

Boletín N° 40

Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina

Año XXVI-Diciembre de 2023



Segundo encuentro de la Comisión Nacional
de VIH, Hepatitis Virales, otras ITS y Tuberculosis

Presidente de la Nación

Dr. Alberto Fernández

Ministra de Salud

Dra. Carla Vizzotti

Secretaría de Acceso a la Salud

Dra. Sandra Tirado

Subsecretario de Estrategias Sanitarias

Dr. Juan Manuel Castelli

Directora Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles

Dra. Teresa Strella

Directora de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis

Dra. Mariana Ceriotto

Boletín N° 40**Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina**

Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2023.

Coordinación General

Ariel Adaszko

Coordinación Técnica

Vanesa Kaynar

Edición y corrección

María Laura Carones

Diseño

Cynthia Beduino

Área de Información Estratégica

Ariel Adaszko

Sebastián Áquila

Vanesa Kaynar

Valeria Levite

Mercedes Musso

Marysol Orlando

Johanna Alberini Blanco

Área de Comunicación

Cynthia Beduino

Julián Limas

Nicolás Linares

Melisa Tabacman

Esta publicación cuenta con el apoyo financiero de OPS.

Está permitida la reproducción total o parcial de este material y la información contenida, citando la fuente.

Boletín N° 40

Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina

Año XXVI - Diciembre 2023



Siglas y abreviaciones

AMBA área metropolitana de Buenos Aires

ANLIS Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud “Dr. Carlos G. Malbrán”

ANSES Administración Nacional de la Seguridad Social

APS atención primaria de la salud

ARV antirretroviral

CABA Ciudad Autónoma de Buenos Aires

CDC Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (Estados Unidos)

CIPDH Centro Internacional de Derechos Humanos - UNESCO

CFM cefixima

CIM concentración inhibitoria mínima

CIVIH Comisión Intergubernamental de VIH del Mercosur

CLSI Instituto de Estándares Clínicos y de Laboratorio, por sus siglas en inglés

COMO Comisión Organizadora de la Marcha del Orgullo

CRO ceftriaxona

CV carga viral

DAT Dirección de Articulación de Políticas Públicas en el Territorio

DEIS Dirección de Estadísticas e Información de la Salud

DGyD Dirección de Géneros y Diversidades

DiNaCEI Dirección Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles

DRVIHVyT Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis

ECDC Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades

ETMI eliminación de la transmisión materno-infantil

FSR Fondo Solidario de Redistribución

GBA Gran Buenos Aires

GCTH Grupo de Cooperación Técnica Horizontal

HSH hombres que tienen sexo con hombres

I+D+i Investigación, desarrollo e innovación

ILE interrupción legal del embarazo

INADI Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo

ITS infecciones de transmisión sexual

IVE interrupción voluntaria del embarazo

LGV linfogranuloma venéreo

LNR-ITS Laboratorio Nacional de Referencia en ITS

MAC métodos anticonceptivos

MSAL Ministerio de Salud

MT mujeres trans

OSN obras sociales nacionales

NEA noreste argentino

Ng *N. gonorrhoeae*

NOA noroeste argentino

OMS Organización Mundial de la Salud

ONUSIDA Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida

OPS Organización Panamericana de la Salud

PAT Plan de Acción Transfronterizo

PC prevención combinada

PcVIH personas con VIH

PPE profilaxis post exposición

PPT presidencia pro tempore

PrEP profilaxis pre exposición, por sus siglas en inglés

PROVSAG Programa de Vigilancia de la Sensibilidad Antimicrobiana de Gonococo

PV preservativo vaginal

SADI Sociedad Argentina de Infectología

SAP Sociedad Argentina de Pediatría

SISA Sistema Integrado de Información Sanitario Argentino

SNVS Sistema Nacional de Vigilancia en Salud

SOGIBA Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires

SSS Superintendencia de Servicios de Salud

SUR Sistema Único de Reintegros

SURGE Sistema Único de Reintegros por Gestión de Enfermedades

SVIH Sistema de administración de pacientes con VIH

TARV tratamiento antirretroviral

TB/TBC tuberculosis

UNFPA Fondo de Población de Naciones Unidas

VIH virus de la inmunodeficiencia humana

VPH virus del papiloma humano

Índice

Presentación	8
VIH y sífilis en números	10
Resumen de indicadores básicos de VIH y sífilis	12
Comisión Nacional de VIH, Hepatitis Virales, otras Infecciones de Transmisión Sexual y Tuberculosis..	16
Encuentro de referentes provinciales de VIH, ITS, hepatitis virales, tuberculosis y lepra	20
Situación de las infecciones de transmisión sexual en Argentina	24
Situación de los nuevos diagnósticos de VIH	46
Transmisión vertical del VIH en Argentina	102
Expandiendo el acceso a la PrEP en Argentina	118
Preservativo vaginal: una nueva alternativa en la estrategia de prevención combinada del VIH y las ITS	126
Universidades: implementación de la prevención combinada del VIH y las ITS fuera del sistema de salud formal	136
Aceptabilidad de la PrEP: Experiencias en población usuaria de Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Tucumán	140
Situación del diagnóstico tardío del VIH en la Argentina	150
Mortalidad por sida	180
Implementación de indicadores como vía de abordaje para la mejora en la calidad de atención de las personas con VIH	194
Beneficiarios con VIH en las obras sociales nacionales	200
Un año de transformación: nuevos desafíos en derechos humanos y VIH	206
Respuesta integral al VIH-ITS: estrategias y mecanismos de cooperación internacional hacia respuestas nacionales sostenibles	210
La comunicación del VIH como desafío	220

Presentación

Hace un año se reglamentaba la Ley 27.675 de Respuesta Integral al VIH, Hepatitis Virales, otras infecciones de Transmisión Sexual y Tuberculosis, que establece entre sus prioridades el acceso a los nuevos derechos de seguridad social y la conformación e inicio de actividades de la **Comisión Nacional de VIH, Hepatitis Virales, otras ITS y Tuberculosis, cuyo reglamento de constitución y funcionamiento fue aprobado en mayo pasado, mediante la Resolución 858/2023**. Es así que el 14 de julio y el 25 de agosto se realizaron el primer y segundo encuentro de la Comisión Nacional, dando cumplimiento a la agenda prevista para ambas reuniones y cristalizando a través de sus recomendaciones la participación intersectorial en la respuesta al VIH.

En los últimos años, la situación sanitaria nos permitió incrementar el volumen de acciones y avanzar en la implementación de las líneas estratégicas priorizadas. De modo que, en el marco de la prevención combinada, se incorporó el preservativo vaginal como una nueva herramienta central en perspectiva de género y se expandió el uso de PrEP, componente de la estrategia en el que, además, se evaluaron aspectos cualitativos. Del mismo modo se expandió más aún la estrategia de descentralización del testeo basada en el uso de pruebas rápidas, con la finalidad de promover el diagnóstico oportuno.

Complementariamente, la decisión de definir como nueva línea estratégica el abordaje del **diagnóstico tardío (DT) y enfermedad avanzada (EA)**, condujo a un trabajo de revisión de su definición, actualización de la distribución de frecuencias y caracterización de ambos eventos, que permitan acciones dirigidas en sitios identificados como prioritarios por su impacto en la carga de enfermedad y mortalidad asociada a VIH. En otras palabras, el conocimiento de las características clínicas y epidemiológicas de los nuevos diagnósticos de infección por el VIH y de los factores de riesgo para el DT con o sin EA **ofrecen una ventana de oportunidad definir con mayor información acciones dirigidas a fortalecer el diagnóstico oportuno y la disminución de su transmisibilidad**.

La jerarquización en todo el territorio nacional de la gestión integrada de los eventos de transmisión perinatal enmarcados en la iniciativa ETMI-Plus, permitió en esta edición describir un proceso de revisión y construcción de la información junto a los equipos de todas las jurisdicciones. De este modo, el análisis con datos de calidad nos exige continuar en ese camino, que nos acerque al cumplimiento de las metas programáticas para la eliminación de la transmisión vertical de VIH en Argentina.

Avanzar en nuevas líneas estratégicas sin descuidar aquellas que, de base o pioneras en el abordaje de la problemática, siguen integrando los desafíos, es parte de la tarea y el motivo por el cual debemos continuar los esfuerzos de revisión y análisis continuo, identificación de nudos críticos, organización de la respuesta y efectividad en los resultados. Nada de todo esto será posible solxs, porque la respuesta es con todxs.

Dra. Teresa Strella
*Directora Nacional de Control de
Enfermedades Transmisibles*

VIH y sífilis en números

Informe Argentina 2023

Se estima que en Argentina viven **140.000** personas con VIH



68.000 personas en tratamiento en el subsistema público
(Año 2023)

se asiste en el subsector público

Promedio de nuevos diagnósticos de VIH notificados por año
(Años 2018-2022)

5.300

Mediana de edad al momento del diagnóstico de VIH
(Años 2021-2022)

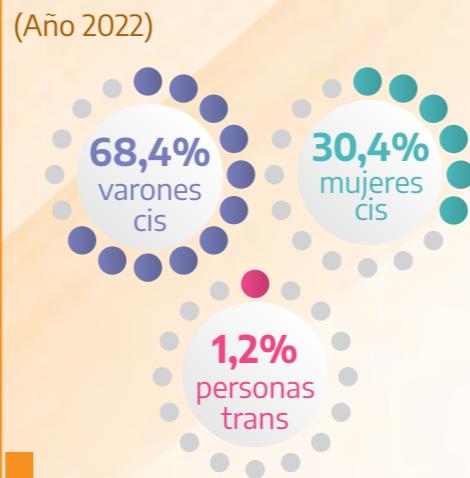
33 años
varones cis

36 años
mujeres cis

30 años
mujeres trans

34 años
varones trans

Distribución de nuevos diagnósticos de VIH según género
(Año 2022)



Razón VIH
varón cis / mujer cis
(Año 2022)

2,2

En varones cis
99% de las infecciones son por prácticas sexuales sin protección
(Año 2022)

En mujeres cis
98% de las infecciones son por prácticas sexuales sin protección
(Año 2022)

por prácticas sexuales sin protección con otros varones
66%
por prácticas sexuales sin protección con mujeres
32%
por prácticas sexuales sin protección con personas trans
1%

Sífilis en población general

Tasas por 100.000 habitantes

(Año 2022)

53,0

varones

62,1

mujeres

57,7

ambos sexos

Mortalidad por sida

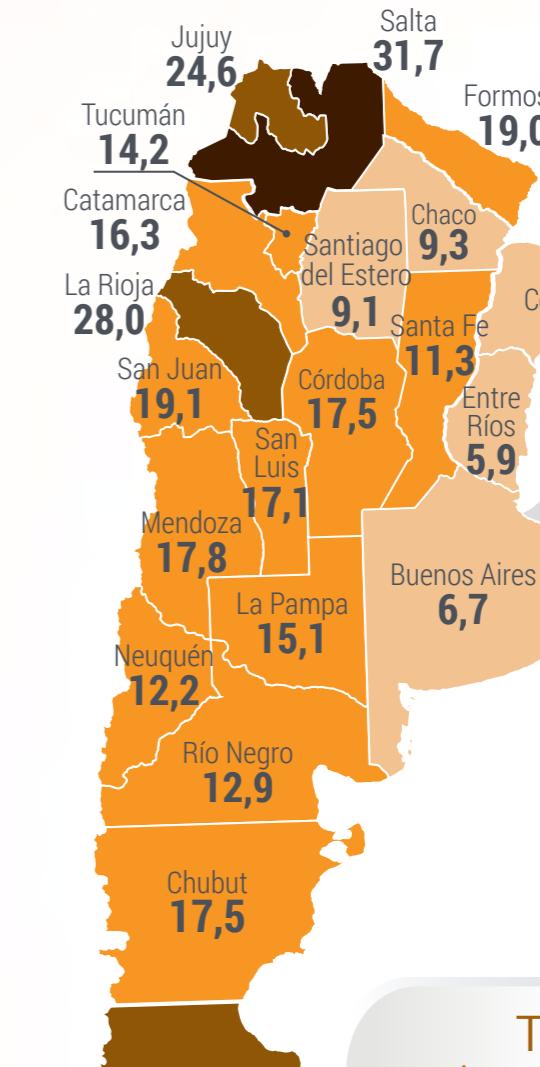
Tasas por 100.000 habitantes

(Año 2021)

2,8 ambos sexos

3,8 varones

1,7 mujeres



Diagnóstico tardío*
(Año 2022)

Todos los géneros
44,5%

45,2% varones cis

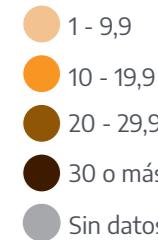
43,5% mujeres cis

29,2% mujeres trans

25,0% varones trans

Tasa nacional
12,2

Tasas de VIH
cada 100.000 habitantes
(Año 2022)



*En 2022 se actualizó la definición de diagnóstico tardío.

Fuentes:

Sistema de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Área de Vigilancia de la Salud.
Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica.
Dirección de Estadística e Información de la Salud.

Resumen de indicadores básicos de VIH y sífilis

Resumen de indicadores básicos de VIH y sífilis por jurisdicción y región de residencia. **Varones y mujeres.**

	VIH						Tasa de sífilis en población general cada 100.000 habitantes (2022) ¹⁻²
	Casos de VIH (2022) ¹	% sobre el total de casos del país ¹	Tasa de VIH cada 100.000 habitantes (2022) ¹⁻²	% de diagnósticos tardíos (2022) ¹⁻³	% de enfermedad avanzada (2022) ¹	Tasa de mortalidad por sida cada 100.000 habitantes (2021) ²⁻⁴	
CABA	529	9,4%	17,2	42,7%	26,2%	3,3	8,1
24 partidos GBA	892	15,8%	7,8	50,2%	33,7%	3,1	25,9
AMBA	1.421	25,2%	9,7	47,3%	30,9%	3,1	22,2
Resto pcia. de Buenos Aires	307	5,5%	4,8	44,7%	28,9%	2,5	44,2
Córdoba	673	12,0%	17,5	45,1%	27,0%	2,1	140,1
Entre Ríos	83	1,5%	5,9	49,4%	27,8%	2,3	11,7
Santa Fe ⁵	404	7,2%	11,3			1,9	101,0
Centro	1.467	26,1%	9,6	42,8%	27,1%	2,3	78,8
Buenos Aires	1.199	21,3%	6,7	48,5%	32,3%	2,9	32,4
AMBA y Región Central	2.888	51,3%	9,7	45,3%	29,2%	2,7	51,1
Mendoza	362	6,4%	17,8	32,5%	22,1%	1,9	68,6
San Juan	152	2,7%	19,1	48,7%	27,4%	1,5	109,8
San Luis	89	1,6%	17,1	28,2%	17,9%	2,9	137,3
Cuyo	603	10,7%	18,0	36,5%	23,2%	2,0	89,1
Corrientes	62	1,1%	5,4	35,7%	23,2%	3,6	24,7
Chaco ⁵	114	2,0%	9,3			1,8	80,1
Formosa	117	2,1%	19,0	53,1%	39,8%	3,1	122,2
Misiones	95	1,7%	7,4	47,2%	21,3%	3,7	78,2
NEA	388	6,9%	9,1	45,6%	28,6%	3,0	70,8
Catamarca ⁵	69	1,2%	16,3			1,7	8,5
Jujuy	194	3,4%	24,6	30,0%	17,1%	6,3	109,7
La Rioja ⁵	113	2,0%	28,0			1,5	65,4
Salta	462	8,2%	31,7	38,1%	28,5%	5,6	93,5
Santiago del Estero	91	1,6%	9,1	55,7%	38,6%	1,8	10,9
Tucumán	247	4,4%	14,2	55,9%	37,1%	1,5	46,9
NOA	1.176	20,9%	20,3	44,1%	31,0%	3,3	59,4
Chubut	112	2,0%	17,5	46,2%	29,8%	3,2	78,4
La Pampa	55	1,0%	15,1	41,2%	25,5%	0,0	89,5
Neuquén	83	1,5%	12,2	51,9%	27,8%	3,9	29,7
Río Negro	99	1,8%	12,9	50,0%	29,1%	2,6	72,9
Santa Cruz	79	1,4%	20,6	49,2%	35,4%	1,1	69,3
Tierra del Fuego	32	0,6%	17,6	60,0%	36,7%	1,7	70,9
Patagonia	460	8,2%	15,2	48,9%	30,1%	2,5	65,7
Desconocido	114	2,0%					
Total País	5.629	100%	12,2	44,5%	28,8%	2,8	57,7

¹ Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

² Tasa calculada con Proyecciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).

³ Diagnóstico tardío incluye enfermedad avanzada.

⁴ Fuente: Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS).

⁵ Jurisdicción con menos del 25% de información consignada para construir los indicadores de diagnóstico tardío y enfermedad avanzada, por lo que no se muestran en la tabla.

Nota: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Información disponible a agosto de 2023. Los últimos cinco años tienen posibilidad de ajuste en futuros boletines.

Resumen de indicadores básicos de VIH y sífilis por jurisdicción y región de residencia. **Varones**

	VIH						Tasa de sífilis en población general cada 100.000 habitantes (2022) ³⁻⁴
	Casos de VIH (2022) ¹⁻³	Porcentaje sobre el total de casos del país (2022) ¹⁻³	Tasa de VIH cada 100.000 habitantes (2022) ¹⁻³⁻⁴	Porcentaje de diagnósticos tardíos (2022) ²⁻³⁻⁵	Porcentaje de enfermedad avanzada (2022) ²⁻³	Tasa de mortalidad por sida cada 100.000 habitantes (2021) ⁴⁻⁶	
CABA	408	10,4%	28,1	45,3%	27,0%	5,0	12,8
24 partidos GBA	582	14,9%	10,3	50,5%	35,0%	4,2	22,0
AMBA	990	25,3%	14,0	48,3%	31,7%	4,4	20,1
Resto pcia. de Buenos Aires	201	5,1%	6,4	46,3%	29,3%	3,0	35,8
Córdoba	469	12,0%	25,0	47,7%	29,7%	3,1	139,0
Entre Ríos	57	1,5%	8,2	53,7%	31,5%	3,6	7,5
Santa Fe ⁷	269	6,9%	15,4			2,5	90,6
Centro	996	25,5%	13,4	45,4%	29,4%	3,0	72,0
Buenos Aires	783	20,0%	8,9	49,2%	33,2%	3,8	26,9
AMBA y Región Central	1.986	50,8%	13,6	47,0%	30,7%	3,6	46,7
Mendoza	282	7,2%	28,2	31,7%	21,6%	3,0	73,8
San Juan	109	2,8%	27,5	48,8%	31,3%	1,8	95,0
San Luis	59	1,5%	22,8	22,2%	14,8%	4,3	114,9
Cuyo	450	11,5%	27,2	35,1%	23,4%	2,9	85,3
Corrientes	48	1,2%	8,5	34,1%	19,5%	5,7	22,0
Chaco ⁷	82	2,1%	13,5			2,2	59,9
Formosa	81	2,1%	26,5	55,8%	44,2%	4,9	92,9
Misiones	66	1,7%	10,3	45,2%	17,7%	5,0	65,1
NEA	277	7,1%	13,1	45,5%	28,8%	4,4	56,2
Catamarca ⁷	45	1,2%	21,3			2,4	11,8
Jujuy	137	3,5%	35,2	29,8%	19,1%	8,6	103,0
La Rioja ⁷	69	1,8%	34,3			2,5	55,2
Salta	315	8,1%	43,6	39,2%	30,1%	8,5	95,8
Santiago del Estero	55	1,4%	11,1	66,0%	48,0%	2,8	11,1
Tucumán	175	4,5%	20,4	56,1%	40,2%	2,6	49,1
NOA	796	20,4%	27,7	45,3%	33,2%	4,9	59,3
Chubut	79	2,0%	24,6	47,2%	30,6%	4,1	73,6
La Pampa	31	0,8%	17,2	37,0%	25,9%	0,0	72,0
Neuquén	54	1,4%	16,0	54,9%	33,3%	4,8	27,8
Río Negro	67	1,7%	17,5	56,1%	33,3%	3,7	72,2
Santa Cruz	49	1,3%	24,9	35,9%	20,5%	0,5	60,9
Tierra del Fuego	25	0,6%	27,0	58,3%	33,3%	2,2	83,0
Patagonia	305	7,8%	20,2	48,9%	30,0%	3,1	61,7
Desconocido/Otro	92	2,4%					
Total País	3.906	100%	17,2	45,2%	29,8%	3,8	53,0

¹ Incluye varones cis y trans.² Porcentajes calculados sobre varones cis.³ Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).⁴ Tasa calculada con Proyecciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).⁵ Diagnóstico tardío incluye enfermedad avanzada.⁶ Fuente: Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS).⁷ Jurisdicción con menos del 25% de información consignada para construir los indicadores de diagnóstico tardío y enfermedad avanzada, por lo que no se muestran en la tabla.**Nota:** Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Información disponible a agosto de 2023. Los últimos cinco años tienen posibilidad de ajuste en futuros boletines.Resumen de indicadores básicos de VIH y sífilis por jurisdicción y región de residencia. **Mujeres**

	VIH						Tasa de sífilis en población gral. C/100.000 habitantes (2022) ³⁻⁴
	Casos de VIH (2022) ¹⁻³	Porcentaje sobre el total de casos del país (2022) ¹⁻³	Tasa de VIH cada 100.000 habitantes (2022) ¹⁻³⁻⁴	Porcentaje de diagnósticos tardíos (2022) ²⁻³⁻⁵	Porcentaje de enfermedad avanzada (2022) ²⁻³	Tasa de mortalidad por sida C/100.000 habitantes (2021) ⁴⁻⁶	
CABA	120	7,0%	7,4	37,8%	27,0%	1,8	4,0
24 partidos GBA	307	17,9%	5,2	49,3%	30,9%	1,8	29,7
AMBA	427	24,9%	5,7	46,3%	29,9%	1,8	24,1
Resto pcia. de Buenos Aires	106	6,2%	3,3	41,7%	28,6%	2,0	52,4
Córdoba	204	11,9%	10,4	38,4%	20,2%	1,2	141,1
Entre Ríos	26	1,5%	3,6	40,0%	20,0%	1,0	15,7
Santa Fe ⁷	135	7,9%	7,3			1,4	110,8
Centro	471	27,4%	6,1	37,1%	21,7%	1,6	85,3
Buenos Aires	413	24,1%	4,5	47,1%	30,2%	1,9	37,8
AMBA y Región Central	898	52,3%	5,9	42,0%	26,1%	1,7	55,2
Mendoza	79	4,6%	7,7	37,3%	25,4%	0,9	63,5
San Juan	41	2,4%	10,2	47,1%	14,7%	1,3	124,4
San Luis	30	1,7%	11,4	41,7%	25,0%	1,5	159,3
Cuyo	150	8,7%	8,9	41,0%	21,9%	1,1	92,8
Corrientes	14	0,8%	2,4	42,9%	35,7%	1,6	27,4
Chaco ⁷	32	1,9%	5,1			1,5	99,8
Formosa	36	2,1%	11,7	47,2%	30,6%	1,3	151,2
Misiones	29	1,7%	4,5	53,8%	30,8%	2,3	91,3
NEA	111	6,5%	5,2	47,0%	28,9%	1,7	85,2
Catamarca ⁷	24	1,4%	11,4			1,0	5,2
Jujuy	57	3,3%	14,3	31,8%	13,6%	4,1	116,3
La Rioja ⁷	44	2,6%	21,7			0,5	75,5
Salta	147	8,6%	19,9	37,0%	26,7%	2,7	91,0
Santiago del Estero	36	2,1%	7,2	42,9%	25,7%	0,8	10,8
Tucumán	72	4,2%	8,2	55,2%	27,6%	0,5	44,7
NOA	380	22,1%	13,0	42,4%	26,8%	1,6	59,6
Chubut	33	1,9%	10,4	43,8%	28,1%	2,2	83,1
La Pampa	24	1,4%	13,1	45,5%	22,7%	0,0	106,7
Neuquén	29	1,7%	8,5	46,4%	17,9%	3,0	31,5
Río Negro	32	1,9%	8,3	35,7%	21,4%	1,6	73,7
Santa Cruz	30	1,7%	16,1	69,2%	57,7%	1,6	78,2
Tierra del Fuego	7	0,4%	7,8	66,7%	50,0%	1,1	58,3
Patagonia	155	9,0%	10,3	48,6%	30,3%	1,8	69,8
Desconocido/Otro	22	1,3%					
Total País	1.716	100%	7,3	43,5%	26,7%	1,7	62,1

¹ Incluye mujeres cis y trans.² Porcentajes calculados sobre mujeres cis.

Comisión Nacional de VIH, Hepatitis Virales, otras Infecciones de Transmisión Sexual y Tuberculosis

Autores: Melisa Tabacman^a.

^a Área de Comunicación de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis.



En un momento histórico para nuestro país, en junio de 2022, se promulgó la Ley 27.675, un proceso de construcción colectiva que abarcó varios años y representa el fruto de un esfuerzo conjunto entre organizaciones de la sociedad civil, legisladores y organismos estatales.

La Ley 27.675 no solo simboliza un logro legislativo trascendental, sino que también establece un marco fundamental para la respuesta integral en Argentina. Siguiendo las directrices y disposiciones del artículo 22 de esta ley, donde se expresa la creación de la “Comisión Nacional de VIH, Hepatitis Virales, otras ITS y Tuberculosis (TBC) integrada de forma interministerial e intersectorial por representantes de los organismos estatales, sociedades científicas, organizaciones de la sociedad civil con trabajo en VIH, hepatitis virales, otras ITS y TBC, y redes de personas con VIH, hepatitis virales, otras ITS y TBC, cuya integración debe ser determinada por vía reglamentaria garantizando representación federal y de géneros”, el Ministerio de Salud de la Nación, en marzo de 2023, promulgó la Resolución 858/2023 para darle cumplimiento, en su carácter de autoridad de aplicación.

La resolución y su anexo fijaron la conformación y el reglamento de integración y funcionamiento de la Comisión Nacional de VIH, Hepatitis Virales, otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y Tuberculosis (TBC).

Con la participación de diversidad de actores sociales, entonces, se asienta con la expectativa de desempe-

ñar un papel esencial en la prevención, el diagnóstico y el tratamiento, contribuyendo también al bienestar y la calidad de vida. Sus funciones incluyen participar en el diseño, monitoreo y evaluación de políticas públicas sobre VIH, otras ITS, hepatitis virales y tuberculosis; establecer ejes para la capacitación y formación de equipos de trabajo que se desempeñan en la atención; elaborar recomendaciones a la autoridad de aplicación respecto de los lineamientos de la ley.

La Comisión se integra de manera interministerial e intersectorial por representantes de organismos estatales, sociedades científicas, organizaciones de la sociedad civil con trabajo en VIH, hepatitis virales y TBC, redes de personas con VIH, otras ITS, hepatitis virales y TBC, junto a un grupo de expertas y expertos en los diversos temas que se abordan, garantizando una representación federal y de géneros. Así, la Comisión Nacional queda conformada por representantes de los ministerios de Salud, Trabajo, Educación, Desarrollo Social, Mujeres, Géneros y Diversidad; de la Superintendencia Servicios de Salud, expertos y expertas y los laboratorios de referencia en VIH. Además, cuenta con representantes de las sociedades científicas de Infectología, de Pediatría, de Hepatología y de Medicina Respiratoria y representantes de las organizaciones de la sociedad civil que tienen trabajo en los campos del VIH, la tuberculosis y las hepatitis.



En 2023 se llevaron a cabo dos reuniones: el encuentro inaugural fue el viernes 14 de julio y congregó a una diversidad de participantes, que incluía autoridades gubernamentales, personas expertas en salud, sociedades científicas y organizaciones de la sociedad civil, con modalidad mixta, presencial y remota. En esta reunión, la Dirección de Respuesta al VIH tuvo la oportunidad de presentar los lineamientos estratégicos para el año 2023, destacando el enfoque de la Ley en perspectiva de género, diversidad, interculturalidad e intersectorialidad. A su vez, resaltó la importancia de investigar y desarrollar tecnologías locales que garanticen la sustentabilidad de las políticas públicas.

El segundo encuentro tuvo cita el viernes 25 de agosto y en él se planteó la planificación y estrategia del auto-

test de VIH como una oportunidad para alcanzar una mayor cantidad de personas testeadas. Por otro lado, se plantearon los lineamientos para la creación del Observatorio por parte del INADI y se contaron los avances en la solicitud de las jubilaciones y pensiones por parte de la ANSES.

Estas reuniones tuvieron como función primordial ofrecer un espacio de intercambio para la discusión de políticas públicas, así como también promover la colaboración y la investigación conjunta entre los distintos representantes.

En ambos casos, la participación de la sociedad civil fue un pilar fundamental en el intercambio de perspectivas desde distintos lugares del país. Los representantes

de las organizaciones de la sociedad civil destacaron la necesidad de colaboración entre organismos estatales para combatir el estigma, asegurar el apoyo económico y promover la investigación. También enfatizaron la importancia de la detección temprana, la cura, la realización de estudios cualitativos sobre abandono de tratamientos y prevención, respecto de dónde intervenir, cuál es el impacto que tuvo la educación sexual y la educación en el ámbito escolar en clave de la pedagogía del cuidado. En este sentido, se propone trabajar de manera articulada para evitar la discriminación en distintas etapas de la vida para continuar con la respuesta a las diversas problemáticas sociales.

Con la participación activa de diversos actores como la Agencia Nacional de Promoción de la Investigación,

Desarrollo Tecnológico y la Innovación (I+D+i) dependiente del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, el Ministerio de Educación de la Nación, Ministerio de Desarrollo Social, INADI, ANSES, Organización Panamericana de la Salud (OPS), Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), se plantearon las bases para un trabajo en conjunto interministerial, intersectorial e interdisciplinario.

Encuentro de referentes provinciales de VIH, ITS, hepatitis virales, tuberculosis y lepra

Autores: Melisa Tabacman^a.

^a Área de Comunicación de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis.



Del 25 al 27 de abril de 2023, la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis reunió a más de 100 referentes jurisdiccionales de todas las regiones del país en un esfuerzo por continuar fomentando el trabajo conjunto.

La reunión contó con la presencia de la secretaria de Acceso a la Salud, Sandra Tirado; el subsecretario de Estrategias Sanitarias, Juan Manuel Castelli; y la directora de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, Mariana Ceriotto. También estuvo presente Alberto Stella, director regional del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA).

Una de las novedades más significativas de esta edición fue la participación activa de otros organismos gubernamentales del Estado nacional y de la sociedad civil. Este acercamiento intersectorial permitió compartir agendas de trabajo, experiencias y planificaciones, sentando las bases para una articulación más estrecha en el futuro. La suma de esfuerzos y distintos enfoques colabora en el enriquecimiento tanto de las estrategias como de las políticas en torno a la salud pública.

Bajo el lema “La respuesta integral es con todxs”, se generaron espacios propicios para el diálogo entre los participantes. Una de las líneas más destacadas fue el fortalecimiento del acceso y diagnóstico del VIH, la sífilis, las hepatitis virales y la tuberculosis.

Este encuentro contó también con la participación activa de los equipos de laboratorio de las provincias, quienes compartieron datos de calidad sobre su planificación. Entre otros temas, abordaron la elaboración de estrategias para mejorar el acceso a prestaciones de calidad, optimizar la gestión de insumos y la profundización de la comunicación interna entre referentes bioquímicos, laboratorios, programas provinciales y diferentes actores del sistema de salud.

La metodología de trabajo del evento se organizó en torno a conversatorios centrados en cada línea estratégica. De esta manera, los equipos de la Dirección pudieron mostrar el estado de situación, información y propuestas de trabajo.



El equipo de ETMI Plus pudo compartir los indicadores claves de la transmisión vertical para establecer acciones conjuntas con las provincias, con el fin de mejorar el registro de los eventos y evitar las barreras que puedan surgir, así como también optimizar la recopilación de datos y la obtención de información actualizada. Durante las jornadas se abordaron las estrategias para el uso de pruebas rápidas de sífilis en el control prenatal y la difusión del tratamiento de sífilis en personas gestantes. Además, se mostraron las actualizaciones de tratamientos en población pediátrica con VIH. Las modificaciones fueron el resultado de las capacitaciones virtuales que se brindaron en las distintas jurisdicciones, donde se pudieron comunicar las nuevas recomendaciones vigentes sobre tratamiento antirretroviral (TARV).

Por su parte, los equipos de Tuberculosis y Lepra trabajaron en el análisis epidemiológico de cada jurisdicción, la actualización de métodos diagnósticos, los avances y resultados en el control de la tuberculosis en Argentina, y se compartieron estrategias de abordaje desde una perspectiva integral con el aporte de la sociedad civil Observa TB Argentina, de reciente conformación.

La Coordinación de Hepatitis Virales tuvo un rol activo en la promoción del trabajo articulado junto a los referentes provinciales, poniendo énfasis en las distintas estrategias que se llevan adelante en cada jurisdicción. Se trabajaron diversos temas como la simplificación de diagnóstico de las hepatitis virales, las estrategias para el uso de test rápidos, el test reflejo y la revinculación de pacientes, así como los tratamientos simplificados y estrategias de microeliminación, y la prevención y el fortalecimiento de la inmunización contra hepatitis A y hepatitis B. Se evaluó también la actual situación epidemiológica a nivel nacional de la hepatitis A.

En los distintos espacios de intercambio con los referentes provinciales, el área de Información Estratégica trabajó sobre el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia y monitoreo de las diferentes líneas estratégicas. Se compartió el trabajo que se estaba realizando en función de actualizar las definiciones de diagnóstico tardío y enfermedad avanzada de VIH. El encuentro concluyó con la presentación de un relevamiento nacional sobre la oferta de servicios de prevención combinada, para lo cual se elaboró una herramienta de relevamiento de datos específica.



El equipo de Prevención, a través de un conversatorio, puso en común datos de los distintos aspectos de actual de la respuesta al VIH, organizados en torno a la estrategia de prevención combinada, eje transversal de la Dirección. A modo de propuesta, se elaboró un abordaje integrado para poblaciones claves con la mirada centrada en el ofrecimiento de medidas preventivas evaluando particularidades de cada caso. Se discutieron las limitaciones en la implementación de métodos como la profilaxis pre exposición (PrEP) y sus posibles soluciones a nivel nacional.

Por primera vez durante el encuentro, a cargo del equipo de Comunicación, se brindó un espacio para poner en común claves para comunicar sobre VIH, hepatitis virales y tuberculosis sin discriminación, a fin de reducir el estigma, y contemplando especialmente el rol fundamental que cumplen los equipos de salud como interlocutores validados en la construcción de sentidos y discursos en torno a estos temas.

Como culminación de las jornadas, se establecieron las bases para la planificación del trabajo en conjunto para el período 2023-2024. La diagramación de estas metas

planteadas en las mesas de trabajo permitirá una acción coordinada a nivel nacional, impulsando las estrategias delineadas por los diferentes sectores presentes en el evento. La diversidad de enfoques y la colaboración y compromiso compartido entre los distintos participantes fortalecen la salud pública.

Este encuentro nacional marcó un hito en la colaboración intersectorial y la planificación estratégica para abordar de manera más efectiva la respuesta al VIH, las ITS, las hepatitis virales y la tuberculosis en Argentina.

Situación de las infecciones de transmisión sexual en Argentina

Comprender la dinámica epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual (ITS) es esencial para abordar de manera efectiva sus implicancias en la salud pública. Esta comprensión nos permite fortalecer las estrategias de prevención y control, así como promover la salud sexual en la sociedad.

En esta sección, nos enfocamos en el análisis de cuatro ITS predominantes en 2022: sífilis, gonorrea, clamidia y linfogranuloma venéreo.



1 Situación de la sífilis en población general en Argentina 2018-2022

Autores: Sebastián Aquila^a, Mauro Bertolini^b; Antonella Vallone^c, Tamara Waizinger^c, Vanesa Kaynar^a, Federico Santoro^c.

Este análisis es producto de un trabajo coordinado entre la Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica, la Dirección Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles y el Área de Información Estratégica de la DRVIHVyT. Los datos presentados se basan en la información disponible en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Para este informe se utilizaron reportes extraídos entre los meses de agosto y octubre de 2023.

La sífilis continúa siendo un desafío para la salud pública, a pesar de que se cuenta con herramientas eficaces para su prevención, diagnóstico y tratamiento. En este apartado, se describe la situación epidemiológica de la sífilis en la población general de Argentina en los períodos 2018-2021 y 2022. La notificación de la sífilis es obligatoria en Argentina, según la ley 15.465 y la resolución 2.827/2022.

A partir de un proceso de actualización del “Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria” en 2021, y en consenso con los y las referentes jurisdiccionales, se adoptó una modalidad de vigilancia nominal de sífilis en la población general. Además, se estableció una modalidad numérica semanal para los bancos de sangre. Esta modificación constituye un cambio significativo para el análisis de las ITS, especialmente para la sífilis, porque ofrece una perspectiva más completa de la situación.

En este sentido, se presenta la información en dos segmentos: primero, los datos de casos de sífilis por notificación agrupada hasta el 2021 y, segundo, los resultados basados en la notificación nominal a partir del 2022. Para este último, utilizamos la base de datos más reciente, cerrada en agosto de 2023.

^a Área de Información Estratégica de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis.

^b Dirección Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles.

^c Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica.

Nota metodológica

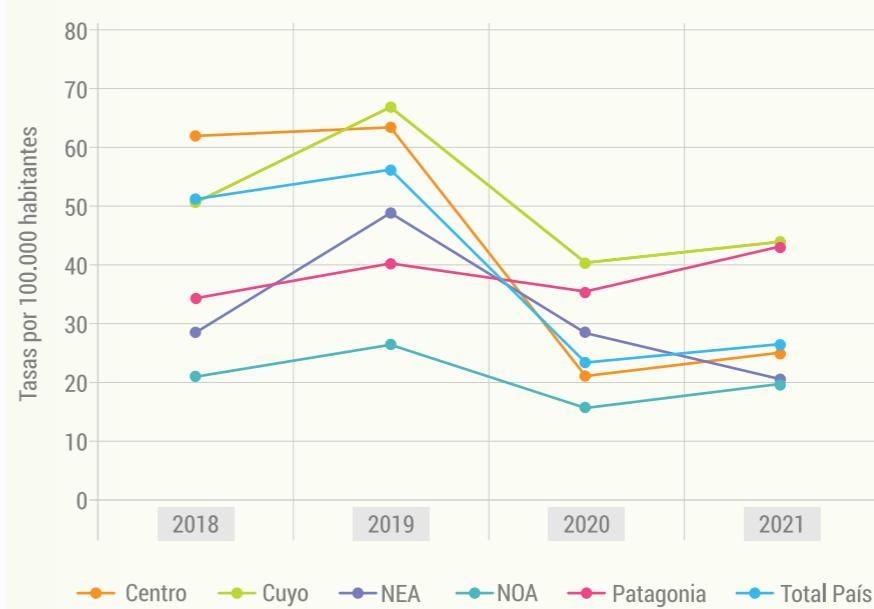
Para el período 2018-2021, se incluyeron los eventos *Sífilis sin especificar en mujeres*, *Sífilis sin especificar en varones*, *Sífilis temprana en mujeres*, *Sífilis temprana en varones*, notificados por modalidad agrupada semanal al componente clínico (C2) y para el año 2022 se incluyó el evento Sífilis en población general de modalidad nominal. Para el análisis de las notificaciones nominales del evento *Sífilis en población general* se excluyeron aquellos casos que se reportaron vinculados a bancos de sangre, y los casos clasificados de forma manual como *Invalidados por Epidemiología*. También se excluyeron los casos de personas gestantes y de menos de 10 años de edad al momento del diagnóstico, para permitir una mejor comparación con los períodos anteriores.

Se consideraron casos confirmados de sífilis a aquellos que cumplen con los siguientes criterios: casos con método directo positivo; casos con resultado de laboratorio de prueba no treponémica reactiva con alto título; casos con resultado de laboratorio de prueba no treponémica reactiva (con o sin especificar la dilución) y prueba treponémica reactiva; y casos con prueba treponémica reactiva o sin laboratorio y clasificación epidemiológica confirmada o probable. Para poder determinar el año del diagnóstico, se utilizó la variable *Fecha de toma de muestra* y en caso de no contar con ella, se utilizó en reemplazo *Fecha de apertura*.

Durante el período 2018-2021, se notificaron en el sistema nacional de vigilancia un total de 97.336 casos de sífilis en la población general.

La tendencia de los casos y las tasas evidenció un incremento en los primeros años del período analizado, y llegó a su punto más alto en 2019, con una tasa de 56,3 casos cada cien mil habitantes (**Gráfico 1**). Sin embargo, durante 2020 y 2021, lapso marcado por la pandemia de COVID-19, se evidenció una disminución en las tasas.

Gráfico 1. Evolución de la tasa de sífilis en población general* por 100.000 habitantes (notificación agrupada clínica), según región. Argentina, 2018-2021.



*Sífilis temprana y Sífilis sin especificar.

FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Datos actualizados al 11/8/2023.

Durante 2022, cuando se implementó el cambio en la modalidad de notificación, **la tasa de sífilis en población general fue de 57,7 casos cada 100.000 habitantes (Gráfico 2)**. En la **Tabla 1** se presenta la distribución de casos notificados en cada jurisdicción y en el **Gráfico 2** se representa la distribución por región.

En 2022, el 55% de los casos correspondió a mujeres y la tasa resultante fue de 62,1 cada cien mil habitantes, un valor considerablemente superior al de los varones, que fue de 53,0 casos cada cien mil habitantes.

La mediana de edad de las mujeres al momento del diagnóstico fue de 27 años, mientras que entre los varones fue de 30 años. Entre los 15 y los 29 años se concentraron poco más del 56% de los casos (**Gráfico 3**).

En ambos sexos, el grupo de 20 a 24 años es el que presenta la mayor cantidad de casos y las tasas más elevadas. La tasa alcanzó un valor de 185,6 personas cada cien mil habitantes (**Gráfico 3**).

Los grupos más jóvenes presentan tasas significativamente superiores a la media nacional. Entre las mujeres de 20 a 24 años y 25 a 29 años las tasas fueron de 225,1 y 162,8 cada cien mil habitantes respectivamente. En los varones estos intervalos de edad también presentan valores muy por encima de la media nacional: 147,5 y 138,9 cada cien mil habitantes respectivamente.

Tabla 1. Evolución de la tasa de sífilis en población general* cada 100.000 habitantes (notificación agrupada clínica), según región. Argentina, 2018-2021.

	Mujeres		Varones		Ambos sexos	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Buenos Aires	3.438	37,8	2.362	26,9	5.800	32,4
CABA	65	4,0	185	12,8	251	8,1
Catamarca	11	5,2	25	11,8	36	8,5
Chaco	621	99,8	363	59,9	984	80,1
Chubut	265	83,1	236	73,6	501	78,4
Córdoba	2.763	141,1	2.611	139,0	5.374	140,1
Corrientes	158	27,4	124	22,0	282	24,7
Entre Ríos	113	15,7	52	7,5	165	11,7
Formosa	467	151,2	284	92,9	751	122,2
Jujuy	463	116,3	401	103,0	864	109,7
La Pampa	196	106,7	130	72,0	326	89,5
La Rioja	153	75,5	111	55,2	264	65,4
Mendoza	654	63,5	738	73,8	1392	68,6
Misiones	589	91,3	419	65,1	1008	78,2
Neuquén	108	31,5	94	27,8	202	29,7
Río Negro	283	73,7	276	72,2	559	72,9
Salta	671	91,0	692	95,8	1364	93,5
San Juan	500	124,4	376	95,0	876	109,8
San Luis	418	159,3	297	114,9	715	137,3
Santa Cruz	146	78,2	120	60,9	266	69,3
Santa Fe	2039	110,8	1586	90,6	3625	101,0
Santiago del Estero	54	10,8	55	11,1	109	10,9
Tierra del Fuego	52	58,3	77	83,0	129	70,9
Tucumán	392	44,7	421	49,1	813	46,9
Total País	14.619	62,1	12.035	53,0	266.56	57,7

FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Datos actualizados al 11/8/2023. N=26.656.

Gráfico 2. Tasa de sífilis en población general cada 100.000 habitantes (notificación nominal), según región. Argentina, 2022.

FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Datos actualizados al 11/8/2023. N=26.656.

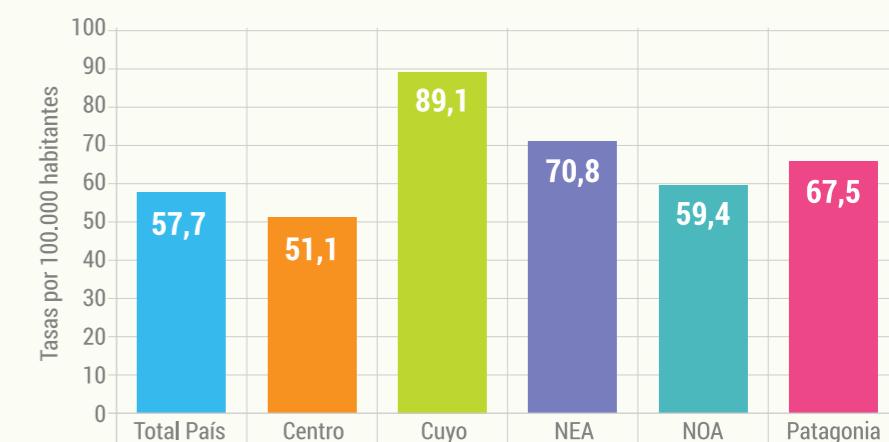


Gráfico 3. Casos y tasas de sífilis en población general cada 100.000 habitantes (notificación nominal), según grupo de edad. Argentina, 2022.

FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Datos actualizados al 11/8/2023. N=26.656.

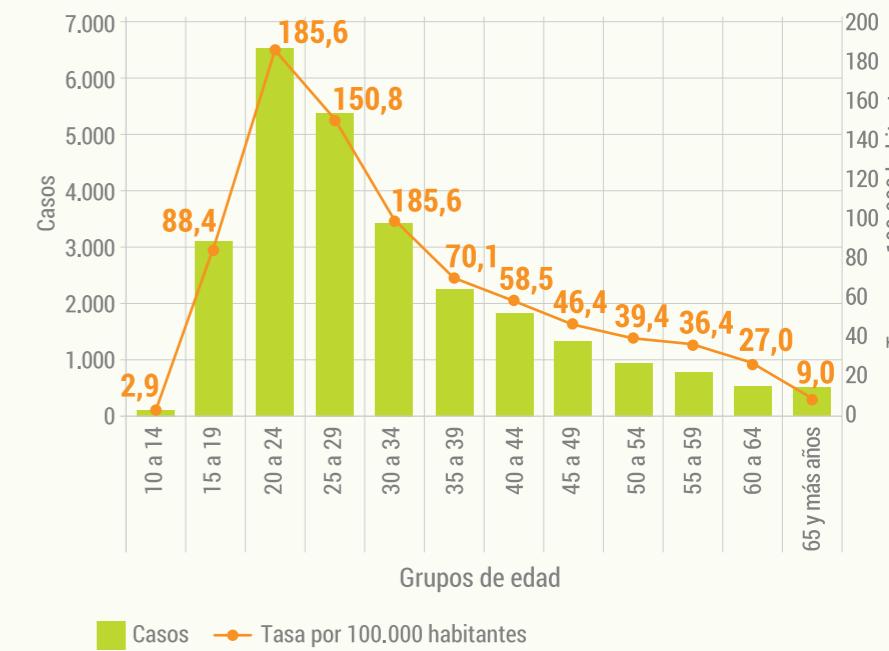
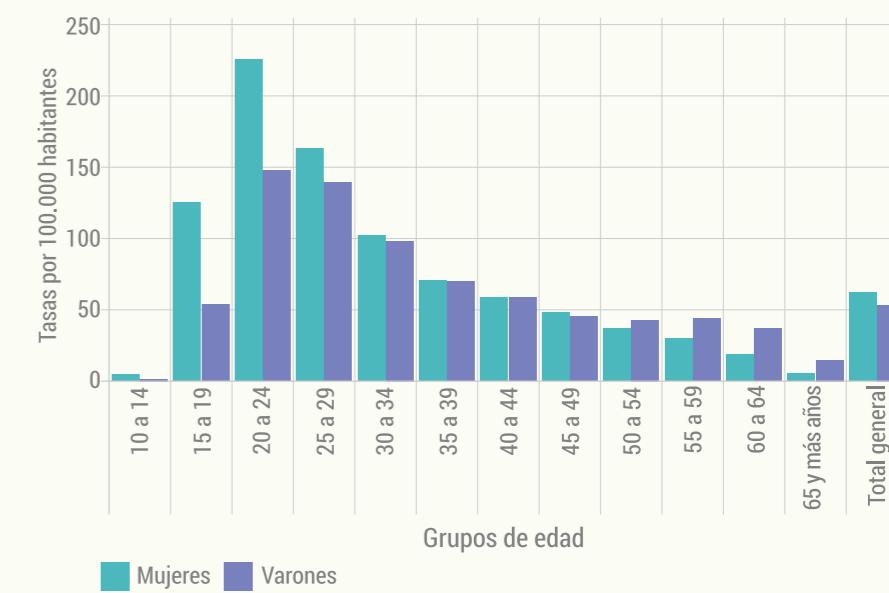


Gráfico 4. Tasas de sífilis en población general cada 100.000 habitantes (notificación nominal), según grupo de edad y sexo. Argentina, 2022.

FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Datos actualizados al 11/8/2023. N=26.656.



Coinfección sífilis-VIH

La sífilis, como otras ITS, incrementa el riesgo de infección por VIH. Los mecanismos que explican esta interacción son complejos y diversos. Desde el punto de vista clínico, las lesiones genitales aumentan la probabilidad de transmitir y adquirir el VIH. En este sentido, es importante que los equipos de salud ofrezcan ambas pruebas en forma conjunta.

De los 26.656 casos de sífilis notificados en el SNVS 2.0 en 2022, **1.780 (6,7%) fueron de personas con VIH**.

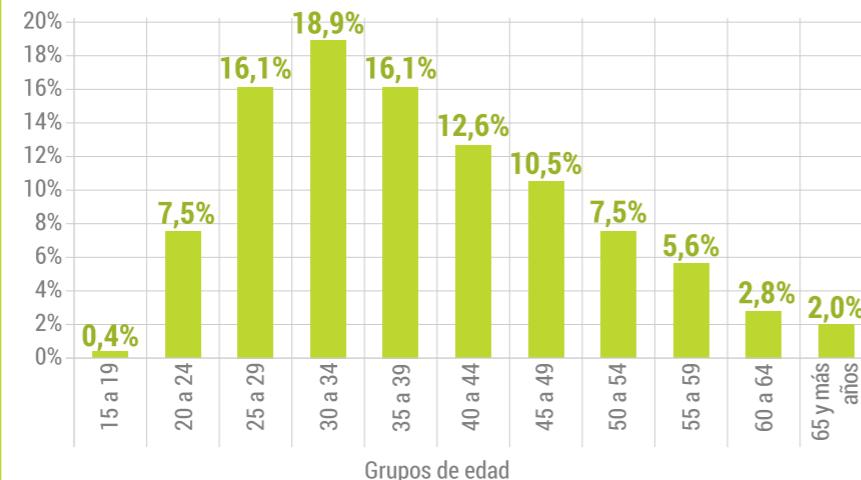
De estos, el 17% correspondió a mujeres y el 83% a varones. En cuanto a la edad, el promedio fue de 31 años, pero la media, para ambos sexos, fue de 27 años.

En lo referido a las edades (**Gráfico 5**), entre los 25 y 44 años se concentran casi el 64% de los casos. Si se divide por quinquenios, con leves diferencias, el grupo de 30 a 34 años concentra la mayor proporción de las coinfecciones (18,9%). En mujeres esta diferencia es un poco mayor y alcanza el 20% (**Gráfico 6**).

De los 1.780 casos de personas coinfecadas con sífilis y VIH, 541 corresponden a diagnósticos de VIH y sífilis de 2022. Esto representa un 9,6% de los nuevos diagnósticos de VIH de ese año. La distribución por sexo y edad de este subgrupo es similar a la del conjunto total de coinfecados (**Gráfico 7**).

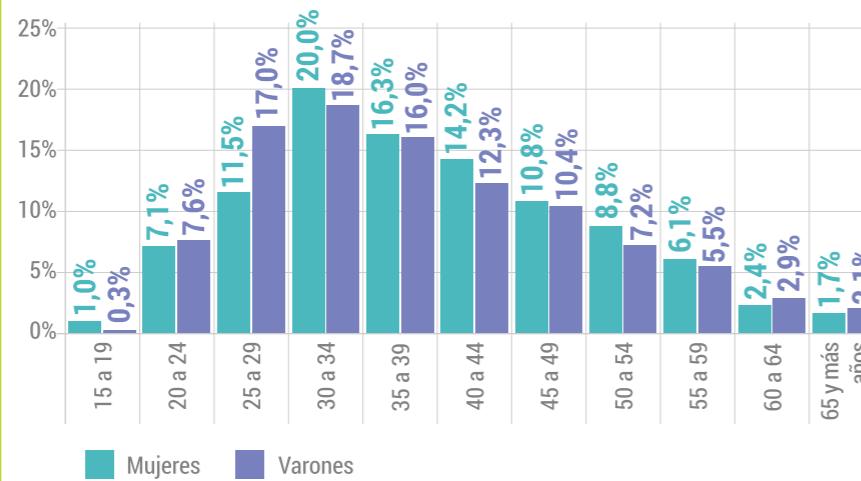
Sobre la vía de transmisión más probable de VIH, el 76% de casos fueron por relaciones sexuales sin protección entre hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH). En cuanto al momento de diagnóstico, un 28% de los casos detectados, tanto en hombres como mujeres, fueron diagnósticos tardíos.

Gráfico 5. Distribución porcentual de los casos de coinfeción sífilis-VIH por grupos de edad, ambos性 (notificación nominal). Argentina, 2022.



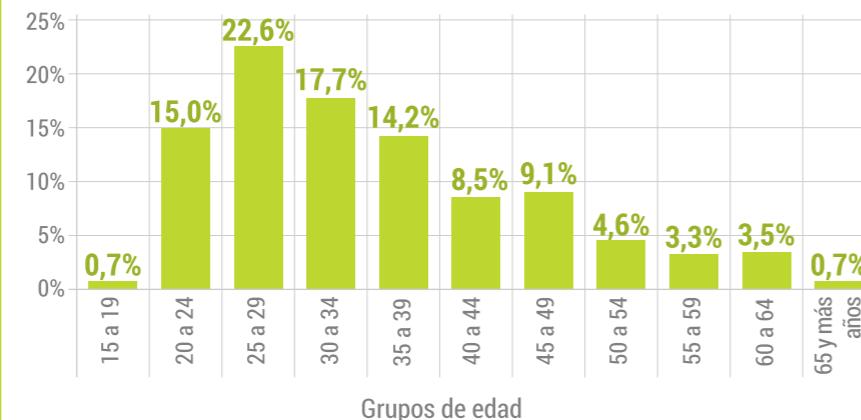
FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Datos actualizados al 11/8/2023. N=1.780.

Gráfico 6. Distribución porcentual de los casos de coinfeción sífilis-VIH según grupos de edad y sexo. Argentina, 2022.



FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Datos actualizados al 11/8/2023. N=1.780.

Gráfico 7. Distribución porcentual de los casos de coinfeción sífilis-VIH según grupo de edad, ambos性 (notificación nominal). Argentina, 2022.



FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Datos actualizados al 11/8/2023. N=541.

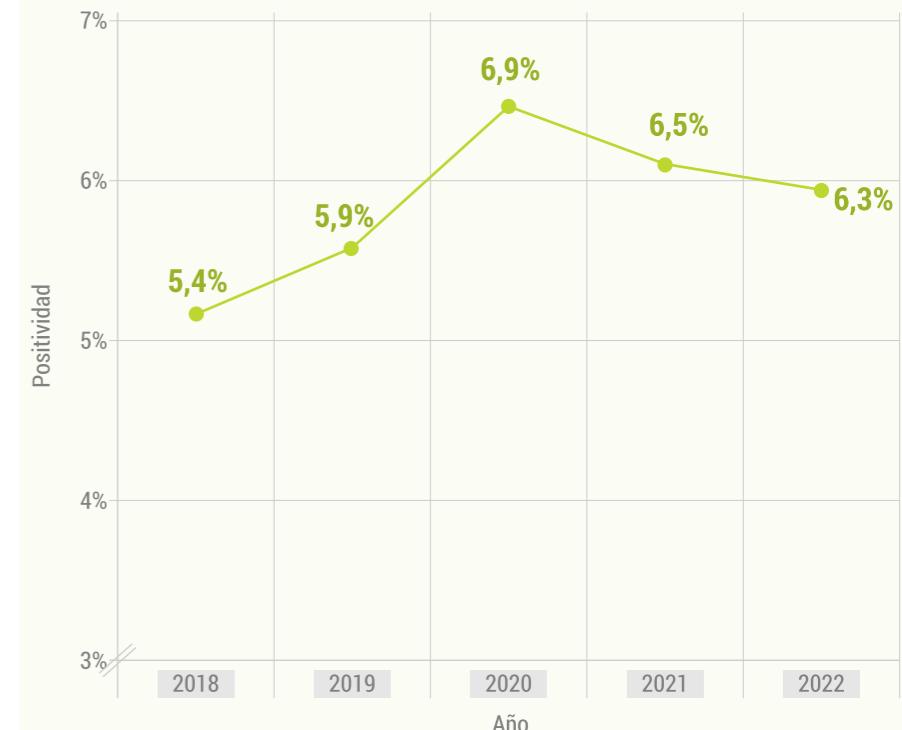
Positividad en pruebas de tamizaje de sífilis

Una estrategia efectiva para monitorear la evolución de la sífilis es analizar la positividad de las pruebas por laboratorio, en especial los tamizajes en población general. Este método proporciona un panorama del comportamiento de las ITS, ya que permite analizar la información según sexo, edad y jurisdicción. El SNVS 2.0 concentra información sobre estas pruebas desde 2018.

Para el período analizado, la positividad en pruebas de tamizaje de sífilis se situó en el 6,3%, lo que presenta una leve disminución respecto del año anterior (**Gráfico 8**). Este descenso, que se observa por segundo año consecutivo, modifica la tendencia de crecimiento sostenido que se había registrado desde la implementación de su registro en el SISA.

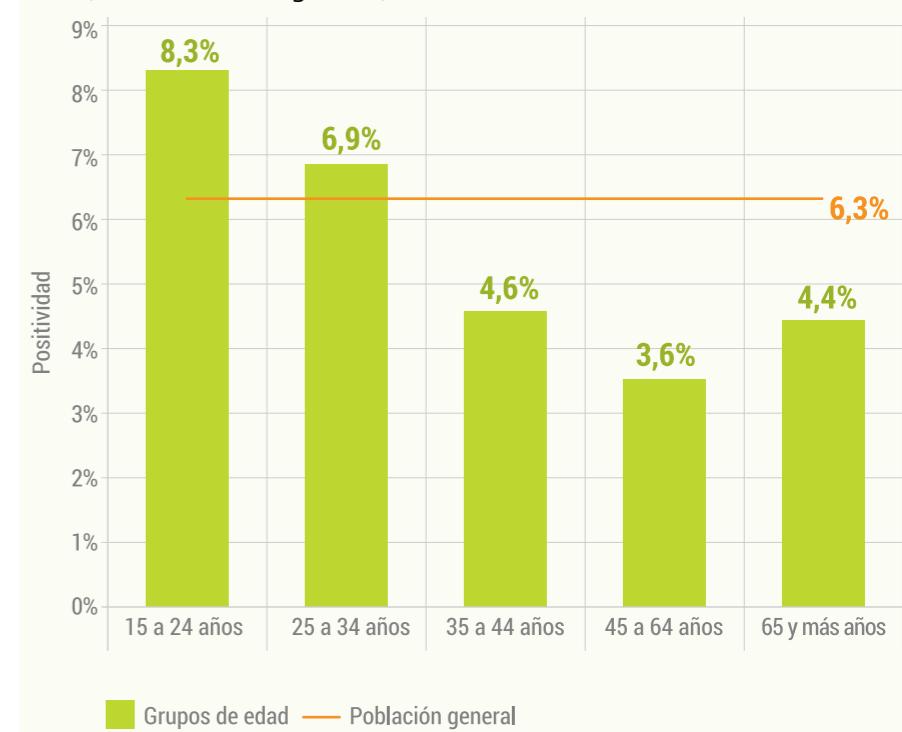
Aunque es importante destacar que estamos hablando de actores y fuentes de registros diferentes, los grupos etarios más afectados coinciden con lo observado en la notificación nominal. En los datos agrupados de laboratorio correspondientes a 2022, la proporción más elevada de pruebas positivas se presenta en el grupo de adolescentes y jóvenes (15 a 24 años) con una positividad del 8,3%, seguido por el de 25 a 34 años con 6,9% (**Gráfico 9**). Es relevante señalar que, en ambos grupos, hubo una disminución en comparación con el año previo: de 0,8% y 0,2% respectivamente.

Gráfico 8. Evolución de la positividad en pruebas de tamizaje de sífilis en ambos sexos. Argentina, 2018-2022.



FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Datos actualizados al 18/8/2023. N=550.047.

Gráfico 9. Positividad en pruebas de tamizaje de sífilis según grupo de edad, ambos sexos. Argentina, 2022.



FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Datos actualizados al 31/10/2023. N=550.767.

Positividad en pruebas de sífilis en personas gestantes

El diagnóstico y tratamiento oportuno de la sífilis en personas gestantes es una de las principales estrategias para la eliminación de la sífilis congénita. Si no se detecta y no se trata en una fase temprana, esta infección puede tener consecuencias.

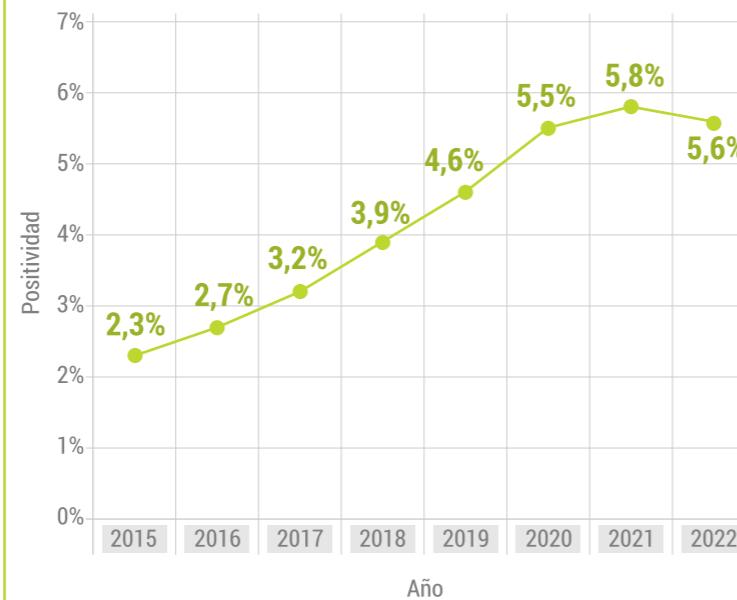
La oportuna notificación y el monitoreo de los casos positivos de sífilis en gestantes son herramientas esenciales que aportan información valiosa. En este marco, el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (SNVS 2.0) se destaca como una herramienta primordial para el registro y seguimiento de los casos de sífilis en personas gestantes y de sífilis congénita. Este sistema permite la trazabilidad entre gestantes y expuestos a la infección, emite alertas y permite la coordinación entre diferentes profesionales de salud.

El fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión vertical es un eje transversal en el marco estratégico de la iniciativa Enfermedades de Transmisión Materno Infantil (ETMI-Plus), adoptada por el Ministerio de Salud como política de salud priorizada. La eliminación de la sífilis congénita es factible mediante esfuerzos continuos y coordinados en la prevención de ITS, realización de pruebas diagnósticas tempranas de la sífilis (preconcepcional y trimestral durante la gestación) y garantizando el tratamiento adecuado para todas las personas gestantes seropositivas y sus parejas sexuales.

Durante 2022, se registró una leve baja en el porcentaje de positividad en pruebas de tamizaje en gestantes, que pasó de 5,8% a 5,6%. Esta cifra mantiene, aun con una pequeña caída, la tendencia ascendente que se viene documentado desde 2015 hasta 2021 (**Gráfico 10**).

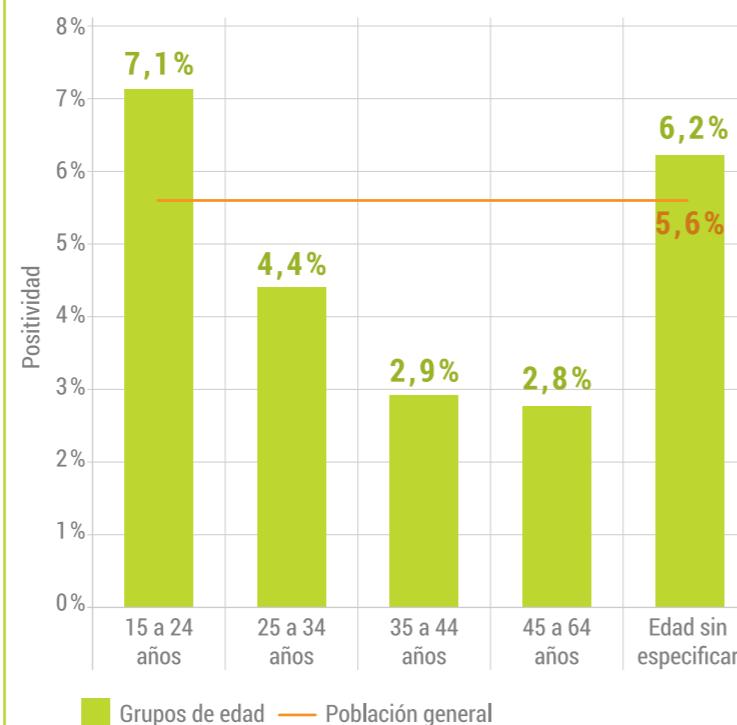
En cuanto a los grupos etarios, hay una importante cantidad de muestras que no registran la edad. No obstante, al igual que en la población general la mayor positividad se presentó en los grupos más jóvenes, 7,1% y 4,4% entre gestantes de 15 a 24 y de 25 a 34 años respectivamente (**Gráfico 11**).

Gráfico 10. Evolución de la positividad de sífilis en pruebas de tamizaje de personas gestantes. Argentina, 2015-2022.



FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Datos actualizados al 31/10/2023. N=333.796.

Gráfico 11. Positividad en pruebas de tamizaje de sífilis de personas gestantes según grupo etario y total. Argentina, 2022.



FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Datos actualizados al 31/8/2023. N=333.796.

Sífilis congénita

Con respecto a la sífilis congénita, en 2022 se actualizaron las definiciones de caso y la modalidad de vigilancia a partir de las normas de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria (<https://bancos.salud.gob.ar/recuso/manual-de-normas-y-procedimientos-de-vigilancia-y-control-de-eventos-de-notificacion>). El primer año de implementación de esta modalidad de vigilancia culmina con la revisión y clasificación final de los casos por parte de cada jurisdicción, proceso que se encuentra en curso actualmente para los casos nacidos en 2022. Una vez que todas las jurisdicciones hayan completado este proceso, se generará la fuente de datos para el análisis a nivel nacional y por jurisdicción, que permitirá la determinación de la tasa de incidencia de la sífilis congénita en el país.

Infección por *Neisseria gonorrhoeae* (gonorrea)

La gonorrea es una infección bacteriana producida por *Neisseria gonorrhoeae*, que se propaga principalmente a través del contacto sexual o perinatal. Su vigilancia epidemiológica es central en el ámbito de la salud pública, ya que permite detectar casos de manera temprana. Esto es esencial para prevenir la rápida propagación de la infección y adoptar estrategias adecuadas para su control. También identificar tempranamente los posibles incrementos en el número de casos permite intervenir en las primeras etapas y evitar su expansión.

Neisseria gonorrhoeae ha desarrollado resistencia a diversos antibióticos durante el tiempo, lo que podría dificultar su tratamiento. Al recopilar y analizar datos sobre la sensibilidad antimicrobiana, los profesionales de la salud pueden ajustar las pautas de tratamiento y garantizar un tratamiento efectivo.

Al monitorear las notificaciones derivadas de consultas clínicas agrupadas por secreción genital purulenta, obtenemos una perspectiva acerca de la situación de la gonorrea en Argentina, donde se posiciona como la segunda ITS bacteriana más frecuente. En 2022, se registró un ligero aumento en comparación con el año anterior, y alcanzó una tasa de 6,7 casos cada cien mil habitantes (**Gráfico 12**). El 41,3% de los casos reportados corresponden a jóvenes entre 15 y 24 años, seguidos por el 27,9% en el grupo de 25 a 34 años.

Gráfico 12. Evolución de las tasas y casos de secreción genital purulenta en varones. Notificación clínica agrupada. Argentina, 2018-2022.



FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Datos actualizados al 18/8/2023. N=1.531.

Infección por *Chlamydia trachomatis*

La infección por *Chlamydia trachomatis* es una de las ITS bacterianas de mayor prevalencia a nivel mundial. Su vigilancia epidemiológica desempeña un papel crucial en la comprensión y control de esta ITS y proporciona información esencial para la planificación de políticas de salud que contribuyan a la detección temprana, el tratamiento adecuado y la prevención de su transmisión, como así también a la investigación continua sobre esta infección.

En el país se vigila la secreción genital sin especificar en varones, como un indicador *proxy* de la incidencia de *Chlamydia*. Estos casos crecieron de 11 cada cien mil habitantes en 2021 a 12,7 en 2022 (**Gráfico 13**). En cuanto a la distribución por grupo etario, el 31,6% de los casos se concentraron en jóvenes de entre 15 a 24 años, y 25,6% en personas de 25 a 34 años.

Gráfico 13. Evolución de las tasas y casos de secreción genital sin especificar en varones. Notificación clínica agrupada. Argentina, 2018-2022.



FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Datos actualizados al 18/8/2023. N=2.884.

Linfogranuloma venéreo

El linfogranuloma venéreo (LGV) es una infección de transmisión sexual (ITS) causada por cepas de *Chlamydia trachomatis* de los genotipos L1, L2 y L3. Está asociado con una morbilidad significativa y un mayor riesgo de transmisión del VIH.

Desde 2018 los casos probables o confirmados de LGV se notifican a través del SNVS 2.0 en forma nominal con periodicidad semanal, incluyendo los antecedentes clínico-epidemiológicos y los resultados de laboratorio obtenidos en cada momento del proceso de diagnóstico.

En 2022 se notificaron 56 casos confirmados de LGV, todos correspondientes a varones con una media de 34 años de edad (26 casos están incluido en el grupo etario de 25 a 34 años). Del total de casos, 34 casos son de residentes en CABA, 15 de la provincia de Buenos Aires, uno en Salta y en 6 casos no se conoce el dato. De manera similar a lo que ocurre con la sífilis, se observa un alto nivel de coinfección con VIH. Entre las personas notificadas con LGV en 2022, 24 de ellas tenían diagnóstico de VIH concomitante, lo que representa aproximadamente el 43% de los casos de LGV.

Consideraciones finales

Las renovadas estrategias de vigilancia y el fortalecimiento en el uso del SNVS 2.0 por las distintas jurisdicciones nos brindan una visión más detallada sobre el comportamiento de las ITS en Argentina. La adopción de un registro nominal en el caso de la sífilis constituye un progreso significativo y sienta las bases para una interpretación más profunda de la situación de las personas afectadas.

En nuestro país, las ITS afectan a todas las personas en distintas franjas etarias. En relación con la sífilis, es notable que en las mujeres de 15 a 19 años la prevalencia es tres veces superior al promedio general y esta cifra se incrementa en el grupo de 20 a 24 años, donde es casi cuatro veces mayor. En las pruebas de laboratorio, esta tendencia se mantiene. Los grupos etarios de 15 a 24 y de 25 a 34 años son los que reportan un mayor número de resultados positivos.

La coinfección entre diferentes ITS, particularmente con el VIH, es un aspecto que refuerza la necesidad de ampliar la estrategia de prevención combinada. Es necesario continuar con el trabajo ampliando la oferta de testeo para todas las personas consultantes y sus parejas sexuales. Es imprescindible mantener esfuerzos constantes para garantizar una respuesta adecuada ante estos desafíos en salud pública.

Bibliografía:

1. Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica: Manual de Normas y Procedimientos de Vigilancia y Control de Eventos de Notificación Obligatoria (2022). <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/202211/Actualizaci%C3%B3n%20agosto%202022%20Manual%20de%20normas%20y%20procedimientos%20de%20vigilancia%20y%20control%20de%20ENO.pdf>
2. Dirección de respuesta al VIH, ITS, Hepatitis virales y Tuberculosis (2013) Relaciones sexuales anales. Conceptos y recomendaciones para equipos de salud. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/000000011cnt-2016-09_cuadernillo-anal.pdf
3. CYR, Sancta St, et al. Update to CDC's treatment guidelines for gonococcal infection, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 2020, vol. 69, no 50, p. 1911.
4. GIANECINI, Ricardo, et al. Testing of in vitro susceptibility of *Neisseria gonorrhoeae* to azithromycin: comparison of disk diffusion and reference agar dilution methods. *Journal of Clinical Microbiology*, 2020, vol. 58, no 11, p. 10.1128/jcm. 01398-20.

2 Vigilancia del infogranuloma venéreo por el LNR-ITS

Autores: Martín Vacchino^a, Paula Cristaldo^a y Patricia Galarza^a.

El infogranuloma venéreo (LGV) es una infección de transmisión sexual, ulcerativa e invasiva, causada por la bacteria *Chlamydia trachomatis*. Existen diferentes serovariiedades de *C. trachomatis*, pero solo L1, L2 y L3 son las responsables de esta enfermedad⁽¹⁾. Es transmitida por contacto sexual genital, anal u oral sin protección. Durante muchos años se consideró al LGV un problema casi exclusivo de regiones tropicales como África, el sudeste asiático, Latinoamérica y el Caribe, donde es endémico. La presentación denominada inguinal es la más frecuente en estas regiones, se caracteriza por la aparición de una lesión genital indolora autolimitada, seguida de una linfadenopatía inguinal dolorosa y, por último, un linfedema irreversible^(2,3). En los últimos años, el LGV comenzó a circular en diferentes regiones del mundo, como Europa, América del Norte, Australia, entre otros, y la población más afectada son los hombres que tienen sexo con hombres, en su mayoría VIH positivos^(4,5,6). A diferencia de lo observado en zonas tropicales, la presentación anorrectal, caracterizada por proctitis o proctocolitis, es la más frecuente^(7,8).

La información del laboratorio nacional de referencia en ITS ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán” (LNR-ITS), refleja que el LGV es una enfermedad con circulación en nuestro país. Desde la aparición de los primeros casos confirmados en agosto de 2017, se detectaron por derivación al LNR-ITS 114 casos. **Se observa, año a año, un incremento en el número de casos de LGV**, con excepción del 2020 y 2021 (atribuible al contexto de COVID-19), pero que retoma valores prepandemia en 2022 con 36 casos (**Gráfico 1**).

En 2022, a diferencia de años anteriores, se confirmaron por el LNR-ITS dos casos de LGV fuera del AMBA (en Bahía Blanca y San Luis). Los casos restantes correspondían a la ciudad de Buenos Aires (33) y al Gran Buenos Aires (1), en la **Tabla 1** se detallan las instituciones de las que provienen los casos. Todos los casos detectados en 2022 fueron varones entre 22 y 58 años (mediana de edad 32,5) (**Gráfico 2**).

Gráfico 1. Distribución anual de casos de LGV confirmados en el LNR-ITS, 2017-2022.



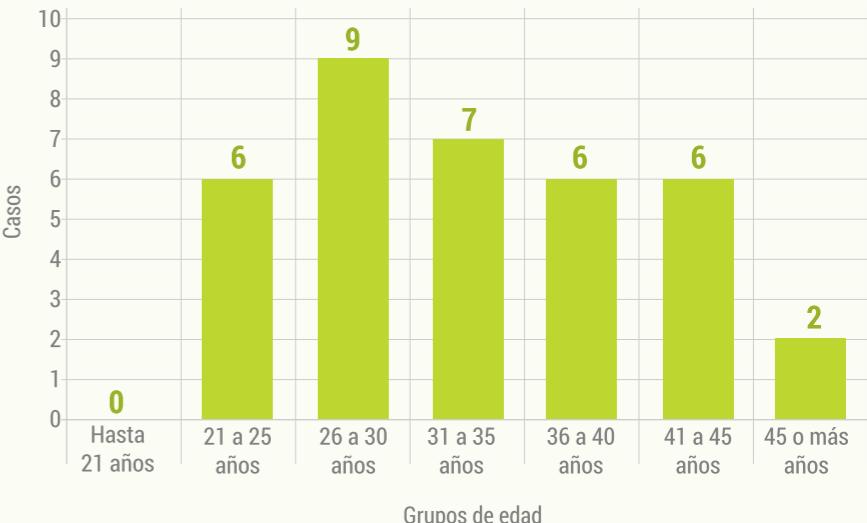
FUENTE: Servicio Enfermedades de Transmisión Sexual. INEI-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”.

Tabla 1. Instituciones que derivaron al LNR-ITS, 2022.

Hospital	Ciudad	Provincia
Hospital Profesor A. Posadas	El Palomar	Buenos Aires
HIGA Dr. José Penna	Bahía Blanca	Buenos Aires
Fundación Huésped	CABA	CABA
HGA F. Santojanni	CABA	CABA
HGA P. Piñero	CABA	CABA
Hospital de Infecciosas F. Muñiz	CABA	CABA
Hospital Italiano	CABA	CABA
HGA E. Tornú	CABA	CABA
HGA C. Durán	CABA	CABA
HGA J. A. Fernández	CABA	CABA
Policlínico de San Luis	San Luis	San Luis

FUENTE: Servicio Enfermedades de Transmisión Sexual. INEI-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”.

Gráfico 2. Distribución anual de casos de LGV confirmados en el LNR-ITS, 2017-2022.



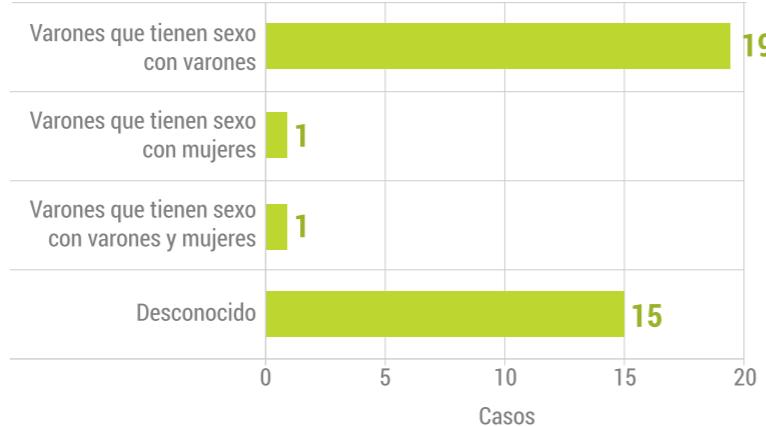
FUENTE: Servicio Enfermedades de Transmisión Sexual. INEI-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”.

^a Servicio Enfermedades de Transmisión Sexual. INEI-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán”.

Respecto de su pertenencia a poblaciones clave, 19 fueron varones que tienen sexo con varones, 1 varón que tiene sexo con mujeres, un varón que tiene sexo con varones y mujeres y en 15 casos no se conoce el dato (**Gráfico 3**). Solo en 20 casos se conoció el estado serológico de VIH: 18 positivos y 2 negativos (**Gráfico 4**).

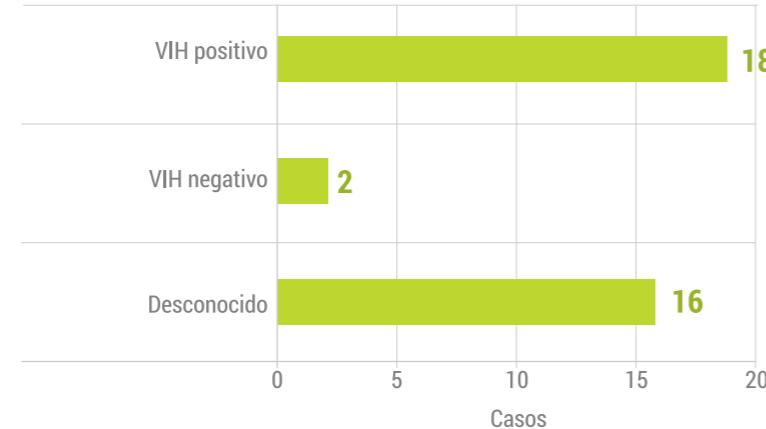
La presentación anorrectal fue más frecuente que la inguinai, con 27 de los 36 casos, 4 casos presentaron sintomatología inguinai y anorrectal simultáneamente (**Gráfico 5**). Se detectó la circulación de 3 genotipos: L1 (n=19), L2 (n=8) y L2b (n=9) (**Gráfico 6**). Es de destacar la elevada circulación del genotipo L1, que supera a los genotipos de mayor circulación en el mundo L2b y L2. **En concordancia con lo que sucede en otras regiones del mundo, el LGV en Argentina circula fundamentalmente en población HSH, VIH positivo.**

Gráfico 3. Distribución de los casos de LGV confirmados en el LNR-ITS según práctica sexual. Argentina, 2022.



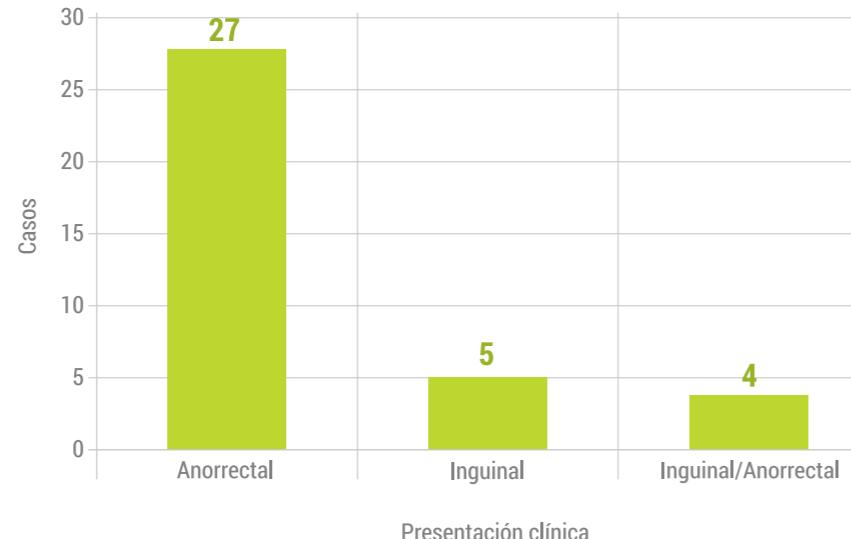
FUENTE: Servicio Enfermedades de Transmisión Sexual. INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán".

Gráfico 4. Estado serológico para VIH en los casos con LGV confirmados en el LNR-ITS, 2022.



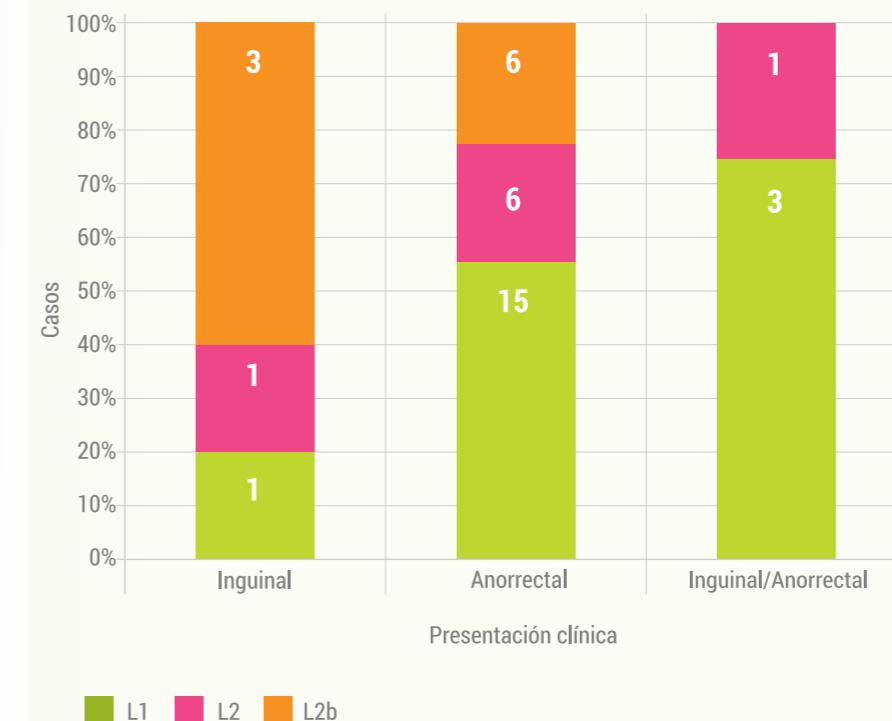
FUENTE: Servicio Enfermedades de Transmisión Sexual. INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán".

Gráfico 5. Distribución de las presentaciones clínicas de los casos de LGV confirmados en el LNR-ITS, 2022.



FUENTE: Servicio Enfermedades de Transmisión Sexual. INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán".

Gráfico 6. Distribución de genotipos de LGV y su asociación con la presentación clínica de casos confirmados en el LNR-ITS, 2022.



FUENTE: Servicio Enfermedades de Transmisión Sexual. INEI-ANLIS "Dr. Carlos G. Malbrán".

Bibliografía

- DE VRIES, Henry JC, et al. Call for consensus in Chlamydia trachomatis nomenclature: moving from biovars, serovars, and serotypes to genovariants and genotypes. *Clinical Microbiology and Infection*, 2022, vol. 28, no 6, p. 761-763.
- DE VRIES, Henry JC, et al. Lymphogranuloma Venereum. In Gupta S, Kumar B, eds. Sexually Transmitted Infections, 2nd edn. Elsevier, New Delhi, 2012: 506–521.
- CEOVIC, Romana; GULIN, Sandra Jerkovic. Lymphogranuloma venereum: diagnostic and treatment challenges. *Infection and drug resistance*, 2015, p. 39-47.
- EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL. Lymphogranuloma venereum. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2019. Stockholm: ECDC; 2022.
- BOUTIN, C. A., et al. Sexually transmitted infections: Lymphogranuloma venereum in Quebec: Re-emergence among men who have sex with men. *Canada Communicable Disease Report*, 2018, vol. 44, no 2, p. 55.
- KOTEVSKI, Damian P., et al. Epidemiology of lymphogranuloma venereum in New South Wales, 2006-2015. *Commun Dis Intell*, 2019, vol. 43, no 43, p. 10.33321.
- CDC. Lymphogranuloma Venereum (LGV). Division of STD Prevention, National Center for HIV, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention, Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/lgv.htm>. Consultado: 22/7/2021.
- DE VRIEZE, Nynke Hesselina Neeltje; DE VRIES, Henry John Christiaan. Lymphogranuloma venereum among men who have sex with men. An epidemiological and clinical review. *Expert review of anti-infective therapy*, 2014, vol. 12, no 6, p. 697-704.

3 Programa de Vigilancia de la Sensibilidad Antimicrobiana de Gonococo (PROVSAG)

Autores: Patricia Galarza^a, Ariel Gianecini^a, Claudia Oviedo^a y Red Nacional de Infecciones de Transmisión Sexual.

El Laboratorio Nacional de Referencia en ETS (LNR-ETS) del INEI-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán” perteneciente al Ministerio de Salud, conduce el Programa de Vigilancia de la Susceptibilidad Antimicrobiana de Gonococo (PROVSAG), en el marco de la conformación de la Red Nacional de ITS (**Figura 1**), con el objetivo de monitorear la prevalencia y tipos de gonococos con resistencia a los antimicrobianos (RAM), caracterizar mecanismos de resistencia o detectar resistencias emergentes en Argentina. Estos aislamientos son derivados rutinariamente al LNR-ETS para estudios de sensibilidad a siete antimicrobianos (penicilina, tetraciclina, ciprofloxacina, ceftriaxona, cefixima, azitromicina y espectinomicina), mediante la determinación de la concentración inhibitoria mínima (CIM)¹, método de referencia para la vigilancia aplicada a *N. gonorrhoeae* (Ng).

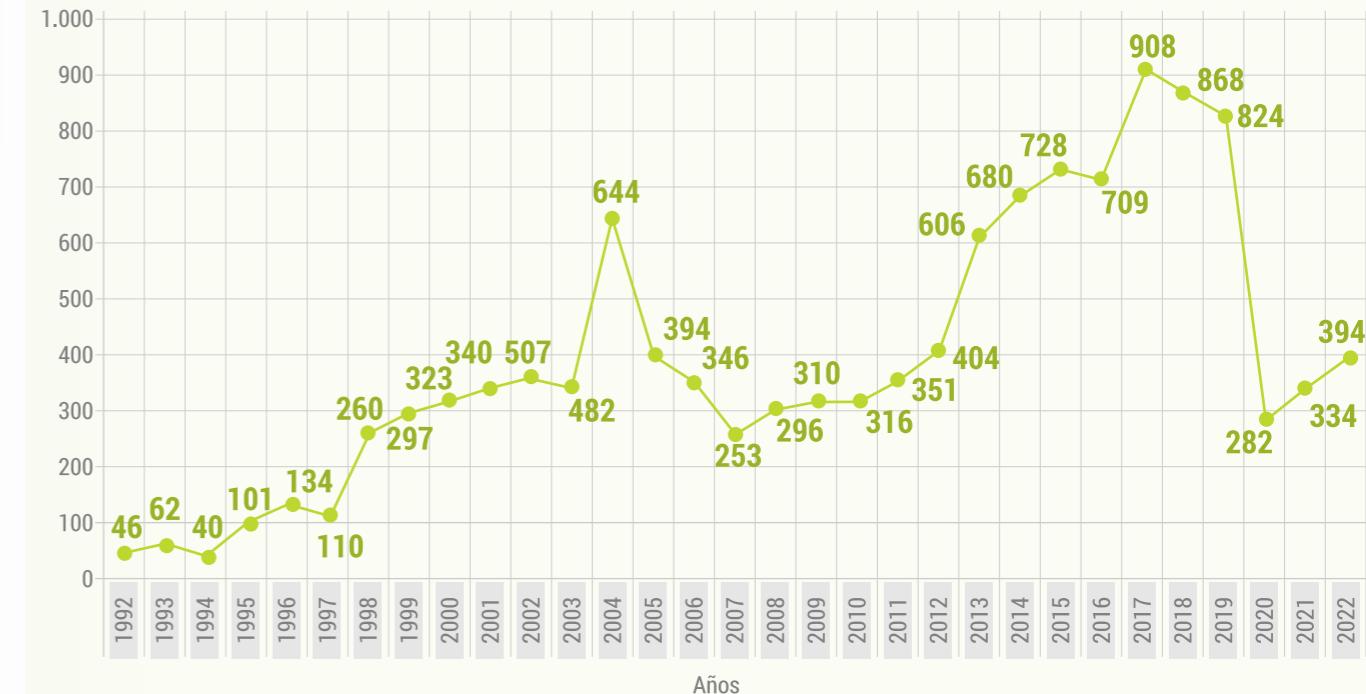
Desde 1992 a 2021 se han estudiado 12.349 aislamientos, contribuyendo a la evaluación de las conductas terapéuticas de la gonorrea en Argentina. Se observan dos descensos en la derivación de aislamientos, el primero en 2004, cuando se implementó el manejo sindrómico de la gonorrea en el país, y el segundo en 2020, debido al contexto de pandemia (**Gráfico 1**).

El PROVSAG tiene dos indicadores de calidad. El primer indicador es vigilancia óptima de la RAM, definido como estudiar $\geq 10\%$ de la tasa de vigilancia (Ng estudiadas/casos de secreciones purulentas en varones notificados al SNVS 2.0 x 100 [**Gráfico 2**]). El segundo, la recuperación de aislamientos derivados al LNR-ITS medido como $\geq 80\%$ de tasa de recuperación de aislamientos (Ng recuperadas/Ng enviadas x 100). En 2022 este último indicador fue 93,6%.

^a Servicio Enfermedades de Transmisión Sexual. INEI-ANLIS “Dr. Carlos G. Malbrán” y Red Nacional de Laboratorios de Infecciones de Transmisión Sexual (ets@anlis.gob.ar).

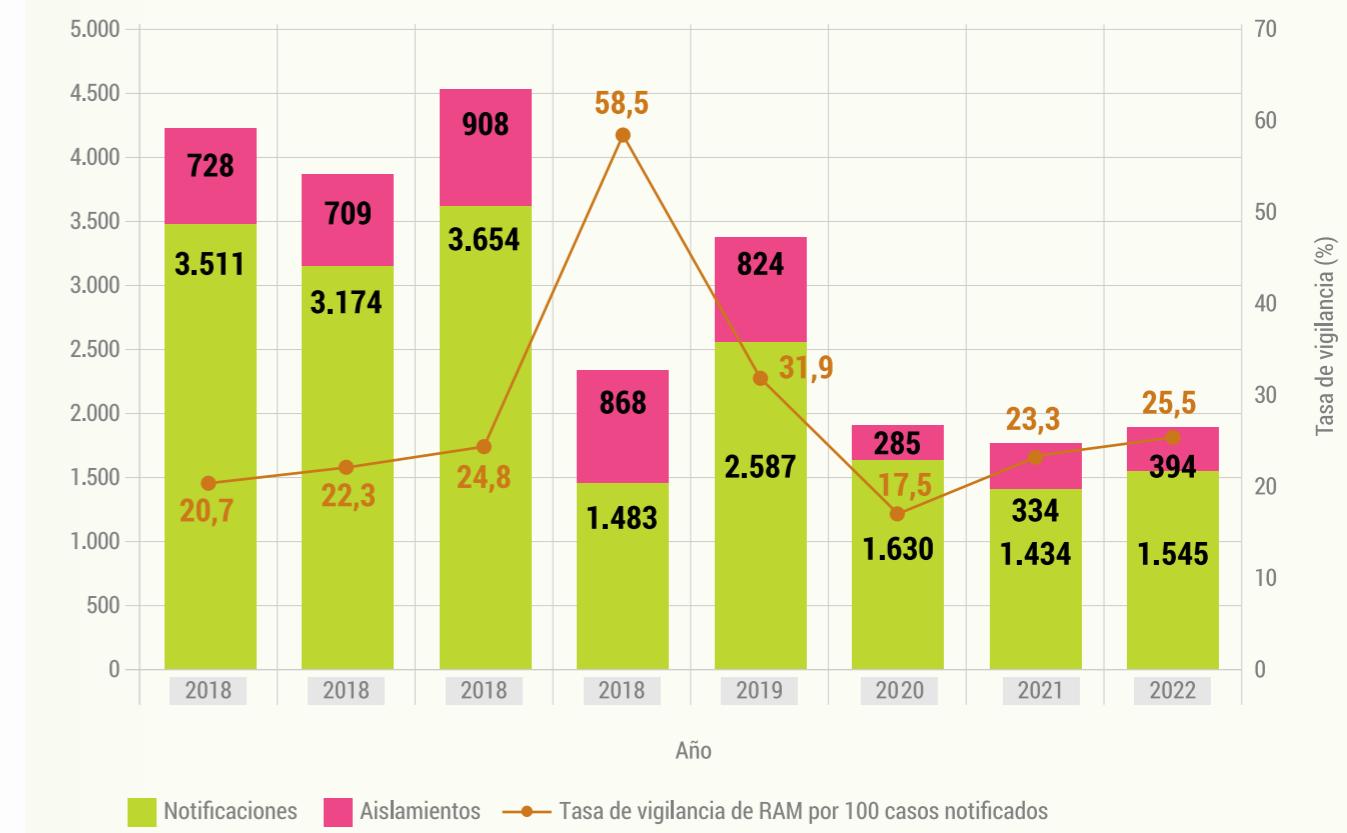
¹ CIM: indica la mínima concentración de antibiótico en µg/ml que inhibe el desarrollo bacteriano.

Gráfico 1. Evolución de los aislamientos de Ng derivados y recuperados. Argentina, 1992-2022.



FUENTE: Elaboración del Servicio de ETS/INEI-ANLIS Malbrán. N=12.349.

Gráfico 2. Evolución anual de la tasa de vigilancia de resistencia antimicrobiana (RAM), relación de aislamientos Ng estudiados y notificación de casos de secreciones purulentas en varones. Argentina, 2015-2022.



Históricamente, *Neisseria gonorrhoeae* ha demostrado su capacidad de desarrollar mecanismos de resistencia a los antimicrobianos utilizados como drogas de primera línea para su tratamiento, como fueron penicilina, tetraciclina, azitromicina y fluoroquinolonas. En la última década, se han detectado fallas de tratamientos a cefalosporinas de espectro extendido (cefixima [CFM] y ceftriaxona [CRO]), drogas consideradas de primera elección para el tratamiento en muchos países, incluida Argentina. El LNR-ETS realiza la vigilancia de los aislamientos con sensibilidad disminuida (cercana al punto de corte indicado por el Clinical Laboratory Standard Institute [CLSI] para categoría no-sensible) a cefalosporinas de tercera generación según criterios internacionales (CRO: CIM \geq 0,06 µg/ml y CFM: CIM \geq 0,125 µg/ml).

Azitromicina combinada con ceftriaxona es el tratamiento dual recomendado para la gonorrea no complicada en Argentina ([Recomendaciones para el tratamiento de la uretritis y cervicitis en el Primer Nivel de Atención](#)). Entre 2018 y 2022, el LNR-ETS detectó 13 aislamientos de Ng con alto nivel de resistencia a la azitromicina² (CIM \geq 256 µg/ml) a través del PROVSAG. La secuenciación de genoma completo ha mostrado una transmisión sostenida de estas cepas Ng en Argentina y además que estaban relacionadas a un clon epidémico de circulación internacional (NGMAST G12302). Estas cepas fueron detectadas en la provincia de Buenos Aires (n=2), Ciudad Autónoma de Buenos Aires (n=9) y Córdoba (n=2). Las 13 personas infectadas fueron hombres, 10 de los cuales fueron HSH (4 VIH positivos y 3 refirieron antecedente de gonorrea).

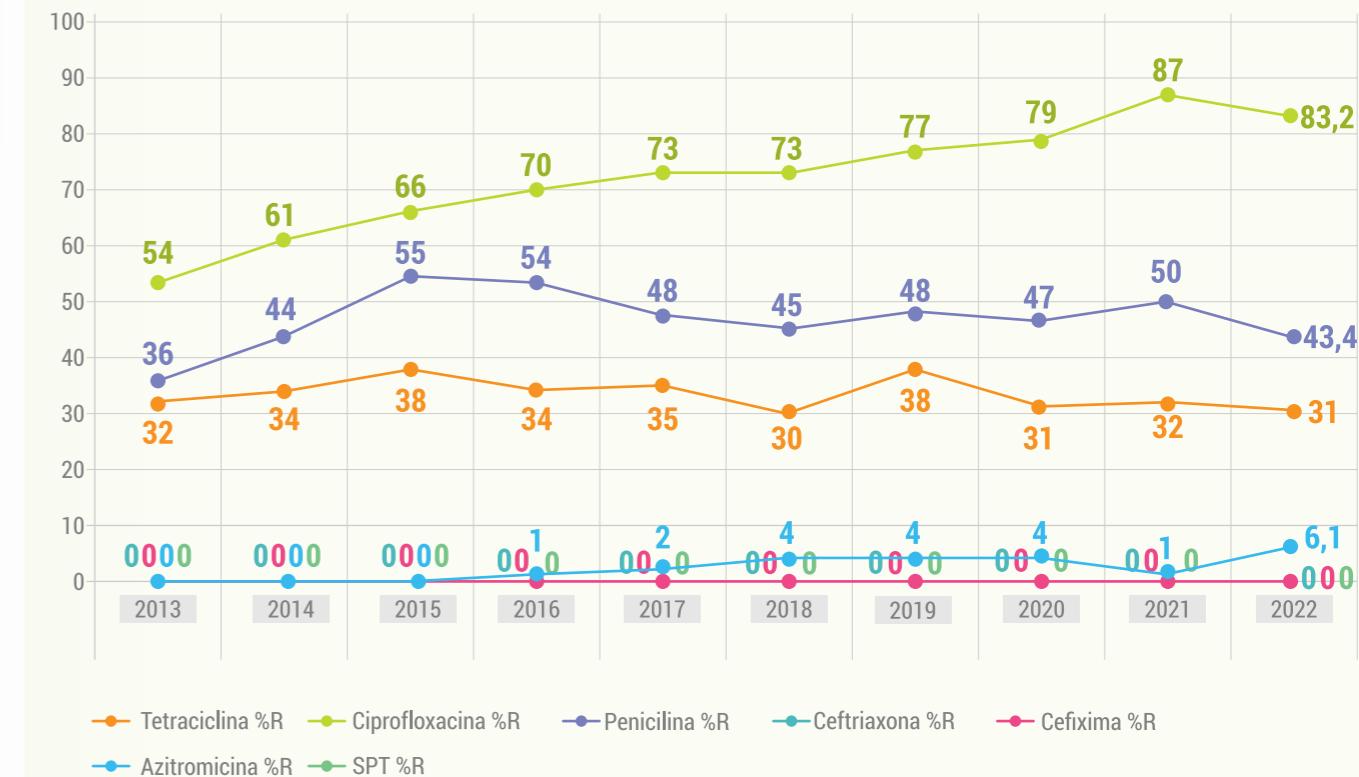
Durante 2022 se estudiaron 394 aislamientos de gonococo derivados por el PROVSAG. Los datos de RAM se observan en el **Gráfico 3**, donde se aprecia un leve descenso de la resistencia para penicilina, tetraciclina y ciprofloxacina. Las cefalosporinas de tercera generación siguen sin presentar resistencia, pero la azitromicina muestra un aumento significativo que alcanza el 6,1% (**Gráfico 3**). La **Tabla 1** brinda información ampliada respecto a la RAM, rangos de CIM por antibióticos, CIM 50 y CIM 90 (la concentración de antibiótico que inhibe el 50% y el 90%, respectivamente, del crecimiento bacteriano) y los puntos de corte propuestos por el CLSI para considerar a un aislamiento sensible o resistente.

Según la OMS, un antibiótico no debería ser usado para tratamiento empírico cuando su resistencia supera al 5%.

El significativo incremento de cepas con resistencia a la azitromicina de bajo nivel (CIM = 2 a 16 µg/ml) y de alto nivel podrían afectar la estrategia de tratamiento empírico actual. La realización de una vigilancia mejorada de la resistencia a los antimicrobianos a nivel local, incluyendo el estudio genómico, es necesaria para guiar las conductas de tratamiento y mejorar las políticas de salud pública para prevenir la diseminación de aislamientos resistentes. Para ello, es necesario promover el cultivo de las supuraciones gonocócicas a los efectos de disponer del aislamiento para su estudio, a pesar de comenzar con el tratamiento empírico sin esperar el resultado inmediato, como ocurre con todas las ITS.

² Gianecini et al. Sustained Transmission of *Neisseria gonorrhoeae* strains with high-level azithromycin resistance (MIC \geq 256µg/ml) in Argentina, 2018 to 2022. *Microbiology Spectrum*. (2023). 10.1128/spec-trum.00970-23.

Gráfico 3. Evolución anual global de la resistencia por antibiótico, 2013-2022.



FUENTE: Elaboración del Servicio de ETS/INEI-ANLIS Malbrán. N=6.336.

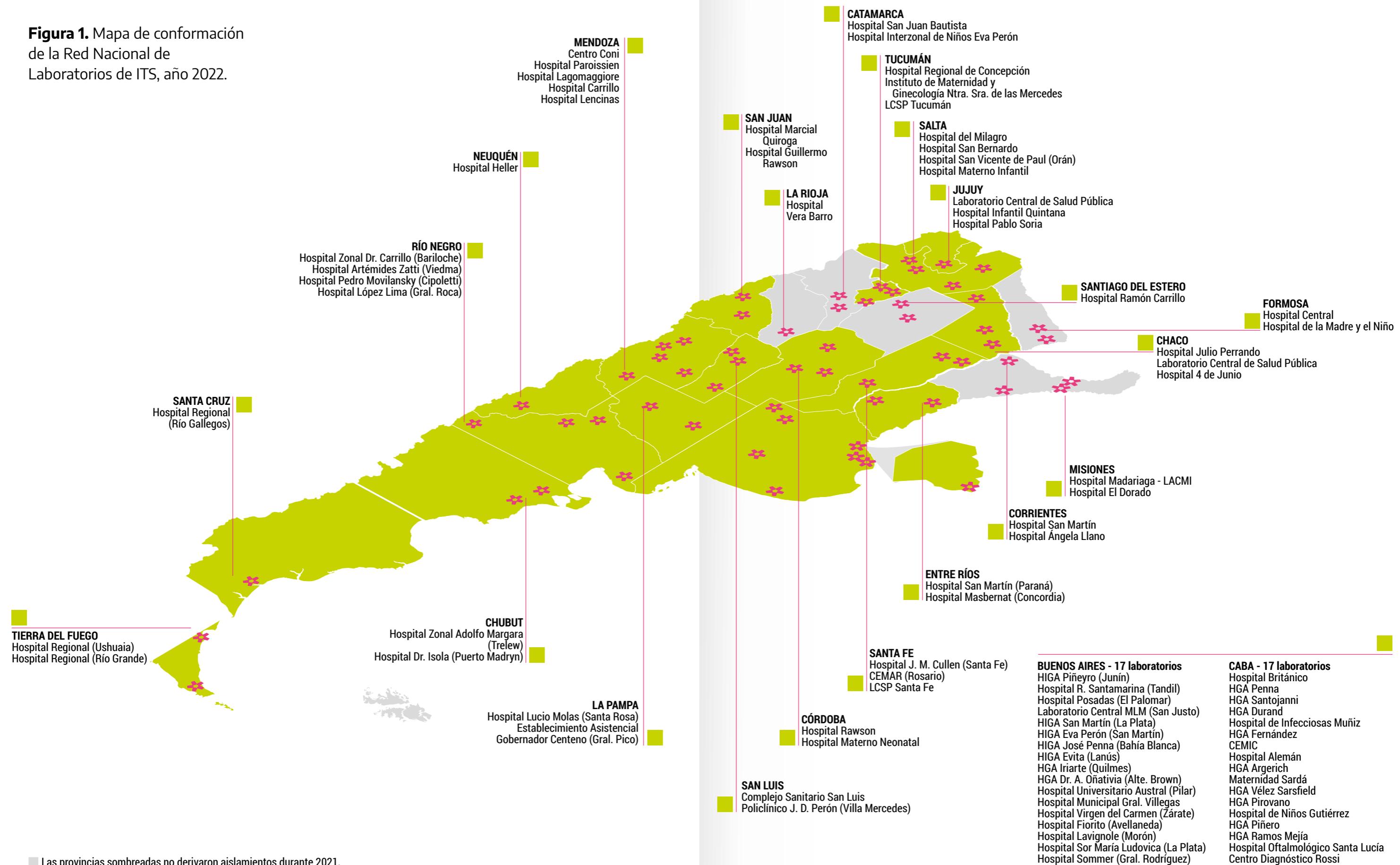
Tabla 1. Datos de sensibilidad a 7 antimicrobianos por método de dilución en agar según CLSI – año 2022

Antimicrobiano	Puntos de corte CLSI (µg/ml)	Número de Ng estudiadas	%R	%I	%S	CIM50	CIM90	Rango de CIM
Beta-lactamasa		394	42,1		57,9			
Penicilina G	S<=.064 R>=2	394	43,4	55,8	0,8	2	16	0,06 - 128
Ceftriaxona	S<=.25	394	0	0	100	.008	.016	0,002 - 0,125
Cefixima	S<=.25	394	0	0	100	.016	.064	0,002 - 0,25
Spectinomicina	S<=32 R>=128	394	0	0	100	32	32	8 - 32
Ciprofloxacina	S<=.064 R>=1	394	83,2	1,3	15,5	2	4	0,001 - 16
Aztreonam	S<=1 R>=2	394	6,1	0	93,9	.125	1	0,016 - 256
Tetraciclina	S<=.25 R>=2	394	31,0	63,5	5,6	1	32	0,125 - 32

Abreviaturas: S, sensible; R, resistente; I, intermedio; CIM, concentración inhibitoria mínima

FUENTE: CLSI, Instituto de Estándares Clínicos y de Laboratorio, por sus siglas en inglés.

Figura 1. Mapa de conformación de la Red Nacional de Laboratorios de ITS, año 2022.

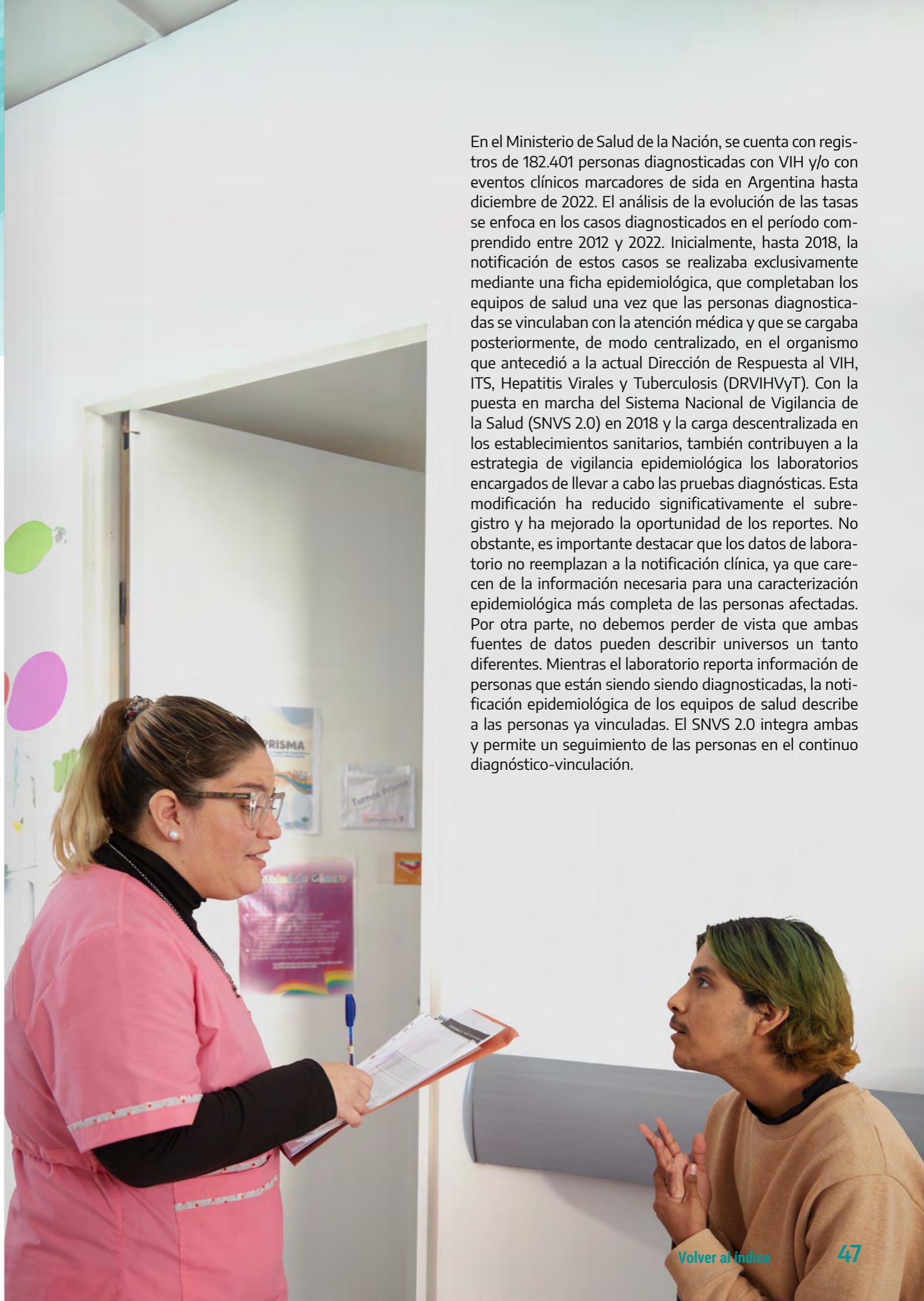


Situación de los nuevos diagnósticos de VIH

Autores: Ariel Adaszko*, Sebastián Aquila*, Johanna Blanco*, Vanesa Kaynar*, Valeria Levite*, Mercedes Musso*, Marysol Orlando*.

* Área de Información estratégica de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis.

En el Ministerio de Salud de la Nación, se cuenta con registros de 182.401 personas diagnosticadas con VIH y/o con eventos clínicos marcadores de sida en Argentina hasta diciembre de 2022. El análisis de la evolución de las tasas se enfoca en los casos diagnosticados en el período comprendido entre 2012 y 2022. Inicialmente, hasta 2018, la notificación de estos casos se realizaba exclusivamente mediante una ficha epidemiológica, que completaban los equipos de salud una vez que las personas diagnosticadas se vinculaban con la atención médica y que se cargaba posteriormente, de modo centralizado, en el organismo que antecedió a la actual Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis (DRVIVyT). Con la puesta en marcha del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) en 2018 y la carga descentralizada en los establecimientos sanitarios, también contribuyen a la estrategia de vigilancia epidemiológica los laboratorios encargados de llevar a cabo las pruebas diagnósticas. Esta modificación ha reducido significativamente el sobre-gasto y ha mejorado la oportunidad de los reportes. No obstante, es importante destacar que los datos de laboratorio no reemplazan a la notificación clínica, ya que carecen de la información necesaria para una caracterización epidemiológica más completa de las personas afectadas. Por otra parte, no debemos perder de vista que ambas fuentes de datos pueden describir universos un tanto diferentes. Mientras el laboratorio reporta información de personas que están siendo diagnosticadas, la notificación epidemiológica de los equipos de salud describe a las personas ya vinculadas. El SNVS 2.0 integra ambas y permite un seguimiento de las personas en el continuo diagnóstico-vinculación.



Análisis de la tasa de VIH

La tasa de VIH se calcula como la proporción de nuevos diagnósticos en un período y lugar específico en relación con la población de ese lugar, expresada cada cien mil habitantes. Las tasas específicas se calculan por sexo asignado al nacer, no por género autopercibido, ya que para hacerlo de ese modo necesitaríamos conocer cuántas personas trans viven en la Argentina, dato del que por ahora no disponemos. Debe tenerse presente que la tasa de VIH mide la cantidad de diagnósticos, no la incidencia de infecciones, por lo que un aumento puede explicarse por un mejor acceso a las pruebas, un mejor reporte de los casos o, indirectamente, por un aumento de las infecciones.

En este boletín, se ha optado por actualizar exclusivamente la información correspondiente a los últimos cinco años para el cálculo de las tasas. Esta elección no modifica la tendencia del indicador. En este sentido, las tasas de los últimos cuatro años (2019-2022) serán actualizadas en el futuro, no así la de 2017 que permanecerá con el valor actual, aunque puedan producirse algunos reportes retrospectivos. Los denominadores poblacionales para el cálculo de las tasas surgen de las proyecciones interanuales del Instituto Nacional de Estadística y Censos¹, dado que a la fecha de edición no está disponible la información producida en el Censo Nacional 2022.

La caída que se observa en todas las tasas en 2020 y en parte en 2021 se debe a la afectación en el acceso a las pruebas diagnósticas y en el registro de la información motivada por la emergencia del COVID-19, situación que comenzó a revertirse en 2021 y ya casi no pesa en la calidad de los datos en 2022.

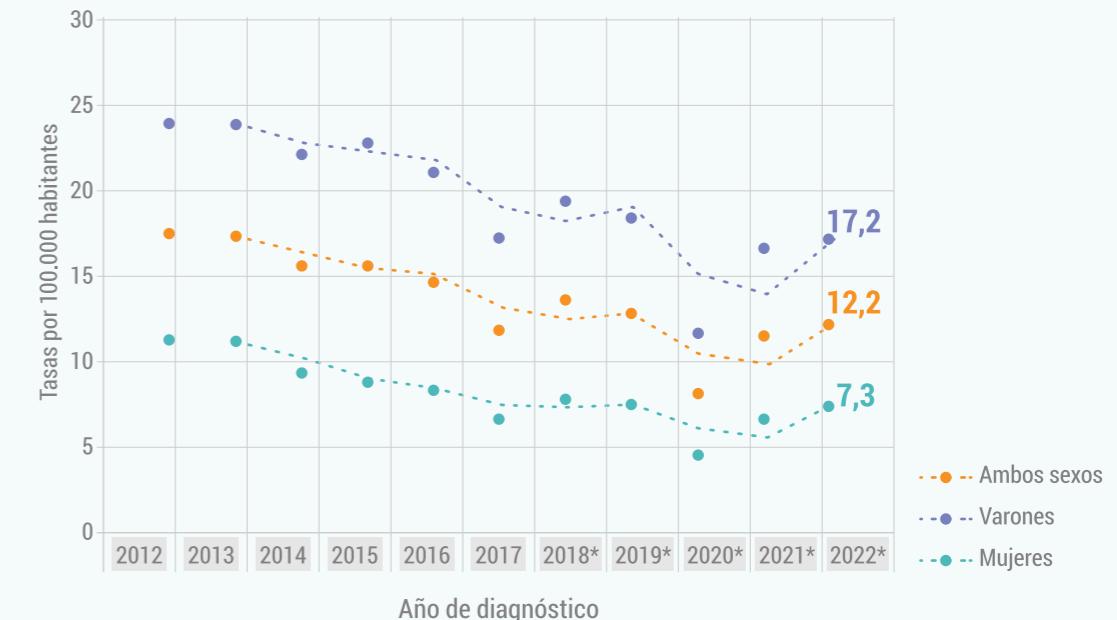
En el último quinquenio, se reportaron en promedio 5.300 diagnósticos de VIH por año, de los cuales 3.700 correspondieron a varones y 1.600 a mujeres. La tasa de diagnósticos por cien mil habitantes fue de 12,2 en 2022, valor que se ha mantenido relativamente estable en los últimos años con pocas oscilaciones. En ese mismo año, la tasa de diagnósticos en varones fue de 17,2, mientras que en mujeres fue de 7,3, como se muestra en el **Gráfico 1**. En 2022, se alcanzaron valores cercanos a los niveles prepandémicos, especialmente entre las mujeres.

El **Gráfico 2** presenta el comportamiento de las tasas específicas según el sexo asignado al nacer y el grupo de edad al momento del diagnóstico. Se observa que las tasas se mantienen relativamente estables en la mayoría de las categorías de edad de los varones, aunque aún no han vuelto a los niveles anteriores a la pandemia, a excepción del grupo de 55 a 64 años, en el que se registra un notable aumento. En el caso de las mujeres, se presenta una situación similar, aunque en tres grupos de edad no solo se ha recuperado el valor previo a la pandemia, sino que también se aprecia un incremento: 35 a 44 años, 45 a 54 y 55 a 64. Únicamente en el grupo de mujeres de 15 a 19 años se muestra una ligera disminución en la tasa.

En 2022, la tasa de diagnóstico más alta entre los varones se registró en el grupo de 25 a 34 años, que alcanzó los 42,0 por cien mil habitantes, seguida por los grupos de 20 a 24 y 35 a 44 años. Entre las mujeres, las tasas más elevadas se observaron en los grupos de 25 a 34 y 35 a 44 años, con cifras de 14,4 y 14,8 respectivamente. Ese mismo año, la tasa entre los varones de 25 a 34 años casi triplicaba la de las mujeres de esa franja etaria (42,0 frente a 14,4), al igual que en el grupo de 20 a 24 años (30,3 frente a 11,3).

¹ Instituto Nacional de Estadística y Censos (2013): Estimaciones y proyecciones de población 2010-2040, total del país, Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC.

Gráfico 1. Evolución de la tasa de VIH por 100.000 habitantes según sexo asignado al nacer por año de diagnóstico. Argentina, 2012-2022.

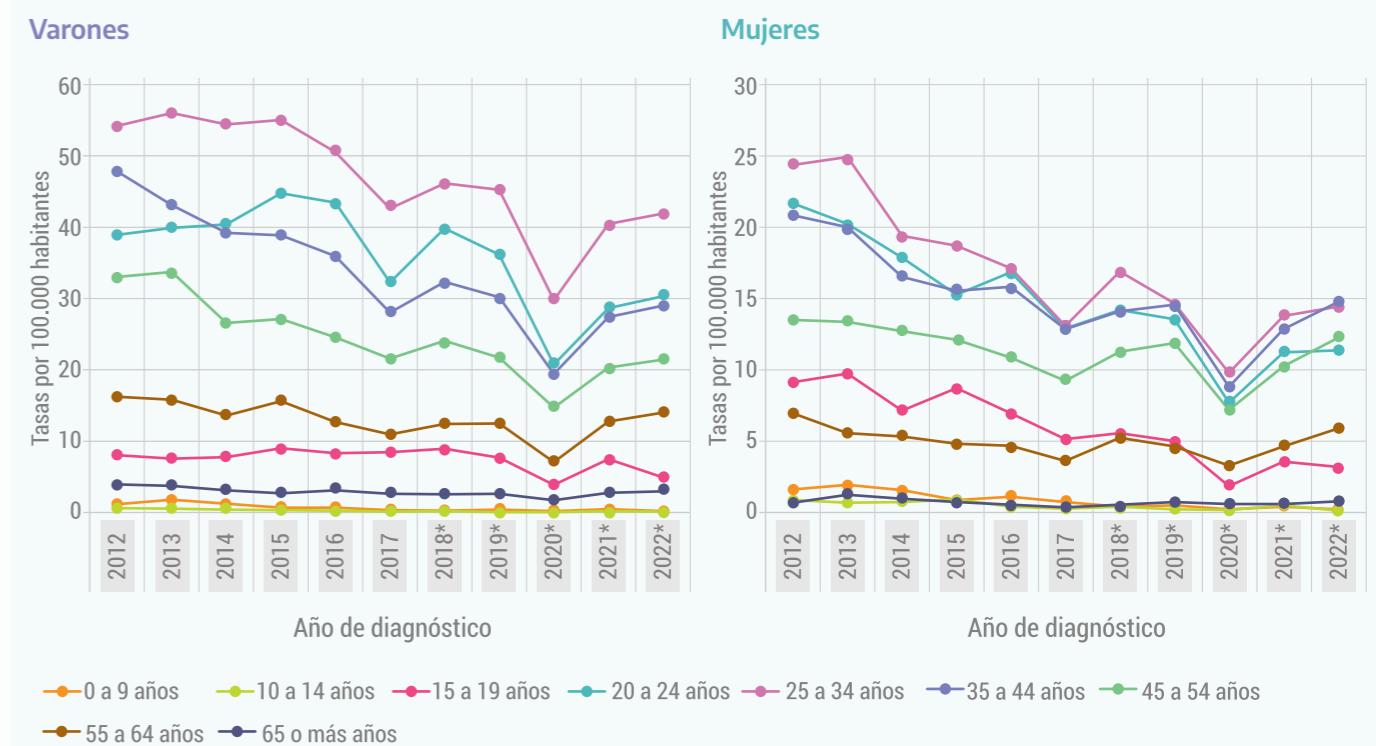


* Años con posibilidad de ajuste en futuros boletines.

Nota: Los puntos representan los valores de las tasas y las líneas punteadas, las tendencias.

FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=66.063.

Gráfico 2. Evolución de las tasas específicas de VIH por 100.000 habitantes según grupo de edad y sexo asignado al nacer por año de diagnóstico. Argentina, 2012-2022.



* Años con posibilidad de ajuste en futuros boletines.

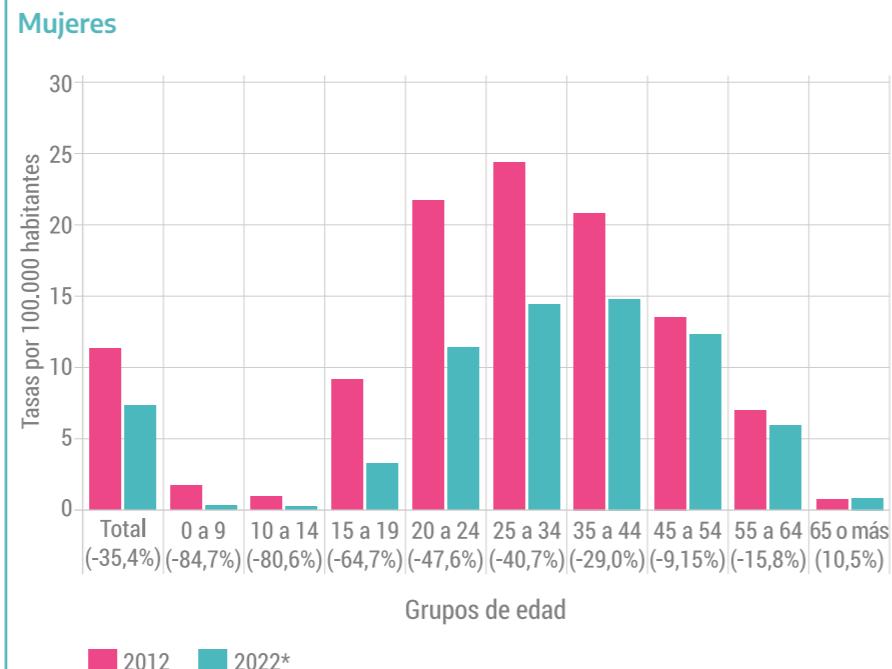
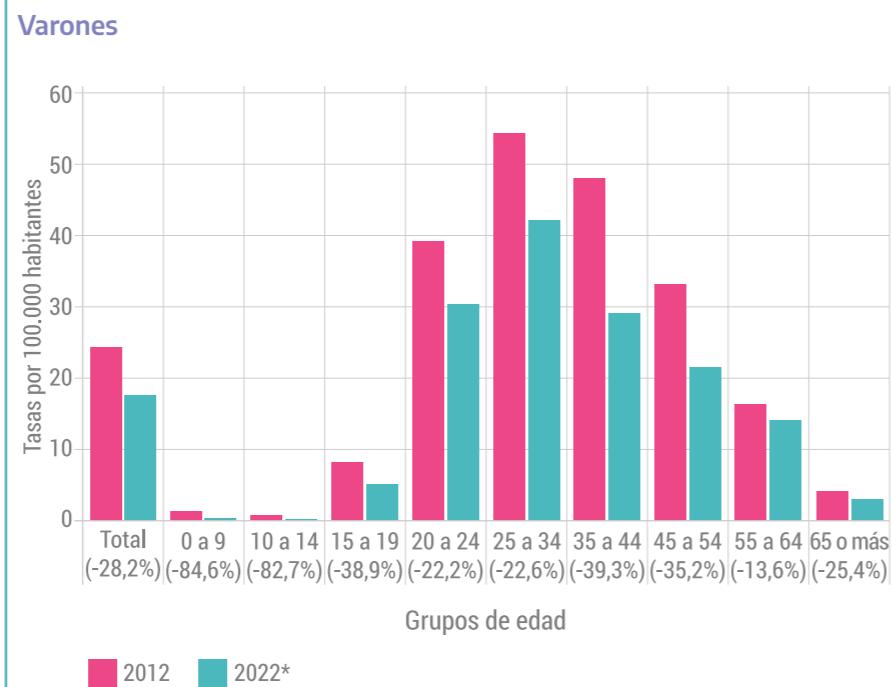
FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=66.063.

El **Gráfico 3** compara las tasas específicas por sexo asignado al nacer y edad al diagnóstico entre 2012 y 2022. Todos los valores son menores al final de la década. Si excluimos a niños y niñas de hasta 14 años (cuyas tasas son muy pequeñas y adquirieron el virus por transmisión vertical), se observa una reducción del 39% en la tasa de los varones de 15 a 19 años y de 35 a 44 años, así como una disminución del 35,2% en el grupo de 45 a 54 años. En el caso de las mujeres, se registra una disminución del 64,7% en el grupo de 15 a 19 años, del 47,6% en el grupo de 20 a 24 años y del 40,7% en el grupo de 25 a 34 años.

En el **Gráfico 4** se muestra la evolución de las tasas de VIH por cien mil habitantes según la región de residencia¹ de las personas al momento del diagnóstico. El noroeste argentino (NOA), Cuyo, la región Centro y el noreste argentino (NEA) han alcanzado o superado los valores previos a la pandemia de COVID-19, en tanto que el área metropolitana de Buenos Aires (AMBA) y en especial la región de la Patagonia aún se encuentran por debajo de esos valores.

En 2022, las tasas más elevadas continúan siendo las observadas en el NOA, con un valor de 20,3 por cien mil habitantes, y en Cuyo, 18,0 por cien mil habitantes. En contraste, las tasas más bajas se registraron en el AMBA, la región Centro y el NEA (con valores de 9,7; 9,6 y 9,1 por cien mil habitantes, respectivamente).

Gráfico 3. Comparación de las tasas de VIH específicas por grupo de edad y sexo asignado al nacer. Argentina, 2012 y 2022.



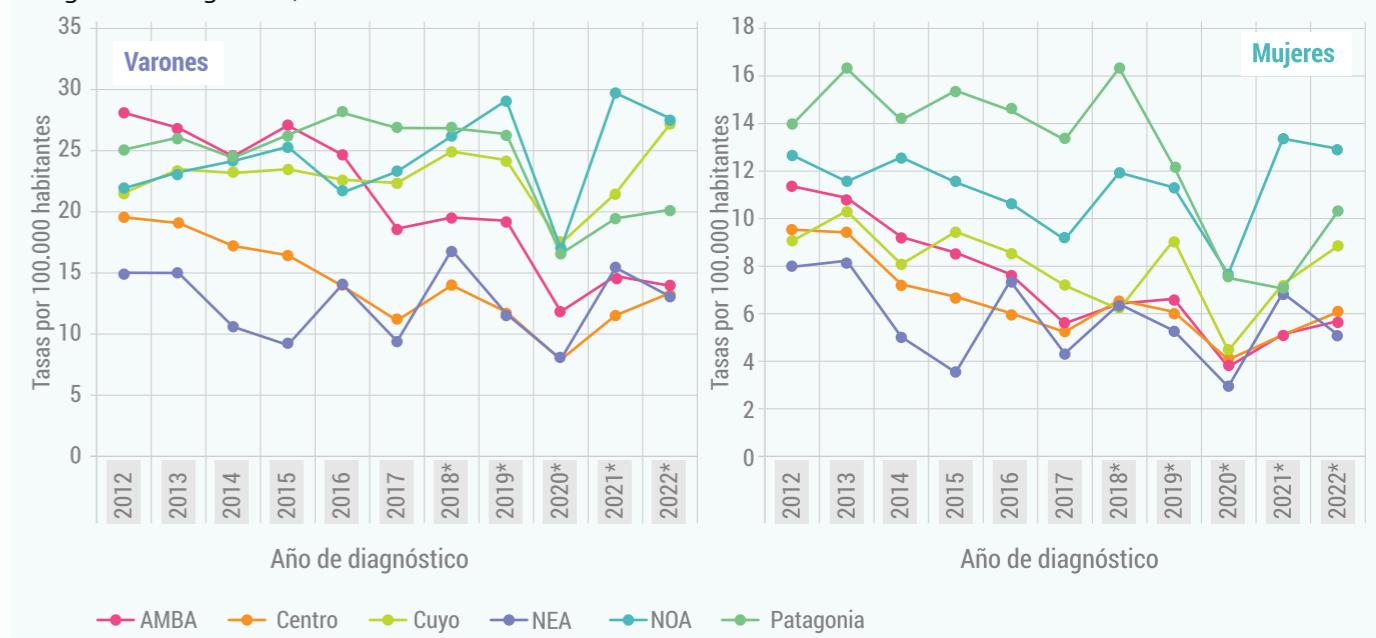
* Año con posibilidad de ajuste en futuros boletines.

FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=25.854.

El **Gráfico 5** ilustra que las tasas de VIH varían entre los varones de una región a otra, oscilando entre 13,1 y 27,7 casos por cien mil habitantes. Al contrario, las tasas de las mujeres muestran una mayor uniformidad y se mantienen en el rango de 5,2 a 13,0 casos cada cien mil habitantes. Entre los varones, las tasas de VIH en el AMBA, la región Centro y el NEA se sitúan en torno a 13 por cien mil habitantes, mientras que en Cuyo y el NOA se ubican alrededor de 27 por cien mil habitantes.

A su vez, al comparar las tasas de VIH de varones en 2012 y 2022, se evidencia una importante disminución en la región del AMBA (del 50%, de 28,1 a 14,0), un descenso del 32% en la región Centro y una reducción de 20% y 13% en la Patagonia y el NEA. En contraste, la tasa de VIH entre los varones aumentó en un 26% en las regiones del NOA y Cuyo. En el caso de las mujeres, la tasa de VIH también disminuyó un 50% en el AMBA desde 2012, aproximadamente un 36% en el NEA y la región Centro y un 26% en la Patagonia. Únicamente en el NOA y en Cuyo, las tasas se mantuvieron en valores similares a los de hace una década.

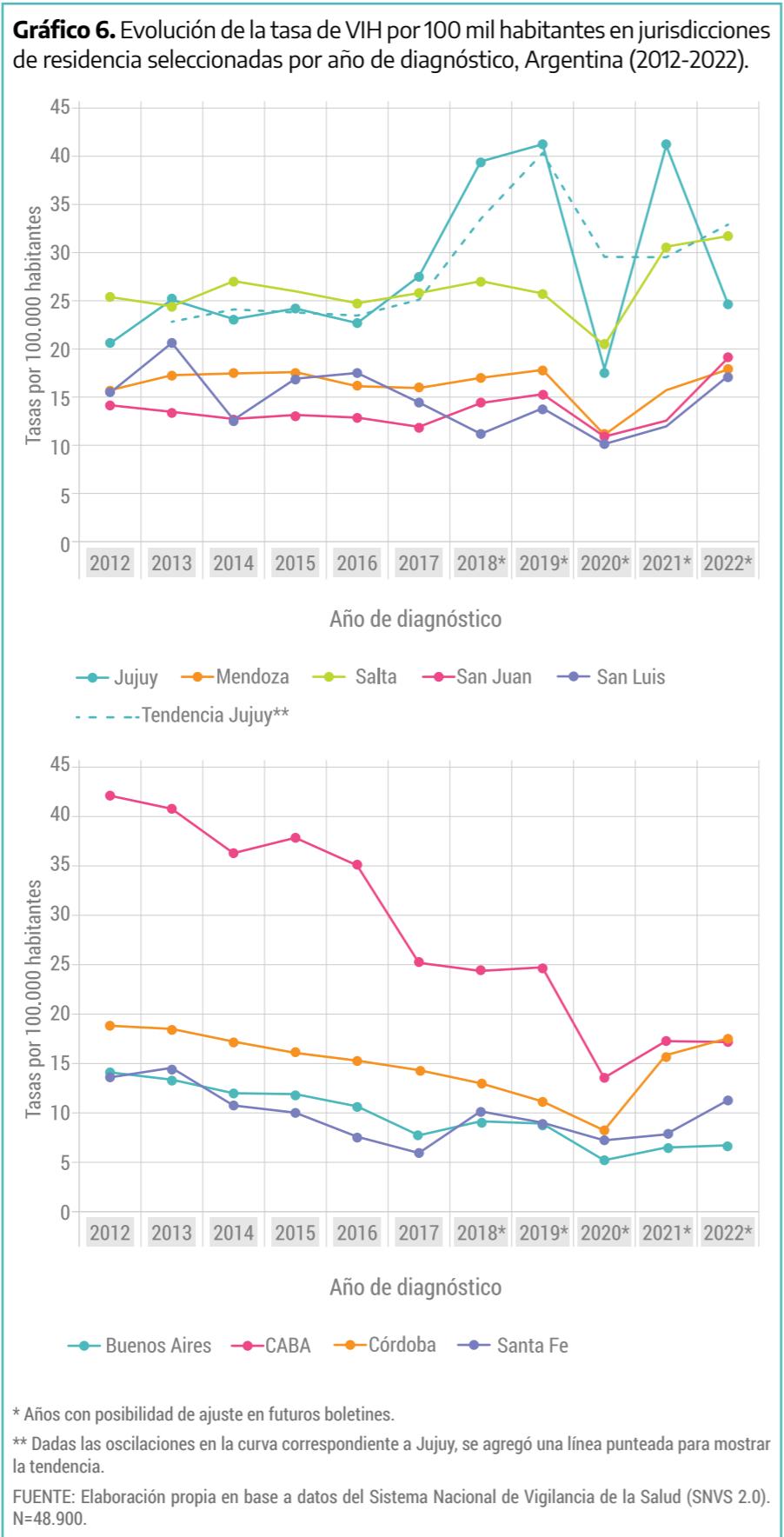
Gráfico 5. Evolución de las tasas específicas de VIH por sexo asignado al nacer y región de residencia por año de diagnóstico. Argentina, 2012-2022.



* Años con posibilidad de ajuste en futuros boletines.

FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=66.063.

A nivel provincial, según los datos presentados en la **Tabla 1** en el **Anexo²**, se observa una importante variabilidad en el comportamiento de las tasas por jurisdicción de residencia. En términos generales, se destaca una tendencia al aumento en todas las provincias de la región Cuyo, todas ellas con tasas iguales o superiores a los niveles prepandémicos. En el NOA, Tucumán y Santiago del Estero mantienen tasas estables, mientras que Catamarca, La Rioja y Salta registran un incremento. En el AMBA, la tasa de VIH en la CABA disminuyó de 42,1 en 2012 a 17,2 en 2022, mientras que en la provincia de Buenos Aires pasó de 14,1 a 6,7 en el mismo período. En la región Centro, la tasa en la provincia de Córdoba experimentó una disminución constante durante la última década, aunque en los últimos dos años ha mostrado una recuperación que la acerca a los valores de 2012. Similmente, la tasa de VIH en Santa Fe también mostró una disminución, pero comenzó a recuperarse a partir de 2018, en parte debido a una mejora en la notificación de casos (**Gráfico 6**).

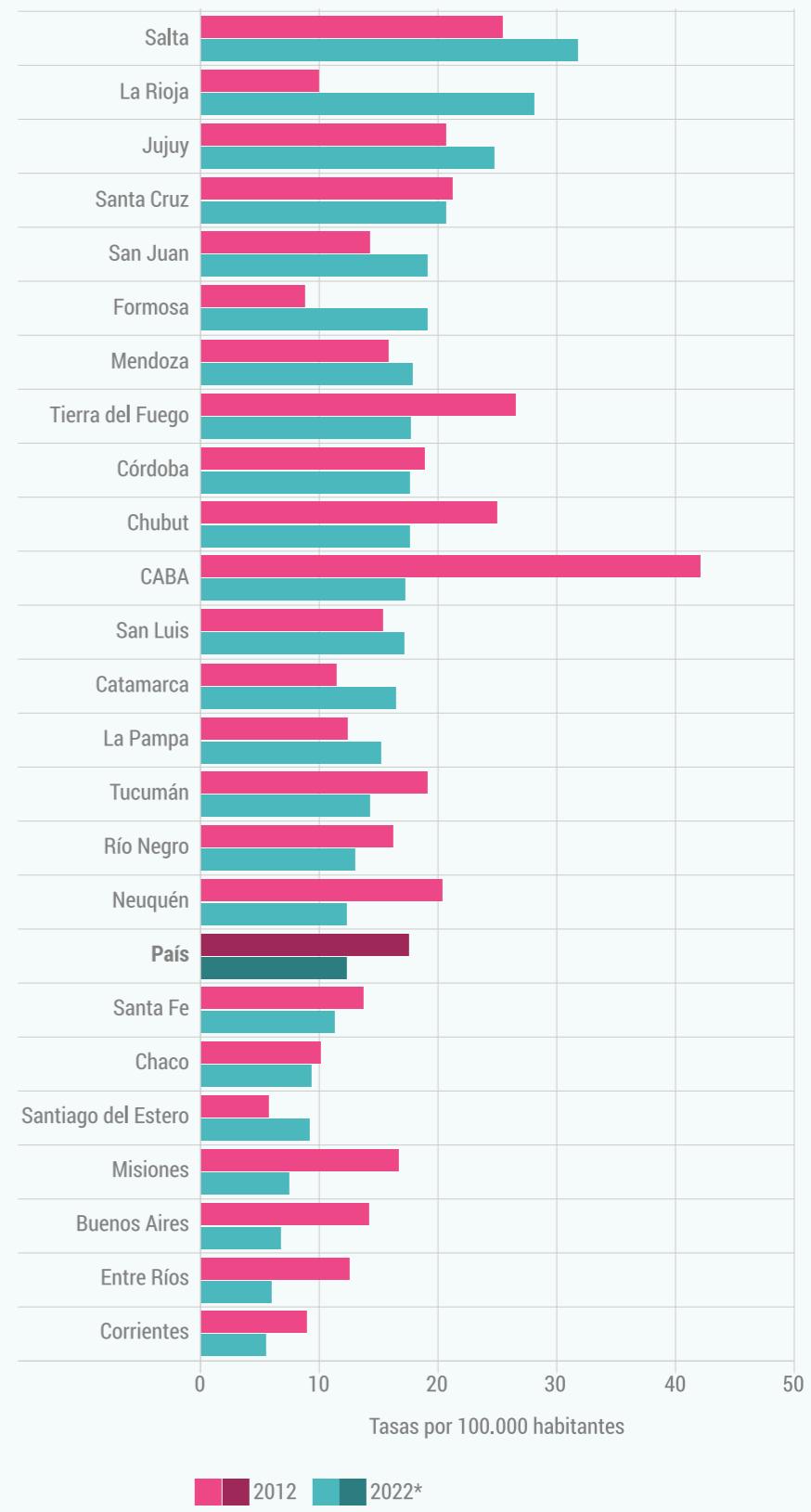


² A partir de la página 66.

Entre los varones, la provincia de Salta registra la tasa más elevada del país, con 43,6 casos por cien mil habitantes, seguida por Jujuy con 35,2 y La Rioja con 34,3. A continuación, en el rango de 24 a 28 casos por cien mil habitantes, se encuentran Mendoza, CABA, San Juan, Tierra del Fuego, Formosa, Córdoba, Santa Cruz y Chubut. En cuanto a las mujeres, Salta y La Rioja presentan las tasas más altas, con 19,9 y 21,7 casos por cien mil habitantes, respectivamente.

El **Gráfico 7** ofrece una comparación entre las tasas de 2012 y 2022 por jurisdicción. Se observa que, en varias provincias, durante el transcurso de una década, la tasa se redujo a la mitad, especialmente en el AMBA y el NEA. Sin embargo, en la mayoría de las provincias del NOA y Cuyo, la tasa aumentó.

Gráfico 7. Comparación de las tasas de VIH por 100.000 habitantes por jurisdicción de residencia. Argentina, 2012 y 2022.



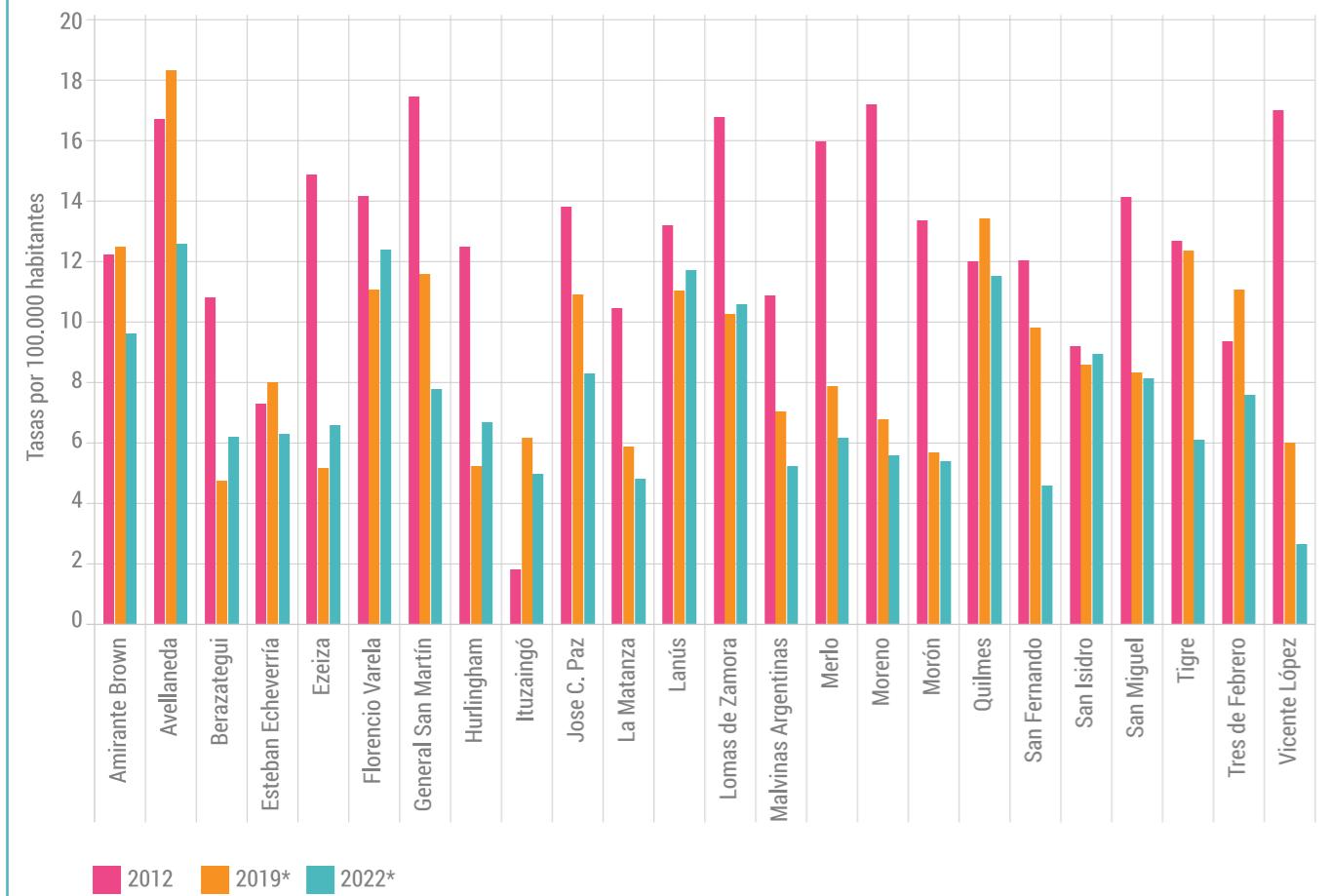
* Año con posibilidad de ajuste en futuros boletines.

FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=25.872.

Las tasas de VIH en la provincia de Buenos Aires pueden verse afectadas por el subregistro. El **Gráfico 8** presenta la situación en los partidos del Gran Buenos Aires hace una década y en 2022, incluyendo una columna adicional para mostrar la situación prepandémica. A excepción del partido de Ituzaingó, todas las tasas de 2022 fueron inferiores a las de 2012. En algunos casos, se observan importantes disminuciones, como en los partidos de Vicente López, Moreno, Morón, Merlo y La Matanza. Por otro lado, siete partidos superaron sus valores prepandémicos: Berazategui, Ezeiza, Florencio Varela, Hurlingham, Lanús, Lomas de Zamora y San Isidro.

En las **Tablas 4 y 5 del Anexo**, se detalla la evolución de las tasas en las regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires y en los 24 partidos del Gran Buenos Aires.

Gráfico 8. Comparación de las tasas de VIH por 100.000 habitantes según jurisdicción de residencia. Partidos del Gran Buenos Aires, 2012/2019/2022.



* Años con posibilidad de ajuste en futuros boletines.

FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=3.153.

Caracterización de las personas con nuevo diagnóstico de VIH

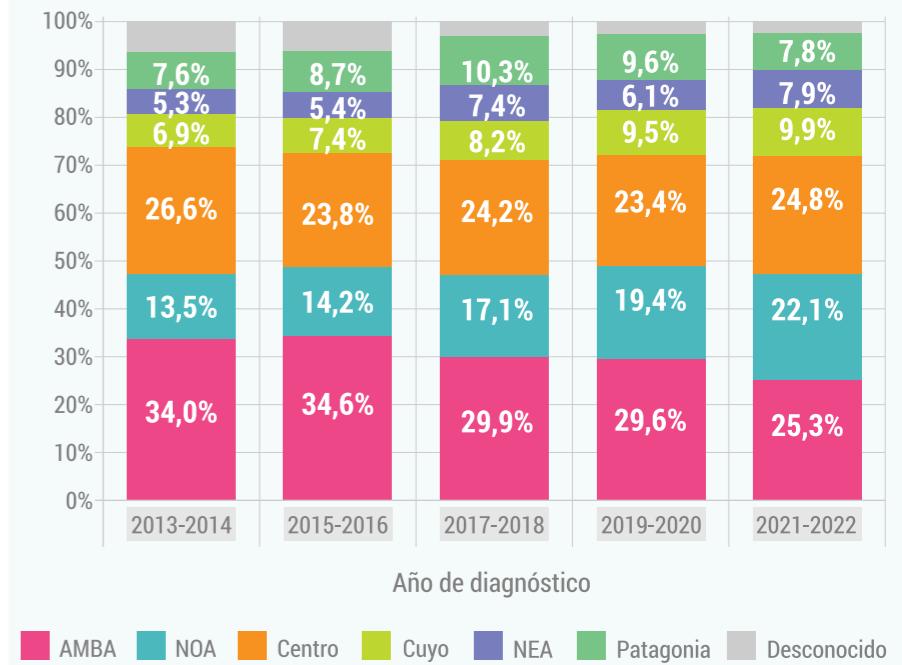
En esta sección, se describirán las 60.174 personas diagnosticadas entre 2013 y 2022 utilizando algunas de las variables recopiladas por el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) 2.0. A diferencia del apartado anterior, en esta sección se ha actualizado toda la serie de datos.

Más de un cuarto de los diagnósticos del bienio 2021-2022 correspondieron a residentes del AMBA, lo que representa una disminución de casi 10 puntos porcentuales en comparación con la década anterior. Por otro lado, en el NOA, en el mismo período, el porcentaje de casos reportados aumentó del 13,5% al 22,1%, mientras que en las demás regiones las variaciones fueron menos significativas (**Gráfico 9**).

Casi todas las jurisdicciones modificaron la proporción de personas que residían en ellas al momento del diagnóstico de VIH en la última década, con oscilaciones entre menos de 1 a 2 puntos porcentuales. Las excepciones fueron CABA, que pasó de representar el 16,8% de los casos a contribuir solamente con el 9,7%, y la provincia de Buenos Aires, que descendió del 29,7% al 21,5%. Por otro lado, en sentido contrario, Jujuy incrementó su porcentaje del 2,4% al 4,7%, mientras que Salta lo hizo del 4,8% al 8,3% de los casos.

En la provincia de Buenos Aires, la proporción de personas allí residentes al momento del diagnóstico aumentó en las regiones sanitarias V, VI y VII, mientras que disminuyó en las regiones VIII, XI y XII (**Gráfico 10**).

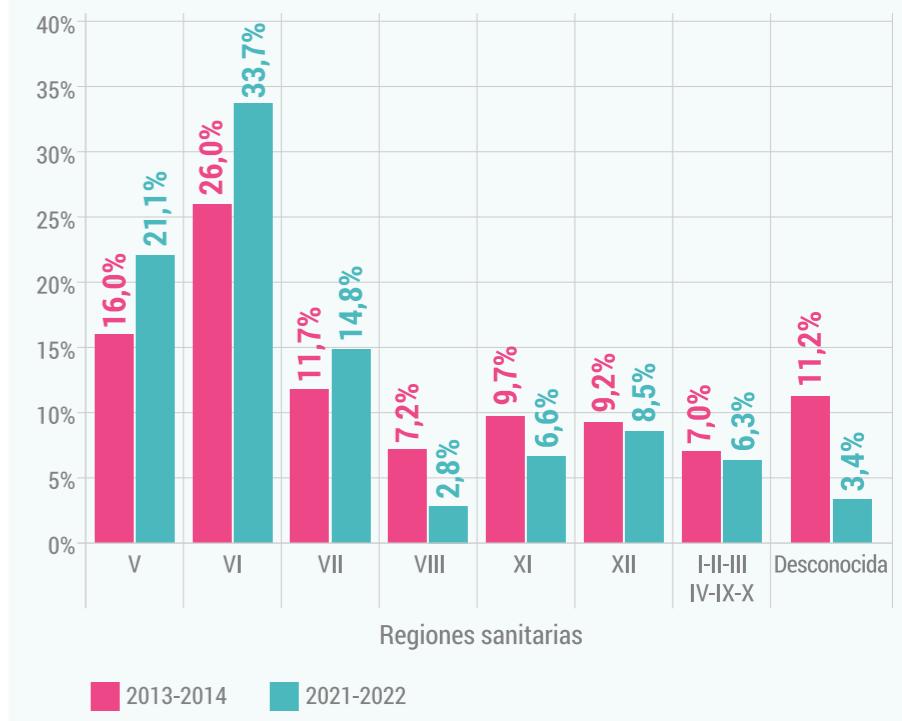
Gráfico 9. Evolución bienal de la distribución de las personas con VIH según región de residencia al momento del diagnóstico. Argentina, 2013-2022*.



* Años con posibilidad de ajuste en futuros boletines.

FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=60.174.

Gráfico 10. Evolución de la distribución de diagnósticos de VIH según región sanitaria de residencia. Provincia de Buenos Aires, 2013-2014 y 2021-2022*.



* Años con posibilidad de ajuste en futuros boletines.

FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=6.616.

Género

En 2022, el 68,4% (3.851) de las personas diagnosticadas con VIH fueron varones cis, el 30,4% (1.712) fueron mujeres cis y el 1,1% correspondió a personas trans; en el resto de los casos (7) no se conoce el género. De las personas trans, 55 eran mujeres y 4, varones (**Gráfico 11**).

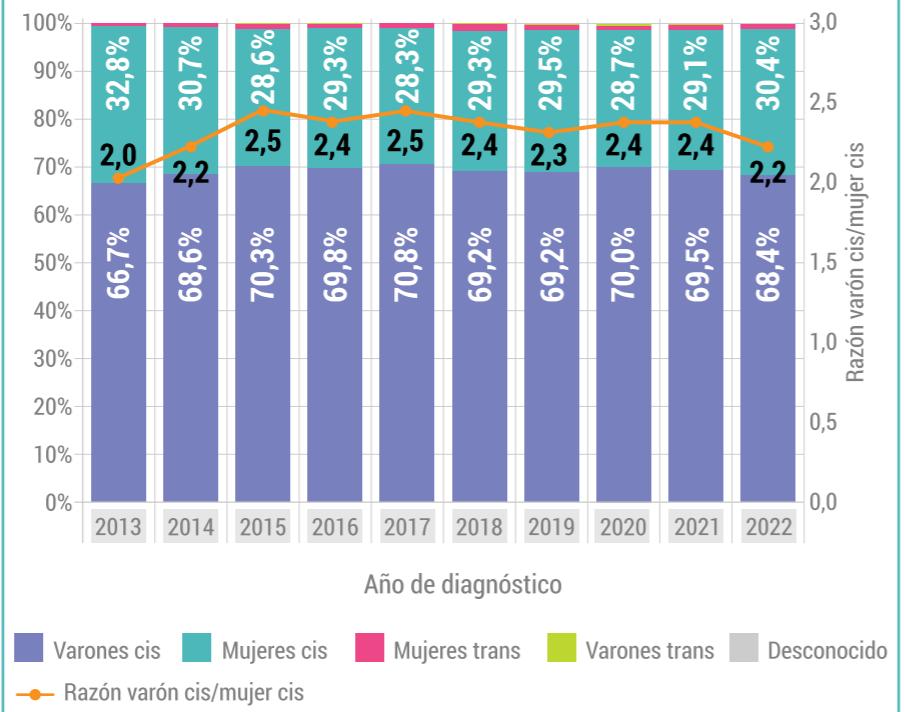
Con esta distribución, la relación entre varones cis y mujeres cis en el bienio 2021-2022 fue de 2,3, una disminución respecto del 2,4 registrado entre 2015 y 2020. Durante el último bienio, la relación más baja se observa en el grupo de 45 a 54 años (1,8 diagnósticos en varones cis por cada mujer cis), seguido del grupo de 15 a 19 años (1,9), mientras que el valor más alto se ubica en el grupo de 25 a 34 años (2,9). La única franja etaria con una relación inferior a uno es la de 10 a 14 años, que entre 2021 y 2022 reúne 12 casos de mujeres cis y 6 en varones cis.

Observando los datos de los últimos ocho años (**Gráfico 12**), se nota un incremento en la relación entre adolescentes de 15 a 19 años, que pasó de 1,6 a 1,9. Por otro lado, se registra una disminución en personas de 35 años o más.

Con respecto a las regiones de residencia, en el período 2021-2022 la relación más alta se observó en Cuyo (2,9), mientras que la más baja se encontró en las regiones Centro y NOA (2,1). En el último bienio, la relación disminuyó en el AMBA, Cuyo, NEA y NOA y aumentó en las regiones Centro y Patagonia (véase la tabla en el **Anexo** para más detalles).

A nivel jurisdiccional, la relación más alta en el período 2021-2022 se observó en CABA, con un valor de 3,7; seguida por Mendoza, con 3,6; mientras que las relaciones más bajas se encontraron en las provincias de La Pampa y La Rioja, ambas

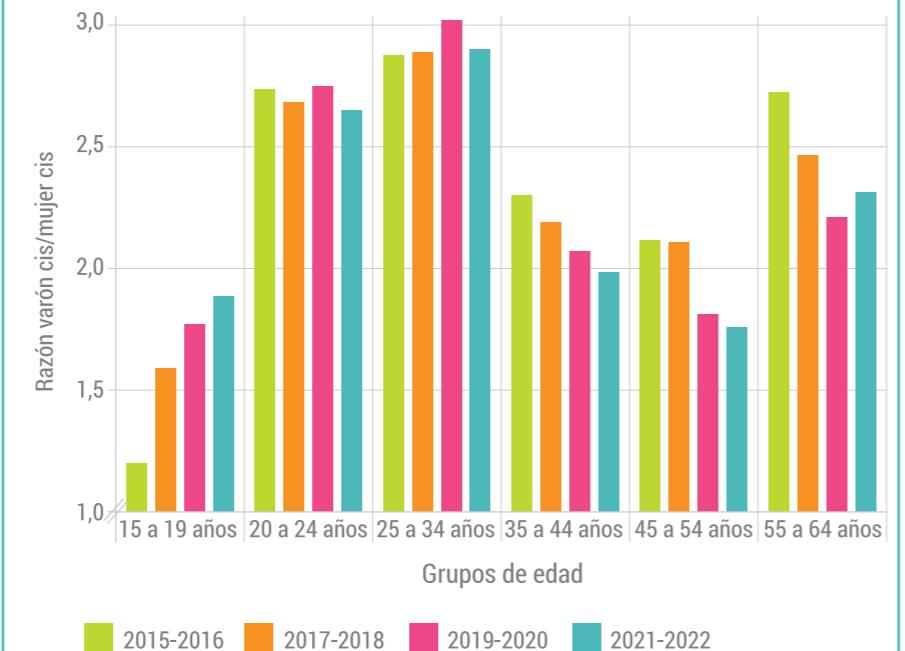
Gráfico 11. Evolución de los diagnósticos de VIH según género y razón varón cis/mujer cis, según año de diagnóstico. Argentina, 2013-2022*.



* Años con posibilidad de ajuste en futuros boletines.

FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=60.174.

Gráfico 12. Comparación de la razón varones cis/mujeres cis de las personas con VIH de edades seleccionadas por año de diagnóstico. Argentina, 2015-2022*.



* Años con posibilidad de ajuste en futuros boletines.

FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=44.298.

con un valor de 1,5 (véase la tabla en el **Anexo** para más detalles).

El comportamiento interanual de este indicador muestra una gran heterogeneidad entre las provincias. Mientras algunas experimentaron un pico hace algunos años, pero luego descendieron (CABA, Jujuy o San Juan), otras, como Formosa o Chubut, muestran un aumento sostenido.

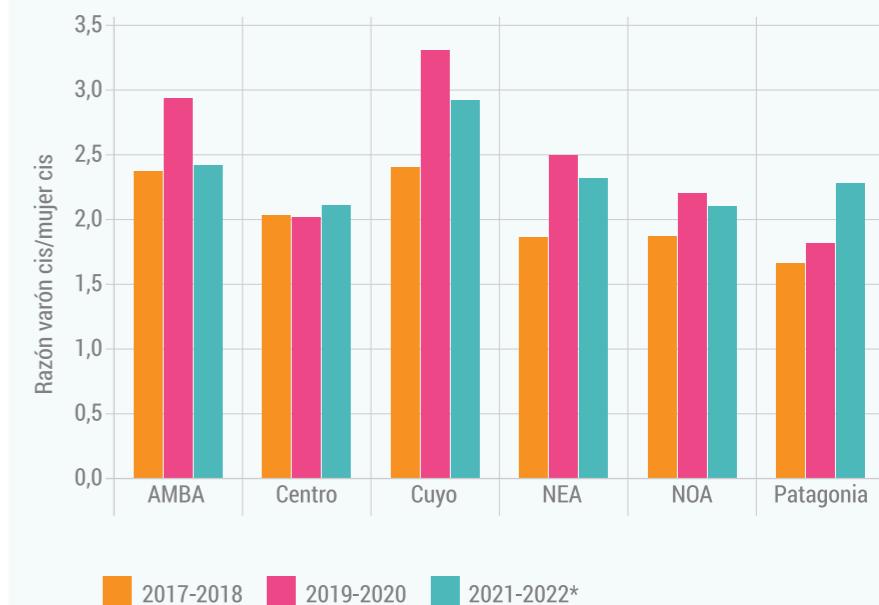
En las regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires, la relación más alta en el último bienio se registró en la región VII, con un valor de 2,6, mientras que la más baja se observó en la región I, con un valor de 1,5.

Edad de diagnóstico

Al comparar los períodos 2019-2020 y 2021-2022, se observa un incremento en la mediana de edad al momento del diagnóstico. Entre los varones cis, esta cifra pasó de 32 a 33 años, mientras que entre las mujeres cis aumentó de 35 a 36 años. En el período 2021-2022, la mediana de edad se ubicó en 30 años para las mujeres trans y en 34 años para los varones trans. Durante los dos últimos años, excluyendo a los menores de 10 años, el rango de edades al momento del diagnóstico varió desde los 10 hasta los 87 años en los varones cis, desde los 10 hasta los 76 años en las mujeres cis, desde los 17 hasta los 57 años en las mujeres trans y desde los 22 hasta los 63 años en los varones trans.

Durante la última década, se ha notado un incremento en la mediana de edad en el momento del diagnóstico tanto en las mujeres cis como en las mujeres trans (**Gráfico 14**).

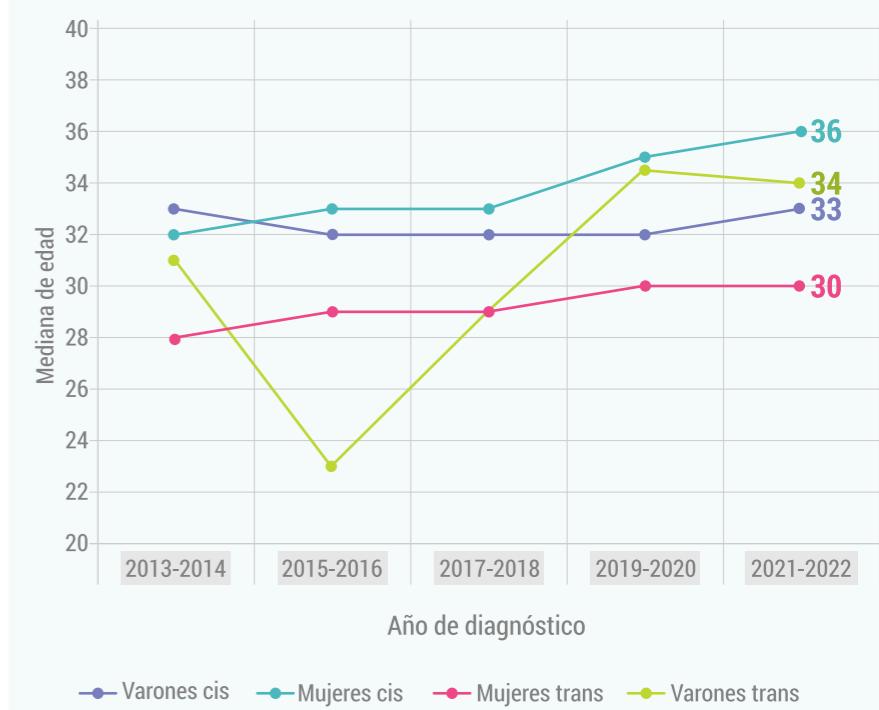
Gráfico 13. Comparación de la razón varones cis/mujeres cis en diagnósticos de VIH según región de residencia en bienios seleccionados. Argentina, 2013-2022*.



* Años con posibilidad de ajuste en futuros boletines.

FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=30.706.

Gráfico 14. Evolución bienal de la mediana de edad al momento del diagnóstico de VIH según género. Argentina, 2013-2022*.



* Años con posibilidad de ajuste en futuros boletines.

FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=60.174.



En el último bienio, se observaron diferencias en la mediana de edad al momento del diagnóstico entre las distintas regiones. Entre los varones cis, la mediana de edad más alta, de 34 años, se registró en el AMBA y la Patagonia, mientras que la más baja fue de 31 años, en el NEA. En cuanto a las mujeres cis, las edades más elevadas fueron de 39 y 38 años en la Patagonia y el AMBA, respectivamente, mientras que las más bajas se presentaron en el NOA, con una mediana de 33 años. En la Patagonia se da la mayor diferencia de edad entre varones cis y mujeres cis, con una brecha de cinco años; mientras que en el NOA, al contrario, se presenta la diferencia más estrecha, de solo un año. Por otro lado, entre las mujeres trans, el NEA es la región que presentó la mediana de edad de diagnóstico más baja, de 22 años. En el resto de las regiones, las medianas oscilaron entre los 28 años en la región Centro y los 34 años en el NOA.

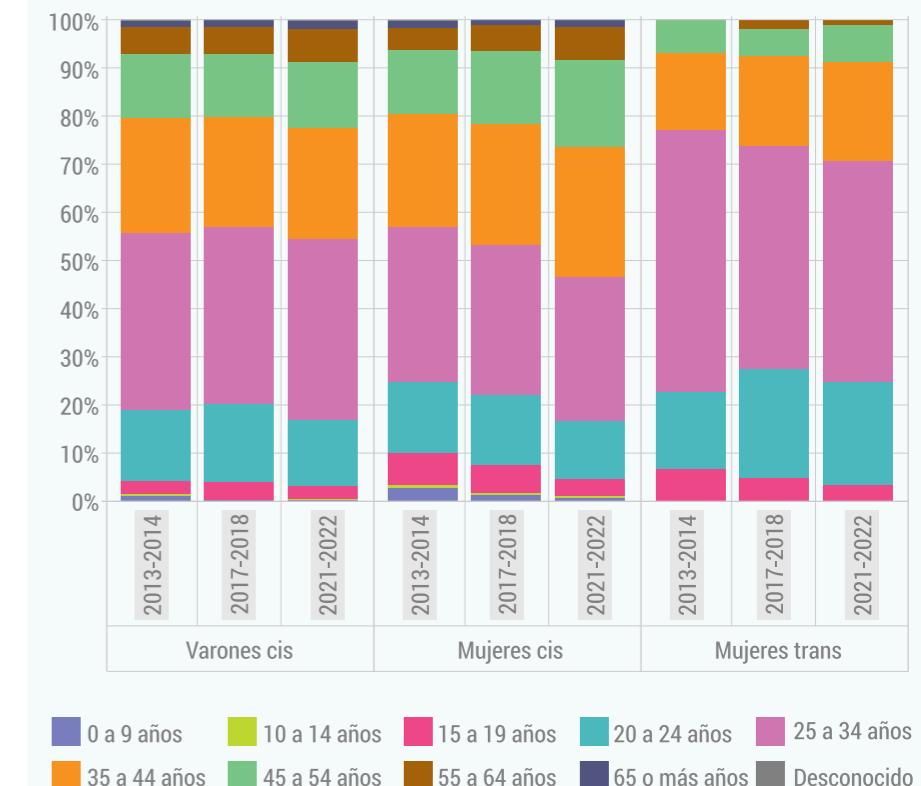
Formosa, Salta y Chaco muestran las medianas más bajas entre los varones cis, con edades de 29, 30 y 30 años respectivamente. Entre Ríos y Formosa tienen las medianas más bajas entre las mujeres cis, ambas de 31 años. A su vez, Corrientes y Misiones presentan las medianas de edad de diagnóstico más bajas entre las mujeres trans, de 21 y 22 años respectivamente. (Gráfico 15).

En cuanto a la distribución por grupos de edad según el género, en 2021-2022 el 16,7% de las mujeres cis tenían hasta 24 años, al igual que el 17,0% de los varones cis y el 24,8% de las mujeres trans. En el extremo opuesto, el 26,5% de las mujeres cis tenían 45 años o más, en comparación con el 22,4% de los varones cis y el 8,5% de las mujeres trans. Esto muestra un cambio en la última década, en que la proporción de mujeres cis menores de 24 años disminuyó 8,2 puntos porcentuales, mientras que la de mujeres cis de 45 años o más aumentó 7,1 puntos porcentuales (Gráfico 15).

El Gráfico 16 ilustra la proporción de adolescentes y jóvenes (de 10 a 24 años de edad) diagnosticados con VIH, desglosados por género y región de residencia durante 2021 y 2022. A nivel nacional, el 16,6% de los varones cis y el 15,9% de las mujeres cis se encontraban en este grupo de edad. Sin embargo, estas proporciones eran más elevadas en la región del NEA, con el 22,0% en varones cis, y en el NOA, con un 20,3% para las mujeres cis. Por otro lado, el AMBA registró el valor más bajo para los varones cis, 12,3%, y la Patagonia mostró el más bajo en mujeres cis, 9,7%.

Por su parte, los adultos de 45 años o más representaron el 22,4% de los diagnósticos en varones cis y el 26,5% en mujeres cis, a nivel nacional. Las regiones con mayores proporciones fueron la Patagonia, con un 24,2% para los varones cis y un 35,9% para las mujeres cis, y el AMBA, con 24,3% y 30,1% respectivamente.

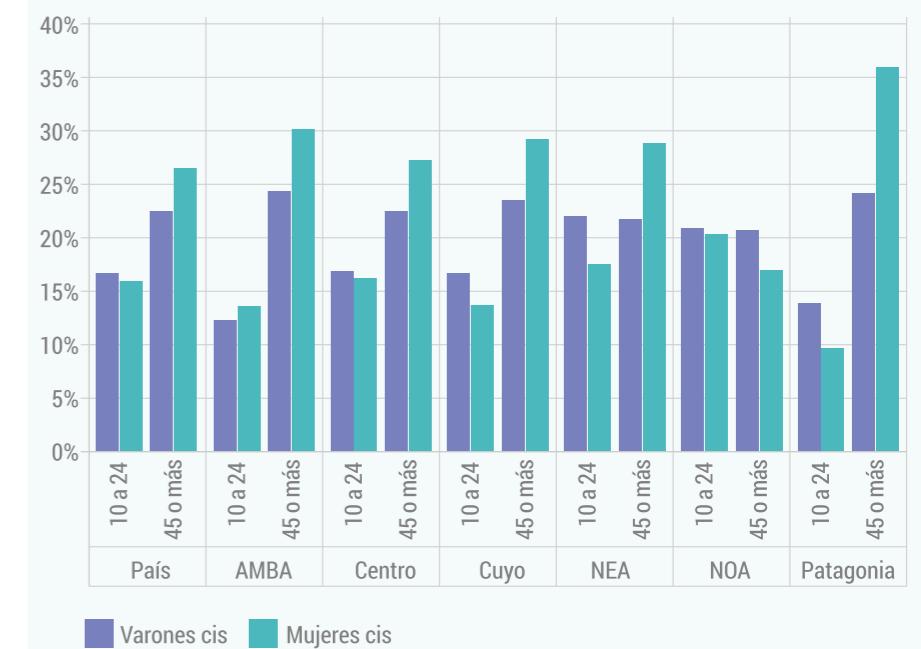
Gráfico 15. Comparación de la distribución etaria de los diagnósticos de VIH en bienios seleccionados, según género. Argentina, 2013-2022*.



* Años con posibilidad de ajuste en futuros boletines.

FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=37.021.

Gráfico 16. Proporción de personas con diagnóstico de VIH en grupos de edad seleccionados, según género y región de residencia. Argentina, 2021-2022*.



* Años con posibilidad de ajuste en futuros boletines.

FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=4.322.



Nivel de instrucción de las personas de 19 años o más

El máximo nivel de educación alcanzado por una persona con diagnóstico de VIH se considera un indicador que reflejaría su posición social. Aunque esta información se incluye en la ficha de notificación epidemiológica, no está disponible cuando los casos en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud 2.0 (SNVS 2.0) solo cuentan con datos de laboratorio. Esto resulta en una limitante para calcular este indicador en comparación con otros, como el género, la edad o el lugar de residencia, especialmente en los últimos años.

De los 60.174 casos reportados con diagnósticos entre 2013 y 2022, solo el 56% registra datos sobre la escolaridad. Pero cuando se observa la información disponible entre 2021 y 2022, la cobertura se reduce al 15% de los casos. Si bien esta situación plantea la necesidad de interpretar los datos con cautela, el análisis de la serie histórica parece indicar consistencia y una continuidad en los valores.

En el **Gráfico 17**, puede observarse que, durante el bienio 2021-2022, casi el 80% de los varones cis, el 60% de las mujeres cis y el 57% de las mujeres trans de 19 años o más habían completado o superado la educación secundaria como su máximo nivel de instrucción. En el caso de los varones cis, aproximadamente un tercio de ellos había iniciado o completado estudios superiores y esta proporción se mantiene constante a lo largo de la última década. En cuanto a las mujeres cis, cerca del 17% había comenzado o completado estudios superiores y esta situación tampoco experimentó grandes cambios en los últimos diez años. En ambos géneros, el cambio más notable de la última década se relaciona con un aumento de las personas que completaron la educación secundaria, a cambio de una disminución en aquellos que no habían alcanzado dicho nivel.

En el caso de las mujeres trans, también se observa una tendencia al aumento en la proporción de personas con educación secundaria completa. Sin embargo, esta tendencia se ve acompañada de una reducción no solo en el grupo que no había alcanzado ese nivel, sino también en el grupo que había iniciado estudios superiores.

El análisis por región de residencia revela importantes diferencias. Durante el período 2021-2022, la proporción de varones cis que habían iniciado estudios superiores al momento del diagnóstico varió según la región de residencia, con oscilaciones entre el 26,9% y el 41%. Por otro lado, la proporción de varones cis que no habían completado la educación secundaria varió igualmente, situada entre el 11,5% y el 32,4%. Es importante destacar que la región de Cuyo presenta una distribución diferente en comparación con el resto del país. Allí se observa una alta proporción de varones cis que no habían completado la educación secundaria al momento del diagnóstico y, al mismo tiempo, una proporción igualmente alta que había iniciado estudios superiores. Curiosamente, la proporción de varones cis que habían completado la educación secundaria era menor en esta región en comparación con otras áreas del país (**Gráfico 18**).

En el caso de las mujeres cis, se observa una distribución similar en las regiones del AMBA, Centro y NOA, donde las proporciones de personas que habían iniciado estudios superiores y las que no habían completado la educación secundaria son comparables. Sin embargo, en las regiones de Cuyo, NEA y Patagonia, se observa una distribución diferente, caracterizada por una mayor cantidad de personas que no habían completado la educación secundaria en comparación con las que habían iniciado estudios superiores.

En las tablas del **Anexo**, se muestra la distribución de esta variable según las distintas jurisdicciones de residencia.

Gráfico 17. Evolución bienal del nivel de instrucción alcanzado al momento del diagnóstico de VIH de personas de 19 años o más, según género. Argentina, 2013-2022*.

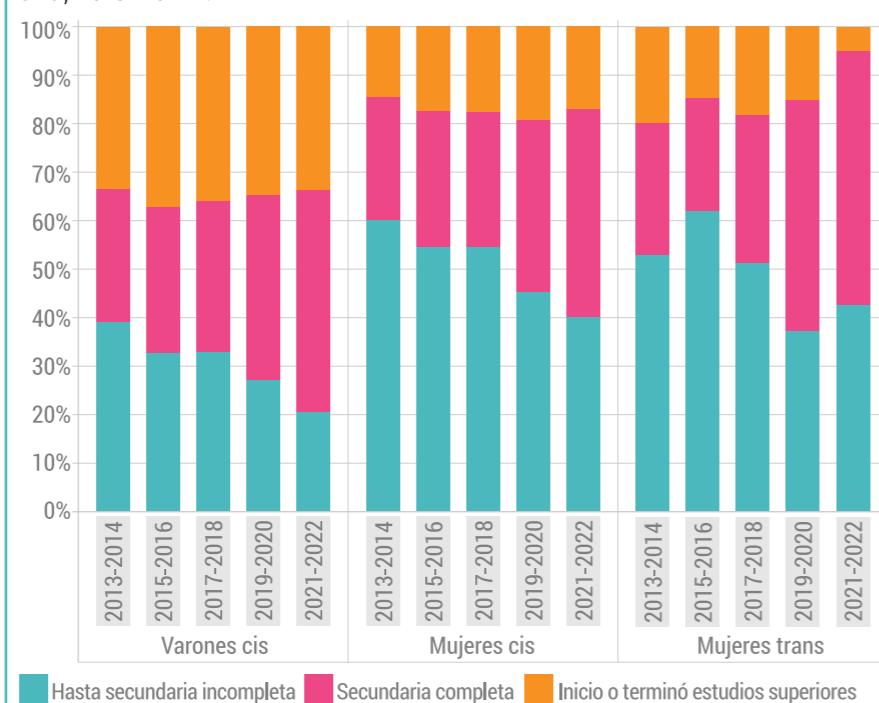
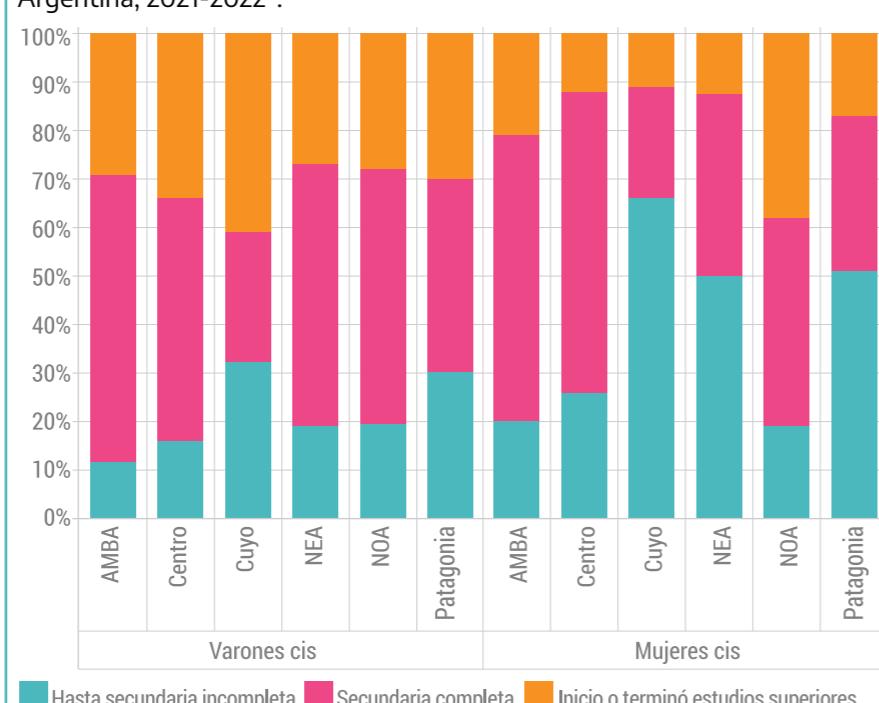


Gráfico 18. Máximo nivel de instrucción de varones cis y mujeres cis de 19 años o más al momento del diagnóstico de VIH, según región de residencia. Argentina, 2021-2022*.



FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=32.997.

Vías de transmisión

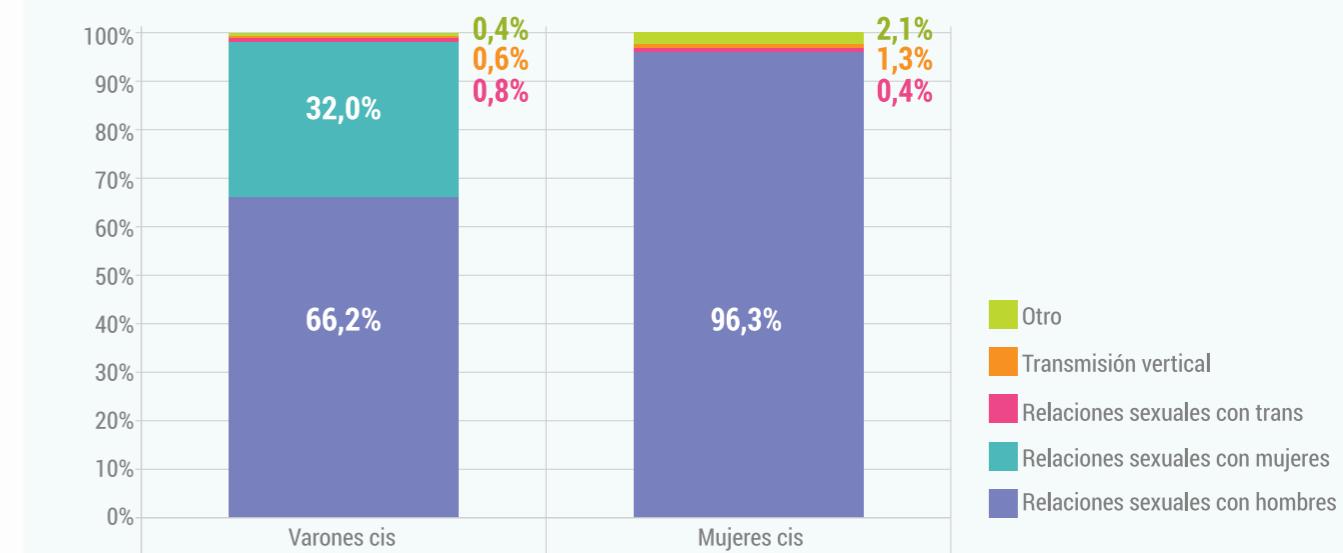
El análisis de las vías de transmisión se ve afectado por la falta de datos, similar a lo que se describió en el análisis de la vía de transmisión, aunque en menor medida. De los casos reportados entre 2013 y 2022, solamente el 72% incluye esta información, mientras que en los diagnósticos con fechas entre 2021 y 2022, la cobertura del dato disminuye al 47%.

Durante el período 2021-2022 (**Gráfico 19**), se observa que el 98% de las mujeres cis y el 99% de los varones cis de quienes se tiene información sobre la vía de transmisión, adquirieron el virus durante una relación sexual desprotegida. En el caso de los varones cis, el 66% lo contrajo durante una relación sexual con otro varón, el 32% con una mujer y aproximadamente el 1% con personas trans. Un pequeño porcentaje, el 0,6% de los casos, fue resultado de la transmisión vertical (de la persona gestante al hijo/a) y el 0,4% se debió al uso compartido de material para el consumo de drogas inyectables.

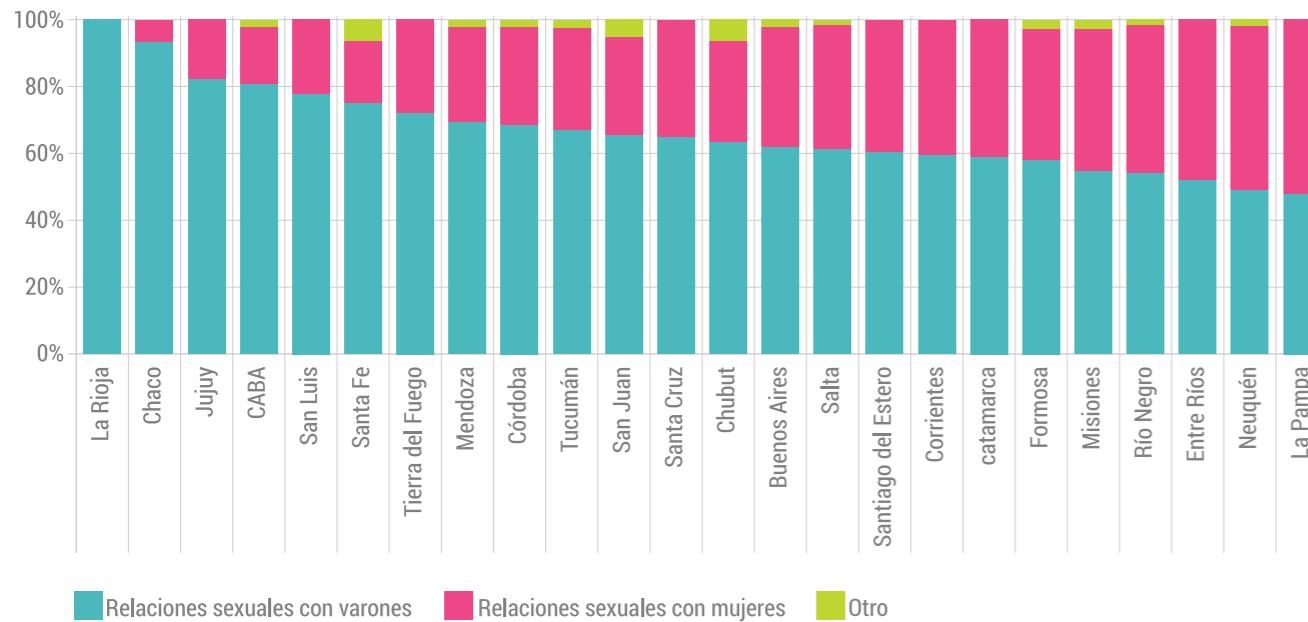
Durante el bienio 2021-2022, más de la mitad de los varones cis contrajeron el virus durante relaciones sexuales con otros varones en todas las regiones de residencia, con un valor máximo del 70,3% en el AMBA y un mínimo de 56,1% en la Patagonia. El **Gráfico 20** proporciona información detallada sobre esta distribución por jurisdicción de residencia. Es importante señalar que la ausencia casi total de infecciones de varones cis durante relaciones sexuales con mujeres en La Rioja y Chaco podría deberse a un subregistro de casos, lo que podría afectar la precisión de los datos en estas provincias.

La vía de transmisión del VIH entre los varones cis muestra importantes variaciones según el grupo de edad (**Gráfico 21**). Entre los más jóvenes, prevalece la transmisión durante una relación sexual con otro varón, que llega al 87,9% en el grupo de 15 a 19 años en el último bienio. Es a partir de los 45 años o más que comienzan a predominar las relaciones sexuales con mujeres como vía de transmisión. Un dato relevante es que, en todos los grupos de edad, a lo largo de la última década, se observa un aumento en las relaciones sexuales con varones como vía de transmisión del VIH.

Gráfico 19. Vías de transmisión del VIH en varones cis y mujeres cis. Argentina, 2021-2022*.

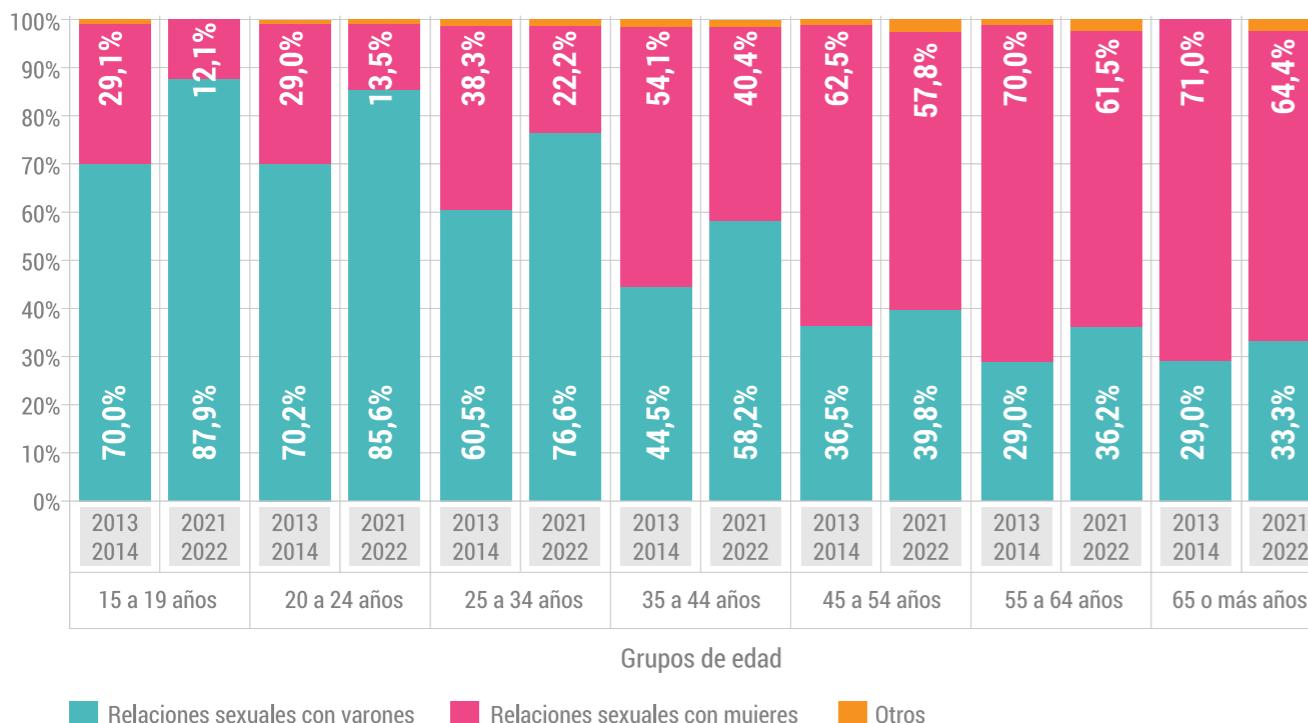


FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=5.040.

Gráfico 20. Vía de transmisión del VIH en varones cis según jurisdicción de residencia. Argentina, 2021-2022*.

* Años con posibilidad de ajuste en futuros boletines.

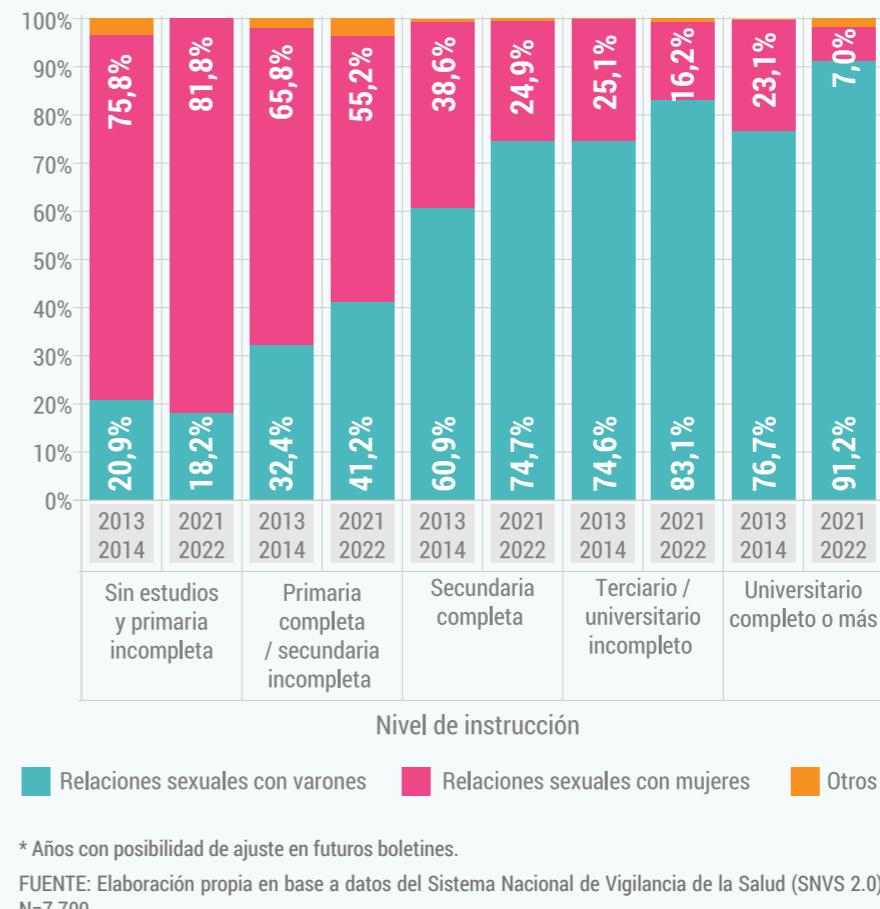
FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=3.548.

Gráfico 21. Comparación de la vía de transmisión de VIH en varones cis por grupo de edad. Argentina, 2013-2014 y 2021-2022*.

* Años con posibilidad de ajuste en futuros boletines.

FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=11.457.

El **Gráfico 22** revela una relación directa entre el nivel de instrucción alcanzado y la vía de transmisión sexual en los varones cis. Mientras que el 18,2% de aquellos que no completaron la primaria en el período 2021-2022 se infectaron durante relaciones sexuales desprotegidas con varones, esta proporción aumenta al 91,2% entre aquellos que finalizaron estudios superiores.

Gráfico 22. Comparación de las vías de transmisión del VIH en varones cis de 19 años o más según nivel de instrucción alcanzado al momento del diagnóstico. Argentina, 2013-2014 y 2021-2022*.

* Años con posibilidad de ajuste en futuros boletines.

FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=7.709.

Conclusiones

Los datos presentados en este boletín muestran la consolidación de algunas tendencias ya observadas en números anteriores. En Argentina, se reportan en promedio 5.300 casos de VIH por año, 69% de varones cis, 30% de mujeres cis y poco más del 1% de personas trans. La tasa de diagnósticos por cien mil habitantes se ubicó en 12,2 en 2022, y muestra una recuperación casi a niveles prepandémicos. La mediana de edad de diagnóstico de las mujeres cis es superior a la de los varones cis. Entre estos últimos predominan las infecciones durante relaciones sexuales con otros varones en todas las regiones, aunque esto varía según el grupo de edad considerado.

La realidad del país es muy heterogénea por lo que resulta fundamental que cada jurisdicción y cada equipo de salud analicen en detalle los valores y evolución de los indicadores presentados aquí, a fin de ajustar las estrategias de prevención combinada que estén llevando adelante y la calidad de los datos reportados.

Anexo

Tabla 1a. Casos y tasas de VIH por 100.000 habitantes por jurisdicción de residencia según sexo y año de diagnóstico asignado al nacer. Argentina, 2012-2022. **Ambos sexos.**

Jurisdicción	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018*	2019*	2020*	2021*	2022*	Tendencia
País	Casos	7.307	7.342	6.654	6.747	6.375	5.218	6.034	5.790	3.667	5.300	5.629
	Tasas	17,5	17,4	15,6	15,6	14,6	11,8	13,6	12,9	8,1	11,6	12,2
Buenos Aires	Casos	2.272	2.178	1.975	1.984	1.796	1.318	1.578	1.549	918	1.153	1.199
	Tasas	14,1	13,4	12,0	11,9	10,7	7,7	9,2	8,9	5,2	6,5	6,7
CABA	Casos	1.278	1.240	1.105	1.155	1.071	772	747	760	417	531	529
	Tasas	42,1	40,7	36,2	37,8	35,0	25,2	24,3	24,7	13,6	17,2	17,2
Catamarca	Casos	44	38	44	68	53	10	5	18	31	68	69
	Tasas	11,4	9,8	11,2	17,1	13,2	2,5	1,2	4,4	7,5	16,2	16,3
Chaco	Casos	111	142	52	24	79	27	176	124	52	110	114
	Tasas	10,0	12,7	4,6	2,1	6,8	2,3	14,9	10,4	4,3	9,0	9,3
Chubut	Casos	133	150	110	117	133	76	132	138	95	105	112
	Tasas	24,9	27,5	19,8	20,6	23,0	12,9	22,1	22,7	15,3	16,7	17,5
Córdoba	Casos	650	646	608	574	552	522	479	416	310	601	673
	Tasas	18,8	18,5	17,2	16,1	15,3	14,3	13,0	11,2	8,2	15,8	17,5
Corrientes	Casos	92	112	107	118	119	51	71	40	55	102	62
	Tasas	8,9	10,7	10,1	11,0	11,0	4,7	6,4	3,6	4,9	9,0	5,4
Entre Ríos	Casos	160	182	128	145	122	62	152	100	95	104	83
	Tasas	12,5	14,1	9,8	11,0	9,1	4,6	11,2	7,3	6,9	7,4	5,9
Formosa	Casos	49	73	52	70	79	81	98	138	87	89	117
	Tasas	8,7	12,8	9,1	12,1	13,5	13,7	16,5	23,0	14,4	14,6	19,0
Jujuy	Casos	144	178	166	176	167	205	297	314	138	320	194
	Tasas	20,5	25,1	23,1	24,2	22,7	27,5	39,4	41,2	17,9	41,1	24,6
La Pampa	Casos	41	75	54	65	70	74	49	52	39	49	55
	Tasas	12,3	22,3	15,9	18,9	20,2	21,2	13,9	14,6	10,9	13,6	15,1
La Rioja	Casos	35	66	62	44	15	8	5	40	8	57	113
	Tasas	9,9	18,5	17,1	12,0	4,0	2,1	1,3	10,3	2,0	14,3	28,0
Mendoza	Casos	286	318	325	331	307	307	331	351	220	316	362
	Tasas	15,7	17,3	17,4	17,6	16,1	15,9	17,0	17,8	11,1	15,7	17,8
Misiones	Casos	190	125	96	39	154	120	132	49	33	170	95
	Tasas	16,6	10,8	8,2	3,3	12,8	9,8	10,7	3,9	2,6	13,3	7,4
Neuquén	Casos	120	106	137	140	132	154	142	138	71	76	83
	Tasas	20,3	17,6	22,4	22,6	21,0	24,1	22,0	21,1	10,7	11,3	12,2
Río Negro	Casos	108	130	101	127	140	111	137	115	79	76	99
	Tasas	16,2	19,2	14,7	18,2	19,8	15,4	18,8	15,6	10,6	10,0	12,9
Salta	Casos	324	316	355	346	334	353	375	362	290	441	462
	Tasas	25,4	24,4	27,0	25,9	24,7	25,8	27,0	25,7	20,4	30,6	31,7
San Juan	Casos	101	97	93	97	96	90	110	118	85	99	152
	Tasas	14,2	13,4	12,7	13,1	12,8	11,9	14,4	15,3	10,9	12,5	19,1
San Luis	Casos	70	95	59	80	84	70	55	69	51	61	89
	Tasas	15,3	20,5	12,6	16,8	17,4	14,3	11,1	13,7	10,0	11,9	17,1
Santa Cruz	Casos	62	46	73	71	66	96	99	56	33	60	79
	Tasas	21,1	15,2	23,4	22,2	20,0	28,4	28,5	15,7	9,0	16,0	20,6
Santa Fe	Casos	451	486	362	340	261	205	353	316	255	279	404
	Tasas	13,6	14,5	10,7	10,0	7,6	5,9	10,1	9,0	7,2	7,8	11,3
Santiago del Estero	Casos	51	36	69	86	42	23	72	90	45	55	91
	Tasas	5,7	4,0	7,5	9,3	4,5	2,4	7,5	9,3	4,6	5,6	9,1
Tierra del Fuego	Casos	37	47	39	44	47	51	57	58	36	29	32
	Tasas	26,5	32,6	26,3	28,9	30,0	31,7	34,6	34,3	20,8	16,3	17,6
Tucumán	Casos	291	271	272	263	260	287	302	307	188	294	247
	Tasas	19,0	17,5	17,3	16,5	16,1	17,6	18,3	18,3	11,1	17,1	14,2
Desconocido	Casos	207	189	210	243	196	145	80	72	36	55	114

* Años con posibilidad de ajuste en futuros boletines.

FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=66.063.

Tabla 1b. Casos y tasas de VIH por 100.000 habitantes por jurisdicción de residencia según sexo y año de diagnóstico asignado al nacer. Argentina, 2012-2022. **Varones.**

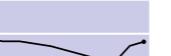
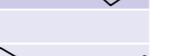
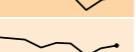
Jurisdicción		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018*	2019*	2020*	2021*	2022*	Tendencia
País	Casos	4.897	4.929	4.621	4.813	4.506	3.736	4.178	4.004	2.567	3.682	3.851	
	Tasas	24,0	23,9	22,1	22,8	21,1	17,3	19,1	18,2	11,5	16,4	17,0	
Buenos Aires	Casos	1.428	1.373	1.269	1.352	1.218	885	1.044	1.035	626	773	775	
	Tasas	18,1	17,2	15,7	16,6	14,8	10,6	12,4	12,1	7,3	8,9	8,8	
CABA	Casos	990	957	891	953	887	653	597	595	333	421	393	
	Tasas	70,0	67,5	62,6	66,8	62,0	45,5	41,5	41,3	23,1	29,1	27,1	
Catamarca	Casos	25	29	27	37	38	8	2	11	24	40	45	
	Tasas	13,0	14,9	13,7	18,6	19,0	4,0	1,0	5,3	11,5	19,1	21,3	
Chaco	Casos	78	101	37	20	56	17	129	90	34	82	82	
	Tasas	14,3	18,3	6,6	3,5	9,8	2,9	22,1	15,3	5,7	13,7	13,5	
Chubut	Casos	88	83	74	69	82	47	81	91	64	81	79	
	Tasas	32,9	30,4	26,6	24,3	28,4	16,0	27,0	29,8	20,6	25,7	24,6	
Córdoba	Casos	460	440	436	412	389	351	310	264	203	411	468	
	Tasas	27,4	25,9	25,3	23,7	22,1	19,7	17,2	14,5	11,0	22,1	24,9	
Corrientes	Casos	64	83	73	85	89	38	55	33	44	70	47	
	Tasas	12,5	16,0	14,0	16,1	16,7	7,1	10,1	6,0	8,0	12,5	8,4	
Entre Ríos	Casos	104	127	86	94	76	39	98	65	59	65	57	
	Tasas	16,6	20,0	13,4	14,5	11,6	5,9	14,7	9,6	8,7	9,5	8,2	
Formosa	Casos	33	43	36	47	49	54	63	89	60	62	81	
	Tasas	11,8	15,2	12,6	16,3	16,8	18,4	21,3	29,8	19,9	20,4	26,5	
Jujuy	Casos	86	114	108	124	105	136	192	232	88	223	135	
	Tasas	24,9	32,5	30,4	34,5	28,9	37,0	51,6	61,6	23,1	57,9	34,7	
La Pampa	Casos	22	42	29	41	39	48	30	32	27	31	30	
	Tasas	13,3	25,1	17,2	24,1	22,7	27,7	17,2	18,1	15,2	17,3	16,6	
La Rioja	Casos	23	32	39	28	13	4	4	23	7	34	69	
	Tasas	13,1	18,0	21,6	15,3	7,0	2,1	2,1	11,9	3,6	17,1	34,3	
Mendoza	Casos	216	229	245	234	228	233	257	252	170	243	280	
	Tasas	24,2	25,3	26,8	25,3	24,3	24,6	26,8	26,0	17,4	24,6	28,0	
Misiones	Casos	112	63	61	28	87	81	90	27	26	109	66	
	Tasas	19,6	10,9	10,4	4,7	14,5	13,3	14,6	4,3	4,1	17,1	10,3	
Neuquén	Casos	87	65	91	96	92	110	90	98	48	58	54	
	Tasas	29,5	21,7	30,0	31,1	29,4	34,7	28,0	30,1	14,5	17,4	16,0	
Río Negro	Casos	73	85	56	75	87	67	79	70	55	54	66	
	Tasas	21,9	25,1	16,3	21,5	24,6	18,7	21,8	19,0	14,8	14,3	17,3	
Salta	Casos	184	201	231	229	212	245	238	245	192	281	305	
	Tasas	29,1	31,3	35,5	34,7	31,7	36,1	34,6	35,2	27,2	39,4	42,2	
San Juan	Casos	59	65	65	75	66	62	85	86	68	64	107	
	Tasas	16,8	18,2	18,0	20,5	17,8	16,6	22,5	22,5	17,6	16,3	27,0	
San Luis	Casos	42	56	40	50	56	55	44	44	39	40	59	
	Tasas	18,5	24,4	17,2	21,2	23,4	22,7	17,9	17,7	15,5	15,7	22,8	
Santa Cruz	Casos	32	31	47	43	47	60	56	43	22	43	49	
	Tasas	21,2	19,9	29,4	26,1	27,8	34,5	31,4	23,5	11,7	22,3	24,9	
Santa Fe	Casos	282	314	257	247	192	151	260	197	162	179	267	
	Tasas	17,5</											

Tabla 2. Evolución de las tasas específicas de VIH por 100 mil habitantes según grupo de edad y sexo asignado al nacer por año de diagnóstico. Argentina, 2012-2022.**Ambos sexos**

Edad	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018*	2019*	2020*	2021*	2022*	Tendencia
Total	17,5	17,4	15,6	15,6	14,6	11,8	13,6	12,9	8,1	11,6	12,2	
0 a 9	1,4	1,9	1,4	0,8	0,9	0,5	0,3	0,4	0,2	0,4	0,2	
10 a 14	0,7	0,6	0,6	0,6	0,3	0,2	0,3	0,1	0,1	0,4	0,1	
15 a 19	8,6	8,6	7,5	8,9	7,7	6,8	7,3	6,4	3,0	5,6	4,1	
20 a 24	30,4	30,1	29,2	30,2	30,3	22,7	27,3	25,1	14,3	20,1	21,1	
25 a 34	39,2	40,4	36,8	36,8	33,8	27,9	31,6	30,0	19,8	27,2	28,3	
35 a 44	34,1	31,4	27,7	27,1	25,8	20,4	23,1	22,3	14,1	20,1	21,8	
45 a 54	23,0	23,3	19,5	19,4	17,5	15,3	17,5	16,7	10,9	15,2	16,8	
55 a 64	11,4	10,4	9,3	10,0	8,5	7,1	8,6	8,4	5,1	8,6	9,7	
65 o más	2,0	2,3	1,9	1,5	1,6	1,3	1,4	1,5	1,1	1,5	1,7	

Varones

Edad	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018*	2019*	2020*	2021*	2022*	Tendencia
Total	24,0	23,9	22,1	22,8	21,1	17,3	19,5	18,4	11,7	16,6	17,2	
0 a 9	1,2	1,8	1,2	0,7	0,7	0,3	0,2	0,4	0,2	0,4	0,2	
10 a 14	0,6	0,6	0,4	0,3	0,3	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,1	
15 a 19	8,0	7,5	7,8	9,0	8,4	8,5	8,9	7,7	3,9	7,5	4,9	
20 a 24	39,0	39,9	40,4	44,8	43,5	32,3	39,9	36,2	20,7	28,7	30,3	
25 a 34	54,2	56,1	54,4	55,1	50,6	42,6	46,2	45,3	29,8	40,5	42,0	
35 a 44	47,8	43,1	39,2	38,9	36,0	28,1	32,4	30,2	19,4	27,4	29,0	
45 a 54	33,1	33,7	26,6	27,1	24,6	21,6	24,1	21,7	14,7	20,3	21,4	
55 a 64	16,2	15,8	13,6	15,6	12,7	11,0	12,4	12,5	7,0	12,8	14,0	
65 o más	4,0	3,7	3,1	2,7	3,1	2,6	2,5	2,7	1,7	2,8	2,9	

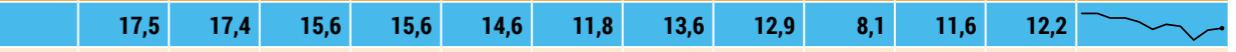
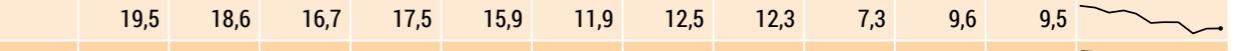
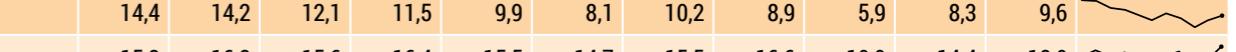
Mujeres

Edad	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018*	2019*	2020*	2021*	2022*	Tendencia
Total	11,3	11,2	9,3	8,8	8,4	6,6	7,8	7,5	4,6	6,7	7,3	
0 a 9	1,6	1,9	1,6	0,9	1,1	0,7	0,4	0,5	0,2	0,4	0,2	
10 a 14	0,9	0,7	0,8	0,9	0,4	0,3	0,4	0,2	0,2	0,5	0,2	
15 a 19	9,1	9,7	7,1	8,7	7,0	5,2	5,6	5,0	1,9	3,6	3,2	
20 a 24	21,7	20,2	17,9	15,3	16,9	12,9	14,2	13,5	7,7	11,3	11,3	
25 a 34	24,3	24,9	19,4	18,7	17,1	13,1	16,9	14,7	9,8	13,8	14,4	
35 a 44	20,8	20,0	16,5	15,6	15,8	12,8	14,1	14,6	8,8	12,8	14,8	
45 a 54	13,5	13,4	12,7	12,1	10,9	9,3	11,3	11,9	7,2	10,3	12,3	
55 a 64	7,0	5,6	5,4	4,8	4,7	3,6	5,2	4,7	3,3	4,7	5,9	
65 o más	0,7	1,3	1,0	0,7	0,6	0,4	0,5	0,8	0,6	0,6	0,8	

* Años con posibilidad de ajuste en futuros boletines.

FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=66.063.

Tabla 3. Evolución de la tasa de VIH por 100.000 habitantes por región de residencia y sexo asignado al nacer por año de diagnóstico. Argentina, 2012-2022.**Ambos sexos**

Región	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018*	2019*	2020*	2021*	2022*	Tendencia
Total País	17,5	17,4	15,6	15,6	14,6	11,8	13,6	12,9	8,1	11,6	12,2	
AMBA	19,5	18,6	16,7	17,5	15,9	11,9	12,5	12,3	7,3	9,6	9,5	
Centro	14,4	14,2	12,1	11,5	9,9	8,1	10,2	8,9	5,9	8,3	9,6	
Cuyo	15,3	16,8	15,6	16,4	15,5	14,7	15,5	16,6	10,9	14,4	18,0	
NEA	11,5	11,6	7,8	6,3	10,7	6,9	11,6	8,5	5,4	11,1	9,1	
Región Sanitaria I	10,7	11,7	11,7	13,3	8,6	6,5	7,0	11,2	2,5	5,3	4,7	
Región Sanitaria II	3,4	3,4	7,8	6,7	4,8	2,9	4,8	5,1	2,9	4,3	5,4	
Región Sanitaria III	11,3	13,3	6,2	12,8	15,5	5,0	1,9	2,7	1,9	2,7	0,0	
Región Sanitaria IV	7,5	5,9	6,9	6,0	6,3	6,2	8,7	7,0	2,6	2,3	4,4	
Región Sanitaria V	12,8	11,6	8,7	9,5	9,3	6,3	7,0	8,9	5,8	8,0	6,7	
Región Sanitaria VI	13,2	14,0	13,6	15,1	14,0	11,1	12,8	11,0	6,7	8,5	10,1	
Región Sanitaria VII	12,9	11,2	9,6	9,3	7,2	6,3	8,3	7,4	5,2	7,8	6,0	
Región Sanitaria VIII	14,2	13,6	12,1	11,9	10,1	9,7	16,0	14,4	3,6	1,9	3,3	
Región Sanitaria IX	8,2	5,0	2,8	1,9	3,7	3,7	2,2	2,4	4,6	4,6	5,1	
Región Sanitaria X	13,0	6,6	3,6	4,8	4,4	2,7	2,3	2,0	2,6	2,3	1,7	
Región Sanitaria XI	20,2	16,7	16,5	13,0	8,8	6,9	8,2	5,4	4,1	5,2	6,4	
Región Sanitaria XII	10,4	9,6	9,8	9,1	7,8	6,3	6,1	5,8	3,2	3,8	4,8	

Varones

Región Sanitaria	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018*	2019*	2020*	2021*	2022*	Tendencia
Total Buenos Aires	18,1	17,2	15,7	16,6	14,8	10,6	12,4	12,1	7,3	8,9	8,8	
Región Sanitaria I	17,2	15,1	16,9	19,3	13,4	9,1	10,0	13,4	3,6	6,7	5,7	
Región Sanitaria II	4,6	3,0	8,3	11,3	6,0	3,0	4,5	8,2	3,0	6,6	7,3	
Región Sanitaria III	16,0	12,0	8,8	17,5	20,6	7,1	3,9	4,7	2,4	5,5	0,0	
Región Sanitaria IV	7,9	7,5	9,2	9,1	7,6	7,9	9,3	9,2	3,4	2,0	6,4	
Región Sanitaria V	16,5	15,1	12,4	14,5	13,2	8,9	10,0	12,3	7,4	11,0	8,6	
Región Sanitaria VI	16,8	17,5	17,0	20,1	18,6	14,2	17,5	13,8	9,2	11,0	12,8	
Región Sanitaria VII	17,0	15,4	13,5	12,6	10,9	9,6	11,1	10,8	7,7	11,1	9,0	
Región Sanitaria VIII	19,5	17,9	16,2	14,1	11,6	10,6	19,1	20,7	5,1	2,8	4,7	
Región Sanitaria IX	8,3	6,3	4,4	2,5	4,4	4,4	3,1	2,5	7,4	5,5	6,1	
Región Sanitaria X	19,3	8,6	5,5	7,3	7,3	5,4	2,4	1,8	4,2	4,1	1,8	
Región Sanitaria XI	26,2	24,4	22,8	19,6	12,8	11,1	12,2	7,5	5,7	7,6	9,0	
Región Sanitaria XII	11,9	10,5	9,8	11,7	10,7	9,3	8,1	8,1	4,7	4,9	5,6	

Mujeres

Región Sanitaria	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018*	2019*	2020*	2021*	2022*	Tendencia
Total Buenos Aires	10,3	9,7	8,4	7,4	6,7	5,0	5,9	5,6	3,2	4,0	4,5	
Región Sanitaria I	4,4	8,5	6,7	7,6	4,1	4,1	4,0	9,2	1,4	4,0	3,7	
Región Sanitaria II	2,2	3,7	7,4	2,2	3,7	2,9	5,1	2,2	2,9	2,1	3,6	
Región Sanitaria III	6,9	14,5	3,8	8,3	10,6	3,0	0,0	0,8	1,5	0,0	0,0	
Región Sanitaria IV	7,2	4,4	4,7	3,0	5,0	4,6	8,2	4,9	1,9	2,2	2,5	
Región Sanitaria V	9,4	8,2	5,2	4,6	5,6	3,8	4,1	5,4	4,2	4,9	4,6	
Región Sanitaria VI	9,8	10,7	10,4	10,3	9,5	8,2	8,0	8,2	4,1	5,8	7,4	
Región Sanitaria VII	9,0	7,3	5,9	6,2	3,7	3,2	5,4	4,0	2,8	4,4	2,9	
Región Sanitaria VIII	9,2	9,5	8,3	9,9	8,7	8,8	12,2	8,2	2,2	1,1	2,0	
Región Sanitaria IX	8,1	3,7	1,2	1,2	3,1	3,1	1,2	2,4	1,8	3,0	3,6	
Región Sanitaria X	7,1	4,7	1,8	2,3	1,7	0,0	2,3	2,3	1,1	0,6	1,7	
Región Sanitaria XI	14,5	9,2	10,4	6,5	4,9	2,9	4,4	3,1	2,5	2,6	3,8	
Región Sanitaria XII	9,0	8,6	9,8	6,6	4,9	3,3	4,1	3,6	1,8	2,6	3,8	

* Años con posibilidad de ajuste en futuros boletines.

FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=17.920.

Tabla 5. Evolución de la tasa de VIH por 100.000

Tabla 7. Evolución bienal de la distribución de los nuevos diagnósticos de VIH por jurisdicción de residencia. Argentina, 2013-2022.

	2013-2014	2015-2016	2017-2018*	2019-2020*	2021-2022*	Tendencia
País	14.367	13.650	11.771	9.457	10.929	60.174
Buenos Aires	29,7%	28,6%	25,5%	26,1%	21,5%	29,7%
CABA	16,8%	16,8%	13,3%	12,4%	9,7%	16,8%
Catamarca	0,6%	0,9%	0,1%	0,5%	1,3%	0,6%
Chaco	1,4%	1,0%	2,6%	1,9%	2,0%	1,4%
Chubut	1,9%	2,0%	2,0%	2,5%	2,0%	1,9%
Corrientes	1,5%	1,8%	1,1%	1,0%	1,5%	1,5%
Córdoba	9,1%	8,8%	8,8%	7,7%	11,7%	9,1%
Entre Ríos	2,2%	2,0%	2,5%	2,1%	1,7%	2,2%
Formosa	0,9%	1,1%	1,5%	2,4%	1,9%	0,9%
Jujuy	2,4%	2,5%	4,3%	4,8%	4,7%	2,4%
La Pampa	0,9%	1,0%	1,0%	1,0%	1,0%	0,9%
La Rioja	0,9%	0,4%	0,1%	0,5%	1,6%	0,9%
Mendoza	4,5%	4,7%	5,4%	6,0%	6,2%	4,5%
Misiones	1,6%	1,4%	2,2%	0,9%	2,4%	1,6%
Neuquén	1,7%	2,0%	2,5%	2,2%	1,5%	1,7%
Río Negro	1,6%	2,0%	2,1%	2,1%	1,6%	1,6%
Salta	4,8%	5,1%	6,3%	6,9%	8,3%	4,8%
San Juan	1,3%	1,4%	1,7%	2,1%	2,3%	1,3%
San Luis	1,1%	1,2%	1,1%	1,3%	1,4%	1,1%
Santa Cruz	0,9%	1,0%	1,7%	0,9%	1,3%	0,9%
Santa Fe	6,1%	4,8%	5,0%	6,0%	6,2%	6,1%
Santiago del Estero	1,0%	1,4%	1,2%	1,4%	1,3%	1,0%
Tierra del Fuego	0,6%	0,7%	0,9%	1,0%	0,6%	0,6%
Tucumán	3,8%	3,8%	5,0%	5,2%	5,0%	3,8%
Desconocido	403	459	226	108	169	403

* Años con posibilidad de ajuste en futuros boletines.

FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=60.174.

Tabla 8. Evolución bienal de la distribución de los nuevos diagnósticos de VIH por región sanitaria de residencia. Provincia de Buenos Aires, 2013-2022.

	2013-2014	2015-2016	2017-2018*	2019-2020*	2021-2022*	Tendencia
Buenos Aires	4.264	3.899	2.996	2.467	2.352	4.264
Región Sanitaria I	3,7%	3,8%	3,1%	3,8%	2,9%	3,7%
Región Sanitaria II	0,7%	0,8%	0,7%	0,9%	1,1%	0,7%
Región Sanitaria III	1,2%	1,9%	0,6%	0,5%	0,3%	1,2%
Región Sanitaria IV	2,0%	2,2%	3,2%	2,4%	1,7%	2,0%
Región Sanitaria V	16,0%	16,8%	15,5%	20,7%	22,1%	16,0%
Región Sanitaria VI	26,0%	30,6%	33,3%	29,9%	33,7%	26,0%
Región Sanitaria VII	11,7%	10,5%	12,3%	12,7%	14,8%	11,7%
Región Sanitaria VIII	7,2%	6,8%	10,5%	9,0%	2,8%	7,2%
Región Sanitaria IX	0,6%	0,5%	0,7%	0,9%	1,4%	0,6%
Región Sanitaria X	0,8%	0,8%	0,6%	0,6%	0,6%	0,8%
Región Sanitaria XI	9,7%	7,2%	6,7%	5,1%	6,6%	9,7%
Región Sanitaria XII	9,2%	9,1%	9,2%	8,3%	8,5%	9,2%
Desconocido	11,2%	9,0%	3,5%	5,1%	3,4%	11,2%

* Años con posibilidad de ajuste en futuros boletines.

FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=15.978.

Tabla 9. Evolución bienal de la distribución de los nuevos diagnósticos de VIH en los 24 partidos del Gran Buenos Aires, 2013-2022.

	2013-2014	2015-2016	2017-2018*	2019-2020*	2021-2022*	Tendencia
GBA	2.468	2.440	1.960	1.622	1.704	2.468
Almirante Brown	5,1%	5,1%	5,6%	5,8%	5,8%	5,1%
Avellaneda	5,0%	5,0%	5,2%	8,0%	5,3%	5,0%
Berazategui	2,0%	2,5%	3,6%	1,8%	2,2%	2,0%
Esteban Echeverría	2,7%	2,3%	3,2%	2,8%	2,6%	2,7%
Ezeiza	1,6%	1,4%	1,5%	1,1%	2,1%	1,6%
Florencio Varela	5,9%	8,0%	5,6%	6,0%	6,6%	5,9%
General San Martín	4,2%	3,7%	2,9%	4,6%	4,6%	4,2%
Hurlingham	1,3%	0,9%	1,5%	1,7%	2,2%	1,3%
Ituzaingó	0,1%	0,2%	1,1%	1,5%	1,2%	0,1%
José C. Paz	1,9%	2,5%	3,0%	3,2%	3,8%	1,9%
La Matanza	15,9%	14,6%	14,1%	12,6%	11,8%	15,9%
Lanús	5,5%	5,7%	5,5%	5,2%	6,1%	5,5%
Lomas de Zamora	8,1%	8,7%	7,1%	6,4%	7,0%	8,1%
Malvinas Argentinas	2,8%	3,2%	1,8%	2,7%	2,5%	2,8%
Merlo	6,4%	4,8%	4,0%	5,2%	4,8%	6,4%
Moreno	4,9%	3,3%	4,5%	3,8%	3,7%	4,9%
Morón	2,4%	3,0%	2,8%	1,5%	2,5%	2,4%
Quilmes	8,9%	10,2%	13,6%	8,5%	8,7%	8,9%
San Fernando	1,6%	2,2%	0,8%	1,9%	0,9%	1,6%
San Isidro	3,3%	2,1%	1,6%	1,9%	3,6%	3,3%
San Miguel	2,4%	2,2%	2,4%	2,7%	3,4%	2,4%
Tigre	2,9%	3,1%	3,3%	6,4%	3,6%	2,9%
Tres de Febrero	2,7%	3,0%	3,2%	3,3%	3,6%	2,7%
Vicente López	2,5%	2,5%	2,1%	1,5%	1,2%	2,5%

* Años con posibilidad de ajuste en futuros boletines.

FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=10.194.

Tabla 10. Evolución bienal de la razón varón cis/mujer cis de casos de VIH según región de residencia. Argentina, 2013-2022.

	2013-2014	2015-2016	2017-2018*	2019-2020*	2021-2022*	Tendencia
País	2,1	2,4	2,4	2,4	2,3	
AMBA	2,4	2,9	2,9	2,7	2,4	
Centro	2,0	2,3	2,0	1,8	2,1	
Cuyo	2,4	2,4	3,3	3,0	2,9	
NEA	1,9	2,1	2,5	2,4	2,3	
NOA	1,9	2,0	2,2	2,4	2,1	
Patagonia	1,7	1,8	1,8	2,2	2,3	

* Años con posibilidad de ajuste en futuros boletines.

FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=60.174.

Tabla 11. Evolución bienal de la razón varón cis/mujer cis de casos de VIH, según jurisdicción de residencia. Argentina, 2013-2022.

	2013-2014	2015-2016	2017-2018*	2019-2020*	2021-2022*	Tendencia
País	2,1	2,4	2,4	2,4	2,3	
Buenos Aires	1,8	2,1	2,0	2,1	2,0	
CABA	3,7	4,6	4,8	4,2	3,7	
Catamarca	2,2	1,6	2,0	2,5	1,7	
Chaco	2,4	2,7	3,0	2,4	2,7	
Chubut	1,6	1,6	1,8	2,1	2,8	
Corrientes	2,5	2,7	3,2	4,5	2,5	
Córdoba	2,3	2,4	2,0	1,9	2,3	
Entre Ríos	2,1	1,7	1,9	1,8	1,9	
Formosa	1,6	1,9	2,0	2,1	2,3	
Jujuy	1,8	2,0	1,9	2,5	2,3	
La Pampa	1,2	1,4	1,7	1,9	1,5	
La Rioja	1,2	2,2	1,6	1,7	1,5	
Mendoza	2,7	2,6	3,4	3,0	3,6	
Misiones	1,3	1,5	2,2	1,8	2,0	
Neuquén	1,8	2,2	2,1	2,4	2,4	
Río Negro	1,6	1,5	1,5	1,8	2,3	
Salta	1,7	1,8	2,0	2,1	2,0	
San Juan	2,2	2,6	2,8	3,6	2,3	
San Luis	1,7	1,7	3,8	2,2	2,0	
Santa Cruz	1,9	1,9	1,5	2,8	2,0	
Santa Fe	2,0	2,7	2,9	1,7	1,9	
Santiago del Estero	1,3	1,3	2,0	1,0	1,8	
Tierra del Fuego	2,7	3,9	3,8	2,6	3,1	
Tucumán	2,6	3,0	3,0	3,4	2,6	

* Años con posibilidad de ajuste en futuros boletines.

FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=60.174.

Tabla 12. Evolución bienal de la razón varón cis/mujer cis de casos de VIH, según región sanitaria de residencia. Provincia de Buenos Aires, 2013-2022.

	2013-2014	2015-2016	2017-2018*	2019-2020*	2021-2022*	Tendencia
Total Buenos Aires	1,8	2,1	2,0	2,1	2,0	
Región Sanitaria I	1,9	2,7	2,1	1,5	1,5	
Región Sanitaria II	1,1	2,8	,8	2,1	2,4	
Región Sanitaria III	1,1	1,9	3,5	3,0		
Región Sanitaria IV	1,7	1,9	1,3	1,8	1,7	
Región Sanitaria V	2,0	2,6	2,4	2,0	2,0	
Región Sanitaria VI	1,6	1,9	1,9	1,8	1,7	
Región Sanitaria VII	2,1	2,2	2,4	2,6	2,6	
Región Sanitaria VIII	1,8	1,3	1,3	2,3	2,3	
Región Sanitaria IX	2,1	1,6	2,0	2,3	1,7	
Región Sanitaria X	2,1	3,4	3,3	1,7	2,5	
Región Sanitaria XI	2,2	2,7	2,9	2,2	2,5	
Región Sanitaria XII	1,0	1,9	2,2	2,3	1,6	

* Años con posibilidad de ajuste en futuros boletines.

FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=15.978.

Tabla 13. Evolución bienal de la mediana de edad al momento del diagnóstico de VIH según género y región de residencia. Argentina, 2013-2022.

		2013-2014	2015-2016	2017-2018*	2019-2020*	2021-2022*	Tendencia
AMBA	Varones cis	33	32	32	33	34	
	Mujeres cis	33	34	35	37	38	
	Mujeres trans	28	28	25	31	30	
	Varones trans	-	23	34	46	38	
Centro	Varones cis	34	32	34	32	33	
	Mujeres cis	33	33	33	34	36	
	Mujeres trans	27	31	32	29	28	
	Varones trans	27	35	33	29	27	
Cuyo	Varones cis	34	32	31	33	33	
	Mujeres cis	34	34	33	37	37	
	Mujeres trans	32	28	33	31	31	
	Varones trans	-	-	-	24	50	
NEA	Varones cis	31	32	31	30	31	
	Mujeres cis	32	33	33	34	34	
	Mujeres trans	40	29	28	25	22	
	Varones trans	-	22	-	32	22	
NOA	Varones cis	31	31	31	32	32	
	Mujeres cis	30	31	31	33	33	
	Mujeres trans	28	29	27	27	34	
	Varones trans	-	25	23	36	34	
Patagonia	Varones cis	34	34	33	33	34	
	Mujeres cis	33	32	36	37	39	
	Mujeres trans	23	45	41	29	30	
	Varones trans	37	19	28	27	63	

* Años con posibilidad de ajuste en futuros boletines.

FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=60.174.

Tabla 14. Evolución bienal de la mediana de edad al momento del diagnóstico de VIH según género y jurisdicción de residencia. Argentina, 2013-2022.

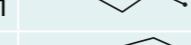
		2013-2014	2015-2016	2017-2018*	2019-2020*	2021-2022*	Tendencia
Buenos Aires	Varones cis	34	34	34	34	35	
	Mujeres cis	33	34	35	37	38	
	Mujeres trans	28	29	29	31	29	
	Varones trans	31	23	34	47	33	
CABA	Varones cis	32	30	31	31	33	
	Mujeres cis	34	35	35	38	38	
	Mujeres trans	27	28	28	30	29	
	Varones trans				26	38	
Catamarca	Varones cis	32	32	40	37	32	
	Mujeres cis	27	33	37	42	33	
	Mujeres trans	26				31	
	Varones trans					34	
Chaco	Varones cis	32	31	33	30	30	
	Mujeres cis	30	30	34	34	32	
	Mujeres trans	40	29	26	29		
	Varones trans						
Chubut	Varones cis	36	36	36	33	35	
	Mujeres cis	34	32	33	37	46	
	Mujeres trans		42	41	26		
	Varones trans	37	19	28	32		
Corrientes	Varones cis	30	33	30	32	33	
	Mujeres cis	33	35	30	30	37	
	Mujeres trans		32			21	
	Varones trans				24		
Córdoba	Varones cis	32	31	32	32	33	
	Mujeres cis	33	32	32	33	35	
	Mujeres trans	27	29	33	29	27	
	Varones trans				21		
Entre Ríos	Varones cis	33	31	36	32	35	
	Mujeres cis	28	32	32	31	31	
	Mujeres trans		32	25		27	
	Varones trans	22		33	37		

		2013-2014	2015-2016	2017-2018*	2019-2020*	2021-2022*	Tendencia
Formosa	Varones cis	29	30	30	29	29	
	Mujeres cis	29	29	29	32	31	
	Mujeres trans			27	31	21	
	Varones trans				39		
Jujuy	Varones cis	33	30	30	32	34	
	Mujeres cis	32	30	30	33	34	
	Mujeres trans	39	31	24	24	38	
	Varones trans				35		
La Pampa	Varones cis	35	37	32	34	34	
	Mujeres cis	36	35	38	43	38	
	Mujeres trans	28	42	35	51	27	
	Varones trans					63	
La Rioja	Varones cis	29	33	33	36	32	
	Mujeres cis	32	31	34	33	33	
	Mujeres trans						
	Varones trans						
Mendoza	Varones cis	33	30	32	32	34	
	Mujeres cis	34	34	32	37	37	
	Mujeres trans	37	38	31	40	30	
	Varones trans					50	
Misiones	Varones cis	33	34	30	29	34	
	Mujeres cis	32	34	35	43	38	
	Mujeres trans				26		
	Varones trans					22	
Neuquén	Varones cis	32	31	33	34	34	
	Mujeres cis	33	30	40	40	40	
	Mujeres trans		48	30	29		
	Varones trans					22	
Río Negro	Varones cis	36	35	31	32	36	
	Mujeres cis	33	34	36	37	39	
	Mujeres trans		50	44	34	29	
	Varones trans						

* Años con posibilidad de ajuste en futuros boletines.

FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=60.174.

Tabla 14. Evolución bienal de la mediana de edad al momento del diagnóstico de VIH según género y jurisdicción de residencia. Argentina, 2013-2022 (continuación).

		2013-2014	2015-2016	2017-2018*	2019-2020*	2021-2022*	Tendencia
Salta	Varones cis	31	30	31	31	30	
	Mujeres cis	31	31	29	32	32	
	Mujeres trans	28	28	29	30	34	
	Varones trans		25	23	37	34	
San Juan	Varones cis	35	33	32	33	32	
	Mujeres cis	33	32	36	35	35	
	Mujeres trans	20	27	33	30	35	
	Varones trans				24		
San Luis	Varones cis	34	34	29	35	31	
	Mujeres cis	36	35	38	40	37	
	Mujeres trans		25	33			
	Varones trans						
Santa Cruz	Varones cis	33	33	33	36	33	
	Mujeres cis	31	31	35	32	38	
	Mujeres trans	18		51	31	34	
	Varones trans						
Santa Fe	Varones cis	34	33	34	32	35	
	Mujeres cis	34	34	36	35	38	
	Mujeres trans	32	46			27	
	Varones trans		38			27	
Santiago del Estero	Varones cis	32	35	34	31	31	
	Mujeres cis	30	32	37	35	33	
	Mujeres trans	37		36	27	35	
	Varones trans		25				
Tierra del Fuego	Varones cis	32	31	32	35	34	
	Mujeres cis	30	35	30	33	37	
	Mujeres trans		45		25		
	Varones trans						
Tucumán	Varones cis	32	31	30	32	32	
	Mujeres cis	30	30	33	32	34	
	Mujeres trans		25	26	26	32	
	Varones trans						

* Años con posibilidad de ajuste en futuros boletines.

FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=60.174.

Tabla 15. Evolución bienal de la mediana de edad al momento del diagnóstico de VIH según género y región sanitaria de residencia. Provincia de Buenos Aires, 2013-2022.

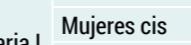
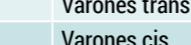
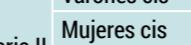
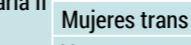
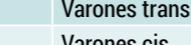
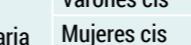
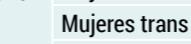
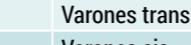
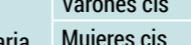
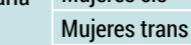
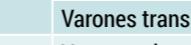
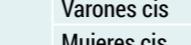
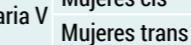
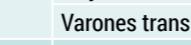
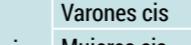
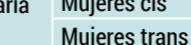
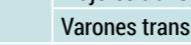
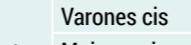
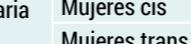
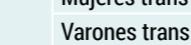
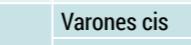
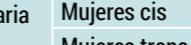
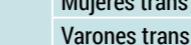
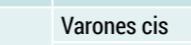
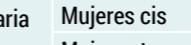
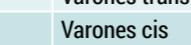
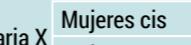
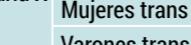
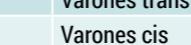
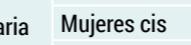
		2013-2014	2015-2016	2017-2018*	2019-2020*	2021-2022*	Tendencia
Región Sanitaria I	Varones cis	33	34	34	34	32	
	Mujeres cis	37	29	29	37	40	
	Mujeres trans	-	32	37	-	-	
	Varones trans	-	35	-	-	-	
Región Sanitaria II	Varones cis	34	37	31	36	33	
	Mujeres cis	38	29	33	47	41	
	Mujeres trans	-	38	19	-	-	
	Varones trans	-	-	-	-	-	
Región Sanitaria III	Varones cis	36	34	31	33	42	
	Mujeres cis	35	33	35	52	-	
	Mujeres trans	-	-	-	-	-	
	Varones trans	-	-	-	-	-	
Región Sanitaria IV	Varones cis	38	35	37	28	31	
	Mujeres cis	33	36	37	37	34	
	Mujeres trans	-	43	33	-	38	
	Varones trans	-	21	-	-	-	
Región Sanitaria V	Varones cis	32	33	32	33	33	
	Mujeres cis	32	34	34	37	36	
	Mujeres trans	45	28	23	31	30	
	Varones trans	31	-	-	-	-	
Región Sanitaria VI	Varones cis	34	34	33	37	36	
	Mujeres cis	33	35	36	36	38	
	Mujeres trans	30	29	25	32	27	
	Varones trans	-	23	34	49	-	
Región Sanitaria VII	Varones cis	34	35	34	32	37	
	Mujeres cis	33	34	36	37	37	
	Mujeres trans	36	47	27	25	30	
	Varones trans	-	-	-	47	27	
Región Sanitaria VIII	Varones cis	37	33	36	35	35	
	Mujeres cis	32	34	34	36	43	
	Mujeres trans	28	-	32	31	-	
	Varones trans	-	-	-	-	-	
Región Sanitaria IX	Varones cis	33	42	42	33	32	
	Mujeres cis	37	30	39	24		

Tabla 16. Evolución bienal de la distribución etaria de los diagnósticos de VIH según género y región de residencia. Argentina, 2013-2022.

		Varones cis					Mujeres cis				
		2013-2014	2015-2016	2017-2018*	2019-2020*	2021-2022*	2013-2014	2015-2016	2017-2018*	2019-2020*	2021-2022*
AMBAA	Total	3.415	3.484	2.602	2.013	1.925	1.439	1.183	887	741	793
	0 a 9	1,2%	0,6%	0,1%	0,3%	0,1%	3,6%	1,7%	0,9%	0,9%	1,0%
	10 a 14	0,1%	0,1%	0,2%	0,0%	0,2%	0,8%	0,6%	0,2%	0,1%	0,5%
	15 a 19	2,4%	2,8%	3,0%	2,2%	1,7%	6,0%	6,8%	5,5%	3,1%	2,9%
	20 a 24	14,4%	15,5%	15,5%	14,6%	10,3%	14,2%	12,4%	11,5%	11,7%	10,2%
	24 a 34	38,9%	39,3%	38,8%	38,8%	38,9%	33,1%	29,3%	31,0%	27,5%	26,6%
	35 a 44	23,5%	23,0%	22,9%	22,8%	24,5%	23,6%	26,6%	26,7%	28,5%	28,6%
	45 a 54	12,7%	12,5%	13,1%	14,4%	14,5%	13,3%	16,5%	17,4%	20,8%	20,2%
	55 a 64	5,2%	4,5%	5,1%	5,1%	7,3%	4,4%	4,6%	6,2%	5,5%	8,4%
	65 o más	1,4%	1,6%	1,4%	1,7%	2,4%	1,0%	1,4%	0,6%	1,6%	1,5%
	Desconocido	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%
Centro	Total	2.548	2.231	1.895	1.421	1.823	1.248	991	935	770	864
	0 a 9	0,9%	0,8%	0,3%	0,3%	0,6%	2,2%	2,6%	1,1%	0,1%	0,1%
	10 a 14	0,2%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,8%	0,3%	0,3%	0,5%	0,1%
	15 a 19	2,9%	3,0%	3,3%	3,3%	3,3%	6,7%	6,6%	5,5%	4,7%	3,5%
	20 a 24	13,2%	17,5%	14,9%	16,1%	13,5%	15,5%	13,7%	15,4%	15,2%	12,6%
	24 a 34	36,9%	35,9%	34,6%	38,1%	36,7%	30,0%	33,6%	32,0%	29,9%	29,3%
	35 a 44	25,5%	24,8%	25,1%	24,1%	23,3%	25,1%	24,4%	24,2%	26,0%	27,2%
	45 a 54	14,1%	11,4%	15,1%	11,8%	14,6%	12,7%	12,9%	15,3%	16,6%	18,6%
	55 a 64	4,9%	5,8%	5,5%	5,6%	6,7%	5,4%	5,0%	5,7%	5,6%	7,6%
	65 o más	1,4%	0,7%	1,1%	0,7%	1,2%	1,6%	0,8%	0,6%	1,4%	0,9%
	Desconocido	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Cuyo	Total	691	702	732	659	793	287	292	221	223	271
	0 a 9	0,9%	0,1%	0,3%	0,3%	0,1%	1,7%	0,3%	0,5%	1,3%	0,7%
	10 a 14	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,7%
	15 a 19	3,0%	5,0%	4,2%	4,1%	2,3%	5,9%	5,1%	5,9%	3,6%	3,3%
	20 a 24	15,9%	16,4%	16,0%	13,1%	14,4%	13,9%	18,5%	13,6%	11,7%	9,6%
	24 a 34	33,1%	35,8%	37,3%	37,5%	37,1%	30,0%	28,1%	33,5%	29,1%	27,7%
	35 a 44	23,9%	21,2%	20,5%	22,8%	22,7%	24,0%	25,0%	24,9%	26,5%	28,8%
	45 a 54	14,9%	12,1%	13,7%	13,5%	13,5%	15,7%	16,1%	14,0%	19,7%	21,0%
	55 a 64	6,7%	8,3%	6,7%	7,1%	8,2%	7,7%	5,8%	6,8%	6,7%	6,3%
	65 o más	1,6%	1,1%	1,4%	1,7%	1,8%	1,0%	0,7%	0,9%	1,3%	1,8%
	Desconocido	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

		Varones cis					Mujeres cis				
		2013-2014	2015-2016	2017-2018*	2019-2020*	2021-2022*	2013-2014	2015-2016	2017-2018*	2019-2020*	2021-2022*
NEA	Total	499	494	615	403	599	267	235	246	169	257
	0 a 9	2,8%	1,2%	0,3%	0,5%	0,7%	1,1%	1,3%	0,8%	1,8%	1,2%
	10 a 14	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	1,7%	1,2%	0,0%	0,8%
	15 a 19	5,4%	3,8%	3,4%	5,7%	3,7%	11,6%	8,9%	7,3%	5,9%	3,5%
	20 a 24	17,4%	18,4%	18,4%	20,6%	18,4%	15,0%	16,2%	15,9%	14,2%	13,2%
	24 a 34	35,7%	33,6%	38,7%	38,0%	36,9%	33,0%	29,8%	30,1%	32,0%	32,7%
	35 a 44	18,4%	25,9%	20,0%	18,4%	18,7%	22,5%	24,3%	22,0%	18,9%	19,8%
	45 a 54	14,8%	11,5%	11,4%	11,4%	13,9%	11,6%	11,9%	14,2%	16,6%	19,5%
	55 a 64	4,2%	4,9%	6,5%	4,2%	6,0%	4,1%	5,5%	7,3%	8,9%	6,2%
	65 o más	0,8%	0,6%	1,3%	1,2%	1,8%	0,4%	0,4%	1,2%	1,8%	3,1%
	Desconocido	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
NOA	Total	1.253	1.286	1.361	1.267	1.608	668	635	616	539	764
	0 a 9	1,4%	0,4%	0,7%	0,5%	0,3%	3,7%	2,7%	2,4%	2,0%	1,3%
	10 a 14	0,2%	0,4%	0,1%	0,2%	0,1%	0,3%	0,3%	0,6%	0,2%	0,4%
	15 a 19	4,1%	5,3%	5,4%	3,6%	4,4%	8,2%	9,0%	6,8%	5,2%	4,5%
	20 a 24	18,4%	20,1%	18,0%	17,6%	16,4%	17,8%	18,0%	20,1%	16,3%	15,4%
	24 a 34	36,2%	35,2%	35,7%	35,9%	36,2%	34,4%	33,2%	30,7%	32,8%	35,1%
	35 a 44	21,8%	21,7%	21,5%	22,2%	22,0%	22,0%	21,7%	24,2%	23,9%	26,3%
	45 a 54	11,5%	9,7%	11,8%	12,9%	12,4%	9,7%	9,3%	11,9%	11,9%	12,4%
	55 a 64	5,0%	5,9%	5,7%	5,8%	7,0%	2,5%	5,0%	2,8%	6,1%	4,1%
	65 o más	1,4%	1,2%	1,2%	1,3%	1,2%	1,2%	0,8%	0,5%	1,5%	0,5%
	Desconocido	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Patagonia	Total	682	756	775	617	591	409	419	427	284	259
	0 a 9	0,6%	0,3%	0,1%	0,2%	0,3%	0,7%	1,4%	2,3%	0,7%	0,4%
	10 a 14	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	1,2%	0,2%	0,4%	0,0%</td

Tabla 17. Evolución bienal de la distribución etaria de los diagnósticos de VIH según género y jurisdicción de residencia. Argentina, 2013-2022.

		Varones cis					Mujeres cis				
		2013-2014	2015-2016	2017-2018*	2019-2020*	2021-2022*	2013-2014	2015-2016	2017-2018*	2019-2020*	2021-2022*
Buenos Aires	Total	2.708	2.636	1.995	1.661	1.548	1.542	1.231	974	782	773
	0 a 9	1,4%	0,9%	0,2%	0,5%	0,5%	3,8%	2,3%	0,8%	0,6%	0,9%
	10 a 14	0,3%	0,2%	0,2%	0,0%	0,2%	0,7%	0,4%	0,4%	0,1%	0,5%
	15 a 19	2,7%	3,1%	3,2%	3,0%	2,0%	7,1%	7,3%	6,7%	2,6%	3,1%
	20 a 24	11,9%	14,9%	14,1%	13,5%	12,0%	13,7%	12,0%	12,0%	13,0%	9,6%
	24 a 34	35,7%	33,5%	34,4%	34,3%	34,8%	31,3%	30,1%	29,8%	26,7%	28,6%
	35 a 44	26,1%	26,1%	25,6%	26,7%	24,2%	24,3%	26,8%	26,6%	30,3%	29,4%
	45 a 54	15,1%	14,5%	15,6%	15,2%	16,5%	12,8%	15,8%	17,1%	20,6%	19,9%
	55 a 64	5,6%	5,7%	5,4%	5,7%	7,6%	5,3%	4,4%	5,7%	4,5%	7,0%
	65 o más	1,1%	1,1%	1,3%	1,1%	2,5%	0,9%	0,7%	0,8%	1,4%	1,0%
	Desconocido	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%
CABA	Total	1.879	1.840	1.274	928	814	513	399	268	220	221
	0 a 9	0,6%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	2,3%	1,3%	0,7%	0,9%	0,5%
	10 a 14	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,2%	1,0%	1,0%	0,0%	0,0%	0,5%
	15 a 19	2,6%	2,3%	2,9%	1,7%	1,6%	4,7%	4,5%	1,9%	4,1%	1,8%
	20 a 24	15,5%	16,2%	16,7%	16,5%	8,4%	14,4%	13,0%	11,9%	10,0%	13,6%
	24 a 34	40,7%	44,5%	42,2%	44,7%	46,1%	33,5%	28,6%	34,0%	28,2%	25,3%
	35 a 44	22,4%	20,6%	21,1%	19,2%	24,7%	22,0%	25,8%	23,9%	21,8%	25,3%
	45 a 54	11,3%	10,4%	10,8%	11,3%	11,3%	16,8%	16,5%	19,4%	23,2%	19,0%
	55 a 64	5,4%	4,0%	4,6%	4,3%	6,1%	3,5%	6,5%	7,5%	9,1%	11,8%
	65 o más	1,5%	1,8%	1,6%	2,3%	1,6%	1,6%	2,8%	0,7%	2,7%	2,3%
	Desconocido	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Catamarca	Total	56	75	10	35	85	26	46	5	14	49
	0 a 9	0,0%	0,0%	20,0%	0,0%	1,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	10 a 14	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	20,0%	0,0%	0,0%
	15 a 19	3,6%	4,0%	0,0%	0,0%	2,4%	7,7%	2,2%	0,0%	0,0%	2,0%
	20 a 24	14,3%	16,0%	20,0%	14,3%	12,9%	26,9%	19,6%	0,0%	14,3%	22,4%
	24 a 34	42,9%	38,7%	0,0%	31,4%	35,3%	42,3%	34,8%	20,0%	21,4%	30,6%
	35 a 44	17,9%	21,3%	30,0%	22,9%	25,9%	15,4%	23,9%	60,0%	35,7%	30,6%
	45 a 54	14,3%	10,7%	30,0%	28,6%	16,5%	7,7%	15,2%	0,0%	14,3%	4,1%
	55 a 64	1,8%	6,7%	0,0%	2,9%	3,5%	0,0%	4,3%	0,0%	14,3%	10,2%
	65 o más	5,4%	2,7%	0,0%	0,0%	1,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Desconocido	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

		Varones cis					Mujeres cis				
		2013-2014	2015-2016	2017-2018*	2019-2020*	2021-2022*	2013-2014	2015-2016	2017-2018*	2019-2020*	2021-2022*
Chaco	Total	136	104	227	124	164	56	38	75	51	60
	0 a 9	0,7%	1,0%	0,4%	0,8%	0,6%	0,0%	0,0%	1,3%	0,0%	0,0%
	10 a 14	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	15 a 19	6,6%	3,8%	3,1%	5,6%	4,3%	14,3%	7,9%	5,3%	3,9%	3,3%
	20 a 24	16,9%	17,3%	15,9%	21,8%	23,8%	17,9%	15,8%	14,7%	15,7%	15,0%
	24 a 34	30,1%	40,4%	35,7%	36,3%	36,6%	33,9%	44,7%	32,0%	33,3%	36,7%
	35 a 44	24,3%	24,0%	20,7%	21,0%	18,3%	21,4%	18,4%	26,7%	27,5%	18,3%
	45 a 54	14,0%	10,6%	15,0%	9,7%	12,8%	7,1%	7,9%	14,7%	11,8%	23,3%
	55 a 64	5,9%	2,9%	7,5%	3,2%	2,4%	1,8%	5,3%	4,0%	7,8%	3,3%
	65 o más	1,5%	0,0%	1,8%	1,6%	1,2%	1,8%	0,0%	1,3%	0,0%	0,0%
	Desconocido	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Chubut	Total	168	161	149	155	160	106	103	84	75	57
	0 a 9	1,8%	0,0%	0,7%	0,6%	1,3%	0,0%	1,9%	3,6%	1,3%	0,0%
	10 a 14	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,9%	0,0%	0,0%	0,0%
	15 a 19	1,8%	2,5%	1,3%	0,6%	3,1%	5,7%	5,8%	3,6%	5,3%	1,8%
	20 a 24	13,7%	11,2%	14,1%	11,0%	13,1%	18,9%	20,4%	14,3%	6,7%	7,0%
	24 a 34	28,6%	32,3%	32,2%	40,6%	30,0%	28,3%	30,1%	31,0%	28,0%	17,5%
	35 a 44	23,8%	32,3%	28,2%	24,5%	27,5%	22,6%	21,4%	26,2%	34,7%	22,8%
	45 a 54	16,1%	12,4%	13,4%	12,9%	14,4%	20,8%	12,6%	14,3%	14,7%	31,6%
	55 a 64	11,3%	5,6%	8,1%	5,8%	6,9%	1,9%	3,9%	7,1%	6,7%	15,8%
	65 o más	3,0%	3,7%	2,0%	3,9%	3,8%	1,9%	1,0%	0,0%	2,7%	3,5%
	Desconocido	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Corrientes	Total	158	175	96	77	117	63	65	30	17	46
	0 a 9	3,2%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	3,2%	1,5%	0,0%	0,0%	2,2%
	10 a 14	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	15 a 19	1,9%	5								

Tabla 17. Evolución bienal de la distribución etaria de los diagnósticos de VIH según género y jurisdicción de residencia. Argentina, 2013-2022 (continuación).

		Varones cis					Mujeres cis				
		2013-2014	2015-2016	2017-2018*	2019-2020*	2021-2022*	2013-2014	2015-2016	2017-2018*	2019-2020*	2021-2022*
Córdoba	Total	899	849	687	467	879	394	349	345	247	380
	0 a 9	0,8%	0,8%	0,4%	0,0%	0,5%	1,0%	2,9%	2,0%	0,4%	0,0%
	10 a 14	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	0,0%	0,3%	0,8%	0,0%
	15 a 19	2,0%	2,7%	3,3%	1,9%	3,8%	4,8%	7,7%	4,6%	4,5%	4,2%
	20 a 24	15,9%	20,0%	16,6%	15,8%	13,5%	15,2%	14,0%	17,7%	16,6%	12,4%
	24 a 34	38,9%	38,4%	38,6%	42,8%	39,4%	33,2%	35,0%	35,1%	36,0%	32,1%
	35 a 44	24,0%	21,3%	21,7%	23,6%	22,6%	28,4%	23,2%	24,3%	24,3%	25,0%
	45 a 54	12,9%	10,5%	14,7%	10,5%	13,5%	10,2%	12,3%	10,7%	12,1%	18,9%
	55 a 64	3,7%	5,4%	4,2%	5,1%	5,8%	5,3%	3,7%	5,2%	4,0%	6,6%
	65 o más	1,6%	0,8%	0,4%	0,2%	0,9%	1,0%	1,1%	0,0%	1,2%	0,8%
	Desconocido	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Entre Ríos	Total	212	172	185	124	122	101	102	99	70	63
	0 a 9	1,4%	1,2%	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%	2,0%	1,0%	0,0%	1,6%
	10 a 14	0,0%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%	0,0%	0,0%	1,4%	0,0%
	15 a 19	1,4%	4,7%	2,7%	4,8%	2,5%	3,0%	7,8%	7,1%	14,3%	4,8%
	20 a 24	12,7%	16,9%	14,1%	16,1%	16,4%	29,7%	15,7%	16,2%	11,4%	20,6%
	24 a 34	42,5%	39,0%	30,8%	37,9%	29,5%	28,7%	35,3%	37,4%	31,4%	28,6%
	35 a 44	20,8%	22,1%	27,0%	21,8%	23,8%	22,8%	17,6%	16,2%	24,3%	19,0%
	45 a 54	15,1%	11,0%	15,1%	10,5%	16,4%	7,9%	15,7%	16,2%	10,0%	19,0%
	55 a 64	4,7%	4,1%	8,6%	7,3%	8,2%	1,0%	4,9%	5,1%	4,3%	3,2%
	65 o más	1,4%	0,6%	1,6%	1,6%	3,3%	4,0%	1,0%	1,0%	2,9%	3,2%
	Desconocido	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Formosa	Total	80	99	119	149	143	50	52	61	72	63
	0 a 9	0,0%	1,0%	0,0%	0,7%	1,4%	2,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,6%
	10 a 14	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,8%	1,6%	0,0%	0,0%
	15 a 19	10,0%	5,1%	4,2%	6,0%	4,2%	12,0%	11,5%	6,6%	5,6%	4,8%
	20 a 24	26,3%	22,2%	16,8%	24,2%	21,0%	22,0%	21,2%	23,0%	16,7%	22,2%
	24 a 34	32,5%	34,3%	47,1%	36,9%	38,5%	34,0%	25,0%	32,8%	36,1%	30,2%
	35 a 44	18,8%	21,2%	22,7%	14,8%	15,4%	20,0%	23,1%	18,0%	13,9%	20,6%
	45 a 54	8,8%	9,1%	8,4%	12,1%	11,2%	8,0%	11,5%	13,1%	18,1%	12,7%
	55 a 64	3,8%	6,1%	0,8%	4,7%	5,6%	0,0%	1,9%	3,3%	8,3%	6,3%
	65 o más	0,0%	1,0%	0,0%	0,7%	2,8%	0,0%	0,0%	1,6%	1,4%	1,6%
	Desconocido	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

		Varones cis					Mujeres cis				
		2013-2014	2015-2016	2017-2018*	2019-2020*	2021-2022*	2013-2014	2015-2016	2017-2018*	2019-2020*	2021-2022*
Jujuy	Total	222	225	324	320	358	122	115	169	126	153
	0 a 9	1,8%	0,0%	1,2%	0,3%	0,8%	8,2%	3,5%	4,7%	3,2%	2,0%
	10 a 14	0,0%	0,0%	0,0%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	0,7%
	15 a 19	5,0%	5,3%	6,8%	4,7%	3,9%	7,4%	7,8%	7,1%	4,0%	2,0%
	20 a 24	15,8%	20,0%	19,4%	18,1%	11,7%	18,9%	17,4%	17,2%	13,5%	11,8%
	24 a 34	34,2%	37,3%	34,0%	32,5%	36,0%	23,8%	32,2%	34,9%	32,5%	38,6%
	35 a 44	19,4%	20,4%	21,9%	19,7%	24,9%	23,8%	22,6%	24,3%	23,0%	28,1%
	45 a 54	15,8%	8,9%	12,3%	15,3%	12,8%	13,9%	10,4%	9,5%	13,5%	12,4%
	55 a 64	5,4%	7,1%	3,1%	7,2%	8,7%	1,6%	6,1%	2,4%	7,9%	4,6%
	65 o más	2,7%	0,9%	1,2%	1,9%	1,1%	2,5%	0,0%	0,0%	1,6%	0,0%
	Desconocido	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
La Pampa	Total	72	79	77	59	61	59	57	45	31	41
	0 a 9	0,0%	1,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,8%	0,0%	0,0%	0,0%
	10 a 14	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	,0%	1,8%	0,0%	0,0%	0,0%
	15 a 19	0,0%	5,1%	7,8%	0,0%	4,9%	1,7%	5,3%	6,7%	3,2%	4,9%
	20 a 24	13,9%	21,5%	11,7%	15,3%	9,8%	13,6%	12,3%	11,1%	9,7%	4,9%
	24 a 34	36,1%	19,0%	36,4%	35,6%	36,1%	30,5%	29,8%	17,8%	25,8%	26,8%
	35 a 44	22,2%	19,0%	28,6%	20,3%	11,5%	30,5%	26,3%	26,7%	22,6%	19,5%
	45 a 54	15,3%	24,1%	9,1%	23,7%	24,6%	18,6%	21,1%	31,1%	25,8%	31,7%
	55 a 64	11,1%	8,9%	6,5%	3,4%	9,8%	1,7%	1,8%	2,2%	9,7%	9,8%
	65 o más	1,4%	1,3%	0,0%	1,7%	3,3%	3,4%	0,0%	4,4%	3,2%	2,4%
	Desconocido	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
La Rioja	Total	71	41	8	30	103	57	19	5	18	67
	0 a 9	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	10 a 14	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	15 a 19	8,5%	7,3%	0,0%	6,7%	1,9					

Transmisión vertical del VIH en Argentina

Autores: Vanesa Kaynar¹, Moira Taicz¹, Valeria Levite¹, Diego Martínez Madrid¹ y Mariana Ceriotto¹

La Argentina, como Estado miembro de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha sostenido sus compromisos para la eliminación de la transmisión materno-infantil (ETMI-Plus) del VIH, la sífilis congénita, la hepatitis B y el Chagas. Para el período 2022-2023, la Dirección de Respuesta a VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis (DRVIHVyT) definió como una de sus líneas estratégicas el fortalecimiento de las acciones tendientes a conseguir la eliminación. Así, se jerarquizó la ampliación del uso de pruebas rápidas en el cuidado pregestacional para personas embarazadas y sus parejas, se formalizaron espacios subnacionales de gestión integrada y se produjo una optimización de la notificación de los eventos contemplados en la iniciativa ETMI-Plus. A su vez, se realizó una actualización de los algoritmos diagnósticos y terapéuticos para unificar los criterios para todos los equipos de salud que intervienen en dichas acciones.

Con relación al evento de transmisión vertical del VIH, en los últimos cinco años no había sido posible informar indicadores por causas vinculadas a dificultades en la notificación, que resumimos a continuación:

Hasta el año 2017, la tasa de transmisión vertical se construía a través de los datos obtenidos de los laboratorios que notificaban en el Sistema de Vigilancia Laboratorial (SIVILA) y de otras bases de datos o registros de los laboratorios que no adherían a ese sistema.

A partir de 2018 entró en vigencia el nuevo Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), que permitió la integración de los módulos epidemiológico, de laboratorio y clínico. En el marco de la ley 15.465 –que establece los eventos de notificación obligatoria– y considerando las posibilidades que otorga el nuevo SNVS 2.0, se decidió de que este sistema fuera la única fuente de datos para la notificación de los eventos de VIH: *VIH, VIH en embarazo y VIH-expuesto perinatal*.

Luego de un largo y complejo proceso, desde mayo de 2018, se comenzó a notificar los eventos en el SNVS 2.0, de modo que la información quedó integrada con el resto de los eventos de salud de notificación obligatoria. Todos los usuarios del SNVS debieron realizar un curso de capacitación para obtener un usuario de ingreso. Esta capacitación está a cargo de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación. Durante el resto de ese año y el siguiente, se reportó la información de los casos de VIH y VIH en embarazo al sistema de forma mixta, esto es, centralizada y descentralizada.

Durante el segundo semestre de 2019, la DRVIHVyT brindó capacitaciones para descentralizar completamente la notificación. Ya en 2020, el proceso se aceleró debido a la emergencia COVID-19, por lo que desde mayo de ese año la Dirección dejó de recibir notificaciones en papel y cada provincia debió asumir el reporte de sus casos en el SNVS 2.0, ya fuera a través de su programa jurisdiccional o descentralizando la carga en los establecimientos de salud. Este proceso se acompañó con diversas capacitaciones, análisis y monitoreo de la calidad y oportunidad de la información registrada al sistema.

Tras la emergencia sanitaria, la revisión y análisis de las notificaciones de 2020 mostraron una fuerte caída en el reporte de casos. Considerando este escenario y que los laboratorios que no notificaban al SIVILA no adhirieron al SNVS 2.0 hasta pasada la pandemia, la construcción de indicadores que responden al monitoreo de la ETMI-Plus se vio afectada durante todo ese período.

¹ Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis.

En 2021 y 2022 se trabajó para afianzar el correcto uso y la oportunidad de la notificación para los tres eventos de VIH. En simultáneo, se realizó un nuevo análisis de la información disponible tanto en el SNVS 2.0 como en el SVIH (sistema de gestión de personas con VIH atendidas en el sistema público), para construir el estado de situación de la transmisión vertical en la Argentina. Se recortaron tres años de análisis (2020, 2021 y 2022) y se llegó a la conclusión de que, a pesar de todos los esfuerzos realizados por las diferentes jurisdicciones, aún no se podía contar con información oportuna y de calidad para construir los indicadores de ETMI-Plus.

En febrero de 2023, a partir de una actualización del estado de situación de los expuestos perinatales y luego de desarrollar varias herramientas que permitían un fácil y acabado análisis de la información, se estableció una línea de base de los expuestos perinatales. Se compartieron los resultados del análisis con la red de Transmisión Vertical del país en encuentros de trabajo que también permitieron incorporar los problemas identificados por las jurisdicciones y los laboratorios de referencia que procesan cargas virales para VIH.

Se encontraron diferentes problemas asociados a la notificación de los casos del evento *VIH-expuesto perinatal* en el SNVS 2.0 (**Figura 1**). También se identificaron reportes en el SVIH de expuestos que no estaban notificados en el SNVS 2.0.

Figura 1. Dificultades en el uso del SNVS 2.0.



Durante el primer semestre de 2023, se asumió el compromiso de construir la tasa de transmisión perinatal de los niños y niñas expuestos/as nacidos/as en 2021. Fue así como comenzó un nuevo proceso de trabajo articulado con los referentes de programas y direcciones de VIH de las jurisdicciones, de las direcciones de epidemiología, de los laboratorios que procesan cargas virales para VIH y de los equipos responsables de la transmisión vertical en las provincias. Se actualizaron las herramientas de trabajo en función de identificar a los expuestos, la calidad de la carga y la información faltante para el correcto seguimiento.

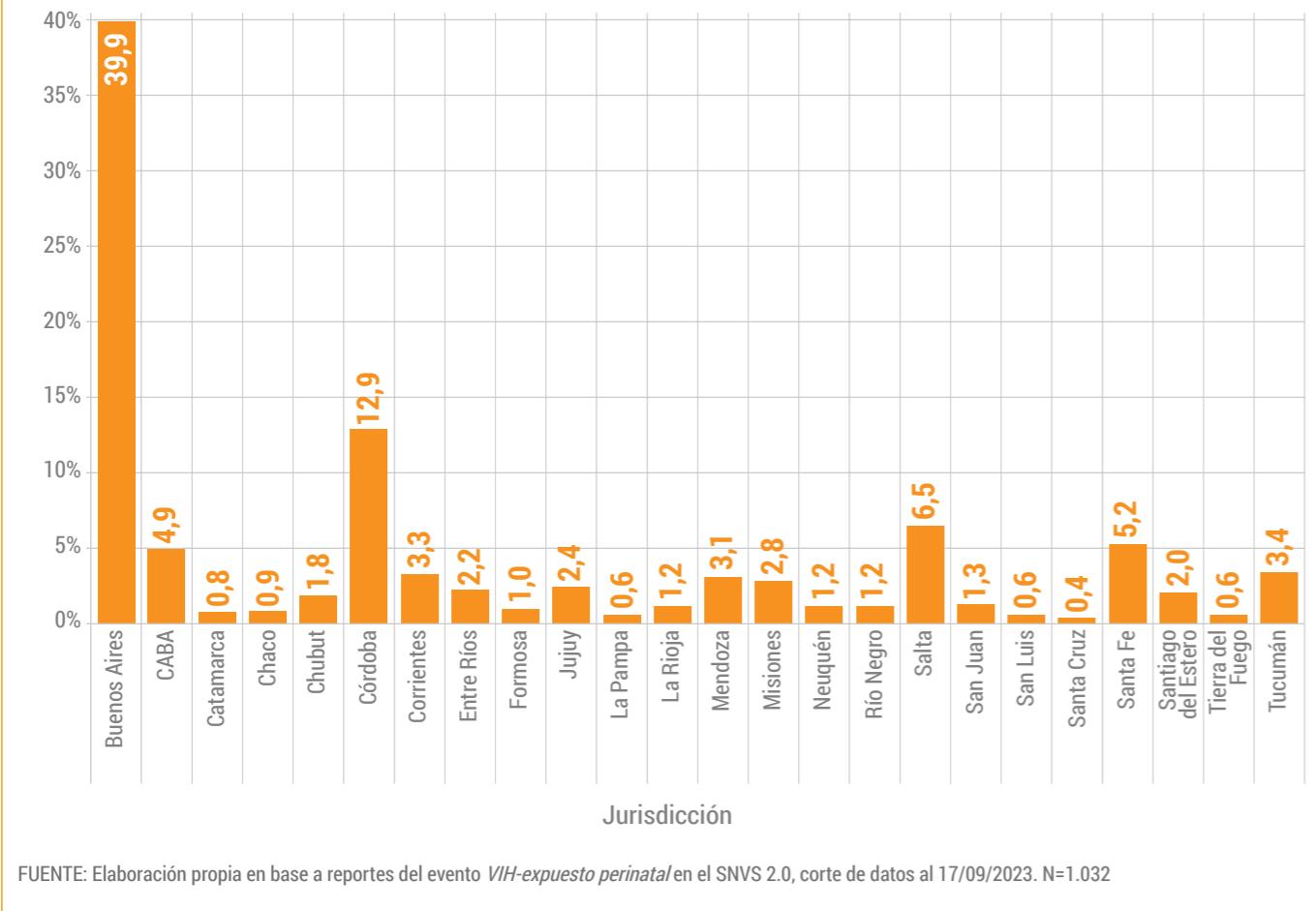
Los resultados se vieron reflejados en el SNVS 2.0 de forma continua a medida que se fue trabajando sobre los problemas encontrados. Así, se logró:

- Fortalecer una red en todo el país con compromiso para la notificación con calidad y oportunidad del evento *VIH-expuesto perinatal* al SNVS 2.0.
- Habilitar usuarios en una nube para acceder a información sobre la notificación del evento en todas las jurisdicciones.
- Incorporar nuevas personas de los equipos sanitarios a la red de Transmisión Vertical.
- Realizar capacitaciones y actualizaciones para la notificación del evento.
- Detectar nuevos problemas asociados a la notificación del evento y trabajar para resolverlos en forma continua.
- Cruzar bases de datos del SVIH y SNVS 2.0 (expuestos y casos de VIH) para identificar nuevos expuestos que no estuvieran notificados.
- Mejorar la información compartida a partir de las necesidades observadas por diferentes referentes.
- Recuperar información de fuentes secundarias y notificar correctamente en el sistema.
- Documentar casos de expuestos indocumentados.
- Clasificar casos de expuestos sin clasificación de caso o con clasificación de caso incorrecta.
- Identificar y resolver expuestos cargados hasta cuatro veces con códigos diferentes.
- Recuperar casos que no registraban fecha de nacimiento o que habían sido notificados con el DNI materno.
- Identificar pérdidas de seguimiento de casos, recuperarlos y revincular a los expuestos con el sistema sanitario.
- Establecer que las muestras de laboratorio para el seguimiento de casos deben derivarse por el SNVS 2.0 y que los laboratorios que las procesan deben cargar los resultados.
- Identificar “recorridos sanitarios interjurisdiccionales” de las familias de los expuestos y la necesidad de comunicación entre los equipos sanitarios de distintas jurisdicciones.

Análisis de la tasa de transmisión vertical en 2021

Se reportaron 1.032 niñas/os expuestas/os nacidos en 2021 al SNVS 2.0. El 59,2% residían en las provincias de Buenos Aires (39,8%), Córdoba (12,9%) y Salta (6,5%). Les seguían Santa Fe (5,2%) y CABA (4,9%) (**Gráfico 1**).

Gráfico 1. Distribución porcentual de los casos de exposición perinatal según jurisdicción de residencia (nacidos en 2021). Argentina.



En la **Tabla 1** se observa la distribución del total de los expuestos perinatales nacidos en 2021 notificados al SNVS 2.0, según la clasificación por algoritmo y la provincia de residencia. El 71,2% de los casos se consideran cerrados para la construcción de la proporción de niños confirmados por exposición perinatal (43 casos confirmados, 148 casos descartados y 544 casos sin infección detectable). En 297 casos no hay suficientes cargas virales registradas que permitan reclasificar los casos.

Parte del trabajo realizado para mejorar la calidad de información fue documentar a los expuestos que permanecían indocumentados en el sistema. Al cierre de la base, solo el 9,7% del total permanecía en esta condición.

En la **Tabla 2** se muestra la proporción que representan los 43 casos con diagnóstico confirmado respecto del total de expuestos (4,2% de 1.032) y de los casos que se consideran cerrados (5,9% de 735).

Tabla 1. Casos de exposición perinatal al VIH según clasificación por algoritmo y jurisdicción de residencia (nacidos en 2021). Argentina.

Jurisdicción de residencia	Casos confirmados de VIH perinatal	Casos descartados de VIH perinatal	Casos sin infección detectable de VIH	Casos expuestos al VIH perinatal	Total
Buenos Aires	19	22	168	202	411
CABA	2	2	40	7	51
Catamarca	0	2	5	1	8
Chaco	1	0	7	1	9
Chubut	2	3	14	0	19
Córdoba	0	48	76	9	133
Corrientes	2	0	25	7	34
Entre Ríos	0	1	15	7	23
Formosa	0	0	4	6	10
Jujuy	3	12	7	3	25
La Pampa	0	3	3	0	6
La Rioja	0	5	3	4	12
Mendoza	1	0	26	5	32
Misiones	0	4	17	8	29
Neuquén	0	4	6	2	12
Río Negro	1	8	2	1	12
Salta	4	16	33	14	67
San Juan	1	3	9	0	13
San Luis	0	2	4	0	6
Santa Cruz	0	2	2	0	4
Santa Fe	4	5	34	11	54
Santiago del Estero	1	0	14	6	21
Tierra del Fuego	0	3	3	0	6
Tucumán	2	3	27	3	35
Total país	43	148	544	297	1.032

FUENTE: Elaboración propia en base a reportes del evento *VIH-expuesto perinatal* en el SNVS 2.0, corte de datos al 17/09/2023.

Tabla 2. Diagnósticos de VIH confirmados entre expuestos perinatales y proporción respecto de los casos cerrados y totales (nacidos en 2021). Argentina.

Expuestos confirmados con diagnóstico de VIH	Casos cerrados	Casos de expuestos al VIH	Porcentaje de diagnósticos de VIH sobre casos cerrados	Porcentaje de diagnósticos de VIH sobre total de casos
43	735	1.032	5,9	4,2

FUENTE: Elaboración propia en base a reportes del evento *VIH-expuesto perinatal* en el SNVS 2.0, corte de datos al 17/09/2023.

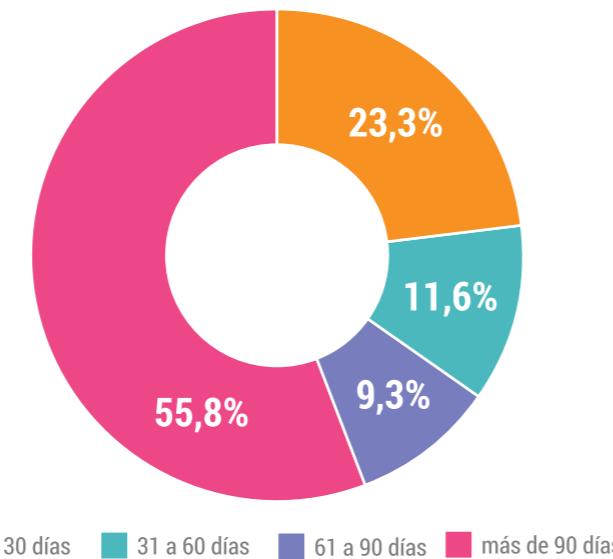
Con respecto a la oportunidad en el diagnóstico, en el 44,2% de casos el diagnóstico se confirmó antes de los 90 días de vida y el 55,8% demoró más de tres meses, situación que se considera tardía (**Gráfico 2**).

Los casos confirmados se cruzaron con otras fuentes de información y se encontraron registros relacionados con el diagnóstico de VIH previos a los reportes del SNVS 2.0, no obstante lo cual no cambia sustancialmente la distribución por período.

Análisis de la tasa de transmisión vertical en 2022

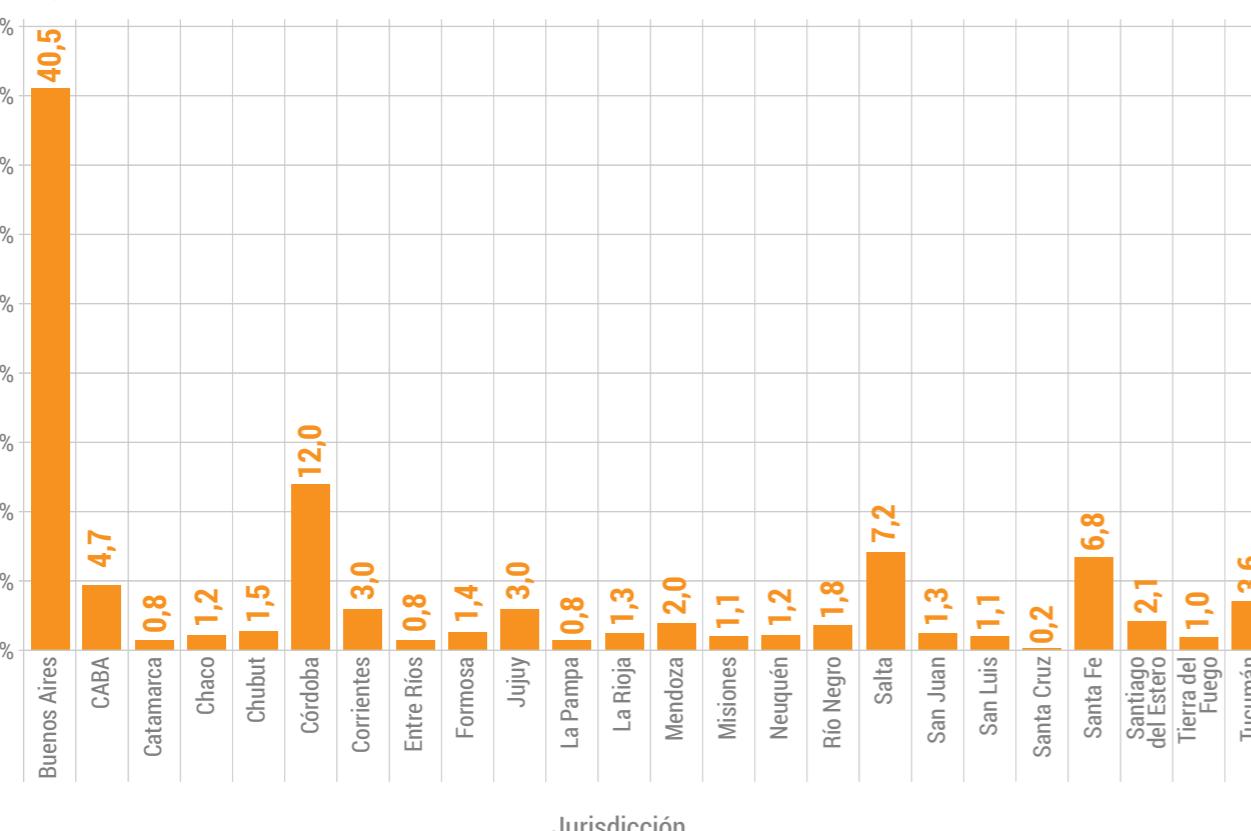
Con respecto a los/as expuestos/as al VIH nacidos en 2022 y notificados al SNVS 2.0, hay un total de 1.034, cantidad semejante a los nacidos el año anterior. En el **Gráfico 3** se observa la distribución de los casos según la provincia de residencia, que no difiere significativamente de la del año previo.

Gráfico 2. Proporción de casos de VIH confirmados entre expuestos perinatales según edad al momento del diagnóstico con segunda carga viral registrada en el SNVS 2.0 (nacidos en 2021). Argentina.



FUENTE: Elaboración propia en base a reportes del evento *VIH-expuesto perinatal* en el SNVS 2.0, corte de datos al 17/09/2023. N=43

Gráfico 3. Distribución porcentual de los casos de exposición perinatal según jurisdicción de residencia (nacidos en 2022). Argentina.



FUENTE: Elaboración propia en base a reportes del evento *VIH-expuesto perinatal* en el SNVS 2.0, corte de datos al 17/09/2023. N=1.034

De los 1.034 niños/as expuestos/as nacidos/as en 2022, solo el 63% tiene información suficiente para la construcción de la proporción de diagnósticos confirmados. Este porcentaje se distribuye en 14 casos confirmados, 3 casos descartados y 639 sin infección detectable. En 378 casos no hay información concluyente para clasificarlos (**Tabla 3**). Se tiene que considerar que solo el 8% de los casos permanecen como indocumentados.

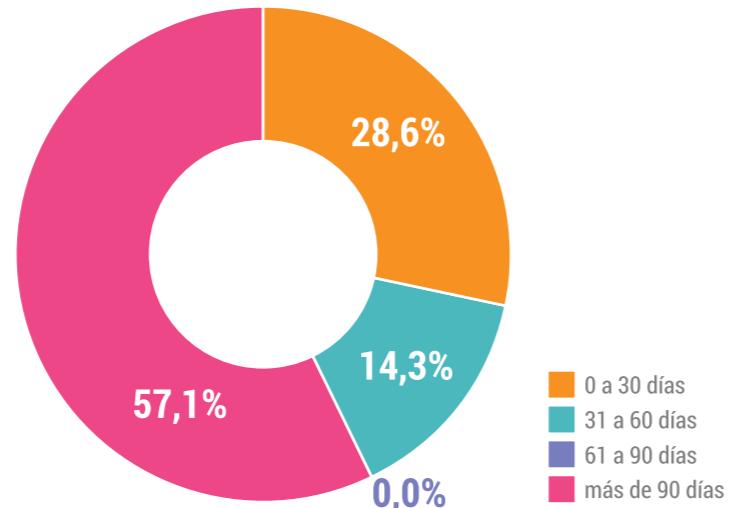
Tabla 3. Casos de exposición perinatal al VIH según clasificación por algoritmo y jurisdicción de residencia (nacidos en 2022). Argentina.

Jurisdicción de residencia	Casos confirmados de VIH perinatal	Casos descartados de VIH perinatal	Casos sin infección detectable de VIH	Casos expuestos al VIH perinatal	Total
Buenos Aires	3	0	174	242	419
CABA	0	0	37	12	49
Catamarca	0	0	7	1	8
Chaco	2	0	5	5	12
Chubut	0	0	10	5	15
Córdoba	3	0	114	7	124
Corrientes	0	0	19	12	31
Entre Ríos	1	0	6	1	8
Formosa	2	0	8	4	14
Jujuy	0	1	26	4	31
La Pampa	0	0	6	2	8
La Rioja	0	0	8	5	13
Mendoza	0	0	14	7	21
Misiones	0	0	8	3	11
Neuquén	0	0	8	4	12
Río Negro	0	0	15	4	19
Salta	1	1	49	23	74
San Juan	0	0	12	1	13
San Luis	0	0	10	1	11
Santa Cruz	0	0	1	1	2
Santa Fe	2	0	46	22	70
Santiago del Estero	0	0	15	7	22
Tierra del Fuego	0	1	8	1	10
Tucumán	0	0	33	4	37
Total País	14	3	639	378	1.034

FUENTE: Elaboración propia en base a reportes del evento *VIH-expuesto perinatal* en el SNVS 2.0, corte de datos al 17/09/2023.

Sobre el total de casos confirmados en 2022, 6 de 14 (43%) se diagnosticaron antes de los 90 días de vida, pero más de la mitad (57,1%) recibió su diagnóstico después (**Gráfico 4**).

Gráfico 4. Proporción de casos de VIH confirmados entre expuestos perinatales según edad al momento del diagnóstico con segunda carga viral registrada en el SNVS 2.0 (nacidos en 2022). Argentina.



FUENTE: Elaboración propia en base a reportes del evento *VIH-expuesto perinatal* en el SNVS 2.0, corte de datos al 17/09/2023. N=14.

Lactancia

Además de los niños/as expuestos/as perinatales se registraron 8 casos de VIH en niños/as nacidos/as en los años 2021 (4) y 2022 (4) cuya vía de transmisión fue la lactancia. Las madres de estos niños habían cursado los embarazos con diagnóstico negativo de VIH y 7 seroconvirtieron posteriormente. Uno de los 4 casos nacidos en 2021 recibió lactancia de una persona que no era su madre biológica. Las provincias de residencia de los casos nacidos en 2021 son Buenos Aires (2), Santa Fe (1) y Jujuy (1); y los nacidos en 2022, Córdoba, Corrientes, Buenos Aires y La Pampa.

En mayo de 2023 se realizó la primera Jornada de trabajo sobre lactancia y VIH. Participaron representantes de la DRVIHVyT, sociedades científicas (SADI, SAP, SOGIBA), otras organizaciones de la sociedad civil (Fundación Huésped, ICW Argentina), Hospital Garrahan y Programa Jurisdiccional de VIH de la provincia de San Luis. Allí se discutieron las recomendaciones internacionales vigentes en lo referido a lactancia en contexto de VIH y se evaluó la factibilidad de su aplicación en nuestro medio. Por el momento, la recomendación sigue siendo contraindicar la lactancia materna, pero frente a la decisión familiar de que el recién nacido sea amamantado, deberá individualizarse cada situación y brindar soporte y asesoramiento. Se asumió el compromiso de elaboración conjunta de un documento entre los diferentes sectores participantes del encuentro, que será incorporado a los “Algoritmos de diagnóstico y tratamiento para el control de las infecciones perinatales por VIH, sífilis, hepatitis B y Chagas. Iniciativa ETMI-Plus” del Ministerio de Salud de la Nación.

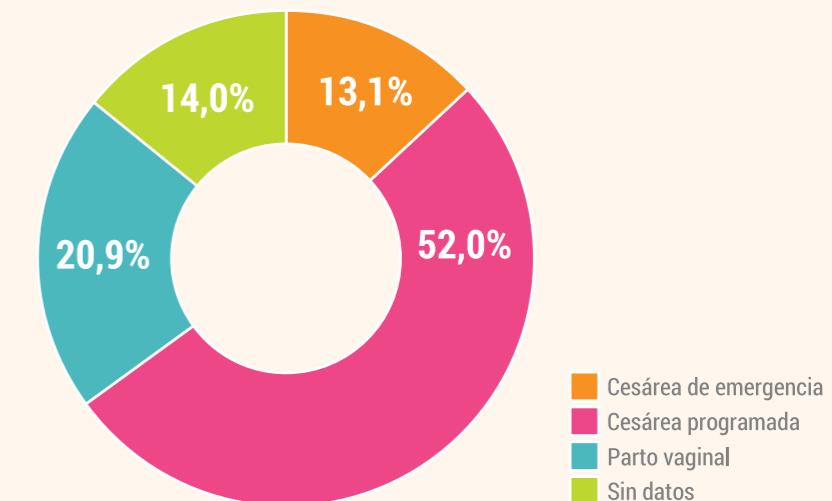
Prevención de la transmisión vertical de VIH en gestantes

El número de personas gestantes reportadas con VIH cuyos partos ocurrieron en 2021 y 2022 es menor al número de expuestos al VIH nacidos y notificados en ese mismo período. Esa diferencia muestra que los equipos de salud aún no utilizan estos eventos para realizar la vigilancia activa de los casos.

Se registraron 330 casos del evento *VIH en embarazo* cuyos partos ocurrieron en 2021. De estos, hubo un total de 321 nacidos vivos. El 13% nació por cesárea de emergencia, el 52% por cesárea programada, el 20,9% por parto vaginal y 14% de los casos no registran el tipo de nacimiento (**Gráfico 5** y **Tabla 4**, ubicada en el Anexo al final del artículo).

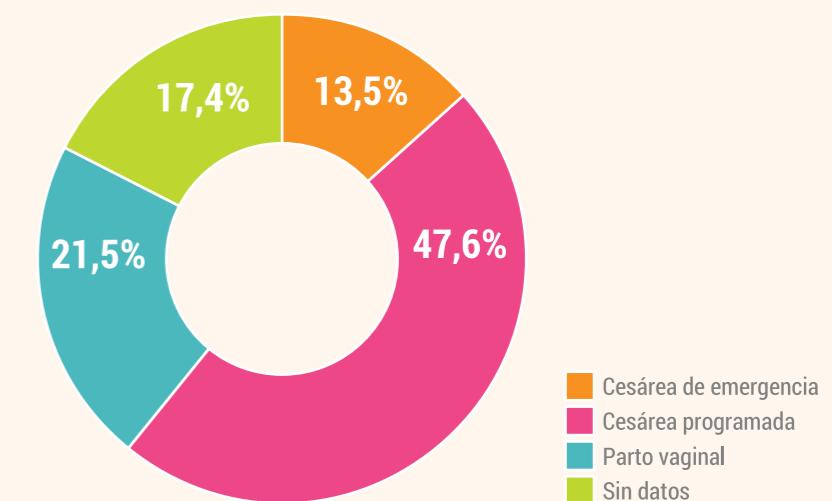
Con respecto a los partos de 2022, 317 eventos de personas gestantes se notificaron con VIH confirmado, de los cuales 311 fueron partos de nacidos vivos. El 47,6% nació por cesárea programada, 13,5% por cesárea de emergencia, el 21,5% por parto vaginal y en el 17,4% no hay datos registrados (**Gráfico 6** y **Tabla 5**, ubicada en el Anexo al final del artículo).

Gráfico 5. Distribución del tipo de parto en gestantes con VIH (partos de 2021). Argentina.



FUENTE: Elaboración propia en base a reportes del evento *VIH en embarazo* en el SNVS 2.0, corte de datos al 17/09/2023. N=321.

Gráfico 6. Distribución del tipo de parto en gestantes con VIH (partos de 2022). Argentina.

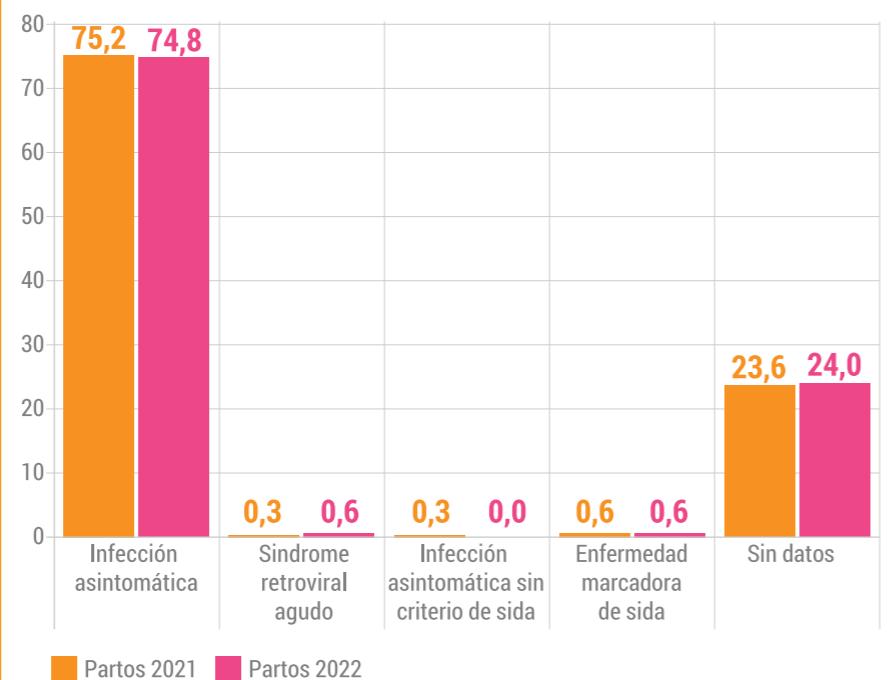


FUENTE: Elaboración propia en base a reportes del evento *VIH en embarazo* en el SNVS 2.0, corte de datos al 17/09/2023. N=311.

Si se observa el estadio clínico del VIH durante cada gestación (**Gráfico 7**), no existen grandes diferencias entre 2021 y 2022. Hay que considerar que en ambos años el 0,6% de las gestantes cursaron sus embarazos con enfermedad marcadora de sida.

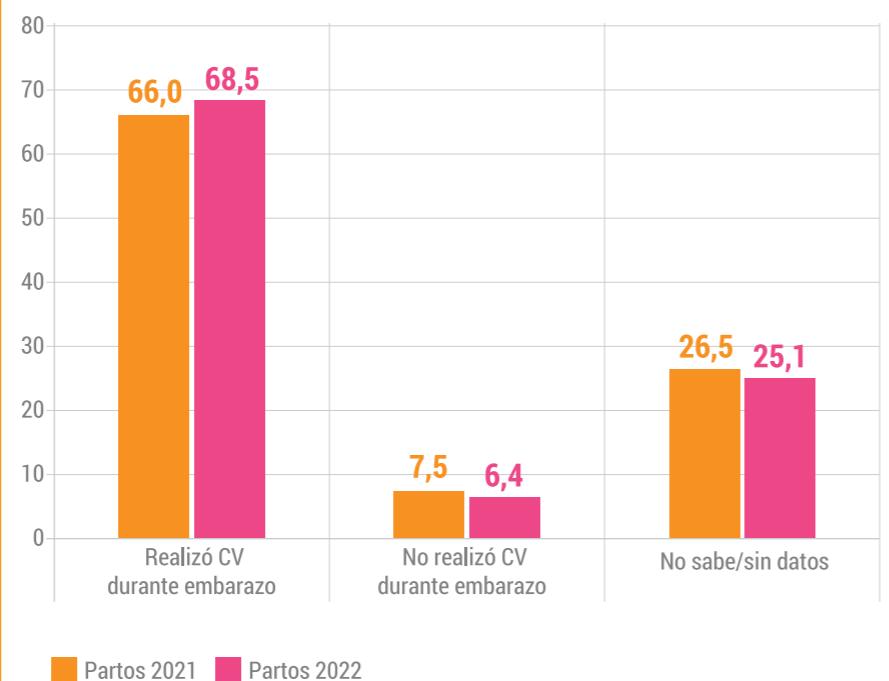
Con respecto a la realización de estudios de carga viral durante las gestaciones, tampoco se encuentran diferencias entre 2021 y 2022. De las gestantes que no realizaron CV en los embarazos, hay 24 casos (7,5%) de 2021 y 20 casos (6,4%) de 2022. En 18 casos del total de 44 gestaciones que no realizaron CV en el período, el diagnóstico de VIH se obtuvo en el momento del parto o en el puerperio inmediato, situaciones tardías para un correcto seguimiento con carga viral y tratamiento oportuno. El resto se distribuye en 24 casos que tenían diagnóstico de VIH previo o durante la gestación y en 5 casos no se registra información sobre el momento diagnóstico (**Gráfico 8**).

Gráfico 7. Distribución del estadio clínico de las gestantes con VIH (partos de 2021 y 2022). Argentina.



FUENTE: Elaboración propia en base a reportes del evento *VIH en embarazo* en el SNVS 2.0, corte de datos al 17/09/2023. N=330 (año 2021) y N=317 (año 2022).

Gráfico 8. Realización de carga viral (CV) durante el embarazo (partos de 2021 y 2022). Argentina.

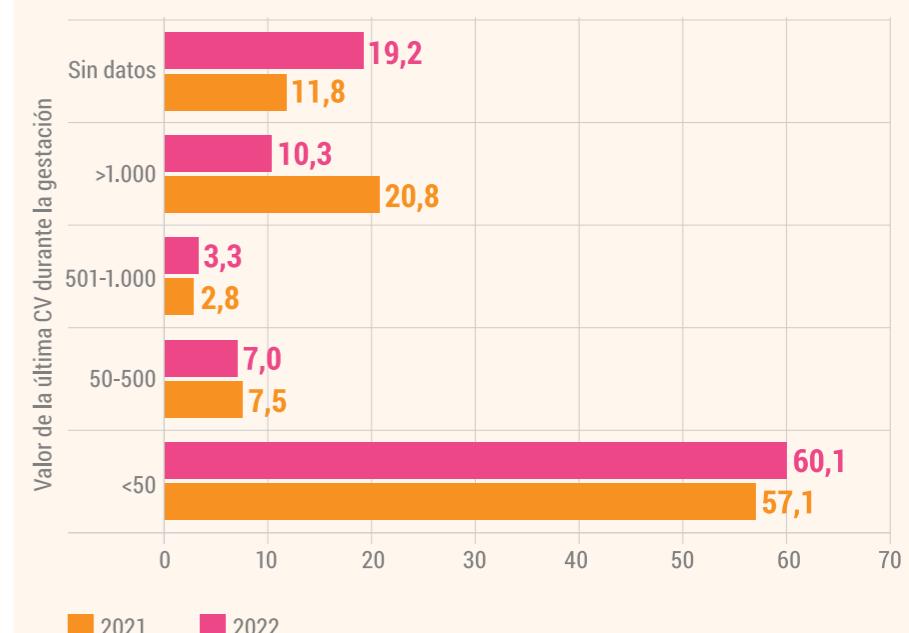


FUENTE: Elaboración propia en base a reportes del evento *VIH en embarazo* en el SNVS 2.0, corte de datos al 17/09/2023. N=321 (año 2021) y N=311 (año 2022).

Los casos de *VIH en embarazo* que registran la realización de la CV más cercana al parto fueron 212 en 2021 y 213 en 2022. Alrededor del 60% llegó con una carga viral inferior a 50 copias, que es lo deseable en el seguimiento de las gestantes con VIH. Como contraparte a tener en cuenta, el 31,1% de los partos de 2021 y el 20,6% de los de 2022 tenían cargas virales detectables (**Gráfico 9**).

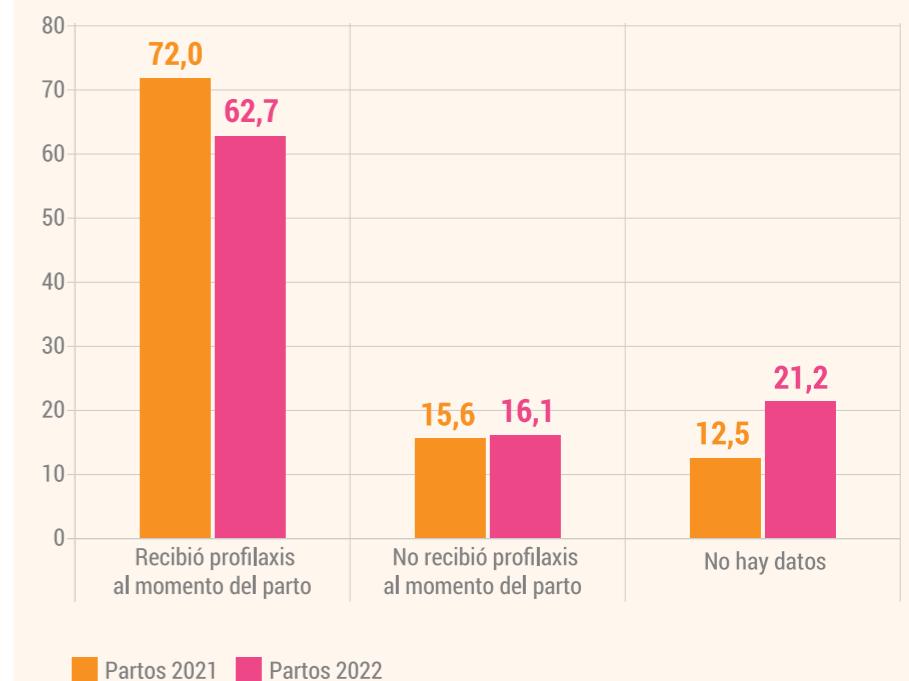
El 72% de los partos de gestantes con VIH de 2021 y el 62,7 de los de 2022 habían recibido profilaxis al momento del parto, pero alrededor del 16%, no (50 casos en 2021 y 50 casos en 2022) (**Gráfico 10**).

Gráfico 9. Distribución de los valores de la última carga viral (CV) durante la gestación entre los casos de *VIH en embarazo* que registran la realización (partos de 2021 y 2022). Argentina.



FUENTE: Elaboración propia en base a reportes del evento *VIH en embarazo* en el SNVS 2.0, corte de datos al 17/09/2023.

Gráfico 10. Profilaxis al momento del parto de gestantes con VIH (partos de 2021 y 2022). Argentina.

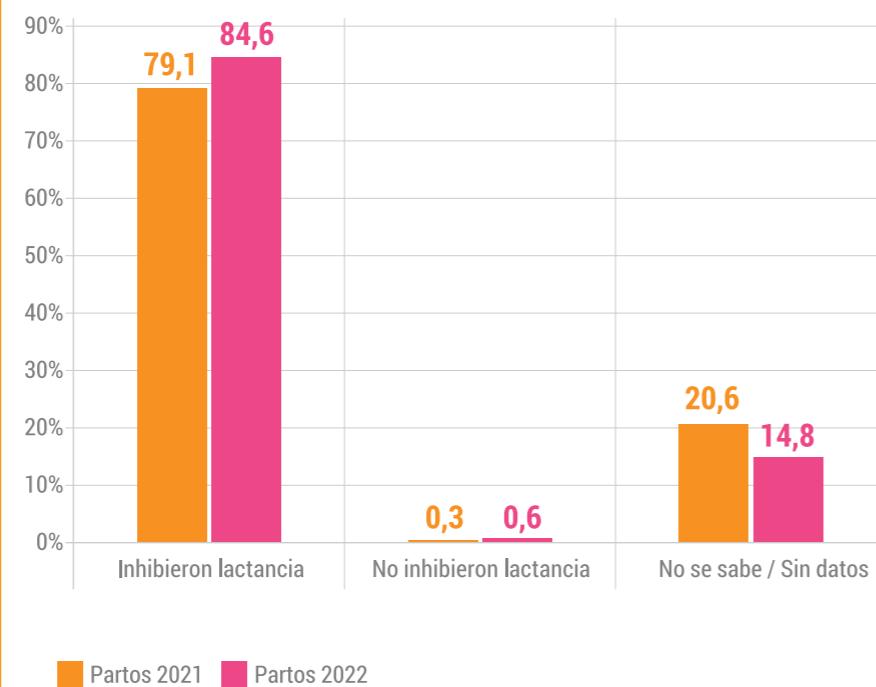


FUENTE: Elaboración propia en base a reportes del evento *VIH en embarazo* en el SNVS 2.0, corte de datos al 17/09/2023. N=321 (año 2021) y N=311 (año 2022).

Si se analizan los datos de la inhibición de la lactancia, el 79,1% de las gestantes con VIH que parieron en 2021 y el 84,6% de las de 2022 se la administraron. El 0,3% y el 0,6% no la recibieron. De estas últimas, solo una gestante había recibido el diagnóstico de VIH en el puerperio inmediato (**Gráfico 11**).

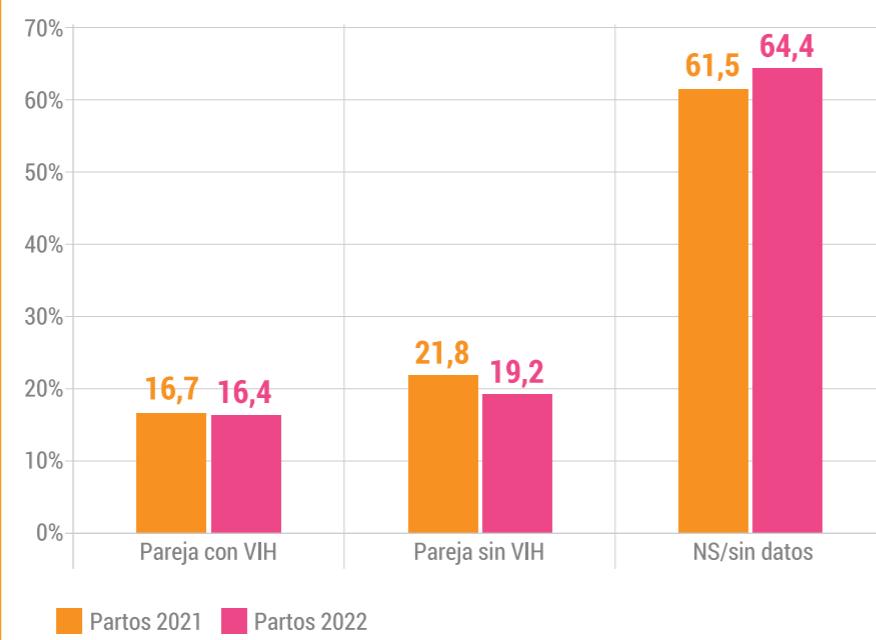
En el 61,5% de los partos de 2021 y en el 64,4% de los de 2022, no hay datos sobre la situación serológica de las parejas de las gestantes. El 21,8% y el 19,2% respectivamente de las parejas no tienen VIH (**Gráfico 12**).

Gráfico 11. Inhibición de la lactancia en gestantes con VIH (partos de 2021 y 2022). Argentina.



FUENTE: Elaboración propia en base a reportes del evento *VIH en embarazo* en el SNVS 2.0, corte de datos al 17/09/2023. N=321 (año 2021) y N=311 (año 2022).

Gráfico 12. Situación serológica de las parejas de gestantes con VIH (partos de 2021 y 2022). Argentina.



FUENTE: Elaboración propia en base a reportes del evento *VIH en embarazo* en el SNVS 2.0, corte de datos al 17/09/2023. N=330 (año 2021) y N=317 (año 2022).

Conclusiones

Junto con las jurisdicciones y los referentes de la red ampliada de respuesta a la transmisión vertical de VIH se realizó un trabajo sistemático para recuperar información que no había sido registrada oportunamente al SNVS 2.0. Se concentró el esfuerzo en los expuestos perinatales al VIH nacidos en 2021, con el objeto de construir la proporción de expuestos confirmados.

Considerando que durante estos últimos años no se logró contar con información actualizada debido a la incorporación del SNVS 2.0 como única fuente de información y el tiempo que se necesitó para que los equipos lo usen plenamente, recién a partir de 2021 se pudo obtener una proporción. De los niños nacidos en ese año, el 5,9% resultó confirmado para VIH entre los expuestos cuyos casos se encuentran cerrados al día de corte. Si se observa el total de expuestos perinatales, independientemente de que el caso se haya cerrado, ese porcentaje desciende al 4,2%. Hay que considerar que estos, en su mayoría, tienen muestras de laboratorio no detectables pero aún insuficientes para cumplir con el algoritmo de diagnóstico que permite descartar la infección. Estos valores se encuentran muy alejados de la meta que establece que la tasa de transmisión perinatal debería ser inferior al 2%. Hay que tomar en consideración, como ya antes se mencionó, que la gestación de la mayoría de estos niños y niñas ocurrió durante la pandemia de COVID-19.

Al comparar este cuadro de 2021 con el de los nacidos expuestos de 2022, se ve una clara diferencia en la proporción de los confirmados sobre los expuestos.

De los expuestos nacidos en 2022, se confirmaron 14 casos hasta la fecha del corte de la base de datos; esto representa el 2,1% de los casos cerrados y el 1,4% de los casos expuestos totales registrados ese año. La información reportada no permite un análisis concluyente, ya que los casos no cerrados –a diferencia de los nacidos en 2021– en su mayoría no tienen registros de laboratorios. Pese a este déficit de información, estos datos preliminares podrían sugerir una proporción menor de transmisión, que deberá ser confirmada con una mayor disponibilidad de registros en el SNVS 2.0.

Si bien se logró mejorar los circuitos y la vigilancia activa por medio del sistema, aún queda incorporar el uso cotidiano del SNVS 2.0 en tareas que implican la identificación y seguimiento de los casos.

El análisis del evento *VIH en embarazo* muestra que hay que inaugurar un recorrido semejante con todas las personas que integran los equipos de salud de los diferentes niveles de atención y tienen alguna responsabilidad en el seguimiento de las gestaciones y, en particular, de aquellas personas con diagnóstico de VIH. El análisis realizado revela que no está suficientemente incorporada como herramienta la vigilancia activa de las personas gestantes con VIH y la utilización de las alertas para el seguimiento oportuno de cada gestación.

El desafío para los próximos años es la utilización de esta información para adecuar las acciones de implementación que permitan avanzar en las metas programáticas de eliminación de la transmisión perinatal del VIH. La adecuada y oportuna utilización del sistema de vigilancia por parte de los equipos de salud constituye una herramienta integral y necesaria para la gestión activa de los eventos ETMI-Plus.

Anexo

Tabla 4. N° de casos del evento *VIH en embarazo* de gestantes con diagnóstico de VIH nacidos vivos, abortos/mortinatos y tipo de parto, según jurisdicción de residencia. Argentina, 2021.

	Nacidos en 2021						
	Abortos / Mortinatos	Nacidos vivos					Nº de gestantes con diagnóstico de VIH confirmado
		Cesárea de emergencia	Cesárea programada	Parto vaginal	Sin datos	Total	
Buenos Aires	2	6	33	17	16	72	74
CABA	0	2	11	7	6	26	26
Catamarca	3	2	5	0	0	7	10
Chaco	0	0	1	0	0	1	1
Chubut	0	2	4	3	5	14	14
Córdoba	3	5	25	19	2	51	54
Corrientes	0	0	1	0	0	1	1
Entre Ríos	0	2	5	1	0	8	8
Formosa	0	4	4	1	0	9	9
Jujuy	----	----	----	----	----	----	----
La Pampa	0	0	5	1	0	6	6
La Rioja	----	----	----	----	----	----	----
Mendoza	0	1	18	3	5	27	27
Misiones	0	0	1	1	0	2	2
Neuquén	0	1	1	0	0	2	2
Río Negro	0	2	5	0	0	7	7
Salta	1	13	29	12	9	63	64
San Juan	0	2	4	0	1	7	7
San Luis	0	0	4	2	0	6	6
Santa Cruz	0	0	3	0	0	3	3
Santa Fe	0	0	1	0	0	1	1
Santiago del Estero	0	0	5	0	1	6	6
Tierra del Fuego	0	0	2	0	0	2	2
Tucumán	----	----	----	----	----	----	----
Total País	9	42	167	67	45	321	330

FUENTE: Elaboración propia en base a reportes del evento *VIH en embarazo* en el SNVS 2.0, corte de datos al 17/09/2023.

Tabla 5. N° de casos del evento *VIH en embarazo* de gestantes con diagnóstico de VIH nacidos vivos, abortos/mortinatos y tipo de parto, según jurisdicción de residencia. Argentina, 2022.

	Nacidos en 2022						
	Abortos / Mortinatos	Nacidos vivos					Nº de gestantes con diagnóstico de VIH confirmado
		Cesárea de emergencia	Cesárea programada	Parto vaginal	Sin datos	Total	
Buenos Aires	1	6	33	12	24	75	76
CABA	0	1	10	8	3	22	22
Catamarca	2	1	5	1	0	7	9
Chaco	----	----	----	----	----	----	----
Chubut	0	0	3	0	3	6	6
Córdoba	1	12	23	17	0	52	53
Corrientes	0	0	1	0	0	1	1
Entre Ríos	0	1	0	0	0	1	1
Formosa	0	3	3	2	2	10	10
Jujuy	0	0	1	0	0	1	1
La Pampa	0	1	2	2	1	6	6
La Rioja	----	----	----	----	----	----	----
Mendoza	2	3	3	4	8	18	20
Misiones	----	----	----	----	----	----	----
Neuquén	0	2	1	1	0	4	4
Río Negro	0	1	3	4	1	9	9
Salta	0	7	39	10	11	67	67
San Juan	0	2	4	0	0	6	6
San Luis	0	1	7	1	0	9	9
Santa Cruz	----	----	----	----	----	----	----
Santa Fe	0	1	0	0	0	1	1
Santiago del Estero	0	0	6	3	1	10	10
Tierra del Fuego	0	0	3	0	0	3	3
Tucumán	----	----	----	----	----	----	----
Total País	6	42	148	67	54	311	317

FUENTE: Elaboración propia en base a reportes del evento *VIH en embarazo* en el SNVS 2.0, corte de datos al 17/09/2023.

Expandiendo el acceso a la PrEP en Argentina

Autores: Analía Dorigo^a, José Barletta^b, Iael Altclas^b, Valeria Levite^c, Mercedes Nadal^a, Cecilia Lanza^a, Julia Recchi^a.

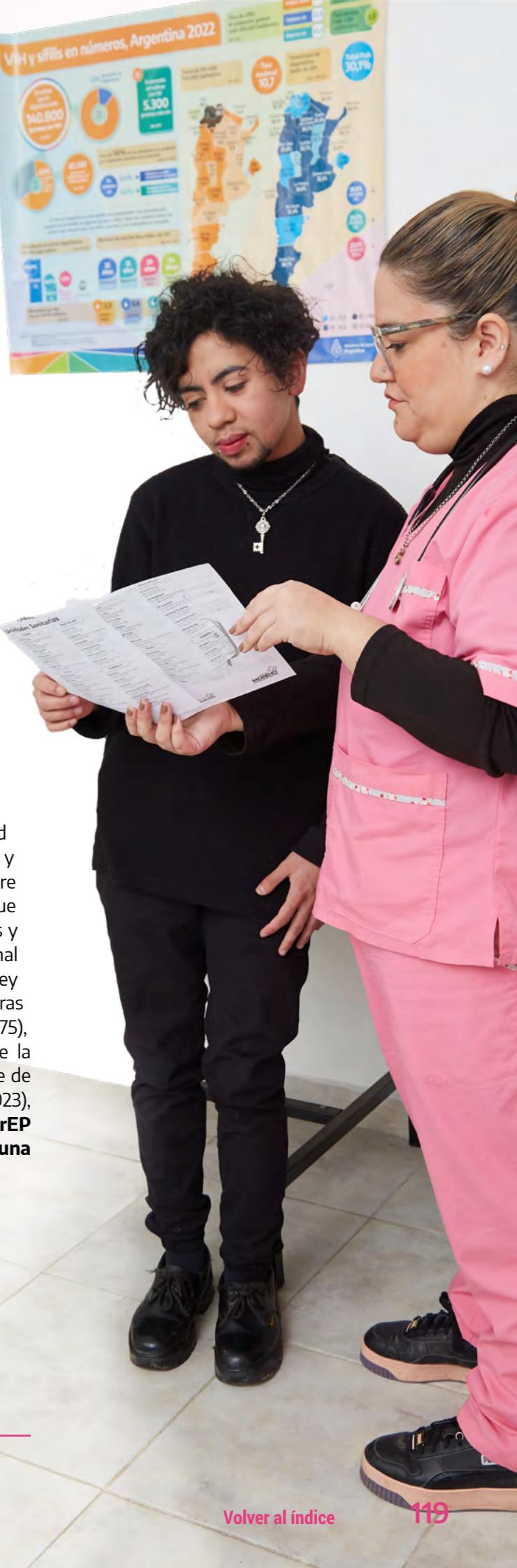
La prevención combinada (PC) es un enfoque de respuesta al VIH y otras ITS que tiene como objetivo disminuir el número de nuevas infecciones, garantizando la oferta integral de servicios adecuados a cada persona, tomando en cuenta las especificidades locales y contribuyendo a realizar transformaciones político-estructurales.

En este abordaje se parte de una interrelación entre distintos componentes (biomédico, comportamental y estructural), cada uno de los cuales incluye distintas intervenciones que deben contemplar los servicios de salud y los niveles de gestión. Dentro del conjunto de intervenciones biomédicas que componen la estrategia, se encuentra la profilaxis pre exposición (PrEP) (1)*, que consiste en el uso de medicación antirretroviral antes de la situación de exposición para prevenir la transmisión del VIH. Hay amplio consenso en relación con la muy alta eficacia y seguridad de la PrEP para reducir el riesgo de infección por VIH en la escala individual, de su impacto positivo en la calidad de vida de las personas y de su efectividad para reducir el número de nuevos casos de VIH en la escala poblacional (2). La incorporación de la PrEP en el marco de la prevención combinada como una política pública en los programas de VIH está recomendada por la Organización Mundial de la Salud desde 2015.

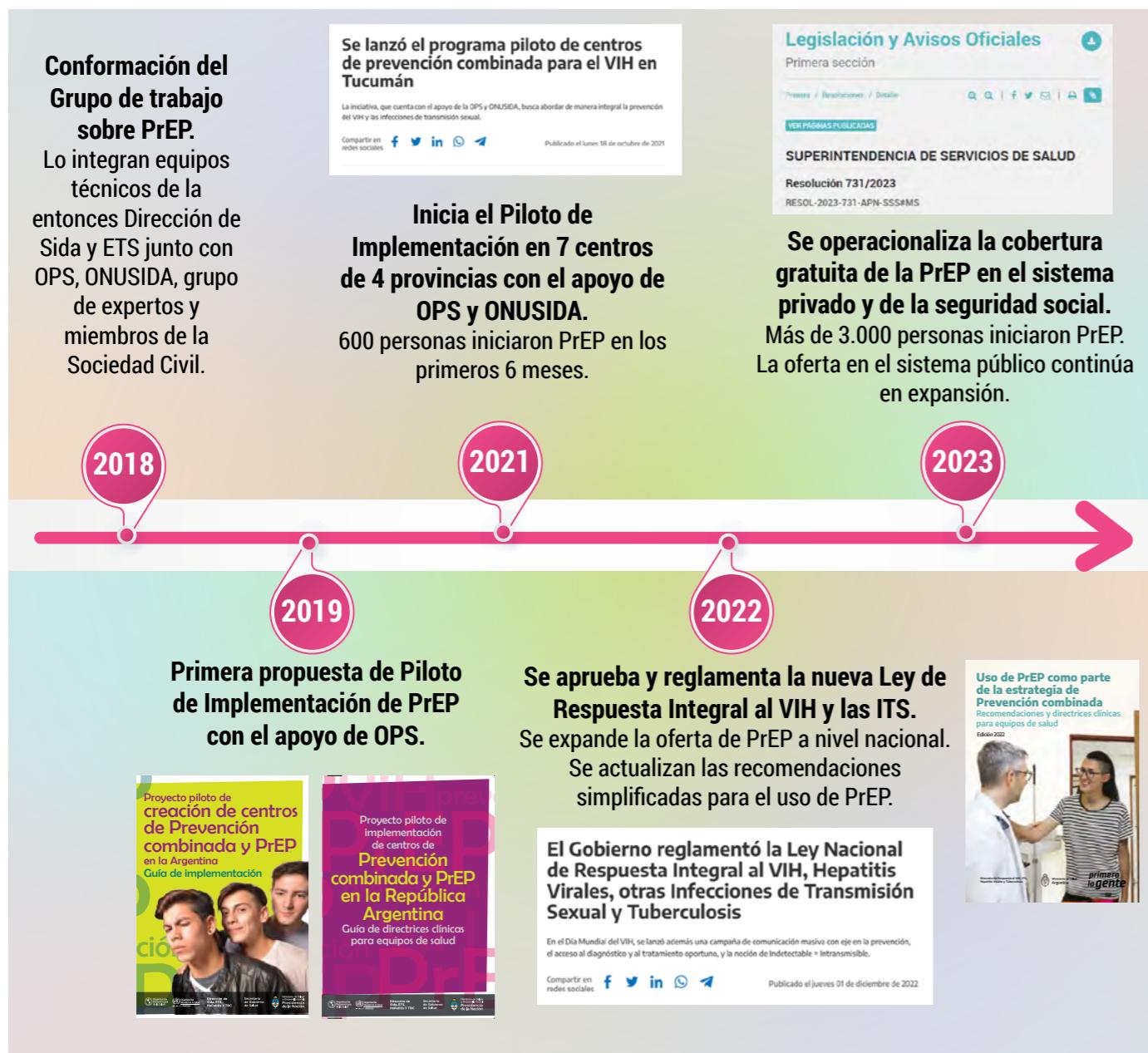
El camino hacia la implementación de la PrEP en nuestro país lleva varios años de trabajo articulado entre el Estado, las sociedades científicas y las organizaciones de la sociedad civil; y entre el nivel central, los programas jurisdiccionales y efectores de los distintos niveles del sistema de salud. Entre junio de 2021 y enero de 2022, se inició el proyecto piloto que funcionó como punto de partida para identificar facilitadores y barreras en el avance hacia la implementación a escala nacional como política pública. La aprobación y reglamentación de la Ley Nacional de Respuesta Integral al VIH, Hepatitis Virales, otras Infecciones de Transmisión Sexual y Tuberculosis (Nº 27.675), junto con la operacionalización de la cobertura gratuita de la PrEP en el sistema privado y de la seguridad social por parte de la Superintendencia de Servicios de Salud (Resolución 731/2023), coronaron este proceso: **hoy garantizar el acceso a la PrEP para las personas elegibles en todos los subsistemas es una política pública y una obligación establecida por la Ley.**

^a Área de Prevención, ^b Área de Asistencia y ^c Área de Información Estratégica de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis.

* Las referencias se listan al final del artículo.



PrEP en Argentina: el camino hacia la implementación



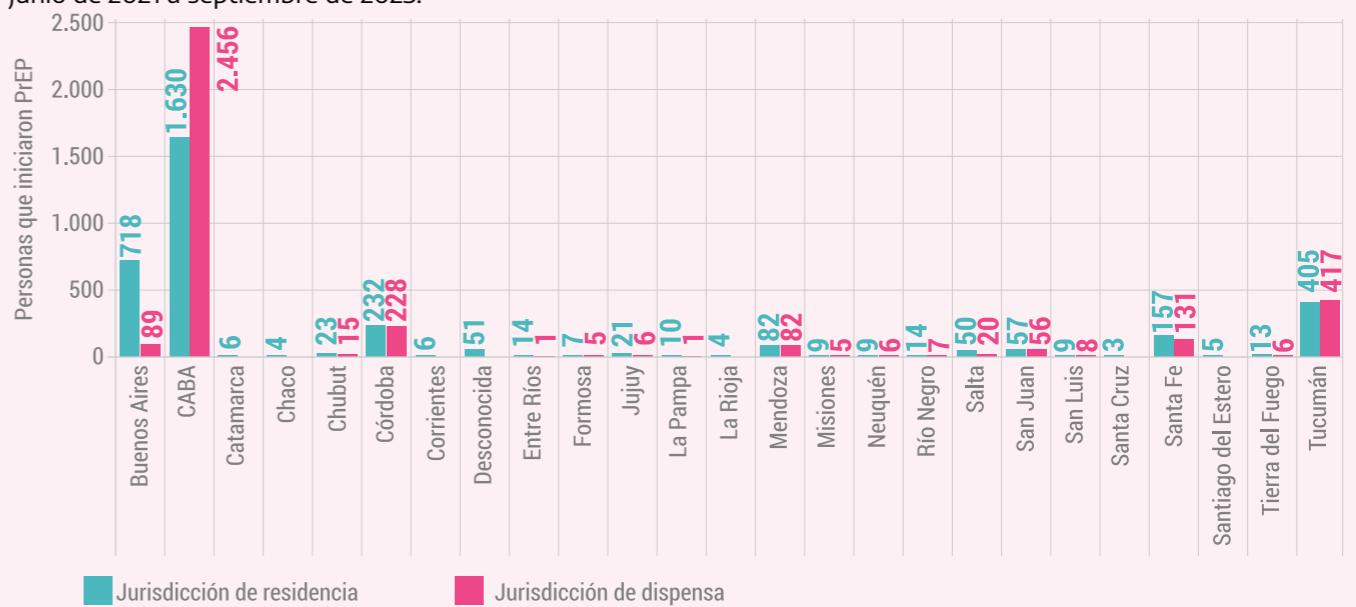
Según datos relevados en el SISA/SVIH, entre junio de 2021 y agosto de 2023, 3.539 personas iniciaron PrEP en efectores del subsistema público. De estas, 2.307 se encuentran en PrEP a agosto del corriente año.

Los siguientes gráficos muestran que la oferta de PrEP es desigual en las distintas jurisdicciones. A su vez, **las diferencias entre la cantidad de inicios por jurisdicción del establecimiento y por residencia indican que algunas personas viajan de una jurisdicción a otra para acceder a la PrEP, lo que podría representar, para algunas de ellas, una barrera para el acceso**. Esto último ocurre especialmente de Buenos Aires a CABA, pero también en Salta, Entre Ríos y Chaco, por dar algunos ejemplos.

En este contexto de desigual oferta y acceso a la PrEP en las distintas jurisdicciones, surgen dos interrogantes claves: ¿cómo expandir la oferta de PrEP reduciendo las inequidades geográficas para el acceso? y, en esta ampliación, ¿cómo llegamos a las poblaciones que la necesitan?

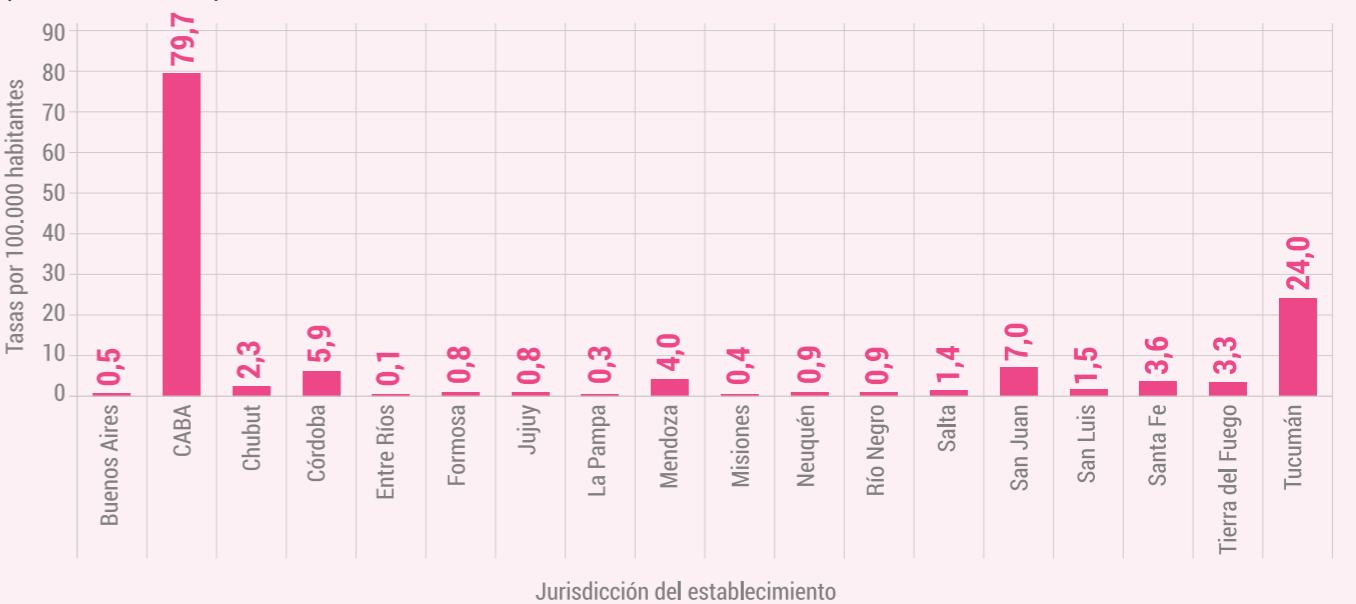
Si bien las entradas a un circuito de prevención combinada pueden ser múltiples, el test de VIH cumple un rol imprescindible. Históricamente, el testeo se ha utilizado para detectar y vincular al cuidado y atención a las personas con resultado positivo. Desde la perspectiva que ahora aporta la prevención combinada, el test se revaloriza como una instancia esencial para identificar a las personas con resultados negativos que están o se perciben en riesgo sustancial, para que puedan ser vinculadas a servicios de prevención y beneficiarse de los componentes adicionales, como es el caso de la PrEP, la profilaxis post exposición (o PPE, según la evaluación de prácticas de riesgo en las últimas 72 horas), al testeo y tratamiento de otras ITS y a vacunas para prevenirlas (3).

Gráfico 1. Total acumulado de personas que iniciaron PrEP por jurisdicciones de dispensa y de residencia. Argentina, junio de 2021 a septiembre de 2023.



FUENTE: Elaboración propia a partir de datos del SISA/SVIH. Corte del SVIH: septiembre de 2023.

Gráfico 2. Tasas de inicios de PrEP acumulados cada 100.000 habitantes por jurisdicción de dispensa. Argentina, junio de 2021 a septiembre de 2023.



FUENTE: Elaboración propia a partir de datos del SISA/SVIH. Corte del SVIH: septiembre de 2023.

El test de VIH y otras ITS como puerta de entrada a la prevención combinada

El acceso al diagnóstico debe estar vinculado a los servicios preventivos, terapéuticos y asistenciales de VIH, sífilis, hepatitis virales y otras ITS.

Recomendar el testeо oportuna y sistemáticamente aumenta las posibilidades de un diagnóstico temprano y, en consecuencia, reduce la morbilidad asociada al VIH y mejora la calidad de vida de las personas. Conocer los beneficios en la calidad de vida del tratamiento adecuado y oportuno, y la condición de intransmisibilidad por vía sexual en caso de ser indetectable, pueden disminuir el miedo y ser un estímulo para la realización del test de VIH.

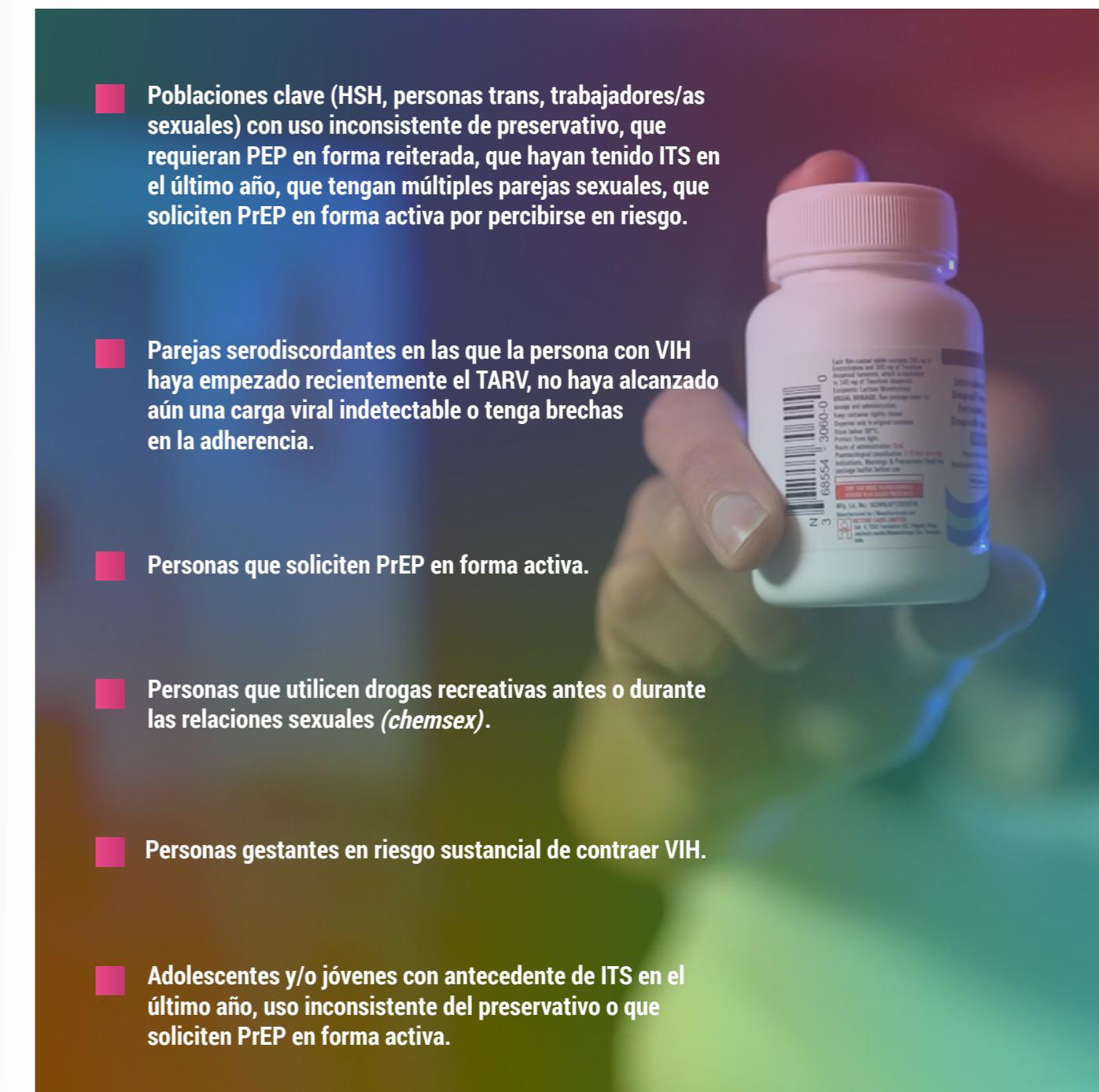
El hecho de que las ITS a menudo sean asintomáticas plantea desafíos adicionales para su detección y tratamiento precoz.

El testeо estratégico en lugares de circulación habitual de las poblaciones clave, acompañando la descentralización del testeо, universalizar la disponibilidad de pruebas rápidas y establecer como estándar de cuidado el tratamiento de las ITS en el mismo momento y en el mismo lugar del diagnóstico son pasos que permiten consolidar el abordaje integral de las ITS en el marco de los servicios de prevención combinada.

El espacio de consejería y asesoramiento tiene un rol fundamental en los servicios vinculados a la prevención combinada del VIH y otras ITS. Dado que las poblaciones clave enfrentan con frecuencia barreras estructurales que condicionan un menor acceso a los servicios de salud, cada contacto con el sistema resulta una oportunidad para la valoración de riesgo y un posible punto de entrada a circuitos de prevención combinada. No puede asumirse que una persona tiene riesgo sustancial de infección por VIH e ITS exclusivamente por pertenecer a una población clave. Las singularidades de las personas, su vida cotidiana, el tipo de prácticas sexuales que tienen, sus cuidados y sus redes de apoyo aportan a una valoración de riesgo de exposición al VIH y otras ITS de manera individualizada. Si bien la autopercepción de riesgo para la infección por VIH es un factor asociado a mayor aceptabilidad y motivación para el uso de PrEP, una proporción significativa de las personas con riesgo sustancial pueden no percibirse en esta situación y, por ende, no demandarla. En esta línea, se destaca el rol de los equipos de salud vinculados en el acceso al diagnóstico y al testeо, y la importancia de que se capaciten y sean entrenados/as en el marco de la PC y bajo el encuadre de la valoración de riesgo. Así, **identificar a personas que pueden ser elegibles para PrEP y brindar información básica sobre esta herramienta deben ser considerados objetivos de mínima para los equipos que realicen asesoramiento en el marco del testeо para VIH y otras ITS.**

La PrEP está recomendada para las personas VIH negativas que se encuentren en riesgo aumentado de adquirir la infección (4) (**Figura 1**). **Ofrecer PrEP es simple: cualquier efector que hoy dispense antirretrovirales y que tenga resuelto el circuito para el testeо para VIH puede iniciar la oferta de PrEP a las personas elegibles.** Desde el punto de vista programático, es importante que tanto en los espacios de gestión como asistenciales se identifiquen elementos que funcionen como barreras o facilitadores en el nivel local. En este sentido, el trabajo articulado con las comunidades y con las organizaciones de la sociedad civil es imprescindible para ampliar el acceso de las poblaciones objetivo a la PrEP sin dejar a nadie atrás.

Figura 1. Algunas situaciones en las que la PrEP está recomendada (criterios no excluyentes)



PrEP en Tucumán: una experiencia de dos años

En Tucumán la PrEP se encuentra disponible desde 2021, cuando se creó el consultorio de Prevención Combinada. Desde su inicio se realizaron más de 460 entrevistas de valoración del riesgo.

Se pueden analizar tres etapas marcadas en la implementación del consultorio de PC.

En una primera etapa (durante el proyecto piloto de implementación), la población objetivo que se acercó fueron las personas trans. Para llegar a ellas, se trabajó en articulación con la ONG Dillon, una organización de la sociedad civil que participó activamente en la captación, promoción y divulgación de la PC/PrEP-PEP en el colectivo trans. La divulgación entre pares y la articulación con las OSC resulta fundamental porque reconocen a las poblaciones claves, tienen los vínculos de confianza y por lo tanto son la llave para llegar a ellos/ellas.

Si bien esta alianza nos permitió incorporar a personas trans a la PrEP, fue difícil sostener la adherencia a los controles y muchas fueron abandonando la PrEP con el transcurso de los meses. Mejorar los registros, hacer seguimiento mensual y trimestral, la comunicación fluida con lxs usuarixs del consultorio de PC es la clave en mantener adherencia a la PrEP. Los motivos del abandono fueron múltiples. Sus vidas cotidianas están atravesadas por pobreza, violencia de género, automedicación, consumo de sustancias, trabajo sexual para la subsistencia, el estigma y la discriminación. Asimismo, a partir de la demanda que surgió desde Dillon sobre la terapia de reemplazo hormonal, desde el Programa se impulsó la apertura de un consultorio amigable, de atención integral para el colectivo trans en el hospital, conformado por una endocrinóloga y una psicóloga. También se inició la evaluación de aquellas personas trans con problemas por uso de siliconas líquidas y las consecuencias en su organismo.

En una segunda etapa, las personas que solicitaron PrEP fueron los varones cis que tiene prácticas sexuales con otros varones cis, y varones cis heterosexuales. El motivo para realizar el tratamiento preventivo fue muy simple, según sus dichos: “*Tener relaciones sexuales durante las vacaciones sin preocuparse de adquirir VIH*”. Estos varones eran instruidos y de clase media, por lo que la difusión del consultorio de PC se hizo viral por ellos mismos, a través de redes informales (Grinder, WA). Asistían al servicio de salud bien informados acerca de la PrEP y la modalidad de toma diaria. En el consultorio, muchos de ellos optaron por la toma a demanda luego de la asesoría e invitaron a otras personas (amigos/as) a recibir la PrEP. La tendencia se mantuvo durante todo 2022, aunque también comenzamos a ver más mujeres que solicitaban la PrEP (mujeres cis con parejas serodiscordantes y mujeres cis heterosexuales con prácticas de alto riesgo).

La etapa que estamos atravesando en la actualidad (2023) se relaciona directamente con la sanción y reglamentación de la Ley 27.675, con la incorporación de la PC-PrEP en las prestaciones provistas por las obras sociales, reguladas en la órbita de la Superintendencia de Servicios de Salud. Usuarios y usuarias de PrEP que tienen una cobertura de salud privada u obra social han comenzado a migrar para recibir la medicación a través de sus prestadores, obteniendo respuestas satisfactorias que garantizan el acceso a sus derechos según lo establecido legalmente.

A modo de conclusión, la estrategia de prevención combinada vino a cambiar el paradigma de asistencia, diagnóstico y prevención del VIH y las ITS. Dentro de los equipos de salud fue necesario trabajar en prevención combinada y educación sexual integral, más allá de las profesiones y de las creencias religiosas y/o ideológicas. Las personas asisten a los centros de salud en busca de una respuesta a sus necesidades. No se acercan para ser juzgados ni estigmatizados por sus prácticas sexuales. El trabajo interno en los equipos fue el más complicado, buscar alianzas dentro de un mismo hospital con diferentes servicios fue un desafío (principalmente lo fue en el contexto de COVID-19 con las restricciones en la asistencia). Aun así, continuamos con la convicción de ofrecer una prestación integral a los usuarios/as de nuestro servicio, transformando la manera de abordar el VIH y las ITS.

Lic. Evangelina Paz Gambarte y Dra. Claudia Lucena
Unidad Coordinadora VIH, ITS y Hepatitis Virales
Dirección de Programa Integrado de Salud

Bibliografía

- Organización Panamericana de la Salud.** Herramienta de la OMS para la implementación de la profilaxis previa a la exposición al VIH, módulo 5: Seguimiento y evaluación. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51788/OPSCDE19012_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=
- Organización Panamericana de la Salud.** Herramienta de la OMS para la implementación de la profilaxis previa a la exposición. Módulo 11: Usuarios de la PrEP. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50472>
- Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis.** Prevención Combinada del VIH y las ITS. Recomendaciones para la implementación. Ministerio de Salud de la Nación. 2022.
- Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis.** Uso de PrEP como parte de la estrategia de Prevención combinada. Recomendaciones y directrices clínicas para equipos de salud. Ministerio de Salud de la Nación. Edición 2022.

Preservativo vaginal: una nueva alternativa en la estrategia de prevención combinada del VIH y las ITS

Autores: Julia Recchi^a, Melisa Fumo^a, Iael Altclas^b.

Colaboración en análisis de datos: Sebastián Aquila^c.

^a Área de Prevención, ^b área de Asistencia y ^c área de Información Estratégica de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis.

El preservativo vaginal (en adelante, PV) es un método de barrera que se utiliza en las prácticas sexuales con penetración para prevenir la transmisión del VIH y otras ITS y evitar embarazos no intencionales. En este artículo, se trata la incorporación de este nuevo insumo a la estrategia de prevención combinada del VIH y otras ITS.

El primer preservativo vaginal (modelo FC1) se comenzó a comercializar en otros lugares del mundo en 1992 y estuvo vigente hasta 2009, cuando se creó una nueva versión mejorada (modelo FC2), que es la que se usa en la actualidad.

Desde la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis (DRVIHVyT) se realizó una investigación participativa, en 2011 y 2012, sobre prácticas y significados respecto al uso del PV en 225 mujeres cisgénero que se encontraban en contextos de vulnerabilidad al VIH e ITS en cuatro conglomerados urbanos de nuestro país (el Gran Buenos Aires y las ciudades de La Plata, Córdoba y Mendoza). En el estudio se destaca que el PV podría formar parte de la canasta de métodos preventivos, complementando la oferta del preservativo peneano. En esa oportunidad, se realizaron capacitaciones sobre su uso en conjunto con organizaciones de trabajadoras sexuales, de mujeres con VIH y otras organizaciones vinculadas a mujeres en situación de vulnerabilidad y, si bien se intentó incluir el PV como parte de la política preventiva en Argentina, por diferentes motivos no sucedió.

Fue más entrada la década cuando, con una renovada fuerza de la militancia feminista y de las disidencias, se produjeron cambios culturales significativos en este sentido. Aun cuando el feminismo tiene una larga trayectoria en nuestro país, los procesos conocidos como “Ni una menos” (a partir de 2015, en reacción al número de femicidios que cobraban notoriedad) y la “Ola verde” (expresión más reciente del movimiento en lucha por la ley de aborto, sancionada en 2020) generaron nuevas condiciones de posibilidad para poner en agenda otros temas vinculados a la salud sexual de las mujeres cisgénero y disidencias. A partir de demandas de estos colectivos en efectores públicos de uno de los conglomerados urbanos donde se había realizado el estudio antes mencionado, se llevó adelante una nueva investigación sobre el preservativo vaginal entre mujeres adolescentes y jóvenes del área metropolitana de Buenos Aires, cuyas conclusiones confirman una alta aceptabilidad entre las participantes¹.

Así, implementar la disponibilidad del PV representa –además de un nuevo método de barrera para la prevención– una herramienta que promueve la autonomía en el cuidado a las personas con vagina que hasta el momento debían negociar el uso del preservativo peneano. Contar con este nuevo insumo es parte y es consecuencia de la instalación de los derechos de las mujeres y disidencias en la agenda pública de salud.

Gracias a la sensibilización de las investigaciones y al avance de los feminismos, es posible actualmente implementar la disponibilidad de este insumo como una política pública de alcance nacional. Así, la oportunidad histórica fue abordada en conjunto con la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva como estrategia de prevención de las ITS y de embarazos no intencionales.

¹Entre marzo de 2020 y agosto de 2021 –con apoyo del Programa Conjunto de Naciones Unidas y con una beca de Salud Pública del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires– la Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS (Ministerio de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires) realizó el estudio “Aceptabilidad del preservativo femenino/vaginal (PF/V) en mujeres adolescentes y jóvenes del área metropolitana de Buenos Aires”.

Implementación del preservativo vaginal

La incorporación del PV significa la **posibilidad de ampliar las opciones de cuidado de las personas con vagina que tengan prácticas sexuales con penetración**. La disponibilidad del PV promueve la autonomía en el cuidado del propio cuerpo, favoreciendo el acceso a los derechos sexuales.

Aun cuando el PV esté a disposición de todas las personas, desde la DRVIHVyT se promueve el acceso a mujeres cisgénero, varones trans, otras identidades de género con vagina, adolescentes y jóvenes, personas en situación de violencia de género y trabajadoras/es sexuales.

Si bien la implementación territorial empezó en octubre de 2022, desde el Área de Prevención se comenzó a planificar la inclusión de un método de barrera adicional a inicios de 2020. El proceso de adquisición de PV en Argentina fue precedido de una serie de encuentros con países de la región que lo estaban implementando, así como también con organismos de cooperación internacional (UNFPA, OPS). De esta manera, el 8 de julio del 2020, en el marco de la cooperación bilateral con el Ministerio de Salud de Brasil, se realizó una reunión virtual con el Departamento de Condiciones Crónicas e Infecciones Sexualmente Transmisibles del país limítrofe, que cuenta con experiencia en implementación de una política de distribución de PV. Entre los temas que se abordaron, se incluyó información sobre formas de adquisición, estimación de cantidades, distribución y características técnicas, cuestiones que resultan fundamentales para la inclusión de este insumo en Argentina, donde no había antecedentes de compra pública ni se comercializa en el mercado minorista. Asimismo, los brasileños destacaron la importancia de la sensibilización y capacitación a los equipos de gestión y territoriales, y compartieron sus materiales de difusión, que resultan imprescindibles en la etapa de instalación de un “nuevo” método de barrera.

Desde la DRVIHVyT se hizo un relevamiento de la situación de la implementación del PV en diferentes países de la región: Chile, Perú, Bolivia, Colombia, Paraguay, Uruguay y Ecuador. El objetivo fue identificar las barreras institucionales que afectan su incorporación, la ingeniería institucional necesaria y la aceptación tanto de las personas usuarias como de los equipos de salud.

El PV es un insumo que no se encuentra registrado aún a nivel nacional como producto comercializable; sin embargo, cuenta con la autorización de ANMAT para ser distribuido por el Ministerio de Salud de la Nación.

En estas condiciones, se logró realizar una primera compra de 50.000 PV a nivel nacional. Si bien parece una cantidad limitada en relación con la dimensión de la población destinataria, la implementación escalonada permitió evaluar en proceso la instalación del insumo y dimensionar la construcción de una demanda por parte de las poblaciones usuarias.

Al tratarse de un insumo en proceso de incorporación dentro de la política pública nacional, se consideró incrementar las futuras cantidades anuales a adquirir.

La compra siguiente (por 150.000 unidades) se inició en 2022 y estuvo disponible en el depósito de la Dirección a inicios de 2023. Esta cantidad dio respuesta a esa demanda en construcción y significa la instalación de esta nueva política pública para el cuidado en las prácticas sexuales.



Dos etapas del proceso de implementación

La **primera etapa** fue de octubre a diciembre de 2022, cuando se distribuyeron 16.500 unidades a 12 jurisdicciones: CABA, Catamarca, Córdoba, Chaco, Chubut, San Juan, Santa Fe, Santa Cruz, Santiago del Estero, San Luis, Río Negro y Tucumán.

En cada jurisdicción se articuló con los programas locales de VIH y de Salud Sexual, y se hicieron reuniones de gestión para acompañar el proceso de selección de espacios donde distribuir inicialmente el insumo. Esto se tornó un desafío en dos sentidos: por un lado, en generar o renovar la articulación con actores sociales diversos y, por otro, en garantizar el acceso a la población destinaria. Así, se incorporaron organizaciones sociales feministas, consejerías de salud sexual por fuera del sistema tradicional de salud, entre otras. En cada jurisdicción se hicieron capacitaciones con los equipos de los programas y de las organizaciones involucradas.

Para el diseño de las capacitaciones, el área de Prevención de la Dirección se asesoró con el proveedor del insumo sobre los aspectos técnicos del PV y las recomendaciones de uso, y posteriormente produjo un video de demostración del uso correcto y un cuadernillo de soporte informativo para los equipos participantes en la implementación, “Preservativo vaginal: material de apoyo para las capacitaciones”.

La **segunda etapa** de implementación se realizó durante 2023 y consistió en la reevaluación de la demanda con las jurisdicciones que habían participado en la primera, a la vez que se incluyeron nuevas jurisdicciones y actores sociales. Al momento de redactar este artículo, las nuevas provincias incorporadas son Neuquén, Catamarca, Mendoza, La Rioja y Corrientes².

Por otra parte, la inclusión del PV fortaleció la política de prevención combinada que se viene desarrollando en universidades nacionales y que se relata en otro [artículo](#) de este boletín.



² El informe completo sobre la implementación del preservativo vaginal se puede descargar [aquí](#).

Resultados

Tanto en la primera como en segunda etapa, los programas de VIH y de Salud Sexual de las jurisdicciones participantes registraron las acciones en una planilla de monitoreo en Google Forms implementada a ese fin. El período analizado comprende siete meses, de noviembre de 2022 a mayo de 2023. La herramienta de registro tenía como fin acompañar la experiencia y obtener información para la gestión y la toma de decisiones futuras. A continuación, se presentan los resultados de nueve jurisdicciones que realizaron el relevamiento organizados en diferentes ejes. Hubo un total de 842 personas que accedieron al PV y están registradas.

Distribución de preservativos vaginales

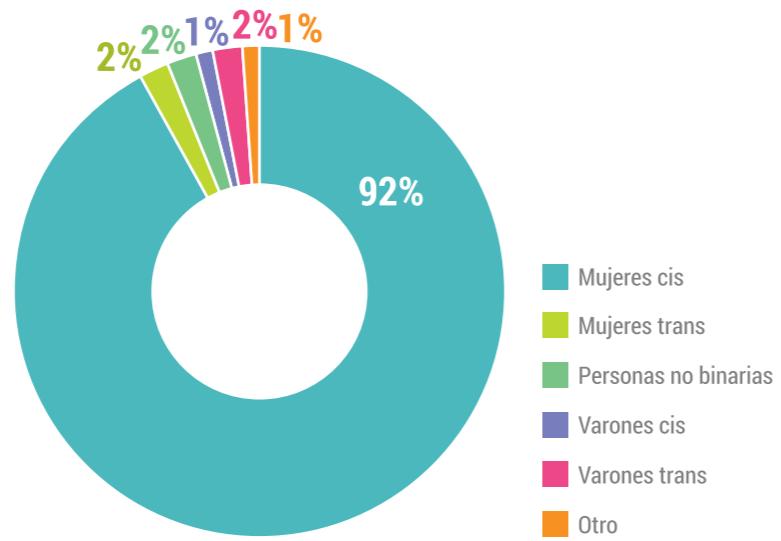
Se informaron 877 retiros de PV correspondientes a las 842 personas registradas: 35 de ellas volvieron a retirar. Las personas que volvieron a retirar se registraron en San Luis (17), Río Negro (7), Córdoba (6) y CABA (5).

De acuerdo a la distribución de la demanda por género, los PV fueron retirados en mayor medida por mujeres cis, seguidas en pequeñas y similares proporciones entre sí por otras poblaciones: mujeres trans, personas no binarias, varones cis y otros (**Gráfico 1**).

En relación con las edades de las personas que se acercaron a retirar PV, se observa una distribución bastante homogénea. El grupo de 25 a 29 años concentra la mayor proporción (22,8% de los casos), seguido por los grupos de 20 a 24 años (19,0%), de 30 a 34 años (15,4%) y de 35 a 39 años (15,0%) (**Gráfico 2**).

Desde la DRVIHVyT se propuso priorizar a la población joven, ya que era la que mayor demanda e interés expresaba.

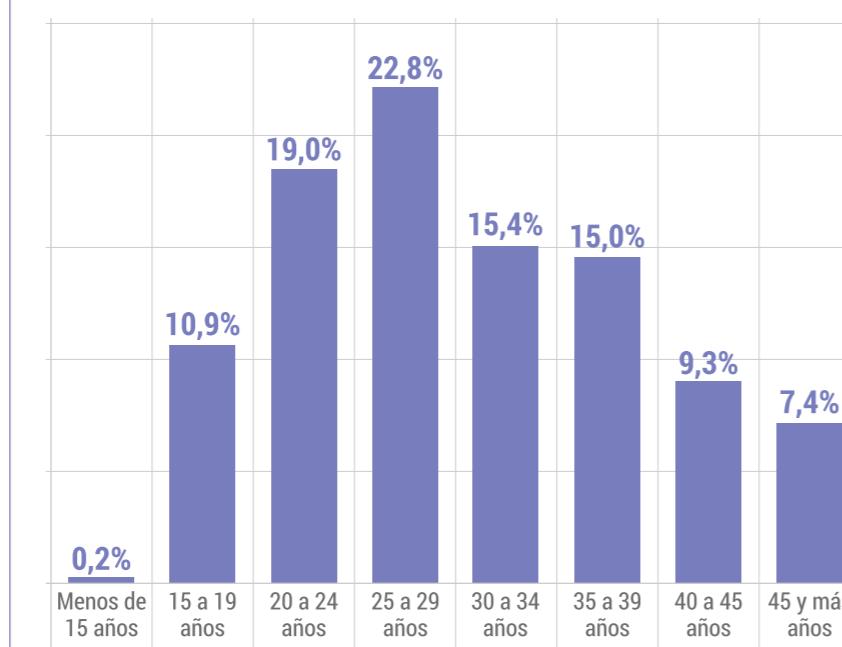
Gráfico 1. Género de las personas que retiraron preservativos vaginales (PV) en jurisdicciones relevadas*, de noviembre/22 a mayo/23.



* CABA, Chaco, Chubut, Córdoba, Río Negro, San Luis, Santa Fe, Santiago del Estero y Tucumán.
N=842.

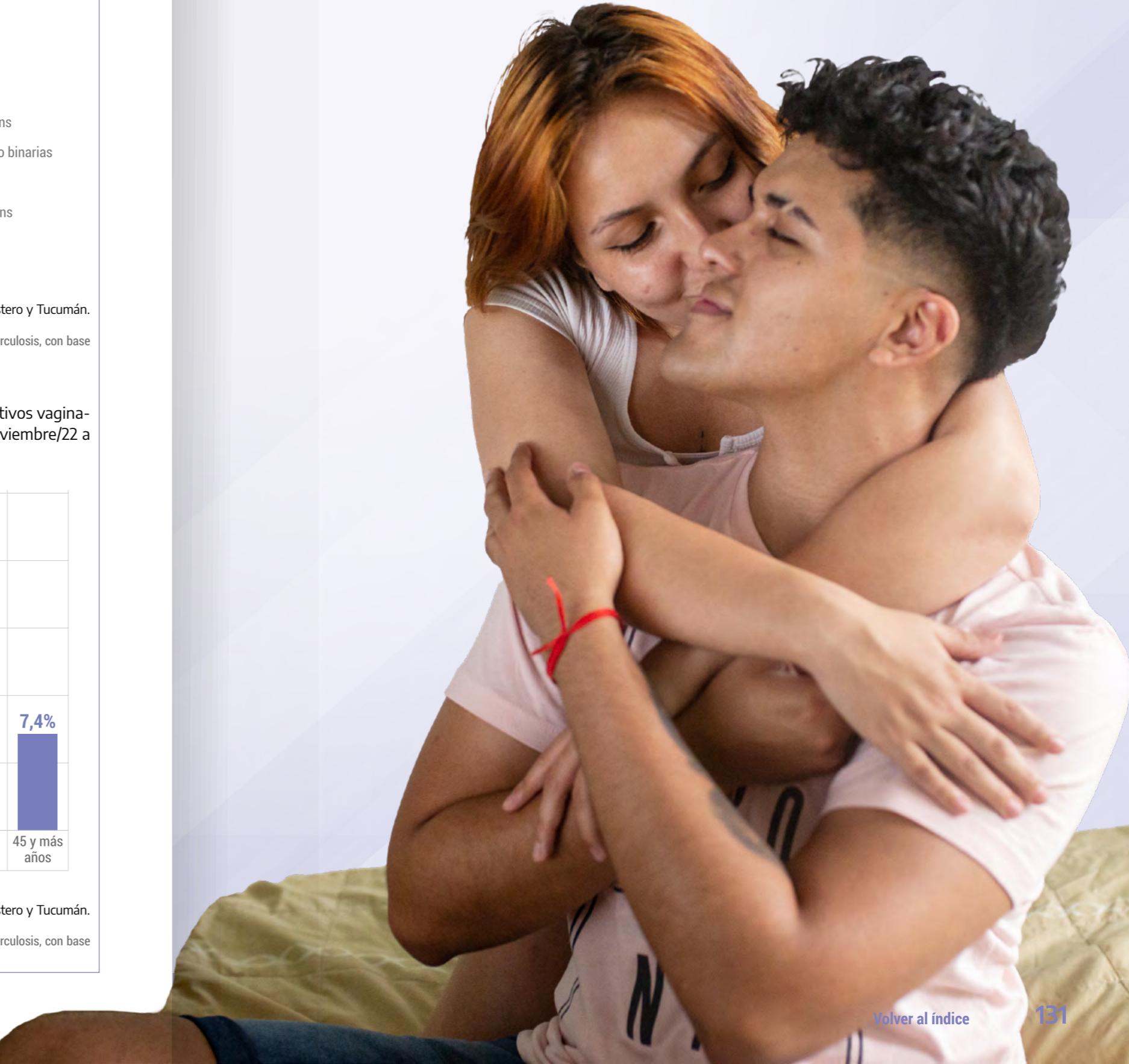
FUENTE: Elaboración de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, con base en los registros de implementación del PV.

Gráfico 2. Distribución de las personas que retiraron preservativos vaginales (PV) por grupo de edad en jurisdicciones relevadas*, de noviembre/22 a mayo/23.



* CABA, Chaco, Chubut, Córdoba, Río Negro, San Luis, Santa Fe, Santiago del Estero y Tucumán.
N=842.

FUENTE: Elaboración de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, con base en los registros de implementación del PV.



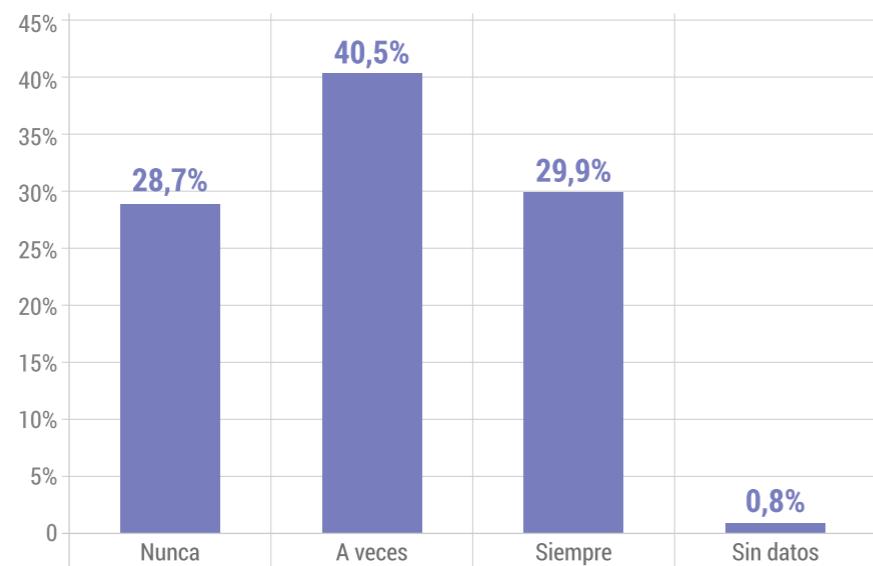
En cuanto al nivel educativo, el 34,4% de las personas que retiraron PV refirieron tener el secundario completo, seguido de un 19,2% de personas con secundario incompleto. Esta información va en línea con las experiencias relatadas por otros países de la región, que mencionan que las personas con mayor nivel de instrucción por lo general están más interesadas en nuevos métodos de cuidado para la prevención de VIH e ITS y embarazos no intencionales.

Uso de otros métodos de prevención y cuidado

La utilización de preservativo peneano depende de múltiples factores y contextos. En la información recabada, el 40,5% (341) de las personas dijeron utilizarlo a veces, el 29,9% (252) siempre, el 28,7% (242) nunca (**Gráfico 3**).

Al indagar en la utilización de anticoncepción hormonal de emergencia en el último año, 150 personas reportaron haberla usado, un 17,5% de los registros (**Gráfico 4**).

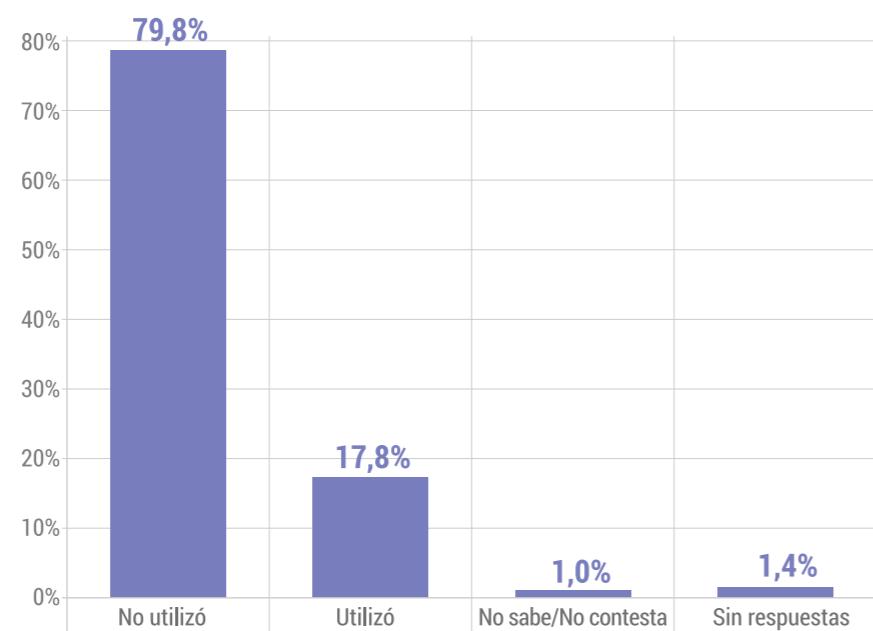
Gráfico 3. Utilización de preservativo peneano en prácticas sexuales durante el último año de usuarias de preservativo vaginal (PV) en jurisdicciones relevadas*, de noviembre/22 a mayo/23.



* CABA, Chaco, Chubut, Córdoba, Río Negro, San Luis, Santa Fe, Santiago del Estero y Tucumán. N=842.

FUENTE: Elaboración de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, con base en los registros de implementación del PV.

Gráfico 4. Utilización de anticoncepción hormonal de emergencia entre usuarias del preservativo vaginal (PV) en los últimos 12 meses en jurisdicciones relevadas*, de noviembre/22 a mayo/23.



* CABA, Chaco, Chubut, Córdoba, Río Negro, San Luis, Santa Fe, Santiago del Estero y Tucumán. N=842.

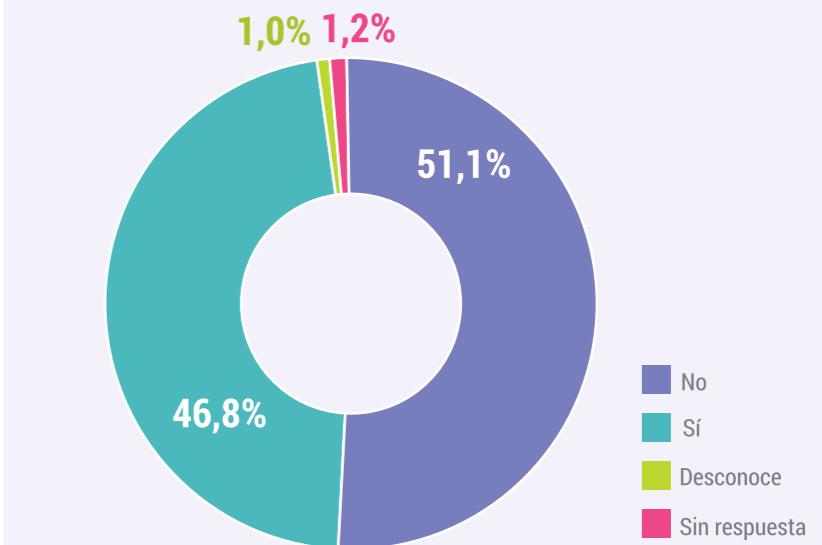
FUENTE: Elaboración de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, con base en los registros de implementación del PV.

El 46,8% de las personas que retiraron PV informaron haberse realizado un testeo para VIH y/o sífilis en los últimos 12 meses (394), mientras que un 51,1% refieren que no (430) (**Gráfico 5**).

Diagnóstico de ITS

El 7% (59) de las personas dijeron haber tenido una ITS en los últimos 12 meses. En el **Gráfico 6** se cuantifican estas respuestas positivas según ITS mencionada.

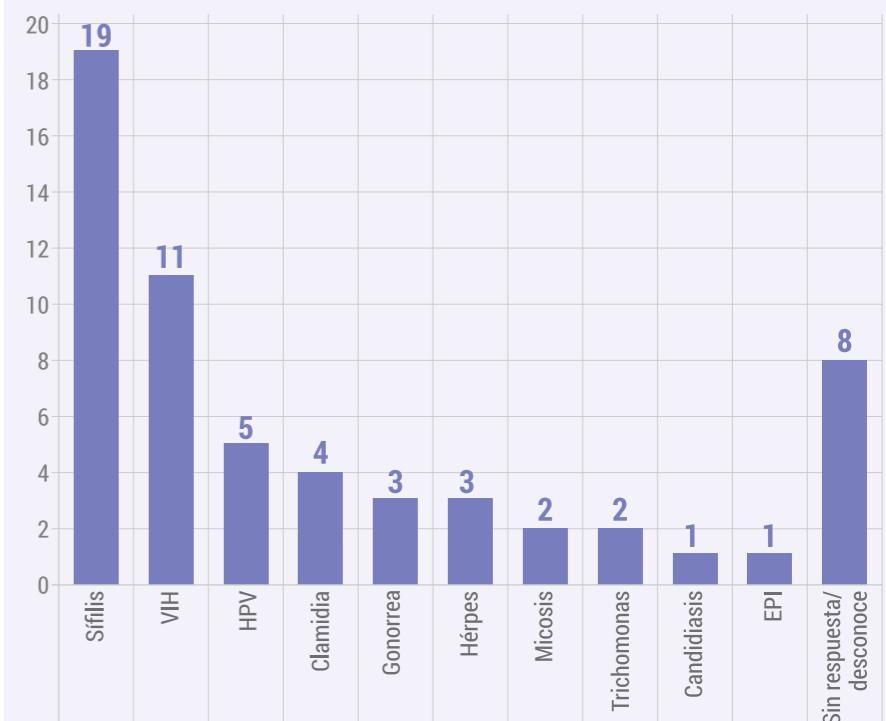
Gráfico 5. Consulta sobre el testeo de VIH o sífilis en los últimos 12 meses a usuarias de preservativo vaginal (PV) en jurisdicciones relevadas*, de noviembre/22 a mayo/23.



* CABA, Chaco, Chubut, Córdoba, Río Negro, San Luis, Santa Fe, Santiago del Estero y Tucumán. N=842.

FUENTE: Elaboración de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, con base en los registros de implementación del PV.

Gráfico 6. Frecuencia de las ITS en personas que manifestaron haber tenido alguna en los últimos 12 meses en jurisdicciones relevadas*, de noviembre/22 a mayo/23.

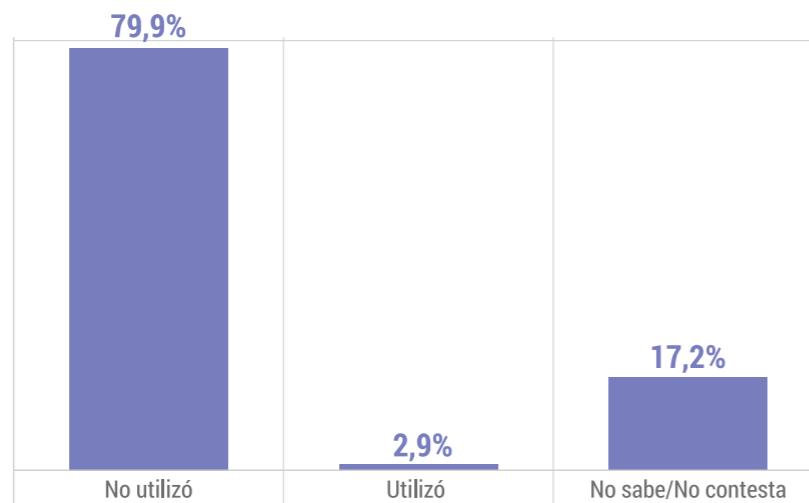


* CABA, Chaco, Chubut, Córdoba, Río Negro, San Luis, Santa Fe, Santiago del Estero y Tucumán. N=842.

FUENTE: Elaboración de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, con base en los registros de implementación del PV.

La utilización de profilaxis post exposición (PPE) fue reportada en 19 casos, lo que representa el 2,9% de las personas que recibieron PV (**Gráfico 7**). Ahora bien, este dato se empezó a recolectar después de iniciarse el relevamiento (marzo de 2023), por lo que el análisis se basa en un menor número de casos (658).

Gráfico 7. Profilaxis post exposición durante el último año en usuarias de preservativo vaginal (PV) en jurisdicciones relevadas*, de noviembre/22 a mayo/23.



* CABA, Chaco, Chubut, Córdoba, Río Negro, San Luis, Santa Fe, Santiago del Estero y Tucumán.
N=658.

FUENTE: Elaboración de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, con base en los registros de implementación del PV.

Experiencia de personas usuarias

Al 31 de mayo, 34 personas informaron cómo había sido su experiencia de uso del PV. Algunas de las personas refirieron encontrarse en situaciones de violencia de género y remarcaron la importancia que cobra disponer del PV en estos escenarios, ya que no es necesario “negociar” su colocación.

Otras informaron que les resultó poco lubricado o “duro”. A este respecto, es importante tener en cuenta que la falta de instrucciones para un uso correcto del PV puede causar que se omita esparcir bien el lubricante antes de abrir el sobre que lo contiene, y de allí provenga una sensación de poca lubricación.

Con respecto a la colocación, algunos relatos señalaron dificultades iniciales, que fueron luego mejorando con la práctica.

Además, las personas debían calificar la experiencia como “Muy satisfactoria”, “Satisfactoria”, “Poco satisfactoria” o “Insatisfactoria”. En 16 casos se informó la experiencia como “Muy satisfactoria”, 7 como “Satisfactoria” y en un caso como “Poco satisfactoria”.

Reflexiones y propuestas

Implementar el preservativo vaginal en el marco de la prevención combinada y de la ampliación de la canasta de métodos anticonceptivos (MAC) permite mejorar el acceso a otras estrategias, como testeo de VIH e ITS, profilaxis preexposición (PrEP), profilaxis postexposición (PPE), interrupción voluntaria o legal del embarazo (IVE/ILE).

Al tratarse de una implementación en marcha y en proceso de ampliación, es preciso puntualizar algunas recomendaciones que se están trabajando con los equipos y las poblaciones destinatarias.

Se sugirió la articulación con organizaciones de la sociedad civil o espacios específicos de circulación de trabajadoras sexuales, varones trans, personas no binarias y población joven, considerando que también puede resultar beneficioso ampliar la distribución a lugares donde transitén personas en situaciones de violencia de género. En concordancia con esas ampliaciones, se sugiere aumentar el acceso a otros grupos etarios, teniendo en cuenta que en los inicios la estrategia se dirigió fuertemente a jóvenes.

El llamado fue a aumentar los lugares de distribución, además de hacer un seguimiento de aquellos que ya distribuyen para evaluar si las personas vuelven a retirar el insumo o no y, de acuerdo a esa información, considerar modos de reforzar la estrategia.

De acuerdo al monitoreo inicial, la población que efectivamente accedió al recurso fue aquella a la que la estrategia estaba destinada. De allí también surge que es necesario reforzar la información sobre el uso aprobado del preservativo vaginal: las prácticas sexuales vaginales penetrativas; no está aprobado para personas con neovagina, personas sin útero o para prácticas sexuales vulva-vulva.

Bibliografía

- Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS. Ministerio de Salud. GCBA:** “Aceptabilidad del preservativo femenino/vaginal en mujeres adolescentes y jóvenes del área metropolitana de Buenos Aires. Resumen ejecutivo e informe final. 2020-2021”, Buenos Aires, marzo 2022. Disponible en: <https://buenosaires.gob.ar/salud/coordination-salud-sexual-vih-infecciones-de-transmision-sexual/noticias/preservativo-vaginal>
- Declaración Conjunta** del Ministerio de Salud de La República Argentina y del Ministerio de Salud de la República Federativa del Brasil, Ciudad de Buenos Aires, 23 de enero de 2023.
- Memorando de entendimiento** entre el Ministerio de Salud de la República Argentina y el Ministerio de Salud de la República Federativa del Brasil, Ginebra, 21 de mayo de 2018.
- Ministerio de Salud de la Nación:** “Mujeres, sexualidad, cuidados y VIH-sida. Prácticas y significados en torno al uso del preservativo femenino”, República Argentina, 2012. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2019-10/2013-06_preservativo-femenino_resumen-ejecutivo.pdf

Universidades: implementación de la prevención combinada del VIH y las ITS fuera del sistema de salud formal

Autores: Natalia Ayala^a, Manuela Devoto Córdova^a, Julia Recchi^a, Javier Rodríguez^a.

^a Área de Prevención de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis.

La creación del componente de Juventudes dentro del área de Prevención de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis (DRVIHVyT) del Ministerio de Salud de la Nación se fundamenta en la información epidemiológica de los últimos años. Estos datos dan cuenta de un importante aumento en la tasa de infecciones de transmisión sexual en mujeres y varones cis jóvenes, específicamente en lo que a sífilis respecta, donde el grupo etario de 15 a 24¹ años presenta el índice más alto de casos notificados. El componente busca la plena implementación de las políticas públicas preventivas en los espacios de circulación de esta población, tanto dentro del sistema de salud convencional como por fuera de él.

Desde la Dirección se gestiona la distribución nacional de insumos preventivos (preservativos peneanos, lubricantes, folletería, entre otros) en busca de fortalecer la estrategia de acceso descentralizado, a través del trabajo intersectorial de los programas locales y las organizaciones de la sociedad civil. En el marco de esta estrategia general, una de las líneas de acción más fuertes del componente de Juventudes es la articulación con los espacios de salud de las universidades, ya que se entiende que son lugares ideales para la promoción y la prevención combinada del VIH y las ITS. Así, se prioriza el trabajo conjunto con las áreas de gestión de cada institución, responsables de las actividades asociadas a la difusión de materiales y recursos preventivos, al asesoramiento en salud sexual, a la realización de jornadas de vacunación, testeo, entre otras, dirigidas a la comunidad universitaria en su conjunto.

Las universidades son espacios privilegiados para la implementación de políticas sociales y de salud destinadas a jóvenes no solo por ser uno de sus obvios espacios de circulación, sino también porque por lo general es una actividad que se realiza desde el deseo. Son ámbitos de socialización y construcción de subjetividad en los que el encuentro suele ser de consolidación de relaciones interpersonales y donde las personas jóvenes que asisten pasan la mayor parte de su tiempo. Es por eso que, a diferencia del sistema de salud formal –al cual acudimos (si llegamos a hacerlo) cuando necesitamos atender algún síntoma o afección, cuando precisamos algo que se ubica más del “lado de la enfermedad”–, estos espacios amigables en las universidades pretenden abordar, prevenir, atender y resolver cuestiones de salud sexual y de la expresividad de género funcionando como una oportunidad de acceso a la salud para personas jóvenes.

Según datos de 2021 publicados por el Ministerio de Educación de la Nación², los estudiantes de pregrado y grado en universidades nacionales públicas y privadas eran 2.549.789, un número significativo al que destinar estrategias de intervención. Durante ese año, hubo 710.699 nuevas personas inscriptas (un 13,5% de la población de 18 a 24 años del país), 30,5% de las cuales tenían menos de 20 años. El 81% del estudiantado universitario total del país concurre a instituciones de gestión estatal. Esta distribución varía geográficamente: la participación estatal más alta se registra en las regiones Sur (97,3%), Bonaerense (87,4%) y Noreste (86,7%).

Es así que por medio de los programas de VIH locales o en articulación directa con las universidades nacionales, se comenzó un camino de trabajo conjunto con los objetivos de fortalecer y acompañar las estrategias de una variedad de ámbitos universitarios. Como estos espacios tienen diferentes características y/o referencias institucionales, en algunos casos se han conformado como consejerías de salud sexual/género, en otros dependen del área de bienestar estudiantil, del área de salud o de extensión universitaria.

¹ Se considera como adolescencia temprana el período que va entre los 10 y los 14 años, y como adolescencia tardía el que se extiende entre los 15 y los 19 años. Asimismo, los conceptos “joven” o “juventudes” se aplican a las personas de 15 a 24 años (Ministerio de Salud, 2018: Lineamientos sobre derechos y acceso de los y las adolescentes al sistema de salud, pp 10). Por su parte, el marco normativo argentino reconoce como adolescencia a la etapa comprendida entre los 13 y los 18 años (art. 25 del Código Civil y Comercial).

² Síntesis de Información. Estadísticas Universitarias 2021-2022, República Argentina. Ministerio de Educación, disponible en: <https://acortar.link/eqeGLG>

De este modo, se llevaron adelante distintas líneas de acción:

- Encuentros de capacitación en formato taller con las personas integrantes de los equipos de las universidades.
- Construcción de acuerdos de trabajo conjunto y abastecimiento de insumos (preservativos peneanos, preservativos vaginales, geles lubricantes, folletería y otros materiales gráficos).
- Apoyo en el armado de circuitos de atención y derivación de las distintas estrategias de prevención combinada.
- Acompañamiento en la respuesta ante diferentes situaciones singulares en el contexto de atención de las consejerías.
- Acompañamiento institucional en diferentes actividades dirigidas a la comunidad educativa (festivales, jornadas de testeo, ferias estudiantiles, celebraciones de fechas clave).
- Asesoramiento en el diseño y la planificación de materiales de comunicación para la población universitaria.
- Asesoramiento en contenido de redes.



Segundo Festival Sociales + PositHIVA, Facultad de Ciencias Sociales (UBA). CABA, 12 de mayo de 2023.



Encuentro de capacitación sobre preservativo vaginal, Universidad Nacional de La Plata. La Plata (PBA), 16 de junio de 2023.



Distribución de preservativos vaginales, Universidad Nacional de Avellaneda. Avellaneda (PBA), 5 de junio de 2023.



Encuentro ESI en la universidad, Universidad Nacional de San Martín. San Martín (PBA), 26 de junio de 2023.

Aceptabilidad de la PrEP

Experiencias en población usuaria de Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Tucumán

Autores: Johanna Alberini Blanco^a, Marysol Orlando^a y Cecilia Varela^b.

Equipo de investigación: Nadir Fernanda Cardozo^c, Carina César^c, Camila Ferrao^c, Emilia Frontini^c, Rubén Marone^c, Máximo León Ramallo Sosa^c, Miguel Verón^c, Virginia Zalazar^c, Ana Clara Zeltman^c, Adriana Duran^d, Claudia Lucena^d y Evangelina Paz Gambarte^d, Daniela Álvarez^e, Andrés Hoyos Obando^e y Martín Koifman^e.

Equipo de seguimiento: Mariana Ceriotto^f, Ariel Adaszko^g, Iael Altclas^g, José Barletta^g, Natalia Cochon^g, Analía Dorigo^g, Cecilia Lleanza^g, Sergio Martini^g, Mercedes Nadal^g, Julia Recchi^g, Paula Rojasg y Laura Suárez Ornani^g.

La investigación contó con el apoyo de OPS y ONUSIDA.

Introducción

En el marco de la política de prevención combinada que se desarrolla desde la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis (DRVIVHVT), y como parte de las intervenciones biomédicas, se inició la oferta de profilaxis pre exposición para la prevención del VIH en forma gratuita y sistemática en el subsistema público de salud¹. Con el fin de evaluar la aceptabilidad de dicho recurso, se realizó entre agosto y diciembre de 2022 un estudio en la ciudad de Buenos Aires y Tucumán, cuyo objetivo principal fue conocer las experiencias de la población usuaria.

Metodología

El estudio fue de carácter exploratorio, descriptivo, longitudinal y contó con una estrategia metodológica cualitativa, desarrollada a través de entrevistas en profundidad. De acuerdo con las recomendaciones de implementación de la estrategia de PrEP vigentes en nuestro país², se definió como población objetivo del estudio a tres grupos claves: HSH (hombres cis que tienen sexo con hombres cis), mujeres trans (MT) y mujeres cis trabajadoras sexuales o en situación de prostitución. Finalmente, este último grupo no fue incluido en el análisis, ya que no se logró reclutar la cantidad pautada, y se aumentó en consecuencia la cantidad de personas entrevistadas en las otras dos poblaciones.

El trabajo de campo se efectuó en dos etapas. En la primera, se entrevistó a 19 personas (10 HSH y 9 MT) que estaban comenzando a utilizar PrEP, y a 5 personas (2 HSH y 3 MT) que, luego de haber tenido una consulta con personal de salud, habían optado por no utilizar este método de prevención; en este último caso, el interés se centró principalmente en conocer su experiencia vinculada con dicha consulta y los motivos de la negativa respecto del uso de la profilaxis. En la segunda etapa, el eje de las conversaciones fue indagar en las experiencias de 16 personas (10 MT y 6 HSH) que continuaban la toma de PrEP y 6 personas (2 MT y 4 HSH) que la habían discontinuado.

Las/os participantes del estudio fueron contactadas/os a través de hospitales del subsector público y organizaciones de la sociedad civil (OSC) que brindan servicios de PC y PrEP. Las entrevistas fueron grabadas, desgrabadas y analizadas con el software Atlas.ti. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y todas las personas entrevistadas firmaron un consentimiento informado.

Resultados

A continuación se presentan los principales resultados del estudio, organizados en base a los siguientes ejes temáticos: Acercamiento a la PrEP (Saberes y percepciones previas sobre PrEP y VIH, formas en las cuales conocen la estrategia y se acercan a ella, motivaciones para el uso, preocupaciones y dudas previas, experiencias en entrevistas iniciales); Aceptabilidad en torno al uso de la PrEP (formas de uso, seguimiento del equipo de salud, cambios y continuidades respecto de las prácticas sexuales y de cuidado y cumplimiento de expectativas y continuidad en el uso de PrEP); Recomendaciones de las personas entrevistadas sobre políticas sanitarias.

^a Área de Información Estratégica de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, Ministerio de Salud de la Nación.

^b Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas e Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires.

^c Integrantes de Organizaciones de la Sociedad Civil.

^d Integrantes de Programas provinciales de VIH.

^e Residentes de Epidemiología, Ministerio de Salud de la Nación.

^f Directora de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, Ministerio de Salud de la Nación.

^g Mesa de Prevención Combinada, Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, Ministerio de Salud de la Nación.

¹ Para mayor información, véase el artículo sobre PrEP.
² Prevención Combinada del VIH y las ITS Recomendaciones para la implementación. Edición 2022.

Acercamiento a la PrEP

Saberes y percepciones sobre PrEP y VIH y otras ITS. Cómo conocen sobre PrEP, motivaciones para iniciar el uso.

Las personas entrevistadas de las dos poblaciones tenían conocimientos sobre las formas de transmisión del VIH, su prevención y los tratamientos antirretrovirales disponibles. También tenían información de otras ITS, como sífilis, gonorrea, hepatitis y en menor medida sobre VPH y clamidiasis. Varias personas entrevistadas comentaron haber realizado en el pasado tratamiento para sífilis.

Los hombres cis que tienen sexo con hombres cis (HSH) tenían un conocimiento previo sobre la PrEP a través de experiencias personales en el extranjero, amistades, redes sociales, aplicaciones de citas y eventos públicos, como la Marcha del Orgullo LGTB+. Al saber de la existencia de la PrEP, comenzaron a buscar información en forma activa, ya sea para obtener más datos o bien para iniciar la toma. En una pequeña proporción mencionan afiches presentes en el servicio de salud donde luego inician el tratamiento y charlas o jornadas sobre VIH y PrEP.

Entre las mujeres trans entrevistadas, más de la mitad conoce la PrEP a través de otras mujeres trans que la toman o por amigos/as. En un caso una de las entrevistadas es de un país extranjero, y se la habían ofrecido allí hace unos años. En una menor proporción, la información sobre la PrEP es provista por personal de salud de las instituciones a través de las cuales inician el uso.

Al ser consultados por los motivos para iniciar el uso de PrEP, la mayoría de los HSH lo refirieron como la posibilidad de cuidarse cuando no usan preservativo o como complemento del mismo. Las mujeres trans hicieron referencia a la importancia de sentirse “más seguras”, planteándolo tanto en torno al sexo laboral como al no laboral³. Para las personas que optaron por no iniciar PrEP, el preservativo peneano aparece como un método de protección con el que se manifiestan conformes.

Preocupaciones y dudas previas en relación con el uso de la PrEP

Las principales preocupaciones de los varones entrevistados antes de comenzar a utilizar la PrEP eran los posibles efectos secundarios a corto y largo plazo, las interacciones con otras condiciones previas de salud⁴ y la efectividad de la medicación. Las mujeres trans entrevistadas en su mayoría no expresaron preocupaciones en relación con el uso de la PrEP, algunas que sí mencionaron posibles efectos secundarios y dudas por la variación en el deseo sexual.

³ Distinguimos aquí analíticamente el universo de las relaciones sexuales laborales, donde existe un explícito intercambio de dinero por un servicio sexual pautado de antemano, de otros encuentros sexuales que tienen como meta el placer sexual físico y la conexión emocional.

⁴ Al consultarles por su estado de salud en general, los HSH mencionaron condiciones tales como hipotiroidismo, hipertensión, antecedentes de isquemia coronaria y haberse efectuado bypass gástrico; otro entrevistado mencionó que su madre es anémica y que heredó las defensas bajas. Entre las mujeres trans, una refirió tener hígado graso y la glucemia alterada, y otra refirió ser “muy delicada del estómago”.

Experiencias en la entrevista inicial

En Tucumán, los HSH entrevistados acceden a PrEP a través de un servicio del subsistema de salud público y en CABA, a través de una OSC que realiza prestaciones de prevención del VIH, entre otros servicios. Ninguno la había utilizado anteriormente. Las MT entrevistadas en CABA, por su parte, acceden a PrEP a través de una OSC donde reciben otras prestaciones en el marco de un programa específico (hormonización y testeos regulares de ITS) y en ese marco conocen la posibilidad concreta de iniciar el uso. En Tucumán, las mujeres trans entrevistadas se acercaron a la PrEP a través de una OSC con la que se vinculan, creada por personas trans y que desarrolla acciones para facilitar el acceso a la salud, en articulación con el establecimiento de salud del subsector público donde se les dispensa la PrEP.

La gran mayoría de los y las entrevistadas en ambas jurisdicciones expresaron una alta satisfacción con la intervención profesional en la entrevista inicial, tanto en relación con el trato como con la cantidad y calidad de la información brindada, indicando que habían recibido información con la que no contaban anteriormente y que pudieron consultar todo lo que necesitaron sobre PrEP, dado que era en todos los casos la primera vez que iban a utilizar este método de protección. Refirieron además que en la entrevista se les informó sobre la importancia de la prevención de otras ITS a través del uso del preservativo peneano y, en varias ocasiones, se conversó sobre los posibles efectos adversos. Todas las personas que decidieron comenzar la toma se manifestaron conformes con la realización de estudios de control posteriores. Destacaron también las ventajas de la comunicación ágil vía WhatsApp que queda establecida en general luego de la primera entrevista con el equipo de salud.



Aceptabilidad en torno al uso de la PrEP

Uso de la PrEP

Ambas poblaciones realizan la toma diaria de la PrEP y no a demanda⁵. Los HSH y mujeres trans que continuaron usando la PrEP, en la mayoría de los casos, expresaron que habían olvidado tomar la pastilla hasta dos y cinco veces, de una forma no consecutiva y en un período de 3 meses aproximadamente⁶. Estas omisiones no derivaron en discontinuar el uso, sino que a partir de las mismas intentaron modificar el horario de la toma para hacerla más compatible con sus rutinas y lograr un uso sostenido de la medicación.

En relación con los eventos adversos, poco más de la mitad de las personas entrevistadas no tuvieron. Quienes asociaron la toma de la PrEP con algún evento mencionaron mareos, somnolencia y malestares gastrointestinales; algunas personas detallaron vómitos, náuseas y diarrea; en general, estos se dieron al inicio del uso de PrEP y luego cedieron.

Las dudas que surgieron durante el uso de PrEP estuvieron vinculadas con “la eficacia” en caso de olvido o variación en el horario de ingesta, los posibles efectos secundarios y las posibles consecuencias del uso a largo plazo. Estos interrogantes surgieron principalmente entre los y las entrevistadas de Tucumán. Generalmente conversaron con el personal de salud sobre estas inquietudes y obtuvieron respuestas que consideraron satisfactorias.

Características del seguimiento por parte del equipo de salud y satisfacción con el mismo

Todas las mujeres trans entrevistadas plantearon una gran confianza en el equipo de salud y los miembros de las OSC con quienes se vinculan para su seguimiento. Afirman sentirse cómodas, cuidadas, respetadas.

En relación con la obtención de turnos de seguimiento, en Tucumán los gestionaron a través del referente de la OSC mencionada o concurrieron al establecimiento de salud en los horarios de atención preestablecidos que tienen lugar tres días a la semana. Varias mujeres trans mencionaron las largas distancias para llegar al hospital. Las MT de CABA refirieron que la obtención de turno de seguimiento fue sencilla, en algunos casos se retiraron de una consulta con el siguiente turno asignado. Destacaron la flexibilidad en relación con sus necesidades de cambio de turnos u horarios específicos. En esta localidad, casi todas las entrevistadas estaban integradas a un programa específico de la organización de referencia y percibían el seguimiento por PrEP como parte de una estrategia más amplia que abarca el proceso de hormonización y chequeos periódicos de diferentes ITS.

En la mayoría de los casos, los resultados de los estudios son entregados personalmente por el equipo de salud a las entrevistadas. Luego del resultado negativo del test rápido de VIH, les dispensan la medicación. En las entrevistas, las MT indicaron que progresivamente les fueron entregando medicación para más tiempo, en principio comprimidos para 30 días, luego para 60 y en una tercera entrega, para 90 días. Esto se condice con las recomendaciones efectuadas desde la DRVIHVyT⁷.

En general, se mostraron satisfechas con toda la organización relativa a la realización de estudios de control y la posterior entrega de los comprimidos de PrEP, y muy conformes también con el hecho de sentirse acompañadas,

ya que tenían disponible vía WhatsApp comunicación directa con el equipo de salud a cargo de su seguimiento, en caso de necesitarlo.

En cuanto a los HSH entrevistados, en Tucumán encuentran sencilla la coordinación de turnos, ya sea concurriendo en los horarios preestablecidos, acordando la siguiente visita en la consulta médica o escribiendo mensajes de WhatsApp al equipo de salud. Señalaron que en la consulta les hacen el test rápido de VIH y, con el resultado negativo, pueden obtener la medicación para el período siguiente. En algunos casos, mencionan que también se han efectuado otros estudios. En general, la demora para la atención es poca y los entrevistados se mostraron muy a gusto con el esquema de seguimiento por PrEP. En relación con la entrega de los comprimidos, en varios casos comentaron también un aumento progresivo de la dispensa, iniciando en un frasco para 30 días, luego para 60 y en algunos casos para 90 días. En general, se sienten conformes con estos plazos.

Los HSH entrevistados en CABA se mostraron también conformes con la atención, señalando que es dinámica y sin mayores demoras, y mencionando también el apoyo y acompañamiento del equipo de salud, que les ofreció una vía de comunicación ante cualquier duda que tuvieran. Mencionaron que se les efectuó test de VIH y de sífilis. En cuanto a la entrega de resultados, algunos entrevistados refieren que les fueron suministrados en forma oral y que están interesados en poder tenerlos en papel a modo de constancia. En la mayoría de los casos, les entregaron comprimidos para 30 días de uso. Se mostraron conformes con esta frecuencia, aunque un entrevistado plantea que, dado que los estudios de seguimiento se realizan cada 90 días, lo óptimo sería que esa fuera la misma frecuencia de entrega de medicación.

En cuanto a dificultades advertidas sobre las que trabajar, en la provincia de Tucumán, aun quienes viven dentro del tejido urbano de la ciudad, manifestaron dificultades para llegar al servicio de salud donde se les proveía PrEP, por la distancia y falta de transporte adecuado. Esta cuestión resulta más compleja para las mujeres trans, que en mayor proporción residían en pueblos y localidades rurales. Algunos HSH en Tucumán expresaron cierta incomodidad por considerar restringidos los horarios de atención del servicio de salud y por sufrir algunas demoras en la respuesta de mensajes por WhatsApp.

Un aspecto destacado fue que las mujeres trans encontraron en el seguimiento por la PrEP por parte del equipo de salud un cuidado y atención institucional que en muchas ocasiones no habían experimentado previamente. Varias, en especial en Tucumán, refirieron en sus entrevistas experiencias de maltrato institucional, estigma y discriminación en el pasado, y encuentran en este dispositivo de salud un espacio estatal que las reconoce como “sujetas” de derechos, donde encuentran la posibilidad de una atención integral de su salud con perspectiva de género.

⁵ En este punto es necesario mencionar que la mayoría de las veces la toma diaria de la PrEP es una indicación del equipo de salud, en parte considerando que en muchos casos el uso a demanda puede no ser recomendable en mujeres trans que se hormonizan.

⁶ Cabe destacar que, a diferencia del tratamiento de las personas con VIH, en el que el éxito depende en gran medida de una adherencia sostenida y cercana al 100%, la eficacia de la PrEP se encuentra más relacionada con la toma de los comprimidos durante los períodos de exposición, o “adherencia preventiva efectiva”. Info disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-08/Prevencion_combinada_del_VIH_y_las_ITs.pdf

⁷ “Se recomienda una prescripción/dispensa inicial por 30 días antes de la primera visita de seguimiento. Luego de la visita control a los 30 días del inicio de PrEP, se recomienda un control clínico y prescripción/dispensa cada 90 días, o con mayor frecuencia en función del criterio clínico” (Uso de PrEP como parte de la estrategia de Prevención combinada. Recomendaciones y directrices clínicas para equipos de salud. Edición 2022. Disponible en https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-08/Guia_Uso_de_PrEP_como_parte_estrategia_prevencion_combinada.pdf

7“Se recomienda una prescripción/dispensa inicial por 30 días antes de la primera visita de seguimiento. Luego de la visita control a los 30 días del inicio de PrEP, se recomienda un control clínico y prescripción/dispensa cada 90 días, o con mayor frecuencia en función del criterio clínico” (Uso de PrEP como parte de la estrategia de Prevención combinada. Recomendaciones y directrices clínicas para equipos de salud. Edición 2022. Disponible en https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-08/Guia_Uso_de_PrEP_como_parte_estrategia_prevencion_combinada.pdf

Cambios y continuidades en las prácticas sexuales y de cuidado⁸

Las personas de ambas poblaciones expresaron sentirse más seguras, tranquilas, confiadas y relajadas en sus prácticas sexuales, con una menor preocupación y un menor miedo a infectarse de VIH. No se presenta un aumento de parejas sexuales; al contrario, varios HSH plantearon que desde el uso de la PrEP tenían encuentros sexuales con menos personas, y algunos de ellos expresaron que comenzaron a tener un mayor nivel de conciencia en relación con la exposición al VIH y otras ITS.

Entre los HSH, en la medida en que gran parte de los entrevistados mantenía parejas abiertas⁹, se destacó que un acuerdo habitual antes de comenzar el uso de PrEP era no utilizar preservativo con la pareja estable pero sí con los compañeros sexuales fuera de ella, aunque expresaron que en reiteradas ocasiones no lo usaban por diferentes razones entre las que se encontraban el “dejarse llevar”, priorizando el deseo y la continuidad del encuentro, o decisiones orientadas por la confianza que les generaba la pareja sexual en base a criterios que, ellos consideraban, tenían que ver por ejemplo con su aspecto físico, el conocimiento previo de la persona o su inserción en una red de amigos y conocidos. En la segunda tanda de entrevistas, luego de algunos meses de uso de PrEP, en varios casos plantearon la disminución del uso de preservativo en encuentros sexuales con personas conocidas, vínculos/personas regulares y otros usuarios de PrEP, más allá de sus parejas estables.

Las mujeres trans entrevistadas antes del inicio de PrEP manifestaron utilizar de manera consistente el preservativo como forma de profilaxis durante el trabajo sexual, si bien algunas expresaron que en ocasiones podía convertirse en un asunto negociable cuando los clientes ofrecían más dinero o insistían para realizar prácticas sexuales sin preservativo. Su uso, por el contrario, aparecía como más laxo e infrecuente en las prácticas de sexo ocasional y en los vínculos más estables.

Al entrevistarlas luego de tres meses de uso, se observan entre las MT pocos cambios en las formas de cuidado en sus encuentros íntimos. Mayoritariamente sostuvieron el uso de preservativo en las prácticas de sexo laboral, bajo la afirmación de que la PrEP previene el VIH pero no otras ITS. En algunos casos comentaron que sí se sentían más tranquilas y protegidas por la PrEP ante alguna ruptura del preservativo peneano. Así, la pastilla es percibida como una “doble barrera” o “una protección extra” en relación con el riesgo de infección del VIH. En los encuentros sexuales con parejas estables generalmente ya no utilizaban preservativo y, tomando PrEP, continuaron sin utilizar. Algunas entrevistadas plantearon cambios en los encuentros con personas conocidas, o encuentros de sexo ocasional con personas que consideraban que no tenían otras ITS, en los cuales a partir del uso de PrEP desistían del uso de preservativo, porque se sentían cuidadas ante el VIH.

Consultadas las personas acerca de si habían comentado el uso de la PrEP en su entorno, las respuestas variaron en tanto se tratara de comunicarlo a parejas sexuales, amistades o familiares. En general, las/os entrevistadas/os en ambas jurisdicciones y poblaciones plantearon ser muy abiertas/os al comunicar el uso de la PrEP en el marco de sus encuentros sexuales. Entre los HSH apareció como un elemento que surge en los momentos previos al encuentro sexual cuando se conversa en torno al tipo de protección. Algunas mujeres trans y HSH también expresaron que les contaron a otras personas que se encontraban en PrEP como una muestra de autocuidado y de responsabilidad que tienen sobre su salud. No obstante, expresaron que

en algunos casos podría tener el efecto contrario al buscado, en tanto y en cuanto el uso de la PrEP podía ser confundido por personas menos informadas con la toma de un antirretroviral o identificado con el ejercicio del trabajo sexual en personas que no lo ejercían.

Algunas mujeres trans afirmaron haber tenido conversaciones con parientes, entre ellos con sus madres, muy positivas sobre el uso de la PrEP. En esos casos, la PrEP aparece como un elemento que permite mostrar el cuidado de la salud y al mismo tiempo es una prueba de que no tienen VIH. Entre los HSH aparece una mayor reserva con algunos miembros de la familia. No pareciera aquí que el problema pudiera surgir tanto de la identificación de la PrEP con un tratamiento para el VIH, sino con la explicitación de la existencia de otras parejas sexuales por fuera de la relación estable.

Cumplimiento de expectativas y continuidad en el uso de PrEP

Mayoritariamente las personas entrevistadas que iniciaron PrEP continuaban con su uso al conversar con ellas nuevamente tres meses después, planteando satisfacción y coincidiendo en que la toma de PrEP había cumplido con las expectativas que tenían antes su uso. Los motivos para continuar con la PrEP fueron sentirse más seguras, tranquilas, con una mayor confianza y más relajadas durante las prácticas sexuales con o sin preservativo, con una menor preocupación y miedo de infectarse de VIH y otras ITS. Dos mujeres trans de Tucumán expresaron, además, que al ejercer el trabajo sexual se perciben más expuestas a situaciones de riesgo e identificaron en esto un motivo importante para continuar.

Entre las seis personas que discontinuaron el uso, en algunos casos fue solo una causa y en otros varias, y las mismas fueron efectos adversos (una MT expresó sentir fuertes dolores de panza y tener vómitos y otra mujer trans indicó tener gastritis, creyendo que también era producto de las abundantes pastillas que se encontraba ingiriendo entre las de PrEP y su proceso de hormonización); cambios en la situación de pareja (en dos casos, personas que iniciaron vínculos monogámicos y en otro, una persona que finalizó una relación de pareja y no se encontraba teniendo relaciones), y finalmente motivos asociados al acceso al sistema de salud (en un caso, dificultades para asistir a la realización de estudios de control antes de las 9 de la mañana y en el otro una mudanza de provincia, en desconocimiento de lugares de dispensa de PrEP en el nuevo lugar de residencia). HSH y mujeres trans recomendaron la PrEP a personas amigas, conocidas, parejas, parejas sexuales, compañeras/os de trabajo y familiares. Las mujeres trans recomendaron especialmente la PrEP a otras mujeres trans.

⁸ Nos referimos aquí a estrategias de cuidado ante el VIH, a cómo se sienten en sus encuentros sexuales y a las prácticas que en ellos realizan.

⁹ Las “parejas abiertas” asumían distintas formas en los relatos de las personas entrevistadas, ya sea que ambas personas mantengan encuentros sexuales con otras por fuera de la pareja en forma separada, o la inclusión de una tercera persona en la pareja ya formada. La referencia a parejas abiertas se dio especialmente entre los HSH.



Reflexiones sobre la gestión en las políticas de salud

Consultadas sobre recomendaciones acerca de políticas públicas para mejorar el acceso a la PrEP y a otras prestaciones de la estrategia de prevención combinada, ambas poblaciones coincidieron en la importancia de ampliar las campañas de comunicación respecto al VIH y la PrEP, asegurando que sean efectivas y accesibles. Los HSH sugirieron la difusión de material informativo en los establecimientos de salud, medios de comunicación y aplicaciones de citas como Grindr, mientras que las mujeres trans enfatizaron la importancia de incluir hospitales públicos y lugares de atención que frecuentan, así como incrementar la difusión en diferentes medios de comunicación, como televisión o YouTube.

Tanto las mujeres trans como los HSH propusieron la implementación de más campañas de testeo de VIH para mejorar el diagnóstico temprano.

Los HSH también hicieron hincapié en la necesidad de mejorar el seguimiento de personas en PrEP a través de un sistema de acompañamiento para la población usuaria, brindando una atención personalizada, horarios más accesibles y circuitos de atención más claros, que eviten trabas burocráticas. A su vez, sugirieron la descentralización de la información, profesionales y recursos y la implementación de más estrategias territoriales que disminuyan el desequilibrio en las prestaciones a nivel nacional. También resaltaron la importancia de una efectiva implementación de la Educación Sexual Integral (ESI) en el sistema educativo.

Las mujeres trans señalaron la necesidad de capacitar al personal de los servicios de salud en la atención a la población trans, tanto en el ámbito administrativo como en el profesional, debido a experiencias previas de estigma y discriminación en estos espacios.

Reflexiones finales

El estudio permitió evaluar la aceptabilidad de usuarios y usuarias de esta nueva estrategia en el país, y se encontró mayoritariamente una alta satisfacción.

La mayoría de las personas entrevistadas continuaban con la PrEP a los tres meses de iniciarla. La organización para el uso de la PrEP fue mayormente sencilla, y si bien varias personas mencionaron efectos secundarios, estos no fueron generalmente un motivo para discontinuar la toma, ya que disminuyeron o desaparecieron en poco tiempo. En relación con las experiencias con el sistema de salud y el uso de la PrEP, los/as entrevistadas resaltan la efectividad del dispositivo de entrega de las pastillas luego del resultado

negativo del testeo rápido de VIH, lo progresivo de la frecuencia de retiro de la medicación y la ágil coordinación para su dispensa. Se hace referencia a la sensación de mayor seguridad y tranquilidad en las prácticas sexuales a partir del uso de PrEP, con una disminución en el uso de preservativo solo en casos puntuales.

Pocas personas discontinuaron el uso de PrEP, y los motivos mencionados en estos casos fueron efectos de la medicación en el cuerpo, cambios en la situación sexoafectiva y dificultades de acceso a los servicios.

A partir del análisis de la información, podemos concluir que los desafíos están centrados principalmente en seguir trabajando en la mayor extensión y difusión de la política de prevención combinada en general y de PrEP en particular, haciendo eje en la atención integral de las personas desde una perspectiva de derechos.



Situación del diagnóstico tardío del VIH en la Argentina

Autores: Ariel Adaszko^a, Iael Altclas^b, José Barletta^b, Valeria Levite^a, Sergio Martini², Mariana Ceriotto^c.

Hasta el año 2012, en Argentina se medía la proporción de diagnóstico tardío de una infección por VIH por la presencia de un grupo seleccionado de eventos clínicos considerados vinculados al sida (equivalentes a una adaptación de los actuales estadios clínicos 3 y 4 de la OMS⁽¹⁾)¹ al momento del diagnóstico o durante el primer año. Ya en 2010 se había dejado de informar de modo sistemático en los boletines epidemiológicos anuales la incidencia de casos de sida, debido a la merma en la notificación de eventos clínicos posteriores al diagnóstico, en línea con lo que estaban realizando otros países.

A partir del 2012, se buscó aumentar la sensibilidad de este indicador, incluyendo en la ficha de notificación –además de las patologías vinculadas al sida que ya se relevaban– dos variables: 1) “estadio clínico al momento del diagnóstico”, con cuatro valores posibles: asintomático, síndrome retroviral agudo, sintomático sin criterio de sida (equivalente al actual estadio clínico 2 de la OMS⁽¹⁾) y sintomático con criterio de sida (equivalentes a los actuales estadios clínicos 3 y 4 de la OMS⁽¹⁾), y 2) información sobre el recuento de linfocitos T CD4 al momento del diagnóstico.

Con la incorporación de esa nueva información, entre 2012 y 2022 se definía “diagnóstico tardío” al que se producía con alguno de los eventos clínicos vinculados al VIH seleccionados y/o con un recuento de CD4 menor a 200 células/mm³, salvo en los casos con síndrome retroviral agudo. Ese cambio de definición modificó alrededor de un diez por ciento el valor que se venía informando sobre diagnóstico tardío, diferencia que se explicaba por los casos sintomáticos sin criterio de sida y la incorporación de información de laboratorio. Debe tenerse presente que, por diversos motivos, la información de laboratorio disponible en el sistema nunca superó un tercio de los casos reportados.

Este indicador, así calculado, se venía informando con un valor de 30%, sin mostrar cambios significativos a pesar de que el acceso al diagnóstico viene siendo una de las líneas estratégicas centrales de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis (DRVHVyT) hace más de dos décadas. Algunas de las medidas tomadas en ese sentido hasta la fecha fueron la extensión del uso de pruebas rápidas, la descentralización de la oferta y el trabajo para disminuir los obstáculos de acceso a las pruebas diagnósticas; todas estrategias que buscan aumentar el diagnóstico temprano y que las personas con VIH puedan conocer su situación, en línea con los compromisos internacionales asumidos en las metas 95-95-95⁽²⁾.

^aÁrea de Información estratégica, ^bÁrea de Asistencia y ^cdirectora de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis.

¹Las referencias bibliográficas se presentan numeradas al final del artículo.

Nueva definición

En 2022, la DRVIHVyT conformó una mesa de trabajo específica para abordar esta problemática, que inició un proceso de discusión sobre el indicador y la necesidad de diferenciar dentro del diagnóstico tardío aquellos considerados muy tardíos o con enfermedad avanzada, así como identificar a las personas con bajo recuento de CD4 o eventos vinculados al VIH pero que tuvieran una infección reciente documentada.

Se revisaron las definiciones de la Organización Mundial de Salud (OMS), los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, de Estados Unidos), el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC), Reino Unido, China, Australia y Canadá, todos organismos que venían reportando valores de diagnóstico tardío superiores a los de Argentina. En el Reino Unido, por ejemplo, al año 2021 se reportó un porcentaje de diagnóstico tardío del 46%, en Japón del 60% al 2019, en Sudáfrica del 55% al 2020 y en Estados Unidos 30% al 2019⁽⁵⁾.

La tabla de la página siguiente resume los hallazgos respecto a las definiciones revisadas.

En base a la revisión bibliográfica se consensuó, a partir de 2022, medir la oportunidad del diagnóstico de la siguiente forma:

Diagnóstico temprano: equivale a estadio clínico 1 de la OMS, e incluye cualquiera de las siguientes:

- Infección reciente por VIH (independientemente del recuento basal de CD4): evidencia de laboratorio compatible con infección reciente (por ejemplo, antígeno p24 positivo, VIH-ARN carga viral detectable con anticuerpos anti-VIH negativos o indeterminados⁽⁴⁾), prueba de VIH negativa **documentada** en los 12 meses previos al diagnóstico, evidencia clínica de infección aguda (síndrome retroviral agudo).
- Eventos clínicos correspondientes a estadio 1 de la OMS **y** un recuento basal de CD4 mayor o igual a 350 células/mm³.

Diagnóstico tardío: recuento basal de CD4 entre 200 y 349 células/mm³ y/o la presencia de alguno de los eventos clínicos de estadio 2 de la OMS. Esta categoría NO incluye a las personas con diagnóstico en contexto de infección reciente.

Enfermedad avanzada: representa un subgrupo dentro del universo de personas con diagnóstico tardío, e incluye a quienes tienen un recuento basal de CD4 < 200 células/mm³ y/o la presencia de uno o más eventos de los estadios clínicos 3 y 4 de la OMS. Esta categoría NO incluye a las personas con diagnóstico en contexto de infección reciente.

Salvo ante la situación de un síndrome retroviral agudo, los eventos clínicos pueden ser al momento del diagnóstico o hasta 12 meses posteriores, mientras que el CD4 es dentro de los 90 días del diagnóstico.

	Diagnóstico tardío	Enfermedad avanzada
OMS ⁽¹⁾	No específica	CD4 <200 y/o Enfermedad marcadora (estadio 3 y 4 incluyen las marcadoras).
US CDC	No específica	CD4 <200 y/o Enfermedad marcadora (estadio 3 incluyen las marcadoras).
Gran Bretaña	CD4 <350 y/o Enfermedad marcadora y sin prueba de VIH negativa en los últimos 12 meses o confirmación de infección reciente por otro método.	No específica
China	CD4 <350 y/o Enfermedad marcadora (dentro del mes del diagnóstico).	CD4 <200 y/o Enfermedad marcadora.
Australia	CD4 <350	CD4 <200 y/o Enfermedad marcadora.
Canadá	CD4 <350 y/o Enfermedad marcadora (dentro de los 3 meses del diagnóstico).	No específica
European CDC ⁽³⁾	CD4 <350 cél/mm ³ y/o una enfermedad definidora de sida, excluyendo a los que cumplen con definición de infección reciente.	No específica

Análisis del diagnóstico tardío en la Argentina

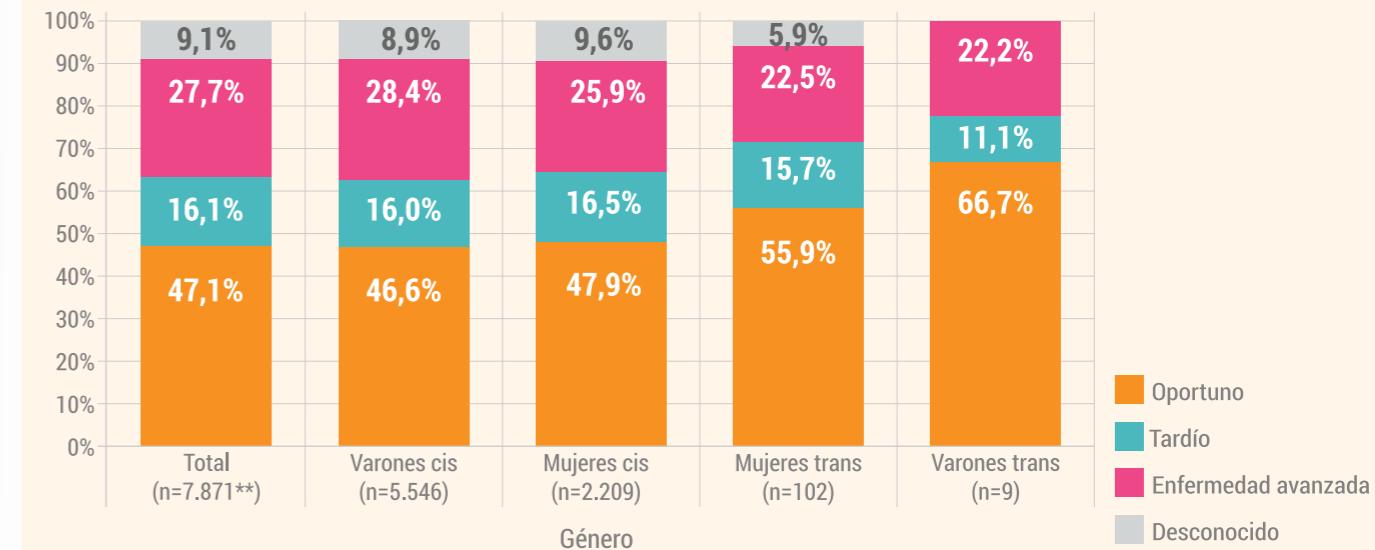
De los 10.929 diagnósticos registrados en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) entre 2021 y 2022, el 72% contaba con la información necesaria para calcular este indicador. Se alcanzó esta proporción no solo utilizando los datos de las fichas clínicas y de laboratorio del informe epidemiológico de casos en el SNVS 2.0, sino también, en ausencia de información sobre el recuento de CD4 en ese sistema, recuperando datos de esta prueba en el sistema de gestión de personas con VIH atendidas en el sistema público (SVIH), siempre y cuando el dato de CD4 no excediera los 90 días desde el diagnóstico.

Con estas modificaciones en la definición y la aclaración metodológica mencionada en el párrafo anterior, se determinó que el diagnóstico tardío afectó al 43,8% de las personas diagnosticadas durante el período 2021-2022 (**Gráfico 1**). Este valor se desglosa en un 27,7% de diagnósticos con enfermedad avanzada y un 16,1% con diagnóstico tardío, pero sin enfermedad avanzada. Al analizar por género, se observa que el 44,4% de los varones cis, el 42,5% de las mujeres cis, el 38,2% de las mujeres trans y el 33,3% de los varones trans tuvieron un diagnóstico tardío, mientras que la enfermedad avanzada afectó al 28,4%, 25,9%, 22,5% y 22,2%, respectivamente.

La comparación de estos valores con los de los dos bienios previos revela un leve aumento en el diagnóstico tardío en varones cis, mujeres cis y mujeres trans, principalmente impulsado por el incremento del componente de enfermedad avanzada, que se sitúa entre dos y cuatro puntos porcentuales por encima de lo observado en años previos en los tres géneros.

A nivel regional (**Gráfico 2**), no se observan diferencias significativas, a excepción de la región de Cuyo, donde el diagnóstico temprano es más frecuente tanto en los varones cis como en las mujeres cis.

Gráfico 1. Oportunidad del diagnóstico de VIH según género. Argentina, 2021-2022*.

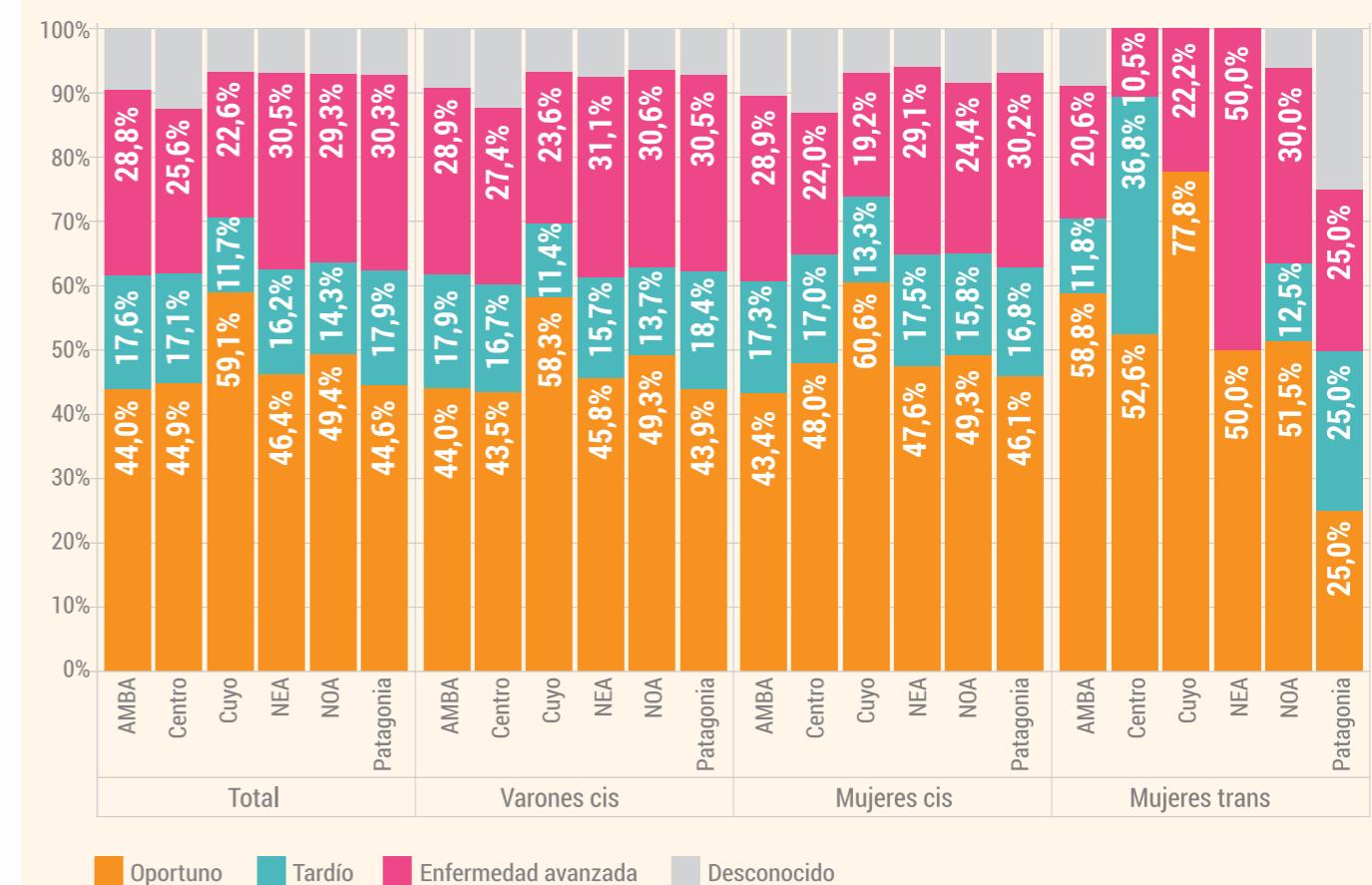


* Años no cerrados, con posibilidad de ajuste en futuros boletines.

** La diferencia entre el total y la sumatoria de los cuatro géneros se debe a 3 casos con género desconocido.

FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

Gráfico 2. Oportunidad del diagnóstico de VIH según género y región. Argentina, 2021-2022*.



* Años no cerrados, con posibilidad de ajuste en futuros boletines.

FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=7.704

En el **Gráfico 3** se puede observar la proporción de diagnósticos tardíos según género y jurisdicción. Cinco provincias presentan al menos un 50% de casos con diagnóstico tardío (Entre Ríos, Santiago del Estero, Tierra del Fuego, Formosa y Tucumán), mientras que otras once tienen valores que oscilan entre el 44% y el 49%, que superan también la media nacional (43,8%).

Los varones cis presentan en siete jurisdicciones proporciones de diagnóstico tardío que superan el 50% de los casos, con valores máximos que alcanzan hasta el 57%. A las cinco jurisdicciones mencionadas en el párrafo anterior, se agregan Neuquén y Río Negro en esta categoría.

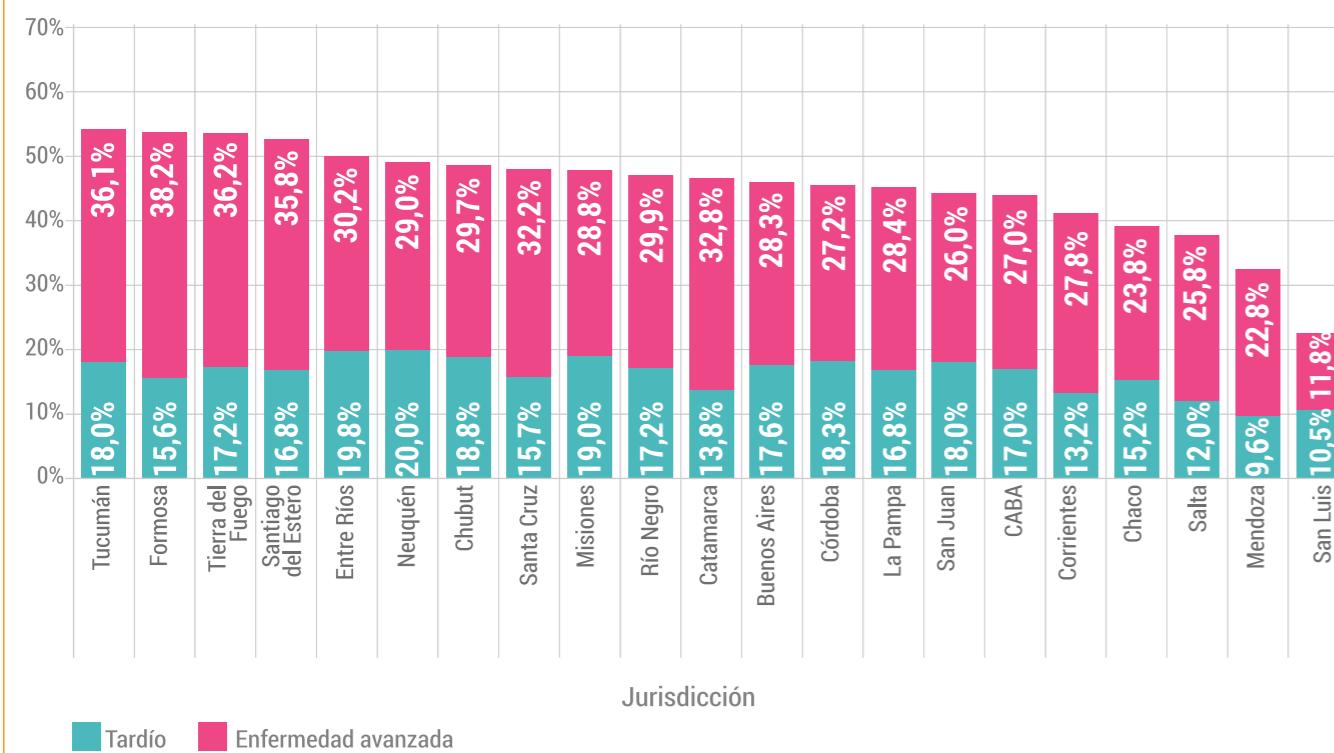
Cuatro jurisdicciones muestran que al menos la mitad de las mujeres cis tienen diagnósticos tardíos: Catamarca, Santa Cruz, Tucumán y La Rioja; las dos primeras con proporciones superiores al 60%. Adicionalmente, otras once jurisdicciones superan la media nacional (42,4%) en este aspecto.

También se aprecia que la composición del diagnóstico tardío entre mujeres cis es más heterogénea. Cinco jurisdicciones muestran componentes de enfermedad avanzada menores en comparación con los casos en los que el diagnóstico se retrasa (Entre Ríos, Neuquén, Chaco, San Juan y Jujuy), pero estos últimos presentan recuentos de CD4 superiores a 200 y carecen de eventos clínicos que sean indicativos de sida.

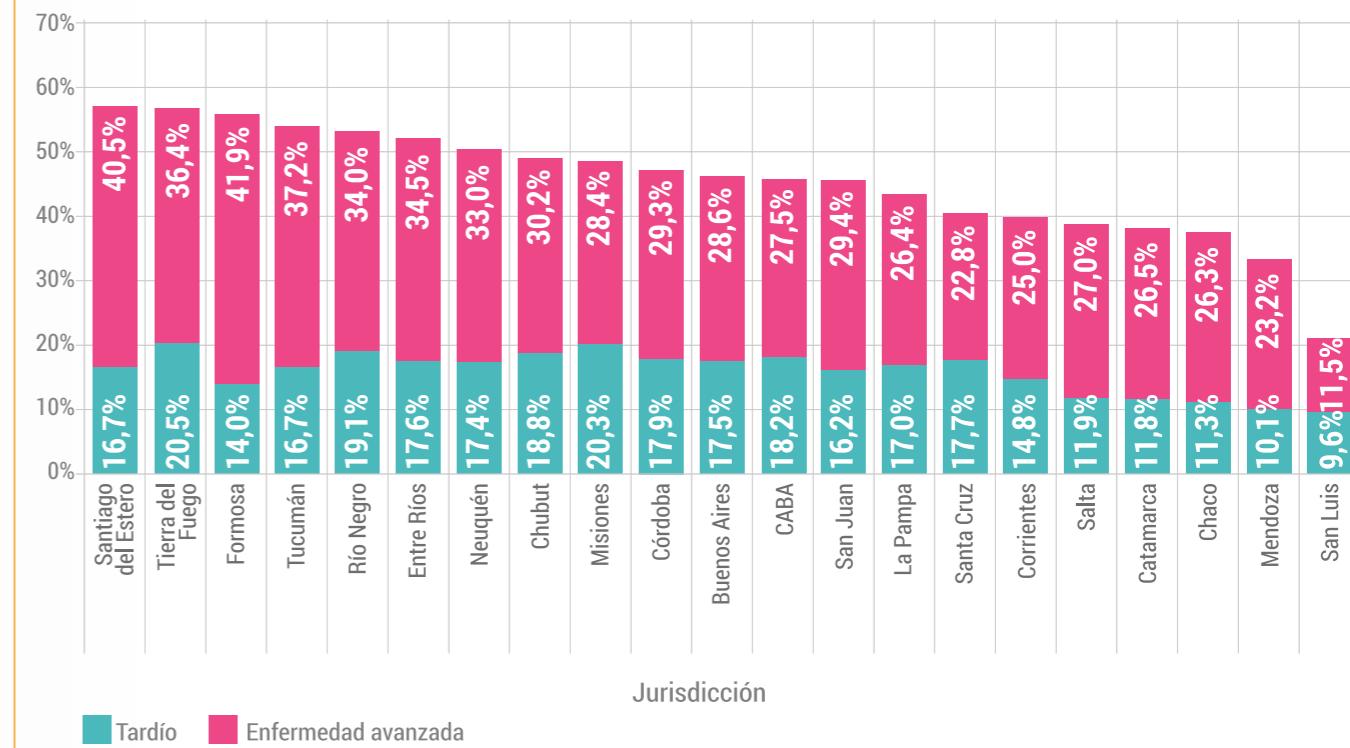
Similar a lo observado a nivel regional, en todas las jurisdicciones se registra una mayor proporción de diagnósticos con enfermedad avanzada en comparación con los casos de diagnóstico tardío sin enfermedad avanzada. De los dos componentes del diagnóstico tardío, la enfermedad avanzada es la que muestra mayor variabilidad de una jurisdicción a otra.

Gráfico 3. Proporciones de oportunidad del diagnóstico de VIH según género y jurisdicción*. Argentina, 2021-2022**.

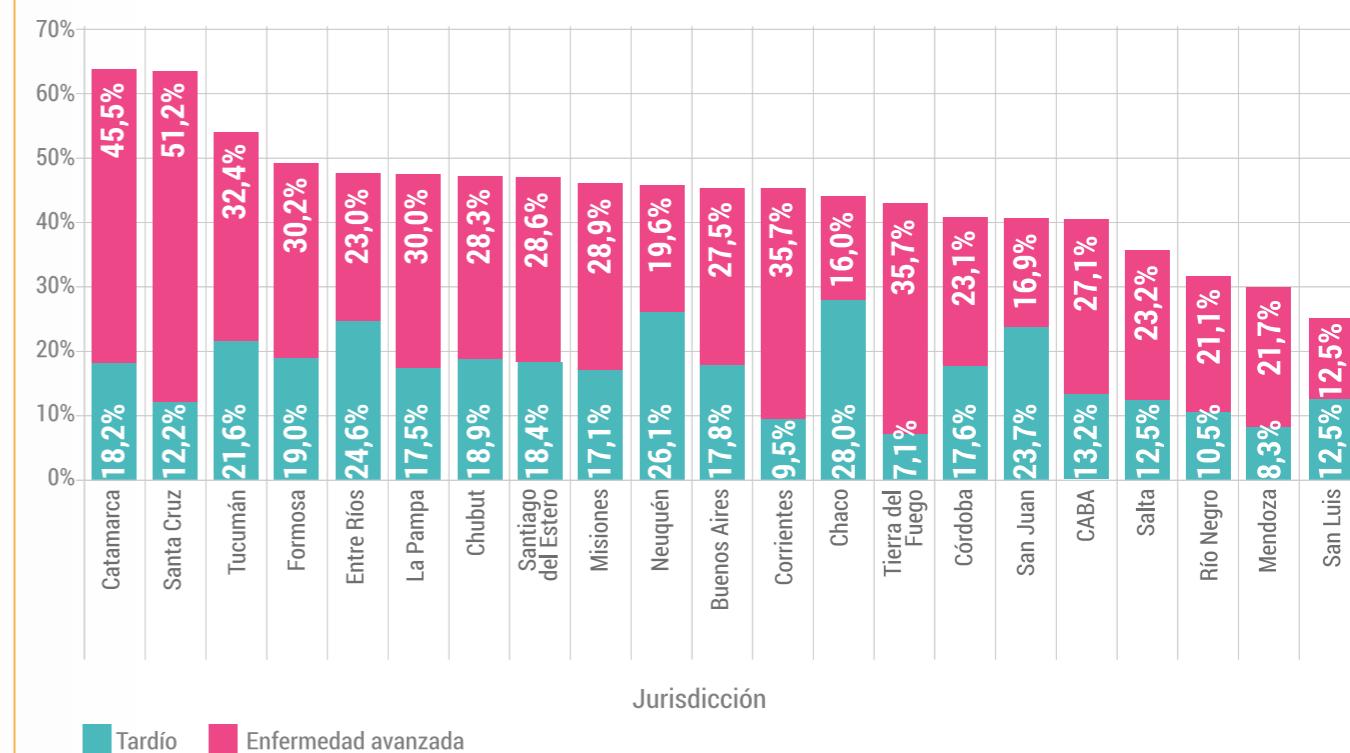
Todos los géneros



Varones cis



Mujeres cis



* Se excluyen Jujuy, La Rioja y Santa Fe, ya que son jurisdicciones con menos del 25% de información consignada para construir los indicadores de diagnóstico tardío y enfermedad avanzada.

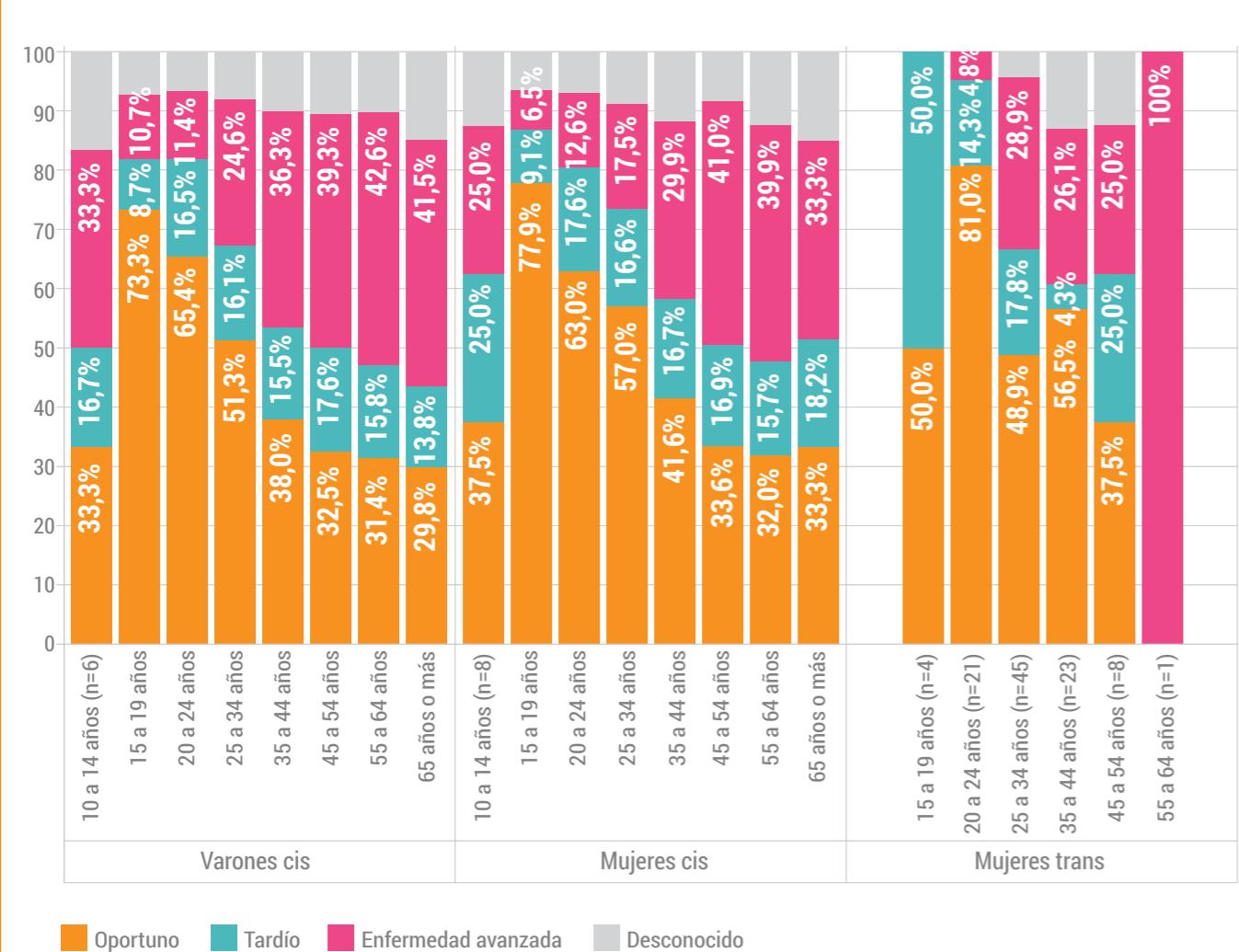
** Años no cerrados, con posibilidad de ajuste en futuros boletines.

FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=7.801.

El **Gráfico 4** revela cómo la proporción de diagnóstico tardío aumenta con la edad tanto en varones cis como en mujeres cis, un fenómeno que no se observa en las mujeres trans. El grupo de 10 a 14 años de edad se ve particularmente afectado por el diagnóstico tardío, como consecuencia de múltiples vulnerabilidades. Una vez más, es importante destacar que el diagnóstico con enfermedad avanzada constituye el componente principal del diagnóstico tardío.

Entre los varones cis, el grupo de 15 a 19 años presenta la mayor proporción de diagnóstico oportuno y solo el 19,3% de ellos accede tardíamente al diagnóstico, aproximadamente uno de cada cinco casos. En contraste, a partir de los 35 años de edad, el diagnóstico tardío afecta a proporciones que varían entre el 51,8% y el 58,4% de los varones cis. Concomitantemente, las mayores proporciones del componente de enfermedad avanzada se dan en los varones cis de 55 a 64 años, con un 42,6% de los casos, y en el de 65 años y más, con el 41,5%.

Gráfico 4. Oportunidad del diagnóstico de VIH según género y grupo de edad*. Argentina, 2021-2022**.



* Se agrega el n en las etiquetas de las categorías de edad con un número de casos bajo.

** Años no cerrados, con posibilidad de ajuste en futuros boletines.

FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=7.819.

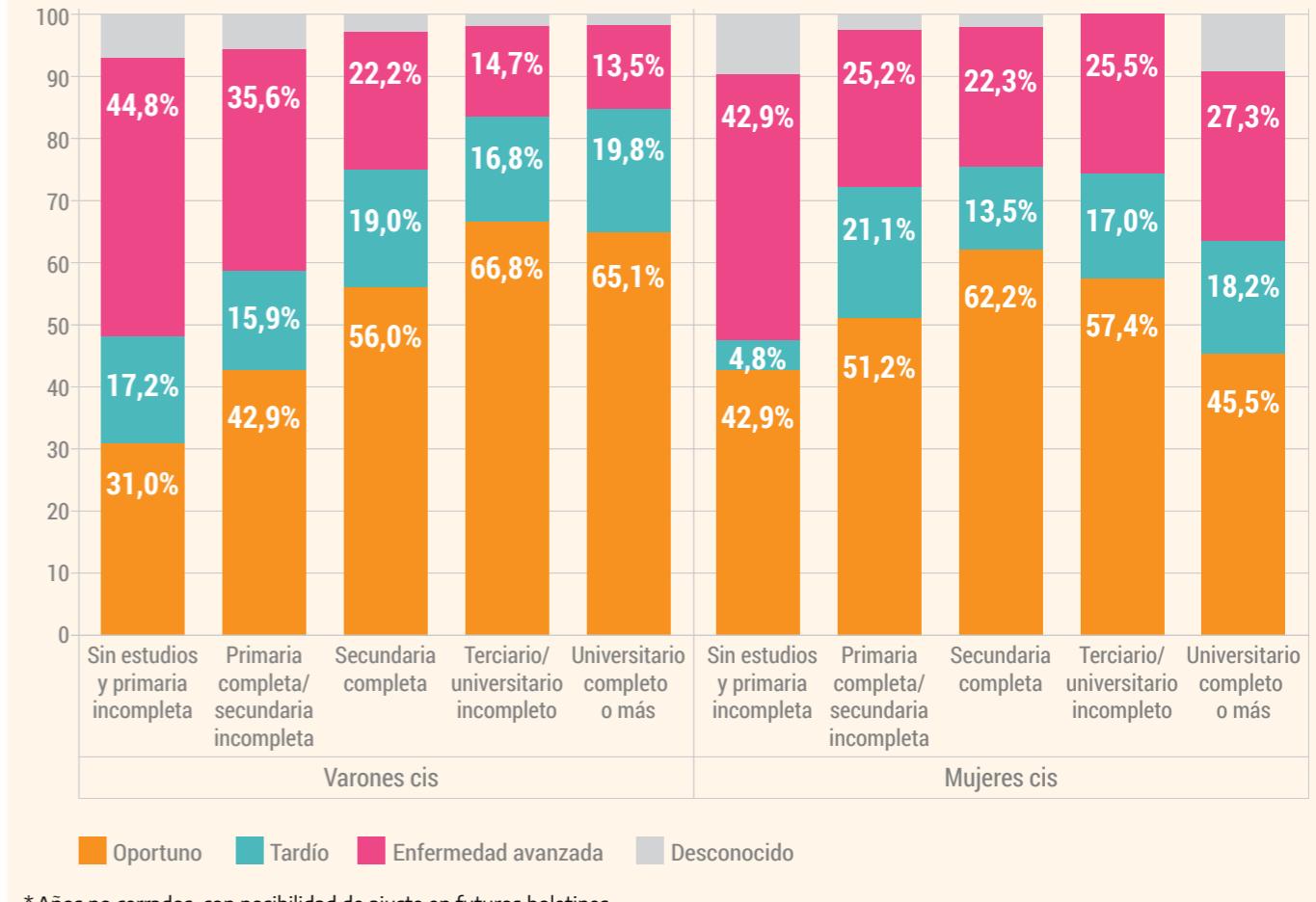
Respecto de las mujeres cis, el 46,6% de las que tienen entre 35 y 44 años, el 58% de las que tienen entre 45 y 54 años y el 55,6% de las que tienen entre 55 y 64 años han accedido tardíamente a su diagnóstico de VIH. Además, entre las mujeres cis, la mayor proporción del componente de enfermedad avanzada se ubica en edades más tempranas que entre los varones cis; alcanza su punto máximo en el grupo de 45 a 54 años, con un 41% de los casos, seguido del de 55 a 64 años, con el 39,9%.

En conclusión, existe una mayor proporción de diagnóstico tardío en las personas de mayor edad. Es importante tener en cuenta que todo lo previamente mencionado es consecuencia de la interacción de múltiples factores, y debe ser contextualizado según aspectos locales y de la clínica al momento del diagnóstico, entre otros.

Cuando se analiza este indicador según el nivel de educación alcanzado por personas de 19 años en adelante (**Gráfico 5**)², se observa que la situación del diagnóstico de los varones cis mejora a medida que aumenta el nivel de educación. Sin embargo, esta relación no se presenta de la misma manera en las mujeres cis. Entre ellas, la mejor situación se encuentra entre quienes han completado la educación media pero no han iniciado estudios superiores y nuevamente empeora el acceso al diagnóstico oportuno entre las que han completado estudios superiores. Se debe tener en cuenta que estos datos pueden estar influenciados por la falta de carga de información.

² Los casos que cuentan con información acerca del nivel de instrucción son menos que aquellos con los que inicia el artículo, lo mismo que ocurre con la información sobre la vía de transmisión.

Gráfico 5. Oportunidad del diagnóstico de VIH según género y nivel de instrucción alcanzado por personas de 19 años o más. Argentina, 2021-2022*.

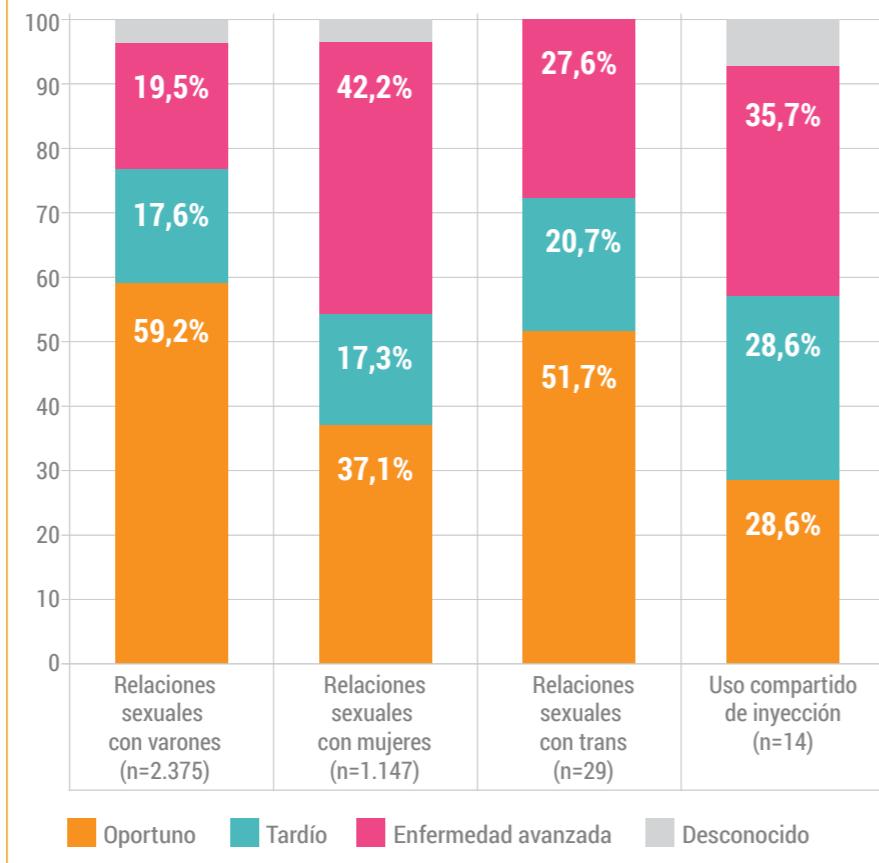


La situación más desfavorable para los varones cis se observa entre quienes no han completado la educación primaria: el diagnóstico tardío alcanza al 62% y el 44,8% presenta enfermedad avanzada. Incluso entre aquellos con niveles educativos más altos, el diagnóstico tardío afecta a casi uno de cada tres. En el caso de las mujeres cis, la variación de este indicador es menos pronunciada. Entre el 35,8% y el 47,7% de ellas accedieron tardíamente al diagnóstico y la mayor proporción de enfermedad avanzada se encuentra entre las que no completaron la educación primaria, con el 42,9% de esos casos.

Al analizar la oportunidad del diagnóstico según la vía de transmisión entre los varones cis, se observa una marcada diferencia entre quienes contrajeron el VIH durante relaciones sexuales con otros varones y aquellos que lo adquirieron durante relaciones sexuales con mujeres cis, mujeres trans o por uso compartido de material para consumo de drogas inyectables. En el último bienio, el diagnóstico tardío afectó al 37,1% de los primeros, mientras que en los otros grupos, la proporción fue del 59,5%, 48,3% y 64,3%, respectivamente.

Nuevamente, en estos tres últimos grupos, la proporción de enfermedad avanzada superó la de diagnóstico tardío sin eventos clínicos marcadores de sida o con recuentos de CD4 mayores a 200. La situación más crítica se registró en los varones cis infectados durante relaciones sexuales con mujeres: el 42,2% de ellos se diagnosticó con enfermedad avanzada.

Gráfico 6. Oportunidad del diagnóstico de VIH en varones cis según la vía de transmisión más probable. Argentina, 2021-2022*.



* Años no cerrados, con posibilidad de ajuste en futuros boletines.

FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=3.565.

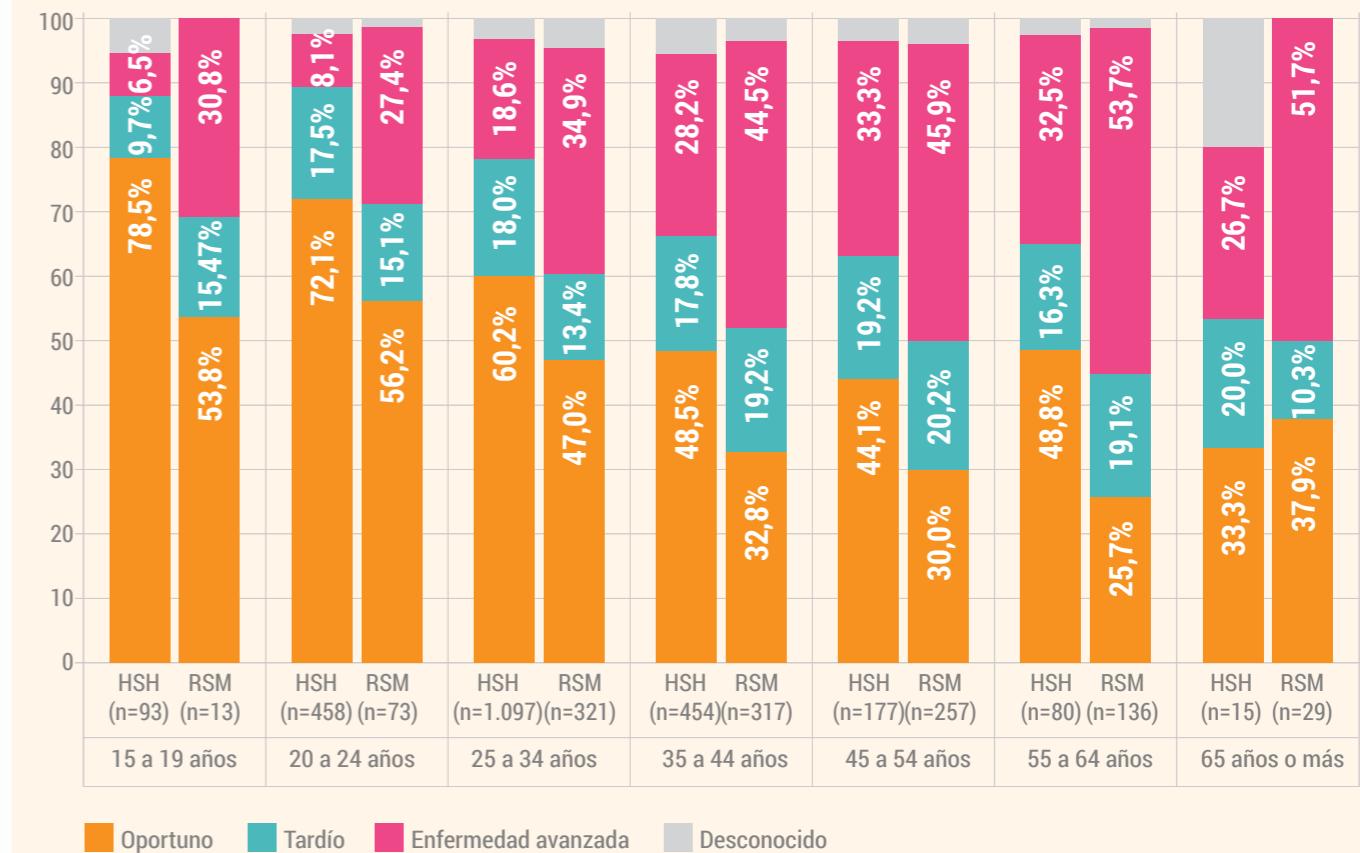
El **Gráfico 7** presenta la misma información segmentada por grupos de edad. En este caso, se destaca la relación entre la edad y la oportunidad del diagnóstico y se observa que, en todas las categorías, excepto en la de 65 años o más, los varones cis infectados durante relaciones sexuales con otros varones tienden a recibir el diagnóstico en etapas más tempranas en comparación con sus pares de la misma edad infectados durante relaciones heterosexuales³.

En el grupo de edad de 25 a 34 años, cerca de la mitad de los varones cis infectados durante relaciones sexuales con mujeres (48,3%) se presentan con diagnóstico tardío y poco más de un tercio (34,9%), con enfermedad avanzada. Las proporciones aumentan significativamente en el grupo de 55 a 64 años, donde el 72,8% accedió tarde al diagnóstico y un 53,7% lo hizo con enfermedad avanzada.

Es importante destacar que el diagnóstico tardío no se limita únicamente a los varones que adquieren el virus durante relaciones sexuales con mujeres, ya que, al desglosar por edad, también se observa que aquellos que lo contraen durante relaciones con otros varones experimentan situaciones complejas. Desde los 35 años en adelante, casi la mitad de los varones cis accede tardíamente al diagnóstico de VIH y entre un tercio y un cuarto lo hace con enfermedad avanzada.

³ En el gráfico no se incluyen personas trans, debido al bajo número de casos que quedan en cada categoría al desglosar por edad.

Gráfico 7. Oportunidad del diagnóstico de VIH en varones cis por grupo de edad según la vía de transmisión más probable, Argentina (2021-2022)**.



* Años no cerrados, con posibilidad de ajuste en futuros boletines.

** HSH: Hombres que tienen sexo con hombres. RSM: relaciones sexuales con mujeres.

FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=3.520.

Consideraciones finales

El cambio en la definición de diagnóstico tardío ha incrementado la sensibilidad del indicador y revelado, así, la situación de un subgrupo de personas que hasta ahora permanecía invisibilizado: aquellos sin eventos clínicos marcadores de sida cuyo recuento de CD4 está entre 200 y 349. Hasta el boletín anterior, en Argentina se denominaba diagnóstico tardío a lo que en otros países se refería como enfermedad avanzada o diagnóstico muy tardío. Estudios realizados a partir de la observación de fuentes primarias podrían contribuir a analizar la especificidad de la nueva definición propuesta. No obstante, los valores obtenidos del nuevo indicador son consistentes con los registrados en otros países y las proporciones de diagnóstico tardío reportadas son similares también.

En este artículo, hemos decidido enfocarnos en la descripción de la situación durante el bienio 2021-2022. Esto se debe, en parte, a la dificultad de interpretar los pocos cambios observados en la serie histórica, especialmente teniendo en cuenta el cambio en el sistema de información en 2018-2019, que incluyó registros de laboratorio no disponibles para los años previos y los posibles efectos de la pandemia de COVID-19 en 2020-2021.

Es importante destacar que los varones cis que tienen relaciones sexuales con mujeres cis son los que tienden a llegar más tarde al diagnóstico y presentan mayores proporciones de enfermedad avanzada. Sin embargo, esta situación también se observa en personas adultas de todos los géneros, así como en aquellas con menor nivel de instrucción, incluyendo los varones que contrajeron el virus durante prácticas sexuales con otros varones.

Aunque el análisis por región no reveló diferencias significativas, el enfoque a nivel de jurisdicción mostró realidades muy dispares. Por lo tanto, es fundamental que cada equipo jurisdiccional analice detenidamente los datos de su propia provincia (véanse las tablas anexas) para ajustar las intervenciones dirigidas a reducir el diagnóstico tardío y la morbilidad por la enfermedad avanzada.

Subrayamos que este artículo describe con algunas variables a las personas con diagnóstico de VIH y la oportunidad en que accedieron a la prueba, pero no pretende determinar las causas del diagnóstico tardío, para lo cual se requieren otro tipo de abordajes metodológicos.

Asimismo, este análisis no contempla componentes estructurales que juegan un rol central en el acceso al diagnóstico y en la incidencia de enfermedades como la tuberculosis u otras asociadas al VIH y que definen el concepto de enfermedad avanzada y, a su vez, están atravesadas fuertemente por el componente social.

Finalmente, enfatizamos la necesidad de fortalecer las estrategias para afrontar los desafíos que representan para la salud pública tanto el diagnóstico tardío como la enfermedad avanzada en personas con VIH. Esto requiere una respuesta integral, global, planificada y coordinada de prevención combinada, que abarque tanto intervenciones generales como específicas para poblaciones particulares. Esta respuesta debe basarse en análisis sólidos de información brindada desde los equipos de salud, dirigirse hacia objetivos claros y medibles, involucrar a la comunidad, asignar recursos adecuados, estar sujeta a una evaluación constante para asegurar que cumple con sus propósitos de manera efectiva, implementar enfoques innovadores y, sobre todo, estar fundamentada en políticas que promuevan los derechos y la inclusión.

Bibliografía:

- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD:** “Definición de la OMS de caso de infección por el VIH a efectos de vigilancia y revisión de la estadificación clínica y de la clasificación inmunológica de la enfermedad relacionada con el VIH en adultos y niños”. Washington, D.C.: OPS, 2009. Disponible en <https://www.paho.org/es/file/36463/download?token=26HPGVzT> (consultado: 15/10/2023).
- UNAIDS:** “Global AIDS Strategy 2021-2026 — End Inequalities. End AIDS” [Internet], Ginebra, 2021. Disponible en: www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_en.pdf (consultado: 15/10/2023).
- CROXFORD, Sara, et al.** Late diagnosis of HIV: an updated consensus definition. *HIV medicine*, 2022, vol. 23, no 11, p. 1202-1208.
- UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI Surveillance.** When and how to use assays for recent infection to estimate HIV incidence at a population level [Internet]. Ginebra, World Health Organization. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44612> (consultado: 15/10/2023).
- COLLINS, Simon, et al.** Late diagnosis of HIV in 2022: Why so little change? *HIV medicine*, 2022, vol. 23, no 11, p. 1118-1126.

Anexo

Tabla 1. Oportunidad del diagnóstico de VIH según género y jurisdicción*, Argentina (2017-2022)**

a. Todos los géneros

	Bienio	Diagnóstico oportuno	Total diagnóstico tardío		Desconocido	Casos
Buenos Aires	2017 - 2018	45,0%	Diagnóstico tardío	18,9%	47,2%	2.740
			Enfermedad avanzada	28,2%	7,8%	
	2019 - 2020	45,1%	Diagnóstico tardío	17,6%	43,7%	1.823
			Enfermedad avanzada	26,1%	11,1%	
	2021 - 2022	41,5%	Diagnóstico tardío	17,6%	45,9%	1.811
			Enfermedad avanzada	28,3%	12,5%	
CABA	2017 - 2018	57,4%	Diagnóstico tardío	17%	38,3%	1.479
			Enfermedad avanzada	21,2%	4,3%	
	2019 - 2020	49,4%	Diagnóstico tardío	21,7%	45,5%	964
			Enfermedad avanzada	23,9%	5,1%	
	2021 - 2022	48,4%	Diagnóstico tardío	17%	44,0%	823
			Enfermedad avanzada	27%	7,7%	
Catamarca	2017 - 2018	33,3%	Diagnóstico tardío	26,7%	60,0%	15
			Enfermedad avanzada	33,3%	6,7%	
	2019 - 2020	47,6%	Diagnóstico tardío	13%	52,2%	46
			Enfermedad avanzada	39,1%	0,0%	
	2021 - 2022	51,7%	Diagnóstico tardío	13,8%	46,6%	58
			Enfermedad avanzada	32,8%	1,7%	
Chaco	2017 - 2018	37,2%	Diagnóstico tardío	11,7%	36,7%	180
			Enfermedad avanzada	25%	26,1%	
	2019 - 2020	30,7%	Diagnóstico tardío	5,8%	23,4%	137
			Enfermedad avanzada	17,5%	46,0%	
	2021 - 2022	51,4%	Diagnóstico tardío	15,2%	39,0%	105
			Enfermedad avanzada	23,8%	9,5%	
Chubut	2017 - 2018	58,8%	Diagnóstico tardío	14,2%	33,2%	211
			Enfermedad avanzada	19%	8,1%	
	2019 - 2020	53,4%	Diagnóstico tardío	11%	34,0%	191
			Enfermedad avanzada	23%	12,6%	
	2021 - 2022	43,6%	Diagnóstico tardío	18,8%	48,5%	202
			Enfermedad avanzada	29,7%	7,9%	
Corrientes	2017 - 2018	45,8%	Diagnóstico tardío	12,5%	38,3%	120
			Enfermedad avanzada	25,8%	15,8%	
	2019 - 2020	40,2%	Diagnóstico tardío	9,8%	25,0%	92
			Enfermedad avanzada	15,2%	34,8%	
	2021 - 2022	36,4%	Diagnóstico tardío	13,2%	41,1%	151
			Enfermedad avanzada	27,8%	22,5%	

a. Todos los géneros (continuación)

	Oportuno	Total diagnóstico tardío			Desconocido	Casos	
Córdoba	2017 - 2018	60,2%	Diagnóstico tardío	14%	33,8%	6,0%	1.028
	2019 - 2020	56,6%	Enfermedad avanzada	19,7%			
	2021 - 2022	46,7%	Diagnóstico tardío	18,3%	45,5%	7,8%	778
			Enfermedad avanzada	27,2%			
Entre Ríos	2017 - 2018	56,8%	Diagnóstico tardío	16,7%	39,7%	3,5%	257
	2019 - 2020	53,9%	Enfermedad avanzada	23,0%			
	2021 - 2022	47,8%	Diagnóstico tardío	17,1%	44,6%	1,6%	193
			Enfermedad avanzada	27,5%			
Formosa	2017 - 2018	60,1%	Diagnóstico tardío	15,6%	30,1%	9,8%	173
	2019 - 2020	49,5%	Enfermedad avanzada	14,5%			
	2021 - 2022	45,7%	Diagnóstico tardío	15,6%	53,8%	0,5%	199
			Enfermedad avanzada	38,2%			
La Pampa	2017 - 2018	56,1%	Diagnóstico tardío	15,4%	32,5%	11,4%	123
	2019 - 2020	64,0%	Enfermedad avanzada	17,1%			
	2021 - 2022	52,6%	Diagnóstico tardío	16,8%	45,3%	2,1%	95
			Enfermedad avanzada	28,4%			
Mendoza	2017 - 2018	63,1%	Diagnóstico tardío	11,8%	33,1%	3,8%	601
	2019 - 2020	65,2%	Enfermedad avanzada	21,3%			
	2021 - 2022	62,1%	Diagnóstico tardío	11,0%	32,9%	1,9%	529
			Enfermedad avanzada	21,9%			

* Se excluyen Jujuy, La Rioja y Santa Fe, ya que son jurisdicciones con menos del 25% de información consignada para construir los indicadores de diagnóstico tardío y enfermedad avanzada.

** Los años 2021 y 2022 no están cerrados y tienen posibilidad de ser ajustados en futuros boletines.

FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Todos los géneros N=25.773.

Tabla 1. Oportunidad del diagnóstico de VIH según género y jurisdicción*, Argentina (2017-2022)****a. Todos los géneros (continuación)**

	Bienio	Diagnóstico oportuno	Total diagnóstico tardío		Desconocido	Casos
Misiones	2017 - 2018	45,8%	Diagnóstico tardío	23,7%	48,6%	5,5% 253
			Enfermedad avanzada	24,9%		
	2019 - 2020	49,4%	Diagnóstico tardío	20,8%	49,4%	1,3% 77
			Enfermedad avanzada	28,6%		
	2021 - 2022	51,3%	Diagnóstico tardío	19,0%	47,8%	0,9% 226
			Enfermedad avanzada	28,8%		
Neuquén	2017 - 2018	60,0%	Diagnóstico tardío	18,3%	36,9%	3,1% 295
			Enfermedad avanzada	18,6%		
	2019 - 2020	59,3%	Diagnóstico tardío	12,9%	37,3%	3,3% 209
			Enfermedad avanzada	24,4%		
	2021 - 2022	47,7%	Diagnóstico tardío	20,0%	49,0%	3,2% 155
			Enfermedad avanzada	29,0%		
Río Negro	2017 - 2018	57,2%	Diagnóstico tardío	15,2%	33,7%	9,1% 243
			Enfermedad avanzada	18,5%		
	2019 - 2020	63,2%	Diagnóstico tardío	11,7%	35,1%	1,8% 171
			Enfermedad avanzada	23,4%		
	2021 - 2022	42,5%	Diagnóstico tardío	17,2%	47,0%	10,4% 134
			Enfermedad avanzada	29,9%		
Salta	2017 - 2018	49,5%	Diagnóstico tardío	17,5%	37,5%	13,0% 744
			Enfermedad avanzada	20,0%		
	2019 - 2020	53,3%	Diagnóstico tardío	14,0%	37,1%	9,6% 644
			Enfermedad avanzada	23,1%		
	2021 - 2022	51,4%	Diagnóstico tardío	12,0%	37,8%	10,8% 865
			Enfermedad avanzada	25,8%		
San Juan	2017 - 2018	54,3%	Diagnóstico tardío	21,3%	42,1%	3,6% 197
			Enfermedad avanzada	20,8%		
	2019 - 2020	43,3%	Diagnóstico tardío	23,6%	53,9%	2,8% 178
			Enfermedad avanzada	30,3%		
	2021 - 2022	55,5%	Diagnóstico tardío	18,0%	44,0%	0,5% 200
			Enfermedad avanzada	26,0%		
San Luis	2017 - 2018	44,8%	Diagnóstico tardío	12,5%	16,7%	38,5% 96
			Enfermedad avanzada	4,2%		
	2019 - 2020	24,5%	Diagnóstico tardío	3,8%	20,8%	54,7% 53
			Enfermedad avanzada	17,0%		
	2021 - 2022	46,1%	Diagnóstico tardío	10,5%	22,4%	31,6% 76
			Enfermedad avanzada	11,8%		

a. Todos los géneros (continuación)

	Bienio	Diagnóstico oportuno	Total diagnóstico tardío		Desconocido	Casos
Santa Cruz	2017 - 2018	43,4%	Diagnóstico tardío	11,2%	26,5%	30,1% 196
			Enfermedad avanzada	15,3%		
	2019 - 2020	31,0%	Diagnóstico tardío	21,1%	36,6%	32,4% 71
			Enfermedad avanzada	15,5%		
	2021 - 2022	37,2%	Diagnóstico tardío	15,7%	47,9%	14,9% 121
			Enfermedad avanzada	32,2%		
Santiago del Estero	2017 - 2018	30,0%	Diagnóstico tardío	5,0%	25,0%	45,0% 140
			Enfermedad avanzada	20,0%		
	2019 - 2020	36,9%	Diagnóstico tardío	13,8%	43,8%	19,2% 130
			Enfermedad avanzada	30,0%		
	2021 - 2022	44,5%	Diagnóstico tardío	16,8%	52,6%	2,9% 137
			Enfermedad avanzada	35,8%		
Tierra del Fuego	2017 - 2018	34,0%	Diagnóstico tardío	23,3%	47,6%	18,4% 103
			Enfermedad avanzada	24,3%		
	2019 - 2020	34,5%	Diagnóstico tardío	11,5%	41,4%	24,1% 87
			Enfermedad avanzada	29,9%		
	2021 - 2022	46,6%	Diagnóstico tardío	17,2%	53,4%	0,0% 58
			Enfermedad avanzada	36,2%		
Tucumán	2017 - 2018	56,1%	Diagnóstico tardío	17,3%	43,0%	0,9% 572
			Enfermedad avanzada	25,7%		
	2019 - 2020	45,9%	Diagnóstico tardío	25,4%	52,7%	1,4% 429
			Enfermedad avanzada	27,3%		
	2021 - 2022	44,8%	Diagnóstico tardío	18,0%	54,1%	1,1% 460
			Enfermedad avanzada	36,1%		

* Se excluyen Jujuy, La Rioja y Santa Fe, ya que son jurisdicciones con menos del 25% de información consignada para construir los indicadores de diagnóstico tardío y enfermedad avanzada.

** Los años 2021 y 2022 no están cerrados y tienen posibilidad de ser ajustados en futuros boletines.

FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Todos los géneros N=25.773.

Tabla 1. Oportunidad del diagnóstico de VIH según género y jurisdicción*, Argentina (2017-2022)****b. Varones cis**

	Bienio	Diagnóstico oportuno	Total diagnóstico tardío		Desconocido	Casos
			Diagnóstico tardío	Enfermedad avanzada		
Buenos Aires	2017 - 2018	42,3%	19,8%	49,8%	7,9%	1.845
			Enfermedad avanzada	30,0%		
	2019 - 2020	42,7%	18,4%	45,8%	11,5%	1.244
			Enfermedad avanzada	27,4%		
	2021 - 2022	41,1%	17,5%	46,2%	12,8%	1.237
			Enfermedad avanzada	28,6%		
CABA	2017 - 2018	59,0%	16,7%	36,8%	4,2%	1.216
			Enfermedad avanzada	20,1%		
	2019 - 2020	50,8%	22,3%	44,5%	4,7%	770
			Enfermedad avanzada	22,2%		
	2021 - 2022	46,7%	18,2%	45,6%	7,6%	655
			Enfermedad avanzada	27,5%		
Catamarca	2017 - 2018	20,0%	20,0%	70,0%	10,0%	10
			Enfermedad avanzada	50,0%		
	2019 - 2020	48,5%	12,1%	51,5%	0,0%	33
			Enfermedad avanzada	39,4%		
	2021 - 2022	58,8%	11,8%	38,2%	2,9%	34
			Enfermedad avanzada	26,5%		
Chaco	2017 - 2018	34,6%	11,3%	39,1%	26,3%	133
			Enfermedad avanzada	27,8%		
	2019 - 2020	26,0%	7,0%	24,0%	50,0%	100
			Enfermedad avanzada	17,0%		
	2021 - 2022	53,8%	11,3%	37,5%	8,8%	80
			Enfermedad avanzada	26,3%		
Chubut	2017 - 2018	59,3%	14,8%	31,9%	8,9%	135
			Enfermedad avanzada	17,0%		
	2019 - 2020	55,6%	8,7%	31,0%	13,5%	126
			Enfermedad avanzada	22,2%		
	2021 - 2022	43,0%	18,8%	49,0%	8,1%	149
			Enfermedad avanzada	30,2%		
Corrientes	2017 - 2018	42,9%	15,4%	41,8%	15,4%	91
			Enfermedad avanzada	26,4%		
	2019 - 2020	41,3%	9,3%	24,0%	34,7%	75
			Enfermedad avanzada	14,7%		
	2021 - 2022	37,0%	14,8%	39,8%	23,1%	108
			Enfermedad avanzada	25,0%		

b. Varones cis (continuación)

	Bienio	Diagnóstico oportuno	Total diagnóstico tardío			Desconocido	Casos
			Diagnóstico tardío	Enfermedad avanzada			
Córdoba	2017 - 2018	58,0%	15,5%	36,6%	5,4%	685	
	2019 - 2020	53,2%	16,9%	39,6%	7,1%	462	
	2021 - 2022	45,5%	17,9%	47,1%	7,4%	543	
Entre Ríos	2017 - 2018	50,0%	16,9%	45,6%	4,4%	160	
	2019 - 2020	47,5%	20,5%	50,0%	2,5%	122	
	2021 - 2022	46,2%	17,6%	52,1%	1,7%	119	
Formosa	2017 - 2018	57,9%	17,5%	29,8%	12,3%	114	
	2019 - 2020	47,9%	26,8%	47,9%	4,2%	71	
	2021 - 2022	43,4%	14,0%	55,9%	0,7%	136	
La Pampa	2017 - 2018	46,8%	19,5%	41,6%	11,7%	77	
	2019 - 2020	55,4%	17,9%	42,9%	1,8%	56	
	2021 - 2022	56,6%	17,0%	43,4%	0,0%	53	
Mendoza	2017 - 2018	62,0%	11,8%	34,5%	3,5%	458	
	2019 - 2020	66,1%	10,1%	32,6%	1,3%	386	
	2021 - 2022	61,5%	10,1%	33,3%	5,3%	436	

* Se excluyen Jujuy, La Rioja y Santa Fe, ya que son jurisdicciones con menos del 25% de información consignada para construir los indicadores de diagnóstico tardío y enfermedad avanzada.

** Los años 2021 y 2022 no están cerrados y tienen posibilidad de ser ajustados en futuros boletines.

FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Varones cis N=16.461.

Tabla 1. Oportunidad del diagnóstico de VIH según género y jurisdicción*, Argentina (2017-2022)****b. Varones cis (continuación)**

	Bienio	Diagnóstico oportuno	Total diagnóstico tardío		Desconocido	Casos
Misiones	2017 - 2018	43,9%	Diagnóstico tardío	24,0%	49,7%	171
			Enfermedad avanzada	25,7%	6,4%	
	2019 - 2020	56,9%	Diagnóstico tardío	17,6%	43,1%	51
			Enfermedad avanzada	25,5%	0,0%	
	2021 - 2022	50,0%	Diagnóstico tardío	20,3%	48,6%	148
			Enfermedad avanzada	28,4%	1,4%	
Neuquén	2017 - 2018	60,2%	Diagnóstico tardío	16,9%	35,8%	201
			Enfermedad avanzada	18,9%	4,0%	
	2019 - 2020	55,5%	Diagnóstico tardío	13,0%	41,1%	146
			Enfermedad avanzada	28,1%	3,4%	
	2021 - 2022	46,8%	Diagnóstico tardío	17,4%	50,5%	109
			Enfermedad avanzada	33,0%	2,8%	
Río Negro	2017 - 2018	53,1%	Diagnóstico tardío	15,4%	35,0%	143
			Enfermedad avanzada	19,6%	11,9%	
	2019 - 2020	62,0%	Diagnóstico tardío	13,9%	36,1%	108
			Enfermedad avanzada	22,2%	1,9%	
	2021 - 2022	36,2%	Diagnóstico tardío	19,1%	53,2%	94
			Enfermedad avanzada	34,0%	10,6%	
Salta	2017 - 2018	47,7%	Diagnóstico tardío	16,6%	40,0%	482
			Enfermedad avanzada	23,4%	12,2%	
	2019 - 2020	52,5%	Diagnóstico tardío	13,4%	38,0%	432
			Enfermedad avanzada	24,5%	9,5%	
	2021 - 2022	52,0%	Diagnóstico tardío	11,9%	38,8%	564
			Enfermedad avanzada	27,0%	9,2%	
San Juan	2017 - 2018	50,7%	Diagnóstico tardío	23,6%	45,1%	144
			Enfermedad avanzada	21,5%	4,2%	
	2019 - 2020	41,4%	Diagnóstico tardío	24,8%	54,9%	133
			Enfermedad avanzada	30,1%	3,8%	
	2021 - 2022	53,7%	Diagnóstico tardío	16,2%	45,6%	136
			Enfermedad avanzada	29,4%	0,7%	
San Luis	2017 - 2018	40,3%	Diagnóstico tardío	14,3%	19,5%	77
			Enfermedad avanzada	5,2%	40,3%	
	2019 - 2020	24,4%	Diagnóstico tardío	4,9%	22,0%	41
			Enfermedad avanzada	17,1%	53,7%	
	2021 - 2022	44,2%	Diagnóstico tardío	9,6%	21,2%	52
			Enfermedad avanzada	11,5%	34,6%	

b. Varones cis (continuación)

	Bienio	Diagnóstico oportuno	Total diagnóstico tardío		Desconocido	Casos
Santa Cruz	2017 - 2018	41,7%	Diagnóstico tardío	11,3%	27,8%	115
			Enfermedad avanzada	16,5%	30,4%	
	2019 - 2020	25,5%	Diagnóstico tardío	23,5%	37,3%	51
			Enfermedad avanzada	13,7%	37,3%	
	2021 - 2022	43,0%	Diagnóstico tardío	17,7%	40,5%	79
			Enfermedad avanzada	22,8%	16,5%	
Santiago del Estero	2017 - 2018	28,4%	Diagnóstico tardío	4,2%	30,5%	95
			Enfermedad avanzada	26,3%	41,1%	
	2019 - 2020	37,5%	Diagnóstico tardío	17,2%	42,2%	64
			Enfermedad avanzada	25,0%	20,3%	
	2021 - 2022	38,1%	Diagnóstico tardío	16,7%	57,1%	84
			Enfermedad avanzada	40,5%	4,8%	
Tierra del Fuego	2017 - 2018	28,4%	Diagnóstico tardío	25,9%	50,6%	81
			Enfermedad avanzada	24,7%	21,0%	
	2019 - 2020	31,1%	Diagnóstico tardío	9,8%	42,6%	61
			Enfermedad avanzada	32,8%	26,2%	
	2021 - 2022	43,2%	Diagnóstico tardío	20,5%	56,8%	44
			Enfermedad avanzada	36,4%	0,0%	
Tucumán	2017 - 2018	54,3%	Diagnóstico tardío	17,6%	44,7%	427
			Enfermedad avanzada	27,2%	0,9%	
	2019 - 2020	44,0%	Diagnóstico tardío	25,5%	54,5%	325
			Enfermedad avanzada	28,9%	1,5%	
	2021 - 2022	44,6%	Diagnóstico tardío	16,7%	54,0%	341
			Enfermedad avanzada	37,2%	1,5%	

* Se excluyen Jujuy, La Rioja y Santa Fe, ya que son jurisdicciones con menos del 25% de información consignada para construir los indicadores de diagnóstico tardío y enfermedad avanzada.

** Los años 2021 y 2022 no están cerrados y tienen posibilidad de ser ajustados en futuros boletines.

FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Varones cis N=16.461.

Tabla 1. Oportunidad del diagnóstico de VIH según género y jurisdicción*, Argentina (2017-2022)****c. Mujeres cis**

	Bienio	Diagnóstico oportuno	Total diagnóstico tardío		Desconocido	Casos
Buenos Aires	2017 - 2018	50,5%	Diagnóstico tardío	17,4%	42,4%	873
			Enfermedad avanzada	25,0%	7,1%	
	2019 - 2020	50,0%	Diagnóstico tardío	16,0%	39,7%	562
			Enfermedad avanzada	23,7%	10,3%	
	2021 - 2022	42,7%	Diagnóstico tardío	17,8%	45,2%	557
			Enfermedad avanzada	27,5%	12,0%	
CABA	2017 - 2018	50,2%	Diagnóstico tardío	18,7%	44,8%	241
			Enfermedad avanzada	26,1%	5,0%	
	2019 - 2020	43,6%	Diagnóstico tardío	19,8%	51,2%	172
			Enfermedad avanzada	31,4%	5,2%	
	2021 - 2022	52,1%	Diagnóstico tardío	13,2%	40,3%	144
			Enfermedad avanzada	27,1%	7,6%	
Catamarca	2017 - 2018	60,0%	Diagnóstico tardío	40,0%	40,0%	5
			Enfermedad avanzada	0,0%	0,0%	
	2019 - 2020	46,2%	Diagnóstico tardío	15,4%	53,8%	13
			Enfermedad avanzada	38,5%	0,0%	
	2021 - 2022	36,4%	Diagnóstico tardío	18,2%	63,6%	22
			Enfermedad avanzada	45,5%	0,0%	
Chaco	2017 - 2018	45,2%	Diagnóstico tardío	9,5%	26,2%	42
			Enfermedad avanzada	16,7%	28,6%	
	2019 - 2020	41,7%	Diagnóstico tardío	2,8%	22,2%	36
			Enfermedad avanzada	19,4%	36,1%	
	2021 - 2022	44,0%	Diagnóstico tardío	28,0%	44,0%	25
			Enfermedad avanzada	16,0%	12,0%	
Chubut	2017 - 2018	59,5%	Diagnóstico tardío	12,2%	33,8%	74
			Enfermedad avanzada	21,6%	6,8%	
	2019 - 2020	50,0%	Diagnóstico tardío	16,1%	38,7%	62
			Enfermedad avanzada	22,6%	11,3%	
	2021 - 2022	45,3%	Diagnóstico tardío	18,9%	47,2%	53
			Enfermedad avanzada	28,3%	7,5%	
Corrientes	2017 - 2018	55,2%	Diagnóstico tardío	3,4%	27,6%	29
			Enfermedad avanzada	24,1%	17,2%	
	2019 - 2020	37,5%	Diagnóstico tardío	12,5%	25,0%	16
			Enfermedad avanzada	12,5%	37,5%	
	2021 - 2022	33,3%	Diagnóstico tardío	9,5%	45,2%	42
			Enfermedad avanzada	35,7%	21,4%	

c. Mujeres cis (continuación)

	Bienio	Diagnóstico oportuno	Total diagnóstico tardío		Desconocido	Casos
Córdoba	2017 - 2018	65,0%	Diagnóstico tardío	11,0%	27,6%	337
			Enfermedad avanzada	16,6%		
	2019 - 2020	63,0%	Diagnóstico tardío	9,5%	30,3%	211
			Enfermedad avanzada	20,9%	6,6%	
Entre Ríos	2021 - 2022	49,8%	Diagnóstico tardío	17,6%	40,7%	221
			Enfermedad avanzada	23,1%	9,5%	
	2017 - 2018	69,6%	Diagnóstico tardío	15,2%	28,3%	92
			Enfermedad avanzada	13,0%	2,2%	
Formosa	2019 - 2020	65,7%	Diagnóstico tardío	11,4%	34,3%	70
			Enfermedad avanzada	22,9%	0,0%	
	2021 - 2022	49,2%	Diagnóstico tardío	24,6%	47,5%	61
			Enfermedad avanzada	23,0%	3,3%	
La Pampa	2017 - 2018	64,4%	Diagnóstico tardío	11,9%	30,5%	59
			Enfermedad avanzada	18,6%	5,1%	
	2019 - 2020	52,5%	Diagnóstico tardío	27,5%	42,5%	40
			Enfermedad avanzada	15,0%	5,0%	
Mendoza	2021 - 2022	50,8%	Diagnóstico tardío	19,0%	49,2%	63
			Enfermedad avanzada	30,2%	0,0%	
	2017 - 2018	71,1%	Diagnóstico tardío	8,9%	17,8%	45
			Enfermedad avanzada	8,9%	11,1%	
Chaco	2019 - 2020	79,3%	Diagnóstico tardío	3,4%	20,7%	29
			Enfermedad avanzada	17,2%	0,0%	
	2021 - 2022	47,5%	Diagnóstico tardío	17,5%	47,5%	40
			Enfermedad avanzada	30,0%	5,0%	
Chubut	2017 - 2018	66,4%	Diagnóstico tardío	12,7%	29,1%	134
			Enfermedad avanzada	16,4%	4,5%	
	2019 - 2020	63,5%	Diagnóstico tardío	13,9%	33,6%	137
			Enfermedad avanzada	19,7%	2,9%	
Corrientes	2021 - 2022	63,3%	Diagnóstico tardío	8,3%	30,0%	120
			Enfermedad avanzada	21,7%	6,7%	

* Se excluyen Jujuy, La Rioja y Santa Fe, ya que son jurisdicciones con menos del 25% de información consignada para construir los indicadores de diagnóstico tardío y enfermedad avanzada.

** Los años 2021 y 2022 no están cerrados y tienen posibilidad de ser ajustados en futuros boletines.
FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Mujeres cis N=7.335.

Tabla 1. Oportunidad del diagnóstico de VIH según género y jurisdicción*, Argentina (2017-2022)****c. Mujeres cis (continuación)**

	Bienio	Diagnóstico oportuno	Total diagnóstico tardío		Desconocido	Casos
Misiones	2017 - 2018	48,8%	Diagnóstico tardío	23,8%	47,5%	80
			Enfermedad avanzada	23,8%	3,8%	
	2019 - 2020	34,6%	Diagnóstico tardío	26,9%	61,5%	26
			Enfermedad avanzada	34,6%	3,8%	
	2021 - 2022	53,9%	Diagnóstico tardío	17,1%	46,1%	76
			Enfermedad avanzada	28,9%	0,0%	
Neuquén	2017 - 2018	59,6%	Diagnóstico tardío	21,3%	39,4%	94
			Enfermedad avanzada	18,1%	1,1%	
	2019 - 2020	67,2%	Diagnóstico tardío	13,1%	29,5%	61
			Enfermedad avanzada	16,4%	3,3%	
	2021 - 2022	50,0%	Diagnóstico tardío	26,1%	45,7%	46
			Enfermedad avanzada	19,6%	4,3%	
Río Negro	2017 - 2018	63,2%	Diagnóstico tardío	14,7%	31,6%	95
			Enfermedad avanzada	16,8%	5,3%	
	2019 - 2020	64,5%	Diagnóstico tardío	8,1%	33,9%	62
			Enfermedad avanzada	25,8%	1,6%	
	2021 - 2022	57,9%	Diagnóstico tardío	10,5%	31,6%	38
			Enfermedad avanzada	21,1%	10,5%	
Salta	2017 - 2018	54,3%	Diagnóstico tardío	19,3%	32,5%	243
			Enfermedad avanzada	13,2%	13,2%	
	2019 - 2020	55,9%	Diagnóstico tardío	13,9%	34,2%	202
			Enfermedad avanzada	20,3%	9,9%	
	2021 - 2022	50,4%	Diagnóstico tardío	12,5%	35,7%	280
			Enfermedad avanzada	23,2%	13,9%	
San Juan	2017 - 2018	64,7%	Diagnóstico tardío	13,7%	33,3%	51
			Enfermedad avanzada	19,6%	2,0%	
	2019 - 2020	43,9%	Diagnóstico tardío	22,0%	56,1%	41
			Enfermedad avanzada	34,1%	0,0%	
	2021 - 2022	59,3%	Diagnóstico tardío	23,7%	40,7%	59
			Enfermedad avanzada	16,9%	0,0%	
San Luis	2017 - 2018	61,1%	Diagnóstico tardío	5,6%	5,6%	18
			Enfermedad avanzada	0,0%	33,3%	
	2019 - 2020	25,0%	Diagnóstico tardío	0,0%	16,7%	12
			Enfermedad avanzada	16,7%	58,3%	
	2021 - 2022	50,0%	Diagnóstico tardío	12,5%	25,0%	24
			Enfermedad avanzada	12,5%	25,0%	

c. Mujeres cis (continuación)

	Bienio	Diagnóstico oportuno	Total diagnóstico tardío		Desconocido	Casos
Santa Cruz	2017 - 2018	46,8%	Diagnóstico tardío	11,4%	25,3%	79
			Enfermedad avanzada	13,9%	27,8%	
	2019 - 2020	47,4%	Diagnóstico tardío	15,8%	36,8%	19
			Enfermedad avanzada	21,1%	15,8%	
	2021 - 2022	26,8%	Diagnóstico tardío	12,2%	63,4%	41
			Enfermedad avanzada	51,2%	9,8%	
Santiago del Estero	2017 - 2018	31,8%	Diagnóstico tardío	6,8%	13,6%	44
			Enfermedad avanzada	6,8%	54,5%	
	2019 - 2020	36,5%	Diagnóstico tardío	9,5%	44,4%	63
			Enfermedad avanzada	34,9%	19,0%	
	2021 - 2022	53,1%	Diagnóstico tardío	18,4%	46,9%	49
			Enfermedad avanzada	28,6%	0,0%	
Tierra del Fuego	2017 - 2018	57,1%	Diagnóstico tardío	14,3%	38,1%	21
			Enfermedad avanzada	23,8%	4,8%	
	2019 - 2020	44,0%	Diagnóstico tardío	12,0%	36,0%	25
			Enfermedad avanzada	24,0%	20,0%	
	2021 - 2022	57,1%	Diagnóstico tardío	7,1%	42,9%	14
			Enfermedad avanzada	35,7%	0,0%	
Tucumán	2017 - 2018	60,4%	Diagnóstico tardío	17,3%	38,8%	139
			Enfermedad avanzada	21,6%	0,7%	
	2019 - 2020	50,5%	Diagnóstico tardío	25,3%	48,5%	99
			Enfermedad avanzada	23,2%	1,0%	
	2021 - 2022	45,9%	Diagnóstico tardío	21,6%	54,1%	111
			Enfermedad avanzada	32,4%	0,0%	

* Se excluyen Jujuy, La Rioja y Santa Fe, ya que son jurisdicciones con menos del 25% de información consignada para construir los indicadores de diagnóstico tardío y enfermedad avanzada.

** Los años 2021 y 2022 no están cerrados y tienen posibilidad de ser ajustados en futuros boletines.

FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Mujeres cis N=7.335.

Tabla 1. Oportunidad del diagnóstico de VIH según género y jurisdicción*, Argentina (2017-2022)****d. Mujeres trans (continuación)**

	Bienio	Diagnóstico oportuno	Total diagnóstico tardío		Desconocido	Casos
Misiones	2017 - 2018	100,0%	Diagnóstico tardío		0,0%	0,0%
			Enfermedad avanzada			2
	2019 - 2020	0,0%	Diagnóstico tardío			Sin datos
Neuquén			Enfermedad avanzada			
	2017 - 2018	0,0%	Diagnóstico tardío			Sin datos
			Enfermedad avanzada			
Río Negro	2019 - 2020	100,0%	Diagnóstico tardío		0,0%	0,0%
			Enfermedad avanzada			1
	2021 - 2022	0,0%	Diagnóstico tardío			Sin datos
Salta	2017 - 2018	60,0%	Diagnóstico tardío	20,0%	40,0%	0,0%
			Enfermedad avanzada	20,0%		5
	2019 - 2020	100,0%	Diagnóstico tardío		0,0%	0,0%
San Juan			Enfermedad avanzada			1
	2021 - 2022	50,0%	Diagnóstico tardío	50,0%	50,0%	0,0%
			Enfermedad avanzada			2
San Luis	2017 - 2018	33,3%	Diagnóstico tardío	16,7%	38,9%	27,8%
			Enfermedad avanzada	22,2%		18
	2019 - 2020	25,0%	Diagnóstico tardío	50,0%	75,0%	0,0%
San Luis			Enfermedad avanzada	25,0%		8
	2021 - 2022	47,4%	Diagnóstico tardío	10,5%	42,1%	10,5%
			Enfermedad avanzada	31,6%		19

d. Mujeres trans (continuación)

	Bienio	Diagnóstico oportuno	Total diagnóstico tardío		Desconocido	Casos
Santa Cruz	2017 - 2018	0,0%	Diagnóstico tardío		0,0%	100,0%
			Enfermedad avanzada			1
	2019 - 2020	0,0%	Diagnóstico tardío		0,0%	100,0%
Santiago del Estero			Enfermedad avanzada			1
	2021 - 2022	0,0%	Diagnóstico tardío		0,0%	100,0%
			Enfermedad avanzada			1
Tierra del Fuego	2017 - 2018	100,0%	Diagnóstico tardío		0,0%	0,0%
			Enfermedad avanzada			1
	2019 - 2020	33,3%	Diagnóstico tardío	33,3%	66,7%	0,0%
Tucumán			Enfermedad avanzada	33,3%		3
	2021 - 2022	75,0%	Diagnóstico tardío		25,0%	0,0%
			Enfermedad avanzada	25,0%		4
Tucumán	2017 - 2018	0,0%	Diagnóstico tardío			Sin datos
			Enfermedad avanzada			
	2019 - 2020	0,0%	Diagnóstico tardío	100%	100,0%	0,0%
Tucumán			Enfermedad avanzada			1
	2021 - 2022	0,0%	Diagnóstico tardío			Sin datos
			Enfermedad avanzada			
Tucumán	2017 - 2018	83,3%	Diagnóstico tardío		16,7%	0,0%
			Enfermedad avanzada	16,7%		6
	2019 - 2020	80,0%	Diagnóstico tardío	20,0%	20,0%	0,0%
Tucumán			Enfermedad avanzada			5
	2021 - 2022	37,5%	Diagnóstico tardío	25,0%	62,5%	0,0%
			Enfermedad avanzada	37,5%		8

* Se excluyen Jujuy, La Rioja y Santa Fe, ya que son jurisdicciones con menos del 25% de información consignada para construir los indicadores de diagnóstico tardío y enfermedad avanzada.

** Los años 2021 y 2022 no están cerrados y tienen posibilidad de ser ajustados en futuros boletines.

FUENTE: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Mujeres trans N=293.

Mortalidad por sida

Autores: Sebastián Aquila^a, Johanna Blanco^a, Vanesa Kaynar^a, Valeria Levite^a, Mercedes Musso^a, Marysol Orlando^a, Ariel Adaszko^a.

El seguimiento de las muertes por sida permite conocer el impacto de la pandemia a nivel poblacional, como también contribuir en la planificación de políticas para la gestión. El análisis de las tasas de mortalidad por sida ayuda a evaluar la respuesta de nuestro sistema sanitario, sobre todo teniendo en cuenta que actualmente existen recursos para el diagnóstico y el tratamiento que permitirían poner fin a la epidemia.

Los datos del presente artículo son provistos por la Dirección de Estadísticas e Información de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación¹, organismo oficial encargado de analizar y difundir las estadísticas vitales en nuestro país. Las causas de fallecimiento por sida se consignan en los informes estadísticos de defunción con los códigos B20 a B24 de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades CIE-10.

Debido al actual proceso de notificación de las muertes al nivel central, la consistencia y el procesamiento de los datos, las tasas de mortalidad por sida que aquí se presentan tienen un retraso de dos años. Cabe aclarar que la tasa de defunción por sida incluye solo a aquellas personas que fallecieron por alguna complicación vinculada con la infección de VIH y no aquellas que fallecieron por otras causas. Por otro lado, como el sistema estadístico nacional no diferencia entre personas cis y trans, los indicadores de este artículo se expresarán con el sexo asignado al nacimiento.

^a Área de Información estratégica de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis.

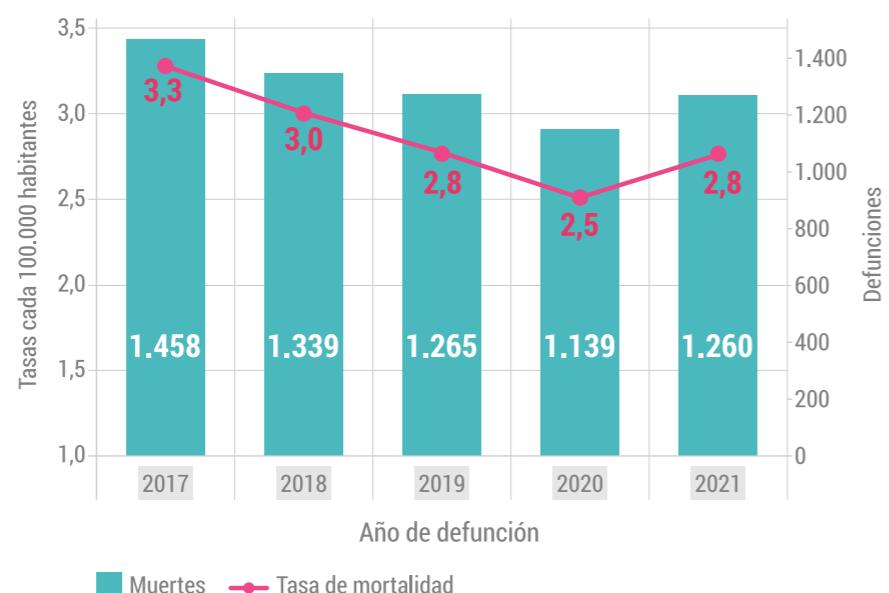
¹ Agradecemos la colaboración y los aportes de Carlos Guevel y Emanuel A. Cardozo, de la DEIS.

Muertes por sida

Durante 2021 se produjeron **1.260 muertes por sida en el territorio nacional**, 121 casos más que el año previo. Después de cinco años de caída constante, el aumento en los fallecimientos de 2021 influye en la tasa de mortalidad, que por ende también asciende (**Gráfico 1**).

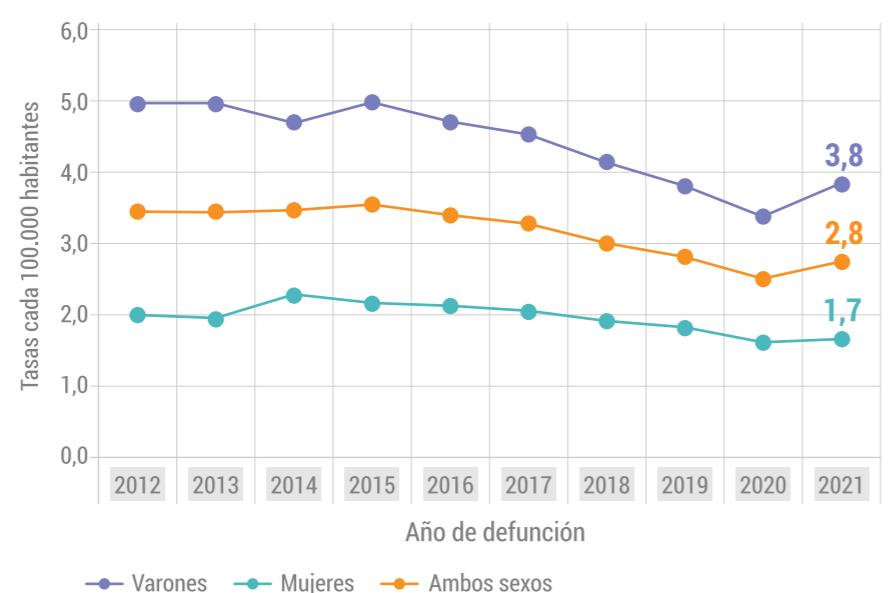
La tasa de mortalidad por sida en 2021 fue de 2,8 cada cien mil habitantes (Gráfico 2) y, a pesar de la suba, la tendencia se mantiene estable. En el caso de los varones, llegó a 3,8 casos cada cien mil habitantes y, entre las mujeres, a 1,7.

Gráfico 1. Evolución de casos y tasas de mortalidad por sida cada 100.000 habitantes. Argentina, 2017-2021.



FUENTE: Elaboración propia en base a datos provistos por la Dirección de Estadísticas e Información de la Salud, Ministerio de Salud de la Nación.

Gráfico 2. Evolución de la tasa de mortalidad por sida cada 100.000 habitantes según sexo. Argentina, 2012-2021.

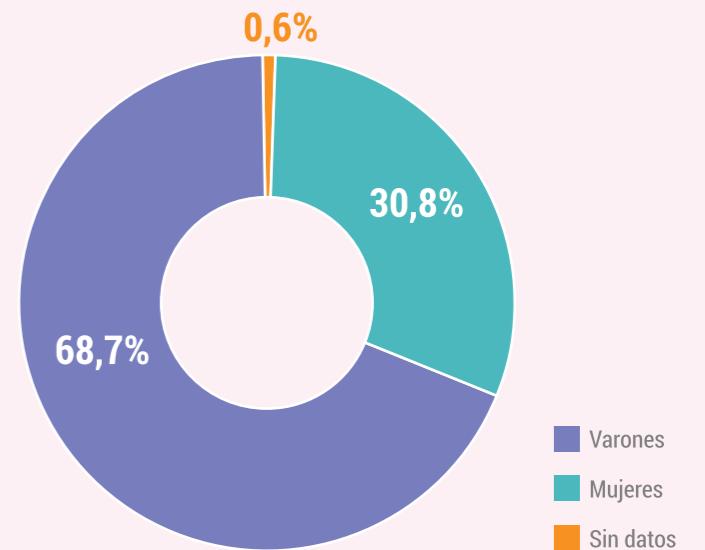


FUENTE: Elaboración propia en base a datos provistos por la Dirección de Estadísticas e Información de la Salud, Ministerio de Salud de la Nación.

En cuanto a la distribución de las muertes según el sexo (**Gráfico 3**), más de 2 de cada 3 (68,7%, 865 decesos) pertenecen a varones y un poco menos de un tercio, a mujeres (30,8%, 388 decesos). Hay 7 casos de la provincia de Buenos Aires cuyo sexo no se ha identificado, lo que representa menos del 1%.

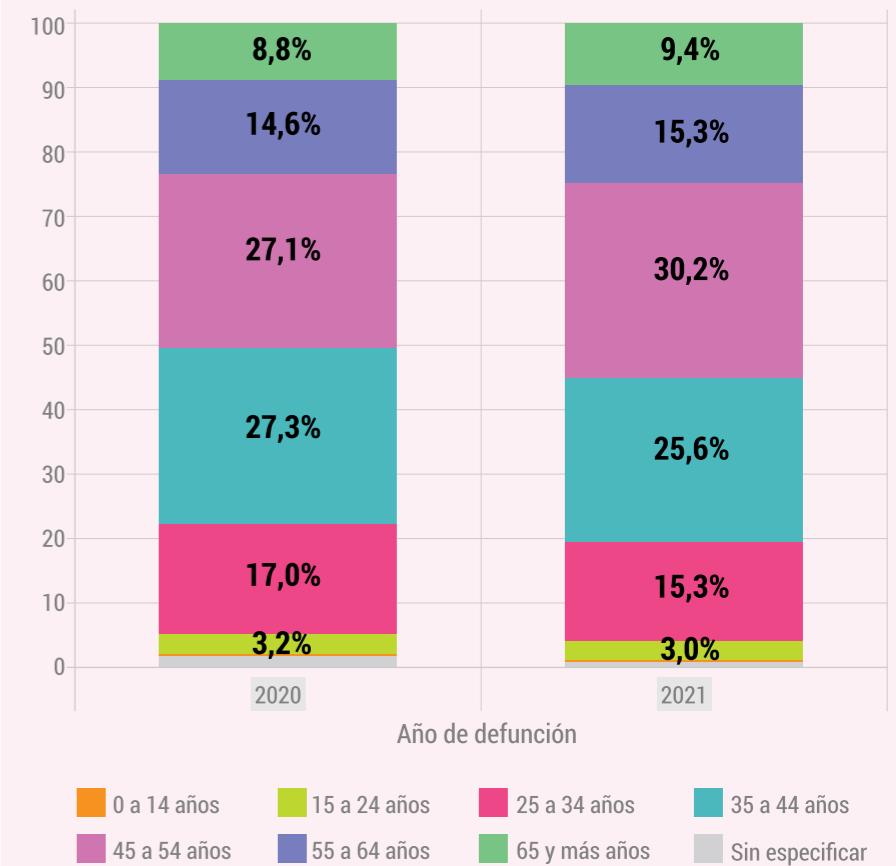
La mediana de edad del total de defunciones fue de 46 años, en el caso de las mujeres es igual y entre los varones asciende a 47 años. Si se observa la edad agrupada, encontramos que el **30,2% de las defunciones se concentra en el grupo de 45 y 54 años**; esto representa un cambio respecto del año previo, cuando el grupo de 35 a 44 años era el que aglutinaba la mayor cantidad muertes (27,3% de los casos) (**Gráfico 4**). También se puede apreciar que entre ambos grupos se ha ampliado de la diferencia en virtud de un aumento de la proporción de los mayores.

Gráfico 3. Distribución porcentual de las muertes por sida según sexo. Argentina, 2021.



FUENTE: Elaboración propia en base a datos provistos por la Dirección de Estadísticas e Información de la Salud, Ministerio de Salud de la Nación. N=1.260.

Gráfico 4. Distribución porcentual de las muertes por sida según grupos de edad, ambos sexos. Argentina, 2020-2021.



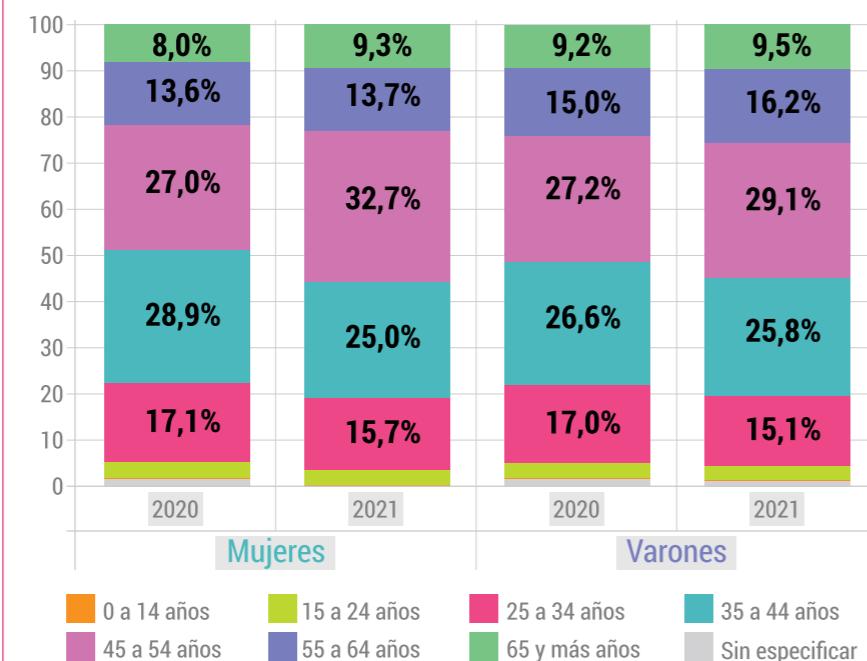
FUENTE: Elaboración propia en base a datos provistos por la Dirección de Estadísticas e Información de la Salud, Ministerio de Salud de la Nación. Año 2020 N=1.139. Año 2021 N=1.260.

Entre las mujeres, y al igual que para ambos sexos, el grupo que más defunciones concentra es el de 45 a 54, con el 32,7%; esto muestra una fuerte variación respecto de 2020, cuando representaba el 27%. El año previo, era el grupo de 35 a 44 años el que más casos concentraba (28,9%).

En cuanto a los varones, si comparamos los años 2020 y 2021, se mantiene el grupo de 45 a 54 años como el de mayor cantidad de fallecimientos: 29,1% en 2021, aunque casi dos puntos por encima de los valores del período anterior (27,2%) (**Gráfico 5**).

Si bien el aumento interanual es importante, no se puede concluir que haya crecido la esperanza de vida de las personas con VIH, ya que en los últimos años la concentración de casos osciló entre los 35 y 54 años. En este punto recomendamos una relectura de los artículos de los **boletines epidemiológicos anteriores**, donde se puede observar la fluctuación. En las defunciones por sida de 2021, es este intervalo de edad el que concentra el 55,8% de los casos, 57,7% en mujeres y 54,8% en varones. En el mismo sentido, dividiendo los casos en grupos quinqueniales (**Tabla 1**), se aprecia que **el grupo de 45 a 49 años es el que concentra el 17,1% de los muertes de ambos sexos** (16,2% en varones y 19,3% en mujeres).

Gráfico 5. Distribución de las muertes por sida según sexo y grupo de edad. Argentina, 2020-2021.



FUENTE: Elaboración propia en base a datos provistos por la Dirección de Estadísticas e Información de la Salud, Ministerio de Salud de la Nación. Mujeres año 2020 N=372, año 2021 N=388. Varones año 2020 N=753, año 2021 N=865.

Tabla 1. Distribución porcentual según grupos de edad quinquenal y sexo de las muertes por sida. Argentina, 2021.

Grupo de edad	Mujer	Varón	Total general
0 a 9 años*	0,3%	0,2%	0,2%
10 a 14 años	0,0%	0,1%	0,1%
15 a 19 años	0,3%	0,3%	0,3%
20 a 24 años	3,1%	2,5%	2,7%
25 a 29 años	6,4%	5,7%	6,0%
30 a 34 años	9,3%	9,5%	9,4%
35 a 39 años	11,3%	11,7%	11,6%
40 a 44 años	13,7%	14,1%	14,0%
45 a 49 años	19,3%	16,2%	17,1%
50 a 54 años	13,4%	12,9%	13,1%
55 a 59 años	9,3%	10,7%	10,2%
60 a 64 años	4,4%	5,4%	5,1%
65 a 69 años	4,4%	4,2%	4,2%
70 a 74 años	2,3%	3,2%	2,9%
75 a 79 años	0,8%	1,2%	1,0%
80 a 84 años	1,3%	0,5%	0,8%
85 y más años	0,5%	0,5%	0,5%
Sín especificar	0,0%	1,2%	0,8%

* Por la poca cantidad de casos, se unifican los intervalos de 0 a 4 y 5 a 9 años.

FUENTE: Elaboración propia en base a datos provistos por la Dirección de Estadísticas e Información de la Salud, Ministerio de Salud de la Nación. N=1.260.

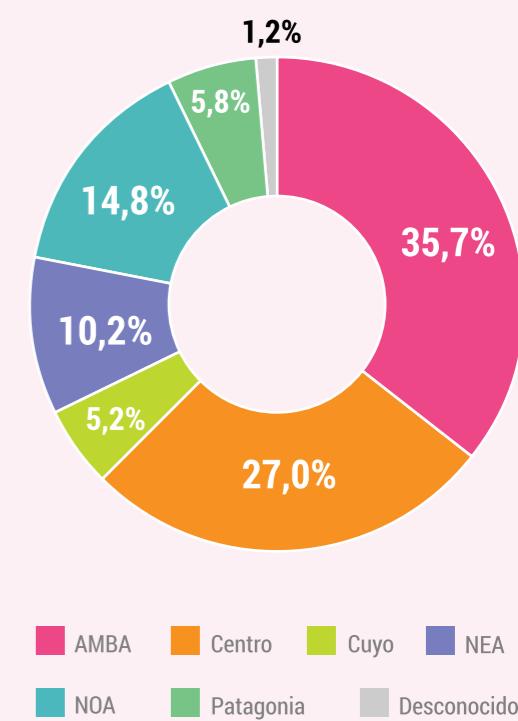
Si analizamos las muertes por sida según región de residencia de las personas fallecidas, encontramos que **el AMBA, con una tasa de 3,1 muertes cada cien mil habitantes, es la región que más casos tiene**. Los 450 decesos registrados representan un 35,7% del total de muertes del país (**Gráfico 6**). Este comportamiento es similar al de la tasa de infección por VIH, que concentra en esta región la mayor cantidad de nuevos diagnósticos.

Le siguen en cantidad de residentes fallecidos la región Centro, con el 27% de los casos y una tasa de 2,3 defunciones cada cien mil habitantes, y el **NOA que, con el 14,8% de los casos, presenta la tasa más alta del país: 3,3 muertes cada cien mil habitantes**. En cuarto lugar, el NEA reúne el 10,2% de los muertes, con una tasa de 3 cada cien mil habitantes. Finalmente, la Patagonia presenta una tasa de 2,5 cada cien mil habitantes y el 5,8% de los casos de país, y la región de Cuyo, el 5,2%, con una tasa de 2 muertes cada cien mil habitantes.

Al observar las defunciones según jurisdicción de residencia, las cinco con mayor número de muertes por sida en 2021 fueron: **la provincia de Buenos Aires, con 508 casos** y una tasa de 2,9 muertes cada 100.000 habitantes y, aunque alejada en volumen, **la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con 101 muertes** y una tasa más alta, de 3,3 muertes cada cien mil habitantes. Entre ambas jurisdicciones, casi comprenden la mitad de fallecimientos por sida del país para ese año (48%). Luego les siguen **Córdoba y Salta, con 81 fallecimientos por sida en cada provincia**, aunque con tasas muy diferentes: Córdoba, 2,1 muertes cada cien mil habitantes y Salta, 5,6 cada cien mil habitantes. **Santa Fe es la quinta provincia con más decesos, 68 muertes en 2021** y una tasa de 1,9 cada cien mil habitantes. Cabe destacar en esta instancia que si bien **Jujuy** registra muchas menos muertes por sida (49), **es la provincia con la tasa de mortalidad más alta: 6,3 cada cien mil habitantes**.

En sentido contrario, entre las cinco provincias con menos fallecimientos, el primer lugar lo ocupa **La Pampa, que no registró ninguna muerte por sida en 2021**. Le siguen **Tierra del Fuego con 3 decesos** y una tasa de 1,7 cada cien mil habitantes y **Santa Cruz con 4 muertes**, que después de La Pampa es la provincia con la tasa más baja, 1,1 cada cien mil habitantes. **La Rioja registró 6 muertes** y su tasa llegó a 1,5 cada cien mil habitantes. Finalmente, en **Catamarca, con una tasa de 1,7 cada cien mil habitantes, ocurrieron 7 muertes**.

Gráfico 6. Distribución porcentual de las muertes por sida según región de residencia. Argentina, 2021.



FUENTE: Elaboración propia en base a datos provistos por la Dirección de Estadísticas e Información de la Salud, Ministerio de Salud de la Nación. N=1.260.

Tasas estandarizadas

Tanto en el análisis por cantidad de muertes como por tasas (crudas) de cada jurisdicción podemos encontrar realidades muy distintas. Si bien las tasas de mortalidad son una de las medidas que facilitan el análisis, la comparación de tasas crudas puede ser poco precisa, en particular cuando las estructuras de las poblaciones son diferentes en factores como la edad, el sexo, el nivel socioeconómico u otros que determinan la magnitud y, por lo tanto, distorsionan su interpretación por medio de un efecto llamado confusión².

Es por esto que utilizamos tasas ajustadas para comparar valores entre distintas jurisdicciones, estas ayudan a superar las diferencias entre grupos. En este caso, para comparar la mortalidad por sida se utiliza la edad como factor de ajuste. Hay que tener en cuenta que estas tasas calculadas ajustadas son tasas ficticias cuyo único fin es la comparación entre jurisdicciones con pirámides poblacionales disímiles.

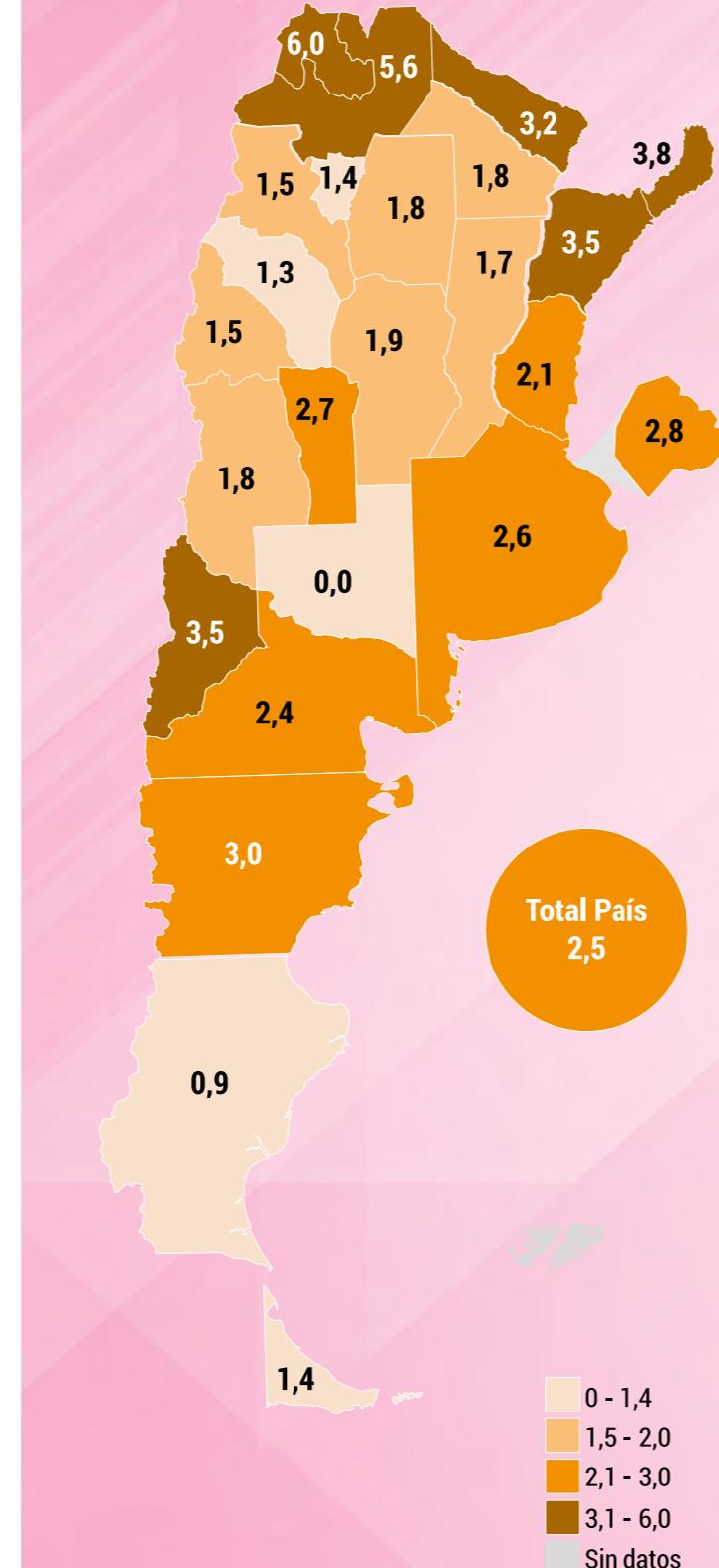
Al ajustar los valores, las tasas ajustadas que se obtienen para Jujuy y Salta son las más elevadas (6 y 5,6 cada cien mil habitantes, respectivamente), más del doble que el 2,5 por 100.000 habitantes de la tasa ajustada nacional. Les siguen Misiones, con 3,8 cada 100.000 habitantes, Corrientes y Neuquén con 3,5, Formosa con 3,2 y Chubut con 3 muertes cada 100.000 habitantes.

Por el contrario, las jurisdicciones cuyas tasas ajustadas resultaron más bajas son La Pampa, que este año presenta la particularidad de ser 0, y Santa Cruz, con 0,9 cada 100.000 habitantes.

Los valores para el resto de las jurisdicciones rondan entre el 1,3 y 2,8 muertes cada 100.000 habitantes y pueden observarse en el **Mapa 1**.

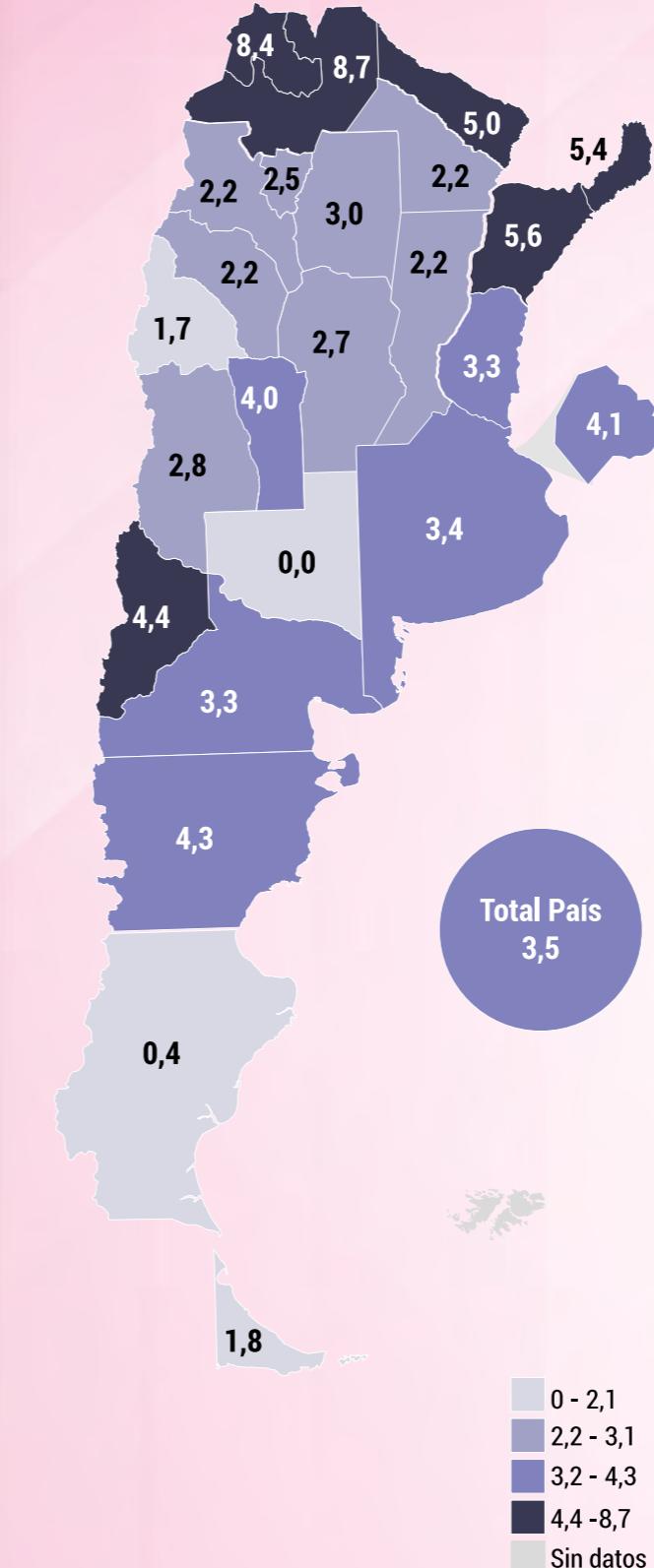
²La estandarización: un método epidemiológico clásico para la comparación de tasas. OPS, 2002.

Mapa 1. Tasas de mortalidad por sida cada 100.000 habitantes, ajustadas por edad según jurisdicción, **ambos sexos**. Argentina, 2021.



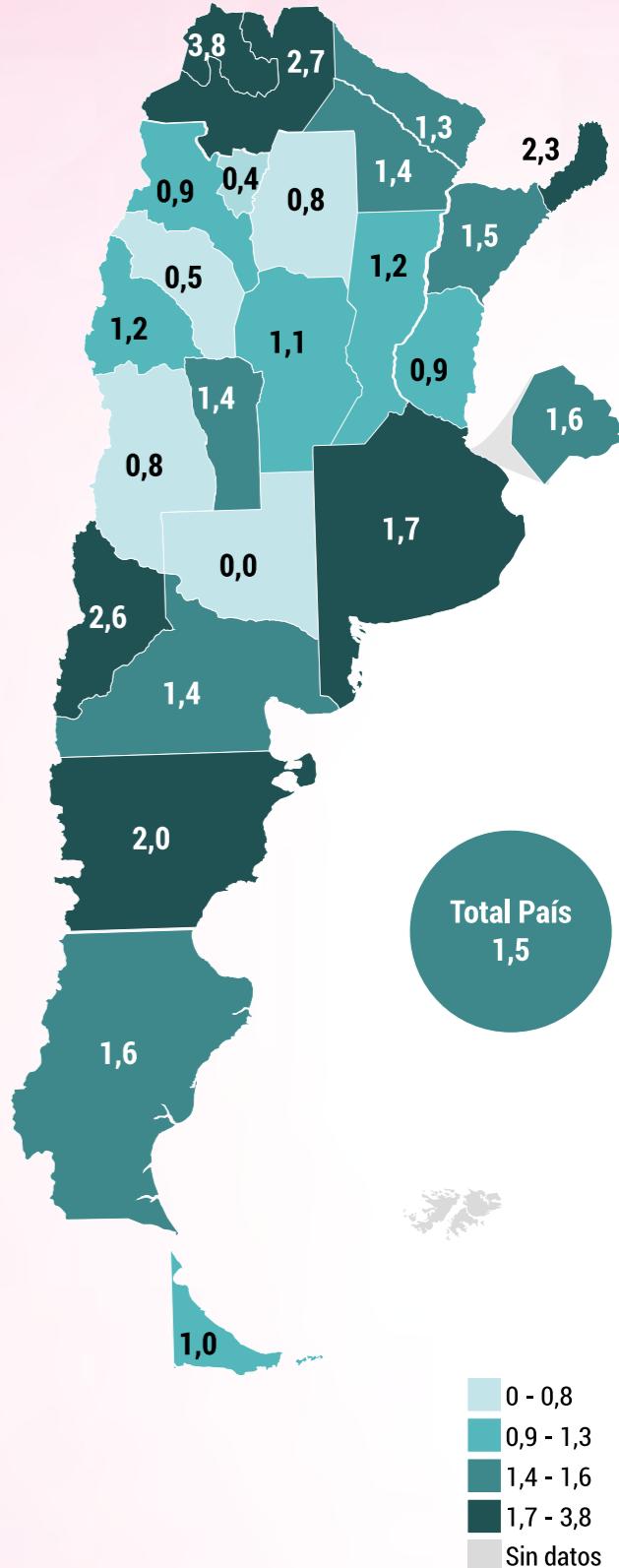
FUENTE: Elaboración propia en base a datos provistos por la Dirección de Estadísticas e Información de la Salud, Ministerio de Salud de la Nación.

Mapa 2. Tasas de mortalidad por sida cada 100.000 habitantes, ajustadas por edad según jurisdicción, **varones**. Argentina, 2021.



FUENTE: Elaboración propia en base a datos provistos por la Dirección de Estadísticas e Información de la Salud, Ministerio de Salud de la Nación.

Mapa 3. Tasas de mortalidad por sida cada 100.000 habitantes, ajustadas por edad según jurisdicción, **mujeres**. Argentina, 2021.



FUENTE: Elaboración propia en base a datos provistos por la Dirección de Estadísticas e Información de la Salud, Ministerio de Salud de la Nación.

Si bien el incremento de muertes por sida en 2021 mantiene la tendencia de la mortalidad por esta causa en nuestro país, es un llamado de atención que debe ser observado y continuar en estudio. Sin que sea la única explicación posible, la mejora en el análisis de la información ha posibilitado una mayor calidad de los datos presentados.

En tal sentido, es destacable el trabajo de la DEIS dedicado al análisis exhaustivo de las causas de muerte registradas y su consignación durante 2021. El registro de la mortalidad tiene como dato principal la causa básica de muerte, además del conjunto de acontecimientos que llevaron a ella. Se rastrearon certificados con enfermedades marcadoras de sida y se pidió a los efectores que rectificaran o ratificaran la causa referida. Del análisis de la relación y consistencia en el registro, se logró ajustar los datos de 39 casos, que fueron incorporados. Estos pertenecen a 13 de las 24 jurisdicciones, Buenos Aires es la provincia con más casos (**Tabla 2**). Del total incorporado, 28 muertes fueron de varones y 11, de mujeres. Las edades son a partir de los 25 años, con una mediana de 43 años para los varones y de 44 años para las mujeres.

Tabla 3. Evolución de las tasas crudas de mortalidad por sida al VIH cada 100.000 habitantes, según jurisdicción, ambos sexos. Argentina, 2011-2021.

Ambos性												
Jurisdicción	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Total del país	3,2	3,5	3,4	3,5	3,6	3,4	3,3	3,0	2,8	2,5	2,8	
Buenos Aires	3,9	4,3	4,2	4,4	4,5	3,8	3,8	3,4	3,5	2,7	2,9	
CABA	4,2	3,7	4,9	4,5	5,4	5,1	4,1	2,9	3,1	2,5	3,3	
Catamarca	0,8	1,3	2,1	2,8	0,3	1,3	2,5	1,2	0,7	2,2	1,7	
Chaco	0,9	2,0	1,5	1,7	1,7	1,3	1,6	1,9	1,5	1,3	1,8	
Chubut	2,1	3,2	3,9	1,4	3,5	4,0	3,6	3,8	3,6	3,6	3,2	
Córdoba	1,7	1,9	2,0	1,8	2,4	2,0	2,2	2,0	1,6	1,5	2,1	
Corrientes	2,8	2,4	2,2	3,2	2,1	1,9	1,8	3,3	3,4	3,7	3,6	
Entre Ríos	2,0	1,6	2,4	1,6	1,9	2,9	2,2	2,1	1,4	2,2	2,3	
Formosa	2,5	3,7	1,1	1,7	2,6	3,1	4,2	3,4	3,0	2,5	3,1	
Jujuy	4,2	6,1	6,1	4,0	4,5	6,5	7,0	8,0	6,4	7,0	6,3	
La Pampa	0,9	1,5	0,6	1,2	0,9	1,2	0,6	0,6	0,8	0,8	0,0	
La Rioja	1,4	0,9	0,0	0,8	1,4	0,5	0,5	0,3	2,6	1,5	1,5	
Mendoza	2,3	2,6	2,2	2,3	2,2	3,3	3,1	2,7	2,1	2,3	1,9	
Misiones	2,8	3,9	3,3	4,0	3,9	2,9	3,3	4,0	3,5	2,9	3,7	
Neuquén	2,9	3,6	2,5	1,5	2,9	3,0	3,8	2,6	3,4	2,0	3,9	
Río Negro	1,4	1,8	1,6	3,1	2,4	3,0	2,2	2,5	2,3	1,9	2,6	
Salta	7,4	8,1	7,1	7,8	6,6	7,0	6,4	7,3	6,5	5,0	5,6	
San Juan	0,9	1,1	1,5	2,7	2,8	3,1	1,9	2,0	1,7	1,8	1,5	
San Luis	3,8	2,6	3,7	2,1	3,4	2,3	1,8	2,2	2,4	2,6	2,9	
Santa Cruz	1,8	2,4	1,3	1,6	1,6	2,4	3,3	2,0	2,5	1,1	1,1	
Santa Fe	2,5	2,9	2,6	3,4	2,7	2,5	2,6	1,7	2,0	1,3	1,9	
Santiago del Estero	1,2	1,6	1,7	0,9	1,0	1,6	2,3	2,4	2,5	2,9	1,8	
Tierra del Fuego	1,5	2,9	2,1	3,4	2,0	3,8	2,5	2,4	3,0	2,9	1,7	
Tucumán	1,6	2,2	2,7	1,5	1,6	2,1	1,6	1,3	1,4	1,5	1,5	

FUENTE: Elaboración propia en base a datos provistos por la Dirección de Estadísticas e Información de la Salud, Ministerio de Salud de la Nación.

Tabla 2. Defunciones de 2021 incorporadas al análisis luego del rastreo y análisis de la DEIS.

Jurisdicción	Muertes
Buenos Aires	10
Santa Fe	6
CABA	5
Tucumán	4
Córdoba	3
Formosa	2
Jujuy	2
Salta	2
Corrientes	1
Entre Ríos	1
Misiones	1
Río Negro	1
San Juan	1
Total general	39

FUENTE: Dirección de Estadísticas e Información de la Salud, Ministerio de Salud de la Nación.

Por otro lado, sabemos que la pandemia del SARS-CoV-2 afectó profundamente la salud poblacional a partir de 2020 (**Boletín N°38: Análisis de comorbilidad y letalidad VIH/COVID-19 en la Argentina**), y en este punto debemos volver a analizar las implicancias del COVID tras finalizar el año 2021 y ver las consecuencias de la pandemia tanto en los aspectos clínicos como en el funcionamiento del sistema de salud.

Por último, debemos remarcar que resulta necesario continuar con el seguimiento de la mortalidad por sida para, con la información de los próximos años, evaluar si el desplazamiento y el aumento de casos en las franjas etarias mayores es, como esperamos, un logro de las políticas de prevención combinada.

Tabla 4. Evolución de las tasas crudas de mortalidad por sida al VIH cada 100.000 habitantes, según jurisdicción, varones. Argentina, 2011-2021.

Varones											
Jurisdicción	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Total del país	4,5	5,0	5,0	4,7	5,0	4,7	4,5	4,1	3,8	3,4	3,8
Buenos Aires	5,3	5,7	5,7	5,6	5,9	5,0	5,3	4,6	5,4	3,5	3,8
CABA	6,8	5,9	8,0	7,1	9,0	8,0	6,1	4,0	3,8	3,5	5,0
Catamarca	1,6	2,1	3,1	4,1	0,5	1,0	3,0	2,4	0,5	3,4	2,4
Chaco	0,9	3,7	2,4	2,2	2,0	2,1	3,1	2,6	1,9	1,9	2,2
Chubut	2,7	4,5	4,8	2,2	5,6	4,2	5,1	5,0	3,9	6,4	4,1
Córdoba	2,7	2,8	2,9	2,2	3,6	2,7	3,3	3,3	2,3	1,9	3,1
Corrientes	4,5	3,1	3,1	4,0	2,1	3,0	2,8	5,0	4,9	4,9	5,7
Entre Ríos	3,4	2,7	2,8	1,6	2,3	3,7	2,3	3,1	2,1	3,7	3,6
Formosa	2,9	5,7	1,8	2,5	3,8	4,5	5,1	3,4	4,7	3,0	4,9
Jujuy	6,4	9,3	8,9	4,8	6,1	9,6	8,7	9,1	10,4	10,8	8,6
La Pampa	1,2	1,8	1,2	1,8	1,2	1,8	1,2	1,1	1,1	1,1	0,0
La Rioja	1,7	1,7	0,0	0,6	1,6	0,5	0,5	0,5	3,1	1,5	2,5
Mendoza	3,9	4,2	3,4	3,6	3,4	4,7	4,5	4,4	3,5	3,1	3,0
Misiones	3,4	6,5	4,1	5,8	5,2	4,0	2,8	5,0	4,8	3,7	5,0
Neuquén	4,5	6,5	4,0	3,0	5,2	5,1	5,0	3,7	4,9	2,1	4,8
Río Negro	1,5	2,7	2,7	4,4	3,5	4,0	2,8	3,0	2,2	2,4	3,7
Salta	9,6	11,7	11,2	10,5	9,6	10,2	9,4	9,8	10,1	6,7	8,5
San Juan	1,2	2,3	2,0	3,9	4,1	3,5	2,7	2,4	1,6	2,6	1,8
San Luis	4,9	3,5	5,2	4,3	3,8	3,8	2,1	2,8	4,4	2,4	4,3
Santa Cruz	2,1	4,0	2,6	3,1	1,2	4,1	4,6	2,2	2,7	1,6	0,5
Santa Fe	4,2	4,2	4,1	4,8	4,2	3,2	3,1	2,5	2,6	1,5	2,5
Santiago del Estero	1,8	2,0	2,4	0,9	1,5	1,9	3,2	3,4	3,5	3,7	2,8</

Tabla 5. Evolución de las tasas crudas de mortalidad por sida cada 100.000 habitantes, según jurisdicción, mujeres. Argentina, 2011-2021.

Jurisdicción	Mujeres										
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Total del país	1,8	2,0	2,0	2,3	2,2	2,1	2,1	1,9	1,8	1,6	1,7
Buenos Aires	2,5	2,9	2,7	3,1	3,0	2,5	2,3	2,2	1,7	1,8	1,9
CABA	1,9	1,7	2,2	2,3	2,2	2,6	2,3	1,8	2,4	1,7	1,8
Catamarca	0,0	0,5	1,0	1,5	0,0	1,5	2,0	0,0	1,0	1,0	1,0
Chaco	0,9	0,4	0,7	1,2	1,4	0,5	0,2	1,3	1,2	0,8	1,5
Chubut	1,5	1,9	2,9	0,7	1,4	3,8	2,0	2,7	3,0	0,6	2,2
Córdoba	0,7	1,0	1,0	1,3	1,2	1,3	1,1	0,6	1,0	1,0	1,2
Corrientes	1,2	1,7	1,3	2,4	2,0	0,9	0,9	1,6	1,8	2,5	1,6
Entre Ríos	0,6	0,6	2,0	1,7	1,5	2,2	2,0	1,2	0,7	0,7	1,0
Formosa	2,2	1,8	0,4	1,0	1,4	1,7	3,4	3,3	1,3	2,0	1,3
Jujuy	2,0	3,1	3,3	3,3	3,0	3,5	5,3	6,8	2,6	3,3	4,1
La Pampa	0,6	1,2	0,0	0,6	0,6	0,6	0,0	0,0	0,6	0,6	0,0
La Rioja	1,2	0,0	0,0	1,1	1,1	0,5	0,5	0,0	2,1	1,5	0,5
Mendoza	0,9	1,2	1,0	1,1	1,2	2,0	1,6	1,1	0,8	1,5	0,9
Misiones	2,3	1,4	2,4	2,2	2,5	1,8	3,8	2,9	2,2	2,2	2,3
Neuquén	1,4	0,7	1,0	0,0	0,6	1,0	2,5	1,5	1,8	1,8	3,0
Río Negro	1,2	0,9	0,6	1,7	1,4	2,0	1,7	1,9	2,2	1,3	1,6
Salta	5,2	4,5	3,1	5,3	3,7	3,8	3,5	5,0	3,0	3,3	2,7
San Juan	0,6	0,0	1,1	1,4	1,6	2,7	1,1	1,6	1,8	1,0	1,3
San Luis	2,6	1,7	2,1	0,0	2,9	0,8	1,6	1,6	0,4	2,7	1,5
Santa Cruz	1,5	0,7	0,0	0,0	1,9	0,6	1,8	1,8	2,3	0,6	1,6
Santa Fe	1,0	1,6	1,3	2,0	1,3	1,8	2,1	1,0	1,4	1,1	1,4
Santiago del Estero	0,7	1,1	0,9	0,9	0,4	1,3	1,5	1,5	1,4	2,0	0,8
Tierra del Fuego	1,5	2,9	1,4	2,8	2,7	1,3	0,0	2,5	1,2	2,4	1,1
Tucumán	0,9	1,4	0,9	1,1	0,7	1,1	0,9	1,1	0,7	0,2	0,5

FUENTE: Elaboración propia en base a datos provistos por la Dirección de Estadísticas e Información de la Salud, Ministerio de Salud de la Nación.

Tabla 6. Evolución de la tasa de mortalidad por sida ajustada por edad cada 100.000 habitantes, según jurisdicción, ambos sexos. Argentina, 2011-2021.

Jurisdicción	Ambos sexos										
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Total del país	3,0	3,3	3,3	3,3	3,4	3,2	3,1	2,8	2,6	2,3	2,5
Buenos Aires	3,7	4,0	3,9	4,1	4,2	3,5	3,5	3,1	2,8	2,4	2,6
CABA	3,7	3,1	4,4	4,0	4,9	4,5	3,5	2,5	2,9	2,1	2,8
Catamarca	0,7	1,2	2,0	2,7	0,2	1,2	2,4	1,1	0,7	2,0	1,5
Chaco	1,0	2,1	1,6	1,8	1,7	1,3	1,7	2,0	1,5	1,3	1,8
Chubut	2,1	3,2	3,5	1,4	3,2	3,6	3,3	3,6	3,3	3,3	3,0
Córdoba	1,6	1,7	1,8	1,7	2,2	1,8	2,0	1,8	1,5	1,3	1,9
Corrientes	2,8	2,3	2,2	3,2	2,0	1,9	1,8	3,2	3,4	3,6	3,5
Entre Ríos	1,9	1,5	2,3	1,6	1,8	2,8	2,1	2,0	1,3	2,0	2,1
Formosa	2,7	3,8	1,1	1,8	2,7	3,2	4,4	3,5	3,0	2,5	3,2
Jujuy	4,3	6,2	6,2	4,1	4,5	6,4	6,9	7,9	6,3	6,6	6,0
La Pampa	0,7	1,3	0,5	1,1	0,8	1,0	0,5	0,5	0,6	0,7	0,0
La Rioja	1,2	0,9	0,0	0,7	1,4	0,6	0,5	0,3	2,4	1,4	1,3
Mendoza	2,3	2,6	2,2	2,2	2,1	3,1	2,9	2,6	2,0	2,1	1,8
Misiones	3,0	4,5	3,5	4,2	4,0	3,0	3,5	4,1	3,7	3,0	3,8
Neuquén	2,9	3,5	2,4	1,5	2,8	2,7	3,6	2,5	3,0	1,8	3,5
Río Negro	1,4	1,8	1,5	2,9	2,2	2,8	2,1	2,3	2,2	1,7	2,4
Salta	7,6	8,2	7,4	8,1	6,8	7,0	6,5	7,5	6,4	4,9	5,6
San Juan	0,8	1,1	1,5	2,7	2,9	3,0	1,8	1,9	1,6	1,7	1,5
San Luis	3,5	2,5	3,6	2,0	3,2	2,2	1,8	2,1	2,2	2,4	2,7
Santa Cruz	1,9	2,7	1,6	1,5	1,5	2,6	3,2	1,9	2,7	1,0	0,9
Santa Fe	2,4	2,7	2,5	3,1	2,5	2,3	2,4	1,5	1,7	1,2	1,7
Santiago del Estero	1,3	1,6	1,8	0,9	0,9	1,6	2,4	2,5	2,8	1,8	
Tierra del Fuego	1,5	3,0	1,8	2,9	1,6	3,5	2,1	2,9	2,8	3,2	1,4
Tucumán	1,5	2,1	2,7	1,4	1,5	2,0	1,5	1,3	1,5	1,5	1,4

FUENTE: Elaboración propia en base a datos provistos por la Dirección de Estadísticas e Información de la Salud, Ministerio de Salud de la Nación.

Tabla 7. Evolución de la tasa de mortalidad por sida ajustada por edad cada 100.000 habitantes, según jurisdicción, varones. Argentina, 2011-2021.

Varones												
Jurisdicción	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Total del país	4,3	4,7	4,8	4,5	4,8	4,5	4,3	3,9	3,5	3,1	3,5	
Buenos Aires	5,1	5,4	5,4	5,3	5,6	4,7	4,9	4,2	3,5	3,2	3,4	
CABA	5,9	4,9	7,2	6,2	7,9	7,1	5,3	3,5	4,6	2,9	4,1	
Catamarca	1,4	2,0	3,0	4,1	0,4	1,1	3,0	2,3	0,5	3,2	2,2	
Chaco	0,9	3,9	2,5	2,2	1,9	2,2	3,3	2,6	1,9	1,8	2,2	
Chubut	2,7	4,5	4,2	2,1	5,1	3,8	4,7	4,9	3,5	6,1	4,3	
Córdoba	2,5	2,5	2,8	2,1	3,3	2,5	3,1	3,1	2,1	1,7	2,7	
Corrientes	4,4	3,0	3,1	4,1	2,1	3,1	2,9	5,0	4,9	4,8	5,6	
Entre Ríos	3,2	2,5	2,8	1,5	2,2	3,5	2,2	3,0	1,9	3,4	3,3	
Formosa	3,0	5,8	1,9	2,6	4,1	4,8	5,4	3,6	4,8	3,1	5,0	
Jujuy	6,7	9,5	9,4	5	6,2	9,7	8,8	9,6	10,5	10,3	8,4	
La Pampa	1,0	1,6	1,1	1,7	1,1	1,7	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	
La Rioja	1,3	1,9	0,0	0,5	1,7	0,6	0,5	0,5	2,9	1,3	2,2	
Mendoza	3,8	4,1	3,4	3,5	3,2	4,5	4,4	4,2	3,3	2,9	2,8	
Misiones	3,6	7,6	4,5	6,3	5,4	4,2	3,0	5,3	5,1	3,7	5,4	
Neuquén	4,7	6,5	4,0	3,0	5,1	4,7	5,0	3,4	4,5	2,0	4,4	
Río Negro	1,6	2,8	2,5	4,2	3,2	3,9	2,7	2,9	2	2,2	3,3	
Salta	10,1	12,1	11,9	11,2	10	10,6	9,7	10,3	10,2	6,7	8,7	
San Juan	1,1	2,2	2,0	3,9	4,2	3,5	2,6	2,3	1,5	2,5	1,7	
San Luis	4,5	3,3	5,2	4,1	3,7	3,8	2,0	2,7	4,2	2,2	4,0	
Santa Cruz	2,3	4,6	3,3	2,9	1,0	4,5	4,8	2,2	2,6	1,6	0,4	
Santa Fe	3,9	3,9	3,7	4,4	3,9	2,9	2,9	2,2	2,3	1,4	2,2	
Santiago del Estero	1,8	2,0	2,6	0,9	1,5	2,0	3,4	3,6	3,7	3,7	3,0	
Tierra del Fuego	1,8	2,9	2,4	3,3	1,1	5,9	4,1	3,2	4,4	2,9	1,8	
Tucumán	2,2	2,7	4,5	1,8	2,5	3,0	2,3	1,6	2,0	2,8	2,5	

FUENTE: Elaboración propia en base a datos provistos por la Dirección de Estadísticas e Información de la Salud, Ministerio de Salud de la Nación.

Tabla 8. Evolución de la tasa de mortalidad por sida ajustada por edad cada 100.000 habitantes, según jurisdicción, mujeres. Argentina, 2011-2020.

Mujeres												
Jurisdicción	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	
Total del país	1,8	1,9	1,9	2,2	2,1	2,0	1,9	1,8	1,7	1,5	1,5	
Buenos Aires	2,4	2,7	2,6	2,9	2,8	2,4	2,2	2,0	2,2	1,6	1,7	
CABA	1,7	1,5	2,0	2,1	1,9	2,3	2,0	1,6	1,5	1,4	1,6	
Catamarca	0,0	0,4	1,0	1,4	0,0	1,3	1,7	0,0	0,9	0,9	0,9	
Chaco	1,0	0,4	0,7	1,3	1,4	0,5	0,2	1,4	1,2	0,8	1,4	
Chubut	1,5	1,9	2,7	0,6	1,3	3,4	1,9	2,5	2,8	0,5	2,0	
Córdoba	0,7	0,9	1,0	1,2	1,1	1,2	1,1	0,6	0,9	1,0	1,1	
Corrientes	1,2	1,7	1,3	2,4	2,0	0,9	0,9	1,6	1,7	2,4	1,5	
Entre Ríos	0,6	0,6	1,8	1,6	1,5	2,0	2,0	1,1	0,7	0,7	0,9	
Formosa	2,3	1,8	0,4	1,0	1,4	1,7	3,4	3,3	1,3	2,0	1,3	
Jujuy	2,0	3,1	3,3	3,3	2,8	3,4	5,1	6,4	2,5	3,2	3,8	
La Pampa	0,5	1,0	0,0	0,5	0,6	0,5	0,0	0,0	0,2	0,5	0,0	
La Rioja	1,2	0,0	0,0	1,0	1,1	0,6	0,5	0,0	2,0	1,4	0,5	
Mendoza	0,9	1,1	0,9	1,0	1,1	1,8	1,5	1,0	0,7	1,3	0,8	
Misiones	2,4	1,5	2,5	2,3	2,6	1,9	3,9	3,0	2,3	2,3	2,3	
Neuquén	1,2	0,7	0,9	0,0	0,5	0,8	2,3	1,5	1,6	1,6	2,6	
Río Negro	1,2	1,0	0,5	1,6	1,3	1,8	1,6	1,7	2,0	1,2	1,4	
Salta	5,3	4,5	3,1	5,3	3,7	3,8	3,5	4,9	2,9	3,2	2,7	
San Juan	0,5	0,0	1,1	1,4	1,6	2,5	1,0	1,5	1,7	1,0	1,2	
San Luis	2,6	1,7	2,1	0,0	2,7	0,8	1,5	1,5	0,4	2,5	1,4	
Santa Cruz	1,4	0,7	0,0	0,0	1,9	0,7	1,6	1,5	2,5	0,4	1,6	
Santa Fe	0,9	1,5	1,2	1,9	1,2	1,7	1,9	0,9	1,2	1,0	1,2	
Santiago del Estero	0,7	1,1	0,9	1,0	0,4	1,3	1,4	1,4	1,4	2,0	0,8	
Tierra del Fuego	1,2	3,1	1,2	2,4	2,1	1,0	0,0	2,7	1,1	2,9	1,0	
Tucumán	0,9	1,4	0,9	1,1	0,7	1,0	0,8	1,0	0,7	0,2	0,4	

FUENTE: Elaboración propia en base a datos provistos por la Dirección de Estadísticas e Información de la Salud, Ministerio de Salud de la Nación.

Implementación de indicadores como vía de abordaje para la mejora en la calidad de atención de las personas con VIH

Autores: Sergio Martini^a, Lorena Alen Greco^b, Andrea Ayma^c y Paula Enz^b.

^a Área de Asistencia, ^b área de Adherencia y ^c área de Gestión de la Calidad de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis.

¿Qué es calidad de atención?

Cuando abordamos la calidad de la atención brindada a las personas con VIH, nos referimos al nivel general de cuidado que estas personas reciben por parte de los equipos de salud. Esta atención implica un enfoque integral que se basa en aspectos biomédicos, pero también en el respeto, la confidencialidad y la consideración de las necesidades emocionales y sociales de las personas con VIH y su entorno. Este abordaje involucra a todo el personal de los distintos equipos de salud y requiere de un trabajo coordinado, articulado y con una visión global de la salud que considere a las prácticas humanizadas como eje en la atención.

La calidad de atención abarca varios aspectos fundamentales que favorecen la salud y el bienestar de las personas con VIH, algunos de ellos factibles de medir con los métodos disponibles son:

- Diagnóstico oportuno: es crucial que el diagnóstico de VIH se realice de manera precisa y a tiempo, lo que permite un acceso temprano al tratamiento.
- Acceso al tratamiento antirretroviral: las personas con VIH deben contar con un acceso facilitado, oportuno y sostenido a los medicamentos antirretrovirales, preferentemente dentro de la primera semana desde el diagnóstico, e idealmente desde el mismo día.
- Optimización del tratamiento antirretroviral: recibir un tratamiento adecuado a las particularidades de la persona desde el inicio contribuye a lograr altos niveles de eficacia, adherencia, seguridad y tolerancia.
- Monitoreo médico regular: un seguimiento médico periódico posibilita evaluar la eficacia del tratamiento y la salud general de la persona, incluyendo pruebas de carga viral, recuento de células CD4 y otras evaluaciones médicas pertinentes.

No obstante, existen también otros aspectos relevantes que resultan más complejos de supervisar debido a la dificultad para obtener datos sólidos o a la carencia de un método apropiado para su medición. Estos aspectos incluyen, entre otros, la valoración de atención integral, educación y consejería, prevención de infecciones oportunistas, confidencialidad, acceso a servicios de apoyo e inmunizaciones, y también se consideran cruciales para el cuidado integral de las personas con VIH. Nos focalizaremos en este artículo en los aspectos que es factible monitorear con los recursos actualmente disponibles.

Rol de la vigilancia en la calidad de atención

La vigilancia y el monitoreo en salud pública consisten en recopilar, analizar, interpretar y difundir de manera continua y sistemática datos relacionados con la salud necesarios para la planificación, la ejecución y la evaluación de las prácticas de salud pública. Su objetivo es establecer las prioridades y fundamentar las estrategias y políticas públicas. Una vigilancia adecuada requiere de sistemas de monitoreo y recopilación de datos eficientes, e incluye la capacitación de los trabajadores de la salud en el registro de la información.

La vigilancia, el seguimiento y la evaluación de la calidad de atención de las personas con VIH son primordiales para que los programas y servicios evalúen el impacto y la eficacia de las intervenciones en el continuo de atención. Por lo tanto, el objetivo final de la vigilancia es proporcionar datos para que los responsables de la toma de decisiones los utilicen en los distintos puntos en la atención de las personas con VIH.

La información obtenida se utiliza también en la promoción y movilización de recursos, y en investigación y desarrollo. A su vez, debe compartirse para facilitar el aprendizaje sobre la mejor manera de abordar las distintas problemáticas vinculadas a la atención del VIH. La sociedad civil, incluidas las ONG y el mundo académico, debe tener acceso a los datos y contribuir a la recopilación, el análisis y el uso de la información estratégica como un bien de acceso público. El intercambio transparente de datos fundamental para promover el uso de la información y contribuir a su valoración colectiva: “El objetivo de un sistema de información de salud no es solo generar datos de alta calidad y esperar que se utilicen, sino convertirlos en evidencia creíble y convincente que informe la toma de decisiones del sistema de salud local”¹.

¿Qué es un indicador de salud?

Un indicador es una medida cuantificable y objetiva que se emplea para evaluar diversos aspectos, en este contexto, relacionados con la atención efectuada por el equipo de salud. Para que un indicador sea válido, se requiere que posea cualidades específicas: relevancia, claridad, especificidad, medibilidad, fundamentación en la evidencia, sensibilidad a los cambios, consistencia, facilidad en la recopilación de datos, capacidad de reproducción y coherencia lógica. Estas características aseguran que el indicador actúe como una herramienta eficaz para valorar y mejorar el aspecto en consideración, que en este caso se enfoca en la calidad de atención dentro del sistema de salud. Como se mencionó previamente, hay aspectos vinculados a la calidad de atención que son de suma importancia y hoy carecen de un indicador válido, por lo que debemos trabajar para poder obtenerlos en un futuro.



¹Fuente: *Health Metrics Network. Marco y normas para el sistema de información sanitaria del país*. Ginebra: OMS; 2008. Ginebra: OMS; 2008 Fig. 3.6 Transformando datos en información y evidencia para tomadores de decisiones 1 Red de Métricas de Salud. Marco y normas para el sistema de información sanitaria del país. Ginebra: OMS; 2008. Disponible en: http://www.who.int/healthmetrics/documents/hmn_framework200803.pdf

¿Por qué utilizar indicadores en calidad de atención?

El uso de indicadores que evalúan la calidad de la atención brindada a las personas con VIH se enmarca en la estrategia de Calidad de Atención de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis del Ministerio de Salud de la Nación. Estos indicadores se utilizan para medir el alcance de los sistemas y procesos de atención conforme a estándares predefinidos. Su enfoque se centra en objetivos específicos, con la finalidad de alcanzar los niveles más altos de calidad de atención concebibles. La elección y uso de estos indicadores permite identificar áreas de mejora, cuantificar avances y tomar decisiones eficaces para optimizar la calidad de los servicios.

Este proceso requiere la definición de objetivos concretos, el establecimiento de metas tangibles y alcanzables relacionadas con la mejora de aspectos específicos de la atención médica, así como la priorización de áreas basada en su importancia y en los objetivos institucionales.

Los indicadores seleccionados facilitan la evaluación y medición de situaciones particulares, proporcionando información sobre la calidad de la atención, como también permiten el seguimiento a lo largo del tiempo, posibilitando la identificación de estrategias que han demostrado su eficacia en la mejora de la calidad o que requieren su revisión.

En esta etapa, la estrategia incorpora indicadores que toman como fuente de información principalmente los registros del Sistema de Vigilancia Integral del VIH (SVIH) y el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (SNVS), además de datos de las áreas de Gestión de Laboratorio y Medicamentos de esta Dirección. Para el futuro, se tiene planeado el desarrollo de mecanismos para la incorporación de indicadores a partir de otras fuentes de información.

Mejorando la calidad de atención mediante el uso de indicadores

Consideramos que el monitoreo a través de indicadores representa una herramienta de gestión de gran utilidad, ya que posibilita el acceso a información de alta calidad en tiempo real. Con el fin de fortalecer esta estrategia, en el transcurso de 2023 hemos compartido los indicadores de calidad de atención, junto con sus metas específicas, con los responsables a nivel jurisdiccional. Esto ha arrojado una visión integral de la línea de base de cada indicador en relación con sus metas, tanto a nivel nacional como en las distintas jurisdicciones, lo que ha permitido identificar brechas y definir prioridades.



Además, hemos generado un informe que abarca los indicadores de calidad de atención seleccionados. Allí se presenta un análisis detallado de cada indicador, desglosando su propósito, metas, puntos fuertes y áreas de mejora, así como la metodología de cálculo correspondiente. Esta iniciativa fortalece la autonomía a nivel local, respetando las particularidades de cada área geográfica, por lo que cada programa tiene la flexibilidad para elegir el mecanismo de implementación del conjunto de indicadores que mejor se adapte a su estrategia local.

En el informe, se incluyeron 23 indicadores claves que cumplen los requisitos para considerarse aptos de inclusión, algunos de ellos son: tiempo desde la confirmación diagnóstica hasta el inicio del TARV, número de personas con pérdida de seguimiento, número de personas con esquemas que contienen dolutegravir, número de personas con carga viral realizada en el último año, número de personas con carga viral <50 copias/ml, personas que reciben medicación por 2 o más meses, entre otros.

Es importante destacar que esta estrategia no se limita a los programas; cada entidad de salud, independientemente del nivel, tiene la capacidad de implementar estos indicadores o desarrollar los propios para evaluar la calidad de atención en su ámbito de servicios específico. Cada jurisdicción, hospital o centro de salud puede seleccionar los indicadores que considere más pertinentes, de acuerdo a su contexto local. La colaboración entre el programa y los efectores de salud, en relación con las metas a mediano y largo plazo, así como los mecanismos para mejorar, es un componente fundamental de esta estrategia.

En su implementación, destacamos como un recurso operativo esencial la importancia de establecer un procedimiento de implementación estructurado y planificado en etapas:

- Evaluar el alcance de la meta de cada indicador a nivel local.
- Familiarizarse con la estructura de los indicadores.
- Capacitarse en la recopilación de estos indicadores.
- Planificar el monitoreo continuo de los mismos.
- Obtener datos locales.

Este proceso no solo debe servir como guía para la implementación, sino que también debe acompañarse de acciones específicas dirigidas a los indicadores que se consideren prioritarios. Utilizar los indicadores únicamente para el monitoreo, sin implementar medidas destinadas a mejorar la calidad de atención, resultaría en una subutilización de recursos y en una ineficiente ejecución de la estrategia.

Extendemos una invitación a todos los programas y equipos de salud a unirse al monitoreo de la calidad de atención a través de indicadores. La Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis cuenta con equipos técnicos disponibles para brindar asesoramiento técnico y apoyo en la implementación de esta estrategia.

Beneficiarios con VIH en las obras sociales nacionales

Autores: Juan Pablo Denamiel^a y Yanina Mariela Frainberg^b.

Obras sociales nacionales y financiamiento del sistema único de reintegros

La Superintendencia de Servicios de Salud (SSS) es el organismo que regula y controla las obras sociales nacionales (OSN) y las entidades de medicina prepaga. La SSS tiene dentro de sus funciones la de implementar, reglamentar y administrar los recursos provenientes del Fondo Solidario de Redistribución (FSR). Dicho fonde se constituye con un porcentaje de los aportes (3%) que se les retiene a los empleados en relación de dependencia en concepto de obra social, y las contribuciones patronales que realizan los empleadores en ese concepto (6%). Se destina al FSR el 15% de la sumatoria de aportes y contribuciones correspondientes a obra social en el caso de las obras sociales sindicales, y el 20% en el caso de las obras sociales de dirección.

El FSR financia mayormente el Sistema Único de Reintegros (SUR), creado mediante Resolución N° 1.200/2012 SSALUD, que constituye un mecanismo de reembolso para las enfermedades de baja incidencia y alto impacto económico y tratamiento prolongado. Mediante la Resolución N° 731/2023, la SSS pone en vigencia el nuevo Sistema Único de Reintegros por Gestión de Enfermedades (SURGE), que reemplaza al sistema SUR. SURGE produce cambios sustanciales y genera importantes ventajas frente a su antecesor, como ser la digitalización total de la carga de documentación, lo que simplifica la gestión de las obras sociales; además, realiza un proceso de validación automática de datos, agregando el concepto de empadronamiento de pacientes, y constituye así un reservorio de información clínica estratégica, que reduce la cantidad de documentación a presentar.

^a Subgerente de Gestión Estratégica, Superintendencia de Servicios de Salud.

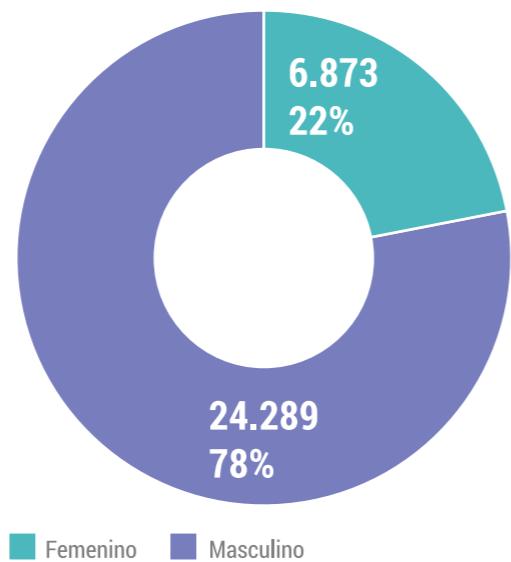
^b Gerencia de Gestión Estratégica, Superintendencia de Servicios de Salud.

Cantidad de beneficiarios en las obras sociales nacionales con VIH en período 2015-2022

Para estimar la cantidad de beneficiarios con infección por VIH en las obras sociales nacionales, se analizan las solicitudes de reintegros a través de SUR durante el período 2015-2022.

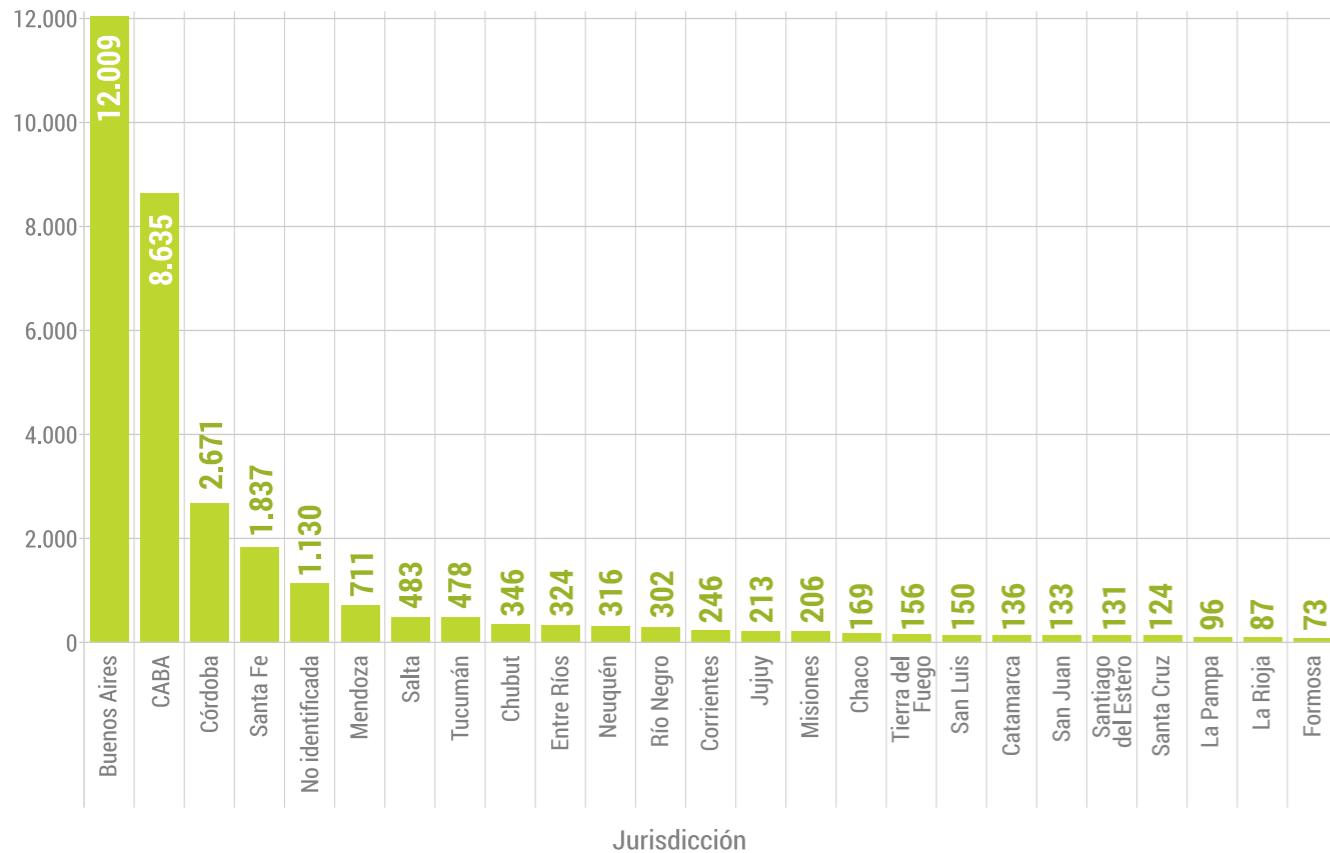
La cantidad de beneficiarios que solicitaron reintegro por VIH durante esos años fueron 31.162: 6.873 de sexo legal femenino (22%) y 24.289, masculino (78%). Considerando que la cantidad total de afiliados en el padrón de 2022 ascendía a 14.214.457, la tasa total de prevalencia de beneficiarios con infección por VIH cada cien mil afiliados es de 219,22. Asimismo, la proporción de beneficiarios con VIH varones respecto de mujeres es 3,5:1.

Gráfico 1. Distribución por sexo legal del padrón VIH, Argentina, 2015-2022.



FUENTE: Elaboración de la Superintendencia de Servicios de Salud, en base a datos de SUR.

Gráfico 2. Distribución del padrón de beneficiarios con VIH por provincia, Argentina, 2015-2022.



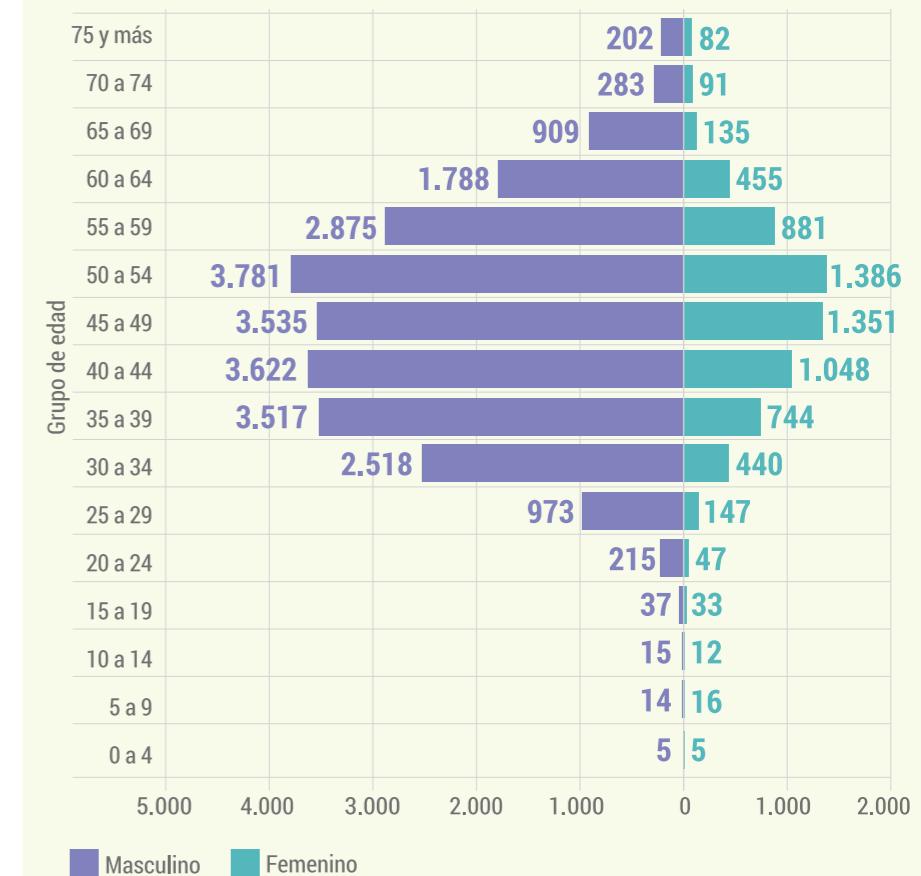
FUENTE: Elaboración de la Superintendencia de Servicios de Salud, en base a datos de SUR.

Beneficiarios con VIH activos en padrón 2023

Dado que no se cuenta con un padrón de beneficiarios con VIH, se realizó una estimación para poder identificar a las personas con VIH actualmente activas en el padrón, haciendo un cruce entre los beneficiarios con VIH históricos (2015-2022) y el padrón de beneficiarios totales del sistema. Es decir, al total histórico de empadronados con VIH (31.162) se le restaron los beneficiarios fallecidos, los que pasaron a tener la cobertura de PAMI y los que se dieron de baja del sistema por múltiples causas, como la pérdida del empleo, la doble cobertura o la culminación de seguro de desempleo, entre otras.

Así, la cantidad de beneficiarios activos con VIH en padrón en 2023 es de 23.683 personas.

Gráfico 3. Pirámide poblacional de beneficiarios activos con VIH, Argentina, 2015-2022.



FUENTE: Elaboración de la Superintendencia de Servicios de Salud, en base a datos de SUR.

Gráfico 4. Estado actual de beneficiarios con VIH históricos, Argentina, 2015-2022.



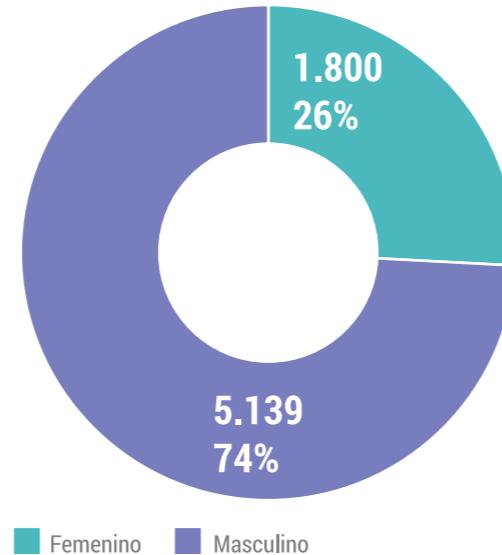
FUENTE: Elaboración de la Superintendencia de Servicios de Salud, en base a datos de SUR.

Cantidad de beneficiarios con VIH en las obras sociales nacionales en 2022

La cantidad de beneficiarios que solicitaron reintegro por VIH correspondientes al año 2022 es de 6.939 personas, 1.800 de sexo legal femenino y 5.139 masculino, el 26% y 74% respectivamente.

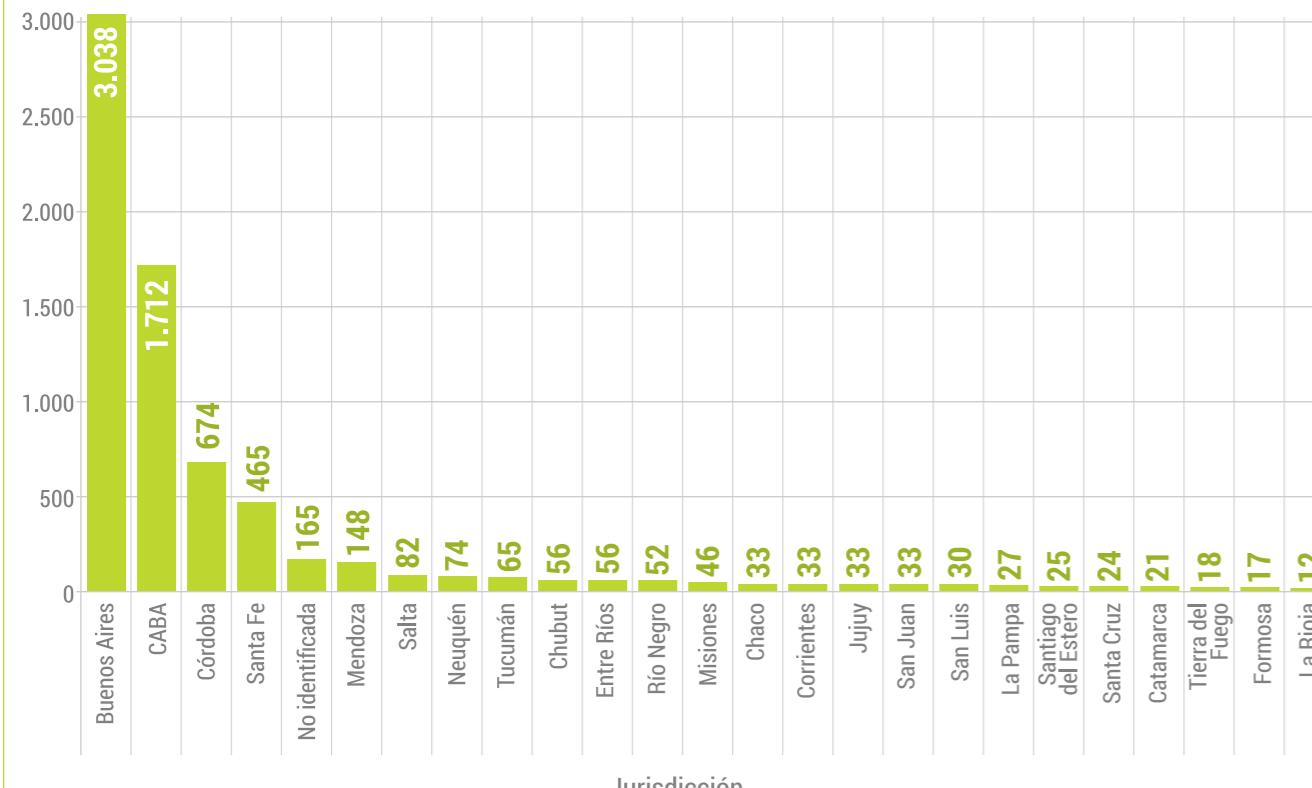
Cabe destacar que este número es una estimación basada en la cantidad de solicitudes de reintegro presentadas a la fecha por consumos realizados en 2022 y se debe tener en cuenta que las obras sociales disponen de 24 meses desde la fecha del consumo para presentar la solicitud de reembolso. Asimismo, puede darse el caso que, dado que el reintegro es un porcentaje fijo de lo gastado por VIH en pesos y no se actualiza, muchas obras sociales terminen no presentando las solicitudes. Por lo tanto, no puede considerarse que esa sea la cantidad de pacientes en las obras sociales nacionales con VIH durante 2022. Solamente constituye información de los expedientes presentados a la fecha del presente análisis, una aproximación más fidedigna se podrá ver en 2025, cuando esté cerrada la presentación de expedientes correspondientes a 2022.

Gráfico 5. Distribución por sexo legal del padrón de beneficiarios con VIH, Argentina, 2022.



FUENTE: Elaboración de la Superintendencia de Servicios de Salud, en base a datos de SUR.

Gráfico 6. Distribución según jurisdicción de residencia de beneficiarios con VIH del padrón, Argentina, 2022.



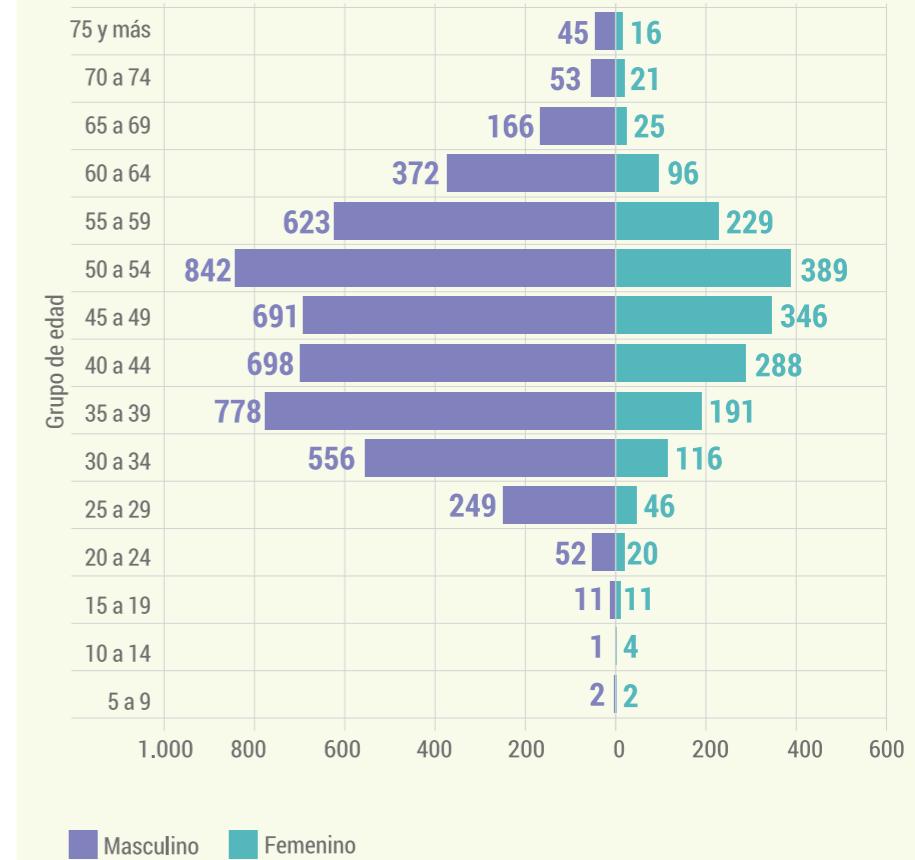
FUENTE: Elaboración de la Superintendencia de Servicios de Salud, en base a datos de SUR.

Estrategias para mejorar el acceso al diagnóstico de VIH

Según estimaciones del Ministerio de Salud de la Nación, se cree que hay aproximadamente un 13% de personas con VIH que desconocen su diagnóstico¹. Es decir, que en las obras sociales nacionales bajo la órbita de la Superintendencia de Servicios de Salud podría estimarse aproximadamente en 4.000 personas el volumen de beneficiarios que desconocen su posible infeción. Por esta razón, resulta importante que la SSS estimule programas de concientización y detección temprana de beneficiarios con VIH, a fin de poder brindarles un tratamiento oportuno y adecuado, que mejore su pronóstico.

En este sentido, se entiende que el apoyo financiero brindado a través de SUR, y ahora a través de SURGE, constituye una estrategia focalizada en el diagnóstico, acceso al tratamiento y seguimiento adecuado de los pacientes, a la vez que constituye información estadística de vital importancia para la planificación de estrategias sanitarias a escala nacional.

Gráfico 7. Pirámide poblacional de los beneficiarios con VIH, padrón 2022, Argentina.



FUENTE: Elaboración de la Superintendencia de Servicios de Salud, en base a datos de SUR.

¹Boletín N° 39 de Respuesta al VIH y las ITS en Argentina, diciembre de 2022.

Un año de transformación: nuevos desafíos en derechos humanos y VIH

Autores: Eliana Bagan^a, Tomás Lucero^a, Clarisa Lugo^a, Soledad Sequeira^a.

^a Área de Derechos Humanos y Sociedad Civil de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis.

El 30 de junio de 2022 fue sancionada la Ley 27.675, de Respuesta Integral al VIH, Hepatitis Virales, otras ITS y Tuberculosis, reglamentada seis meses después a través de los decretos 804/22 y 805/22 del Poder Ejecutivo de la Nación¹.

Cumplido un año de vigencia de la ley, el área de Derechos Humanos y Sociedad Civil de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis (DRVIVHvT) comparte en este artículo los cambios registrados en las demandas que las personas –directamente o a través de las organizaciones de la sociedad civil– realizan en la Dirección, las acciones que fue necesario encarar e invita a reflexionar sobre las nuevas exigencias que la legislación plantea.

El desafío del área es un abordaje de estas necesidades que genere respuestas no solo efectivas, sino que también permitan a la ciudadanía desarrollar un conocimiento más profundo sobre los derechos que la nueva ley establece. Esto ha obligado a modificar y ampliar enfoques anteriores, sumando a la tarea articulaciones con otros organismos gubernamentales implicados en la temática del VIH.

De esta forma, el área de Derechos Humanos se constituye en una línea de comunicación y articulación entre las personas con VIH que residen en Argentina y los programas jurisdiccionales, otras agencias estatales, los servicios de salud, las organizaciones sociales y lxs activistas, y así permite establecer **un espacio que propicie acciones concretas tendientes a facilitar la implementación de la Ley 27.675 y la ampliación de los derechos que propone, acompañando a las personas en el ejercicio de ciudadanía**.

Durante 2023, las consultas y/o reclamos recibidos y las acciones desarrolladas en el marco de la implementación de la ley requirieron articulaciones con diferentes actores e instituciones gubernamentales. A través de distintos mecanismos implementados para la recepción y seguimiento de las demandas, se pudo relevar información estratégica para la toma de decisiones.

Históricamente la mayor cantidad de consultas recibidas en el área se relacionaba con el acceso a tratamiento. Estas demandas, tanto desde el sistema público como del privado, siguen siendo las más frecuentes, seguidas por consultas sobre pensiones y jubilaciones, sobre el acceso a recursos preventivos y consultas sobre estigma y discriminación especialmente en el ámbito laboral y sanitario. No obstante, se observa en el último año –en vínculo estrecho con la sanción de la ley– un aumento de las consultas sobre el acceso a pensiones y jubilaciones, y las relacionadas con acceso al tratamiento de la hepatitis C.

Las consultas por jubilaciones y pensiones enmarcadas en los artículos 24 y 30 de la ley 27.675 impulsaron la instauración de nuevos mecanismos de comunicación entre la Administración Nacional de Seguridad Social (ANSES) y el Ministerio de Salud de la Nación, que gestionan articuladamente la certificación de diagnóstico para brindar la ampliación de derechos en el marco de la seguridad social. De esta manera, mediante el procedimiento establecido por la circular 19/23-ANSES (DP)², las personas pueden iniciar en ANSES el expediente para el trámite de pensiones no contributivas y de jubilaciones y es esa entidad quien solicita al Ministerio de Salud información sobre la notificación del diagnóstico de VIH, hepatitis B y/o hepatitis C. Dicha notificación es uno de los requisitos para iniciar el trámite.

¹ El 30/11/2022 se publicó en Boletín Oficial el decreto 805/2022 que aprueba la Reglamentación de la Ley 27.675. El artículo 2 de dicho decreto aclara que el Ministerio de Salud, en su carácter de Autoridad de Aplicación de la Ley N° 27.675 y de la presente Reglamentación, queda facultado para dictar las normas complementarias y/o aclaratorias que resulten necesarias para su efectiva implementación.

² Circular emitida por ANSES en referencia a las jubilaciones especiales y excepcionales, y las pautas para el inicio de la prestación.

Para garantizar este derecho, el acceso del público y lxs referentes jurisdiccionales a la información sobre dónde, cómo y con qué requisitos iniciar el expediente fue parte de la construcción de la respuesta establecida en estos meses desde el área.

Como ya se mencionó, las consultas sobre jubilaciones y pensiones se multiplicaron en frecuencia y cantidad. En 2021, cuando únicamente se podían gestionar pensiones por discapacidad y no por VIH específicamente, solo 37 consultas (de 1.556) correspondieron a esta temática. Mientras que, hasta agosto de 2023, con la nueva ley vigente, se contabilizaron 74 consultas sobre jubilaciones y pensiones, lo que representa un 10% del total de consultas realizadas al área en ese período y un 65,5% de las consultas con motivos legales.

En otro orden, **se destacan algunas consultas claves relacionadas con la solicitud de estudios de VIH en las instancias laborales preocupacionales**. Es necesario destacar que la reglamentación determina que **cada centro de salud laboral debe exhibir un cartel con los alcances del artículo 8 de la ley 27.675, que prohíbe la oferta y realización de pruebas de VIH, hepatitis virales y otras ITS en los exámenes médicos preocupacionales, como también durante el transcurso y como parte de la relación laboral. El cartel deberá además incluir el contacto con la Superintendencia de Riesgos del Trabajo para la realizar la denuncia correspondiente en caso de incumplimiento**. Sin embargo, esta situación ha quedado pendiente y, desde el área, se han generado **acciones de notificación a sectores privados**, a los fines de informar que la solicitud del test de VIH entre los estudios preocupacionales contradice la ley. A su vez, en la Dirección de Asistencia a la Víctima del Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI) se reciben denuncias de esta clase de situaciones, que se consideran actos discriminatorios.

Gráfico 1. Consultas sobre pensiones, 2021 (N=1.556).

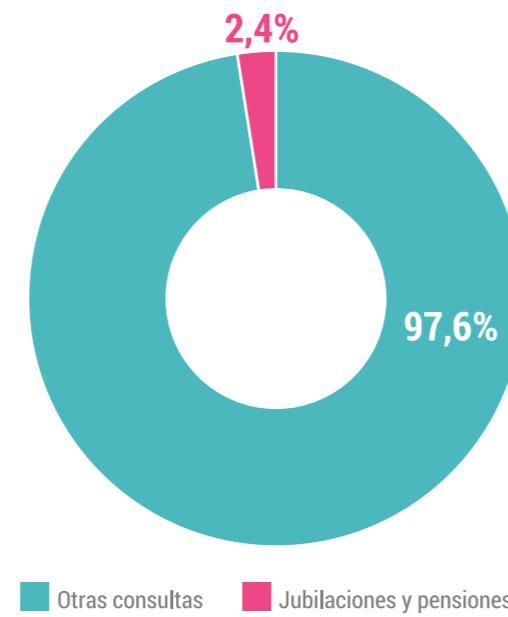
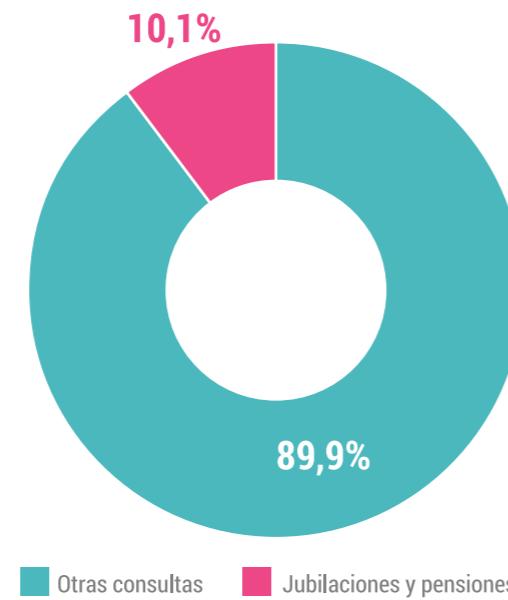


Gráfico 2. Consultas sobre jubilaciones y pensiones, 2023 (hasta agosto). (N=732)



Fortalecimiento de la atención local, una propuesta basada en derechos humanos

La propuesta de trabajo del área se orienta en el enfoque de derechos humanos aplicado a la salud. Busca fortalecer la capacidad de respuesta en el nivel local para abordar y resolver los desafíos de accesibilidad a la atención en el marco de la atención primaria de la salud (APS). Esto implica **asegurar el acceso a servicios de salud de calidad, trabajando en conjunto con las comunidades y los programas locales existentes para que puedan abordar sus propios desafíos de salud, con nuestro apoyo y recursos, y así descentralizar la respuesta**. Esta propuesta integra un paso significativo hacia un sistema de salud más inclusivo y centrado en las personas.

Conclusión

La nueva ley obliga a garantizar el trato digno y respetuoso como derecho humano reconocido por los tratados internacionales, proteger la confidencialidad de la persona consultante, derribar las barreras de acceso a los derechos de las personas con VIH para una atención de calidad, fomentar la construcción de ciudadanía y aportar a la estrategia de revinculación de personas con VIH a los servicios de salud. **La información es necesaria, pero solo si se trabaja con la afectividad será posible modificar estereotipos y prejuicios (Tedesco, 2004)**. Es por ello que la importancia de visibilizar las preguntas que son frecuentes³, la construcción de una respuesta a esas consultas y el acceso a la información como derecho dan sustento a la implicancia del área en fortalecer el acceso a la salud de todas las personas como sujetos de derechos.

Mantener una articulación activa con los programas jurisdiccionales, otras áreas estatales, organizaciones de la sociedad civil y de la sociedad científica como actores involucrados en la construcción de una respuesta integral para la implementación de la nueva ley son parte del trabajo interdisciplinario del área de Derechos Humanos y Sociedad Civil.



³ Las preguntas frecuentes son sistematizadas en base a las consultas que llegan al área y subidas al portal del Ministerio de Salud de la Nación como material de consulta.

Bibliografía:

- **Ley 27.675**, de Respuesta Integral al VIH, Hepatitis Virales, otras infecciones de transmisión sexual -ITS- y Tuber-culosis -TBC-, disponible en: <https://shre.ink/nJDO>
- **Decreto 804/2022**: DCTO-2022-804-APN-PTE - Apruébase la Reglamentación del Capítulo VII de la Ley N° 27.675: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/276930/20221201>
- **Decreto 805/2022**: DCTO-2022-805-APN-PTE - Apruébase la Reglamentación de la Ley N°27.675: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/276929/20221201>.
- **TEDESCO, Juan Carlos**. Igualdad de oportunidades y política educativa. Cadernos de pesquisa, 2004, vol. 34, p. 557-572.

Respuesta integral al VIH-ITS: estrategias y mecanismos de cooperación internacional hacia respuestas nacionales sostenibles

Autores: Mariana Ceriotto^a, Juan Sotelo^a, Carla Moretti^b, Alejandro Zubieta^b.

^a Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis y ^b Dirección Nacional de Relaciones Internacionales, Ministerio de Salud de la Nación.



Introducción

La Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis (DRVHVYT), en articulación con la Dirección Nacional de Relaciones Internacionales, continúa participando activamente en diferentes espacios técnico-políticos, foros internacionales, regionales y multilaterales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Programa Conjunto de Naciones Unidas (ONUSIDA), el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH), el

Proceso de Quito y el Mercosur, entre otros, en el desarrollo de actividades vinculadas a las relaciones sanitarias internacionales, asesorando en el posicionamiento y cooperación de nuestro país y en la formulación y seguimiento de proyectos, declaraciones, elaboración de informes y/o aportes a documentos del Secretariado General de Naciones Unidas y en la atención y respuestas a consultas formuladas por diferentes comisiones de Naciones Unidas relacionadas al VIH-ITS.

Se describen a continuación las actividades desarrolladas durante 2023.



El Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH)

El GCTH ha venido desarrollando en los últimos años un trabajo de integración y de intercambio de experiencias y buenas prácticas para el mejoramiento de las respuestas nacionales a nivel de la región de América Latina, lo que ha permitido el avance y el autorreconocimiento de los países para proponer mejoras en las respuestas nacionales al VIH e ITS.

Durante el bienio 2021-2022, la secretaría ejecutiva del GCTH fue representada por Costa Rica, país que durante el IV Foro latinoamericano, realizado entre el 25 y el 28 de octubre de 2022 en la ciudad de Lima, presentó un informe de gestión ante la Asamblea General del GCTH, detallando múltiples acciones desarrolladas con base en el plan de trabajo 2021-2022.

Asimismo, los jefes de los programas nacionales de VIH-sida de los países de Latinoamérica eligieron por unanimidad al Perú para que asuma la secretaría ejecutiva del GCTH para el período 2023-2024.

El Foro fue organizado por el GCTH y contó con el apoyo técnico y financiero de ONUSIDA, OPS, Fondo Mundial, IPPF, PEPFAR/CDC, Correspondentes Clave, Plataforma LAC, AHF, Proyecto ALEP PC, Oficina Sub Regional de ONUSIDA para Perú, Ecuador, Bolivia y Colombia y el Ministerio de Salud de Perú.

Hubo un total de 173 participantes en el evento (40 relatorías, 18 moderadores y 70 expositores), representantes de los programas nacionales de 19 países de la región, miembros de las redes de organizaciones de sociedad civil y de poblaciones clave, mecanismos coordinadores de países (MCP), organismos internacionales de cooperación y expositores invitados.

El objetivo general del Foro fue facilitar un espacio de discusión que contribuya a fortalecer una respuesta acelerada, efectiva, eficiente y sostenible para el VIH,

que articule a todos los socios incluidos los directores y directoras de los programas nacionales de VIH, las organizaciones de la sociedad civil y de base comunitaria con miras alcanzar los compromisos establecidos en la Declaración Política del VIH 2021¹, dentro del marco de la reducción de las desigualdades, para alcanzar la eliminación del VIH para el 2030 en América Latina.

Para el bienio 2023-2024, el secretariado del GCTH con el apoyo de ONUSIDA presentó un plan de trabajo y la calendarización de actividades, que fue aprobada por los países por unanimidad. El objetivo del plan es “fortalecer la cooperación horizontal entre los países para mejorar y optimizar las respuestas nacionales al VIH, sida, otras ITS y hepatitis virales (B y C) durante el bienio 2023-2024” y cuenta con cinco áreas estratégicas que están vinculadas con la Declaración de Lima: Gobernanza, Atención integral y sostenida, Derechos humanos, Sostenibilidad financiera e Información estratégica. Siguiendo las prioridades del plan, a septiembre de 2023 se desarrollaron las siguientes actividades:

Webinarios PrEP, información y comentarios

Se realizaron tres webinarios en conjunto con el GCTH, OPS y ONUSIDA (21 de abril, 21 de junio y 11 de agosto de 2023) donde la DRVIHVYT presentó el trabajo “Experiencias y perspectivas en la implementación de PrEP en Argentina”².

En estos webinarios se abordaron los desafíos, oportunidades y experiencias de implementación de la PrEP en los países y los programas nacionales de VIH y se contó con la participación de organizaciones de base comunitaria que trabajan en implementación, entrega de servicios, incidencia y abogacía en los países.

Participaron más de 250 personas en cada espacio, entre ellas los miembros de los programas y direcciones nacionales, prestadores de servicios de salud, proveedores, usuarios, poblaciones clave, miembros de la sociedad civil y cooperación.

Día mundial contra la Hepatitis

El 27 de julio de 2023 se realizó un webinar conjunto del GCTH con la OPS y la Alianza Mundial contra la Hepatitis, en el cual se desarrolló una agenda para destacar la importancia de la prevención y la atención temprana. El lema de este año, “**Una vida, un hígado. Ampliar el acceso al diagnóstico y tratamiento para salvar vidas**”, destacó en el webinar gracias a las excelentes presentaciones con un perfil de alto nivel a punto tal que desde el GCTH se acordó mantener el compromiso de incluir el tema de hepatitis virales no solo en la agenda del GCTH sino en los programas y direcciones nacionales a través de los consejos nacionales de VIH e ITS.

Mesa de Derechos humanos: webinar Mujeres y VIH

El webinar “**Mujeres y VIH: estrategias desde los Programas Nacionales de VIH para dar respuesta a las necesidades de mujeres en el contexto del VIH**” tuvo lugar el 24 de agosto del presente año, en seguimiento de los acuerdos del GCTH y con el apoyo de ONUSIDA. Entre los principales puntos de acción desprendidos del seminario web se destacan: asegurar el acceso equitativo a las pruebas de detección del VIH en mujeres; aumentar la detección oportuna del cáncer cérvico-uterino en mujeres con VIH; asegurar el diagnóstico temprano del VIH en mujeres para abordar la transmisión madre-hijo; fomentar la promoción del preservativo vaginal como una herramienta de empoderamiento y autonomía para las mujeres en la construcción de su salud sexual; incentivar la educación, prevención y sensibilización sobre todas formas de violencias basada en género; priorizar la recopilación de datos (no solo epidemiológicos) basados en evidencia a nivel nacional para reconocer y atender las necesidades diversas de las mujeres en poblaciones afectadas por el VIH, entre otras.

Instalación del Comité Impulsor

Durante la primera reunión ordinaria realizada el 17 de marzo de 2023, se aprobó la creación de un grupo asesor del GCTH y se le asignó un nombre más apropiado a sus funciones: **Comité Impulsor**, ya que es un grupo promotor de las políticas y acuerdos en la Declaración de Lima en los países.

Sobre su estructura se propuso que se incorporen dos integrantes: uno de poblaciones clave y uno de personas con VIH. Dicho Comité tiene como objetivo “*impulsar en los países los acuerdos de la Declaración de Lima y acompañar a los países que lo necesiten para incidir en la acción acelerada para eliminar el VIH interactuando con Jefes/Jefas de programas, líderes, actores clave y Ministros(as) a nivel técnico, programático y político*”. Durante la reunión ordinaria del 8 de septiembre de 2023 quedó formalmente instalado el Comité Impulsor del GCTH para los países conformado por:

- Carlos Benites, Secretario Ejecutivo del GCTH.
- Alethse De La Torre, Jefa de Programa Nacional México.
- Draurio Barreira, Jefe de programa Nacional de Brasil.
- Mariana Ceriotti, Directora de Respuesta al VIH-ITS-HV y TBC de Argentina.
- Rubén Mayorga, Jefe de la Unidad de VIH/TB/ITS y Hepatitis de la OPS.
- Luisa Cabal, Directora Regional de ONUSIDA para América Latina y el Caribe.
- Guiselly Flores, representante de las Redes de PVVS.
- Verónica Russo de LANPUD, representante de las redes de poblaciones clave.
- Dos expertos independientes.

¹Disponible en <https://bit.ly/DecLimaForoGCTH>

²<https://www.paho.org/es/eventos/serie-webinarios-seguimiento-implementacion-prep-paises-para-eliminacion-obstaculos>



El Proceso de Quito

Con el objetivo de establecer acciones concretas entre los países involucrados en el Proceso de Quito y los que componen el Grupo de Cooperación Técnica Horizontal (GCTH), para monitorear el avance y cumplimiento a las recomendaciones establecidas en la Declaración de la VIII reunión del Proceso de Quito, capítulo Brasilia (30 de junio y 1 de julio de 2022), el 12 de junio de 2023 la Presidencia *pro tempore* (PPT) de Chile encabezó el taller temático “VIH/sida” bajo la modalidad virtual.

Con el acompañamiento de Argentina como *país Champion*, la Oficina de Respuesta Humanitaria y de Emergencia ONUSIDA LAC presentó los avances realizados en algunos puntos del **Plan de Acción Transfronterizo (PAT)** tales como las “**Rutas de Salud**”, donde se están cargando datos en la Plataforma R4V a los fines de identificar los elementos necesarios para determinar el alcance y condiciones de acceso a la oferta de servicios médicos y sociales especializados para migrantes en tránsito, disponibles tanto por el sistema público de salud, como por entidades no gubernamentales. Asimismo, se realizaron avances en otro punto fundamental del PAT que refiere al “**Estigma y la discriminación**

hacia la comunidad LGBTI+ y a poblaciones clave” donde se dejaron las siguientes recomendaciones ante la necesidad de definir y tomar acciones concretas tales como:

- Mirar más allá de los aspectos biomédicos de la salud y garantizar que los migrantes en tránsito tengan acceso a referencias y apoyos, particularmente en el área de respuesta a la violencia de género, crímenes de odio y apoyo psicosocial.
- Mantener los compromisos de los países miembros del Proceso de Quito para eliminar el estigma y la discriminación que afecta a las personas LGBTI+ con VIH en situación migratoria.

Entre las conclusiones generales y sugerencias para el próximo capítulo del Proceso de Quito se señalaron los siguientes:

- El texto del capítulo de Brasilia sigue siendo en gran medida relevante (al igual que las áreas de resultados en el PAT).
- Sin embargo, para lograr estos resultados es necesario contar con un Comité de Impulso en torno a cada una de las áreas de resultados esperados.

**PROCESO DE
QUITO**

SIDA

País Líder:

Con el apoyo técnico de:

ONUSIDA
→ www.unaids.org

ONUSIDA

La enorme movilización de ciudadanos procedentes de Venezuela ha tenido consecuencias en la protección social dentro de los países de Latinoamérica y en las comunidades de acogida, dado que ya existían en la región brechas de atención y cobertura de salud. Sin embargo, actuaciones oportunas y determinadas pueden ayudar a fortalecer los sistemas de salud y aumentar su efectividad, beneficiando con ello a las comunidades de acogida y a las propias personas refugiadas y migrantes.

Uno de los aspectos que pueden atenderse de manera rápida y con presupuestos manejables para los Estados es, justamente, el acceso a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH, evitando de esta manera mayores costos en el largo plazo y disminuyendo la idea errónea de que los refugiados y migrantes generan o aumentan la prevalencia de enfermedades

- De la evidencia generada a partir de los estudios a pequeña escala, el comité de impulso podría tomar las acciones concretas allí sugeridas para abogar por ellas durante todo el año.
- Seguir generando evidencia (a través de ciertas acciones concretas) en torno a las demás áreas de resultados, con el fin de mejorar las acciones del Comité de Impulso.

Posteriormente, en el bloque de la agenda “**Actualización de buenas prácticas en la respuesta al VIH-ITS para generar incidencia en políticas públicas**”, Argentina destacó en su presentación que la provisión de insumos preventivos, de diagnóstico, medicamentos, estudios de seguimiento y atención para personas migrantes y refugiadas con VIH está disponible en todo el país y en cualquier servicio del sistema público de salud, dado que la Constitución Nacional considera a la salud como un derecho y garantiza el acceso a todo habitante del territorio nacional, así como la Ley Nacional de Respuesta Integral al VIH, Hepatitis Virales, otras ITS y Tuberculosis N° 27.675 (2022) considera entre sus principios básicos el acceso a la atención de la salud bajo el concepto de autonomía y no discriminación. Asimismo, el país subrayó que la Ley de Migraciones

N° 25.871 (2004) reconoce la migración como derecho humano e insta al Estado a fomentar la migración internacional y a establecer mecanismos de regulación migratoria eficientes, así como también el Sistema Integrado de Información que habitualmente registra e informa la cantidad de personas migrantes que reciben tratamiento antirretroviral (TARV).

Como conclusiones del taller, las exposiciones reflejaron la necesidad de llevar adelante un constante monitoreo, investigación y evaluación de estas poblaciones para lograr alcanzar un mínimo de representatividad de las variadas condiciones en las que viven migrantes y refugiados afectados por el VIH. Y aunque estos datos son un gran inicio, se requiere de la suma de voluntades para que no solo se queden aquí, sino que se traduzcan a acciones afirmativas que garanticen el completo goce de los derechos humanos de las personas LGBTI+, personas con VIH y las poblaciones clave, así como la disminución del estigma y la discriminación.



La Comisión Intergubernamental de VIH del Mercosur (CIVIH Mercosur)

Durante 2023 y a la fecha, bajo las PPT de Argentina (primer semestre) y Brasil (segundo semestre), la CIVIH se encuentra desarrollando actividades en el marco de dos proyectos:

1. Proyecto Regional para prevención de la transmisión vertical de VIH-ITS-Hepatitis Virales y Chagas en ciudades fronterizas del Mercosur (ETMI-Plus).
2. Proyecto sobre Evaluación Externa de la Calidad (EQA) de la red de diagnóstico y seguimiento de pruebas rápidas de VIH, sífilis y hepatitis virales, cargas virales de VIH y hepatitis virales, CD4+ y biología molecular para clamidia y gonococo, en el Mercosur.

Con relación al “**Proyecto Regional para prevención de la transmisión vertical de VIH-ITS-Hepatitis Virales y Chagas en ciudades fronterizas del Mercosur (ETMI-Plus)**”³, durante la PPT de Argentina concluyó la primera etapa de evaluación diagnóstica. Consistió en la elaboración de un cuestionario que tuvo por objetivo realizar un breve diagnóstico situacional sobre la transmisión vertical del VIH, la sífilis y las hepatitis virales, en municipios de la frontera del Mercosur. Una vez definido el instrumento de indagación, se envió por correo electrónico a las coordinaciones de cada uno de los municipios correspondiente a cada país a fin de relevar la información solicitada por la CIVIH. Asimismo, la coordinación de cada país realizó reuniones virtuales de apoyo a los equipos locales para el relevamiento de datos.

Finalmente, en la segunda reunión virtual de la CIVIH Mercosur, los cuatro países compartieron los resultados obtenidos. Se exhibieron actividades de buenas prácticas por parte de los servicios de salud de cada uno de los municipios en los que se destaca la sensibilidad y el compromiso de continuar el trabajo basado en la estrategia ETMI-Plus. Asimismo, cada país presentó las

principales debilidades que los equipos de salud atraviesan, a los fines de elaborar una matriz de barreras u obstáculos que ayuden a pensar en una estrategia común como unidad de acción para el Momento 2 del proyecto (acciones programáticas) a desarrollarse en la PPT de Brasil.

Respecto al proyecto “**Evaluación externa de la calidad de la red de diagnóstico y seguimiento de pruebas rápidas de VIH, sífilis y hepatitis virales, cargas virales VIH y hepatitis virales, CD4+ y biología molecular para clamidia y gonococo, en el Mercosur**”, el 1º de junio se llevó a cabo una mesa de trabajo entre puntos focales y profesionales bioquímicos de Argentina y Brasil, a los fines de establecer criterios para brindar soporte técnico a Uruguay y Paraguay en cuanto al control de calidad y monitoreo de pruebas rápidas de VIH, sífilis y hepatitis virales. Se acordó

en el Momento 1 del proyecto, discutir metodologías que cada país utiliza, así como también guías técnicas, manuales de procedimientos y recomendaciones con el objetivo de elaborar un protocolo único.

Durante la PPT de Brasil, en una reunión técnica realizada en el mes de septiembre en la ciudad Buenos Aires, dicho protocolo fue formalmente consensuado por los equipos técnicos de Argentina y Brasil a fin de estandarizar los procesos para la vigilancia del control de calidad de las pruebas rápidas en los países socios del Mercosur.

³ Las ciudades fronterizas (comités de fronteras) definidas para participar del proyecto fueron:

- Rivera (Uruguay) - Santana do Livramento (Brasil)
- Chuy (Uruguay) - Chuí (Brasil)
- Paso de los Libres (Argentina) - Uruguiana (Brasil)
- Ciudad del Este (Paraguay) - Puerto Iguazú (Argentina) - Foz do Iguaçu (Brasil);
- Pedro Juan Caballero (Paraguay) - Ponta Porã (Brasil).



III Foro Mundial de Derechos Humanos Argentina 2023

El Foro Mundial de Derechos Humanos es un espacio de debate público sobre los derechos humanos en el mundo, los principales avances y desafíos centrados en el respeto a las diferencias, la participación social, la reducción de las desigualdades, promoviendo la equidad e inclusión social. Liderado por el Centro Internacional para la Promoción de los Derechos Humanos (CIPDH-UNESCO), está concebido para aproximar e integrar organizaciones nacionales, regionales e internacionales con compromiso en la vigencia de los derechos humanos.

En su tercera edición, realizada en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires entre el 20 y el 24 de marzo, la DRVIHVYT organizó el conversatorio **"Respuesta al VIH desde el enfoque de Derechos Humanos: Creación de un área de trabajo para generar incidencia de políticas públicas"**, cuyo objetivo fue acercar la experiencia de creación,

implementación y desarrollo de un área que estimuló la conformación de otras en otros organismos estatales, así como también reflexionar sobre la importancia del armado de una red de contención jurídica en distintos organismos e instituciones que difunda los derechos y asesore en la defensa de las personas.

Para ello, se convocó a profesionales de la salud y de la academia de diferentes organismos estatales, activistas, representantes de Naciones Unidas con *expertise* en derechos humanos vinculados con la actuación y la intervención en instituciones y programas de salud. La dinámica de trabajo del conversatorio se organizó en tres ejes temáticos:

- Derechos humanos como lineamiento para la gestión
- Articulación con otros actores (gubernamentales, no gubernamentales, academia, agencias del Sistema de Naciones Unidas)
- Asistencia a la ciudadanía

Participaron Alberto Stella, director de ONUSIDA para los países del Cono Sur; Fabio Núñez (ARG), abogado y experto en derechos humanos y salud; y Soledad



Sequeira, coordinadora del área de Derechos Humanos de la DRVIHVYT. El conversatorio contó, además, con la moderación de Juan Sotelo, responsable de Relaciones Institucionales y Cooperación Internacional de la DRVIHVYT.

Palabras finales

Las intervenciones aquí expuestas reflejan la labor conjunta entre la DRVIHVYT y la Dirección Nacional de Relaciones Internacionales, y el interés de este Ministerio por la cooperación internacional y la integración.

La participación activa en todos los ámbitos posibles brinda oportunidades para coordinar políticas públicas en la región y en el mundo que beneficien a las personas con VIH, fortalezcan la gestión de las direcciones y los programas de VIH e ITS y sean un aporte a mejorar las condiciones de vida de la comunidad en general.

La comunicación del VIH como desafío

Autoras: Cynthia Beduino^a y Melisa Tabacman^a.

^a Área de Comunicación de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis.

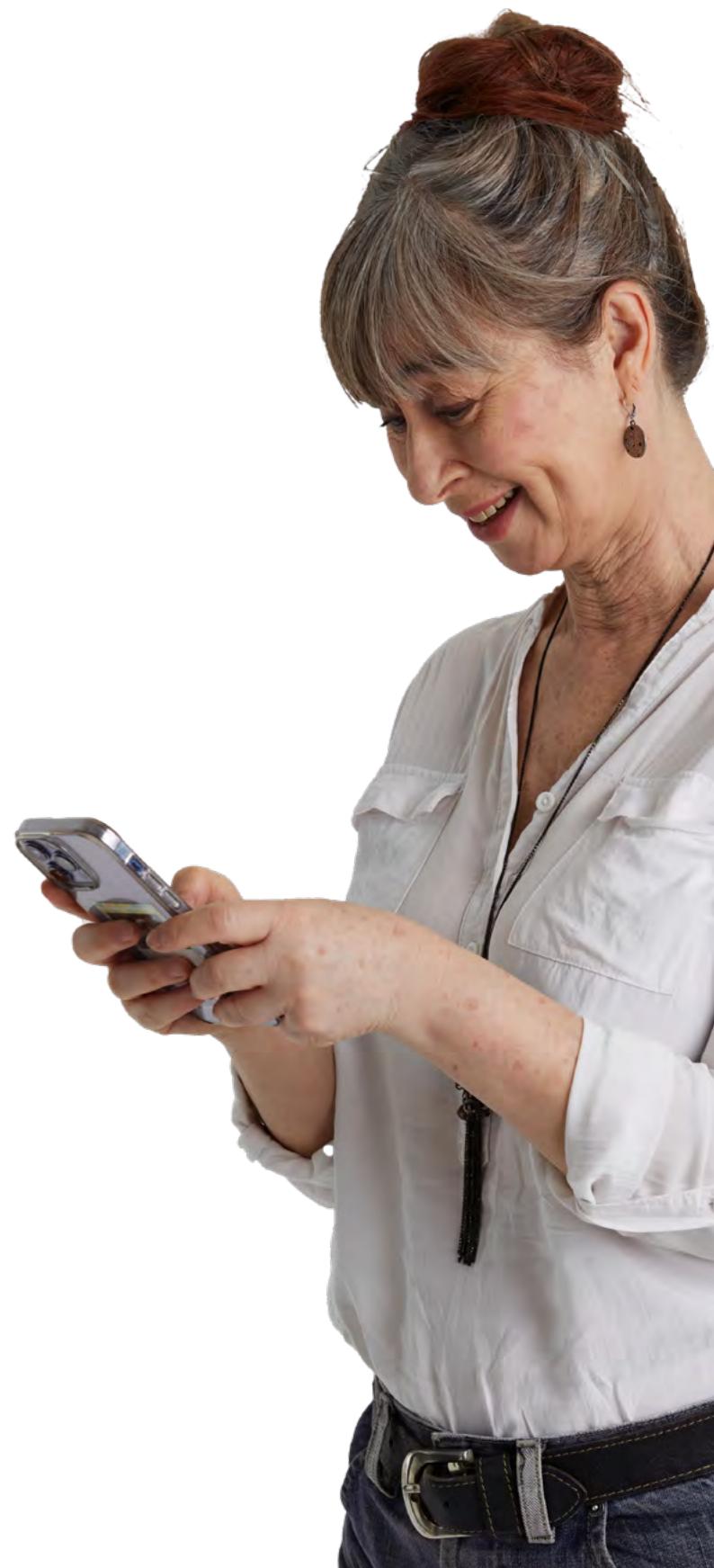
En la era digital en la que nos encontramos viviendo, donde se comparten contenidos y se difunden las noticias con mucha rapidez, es un gran desafío adaptar nuestra forma de hablar sobre temas de salud, en especial sobre el VIH, para lograr una conexión eficaz con una audiencia diversa.

En esta línea, en 2023, el área de Comunicación de la Dirección de Respuesta al VIH lanzó la tercera edición de la guía “*Cómo comunicar sobre VIH y sida*”, una herramienta pensada para acercar recursos a comunicadores, medios y profesionales de la salud, para consolidar información que contribuya a la transformación del diálogo entre el sistema de salud y las personas.

Durante el Encuentro de Referentes Provinciales, la presentación de la guía –que incluyó un recorrido a través de los distintos contenidos que propone– generó una aceptación activa entre los concurrentes, ya que varias provincias solicitaron capacitaciones para actualizar sus enfoques en comunicación sobre VIH.

Entre ellas, La Rioja fue pionera en convocar al equipo de comunicación de la Dirección para realizar de manera presencial una capacitación y presentar la nueva guía con los conceptos claves para abordar los actuales cambios en el paradigma comunicacional que se suscitan en el ámbito de la salud. El encuentro tuvo como objetivo principal brindar herramientas para la comunicación en la comunidad riojana con el fin de erradicar el estigma y la discriminación. Una concurrencia variada reunió equipos de salud pública, estudiantes y graduados de las carreras de salud, comunicación social, trabajo social, así como también medios de comunicación de la provincia y entidades de gobierno, como la Secretaría de Comunicación y Planificación Pública y la Secretaría de la Mujer y Diversidad, entre otros. La jornada fue declarada de interés provincial por la Cámara de Diputados de La Rioja.

Siguiendo con esta línea de trabajo, se elaboró una propuesta de capacitación de la Dirección en alianza con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), orientado a periodistas, comunicadores, *community managers*, trabajadores de medios gráficos y audiovisuales, talleristas, equipos de salud, docentes, estudiantes y toda persona interesada en cómo comunicar sin discriminación, de manera clara y accesible acerca de VIH. El curso se podrá realizar de manera *online* en la plataforma de UNFPA y se otorgará un certificado por su realización.



En atención al capítulo 6 de la Ley 27.675, que promueve la investigación y la confección de campañas que puedan llevar a cabo la difusión y concientización a la población para garantizar el derecho de acceso a la información (sobre las características del VIH, las hepatitis virales, otras ITS y la tuberculosis; las posibles causas y vías de transmisión; las medidas aconsejables de prevención; los tratamientos adecuados y oportunos para mejorar la calidad de vida de las personas afectadas; los derechos que asisten a las personas con VIH, hepatitis virales, otras ITS y TBC, especialmente para la eliminación del estigma y la discriminación), se trabajó junto a la **Agencia I+D+i** del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación, que se dedica a promover la investigación científica, la generación de conocimiento y la innovación productiva para mejorar la calidad de vida de la población a nivel nacional. En conjunto, se acordó el lanzamiento de un Concurso Federal de Ensayos para fomentar la creación de materiales de comunicación sobre salud sexual y prevención del VIH y las ITS. Bajo el título “*Hacia una mejor comunicación sobre prácticas sexuales cuidadas: Prevención del VIH y las ITS*”, la convocatoria tiene el objetivo de fomentar la participación de científicos, comunicadores, periodistas y personas con experiencia en la creación de piezas de comunicación dirigidas a diversos sectores de la sociedad. El propósito principal radica en mejorar el conocimiento sobre las enfermedades de transmisión sexual y promover actitudes y prácticas sexuales más seguras. Las piezas se dividen en tres categorías: gráficas, de audio y audiovisuales, y las inscripciones se realizarán en marzo de 2024.

Por otra parte, el área participó en un proyecto de investigación junto al Taller Anual de la Orientación de Políticas y Planificación de la Comunicación, de la carrera de Comunicación Social de la UBA, con el desafío de observar los sentidos que circulan en portales institucionales y medios digitales a nivel nacional sobre VIH. Se eligió como período desde julio 2022 a julio 2023, teniendo en cuenta el hito de la sanción de la Ley 27.675.

A modo de hipótesis se partió de la base de que la información sobre VIH y el modo de plantearla construyen significaciones y categorías confusas, en las que conviven el discurso biomédico y abordajes más actualizados. De esta manera, el grupo llegó a la conclusión de que algunas de las hipótesis fueron confirmadas, como el uso de íconos y recursos gráficos para identificar al VIH, la falta de información en portales institucionales o la convivencia de perspectivas actualizadas y obsoletas. Sin embargo, y positivamente, se relevó que varios portales hacían mención a la profilaxis pre y post exposición. Al mismo tiempo, observaron que hay una tendencia general en las noticias a no nombrar sujetxs sino dirigirse a “toda la sociedad” o a nadie en particular, por lo que la premisa de que encontrarían sujetxs históricamente relacionados a la temática por sus prácticas (estigmatizados) fue refutada.

Asimismo, en el último año, el área de comunicación se enfocó en evaluar las piezas impresas y digitales desactualizadas o fuera de uso. En colaboración con otras áreas, se desarrollaron nuevas herramientas tanto para los equipos de salud como para la población en general y las poblaciones clave en particular. Se crearon folletos sobre preservativos vaginales, personas gestantes, hepatitis, tuberculosis y acceso al test de VIH, profilaxis pre y post exposición, entre otros temas.

En este sentido, en colaboración con la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, se articuló la puesta en marcha de la estrategia de preservativo vaginal. El trabajo del área de comunicación consistió en generar piezas

de difusión gráficas y audiovisuales para la población y los equipos de salud, incluyendo lenguaje de señas y la transcripción al braille.

En materia de trabajo en redes, se llevaron a cabo diversas campañas enfocadas en las efemérides de cada mes. Por ejemplo, en junio se creó contenido sobre la importancia del diagnóstico temprano y oportuno en torno al Día del Test de VIH. En julio, en conmemoración del Día Mundial de las Hepatitis, se difundió información sobre las distintas hepatitis virales, su prevención, diagnóstico y tratamiento. En agosto, se abordaron diversas ITS, destacando cómo prevenirlas, diagnosticarlas y tratarlas. En septiembre, se orientó la campaña hacia las adolescencias y juventudes, proponiendo la temática de prevención combinada e infecciones de transmisión sexual a través de encuestas en publicaciones interactivas que, a su vez, permitieron conocer mejor a esta población. En octubre, se abordó la transmisión vertical, para acercar información a personas gestantes y sus parejas. Durante noviembre, se compartieron diversos mensajes sobre VIH, acceso a la salud y derechos sexuales en torno a la Marcha del Orgullo LGBT+ y a la presentación de este Boletín el 1º de Diciembre.

En relación con los trabajos con otros organismos, por segundo año consecutivo se articuló junto a OPS una producción audiovisual con la organización civil Arcu Modis, en el marco de la difusión de la prevención combinada, con foco en la profilaxis pre exposición (PrEP). Se realizaron dos videos de promoción del acceso a la PrEP con la participación de *influencers* y activistas LGTBIQA+, para ponderar la importancia de la prevención a través las redes sociales.

Como en los últimos años, se trabajó en conjunto con el área de Prevención para la Marcha del Orgullo 2023, apoyando a las organizaciones LGTBIQ+ en la ampliación de sus derechos civiles para acceder a una atención integral de la salud. Junto a la Dirección de Géneros y Diversidad (DGyD), la Dirección de Articulación de Políticas Públicas en el Territorio (DAT), la Dirección Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles (DiNaCEI), diversos ministerios nacionales (Justicia y Derechos Humanos, Seguridad, Cultura, Transporte, Turismo y Deportes, Mujeres, Género y Diversidad), el Hospital de Clínicas (UBA) y la Comisión Organizadora de la Marcha del Orgullo (COMO), se llevaron a cabo diferentes actividades en el stand de la “Feria del Orgullo”. De esta manera, se aprovechó nuevamente la oportunidad para difundir información relacionada con la Dirección y sus líneas de trabajo, tanto a poblaciones clave como a quienes se acercaron al stand a solicitar folletería y asesoramiento.

La participación de la DRVIHVyT en la marcha es una oportunidad para acercar recursos directamente a distintas personas a través de la distribución de preservativos peneanos y vaginales, geles lubricantes, material informativo desde el enfoque de prevención combinada, con perspectiva de género y derechos humanos, a través de juegos o distribuyendo folletería y otras piezas elaboradas para la ocasión por el área de Comunicación, como *pines*, *stickers*, gorros, etcétera.

Con el objetivo de promover herramientas y pautas para el cuidado de la salud, el Área de Comunicación de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis del Ministerio de Salud de la Nación produce recursos en diversos formatos y soportes (gráficos, digitales y audiovisuales).

Se pone a disposición un catálogo actualizado de estas herramientas:

Prevención

Recursos orientados a diversas poblaciones para fortalecer el desarrollo territorial, promover la participación comunitaria y trabajar por la disminución del estigma y la discriminación de las personas con VIH.

Diagnóstico y tratamiento

Herramientas para garantizar un acceso integral y de calidad de la población que consulta. Recomendaciones y directrices clínicas para equipos de salud, difusión de estrategias para promover el testeo del VIH y las ITS, esquemas de tratamiento y algoritmos de diagnóstico.

Difusión general

Materiales dirigidos a la población en general, en formatos para ser compartidos en redes sociales (Instagram, Facebook, WhatsApp, Twitter, radio), sobre la prevención del VIH y las ITS, y promoción de la salud con conceptos claves, de fácil comprensión.

Folletos de prevención del VIH y las ITS

Folletos de++ hepatitis virales y tuberculosis

Placas - postales

VIH

ITS

DDHH

Hepatitis virales

Tuberculosis y lepra

Animaciones

Archivos para imprenta

Recursos destinados a la población general y poblaciones clave, en soporte digital (archivos PDF de alta calidad a escala real), a disposición de programas y organizaciones.

Se incluyen las especificaciones técnicas para su envío a imprenta (medidas, tipo de impresión, corte, plegado, tipo de papel). Para consultas o dudas al respecto, escribir al área de Comunicación:
vih.comunicacion@gmail.com

Afiches

Folletos

Banners

Juegos sobre prevención

Audiovisual

Videos sobre PrEP

Se articuló junto a la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) una producción audiovisual con la organización civil Arcu Modis, en el marco de la difusión de Prevención Combinada, haciendo foco en la PrEP. Dejamos a disposición los dos videos producidos, que se enfocan en la difusión del acceso a la profilaxis pre exposición (PrEP), con la participación de *influencers*, y activistas LGTBIQA+ para difundir la importancia de la prevención a través las redes sociales.

En conjunto con la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y para dar difusión al preservativo vaginal, se produjo un video sobre sus características y uso correcto. Por tratarse de un insumo novedoso en nuestro país, esta pieza es clave tanto para las usuarias como para los equipos que están implementando su distribución.

Video sobre preservativo vaginal

Curso: Cómo comunicar VIH

Desde la Dirección, consideramos que temas como el VIH y el sida merecen una atención particular para su tratamiento comunicacional, y por ello capacitarse y comprometerse desde una perspectiva social resulta de gran significación al momento de garantizar y respetar los derechos de todas las personas. El curso online “Cómo comunicar VIH” se elaboró en alianza con el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y con la colaboración de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Está orientado a periodistas, comunicadores, *community managers*, trabajadores de medios gráficos y audiovisuales, talleristas, equipos de salud, docentes, estudiantes y toda persona interesada en cómo comunicar sin discriminación, de manera clara y accesible acerca de VIH.

Acceso al curso Cómo comunicar VIH

X     @direcciondevih
argentina.gob.ar/salud/vih-its



Ministerio de Salud
Argentina

Dirección de Respuesta al VIH, ITS,
Hepatitis Virales y Tuberculosis