



**Departamento de Bioquímica Clínica.  
Area Tecnología en Salud Pública.  
Asignatura Salud Pública.**



***Titulo del trabajo: " VIH - SIDA: Transmisión Vertical".***

Nombre y Apellido del alumno: Araceli Depetris.

Fecha de presentación: 2 de Mayo de 2005.

## **Introducción.**

La epidemia del VIH/SIDA está lejos de ir superándose, principalmente en los países en desarrollo, donde el número de infectados crece día a día y el perfil epidemiológico es cada vez más pobre, más joven y más femenino, todo lo cual repercute directamente en el aumento de los niños infectados con VIH.(1)

Al inicio de la epidemia, la transmisión por la vía vertical era muy baja, debido a que la mayoría de los infectados por transmisión sexual o vía endovenosa eran varones. Pero con el crecimiento de la población femenina portadora del virus, principalmente mujeres en edad reproductiva, el número de bebés con VIH fue aumentando.

En el 2003, Argentina tenía una tasa de transmisión vertical estimada en el 6,7% (1), la más alta de Latinoamérica, actualmente se estima que la misma es cercana al 20%.(2,3)

Este aumento tan significativo en tan corto período de tiempo, nos está hablando de un grave problema, que necesita de respuestas y soluciones rápidas.

Pero ¿Cuáles son las causas del aumento en la transmisión vertical de HIV? ¿Qué sucede con los programas nacionales de prevención y control de la transmisión materno infantil? ¿Cuáles serían las causas de este fenómeno?....Preguntas que este trabajo tratará de responder.

## **Desarrollo.**

El SIDA en niños tiene características epidemiológicas y clínicas diferentes a la de los adultos. A nivel internacional existe un acuerdo de considerar como SIDA pediátrico a los niños diagnosticados menores de 13 años. Este límite de edad se atribuye a los mecanismos propios de la infancia (transmisión madre-hijo). La definición de *caso de SIDA pediátrico vigente* se basa en la propuesta por los *Centers for Diseases Control* (CDC) en 1987, según la cuál, se requiere la confirmación de la infección por HIV en el niño y la presencia de al menos una de las llamadas enfermedades indicativas (como Infección bacteriana piógena, Neumonía por *Pneumocystis carinii*, Encefalopatía por VIH, etc) de SIDA...(4)

## **Transmisión perinatal del VIH.**

La transmisión vertical es la principal forma de infección en la infancia. Esta puede ocurrir durante el embarazo -el virus puede atravesar la placenta a partir de la octava semana de gestación (5)-, en el momento del parto -etapa más vulnerable para el niño- o durante la lactancia -aunque la vía oral no es efectiva para el ingreso del VIH es posible la infección debido al alto contenido viral de la leche materna y la inmadurez inmunológica del tracto digestivo del bebé.

Todos los recién nacidos hijos de madres seropositivas o enfermas de sida presentan anticuerpos anti-VIH tipo Ig G que reciben de la madre a través de la placenta... (4), lo que no implica que el bebé esté infectado. Para saberlo, se debe hacer el diagnóstico mediante un análisis de partículas virales (Ver Diagnóstico). Estos anticuerpos de procedencia materna se pierden a los 15-18 meses de vida (4).

La efectividad de la transmisión de la madre al hijo depende de varios factores (cuadro 1), siendo el más importante la cantidad de virus circulante en la sangre de la mamá (carga viral materna).

### **Cuadro 1:**

#### **FACTORES DE RIESGO IMPLICADOS EN LA TRANSMISION**

##### **Factores maternos:**

**Estado clínico.**

**Lactancia materna**

**Carga viral elevada**

**Estado inmunológico**

**Uso de tabaco y drogas endovenosas**

**Deficiencia de vitamina A**

**ETS**

##### **Factores obstétricos:**

- **Ruptura prematura de membranas**

- 
- **Presencia de corioamnionitis**
  - **Úlceras genitales activas**
  - **Horas de trabajo de parto - Horas de bolsa rota**
  - **Episiotomía y ampliación de partes blandas**
  - **Maniobras invasivas: número de tactos fórceps, vacuum, tocografía interna.**
  - **Inducción al trabajo de parto**
  - **Gobierno y dirección del trabajo de parto**
- 

#### **Factores vírales e inmunológicos:**

- **Presencia o no de algunos genes relacionados con receptores específicos y determinados HLA**
- **Fenotipo (cepas virales formadoras de sincicio y/o de crecimiento y replicación altas)**
- **Genotipo con resistencia viral múltiple a las drogas antirretrovirales**

**Fuente: Recomendaciones para la prevención de la transmisión perinatal de VIH  
Argentina, Nov. 2001 (10)**

Las estadísticas internacionales dicen que de cada 100 madres portadoras que dan a luz sin ninguna medida terapéutica preventiva, nacerán alrededor de 33 bebés infectados (6). Por eso, es fundamental la identificación de las mujeres infectadas antes del embarazo o durante el mismo, para poder proporcionarles el mejor tratamiento, tanto a la madre como al niño, y prevenir así la transmisión.

La infección perinatal ocurre durante el desarrollo del sistema inmunitario del niño, tanto sus manifestaciones clínicas como la evolución de los marcadores virológicos e inmunológicos son distintos de las observadas en los adultos (7). De hecho, debido a que la mayoría de los niños se infecta durante el parto o cerca del mismo, existe la posibilidad, a diferencia de los adultos de iniciar el tratamiento durante la fase inicial de la infección (infección primaria). Los tratamientos que se utilizan en estos casos, combinan diferentes drogas antirretrovirales con cesáreas programadas y el reemplazo del amamantamiento por la leche maternizada. Así, la tasa de infección en embarazos tratados puede bajar hasta un 2% (1,8).

En Argentina existe el **Programa Nacional contra los Retrovirus del Humano VIH/SIDA y ETS** (9), dentro del cual se encuentra el **Programa Nacional de Transmisión Vertical (PNTV)**, entre cuyos objetivos están, "Prevenir la transmisión sexual y perinatal del VIH, Reducir el impacto individual, familiar y socioeconómico y reforzar el análisis de la situación y tendencia de la epidemia". Este programa prevee las siguientes acciones, según la **Ley 25.543 - SALUD PUBLICA**, sancionada el 27 de noviembre 2001 y promulgada "de Hecho" el 7 de Enero 2002. Son autoridad de

aplicación de la misma el Ministerio de Salud de la Nación y los organismos de salud que correspondan en cada jurisdicción. Entre sus artículos incluye:

- ✓ La obligatoriedad del ofrecimiento del test diagnóstico del virus de inmunodeficiencia humana, a toda mujer embarazada como parte del cuidado prenatal normal.
- ✓ El reconocimiento de los establecimientos públicos médico asistenciales, la seguridad social y las entidades de medicina prepaga, de la cobertura del test diagnóstico.
- ✓ El requerimiento del consentimiento expreso y previamente informado de las embarazadas para realizar el test diagnóstico, que deberá figurar por escrito con firma de la paciente y del médico tratante, o la negativa a realizarse el mismo.

Deberá informarse a la paciente sobre los distintos aspectos del test diagnóstico, la posibilidad o no de desarrollar la enfermedad, y en caso de ser positivo las implicancias de la aplicación del tratamiento y de la no aplicación del mismo tanto para la madre como para el hijo por nacer. El profesional y el establecimiento serán responsables de la confidencialidad del procedimiento, la calidad de la información que brinden a la embarazada y garantizarán la provisión de los medicamentos a utilizar de acuerdo a los protocolos vigentes.

- ✓ Los establecimientos asistenciales deberán contar con un equipo interdisciplinario para contener y asesorar a las pacientes y a su entorno familiar durante el embarazo, parto y puerperio en caso que el test diagnóstico resultare positivo.

### **MECANISMOS DE DIAGNOSTICO DE LA INFECCION EN EL LACTANTE PROPUESTO POR EL PROGRAMA NACIONAL**

Con respecto al diagnóstico, el mismo se puede establecer en la mayoría de los niños infectados al mes de vida y en prácticamente todos a los 6 meses. La positividad de las pruebas virológicas se debe confirmar repitiendo la prueba cuanto antes en una segunda muestra. La prueba virológica de preferencia para establecer el diagnóstico en lactantes es la Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR) (7).

En Argentina, los criterios de diagnósticos propuestos por el PNTV son los siguientes:

#### **✓ Criterio para definir infección por métodos de laboratorio, en niños menores de 18 meses. Diagnóstico de VIH por exposición perinatal. (18: C.D.C. MMWR Vol. 48/ No. RR13, diciembre 10/1999)**

- I- POSITIVO:** resultados positivos en dos muestras (no de cordón) por Pruebas Directas de detección viral. Pruebas Directas son: detección de ácidos nucleicos (DNA, RNA) y cultivo viral.
- II- PROBABLE POSITIVO:** un resultado positivo por Pruebas Directas de detección viral y ningún resultado posterior negativo, ya sea por diagnóstico directo o por anticuerpos.
- III- NO INFECTADO:**
  - a) Al menos dos resultados negativos por anticuerpos en muestras correspondientes a 6 meses o más.

- b) Al menos dos resultados negativos por Técnicas de Detección Directa realizadas en las siguientes muestras
- mayor o igual **1 mes**
  - mayor o igual **4 meses**

**IV- PROBABLE NO INFECTADO:**

- a) Un resultado negativo para anticuerpos en muestras mayor o igual a 6 meses y ninguna prueba positiva por Detección Directa.
- b) Un resultado negativo por Técnicas de Detección Directa en una muestra mayor o igual a 4 meses y ningún resultado positivo por Detección Directa.
- c) Un resultado positivo por Detección Directa y dos resultados negativos posteriores realizados **al menos uno** mayor o igual a **4 meses** o anticuerpos negativos **al menos uno** mayor o igual a **6 meses**.

En su página 29 el informe del CDC (18:C.D.C. MMWR Vol. 48/ No. RR-13, diciembre 10/1999.) dice **un resultado NO DETECTABLE de HIV-1 RNA en plasma, no excluye diagnóstico de infección por VIH;** mientras que en la página 31 dice **no se recomienda el uso de la prueba Ag p24, para excluir infección viral en niños menores a 18 meses, por su falta de sensibilidad. Como consecuencia el método de detección Viral Directa de elección sería DNA- PCR VIH.**

✓ **Algoritmo diagnóstico propuesto según criterios diagnósticos C.D.C (18: C.D.C. MMWR Vol. 48/ No. RR-13, diciembre 10/1999.):**

- I-** PRIMERA MUESTRA ES ACONSEJABLE: mayor o igual a 1 MES. **PCR VIH.**
- II-** SEGUNDA MUESTRA: mayor o igual a 4 MESES. **PCR VIH.**
- III-** TERCERA MUESTRA: mayor o igual a 6 MESES. **Anticuerpos VIH, PCR VIH** (en el caso de resultados discordantes en las muestras previas)
- IV-** CUARTA MUESTRA: mayor o igual a 18 meses. **Anticuerpos VIH.**

**SI LA PRIMERA MUESTRA CORRESPONDIERA A UN NIÑO MAYOR O IGUAL A 6 MESES Y MENOR A 18 MESES: hacer anticuerpos a glicoproteína viral (GP 120 y 160) y PCR VIH**

- **si PCR VIH es positivo:** hacer anticuerpos y PCR a mayor o igual a 18 meses según criterio I.
- **Si PCR VIH es negativo:** hacer anticuerpos mayor o igual a 18 meses según criterio III.

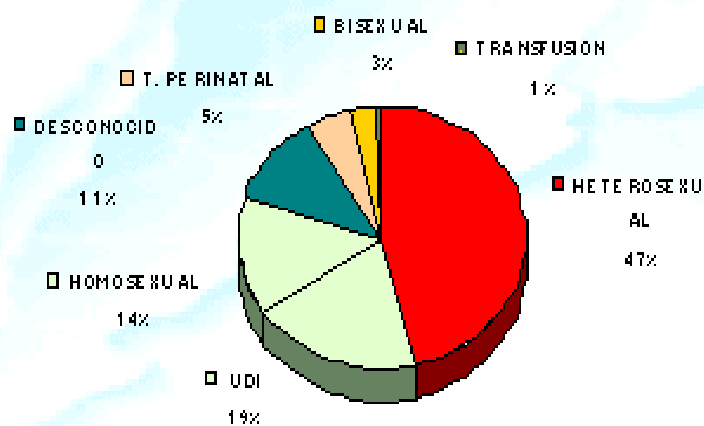
Conocer el resultado de los anticuerpos a los 6 meses es útil para completar los Criterios Diagnósticos antes descriptos.

**ANALISIS EPIDEMIOLOGICO**

Hacia finales del año 2002 y principios del 2003, la tasa transmisión materno infantil se estimó cercana al 6,1%. (Ver Gráfico1)

**Gráfico 1:**

**Distribución de los enfermos de sida notificados según vía de transmisión 2002**



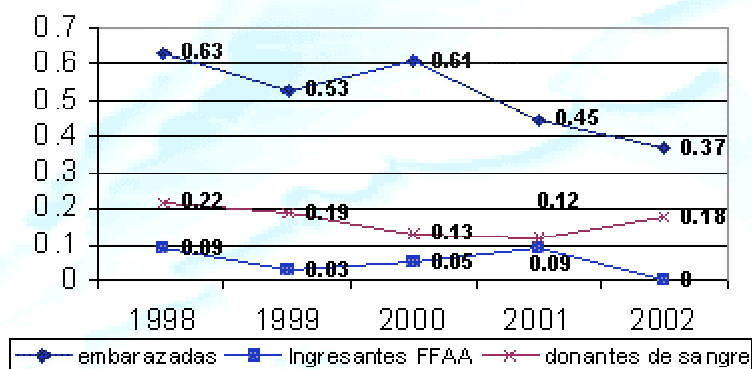
**Fuente: Vigilancia epidemiológica. ONUSIDA- Año 2003 (11)**

Los siguientes informes epidemiológicos, que evalúan el período 1998-2002 señalan un relativo descenso. En el Gráfico 2, por ejemplo, se puede observar que a partir del año 2000 comienza a descender la prevalencia\* del VIH en embarazadas y en el Gráfico 3 (realizado con los datos de tabla 1), también a partir del mismo año, se observa una disminución de la transmisión vertical.

**Gráfico 2**

**Evolución de la prevalencia de VIH en poblaciones seleccionadas. Argentina, 1998-2002**

\* Prevalencia: número de personas que tienen una enfermedad en un momento determinado (20).



Fuente: Vigilancia epidemiológica. ONUSIDA- Año 2003 (11)

Gráfico 3

Procentaje de Transmisión  
Prinatal en el período 1998-2002

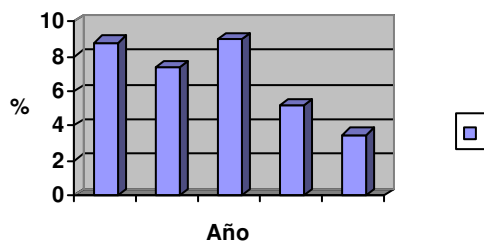


Tabla 1

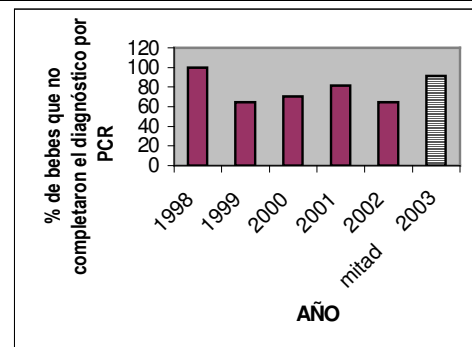
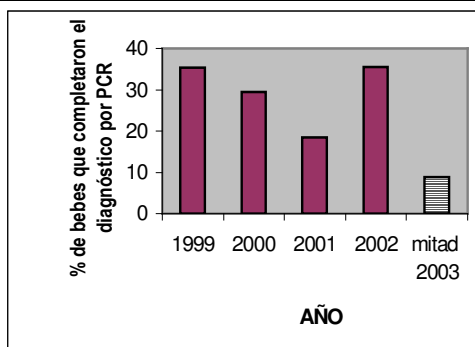
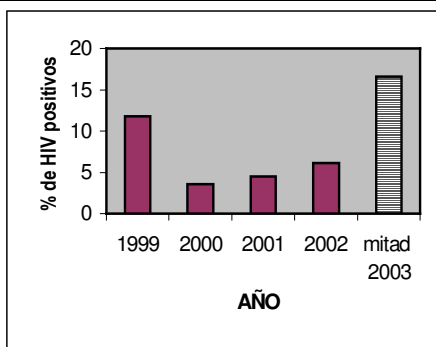
Año	1998	1999	2000	2001	2002
Transmisión madre-hijo	8.8%	7.4%	9.0%	5.2%	3.5%

Fuente: Datos sacados del Programa Nacional de Lucha contra RH/Sida  
Ministerio de Salud de la Nación(11)

Por el contrario, el siguiente estudio (Tabla 2 - Gráfico 4) realizado en el Centro de Tecnología de Salud Pública de la Universidad Nacional de Rosario (CTSP-UNR), que tiene por objeto evaluar los resultados de la técnica diagnóstica -PCR- y el cumplimiento del Algoritmo Diagnóstico propuesto por el Programa Nacional para el estudio de la infección del VIH pediátrico, refleja una significativa tendencia al **aumento del porcentaje de transmisión vertical entre los años 2000 y mitad del 2003 (A)**. Además destaca una considerable diferencia entre los bebés que tienen diagnóstico incompleto de aquellos que lo completan, llegando hasta el 90% los casos incompletos a mediados del 2003 (C).

**Tabla 2 – Gráfico 4:**

AÑO	TOTAL DE BB ESTUDIADOS	Nº BB CON DIAGNOSTICO INCOMPLETO	% BB DIAGNOSTICO INCOMPLETO	Nº BB CON DIAGNOSTICO COMPLETO	% BB CON DIAGNOSTICO COMPLETO	% DE POSITIVOS	% DE NEGATIVOS
1998	11	11	100	-	-	-	-
1999	48	31	64,4	17	35,4	11,8	88,2
2000	95	67	70,5	28	29,5	3,6	96,4
2001	118	96	81,4	22	18,4	4,5	95,5
2002	93	60	64,5	33	35,5	6,1	93,9
mitad 2003	68	62	91,2	6	8,8	16,6	83,4



(A)  
(C)

(B)

**Fuente: G. Avale, et. al. Tecnología molecular y diagnóstico de transmisión vertical del VIH.**

Lo mismo ocurre cuando se evalúa el período septiembre/2003 – abril/2004 en otro trabajo similar realizado también en el CTSP-UNR. Es importante destacar que, si se estima el índice de transmisión materno infantil con estos datos, este se elevaría a alrededor del 20% en un período de un año (3).

**Tabla 3**

Período	Total de BB estudiados	% de BB con Diag. incompleto	% de BB con Diag. completo	% de positivos	% de negativos
Sep/2003 – abril/2004	124	87,3	12,7	11,1	88,9

**Fuente: C. Casabonne, et. al. PCR\_HIV en el Programa de Transmisión Vertical.**

Estos resultados no pueden analizarse solos, sino que deben relacionarse con el estrato socioeconómico del cual provienen las muestras analizadas.

### **ANALISIS SOCIOECONÓMICO DE LA POBLACIÓN DE MUJERES INFECTADAS**

Si bien es de obligatoriedad que a toda mujer embarazada se le realice el test de diagnóstico del VIH en todos los hospitales públicos y privados como parte del cuidado prenatal e incluso las entidades de medicina prepaga reconocen en su cobertura el mismo; esto no es suficiente. El alto índice de transmisión madre hijo se debe a que más de la mitad de las mujeres no se controlan debidamente en el embarazo, por lo que pueden estar infectadas, no saberlo y contagiar a sus bebés (1).

Según la Dra. R. Bologna -jefa de Infectología del Hospital Nacional de Pediatría J. P. Garrahan- *"la mitad de los casos de los chicos que vinieron en 2002 y 2003 al hospital a causa del virus del sida -estamos viendo 50 casos nuevos de VIH cada año- llegaron con inmunosupresión o con otros síntomas de la enfermedad"* y agrega: *"la mayor parte de los casos (alrededor del 90%) son madres que traen a sus hijos sin saber que tienen HIV, e incluso sin saber que ellas mismas están infectadas"* (12).

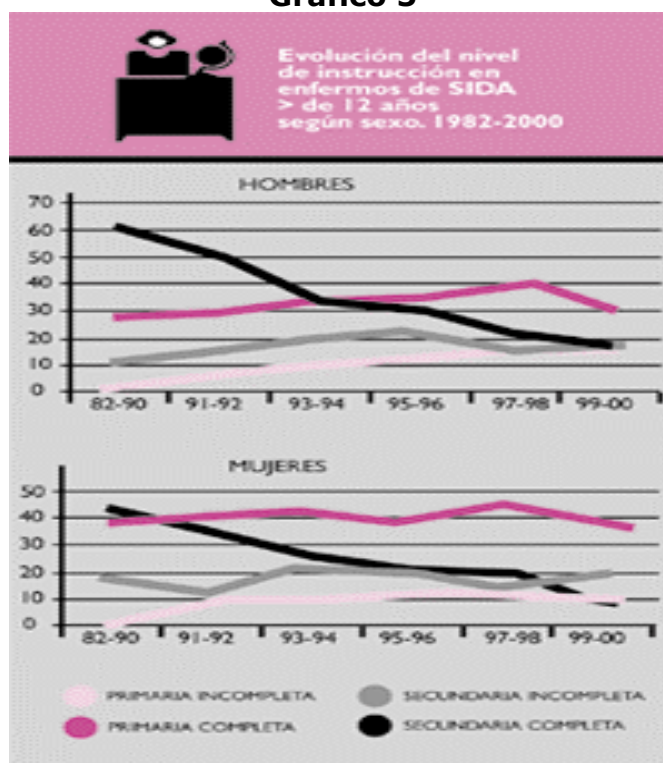
Estas mujeres son generalmente, jóvenes de bajos recursos, que carecen de poder, sufrieron abusos, poseen menos instrucción y les resulta difícil acceder a trabajos bien remunerados, créditos y servicios de salud y sociales, en general.

ONUSIDA (Organización de la Naciones Unidas de Sida) señala que en el mundo, entre el 20 y el 50% de las adolescentes indican que su primera relación fue forzada. Esto se registra en investigaciones desde hace años en Argentina. Sin llegar a la violación, en muchos casos las relaciones sexuales de muchachas y jóvenes son forzadas. Desde hace años, estudios en la Argentina señalan que el 82% de las madres niñas (9 a 13 años) tuvieron sus hijos con hombres de 20 y más años y la mitad de ellas, con mayores de 30 años. La mayoría de esas relaciones no fueron consentidas (14) y por lo tanto, esto implica un riesgo grave de infección de VIH ya que estas niñas y/o adolescentes mantienen relaciones sin ningún tipo de protección.

Otro factor también responsable es la situación de extrema pobreza que afecta al 70% de los jóvenes (INDEC) (13). La pobreza, la falta de educación y el desempleo las puede llevar al comercio sexual y a tener un menor acceso a los medios de prevención como la adquisición y uso de preservativo.

Con respecto al nivel de instrucción, considerado como un indicador indirecto de la situación económico-social, **las mujeres enfermas presentan un menor nivel de educación que los varones desde el comienzo de la epidemia** (Gráfico 5) y además, se observa una disminución constante de la escolaridad en ambos sexos.

**Gráfico 5**



**Fuente: Recomendaciones para la prevención de la transmisión perinatal de VIH – Argentina, Nov. 2001.**

### **ANALISIS SOCIOECONÓMICO DEL PERIODO 2000-2001**

No debemos olvidarnos tampoco que durante el 2000 se produjo un quiebre económico que repercutió sobre todos los argentinos afectando con mayor fuerza a los sectores más carenciados y es lógico que hoy lo veamos reflejado en los resultados obtenidos en el análisis epidemiológico.

Para esos años el aumento del desempleo, la deserción escolar, las desigualdades y la distribución de los ingresos fueron agudizando la pobreza, la ignorancia y deteriorando el nivel educativo y la salud pública. Los hospitales públicos –hasta entonces totalmente gratuitos- sufrieron un retroceso de la calidad de atención a la salud, se empobrecieron y debido a la falta de insumos y recursos económicos para su funcionamiento comenzaron a cobrar por la atención (16). Lo mismo pasó con la educación y demás servicios dependientes del Estado.

*"...la mayor parte de las cosas que son buenas para el desarrollo son buenas para derrotar a HIV/SIDA, y **viceversa**. Los chicos que siguen asistiendo a la escuela tienen menor riesgo de contraer la infección. Un sector rural pleno y activo crea trabajos locales que mantienen intactas a las familias. La igualdad de oportunidades para las mujeres crea seguridad y reduce el número de las que deben recurrir al comercio sexual para sobrevivir".* (Peter Piot, Director Ejecutivo de UNAIDS y Subsecretario de las Naciones Unidas, 20/11/03) (17).

## **CONCLUSIÓN**

Comparando los datos de los Gráficos 2 y 3 con los de la Tabla 2 y Gráfico 4, podemos preguntarnos si la transmisión vertical en el período 2000-2002, realmente disminuyó debido a la aplicación del tratamiento en las madres infectadas, lo cual puede ser probable; o bien es posible que estén faltando datos aportados por el sistema de vigilancia epidemiológica; ya que en los trabajos realizados por el CTSP-UNR se pudo observar un claro incremento de la misma e incluso este aumento se va agudizando en los años 2003 y 2004.

Con respecto a la evaluación de los resultados de la técnica diagnóstica (PCR) y el cumplimiento del Algoritmo Diagnóstico propuesto por el PNTV se observa un no cumplimiento del mismo en un número importante de bebés, que puede deberse a varios factores, entre los que se pueden mencionar: la falta de información de las mamás, el difícil acceso a los servicios de salud, la falta de concientización de madres y personal médico, que es, en última instancia, quién debe proporcionar a las mamás, toda la información y medios necesarios para asegurar su salud y la de sus hijos. Es necesario implementar y aplicar un protocolo que permita aprovechar al máximo la herramienta de diagnóstico estudiada y lograr definir así, el estado de infección por VIH (3) en niños menores de 18 meses hijos de madres seropositivas, para su adecuado tratamiento.

Como vimos, hay varios factores que influyen en el aumento de la transmisión vertical del VIH; si bien este aumento se relaciona directamente con el aumento de la población femenina en edad reproductiva infectada, se podrían mencionar los factores más importantes y en común que influyen en ambos incrementos, como la pobreza y el nivel de educación, como se observa en el Gráfico 5, que muestra que la escolaridad es menor en las mujeres y va disminuyendo a través de los años, lo cuál continúa incrementando la posibilidad de contagio. Según UNICEF, las niñas que viven en las comunidades más afectadas por el SIDA y que se mantienen en la escuela retrasan sus primeras relaciones sexuales, tienen más información sobre la prevención y comprenden mejor las pruebas del VIH (19). Entonces, estos factores mencionados hacen que, por un lado sea escaso el acceso a la información para prevenir su infección y por otro, las limita cuando al quedar embarazadas, tengan acceso a los servicios de salud para el control perinatal correspondiente, aumentando por lógica, la transmisión vertical. También, según el Dr. Pedro Cahn –jefe del Servicio de Infectología del Hospital Fernández- *“lo que observamos en la historia de estos pacientes es que hay muchas consultas previas que podrían haber llevado al diagnóstico, previniendo quizás el contagio madre-hijo, pero estas consultas no han sido jerarquizadas ni por los pacientes ni por sus médicos”* (12), lo que señala que en estos casos son los médicos los que fallan, no están atentos y sus pacientes pierden la posibilidad de ser diagnosticadas e informadas a tiempo.

Por último y con respecto al impacto económico de los años 2000-2001, Argentina sufrió un descenso abrupto del desarrollo económico y se dieron un conjunto de factores propicios para la diseminación del VIH/SIDA y es lógico que hoy lo veamos reflejados en el aumento de personas infectadas, principalmente mujeres en edad reproductiva, y consecuentemente en el aumento de niños con VIH/SIDA pediátrico.

Considero que es de vital importancia que los objetivos del PNTV se realicen y que el protocolo se modifique de manera tal de poder llegar a un diagnóstico cierto en el menor tiempo posible. También son necesarias nuevas y efectivas Campañas de Información y Prevención que promuevan el uso de métodos de barrera para evitar la infección y/o transmisión de ETS y que estimulen la atención prenatal. Un mejor nivel de educación con igualdad de oportunidades para que todos puedan acceder a servicios de salud y empleos bien remunerados, puede lograr el crecimiento económico-social que permita seguir ganando "batallas" al VIH/SIDA.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1) Peyrano. Triste Record para la Argentina. <http://www.huesped.org.ar> - 24-11-2003.
- 2) G. Avalor, *et. al.* Tecnología molecular y diagnóstico de transmisión vertical del VIH. Poster Nº 33 – 6º Congreso Argentino de SIDA. Bs. As. – 20 al 23 de Noviembre de 2003.
- 3) C. Casabonne, *et. al.* PCR-HIV en el Programa de Transmisión Vertical. Poster Nº 39 – 2º Expo Congreso Bioquímico Rosario.- Rosario, 10 al 12 de junio de 2004.
- 4) J. Perez de la Paz, M<sup>a</sup>: J. Belsa, F. Sánchez, J. Castilla y Registros de SIDA de las Comunidades Autónomas. El SIDA pediátrico en España - 1982-1997. Revista Avances en Sida 1998, Julio-Agosto 1998. Pág. 43 a 52.
- 5) E. Hernández. VIH y SIDA: En niños, aspectos neuroconductuales. Se consigue en URL: <http://www.tupediatra.com/temas/tema226.htm> . Consultada 12-26-2004.
- 6) HIV: niños de mamás portadoras. Se consigue en URL: <http://www.latinsalud.com/articulos/00378.asp> 12/2004.
- 7) Directrices para el uso de antirretrovíricos en la infección para VIH en pacientes pediátricos. Revista Panamericana de Salud Pública, 2001 – Vol. 10, Nº6. Pág. 426 a 435.
- 8) M. Sellanes, Se consigue en URL: [www.buenafuente.com/salud/](http://www.buenafuente.com/salud/) Consultada 28-11-2003
- 9) Programa Nacional contra los retrovirus del humano VIH/SIDA y ETS. Se consigue en URL [http://www.msal.gov.ar/htm/site/prog\\_nac.asp](http://www.msal.gov.ar/htm/site/prog_nac.asp) El Programa Nacional se encuentra a cargo de la Dra. *Gabriela Hamilton* desde el 11 del marzo del 2002.
- 10) Recomendaciones para la prevención de la transmisión perinatal de VIH – Argentina, Nov. 2001. Se consigue en URL <http://www.msal.gov.ar/htm/site/lusida/recomterap/recomtransperit> [112001/recomtransperinatal.htm](http://www.msal.gov.ar/htm/site/lusida/recomterap/recomtransperit)
- 11) Vigilancia epidemiológica. Se consigue en URL [http://www.onusida.org.ar/vigi\\_epi.asp](http://www.onusida.org.ar/vigi_epi.asp) Copyright ONUSIDA. Año 2003
- 12) La situación en los hospitales se asemeja a la de hace diez años Sida: cada vez más pacientes llegan graves. La Nación, 12 de mayo de 2004. Se consigue en URL [http://www.lanacion.com.ar/04/05/12/sl\\_600376.asp?origen=premiu](http://www.lanacion.com.ar/04/05/12/sl_600376.asp?origen=premiu) [m](http://www.lanacion.com.ar/04/05/12/sl_600376.asp?origen=premiu)
- 13) Plan Estratégico (PE-CRA) -2003-2007 Cruz Roja Argentina. Se consigue en URL <http://www.cruzroja.org.ar/cra/pecra/pecra03.html>
- 14) Sida, cada vez más femenino – Ministerio de Desarrollo Humano – Gobierno de la pcia. de Bs. As. – Clarín, 1 de dic. 2004. Se consigue en URL [http://www.mdhyt.gba.gov.ar/prensa/nota\\_interes/011204.htm](http://www.mdhyt.gba.gov.ar/prensa/nota_interes/011204.htm)
- 15) El sida en Argentina – Marzo del 2001. Se consigue en URL <http://www.msal.gov.ar/htm/site/lusida/separatas/separata032001/s> [eparata032001.htm](http://www.msal.gov.ar/htm/site/lusida/separatas/separata032001/s)
- 16) El aumento de la pobreza marca también un incremento de las enfermedades en el país –El Consultor de Salud – Feb. 2002

- 17) M. Sellanes. Salud -Nov. 2003- Se consigue en URL <http://www.buenafuente.com>
- 18) Diagnóstico de VIH por exposición perinatal. C.D.C. MMWR Vol. 48/ No. RR-13, diciembre 10/1999.)
- 19) UNICEF - VIH/SIDA - 13-12-2003. Se consigue en URL [http://www.unicef.org/spanish/aids/index\\_youngpeople.html](http://www.unicef.org/spanish/aids/index_youngpeople.html)
- 20) Normas de Vigilancia epidemiológicas recomendadas por la OMS (1997).
- 21) A. Ríos. En siete hospitales argentinos: Bajan a cero el contagio del HIV de madre a hijo.La Nación, Fecha:25-04-05. Se consigue en URL [http://www.lanacion.com.ar/cienciasalud/nota.asp?nota\\_id=698119](http://www.lanacion.com.ar/cienciasalud/nota.asp?nota_id=698119)
- 22) SIDA, reducción de la pobreza y alivio de la deuda- Programa conjunta de las Naciones Unidas sobre HIV/SIDA- ONUSIDA 2001 y Banco Mundial.
- 23) S. Weller y L. Orellana . Desigualdad social, sensatez y sentimientos. Revista: Actualizaciones en SIDA- Vol. 7 N°25- Septiembre 1999. Pág. 175 a 186.