

Conociendo la epidemia del VIH/SIDA en la República Argentina

Claudio Bloch¹

Resumen

Conocer cuál es el estado actual de la epidemia en Argentina es uno de los elementos esenciales para definir políticas tanto en el área preventiva como asistencial. La mayor parte de las personas que viven en la Argentina desconocen su estado serológico. Se estima que para fines de 1999 había 147.067 personas viviendo con VIH/SIDA. Dentro del grupo más afectado (15-44 años), el SIDA ocupa el tercer lugar como causa de muerte en todo el país. La distribución de los casos de sida es la siguiente: 39% UDI, 25% HSH, 24% heterosexual y 7% madre-hijo. Otra variable cada vez más importante para explicar el comportamiento de la epidemia es el nivel socioeconómico de los pacientes. A medida que el

Palabras claves

VIH/SIDA - epidemiología - mortalidad - pobreza - usuarios droga

Key words

HIV/AIDS - epidemiology - mortality - poverty - drug users

La epidemia de VIH/sida en América Latina

Según ONUSIDA, en América Latina hay aproximadamente 1,3 millones de personas infectadas por el VIH, lo que representa una prevalencia relativa de 0,5%, nivel similar al observado en los Estados Unidos. El Caribe presenta tasas cuatro veces superiores, con una prevalencia de 2,0 por cien mil habitantes. Cuando esos datos son desagregados en nivel de país, se constata un cuadro extremadamente diverso.²

Los datos del impacto epidemiológico no van acompañados por la inversión económica que deberían hacer los países. La inequidad es directamente proporcional a la tasa de prevalencia del VIH, lo que

1. Director General Adjunto de Sida del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

2. ONUSIDA, 2000: *Informe sobre la Epidemia mundial de VIH/SIDA*.

tiempo pasa los nuevos casos de SIDA son cada vez más y más pobres.

Abstract

Knowing which is the status of the epidemic in Argentina is one of the essential elements required to define policies, both in the areas of prevention and care. Most of the people living in our country do not know which is their serological status. It was estimated that, in late 1999, the number of PLHIV/AIDS in Argentina was 143,067. In the most affected group (15-44 years), AIDS rates third as a cause of death in the whole country. Distribution of AIDS cases is 39% IDU, 25% MSM, 24% Heterosexual, and 7% mother to child. Another variable that has gained in significance in explaining the behavior of the epidemic is the socioeconomic level of the patients. As time goes by, new cases are in higher and higher numbers among the poor sectors of the population.

agrava más aún la resolución adecuada del problema.³ Esto significa que la inversión en salud es proporcionalmente menor en aquellos países donde la epidemia está más descontrolada.

En ese contexto la situación de la Argentina adquiere un perfil particular, dado básicamente por el alto impacto que tienen los usuarios de drogas inyectables en el desarrollo de la epidemia. En el resto de los países el tipo de transmisión sexual es de alta frecuencia y una de las maneras de describir la epidemias locales: en el área Andina el 43% de los casos de sida se da entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y el 27% por relaciones heterosexuales (en ambas situaciones por no utilizar preservativos). Estas cifras varían en Brasil donde el primer grupo alcanza el 33% y un 23% es dado por la vía heterosexual. En el Caribe anglófono esta distribución es 12% para HSH y 64% para heterosexuales; en Centro América 23% en HSH y 58% en heterosexuales y en México 40% HSH y 21% heterosexuales.⁴

En los países centroamericanos y del Caribe predomina la transmisión heterosexual tal como se desprende de las altas tasas de prevalencia de infección por VIH en las mujeres embarazadas. Por ejemplo observamos que en Georgetown (Guyana) llegan al 7% y al 5% en San Pedro Sula (Honduras).

En el Brasil, país que tiene el mayor número de enfermos de sida de América Latina también se está produciendo una mayor epidemia heterosexual, pero además hay tasas muy altas de infección entre hombres homosexuales y entre usuarios de drogas inyectables. En México, segundo país en la región en el número de casos de sida, la principal vía de transmisión es entre hombres que tienen sexo con hombres. De hecho puede observarse una prevalencia del 14% en esta población y menos de uno por mil en mujeres embarazadas. En estos últimos años están apareciendo altas tasas de infección entre usuarios de drogas inyectables en algunos estados mexicanos; fenómeno similar al que esta surgiendo en Colombia.

3. Chequer, P. 2000: "Atención a la salud de las personas viviendo con VIH/SIDA: experiencias en América Latina y el Caribe – El desafío de la universalidad y sustentabilidad". *Desidamos*. Año VIII nro. 3 / 4.

4. ONUSIDA, 2001.

Los países andinos son los que actualmente están menos afectados con la epidemia, la cual es más nueva (en cuanto al momento de aparición) y afecta principalmente a los hombres gay.

El número de personas viviendo con VIH/sida en América Latina para fines de 1999 era de 1,3 millones, y 360.000 se estimaban en el Caribe. La Tabla 1 muestra algunos de los indicadores que dan cuenta de la situación epidemiológica en los principales países afectados de América Latina, según datos de ONUSIDA.

Situación de la infección por VIH en la Argentina

Conocer el estado de la epidemia en la Argentina es uno de los elementos centrales para orientar las políticas tanto en el área de la prevención, como en la asistencial.

Existen tres instrumentos para poder estudiar la situación epidemiológica: *la prevalencia de infección por VIH, el número de enfermos de sida y las tasas de mortalidad.*

La prevalencia es un dato que se obtiene del número de resultados positivos relacionados con el total de los estudios solicitados para VIH, a través de una vigilancia de sitios centinela.

El número de enfermos de sida y el fallecimiento por esta misma causa, surge de la notificación obligatoria que los médicos hacen de acuerdo a la Ley Nacional de Sida.

Las tasas de mortalidad son elaborados por Estadísticas Vitales, a partir de los certificados de defunción, provenientes de los Registros Civiles.

Desde los primeros años hasta no hace mucho tiempo la única manera que se tenía de establecer la situación de la epidemia en un país o ciudad era observar la tendencia de los “*casos de sida*”. Sin embargo a partir del acceso a la terapia antiviral de alta eficacia (en nuestro país este hecho comenzó en el segundo semestre de 1996) la historia natural de la enfermedad se modificó y con esto la necesidad de incorporar otros elementos que den cuenta de la actualidad de la situación epidemiológica. Es necesario recalcar que cuando analizamos “*los casos de sida*” estamos observando el último período de una infección que se adquirió 8 o 10 años antes.

El conocimiento del número de personas viviendo con VIH/sida se establece a partir de una estimación (cálculo matemático) que se basa en la prevalencia encontrada en determinadas poblaciones (*poblaciones centinela*). La

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA EN LOS PRINCIPALES PAÍSES AFECTADOS DE AMÉRICA LATINA

Países	Personas que vivían con el VIH/SIDA 1999 (15 – 49 años)	Huérfanos por el SIDA	Defunciones por SIDA, 1999	Tasa prevalencia en mujeres embarazadas (mediana)
<i>América Latina</i>	<i>1.200.000</i>	<i>110.000</i>	<i>48.000</i>	
Argentina*	143.000	8.900	1.500	0,6
Brasil	530.000	41.000	18.000	0,7
Colombia	70.000	2.800	1.700	0,5
Guatemala	71.000	5.200	3.600	2,9
Guyana	15.000	1.100	900	3,8
Honduras	58.000	19.000	4.200	2,9
México	150.000	14.000	4.700	0,0
Panamá	23.000	2.100	1.200	0,3
Perú	47.000	8.900	4.100	
Venezuela	61.000	1.100	2.000	0,0

* Correcciones hechas a partir de los datos elaborados por el Programa Nacional de Sida y ETS.

5. Estimación poblacional del INDEC y sitios centinelas en embarazadas.

6. Elaboración propia a partir del *Estudio Nacional sobre sustancias adictivas*, SEDRONAR. Noviembre 1999.

7. Bloch, C.; Procupet, A.; Kaufmann, R.; Tecilla, E: "Perfil Epidemiológico de los Usuarios de Drogas Inyectables Enfermos de Sida en la Argentina". *Boletín sobre el SIDA en la República Argentina*. Año VII – Número 19 – Setiembre 2000. Ministerio de Salud.

8. Se calcula el número expuesto a riesgo en 2% de los hombres entre 15 y 45 años de acuerdo a estudios comportamentales realizados en otros

mayor parte de las personas que viven en el país desconocen su estado serológico, por lo que a partir de las prevalencias encontradas en las poblaciones centinela se puede calcular *un número probable de personas infectadas*.

El número de personas entre 15 y 45 años viviendo con VIH/sida para fines de 1999 se estima en 143.067 de acuerdo a las prevalencias encontradas en mujeres embarazadas,⁵ usuarios de drogas inyectables^{6, 7} y población homosexual.⁸ Por otro lado ONUSIDA⁹ estima para el mismo año y la misma población entre 100.000 y 150.000 PVVIH.

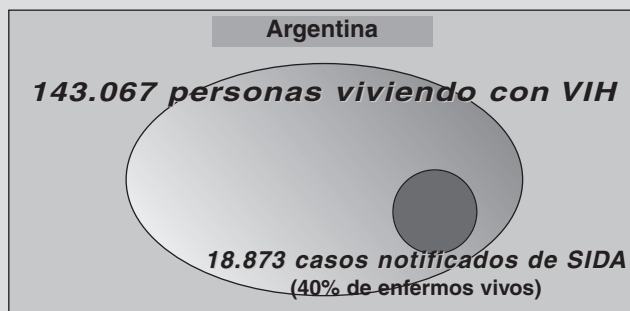
Otra manera de situar el estado de la epidemia se basa en la clasificación utilizada por el Bureau de Census de los Estados Unidos y ONUSIDA¹⁰ (ver Cuadro 1), de acuerdo a las prevalen-

cias encontradas en determinados grupos: *incipiente - concentrada - generalizada*. En ese sentido es necesario observar las diferencias regionales existentes en un país tan extenso, ya que por un lado la prevalencia de embarazadas testeadas en el país durante el año 2000 en sitios centinelas fue de 0,56% (IC 95%: 0,50/0,62) sobre una muestra de 66.367. Este porcentaje definiría la epidemia en Argentina como concentrada. Sin embargo en el área metropolitana donde reside el 68% de las personas enfermas de sida del país las prevalencias encontradas en embarazadas se encuentran por encima del 1%, caracterizándose de esta manera como una epidemia generalizada.

En la Tabla 2 (página 55) puede observarse las prevalencias en distintos sitios centinelas del país.

GRAFICO 1

ARGENTINA: PERSONAS VIVIENDO CON VIH / CASOS NOTIFICADOS



CUADRO 1

VIH/SIDA: ESTADO DE LA EPIDEMIA (BUREAU DE CENSUS, EUA / ONUSIDA)

Epidemia incipiente:

Principio: Aunque la infección por VIH existe desde hace varios años, aún no se ha expandido en forma significativa en ninguna subpoblación.

Aproximación numérica: La prevalencia de VIH no excede el 5% en ninguna subpoblación definida.

Epidemia concentrada

Principio: VIH se ha propagado rápidamente en una subpoblación definida pero no está bien establecida en población general.

Aproximación numérica: Prevalencia VIH en forma consistente por encima del 5% en por lo menos una subpoblación definida. La prevalencia HIV debajo del 1% en embarazadas en áreas urbanas.

Epidemia generalizada

Principio: La infección por VIH está firmemente establecida en la población general. La red sexual en la población general está lo suficientemente afectada para sostener la epidemia, independientemente de las subpoblaciones con alto riesgo de infección.

Aproximación numérica: Prevalencia VIH en forma consistente por encima del 1% en embarazadas en todo el país.

TABLA 2

**PREVALENCIA (% DE INTERVALO DE CONFIANZA DE 95%)
SEGÚN TIPO DE POBLACIÓN AÑO 2000**

Embarazadas	Centros de Diagnóstico Voluntario	Donantes de bancos de sangre	Fuerzas Armadas	Trabajadoras sexuales	Hombres que tienen sexo con hombres
0,56 0,50 / 0,62	3,40 3,14 / 3,68	0,08 0,06 / 0,11	0,05 0,00 / 0,26	5,0 1,64 / 11,3	13,0 7,27 / 18,3

Las prevalencias de los sitios centinelas no pueden predecir el número de nuevas infecciones anuales en la población (*incidencia*). Sin embargo algunos países están comenzando a considerar que la prevalencia encontrada en embarazadas de 10 a 19 años, puede utilizarse como un indicador proxi de la incidencia anual, bajo el supuesto que en estas edades se está iniciando la actividad sexual. En ese sentido, también, la incidencia encontrada muestra la crítica situación por la que atraviesa la epidemia en la Argentina: *embarazadas 10-19 años (año 2000): 0,30%, sobre 10.813 muestras.*

Mortalidad por sida

El impacto que tiene la mortalidad por sida es otro de los indicadores indispensables para conocer la marcha de la epidemia. Si bien cuando se analizan los certificados de defunción para todas las edades y en todo el país, el

sida ocupa el lugar 22 como causa de muerte; cuando la observación se circunscribe al grupo de edad más afectado por la epidemia (15-44 años), el sida pasa a ocupar el tercer lugar¹¹ como causa de muerte en todo el país. En las regiones más afectadas como son las provincias de Buenos Aires, y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, esta enfermedad ocupa el segundo lugar tanto en hombres como mujeres y el primer lugar respectivamente en los años 1997, 1998 y 1999.¹²

La contracara de este alto impacto que tiene el sida dentro de las tasas de mortalidad en población sexualmente activa, es la tendencia a la disminución del número de fallecidos por esta causa a partir del acceso a la terapia antirretroviral de alta eficacia que se da en el país a partir del segundo semestre del año 1996, como puede observarse en la Tabla + Gráfico 1.

La tasa de decrecimiento entre

países de América Latina. La prevalencia se obtuvo de un sitio centinela en población gay.

9. *Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA*. Junio 2000 (mínima 100.000 y máxima 150.000 personas viviendo con VIH/sida para Argentina). ONUSIDA.

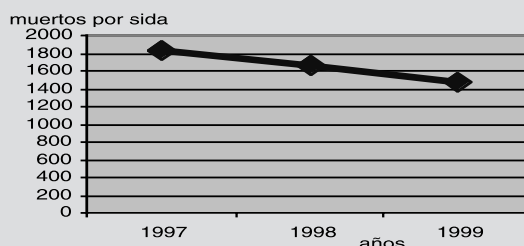
10. US. Bureau of the Census 1999. *Vigilancia de Segunda Generación para el VIH*.

11. *El SIDA en la Argentina. La situación entre 1982 y 2000*. Lusida. Proyecto de Control del SIDA y ETS.

12. Último año con información analizada sobre causas de muerte.

MORTALIDAD POR SIDA EN ARGENTINA 1997-1999

Año	Número de muertes por sida	Tasa de decrecimiento (%)
1997	1.829	
1998	1.673	8,5
1999	1.469	12,2



1997 y 1999 es de 19,7% para todo el país.

La Ciudad de Buenos Aires,¹³ el distrito más afectado por la epidemia, pudo tomarse como modelo de comportamiento en relación a la mortalidad. El Gráfico 2 muestra como ha sido la evolución de las tasas de mortalidad por sida en la década del 90.

El año con la mayor tasa de mortalidad por sida fue 1996 con 18,8. A partir del mismo la caída de la mortalidad entre 1996 y 1999 fue de 47% como puede verse en la Tabla 3.

Casos de sida

A partir de los casos notificados, se describe el perfil de la epidemia de sida en la Argentina. Al igual que en muchas otras partes, en la Argentina solo son de notificación obligatoria los casos de pacientes que desarrollan alguna enfermedad marcador. El primer elemento a considerar, entonces, es que cuando se hace referencia a los enfermos de sida, se considera sola-

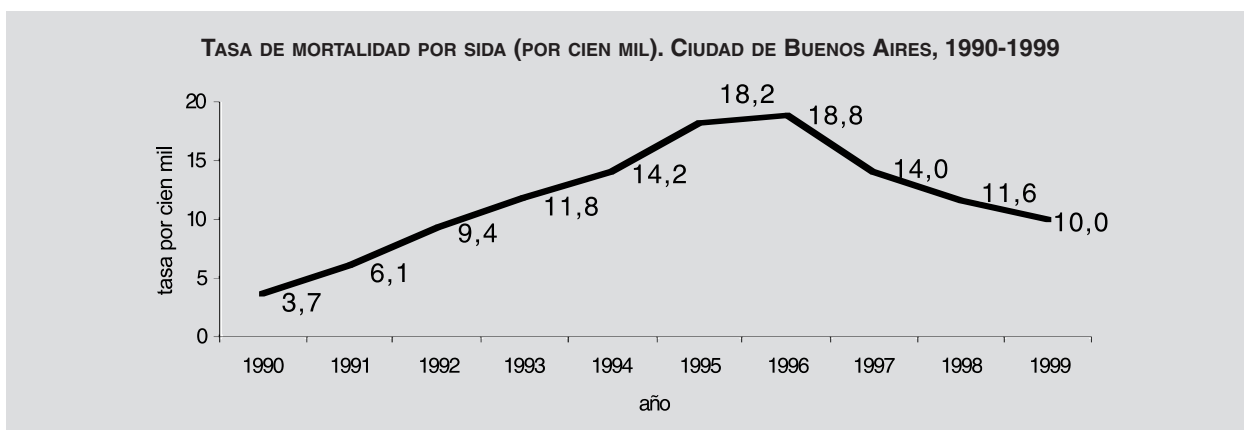
mente la última etapa de la infección por VIH adquirida, probablemente, muchos años atrás. Por otro lado al hacer mención al total de los casos (desde 1982 hasta la fecha) es necesario aclarar que muchas de estas personas ya han fallecido.

La Tabla 4 (página 57) muestra una fotografía de cómo es la epidemia en su conjunto entre los habitantes de la Argentina.

Se observa que de 100 enfermos con sida, 55 están vinculados a las relaciones sexuales sin uso de preservativos; porcentaje que se obtiene de sumar los casos entre las hombres que han tenido sexo con hombres, las relaciones heterosexuales y los niños que han adquirido su infección por transmisión vertical. El 40% restante está relacionado con la práctica de compartir agujas y jeringas entre usuarios de drogas inyectables.

Más allá de este primer diagnóstico, es necesario conocer lo que ha ocurrido con la epidemia a través de los

13. Mazzeo, V. *Mortalidad por SIDA en la Ciudad de Buenos Aires. Su magnitud y características en la década de los 90.* Publicación sobre sida del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.



TASA DE MORTALIDAD POR SIDA POR CIENTO MIL. CIUDAD DE BUENOS AIRES, 1996-1999

Año	Tasa de mortalidad por sida	Tasa de decrecimiento (%)
1996	18,8	
1997	14,0	25,5
1998	11,6	17,1
1999	10,0	13,8

TABLA 4

RESUMEN DE LA EPIDEMIA DE SIDA EN LA ARGENTINA 1983-2000

Número de casos de sida totales	18.867
% de enfermos usuarios de drogas inyectables	39,3
% de enfermos de hombres que tienen sexo con hombres	24,9
% de enfermos en personas con prácticas heterosexuales	23,7
% de enfermos por transmisión vertical	6,7
Edad media de los enfermos	H: 32 M: 27
Razón hombre / mujer (año 2000)	3

años, ya que las modificaciones en su perfil obligan a la adecuación de políticas preventivas y asistenciales (Tabla 5, abajo y Gráfico 3, página 58).

El número de pacientes diagnosticados hacia fines de diciembre 2000 supera los 18.867 casos notificados, si tenemos en cuenta la existencia en el retraso de la llegada de la información desde el momento en el que el paciente es diagnosticado hasta que se registra en el Ministerio de Salud, este número

ascendería a 21.900. Esta cifra podría ser aún mayor debido al subregistro de información que suele observarse en los sistemas de salud.

Las tasas de incidencia (número nuevo de enfermos por año/población total estimada para el mismo año) en todos los años estudiados crecen hasta 1996, año en que se adopta una nueva definición de caso sida en todo el país, que incluye tuberculosis pulmonar, neumonía de repetición y cáncer de

TENDENCIA ANUAL DE LOS CASOS DE SIDA SEGÚN AÑO DE DIAGNÓSTICO EN ARGENTINA

Año	Casos notificados	Tasas por cien mil habitantes
1982	3	0,10
1983	4	0,13
1984	8	0,23
1985	28	0,92
1986	39	1,22
1987	93	2,95
1988	202	6,37
1989	299	9,36
1990	502	15,34
1991	743	22,65
1992	1136	34,22
1993	1485	44,00
1994	2214	64,55
1995	2236	63,71
1996	2705	74,96
1997	2390	64,64
1998	2027	54,25
1999	1683	46,62
2000*	1070	28,91
TOTAL	18.867	

* cifras provisorias

GRAFICO 3

TENDENCIA ANUAL DE LOS CASOS DE SIDA EN ARGENTINA 1986-2000

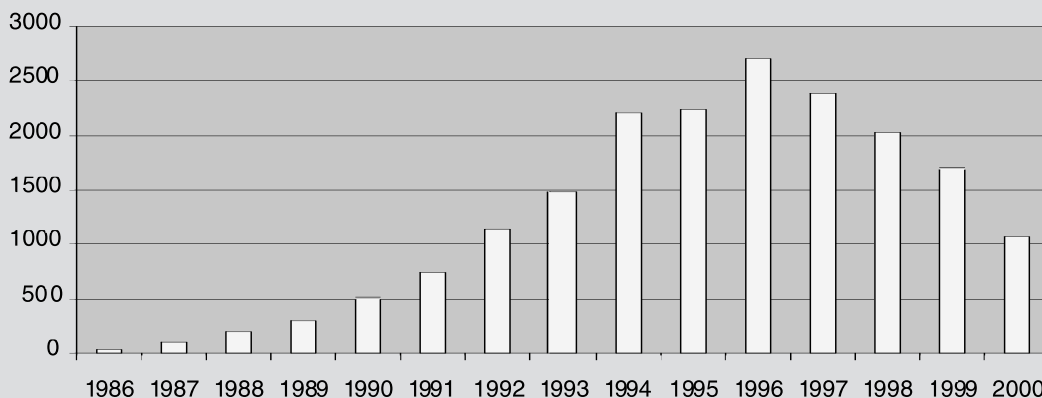
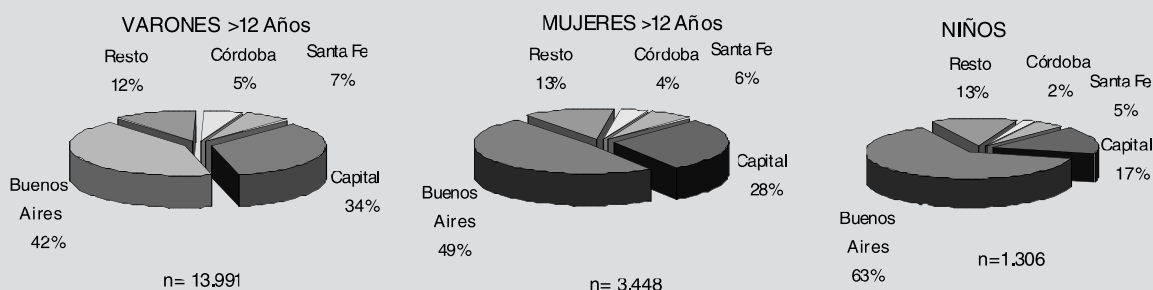


GRAFICO 4

RESIDENCIA DE CASOS TOTALES (%) DE SIDA SEGÚN SEXO. ARGENTINA, 2001



cuello invasivo como enfermedades marcadoras. A partir de ese momento comienza una disminución en el número de casos nuevos de sida anual (caída del 38% entre 1996 y 1999¹⁴) y se debe seguramente al acceso de las personas a la terapia antirretroviral de alta eficacia. Este hecho se da en consonancia con la disminución de la tasa de mortalidad de un 20% para esos mismos años (Gráfico 4, arriba).

Otra información que puede analizarse entre los casos de sida, es el lugar de residencia de los mismos. En las 24 jurisdicciones del país existen casos de sida notificados, sin embargo se observa una diversidad en el desarrollo de la epidemia en las distintas regiones del país. A partir de este hecho se puede distribuir el país en tres grupos con peso diferente: a) provincia de Buenos Aires y Ciudad de Bue-

nos Aires que concentran el 76% del total de los casos del país, b) las provincias de Santa Fe y Córdoba con el 11% y c) las otras 20 provincias se reparten el 12% restante (Gráfico 4).¹⁵

Otro elemento a remarcar se da en las jurisdicciones con mayor concentración de casos (provincia de Buenos Aires y Ciudad de Buenos Aires), es la diferente distribución entre los casos masculinos, femeninos y de los niños (menores de 13 años). La provincia de Buenos Aires concentra el 42% de los hombres enfermos de sida, el 49% de las mujeres y el 63% de los menores. En la Ciudad de Buenos Aires (Capital Federal) estos porcentajes son de 34, 28 y 17% respectivamente.

Una vez más se comprueba que la epidemia de sida en la Argentina es en realidad un conjunto de subepidemias, de acuerdo al momento en que han co-

14. Se considera que el año 1999 tiene la información completa, mientras que en los años posteriores las cifras son aún provisionarias.

15. Existe un 1,3% donde se desconoce la residencia del enfermo.

menzado, el lugar geográfico donde se desarrolla, el género afectado, la vía de transmisión o el nivel socioeconómico de la población en riesgo.

Es así que en los primeros años los enfermos de sida en la Argentina era principalmente hombres (ya sea debido a la transmisión de hombres que tienen sexo con hombres o de usuarios de drogas inyectables que compartían materiales de inyección) y con el correr de los años las mujeres, que casi no habían sufrido el impacto de la enfermedad en la década del 80, comienzan a ser un grupo de alta vulnerabilidad a partir de 1992.

La heterosexualización de la epidemia se demuestra al pasar la razón hombre / mujer de 20:1 en 1988 a 3:1 en el año 2000.

En la segunda década de la epidemia se observa que los casos masculinos se incrementaron un 479% entre 1990 y 1996 (*año a partir del cual comienzan a descender los casos de sida tanto en hombres como en mujeres*); este aumento asciende a 959% entre las mujeres, para los mismos años.

En cuanto al descenso de la tasa de incidencia anual ocurrido entre 1996 y 1999 (*último año con la información completa hasta el momento*) analizada a través de la tasa de decrecimiento,¹⁶ se observa que la misma es del 39% en los casos masculinos y del 33% en los casos femeninos (Gráfico 5, abajo).

Se hace necesario separar para el análisis de la epidemia a los menores, considerando dentro de este grupo a

los que tienen menos de 13 años, ya que las enfermedades que padecen tienen un perfil particular y la vía de transmisión es, en prácticamente todos, la transmisión madre-hijo (transmisión vertical). Otro dato relevante, al estudiar la transmisión vertical, se debe a la incorporación del Protocolo ACTG 076 a partir del año 1994. Esto significó que con la intervención de los Servicios de Salud se podía reducir la transmisión vertical en un 70%.¹⁷

El número total de menores con sida registrados en la Argentina desde el principio de la epidemia hasta el momento es de 1.306, con una distribución similar entre ambos géneros. La vía perinatal fue la responsable del 96% del total de los niños con sida, seguida por las transfusiones (3%). Estas cifras representan el 6,9% del total de los enfermos de sida.

Si se hubieran podido aplicar, correctamente, las medidas para evitar la transmisión vertical en el país a partir de 1995, el número niños con sida que podrían haberse evitado es de 546. El porcentaje de los menores sobre el total de los casos de sida está disminuyendo paulatinamente en los últimos cuatro años (ver, en página 60, Tabla 6, Gráfico 6 y Gráfico 7).

La edad de los casos de sida es diferente en hombres y mujeres, entre los primeros el grupo más afectado es el que tiene entre 30 y 34 años (24%) y el 75% tiene menos de 35 años, mientras que en las mujeres en el grupo de 25 a 29 años se encuentra la ma-

16. Tasa de decrecimiento: $A - B / A$, luego se multiplica por el coeficiente 100 y se lee en porcentaje.

17. Se calcula que sin intervención médica la transmisión vertical es de alrededor del 30% y con la dación de AZT a partir de la 14 semana de embarazo, más AZT al recién nacido esta cifra descende a por lo menos el 8%.

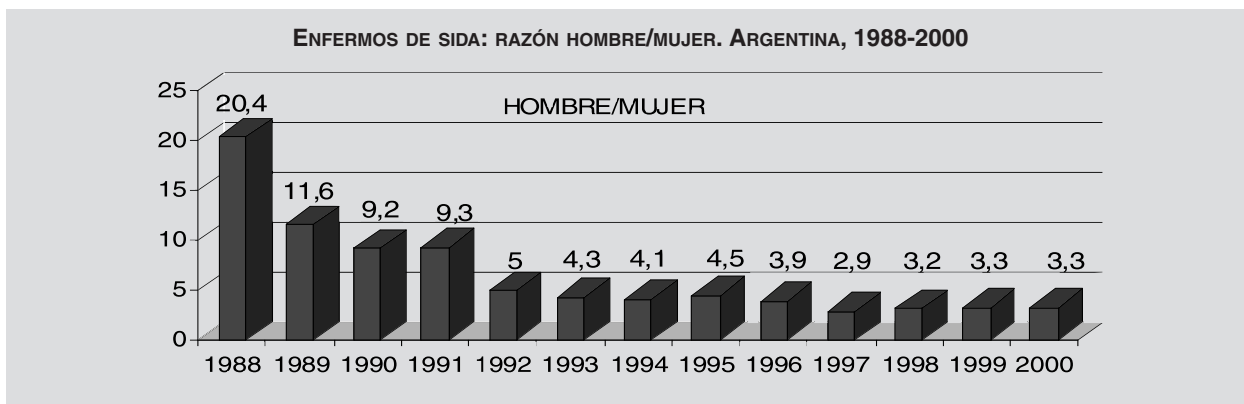


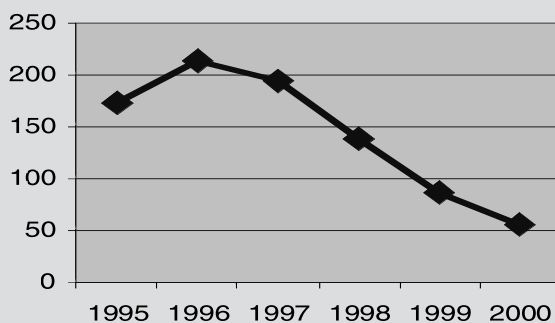
TABLA 6

ENFERMOS DE SIDA SEGÚN SEXO Y AÑO EN ARGENTINA 1982-2001

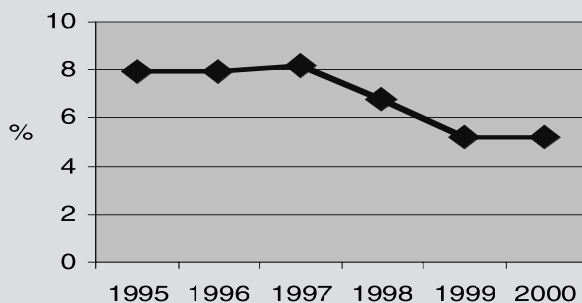
Año	Masculino > de 12 años	Femenino > de 12 años	Niños < de 13 años	Razón Hombre / Mujer	Total
1982	3	-	-		3
1983	4	-	-		4
1984	8	-	-		8
1985	28	-	-		28
1986	37	-	2		37
1987	90	1	2	90	93
1988	184	9	9	20,4	202
1989	244	21	33	11,6	298
1990	422	46	29	9,2	497
1991	617	66	57	9,3	740
1992	890	178	64	5	1.132
1993	1.095	257	119	4,3	1.471
1994	1.662	401	128	4,1	2.191
1995	1.661	369	174	4,5	2.204
1996	1.967	506	213	3,9	2.686
1997	1.682	504	195	3,3	2.381
1998	1.397	484	138	2,9	2.019
1999	1.217	378	87	3,2	1.682
2000*	780	234	56	3,3	1.070
Total	13991	3448	1306	4,1	18.867*

*: Información incompleta sobre 122 casos.

NÚMERO DE NIÑOS CON SIDA. ARGENTINA, 1995-2000



PROPORCIÓN DE NIÑOS CON SIDA EN RELACIÓN AL TOTAL DE CASOS. ARGENTINA, 1990-2000



yor concentración de los casos (26%); el 75% es menor a los 30 años y un cuarto de los casos femeninos tiene menos de 20 años.

Es necesario recordar que el momento de contraer la infección por VIH, ocurrió entre 8 y 10 años antes del diagnóstico de sida, para poder tener una dimensión más aproximada del alto impacto que tiene el VIH en población joven. La mediana¹⁸ de edad entre los casos de sida en los hombres es 30 años y en el sexo femenino la mediana de edad de los casos es 25 años (ver Tabla 7 y Gráfico 8, abajo).

Cuando se analizan las vías de transmisión de los casos de sida, debe recordarse que el desarrollo de la epidemia ha sido diferente en ambos sexos, como se mencionara más arriba. Además, el perfil de la epidemia se ha ido modificando con el correr de los

años, hecho que pone de manifiesto el valor que adquiere el análisis de las tendencias para prever las políticas a seguir.

En la población masculina, tal como se observa en la Tabla 8 (página 62), la epidemia comienza básicamente entre hombres que tienen sexo con hombres (homo y bisexuales) y no utilizan preservativos. Posteriormente ocurren dos fenómenos que deben destacarse: el primero es el rápido crecimiento de los casos de sida entre usuarios de drogas inyectables (UDI) que comparten material de inyección durante los primeros años de la década del 90.¹⁹ El segundo fenómeno se ubica sobre el final de la misma década; y es que la epidemia adquiere nuevamente un fuerte componente de transmisión sexual que configura un nuevo perfil. Se trata de un nuevo perfil porque, por un lado, continúa exis-

18. Mediana: significa que el 50% tiene menos edad que la mediana y que el otro 50% tiene más de esa edad.

19. Entre 1991 y 1998 casi la mitad de los casos de sida masculinos se dieron en población usuaria de droga inyectable.

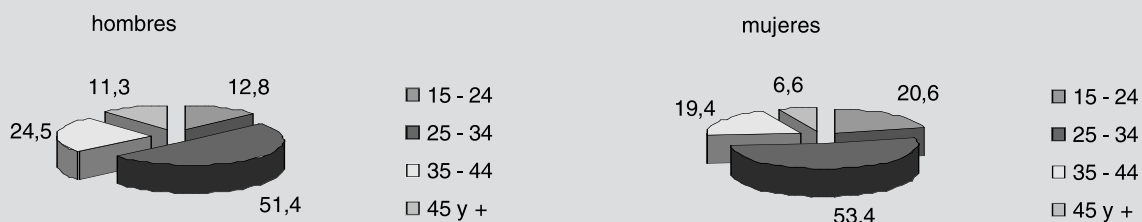
TABLA 7

CASOS TOTALES DE SIDA SEGÚN GRUPO DE EDAD Y SEXO EN ARGENTINA. 1982-2000

Grupo de Edad	Masculino		Femenino		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
0-4	538	3,7	510	12,5	1.055	5,6
5-9	95	0,6	122	3,0	217	1,1
10-14	31	0,2	16	0,4	48	0,3
15-19	213	1,5	96	2,3	312	1,7
20-24	1.563	10,7	614	15,0	2.201	11,7
25-29	3.723	25,4	1.061	25,9	4.812	25,5
30-34	3.466	23,7	779	19,0	4.282	22,7
35-39	2.132	14,6	452	11,0	2.596	13,8
40-44	1.308	8,9	217	5,3	1.537	8,1
45-49	726	5,0	100	2,4	834	4,4
50 y más	848	5,8	127	3,1	979	5,2
Total	14.643	100,0	4.094	100,0	18.873+	100,0

+ En 136 casos se desconoce el sexo

DISTRIBUCIÓN DE LOS CASOS DE SIDA MAYORES DE 12 AÑOS SEGÚN EDAD Y SEXO



tiendo un número considerable de nuevos casos en población homosexual; pero por otro, aumenta considerablemente la transmisión heterosexual (uno de cada cuatro nuevos casos masculinos en los últimos tres años reconoce esta vía de transmisión).

Entre las mujeres hasta 1994 (Tabla 9), alrededor de la mitad de los casos se debió a la transmisión sanguínea (principalmente entre usuarias de droga inyectables) y la otra mitad a transmisión sexual. A partir de 1995, la vía sanguínea fue perdiendo presencia, al tiempo que aumentaba el número de casos debido a las relaciones heterosexuales sin uso de preservativos, alcan-

zando esta vía de transmisión, en estos dos últimos años, al 70 % de los nuevos casos diagnosticados.

En los menores de 13 años el 96% se debe a la transmisión madre-hijo, seguida por la transfusiones y hemofilia, que representa casi un 3%. La transmisión vertical que representa el 6,7% del total de los casos de sida, es una de las más altas del continente americano, siendo superado solamente por Jamaica (7,8%). (Gráficos 9 y 10, página 63).

Cuando se analizan las vías de transmisión en relación a la edad y el nivel de instrucción de los enfermos de sida, observamos que los usuarios

TABLA 8

VÍAS DE TRANSMISIÓN EN CASOS DE SIDA MASCULINOS MAYORES DE 12 AÑOS EN ARGENTINA 1982-2000

VIAS	1982-1990		1991-1992		1993-1994		1995-1996		1997-1998		1999-2000*		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SANGUINEA	340	33,3	756	50,2	1.373	49,8	1.775	48,9	1.468	47,7	785	39,7	6.497	46,5
UDI	284	27,8	702	46,6	1.326	48,1	1.746	48,1	1.440	46,8	778	39,0	6.276	44,9
Hemofilia	47	4,6	28	1,9	22	0,8	15	0,4	15	0,5	2	0,1	129	0,9
Transfusiones	9	0,9	26	1,7	25	0,9	14	0,4	13	0,4	5	0,3	92	0,7
SEXUAL	667	65,4	717	47,6	1.322	48,0	1.702	46,9	1.448	47,0	1.105	55,7	6.961	49,7
Heterosexual	56	5,5	137	9,1	335	12,2	566	15,6	634	20,6	562	28,5	2.290	16,4
H.S.H (1)	611	59,9	580	38,5	987	35,8	1.136	31,3	814	26,4	543	27,2	4.671	33,3
SIN INFORM.	13	1,3	34	2,2	62	2,2	151	4,2	163	5,3	106	4,6	509	3,8
TOTAL	1.020	100	1.507	100	2.757	100	3.628	100	3.079	100	1.996	100	13.987	100

(1) Hombres que tienen sexo con hombres.

VÍAS DE TRANSMISIÓN EN CASOS DE SIDA FEMENINOS MAYORES DE 12 AÑOS EN ARGENTINA 1987-2000

VIAS	1987-1990		1991-1992		1993-1994		1995-1996		1997-1998		1999-2000*		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
SANGUINEA	55	71,4	133	54,5	294	44,7	295	33,7	252	25,5	131	21,7	1.160	33,6
UDI	51	66,2	120	49,2	266	40,4	274	31,3	234	23,7	123	20,3	1.068	31,0
Transfusiones	4	5,2	13	5,3	28	4,3	21	2,4	18	1,8	8	1,3	92	2,7
SEXUAL														
Heterosexual	22	28,6	107	43,9	336	51,1	554	63,3	689	69,7	441	72,9	2.150	62,4
SIN INFORM.			4	1,6	27	4,4	26	2,9	47	4,8	33	5,5	138	4,1
TOTAL	77	100	244	100	658	100	875	100	988	100	605	100	3.448	100

GRAFICO 9

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE VÍAS DE TRANSMISIÓN SEGÚN SEXO. CASOS TOTALES MAYORES DE 12 AÑOS. ARGENTINA

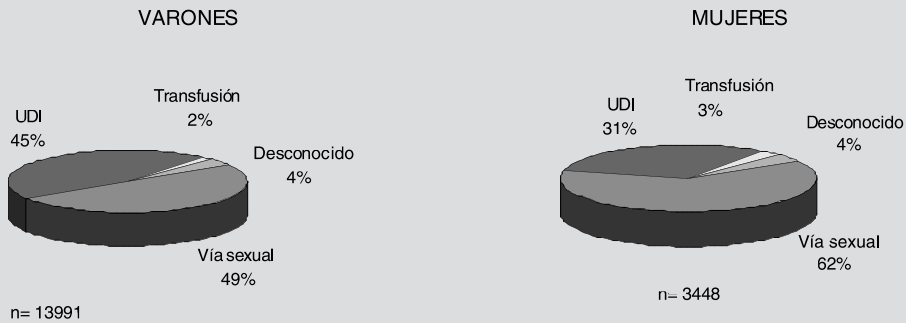
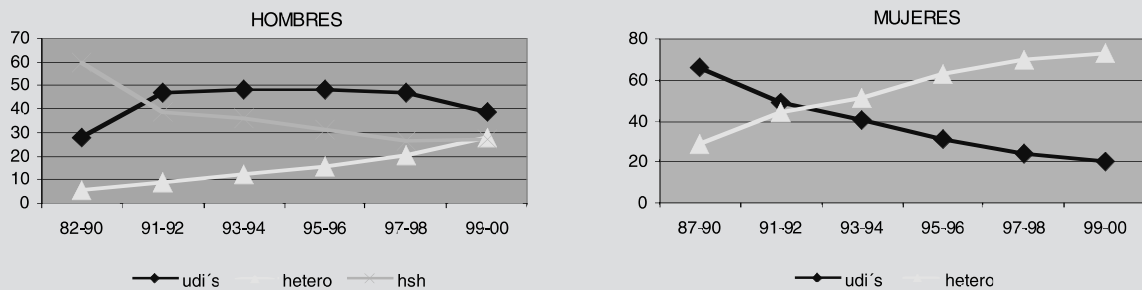


GRAFICO 10

TENDENCIA DE LOS CASOS DE SIDA SEGÚN VÍAS DE TRANSMISIÓN Y SEXO (%)



de drogas inyectables son los de menor edad y los de menor nivel educativo. De acuerdo a un estudio particularizado sobre los usuarios de drogas inyectables, estos no solo tienen menor escolaridad, sino también son los que poseen menor accesibilidad a los servicios y viven en las zonas urbanas más empobrecidas.²⁰ En el polo opuesto se encuentran los hombres que tienen sexo con hombres quedando la población heterosexual en un grupo intermedio tanto en relación a la edad de los enfermos como al nivel de instrucción de los mismos (ver Tablas 10 y 11, en página 64).

Otro de los elementos que han adquirido importancia en la epidemia es la incorporación de las variables socioeconómicas que ayudan a explicar el comportamiento de la misma. En ese sentido la Argentina no escapa a lo que está sucediendo en el mundo y que

es el empobrecimiento de la epidemia. A medida que pasa el tiempo los nuevos casos son más y más pobres.

En esa línea un estudio realizado con pacientes que concurren a un servicio de infectología de la Ciudad de Buenos Aires mostraba que las personas de bajo nivel socioeconómico tenían un riesgo incrementado 5 veces mayor de contraer el VIH que los profesionales.²¹

De acuerdo a los datos que brindan las fichas epidemiológicas se utiliza la variable nivel de instrucción como indicador "proxí" del status socioeconómico. En ese sentido, como puede verse el próximo Gráfico (11, página 65), hay una fuerte caída del alto nivel de instrucción²² desde el comienzo de la epidemia hasta la actualidad, acompañado por un importante aumento de aquellos que no han podido completar su escuela primaria.²³

20. Bloch, C; Procupet, A; Kaufmann, R; Tecilla E, 2000. "Perfil epidemiológico de los usuarios de drogas inyectables enfermos de sida en la Argentina". *Boletín sobre el SIDA en la Argentina*. Año VII, nro.19.

21. Bloch, C: "El Sida, una nueva enfermedad de la pobreza", en Cahn, P; Bloch, C; Weller, S. 1999: *El Sida en Argentina. Epidemiología, Subjetividad y Ética Social*. Editorial ARKHETIPO. Buenos Aires.

22. Alto nivel de instrucción definido como el de las personas que han completado su ciclo secundario, continúen o no estudiando.

23. Este grupo incluye los analfabetos, analfabetos funcionales y aquellos que no han completado los 7 años de escuela primaria.

TABLA 10

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS CASOS DE SIDA MAYORES DE 12 AÑOS POR EDAD Y SEXO.
ARGENTINA, 1982-2000**

GRUPOS EDAD	UDI	HETEROSEXUAL	H.S.H
13 – 24	19,8	14,6	5,6
25 – 34	62,2	51,0	45,9
35 - 44	16,3	25,9	33,7
45 y más	1,7	8,5	14,8

TABLA 11

**PORCENTAJE DEL NIVEL DE INSTRUCCIÓN EN CASOS DE SIDA MAYORES DE 12 AÑOS CON ESCOLARIDAD CONOCIDA.
ARGENTINA, 1982-1999**

Nivel Instrucción / Sexo	UDI	Heterosexual	H.S.H	TOTAL
Primaria incompleta	16,5	13,1	5,1	12,3
Primaria completa	44,3	38,4	19,3	35,5
Secundaria incompleta	22,5	20,0	16,8	20,1
Secundaria completa	16,7	28,5	58,8	32,1

A esto se suma información sobre 7.000 casos de sida donde se registró al momento del llenado de la ficha epidemiológica si tenía trabajo y obra social. De estos datos surge que el 63% estaba desocupado y que el 77% no tenía cobertura social. Una investigación hecha comparando los pacientes con sida que poseen obra social con los que no la tienen muestra un perfil diferencial entre ambos. Los pacientes del primer grupo tienen mayor edad, un mayor nivel de instrucción, una menor frecuencia de tuberculosis y un menor número de usuarios de drogas inyectables.²⁴

El fenómeno del empobrecimiento de la epidemia es independiente de la vía de transmisión, ya que cuando se observa la evolución del valor de escolaridad “*primaria incompleta*”, en las tres principales vías de transmisión hay un crecimiento de la citada variable entre 1990 y 2000, en los tres grupos: UDI pasa del 0,6 al 24% en UDI; heterosexuales del 3,1 al 15% y en hombres que tienen sexo con hombres

del 2,4 al 7% (ver los Gráficos 11 y 12, en página 65).

Comentarios finales

La descripción de una epidemia nos obliga a realizar ciertas reflexiones sobre los por qué. Entender cómo se relacionan las variables comportamentales, con las socioeconómicas, con las de género, es lo que nos puede permitir el desarrollo de prácticas eficaces para su control.

Una primera hipótesis es la desarrollada por Saavedra López²⁵ quien plantea que los individuos más pobres destinan sus recursos a la adquisición de otro tipo de bienes considerados básicos, como la alimentación, la vivienda, el vestido, el transporte, la educación, etc., y solo marginalmente destinan recursos a la adquisición de bienes que producen salud.

Por otro lado en el marco de un creciente empobrecimiento de la población argentina, puede verse el impacto en la inexistencia de espacios preventivos en las personas de los sectores

24. Bloch, C; Kaufmann, R; 1999. “Perfil epidemiológico de los pacientes con sida atendidos en la seguridad social en la provincia y la Ciudad de Buenos Aires”. *Boletín sobre el SIDA en la Argentina*. Año VI, nro. 18.
25. Saavedra López, J. 1996. “El papel de los gobiernos en la prevención del Sida y atención de los afectados”. En Izazola Liceo, J. *Sida: estado actual del conocimiento*. Noriega Editores. México.

populares, y en una dificultad creciente en el acceso a los servicios de salud.

El aumento de la violencia intra y extra familiar dificulta la negociación de medidas preventivas como la utilización del preservativo, y esto se acrecienta en los sectores más pobres, donde las mujeres, cada vez más vulnerables, quedan a expensas de su dependencia económica, social y cultural.

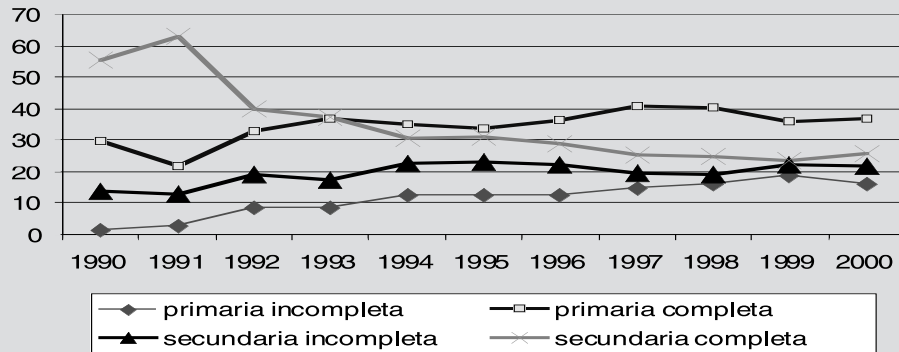
El abandono temprano de la escuela y el incremento en el uso de drogas ilícitas son otros de los elementos que caracterizan el perfil de los sectores más pobres del país y favorecen el desarrollo de la infección por VIH; la falta de contención social deja al individuo aislado de los recursos que el Estado puede brindar para el control de la epidemia.

Como conclusión, estamos ante una epidemia en expansión, joven, donde la mortalidad está ocupando un lugar central en muchas jurisdicciones, cada vez más heterosexual, cada vez más femenina, cada vez más pobre, con un alto porcentaje de niños infectados y con un número de usuarios de drogas inyectables afectados que se encuentra entre los más altos del mundo y la mayor parte de los enfermos se asiste en los hospitales estatales, donde por el tipo de población de la que se trata la accesibilidad es un problema grave a resolver.

Tener conciencia de esta situación es un paso fundamental para diseñar políticas preventivas y asistenciales que puedan controlar la epidemia en los próximos años. •

GRAFICO 11

EVOLUCIÓN DEL NIVEL DE INSTRUCCIÓN EN CASOS DE SIDA MAYORES DE 12 AÑOS CON ESCOLARIDAD CONOCIDA (%). ARGENTINA, 1990-2000



EVOLUCIÓN DE LOS CASOS DE SIDA MAYORES DE 12 AÑOS CON PRIMARIA INCOMPLETA SEGÚN VÍA DE TRANSMISIÓN (%). ARGENTINA, 1990-2000

