

BOLETÍN EPIDEMIOLOGICO VIH/SIDA 2010

Publicación del Programa Municipal de SIDA y el Sistema Municipal de Epidemiología -
Nº 11 - año 2010.

Intendente Municipalidad de Rosario
Ing. Roberto Miguel Lifschitz

Secretario De Salud Pública
Bioq. Lelio Mangiaterra

Subsecretario de Salud Pública
Dr. Leonardo Caruana

Coordinadora de Area de Promoción de la Salud
Psicóloga Alejandra Toledo

Coordinador General del Programa Municipal de SIDA
Dr. Damián Lavarello

Responsable Area Epidemiología del Programa Municipal de SIDA
Psicólogo Horacio Víctor Aronson

Coordinadora Sistema Municipal de Epidemiología
Dra. Analía Chumpitaz

Han colaborado en este Boletín:
Estadística Laura Balparda
Dra. Andrea Moro
Lic. en Comunicación Social Julieta Gosende

- PRÓLOGO
- INDICE
- INTRODUCCIÓN
- I) SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA EN EL MUNDO, AMERICA LATINA Y ARGENTINA.
 - I.1) AMÉRICA LATINA
 - I.2) REPÚBLICA ARGENTINA
- II) CIUDAD DE ROSARIO. SITUACIÓN DE NOTIFICACIONES
 - II.1) INCORPORACION DE LOS DATOS DE TODA LA CIUDAD
 - II.2) VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA
- III) DETECCION DE VIH/SIDA
 - III.1) PRUEBA DE DETECCION VIH/SIDA EN LA SSP
 - III.2) ANALISIS DE PRUEBAS DE LABORATORIO EN DIVERSOS EFECTORES
 - III.3) ANÁLISIS DE LAS ÓRDENES, PRUEBAS Y PORCENTAJES DE VIH EN LABORATORIO
 - III.4) NOTIFICACION DE CASOS VIH Y CASOS SIDA
 - III.5) SERVICIOS DE CONSEJO Y DETECCION DE VIH/SIDA
 - III.6) DETECCION EN DONANTES DE SANGRE
- IV) VIAS DE TRANSMISION EN SSP (casos VIH y SIDA)
- V) ENFERMEDADES MARCADORAS
 - V.1) TBC y SIDA
- VI) CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES NOTIFICADOS
 - VI.1) EDAD MEDIANA
 - VI.2) NIVEL DE INSTRUCCIÓN
 - VI.3) OCUPACIÓN DE PACIENTES NOTIFICADOS Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN
- VII) EMBARAZADAS Y PARTURIENTAS
 - VII.1) EMBARAZADAS Y PARTURIENTAS EN SSP
 - VII.2) ANALISIS DE LAS PRUEBAS DE LABORATORIO EN RELACION A LAS EMBARAZADAS EN APS (nota 3998)
 - VII.3) TRANSMISION VERTICAL
 - VII.4) PAREJAS DE EMBARAZADAS, PUERPERAS Y LACTANTES
 - VII.5) PRIMIGESTAS
- VIII) ESTIMACION DE PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA EN ROSARIO
- IX.1) DISTRIBUCION DE CASOS NOTIFICADOS SEGÚN EFECTOR
 - IX.2) DISTRIBUCION DE LA EPIDEMIA LOCAL VIH/SIDA POR DISTRITOS
- X) PESO ASISTENCIAL VIH en la SSP de ROSARIO
 - X.1) EGRESOS en SSP
 - X.2) CONSULTAS
- XI) MONITOREO DE LA POBLACION DE PERSONAS EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL
- XII) MORTALIDAD ASOCIADA AL VIH/SIDA
- XIII) COMPARACIÓN DE ROSARIO CON SANTA FE Y ARGENTINA
 - XIII.1) COMPARACIÓN DE DIVERSOS PORCENTAJES DE DATOS ENTRE ROSARIO Y ARGENTINA
 - XIII.2) COMPARACIÓN DE PORCENTAJES DE RETIRO DE TARV. ROSARIO - SANTA FE
 - XIII.3) COMPARACIÓN DE CASOS MORTALIDAD ROSARIO - SANTA FE
 - XIII.4) COMPARACIÓN DE PORCENTAJES DE NOTIFICACIONES ROSARIO - SANTA FE
- XIV) VIH y GRIPE H1N1
- XV) TABLAS COMPLEMENTARIAS

INTRODUCCIÓN

El presente boletín reporta una vez más una mirada enriquecida con aportes originales sobre el devenir de la epidemia de VIH / SIDA en nuestro ámbito. Por primera vez se reúnen en esta edición los casos de VIH y SIDA de toda la ciudad, merced a la integración de las fuentes de información de los efectores de salud pública provinciales y municipales. Esto no fue posible en administraciones de salud anteriores y expresa los beneficios de una administración de salud pública municipal y provincial que articulan e integran sus gestiones. Previamente, sólo los datos de mortalidad eran del total de la ciudad, característica que se mantiene. No obstante esta indudable mejora en la calidad e integralidad de los datos que aquí se vuelcan, es preciso reconocer que aún se carece de información relevante de los sectores de salud de obras sociales y medicina prepaga, áreas en las que se estima se alberga una fracción menor de la epidemia que en los sectores públicos, pero cuyo seguimiento no deberíamos soslayar. A estos fines se espera poder desarrollar actividades en el futuro cercano que permitan trazar la evolución real del problema en el conjunto social de la ciudad de Rosario.

En diálogo entre la epidemiología y la clínica ampliada, se destaca la presentación en este Boletín de la información del conjunto de las enfermedades marcadoras de SIDA denunciadas a la red de salud pública municipal en 20 años, desagregadas por quinquenios, cuya evolución muestra los efectos de las acciones asistenciales desarrolladas, e invita a su vez a mejorarlas, por ejemplo en la mayor interacción necesaria todavía para atenuar la sinergia entre la tuberculosis y el VIH. También la mortalidad está reflejada en esta ocasión por quinquenios, y por edades, permitiendo visualizar la progresiva mayor edad de las personas fallecidas por VIH / SIDA en nuestra ciudad, tanto hombres como mujeres. La mortalidad estable, en un contexto de carga asistencial siempre creciente, permite asumir una vez más, como en años anteriores, una progresiva disminución de la letalidad del problema VIH / SIDA.

En cuanto a la evolución general del problema, surge con fuerza la evidencia de una estabilización de los indicadores de seguimiento del impacto poblacional de la epidemia. En efecto, tanto la prevalencia en parturientas (representante de población general) como entre consultantes a servicios de consejo y detección voluntarios de VIH (personas que se autoperciben en riesgo incrementado), como en bancos de sangre (personas que se autoperciben en riesgo bajo) se mantienen estables. Este amesetamiento, no obstante, no equivale a ausencia de nuevas infecciones, ya que año a año se verifican nuevos casos tanto de VIH como de SIDA, y cierto número de muertes por VIH. Además, la cronificación del problema VIH que se genera con los tratamientos antirretrovirales actuales de alta eficacia, provistos irrestrictamente en todo efector de salud pública del país a través de la Dirección Nacional de SIDA y ETS, determina que las nuevas personas en las que se detecta la infección aporten a un incremento de la carga asistencial de las personas con VIH ya atendidas en los efectores de salud. En el caso particular de Rosario, por las políticas sanitarias que se implementan, esto se da en especial en el primer nivel de atención que representan los centros de salud. Este incremento de la carga asistencial seguramente seguirá ocurriendo así hasta que las personas con VIH que actualmente están en edades medianas vayan alcanzando edades mayores y enfrenten la mayor mortalidad propia de las edades mayores, por causas no necesariamente ligadas al VIH (tumores, enfermedad vascular, etc.). Este panorama evolutivo global, sin embargo, debería atenuarse más aún a través de la profundización y perseverancia de las actividades de información, comunicación, educación, asesoramiento y detección temprana, y tratamiento oportuno y prevención secundaria del VIH, que deberían producir en el futuro nuevas generaciones con incidencias progresivamente menores de VIH.

En otro plano, surge con fuerza la necesidad de una reflexión y de un análisis con detenimiento y detalle en cuanto a la casuística de la transmisión madre-hijo del VIH (transmisión vertical). Este escenario ha sufrido una importante evolución en los últimos diez años. En primer lugar, por la generalización de las pruebas de VIH a las embarazadas, actualmente en un promedio de 2 por embarazo y parto, protagonizadas por los equipos de salud de los centros de salud y hospitales en los que se efectúan los controles prenatales. Esto se enriquece en años recientes con los crecientes pedidos de pruebas a los varones que van a ser padres, en una estrategia de equidad de género y responsabilidad compartida. En tercer lugar debemos citar el acceso y adecuado manejo de la medicación antirretroviral que se da a la embarazada con VIH y el buen manejo del momento del parto o cesárea por parte de los equipos obstétricos de las maternidades. Todo esto ha determinado una muy baja

transmisión madre-hijo por embarazo y parto, que se expone en este boletín como años anteriores. No obstante, en los últimos años ha surgido un nuevo y preocupante dato: los servicios de salud han reportado 2 casos de transmisión ligados a primoinfecciones maternas intralactancia, y varios episodios de infección materna intralactancia sin transmisión al lactante también. La situación que se ha ido configurando conlleva un evidente desafío para los equipos de obstetricia, neonatología y sobre todo de control pediátrico: la infección materna con transmisión ulterior por lactancia parece estar ligada a varones que no acompañaron el control obstétrico, y que tal vez tampoco estén asistiendo al parto o acompañando a la mujer a los controles de salud del niño. En definitiva, comienza a resultar clara la indicación de que, ante toda situación de riesgo materno persistente (varón relictante a las consultas, varón que rechaza la prueba de VIH, compañeros múltiples, nuevo compañero sin pruebas, ausencia de cuidados con preservativos, etc.), se ofrezca de forma sistemática al menos una prueba de VIH a la mujer que da de mamar a los 5 o 6 meses de edad del niño, previa a la alimentación mixta. La noción de padre-madre-lactante como trinomio en riesgo de infección por VIH, al que se debe informar adecuadamente sobre la posibilidad de la transmisión hombre a mujer y luego madre al lactante, debería ir ganando consenso como el concepto operativo de trabajo. Hasta ahora se ha venido utilizando la noción tradicional de la salud pública materno infantil de binomio madre-hijo, y se tendía a asumir al mismo en situación segura para VIH por las pruebas de VIH prenatales maternas. Es ahora evidente que esta es una concepción insuficiente, cuya persistencia habilitará nuevos casos de VIH por lactancia. La promoción o supervisión responsable de lactancias prolongadas, de hasta 4 años según se está verificando en nuestro ámbito en algunos casos, es a su vez una práctica que debería contemplar estos riesgos. Las instituciones, agencias y grupos que promocionan los valores de la lactancia seguramente puedan jugar roles claves en este sentido, en una conjunción de esfuerzos con los programas específicos de VIH / SIDA.

Un nuevo escenario se está generando también en relación con los adultos mayores, ya que en los últimos años se están verificando en Rosario, y según referencias también en otras jurisdicciones del país, muchas nuevas infecciones en personas mayores de 50 años. De hecho en este boletín se reporta, por segunda vez consecutiva, que las mayores frecuencias relativas de presencia confirmada de infección por VIH entre consultantes voluntarios a pruebas de VIH, en cuanto a franja etárea, se dan en las personas mayores de 50 años, tanto varones como mujeres. Se han iniciado acciones en esta población por parte de ONGs de la ciudad, y por parte del PAMI, las que están recibiendo apoyo por parte de la Secretaría de Salud Pública a través del Programa Municipal de SIDA. Por último, damos cuenta en este boletín de un estudio retrospectivo en base a referentes clave y entrevistas telefónicas, sobre casos de Enfermedad tipo Influenza, ETI, ocurridos entre junio y agosto de 2009, en personas con diagnóstico de VIH conocido pre-existente. En base a diagnóstico presuntivo de gripe A de estas ETI por el período de estudio definido, y pese a lo acotado del estudio, se aprecia que la interacción de estas 2 patologías no ha revestido implicancias clínicas relevantes en dicho año y en nuestro ámbito.

El decurso final de la epidemia de VIH y de las acciones en respuesta a ella se hallan sin dudas aún en la incertidumbre. Esperamos como en otras ocasiones estar haciendo una contribución al conocimiento que a la vez sea una convocatoria y una herramienta para el trabajo preventivo y asistencial fecundo, en pos de alcanzar un día la ansiada meta de la reversión de la epidemia, mientras se mantienen los más altos estándares de atención y calidad de vida posibles para todas las personas que hoy viven con VIH y las que puedan infectarse en el futuro.

Damián Lavarello

D) SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA EN EL MUNDO, AMERICA LATINA Y ARGENTINA

Se estima que la epidemia en el año 2009 concentraba en el mundo 33,4 millones de personas viviendo con VIH. De ellos 31,3 millones correspondían a mayores de 15 años, y 2,1 millones a menores de esa edad. Entre los adultos, 15,7 millones eran mujeres. En ese mismo año se registraron 2 millones de personas fallecidas, de las cuales 280.000 eran menores de 15 años y 1,7 millones adultos. También se registraron 2,3 millones de nuevos casos. (cuadro 1).

Cuadro 1 Resumen global de la epidemia de VIH/SIDA, diciembre 2009

Total de nuevas infecciones por VIH adultos	2,3 millones
Nuevas infecciones por VIH menores de 15 años	430.000
Total de Personas que viven con el VIH	33,4 millones
Adultos que viven con el VIH	31,3 millones
Mujeres que viven con el VIH	15,7 millones
Menores de 15 años que viven con el VIH	2,1 millones
Total Defunciones causadas por el SIDA	2 millones
Defunciones de adultos causadas por el SIDA	1,7 millones
Defunciones SIDA menores de 15 años	280.000

Fuente: Reporte ONUSIDA. Situación de la epidemia de SIDA a diciembre de 2009.

Cuadro 2 Prevalencia VIH/SIDA en regiones años 2004 al 2009

Región, país	Prevalencia por años					
	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Africa Subsahariana	6.0	6.1	6.0	5.0	5.1	5.2
Africa del Norte y medio Oriente	0.2	0.2	0.2	0.3	0.2	0.2
Asia meridional y suboriental	0.6	0.6	0.6	0.3	0.3	0.3
Oceanía	0.3	0.3	0.4	0.4	0.3	0.3
América Latina	0.5	0.5	0.5	0.5	0.6	0.6
Caribe	1.1	1.6	1.2	1.0	1.0	1.0
Europa oriental y Asia Central	0.7	0.8	0.9	0.9	0.8	0.7
Europa Occidental Central	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
América del norte	0.7	0.6	0.8	0.6	0.5	0.4
Asia Oriental	0.2	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1
Promedio Internacional	1.0	1.0	1.0	0.8	0.8	0.8
Argentina	0.6	0.6	0.6	0.6	--	0,4

Las prevalencias se estiman en población adulta entre 15 y 49 años.

Fuente: Elaboración propia con datos del Reporte ONUSIDA. Diciembre de 2009

Fuente Boletín de Sida de Argentina N° 26 de la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación. Noviembre de 2009.

En el cuadro 2, se visualiza que, a nivel mundial, ha aumentado el número de personas viviendo con VIH (algunas regiones verificaron una disminución de las tasas de prevalencia debido a una modificación en los criterios de estimación de tasas). A pesar de esto se reconoce un crecimiento de la población que vive con VIH¹. Además, la población mundial también crece, al igual que el acceso a terapias antirretrovirales, provocando una mayor esperanza de vida de las personas con VIH.

Argentina estimó una tasa de prevalencia en la población general a partir de la disminución en la tasa de prevalencia entre embarazadas.

I.1) AMÉRICA LATINA

En América Latina el número de personas que viven con VIH asciende aproximadamente a 2 millones. En el año 2008 se estimaron 170.000 nuevos casos, en tanto el número de personas fallecidas ascendió a 66.000 (cuadro Número 3).

¹ ONUSIDA en noviembre de 2007 bajó las estimaciones anteriores al revisar los datos de algunos países (principalmente India, Angola, Kenya, Mozambique, Nigeria y Zimbabwe).

Cuadro 3. Situación en América Latina (no incluye la región del Caribe). Noviembre de 2009.

Número de personas viviendo con VIH	2 millones
Número estimado de nuevos casos de infección por el VIH	170.000
Número estimado de defunciones causadas por el SIDA	66.000

Fuentes: *ONUSIDA reporte a diciembre de 2009.*

	PVVS	PVVS menores de 15 años	Nuevas infecciones	Nuevas infecciones menores de 15 años	Fallecidos	Fallecidos menores de 15 años	Prevalencia mayores de 15 años
América Latina	2 millones	31.000	170.000	6900	77.000	3.900	0,6 %
Total Mundial	33,4 millones	2,1 millones	2,7 millones	430.000	2 millones	280.000	0,8 %
A. Latina respecto al mundo	1,39 %	1,47 %	6,29 %	1,60 %	1,47 %	1,39 %	-----

Fuente *informe para América latina ONUSIDA 2009 y elaboración propia*
 PVVS: *Personas que viven con el virus VIH/SIDA*

En el cuadro 4 puede analizarse que, en general, en América Latina se mantienen los porcentuales internacionales, salvo en el caso de las nuevas infecciones, que comparativamente aumentó en mayor proporción. Por lo tanto, se deben mantener esfuerzos en cuanto a las tareas de prevención en la región.

	PVVS	Fallecidos	Casos Nuevos
América Latina 2001	1,6 millones	66.000	150.000
América Latina 2008	2 millones	77.000	170.000
Aumento porcentual en América Latina	25 %	17 %	13 %
Total Mundial 2001	29 millones	1,9 millones	3,2 millones
Total Mundial 2008	33,4 millones	2 millones	2,7 millones
Variación porcentual en el total Mundial	14 % más	0,5 % más	16 % menos

Fuente: *ONUSIDA y elaboración propia*

En el cuadro número 5 se observa una comparación de América Latina respecto al resto del mundo, con el fin de analizar la evolución de la epidemia. En la región y en el período analizado el número de personas que viven con VIH/SIDA (PVVS) aumentó un 25%. Además, aumentó el 17% el número de fallecidos y el 13% el número de nuevos casos a nivel mundial, y en términos comparativos (los datos internacionales incluyen a la región de A. Latina) sólo aumentó un 14% el número de PVVS, disminuyendo un 16% el número de nuevos casos, y aumentando levemente en un 0,5% el número de fallecidos. Esto permite concluir que al menos en los últimos años, **el impacto de la epidemia en América Latina se consolida más que en el resto del planeta pudiéndose plantear la hipótesis de que la epidemia sea más joven en la región.**

L2) REPÚBLICA ARGENTINA

En la República Argentina los casos de personas con SIDA notificados hasta mediados del año 2009 eran 75.009, Las autoridades sanitarias nacionales estiman en 120.000 el número de personas que viven con VIH/SIDA en el país (cuadro 6), considerándose que aproximadamente entre el 50 o 60% de las personas desconocería su situación serológica.

De los casos registrados, 4.067 fueron notificados durante el año 2008 (1403 del total fueron casos SIDA). Las personas con tratamiento antirretroviral ascendían en ese momento a 41.000. Entre los pacientes diagnosticados hasta mediados del año 2009, se verificó una mayor proporción de varones, con una razón hombre/mujer de 1,69:1 (por cada mujer diagnosticada había 1,6 varones). La edad mediana ascendió a 35 años en los hombres tanto para los casos SIDA como VIH, y en las mujeres, 31 y 32 años para los casos SIDA y VIH respectivamente.

El número de fallecidos hasta fin del año 2008 fue de 25.000. De ellos 1452 fallecieron en el año 2007 (último dato anual registrado).

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

Nº PVVS estimados al año 2009 *	120.000
Personas en seguimiento *	56.000 **
Nº de casos SIDA notificados 2008 *	1.403
Nº de casos VIH notificados 2008 *	4.067
Pacientes en Tratamiento Antirretroviral	41.000
Nº de fallecidos acumulado 1982 -2009 al 31/12/08	25.000
Nº de casos acumulado VIH/SIDA 1982 -2009	75.009 ***
Edad media casos SIDA año 2008*	H: 35 - M: 31
Edad media casos VIH año 2008*	H: 35 - M: 32
Razón hombre / mujer. Acumulado hasta 2009 (notificados)	1,6:1
Razón hombre / mujer en la región central **** año 2009	1,8:1
Número de defunciones por SIDA año 2007	1452
Tasa de defunción	3,6 p/100.000

Fuente Boletín de Sida de Argentina Nº 26 de la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación Noviembre de 2009

** Datos considerados a junio de 2009*

*** El 69 % en el sector Público y el 31 % restante entre el sector privado y seguridad Social.*

**** De este total 37.998 (51%) tuvieron al menos un evento marcador*

***** Región donde se encuentra la Provincia de Santa Fe.*

H: Hombres M: Mujeres

II) CIUDAD DE ROSARIO. SITUACIÓN DE NOTIFICACIONES

II.1) INCORPORACION DE LOS DATOS DE TODA LA CIUDAD

Las estrategias de monitoreo de la evolución de la epidemia han mejorado con el transcurso del tiempo. Al comienzo se basaba sólo en los reportes de casos de sida y mortalidad, incorporándose luego otras variables, indicadores, estudios y estimaciones. En el caso de la ciudad de Rosario, la Secretaría de Salud Pública Municipal (SSP) mantenía datos relativamente aislados del resto de la provincia, incluso de los efectores de la misma ciudad pero de dependencia formal de la administración provincial. Desde el año 2009 se unificó la información con la administración sanitaria de la provincia de Santa Fe. Se trabaja desde entonces con bases unificadas y se cuenta con los datos totales de la ciudad.

Habiéndose atendido muchos pacientes en diversos efectores o dependencias a lo largo de los años, contar con una base unificada permite evitar la sobrestimación de casos y optimiza el seguimiento de la epidemia.

Un alto número de pacientes han sido atendidos en más de un efector (hospitales, centros de salud, sanatorios, clínicas, etc.). Por lo tanto muchos de ellos han sido atendidos y notificados desde variados lugares o dependencias como ser: efectores públicos (municipales y provinciales), privados y obras sociales.

En el año 2010, el municipio incorporó en sus registros el listado de pacientes con domicilio en la ciudad de Rosario y atendidos en la misma, pero en efectores dependientes de la administración provincial. Se mejoraron sustancialmente los datos aunque siguen quedando por fuera la mayoría de los registros de pacientes provenientes del sub-sector Privado/Prepagas y Obras Sociales.

Se presenta a continuación el número de casos notificados en la provincia de Santa Fe, con domicilio en la ciudad de Rosario, atendidos también en Rosario, que no estaban notificados en la Secretaría de Salud Pública de la ciudad (cuadro 7).

Cuadro 7. Casos notificados en efectores provinciales de Rosario, con domicilio en la ciudad y no notificados en la SSP

Año	Número
1995	1
1996	4
1997	4
1998	5
1999	1
2000	7
2001	9
2002	8
2003	18
2004	29
2005	125
2006	32
2007	42
2009	9
(en blanco)	1
Total general	295

De los casos notificados en ese cuadro anterior sólo se conoce el efector provincial de procedencia para 265 casos, desagregados en el cuadro 8

Cuadro 8. Efectores provinciales desde donde se notificó.

H. Centenario	188
H. Provincial	66
H. Eva Perón	11
No se sabe	30
Total general	265

Es preciso dejar claro que el número de 295 casos referidos no corresponden al número de pacientes atendidos en efectores de la provincia de Santa Fe sino únicamente al número de pacientes notificados en efectores provinciales que no han sido notificados en la SSP de Rosario. Se registraron hasta el final del año 2009 en la SSP 4318 casos, incluyendo los 295 casos provinciales, que representaban el 6,8%, porcentaje que corresponde a los pacientes que únicamente se atendieron o fueron notificados desde efectores provinciales. Lo importante es poder considerar el número total de pacientes notificados en la ciudad. Puede esperarse que en los próximos años, ya habiendo depurado los registros históricos, pueda considerarse que la suma de diversas fuentes de notificación de las administraciones local, provincial y privada coincida con el número total de casos notificados independientemente de los efectores desde donde se realice la tarea.

II.2) VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA EN SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

En la Secretaría de Salud Pública de la ciudad de Rosario (SSP), la Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA, se realiza desde el año 1988. Se ha recolectado sistemáticamente información a partir de múltiples fuentes primarias y secundarias, a fin de construir indicadores útiles para el análisis y seguimiento de la situación epidemiológica y para el desarrollo y evaluación de estrategias preventivas y asistenciales.

Siguiendo la iniciativa nacional, se han dejado de discriminar permanentemente todos los datos entre las notificaciones VIH y las notificaciones SIDA, considerándose entonces notificaciones en general, salvo cuando la distinción tenga alguna razón o interés.

La manera de trabajo de las notificaciones se realiza siguiendo el llamado “flujo de información” tradicional, según el cual cada nivel sanitario-administrativo envía información al nivel de mayor agregación. Así, desde el nivel municipal se brinda información hacia el nivel sanitario-administrativo superior (Programa Provincial de ETS y

SIDA de la Provincia de Santa Fe) y desde éste, se envía al nivel central nacional (Dirección de SIDA del Ministerio de Salud de la Nación). También semestralmente se envía información correspondiente a la Vigilancia en Poblaciones Centinela (Embarazadas, Banco de Sangre y servicios de Consejo y Detección).

El principal instrumento de recolección de datos y notificación es la Ficha Epidemiológica de VIH o SIDA, de uso obligatorio por ley 23.798/91, con la que los profesionales médicos registran y notifican a pacientes con VIH o SIDA.

La información aquí vertida considera principalmente la fecha de notificación y no la de diagnóstico, debido a que la casuística no siempre incluye los casos nuevos, demorando su registro.

Cuando un caso es notificado como VIH y luego pasa a ser registrado como caso SIDA, se produce el reparo por el cual se inscribe el cambio de consideración.

Para muchos de los registros y análisis se considera la primer fecha de notificación. De esta manera, para gran parte del trabajo epidemiológico, se trabaja con datos registrados al momento de ser notificados. Los casos registrados VIH o SIDA siguen considerándose al momento de ser informados y se rastrea cada notificación, por lo que si un mismo caso es informado varias veces **los registros no se superponen ni se duplican**.

El aumento de casos notificados en la población general, no necesariamente responde a un incremento de nuevos casos sino que influye también un mayor número de notificaciones.

En el cuadro 9 puede observarse que hasta el 31 de diciembre del año 2009 se notificaron en la ciudad de Rosario 4.318 casos; de ellos 3.398 eran adultos. La relación Hombre / Mujer fue de 1,75, por cada mujer se notificaron 1,75 varones (Hombres: 2.710; Mujeres: 1.545). En el año 2009 la relación fue de 1,33 a 1.

Al desagregar esos mismos casos de manera acumulada por SIDA la relación fue de 3,09:1 y por VIH 1,07:1.

Desde que comenzaron a registrarse los casos VIH/SIDA en todo el mundo se consigna el llamado **índice de masculinidad**. El mismo surge de analizar la llamada “Razón” entre sexos. En Rosario se observa la misma evolución, a tal punto que en algunos casos llegó a registrarse que el número de mujeres superaba al de varones (años 2006 y 2007). Cabe entonces mencionar que si se rastrea los datos desde los comienzos de la epidemia hasta la actualidad, en la ciudad al igual que en el resto del país y el mundo, cada vez es mayor el número de mujeres que se infectan en relación a los varones. Esta situación responde así al llamado **proceso de feminización de la epidemia**.

Cabe la consideración que la población femenina posee un sesgo (aunque mínimo) que tiende al aumento de casos registrados en los últimos años, porque son testeadas todas las embarazadas y no hay una población masculina que teste un universo de varones de igual índole.

Los casos de transmisión vertical registrados en la SSP (no se consignan aquí los del resto de la ciudad) fueron 21, de ellos 2 se registraron en el año 2009, y habría 2 casos más en el año 2010 que no aparecen en este cuadro.

Los casos pediátricos, de menores de 13 años de edad, históricamente constituyen un universo de 319 casos. Esta cifra incluye todas las notificaciones realizadas en la SSP, ya sean de pacientes que provenían de otros lugares (ciudades o provincias) obras sociales, pre pagas, o cualquier otro motivo. En el año 2009 se notificaron 4 casos nuevos de menores.

Cuadro 9. Casos VIH/SIDA Acumulado años 1988 al 2009 y en 2009. Rosario		
	Acumulado 1988-2009	Año 2009
Casos totales acumulados al 31/12/2009	4.318	231
Casos adultos (>=13 años)	3.398	
Casos VIH y SIDA. Relación hombre/mujer)	Hombres 2.710 Mujeres 1.545 Relación Ho/Mu 1,75: 1	Hombres 131 Mujeres 98 Relación Ho/Mu 1,33: 1
Casos VIH. Relación hombre/mujer)	Hombres 1.653 Mujeres 1.239 Relación Ho/Mu 1,33: 1	Hombres 82 Mujeres 76 Relación Ho/Mu 1,07: 1
Casos SIDA. Relación hombre/mujer)	Hombres 1.267 Mujeres 409 Relación Ho/Mu 3,09: 1	Hombres 49 Mujeres 76 Relación Ho/Mu 0,64 : 1
Casos transmisión vertical	1993 al 2009: 21	2
Edad mediana de los casos VIH (años)	Hombres: 30 Mujeres: 29	Hombres: 37 Mujeres: 32
Edad mediana de los casos SIDA (años)	Hombres: 31 Mujeres: 29	Hombres: 37 Mujeres: 29

La relación entre hombres y mujeres, se construye sobre los casos en los cuales se conoce el sexo de la persona notificada, de manera acumulada en 4255 casos (98,6%) y en el año 2009 en 229 casos (99,1%).

En cuanto a la transmisión vertical no se distingue entre casos VIH o SIDA.

III) DETECCIÓN DE VIH/SIDA

III.1) PRUEBA DE DETECCIÓN VIH/SIDA EN LA SSP

Se analiza a continuación (Cuadro 10) el número de determinaciones para VIH en los efectores públicos municipales y las Tasas de Prevalencia entre los años 2000 y 2009 (se incluyen las determinaciones realizadas desde los dispositivos de Consejo y Detección).

Las pruebas de detección VIH en primer lugar se realizan mediante la técnica ELISA o por aglutinación de partículas. Cuando el testeado da un resultado reactivo o dudoso, se realiza una segunda extracción sanguínea y a partir de la cual se vuelve a realizar la prueba y se confirma el resultado mediante WB o PCR¹. En definitiva cuando se brinda un resultado reactivo se realizaron al menos con dos muestras de sangre, y tres análisis diferentes de detección realizados con al menos dos metodologías².

Cuadro 10. Número de determinaciones para VIH en los efectores públicos municipales y tasas de Prevalencia entre los años 2000 al 2009

Año	ELISA	WB/PCR Reactivos	Prevalencia (x 100)
2000	30074	193	0,64
2001	31703	282	0,89
2002	33346	219	0,67
2003	33092	221	0,68
2004	32139	172	0,54
2005	25159	124	0,49
2006	23239	159	0,68
2007	25183	171	0,67
2008	29250	174	0,59
2009	28830	198	0,69
Total	292015	1913	0,65

Las pruebas de detección (cuando se requiere confirmar) incluyen la repetición de la primer técnica (ELISA), por lo que se contabilizan las repeticiones del test aún en la misma persona

¹ WB: Western Blot y PCR: Polymerase Chain Reaction.

² De las pruebas que ofrecen un primer resultado reactivo, aproximadamente la mitad se confirman, lo que muestra que no debe darse un diagnóstico solamente con la primer prueba ELISA.

III.2) ANÁLISIS DE PRUEBAS DE LABORATORIO EN DIVERSOS EFECTORES

En el cuadro 11 se analiza el número absoluto de muestras de sangre, desagregadas por efectores, en la SSP para los años 2008 y 2009.

Cabe la aclaración que el número de detecciones de casos en laboratorio, no tiene una relación directa con el número de notificaciones epidemiológicas. Las detecciones son anónimas, pueden incluir reconfirmaciones, personas que se vuelven a testear, turistas, visitantes, personas que se atienden en diversas obras sociales, prepagas, etc.

Cuadro 11. Determinaciones de pruebas VIH años 2008 y 2009 por efectores

	2008		2009	
	ELISA	REACTIVOS	ELISA	REACTIVOS
CEMAR + APS	18541	71	2391	20
APS	*	*	15783	68
HECA	1007	10	1136	20
H. VILELA	269	0	2825	0
HRSP	3183	14	3427	20
H. CARRASCO	3061	53	3022	57
M. MARTIN	1743	3	1550	1
H. ALBERDI	1446	23	1237	12
TOTAL	29250	174	28830	198

* En el año 2008 se consideran juntos los datos de APS y CEMAR.

III.3) ANÁLISIS DE LAS ÓRDENES, PRUEBAS Y PORCENTAJES DE VIH EN LABORATORIO ¹

Se practicó un análisis sobre los datos de laboratorio del año 2008. En la SSP se solicitaron 389.198 ordenes de laboratorio (en una orden puede haber pedidos por diversos análisis clínicos), en ese mismo año las pruebas de laboratorio para la detección de VIH fueron 29.250. **En definitiva 7,5% de las órdenes pedidas incluyeron una prueba de VIH.** Este mismo cálculo si se realiza únicamente en los efectores de APS, en ellos el 13,4 de las órdenes de laboratorio incluían una prueba de detección VIH.

III.4) NOTIFICACION DE CASOS VIH Y CASOS SIDA

El cuadro 12 permite diferenciar la distribución distrital de los casos notificados (ver cuadro 40 de este boletín) y la distribución de casos notificados VIH y SIDA, siendo los casos VIH siempre mayor que el número de casos SIDA.

Cuadro 12. Distribución distrital y porcentual de los casos notificados VIH y SIDA Acumulado 1988 - 2009 y años 2008 y 2009 en la ciudad de Rosario.

Distrito	1988 - 2009		Año 2008		Año 2009	
	SIDA	VIH	SIDA	VIH	SIDA	VIH
Centro	148	200	4	1	--	6
Norte	99	219	--	1	--	2
Noroeste	130	189	5	3	3	--
Oeste	103	146	3	4	4	8
Suroeste	91	172	3	4	1	4
Sur	154	301	3	10	--	1
Total	725	1227	18	23	8	21

La OPS estima que aproximadamente el 40% de las nuevas notificaciones son casos SIDA, sin haberse registrado anteriormente la denuncia de VIH. En el cuadro 13 se analiza la ciudad de Rosario midiendo dos momentos particulares. En el período comprendido entre los años 1988 y 2009, el 63,7% de las notificaciones fueron casos VIH y el 36,3% como casos SIDA.

En el año 2008 el 43,9% de los casos eran SIDA, y en el año 2009 el 27,5%.

¹ Fuente: ASILAC (Área sistematizada de la información de los laboratorios de análisis clínicos)

Cuadro 13. Comparación entre períodos de notificaciones VIH y SIDA

Al momento de la notificación *	VIH	2949	63,8 %
	SIDA	1675	36,3 %
Año 2008	VIH	--	56,1 %
	SIDA	--	43,9 %
Año 2009	VIH	--	72,5 %
	SIDA	--	27,5 %

* Se realiza sobre 4624 casos (306 casos más de las notificaciones porque se trata de casos repetidos.)

Cuando un caso es notificado VIH y tiempo después (meses o años) desarrolla una enfermedad marcadora, se debe ser notificada la novedad cambiando la consideración de caso VIH a caso SIDA. Así en la SSP el 40,8% se modificó, el resto no o aún no se notificó un cambio (cuadro 14).

Cuadro 14. Modificaciones de la consideración de casos VIH a Casos SIDA. 1988 a 2009

Notificados VIH sin modificación	2556	59,2 %
Notificados VIH y luego SIDA	1756	40,8 %

III.5) SERVICIOS DE CONSEJO Y DETECCIÓN DE VIH/SIDA

Internacionalmente se propone ofrecer la prueba de detección de VIH a consultantes anónimos y voluntarios. Desde el año 1997 la SSP formaliza los servicios de Consejo y Detección (también llamados consultorías). En las mismas se proponen por lo menos dos entrevistas a cada consultante, una previa y otra posterior a la realización del testeo. Se ofrece en un marco de asistencia, contención y escucha. Se trata de una de las poblaciones centinelas, de las cuales se informan sus registros a las autoridades sanitarias provinciales y nacionales.

En el cuadro 15 se detallan las consultas, incluyendo a los servicios sostenidos tanto por el personal del Programa de Sida como por otras personas que trabajan en la SSP.

Cuadro 15. Consultantes voluntarios a los Servicios de Consejería y Detección. 1998-2009.

Año	Pruebas	Reactivos	Prevalencia
1998	751	39	5,19
1999	1771	40	2,25
2000	2511	56	2,23
2001	2565	49	1,91
2002	2939	42	1,43
2003	3160	57	1,80
2004	3199	68	2,12
2005	2613	52	1,99
2006	3216	41	1,33
2007	3097	60	1,94
2008	3838	50	1,30
2009	2843	41	1,72
Total	32503	595	1,83

Fuente Propia

El número de pruebas acumuladas, entre los años 1998 y 2009, ascendieron a 32.503 de las cuales 595 fueron reactivas (1,83 %).

En los años 2008 y 2009 las pruebas de consultoría (C y D) fueron 6.681, de ellas 91 fueron reactivas. **En el año 2008 las pruebas de C y D representaron el 13,12 % de las pruebas totales de la SSP y el 28,73 % de los reactivos VIH diagnosticados en la SSP.**

Entre los años 2000 y 2009 las pruebas de detección realizadas por los Servicios de Consejo y detección representaron el 9,40% de las pruebas realizadas VIH/SIDA en la SSP y produjeron el 24,04% de los resultados positivos.

A modo de análisis para observar la prevalencia en este tipo de servicios, si no se consideraran las pruebas y los resultados realizados por Consejo y Detección (personas que

concurrieron espontáneamente a realizarse una prueba) la prevalencia de la SSP descendería de 0,65% a 0,54%.

Se observa una evolución general a la disminución en las prevalencias registradas en este servicio. Por un lado aumenta la cantidad de personas que se acercan voluntariamente a realizarse una prueba diagnóstica, pero no así el número de diagnósticos reactivos.

Cuadro 16. Pruebas de Consejo y Detección. SSP. Año 2009

Total 2009		tasa: 1.72%		
TOTALES	Varones	Mujeres	Varones (+)	Mujeres (+)
0 / 9 años	1	--	--	--
10 a 19 años	134	169	3	1
20 a 29 años	664	633	15	2
30 a 39 años	362	301	8	6
40 a 49 años	169	149	3	3
50 o más	159	102	5	3
Totales	2843		49	

De las pruebas registradas (Cuadro 16) en el año 2009 el 52,3% de las personas testeadas voluntariamente fueron hombres. Por otro lado las personas diagnosticadas por este medio como VIH reactivas, fueron varones un 69,3%. Por lo tanto puede inferirse que se acercaron a solicitar una prueba tanto hombres como mujeres, pero en los varones la prevalencia fue mayor.

En cuanto a la población de más de 50 años, en un comienzo de la epidemia no tenían estadísticamente una significación especial, sin embargo en los últimos años aumentó el porcentaje de reactivos en esta franja de edad en particular. En este sentido el municipio ha encarado acciones específicas de trabajo preventivo en este tipo de población (acciones propias, apoyo a ONG y al PAMI).

III.6) DETECCION EN DONANTES DE SANGRE

Los donantes de sangre son una de las poblaciones centinelas, es decir una de las unidades dispositivos de vigilancia epidemiológica del país. Se consignan las pruebas diagnósticas con resultados confirmados como reactivos. Se ofrecen los datos correspondientes a los cinco últimos años (cuadro 17) y luego se ubican esos mismos datos en comparación al acumulado de la ciudad desde el año 1998 (cuadro 18). Se incluyen también como referencia las tasas de pruebas diagnósticas confirmatorias de Hepatitis B, Hepatitis C y Sífilis ¹.

Cuadro 17. Prevalencia VIH en Donantes de sangre años 2005 al 2009

	Donantes	WB reactivos
2005	6084	10
2006	5814	4
2007	5181	5
2008	5416	2
2009	5424	3

¹ Fuente: ASILAC (Área sistematizada de la información de los laboratorios de análisis clínicos. Colaboradora Gabriela Martínez).

Cuadro 18. Prevalencia VIH, Hepatitis y Sífilis en Donantes de sangre. Rosario, SSP, 1998-2009

Año	Donantes	Prevalencia x 100			
		VIH	Hep. B (b)	Hep. C (c)	Sífilis
1998	6967	0.17	S/inf.	S/inf.	S/inf.
1999	6730	0.04	S/inf.	S/inf.	S/inf.
2000	6441	0.17	0.20	1.10	1.60
2001	6401	0.15	0.28	1.20	1.50
2002	5983	0.50 (a)	0.28	1.10	1.00
2003	6579	0.21	0.18	0.73	0.96
2004	5950	0.17	0.08	0.85	1.19
2005	6084	0,16	0.13	1.19	1.26
2006	5814	0,06	0.10	0.91	1.15
2007	5181	0,10	0.15	0.92	0.98
2008	5416	0,03	0,09	---	0,75
2009	5424	0.05	0,09	0,46	0,70

(a) En el año 2002 la prevalencia está basada en todos los reactivos para ELISA para los cuales no se realizó método confirmatorio, en ese año ocurrió un aumento de la prevalencia debido a inconvenientes técnicos que modificaron el modo de confirmación habitual, es de esperarse que si el modo de confirmación hubiera sido el habitual (WB o PCR) la prevalencia en ese año resultaría similar a los demás.

(b) Se consigna únicamente en Hepatitis B por método de antígeno de superficie y core.

(c) Por método de dosaje de anticuerpos (sin pruebas confirmatorias)

En el cuadro 57 en el anexo de tablas complementarias se desagregan los casos correspondientes a los porcentuales del cuadro 18.

Entre los donantes de sangre desde el año 1998, la prevalencia se ubicó por debajo del 0,21% (con excepción del año 2002 -explicado en nota “a” del cuadro 18). La población donante de sangre es invitada a “autoexcluirse” por lo que se supone siempre una tasa menor a la considerada en población general. Este indicador muestra una estabilidad a lo largo del período analizado.

Como dato significativo se consigna que en el año 2009 la prevalencia en sífilis fue 14 veces la de VIH.

IV) VIAS DE TRANSMISION EN SSP (casos VIH y SIDA)

En los siguientes cuadros se evidencia como continúa la tendencia en Rosario y el país en cuanto a las vías de transmisión. Se consideran las denuncias y no los casos porque un mismo paciente puede tener varias vías denunciadas efectuadas, aunque cuando se trata de un caso UDI (Usuarios de Drogas Intravenosas) o HSH (Hombres que tienen sexo con Hombres) se consigna sólo ese dato para ese análisis. En el cuadro 21 se analiza que en los nuevos casos registrados aumenta el número de transmisiones por vía heterosexual, disminuyendo porcentualmente los casos de Usuarios de Drogas Intravenosas (UDI), población que representa el 33,27% del total acumulado histórico mientras que para los años 2008 y 2009 ese porcentaje disminuyó ostensiblemente.

En los comienzos de la epidemia el porcentual de casos UDI era mucho más elevado todavía, además se estimaba un porcentaje mayor aún de lo registrado. Por lo que la vía de transmisión por uso de drogas inyectables significaba una cifra superior al 70% de los casos. La población de Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) y bisexual, aunque en menor escala, tuvo una evolución similar a lo ocurrido con los casos de UDI. Al principio de la epidemia también era más significativo el peso porcentual de esta población en relación a los últimos años. Actualmente, la cifra acumulada de 13,51% responde a esa vía de transmisión, cifra que en los años anteriores era mucho más alta, además que suele considerarse una estimación mayor ya que muchos hombres que tienen sexo con hombres también lo tienen con mujeres, se consideran heterosexuales o bien no lo manifestaron para la notificación. Es en los últimos años, en que presenta un porcentaje menor al de los primeros años de la epidemia. Cabe aclarar que el análisis de porcentajes no significa que

haya menor cantidad de casos, aumenta levemente las nuevas notificaciones al igual que en la población general¹.

Como contrapartida la población que fue notificada con vía de transmisión heterosexual no deja de aumentar respecto a las otras vías denunciadas. En los comienzos de la epidemia era comparativamente baja, y luego fue cobrando importancia epidemiológica. Por ejemplo, en el año 1999 la acumulación de casos históricos fue del 14,6%, y en el año 2009 54,89%. Desagregado por años en el año 2009 significó el 67,06% de las notificaciones.

En definitiva disminuye la vía de usuarios de drogas intravenosas, aumenta levemente la vía entre varones, y se consolida sobre todo la vía llamada heterosexual.

	1988 - 2009			2008			2009		
	Ho	Mu	Total	Ho	Mu	Total	Ho	Mu	Total
HSH	486	--	486	63	--	63	31	--	31
HETEROSEXUAL	899	968	1867	116	124	240	88	85	173
UDI	1010	187	1197	46	14	60	37	10	47
MADRE - HIJO	11	8	19	1	2	3	1	3	4
OTRAS	8	21	29	0	1	1	1	0	1
DESCONOCIDOS	46	27	73	12	4	16	3	3	6
CASOS CONOCIDOS	2414	1184	3598	226	141	367	158	100	258

En el cuadro 19 se muestran el número de casos VIH/SIDA según vías de transmisión. Se aprecia la evolución de notificación de casos absolutos. En el cuadro 20 se trabaja la distribución porcentual de los mismos casos del cuadro 19.

	% 1988 - 2009		% 2008		% 2009	
	Ho	Mu	Ho	Mu	Ho	Mu
HSH	20,13	--	27,88	--	19,23	--
HETEROSEXUAL	37,24	81,76	51,33	87,94	53,85	86,73
UDI	41,84	15,79	20,35	9,93	25	10,20
MADRE - HIJO	0,33	1,77	0,44	1,42	0,96	3,06
OTRAS	0,46	0,68	0	0,71	0,96	0
TOTALES	100	100	100	100	100	100

Sobre los casos conocidos

Cuadro 21. Comparación de la distribución porcentual de casos VIH/SIDA según vías de transmisión conocida. Acumuladas 1988 al 2009 y por años 2006 al 2009

	Acumulado 1988-2009	2006	2007	2008	2009
HSH /Bisexual	13,51	8,70	12,79	17,17	12,02
Heterosexual	54,89	78,26	67,44	65,40	67,06
UDI	33,27	10,87	16,28	16,35	18,22
Otras y S/I	1,34	2,17	3,49	1,09	1,94
Total	100	100	100	100	100

¹ El aumento de notificaciones probablemente no se deba a un aumento de casos sino a las notificaciones retrasadas.

Se toma como referencia únicamente los casos conocidos sin diferenciar el sexo y dejando por fuera del análisis la casuística de la que no se conoce la vía de transmisión.

Vías de transmisión VIH en Argentina

A modo de referencia con los datos de las vías de transmisión y debido a que no siempre se conocen estimaciones confiables, se hace referencia a las principales vías de transmisión en adultos, de las notificaciones en el país entre los años 2005 y 2008 medidas en porcentajes del total: UDI 8%; Heterosexual: 48%; HSH: 34%; Otros y desconocidos: 8,1%; Transmisión vertical: 2%; Trans 0,3%¹.

V) ENFERMEDADES MARCADORAS

La ciudad de Rosario consigna la ocurrencia de ciertas “enfermedades marcadoras” en las denuncias epidemiológicas. Se registra hasta la sexta enfermedad marcadora en un mismo paciente. Es importante aclarar que **el número de enfermedades marcadoras no se corresponde con el número de pacientes ya que una misma persona puede tener notificadas más de una enfermedad.**

La República Argentina toma los criterios de diagnóstico SIDA a partir del primer evento marcador, considerado según los criterios del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC).

Cabe diferenciar entre caso SIDA epidemiológico y caso SIDA clínico. En la consideración clínica disímiles criterios pueden considerar un caso como SIDA aún sin la aparición de una enfermedad considerada marcadora (por ejemplo un bajo número de CD4 o la aparición de otras manifestaciones clínicas). Pero oficialmente no hay consideración de caso SIDA sin uno de los 28 eventos marcadores.

Para este boletín, habiéndose registrado más de 22 años de seguimiento y pudiendo contar con los datos de la ciudad de Rosario, se consideran los 28 eventos marcadores, su prevalencia acumulada y por quinquenios (cuadro 22 y 23).

¹ Fuente: Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación.

Cuadro 22 Enfermedades marcadoras	1998 – 2009			2009	
	Nº	%	Acumulad o	Nº	%
P.Jiroveci (P.Carinii)	391	14,95	14,65	9	8,26
TBC pulmonar	340	13	27,95	8	7,34
Síndrome de desgaste	271	10,36	38,31	14	12,84
Infec. bacterianas múltiples o recurrentes	226	8,64	46,95	29	26,61
Toxoplasmosis cerebral	216	8,26	55,21	10	9,17
TBC diseminada o extrapulmonar	186	7,11	62,32	4	3,67
Criptococosis Extrapulmonar	145	5,54	67,86	6	5,50
Candidiasis esofágica	140	5,35	73,21	7	6,42
Neumonía bacteriana de repetición.	131	5,01	78,22	7	6,42
Histoplasmosis dis. O extrapulmonar	113	4,32	82,54	11	3,67
Sarcoma de Kaposi	60	2,29	84,83	5	4,59
Cryptosporidiasis crónica intestinal	49	1,87	86,70	1	0,92
Encefalopatía por HIV	48	1,84	88,54		
Retinitis CMV	33	1,26	89,80	1	0,92
Enfermedad por CMV	30	1,15	90,95	0	0
H.simplex: úlcera crónica + 1 mes o bronquitis o menumonitis o esofagitis	29	1,11	92,06	0	0
Isosporidiasis cróni. intes.>1 mes	29	1,11	93,17	1	0,92
Linfoma alta malignidad	29	1,11	94,28		
Cáncer cuello invasivo	19	0,73	95,01	1	0,92
Mycobacteriosis atípica	17	0,65	95,66	0	0
Retardo madurativo	17	0,65	96,31	0	0
Candidiasis bronquial, traqueal o pulmonar	14	0,54	96,85	1	0,92
LEMP	13	0,50	97,35	0	0
Neumonía intersticial linfoidea	12	0,46	97,81	0	0
Linfoma primario en cerebro	8	0,31	98,12	0	0
Septicemia recurrente a salmonella	6	0,23	98,35	1	0,92
Coccidioidomicosis diseminada o extrapulmonar	2	0,08	98,43	0	0
Enferm de Chagas con manifestaciones neurológicas del SNC y/o diseminada	1	0,04	98,47	0	0
Total	2615	100	100	109	100

El cuadro 22 permite observar la acumulación de las 28 enfermedades marcadoras desde 1988 hasta el 2009. La más notificada fue P. Jiroveci (P.Carinii) que registra el mayor porcentaje de los casos históricos (14,95%), le sigue TBC pulmonar; Síndrome de desgaste, Infecciones bacterianas múltiples o recurrentes, Toxoplasmosis cerebral; TBC diseminada o extra pulmonar; Criptococosis Extrapulmonar; Candidiasis esofágica; Neumonía bacteriana de repetición; Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar; Sarcoma de kaposi; Cryptosporidiasis crónica intestinal; Encefalopatía por HIV; Retinitis CMV; Enfermedad por CMV. Las 15 enfermedades concentran más del 90% constituyéndose en claras marcadoras de SIDA. Otras, por el número acotado de casos registrado en 22 años, no tienen un fuerte impacto estadístico como marcadoras en lo individual, aunque si a nivel general¹.

En el año 2009, de los casos notificados con enfermedad marcadora conocida, las de mayor prevalencia fueron la Infección Bacteriana múltiple o recurrente, el Síndrome de desgaste, Pneumocystis Jiroveci (antes llamado Neumonía P. Carinii), la Toxoplasmosis Cerebral, TBC pulmonar, Candidiasis esofágica, Neumonía bacteriana de repetición, Criptococosis Extrapulmonar como las principales enfermedades notificadas.

¹ Neumonía intersticial linfoidea registró doce casos, Linfoma primario en cerebro ocho casos; Septicemia recurrente a salmonella registró seis casos, Coccidioidomicosis diseminada o extrapulmonar dos casos y Enfermedad de chagas con manifestaciones neurológicas y/o diseminada un solo caso.

Los cuadros 22 y 23 encierran una gran riqueza de información, ya que permiten tener una visión evolutiva histórica, de la fluctuación de las participaciones porcentuales de las 28 patologías oportunistas, que han ido definiendo y caracterizando el SIDA a lo largo de 20 años. Se convierte en una importante indicación de utilidad clínica ya que dispone de un seguimiento de la nosografía vinculada al VIH, extenso y detallado.

Las infecciones bacterianas múltiples y recurrentes presentan un porcentaje en aumento a través de todo el período en estudio, pasando de un 2,61% en el quinquenio 1990-1994 hasta alcanzar un 15,26% de las oportunistas diagnosticadas en el quinquenio 2005-2009. Estas infecciones comunes, difíciles de evitar en los pacientes, “reemplazan” en el primer lugar porcentual a la otrora frecuente Pneumonía por *Pneumocystis Jiroveci* (PJP, antes PCP) prevenible cuando se sabe que una persona se halla infectada por el VIH a través de la administración 3 veces por semana de un antibiótico profiláctico, el trimetoprim-sulfametoxazol. De hecho, la PJP desciende del 24,22% en el quinquenio 1990-1994 al 10,88% en el quinquenio 2005-2009. Es posible conjeturar que esto responde a un mayor acceso al diagnóstico temprano de VIH, que evita el PJP, y a una mayor supervivencia de las personas con VIH en base a los tratamientos antirretrovirales existentes actualmente, lo que permite la ocurrencia de las infecciones bacterianas.

También se marca que el síndrome de desgaste por VIH ha descendido en su participación porcentual desde un 23,34% de los casos en el quinquenio 1990-1994 a 7,85% en el último quinquenio. Esto es comprensible desde el momento que este síndrome corresponde a una infección por VIH sin tratamiento. Desde la aparición de los así llamados “cócteles” de antirretrovirales, de 1995 en adelante, este cuadro ha dejado de verse. Numerosos cuadros como la tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, la criptococosis extrapulmonar, y la histoplasmosis no modifican mayormente sus participaciones porcentuales, por lo que deben ser siempre tenidas en cuenta en el contexto clínico. Muchas otras infecciones presentan porcentajes bajos y similares quinquenio a quinquenio, o bien presentan variaciones menores.

Un análisis en profundidad de estas patologías requeriría de una mirada de las tendencias epidemiológicas de las mismas en la comunidad general. El conjunto de esta información queda a disposición de todos los servicios y equipos asistenciales que puedan tener interés en utilizar la misma para trabajos de tipo clínico-epidemiológico o de investigación.

Cuadro 23. Enfermedades marcadoras por quinquenios ciudad de Rosario								
Quinquenio	1990 - 1994		1995 - 1999		2000 - 2004		2005 - 2009	
	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%
Infec. Bacterianas múltiples o recurrentes	15	2,61	63	8,04	45	8,54	101	15,26
Candidiasis bron., traque. Pulmonar	1	0,17	4	0,51	4	0,76	3	0,45
Candidiasis esofágica	16	2,79	54	6,89	32	6,07	37	5,59
Coccidioidomicosis diseminada o extrapulmonar	0	0	0	0	0	0	2	0,30
Criptococosis extrapulmonar	23	4,01	56	7,14	28	5,31	37	5,59
Cryptosporidiasis crónica intestinal	15	2,61	13	1,66	8	1,52	11	1,66
Enfermedad por CMV no limitada	3	0,52	17	2,17	4	0,76	6	0,91
Retinitis CMV	3	0,52	24	3,06	1	0,19	5	0,76
Encefalopatía por HIV	9	1,57	21	2,68	8	1,52	10	1,51
H. Simplex: úlcera bronquitis meumonitis	0	0	12	1,53	10	1,90	7	1,06
Histoplasmosis disem. O extrapulmonar	19	3,31	37	4,72	24	4,55	33	4,98
Isosporidiasis crónica intestinal >1 mes	2	0,35	4	0,51	13	2,47	10	1,51
Sarcoma de Kaposi	7	1,22	22	2,81	12	2,28	19	2,87
Neumonía bacteriana de repetición	7	1,22	47	5,99	37	7,02	39	5,89
Neumonía intersticial linfoidea	6	1,05	3	0,38	3	0,57	0	0
Linfoma alta malignidad	4	0,70	3	0,38	11	2,09	11	1,66
Linfoma primario en cerebro	1	0,17	2	0,26	1	0,19	4	0,60
Mycobacteriosis atípica	0	0	7	0,89	2	0,38	8	1,21
TB disemi o extrapul.	43	7,49	60	7,65	43	8,16	38	5,74
Neumonía P Carinii (P.J)	139	24,22	102	13,01	74	14,04	72	10,88
LEMP	3	0,52	8	1,02	1	0,19	1	0,15
Septicemia recurrente a salmonella	1	0,17	1	0,13	1	0,19	3	0,45
Toxoplasmosis cerebral	35	6,10	80	10,20	38	7,21	62	9,37
Síndrome de desgaste por HIV	134	23,34	31	3,95	46	8,73	52	7,85
Enferm de chagas con manif. Neuro.	0	0	0	0	0	0	1	0,15
TB pulmonar	85	14,81	99	12,63	72	13,66	80	12,08
Cáncer cuello invasivo	2	0,35	5	0,64	6	1,14	6	0,91
Retardo madurativo	1	0,17	9	1,15	3	0,57	4	0,60
Total porcentual		100		100		100		100
Total de casos	574		784		527		662	

V.1) TBC y SIDA

Las notificaciones de TBC como enfermedad marcadora (en sus formas pulmonar o extrapulmonar) representan el 20,11% en el período 1988-2009. En los últimos años fue también importante: 21,9% en el año 2006, 21,8 % en el año 2007, aunque en el año 2009 fue menor, 11,01%.

Se realizó la comparación entre los casos notificados de TBC en la SSP que tenían como enfermedad concomitante VIH/SIDA ¹. Se tomó este dato y no al revés (notificados VIH con enfermedad concomitante TBC) porque la TBC puede ser curada incluso sin haber sido notificada, pero los pacientes con VIH siguen teniendo el virus en su organismo. Además la subnotificación de enfermedades marcadoras en VIH es mayor que en TBC.

El número de casos notificados de TBC fue de 3.186; de ellos 453 (14,21%) estaban notificados con VIH/SIDA como enfermedad concomitante.

En el año 2009 el análisis fue similar, sobre un total de 178 casos nuevos notificados con TBC en la ciudad de Rosario, el 13,5% de ellos tenían enfermedad concomitante SIDA.

En definitiva: Al considerarse los casos notificados con TBC desde un efector municipal con enfermedad concomitante VIH puede decirse que entre el 11 y el 14% de los casos notificados de TBC tienen como enfermedad concomitante infección con VIH.

De estos casos notificados con TBC con enfermedad concomitante VIH, a junio de 2009, 129 personas (30,21%) no habían sido notificadas como pacientes VIH en la administración sanitaria municipal ². Por lo tanto entonces se resume que aproximadamente tres de cada diez pacientes que fueron notificados con TBC y tenían VIH como enfermedad concomitante, no fueron notificados como pacientes VIH. Lo que evidencia la necesidad de insistir en el camino de concientización de los profesionales sobre el diagnóstico y la notificación.

Siguiendo la íntima relación entre ambas enfermedades se realizó entre las autoridades sanitarias del municipio de Rosario y la Provincia de Santa Fe el “Primer consenso provincial de abordaje de la asociación SIDA - TBC” ³. En este consenso se establecieron diversos puntos de acuerdo siguiendo los criterios establecidos por la Organización Panamericana de la Salud, entre los que se puede mencionar que **en todos los casos donde se diagnostique una de las enfermedades, los equipos de salud realizarán el pedido de análisis de la otra (TBC o de VIH).**

VI) CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES NOTIFICADOS

VI.1) EDAD MEDIANA

Se analizan las edades medianas de los casos notificados en la ciudad de Rosario incluyéndose los ámbitos municipal y provincial.

En el año 2009 (cuadro 24) la edad mediana de notificación fue la misma en los hombres: 37 años, tanto para los casos VIH como SIDA. En las mujeres fue 32 años para los casos VIH y 29 años en los casos SIDA.

Cuadro 24. Edad mediana de casos notificados en el año 2009 casos VIH y Sida		
	Hombres	Mujeres
VIH	37	32
SIDA	37	29

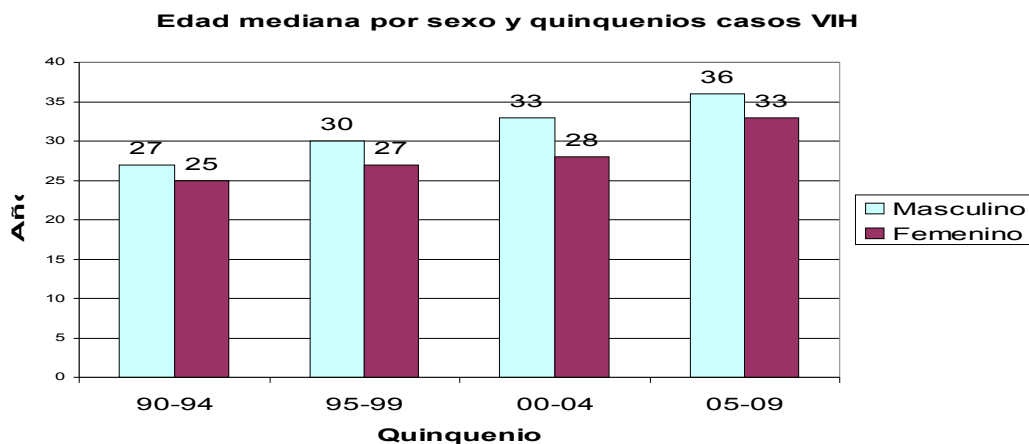
Para el análisis histórico se desagregan por quinquenios las medianas de notificación, dividiéndolas por sexo. Puede observarse como la mediana de edad muestra un permanente aumento en todos los casos (gráficos 1 y 2).

¹ Comparación realizada sobre datos históricos de VIH/SIDA entre el año 1988 hasta el 31 de mayo de 2009 y TBC desde el año 1997 hasta el 31 de junio de 2009.

² Los casos notificados desde efectores municipales fueron 3168)

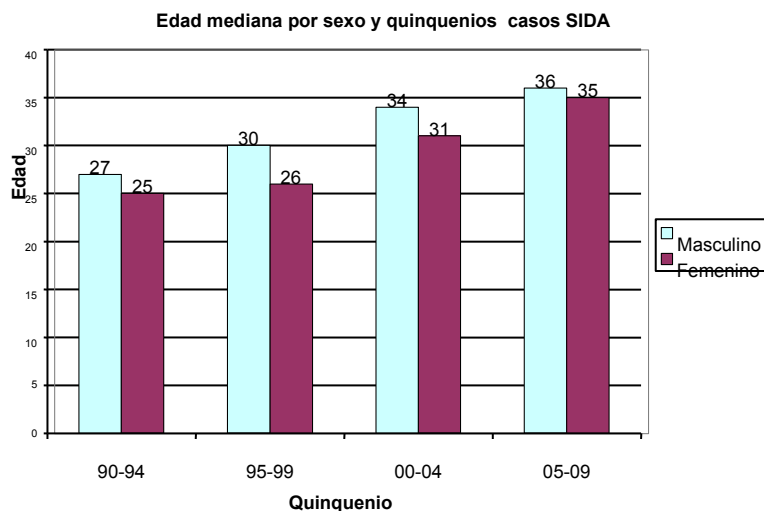
³ Primer Consenso Provincial de Abordaje de la Asociación SIDA-TBC. Rosario, septiembre a noviembre de 2008. Ratificado en un encuentro general el día 13 de noviembre de 2009 en la ciudad de Rosario.

Gráfico N° 1



En el gráfico 1, la mediana de edad de los casos VIH en los hombres se inicia con 27 años en el primer quinquenio, recorriendo un crecimiento a 30 años en el segundo quinquenio, 33 años en el tercero y el grupo analizado más reciente llegó a 36 años (2005 y 2009). Igualmente las notificaciones de las mujeres crecieron desde los 25 años del primer quinquenio, pasando por 27 y 28 años en los otros quinquenios hasta llegar a 33 años.

Gráfico 2



El gráfico 2 también muestra la misma tendencia ascendente en la edad para casos SIDA. Los casos notificados en los hombres evidencian igual predisposición que con las notificaciones VIH. Registran una mediana de edad de 27 años en el primer quinquenio analizado, evidenciando desde allí un paulatino aumento llegando al período comprendido entre 2005 y 2009 a 36 años.

Del mismo modo la edad de notificaciones de las mujeres aumentó desde los 25 años del primer quinquenio hasta llegar a los 35 años.

En definitiva puede analizarse que en la ciudad las mujeres tienen una mediana menor a los varones y la misma tendencia creciente.

Entre las explicaciones del crecimiento de las edades medianas analizadas tanto por sexo como por períodos de tiempo, puede mencionarse: la generalización de tratamientos antirretrovirales desde el año 1997 lo que significó en muchos casos el retraso de la edad mediana de aparición de casos SIDA, provocando el aumento del tiempo que las personas conviven con el virus; La disminución de los casos de transmisión vertical y la disminución de los casos pediátricos.

A modo de comparación en el cuadro 25 se analiza la edad mediana en la Argentina y la similar tendencia tanto a nivel nacional como local.

Cuadro 25. Mediana de edad en Argentina. Año 2009

		Año 2001	Año 2004	Año 2008
VIH	Hombre	33	34	35
	Mujer	30	31	32
SIDA	Hombre	33	34	35
	Mujer	29	31	31

VI.2) NIVEL DE INSTRUCCIÓN

En el período analizado (1988 a 2009), se observó que la distribución porcentual de personas según el máximo nivel de instrucción referido se mantuvo relativamente constante. En el cuadro 26 puede leerse datos acumulados y del año 2009.

Aumentó en el último año el porcentaje de personas que no completaron la escuela primaria disminuyendo brevemente los niveles más altos (personas que terminaron la educación secundaria o las que continuaron sus estudios posteriores). A grandes rasgos se trata de una epidemia que afecta en mayor medida a la población de escasos niveles de instrucción formal.

Cuadro 26. Nivel de instrucción. Casos VIH/SIDA conocidos años 1988 al 2009 y año 2009.

	Acumulado 1988-2009	% acumulado	2009	% 2009
Ninguna o prim. Incumple.	462	17,97	58	26,73
Primaria Completa	1024	39,83	87	40,09
Secundario Incompleto	499	19,41	41	18,89
Secundaria Completa	404	15,71	23	10,60
Terciario o universitario	182	7,08	8	3,69
	2571	100	217	100

Como no se conocen los datos de todas las personas el cálculo se realiza sobre los casos en que puede consignarse el indicador entre las notificaciones que son 2571 casos (59,54% del total).

Para evitar distorsiones se procede al ejercicio de realizar el análisis entre los mayores de 18 años (El ministerio de Salud de la Nación también realiza este cálculo) con el fin de poder analizar qué porcentaje de las personas que estarían potencialmente en edad de cursar estudios después de finalizar el colegio secundario, sin distorsionar el análisis comparando a toda la población, (cuadro 27). Se analiza que existe una leve modificación no muy significativa (aumenta el porcentaje comparado de personas que terminaron estudios secundarios, terciarios o universitarios disminuyendo porcentaje de personas que no completaron la escuela primaria).

Cuadro 27. Nivel instrucción referido. en mayores de 18 años

	Acumulado 1988-2009	% Acumulado
Ninguna o prim. Incumple.	424	16,93
Primaria Completa	1008	40,26
Secundario Incompleto	488	19,49
Secundaria Completa	402	16,05
Terciario o universitario	182	7,27
	2504	100

VI.3) OCUPACIÓN DE PACIENTES NOTIFICADOS Y NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Cuadro 28. Nivel de instrucción más alto alcanzado y ocupación. Acumulada años 1988 -2008 VIH/SIDA					
Nivel de instrucción	Nº de casos que trabajan	% casos que trabajan	Nº de casos que no trabajan	% casos que no trabajan	
Analfabeto o Primaria inc.	44	14,2 %	261	85,8 %	
Primaria comp	212	27,1 %	569	72,9 %	
Secundaria incompleta y completa	239	36,2 %	422	63,8 %	
Terciaria y univers.	84	56 %	66	44 %	
General de la muestra	589	26,9 %	1601	73,1 %	

Se trata en todos los casos del nivel de instrucción más alto referido. Sobre 4133 pacientes se registró la ocupación en 2190 casos (53,01 % de los casos) el análisis entonces se realiza sobre los casos notificados en los cuales se marcó la ocupación en la ficha epidemiológica de notificación. Este análisis fue realizado con los datos actualizados al mes de abril de 2009. Para dos casos se desconoce la ocupación.

Corresponde en el nivel más bajo (analfabetos y primaria incompleta) a 304 casos (13,9% de la muestra). Los casos de primaria incompleta fueron 781 (35% de la muestra). Las personas con secundario (completo o incompleto) 661 personas (30,18%). Los casos con estudios terciarios o universitarios fueron 150 (6,8% de la muestra).

En el cuadro 28 puede analizarse que si bien el total de la muestra rastreada en 20 años registra un 26,9% de personas con trabajo, desagregado por nivel de instrucción se concluye que a mayor educación le corresponde un mayor porcentaje de personas ocupadas.

Están ocupados al 14,2% de los analfabetos, el 27,1% de la personas con primaria completa, el 36,2% estudios secundarios y el 56% con estudios terciarios y/o universitarios.

Es de destacar un dato significativo que no aparece en el cuadro, es altísimo el porcentaje de pacientes que no trabajan.

VII) EMBARAZADAS Y PARTURIENTAS

VII.1) EMBARAZADAS Y PARTURIENTAS EN SSP

Las autoridades sanitarias de ONUSIDA, OMS y Argentina consideran que la población de embarazadas entre 15 y 49 años de edad se acerca en términos estadísticos a la población sexualmente activa. En este sentido, internacionalmente se considera que la prevalencia entre mujeres embarazadas es una buena aproximación a la prevalencia de la población adulta. En Rosario surgió la inquietud de poder construir un indicador de mayor precisión, debido a que la prevalencia en embarazadas sufre distorsiones porque cada una suele realizarse más de una prueba de detección¹.

En Rosario en el año 2009, sobre 6.194 partos, se realizaron 13.969 testeos a embarazadas (cuadro 32), lo que eleva el promedio a 2,09 pruebas de detección de embarazadas por parto (cuadro 29). Aunque no todas las mujeres testeadas llegan a tener un parto atendido en una maternidad municipal y las mujeres conocedoras de su condición de ser personas que viven con VIH, no se someten a ninguna prueba de detección, estas cifras permiten aproximarse a la dinámica en el abordaje asistencial.

Se pasa a considerar en la SSP de la ciudad, el criterio de calcular la prevalencia (o razón) de partos de mujeres VIH reactivas en relación al número total de partos.

¹ La prevalencia de mujeres embarazadas con VIH surgiría del cálculo del número de embarazadas reactivas testeadas, sobre número de embarazadas totales (Ver Boletín epidemiológico anterior N° 9 Noviembre 2005 punto IV)

Cuadro 29. Razón de pruebas VIH/SIDA por parto SSP años 1988 al 2009.

Año	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Pruebas por parto	1.03	1.02	0.83	1.78	1.98	1.91	1.75	2.13	2.12	2.01	2.10	2.09

En el cuadro 29 se observa como en su conjunto ha ocurrido un aumento anual del promedio de pruebas que se efectúan cada año las embarazadas, alrededor de una prueba en el año 1988 hasta alrededor de dos pruebas en los últimos años. Es por esto que la prevalencia debe ser calculada por el número de partos y no por embarazos.

El cuadro 30 muestra la prevalencia del número total de partos registrados en las maternidades de la SSP y el número de parturientas VIH positivas.

Como se expresó anteriormente se considera que es el indicador más aproximado para considerar el número estimado de personas con VIH en la población general. La unidad de medida es cada mujer que tiene un parto en el ámbito de la SSP.

Cuadro 30. Prevalencia parturientas con VIH en SSP. Años 1988 al 2007

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
PREVALENCIA	0,79	1,15	0,53	0,74	0,69	0,51	0,64	0,78	0,69	0,56	0,63	0,45

En el cuadro 31 se analizan los partos realizados en los últimos tres años en la SSP. En el año 2007 se registra una prevalencia de parturientas con VIH de 0,56%, en el año 2008 del 0,63% y en el año 2009 0,45%. Es por este último año que se distingue en este boletín que al igual que el resto del país, se valora una baja en las estimaciones de prevalencia de parturientas con VIH. Dato base y por lo tanto significativo para estimar una baja en la estimación de personas viviendo con VIH en la población general.

Cabe destacar que en el año 2006 la Maternidad Martin fue remodelada, por lo que aumentó desde entonces el número de pacientes atendidos en la misma. Por otro lado cabe destacar que no aumentó el número de parturientas que viven con VIH.

Cuadro 31 Madres VIH/SIDA y prevalencia SSP años 2007 - 2008- 2009

	2007			2008			2009		
	Partos 2007	Partos Madre VIH	Prevalencia	Partos	Partos Madre VIH	Prevalencia	Partos	Partos Madre VIH	Prevalencia
HRSP	1674	14	0,83	1723	12	0,69	1708	10	0,58
Mat. Martin	4255	19	0,45	4559	28	0,61	4486	18	0,40
Total SSP	5929	33	0,56	6282	40	0,63	6194	28	0,45

Fuentes: Departamentos de estadística de M. Martin y Maternidad del HRSP. Colaborador: Nicolaz Navarro y Fernando Burgueño.

En la Maternidad Martin se considera el número a partir de la fecha de egreso de las madres y en la maternidad de HRSP de la fecha de parto.

Cuadro 32. Pruebas de detección en embarazadas y parturientas en la SSP. Años 1998 al 2009.

Año	Tests VIH en embarazadas	Testeos Positivos	Partos	Parturientas VIH+
1998	6205	33	6038	48
1999	6418	26	6307	73
2000	5150	16	6190	33
2001	10055	20	5638	42
2002	11706	21	5921	42
2003	11854	15	6207	32
2004	10043	11	5734	37
2005	11091	14	5217	41
2006	11050	15	5205	36
2007	11865	11	5929	33
2008	13252	15	6282	40
2009	13968	18	6194	28

Fuente para el número de testeos: ASILAC (Area sistematizada de la información de los laboratorios de análisis clínicos. Colaboradora Gabriela Martinez).

Fuente para los partos los departamentos de Estadística de la Maternidad Martin y de la Maternidad del HRSP.

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

Desde el año 2003 hasta el 2009, el promedio de resultados reactivos entre los embarazos fue de 14,1 por año (cuadro 32), pero el número de partos de madres VIH/SIDA fue superior: 35,5 de promedio en ese mismo período. Este fenómeno puede deberse a que se estima que la mayoría de las embarazadas con VIH en la SSP conocían su situación serológica previamente, por lo tanto no se someten a pruebas de detección.

En los últimos 6 años se verifica que la mayoría de los partos de mujeres con VIH corresponden a mujeres que sabían de su condición previamente.

En el cuadro 33 se especifican las pruebas diagnósticas de laboratorio en algunos efectores de la SSP.

Cuadro 33. Pruebas detección VIH en embarazadas. Año 2009		
	METODO ELISA	REACTIVOS
APS (a)	1543	15
CEMAR	45	0
M. MARTIN	1543	1
HRSP (b)	1805	2

(a) Se incluyen extracciones realizadas en APS pero retiradas en Hospitales

Fuente: ASILAC.

(b) En el HRSP los registros de laboratorio no permitieron identificar la totalidad de embarazadas por lo que puede estimarse que la cifra de pruebas es algo mayor.

VII.2) ANALISIS DE LAS PRUEBAS DE LABORATORIO EN RELACION A LAS EMBARAZADAS EN APS ¹

En los efectores de APS de la SSP durante el año 2008, el 20,5% de las órdenes totales de laboratorio correspondían a órdenes de embarazadas (en una orden puede haber pedidos por diversos análisis clínicos). Las órdenes a embarazadas indicando diversos estudios en ese período fueron 24.505, de las cuales 10.013 contenía un pedido de prueba diagnóstica de VIH, lo que representa que el 40,8% de las ordenes de embarazadas tenían un pedido diagnóstico VIH. En este sentido se evidencia la difundida práctica de detección en el ámbito de la SSP.

¹ *Fuente: ASILAC (Area sistematizada de la información de los laboratorios de análisis clínicos).*

VII.3) TRANSMISION VERTICAL

Se considera Transmisión Vertical (TV) a la vía de transmisión de madre a hijo. La definición incluye el período del embarazo, el parto e incluso por medio del amamantamiento.

La aplicación sistemática de tratamientos profilácticos específicos en mujeres embarazadas permitió la disminución de nacidos infectados con VIH. Este fenómeno ocurrió a nivel internacional y local. En la SSP de la ciudad fue aplicado desde el año 1994 el Protocolo ACTG 076 y luego progresivamente se incorporaron otros cambios tales como diversas combinaciones de medicamentos.

La maternidad del Hospital Roque Saenz Peña (HRSP) registró dos casos desde el año 2000 y la Maternidad Martín tuvo un caso en el año 2002 otro en el año 2006 y otros dos en el año 2009. A esto hay que agregarles 2 casos de TV por lactancia conocidos tiempo después de haber ocurrido el parto.

Previamente al año 2001 en el país sólo se registraban los nacidos VIH con enfermedad marcadora por lo que podría estimarse que sería más elevado el número histórico de casos anteriores a esa fecha.

En el cuadro 34 se puede leer que en la SSP de Rosario desde el año 2000 hasta el 2009 sobre 364 partos de mujeres que vivían con VIH se registraron 7 casos de bebés infectados, lo que da un índice de TV para ese período de 1,92 %, con un promedio de 40 partos por año de mujeres con VIH/SIDA. Al considerar todo el período histórico en la medición la tasa de TV acumulada entre los años 1993 y 2009 es de 3,69%.

Se contemplan aquí dos casos de TV por lactancia registrados años después de ocurrido el nacimiento. Si bien no hay una definición de caso de transmisión vertical acabada, la transmisión por lactancia se contempla en esta situación, y en los dos casos referidos se comprobó por serologías la ausencia de infección por VIH materna, durante el embarazo, y la presencia de esta infección en la madre y en el niño durante la lactancia.

Si no se consideran estos dos casos (como ocurre en otros lugares), la tasa de TV disminuiría a 1,37% entre los años 2000 y 2009, y 3,33% en el acumulado histórico.

Al considerar solo los primeros años, en el período 1995-1999, se registró una tasa de 6,7% (13 niños infectados entre 194 partos de mujeres con VIH).

En los últimos 5 años analizados, los 2 episodios de seroconversión materna intralactancia, aumentaron la tasa y representaron, el 50% de la transmisión vertical.

Es necesaria la promoción de una lactancia segura a través del abordaje de parejas constituidas por varones que sostienen relaciones sexuales con mujeres que están dando de mamar.

Estos datos son alentadores ya que a nivel nacional se estimaba la Tasa de TV para Argentina cercana al 6%. Esto se debe a que los equipos de salud se involucraron en el control de la embarazada/ parturienta, aunque no todavía en el control de las mujeres que brindan alimentación por lactancia.

Cuadro 34 tasas de TV en SSP acumulado años 1993 -2009; 2000- 2009 y 2009			
	Parturientas: diagnóstico reactivo	Niños nacidos con VIH	Tasa
1993 al 2009	569	21	3,69%
2000 al 2009 (N71)	364	7	1,92%
2000 al 2009 (*)	364	5	1,37 %
2008	40	0	0
2009	38	2	5,26%

(*)Sin considerar los casos de TV.

La vigilancia epidemiológica en cuanto a la TV y especialmente en cuanto a la TV por lactancia es de difícil seguimiento en todo el mundo. En la SSP, aunque en algunas escasas situaciones se pierde el alcance particular, las tasas consignadas adquieren credibilidad y eficacia porque la vigilancia epidemiológica se ve favorecida por la relativamente baja pérdida de la información, dado el trabajo en red en el sistema de salud y el sistema centralizado de datos (cuadros 35 y 36).

Cuadro 35. Transmisión vertical Maternidad Martín años 1993 al 2009

Año	Nº de partos	Partos VIH (+)	Niños VIH (+) por TV
1993 /04	8302	11	1
1995	4135	17	2
1996	4269	24	1
1997	4022	17	2
1998	4115	28	1
1999	4242	59	1
2000	4444	28	0
2001	3931	33	0
2002	4092	30	1
2003	4159	23	0
2004	3801	25	0
2005	4137	34	0
2006	3539	25	2
2007	4255	19	0
2008	4576	28	0
2009	4431	18	2

En el año 2006 hay un caso de transmisión por lactancia

Fuente Oficina de estadística de la maternidad. Colaboración: Alejandro Artacho

Cuadro 36. Transmisión vertical Maternidad HRSP años 1995 al 2009

Año	Nº de partos	Partos VIH (+)	Niños VIH (+) por TV
1995	2221	2	2
1996	2564	3	1
1997	2088	10	1
1998	1923	20	2
1999	2030	14	0
2000	1746	7	0
2001	1677	9	0
2002	1829	11	0
2003	2048	9	0
2004	1933	10	0
2005	1080	8	0
2006	1666	11	0
2007	1670	14	2
2008	1723	12	0
2009	1708	10	0

En el año 2007 hubo un caso de TV por lactancia.

Fuentes: Trabajo Social y oficina de estadística de la maternidad HRSP y servicio de pediatría. Colaboración: Nicolás Navarro

VII.4) PAREJAS DE EMBARAZADAS, PUERPERAS Y LACTANTES

El momento de la infección materna por VIH ha sido siempre un dato relevante. Se ha detectado infecciones maternas intraembarazo, circunstancia de difícil detección, y a su vez la principal razón de que actualmente se pida una prueba de VIH cercana a la fecha de parto. Este problema también ha dado origen a la estrategia de promover un mayor compromiso en general y entre los futuros padres.

La incorporación de la pareja de la mujer embarazada para la realización de una prueba de VIH/SIDA comenzó a finales del año 2007. Esta estrategia de trabajo se llevó adelante junto con ONGs de la ciudad y con el apoyo del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. La modalidad consistió en incorporar a las parejas de las embarazadas al momento de la consulta obstétrica o invitando a las mujeres a hablar con sus parejas sobre la necesidad de una prueba de VIH.

Se propone a los varones a realizarse una prueba de detección voluntariamente, en ocasión del embarazo de su compañera, y también a los compañeros de las mujeres que dan de mamar después del parto.

El objetivo es involucrar a los varones compañeros para informarlos, sensibilizarlos y ofrecerles de forma sistemática el testeo voluntario de VIH.

En cuanto a la TV, si bien en los últimos años, se logró un alto nivel de control en la transmisión del VIH por embarazo y parto, la verificación de casos de niños infectados durante la lactancia, de madres que se infectaron luego del parto, da cuenta de una problemática que hasta ahora no estaba convenientemente expuesta. Los pocos casos son suficientes como para armar una rutina del pedido de serología a los compañeros de las mujeres, y eventualmente a la mujer que amamanta.

De este modo se impone la prolongación de la estrategia hacia el puerperio y la lactancia; y surge el objetivo de sensibilizar a los equipos de salud.

El número de varones que decidieron realizarse una prueba de detección voluntariamente en ocasión del embarazo de su compañera ha sido registrado por los efectores de modos diferentes. No se puede conocer el número de varones que se realizó la prueba de VIH y no fue registrado como pareja de embarazada o puérpera, cuando ha sido registrado tan sólo cómo varones que se realizaron la prueba de detección. Con esta salvedad, en el año 2008 se consignaron 245 varones parejas de embarazadas y 353 en el año 2009.

Es pertinente señalar que entre el año 2008 hasta octubre de 2010 no se ha hallado ninguna prueba de detección positiva de VIH entre los varones consignados como parejas de embarazadas, lo que sugiere que el porcentaje de varones que admitieron testearse (casi siempre acompañaban a sus parejas) podría constituir fundamentalmente una población de baja prevalencia de VIH. De este modo, si el porcentaje de varones testeados fuese mayor, se podría estimar que se aproximaría a la prevalencia a la población general.

Por otro lado se detectaron entre los varones testeados casos de sífilis no tratadas. Por lo tanto resultan pertinentes estas pruebas a los varones, y la modalidad está planteada para ser generalizada paulatinamente.

Esta estrategia mantendría la siguiente progresión: Para los varones en circunstancia del embarazo y del parto de su compañera, y si no se testearon en esas situaciones, hacerlo durante la lactancia.

Hay que considerar que en muchas ocasiones los varones no están presentes, ni en el control prenatal, ni en el parto, ni en los controles postnatales del lactante, por lo que desde el Programa Municipal de SIDA se trabaja en promover que en toda situación de riesgo de VIH persistente en una mujer que da de mamar, se ofrezca al menos una prueba de VIH al 5to mes de lactancia, antes del pasaje a la alimentación mixta.

Durante el año 2010 se realizó un trabajo piloto en la Maternidad Martín en donde se registró un 92% de conocimiento de serología paterna, el 60% aceptó realizar la prueba en conjunto con la prueba de sífilis y el otro 32% refirió haberse la realizado con anterioridad en Centros de Salud o a través de la donación de sangre. Un 8% rechazó esta sugerencia.

VII.5) PRIMIGESTAS

En la Maternidad Martín 46 mujeres con VIH fueron parturientas en los años 2008 y 2009. De ellas, 9 mujeres (19,5%) eran primigestas (6 en el año 2008 y 3 en el año 2009) es decir que del total de mujeres más del 80% ya tenían al menos un hijo. Vale destacar que una mujer no sea primigesta, no significa necesariamente que sea previamente conocedora de su diagnóstico.

En la maternidad del HRSP en 2008 hubo 2 parturientas primigestas (de un total de 12 parturientas con VIH) y en 2009 una parturienta primigesta (de un total de 10 parturientas con VIH). Es decir que en el año 2008 en la SSP, de las parturientas con VIH, el 20% eran primigestas y en el año 2009, el 14,28%.

En conclusión, la mayoría de los nuevos embarazos con VIH ya eran madres con partos anteriores¹.

¹ *Estos datos aportan información para aproximarse al cálculo de la Seroprevalencia, que es la consideración de las mujeres que no sabían de su diagnóstico al embarazarse. En la actualidad solo se sabe por aproximación, pero se intentará poder realizar este estudio en un futuro.*

Por otro lado, al trabajar principalmente con madres que ya saben su diagnóstico y visto el alto índice de tratamientos, es esperable que continúe relativamente baja la cantidad de casos de SIDA pediátricos.

En el cuadro 37 se analiza el número de hijos de las parturientas con VIH en la SSP. En los años 2007 y 2008 se observa como 17 mujeres (23,9% de los casos) tuvieron al menos un cuarto parto. Es decir que la condición de vivir con VIH no disminuyó, al menos sustancialmente, la decisión de embarazarse en esos casos.

N° Partos	Año 2007		Año 2008	
	Maternidad Martín	Maternidad HRSP	Maternidad Martín	Maternidad HRSP
Primer parto	2	1	6	2
1	4	3	7	1
2	3	4	3	4
3	6	2	3	2
4	1	1	4	2
5	2	2	1	1
6	0	0	0	0
7/ 9	1	1	1	0
Sin datos			1	
Total del efector	19	14	26	12
Total SSP	33		38	

VIII) ESTIMACION DE PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA EN ROSARIO

Es siempre controversial estimar el número de personas que viven con VIH/SIDA en una población determinada. Las autoridades sanitarias nacionales estiman una disminución de casos a nivel nacional. En boletines anteriores se plantearon diversos modos de estimar el número de PVVS. A continuación se plantean en el cuadro 38 algunas cifras comparativas e indirectas para construir estimaciones sanitarias a nivel local.

Cuadro 38. Comparación de tasas estimadas de VIH/SIDA - año 2009 SSP

	N° pruebas diagnósticas	N° reactivos confirmados	Tasa (%)
Parturientas (a)	6194	28	0,45
Pruebas laboratorio a embarazadas (b)	13.968	18	0,14
Pruebas voluntarias anónimas (c)	2.843	49	1,72
Banco de sangre (d)	5.424	3	0,03
SSP pruebas diagnósticas totales (e)	28.830	198	0,69
SSP (sin poblaciones centinelas (f)	6.595	128	1,94
SSP sin consultoría ni emb. (g)	12.019	--	1,08

Referencias:

(a) Parturientas: Esta tasa se aproxima a la tasa de embarazadas utilizada a nivel nacional e internacional para estimar el número de personas que viven con VIH. En el año 2009 fue de 0,45, resultando así una baja importante porque en los años anteriores se registraron cifras mayores: 0,78 % (2005), 0,69% (2006), 0,56% (2007), 0,63% (2008).

(b) Las pruebas de laboratorio de las embarazadas da una tasa muy baja. Este dato debe tomarse con cautela porque el número de pruebas diagnósticas contempla más de dos pruebas por embarazo (como se analiza en este boletín el denominador de la ecuación aumenta).

(c) Las pruebas voluntarias (Consultoría) se constituyen sobre una población que suele revelar tasas sobredimensionadas respecto a la población general por considerar únicamente

las personas que deciden realizarse voluntariamente una prueba de detección, muchas veces por auto-considerarse en riesgo. Se registró una tasa estable en los últimos años.

(d) Los donantes de sangre son una población que muestra siempre una tasa VIH menor que la de población general porque el sistema sanitario fomenta la “autoexclusión” en función de evitar ofrecer sangre si existen sospechas de poseer enfermedades transmisibles. Como referencias en los últimos años fue de 0,17 (2005); 0,06 (2006); 0,10 (2007); 0,03 (2008) y 0,05 (2009).

(e) La prevalencia de pruebas diagnósticas totales en la SSP puede dar lugar a confusión porque suele ser muy variable entre cada medición, dependiendo de los análisis de laboratorio pedidos en un año en la SSP por muy diversas vías y causas.

(f) Este cálculo se determina si sólo se construye la tasa de las pruebas de detección sin considerar las realizadas en las poblaciones de embarazadas, ni de Consejo y Detección ni de Banco de Sangre (poblaciones centinelas). En este último año se nota un aumento de la tasa porque el número de pruebas totales tuvo una disminución con respecto a los años anteriores. En esta población se incluyen las personas que por diversos motivos solicitan a los profesionales voluntariamente realizarse pruebas de detección o que los profesionales asistenciales piden específicamente para realizar diagnósticos, es decir que un profesional médico analiza la posibilidad de una infección al realizar consultas u otros diagnósticos. En el año 2004 la tasa fue de 0,49, en el año 2005 de 0,51 y en el año 2006 de 1,15.

(g) Las pruebas totales sin considerar las pruebas voluntarias y anónimas ni embarazada.

Conclusión del cuadro 38: Puede considerarse en la ciudad de Rosario una prevalencia en población global ubicada en valores entre 0,4 y 0,7% (entre 4.000 y 7.000 personas), siempre inferiores al 1% de la población general que coincide con la hipótesis nacional y local analizada en otros boletines anteriores.

IX.1) DISTRIBUCION DE CASOS NOTIFICADOS SEGÚN EFECTOR

Cuadro 39. Efectores que notificaron casos VIH y Sida acumulado y año 2009 en la ciudad de Rosario

Efector	Total	Porcentaje	Años 2008/2009 *	% 2008/9
Carrasco	2276	42,65	359	55,83
Hospital Alberdi	912	17,09	30	4,67
Roque Saenz Peña	525	9,84	93	14,46
HECA	447	8,38	6	0,93
Maternidad Martin	209	3,92		
H Centenario	190	3,56	16	2,49
Hospital de Niños	172	3,22		
CEMAR	127	2,38	26	4,04
Las Flores	78	1,46	9	1,4
J. Azurduy	69	1,29	24	3,73
H. Provincial	66	1,24		
San Martín	45	0,84	2	0,31
Privado	24	0,45	12	1,87
Mangrullo	24	0,45	7	1,09
Sur	24	0,45	5	0,78
Se ignora	24	0,45		
Provinciales sin especificar	23	0,43		
Pasteur	21	0,39	2	0,3
Casiano Casas	14	0,26	3	0,47
Coullin	11	0,21	9	1,4
H. Eva Perón	11	0,21		
S, Mazza	7	0,13	3	0,47
20 de Junio	5	0,09	5	0,78
El Gaucho	4	0,07		
Maradona	4	0,07		
Champagnat	3	0,06		
Toba	3	0,06		
Staffieri	3	0,06		
Martin o Centro	3	0,06		
JB justo	2	0,04		
EMAUS	2	0,04	1	0,16
Santa Lucia	2	0,04	1	0,16
Francisco Lai	2	0,04		
Maitztegui	2	0,04	1	0,16
Pocho Lepratti	2	0,04	2	0,31
Total	5336	100,00		

* No se conoce el efector de 7 casos.

Desde el año 2009, se registran todos los efectores notificantes, anteriormente a esa fecha se consideraba únicamente el último efector desde donde partía la notificación de un paciente dado.

Desagregadas las notificaciones por efector, se aprecia una fuerte concentración de los efectores desde donde se denunciaron casos. Al sumar los hospitales y el CEMAR¹ se aglutinó el 92,49%. Por otro lado hay que tener en cuenta que los efectores dependientes de la órbita de la provincia de Santa Fe sólo registran casos hospitalarios. Únicamente efectores municipales presentan notificación desde Centros de Salud. Entonces si se consideran sólo los casos notificados en los Hospitales y el CEMAR dentro de la SSP, se concentra el 87,48% de las notificaciones acumuladas, cifra importante pero menor que el conjunto de la ciudad (92,49%). Es decir que en el marco de la SSP la concentración del proceso de atención, si bien es importante, se ve más atenuada que en el resto de la ciudad.

En el año 2009 se evidenció igual proceso, la cifra hospitalaria (Incluido el CEMAR) de toda la ciudad fue de 67,9%. Siguiendo la misma distinción que con los casos acumulados,

¹ CEMAR: Centro de Especialidades Médicas Ambulatorias de Rosario.

en el año 2009 sólo en la SSP fue de 66,1%. Como ejemplo se compara que una década atrás (año 1999) el hospital Intendente Carrasco agrupaba el 71% de las notificaciones acumuladas, cifra que ha disminuido en la actualidad al 43,5% de los casos acumulados y el 55,2% en el último año.

IX.2) DISTRIBUCION DE LA EPIDEMIA LOCAL VIH/SIDA POR DISTRITOS

Como modo de aproximación a la distribución poblacional de la ciudad se analiza la distribución distrital de casos. Como referencia también se hace mención a la distribución poblacional por distritos en relación al porcentaje de habitantes total de la ciudad¹.

Se consignan entonces diversas referencias. Por un lado el porcentaje de habitantes de acuerdo a la población total por distrito, también el número y porcentaje de pacientes notificados VIH y SIDA en cada uno de los mismos.

En el cuadro 40 se analizan las notificaciones, tanto acumuladas como en los últimos dos años, por distritos. Puede destacarse que en el Distrito Sur se realizó un porcentaje de notificaciones VIH/SIDA acumuladas hasta el año 2009 de 23,3% del total. Este dato se enriquece si se tiene en cuenta que se trata de un distrito que representa al 16% de la población de la ciudad.

En el Distrito Centro se notificaron el 17,8% de las notificaciones, considerando que es el distrito más poblado con el 25% de la población.

Si bien no puede realizarse una comparación directa entre los porcentajes de las notificaciones con los porcentajes del número de habitantes, es posible cotejar por aproximación lo significativo de estas cifras. Si se analiza las notificaciones por distrito en relación a la población de los mismos, el distrito centro muestra que las notificaciones históricas en promedio por año fueron de 0,70 por 10.000 habitantes y el distrito sur 1,34.

Quizás estos datos puedan permitir la continuación del análisis del seguimiento epidemiológico internacional que muestra que donde se evidencian las mejores condiciones de vida (sector central de la ciudad con menor índice de pobreza, mayor nivel de instrucción, y mayor accesibilidad a servicios) disminuye el impacto de la epidemia.

Los dos últimos años contienen un número reducido de casos que no permite hacer estos mismos cálculos de manera concluyente.

Cuadro 40 Distribución distrital de casos notificados. VIH/SIDA Acumulado 1988 - 2009; 2008 y 2009 en la ciudad de Rosario. Valores absolutos y por 100

Distrito	Porcentaje de la población*	1988 - 2009		2008		2009	
		Nº Casos notificados	%	Nº Casos notificados	%	Nº Casos notificados	%
Centro	25.0	348	17.8	5	12.2	6	20.7
Norte	14.2	318	16.3	1	2.5	2	6.9
Noroeste	17.1	319	16.4	8	19.6	3	10.4
Oeste	13.78	249	12.7	7	17.2	12	41.4
Suroeste	12.87	263	13.5	7	17.2	5	17.2
Sur	16.0	455	23.3	13	31.3	1	3.4
Total	100	1952	100	41	100	29	100

Al codificarse los datos de identidad, se desconoce la residencia de un importante número de personas por lo que se consideran sólo los casos en los cuales se conoce la misma. Se trabajó entonces únicamente los casos en que se conocía el distrito (1952) que representan aproximadamente el 47,3% del total.

** Según datos suministrado por el INDEC, considerando el censo 2001, estimado al año 2005. Población por distritos: Centro: 225.594; Noroeste:155.823; Norte: 129.174; Oeste: 125.347; Sur: 153.551; Suroeste: 117.117.*

¹ La ciudad de Rosario se divide en 6 distritos administrativos y sanitarios.

X) PESO ASISTENCIAL VIH en la SSP de ROSARIO

Con una estimación inferior al 1% de personas viviendo con VIH/SIDA en la ciudad el peso asistencial se mantuvo estable. El número de egresos hospitalarios entre los años 2000 y 2008 se ubicó alrededor del 1% (cuadro 42). Las consultas no superaron el 0,56% (cuadro 44), el número de parturientas representó cifras inferiores al 1% de los partos.

Puede leerse un leve incremento porcentual de los egresos (internaciones) y un leve descenso de las consultas respecto a la prevalencia estimada.

X.1) EGRESOS en SSP

El aumento del número absoluto de personas con VIH, no ha significado un aumento de las internaciones hospitalarias (cuadro 41). En parte puede deberse a la toma de medicación antirretroviral. Los egresos hospitalarios en el ámbito de la SSP se encontraron relativamente estables con el transcurso de los años (cuadro 42)

Cuadro 41. Egresos con diagnóstico HIV-SIDA SSP. Años 2000 al 2008

Efectores	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Maternidad Martin	28	33	31	23	22	34	20	28	37
Carrasco	130	132	36*	127	112	136	98	118	160
H.Alberdi	60	61	60	75	66	70	71	80	75
H.R.S.Peña	70	84	80	39	53	16	26	86	23
HECA	19	29	36	22	43	25	16	33	24
H.Vilela	11	41	11	16	15	29	15	29	18
ILAR	0	0	0	0	1	1	0	0	0
Total general	290	347	223	279	290	277	246	374	337

Fuente: Dirección de Estadística para la Salud, Municipalidad de Rosario.

Colaboradora: Silvia Bisio.

En el año 2005 y 2006 en el Hospital Carrasco no se incluyó la pre- internación

**Solo se consideró 4 meses*

Cuadro 42. Tasas de Egresos HIV/SIDA (en %). SSP Años 2000 al 2008.

Efectores	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Maternidad Martin	0,55	0,70	0,70	0,52	0,54	0,78	0,54	0,4	0,6
H. Carrasco	5,52	5,76	(*)	4,82	4,72	5,41	3,46	3,7	3,9
H. Alberdi	6,01	3,41	2,99	4,10	3,84	3,47	3,67	5,0	6,1
H. R. Saenz Peña	1,22	1,61	1,54	0,71	0,94	0,15	0,54	1,7	0,5
H.E.C.A.	0,29	0,44	0,62	0,38	0,68	0,40	0,27	0,5	0,4
H.Vilela	0,15	0,59	0,19	0,23	0,21	0,34	0,18	0,4	0,2
ILAR	0,00	0,00	0,00	0,00	0,61	0,60	0,00	0,0	0,0
Total	1,03	1,25	0,87	1,02	1,06	0,97	0,88	1,2	1,1

X.2) CONSULTAS

Las consultas de personas con diagnóstico VIH también mantuvieron cierta estabilidad. Es importante aclarar que la unidad de análisis son las consultas y no los consultantes (una misma persona puede realizar varias visitas a consultorio externo). El subsector de APS en un comienzo prácticamente no registraba consultas y con los años cobró importancia el número de consultas en relación al número de consultas en la SSP (cuadros 43, 44 y en el anexo de tablas complementarias 55 y 56). En el sentido contrario el hospital Carrasco concentró históricamente el mayor impacto de la atención, sin embargo con el transcurrir de los años, otros efectores van aumentando el número de consultas de pacientes VIH/SIDA.

Cuadro 43. Consultas por HIV-SIDA en Efectores de la red de Salud Municipal. Años 2005 al 2008

EFECTOR	2005	2006	2007	2008
H. Carrasco	1486	1174	1042	1047
H. R. Saenz. Peña	799	1195	S/D	1171
H.V.J.Vilela	390	403	366	259
H.E.C.A.	8	3	1	0
H.Alberdi	888	750	644	589
CEMAR	383	461	613	703
A.P.S.	438	495	591	554
Total	4392	4481	3257	4323

En los Hospitales Alberdi y Vilela sólo se consideran las consultas registradas por infectología. En el Hospital R. S. Peña se incluyen las consultas en Clínica e infectología. En el Hospital Carrasco desde el año 2005 no se incluyen las consultas del servicio Consejo y Detección porque ya fueron consideradas en esa categoría. Tampoco se incluyen las consultas por guardia ni libreta sanitaria, prenupciales, antirrábico humano ni certificado médico. El H. Vilela está incompleto en el año 2006.

Cuadro 44. Tasa de consultas VIH/SIDA (%). 2005 al 2008

Total de consultas	Año			
Efector	2005	2006	2007	2008
H. Carrasco (1)	1,94	1,56	1,66	1,48
H.R. Saenz Peña	1,32	2,12	S/D	2,11
H. Vilela	0,41	0,47	0,49	0,30
H.E.C.A.	0,08	0,04	0,00	0,00
H. Alberdi	1,41	1,07	1,34	1,30
C.E.M.A.R	0,52	0,75	1,13	1,14
A.P.S.	0,07	0,08	0,12	0,13
Total	0,44	0,46	0,42	0,56

Puede observarse cómo la política pública de la SSP de distritalización y afianzamiento de la atención sanitaria, partiendo desde un primer nivel de atención (APS) generó en los efectores no hospitalarios incrementen el peso relativo respecto a la red asistencial de la SSP.

Cada vez se registraron más consultas, en comparación a las consultas hospitalarias; al igual que el número de pruebas de detección de embarazadas y la adjudicación de tratamientos antirretrovirales, las notificaciones de casos y el seguimiento de pacientes.

XI) MONITOREO DE LA POBLACION DE PERSONAS EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Se aprecia un aumento en el número de personas en tratamiento antirretroviral (TARV) durante todo el período analizado (cuadro 45). Desde el año 1998 hasta el año 2009 los tratamientos aumentaron 21 veces en la SSP.

Se observó en el HECA una tendencia a disminuir el número de casos al igual que la Maternidad Martín, situación lógica ya que en un caso se trata de un hospital de emergencias y en el otro una maternidad que tienden a no sostener tantos pacientes con tratamientos prolongados. Los demás efectores han incrementado el número de personas en tratamiento. Cabe destacar especialmente la proporción correspondiente a APS, sector que aumentó significativamente, 13,4 veces (1341%). Así, APS pasó de significar el 2,7% de los retiros de tratamientos a representar el 18,7% durante el año 2009. Esto se debe principalmente al proceso de fortalecimiento sanitario distrital impulsado por la Municipalidad de Rosario en estos últimos años, acompañado y fortalecido a la vez desde el Programa Municipal de SIDA.

Cabe aclarar que el aumento del número absoluto de personas que retiran medicación específica para tratamientos, no significa necesariamente un aumento del número de personas asistidas ni una mayor proporción de pacientes medicados del total de los pacientes asistidos porque no todos los pacientes retiran medicación específica.

Cuadro 45. Número de personas que reciben TARV por año y efector. En SSP. Años 1998 al 2009.

AÑO	Alberdi	HIC	HECA	HRSP	Vilela	M.Martin/ CEMAR	APS	Total
1998	145	129	60	36	37	15	12	434
1999	203	171	51	54	57	11	27	574
2000	201	145	41	55	40	5	33	524
2001	226	185	45	77	49	13	41	632
2002	264	193	36	S/I	48	S/I	40	581
2003	222	215	36	75	49	10	55	662
2004	218	244	38	86	50	8	75	719
2005	240	270	37	106	53	6	75	787
2006	211	282	43	121	56	5	98	816
2007	205	302	27	129	56	7	107	833
2008	--	--	--	--	--	--	--	877
2009	229	311	27	134	43	4	173	921

El año 2008 es una estimación, porque no estaban depurados los padrones y no se disponía de datos confiables.

Fuente: Departamento de Gestión de Programas (ex Auditoría de Farmacia) SSP

HIC: Hospital Intendente Carrasco; Alberdi: Hospital Juan Bautista Alberdi; HECA: Hospital de Emergencias Clemente Álvarez. HRPS: Hospital Roque Saenz Peña.

Colaboradoras Dra. Elsa Rodríguez, Dra. María Dolores Moreira.

Datos consignados a diciembre de cada año salvo el año 2006 (a enero de 2007).

Como viene verificándose, al aumentar las personas en tratamiento antirretroviral, y a la vez, disminuir la tasa de mortalidad, puede interpretarse que bajó también la letalidad del VIH/SIDA en la ciudad.

Un relevamiento realizado a fin del año 2009 permite analizar que los regímenes de TARGA se constituyen a partir de distintas combinaciones de 21 drogas que genera un total potencial de 103 esquemas. La experiencia en la SSP muestra que estos tratamientos se resumen en 18 esquemas, de los cuales más del 90% corresponde a 2 diseños básicos:

2 INTI+1 INNTI utilizado en el 48% de los pacientes y 2 INTI+1IP+R utilizado en el 45%.* Por lo tanto puede concluirse que la mayoría de los profesionales eligen sostener pautas de tratamiento conocidas y difundidas.

* Referencias:

INTI: Inhibidores nucleosidos de la transcriptasa inversa

INNTI: Inhibidores no nucleosidos de la transcriptasa inversa

IP: Inhibidores de Proteasa

R: Ritonavir

XII) MORTALIDAD ASOCIADA AL VIH/SIDA

DEFUNCIONES

La fuente de información para el análisis de datos de mortalidad es el Informe de Defunción (ID), remitido desde la Dirección General de Estadística de la Municipalidad. También en el resto de las jurisdicciones (tanto nacional como en otras provincias) los datos epidemiológicos en relación a la mortalidad en relación al VIH/SIDA surgen de esa misma fuente.

En la SSP, desde el año 2009, con el objetivo de poder analizar las defunciones con mayor cantidad de datos, se incorporaron también otras fuentes de información. Se consideró entonces la información surgida a partir de las bajas por defunciones de los pedidos de medicamentos y las fichas epidemiológicas que registraron óbitos que no fueron registrados como asociados al VIH/SIDA por la Dirección General de Estadística.

Para este análisis en particular, al sumar diversas fuentes de información a la habitual, el número de fallecidos registrados también aumenta. En los últimos 5 años, se registraron entonces 37 casos más de los informados a través de los ID. Este trabajo estadístico

desvirtúa la comparación con los demás distritos administrativos, pero permite considerar datos de mayor confiabilidad. Así para este análisis si se constituyen los datos utilizando todos los registros, aumentan los fallecimientos un promedio de 7,4 casos anuales, lo que aumenta la tasa de mortalidad aproximadamente en 0,7 por 100.000 habitantes cada año (Cuadro 46).

Cuadro 46. Defunciones por años registradas por otras fuentes que no se denunciaron por los ID. Años 2005 al 2009					
2005	2006	2007	2008	2009	s/i
3	7	8	11	5	3

Farmacia notificó 30 casos y por Ficha Epidemiológica 7

La mortalidad seguida a través del registro de los ID puede conllevar alguna pérdida del número de casos, tanto para el VIH/SIDA como para el resto de las causas de defunción. Pero en la práctica es un instrumento de suma utilidad como modo de aproximación a la construcción de tasas e indicadores. Se continúa utilizando el criterio compartido con las demás administraciones de salud partir de los ID, aunque también se consideran los registros desde otras fuentes complementarias porque permiten mejorar el monitoreo y la vigilancia epidemiológica vigente.

Cuadro 47. Defunciones por SIDA período 1994-2008 en residentes, no residentes; tasa de mortalidad				
Año	Residencia		Total	Tasa*
	Rosario	Otras		
1994	96	1	97	10,19
1995	108	2	110	11,33
1996	118	2	120	12,23
1997	88	9	97	9,01
1998	59	5	74	6,98
1999	68	7	65	5,88
2000	62	10	72	6,33
2001	58	16	74	6,71
2002	41	8	49	4,51
2003	76	7	83	8,36
2004	63	12	75	6,92
2005	60	10	70	6,59
2006	43	14	57	4,73
2007	49	12	61	5,39
2008	48	9	57	5,27
Total	1037	124	1161	--

Fuente: Dirección General de Estadística Municipal e INDEC.

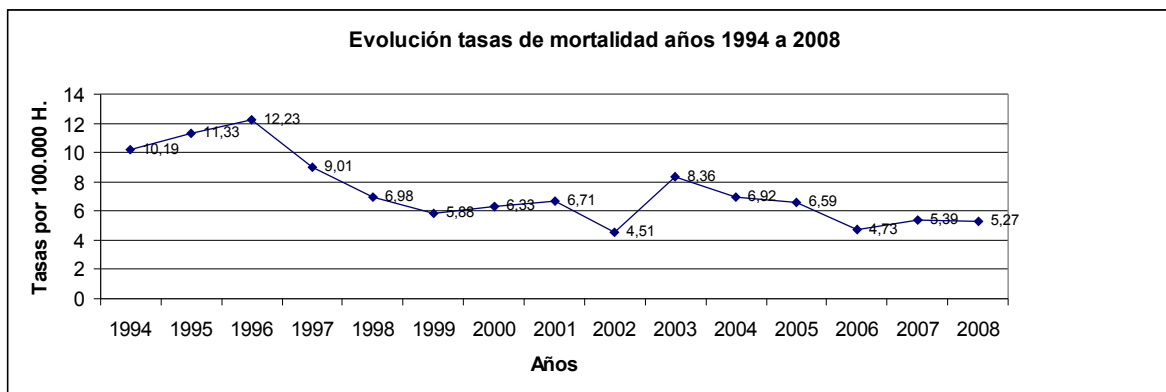
**Tasas únicamente para la población con residencia en Rosario. Fuentes: Censo 1991 y 2001.*

Nota: En los boletines epidemiológicos N° 9 y 10 se realizó el ejercicio teórico de calcular las tasas desde el año 2001 de acuerdo a las estimaciones de cada uno de los censos con el fin de evitar saltos bruscos que no reflejen la evolución de los datos. Se prosigue utilizando los datos surgidos de los censos que corresponden ser tomados en cada caso.

Actualmente dejó de tener sentido la metodología anterior porque una diferencia inferior al 1 por %00.000 registrada en el año 2001 no resulta significativa al leer la evolución en 15 años y además no pueden seguir utilizándose las proyecciones poblacionales tan atrasadas teniendo otras más actualizadas.

La tasa de mortalidad se estima cada 100.000 habitantes (cuadro 47) y se registra desde el año 1994. Como no se restringe a la administración sanitaria pública, sino que abarca el conjunto de la ciudad (Público, Privado, Obras Sociales), es **un indicador privilegiado que permite analizar la totalidad de la ciudad de Rosario.**

Gáfico 3



Datos realizados sobre 1037 que tenían residencia consignada en la ciudad de Rosario (sobre 1161 casos totales ocurridos en la ciudad)

Desde el año 1997, probablemente como consecuencia de la incorporación de un importante número de personas a esquemas de nuevos TARV, la tasa disminuyó hasta el año 2000. Luego comenzó una etapa de estabilidad hasta el año 2002, momento en que los nuevos tratamientos fueron incorporados por muchos más pacientes. Más tarde la tasa de mortalidad vuelve a subir (posiblemente por los primeros fallos en los tratamientos) y actualmente se evidencia una predisposición a la baja.

Puede decirse que el número de defunciones no registra saltos significativos entre los años 1998 y 2006 sino que muestra una evolución esperada.

En el cuadro 48 se analizan los fallecidos en Rosario según su lugar (distrito) de residencia. A modo de referencia (al igual que en cuanto a las notificaciones analizadas en el apartado IX.2 de este boletín) vale considerar que tanto los Distritos Centro, Norte y Sur tuvieron un número cercano de óbitos en el período acumulado analizado, (cada uno concentra un porcentaje acumulado de óbitos de casi el 20% del total). Vale la consideración que la población de estos distritos es diferente, el Distrito Centro reúne el 25% de los habitantes de la ciudad, el Norte 14,2% y el Sur 16%.

Cuadro 48. Defunciones por distrito. Distribución porcentual de muertes asociadas al SIDA de residentes en Rosario. Acumulado 1994 -2008. y Años 2007 y 2008

Defunciones Por distrito	Acumulado 1994-2008*	% Acumulado	Defunciones 2007	Porcentaje 2007	Defunciones 2008	Porcentaje 2008
Norte	198	20,18	2	4,6	8	18,6
Sur	193	19,67	9	20,9	8	18,6
Oeste	118	12,03	6	14	2	4,6
Centro	189	19,27	7	16,3	5	11,6
Noroeste	168	17,13	8	18,6	15	34,9
Suroeste	115	11,72	11	25,6	5	11,6
TOTAL	981	100	43	100	43	100

* No se sabe de 61 casos

El cuadro 49 indica un dato significativo. Dentro del Municipio de Rosario los fallecimientos ocurridos en efectores públicos representan la mayor proporción. A su vez, los efectores municipales representan un porcentaje elevado (37,7% de los casos históricamente acumulados y 41,1% en el año 2008). El 63,36% de los fallecimientos que ocurrieron en efectores públicos estatales corresponden a efectores municipales en el año 2008, lo que permite pensar que a nivel de efectores públicos **el sistema sanitario municipal sostiene el mayor peso asistencial**. Cabe aclarar que el PAMI se consigna separado pero puede considerarse también como obra social.

Efactor	1988- 2008	% acumulado	2008*	% 2008
Privado/vía pública	410	39,08	10	19,63
Municipal	396	37,75	21	41,18
Provincial	229	21,83	17	33,33
Pami	14	1,34	3	5,88

* Cálculo realizado sobre los casos que se conocían el lugar de fallecimiento.

Los fallecidos no residentes en la ciudad de Rosario hasta el año 2008 representaban 119 casos analizados porcentualmente en el cuadro 50.

Existe una cierta estabilidad en la proporción de los fallecimientos de personas no residentes en Rosario. Entre los años 2002 y 2008. Antes del año 2000 eran menos, tanto en número como en porcentajes.

Cuadro 50. Porcentaje de defunciones de no residentes en la ciudad de rosario

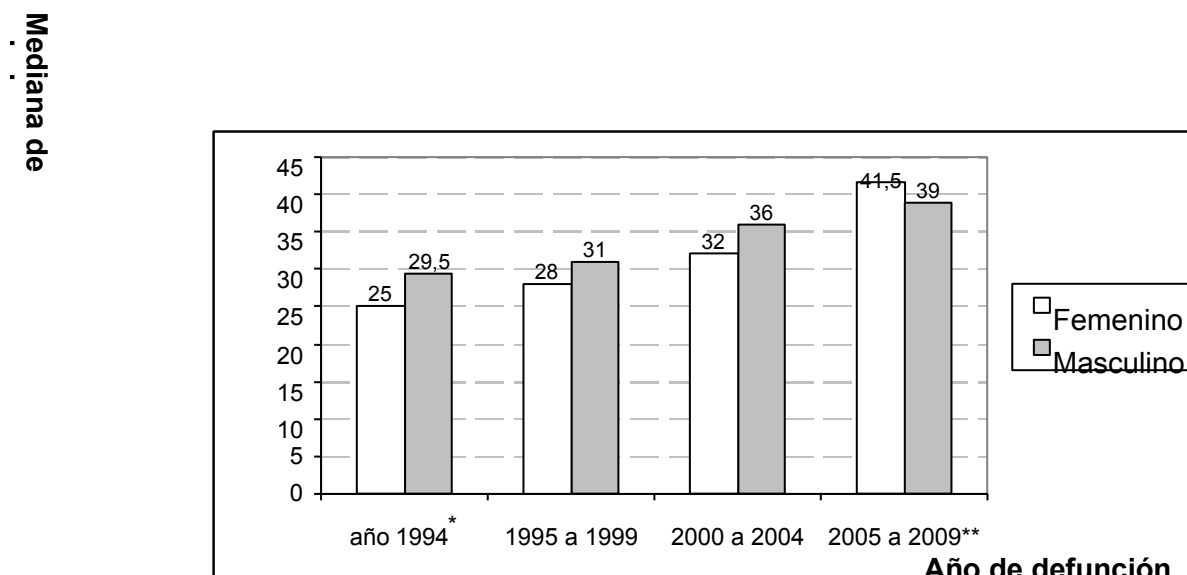
Año	%
2002	19,72 %
2003	8,40 %
2004	16,00 %
2005	14,28 %
2006	17,40 %
2007	15,71 %
2008	14,06 %

La edad mediana de las defunciones ocurridas en Rosario desde el año 1994 hasta el año 2008 fue de 33 años. En los Hombres, 34 años y en las mujeres, 32. En el año 2008 la edad mediana fue de 41 años, número elevado en comparación con los otros años. La mediana de edad acumuladas de las defunciones en el año 2007 fue de 32 años (Hombres 33 años y en las mujeres 30,79 años).

Los casos de mayor edad registrados fueron de 86 años para los hombres y 71 años para las mujeres.

Se analiza en el gráfico 4 la edad mediana de las defunciones por quinquenios, donde queda claramente expresado el aumento de la edad de defunciones asociadas al SIDA tanto en hombres como en mujeres.

Gráfico N° 4. Edad mediana de edad de las defunciones por quinquenios



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

En el cuadro 51 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 (56%) se verificaron en personas menores de 35 años, con la mayor concentración entre los 25 y 34 años. Durante el año 2008 se registró el fallecimiento de 33 varones (53,2% del total) y 29 mujeres.

Cuadro 51. Defunciones VIH/SIDA según edad de personas fallecidas en Rosario. Años 1988 al 2008

	< 1	1/4	5/9	10/14	15/19	20/24	25/29	30/34	35/39	40/44	≥45
Masculino	10	6	5	1	9	52	172	214	159	98	165
Femenino	9	6	3	1	6	34	70	54	49	30	59

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

Al analizar los fallecimientos de las personas de más de 45 años puede analizarse el paulatino incremento esta franja etaria. En el cuadro 52 se toman períodos de 4 años. Así hasta el año 1992 no se había registrado ningún fallecimiento en la ciudad (probablemente por un sub-registro de datos), luego fue aumentando el número de personas informadas.

Cuadro 52. Comparación entre períodos del número de fallecidos mayores de 45 años				
1989/1992	1993/1996	1997/2000	2001/2004	2005/2009
0	36	48	53	83

El cuadro 53 permite analizar distribución en las tasas de mortalidad **por distrito**. Allí se aprecia que para todo el período se elevan principalmente en el Distrito Norte y luego el Sur y el Oeste. Las variaciones de tasas en los distritos en los diversos años, no resulta significativa ya que el número de casos es bajo.

Cuadro 53 Evolución de las tasas de mortalidad años 1997-2008 por Distrito (por 100.000 habitantes) ocurridos en la ciudad de Rosario

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	Prom
Centro	7.1	6.7	2.8	3.7	1.7	2.4	2.7	3.9	6.1	4.3	3.6	2.2	3.8
Norte	11.4	10.6	7.7	10.3	11.6	6.1	10.0	4.4	1.5	8.5	1.9	6.2	7.5
Noroeste	5.8	2.5	6.3	6.9	6.7	6.0	7.8	2.3	6.3	1.9	5.1	9.6	5.6
Oeste	6.1	5.1	4.2	8.4	7.4	4.1	13.7	6.3	6.3	3.9	4.8	1.6	5.9
Sudoeste	8.9	5.3	6.1	2.6	0.9	4.2	8.3	6.8	4.2	4.2	9.3	4.2	5.4
Sur	9.8	5.1	7.9	7.3	7.7	2.7	4.8	6.9	6.5	3.9	5.9	5.2	6.1

Fuente propia, con datos del INDEC y Dirección Estadística Municipal

XIII). COMPARACIÓN DE ROSARIO CON SANTA FE Y ARGENTINA

XIII.1) COMPARACIÓN DE DIVERSOS PORCENTAJES DE DATOS ENTRE ROSARIO Y ARGENTINA

La SSP al comienzo de la epidemia consignaba datos de diversas fuentes, no sólo a partir de fichas epidemiológicas. Con el correr de los años se determinó la obligatoriedad de la notificación por ficha epidemiológica nacional, ya que ese fue el criterio asumido por el Ministerio de Salud de la Nación. Es así que la SSP tiene registros históricos de casos que no fueron respaldados con las fichas correspondientes. De esta manera si desde la SSP se consideran todos los registros acumulados, la ciudad de Rosario muestra el 5,75% de las notificaciones nacionales. Esta cifra evidentemente es más abultada que la que oficialmente se considera a nivel nacional además que el porcentaje de casos real de la ciudad en

comparación a los demás distritos. Por ejemplo si se rastrean los tratamientos antirretrovirales, la SSP supera discretamente los porcentajes de distribución poblacionales. El cuadro 54 permite comparar los porcentajes estadísticos entre la ciudad de Rosario y Argentina.

En definitiva: si se consideran aún los datos de casos sin ficha epidemiológica registrada, se pierden las proporciones pero si se consideran los tratamientos antirretrovirales asignados se mantienen dentro de lo esperable. Lo que indica que al considerarse epidemiológicamente sólo las fichas (como ocurre a nivel nacional y actualmente en la ciudad) se favorece el sub-registro de casos.

Cuadro 54. Comparación de porcentajes estadísticos entre la ciudad de Rosario y Argentina			
	Argentina	Rosario	% Rosario respecto al país
Casos Notificado VIH/SIDA	75.009	4318 (a)	5,75
Retiro de medicamentos de al 31/12/2008	20.005 (b)	833 (c)	1,98
Retiro de medicamentos 2009 (d)	42.500 (b)	921	2,16
Fallecidos	25.000	1037	4,14
Nº de habitantes (2005)			2,40

(a) La provincia de Santa Fe en el primer trimestre de 2010 tenía una notificación de 5282 personas (7,04% de la Argentina al 31/12/2008.)

(b) 20.005 personas. Rosario representaba en ese mismo momento el 1,98% de ese total.

(c) Los datos aquí consignados son para la SSP no para toda la ciudad de Rosario.

(d) En este caso se toman datos de Argentina al 31/06/09 y de Rosario al 31/12/09. Los cálculos porcentuales son contruidos con las medicaciones asignadas, se realizan con los efectores de la SSP (no de toda la ciudad).

XIII.2) COMPARACIÓN DE PORCENTAJES DE RETIRO DE TARV. ROSARIO - SANTA FE

El siguiente análisis se construye con datos aportados por el Programa Provincial de Sida en el año 2008. La SSP de la ciudad de Rosario en ese año 2008 tenía asignados a través de su red de farmacias, tratamientos antirretrovirales a 1005 personas. La provincia de Santa Fe en ese mismo momento lo hacía a para 2797 personas mientras que la Nación lo hacía para un poco menos de 42.000 personas.

Por lo tanto la SSP de Rosario entregaba en esa fecha el 35,9% de los tratamientos de la provincia y el 2,4% de los tratamientos del país. Precisamente esos porcentajes son coincidentes con la distribución poblacional. Rosario representa el 33,4% de la población provincial y el 2,8% de la nacional¹.

Según otros estudios, (ver boletín N° 10) históricamente Rosario también entregaba un mayor porcentaje que el correspondiente a la población. Los grandes centros urbanos tuvieron un mayor peso al comienzo de la epidemia en el país (ver boletín nacional de SIDA de 2008).

XIII.3) COMPARACIÓN DE CASOS MORTALIDAD ROSARIO - SANTA FE

La mortalidad notificada por la ciudad de Rosario entre los años 1988 y 2006 correspondió al 81,44% de los casos de la provincia (personas con residencia en la ciudad de Rosario²).

¹ El cálculo surge de la estimación realizada en el Boletín N° 10 página 48 promediando los valores de las estimaciones realizadas a partir de los dos últimos censos poblacionales.

² Rosario: 1062 casos y provincia de Santa Fe 1304 casos.

Si se considera únicamente el período 2001 - 2006 Rosario representó el 66,4% de los óbitos¹.

XIII.4) COMPARACIÓN DE PORCENTAJES DE NOTIFICACIONES ROSARIO - SANTA FE

Las notificaciones ocurridas en Rosario entre los años 1988 y 2008 fueron 4133. La provincia notificó 5811 personas². Es decir que la ciudad notificó el 74,18% de la cifra realizada por Santa Fe.

Si se considera únicamente el período 2001 -2008, la ciudad de Rosario representó el 66,4% de las personas notificadas.

Las notificaciones realizadas entre los años 2001 y 2008 corresponden a la ciudad en 1544. La provincia notificó 2374. Es decir que la ciudad notificó el 65,03% de la cifra consignada por Santa Fe.

Cabe señalar el siguiente análisis:

Los casos de **fallecidos** representan un dato comparativo adecuado para discernir el número de personas atendidas en la ciudad de Rosario (Entre 66 y 81%, el punto medio es **73%**) porque indica el lugar de residencia sin repetir los casos.

El número de pacientes con TARV resulta un indicador aproximado para los casos de notificaciones y lugar de atención, aunque no todos los pacientes tienen indicación terapéutica de usarlo, entonces puede no ser fidedigno, pero permite una aproximación certera, porque a grueso modo el porcentual de personas consumiendo estos tratamientos podría ser parecido (**36%**).

Las **notificaciones (71%)** proveen información de menor calidad porque una misma persona puede notificarse en diferentes sub-sectores de salud (Privado, Obras Sociales, estatal municipal o estatal provincial).

Como un mismo paciente puede ser notificado en diferentes ocasiones, surge entonces la dificultad de estimar el número aproximado de personas que se atienden principalmente en cada sub-sector. Porque no es estrictamente correcto sumar en todos los casos la casuística municipal y la provincial.

En el caso particular de la SSP interesa estimar el número de personas que **utilizan como efector principal de atención el ámbito municipal**. Para ello tomando las mismas proporciones, si se consideran que cada 100 casos de tratamientos antirretrovirales en toda la provincia de Santa Fe, son 68 los atendidos en Rosario, y se analiza el porcentual sobre los casos notificados en la ciudad, resulta que aproximadamente el **52,9%** de los casos de la ciudad de Rosario retiran antirretrovirales en la SSP³. En el boletín de Sida N° 10, el porcentaje acumulado de fallecimientos en la ciudad de Rosario en la SSP⁴ eran de 51%. Actualmente es menor este índice pero el ámbito municipal estatal sigue siendo el sub-sector de salud que concentra la mayoría de los casos atendidos en la ciudad.

XIV) VIH y GRIPE H1N1

En el año 2009 se produjo en el mundo una pandemia de la enfermedad tipo influenza (Eti) y gripe H1N1 (A). En el caso de la provincia de Santa Fe ⁵ representó un incremento del

¹ 3338 casos en Rosario y 509 en Santa Fe. Fuente Taller de Fortalecimiento de la Vigilancia Epidemiológica de la región Centro y NOA de Argentina, Córdoba 21 y 22 de mayo de 2009.

² Rosario notificó en ese período 997 casos VIH y 547 casos Sida y la Provincia de Santa Fe 1401 casos VIH y 973 casos Sida

³ 36 casos T. Antirretrovirales en SSP por 100 sobre 68 T. Antirre. de Rosario = 52,9%

⁴ 1994 - 2005

⁵ Datos aportados por el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) y Boletín de farmacovigilancia Intensiva de oseltamivir durante la epidemia. En el caso de la provincia de Santa Fe fue de 65.465 casos, de los cuales 57.689 se produjeron a partir de la semana epidemiológica 19 (desde el 10 de mayo de 2009). En el sistema provincial, durante las semanas 19 a 52, se recibieron 26.362 reportes de casos sospechosos de influenza

74% con respecto al año 2008. En ambos años el pico de las notificaciones se registró en la semana epidemiológica 26, es decir en la época de mayor intensidad del frío.

Se consideró entonces la comorbilidad con otras patologías, principalmente con trastornos, metabólicos, cardiovasculares, respiratorios, inmunodeficiencias y embarazo.

Desde el Programa de SIDA se relevó específicamente la comorbilidad entre VIH y Etis por la posible interacción de una enfermedad epidémica estacional en una población específicamente vulnerable por la inmunodepresión¹. Se tomó como criterio los pacientes atendidos en los meses de junio, julio y agosto de 2009. La metodología utilizada fue la búsqueda de casos a través de una ficha epidemiológica creada específicamente para tal fin, registrada por los médicos tratantes. También se contactó telefónicamente a los pacientes sobre la percepción sus síntomas y evolución².

Se relevaron 16 casos de los cuales 13 residían en la ciudad de Rosario.

No presentaron antecedentes patológicos 11 casos, y el resto mostró amigdalectomía, DBT, Herpes; TBC, Hepatitis C, Bronquitis a repetición y Sarcoma de Kaposi.

El grado de afectación fue moderada en 10 casos y leve en 4 casos. Todos recibieron la medicación específica³ y no se produjo ninguna defunción.

Este estudio no reveló interacciones entre la infección por VIH y la Gripe A H1N1, no hubo casos en esta población que podría pensarse de mayor vulnerabilidad, pese a lo expandido del brote en la población. Los casos relevados se verificaron en personas en tratamiento con cargas virales menores a 50 copias, y todos tuvieron evoluciones favorables. Cabe pensar que tal vez estas personas tomaron medidas de distanciamiento especiales para evitar el contagio, o bien han sufrido formas poco sintomáticas de la infección, o que la inmunodepresión no generó respuestas agresivas.

pandémica (H1N1), de las cuales se confirmaron 8.121

¹ *Estudio realizado por el Dr. Ramiro Salazar, miembro del Programa Municipal de SIDA, con el aporte de fichas de casos de los Dores Sergio Lupo, Darío Vevaqua, Raúl Bortolozzi, Damián Aguila y Damián Lavarello..*

² *Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en la Investigación en Salud de la Secretaría de Salud Pública de Rosario.*

³ *Oseltamivir*

XV) TABLAS COMPLEMENTARIAS

Tabla 55. Egresos Hospitalarios de la red de Salud Municipal. Años 2000 al 2008

Efectores	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Mat. Martín	5131	4699	4424	4398	4074	4368	3686	6273	6371
Carrasco	2357	2292	2191	2634	2375	2515	2829	3186	4150
H.Alberdi	999	1787	2009	1830	1719	2015	1933	1594	1237
H.R.S.Peña	5742	5231	5181	5529	5624	4576	4807	5049	5049
HECA	6557	6551	5769	5798	6334	6296	5969	6018	6232
H.Vilela	7248	6987	5800	7103	7183	8530	8521	7980	8162
ILAR	155	118	120	164	164	168	119	142	145
Total	28189	27665	25494	27456	27473	28468	27864	30242	31346

Cuadro 56. Consultas en Efectores de la red de Salud Municipal. Años 2005 al 2008.

Total de consultas	Año			
Efector	2005	2006	2007	2008
H.Carrasco (1)	86599	74801	62711	70625
H.R.S.Peña	60557	56351	45283	55407
H.Vilela	95146	85874	75399	86825
H.E.C.A.	10324	7477	5982	7307
H.Alberdi	62985	69797	48148	45334
C.E.M.A.R	73406	61150	54314	61427
A.P.S.	607740	615009	474703	441417
Total	996757	970459	766540	768342

Cuadro 57. Número absoluto de los casos registrados en el banco de sangre de VIH, Hepatitis B y C y Sífilis

Número de reactivos por patologías				
Año	VIH	Hep. B (b)	Hep. C (c)	Sífilis
2008	3	5	--	4
2009	3	5	25	38