



Foro de Investigación en Salud de Argentina

Estado de conocimiento y agenda de
prioridades para la toma de decisiones en

VIH/SIDA
en Argentina

*State of the art and priority setting
decision-making agenda for
HIV/AIDS in Argentina*

[FISA] / [10/90 Gap]

Argentine Forum for Health Research



RESUMEN EJECUTIVO / EXECUTIVE SUMMARY

Estado de conocimiento y agenda de prioridades para la toma de decisiones en VIH/SIDA en Argentina¹⁻²

State of the art and priority setting decision-making agenda for HIV/AIDS in Argentina¹⁻²



 Ministerio de Salud
PRESIDENCIA DE LA NACION

 MINISTERIO de
EDUCACIÓN
CIENCIA y TECNOLOGÍA
PRESIDENCIA de la NACIÓN

CONICET

 secyt

 **Organización
Panamericana
de la Salud**
Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

1. Las opiniones y recomendaciones vertidas en el siguiente documento no representan necesariamente la posición de todos los expertos convocados; sin embargo, se sustenta en evidencias científicas y opiniones utilizadas para la preparación de la Matriz de Estrategias Combinadas para la fijación de prioridades de investigación que realizó el FISA.

2. Esta publicación es producto del Estudio Colaborativo "Metodologías de Fijación de Prioridades en la Selección de Investigaciones", apoyado por la Comisión Nacional Salud Investiga del Ministerio de Salud de la Nación, 2006-2007.

1. The opinions and recommendations included do not necessarily reflect the positions of all of the summoned experts. However, this document is based on scientific evidence and opinions used for the Combined Strategy Matrix for Research Priority Setting prepared by FISA.

2. This publication is the result of the Collaborative Study entitled "Priority-Setting Methodologies for Research Selection", supported by the Council for Health Research of the Argentine National Health Ministry, 2006-2007.

Resumen Ejecutivo: Estado de conocimiento y agenda de prioridades para la toma de decisiones en VIH/SIDA en Argentina | 2007
Executive Summary: State of the art and priority setting decision-making agenda for HIV/AIDS in Argentina | 2007

Foro de Investigación en Salud de Argentina

1a Edición

Cámara Argentina del Libro
Sarmiento 528
Buenos Aires

Traducciones: Andrea Quintana
Diseño General: Natacha Carbonelli, Cecilia Diaz

Impreso en Impretati de Victor Morati
Av. Independencia 2765 Buenos Aires
Septiembre de 2007

Foro de Investigación en Salud de Argentina

Resúmen ejecutivo, estado de conocimiento y agenda de prioridades para la toma de decisiones en VIH/SIDA, en Argentina : executive summary, state of the art and priority setting, decision making agenda for HIV/AIDS in Argentina / coordinado por Zulma Ortíz. - 1a ed. - Buenos Aires : Academia Nacional de Medicina. Foro de Investigación en Salud de Argentina, 2007.
24 p. ; 28x22 cm.

Edición bilingüe, español inglés
ISBN 978-950-629-017-7

1. SIDA. I. Ortíz, Zulma, coord. II. Título
CDD 616.979 2

Libro de edición Argentina

No se permite la reproducción parcial o total, el almacenamiento, el alquiler, la transmisión o la transformación de este libro, en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico o mecánico, mediante fotocopias, digitalización u otros métodos, sin el permiso previo y escrito del editor. Su infracción está penada por las leyes 11723 y 25446.-

INDICE / Contents

Introducción / <i>Introduction</i>	5
La metodología / <i>Methodology</i>	5
VIH/SIDA / <i>HIV/AIDS</i>	6
La necesidad de la fijación de prioridades de investigación sobre VIH/SIDA / <i>The need to set priorities for HIV/AIDS</i>	7
Carga de enfermedad / <i>Burden of diseases</i>	9
VIH/SIDA en Argentina / <i>HIV/AIDS in Argentina</i>	10
Mortalidad / <i>Mortality</i>	13
Factores determinantes del VIH/SIDA / <i>Determinant Factors of HIV/AIDS</i>	15
La prevención y el tratamiento del VIH/SIDA/ <i>Prevention and treatment of HIV/AIDS</i>	16
Evidencia del costo y la costo-efectividad de las intervenciones/ <i>Evidence of Cost and Cost-effectiveness of Interventions</i>	17
Agenda de investigación/ <i>Research Agenda</i>	22
MECA: VIH/SIDA en Argentina	24
<i>MECA: HIV/AIDS in Argentina</i>	28
Siglas y acrónimos/ <i>Acronyms and Abbreviations</i>	31
Listado de asistentes al taller / <i>List of workshop attendees</i>	32

Introducción

El establecimiento de prioridades para la investigación es una instancia crítica en la distribución de recursos para el financiamiento de investigaciones y un elemento organizador de las políticas de investigación sanitaria. Es difícil imaginar una disminución de la brecha entre lo que se investiga y/o se utiliza como evidencia científica para el mejoramiento y la protección de la salud de la población si no se entiende el establecimiento de prioridades como un proceso a largo plazo, en constante revisión e iterativo, en el que participen diversos actores con diferentes intereses y en el que se asegure la participación de la comunidad de manera directa o a través de organizaciones que las representen.

Tras su constitución en el año 2005, los integrantes del Foro de Investigación en Salud de Argentina (FISA)³ recomendaron que un grupo de investigadores/as exploren y validen metodologías para el establecimiento de prioridades en investigación con la intención de desarrollar un sistema para la priorización de temas de estudio. Sin existir antecedentes de una experiencia similar en nuestro país, dicho grupo se constituyó a partir de un Estudio Colaborativo Multicéntrico “Metodologías de Fijación de Prioridades en la Selección de Investigaciones”, subvencionado por la Comisión Nacional Salud Investiga del Ministerio de Salud de la Nación.

La metodología

Un análisis de las experiencias publicadas con diferentes métodos y técnicas para fijar prioridades indica que la Matriz de Estrategias Combinadas (MEC)⁴ es una herramienta apropiada para clasificar, organizar y presentar un cuerpo de conocimiento e información a quienes deben llevar adelante el proceso de establecimiento de prioridades. La utilidad de la MEC es doble; ya que permite identificar brechas de información y, a la vez, facilita el debate entre actores sociales relacionados con la investigación y las decisiones sanitarias. Imprime racionalidad al proceso de priorización y transparencia al flujo de recursos o al financiamiento de las investigaciones.

3. Académico Abraam Sonis, Académico Eduardo Charreau, Dr. Lino Barañao, Dr. José Antonio Pagés, Prof. Dra. Silvia Kochen, Prof. Dr. Guillermo Jaim Etcheverry, Dra. Florencia Luna, Dr. Daniel Maceira, Dra. Zulma Ortiz, Dr. Victor B. Penchaszadeh, Lic. Silvina Ramos, Dr. Mario Rovere, Dra. Elsa Segura, Dra. Ángela Suburo, Académica Mercedes Weissenbacher, Dr. Juan Carlos O' Donnell.

4. Global Forum for Health Research. *The 10/90 Report on Health Research 2000*. Disponible en www.globalforumhealth.org

Introduction

Research on priority-setting is both a critical instance in the financial resource allocation process and an organizational element for setting health research policies. It is difficult to imagine a reduction in the gap between what is researched and/or used as scientific evidence for the improvement and the protection of the population's health, unless the priority-setting process is understood as a long-term, consistently reviewed, and iterative one that involves diverse actors with different interests, and that ensures community's participation, either directly or through its social organizations.

Once the Argentine Health Research Forum (FISA, as per its acronym in Spanish)³ was created in 2005, its members recommended that a group of researchers explore and validate methodologies for research priority-setting with the objective of developing a priority-setting mechanism for research topics. With no precedents of a similar experience in our country, such team began its activities working within the Collaborative Multicentric Study “Priority-Setting Methodologies for Research Selection”, funded by the Council for Health Research, National Ministry of Health, Argentina.

Methodology

An analysis of published experiences in which different priority-setting methods and techniques were used indicates that the Combined Approach Matrix (CAM)⁴ is an appropriate tool for the classification and organization of the knowledge and information that has to be presented to those in charge of the priority-setting process. CAM usefulness is double, since it helps to identify information gaps at the same time it that facilitates the discussion among the actors involved in health research and decision-making processes. CAM also provides rationality to the priority-setting process, and accounts for resource flow for research.

VIH/SIDA

A partir de la aplicación de la MEC, un equipo interdisciplinarios de investigadores⁵ elaboró un diagnóstico de situación sobre la epidemia de VIH/sida en base a la información de fuentes primarias, secundarias y terciarias disponibles en nuestro país. Los niveles de evidencia considerados para el análisis incluyeron la opinión de expertos⁶, representantes de la sociedad civil, funcionarios de gobierno y de agencias internacionales; y publicaciones sobre la efectividad de diferentes intervenciones sobre prevención y tratamiento del VIH y el sida.

La información fue sistematizada de acuerdo con la MEC en cinco aspectos: carga de enfermedad, determinantes del problema, estado actual del conocimiento, costo-efectividad de las intervenciones para controlar el problema sanitario, y flujo de financiamiento para investigaciones relacionadas (*cuadro 1*). Una vez obtenida la MEC, se realizó un taller en la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires⁷, en el cual se discutieron las prioridades de investigación sanitaria que contribuirían a resolver el problema de la infección por VIH.

HIV/AIDS

An interdisciplinary team of researchers⁵ elaborated a diagnosis of the HIV/AIDS epidemics situation using primary, secondary, and tertiary information sources available in our country, and applying the CAM methodology. The evidence levels considered in the analysis included the opinions provided by experts⁶, civil society representatives, government, and international agencies' officials; as well as published works on the effectiveness of diverse interventions aimed at preventing HIV/AIDS.

The information was systematized according to the CAM taking as basis five aspects: burden of disease, determinants of the problem, current state of the art about the problem, cost-effectiveness of interventions aimed at controlling the health problem, and flow of funds for related research works (*Chart 1*). Once the CAM was obtained, a workshop was held in the School of Medicine of the University of Buenos Aires⁷, where health research priorities that would help to solve the problem of HIV infection in Argentina were discussed.

5. Graciela Abriata; Julia Anciola; Eugenia Barbieri; Alejandro Capriati; Estela Centurión; Marcelo García Diéguez; Silvia Kochen; Martin Olmos; Malena Pastor y Constanza Salera

6. Pedro Cahn (Director Fundación Huésped, Jefe de Infectología - Hospital Fernández), Alejandro Krolewiecki (Director de Investigación Clínica - Fundación Huésped), Mónica Petracchi (Investigadora Asociada del Centro de Estudio de Estado y Sociedad), Horacio Salomón (Director del Centro Nacional de Referencia para el SIDA - UBA), Mariana Vázquez (Directora de Epidemiología y Prevención - Fundación Huésped), Jorge Benetucci (Profesor Titular de Infectología- UBA, Jefe de Departamento de Enfermedades Infecciosas Hospital Muñiz), Claudio Bloch (Director de Coordinación SIDA, GCABA), Mabel Bianco (Coordinadora del Grupo Internacional Mujer y SIDA - Presidenta de la Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer), María Belén Bouzas (Jefa de la Unidad de Virología, Hospital Muñiz), Rosa Bologna (Jefa del Área de Infectología - Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. "Prof. Dr. Juan P. Garrahan"), Leandro Cahn (Director de Comunicación y Desarrollo de Recursos - Fundación Huésped), Kurt Frieder (Director Ejecutivo Fundación Huésped), Marcelo Losso (Coordinador Grupo de Trabajo de Inmunocomprometidos HIV/SIDA - Hospital Ramos Mejía), Mario Pecheny (Investigador del CONICET - Instituto de Investigaciones Gino Germani, Profesor Titular de Ciencia Política, UBA), Graciela Touzé (Presidente de la Asociación Civil Intercambio - Profesora Investigadora de la Facultad de Ciencias Sociales UBA), Diana Rossi (Coordinadora del Área de Investigación de Asociación Civil Intercambios - Docente investigadora de la Facultad de Ciencias Sociales - UBA), Luisa Sen (Jefa del Laboratorio de Biología Celular y Retrovirus del Hospital de Pediatría "Prof. Dr. J. P. Garrahan" - Investigadora Principal del CONICET), Liliana Martínez Peralta (Profesor Adjunto del Departamento de Microbiología, Parasitología e Inmunología de la Facultad de Medicina, UBA.), Damian Lavarello (Coordinador del Programa Municipal de SIDA- Secretaría de Salud Pública- Municipalidad de Rosario), María Mercedes Ávila (Investigadora CONICET - Centro Nacional de Referencia para el Sida, Departamento de Microbiología, Facultad de Medicina, UBA.).

7. **Coordinador:** Pedro Cahn (Director Fundación Huésped, Jefe Infectología - Hospital Fernandez. **Asesores:** Jorge Benetucci (Profesor Titular de Infectología- UBA, Jefe Departamento de Enfermedades Infecciosas Hospital Muñiz), Pedro Chequer (Coordinador de ONUSIDA para el Cono Sur), Daniel Fontana (Director Ejecutivo, Programa Nacional de Lucha Contra los RH, SIDA y ETS, Ministerio de Salud de la Nación.), Horacio Salomón (Director del Centro Nacional de Referencia para el SIDA - UBA). **Expertos:** María Mercedes Ávila (Investigadora CONICET - Centro Nacional de Referencia para el Sida, Departamento de Microbiología, Facultad de Medicina, UBA.), Claudio Bloch (Director de Coordinación SIDA, GCABA), Mabel Bianco (Coordinadora del Grupo Internacional Mujer y SIDA - Presidenta de la Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer), María Belén Bouzas (Jefa de la Unidad de Virología Hospital Muñiz), Rosa Bologna (Jefa de Área de Infectología - Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. "Prof. Dr. Juan P. Garrahan"), Leandro Cahn (Director de Comunicación y Desarrollo de Recursos - Fundación Huésped), Alejandro Krolewiecki (Director de Investigación Clínica - Fundación Huésped), Kurt Frieder (Director Ejecutivo Fundación Huésped), Damian Lavarello (Coordinador del Programa Municipal de SIDA- Secretaría de Salud Pública- Municipalidad de Rosario), Marcelo Losso (Coordinador Grupo de Trabajo de Inmunocomprometidos HIV/SIDA - Hospital Ramos Mejía), Liliana Martínez Peralta (Profesor Adjunto del Departamento de Microbiología, Parasitología e Inmunología de la Facultad de Medicina, UBA.), Mario Pecheny (Investigador del CONICET - Instituto de Investigaciones Gino Germani, Profesor Titular de Ciencia Política, UBA), Mónica Petracchi (Investigadora Asociada del Centro de Estudio de Estado y Sociedad - CEDES), Diana Rossi (Coordinadora del Área de Investigación de Asociación Civil Intercambios - Docente investigadora de la Facultad de Ciencias Sociales UBA), Luisa Sen (Jefa del Laboratorio de Biología Celular y Retrovirus del Hospital de Pediatría "Prof. Dr. J. P. Garrahan" - Investigadora Principal del CONICET), Graciela Touzé (Presidente de la Asociación Civil Intercambio - Profesora Investigadora de la Facultad de Ciencias Sociales UBA), Mariana Vázquez (Directora de Epidemiología y Prevención - Fundación Huésped). **Invitados especiales:** Horacio Aronson (Responsable Área de Epidemiología - Programa Municipal de SIDA de Rosario), Victoria Barreda (Coordinadora Programa de Atención Primaria de la Salud del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires - Docente de la UBA), Cesar Cigliutti (Presidente de Comunidad Homosexual Argentina), Gabriela De la Iglesia (ONUSIDA para el Cono Sur), José María Di Bello (Asesor Ejecutivo Vih-Sida, Cruz Roja Argentina - REDLA+ - Red Latinoamericana de PVVS), Adriana Durán (Médica de Planta del Servicio de Inmunocomprometidos - Hospital J. M. Ramos Mejía), Carlos Falistocco (Coordinador Operativo, Programa Nacional de Lucha Contra los RH, SIDA y ETS, Ministerio de Salud de la Nación), Oscar Fay (Universidad de Rosario), Debora Fiore (Coordinadora de Comunicación Fundación Huésped), Freyre Alex (Red Argentina de Personas Viviendo con VIH Sida - REDAR+), Grimberg Mabel (Investigadora CONICET - Profesora Titular de la UBA, Directora del Programa de Antropología y Salud del Instituto de Antropología, Facultad de Filosofía y Letras, UBA), Manuel Gómez Carrillo (Investigador de la UBA - Vice Director del Centro Nacional de Referencia para el SIDA), Javier Hourcade Bellocq (RedLA+/Argentina), Ignacio Maglio (Jefe Sección de Riesgo Médico Legal - Htal. Fco. Javier Muñiz - Coordinador del Servicio Jurídico - Fundación Huésped), Ruben Marone (NEXO), Nelly Minyersky (Profesora Consulta de la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires - Investigadora Permanente del Instituto "Ambrosio L. Gjoja" de la Facultad de Derecho de la Universidad de Buenos Aires - Directora Carrera Interdisciplinaria de Especialización de Postgrado en Problemáticas Sociales Infanto Juveniles de la Universidad de Buenos Aires), María Delia Pené (Coordinadora de Planificación Estratégica, Programa Nacional de Lucha Contra los RH, SIDA y ETS - Ministerio de Salud de la Nación), Raquel Pemoff (Coordinadora de Salud Mental - Fundación Huésped), Hector Pérez (Médico Servicio de Infectología - Miembro del Consejo de Gobierno de la Internacional AIDS Society 2004-2008 - Docente Adscripto Orientación Enfermedades Infecciosas UBA), Jorge Quarleri (Docente del Departamento de Microbiología, Facultad de Medicina - Investigador Adjunto de CONICET), Carlos Remondegui (Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad de Jujuy), Hugo Roland (Jefe Programa Provincial de VIH/SIDA e ITS - Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba), Sergio Sosa Estani (Jefe de Servicio de Epidemiología del Centro Nacional de Investigaciones Endemoepidémicas - ANLIS- C. G. Malbran), Patricia Sorokin (Directora de UBACIT D022 UBA), Omar Sued (Médico Infectólogo Hospital Fernández Fundación Huésped), Edgardo Szyld (Jefe de Servicio de Neonatología - Hospital Diego Paroissien - Director Ejecutivo Fundación Salud Materno Infantil - FUNDASAMIN), Marcelo Vila (Profesional Adscripto VIH/sida - OPS/OMS Argentina), Carlos Zala (Médico Infectólogo Hospital Fernández Fundación Dra. Cecilia Guíerson).

Tabla 1. Matriz de Estrategias Combinadas (MEC) VIH/SIDA en Argentina
Chart 1. Combined Approach Matrix (CAM) HIV/AIDS in Argentina

COMPONENTES / <i>Components</i>	DIMENSIONES / <i>Dimensions</i>			
	El individuo, familia y comunidad / <i>Individual, family, and community</i>	Ministerio y otras instituciones del sector salud / <i>Ministry and other institutions of the health sector</i>	Otras instituciones extrasectoriales / <i>Other extra-sectoral institutions</i>	Políticas macroeconómicas / <i>Macroeconomic policies</i>
1. Carga de enfermedad / <i>Burden of disease</i>				
2. Determinantes / <i>Determinants</i>				
3. Nivel de conocimiento actualizados / <i>Level of up-to-date knowledge</i>				
4. Costo-efectividad / <i>Cost-effectiveness</i>				
5. Fuentes de recursos / <i>Resources</i>				

La necesidad de fijación de prioridades de investigación sobre VIH/SIDA.

Estado actual del conocimiento

Existe en la actualidad un importante corpus de investigación que busca comprender la vulnerabilidad al VIH, y que ha desplazado su enfoque desde los comportamientos individuales hacia el examen de las fuerzas estructurales y los contextos socioculturales, incluyendo las desigualdades sociales, así como las políticas y las prácticas institucionales, que influyen en el contexto de las conductas de riesgo y de cuidado⁸⁻⁹.

Sin embargo, la investigación social y epidemiológica a veces está divorciada de las estrategias de intervención y programáticas. Por ejemplo las intervenciones de prevención de la transmisión del VIH entre usuarios de drogas intravenosas (UDIs) se realizan de manera focalizada en algunos distritos del país, pero no tienen aún suficiente desarrollo y cobertura como política pública. Aunque la perspectiva de prevención de VIH en UDIs está presente en el discurso de la mayoría de los funcionarios de los programas de sida nacional y provinciales, sólo en escasos distritos se traduce en programas específicos de prevención dirigidos a la población que usa drogas¹⁰.

Los avances en el conocimiento de la patogenia de la infección han colaborado no sólo a mejorar la toma de decisiones en lo que respecta a cuando empezar a tratar y cuando cambiar, sino también a intentar desarrollar estrategias destinadas a favorecer la respuesta inmune en el curso de la enfermedad¹¹.

8. Touzé, G. Obstacles to the development of prevention and public health policies in Argentina *Clinic Infect Dis* 2003; Vol. 37, Sup. 5, 372-375

9. Friedman, S.R.; Kippax, S.C.; Phaswana-Mafuya, N.; Rossi, D.; Newman, C.E. (2006a). Emerging future issues in HIV/AIDS Social Research. *Emerging future issues in HIV/AIDS Social Research. AIDS* 20, 959-965

10. Rossi, D; Pawlowicz, MP; Zunino Singh, D Accesibilidad de los usuarios de drogas a los servicios públicos de salud en las ciudades de Buenos Aires y Rosario. La perspectiva de los trabajadores de la salud. *Intercambios Asociación Civil.* Año 2007

11. Hecht R, Alban A, Taylor K, Post S, Andersen N, Schwarz R. Putting it together: AIDS and the Millennium Development Goals. *PLoS Med* 2006, 3(11): e442

The need to set priorities for HIV/AIDS

Current State of the Art

Currently, there is an important research corpus that analyses vulnerability to HIV and which perspective has moved from the analysis of individual behavior to the examination of structural forces and socio-cultural contexts, including social inequalities and institutional policies and practices that affect the context of risk conducts and care⁸⁻⁹.

However, social and epidemiological research is sometimes divorced from intervention and programmatic strategies. For instance, prevention interventions for HIV transmission among intravenous drug users (IDUs) are made focusing on certain districts of the country, but they still do not have sufficient development and coverage as a public policy. Although IDUs HIV prevention perspective is present in the discourse of most national and provincial AIDS programs officers, only in a few districts does it translate into specific preventive programs targeted at the drug users' population¹⁰.

Knowledge advance in the infection pathogenesis has helped not only to improve decision making as regards when to begin treatment and when to change, but also to intend to develop strategies aimed at favoring the immune response during the course of the disease¹¹.

Dada la dramática disminución en la morbimortalidad vinculada al tratamiento antirretroviral (ARV), asistimos a una creciente demanda de servicios ambulatorios especializados y a un incremento progresivo de pacientes en seguimiento y tratamiento, también documentada en nuestro medio¹².

Las intervenciones que han demostrado eficacia en la prevención sobre diferentes poblaciones son¹³⁻¹⁴:

Uso de preservativos en forma regular y adecuada.

Expansión del testeo en adultos.

Testeo universal de embarazadas y uso de ARV en la prevención de la transmisión perinatal (tratamiento en el embarazo, parto y neonatal) y reemplazo de la lactancia materna por fórmulas de leche maternizada en madres VIH reactivas.

Uso de ARV post-exposición ocupacional y con menor nivel evidencia, post-exposición sexual.

Programas de reducción de daños en UDIs.

La disponibilidad, acceso y adherencia al tratamiento ARV de alta eficacia y a las drogas utilizadas en profilaxis primaria, secundaria y al tratamiento de eventos oportunistas, redujeron dramáticamente la morbilidad y mortalidad en personas que viven con VIH/sida (PVVS), transformando la infección por VIH en una enfermedad crónica que requiere seguimiento y tratamiento en el largo plazo. Se ha producido así una reducción dramática en la morbi-mortalidad de la infección por VIH, también documentada en nuestro medio.¹⁵ Estimaciones recientes sugieren que la sobrevivencia media para aquellos pacientes que se diagnostican precozmente (antes de enfermar o con recuentos de CD4 > 300/mm³) es de al menos 21 a 35 años¹⁶.

En el desarrollo de vacunas poco se ha conseguido hasta ahora y las pocas vacunas candidatas que llegaron a estudios de fase III no han mostrado eficacia, si bien hay estudios en marcha que aun no han concluido. Otro mecanismo de prevención es el de los microbicidas de uso tópico, hasta ahora sin resultados que permitan su indicación masiva¹⁷.

Given the dramatic morbidity/mortality reduction by use of ARV (antiretroviral) therapy, we observe an increasing demand for specialized ambulatory services and a progressive growth of followed-up and treated patients, also documented in our environment¹³.

The interventions proved to be effective for preventing the disease in different populations are¹³⁻¹⁴:

Regular and appropriate use of condom

Screening extension to adults

Universal screening on pregnant women and use of ARV to prevent perinatal transmission (treatment during pregnancy, delivery, and neonatal stage), and replacement of breastfeeding milk with infant formula in cases of HIV-reactive mothers.

Use of ARV after occupational exposure and with a lower evidence level, and after sexual exposure

IDUs' harm reduction programs

Availability, access, and adherence to highly effective ARV therapy and to drugs used for primary and secondary prophylaxis, as well as to the treatment of opportunistic events, dramatically reduced morbidity/mortality in people living with HIV/AIDS (PLWHA), turning HIV infection into a chronic long-term therapy disease. Thus, a dramatic reduction has been observed in HIV infection morbidity/mortality, also documented in our environment¹⁵. Recent estimations suggest that the survival average for early diagnosed individuals (before acquiring the disease or with CD4 > 300/mm³ counts) is at least 21 to 35 years¹⁶.

So far, little has been achieved as regards development of vaccines, and the few candidate ones that reached Phase III studies have not proved to be effective, although there still are inconclusive studies in progress. Another preventive mechanism is the use of topical microbicides, still with no results that allow massive prescription¹⁷.

12. Perez E, Toibaro J, Losso M. HIV patients hospitalization during the pre and post HAART era. *Medicina B Aires*. 2005;65:482-8

13. Paltiel DA, Walensky RP, Schackman BR, Seage G, Mercincavage L, Weinstein M, Kenneth A, Freedberg KA. Expanded HIV Screening in the United States: Effect on Clinical Outcomes, HIV Transmission, and Costs *Ann Int Med* 2006; 145:797-806

14. Gray R, Kigozi G, Serwadda D et al. Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial *Lancet* 2007; 369:657-66

15. Boletín Dic. 2005, PNSIDA, Ministerio de Salud y Ambiente; InfoSIDA no. 5, 2006, Coordinación SIDA del GCBA; Epidemic update 2006, UNAIDS

16. Lohse N, Hansen AB, Pedersen G, Kronborg G, Gerstoft J, Sørensen H, Væth M, Obel N. Survival of Persons with and without HIV Infection in Denmark, 1995-2005 *Ann Int Med* 2007; 146:87-95

17. Hecht R, Alban A, Taylor K, Post S, Andersen N, Schwarz R. Putting it together: AIDS and the Millennium Development Goals. *PLoS Med* 2006, 3(11): e442

El enfoque sobre las nuevas tecnologías preventivas no debe estar basado solamente en exigencias referidas a una fuerte evidencia sobre su efectividad, sino en el desafío de cómo llegar a toda la población que las necesita. La mayoría de las estrategias de prevención son accesibles a menos de una de cinco personas que podrían beneficiarse de ellas¹⁸.

Una respuesta efectiva a la epidemia del VIH/SIDA requiere un compromiso sostenido para asegurar que las intervenciones y las estrategias desde los servicios de salud mejoren de manera constante a lo largo del tiempo. En este sentido la investigación operacional es crítica, además de la investigación básica, clínica y social. Desafortunadamente, pocas agencias o financiadores designan fondos a la investigación operacional, y cuando estos fondos están disponibles no se los aprovecha correctamente¹⁹.

Carga de enfermedad

En los últimos años las PVVS aumentaron en todo el planeta. Los nuevos casos de infección siguen aumentando, así como también las defunciones por sida a pesar de los importantes avances mundiales para abordar la epidemia entre los que se puede citar el mayor acceso al tratamiento ARV y la prevención.

Los datos proporcionados por la OMS hasta diciembre de 2006 informaban 39,5 millones de PVVS en todo el mundo (34.147,1 millones), de éstas 37,2 millones eran adultos (32,1-44,5 millones); 17,7 millones eran mujeres (15.120,9 millones); y 2,3 millones menores de 15 años (1.73,5 millones). El total de nuevas infecciones ocurridas en el año 2006 fue de 4,3 millones (3.66,6 millones), 530.000 aproximadamente en menores de 15 años. El total de muertes por VIH/sida alcanzó 2,9 millones de personas (2.53,5 millones); de las cuales 2,6 millones fueron adultos (2,2-3.0 millones); y 380.000 menores de 15 años (290.000-500.000)²⁰.

Siguiendo con los datos proporcionados por ONUSIDA - OMS, en América Latina, las nuevas infecciones de 2006 se mantuvieron en líneas generales al mismo nivel que en 2004, pero sigue aumentando la proporción de mujeres que viven con el VIH. Se siguen registrando brotes del virus entre los UDIs y entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) en la mayor parte de los países de América del Sur.

The new technology preventive approach should not be based only on sound evidence of its effectiveness, but on the challenge of finding ways to have it reaching everyone needing it. Most preventive strategies are accessible for at least one to five people who could benefit from them¹⁸.

An effective response to HIV/AIDS epidemics requires a sustained commitment in order to ensure that healthcare centers' interventions and strategies improve on a continuous long-term basis. In this sense, operational research is critical, apart from basic, clinical, and social research. Unfortunately, few agencies or financial supporters assign funds to operational research, and, when available, such funds are not appropriately taken advantage of¹⁹.

Burden of disease

In recent years, the number of PLWHA has increased globally. New infection cases continue on the rise, as well as deaths caused by AIDES, despite the significant global advances achieved to deal with this epidemics, such as higher access to ARV therapy, and prevention.

The data provided by WHO until December 2006 reported 39.5 million PLWHA worldwide (34.147.1 million), of which 37.2 million were adults (32.1-44.5 million); 17.7 million were females (15.120.9 million); and 2.3 million were minors under 15 years of age (1.73.5 million). The total new infections occurred in 2006 was 4.3 million (3.66.6 million), of which approximately 530,000 occurred in minors under 15 years of age. The total deaths caused by HIV/AIDS reached 2.9 million people (2.53.5 million); of which 2.6 million were adults (2.2-3.0 million); and 380,000 were minors under 15 years of age (290,000-500,000)²⁰.

According to the data provided by UNAIDS-WHO, new infections in Latin America in 2006 maintained, in general, the same levels of the year 2004, although the number of PLWHA females keeps rising. Outbreaks of the virus continue to be found among IDU's (intravenous drug users) and MSM (men who have sex with men) in most countries of South America.

18. The Lancet, Editorial, HIV-bridging the research gap in Sidney. Lancet 2007; 370, 9581:1

19. Cooper D, Cahn P, Lewin S, Kaldor J, McClure C, Kort R, Boyd M. The Sydney Declaration: a call to scale up research. Lancet 2007; 370, 9581:7-8

20. OMS/ ONUSIDA. Situación de la epidemia de SIDA. Diciembre 2006 http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/2006_EpiUpdate_es.pdf

A fines de 2006, el total de PVVS en América Latina eran 1,7 millones (1,3-2,5 millones), las nuevas infecciones ascendían a 140.000 [100.000-410.000]. Esto representaba una prevalencia del 0.5% (0.4-1.2); 510.000 mujeres (350.000-800.000) y 65.000 defunciones [51.000-84.000; 2%].

Las relaciones sexuales sin protección entre HSH representan hasta el 25-35% de los casos de sida comunicados en países como Bolivia, Brasil, Guatemala y Perú. Entre las trabajadoras sexuales la prevalencia del virus es muy baja en algunos países sudamericanos, como Chile y Venezuela, pero se han registrado tasas de prevalencia entre el 2,8% y el 6,3% en ciudades de la Argentina, y del 6% en ciertas partes del Brasil²¹.

El VIH/SIDA en Argentina

En Argentina, la epidemia de VIH/SIDA tiene una distribución heterogénea tanto en relación a los distritos como a los colectivos afectados. En ese sentido la principal condición a tener en cuenta es la exclusión y la pobreza. Es así que el mayor crecimiento de la epidemia se va asociando a los niveles socioeconómicos más deprimidos. En diciembre de 2005, eran 30.498 los casos de sida notificados al Programa Nacional de Lucha contra los RH (Retrovirus del Humano), sida y ETS (enfermedades de transmisión sexual). Sin embargo, al considerar el retraso en el envío de las notificaciones, se estima que el total de enfermos sería de 31.900.

Con relación a la infección en nuestro país, a partir del año 2001, se inicia la notificación obligatoria de los diagnósticos de VIH con la creación del Registro Nacional de infectados. Las estimaciones realizadas en forma conjunta por ONUSIDA, OMS y el Programa Nacional de Lucha contra los RH, SIDA y ETS durante el año 2005 indican que aproximadamente 127.000 PVVS en Argentina (115.000 a 134.000).²²⁻²³

Con importantes grados de subregistro y demoras en la notificación, los datos del Programa Nacional informan una tasa de aproximadamente 40 PVVS/millón de habitantes, tasa que parece haber permanecido estable en los últimos 5 años.

21. ONUSIDA ha clasificado a los países de acuerdo al patrón de presentación de la infección por el VIH en: a) países con una epidemia generalizada: prevalencia de infección por el VIH es consistentemente >1% en las mujeres embarazadas; b) países con una epidemia concentrada: prevalencia de infección por el VIH consistentemente >5% en al menos una subpoblación definida (por ejemplo, los consumidores de drogas intravenosas, los profesionales del sexo, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres) y <1% en las mujeres embarazadas en zonas urbanas; c) países con una epidemia de bajo nivel: la prevalencia de infección por el VIH no ha excedido consistentemente el 5% en ninguna subpoblación definida. De: Guías técnicas para la vigilancia del VIH entre los pacientes con tuberculosis. Segunda Edición, Organización Mundial de la Salud, ONUSIDA, Alianza internacional Alto a la tuberculosis Detener la tuberculosis; traducción de la OPS, 2006.

22. Boletín sobre VIH/SIDA en la Argentina. Año X, Número 24, Ministerio de Salud de la Nación .<http://www.msal.gov.ar/htm/site/sida/site/pdf/BoletinSIDAN24X.pdf>. Diciembre 2005

23. Boletín Anual de Epidemiología 2004-2005. Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación

By the end of 2006, PLWHA in Latin America totaled 1.7 million (1.3-2.5 million), and new infections added up to 140,000 [100,000-410,000]. This represented a 0.5% (0.4-1.2) prevalence rate; 510,000 females (350,000-800,000) and 65,000 deaths [51,000-84,000; 2%].

Unprotected MSM sexual intercourse represents up to 25-35% of AIDS cases reported in countries such as Bolivia, Brazil, Guatemala, and Peru. HIV prevalence among female SW (sex workers) is very low in certain countries of South America, such as Chile and Venezuela; but prevalence rates ranging from 2.8% to 6.3% have been found in cities in Argentina, and 6% prevalence has been reported in certain regions of Brazil²¹.

HIV/AIDS in Argentina

In Argentina, HIV/AIDS epidemic distribution is heterogeneous, as regards districts and affected groups. In this sense, the main conditions to be considered are exclusion and poverty. Thus, the lower the socio-economic level, the higher the epidemic growth. In December 2005, the number of AIDS cases reported to the National Program against HR (human retrovirus), AIDS, and STD (sexually transmitted diseases) of Argentina was 30,498. However, if delayed notifications were included, the total number of infected people would be 31,900.

Regarding infection in Argentina, notification of diagnosed HIV cases became mandatory in 2001 with the creation of the Registro Nacional de Infectados (National Registry of Infected Individuals). Estimations conducted jointly by UNAIDS, WHO, and the National Program against HR, AIDS, and STD in 2005 indicate that there are approximately 127,000 PLWHA in Argentina (115,000 to 134,000)²²⁻²³.

With significant underreporting and delayed notification levels, according to the National Program data there is an approximate rate of 40 PLWHA/1,000,000 inhabitants, and such rate seems to have remained stable for the last 5 years.

Tabla 1. Casos nuevos de sida y VIH por sexo. Argentina, 2006.
Table 1. New AIDS/HIV Cases by Gender. Argentina, 2006.

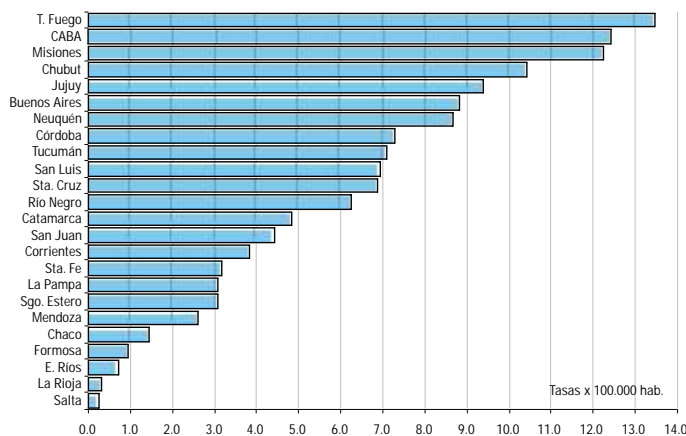
Casos nuevos de sida / New AIDS Cases		Casos nuevos de VIH / New HIV Cases	
1105		2741	
Mujeres/ Females	Hombres/ Males	Mujeres/ Females	Hombres/ Males
329	776	1059	1682

Fuente: Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS. Ministerio de Salud de la Nación.
Source: National Program against Human Retrovirus, AIDS, and STD. National Ministry of Health.

La evolución de las tasas de notificación de VIH/sida registra dos periodos bien diferenciados, relacionados con aspectos específicos de la epidemia y con la evolución del sistema de información. En las tasas de notificación de sida se registró un primer período de aumento, con un porcentaje estimado de cambio anual (PECA) de 4,23% (IC 95%: 6,62-1,78) hasta 2004, año a partir del cual desciende a un ritmo de 26,07% anual (IC 95%: 49,68-8,60). En el caso de las tasas de notificación de VIH también se registró un primer periodo (1995-2004), de ascenso mayor al 24,80% anual y estadísticamente significativo (IC 95%: 18,34-31,59). Nuevamente, a partir del año 2005 las notificaciones disminuyen aproximadamente 32% por año (IC 95%: 56,22-6,31) (Figura 1).

La prevalencia nacional del VIH en adultos era del 0,6% [0,3-1,9%] en 2005. La mayoría de las 130.000 [80.000-220.000] PVVS vive en las provincias de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), Santa Fe, Córdoba y Mendoza (83%). Las tasas más altas en 2006 se registraron en Tierra del Fuego, CABA, Misiones, Chubut y Jujuy, mientras que los valores más bajos correspondieron a Salta, La Rioja y Entre Ríos (Figura 2).

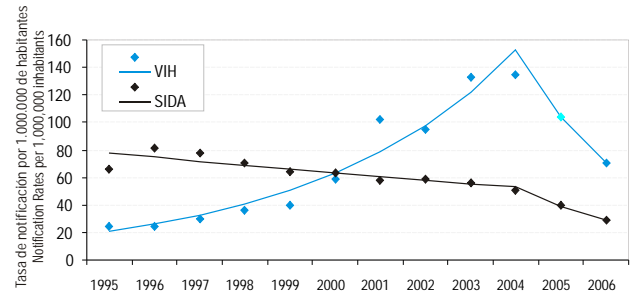
Figura 2. Tasas de notificación de VIH por 100.000 habitantes según jurisdicciones del país. Argentina, 2006
Chart 2. Notification Rates per 100,000 Inhabitants According to Country Jurisdiction. Argentina, 2006



Fuente: elaborado a partir de los datos facilitados por el Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina, agosto de 2007.
Source: Data provided by the National Program against Human Retrovirus, AIDS, and STD. National Ministry of Health of Argentina, August 2007.

Figura 1. Evolución de las tasas de notificación de sida y VIH por millón de habitantes. Argentina, 1995 y 2006.

Chart 1. Evolution of AIDS/HIV Notification Rates per 1,000,000 Inhabitants. Argentina, 1995 and 2006



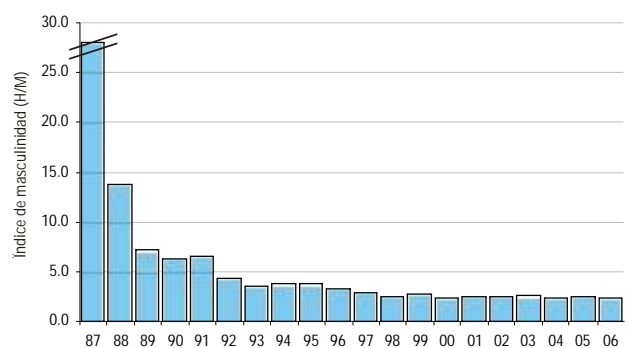
Fuente: elaborado a partir de los datos facilitados por el Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina, agosto de 2007.
Source: Data provided by the National Program against Human Retrovirus, AIDS, and STD. National Ministry of Health of Argentina, August 2007.

HIV/AIDS notification rate has evolved, showing two clearly distinct periods related to specific aspects of the epidemic, as well as to IT evolution. A first period of higher AIDS notification rates was recorded, with an estimated annual percent change (EAPC) of 4.23% (CI 95%: 6.62-1.78) until 2004, year since which an annual 26.07% reduction is observed (CI 95%: 49.68-8.60). In the case of HIV notification rates, a first period (1995-2004) of growth superior to the annual 24.80% rate and statistically significant was observed (CI 95%: 18.34-31.59). Again, since 2005 onwards, notifications have reduced by approximately 32%/year (CI 95%: 56.22-6.31) (Figure 1).

National HIV prevalence in adults was 0.6% [0.3-1.9%] in 2005. Most of the 130,000 [80,000-220,000] PLWHA live in the province of Buenos Aires, in Buenos Aires city, and in the provinces of Santa Fe, Córdoba, and Mendoza (83%). The highest rates recorded in 2006 corresponded to Tierra del Fuego, Buenos Aires city, Misiones, Chubut, and Jujuy, whereas the lowest ones corresponded to Salta, La Rioja, and Entre Ríos (Chart 2).

Figura 3. Índice de masculinidad de casos notificados de sida por año. Argentina, 1987- 2006

Chart 3. Masculinity Index for Notified AIDS Cases Per Year. Argentina, 1987 - 2006



Fuente: elaborado a partir de los datos facilitados por el Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina, agosto de 2007.
Source: Data provided by the National Program against Human Retrovirus, AIDS, and STD. National Ministry of Health of Argentina, August 2007.

La epidemia por VIH/sida es netamente urbana. En los nuevos diagnósticos (2000-2004) se observa que el 63% tiene un nivel de educación de secundaria incompleta y que existen grandes diferencias jurisdiccionales con provincias en las cuales la población vulnerable representa más del 90% (Salta y La Rioja).

En el análisis discriminado por poblaciones se ha comprobado que son VIH-positivos el 44% de los UDIs, el 7-15% de los HSH, el 6% de las profesionales femeninas del sexo y una cuarta parte (28%) de los reclusos en algunas prisiones urbanas.

La epidemia de VIH medida a través de las prevalencias de poblaciones seleccionadas muestra un perfil estabilizado en los últimos años en los que se denomina una epidemia concentrada: menos del 1% en población general medida a través de las mujeres embarazadas, y prevalencia mayor al 5% en grupos seleccionados (HSH y población carcelaria). Sin embargo esta mirada general de país presenta diferencias sustanciales cuando se analizan regiones más pequeñas, de hecho hay zonas del conurbano bonaerense donde la prevalencia en mujeres embarazadas ronda el 1%. Esto estaría marcando una generalización de la epidemia en esas zonas.

Los varones todavía superan a las mujeres en el total de casos de VIH notificados, pero la razón varón/mujer para los nuevos diagnósticos se ha estrechado. Analizando la notificación de casos de sida por sexo, se observa un cambio significativo en el índice de masculinidad (razón hombre/ mujer). A finales de 1987, año en que se realiza el primer diagnóstico de sida en una mujer en nuestro país, la relación mostraba valores superiores a 45 hombres por cada mujer. En el año 2000, de 1,49/1; y en 2006 la relación fue de 2,35/ 1 (*Figura 3*).

En el año 2006, la principal vía de transmisión de VIH en los casos nuevos diagnosticados (n=2741) fue la relación heterosexual (HTS), 58,9%, en segundo lugar se ubicaron los HSH, 14,1%, con un porcentaje 4 veces menor al de las relaciones heterosexuales, y entre UDIs 13,9%. La transmisión vertical (TV) fue la vía de transmisión en el 3,15% de las infecciones (*Figura 4*).

La transmisión por vía HTS registró una tendencia claramente ascendente con una porcentaje estimado de cambio anual (PECA) de 7% (IC 95%: 5.96; 8,06) a partir de 1999, mientras que la transmisión en UDIs registró un comportamiento opuesto, con una tendencia descendente. La transmisión del virus entre HSH mostró una tendencia estable, levemente descendente (PECA: 1,29%, IC: 2,51; 0,06). Por último, en el caso de la TV la tendencia fue descendente (*Figura 5*).

HIV/AIDS epidemic is basically urban. Recent diagnoses (2000-2004) show that 63% of the patients has not completed the secondary education level, and that there are significant jurisdictional differences, with provinces having a percentage of vulnerable population above 90% (Salta and La Rioja).

The analysis by population has shown that 44% of the IDU's are HIV positive, and so are 7-15% of the MSM, 6% of the female SWs, and a quarter (28%) of the prisoners in some urban prisons.

HIV epidemic prevalence measurements in selected populations show a stabilized profile in the last years, in which a concentrated epidemic prevails: less than 1% in the general population, as measured through pregnant women, and a 5% prevalence in selected groups (MSM and prison population). This overview of the country, however, presents significant differences when smaller regions are analyzed. Indeed, in certain areas of Greater Buenos Aires (the metropolitan area), prevalence in pregnant women is around 1%, a fact that would indicate a generalized epidemic in these areas.

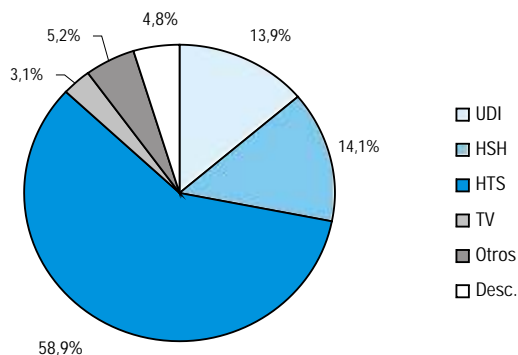
Males prevail over females in the total notified HIV cases, but the newly infected male/female ratio has narrowed. Through the analysis of notified AIDS cases by gender, a significant change is observed in the masculinity index (male/female ratio). By the end of 1987, year in which the first female AIDS case was diagnosed in Argentina, the ratio was exceeded 45 males per female. In 2000, it was 1.49/1; and in 2006 it was 2.35/1 (*Figure 3*).

In 2006, the main HIV transmission route in newly diagnosed cases (n=2741) was heterosexual relationships (HTS), 58.9%. MSM was second, 14.1%, with a percentage 4 times lower than that of HTS; and IDUs was third with 13.9%. Vertical transmission (VT) represented 3.15% of the infection routes (*Figure 4*).

HTS transmission records have shown a clearly increasing trend with a 7% EAPC (CI 95%: 5.96; 8.06) since 1999, whereas IDUs' transmission has shown an opposite behavior, with a decreasing trend. MSM HIV transmission has shown a stable, slightly increasing trend (EAPC: 1.29%, CI: 2.51; 0.06). Lastly, VT trend has been decreasing (*Figure 5*).

Figura 4. Proporción de infecciones por VIH/SIDA según la vía de transmisión. Argentina, 2006. (n=2741)

Chart 4. Proportion of HIV/AIDS Infection by Transmission Route. Argentina, 2006. (n=2741)



Fuente: elaborado por UNAMOS, Dirección de Epidemiología a partir de datos del Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS. Ministerio de Salud de la Nación.
Source: Prepared by UNAMOS, Epidemiology Center, with data provided by the National Program against Human Retrovirus, AIDS, and STD. National Ministry of Health of Argentina

La enfermedad afecta fundamentalmente a la franja de edad de población económicamente activa y se concentra mayoritariamente en ambos sexos entre 20 y 39 años (hombres: 25-44 años; mujeres: 20-39 años). Al analizar la distribución por edad se puede identificar a los adolescentes como a un grupo de alta vulnerabilidad. Si la edad de desarrollo de la enfermedad presenta un pico en los adultos jóvenes, significa que hubo muchas posibilidades de contraer la infección durante la adolescencia; y en este grupo, los que presentan menor cantidad de años de escolaridad y nivel socioeconómico más postergado, son especialmente afectados por las nuevas infecciones.

Mortalidad

Para medir el impacto del cambio de la mortalidad sobre el número de años que vive la población, se evalúa la contribución de cada causa de muerte seleccionada a los cambios en la esperanza de vida, utilizando la esperanza de vida al nacer y las causas de la mortalidad en base a la metodología desarrollada por Arriaga.²⁵⁻²⁶

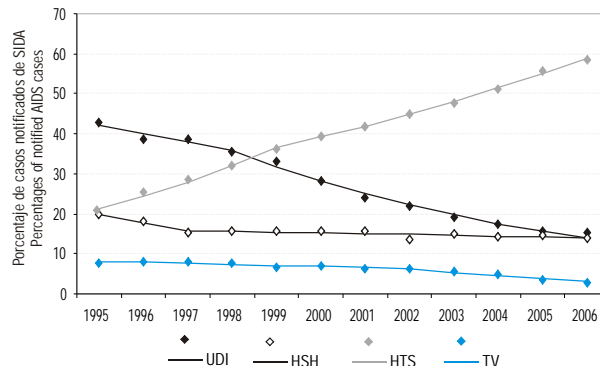
Aplicando esta metodología se pudo observar que en el año 2.005 se registró una pérdida, desde el nacimiento hasta los 85 años, de 14.3 años de esperanza de vida perdidos (AEVP) en hombres y 8.9 AEVP en mujeres. Se comparó esta información con respecto al año 1997. Las variables se presentan en el gráfico 6, en sentido positivo cuando la pérdida de años de esperanza de vida (AEV) por alguno de los grandes grupos de causa de muerte disminuyó en el año 2.005 con respecto a 1997. Por el contrario, si en este período la pérdida de AEV aumentó, las diferencias se registran en sentido negativo.

25. OPS. De datos básicos a índices compuestos. Una revisión del análisis de la mortalidad. Boletín Epidemiológico 2002; 23(4): 1-6

26. Arriaga EE. "Los Años de Vida Perdidos: su utilización para medir el nivel y cambio de la mortalidad". Notas de Población CELADE 1996; 24(63):7-38

Figura 5. Evolución de los porcentajes de casos notificados de SIDA por vías de transmisión. Argentina, 1995- 2006

Chart 5. Evolution of Notified AIDS Cases by Transmission Routes. Argentina, 1995- 2006.



Fuente: elaborado por UNAMOS, Dirección de Epidemiología a partir de datos del Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS. Ministerio de Salud de la Nación.
Source: Prepared by UNAMOS, Epidemiology Center, with data provided by the National Program against Human Retrovirus, AIDS, and STD. National Ministry of Health of Argentina

The disease affects mostly the economically active population age group, and concentrates primarily on both genders aged between 20 and 39 years (males: 25-44 years; females: 20-39 years). An analysis of the distribution per age shows that adolescents constitute a highly vulnerable group. If the disease development age shows a peak in young adults it means that there were many possibilities to acquire the infection during adolescence; and within this group, the subgroup especially affected by new infections is that having a record of fewer years of school attendance and a lower socio-economic level.

Mortality

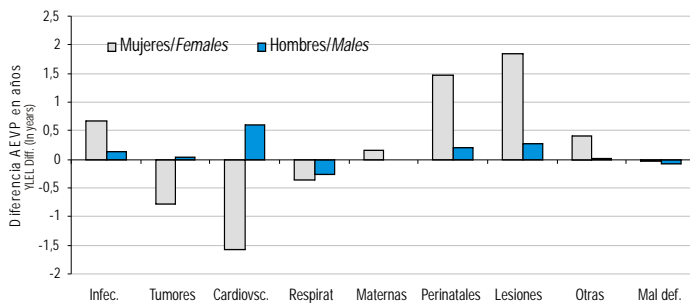
The impact of mortality change on the number of years of life of the population is measured based on the contribution of each selected cause of death to changes in life expectancy by using the life expectancy at birth and the mortality causes of the methodology developed by Arriaga.²⁵⁻²⁶

By applying this methodology it could be observed that in 2005 the recorded loss from birth to 85 years of age was 14.3 YLEL (Years of Life Expectancy Lost) in males, and 8.9 YLEL in females. This information was compared with that of the year 1997. In Figure 6, the variables are shown as positive when the YLE (Years of Life Expectancy) in any of the major death-cause groups was reduced in 2005 as compared with 1997. Conversely, if in that period the YLEL increased, the differences are shown as negative.

Cabe destacar que las mujeres presentaron una pérdida mayor de AEV por causas de muerte atribuidas a tumores, patologías cardiovasculares y respiratorias; mientras que los hombres perdieron mayor cantidad de AEV, por causas de muerte mal definidas y respiratorias (Figura 6).

Resulta interesante señalar que tanto hombres como mujeres han ganado AEV por causas infecciosas en el período. Sin embargo, cuando se analiza la diferencia de AEV desagregando por causas dentro del grupo infecciosas, podemos observar que el comportamiento no ha sido similar para ambos sexos. Las mujeres han perdido 0.05 AEV por VIH/SIDA en el período 1997-2005 mientras que los hombres han ganado 0.1 AEV. (Figura 7).

Figura 6. Diferencia en los años de esperanza de vida perdidos según sexo y grandes grupos de causas de muerte. Argentina, 1997 y 2005
Chart 6. YLEL Differences by Gender and Major Death-Cause Groups. Argentina, 1997 and 2005.



Fuente: elaborado por UNAMOS a partir de los registros de mortalidad de la DEIS. Argentina, 2007.
 Source: Prepared by UNAMOS with mortality record data provided by DEIS. Argentina, 2007

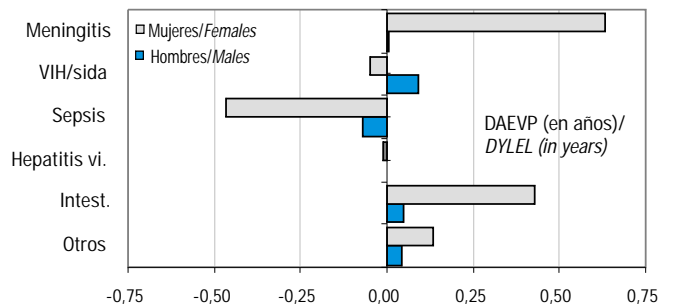
Esta situación se corresponde con el cambio observado en el perfil epidemiológico de esta enfermedad y con las tendencias de mortalidad observadas en ambos sexos (Gráfico 8). En los hombres la mortalidad por VIH/sida disminuyó 38.9% en el período 1997-2005. Con un descenso acelerado entre 1997 y 1999 (de 22.8%), seguido de un período de cierta estabilidad hasta el año 2003, para descender nuevamente hasta el año 2005, 20.8%. Mientras que en las mujeres el descenso fue sostenido y de sólo 24.3% en todo el período (1997-2005).

Con respecto a los años potenciales de vida perdidos (APVP), se ha registrado una disminución importante en la cantidad de APVP en menores de 45 entre los años 1997 y 2005. En los menores de 15 años, la disminución fue mayor del 75% en ambos sexos y entre los 15 y los 44 años los hombres disminuyeron en 55% los APVP y las mujeres 38%. Por el contrario, en mayores de 44 años la pérdida fue mayor en las mujeres, 78% los APVP, mientras que los hombres registraron 39 en este período (Tablas 1 y 2).

It must be noted that females presented higher YLEL due to causes of death attributable to tumors, and cardiovascular and respiratory diseases; whereas males had more YLEL due to misdefined and respiratory causes of death (Figure 6).

An interesting fact to point out is that both males and females have gained infection-related YLE in the period. However, a disaggregated analysis of the YLEL difference by cause within the infectious-disease group shows that both genders have behaved differently. Females lost 0.05 YLE due to HIV/AIDS in the 1997-2005 period, whereas males gained 0.1 YLE (Figure 7).

Figura 7. Diferencia en los años de esperanza de vida perdidos por causas infecciosas de muerte según sexo. Argentina, 1997 y 2005.
Chart 7. YLEL Differences in Males and Females by Infection-caused Deaths. Argentina, 1997 and 2005.



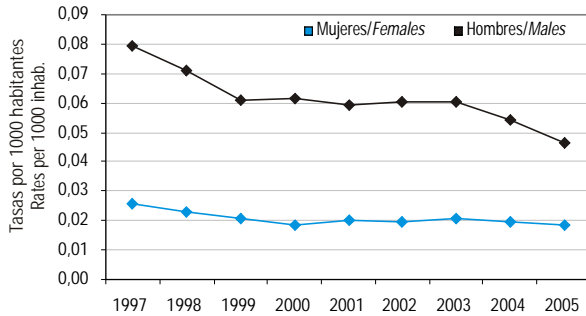
Fuente: elaborado por UNAMOS a partir de los registros de mortalidad de la DEIS. Argentina, 2007.
 Source: Prepared by UNAMOS with mortality record data provided by DEIS. Argentina, 2007

This situation correlates to the change observed in the epidemiological profile of this disease and to the mortality trends observed in both genders (Chart 8). Males' HIV/AIDS mortality reduced by 38.9% in the 1997-2005 period, with an accelerated drop between 1997 and 1999 (22.8%), followed by a rather stable period until 2003, and then again by a new reduction (20.8%) until 2005. In the case of females, the reduction was sustained and of only 24.3% for the whole period (1997-2005).

As regards PYLL (Potential Years of Life Lost), an important reduction was recorded in their number in individuals aged under 45 years between 1997 and 2005. The reduction was over 75% in male and female adolescents aged under 15 years; and in individuals aged between 15 and 44 years, PYLL reduced by 55% in males, and by 38% in females. Conversely, in individuals aged over 44 years of age, females' PYLL percentage was 78%, exceeding that of males, which was 39% (Tables 1 and 2).

Figura 8. Evolución según sexo de las tasas específicas ajustadas por edad de mortalidad por SIDA por 1000 habitantes. Argentina, 1997-2005

Chart 8. Evolution of Specific Rates Adjusted by AIDS Mortality per 1000 inhabitants, by Gender



Fuente: elaborado por UNAMOS a partir de los registros de mortalidad de la DEIS. Población estándar: Argentina del año 2000. Argentina, 2007.
Source: Prepared by UNAMOS with mortality record data provided by DEIS. Standard Population: Argentina, 2000. Argentina, 2007

El descenso importante registrado en la mortalidad se puede atribuir a diversas causas, entre ellas: a que en 1997 se universaliza en Argentina el acceso a terapia ARV, diagnósticos de VIH tempranos, la mayor accesibilidad a los ARV, mayor adherencia en el tratamiento y/o aparición de nuevas drogas de rescate. Sin embargo, el período de meseta 1999-2003 podría deberse a diagnósticos tardíos, no adherencia al tratamiento ARV, fallas del tratamiento, enfermos de larga evolución, la crisis económico financiera, discontinuidad temporaria en la provisión de drogas ARV, el empobrecimiento de la población general y en particular de las PVVS, que provocan un descenso menor al esperado en la mortalidad por esta causa.

Factores determinantes del VIH/SIDA

Según la opinión de los expertos, las restricciones y los obstáculos para lograr un mejor control del VIH/sida se refieren a los siguientes determinantes:

Determinantes biológicos:

- Características corporales de hombres y mujeres.
- Características de los virus.

Determinantes relativos al sistema de salud:

• Ausencia de un tratamiento curativo e inexistencia de una inmunización masiva (vacuna).

Determinantes de carácter socio-cultural:

- Falta de información sobre cuidados y la persistencia de prejuicios y discriminación en torno a la sexualidad y al uso de drogas (programas de reducción de daños).
- Diferencias en el uso y negociación del preservativo en las diferentes prácticas sexuales (sexo vaginal, oral, anal).

Tablas 1 y 2. Evolución de los años potenciales de vida perdidos según sexo. Argentina, 1997 y 2005

Tables 1 and 2. Evolution of Potential Years of Life Lost, by Gender. Argentina, 1997 and 2005

Grupo etario Age Group	APVP Hombres PYLL Males		APVP Mujeres PYLL Females		APVP Mujeres Both Genders	
	Nº/Qty.	Tasa x 1000 hab. Rate/1000 inhab.	Nº/Qty.	Tasa x 1000 hab. Rate/1000 inhab.	Nº/Qty.	Tasa x 1000 hab. Rate/1000 inhab.
0 a 14	1633	0.31	1050	0.21	2683	0.26
15 a 44	34513	3.90	13690	1.61	48203	2.82
45 y más	5503	1.14	1548	0.29	7050	0.70

Grupo etario Age Group	APVP Hombres PYLL Males		APVP Mujeres PYLL Females		APVP Mujeres Both Genders	
	Nº/Qty.	Tasa x 1000 hab. Rate/1000 inhab.	Nº/Qty.	Tasa x 1000 hab. Rate/1000 inhab.	Nº/Qty.	Tasa x 1000 hab. Rate/1000 inhab.
0 a 14	900	0.17	774	0.15	1674	0.16
15 a 44	25213	2.85	11488	1.31	36700	2.09
45 y más	5695	1.18	1773	0.32	7468	0.72

Fuente: elaborado por UNAMOS a partir de los registros de mortalidad de la DEIS. Población estándar: Argentina del año 2000. Argentina, 2007.
Source: Prepared by UNAMOS with mortality record data provided by DEIS. Standard Population: Argentina, 2000. Argentina, 2007

The significant mortality reduction recorded can be attributed to diverse causes, such as: universalization of access to ARV therapy in Argentina since 1997, early diagnosis of HIV infection, higher accessibility to ARV therapy, higher adherence to therapy, and/or appearance of new rescue drugs. However, the 1999-2003 plateau period may have been caused by delayed diagnoses, non-adherence to ARV therapy, therapy failures, long-evolution patients, the economic-financial crisis, temporary discontinuity in ARV drug provision, impoverishment of the population in general, and, in particular, of PLWHA. All these facts lower HIV/AIDS mortality reduction more than expected.

$\beta_{\text{se}}(\lambda) = \text{PH} \cdot \text{O} \cdot \text{J} \cdot \text{u} \cdot \text{r} \cdot \text{f} \cdot \text{c}$

According to the experts, the restrictions and obstacles to achieving a better HIV/AIDS control are associated to the following determinants:

Biological determinants:

- Male and female bodily characteristics.
- Virus characteristics.

Health system-related determinants:

- Absence of a healing treatment and of massive immunization (vaccine).

Socio-cultural determinants:

Lack of information about care, persistent bias and discrimination regarding sexuality, drug use (harm reduction programs).

Differences in the use and negotiation of condom in the diverse sexual practices (vaginal, oral, and anal sex).

- Insuficiente desarrollo del testeo voluntario y con consejería son ejemplos que señalan un escenario complejo atravesado por dimensiones de género y políticas.
- Las cuestiones de género (machismo, homofobia y transfobia) y la reticencia a la implementación sostenida y sistemática de programas de educación sexual alimentan la falta de información.
- Las dificultades en la adherencia a los comportamientos de cuidado y auto-cuidado también constituye un obstáculo importante en las PVVS debido a múltiples causas: problema socio-económicos (falta de apoyo para acceder a los sistemas de salud: transporte, complementación alimentaria y otros), problemas en la relación paciente-médico, continuidad en el acceso a las drogas, horarios de atención restringidos, entre los principales.
- El escaso reconocimiento de los proyectos a futuro (como por ejemplo la maternidad/ paternidad).
- La experiencia de los efectos secundarios como la lipodistrofia.
- La dificultad en mantener “siempre” prácticas de sexo seguro.
- Las prácticas individuales están inscriptas en situaciones de pobreza y vulnerabilidad social en las cuales se refuerzan aún más los patrones de estigmatización (sobre la base del género, la orientación sexual y la identidad de género) y de criminalización de la pobreza y de comportamientos como el uso de drogas ilegales (la legislación vigente en materia de drogas criminaliza y estigmatiza).

La prevención y el tratamiento del VIH/SIDA

Si bien todavía no se han desarrollado vacunas curativas y/o microbicidas eficaces, el uso extendido de ARV ha logrado prolongar la sobrevivencia y mejorar la calidad de vida. En este contexto de cronicidad, han emergido nuevas causas y tendencias de morbilidad y mortalidad. Las dificultades del tratamiento ARV son de diferentes índole: aparición de cepas virales resistentes a drogas, aplazamiento de inicio del tratamiento debido a sus características (es un tratamiento crónico que exige altos niveles de adherencia) y la superposición de temores y fantasías sobre los posibles efectos colaterales, así como factores sistemáticos ligados a la baja cobertura del testeo y al testeo usualmente tardío.

A nivel de los servicios hay demora en el diagnóstico, pérdidas de seguimiento y dificultades en el acceso al sistema (disponibilidad heterogénea de instrumentos para la atención y falta de especialistas en distintas regiones) y escasa oferta de consejería y testeo voluntario. Persisten patrones de género hetero-normativos y estigmatizantes. En efecto, falta aún el reconocimiento de la problemática de los gays, travestis, bisexuales y otros HSH y de UDIs y usuarios de drogas no-inyectables y alcohol, como temáticas de la salud pública.

Respecto a los programas de prevención generalizados y focalizados existe una falta de implementación y, sobre todo, de sustentabilidad

- Insufficient development of voluntary testing and counseling, which indicates a complex scenario intersected by gender and political dimensions.
- Gender issues (machismo, homophobia, and transphobia), and rejection of a sustained and systematic implementation of sexual education programs. These two factors worsen the lack of information problem.
- Difficulties to adhere to care and self-care practices also constitute a significant obstacle for PLWHA due to multiple causes: socio-economic problems (lack of support -transport, food supplementation, and others- for accessing healthcare systems), patient-physician relationship issues, drug access continuity, and restricted healthcare timetables are the major ones.
- Poor recognition of long-term projects (such as parenthood).
- Experiencing of side effects such as lipodystrophy.
- Difficulty to always maintain safe sexual practices.
- Individual practices are surrounded by situations of poverty and social vulnerability that reinforce stigmatization patterns (based on gender, sexual orientation, and gender identity) even more, and of criminalization of poverty and practices such as illegal drug use (current drug-related legislation criminalizes and stigmatizes).

Prevention and treatment of HIV/AIDS

Although no effective healing and/or microbical vaccines have been developed so far, the broad use of ARV therapy has managed to extend survival and quality of life. In this chronicity context, new morbidity/mortality causes and trends have emerged. ARV therapy difficulties are varied: appearance of viral drug-resistant strains, postponement of therapy initiation due to therapy characteristics (it is a chronic therapy demanding high adherence levels), and superimposed fears and fantasies regarding possible side effects, as well as systematic factors related to low testing coverage, and usually delayed testing.

At the services level, there are diagnosis delays, follow-up losses, and system accessibility difficulties (uneven availability of healthcare tools, and lack of specialists in several regions), and scarce counseling and voluntary testing offer. Hetero-normativity gender and stigmatization patterns persist. Indeed, recognition of MSM gays, transvestites, bisexuals, among others-, IDUs' and NIDUs' (non-injection drug users), and alcohol consumers' issues is still pending in the public health agenda.

As regards generalized and focalized preventive programs, they lack implementation and, especially, sustainability. Difficulties for developing more aggressive preventive policies at the national government level persist due to pressure put by moralistic parties preaching abstinence and discrediting the use of condoms. Also, there is disinterest in the prevention and care of this problem in imprisoned people.

de los mismos. Permanecen dificultades a nivel gubernamental nacional para desarrollar políticas de prevención más agresivas debido a las presiones de actores moralistas que predicán la abstinencia y desacreditan el uso del preservativo. Por otro lado, hay un desinterés en los problemas de prevención y atención de las personas privadas de libertad.

De modo transversal a los servicios, existe un déficit tanto de información epidemiológica de buena calidad como de estudios de co-morbilidades (por ej. hepatitis B y C, tuberculosis). En efecto, se destacan la fragmentación entre los programas (de sida, de salud sexual y reproductiva, materno infantil, de drogas, etcétera) y la casi ausencia de planteos interdisciplinarios (tuberculosis y VIH). En un nivel macro emerge el problema de la falta de continuidad de las políticas gubernamentales y la desarticulación entre el gobierno nacional y algunos gobiernos provinciales.

Por último, la legislación en torno a la propiedad intelectual (patentes) y la producción nacional de ARV constituye una problemática política sanitaria de envergadura teniendo en cuenta la sustentabilidad de los tratamientos. La escasa inversión en infraestructura, recursos humanos, investigación y desarrollo en las áreas de mayor prevalencia no contribuye al establecimiento de prioridades teniendo en cuenta el contexto nacional.

En síntesis, se observa que la persistencia del VIH se explica por factores que ligan aspectos biomédicos con aspectos sociales y de derechos humanos, sobre los cuales ya se ha empezado a actuar pero que es necesario extender, mejorar y profundizar, tanto la investigación como las acciones en terreno.

Evidencia del costo y el costo-efectividad de las intervenciones

Los esfuerzos para revertir la transmisión del VIH se centran en las estrategias de prevención. Las mismas pueden agruparse en cuatro categorías en función del foco de transmisión sobre el cual actúan: intervenciones relevantes para prevenir las distintas formas de transmisión, intervenciones para prevenir la transmisión sexual, intervenciones para prevenir la transmisión vertical (TV) e intervenciones para prevenir la transmisión sanguínea (*tabla 3*).

Across the services levels, good-quality epidemiological information as well as co-morbidity studies (e.g., hepatitis B and C, tuberculosis) are deficient. Indeed, there is fragmentation among programs (AIDS, sexual and reproductive health, mother-and-child, and drug programs, among others), and interdisciplinary approaches (e.g. tuberculosis/HIV) are almost non-existent. At the macro-level, the problem of governmental policy discontinuity and disarticulation between the national government and some provincial governments emerge.

Lastly, intellectual property (patent) and national ARV production legislation constitutes a significant political-health problem, especially as it affects therapy sustainability. Considering the national context, insufficient investment in infrastructure, human resources, research, and development in the main prevalence areas impairs priority setting.

In summary, it is observed that HIV persistence is caused by factors that interconnect biomedical and social aspects, as well as human rights-related ones, about which action has already started to be taken, but which should be extended, improved, and intensified, both as regards research and field action.

Evidence of Cost and Cost-effectiveness of Interventions

The efforts made to reverse HIV transmission focus on prevention strategies. These can be grouped in four categories according to the transmission focus of each of them: relevant interventions to prevent sexual transmission, interventions to prevent VT (vertical transmission), and interventions to prevent blood transmission (*Table 3*).

Tabla 3. Intervenciones para la prevención del VIH/SIDA

Table 3. Interventions for HIV/AIDS Prevention

Formas de transmisión	Intervenciones
Todas / All	<ul style="list-style-type: none"> ? Información, educación y comunicación sobre el VIH/SIDA y uso del preservativo/ <i>Information, education, and communication about HIV/AIDS and use of condoms</i> ? Testeo voluntario y consejería/ <i>Voluntary Testing and Counseling</i> ? Trabajo en grupo de pares (trabajadores sexuales, travestis, UDIs, grupo de PVVS, jóvenes, particularmente en situación de pobreza)/ <i>Pair teamwork (sexual workers, transvestites, IDUs, the PLWHA group, and the youth, particularly those in situation of poverty)</i> ? Participación de pacientes y la comunidad en ONGs y redes/ <i>Patients' and community's participation in NGOs and networks</i> ? Actividades de promoción de los derechos humanos y de la no-discriminación/ <i>Human rights and non-discrimination promotion activities</i>
Sexual / Sexual	<ul style="list-style-type: none"> ? Promoción y distribución de preservativos/ <i>Promotion and distribution of condoms</i> ? Tratamiento y monitoreo de las enfermedades de transmisión sexual / <i>STD treatment and monitoring</i>
Vertical / Vertical	<ul style="list-style-type: none"> ? Evitar embarazos no deseados / <i>Prevention of unwanted pregnancy</i> ? Inclusión sistemática del test voluntario en controles prenatales/ <i>Systematic inclusion in voluntary testing at prenatal control stage</i> ? Uso de ARV en el embarazo/ <i>Use of ARV during pregnancy</i> ? Sustitución del amamantamiento / <i>Breastfeeding substitution</i> ? Estrategias en salud sexual y reproductiva en PVVS, especialmente en parejas serodiscordantes / <i>Sexual health and reproductive strategies for PLWHA, especially in serodiscordant couples</i>
Sanguínea / Blood	<ul style="list-style-type: none"> ? Programa de reducción de daños entre UDIs / <i>IDU's harm reduction program</i> ? Estrategias de sangre segura / <i>Safety blood strategies</i> ? Uso de ARV post-exposición ocupacional / <i>Use of ARV after occupational exposure</i>

Todas estas intervenciones han demostrado ser efectivas sobre diferentes poblaciones, aunque la combinación más adecuada de las mismas depende de la naturaleza y estado de la epidemia en cada país en particular. Así, en naciones con epidemia concentrada debe hacerse énfasis en intervenciones destinadas a grupos en riesgo, mientras que en aquellas donde la epidemia es generalizada debe invertirse en acciones que alcancen a toda la sociedad. Por lo tanto, la determinación de la efectividad y costo-efectividad de las estrategias de prevención dependerá de las circunstancias particulares y del correcto entendimiento de la enfermedad en cada contexto particular.

El consejo y testeo voluntario es reconocido internacionalmente como un punto de entrada a los servicios de prevención y tratamiento del VIH, generando oportunidades para que las personas disminuyan las probabilidades de contraer o transmitir la enfermedad, así como también acceder tempranamente al tratamiento. Los cambios acontecidos en el tratamiento de la enfermedad, el reconocimiento del acceso a la atención como un derecho, y la disminución de la estigmatización y discriminación en ciertos sectores, exige replantearse la actual estrategia de testeo basada en el excepcionalismo del sida y la demanda espontánea. Actualmente, la OMS recomienda la adopción de una estrategia de opt-out en contextos de epidemia generalizada, y sugiere su consideración en epidemias concentradas y de bajo nivel²⁷. En este sentido, debe evaluarse la viabilidad de implementar algún tipo de estrategia de testeo en Argentina, y monitorear las posibles consecuencias sociales de dicho cambio. Todo cambio en la estrategia de testeo debe basarse en el respeto a los derechos individuales, incluyendo el carácter voluntario y confidencial del estudio.

All these interventions have proved to be effective in different populations, but they could be enhanced by being appropriately combined according to the epidemic's nature and status in each specific country. Thus, in countries with concentrated epidemics the focus should be on interventions targeted at risk groups, whereas in countries with generalized epidemics investment should be made in actions covering the whole society. Therefore, effectiveness and cost-effectiveness of prevention strategies will be determined according to the specific circumstances and the correct understanding of the disease in each specific context.

Counseling and voluntary testing has been recognized worldwide as a gateway to HIV prevention and therapy services that generates opportunities to reduce people's probabilities to acquire or transmit the disease, as well as to access therapy early. The changes in the disease therapy, the recognition of healthcare access as a right, and the reduction of stigmatization and discrimination in certain sectors demand a change of current exceptionalism-based AIDS testing strategy and spontaneous demand. Nowadays, the WHO recommends the adoption of an opt-out strategy in generalized epidemic contexts, and suggests its consideration in concentrated or low epidemic ones²⁷. In this sense, the feasibility of some type of testing strategy in Argentina should be evaluated, and the possible social consequences of such change should be monitored. Any change in the testing strategy must be based on the respect for individual rights, including the voluntary and confidential nature of the study.

27. WHO (2003) The right to know: New approaches to HIV testing and counselling

La efectividad del uso de ARV para prevenir la TV ha sido documentada en la CABA²⁸, a partir de un estudio efectuado en el Hospital Ramos Mejía en donde se concluye que la ARV, especialmente la terapia combinada, se asoció con una reducción en el riesgo de TV del VIH, independientemente del tipo de parto. Sin embargo, de acuerdo a estimaciones de la OMS para el año 2005, aún un 18% de las mujeres embarazadas en Argentina no se les ha practicado un test de VIH, y un 13% de las embarazadas infectada con VIH no acceden a los tratamientos ARV.

En los últimos años a partir de la incorporación de la terapia ARV de alta eficacia ha habido una firme disminución de la mortalidad y de las hospitalizaciones por sida. De acuerdo a los datos publicados por el Programa de Lucha contra los RH, SIDA y ETS, se ha producido una reducción acumulada entre 1996-2004 del 35,6% en la tasa de mortalidad por millón de habitantes²⁹. Los programas de adherencia a ARV y a comportamientos de cuidado y auto-cuidado pueden ser estrategias de tratamiento muy efectivas.

Otras intervenciones relacionadas con el tratamiento involucran la atención y diagnóstico de infecciones oportunistas, el tratamiento de la lipodistrofia, apoyo psico-social al enfermo y sus familiares, participación de los enfermos en ONGs y redes de contención, y políticas de salud reproductiva para mujeres y parejas viviendo con VIH.

La información sobre costo-efectividad de las intervenciones es una herramienta relevante para la toma de decisiones sobre como asignar los recursos escasos a las infinitas necesidades. No obstante, la evidencia en el país es escasa, y los resultados obtenidos por trabajos en otros contextos no son directamente extrapolables debido a que la efectividad de las intervenciones depende del estado y características de la enfermedad en cada país. Los estudios internacionales destacan la costo-efectividad de las estrategias de difusión de información, educación y comunicación, tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, asesoramiento y testeo voluntario, programas de reducción de daños para UDIs, prevención de la TV y provisión de la terapia ARV.³⁰

ARV effectiveness in the prevention of VT in Buenos Aires city²⁸ has been documented by a study conducted at Hospital Ramos Mejía. Its conclusion was that ARV therapy, especially when combined, was associated to an HIV VT risk reduction, regardless of the type of delivery. However, according to WHO's estimations, by 2005 18% of Argentine pregnant women had not been tested for HIV, and 13% of HIV-infected pregnant women did not access ARV therapy.

In recent years, the addition of high-effect ARV therapy has helped to steadily reduce AIDS-related mortality and hospitalization. According to data published by the Program against HR, AIDS, and STD, a 35.6% cumulative reduction in the mortality rate per 1,000,000 inhabitants²⁹. ARV adherence programs and care and self-care conducts may be highly effective therapy strategies.

Other therapy-related interventions involve care and diagnoses of opportunistic infections, lipodystrophy therapy, psychosocial care for the patient and his/her relatives, patients' participation in NGOs and in supportive networks, and reproductive policies for females and couples living with HIV.

The information about cost-effectiveness of interventions is a relevant tool for making decisions on how to allocate limited resources to the infinite number of needs. Yet, evidence is scarce, and the results obtained from studies conducted in other contexts cannot be directly extrapolated, since effectiveness of interventions depends on the specific disease status and characteristics in each country. International studies highlight the cost-effectiveness of strategies such as information divulgation, education and communication, STD therapy, counseling and voluntary testing, IDU's harm reduction programs, VT prevention, and ARV therapy provision.³⁰

28. Duran, A. Ivalo, S. Hakim, A. Masciottra, F. Zlatkes, R. Adissi, L. Neaton, J y Losso, M. (2006) Prevention of mother to child HIV transmission. *Medicina (Buenos Aires)* 66:24-30.

29. Programa Nacional de lucha contra los RH, SIDA y ETS (2005) Boletín sobre VIH/SIDA en Argentina 2005

30. El siguiente es un listado de alguno de los estudios internacionales sobre costo-efectividad de las intervenciones para el tratamiento y atención del HIV/SIDA:
Hogan, D., Baltussen, R., Hayashi, C., Lauer, J. y Salomón, J. (2005) Cost effectiveness analysis of strategies to combat HIV/AIDS in developing countries, BMJ 331:1431-1437.
Sanders, G., y col. (2005) Cost-effectiveness of screening for HIV in the era of Highly active antiretroviral therapy New England Journal of Medicine, 352:570-85.
Bertozzi, S., Padian, N., Wegbreit, I. DeMaria, L., Feldman, B., Gayle, H., Gold, J., Grant, R y Isbell, M. (2006) HIV/SIDA prevention and treatment, en Disease Control Priorities Second Edition.
Beck, E., Mandalia, S., Gaudreault, M., Brewer, C., Zowall, H., Gilmore, N., Klein, M., Lalonde, R., Piché. A. y Hankins, C. (2004) The cost-effectiveness of highly active antiretroviral therapy, Canada 1991-2001, AIDS 18:2411-2418ina 2005

Como se planteó anteriormente, la introducción de los ARV de alta eficacia ha permitido una significativa disminución de las internaciones y mortalidad por VIH/SIDA. Sin embargo, esto ha implicado importantes costos para los sistemas de salud. Estimaciones efectuadas en Estados Unidos sobre el costo de atención de por vida de los 40 mil nuevos infectados detectados en 2002, arroja un costo total de US\$ 36.431 millones, incluyendo US\$ 6.745 millones de gastos médicos directos y US\$ 29.686 de pérdida de productividad³¹. En este mismo sentido, un trabajo también efectuado en Estados Unidos, muestra como han aumentado los costos de la atención del VIH entre 1993 y 2004, pasando de US\$ 150.000 a US\$ 385.200 por individuo. Asimismo, presenta que la relevancia de los ARV sobre el costo total pasó del 14% en 1993 al 73% en 2004, aunque la participación de los gastos en internación disminuyeron del 50% al 13%, y la expectativa de vida se incrementó 17,4 años³².

Otro trabajo, que tiene por objetivo determinar los beneficios del tratamiento del VIH en términos de sobrevivencia muestra que se han podido salvar un total de 3 millones de años en los EEUU. La comparación con otras intervenciones médicas permite concluir que la atención del VIH es una de las estrategias que genera mayor cantidad de años de sobrevivencia por individuo (13 años) (tabla 4). Finalmente, en términos de costo-efectividad, las estrategias de intervención en VIH/SIDA arrojan resultados comparables con los obtenidos para otras intervenciones aceptadas en la medicina como costo-efectivas (tabla 5)³³.

As mentioned above, the introduction of highly effective ARV has helped to significantly reduce HIV/AIDS-related hospitalization and mortality. However, this has involved significant healthcare system costs. Estimations made in the United States about lifelong healthcare costs for the 40,000 newly infected people detected in 2002 indicate a total cost of US\$ 36,431 million, including direct medical expenditures of US\$ 6,745 million and productivity losses of US\$ 29,686³¹. In this sense, another study, also conducted in the United States, shows the increase of HIV healthcare costs in the 1993-2004 period, which rose from US\$ 150,000 to US\$ 385,200 per individual. It further presents the fact that ARV relevance on the total cost was 14% in 1993 and reached 73% in 2004, although there was a reduction in the hospitalization expenditure share from 50% to 13%, and life expectancy increased by 17.4 years³².

Another study aimed at determining HIV therapy benefits as regards survival shows that a total of 3 million years have been saved in USA. The comparison with other medical interventions leads to the conclusion that HIV care is one of the strategies that creates the highest number of survival years (13 years) per individual (Table 4). Finally, in terms of cost-effectiveness, HIV/AIDS intervention strategy results are comparable to those obtained for other interventions accepted as cost-effective in the medical field (Table 5)³³.

Tabla 4. Años de vida ganados de diversas intervenciones médicas
Table 4. Years of Life Gained through Diverse Medical Interventions

Condición / Condition	Tratamiento/ Treatment	Meses ganados por persona/ Months Gained per Individual
Cáncer de pulmón de células no pequeñas / Large-cell lung cancer	Quimioterapia / Chemotherapy	7
Nódulos y Cáncer de mama / Breast nodules and cancer	Quimioterapia adyuvante / Adjuvant chemotherapy	29
Enfermedad coronaria / Coronary disease	Bypass / Bypass	50
Linfoma no Hodgkin / Non-Hodgkin's lymphoma	Transplante de médula ósea / Bone marrow transplant	92
Profilaxis en personas con VIH / HIV individuals' prophylaxis	Profilaxis de infecciones oportunistas / Prophylaxis against opportunistic infections	3
VIH/SIDA / HIV/AIDS	Terapia ARV / ARV Therapy	160

Fuente/ Source: Walensky R et al. The survival benefits of AIDS treatment in the US. J Infect Dis. 2006;194:1-5

31. Hutchinson.A.; Farnham, P., dean, H., et al. (2006) The economic burden of HIV in the United States in the era of highly active atiretroviral therap : evidence of continuing racial and ethnic differences. J acquir Immune Defic Syndr. 43:451-457.

32. Valenti, W. (2007) cost of HIV care: evolution and update. AIDS Reader. 17:242:244

33. Walensky R et al. The survival benefits of AIDS treatment in the US. J Infect Dis. 2006;194:1-5

Tabla 5. Costo-efectividad para el tratamiento y monitoreo del VIH y otras condiciones médicas
 Table 5. Cost-effectiveness of Treating and Monitoring HIV and Other Medical Conditions

VIH/HIV		
Profilaxis para PCP y Toxoplasmosis/ <i>PCP and toxoplasmosis prophylaxis</i>	TMP/SMX	\$ 2800
ARV	EFV/ZDV/3TC	\$11,700
Test de resistencia/ <i>Resistance testing</i>	-----	\$20,200
Monitoreo paciente internado/ <i>Hospitalized patient monitoring</i>	-----	\$38,600
Profilaxis para mycobacteriosis atípicas / <i>Prophylaxis for atypical mycobacterial infections</i>	Azitromicina	\$43,300
Monitoreo VIH: pacientes de alto riesgo cada 5 años/ <i>HIV monitoring: High-risk patients every 5 years</i>	-----	\$50,000
Otras intervenciones/ <i>Other Interventions</i>		
Cáncer de mama, mujeres >50 años / <i>Breast cancer, females aged >50 years</i>	Mamografía anual/ <i>Annual mammography</i>	\$57,700
Cáncer de Colon, 50-85 años / <i>Colon cancer, 50-85 years</i>	Colonoscopia/ <i>Colonoscopy</i>	\$57,500
Diabetes, edad >25 años / <i>Diabetes, age: >25 years</i>	FBS	\$70,000

Fuente/ Source: Walensky R et al. The survival benefits of AIDS treatment in the US. J Infect Dis. 2006;194:1-5

La evidencia aquí presentada nos permite concluir que si bien el tratamiento del VIH /SIDA implica importantes gastos para el sistema de salud, los beneficios obtenidos justifican el destino de recursos para su financiamiento.

Los costos del tratamiento del VIH pueden ser muy superiores si se comienza tarde el tratamiento, situación que no es ajena a la realidad nacional. Un estudio desarrollado en Canadá evaluó los costos directos de atención durante el año posterior al diagnóstico de la infección, comparando entre pacientes con un conteo de CD4 menor a 200 x10⁶/l, y otro superior. Los resultados mostraron que el costo promedio de aquellos pacientes que se presentaban tardíamente era un 200% superior al de los diagnosticados tempranamente³⁴.

La información disponible para la Argentina cuenta con un trabajo publicado por el Banco Mundial en el cual se presentan los resultados de un ejercicio de asignación del presupuesto a actividades de prevención del VIH /SIDA utilizando un modelo llamado START. Las conclusiones obtenidas establecen que con un presupuesto de \$30 millones se podrían prevenir 34.100 nuevas infecciones a un costo promedio por infección de \$880, si se priorizan las siguientes intervenciones³⁵:

- ? Prevención del VIH en privados de libertad
- ? Promoción y defensa de derechos humanos en grupos de alta vulnerabilidad
- ? Prevención del VIH en trabajadores sexuales
- ? Información y comunicación/Distribución gratuita de condones
- ? Programas de reducción del daño en UDIs
- ? Diagnóstico y tratamiento de ETS
- ? Prevención del VIH en HSH

The evidence presented here allows us to conclude that although HIV/AIDS treatment involves significant costs for the healthcare system, the benefits obtained justify the resource allocation for its financing.

HIV treatment may be much more costly if started late, a common fact in Argentina's reality. A study conducted in Canada evaluated the direct healthcare costs incurred in the year following the infection diagnosis, comparing between patients with a CD4 count inferior to 200 x 10⁶/l, and a superior one. The results showed that the average cost for patients who presented their cases late was 200% higher than that of patients who had been diagnosed early³⁴.

The information available for Argentina includes a study published by the World Bank that presents the results in an exercise of budget allocation to HIV/AIDS prevention activities by using a model named START. The conclusions obtained are that a 30 million-peso budget would help to prevent 34,100 new infections at a per-infection average cost of 880 pesos, if the following interventions were prioritized³⁵:

- HIV prevention in imprisoned individuals
- Human rights promotion and advocacy in highly vulnerable groups
- HIV prevention in sexual workers
- Information and communication/Free distribution of condoms
- IDU's harm reduction programs
- STD diagnosis and treatment
- MSM HIV prevention

34. Krentz, H., Alud, M.; Gill, M. (2004) the high costo of medical care for patients who present late (CD4<200 cells/ul) with HIV infection, British HIV Association 5:93-98.

35. Banco Mundial (2005) Asignación de Recursos para la prevención del VIH en Argentina: un análisis desde la perspectiva del costo y la efectividad: Modelo START 2004.

Agenda de prioridades

Los asistentes al taller acordaron que, de ser posible, se incluyan las prioridades de investigación en la modalidad de estudios multicéntricos prospectivos y multidisciplinarios.

Hubo acuerdo en establecer la necesidad de analizar e integrar la información existente, lo que permitirá establecer comparaciones e identificar tendencias en la epidemia de SIDA a lo largo del tiempo y en las diferentes regiones del país.

Se señaló que se debe contribuir al desarrollo de instrumentos comparables de recolección de datos, diseño de proyectos de investigación y de evaluación de programas, favoreciendo la interacción entre investigadores e instituciones académicas, organizaciones comunitarias, gubernamentales, y no gubernamentales.

Se remarcó que la definición de una política sanitaria que establezca prioridades no debe descuidar ninguna de las líneas de investigación (básica, clínica, epidemiológica y socio-cultural). Se incentivó el diseño de investigaciones trans-disciplinarias para abordar cuestiones complejas como por ejemplo el testeo y la adherencia. Se insistió en la educación sexual y la prevención del SIDA en forma sostenida y con perspectiva de género.

Los grupos de discusión identificaron las siguientes líneas de investigación que permitirán:

Generar sistemas de evaluación de los procesos de atención y seguimiento de las personas con VIH/SIDA:

1. Investigar las dificultades, abandonos y fracasos en la adherencia al tratamiento y determinar sus causas a partir de estudios de cohorte de terreno (seguimiento de pacientes en tratamiento hospitalario) con metodologías cualitativas y cuantitativas.
2. Investigar las barreras y facilitadores en la realización del testeo tanto a nivel de la oferta como de la demanda. Indagar en las ventajas y desventajas de los diferentes modelos de testeo y consejería.
3. Investigar las barreras y facilitadores a nivel eficacia y accesibilidad al sistema de salud en la transmisión vertical.

Research Agenda

The workshop attendees agreed on the inclusion, if possible, of research priorities in the form of multicentric prospective multidisciplinary studies.

They also agreed on the need to analyze and integrate the existing information, since that would allow comparisons and establish trends concerning AIDS epidemic over time and across the country.

It was pointed out that contributions should be made to the development of comparable data collection instruments, research project and program evaluation project designs, favoring interaction among researchers and academic institutions, community and governmental organizations, and NGOs.

It was highlighted that the definition of a healthcare priority-setting policy should not disregard any (basic, clinical, epidemiological, and socio-cultural) research line. Design of transdisciplinary research to manage complex issues, such as testing and adherence, was encouraged. Sustained sexual education and AIDS prevention within a gender-based approach was insisted on.

The discussion groups identified the following research lines and their expected outcomes:

To generate evaluation systems for healthcare and follow-up processes for people infected with HIV/AIDS:

1. To do research in therapy adherence difficulties, desertion, and failure; and to determine their causes by cohort field studies (follow-up of patients under hospital treatment) with qualitative and quantitative methodologies.
2. To research test performance barriers and facilitators both at offer and demand levels. To explore advantages and disadvantages of the various testing and counseling models.
3. To research barriers and facilitators for effectiveness and healthcare system accessibility in vertical transmission. To explore the reason why existing protocols of knowledge are not applied.

1

Carga de enfermedad

- A diciembre de 2006, ONUSIDA/OMS informaba 39,5 millones personas viviendo con VIH en todo el mundo, 17,7 millones mujeres y 2,3 millones menores de 15 años.
- Nuevas infecciones ocurridas en 2006: 4,3 millones, 530.000 aproximadamente en menores de 15 años.
- Muertes por VIH/SIDA: 2,9 millones.
- En América Latina, las nuevas infecciones de 2006 se mantuvieron al mismo nivel que en 2004, y, si bien la mayoría de los casos son en varones, sigue aumentando la proporción de mujeres.
- A fines de 2006, en América Latina, totalizaban 1,7 millones las PVVS, 510000 mujeres, las nuevas infecciones alcanzaban 140.000, y 65.000 personas habían fallecido por SIDA.
- Las dos terceras partes del total de personas viviendo con VIH en América Latina viven en Brasil, Argentina, Colombia y México.
- Se siguen registrando infecciones entre UDIs y HSH, en la mayor parte de los países de América del Sur.
- Las relaciones sexuales sin protección entre HSH representan alrededor del 25-35% de los casos de SIDA comunicados en Argentina, Bolivia, Brasil, Guatemala y Perú.
- Entre las trabajadoras sexuales o mujeres en situación de prostitución, la prevalencia del VIH es muy baja en Chile y Venezuela, pero se han registrado tasas de prevalencia entre el 2,8% y el 6,3% en ciudades de la Argentina, y del 6% en ciertas partes del Brasil.
- En Argentina, la epidemia de VIH/SIDA tiene una distribución heterogénea tanto en relación a los distritos como a los colectivos afectados; el mayor crecimiento de la epidemia se va asociando a los niveles socioeconómicos más deprimidos.
- La prevalencia nacional del VIH en adultos era del 0,6% [0,3-1,9%] en 2005, son aproximadamente 130000 PVVS.
- Los casos notificados de SIDA, son 33.236 en todo el país, de los cuales el 50% corresponden al período posterior al año 2001, año en que se incorpora al registro de sida la notificación obligatoria del VIH.
- La mayoría de las personas que se estima están infectadas por el VIH vive en Buenos Aires, CABA, Córdoba, Santa Fe y Mendoza (83%).
- Es una epidemia netamente urbana.
- Con grados de subregistro y demoras en la notificación, los datos del Programa Nacional informan una tasa de incidencia de SIDA de aproximadamente 40/millón de habitantes, estable en los últimos 5 años.
- Actualmente en Argentina alrededor de 2 cada 3 personas infectadas desconocen su situación serológica.
- Es una epidemia concentrada, en varios estudios se ha comprobado que son VIH-positivos hasta el 44% de los UDIs, el 7-15% de los HSH, y 6% en las profesionales femeninas del sexo. Hasta un 28% de los privados de libertad en algunas prisiones urbanas han resultado seropositivos.
- Hay zonas del conurbano bonaerense donde la prevalencia en mujeres embarazadas ronda el 1%. Esto estaría marcando técnicamente un umbral hacia la generalización de la epidemia en esas zonas.
- La enfermedad afecta fundamentalmente a la franja de edad de población económicamente activa y se concentra en ambos sexos entre 20 y 39 años.
- Desde principios de los años 90 en los casos diagnosticados de SIDA la vía de transmisión más frecuente es por relaciones sexuales desprotegidas. En las personas que desarrollaron SIDA en el año 2006, la distribución fue la siguiente: las relaciones HTS con el 58.9%, seguido por HSH 14.1% y luego UDIs 13.9%.
- La notificación de casos de SIDA en Argentina muestra tendencias disímiles según la vía de transmisión. Las tasas de notificación de casos relacionados con la vía heterosexual ascienden a un ritmo de 7,72% anual (IC 95%: 5,96; 8,06) a partir del año 1999. Esta tendencia contrasta con la de transmisión en UDIs donde se observa una tendencia descendente a un ritmo de 6,49% anual (IC 95%: 8,78; 4,15), que, a partir del año 1999, es de 13,46% anual (IC 95%: 15,78; 11,07). Con relación a la evolución de la notificación de casos de SIDA en HSH la tendencia se ha estabilizado, con un PECA de 1.29% (IC 95%: 2.51; 0.06).
- Se estima que el coito sin protección (principalmente HTS) fue responsable aproximadamente de cuatro de cada cinco nuevos diagnósticos de VIH en 2005.
- Analizando la notificación de casos de SIDA por sexo, se observa un cambio significativo en el índice de masculinidad (razón hombre/ mujer). A finales de 1987, año en que se realiza el primer diagnóstico de SIDA en una mujer en nuestro país, la relación era de 45 hombres por cada mujer; descendió a 14: 1 en el año 1988; 3:1 en el año 2000 y 2,35: 1 en 2005.
- En los hombres la mortalidad por VIH/SIDA disminuyó 38.9% en el período 1997-2005. Con un descenso acelerado entre 1997 y 1999 (de 22.8%), seguido de un período de cierta estabilidad hasta el año 2003, para descender nuevamente hasta el año 2005, 20.8% más. Sin embargo, en las mujeres el descenso fue sostenido y de sólo 24.3% en todo el período (1997-2005).
- Las tasas de APVP por cada 1000 habitantes disminuyeron en ambos sexos para los menores de 45 años (55% en hombres y 28% en mujeres de 15 a 44 años); y aumentaron a partir de esta edad entre 1997 y 2005.
- Las mujeres han perdido AEV por VIH/SIDA en el período 1997-2005, mientras que los hombres han ganado 0.1 AEV.
- En Argentina, como en Brasil y Uruguay y otros países de la región, existe acceso formalmente universal a los ARV, garantizado por la ley. 24455 (marzo de 1995). En nuestro país, la ley obliga al sector público, de obras sociales y de prepagas a cubrir los tratamientos de las PVVS.

2

Determinantes

BPZONZII a©ZYX—Ø(87ø÷öG
BstS'Öña

Falta de información sobre cuidados, persistencia de prejuicios y discriminación en torno a la sexualidad y los UDIs.

Dificultades en la realización de test diagnóstico.

Dificultades en la adherencia a los comportamientos de cuidado y autocuidado.

Dificultad en la adherencia al tratamiento debido a:
problemas socio-económicos.
relación médico/paciente.
continuidad en el acceso a las drogas
horarios de atención restringidos.
efectos secundarios de las drogas.

Valores:
Cuestiones de género, machismo, estereotipos, representaciones culturales, homofobia y transfobia.
Discurso oficial de la Iglesia Católica sobre sexualidad: reticencia al uso del preservativo y a la implementación de la educación sexual.

Recursos y vulnerabilidad estructural:
Situaciones de vulnerabilidad social y su relación con la criminalización de UDIs.

Procesos de exclusión, pobreza junto con discriminación y estigmatización.
Falta de apoyo socioeconómico para acceso a los servicios de salud y sociales: transporte, complementación alimentaria y otros.

Problemas de accesibilidad a los servicios de salud en varios estados provinciales.

Redes de personas viviendo con VIH/SIDA y organizaciones de la sociedad civil requieren de ser fortalecidas.

Situaciones particulares:
Personas privadas de libertad.
niños, adolescentes y jóvenes adultos nacidos con VIH.

Bòñð/.nm.©^nnnn-^]EÜÜZY«ú¼»ú»<:ú«è\|;K
Bc³²ò

Inexistencia de vacunas curativas y/o microbicidas: inmunopatogénesis compleja y todavía no bien comprendida.
nueva morbilidad y causas de mortalidad en el contexto de prolongación de la sobrevida.
respuesta inmune ineficaz.
nivel de evidencia pobre para definir algunas indicaciones de ARV.
aparición de cepas virales resistentes a drogas.

Servicios y programas de salud:
Demora en el diagnóstico, pérdidas de seguimiento, dificultades en el acceso al sistema de salud.
Persistencia de patrones de cuidados de género hetero-normativos.
Falta de reconocimiento de la problemática de los HSH y UDIs.
Escasa oferta de consejería y testeo voluntario insuficiente y restrictivo.
Fragmentación entre los programas: de SIDA, de salud sexual y reproductiva, materno infantil, programas de reducción de daños.
Desigual disponibilidad de instrumentos para la atención, falta de especialistas en distintas regiones, burocratización de la atención, falta de recursos humanos.
Déficit de información epidemiológica.
Falta de recursos económicos y falta de definición de prioridades de investigación.
Visión unidimensional de especialidades médicas.
Déficit o ausencia de estrategias interdisciplinarias (por ejemplo entre programas como TBC y VIH).
Problemas de prevención y atención de las personas privadas de libertad.
Limitados estudios de co-morbilidades (hepatitis, tuberculosis, etc).

Niveles de decisión de políticas sanitarias:
Desarticulación de políticas entre los niveles de gobierno (municipal, provincial y nacional).
Falta de continuidad de las políticas gubernamentales.
Déficit en la capacitación, formación fragmentada y limitada capacidad de gestión.
Escasa asignación de presupuestos a la investigación.

Otros sectores

Falta de implementación sostenida y sistemática de programas de educación sexual en algunos niveles del sistema escolar.

Escaso uso de prácticas basadas en la evidencia de eficacia comprobada
Insuficiente inversión en salud, investigación y desarrollo.

Legislación en materia de drogas que criminaliza y estigmatiza a los UDIs.
Desigualdad social e institucional basada en el género, la orientación sexual y la identidad de género.

Políticas macroeconómicas

Legislación sobre propiedad intelectual y patentes.

Agenda de investigación: la investigación clínica está predominantemente definida por la industria farmacéutica y países desarrollados.

Escasa inversión en infraestructura, recursos humanos, investigación y desarrollo en las zonas con mayor prevalencia.

Dificultades en la implementación de las leyes y normativas que obligan al Estado, las obras sociales y las prepagas a brindar atención adecuada a las PVVS.

El individuo, el hogar y la comunidad

Cuestiones particulares de la epidemia VIH/SIDA:

- Distribución geográfica heterogénea
- Condiciones sociales que aumentan la vulnerabilidad; exclusión y pobreza. La "pauperización", feminización y heterosexualización son fenómenos crecientes, con persistencia de patrones de vulnerabilidad UDIs, gays, bisexuales y otros HSH y transexuales.
- Los/as jóvenes con baja escolaridad y socio-económicamente postergados, junto con las mujeres son las poblaciones más afectadas.
- Sostén social en el colectivo homosexual.
- Cambio en los patrones de uso: sustitución de cocaína inyectable por pasta base aspirada.
- Disminución de los casos pediátricos
- Continuidad de la concentración de la epidemia en los grandes centros urbanos.
- Caída de casos de SIDA debido al mayor acceso a la terapia con ARV
- Incremento de niños huérfanos
- Deterioro de la calidad de vida de los portadores de VIH/SIDA.
- Pérdida de fuerza laboral.
- Limitaciones en la capacidad de desarrollo económico de la comunidad dado que el VIH/SIDA afecta principalmente a población económicamente activa.
- Ausencia de una vacuna preventiva
- Tratamientos complejos no curativos, indicados de por vida, cuya suspensión se asocia a riesgos de enfermar
- Dificultad de adherencia al tratamiento por problemas socio- económicos.

Intervenciones para prevenir todas las formas de transmisión:

- Información, educación y comunicación, sensibilización y promoción para el uso del preservativo
- Testeo voluntario y consejería.
- Trabajo en grupo de pares (trabajadores sexuales, travestis, UDIs).

Intervenciones para prevención y tratamiento:

- Participación de pacientes y la comunidad en ONGs y redes.

El Ministerio de Salud y otras instituciones de salud

- Fuerte política institucional para prevenir la transmisión vertical
- Realización de diversos tipos de intervenciones desde la prevención, tratamiento, involucramiento de pacientes y la comunidad.
- Alto compromiso del sector salud para garantizar medicamentos, reactivos para diagnóstico y seguimiento y material preventivo (preservativos y folletería).
- Aumento del presupuesto anual.
- Problemas con la actualización de la información, subregistro y demoras en la notificación en el Programa Nacional.
- Los principales factores que afectan las tendencias epidemiológicas son desde la óptica clínica, las dificultades de acceso a los sistemas de salud, la marginalidad y la presencia de virus resistente a drogas.
- Deficiente distribución de especialistas.
- Oferta de consejería y testeo voluntario insuficiente y restrictivo en los servicios sanitarios. Falta de conocimiento sobre aplicabilidad (técnica y ética) de tests rápidos.
- Zonas del país con dificultades de acceso a la atención.
- Falta articulación de sistemas médicos y para-médicos.
- Demoras diagnósticas, pérdidas de seguimiento.
- Alta tasa de embarazadas sin control prenatal ni testeo para VIH.
- Falta de definición de prioridades de investigación.
- Bajas remuneraciones y recursos humanos insuficientes.
- Los programas de reducción de daños entre UDIs no tienen suficiente desarrollo y cobertura.

Intervenciones para prevenir la transmisión sexual:

- Promoción y distribución de preservativos.
- Tratamiento y monitoreo de las ETS
- Intervenciones para prevenir la transmisión vertical (TV):
- Evitar embarazos no deseados.
- Inclusión sistemática del test voluntario en controles prenatales.
- Uso de ARV. En el país hay evidencia de la mayor efectividad de un tratamiento combinado.
- Sustitución del amamantamiento.

Intervenciones para prevenir la transmisión sanguínea:

- Programas de reducción de daños entre UDIs.
 - Estrategias de sangre segura.
 - Uso de drogas ARV post-exposición ocupacional
- Tratamiento:
- Terapias ARV.
 - En Argentina han permitido una drástica reducción de la morbi-mortalidad desde su implementación en 1997 (reducción en 35,6% de la tasa de mortalidad por millón de habitantes).
 - Tendencia internacional hacia el inicio más temprano del tratamiento, en discusión.
 - Programas de adherencia: a ARV y a comportamientos de cuidado y auto-cuidado.
 - Tratamiento y diagnóstico de infecciones oportunistas.
 - Tratamiento de lipodistrofia.
 - Apoyo psico-social al enfermo y sus familiares.
 - Políticas de salud reproductiva para mujeres y parejas viviendo con VIH.

Otros sectores

- Visibilidad de grupos tradicionalmente excluidos.
- Mayor capacidad de ONGs dedicadas al SIDA y de grupos de personas viviendo con VIH de hacerse escuchar.
- VIH en la agenda pública.
- Campañas de sensibilización y promoción del uso del preservativo.
- Falta de implementación sostenida y sistemática de programas de educación sexual con perspectiva de género.

Políticas macroeconómicas

- Necesidad de mejorar la articulación de políticas entre las administraciones locales y la nacional.
- Necesidad de dar continuidad a las políticas de estado.
- Deficiente asignación de recursos económicos y/o decisión política para su utilización.
- Ausencia de diagnóstico que permita cuantificar y calificar la distribución y la calidad de la atención ofrecida por los sistemas de salud.
- Investigación social y epidemiológica insuficiente y escasamente integrada a las estrategias programáticas.
- Falta política de priorización en investigación.

4

Costo y Efectividad

Hay poca evidencia nacional sobre costo-efectividad de las intervenciones. A nivel internacional se destaca la costo-efectividad de las estrategias de difusión de información, educación y comunicación, tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, asesoramiento y testeo voluntario, programas de reducción de daños entre UDIs, prevención de la transmisión vertical y provisión de tratamiento ARV.

El individuo, el hogar y la comunidad

- Falta información nacional.

El Ministerio de Salud y otras instituciones de salud

β~HlJúú¼YÜ*]¼Yz¿?_A@adp1òBÁa=fed: ...
 Bés[YpÞyb?n¿?p_ A#±°q"R3TóÖ,¥f
 β·@" Ggèx™¹H™x™Y;:iSKJl
 Bés[YpÞyb¿àBáááá?À@ÁáçÁRQaÁáÉf\$á
 Bè«lllllllò"q'2Sáaa"s"Ánr"Ti#"á=

BøμÖ—ÆFg('è\$ÖTf,Edc\$. . .%F'¶lμv—
 B"Öò×(l
 BøU—ÆF'&ÁÁ. . .|÷Üh%o'jji*K+L{<}i
 BÖ•óÖ÷†. . .;gfgHEèyx9ZYzúLm
 B³tøμÖ·UYÚZ<
 BøμÖ—ÆFg('è\$ÖTf,Edcμ•÷·ØYz;\<]i
 BèÁc\$DÁæ
 B"UæèGh—8üø—ÁæDÆGu—ÆF'×Wæ7YIÉè«
 BøWíè:|Z<:jL:i
 Bøøx™' &cèÈ.èiSJJ+—«llNonØ
 BS"E
 BâcÁ. . .FgöGÇöμ'æH™ø™°(li-llZÖ
 BøμÖ—ÆFg('è\$ÖTf,Edc"

Otros sectores

- Falta información nacional.

Políticas macroeconómicas

- Falta información nacional.

1 Burden of Disease

- By December 2006, UNAIDS/WHO reported 39.5 million PLWHA worldwide, 17.7 million of which were females, and 2.3 million were children aged under 15 years.
- New infections occurred in 2006: 4.3 million, of which approximately 530,000 corresponded to children aged under 15 years.
- Deaths caused by HIV/AIDS: 2.9 million.
- In Latin America, new infections in 2006 maintained the same levels as those of 2004, and although most cases occur in males, the proportion of females continues increasing.
- By the end of 2006, PLWHA in Latin America totaled 1.7 million, 510,000 of which were females, new infections reached the number of 140,000, and 65,000 people had died of AIDS.
- Two thirds of all PLWHA in Latin America live in Brazil, Argentina, Colombia, and Mexico.
- Infections continue to be recorded among IDUs and MSM in most parts of the countries of South America.
- Unprotected sexual intercourse among MSM represent approximately 25-35% of AIDS cases reported in Argentina, Bolivia, Brazil, Guatemala and Peru.
- HIV prevalence is very low among female sexual workers or women in prostitution situations in Chile and Venezuela, but prevalence rates ranging from 2.8% to 6.3% have been reported in cities of Argentina, and 6% prevalence rates were reported in certain regions of Brazil.
- In Argentina, HIV/AIDS epidemic distribution is heterogeneous, both in terms of districts and of the affected groups. The highest epidemic increase is associated to the lowest socio-economic levels.
- National HIV prevalence in adults was 0.6% [0.3-1.9%] in 2005, i.e. approximately 130,000 PLWHA.
- Notified AIDS cases in all the country are 33,236, 50% of which corresponds to the period following the year 2001, in which notification of HIV cases to the National AIDS Registry became mandatory.
- Most people (83%) who may be infected with HIV live in the province of Buenos Aires, Buenos Aires city, and the provinces of Córdoba, Santa Fe and Mendoza.
- This epidemic is specifically urban.
- With underreporting levels and notification delays, the National Program data report an approximate AIDS incidence rate of 40/1,000,000 inhabitants, which has been stable for the last 5 years.
- Currently, approximately 2 out of 3 infected individuals in Argentina do not know about their serologic condition.
- It is a concentrated epidemic. Several studies have proved that up to 44% IDUs are HIV-positive, and so are 7-15% MSM and 6% female sexual workers. Up to 28% individuals imprisoned in some urban prisons have been detected as seropositive.
- In certain areas of the so-called "Greater Buenos Aires", the prevalence in pregnant women is approximately 1%. Technically, this would indicate a threshold towards the epidemic generalizations in such areas.
- The disease affects mainly the economically active population age range, and concentrates on both males and females aged between 20 and 39 years.
- Since the early 90's, the most frequent transmission route in diagnosed AIDS cases has been unprotected sexual intercourse. In people who developed AIDS in 2006, the distribution was as follows: HTS relationships: 58.9%; MSM: 14.1%, and IDUs: 13.9%.
- AIDS case notification data in Argentina shows different trends according to transmission routes. Notification rates for heterosexual transmission cases has increased at a 7.72% annual rate (CI 95%: 5.96; 8.06) since 1999. This trend shows a contrast with that of IDUs transmission, which trend shows a 6.49% annual rate decrease (CI 95%: 8.78; 4.15), which has been 13.46% per year (CI 95%: 15.78; 11.07) since 1999. As regards evolution of notification of MSM's AIDS cases the trend has stabilized, with a 1.29% EAPC (CI 95%: 2.51; 0.06).
- It is estimated that unprotected coitus (mainly HTS) was responsible of approximately four out of five new HIV diagnoses in 2005.
- By analyzing AIDS case notification by gender, a significant change is observed in the masculinity index (male/female ratio). By the end of 1987, when the first diagnosis of a woman infected with AIDS in Argentina. The relation was 45 males/1 female; it dropped to 14:1 in 1988; 3:1 in 2000, and 2.35:1 in 2005.
- HIV/AIDS mortality decreased by 38.9% in males in the 1997-2005 period. With an accelerated drop between 1997 and 1999 (22.8%), followed by a period of certain stability until 2003, then dropped again until 2005, 20.8% more. However, females' decrease was sustained and only 24.3% around the whole period (1997-2005).
- PYLL rates per each 1000 inhabitants decreased both in males and females aged under 45 years (55% males, 28% females, both genders aged 14-44 years); and between 1997 and 2005 they increased from that age upwards.
- In the 1997-2005 period, females have lost AEV due to HIV/AIDS, whereas males have won 0.1 AEV.
- In Argentina, as well as in Brazil, Uruguay, and other countries of the region, there is formal universal access to ARV therapy guaranteed by law, such as Argentine Act # 24455 (enacted March 1995). In Argentina, healthcare providers from the public sector, as well as union and private insurance healthcare providers have the obligation, by law, to cover PLWHA treatment.

Determinants

Individual, Home, and Community

ΒfDe&%æ00°C2os&01lg(éÉë-Énζà
βñó «%k(Emú|)\>|É-ypζ?iiD•
Βf"Ac"Á#uó×Ó÷†...e†GhΓ&Gç"ÉiÉ°iU\>
BCRa

β@.Úy-|l(Ú÷.87è©)ÚYø-gç†gÇ·v¥
β±rjNp

β@.Úy-|l(Úβ áçjÁfCdeÁ†GR"UTÁv
βñ²q_ÁÁf.2³s" fBc\$\$

β@.Úy-|l(9ø\$HÉŠÉz*)ÚØÆGè×u6βi@0•
B5

βCE<kè=InN|N|úSÚú
βCEMniØD'óDÁá|÷ò×øxÚ+«|Y|»|•
βCEM.O±zzœn..|>Ñ'c.CBc'ÁápybOp
BN/ò±

βCEmŽnN|pOp10ñ3³ÁöögçFg.ÚZ{
βCEM.i°>¾¼¼YAQEÁòD

βCEM¼Ø-
β³s4U65μDÓ'ÞC©Ø™™ onññoOfÆçVK
βñ²3.E%FÇÆIç'is9U-l-þ àYÆ#ad...
βá=edη- xÉ%º°k&çÁDÁóó!açf²sr
βáuÆGuö—W×f•¶jWwæg(l|ZèΘj(ÉY)
βEADe"áf†HGh¹.Éèè<:Z(lÉuÚ¾<y¾¼½b/
βOrÓóts"UDj|=wYXØ7øx™™øÚ+þ^•

βó³acSÓòμää=T2j;Rsa'S
βçRÁfÁt3ó² •
βÁD•V.%º°kuøkjøHÉjjiÉI+m.©/ ÝAB
βÓovWV6WØ9S+ièèj»(úÉ™™Ç(†ÉéiééJ=þtc.).
βf#RÓ"°cÁ,f=è&%æ|Ç'ù—X9Z'©8Çèw
βÁAbÁ.Écà/ÉÁ/Éed%¼4cDÁ#ÉdÁ—,yx™™Z
βQE#áC=óuuÓ"É%º

βá3ba,ÓOa,±1Rbf²Ó"™ÁAPO"™æá6W
βÁAbñ•?SCcDed...F•¶jæ†"μ :ÚZ%Ø8
βóOe&G(54ÆçÉEVØ™™.™™º(l.y á&ç
βá5ò÷†
βó3/Æóø¥Æ »ZÜ*)Jy ÉWæf"(ú™™
βfd...FÆçFÓÓTEÁc,e†ÆŠÉgç×ø†
βÁ×u=ää=Á6EÓÓóμvu=\$ÁDÁÁRs;|C"3
βÁÁ...!gççH™™:úS%ºjLmZŽnNoñBŠæe&ç

β³s"SB"!Py-Žj:ú-Ú çæ¥Dòu4b#Ó•E
β,2áj@ð a O
βó³³†UvñioNoO• èçÉŠ%º)JÉCE
βá=ææ7ÆÁ×8%º%º†™™©'iŠk,+²)ú¼»èjÉÉK|~-þ-Ý

Ministry of Health and Other Health Institutions

Absence of healing and/or microbicidal vaccines:
• Complex and still not-fully understood immunopathogenesis
• New morbidity and mortality causes within the survival extension context
• Ineffective immune response
• Poor evidence level to define some ARV indications
• Appearance of drug-resistant viral strains

Health service and programs:
• Delayed diagnoses, follow-up losses, difficulties to access to the healthcare system.
• Persistency of hetero-normative care patterns
• Lack of recognition of MSM's and IDUs' issues
• Scarce counseling offer; insufficient and restrictive voluntary testing
• Fragmentation among AIDS, sexual and reproductive health, mother-and-child, and harm reduction programs.
• Imbalanced availability of healthcare instruments, lack of specialists in various regions, healthcare bureaucratization, lack of human resources
• Need of further epidemiological information
• Lack of financial resources and lack of definition of research priorities
• One-dimensional view of medical specialities
• Deficit or absence of interdisciplinary strategies (e.g. joint TBC + HIV programs, etc.).
• Problems with prevention and healthcare for imprisoned individuals
• Limited co-morbidity studies (hepatitis, tuberculosis,

Health policy decision levels
• Policy disarticulation among municipal, provincial, and national government levels
• Discontinuity in governmental policies
• Deficient training, fragmented instruction, and limited management capacity
• Insufficient budget allocation for research

Other Sectors

Lack of sustained and systematic implementation of sexual education programs at certain levels of the school system

Insufficient use of evidence-based practices proved to be effective
Insufficient investment in health, research, and development

IDUs' criminalization and stigmatization by drug legislation.

Social and institutional inequality based on gender, sexual orientation, and gender identity

Políticas macroeconómicas

Legislation on intellectual property and patents.

Research agenda: Clinical research is predominantly defined by the pharmaceutical industry and developed countries

Insufficient investment in infrastructure, human resources, research, and development in the highest prevalence areas

Difficulties in the implementation of laws and standards that oblige healthcare institutions from the public sector, unions, and private insurance companies to provide appropriate healthcare services to PLWHA

Individual, Home, and Community

- Issues specific to HIV/AIDS epidemic:
 - Heterogeneous geographical distribution
 - Social conditions that increase vulnerability, exclusion, and poverty. "Impoverishment", feminization, and heterosexualization are growing phenomena, with persistent vulnerability patterns in IDUs, gays, bisexuals and other MSM and transexuals.
 - Youth with low-level education and low socio-economic level, and females are the most affected populations
 - Social maintenance as regards homosexual group
 - Change in use patterns: substitution of injectable cocaine with inhaled cocaine sulfate ("pasta base")
 - Reduction in pediatric cases
 - Continuity in the epidemic concentration in large urban centers
 - Reduction of AIDS cases due to higher accessibility to ARV therapy
 - Increased number of orphan children
 - Deteriorated quality of life of HIV/AIDS carriers
 - Workforce loss
 - Limitations to the community economic development, as HIV/AIDS affects mainly the economically active population
 - Absence of preventive vaccine
 - Complex non-healing treatments, prescribed for life, which suspension is associated to the disease acquisition risk
 - Difficulty to adhere to treatment because of socio-economic problems

Interventions to prevent all transmission routes:
 ? Information, education and communication, awareness, and promotion of the use of condom
 ? Voluntary testing and counseling
 ? Pair teamwork (sexual workers, tranvestites, IDUs)

Interventions for prevention and treatment
 ? Patients' and community's participation in NGOs and networks.

Ministry of Health and Other Health Institutions

- Strong institutional policy to prevent vertical transmission
 - Execution of diverse types of interventions, from prevention, treatment, involvement of patients and community
 - High commitment by the healthcare sector to guarantee medicines, diagnosis and follow-up reagents, and preventive materials (condoms and printed information)
 - Annual budget increase
 - Information update problems, underreporting, and notification delays in the National Program
 - From a clinical point of view, the main factors affecting epidemiological trends are access to healthcare systems, marginality, and presence of drug-resistant viruses
 - Deficient distribution of specialists
 - Insufficient and restrictive counseling and voluntary testing offer by healthcare services. Lack of knowledge about quick test applicability (technical and ethical)
 - Difficulties to access healthcare services in some regions of the country
 - Need of articulation of medical and para-medical systems
 - Diagnosis delays, follow-up losses
 - High rate of pregnant women with no prenatal control or HIV testing
 - Lack of definition of research priorities
 - Low remunerations and insufficient human resources
 - IDU's harm reduction programs need further development and coverage
- Interventions to prevent sexual transmission:
- Promotion and distribution of condoms
 - STD treatment and monitoring

Interventions to prevent vertical transmission (VT):

- Prevention of unwanted pregnancy
- Systematic inclusion of voluntary testing at prenatal control stage ARV use. There is evidence of the higher effectiveness of combined treatments in the country.
- Breastfeeding substitution

Interventions to prevent blood transmission:

- IDU's harm reduction programs
- Safe blood strategies
- Use of ARV drugs after occupational exposure
- Treatment:
- ARV therapies.
- In Argentina, ARV therapies have helped to achieve drastic morbidity/mortality reductions since their implementation in 1997 (35.6% mortality rate reduction per 1,000,000 inhabitants)
- International trend towards the earliest possible commencement of treatment, under discussion.
- Adherence programs: to ARV and to care and self-care practices
- Treatment and diagnosis of opportunistic infections
- Lipodystrophy therapy
- Psycho-social support for patients and their families
- Reproductive health policies for women and couples living with HIV

Otros sectores

- Visibility of traditionally excluded groups
- Higher capacity of NGOs devoted to AIDS, and higher capacity of PLWHA groups to make themselves be heard
- HIV in the public agenda
- Awareness campaigns and promotion of the use of condom
- Lack of sustained and systematic implementation of sexual education programs within a gender-based approach

Macroeconomic Policies

- Need to improve the articulation of local and national administrations' policies
- Need to give continuity to the public sector policies
- Deficient financial resource allocation and/or of political decision for financial resource use
- Absence of diagnosis that helps to quantify and qualify the distribution and quality of the services offered by healthcare systems
- Social and epidemiological research is inadequate and insufficiently integrated with programmatic strategies
- Need of a research priority-setting policy

Listado de asistentes al taller / List of workshop attendees

Dirección del Proyecto/ *Project Director*

Silvia Kochen

Panel de Asesores/ *Advisory Panel*

Jorge Benetucci
Pedro Chequer
Daniel Fontana
Horacio Salomón

Coordinación Ejecutiva del Taller/ *Executive Workshop Coordinator*

Pedro Cahn

Panel de Expertos/ *Experts' Panel:*

María Mercedes Avila
Claudio Bloch
Mabel Bianco
María Belen Bouzas
Rosa Bologna
Leandro Cahn
Alejandro Krolewiecki
Kurt Frieder
Marcelo Losso
Liliana Martínez Peralta
Mario Pecheny
Monica Petracchi
Diana Rossi
Luisa Sen
Graciela Touzé
Mariana Vazquez

Panel de Invitados Especiales/ *Special Guests' Panel*

Adriana Durán
Carlos Falistocco
Oscar Fay
Debora Fiore
Grimberg Mabel
Manuel Gomez Carrillo
Ignacio Maglio
María Delia Peneé
Raquel Pemoff
Hector Pérez
Jorge Quagliari
Carlos Remondegui
Hugo Roland
Omar Sued
Edgardo Szylid
Marcelo Vila
Carlos Zala

Becarios del Proyecto/ *Project Scholarship Trainees*

Graciela Abriata
Julia Anciola
María Eugenia Barbieri
Alejandro Capriati
Estela Centurión
Marcelo García Dieguez
Martín Olmos
Malena Pastor
Constanza Salera

Asistentes al Taller / *Workshop Attendees*

Florencia Ameal
Patricia Bare
Waldo Belloso
Liliana Belmonte
Victor Bittar
María Valeria Blumetti
Isabel Casetti
Marisel Andrea Colautti
Ana Domínguez Mon
Leonardo Lourttau
Carlos Malcitano
Ana Martínez
Clarisa Fátima Morini
Lionor Nuñez
Liliana Orellana
Ariel Gustavo Perelsztein
Germán Pérez
Pamela Noemí Ramírez
Alicia Lucía Sánchez

Marisa Sánchez
Lionor Suárez
María Cecilia Tamburrino
Diego Teruggi
Javier Toibaro
Franca Vergani
Silvina Vulcano
Eduardo Warley
Mercedes Weissenbacher

Foro de Investigación en Salud de Argentina

Argentine Forum for Health Research

Auspiciado por

