

SITUACIÓN DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON VIH EN ARGENTINA

UN DIAGNÓSTICO COLECTIVO DEL ESTADO
DE LA RESPUESTA EN LOS SERVICIOS DE SALUD

SITUACIÓN DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON VIH EN ARGENTINA

UN DIAGNÓSTICO COLECTIVO DEL ESTADO
DE LA RESPUESTA EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Dirección editorial

Zulma Ortiz, Especialista en Salud de UNICEF

Carlos Falistocco, Director de la Dirección de SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual del Ministerio de Salud de la Nación

Redacción del estudio

Adriana Durán, Ariel Adaszko, Marcelo Vila y Evelina Carrizo

El contenido de esta publicación es un resumen de la sesión para establecer un diagnóstico de la situación de niños, niñas y adolescentes con VIH en la Argentina, realizado en forma colaborativa por la Dirección de SIDA y Enfermedades de Transmisión Sexual del Ministerio de Salud de la Nación, la Sociedad Argentina de Pediatría, OPS/OMS, ONUSIDA y UNICEF.

Coordinadores de la sesión

Miriam Bruno, Rina Moreno, Adriana Durán, Ariel Adaszko, Marcelo Vila y Gabriela De la Iglesia

© Ministerio de Salud de la Nación, Sociedad Argentina de Pediatría, OPS/OMS, ONUSIDA y UNICEF

Situación de los niños, niñas y adolescentes con VIH en Argentina.

Un diagnóstico colectivo del estado de la respuesta en los servicios de salud

32 p, 18 cm x 22 cm

ISBN: 978-92-806-4594-4

Impreso en Argentina

Primera edición, noviembre de 2011

2.000 ejemplares

Edición, corrección: Laura Efrón

Diseño y diagramación: Fernanda Rodriguez (www.fernandarodriguez.com.ar)

Se autoriza la reproducción total o parcial de los textos aquí publicados, siempre y cuando no sean alterados, se asignen los créditos correspondientes y no sean utilizados con fines comerciales.

ÍNDICE

Introducción	4
Metodología	6
Diagnóstico	8
1. Situación epidemiológica de los niños, niñas y adolescentes con VIH en Argentina: análisis de las notificaciones recibidas por la DS y ETS del MSAL	8
2. Síntesis de la información complementada por los participantes	16
3. Conclusiones y propuestas	21
Anexo	24

INTRODUCCIÓN

El mapa epidemiológico del VIH en la Argentina se construye con información proveniente de diversas estrategias de vigilancia y sistemas de información: notificaciones sistemáticas de los casos de infección por VIH y de SIDA; datos de mortalidad de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS); registros de la gestión y logística para la distribución de insumos; estudios de prevalencia en unidades, sitios y poblaciones centinela; información disponible en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SNVS) del Ministerio de Salud (MSAL) y fichas de seguimiento de partos de mujeres infectadas y de niños expuestos, entre otros. Esta información heterogénea es la base a partir de la cual se puede disponer de una visión sobre la situación y tendencia de la epidemia a nivel general.

En el caso de los niños, niñas y adolescentes con VIH la información disponible es más limitada. Esto obedece tanto a la subnotificación de casos, incluso en jurisdicciones con alta prevalencia, como al hecho de que la epidemia “concentrada” de nuestro país ha generado que la mayoría de los esfuerzos de vigilancia epidemiológica estén dirigidos a monitorear la situación de los jóvenes y adultos.

Con el objetivo de mejorar el conocimiento sobre la situación epidemiológica de los niños, niñas y adolescentes con VIH en Argentina y ampliar el saber sobre el estado de la respuesta que se ofrece desde los servicios de salud, la Dirección de SIDA y ETS del Ministerio de Salud de la Nación (DS y ETS) y la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP) organizaron un encuentro con los referentes de los servicios donde se atiende a la mayor parte de esa población, incluyendo a los principales laboratorios que participan del proceso de diagnóstico pediátrico. Esta jornada de trabajo fue realizada con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA).

En el encuentro se analizó la información disponible a través de la notificación de casos a nivel nacional y mediante los datos aportados por las instituciones de salud participantes. En base a estos insumos, se priorizaron estrategias para mejorar los circuitos de diagnóstico pediátrico y la oferta de servicios en las áreas de atención y apoyo.

La epidemia “concentrada” de nuestro país ha generado que la mayoría de los esfuerzos de vigilancia epidemiológica estén dirigidos a monitorear la situación de los jóvenes y adultos.

METODOLOGÍA

El diagnóstico colectivo sobre la situación epidemiológica de los niños, niñas y adolescentes con VIH en Argentina se realizó el 25 de octubre de 2010 durante una jornada de trabajo en el Centro de Docencia y Capacitación Pediátrica "Dr. Carlos A. Gianantonio" de la Sociedad Argentina de Pediatría.

Para la convocatoria de los equipos participantes se jerarquizaron las instituciones de las jurisdicciones con el mayor número de notificaciones de casos de VIH en la población pediátrica y adolescente. En base a esto, asistieron al encuentro 58 personas representando a 22 hospitales, 1 organización de la sociedad civil, 6 laboratorios de referencia, 4 programas provinciales, 1 programa municipal y 1 región sanitaria de la provincia de Buenos Aires. Además,

del Ministerio de Salud de la Nación participaron representantes de la Dirección de SIDA y ETS, de la Dirección Nacional de Maternidad e Infancia y del Programa de Salud Integral en la Adolescencia (Anexo I). La reunión estuvo organizada en tres ejes:

- El análisis de la información epidemiológica disponible en los registros nacionales y jurisdiccionales, su comparación con la de los efectores participantes y la revisión de los procesos de producción de esa información.
- La revisión del marco conceptual para definir el inicio oportuno del tratamiento con antirretrovirales (TARV) en niños infectados por transmisión vertical.
- La evaluación de los circuitos de laboratorio para el diagnóstico definitivo de los niños expuestos al VIH por vía perinatal.

En los meses que siguieron al encuentro, la Dirección de SIDA y ETS solicitó información complementaria a jurisdicciones que no participaron de la jornada de trabajo.

En este documento se recogen y sintetizan las presentaciones realizadas en los distintos bloques de trabajo y se puntúan los ejes centrales de los intercambios a los que dieron lugar dichas exposiciones. En la estimación de la cantidad de niños/as y adolescentes en seguimiento en servicios de salud se incorporó la información que brindaron otras jurisdicciones.

En este documento se recogen y sintetizan las presentaciones realizadas en los distintos bloques de trabajo y se puntúan los ejes centrales de los intercambios a los que dieron lugar dichas exposiciones.

DIAGNÓSTICO

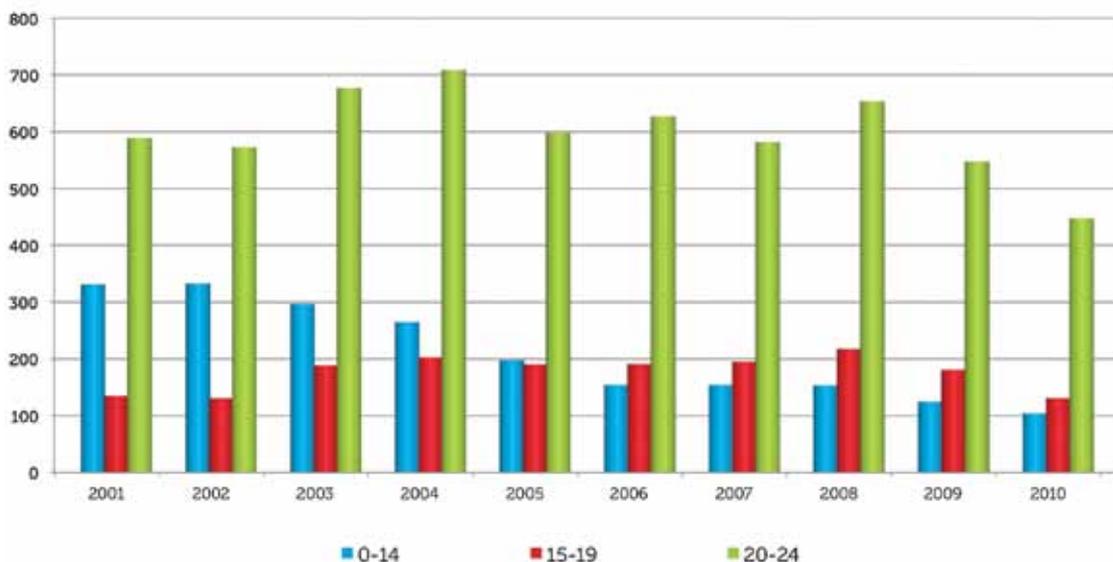
1 | Situación epidemiológica de los niños, niñas y adolescentes con VIH en Argentina: análisis de las notificaciones recibidas por la DS y ETS del MSAL

Desde el inicio de la epidemia hasta diciembre de 2010 el Ministerio de Salud de la Nación recibió notificaciones de 7.941 personas de 0 a 19 años con VIH y/o SIDA, de las cuales 4.618 (58%) pertenecen al grupo de 0 a 14 y 3.323 (42%) al grupo de

15 a 19. Es importante aclarar que hasta 2001 en nuestro país sólo se notificaban los casos de SIDA y que a partir de ese momento se inició la notificación de casos de infección por VIH sin SIDA. Si sólo se consideran los diagnósticos producidos a partir del año 2001, estos son 3.337, de los cuales el 56% eran en personas de 0 a 14 años y el 46% en personas de 15 a 19 años. Cabe destacar que en el grupo de 0 a 14 se registran más diagnósticos en la década del 90 (50%) que en los últimos diez años (41%), mientras que en el grupo de 15 a 19 la relación se invierte: el 44% se diagnosticó en la última década y el 34% en los años 90. Esta diferencia se debe a la disminución progresiva de la incidencia de infecciones por transmisión vertical.

GRÁFICO 1

Diagnósticos de infección por VIH por año y grupos de edad seleccionados, 2001-2010



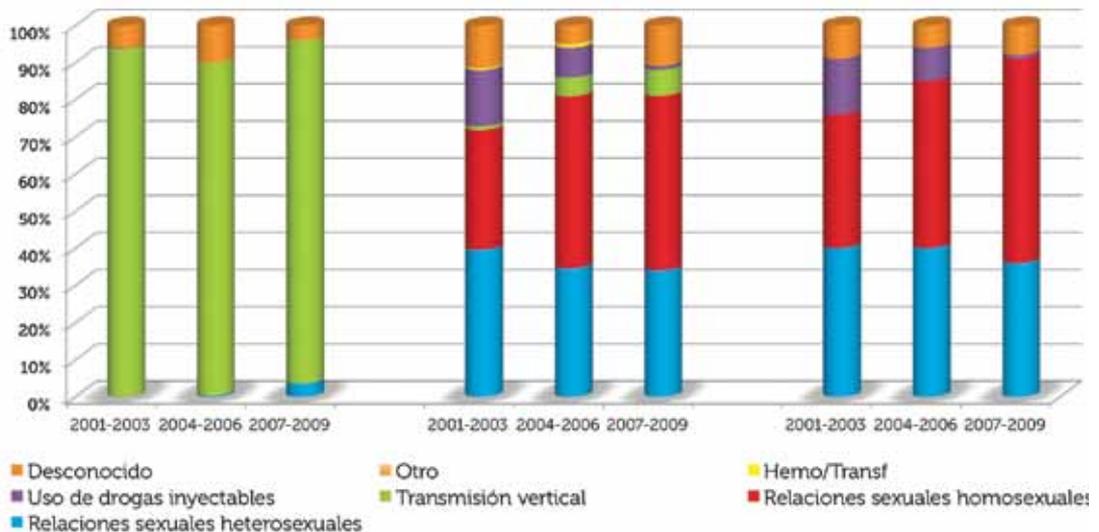
Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DS y ETS del MSAL.

Mientras que la cantidad de diagnósticos en adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años se mantiene relativamente constante a lo largo de los años, los que corresponden a niños/as de 0 a 14 van disminuyendo a lo largo de la década, desde un pico de 333 en 2002 hasta descender a menos de la mitad en los últimos años (Gráfico 1).

Las vías de transmisión están claramente diferenciadas entre el grupo de 0 a 14 y el de los de más edad. El 91% de los niños y niñas de 0 a 14 diagnosticados entre 2001 y 2010 se infectaron por transmisión perinatal. En cambio, en el grupo de 15 a 24, el 83% de los varones y el 89% de las mujeres se infectaron por relaciones sexuales desprotegidas. En el caso de los varones, el 38% durante una relación sexual heterosexual y el 46% en una relación sexual con otro varón (Gráfico 2).

GRÁFICO 2

Distribución de la población masculina, según grupos de edad seleccionados y vía de transmisión, en porcentaje, 2001-2009



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DS y ETS del MSAL.

Si se restringe el análisis a las notificaciones correspondientes a infecciones por transmisión vertical, desde la identificación del primer caso de una persona infectada de esa forma hasta el 31 de diciembre de 2010, se informaron 4.246 casos (Tabla 1).

TABLA 1. Casos de infecciones por transmisión perinatal según año de diagnóstico, 1982-2010

AÑO DE DIAGNÓSTICO	PERSONAS
<= 1990	93
1991-2000	2.198
2001-2002	613
2003-2004	522
2005-2006	319
2007-2008	288
2009-2010	213
TOTAL	4.246

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DS y ETS del MSAL.

Al analizar las notificaciones de casos de transmisión perinatal según año de nacimiento se observa que se alcanzó un pico de 329 casos en 1995, año a partir del cual comienza un descenso significativo. El mismo es atribuible tanto a la implementación de la profilaxis con zidovudina como a la sanción en el país de una normativa específica para perinatología que permitió universalizar

la oferta del test de VIH para mujeres embarazadas y comenzar la profilaxis con antirretrovirales (ARV) en las mujeres infectadas (Gráfico 3).

GRÁFICO 3

Distribución de casos de transmisión perinatal según año de nacimiento, 1982-2009



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DS y ETS del MSAL.

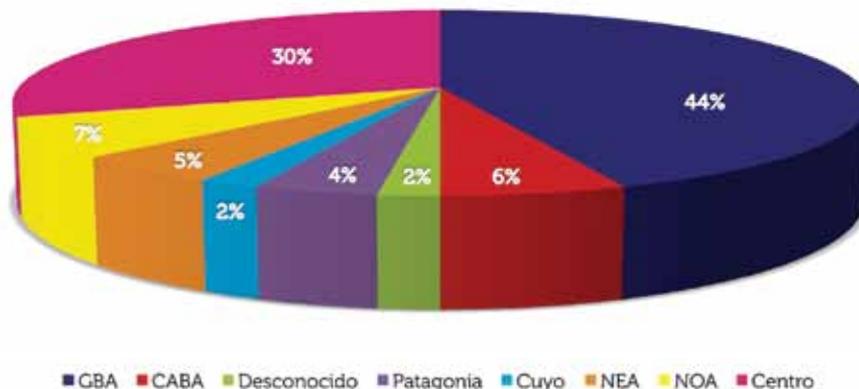
Cuando se analiza la distribución de notificaciones por transmisión perinatal de acuerdo con la jurisdicción, se observa que el 70% de los niños infectados reside en el área metropolitana (Gráfico 4).

De acuerdo con la edad al momento del diagnóstico, casi el 99% de los casos se diagnosticaron antes de los 14 años de edad y el 60% antes del año de vida. El porcentaje de niños detectados después del primer año de vida aún es muy alto, lo cual limita el impacto positivo de las intervenciones terapéuticas.

El descenso de la transmisión vertical en la última década se evidencia tanto en los casos notificados a la Dirección de SIDA como en el número de diagnósticos reportados por los laboratorios y en la cantidad de niños/as en seguimiento en los servicios de salud.

GRÁFICO 4

Distribución porcentual de los casos de transmisión perinatal del VIH según año de nacimiento y jurisdicción de residencia, 2001-2009



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la DS y ETS del MSAL.

En relación con las defunciones, también ha descendido la tasa de mortalidad por SIDA. En el grupo de 0 a 14 años, ésta alcanzó un pico de 9,4 por millón en 1998 hasta ubicarse en 1,7 en 2008; y en el grupo de 15 a 24 años pasó de 34,0 en 1995 a 6,9 en 2008 (Gráfico 5). En 2008 fallecieron 17 niños/as de 0 a 14 y 46 jóvenes de 15 a 24 (Tabla 2).

En el grupo de 15 a 24 años, el 83% de los varones y el 89% de las mujeres se infectaron por relaciones sexuales desprotegidas.

TABLA 2. Defunciones por SIDA en grupos de edad seleccionados, 1990-2008

AÑO	DEFUNCIONES POR SIDA DE 0 A 14 AÑOS			DEFUNCIONES POR SIDA DE 15 A 24 AÑOS		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
1990-1994	194	98	96	614	468	137
1995-1999	392	196	192	825	547	263
2000	58	37	21	86	52	34
2001	31	15	16	76	40	36
2002	56	27	29	65	42	23
2003	38	23	15	59	32	27
2004	38	18	20	47	26	21
2005	24	13	11	41	26	15
2006	38	23	15	47	26	21
2007	30	14	16	30	15	15
2008	17	9	8	46	22	24
Total	916	473	439	1936	1296	616

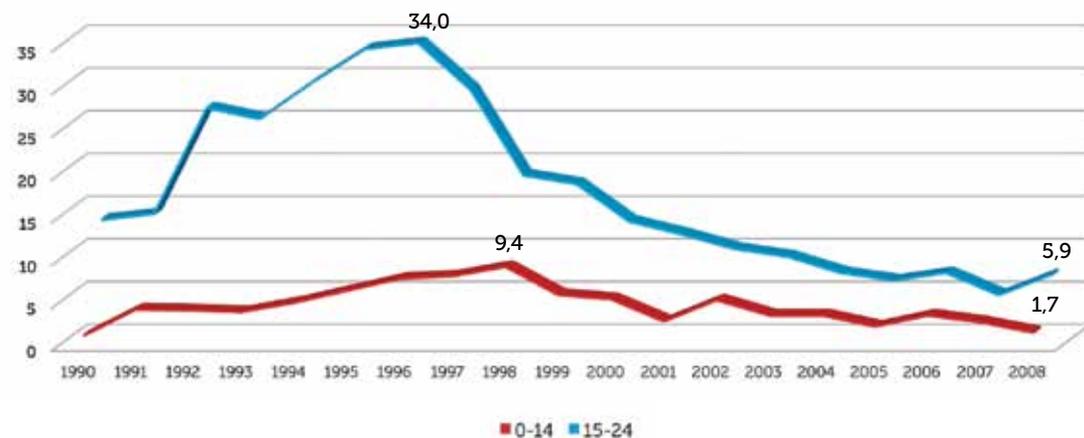
Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del MSAL.

Desde el inicio de la epidemia hasta diciembre de 2010 el Ministerio de Salud de la Nación recibió notificaciones de 7.941 personas de 0 a 19 años.

El porcentaje de niños detectados después del primer año de vida aún es muy alto, lo cual limita el impacto positivo de las intervenciones terapéuticas.

GRÁFICO 5

Tasa específica de defunciones por SIDA por millón de habitantes según grupo de edad, en porcentaje, 1990-2008



Fuente: Elaboración propia en base a datos proporcionados por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud del MSAL.

2 | Síntesis de la información complementada por los participantes

Los hospitales y jurisdicciones que aportaron información atendieron durante el año 2010 a 2.016 personas de 0 a 19 años, 68% de 0 a 14 y 32% de 15 a 19 años. Cuando se analizan los datos individualmente, algunos participantes indican que sólo atienden personas del primer grupo.

Los datos ponen de manifiesto la existencia de dos grupos que acceden a la atención de modo diferenciado. Por un lado, los niños/as infectados por transmisión vertical, seguidos en servicios de pediatría presentes en la reunión y, por otro lado, los infectados durante la pubertad o la adolescencia, generalmente por vía sexual, atendidos en otros servicios que no estuvieron, salvo excepciones, representados en el encuentro. De hecho, los adolescentes de 15 años o más incluidos en la sumatoria son, en su gran mayoría, aquellos que ya venían siendo acompañados desde chicos en servicios de pediatría. La mayoría de los adolescentes que se infectan por transmisión sexual desprotegida no están representados en este número, dado que, en general, son asistidos en servicios de infectología de adultos. Por esta razón, la mayor parte de los datos aportados corresponden a la población pediátrica infectada por transmisión vertical.

Por otro lado, los equipos de salud coincidieron en que se evidenció la paulatina disminución tanto de la cantidad de diagnósticos como del número de niños/as y adolescentes en seguimiento en los servicios de salud en la última década.

La mayoría de las personas diagnosticadas están tratadas con ARV: el 89% de los niños de 0 a 14 y el 81% de los adolescentes de 15 a 19 años está recibiendo

tratamiento. En el caso de los hospitales pediátricos, estas proporciones alcanzan al 94% de los niños/as de 0 a 14 años y al 91% de los de 15 a 19 años. Estos datos demuestran el amplio nivel de cobertura de la población pediátrica en seguimiento y el acuerdo general sobre los beneficios de iniciar el tratamiento ARV en forma oportuna.

Existen dos grupos de adolescentes que acceden a la atención de modo diferenciado. Por un lado, los infectados por transmisión vertical, seguidos en servicios de pediatría presentes en la reunión y, por otro lado, los infectados durante la pubertad o la adolescencia por otras vías, atendidos en otros servicios que no estuvieron, salvo excepciones, representados en el encuentro.

El concepto de tratamiento oportuno se consensuó en base a las recomendaciones sobre el tratamiento antirretroviral en la población pediátrica, difundidas por la Sociedad Argentina de Infectología (SADI) en 2010 y que se resumen en los siguientes puntos:

- Inicio del tratamiento ARV antes de los tres meses de vida, dado que hay evidencias claras de los beneficios en términos de menor riesgo de progresión a SIDA o muerte.
- Si el diagnóstico es posterior, iniciar tratamiento en todos los menores de dos años de edad, independientemente de la condición clínica, virológica e inmunológica. Entre los dos y cinco años se define en base a los niveles de carga viral y CD4+ y después de esta edad según los criterios de la población adulta.

Sin embargo, el análisis de los circuitos de diagnóstico pediátrico –en el que se profundizará a continuación– demuestra la existencia de obstáculos que impiden la universalización del diagnóstico oportuno.

CIRCUITOS DE DIAGNÓSTICO: LA MIRADA DE LOS LABORATORIOS

Con el objetivo de fortalecer las estrategias para facilitar el diagnóstico pediátrico, los laboratorios participantes describieron los algoritmos de diagnóstico, las técnicas utilizadas, los centros de origen de las muestras y los datos de tasas de transmisión vertical del VIH disponibles.

Con respecto al algoritmo diagnóstico todos coincidieron en la importancia de garantizar un proceso de diagnóstico completo y oportuno, procurando obtener una primera muestra para estudios virológicos (PCR) antes del primer mes de vida (a las 24 o 48 horas; 7, 14 o 21 días, según el laboratorio), una segunda muestra entre el primer o segundo mes y una tercera entre los 4 y 6 meses de vida. A los 18 meses se recomiendan estudios serológicos (Elisa) para confirmar la seroconversión.

Con respecto al algoritmo diagnóstico todos los laboratorios coincidieron en la importancia de garantizar un proceso de diagnóstico completo y oportuno.

Todos los referentes coincidieron en describir un progresivo descenso en la prevalencia de niños infectados por transmisión perinatal (Tabla 3).

Sin embargo, del análisis de los datos compartidos surge la necesidad de trabajar en la normatización de los circuitos de diagnóstico pediátrico para garantizar el diagnóstico oportuno, ya que muchas jurisdicciones no disponen de recursos en los laboratorios locales y requieren derivación de las muestras, lo cual complejiza el proceso.

TABLA 3. Prevalencia anual de niños/as infectados por transmisión vertical, sobre el total de niños expuestos (diagnósticos completos e incompletos), según laboratorio, 2000-2009

Año	Virología Htal. Muñiz	Centro Nacional de Referencia para el SIDA	Laboratorio Htal. Posadas	Laboratorio Central, Córdoba	Htal. Garrahan
2000		14,2	0,3	0	18
2001	15,17	8,2		0	15
2002	10,36	7,3	1,7	15	14
2003	8,04	9,5	6,2	7	12
2004	5,02	7,2	19,6	17	11
2005	4,55	4,6	9,6	1,7	6
2006	3,62	5	8,3	8	9
2007	4,71	3,7	4,3	3,2	10
2008	3,62	4,3	8,7	3	7
2009	4,42	2,8	11,7	5	8

Fuente: Elaboración propia en base a los datos aportados por los laboratorios seleccionados.

En la Tabla 4 se resumen los datos aportados por los laboratorios y el origen de las muestras derivadas.

Vale destacar un estudio prospectivo realizado por el Centro Nacional de Referencia para el SIDA (CNRS) para evaluar la resistencia primaria a antirretrovirales en una muestra de 127 niños infectados por transmisión vertical. El mismo mostró que casi el 70% fueron diagnosticados después del primer año de vida y que el 73% de ellos tenían inmunosupresión moderada

TABLA 4. Circuitos de diagnóstico pediátrico. Sistematización de la información aportada

Institución	Período	Nº estudiados	Nº reactivos	Prevalencia	Origen de las muestras
Htal. Garrahan	2000-2009	1.888	225	12%	Garrahan, CABA (Sardá, R. Mejía, Durand, Piñero, Santojanni, Álvarez), pcia. de Bs. As., Neuquén, Mendoza, San Luis, Corrientes, Chubut, Formosa
CNRS, UBA	2000-2009	Todos = 5.440 Dx completo = 3.359	Todos = 356 Dx completo =	2,8% (todos) 2% (Dx completo)	CABA, pcia. de Bs. As., San Luis, Mendoza, Misiones, R. Negro, Corrientes, Chubut, San Juan, T. del Fuego, Santa Cruz, Chaco
Htal. Sor Ludovica de La Plata	2000-2009	1.150	170	14,5%	
Htal. Posadas		413	38	9,2%	
Virología Htal. Muñiz	2001-2010	2.344	142	6,1%	CABA (todas las maternidades menos Sardá)
Centro de Referencia, Córdoba	2000-2010	613	31	5%	Córdoba, La Rioja, Catamarca
CPRS pcia. de Bs. As,	2000-2010	1.808	128	7,08%	RS I – II – III – VI – VIII – IX - XI

Fuente: Elaboración propia en base a datos aportados por los laboratorios seleccionados.

En base a una prevalencia de VIH en mujeres puérperas de entre 0,32%-0,34% se estarían produciendo en el país alrededor de 2.300 partos por año en mujeres infectadas.

a severa al momento del diagnóstico, con recuperación clínica e inmunológica limitada después del inicio del tratamiento. Estos datos se discutieron para reafirmar la importancia del diagnóstico precoz para el inicio del tratamiento oportuno.

Por otro lado, en base a una prevalencia de VIH en mujeres puérperas de entre 0,32%-0,34% se estarían produciendo en el país alrededor de 2.300 partos por año en mujeres infectadas. Estimando una tasa de transmisión vertical del 3% al 6%, la cantidad de infecciones por esa vía sería de alrededor de 70 a 120 casos anuales. A ello se debería sumar un 10% de infecciones en niños por otras vías. Estos valores son consistentes con la cantidad de notificaciones de casos recibidas por la DS y ETS en los últimos años.

Sin embargo, la tasa de transmisión vertical puede estar sesgada porque no se conoce la cantidad total de niños expuestos y porque muchos no completan el proceso diagnóstico. Así, en algunos laboratorios se registra hasta un 35% de diagnósticos incompletos. En este sentido, uno de los temas a encarar es la normatización y agilización del circuito y algoritmos de laboratorio para el diagnóstico oportuno.

3 | Conclusiones y propuestas

La información compartida con los equipos de salud confirma que existe subnotificación de casos. Esto limita las posibilidades de definir de manera exhaustiva la problemática pediátrica tanto en cantidad como en calidad, es decir, a cuántos niños, niñas y adolescentes con VIH se está atendiendo en el país y cómo es la atención que reciben.

Sin embargo, podemos definir dos poblaciones claramente diferenciadas: los niños, niñas y adolescentes expuestos e infectados por transmisión perinatal y los/las adolescentes infectados por otras vías, predominantemente la sexual. Los primeros tienen seguimiento en los servicios de infectología pediátrica mientras que los segundos concurren, habitualmente, a los servicios de adultos.

Si bien no hay un dato preciso sobre cuál es la tasa de transmisión perinatal del VIH a nivel nacional, hay evidencias claras de que ha habido un descenso consistente desde la implementación de las estrategias adecuadas de diagnóstico y profilaxis prenatal.

El control inadecuado del embarazo con diagnósticos tardíos durante el parto o puerperio, la seroconversión durante el embarazo, la lactancia prolongada y las infecciones agudas con parejas masculinas no diagnosticadas, se mencionan como algunas de las dificultades para disminuir, definitivamente, la transmisión vertical del VIH.

La falta de un registro sistematizado de niños expuestos y el alto porcentaje de niños que no completan el proceso diagnóstico limitan la definición de la tasa de transmisión vertical en el país. Esto último constituye también un claro obstáculo para el inicio del tratamiento antirretroviral oportuno, el cual, de acuerdo a las recomendaciones actuales, debe ser iniciado antes de los tres meses de vida.

El acceso heterogéneo a los centros de diagnóstico de cada jurisdicción obstaculiza el diagnóstico pediátrico oportuno, evidenciándose una gran concentración de laboratorios en el área metropolitana con dificultades para el traslado desde las regiones del NOA y NEA.

Este análisis demuestra la necesidad de concentrarse en la realidad de cada región, sistematizando la información, garantizando los recursos de laboratorio y agilizando los circuitos de diagnóstico, ya que el inicio del tratamiento, después del año de vida, aumenta claramente la morbimortalidad y el riesgo de secuelas por la enfermedad.

A pesar de las dificultades en el diagnóstico, el alto porcentaje de cobertura de tratamiento ARV en los niños, niñas y adolescentes en seguimiento demuestra el nivel de consenso en relación a las ventajas de la terapia oportuna en esta población.

Con respecto a los adolescentes que se infectan por transmisión sexual, estos no están representados en los servicios pediátricos ya que suelen ser asistidos en los servicios de infectología de adultos, que no cuentan, en general, con espacios diferenciados para esta población. Por ello es necesario sensibilizar y capacitar a equipos interdisciplinarios en las especificidades del abordaje de los y las adolescentes con VIH.

Al igual que en la población adulta, la transmisión del VIH vinculada al uso de drogas inyectables ha disminuido significativamente en nuestro país y las relaciones sexuales desprotegidas constituyen la vía de transmisión predominante, incluyendo el sexo entre varones, lo cual requiere necesariamente la incorporación de esta temática en el abordaje de la educación sexual integral.

El alto porcentaje de cobertura de tratamiento ARV en los niños, niñas y adolescentes en seguimiento demuestra el nivel de consenso en relación a las ventajas de la terapia oportuna en esta población.

ANEXO

APELLIDO	INSTITUCIÓN
1 Teresa Susana Arreseigor	Centro Prov. de Ref. de VIH SIDA - Minist. de Salud de la Pcia. de Bs. As.
2 María Mirta Valle	Centro Prov. de Ref. de VIH SIDA - Minist. de Salud de la Pcia. de Bs. As.
3 Silvia Elena González Ayala	Hospital de Niños Sor María Ludovica - La Plata
4 Valeria Uriarte	Hospital de Niños Sor María Ludovica - La Plata
5 Solange Arazi Caillaud	Hospital Cordero - San Fernando
6 Susana Loza	Programa SIDA Región Sanitaria V
7 Mónica Moyano	Centro de ETS/SIDA - Berazategui
8 Natalia Gundin	HIGA Evita - Lanús
9 Nora Vázquez	HIGA Evita - Lanús
10 Mónica Lencina	HIGA Evita - Lanús
11 Edith Dinerstein	HIGA Evita - Lanús
12 Elba Nicolás	Hospital Evita Pueblo - Berazategui
13 Daniel Darío Siciliani	Centro de ETS/SIDA - Moreno
14 Graciela Ramos	Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil - Mar del Plata
15 Darío Petrillo	Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil - Mar del Plata

Participantes del taller de diagnóstico de la Situación de niños/as y adolescentes con VIH en Argentina

CARGO	JURISDICCIÓN
Bioquímica	Bs. As.
Bioquímico	Bs. As.
Médica	Bs. As.- Región Sanitaria IX
Médica	Bs. As.- Región Sanitaria IX
Infectóloga pediatra	Bs. As.- Región Sanitaria V
Responsable	Bs. As.- Región Sanitaria V
Médica	Bs. As.- Región Sanitaria VI
Infectóloga pediatra	Bs. As.- Región Sanitaria VI
Psicóloga	Bs. As.- Región Sanitaria VI
Infectóloga pediatra	Bs. As.- Región Sanitaria VI
Jefa Infectología	Bs. As.- Región Sanitaria VI
Infectóloga	Bs. As.- Región Sanitaria VI
Infectólogo pediatra	Bs. As.- Región Sanitaria VII
Médica	Bs. As.- Región Sanitaria VIII
Lic. Trabajo Social	Bs. As.- Región Sanitaria VIII

16	María José Zubiaurre	Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil - Mar del Plata
17	Carmen Libonati	Hospital Paroissien - La Matanza
18	Adriana Basombrío	Coordinación SIDA - Ministerio de Salud - CABA
19	Fabián Portnoy	Coordinación SIDA - Ministerio de Salud - CABA
20	Marisa Nan	Coordinación SIDA - Ministerio de Salud - CABA
21	María Cecilia Magneres	Fundación Huésped
22	Elizabeth Bogdanowicz	Hospital de Clínicas
23	Graciela Barboni	Hospital Elizalde
24	Jorge Lattner	Hospital Fernández
25	Silvia Marino	Hospital Garrahan
26	Andrea Mangano	Hospital Garrahan
27	Ana Cañizal	Hospital Muñiz
28	María Belén Bouzas	Hospital Muñiz
29	Fabiana Sardi	Hospital Pirovano
30	Silvina Ivalo	Hospital Ramos Mejía
31	Irene Foradori	Hospital Ramos Mejía
32	Erica Stankievich	Hospital Ramos Mejía
33	Gladys Ferrucci	Hospital Zubizarreta
34	Marcela Ortiz de Zárate	Maternidad Sardá
35	Nancy Bidone	Sanatorio Güemes

Psicóloga	Bs. As.- Región Sanitaria VIII
Médica	Bs. As.- Región Sanitaria XII
Coordinadora	CABA
Médico	CABA
Bioquímica	CABA
Infectóloga pediatra	CABA
Infectóloga	CABA
Médica	CABA
Médico	CABA
Bioquímica	CABA
Bioquímica	CABA
Bióloga	CABA
Jefa Virología	CABA
Pediatra	CABA
Médica	CABA
Pediatra	CABA
Pediatra concurrente	CABA
Infectóloga pediatra	CABA
Médica	CABA
Infectóloga pediatra	CABA

36	Liliana Bertoni	Hospital de Niños Santísima Trinidad - Córdoba
37	Elizabeth Liliana Asis	Hospital Materno Neonatal
38	Verónica Ambasch	Hospital Rawson
39	Analía Cudola	Laboratorio Central
40	Horacio Salomón	CNRS
41	Claudia Domínguez	Hospital Lagomaggiore
42	Ana María Rosaenz	Hospital Notti
43	Víctor Bittar	Programa SIDA Mendoza
44	Claudio Ziaurriz	Dirección de SIDA y ETS - Ministerio de Salud de la Nación
45	Valeria Levite	Dirección de SIDA y ETS - Ministerio de Salud de la Nación
46	Susana Devoto	Dir. Nac. de Maternidad e Infancia. Minist. de Salud de la Nación
47	Liliana Solari	Hospital Posadas - El Palomar, Posadas, pcia. de Bs. As.
48	Rina Moreno	Hospital Posadas - La Matanza, pcia. de Bs. As.
49	Nina Zamberlin	Progr. Salud Integral en la Adolescencia - Minist. de Salud de la Nación
50	Sergio Maulen	UNFPA
51	Raúl Bortolozzi	Programa SIDA Santa Fe
52	Damián Lavarello	Programa Municipal de SIDA, Rosario
53	Santiago López Papucci	HNVJ Vilela
54	Ariel Adaszko	Dirección de SIDA y ETS

Infectóloga pediatra	Córdoba
Infectóloga neonatóloga	Córdoba
Lic. Trabajo Social	Córdoba
Médica Directora	Córdoba
Director Ejecutivo	Facultad de Medicina - UBA
Infectóloga pediatra	Mendoza
Infectóloga pediatra	Mendoza
Jefe	Mendoza
Responsable laboratorio	Nación
Transmisión vertical	Nación
Infectóloga	Nación
Bioquímica	Nación
Jefa Infect. Pediátrica	Nación
Consultora	Nación
Asesor en VIH	Organismo internacional
Jefe	Santa Fe
Coordinador General	Santa Fe - Rosario
Médico	Santa Fe - Rosario
Consultor en el área de estudios e investigaciones	Ministerio de Salud de la Nación

55	Andrea Ayma	Dirección de SIDA y ETS
56	Carlos Falistoco	Dirección de SIDA y ETS
57	Marcelo Vila	OPS
58	Adriana Durán	UNICEF
59	Miriam Bruno	SAP / Hospital Durand

Además de los asistentes al taller, para la confección de este informe se recibió información complementaria de los programas de SIDA de las siguientes jurisdicciones y regiones sanitarias: provincia de Buenos Aires (región I, III, IX y XI), Hospital Garrahan, Corrientes, Entre Ríos, Mendoza (Hospital Notti y otros hospitales), Neuquén, Santa Cruz y Tierra del Fuego.

Responsable del área de carga de base epidemiológica	Ministerio de Salud de la Nación
Responsable del área asistencial	Ministerio de Salud de la Nación
Consultor en VH/SIDA	Organismo internacional
Consultora	Organismo internacional
Médica pediatra	SAP y CABA

