
Boletín Epidemiológico Municipal de *VIH/SIDA*

Año 10 - 2008

Publicación del Programa Municipal de SIDA
y Sistema Municipal de Epidemiología

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO VIH/SIDA

Publicación del Programa Municipal de Sida y el Sistema Municipal de Epidemiología - N° 10
- abril de 2008.

Intendente Municipalidad de Rosario
Ing. Miguel Lifschitz

Secretario De Salud Pública
Dr Luis Di Menza

Subsecretario de Salud Pública
Dra Karen Liljethrom

Coordinación de Programas
Psicóloga Alejandra Toledo

Coordinador General del Programa Municipal de SIDA
Dr. Damián Lavarello

Coordinadora de Servicios de Información en Salud
Dra. Analía Chumpitaz

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

Han colaborado en este Boletín:

Estadística Laura Balparada, elaboración de medianas estadísticas, asesoramiento de gráficos y trabajo en georreferencia

Estudiante de Medicina Rayén Rall: cargado de base de datos, búsqueda de información y elaboración de estudio de georreferencia

Bioquímica Adriana Tomisani (SIME): búsqueda de datos poblaciones de Embarazadas.

Bioquímica Gabriela Martinez, búsqueda de información en ASILAC y Centro de Sangre.

Indice:

I PRÓLOGO

II SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA EN EL MUNDO, AMERICA LATINA Y ARGENTINA.

- 1) América Latina
- 2) República Argentina
- 3) Vías de transmisión VIH en argentina

III SITUACIÓN EN LOS EFECTORES MUNICIPALES

- 1) Vías de transmisión en la Secretaría de salud Pública Municipal
- 2) Edad
- 3) Enfermedades marcadoras
- 4) Distribución de casos notificados según efector
- 5) Embarazadas y parturientas
- 6) Transmisión vertical
- 7) Sida pediátrico
- 8) Estimación de personas viviendo con VIH/SIDA en Rosario
- 9) Peso asistencial VIH en la SSP de Rosario
 - 9.1) Egresos
 - 9.2) Consultas
- 10) Atención Primaria
- 11) Distribución de la epidemia local VIH/SIDA por distritos
- 12) Nivel de instrucción
- 13) Donantes de sangre
- 14) Monitoreo de la población de personas en tratamiento antiterrorial

IV DETECCION DE VIH/SIDA

- 1) Servicios de Consejo y Detección de VIH/SIDA
- 2) Prueba de detección VIH/SIDA en la SSP.
- 3) Cambio de perfil subjetivo de los usuarios

V MORTALIDAD ASOCIADA AL VIH/SIDA

- 1) Defunciones
- 2) Georreferencia: Análisis de las defunciones por VIH/SIDA en Rosario en el período 2002-2004
- 3) Años de vida potencialmente perdidos (AVPP)

V COMPARACION Y EVOLUCION DE LA EPIDEMIA VIH/SIDA EN ROSARIO RELACIONADO CON SANTA FE, ARGENTINA, Y LATINOAMERICA

VI INTERNET: WWW. PMSIDA.GOV.AR

I PRÓLOGO

A poco de alcanzar los 16 años de existencia del Programa Municipal de SIDA, y con más de 20 años de presencia del SIDA en nuestra ciudad, podemos apreciar en este Boletín que la epidemia de VIH / SIDA se halla claramente establecida, con un carácter endémico incipiente, con un persistente impacto en la sociedad, y con una creciente carga asistencial. Las poblaciones centinelas se hallan en aparente estabilidad, con un 0,6 % de prevalencia en parturientas, 2% en consultantes a servicios de consejería y detección voluntaria del VIH, y alrededor de 0,15 % en donantes de sangre. La mortalidad, a su vez, una de las expresiones de la capacidad del complejo VIH/SIDA de producir daño en la población, se insinúa estable luego de varios altibajos, en un valor que es en sí mismo una expresión de la persistente gravedad del problema: 6 casos cada 100.000 habitantes por año, lo que equivale a 60 personas residentes en Rosario falleciendo por SIDA por año. Pocos problemas tienen tasas de mortalidad similares. A su vez los años de vida potenciales perdidos, analizados por primera vez en este Boletín, son altísimos, vista la joven edad promedio de los fallecidos y fallecidas. Sin embargo, podemos destacar un aspecto: si tenemos en cuenta la permanente alza del número de pacientes en tratamiento antirretroviral, y frente a una tasa de mortalidad estable, podemos aseverar que se verifica una disminución de la letalidad, vale decir de la capacidad del problema VIH / SIDA para producir muerte entre aquellos que lo padecen.

Las vías de transmisión actuales del VIH son variadas, pero la forma predominante es por relaciones sexuales entre hombres y mujeres, en los dos sentidos, tal como demuestran con elocuencia los datos de las nuevas infecciones por VIH aquí mostradas. Esta transmisión heterosexual se constituye año a año en un escenario epidemiológico nuevo y difícil para un país que afirmó y afirma oficialmente que sufre una epidemia de VIH concentrada en poblaciones vulnerables, con vías de transmisión diversas. Si bien el trabajo de los últimos años, tanto por parte de los niveles gubernamentales como por parte de las organizaciones no-gubernamentales, ha sido dirigido tanto a poblaciones especiales como a población general, la representación social del problema VIH/ SIDA sigue fijada, a nuestro entender, en lo diferente, en la sexualidad diversa, el uso de drogas, el trabajo sexual, etc., y por esto sostenemos que para enfrentar la transmisión en el vasto grupo de la población heterosexual, se requiere de un mayor nivel de decisión político y del involucramiento de otros sectores distintos al sector salud pública y al de las ONGs. Es nuestra convicción que este momento requiere con fuerza de la participación del sector educativo, de vasto alcance poblacional y con las capacidades para generar en vastos sectores de la comunidad una subjetividad renovada frente a la transmisión heterosexual del VIH. A su vez, las autoridades sanitarias, responsables de gestión y epidemiólogos, deberemos desentrañar de a poco los distintos rasgos y determinantes de estas infecciones en la población heterosexual, para habilitar así un mejor trabajo preventivo.

Así y todo lo antedicho, persiste la transmisión del VIH en las poblaciones de mayor vulnerabilidad, como entre los usuarios de drogas inyectables (UDIs), entre los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), y de forma creciente en los últimos años, en la población travesti. Entre los UDIs, los números aquí consignados dicen que aparentemente se estarían produciendo menor número de nuevas infecciones, lo que puede estar reflejando tanto una merma en el modo inyectable de uso de drogas, como también sin dudas un impacto de la estrategia de reducción de daños adoptada en los últimos años. Esta estrategia sanitaria, esencial en cuanto al control de la epidemia de VIH en todo el mundo, está llamada a persistir y profundizarse a

través de su incorporación a la agenda habitual de los equipos de salud de hospitales y centros de salud. En cuanto a los HSH, se verifican también entre ellos nuevas infecciones, sosteniendo una prevalencia en ese grupo sin dudas elevada, y con indicios de un abandono de prácticas preventivas, al menos en otros países, lo que reclama de un monitoreo atento de la posibilidad de un fenómeno similar a nivel local, y de una renovación de los mensajes de prevención.

En otro campo, cabe señalar un problema creciente: la afectación de la población travesti por VIH y otras ETS. Pese a la existencia en la red de salud de numerosas referencias a casos de VIH y SIDA entre travestis de la ciudad, no podemos analizar aún la epidemiología del VIH en esta población de alta vulnerabilidad ya que los registros en vigencia definidos por el nivel nacional no incorporan el dato del género travesti, quedando subsumida esta población en la de los hombres que tienen sexo con hombres. No obstante, y sobre la base de lo percibido en el trabajo cotidiano, se han iniciado una amplia gama de actividades destinadas a conocer mejor a esta población y mejorar nuestra oferta de salud y otros servicios para sus especiales necesidades de transformación corporal, inserción laboral, defensa de derechos íntimos, etc. Estos trabajos, que se comparten con el Área de la Diversidad Sexual de la Secretaría de Promoción Social de la Municipalidad de Rosario y ONGs afines, parten de la convicción de que una más efectiva promoción de la ciudadanía de estas personas les permitirá optar por modos de vida y de cuidado de la salud más efectivos y perdurables.

De modo similar, podemos consignar que también enfrentamos un problema para hacer una epidemiología del VIH / SIDA en las poblaciones de pueblos originarios. Otra vez, la ficha de denuncia instrumentada desde nivel nacional carece de referencias al lugar de nacimiento, las lenguas habladas, o directamente la pertenencia a un grupo o pueblo originario de la persona, lo que impide identificar y monitorear la frecuencia de este problema en la población indígena residente en la ciudad, aún en conocimiento de la existencia de casos, y habiendo desarrollado intensivas tareas de prevención del VIH con perspectiva intercultural desde hace varios años, que sería preciso sostener y renovar. Estos niveles más detallados de estudio y análisis de la epidemiología del VIH / SIDA son desarrollos pendientes que permitirán el trazado del problema en estas nuevas categorías poblacionales no-tradicionales, aportando y habilitando así a una mejor prevención del VIH / SIDA en ellas, y a una evaluación periódica de lo realizado.

Como un nuevo modo de análisis epidemiológico de notable potencia, consistencia, y facilidad de visualización, la georreferencia de casos, presentada por primera vez en este Boletín, permite apreciar claramente que la pertenencia a un espacio urbano desfavorecido involucra un alto riesgo de enfermar y morir de SIDA. Esta evidencia refuerza la noción de que los abordajes preventivos y asistenciales deben alcanzar a estas poblaciones en malas condiciones de vida, con especial consideración hacia este aspecto, y no sólo hacia su sexualidad, uso de drogas, etc.

Hoy sabemos por encuestas locales que una fracción del orden del 20% de la población no adopta ninguna forma de cuidado frente al riesgo de infección por VIH. Esta población debe ser alcanzada por renovadas estrategias comunicacionales para su sensibilización. Otras personas adoptan formas de cuidado imperfectas, como las parejas estables sin análisis de VIH de ambos miembros, o la simple “selección” de sus parejas. Estas personas deberían ser impulsadas a completar sus estrategias preventivas para tornarlas más seguras, y para esto se deben

seguir sosteniendo acciones como la oferta de espacios para la prueba voluntaria de VIH, ya sea formalizados como consejerías o bien a través de consultas a los equipos de salud acerca de este tema, y a su vez se debe sostener la promoción y oferta de preservativos de acceso gratuito a la población. De particular utilidad para el seguimiento de las actitudes y prácticas de la población en relación al VIH / SIDA, así como para la promoción de las estrategias de prevención efectivas ha sido la página web del Programa, www.pmsida.gov.ar, de la que aquí se reseñan sus 8 años de existencia.

Como logro colectivo que se consigna en este texto, se señala el éxito alcanzado en hacer casi nula la transmisión madre-hijo del VIH por vía del embarazo, parto y lactancia (transmisión vertical). Esta estrategia está siendo actualmente renovada con perspectiva de género y de Derechos Humanos, al proponerse desde el Programa Municipal de SIDA y conjuntamente con ONGs de la ciudad, la Asociación de Obstetricia y Ginecología y de Rosario, el Grupo Obstétrico de Consenso de Atención Primaria de la Salud, y otras áreas municipales y ONGs de la ciudad afines a la mujer, que los varones concurren con sus esposas embarazadas a la consulta prenatal y se sometan voluntariamente a pruebas de VIH asesoradas.

En el plano organizacional, caben destacar el crecimiento y la consolidación que se muestran en este Boletín de las acciones en relación a la problemática que desarrolla la red de centros de salud de la Dirección de Atención Primaria de la Salud. En cuanto a actividades preventivas, esta red distribuye más del 70% de los 300.000 a 400.000 preservativos que distribuye anualmente la Secretaría de Salud Pública. Es también uno de los escenarios de la estrategia de reducción de daños, a través del asesoramiento de los UDIs y de la facilitación de las agujas y jeringas limpias que requieren. Numerosas otras actividades que tienen lugar en la comunidad a partir de estos centros incluyen el problema VIH en su desarrollo. En cuanto a prevención de la transmisión vertical, en los años 2005, 2006 y 2007 se ve que estos centros realizan en forma sostenida más de la mitad de las pruebas que se hacen a embarazadas, y que realizan a través de ellas la detección de la mitad de los nuevos diagnósticos de VIH en mujeres que esperan un hijo. Se aprecian también crecientes números de notificaciones de VIH y de SIDA, fuera de embarazo. Como expresión categórica del compromiso asumido, podemos señalar que en el año 1998 recibían antirretrovirales en centros de salud 12 de 434 personas atendidas en toda la red de salud municipal, representando este número el 2,76%, y que en el año 2007 recibían asistencia de salud y antirretrovirales en estos centros 107 de 833 personas, alcanzando casi un 12% del total. Es esperable que en estos pacientes se puedan demostrar mayores niveles de adherencia a los tratamientos, sobre la base de la mayor accesibilidad a sus cuidados.

En cuanto a la carga asistencial actual, debe decirse que la red de salud municipal está absorbiendo en el año 2007 la asistencia de casi el doble de pacientes que en 1998 (833 contra 434). Este número seguramente siga aumentando, y debemos estar preparados para este reto. La Municipalidad de Rosario es a su vez quien absorbe el mayor peso asistencial del problema a nivel local, lo que se evidencia en ser el sitio de muerte de más de la mitad de los casos de personas fallecidas de Sida residentes en la ciudad acumulados al 2005.

A modo de cierre, merece destacarse el especial momento que se vive en relación a esta epidemia /endemia de VIH. Podría pensarse erróneamente que está todo dicho. No es así. En poblaciones de especial vulnerabilidad como HSH y travestis no se están obteniendo resultados categóricos. En la población heterosexual no se verifican aún conductas preventivas

sistemáticas. La menor letalidad actual podría caerse, incrementándose la mortalidad. Los tratamientos nuevos son en ocasiones más simples y en ocasiones, para las personas con virus resistente, más complicados, y siempre son más costosos. No hay forma de alcanzar la reversión de la epidemia comprometida por los gobiernos del mundo en los Objetivos del Milenio que no pase por la apropiación definitiva de este problema por parte de todos los sectores de la comunidad. La complacencia, la indolencia, pensar que lo hecho es todo lo que se puede hacer, y que con lo hecho basta, es dejar las puertas abiertas para que la epidemia, lejos de estabilizarse, lejos de endemizarse, se acreciente. Está en todos nosotros sostener y ampliar la respuesta desarrollada hasta el presente para no dejar a generaciones futuras el pesado gravamen de este problema. Esperamos, una vez más, desde este trabajo que se presenta, ser útiles y convocantes para este fin.

Dr. Damián Lavarello

II SITUACIÓN DE LA EPIDEMIA EN EL MUNDO, AMERICA LATINA Y ARGENTINA.

Se estima que la epidemia en el año 2007 concentraba en el mundo 33,2 millones de personas viviendo con VIH, llegando este mismo año a 2,1 millones de personas fallecidas y 2,7 millones de nuevos casos (cuadro 1).

Es importante aclarar que ONUSIDA mejoró en noviembre de 2007 las estimaciones anteriores al revisar los datos de países con un alto número de casos*. Por lo tanto los datos de años pasados se estiman con inferiores cantidades. Así por ejemplo a diciembre del año 2006 se consi-

Cuadro 1 Resumen global de la epidemia de VIH/SIDA, noviembre 2007

Total de nuevas infecciones por VIH en el año 2007	2,7 millones	
Personas que viven con el VIH en 2007	Total:	33,2 millones
	Adultos:	30,8 millones
	Mujeres:	15,4 millones
	Menores de 15 años:	2,5 millones
Defunciones causadas por el SIDA en el año 2007	2,1 millones	

Fuente: Reporte ONUSIDA. Noviembre de 2007.

deraba 39,5 millones de personas con VIH y ahora se corrigió la estimación a 32,7 millones**. En el cuadro número 2 se analizan las prevalencias mundiales por regiones en los últimos años. La región de Africa Subsahariana muestra un peso de la epidemia sustancialmente fuerte en comparación al resto del mundo y Latinoamérica como la Argentina se ubican dentro de los valores internacionales con una prevalencia de VIH de 0,6 % de su población entre 15 y 49 años.

* India, Angola, Kenya, Mozambique, Nigeria y Zimbague

** Fuentes: Boletín sobre el Sida en la Argentina, Año X, N° 24, Diciembre 2005 y Diciembre 2006 - Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS. MSAS y Reporte ONUSIDA 2006 y 2007.

Cuadro 2 Prevalencia en regiones años 2004, 2005, 2006 y 2007

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

Fuente: Elaboración propia con datos del Reporte ONUSIDA de diciembre de 2005, 2006 y diciembre de 2007.

ONUSIDA estima que en el mundo la prevalencia se encuentra estable desde el año 1990, aunque hay una casuística creciente y una reducción de las defunciones. Este organismo recomienda, a partir de mayo de 2006, que no solo se consideren los datos de personas entre 15 y 49 años (como se hace actualmente con fines comparativos), sino que deben incorporarse en los cálculos a los individuos de mayor edad, debido que puede considerarse como “una proporción importante de personas” respecto del total.

A nivel mundial aumenta el número de personas viviendo con VIH. Esto podría deberse al crecimiento de la población mundial, y al acceso a terapias antirretrovirales que aumentan la esperanza de vida de las personas con VIH. También se analizan prevalencias relativamente estables; salvo en los casos en que ésta baja porque se modifica la manera en que se estiman esos datos.

1) América Latina

En América Latina el número de personas que viven con VIH asciende aproximadamente a 1,6 millones, y en el año 2005 se estimaron 140.000 nuevos casos, mientras que en el año 2004 las personas fallecidas ascendieron a 65.000. El número de mujeres en edad reproductiva que viven con VIH es de 510.000 lo que representa el 31 % del total (cuadro Número 3).

El número de defunciones en América latina muestra una evolución en baja debido que en varios países se mejora la accesibilidad a los tratamientos antirretrovirales. Con respecto a esto, Argentina junto con Brasil, Chile, Costa Rica, México, Panamá, Uruguay y Venezuela muestran una cobertura mayor de su población VIH positiva que el resto de los países de la región (las mayores deficiencias las tienen Belice y Honduras).

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

Número de personas viviendo con VIH a final de 2005*	1,6 millones
Número estimado de nuevos casos de infección por el VIH en 2005	100.000
Número estimado de defunciones causadas por el SIDA durante 2006*	58.000
Porcentaje de Mujeres adultas (15 a 49 años) con VIH, en 2006	31 %
Número de mujeres (15 - 49 años) que vivían con VIH a final de 2004.	510.000

*Se consideran tanto adultos como niños (dos terceras partes en Argentina, Brasil, Colombia y México)

Fuentes: ONUSIDA reporte a diciembre de 2006 - Boletín sobre el Sida en la Argentina, Año X, N° 24, Diciembre 2005 y diciembre 2006. Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS. MSAS

2) República Argentina

En la República Argentina los casos de personas con SIDA notificados hasta el año 2007 eran de 32123 pero se considera que existe siempre un atraso en la notificación, por lo que la estimación ascendería a un número mayor. Considerando que el 60 % de las personas desconocería su situación serológica, las autoridades sanitarias nacionales estiman aproximadamente 134.000 personas que viven con VIH/SIDA. Los datos nacionales del año 2005 marcaban que entre los registrados, 2961 correspondían a menores de 12 años. La edad mediana era de 37,5 para los hombres y de 34,5 para las mujeres. El número de varones correspondía a 2,4 por cada mujer. Han fallecido en el año 2004 1452 personas.

Cuadro 4 Características nacionales de la epidemia de SIDA. 1982 - 2005

Nº de casos estimados VIH/SIDA 2007 (a)	134.000
Nº de casos VIH totales notificados (b)	32411
Nº de casos SIDA notificados (b)	30496
Nº de casos SIDA notificados (a)	32123
Nº de casos SIDA estimados (debido al retraso de notificación) (b)	31900
Nº de casos en niños (<= de 12 años) (b)	2961
Edad media de los enfermos año 2004 (años)	H: 37,5 - M:34,5
Razón hombre / mujer acumulado (b)	2,4 : 1
Razón hombre / mujer acumulado (a)	2,4: 1
Número de defunciones por SIDA año 2004	1452

(a) Datos considerados a diciembre de 2007

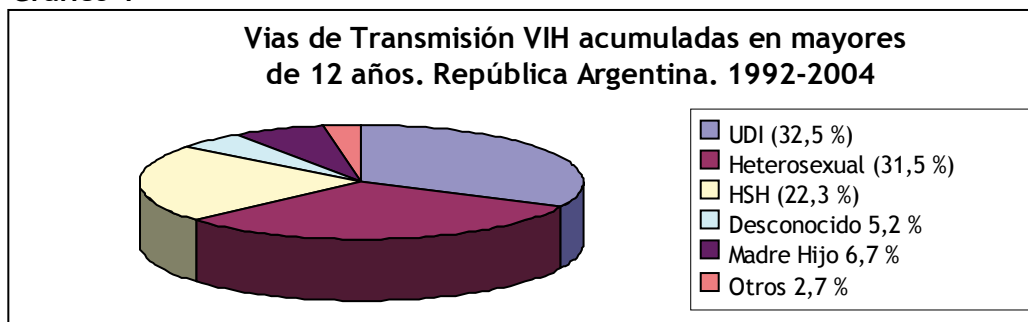
(b) Datos considerados a diciembre de 2005

Fuentes: Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS. MSAS. Boletín sobre el Sida en la Argentina, Año X, N° 24, Diciembre 2005. Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA.

3) Vías de transmisión VIH en Argentina

A continuación se analizan las tres principales vías de transmisión en adultos (acumuladas y para el año 2004). En los gráficos 1 y 2 la referencia es sobre casos VIH y en el gráfico 3 sobre casos SIDA.

Gráfico 1



El resto de las vías de transmisión (otros) del país se distribuyen de la siguiente manera:

Accidentes laborales 0,1 %

Hemofílicos 0,5 %

Transfusión sanguínea 1 %

La vía de transmisión madreVIH+-hijo muestra una cifra que resulta especialmente elevada al considerarse de manera acumulativa, pero este porcentual decreció considerablemente en los últimos años (se retoma este análisis al tratar Transmisión vertical en este boletín).

Gráfico 2



Gráfico 3



Como se analiza también más adelante, el porcentual acumulado de casos de Usuarios de Drogas Intravenosas (UDI) es muy alto considerado históricamente, mientras que el número de transmisiones por vía sexual aumenta como principal vía de transmisión, especialmente por transmisión heterosexual. Cabe distinguirse que en los primeros años, el peso de la transmisión por vía UDI era mayor y paulatinamente la transmisión por vía sexual cobró peso relativo (este punto se analiza también a continuación, sobre la situación en efectores municipales).

III SITUACIÓN EN LOS EFECTORES MUNICIPALES

A nivel local, en la Secretaría de Salud Pública (SSP), el Registro de infecciones por VIH comenzó a realizarse conjuntamente con el registro de casos de SIDA en el marco de la Vigilancia Epidemiológica de VIH/SIDA desde el año 1988. Se producen datos y se utilizan múltiples fuentes primarias de recolección de información y una sistematización propia.

En los efectores municipales se notificaron 3748 casos de VIH y SIDA hasta diciembre de 2007.

Los profesionales médicos que notifican utilizan la ficha epidemiológica nacional, obligatoria por ley 23.798/91 como fuente oficial de recolección de datos. Se trabaja con la fecha de notificación y no con la fecha de diagnóstico debido a que la casuística no siempre registra los casos nuevos, y el uso de los tratamientos antirretrovirales de alta eficacia determina que un alto número de personas no se notifican como VIH sino que directamente como caso SIDA o se demora su registro.

Cabe aclarar que cuando un caso es notificado como VIH y luego pasa a ser registrado como caso SIDA, este deja de ser considerado VIH, además si un mismo caso es notificado varias veces **los registros no se superponen ni se duplican** porque se efectúa una depuración permanente de los datos.

Las cifras son construídas utilizando los datos provenientes de efectores municipales y quedan por fuera los del subsector Privado/Prepagas; Obras Sociales; y el sistema Público Provincial, aunque en rigor algunos casos privados llegan a notificarse al sistema municipal. Se desarrolla este punto en “Comparacion y evolucion de la epidemia VIH/SIDA en Rosario relacionado con Santa Fe, Argentina, y Latinoamerica” La manera de notificación respeta el llamado “flujo de información” tradicional, según el cual cada nivel sanitario-administrativo envía información a los niveles 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: Programa Nacional de Lucha Contra los RH, SIDA y ETS. (Actualmente Dirección de Sida y ETS de Argentina). El principal instrumento son las Fichas Epidemiológicas de VIH o SIDA y también semestralmente se envía información correspondiente a la Vigilancia en Poblaciones Centinela (Embarazadas, Banco de Sangre y Consejo y Detección).

En la red de salud municipal de Rosario, el número de **casos VIH** acumulado desde 1988 hasta el 2007 llega a 2584, al 2006 eran 2542 casos, de ellos 2461 corresponden a mayores de 13 años, con una edad mediana de 28 años. Los casos pediátricos fueron 81. Aunque se estima que la mayoría de ellos tuvieron madres portadoras, solo 17 casos fueron notificados efectivamente como de transmisión vertical hasta el año 2007. En el año 2007 se notificaron 42 casos.

Desde que se comenzó a registrar 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. Como casi siempre el número de varones en relación a esta temática resultó ser mayor que el de mujeres, se consideró el índice de masculinidad. En los últimos años aparecen cifras donde el número de

Cuadro 5. Casos VIH Acumulado en 2006 y 2007 SSP

	Acumulado	Año 2006	Año 2007
Casos totales acumulados al 31/12/2007	2584	--	--
Casos adultos (>=13 años) a 2006	2461	58	42
Edad mediana de los casos (años) 2006	28	33,5 H:39 M:28	--
Relación hombre/mujer)* 2006	H: 1467 M: 1061 1,38: 1	H:25 M:33 0,76:1	H: 19 M:23 0,82: 1
Casos por vía vertical 2007	17**	1	1
Casos VIH pediátricos (<=12 años) a 2006	81	--	--

* Se consideran para la Razón, solo los casos en que se conoce el sexo. Acumulado 667 hombres y 636 mujeres, y en el año 2006, 25 hombres y 35 mujeres.

**En cuanto a la transmisión vertical se consideran tanto casos VIH como SIDA.

mujeres supera al de varones. En la ciudad de Rosario esta situación se viene repitiendo, y en los años 2006 y 2007 se notificaron más mujeres VIH que varones. Por lo tanto en el caso de la Razón entre hombres y mujeres se corresponde un valor inferior a 1: en el año 2006 0,76 hombres por cada mujer, y en el año 2007 0,82:1. También puede construirse en sentido inverso, es decir utilizar el **índice de femeneidad** que en este argumento sería de 1,32 :1, es decir 1,32 mujeres por cada hombre para el año 2006 y 1,21 para el año 2007, lo que confirma la disposición internacional del aumento de la población femenina y la importancia de analizar la problemática desde la perspectiva de género.

En el cuadro 6 se registran los **casos SIDA** acumulados hasta el año 2007 que ascienden a 1466 casos. Para el año 2006 había registrados 1424 (1373 mayores de 13 años). La edad mediana es de 35 años para ese año con una relación de 2,68 hombres por cada mujer. Ya en el año 2006 ocurrieron 41 casos nuevos, con una edad mediana de 35 años (36 para los hombres y 28 para las mujeres).

Cuadro 6. Casos SIDA acumulados años 1988 al 2007, 2006 y 2007

	Acumulado	Año 2006	Año 2007
Casos totales acumulados 1988 - 2007	1466	--	--
Casos adultos (>=13 años) a 2006	1373	41	42
Edad mediana de los casos (años) 2006	35	33,5 H:39 M:28	--
Relación hombre/mujer)* acumulado 1988 - 2006 y 2006 - 2007	3,20:1	2,04:1	2,23:1
Casos VIH pediátricos (<=12 años) a 2006	81	--	--

* Se considera para este índice los datos de sexo que se conocían (445 hombres y 166 mujeres) acumulados y 29 hombres y 12 mujeres para el año 2006,.

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

En el cuadro 7 se muestran el número de casos SIDA según vías de transmisión detectados en la Secretaría de Salud Pública Municipal (SSP). Se aprecia la evolución de notificación de casos absolutos. En el cuadro 8 se trabaja la distribución porcentual de los casos SIDA según las vías de transmisión más determinantes, tomando como referencia únicamente los casos conocidos y dejando por fuera del análisis la casuística de la que no se conoce la vía de transmisión.

En este sentido se continúa con la tendencia registrada desde hace varios años y compartida en el país, según la cual entre los nuevos casos registrados aumenta el número de transmisiones por vía heterosexual, disminuyendo los casos de Usuarios de Drogas Intravenosas (UDI) población que representa el 54,47 % del total acumulado histórico mientras que para el año 2006 ese porcentaje disminuye ostensiblemente a 25,7 % de los casos notificados y en el año 2007 a 21,43 %.

No solo en los comienzos de la epidemia el porcentual de UDI era muy elevado, sino que podría estimarse un impacto mayor todavía en esa población, porque en esos años no se conocía la vía de transmisión en un número importante de casos y se suponía que un alto porcentual de ellos correspondía a usuarios de drogas intravenosas y también parejas e hijos de los mismos.

También ocurrió un proceso comparable con la población de Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) y bisexual, que muestra un acumulado del 13.06 % pero con una estimación mayor ya que muchos hombres que tienen sexo con hombres también se consideran heterosexuales y así fueron notificados. En los últimos años, presenta un porcentual menor: en el año 2006 solo fue del 2,8 % de los casos notificados y en el 2007 9,53%.

Al mismo tiempo la población que fue notificada con vía de transmisión heterosexual no deja de aumentar respecto a las otras vías denunciadas. Así evidencia un acumulado de 19,64%, en el año 2006 llegó a representar el 71,42 % y en el año 2007 59,53%. Vale considerar para este análisis que cuando un mismo caso es notificados tanto con vía de transmisión por relaciones sexuales entre hombres y también heterosexuales, se utilizó la primer variable.

Cuadro 7. Casos SIDA. Comparación de las Vías de transmisión acumuladas y por años 1988 al 2006 y 2006. Valores absolutos. Todos los casos.

	Acumulado 1988 -2007	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
UDI	634	9	4	4	4 2	8	9	9
HSH	152	2	3	0	2 1	5	1	4
Heterosexual	345	15	19	16	31 5	5	25	31
Otros * 3	3	1	--	1	2	5	--	--
S/información		26	25	21	28	39	6	--
Total de los conocidos	1228	27	26	21	39	103	35	42
Total de casos	2724	53	51	42	67	142**	41	42

* Por recepción de sangre y derivados, transfusiones y otros. No se incluyen casos por transmisión madre a hijo.

** En el año 2005 se registró un importante número de notificaciones retrasadas lo que elevó los casos en el registro de ese año.

Cuadro 8. Comparación porcentual de casos SIDA según vías de transmisión acumuladas y por años 1988 al 2006 y 2007.

	Acumulado 1988 -2006	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
UDI	54.47	33.3	15.38	19.05	10.26	27.18	25.71	21.43
HSH /Bisexual	13.06	7.41	11.54	00	7.69	14.56	2.85	9.53
Heterosexual	29.64	55.5	73.08	76.19	79.49	53.39	71.42	59.53
Otras	2.84	3.7	00	3.85	5.13	4.85	00	00

Consideración sobre los casos conocidos notificado y sin tener en cuenta la transmisión madre - hijo.
Una misma persona puede estar notificada en más de una vía de transmisión.

En los casos VIH (cuadro 9) se registra igual proceso que en los casos SIDA anteriormente expuestos. También aquí la población de UDI representa un porcentual acumulado mayor que en los últimos años (37,81 % de los casos notificados acumulados en relación a los del 2006 1,75 % y del 2007, 11,91%). La población HSH/Bisexual muestra un porcentual relativamente estable y a la vez un número absoluto de casos que aumenta. Al igual que los casos SIDA el porcentual de HSH aumenta al no considerarse la doble vía de transmisión en una misma persona.

La población heterosexual representa el 42,65 % de los casos acumulados, el 82,4 % del año 2006 y el 64,29% en el año 2007, lo que evidencia que es la población con mayor grado de crecimiento en los últimos años.

Como lectura general puede afirmarse que los casos de notificación VIH/SIDA en población general, se acrecientan. También se incrementan los casos de transmisión por vía UDI y HSH, pero porcentualmente aumenta más en la población heterosexual.

Cuadro 9. Casos VIH. Vías principales de transmisión acumulado 1988 - 2005 y año 2006. SSP Rosario. Frecuencia de casos totales y distribución porcentual de casos conocidos.

	Acumulado año 1988 al 2005	Acumulado %	Año 2006	2006 %	Año 2007	2007 %
UDI	594	37.81	1	1.75	5	11.91
HSH	197	12.54	7	12.28	7	16.67
Heterosexual	670	42.65	47	82.46	27	64.29
Otras y S/I	110	6.36	2	3.51	3	7.15
Total	1571	--	58	--	42	

Se consideran las denuncias no los casos, cabe aclarar que un solo caso puede tener varias vías denunciadas, aunque cuando se trata de un caso UDI o HSH se consigna sólo ese dato para ese análisis.

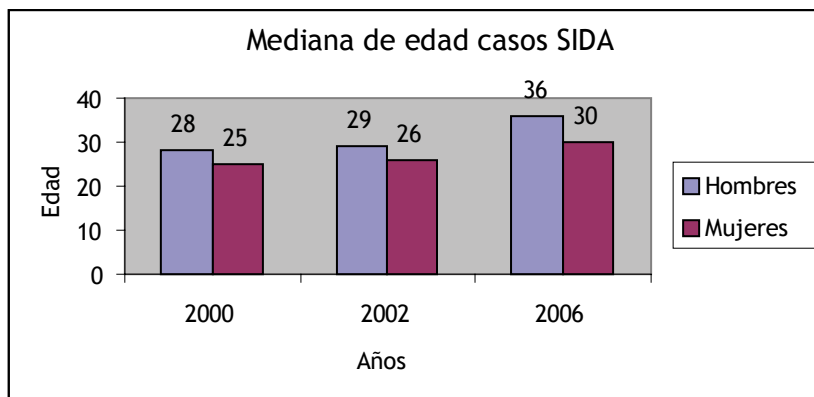
2) EDAD

La mediana de edad muestra un permanente aumento en los casos SIDA.

Por un lado puede explicarse por la disminución de los casos de transmisión vertical, a la vez, el natural crecimiento en edad de los casos pediátricos genera un aumento de las edades medianas. Por otro, desde el año 1997, se utilizan cada vez más tratamientos antirretrovirales, y por lo tanto se retrasa la edad mediana de aparición de casos SIDA, lo que hace que solo lleguen hacer SIDA algunas personas con VIH sin un tratamiento adecuado.

De este modo la red municipal de Salud Pública de Rosario, para la notificación de casos SIDA tanto en los años 2000 y 2001 presentó una mediana para los hombres de 28 años y para las mujeres de 25 años. El año 2002 ya había aumentado un año (29 y 26 años respectivamente) y en el año 2006 a 36 y 30 años (gráfico 4).

Gráfico Numero 4. Mediana de casos SIDA notificados



En cuanto a la notificación de casos VIH la mediana de notificación para el año 2006 se ubica en 33,5 años, desagregados con 39 años para los hombres y 29 para las mujeres, diferencia importante en cuanto al sexo que ya se repetía en el año 2004.

3) ENFERMEDADES MARCADORAS

Se consideran en este análisis hasta la quinta enfermedad marcadora notificada en un mismo paciente (cuadro 10). Es necesario 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.

En el período 1988-2007 las más frecuentes fueron *Pneumocystis Jiroveci* (antes llamada Neumonía *P. Carinii*), Síndrome de desgaste, *Toxoplasmosis cerebral*, TBC diseminada/extrapulmonar, *Cryptococosis* extrapulmonar, y TBC pulmonar, las cuales concentran el 58,8 % de los casos notificados.

En el año 2007, de los casos notificados y con enfermedad marcadora conocida la *Pneumocystis Jiroveci* (Neumonía *P. Carinii*) concentró el 9,30 % de los casos, TBC pulmonar el 12,5 %, *Toxoplasmosis Cerebral* 12,5 %, Síndrome de desgaste 9,30%, TBC diseminada extapulmonar 9,30% al igual que la Neumonía bacteriana de repetición, las Infecciones bacterianas múltiples o recurrentes 6,25% como las principales enfermedades notificadas.

Puede destacarse que las notificaciones de SIDA debidas a TBC en sus formas pulmonar o extrapulmonar representan 12,9 % en el período 1988-2007, y cifra que se eleva en los últimos años, 21,9% en el año 2006 y 21,8 % en el año 2007, lo que evidencia el campo creciente de interrelación con las diversas expresiones de tuberculosis con el VIH. De esto se desprenden dos líneas de recomendación: la pertinencia de ofrecer una prueba de detección a toda persona con TBC, y la búsqueda activa y la profilaxis de la TBC en personas con VIH. La Organización Panamericana de la Salud afirma que en Argentina” solo un reducido porcentaje de personas con TBC son sometidas a pruebas de VIH”*

* OPS. Evaluación Del Programa de control de tuberculosis de la República Argentina. 13 al 26 de noviembre de 2007.

Si se considera que TBC disem/extrapul,Cript. Extrapulm y otras enfermedades no comunes representaban, al comienzo de la epidemia, un porcentual mayor que en los últimos años, y que este tipo de enfermedades son propias del llamado SIDA avanzado, podría considerarse que se llega a intervenir desde el punto de vista sanitario en mejores condiciones de los pacientes que al comienzo de la epidemia.

Por otro lado el aumento de notificaciones típicas de los comienzos del SIDA como P.Jiroveci (P.Carinii) o TBC pulmonar en los últimos años, demuestra que todavía existen notificaciones de casos SIDA registrados en un estado relativamente avanzado o que no se han sido denunciados anteriormente como casos VIH.

Cuadro 10. Enfermedades marcadoras de SIDA, SSP. 1988 - 2006, y año 2006.

Enfermedades marcadoras	1998 - 2007		2007	
	N°	%	N°	%
P.Jiroveci (P.Carinii)	330	16,20	3	9,30
TBC pulmonar	282	5,70	4	12,50
Síndrome de desgaste	212	10,40	3	9,30
Toxoplasmosis cerebral	166	7,70	4	12,50
TBC diseminada o extrapulm	154	7,20	3	9,30
Inf. Bacter. múlt.o recurr	124	6,50	2	6,25
Criptococosis Extrapulmonar	116	5,80	1	3,12
Candidiasis esofágica	106	5,30	0	0
Neumonía bacteriana de rep.	91	4,55	3	9,30
Histoplasmosis dis. O extrap	88	4,40	1	3,12
Sarcoma de kaposi	54	2,70	1	3,12
Otras* y sin información	277	13,85	7	21,87
Total	2000	100	32	100

*Cryptosp.cr.intest. Encef.por VIH, Retinitis CMV, Enf.CMV, H.simplex, Isosp.crónica, Mycobact.atípica, LEMP, Cand.bronq.,traq.,pulm., Neum.inters.linf., Linfoma alta malign., Ca.cuello invasivo, Retardo madurativo, Linfoma prim.cerebro.

4) DISTRIBUCION DE CASOS NOTIFICADOS SEGÚN EFECTOR

Cuadro 11. Casos SIDA según efector acumulado años 1988 al 2007 y años 2006 y 2007 en SSP

Efectores	Casos 1988-2006	%	% Acumulado	Casos 2006	% 2006	Casos 2007	% 2007
Carrasco	933	62.41	62.41	23	56.10	17	40.4
Alberdi	156	10.46	72.87	2	4.88	2	4.76
HECA	153	10.21	83.08	6	14.63	6	14.21
HRSP	112	7.51	90.59	3	7.32	5	11.90
Vilela	80	5.37	95.96	0	--		
Las Flores	12	0.81	96.77	1	2.44		
M.Martin	11	0.74	97.51	0	--	2	4.76
CEMAR	4	0.27	97.78	1	2.44		
J. Azurduy	8	0.55	98.33	1	2.44		
Sur	6	0.41	98.74	1	2.44		
San Martin	5	0.33	99.07	1	2.44		
El Gaucho	2	0.14	99.21	0	--		
Pasteur	2	0.14	99.35			2	4.76
Mangrullo	7	0.46	99.81	1	2.44	6	2.38
S. Mazza	1	0.06	99.87	1	2.44		
S/I	5	0.14	--	--	--	2	4.76
Total	1493	100	100	41	100	42	100

Desagregado por efector las notificaciones acumuladas en los 5 hospitales concentran el 95,96% de los casos SIDA y 93,52% para casos VIH. En el período del año 2007 esta misma cifra corresponde al 74,26 % y 78,44% para los casos SIDA y VIH respectivamente. Esta situación podría deberse a la política de distritalización sanitaria de la SSP en la que se observan que cada vez más se notifica SIDA (cuadro 11) como VIH (cuadro 12) desde los efectores correspondientes a APS (Atención Primaria de la Salud).

Cuadro 12. Casos de infección por VIH según efector, acumulados (1988-2007) y años 2006 y 2007. SSP, Rosario

Efectores	Casos VIH acumulados	%	% acumulado	Casos 2006	% 2006	Casos 2007	% 2007
Carrasco	1612	43.56	43.56	15	25.86	8	19.04
Alberdi	766	20.77	64.33	8	13.79	11	26.19
HECA	420	11.38	75.71	2	3.45	3	7.15
HRSP	350	9.46	85.17	9	15.52	6	14.20
M.Martin	158	4.29	89.44	3	5.17	5	11.90
Vilela	151	4.08	93.52	1	1.72	--	--
Las Flores	51	1.38	94.90	1	1.72	--	--
San Martin	39	1.05	95.95	3	5.17	--	--
CEMAR	66	1.78	97.63	12	20.69	5	11.90
C. Casas	11	0.29	98.02	--	--	--	--
Pasteur	14	0.38	98.40	1	1.72	1	2.38
J Azurduy	14	0.38	98.78	--	--	--	--
Sur	18	0.48	99.26	2	3.45	--	--
Mangrullo	7	0.18	99.44	--	--	1	2.38
Staffieri	3	0.08	99.52	--	--	--	--
Champagnat	2	0.05	99.57	--	--	--	--
Maradona	3	0.08	99.65	--	--	--	--
Coulin	1	0.02	99.67	--	--	--	--
Toba	2	0.05	99.74	--	--	--	--
El Gaucho	3	0.08	99.82	--	--	--	--
EMAUS	1	0.02	99.87	--	--	--	--
J.B. Justo	2	0.05	99.92	--	--	--	--
Santa Lucia	1	0.02	99.94	--	--	--	--
Sal. Mazza	1	0.02	99.96	--	--	--	--
Priva. y S/ inf	2	0.05		--	--	2	4.76
Total	3699	1	100	58	100	42	100

El cálculo de distribución de los casos ingresados se realiza sin considerar los dos casos en los cuales se desconoce la información.

5) EMBARAZADAS Y PARTURIENTAS

A continuación se analizan los partos realizados en los últimos dos años en la SSP (cuadro 13). En el año 2006 se registra una prevalencia del 0,69 % de parturientas con VIH, y en el año 2007 del 0,56 %. La Maternidad Martin muestra una mayor prevalencia que el Hospital Roque Saenz Peña, podría deberse a que concentra los partos de diversas zonas y distritos, convirtiéndose en el principal efector de captación de partos y embarazos de riesgo*. Cabe aclarar que los números de partos absolutos se modificaron en los últimos años con respecto a la media histórica, porque la maternidad del Hospital Roque Saenz Peña estuvo cerrada por reformas en el año 2005 y la Maternidad Martin por mudanza en el año 2006.

* Es la maternidad de mayores dimensiones de la ciudad, y se encuentra ubicada en el centro de la misma.

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. Pero también recomiendan analizar críticamente este razonamiento considerando su aplicación geográfica. Es por esto que surge la inquietud en la ciudad de Rosario** de poder construir un indicador de mayor precisión, debido a que la prevalencia en embarazadas puede sufrir distorsiones porque una misma mujer suele realizarse más de una prueba de detección. Por ejemplo en Rosario en el año 2007 sobre 5929 partos se realizaron 11865 testeos lo que eleva el promedio a 2,01 pruebas de detección de embarazadas por parto (cuadro 14). Claro está que no necesariamente todas las mujeres testeadas llegan a tener un parto atendido en una maternidad municipal, y a la vez mujeres conocedoras de su condición de ser personas VIH no se someten a ninguna prueba de detección, pero de igual modo estas cifras permiten aproximarse a la dinámica en el abordaje asistencial.

Se pasa a considerar en la SSP de la ciudad la prevalencia de partos de mujeres VIH reactivas en relación al número total de partos.

Cuadro 13. Partos, madres VIH/SIDA y prevalencia SSP años 2005 - 2006 - 2007

	Partos 2005	Partos Madre VIH	Prevalen 2005	Partos 2006	Partos Madre	Prevalen 2006	Parto 2007	Partos Madre VIH	Prevalen 2007
HRSP	1080	8	0,74 %	1666	11	0,66 %	1674	14	0,83
Mat. Martin	4137	33	0,79 %	3539	25	0,70 %	4255	19	0,45
Total SSP	5217	41	0,78 %	5205	36	0,69 %	5929	33	0,56

Fuentes: Departamentos de estadística de M. Martin y maternidad del HRSP.

Cuadro 14. Pruebas de detección en embarazadas y parturientas en la SSP años 1998 al 2006.

	Tests VIH en embarazadas ^a	Positivos	Partos ^b	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

Fuente a: ASILAC (Area sistematizada de la información de los laboratorios de análisis clínicos. Desde el año 2001 en adelante incluye las pruebas realizadas en el ámbito de APS.

Fuente b: Depto de Estadística de la Mat. Martin y de la maternidad del HRSP.

** Ver Boletín Epidemiológico N° 9 - 2005

**Cuadro 15. Prevalencia en embarazadas y parturientas en APS.
Años 2001 al 2007. X 100**

Año	Tests	Reactivos	Prevalencia x 100
2001	4849	10	0.21
2002	6236	7	0.11
2003	6733	6	0.09
2004	5951	6	0.10
2005	6080	7	0.12
2006	6024	7	0.11
2007	7765	10	0.12

Las cifras para el año 2007 son estimadas de acuerdo al porcentual del año anterior, ya que se informaron junto con el CEMAR

Cuadro 16. Pruebas detección VIH en embarazadas años 2005 y 2006

	ELISA/LATEX	AÑO 2005 WB/PCR	REACTIVOS	ELISA/LATEX	AÑO 2006 WB/PCR	REACTIVOS
APS (a)	6080	9	7	6624	15	7
C. S. MARTIN	537	2	2	590	--	--
CEMAR	709	4	3	705	3	--
M.MARTIN	2273	6	1	1687	2	1
HRSP (b)	1692	4	1	1441	10	6

(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.

Cuadro 17. Pruebas detección VIH en embarazadas año 2007

	ELISA/LATEX	REACTIVOS
APS (a)	7765	10
CEMAR	769	1
M. MARTIN	1899	3
HRSP	1432	0

(a) Se incluyen extracciones realizadas en APS pero retiradas en Hospitales
Fuente ASILAC (Area Sistematizada de la Información de los Laboratorios de Análisis Clínicos).

Cabe considerar que en los años 2005, 2006 y 2007 fue constante, 14 el número de determinaciones reactivas (cuadros 16 y 17), sin embargo el número de partos de madres VIH/SIDA fue superior: 41 en el año 2005, 36 en el año 2006 y 33 en el año 2007 (cuadro 13). Esto se debe a que no se someten a pruebas de detección aquellas embarazadas ya conocedoras de su situación serológica, que representaban el 65 % de las parturientas en el año 2005, el 61 % en el año 2006 y el 58% en el año 2007.

Cuadro 18. Razón de pruebas VIH/SIDA por parto SSP años 1998 al 2006.

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

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 (salvo el año 2000). Es por esto que la “prevalencia” debe ser calculada por el número de partos y no por embarazos (cuadro 18).

Se construye el siguiente indicador al relacionar el número total de partos registrados en las maternidades de la Secretaría de Salud Pública Municipal con el número de parturientas VIH positivas (cuadro 19). Se considera entonces que es el indicador más aproximado que se cuenta para considerar el número estimado de personas HIV en la población general. La unidad de medida es cada mujer que tiene un parto en el ámbito de la SSP (se consideran los nacidos vivos).

Cuadro 19. PREVALENCIA PARTURIENTAS SSP años 1988 al 2007

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

6) TRANSMISION VERTICAL

Internacionalmente el uso de tratamientos profilácticos específicos en mujeres embarazadas portadoras o enfermas VIH/SIDA ha disminuido el porcentual de nacidos infectados. La ciudad de Rosario implementó el llamado Protocolo ACTG 076 desde noviembre de 1994. Este hecho impactó fuertemente en los índices de transmisión vertical. En la maternidad Martín se disminuyó de aproximadamente 25 % al 8 %. Más tarde con la incorporación de los tratamientos combinados de alta eficacia la tasa disminuyó hasta valores inferiores al 1 %.

En el ámbito de la SSP se incorporó el tratamiento específico a todas las embarazadas con VIH independientemente de su estado de salud.

La maternidad del Hospital Roque Saenz Peña registró un caso desde el año 2000 y la Maternidad Martín tuvo un caso en el año 2002 y otro en el año 2006. Cabe consignar que en los efectores municipales hasta el año 2001 sólo se registraban los nacidos VIH con enfermedad marcador.

En Rosario desde el año 2000 hasta el 2007 sobre 296 partos* se registraron 3 casos de bebés infectados lo que da un índice de transmisión vertical para ese período de 1,01 %. Con un promedio de 37 partos por año de mujeres VIH/SIDA**.

Cabe aclarar una dificultad metodológica: no existe obligación sanitaria regulada a nivel nacional de denunciar la seronegatividad de los recién nacidos de madres con VIH. Por ello no se puede fundar las tasas de transmisión referidas en los registros o denuncias primarias sino que se lo hace por la ausencia de notificaciones o por el rastreo de casos realizados por los miembros de equipos asistenciales. En algunas escasas situaciones se pierde el seguimiento particular pero son pocos casos y además los recién nacidos infectados, sí son notificados, por lo que las tasas aquí consignadas adquieren credibilidad (cuadros 20 y 21).

* Corresponden 217 a la M. Martín y 79 al HRSP

** Anteriormente al año 2000 cuando todas las medidas de previsión fueron rigurosamente implementadas y se universalizó el examen de rutina a embarazadas, las cifras fueron levemente superiores Si se tomaran los datos desde el período 1998 hasta el 2006 el índice de transmisión vertical fue de 0,59 % de los casos.

Cuadro 20. Transmisión vertical Maternidad Martin años 1993 al 2007

Año	Nº de partos	Partos VIH (+)	Bebes VIH (+)
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	1
2007	4255	19	0

Cuadro 21. Transmisión vertical Maternidad HRSP años 1995 al 2007

Año	Nº de partos	Partos VIH (+)	Bebes VIH (+)
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	1

Se consideran nacidos vivos con más de 500 gramos (no gemelares)

Fuentes: Trabajo Social y Estadística Maternidad HRSP.

7) SIDA PEDIATRICO

Aunque en el mundo los casos pediátricos aumentan permanentemente el SIDA pediátrico muestra cifras en franca disminución en la ciudad. Diversos factores determinan esta situación: disminución del número de nuevos nacimientos positivos (cuadros 20 y 21) afianzamiento de los modos de prevención (bioseguridad sanitaria), crecimiento en edad de los menores, y fallecimiento de otros. Por otro lado las nuevas infecciones en mujeres continúan ocurriendo (cuadros 4, 5 y 6), indicador que aumentará en un futuro la posibilidad de nuevos nacimientos.

Es imprescindible considerar que no en todos los lugares del país y del mundo las mujeres embarazadas acceden cada vez más a la posibilidad asistencial, lo que indica una doble lectura, por un lado se espera que en un futuro sean muy pocos los casos SIDA pediátricos en Rosario, y por otro la falta de accesibilidad podría hacer retroceder esta expectativa.

Se propone en la ciudad redoblar la apuesta, desde mediados de setiembre de 2007 se inició una campaña para reforzar las propuestas de incorporación de los varones en los protocolos de pedido de pruebas diagnósticas conjuntamente con las embarazadas, con el doble objetivo de evitar nuevas infecciones de las madres y de sus hijos.

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

La estimación de personas que viven con VIH/SIDA en una población determinada es motivo de análisis, controversias y especulaciones en todo el mundo. Es por esto que a continuación se esbozan algunas maneras indirectas de considerar una cifra aproximada para el desarrollo sanitario.

Cuadro 22. Comparación de tasas estimadas de personas viviendo con VIH/SIDA

	Por 100 habitantes	
	Año 2005	Año 2006
Parturientas	0,78	0,69
Donantes de Sangre	0,17	0,06
Consejo y Detección	1,19	1,33
Porcentual defunciones notificadas a nación	0,56 *	--
Porcentual casuística notificada a nación	0,57 *	--
Cálculo por notificaciones	0,65	--
Estimación de Argentina	0,60	0,60

*Año 2004

Estimaciones subsecuentes de las tasas (del cuadro 22)

Las parturientas son una de las maneras más aproximadas de acercarse a la estimación de las personas que viven con VIH. Puede considerarse la cifra más acertada para estimar la población VIH positiva (0,78 % en el año 2005, 0,69 % en el año 2006 y 0,56 % en el año 2007). El número de embarazadas queda desvirtuado al realizarse más pruebas de detección que mujeres concurren a control (tema ya desarrollado en embarazadas y parturientas). Esta población al considerar solo las mujeres heterosexuales en edad reproductiva, desvirtúa levemente la tasa elevando la apreciación en relación a la población total.

Los donantes de sangre son invitados a “autoexcluirse” de ofrecer sangre si existen sospechas de poseer ciertas enfermedades, por lo que históricamente esta población muestra una tasa VIH menor que la de población general. Esta tasa es considerada entonces como una subvaloración de la población general (0,17 en el año 2005, 0,06 en el 2006 y 0,10 en el 2007).

Consejo y Detección Las tasas registradas por consultas espontáneas y anónimas muestra siempre una sobre-dimensión. Mucha de la población que consulta, sospecha su seropositividad. Por lo tanto no permite estimaciones poblacionales (1,19 % en el año 2005 y 1,33 % en el año 2006).

Por población estadística de notificaciones y defunciones a la nación. Tomando como base las notificaciones de casos VIH/SIDA, la SSP de Rosario representó el 4,53 % de las mismas hasta el año 2004 del total del país, y el 4,34 % de las notificaciones de defunciones del mismo año. Al analizar que las autoridades sanitarias consideraban 127.000 personas con VIH/SIDA a finales de 2005, y se considera esta última cifra para el año 2004*. Rosario se ubicaría manteniendo las mismas proporciones en 5731 personas viviendo con VIH/SIDA, que representarían el 0,57 % de la población de la ciudad. Por otro lado siguiendo la proporcionalidad de las defunciones, puede considerarse 5111 personas, el 0,56 % de su población para el mismo año. Por otro lado si se considera la estimación para la República Argentina consignada en este boletín, el 0,6 % de la población de Rosario correspondería a 5998 personas. Todas estimaciones que ubicarían las cifras en valores comparables y similares.

Por el cálculo por notificaciones. Este análisis se basa en un cálculo absolutamente especulativo, porque se toman únicamente las notificaciones realizadas por la SSP hasta el años 2006, sin considerar las fuentes privadas y no correspondientes a la red municipal. Precisamente en la SSP se registraron 3567 casos. Restándoles 986 defunciones, el número de notificados vivos se ubicaría en 2581. Si se considera que las autoridades sanitarias nacionales consideran en un 60 % la cantidad de personas que no saben de su condición de VIH, entonces el número estimado sería 6452, un 0,65 % de la población de Rosario.

Este dato aunque imperfecto, permite aproximarse al fenómeno, porque hay que considerar también que muchas personas se inscriben tanto en efectores de la administración provincial como municipal, y otras que lo hacen incluso en el ámbito privado. Además se debe reflexionar sobre una cantidad de sujetos sobre las cuales se pierde el registro al fallecer fuera de la ciudad, o que directamente se han mudado de la misma, aunque la red sanitaria municipal, como se analiza más adelante, concentra el grueso de la casuística. En definitiva la estimación se basa en especular sobre la suma y la resta de casos, lo que se compensa las especulaciones y refuerza la validez de esta conjetura.

Por la prevalencia de pruebas asistenciales. Este análisis no se incluye en el cuadro 22 por la gran variabilidad que puede presentar entre un año y otro. Si solo 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); entonces se estima la tasa en el año 2004 de 0,49, en el año 2005 de 0,51 y en el año 2006 de 1,15. El último año se nota un aumento 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 voluntariamente realizarse pruebas de detección o que los profesionales asistenciales piden específicamente para realizar diagnósticos. Vale considerar que este análisis pierde la consideración de cada caso singular, ya que solo discurre cuando un médico analiza la posibilidad de una infección al realizar diversos diagnósticos,

* Para el año 2007 la cifra estimada es de 134.000 personas

Conclusión: puede considerarse que en la ciudad de Rosario la prevalencia en población global se encuentra ubicada en valores entre 0,5 y 0,7 %, siempre inferiores al 1 % de la población general que coincide con la hipótesis nacional y local.

9) PESO ASISTENCIAL VIH en la SSP de ROSARIO

Con una estimación inferior al 1 % de personas viviendo con VIH/SIDA en la ciudad, el número de egresos hospitalarios en el año 2006 representaron en la SSP un promedio también inferior al 1 % (cuadro 23), al igual que las consultas (cuadro 24), y el 0,69 % de los partos de ese mismo año. (cuadro 19)

9.1) EGRESOS Los egresos hospitalarios en el ámbito de la SSP disminuyeron en los últimos años. En los años 2000 y 2001 existían menor número absoluto de personas en tratamientos antirretrovirales y sin embargo mayor cantidad de internaciones. Esto indica una mejora en la situación general de los pacientes.

Cuadro 23. Tasas VIH/SIDA egresos hospitalarias Años 2000 al 2006 cada 100 egresos

Efectores	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Maternidad Martin	0,55	0,70	0,70	0,52	0,54	0,78	0,54
Carrasco	5,52	5,76	*	4,82	4,72	5,41	3,46
H.Alberdi	6,01	3,41	2,99	4,10	3,84	3,47	3,67
H.R.S.Peña	1,22	1,61	1,54	0,54	0,94	0,15	0,54
HECA	0,29	0,44	0,62	0,38	0,68	0,40	0,27
H.Vilela	0,15	0,59	0,19	0,23	0,21	0,34	0,18
ILAR	0,00	0,00	0,00	0,00	0,61	0,60	0,00

* No se cuenta con datos

Fuente: Dirección de Estadística municipal.

9.2) CONSULTAS

Las consultas generales muestran que el sub-sector de APS cobra importancia en el ámbito de la SSP municipal (cuadros 24, 25 y 26). Es importante considerar que la unidad de análisis son las consultas y no los consultantes (una misma persona puede realizar varias visitas a consultorio externo). Por otro lado cabe destacar que año tras año este dato se va perfeccionando, porque se va informatizando el registro de las mismas. Si bien el hospital Carrasco posee históricamente el mayor impacto de la atención, poco a poco otros efectores van aumentando la atención de pacientes VIH/SIDA.

Claro está que este proceso no se presenta de manera lineal. Los efectores de mayor complejidad continúan concentrando el mayor peso de la atención, pero analizando el fenómeno en su conjunto, se ha pasado en el sector de APS de prácticamente estar ausente respecto a la enfermedad en los primeros años de la epidemia, a presentar una cifra superior a las 100 consultas anuales en el año 2006 y una estimación superior para el año 2007.

Cuadro 24. Consultas por VIH/SIDA SSP Años 2005-2006

EFFECTOR	Consultorio	2005	2006
I. Carrasco	Consultorio (a)	1486	1174
	Consultorio clínica	601	232
	Consultorio Infectología	198	963
H.R.S.Peña	Total	799	1195
H.V.J.V ilela (b)	Consultorio de infectología	390	403
HECA	Consultorio	8	3
H.Alberdi	Consultorio	888	750
CEMAR	Consultorio	383	461
APS	Consultorio	141	105
Total		4894	5286

(a) En el Hospital Carrasco no se incluyen las consultas de consejo y detección porque ya fueron consideradas en esa categoría.

(b) En el H. Vilela se considera el consultorio de infectología

Cuadro 25. Tasas VIH/SIDA de consultorio externo SSP 2005 y 2006

Total de consultas por efector	Años	
	2005	2006
H.Carrasco*	1,66	2,08
H.R.S.Peña	1,32	2,12
H.Vilela	0,41	0,47**
H.E.C.A.	0,08	0,04
H.Alberdi	1,41	1,07
C.E.M.A.R	0,52	0,75
A.P.S.	0,02	0,02

* No se incluye la guardia, Libreta Sanitaria, Prenupciales, Antirrábico Humano ni Certificado Médico, ni Consejo y Detección.

**Valor estimado

Cuadro 26. Número de consultas VIH/SIDA y tasas en SSP Años 1998 al 2006 *

Año	Nº consultas Totales	Nº Consultas VIH/SIDA	Tasas
1998	1193930	5206	0.44
1999	1316251	8209	0.62
2000	1241715	3881	0.31
2001	984988	3598	0.37
2002	999480	3933	0.39
2003	1400228	9469	0,68
2004	1339419	9491	0,71
2005	999406	4894	0.67
2006	972839	5286	0.67

* Desde el año 2005 no se cuentan las consultas del servicio C y D del hospital Carrasco, lo que permite construir un dato más fidedigno, ya que aumentaba artificialmente el numerador de la ecuación debido a que era el único efector que consideraba como casos VIH a todas las consultas de detección.

10) ATENCION PRIMARIA

En el marco de la política de distritalización y afianzamiento de la atención sanitaria cercana a los barrios impulsada por el municipio, los efectores de atención primaria de la salud (APS) evidencian un incremento en el peso relativo respecto a la red asistencial de la SSP. Por un lado se observa un número de consultas creciente respecto de años anteriores, y además el número de consultas VIH/SIDA se ha incrementando año tras año en comparación a las consultas hospitalarias.

También el número de pruebas de detección de embarazadas se incrementa paulatinamente (cuadros 16 y 17)

En cuanto a la adjudicación de tratamientos antirretrovirales cada vez son más los correspondientes a los centros de salud (cuadro 31). La notificación de casos SIDA y HIV también se acrecienta en efectores de APS (cuadros 11 y 12).

11) DISTRIBUCION DE LA EPIDEMIA LOCAL VIH/SIDA POR DISTRITOS

La ciudad de Rosario se divide en 6 distritos administrativos y sanitarios. Se esboza a continuación el porcentaje de habitantes de acuerdo a la población total por distrito, y el número de pacientes VIH y SIDA en cada uno de los mismos. Cabe aclarar que al codificarse los datos de identidad se desconoce la residencia de un importante número de personas (45,2 % de los casos VIH y 50,63 % de los casos SIDA). De igual modo el siguiente cuadro permite aproximarse a la distribución poblacional de la ciudad.

El distrito sur muestra un porcentual de distribución más elevado que el porcentual correspondiente a su población de residencia (más del 21% de los casos en referencia al 16% de la población) y el distrito centro aparece como menor a su población (20% de los casos en relación al 25 % de la población). Estos datos evidencian el 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. Basta comparar este punto con las consideraciones que continúan respecto al nivel de instrucción.

Cuadro 27. Distribución porcentual de casos VIH - SIDA Acumulado 1988 - 2007 en la ciudad de Rosario

Distrito	Porcentual poblacional*	Casos notificados VIH	Porcentual casos VIH	Casos notificados SIDA	Porcentual casos de SIDA
Centro	25.0	193	20.8	143	20.67
Norte	14.2	208	14.0	98	14.17
Noroeste	17.1	186	17.1	117	16.91
Oeste	13.78	129	13.4	95	13.73
Suroeste	12.87	165	12.7	88	12.72
Sur	16.0	285	21.7	151	21.82
Fuera de Rosario	--	118	--	113	--
Se desconoce	--	646	--	1300	--
Total	--	1930	100	2105	100

* 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

12) NIVEL DE INSTRUCCIÓN

Se observa a través del tiempo que si bien hay un mayor porcentual de personas que cumplieron estudios primarios, en general acompaña a la epidemia una población de escasos niveles de instrucción formal (cuadro 28). Sobre las notificaciones (2016) sólo el 23,82 % completó estudios secundarios. Estos datos acompañan las características internacionales, regionales y nacionales de la epidemia, según la cual esta impacta con mayor peso en los sectores con menor acceso a la educación formal.

Cuadro 28. Nivel de instrucción. Casos VIH conocidos años 1994 al 2006 ya ño 2006.

	Acumulado 1994 -2007	% acumulado	2006	% 2006	2007	% 2007
Ninguna o prim. Incomple.	323	16.03	1	2.94	8	11.90
Primaria Completa	802	39.79	21	61.77	29	43.29
Secundario Incompleto	411	20.39	5	14.71	10	14.93
Secundaria Completa	318	15.78	3	8.82	15	22.39
Terciario o universitario	162	8.04	4	11.76	5	7.47

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 (31,3 %)

13) DONANTES DE SANGRE

A partir de los donantes de sangre se consignan las pruebas diagnósticas con resultados confirmados como reactivos. Se trata de una población centinela, es decir una de las unidades de vigilancia epidemiológica del país. Se ofrecen los datos correspondientes a los tres últimos años (cuadro 29) y luego se ubican esos mismos datos en comparación del acumulado de la ciudad desde el año 1998 (cuadro 30). Se incluyen también como referencia las tasas de pruebas diagnósticas confirmatorias de hepatitis B, C y Sífilis.

Cuadro 29. Prevalencia VIH en donantes de sangre años 2005 y 2006

	Donantes	(Ac) ELISA VIH reactivos	WB reactivos
2005	6084	12	10
2006	5814	20	4
2007	5181	--	5

Cuadro 30. Prevalencia VIH e ITS en Donantes de sangre. Rosario, SSP, 1998 - 2002.

Año	Donantes	Prevalencia x 100			
		VIH	Hep. B (b)	Hep. 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

(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) Consignando únicamente HBV por método de antígeno de superficie y Core.

Entre los donantes de sangre desde el año 1998, la prevalencia se ubicó por debajo del 0,25% (con excepción del año 2002 -explicado en nota "a" del cuadro 30-). La población donante de sangre es invitada a "autoexcluirse" por lo que se supone siempre una tasa menor a la considerada en población general. El indicador muestra una estabilidad a lo largo del período analizado.

14) MONITOREO DE LA POBLACION DE PERSONAS EN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

Se aprecia un aumento en el número de personas en tratamiento antirretroviral (ARV) durante todo el período analizado (cuadro 31). Desde el año 1998 hasta el año 2007 este indicador aumentó 92 % en la SSP. El HECA muestra 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 observándose en el último año una leve baja en los hospitales Carrasco y Alberdi. Cabe destacar especialmente la proporción correspondiente a APS, sector que aumentó casi 800 % durante el período analizado. Esto se debe principalmente al proceso de fortalecimiento sanitario distrital impulsado por la municipalidad de Rosario en estos últimos años. Cabe aclarar que aumenta el 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.

Cuadro 31. Número de personas que reciben Tratamiento ARV por año y efector. En SSP. Años 1998 al 2006.

AÑO (Dic)	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

Fuente: Información suministrada por Departamento de gestión de programas (ex Auditoría de Farmacia) SSP
 * Datos consignados a enero de 2007.

El analizar que con el correr de los años se verifica un claro aumento de personas en tratamiento antirretroviral y a la vez una disminución de la tasa de mortalidad, permite aproximar el concepto epidemiológico de letalidad, construido en razón de la relación entre enfermos y defunciones. Según este indicador estaría disminuyendo la **letalidad** por SIDA en la ciudad.

IV DETECCION DE VIH/SIDA

1) SERVICIOS DE CONSEJO Y DETECCION DE VIH/SIDA

Internacionalmente se propone la acción de ofrecer la prueba de detección a consultantes anónimos y voluntarios. Rosario ofrece servicios de Consejo y Detección (también llamados consultorías) formalmente desde el año 1997. Se proponen entonces al menos dos entrevistas a cada consultante, una previa y otra posterior a la realización del testeo, ofreciendo la prueba en un ámbito de contención, escucha y asistencia. Se analizan las Consultorías incluyendo a los servicios concernientes al Programa Municipal de Sida como así también a los propios de Hospitales y Centros de Salud que han formalizado esta modalidad de servicio, constituyéndose en una de las poblaciones centinela que informan sus registros a las autoridades sanitarias provinciales y nacionales.

Cuadro 32. Consultantes voluntarios a los Servicios de Consejería y Detección. 1998 - 2007

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
Total	25822	500	1,93

Fuente Propia

Las pruebas acumuladas entre los años 1998 y 2007 ascienden a 25822 de las cuales 500 fueron reactivas (1,93 %).

Se observa una evolución general a la disminución en las prevalencias registradas. Al aumentar el denominador (cantidad de pruebas) baja la tasa resultante. Además se puede consignar cierta modificación del perfil de los consultantes (ver “Cambio de perfil subjetivo de los usuarios”).

Entre los años 2000 y 2006 las pruebas de detección realizadas por los Servicios de Consejo y Detección representaron el 10,89 % y produjeron el 26,35 % de los resultados positivos. Si no se consideran las pruebas y los resultados realizados por Consejo y Detección la prevalencia de la SSP desciende de 0,66 % a 0,54 %

Cuadro 33 A. Pruebas de Consejo y Detección. Año 2005

Total 2005 TOTALES	tasa: 1.99 %			
	Varones	Mujeres	Varones (+)	Mujeres (+)
0 / 9 años	1	0	0	0
10 a 19 años	144	196	1	1
20 a 29 años	686	616	14	6
30 a 39 años	275	248	14	8
40 a 49 años	163	131	2	1
50 o más	85	59	2	3
Totales	2613		52	

Cuadro 33 B. Pruebas de Consejo y Detección. Año 2006

Año 2006 TOTALES	tasa: 1,3 8 %			
	Varones	Mujeres	Varones (+)	Mujeres (+)
0 / 9 años	9	1	0	0
10 a 19 años	160	174	0	1
20 a 29 años	920	810	10	5
30 a 39 años	318	302	18	1
40 a 49 años	140	122	3	2
50 o más	103	39	2	1
Subtotales	1650	1448	33	10
Totales	3098		43	

Cuadro 34. Pruebas de Consejo y Detección. Año 2007

Año 2007 TOTALES	tasa: 1,93 %			
	Varones	Mujeres	Varones (+)	Mujeres (+)
0 / 9 años	1	1	0	0
10 a 19 años	198	174	2	0
20 a 29 años	847	810	4	14
30 a 39 años	309	302	9	11
40 a 49 años	138	122	9	3
50 o más	83	39	4	4
Subtotales	1576	1448	28	32
Totales	3097		60	

2) PRUEBA DE DETECCION VIH/SIDA EN LA SSP

Se analiza a continuación (Cuadro 35) el número de determinaciones para VIH en los efectores públicos municipales y las tasas de Prevalencia entre los años 2000 y 2006 (se incluyen las determinaciones realizadas desde los dispositivos de Consejo y Detección). Puede considerarse que el número de determinaciones confirmatorias Western Blot (WB) y Popymerase Chain Reaction (PCR) se aproxima al número de personas cuyo resultado es positivo.

El dispositivo consiste en determinar en primer lugar si se detecta VIH mediante la técnica ELISA o por aglutinación de partículas, si esta diera reactiva o dudosa, o por cualquier otro motivo, se realiza una segunda extracción sanguínea, y de repetirse el resultado se confirma mediante WB o PCR. Por lo que un resultado positivo se evidencia al menos con dos muestras

de sangre, y tres análisis diferentes de detección realizados con al menos dos metodologías. 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. Por lo tanto el número de determinaciones es siempre mayor al número de personas testeadas, aunque la cifra total no se modifica sustancialmente. Se trata de un número reducido de casos.

Cuadro 35. Número de determinaciones para VIH en los efectores públicos municipales y tasas de Prevalencia entre los años 2000 y 2006

Año	ELISA	WB/PCR Realizadas	WB/PCR Reactivos	Prevalencia (x 100)
2000	30074	343	193	0.64
2001	31703	633	282	0.89
2002	33346	453	219	0.67
2003	33092	385	221	0.68
2004	32139	349	172	0.54
2005	25159	305	124	0.49
2006	23239	318	159	0.68
Total	208752	2786	1370	0.66

También puede distinguirse en el cuadro 35 que las pruebas realizadas, luego de dos confirmaciones de ELISA reactivo, fueron 2786, pero solo 1370 se confirmaron como reactivos, el 49,17 %. Es decir que aproximadamente la mitad de los análisis que fueron reactivos en la primer muestra fueron confirmados después.

En el cuadro 36 se analizan los casos absolutos de muestras de sangre, desagregados por efector para el año 2006.

Cuadro 36. Determinaciones de pruebas VIH año 2006 por efectores

EFFECTOR	ELISA/LATEX	CONFIRMATORIO WB / PCR	REACTIVOS
CEMAR	3210	70	24
APS	10625	78	48
HECA	1148	10	8
H. VILELA	243	16	2
HRSP	2932	45	18
H. CARRASCO	2952	58	38
M. MARTIN	789	1	--
H. ALBERDI	1340	40	21
TOTAL	23239	318	159

3) CAMBIO DE PERFIL SUBJETIVO DE LOS USUARIOS

Los lineamientos del Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS. MSAS (diciembre 2005) establecen: “Uno de los principales retos que afronta la vigilancia epidemiológica de VIH/SIDA es la detección de patrones de comportamiento...”. Continuando en este sentido se analizan tres estudios (año 1998/9 y año 2005) sobre el perfil subjetivo de los consultantes al servicio de Consejo y Detección del Programa de Sida (consultoría) para solicitar voluntariamente una prueba de serológica VIH/SIDA.

La comparación se realiza a partir de la percepción del personal a cargo de realizar las consultas, según la cual se habría modificado el perfil de los consultantes. En este sentido, en los comienzos de la epidemia, la percepción del riesgo de infección era elevada, y con el paso de los años, la mayoría de las personas que se presentaría voluntariamente a realizar una prueba de detección, lo realizarían buscando así la confirmación de no estar infectados.

De este modo en los comienzos del dispositivo las personas que resultaban con serología reactiva manifestaban, en su mayoría, que sospechaban del resultado, pero luego de trascurridos varios años se aprecia mayor número de personas que se muestran sorprendidas ante un eventual resultado reactivo.

a) Primer Relevamiento de años 1998/9

A partir de los relatos de los consultantes, se analizaron los contenidos textuales*. Se consignaron diferentes grupos de personas, a saber:

- 1) Los derivados o inducidos por otro u otros.
- 2) Los que compartieron su vida sexual con alguien infectado o enfermo de VIH/SIDA.
- 3) Los que se consideraban expuestos por algún motivo
- 4) Los que manifestaban no usar siempre el preservativo.

En los cuatro grupos se encontraba presente la “vivencia subjetiva” de considerarse con posibilidad de estar infectados por el VIH.

En ese estudio no se encontró un quinto grupo de personas que “no se consideraban en riesgo” es decir que subjetivamente concurrieron para confirmar que no saldría reactiva una prueba. El hecho que un quinto grupo no se lo haya detectado en este estudio permite consignar que no era la significación preponderante en ese momento.

A continuación se analizan dos nuevos estudios sobre el cambio de perfil subjetivo, ya que en el año 2005 puede pensarse que la mayoría de los pacientes corresponden a lo que en 1998 / 1999 hubiera sido ese quinto grupo “faltante” de consultantes. Aparecen, entre otros, individuos que nunca experimentaron relaciones sexuales, ni se sometieron a tratamientos médicos punzantes, tampoco consumieron drogas, personas que manifiestan haber utilizado preservativos siempre, o con exposiciones que hacen auto-suponer a los consultantes su “no” sero - positividad.

b) Dos Relevamientos realizados en el servicio de Consejo y Detección del Hospital Roque Saenz Peña de Rosario (HRPS) en el primer semestre del año 2005.

* En el boletín del Departamento de Epidemiología (año 5 de Noviembre de 1999) se analizaron datos registrados sobre un total de 319 casos que consultaron entre el año 1998 y el primer semestre del año 1999. Allí se realizó un estudio del análisis textual de los registros confeccionados en base a relatos efectuados por consultantes acerca del motivo por el cual se ofrecieron voluntariamente a realizar un análisis de VIH. Se utilizó un procesador electrónico en la búsqueda de expresiones utilizadas para analizarlas en el programa estadístico SPAD. T (14).

b.1) Segundo estudio de comparación. Sobre 76 casos testigos. La ficha epidemiológica de las entrevistas de Consejo y Detección presentaba una pregunta de autopercepción del riesgo, que se realizaba previamente a realizarse la prueba de detección: ¿Posibilidad de estar infectado con el virus VIH?:

Respuestas a pregunta

Media y Alta	35.6 %
Nula y Baja	64.4 %

La mayoría de los consultantes no se consideran a si mismos en riesgo.

b.2) Tercer estudio de comparación*: Sobre 172 casos testigos. Se realizó una encuesta en HRSP que incluía 5 ordenadores analíticos básicos (cuadro 37) que eran llenados por quienes realizaban la experiencia desde la subjetividad de los entrevistadores: 1) Situación de riesgo; 2) Nueva Pareja; 3) Sugerencia de un tercero; 4) Requisito; 5) Otras representaciones

El registro se basó en la lógica de la prueba desde la subjetividad de los entrevistadores sobre la subjetividad de los consultantes. Es decir que los profesionales registraban su parecer sobre lo posición de los consultantes. Se dividieron las respuestas en dos grandes grupos:

A	Esperable que realice prueba rápidamente o riesgo inminente	22,81%
B	Influenciado por contexto, por prevención o duda pero sin riesgo inminente o alto	77,19 %

El grupo B (mayoritario) lo integran personas que no se consideraban en riesgo inminente, de igual manera que en la encuesta anterior (b. 1.autopercepción del riesgo nulo o bajo)

Características de la encuesta:

Se ordenaron en relación a diferentes items entre los cuales se debía elegir uno solo (el de mayor relevancia) dentro de cada uno de los cinco ordenadores.

Respuestas por ordenadores analíticos	Casos	Porcentuales
1) Situación de riesgo	135	78,49
2) Nueva Pareja	7	4,07
3) Sugerencia de un tercero	15	8,72
4) Requisito 6		3,49
5) Otras representaciones	9	5,23
Total de Muestra	172	100

* Encuesta realizada por la Doctora Alejandra Sobol y el Psicólogo Horacio Víctor Aronson (Programa Municipal de Sida HRSP)

Cuadro 37. Cuestionario realizado por profesionales que entrevistaban a personas voluntarias en la realización de testeos.

Ordenador	Respuestas específica según cada ordenador
1	Relación sexual ocasional con persona VIH positiva
	Sanguíneo por consumo estimulante
	Sanguíneo por accidentología
	Relación con alguien con baja sospecha de positividad
	Relación con alguien con alta sospecha de positividad
	Comprobar en uno la seropositividad de la pareja
	Contacto físico sin exposición al virus
	Exámenes periódicos por escasos cuidados personales
2	Nueva pareja, con relaciones sexuales ya iniciadas
	Nueva pareja, con relaciones sexuales no iniciadas
3	Sugerencia de un allegado
	La cultura dice que hay que hacerlo (publicidad, amigos, compañeros, etc.)
	Realiza otros análisis y ya que estaba ...
	Porque alguna vez lo tenía que hacer
4	Para mostrarle el no reactivo a un tercero
	Exigencia de la pareja
	Requisito laboral
	Requisito prenatal
	Requisito visita íntima (carcelaria)
	Requisito trabajo sexual
5	Sin situación de riesgo
	Riesgo sin fundamento
	Síntomas físicos que hacen sospechar seropositividad

En conclusión al comparar el primer estudio con los dos restantes puede decirse que se ha modificado el perfil de consultantes. La prueba de detección se ha acercado a la población general, no necesariamente autoconsiderada “expuesta”. La temática VIH/SIDA se ha impuesto en la agenda social, por lo que se ha multiplicado el número de personas que solicitan hacerse la prueba sin considerarse a si mismos en alto riesgo.

Si se tiene en cuenta que un alto número de personas podrían estar infectadas con VIH y aún no lo saben, entonces la atracción de testearse en la población general muestra que la prevención llegó de alguna manera a penetrar en la misma. Se ha incrementado la necesidad del autocuidado al comparar el año 1999 y el 2005. Permitiendo analizar la eficacia de esta estrategia de facilitar el testeo poblacional.

La demostración se evidencia además porque han aumentado el número de pruebas (denominador de la ecuación) y también ha bajado la tasa de prevalencia.

La metodología de pruebas anónimas y voluntarias se impuso como estrategia, en el mundo, entre los años 2001 y 2005 cuando se cuadruplicó el número de consultantes (ONUSIDA 2007). Ilustran esto como ejemplo las campañas de la Sociedad Argentina de Sida (SAS) que se han realizado en Rosario en los últimos años. Las mismas han sido ampliamente promocionadas y

han concentrado un alto número de pruebas en pocos días y registran tasas no superiores al 0,5 %

Se muestra a continuación como en el país se registró una situación similar. En un comienzo la prevalencia era mucho más alta y comenzó a decrecer al igual que en la ciudad de Rosario (cuadro 38).

Cuadro 38. Prevalencia de VIH/SIDA pruebas anónimas y voluntarias en Argentina

Año	1998	1999	2000	2001
Prevalencia	6,86	4,27	3,12	2,60

Fuente Boletín sobre SIDA en la Argentina Año IX número 21 agosto de 2002.

V MORTALIDAD ASOCIADA AL VIH/SIDA

1) DEFUNCIONES

La fuente de información para el análisis de datos es el Informe de Defunción (ID), remitido desde la administración provincial hasta la Dirección General de Estadística de la Municipalidad.

Cabe considerar que la tasa de mortalidad no se restringe a la SSP sino que abarca el conjunto de la ciudad (Privado, Obras Sociales, subsectores públicos provincial y municipal). De esta manera pasa a ser un indicador privilegiado, ya que permite analizar la totalidad de la ciudad de Rosario.

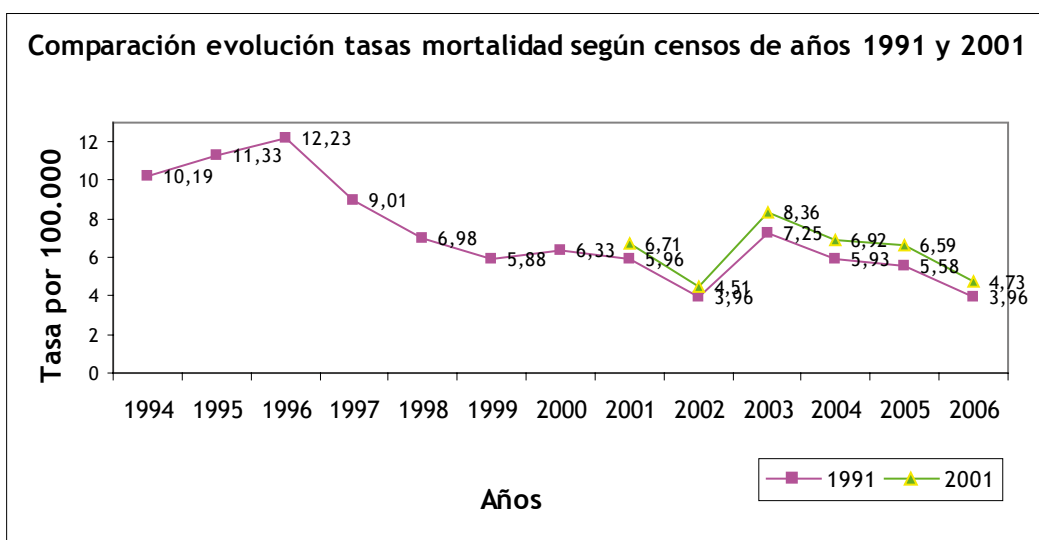
Cuadro 39. Defunciones por SIDA período 1994-2005 en residentes, no residentes; tasa de mortalidad calculada según censo 1991 y censo 2001. Rosario.

Año	Reside		Total	Tasa censo*	Tasa censo*
	Rosario	Otras localidades		1991	2001
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	5,96	6,71
2002	41	8	49	3,96	4,51
2003	76	7	83	7,25	8,36
2004	63	12	75	5,93	6,92
2005	60	10	70	5,58	6,59
2006	43	14	57	3,96	4,73
Total	940	103	1043	--	--

No se dispone de datos posteriores por demoras.

*Tasas únicamente para la población con residencia en Rosario. Fuente censo 1991, Anuario estadístico de la ciudad de Rosario de la Dirección General de Estadística Municipal. Edición 2002 e INDEC

La tasa de mortalidad se estima cada 100.000 habitantes (cuadro 39), y se registra desde el año 1994 con datos tomados a partir del censo nacional del año 1991. En el año 2001 el nuevo censo modificó la población de Rosario en relación a las estimaciones que consideraba el INDEC partiendo del censo precedente. Como se consignara en el boletín epidemiológico anterior las cifras poblacionales para los años 2001, 2002, 2003, 2004, 2005 y 2006 son menores que las estimadas en base al censo 1991. Esto determina que las Tasas de Mortalidad calculadas en base al censo 2001 sean levemente mayores que las calculadas en base al de 1991, dada la disminución de la población (el denominador de la Tasa de Mortalidad). Es por esta razón que se mantienen las tasas consignadas por ambos censos con el fin de realizar las comparaciones correspondientes con iguales fuentes de datos. Lo importante pasa a ser entonces la evolución de las tasas y con el tiempo al aumentar el número de años analizados podrá dejarse de calcular con el censo precedente.



La comparación se realiza según el número de habitantes estimado por los censos 1991 y 2001

Sobre 1043 casos ocurridos en la ciudad de Rosario, 940 tenían residencia consignada en la ciudad.

Desde el año 1997 como consecuencia de la incorporación de un importante número de personas a esquemas de nuevos tratamientos antirretrovirales, la tasa disminuye hasta el año 2000. Luego comienza una etapa de estabilidad hasta el año 2002, momento en que los nuevos tratamientos eran incorporados por muchos pacientes. Más tarde la tasa de mortalidad vuelve a subir y actualmente se evidencia una predisposición a la baja.

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

En el cuadro 40 se analizan los fallecidos en Rosario según su lugar de residencia. En el distrito sur aparece un número más elevado y en el distrito centro un número inferior respecto al número de habitantes de la población general con residencia en esas zonas geográficas.

Cuadro 40. Defunciones por distrito. Distribución porcentual de muertes asociadas al SIDA de residentes en Rosario. Acumulado 1994-2006 y Años 2005 y 2006

Defunciones por distrito	Acumulado 1994 2006*	% Acumulado	Defunciones 2005 **	Porcentaje 2005	Defunciones 2006 **	Porcentaje 2006
Norte	187	21.13	9	12.27	11	26.19
Sur	175	19.78	10	16.96	6	14.29
Oeste	110	12.43	8	13.56	5	11.91
Centro	176	19.89	14	23.74	10	23.81
Noroeste	138	15.60	8	13.57	3	7.15
Suroeste	99	11.19	10	16.96	5	11.91
		100		100		

* No se sabe de 61 casos

**No se sabe de 1 caso en el año 2005 y 2 casos en el año 2006

El los gráficos 6 y 7 se muestra un dato significativo. Dentro del municipio de Rosario los fallecimientos ocurridos en efectores municipales representan el porcentaje más alto (más de la mitad de manera acumulada y superando el 42 % en el año 2005 y 2006), lo que permite pensar que **el sistema sanitario municipal sostiene el mayor peso asistencial**. Cabe aclarar que el PAMI se consigna separado pero puede considerarse también como obra social.

Gráfico 6. Lugar de fallecimiento por VIH/SIDA de residentes en Rosario, acumulado entre los años 1994-2005

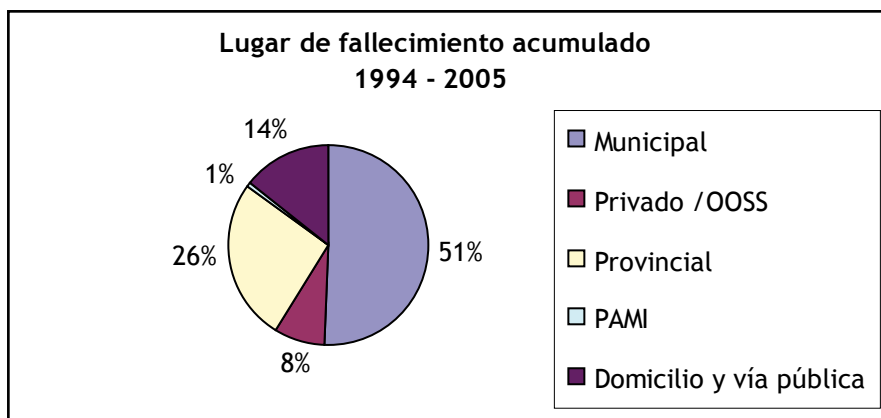
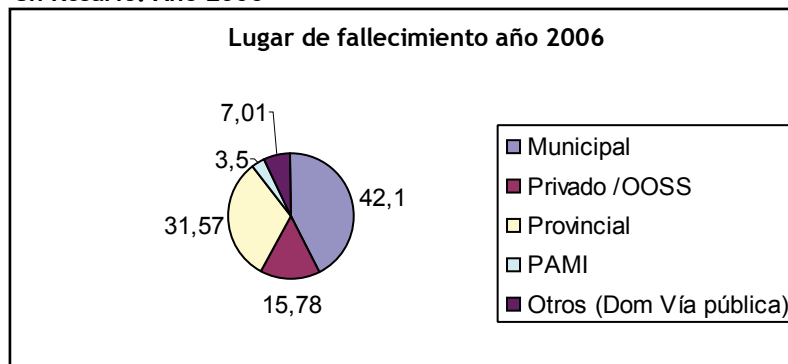


Gráfico 7. Lugar de fallecimiento por VIH/SIDA de residentes en Rosario. Año 2006



La edad mediana de las defunciones ocurridas en Rosario es de 32 años. En los Hombres 33 años y en las mujeres 30,79 años.

Se sabe de un hombre de 86 años y una mujer de 71 años que fueron las personas de mayor edad que han fallecido por VIH/SIDA. Desagregadas por cuartiles, el 25 % de las defunciones tenían 26 años o menos, el 50 % 32 años o menos y el 25 % de los casos tenían más de 39 años.

En cuanto a la edad registrada por los fallecidos la franja comprendida entre 20 y 40 años conlleva el principal rango de las defunciones (cuadros 41 y 42).

Los no residentes en el año 2002 representaban el 16,3 %; en el año 2003 el 8,4 %; en el año 2004 el 16 % y en el año 2005 el 14,28 % Sin considerar el incremento del número total de fallecimientos existe una cierta estabilidad en la proporción de los fallecimientos de personas no residentes en Rosario.

En todo el período analizado dividiendo la información por cuartiles, tres cuartas partes de las muertes (76,1%) ocurrieron en el sexo masculino. Dos tercios de las defunciones (64%) se verificaron en personas menores de 35 años, con la mayor concentración entre los 25 y 34 años (50%)

Cuadro 41. Defunciones VIH/SIDA según edad de personas residentes en Rosario. Años 1988 al 2005

	< 1	1/4	5/9	10/14	15/19	20/24	25/29	30/34	35/39	40/44	≥45
Masculino	6	6	3	1	8	47	154	167	116	68	11
Femenino	9	5	3	0	5	29	58	42	33	20	6

Cuadro 42. Defunciones VIH/SIDA según edad ocurridas en Rosario pero con residencia fuera de la ciudad. Años 1988 al 2005

	< 1	1/4	5/9	10/14	15/19	20/24	25/29	30/34	35/39	40/44	≥45
Masculino	1	--	1	--	1	2	10	18	10	8	1
Femenino	--	--	--	--	1	1	4	3	5	--	1

Se desconoce el lugar de fallecimiento en 46 casos..

Analizando la distribución en las tasas de **mortalidad por distrito** (cuadro 43) se observa 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. Sin embargo, se aprecia una tasa promedio menor para el Distrito Centro que para el resto.

Cuadro 43. Evolución de las tasas de mortalidad años 1997-2006 por Distrito (por 100.000 habitantes) ocurridos en la ciudad de Rosario

Distrito	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Promedio
Centro	7.1	6.7	2.8	3.7	1.7	2.4	2.7	3.9	6.1	4.3	3.7
Norte	11.4	10.6	7.7	10.3	11.6	6.1	10.0	4.4	1.5	8.5	8.2
Noroeste	5.8	2.5	6.3	6.9	6.7	6.0	7.8	2.3	6.3	1.9	5.2
Oeste	6.1	5.1	4.2	8.4	7.4	4.1	13.7	6.3	6.3	3.9	6.5
Sudoeste	8.9	5.3	6.1	2.6	0.9	4.2	8.3	6.8	4.2	4.2	5.1
Sur	9.8	5.1	7.9	7.3	7.7	2.7	4.8	6.9	6.5	3.9	6.2

2) GEORREFERENCIA: ANÁLISIS DE LAS DEFUNCIONES POR VIH/SIDA EN ROSARIO EN EL PERÍODO 2002-2004, UTILIZANDO UN SISTEMA DE INFORMACIÓN GEOGRÁFICA

Una de las principales aplicaciones de la Epidemiología es facilitar la identificación de áreas geográficas y grupos de población que presentan mayor riesgo de morbi-mortalidad. Luego de la implementación de las intervenciones se requiere evaluar el impacto de las medidas en los niveles de salud de la población. Es posible generar la incorporación de sistemas de información que posibiliten el uso de mapas, conocidos como Sistemas de Información Geográfica (SIG), con la finalidad de permitir la visualización de la información y hacer más efectiva la toma de decisiones.

Un SIG es un conjunto de herramientas integradas en un sistema computarizado capaz de coleccionar, almacenar, manejar, analizar y visualizar información referenciada geográficamente; se usan, entre otras cosas, para determinar la situación de salud en un área, planificar y programar actividades, monitorear y programar intervenciones.

A principios del año 2005, en el Sistema Municipal de Epidemiología se implementó el SIG llamado SIGEpi*, el cual se encuentra en pleno desarrollo.

A los fines del análisis se consideran las defunciones por VIH/SIDA ocurridas en la ciudad de Rosario en el período 2002-2004.

El objetivo del presente trabajo fue analizar la distribución espacial de las defunciones (localización individual, total de casos y tasas según distrito) y su relación con el Índice de Condiciones de Vida (ICV).

Distribución espacial

De un total de 212 defunciones ocurridas en el período en estudio, el 86,32% (183 casos) tenían domicilio en la ciudad de Rosario; de estos en 176 casos (96,17%) se pudo georreferenciar en función del lugar de residencia, según consta en el certificado de defunción. La georreferencia consiste en asignar a cada defunción un valor de la latitud (X) y longitud (Y) que se obtiene utilizando una herramienta desarrollada por SIGRos (Sistema de Información Geográfica Rosario). En función de estos valores y añadiendo el mapa de ejes de calles y de distritos descentralizados se construye el gráfico 8 con el fin de visualizar la distribución espacial de las defunciones.

A partir del análisis visual de la localización de las defunciones se observa que:

La distribución de casos por distritos, analizada por el sistema de mapeo en el período estudiado, acompaña en términos generales a la distribución visualizada en los cuadros 40 y 43 de este boletín.

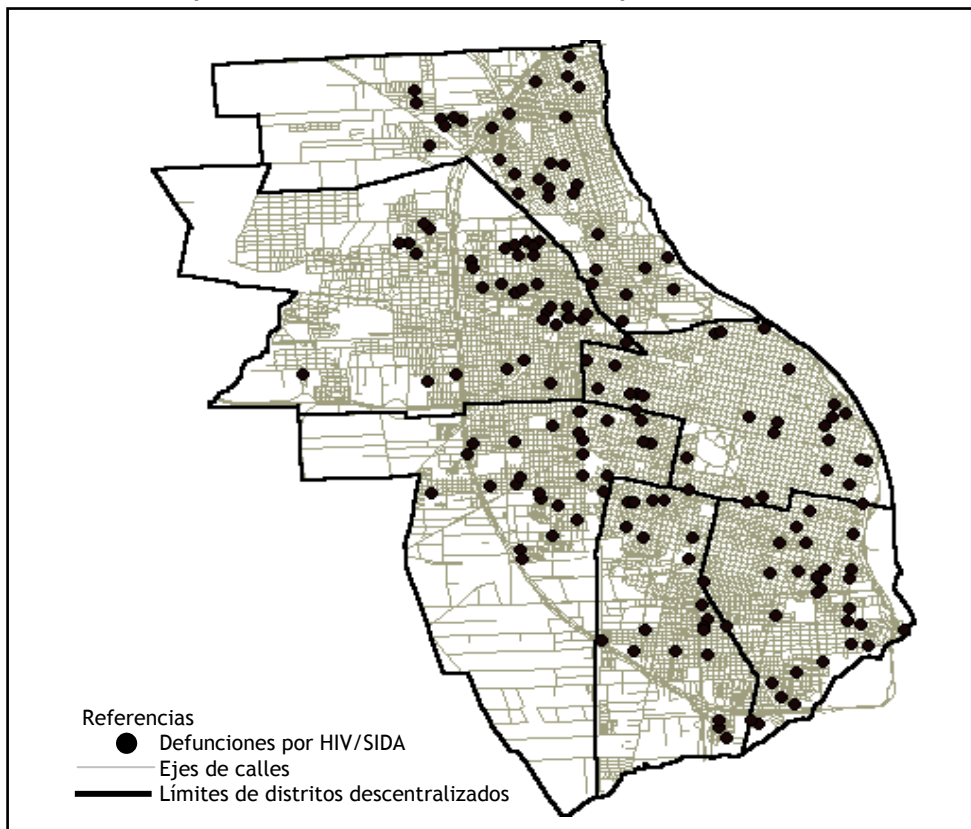
Casi todos los casos se encuentran circunscriptos en el área delimitada al este por Avenida Circunvalación 25 de Mayo y por el Río Paraná.

Existen áreas urbanizadas (definidas a través del entramado de ejes de calles) en las cuales no han ocurrido defunciones por esta causa. Lo que demuestra que la distribución no se encuentra distribuida al azar sino que intervendrían en la misma diversas determinaciones.

Este análisis debe acompañarse analizando el total defunciones y las tasas por distritos, ofreciendo la novedad de permitir visualizar la distribución dentro de estos distritos. Por otro lado, y considerando que la delimitación distrital contempla amplias zonas en función de necesidades administrativas, la visualización de la casuística permite evaluar y planificar acciones posibles de intervención, ya que se observan áreas con una mayor concentración de defunciones.

* Sistema de Información Geográfica para Epidemiología y Salud Pública versión 1.0.4) desarrollado por el Área de Análisis de Salud y Sistemas de Información (AIS) Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS)

Grafico 8. Distribución espacial de las defunciones por HIV/SIDA en Rosario del período 2002-2004. Demarcación por distritos administrativos.



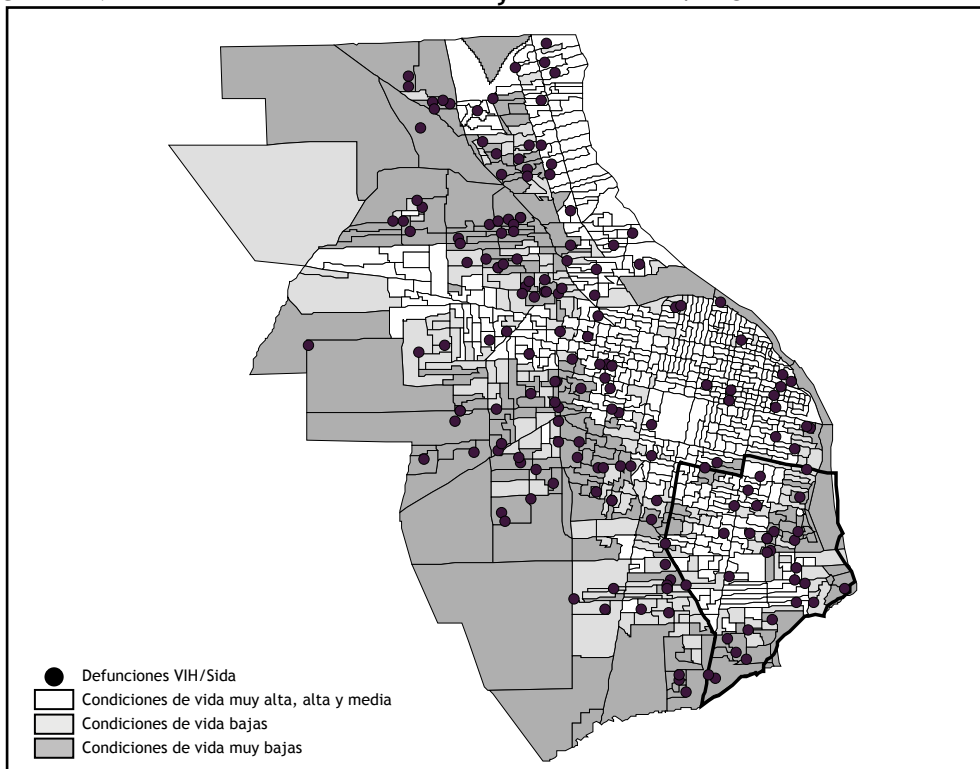
El Índice de Condiciones de Vida surge en la búsqueda de indicadores que permitan visualizar y representar diversas dimensiones de salud, utilizando como unidades de análisis el radio censal. Se requirió sintetizar esta información, en el llamado “Índice Complejo de Condiciones de Vida” que integra diversas dimensiones: salud, infraestructura sanitaria y aspectos económicos sociales.*

Puede observarse en el gráfico 9 como aparece más oscurecido las zonas con condiciones de vida con mayor vulnerabilidad. De esta manera los radios poblacionales con mayor número relativo de defunciones en el período de tiempo analizado, corresponden a los sectores sociales de menor condición de vida. Este análisis refuerza la perspectiva que considera que los sectores más desprotegidos concentran el mayor impacto de la epidemia y por lo tanto reclaman el esfuerzo preventivo y asistencial.

* Realizado por el SIME (Sistema Municipal de Epidemiología) utilizando datos del censo del año 2001. El indicador está integrado por los siguientes aspectos:

Infraestructura sanitaria (porcentaje de hogares con agua dentro de la vivienda, porcentaje de hogares con red cloacal, porcentaje de hogares con cámara séptica y pozo ciego). Salud (porcentaje de hogares con obra social). Educación (porcentaje de población que asiste a algún establecimiento educacional y porcentaje de población que asistió o asiste a algún establecimiento educacional). Económico - Social (porcentaje de hogares con vivienda propia y porcentaje de hogares con provisión de recursos corrientes-disponibilidad monetaria) Demográfico (Índice de envejecimiento).

Gráfico 9 Índice de condiciones de vida y defunciones VIH/SIDA años 2002- 2004



En el cuadro 44 se puede tomar en consideración que el número total de radios censales es aproximadamente el mismo en las diversas categorías del Índice de Condiciones de Vida (muy alto, alto, medio, bajo y muy bajo). La proporcionalidad que resultaría si se dividiera el total de defunciones en el período estudiado (176) por las 5 categorías sería de 35,2 casos para cada una, pero la distribución de casos fallecidos aumenta fuertemente a medida que empeoran las condiciones de vida.

Cuadro 44. Mortalidad VIH/SIDA en radios censales en Rosario. Años 2002, 2003, 2004.

Condiciones de vida	Total de radios censales	Casos VIH/SIDA			Total
		Año 2002	Año 2003	Año 2004	
Muy Alto	177	3	5	9	17
Alto	182	7	6	3	16
Medio	181	7	6	6	19
Bajo	181	9	15	14	38
Muy bajo	179	15	40	31	86
Total	900	41	72	63	176

Cada radio censal representa a un número aproximadamente similar de personas.
Validado estadísticamente: Chi cuadrado =34,159 $p \leq 0,00$

3) AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS (AVPP)

El indicador Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) tiene el propósito de identificar las causas más importantes de muerte prematura. Este indicador incorpora además del dato de la magnitud (número de muertes) la trascendencia de la muerte (edad de óbitos) lo que permite introducir una visión más integral en el análisis.

A partir de los datos de mortalidad de la ciudad desagregados por edad y sexo, se analizaron los AVPP, con el fin de considerar cuántos años en promedio podrían haber vivido potencialmente los fallecidos por esta causa. Se tomó con fines comparativos, dos períodos de tiempo diferenciados: Los fallecidos en los años 1995 - 1996 y en los años 2004 - 2005. Se analizó (según el censo del año 2001) la esperanza de vida al nacer en la República Argentina tanto de la población masculina (68,6 años) como la femenina (75,7 años).*

Este indicador brinda la información de los años que potencialmente podrían haber vivido las personas si no hubieran estado afectados con VIH/SIDA (suponiendo la infección como principal motivo de defunción). En este sentido los años que se perderían podrían relacionarse además, con las posibilidades laborales, sociales, comunitarias, de producción, etc. de cada persona, produciéndose para el análisis la sumatoria de los años en conjunto.

En el cuadro 45 se observan los valores resultantes.** En los varones en el período 1995-1996 resultó una sumatoria de 6313,67 años lo que indica un promedio de 35.67 años perdidos por cada hombre, y en el período 2004 - 2005 en la sumatoria resultó de 2420.95 años con un promedio de 24.95 años perdidos por cada varón.

Cuadro 45. Comparación de Años de Vidas Potencialmente perdidos en Hombres y Mujeres en los períodos 1995-1996 y 2004-2005

	Años	Sumatoria AVPP	Número de fallecidos	Promedio AVPP
Hombres	1995 - 2006	6313,67	177	35.67
	2004 - 2005	2420,95	97	24.95
Mujeres	1995 - 1996	2594,85	52	49.90
	2004 - 2005	1539,10	47	32.74

En las mujeres en el primer período 1995 - 1996 la sumatoria resultó de 2594,85 AVPP con un promedio de 49.90 años perdidos por cada mujer y en período 2004 - 2005, la sumatoria resultó de 1539.1 años con un promedio de 32,74 años perdidos por cada mujer.

Los AVPP totales muestran un descenso significativo, alcanzando el 61.66 % para los hombres el 40,68 % para las mujeres

Comparando los dos períodos se observa una disminución de los AVPP***. Cabe destacar que las mujeres en promedio, mueren más jóvenes que los hombres, lo que implica una demostración de las diferencias entre sexos, porque si bien los hombres mueren más en números absolutos, son las mujeres las que evidencian un número de AVPP más alto. En este sentido la problemática de género adquiere una dimensión particular, las mujeres muestran en el período más reciente un número de AVPP similar al que los hombres tenían en los años 1995-1996.

La esperanza de vida al nacer (dato primario para este análisis) surge de considerar al conjunto de la población, pero es claro que el segmento de la población con mejores condiciones de vida evidencia una esperanza mayor. En este sentido, epidemiológicamente la población VIH/SIDA del país muestra mayores condiciones de vulnerabilidad y constituye un indicador de la falta de equidad en la población en su conjunto.

* Análisis realizado por la Lic. Mónica Liborio

** La modalidad consiste en restar la cifra correspondiente a la esperanza de vida a la edad de fallecimiento de cada caso, luego sumar los valores y multiplicar por la frecuencia, sumando así el total de los años acumulados. Finalmente se dividen los años de vida potencialmente perdidos por el número de fallecidos en el período para arribar al promedio de edad potencialmente perdida en cada población estudiada.

*** En las mujeres se determina una disminución de 1055,1 años vida perdidos y en los varones de 3893,42

V-COMPARACION Y EVOLUCION DE LA EPIDEMIA VIH/SIDA EN ROSARIO RELACIONADO CON SANTA FE, ARGENTINA, Y LATINOAMERICA

La ciudad de Rosario acompaña el perfil epidemiológico del resto del país y la región.

Al comienzo de la epidemia países como **Argentina** o Brasil, se diferenciaban de la mayoría de las naciones latinoamericanas por mostrar el porcentual de casos de SIDA en Usuarios de Drogas Intravenosas (UDI) superior al de transmisión sexual. Esta situación se vio modificada con el correr de los años, considerándose actualmente un predominio de la transmisión por vía heterosexual. En este mismo sentido por ejemplo, se encauza la ciudad de Buenos Aires.

En la ciudad de **Rosario** en los años 2003, 2004 y 2005, la participación porcentual de casos VIH/SIDA con vía de transmisión notificada de UDI fue de 5,2 %, la de transmisión heterosexual de 55,9 % y HSH 33,3 %. Precisamente la población HSH en Capital Federal disminuyó comparativamente desde el año 1993 hasta alcanzar 13,01 % en el año 2000. Rosario mostró una evolución similar al igual que la provincia de Santa Fe.

En el cuadro 46 puede compararse la distribución porcentual de las vías de transmisión de las ciudades de Rosario y Buenos Aires comparando períodos similares, predisposición semejante a la de Argentina. En definitiva en todos los casos se observa que cada vez es mayor el porcentaje de infecciones transmitidas por vía sexual, fundamentalmente heterosexual, y a la vez disminuyen porcentualmente las vías de Usuarios de Drogas intravenosas (UDI) y de los hombres que tuvieron sexo con otros hombres (HSH) o relaciones bisexuales.

Cuadro 46. Muestrario de evolución porcentual vías transmisión Buenos Aires y Rosario. Casos SIDA

Condiciones	Buenos Aires				Rosario	
	Año 1998	Acumulado años 1982-2001	Acumulado años 1982-2004	Año 2004	Año 2005	Año 2006
UDI	41,4	40,1	32,6	16,8	19,72	21,95
HSH	26,7	25,9	22,3	18,0	10,56	2,43
Heterosexual	19,8	27,9	31,5	50,7	38,73	60,97

Defunciones 2004 Argentina 1452 casos

Argentina estima la magnitud de su epidemia como “Concentrada”* ya que según estimaciones Internacionales la prevalencia del VIH se considera una prevalencia en embarazadas por debajo del 1 % y sí podría estimarse porcentuales mayores en ciertos grupos poblacionales como por ejemplo el estimado en población travesti.

* A nivel mundial, para la realización de las estimaciones y por lo tanto para la selección de las herramientas a utilizar, se dividen a los países según el tipo de epidemia: **Generalizada:** El VIH se encuentra bien establecido entre la población general. Si bien es posible que los subgrupos de población aún promuevan la difusión del VIH de manera desproporcionada, las redes sexuales que existen entre la población general son suficientes para mantener una epidemia independiente de las de los subgrupos de población de más alto riesgo. La prevalencia del VIH se encuentra constantemente por encima del 1% entre las mujeres embarazadas.

Concentrada: El VIH se ha difundido rápidamente en un subgrupo de población determinado, pero no así entre la población general. Este estadio de la epidemia señala la presencia de redes activas de riesgo entre uno o más de los subgrupos de población

afectados. La trayectoria de la epidemia estará determinada por la frecuencia y naturaleza de las relaciones entre los subgrupos de población con alto grado de infección y la población general. La prevalencia del VIH se ha mantenido constante, por encima del 5%, en por lo menos un subgrupo de población. La prevalencia de VIH es de menos del 1% entre las mujeres embarazadas de las zonas urbanas.

Bajo Nivel: Si bien la epidemia del VIH lleva muchos años, nunca ha alcanzado un grado significativo de infección en ningún subgrupo de población. La infección registrada se concentra mayormente entre individuos con comporta-

La provincia de **Santa Fe** entre los años 1984 y 1997 notificó a la Nación 893 casos SIDA. De ellos no se consideraba el lugar de la provincia del que provenían en 52 casos y los restantes 841 eran de Rosario, que representaban el 90,7 %. Aunque en rigor si se considera los casos de otras provincias, sobre 1004 casos en Santa Fe, Rosario representó el 76 %**

En el año 2006 los casos VIH/SIDA en la Provincia que tenían residencia en la ciudad de Rosario representaron el 76 %. Por lo que resta analizar que cierta proporcionalidad se mantiene constante.

También dentro de Argentina **Rosario** exhibe cierta proporcionalidad esperable.

En el año 1999 en **Argentina**, el 93 % de los casos notificados correspondían a los considerados “Grandes Conglomerados Urbanos”. Así las ciudades de mayor número de habitantes no sólo tenían más cantidad de personas infectadas o enfermas VIH/SIDA sino que también concentraban las mayores tasas de prevalencia. En este sentido Capital Federal, los grandes núcleos poblacionales del conurbano Bonaerense, Rosario, y Córdoba mostraban el mayor impacto de la epidemia.

Los motivos son múltiples, oferta y mayor accesibilidad a la atención sanitaria, concentración de un número más elevado de migrantes, atractivo de congregación de minorías sociales, etc.

Rosario fue impactado por la epidemia desde un primer momento, por ejemplo superó siempre a las notificaciones de la ciudad de Córdoba, y ésta a su vez la de otras poblaciones que poseen menor número de habitantes. Si bien no existe una población testigo, Rosario puede posicionarse dentro de los “**cánones esperables**” de la evolución de la epidemia, ya que en general acompaña las tendencias del país.

Este indicador no es menor, debido a que diversas cifras registradas epidemiológicamente en la ciudad, muchas veces sólo cuentan con datos testeados a partir de la Secretaría de Salud Pública Municipal, por lo tanto son parciales, pero muestran su fiabilidad al poder compararse con la orientación nacional.

A continuación se realiza en un cuadro la comparación de tasas de **mortalidad**, evidenciando como la evolución estadística de la ciudad acompaña a la del país y la de Capital Federal, ciudad que parte de cifras elevadas que se estabilizan a la baja.

Cuadro 47. Comparación de defunciones Rosario, Buenos Aires y Argentina por 100.000 habitantes

Año	Rosario	Buenos Aires	Argentina
2000	6,33*	8,88	----
2001	6,71	8,10	4,0
2002	4,51	7,9	4,0
2003	8,36	8,6	4,1
2004	6,92	7,1	3,8
2005	6,59	----	----

* Dato según censo de 1991

miento de más riesgo, por ejemplo trabajadoras sexuales, personas usuarias de drogas inyectables y hombres que tienen relaciones con hombres. Una epidemia en este estadio indicaría que las redes de riesgo son más bien difusas (con poco intercambio de parejas y de uso compartido de equipo de inyección de drogas) o que el virus se introdujo muy recientemente. La prevalencia del VIH no ha superado el 5% en ningún subgrupo de población definido.

Fuente, Boletín Epidemiológico de Sida de la república Argentina.

** Fuente: Boletines del Programa provincial de ETS/SIDA. Años 1999 e informe de 2007. Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

Santa Fe concentra algo más que el 8 % de la población de la República Argentina. La ciudad de **Rosario** representa según como se mida entre el 30,3 % y el 36,58 % de la población de la provincia y entre el 2,5 % y el 3,1 % de la población del país.^a

La provincia de **Santa Fe** entregó en el año 2006 fármacos para tratamientos antirretrovirales a 1068 pacientes; sin considerar la Secretaría de Salud Pública Municipal de Rosario, que entregó a 816 pacientes^b, concentrando el **43,31%** de los 1884 pacientes en toda la provincia, incluyendo dentro de esta a los efectores provinciales de la zona 8 de salud provincial (Rosario y sus alrededores, que en el momento de efectuarse este análisis estaba en vigencia) y **46,8 % de los casos en la ciudad de Rosario**. Por lo tanto la ciudad representa un porcentual mayor del peso de la epidemia que el surgido al considerar sólo la variable de población. Dato comparable con la distribución respecto a mortalidad donde murieron en el año 2005 **en efectores municipales el 40,19 % del total de fallecimientos VIH/SIDA**.

De la misma manera **Rosario** representó el 4,53 % de los casos notificados nacionales. Santa Fe notificó el 10,72 % de los casos SIDA a la Nación entre los años 1982 y 1998. La provincia de **Santa Fe** concentra el 7 % del diagnóstico VIH acumulado entre los años 1983 y el 2004. Rosario recibió el primer fuerte impacto en la provincia.

Conclusión

Rosario tuvo entre los años 1983 y 2004 el 4,40 % de la notificación Argentina. Sin embargo representa poblacionalmente un número menor (el 2,40 %^c)

-En cuanto a **transmisión vertical** la ciudad de Buenos Aires durante la década de los años 90` tenía aproximadamente un registro cercano al 20 % de las embarazadas que dieron a luz casos reactivos VIH. En el mismo distrito y en estos últimos años la transmisión vertical no es superior al 4 %. Evolución porcentual a la baja al igual que en Rosario.

-Comparativamente la ciudad de Buenos Aires al analizar el quinquenio 2000 - 2005 registra una baja del 80 % en el **SIDA pediátrico**. En Rosario desde el año 2000 la notificación permite suponer que la baja es una evolución constante.

-En Rosario tanto para casos SIDA como para VIH se evidencia la misma inclinación estadística en el llamado **proceso de feminización de la epidemia** (cada vez se testimonia un mayor número de mujeres en comparación con los varones notificados).^d Similares datos se pueden leer tanto en Argentina como en la mayoría de los países del mundo y la región, tales como Brasil, Chile, Colombia, o Perú.^e

a Población según censo de Argentina 1991 32.615.528; Santa fe 2.798.422 y Rosario 1.023.762. Y según censo poblacional 2001: Arg. 36.260.130; Santa Fe 3.000.701 y Rosario 909.397.

Según censo de 2001 Santa Fe representa el 8,58 % y según censo 1991 el 8,28%

b Fuente Informe del Programa provincial de ETS/SIDA. Año 2006. Ministerio de Salud.

c El cálculo se construye con datos tomados del INDEC, para el año 2003. 2,40 % (según estimaciones de censo 2001) o el 2,76 % (según estimaciones del censo 1991)

d En Argentina en el año 1987 había 14 hombres por cada mujer y en el año 2005 2,24 hombres por cada mujer. En Rosario en el mismo año se registró 2,04 hombres por cada mujer.

e Fuente: ONUSIDA, y publicación "Las mujeres no esperamos"(FEIM, Gestos, action aid, IAWC, red de salud de mujeres latinoamericanas y el caribe)• Otro dato a considerar es que en toda la región el impacto de la población femenina es cada vez mayor al igual que en el país.

-Las embarazadas VIH/SIDA en la provincia de Santa Fe sin considerar a la ciudad de Rosario consistieron en el año 2006 el 0,32 % y en la ciudad de Rosario 0,14. También Buenos Aires tiene una prevalencia en embarazadas siempre superior a la de Rosario, pero con igual inclinación a bajar. ^f

-En cuanto a la **edad mediana** de notificación de casos SIDA Rosario muestra un incremento permanente (analizado anteriormente) al igual que los datos correspondientes al país. ^g

-Los **servicios de Consejo y Detección** de Rosario muestran también comportamientos similares a la ciudad de Buenos Aires. Allí los Centros de Prevención, Asistencia y Diagnóstico tuvieron en el año 2005 un resultado de 3,9 % de positivos comparados con casi 2 % de Rosario. Así la ciudad capital sigue evidenciando la misma fórmula, mayor números de casos absolutos y relativos con igual tendencia. Y los datos nacionales de la República Argentina también evolucionan hacia la baja en la prevalencia de esta subpoblación (ver el apartado Consejo y Detección).

-Tanto **Rosario** como Buenos Aires muestran comportamientos similares en el testeo de Hepatitis B, y C y Sífilis entre Donantes de Sangre. Se comparan (cuadro 48) los índices registrados en la ciudad de Buenos Aires para poder evaluar datos similares.

Cuadro 48. Comparación de las ciudades de Rosario y Buenos Aires. Donantes de Sangre. Hepatitis B, C y Sífilis. Años 2001-2004

Año	Hep. B		Hep. C		Sífilis	
	Rosario	Bs. As.	Rosario	Bs. As.	Rosario	Bs. As.
2001	0.28	0.22	1.2	0.75	1.5	0.81
2002	0.28	0.23	1.1	0.77	1.0	0.93
2003	0.18	0.21	0.73	0.80	0.96	0.91
2004	0.08	0.23	0.85	0.78	1.19	0.88

La provincia de Santa Fe sin considerar SSP de Rosario, tiene un registro de detección de VIH para el año 2006 del 0,10 % en Bancos de Sangre, mientras que la SSP tiene un valor de 0,06 para igual período y un 0,1 en el año 2007.

VI INTERNET: WWW. PMSIDA.GOV.AR

El programa Municipal de Sida posee un sitio en la web desde el año 2000.

En el año 2007 concentró 10.000 visitantes mensuales, y aproximadamente 20.000 páginas visitadas, lo que muestra un interrumpido aumento (el año 2001 era aproximadamente de 1500 páginas mensuales).^h

Si se comparan el año 2005 respecto del 2006, los visitantes se incrementaron en alrededor de un 70% y las páginas visitadas en un 80%, lo que muestra también que cada visitante recorre mayor número de páginas, lo que denota que quién ingresa al sitio encuentra adecuado lo que buscaba y se interesa por los contenidos.

^f Este dato puede deberse a que allí se estudiaron poblaciones centinelas y Rosario ha aumentado el número de pruebas por embarazo, en este sentido en el año 2006, ya se indicó en este boletín que sobre 5205 partos se realizaron 11050 pruebas lo que da un promedio de más de dos pruebas por parto (2,12) (ver cuadro 15)

^g En el año 2001 Argentina mostraba la edad mediana de los hombres en 28 años (igual que Rosario) y de las mujeres en 24 años (Rosario 25 años). En el año 2004 la edad había aumentado a 37,5 años para los hombres y 34,5 años para las mujeres, mientras que Rosario mostraba una mediana general de 36 años

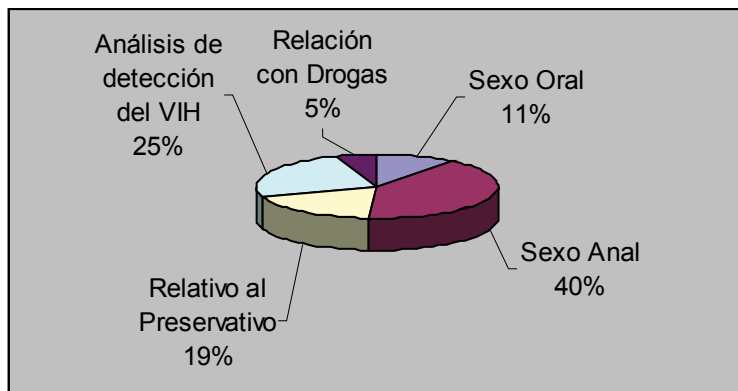
^h Fuente de datos de Internet: Psi. Alberto Uboldi.

Las Páginas más visitadas además de la principal del sitio, son las relativas a la información sobre la Infección por VIH y las que tocan el tema de la sexualidad.

El sitio tiene un servicio de consultas que ha crecido un 25% de 2005 a 2006 y mucho más en los años 2007 y 2008

El tipo de consultas son tanto del orden institucional, de trabajadores de la salud y por dudas personales: Gráfico 10

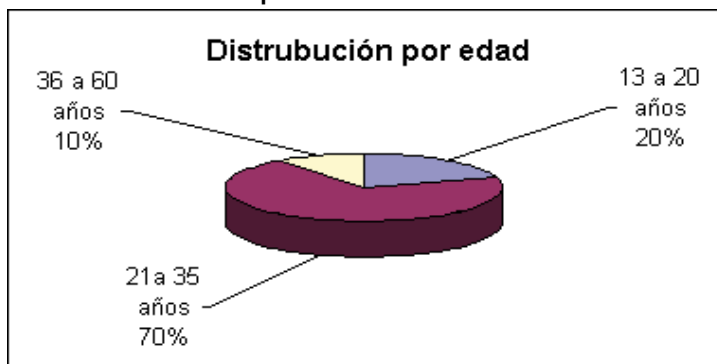
Gráfico 10 Motivo de consultas por Internet.



Los consultantes provienen en un 55% de la ciudad de Rosario, los consultantes de Argentina superan el 65% dato relevante ya que un sitio Web, al tener acceso desde los buscadores a nivel mundial, tiende a dispersar el origen de los visitantes. Desde el exterior se concentran fundamentalmente desde México y en menor escala de Chile, Perú, España, Costa Rica, y Uruguay.

Los consultantes se dividen en partes iguales entre sexo femenino y masculino.

Gráfico 11 Distribución por edad de consultantes desde Internet.

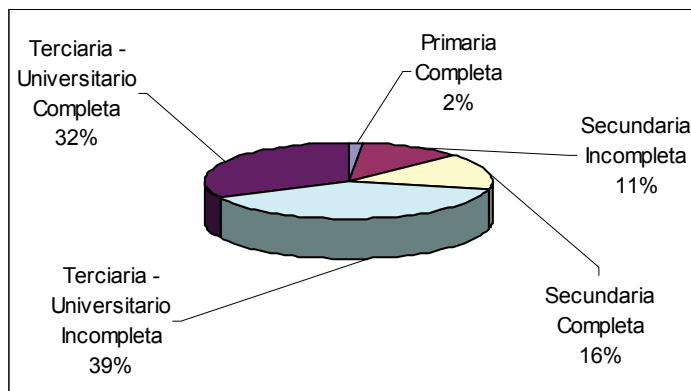


Analizado por edad, los consultantes son especialmente jóvenes, debido a que los medios informáticos impactan en mayor medida en la población menor de 35 años.

Encuesta on-line

El sitio propone una encuesta. En el año 2007 se superó las 1000 personas que la realizaron. En los hechos se traduce en una autorrespuesta sin la presencia de ningún encuestador. Se muestra el análisis sobre los datos correspondiente a 597 casos. Es de considerar que estos resultados son similares a otras encuestas realizadas por el mismo sitio en años anteriores.

Gráfico 12. Nivel de instrucción de los encuestados:



En cuanto al nivel de instrucción resulta claramente elevado (71% de los consultantes realizó estudios universitarios). Es claro que la consulta on-line se ve favorecida entre aquellas personas con mayores hábitos y posibilidades materiales y simbólicas.

Gráfico 13. Percepción de compañero/a sexual en último año



Cuadro 49. Autocuidados de prevención de los encuestados

¿Adopta medidas de cuidado para no adquirir la infección por VIH-SIDA?	
Siempre	52 %
A veces	31 %
Nunca	17 %

Gráfico 14. Autoconsideración sobre el uso de preservativos



Cuadro 50. Información sobre pruebas de detección previas VIH/SIDA realizados por los encuestados.

¿Alguna vez se realizó la prueba de detección VIH?	
Si, en el último año	24 %
Si, hace más de un año	22 %
Nunca realicé la prueba	54 %