 20% de las personas que concurrieron.

Cuadro 47. Re-testeantes de Pruebas Voluntarias, Anónimas y Confidenciales. Hospital I. Carrasco. Años 2011, 2012, 2013, 2016, 2017 y 2018.

Año	Nº testeantes	Nº retesteantes	% retesteantes	Nº Hombres	Nº Mujeres
2011	643	169	26,3	95	65
2012	528	130	24,6	95	37
2013	345	75	21,7	57	18
2016	301	57	18,9	39	18
2017	300	59	19,7	190	110
2018	249	47	18,9	168	81

C-4-3) DETECCION EN DONANTES DE SANGRE

El seguimiento de los donantes de sangre, posibilita el seguimiento de la frecuencia de VIH en una población específica. No constituye un indicador universal de la población general debido a la autoexclusión de aquellas personas que se saben potencialmente en riesgo de vivir con VIH, o cursar una ETS o hepatitis, pero sí permite analizar la ocurrencia en parte de la población general.

La frecuencia de VIH en donantes de sangre se muestra regularmente estable y no muy significativa. La frecuencia de Sífilis se mantiene relativamente estable en los últimos años, y siempre resulta ser mucho mayor que la frecuencia VIH.

Cuadro 48. Frecuencias en Banco de Sangre en períodos de tiempo

	VIH	Hep. B	Hep. C	Sífilis
1998 - 2002	0,14	0,25	1,13	1,36
2003 - 2007	0,14	0,12	0,92	1,10
2008 - 2013	0,07	0,08	0,26	0,70
2014 - 2018	0,06	0,05	0,08	0,62

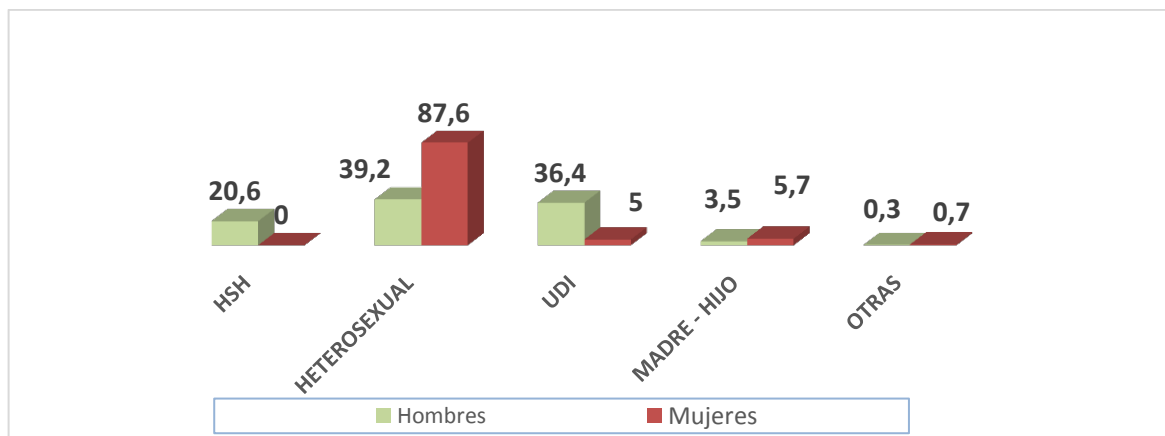
Las sífilis reactivas son confirmadas por pruebas treponémicas.

C-5-1) VIAS DE TRANSMISION DE CASOS VIH Y SIDA, NOTIFICADOS EN SSP

Las vías de transmisión constituyen un indicador privilegiado para el seguimiento de la epidemia a lo largo de los años. En los dos gráficos que siguen (10 y 11) se comparan dos períodos temporales.

Vale destacar que metodológicamente se consideran las denuncias de pacientes según las vías de transmisión del VIH, cantidad que no necesariamente coincide con el número de casos. Por lo tanto, un mismo paciente puede tener una o varias vías diferentes denunciadas (por ejemplo HSH y también UDI). De este modo, el análisis de los porcentajes no significa necesariamente que haya una menor o mayor cantidad de casos absolutos, pero sí constituye una aproximación rigurosa al fenómeno. Tanto a nivel local como nacional, la única vía de transmisión por drogas que registra la vigilancia epidemiológica es la vía inyectable, y no hay información disponible respecto del uso de drogas no inyectables.

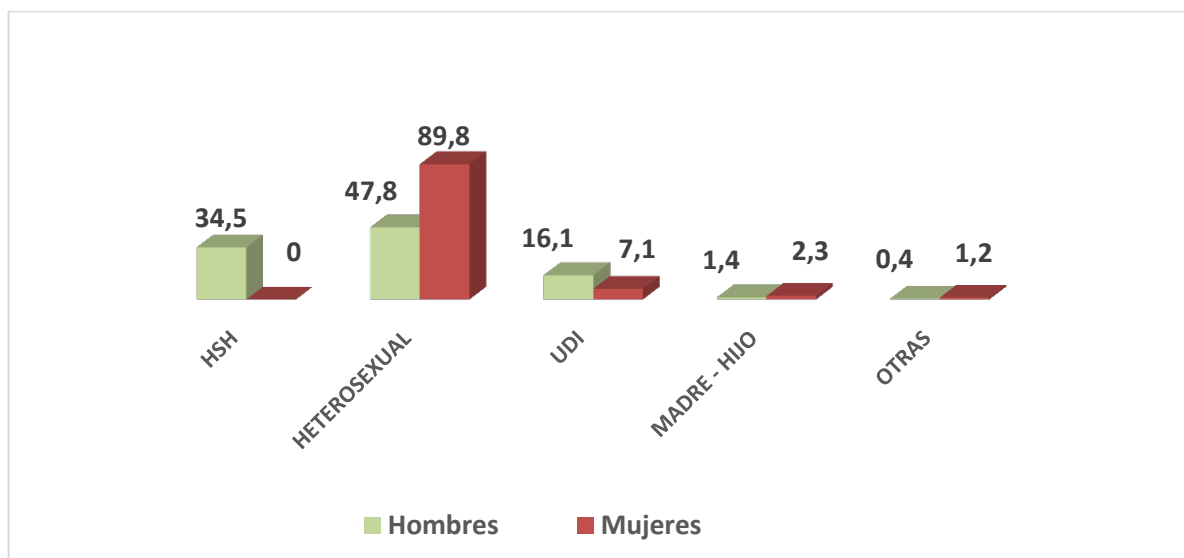
Grafico 10. Frecuencia de notificación de Vías de Transmisión . 1988 - 2011



La frecuencia considera cada 100 casos.

HSH (Hombre que tiene sexo con Hombre); UDI (Usuarios de Drogas Intravenosas).

Gráfico 11. Frecuencia de notificación de Vías de trasmisión 2012 - 2018



La frecuencia se considera cada 100 casos.

El corte se realizó al 12 de junio de 2018

HSH (Hombre que tiene sexo con Hombre); UDI (Usuarios de Drogas Intravenosas).

Las vías de transmisión han experimentado una transformación a lo largo de la epidemia.

Así al analizar el período desarrollado en el gráfico 10 (1988 hasta 2011) se observa como en los primeros años, la transmisión entre Usuarios de Drogas Endovenosas (UDI) tenía mayor peso que en la actualidad. Así se pasó de representar en los varones el 36,4% de las nuevas notificaciones a un 16,1% de la actualidad. En este sentido cabe recordar que en los primeros años del desarrollo de la epidemia (1988 a 1994) la vía UDI representaba la principal vía de transmisión de la epidemia con 61% de los nuevos casos de varones notificados, registrándose una paulatina disminución de casos notificados en ese sentido (nota 29). Considerando todos los casos de notificación con UDI entre ambos períodos, se produjo una disminución de la frecuencia a la mitad de los nuevos casos (26,4% a 13,1%).

La vía heterosexual en varones ha aumentado porcentualmente respecto a los casos totales, Además disminuyó la Transmisión Vertical, desde el 4,2% del primer período al 1,5% del segundo. Vale aclarar que en los últimos años la disminución ha sido mayor todavía (ver punto específico).

En el caso de las mujeres, siempre la vía de transmisión heterosexual ha sido la principal fuente de transmisión, ya en el primer período analizado constituía casi el 60% de las notificaciones, pero también ha aumentado la proporción de casos por esta vía, y en los últimos dos años, la cifra ronda prácticamente 9 de cada 10 nuevos casos. También puede leerse como la TV ha bajado su impacto comparativo. Actualmente los varones tienen como principal vía de infección la práctica sexual, pero hay que destacar que en los últimos años se notificaron un número similar de hombres que tienen sexo con hombres (HSH) que heterosexuales. Hay que tener en cuenta que el porcentaje de varones heterosexuales en los primeros años de la epidemia era mucho menor que en los últimos años.

Los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) merecen una lectura particular. En los primeros años analizados, representaban aproximadamente el 18% de las infecciones entre los varones. Luego se registró una declinación llegando a representar el 14,6% de las nuevas infecciones. Quizás, las fuertes campañas de prevención en la población específica determinaron una disminución de la transmisión por medio de esa vía. Sin embargo, ha aumentado en la actualidad significativamente en los nuevos diagnósticos por vía de transmisión denunciada de sexo entre varones, llegando en el último período a más del 43% de las nuevas denuncias, cobrando nuevamente relevancia epidemiológica desde el punto de vista porcentual. Quizás se deba a cierto relajamiento de la prevención, lo que hace necesaria la intervención específica en este tema en particular.

El dato más significativo es el claro aumento histórico de la vía de transmisión sexual, en las mujeres con una marcada tendencia, y también en los varones heterosexuales, aunque en el período 2012-2013 ha depreciado al 32%. Por otro lado, ha disminuido la vía de Usuarios de Drogas Intravenosas (sobre todo en los hombres).

En cuanto a las mujeres, es preciso señalar que la epidemia creció significativamente en toda la población, y este crecimiento no se aplica únicamente a las mujeres infectadas. El dato significativo es que la consideración y el riesgo de infección creció de manera relativa. Las mujeres aumentaron porcentualmente en relación a las frecuencias consideradas para los varones, pero en números totales no fueron muchas más.

En los dos gráficos que siguen (12 y 13), se puede visualizar la evolución del proceso de cambio según las vías de transmisión.

Grafico 12. % Vías de transmisión notificadas por períodos. VIH/Sida en Mujeres

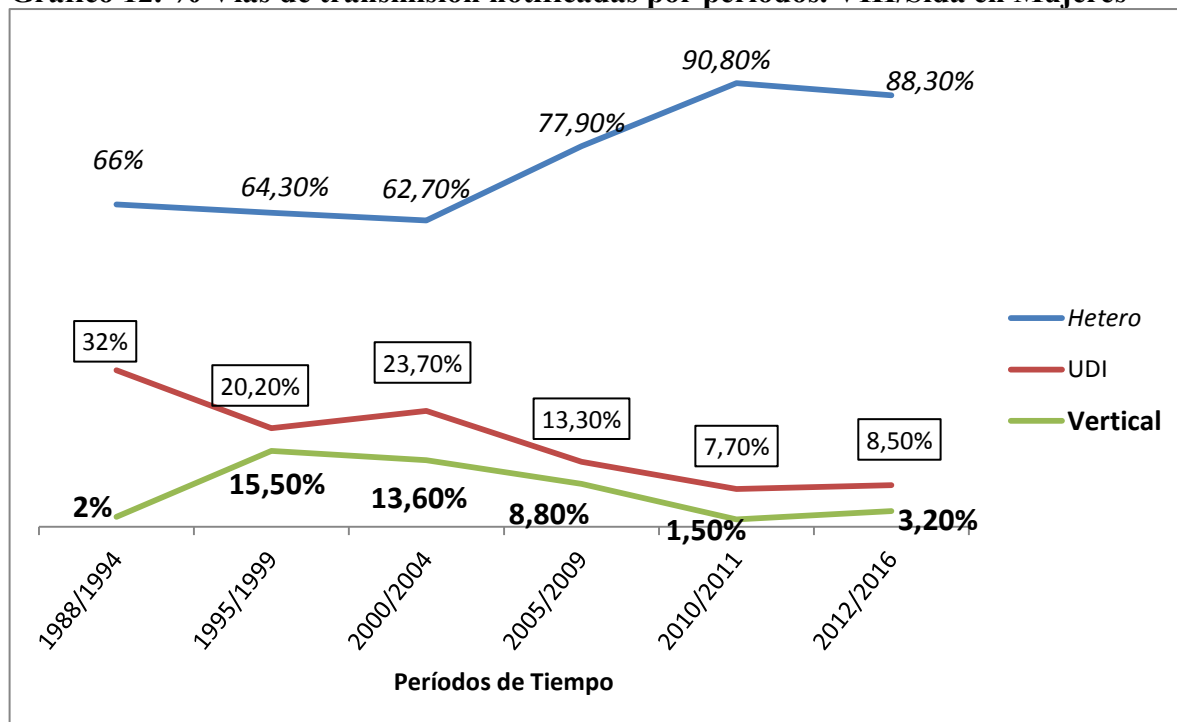
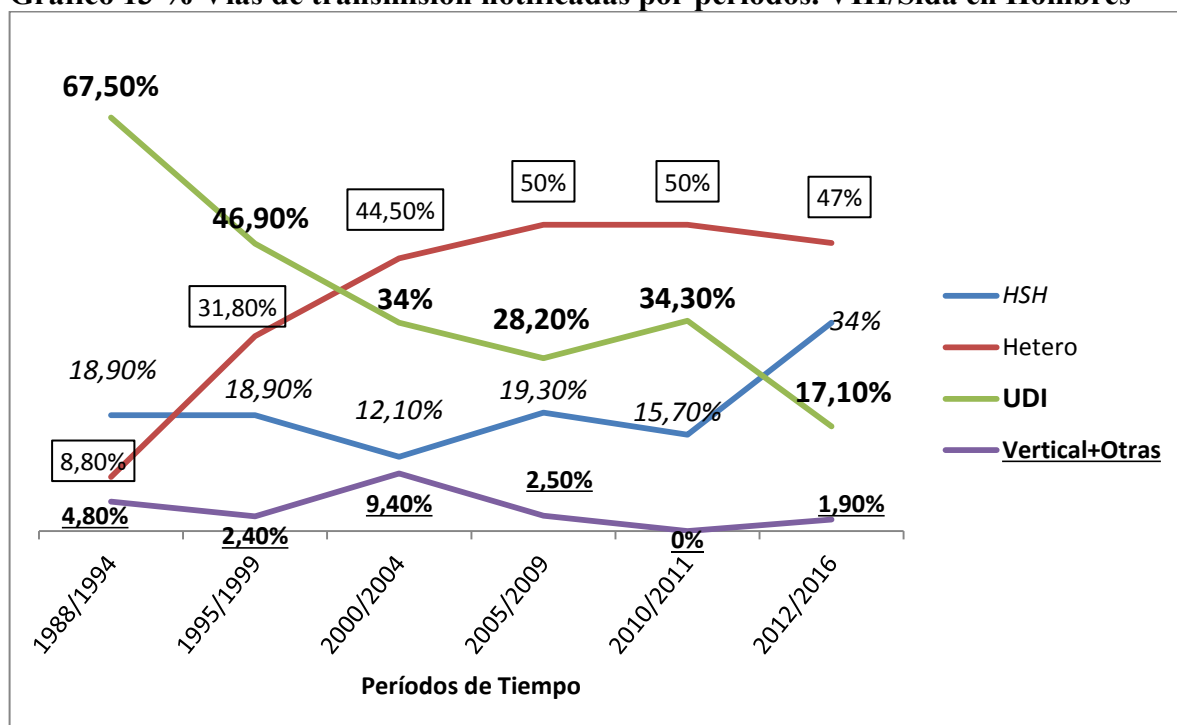


Grafico 13 % Vías de transmisión notificadas por períodos. VIH/Sida en Hombres



C-5-2) NOTIFICACIONES HSH

Según la Dirección Nacional de Sida, el riesgo de contraer el VIH es entre 22 y 27 veces mayor entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, 22 veces mayor entre las personas que se inyectan drogas, entre 13 y 22 veces mayor para las trabajadoras sexuales, 12

veces mayor para las mujeres transgénero. Entre los hombres que tienen sexo con hombres se notifican especialmente los más jóvenes (cuadro 49), y muestran que la tercera parte de ellos no culminaron estudios secundarios (cuadro 50).

Cuadro 49. Edad de HSH con Dx VIH 2016 al 2018

Edad (años)	Nº pacientes	%
18 /24	28	31,8
25 / 29	21	23,9
30/39	26	29,5
40 / 49	8	9,1
50 / 59	4	4,5
60 / 69	0	0,0
70 o más	0	0,0
Total	88	100

El año 2018 hasta el 12 de junio

Cuadro 50. Nivel instrucción en notificaciones HSH con Dx VIH. Años 2012 -2018

	Nº	%
No cursaron secundaria	30	34,1
Secundaria Incompleta	10	11,4
Secundaria completa o más	55	62,5
S/I	5	5,7

El año 2018 hasta el 12 de junio

C-6) COBERTURA DE SALUD

Si bien 3 de cada 4 personas manifestó no contar con una cobertura de salud, se podría incurrir en sobredimensionar este porcentaje, ya que algunas personas podrían no manifestar sus potenciales coberturas³⁶ formales para tener acceso al sistema público de salud, ya sea por elección de calidad, por confidencialidad, u otros motivos.

Cuadro 51. Cobertura de salud registrada de los nuevos casos notificados en los años 2012 y 2018. Ciudad de Rosario.

	Nº casos	% Rosario
Sin cobertura	568	74,2
Obra social/ Seguridad Social	122	15,9
Prepaga	24	3,1
Desconocido /Sin Datos	51	6,7
Total	765	100

Fuente Sa.si.pro. Datos del año 2018 hasta el 12 de junio.

C-7) CARACTERISTICAS DE LAS ENFERMEDADES MARCADORAS (Rosario)

Se denominan enfermedades marcadoras a cada una de las 28 infecciones consideradas especialmente. El criterio es tomado por el CDC (Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos de América) y sirve como parámetro a nivel nacional por las

³⁶ Podrían haber casos de personas que renuncien a sus sistemas de prestación privados de salud.

autoridades sanitarias del país. Este listado de infecciones son la referencia obligada para el diagnóstico Sida al aparecer al menos una de ellas, independientemente de otros criterios clínicos o resultados de laboratorio.

Es necesario considerar que un mismo paciente puede tener varias notificaciones de enfermedades marcadoras, o no tener ninguna. Por lo tanto, el número de pacientes no corresponde con el de enfermedades marcadoras.

En el cuadro 52 se analiza la frecuencia acumulada de estas enfermedades por períodos de tiempo. Es importante considerar que a partir del año 1995/1996 comienzan a utilizarse los tratamientos antirretrovirales.

Cuadro 52. Enfermedades marcadoras por períodos de tiempo. Ciudad de Rosario

Periodo de tiempo	1990-1994		1995-1999		2000-2004		2005-2009		2010-2013		2014-2018	
	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%	Casos	%
Infec. bacterianas múltiples o recurrentes	15	2,6	63	8,0	45	8,5	101	15,3	116	20,5	9	3,6
Candidiasis bronquial, traqueal o pulmonar y esofágica	1	0,2	4	0,5	4	0,8	3	0,5	54	9,6	57	22,9
Coccidioidomicosis diseminada o extrapulmonar	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	0,3	1	0,2	1	0,4
Criptococosis extrapulmonar	23	4,0	56	7,1	28	5,3	37	5,6	35	6,2	10	4,0
Cryptosporidiasis crónica o intestinal	15	2,6	13	1,7	8	1,5	11	1,7	9	1,6	3	1,2
Enfermedad por CMV no limitada a bazo, hígado	3	0,5	17	2,2	4	0,8	6	0,9	1	0,2	1	0,4
Retinitis CMV	3	0,5	24	3,1	1	0,2	5	0,8	4	0,7	2	0,8
Encefalopatía por HIV	9	1,6	21	2,7	8	1,5	10	1,5	11	2,0	4	1,6
H. Simplex: úlcera crónica bron. neum. eso.	0	0,0	12	1,5	10	1,9	7	1,1	9	1,6	5	2,0
Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar	19	3,3	37	4,7	24	4,6	33	5,0	12	2,1	9	3,6
Isosporidiasis crónica intestinal >1 mës	2	0,4	4	0,5	13	2,5	10	1,5	5	0,9	0	0,0
Sarcoma de Kaposi	7	1,2	22	2,8	12	2,3	19	2,9	9	1,6	9	3,6
Neumonía bacteriana de repetición	7	1,2	47	6,0	37	7,0	39	5,9	33	5,8	6	2,4
Neumonía intersticial linfoidea	6	1,1	3	0,4	3	0,6	0	0,0	7	1,2	1	0,4
Linfoma alta malignidad	4	0,7	3	0,4	11	2,1	11	1,7	4	0,7	2	0,8
Linfoma primario en cerebro	1	0,2	2	0,3	1	0,2	4	0,6	2	0,4	0	0,0
Mycobacteriosis atípica	0	0,0	7	0,9	2	0,4	8	1,2	1	0,2	1	0,4
TBC disemi o extrapulmonar.	43	7,5	60	7,7	43	8,2	38	5,7	24	4,3	11	4,4
Neumonía P. Jiroveci **	139	24,2	102	13,0	74	14,0	72	10,9	62	11,0	30	12,0
LEMP	3	0,5	8	1,0	1	0,2	1	0,2	4	0,7	1	0,4
Septicemia recurrente a salmonella	1	0,2	1	0,1	1	0,2	3	0,5	0	0,0	0	0,0
Toxoplasmosis cerebral	35	6,1	80	10,2	38	7,2	62	9,4	43	7,6	16	11,2
Síndrome de desgaste por HIV	134	23,3	31	4,0	46	8,7	52	7,9	60	10,6	41	16,5
Enferm de chagas con manif. Neurológicas	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	0,2	1	0,2	0	0,0
TBC pulmonar	85	14,8	99	12,6	72	13,7	80	12,1	49	8,7	28	11,2
Cáncer cuello invasivo	2	0,4	5	0,6	6	1,1	6	0,9	7	1,2	2	0,8
Retardo madurativo	1	0,2	9	1,2	3	0,6	4	0,6	2	0,4	0	0,0
Total	574	100	784	100	527	100	662	100	565	100	249	100

* Com La modificación de La Ficha nacional de denuncia HIV/Sida se dejó de diferenciar entre la Candidiasis esofágica y la Candidiasis bronquial, traqueal o pulmonar.

** Antes llamada P. Carinii

CMV: Cytomegalovirus / H. Simplex: Herpes Simplex; Bron: bronquitis; /Neumo: neumonitis; Eso: esofagitis / L.E.M.P.: Leucoencefalopatía multifocal progresiva / TBC: Tuberculosis
Año 2018 es analizado hasta el 12 de junio

El cuadro 53 está tomado del cuadro 52 y sirve para facilitar una mirada clínico-epidemiológica en relación al devenir de la pandemia en la ciudad de Rosario. Ya que las 28 enfermedades marcadoras no tienen la misma frecuencia diagnóstica, y esta frecuencia se va modificando con los años. Se toman tres períodos de tiempo y se enumeran enfermedades denunciadas con mayor frecuencia.

Cuadro 53. % Frecuencia relativa de las 10 más frecuentes enfermedades marcadoras de Sida en períodos de tiempo en SSP

Período de Años	%	Período de Años	%	Período de Años	%
1990-1994	1990-1994	2010-2013	2010-2013	2014-2016	2014-2018
Neumonía por P.Jiroveci	24,2		20,53	Candidiasis esofágica	22,9
Síndrome de Desgaste por VIH	23,34	Neumonía por P.Jiroveci	10,97	Síndrome de Desgaste por VIH	16,5
TBC Pulmonar	14,81	Síndrome de desgaste por VIH	10,62	Neumonía P. Jiroveci	12,0
TBC Diseminada/ Extrapulmonar	7,49	Candidiasis bronquial, traqueal o pulmonar y esofágica	9,56	Toxoplasmosis cerebral	11,2
Toxoplasmosis cerebral	6,10	TBC pulmonar	8,67	TBC pulmonar	11,2
Criptococosis extrapulmonar	4,01	Toxoplasmosis cerebral	7,61	TBC Diseminada o Extrapulmonar	4,4
Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar	3,31	Criptococosis extrapulmonar	6,19	Infecciones bacterianas múltiples o recurrentes	4,0
Candidiasis esofágica	2,79	TBC Diseminada o Extrapulmonar	4,25	Criptococosis extrapulmonar	4,0
Infec.bacterianas múltiples o recurrentes	2,61	Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar	2,12	Sarcoma de Kaposi	3,6
Cryptosporidiasis crónica o intestinal	2,61	Encefalopatía por HIV	1,95	Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar	3,6

C-8-1) RASGOS DE LOS PACIENTES NOTIFICADOS

C-8-2) MEDIANA DE EDAD

Al desagregar por quinquenios las medianas de edad de notificación, y examinarlas por sexo, tanto en hombres como en mujeres y tanto los casos notificados VIH como los casos notificados Sida, han aumentado comparativamente en relación a los primeros años registrados (Gráficos N° 14 y 15)

Las notificaciones de VIH de mujeres parten de los 25 años hasta ubicarse en el período 2010-2011 en 35 años, y en el último período en más de 33 años. En el caso de los varones corresponde una evolución similar, partiendo desde 27. Los casos Sida de mujeres han sido más pronunciados que los casos VIH pero de igual forma tuvieron también un incremento desde los 25 años registrados en el período entre 1990 y 1994 hasta alcanzar un pico de 40 años en los últimos ciclos temporales. Similares valores se observan en diferentes períodos para los varones notificados como Sida, donde también se nota un crecimiento general alcanzando picos de 41 años en el período 2012-2016.

Diferentes factores podrían estar relacionados con este fenómeno. Por ejemplo, el acceso a tratamientos antirretrovirales desde el año 1997 debido a que se generó en algunos casos, el retraso de aparición de casos Sida, y por lo tanto en la Mediana de edad, situación que podría haber aumentado el tiempo que las personas conviven con el virus antes de adquirir una enfermedad marcadora. Otro hecho de importancia podría ser la disminución de la casuística de Transmisión Vertical y por lo tanto de casos pediátricos.

La menor edad de notificación de las mujeres es posible que se deba a los controles de embarazo y al mayor cuidado de la salud (culturalmente observado).

Grafico 14. Medianas de Edad de notificaciones de casos VIH por períodos de tiempo y sexo. Ciudad de Rosario. 1990-2018

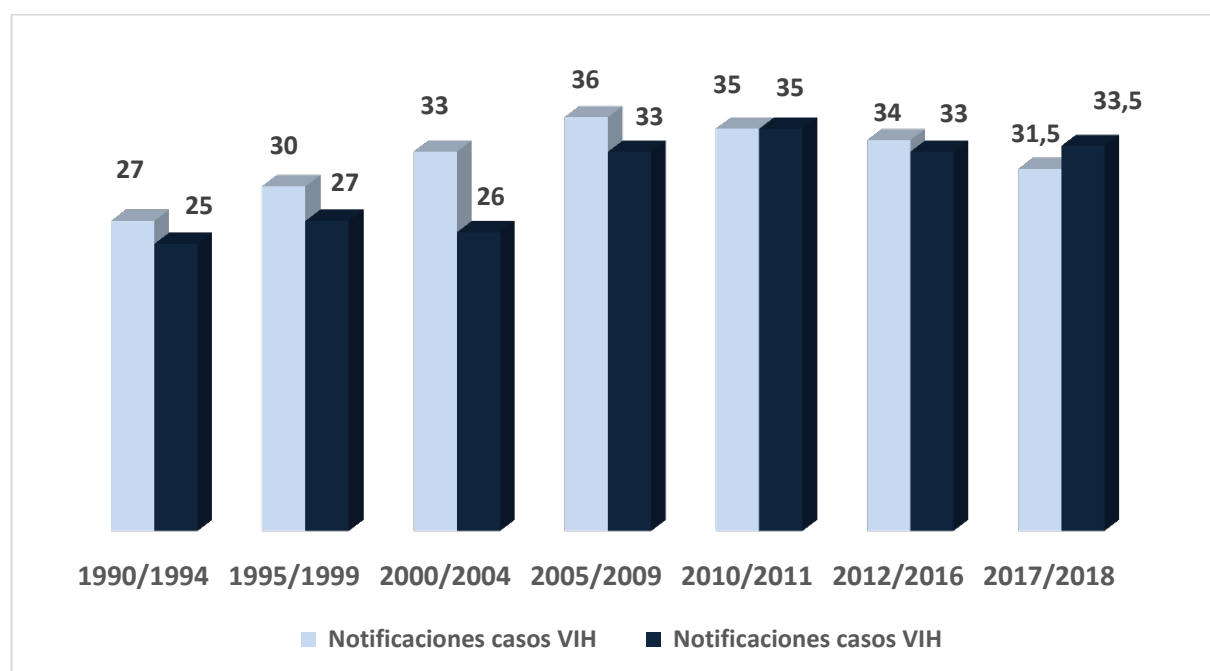
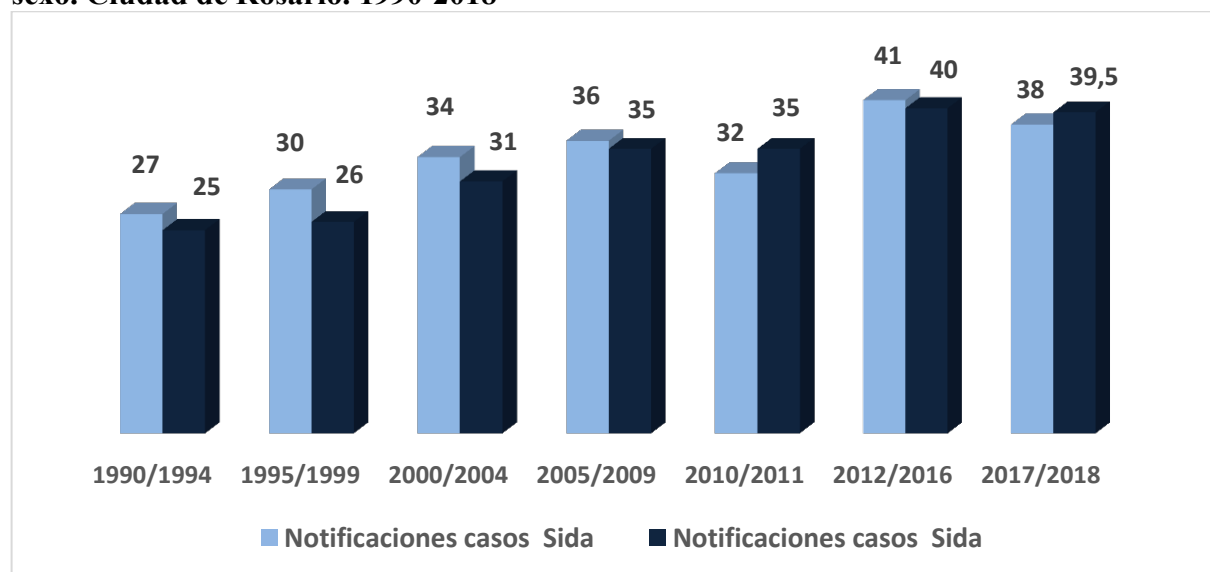


Grafico 15. Medianas de Edad de notificaciones de casos Sida por períodos de tiempo y sexo. Ciudad de Rosario. 1990-2018

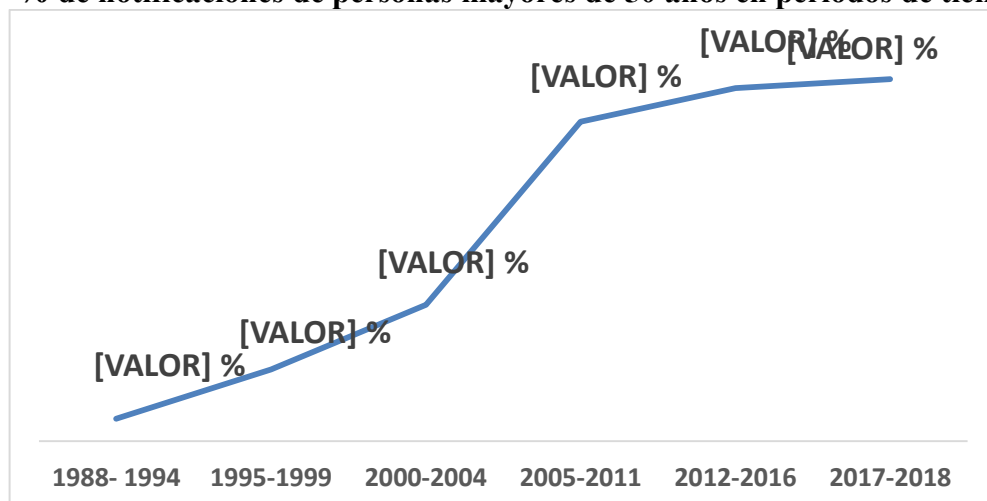


C-8-3 MAYORES DE 50 AÑOS

El gráfico 16 ejemplifica como las personas de más de 50 años pasaron de representar en los comienzos de la epidemia el 1% de las notificaciones totales de VIH/Sida al 16,2% en los últimos años. Puede notarse la desaceleración del crecimiento de la edad en los últimos años, lo que muestra una estabilidad sobre la edad de los nuevos diagnósticos.

Gráfico 16.

% de notificaciones de personas mayores de 50 años en períodos de tiempo. SSP



C-8-4) RECUENTO DE CD4

Los linfocitos-T CD4 son un tipo de células que participan del sistema inmunitario. El diferenciador clonal CD4 es una proteína que se encuentra principalmente en la superficie de los linfocitos (glóbulos blancos) responsables de activar el sistema frente a la presencia de patógenos. El conteo de CD4 mide la cantidad de linfocitos por milímetro cúbico de sangre, y permite al equipo de salud evaluar el estado de salud, actuar, prescribir medicación, etc. Se supone que un conteo escaso es un indicador de malas condiciones inmunológicas. El cuadro 54 evidencia que un tercio de las nuevas notificaciones tenían menos de 250 copias. Aunque debe aclararse que ese cálculo se realiza entre los pacientes que contaban con ese dato en la ficha de notificación, porque no todos los profesionales lo especifican.

Cuadro 54. Notificaciones entre los pacientes que fueron notificados con el valor de CD4 en SSP de Rosario. 2012 al 2018

Nº de copias por mm cúbico de sangre	Nº pacientes	Porcentaje
Menos de 250	163	36,6
250 a 400	74	63,4
400 a 600	98	
600 a 1000	85	
Mas de 1000	25	
Total	445	100

CD4: Células por mm³ de sangre. Análisis efectuado sobre los casos que se conoce el número de CD4 El año 2018 es tomado hasta el 12 de junio.

C-8-5) NIVEL DE INSTRUCCIÓN

A lo largo de los años se muestra que entre los casos notificados, solo una minoría de casos pudo acceder a cursar algún estudio formal al terminar el secundario.

Por el contrario, los casos notificados con escaso nivel de instrucción han aumentado levemente con el paso de los años.

Es válido considerar que es después del año 2012 (tras la modificación de la ficha epidemiológica) que aumentó el porcentaje de pacientes de los cuales se consignan los datos

referentes a los estudios cursados. Se percibe en el cuadro 55 como aumentan en los últimos períodos analizados los casos de baja instrucción.

Cuadro 55. Máximo nivel de instrucción alcanzado. Casos VIH/Sida
Por períodos. Mayores de 19 años

	1988- 1992		1993-1997		1998-2002		2003-2007		2008-2011		2012-2016	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Ninguna o primaria Incompleta	34	10,8	60	14,3	106	28,2	148	15,3	175	18,7	81	17,9
Primaria Completa	128	40,5	155	36,8	100	26,6	377	39,0	393	41,9	173	38,2
Secundaria Incompleta	61	19,3	109	25,8	65	17,3	199	20,6	167	17,8	52	11,5
Secundaria Completa	67	21,2	56	13,3	66	17,6	145	15,0	155	16,5	81	17,9
Terciario o universitario	26	8,2	41	9,8	38	10,3	98	10,1	47	5,0	40	8,8
S/I	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	26	5,7
	317	100	424	100	377	100	967	100	937	100	453	100

Hasta el año 2010 se consignan los datos de la SSP y desde ese año del total de los pacientes notificados en la ciudad de Rosario.

Como no se conocen los datos de todas las personas, el cálculo se realiza sobre los casos en que puede consignarse el indicador, el 27,5% de los mismos hasta el año 2011 y 93,5% desde el año 2012.

C-8-6) OCUPACIÓN DE PACIENTES NOTIFICADOS

El cuadro 56 permite analizar que el 31,1% de las personas notificadas manifestaron trabajar. Pero este dato podría estar sesgado, ya que es posible que algunas personas que trabajen, no lo manifieste para poder acceder a los servicios sanitarios brindados por el estado (no dar a conocer su situación diagnóstica o preferir la calidad estatal sobre la privada en cuanto a la especificidad de VIH/Sida).

Cuadro 56. Ocupación de pacientes notificados. Ciudad de Rosario. Años 2012 a 2016.
Mayores de 19 años

	Casos	%
Trabaja	231	31,1
No trabaja /busca trabajo	100	13,5
No trabaja y no busca trabajo	220	29,6
Sin datos	191	25,7

Fuente: Análisis propio con datos de Sa.si.pro

C-9-1) EMBARAZADAS Y PARTURIENTAS EN SSP

En la SSP de la ciudad de Rosario, se realizan testeos de detección a todas las embarazadas (objetivo deseable por múltiples países y lugares del mundo y del país). El criterio asistencial consiste en realizar una prueba de detección en el primer control obstétrico y luego en una fecha cercana al parto. La ciudad de Rosario entonces no solo ha logrado cumplimentar el objetivo de

testear a todas las embarazadas, sino que en promedio se realizan en la actualidad dos pruebas por embarazada. El cuadro 57 evidencia este dato desagregado.

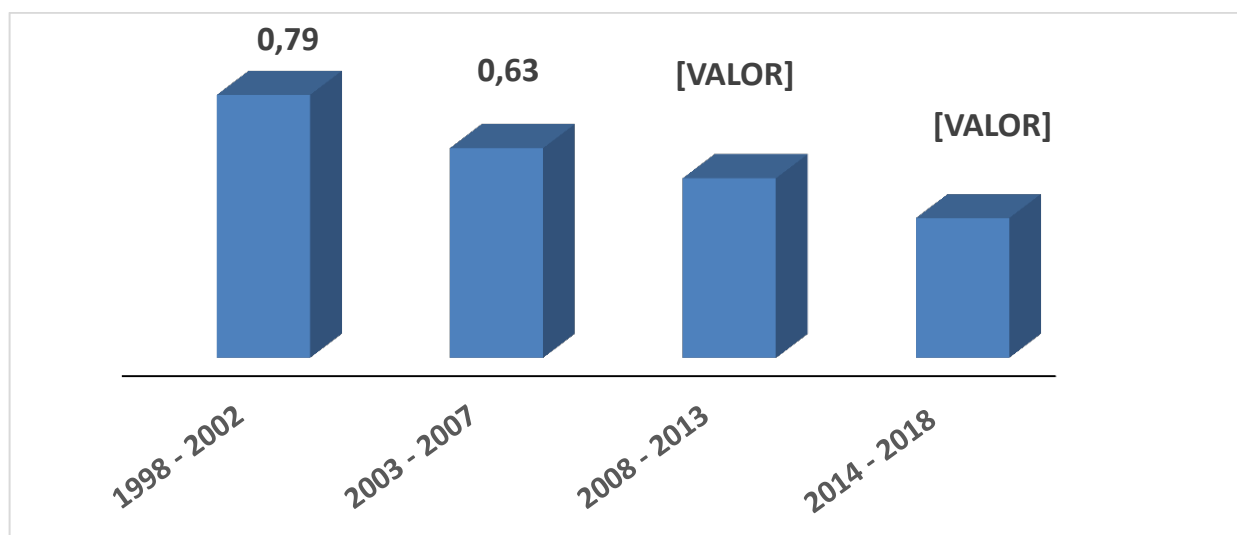
El criterio para poder evaluar la evolución de la prevalencia del VIH/Sida en las embarazadas, consiste en utilizar la frecuencia en relación a las parturientas y no a las embarazadas. El motivo es que durante un embarazo, suelen producirse un número importante de consultas y análisis, y se desvirtúan los resultados comparativos. La unidad de análisis es cada una de las mujeres parturientas en las maternidades de la SSP. El número de parturientas permite acercarnos a valores más significativos de considerar.

Cuadro 57. Razón de pruebas VIH/Sida por parto SSP Por períodos

Períodos	1998 - 2002	2003 - 2007	2008 - 2013	2014 - 2018
Pruebas por parto	1,31	1,97	2,12	1,79

El grafico 17 permite observar como está frecuencia ha disminuido con el paso de los años.

Gráfico 17. Frecuencia cada 100 parturientas con VIH en SSP. Por períodos de tiempo



El cuadro 58 muestra que en la SSP se registró un promedio de alrededor 5.962 partos anuales, en promedio 35,3 mujeres que vivían con VIH tuvieron un parto. En los últimos años este promedio disminuyó, en parte porque fueron remodeladas las dos maternidades pertenecientes a la SSP.

Cuadro 58. Promedio de parturientas en SSP por período de tiempo. SSP

	Parturientas VIH	Promedio anual de Parturientas VIH	Parturientas	Promedio de Parturientas
1995 - 2004	379	38	61.269	6.127
2005 - 2014	362	36	60.769	6.077
2015 - 2018	114	23	21.331	5.333

Se calcula el promedio para un año

Cuadro 59. Promedio anual de pruebas de detección en embarazadas y parturientas en la SSP. Por períodos de tiempo

Quinquenio	Promedio anual de Test VIH en embarazadas	Promedio anual de Testeos Positivos	Promedio anual de Partos	Promedio anual de Parturientas VIH +
1998 - 2002	7.907	23	6.019	47,6
2003 - 2007	11.180	13	5.658	35,8
2008 - 2013	13.519	12	6.378	32,8
2014 - 2018	9.817	4,4	5.493	22,8

Fuente para el número de testeos: Dirección de Bioquímica de la SSP y ASILAC (Área sistematizada de la información de los laboratorios de análisis clínicos).

Fuente para los partos: Departamentos de Estadística de la Maternidad Martín y de la Maternidad del HRSP.

Desde el año 2001 en adelante incluye las pruebas realizadas en el ámbito de APS.

C-9-2) TRANSMISION VERTICAL

La vía de transmisión de madre a hijo es llamada “Transmisión Vertical (TV)”. El criterio distingue e incluye no solo la transmisión de madre a hijo en el embarazo y/o parto sino también cuando se produce en el período de amamantamiento.

A nivel internacional y local cobran importancia las tareas sanitarias de prevención de enfermedades transmisibles que podrían ser evitadas mediante acciones de prevención, educación, tratamientos profilácticos, en torno a los embarazos ocurridos o por ocurrir³⁷.

En la SSP desde el año 1994 se implementó el Protocolo ACTG 076 de acción directa profiláctica en embarazadas que vivían con VIH/Sida. Con el correr de los años se incorporaron diferentes acciones y tratamientos profilácticos en embarazadas (Testeo de todas las mujeres en etapa de gestación y sobre el trabajo de parto, cuidados necesarios durante la lactancia, tareas de prevención y pesquisa a los compañeros varones de las mujeres embarazadas y lactando, etc.)

Básicamente (dependiendo de los criterios clínicos en cada caso) se considera hasta el primer año de vida del bebé, un diagnóstico VIH/Sida como un caso de TVL (Transmisión Vertical por Lactancia). La dificultad diagnóstica para determinar si un determinado caso se trata de TVL o de un niño infectado, determina que no se utilizan los mismos parámetros en todos los lugares del país y del mundo. Es por esto que se especifica la frecuencia de casos de Transmisión Vertical definiendo la consideración de si se incluyen o no los casos de lactancia.

En el país se calcula alrededor del 4,1% los casos de TV (2017), a esta cifra probablemente habría que agregarle los casos de TVL de muy difícil registro epidemiológico. La SSP de la ciudad de Rosario inicia un proceso de rastreo cuando aparece un diagnóstico de un niño pequeño con el fin de determinar si se trata o no de un caso de TVL, es por esto que potencialmente se notifican todos los casos, y al mismo tiempo mantiene muy pocos casos de TV en referencia a otras jurisdicciones (cuadro 60). La frecuencia de TV se muestra en una clara disminución en la SSP de la ciudad.

³⁷ Pueden incluirse junto al HIV/Sida, la hepatitis B, la sífilis, y el Chagas.

Cuadro 60. Frecuencia de TV entre nacidos en Maternidades SSP. Acumulado y desde el año 2000 a 2018.

	Parturientas DX reactivo	Niños nacidos con VIH	Frecuencia por 100
1993 al 2012 incluida TVL	720 *	31	4,3
2000 al 2012 incluida TVL	515	17	3,3
2000 al 2012 sin incluir TVL por lactancia		11	2,1
1999 al 2010 incluida TVL	484	16	3,3
1999 al 2010 sin incluir TVL por lactancia		8	1,6
2011 al 2018 incluida TVL	218	4	1,8
2011 al 2014 incluida TVL	136	3	2,2
2015 al 2018 incluida TVL	54	1	1,9

TVL Transmisión Vertical por Lactancia

** Distribuidos en la Maternidad Martín 527 casos y en el HRSP 193 casos*

Del total de 8 casos de TVL, se distribuyeron: en la maternidad del HRSP 3 y en la Maternidad Martín

El algoritmo de trabajo en cuanto a la TV se realiza con niños de madres que viven con VIH/Sida dentro de las 72 horas de vida. Cuando el resultado es negativo se vuelve a intervenir dentro de las tres semanas posteriores o dos semanas después de terminada la profilaxis. Para descartar luego de las 12 semanas de vida la posibilidad o no de transmisión vertical, que se confirmará a los 18 meses después del nacimiento como no infectado. Cuando el diagnóstico es reactivo, dentro de las primeras 72 horas de haber nacido o durante el proceso de seguimiento dentro de los 18 meses de vida, se realizan otra/s pruebas de confirmación³⁸.

³⁸ Fuente: Infectóloga Liliana Benegas.

Cuadro 61. Transmisión Vertical Maternidades de SSP. Años 1993 al 2018

Año	Nº de partos	Partos VIH (+)	Total de Niños VIH (+) infectados por TV	TVL
1993 /94	8302	11	1	0
1995	6356	19	4	0
1996	6833	27	2	0
1997	6110	27	3	0
1998	6038	48	3	0
1999	6272	73	2	2
2000	6190	35	1	1
2001	5608	42	0	0
2002	5921	41	1	0
2003	6207	32	0	0
2004	5734	35	0	0
2005	5217	42	0	0
2006	5205	36	3	1
2007	5925	33	2	0
2008	6299	40	1	1
2009	6183	36	3	1
2010	6522	39	3	2
2011	6218	36	2	0
2012	6470	36	0	0
2013	6594	32	1	0
2014	6136	32	0	0
2015	5659	28	0	0
2016	4615	24	0	0
2017	4819	20	1	0
2018	6238	10	0	0

La columna “Niños VIH (+) por TV” incluye a la columna TVL

Desde el año 2001 se registraban los nacidos con VIH que experimentaban una enfermedad marcadora, es por ello que podrían ser más casos en los primeros años.

Fuente: Oficina de estadística de la Maternidad Martín. Oficina de Trabajo Social y oficina de estadística de la Maternidad HRSP y Dirección de Estadística de la SSP y Consultorio infectológico de madres positivas (Dra. Liliana Benegas)

Cuadro 62. Promedios anuales de Transmisión Vertical y partos en Maternidad SSP. Por períodos. Años 1993 al 2017

	Promedio de partos	Promedio Parturientas VIH (+)	Promedio de Niños VIH (+) infectados por TV *
1993-1998	6728	26,4	2,6
1999-2003	6040	44,6	0,8
2004-2008	5676	37,2	1,2
2009-2013	6397	35,8	1,8
2014-2018	5493	22,8	0,2 **

* Se incluye TVL

** Un caso nacido en el año 2017.

C-9-3) NACIMIENTOS EN NODO ROSARIO

Cuadro 63 Consultas por embarazo en CEMAR y Centros de salud de APS-Año 2017

Distrito	Número de consultas	% Consultas	Consultas VIH	% Consultas VIH
Centro	2368	12,0	34	50,0
Noroeste	4752	24,1	4	5,9
Norte	2822	14,3	19	27,9
Oeste	3806	19,3	4	5,9
Sudoeste	3504	17,7	0	0,0
Sur	2497	12,6	7	10,3

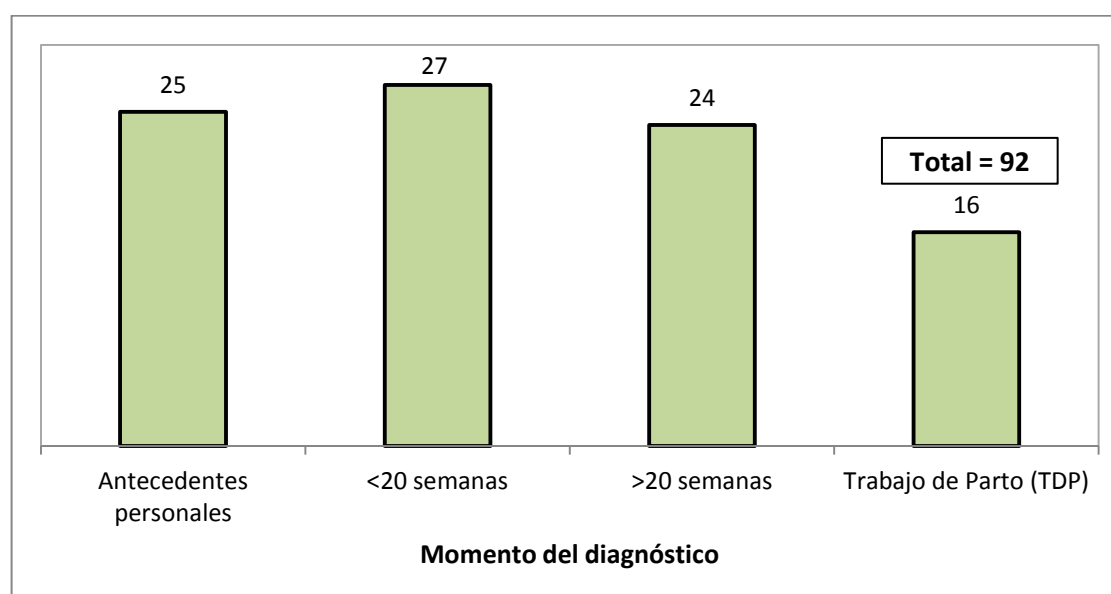
*Fuente: Área de Estadística-Secretaría de Salud Pública Municipal
Sistema informatizado de Salud SISR-CEMAR*

Las consultas de embarazadas con VIH significaron el 0,34 % de las consultas de embarazadas totales, es de suponerse que podría considerarse un porcentaje algo mayor, pero que no fueron registrada específicamente por lo que no estarían en este registro. De este modo se analiza que no siempre las consultas de embarazadas con VIH coincide con las consultas generales VIH.

En el año 2017 se registraron 11.537 nacidos vivos en el nodo Rosario. Para analizar esta información vale considerar que la ciudad de Rosario, concentra el 78,2% de los habitantes del nodo homónimo, lo que representaría aproximadamente algo más de 9.000 nacimientos. Se consignaron 92 parturientas con Diagnóstico VIH en el nodo, de ellas el 27,2% sabían de su diagnóstico previamente a embarazarse, y el 17,4% fue diagnosticada al momento del parto. Puede suponerse que en la ciudad de Rosario se concentró un número mayor de casos que el correspondiente a la proporcionalidad del número de habitantes³⁹. Durante el trabajo de parto se realizaron 2.977 pruebas TDP sobre 6.376 lo que resulta el 46,7%.

³⁹ Datos del año 2017: La ciudad de Rosario posee 993.246 habitantes y el Nodo Rosario 1.270.018 habitantes.

Gráfico 17. Total de mujeres con resultado VIH (+) según momento del diagnóstico. Nodo Rosario, año 2017.



Fuente: Sistema Informático Perinatal (SIP) en efectores públicos. Dirección Provincial por la Salud en la Niñez, Adolescencia. Sexual y Reproductiva

C-9-4) PAREJAS DE EMBARAZADAS, PUERPERAS Y DE MADRES DE NIÑOS LACTANTES

La Municipalidad de Rosario, utiliza la estrategia sistemática de ofrecer testeo de detección del VIH, a los varones parejas/compañeros de mujeres que cursan un embarazo. También el ofrecimiento se extiende a los compañeros de las mujeres amamantan. Esta acción se realiza desde el año 2007⁴⁰

Desde noviembre de 2010 se implementó la modalidad de incorporar a los informes escritos con los resultados de análisis clínicos de las embarazadas, un texto donde se propone la realización de una prueba de detección a sus parejas⁴¹. De este modo, en pocos meses, ocurrió un aumento significativo de parejas de embarazadas testeadas.

El número de parejas de embarazadas se ha incrementado y continúa haciéndolo. En este sentido en el año 2018 se coordinan acciones al respecto con el Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

Se impulsa al asesoramiento y pruebas voluntarias de VIH de las mujeres que amamantan más de 5 meses o previo al pasaje a la alimentación mixta, y de sus compañeros sexuales. Vale aclarar que no siempre se registra que un compañero de una embarazada se ha testado, porque solo se cuentan los varones que han sido registrados como parejas de embarazadas, quedando

⁴⁰ La SSP sancionó en el año 2011 la Resolución 1093/11 que impulsa las pruebas de VIH periódicas a las mujeres que amamantan y sus parejas. Y la Provincia de Santa Fe en el año 2019 la resolución 0959/2019 que también promueve el testeo de las parejas incluyendo a la Sífilis, Hepatitis B y Hepatitis C

⁴¹ Esta iniciativa partió del Dr Carlos Gomez, Jefe de División Bioquímica de la Dirección de Servicios de Laboratorio y Análisis Clínicos.

por fuera del cálculo los varones que se realizaron la prueba diagnóstica en otros ámbitos o momentos.

El cuadro 64 permite analizar el aumento interanual de las parejas de embarazadas que se testearon.

Cuadro 64. Pruebas de detección VIH en parejas de embarazadas, parturientas y puérperas. SSP.

AÑO	Nº de Pedidos de VIH de parejas	Número de parturientas	Reactivos	Frecuencia de reactivos por 100	Parejas Testeadas / parturientas (%)
2008	245	6282	0	0	3,9
2009	353	6183	0	0	5,7
2010	648	6522	0	0	8,9
2011	2171	6218	5	0,23	34,9
2012	2064	6470	6	0,29	31,9
2013	2491	6594	3	0,12	37,8
2014	2213	6099	0	--	36,2
2015	2297	5973	0	--	38,3
2016	1947	4610	4	0,20	42,2
2017	2374	4738	1	0,04	50,1
2018	2464	6238	0	0	39,5

Se incluyen en Parejas de embarazadas, a parejas de parturientas y de puérperas

C-10-1) EGRESOS HOSPITALARIOS y CONSULTAS

Los Egresos hospitalarios y las Consultas asistenciales constituyen un indicador de análisis de la presencia de la temática VIH/Sida en el sistema asistencial. Con el correr de los años las cifras indican que tanto los egresos como las consultas mantienen cierta proporcionalidad respecto a la estimación de PVVS en la población general (entre 0,6 y 0,7).

Al tratarse de una población asistida con características de cronicidad es de suponerse que utilizaría los servicios sanitarios con cierta asiduidad. En este sentido se esperaría una proporcionalidad de consultas asistenciales más elevada que la referente a la poblacional. Sin embargo, las cifras se encuentran en los mismos parámetros que la representación proporcional. Las consultas significaron el período 2010 al 2018 algo más de 0,7% y el porcentaje de promedios de los egresos torna alrededor del 1%.

Con el transcurso de los años, si bien se manifestó un aumento del número de PVVS, disminuyeron las internaciones hospitalarias. Uno de los motivos es la atención oportuna, y que el aumento de personas asistidas con medicación antirretroviral, implicaron una mejora en las condiciones generales de salud.

C-10-2) EGRESOS HOSPITALARIOS

En el punto de considerar las personas internadas en hospitales de la red, la unidad de análisis son los egresos, no los pacientes, debido a que un mismo paciente puede ser internado en más de una ocasión.

Los egresos hospitalarios en el ámbito de la SSP han disminuido proporcionalmente respecto a los egresos totales. Lo que indica una mejora del estado clínico de las PVVS.

Cuadro 65. Frecuencia VIH/Egresos Años 2017 y 2018

	VIH		Egresos SSP		Frecuencia por 100	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018
HIC	138	162	1.666	1.359	8,3	11,9
HRSP	16	50	2.349	4.306	0,7	1,2
MM	16	13	5.646	5.248	0,3	0,2
HECA	14	25	4.713	4.787	0,3	0,5
H.ALBERDI	13	29	805	737	1,6	3,9
H.VILELA	4	2	3.418	3.351	0,1	0,1
SubTotal general	201	281	18.596	19.788	1,1	1,4
Total con Ilar	201	281	18.712	19.897	1,1	1,4

No se consideran las 115 y 109 internaciones de ILAR en los años 2017 y 2018 respectivamente

C-10-3) CONSULTAS ASISTENCIALES

Las consultas de personas con diagnóstico VIH, han mostrado un leve incremento, pero siempre dentro de la estabilidad del número de las mismas. Observadas en distintos períodos de tiempo experimentaron un aumento en relación a proporción de las consultas totales en la SSP. En los años 2017 y 2018 las PVVS representaron el 0,9 y el 0,8% de las consultas totales respectivamente.

Cuadro 66. Frecuencias de consultas VIH/Sida sobre consultas generales. Por períodos en SSP (%)

	2005-2009	2010-2013	2014 - 2017
H. Carrasco	1,61	1,81	2,25
H.R. Saenz Peña	1,96	1,49	1,46
H. Vilela	0,72	0,31	0,09
H.E.C.A.	0,04	0,15	0,71
H. Alberdi	1,27	2,69	2,63
C.E.M.A.R	0,86	0,70	1,07
A.P.S.	0,10	0,11	0,17
Total	0,47	0,57	0,79

Para el período 2010-2013 no se consideró el año 2012 por falta de datos.

Cuadro 67. Frecuencia cada 100 consultas VIH por efector. Años 2017 y 2018

	Consultas SSP		Consultas VIH		Frecuencia consultas VIH/SSP	
	2017	2018	2017	2018	2017	2018
CEMAR	82.973	82.973	1.700	1.206	2,0	1,5
HECA	3.278	3.278	16	14	0,5	0,2
HIC	76.432	73.229	1.600	1.932	2,1	2,6
HJBA	45.815	52.139	1.300	660	2,8	1,3
HNVV	66.395	64.142	120	102	0,2	0,2
HRSP	59.964	69.307	521	1121	0,9	1,6
APS	348.596	448.408	625	963	0,2	0,2
Total	713.231	793.476	5.882	5.998	0,9	0,8

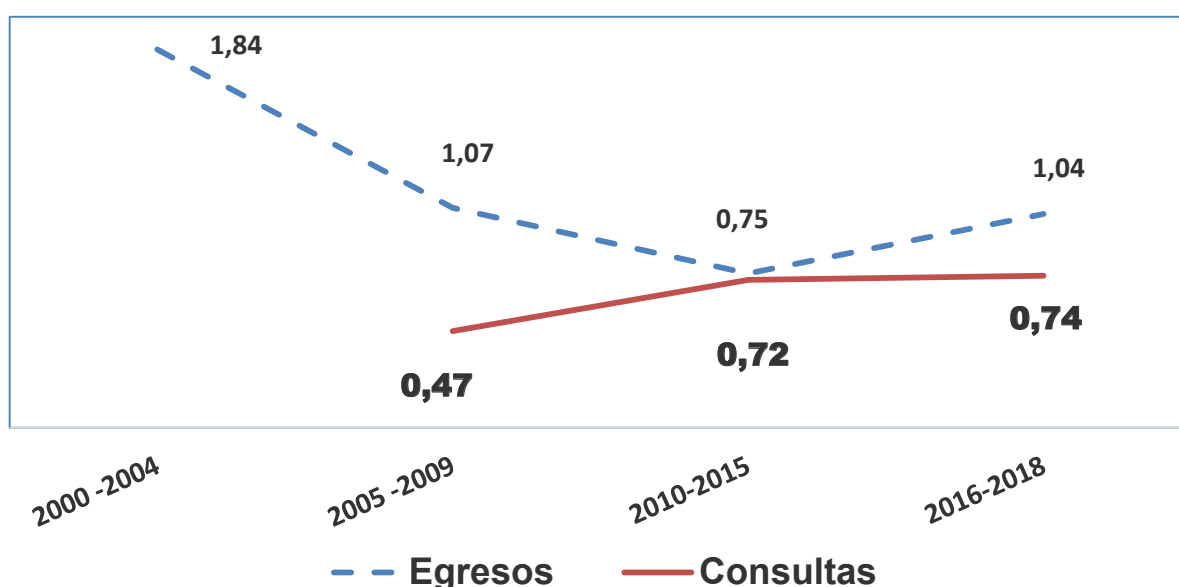
No se considera el ILAR.

Cuadro 68. Frecuencia cada 100 casos medida por distritos en relación a las consultas ambulatorias de Atención Primaria de la Salud de pacientes con VIH/Sida. Según efector. Año 2017

Distrito del Efecto	N° de consultas	%
SUR	154	24,6
SUDOESTE	152	24,3
NORTE	122	19,5
NOROESTE	106	17,0
OESTE	78	12,5
CENTRO	13	2,1
Total general	625	100

El gráfico 18 permite observar claramente como históricamente la línea superior que corresponde a los Egresos hospitalarios, ha disminuido y la línea inferior que corresponde a las Consultas ha aumentado. Por lo que se supone que hay una cierta estabilidad en la salud general de las PVVS ya que se realizan más consultas pero no requieren internación como en años anteriores.

Gráfico 18. Frecuencia por 100, de casos VIH/Sida, de Egresos hospitalarios y Consultas en la SSP por períodos de tiempo.



En el período 2000-2004 no se tienen los datos de las consultas

C-11) ASISTENCIA DESPUÉS DEL DIAGNÓSTICO⁴²

Se realizó un análisis del comportamiento asistencial de los pacientes, en relación a los egresos y las consultas ocurridos en 478 ocasiones durante los años 2014 y 2016, desde el momento del diagnóstico hasta transcurridos 12 meses. La base de análisis fue la de los pacientes notificados de los que se obtenía el lugar de residencia y se partió de la fecha de registro diagnóstico.

⁴² Estudio realizado por la Dirección de Estadística y el SiME (Epidemiología) de la SSP. Estadísticas Julieta Fusari, Laura Balparda y Silvia Bissio, y el pasante de estadística franco Mucci.

El cuadro 69 permite observar como desde el momento de ser diagnosticada una persona el 81,6% no han tenido internaciones hospitalarias.

Cuadro 69. Cantidad de personas según número de internaciones.

Cantidad de internaciones	Total	Porcentaje
7 o más internaciones	9	1,88%
4 a 6 internaciones	13	2,72%
1 a 3 internaciones	66	13,81%
Ninguna internación	390	81,59%
Total	478	100%

El cuadro 70 muestra que el 45% de las personas no asistieron a consultas asistenciales durante el primer año. Pero el cuadro 71 evidencia como un importante número de personas consultaron en fechas posteriores a su diagnóstico, pero utilizando los servicios de guardias. Lo que permite suponer que los diagnósticos recientes no canalizan la asistencia del modo más óptimo, sino que se desarrolla una suerte de atención espontanea en algunas personas.

Cuadro 70. Cantidad de personas según número de consultas durante un año post DX

Nro de atenciones	Total	Porcentaje
1 a 5 atenciones	169	35,36%
6 a 10 atenciones	46	9,62%
11 a 15 atenciones	25	5,23%
16 a 20 atenciones	9	1,88%
21 o más atenciones	12	2,51%
Sin atenciones	217	45,40%
Total	478	100%

Cuadro 71. Cantidad de personas según número de consultas. en guardia al año posterior del primer diagnóstico

Nro de atenciones	Total	Porcentaje
1 a 5 atenciones	139	29,08%
6 a 10 atenciones	29	6,07%
11 a 15 atenciones	5	1,05%
16 a 20 atenciones	7	1,46%
21 o más atenciones	4	0,84%
Sin atenciones	294	61,51%
Total	478	100%

El cuadro 72 permite analizar la distribución territorial de los pacientes que se asistieron en guardias.

Cuadro 72. Cantidad de consultas en guardia al año posterior del diagnóstico en la red de Salud Pública de Rosario según distrito y comisaria.

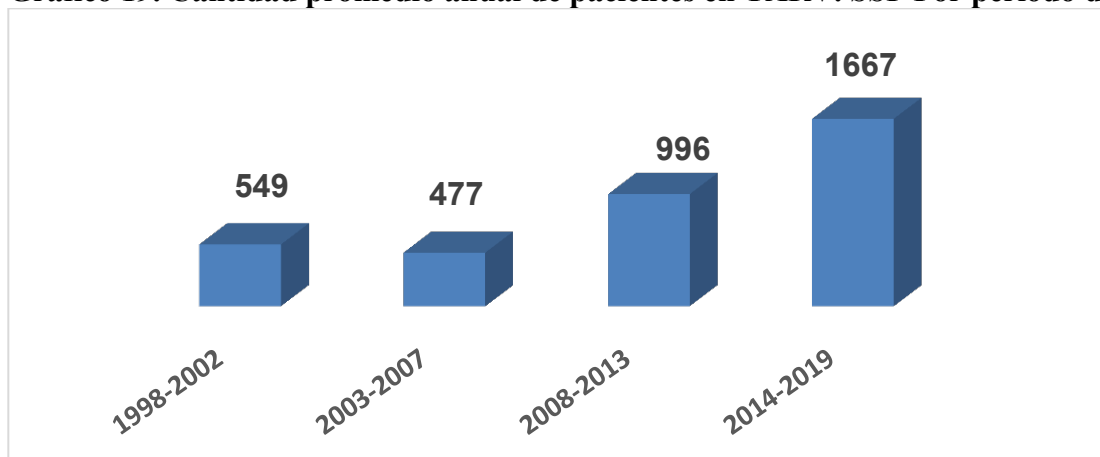
Distrito	Comisaria	Total	Porcentaje
CENTRO	Comisaría 2	2	0,29%
	Comisaría 3	48	7,00%
	Comisaría 4	3	0,44%
	Comisaría 5	12	1,75%
	Comisaría 6	56	8,16%
	Comisaría 7	2	0,29%
Total CENTRO		123	17,93%
NOROESTE	Comisaría 12	22	3,21%
	Comisaría 14	21	3,06%
	Comisaría 17	1	0,15%
	Sub-comisaría 21	1	0,15%
	Sub-comisaría 24	1	0,15%
	Sub-comisaría 22	6	0,87%
Total NOROESTE		52	7,58%
NORTE	Comisaría 30	5	0,73%
	Comisaría 9	25	3,64%
	Sub-comisaría 2	10	1,46%
	Sub-comisaría 23	1	0,15%
Total NORTE		41	5,98%
OESTE	Comisaría 13	58	8,45%
	Comisaría 14	16	2,33%
	Comisaría 18	7	1,02%
	Comisaría 19	69	10,06%
	Comisaría 32	40	5,83%
	Sub-comisaría 22	8	1,17%
Total OESTE		198	28,86%
SUDOESTE	Comisaría 15	6	0,87%
	Comisaría 18	104	15,16%
	Comisaría 21	26	3,79%
	Comisaría 33	6	0,87%
	Sub-comisaría 19	2	0,29%
	Sub-comisaría 20	8	1,17%
Total SUDOESTE		152	22,16%
SUR	Comisaría 11	21	3,06%
	Comisaría 15	70	10,20%
	Comisaría 16	28	4,08%
	Sub-comisaría 20	1	0,15%
Total SUR		120	17,49%
Total general		686	100%

C-12-1) MONITOREO DE LA POBLACION DE PERSONAS EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Es claro que no todas las PVVS utilizan TARV⁴³, no hay una correlación directa, pero resulta ser un indicador privilegiado porque la mayoría de las personas accede a la medicación antirretroviral en la República Argentina cuando así lo solicitan.

Desde el año 2017, a partir de los datos provinciales se muestra una leve diferencia de los porcentajes de la provincia de Santa Fe respecto a los datos nacionales. Los porcentajes analizados responden a dos fuentes de datos diferentes. El gráfico 19 permite analizar el modo de crecimiento sostenido del número de personas que acceden a tratamientos antirretrovirales.

Gráfico 19. Cantidad promedio anual de pacientes en TARV. SSP Por período de tiempo



El cuadro 73 permite analizar la proporción de tratamientos asignados en la ciudad de Rosario en relación a la provincia de Santa Fe y la nación. Siendo en ambas situaciones mayor a la proporción resultante del número de habitantes.

⁴³ TARV: Tratamientos Antirretrovirales

Cuadro 73. TARV Ciudad de Rosario

Año	TARV asignados República Argentina	TARV SSP de Rosario	% de la SSP en total Provincial	% de la SSP en total Nacional
2011	31.854	1.070	32,9	3,3
2012	34.385	933	33,9	2,7
2013	35.904	1.237	45,0	3,4
2014	41.734	1.311	42,5	3,1
2015	47.564	1.586	46,3	3,3
2016	46.829	2.087	63,1	4,4
2017	46.518	2.396	40,3	5,1
2018	49.200	3.035	55,6	6,1
2019	138.000	3.154	55,7	5,5

Sobre pacientes asignados.

Fuentes: Boletines sobre VIH-Sida en la Argentina N° 29, 30, 31, 32, 34 y 35. Dirección provincial de Farmacia y municipalidad de Rosario. Dirección de Farmacia de la provincia de Santa Fe. SVIH.

En este cuadro se consideran hasta el año 2016 únicamente los pacientes de la SSP, y luego de la ciudad de Rosario.

La entrega de medicación antirretroviral es dinámica, permanentemente se producen bajas, altas, cambios de efectores y de esquemas de medicamentos. Por lo que para realizar un análisis cuantitativo se toma en cuenta un momento dado pudiendo tener frecuentes variaciones.

Cuadro 74. % Distribución de TARV por efectores

Efector	2016		2019	
	Número de pacientes	%	Número de pacientes	%
Hospital J. B. Alberdi	258	19,8	241	12,7
Hospital Intendente Carrasco	745	57,3	591	31,2
Hospital Emergencias C. A.	35	2,0	--	--
Hospital Roque Saenz Peña	232	17,8	253	13,4
Hospital de Niños V. J. Vilela	30	2,3	29	1,5
Centros de Salud Municipales	377	21,6	620	32,8
Sin información	100	5,6	--	8,4
Total	1777	100	1892	100

En el año 2016 se consideró al mes de enero y el año 2019 al mes de septiembre.

Si bien aumentaron los TARV, han disminuido en el Hospital de Emergencias por tratarse de un efector que ha tendido a la derivación de los pacientes atendidos hacia otros efectores y la evitación de tratamientos prolongados, dentro del marco de las políticas de salud de la SSP.

El Hospital de niños ha tenido una menor cantidad por la lógica disminución de casos pediátricos y el hospital Alberdi también tuvo una disminución de los casos.

En el año 1998, sólo el 2,7% del total de tratamientos antirretrovirales entregados correspondía a pacientes atendidos en APS, y casi todos ellos correspondían a un solo centro de salud. Desde entonces se experimentó una creciente proporción que analizada por períodos de tiempo y partiendo desde los primeros años pasó del 5,6 por ciento de los pacientes totales que retiraban medicación en efectores de APS al 33% en el año 2019.

El aumento de PVVS atendidas en el sector de atención Primaria se da en el marco del proceso de fortalecimiento del primer nivel de atención implementado como política sanitaria de la Municipalidad de Rosario en los últimos años, e impulsada por el Programa Municipal de Sida de Rosario.

C-12-2) ANÁLISIS DE PACIENTES QUE RETIRAN TARV EN EL ÁMBITO DE APS EN SSP

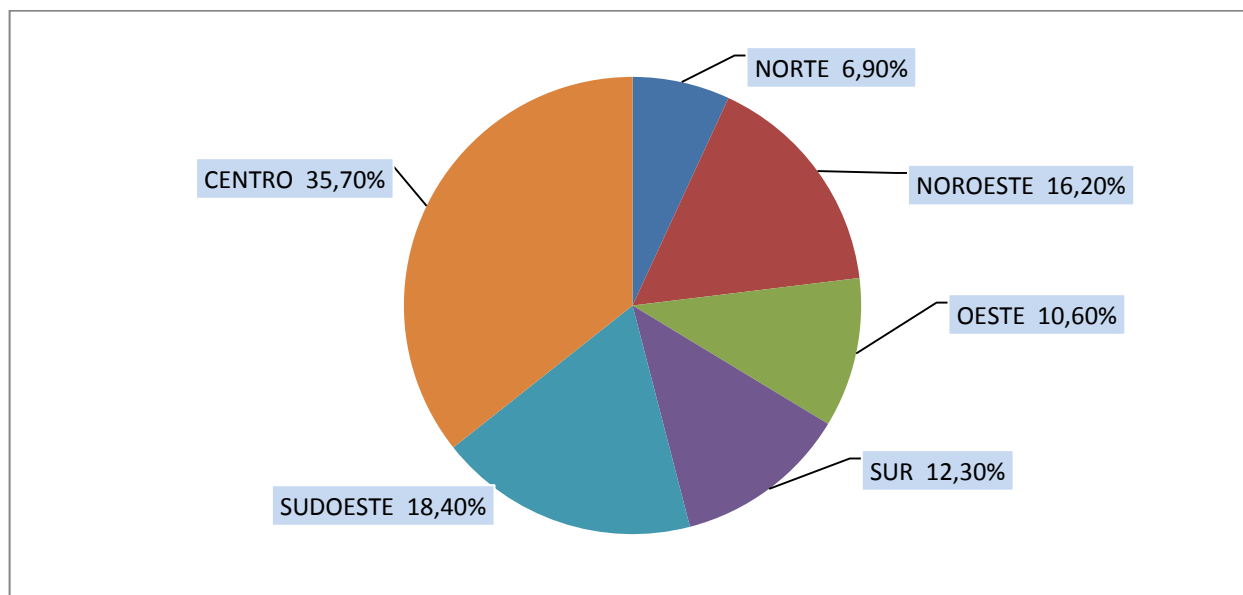
En el año 2019 se calcula alrededor de 620 pacientes que retiran medicamentos antirretrovirales en el ámbito de los Centros de Salud de la Secretaría de Salud Municipal (un tercio de los pacientes de la secretaría). Se realizó un estudio de las características de los pacientes que retiraban ARTV, para el mismo se realizó con un corte de casos al 31 de diciembre de 2016 por el área responsable de los centros de salud de la Dirección de Farmacia^{44 45}.

Cuadro 75. Pacientes con TARV asignados en APS por distritos (SSP)

DISTRITO	F	M	TOTAL
NORTE	23	14	37
NOROESTE	54	33	87
OESTE	40	17	57
SUR	39	27	66
SUDOESTE	56	43	99
CENTRO	73	119	192
TOTAL	285	253	538

F: Femenino; M: Masculino

Gráfico 20. Distribución distrital por 100 pacientes que retiran TARV en el ámbito de atención primaria de la SSP. Análisis de diciembre de 2016.



⁴⁴ Fuente: Dirección de Farmacia SSP. Colaboradora Farmacéuticas Silvana Mehring y Silvana Pereyra.

⁴⁵ La cifra de pacientes en tratamientos surge de los registros específicos de Farmacia.

Cuadro 76. Comparación de frecuencias por 100 de la distribución distrital en Centros de Salud Municipales. Año 2016

	Consultas Generales	Entrega de TARV	Distribución Poblacional
Centro	2,3	35,0	25.1
Norte	13,2	6,9	17.1
Noroeste	24,3	16,2	14.2
Oeste	25,2	10,6	13.8
Sudoeste	20,5	18,4	12.9
Sur	14,5	12,3	16.9

Fuente: Sistema integral de Salud de Rosario. Dirección de Estadística de Salud Pública.

No incluyen consultas odontológicas, enfermería y guardia. Población considerada al año 2011 con datos tomados en el año 2017.

En el distrito centro hay un solo centro de Salud, y concentra en este estudio, el 2,3% de las consultas, sin embargo entrega el 35% de los tratamientos. Este hecho se debe en parte al número de pacientes, pero fundamentalmente a que muchas personas atendidas en la ciudad piden retirar sus medicamentos en la zona central de la misma, cerca de sus lugares de trabajo, estudio, concurrencia y garantizando también cierta confidencialidad al retirar sus medicamentos alejadas de su lugar de residencia habitual.

Cuadro 77. TARV asignados por centros de salud de atención primaria de la SSP de Rosario. Año 2016.

DISTRITO NORTE	F	M	Todos
1° DE MAYO	3	1	4
A.M. DE JUSTO	4	4	8
C. CASAS	10	3	13
J.B. JUSTO	2	3	5
S. MAZZA	4	3	7
LA FLORIDA	0	0	0
TOTALDISTRITO NORTE	23	14	37
DISTRITO NOROESTE	F	M	Todos
AZURDUY	19	12	31
COULIN	5	1	6
DUNANT	1	0	1
NAMUNCURA	0	0	0
EMAUS	7	2	9
UGARTE	1	2	3
D. FERRANDINI	11	7	18
SAN MARTIN	10	9	19
TOTALDISTRITO NOROESTE	54	33	87
DISTRITO OESTE	F	M	Todos
CASALS	5	3	8
EVA DUARTE	1	2	3
LUCHEMOS	11	3	14
MARADONA	2	6	8
ROSELLO	5	0	5
STAFFIERI	3	0	3
TOBA	3	2	5
STA LUCIA	10	1	11
TOTALDISTRITO OESTE	40	17	57
DISTRITO SUR	F	M	Todos
20 DE JUNIO	5	6	11
MAIZTEGUI	5	4	9
MANGRULLO	7	5	12
MATHEU	1	0	1
PASTEUR	7	6	13
R. NARANJO	8	3	11
SUR	6	3	9
TOTALDISTRITO SUR	39	27	66
DISTRITO SUDOESTE	F	M	Todos
CHAMPAGNAT	6	7	13
EL GAUCHO	2	0	2
E. BAZET	1	0	1
ITATI	0	2	2

PARQUE SUR	0	0	0
LAS FLORES	22	19	41
POCHO LEPRATTI	8	5	13
STA TERESITA	6	1	7
TIO ROLO	0	3	3
S.V. DE PAUL	8	6	14
SAN MARTIN "A"	0	1	1
TOTAL DISTRITO SUDOESTE	53	44	97
DISTRITO CENTRO	F	M	Todos
MARTIN Y TOTAL	73	119	192
TOTAL CENTROS SALUD SSP	285	253	538

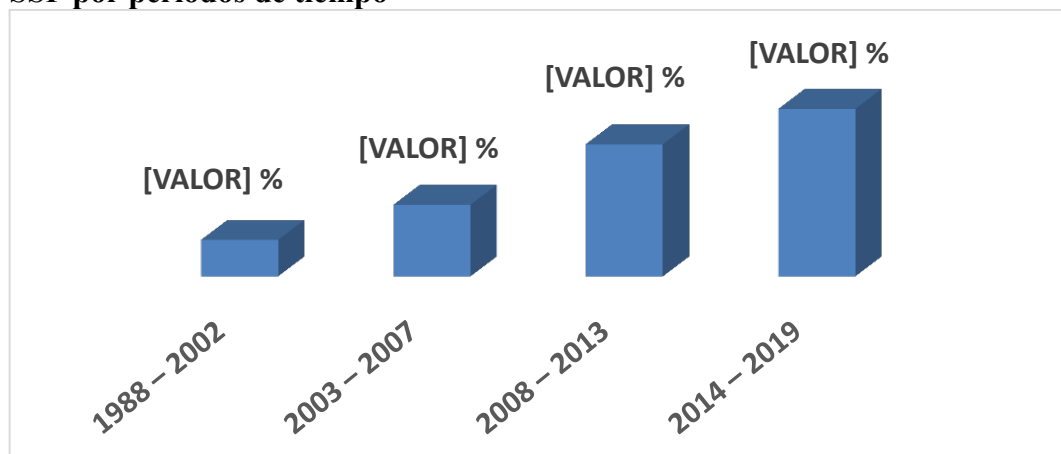
Fuente: Dirección de Farmacia SSP. Colaboradora Far. Silvana Mehring

Cuadro 78. TARV desagregado por edad en pacientes asignados por centros de salud de atención primaria de la SSP de Rosario

EDAD	F	M	TOTAL
0 < 5 AÑOS	1	0	1
5 < 15 AÑOS	1	3	4
15 < 25 AÑOS	22	17	39
25 < 35 AÑOS	91	81	172
35 < 45 AÑOS	100	80	180
45 < 55 AÑOS	51	56	107
55 < 65 AÑOS	13	11	24
65 < 75 AÑOS	2	7	9
MAYORES DE 75 AÑOS	1	1	2
TOTAL	282	256	538

En este estudio, si bien tres de cada cuatro pacientes que retiran la medicación antirretroviral específica lo hacen en los diferentes Hospitales, se produce dentro de un proceso de descentralización de la asistencia sanitarias (Gráfico 21). En el comienzo de la distribución de medicamentos se retiraban menos del 6% en efectores de Atención Primaria. Paulatinamente se fue revirtiendo la situación. Si se considera el período 2014 - 2019 casi un 25% lo hace en efectores de Atención Primaria y al cierre de este boletín (año 2019) la cifra torna el 33%, fortaleciendo el peso de la asistencia en efectores no centralizados.

Gráfico 21. % del total de TARV en Centros de Salud Municipales, en relación al total en SSP por períodos de tiempo



C-13) MORTALIDAD ASOCIADA AL VIH/Sida

DEFUNCIONES

Las defunciones relacionadas con el VIH/Sida, tanto a nivel local como nacional e internacional, pueden diferenciarse en tres períodos. El primero es cuando se dio un proceso ascendente de casos en los comienzos de la epidemia. El segundo período fue cuando aparecieron los tratamientos antirretrovirales en el año 1996 dando lugar a un proceso descendente. El tercer período es la continuación del proceso descendente durante los últimos once años.

La información sobre defunciones se basa en el análisis de las muertes relacionadas con el Sida. La fuente principal de recolección de datos locales es el Informe de Defunción (ID), remitido desde la Dirección General de Estadística de la Municipalidad, basado en los datos del registro Civil de la provincia. El resto de la provincia de Santa Fe y la jurisdicción nacional también utilizan la misma fuente básica de información. Sin embargo, puede haber diferencias en los datos porque en la ciudad de Rosario, se consideran las tres enfermedades mencionadas en los informes de defunciones (en algunos casos hay una sola y en otros dos o tres). Incluso, para otros estudios, la SSP de la ciudad de Rosario, para algunos análisis, también incorpora otras fuentes de datos, a saber: Fichas Epidemiológicas y la información referida desde el ámbito de la dirección de Farmacia de la SSP.

Según el estudio realizado por la SSP (ver Boletín Epidemiológico N° 12) se calcula que podría haber una sub-notificación de hasta el 14% de los casos, y cuando se comparó con el uso de una sola causa de defunción el porcentaje de sub-notificación resultó algo mayor todavía.

La tasa de mortalidad es considerada cada 100.000 habitantes, y es un indicador de calidad ya que no se basa únicamente en casos de diferentes jurisdicciones administrativas, sino que abarca al conjunto de la ciudad de Rosario. En la ciudad ha disminuido la tasa de mortalidad. Este dato es similar al ocurrido en el país, pero diferente al que ha ocurrido en el resto de la provincia de Santa Fe. Quizás se deba a que los conglomerados de menor número de habitantes, están asistiendo y notificando mayor número de pacientes, como es de esperarse luego de la primer etapa de aparición de la pandemia. También se analiza las tasas de defunción desagregada por períodos de tiempo y el número y porcentaje de no residentes en la ciudad, donde se ve que los no residentes representan un mayor porcentual casos, lo que podría implicar la búsqueda de mayores niveles de complejidad hospitalaria ante dificultades clínicas.

Por otra parte, cabe señalar que la disminución de la letalidad de las PVVS disminuye también la proporcionalidad de los fallecidos en relación a la población general.

Los 1.248 fallecidos con residencia en la ciudad se analizan en el cuadro 79 según su lugar de residencia (distrito), distribuidos en períodos de tiempo. Los Distritos Norte y Sur tuvieron históricamente un número similar de óbitos (alrededor del 20% del total). El distrito Centro reunió un número algo menor (18,8% del total). Solo como referencia, puede observarse que la distribución proporcional de la poblacional de esos distritos es diferente, el Distrito Centro reúne el 25% de los habitantes de la ciudad, el Norte 14,2% y el Sur 16%.

Con el paso del tiempo el distrito noroeste mostró una disminución de las tasas y los distritos sur y sudoeste aumentaron.

Cuadro 79. Evolución de los promedios de las tasas de mortalidad por períodos de años por Distrito (por 100.000 habitantes). Residentes y ocurrencia en la ciudad de Rosario

	1997/1999	2000/2004	2005/2009	2010/2012	2014/2016	Distribución Poblacional de Rosario por 100
Centro	5,53	2,88	4,05	1,89	22,97	25.13
Norte	9,90	8,48	4,53	5,16	5,65	17.13
Noroeste	4,87	5,94	5,73	3,42	13,07	14.20
Oeste	5,13	7,98	4,15	3,46	26,50	13.78
Sudoeste	6,77	4,56	5,48	4,84	14,39	12.88
Sur	7,60	5,88	5,38	6,29	17,31	16.88

Fuente propia, con datos del INDEC. Dirección General de Estadística Municipal, Instituto nacional de estadísticas y Censos INDEC, Instituto Provincial de Estadísticas y Censos IPEC. Tasas únicamente para la población con residencia en Rosario.

Cuadro 80. Tasa de mortalidad por distritos. Año 2017

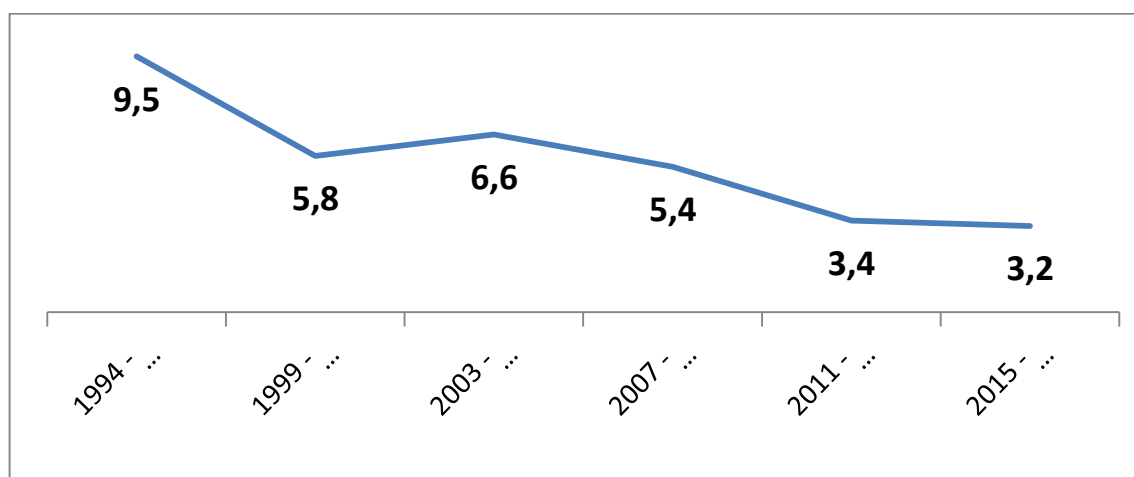
	Nº	%
Centro	7	19.4
Norte	3	5.6
Noroeste	8	22.2
Oeste	7	19.4
Sudoeste	5	13.9
Sur	6	16.7

Cuadro 81. Promedio de fallecidos y tasas por defunciones asociadas al Sida. Por períodos temporales 1994-2018. Residentes, no residentes y tasa de mortalidad anual por 100.000 habitantes

Año	Residencia		Total	Promedio de tasas Rosario	% no residentes
	Rosario	Otras			
1994-1999	537	26	563	9,3	4,9
2000-2005	360	63	423	6,6	17,5
2006-2011	278	72	350	4,9	25,9
2012-2018	228	96	324	3,2	29,6

Fuente: Dirección General de Estadística Municipal e INDEC e IPEC (Instituto Provincial de Estadísticas y Censos).

**Grafico 22. Promedio de tasas Mortalidad. Ciudad de Rosario por períodos de tiempo.
Por 100,000 habitantes**



Datos realizados sobre los casos que tenían residencia consignada en la ciudad de Rosario

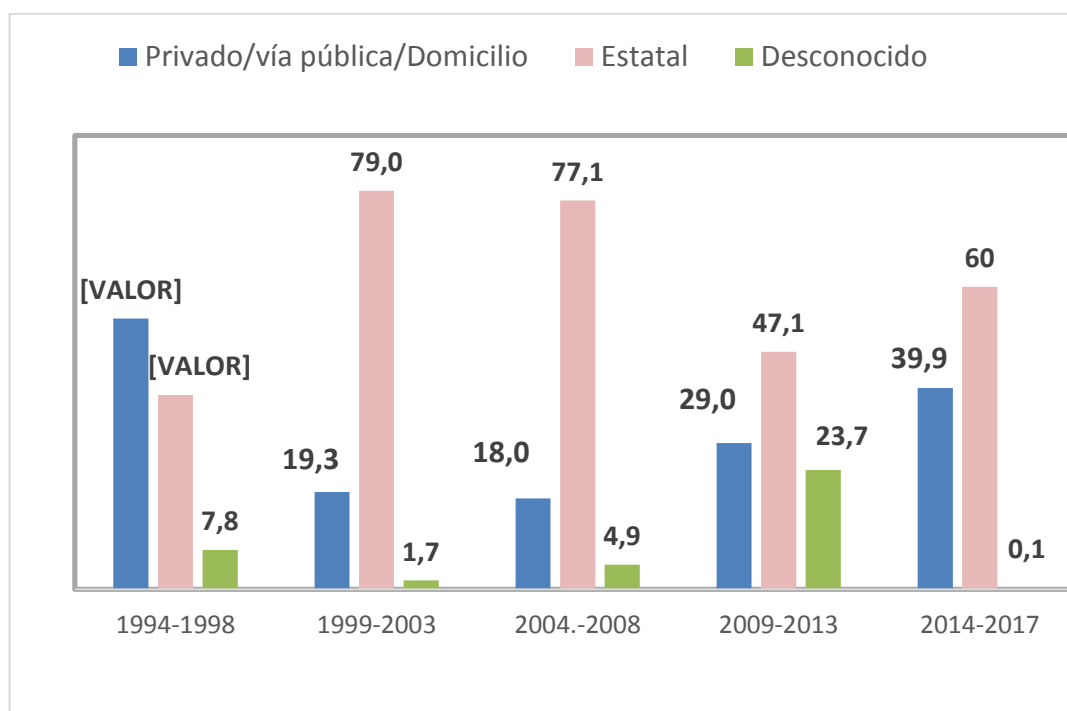
El gráfico 22 permite una lectura de la evolución de las tasas en los 24 años estudiados. Dado el relativamente bajo número de casos, la tasa de mortalidad puede mostrar cierta variabilidad entre un año y otro, pasando a cobrar significación entonces la evolución de la misma en la ciudad. En general la tasa ha disminuido hasta estabilizarse en los últimos años.

Se observa claramente como crecía hasta la aparición de los por entonces nuevos esquemas de tratamientos antirretrovirales, y probablemente por ese motivo, ha ocurrido un rápido descenso de la medición de mortalidad desde el año 1997.

El número de defunciones no registra saltos significativos y acompaña relativamente la evolución de la misma tasa en la república argentina.

El gráfico 23 permite observar que el sistema público asistencial, concentra el peso de la problemática VIH/Sida, ya que la mayoría de las defunciones se produjeron en efectores públicos.

Gráfico 23. Dependencia del lugar de fallecimientos asociados al Sida. Residentes en la ciudad de Rosario. Frecuencia por 100 por quinquenios entre los años 1994 y 2017

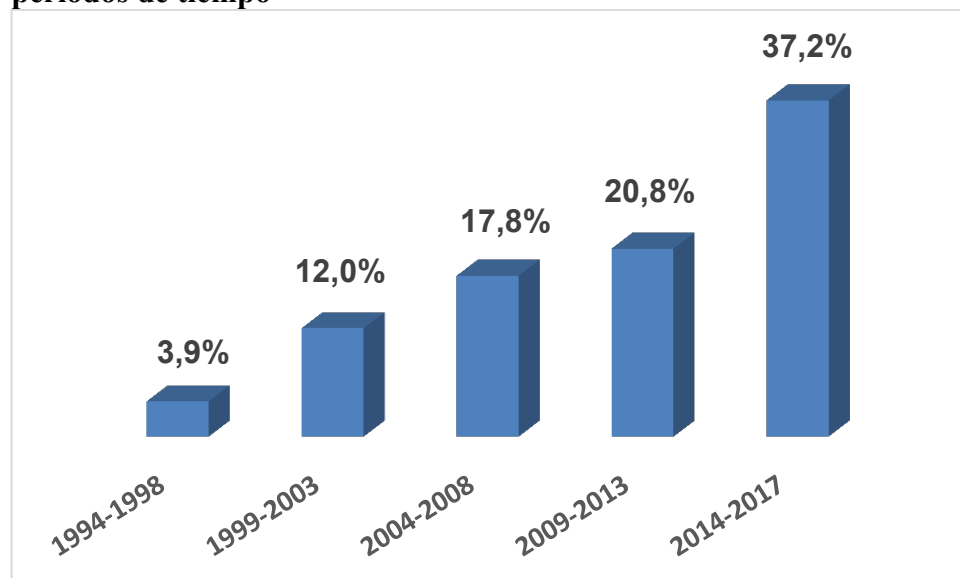


Cuadro 82. Porcentaje de defunciones de No residentes en la ciudad de Rosario. Períodos de tiempo: Años 1994 al 2013 y 2014 al 2018

	1994 - 2013	% 1994 - 2013	2014 - 2018	% 2014 - 2018
Residentes	1249	83,7%	155	67,1%
No Residentes	178	11,9%	76	32,9%
No se sabe	66	4,4%	0	0
Totales	1493	100%	231	100

Se observa en el gráfico 24 como en un principio la mayoría de las defunciones era de personas con residencia en la ciudad, y con el paso de los años va aumentando las defunciones de no residentes.

Gráfico 24. Porcentaje de defunciones de No residentes en la ciudad de Rosario. Por períodos de tiempo



*Cálculo realizado entre las personas en las que se conoce el lugar de residencia
El porcentaje acumulado entre los años 1994-2013 fue de 12,47%, y desde entonces 100%*

En el cuadro 83 se analiza la edad de los fallecidos en la ciudad. La franja comprendida entre 20 y 39 años conlleva el principal número de defunciones. En todo el período analizado, tres cuartas partes de las muertes (73,8%) ocurrieron en personas de sexo masculino. La mayoría de las defunciones se verificaron en personas menores de 35 años (56%), con la mayor concentración entre los 25 y 34 años.

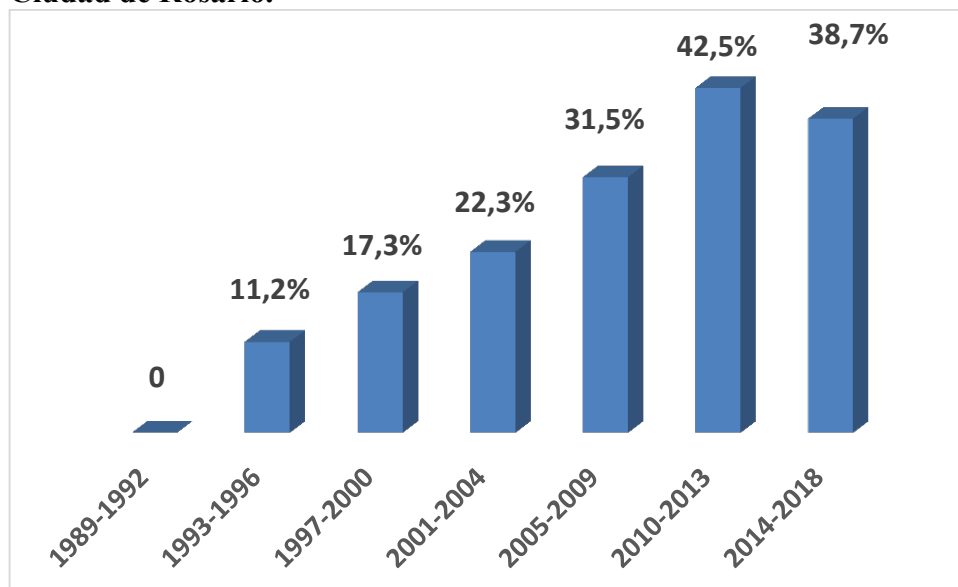
Cuadro 83. Defunciones VIH/Sida según edad de personas fallecidas en Rosario. Años 1994-2017

	< 1	1/4	5/9	10/14	15/19	20/24	25/29	30/34	35/39	40/44	45/49	50/54	55/64	≥65
Masculino	10	6	6	2	11	59	193	254	225	174	112	68	85	46
Femenino	8	6	5	2	7	36	85	78	106	60	37	28	27	14
Total	18	12	11	4	18	95	278	332	331	234	149	96	112	60

Se consideran todos los fallecidos en la ciudad de Rosario, independientemente de su lugar de residencia y la fuente de información

Al indagar los fallecimientos de las personas de más de 45 años, puede analizarse el paulatino incremento esta franja etaria. En el gráfico 25 se toman períodos (aproximadamente 4 años). Se nota como hasta el año 1992, no se había registrado ningún fallecimiento en la ciudad de ese rango de edad (aunque no se descarta un sub-registro de datos), luego fue aumentando el número de personas informadas.

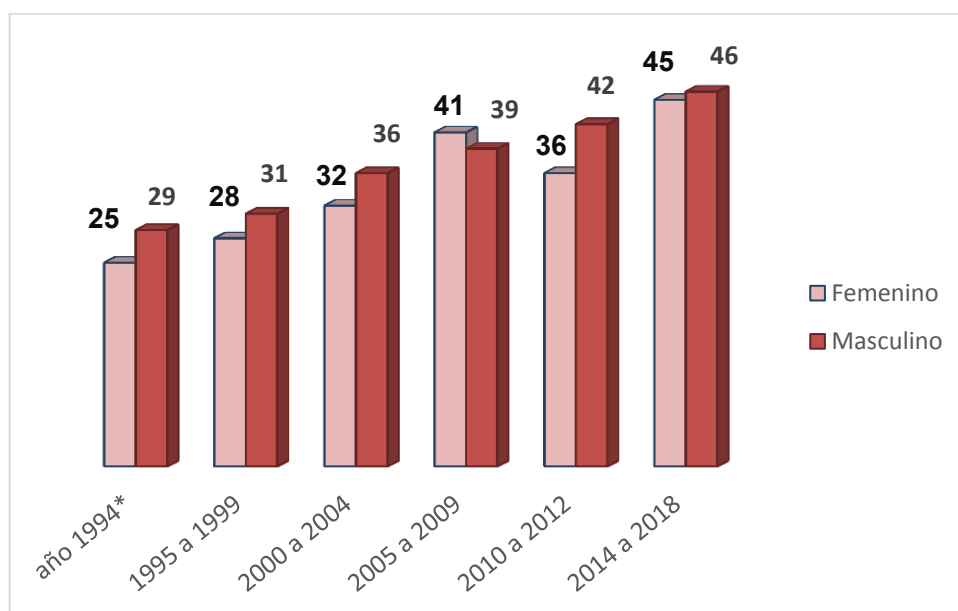
Gráfico 25. Porcentaje de defunciones en mayores de 50 años en períodos de tiempo. Ciudad de Rosario.



Es evidente que cuando disminuye la tasa de mortalidad, también disminuyen los fallecimientos, sin embargo el porcentaje de mayores de 45 años entre los fallecidos aumentó en comparación al principio de la epidemia.

Se analiza en el gráfico 26 la Mediana de Edad de las defunciones por períodos de tiempo, donde queda claramente expresado que comparado con los primeros años, ha aumentado la edad de defunciones asociadas al Sida tanto en hombres como en mujeres.

Gráfico 26. Mediana de edad por sexo de las defunciones por períodos de tiempo



* En el primer período analizado solo se cuentan datos del año 1994.

C-14) ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS

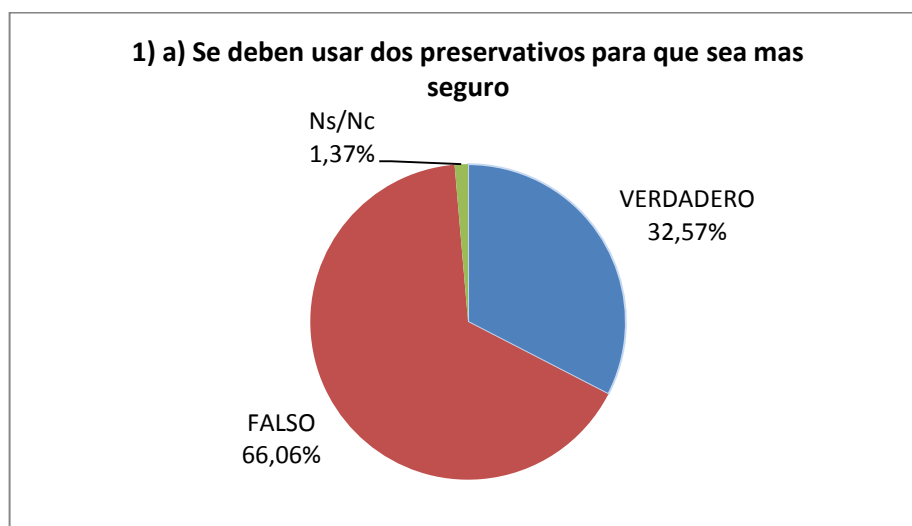
ENCUESTA REALIZADA EN 2015/2016 ⁴⁶

Entre los años 2015 y 2016 se realizó una encuesta al público general en diversas actividades, convirtiéndose así en una muestra por conveniencia. a partir de diversas actividades encaradas desde la SSP. El objetivo consistió en evaluar el conocimiento general sobre la temática VIH en la población. Se trabajó con 439 encuestados, 149 varones y 267 mujeres (23 personas no fueron registradas por sexo ni 19 por edad). La edad promedio resultó de 31,7 años. La encuesta consistía en responder a diversas afirmaciones como verdadero o falso. Preguntas con opciones múltiples de respuesta medidas en términos de frecuencia.

Como resultados generales puede notarse que en el primer grupo de encuestas aproximadamente un tercio de las personas encuestadas no demostró tener la información deseable.

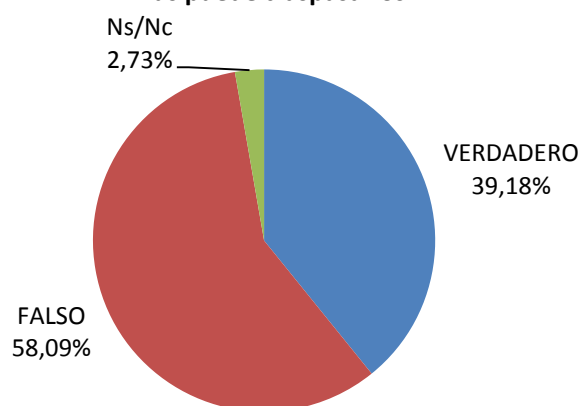
Así por ejemplo una de cada tres personas, supusieron erróneamente tener mayor seguridad al usar dos preservativos. Del mismo modo, cuatro de cada diez personas creyeron erróneamente que el virus VIH podía traspasar el preservativo. Además, una de cada cuatro personas no sabían que el sexo oral podría ser una de las vías de transmisión del VIH.

Los resultados fueron los siguientes:

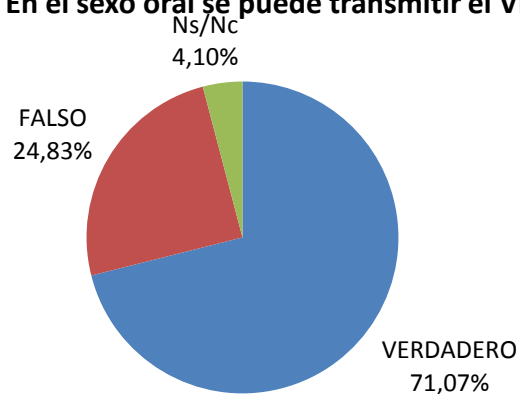


⁴⁶ El estudio fue realizado por: Psi. Horacio Aronson, Lic. Julieta Gosende, Dr. Damián Lavarello, estudiante estadística Lucas Ferreira, y las encuestas fueron realizadas por diversas personas, principalmente por integrantes del Programa Municipal de Sida.

1) b) Los preservativos no son siempre efectivos porque el virus puede traspasarlos

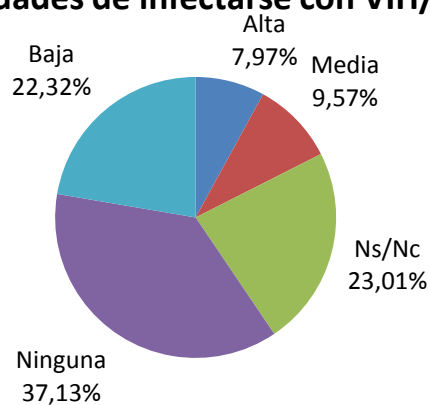


1) d) En el sexo oral se puede transmitir el VIH



Aproximadamente y realizando una proyección, al menos la mitad de las personas se consideraron a si mismas en riesgo de contraer una infección.

Tus posibilidades de infectarse con VIH/SIDA son



Se realizaron preguntas que exigían respuestas de proporción:

Gráfico 27. Frecuencias de argumentos de uso de preservativos

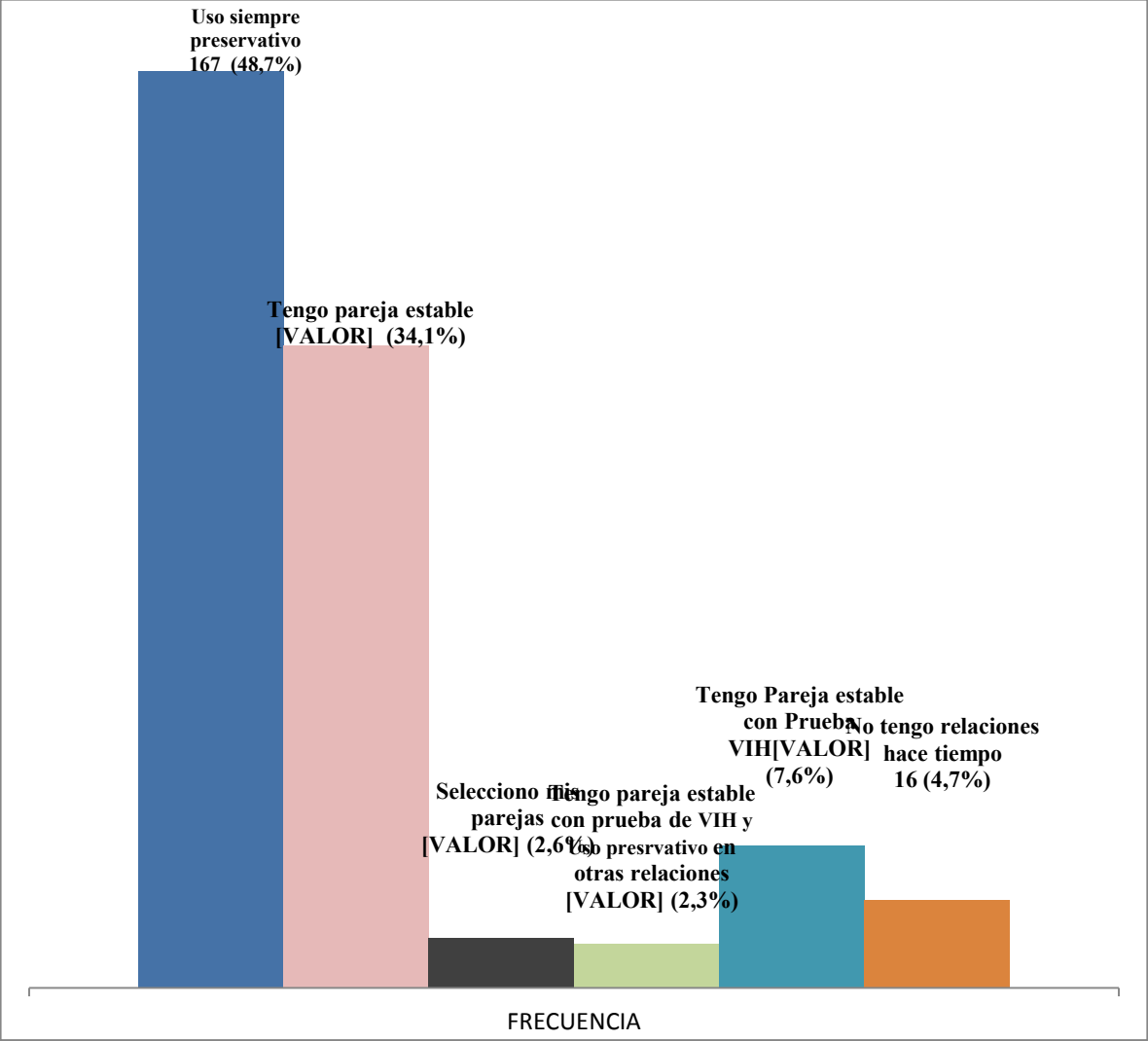
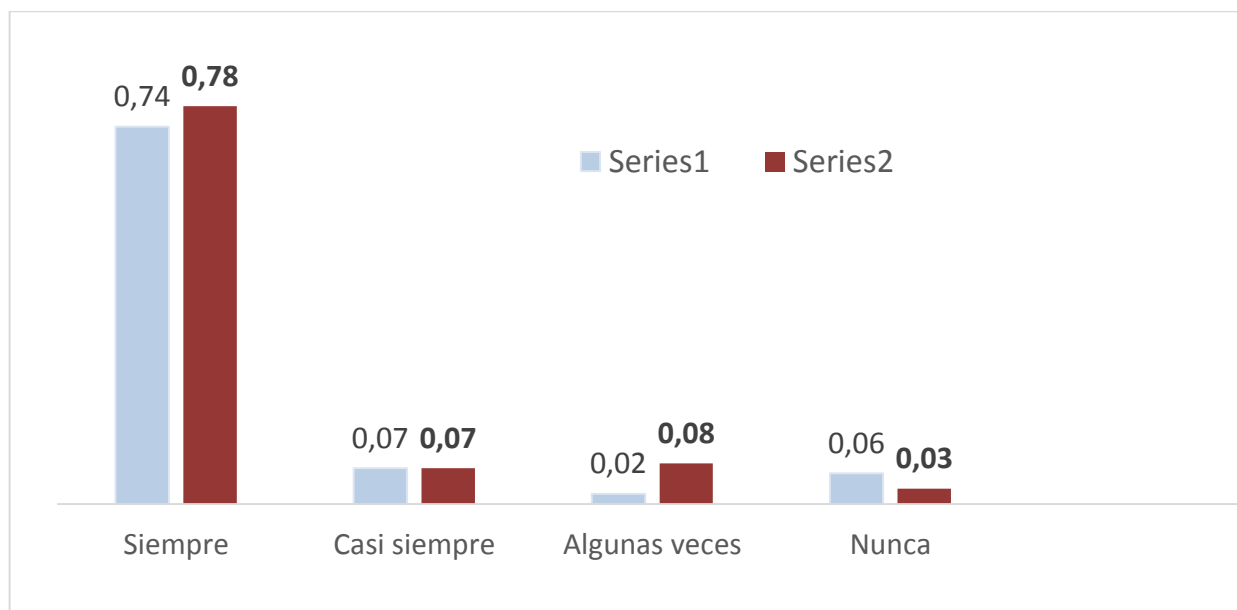


Gráfico 28. “Ante una nueva pareja, usas preservativo?”



El color claro de la serie 1 corresponde a masculino y la serie 2 a Femenino

Las mujeres y los varones mostraron una similar respuesta en cuanto al uso de preservativos cuadro x (grafico 28), pero las mujeres se testean más que los varones grafico 29

Gráfico 29. “Tus posibilidades de infectarse VIH / SIDA son....:

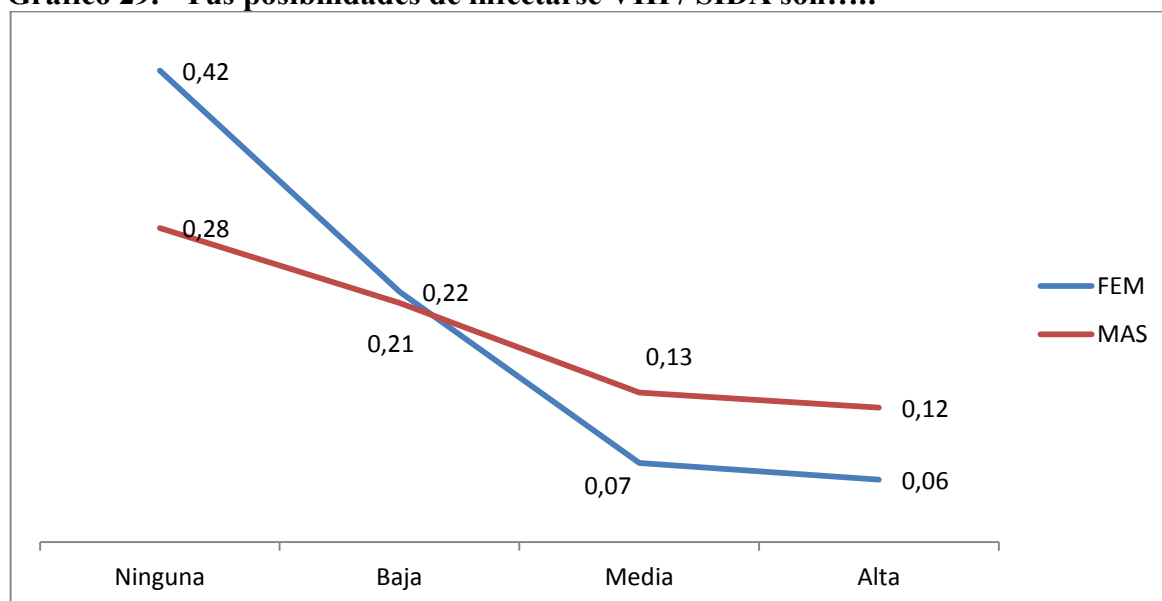
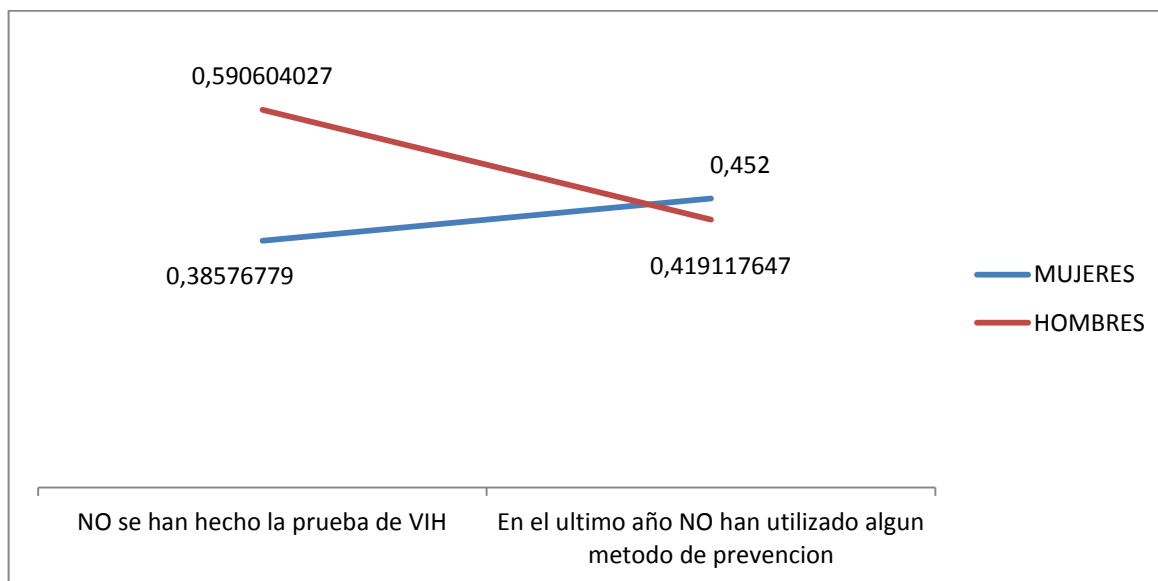


Gráfico 30. Proporción preguntas 2 c y 2 d



En las preguntas por opciones, casi una de cada diez personas encuestadas manifestaron que no utilizan siempre un preservativo ante una nueva pareja. Este último dato cobra relevancia porque la autopercepción de estar en riesgo es alta únicamente en ocho de cada diez personas. Así se desagrega la información según la cual seis de cada diez personas se auto-percibieron con un riesgo bajo o directamente sin riesgos.

C-14-2 ENCUESTA REALIZADA 2006 / 2007 / 2008

Existe una serie de tres encuestas realizadas anteriormente entre la población que pueden servir de referencia. No se trató de un trabajo sistemático sino de cuestionarios de conveniencia en ocasiones donde se efectuaban en algunos sitios públicos actividades específicas (la Rambla norte durante el verano o en otros eventos). Estas encuestas al cotejarse con el estudio realizado en el año 2016, no permiten una comparación rigurosa, además son diferentes en cuanto a las preguntas y metodología empleada, pero sirve para trazar puentes de referencia como modo de aproximación a las respuestas de las personas con aproximadamente una década de diferencia. Sobre la manifestación de usar un preservativo “siempre”, en el año 2007 el 76,4% afirmó hacerlo, y en el año 2016 el número había disminuido a 48,7%. Por otro lado, quienes afirmaron que sus cuidados pasaban por tener una pareja estable representaban el 32,9% en el año 2006 y el 34,1 en el año 2016. En el primer estudio se mostraba como el 8,5% de las personas decían que no tenían en ese tiempo relaciones sexuales y en el último estudio la cifra fue del 4,7%.

En general las encuestas anteriores al referirse a conocimientos específicos en cuanto a la temática, aunque con diferentes preguntas, oscilaban entre el 63% y 74% de respuestas correctas, y en el año 2016 oscilaban entre 67,5%, 60,1% y 75,1%. Las mujeres mostraban en las primeras personas encuestadas tener levemente mejores conocimientos que los varones, mientras que en el año 2016 fue prácticamente sin diferencias. Este tipo de estudios sirven para poder mediar en el tiempo el conocimiento imperante en cuanto a la temática VIH/Sida y propone continuar con este tipo de análisis en los próximos años.

C-15) CASCADA ESTIMADA DEL CONTINUO DE ATENCION VIH

Los grandes números en relación al VIH/Sida constituyen una preocupación permanente en la búsqueda de datos confiables que permitan la planificación estratégica y la toma de decisiones en cuanto al abordaje de la temática. Así cobra importancia analizar cuales son los grandes datos

significativos tales como: El número de personas que Viven con VIH/Sida; las personas que tienen acceso a su diagnóstico; las personas atendidas en el sector público y en el sector privado. Esta información se construye con estimaciones de diferente tipo, en ocasiones informáticas o a partir de los datos conocidos. Se muestra el siguiente cuadro que intenta mostrar una aproximación a la consideración de fundamentos, siguiendo las líneas de presupuesto de trabajo en heterogéneas jurisdicciones y en cambiantes momentos, con el fin de analizar la llamada “Cascada del Continuo de Atención VIH/Sida”. Se construye así un cuadro que sirve únicamente como referencia sanitaria aproximada, utilizando múltiples fuentes tales como informes y publicaciones con elaboración propia.

Cuadro 84. Cascada estimada del continuo de atención VIH/Sida. Cada 100 casos.

	ONUSIDA 2018	A. LATINA 2016	ARGENTINA 2016	ARGENTINA 2017	SANTA FE 2018	ROSARIO 2018
PVVS	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
DX	79 %	77 %	70 %	80 %	80 %	84 %
TARV	78 %	61 %	66 %	83,5 %	81,5 %	81 %
PUBLICO	62 %	--	25 %	--	65 %	--
CARGA VIRAL INDETECTABLE de las PVVS	53 %	52 %	50 %	67,8 %	--	--