

Fijación de prioridades en investigación en VIH/sida. Uso de la matriz de estrategias combinadas, herramienta recomendada por el Foro Global de Investigación en Salud*

Recibido: 12/10/2007 Aceptado: 25/04/2008

Martín Olmos[†]; Graciela Abriata[‡]; Alejandro Capriati[†];
Eugenia Barbieri[†]; Julia Anciola[†]; Malena Pastor[†];
Estela Centurión[†]; Constanza Salera[†]; Marcelo García Dieguez[†];
Zulma Ortiz[‡], Silvia Kochen[‡].

Resumen *La matriz de estrategias combinadas, herramienta recomendada por el Foro Global de Investigación en Salud para fijar prioridades para su selección, organiza la información procedente de diversas fuentes y el estado de situación sobre determinado problema sanitario desde el punto de vista del individuo, la familia, la comunidad, el ministerio de salud, otras instituciones relacionadas o no con la salud, y de políticas macroeconómicas. A partir de la aplicación de la matriz de estrategias combinadas, un equipo interdisciplinario de investigadores elaboró un diagnóstico sobre la epidemia de VIH/sida en Argentina. Expertos e investigadores nacionales completaron una encuesta que permitió conocer su perspectiva sobre esta problemática, y posteriormente se organizó un taller abierto con representantes de distintas dimensiones institucionales. En el taller se discutieron la situación epidemiológica argen-*

*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 Foro de Investigación en Salud de Argentina (FISA).
[†]Becarios y [‡]Coordinadoras del 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, 2006-2007.
Correspondencia: Martín Alejandro OLMOS.
Instituto de Investigaciones Epidemiológicas.
Academia Nacional de Medicina.
Dirección Postal: República de la India 2785 8ºA
1425 Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Correo electrónico: molmos@fibertel.com.ar

tina en VIH/sida, sus determinantes y las eventuales intervenciones útiles para mejorar o revertir dicha situación. Estas opiniones junto con las respuestas obtenidas de la encuesta y el material provisto por el equipo interdisciplinario, ayudaron a completar la matriz desde la cuál se elaboró un listado de prioridades en investigación en VIH/sida.

Palabras clave: prioridades, investigación, VIH/sida.

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 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 (1, 2).

En la década del '90, la Comisión de Investigación en Salud para el Desarrollo (3) (en inglés: *Council on Health Research for Development*, COHRED), llamó la atención sobre la existencia de la "Brecha 10/90", una situación en la cual menos del 10% de los fondos globales de investigación en salud, tanto públicos como privados, son destinados a los problemas de salud que afectan al 90% de la población mundial. Una de las formas más importantes para atender y corregir la "Brecha 10/90" es cambiar las prioridades que determinan cómo se utilizan los fondos de investigación en salud. Ciertamente, desde la perspectiva de responder a las necesidades aún no detectadas, el fijar los criterios de priorización es tan crítico como llevar a cabo la investigación misma (4).

De las varias metodologías existentes para establecer prioridades en investigación, la COHRED y el Foro Global para la Investigación en Salud (en inglés: *Global Forum for Health Research*, GFHR), recomiendan el uso de la Matriz de Estrategias

Combinadas (MEC) (5), 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 y transparencia al proceso de fijación y al financiamiento de las investigaciones. La aplicación de la MEC puede contribuir a identificar prioridades en investigación basadas en evidencias y dirigirlas a generar conocimiento útil para mejorar la salud de la población, y en especial a sus sectores menos favorecidos (6).

El problema de la necesidad de fijación de prioridades en investigación en salud se ha convertido en uno de los principales focos de atención del GFHR, y también para el Foro de Investigación en Salud en Argentina (FISA) (7) que como representante del primero trabaja en nuestro país desde el año 2005.

Los integrantes de FISA⁵ recomendaron que un grupo de investigadores e investigadoras utilicen metodologías para el establecimiento de prioridades en investigación con la intención de desarrollar un sistema para la priorización de temas sanitarios destacados. 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*", sub-

⁵Académico 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. Angela Suburo, Académica Mercedes Weissenbacher, Dr. Juan Carlos O' Donnell

vencionado por la Comisión Nacional Salud Inves-tiga del Ministerio de Salud de la Nación, coordi-nado durante el año 2006 por la Dra. Zulma Ortiz y actualmente por la Dra. Silvia Kochen.

Metodología

A partir de la aplicación de la MEC, el equipo interdisciplinario de investigadores constituido por el grupo de becarios y la coordinadora que llevan a cabo este proyecto sobre "*Metodologías de Fija-ción de prioridades en la Selección de Investiga-ciones*", 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 opi-nión de expertos, representantes de la sociedad civil, funcionarios de gobierno y de agencias inter-nacionales; y publicaciones sobre la efectividad de diferentes intervenciones sobre prevención y tratamiento del VIH y el sida¹¹.

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 interven-ciones para controlar el problema sanitario, y flujo de financiamiento para investigaciones relaciona-das (Cuadro 1). Una vez obtenida la MEC, se reali-zó un taller en la Facultad de Medicina de la Uni-versidad de Buenos Aires¹¹, en el cual se discuti-eron las prioridades de investigación sanitaria que

contribuirían a resolver el problema de la infec-ción por VIH.

Coordinador: Pedro Cahn (Director Fundación Huésped, Jefe Infectología - Hospital Fernández). **Asesores:** 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). **Expertos:** Jorge Benetucci (Profesor Titular de InFectología- UBA, Jefe 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 de Área de Infectología - Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. Juan P Garrahan), Leandro Cahn (Director de Comuni-cación y Desarrollo de Recursos - Fundación Huésped), Kurt Frieder (Director Ejecutivo - Fundación Huésped), Marcelo Losso (Coordinador Servicio 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). **Invitados especiales:** Horacio Aronson (Responsable Área de Epidemiología - Programa Municipal de SIDA de Rosario), Victoria Barreda (Coordinadora del Programa de Atención Primaria de la Salud del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires - Docente de la UBA), César Cigliutti (Presidente de la Comunidad Homosexual Argentina), Pedro Chequer (Coordinador de ONUSIDA para el Cono Sur), Gabriela De la Iglesia (ONUSIDA para el Cono Sur), Adriana Durán (Infectóloga - Hospi-tal J.M.Ramos Mejía), Carlos Falistocco (Programa Nacional de Lucha contarlos RH, SIDA y ETS - LUSIDA- Ministerio de Salud de la Nación), Oscar Fay (Universidad de Rosario), Débora Fiore (Coordinadora de Comunicación de Fundación Huésped), Grimberg Mabel (Investigadora de 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 Hourca-de Belloq (RedLA+/Argentina), Damian Lavarello (Coordinador del Pro-grama Municipal de SIDA- Secretaría de Salud Pública- Municipalidad de Rosario), Ignacio Maglio (Jefe de la Sección de Riesgo Médico Legal - Htal. Fco. Javier Muñiz - Coordinador del Servicio Jurídico - Fundación Huésped), Nelly Minyersky (Profesora Consulta de la Facultad de Dere-cho de la Universidad de Buenos Aires - Investigadora Permanente del Instituto "Ambrosio L. Gioja" de la Facultad de Derecho de la Univer-sidad de Buenos Aires - Directora Carrera Interdisciplinaria de Especia-lización de Postgrado en Problemáticas Sociales Infanto Juveniles de la Universidad de Buenos Aires), María Delia Pené (Programa Nacional de Lucha contra los RH, SIDA y ETS - LUSIDA- Ministerio de Salud de la Nación), Raquel Pernoff (Coordinadora de Salud Mental - Fundación Huésped), Héctor Pérez (Médico del 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 del 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), Luisa Sen (Laboratorio de Biolo-gía Celular y Retrovirus, Hospital Nacional de Pediatría "Prof. Dr. J. P. Garrahan"), 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 Paroissin - 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 Guierson).

¹¹Pedro Cahn (Director Fundación Huésped, Jefe 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 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 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), 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 in-vestigadora de la Facultad de Ciencias Sociales - UBA).

Figura 1. Modelo de la Matriz de Estrategias Combinadas (MEC)

| Componentes | Dimensiones | | | |
|---------------------------------------|-----------------------------------|---|--------------------------------------|---------------------------|
| | El individuo, familia y comunidad | Ministerio y otras instituciones del sector Salud | Otras instituciones extrasectoriales | Políticas macroeconómicas |
| 1. Carga de enfermedad | | | | |
| 2. Determinantes | | | | |
| 3. Nivel de conocimiento actualizados | | | | |
| 4. Costo-efectividad | | | | |
| 5. Fuentes de recursos | | | | |

La necesidad de fijación de prioridades de investigación en 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 cuidado (8, 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 drogas (10).

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 enfermedad (11).

Dada la dramática disminución en la morbilidad 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 medio (12).

Las intervenciones que han demostrado eficacia en la prevención sobre diferentes poblaciones son (13, 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 de 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 (18). Estimaciones recientes sugieren que la sobrevida 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 años (16).

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 aún no han concluido. Otro mecanismo de prevención es el de los microbicidas de uso tópico, hasta ahora sin resultados que permitan su indicación masiva (17).

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 llegan 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 ellas (18).

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 correctamente (19).

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 (34,1-47,1 millones), de éstas 37,2 millones eran adultos (32,1-44,5 millones); 17,7 millones eran mujeres (15,1-20,9 millones); y 2,3 millones menores de 15 años (1,7-3,5 millones). El total de nuevas infecciones ocurridas en el año 2006 fue de 4,3 millones (3,6-6,6 millones), 530.000 aproximadamente en menores de 15 años. El total de muertes por VIH/sida alcanzó 2,9 millones de personas (2,5-3,5 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.

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 Brasil**.

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) (21, 22). 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 (Tabla 1).

**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.

Tabla 1. Casos nuevos de sida y VIH por sexo. Argentina, 2006

| Casos nuevos de sida | | Casos nuevos de VIH | |
|----------------------|---------|---------------------|---------|
| Mujeres | Hombres | Mujeres | Hombres |
| 329 | 776 | 1.059 | 1.682 |

Fuente: Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, sida y ETS. Ministerio de Salud de la Nación.

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 periodo 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 2).

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 viven 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, mien-

tras que los valores más bajos correspondieron a Salta, La Rioja y Entre Ríos (Figura 2).

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 (23).

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 4).

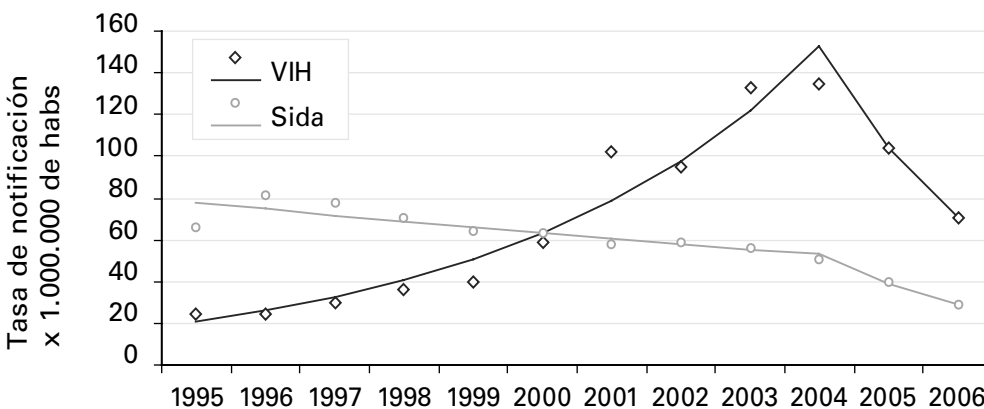


Figura 2. Evolución de las tasas de notificación de sida y VIH por millón de habitantes. Argentina, 1995 y 2006.

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.

En el año 2006, la principal vía de transmisión de VIH

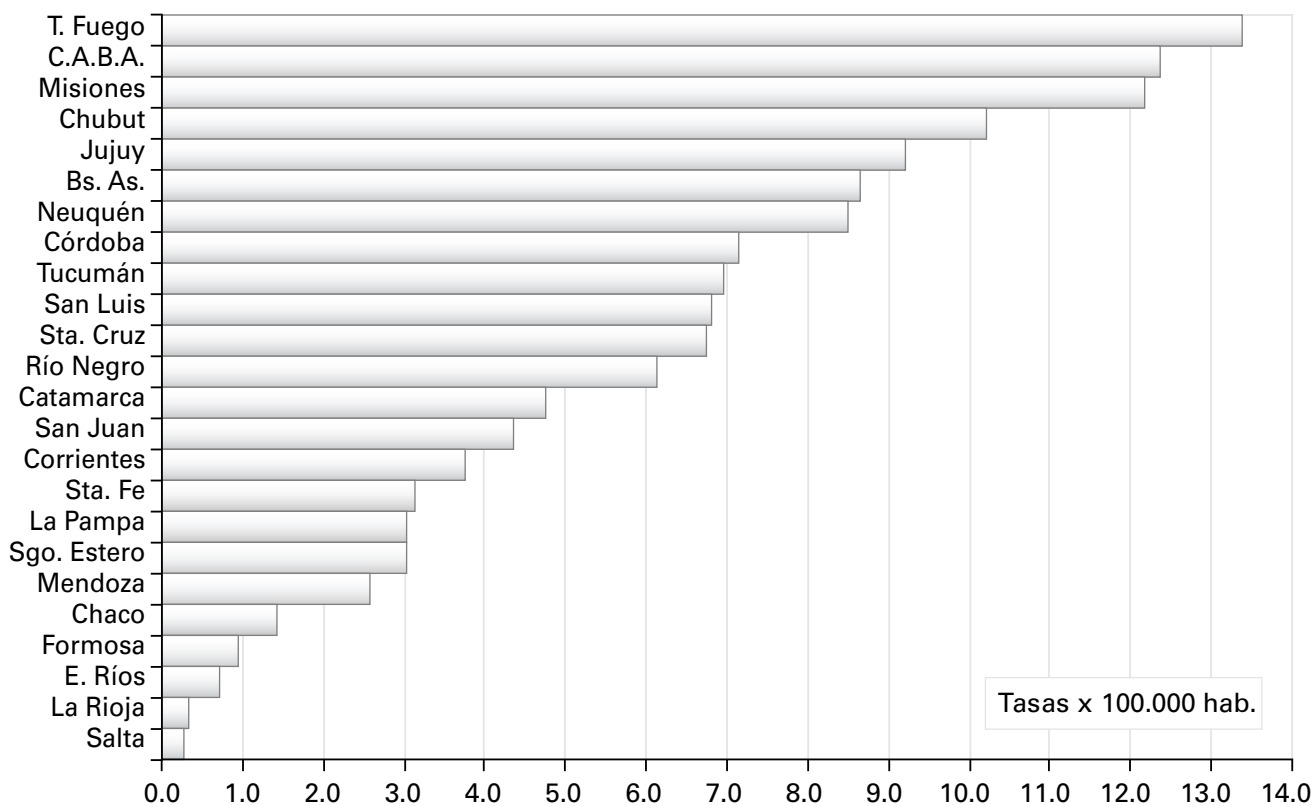


Figura 3: Tasas de notificación de VIH por 100.000 habitantes según jurisdicciones del país. Argentina, 2006. Fuente: elaborado a partir de los datos facilitados por el Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, sida y ETS. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina, agosto de 2007.

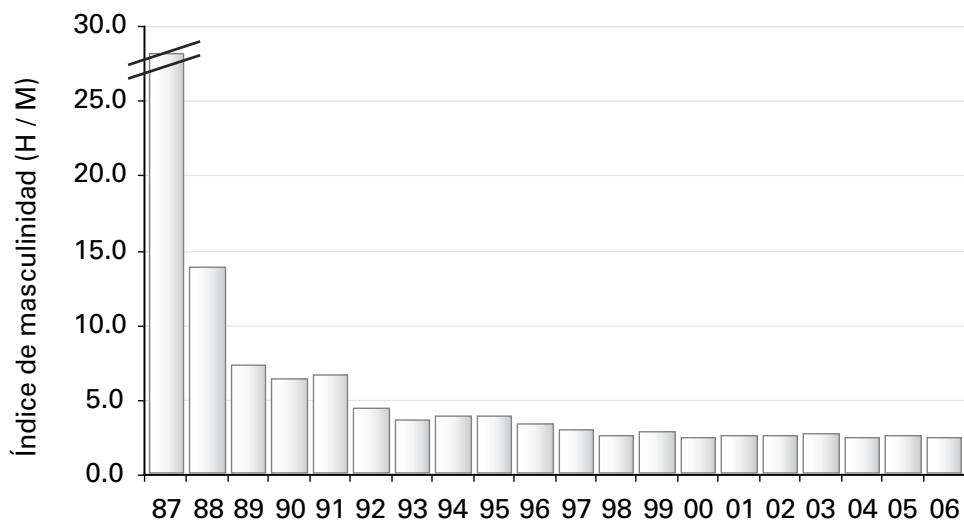


Figura 4: Índice de masculinidad de casos notificados de sida por año. Argentina, 1987- 2006. Fuente: elaborado a partir de los datos facilitados por el Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, sida y ETS. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina, agosto de 2007.

en los casos nuevos diagnosticados (n=2.741) 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 5).

La transmisión por vía HTS registró una tendencia claramente ascendente con un 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

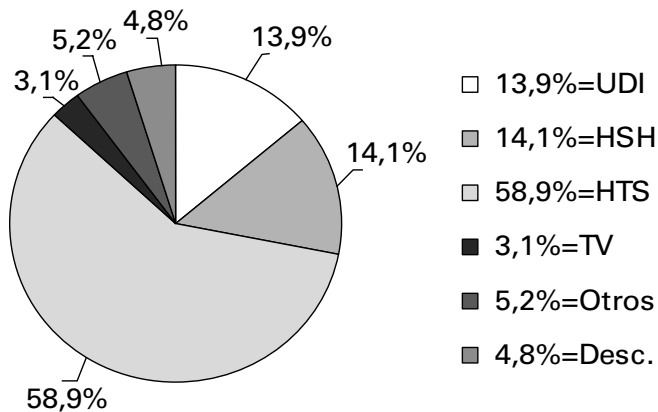


Figura 5: Proporción de infecciones por VIH/sida según la vía de transmisión. Argentina, 2006 (n = 2.741). Fuente: elaborado por UNAMOS, Dirección de Epidemiología a partir de datos del Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS. Ministerio de Salud de la Nación.

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 6).

La enfermedad afecta fundamentalmente a la franja de edad de población económicamente activa y se concentra mayoritariamente en ambos sexos en-

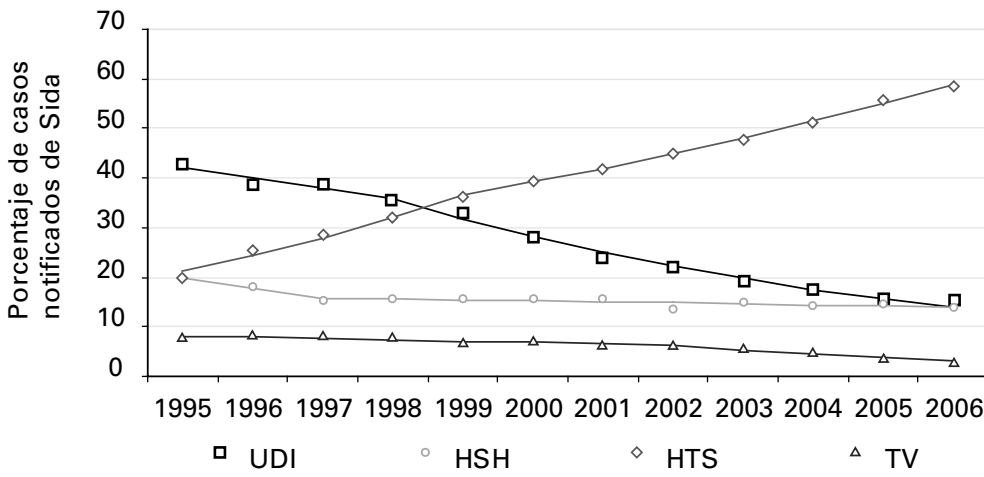


Figura 6: Evolución de los porcentajes de casos notificados de SIDA por vías de transmisión. Argentina, 1995- 2006. Fuente: elaborado por UNAMOS, Dirección de Epidemiología a partir de datos del Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano, SIDA y ETS. Ministerio de Salud de la Nación.

tre 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.

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 la las causas de la mortalidad en base a la metodología desarrollada por Arriaga (24, 25).

Aplicando esta metodología se pudo observar que en el año 2005 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 la Figura 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 2005 con respecto a 1997. Por el contrario, si en este periodo la pérdida de AEV aumentó, las diferencias se registran en sentido negativo.

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 7).

Resulta interesante señalar que tanto hombres como mujeres han ganado AEV por causas infecciosas en el periodo. Sin embargo, cuando se analiza la diferencia de AEVP desagregando por causas dentro del grupo infecciosas, podemos observar que el comportamiento no ha

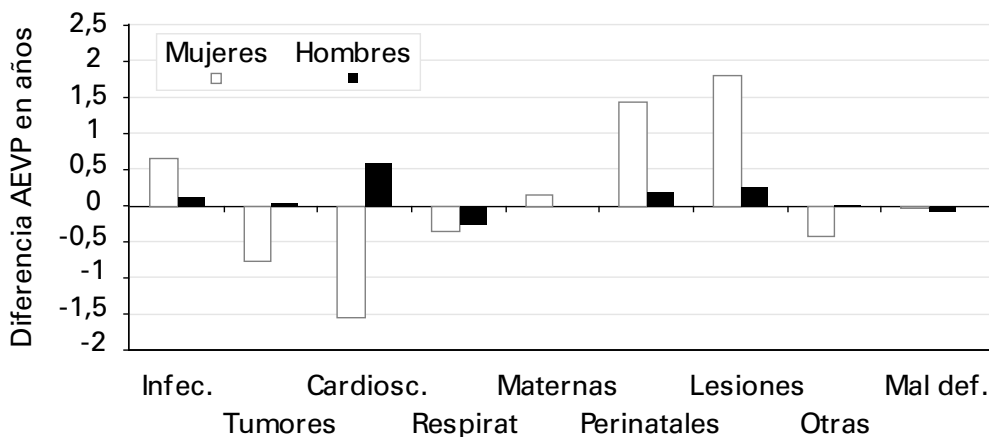


Figura 7: Diferencia en los años de esperanza de vida perdidos según sexo y grandes grupos de causas de muerte. Argentina, 1997 y 2005. Fuente: elaborado por UNAMOS a partir de los registros de mortalidad de la DEIS. Argentina, 2007.

sido similar para ambos sexos. Las mujeres han perdido 0,05 AEV por VIH/sida en el periodo 1997-2005 mientras que los hombres han ganado 0,1 AEV (Figura 8).

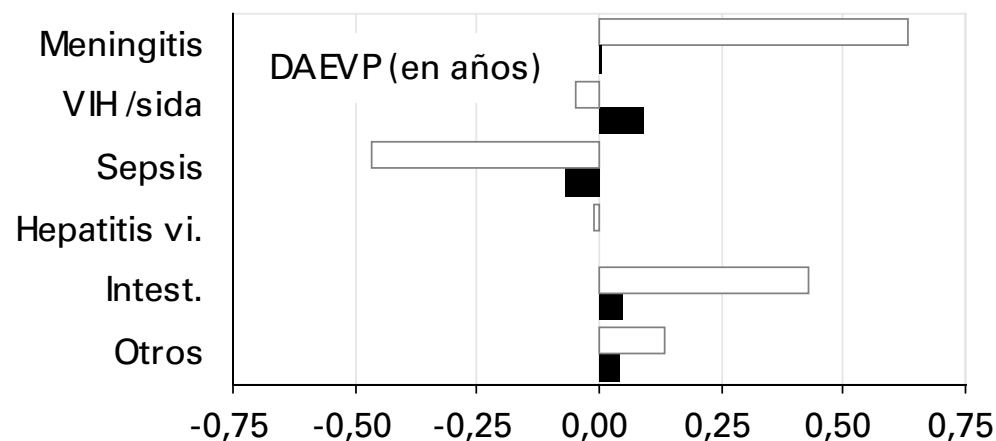


Figura 8: Diferencia en los años de esperanza de vida perdidos por causas infecciosas de muerte según sexo. Argentina, 1997 y 2005. Fuente: elaborado por UNAMOS a partir de los registros de mortalidad de la DEIS. Argentina, 2007.

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 (Figura 9). En los hombres la mortalidad por VIH/sida disminuyó 38,9% en el periodo 1997-2005. Con un descenso acelerado entre 1997 y 1999 (de 22,8%), seguido de un

periodo 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 periodo (1997-2005) (Figura 9).

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 periodo (Tablas 2 y 3).

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 periodo 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

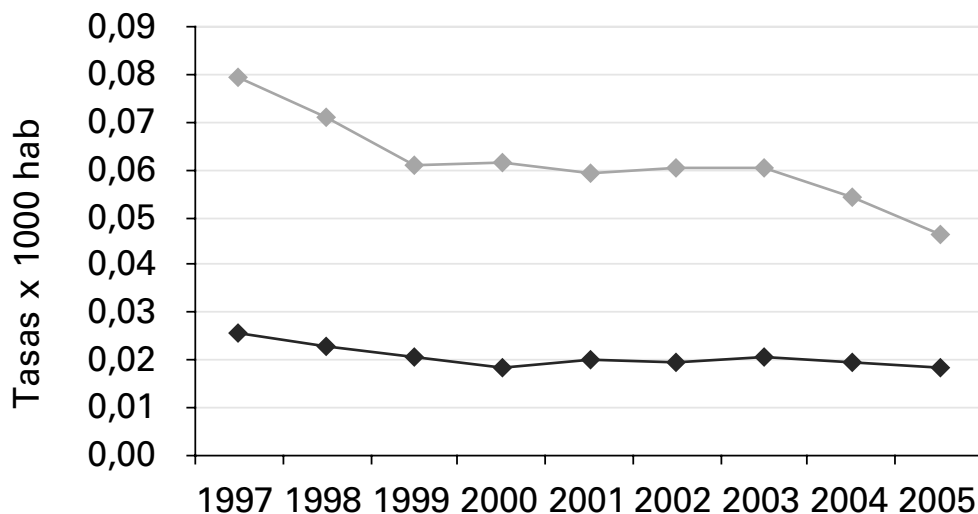


Figura 9: Evolución según sexo de las tasas específicas ajustadas por edad de mortalidad por sida por 1000 habitantes. Argentina, 1997-2005.

Fuente: elaborado por UNAMOS a partir de los registros de mortalidad de la DEIS. Población estándar: Argentina del año 2000. Argentina, 2007.

provocan un descenso menor al esperado en la mortalidad por esta causa.

Factores determinantes

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).
- ➔ Insuficiente desarrollo del testeo voluntario y con consejería son ejemplos que señalan un es-

Tabla 2. Evolución de los años potenciales de vida perdidos según sexo. Argentina 1997

| Grupo etario | APVP Hombres | | APVP Mujeres | | APVP ambos sexos | |
|--------------|--------------|-------------------|--------------|-------------------|------------------|-------------------|
| | Nº | Tasa x 1.000 hbs. | Nº | Tasa x 1.000 hbs. | Nº | Tasa x 1.000 hbs. |
| 0 a 14 | 1.633 | 0,31 | 1.050 | 0,21 | 2.683 | 0,26 |
| 15 a 44 | 34.513 | 3,90 | 13.690 | 1,61 | 48.203 | 2,82 |
| 45 y más | 5.503 | 1,14 | 1.548 | 0,29 | 7.050 | 0,70 |

Fuente: elaborado por UNAMOS a partir de los registros de mortalidad de la DEIS. Población estándar: Argentina del año 2000. Argentina, 2007.

Tabla 3. Evolución de los años potenciales de vida perdidos según sexo. Argentina 2005

| Grupo etario | APVP Hombres | | APVP Mujeres | | APVP ambos sexos | |
|--------------|--------------|-------------------|--------------|-------------------|------------------|-------------------|
| | Nº | Tasa x 1.000 hbs. | Nº | Tasa x 1.000 hbs. | Nº | Tasa x 1.000 hbs. |
| 0 a 14 | 900 | 0,17 | 774 | 0,15 | 1.674 | 0,16 |
| 15 a 44 | 25.213 | 2,85 | 11.488 | 1,31 | 36.700 | 2,09 |
| 45 y más | 5.695 | 1,18 | 1.773 | 0,32 | 7.468 | 0,72 |

Fuente: elaborado por UNAMOS a partir de los registros de mortalidad de la DEIS. Población estándar: Argentina del año 2000. Argentina, 2007.

cenario 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).

Si bien todavía no se han desarrollado vacunas curativas y/o microbicidas eficaces, el uso extendido de ARV ha logrado prolongar la sobrevida 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.

Tabla 4. Intervenciones para la prevención del VIH/sida

| Formas de transmisión | Intervenciones |
|-----------------------|--|
| Todas. | Información, educación y comunicación sobre el VIH/sida y uso del preservativo. |
| | Testeo voluntario y consejería. |
| | Trabajo en grupo de pares (trabajadores sexuales, travestis, UDIs, grupo de PVVS, jóvenes, particularmente en situación de pobreza). |
| Sexual. | Participación de pacientes y la comunidad en ONGs y redes. Actividades de promoción de los derechos humanos y de la no-discriminación. |
| | Promoción y distribución de preservativos. Tratamiento y monitoreo de las enfermedades de transmisión sexual. |
| Vertical. | Evitar embarazos no deseados. |
| | Inclusión sistemática del test voluntario en controles prenatales. |
| | Uso de ARV en el embarazo. |
| | Sustitución del amamantamiento. |
| Sanguínea. | Estrategias en salud sexual y reproductiva en PVVS, especialmente en parejas serodiscordantes. |
| | Programa de reducción de daños entre UDIs. |
| | Estrategias de sangre segura. Uso de ARV post-exposición ocupacional. |

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

ductiva, 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 político 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.

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 4).

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 nivel (26). 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.

La efectividad del uso de ARV para prevenir la TV ha sido documentada en la CABA (27), 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 habitantes (28). 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 (29, 30, 31, 32).

Como se planteara 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 productividad (33). 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 años (34).

Otro trabajo, que tiene por objetivo determinar los beneficios del tratamiento del VIH en términos de sobrevida 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

Tabla 5. Años de vida ganados de diversas intervenciones médicas

| Condición | Tratamiento | Meses ganados por persona |
|---|--|---------------------------|
| Cáncer de pulmón de células no pequeñas | Quimioterapia | 7 |
| Nódulos y cáncer de mama | Quimioterapia adyuvante | 29 |
| Enfermedad coronaria | Bypass | 50 |
| Linfoma no Hodgkin | Transplante de médula ósea | 92 |
| Profilaxis en personas con VIH | Profilaxis de infecciones oportunistas | 3 |
| VIH/sida | Terapia ARV | 160 |

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

Tabla 6. Costo-efectividad para el tratamiento y monitoreo del VIH y otras condiciones médicas

| VIH | | |
|---|------------------|-----------|
| Profilaxis para PCP y toxoplasmosis | TMP/SMX | \$ 2.800 |
| ARV | EFV/ZDV/3TC | \$ 11.700 |
| Test de resistencia | ----- | \$ 20.200 |
| Monitoreo paciente internado | ----- | \$ 38,600 |
| Profilaxis para mycobacteriosis atípicas | Azitromycina | \$ 43,300 |
| Monitoreo VIH: pacientes de alto riesgo cada 5 años | ----- | \$ 50,000 |
| Otras intervenciones | | |
| Cáncer de mama, mujeres >50 años | Mamografía anual | \$ 57.700 |
| Cáncer de Colon, 50-85 años | Colonoscopia | \$ 57.500 |
| Diabetes, edad >25 años | FBS | \$ 70.000 |

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

años de sobrevida por individuo (13 años) (Tabla 5). 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 6) (35).

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 200x10⁶/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 tempranamente (36).

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 intervenciones (37):

- 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.

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 transdisciplinarias 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. Indagar porque no se aplican los protocolos de conocimiento existentes.
4. Efectuar seguimiento de cohortes de niños y adolescentes que han adquirido el VIH por transmisión vertical hasta llegar a la adultez, y evaluar de manera retrospectiva los casos pediátricos.

Promover la sistematización de investigaciones periódicas en muestras poblacionales

1. Profundizar las investigaciones sobre los patrones socio-económicos de las personas viviendo con VIH e indagar en los modos en que se traduce la situación de pobreza en vulnerabilidad al VIH y en el no acceso a los sistemas de atención.
2. Diseñar y realizar estudios de calidad de vida de PVVS en nuestro medio, evaluando la discapacidad en el sida.
3. Diseñar estudios de cohortes prospectivas en PVVS con recolección sistemática de datos sensibles:
 - determinar los subtipos de virus circulantes en nuestro medio;
 - sustentabilidad de los tratamientos;

- ↗ efectividad y toxicidad de ARV;
 - ↗ resistencia a ARV en pacientes tratados y no tratados;
 - ↗ frecuencia y casos de abandonos y fallos;
 - ↗ desarrollo de nuevas drogas menos tóxicas para favorecer la adherencia;
 - ↗ analizar profilaxis e incidencia de eventos oportunistas y no relacionados;
 - ↗ indagar la salud mental en PVVS;
 - ↗ identificar comorbilidades, ej: coinfección VIH-hepatitis C, prevalencia cruzada con tuberculosis, otras ETS;
 - ↗ sobrevida y causas de muerte.
4. Establecer cohortes prospectivas de individuos no infectados en riesgo significativo para valorar la seroincidencia y analizar el impacto de medidas preventivas incluyendo:
- ↗ estudios preclínicos de vacunas;
 - ↗ estudios preclínicos y clínicos microbicidas de uso tópico;

- ↗ caracterización del virus circulante en los nuevos infectados.

Analizar desde la costo-efectividad las siguientes intervenciones para la atención y prevención del VIH/sida en nuestro país

1. Políticas de testeo, desde las estratégicas y las técnicas.
2. Transmisión vertical. Estrategias de intervención en salud sexual y reproductiva en PVVS, especialmente en parejas serodiscordantes.
3. Programas de adherencia a los medicamentos.
4. Tratamiento con ARV.
5. Combinación de diversas terapias.
6. Resistencia primaria a drogas y en primer fallo.
7. Profilaxis pre-exposición en poblaciones vulnerables.
8. Momento de comienzo de la terapia ARV.

Tabla 7. Matriz de Estrategias Combinadas (MEC) de VIH/sida para la priorización de temas de investigación

| | El individuo, el hogar y la comunidad | El Ministerio de Salud y otras instituciones de salud | Otros sectores | Políticas macroeconómicas |
|----------------------------------|---------------------------------------|---|----------------|---------------------------|
| 1. Carga de la 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, 510.000 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 130.000 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 similares 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%: 4,78; 8,15), 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 solo 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.

Tabla 7. Matriz de Estrategias Combinadas (MEC) de VIH/sida para la priorización de temas de investigación

El individuo, el hogar y la comunidad El Ministerio de Salud y otras instituciones de salud Otros sectores Políticas macroeconómicas

Las mujeres han perdido AEV por VIH/sida en el periodo 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. 24.455 (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.

| | | | | |
|--------------------------------|--|--|---|---|
| <p>2. Determinantes</p> | <p>Falta de información sobre cuidados, persistencia de prejuicios y discriminación en torno a la sexualidad y los UDIs.</p> <p>Dificultades en la realización de test diagnóstico.</p> <p>Dificultades en la adherencia a los comportamientos de cuidado y auto-cuidado.</p> <p>Dificultad en la adherencia al tratamiento debido a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ problemas socio-económicos. ▫ relación médico/paciente. ▫ continuidad en el acceso a las drogas. ▫ horarios de atención restringidos. ▫ efectos secundarios de las drogas. <p>Valores</p> <p>Cuestiones de género, machismo, estereotipos, representaciones culturales, homofobia y transfobia.</p> <p>Discurso oficial de la Iglesia Católica sobre sexualidad: reticencia al uso del preservativo y a la implementación de la educación sexual.</p> <p>Recursos y vulnerabilidad estructural</p> <p>Situaciones de vulnerabilidad social y su relación con la criminalización de UDIs.</p> <p>Procesos de exclusión, pobreza junto con discriminación y estigmatización.</p> <p>Falta de apoyo socioeconómico para acceso a los servicios de salud y sociales: transporte, complementación alimentaria y otros.</p> <p>Problemas de accesibilidad a los servicios de salud en varios estados provinciales.</p> <p>Redes de personas viviendo con VIH/sida y organizaciones de la sociedad civil requieren ser fortalecidas.</p> <p>Situaciones particulares</p> <p>Personas privadas de libertad, niños, adolescentes y jóvenes adultos nacidos con VIH.</p> | <p>Inexistencia de vacunas curativas y/o microbicidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ 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. <p>Servicios y programas de salud:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▫ 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, salud sexual y reproductiva, materno infantil, 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). | <p>Falta de implementación sostenida y sistemática de programas de educación sexual en algunos niveles del sistema escolar.</p> <p>Escaso uso de prácticas basadas en la evidencia de eficacia comprobada.</p> <p>Insuficiente inversión en salud, investigación y desarrollo.</p> <p>Legislación en materia de drogas que criminaliza y estigmatiza a los UDIs.</p> <p>Desigualdad social e institucional basada en el género, la orientación sexual y la identidad de género.</p> | <p>Legislación sobre propiedad intelectual y patentes.</p> <p>Agenda de investigación: la investigación clínica está predominantemente definida por la industria farmacéutica y países desarrollados.</p> <p>Escasa inversión en infraestructura, recursos humanos, investigación y desarrollo en las zonas con mayor prevalencia.</p> <p>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.</p> |
|--------------------------------|--|--|---|---|

Tabla 7. Matriz de Estrategias Combinadas (MEC) de VIH/sida para la priorización de temas de investigación

| El individuo, el hogar y la comunidad | El Ministerio de Salud y otras instituciones de salud | Otros sectores | Políticas macroeconómicas |
|---|--|---|--|
| <p>Niveles de decisión de políticas sanitarias</p> <p>Desarticulación de políticas entre los niveles de gobierno (municipal, provincial y nacional).</p> <p>Falta de continuidad de las políticas gubernamentales.-Deficit en la capacitación, formación fragmentada y limitada capacidad de gestión.</p> <p>Escasa asignación de presupuestos a la investigación.</p> | <p>Fuerte política institucional para prevenir la transmisión vertical</p> <p>Realización de diversos tipos de intervenciones desde la prevención, tratamiento, involucramiento de pacientes y la comunidad.</p> <p>Alto compromiso del sector salud para garantizar medicamentos, reactivos para diagnóstico y seguimiento y material preventivo (preservativos y folletería).</p> <p>Aumento del presupuesto anual.</p> <p>Problemas con la actualización de la información, subregistro y demoras en la notificación en el Programa Nacional.</p> <p>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.</p> <p>Deficiente distribución de especialistas.</p> <p>Oferta de consejería y testeo voluntario insuficiente y restrictivo en los servicios sanitarios.</p> <p>Falta de conocimiento sobre aplicabilidad (técnica y ética) de tests rápidos.</p> <p>Zonas del país con dificultades de acceso a la atención.</p> <p>Falta articulación de sistemas médicos y para-médicos.</p> <p>Demoras diagnósticas, pérdidas de seguimiento.</p> <p>Alta tasa de embarazadas sin control prenatal ni testeo para VIH.</p> <p>Falta de definición de prioridades de investigación.</p> <p>Bajas remuneraciones y recursos humanos insuficientes.</p> | <p>Visibilidad de grupos tradicionalmente excluidos.</p> <p>Mayor capacidad de ONGs dedicadas al VIH y de grupos de personas viviendo con VIH de hacerse escuchar.</p> <p>VIH en la agenda pública.</p> <p>Campañas de sensibilización y promoción del uso del preservativo.</p> <p>Falta de implementación sostenida y sistemática de programas de educación sexual con perspectiva de género.</p> | <p>Necesidad de mejorar la articulación de políticas entre las administraciones locales y la nacional.</p> <p>Necesidad de dar continuidad a las políticas de estado.</p> <p>Deficiente asignación de recursos económicos y/o decisión política para su utilización.</p> <p>Ausencia de diagnóstico que permita cuantificar y calificar la distribución y la calidad de la atención ofrecida por los sistemas de salud.</p> <p>Investigación social y epidemiológica insuficiente y escasamente integrada a las estrategias programáticas.</p> <p>Falta política de priorización en investigación.</p> |
| <p>3. Nivel actual de conocimiento</p> <p>Cuestiones particulares de la epidemia VIH/SIDA:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▣ distribución geográfica heterogénea. ▣ condiciones sociales que aumentan la vulnerabilidad; exclusión y pobreza. La "pauperización", femineización y heterosexualización son fenómenos crecientes, con persistencia de patrones de vulnerabilidad UDIs, gays, bisexuales y otros HSH y transsexuales. ▣ 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. | <p>Realización de diversos tipos de intervenciones desde la prevención, tratamiento, involucramiento de pacientes y la comunidad.</p> <p>Alto compromiso del sector salud para garantizar medicamentos, reactivos para diagnóstico y seguimiento y material preventivo (preservativos y folletería).</p> <p>Aumento del presupuesto anual.</p> <p>Problemas con la actualización de la información, subregistro y demoras en la notificación en el Programa Nacional.</p> <p>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.</p> <p>Deficiente distribución de especialistas.</p> <p>Oferta de consejería y testeo voluntario insuficiente y restrictivo en los servicios sanitarios.</p> <p>Falta de conocimiento sobre aplicabilidad (técnica y ética) de tests rápidos.</p> <p>Zonas del país con dificultades de acceso a la atención.</p> <p>Falta articulación de sistemas médicos y para-médicos.</p> <p>Demoras diagnósticas, pérdidas de seguimiento.</p> <p>Alta tasa de embarazadas sin control prenatal ni testeo para VIH.</p> <p>Falta de definición de prioridades de investigación.</p> <p>Bajas remuneraciones y recursos humanos insuficientes.</p> | <p>Realización de diversos tipos de intervenciones desde la prevención, tratamiento, involucramiento de pacientes y la comunidad.</p> <p>Alto compromiso del sector salud para garantizar medicamentos, reactivos para diagnóstico y seguimiento y material preventivo (preservativos y folletería).</p> <p>Aumento del presupuesto anual.</p> <p>Problemas con la actualización de la información, subregistro y demoras en la notificación en el Programa Nacional.</p> <p>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.</p> <p>Deficiente distribución de especialistas.</p> <p>Oferta de consejería y testeo voluntario insuficiente y restrictivo en los servicios sanitarios.</p> <p>Falta de conocimiento sobre aplicabilidad (técnica y ética) de tests rápidos.</p> <p>Zonas del país con dificultades de acceso a la atención.</p> <p>Falta articulación de sistemas médicos y para-médicos.</p> <p>Demoras diagnósticas, pérdidas de seguimiento.</p> <p>Alta tasa de embarazadas sin control prenatal ni testeo para VIH.</p> <p>Falta de definición de prioridades de investigación.</p> <p>Bajas remuneraciones y recursos humanos insuficientes.</p> | <p>Necesidad de mejorar la articulación de políticas entre las administraciones locales y la nacional.</p> <p>Necesidad de dar continuidad a las políticas de estado.</p> <p>Deficiente asignación de recursos económicos y/o decisión política para su utilización.</p> <p>Ausencia de diagnóstico que permita cuantificar y calificar la distribución y la calidad de la atención ofrecida por los sistemas de salud.</p> <p>Investigación social y epidemiológica insuficiente y escasamente integrada a las estrategias programáticas.</p> <p>Falta política de priorización en investigación.</p> |

Tabla 7. Matriz de Estrategias Combinadas (MEC) de VIH/sida para la priorización de temas de investigación

El individuo, el hogar y la comunidad El Ministerio de Salud y otras instituciones de salud Otros sectores Políticas macroeconómicas

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ☞ 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. <p>Intervenciones para prevenir todas las formas de transmisión:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ 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). <p>Intervenciones para prevención y tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ participación de pacientes y la comunidad en ONGs y redes. | <p>Los programas de reducción de daños entre UDIs no tienen suficiente desarrollo y cobertura.</p> <p>Intervenciones para prevenir la transmisión sexual:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ promoción y distribución de preservativos. ☞ tratamiento y monitoreo de las ETS. <p>Intervenciones para prevenir la transmisión vertical (TV):</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ 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. <p>Intervenciones para prevenir la transmisión sanguínea:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ programas de reducción de daños entre UDIs. ☞ estrategias de sangre segura. ☞ uso de drogas ARV post-exposición ocupacional. <p>Tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ 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 autocuidado. <ul style="list-style-type: none"> ☞ tratamiento y diagnóstico de infecciones oportunista. ☞ tratamiento de lipodistrofia. ☞ apoyo psico-social al enfermo y sus familiares. ☞ políticas de salud reproductiva para mujeres y parejas viviendo con VIH. |
|--|--|

Tabla 7. Matriz de Estrategias Combinadas (MEC) de VIH/sida para la priorización de temas de investigación

| | El individuo, el hogar y la comunidad | El Ministerio de Salud y otras instituciones de salud | Otros sectores | Políticas macroeconómicas |
|-------------------------------|---|--|------------------------------------|------------------------------------|
| 3. Costo y efectividad | <p>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 transición vertical y provisión de tratamiento ARV.</p> | <p>El Ministerio de Salud y otras instituciones de salud</p> | <p>Otros sectores</p> | <p>Políticas macroeconómicas</p> |
| | <p>Falta información nacional.</p> | <p>A partir de un modelo de asignación de presupuesto a actividades de prevención (START), se estimó 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 intervenciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ 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. | <p>Falta información nacional.</p> | <p>Falta información nacional.</p> |

Siglas y acrónimos

| | | | |
|--------|--|-------|--|
| AEV | años de esperanza de vida. | INDEC | Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, Ministerio de Economía de la Nación. |
| AEVP | años de esperanza de vida perdidos. | MEC | Matriz de Estrategias Combinadas. |
| APVP | años potenciales de vida perdidos. | NEA | noreste argentino. |
| ARV | drogas antirretrovirales. | NOA | noroeste argentino. |
| CABA | Ciudad Autónoma de Buenos Aires. | OMS | Organización Mundial de la Salud. |
| COHRED | Council on Health Research for Development, Comisión de Investigación en Salud para el Desarrollo. | ONU | Organización de Naciones Unidas. |
| DAEVP | diferencia de años de esperanza de vida perdidos. | OPS | Organización Panamericana de la Salud. Programa de reducción de daños: intervenciones que de una manera amplia tratan de reducir los riesgos para limitar las consecuencias negativas del uso de drogas. |
| DEIS | Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de la Nación. | PVVS | personas viviendo con VIH/sida. |
| ETS | Enfermedades de Transmisión Sexual. | RH | Retrovirus del Humano. |
| FISA | Foro de Investigación en Salud de Argentina. | Sida | síndrome de inmunodeficiencia adquirida. |
| GFHR | Global Forum for Health Research, Foro Global para la Investigación en Salud. | Trans | la población trans está constituida por aquellas personas que se autodefinen como travestis y transexuales. |
| HSH | hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. | TV | transmisión vertical del VIH. |
| | | UDI | usuarios de drogas intravenosas. |
| | | VIH | virus de la inmunodeficiencia humana. |

Referencias

- Bernal-Delgado E, Peiró S, Sotoca R. Prioridades de investigación en servicios sanitarios en el Sistema Nacional de Salud. Una aproximación por consenso de expertos Gac Sanit 2006; 20(4): 287 – 294.
- Lomas J et al. "On being a good listener : setting priorities for applied health services research" in the Milbank Quarterly. Volume 81, Number 3, 2003.
- <http://www.cohred.org/main/>.
- Peter Tugwell, Don de Savigny, Gillian Hawber, Vivian Robinson Robinson Applying Clinical Epidemiological Methods to Health Equity: The Equity Effectiveness Loop BMJ 2006; 332: 358-361.
- Global Forum for Health Research, helping correct the 10/90 gap. The Combined Approach Matrix, a priority-setting tool for health research. Edited by Abdul Ghaffar, Andres de Francisco, Stephen Matlin. June 2004.
- Council on Health Research for Development (COHRED). Overview of priority setting approaches and Methods. Annotated bibliography. Collaborative paper. En Priority setting for health research: Toward a management process for low and middle income countries. Disponible en http://www.cohred.org/priority_setting/COHREDWP1%20PrioritySetting.pdf.
- <http://www.fisa.anm.edu.ar/>.
- Touzé, G. Obstacles to the development of prevention and public health policies in Argentina Clin Infect Dis 2003; Vol. 37, Sup. 5, 372-375.
- Friedman SR, Kippax SC, Phaswana-Mafuy N, Rossi D, Newman CE. (2006a). Emerging future issues in HIV/AIDS Social Research. Emerging future issues in HIV/AIDS Social Research. AIDS 20, 959-965.
- 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.
- 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
- Perez E, Toibaro J, Losso M. HIV patients hospitalization during the pre and post HAART era. Medicina B Aires. 2005; 65: 482-8.
- 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.
- 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.
- Boletín Dic. 2005, PNSIDA, Ministerio de Salud y Ambiente; InfoSIDA no. 5, 2006, Coordinación SIDA del GCBA; Epidemic update 2006, UNAIDS.
- 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.
- 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.

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.
21. 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.
22. Boletín Anual de Epidemiología 2004-2005. Dirección de Epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación.
23. OMS/ ONUSIDA. Situación de la epidemia de SIDA. Diciembre 2006 http://data.unaids.org/pub/EpiReport/2006/2006_EpiUpdate_es.pdf y Ministerio de Salud de Argentina, 2004.
24. OPS. De datos básicos a índices compuestos. Una revisión del análisis de la mortalidad. Boletín Epidemiológico 2002; 23(4): 1-6.
25. 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.
26. WHO (2003) The right to know: New approaches to HIV testing and counseling.
27. Duran A, Ivalo S, Hakim A, Masciottra F, Zlatkes R, Adissi L, Neaton J y Losso M. Prevention of mother to child HIV transmission. Medicina (Buenos Aires) (2006) 66: 24-30.
28. Programa Nacional de lucha contra los RH, SIDA y ETS (2005) Boletín sobre VIH/SIDA en Argentina 2005.
29. Hogan D, Baltussen R, Hayashi C, Lauer J y Salomón J. Cost effectiveness analysis of strategies to combat HIV/AIDS in developing countries, BMJ (2005) 331: 1431-1437.
30. Sanders G y col. Cost-effectiveness of screening for HIV in the era of Highly active antiretroviral therapy N Engl J of Med (2005), 352: 570-85.
31. Bertozzi S, Padian N, Wegbreit I, De-Maria L, Feldman B, Gayle H, Gold J, Grant R y Isbell M. (2006) HIV/SIDA prevention and treatment, en Disease Control Priorities Second Edition.
32. Beck E, Mandalia S, Gaudreault M, Brewer C, Zowall H, Gilmore N, Klein M, Lalonde R, Piché A. y Hankins C. The cost-effectiveness of highly active antiretroviral therapy, Canada 1991-2001, AIDS (2004) 18: 2411-2418.
33. Hutchinson A, Farnham P, Dean H et al. The economic burden of HIV in the United states in the era of highly active antiretroviral therapy : evidence of continuing racial and ethnic differences. J acquir Immune Defic Syndr. (2006) 43: 451-457.
34. Valent, W. Cost of HIV care: evolution and update. AIDS Reader (2007). 17: 242-244.
35. Walensky R et al. The survival benefits of AIDS treatment in the US. J Infect Dis. 2006; 194:1-5.
36. Krentz,H, Alud M, Gil M. The high cost of medical care for patients who present late (CD4<200 cells/ul) with HIV infection, British HIV Association (2004) 5: 93-98.
37. 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.

Research priority setting in HIV/AIDS using the combined approach matrix, a tool recommended by The Global Forum For Health Research

Summary *The combined approach matrix, tool recommended by the Global Forum for Health Research to set priorities for selection, organises information from different sources to establish the current situation on any sanitary problem from the point of view of the individual, the family, the community, the ministry of health, other institutions related or not to health and macroeconomic politics. By the application of the combined approach matrix, an interdisciplinary team of researchers elaborated a diagnosis on HIV/aids epidemics in Argentina. National experts and researchers completed a survey which let know their perspectives about this problem; and lately, an open workshop was held including participants representing different institutional dimensions. During the workshop the epidemiological HIV/aids situation in Argentina, its determinants and eventual useful interventions were discussed. These opinions together with the survey answers and the material provided by the interdisciplinary team, help to complete the matrix from which a list of research priorities on HIV/aids was set.*

Key words: priorities, research, HIV/aids.