

El derecho a la salud sexual y reproductiva en Argentina. Un análisis a partir de las tendencias de mortalidad por enfermedades de transmisión sexual. Quinquenios 1997-2001 y 2009-2013*

Eleonora Soledad Rojas Cabrera♥

María Marta Santillán Pizarro♥♥

Resumen

Este trabajo indaga acerca de los logros del estado argentino en relación al ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva mediante el análisis de la mortalidad por enfermedades de transmisión sexual (ETS).

A tales fines, se calculan y analizan tasas específicas de mortalidad por sexo, grupo de edad y causa en los quinquenios 1997-2001 y 2009-2013.

Los resultados revelan avances en función de la reducción de la mortalidad por ETS en general y, particularmente, en el atribuido al VIH/SIDA (poblaciones más jóvenes), la Sífilis (fundamentalmente en niños) y la Hepatitis B (esencialmente en la población de 65 años y más). Así también, muestran un descenso de la mortalidad femenina por tumores asociados al Virus Papiloma Humano (VPH).

Como contrapartida, éstos también acusan, en las edades más avanzadas, un aumento en el nivel de la mortalidad por VIH/SIDA y de la mortalidad masculina por los tumores asociados al VPH. Esto último evidencia la necesidad de redoblar los esfuerzos en relación a las medidas implementadas desde una perspectiva integral, con especial atención a las poblaciones más afectadas en cada caso.

Palabras claves: derechos humanos; salud sexual y reproductiva; enfermedades de transmisión sexual; mortalidad; Argentina.

* Trabajo presentado en el VII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población y el XX Encuentro Nacional de Estudios Poblacionales, realizado en Foz do Iguazu/PR – Brasil, del 17 al 22 de octubre de 2016.

♥ CIECS (CONICET y UNC), Córdoba, Argentina. Correo electrónico: eleonorarojascabrera@gmail.com.

♥♥ CIECS (CONICET y UNC) y Universidad Católica de Córdoba - UA CONICET, Córdoba, Argentina. Correo electrónico: mm_santillan@yahoo.com.ar.

Introducción

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) comprometen el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva al limitar el disfrute de la vida sexual sin riesgos y, en ocasiones, atentar contra la capacidad de procrear. Además, repercuten negativamente en la efectivización de los restantes derechos, convirtiendo a quienes las contraen en víctimas de estigmatización y discriminación social.

En razón de lo anterior y de la alta y creciente incidencia de las ETS en el mundo, la comunidad internacional insta a los Estados a reducir la morbimortalidad por este grupo de causas para 2015, con énfasis en el VIH/SIDA (dado que la situación global se agrava con su aparición). Así lo expresa en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de 1994 (Apartado 7.29) a la vez que establece medidas específicas para cumplir con este propósito. A saber: de prevención, diagnóstico y tratamiento de las ETS, (Apartado 7.30); de capacitación de los recursos humanos afectados (Apartado 7.31); de información y educación a la población para el despliegue de una conducta sexual responsable y la prevención eficaz de dichas infecciones (Apartado 7.32); de suministro de medios confiables (preservativos de buena calidad) en favor de esta última (Apartado 7.33); y de fomento de investigaciones para erradicar su propagación (Apartado 8.29)¹.

Finalizado el plazo de la CIPD, y a partir de reconocer la persistencia de limitaciones para reducir la morbimortalidad por ETS con igualdad de oportunidades, los países acuerdan redoblar los esfuerzos con miras a alcanzar la salud sexual y reproductiva de manera universal para 2030. Así queda establecido, globalmente, en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (Objetivo 3); y, en el ámbito regional, en el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo de 2013 (Apartado 38).

La República Argentina adhiere tanto a la CIPD como a los compromisos fijados para 2030. En consecuencia despliega, desde la década de 1990, acciones para mitigar la morbimortalidad por ETS en todo el territorio nacional. Sin embargo, es recién en 2003 cuando adapta formalmente la normativa a los compromisos asumidos y crea el Programa Nacional de Salud Sexual y

¹ Cabe mencionar otros planes de acción que, basados en los enunciados del programa en cuestión, retoman y reafirman posteriormente el objetivo y las medidas referidas. Entre ellos, la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de 1995 (Objetivo estratégico C.3) y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Meta 6A).

Procreación Responsable² (Ley 25.673) con objetivos definidos para el abordaje integral de la problemática en un marco de información y servicios orientados a la población en su conjunto.

En este contexto, nos preguntamos: *¿En qué medida el comportamiento de la mortalidad por ETS en Argentina ha posibilitado avances en el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva, teniendo en cuenta la evolución de la normativa nacional en los últimos años? ¿Qué grupos poblacionales se han visto más beneficiados en ese sentido y cuáles no? ¿Varían las conclusiones si se consideran las causas específicas? ¿Qué desafíos se evidencian en relación al cumplimiento de los compromisos asumidos a futuro?*

A fin de dar respuesta a estos interrogantes, se calculan y analizan críticamente tasas de mortalidad específicas para los quinquenios 1997-2001 y 2009-2013 con base en información proveniente de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) de la Nación y el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC)³.

Datos y métodos

Como fuera anticipado, se utilizan datos procedentes de la DEIS de la Nación y del INDEC. En tanto los primeros remiten a estadísticas de nacimientos y defunciones, y la desagregación de estas últimas según sexo, edad y causa de mortalidad asociada a ETS; los segundos refieren a las proyecciones de población por sexo y grupos quinquenales de edad.

Se consideran las siguientes causas de mortalidad incluidas en la Clasificación Internacional de Enfermedades - Décima Revisión (CIE 10): a) Infecciones con modo de transmisión predominantemente sexual; es decir, Sífilis (A50-A53), Infección Gonocócica⁴ (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 Humana⁵ (VIH) (B20-B24); y d)

² Este programa se complementa con el Programa de Educación Sexual Integral (Ley 26.150). Creado en 2006, dicho programa tiene por objetivo transmitir en las escuelas conocimientos acerca del tema a fin de promover actitudes responsables ante la sexualidad en favor de la prevención, la concientización y la lucha contra la discriminación hacia quienes padecen infecciones de transmisión sexual (ITS).

³ Debido a que este trabajo se centra en el análisis de la mortalidad por ITS y otras causas no consideradas infecciones en sí mismas, se utiliza el término ETS para referir a las causas de interés a lo largo del todo el texto.

⁴ Comúnmente conocida como Gonorrea.

⁵ Aún cuando existen distintas formas de transmisión del VIH (por relaciones sexuales sin protección con una persona infectada; por transfusión de sangre contaminada; por compartir agujas, jeringas u otros objetos punzocortantes; y de madre a hijo durante el embarazo, parto o el periodo de lactancia), en este caso, dada la

Tumores malignos relacionados con el Virus Papiloma Humano⁶ (VPH) (C10, C21, C51, C52, C53 y C60, códigos asociados, respectivamente, a tumores de orofaringe, ano, vulva, vagina, cuello uterino y pene).

A partir de los datos explicitados, se calculan y analizan tasas específicas de mortalidad (TM) para los quinquenios 1997-2001 y 2009-2013 según causa, sexo y grupo de edad, como el resultado del cociente entre el número promedio de defunciones de cada quinquenio y la población proyectada a mitad de periodo en cada caso⁷ (es decir, la correspondiente a 1998 y 2011, respectivamente).

En relación con el cálculo detallado, cabe realizar algunas aclaraciones. En primer lugar, la elección de los quinquenios responde al interés por indagar acerca del comportamiento de la mortalidad por ETS en un periodo anterior y posterior a la adaptación de la normativa de Argentina a los compromisos asumidos en el plano internacional (concretamente, a partir de la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable). En ese sentido, y dado que la clasificación utilizada para identificar las ETS se efectúa con base en la CIE 10, se establece como punto de partida a 1997, año en que dicha clasificación comienza a aplicarse efectivamente en el país. De manera análoga, 2013 supone el último año para el cual se dispone de información al momento de la confección de la presente investigación.

imposibilidad de desagregar las muertes de acuerdo a las mismas, se considera que todas ellas deben su origen a la práctica de la actividad sexual sin preservativo con una persona con el virus. Este supuesto se apoya en datos publicados en 2015 por la Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual (DSyETS) de Argentina que indican que el 90% de las personas diagnosticadas en el país en el trienio 2012-2014 contrajeron VIH a través de la vía referida (DSyETS - Ministerio de Salud de la Nación, 2015).

⁶ Si bien sólo una proporción de los tumores explicitados es atribuida al VPH, se decide considerar a la totalidad de muertes ligadas a ellos en función de la proporción de casos atribuida en forma directa al virus aludido. Al respecto, información difundida por el Instituto del Cáncer de Estados Unidos (NCI, por sus siglas en inglés), prácticamente todos los casos de cáncer de cuello uterino son causados por infecciones por VPH; en tanto la proporción de casos vinculados a esta patología desciende a 95%, 70%, 65%, 50% y 35% en los cánceres de ano, orofaringe, vagina, vulva y pene, en ese orden (NCI, s.f.).

Complementariamente, caben tener presente las limitaciones propias de la información empleada para distinguir entre las muertes vinculadas y no vinculadas al mismo.

⁷ Si bien en este trabajo se hace foco en el análisis de las tendencias de la mortalidad, no deja de reconocer los esfuerzos progresivos del estado argentino para avanzar en el registro de la morbilidad asociada a las causas de interés y que se sintetizan en los registros de del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE) (Ministerio de Salud de la Nación, 2007), el Registro Oncopediátrico Hospitalario Argentino (ROHA), el Registro Institucional de Tumores de Argentina (RITA) y el Sistema de Información para el Tamizaje (SITAM) en sus diferentes versiones (tumores cervicouterinos, colorrectales y de mama) (INC, s.f.a; s.f.b; s.f.c; s.f.d; s.f.e).

En segundo lugar, se consideran los grupos de edad sugeridos por la Unidad de Información y Análisis de Salud (HA, por siglas en inglés) de la Organización Panamericana de la Salud (2014) para el cálculo de las TM. Concretamente: menores de 1 año, 1-14 años, 15-24 años, 25-44 años, 45-64 años y 65 y más años.

En tercer lugar y en consonancia con la definición de la TM infantil, en los casos en que la TM refiera a niños menores de 1 año, el denominador se corresponde con el total de nacidos vivos registrados a mitad de cada quinquenio seleccionado (HA - OPS, 2014).

Por último, todas las TM se expresan por 100.000 habitantes (o nacidos vivos, según el caso), conforme a la unidad de medida empleada en estudios de mortalidad asociados a grupos de causas o causas específicas (HA - OPS, 2014).

Resultados y discusión⁸

La mortalidad por ETS en Argentina según sexo, grupo de edad y causa específica

La TM asociada a ETS es superior en las mujeres. La misma tiende reducirse con independencia del sexo, aunque con mayor énfasis en los varones. Concretamente, entre los quinquenios investigados, la TM masculina pasa de 7,6 a 6 por 100.000 varones; mientras que la femenina cambia de 8,2 a 7,9 por 100.000 mujeres⁹.

Al considerar la edad, la TM masculina alcanza su máxima expresión en el grupo de 25-44 años al inicio del periodo estudiado y lo hace en el de 45-64 años al final del mismo. Este “desplazamiento” del punto máximo de la TM guarda relación con su descenso en la población de menos de 45 años (fundamentalmente en los niños menores de 1 y los adultos de 25-44 años); y el aumento que ésta registra a partir de esa edad (Gráfico 1).

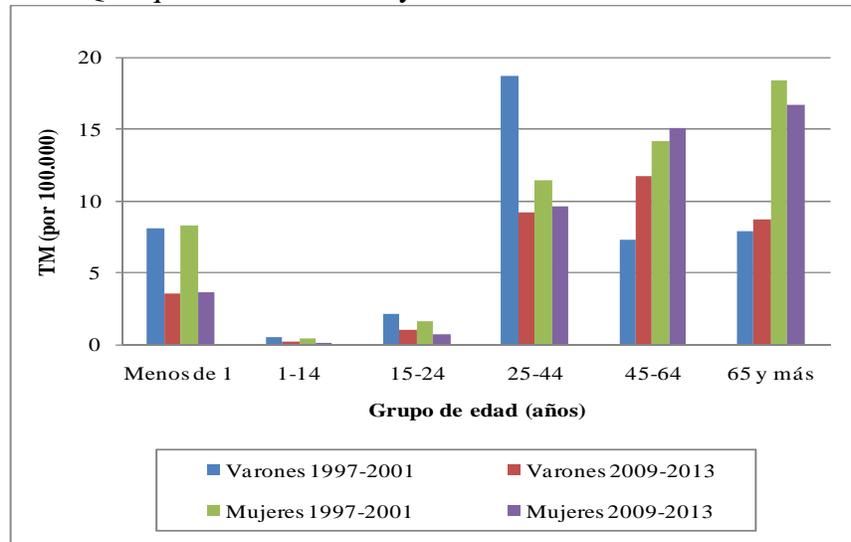
Las mujeres evidencian una situación similar hasta los 24 años. Luego la TM aumenta de manera gradual. Este patrón se mantiene en el quinquenio 2009-2013 pero con diferencias en razón de la

⁸ Todos los gráficos del apartado han sido generados con base en información consignada en la *Tabla 1* del Anexo ubicado al final del documento.

⁹ Estos valores podrían ser considerados bajos en algún sentido. Sin embargo, resultan significativos en el marco de los derechos humanos, habida cuenta de que las muertes asociadas a este grupo de causas son susceptibles de ser evitadas, a la vez que, como se comentara en la Introducción, su padecimiento compromete severamente la salud sexual y reproductiva de las personas afectadas y las tornan vulnerables a sufrir situaciones de discriminación en diferentes contextos.

edad, al reducirse la TM en casi todos grupos considerados, con excepción del de 45-64 años (Gráfico 1).

Gráfico 1. Argentina. TM asociada a ETS por sexo y grupo de edad. Quinquenios 1997-2001 y 2009-2013



Fuente: Elaboración propia con base en información proveniente de la DEIS, Ministerio de Salud de la Nación (Argentina).

La desagregación de las muertes en las causas específicas más frecuentes indica que el VIH/SIDA y los tumores relacionados con la presencia de VPH constituyen las más frecuentes (en ese orden, entre los varones; y a la inversa, entre las mujeres) (Gráfico 2).

Más allá de esta lectura, la evolución de la mortalidad por **VIH/SIDA** da cuenta de los esfuerzos realizados en favor de su reducción, sobre todo en los varones. Concretamente, la TM cae de 6,6 a 4,9 por 100.000 al tiempo que la participación relativa de las muertes en el total de muertes por ETS relevadas (en adelante, PR) varía de 86,3% a 81,5%.

Por el contrario, en las mujeres, si bien la TM asume valores comparativamente inferiores, ésta no registra prácticamente cambios entre los quinquenios investigados (TM: 2,1 - 2 por 100.000; PR: 25,9% - 24,9%)¹⁰.

¹⁰ El comportamiento de la mortalidad por VIH/SIDA guarda relación con la evolución del nivel de casos notificados (en Argentina, los equipos de salud que intervienen en el diagnóstico de los mismos están obligados a informarlos desde 1990; Artículo 10, Ley Nacional de SIDA N° 23.798).

A nivel país, entre 2004 y 2013, la tasa de diagnósticos de personas con VIH (TD, resultante del cociente entre el número de diagnósticos de VIH durante un año en un lugar determinado y la población de ese lugar a mediados de ese año expresada por 100.000 habitantes), siempre superior entre los varones, desciende de 22,7 a 18,8 por 100.000 habitantes en el caso de estos últimos; en tanto que, en las mujeres, pasa de 14,1 a 9 por 100.000 (DSyETS - Ministerio de Salud de la Nación, 2015).

A pesar de las diferencias en la magnitud, la TM específica por edad asume un comportamiento similar entre sexos al interior de los tramos etarios abordados. En efecto, aunque en el quinquenio 1997-2001, los valores más elevados se registran en los tramos de 25-44 años y menos de 1 año (en ese orden), posteriormente, éstos logran reducirse en casi todas las edades comprendidas entre los mismos (sobre todo en los varones de 25-44 años)¹¹ a la vez que se incrementan en la población de 45 años y más¹² (Gráfico 2).

Por su parte, si bien los **tumores relacionados con el VPH** lideran la estructura de la mortalidad femenina asociada a ETS (TM: cercana a 6 por 100.000 en ambos quinquenios; PR: 71,4% -

Complementariamente, la razón hombre/mujer de los casos notificados se incrementa de 1,3 a 1,7, entre los trienios 2006-2008 y 2012-2014, cuestión que también guarda relación con las diferencias de género referidas (DSyETS - Ministerio de Salud de la Nación, 2015).

Asimismo, el valor de la TM se asocia al volumen de personas infectadas que recibe habitualmente tratamiento para contrarrestar los efectos de la patología en cuestión. Al respecto, cabe destacar que, gracias a la Ley Nacional de SIDA N° 23.798 que, promulgada en 1990, garantiza la atención y el tratamiento en hospitales públicos y sin costo adicional para obras sociales y prepagas, más de 69.000 personas reciben, actualmente, tratamiento retroviral al tiempo que 7 de cada 10 lo hacen en el ámbito del sistema sanitario estatal (Senado de la Nación, 1990 y DSyETS - Ministerio de Salud de la Nación, 2015).

¹¹ En consonancia con la tendencia de las TM comentadas, las infecciones de VIH por transmisión perinatal logran reducir su incidencia en función de las medidas preventivas implementadas tanto durante la gestación como en el parto, aumentando las probabilidades de sobrevivencia de los niños expuestos al virus y de sus madres (DSyETS - Ministerio de Salud de la Nación, 2015).

Esa cuestión se refleja en indicadores como el porcentaje de embarazadas con VIH entre 15 y 24 años con respecto al total de embarazadas testeadas del tramo de edad, el cual logra disminuir de 0,64% a 0,36% entre 2000 y 2006 (CNCPS - Presidencia de la Nación, 2012).

Más allá de este avance, quedan aún desafíos por superar. Así lo confirman datos provenientes de la Encuesta sobre Condiciones de Vida de Niñez y Adolescencia (ECOVNA) realizada a nivel nacional en el bienio 2011/2012 que acusan que, del total de mujeres que tuvieron un/a hijo/a en los dos años anteriores a la encuesta, el 72% accedió a la prueba de VIH durante el control prenatal. Sin embargo, entre estas últimas sólo el 32% recibió asesoramiento respecto de la enfermedad en tanto que poco más del 70% recibió los resultados de dicho test (UNICEF y Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, 2013).

En cuanto a las poblaciones en edades adultas, entre los bienios 2004-2005 y 2012-2013, se observa una importante reducción de las TD en los varones de 30-39 años (la TD disminuye de 60 a 40 por 100.000) y en las mujeres de 25-39 años (la TD varía 35 a 20 por 100.000), grupos que, inicialmente, registran los niveles más altos de notificación de la patología (DSyETS - Ministerio de Salud de la Nación, 2015).

En otro extremo, aumenta la incidencia de casos en los varones de 20-24 años en poco más de 10 puntos (la TD para de 21,6 a 31,9 por 100.000 en los bienios referidos) en tanto que las TD asociadas a las restantes edades, que exhiben menores valores, prácticamente no registran variación con independencia del sexo (DSyETS - Ministerio de Salud de la Nación, 2015).

¹² Un factor que podría explicar el incremento de la mortalidad por VIH en las edades más avanzadas se vincula al momento del diagnóstico (fundamental para protegerse, evitar contagios y recibir oportunamente tratamiento). Ello configura un reto en materia de políticas públicas, ya que si bien la DSyETS dispone más de 1.250.000 determinaciones previstas para tamizaje de VIH, distribuidas en todas las provincias del país, se observa que a partir de los 15 años, aumenta la proporción de los casos diagnosticados de forma tardía en ambos sexos, salvo en la población de 65 años y más, donde la proporción desciende ligeramente (probablemente, en concordancia con el descenso de la TM femenina vinculada) (DSyETS - Ministerio de Salud de la Nación, 2015).

Asimismo, se destaca que, en el intervalo de 55-64 años, los diagnósticos tardíos superan a los oportunos tanto en varones como en mujeres (DSyETS - Ministerio de Salud de la Nación, 2015).

73,8%), llama la atención el incremento de la TM masculina más allá de su valor (TM: 0,7 - 1 por 100.000; PR: 9,4% - 16,1%), sobre todo a partir de los 45 años (Gráfico 2).

En particular, en los varones, las TM asociadas a los tumores referidos evidencian un aumento, fundamentalmente en los de pene y con más énfasis en la población de 65 años y más (Gráfico 3).

En las mujeres, aunque las muertes debidas a tumores de cuello uterino y de vulva, en ese orden, son las más habituales (especialmente desde los 25 años; con un máximo en el grupo de 45-64 años en el primer caso; y en el de 65 años y más en el segundo), éstas consiguen descender en el periodo abordado¹³ (Gráfico 3).

No puede concluirse lo mismo respecto de las ligadas a tumores de vagina, ano y orofaringe, cuyas TM evidencian un aumento durante el mismo, principalmente desde los 45 años de edad (Gráfico 3).

Seguidamente, se destacan la **Hepatitis B** y la **Sífilis** (tercera y cuarta causa de mortalidad por ETS, en ese orden), aunque las mismas están ligadas a TM inferiores a 0,2 por 100.000 en general y con una tendencia al descenso en ambos sexos.

En tanto la primera de ellas reviste una mayor participación entre los varones y afecta principalmente a las poblaciones adultas¹⁴; la segunda se manifiesta con independencia del sexo mayormente en los niños que no han alcanzado el año de edad, habitualmente más vulnerables a contraer cualquier enfermedad dada su falta de madurez física y comúnmente a través de la madre durante el periodo de gestación¹⁵ (Gráfico 2).

¹³ En este descenso puede haber contribuido el incremento de la proporción de mujeres de 25-65 años que accede a la práctica de *Papanicolaou* con cierta regularidad, como un medio para diagnosticar y tratar oportunamente la enfermedad.

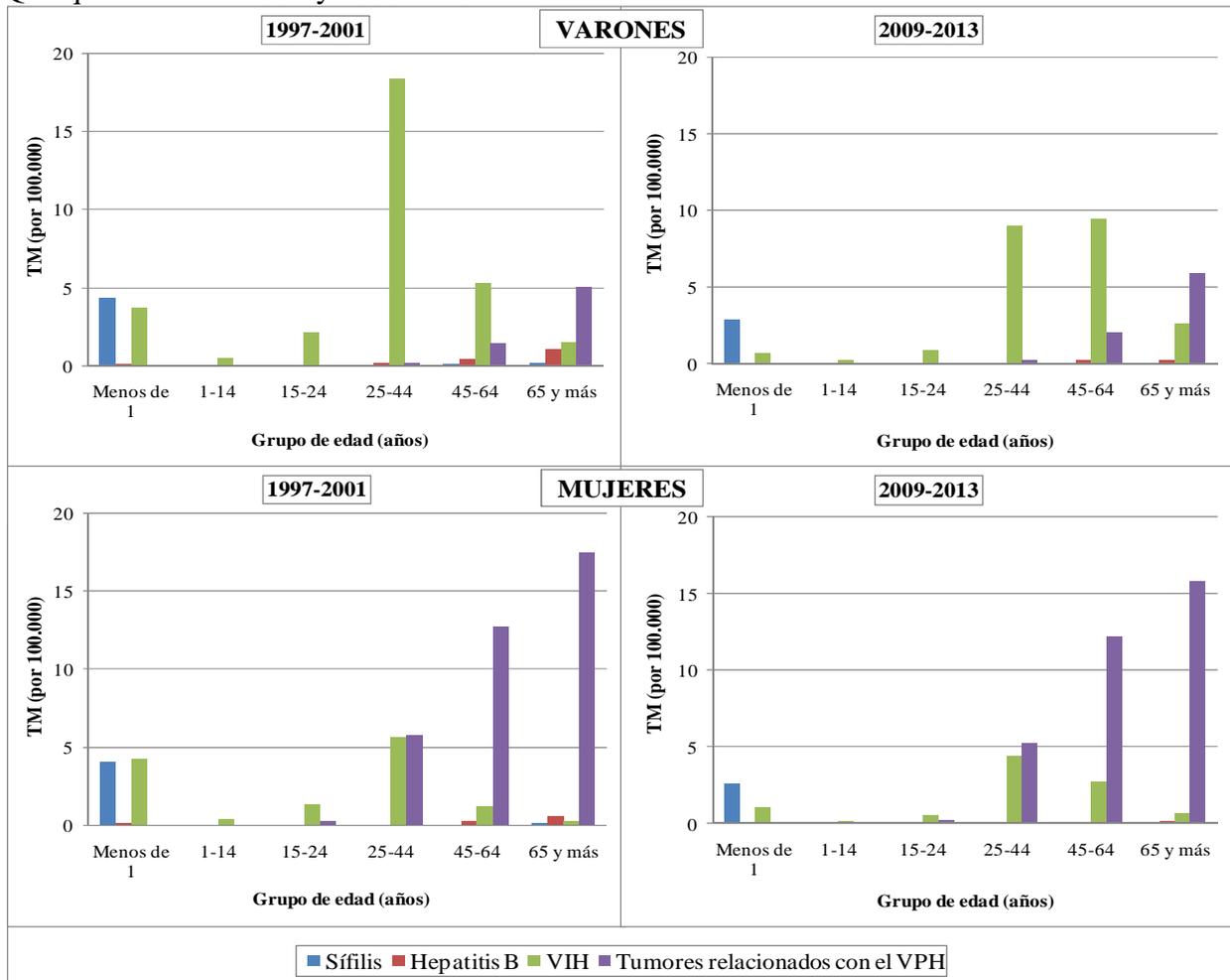
Según datos provenientes de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) dicha proporción varía, respectivamente, de 60,7% a 71,6% entre las ediciones 2005 y 2013 del relevamiento en cuestión (INDEC y Ministerio de Salud de la Nación, 2014a).

¹⁴ La reducción del nivel de la mortalidad asociado a esta causa podría estar asociada a la introducción de la vacuna contra la misma en el calendario oficial de vacunación, que se inicia en las primeras 12 horas de vida (dosis neonatal) y que posteriormente adquiere carácter universal, debiendo iniciar o completar el esquema (de 3 dosis en total) todas las personas a partir de los 15 años de edad (Ministerio de Salud de la Nación, s.f.).

En relación a la realización de pruebas de diagnóstico para detectar la enfermedad, según la Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva (ENSSyR) relevada en 2013 (que incluye varones de 14-59 años y mujeres de 14-49 años residentes en centros urbanos del país con 2.000 y más habitantes), se la hicieron cerca del 30% de los varones y el 20% de las mujeres relevados; en tanto que han completado las 3 dosis de vacunación el 34% de los varones y el 44% de las mujeres en cuestión (INDEC y Ministerio de Salud de la Nación, 2014a y 2014b).

¹⁵ En la reducción de las muertes por esta causa en el primer año de vida puede haber influido la proporción de mujeres embarazadas que ha recibido control prenatal, en el cual se incluye, entre otras medidas, el análisis de sangre para detectar la presencia de la patología en las madres (UNICEF y Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, 2013).

Gráfico 2. Argentina. TM asociada a las principales ETS por sexo, grupo de edad y causa. Quinquenios 1997-2001 y 2009-2013



Nota: El gráfico excluye las TM asociadas a las restantes ETS pues éstas presentan valores inferiores a los exhibidos.

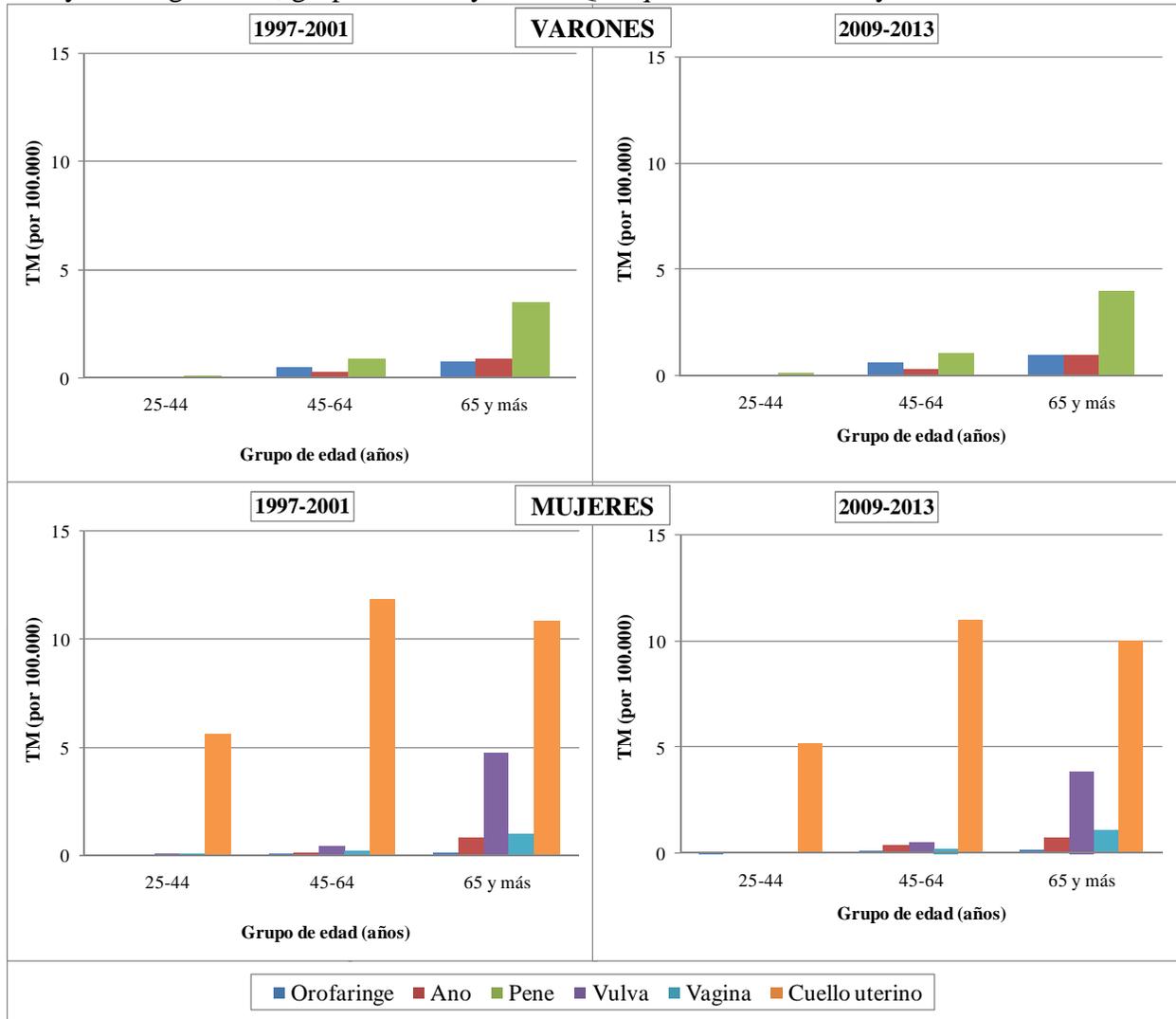
Fuente: Elaboración propia con base en información proveniente de la DEIS, Ministerio de Salud de la Nación (Argentina).

En Argentina, datos de la ECOVNA 2011/2012 revelan que el 98% de las mujeres de 15-49 años que dieron a luz en los dos años anteriores al relevamiento han recibido, al menos, un control prenatal (a cargo de un médico, enfermedad o comadrona). Este porcentaje está en consonancia con la proporción de partos atendidos por personal especializado, que aumenta de 96,9% en 1990 a 99,4% en el año 2010 (CNCPS - Presidencia de la Nación, 2012). Aunque el acceso a controles por personal calificado es relativamente menor en las mujeres con bajo nivel educativo, no se registran diferencias significativas por nivel de ingreso y región, lo cual da cuenta de la extensión de las acciones estatales dispuestas para la atención de las embarazadas y los recién nacidos (UNICEF y Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, 2013).

Respecto de quienes han recibido cuatro controles o más (la Organización Mundial de la Salud recomienda un mínimo de cuatro visitas prenatales), el porcentaje disminuye a 89,8%, al tiempo que se observan diferencias en detrimento de las madres con menores ingresos o menos educación (UNICEF y Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, 2013).

En contrapartida con los avances relacionados con las primeras edades, información proveniente de la ENSSyR 2013 que solamente el 9% de los varones y el 17% de las mujeres adultos relevados se hizo alguna vez la prueba de sangre para detectar la presencia de Sífilis (INDEC y Ministerio de Salud de la Nación, 2014a).

Gráfico 3. Argentina. TM asociada a tumores relacionados con el VPH de la población de 25 años y más según sexo, grupo de edad y causa. Quinquenios 1997-2001 y 2009-2013



Nota: El gráfico excluye a la población menor de 25 años pues las TM asociadas a la misma son iguales o inferiores a 0,2 por 100.000 en todos los casos.

Fuente: Elaboración propia con base en información proveniente de la DEIS, Ministerio de Salud de la Nación (Argentina).

Algunos desafíos en relación a la reducción de la morbimortalidad por ETS

A partir de las TM exhibidas, cabe reflexionar acerca de los desafíos que se vislumbran en relación a los niveles de mortalidad asociados a determinadas causas y grupos poblacionales, ya sea para continuar su reducción, o bien, revertir su tendencia al aumento.

Al respecto, vale mencionar los relacionados con el *acceso a la información para la prevención de las ETS*. Si bien se reconoce que la DSyETS realiza distintas acciones en ese sentido¹⁶ y que organizaciones no gubernamentales también realizan aportes en la misma línea¹⁷, el nivel de conocimientos de la población difiere según la ETS específica y el sector social de pertenencia. Respecto del VIH/SIDA, aunque los resultados de la ENSSyR 2013 muestran que más del 95% de la población incluida en el relevamiento ha escuchado acerca de su existencia con independencia del sexo, la edad y la región¹⁸ (INDEC y Ministerio de Salud de la Nación, 2014c), cuando se indaga acerca del conocimiento sobre las principales forma de prevenir su transmisión (es decir, tener una pareja fiel no infectada y utilizar un preservativo cada vez), queda en evidencia la necesidad de reforzar las acciones relacionadas con el acceso a la información.

Así lo documentan los resultados de la ECOVNA 2011/2012 relativos a las mujeres en edad reproductiva (15-49 años), al revelar que, aún cuando aproximadamente el 84% de las mismas conoce sólo la primera de estas vías y el 90% reconoce haber oído sobre la segunda, poco más del 78% conoce, simultáneamente, las dos¹⁹ (UNICEF y Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, 2013).

¹⁶ Dichas acciones comprenden, puntualmente, en el caso del VIH, la puesta en marcha de campañas de difusión para prevenir el VIH (“Elegí Saber”, para promocionar el test de diagnóstico y la “Promoción del uso correcto del preservativo”), la publicación de contenidos alusivos en el sitio web de dicha repartición y en distintas redes sociales, el dictado de talleres virtuales y la distribución de folletos con contenidos específicos (DSyETS - Ministerio de Salud de la Nación, 2015).

Otras medidas que se ejecutan desde la DSyETS incluyen la provisión de insumos para prevenir la propagación de las ETS, tales como la distribución de métodos de barrera (fundamentalmente, preservativos) a los distintos actores involucrados en la lucha contra el VIH/SIDA y otras ETS; la introducción, desde 2011, de la vacuna contra el VPH en el calendario oficial de vacunación para las niñas de 11 años con el fin de contrarrestar la aparición del cáncer de cuello uterino, segunda causa de muerte en el mundo (ProNaCEI - Ministerio de Salud de la Nación, 2014).

Respecto de la primera, el número promedio de preservativos entregados mensualmente por la DSyETS registra variaciones entre 2006 y 2015, encontrándose años de gran distribución (por ejemplo, 3.715.774 en 2010 y 4.161.294 en 2013), seguidos de otros con valores comparativamente bajos (siguiendo el ejemplo, 2.486.823 en 2011 y 2.231.088 en 2014) (DSyETS - Ministerio de Salud de la Nación, 2015). Sin embargo, la ENSSyR 2013 indica que sólo el 22,2% de los varones y el 32,2% de las mujeres relevados acceden a los mismos por esta vía (INDEC y Ministerio de Salud de la Nación, 2014c).

¹⁷ Entre ellas, las que lleva a cabo periódicamente la Fundación Huésped, entre las cuales se destaca la realización de un especial de ficción de un único envío con actores de reconocida trayectoria que se transmite por el Canal 13 cada 1° de diciembre con motivo del Día Mundial del Sida (Fundación Huésped, s.f.).

¹⁸ Este porcentaje aumenta con el nivel de instrucción (INDEC y Ministerio de Salud de la Nación, 2014c).

¹⁹ Aunque no se encuentran diferencias significativas en relación a la edad, este porcentaje varía positivamente con la educación y el nivel socio-económico de la población considerada (en efecto, sólo el 41,6% de las mujeres sin instrucción conoce ambas maneras de prevención), cuestión que deriva en diferencias interregionales al interior del país (UNICEF y Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, 2013).

Los desafíos relacionados con el acceso a información referida al VIH/SIDA se acentúan en el caso de las restantes ETS. A modo de ejemplo, la ENSSyR 2013 acusa sólo el 35% y el 65% de los varones y mujeres encuestados, respectivamente, manifiesta haber oído acerca del VPH (INDEC y Ministerio de Salud de la Nación, 2014b).

Estos valores, que indican una situación grave en sí misma, revelan una realidad aún más alarmante cuando se desagregan por grupo de edad²⁰ (sobre todo en poblaciones más jóvenes) o cuando se interroga a la población por conocimientos más específicos²¹.

Aunque los porcentajes referidos “mejoran” cuando refieren a la Hepatitis B y la Sífilis²² (en mayor medida según aumenta la edad y el nivel de instrucción pero casi siempre en detrimento masculino), no puede concluirse lo mismo respecto de otras ETS. Un caso extremo se refleja en los porcentajes de población que escuchó hablar alguna vez acerca de la Leucorrea y la Tricomoniasis, que no superan el valor de 15% con independencia del sexo y la edad (INDEC y Ministerio de Salud de la Nación, 2014c).

Otros desafíos se relacionan con la *utilización de métodos de protección*. Más allá de que la DSyETS promueve activamente el empleo del preservativo y otros métodos de barrera, debe destacarse que la práctica no está aún del todo instalada en la sociedad.

Si bien diversos estudios muestran un incremento paulatino en la utilización de este método desde el debut sexual y en las relaciones posteriores, fundamentalmente en las generaciones más jóvenes (Binstock y Gogna, 2015; Binstock y Pantelides, 2015; Rojas Cabrera, Moyano y Peláez, 2015), éste no resulta del todo adecuado y sistemático²³ (Binstock y Pantelides, 2015).

²⁰ Al variar del 33% al 47% en los varones de 14-19 y de 50-59 años, en ese orden; y del 49% al 47% entre las mujeres de 14-19 y de 40-49 años, respectivamente. Estos porcentajes se desprenden de cálculos propios realizados sobre la base de la ENSSyR 2013.

²¹ Por ejemplo, entre quienes han escuchado alguna vez hablar del VPH, sólo el 31% de los varones y el 48% de las mujeres lo relacionan con el cáncer de cuello de útero; en tanto que escasamente el 1% de los varones asocia la presencia de este virus con la posibilidad de padecer cáncer en general (INDEC y Ministerio de Salud de la Nación, 2014b).

²² Concretamente, en tanto cerca del 87% de los varones (porcentaje que varía de 79% en el grupo de 14-19 años a 87% en el de 50-59 años) y del 91% de las mujeres (valor que asciende del 82% al 94% en las mujeres de 14-19 y 40-49 años, respectivamente) considerados en la ENSSyR 2013 ha escuchado hablar alguna vez de la Hepatitis B; el 78% de los primeros (porcentaje que crece del 51% al 90% en los varones de 14-19 y 50-49 años, en ese orden) y el 75% de las segundas (valor que aumenta progresivamente de 75% en el grupo de 14-19 años a 86% en las de 40-49 años) lo hizo respecto de la Sífilis (INDEC y Ministerio de Salud de la Nación, 2014c).

²³ Además de los riesgos de contraer ETS, esta cuestión trae aparejada otras consecuencias. Entre ellas, la ocurrencia de embarazos no planificados que tienen lugar en la adolescencia (Binstock y Pantelides, 2015).

Así lo acusan resultados de la ENSSyR 2013 que evidencian que la práctica decrece con la edad²⁴, hecho que podría explicar el incremento en el nivel de la mortalidad por VIH/SIDA en las poblaciones de edad más avanzadas.

También aparecen otras asimetrías dadas en función de los años de educación formal (el método es más recurrido en la medida en que aumentan estos últimos, lo que aumenta el riesgo de contraer ETS en las poblaciones más desfavorecidas) (Schufer y Geldstein, 2005); el tipo de unión (generalmente, es más utilizado en aquellas de tipo ocasional) (Schufer y Geldstein, 2005); el género (en el plano de las relaciones íntimas, los varones suelen influir negativamente en la utilización de cualquier método de prevención) (Schufer y Geldstein, 2005); el nivel de conocimiento acerca de las ventajas del preservativo como método de doble protección (éste suele ser recurrido más como herramienta de planificación familiar, sobre todo en parejas estables) (Pantelides y Manzelli, 2005; Schufer y Geldstein, 2005); y, asociado a este último y como ya fuera mencionado, el nivel de conocimiento de las vías de contagio de las ETS (cuestión que trae aparejadas conductas de riesgo, tales como la práctica de sexo anal sin preservativo, mayormente entre personas del mismo sexo) (Pantelides y Manzelli, 2005).

Otra cuestión a tener en cuenta está ligada a las *acciones vinculadas al diagnóstico oportuno de los casos*. Al respecto, algunas medidas de control se focalizan exclusivamente sobre ciertos sectores de la población. Tal es el caso del VPH, el fomento de la realización del *Papanicolau* en las mujeres y la hipótesis de que el incremento de la TM por tumor de pene podría estar asociado a la falta de concientización a la población masculina acerca de la existencia y los riesgos de contraer la enfermedad y la necesidad de incentivarla a realizarse controles para acceder a diagnósticos tempranos y tratamientos oportunos.

De la misma manera, el aumento de la mortalidad por tumores de ano y orofaringe con independencia del sexo podría estar acusando la falta de control en zonas corporales que intervienen en relaciones sexuales de tipo no convencional, más allá de que en el país se reconozca la legalidad del matrimonio igualitario (Ley 26.618) y de que existan evidencias de

²⁴ Sólo el 62,8% de los varones de 14-19 años sexualmente activos emplea tales métodos; en tanto que dicho porcentaje disminuye a 44,5% entre los de 50-59 años. Por su parte, el 41,8% de las mujeres de 14-19 años manifiesta utilizar tales métodos; mientras que dicho porcentaje desciende al 27% en las de 40-49 años (INDEC y Ministerio de Salud de la Nación, 2014c).

que las vías de contagio de las ETS pueden suponer relaciones sexuales con personas del mismo sexo²⁵ (DSyETS - Ministerio de Salud de la Nación, 2015).

Todos estos desafíos sugieren la necesidad de repensar el diseño y la ejecución de algunas acciones llevadas a cabo desde la esfera pública, así como también de redoblar los esfuerzos realizados en algunos sentidos. Entre ellos, los relacionados con los contenidos alusivos a salud sexual y reproductiva que se imparten en las escuelas en el marco de la aplicación de la Ley 26.150 (de Educación Sexual Integral, ESI) y el momento en que éstos son difundidos²⁶.

A partir del análisis de los alcances y desafíos de la ley en cuestión, especialistas en la materia tales como Faur, Binstock y Gogna (2015) elaboran una serie de recomendaciones a ser tenidas en cuenta para su implementación en el contexto escolar desde una perspectiva integral. Las mismas incluyen consolidar la institucionalidad y la transversalidad de la ESI en los proyectos educativos; extender y profundizar la capacitación de los docentes para que amplíen los contenidos que imparten (generalmente, asociados a los cuidados del cuerpo y derechos) al abordaje de problemáticas más complejas tales género y diversidad sexual, violencia y abuso sexual, y embarazo y maternidad/ paternidad adolescente; maximizar el acompañamiento por parte de los equipos provinciales; y desarrollar campañas que promuevan la ESI como derecho a fin de otorgar mayor visibilidad a la cuestión.

Por su parte, Schufer y Geldstein (2005) argumentan que las campañas de prevención debieran incorporar la perspectiva de género para promover relaciones más democráticas entre varones y

²⁵ De acuerdo a datos publicados por la DSyETS, entre 2012 y 2014, el 90% de la población diagnosticada con VIH con independencia del sexo se contagió vía relación sexual. En tanto la mayor parte de las mujeres lo hizo a través de una relación establecida con varones; entre los varones, dicho porcentaje se distribuyó equitativamente entre quienes se contagiaron a partir de mujeres y otros hombres (DSyETS - Ministerio de Salud de la Nación, 2015).

²⁶ Esta reflexión encuentra fundamento en los resultados de una encuesta realizada a mujeres adolescentes y jóvenes en 2012 en tres capitales de provincia (Chaco, Misiones y Santiago del Estero) y en el área metropolitana de Buenos Aires. En dicha encuesta, el 60% de las jóvenes manifestó haber recibido, al menos, una charla o clase de educación sexual en la escuela, pero sólo la mitad de ellas la evaluó como “muy útil”. Peor aún, el 20% indicó que dicha clase tuvo lugar con posterioridad al inicio sexual (Binstock y Gogna, 2015).

De manera complementaria, un estudio llevado a cabo por Wainerman y Chami (2014) (centrado en análisis de las perspectivas programáticas de la educación sexual en 24 escuelas de la Provincia de Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Rosario y Mendoza) sugiere que las escuelas acuerdan que la educación sexual es una materia pendiente, en el sentido de que la escuela debe estar lo suficientemente fortalecida en el tema para brindar asesoramiento en cuestiones relativas a la sexualidad y reproducción, sobre todo en el caso de adolescentes provenientes de hogares con escaso diálogo respecto del tema.

mujeres en el plano de la intimidad, valiéndose de argumentos tales como el uso del preservativo como método de doble protección.

Conclusiones

La información presentada en este trabajo da cuenta de progresos en la reducción de la mortalidad por ETS desde la adaptación de la normativa local a los compromisos asumidos en el plano internacional. Estos logros se observan al considerar las ETS en general y, particularmente en el nivel de muertes por VIH (poblaciones más jóvenes), Sífilis (fundamentalmente en niños) y Hepatitis B (esencialmente en la población de 65 años y más). Así también, muestra un descenso de la mortalidad femenina por tumores asociados VPH, dado principalmente en función de la disminución de la TM asociada a los de cuello uterino.

En otro extremo, se registra, en las edades más avanzadas, un aumento en el nivel de la mortalidad por VIH y de la mortalidad masculina por los tumores asociados al VPH (pene, ano y orofaringe).

Esto último deja en evidencia la necesidad de redoblar los esfuerzos en relación a las medidas implementadas. Entre ellas, aquellas relacionadas con el acceso a la información desde edades tempranas, el fomento del diagnóstico oportuno y la promoción de controles con independencia del género y la genitalidad de las personas, más allá de los niveles de mortalidad asociados a cada causa específica sean considerados bajos en algún sentido, habida cuenta de su implicancia en el contexto de los derechos humanos.

Todas estas cuestiones plantean nuevos desafíos para dar cumplimiento a los compromisos asumidos en la agenda post 2015, los cuales refuerzan la idea de que la efectivización de derechos requiere desplegar acciones que alcancen a toda la población desde una perspectiva integral (intercultural, de género y de derechos), con especial énfasis en los sectores más afectados por las problemáticas que atentan contra su pleno ejercicio.

Referencias bibliográficas

BINSTOCK, GEORGINA y GOGNA, MÓNICA (2015). “La iniciación sexual entre mujeres de sectores vulnerables en cuatro provincias argentinas”. *Sexualidad, Salud y Sociedad*. Revista Latinoamericana. N° 20. Agosto 2015. Pp. 113-140. ISSN 1984-6487.

BINSTOCK, GEORGINA y PANTELIDES, EDITH ALEJANDRA (2015). “Las conductas sexuales y reproductivas de los adolescentes: La iniciación sexual. Resultados de la ENSSyR 2013”. Trabajo presentado en *XIII Jornadas Argentinas de Estudios de Población*. Salta, 16-18 de septiembre de 2015.

CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2013). Consenso de Montevideo sobre la Población y el Desarrollo. Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe. Montevideo, 12 al 15 de agosto de 2013. LC/L.3697.

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES - DÉCIMA REVISIÓN (CIE 10).

CNCPS (Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales) – PRESIDENCIA DE LA NACIÓN (2012). Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe País Argentina 2012. Proyecto PNUD/ARG/04/046.

DSyETS (Dirección de Sida y Enfermedades de Transmisión Sexual) - Ministerio de Salud de la Nación (2015). Boletín sobre el VIH-sida e ITS en la Argentina. N° 32. Año XVIII. Diciembre de 2015.

FAUR, ELEONOR; BINSTOCK, GEORGINA y GOGNA, MÓNICA (2015). *La Educación Sexual Integral en la Argentina. Balances y desafíos de la implementación de la ley (2008-2015)*. Ministerio de Educación. Presidencia de la Nación.

FUNDACIÓN HUÉSPED (s.f.) Programas de TV. Disponible en <http://www.huesped.org.ar/proyectos/programas-de-tv/>. Accedido 22 de abril de 2016.

HA (Unidad de Información y Análisis de Salud, por sus siglas en inglés) (2014) - OPS (Organización Panamericana de la Salud) -. Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud; Glosario de Indicadores. Washington DC, Septiembre 2014.

INC (Instituto Nacional del Cáncer (Argentina) (s.f.a). ROHA. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/inc/index.php/investigacion-y-epidemiologia/registro-roha>. Accedido 27 de febrero de 2015.

(s.f.b). Registro Institucional de Tumores de Argentina - RITA. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/inc/index.php/investigacion-y-epidemiologia/registro-rita>. Accedido 2 de marzo de 2015.

(s.f.c). SITAM Cáncer Cervicouterino. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/inc/index.php/investigacion-y-epidemiologia/registro-sitam/cancer-cervicouterino>. Accedido 2 de marzo de 2015.

(s.f.d). SITAM Colorrectal. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/inc/index.php/investigacion-y-epidemiologia/registro-sitam/cancer-colorrectal>. Accedido 2 de marzo de 2015.

_____ (s.f.e). SITAM (Sistema de Información de Tamizaje) - Módulo Cáncer de Mama. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/inc/index.php/investigacion-y-epidemiologia/registro-/sitam/cancer-de-mama>. Accedido 2 de marzo de 2015.

INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) y MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2014a). 3° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Para Enfermedades no Transmisibles. Presentación de los principales resultados.

(2014b). Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013. Documento para la utilización de las bases de datos usuario.

(2014c). Encuesta Nacional sobre Salud Sexual y Reproductiva 2013. Presentación de resultados.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2007) Manual de normas y procedimientos de Vigilancia y Control de Enfermedades de Notificación Obligatoria. Revisión nacional 2007. República Argentina.

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. Asamblea General. A/69/L.85.

_____ (2000). Declaración del Milenio. Resolución aprobada por la Asamblea General. A/RES/55/2.

_____ (1995). Informe de la Conferencia Internacional de la Población y el Desarrollo. El Cairo, 5 al 13 de septiembre de 1994. A/CONF.171/13/Rev.1. Nueva York.

_____ (1996). Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995. A/CONF.177/20/Rev.1. Nueva York.

NCI (Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos, por sus siglas en inglés) (s.f). Virus del papiloma humano y el Cáncer. Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/germenes-infecciosos/hoja-informativa-vph>. Accedido 23 de agosto de 2016.

PANTELIDES, EDITH ALEJANDRA y MANZELLI, HERNÁN (2005). *La salud sexual y reproductiva: también un asunto de hombres*. Buenos Aires, OPS, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. ISBN 92 75 32613 4.

PRONACEI (Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles) - MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2014). Vacuna contra el Virus del Papiloma Humano (VPH). Lineamientos técnicos/Transición a vacuna cuadrivalente. Manual del vacunador. Argentina 2014.

ROJAS CABRERA, ELEONORA; MOYANO, SARA y PELÁEZ, ENRIQUE (2015). “Progresos y desafíos en el ejercicio del derecho a la salud sexual y reproductiva en la Argentina de los últimos 40 años. Una aproximación a partir de información relativa a la primera vez”. Trabajo presentado en *XIII Jornadas Argentinas de Estudios de Población*. Salta, 16-18 de septiembre de 2015.

SCHUFER, MARTA y GELDSTEIN, ROSA (2005). “Los varones jóvenes de Buenos Aires y el sexo seguro”. En: Asociación de Estudios de Población de la Argentina, *VII Jornadas Argentinas de Estudios de Población*, Universidad Nacional de Tucumán, Tafí del Valle, provincia de Tucumán, 2003. Buenos Aires: AEPA, Tomo II.

SENADO Y CÁMARA DE DIPUTADOS DE LA NACIÓN ARGENTINA (2010). Ley Nacional 26.618. Matrimonio Civil. Modificación Código Civil.

(2006). Ley Nacional 26.150. Programa Nacional de Educación Sexual Integral.

(2003). Ley Nacional 25.673. Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable.

(1990). Ley Nacional de SIDA N° 23.798.

UNICEF (Fondos de Naciones Unidas para la Infancia, por sus siglas en inglés) y MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL DE LA NACIÓN (2013). Encuesta sobre Condiciones de Vida de Niñez y Adolescencia. Principales resultados. 2011/2012.

WAINERMAN, CATALINA y CHAMI, NATALIA (2014). “Sexualidad y escuela. Perspectivas programáticas posibles”. *Archivos Analíticos de Políticas Educativas*. 22 (45). Junio 2014 ISSN 1068-2341.

ANEXO

Tabla 1. Argentina. Población, total de muertes por ETS y TM asociada a ETS seleccionadas por sexo, grupo de edad y causa. Quinquenios 1997-2001 y 2009-2013

| Causa | Grupo de edad (en años) | | | | | |
|---------------------------|-------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | Menos de 1 | 1-14 | 15-24 | 25-44 | 45-64 | 65 y más |
| Varones, 1997-2001 | | | | | | |
| Población 1999 | 351.820 | 4.840.780 | 3.315.400 | 4.796.900 | 3.187.500 | 1.448.500 |
| Total muertes por ETS | 143 | 115 | 358 | 4.476 | 1.153 | 568 |
| TM | | | | | | |
| Sífilis | 4,3 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,2 |
| Hepatitis B | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,4 | 1,0 |
| VIH | 3,8 | 0,5 | 2,1 | 18,4 | 5,3 | 1,5 |
| Tumores asociados al VPH | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,2 | 1,5 | 5,1 |
| <i>Orofaringe</i> | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,4 | 0,7 |
| <i>Ano</i> | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,2 | 0,9 |
| <i>Pene</i> | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,8 | 3,5 |
| Todas las causas | 8,1 | 0,5 | 2,2 | 18,7 | 7,2 | 7,8 |
| Varones, 2009-2013 | | | | | | |
| Población 2011 | 391.094 | 4.773.260 | 3.461.172 | 5.873.289 | 3.802.683 | 1.733.283 |
| Total muertes por ETS | 69 | 44 | 169 | 2.713 | 2.220 | 757 |
| TM | | | | | | |
| Sífilis | 2,9 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 |
| Hepatitis B | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,2 | 0,2 |
| VIH | 0,7 | 0,2 | 0,9 | 9,0 | 9,4 | 2,6 |
| Tumores asociados al VPH | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,2 | 2,0 | 5,9 |
| <i>Orofaringe</i> | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,6 | 1,0 |
| <i>Ano</i> | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,4 | 0,9 |
| <i>Pene</i> | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 1,1 | 4,0 |
| Todas las causas | 3,5 | 0,2 | 1,0 | 9,2 | 11,7 | 8,7 |

Fuente: Elaboración propia con base en información proveniente de la DEIS, Ministerio de Salud de la Nación (Argentina).

Tabla 1. Argentina. Población, total de muertes por ETS y TM asociada a ETS seleccionadas por sexo, grupo de edad y causa. Quinquenios 1997-2001 y 2009-2013 (continuación)

| Causa | Grupo de edad (en años) | | | | | |
|---------------------------|-------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | Menos de 1 | 1-14 | 15-24 | 25-44 | 45-64 | 65 y más |
| Mujeres, 1997-2001 | | | | | | |
| Población 1999 | 331.277 | 4.697.423 | 3.243.900 | 4.842.200 | 3.443.500 | 2.079.500 |
| Total muertes por ETS | 137 | 91 | 262 | 2.768 | 2.438 | 1.909 |
| TM | | | | | | |
| Sífilis | 4,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 |
| Hepatitis B | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,2 | 0,5 |
| VIH | 4,2 | 0,4 | 1,3 | 5,6 | 1,2 | 0,3 |
| Tumores asociados al VPH | 0,0 | 0,0 | 0,2 | 5,8 | 12,7 | 17,4 |
| <i>Orofaringe</i> | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,1 |
| <i>Ano</i> | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,8 |
| <i>Vulva</i> | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,4 | 4,7 |
| <i>Vagina</i> | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,2 | 1,0 |
| <i>Cuello uterino</i> | 0,0 | 0,0 | 0,2 | 5,6 | 11,8 | 10,8 |
| Todas las causas | 8,3 | 0,4 | 1,6 | 11,4 | 14,2 | 18,4 |
| Mujeres, 209-2013 | | | | | | |
| Población 2011 | 366.591 | 4.622.823 | 3.361.178 | 5.852.411 | 4.123.057 | 2.539.655 |
| Total muertes por ETS | 67 | 27 | 127 | 2.819 | 3.101 | 2.119 |
| TM | | | | | | |
| Sífilis | 2,6 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Hepatitis B | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,1 |
| VIH | 1,0 | 0,1 | 0,6 | 4,4 | 2,7 | 0,7 |
| Tumores asociados al VPH | 0,0 | 0,0 | 0,2 | 5,2 | 12,2 | 15,8 |
| <i>Orofaringe</i> | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,2 |
| <i>Ano</i> | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,4 | 0,8 |
| <i>Vulva</i> | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,5 | 3,8 |
| <i>Vagina</i> | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,2 | 1,1 |
| <i>Cuello uterino</i> | 0,0 | 0,0 | 0,2 | 5,2 | 11,0 | 10,0 |
| Todas las causas | 3,7 | 0,1 | 0,8 | 9,6 | 15,0 | 16,7 |

Fuente: Elaboración propia con base en información proveniente de la DEIS, Ministerio de Salud de la Nación (Argentina).