

MORTALIDAD POR ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL EN ARGENTINA Y URUGUAY

ALGUNOS RETOS PARA EL DESARROLLO POST 2015

Eleonora Rojas Cabrera

Resumen

Este trabajo indaga comparativamente en Argentina y Uruguay la evolución de la mortalidad por enfermedades de transmisión sexual (ETS) desde 2000, en el marco de los compromisos asumidos en la Agenda de Desarrollo post 2015. Para ello, se calculan y analizan tasas específicas de mortalidad con base en información de las Naciones Unidas. Aunque la mortalidad por ETS varía de forma disímil entre países, los resultados señalan logros compartidos por su descenso en las primeras edades en relación con el cáncer de cuello uterino y el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en varones de 15 a 44 años. Como contrapartida, también evidencian desafíos ligados al aumento de la tasa de mortalidad por VIH (uruguayas de 15 a 44 años; varones desde los 45 años) y Virus del Papiloma Humano (varones desde los 65 años).

Palabras clave: Mortalidad por enfermedades de transmisión sexual / Agenda de Desarrollo post 2015 / Argentina y Uruguay.

Abstract

Mortality from sexually transmitted diseases in Argentina and Uruguay: some challenges for development post-2015

This paper analyses, comparatively in Argentina and Uruguay, the evolution of mortality from sexually transmitted diseases (STDs) since 2000 in the context of the Post-2015 Development Agenda. Thus, specific mortality rates are calculated and analysed based on information from the United Nations. Although the general rate behaves differently between countries, the results show shared achievements referring the fall of the rate at the early stages, the rate due to cervical cancer and the 15-44 year-old rate from Human Immunodeficiency Virus (HIV; in Uruguay, only in males). Conversely, they also highlight challenges linked to a rise in the HIV (Uruguayan women aged 15-44; men aged 45 and over) and Human Papillomavirus rates (men aged 65 and over).

Keywords: Mortality from sexual transmitted diseases / post-2015 Development Agenda / Argentina and Uruguay.

Eleonora Rojas Cabrera: Técnica en investigación socioeconómica. Especialista en diseño de encuestas y análisis de datos para la planificación social. Magíster y doctora en Demografía. Investigadora asistente del Centro de Investigaciones y Estudios sobre Cultura y Sociedad (CIECS) - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y la Universidad Nacional de Córdoba (UNC), Argentina. ORCID: 0000-0002-8195-3027. E-mail: eleonorarojascabrera@gmail.com

Recibido: 28 de diciembre de 2017.

Aprobado: 21 de febrero de 2018.

Introducción

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) atentan contra el desarrollo de las poblaciones, afectando la salud y, especialmente, la salud sexual y reproductiva de las personas que las contraen. Asimismo, su padecimiento suele convertir a estas últimas en sujetos de discriminación en diferentes ámbitos de la sociedad, condición que puede extenderse a sus entornos de pertenencia.

Por consiguiente, en los últimos decenios, los países han llevado a cabo numerosas acciones para reducir la morbilidad por este grupo de causas (campañas de prevención; provisión de servicios de diagnóstico temprano, control y tratamiento; entre otras). Sin embargo, los esfuerzos realizados hasta ahora han resultado insuficientes para contrarrestarlas, hecho que se refleja en un aumento de su incidencia a escala global (Organización Mundial de la Salud, 2016).

Es así que el reciente plan de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de 2015 contempla dos metas específicas, relativas a la problemática, con el objetivo de contribuir a una vida sana “... para todos en todas las edades” (Tercer objetivo; Organización de las Naciones Unidas, 2015). Concretamente, para 2030, “... poner fin a las epidemias del sida [...] y otras enfermedades transmisibles” (Meta 3.3); y “garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva” (Meta 3.7).

En América Latina, estas metas se refuerzan con los enunciados del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (CM) de 2013 — Medida prioritaria D— (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2013). Este documento reconoce, además, la persistencia de brechas en salud a escala regional y la consecuente necesidad de prestar especial atención a los grupos poblacionales más afectados, desde una perspectiva integral que contemple el ejercicio de derechos (en este caso, los derechos a la salud, la salud sexual y reproductiva y el tratamiento de las ETS), de manera que este tipo de enfermedades no se convierta en un impedimento para la efectiva realización de tales derechos con igualdad de oportunidades y sin ningún tipo de discriminación.

En este contexto, y dado que la mayoría de los países de la región adhieren a los ODS y al CM (Organización de las Naciones Unidas, 2017; Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2013), se plantean algunos interrogantes: ¿En qué medida han repercutido las acciones ejecutadas hasta el momento en el ámbito de la morbilidad y mortalidad por ETS en cada uno de ellos?, ¿qué poblaciones se han visto más beneficiadas a partir de la aplicación de dichas medidas?, ¿qué países requerirían actualmente mayor atención para cumplir con los compromisos asumidos hacia el futuro?

Con la intención de dar respuesta a estas preguntas en Argentina, un trabajo previo examina el comportamiento de la mortalidad por ETS¹ en el país, entre los quinquenios 1997-2001 y 2009-2013, con base en información oficial producida en el ámbito nacional (Rojas Cabrera, 2017). Los resultados revelan avances en cuanto al descenso de la mortalidad por este grupo de causas en general, y particularmente si se consideran el VIH/sida, la sífilis y la hepatitis B. Asimismo, señalan una disminución de la mortalidad por tumores de cuello uterino, una de las principales causas asociadas al Virus del Papiloma Humano (VPH).

Estos logros estarían asociados a medidas emprendidas desde el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable², entre las que se incluyen la provisión de preservativos para su distribución gratuita en centros de atención primaria de la salud y hospitales públicos situados en el interior del territorio nacional; la capacitación y asistencia técnica a los equipos de salud provinciales para abordar temas relacionados con las ETS; la producción y entrega de materiales didácticos de difusión relativos a la problemática; y el desarrollo de campañas y otras actividades de comunicación (Ministerio de Salud, 2018b). En el mismo orden, los logros estarían en consonancia con las medidas implementadas en el marco del Programa Nacional de Educación Sexual Integral³, tales como la transmisión de conocimientos en las escuelas a fin de prevenir el contagio de las ETS desde edades tempranas y favorecer la lucha contra la discriminación hacia quienes las padecen (Ministerio de Educación, 2009).

En otro extremo, y como contrapartida a los avances mencionados, en edades adultas se observa un incremento de la mortalidad por VIH/sida y de la mortalidad masculina vinculada al Virus del Papiloma Humano. Ambos aumentos acusan la necesidad de reforzar las acciones ejecutadas en este sentido (Rojas Cabrera, 2017).

1 Aunque al principio se tuvo la intención de estudiar también las estadísticas de morbilidad, fue desestimada dada la escasez de datos desagregados relativos al tema.

2 Este programa fue creado en 2003 en el marco de la Ley Nacional n.º 25.673.

3 Creado en 2006 mediante la Ley Nacional n.º 26.150.

A partir de estos resultados, se plantea un nuevo objetivo de investigación: indagar si es posible encontrar, comparativamente, los mismos retos para Uruguay, país que, al igual que Argentina, se encuentra entre los más envejecidos de la región (Banco Interamericano de Desarrollo/Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, 2000), pertenece al denominado Cono Sur y despliega, desde hace varias décadas, diversas actividades para disminuir la morbilidad por ETS. Entre ellas, el diagnóstico, el tratamiento (incluida la provisión del test de resistencia genotípica a antirretrovirales a las personas con VIH para determinar la mejor opción terapéutica en cada caso) y la elaboración de protocolos de actuación profesional para el abordaje de los pacientes afectados (Ministerio de Salud Pública, 2018a, 2018b).

De manera específica, se propone comparar la evolución de la mortalidad por ETS en ambos países desde 2000, con base en estadísticas provenientes de la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

Datos y métodos

Dado que la investigación de referencia (Rojas Cabrera, 2017) parte de información proveniente de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) y el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) de Argentina, se entiende que, en esta ocasión, correspondería emplear datos procedentes de reparticiones similares en Uruguay (es decir, el área de Estadísticas Vitales de la División de Epidemiología del Ministerio de Salud y el Instituto Nacional de Estadística, INE). Sin embargo, debido a que se pretende efectuar una comparación entre países, se decidió utilizar las estadísticas de defunciones recopiladas y sistematizadas por la Organización Mundial de la Salud⁴ (OMS) en razón de la armonización de las variables que se contemplan para cada país (sexo, edad y causa de mortalidad, en este caso, asociada a ETS); y, análogamente, las estimaciones de nacimientos/población por sexo y edad elaboradas por la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de la ONU⁵. Consecuentemente, se procede a recalcular indicadores obtenidos anteriormente para Argentina⁶.

Siguiendo el estudio en cuestión, se consideran las siguientes causas de mortalidad incluidas en la Clasificación Internacional de Enfermedades - Décima Revisión (CIE 10; Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud, 1995): a) Infecciones con modo de transmisión

4 Disponibles en: <http://apps.who.int/healthinfo/statistics/mortality/causeofdeath_query/>.

5 Disponibles en: <<https://esa.un.org/unpd/wpp/Download/Standard/Interpolated/>> (Sección de Datos interpolados).

6 Como se observa en el siguiente apartado, los resultados obtenidos son similares a los expuestos en Rojas Cabrera (2017).

predominantemente sexual (ITS), es decir, sífilis (A50-A53), infección gonocócica (A54), clamidiasis (A55-A56), chancro blando (A57), granuloma inguinal (A58), tricomoniasis (A59), herpes genital (A60), otras ETS (A63) y ETS no especificadas (A64); b) hepatitis aguda tipo B (B16); c) enfermedad por Virus de Inmunodeficiencia Humana (B20-B24); y d) tumores malignos relacionados con el Virus del Papiloma Humano (C10, C21, C51, C52, C53 y C60, códigos asociados, respectivamente, a tumores de orofaringe, ano, vulva, vagina, cuello uterino y pene).

Cabe aclarar que, dada la imposibilidad de desagregar las muertes atribuidas al VIH/sida según el modo de transmisión⁷, se considera que todas ellas deben su origen a la práctica sexual sin preservativo. Este supuesto se apoya en información difundida por la Comisión Intergubernamental del VIH/sida (CIVIH) en el MERCOSUR que señala que, en Argentina, el 90% de las personas diagnosticadas con VIH en el trienio 2012-2014 contrajeron la enfermedad por la vía referida; en tanto que en Uruguay dicho porcentaje ascendió al 93% en 2014 (Comisión Intergubernamental del VIH/SIDA - Mercado Común del Sur, 2015).

En el mismo sentido, aunque solo una proporción de los tumores mencionados debe su origen al VPH, se considera la totalidad de muertes asociadas a ellos, habida cuenta de las limitaciones de la información para desagregarlas según estén ligadas o no al virus en cuestión. Esta decisión se basa en información publicada por el Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos que indica que casi todos los casos de cáncer de cuello uterino deben su origen al VPH, mientras que el porcentaje de casos vinculados a esta patología disminuye al 95%, el 70%, el 65%, el 50% y el 35% en los cánceres de ano, orofaringe, vagina, vulva y pene, respectivamente (Instituto Nacional del Cáncer, 2015).

A partir de los datos explicitados, se calculan tasas específicas de mortalidad (TM) para los quinquenios 2000-2004 y 2010-2014, como el resultado del cociente entre el promedio de defunciones de cada quinquenio⁸ y

7 Las vías de transmisión del VIH contemplan las relaciones sexuales sin protección con una persona infectada; la transfusión de sangre contaminada; el uso de objetos punzocortantes contaminados; y la transmisión de madre a hijo durante la gestación, el alumbramiento o el período de lactancia.

8 En el caso de Uruguay, para el quinquenio 2010-2014, dicho promedio se calcula con información relativa a 2010, 2012, 2013 y 2014. Ello obedece a que, cuando se llevó a cabo esta investigación, la fuente de datos utilizada no contenía información sobre defunciones registradas en 2011.

la población proyectada a mitad de cada período de interés; es decir, 2002 y 2012, en ese orden⁹.

En relación con este cálculo, cabe observar que: a) si bien el período de análisis del estudio anterior inicia en 1997 (año en el que comenzó a aplicarse la CIE 10 en Argentina), esta vez se decidió comenzar por el año 2000, punto de partida de las metas contenidas en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, ODM, plan de acción que antecede al de los ODS vigente en la actualidad; así también, abarca hasta 2014, último año para el cual existía información disponible en el momento de la ejecución de la presente investigación; b) la elección de los quinquenios 2000-2004 y 2010-2014 obedeció al interés por analizar la variación de la mortalidad por ETS, considerando los extremos del período de análisis; es decir, los años 2000 y 2014; c) se consideran TM quinquenales a efectos de suavizar cualquier fluctuación brusca que pudiese haber tenido el nivel de la mortalidad por ETS en algún año determinado por alguna razón en particular (por ejemplo, una epidemia); d) las TM son desagregadas según los grupos etarios sugeridos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para el cálculo de TM por enfermedades transmisibles; es decir, menores de 1 año, 1 a 14 años, 15 a 24 años, 25 a 44 años, 45 a 64 años, y 65 años y más (Organización Panamericana de la Salud, 2015); e) en el cálculo de la TM infantil (es decir, la correspondiente a los niños menores de un año), el denominador es el total de niños nacidos vivos contabilizados a mitad de cada quinquenio¹⁰; f) las TM que no incluyen el desglose por edad son estandarizadas considerando como población estándar el promedio de la población de ambos países; y, finalmente, g) todas las TM son expresadas por cada 100.000 habitantes (o nacidos vivos, según el caso) en concordancia con la unidad de medida utilizada en estudios del mismo tipo (OPS, 2015).

9 En el quinquenio 2000-2004, los cálculos se vinculan a un total de 14.346 y de 1.532 defunciones por ETS, respectivamente, en Argentina y Uruguay. Asimismo, lo hacen a totales poblacionales equivalentes a 37.889.443 y a 3.327.770 habitantes, en el mismo orden. Por otra parte, en el quinquenio 2010-2014, los cálculos se asocian a 14.286 defunciones por ETS en Argentina y a 1.289 por las mismas causas en Uruguay; y a poblaciones respectivas de 42.095.224 y 3.396.753 habitantes.

10 En 2002, este cálculo se asocia a un total de 731.773 nacimientos en Argentina y a 52.952 en Uruguay. Asimismo, en 2012, se relaciona con totales de 754.168 y 49.119 nacimientos, en ese orden.

Resultados y discusión¹¹

Una primera lectura de los resultados indica que las acciones emprendidas en cada país no habrían impactado del mismo modo en el período estudiado: mientras que en Argentina la TM por ETS se reduce alrededor del 5% (al pasar de 7,4 a 7 por cada 100.000 habitantes), en Uruguay se incrementa aproximadamente el 8% (cuando cambia de 8,3 a 9 por cada 100.000 habitantes)¹².

Al desagregar la TM por sexo, aparecen otras disparidades entre países, lo que significa que las medidas desplegadas no han alcanzado a todos por igual. En efecto, en Argentina, los mayores avances se registran en los varones, al decrecer la TM asociada cerca del 13% (cuando pasa de 7 a 6,1 por cada 100.000 varones), en tanto que en las mujeres permanece constante (en torno a 7,8 por cada 100.000 mujeres). A su vez, en Uruguay, la TM se incrementa cerca del 10% en varones (de 8,6 a 9,5 por cada 100.000 varones) y del 6% en mujeres (de 8 a 8,5 por cada 100.000 mujeres).

Si se tiene en cuenta la edad, en el quinquenio 2000-2004, la TM resulta relativamente elevada en los niños menores de un año, con independencia del país (asume valores de 6,5 y 6,1 por cada 100.000 nacidos vivos y nacidas vivas, respectivamente, en Argentina; y de 12,5 y 8,5 por cada 100.000 nacidos vivos y nacidas vivas, en ese orden, en Uruguay). Luego desciende manifiestamente hasta los 15 años (con independencia del sexo, equivale a 0,3 y 0,2 por cada 100.000 habitantes de 1 a 14 años, respectivamente, en Argentina y Uruguay); y, posteriormente, crece, con mayor énfasis desde los 25 años (en Argentina, la TM es de 1,2; 16,2; 8,8; 7,2 por cada 100.000 varones de 15 a 24; 25 a 44; 45 a 64; y 65 años y más, en ese orden; y 1,1; 10,7; 15,2 y 18 por cada 100.000 mujeres de los mismos tramos etarios; en Uruguay, la TM equivale a 2,4; 16,4; 13,1; 12, respectivamente, por cada 100.000 varones de 15 a 24; 25 a 44; 45 a 64; y 65 años y más; y 1; 10,4; 14,1 y 21,9 por cada 100.000 mujeres, considerando las mismas edades).

La dinámica de la TM revela logros significativos en las personas menores de 15 años de los dos países, sobre todo en aquellas que no han alcanzado el

11 En virtud de algunos resultados exhibidos en el apartado, cabe mencionar especialmente algunas cuestiones relacionadas con la cobertura del registro de defunciones en los dos países abordados. Al respecto, información difundida por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) señala que la diferencia relativa entre el número de defunciones informadas por las estadísticas vitales y las estimadas en las proyecciones de población del propio CELADE (en su 14.ª revisión) varía, en el primer caso, de 1,5% a 1,6% entre los quinquenios 2000-2005 y 2005-2010, mientras que, en el segundo, lo hace de -1,4% a -4,2% si se tiene en cuenta el mismo período (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2015).

12 Los valores detallados en este párrafo excluyen las defunciones en las cuales se ignora el sexo de los fallecidos.

año de edad. Estos logros son más evidentes en Uruguay, país que, aunque exhibe al principio valores comparativamente más elevados, alcanza TM notablemente inferiores al final del período analizado (en el quinquenio 2010-2014, en Argentina, la TM es de 4,1 nacidos vivos, 0,2 por cada 100.000 varones de 1 a 14 años, y 3,8 por cada 100.000 nacidas vivas y 0,1 por cada 100.000 mujeres de 1 a 14 años de edad; en Uruguay, la TM asume valores de 1 por cada 100.000 nacidos vivos en ambos sexos, 0,1 por cada 100.000 varones de 1 a 14 años y 0 en las mujeres de este último grupo de edad).

Asimismo, se registran avances en los varones de 15 a 44 años de ambos países (en Argentina, la TM cae a 1 y a 8,7 por cada 100.000 varones de 15 a 24 y de 25 a 44 años, respectivamente; en Uruguay, se reduce a 0,9 y 14 por cada 100.000 varones de las mismas edades), en las mujeres argentinas del mismo grupo de edad la TM disminuye, respectivamente, a 0,9 y 9,6 por cada 100.000 mujeres de 15 a 24 y de 25 a 44 años, y en todas las mujeres con independencia del país a partir de los 45 años (en Argentina, la TM es de 14,9 y 15,9 por cada 100.000 mujeres de 45 a 64, y de 65 años y más, en ese orden; en Uruguay, es de 13,8 y 19,4 por cada 100.000 mujeres de las mismas edades). No puede concluirse lo mismo respecto de las uruguayas de 15 a 44 años y los varones de 45 años y más, cuyas TM aumentan, por lo que constituyen grupos sobre los cuales debería prestarse una atención particular (concretamente, en Argentina, la TM asciende a 11,5 y 9, respectivamente, por cada 100.000 varones de 45 a 64, y 65 años y más; en Uruguay, la TM alcanza valores de 1,2 por cada 100.000 mujeres de 15 a 24 años, 11,2 por cada 100.000 mujeres de 25 a 44 años; 17,9 por cada 100.000 varones de 45 a 64 años y 15,2 en varones de 65 años y más).

Los progresos conseguidos en los primeros años de vida podrían atribuirse, en parte, a los esfuerzos de los países para reducir la morbilidad vinculada a la transmisión vertical de las ETS (es decir, la que se produce de madre a hijo). Entre ellos, los asociados al incremento del acceso a controles médicos por parte de las mujeres embarazadas y las mejoras en las condiciones en que se producen los nacimientos en general¹³.

13 Al respecto, información proveniente de la Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados (MICS, por su sigla en inglés), realizada en Argentina en el bienio 2011-2012 y en Uruguay en 2013, y relativa a mujeres de 15 a 49 años que declararon haber tenido al menos un hijo nacido vivo durante los dos años anteriores a los años especificados, indica que el porcentaje de mujeres que accedieron a control prenatal al menos una vez durante el embarazo asumió valores equivalentes a 98,1% en el primer caso y a 97,2% en el segundo (Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2014; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia y Ministerio de Desarrollo Social, 2015). Adicionalmente, el porcentaje de partos atendidos por personal capacitado varió, entre 2000 y 2014, de 99,1% a 99,6 % y de 99,7% a 99,9% en dichos países, en el mismo orden (Ministerio de Salud/Organización Panamericana de la Salud, 2010; Dirección de Estadísticas e Información de Salud-Ministerio de Salud, 2015; Ministerio de Salud Pública, 2015).

Como contrapartida, el crecimiento de la mortalidad en la población adulta (especialmente desde los 45 años) podría estar relacionado con el hecho de que, a determinadas edades, las personas tienden a desplegar su vida sexual con múltiples parejas sin protección, bajo la creencia de que no es necesario tomar recaudos a cierta edad. Peor aún, estas consultan solo en raras ocasiones al médico para abordar cuestiones relacionadas con su sexualidad (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2016), al tiempo que suelen confundir síntomas propios de las ETS con otros ligados estrictamente al envejecimiento (National Institute on Aging, 2017). Todas estas cuestiones inciden en el diagnóstico tardío de las personas afectadas y, consecuentemente, en sus posibilidades de sobrevivencia.

Un análisis según las causas revela un predominio de muertes por VIH en los varones de los dos países (en el quinquenio 2000-2004, estas representan el 86% de las muertes masculinas por ETS de Argentina y el 78% de las de Uruguay), con TM marcadamente mayores a las de las mujeres. Entre estas últimas, son más frecuentes las muertes relacionadas con el VPH (su participación equivale, respectivamente, al 73% y el 74% del total de las defunciones estudiadas), las que, a su vez, se asocian a TM notablemente superiores a las de los varones.

No obstante estas similitudes, aparecen nuevas diferencias cuando se observa la evolución de las TM según las distintas causas, generalmente más elevadas en Uruguay. Por un lado, en Argentina, la TM de varones por VIH cae el 18% (de 6 a 4,9 por cada 100.000 varones); al tiempo que, en las mujeres, mantiene prácticamente constante su valor (en torno a 2 por cada 100.000 mujeres). Por el otro, en Uruguay, la TM por esta causa crece con independencia del sexo aunque en mayor medida en las mujeres (aproximadamente el 53% al variar de 1,9 a 2,9 por cada 100.000 mujeres; en tanto que, en varones, lo hace cerca del 18%, cuando pasa de 6,7 a 7,9 por cada 100.000 varones), más allá de presentar valores comparativamente más bajos.

El comportamiento de la TM por VIH en Argentina, sobre todo en los varones e igualmente corroborado en documentos de índole oficial (Organización Panamericana de la Salud, 2012a), podría ser explicado por diferentes factores. Entre ellos, por las estrategias desplegadas desde la Dirección de Sida y ETS del Ministerio de Salud de la Nación para facilitar el acceso a pruebas de diagnóstico por parte de toda la población, tales como la incorporación del test rápido de VIH y la oferta activa de los equipos de salud, así como, en razón de la buena cobertura antirretroviral que presenta el país (OPS, 2012a, p. 2). Este hecho está en concordancia con haberse convertido en el primero de la región en garantizar el acceso universal gratuito a este tipo de tratamiento (CIVIH-MERCOSUR, 2015).

Todas estas acciones impactan tanto en la proporción de casos diagnosticados como en la de personas infectadas que, finalmente, acceden a los servicios especializados de salud para el abordaje de la enfermedad. Al respecto, en 2014, de cada 100 personas con VIH, 70 lograron beneficiarse con una instancia de diagnóstico¹⁴, a la vez que, de estas últimas, 67 recibieron efectivamente tratamiento antirretroviral (CIVIH-MERCOSUR, 2015).

Por su parte, los resultados de Uruguay, que también están en consonancia con información publicada desde el ámbito oficial (CIVIH-MERCOSUR, 2015), indican que, más allá de las acciones emprendidas hasta el momento, quedan numerosos retos por superar¹⁵ (Organización Panamericana de la Salud, 2012b). Es así que, en 2014, de cada 100 personas infectadas con el virus, 75 consiguieron ser diagnosticadas pero solo 33 de ellas accedieron a tratamiento antirretroviral (CIVIH-MERCOSUR, 2015).

Como contrapartida de lo anterior, las medidas orientadas a contrarrestar las muertes por tumores vinculados con el VPH parecen haber impactado en mayor medida en la población uruguaya. En este caso, la TM descendió el 13% en varones (de 1,5 a 1,3 por cada 100.000 varones) y el 7% en mujeres (de 5,9 a 5,5 por cada 100.000 mujeres), mientras que en Argentina sufrió un incremento del 25% en el primer grupo (de 0,8 a 1 por cada 100.000 varones) y permaneció casi inalterable en el segundo (de 5,7 a 7,8 por cada 100.000 mujeres).

Finalmente, las restantes causas (sífilis, hepatitis B) representan menos del 3% del total de muertes contabilizadas por ETS y se asocian a TM que no superan, en ningún caso, el valor de 0,2 por cada 100.000 habitantes. Estas últimas tienden al descenso, o bien a mantenerse constantes, con excepción de la atribuida a la hepatitis B en los varones de Uruguay.

Si el análisis contempla además la edad, algunos de los progresos destacados se tornan relativos, a la vez que otros, ocultos en los valores promedio, adquieren mayor visibilidad. En efecto, en Argentina, la reducción de la TM por VIH alcanza a la población menor de 45 años, sobre todo a los niños menores de un año (la TM disminuye de 2,3 a 0,6 por cada 100.000 nacidos vivos y de 2,3 a 0,9 por cada 100.000 nacidas vivas) y a los varones de 25 a 44 años (la TM desciende de 16 a 8,8 por cada 100.000 varones), grupos que re-

14 Sin lugar a dudas, las muertes vinculadas a casos de VIH no diagnosticados inciden en el valor final de la TM específica, en la medida en que son atribuidas a otras causas (como, por ejemplo, la tuberculosis). De esta manera, es posible suponer que el valor que asume la TM en un período determinado está subestimado con respecto a su valor real.

15 A pesar del incremento de la TM por VIH en Uruguay, debe destacarse que, desde 2012, el indicador tiende a estabilizarse en torno a 5 por cada 100.000 habitantes (Ministerio de Salud Pública, 2017).

gistran inicialmente los mayores valores de la TM¹⁶. Por el contrario, aumenta la TM de la población de 45-64 años (en varones, la TM pasa a registrar el máximo nivel de mortalidad del quinquenio 2010-2014 cuando varía de 6,5 a 9,3 por cada 100.000 varones; por su parte, en las mujeres, la TM aumenta de 1,6 a 2,9 por cada 100.000 mujeres), y 65 años y más (la TM aumenta de 1,7 a 2,8 por cada 100.000 varones y de 0,3 a 0,7 por cada 100.000 mujeres).

Como se comentara, los progresos concretados en los niños durante el primer año de vida guardarían relación con las acciones orientadas a disminuir el número de casos infectados vía transmisión vertical. Entre ellas, los controles realizados a las madres durante el embarazo, los practicados a los mismos niños al nacer y las medidas de prevención dirigidas a la población en edades reproductivas¹⁷ (tales como la provisión de información relativa a la problemática y la promoción del uso del preservativo como mecanismo de protección). Estas últimas medidas (que posibilitarían, asimismo, el descenso de la tasa de nuevas notificaciones) impactarían además en la reducción de la TM de los varones de 25 a 44 años, conjuntamente con la ampliación de la cobertura del tratamiento antirretroviral que contribuye a aumentar la sobrevida de las personas que padecen la enfermedad (DSyETS-MS, 2016).

En otro extremo, y también como se anticipa en párrafos anteriores, el incremento de la TM en poblaciones adultas estaría en consonancia con la caída en el uso del preservativo como método de barrera conforme aumenta la edad (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos/Ministerio de Salud, 2014)¹⁸; y el consecuente crecimiento de la tasa de nuevas notificaciones en determinados tramos etarios, fundamentalmente en los varones de 50 a 54 años y en las mujeres de 45 a 59 años (DSyETS-MS, 2016). Ambas cuestiones contrastan con la proporción de la población del país que tiene conocimiento

16 Complementariamente, la TM decrece de 0,3 a 0,1 y de 1,2 a 0,9, en ese orden, por cada 100.000 varones de 1 a 14 y de 15 a 24 años; y de 0,2 a 0,1 y de 0,9 a 0,6 por cada 100.000 mujeres de las mismas edades. Asimismo, la TM disminuye de 5,3 a 4,2 por cada 100.000 mujeres de 25 a 44 años.

17 Ello se verifica con el descenso del porcentaje de embarazadas de 15 a 24 años con VIH con respecto al total de embarazadas testeadas del mismo grupo de edad (de 0,64% a 0,36%, entre 2000 y 2006; Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales-Presidencia de la Nación, 2014); y de la participación de la población infectada de VIH vía la madre en el total de casos infectados a escala nacional (de 2% a 1% y de 1,3% a 0,2% en el total de varones y mujeres, en ese orden, entre los trienios 2007-2009 y 2013-2015; Dirección de Sida y Enfermedades Transmisibles-Ministerio de Salud, 2016).

18 De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva (ENSSyR), realizada en Argentina en 2013, el porcentaje de varones que utiliza métodos de barrera en las relaciones sexuales decrece paulatinamente de 62,8% a 44,5% entre los grupos de 14 a 19 y 50 a 59 años; mientras que el de las mujeres lo hace de 57,7% a 36,6% entre las de 14 a 19 y 40 a 49 años (INDEC/MSN, 2014).

acerca de la existencia del virus y de las medidas necesarias para evitar su contagio¹⁹ (SENAF/UNICEF, 2014).

De manera similar, Uruguay registra un descenso de la TM por VIH en los niños y niñas menores de 15 años y en los varones de 15 a 44 años (la TM de los menores de un año pasa de 2,9 y 2,3 por cada 100.000 nacidos y nacidas vivas, en ese orden, a 0 por cada 100.000 nacimientos en ambos casos; la de 1 a 14 años se reduce de 0,2 a 0,1 por cada 100.000 varones y de 0,2 a 0 por cada 100.000 mujeres; la de varones de 15 a 24 años cae de 2,4 a 0,9 por cada 100.000 varones, y la de varones de 25 a 44 años disminuye de 15,8 a 13,7 por cada 100.000 varones). Asimismo, se observa un aumento de la TM en la población de 45 años y más (de 9,4 a 14,9 por cada 100.000 varones de 45 a 64 años y de 2,3 a 6,3 por cada 100.000 varones de 65 años y más; y de 1,8 a 3,5 por cada 100.000 mujeres de 45 a 64 años y de 0,5 a 0,7 por cada 100.000 mujeres de 65 años y más). Este último ocasiona un desplazamiento del máximo nivel de mortalidad masculina por esta causa desde la población de 25 a 44 años (observado en el quinquenio 2000-2004) hacia la de 45 a 64 años.

Como contrapartida, y a diferencia de Argentina, esta TM se incrementa en las mujeres de 15 a 44 años, encontrándose un nuevo máximo en las de 25 a 44 años, a pesar de que el mayor aumento del indicador se produce en las de 45 a 64 años (la TM varía de 0,7 a 1,2 por cada 100.000 mujeres de 15 a 24 años y de 5 a 6,9 por cada 100.000 mujeres de 45 a 64 años).

Al igual que en Argentina, la dinámica de la TM uruguaya por VIH estaría vinculada al decrecimiento progresivo de la tasa de transmisión vertical (de 18,7% a 1,6% entre 2000 y 2013) y al aumento de la tasa de notificación de nuevos casos registrados en adultos desde 2000 (CIVIH-MERCOSUR, 2012, 2015). Por consiguiente, podría ser analizada a la luz de los mismos factores que explicarían el incremento de la mortalidad por VIH en algunos grupos específicos de población en Argentina, incluido el grado de conocimientos que tiene la población respecto del virus y las formas de prevenir su transmisión²⁰.

Por otra parte, cabe resaltar que la información presentada en este trabajo no aporta elementos suficientes para explicar las diferencias en el compor-

19 Según la ENSSyR 2013, más del 98% de las mujeres de 14 a 49 años y de los varones de 14 a 59 años conocen acerca de la existencia del VIH (INDEC/MS, 2014). Sin embargo, cuando se indaga respecto del conocimiento de las estrategias para prevenir su contagio (es decir, tener una pareja sexual fiel no infectada y usar preservativo en cada relación), el porcentaje disminuye. Así lo confirman los resultados de la encuesta MICS Argentina 2011-2012 al evidenciar que este equivale al 78,3% en las mujeres entrevistadas de 15 a 49 años (SENAF/UNICEF, 2014).

20 Aunque el 97,8% de las mujeres de 15 a 49 años relevadas por la MICS de Uruguay en 2013 manifiesta haber escuchado hablar alguna vez de VIH/sida, solo el 57% de ellas conoce las dos principales formas de evitar su contagio (UNICEF/MIDES, 2015).

tamiento de la TM por esta causa en varones y mujeres de 15 a 44 años (en detrimento de estas últimas). De manera que deja planteada la necesidad de avanzar sobre este tema en futuras investigaciones.

En relación con la mortalidad por tumores ligados al VPH, se observa un aumento de la TM a medida que la población envejece, mayormente en las mujeres de ambos países. Aun así, la TM femenina consigue reducirse en casi todos los casos²¹ (salvo en las argentinas de 25 a 44 años, donde asciende levemente de 5,3 a 5,4 por cada 100.000 mujeres), aunque con menor intensidad conforme se incrementa la edad y de manera más acentuada en Uruguay (la TM varía de 5,3 a 4,3, de 12,1 a 10,2 y de 21 a 18,3 por cada 100.000 mujeres de 25 a 44; 45 a 64, y 65 años y más, en ese orden; mientras que en Argentina dicho indicador disminuye de 13,4 a 11,9 por cada 100.000 mujeres de 45 a 64 años, y de 17,2 a 15,1 por cada 100.000 mujeres de 65 años y más).

Ocurre algo diferente entre los varones: en tanto que en Argentina la TM manifiesta un crecimiento con independencia del grupo etario (de 0,1 a 0,2; de 1,8 a 2; y de 4,6 a 6 por cada 100.000 varones de 25 a 44; 45 a 64, y 65 años y más, en ese orden), en Uruguay desciende siempre, aunque también con menor énfasis según aumenta la edad (la TM varía de 0,4 a 0,2, de 3,6 a 2,6, y de 9,1 a 7,7 por cada 100.000 varones de los mismos grupos de edad).

Los progresos en la población femenina de ambos países se relacionarían, entre otras cuestiones, con el crecimiento de la proporción de mujeres que acceden a la prueba de Papanicolau como medio para detectar (y tratar) oportunamente el cáncer de cuello uterino²².

A su vez, las disparidades por sexo en Argentina estarían ligadas, entre otras cuestiones, a las diferencias en el grado de conocimiento acerca del

21 En razón de los valores de las TM por tumores asociados al VPH de la población de 0 a 24 años, generalmente cercanos a 0 por cada 100.000 nacidos vivos/habitantes, se decide, en este caso, desestimar del análisis correspondiente dicho tramo etario.

22 Según los resultados de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Argentina (llevada a cabo en 2005, 2009 y 2013), entre 2005 y 2013, el porcentaje de mujeres de 25 a 65 años que se realizaron al menos una prueba de Papanicolau durante los dos años anteriores a la encuesta aumentó de 60,7% al 71,6% (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos/Ministerio de Salud, 2015). En el mismo orden, una encuesta de similares características en Uruguay revela que, en 2013, en dicho país, este porcentaje ascendió al 71% en las mujeres de 21 a 64 años (Programa de Prevención de Enfermedades No Transmisibles-Ministerio de Salud Pública, 2013).

VPH²³ y la ausencia de políticas estatales orientadas a promover la realización de controles a propósito del virus en los hombres²⁴.

Ahora bien, al considerar la localización de los tumores, los varones de Argentina de 45 años y más aparecen como los más postergados: mientras que las TM específicas asociadas a los de 45 a 64 años experimentan pequeñas variaciones que producen, en conjunto, un aumento del indicador por VPH a escala global (la TM por tumores de orofaringe y ano varía, respectivamente, de 0,5 a 0,6 y de 0,4 a 0,3 por cada 100.000 varones; a la vez que la atribuida a tumores de pene conserva un valor igual a 0,1 por cada 100.000 varones), las vinculadas a los de 65 años y más ascienden en todos los casos (en particular, la TM por tumores de orofaringe, ano y pene cambia de 0,7 a 1,1, de 0,8 a 0,9 y de 3,1 a 3,9 por cada 100.000 varones, en ese orden, resultando esta última la primera causa de mortalidad ligada al VPH en varones).

Respecto de las mujeres, la TM por cáncer de cuello uterino se mantiene relativamente constante en un valor cercano a 5,3 por cada 100.000 mujeres en el tramo de 25 a 44 años (en su interior, la participación de la causa supera el 95% de los casos relevados) al tiempo que disminuye en las de 45 a 64 años (grupo en el que la incidencia relativa ronda el 90% de las muertes relacionadas con el VPH; con una TM que varía de 12,4 a 10,7 por cada 100.000 mujeres) y en las de 65 años y más (donde la causa, que representa poco más del 60% de las muertes asociadas al VPH, es sucedida por las muertes por cáncer de vulva y se asocia a una TM que cae de 10,7 a 9,5 por cada 100.000 mujeres). Este comportamiento está en disonancia con el aumento de la TM por cáncer de ano entre los 45 y 64 años de edad (la TM crece de 0,2 a 0,4 por cada 100.000 mujeres), hecho que acusa la necesidad de que el país avance en la promoción de controles integrales que trasciendan el cuello uterino.

En los varones de Uruguay, la TM por cáncer de orofaringe se incrementa en el grupo de 65 años y más (de 2,5 a 2,8 por cada 100.000 varones); decrece en el de 45 a 64 años (de 2 a 1,3 por cada 100.000 varones) y permanece estable en el de 25 a 44 años (0,1 por cada 100.000 varones). No puede concluirse lo mismo respecto de los demás tumores, cuya TM disminuye (o

23 Los resultados de la ENSSyR 2013 indican que solo el 35% de los varones y el 65% de las mujeres manifestaron haber oído hablar alguna vez acerca del VPH. Estos valores son inferiores cuando refieren a poblaciones más jóvenes o cuando se indaga sobre conocimientos más específicos (por ejemplo, sobre la relación entre el virus y el cáncer de cuello uterino), casi siempre en detrimento de los varones (INDEC/MS, 2014c).

24 Otros avances podrían estar relacionados con la incorporación de la vacuna contra el VPH a los calendarios nacionales de inmunización. Sin embargo, debe tenerse presente que dicha introducción se realiza en Argentina en 2011 para las niñas de 11 años (y se hace extensiva para los varones de la misma edad en 2017); y que el Estado uruguayo hace lo mismo con las niñas de 12 años recién a partir de 2017. De manera que, por el momento, no sería posible evaluar logros en ese sentido.

se mantiene constante) con independencia de la edad (la TM por tumores de ano varía de 0 a 0,1, de 0,8 a 0,4, y de 2,5 a 1,3, respectivamente, por cada 100.000 varones de 25 a 44; 45 a 64, y 65 años y más; en tanto que la TM por tumores de pene lo hace de 0,3 a 0,1 y de 4,1 a 3,5 por cada 100.000 varones de 25 a 44, y de 65 años y más, en ese orden; a la vez que se mantiene en 0,9 por cada 100.000 varones en el tramo de 45 a 64 años).

Con una estructura de mortalidad por VPH similar a la de las argentinas, el comportamiento de las TM asociadas a este virus en las uruguayas sugiere avances en casi todas las causas, particularmente en lo concerniente al cáncer de cuello uterino, sobre todo en las de 65 años y más (la TM por esta causa decrece de 5,4 a 4,1 en mujeres de 25 a 44 años, de 10,6 a 8,9 por cada 100.000 mujeres de 45 a 64 años, y de 11,6 a 10,3 por cada 100.000 mujeres de 65 años y más).

En cuanto a la mortalidad por sífilis, que afecta fundamentalmente a los niños menores de un año, puede concluirse en que hay notables progresos. Estos logros, que también podrían atribuirse a esfuerzos relacionados con los controles prenatales para detectar y tratar oportunamente los casos afectados, son más evidentes en Uruguay, país con TM considerablemente superiores al inicio del período estudiado. Concretamente, en el interior de este país, la TM por esta causa disminuye el 90% en varones y el 81% en mujeres del tramo etario en cuestión (en efecto, la tasa pasa de 9,6 a 1 por cada 100.000 nacidos vivos, y de 5,4 a 1 por cada 100.000 nacidas vivas), a diferencia de Argentina, donde esta se reduce el 15% y 24%, en ese orden (cuando varía de 4,1 a 3,5 por cada 100.000 nacidos vivos, y de 3,8 a 2,9 por cada 100.000 nacidas vivas).

En Argentina, este avance coincide con la reducción de la TM por hepatitis B, más acentuada en la población de 25 años y más²⁵. No obstante la TM permanece casi inalterable en los varones de 25 a 44 años (en un valor cercano a 0 por cada 100.000 varones), consigue decrecer en edades superiores (de 0,4 a 0,2 y de 0,8 a 0,2 por cada 100.000 varones, respectivamente, de 45 a 64, y de 65 años y más). En el mismo orden, en las mujeres, la TM mantiene su valor entre los 25 y 64 años (equivalente a 0,1 por cada 100.000 mujeres) pero logra reducirse en las de 65 años y más (de 0,4 a 0,1 por cada 100.000 mujeres).

Por su parte, en Uruguay, la TM por hepatitis B no manifiesta prácticamente variaciones, situándose por debajo de 0,8 por cada 100.000 en los varones y de 0,4 por cada 100.000 mujeres con independencia del grupo etario.

25 Esta lectura concuerda, incluso, con la dinámica de la tasa de casos con diagnóstico positivo de esta patología, que varía de 2,2 a 1,2 por cada 100.000 habitantes entre 2000 y 2012 (Ministerio de Salud, 2014).

Los avances referidos se asociarían a las acciones desplegadas en cada país para promover, prevenir, capacitar y proveer los recursos necesarios para el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de las hepatitis virales²⁶, y, adicionalmente, a la inclusión de la vacuna contra esta patología en los calendarios nacionales de inmunizaciones, actualmente contemplada en las dosis de vacunas pentavalentes (Ministerio de Salud, 2018a; Ministerio de Salud Pública, 2013).

Aun así, quedan desafíos por resolver, puesto que se estima que solo una escasa proporción de las personas infectadas conocen su diagnóstico²⁷, más allá de que gran parte de ellas reconocen haber escuchado hablar alguna vez acerca de la enfermedad²⁸.

Conclusiones

Aunque Argentina y Uruguay presentan similitudes en cuanto a la composición de su población, pertenecen a una misma región y, en los últimos años, han realizado esfuerzos para combatir la mortalidad por ETS, los resultados aquí presentados evidencian, en algunos casos, distintos retos para cumplir con los compromisos vinculados a la problemática, asumidos en el marco de la Agenda de Desarrollo post 2015. En este sentido, mientras que Argentina consigue disminuir el nivel de mortalidad por ETS en general (fundamentalmente en los varones, a diferencia de las mujeres donde se mantiene constante), Uruguay, con una mortalidad por ETS comparativamente superior, registra un incremento de dicho nivel con independencia del sexo.

Más allá de esta diferencia, ambos países comparten logros en relación con la reducción de la mortalidad por ETS de la población menor de 15 años (que se asociaría a las acciones para prevenir la transmisión vertical del VIH y la sífilis, fundamentalmente en Uruguay); por cáncer de cuello uterino desde los 25 años (cuestión que estaría relacionada con el acceso progresivo a la prueba de Papanicolau); y en varones de 15 a 44 años (lo que podría atribuirse a las medidas implementadas para contrarrestar el VIH/sida).

Estos avances contrastan con el desafío que ambos países tienen en razón del incremento de la mortalidad por VIH/sida en la población de 45 años y más. Así también, con otros desafíos no compartidos en función de diferencias en la variación de la mortalidad según determinadas causas. Concretamente, en el caso de Argentina, debido al aumento de la TM ligada al VPH

26 En Argentina, estas acciones son ejecutadas desde el Programa Nacional de Control de las Hepatitis Virales, creado en 2012 en el ámbito del Ministerio de Salud (Dirección de Sida, Enfermedades de Transmisión Sexual, Hepatitis y Tuberculosis-Ministerio de Salud, 2017).

27 Se calcula que, en Argentina, esta proporción asciende tan solo al 15% de los casos (DS-yETS-MS, 2016).

28 De acuerdo con la ENSSyR 2013, en Argentina, esta proporción es igual al 90% de las mujeres de 14 a 49 años, y al 87% de los varones de 14 a 59 años (INDEC /MS, 2014).

en los varones de 65 años y más (esencialmente asociado a tumores de pene y orofaringe); y en el de Uruguay, por el incremento de la TM por VIH en las mujeres de 15 a 44 años de edad. Aunque esta última conclusión no puede ser explicada a partir de los resultados de este trabajo, dadas sus implicancias para el conjunto de la sociedad, amerita ser abordada con mayor profundidad en futuras investigaciones relativas a la problemática.

Superar estos retos en el contexto de los compromisos asumidos en el plano internacional exige que, tanto uno como otro país, redoblen los esfuerzos orientados hacia la población en edades adultas, teniendo en cuenta las diferentes formas en las que se vive la sexualidad. Ello debería incluir, al menos, el despliegue de medidas de prevención y diagnóstico que contemplen la realización de controles que trasciendan el cuello uterino (en el caso de Argentina, en relación con los tumores de pene y orofaringe), con específica atención a poblaciones en situación especial de vulnerabilidad (por ejemplo, las personas que han culminado el período reproductivo) y los ámbitos donde estas desarrollan sus existencias.

Referencias bibliográficas

- Banco Interamericano de Desarrollo/Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (2000). La transición demográfica en América Latina [en línea]. Disponible en: <http://www.cepal.org/Celade/sitdem/DE_SitDemTransDemDoc00e.html> [acceso 10/9/2012].
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2013). Primera Reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe: Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Montevideo: CELADE-CEPAL.
- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2015). Evaluaciones e indicadores de cobertura y calidad: experiencias regionales. Taller sobre los principios y recomendaciones para un sistema de estadísticas vitales, revisión 3, para países de América Central y del Caribe. Santiago de Chile: CELADE-CEPAL [en línea]. Disponible en: <<https://unstats.un.org/unsd/demographic/meetings/wshops/Chile/2015/docs/Session13-CELADE.pdf>> [acceso 16/8/2017].
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (2016). El VIH en personas de 50 años o más en los Estados Unidos [en línea]. Gobierno de Estados Unidos. Disponible en: <<https://www.cdc.gov/hiv/spanish/group/age/olderamericans/index.html>> [acceso 16/11/2016].
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (2013). Países de la región adoptan el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo [en línea]. Santiago de Chile: CEPAL. Disponible en: <<https://www.cepal.org/es/comunicados/paises-de-la-region-adoptan-el-consenso-de-montevideo-sobre-poblacion-y-desarrollo>> [acceso 27/12/2017].

- Comisión Intergubernamental del VIH/SIDA-Mercado Común del Sur (2012). Boletín Mercosur: boletín epidemiológico de la Comisión intergubernamental de VIH/SIDA de la reunión de ministros de salud del Mercosur. Brasília: CIVIH-MERCOSUR.
- Comisión Intergubernamental del VIH/SIDA-Mercado Común del Sur (2015). SIDA/VIH en MERCOSUR. Revista *CIVIH* Mercosur [en línea]. Montevideo: CIVIH-MERCOSUR. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Revista%20Mercosur%20VIH%202015_0.pdf> [acceso 27/12/2017].
- Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales-Presidencia de la Nación (2014). República Argentina: los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Indicadores de seguimiento 2000-2014 y línea de base 1990. Buenos Aires: Presidencia de la Nación/PNUD.
- Dirección de Estadísticas e Información de Salud-Ministerio de Salud (2015). Estadísticas Vitales: información básica. Año 2014. Buenos Aires: DEIS-MS.
- Dirección de Sida, Enfermedades de Transmisión Sexual, Hepatitis y Tuberculosis-Ministerio de Salud (2017). Hepatitis virales [en línea]. Buenos Aires: Dirección de SIDA, ETS, Hepatitis y TBC-MS. Disponible en: <http://www.msal.gob.ar/sida/index.php?option=com_content&view=article&id=312:hepatitis-virales&catid=7:destacados-separados-3-columnas312> [acceso 3/9/2017].
- Dirección de Sida y Enfermedades Transmisibles-Ministerio de Salud (2016). Boletín sobre el VIH-Sida en la Argentina, XIX(33). Buenos Aires: DSyET-MS.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia/Ministerio de Desarrollo Social (2015). Uruguay: Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2013. Informe final. Montevideo: UNICEF/MIDES.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos-Ministerio de Economía y Finanzas/Ministerio de Salud (2014c). Encuesta sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013: documento para la utilización de las bases de datos usuario. Buenos Aires: INDEC-MEF/MS.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos/Ministerio de Salud (2014). Presentación de resultados: Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013. Buenos Aires: INDEC/MS.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos/Ministerio de Salud (2015). Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Transmisibles. Presentación de los principales resultados. Buenos Aires: INDEC/MS.
- Instituto Nacional del Cáncer (2015). Virus del papiloma humano y el cáncer [en línea]. Institutos Nacionales de la Salud de Estados Unidos. Disponible en: <<https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/germenes-infecciosos/hoja-informativa-vph>> [acceso 16/9/2016].
- Ley Nacional n.º 25.673 / 2003, 26 de mayo. Programa Nacional de Salud Sexual Integral y Procreación Responsable. Congreso de la Nación Argentina.
- Ley Nacional n.º 26.150 / 2006, 23 de octubre. Programa Nacional de Educación Sexual Integral. Congreso de la Nación Argentina.
- Ministerio de Educación (2009). Programa Nacional de Educación Sexual Integral [en línea]. Buenos Aires: ME. Disponible en: <<https://www.argentina.gob.ar/educacion/esi>> [acceso 27/12/2017].
- Ministerio de Salud (2014). Las hepatitis virales en la Argentina. Buenos Aires: MS.
- Ministerio de Salud (2018a). Calendario Nacional de Vacunación 2018. Buenos Aires: MS.

- Ministerio de Salud (2018b). Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable: el programa [en línea]. Presidencia de la Nación, Argentina. Disponible en: <<http://www.msal.gob.ar/saludsexual/programa.php>> [acceso 27/12/2017].
- Ministerio de Salud/Organización Panamericana de la Salud (2010). Indicadores Básicos: Argentina 2010. Buenos Aires: MS-OPS.
- Ministerio de Salud Pública (2013). Programa Nacional de Vacunaciones [en línea]. Montevideo: MSP. Disponible en: <<http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/programa-nacional-de-vacunaciones>> [acceso 3/9/2017].
- Ministerio de Salud Pública (2015). Microdatos de nacimientos y defunciones para procesar en línea con *REDATAM web Server* [en línea]. Montevideo: MSP. Disponible en: <<http://colo1.msp.gub.uy/redbin/RpWebEngine.exe/Portal?lang=esp>> [acceso 31/8/2017].
- Ministerio de Salud Pública (2017). 29 de julio: día nacional del VIH/SIDA. Boletín epidemiológico. Montevideo: Área Programática ITS/VIH/SIDA-MSP.
- Ministerio de Salud Pública (2018a). Área Programática ITS/VIH/SIDA [en línea]. Disponible en: <<http://www.msp.gub.uy/programas/%C3%A1rea-program%C3%A1tica-its-vihsida>> [acceso 27/12/2017].
- Ministerio de Salud Pública (2018b). Área Programática Salud Sexual y Salud Reproductiva [en línea]. Disponible en: <<http://www.msp.gub.uy/programas/%C3%A1rea-program%C3%A1tica-salud-sexual-y-salud-reproductiva>> [acceso 27/12/2017].
- National Institute on Aging (2017). El VIH, el SIDA y las personas mayores [en línea]. Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos. Disponible en: <<https://www.nia.nih.gov/health/vih-sida-personas-mayores>> [acceso 31/8/2017].
- Organización de las Naciones Unidas (2015). Proyecto de documento final de la cumbre de las Naciones Unidas para la aprobación de la agenda para el desarrollo después de 2015. ONU.
- Organización de las Naciones Unidas (2017). *Sustainable development knowledge platform: states members of the United Nations and states members of specialized agencies* [en línea]. Disponible en: <<https://sustainabledevelopment.un.org/memberstates>> [acceso 3/4/2017].
- Organización Mundial de la Salud (2016). Infecciones de Transmisión Sexual [en línea]. Ginebra: OMS. Disponible en: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/es/>> [acceso 9/8/2017].
- Organización Panamericana de la Salud (2012a). Tratamiento antirretroviral bajo la lupa: un análisis de salud pública en Latinoamérica y el Caribe. Argentina [en línea]. Disponible en: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18022&Itemid=270&lang=en> [acceso 27/12/2017].
- Organización Panamericana de la Salud (2012b). Tratamiento antirretroviral bajo la lupa: un análisis de salud pública en Latinoamérica y el Caribe. Uruguay [en línea]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=18036&lang=fr> [acceso 27/12/2017].
- Organización Panamericana de la Salud (2015). Glosario de Indicadores Básicos de la OPS. Washington, DC: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud-Organización Mundial de la Salud (1995). Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud: décima revisión. Washington, DC: OPS-OMS.

- Programa de Prevención de Enfermedades No Transmisibles-Ministerio de Salud Pública (2013). 2ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles. Montevideo: PPENT-MSP.
- Rojas Cabrera, Eleonora (2017). El derecho a la salud sexual y reproductiva en la Argentina: un análisis a partir de la variación de la mortalidad por enfermedades de transmisión sexual entre los quinquenios 1997-2001 y 2009-2013. *Notas de población*, 44(104), pp. 145-160.
- Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia/Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (2014). Argentina: Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2011-2012. Informe final. Buenos Aires: UNICEF.