Foto: Abra Pampa, Ministerio de Salud, provincia de Jujuy

Boletín N° 38

Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina

Año XXIV-Diciembre de 2021

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

Ministerio de Salud
Argentina

Presidente de la Nación
Dr. Alberto Fernández

Ministra de Salud
Dra. Carla Vizzotti

Secretaria de Acceso a la Salud
Dra. Sandra Tirado

Subsecretario de Estrategias Sanitarias
Dr. Juan Manuel Castelli

Director Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles
Dr. Hugo Feraud

Boletín N° 38
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, 2021.

Coordinación General
Ariel Adaszko

Coordinación Técnica
Sebastián Áquila

Edición y corrección
María Laura Carones y Valeria Levite

Área de Información Estratégica
Ariel Adaszko
Sebastián Áquila
Vanesa Kaynar
Valeria Levite
Mercedes Musso
Marysol Orlando

Área de Comunicación
Cynthia Beduino
Manuel Díaz
Nicolás Linares
Melisa Tabacman
Laura Tortú

Esta publicación cuenta con el apoyo técnico y financiero de OPS y ONUSIDA

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

Boletín Nº 38

Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina

AÑO XXIV - DICIEMBRE DE 2021

Siglas y abreviaciones

ABC	abacavir
AMBA	área metropolitana de Buenos Aires
ARV	antirretroviral
ASPO	Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio
ATV	atazanavir
CABA	Ciudad Autónoma de Buenos Aires
CARF	Centro de Adiestramiento René Favaloro
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, por sus siglas en inglés
Cis	cisgénero
CoNaGeI-TP	Comisión Nacional de Gestión Integrada para la Vigilancia, Prevención y Eliminación de la Transmisión Perinatal
DEIS	Dirección de Estadísticas e Información de la Salud
DRVIHVyT	Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis
DRV800/r	darunavir 800/ritonavir
DTG	dolutegravir
EACS	European AIDS Clinical Society
EFV	efavirenz
EO	enfermedades oportunistas asociadas al VIH
ETMI	eliminación de la transmisión materno-infantil
FRVIH	farmacorresistencia del VIH
GBA	Gran Buenos Aires
HBsAg	antígeno de superficie del virus de la hepatitis B
HTA	hipertensión arterial
IAT	indicadores de alerta temprana
IED 2.0	Estudio de índice de estigma y discriminación (IED), realizado en Argentina entre 2018 y 2020, publicado en 2021
INDEC	Instituto Nacional de Estadística y Censos
INADI	Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo
ITV	infecciones de transmisión vertical
LMP	leucoencefalopatía multifocal progresiva
LPV	lopinavir
MAC	*Mycobacterium avium complex*
MSAL	Ministerio de Salud
MSM	mujeres que tienen sexo con mujeres
NEA	noreste argentino
NOA	noroeste argentino
NPJ	*Pneumocystis jirovecii*
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PcVIH	personas con VIH
PEP	profilaxis post exposición, por sus siglas en inglés
PG	población general
PNA	primer nivel de atención
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PrEP	profilaxis pre exposición, por sus siglas en inglés
PRPA	pruebas rápidas en puntos de atención
PUCO	Padrón Único Consolidado Operativo
RAJAP	Red Argentina de Jóvenes y Adolescentes Positivos
SISA	Sistema Integrado de Información Sanitario Argentino
SNC	sistema nervioso central
SNVS	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud
SUR/SSS	Sistema Único de Reintegro, de la Superintendencia de Servicios de Salud
TAF/FTC	tenofovir alafenamide/emtricitabina
TAF/FTC/EVG/c	tenofovir alafenamide/emtricitabina/elvitegravir/cobicistat
TARV	tratamiento antirretroviral
TB	tuberculosis
TDF	tenofovir disoproxil fumarato
Trans	travesti, transexual y transgénero
3TC	lamivudina
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, por sus siglas en inglés
VHB	virus de la hepatitis B
VIH	virus de la inmunodeficiencia humana
xTC/TDF	lamivudina o emtricitabina/tenofovir difumarato

Índice

Presentación 7

Infografía de VIH y sífilis en la Argentina 8

Resumen de indicadores básicos de VIH y sífilis 10

Situación de las ITS durante 2020 14

Estrategia ETMI Plus. Infección por VIH y sífilis por región y jurisdicción 26

Situación del VIH en la Argentina 36

Oportunidad del diagnóstico de VIH 78

Mortalidad por sida 88

Análisis de comorbilidad y letalidad VIH/COVID-19 en la Argentina 96

Notificación de las pruebas rápidas de VIH, sífilis y hepatitis virales en el SNVS 2.0 110

Prevención combinada del VIH y otras ITS: un enfoque centrado en las personas 114

Hacia la implementación del autotest de VIH: estudio de aceptabilidad en poblaciones clave 122

VIH y derechos humanos: Garantizando la accesibilidad 132

Índice de estigma y discriminación hacia las personas con VIH 2.0 138

Índice de estigma y discriminación hacia las personas con VIH 2.0 - Análisis de adherencia 144

Trabajo en adherencia a los antirretrovirales del Hospital Nacional Prof. A. Posadas 152

Optimizando el uso de ARV. Un aporte a la calidad de vida de las personas con VIH 156

Relevamiento nacional sobre manejo de enfermedades oportunistas asociadas al VIH 162

Indicadores de la respuesta al VIH en la Argentina 168

Presentación

El Estado argentino ha desempeñado un rol protagónico en el contexto internacional desde hace décadas en la definición de políticas vinculadas a la respuesta al VIH, manteniendo una postura de ampliación de derechos.

Los datos de este Boletín, el número 38, dan cuenta de un momento de profunda crisis que tuvo que atravesar al sistema de salud argentino en los últimos meses. La gestión de la respuesta a la pandemia de COVID-19 puso en valor el liderazgo del Estado. Una situación desconocida, marcada por la incertidumbre, exigió una intervención ordenada y la priorización de acciones y decisiones.

La ministra de Salud, Dra. Carla Vizzotti, fue una de las voces que abogaron fuertemente por el resguardo del acceso a medicamentos. Propuso licenciar los derechos de propiedad intelectual y liberar las patentes con el fin de evitar que se siguiera postergando el acceso a medicamentos esenciales, como los tratamientos contra el VIH, las hepatitis virales y la tuberculosis, al participar de una reunión de alto nivel sobre el VIH/sida en la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas.

En este contexto signado fuertemente por la complejidad de la virtualidad, los equipos de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis sostuvieron los procesos administrativos, de comunicación y de gestión para garantizar el acceso de la población.

El fortalecimiento de la estructura del Ministerio de Salud y una clara voluntad política de cumplir con las metas sanitarias fueron claves en este tiempo.

Frente a las barreras que encontraron las personas con VIH en el acceso a la salud, trabajamos junto a las jurisdicciones provinciales y organizaciones de la sociedad civil para revincularlas con los servicios, restablecer la adherencia a los tratamientos y resolver distintas situaciones de conflicto en la cobertura.

Establecimos canales de diálogo y participación por región con organizaciones de todo el país, que nos brindaron la información necesaria para una efectiva intervención. Pudimos contar con los insumos necesarios para las acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento.

Durante este 2021 generamos espacios con nuevas proyecciones: la descentralización de la atención, junto a las estrategias de prevención combinada y ETMI Plus son ahora ejes centrales de la política sanitaria en la respuesta integral al VIH.

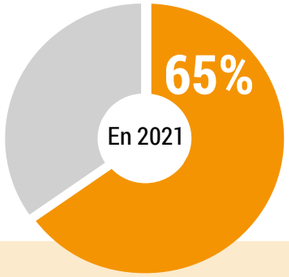
Actualizar y profundizar la información en salud permite tomar mejores decisiones, ajustadas a la realidad que nos atraviesa. Mejorar la calidad de vida de todas las personas debe ser el horizonte de toda política pública.

Dr. Hugo Arturo Feraud
Director Nacional de Control de
Enfermedades Transmisibles

VIH y sífilis en números

Se estiman 140.000 personas con VIH

Año 2020



de las personas con VIH se atiende en el sistema público

65.000 personas en tratamiento en el sistema público

En promedio se notifican

4.500 casos de VIH

por año

Mediana de edad de diagnóstico de VIH*

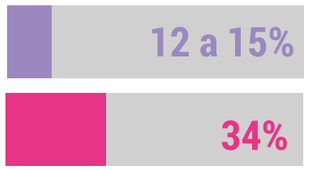
Años 2019-2020

35 años mujeres cis

32 años varones cis

30 años mujeres trans

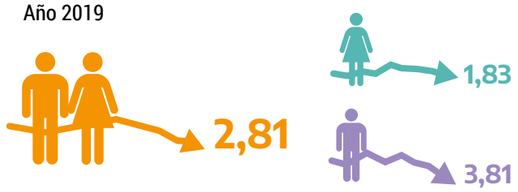
Prevalencia de VIH



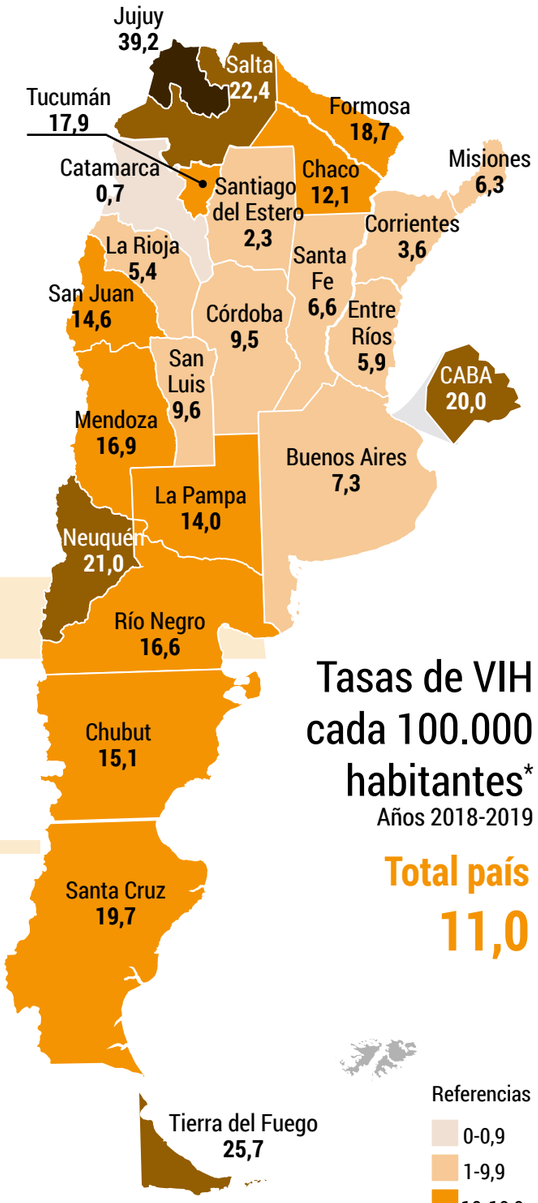
Mortalidad por sida

Tasa por 100 mil habitantes

Año 2019



Fuente: Dirección de Estadísticas e Información de la Salud.



Tasas de VIH cada 100.000 habitantes*

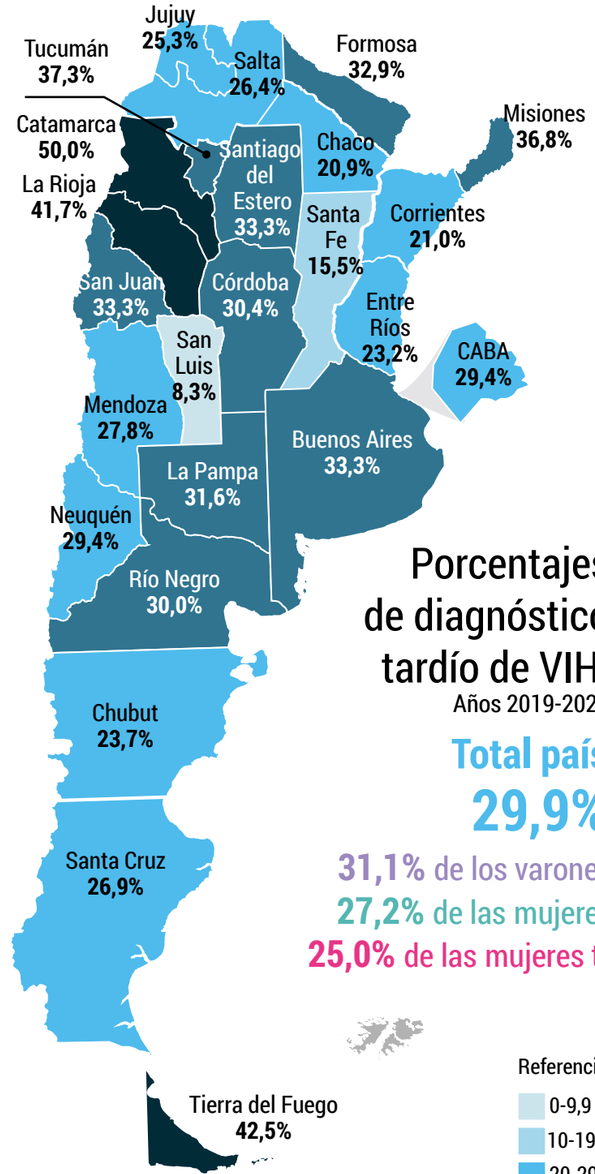
Años 2018-2019

Total país

11,0

Referencias

- 0-0,9
- 1-9,9
- 10-19,9
- 20-29,9
- 30 o +
- Sin datos



Porcentajes de diagnóstico tardío de VIH*

Años 2019-2020

Total país

29,9%

31,1% de los varones cis

27,2% de las mujeres cis

25,0% de las mujeres trans

Referencias

- 0-9,9
- 10-19,9
- 20-29,9
- 30-39,9
- 40 o +
- Sin datos

Sífilis congénita

Tasa nacional cada 1.000 nacidos vivos

1,14

Fuente: Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica. Año 2020

* Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) / 2019 y 2020 son años no cerrados, con posibilidad de ajustes en futuros boletines.
Nota: para cada indicador se seleccionaron los años con información más completa y comparable.

Resumen de indicadores básicos de VIH y sífilis por región y jurisdicción

Ambos sexos

	Población 2019[1]		Nuevos casos de VIH (2018-2019)[2]		Tasa de VIH c/100.000 habitantes (2018-2019)[2]
	Cantidad	% sobre el total del país	Promedio anual de nuevos casos	% sobre el total del país	
Total País	44.938.712	100,0%	4.937	100,0%	11,0
AMBA	14.214.911	31,6%	1.425	28,9%	10,1
Centro	14.831.977	33,0%	1.121	22,7%	7,6
Cuyo	3.244.858	7,2%	492	10,0%	15,2
NEA	4.151.259	9,2%	372	7,5%	9,0
NOA	5.612.165	12,5%	954	19,3%	17,1
Patagonia	2.883.542	6,4%	512	10,4%	17,9
CABA	3.072.029	6,8%	613	12,4%	20,0
Buenos Aires	17.370.144	38,7%	1.270	25,7%	7,3
24 partidos GBA	11.142.882	24,8%	813	16,5%	7,3
Resto de Buenos Aires	6.227.262	13,9%	457	9,3%	7,4
Catamarca	411.824	0,9%	3	0,1%	0,7
Chaco	1.192.616	2,7%	143	2,9%	12,1
Chubut	608.729	1,4%	91	1,8%	15,1
Córdoba	3.722.332	8,3%	354	7,2%	9,5
Corrientes	1.111.052	2,5%	40	0,8%	3,6
Entre Ríos	1.373.270	3,1%	81	1,6%	5,9
Formosa	600.229	1,3%	112	2,3%	18,7
Jujuy	762.440	1,7%	297	6,0%	39,2
La Pampa	355.422	0,8%	50	1,0%	14,0
La Rioja	388.386	0,9%	21	0,4%	5,4
Mendoza	1.969.982	4,4%	331	6,7%	16,9
Misiones	1.247.362	2,8%	78	1,6%	6,3
Neuquén	655.501	1,5%	137	2,8%	21,0
Río Negro	738.060	1,6%	122	2,5%	16,6
Salta	1.406.584	3,1%	313	6,3%	22,4
San Juan	772.876	1,7%	113	2,3%	14,6
San Luis	502.000	1,1%	48	1,0%	9,6
Santa Cruz	356.647	0,8%	70	1,4%	19,7
Santa Fe	3.509.113	7,8%	230	4,6%	6,6
Santiago del Estero	968.309	2,2%	23	0,5%	2,3
Tierra del Fuego	169.183	0,4%	43	0,9%	25,7
Tucumán	1.674.622	3,7%	298	6,0%	17,9
Desconocido/Otro			62	1,2%	

[1] Fuente: proyecciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).
[2] Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) 2019 y 2020 se consideran no cerrados, con posibilidad de ajuste en futuros boletines.
[3] Incluye mujeres trans y varones trans.
[4] Fuente: Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS).

Resumen de indicadores básicos de VIH y sífilis por región y jurisdicción

Ambos sexos - continuación

	Porcentajes de diagnósticos tardíos de VIH (2019-2020)[2-3]	Tasa de mortalidad por sida c/100.000 habitantes (2019)[4]	Tasa de sífilis en población gral. c/100.000 habitantes (2019)[2]	Tasa de sífilis congénita c/1.000 nacidos vivos (2019)[2]
Total País	29,9%	2,8	56,1	1,55
AMBA	32,2%	2,7[6]	63,3[6]	1,16[6]
Centro	28,4%			
Cuyo	28,5%	2,1	66,8	2,67
NEA	26,1%	2,8	48,7	2,37
NOA	30,5%	3,6	26,4	2,43
Patagonia	29,6%	2,7	40,2	0,53
CABA	29,4%	3,1	50,8	1,30
Buenos Aires	33,3%	3,5	79,0	1,31
24 partidos GBA	34,4%		91,7	
Resto de Buenos Aires	30,8%		56,2	
Catamarca	50,0%	0,7	15,1	3,58
Chaco	20,9%	1,5	89,7	0,61
Chubut	23,7%	3,6	23,2	1,64
Córdoba	30,4%	1,6	33,9	1,06
Corrientes	21,0%	3,4	28,3	4,38
Entre Ríos	23,2%	1,4	123,1	0,42
Formosa	32,9%	3,0	14,3	6,94
Jujuy	25,3%	6,4	40,3	0,08
La Pampa	31,6%	0,8	132,0	0,63
La Rioja	41,7%	2,6	16,7	0,35
Mendoza	27,8%	2,1	62,9	2,49
Misiones	36,8%	3,5	44,3	0,36
Neuquén	29,4%	3,4	33,3	0,00
Río Negro	30,0%	2,3	33,3	0,19
Salta	26,4%	6,5	28,7	7,18
San Juan	33,3%	1,7	121,8	4,22
San Luis	8,3%	2,4	90,0	0,43
Santa Cruz	26,9%	2,5	10,1	0,59
Santa Fe	15,5%	2,0	4,6	0,74
Santiago del Estero	33,3%	2,5	37,0	0,28
Tierra del Fuego	42,5%	3,0	29,0	0,00
Tucumán	37,3%	1,4	17,0	0,68
Desconocido/Otro				

5 Información suministrada por el Área de Vigilancia de la Salud, Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica.
[6] Dentro de la región Centro se incluye la región del AMBA
Nota: para cada indicador se selecionaron los años con información más completa y comparable.

Resumen de indicadores básicos de VIH y sífilis por región y jurisdicción

Varones

	Población 2019[1]		Nuevos casos de VIH (2018-2019)[2]		Tasa de VIH C/100.000 habitantes (2018-2019)[2]	Porcentajes de diagnósticos tardíos de VIH (2019-2020)[2-3]	Tasa de mortalidad por sida c/100.000 habitantes (2019)[4]	Tasa de sífilis en población gral. c/100.000 habitantes (2019)[2-5]
	Cantidad	% sobre el total del país	Promedio anual de nuevos casos	% sobre el total del país				
Total País	22.050.332	100,0%	3.463	100,0%	15,8	31,1%	3,8	48,1
AMBA	6.901.014	31,3%	1.025	29,6%	14,9	32,6%	3,5[5]	57,2[5]
Centro	7.264.601	32,9%	748	21,6%	10,3	31,0%		
Cuyo	1.600.811	7,3%	372	10,7%	23,3	28,2%	3,2	56,2
NEA	2.058.432	9,3%	261	7,5%	12,7	26,0%	4,0	27,9
NOA	2.780.824	12,6%	682	19,7%	24,7	32,0%	5,4	21,0
Patagonia	1.444.650	6,6%	323	9,3%	30,5	32,6%	3,3	31,7
CABA	1.441.350	6,5%	483	13,9%	33,5	29,5%	3,8	57,1
Buenos Aires	8.520.388	38,6%	848	24,5%	10,0	34,4%	5,4	68,8
24 partidos GBA	5.459.664	24,8%	542	15,7%	10,0	35,4%		
Resto de Buenos Aires	3.060.724	13,9%	306	8,8%	10,0	32,1%		
Catamarca	206.096	0,9%	1	0,0%	0,5	100,0%	0,5	5,8
Chaco	588.629	2,7%	107	3,1%	18,3	21,5%	1,9	60,0
Chubut	304.965	1,4%	55	1,6%	18,2	18,2%	3,9	24,3
Córdoba	1.820.172	8,3%	230	6,6%	12,7	34,3%	2,3	32,9
Corrientes	548.147	2,5%	30	0,9%	5,5	18,8%	4,9	18,4
Entre Ríos	674.412	3,1%	55	1,6%	8,1	27,8%	2,1	109,4
Formosa	298.797	1,4%	72	2,1%	24,2	37,7%	4,7	9,0
Jujuy	376.618	1,7%	210	6,1%	56,1	24,3%	10,4	43,3
La Pampa	176.337	0,8%	31	0,9%	17,4	35,2%	1,1	51,6
La Rioja	193.364	0,9%	13	0,4%	6,5	50,0%	3,1	10,3
Mendoza	968.816	4,4%	253	7,3%	26,3	27,6%	3,5	52,5
Misiones	622.859	2,8%	52	1,5%	8,3	32,0%	4,8	15,1
Neuquén	325.888	1,5%	93	2,7%	28,7	35,2%	4,9	36,2
Río Negro	367.973	1,7%	73	2,1%	19,8	30,7%	2,2	36,4
Salta	695.946	3,2%	219	6,3%	31,7	27,2%	10,1	30,3
San Juan	382.990	1,7%	87	2,5%	22,7	32,8%	1,6	44,1
San Luis	249.005	1,1%	32	0,9%	12,9	5,9%	4,4	88,8
Santa Cruz	183.222	0,8%	44	1,3%	24,0	29,7%	2,7	7,6
Santa Fe	1.709.293	7,8%	158	4,5%	9,3	15,5%	2,6	4,3
Santiago del Estero	481.983	2,2%	13	0,4%	2,6	30,0%	3,5	14,9
Tierra del Fuego	86.265	0,4%	29	0,8%	33,5	53,6%	4,6	31,3
Tucumán	826.817	3,7%	227	6,6%	27,6	39,8%	2,1	12,7
Desconocido/Otro			54	1,5%				

[1] Fuente: proyecciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).
[2] Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) 2019 y 2020 se consideran no cerrados, con posibilidad de ajuste en futuros boletines.
[3] Varones cis.
[4] Fuente: Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS).
[5] Dentro de la región Centro se incluye la región del AMBA
Nota: para cada indicador se selecionaron los años con información más completa y comparable.

Resumen de indicadores básicos de VIH y sífilis por región y jurisdicción

Mujeres

	Población 2019[1]		Nuevos casos de VIH (2018-2019)[2]		Tasa de VIH C/100.000 habitantes (2018-2019)[2]	Porcentajes de diagnósticos tardíos de VIH (2019-2020)[2-3]	Tasa de mortalidad por sida C/100.000 habitantes (2019)[4]	Tasa de sífilis en población gral. C/100.000 habitantes (2019)[2]
	Cantidad	% sobre el total del país	Promedio anual de nuevos casos	% sobre el total del país				
Total País	22.888.380	100,0%	1.467	100,0%	6,4	27,2%	1,8	63,8
AMBA	7.313.897	32,0%	392	26,7%	5,4	31,8%	3,8[5]	69,2[5]
Centro	7.567.376	33,1%	377	25,7%	5,0	23,4%		
Cuyo	1.644.047	7,2%	120	8,2%	7,3	30,1%	1,9	77,1
NEA	2.092.827	9,1%	112	7,6%	5,4	25,8%	3,3	69,2
NOA	2.831.341	12,4%	272	18,5%	9,6	26,2%	3,5	31,6
Patagonia	1.438.892	6,3%	188	12,8%	13,1	24,2%	4,0	48,7
CABA	1.630.679	7,1%	127	8,7%	7,8	29,4%	2,4	45,3
Buenos Aires	8.849.756	38,7%	420	28,6%	4,8	31,3%	1,7	88,8
24 partidos GBA	5.683.218	24,8%	265	18,1%	4,7	33,0%		
Resto de Buenos Aires	3.166.538	13,8%	155	10,6%	4,9	27,9%		
Catamarca	205.728	0,9%	2	0,1%	1,0	0,0%	1,0	24,3
Chaco	603.987	2,6%	36	2,5%	6,0	20,0%	1,2	118,7
Chubut	303.764	1,3%	36	2,5%	12,0	31,6%	3,0	22,1
Córdoba	1.902.160	8,3%	124	8,5%	6,6	23,1%	1,0	35,2
Corrientes	562.905	2,5%	10	0,6%	1,7	23,1%	1,8	37,8
Entre Ríos	698.858	3,1%	27	1,8%	3,8	10,5%	0,7	136,2
Formosa	301.432	1,3%	40	2,7%	13,2	25,0%	1,3	19,6
Jujuy	385.822	1,7%	87	5,9%	22,5	25,7%	2,6	37,3
La Pampa	179.085	0,8%	19	1,3%	10,7	24,0%	0,6	211,1
La Rioja	195.022	0,9%	9	0,6%	4,4	25,0%	2,1	23,1
Mendoza	1.001.166	4,4%	78	5,3%	7,8	27,9%	0,8	72,9
Misiones	624.503	2,7%	27	1,8%	4,3	46,2%	2,2	73,5
Neuquén	329.613	1,4%	44	3,0%	13,4	16,7%	1,8	30,3
Río Negro	370.087	1,6%	49	3,3%	13,3	28,8%	2,2	30,3
Salta	710.638	3,1%	94	6,4%	13,3	23,6%	3,0	27,0
San Juan	389.886	1,7%	26	1,8%	6,7	40,5%	1,8	78,5
San Luis	252.995	1,1%	16	1,1%	6,4	14,3%	0,4	91,3
Santa Cruz	173.425	0,8%	26	1,7%	14,9	21,4%	2,3	12,7
Santa Fe	1.799.820	7,9%	71	4,8%	4,0	15,6%	1,4	4,8
Santiago del Estero	486.326	2,1%	10	0,7%	2,1	38,5%	1,4	58,8
Tierra del Fuego	82.918	0,4%	14	1,0%	17,1	18,2%	1,2	26,5
Tucumán	847.805	3,7%	71	4,8%	8,4	29,9%	0,7	21,1
Desconocido/Otro			8	0,5%				

[1] Fuente: proyecciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).
[2] Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) 2019 y 2020 se consideran no cerrados, con posibilidad de ajuste en futuros boletines.
[3] Mujeres cis.
[4] Fuente: Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS).
[5] Dentro de la región Centro se incluye la región del AMBA.
Nota: para cada indicador se selecionaron los años con información más completa y comparable.

Sífilis - Gonorrea - Clamidia

Situación de las ITS durante 2020

Autores: Sebastián Aquila[1], Vanesa Kaynar[1], Valeria Levite[1], Mercedes Musso[1], Marysol Orlando[1], Ariel Adaszko[1], Tamara Wainziger[2] y Carlos Giovacchini[2].

[1] Área de Información Estratégica de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis.
[2] Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación.

Este artículo se realizó en colaboración con el Área de Vigilancia en Salud de la Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica. Desde hace tres años nuestro boletín de VIH publica datos sobre la situación de la sífilis, la gonorrea y la clamidia en nuestro país. De esta manera, la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis (DRVIHVyT) busca ampliar su mirada sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS) haciendo foco en la importancia de la información para la generación de políticas sanitarias. En este sentido, hemos visto en las últimas ediciones cómo, a diferencia del VIH, hubo un preocupante aumento en las notificaciones de todas las ITS.

Ahora bien, la aparición del COVID-19 el año pasado es sin duda un hito que nos obliga a rever y analizar las nuevas tendencias generadas tras la emergencia sanitaria. Los datos de 2020 muestran una fuerte caída en la notificación de todos los eventos de transmisión sexual, por ejemplo, la tasa de sífilis en población general presenta una caída de más del 59%.

Una rápida lectura sugiere que la principal causa se debe a una menor carga de notificaciones fruto de la tensión a que estuvieron sometidos los servicios de salud (en especial, los laboratorios) durante la pandemia. Si bien esta primera interpretación es en parte acertada, deja fuera una serie de factores e impide contemplar la complejidad de la situación. Las medidas de aislamiento sanitario, por un lado, y las nuevas prácticas de autocuidado adoptadas por gran parte de la población, sin duda, han transformado el escenario.

Por un lado, en el plano médico sanitario, los servicios reorganizaron sus acciones centrándose en la atención del COVID-19; esto hizo que se suspendieran consultas, pausaran tratamientos y que personas que eran habituales usuarios y usuarias del sistema hayan accedido menos a los servicios de salud. Por su parte, en el plano social, las personas redujeron sus espacios de vinculación, acotaron encuentros y extremaron medidas de cuidado y, en este sentido, evitaron transitar por los centros de atención, lo que también contribuyó a que se redujeran las consultas médicas.

Aun tomando en cuenta el contexto actual y los aspectos antes mencionados, desde la DRVIHVyT consideramos que las ITS continúan siendo un problema de salud pública muy necesario de atender y es por ello que publicamos la evolución de los eventos trazadores de su comportamiento en los últimos años en nuestro país. Los datos de 2020 (y estimamos que algo similar pasará en 2021) no deben ser leídos como una continuidad, sino como un hito que está reconfigurando el panorama epidemiológico en todo el mundo.

Con estas salvedades, y entendiendo que se abren nuevas situaciones, presentamos este artículo, donde pretendemos plantear interrogantes, mostrar algunos cambios y describir ciertas continuidades. Sabemos que aun cuando este período debe leerse en términos de excepcionalidad, dejará instaladas cuestiones claves para el futuro.

Notificación clínica de sífilis

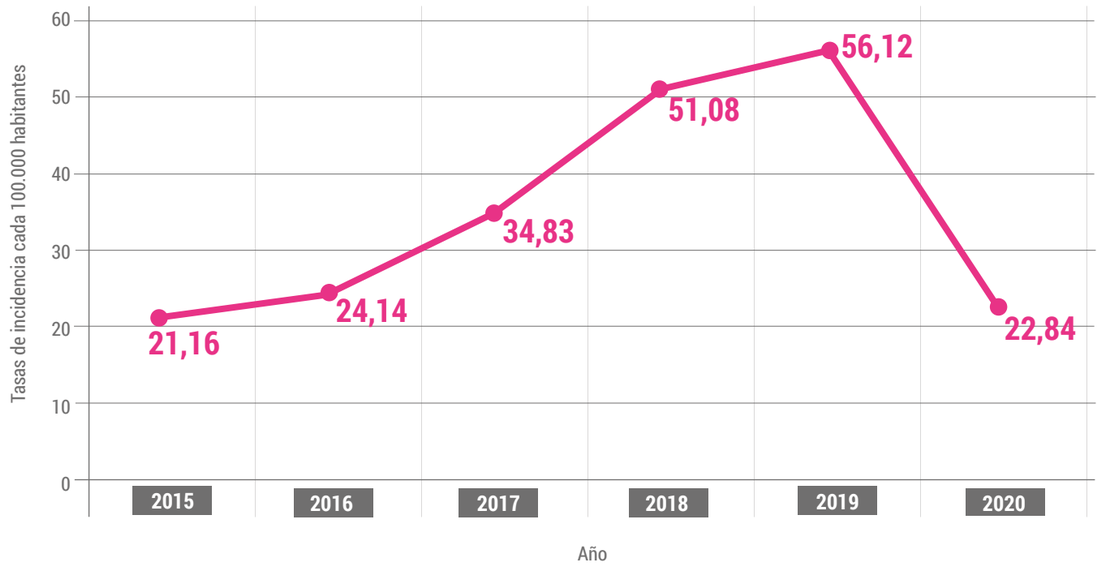
En 2020 la tasa de incidencia de sífilis en población general, calculada a partir de la notificación agrupada por consultas clínicas de sífilis temprana y sífilis sin especificar al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), fue de **22,84 personas cada 100 mil habitantes, dato que representa una caída de un 59,3% respecto del año previo.** Desde 2010 la tasa de incidencia de sífilis a nivel nacional crecía de modo sostenido, muy marcadamente en los últimos cinco años, hasta su pico en 2019, con 56,12 personas por cada 100 mil habitantes para ambos sexos en todo el país (Gráfico 1). En este punto, debemos insistir en la excepcionalidad de 2020, por lo que no se puede leer este dato como una continuidad de la situación nacional (Tabla 1, en página 18).

A pesar de esta caída, la distribución de la sífilis según sexo se comportó de igual manera que el año anterior: sigue presentándose un mayor caudal de notificaciones de mujeres respecto de los varones. En 2020 la notificación de mujeres sumó un punto en relación con el año previo y alcanzó al **59,5% del total** (Gráfico 2).

A su vez la notificación de sífilis sin especificar es mucho más numerosa respecto de la sífilis temprana; en ambas se observa la diferencia entre mujeres y varones (Gráfico 3).

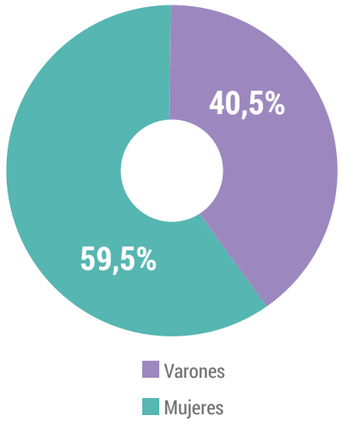
> **“La tasa de incidencia de sífilis en la población general fue de 22,84 personas cada 100 mil habitantes, dato que representa una caída de un 59,3% respecto del año previo.”**

Gráfico 1. **Evolución de la tasa de incidencia de sífilis en población general por 100 mil habitantes. Argentina, 2015-2020.**



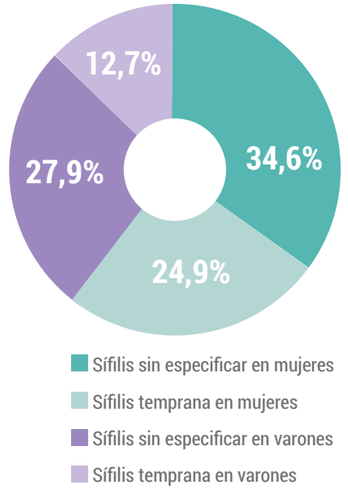
Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Tasa calculada a partir de la notificación agrupada por consultas clínicas de los eventos Sífilis temprana y Sífilis sin especificar. Datos cerrados al 6/10/2021.

Gráfico 2. **Distribución de los casos de sífilis en población general, según sexo biológico de nacimiento. Argentina, 2020.**



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Casos calculados a partir de la notificación agrupada por consultas clínicas de los eventos Sífilis temprana y Sífilis sin especificar. Datos cerrados al 6/10/2021.

Gráfico 3. **Distribución de los casos de sífilis temprana y sin especificar, según sexo biológico de nacimiento. Argentina, 2020.**



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Notificación agrupada por consultas clínicas. Datos cerrados al 6/10/2021.

Cuando observamos la evolución de las sífilis temprana y sin especificar por separado, podemos apreciar que, mientras la sífilis sin especificar tiene un comportamiento ascendente, la sífilis temprana se mantiene estable (Gráfico 4, Tablas 2 y 3 en páginas 20 y 21 respectivamente).

El análisis de la sífilis temprana es sumamente relevante, ya que es un dato que proviene de la atención directa de las personas en el sistema de salud, en general de una primera consulta, en un estadio altamente infeccioso. Su seguimiento permite contar con un indicador de diagnóstico precoz. Al comparar la relación entre ambas sífilis, podemos evaluar la oportunidad diagnóstica.

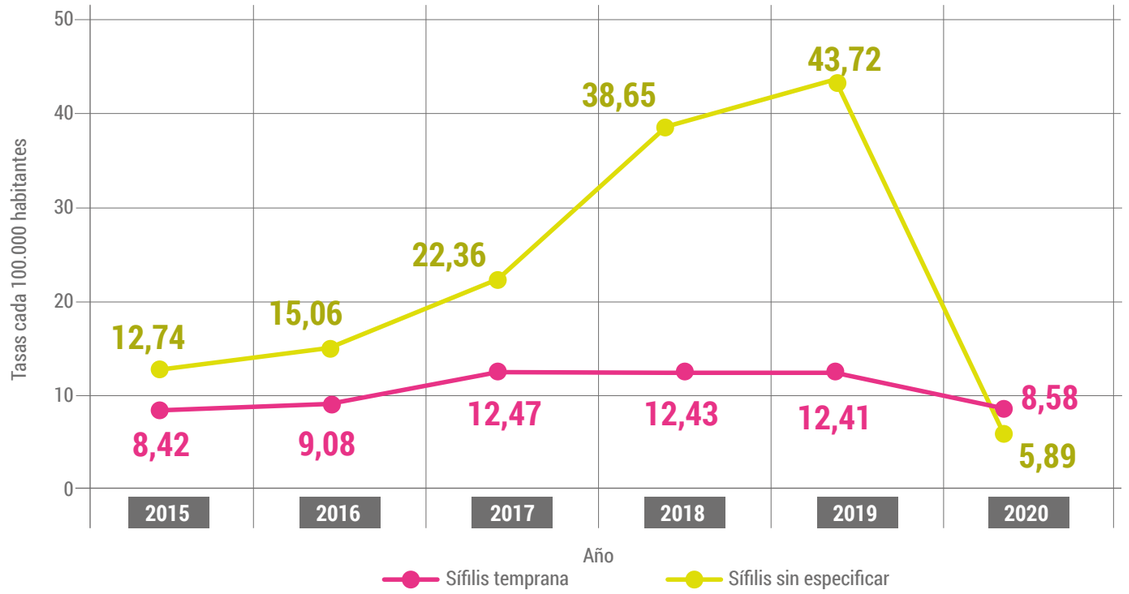
En cuanto a la distribución por edad (Gráfico 5), al igual que en años anteriores, vemos que tanto en varones como en mujeres son los adolescentes y jóvenes quienes concentran la mayor cantidad de casos. **Casi la mitad de los casos de sífilis registrados en mujeres (48,6%) y el 41% de los casos de varones están en la franja de los 15 y los 24 años de edad.**

Tabla 1. Tasas de incidencia de sífilis en población general cada 100 mil habitantes por jurisdicción, según sexo biológico de nacimiento. Argentina, 2018-2020.

	2018			2019			2020		
	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos
Buenos Aires	41,15	53,86	47,63	68,82	88,77	78,99	19,33	27,00	23,24
CABA	40,27	35,70	37,84	57,10	45,26	50,81	20,63	19,07	19,80
Catamarca	10,77	11,28	11,03	5,82	24,30	15,05	8,18	12,53	10,35
Chaco	26,25	38,48	32,44	59,97	118,71	89,72	32,47	50,15	41,43
Chubut	23,36	13,39	18,38	24,27	22,06	23,16	14,83	13,92	14,38
Córdoba	31,77	31,22	31,49	32,85	35,17	34,04	15,44	14,94	15,18
Corrientes	6,44	23,66	15,17	18,43	37,84	28,26	15,37	37,16	26,41
Entre Ríos	81,45	97,90	89,82	109,43	136,22	123,06	24,09	53,46	39,03
Formosa	4,72	10,37	7,56	9,04	19,57	14,33	14,94	37,17	26,11
Jujuy	12,62	21,49	17,11	43,28	37,32	40,27	34,66	25,64	30,10
La Pampa	42,89	113,22	78,32	51,61	211,07	131,96	42,18	281,80	162,93
La Rioja	3,14	5,20	4,18	10,34	23,07	16,74	7,66	7,59	7,62
Mendoza	30,68	50,96	40,99	52,54	72,91	62,89	26,96	30,26	28,64
Misiones	6,66	14,58	10,62	15,09	73,50	44,33	14,61	22,01	18,31
Neuquén	19,90	15,68	17,78	36,21	30,34	33,26	19,39	19,76	19,58
Río Negro	17,90	19,44	18,67	36,42	30,26	33,33	21,19	22,14	21,67
Salta	10,19	28,65	19,52	30,32	27,02	28,65	18,87	18,20	18,53
San Juan	19,81	53,39	36,76	44,13	78,48	61,46	36,15	46,97	41,60
San Luis	36,21	56,44	46,41	88,75	91,31	90,04	89,62	78,47	84,00
Santa Cruz	5,60	5,92	5,75	7,64	12,69	10,09	14,37	8,43	11,48
Santa Fe	5,13	5,77	5,46	4,33	4,78	4,56	4,00	3,97	3,99
Santiago del Estero	8,39	28,05	18,26	14,94	58,81	36,97	4,52	30,93	17,79
Tierra del Fuego	20,21	24,75	22,43	31,30	26,53	28,96	14,70	16,47	15,57
Tucumán	6,12	11,58	8,89	12,70	21,11	16,96	6,09	10,49	8,32
Total	**29,73**	**39,47**	**34,69**	**48,13**	**63,84**	**56,13**	**18,85**	**26,68**	**22,84**

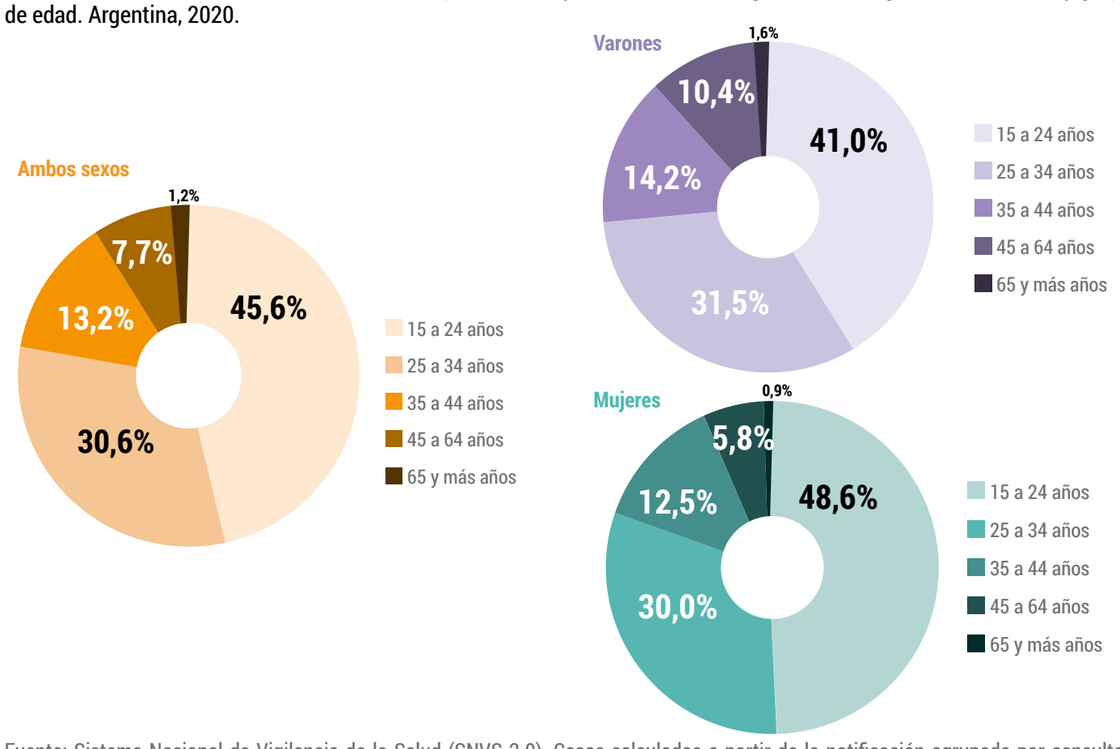
Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Tasas calculadas a partir de la notificación agrupada por consultas clínicas de los eventos Sífilis temprana y Sífilis sin especificar. Datos cerrados al 6/10/2021.

Gráfico 4. Evolución de las tasas de sífilis temprana y sin especificar por 100 mil habitantes en población general. Argentina, 2015-2020.



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Notificación agrupada por consultas clínicas. Datos cerrados al 6/10/2021.

Gráfico 5. Distribución de los casos de sífilis en personas mayores de 15 años, según sexo biológico de nacimiento y grupo de edad. Argentina, 2020.



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Casos calculados a partir de la notificación agrupada por consultas clínicas de los eventos Sífilis temprana y Sífilis sin especificar. Datos cerrados al 6/10/2021.

Tabla 2. Tasas de sífilis temprana cada 100 mil habitantes, según sexo biológico de nacimiento y jurisdicción. Argentina, 2018-2020.

	2018			2019			2020		
	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos
Buenos Aires	5,91	9,18	7,58	7,59	13,77	10,74	5,31	9,57	7,48
CABA	15,65	10,18	12,74	22,76	11,34	16,70	5,19	5,33	5,27
Catamarca	3,43	6,87	5,15	0,00	14,58	7,28	2,89	2,41	2,65
Chaco	8,58	16,23	12,45	26,84	60,43	43,85	16,49	28,35	22,5
Chubut	10,68	5,69	8,19	11,15	6,58	8,87	7,09	4,86	5,98
Córdoba	16,66	13,70	15,15	10,55	11,93	11,26	7,39	5,83	6,59
Corrientes	1,10	6,45	3,81	5,11	12,26	8,73	3,44	14,09	8,83
Entre Ríos	8,08	17,62	12,94	17,65	29,76	23,81	5,88	28,22	17,24
Formosa	0,34	1,00	0,67	1,00	4,64	2,83	2,32	8,22	5,29
Jujuy	1,34	3,41	2,39	7,17	10,11	8,66	6,56	7,69	7,13
La Pampa	26,31	86,19	56,47	38,00	166,96	102,98	36,56	263,53	150,94
La Rioja	0,52	3,12	1,83	1,03	5,13	3,09	2,04	4,05	3,05
Mendoza	6,89	11,91	9,44	7,02	11,89	9,49	6,23	7,62	6,93
Misiones	0,65	2,92	1,78	2,57	6,73	4,65	4,61	5,54	5,07
Neuquén	3,42	4,61	4,02	5,83	6,67	6,25	5,15	6,59	5,87
Río Negro	7,44	5,20	6,32	7,61	8,11	7,86	2,15	3,47	2,81
Salta	8,01	25,66	16,92	19,97	16,18	18,06	8,09	10,14	9,13
San Juan	6,60	13,22	9,94	16,19	31,29	23,81	16,27	19,55	17,92
San Luis	12,61	12,81	12,71	18,88	23,72	21,31	17,45	19,13	18,30
Santa Cruz	1,12	1,78	1,44	2,18	5,19	3,65	6,39	1,69	4,10
Santa Fe	2,18	1,62	1,90	2,93	2,72	2,82	2,44	1,60	2,01
Santiago del Estero	2,93	17,66	10,33	3,73	33,93	18,90	1,03	19,74	10,43
Tierra del Fuego	2,38	8,66	5,46	11,59	3,62	7,68	2,26	1,18	1,73
Tucumán	0,98	5,37	3,20	3,99	6,72	5,37	2,15	4,90	3,54
Total	**6,91**	**10,11**	**8,54**	**9,52**	**15,20**	**12,41**	**5,89**	**11,18**	**8,58**

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Notificación agrupada por consultas clínicas. Datos cerrados al 6/10/2021.

Tabla 3. Tasas de sífilis sin especificar cada 100 mil habitantes, según sexo biológico de nacimiento y jurisdicción. Argentina, 2018-2020.

	2018			2019			2020		
	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos	Varones	Mujeres	Ambos sexos
Buenos Aires	35,25	44,68	40,05	61,23	75,00	68,24	5,31	17,43	11,48
CABA	24,62	25,52	25,10	34,34	33,91	34,11	5,19	13,73	9,72
Catamarca	7,34	4,41	5,88	5,82	9,72	7,77	2,89	10,12	6,50
Chaco	17,67	22,25	19,99	33,13	58,28	45,87	16,49	21,8	19,18
Chubut	12,68	7,7	10,19	13,12	15,47	14,29	7,09	9,07	8,08
Córdoba	15,11	17,52	16,34	22,31	23,24	22,78	7,39	9,11	8,27
Corrientes	5,34	17,21	11,35	13,32	25,58	19,53	3,44	23,07	13,38
Entre Ríos	73,36	80,29	76,89	91,78	106,46	99,25	5,88	25,24	15,73
Formosa	4,39	9,37	6,89	8,03	14,93	11,50	2,32	28,95	15,70
Jujuy	11,28	18,08	14,72	36,11	27,21	31,61	6,56	17,95	12,32
La Pampa	16,59	27,04	21,85	13,61	44,11	28,98	36,56	18,27	27,34
La Rioja	2,62	2,08	2,35	9,31	17,95	13,65	2,04	3,54	2,80
Mendoza	23,79	39,05	31,55	45,52	61,03	53,40	6,23	22,65	14,57
Misiones	6,01	11,66	8,84	12,52	66,77	39,68	4,61	16,47	10,54
Neuquén	16,48	11,07	13,76	30,38	23,66	27,00	5,15	13,17	9,19
Río Negro	10,46	14,24	12,36	28,81	22,16	25,47	2,15	18,67	10,43
Salta	2,18	2,99	2,59	10,35	10,84	10,59	8,09	8,06	8,07
San Juan	13,21	40,17	26,82	27,94	47,19	37,65	16,27	27,42	21,89
San Luis	23,59	43,63	33,69	69,88	67,59	68,73	17,45	59,34	38,56
Santa Cruz	4,48	4,14	4,32	5,46	7,50	6,45	6,39	6,75	6,56
Santa Fe	2,95	4,14	3,56	1,40	2,06	1,74	2,44	2,37	2,40
Santiago del Estero	5,45	10,39	7,93	11,20	24,88	18,07	1,03	11,19	6,13
Tierra del Fuego	17,83	16,08	16,98	19,71	22,91	21,28	2,26	15,29	8,65
Tucumán	5,14	6,21	5,68	8,71	14,39	11,58	2,15	5,60	3,89
Total	**22,83**	**29,36**	**26,16**	**38,61**	**48,65**	**43,72**	**5,89**	**15,50**	**10,78**

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Notificación agrupada por consultas clínicas. Datos cerrados al 6/10/2021.

Positividad de sífilis en pruebas de laboratorios

Otra forma de ver la evolución de la sífilis es a través de las pruebas de tamizaje realizadas por laboratorio. Aquí también encontramos un descenso importante de las notificaciones respecto de años anteriores.

Entre 2019 y 2020 **hubo una caída de un 45,6% en la cantidad de pruebas realizadas**; en número absolutos fueron 241.005 pruebas menos de un año a otro. Al observar qué ocurrió con la carga en el sistema, encontramos que en 2019 fueron 1.472 los establecimientos notificantes en el SNVS 2.0 y que en 2020 estos cayeron a 1.127, o sea un 23% menos de laboratorios registrando la evolución de la sífilis.

No obstante, al comparar los porcentajes de positividad entre los dos últimos años, vemos que en 2020 hubo un aumento de un punto porcentual con respecto a 2019, **así encontramos que de 5,9% se pasó a 6,9%**.

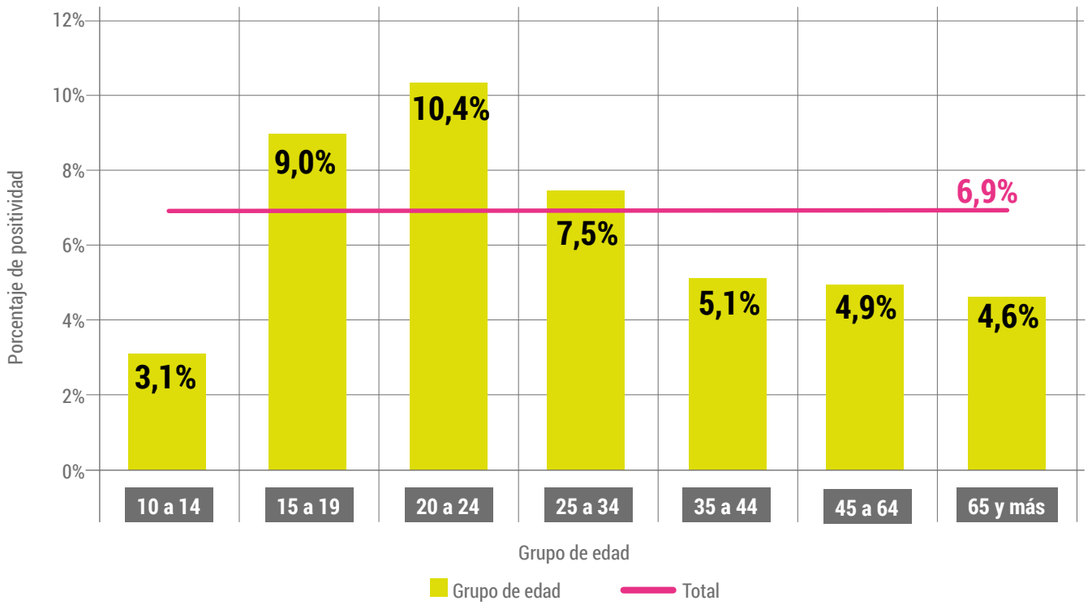
Al analizar el índice de positividad en las pruebas de sífilis reportadas por laboratorios, se destacan las franjas de 15 a 19 y de 20 a 24 años por encima de la positividad global (Gráfico 6). Esto es consistente con la información aportada por las notificaciones clínicas. Sin embargo, entre los datos registrados, la mayor proporción de pruebas positivas de 2020 corresponde al grupo de 15 a 24 años, seguido del de 25 a 34 (Gráfico 7). Esto significa que el testeo es más trascendido entre las franjas de 35 a 64 años y que es necesario promover el acceso al diagnóstico en los grupos más jóvenes.

Positividad de sífilis en personas gestantes

La realización de pruebas en personas gestantes tiene como objetivo la detección temprana de la sífilis durante el embarazo con el propósito de prevenir la sífilis congénita y sus consecuencias. Este indicador es de suma importancia, ya que se realiza a un gran número de personas y permite hacer proyecciones e inferencias sobre la situación de la sífilis en la población general.

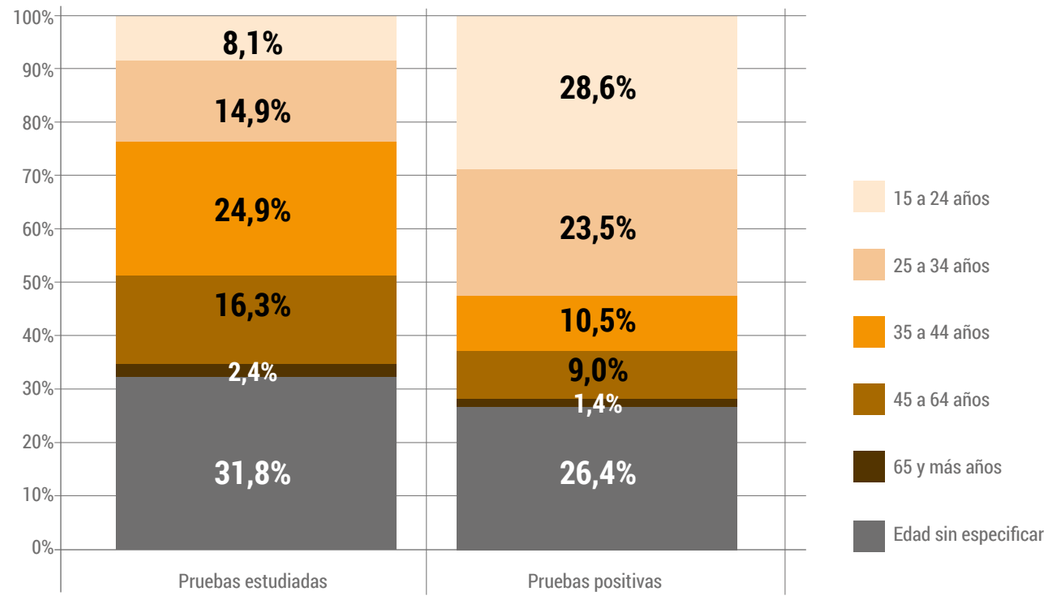
En el último año, en consonancia con lo que viene ocurriendo, encontramos un aumento de resultados positivos en pruebas de sífilis de embarazadas. En nuestro país **el porcentaje de positividad en pruebas de tamizaje fue del 5,5%** (Gráfico 8), casi un 20% por encima de lo registrado en el año previo. Esta suba se produce a la vez que baja la cantidad de muestras analizadas un 50%: 267.689 en 2019 y 132.240 en 2020.

Gráfico 6. Positividad en pruebas de tamizaje de sífilis en ambos sexos según grupo de edad. Argentina, 2020.



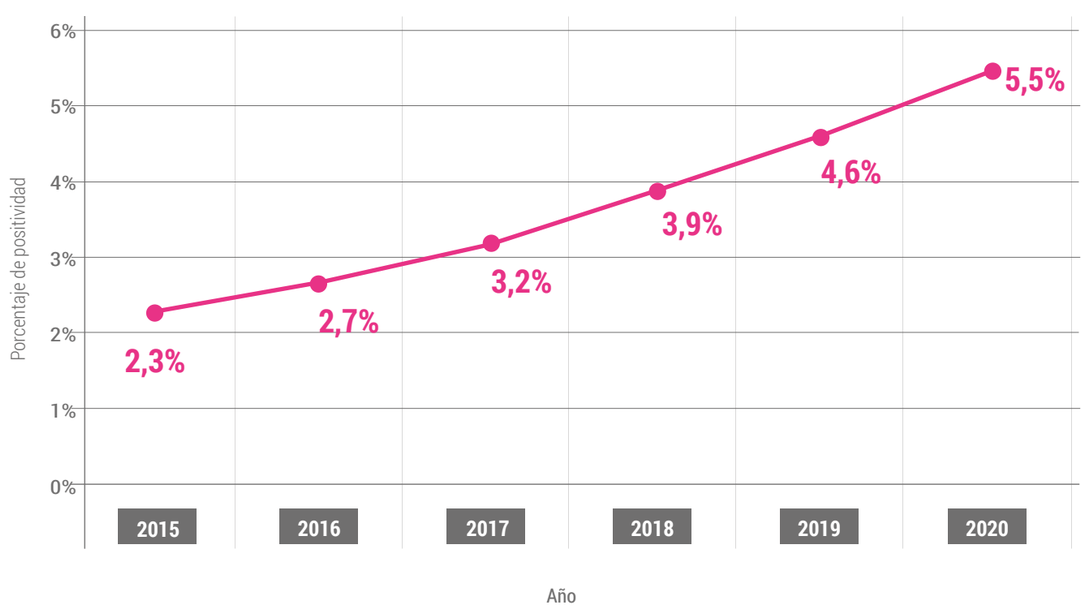
Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Notificación agrupada de laboratorio. Datos cerrados al 6/10/2021.

Gráfico 7. Distribución etaria de las pruebas de tamizaje de sífilis en población general, estudiadas y positivas. Argentina, 2020.



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Notificación agrupada de laboratorio. Datos cerrados al 6/10/2021.

Gráfico 8. Evolución de la positividad de sífilis en pruebas de tamizaje de personas gestantes. Argentina, 2015-2020.



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Notificación agrupada de laboratorio. Datos cerrados al 31/8/2021.

Al analizar por edad el tamizaje de sífilis en personas gestantes, observamos que los más altos índices de positividad, al igual que en población general, se presentan en los grupos más jóvenes: las gestantes de 15 a 24 años son las más afectadas (Gráfico 9).

Aunque en un nivel más bajo, en este evento encontramos también una caída en la notificación. Pero a diferencia del tamizaje para población general, casi no hubo cambio en la cantidad de establecimientos notificantes: en 2020 fueron 522 las instituciones que reportaron estudios de sífilis para embarazadas, mientras en 2019 habían sido 518.

Secreción genital purulenta

El seguimiento de las notificaciones de consultas clínicas por secreción genital purulenta nos permite tener una aproximación de la situación de la infección por gonorrea en nuestro país. Como en los otros eventos, en 2020 también vemos una caída en la tasa: de 11,7 casos cada 100 mil personas, **se pasó a 7,1 cada 100 mil habitantes en 2020**, posiblemente como efecto de los problemas anteriormente descritos (Gráfico 10).

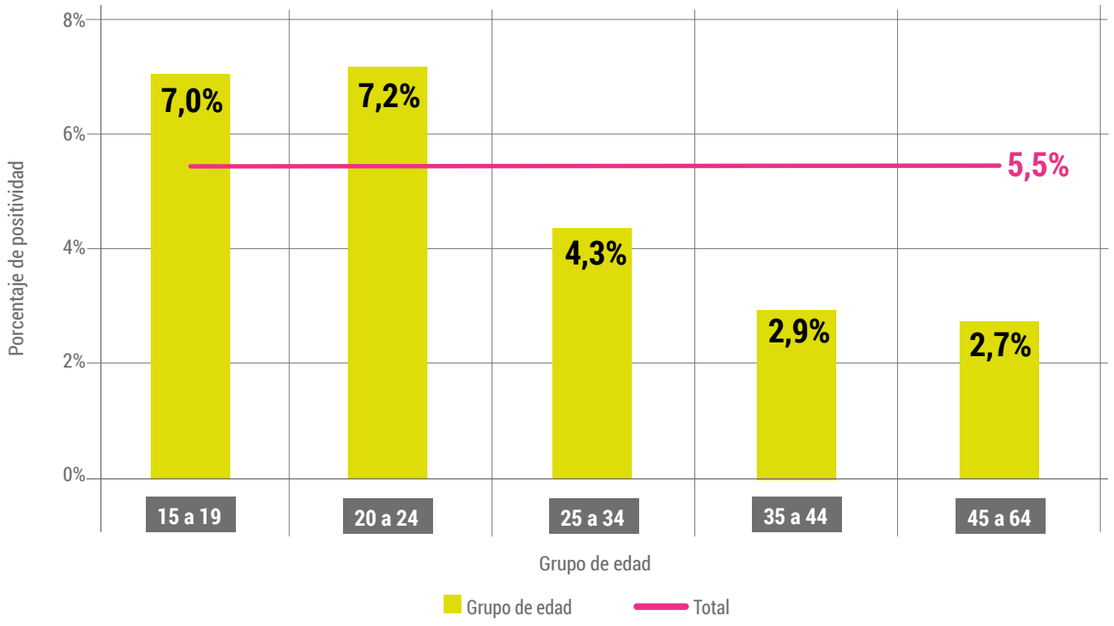
La caída interanual de la notificación fue de un 39,3%, con una muy considerable baja en la cantidad de establecimientos notificantes, que pasaron de 2.168 en 2019 a 237 en 2020. Ahora bien, aun a pesar de esta caída, vemos que el comportamiento por edad sigue siendo muy parecido al de años anteriores: los grupos de adultos jóvenes son los más afectados (Gráfico 11), es así como podemos ver que las franjas de 20 a 24 y 25 a 34 años concentran casi el 56% de los casos. La promoción del uso de preservativos sigue siendo un desafío central en el cual es necesario hacer foco.

Secreción genital sin especificar

De la misma manera que para gonorrea, la notificación clínica de las secreciones genitales en varones sin especificar nos ayuda a obtener una aproximación de las infecciones por clamidia. Nuevamente aquí vemos una fuerte caída en las tasas brutas, que va de 19,1 personas cada 100 mil habitantes en 2019 a **10,1 cada 100 mil habitantes en 2020**, lo que representa una caída interanual del 47,1%. En términos absolutos la diferencia fue de 2.193 notificaciones. Los establecimientos notificantes también cayeron abruptamente durante este período excepcional: pasaron de 3.195 en 2019 a solo 404 en 2020.

En cuanto a la distribución por edad, continúa siendo preocupante la cantidad de casos de adolescentes y jóvenes, con un casi 34% de los casos (Gráfico 12).

Gráfico 9. **Positividad en pruebas de sífilis en personas gestantes, según grupo etario y total. Argentina, 2020.**

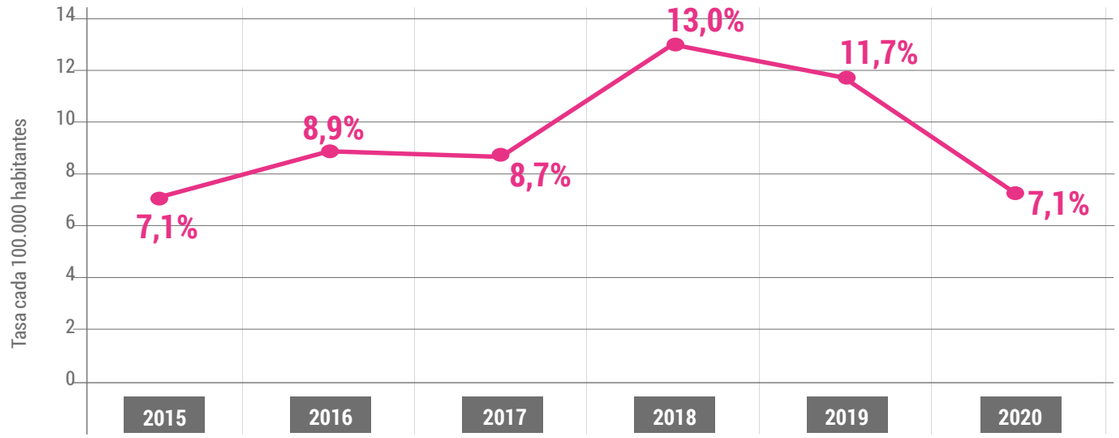


Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Notificación agrupada de laboratorio. Datos cerrados al 31/8/2021.

Consideraciones finales

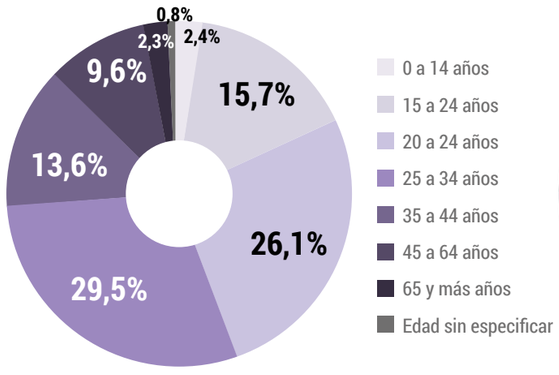
Indiscutiblemente, tras la emergencia sanitaria ocasionada por el COVID-19, estamos obligados a analizar los datos de ITS con suma prudencia. La caída en las notificaciones y en la cantidad de establecimientos que reportan nos interpela y obliga a trabajar para el refuerzo de los sistemas de información en salud ante las situaciones extraordinarias. A su vez, se hace necesario un estudio profundo sobre las nuevas conductas de cuidados y prácticas con respecto a la accesibilidad de los servicios de salud. No obstante, al ver cómo se mantienen entre años tendencias similares en grupos de edad y distribución por sexo en todas las ITS, es preciso intensificar acciones dedicadas a promover la prevención y el diagnóstico en los grupos etarios más jóvenes (entre 15 y 24 años), por los preocupantes niveles que presentan, especialmente la mayor positividad en pruebas de sífilis. Si bien se observa una preponderancia en la notificación de mujeres, debemos trabajar en la mejora del acceso a la salud de los varones.

Gráfico 10. **Evolución de la tasa de secreción genital purulenta en varones por 100 mil habitantes. Argentina, 2015-2020.**



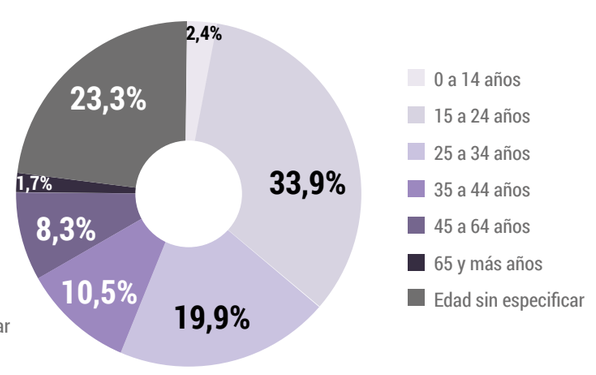
Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Notificación agrupada por consultas clínicas. Datos cerrados al 6/10/2021.

Gráfico 11. **Distribución etaria de la notificación clínica de secreción genital purulenta en varones. Argentina, 2020.**



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Notificación agrupada por consultas clínicas. Datos cerrados al 6/10/2021.

Gráfico 12. **Distribución etaria de las notificaciones clínicas de secreción genital sin especificar en varones. Argentina, 2020**



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Notificación agrupada por consultas clínicas. Datos cerrados al 6/10/2021.

Estrategia ETMI Plus
Infección por VIH y sífilis

Autores: Mariana Ceriotto[1] y Diego Martinez Madrid[1].
Agradecemos a la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación y al Área de Información Estratégica de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis.

[1] Coordinación ETMI Plus.

La Argentina, como Estado miembro de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), a través del "Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021" sostiene sus compromisos para la eliminación de la transmisión materno-infantil (ETMI Plus) del VIH, la sífilis congénita, la hepatitis B y el Chagas.

Las metas de eliminación son las siguientes:

- reducir la tasa de transmisión materno-infantil del VIH a 2% o menos;
- reducir la incidencia de la sífilis congénita (incluidos los mortinatos) a 0,5 casos o menos por 1.000 nacidos vivos;
- reducir la prevalencia del antígeno de superficie de VHB (HBsAg) en los niños de 4 a 6 años de edad a 0,1% o menos; y
- lograr que por lo menos un 90% de los niños con infección por *T. cruzi* se curen y tengan un resultado serológico negativo después del tratamiento.

La estrategia ETMI Plus se incorporó al Plan Estratégico Nacional de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis (DRVIHVyT) de los años 2018-2021, que se trabajó en forma conjunta con ONUSIDA, OPS, UNICEF, programas de VIH jurisdiccionales y organizaciones de la sociedad civil.

A partir de 2018, la gestión de la información sobre eventos de transmisión perinatal de infecciones se realiza exclusivamente a través del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (SNVS 2.0), que funciona dentro del entorno del Sistema Integrado de información Sanitaria Argentino (SISA). Es el sistema único de reporte de casos para los eventos de notificación obligatoria en Argentina, entre los que se cuentan todas las patologías asociadas a la iniciativa ETMI Plus, tanto en personas gestantes como en personas recién nacidas.

Durante 2018 y 2019, equipos de las direcciones que conforman la CoNaGeI-TP (Comisión Nacional de Gestión Integrada para la Vigilancia, Prevención y Eliminación de la Transmisión Perinatal), junto a miembros de OPS/ONUSIDA/UNICEF y una consultora externa, realizaron una serie de monitoreos y evaluaciones de los niveles subnacionales en jurisdicciones interesadas en la evaluación. El objetivo fue monitorear los avances alcanzados en la implementación de la estrategia y las brechas existentes en función de las metas propuestas. Se evaluó la información correspondiente a los años 2016 y 2017.

Se concretó un total de cuatro misiones de monitoreo subnacional a las jurisdicciones de Córdoba, Santa Fe, Jujuy y Corrientes. Las autoridades sanitarias de cada jurisdicción recibieron un informe final del monitoreo con hallazgos y recomendaciones de cada dimensión analizada. Algunas de las recomendaciones comunes a los diferentes escenarios fueron: integración de abordaje de las cuatro infecciones de transmisión vertical (ITV), fortalecimiento de las mesas de gestión provincial, optimización del testeo en el primer nivel de atención, descentralización de la atención y el tratamiento de las cuatro ITV, optimizar el acceso al tratamiento y su registro adecuado, progresar en la utilización del SNVS 2.0 como herramienta de gestión de la información y procesos de atención y de recursos en los diferentes niveles, subsectores y efectores.

A partir de 2020, la ocurrencia de la pandemia de COVID-19 y la evolución de los diferentes escenarios epidemiológicos jurisdiccionales –que comprometieron a los equipos de salud mayoritariamente a su asistencia– obligaron a diferir las actividades presenciales de post monitoreo para evaluar los progresos.

La pandemia de COVID-19 no solo alteró la posibilidad de las acciones territoriales relativas a la iniciativa ETMI Plus, sino también la necesaria optimización de la gestión de la información. Así se vieron fuertemente afectados los procesos de asistencia, vigilancia y notificación de los eventos. Redistribución de los equipos asistenciales hacia COVID-19, incorporación de nuevos actores a los procesos de notificación y cambios en la política de usuarios de sistema son algunas de las dificultades referidas por las jurisdicciones.

Como resultado, encontramos que, a las dificultades de integración de los datos al SNVS 2.0 a partir de 2018, se sumó el fuerte impacto de la pandemia en la notificación, por lo cual la información de eventos en personas gestantes y personas recién nacidas no está completa en su totalidad. Este artículo describe y analiza, entonces, los eventos disponibles que cuentan con información de calidad suficiente. La información faltante se obtendrá a través de un proceso conjunto de reconstrucción de datos con las jurisdicciones en el que pueda sumarse información disponible a nivel local para su incorporación en el SNVS 2.0.

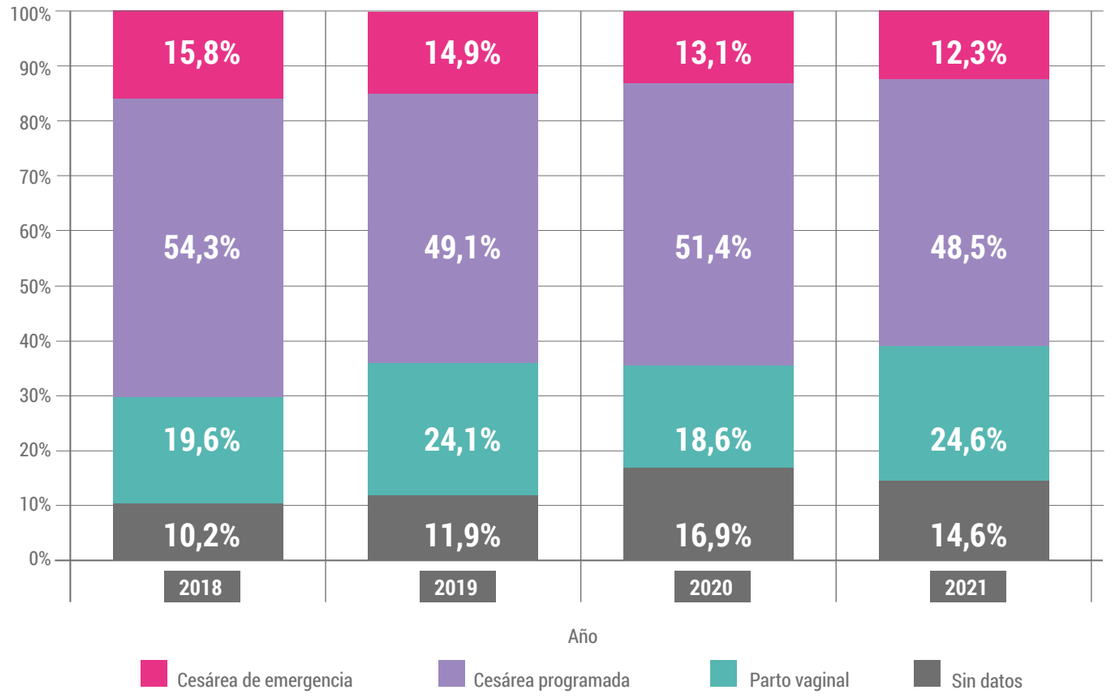
Infección por VIH en personas gestantes

Entre abril de 2018 y septiembre de 2021, en el SNVS 2.0 se notificaron 3.187 casos de VIH en embarazo (descartado, probable y confirmado). De estos, 1.448 (45,4% no tenían consignada la fecha del parto).

Los casos que están registrados como casos confirmados de VIH en un embarazo y que cuentan con fecha de parto son 1.671. En todas las variables analizadas se observa un faltante de datos disponibles que se acrecienta en 2020 y 2021, y por lo tanto las cifras deben considerarse como preliminares y pasibles de modificaciones conforme se obtenga nueva información y se complete la existente. En los Gráficos 1 y 2 se describen algunas de las características principales.

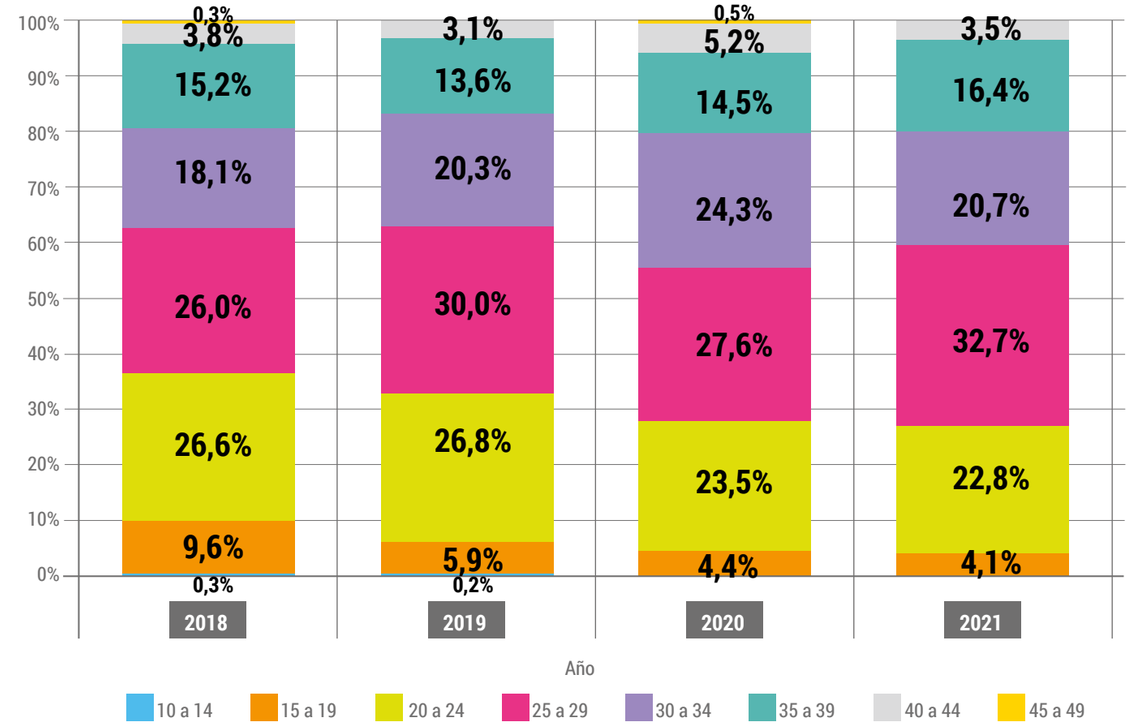
La modalidad de parto por cesárea continúa siendo la más frecuente (en las dos categorías analizadas) y mantiene cifras estables. No hay evidencia de un cambio en las prácticas de los equipos de salud en relación con el modo de finalización del embarazo (Gráfico 1).

Gráfico 1. **Distribución del tipo de parto en casos confirmados de VIH en personas gestantes por año de parto. Argentina, 2018-2021.**



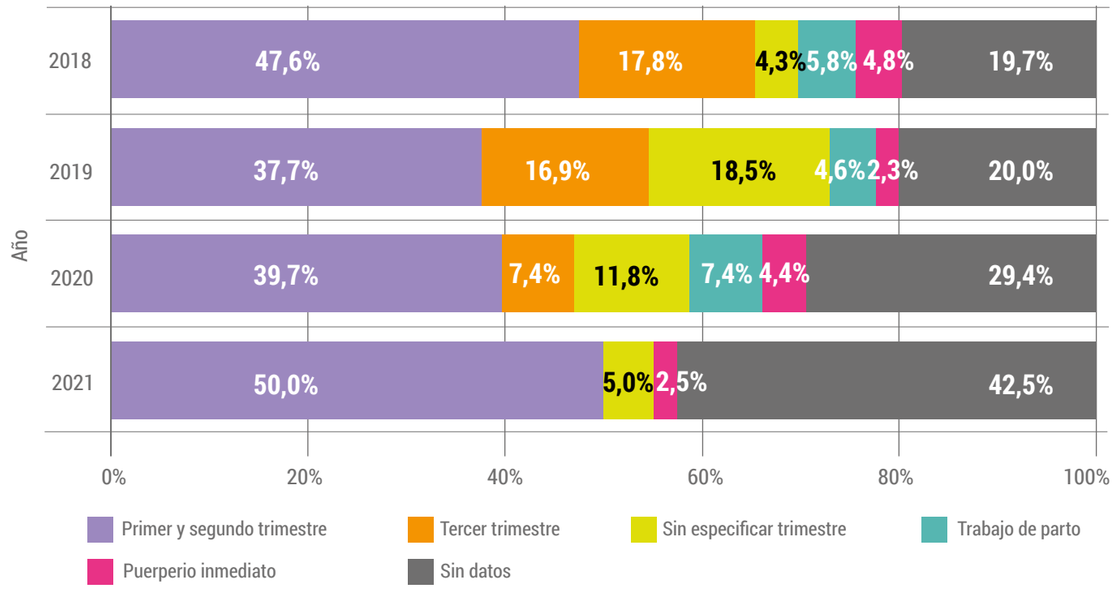
Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la salud (SNVS 2.0). Período 27/4/2018 al 19/09/2021.

Gráfico 2. Distribución por grupos de edad de los casos confirmados de VIH en personas gestantes por año de parto. Argentina, 2018-2021.



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la salud (SNVS 2.0). Período 27/4/2018 al 19/9/2021.

Gráfico 3. Distribución del momento del diagnóstico de VIH en personas gestantes por año de parto. Argentina, 2018-2021.

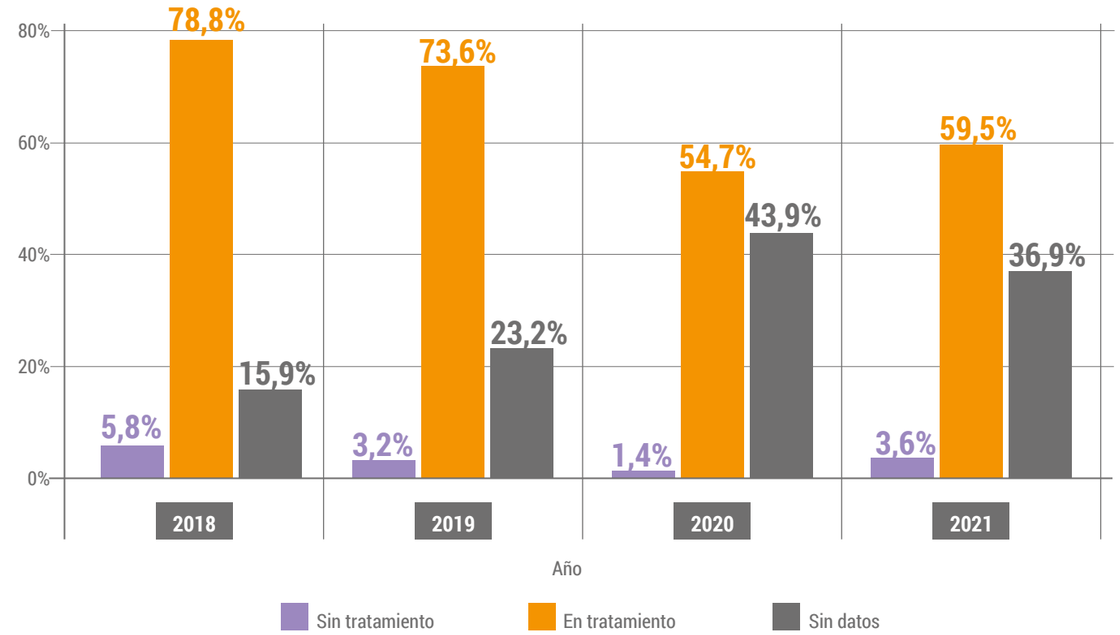


Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la salud (SNVS 2.0). Período 27/4/2018 al 19/9/2021.

La persistencia de diagnósticos tardíos (durante el tercer trimestre, el trabajo de parto y el puerperio) pone en evidencia que deben aumentarse los esfuerzos para el acceso al diagnóstico en las etapas tempranas de la gestación para el inicio inmediato del tratamiento antirretroviral (Gráfico 3).

Las cifras de cobertura de tratamiento antirretroviral (TARV) antes del parto son más bajas que las reportadas en períodos previos, pero la proporción de ausencia de datos se ha incrementado (Gráfico 4).

Gráfico 4. Proporción de personas gestantes con VIH en tratamiento antirretroviral antes el parto. Argentina, 2018- 2021.



Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la salud (SNVS 2.0). Período 27/4/2018 al 19/9/2021.

Personas recién nacidas expuestas al VIH

Los siguientes datos corresponden a los casos notificados en el SNVS 2.0 al evento "VIH - Expuesto Perinatal" que cuentan con fecha de nacimiento durante el mismo período analizado en el apartado anterior, de abril de 2018 a septiembre de 2021.

Tabla 1. Clasificación de los casos de expuestos perinatales al VIH. Argentina, 2018-2021.

Clasificación	Total	Porcentaje
En duda	6	0,2%
En estudio	821	25,9%
Negativo	988	31,1%
Positivo	20	0,6%
Sin laboratorio	1.340	42,2%
Total	3.175	100%

Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la salud (SNVS 2.0). Período 27/4/2018 al 19/9/2021.

Del total de casos notificados, es destacable la ausencia de información de laboratorio en el 42,2% de ellos (Tabla 1). La información desagregada por año de nacimiento se resume en el Gráfico 5.

La ausencia de datos de laboratorio, cercana al 40% en todos los años analizados, no permite una adecuada estimación de la tasa de transmisión vertical del VIH. En virtud de ello, se plantean dos estrategias complementarias para disponer en un futuro cercano de los datos que permitan la estimación y la consiguiente publicación de datos completos:

- La reconstrucción de la información a partir de fuentes de datos locales que se ingresen al SNVS 2.0, en un trabajo conjunto entre el Ministerio de Salud de la Nación y las jurisdicciones.

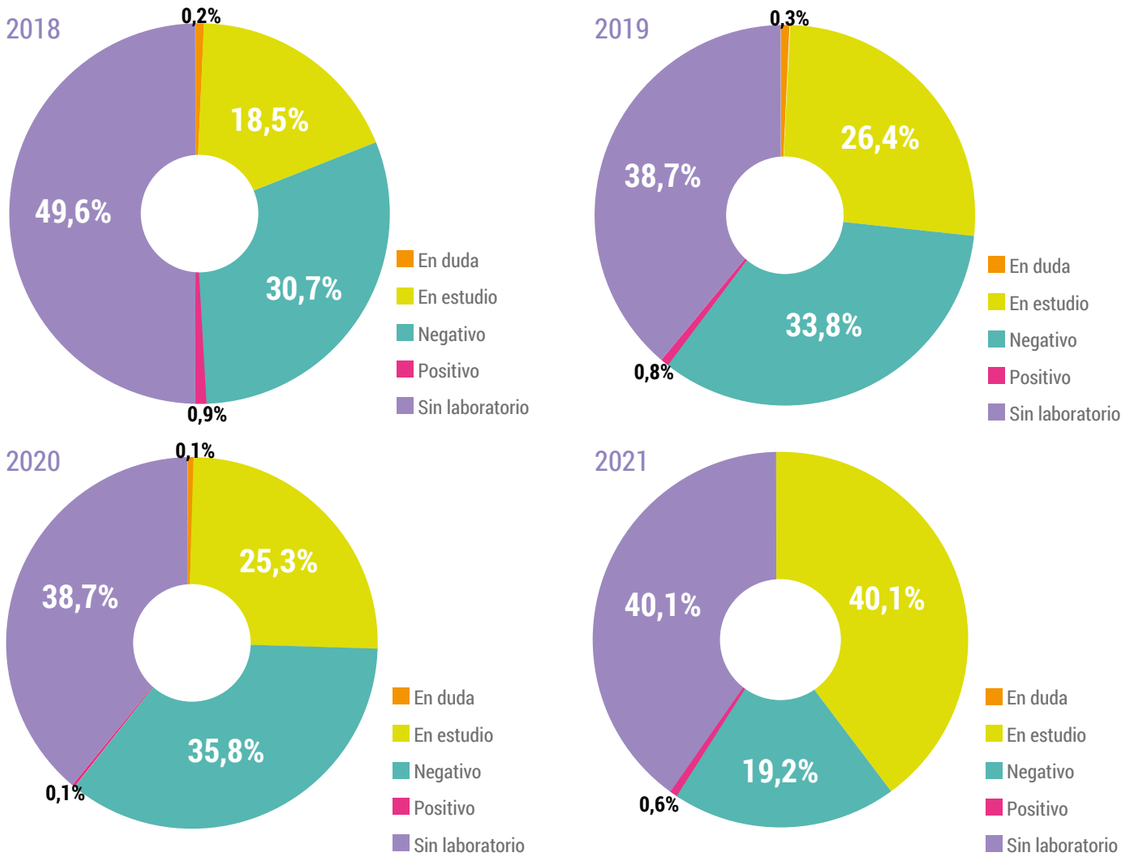
- Avances en la interoperabilidad de los sistemas de información de los laboratorios de referencia con el SVIH y el SNVS 2.0.

Sífilis en personas gestantes y sífilis congénita

El análisis de la tasa de notificación de casos de sífilis en Argentina continúa mostrando una tendencia en aumento aunque, como se ha dicho, el impacto de la pandemia de COVID-19 alteró sustancialmente la notificación de este evento. En este contexto epidemiológico, resulta particularmente alarmante el **sostenido incremento de la positividad de sífilis en muestras correspondientes a personas gestantes.** El análisis de los datos desde 2011 hasta 2020 muestra que la positividad se ha triplicado en este grupo, de 1,8% en 2011 a 5,5% en 2020 (Gráfico 6).

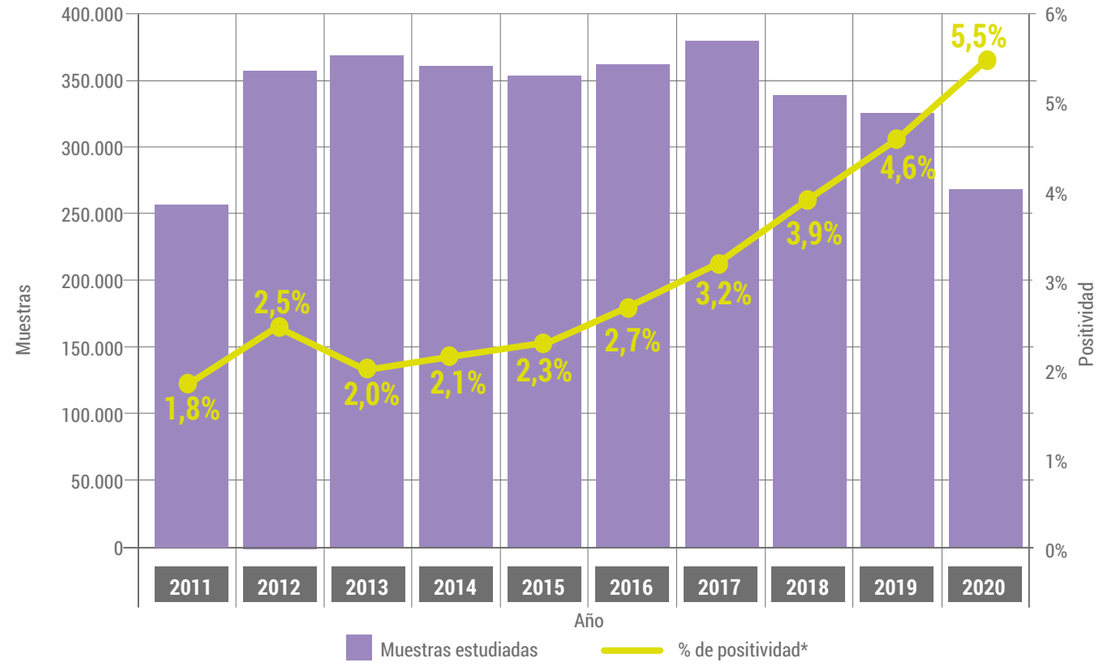
El Gráfico 7 muestra una marcada concentración de la positividad en las personas gestantes de 15 a 19 y 20 a 24 años de edad, lo que obliga a los equipos de salud a jerarquizar las acciones de diagnóstico y tratamiento oportunos tanto para las personas gestantes como para sus parejas sexuales en estos grupos etarios, con el fin de evitar reinfecciones y la transmisión vertical de la infección.

Gráfico 5. **Clasificación de los casos de expuestos al VIH perinatales por año de nacimiento. Argentina, 2018-2021.**



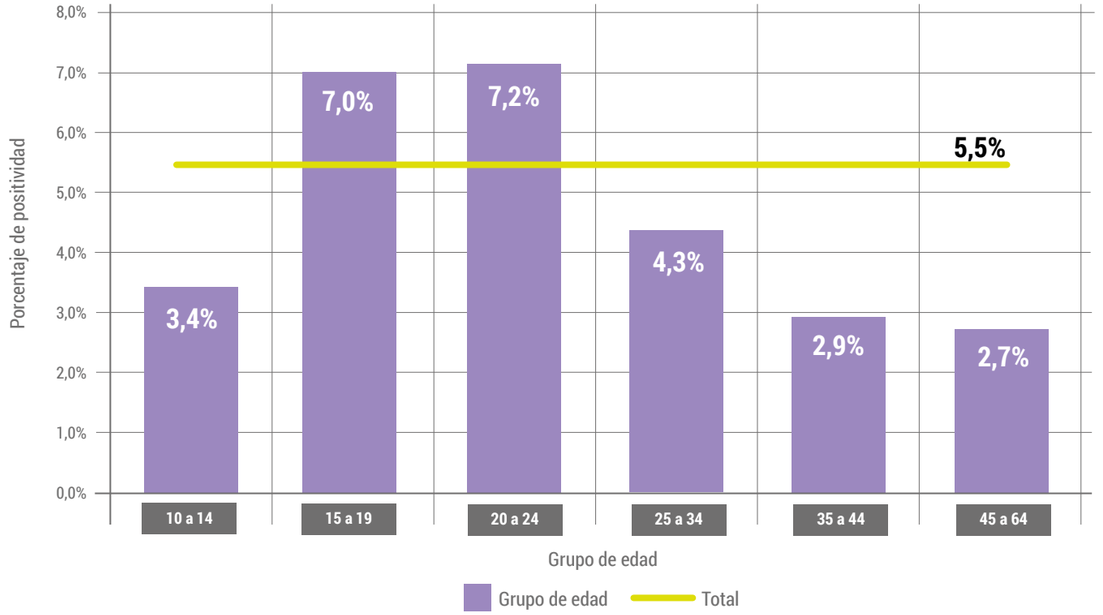
Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la salud (SNVS 2.0). Período 27/4/2018 al 19/9/2021.

Gráfico 6. **Evolución de la cantidad de muestras estudiadas y porcentaje de positividad en pruebas de tamizaje para sífilis en personas gestantes. Argentina, 2011-2020.**



* La positividad se calcula con los resultados de laboratorio de pruebas de tamizaje durante el primer control prenatal.
Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la salud (SNVS 2.0).

Gráfico 7. **Porcentaje de positividad en pruebas de tamizaje para sífilis en personas gestantes según grupo etario y total. Argentina, 2020.**



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

Un seguimiento personalizado de los casos de sífilis gestacional requiere un abordaje integral del grupo familiar que permita llegar al momento del parto con el evento resuelto desde el punto de vista clínico y evitar un nuevo caso de sífilis congénita. La adecuada notificación del diagnóstico y del tratamiento materno recibido permite una mejor evaluación de la persona recién nacida y evita internaciones innecesarias para recibir tratamiento por vía intravenosa.

La definición de caso de sífilis congénita incluye para su notificación no solamente información sobre la persona recién nacida y sus datos clínicos y de laboratorio, sino también los antecedentes sobre el tratamiento de la persona gestante. Si bien **en la actualidad la definición se encuentra en etapa de revisión**, para el período informado en esta publicación se utilizó el siguiente criterio para la definición de caso de sífilis congénita: toda persona recién nacida, aborto o mortinato cuya madre tuvo sífilis no tratada, fue inadecuadamente tratada o no hay constancia de tratamiento, independientemente de la presencia de signos, síntomas o resultados de laboratorio; o toda persona recién nacida con evidencia clínica de sífilis congénita; o con resultados de laboratorio compatibles con infección sifilítica (independientemente del tipo de tratamiento que recibió la madre durante el embarazo).

La complejidad del criterio actual conlleva, entonces, la posibilidad de que frente a información incompleta, por ejemplo sobre el antecedente de tratamiento de la gestante o del laboratorio de la persona recién nacida, las jurisdicciones realicen la notificación de diferentes modos.

Las tasas presentadas en el Gráfico 8 se construyen a partir de los casos notificados como "casos confirmados de sífilis congénita".

En el período 2015-2017, la tasa a nivel nacional mostró un ascenso sostenido, que en 2018-2019 evidencia una estabilización.

Como se ha informado en diferentes apartados de este documento, el descenso observado en la tasa estimada para 2020 debe encuadrarse en las posibles interferencias que el contexto de pandemia de COVID-19 le imprimió a la notificación de eventos de salud (Gráfico 8 y Tabla 2).

Gráfico 8. Evolución de la tasa de sífilis congénita cada 1.000 nacidos vivos. Argentina, 2015-2020.

Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica en base a datos del SNVS 2.0. Notificación nominal. Información suministrada y actualizada a octubre de 2021, pueden surgir cambios por ajustes en la notificación.

Tabla 2. Casos totales y tasas de sífilis congénita cada 1.000 nacidos vivos por año. Argentina, 2015-2020.

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Casos totales de sífilis congénita*	930	1.031	1.216	1.081	1.060	712
Tasas	1,21	1,42	1,67	1,58	1,69	1,14

Fuente: Elaborado por la Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica en base a datos del SNVS 2.0. Notificación nominal. Información suministrada y actualizada a octubre de 2021, pueden surgir cambios por ajustes en la notificación. * Se incluyeron los casos notificados como "casos confirmados de sífilis congénita".

Acciones futuras

En Argentina el cumplimiento de las metas propuestas para 2020 no ha sido alcanzado aún y resulta necesario redoblar los esfuerzos para lograrlo en el futuro. Esto obliga a priorizar un modelo de abordaje integral de la salud de las personas gestantes y sus familias, jerarquizando las acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención. El fortalecimiento de las Mesas de Gestión Integrada para prevenir la Transmisión Perinatal a nivel jurisdiccional es fundamental, ya que a ese espacio concurren los equipos de las diferentes áreas involucradas en la iniciativa ETMI Plus. Dentro entonces de ese marco estratégico, se podrán llevar adelante líneas de acción, adecuadas siempre a cada escenario jurisdiccional.

Situación del VIH en la Argentina

Autores: Ariel Adaszko[1], Sebastián Aquila[1], Vanesa Kaynar[1], Valeria Levite[1], Mercedes Musso[1], Marysol Orlando[1].
Agradecemos la información provista por el Área de Vigilancia de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación.

[1] Área de Información Estratégica de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis.

Trabajo con los equipos jurisdiccionales para mejorar la calidad de la información epidemiológica

Este año se cumplen dos décadas desde que en la Argentina se estableciera la obligatoriedad de reportar los nuevos diagnósticos de VIH a la autoridad sanitaria, ya que hasta 2001 solo se notificaban casos de sida. Durante la primera década de este siglo ambos eventos se vigilaron en paralelo, pero ya en la siguiente el reporte de casos de sida fue perdiendo fuerza a raíz de los cambios en los procesos salud/enfermedad del VIH, debidos principalmente al amplio acceso a la medicación antirretroviral en nuestro país entre quienes estaban diagnosticados. A su vez, se sumaron otros dos eventos de vigilancia epidemiológica relacionados con la transmisión vertical: expuestos perinatales y embarazos en gestantes con VIH.

En esta sección del Boletín se analiza la incidencia de casos de VIH notificados y el perfil de las personas con nuevo diagnóstico, en tanto los indicadores de vigilancia vinculados con la oportunidad del diagnóstico, ETMI Plus y mortalidad por sida se presentan en secciones aparte.

Durante 2018 se migró la base de datos de casos de VIH que hasta entonces gestionaba la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis (DRVIHVyT) al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) en el entorno del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina (SISA), por lo que desde ese momento el sistema de información sobre el que se apoya la vigilancia de casos es gestionado por la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud. No obstante, el trabajo sobre la calidad de información y su análisis se sigue realizando en el Área de Información Estratégica de la DRVIHVyT.

La pandemia de COVID-19 que estamos atravesando aceleró el proceso de descentralización del reporte epidemiológico a nivel local, y así modernizó un proceso que durante casi tres décadas se había sostenido con pocos cambios: las notificaciones en papel eran completadas por los equipos de salud y, luego de un extenso recorrido, cargadas manual y centralizadamente en el Ministerio de Salud de la Nación, ubicado en la ciudad de Buenos Aires. **A partir de 2020, los equipos asistenciales y los programas de VIH-sida jurisdiccionales comenzaron a obtener usuarios para la carga local de los eventos bajo vigilancia al SNVS 2.0. A esto se sumó la integración de la información sobre diagnósticos originada en los laboratorios. En 2021 también comenzaron a incorporarse a la carga descentralizada las obras sociales.**

El proceso de descentralización fue acompañado de una serie de capacitaciones a usuarios y potenciales usuarios del SNVS 2.0, a fin de mejorar la calidad y oportunidad del reporte epidemiológico de los casos.

El trabajo con quienes ingresan información al sistema como con quienes la analizan y usan a nivel local involucra un ciclo continuo de monitoreo y retroalimentación para asegurar la calidad de los datos. Para ello, periódicamente se realizan procesamientos y análisis de un conjunto de variables seleccionadas por considerarse esenciales para la vigilancia epidemiológica de los eventos de VIH a partir de las bases completas que provee el SNVS 2.0. Esto arroja información acerca de la calidad y la oportunidad de lo notificado en el sistema a nivel jurisdiccional y por establecimiento.

Actualmente se realizan tres cortes anuales y los resultados se trabajan de manera remota con los responsables de cada jurisdicción para evaluar la apropiación del sistema, identificar usuarios que requieren ser capacitados para la carga de estos eventos y generar estrategias acordes a las características de cada jurisdicción.

En diversos encuentros virtuales durante 2020 y 2021 se realizaron capacitaciones a los equipos de Jujuy, Salta, Tucumán, Catamarca, Santiago del Estero, Formosa, Chaco, Misiones, Corrientes, Mendoza, San Juan, San Luis, Córdoba, Santa Fe, Neuquén, La Pampa, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego. A su vez con CABA, regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires, Río Negro y Entre Ríos se compartieron documentos con las características de las variables notificadas y la información creada a nivel local por cada uno de los usuarios del sistema, en pos de la mejora de la calidad de los datos.

Con respecto a las obras sociales que tramitan recupero de los tratamientos antirretrovirales en el Sistema Único de Reintegro (SUR) de la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), se efectuaron asesorías continuas para la descentralización de la notificación y del uso del SNVS 2.0. Con la capacitación de la obra social de Pasteleros, se inició la incorporación de la notificación epidemiológica de VIH por parte de médicos auditores de distintas obras sociales del país.

Estas acciones sistemáticas lograron mejorar tanto la calidad del reporte de quienes ya formaban parte del sistema como incorporar a nuevos usuarios y usuarias en distintas jurisdicciones y establecimientos de salud. Se establecieron además circuitos de derivación de muestras por laboratorio a través del SNVS 2.0. También se identificaron los circuitos de seguimiento epidemiológico y alertas de los eventos.

Por otro lado, se hallaron problemas para la adherencia al sistema, cuyo principal motivo se centró en la multiplicidad de entornos para reportar la misma información, aunque con objetivos diferentes. A partir de esta situación **se planteó la posibilidad de que sistemas de los laboratorios y el SNVS 2.0 interoperen, proceso sobre el que se está trabajando en la actualidad, aprovechando la experiencia adquirida en procesos similares con el evento COVID-19.**

El análisis que se presenta a continuación refleja el referido trabajo con los equipos provinciales y con los usuarios y usuarias locales.

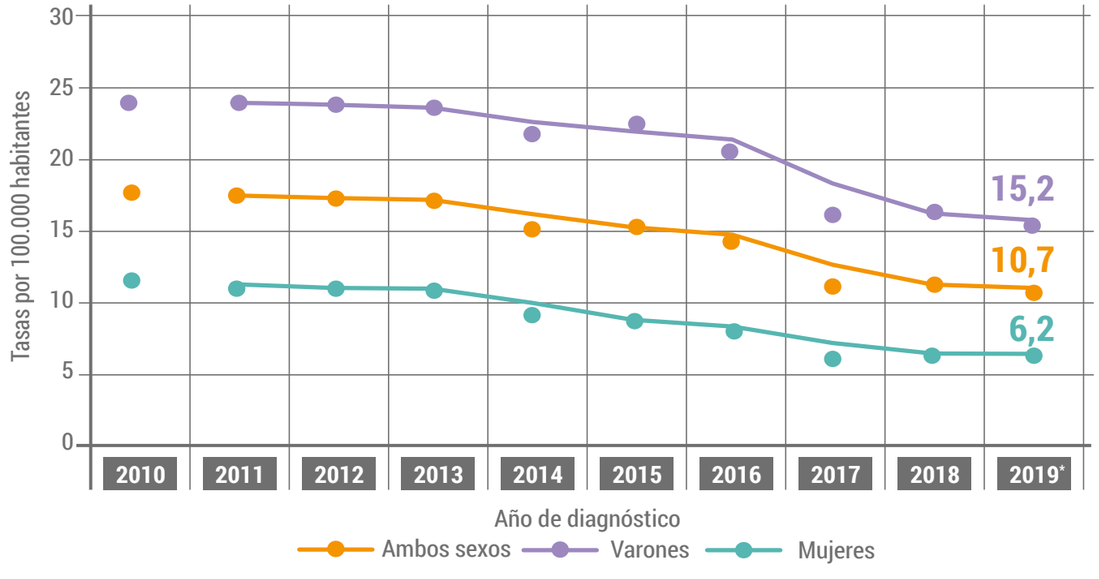
Tasa de VIH

Los datos que se presentan en esta sección abarcan el período 2010-2019, por lo que no se refleja en ellos el impacto de la pandemia de COVID-19.. En cuanto a la caracterización de las personas infectadas, los casos utilizados se extienden hasta el año 2020.

La tasa de casos de VIH por 100 mil habitantes se estabilizó en el trienio 2017-2019, luego de un descenso sostenido durante los años previos (Gráfico 1). Esto se puede deber a la implementación del SNVS 2.0 como sistema de información epidemiológica y a que comenzaron a considerarse los diagnósticos por laboratorio sin ficha epidemiológica específica, lo que puede haber compensado el descenso en el segundo tipo de reporte. A su vez, el reporte de laboratorio da cuenta de la magnitud de los nuevos diagnósticos en tiempo real, sin el retraso que afectaba el circuito de carga de las fichas epidemiológicas. Durante 2019, la tasa de VIH para ambos sexos se ubicó en 10,7 por 100 mil habitantes, 15,2 para los varones y 6,2 para las mujeres.

A partir de 2020, los equipos asistenciales y los programas de VIH-sida jurisdiccionales comenzaron a obtener usuarios para la carga local de los eventos bajo vigilancia al SNVS 2.0. A esto se sumó la integración de la información sobre diagnósticos originada en los laboratorios. En 2021 también comenzaron a incorporarse a la carga descentralizada las obras sociales.

Gráfico 1. **Evolución de la tasa de VIH por 100 mil habitantes según sexo biológico de nacimiento. Argentina, 2010-2019.**



* Año no cerrado, 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=62.871.

La estabilización en las tasas a partir de 2017 se observa en todos los grupos de edad, incluso en los intervalos entre 20 a 44 años, entre quienes más había caído en los años previos (Gráfico 2). Así, para 2019, la tasa más elevada la presentó el grupo de 25 a 34 años con un valor de 24,7 por 100 mil, seguida por el de 20 a 24 con 20,3 por 100 mil y por el de 35 a 44 con 18,3 por 100 mil.

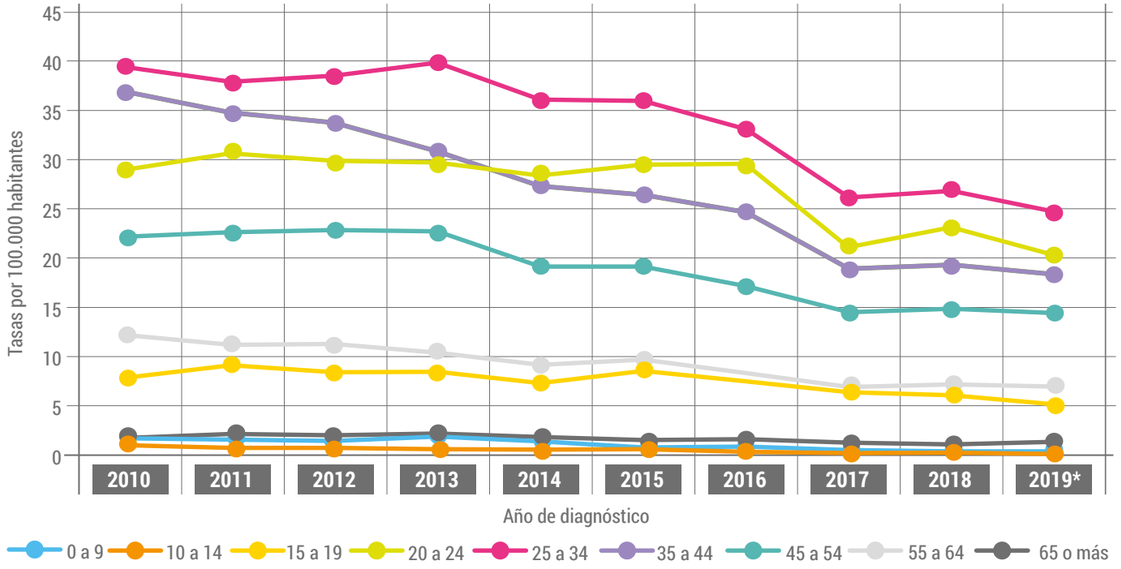
Al analizar la tasa según grupos de edad y sexo biológico de nacimiento –no se cuenta en este caso con información para hacer un análisis por género–, entre los varones, la tasa del grupo de 25 a 34 llegó al 37 por 100 mil, seguida por el de 20 a 24 con 29 por 100 mil y el de 35 a 44 con 25 por 100 mil. En todos los intervalos hasta los 19 años, las tasas son estables durante la última década. Entre las mujeres, en 2019 las tasas de los grupos de 20 a 45 son muy homogéneas y se ubican entre 10 y 12 por 100 mil. La única tendencia que contrasta aquí es la de las mujeres de 45 a 54 años, que llevan tres años con un ligero aumento.

A nivel regional[1] (Gráfico 3), las tasas muestran tendencias divergentes. **El descenso en el AMBA y el Centro evidenciado en boletines previos se ha estabilizado los últimos tres años, la Patagonia y el NEA muestran valores fluctuantes, en tanto que en el NOA y Cuyo están aumentando.** Para el 2019 las tasas de Patagonia, NOA y Cuyo confluyeron en valores de entre 16 y 17 por 100 mil, en tanto, en tanto que en AMBA, Centro y NEA se ubicaban entre 7 y 10 por 100 mil (la evolución de las tasas por región se presenta en la Tabla 4*).

A nivel de la jurisdicción de residencia, en 2019 las tasas más elevadas se presentaron en Jujuy (39,7 por 100 mil), Tierra del Fuego (25,4), Formosa (22,2), Salta (21,8), Neuquén (20,9) y CABA (20,4). Entre los varones, destacan las tasas de Jujuy (60,8 por 100 mil), CABA (34,0), Tierra del Fuego (32,5) y Salta (31,3). Entre las mujeres, destacan las tasas de Jujuy (19,2 por 100 mil), Tierra del Fuego (18,1) y Formosa (15,9). En cuanto a la evolución, las jurisdicciones donde es más clara la tendencia ascendente de las tasas son Formosa, Jujuy y La Rioja. Una tendencia marcada al descenso se observa en CABA, Córdoba y La Pampa (Tabla 3*).

En el Gráfico 4 se muestra la variación de las tasas provinciales a lo largo de la década. Para suavizar las fluctuaciones que podrían originarse en cambios en las prácticas de reporte, se construyeron tasas agrupando años: 2010-2012 por un lado y 2017-2019 por el otro. Así, se aprecia que a nivel país la tasa cae un 36%, aunque con valores que alcanzan el 85% en Catamarca, 71% en La Rioja y 67% en Santiago del Estero. Otras provincias con caídas importantes son Entre Ríos (60%), Corrientes (59%) y Santa Fe (55%). CABA y Buenos Aires caen 53% y 51%, respectivamente. En total hay catorce jurisdicciones en las que cae la tasa. En sentido inverso, en 10 jurisdicciones la tasa aumenta, aunque solo en tres de ellas el cambio es importante: Formosa (133%), Jujuy (96%) y La Pampa (20%).

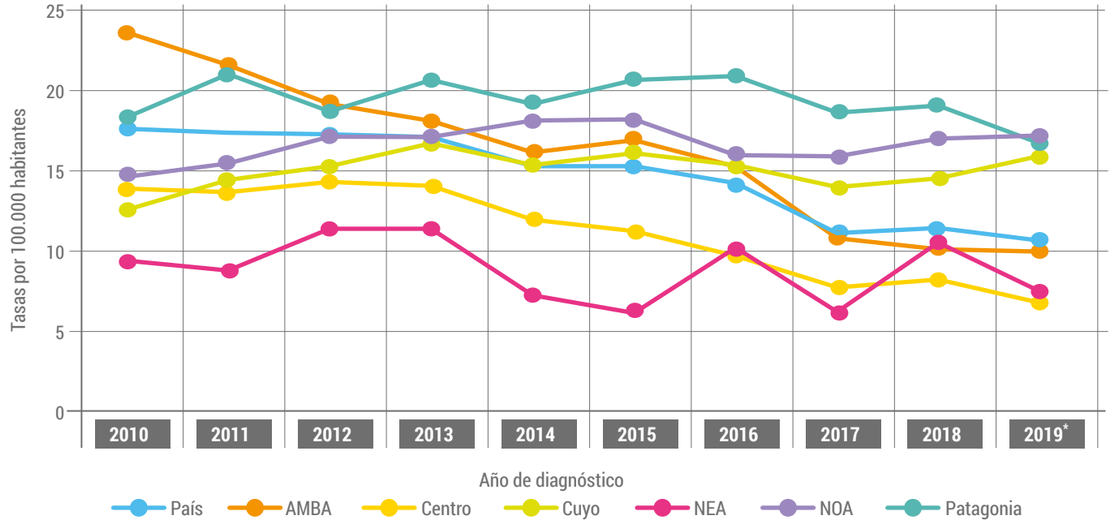
Gráfico 2. Evolución de las tasas de VIH por 100 mil habitantes según grupo de edad, ambos sexos. Argentina, 2010-2019.



* Año no cerrado, 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=62.871.

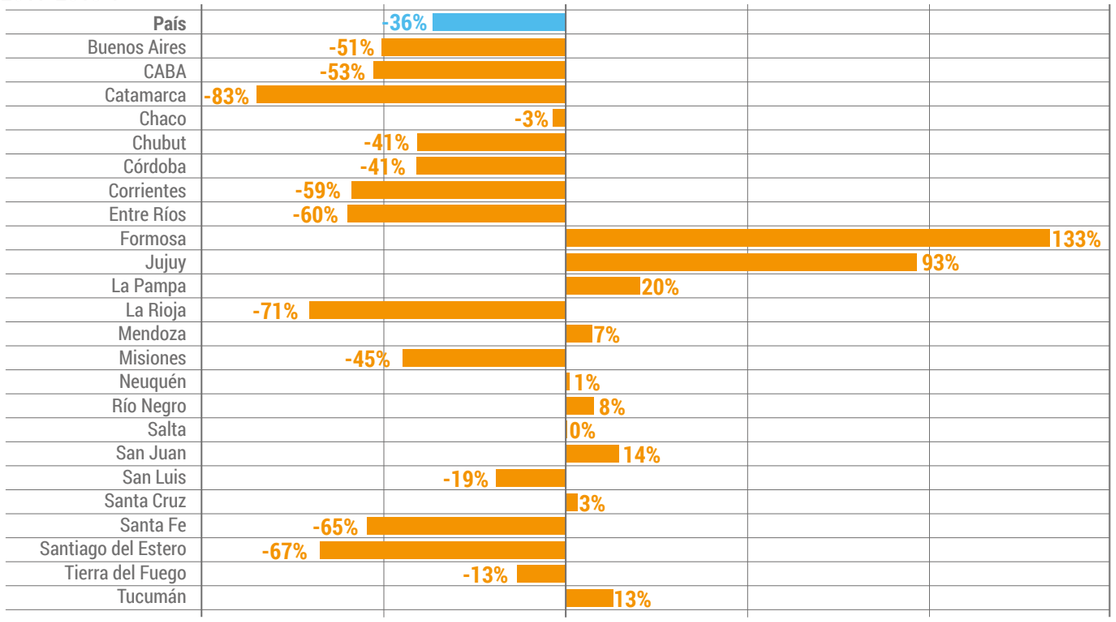
Gráfico 3. Evolución de las tasas de VIH por 100 mil habitantes según región de residencia. Argentina, 2010-2019*.



* Año no cerrado, 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=62.871.

Gráfico 4. Variación de la tasa de VIH por 100 mil habitantes por jurisdicción, ambos sexos. Argentina, 2010-2012 / 2017-2019*.



* 2019 es un año no cerrado, 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=36.336.

* Las tablas aquí mencionadas se presentan al final del artículo, desde la página 54.

[1] La región **AMBA** (área metropolitana de Buenos Aires) se define como la ciudad de Buenos Aires y los 24 partidos del Gran Buenos Aires. La región **Centro**, como el resto de los partidos de la provincia de Buenos Aires, Entre Ríos, Santa Fe y Córdoba. **Cuyo**, como las provincias de San Juan, San Luis y Mendoza. El **NEA** (noreste argentino) está conformado por Corrientes, Chaco, Formosa y Misiones. El **NOA** (noroeste argentino), por Salta, Jujuy, Tucumán, Catamarca, Santiago del Estero y La Rioja. Finalmente, la **Patagonia** está integrada por La Pampa, Neuquén, Río Negro, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego.

Al analizar la variación según sexos, el aumento en una década de la tasa de diagnósticos en varones de Formosa es de 139% y de Jujuy de 123%. Entre las mujeres, estas jurisdicciones aumentaron sus tasas en un 123% y 54% respectivamente.

Como información complementaria, en la sección Tablas al final del artículo, se muestra la evolución de la tasa de VIIH por región sanitaria de la provincia de Buenos Aires (Tabla 5*) y por partido del Gran Buenos Aires (Tabla 6*).

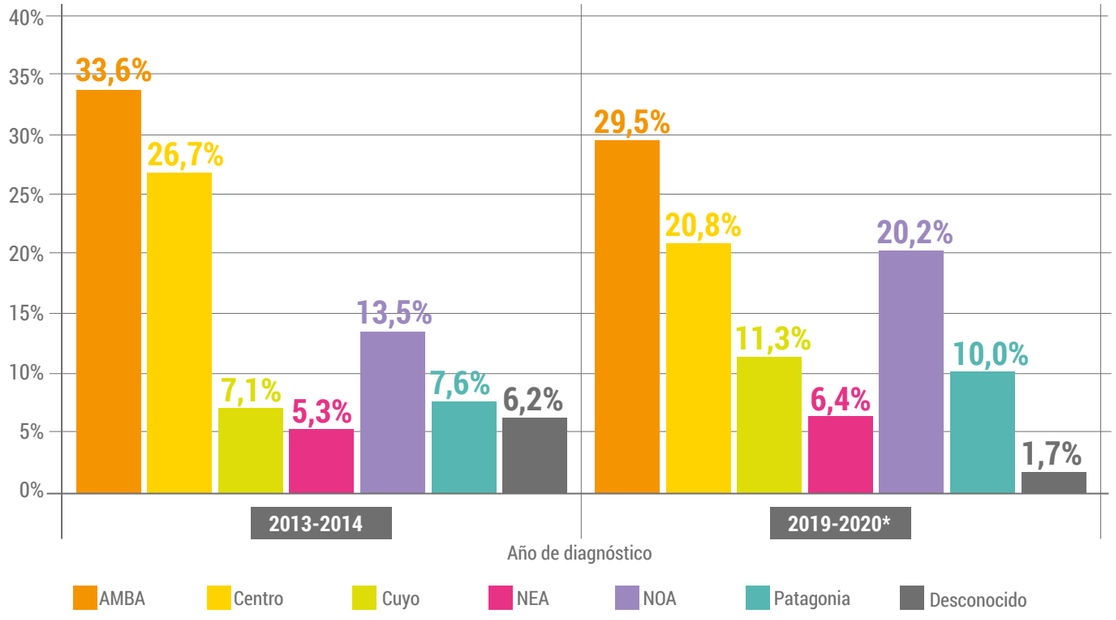
Caracterización de las personas con diagnóstico reciente de VIH

En el bienio 2019-2020 se reportaron 7.498 diagnósticos de VIH, casi la mitad de los casos notificados en un lapso similar hace una década. Hay que tomar en cuenta que no se consideran cerrados los dos últimos años y pueden estar sujetos a modificaciones, que se reportarán en futuros boletines. De ellos, el 29,5% vivía en el AMBA y el 20,8% en el resto de la región central del país (Gráfico 5). Estas dos regiones aportaron el 50,3% de los nuevos diagnósticos, una diferencia de diez puntos porcentuales menos que la informada hace una década. La región que más creció proporcionalmente fue el NOA, pasando del 13,5% al 20,2% de los casos, situación que la ubica al mismo nivel que la región central. Cuyo, Patagonia y NEA también incrementaron su participación entre los nuevos diagnósticos, aunque en menor medida.

Varias jurisdicciones aumentaron la proporción de casos que aportan al conjunto, aunque no necesariamente en términos absolutos, sino más bien por la caída en la cantidad de diagnósticos en otras que hace una década tenían más peso (Tabla 7*). Así, comparando los bienios 2013-2014 y 2019-2020, CABA pasa de 2.293 a 926 nuevos diagnósticos reportados por bienio, Buenos Aires de 4.053 a 1.954, Córdoba de 1.239 a 563 y Santa Fe de 845 a 320. Por el contrario, Formosa incrementa la cantidad de nuevos casos reportados de 113 a 215, Jujuy de 344 a 378 y San Juan de 188 a 201. Algunas provincias que aumentan su proporción, aunque caen ligeramente en números absolutos, son Mendoza, de 641 (4,7% de los casos nacionales en el bienio 2013-2014) a 555 (7,4% en el bienio 2019-2020); Salta, de 651 (4,7%) a 570 (7,6%); y Tucumán, de 541 (3,9%) a 482 (6,4%).

La caída en el último bienio se puede deber al subdiagnóstico y subreporte en el primer año de la pandemia de COVID-19, como ocurrió con el resto de los eventos

Gráfico 5. **Distribución de las personas con nuevo diagnóstico de VIH según región de residencia, en bienios seleccionados. Argentina, 2013-2014 / 2019-2020*.**



* 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=13.740.

* Las tablas aquí mencionadas se presentan al final del artículo, desde la página 54.

de salud de notificación obligatoria al SNVS 2.0, pero lo cierto es que es una tendencia que ya venía evidenciándose en el bienio intermedio 2017-2018.

Así las cosas, en el último bienio, la mayor proporción de notificaciones provino de Buenos Aires (26,1%), seguida de CABA (12,3%), Salta (7,6%), Córdoba (7,5%), Mendoza (7,4%), Tucumán (6,4%), Jujuy (5%) y Santa Fe (4,3%).

Dentro de la provincia de Buenos Aires (Tabla 1), en el último bienio, el 65,7% de los casos corresponden a residentes de alguno de los 24 partidos del Gran Buenos Aires, valor que solo alcanzaba al 57,4% en 2013-2014. Este incremento no supone una modificación en la distribución de las personas diagnosticadas, ya que en realidad es producto del descenso de casos que hace años figuraban sin lugar de residencia conocido. Entre 2019-2020, el 8,3% de los casos de la provincia provino de residentes de La Matanza, 5,8% de Avellaneda, 4,8% de Tigre, 4,7% de Quilmes y el 4,2% de Lomas de Zamora. Por fuera del GBA, el partido de General Pueyrredón aportó el 7,4% de los casos, por lo que fue el segundo partido con más residentes diagnosticados en la provincia.

Tabla 1. **Casos de VIH notificados en la provincia de Buenos Aires según partido de residencia, 2019-2020*.**

Partido	Casos	Proporción sobre la provincia	Proporción sobre el GBA
Almirante Brown	67	3,4%	5,2%
Avellaneda	114	5,8%	8,9%
Berazategui	17	0,9%	1,3%
Esteban Echeverría	32	1,6%	2,5%
Ezeiza	14	0,7%	1,1%
Florencio Varela	60	3,1%	4,7%
General San Martín	62	3,2%	4,8%
Hurlingham	21	1,1%	1,6%
Ituzaingó	19	1,0%	1,5%
José C. Paz	43	2,2%	3,3%
La Matanza	163	8,3%	12,7%
Lanús	68	3,5%	5,3%
Lomas de Zamora	82	4,2%	6,4%
Malvinas Argentinas	39	2,0%	3,0%
Merlo	73	3,7%	5,7%
Moreno	55	2,8%	4,3%
Morón	18	0,9%	1,4%
Quilmes	91	4,7%	7,1%
San Fernando	26	1,3%	2,0%
San Isidro	27	1,4%	2,1%
San Miguel	39	2,0%	3,0%
Tigre	94	4,8%	7,3%
Tres de Febrero	39	2,0%	3,0%
Vicente López	21	1,1%	1,6%
Subtotal GBA	**1.284**	**65,7%**	**100%**
General Pueyrredón	144	7,4%	
Bahía Blanca	61	3,1%	
La Plata	59	3,0%	
Pilar	44	2,3%	
Sin datos	50	2,6%	
Resto de los partidos	**312**	**16,0%**	
Total PBA	**1.954**	**100%**	

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

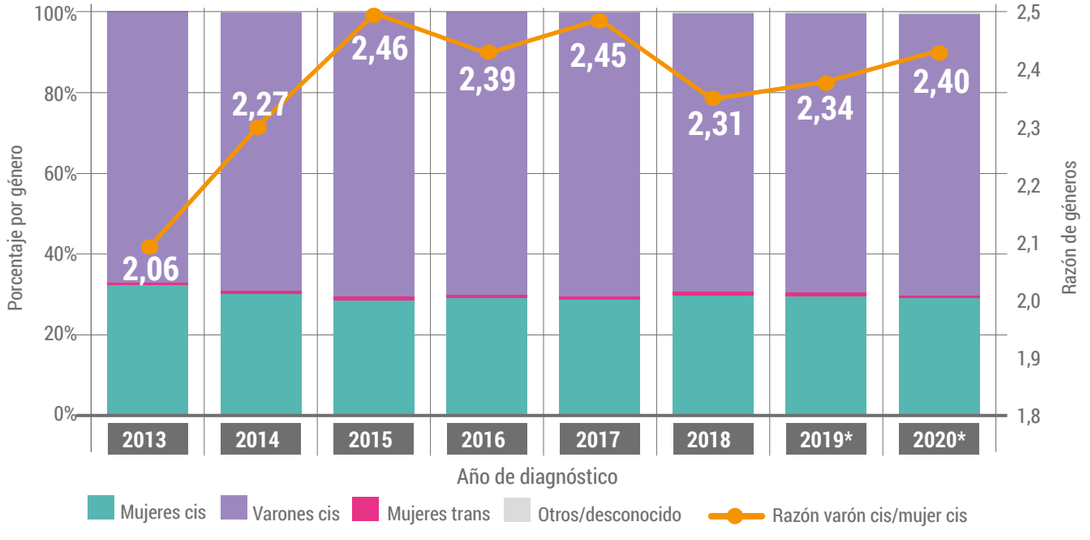
Fuente: Casos reportados al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=1.954.

Sexo/género

Poco más que el 29% de los diagnósticos se producen en mujeres cis, el 69,5% en varones cis y el 1% en mujeres trans (Gráfico 6). Esto ubica a la razón varones cis / mujeres cis en 2,4 a 1, sin cambios los últimos años. En números absolutos, se están diagnosticando y notificando un promedio de 45 mujeres trans y 6 varones trans por año.

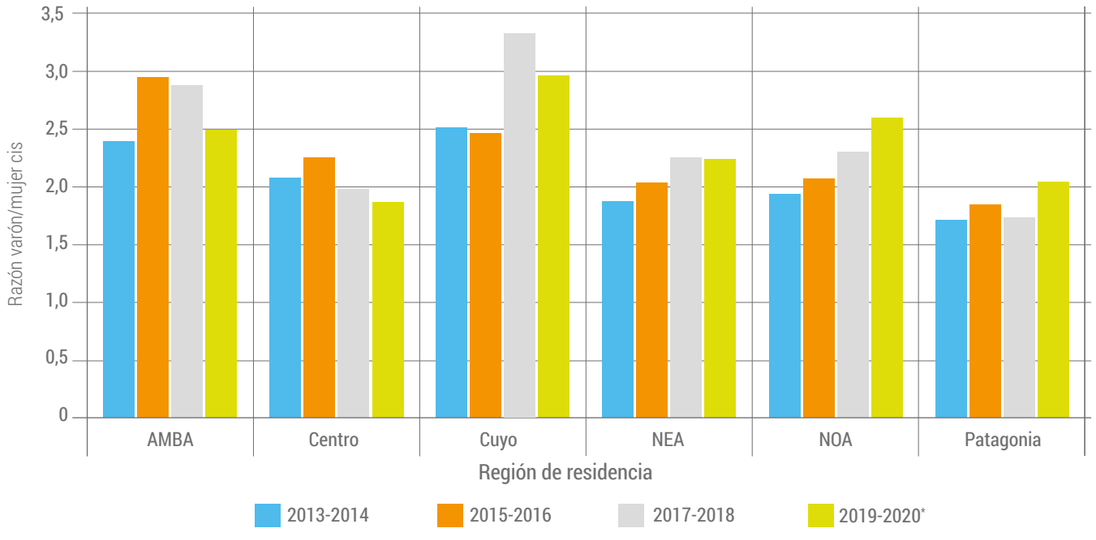
En el bienio 2019-2020, la razón de género entre personas cis más alta se observó en Cuyo, 3 varones cis cada 1 mujer cis, y la más baja en el área Centro, 1,9 a 1 (Gráfico 7). Al comparar los valores de este bienio con los reportes del período 2017-2018, se aprecia una leve caída en AMBA, Centro y Cuyo, y valores un poco más altos en el NOA y la Patagonia.

Gráfico 6. **Evolución de la distribución de diagnósticos de VIH por género y razón varón cis / mujer cis. Argentina, 2013-2020.**



* Año no cerrado, 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=43.614.

Gráfico 7. **Evolución de la razón varón cis / mujer cis según región. Argentina, 2013-2020.**



*** 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=41.656.

En la Tabla 8* se puede apreciar la evolución del indicador por provincia y las tendencias opuestas en diferentes jurisdicciones. La razón varón cis / mujer cis más alta se presenta en San Juan, 3,8 a 1, seguida de CABA, 3,6 a 1. Por el contrario, los valores más bajos se presentan en La Rioja, 1,4 a 1, y Santiago del Estero, 1,5 a 1. Un valor atípico presentó Catamarca, 0,5, pero puede deberse a un problema de subreporte, ya que en los años previos la razón siempre rondó 2 a 1.

La razón varón cis / mujer cis por edad a nivel nacional (Tabla 2) fue ascendiendo en los grupos que van de los 14 a los 34 años y descendiendo en los de 35 años o más. En el último bienio analizado, el indicador se ubicaba en 1,7 a 1 entre los adolescentes de 15 a 19 años, en 2,6 entre los jóvenes de 20 a 24 y en 3,1 entre los de 25 a 34 años. Vuelve a tener un valor por debajo de 2 entre las personas de 45 a 54 años. En los más chicos, la razón se ubica en 1 a 1 entre los de 0 a 4 y 10 a 14, pero desciende a 0,2 entre los de 5 a 9. En este subgrupo se reportaron entre 2019 y 2020 5 niñas y un niño.

El comportamiento de este indicador en las regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires se presenta en la Tabla 9*.

Tabla 2. **Evolución de la razón varón cis / mujer cis de casos de VIH según grupo de edad. Argentina, 2013-2020.**

	2013-2014	2015-2016	2017-2018	2019-2020*	Tendencia
0 a 4	0,9	0,7	0,4	1,0	
5 a 9	0,9	1,1	1,3	0,2	
10 a 14	0,7	0,6	0,6	1,0	
15 a 19	0,9	1,1	1,6	1,7	
20 a 24	2,1	2,8	2,5	2,6	
25 a 34	2,5	2,9	2,8	3,1	
35 a 44	2,2	2,3	2,1	2,0	
45 a 54	2,2	2,1	2,1	1,8	
55 a 64	2,4	2,7	2,6	2,4	
65 o más	2,3	3,1	3,8	2,2	

*** 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=43.614.

* Las tablas aquí mencionadas se presentan al final del artículo, desde la página 54.

Edad de diagnóstico

La mediana de edad de diagnóstico de VIH fue ascendiendo en todos los géneros, salvo en los varones cis, entre quienes este indicador se ubica en 32 años desde hace más de cinco años. Entre las mujeres cis la mediana alcanzó los 35 años el último bienio, entre las mujeres trans 30 años y entre los varones trans, 32 años (Gráfico 8).

En la Tabla 10* se presenta la evolución de la mediana de edad de diagnóstico por género según región y en la Tabla 11*, la misma información por jurisdicción. El aumento en la mediana de edad de diagnóstico entre las mujeres cis se aprecia en todas las regiones, salvo en el NEA donde se mantiene invariable en 33 años. Para el último bienio, este indicador alcanzó en AMBA y Patagonia un valor de 37 y en Cuyo, de 36. Entre los varones cis las diferencias interregionales son menores, el mínimo se presenta en el NEA y es de 30 años, y el máximo, de 33, en AMBA, Cuyo y Patagonia. Los valores entre las mujeres trans son más variables: parten de una mediana de 25 años en el NEA y 26 en el NOA hasta un máximo de 32 en AMBA. En el caso de los varones trans no se pueden inferir tendencias por la poca cantidad de casos. No obstante, salvo en el AMBA, en el resto de las regiones tienen medianas por debajo de 30 años.

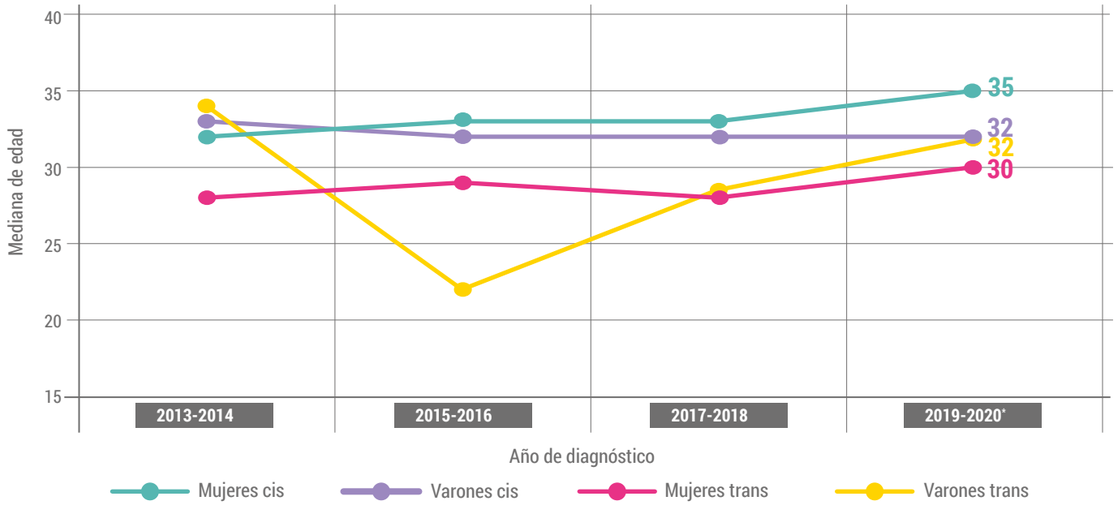
A nivel provincial (Tabla 11*), la mediana de edad más alta entre mujeres cis en 2019-2020 se presentó en Catamarca, 47 años; La Pampa, 43 años; San Luis, 41 años; y Neuquén y Santiago del Estero, ambas con valores de 40. En el otro extremo, Entre Ríos, con 27 años; Tierra del Fuego, 30; y Salta, Formosa y Corrientes, 31 años. Entre los varones cis, el valor más alto se también se encontró en Catamarca (43 años), seguido de Santa Cruz y Santiago del Estero (36); mientras que Misiones, Entre Ríos y Formosa presentan valores de 29. En la Tabla 12* se describe la evolución del indicador en las regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires.

Al analizar las proporciones por grupo de edad (Gráfico 9), salvo en el NOA, en el resto de las regiones al menos un cuarto de las mujeres cis diagnosticadas tienen 45 años o más. A su vez, salvo en el NEA y en el Centro, al menos uno de cada cinco varones cis tiene al menos 45 años. En cuanto a los grupos de menor edad, entre el 0,2% y el 2,2% de los diagnósticos producidos en 2019-2020 corresponden a niñas cis de 0 a 9 años y entre el 0,3% y el 0,8% a niños cis del mismo grupo etario. Las niñas cis representan el 2,2% de los diagnósticas del NOA y el 1,5% del NEA. Estos casos incluyen tanto infecciones por transmisión vertical como situaciones de abuso.

En cuanto al grupo de adolescentes de 10 a 19 años, a nivel país representan el 4,5% de los diagnósticos en mujeres cis y el 3,1% en varones cis. En este último caso, la proporción de los varones cis alcanza al 6,1% de los diagnósticos producidos en el NEA.

La distribución por grupo de edad según género y jurisdicción se presenta en la Tabla 13*.

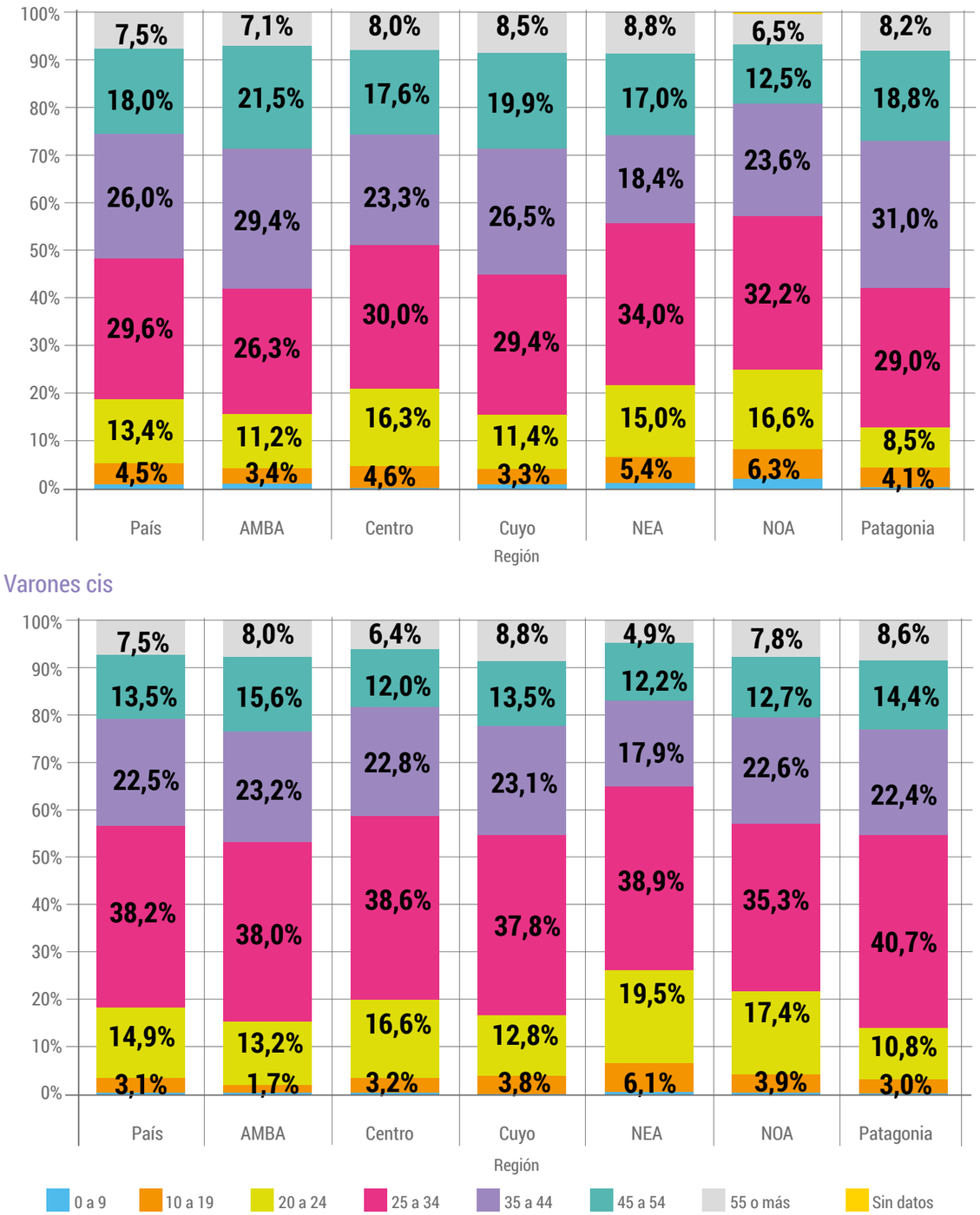
Gráfico 8. Evolución de la mediana de edad de diagnóstico de VIH según género. Argentina, 2013-2020.



* 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=43.614.

* Las tablas aquí mencionadas se presentan al final del artículo, desde la página 54.

Gráfico 9. Distribución por grupos de edad de los nuevos diagnósticos de VIH según género y región. Argentina, 2019-2020*.



* 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=13.667.

Nivel de instrucción

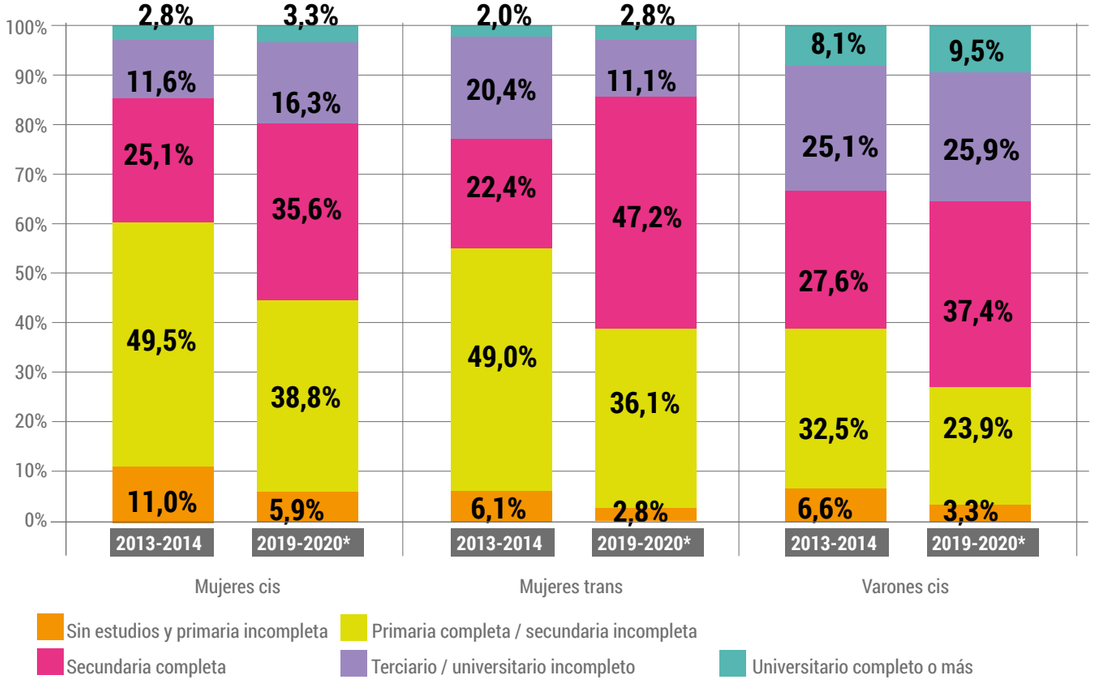
El máximo nivel de instrucción alcanzado al momento del diagnóstico de VIH es un indicador *proxy* de la situación social de la población, único en la ficha de notificación que trata de captar esta dimensión social. Este indicador se calcula sobre las personas de 19 años o más, ya que se entiende que las menores difícilmente puedan haber completado la educación media, hito importante y punto de corte entre distintos sectores sociales.

Tanto en mujeres como en varones cis se aprecia un aumento en el nivel de instrucción alcanzado a lo largo de la década (Gráfico 10). Entre las personas diagnosticadas en el bienio 2019-2020, el 55% de las mujeres cis, el 61% de las mujeres trans y el 73% de los varones cis tenían al menos el secundario completo. En los tres grupos se registró una mejora de entre doce y dieciséis puntos porcentuales en comparación con los valores de 2013-2014. En el último bienio, una de cada cinco mujeres cis y uno de cada tres varones cis tenían estudios universitarios completos o incompletos.

En la Tabla 14* se presenta esta información por región y en la Tabla 15*, el indicador desglosado por jurisdicción. En el bienio 2019-2020, el nivel de instrucción más bajo entre mujeres cis se registró en el NEA, donde casi el 68% no había terminado el nivel medio; en contraste con el AMBA, donde igual proporción tenía secundario completo o más. No obstante, en todas las regiones se observa un aumento del nivel educativo de este género. Entre los varones cis, los niveles de instrucción más bajos se observaron en Cuyo y en el NOA, donde el 38% y el 40% respectivamente no finalizaron la escuela media. Entre ellos, también se observa un aumento del nivel de instrucción en todas las regiones, salvo en el NOA, donde prácticamente no hay cambios entre los bienios en comparación.

Al analizar el máximo nivel alcanzado según la vía de transmisión del VIH en los varones cis (Gráfico 11), se aprecia una notoria diferencia entre quienes se infectaron durante relaciones sexuales con mujeres y quienes lo hicieron durante relaciones sexuales con varones. Mientras que entre los primeros solo el 17% había al menos iniciado un estudio superior, entre los segundos este porcentaje trepó al 46%.

Gráfico 10. **Evolución del nivel de instrucción alcanzado por personas de 19 años o más al momento del diagnóstico de VIH, según género. Argentina, 2013-2014 / 2019-2020*.**

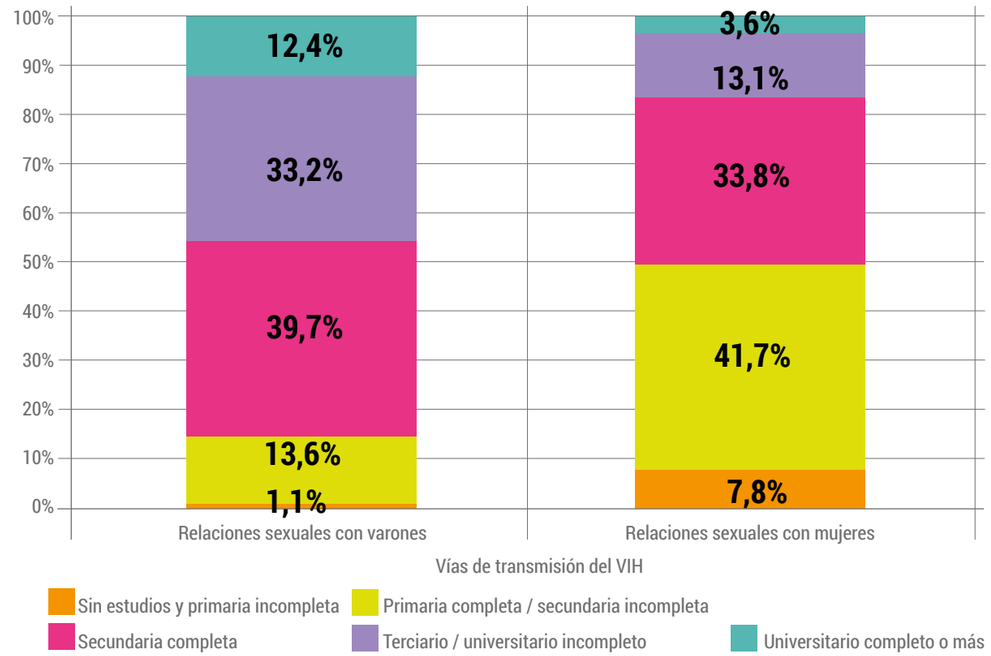


* Años no cerrados, con posibilidad de ajuste en futuros boletines.

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=12.777.

* Las tablas aquí mencionadas se presentan al final del artículo, desde la página 54.

Gráfico 11. **Distribución del nivel de estudio alcanzado por los varones cis de 19 años o más según vía de transmisión sexual del VIH. Argentina, 2019-2020*.**



* 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=1.710.

Vía de transmisión del VIH

Más del 98% de las personas diagnosticadas en el bienio 2019-2020 adquirieron el VIH por vía sexual. En el caso de los varones cis, el 36% en relaciones sexuales con mujeres y el 63%, con otros varones (Gráfico 12). A lo largo de la última década, fue ascendiendo la proporción de nuevos diagnósticos que tuvieron como vía más probable de transmisión las relaciones sexuales sin protección con otros varones. Entre las mujeres cis, las relaciones sexuales con varones también fueron aumentando proporcionalmente, aunque a expensas del descenso de los casos por transmisión vertical. En el caso de las mujeres trans, también fue creciendo el porcentaje de infectadas durante relaciones sexuales con varones, esta vez a expensas de la disminución en este grupo de los casos de infección durante relaciones sexuales desprotegidas con mujeres. Todos los varones trans reportados en el último bienio refieren haberse infectado durante relaciones sexuales con varones.

El uso compartido de material para el consumo de drogas como vía de transmisión del VIH, que alcanzaba casi la mitad de los casos hace 25 años, prácticamente ha desaparecido.

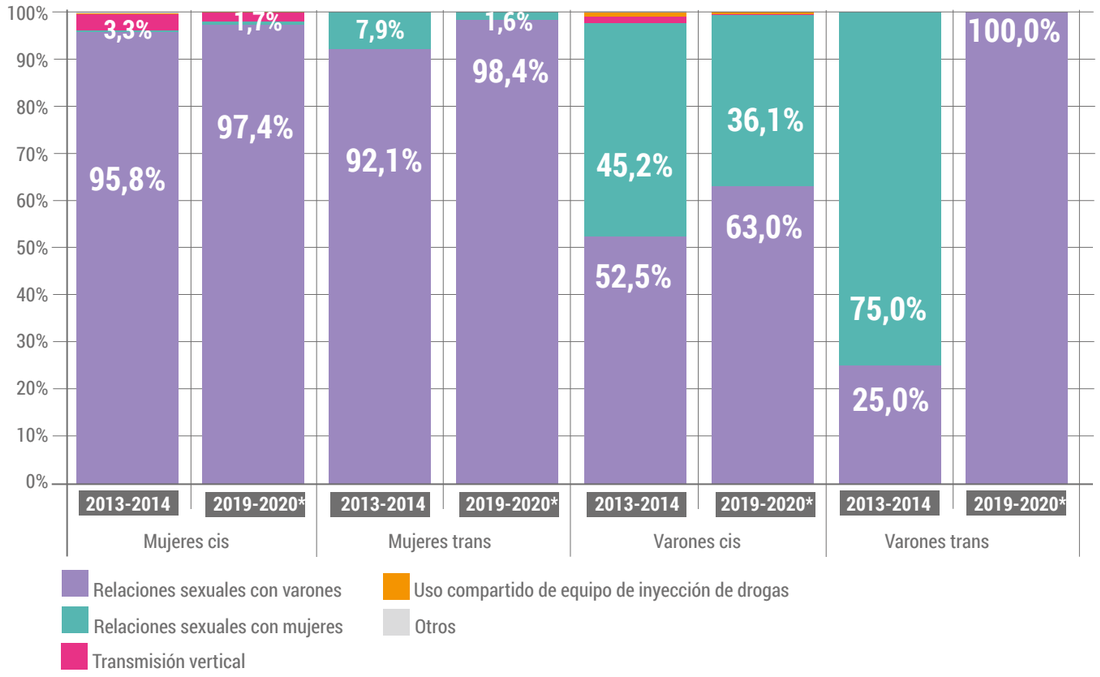
A nivel de región de residencia (Tabla 16*), entre los varones cis las relaciones sexuales con otros varones como principal vía de transmisión van del 51% en la Patagonia, al 70% y 71% en el AMBA y el NEA respectivamente, mediando valores cercanos al 60% en NOA, Cuyo y Centro.

En la Tabla 17* se presenta este indicador según jurisdicción de residencia para los varones cis. En el último bienio, CABA tiene una proporción de varones cis infectados durante relaciones con otros varones del 80% y Santa Fe, del 71%. Solo tres provincias tienen proporciones por debajo del 50% en el último bienio, entre 36% y 39%: Santa Cruz, San Luis y La Pampa. La evolución de este indicador para las regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires se encuentra en la Tabla 18*.

Al analizar los casos en los varones cis según grupo de edad (Gráfico 13) (no se consideran los casos con vía desconocida, casi todos estos reportados por laboratorio), se observa cómo el porcentaje de infecciones durante relaciones con varones se reduce con la edad. **En el intervalo de 15 a 19 años, el 90% de estos varones se infectaron durante relaciones sexuales desprotegidas con otros varones**, proporción que desciende al 35% entre los de 55 a 64 años.

* Las tablas aquí mencionadas se presentan al final del artículo, desde la página 54.

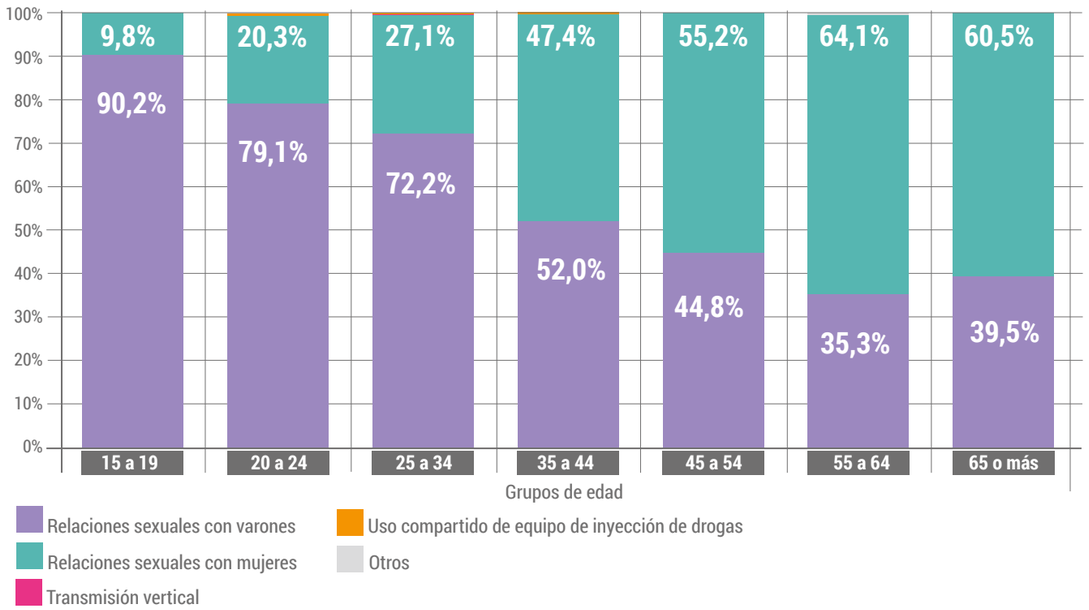
Gráfico 12. **Evolución de la distribución de las vías de transmisión del VIH, según género y bienio de diagnóstico. Argentina, 2013-2014 / 2019-2020*.**



*** 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=15.848.

Gráfico 13. **Distribución de las vías de transmisión del VIH en varones cis según grupo etario. Argentina, 2019-2020*.**



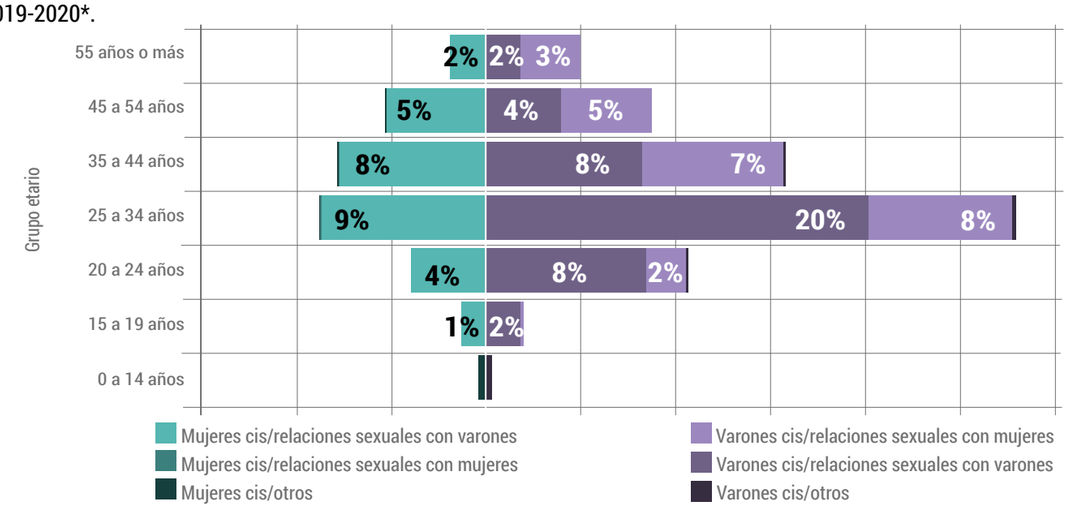
*** Años no cerrados, con posibilidad de ajuste en futuros boletines.**

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=2.956.

En el Gráfico 14 se observa que de los 4.225 diagnósticos producidos entre varones y mujeres cis en el bienio 2019-2020 y que presentan información sobre la vía de transmisión, el 44% corresponde a varones cis infectados durante relaciones sexuales con otros varones sin usar protección y el 36% se concentra entre los 20 y los 44 años.

También es evidente una relación entre la vía de transmisión y el nivel de instrucción en los varones cis de 19 años o más. A medida que aumenta el nivel máximo alcanzado, también lo hace la proporción que se infectó durante relaciones sexuales con varones. Entre aquellos que no completaron la educación primaria, el 79% se infectó durante relaciones sexuales con mujeres, proporción que cae al 30% entre los que completaron el secundario y tan solo al 13% entre quienes tienen universitario completo.

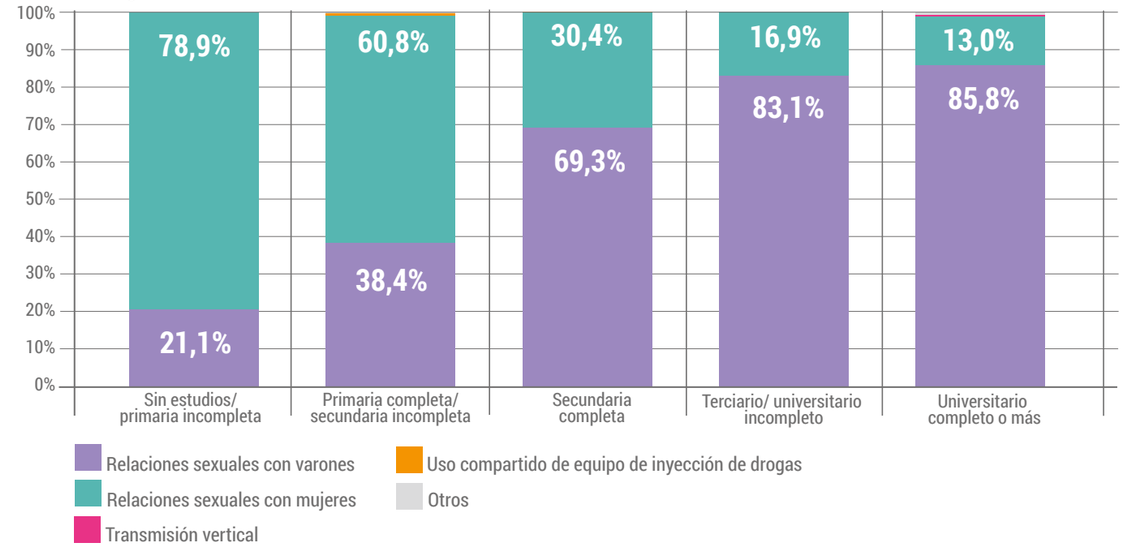
Gráfico 14. **Distribución de los diagnósticos de VIH en varones y mujeres cis según edad y vía de transmisión. Argentina, 2019-2020*.**



*** 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=4.225.

Gráfico 15. **Distribución de las vías de transmisión del VIH en varones cis de 19 años o más, según nivel de instrucción alcanzado. Argentina, 2019-2020*.**



*** 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=1.710.

Conclusiones

La notificación de casos de VIH sigue siendo un pilar fundamental para caracterizar la situación de la epidemia, así como para evaluar el impacto de las líneas de trabajo que se implementan en los distintos niveles de la respuesta nacional para reducir la incidencia y alcanzar las metas de eliminación del VIH durante la próxima década. Como siempre decimos, **este Boletín no es un mero compendio de datos de consulta en una biblioteca, sino una herramienta para el trabajo cotidiano de los actores del campo del VIH.**

Seguir disponiendo de esta información estratégica, a casi cuarenta años de los primeros casos de sida y a dos décadas de la implementación de la obligatoriedad de notificar los diagnósticos de VIH, depende del compromiso de todos los actores que forman parte del sistema de salud: desde los equipos que atienden a personas con VIH en centros de salud, hospitales y laboratorios, pasando por los referentes de epidemiología y de los programas de VIH/sida jurisdiccionales, hasta los equipos de la DRVIH-VyT, la Dirección de Epidemiología que gestiona el SNVS 2.0 y la Dirección de Sistemas de Información de la que depende el SISA.

Aun cuando la respuesta a la pandemia de COVID-19 afectó el proceso de vigilancia del resto de los eventos de salud-enfermedad en 2020, pudimos construir este reporte gracias al trabajo sostenido y sistemático que se viene realizando con los equipos locales y con las obras sociales para incentivar, sostener y mejorar la calidad de la información sobre VIH que cargan en el sistema. En 2021 también se comenzó a trabajar con las jurisdicciones para interoperar los sistemas de laboratorio con el SNVS 2.0; esperamos que este proceso crucial dé sus primeros frutos en 2022.

El análisis de la información provista por el SNVS 2.0 evidencia una estabilización de la tasa nacional de casos de VIH para el año 2019 en alrededor del 10,7 por 100 mil habitantes, con valores de 15,2 para varones y de 6,2 para mujeres. La tasa de incidencia de casos de VIH en mujeres descendió a la mitad en una década. La estabilización a nivel nacional –mucho más fluctuante a nivel jurisdiccional– obedece a la incorporación de información de diagnósticos de laboratorio que compensa, en parte, la disminución de los reportes clínicos. Las tasas más elevadas se presentan entre los varones de 25 a 34 años, 37 por 100 mil, mientras que entre las mujeres, las tasas en los intervalos más elevados no superan 12 por 100 mil. A nivel regional, los valores más altos se encuentran en Cuyo, el NOA y la Patagonia, en tanto en AMBA y Centro siguen descendiendo, aunque con mucha menor fuerza que hace unos años.

También se observa la consolidación del perfil de las personas con diagnóstico reciente de VIH que se venía reportando en informes anteriores. Casi el 70% son varones cis y, de ellos, el 63% se infectó durante relaciones sexuales desprotegidas con otros varones. Del total de notificaciones de 2019-2020, el 44% corresponden a varones cis infectados durante prácticas desprotegidas con otros varones. Se están diagnosticando 2,4 varones cis por cada mujer cis, con una mediana de edad de 32 y 35 años respectivamente, mientras que entre las mujeres trans es de 30 años. Continúa aumentando el nivel de instrucción alcanzado en todos los géneros: el 55% de las mujeres cis, el 61% de las mujeres trans y el 73% de los varones cis tenían al menos el secundario completo, aunque los varones cis infectados durante prácticas heterosexuales tienen un nivel educativo ligeramente inferior al de las mujeres cis. Del promedio de 4.500 diagnósticos anuales que se viene reportando en el último lustro, alrededor de 45 son de mujeres trans y aproximadamente 6 son de varones trans, todos ellos infectados durante relaciones sexuales con varones.

Los datos presentados siguen mostrando la necesidad de profundizar las acciones de prevención y promoción de la salud para reducir la incidencia de infecciones y los factores que afectan a algunos grupos haciéndolos más vulnerables a la infección por VIH y otras ITS. Estos factores varían sin duda de un grupo a otro y a lo largo de nuestro país, por lo que se debería combinar una mirada general con las especificidades propias de cada colectivo.

Tablas

Tabla 3. a. Casos y tasas de VIH por 100 mil habitantes por jurisdicción de residencia, según sexo biológico de nacimiento. Argentina, 2010-2019. N=62.871. AMBOS SEXOS.

		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019*	Tendencia 2015-2019
Total país	Casos	7.188	7.171	7.206	7.218	6.522	6.593	6.202	4.898	5.087	4.786	
	Tasas	17,6	17,4	17,3	17,1	15,3	15,3	14,2	11,1	11,4	10,7	
Buenos Aires	Casos	2.426	2.400	2.234	2.126	1.927	1.919	1.740	1.224	1.282	1.257	
	Tasas	15,4	15,1	13,9	13,1	11,7	11,5	10,3	7,2	7,5	7,2	
CABA	Casos	1.424	1.326	1.266	1.218	1.075	1.119	1.030	695	597	628	
	Tasas	47,0	43,7	41,7	40,0	35,3	36,6	33,7	22,7	19,5	20,4	
Catamarca	Casos	19	36	44	38	44	68	52	10	5	1	
	Tasas	5,0	9,4	11,4	9,8	11,2	17,1	13,0	2,5	1,2	0,2	
Chaco	Casos	91	95	110	142	47	22	78	23	166	120	
	Tasas	8,4	8,7	10,0	12,7	4,2	1,9	6,7	2,0	14,1	10,1	
Chubut	Casos	100	136	114	136	103	112	121	55	81	101	
	Tasas	19,5	25,9	21,3	24,9	18,5	19,8	21,0	9,4	13,5	16,6	
Córdoba	Casos	654	593	638	640	599	553	529	497	393	314	
	Tasas	19,4	17,4	18,5	18,3	17,0	15,5	14,7	13,6	10,7	8,4	
Corrientes	Casos	89	79	90	109	103	117	110	35	53	26	
	Tasas	8,7	7,7	8,7	10,4	9,7	10,9	10,2	3,2	4,8	2,3	
Entre Ríos	Casos	165	182	160	182	128	144	120	56	132	30	
	Tasas	13,1	14,3	12,5	14,1	9,8	10,9	9,0	4,2	9,7	2,2	
Formosa	Casos	39	33	49	73	40	70	74	78	90	133	
	Tasas	7,1	5,9	8,7	12,8	7,0	12,1	12,7	13,2	15,1	22,2	
Jujuy	Casos	123	106	144	178	166	176	167	204	291	303	
	Tasas	18,0	15,3	20,5	25,1	23,1	24,2	22,7	27,4	38,6	39,7	
La Pampa	Casos	39	55	40	74	54	66	69	73	50	49	
	Tasas	11,9	16,7	12,0	22,0	15,9	19,2	19,9	20,9	14,2	13,8	
La Rioja	Casos	63	53	35	66	62	44	15	7	4	38	
	Tasas	18,4	15,3	9,9	18,5	17,1	12,0	4,0	1,9	1,0	9,8	

Continuación		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019*	Tendencia 2015-2019
Mendoza	Casos	264	286	285	318	323	330	305	308	321	341	
	Tasas	14,9	15,9	15,7	17,3	17,3	17,5	16,0	16,0	16,5	17,3	
Misiones	Casos	135	128	190	120	95	36	149	117	124	32	
	Tasas	12,1	11,3	16,6	10,3	8,1	3,0	12,4	9,6	10,1	2,6	
Neuquén	Casos	127	131	121	110	142	144	134	152	137	137	
	Tasas	22,2	22,5	20,5	18,3	23,3	23,2	21,3	23,8	21,2	20,9	
Río Negro	Casos	91	97	109	130	101	124	139	111	134	109	
	Tasas	14,0	14,7	16,3	19,2	14,7	17,7	19,6	15,4	18,4	14,8	
Salta	Casos	257	300	317	304	347	337	331	343	320	306	
	Tasas	20,7	23,8	24,8	23,5	26,4	25,3	24,5	25,0	23,0	21,8	
San Juan	Casos	58	92	102	97	91	95	97	88	108	117	
	Tasas	8,3	13,1	14,3	13,4	12,5	12,9	13,0	11,6	14,1	15,1	
San Luis	Casos	44	48	70	91	57	74	80	48	37	59	
	Tasas	9,9	10,7	15,3	19,6	12,1	15,5	16,6	9,8	7,5	11,8	
Santa Cruz	Casos	62	61	61	46	74	71	67	93	96	43	
	Tasas	22,5	21,4	20,8	15,2	23,8	22,2	20,3	27,5	27,6	12,1	
Santa Fe	Casos	467	445	452	485	360	340	259	196	236	223	
	Tasas	14,3	13,5	13,6	14,5	10,7	10,0	7,6	5,7	6,8	6,4	
Santiago del Estero	Casos	57	85	49	35	68	86	39	22	23	22	
	Tasas	6,5	9,6	5,5	3,9	7,4	9,3	4,2	2,3	2,4	2,3	
Tierra del Fuego	Casos	33	49	34	43	35	41	44	36	43	43	
	Tasas	25,1	36,1	24,3	29,9	23,6	26,9	28,1	22,4	26,1	25,4	
Tucumán	Casos	214	205	292	271	270	262	261	285	300	295	
	Tasas	14,4	13,6	19,1	17,5	17,2	16,4	16,2	17,4	18,1	17,6	
Desconocido/ Otro	Casos	147	150	200	186	211	243	192	142	64	59	

* Año no cerrado, 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).

Tabla 3. b. Casos y tasas de VIH por 100 mil habitantes por jurisdicción de residencia, según sexo biológico de nacimiento. Argentina, 2010-2019. N=43.367. VARONES.

		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019*	Tendencia 2015-2019
Total país	Casos	4.775	4.837	4.843	4.866	4.539	4.704	4.388	3.489	3.564	3.362	
	Tasas	23,9	24,0	23,7	23,6	21,7	22,3	20,5	16,2	16,3	15,2	
Buenos Aires	Casos	1.504	1.525	1.412	1.346	1.237	1.308	1.185	822	861	835	
	Tasas	19,6	19,6	17,9	16,9	15,3	16,0	14,4	9,9	10,2	9,8	
CABA	Casos	1.094	1.021	984	941	869	923	850	582	476	490	
	Tasas	77,8	72,4	69,6	66,3	61,1	64,7	59,4	40,6	33,1	34,0	
Catamarca	Casos	7	20	25	29	27	37	37	8	2	0	
	Tasas	3,7	10,5	13,0	14,9	13,7	18,6	18,5	4,0	1,0	0,0	
Chaco	Casos	72	61	78	101	32	18	55	13	127	87	
	Tasas	13,5	11,3	14,3	18,3	5,7	3,2	9,6	2,3	21,8	14,8	
Chubut	Casos	58	70	75	77	70	68	76	36	45	65	
	Tasas	22,6	26,7	28,0	28,2	25,2	24,0	26,3	12,2	15,0	21,3	
Córdoba	Casos	445	424	451	436	431	395	372	331	255	204	
	Tasas	27,1	25,5	26,8	25,6	25,0	22,7	21,1	18,6	14,2	11,2	
Corrientes	Casos	58	55	62	81	70	85	81	23	40	20	
	Tasas	11,6	10,9	12,1	15,7	13,4	16,1	15,2	4,3	7,4	3,6	
Entre Ríos	Casos	105	132	105	127	86	93	76	35	90	19	
	Tasas	17,1	21,2	16,7	20,0	13,4	14,3	11,6	5,3	13,5	2,8	
Formosa	Casos	19	25	33	43	29	46	45	52	59	85	
	Tasas	6,9	9,0	11,8	15,2	10,1	15,9	15,5	17,7	19,9	28,4	
Jujuy	Casos	74	69	86	114	108	125	104	136	191	229	
	Tasas	22,0	20,2	24,9	32,5	30,4	34,8	28,6	37,0	51,3	60,8	
La Pampa	Casos	26	35	21	43	29	42	39	46	30	31	
	Tasas	16,0	21,3	12,7	25,7	17,2	24,7	22,7	26,5	17,2	17,6	
La Rioja	Casos	37	31	23	33	41	29	13	3	4	21	
	Tasas	21,7	17,9	13,1	18,5	22,7	15,8	7,0	1,6	2,1	10,9	
Mendoza	Casos	188	204	217	230	244	234	227	236	257	249	
	Tasas	21,6	23,2	24,3	25,5	26,7	25,3	24,2	24,9	26,8	25,7	

Continuación		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019*	Tendencia 2015-2019
Misiones	Casos	70	66	110	59	61	25	85	79	84	19	
	Tasas	12,6	11,7	19,2	10,2	10,4	4,2	14,1	13,0	13,6	3,1	
Neuquén	Casos	87	97	88	68	95	98	93	111	87	99	
	Tasas	30,5	33,5	29,9	22,7	31,3	31,8	29,7	35,0	27,1	30,4	
Río Negro	Casos	53	66	74	85	56	73	87	67	80	65	
	Tasas	16,4	20,1	22,2	25,1	16,3	21,0	24,6	18,7	22,0	17,7	
Salta	Casos	160	185	178	197	225	225	210	237	220	218	
	Tasas	26,1	29,7	28,2	30,7	34,6	34,1	31,4	35,0	32,0	31,3	
San Juan	Casos	37	58	59	65	64	73	68	61	84	89	
	Tasas	10,8	16,7	16,8	18,2	17,7	20,0	18,4	16,3	22,2	23,2	
San Luis	Casos	28	28	44	56	40	46	53	37	27	37	
	Tasas	12,7	12,5	19,4	24,4	17,2	19,5	22,1	15,3	11,0	14,9	
Santa Cruz	Casos	37	33	31	31	48	43	48	58	54	33	
	Tasas	26,1	22,6	20,6	19,9	30,0	26,1	28,3	33,3	30,2	18,0	
Santa Fe	Casos	289	282	283	313	257	246	192	143	173	142	
	Tasas	18,3	17,7	17,6	19,3	15,7	14,9	11,5	8,5	10,2	8,3	
Santiago del Estero	Casos	32	49	28	16	42	48	20	16	13	12	
	Tasas	7,3	11,1	6,3	3,5	9,2	10,4	4,3	3,4	2,7	2,5	
Tierra del Fuego	Casos	25	30	18	33	25	30	38	30	29	28	
	Tasas	37,2	43,3	25,2	44,9	33,1	38,6	47,6	36,6	34,5	32,5	
Tucumán	Casos	155	155	213	208	184	204	191	221	221	233	
	Tasas	21,1	20,8	28,2	27,2	23,7	26,0	24,0	27,4	27,1	28,2	
Desconocido/ Otro	Casos	115	116	145	134	169	190	143	106	55	52	

* Año no cerrado, 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).

Tabla 3. c. Casos y tasas de VIH por 100 mil habitantes por jurisdicción de residencia, según sexo biológico de nacimiento. Argentina, 2010-2019. N=19.478. MUJERES.

		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019*	Tendencia 2015-2019
Total país	Casos	2.410	2.330	2.361	2.351	1.982	1.888	1.813	1.409	1.516	1.418	
	Tasas	11,6	11,1	11,1	10,9	9,1	8,6	8,2	6,3	6,7	6,2	
Buenos Aires	Casos	921	874	822	780	690	610	555	402	419	421	
	Tasas	11,5	10,7	10,0	9,4	8,2	7,2	6,5	4,6	4,8	4,8	
CABA	Casos	330	305	282	277	206	196	180	113	120	134	
	Tasas	20,3	18,8	17,4	17,0	12,7	12,0	11,1	6,9	7,4	8,2	
Catamarca	Casos	12	16	19	9	17	31	15	2	3	1	
	Tasas	6,3	8,4	9,9	4,6	8,6	15,6	7,5	1,0	1,5	0,5	
Chaco	Casos	19	34	32	41	15	4	23	10	39	33	
	Tasas	3,5	6,2	5,7	7,3	2,6	0,7	3,9	1,7	6,5	5,5	
Chubut	Casos	42	65	39	59	33	44	44	19	36	36	
	Tasas	16,3	24,8	14,6	21,6	11,9	15,5	15,3	6,5	12,1	11,9	
Córdoba	Casos	209	169	187	204	168	158	157	166	138	110	
	Tasas	12,1	9,7	10,6	11,4	9,3	8,7	8,5	8,9	7,3	5,8	
Corrientes	Casos	31	24	28	28	33	32	29	12	13	6	
	Tasas	6,0	4,6	5,3	5,3	6,1	5,9	5,3	2,2	2,3	1,1	
Entre Ríos	Casos	60	50	55	55	42	51	44	21	42	11	
	Tasas	9,4	7,7	8,4	8,3	6,3	7,6	6,5	3,1	6,1	1,6	
Formosa	Casos	20	8	16	30	11	24	29	26	31	48	
	Tasas	7,2	2,9	5,7	10,5	3,8	8,3	9,9	8,8	10,4	15,9	
Jujuy	Casos	49	37	58	64	58	51	63	68	99	74	
	Tasas	14,1	10,5	16,3	17,8	15,9	13,8	16,9	18,0	25,9	19,2	
La Pampa	Casos	13	20	19	31	25	24	30	27	20	18	
	Tasas	7,9	12,0	11,3	18,3	14,6	13,9	17,2	15,3	11,3	10,1	
La Rioja	Casos	26	22	12	33	21	15	2	4	0	17	
	Tasas	15,1	12,6	6,8	18,4	11,5	8,1	1,1	2,1	0,0	8,7	
Mendoza	Casos	76	82	68	88	79	96	78	72	64	92	
	Tasas	8,4	8,9	7,3	9,4	8,3	10,0	8,0	7,3	6,5	9,2	

Continuación		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019*	Tendencia 2015-2019
Misiones	Casos	65	62	80	61	34	11	64	38	40	13	
	Tasas	11,7	11,0	14,0	10,5	5,8	1,8	10,6	6,2	6,5	2,1	
Neuquén	Casos	40	34	33	42	47	46	41	41	50	38	
	Tasas	13,9	11,6	11,1	13,9	15,3	14,8	13,0	12,8	15,4	11,5	
Río Negro	Casos	38	31	35	45	45	51	52	44	54	44	
	Tasas	11,7	9,4	10,4	13,2	13,0	14,5	14,6	12,2	14,8	11,9	
Salta	Casos	97	115	139	107	122	112	121	106	100	88	
	Tasas	15,5	18,1	21,5	16,3	18,4	16,6	17,7	15,3	14,3	12,4	
San Juan	Casos	19	32	41	31	26	22	29	27	24	28	
	Tasas	5,4	9,0	11,3	8,5	7,0	5,9	7,7	7,1	6,2	7,2	
San Luis	Casos	16	20	26	35	17	28	27	11	10	22	
	Tasas	7,1	8,8	11,3	15,0	7,2	11,7	11,1	4,5	4,0	8,7	
Santa Cruz	Casos	25	28	30	15	26	28	19	35	41	10	
	Tasas	18,7	20,3	21,0	10,2	17,2	18,0	11,9	21,3	24,3	5,8	
Santa Fe	Casos	178	163	169	172	103	94	67	53	62	80	
	Tasas	10,6	9,6	9,9	10,0	6,0	5,4	3,8	3,0	3,5	4,4	
Santiago del Estero	Casos	25	36	21	19	26	38	19	6	10	10	
	Tasas	5,7	8,1	4,7	4,2	5,6	8,2	4,0	1,3	2,1	2,1	
Tierra del Fuego	Casos	8	19	16	10	10	11	6	6	13	15	
	Tasas	12,4	28,6	23,4	14,2	13,8	14,7	7,8	7,6	16,1	18,1	
Tucumán	Casos	59	50	79	63	86	58	70	64	79	62	
	Tasas	7,8	6,5	10,2	8,0	10,8	7,2	8,6	7,7	9,4	7,3	
Desconocido/ Otro	Casos	32	34	55	52	42	53	49	36	9	7	

* Año no cerrado, 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).

Tabla 4. Evolución de las tasas de VIH por 100 mil habitantes por región de residencia, según sexo biológico de nacimiento. Argentina, 2010-2019.

Ambos sexos	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019*	Tendencia 2015-2019
País	17,6	17,4	17,3	17,1	15,3	15,3	14,2	11,1	11,4	10,7	
AMBA	23,6	21,6	19,2	18,1	16,2	16,9	15,3	10,8	10,1	10,0	
Centro	13,9	13,7	14,3	14,1	12,0	11,2	9,7	7,7	8,2	6,8	
Cuyo	12,6	14,4	15,3	16,7	15,4	16,1	15,4	14,0	14,5	15,9	
NEA	9,4	8,8	11,4	11,4	7,2	6,2	10,2	6,2	10,5	7,5	
NOA	14,6	15,5	17,1	17,1	18,1	18,2	16,0	15,9	17,0	17,2	
Patagonia	18,3	21,0	18,7	20,7	19,2	20,7	20,9	18,6	19,1	16,7	
Varones	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019*	Tendencia 2015-2019
País	23,9	24,0	23,7	23,6	21,7	22,3	20,5	16,2	16,3	15,2	
AMBA	33,6	31,2	27,8	26,2	23,8	26,1	23,7	16,8	15,3	14,6	
Centro	18,5	18,8	19,4	19,0	17,0	16,0	13,7	10,5	11,2	9,0	
Cuyo	17,7	20,0	21,8	23,6	23,1	23,1	22,5	21,3	23,3	23,4	
NEA	11,7	11,0	14,8	14,7	9,8	8,8	13,3	8,3	15,2	10,3	
NOA	18,7	20,2	21,7	23,1	24,0	25,2	21,4	22,9	23,7	25,6	
Patagonia	23,2	26,3	23,9	25,8	24,3	26,2	27,7	24,9	22,9	22,2	
Mujeres	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019*	Tendencia 2015-2019
País	11,6	11,1	11,1	10,9	9,1	8,6	8,2	6,3	6,7	6,2	
AMBA	14,4	12,6	11,0	10,5	9,0	8,3	7,4	5,2	5,2	5,5	
Centro	9,5	8,8	9,4	9,4	7,1	6,6	5,9	5,1	5,4	4,6	
Cuyo	7,5	8,9	8,9	10,0	7,8	9,3	8,4	6,8	6,0	8,6	
NEA	7,1	6,7	8,0	8,2	4,7	3,5	7,1	4,2	5,9	4,8	
NOA	10,6	10,8	12,6	11,2	12,4	11,3	10,6	9,0	10,4	8,9	
Patagonia	13,5	15,7	13,4	15,5	14,0	15,1	14,0	12,3	15,1	11,2	

* Año no cerrado, 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=62.871.

Tabla 5. Evolución de las tasas de VIH por 100 mil habitantes según región sanitaria de residencia. Provincia de Buenos Aires, 2010-2019.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019*	Tendencia
Provincia de Buenos Aires	15,4	15,1	13,9	13,1	11,7	11,5	10,3	7,2	7,5	7,2	
Región Sanitaria I	5,9	10,1	10,5	11,9	11,5	13,3	8,6	6,2	6,2	10,8	
Región Sanitaria II	2,3	3,6	2,6	2,9	6,7	5,4	4,1	1,9	3,1	2,5	
Región Sanitaria III	9,9	11,0	11,3	13,3	6,2	12,8	15,1	4,6	1,9	2,7	
Región Sanitaria IV	8,0	6,0	7,3	5,9	6,7	5,8	6,3	5,9	7,9	5,7	
Región Sanitaria V	14,0	13,0	12,8	11,4	8,4	9,2	9,2	5,9	5,2	7,7	
Región Sanitaria VI	19,0	17,4	12,8	13,3	13,1	14,3	13,3	10,0	10,7	8,0	
Región Sanitaria VII	13,3	12,0	12,6	10,8	9,2	9,1	6,8	5,8	6,5	6,3	
Región Sanitaria VIII	12,9	14,6	13,9	13,2	11,6	11,5	10,0	9,7	15,1	14,2	
Región Sanitaria IX	4,5	6,0	8,2	4,7	2,8	1,9	3,7	3,7	1,8	2,1	
Región Sanitaria X	5,0	11,0	14,2	7,2	3,6	5,2	4,5	2,9	2,2	1,0	
Región Sanitaria XI	17,3	15,9	20,1	16,4	16,6	12,6	8,7	6,5	6,1	4,4	
Región Sanitaria XII	16,5	14,3	10,2	9,2	9,7	8,7	7,3	5,9	5,2	4,7	

* Año no cerrado, 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=18.535.

Tabla 6. Evolución de las tasas de VIH por 100 habitantes en 24 partidos del Gran Buenos Aires, 2010-2019.

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019*	Tendencia
Total GBA	16,5	14,9	12,5	11,7	10,6	11,3	10,0	7,5	7,5	7,1	
Almirante Brown	19,7	13,9	12,2	10,9	10,1	11,1	9,6	6,1	10,3	8,8	
Avellaneda	19,1	20,8	17,2	16,0	18,0	18,2	15,6	11,9	15,2	15,8	
Berazategui	20,9	18,8	10,2	5,0	8,2	8,9	7,4	10,7	6,4	3,0	
Esteban Echeverría	15,6	13,0	7,3	10,8	8,5	7,7	8,7	7,4	8,4	6,0	
Ezeiza	15,3	13,6	14,3	12,7	8,6	8,3	7,6	5,9	6,2	3,7	
Florencio Varela	15,5	13,1	13,7	14,3	14,4	17,7	20,3	8,5	7,6	6,7	
General San Martín	17,7	12,7	17,2	14,0	8,8	8,8	12,3	6,6	5,7	9,4	
Hurlingham	15,9	15,2	11,9	6,4	9,1	8,0	2,6	5,8	5,2	3,6	
Ituzaingó	0,6	0,6	0,6	1,2	0,6	1,7	0,0	3,4	3,9	5,0	
José C. Paz	15,7	9,2	13,4	8,9	7,4	8,7	9,6	8,4	8,3	8,9	
La Matanza	16,5	14,3	10,2	9,2	9,7	8,7	7,3	5,9	5,2	4,7	
Lanús	21,6	20,7	13,2	14,7	12,1	14,0	13,4	8,6	10,6	8,0	
Lomas de Zamora	25,1	19,5	16,7	18,3	13,0	16,7	14,1	9,0	9,3	9,0	
Malvinas Argentinas	13,3	16,2	10,8	12,5	6,8	10,8	10,7	5,1	2,8	6,2	
Merlo	13,7	13,5	15,9	14,4	12,8	11,8	6,6	5,1	5,9	7,2	
Moreno	15,6	12,5	16,7	12,7	11,0	8,8	6,7	5,4	8,0	6,4	
Morón	18,8	13,3	13,0	9,9	7,5	11,5	9,7	7,2	7,5	4,4	
Quilmes	14,2	20,0	9,6	13,4	19,4	18,8	16,6	17,8	17,7	8,7	
San Fernando	17,6	13,3	12,0	13,7	8,3	15,9	12,3	4,1	2,9	8,6	
San Isidro	10,5	16,2	9,5	13,6	12,2	7,5	9,9	5,1	4,1	8,2	
San Miguel	19,1	14,6	14,1	12,6	7,3	8,9	8,5	5,7	5,7	7,3	
Tigre	14,9	13,7	12,4	9,1	7,5	9,2	6,7	5,9	5,1	10,8	
Tres de Febrero	9,9	11,1	9,0	9,0	7,3	9,6	10,5	8,4	5,5	8,1	
Vicente López	13,6	16,6	17,0	11,1	10,7	12,2	9,3	6,7	6,7	5,6	

* Año no cerrado, 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=11.468.

Tabla 7. Evolución bienal de la distribución de los nuevos diagnósticos de VIH por jurisdicción de residencia. Argentina, 2013-2020.

	2013-2014	2015-2016	2017-2018	2019-2020*	Tendencia
País	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Buenos Aires	29,5%	28,6%	25,1%	26,1%	
CABA	16,7%	16,8%	12,9%	12,3%	
Catamarca	0,6%	0,9%	0,2%	0,0%	
Chaco	1,4%	0,8%	1,9%	2,1%	
Chubut	1,7%	1,8%	1,4%	1,9%	
Córdoba	9,0%	8,5%	8,9%	7,5%	
Corrientes	1,5%	1,8%	0,9%	0,9%	
Entre Ríos	2,3%	2,1%	1,9%	0,8%	
Formosa	0,8%	1,1%	1,7%	2,9%	
Jujuy	2,5%	2,7%	5,0%	5,0%	
La Pampa	0,9%	1,1%	1,2%	1,1%	
La Rioja	0,9%	0,5%	0,1%	0,6%	
Mendoza	4,7%	5,0%	6,3%	7,4%	
Misiones	1,6%	1,4%	2,4%	0,6%	
Neuquén	1,8%	2,2%	2,9%	2,7%	
Río Negro	1,7%	2,1%	2,5%	2,5%	
Salta	4,7%	5,2%	6,6%	7,6%	
San Juan	1,4%	1,5%	2,0%	2,7%	
San Luis	1,1%	1,2%	0,9%	1,3%	
Santa Cruz	0,9%	1,1%	1,9%	0,8%	
Santa Fe	6,1%	4,7%	4,3%	4,3%	
Santiago del Estero	0,7%	1,0%	0,5%	0,5%	
Tierra del Fuego	0,6%	0,7%	0,8%	0,9%	
Tucumán	3,9%	4,1%	5,9%	6,4%	

* 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=44.018.

Tabla 8. Evolución bienal de la razón varón cis / mujer cis de casos de VIH según jurisdicción de residencia. Argentina, 2013-2020.

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

* 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=44.018.

Tabla 9. Evolución bienal de la razón varón cis / mujer cis de casos de VIH según región sanitaria de residencia. Provincia de Buenos Aires, 2013-2020.

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

* 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=12.172.

Tabla 10. Evolución bienal de la mediana de edad de diagnóstico de VIH según género y región de residencia. Argentina, 2013-2020.

	Mujeres cis					Varones cis				
	2013-2014	2015-2016	2017-2018	2019-2020*	Tendencia	2013-2014	2015-2016	2017-2018	2019-2020*	Tendencia
País	32	33	33	35		33	32	32	32	
AMBA	32	34	35	37		33	32	32	33	
Centro	32	32	33	34		33	32	33	32	
Cuyo	34	34	33	36		33	31	31	33	
NEA	32	33	33	33		30	32	30	30	
NOA	30	30	30	32		31	30	30	32	
Patagonia	33	32	36	37		33	33	33	33	
	Mujeres trans					**Varones trans**				
	2013-2014	2015-2016	2017-2018	2019-2020*	Tendencia	2013-2014	2015-2016	2017-2018	2019-2020*	Tendencia
País	28	29	28	30		34	22	29	32	
AMBA	28	28	28	32				34	47	
Centro	27	32	32	30		31	35	29	29	
Cuyo	39	29	32	31					24	
NEA	40	30	28	25			22		26	
NOA	27	31	26	26			24			
Patagonia		45	43	29		37	19	26	22	

* 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=43.996.

Tabla 11. Evolución bienal de la mediana de edad de diagnóstico de VIH según género y jurisdicción de residencia. Argentina, 2013-2020.

	Mujeres cis					Varones cis				
	2013-2014	2015-2016	2017-2018	2019-2020*	Tendencia	2013-2014	2015-2016	2017-2018	2019-2020*	Tendencia
País	32	33	33	35		33	32	32	32	
Buenos Aires	32	34	35	37		34	34	34	34	
CABA	33	35	36	37		32	30	31	32	
Catamarca	27	33	37	47		31	32	38	43	
Chaco	30	29	33	34		32	30	32	30	
Chubut	34	32	33	37		35	36	34	32	
Córdoba	33	32	31	32		32	31	31	31	
Corrientes	33	35	32	31		30	32	28	31	
Entre Ríos	28	32	34	27		33	31	32	29	
Formosa	30	29	29	31		29	30	30	29	
Jujuy	31	30	30	33		32	30	30	33	
La Pampa	37	35	37	43		35	36	32	33	
La Rioja	32	31	40	33		29	33	28	32	
Mendoza	34	35	32	36		33	30	31	32	
Misiones	32	34	36	38		32	33	30	29	
Neuquén	33	30	40	40		32	31	33	34	
Río Negro	33	34	35	36		35	35	31	32	
Salta	31	30	29	31		31	30	31	31	
San Juan	33	32	36	36		35	33	31	33	
San Luis	36	34	31	41		34	34	30	37	
Santa Cruz	31	30	35	37		32	33	32	36	
Santa Fe	34	33	34	34		34	33	34	32	
Santiago del Estero	31	30	36	40		30	33	37	36	
Tierra del Fuego	31	35	30	30		32	31	32	34	
Tucumán	29	29	33	32		31	31	30	32	

* 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=43.814.

Tabla 12. Evolución bienal de la mediana de edad de diagnóstico de VIH según género y región sanitaria de residencia. Provincia de Buenos Aires, 2013-2020.

	Mujeres cis					Varones cis				
	2013-2014	2015-2016	2017-2018	2019-2020*	Tendencia	2013-2014	2015-2016	2017-2018	2019-2020*	Tendencia
Provincia de Buenos Aires	32	34	35	37		34	34	34	35	
Región Sanitaria I	35	29	28	38		34	34	37	35	
Región Sanitaria II	38	26	29	51		33	37	31	40	
Región Sanitaria III	35	32	35	52		36	34	32	38	
Región Sanitaria IV	33	37	37	35		39	32	41	28	
Región Sanitaria V	32	32	33	37		32	32	32	33	
Región Sanitaria VI	32	35	35	36		34	33	33	38	
Región Sanitaria VII	33	34	34	39		35	35	34	33	
Región Sanitaria VIII	31	33	35	37		37	34	36	34	
Región Sanitaria IX	37	30	39	25		33	42	44	34	
Región Sanitaria X	36	35	26	38		37	36	39	40	
Región Sanitaria XI	32	34	38	38		33	33	33	33	
Región Sanitaria XII	30	29	36	40		34	34	37	34	

* 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=11.241.

Tabla 13. Evolución de la distribución por grupo de edad y género de los nuevos diagnósticos de VIH según jurisdicción de residencia en bienios seleccionados. Argentina, 2013-2014 / 2019-2020*.

		Mujeres cis		Varones cis	
		2013-2014	2019-2020*	2013-2014	2019-2020*
País	**0 a 4**	2,5%	0,8%	1,0%	0,3%
	5 a 9	0,4%	0,2%	0,2%	0,0%
	10 a 14	0,6%	0,1%	0,2%	0,1%
	15 a 19	6,7%	4,3%	2,9%	3,1%
	20 a 24	15,0%	13,4%	14,7%	14,9%
	25 a 34	32,2%	29,6%	36,9%	38,2%
	35 a 44	23,4%	26,0%	23,7%	22,5%
	45 a 54	13,1%	18,0%	13,6%	13,5%
	55 a 64	4,9%	5,9%	5,5%	5,9%
	65 o más	1,3%	1,6%	1,3%	1,5%

* 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=21.067.

Continuación Tabla 13		Mujeres cis		Varones cis	
		2013-2014	2019-2020*	2013-2014	2019-2020*
Buenos Aires	**0 a 4**	3,4%	0,3%	1,4%	0,7%
	5 a 9	0,4%	0,5%	0,2%	0,0%
	10 a 14	0,7%	0,2%	0,3%	0,0%
	15 a 19	7,3%	2,5%	2,8%	2,6%
	20 a 24	14,1%	13,2%	11,8%	12,9%
	25 a 34	31,2%	24,0%	35,6%	34,0%
	35 a 44	24,0%	30,9%	25,9%	25,7%
	45 a 54	12,5%	21,9%	15,3%	16,3%
	55 a 64	5,4%	5,1%	5,8%	6,5%
	65 o más	0,9%	1,6%	1,2%	1,2%
CABA	**0 a 4**	2,1%	1,0%	0,6%	0,0%
	5 a 9	0,6%	0,0%	0,1%	0,0%
	10 a 14	1,0%	0,0%	0,1%	0,0%
	15 a 19	5,0%	4,6%	2,3%	1,4%
	20 a 24	14,3%	9,7%	15,3%	14,7%
	25 a 34	33,7%	29,2%	40,5%	43,1%
	35 a 44	21,9%	21,5%	22,7%	20,3%
	45 a 54	16,1%	23,6%	11,5%	12,6%
	55 a 64	3,5%	7,2%	5,5%	5,1%
	65 o más	1,7%	3,1%	1,5%	2,8%
Catamarca	**0 a 4**	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	5 a 9	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	10 a 14	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	15 a 19	7,7%	0,0%	3,6%	0,0%
	20 a 24	26,9%	0,0%	14,5%	0,0%
	25 a 34	42,3%	0,0%	43,6%	0,0%
	35 a 44	15,4%	50,0%	16,4%	100,0%
	45 a 54	7,7%	50,0%	14,5%	0,0%
	55 a 64	0,0%	0,0%	1,8%	0,0%
	65 o más	0,0%	0,0%	5,5%	0,0%
Chaco	**0 a 4**	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%
	5 a 9	0,0%	0,0%	0,8%	0,0%
	10 a 14	1,8%	0,0%	0,0%	0,0%
	15 a 19	14,3%	4,3%	6,9%	6,2%
	20 a 24	17,9%	15,2%	16,8%	19,5%
	25 a 34	33,9%	34,8%	30,5%	38,1%
	35 a 44	21,4%	26,1%	22,9%	22,1%
	45 a 54	7,1%	13,0%	14,5%	9,7%
	55 a 64	1,8%	6,5%	6,1%	1,8%
	65 o más	1,8%	0,0%	1,5%	1,8%

Continuación Tabla 13		Mujeres cis		Varones cis	
		2013-2014	2019-2020*	2013-2014	2019-2020*
Chubut	**0-4**	0,0%	0,0%	1,4%	1,1%
	5-9	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	10-14	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	15-19	5,6%	7,4%	2,0%	1,1%
	20-24	19,1%	5,6%	15,6%	10,1%
	25-34	29,2%	25,9%	29,3%	41,6%
	35-44	22,5%	37,0%	24,5%	23,6%
	45-54	20,2%	14,8%	14,3%	13,5%
	55-64	2,2%	5,6%	10,2%	4,5%
	65 o más	1,1%	3,7%	2,7%	4,5%
Córdoba	**0-4**	1,3%	0,5%	0,7%	0,0%
	5-9	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%
	10-14	0,5%	0,5%	0,2%	0,0%
	15-19	4,3%	4,1%	2,0%	2,2%
	20-24	14,8%	18,6%	15,9%	17,0%
	25-34	33,6%	38,1%	39,9%	43,5%
	35-44	28,8%	22,2%	23,4%	21,4%
	45-54	9,9%	10,3%	12,7%	11,1%
	55-64	5,6%	4,1%	3,7%	4,7%
	65 o más	1,1%	1,5%	1,4%	0,0%
Corrientes	**0-4**	3,3%	0,0%	2,6%	0,0%
	5-9	0,0%	0,0%	0,7%	0,0%
	10-14	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	15-19	4,9%	0,0%	2,0%	4,0%
	20-24	11,5%	13,3%	17,2%	10,0%
	25-34	36,1%	46,7%	46,4%	48,0%
	35-44	24,6%	6,7%	10,6%	22,0%
	45-54	11,5%	26,7%	16,6%	10,0%
	55-64	8,2%	0,0%	3,3%	6,0%
	65 o más	0,0%	6,7%	0,7%	0,0%
Entre Ríos	**0-4**	0,0%	0,0%	1,4%	0,0%
	5-9	2,1%	0,0%	0,0%	0,0%
	10-14	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	15-19	3,1%	21,1%	1,4%	2,6%
	20-24	27,8%	15,8%	13,1%	20,5%
	25-34	28,9%	31,6%	42,3%	43,6%
	35-44	23,7%	10,5%	20,7%	17,9%
	45-54	8,2%	10,5%	15,0%	7,7%
	55-64	1,0%	5,3%	4,7%	5,1%
	65 o más	4,1%	5,3%	1,4%	2,6%

Continuación Tabla 13		Mujeres cis		Varones cis	
		2013-2014	2019-2020*	2013-2014	2019-2020*
Formosa	0-4	4,9%	0,0%	0,0%	0,7%
	5-9	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	10-14	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	15-19	7,3%	5,6%	9,7%	6,5%
	20-24	19,5%	18,3%	26,4%	23,7%
	25-34	41,5%	35,2%	34,7%	36,7%
	35-44	17,1%	14,1%	18,1%	14,4%
	45-54	9,8%	16,9%	6,9%	12,9%
	55-64	0,0%	8,5%	4,2%	5,0%
	65 o más	0,0%	1,4%	0,0%	0,0%
Jujuy	0-4	8,2%	1,1%	1,8%	0,4%
	5-9	0,0%	1,1%	0,0%	0,0%
	10-14	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%
	15-19	7,4%	5,3%	5,0%	4,7%
	20-24	18,9%	13,7%	15,4%	17,6%
	25-34	23,8%	35,8%	34,4%	30,6%
	35-44	23,8%	22,1%	19,5%	20,5%
	45-54	13,9%	14,7%	15,8%	15,8%
	55-64	1,6%	6,3%	5,4%	7,9%
	65 o más	2,5%	0,0%	2,7%	2,2%
La Pampa	0-4	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	5-9	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	10-14	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	15-19	1,8%	3,6%	0,0%	0,0%
	20-24	12,5%	10,7%	13,9%	15,8%
	25-34	30,4%	25,0%	36,1%	36,8%
	35-44	30,4%	21,4%	22,2%	17,5%
	45-54	19,6%	25,0%	15,3%	24,6%
	55-64	1,8%	10,7%	11,1%	3,5%
	65 o más	3,6%	3,6%	1,4%	1,8%
La Rioja	0-4	1,9%	0,0%	0,0%	0,0%
	5-9	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	10-14	1,9%	0,0%	0,0%	0,0%
	15-19	11,1%	0,0%	8,5%	7,7%
	20-24	16,7%	27,8%	15,5%	11,5%
	25-34	25,9%	33,3%	33,8%	34,6%
	35-44	27,8%	22,2%	32,4%	30,8%
	45-54	11,1%	11,1%	4,2%	7,7%
	55-64	3,7%	5,6%	4,2%	7,7%
	65 o más	0,0%	0,0%	1,4%	0,0%

Continuación Tabla 13		Mujeres cis		Varones cis	
		2013-2014	2019-2020*	2013-2014	2019-2020*
Mendoza	0-4	0,6%	1,4%	0,4%	0,2%
	5-9	0,0%	0,0%	0,4%	0,0%
	10-14	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	15-19	4,2%	4,3%	2,5%	3,7%
	20-24	13,2%	12,9%	18,3%	11,7%
	25-34	34,7%	25,9%	32,9%	39,9%
	35-44	24,0%	28,1%	22,9%	23,7%
	45-54	16,2%	18,7%	14,4%	12,0%
	55-64	6,0%	7,2%	6,2%	7,1%
	65 o más	1,2%	1,4%	1,9%	1,7%
Misiones	0-4	0,0%	13,3%	5,0%	0,0%
	5-9	0,0%	0,0%	1,7%	0,0%
	10-14	0,0%	0,0%	1,7%	0,0%
	15-19	14,7%	13,3%	5,0%	7,4%
	20-24	12,6%	0,0%	14,2%	14,8%
	25-34	29,5%	13,3%	30,8%	37,0%
	35-44	24,2%	26,7%	20,8%	11,1%
	45-54	13,7%	20,0%	16,7%	22,2%
	55-64	5,3%	13,3%	3,3%	3,7%
	65 o más	0,0%	0,0%	0,8%	3,7%
Neuquén	0-4	2,2%	0,0%	0,0%	0,0%
	5-9	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	10-14	0,0%	1,7%	0,0%	0,0%
	15-19	7,9%	1,7%	2,5%	4,2%
	20-24	10,1%	5,0%	20,2%	4,9%
	25-34	36,0%	30,0%	36,8%	44,8%
	35-44	20,2%	31,7%	19,6%	23,1%
	45-54	19,1%	25,0%	14,7%	11,9%
	55-64	4,5%	5,0%	5,5%	9,8%
	65 o más	0,0%	0,0%	0,6%	1,4%
Río Negro	0-4	2,2%	1,5%	0,7%	0,0%
	5-9	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	10-14	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	15-19	7,8%	0,0%	3,5%	6,7%
	20-24	13,3%	10,3%	11,3%	13,3%
	25-34	32,2%	32,4%	31,2%	42,5%
	35-44	21,1%	30,9%	24,8%	17,5%
	45-54	14,4%	14,7%	17,7%	11,7%
	55-64	8,9%	8,8%	9,9%	5,8%
	65 o más	0,0%	1,5%	0,7%	2,5%

Continuación Tabla 13		Mujeres cis		Varones cis	
		2013-2014	2019-2020*	2013-2014	2019-2020*
Salta	0-4	3,9%	3,4%	0,7%	0,8%
	5-9	0,0%	0,6%	0,2%	0,0%
	10-14	0,0%	0,0%	0,2%	0,3%
	15-19	6,6%	5,1%	4,1%	3,4%
	20-24	16,6%	18,2%	20,8%	19,0%
	25-34	38,4%	34,1%	35,8%	37,1%
	35-44	22,7%	24,4%	20,6%	21,0%
	45-54	7,9%	9,7%	10,4%	10,9%
	55-64	3,5%	2,8%	6,3%	6,5%
	65 o más	0,4%	1,7%	0,7%	1,0%
San Juan	0-4	5,3%	0,0%	1,6%	0,0%
	5-9	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	10-14	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	15-19	10,5%	2,5%	3,9%	5,2%
	20-24	17,5%	7,5%	9,4%	16,3%
	25-34	22,8%	37,5%	32,3%	34,6%
	35-44	19,3%	27,5%	28,3%	20,9%
	45-54	19,3%	20,0%	17,3%	13,1%
	55-64	5,3%	5,0%	6,3%	8,5%
	65 o más	0,0%	0,0%	0,8%	1,3%
San Luis	0-4	1,9%	0,0%	0,0%	0,0%
	5-9	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	10-14	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	15-19	5,8%	0,0%	4,2%	1,6%
	20-24	13,5%	9,4%	13,5%	11,3%
	25-34	25,0%	34,4%	37,5%	32,3%
	35-44	25,0%	18,8%	20,8%	24,2%
	45-54	11,5%	25,0%	13,5%	24,2%
	55-64	15,4%	9,4%	9,4%	4,8%
	65 o más	1,9%	3,1%	1,0%	1,6%
Santa Cruz	0-4	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	5-9	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	10-14	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	15-19	4,9%	7,1%	5,1%	0,0%
	20-24	9,8%	7,1%	15,2%	12,8%
	25-34	48,8%	21,4%	43,0%	31,9%
	35-44	19,5%	50,0%	24,1%	27,7%
	45-54	9,8%	14,3%	8,9%	17,0%
	55-64	2,4%	0,0%	2,5%	6,4%
	65 o más	4,9%	0,0%	1,3%	4,3%

Continuación Tabla 13		Mujeres cis		Varones cis	
		2013-2014	2019-2020*	2013-2014	2019-2020*
Santa Fe	0-4	1,8%	0,0%	1,2%	0,0%
	5-9	1,1%	0,0%	0,0%	0,5%
	10-14	0,7%	0,0%	0,2%	0,0%
	15-19	7,6%	6,0%	3,0%	4,0%
	20-24	13,8%	12,8%	13,9%	18,3%
	25-34	28,4%	31,6%	34,2%	38,1%
	35-44	21,1%	22,2%	26,9%	20,8%
	45-54	16,0%	17,9%	13,9%	11,4%
	55-64	7,3%	8,5%	5,1%	6,4%
	65 o más	2,2%	0,9%	1,6%	0,5%
Santiago del Estero	0-4	4,4%	0,0%	3,5%	0,0%
	5-9	0,0%	0,0%	3,5%	0,0%
	10-14	2,2%	0,0%	0,0%	0,0%
	15-19	8,9%	13,3%	5,3%	4,5%
	20-24	13,3%	6,7%	14,0%	4,5%
	25-34	35,6%	13,3%	29,8%	40,9%
	35-44	20,0%	40,0%	24,6%	22,7%
	45-54	11,1%	13,3%	12,3%	18,2%
	55-64	0,0%	13,3%	5,3%	9,1%
	65 o más	4,4%	0,0%	1,8%	0,0%
Tierra del Fuego	0-4	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	5-9	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	10-14	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	15-19	10,0%	9,5%	1,7%	0,0%
	20-24	25,0%	19,0%	17,2%	15,6%
	25-34	20,0%	33,3%	39,7%	35,6%
	35-44	10,0%	14,3%	20,7%	31,1%
	45-54	20,0%	19,0%	17,2%	15,6%
	55-64	10,0%	0,0%	3,4%	2,2%
	65 o más	5,0%	4,8%	0,0%	0,0%
Tucumán	0-4	0,0%	0,0%	1,5%	0,0%
	5-9	2,0%	0,0%	0,3%	0,0%
	10-14	0,0%	0,0%	0,3%	0,3%
	15-19	10,1%	9,2%	2,8%	2,7%
	20-24	20,1%	16,5%	16,8%	16,8%
	25-34	33,6%	29,4%	37,8%	36,7%
	35-44	20,1%	21,1%	23,7%	25,0%
	45-54	10,7%	14,7%	11,5%	12,2%
	55-64	2,7%	7,3%	4,3%	4,3%
	65 o más	0,7%	1,8%	1,0%	1,9%

* 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=21.067.

Tabla 14. Evolución del nivel de instrucción alcanzado por personas de 19 años o más con diagnóstico de VIH según género y región de residencia en bienios seleccionados. Argentina, 2013-2014 / 2019-2020*.

		Mujeres cis		Mujeres trans		Varones cis	
		2013-2014	2019-2020*	2013-2014	2019-2020*	2013-2014	2019-2020*
País	Sin estudios y primaria incompleta	11,0%	5,9%	6,1%	2,8%	6,6%	3,3%
	Primaria completa / secundaria incompleta	49,5%	38,8%	49,0%	36,1%	32,5%	23,9%
	Secundaria completa	25,1%	35,6%	22,4%	47,2%	27,6%	37,4%
	Terciario / universitario incompleto	11,6%	16,3%	20,4%	11,1%	25,1%	25,9%
	Universitario completo o más	2,8%	3,3%	2,0%	2,8%	8,1%	9,5%
AMBA	Sin estudios y primaria incompleta	7,8%	3,6%	5,6%	0,0%	4,6%	1,6%
	Primaria completa / secundaria incompleta	47,6%	28,4%	44,4%	37,5%	29,3%	14,4%
	Secundaria completa	29,0%	44,4%	22,2%	62,5%	31,1%	47,5%
	Terciario / universitario incompleto	12,7%	20,1%	22,2%	0,0%	25,1%	24,6%
	Universitario completo o más	2,9%	3,6%	5,6%	0,0%	9,8%	11,8%
Centro	Sin estudios y primaria incompleta	12,0%	5,0%	11,1%	33,3%	8,4%	1,7%
	Primaria completa / secundaria incompleta	52,4%	34,8%	33,3%	33,3%	34,1%	18,9%
	Secundaria completa	24,0%	41,8%	33,3%	33,3%	24,8%	43,5%
	Terciario / universitario incompleto	9,2%	14,9%	22,2%	0,0%	25,8%	27,6%
	Universitario completo o más	2,3%	3,5%	0,0%	0,0%	6,9%	8,3%
Cuyo	Sin estudios y primaria incompleta	17,1%	7,8%	0,0%	0,0%	6,9%	5,4%
	Primaria completa / secundaria incompleta	44,2%	47,5%	80,0%	50,0%	36,4%	32,5%
	Secundaria completa	21,2%	25,5%	20,0%	37,5%	22,6%	26,0%
	Terciario / universitario incompleto	13,4%	16,3%	0,0%	12,5%	26,5%	23,6%
	Universitario completo o más	4,1%	2,8%	0,0%	0,0%	7,6%	12,5%
NEA	Sin estudios y primaria incompleta	24,2%	44,4%	0,0%	0,0%	8,0%	2,6%
	Primaria completa / secundaria incompleta	50,0%	22,2%	100,0%	0,0%	36,7%	17,9%
	Secundaria completa	14,5%	11,1%	0,0%	0,0%	26,9%	46,2%
	Terciario / universitario incompleto	8,1%	11,1%	0,0%	0,0%	24,4%	25,6%
	Universitario completo o más	3,2%	11,1%	0,0%	0,0%	4,0%	7,7%
NOA	Sin estudios y primaria incompleta	11,2%	4,1%	0,0%	0,0%	8,0%	4,7%
	Primaria completa / secundaria incompleta	50,2%	43,0%	58,3%	38,5%	33,1%	35,8%
	Secundaria completa	23,6%	34,7%	16,7%	30,8%	25,4%	25,3%
	Terciario / universitario incompleto	13,1%	14,9%	25,0%	23,1%	27,4%	28,8%
	Universitario completo o más	1,9%	3,3%	0,0%	7,7%	6,1%	5,5%
Patagonia	Sin estudios y primaria incompleta	7,5%	6,4%	0,0%	0,0%	7,1%	5,7%
	Primaria completa / secundaria incompleta	48,8%	48,7%	0,0%	0,0%	39,5%	28,7%
	Secundaria completa	25,4%	28,2%	0,0%	100,0%	28,2%	36,2%
	Terciario / universitario incompleto	14,3%	14,1%	0,0%	0,0%	18,7%	25,9%
	Universitario completo o más	4,0%	2,6%	0,0%	0,0%	6,5%	3,4%

* 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=12.379.

Tabla 15. Evolución del nivel de instrucción alcanzado por personas de 19 años o más con diagnóstico de VIH según género y jurisdicción de residencia en bienios seleccionados. Argentina, 2013-2014 / 2019-2020*.

		Mujeres cis		Mujeres trans		Varones cis	
		2013-2014	2019-2020*	2013-2014	2019-2020*	2013-2014	2019-2020*
País	Sin estudios y primaria incompleta	11,0%	5,9%	6,1%	2,8%	6,6%	3,3%
	Primaria completa / secundaria incompleta	49,5%	38,8%	49,0%	36,1%	32,5%	23,9%
	Secundaria completa	25,1%	35,6%	22,4%	47,2%	27,6%	37,4%
	Terciario / universitario incompleto	11,6%	16,3%	20,4%	11,1%	25,1%	25,9%
	Universitario completo o más	2,8%	3,3%	2,0%	2,8%	8,1%	9,5%
Buenos Aires	Sin estudios y primaria incompleta	8,0%	4,8%	9,1%	0,0%	6,8%	2,0%
	Primaria completa / secundaria incompleta	55,6%	29,7%	54,5%	33,3%	40,1%	19,8%
	Secundaria completa	25,8%	46,7%	27,3%	66,7%	28,7%	48,4%
	Terciario / universitario incompleto	8,6%	15,8%	9,1%	0,0%	18,9%	23,8%
	Universitario completo o más	2,1%	3,0%	0,0%	0,0%	5,5%	6,0%
CABA	Sin estudios y primaria incompleta	8,4%	3,0%	9,1%	0,0%	3,3%	,9%
	Primaria completa / secundaria incompleta	32,8%	23,9%	27,3%	33,3%	18,7%	9,3%
	Secundaria completa	32,1%	43,3%	18,2%	66,7%	33,1%	45,9%
	Terciario / universitario incompleto	21,6%	25,4%	36,4%	0,0%	31,0%	26,7%
	Universitario completo o más	5,1%	4,5%	9,1%	0,0%	14,0%	17,1%
Catamarca	Sin estudios y primaria incompleta	4,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,9%	0,0%
	Primaria completa / secundaria incompleta	44,0%	0,0%	0,0%	0,0%	27,5%	0,0%
	Secundaria completa	28,0%	0,0%	100,0%	0,0%	25,5%	0,0%
	Terciario / universitario incompleto	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%	27,5%	0,0%
	Universitario completo o más	4,0%	100,0%	0,0%	0,0%	13,7%	0,0%
Chaco	Sin estudios y primaria incompleta	10,3%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Primaria completa / secundaria incompleta	65,5%	0,0%	100,0%	0,0%	35,5%	22,2%
	Secundaria completa	17,2%	0,0%	0,0%	0,0%	43,5%	55,6%
	Terciario / universitario incompleto	6,9%	0,0%	0,0%	0,0%	17,7%	0,0%
	Universitario completo o más	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,2%	22,2%
Chubut	Sin estudios y primaria incompleta	9,5%	0,0%	0,0%	0,0%	7,5%	0,0%
	Primaria completa / secundaria incompleta	46,0%	100,0%	0,0%	0,0%	39,3%	25,0%
	Secundaria completa	23,8%	0,0%	0,0%	0,0%	30,8%	50,0%
	Terciario / universitario incompleto	14,3%	0,0%	0,0%	0,0%	17,8%	25,0%
	Universitario completo o más	6,3%	0,0%	0,0%	0,0%	4,7%	0,0%
Córdoba	Sin estudios y primaria incompleta	8,4%	5,4%	25,0%	50,0%	4,5%	3,1%
	Primaria completa / secundaria incompleta	47,6%	48,2%	50,0%	50,0%	25,5%	22,9%
	Secundaria completa	28,8%	32,1%	25,0%	0,0%	23,8%	35,9%
	Terciario / universitario incompleto	12,3%	10,7%	0,0%	0,0%	35,9%	29,0%
	Universitario completo o más	2,9%	3,6%	0,0%	0,0%	10,2%	9,2%

Continuación Tabla 15		Mujeres cis		Mujeres trans		Varones cis	
		2013-2014	2019-2020*	2013-2014	2019-2020*	2013-2014	2019-2020*
Corrientes	Sin estudios y primaria incompleta	26,9%	0,0%	0,0%	0,0%	10,0%	0,0%
	Primaria completa / secundaria incompleta	48,1%	0,0%	0,0%	0,0%	42,3%	0,0%
	Secundaria completa	13,5%	50,0%	0,0%	0,0%	20,8%	75,0%
	Terciario / universitario incompleto	9,6%	0,0%	0,0%	0,0%	23,8%	25,0%
	Universitario completo o más	1,9%	50,0%	0,0%	0,0%	3,1%	0,0%
Entre Ríos	Sin estudios y primaria incompleta	20,4%	0,0%	0,0%	0,0%	14,5%	0,0%
	Primaria completa / secundaria incompleta	46,3%	16,7%	0,0%	0,0%	40,3%	13,3%
	Secundaria completa	14,8%	66,7%	0,0%	0,0%	16,9%	53,3%
	Terciario / universitario incompleto	16,7%	16,7%	0,0%	0,0%	24,2%	26,7%
	Universitario completo o más	1,9%	0,0%	0,0%	0,0%	4,0%	6,7%
Formosa	Sin estudios y primaria incompleta	12,5%	0,0%	0,0%	0,0%	3,4%	0,0%
	Primaria completa / secundaria incompleta	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%	37,9%	16,7%
	Secundaria completa	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%	27,6%	50,0%
	Terciario / universitario incompleto	12,5%	0,0%	0,0%	0,0%	27,6%	33,3%
	Universitario completo o más	25,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,4%	0,0%
Jujuy	Sin estudios y primaria incompleta	15,4%	0,0%	0,0%	0,0%	10,5%	6,8%
	Primaria completa / secundaria incompleta	50,8%	47,8%	100,0%	50,0%	37,1%	40,5%
	Secundaria completa	26,2%	43,5%	0,0%	25,0%	25,9%	23,0%
	Terciario / universitario incompleto	7,7%	8,7%	0,0%	25,0%	25,2%	25,7%
	Universitario completo o más	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,4%	4,1%
La Pampa	Sin estudios y primaria incompleta	8,1%	9,1%	0,0%	0,0%	6,7%	11,1%
	Primaria completa / secundaria incompleta	54,1%	54,5%	0,0%	0,0%	46,7%	27,8%
	Secundaria completa	16,2%	18,2%	0,0%	0,0%	33,3%	44,4%
	Terciario / universitario incompleto	13,5%	18,2%	0,0%	0,0%	13,3%	16,7%
	Universitario completo o más	8,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
La Rioja	Sin estudios y primaria incompleta	6,7%	0,0%	0,0%	0,0%	5,8%	0,0%
	Primaria completa / secundaria incompleta	43,3%	100,0%	66,7%	0,0%	21,2%	20,0%
	Secundaria completa	26,7%	0,0%	0,0%	0,0%	42,3%	40,0%
	Terciario / universitario incompleto	20,0%	0,0%	33,3%	0,0%	25,0%	40,0%
	Universitario completo o más	3,3%	0,0%	0,0%	0,0%	5,8%	0,0%
Mendoza	Sin estudios y primaria incompleta	13,8%	8,9%	0,0%	0,0%	6,6%	5,7%
	Primaria completa / secundaria incompleta	42,0%	43,6%	66,7%	50,0%	34,4%	32,1%
	Secundaria completa	21,0%	25,7%	33,3%	25,0%	22,0%	26,0%
	Terciario / universitario incompleto	16,7%	18,8%	0,0%	25,0%	28,4%	25,6%
	Universitario completo o más	6,5%	3,0%	0,0%	0,0%	8,5%	10,7%

Continuación Tabla 15		Mujeres cis		Mujeres trans		Varones cis	
		2013-2014	2019-2020*	2013-2014	2019-2020*	2013-2014	2019-2020*
Misiones	Sin estudios y primaria incompleta	34,3%	50,0%	0,0%	0,0%	14,8%	6,3%
	Primaria completa / secundaria incompleta	45,7%	33,3%	0,0%	0,0%	24,1%	25,0%
	Secundaria completa	11,4%	0,0%	0,0%	0,0%	22,2%	25,0%
	Terciario / universitario incompleto	5,7%	16,7%	0,0%	0,0%	31,5%	37,5%
	Universitario completo o más	2,9%	0,0%	0,0%	0,0%	7,4%	6,3%
Neuquén	Sin estudios y primaria incompleta	8,2%	10,5%	0,0%	0,0%	6,1%	1,7%
	Primaria completa / secundaria incompleta	44,9%	57,9%	0,0%	0,0%	32,2%	32,2%
	Secundaria completa	28,6%	26,3%	0,0%	100,0%	27,8%	28,8%
	Terciario / universitario incompleto	18,4%	5,3%	0,0%	0,0%	25,2%	32,2%
	Universitario completo o más	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	8,7%	5,1%
Río Negro	Sin estudios y primaria incompleta	8,2%	5,7%	0,0%	0,0%	10,8%	11,9%
	Primaria completa / secundaria incompleta	54,1%	48,6%	0,0%	0,0%	53,2%	30,5%
	Secundaria completa	21,3%	31,4%	0,0%	0,0%	25,2%	32,2%
	Terciario / universitario incompleto	16,4%	11,4%	0,0%	0,0%	7,2%	22,0%
	Universitario completo o más	0,0%	2,9%	0,0%	0,0%	3,6%	3,4%
Salta	Sin estudios y primaria incompleta	13,2%	4,7%	0,0%	0,0%	10,7%	5,5%
	Primaria completa / secundaria incompleta	48,0%	45,3%	66,7%	25,0%	37,9%	41,1%
	Secundaria completa	26,3%	32,8%	16,7%	50,0%	28,2%	23,3%
	Terciario / universitario incompleto	11,2%	15,6%	16,7%	25,0%	20,4%	25,8%
	Universitario completo o más	1,3%	1,6%	0,0%	0,0%	2,9%	4,3%
San Juan	Sin estudios y primaria incompleta	23,1%	5,9%	0,0%	0,0%	8,5%	4,1%
	Primaria completa / secundaria incompleta	46,2%	58,8%	100,0%	50,0%	41,5%	35,1%
	Secundaria completa	23,1%	23,5%	0,0%	50,0%	18,1%	24,7%
	Terciario / universitario incompleto	7,7%	8,8%	0,0%	0,0%	24,5%	18,6%
	Universitario completo o más	0,0%	2,9%	0,0%	0,0%	7,4%	17,5%
San Luis	Sin estudios y primaria incompleta	22,5%	0,0%	0,0%	0,0%	6,5%	10,0%
	Primaria completa / secundaria incompleta	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	41,6%	20,0%
	Secundaria completa	20,0%	33,3%	0,0%	0,0%	31,2%	40,0%
	Terciario / universitario incompleto	7,5%	16,7%	0,0%	0,0%	18,2%	20,0%
	Universitario completo o más	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,6%	10,0%
Santa Cruz	Sin estudios y primaria incompleta	3,2%	0,0%	0,0%	0,0%	1,7%	0,0%
	Primaria completa / secundaria incompleta	51,6%	40,0%	0,0%	0,0%	38,3%	28,6%
	Secundaria completa	29,0%	20,0%	0,0%	100,0%	25,0%	28,6%
	Terciario / universitario incompleto	9,7%	40,0%	0,0%	0,0%	25,0%	42,9%
	Universitario completo o más	6,5%	0,0%	0,0%	0,0%	10,0%	0,0%

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

Continuación Tabla 15		Mujeres cis		Mujeres trans		Varones cis	
		2013-2014	2019-2020*	2013-2014	2019-2020*	2013-2014	2019-2020*
Santa Fe	Sin estudios y primaria incompleta	20,3%	0,0%	0,0%	0,0%	14,4%	0,0%
	Primaria completa / secundaria incompleta	55,1%	25,0%	0,0%	0,0%	40,6%	8,6%
	Secundaria completa	20,3%	37,5%	50,0%	0,0%	23,8%	60,0%
	Terciario / universitario incompleto	2,9%	31,3%	50,0%	0,0%	17,9%	22,9%
	Universitario completo o más	1,4%	6,3%	0,0%	0,0%	3,3%	8,6%
Santiago del Estero	Sin estudios y primaria incompleta	13,9%	20,0%	0,0%	0,0%	10,6%	0,0%
	Primaria completa / secundaria incompleta	55,6%	20,0%	0,0%	0,0%	42,6%	0,0%
	Secundaria completa	25,0%	40,0%	0,0%	0,0%	31,9%	57,1%
	Terciario / universitario incompleto	5,6%	0,0%	100,0%	0,0%	14,9%	28,6%
	Universitario completo o más	0,0%	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%	14,3%
Tierra del Fuego	Sin estudios y primaria incompleta	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	7,9%	0,0%
	Primaria completa / secundaria incompleta	27,3%	0,0%	0,0%	0,0%	15,8%	12,5%
	Secundaria completa	63,6%	50,0%	0,0%	100,0%	28,9%	68,8%
	Terciario / universitario incompleto	0,0%	33,3%	0,0%	0,0%	31,6%	12,5%
	Universitario completo o más	9,1%	16,7%	0,0%	0,0%	15,8%	6,3%
Tucumán	Sin estudios y primaria incompleta	8,3%	3,7%	0,0%	0,0%	4,7%	2,1%
	Primaria completa / secundaria incompleta	54,2%	37,0%	0,0%	40,0%	28,2%	26,3%
	Secundaria completa	16,7%	33,3%	0,0%	20,0%	18,8%	27,4%
	Terciario / universitario incompleto	17,5%	22,2%	0,0%	20,0%	37,3%	35,8%
	Universitario completo o más	3,3%	3,7%	0,0%	20,0%	11,0%	8,4%

* 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=12.965.

Tabla 16. Evolución de las vías de transmisión del VIH en varones cis según región de residencia en bienios seleccionados. Argentina, 2013-2014 / 2019-2020*.

	2013-2014					2019-2020*				
	Relaciones sexuales con hombres	Relaciones sexuales con mujeres	Transmisión vertical	Uso compartido de equipo de inyección de drogas	Otros	Relaciones sexuales con hombres	Relaciones sexuales con mujeres	Transmisión vertical	Uso compartido de equipo de inyección de drogas	Otros
País	52,5%	45,2%	1,3%	0,9%	0,1%	63,0%	36,1%	0,5%	0,4%	0,1%
AMBA	55,5%	42,4%	1,4%	0,7%	0,1%	69,7%	29,4%	0,6%	0,2%	0,1%
Centro	49,7%	47,6%	1,2%	1,6%	0,0%	61,5%	37,2%	0,6%	0,6%	0,2%
Cuyo	58,7%	39,6%	1,1%	0,6%	0,0%	61,8%	37,7%	0,2%	0,2%	0,0%
NEA	52,1%	45,1%	2,5%	0,0%	0,3%	70,8%	28,1%	1,0%	0,0%	0,0%
NOA	51,2%	46,3%	1,8%	0,6%	0,1%	59,8%	39,2%	0,6%	0,4%	0,0%
Patagonia	41,0%	57,7%	0,6%	0,6%	0,2%	51,1%	47,9%	0,3%	0,6%	0,0%

* 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=10.779

Tabla 17. Evolución de las vías de transmisión del VIH en varones cis según jurisdicción de residencia en bienios seleccionados. Argentina, 2013-2014 / 2019-2020*.

	2013-2014					2019-2020				
	Relaciones sexuales con hombres	Relaciones sexuales con mujeres	Transmisión vertical	Uso compartido de equipo de inyección de drogas	Otros	Relaciones sexuales con hombres	Relaciones sexuales con mujeres	Transmisión vertical	Uso compartido de equipo de inyección de drogas	Otros
País	52,5%	45,2%	1,3%	0,9%	0,1%	63,0%	36,1%	0,5%	0,4%	0,1%
Buenos Aires	42,1%	54,9%	1,8%	1,1%	0,0%	59,9%	38,4%	1,0%	0,5%	0,2%
CABA	67,9%	30,8%	0,5%	0,5%	0,2%	80,4%	19,1%	0,2%	0,0%	0,2%
Catamarca	50,9%	45,3%	0,0%	3,8%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Chaco	60,7%	39,3%	0,0%	0,0%	0,0%	75,8%	24,2%	0,0%	0,0%	0,0%
Chubut	40,2%	56,9%	2,0%	1,0%	0,0%	60,0%	40,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Córdoba	59,9%	39,0%	1,1%	0,0%	0,0%	59,3%	39,9%	0,4%	0,4%	0,0%
Corrientes	46,6%	49,3%	3,4%	0,0%	0,7%	54,2%	45,8%	0,0%	0,0%	0,0%
Entre Ríos	47,2%	49,6%	1,6%	1,6%	0,0%	62,5%	37,5%	0,0%	0,0%	0,0%
Formosa	71,8%	28,2%	0,0%	0,0%	0,0%	85,7%	9,5%	4,8%	0,0%	0,0%
Jujuy	41,2%	55,9%	2,4%	0,6%	0,0%	56,5%	42,6%	0,9%	0,0%	0,0%
La Pampa	32,2%	67,8%	0,0%	0,0%	0,0%	39,1%	60,9%	0,0%	0,0%	0,0%
La Rioja	42,3%	57,7%	0,0%	0,0%	0,0%	87,5%	12,5%	0,0%	0,0%	0,0%
Mendoza	62,1%	36,3%	1,1%	0,4%	0,0%	60,8%	38,6%	0,3%	0,3%	0,0%
Misiones	45,8%	50,0%	4,2%	0,0%	0,0%	66,7%	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%
Neuquén	41,7%	57,5%	0,0%	0,8%	0,0%	52,9%	45,9%	0,0%	1,2%	0,0%
Río Negro	30,1%	68,3%	0,8%	0,8%	0,0%	54,7%	44,2%	1,2%	0,0%	0,0%
Salta	47,8%	50,7%	0,9%	0,3%	0,3%	56,4%	42,8%	0,8%	0,0%	0,0%
San Juan	49,5%	47,6%	1,9%	1,0%	0,0%	67,9%	32,1%	0,0%	0,0%	0,0%
San Luis	51,3%	47,4%	0,0%	1,3%	0,0%	38,5%	61,5%	0,0%	0,0%	0,0%
Santa Cruz	47,8%	50,7%	0,0%	0,0%	1,4%	36,4%	60,6%	0,0%	3,0%	0,0%
Santa Fe	42,7%	50,9%	1,6%	4,8%	0,0%	71,2%	26,9%	0,0%	1,9%	0,0%
Santiago del Estero	50,0%	42,6%	7,4%	0,0%	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Tierra del Fuego	69,4%	30,6%	0,0%	0,0%	0,0%	59,1%	40,9%	0,0%	0,0%	0,0%
Tucumán	62,1%	35,2%	2,1%	0,6%	0,0%	63,6%	35,1%	0,3%	1,0%	0,0%

* 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=10.779.

Tabla 18. Evolución de las vías de transmisión del VIH en varones cis según región sanitaria de residencia, en bienios seleccionados. Provincia de Buenos Aires, 2013-2014 / 2019-2020*.

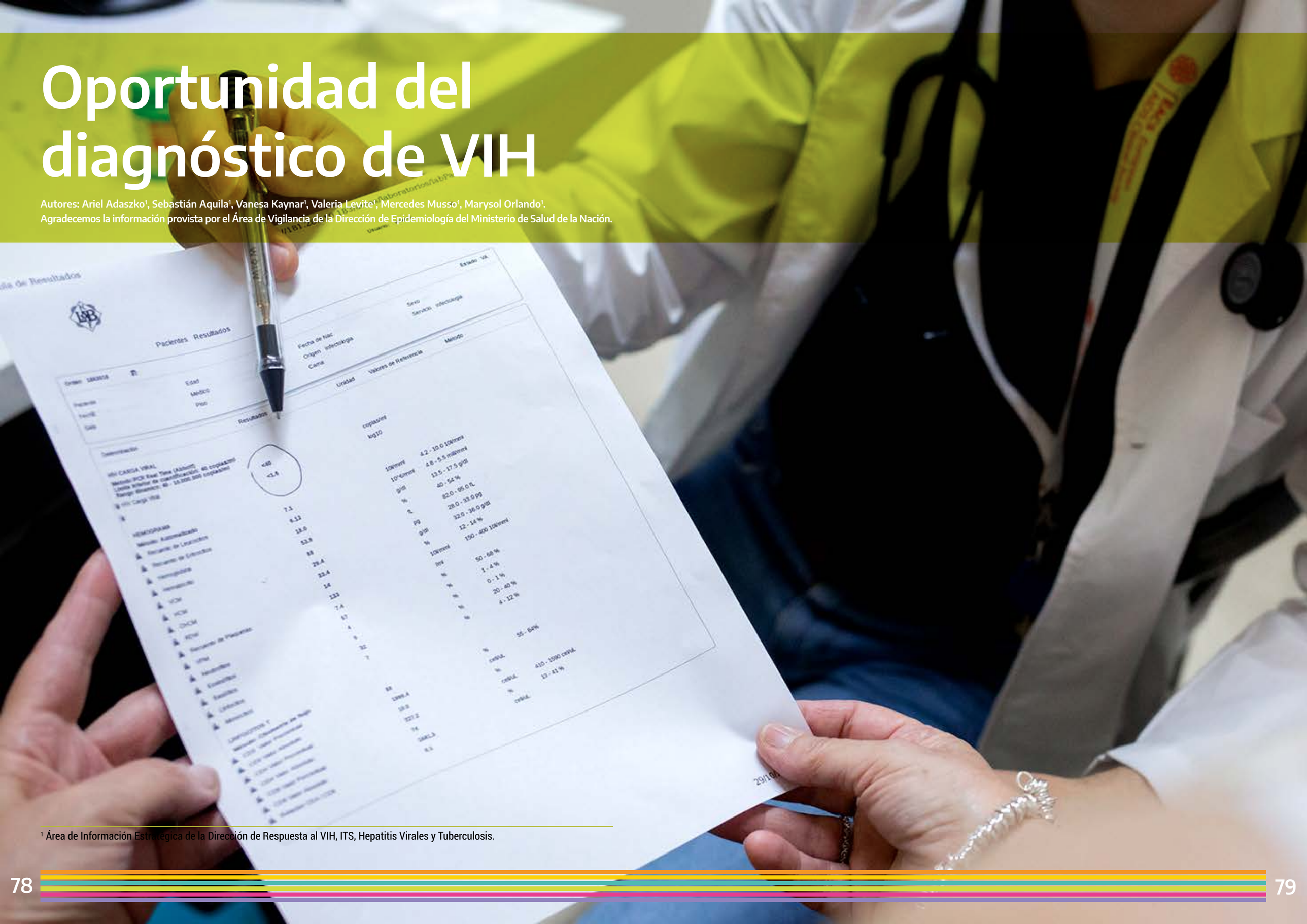
	2013-2014					2019-2020*				
	Relaciones sexuales con hombres	Relaciones sexuales con mujeres	Transmisión vertical	Uso compartido de equipo de inyección de drogas	Otros	Relaciones sexuales con hombres	Relaciones sexuales con mujeres	Transmisión vertical	Uso compartido de equipo de inyección de drogas	Otros
Provincia de Buenos Aires	42,0%	55,2%	1,8%	1,1%	0,0%	60,1%	38,2%	1,0%	0,5%	0,2%
Región Sanitaria I	48,8%	51,2%	0,0%	0,0%	0,0%	61,1%	36,1%	0,0%	2,8%	0,0%
Región Sanitaria II	27,3%	72,7%	0,0%	0,0%	0,0%	33,3%	66,7%	0,0%	0,0%	0,0%
Región Sanitaria III	33,3%	62,5%	4,2%	0,0%	0,0%	16,7%	83,3%	0,0%	0,0%	0,0%
Región Sanitaria IV	33,3%	62,2%	2,2%	2,2%	0,0%	45,0%	50,0%	0,0%	0,0%	5,0%
Región Sanitaria V	49,6%	48,4%	1,3%	0,8%	0,0%	70,9%	27,6%	0,8%	0,8%	0,0%
Región Sanitaria VI	37,6%	58,9%	2,7%	0,7%	0,0%	48,1%	49,7%	1,6%	0,5%	0,0%
Región Sanitaria VII	43,4%	53,7%	2,5%	0,4%	0,0%	64,1%	35,9%	0,0%	0,0%	0,0%
Región Sanitaria VIII	39,9%	58,3%	0,0%	1,8%	0,0%	62,9%	31,4%	5,7%	0,0%	0,0%
Región Sanitaria IX	42,9%	50,0%	7,1%	0,0%	0,0%	83,3%	16,7%	0,0%	0,0%	0,0%
Región Sanitaria X	28,6%	71,4%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Región Sanitaria XI	45,3%	51,7%	0,4%	2,5%	0,0%	69,8%	30,2%	0,0%	0,0%	0,0%
Región Sanitaria XII	36,4%	59,1%	2,3%	2,3%	0,0%	66,7%	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%

* 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=2.644.

Oportunidad del diagnóstico de VIH

Autores: Ariel Adaszko[1], Sebastián Aquila[1], Vanesa Kaynar[1], Valeria Levite[1], Mercedes Musso[1], Marysol Orlando[1].

Agradecemos la información provista por el Área de Vigilancia de la Dirección de Epidemiología del Ministerio de Salud de la Nación.



[1] Área de Información Estratégica de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis.

El diagnóstico tardío es uno de los principales indicadores que monitorea la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis (DRVIHVyT), ya que da cuenta del impacto de las estrategias puestas en marcha para facilitar el acceso al diagnóstico y eliminar barreras dentro y fuera de los servicios de salud. En ese sentido, presentamos en este Boletín un artículo sobre prevención combinada, así como otro en el que se describen los resultados de un estudio sobre autotest de VIH realizado este año.

En Argentina, el diagnóstico tardío se define como aquel que ocurre cuando una persona se encuentra en una situación sintomática, con o sin criterio definidor de sida y/o con un conteo de CD4 menor a 200. Esta información es recogida por dos variables de la ficha de notificación epidemiológica que luego se carga en la solapa clínica del SNVS 2.0: estadio clínico al momento del diagnóstico y nivel de CD4. Los casos reportados solo por laboratorios no cuentan con información para construir este indicador. Por ello, de los 30.278 casos notificados entre 2015 y 2020, período que abarca este análisis, se tomarán los 27.575 (91%) que tienen la información clínica necesaria. Sin embargo, a partir 2018, cuando comenzó a integrarse la información de laboratorios a la vigilancia de VIH, esta proporción comenzó a descender hasta ubicarse en el 75% en el último bienio.

Al analizar la evolución de este indicador, como de cualquier otro en el que se plantean mejoras o desmejoras, tenemos que proceder con cautela. Que el diagnóstico tardío aumente un cinco por ciento en un grupo puede deberse tanto a que todo el colectivo está más afectado por esta situación, como al hecho de que puede haberse reducido la incidencia de casos en este grupo y a que las personas que queden en él sean las que están en peores condiciones de vulnerabilidad. En todo caso, el análisis del indicador obliga a una mirada más minuciosa, dentro de cada colectivo, sobre quiénes están siendo afectados de modo de poder orientar las políticas de prevención y acceso al diagnóstico de un modo más certero.

Una última aclaración antes de avanzar en el análisis, vinculada con el género. Durante el último bienio, se reportaron 5.575 casos con información clínica, de los cuales 64 correspondían a diagnósticos de mujeres trans y 7 a varones trans. Esto limita la posibilidad de hacer análisis sobre este último grupo, por lo que no se particularizará aquí, salvo en situaciones puntuales en que no requiera desagregación ni evaluar la evolución.

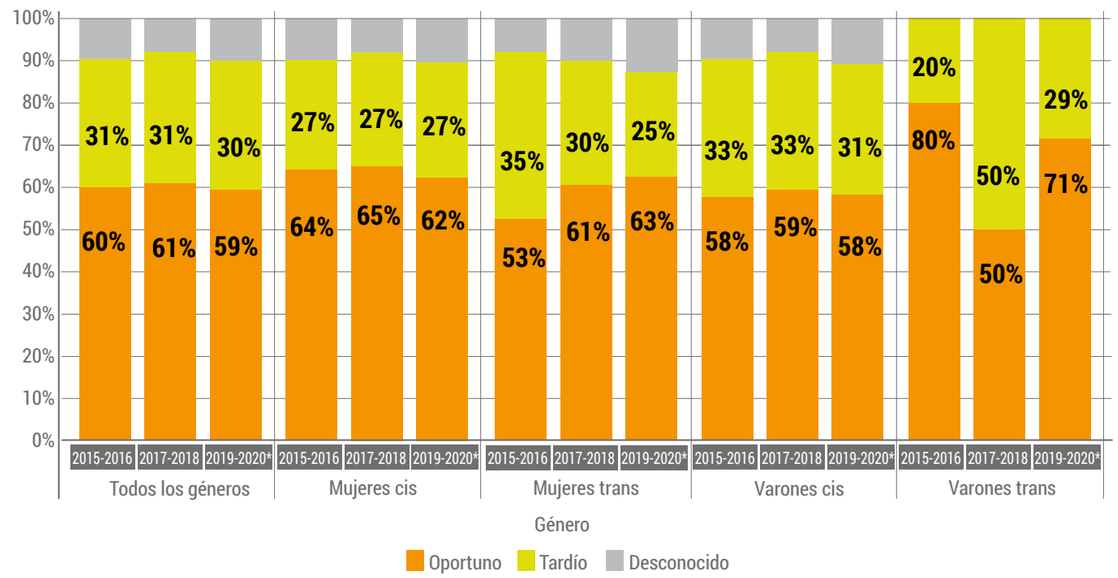
Durante el bienio 2019-2020, el 30% de las personas notificadas con VIH recibieron un diagnóstico tardío: 31% de los varones cis, 27% de las mujeres cis, 25% de las mujeres trans y 29% de los varones trans. En comparación con el bienio anterior, no se han producido variaciones en la situación de diagnóstico de las mujeres cis, pero sí una muy ligera mejoría en la situación de diagnóstico de los varones cis y las mujeres trans (Gráfico 1).

A nivel regional, en el último bienio el AMBA presenta el diagnóstico tardío más alto, 32%, mientras que el resto de las regiones muestran valores entre 26 y 30%. NOA, NEA y Centro mejoraron su situación, en tanto Cuyo y Patagonia desmejoraron y AMBA se mantuvo en el mismo valor (Gráfico 2). Al desagregar el diagnóstico tardío por región y género, se aprecia que la mayor proporción de diagnósticos tardíos ocurre entre los varones cis: en AMBA y Patagonia, alcanzó al 33% de ellos en el último bienio, mientras que los valores más bajos del mismo período se dieron en el NEA, con 26%. Entre las mujeres cis, el valor más alto del bienio 2019-2020 se registró también en el AMBA, 32%, seguida de Cuyo, con 30%, en tanto la mejor situación se observa en la región Centro, con 23%, y Patagonia, con 24%.

En la Tabla 1 se presenta la evolución de la oportunidad del diagnóstico por jurisdicción y en la Tabla 2, el porcentaje de diagnóstico tardío por género en el bienio 2019-2020, en las páginas 86 y 87 respectivamente.

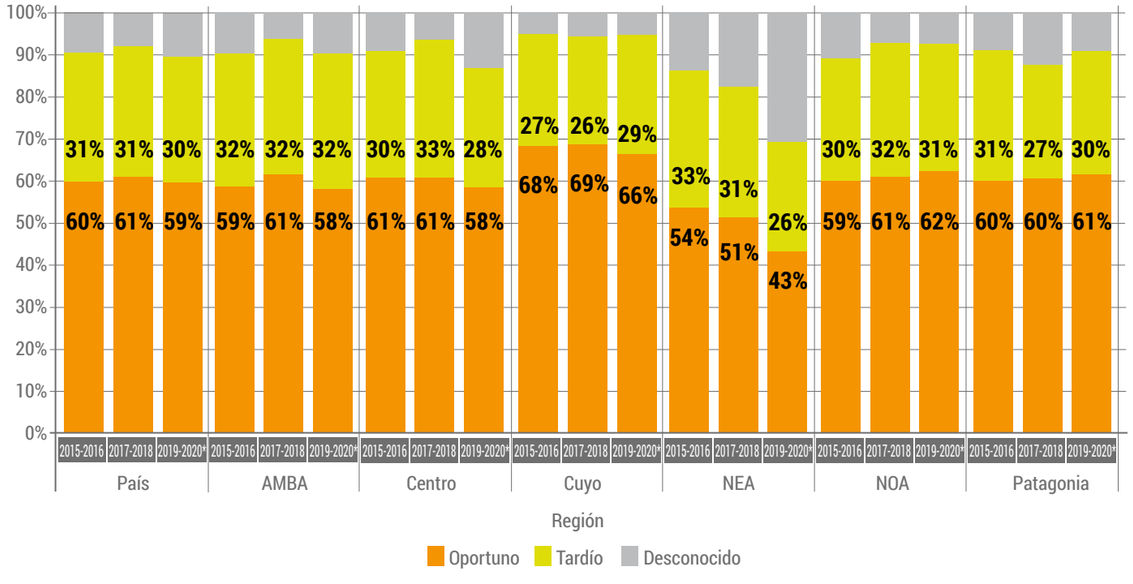
> **Durante el bienio 2019-2020, el 30% de las personas notificadas con VIH recibieron un diagnóstico tardío: 31% de los varones cis, 27% de las mujeres cis, 25% de las mujeres trans y 29% de los varones trans.**
> **En comparación con el bienio anterior, no se han producido variaciones en la situación de diagnóstico de las mujeres cis, pero sí una muy ligera mejoría en la situación de diagnóstico de los varones cis y las mujeres trans**

Gráfico 1. Evolución de la oportunidad del diagnóstico de VIH según género y bienio de diagnóstico, Argentina, 2015-2020.



* 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=27.575.

Gráfico 2. Evolución de la oportunidad del diagnóstico de VIH por región de residencia y bienio de diagnóstico. Argentina, 2015-2020.



* 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=27.575.

Cuando analizamos la oportunidad del diagnóstico por grupo de edad y género (Gráfico 3), observamos que **el diagnóstico tardío aumenta con la edad**, salvo en el grupo de mujeres trans, entre quienes esta pauta no parece clara, quizás por el menor número de casos. Entre los y las adolescentes de 15 a 19 años, el diagnóstico tardío afecta al 4% de las mujeres cis y al 12% de los varones cis. En el bienio 2019-2020 no hay casos reportados, al menos por clínica, en mujeres trans en este grupo. En cambio, en los varones cis de 55 años o más el diagnóstico tardío supera el 50% y en las mujeres cis de 45 años en adelante el valor está por encima del 40%. En contraste, el grupo de 35 a 44 años es el que presenta la mayor proporción de diagnóstico tardío entre las mujeres trans.

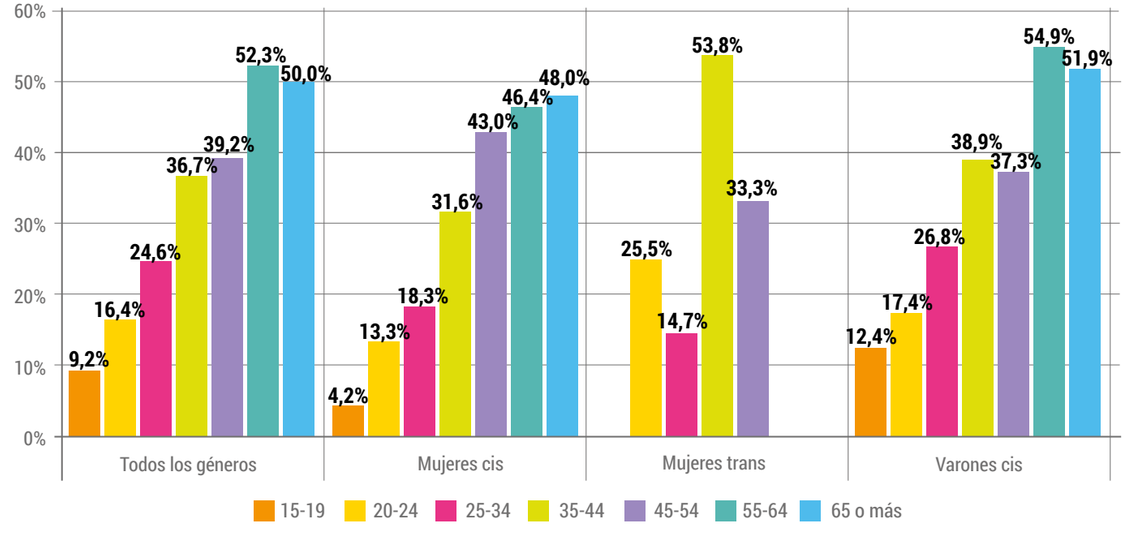
En los últimos años, se aprecia un descenso en el diagnóstico tardío de las mujeres cis de 15 a 19 años, de 14% a 4% entre 2015 y 2020; de 56% a 46% entre las de 55 a 64 años y de 57% a 48% entre las de 65 años o más. En cuanto a los varones cis, la caída más clara se verifica entre los de 45 a 54 años, de 47% en 2015 a 37% en 2020.

El Gráfico 4 presenta el diagnóstico tardío en personas de 19 años o más según género y nivel de instrucción alcanzado. Se aprecia claramente que a medida que aumenta el nivel de instrucción, también lo hace el diagnóstico oportuno. Entre los varones cis, los datos del último bienio muestran que el diagnóstico tardío alcanzó al 58% de aquellos que no completaron la educación primaria, pero también al 44% de los que sí la completaron o comenzaron la educación media, sin terminarla. Y, por el contrario, solo alcanza al 20% de los que completaron la educación terciaria o universitaria. El diagnóstico tardío también afecta al 44% de las mujeres cis que no concluyeron la educación primaria, en contraposición al 9% de las que finalizaron un estudio superior. Una vez más, entre las mujeres trans es difícil establecer un comportamiento de la variable, debido a la menor cantidad de casos.

El Gráfico 5 muestra que entre quienes tenían hasta secundaria incompleta, la oportunidad del diagnóstico tuvo un ligero deterioro en el último bienio, mientras que las personas con secundario completo o más registran un descenso del diagnóstico tardío, que se hace más marcado conforme crece el nivel de instrucción. Esta tendencia se verifica entre los varones cis. Entre las mujeres cis, la mejoría recién se aprecia entre las que comenzaron algún estudio superior.

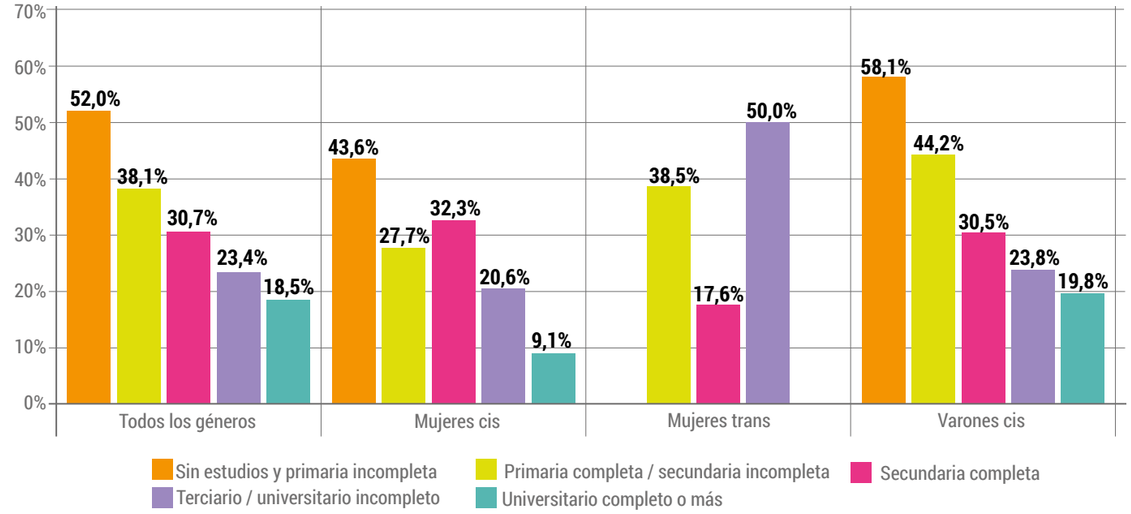
> **A medida que aumenta el nivel de instrucción, también lo hace el diagnóstico oportuno.**

Gráfico 3. Porcentaje de diagnóstico tardío de VIH por grupo de edad y género en personas de 15 años o más. Argentina, 2019-2020*.



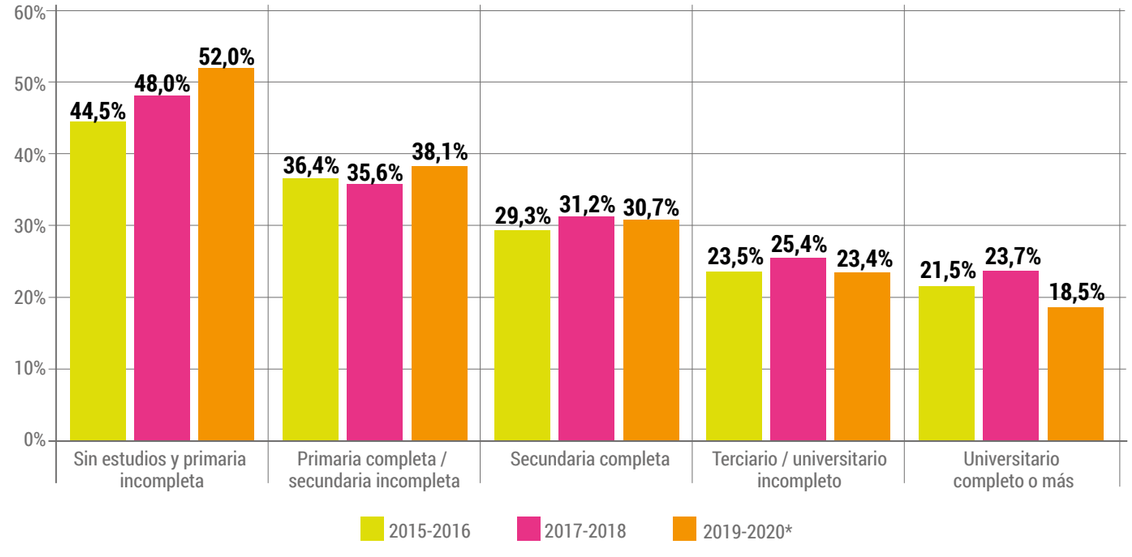
* Años no cerrados, con posibilidad de ajuste en futuros boletines.
Fuente: Elaboración propia en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=5.538.

Gráfico 4. Porcentaje de diagnóstico tardío de VIH según máximo nivel de instrucción alcanzado y género en personas de 19 años o más. Argentina, 2019-2020*.



* 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=5.422.

Gráfico 5. Evolución del porcentaje de diagnóstico tardío de VIH según nivel de instrucción alcanzado, en personas de 19 años o más. Argentina, 2015-2020.



* 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=26.638.

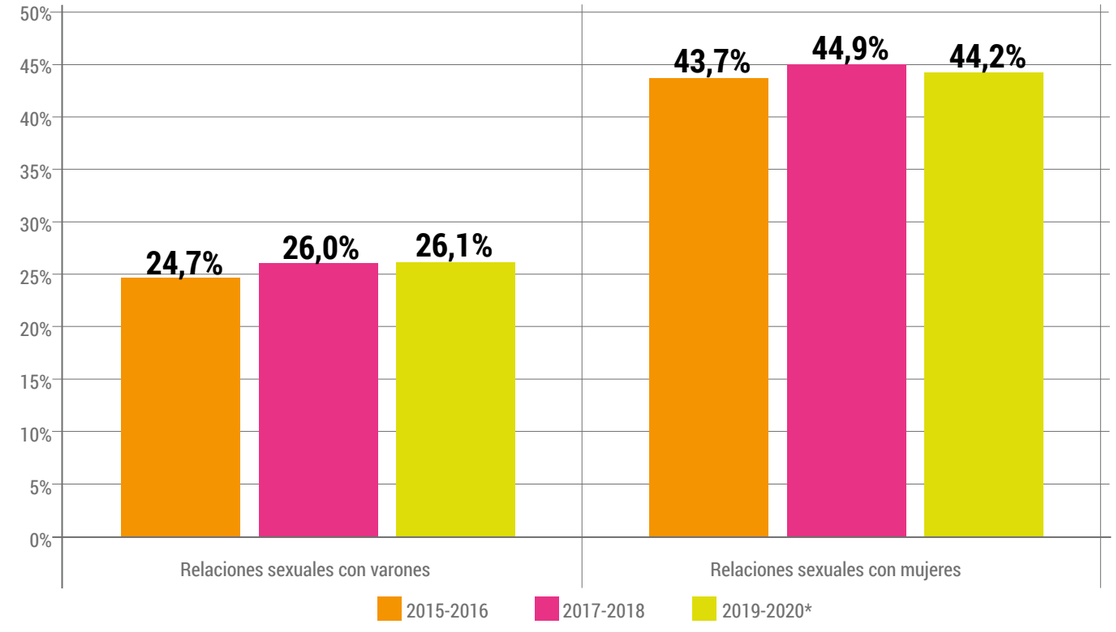
En los varones cis (Gráfico 6), el diagnóstico tardío es notablemente diferente entre los que se infectaron durante relaciones sexuales desprotegidas con otros varones y quienes lo hicieron con mujeres. En el último bienio, esta situación alcanzó al 26% de los primeros y al 44% de los últimos. No se aprecian cambios importantes en los últimos seis años.

No obstante, si se desagregan esos colectivos por grupo de edad, saltan a la luz notorias diferencias, incluso entre los varones infectados durante relaciones sexuales con otros varones (Gráfico 7). Entre estos últimos, en el bienio 2019-2020, más del 40% de los que tenían 55 años o más y uno de cada tres de los de 35 a 54 años fueron diagnosticados en etapas avanzadas de la infección. Esta situación alcanzó a alrededor del 65% de los varones de 55 años o más infectados durante relaciones sexuales con mujeres. En este grupo, solo los de 20 a 24 años presentan un valor algo mejor, ya que este tipo de diagnóstico cae al 25% entre ellos.

Consideraciones finales

El análisis presentado en esta sección muestra que no se han producido cambios importantes en la oportunidad del diagnóstico en los últimos años, salvo en casos puntuales cuando se desagrega la información. De este modo, **las personas más afectadas siguen siendo los varones cis y, entre ellos, aquellos infectados durante relaciones sexuales desprotegidas con mujeres, las personas con menor nivel de instrucción y aquellas de mayor edad.** Hay subgrupos en los que el diagnóstico tardío afecta a más del 50% de las personas en el bienio 2019-2020. Entre ellos, las mujeres trans de 35 a 44 años y los varones cis de 55 años o más. Si bien las mujeres cis no llegan a estos valores, más del 40% de las de 45 años o más también reciben su diagnóstico en un estadio avanzado de la infección. Más del 40% de los varones cis que no completaron la educación media también presentan esta situación, al igual que las mujeres cis que no completaron la primaria. Finalmente, más del 40% de los varones cis infectados durante relaciones sexuales desprotegidas con mujeres se diagnosticaron tardíamente, aunque al desagregar la información por grupo de edad, algunos intervalos alcanzan proporciones de hasta el 65%. También los grupos de mayor edad entre los varones que tiene relaciones sexuales con otros varones tienen una considerable proporción de diagnóstico tardíos.

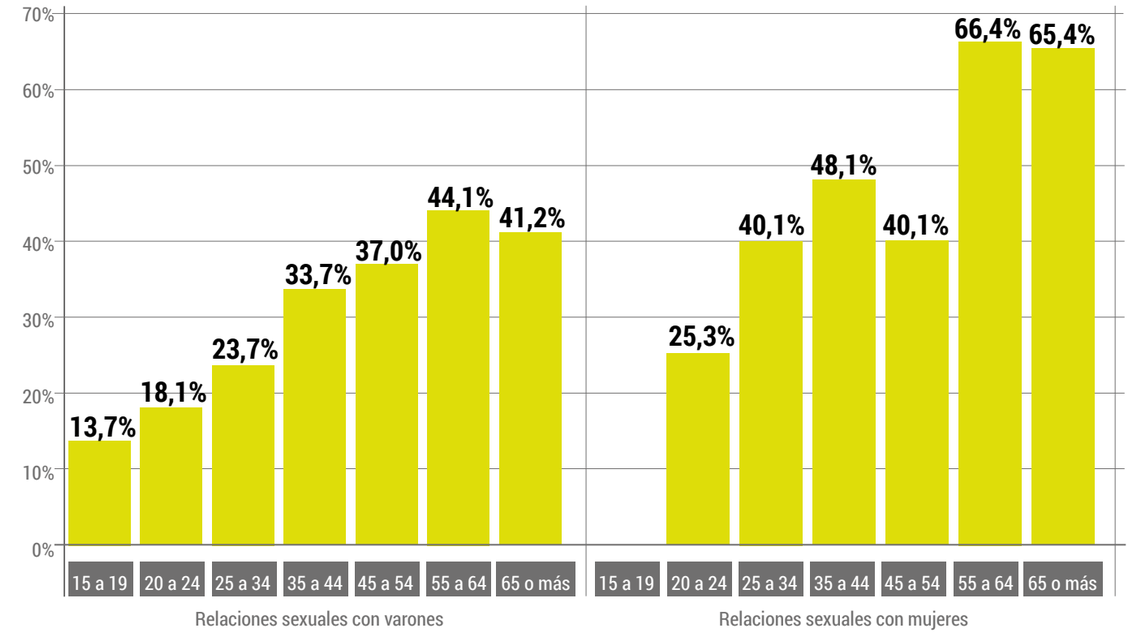
Gráfico 6. Evolución del diagnóstico tardío de VIH según vía de transmisión en varones cis. Argentina, 2015-2020.



* 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=16.233.

Gráfico 7. Porcentaje de diagnóstico tardío de VIH según vía de transmisión sexual y grupo de edad en varones cis, Argentina, 2019-2020*.



* 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=2.935.

Tablas

Tabla 1. Evolución del diagnóstico tardío por jurisdicción. Argentina, 2015-2020.

	2015-2016	2017-2018	2019-2020*	Tendencia
País	30,9%	31,1%	29,9%	
Buenos Aires	35,6%	37,2%	33,3%	
CABA	26,2%	27,5%	29,4%	
Catamarca	34,2%	60,0%	50,0%	
Chaco	27,3%	23,8%	20,9%	
Chubut	33,9%	17,2%	23,7%	
Córdoba	27,3%	29,0%	30,4%	
Corrientes	40,5%	35,6%	21,0%	
Entre Ríos	27,3%	24,8%	23,2%	
Formosa	30,6%	29,6%	32,9%	
Jujuy	46,1%	35,5%	25,3%	
La Pampa	37,8%	30,9%	31,6%	
La Rioja	27,1%	45,5%	41,7%	
Mendoza	25,8%	24,1%	27,8%	
Misiones	28,6%	36,4%	36,8%	
Neuquén	30,9%	29,7%	29,4%	
Río Negro	33,1%	27,3%	30,0%	
Salta	24,3%	31,1%	26,4%	
San Juan	29,2%	30,6%	33,3%	
San Luis	27,9%	23,6%	8,3%	
Santa Cruz	19,6%	22,9%	26,9%	
Santa Fe	31,4%	32,5%	15,5%	
Santiago del Estero	40,0%	38,5%	33,3%	
Tierra del Fuego	25,9%	35,5%	42,5%	
Tucumán	24,5%	29,6%	37,3%	

* 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=27.575.

Tabla 2. Porcentaje de personas con diagnóstico tardío de VIH por jurisdicción y género. Argentina, 2019-2020*.

	Todos los géneros	Mujeres cis	Mujeres trans	Varones cis
País	29,9%	27,2%	25,0%	31,1%
Buenos Aires	33,3%	31,3%	28,6%	34,4%
CABA	29,4%	29,4%	26,7%	29,5%
Catamarca	50,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Chaco	20,9%	20,0%	0,0%	21,5%
Chubut	23,7%	31,6%	0,0%	18,2%
Córdoba	30,4%	23,1%	11,1%	34,3%
Corrientes	21,0%	23,1%	0,0%	18,8%
Entre Ríos	23,2%	10,5%	0,0%	27,8%
Formosa	32,9%	25,0%	0,0%	37,7%
Jujuy	25,3%	25,7%	50,0%	24,3%
La Pampa	31,6%	24,0%	0,0%	35,2%
La Rioja	41,7%	25,0%	0,0%	50,0%
Mendoza	27,8%	27,9%	40,0%	27,6%
Misiones	36,8%	46,2%	0,0%	32,0%
Neuquén	29,4%	16,7%	0,0%	35,2%
Río Negro	30,0%	28,8%	0,0%	30,7%
Salta	26,4%	23,6%	50,0%	27,2%
San Juan	33,3%	40,5%	0,0%	32,8%
San Luis	8,3%	14,3%	0,0%	5,9%
Santa Cruz	26,9%	21,4%	0,0%	29,7%
Santa Fe	15,5%	15,6%	0,0%	15,5%
Santiago del Estero	33,3%	38,5%	0,0%	30,0%
Tierra del Fuego	42,5%	18,2%	0,0%	53,6%
Tucumán	37,3%	29,9%	20,0%	39,8%

* 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=5.575.

Mortalidad por sida

Autores: Sebastián Aquila[1], Ariel Adaszko[1], Vanesa Kaynar[1], Valeria Levite[1], Mercedes Musso[1], Marysol Orlando[1], Adrián Santoro[2] y Carlos Guevel[2].
Agradecemos a la Dirección de Estadística e Información de la Salud (DEIS) por los datos para la elaboración de este artículo.

[1] Área de Información Estratégica de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis.
[2] Dirección de Estadística e Información en Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

La tasa de mortalidad por sida es un indicador central en el análisis de la situación del VIH en el país, ya que no solo permite dimensionar el impacto de la infección, sino la respuesta de los servicios de salud y las condiciones sociales en las que se producen los procesos de salud/enfermedad/atención en una etapa en que los recursos diagnósticos y terapéuticos disponibles permitirían poner fin, al menos teóricamente, a la epidemia.

Aspectos tales como el diagnóstico tardío u obstáculos en los procesos de adherencia (temas abordados en otros artículos de este boletín), ambos potenciados por las condiciones de vulnerabilidad que padecen muchos colectivos, impactan directamente en la mortalidad.

Los datos sobre la mortalidad por sida que presentamos para este artículo son provistos por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud* (https://www.argentina.gob.ar/salud/deis) y se basan en los informes estadísticos de defunción que completan los médicos que certifican los decesos. El último año cerrado para este indicador es el 2019, por lo que el impacto de la pandemia de COVID-19 no puede apreciarse aún.

Cabe aclarar que en este artículo no pueden distinguirse los varones y mujeres cis de los varones y mujeres trans, ya que el sistema estadístico nacional no recoge esa diferenciación, de modo tal que las variables se expresarán en torno al sexo asignado al nacimiento.

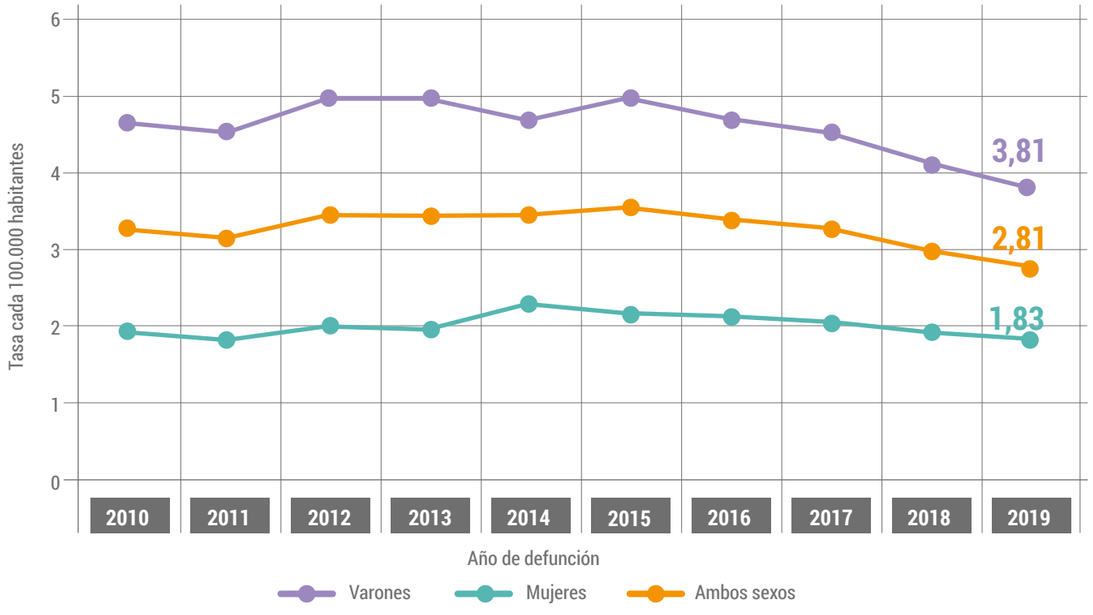
En 2019 se produjeron 1.265 decesos por causas relacionadas con VIH, de los cuales 840 fueron de varones, 419 de mujeres y en seis casos no se registra información sobre sexo. Con ello, la tasa de mortalidad para ese año fue de 2,81 personas cada 100 mil habitantes (Gráfico 1): 3,81 entre los varones y 1,83 entre las mujeres.

Como se puede observar, **por quinto año consecutivo desciende la tasa de mortalidad en ambos sexos, lo que representa una caída acumulada desde 2015 de casi el 21%** (Gráfico 2). En términos históricos, es el valor más bajo en 26 años. En 1993 la tasa de varones había sido de 3,9 por 100 mil y en 1995 la de mujeres había alcanzado el 2 por 100 mil.

Para el año 2019, la mediana de edad de los fallecimientos fue de 45 años, 46 años los varones y 45 las mujeres. Estos valores confirman la tendencia ascendente que se viene registrando desde 2013, cuando la mediana se ubicaba en 42 años.

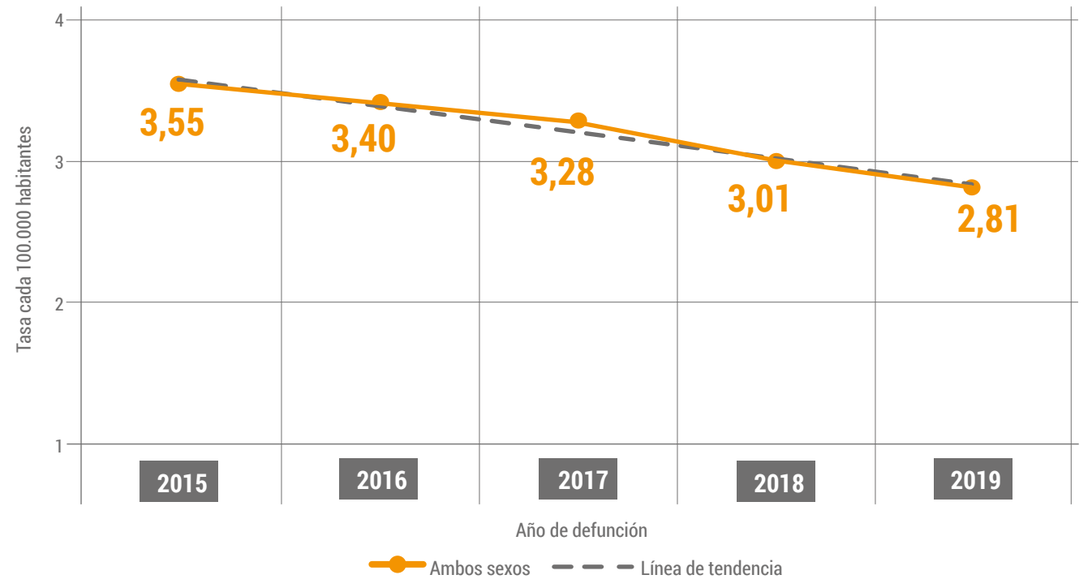
En cuanto a la distribución por grupo de edad, la mayor concentración de fallecimientos se ubica en la franja de 45 y 54 años (28%), seguida de la de 35 y 44 años (27%), sin importantes diferencias por sexo (Gráfico 3). Cabe aclarar que 55 defunciones (4,4%) se produjeron entre personas de 24 años o menos.

Gráfico 1. Evolución de la tasa de mortalidad por sida por 100 mil habitantes según sexo. Argentina, 2010-2019.



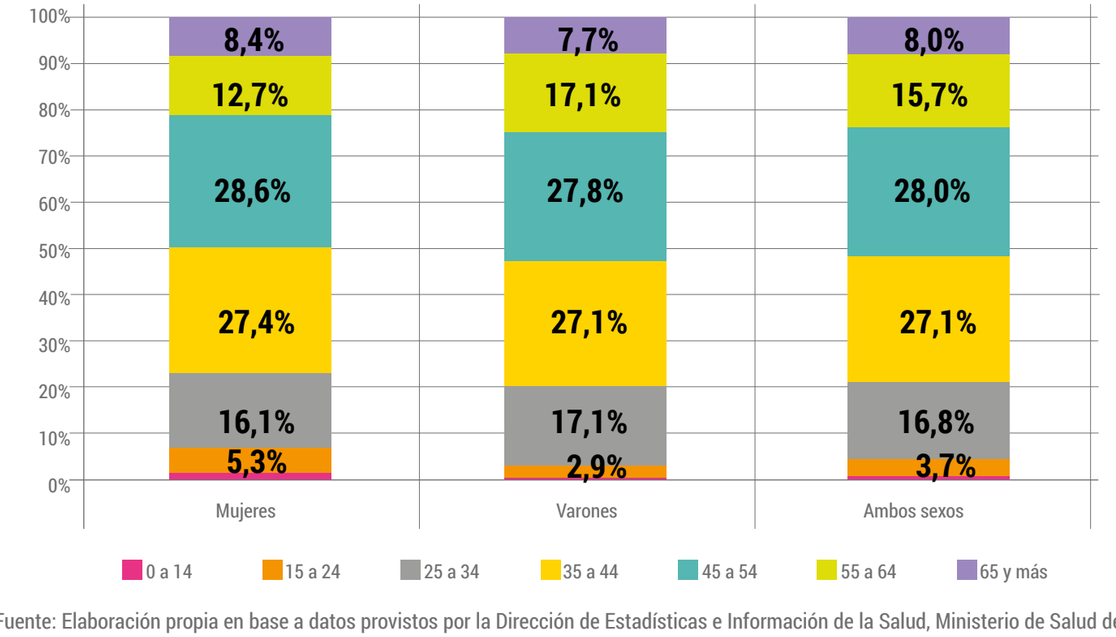
Fuente: Elaboración propia en base a datos provistos por la Dirección de Estadísticas e Información de la Salud, Ministerio de Salud de la Nación.

Gráfico 2. Evolución de la tasa de mortalidad por sida por 100 habitantes, ambos sexos. Argentina, 2015-2019.



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 3. Distribución porcentual de muertes por sida por grupos de edad según sexo. Argentina, 2019.



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

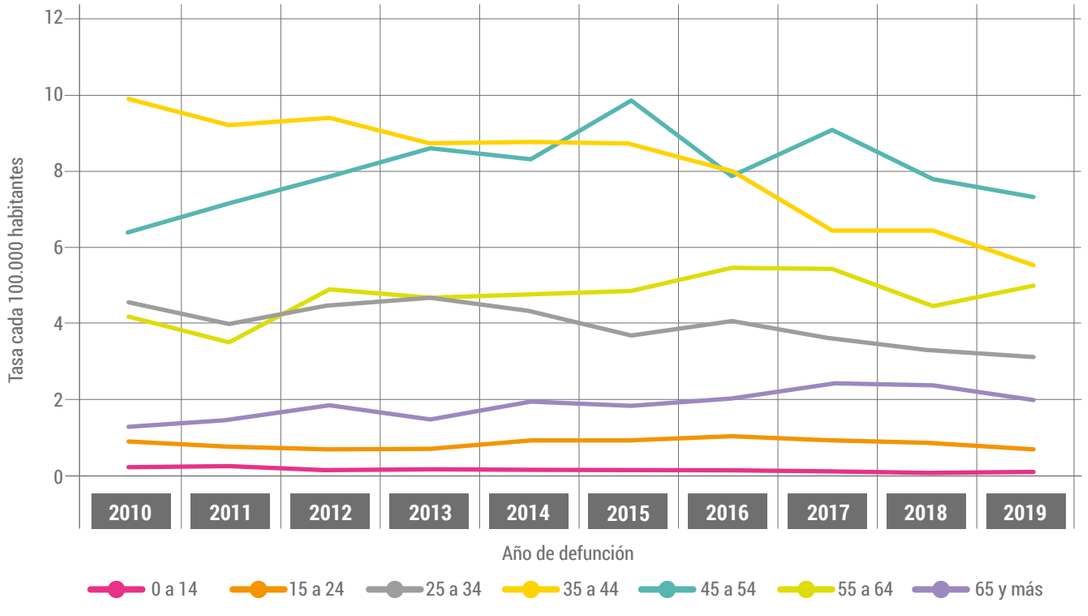
Si observamos la evolución en los últimos diez años (Gráfico 4), vemos distintos comportamientos según el grupo etario. Como ya señalamos, las tasas más altas se ubican en los grupos centrales. Para los de 35 a 44 años, la tasa de mortalidad por sida en 2019 fue de 5,5 cada 100 mil habitantes, casi la mitad que una década atrás. En el intervalo de 45 a 54 años la tasa en 2019 fue de 7,3, un 25% inferior al pico registrado en ese grupo en 2015.

En los grupos de 0 a 14 y de 15 a 24 las tasas vienen cayendo suavemente durante los últimos cinco y cuatro años respectivamente; y cae también, desde 2013, la del conjunto de 25 a 34 años. Los únicos con tasas en alza son los grupos de edad más elevada: de 55 a 64 años y de 65 y más, dato que puede estar relacionado con el aumento en la expectativa de vida de las personas con VIH.

Para comparar la situación de mortalidad entre las jurisdicciones, es necesario ajustar las tasas por edad de modo tal de compensar sus diferentes estructuras poblacionales (Mapa 1 y Tabla 2 en la página 95). En 2019 se aprecia una caída en casi todas las jurisdicciones. Salta y Jujuy son las provincias que presentan las tasas ajustadas más elevadas: 6,4 y 6,3 muertes por sida cada 100 mil habitantes respectivamente, muy por encima del 2,6 por 100 mil de la tasa ajustada nacional. Les sigue Misiones con 3,7 cada 100.000 habitantes. Por otro lado, las jurisdicciones que tienen tasas ajustadas más bajas son La Pampa (0,6 por 100.000) y Catamarca (0,7 por 100.000).

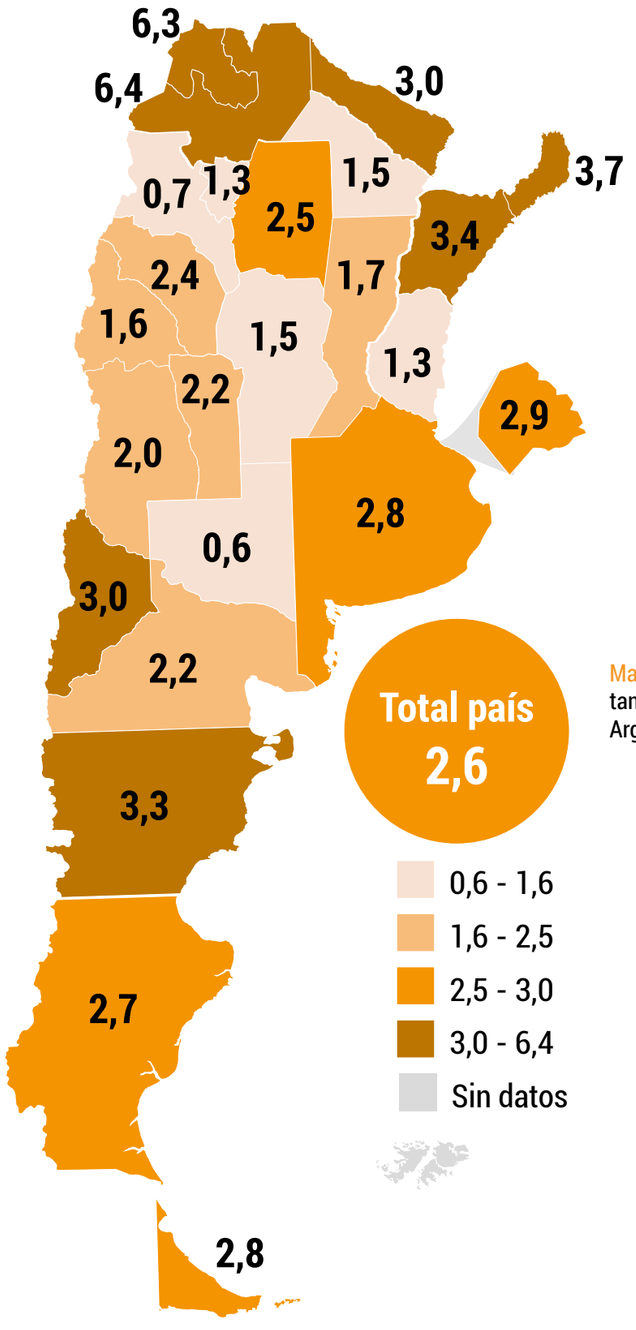
Como las tasas ajustadas solo sirven para comparar a las jurisdicciones quitando el efecto de las diferentes pirámides poblacionales, en la Tabla 1 (en página 94) también se presentan las tasas reales de cada jurisdicción.

Gráfico 4. Evolución de las tasas de mortalidad por sida por 100 mil habitantes según grupos de edad, ambos sexos. Argentina, 2010-2019.

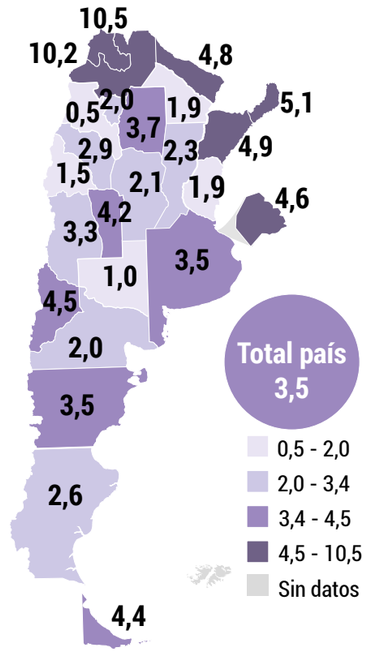


Fuente: Elaboración propia en base a datos provistos por la Dirección de Estadísticas e Información de la Salud, Ministerio de Salud de la Nación.

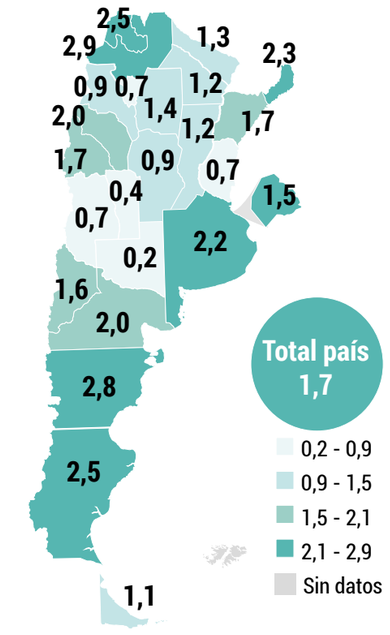
Mapa 1. Tasas de mortalidad por sida cada 100 mil habitantes ajustadas por edad por jurisdicción, ambos sexos. Argentina, 2019.



Mapa 2. Tasas de mortalidad por sida cada 100 mil habitantes ajustadas por edad por jurisdicción, varones. Argentina, 2019.



Mapa 3. Tasas de mortalidad por sida cada 100 mil habitantes ajustadas por edad por jurisdicción, en mujeres. Argentina, 2019.



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

Tabla 1. Evolución de las tasas crudas de mortalidad por sida cada 100 mil habitantes, según jurisdicción. Argentina, 2010-2019.

Jurisdicción	Ambos sexos									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Total país	**3,26**	**3,15**	**3,45**	**3,44**	**3,47**	**3,55**	**3,40**	**3,28**	**3,01**	**2,81**
Buenos Aires	4,03	3,87	4,27	4,19	4,35	4,47	3,75	3,80	3,38	3,45
CABA	4,62	4,19	3,69	4,93	4,53	5,40	5,13	4,08	2,87	3,09
Catamarca	0,00	0,79	1,30	2,06	2,80	0,25	1,25	2,47	1,23	0,73
Chaco	2,13	0,92	1,99	1,52	1,68	1,66	1,3	1,63	1,95	1,51
Chubut	3,31	2,1	3,18	3,85	1,44	3,53	3,98	3,57	3,84	3,61
Córdoba	1,87	1,70	1,88	1,95	1,76	2,35	2,00	2,19	1,95	1,64
Corrientes	1,67	2,82	2,41	2,19	3,21	2,06	1,94	1,83	3,27	3,42
Entre Ríos	1,91	1,97	1,64	2,39	1,61	1,89	2,92	2,15	2,13	1,38
Formosa	1,99	2,51	3,73	1,06	1,74	2,59	3,08	4,24	3,36	3,00
Jujuy	3,95	4,19	6,13	6,06	4,03	4,53	6,52	6,98	7,96	6,43
La Pampa	0,92	0,91	1,50	0,59	1,18	0,87	1,16	0,57	0,57	0,84
La Rioja	3,21	1,44	0,85	0,00	0,83	1,36	0,54	0,53	0,26	2,57
Mendoza	2,03	2,34	2,64	2,23	2,31	2,23	3,30	3,06	2,72	2,13
Misiones	2,60	2,83	3,93	3,28	4,00	3,87	2,91	3,28	3,97	3,53
Neuquén	2,62	2,92	3,55	2,50	1,47	2,90	3,02	3,76	2,63	3,36
Río Negro	2,47	1,37	1,79	1,62	3,05	2,43	2,96	2,23	2,47	2,30
Salta	6,46	7,39	8,07	7,10	7,83	6,60	6,95	6,42	7,35	6,47
San Juan	1,29	0,85	1,12	1,52	2,74	2,84	3,08	1,85	1,96	1,68
San Luis	2,03	3,77	2,63	3,67	2,13	3,36	2,28	1,84	2,22	2,39
Santa Cruz	2,90	1,76	2,39	1,32	1,61	1,56	2,43	3,25	2,01	2,52
Santa Fe	2,61	2,53	2,87	2,63	3,35	2,71	2,48	2,58	1,69	1,97
Santiago del Estero	1,25	1,24	1,56	1,65	0,87	0,97	1,60	2,32	2,40	2,48
Tucumán	1,81	1,59	2,16	2,71	1,46	1,57	2,05	1,59	1,33	1,37
Tierra del Fuego	7,60	1,47	2,86	2,08	3,38	1,97	3,83	2,49	2,43	2,96

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

Tabla 2. Evolución de la tasa de mortalidad por sida ajustada por edad cada 100 mil habitantes, según jurisdicción. Argentina, 2010-2019.

Jurisdicción	Ambos sexos									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Total país	**3,1**	**3,0**	**3,3**	**3,3**	**3,4**	**3,3**	**3,2**	**3,1**	**2,8**	**2,6**
Buenos Aires	3,8	3,7	4,0	3,9	4,1	4,2	3,5	3,5	3,1	2,8
CABA	4,0	3,7	3,1	4,4	4,0	4,7	4,5	3,5	2,5	2,9
Catamarca		0,7	1,2	2,0	2,7	0,2	1,2	2,4	1,1	0,7
Chaco	2,2	1	2,1	1,6	1,8	1,7	1,3	1,7	2	1,5
Chubut	3,3	2,1	3,2	3,5	1,4	3,2	3,6	3,3	3,6	3,3
Córdoba	1,7	1,6	1,7	1,8	1,7	2,2	1,8	2,0	1,8	1,5
Corrientes	1,7	2,8	2,3	2,2	3,2	2,0	1,9	1,8	3,2	3,4
Entre Ríos	1,8	1,9	1,5	2,3	1,6	1,8	2,8	2,1	2,0	1,3
Formosa	2,1	2,7	3,8	1,1	1,8	2,7	3,2	4,4	3,5	3,0
Jujuy	3,9	4,3	6,2	6,2	4,1	4,5	6,4	6,9	7,9	6,3
La Pampa	0,8	0,7	1,3	0,5	1,1	0,8	1,0	0,5	0,5	0,6
La Rioja	3,1	1,2	0,9		0,7	1,4	0,6	0,5	0,3	2,4
Mendoza	1,9	2,3	2,6	2,2	2,2	2,1	3,1	2,9	2,6	2,0
Misiones	2,8	3,0	4,5	3,5	4,2	4,0	3,0	3,5	4,1	3,7
Neuquén	2,6	2,9	3,5	2,4	1,5	2,8	2,7	3,6	2,5	3,0
Río Negro	2,5	1,4	1,8	1,5	2,9	2,2	2,8	2,1	2,3	2,2
Salta	6,6	7,6	8,2	7,4	8,1	6,8	7,0	6,5	7,5	6,4
San Juan	1,2	0,8	1,1	1,5	2,7	2,9	3,0	1,8	1,9	1,6
San Luis	1,9	3,5	2,5	3,6	2,0	3,2	2,2	1,8	2,1	2,2
Santa Cruz	3,4	1,9	2,7	1,6	1,5	1,5	2,6	3,2	1,9	2,7
Santa Fe	2,5	2,4	2,7	2,5	3,1	2,5	2,3	2,4	1,5	1,7
Santiago del Estero	1,3	1,3	1,6	1,8	0,9	0,9	1,6	2,4	2,5	2,5
Tucumán	1,8	1,5	2,1	2,7	1,4	1,5	2,0	1,5	1,3	1,3
Tierra del Fuego	8,8	1,5	3,0	1,8	2,9	1,6	3,5	2,1	2,9	2,8

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

Análisis de comorbilidad y letalidad VIH/COVID-19 en la Argentina

Autoras: Melisa Adriana Laurora[a], María Agustina Page[a].

Colaboradores: Federico Martín Santoro[a], Dalila Vanesa Rueda[a], Heloisa da Cruz Ferreira Silva[a], María Laura Recoder[a], Ariel Adaszko[a], Valeria Levite[b], María Isabel Sarabia[b], Andrea Ayma[b], María Eugenia Latorre[b], María Lorena Alen Greco[b], Paula Victoria Enz[b], Carlos Guevel[c].

[a] Residencia de Epidemiología. Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica.
[b] Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis.
[c] Dirección Nacional de Estadísticas e Información en Salud.

Introducción

La pandemia del SARS-CoV-2 ha afectado profundamente la salud poblacional a partir de 2020. El objetivo de la presente investigación fue describir y analizar el perfil epidemiológico de las personas con VIH que tuvieron COVID-19 y compararlo con el de la población general (PG) que tuvo COVID-19 hasta el 30 de junio de 2021, en Argentina. El propósito fue proveer insumos para la implementación de políticas públicas específicas para prevenir y mitigar la morbi/mortalidad por COVID-19 en la antedicha población.

Antecedentes

Son pocos los estudios publicados respecto a VIH y COVID-19. De acuerdo a un metaanálisis divulgado por la European AIDS Clinical Society (EACS)[1], donde fueron analizados trabajos realizados en cohortes de personas con diagnóstico de VIH y COVID de varios países, no se ha encontrado una clara evidencia que demuestre un curso diferencial de la enfermedad como tampoco un ratio superior de infección de COVID-19 en este grupo de personas. Sin embargo, en rasgos generales, los estudios coinciden en que las personas que contaban con un recuento de CD4 <200/µL y no estaban bajo un tratamiento antirretroviral (ARV) tienen asociado un mayor riesgo de severidad de COVID-19. Además, la severidad parece aumentar con la edad y con la presencia de algunas enfermedades preexistentes, tales como enfermedad cardíaca, hipertensión arterial, obesidad y enfermedad pulmonar crónica[2,3,4].

Entre las recomendaciones publicadas por Centers for Disease Control and Prevention de Estados Unidos (CDC) se menciona que es limitada la cantidad de estudios al respecto; sin embargo, en base a lo conocido hasta el momento, las personas adultas de cualquier edad con VIH podrían tener un riesgo incrementado de desarrollar una forma severa de la infección por el virus del COVID-19[5]. La Organización Mundial de la Salud (OMS) destaca, en sus recomendaciones para el uso de vacunas, que las personas con VIH pueden tener un riesgo más alto de desarrollar COVID-19 severo. Además, remarcan que es importante garantizar el acceso a los medicamentos antirretrovirales (ARV), que haya acceso a medicamentos para tratar o prevenir coinfecciones y comorbilidades, y asegurarse de que las vacunas antigripales y antineumocócicas estén actualizadas[6,7,8,9]. **Cabe destacar que las personas con VIH fueron incluidas dentro de los grupos priorizados por la Campaña Nacional de Vacunación contra la COVID-19 por considerarse grupos de riesgos para enfermar gravemente o morir por dicha enfermedad[10].**

Metodología

Para identificar a las personas con VIH que tuvieron COVID-19 hasta el 30 de junio de 2021, se realizó un primer cruce entre la base de personas registradas con VIH de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis (DRVIHVyT) y la de la notificación de casos confirmados de VIH al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud de la Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica (SNVS 2.0) para obtener el universo de personas con VIH. Luego, se cruzó la base de personas con diagnóstico confirmado de COVID-19 registradas en el SNVS 2.0 con la del universo de personas con VIH.

Dado que el estudio utilizó fuentes de información secundarias anonimizadas, no fue necesaria la evaluación por un comité de ética[13].

Se realizó un análisis epidemiológico comparativo entre las personas con VIH y la población general argentina que desarrollaron COVID-19 hasta el 30 de junio de 2021. El cruce y análisis de los resultados se realizó con los programas R 4.0.2, R Studio y Microsoft Office Excel 2010.

“Cabe destacar que las personas con VIH fueron incluidas dentro de los grupos priorizados por la Campaña Nacional de Vacunación contra la COVID-19 por considerarse grupos de riesgos para enfermar gravemente o morir por dicha enfermedad.”

[1] La bibliografía citada se lista al final del artículo, en la página 108.

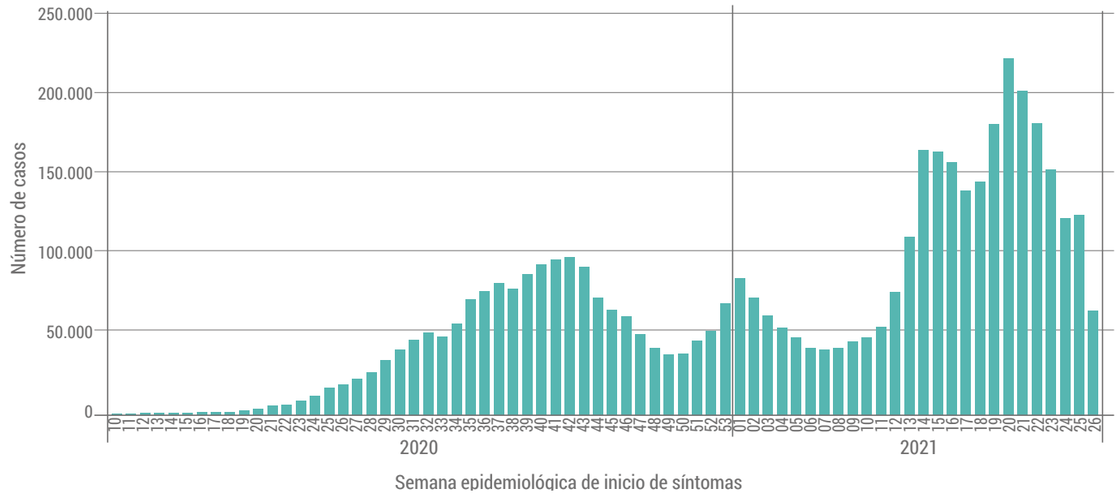
Resultados

Entre las semanas epidemiológicas 10/2020 y 26/2021 se confirmaron 4.564.892 casos de COVID-19 en Argentina. Para ese mismo período, de un total de 125.315 registros (Gráfico1) de personas con VIH pudieron identificarse 13.117 casos confirmados de COVID-19 (Gráfico2).

En las semanas epidemiológicas mencionadas se registraron 103.842 fallecimientos por COVID-19 en la población general argentina, con una letalidad acumulada del 2,3%.

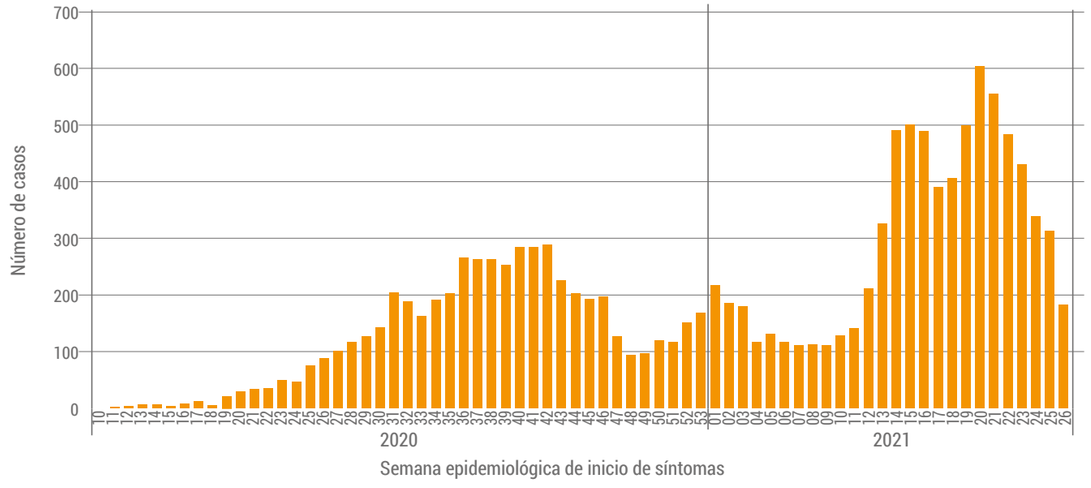
Para el caso de las personas con VIH, en el mismo período de tiempo, fallecieron 327 con diagnóstico de COVID-19, con una letalidad general de 2,5%. Es importante destacar que, tomando únicamente los casos de COVID-19 en personas con VIH ocurridos en 2020, antes de la vacunación, la letalidad ascendía a 4,5%. **Se observó un descenso en la letalidad en 2021 en ambos grupos, en concordancia con la Campaña Nacional de Vacunación contra la COVID-19** (Gráficos 3 y 4).

Gráfico 1. **Casos confirmados de COVID-19 en población general en Argentina, según semana de inicio de síntomas, al 30/6/21. N=4.564.892.**



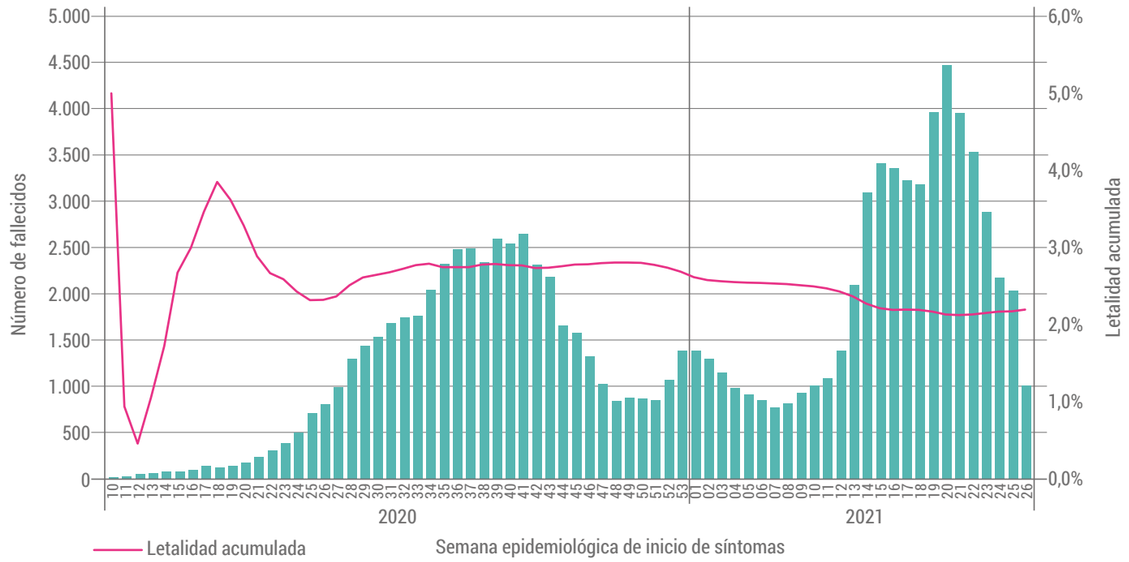
Fuente: Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica. Ministerio de Salud. Argentina.

Gráfico 2. **Casos confirmados de COVID-19 en personas con VIH en Argentina, según semana de inicio de síntomas, al 30/6/21. N=13.117.**



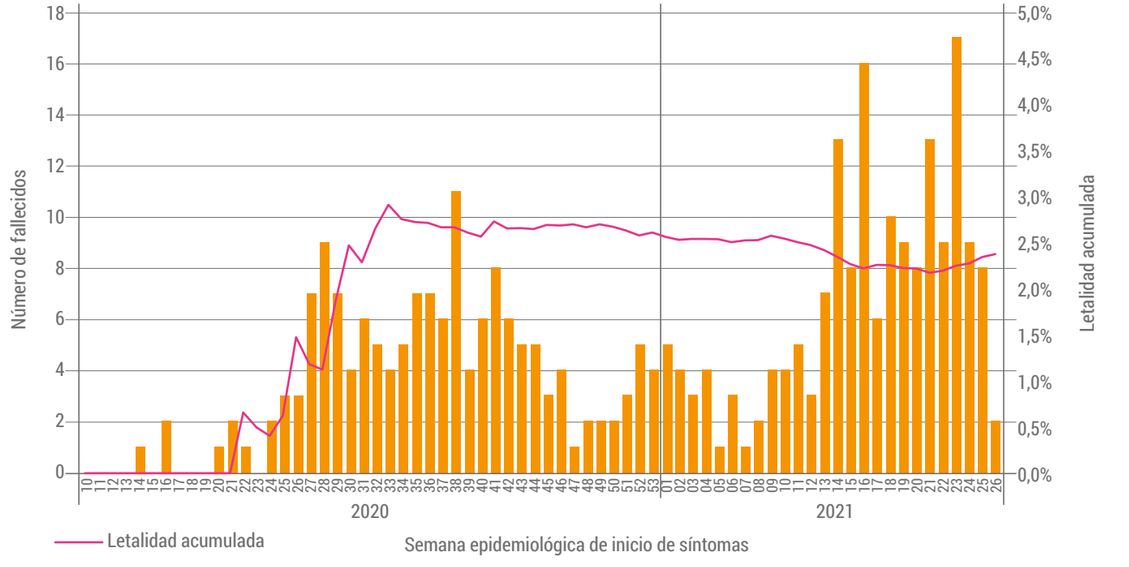
Fuentes: Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica. Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis. Ministerio de Salud. Argentina.

Gráfico 3. **Casos fallecidos de COVID-19 en población general según semana epidemiológica de fallecimiento y letalidad acumulada en Argentina, al 30/6/21. N=103.842.**



Fuente: Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica. Ministerio de Salud. Argentina.

Gráfico 4. **Casos fallecidos de COVID-19 en personas con VIH según semana epidemiológica de fallecimiento y letalidad acumulada en Argentina, al 30/6/21. N=327.**

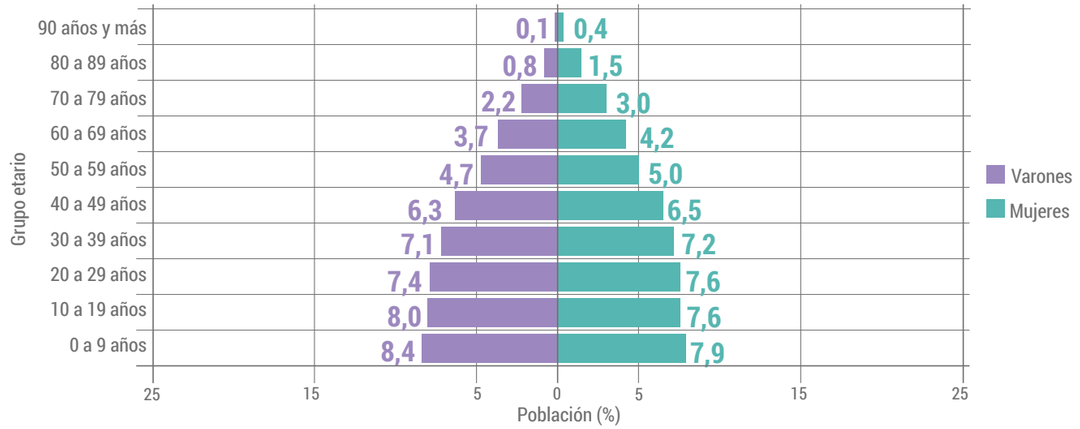


Fuentes: Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica. Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis. Ministerio de Salud. Argentina.

En lo que respecta a la distribución geográfica, no hubo marcadas diferencias en la proporción de casos confirmados de COVID-19 por provincia entre PG y personas con VIH. Para la población general argentina, la incidencia de COVID-19 al 30 de junio de 2021 fue de 9.965 casos cada 100.000 habitantes, con una mayor incidencia en once provincias, entre ellas Tierra del Fuego (16.839), Neuquén (15.239) y CABA (15.205). La incidencia de personas con VIH y COVID-19 a nivel país fue 29 cada 100.000 habitantes. Seis fueron las jurisdicciones con valores superiores, entre ellas CABA (79), Tierra del Fuego (55) y Santa Cruz (42). La tasa de mortalidad en PG fue de 2.267 fallecidos cada 1.000.000 habitantes y se presentaron en ocho jurisdicciones tasas que superaron la nacional: entre ellas CABA (3.519), Neuquén (3.016) y Buenos Aires (2.904). Respecto de personas con VIH y COVID-19, la tasa de mortalidad fue de 7 personas cada 1.000.000 habitantes, las jurisdicciones con más alta mortalidad fueron Tierra del Fuego (39), CABA (18) y Salta (16). La tasa de letalidad en personas con VIH y COVID-19 según provincia de residencia fue variable: fueron 7 las provincias que superaron la letalidad nacional, entre ellas se destacaron Salta (8,3%), Tierra del Fuego (7,1%) y Misiones (6,5%).

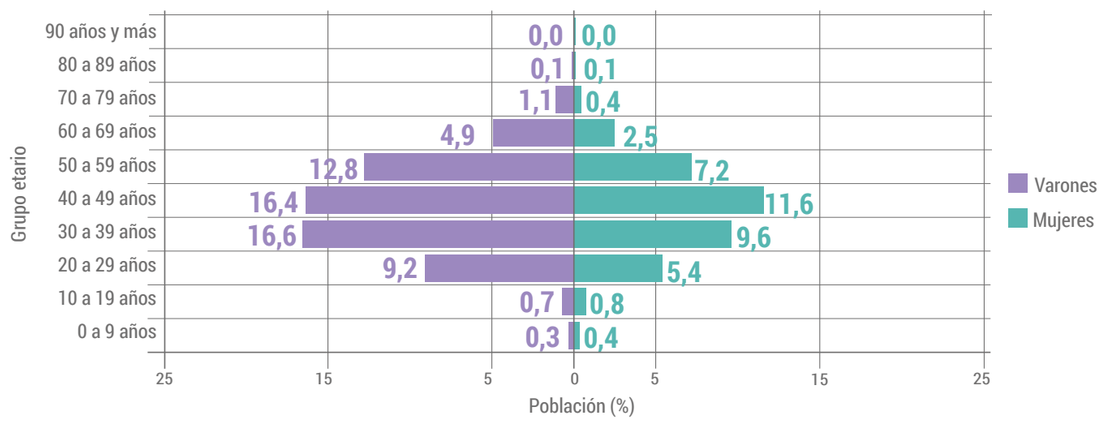
Al analizar la distribución poblacional por sexo y edad, se observó que la pirámide poblacional de personas registradas con VIH difiere de la pirámide poblacional general argentina: la población con VIH se concentra entre los 20 y 70 años, con pocos casos registrados en personas mayores de 70 y pediátricos. En lo relativo a la distribución por sexo, pudo advertirse que la población con VIH es en un 62% de sexo masculino (Gráficos 5 y 6).

Gráfico 5. Pirámide poblacional de Argentina. Proyecciones al 1/7/21, N=45.808.747.



Fuente: Elaboración propia en base a proyecciones poblacionales para 2020 realizadas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC).

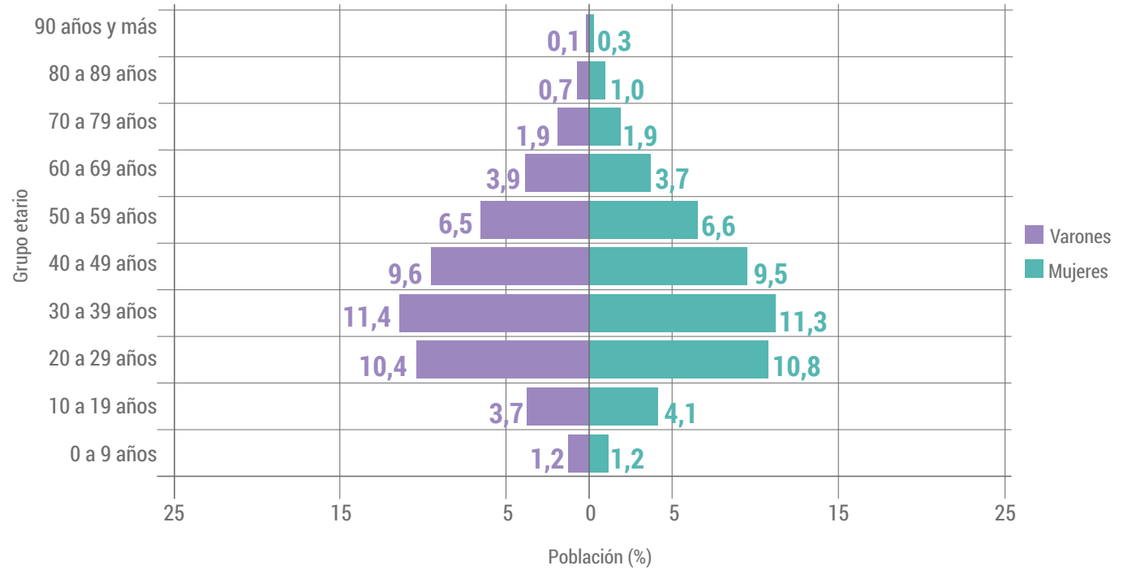
Gráfico 6. Pirámide poblacional de personas registradas con VIH en Argentina. Edad al 1/7/21, N=125.315.



Fuente: Elaboración propia a partir de bases de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis. Ministerio de Salud. Argentina.

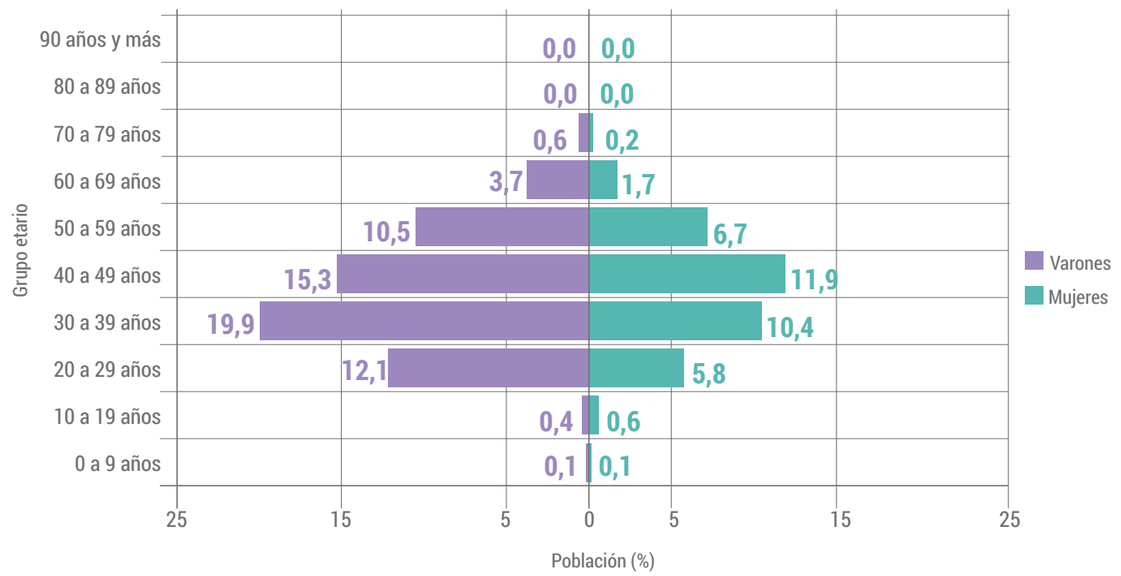
En cuanto a los casos confirmados de COVID-19 en personas con VIH, el 62,7% pertenece al sexo masculino, lo que muestra una distribución similar a la de personas registradas con VIH. Tanto en personas con VIH como en PG argentina, los casos confirmados se concentran entre los 20 y los 59 años (Gráficos 7 y 8).

Gráfico 7. Pirámide poblacional de casos confirmados de COVID-19 en Argentina, al 30/6/21. N=4.564.892.



Fuente: Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica. Ministerio de Salud. Argentina.

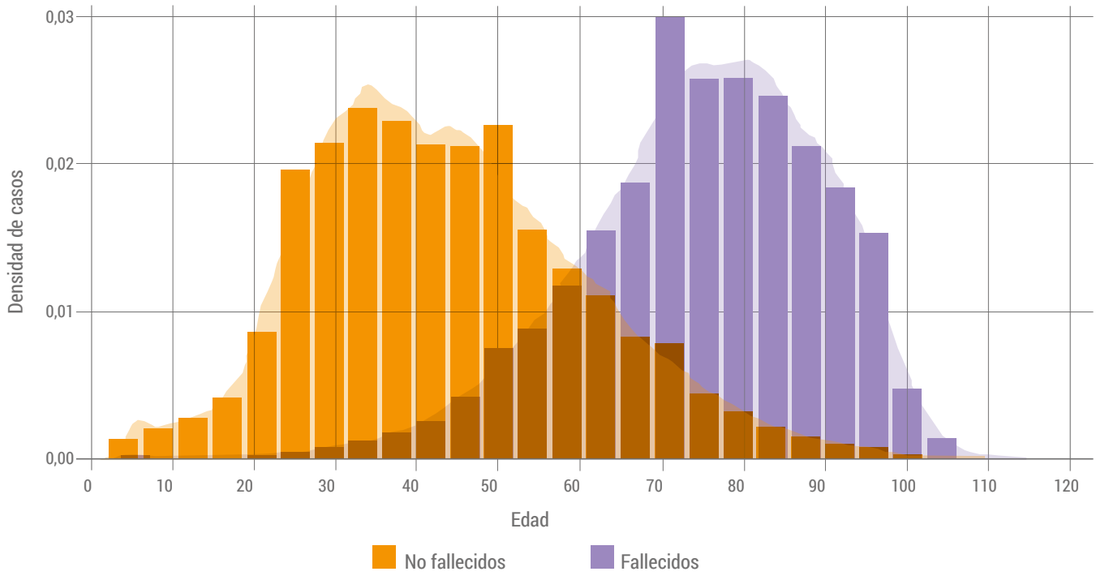
Gráfico 8. Pirámide poblacional de personas con VIH confirmadas de COVID-19 en Argentina, al 30/6/21. N=13.117.



Fuentes: Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica. Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis. Ministerio de Salud. Argentina.

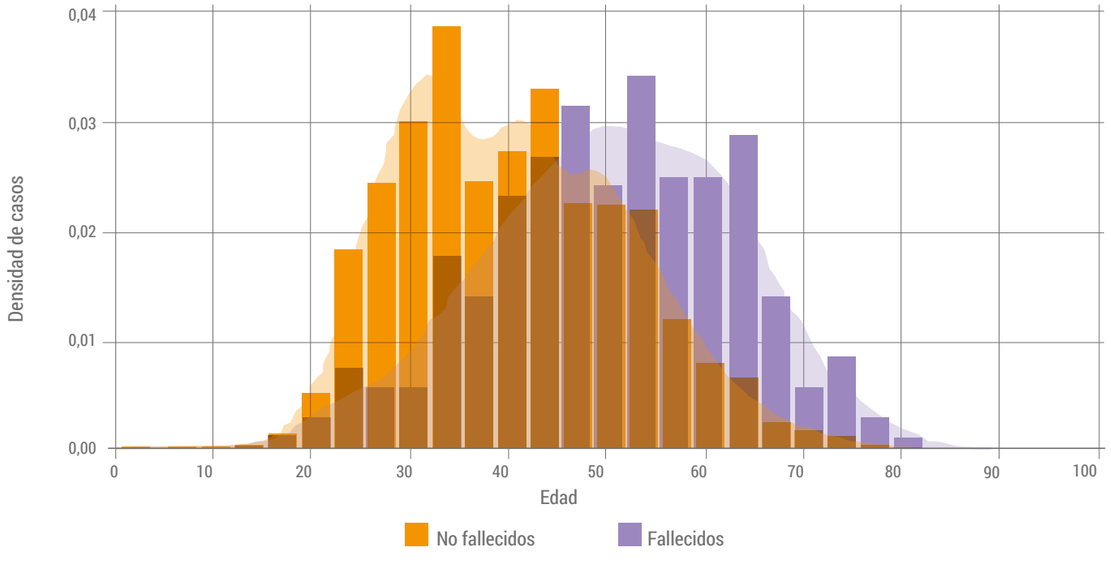
Mientras que la mediana de edad en población general con COVID-19 fue de 38 años (RIC: 27-51 años) y en fallecidos, 71 años (RIC: 61-81), en personas con VIH y COVID-19 la mediana en confirmados fue de 40 años (RIC: 31-49) y en fallecidos, 51 años (RIC 41,5-60). Se observó en los histogramas de densidad de casos confirmados y fallecidos cómo la edad es un factor asociado a la letalidad en población general. En población con VIH, las curvas de casos confirmados y fallecidos fueron más coincidentes entre sí (Gráficos 9 y 10).

Gráfico 9. **Proporción de casos confirmados de COVID-19 y casos fallecidos con COVID-19, según rango etario. Argentina, al 30/6/21. N=4.564.892.**



Fuente: Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica. Ministerio de Salud. Argentina.

Gráfico 10. **Proporción de casos con VIH confirmados de COVID-19 y casos de VIH fallecidos con COVID-19, según rango etario. Argentina, al 30/6/21. N=13.117.**

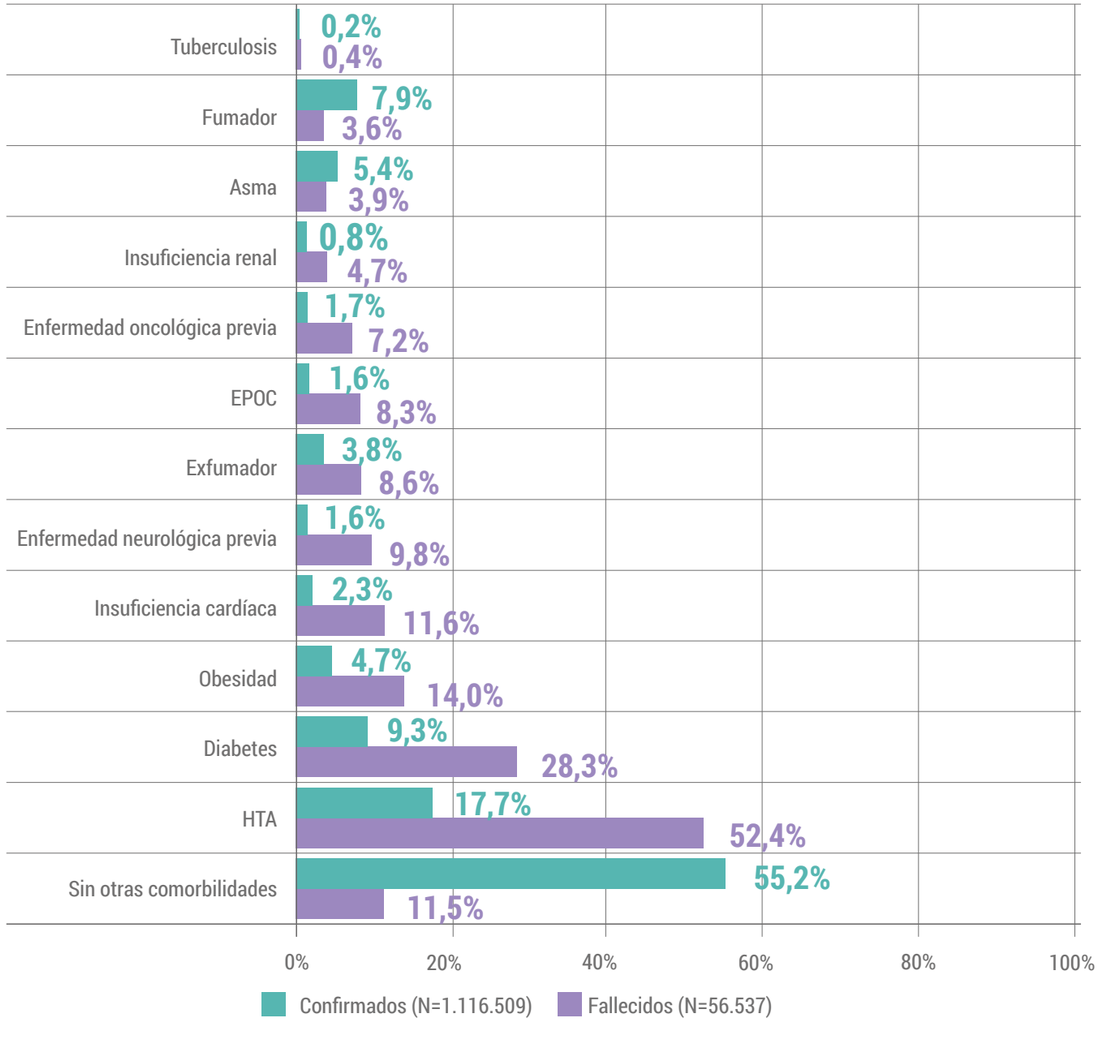


Fuente: Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica. Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis. Ministerio de Salud. Argentina.

Las comorbilidades más prevalentes en casos confirmados de COVID-19 no difirieron entre ambos grupos, aunque sí sus frecuencias. En personas con VIH fueron fumador (10,4%), hipertensión arterial (HTA) (7,8%), diabetes (5,6%) y asma (4,2%). En PG, HTA (17,7%), diabetes (9,3%), fumador (7,9%) y asma (5,4%). Respecto de los casos fallecidos por COVID-19, la frecuencia de presentación de comorbilidades varió entre ambos grupos: las más prevalentes en personas con VIH, fueron HTA (13,5%), diabetes (11,5%), enfermedad oncológica previa (9,1%) y fumador (6,7%), mientras que en PG fueron HTA (52,4%), diabetes (28,3%), obesidad (14,0%) e insuficiencia cardíaca (11,6%) (Gráficos 11 y 12).

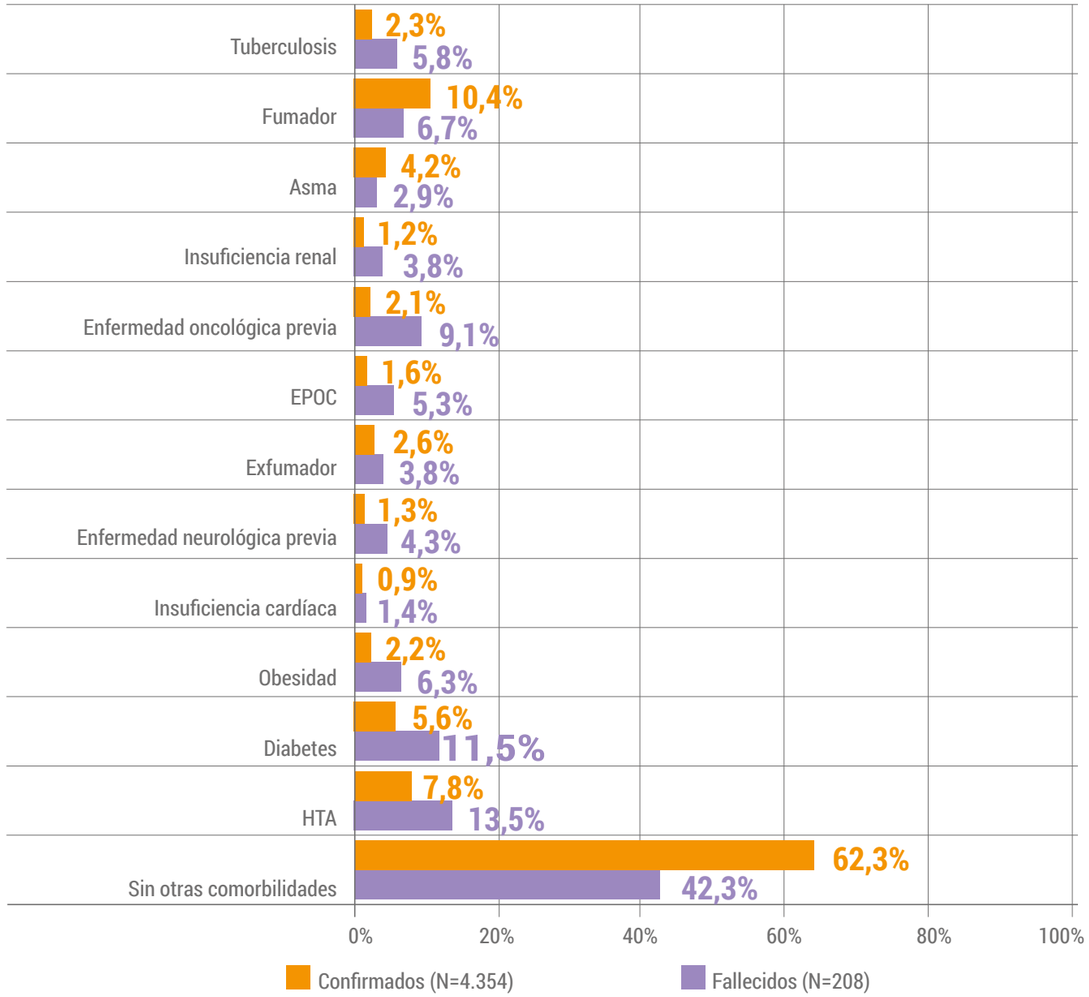
De las personas con VIH y COVID-19, el 63,7% no tuvo otra comorbilidad distinta de la inmunosupresión; esta frecuencia fue de 55,2% en PG. En fallecidos, el 42,3% de las personas con VIH y COVID-19 registraron no tener otra comorbilidad, mientras que en PG solo un 11,5% de los fallecidos no registró comorbilidades distintas de la mencionada. Se observó que hay un mayor porcentaje de fallecidos sin otra comorbilidad distinta de inmunosupresión en personas con VIH que en PG.

Gráfico 11. **Frecuencia de comorbilidades distintas a inmunosupresión en casos de COVID-19 en PG confirmados y fallecidos*.**



* Se consideran los casos con la sección de comorbilidades cargada.
Fuente: Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica. Ministerio de Salud. Argentina.

Gráfico 12. Frecuencia de comorbilidades distintas a inmunosupresión en personas con COVID-19 y VIH confirmadas y fallecidas*.



*** Se consideran los casos con la sección de comorbilidades cargada.**

Fuente: Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica. Ministerio de Salud. Argentina.

Se observaron tasas (%) de letalidad mayores, tanto en hombres como en mujeres, en personas entre 20 y 59 años, y en mujeres entre 60 y 69 años con VIH y COVID-19, respecto de las mismas franjas etarias en PG argentina con COVID-19; las diferencias son estadísticamente significativas, con un 90% de confianza (Tabla 1).

Aplicando el método de ajuste indirecto de tasas de mortalidad por COVID-19 (razón de mortalidad estandarizada por edad), pudimos observar que si la población con VIH tuviese la misma distribución etaria y letalidad que la población total argentina, deberían haberse producido 52,4 muertes en mujeres con VIH, frente a las 105 muertes observadas, y 188,2 muertes en varones con VIH, frente a las 222 observadas.

Las personas con VIH tienen un riesgo mayor de fallecer por COVID-19 frente a la PG argentina. En mujeres con VIH el riesgo de morir por COVID-19 es 2 veces el de población general femenina, y en hombres con VIH,1,2 veces el de la población general masculina.

Tabla 1. Letalidad según sexo y grupo etario en población general con COVID-19 y en personas con VIH confirmadas de COVID-19. Argentina, al 30/6/21. N=4.564.892 y N=13.117, respectivamente*.

Sexo	Mujeres PG + COVID-19		Mujeres VIH + COVID-19		Varones PG + COVID-19		Varones VIH + COVID-19	
Grupo de edad	Letalidad (%)	IC 90%	Letalidad (%)	IC 90%	Letalidad (%)	IC 90%	Letalidad (%)	IC 90%
0 a 9 años	0,10	0,08 - 0,11	0,00	0 - 0	0,09	0,07 - 0,1	0,00	0 - 0
10 a 19 años	0,04	0,03 - 0,04	0,00	0 - 0	0,04	0,04 - 0,05	1,82	-1,15 - 3,62
20 a 29 años	0,08	0,07 - 0,08	0,92	0,35 - 1,27	0,08	0,08 - 0,09	0,69	0,35 - 0,9
30 a 39 años	0,18	0,17 - 0,18	1,17	0,69 - 1,46	0,27	0,26 - 0,28	1,07	0,74 - 1,27
40 a 49 años	0,52	0,5 - 0,53	1,99	1,41 - 2,34	0,94	0,92 - 0,96	2,95	2,33 - 3,33
50 a 59 años	1,57	1,54 - 1,6	2,86	1,93 - 3,42	3,03	2,97 - 3,06	4,81	3,86 - 5,39
60 a 69 años	5,06	4,97 - 5,11	9,63	6,35 - 11,63	8,70	8,59 - 8,76	9,39	7,22 - 10,71
70 a 79 años	12,50	12,31 - 12,61	15,63	5,07 - 22,04	18,83	18,61 - 18,96	12,66	6,5 - 16,4
80 a 89 años	22,81	22,48 - 23	0,00	0 - 0	32,76	32,33 - 33,03	25,00	-10,62 - 46,65
90 años y más	30,93	30,3 - 31,31	-	-	43,94	42,82 - 44,62	0,00	0 - 0
Total general	**1,87**	**1,85 - 1,88**	**2,15**	**1,81 - 2,35**	**2,64**	**2,62 - 2,65**	**2,70**	**2,41 - 2,88**

*** 40.483 casos no consignaban datos de sexo y/o edad.**

Fuentes: Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica. Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis. Ministerio de Salud. Argentina.

Conclusiones

La distribución temporo-espacial de los casos de COVID-19 en Argentina muestra que tanto para la población general como para las personas con VIH la dinámica de contagios fue similar en el transcurso de las semanas epidemiológicas estudiadas. La disposición geográfica de los casos y de los fallecidos por COVID-19 tanto para población general argentina como para personas con VIH fue semejante, más del 50% de ellos ocurrieron en provincia de Buenos Aires y CABA. Las jurisdicciones de Buenos Aires, CABA y Corrientes fueron las que presentaron la mayor cantidad de personas fallecidas con VIH y COVID-19. En cambio, hubo diferencias geográficas en cuanto a la letalidad entre ambas poblaciones. En la población general, los porcentajes de letalidad más altos se encontraron en las provincias de Jujuy, La Rioja y Salta y, en personas con VIH, en las provincias de Salta, Tierra del Fuego y Misiones.

Se observó en el análisis de comorbilidades un mayor porcentaje de fallecidos sin ninguna comorbilidad distinta de inmunosupresión en personas con VIH (42,3%) respecto a la población general (11,5%), lo cual podría sugerir que la presencia de VIH es un factor de riesgo para morir por COVID-19. Debido a que las distribuciones etarias varían entre ambos grupos y teniendo en cuenta una posible interacción entre comorbilidades, sería pertinente profundizar el análisis a partir de modelos multivariados. Tanto en población general como en población con VIH se observó que la edad es un factor predominante asociado a la letalidad, es decir, que aumenta conforme lo hace la edad de las personas. Sin embargo, al estratificar por edad se observaron en personas con VIH y COVID-19 tasas de letalidad mayores entre los 20 y los 59 años respecto de las mismas franjas etarias en PG con COVID-19. Además, a partir del ajuste indirecto de tasas por edad, se estimó que el riesgo de morir al contraer COVID-19 es para personas con VIH de ambos sexos 50% mayor que para la PG argentina.

Las conclusiones de la presente investigación son parciales dadas las limitaciones en las bases de datos utilizadas, en cuanto al retraso en la notificación, la fragmentación de los datos y los diferentes sesgos en relación con el registro de variables sensibles. No ha entrado en el análisis el nivel de CD4 de las personas con VIH ni se las ha diferenciado según estén o no vacunadas.

Es necesario avanzar en la producción de información que sustente la toma de medidas en salud pública para mitigar la morbi-mortalidad por COVID-19 en poblaciones específicas, en este caso la de personas con VIH en Argentina.

Bibliografía

1. BlueMouse GmbH. EACS Statement 15 January 2021 – EACSociety [Internet]. Eacsociety.org.
Disponible en: https://www.eacsociety.org/home/bhiva-daig-eacs-gesida-polish-scientific-aids-society-and-portuguese-association-for-the-clinical-study-of-aids-apecs-statement-on-risk-of-covid-19-for-people-living-with-hiv-plwh-and-sars-cov-2-vaccine-advice-for-adults-living-with-hiv.html [consultado: 3/3/2021].

2. Mirzaei, H., McFarland, W., Karamouzian, M. *et al.* COVID-19 Among People Living with HIV: A Systematic Review. *AIDS Behav* 25**,** 85–92 (2021) [Internet]
Disponible en: https://link.springer.com/article/10.1007/s10461-020-02983-2 [consultado: 3/3/2021].

3. Vizcarra, P., Pérez-Elías, M. J., Quereda, C., Moreno, A., Vivancos, M. J., Dronda, F., ... & Vivancos, M. J. (2020). Description of COVID-19 in HIV-infected individuals: a single-centre, prospective cohort. *The lancet HIV, 7*(8), e554-e564 [Internet]
Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352301820301648 [consultado: 3/3/2021].

4. Davies, M. A. HIV and risk of COVID-19 death: a population cohort study from the Western Cape Province, South Africa. medRxiv 2020. *Preprint.*
Disponible en: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.07.02.20145185v2 [consultado: 3/3/2021].

5. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, CDC. COVID-19 and Your Health [Internet]
Disponible en: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/your-health/index.html [consultado: 3/3/2021].

6. Organización Mundial de la Salud, OMS (2021). *Interim recommendations for use of the AZD1222 (ChAdOx1-S [recombinant])vaccine against COVID19 developed by Oxford University and AstraZeneca: interim guidance, 10 February 2021*. OMS [Internet]
Disponible en: https://apps.who.int/iris/handle/10665/339477. License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO [consultado: 3/3/2021].

7. Organización Mundial de la Salud, OMS (2021). *Interim recommendations for use of the Moderna mRNA-1273 vaccine against COVID-19: interim guidance, 25 January 2021*. OMS [Internet]
Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/interim-recommendations-for-use-of-the-moderna-mrna-1273-vaccine-against-covid-19 [consultado: 3/3/2021].

8. Organización Mundial de la Salud, OMS (2021). *Interim recommendations for use of the Pfizer–BioNTech COVID-19 vaccine, BNT162b2, under emergency use listing: interim guidance, 8 January 2021*. OMS [Internet]
Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-vaccines-SAGE_recommendation-BNT162b2-2021.1 [consultado: 3/3/2021].

9. Organización Mundial de la Salud, OMS. Coronavirus disease (COVID-19): HIV and antiretrovirals [Internet]
Disponible en: https://www.who.int/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-hiv-and-antiretrovirals [consultado: 19/8/2021].

10. Ministerio de Salud (2021). *Actualización de los lineamientos técnicos. Campaña Nacional de vacunación contra la COVID-19.*
Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-06/actualizacion-lineamientos-tecnicos-campania-nacional-vacunacion-covid19.pdf [consultado: 19/8/2021].

11. Ley N.º 25.326 Hábeas data, Régimen legal.
Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-25326-64790 [consultado: 19/8/2021].

12. Ley N.º 23.798. Ley Nacional de Sida.
Disponible en: http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/resaltaranexos/0-4999/199/norma.htm [consultado: 19/8/2021].

13. Resolución 1480/2011 del Ministerio de Salud, Guía para Investigaciones con Seres Humanos.
Disponible en: http://www.anmat.gov.ar/webanmat/legislacion/medicamentos/resolucion_1480-2011.pdf [consultado: 19/8/2021].

Notificación de las pruebas rápidas de VIH, sífilis y hepatitis virales en el SNVS 2.0

Autores: Áreas de Prevención, Reactivos, Asistencia, Información Estratégica y Coordinación de Control de las Hepatitis Virales, de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis.

La notificación al Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) de los eventos de VIH, sífilis y hepatitis virales a través del uso de pruebas rápidas es una herramienta fundamental para la evaluación de las estrategias de acceso al diagnóstico en los puntos de atención[1] (PRPA). A través del análisis de esta información, los equipos de salud pueden conocer la cantidad de eventos que resultan del testeo con pruebas rápidas en el punto de atención y cuántos de ellos completan el proceso diagnóstico, además de si accedieron o no al tratamiento, en el caso de corresponder según la patología. Del mismo modo, permite construir información sólida, confiable y disponible para quienes deben tomar decisiones de salud pública en la implementación de políticas sanitarias destinadas a mejorar la salud de la población.

La prevención combinada implica la oferta integral de servicios para el abordaje del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) que sean adecuados a cada persona. Desde este enfoque, un centro de testeo necesita ofrecer servicios de diagnóstico y consejería que puedan incorporar fácil y rápidamente a las personas al sistema de salud y acelerar el inicio del tratamiento. Hoy en día, la gran mayoría de las pruebas rápidas que se registran en el SNVS 2.0. son aquellas que se realizan en el marco del laboratorio. Avanzar hacia la descentralización del testeo en efectores del primer nivel de atención y/o gestionados por la sociedad civil, universalizar la disponibilidad de pruebas rápidas y establecer como estándar de cuidado el tratamiento de las ITS en el mismo momento y lugar del diagnóstico, son pasos que permiten consolidar el abordaje integral de estas infecciones en el marco de los servicios de prevención combinada.

Las pruebas rápidas en el punto de atención pueden ser realizadas por cualquier persona del equipo de salud que reciba las capacitaciones necesarias y pertinentes, conforme las recomendaciones del Ministerio de Salud. Si bien su implementación no requiere equipamiento de alta complejidad, es fundamental que los equipos cuenten con la supervisión de un profesional bioquímico de referencia para asegurar la calidad de todo el proceso. Es importante destacar que se trata de pruebas robustas y fáciles de usar que permiten conocer los resultados en la consulta y facilitan la toma de decisiones sobre el inicio de tratamiento. Además, cuentan con la ventaja de poder ser implementadas en distintos escenarios, como el primer nivel de atención de salud, organizaciones de la sociedad civil, campañas en la vía pública y en otros sitios de reunión o encuentro de las poblaciones clave y sus redes, lo que permite acercar las pruebas diagnósticas a las poblaciones priorizadas.

Los equipos de salud que hagan pruebas rápidas de VIH, sífilis y/o hepatitis B y C en un punto de atención deberán notificar en el SNVS 2.0. Esta tarea puede ser realizada por personal entrenado y habilitado para la notificación y, en caso de no contar con él, se deberá enviar la información al nodo de vigilancia definido por la jurisdicción para que notifique al sistema los eventos testeados en ese punto de atención. La notificación deberá realizarse de manera numérica/agrupada, por un lado, registrando el total de personas testeadas y de resultados positivos, según grupo de edad. También se notificará nominalmente todo caso con resultado positivo que permitirá realizar el seguimiento del proceso diagnóstico. En el caso de los eventos de personas gestantes, por ejemplo, la vigilancia activa posibilita la generación de alertas que son fundamentales para la implementación de estrategias de prevención de la transmisión perinatal.

Invitamos a los equipos de salud que realizan pruebas rápidas en puntos de atención a descargar el **"Instructivo de notificación de pruebas rápidas de VIH, sífilis y hepatitis virales en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud".**

Material de referencia

1. Resolución 1340/2013. Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación. Argentina, 2016. Recomendaciones para la implementación de test rápidos en el diagnóstico de VIH. Disponible en: *https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-07/resolucion-1340--2013--vih-sida--test-rapidos.pdf* [consultado: 1/11/2021].

2. Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación (2017). Guía para la gestión de la implementación del test rápido de VIH en el primer nivel de atención. Disponible en: *https://bancos.salud.gob.ar/recurso/guia-para-la-gestion-de-la-implementacion-del-test-rapido-de-vih-en-el-primer-nivel-de* [consultado: 1/11/2021].

3. Dirección de Sida y ETS, Ministerio de Salud de la Nación (2017). Modelo estándar de manual de procedimientos y calidad para la implementación de test rápidos de VIH. Disponible en: *https://bancos.salud.gob.ar/recurso/modelo-estandar-de-manual-de-procedimientos-y-calidad-para-la-implementacion-de-test* [consultado: 1/11/2021].

4. Organización Mundial de la Salud (2019). Directrices unificadas sobre los servicios de detección del VIH para una epidemia cambiante [Internet]. Disponible en: *https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-CDS-HIV-19.31.* [consultado: 1/11/2021].

[1] Se define como punto de atención a los diferentes ámbitos en los que se ofrecen pruebas rápidas para VIH, sífilis y hepatitis virales en el lugar y momento en que las personas se encuentran.

Prevención combinada del VIH y otras ITS: un enfoque centrado en las personas

Autores: Analía Dorigo[1], José Barletta[2] y Julia Recchi[1].

[1]Área de Prevención y [2]Área de Asistencia de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis.

La Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis (DRVIHVyT) del Ministerio de Salud de la Nación adhiere a las metas propuestas por el Programa Conjunto de ONUSIDA, con las que se busca poner fin a la epidemia del VIH para el año 2030 (1). Este ambicioso objetivo interpela a los equipos de salud de los espacios de gestión nacionales, provinciales y municipales. Asimismo, plantea el desafío de fortalecer a los equipos de los hospitales, centros de salud, de otras instituciones gubernamentales y a las organizaciones de la sociedad civil para alcanzar la reducción de las desigualdades y eliminar el estigma y la discriminación que provocan las dificultades en el acceso a la respuesta al VIH a las poblaciones más vulnerables.

En este sentido, durante este año se redefinieron las metas 90-90-90 que habían sido propuestas en el año 2014 para ser alcanzadas en 2020. Las nuevas metas entonces establecen para el 2025: que el 95% de las personas con VIH conozcan su diagnóstico, que el 95% que lo conoce tenga acceso al tratamiento y que el 95% de las personas en tratamiento antirretroviral logre la supresión virológica. Además, incluye metas en materia de prevención del VIH para reducir a cero el número de nuevas infecciones y alcanzar la cero discriminación.

Si bien en los últimos años se han producido avances significativos para la consecución de estas metas, aún representan un desafío las barreras en el acceso a servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH y otras ITS, especialmente para las denominadas poblaciones clave y otras poblaciones prioritarias (Figura 1).

En Argentina y en la región de las Américas, las poblaciones clave continúan representando un número desproporcionado de las nuevas infecciones por VIH, con una prevalencia que supera ampliamente la de la población general (2, 3). En este sentido, la respuesta programática al VIH y otras ITS requiere de un enfoque integral y de gran impacto, y un abordaje centrado en la autonomía y los derechos humanos que ponga a las poblaciones clave en perspectiva y les acerque servicios que sean accesibles y estén adaptados a sus necesidades y realidades, que tengan la periodicidad apropiada, mantengan un alto nivel de calidad y garanticen en todo momento la seguridad y confidencialidad de los usuarios y usuarias (4, 5).

¿Qué es la prevención combinada?

La prevención combinada es un enfoque de respuesta al VIH y otras ITS que se propone por un lado garantizar la oferta integral de servicios adecuados a la realidad de cada persona, los grupos sociales y las comunidades en las que habitan y, por el otro, contribuir a realizar transformaciones político-estructurales. Se basa en tres pilares interrelacionados: el biomédico, el comportamental y el estructural.

El **componente biomédico** involucra aquellas estrategias o insumos que actúan sobre los mecanismos biológicos a través de los que se transmiten el VIH y otros agentes causantes de ITS. A las intervenciones biomédicas clásicas, como el uso de métodos de barrera (preservativos peneano y vaginal, campo de látex) y las inmunizaciones, se incorporan no tan recientemente aquellas basadas en el testeo del VIH y otras ITS y aquellas que implican el uso de medicación: tratamiento antirretroviral universal para las personas con VIH, la profilaxis pre exposición (PrEP), la profilaxis post exposición (PEP) y el tratamiento para otras ITS.

Figura 1. **Definición operativa de poblaciones clave**

Varones cis que tienen relaciones sexuales con otros varones cis (HSH) *Cis* refiere a las personas en quienes la identidad de género coincide con el sexo asignado al nacer; y r*elaciones sexuales* refiere a la práctica de sexo anal (receptivo o insertivo) u oral. Esta definición es independiente de la orientación sexual informada por las personas y de su identificación con cualquier comunidad o grupo social. Este grupo no incluye a las mujeres trans (véase más abajo).
Personas trans *Trans* es un término que refiere a las personas cuya identidad de género difiere del sexo asignado al nacer.
Trabajadores y trabajadoras sexuales Incluye a personas que reciben dinero, bienes o servicios a cambio de servicios sexuales ocasional o regularmente. La definición es independiente de que la persona se autoidentifique a sí mismo/a como trabajador/a sexual.

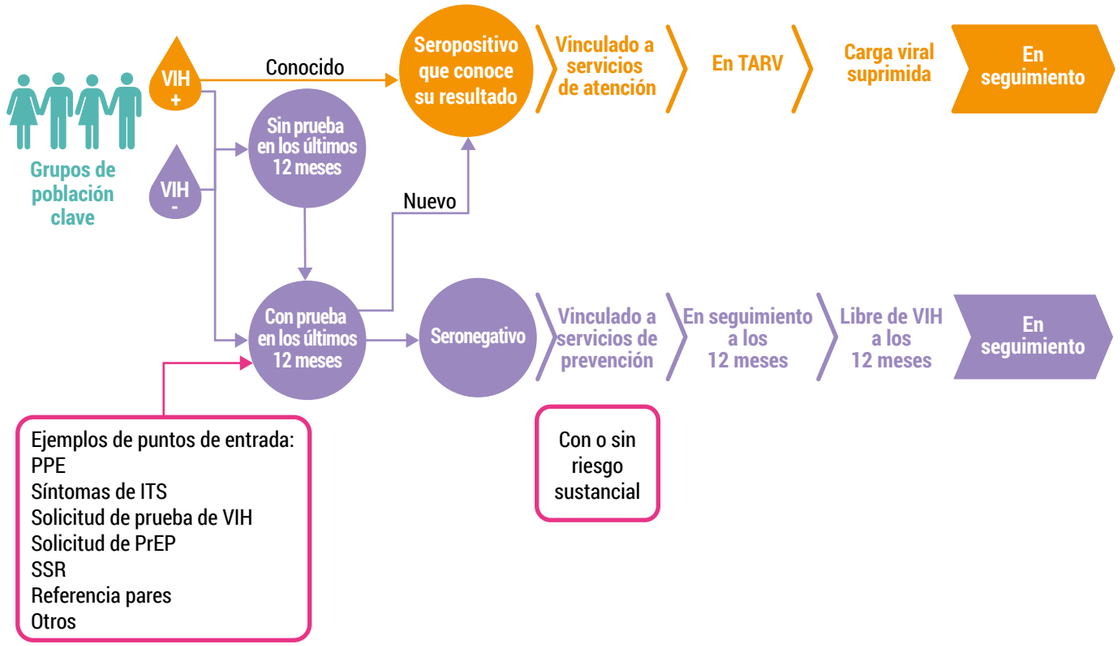
Adaptado de: Organización Panamericana de la Salud. Marco de monitoreo de los servicios relacionados con el VIH y las ITS para grupos de población clave en América Latina y el Caribe. 2019. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51681/9789275321065_spa.pdf [consultado: 25/6/2020].

El **componente comportamental** se centra en las conductas y prácticas de las personas. Estas intervenciones tienen como objetivo principal ofrecer información basada en evidencia que permita a las personas tomar decisiones autónomas e informadas en el marco del asesoramiento, y desarrollar e implementar estrategias de prevención de las ITS considerando sus prácticas sexuales y su realidad cotidiana. Asimismo, incluye aquellas intervenciones correspondientes al fortalecimiento del continuo de atención de las personas con VIH (vinculación, retención, adherencia y revinculación a los sistemas de salud).

Por último, **el componente estructural** aborda la definición de acciones que tienen como objetivo responder a los determinantes socioculturales y económicos que influyen en forma directa sobre la vulnerabilidad de las personas y sus redes: intervenir sobre las desigualdades sociales, la reducción del estigma y la discriminación en poblaciones clave, la inclusión de la perspectiva de género y de la diversidad en las intervenciones de los equipos de salud, la educación sexual integral y las acciones de comunicación son ejemplo de estas.

La prevención combinada tiene como característica principal ofrecer un conjunto de medidas centradas en las personas, en un entorno que sea amigable para poblaciones clave (Figura 2).
Plantea una oferta de servicios de salud que sea equitativa, segura, efectiva y de calidad; y que responda a las necesidades de los usuarios y usuarias.
Adicionalmente, la estrategia propone que estos servicios estén disponibles en forma articulada e integral en los distintos niveles del sistema de salud, para asegurar así el continuo en la atención a personas con y sin VIH (6).

Figura 2. Cascada del continuo de atención en personas con y sin VIH



PPE: profilaxis posterior a la exposición. **PrEP:** profilaxis previa a la exposición. **ITS:** infección de transmisión sexual. **SSR:** servicios de salud sexual y reproductiva. **TARV:** tratamiento antirretroviral. **VIH:** virus de la inmunodeficiencia humana.

Adaptado de: Organización Panamericana de la Salud. Marco de monitoreo de los servicios relacionados con el VIH y las ITS para grupos de población clave en América Latina y el Caribe [Internet]. 2019 Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51681/9789275321065_spa.pdf [consultado: 6/6/2020].

Centros de prevención combinada: propuesta de trabajo

Las estrategias de prevención del VIH e ITS que forman parte de la respuesta argentina a la epidemia de VIH-sida son resultado de una acción conjunta de los diferentes niveles de gobierno (nacional, provinciales y municipales), de los equipos que trabajan en los efectores de salud y de las organizaciones de la sociedad civil, entre otros actores clave.

Esta propuesta tiene como objetivo favorecer y fortalecer la implementación de centros de prevención combinada en distintas jurisdicciones del país, con la perspectiva de impulsar la estrategia hacia una proyección nacional en el corto y mediano plazo, y ampliar así el acceso a intervenciones altamente efectivas que respondan a la epidemia de VIH con especial foco en poblaciones clave.

Con una propuesta escalonada se está acompañando la creación de centros de prevención combinada en cuatro jurisdicciones del país entre los meses de junio a diciembre, en articulación con los programas de VIH provinciales/municipales y organizaciones de la sociedad civil locales, con el apoyo técnico y financiero de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA). Las jurisdicciones que participaron en esta instancia han sido: la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (3 centros), la ciudad de Mar del Plata de la provincia de Buenos Aires (2), la provincia de Tucumán (1) y la de San Juan (1).

Implementación de los centros de prevención combinada

En cada una de las jurisdicciones participantes se han conformado equipos integrados por personal de salud de diferentes especialidades médicas (infectología, urología, medicina general y/o familiar, psiquiatría), otras disciplinas (enfermería, bioquímica, farmacia, trabajo social, psicología, administración) e integrantes de organizaciones sociales. Todos los equipos participantes han recibido capacitaciones y asesoramiento técnico sobre la estrategia de prevención combinada, asesoramiento y valoración del riesgo, la provisión de PrEP y PEP, y circuitos operativos de registro, notificación y dispensa de medicación en los sistemas de información. Se han capacitado en total 100 personas aproximadamente.

Con una perspectiva de integralidad, se buscó que los servicios de prevención combinada articulen y fortalezcan otros dispositivos sanitarios que ya estaban disponibles, especialmente aquellos que ofrecían servicios a poblaciones clave. Esta integración resulta una oportunidad para las personas que asistan a centros de salud por otros motivos y los convierte en posibles puntos de entrada a los circuitos de prevención combinada.

Los centros de prevención combinada ofrecen, entre otros servicios: provisión de preservativos y gel lubricante, asesoramiento y testeo para VIH, sífilis y hepatitis virales; atención de personas con VIH, tratamiento de ITS, provisión de PrEP y PEP e inmunizaciones. En aquellos centros en los que no pudiera brindarse algunos de los servicios en el mismo lugar, se establecieron circuitos de referencia y contrarreferencia con otros centros y a través del programa local.

Durante la implementación se mantuvieron encuentros presenciales y virtuales, y se realizaron visitas de monitoreo para relevar indicadores intermedios e identificar nudos críticos en la implementación del proyecto que requieran ser abordados para mejorar la accesibilidad de las poblaciones clave a la estrategia y su retención en los centros de prevención combinada.

Figura 3. Cascada del continuo de atención de personas sin VIH elegibles para PrEP (datos preliminares). Consolidado nacional según los datos informados por los centros entre el 1/7/2021 y el 30/9/2021.

Personas pertenecientes a poblaciones clave testeadas para VIH	1.820
Tasa de positividad de VIH	7,09%
Personas pertenecientes a poblaciones clave testeadas para sífilis	1.302
Tasa de positividad de sífilis	17,05%
Personas elegibles para PrEP	550
Personas que iniciaron PrEP	191

Experiencias actuales de centros de prevención combinada

Se presentan los centros de prevención combinada que se encuentran en funcionamiento, con una breve descripción de sus características principales:

Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Coordinan: Adriana Durán y Ana Arévalo

En la CABA se comenzó a implementar la estrategia en tres centros de diferentes características:

- Nexo Asociación Civil es una organización no gubernamental donde, entre otras actividades, se ofrece testeo a varones cis gay y otros hombres cis que tienen sexo con hombres cis (HSH), y que provee información como sitio centinela de la prevalencia de VIH en esta población en la ciudad.

- Clin Sex (Clínica de ITS) del Hospital J. M. Ramos Mejía. Este centro tiene una amplia experiencia en asesoramiento, testeo de VIH y otras ITS y consulta médica especializada. Está ubicado en un área geográfica de fácil acceso para la población general y para grupos con alta prevalencia de VIH y otras ITS.

- Fundación Huésped es una ONG donde se desarrollan actividades de investigación clínica y acciones de capacitación, prevención y promoción, con foco en salud sexual y reproductiva, VIH y otras ITS en población general y para grupos con mayor vulnerabilidad.

Mar del Plata, provincia de Buenos Aires

Coordinan: Alexis Manzo y Estela Carrizo

El centro de prevención combinada se creó en el Centro de Salud Nº 1, ubicado en la zona céntrica de la ciudad. La iniciativa es coordinada a nivel local por la Red de Personas con VIH de Mar del Plata en articulación con el Programa Municipal de VIH y el Centro de Especialidad Médicas Ambulatorias (CEMA). Las personas de la diversidad pueden acceder al centro de prevención combinada a través de varias puertas de entrada, como por ejemplo el centro de testeo en la sede de la Red, donde también se realiza asesoramiento y promoción del uso correcto de preservativo, y se da información sobre PrEP y PEP. Desde las poblaciones clave se identifica un distanciamiento con los servicios de salud debido a la pandemia por COVID-19 y la crisis socioeconómica que golpeó a estas poblaciones más fuertemente.

Tucumán

Coordinan: Claudia Lucena y Evangelina Gambarte

El centro de prevención combinada está ubicado en la sede de la Unidad VIH, ITS y Hepatitis Virales del Hospital del Carmen, de la ciudad de San Miguel de Tucumán. Está conformado por un equipo interdisciplinario que incluye otros servicios (laboratorio central, laboratorio de referencia, salud mental, endocrinología, clínica médica). Se destaca la participación de la ONG Dillon. El acceso al consultorio de prevención combinada de las personas trans fue posible gracias al trabajo de promoción cara a cara entre pares, ya que una de las barreras significativas identificadas son los temores relacionados a cómo sería el trato por parte del personal de salud. En el hospital algunos servicios comenzaron a vincularse entre sí para mejorar la respuesta a la población y otros modificaron su organización para, por ejemplo, extender el horario de extracciones de sangre para estudios necesarios en la evaluación inicial y asegurar que las personas que son elegibles para PrEP puedan recibirla en el mismo día de la consulta inicial.

San Juan

Coordinan: M. Victoria Sain, Sandra Grillo y Ariel González Bautista

El centro de prevención combinada se incorporó al consultorio amigable que ya funcionaba en el CARF (Centro de Adiestramiento René Favaloro) en la capital de la provincia desde hace diez años. El recorrido realizado en esos años habilitó la creación de una propuesta de prevención combinada con un equipo de salud que ya había adaptado prácticas a las necesidades de la población de la diversidad. Es así que los martes y miércoles de 17 a 20 h se ofrece un servicio de atención integral a esta población, que incluye la perspectiva y las estrategias de prevención combinada. Durante la emergencia sanitaria por la pandemia por COVID-19 el servicio continuó funcionando y fortaleció la comunicación a través de las redes sociales. Una de las características que se destacan es el funcionamiento del laboratorio hasta las 00 h (antes cerraban a las 20 h pero por la pandemia ampliaron el horario e incluyeron sábados y domingos), esto permitió ampliar el acceso inmediato al diagnóstico de ITS y a otras prácticas en los servicios de salud. Otra particularidad del equipo es que está conformado por promotores de salud integrantes de organizaciones de la sociedad civil de la provincia, invitadas mediante un proceso de selección de participantes. Así, integrantes con diferentes identidades de género y con distintas propuestas generan accesibilidad aun en otros lugares de la provincia.

Bibliografía

(1) ONUSIDA (2021). Claves para entender el enfoque de acción acelerada. Poner fin a la epidemia de sida para 2030. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201506_JC2743_Understanding_FastTrack_es.pdf [consultado: 1/1/2021].

(2) Organización Panamericana de la Salud, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida para América Latina y el Caribe (2017). Prevención de la infección por VIH bajo la lupa. Un análisis desde la perspectiva del sector de la salud en América Latina y el Caribe. [Internet]. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34380/9789275319796-spa.pdf?sequence=8&isAllowed=y [consultado: 1/1/2021].

(3) Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, Ministerio de Salud de la Nación (2020). Boletín N°37 - Respuesta al VIH y las ITS en Argentina - Año XXIII - Diciembre de 2020 [Internet]. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-11/Boletin%20VIH%202020%20final%20V2.pdf [consultado: 1/1/2021].

(4) Organización Panamericana de la Salud. Marco de monitoreo de los servicios relacionados con el VIH y las ITS para grupos de población clave en América Latina y el Caribe (2019) [Internet]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51681/9789275321065_spa.pdf [consultado: 6/6/2020].

(5) Macdonald, V., Verster, A., & Baggaley, R. (2017). A call for differentiated approaches to delivering HIV services to key populations. *Journal of the International AIDS Society*, 20, 21658.

(6) World Health Organization. (2017). *WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis (PrEP) of HIV infection: module 8: site planning* (No. WHO/HIV/2017.28). Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258514/WHO-HIV-2017.28-eng.pdf. [consultado: 3/7/2018].

Foto: Equipo de Implementación del Centro de Prevención Combinada en la Unidad Coordinadora Provincial VIH, ITS, y Hepatitis Virales de la provincia de Tucumán.

Hacia la implementación del autotest de VIH: estudio de aceptabilidad en poblaciones clave

Autores: Mercedes Nadal[1], José Barletta[2], Marysol Orlando[3], Natalia Cochón[4], Ariel Adaszko[3] y Julia Recchi[1].

[1]Área de Prevención, [2]Área de Asistencia, [3]Información Estratégica y [4]Gestión del Laboratorio Bioquímico, de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis.

Por qué el autotest

Desde su inicio, la dinámica de la epidemia de VIH en nuestro país refleja tanto las profundas desigualdades sanitarias y socioeconómicas como la discriminación y el estigma que afectan en particular a las poblaciones clave, y que se traducen en una incidencia desproporcionada en comparación con la de los adultos y adultas de la población general. En este sentido, el Plan Estratégico 2021-2026 de ONUSIDA propone maximizar el acceso a los servicios relacionados con el VIH y derribar las barreras que impiden que las poblaciones clave accedan a ellos, como pilares fundamentales para alcanzar el fin de la epidemia (1).

El autotest de VIH es el proceso en el que una persona recolecta su propia muestra clínica (por ejemplo, sangre o saliva), realiza la prueba e interpreta sus resultados (2, 3). A escala individual, el autotest de VIH es una herramienta adicional en la respuesta a la epidemia, que permite a las personas hacerse el test en forma autónoma y privada, cuando y donde prefieran. Desde el punto de vista programático, además, favorece la descentralización de los servicios de diagnóstico y estimula la generación de demanda en las poblaciones clave, entre quienes por su mayor incidencia de VIH el testeo frecuente resulta prioritario, y que no son suficientemente alcanzadas por las estrategias actualmente implementadas (2).

Los autotest de VIH hoy disponibles en el mercado en otros países de la región muestran un desempeño comparable al de los métodos estándar para diagnóstico y varios de ellos fueron precalificados por la Organización Mundial de la Salud, que recomienda su incorporación a las políticas nacionales de diagnóstico con especial foco en las poblaciones clave (4-7). Más allá de su performance analítica, la implementación del autotest requiere evaluar su aceptabilidad en las poblaciones destinatarias; es decir, cuantificar en qué medida la estrategia responde a las necesidades de las personas usuarias de manera de motivarlas a utilizarla apropiadamente.

El estudio de aceptabilidad

Por su mayor incidencia de VIH en comparación a las adultas y adultos de la población general, y porque a menudo enfrentan barreras significativas en el acceso a los servicios de salud que reflejan el estigma y discriminación asociados a sus prácticas e identidades, acercar estrategias innovadoras de diagnóstico que puedan ser implementadas en el lugar donde las personas que pertenecen a las poblaciones clave viven, trabajan y se relacionan es un salto de calidad sin precedentes en la respuesta al VIH en nuestro país.

Para evaluar la aceptabilidad de la estrategia en poblaciones clave (Figura 1), es necesario involucrar directamente a las personas destinatarias en la generación de evidencia. Este proceso tiene como objetivo no solo proveer conocimiento novedoso sino también guiar el diseño e implementación de políticas públicas dirigidas a y centradas en las personas, y que apuntan a responder a determinantes que condicionan la situación de mayor vulnerabilidad y exclusión.

El estudio piloto para evaluar el desempeño y aceptabilidad de una estrategia de autotest para VIH en poblaciones clave en la Argentina nace en 2019 como una iniciativa de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis en conjunto con OPS/OMS, con la colaboración y asesoramiento técnico del Consejo Consultivo Bioquímico de la Dirección. Con el apoyo técnico y financiero de OPS, el estudio multicéntrico se inició en 2021 y constó de dos etapas: una instancia de validación del dispositivo y la técnica, cuya dirección técnica y coordinación estuvo a cargo del Laboratorio Central del Ministerio de Salud de Córdoba, y una segunda etapa multicéntrica de evaluación de la aceptabilidad y desempeño, de la que participaron las provincias de Córdoba, San Luis y Salta; se estimó un tamaño muestral por conveniencia de 600 voluntarios/as. Los centros participantes fueron elegidos en función de su articulación con la sociedad civil y en particular con poblaciones clave, su experiencia previa en investigación y su contexto epidemiológico. El protocolo fue evaluado por la Dirección de Investigación en Salud del Ministerio de Salud de la Nación y aprobado por los comités de Ética en Investigación de los centros participantes, y conducido de acuerdo a las normas nacionales e internacionales de buena práctica clínica. En esta primera instancia, el estudio incluyó a mujeres trans, varones trans, varones cis que tienen relaciones sexuales con otros varones cis y trabajadores y trabajadoras sexuales; la población objetivo fue definida en función de su alta prevalencia de VIH y de la necesidad de generar evidencia que permita guiar la generación de políticas públicas específicamente dirigidas a estas poblaciones clave.

Se invitó a participar del piloto a poblaciones clave que concurrieran a testearse a los centros intervinientes y tanto los programas provinciales de VIH como las organizaciones de la sociedad civil involucradas participaron activamente en la difusión del estudio y en el reclutamiento de voluntarios y voluntarias.

Figura 1. **Definición operativa de poblaciones clave**

Varones cis que tienen relaciones sexuales con otros varones cis (HSH)
Cis refiere a las personas en quienes la identidad de género coincide con el sexo asignado al nacer; y r*elaciones sexuales* refiere a la práctica de sexo anal (receptivo o insertivo) u oral. Esta definición es independiente de la orientación sexual informada por las personas y de su identificación con cualquier comunidad o grupo social. Este grupo no incluye a las mujeres trans (véase más abajo).

Personas trans
Trans es un término que refiere a las personas cuya identidad de género difiere del sexo asignado al nacer.

Trabajadores y trabajadoras sexuales
Incluye a personas que reciben dinero, bienes o servicios a cambio de servicios sexuales ocasional o regularmente. La definición es independiente de que la persona se autoidentifique a sí mismo/a como trabajador/a sexual.

Adaptado de: Organización Panamericana de la Salud. Marco de monitoreo de los servicios relacionados con el VIH y las ITS para grupos de población clave en América Latina y el Caribe. 2019. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51681/9789275321065_spa.pdf. [consultado: 25/6/2020].

El dispositivo de autotest empleado en el estudio es una inmunocromatografía de flujo lateral que detecta anticuerpos anti VIH-1/2 que está precalificado por OMS. Fue empleado en sangre entera obtenida por punción digital realizada por los participantes. El dispositivo se entregó a los participantes en forma de un kit de uso único que contenía el dispositivo de autotest y un instructivo de uso junto con un soporte, una toallita desinfectante, una lanceta, una gasa estéril y un apósito autoadhesivo.

Los resultados

El inicio del estudio y el reclutamiento de participantes se vieron seriamente afectados por la pandemia de COVID-19, que implicó un desafío sin precedentes para los equipos de salud involucrados. Las dificultades en el acceso de las personas a los servicios de diagnóstico durante la pandemia de COVID-19 también se reflejaron en el ritmo de reclutamiento del estudio: en las primeras semanas fueron muy pocas las personas que fueron a los centros a testearse, por lo que los equipos tuvieron que desarrollar estrategias específicas para acercarse a las poblaciones objetivo. Estas acciones fueron principalmente territoriales y todas estuvieron centradas en las personas y sus necesidades. Algunas de ellas fueron: la articulación con organizaciones de la sociedad civil con pertenencia a poblaciones clave, la ampliación geográfica de la oferta mediante la instalación de dispositivos en el interior de las provincias, el entrenamiento de promotores/as de salud para la difusión y promoción de las acciones, la instalación de dispositivos en zonas de circulación y participación comunitaria de poblaciones clave por fuera del sistema de salud, la oferta de autotest acompañada por otras prestaciones de salud (como servicios de ginecología y vacunación). Cabe mencionar una situación particular que se dio en dos de las tres provincias participantes: al difundir la convocatoria mediante spots y materiales gráficos, los equipos recibieron duras críticas y reclamos por parte de algunas organizaciones de la sociedad civil, que consideraron a priori discriminatorio el recorte de las poblaciones destinatarias.

Perfil de la población del estudio

Aunque la muestra se había estimado inicialmente en un total de 600 participantes, por dificultades en el reclutamiento producto de la pandemia por COVID-19 se alcanzó una muestra final total de 420 voluntarios/as, 99 en la primera etapa (realizada únicamente en Córdoba) y 321 personas en la segunda: 155 en Córdoba (casi todas en el Laboratorio Central), 110 en Salta (Centro de Salud N° 48) y 56 en San Luis (Gráfico 1).

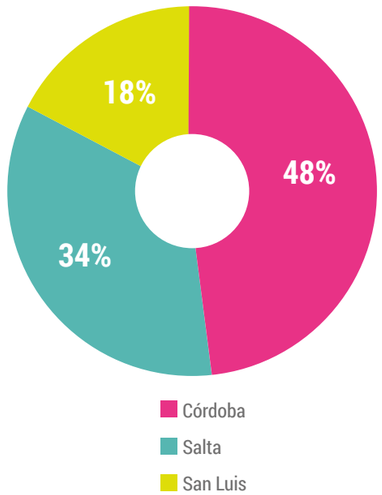
La mediana de edad de las personas que se realizaron el autotest fue de 29 años, con un rango de 16 a 59 años. Como se muestra en el Gráfico 2, la edad de casi la mitad de los participantes se concentra en la franja comprendida entre los 20 y 29 años.

En relación con el género, 213 personas participantes dijeron ser varones cis (66,4%); 46, mujeres trans (14,3%); 46, mujeres cis (14,3%); 7, varones trans (2,2%) y 9 personas indicaron como género la categoría "otro" (Gráfico 3).

El 41% de los participantes completó la educación media y el 58% había empezado o completado un estudio terciario o universitario. En este número pesa la alta proporción de HSH en la muestra, que reportaron un nivel de instrucción mayor que el de los otros colectivos (Gráfico 4).

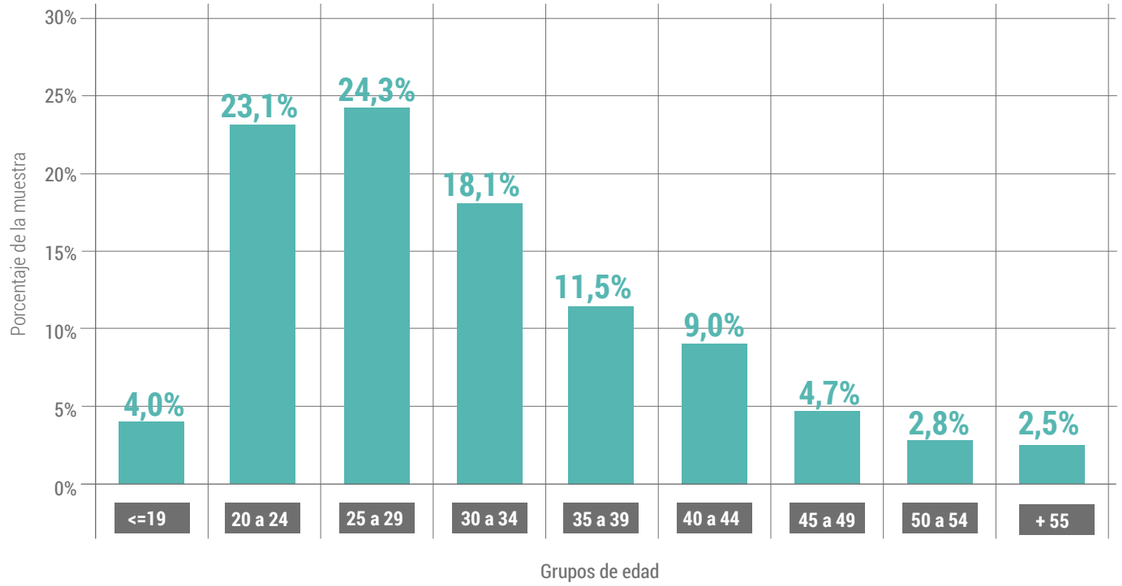
Respecto de las medidas de cuidado en las relaciones sexuales, apenas el 30,8% refirió haber usado "siempre" preservativo en las relaciones sexuales de los últimos tres meses durante una penetración vaginal u anal, aunque no se hizo distinción entre pareja/s estable/s u ocasional/es. El 27,7% de las personas participantes dijo haberlo utilizado "casi siempre"; el 24,6%, "a veces"; y el 16,2%, "nunca".

Gráfico 1. Distribución porcentual de casos de la muestra según provincia de testeo. N=321.



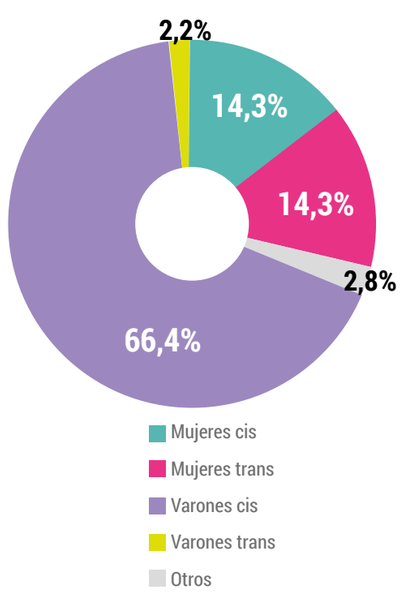
Fuente: Estudio piloto para evaluar el desempeño y aceptabilidad de una estrategia de autotest para VIH en poblaciones clave en la Argentina, 2021.

Gráfico 2. Distribución porcentual de casos de la muestra, según edad agrupada.



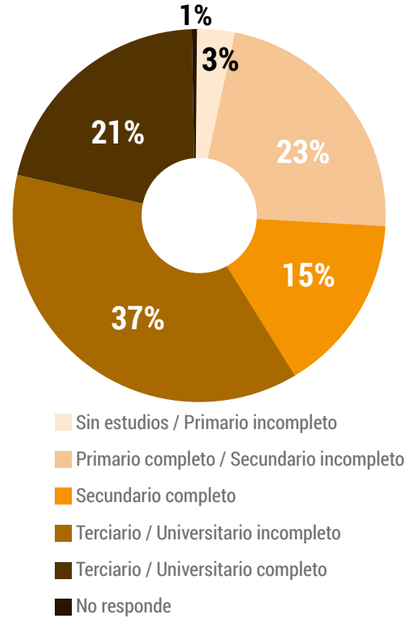
Fuente: Estudio piloto para evaluar el desempeño y aceptabilidad de una estrategia de autotest para VIH en poblaciones clave en la Argentina, 2021.

Gráfico 3. Distribución porcentual de casos de la muestra, según género autopercibido.



Fuente: Estudio piloto para evaluar el desempeño y aceptabilidad de una estrategia de autotest para VIH en poblaciones clave en la Argentina, 2021.

Gráfico 4. Distribución porcentual de casos de la muestra, según máximo nivel educativo alcanzado.



Fuente: Estudio piloto para evaluar el desempeño y aceptabilidad de una estrategia de autotest para VIH en poblaciones clave en la Argentina, 2021.

Testeos previos y dificultades para el acceso al testeo por la pandemia COVID-19

El 22% de los participantes nunca antes se había hecho un test de VIH. Al indagar sobre el testeo en los últimos doce meses, un 35,8% declaró no habérselo hecho y un 33% dijo haberse testeado solo una vez.

El 27% de las personas participantes dijo que vio afectado el acceso al testeo por motivo de la pandemia COVID-19, mientras que el 51% no lo vio afectado y el 22% no respondió esta pregunta. No obstante, al consultarles por situaciones específicas, se observa que el 45% consideraba que "los centros de salud/hospitales estaban cerrados o solo atendían personas con COVID-19", el 41% acordó con que le daba miedo concurrir a un efector de salud a testearse por miedo de contagiarse el COVID-19, el 40% indicó que no sintió la necesidad de testearse porque se expuso menos o no se expuso al VIH por la pandemia o la cuarentena y el 39% indicó que no sabía dónde ir a testearse (Gráfico 5).

Experiencias de los participantes en la realización del autotest

En su gran mayoría las personas participantes pudieron interpretar el resultado en forma correcta, en concordancia con el test rápido convencional.

Las discordancias, por su parte, fueron las siguientes:

2 personas realizaron lecturas incorrectas:
- 1 resultado negativo interpretado como indeterminado
- 1 resultado positivo interpretado como negativo

5 personas indicaron que no entendían el resultado que marcaba el autotest:
- 2 resultados eran negativos
- 3 resultados eran positivos

Se presentaron 12 casos positivos, lo que estableció un porcentaje de positividad del 3,7%: 9 eran HSH y 3, mujeres trans. En cuanto las edades, una persona tenía 58 años y las demás, entre 23 y 34 años.

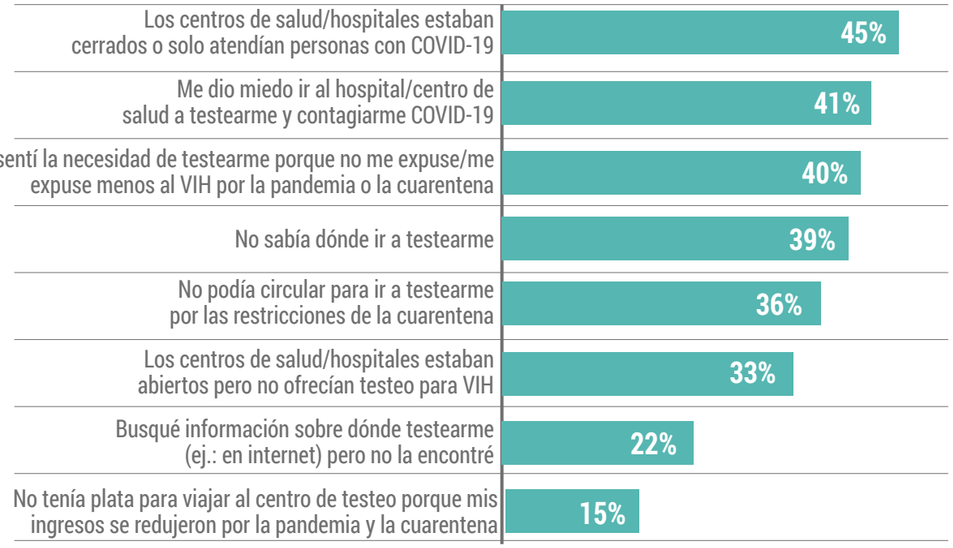
En relación con la satisfacción en el uso del autotest, el 96% indicó que la realización del autotest le había resultado fácil, el 95% encontró que las instrucciones eran claras, en el 88% de los casos indicaron que les había resultado sencillo interpretar los resultados, al 89% le resultó confiable el resultado del autotest, el 94% planteó que lo usaría de nuevo si estuviera disponible en forma gratuita (por ejemplo, en efectores de salud), el 92% consideró que se testearía más seguido si el autotest estuviera disponible en farmacias o servicios de salud y el 94% recomendaría su uso a otras personas.

Por otro lado, el 91% de las personas participantes indicaron que consultarían con el equipo de salud ante un resultado positivo y solo el 20% indicó que el tiempo de espera para el resultado del autotest le había resultado demasiado largo. En cuanto al momento de la realización del autotest, el 52% de las personas participantes indicó que optaría por usarlo acompañado de alguien de su confianza.

Las ventajas principales indicadas fueron: la privacidad al momento de hacerse el análisis (42%), la comodidad (33%) y la posibilidad de elegir si estar acompañado/a o solo/a durante la realización del autotest (16%).

Al consultar por las desventajas, el 54% de las personas participantes indicó que no encontraba desventajas. El 22% respondió que no sabría qué hacer si el test le diera positivo, mientras que el 13% expresó que le gustaría estar acompañado por el equipo de salud durante la realización del testeo.

Gráfico 5. **Dificultades encontradas en relación con el acceso al testeo por la pandemia de COVID-19 y las medidas de aislamiento/distanciamiento, en porcentajes.**



Fuente: Estudio piloto para evaluar el desempeño y aceptabilidad de una estrategia de autotest para VIH en poblaciones clave en la Argentina, 2021.

Próximos pasos

Los resultados de este estudio demuestran que la incorporación del autotest como estrategia de testeo tiene el potencial de lograr un alto impacto en la ampliación del acceso al diagnóstico de las poblaciones clave, al menos en dos sentidos: por un lado, acercar el testeo a personas que nunca antes se habían testeado y por el otro, aumentar la frecuencia del testeo en quienes ya acceden pero lo hacen con una frecuencia insuficiente.

Desde la DRVIHVyT nos proponemos desarrollar recomendaciones para que los equipos de salud ofrezcan el autotest con el fin de promover acciones que puedan abarcar la heterogeneidad de necesidades de las poblaciones objetivo y de facilitar su implementación a escala programática. En este sentido, la articulación con la sociedad civil y el desarrollo de acciones territoriales para la difusión, implementación y seguimiento de la estrategia resultan fundamentales para lograr una mayor llegada y asegurar el acompañamiento de las personas usuarias.

Agradecimientos

A los programas de VIH, los equipos de salud y a las OSC que con esfuerzo y compromiso lograron completar el estudio, aún en circunstancias sumamente desfavorables, y a todas las personas que participaron de él, por su predisposición y tiempo.

Equipos de trabajo

Córdoba

Diosnel Siro Bouchet (Investigador principal), María Gabriela Barbás, Griselda María Cuellos, Mariel Borda, Susana Gignard, Florencia Fattore, Natalia Altamirano, Laura Gutiérrez, María Agustina Fragueiro, Gabriela Urfalian, Camila Rosso, Agustín Sosa, Valentina Monzón, Lucía Garbarino, Belén Jordan, Ayelén Gutiérrez, Naiara Picco, Evelyn Vergara, Julia Barrientos Diaz, Marcos Balangero, Valentín Leonardo Londero Montini.

Salta

Laura Caporaletti (investigadora principal), María Abán, Mónica Soto, Javier Álvarez, Javier Ghilarardoti, Amalia Mendilarzu, Centro de Salud Nro. 48 Barrio Ceferino Guardia.

San Luis

Juan Millan (investigador principal), Sebastián A. Cinquemani, Jessica Miranda, Romina Evelyn Méndez, Víctor A. Martínez Núñez, Analía Ribolzi, Roxana Poblete, Romina Gatica, Alejandra Cuello, Noelia Soledad Videla, Cynthia Domínguez.

Referencias

1. UNAIDS. Global AIDS Strategy 2021-2026 — End Inequalities. End AIDS. el 25 de marzo de 2021;164.

2. World Health Organization. WHO recommends HIV self-testing – evidence update and considerations for success [Internet]. 2019 Disponible en: https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1261506/retrieve [consultado: 16/1/2020].

3. World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV testing services for a a changing epidemic - Policy brief [Internet]. 2019 Disponible en: https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1261990/retrieve [consultado: 11/12/2019].

4. World Health Organization. WHO Prequalification of In Vitro Diagnostics. PUBLIC REPORT. Product: OraQuick HIV Self-Test. WHO reference number: PQDx 0159-055-01 [Internet]. 2018 Disponible en: https://www.who.int/diagnostics_laboratory/evaluations/pq-list/180622_amended_final_pqpr_0159_055_01_hiv_self_test_v8.pdf [consultado: 30/1/2019].

5. World Health Organization. WHO Prequalification of In Vitro Diagnostics PUBLIC REPORT. Product: OraQuick HIV 1/2 Rapid Antibody Test. WHO reference number: PQDx 0159-055-00 [Internet]. Disponible en: https://www.who.int/diagnostics_laboratory/evaluations/pq-list/hiv-rdts/160616_amended_final_public_report_0159_055_00_v3.pdf [consultado: 12/12/2019].

6. World Health Organization. WHO Prequalification of In Vitro Diagnostics Programme. PUBLIC REPORT. Product: SURE CHECK® HIV 1/2. Assay Number: PQDx 0054-006-00 [Internet]. 2018. Disponible en: https://www.who.int/diagnostics_laboratory/evaluations/180604_amended_final_pqpr_0054_006_00_v2.pdf?ua=1 [consultado: 12/12/2019].

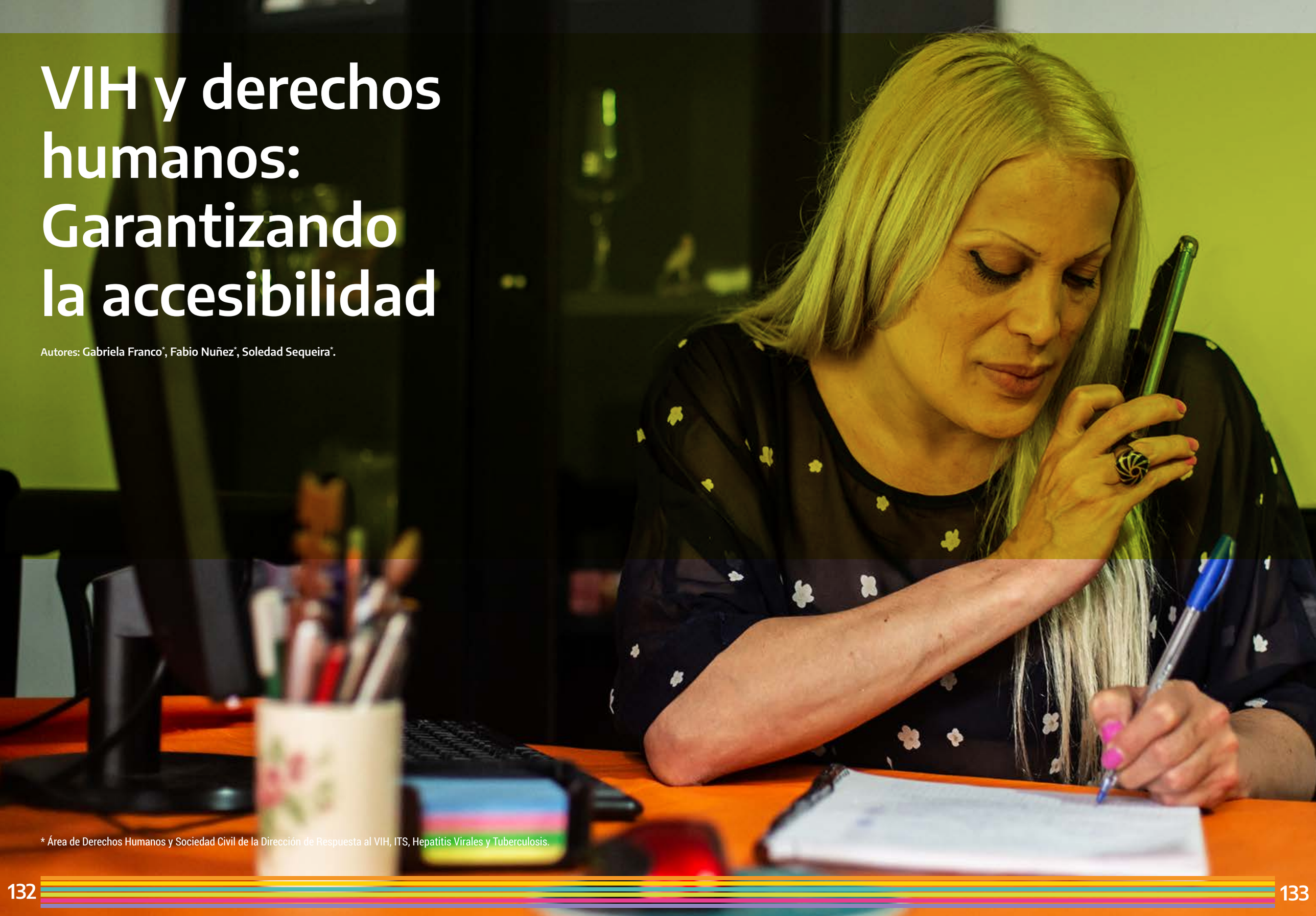
7. World Health Organization. WHO Prequalification of Diagnostics Programme. PUBLIC REPORT. Product: INSTI® HIV Self Test. WHO reference number: PQDx 0002-002-01 [Internet]. Disponible en: https://www.who.int/diagnostics_laboratory/evaluations/pq-list/181130_pqdx_0002_002_01_pqpr_insti_self_test.pdf?ua=1 [consultado: 12/12/2019].

8. Organización Panamericana de la Salud, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida para América Latina y el Caribe. Prevención de la infección por el VIH bajo la lupa. Un análisis desde la perspectiva del sector de la salud en América Latina y el Caribe [Internet]. OPS, ONUSIDA; 2017. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34380/9789275319796-spa.pdf [consultado: 13/7/2018].

Foto: Equipo coordinador del estudio en la provincia de Córdoba.

VIH y derechos humanos: Garantizando la accesibilidad

Autores: Gabriela Franco*, Fabio Nuñez*, Soledad Sequeira*.



* Área de Derechos Humanos y Sociedad Civil de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis.

El área de Derechos Humanos y Sociedad Civil fue creada en 2014 con el objetivo de fortalecer el enfoque de derechos humanos aplicado al campo de la salud. Paulatinamente ha sido reconocida como articuladora entre la comunidad y el Estado, en tanto garante del derecho a la salud. Las intervenciones que se llevan adelante tienden a co-construir con otras áreas soluciones integrales a las situaciones que plantea la ciudadanía, por lo cual abarca la respuesta a las demandas particulares, el monitoreo permanente de las circunstancias que atraviesan las personas con VIH y la proposición y elaboración de líneas de acción focalizadas dentro de las políticas sanitarias.

El reconocimiento paulatino de la capacidad de respuesta creciente del área, tanto de la ciudadanía como de otras áreas del Estado, impulsó un incremento en la cantidad de consultas registradas. En este sentido se advierte que durante 2020 se orientaron alrededor de 2.700 consultas y/o reclamos, lo que significa un incremento del 554% respecto de 2014, cuando se había intervenido en 485 situaciones.

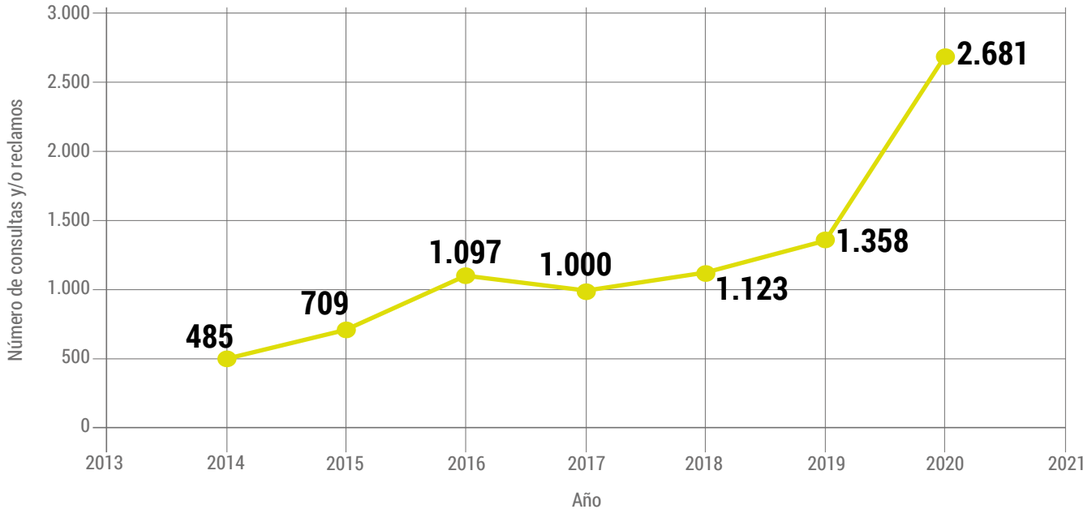
Asimismo, cabe aclarar que el contexto de la emergencia sanitaria vinculada al COVID-19 y, en particular, el impacto de las medidas sanitarias tomadas al efecto, constituyeron condicionantes que amplificaron y diversificaron las demandas de la ciudadanía[1], lo que colocó al área frente al desafío de construir respuestas innovadoras y eficaces para un número creciente de consultas. Para ello, se amplió el equipo con personal técnico y administrativo de otras áreas de la Dirección, se realizó una actualización sobre nociones técnicas para atención de las demandas, se gestionó la derivación de la línea telefónica institucional a las líneas particulares de los miembros del equipo y durante los meses de marzo a diciembre de 2020 se sostuvo una guardia telefónica y virtual los fines de semanas y feriados para brindar atención todos los días.

El marco de derechos exige promover abordajes intersectoriales entre los diferentes actores de los organismos públicos de los diversos niveles gubernamentales y de las organizaciones de la sociedad civil con trabajo en salud, que permitan generar respuestas integrales.

La asistencia técnica a la ciudadanía se realiza a partir de las demandas que ingresan por diversas vías: mail, teléfono directo y la línea 0800 gratuita. Esto permite garantizar la accesibilidad a las personas que se encuentran en todo el país, lo que en un contexto de emergencia resultó clave, toda vez que la posibilidad de contar con un espacio de escucha accesible permitió gestionar situaciones de incertidumbre y llevar tranquilidad a la población. En lo relativo a la comunicación, se busca brindar información clara, precisa y adecuada, atendiendo siempre a la confidencialidad durante la gestión de las demandas. Cada intervención se asume como un espacio para brindar información sobre derechos que, a su vez, habilite y promueva el ejercicio activo de la ciudadanía.

El enfoque de derechos implica incorporar los derechos humanos como lineamiento de la gestión. En el campo específico, esto significa poner el eje de las acciones en las personas y en la comprensión de la salud como un proceso complejo donde intervienen diferentes factores sociales, culturales y biológicos. En este sentido, se incorporó al área de Derechos Humanos y Sociedad Civil el componente de autorización de la excepción de PUCO (Padrón Único Consolidado Operativo), que es una herramienta a disposición de los efectores públicos de todas las provincias que apunta a evitar la interrupción del tratamiento. Está destinada a personas que, ante dificultades o incumplimientos de sus obras sociales o empresas de medicina prepaga, ven amenazada la continuidad de su tratamiento. A través del suministro de medicación, se busca resolver la situación de emergencia vinculada al acceso al tratamiento y, además, brindar orientación y acompañamiento técnico según las necesidades particulares de las personas para resolver el tema de fondo: evitar que una posible interrupción de tratamiento impacte negativamente en su adherencia y regularizar la situación con su cobertura de salud. Esta estrategia permitió intervenir de manera oportuna, conjunta y articulada con los programas provinciales, en múltiples situaciones; es de considerar que durante 2020 se recibieron 7.875 solicitudes de excepción de efectores de todo el país.

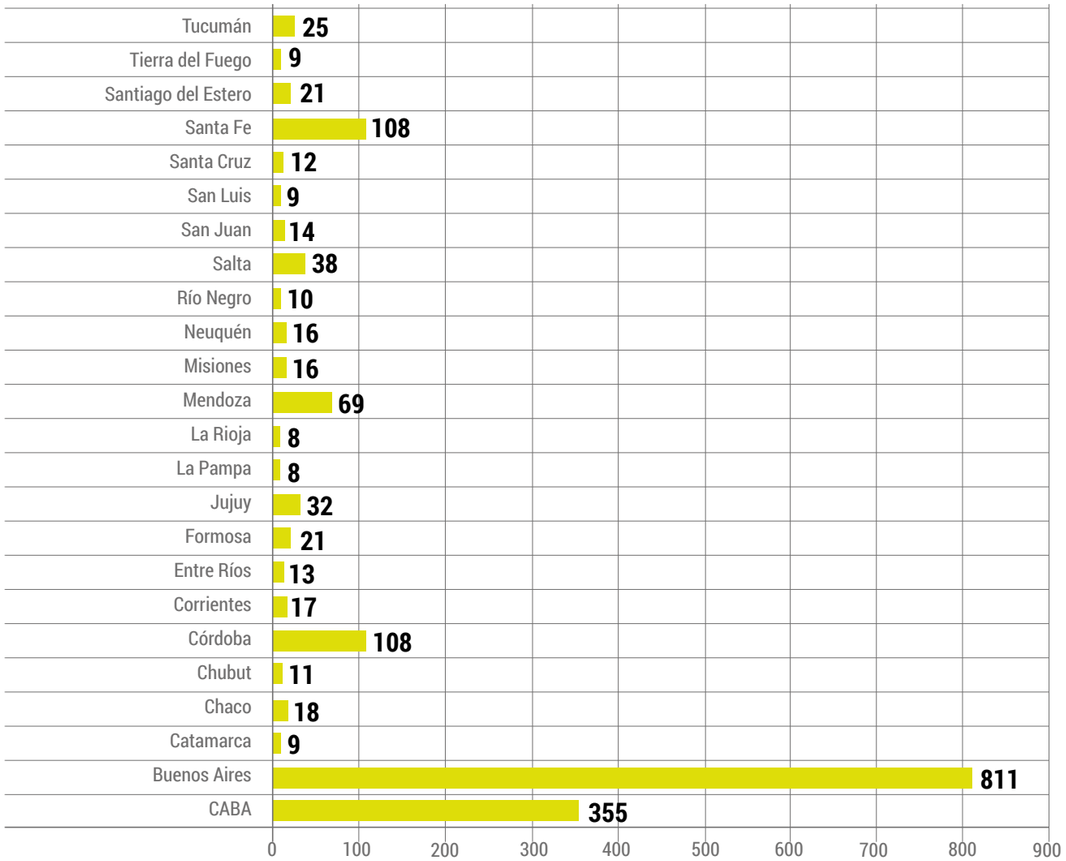
Gráfico 1. **Evolución histórica de consultas y/o reclamos al área de Derechos Humanos y Sociedad Civil. Argentina, 2014-2020.**



Fuente: Registro de consultas y/o reclamos del área de Derechos Humanos y Sociedad Civil.

[1] "Durante el mes de abril se registró un total de 411 consultas recibidas, configurando un pico, pero el salto se da a partir del 20 de marzo, fecha en que se inicia el ASPO (Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio). En todo el mes de marzo se registraron 297 consultas de las cuales, el 70% (202) se produjeron en los últimos 11 días del mes ya en el marco de la pandemia de COVID-19 en Argentina", extraído de Laplacette Graciela (2021) "El enfoque de derechos en la gestión pública: Estudio cuanticualitativo de las prácticas de gestión del área de Derechos Humanos y Sociedad Civil de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis y Tuberculosis; Ministerio de Salud de la Nación", sin editar, pág. 15.

Gráfico 2. **Distribución jurisdiccional de las consultas recibidas en el área de Derechos Humanos y Sociedad Civil, enero-septiembre/2020.**



Fuente: Registro de consultas y/o reclamos del área de Derechos Humanos y Sociedad Civil. N=1.758.

Bajo la perspectiva de derechos y en particular teniendo en cuenta que la construcción de una respuesta integral de salud para las personas con VIH no solo requiere la garantía de acceso a medicamentos, se realizaron acciones que permitieron articular resoluciones ágiles y accesibles ante la vulneración de algunos de los derechos que se reconocen en las diversas esferas de la vida de una persona, tales como la familiar, social o laboral.

Es así que, en función de un resurgimiento de las demandas vinculadas a la tramitación de las pensiones no contributivas en el período 2015-2019[2], se recopilaron los datos que brindaban los organismos competentes en sus sitios web y se sistematizó un compendio de la información esencial para iniciar los trámites de pensiones no contributivas o consultar el estado de su curso, en lenguaje sencillo y accesible. Consideramos que la reaparición de esta demanda de una transferencia permanente de dinero a las personas con VIH se vincula tanto con la profundización de las situaciones de vulnerabilidad socioeconómica en el marco de la pandemia como con el reconocimiento de un Estado presente por parte de la ciudadanía.

A su vez, a fin de 2020 se estableció contacto directo con la Agencia Nacional de Discapacidad –que tiene a su cargo la recepción, evaluación y otorgamiento de las pensiones– para realizar consultas por casos individuales en proceso y avanzar en la aclaración del procedimiento administrativo necesario para acceder a ese derecho.

Asimismo, el contexto de pandemia causó en 2020 situaciones particulares derivadas del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio (ASPO), tales como personas varadas en distintos lugares del país y en el extranjero, consultas por permisos de circulación y también relacionadas con otras patologías.

Ante el gran cúmulo de decretos, resoluciones, decisiones administrativas, disposiciones y avisos oficiales que establecían derechos y obligaciones acordes a la emergencia sanitaria, y desde una perspectiva de derechos humanos, el área tomó una posición activa sobre la normativa a efectos de evitar vulneración de derechos, disolver posibles tensiones entre derechos y facilitar el acceso a través de materiales que organizaran la información de manera clara, tanto a la ciudadanía general, como a los programas jurisdiccionales y la sociedad científica.

Respecto del ámbito laboral, se recibieron consultas que impusieron la necesidad de una respuesta rápida y accesible sobre las licencias previstas para personas que formaban parte del grupo de riesgo, en tanto su aplicación ponía en tensión el derecho a mantener la confidencialidad del diagnóstico de VIH. De forma inmediata se elaboraron y distribuyeron a jefes de programa jurisdiccionales, sociedades científicas y organizaciones de la sociedad civil recomendaciones prácticas para la confección de las indicaciones médicas de licencia y la normativa establecida conforme los criterios de la Ley de Derechos del Paciente, de manera tal que evitara divulgar el diagnóstico. En simultáneo, se propulsó la inclusión en la resolución 627/2020 del Ministerio de Salud (sobre nociones aclaratorias vinculadas a la implementación de las medidas sanitarias tomadas) de un artículo específico de resguardo de la confidencialidad del diagnóstico al momento de efectivizarse las licencias laborales para las personas que estaban determinadas como pertenecientes a los grupos de riesgo[3]. Luego, se coordinó con el Ministerio de Trabajo de la Nación la intervención a través de la extensión de la línea destinada originariamente a consultas sobre incumplimiento de medidas sanitarias en el ámbito laboral para atender también consultas de trabajadores y trabajadoras sobre licencias y confidencialidad[4].
A efectos de brindar apoyo técnico a los equipos sanitarios que se encontraban realizando acciones de asistencia directa a la población, también se elaboró un material específico sobre las resoluciones referidas a la receta digital, el aprovisionamiento de medicación para personas con enfermedades crónicas y la atención virtual de obras sociales y prepagas (Res. 696/20 MSAL, 281/20 y 282/20 SSS).

En relación con las personas que en virtud del ASPO quedaron en lugares distintos a su residencia habitual, fueron necesarias múltiples gestiones con actores estatales y de la sociedad civil para que pudieran acceder a la medicación. Se articularon acciones con familiares, amigues y obras sociales de las personas afectadas, e incluso con la Cancillería, para el caso de envío de medicación al exterior. También se gestionó la entrega de medicación en otros países a través de ONUSIDA.

Dentro del país se realizaron mudanzas de registro de las personas que reciben asistencia en el sistema público de salud, de manera tal que cada quien recibiera medicación en un lugar cercano a su residencia temporal. En el mismo sentido, se articuló con organizaciones de la sociedad civil que contaban con red de personas voluntarias, el retiro y traslado de medicación a quienes no podían desplazarse, ya fuera por estar cursando COVID-19, por permanecer aislados preventivamente o por temor a contraer la infección.

En relación con lo anterior, una consulta recurrente refería a cómo desplazarse mientras estaba en vigencia el ASPO para retirar medicación o asistir a consultas médicas y evitar demoras en los controles por parte de las autoridades; en respuesta, se dictó una circular específica para las personas con VIH y se mantuvo una constante actualización de la información sobre los permisos en las diversas jurisdicciones. Otro aspecto de esta demanda implicó el acompañamiento de la tramitación virtual de estos permisos toda vez que resultó dificultoso para parte de la población.

La vinculación permanente con los programas provinciales de VIH, las organizaciones de la sociedad civil y otras áreas estatales, como así también la idea de una intervención centrada en la persona, ha demostrado ser una estrategia adecuada para la construcción de soluciones particulares y cercanas a las necesidades cambiantes de las personas con VIH.

[2] De las 2.681 consultas sistematizadas correspondientes a 2020, 129 referían a esta temática.
[3] ARTÍCULO 7°.- CONFIDENCIALIDAD DEL PACIENTE. A fin de hacer efectivas las licencias laborales dispuestas por las autoridades competentes en el marco de la emergencia sanitaria por COVID19 y de resguardar la confidencialidad del paciente, el personal médico podrá indicar el uso de las mismas con la sola mención de que los trabajadores se encuentran alcanzados por lo dispuesto en el artículo 3° de la presente Resolución o por la normativa sectorial que haya definido "grupos de riesgo".
[4] Mail: denunciasanitaria@trabajo.gob.ar, teléfono: 0800-666-4100.

Índice de estigma y discriminación hacia las personas con VIH 2.0

Autoras: Marysol Orlando[a] y Marisel Zas[b].

[a] Área de Información Estratégica de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis.
[b] Consultora de ONUSIDA.

Este artículo presenta los principales resultados del Estudio Índice de Estigma y Discriminación hacia personas con VIH 2.0 (IED Argentina, 2021), desarrollado entre 2018 y 2020, en forma conjunta por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA)[1], la Red Argentina de Jóvenes y Adolescentes Positivos (RAJAP), el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis (DRVIHVyT)[2].

El IED está pensado como un estudio cuantitativo transversal y se desarrolla desde ONUSIDA en diferentes países; en Argentina tuvo una primera versión en el año 2011, y en esta ocasión se ejecutó con un cuestionario ampliado (versión 2.0) con el cual se buscó conocer también el estigma y la discriminación que algunas personas sufren por otras cuestiones diferentes al VIH.

El análisis se realizó organizando la información en cuatro bloques con las siguientes temáticas: Comunidades, Salud, Derechos Humanos y Mujeres. Asimismo, desde la DRVIHVyT se solicitó la inclusión de unas preguntas adicionales sobre la adherencia a los tratamientos antirretrovirales[3]. A continuación, se presenta cómo quedó constituida la muestra y se desarrollan los principales resultados para cada uno de los temas indicados.

Muestra

Se elaboró una muestra no probabilística, con un tamaño de 1.200 casos, y en base a la siguiente distribución: 600 casos en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), 200 en Cuyo, 200 en el noreste argentino (NEA) y 200 en el noroeste argentino (NOA). Sin embargo, con el inicio del Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio determinado por el Gobierno nacional a partir de marzo de 2020, se decidió interrumpir el trabajo de campo cuando se habían totalizado 948 encuestas, que constituían casi el 80% de la cantidad planificada.

La distribución final fue la siguiente: se realizaron 599 encuestas en AMBA, 150 en NOA, 122 encuestas en NEA y 77 en Cuyo (Gráfico 1). El 13% de la muestra está compuesta por personas menores de 24 años, el 47% por personas de entre 25 y 39 años y el 40% lo constituyen personas mayores de 40 años (Gráfico 2). En cuanto al género, se compone por un 63% de varones cis, 30% de mujeres cis y 5% de mujeres trans; un 2% optó por no responder esa pregunta (Gráfico 3). El 19% de la muestra está integrada por población migrante (interna y externa) y por un 5% de personas pertenecientes a pueblos originarios. El 49% de las personas encuestadas se encontraba desocupada o haciendo changas (Gráfico 4) y el 44% dijo que algunas veces o casi siempre no pudo satisfacer sus necesidades básicas, como ropa, comida, casa. Estas cifras son muy altas considerando que la situación laboral y la satisfacción de necesidades no constituían criterios de selección en la muestra, sino que es información que se obtuvo al momento del análisis.

El 95% de las personas encuestadas se encontraba en tratamiento antirretroviral (TARV) al momento de la encuesta. Consideramos, no obstante, que este alto porcentaje responde a que se accedió a la mayor parte de ellas a través de servicios de salud.

Comunidades

En este apartado se hace referencia a situaciones de estigma y discriminación vividos en el ámbito de la familia, las amistades, las parejas y entre otras personas no cercanas, así como el autoestigma basado en creencias instaladas y el temor a sufrir situaciones de discriminación, a partir del cual las personas limitan distintas acciones tanto de sociabilidad como del propio cuidado de sí mismas. El 16% de las personas encuestadas tuvo experiencias negativas al revelar su estado serológico a gente cercana (familiares, amistades y parejas). Esta experiencia se registró en mayor proporción en las regiones de NEA, con un 27%, y NOA, con un 28% de los casos. Esta problemática cobró mayor volumen al indagar por la divulgación a personas no cercanas: un 39%, es decir casi 4 de cada 10 personas encuestadas, refirió vivencias negativas en este aspecto.

El 10% de las personas encuestadas dio cuenta de haber sido excluida de reuniones sociales por su estado serológico. La proporción es mayor cuando se considera a determinados colectivos de personas, por ejemplo entre las mujeres trans, quienes respondieron afirmativamente a esta pregunta en el 18% de los casos.

En una altísima proporción, el 78% de las personas encuestadas manifestó tener dificultades para hacer público su diagnóstico, mientras que, en la misma línea de la problemática de la revelación del diagnóstico, "el 66% del total de las personas acordó con la afirmación yo escondo mi estado serológico".

Las personas jóvenes menores de 24 años fueron quienes más afirmaron, con un 26% de los casos, haber decidido no asistir a una reunión social por su estado serológico. Las mujeres cis mostraron porcentajes altos y dieron cuenta de esto en un 23% de los casos. En general esta decisión fue tomada por el 17% de la muestra.

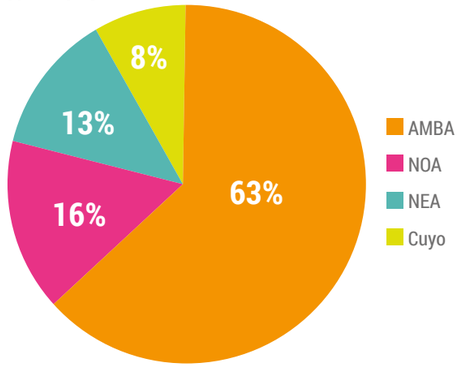
El 30% de las personas encuestadas dijo haber dudado de hacerse la prueba de VIH por miedo a que otras personas lo supieran. Las personas menores de 24 años y las mujeres trans fueron quienes contestaron afirmativamente en mayor proporción, en un 43 y 40% en cada caso. Con cifras similares, el 38% de las personas encuestadas dudaron de realizarse el testeo por miedo a que sus parejas, familias o amistades lo supieran.

Por otro lado, el 42% de las personas encuestadas dudó o retrasó el inicio del tratamiento por miedo a lo que pudieran pensar los demás. Las personas con secundario incompleto y aquellas con necesidades básicas insatisfechas, con un 49% de los casos en cada una de estas poblaciones, fueron las que más refirieron esta duda o el retraso en el inicio del TARV.

En cuanto al múltiple estigma, las poblaciones encuestadas refirieron haber sido discriminadas por sus identidades autopercibidas y/o prácticas en mayor medida que por su estado serológico.

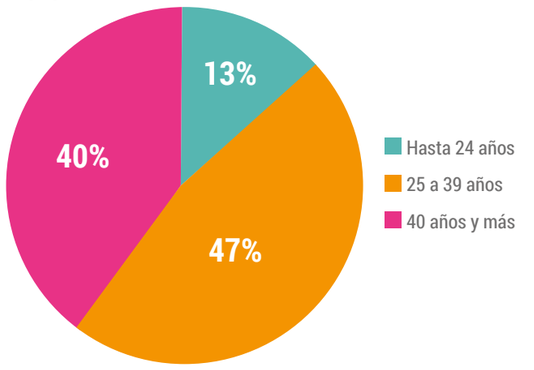
Las mujeres trans declararon en un 64% haber recibido comentarios discriminatorios por parte de personas cercanas (familia) debido a su identidad de género autopercibida, mientras que este tipo de acto discriminatorio se produjo con motivo de su situación serológica positiva en un 35% de los casos. Algo similar ocurrió con la exclusión de actividades familiares: el 60% de los casos vincularon esta discriminación con ser mujer trans, 44 puntos por encima de la motivada por ser seropositiva (16%). En igual sentido, los porcentajes de agresión por su identidad de género (47%) casi triplican lo ocurrido por su condición serológica (16%). Se observó que el 36% de las mujeres trans declararon haber sido chantajeadas por su identidad de género.

Gráfico 1. **Distribución de la muestra según región geográfica. N=948.**



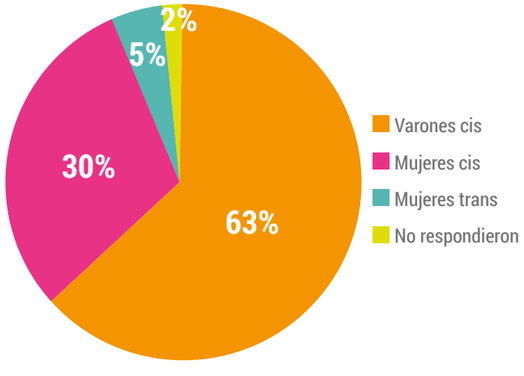
Fuente: IED Argentina, 2021. Ministerio de Salud de la Nación.

Gráfico 2. **Distribución de la muestra por edad agrupada. N=948.**



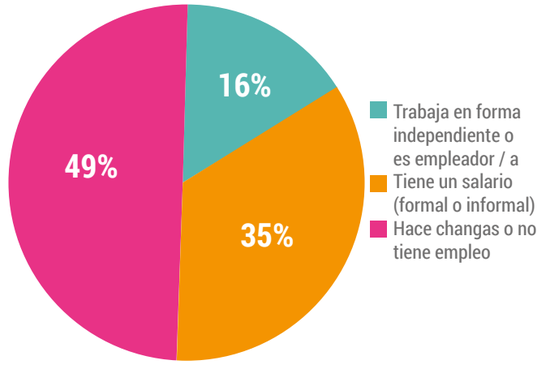
Fuente: IED Argentina, 2021. Ministerio de Salud de la Nación.

Gráfico 3. **Distribución de la muestra según identidad de género autopercibida por las personas encuestadas. N=948.**



Fuente: IED Argentina, 2021. Ministerio de Salud de la Nación.

Gráfico 4. **Distribución de la muestra según situación laboral de las personas encuestadas. N=948.**



Fuente: IED Argentina, 2021. Ministerio de Salud de la Nación.

[1] Recordamos con mucho amor a Manuel Da Quinta, principal motor del estudio en Argentina desde ONUSIDA.

[2] El informe completo de este estudio se puede obtener a partir del siguiente link: https://www.ar.undp.org/content/argentina/es/home/library/poverty/IndiceEstigmaDiscriminacion.html , así como también las personas que participaron. Cabe aclarar que este artículo se basa en el resumen elaborado en dicho informe.

[3] Los resultados más relevantes vinculados con la temática de adherencia se presentan en el artículo específico dentro de este mismo boletín.

El 47% de los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) encuestados dijo haber recibido comentarios discriminatorios por parte de su familia debido su práctica u orientación sexual, mientras que un 25% dijo haberlos recibido por ser seropositivo. La exclusión de actividades familiares también mostró indicadores importantes, sobre todo en lo que respecta a prácticas o a la orientación sexual: mientras que un 11% de ellos dijo haber sido excluido por ser seropositivo, el 27% de los HSH encuestados declaró que la exclusión de actividades familiares se debía a sus prácticas u orientación sexual.

El 44% de las personas encuestadas que ejercían trabajo sexual recibió comentarios discriminatorios de parte de su familia por esta práctica. Una variable similar fue haber recibido alguna agresión: un 40% dijo haberla sufrido por ejercer trabajo sexual. El 30% de las personas encuestadas que ejercían trabajo sexual dijeron también haber sido chantajeadas por ello, mientras que el 25% dijeron haber sido excluidas de actividades familiares, también, por ejercerlo. En coincidencia con lo descrito anteriormente, en todos los indicadores relevados en esta población, el estigma por ejercer el trabajo sexual fue mayor que el vivido por su condición serológica.

Derechos humanos

El 16% de las personas encuestadas declaró haber tenido que realizarse el examen de VIH para el ingreso a un empleo o para la obtención de un plan de pensión. Las poblaciones más afectadas fueron las personas con necesidades básicas insatisfechas y las personas que habían alcanzado como máximo nivel educativo el secundario completo, poblaciones en que esta vulneración de derechos ocurrió en el 22% de los casos.

El 29% de las personas participantes desconocía si existía legislación sobre VIH en Argentina y un 6% declaró que no existía dicha legislación. Los grupos de mujeres cis y de personas heterosexuales en general mostraron un alto porcentaje de desconocimiento de las leyes sobre VIH: un 34% de estas poblaciones desconocía la existencia de la legislación al respecto, mientras que un 9% y un 8%, respectivamente, señalaron que no existía.

Indagando en torno a las disposiciones de la reglamentación vigente, preocupa que solo el 52% de las personas encuestadas creen que su historia clínica se mantiene en confidencialidad, lo que indica que casi la mitad de la muestra dudaba de los métodos para su resguardo. Esta inquietud es manifestada principalmente por los varones cis y las personas que ejercen trabajo sexual, quienes dudaron de la confidencialidad de su historia clínica en un 60% y un 59% de los casos respectivamente.

El 33% de las personas encuestadas pudo actuar frente a una situación de discriminación y estigmatización por VIH, explicándoles a sus agresores qué significa el VIH y/o el estigma. Las mujeres que tienen sexo con mujeres (MSM) y mujeres bisexuales, por un lado, y los varones gays o HSH, por otro, fueron quienes presentaron los porcentajes más altos en este sentido, con 47% y 39% de los casos respectivamente.

Salud

Las personas encuestadas mayoritariamente percibían que su estado de salud era bueno, así fue indicado en el 76% de los casos, mientras el 21% manifestó que era regular y el 3% que era malo. En ninguno de los grupos analizados se encontró un valor mayor al 4% de personas que percibieran su estado de salud como malo.

El 44% de las personas encuestadas manifestó que no informaba su condición serológica en los centros de salud a los que acudían por cuestiones no relacionados con el VIH. En las regiones NEA y NOA, fue donde se relevaron los mayores porcentajes sobre este punto, con un 74% y 66%, respectivamente. Un 11% de la muestra refirió situaciones en las que el personal de salud evitó tener contacto físico y esta fue la situación de estigma más declarada por las personas encuestadas en los servicios de salud.

Al consultar acerca de si había sido decisión de la persona encuestada hacerse la prueba del VIH, encontramos que el 10% fue obligado a hacérsela sin su consentimiento o bien le hicieron la prueba y lo supo luego, mientras que el 13% indicó que si bien había sido su decisión, fue presionada por otras personas. Quienes declararon en mayor medida estas presiones para hacerse el test fueron las mujeres trans, con un 18% de los casos, y se destaca también que esto sucedió en el 21% de las personas pertenecientes a pueblos originarios[4] que participaron del estudio. Mirando por región, en NEA se presentan los valores más altos, en tanto en el 28% de los casos la prueba fue realizada sin el consentimiento de la persona y en el 14% de los casos fueron presionados por otras personas para la realización.

El 24% de la muestra demoró más de seis meses entre el momento en que pensó por primera vez en realizarse la prueba del VIH y el día en que efectivamente se la hizo. Las mujeres trans son quienes más demoraron, siendo que se testearon antes de los seis meses de haberlo pensado por primera vez solo el 63% de ellas.

Mujeres

Las mujeres cis y las mujeres trans son quienes plantearon la mayor cantidad de vivencias vinculadas con el estigma y la discriminación. Esto se observó en sus respuestas a lo largo de toda la encuesta. En este sentido, resulta importante destacar que el 56% de este colectivo indicó que no siempre logra satisfacer sus necesidades básicas, a diferencia del 44% de la muestra general.

En este apartado presentaremos los resultados más relevantes de este colectivo en los ítems referidos anteriormente: Comunidades, Derechos humanos y Salud.

En relación con la divulgación del diagnóstico a la familia, amistades y pareja, esto se constituyó en una experiencia negativa para las mujeres en el 22% de los casos; especialmente ocurrió entre las migrantes internas, con una cifra del 35%. Cuando la divulgación fue hacia personas no cercanas, las experiencias negativas ocurrieron en el 44% de los casos, alcanzando el 56% en las mujeres menores de 24 años.

El 14% de las mujeres afirmaron haber sufrido discriminación y ser excluidas de reuniones o actividades sociales debido a su estado serológico. Un mayor porcentaje, el 31%, respondió haber sido agredidas verbalmente por su estado serológico; este tipo de violencia dirigida hacia la diversidad de las mujeres se manifiesta en mayor porcentaje entre las migrantes internas (48%) y aquellas pertenecientes a pueblos originarios[5] (54%).

En términos generales, el 82% de las mujeres en toda su diversidad respondieron que les resultaba difícil revelar su estado seropositivo. Los porcentajes más altos se encontraron entre las que pertenecían a pueblos originarios (92%) y las migrantes internas (90%).

Las mujeres jóvenes fueron el grupo etario que mostró mayor duda al momento de realizarse la prueba de VIH por temor a lo que dijeran las otras personas en caso de resultado positivo (55%).

En cuanto a las preguntas vinculadas con derechos humanos, el 19% de las mujeres encuestadas manifestaron que fueron obligadas a hacerse la prueba del VIH o divulgar su estado serológico para aplicar a un trabajo o un plan de pensión. Entre las mujeres de 40 años y más, estas situaciones fueron referidas por el 24%.

El 12% de las mujeres de la muestra manifestó que en diferentes situaciones habían sido obligadas a divulgar su estado serológico o que este había sido revelado públicamente sin su consentimiento.

El 47% de las mujeres encuestadas no sabía si sus registros médicos eran confidenciales o bien pensaban que no lo era. Esta duda era más frecuente entre las mujeres migrantes internas (61%) que ejercen trabajo sexual y las mujeres trans (60%).

Finalmente, el análisis de las preguntas del bloque salud muestra que el 14% de las mujeres encuestadas respondió haber sufrido situaciones de discriminación en efectores sanitarios. El 13% de las mujeres encuestadas afirmó que, en los servicios de salud, le habían aconsejado no gestar. Los mayores porcentajes de este tipo de violencia fueron referidos por las mujeres de los pueblos originarios (23% de ellas lo mencionaron) y, si se analiza por grupo etario, la mayor proporción se dio en las mujeres jóvenes (22%).

Un 16% de las mujeres encuestadas respondieron que habían sido presionadas por otras personas para realizarse la prueba del VIH, mientras que a un 13% le hicieron la prueba y lo supo luego (11%) o fueron obligadas a hacerse el testeo sin su consentimiento (2%).

El 21% de este colectivo declaró haber tardado más de seis meses desde el momento en que pensó en hacerse la prueba del VIH hasta el momento en que efectivamente se la hizo. Esta demora se acrecentó entre las mujeres trans (37%) y en mujeres que ejercen trabajo sexual (28%).

El 40% del colectivo de mujeres informó que retrasó la atención o el tratamiento para VIH por temor a que su entorno (pareja, familia, amistades) conociera su estado serológico; quienes más se vieron afectadas por esto fueron las mujeres de 25 a 39 años (45%) y quienes se identificaban como heterosexuales (41%).

Reflexiones finales

Este estudio nos permite conocer en mayor medida cuáles son las experiencias de estigma y discriminación hacia las personas con VIH, contadas por sus propias voces.

Como se observa a lo largo del artículo, se presenta una heterogeneidad de situaciones en relación con las distintas variables y las implicancias en los diferentes colectivos; no obstante, en la gran mayoría de los datos encontramos valores alarmantes, que dan cuenta de vulneración de derechos, estigma, autoestigma, afecciones físicas y psíquicas, dificultades para el disfrute de la vida en comunidad.

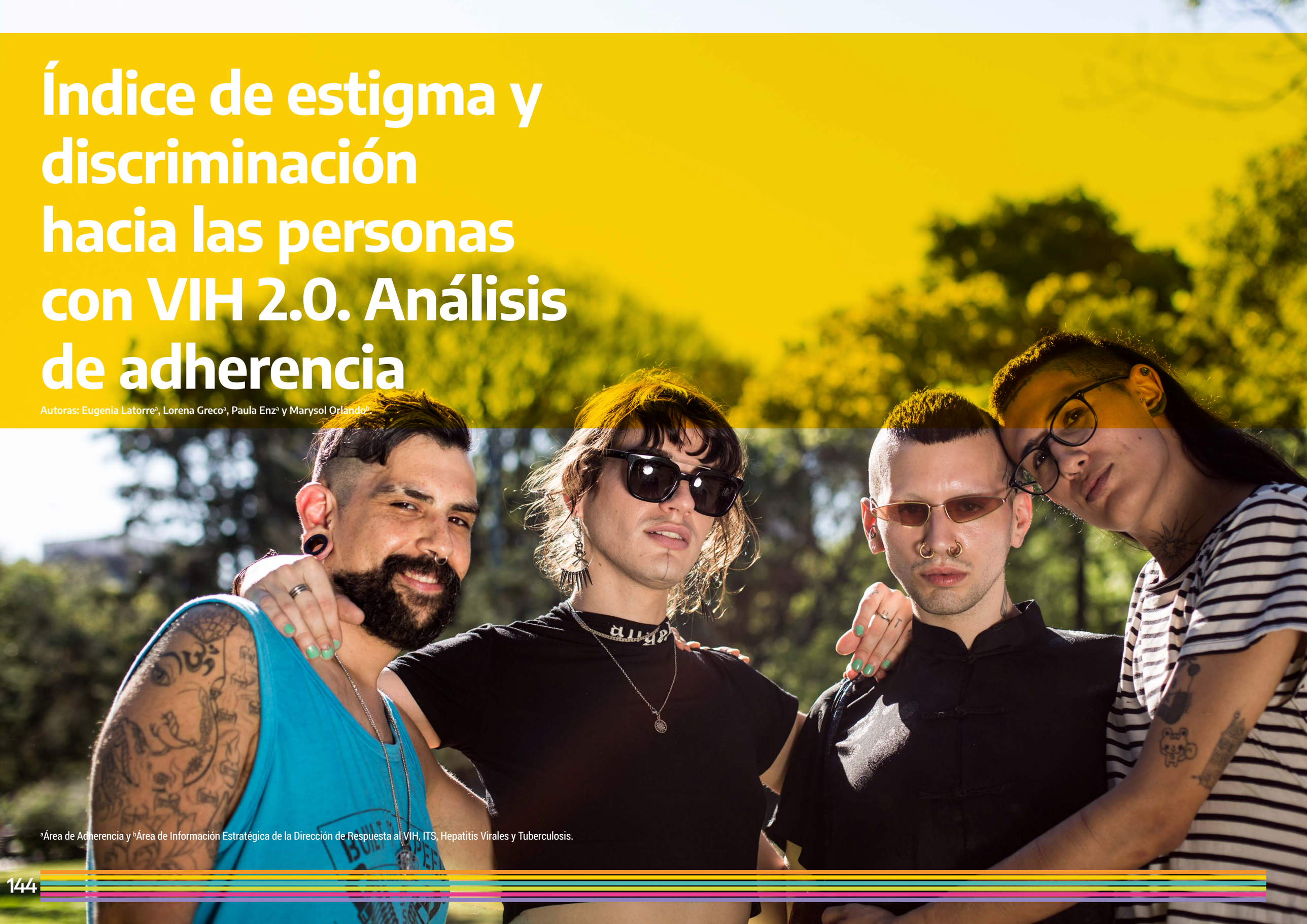
La información obtenida muestra que los actos de estigma y discriminación hacia este colectivo impactan tanto a nivel subjetivo como objetivo, conduciendo a la realización (o no) de acciones que con implicancia directa en su salud, tales como la demora del testeo por temor al qué dirán si resulta positivo o no tomar una dosis del tratamiento para no ser visibilizados/as. En este sentido, los datos obtenidos en este estudio guían nuestro trabajo en articulación con todos los actores involucrados y con el objetivo de, a cuatro décadas de esta epidemia, lograr la eliminación del estigma y la discriminación hacia las personas con VIH.

[4] La cantidad de personas integrantes de pueblos originarios era escasa, en total 29: 13 eran mujeres y 16, varones.

[5] Recordamos que la cantidad de personas de pueblos originarios era escasa: de 29 participantes,13 eran mujeres.

Índice de estigma y discriminación hacia las personas con VIH 2.0. Análisis de adherencia

Autoras: Eugenia Latorre[a], Lorena Greco[a], Paula Enz[a] y Marysol Orlando[b]



[a]Área de Adherencia y [b]Área de Información Estratégica de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis.

Introducción

En ocasión del Estudio Índice de Estigma y Discriminación hacia personas con VIH 2.0[1] (IED Argentina, 2021), cuyos principales resultados se presentaron en el artículo precedente, la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis (DRVIHVyT) solicitó la inclusión en el cuestionario de un anexo con nueve preguntas adicionales, para relevar la situación del acceso y la adherencia al tratamiento antirretroviral entre las personas encuestadas.

Estas respuestas otorgan información muy valiosa de cada población encuestada y permiten orientar la generación de políticas públicas hacia los colectivos más vulnerables, no solo en términos de estigma y discriminación, sino también hacia aquellos grupos con menor acceso al tratamiento y con mayores dificultades para sostenerlo. A continuación, se presenta cómo quedó compuesta la muestra y se desarrollan los principales resultados relevados.

Muestra

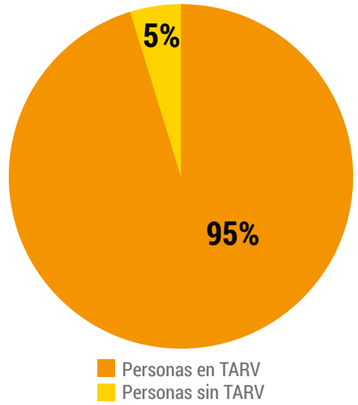
Se realizaron 948 encuestas: 599 en AMBA, 150 en NOA, 122 en NEA y 77 en Cuyo.

Un 13% de la muestra fueron personas jóvenes menores de 24 años, un 47% tenían entre 25 y 39 años y el 40% restante eran mayores de 40 años. El género se compuso de un 63% de varones cis, un 30% de mujeres cis y 5% de mujeres trans; un 2% optó por no responder esa pregunta. El 19% de la muestra estaba integrada por población migrante (interna y externa).

El 95% de las personas encuestadas se encontraba en tratamiento antirretroviral al momento del relevamiento (Gráfico 1); no obstante, es importante tener en cuenta al mirar este alto porcentaje que se accedió a la mayor parte de ellas a través de servicios de salud o programas de VIH provinciales, algo que podría comportar un sesgo. Queda pendiente, entonces, relevar estas y otras variables en personas con VIH contactadas por fuera del sistema de salud en futuros estudios.

Con respecto a su situación socioeconómica, el 49% de las personas encuestadas se encontraban sin empleo o realizando changas y, a su vez, el 44% dijo que algunas veces o casi siempre no podía satisfacer sus necesidades básicas como ropa, comida, casa.

Gráfico 1. **Proporción de personas en tratamiento antirretroviral (TARV) al momento de la encuesta IED 2.0.**



Fuente: IED Argentina, 2021. Ministerio de Salud de la Nación.

[1] El IED 2.0 fue desarrollado por ONUSIDA, la Red Argentina de Jóvenes y Adolescentes Positivos (RAJAP), el Instituto Nacional contra la Discriminación, la Xenofobia y el Racismo (INADI), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis (DRVIHVyT), entre 2018 y 2020. El informe completo del IED Argentina 2021 se puede obtener en el siguiente link: *https://www.ar.undp.org/content/argentina/es/home/library/poverty/IndiceEstigmaDiscriminacion.html*

Datos obtenidos

La descripción de los principales resultados se desarrolla en dos puntos. El primero, sobre la adherencia a los tratamientos, considera la percepción y constancia en la toma de medicación, los principales factores que dificultan sostener un tratamiento y las dificultades para acceder a él en los servicios de salud. Esta información surgió de las preguntas incluidas en el anexo antes mencionado y fueron realizadas a quienes estaban en tratamiento antirretroviral (TARV) al momento de la encuesta, el 95,1% de la muestra.

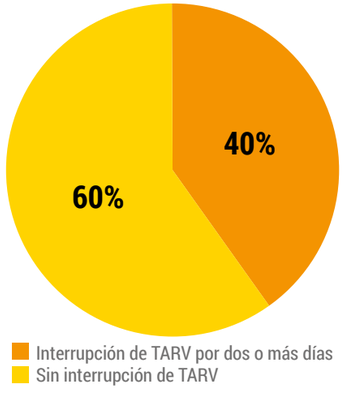
En el segundo punto, se abordan los datos obtenidos de las personas que refirieron no encontrarse en tratamiento al momento de la encuesta (4,9%) como información a considerar para describir algunos de los motivos enunciados y cuáles podrían ser las barreras en el acceso.

Personas con VIH en tratamiento antirretroviral al momento de la encuesta

La percepción de la constancia en la toma diaria de medicación se definió en el cuestionario del IED con tres categorías: buena, regular y mala. Dentro del 95,1% de las personas encuestadas que estaban en TARV, un 80% consideró como buena su constancia en la adherencia a la toma diaria. Al analizar esta respuesta por población, hubo diferencias entre colectivos. En relación con el género, las mujeres trans dijeron que su constancia era buena en el 76% de los casos, regular en el 18% y mala en el 5%; mientras que entre los varones cis, el 83% la calificó como buena, el 16% regular y el 1% como mala. Entre las personas que ejercen trabajo sexual, un 73% indicó que su constancia era buena, mientras el 25% dijo que era regular y un 2% la calificó como mala. Según la práctica sexual, entre las mujeres que tienen sexo con mujeres (MSM)/mujeres lesbianas[2] el porcentaje de calificación de la constancia en el TARV como buena desciende a 55% y el 45% restante la indicó como regular. En relación con la edad, se observa una clara diferencia: entre las personas de 40 años y más, el 86% percibía su constancia como buena, proporción que desciende al 68% entres encuestadas/os de hasta 24 años. Los puntos porcentuales de diferencia se ubican en la categoría regular, el 30% de las personas más jóvenes y 13% de quienes tienen 40 años y más.

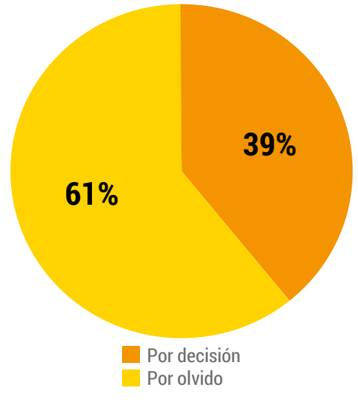
Asimismo, y también en relación con la constancia en el TARV, se preguntó a las personas si en el último mes habían pasado dos o más días sin tomar la medicación, ya sea por olvido o por decisión, entendiendo que ambos casos influirían en el éxito del tratamiento. El 40% de las personas encuestadas respondió afirmativamente. De estas, el 61% declaró haberse olvidado, mientras que el 39% restante dijo haberlo decidido (Gráficos 2 y 3). Cuando miramos por colectivo, el que en mayor proporción respondió haberlo decidido fueron las MSM/mujeres lesbianas, con un 59% de casos, contra un 41%, que declaró haberse olvidado. Se puede destacar también la decisión de no tomar la medicación entre quienes ejercen trabajo sexual, cuyo 50% así lo mencionó, y la población de más de 40 años, con un 48%. Entre los motivos referidos por quienes decidieron no tomar la medicación por dos o más días (141 personas), se puede mencionar: efectos secundarios (19), aspectos emocionales/psicológicos (31), cansancio de tomar la medicación a largo plazo (6), consumo de sustancias como alcohol, cocaína o marihuana (23), complicaciones por viajes, horarios de trabajos y reuniones (10), para no revelar su estado serológico (6), falta de medicación: no fui a buscarla, no tenían en el hospital, sin receta (16), descanso (6), decisión propia (8) y problemas económicos (3).

Gráfico 2. **Porcentaje de la constancia en la toma de medicación durante el mes previo a la encuesta IED 2.0.**



Fuente: IED Argentina, 2021. Ministerio de Salud de la Nación.

Gráfico 3. **Porcentaje de las razones de interrupción del TARV en el mes previo a la encuesta IED 2.0.**



Fuente: IED Argentina, 2021. Ministerio de Salud de la Nación.

[2] Mencionamos no obstante que el total de este colectivo fue de 36 mujeres.

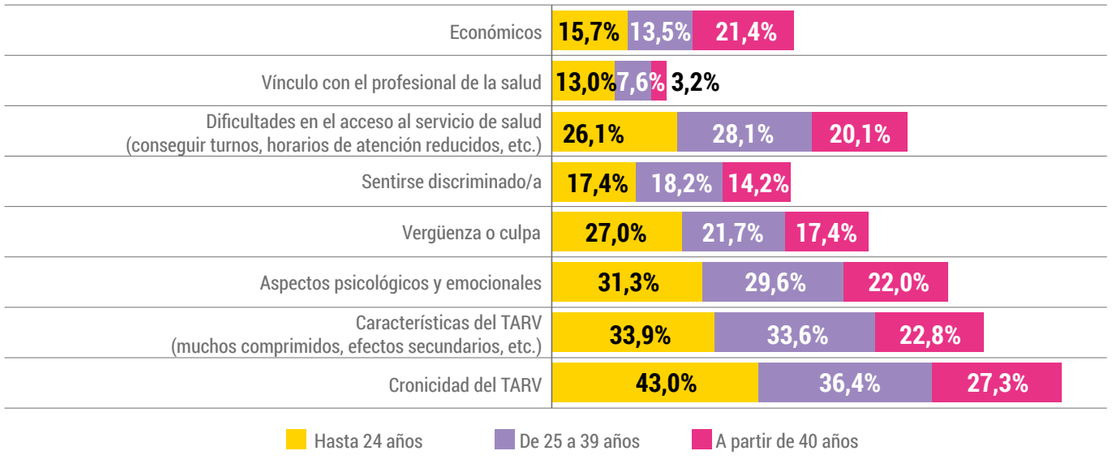
Las personas en TARV encuestadas plantearon las dificultades para sostenerlo según distintos factores: un 33,5% mencionó el hecho de que sea a largo plazo (crónico) y un 29,2% indicó otras características, tales como muchos comprimidos o efectos secundarios. El 26,7% de las personas encuestadas hizo referencia a aspectos psicológicos y emocionales en relación con la toma de medicación, el 26,6% dijo sentir vergüenza o culpa y un 16,5% planteó como factor de dificultad para la toma de la medicación el hecho de sentirse discriminado.

En cuanto al vínculo con los efectores, el 24,6% mencionó dificultades en el servicio de salud, tales como inconvenientes para conseguir turnos, horarios de atención reducidos, etcétera, mientras que solo un 6,5% hizo referencia a la relación con su médico/a que lo atiende por el VIH.

Como último ítem a considerar, el 17% refirió al factor económico como una dificultad a la hora de sostener el TARV (Gráfico 4).

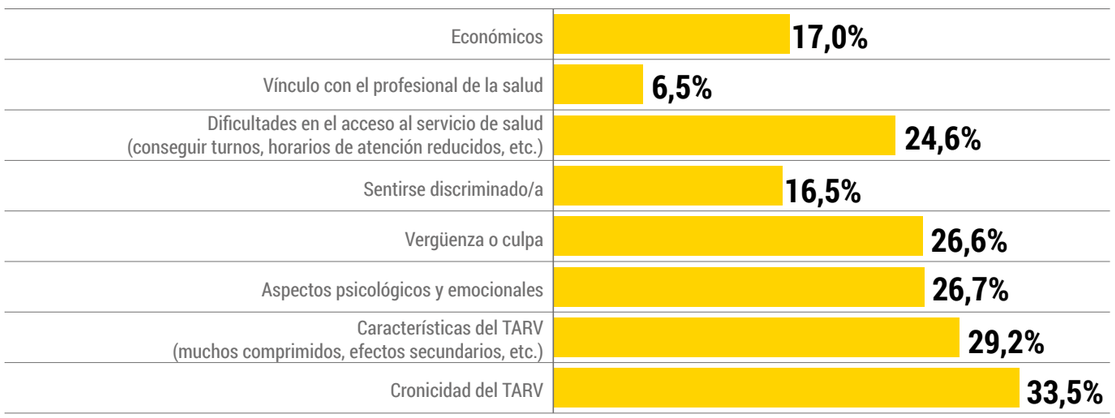
Cuando observamos estas proporciones según la edad de la población, se ven algunas diferencias en el impacto de cada factor. Las personas menores de 24 años refirieron los aspectos económicos como una dificultad para sostener el tratamiento en un 15,7%, mientras que este factor alcanzó al 21,4% de los que tenían más de 40 años. También hay diferencias por edad en el ítem que refiere a la cronicidad del TARV: para el 43% de las personas menores de 24 años esto representa una dificultad, mientras que en la población de 25 a 39 años ese porcentaje desciende a 36,4% y entre los mayores de 40 se reduce casi a la mitad de los primeros, llegando a 27,3% (Gráfico 5).

Gráfico 5. **Factores que dificultan sostener el tratamiento, según grupo etario, IED 2.0.**



Fuente: IED Argentina, 2021. Ministerio de Salud de la Nación.

Gráfico 4. **Frecuencia de los factores que dificultan sostener el tratamiento, IED 2.0.**



Fuente: IED Argentina, 2021. Ministerio de Salud de la Nación.

Si bien el 26,7% de las personas en tratamiento encuestadas menciona los aspectos psicológicos y emocionales como una dificultad, al ver el indicador según orientación sexual, descubrimos variaciones: más de la mitad de las MSM/mujeres lesbianas (57,6%) lo refirieron de esta manera, mientras que entre las personas heterosexuales la proporción que señaló esta dificultad fue del 28,4%; entre los HSH y varones gay fue del 22,3% y entre las personas bisexuales, del 19,5%. Por otro lado, entre las personas pertenecientes a pueblos originarios, el 34,5% mencionó los aspectos psicológicos y emocionales como un factor de dificultad para sostener su tratamiento.

El 25,5% de las trabajadoras sexuales refirieron sentirse discriminadas como una dificultad a la hora de sostener el TARV; entre las mujeres cis, fue mencionado por el 23,4% y entre las mujeres trans, por un 29%; mientras que entre los varones cis, sólo un 12% lo refirieron de este modo. En relación con la vergüenza y la culpa, estos motivos fueron mencionados como dificultad para el TARV por el 31,6% de las mujeres trans, por el 26% de las mujeres cis y por el 17,3% de los varones cis. Las dificultades vinculadas al acceso al sistema de salud (inconvenientes en conseguir turnos, horarios reducidos) fueron referidas especialmente por las mujeres trans, quienes lo plantearon en un 39,5% de los casos.

En el análisis por regiones, se reporta que en el NEA el 26,1% de las personas encuestadas manifestó que las dificultades económicas interfieren en el sostén del tratamiento, esta respuesta alcanzó en el NOA el 17,1%; en el AMBA, el 16,5%, y en Cuyo descendió al 6,8%. Respecto a sentirse discriminado como dificultad para el sostenimiento del TARV, en el NEA el 26,1% de las personas encuestadas lo refirió como dificultad; en el NOA lo hizo así el 16,4%; en el AMBA, el 15,3%, y en Cuyo, el 11,1%. Las dificultades para sostener el TARV vinculadas con los servicios de salud fueron referidas por el 40% de las personas en el NEA, el 27,4% de las de Cuyo, el 25% de las del NOA y 21,1% en el AMBA.

En referencia a la falta de entrega de medicación en los centros de salud de VIH como una de las causas posibles de interrupción del TARV, el 86% de las personas encuestadas dijo no haber tenido que suspender el TARV por falta de suministro en los 12 meses previos a la encuesta.

Personas con VIH que no estaban en tratamiento antirretroviral al momento de la encuesta

Aquí nos centramos en la población que no se encontraba en tratamiento al momento de la encuesta, para describir algunos motivos enunciados y reflexionar acerca de cuáles son las barreras que impiden el acceso.

De las 948 personas con VIH encuestadas, 40 no estaban en TARV. Como ya se dijo, es importante tener presente que la mayoría de las personas encuestadas fueron contactadas a través del sistema de salud.

De las 40 personas que no estaban en tratamiento al momento de la encuesta, 13 mencionaron como principal motivo “No tolero los efectos secundarios de los medicamentos”. Otros motivos de alta frecuencia fueron: “No creo que el tratamiento fuera necesario”, referenciado por 6 personas; “No califico para tratamiento porque mis CD4 están muy altos”, indicado por 5 personas; y “No estoy listo/a para enfrentar mi infección del VIH”, expresado por 4 personas.

Al indagar en el género, encontramos que el 16,3 % de las mujeres trans (7) y el 11,5% de las trabajadoras sexuales (7) no se encontraban recibiendo TARV, y entre las jóvenes de menos de 24 años, un 10,3% declaró no estar en tratamiento para el VIH al momento de la encuesta. El colectivo de mujeres, mujeres trans y MSM/lesbianas presenta proporciones más altas de personas que no están en tratamiento respecto del resto de los grupos.

Con respecto a la edad, el 9,6% de las personas menores de 25 años (12) no estaba en tratamiento al momento de la encuesta. A medida que aumenta la edad, aumenta también la proporción de personas que estaban en tratamiento. Entre los 25 y 39 años, el 4,8% refirieron no estar en TARV (21), y de las personas mayores de 40 años eran solo el 1,6% (6).

Reflexiones finales

Este estudio nos permite un acercamiento a las vivencias que atraviesan las personas con VIH en relación con su tratamiento y al peso que sobre este punto tienen las experiencias de estigma y discriminación, las dificultades halladas a la hora de sostenerlo y las propias condiciones de vida. La adherencia es un proceso dinámico y complejo cuya temporalidad implica diferentes etapas, distintas formas de vincularse con la enfermedad, el tratamiento y la propia gestión, resignificándolos.

Los datos obtenidos muestran una mayor dificultad para la adherencia cuanto más joven es la persona encuestada, así como también presentan un porcentaje alto de personas que atribuyen a las características de los tratamientos (muchos comprimidos, efectos secundarios) un factor de dificultad. Se puede ver cómo un tratamiento sostenido en el tiempo implica tanto posibles olvidos de algunas de las tomas como también la decisión de no tomar la medicación por dos o más días. La variedad de motivos de estas situaciones implica un desafío para el diseño de posibles intervenciones, que deberán contemplar la diversidad de factores en juego: sociales y económicos, otros que surgen del funcionamiento institucional y del sistema sanitario, médicos/biológicos y psicológicos, donde una única intervención no será eficaz para todas las personas.

Entre los factores que dificultan sostener un tratamiento, surgen en proporciones considerables menciones a sentimientos de vergüenza, culpa y a sentirse discriminados, siendo que el estigma y la discriminación son puntos muy importantes a abordar, ya que desaniman a las personas para acceder a los servicios de salud, para recibir atención médica y seguir un tratamiento que permita una mejor calidad de vida. Estos porcentajes son mayores en las mujeres y entre ellas, en las poblaciones claves: MSM/mujeres lesbianas, mujeres trans, trabajadoras sexuales; en estos grupos resulta importante observar la presencia de un doble estigma, por tener VIH y por tener determinadas identidades, orientaciones y prácticas sexuales.

Otro de los puntos relevantes surgidos del estudio son los datos acerca de las necesidades básicas y la situación laboral de las personas con VIH, ya que son esenciales para comprender su situación en nuestro país y cuáles son sus posibilidades reales para sostener un tratamiento y adherir a él. Fueron elevados los porcentajes de personas que expresaron no haber podido satisfacer sus necesidades básicas de vida al menos una vez en los doce meses previos a la encuesta y también fue alta la proporción de personas que se encontraban sin empleo o realizando changas. Es clave considerar estos dos puntos, ya que muestran condiciones precarias de subsistencia, algo que sin duda merece ser atendido para poder asegurar una calidad de vida digna para las personas con VIH.

Trabajo en adherencia a los antirretrovirales del Hospital Nacional Prof. A. Posadas

Autores: Vanesa Roldan[1], Julieta Roqueiro[1], Ignacio Alonso[1], Celeste Giudiche[1], Florencia Riveros[1], Mariana Golikow[1], Mariela Jacobo[1], Rodrigo Alzola[1], Ana Belén López[1], Evelin Kidd[1], Sandra Speroni[2], Cintia Muni[2], Natalia Pablo[2], Silvana Bruno[2], Leonor Ellero[2], Graciela Torales[3].

La adherencia al tratamiento antirretroviral (TARV) es un proceso dinámico y complejo. Sostener un tratamiento crónico y a largo plazo es un desafío cuya temporalidad impone a las personas atravesar diferentes etapas, distintas formas de vincularse con la medicación y también distintas maneras de significar la propia gestión y vivencia de la enfermedad.

Esta complejidad nos desafía y plantea la necesidad de crear diferentes estrategias con actores claves en los equipos de salud del país, para detectar fluctuaciones en la adherencia y seguimiento de las personas en TARV, y revincularlas a los servicios de salud cuando sea necesario.

En este marco, es interesante compartir el trabajo de un equipo interdisciplinario del Hospital Nacional Alejandro Posadas, que se propuso identificar a las personas con adherencia subóptima e intervenir para su revinculación, tomando como recurso la información del sistema SVIH integrado en el Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA). De esta manera se puede apreciar una experiencia de gestión local de un Hospital Nacional en estrategias especificas que aborden la adherencia al tratamiento.

[1] Sección Infectología de adultos.
[2] Área de Programas del Servicio de Farmacia.
[3] Coordinación de Atención al Paciente.

La falta de adherencia resulta prevalente en personas con enfermedades crónicas en general y toma especial relevancia en relación con el tratamiento antirretroviral (TARV), lo que representa un problema frecuente en la práctica clínica. Su abordaje comienza por identificar a las personas en riesgo de mala adherencia y a personas que ya presentan brechas en la toma de medicación; por lo tanto, desde el Servicio de Infectología del Hospital Nacional Alejandro Posadas se planteó como objetivo identificar a las personas con adherencia subóptima e intervenir a través de las siguientes acciones:

a) Creación de un sistema de registro y alerta de retiro de antirretrovirales para la detección de abandono del TARV, identificando los factores pasibles de modificación para mejorar la adherencia.

b) Creación de un sistema de registro y alerta de paciente con falta de respuesta al TARV.

c) Incorporación de redes sociales para la comunicación, promoción y prevención de las ITS y la adherencia a los tratamientos.

d) Aumento de la franja horaria de atención con mejora en la accesibilidad.

Para ello se realizó un trabajo interdisciplinario integrado por el Área de Programas del Servicio de Farmacia y Sección de Infectología, en el que se utilizaron los siguientes recursos:

Informáticos: Sistema Integrado de Información Sanitario Argentino (SISA), SigHAP (Historia clínica digital del Hospital Alejandro Posadas), Infinity (plataforma de laboratorio).

De comunicación: telefonía celular y fija, telefonograma, Whatsapp, mail.

A fin de obtener información sobre las personas en seguimiento por el servicio, se utilizaron reportes (003, 005 y 014) del SISA/SVIH, se completaron los datos faltantes con los de la historia clínica digital y plataforma de laboratorio en los casos en que los registros se encontraban actualizados.

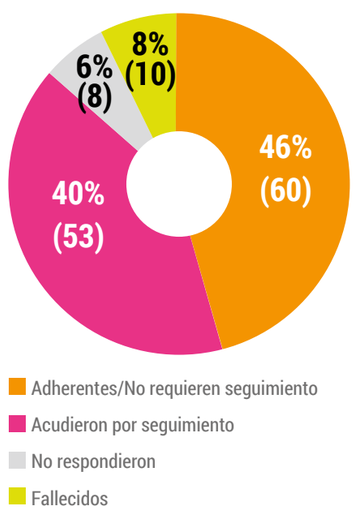
En una primera etapa se identificó a la población de personas diagnosticadas en el período comprendido entre 1/1/2020 al 1/5/2021. De un total de 131 nuevos diagnósticos, un 46% (60/131) registraba el retiro mensual de medicación y había realizado estudios complementarios (carga viral de VIH) acorde a la indicación médica y, por lo tanto, no requería intervención; el 40% (53/131) no registraba retiro regular de TARV o no contaba con una carga viral actualizada, por lo que se los consideró como no adherentes y fueron citados por los canales de comunicación mencionados. En los casos en que fue necesario, se ofreció acompañamiento o espacio psicoterapéutico con alternativa de atención telefónica, videollamada o presencial. Por fuera de estos casos, con un 6% (8/131) no se logró ningún tipo de contacto y un 8% (10/131) había fallecido (Gráfico 1).

Luego de las intervenciones, en julio de 2021 se realizó la primera evaluación parcial sobre 121 casos; el análisis incluye a las 8 personas a quienes no se logró contactar, ya que se consideró que tal falta de comunicación era una falla del sistema de salud que debe reflejarse en el análisis, y excluye a las 10 personas fallecidas.

Se observó que un 76% de las personas presentaba carga viral (CV) <200 copias/ml (92/121); el 67%, <40 copias/ml (81/121) y un 9%, entre 40-200 copias/ml (11/121). Un 11% (14/121) de las personas tenía CV >200 copias/ml, pero como se trata de casos en que el inicio de TARV era menor a un año, no se los consideró aptos para evaluar la adherencia.

Siete personas no reunían los criterios para ser asignados a los grupos previos: con más de un año de diagnóstico al momento de la citación y con carga viral elevada, reanudaron el TARV y se continúa el trabajo en la adherencia. Como ya se dijo, se considera un fracaso en la intervención la falta de contacto con ocho personas diagnosticadas en el período de estudio.

Gráfico 1. **Proporciones de personas en TARV diagnosticadas entre el 1/1/2020 y el 1/5/2021, según su adherencia y respuesta a la intervención.**



Fuente: Hospital Posadas, 2021. N=131.

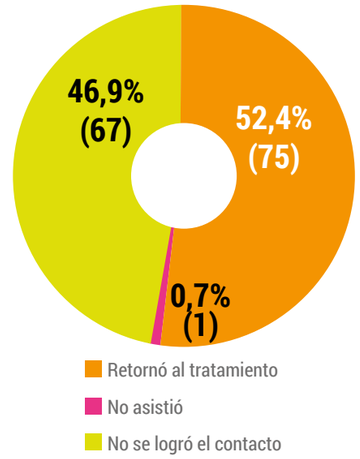
Paralelamente, se evaluaron 249 personas registradas como "inactivas" (sin retiro de medicación en los últimos tres meses) en el reporte del SISA/SVIH en el período comprendido entre el 1/1/2020 y el 3/6/2021 (Gráfico 2). De este conjunto, 40 eran fallecidos y 66 personas se encontraban en seguimiento y tratamiento a través de sus obras sociales. De las 143 personas restantes, se obtuvieron los siguientes resultados:

- 52,4% (75/143) retomaron sus controles y tratamiento en el hospital.
- 0,7% (1/143) fue contactado, pero no volvió para su atención.
- 46,9% (67/143) no se logró contactar ni ubicar.

Desde el Área de Programas de Farmacia se completaron los reportes del SISA/SVIH con recursos y funciones de la planilla Excel. Utilizando el reporte de medicación dispensada de un mes, y tras descontar las personas con excepción al PUCO y las profilaxis de ese período, se agruparon las personas que en ese mes retiraron medicación por 30, 60 o 90 días de tratamiento y se obtuvieron tres listados que se cruzaron con los de las personas que en cada mes subsiguiente deberían volver a retirar medicación. Por lo que, los que retiraron por 30 días en enero se cruzan con las personas que retiraron en febrero, los que retiraron por 60 días en enero se cruzan con los que retiraron en marzo y los que en enero retiraron por 90 días se cruzan con los de abril. De esta forma, sucesivamente con cada mes, se extrae un listado de quienes no volvieron a retirar medicación habiendo pasado como mínimo 30 días desde la última dispensa. Como resultado, se detectaron 328 personas no adherentes en el primer semestre de este año, de las cuales 119 se revincularon inmediatamente luego de una comunicación del equipo.

Para finalizar, se obtuvieron los datos de las personas activas de la cohorte en tratamiento a octubre de 2021, a través del reporte 003 del SISA/SVIH: 1.024/1.241 personas presentan CV indetectable (82,5%); se debe tomar en cuenta que 97/1241 casos corresponden a nuevos diagnósticos de 2021, y 42 de esos 97 presentan una CV indetectable.

Gráfico 2. **Proporciones de casos "inactivos" en SISA/SVIH entre el 1/1/2020 y el 3/6/2021, según su respuesta a la intervención.**



Fuente: Hospital Posadas, 2021. N=143.

Conclusión

La continuidad y la periodicidad de estas múltiples estrategias pretenden mejorar comparativamente año a año e impactar disminuyendo el número de "inactivos" que refleja el abandono del TARV y aumentando el porcentaje de personas con CV indetectable.

Lo descripto conlleva un esfuerzo adicional a la tarea asistencial diaria, nace de una iniciativa del propio equipo de salud sin recursos adicionales para su sostenimiento más que el de la convicción de que es necesario un cambio en las estrategias de abordaje para lograr mejoras en la adherencia a los antirretrovirales y que, sin duda, estas deberían estar ligadas e integradas a políticas sanitarias que las hagan plausibles. En ese sentido, resulta imprescindible que el SISA/SVIH pueda dar esta información a cada área de atención, y evitar así la extracción manual de los datos.

Optimizando el uso de ARV. Un aporte a la calidad de vida de las personas con VIH

Autores: Sergio Martini[1], José Barletta[1], Diego Caiafa[1], Ariel Adaszko[2], Valeria Levite[2], Marysol Orlando[2], Jimena Aranda[3].

[1]Área de Asistencia y [2]Área de Información Estratégica de Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis.
[3]Consultora de la Organización Panamericana de la Salud.

Ante la importancia de vincular a las personas que aún no accedieron al sistema de salud y de propiciar la revinculación de quienes en contexto de pandemia COVID-19 interrumpieron su seguimiento o tratamiento, es que la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis (DRVIHVyT) considera prioritarias determinadas líneas estratégicas, como la implementación de la prevención combinada/PrEP, la descentralización de la asistencia de personas con VIH **(Véase Descentralización de la atención del VIH)**, fortalecimiento de la iniciativa ETMI-Plus y la opti mización del uso de antirretrovirales (ARV). En este artículo nos ocuparemos del trabajo en esta última.

El tratamiento antirretroviral (TARV) ocupa un lugar clave entre los factores a considerar tanto en la mejora en la calidad de vida de las personas con VIH (PcVIH) como en la búsqueda de la eliminación del VIH como problema de salud pública; por lo tanto, garantizar sostenidamente su disponibilidad, accesibilidad y uso apropiado es indispensable y debe ser prioritario para todos los actores intervinientes en el cuidado de las PcVIH.

Que cada persona acceda al mejor tratamiento antirretroviral disponible requiere como punto de partida planificación y gestión eficientes que garanticen la provisión sostenida de insumos. Para ello, desde las áreas técnicas se monitorea y analiza el uso de antirretrovirales, se establecen objetivos y se definen los requerimientos para iniciar y dar continuidad a los procesos de adquisición. Las autoridades validan y gestionan el proceso para garantizar la disponibilidad de insumos. Por su parte, la distribución de ARV a las jurisdicciones y la continua articulación con referentes y efectores buscan optimizar un uso eficiente de los recursos disponibles. En paralelo, se realizan intervenciones puntuales mediante relevamientos en distintos efectores para identificar y resolver situaciones no deseadas en el uso de ARV, como auditorías de insumos clave y asesoramiento técnico continuo a fin de fortalecer la calidad de los tratamientos prescriptos. Estos procesos inherentes al trabajo de los equipos técnicos de la DRVIHVyT se articulan con líneas de trabajo vinculadas a la temática, algunas de ellas se detallan a continuación:

1. Protocolo de Vigilancia de la Farmacorresistencia a los Antirretrovirales pre tratamiento del VIH-1 e indicadores de alerta temprana de farmacorresistencia en Argentina

Como parte de las medidas elementales para maximizar la eficacia a largo plazo del TARV de primera línea y asegurarse de que las personas se encuentran bajo tratamiento con el régimen más efectivo, resulta esencial minimizar la propagación de la resistencia a los medicamentos contra el VIH. La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que el tratamiento del VIH se acompañe de medidas para monitorear y mejorar la calidad y la vigilancia de aparición de farmacorresistencia. En esa línea, se inició en 2014 el "Protocolo de Vigilancia de la Farmacorresistencia a los Antirretrovirales pre tratamiento del VIH-1, 2014-1015" y, en 2019, comenzó el segundo estudio nacional de prevalencia de farmacorresistencia en individuos que inician TARV, de modo tal que se incorporó en este nuevo estudio una segunda etapa que evalúa el seguimiento a mediano plazo con indicadores de alerta temprana (IAT); ambos estudios se realizaron con el apoyo técnico y financiero de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Los IAT de farmacorresistencia del VIH constituyen un elemento fundamental de la estrategia de salud pública de la OMS, ya que permiten evaluar factores que determinan la calidad de la atención de cada centro que ofrece TARV y que están asociados a la aparición de farmacorresistencia del VIH (FRVIH). El monitoreo de los IAT brinda una base empírica para incorporar cambios programáticos, o bien para poner en ejecución intervenciones de salud pública con el fin de prevenir y abordar la FRVIH. Al momento de edición de este artículo, se encuentra en fases finales el análisis de los resultados de la primera etapa del estudio, cuyos resultados se publicarán hacia fin de año; de todos modos, adelantamos un incremento de la resistencia a inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa como el efavirenz (EFV) en personas sin exposición previa a ARV del 10 al 16,8% (p=0,046), mientras que las tasas de resistencia en otras familias continua siendo baja. Actualmente se encuentra en fase de inicio la segunda etapa del estudio, con evaluación de seguimiento a los 6, 12 y 18 meses, e indicadores de alerta temprana en las personas relevadas en la primera etapa.

2. ARV, ¿cuál es el plan?

A partir de los datos que muestran una prevalencia significativa de resistencia basal a inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa, pero también de evidencia creciente sobre la mayor efectividad y seguridad de esquemas basados en inhibidores de la integrasa y de la oportunidad de adquisición por vía del Fondo Estratégico de la OPS, Argentina inició en 2018 un plan de transición hacia el uso de dolutegravir (DTG) como tratamiento recomendado para las PcVIH. Este plan de transición incluyó tanto posicionar DTG en la primera línea para personas *naive* de tratamiento, como acelerar el cambio de TARV en personas con esquemas subóptimos (por toxicidad, eficacia o número de comprimidos). Esta estrategia prioriza tanto la optimización del TARV como su adecuación a las necesidades de las PcVIH.

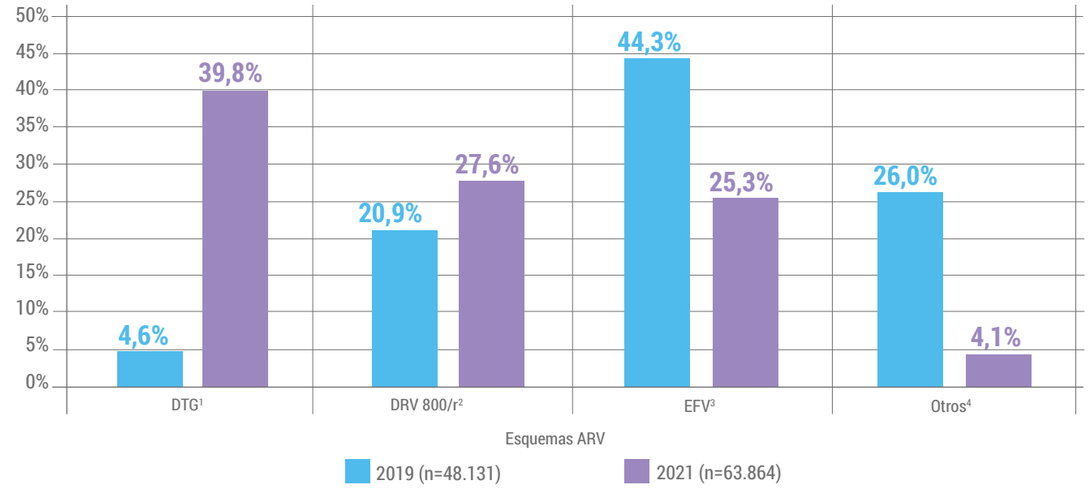
La implementación del plan de transición a esquemas recomendados –donde entre otras se consideró que el 60% de las personas en TARV se encuentren con esquemas basados en DTG (inicialmente darunavir 800/ritonavir, DRV800/r, se incluyó como esquema recomendado como segunda opción y al efavirenz como tratamiento alternativo) y menos del 2% con esquemas no recomendados de primera línea– se acompañó de la actualización de recomendaciones para el inicio de TARV (2019 y 2021) y de un trabajo conjunto con referentes de programas jurisdiccionales. Se avanzó significativamente en el uso de esquemas basados en DTG (del 4,6% al 39,8%) y DRV800/r y se disminuyó el uso de esquemas basados en efavirenz u otros no recomendados (lo pinavir/ritonavir, atazanavir, nevirapina entre otros) (Gráfico 1). En 2021, se continúa trabajando con el objetivo continuar con este avance en forma homogénea a nivel país, pero se decidió dar un paso más, posicionando como esquema recomendado a los basados en DTG (tanto en triple como en biterapia), considerando como alternativo a los basados en DRV 800/r y como no recomendado (salvo situaciones especiales) a los que contienen EFV.

Si bien se lograron avances significativos en 2020 y 2021, el objetivo de alcanzar el acceso universal al TARV de elección también se vio obstaculizado por la redistribución de recursos humanos y económicos que la gestión debió a sumir en respuesta a la pandemia de COVID-19. Fue en ese contexto que, sumado a la heterogeneidad de las distintas jurisdicciones en relación con el uso de ARV, se planteó la necesidad de identificar obstáculos e implementar acciones dirigidas según necesidad para lograr que todas las personas asistidas en el sistema público de la República Argentina reciban el mejor tratamiento antirretroviral disponible; a ese fin, se desarrolló el relevamiento nacional sobre uso de medicamentos que comentaremos a continuación.

3. Relevamiento nacional sobre uso de medicamentos

En base a lo previamente mencionado, en 2021 se llevó a cabo con el apoyo técnico y financiero de OPS el proyecto de optimización de la gestión de ARV con el fin de mejorar el uso de esquemas antirretrovirales recomendados en el territorio argentino. Inicialmente se analizó detalladamente la información disponible sobre el uso de ARV, se observó mediante los registros del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud por medio de los reportes del SVIH que, a pesar de haber variaciones significativas entre jurisdicciones, hacia finales de 2020 a nivel nacional el 31,5% (18.134) de las personas tenían esquemas con DTG, el 30,8% (17.680) esquemas con EFV, el 27,4% (15.714) esquemas con DRV800/r y el 6,3% (3.646) esquemas con raltegravir. Respecto de los esquemas con nevirapina y zidovudina, tenían 2,1% (1.199) y 4,2% (2.390) respectivamente. Con la finalidad de encontrar las dificultades y los facilitadores para la prescripción de ARV, se realizaron entrevistas grupales en abril y mayo con referentes de cada jurisdicción, una entrevista grupal con médicas/os prescriptores de centros clave y 111 encuestas a médicos prescriptores de ARV. En el proyecto también se relevó el algoritmo diagnóstico de VIH y el abordaje de enfermedades oportunistas (EO) vinculadas al VIH con el fin de obtener información sobre el estado de situación en los territorios, tanto para fortalecer el abastecimiento de insumos vinculados al abordaje de las EO como para contar con información actualizada para el desarrollo de las primeras recomendaciones de abordaje de las enfermedades oportunistas del Ministerio de Salud (Ver Relevamiento nacional sobre enfermedades oportunistas asociadas al VIH).

Gráfico 1. **Progresión en el uso de antirretrovirales (ARV), Argentina, 2019-2021.**



¹DTG: Recomendado 2019/2021. 2DRV800/r: Recomendado 2019 / Alternativo 2021. 3EFV: Alternativo 2019 / No recomendado salvo situaciones especiales 2021. 4Otros: No recomendados salvo situaciones especiales.
Fuente: Área de medicamentos DRVIHVyT.

Si bien el informe final se encuentra en desarrollo, adelantamos los ejes principales que surgieron en los encuentros con las distintas jurisdicciones en relación con el uso de ARV:

1. La gran mayoría de las y los entrevistadas/os afirmaron que prescriben el inicio de tratamiento acorde a las recomendaciones nacionales (formulación lamivudina/tenofovir o emtricitabina/tenofovir + dolutegravir) o, en todo caso, inician con DRV800/r. Manifestaron no tener problemas para la prescripción inicial, dado que tiene aceptabilidad entre las personas que reciben el tratamiento.

2. Las/os entrevistadas/os refirieron que, en relación con el manejo de los esquemas no recomendados, están priorizando al cambio de drogas como zidovudina o nevirapina y que quedan algunos esquemas vigentes por decisión de la PcVIH o por cuestión médica (fallo virológico, por ejemplo). Existe una preocupación acerca de la disponibilidad continua de los esquemas propuestos por las recomendaciones nacionales. A su vez, se plantea el acortamiento del vademécum argentino como una dificultad que deja pocas opciones para las PcVIH con algún tipo de interacción medicamentosa y/o comorbilidad.

3. Un punto interesante que se manifiesta es la falta de migración a esquemas de primera línea porque el paciente está a gusto con la medicación, se encuentra indetectable y el médico tratante prefiere no cambiar. Se muestra así la dificultad de cambiar la medicación cuando no es una necesidad identificada por quien la toma.

4. Se marcó la fragmentación del sistema de salud en tres subsectores de atención como dificultad para el acceso al TARV, especialmente en el caso de las personas con empleo temporal.

5. En esa misma línea, la frecuente migración de personas entre subsectores y la falta de aceptación de los lineamientos nacionales de parte de algunas obras sociales complejizan el cambio a esquemas de primera línea.

6. Actualmente se encuentra en desarrollo el informe final; allí se incluyen recomendaciones de abordaje para los distintos puntos surgidos del relevamiento, donde se considera clave garantizar la provisión de insumos, la evaluación continua del vademécum de la DRVIHVyT y la articulación con demás actores intervinientes en la respuesta al VIH.

4. Recomendaciones para el inicio del tratamiento antirretroviral en adultos con infección por VIH-1 (2021)

Este año, en línea con el plan de transición definido en 2018, considerando avances científicos y amparados en la planificación y gestión de insumos, se actualizaron las recomendaciones de TARV en personas adultas (la versión previa era de 2019). El documento contiene:

- ¿Cómo confirmar la infección por VIH?
- ¿Cómo abordar el asesoramiento inicial?
- ¿Qué evaluar en la primera consulta?
- ¿Cuándo iniciar el TARV?
- ¿Con qué iniciar el TARV?
- Consideraciones especiales: TARV en personas con capacidad de gestar.
- Seguimiento.
- Vacunas recomendadas en personas adultas con VIH.
- Información para personas que toman medicamentos que contienen ritonavir o cobicistat.

En relación con la edición previa, las principales novedades son:

- Se refuerza la recomendación de iniciar TARV lo antes posible (incluyendo el inicio en el día).
  - Siempre que la PcVIH esté informada y preste consentimiento, y que no existan contraindicaciones clínicas, se recomienda iniciar el TARV lo antes posible (dentro de los 7 días) e idealmente el mismo día de la confirmación diagnóstica.
- Se refuerza la importancia de consensuar con la persona con VIH el inicio de TARV.
  - Dado que el modo en que cada persona transita la infección por VIH es individual y único, es fundamental que la totalidad del proceso de atención incluyendo el diagnóstico, el inicio del tratamiento y el seguimiento, se realice con una visión integral y un abordaje individualizado, que tenga perspectiva de derechos y sea respetuoso de la diversidad y la autonomía de las personas.
- Se fortalece la estrategia de solicitar carga viral de VIH confirmatoria ante una única prueba serológica positiva.
  - Una única prueba de tamizaje reactiva (ELISA, QML, aglutinación de partículas, prueba rápida, etc.) es suficiente y necesaria para solicitar carga viral confirmatoria.
- Se posiciona el inicio de tratamiento antirretroviral con esquemas basados en DTG tanto en triple como en biterapia.
  - xTC/TDF + DTG, 3TC + DTG o 3TC/ABC + DTG son los esquemas recomendados para el inicio de TARV y, entre ellos, los esquemas aptos para inicio el mismo día del diagnóstico (xTC/TDF-DTG) son los preferidos.
- Se actualizan las recomendaciones sobre uso de DTG en personas con capacidad de gestar y gestantes.
  - El dolutegravir se considera la droga de elección en el tratamiento del VIH en personas gestantes. La evidencia disponible muestra que el riesgo absoluto de defectos del cierre del tubo neural asociado a su uso en el período periconcepcional es muy bajo.
- Se dan de baja del vademécum atazanavir/ritonavir (ATV 300/r), TAF/FTC/EVG/c y lopinavir/ritonavir comprimidos adultos (LPV/r 200/50).
  - Dado que se consideran drogas superadoras en cuanto a tolerancia, toxicidad, interacciones y posología, se consideró el cambio de esquemas con atazanavir y lopinavir/ritonavir (adultos) a esquemas actualmente recomendados.
  - Actualmente se cuenta con tenofovir alafenamida/emtricitabina 25/200 (TAF/FTC) en el vademécum.

En relación con las PcVIH en TARV que se encuentran con esquemas alternativos o no recomendados, se sugiere informar a las personas y consensuar su cambio a esquemas recomendados como xTC/TDF+DTG o 3TC+DTG. Se considera que la zidovudina y la nevirapina son drogas con alternativas superadoras para prácticamente la totalidad de las PcVIH adultas y que, si bien debe evaluarse minuciosamente tanto la tolerancia como la presencia de toxicidades asociadas al TARV en toda PcVIH, esto debe reforzarse por su frecuencia en personas que reciben efavirenz y/o darunavir. En relación con raltegravir, maraviroc o etravirina, se sugiere evaluar la posibilidad de cambio a esquemas con mejor posología. Todas las personas requieren la evaluación continua de su tratamiento ARV y que se considere fuertemente la posibilidad de simplificar los esquemas a un menor número de comprimidos y/o menor toxicidad cuando esto sea posible, sin comprometer la eficacia virológica. En escenarios donde sea necesario evitar estos esquemas, se cuenta con otros ARV en el vademécum de la DRVIHVyT con la finalidad de garantizar el acceso al mejor tratamiento disponible para cada persona (https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-08/recomendaciones-para-el-inicio-del-tratamiento-antirretroviral-en-adultos-con-infeccion-por-VIH-1.pdf).

Estas recomendaciones actualizadas buscan garantizar el acceso al mejor tratamiento disponible a todas las personas en TARV en el sistema público. El avance del conocimiento en el ámbito científico y la información estratégica permitirán realizar mejoras sucesivas en estas recomendaciones.

5. Encuentros con referentes jurisdiccionales y prescriptores

Como se mencionó, el análisis del uso de ARV en las jurisdicciones y del relevamiento nacional sobre ARV para inicio de tratamiento, obstáculos y facilitadores para el cambio a esquemas de primera línea, sirvió de base para la etapa actual en que se están desarrollando los encuentros de intercambio y capacitación con referentes jurisdiccionales y prescriptores, con apoyo técnico y financiero de OPS.

Estos encuentros quincenales, con referentes y efectores, abarcarán todo el país y su objetivo es presentar la situación nacional y local del uso de ARV, difundir las nuevas recomendaciones de TARV en personas adultas, compartir y discutir sus fundamentos técnicos y estratégicos, y generar un espacio de intercambio entre los efectores y los equipos técnicos de la DRVIHVyT vinculados, como lo son las áreas de Asistencia, Medicamentos y Laboratorio. Tanto el análisis previo de la situación local como el intercambio entre los distintos actores buscan optimizar el uso de ARV, mejorar los circuitos de atención, laboratorio y farmacia e identificar, desarrollar e implementar intervenciones que impacten como mejoras en la calidad de vida de las PcVIH.

6. Relevamiento nacional sobre el impacto del TARV

Dentro de los obstáculos y facilitadores observados para lograr mejoras en el TARV que reciben las personas, hay factores que se relacionan con la prescripción de ARV y otros, con el impacto del tratamiento antirretroviral en las PcVIH. Es por ello, que se propone un abordaje paralelo con los equipos de salud y con las PcVIH. Con los equipos de salud, se interviene sobre los obstáculos y barreras para la prescripción de esquemas recomendados considerando las necesidades de la persona (actualización de recomendaciones de TARV adultos/2021, modificaciones en el vademécum de la DRVIHVyT y encuentros con referentes y efectores, entre otras líneas de trabajo). En relación con las PcVIH, se planea conocer cómo perciben el impacto del tratamiento en su calidad de vida e identificar los factores del TARV que inciden negativamente en ella. A tal fin, está en desarrollo al momento de esta edición, una encuesta autoadministrada online para PcVIH; esta acción cuenta con el apoyo técnico y financiero de OPS y fue validada por representantes de la sociedad civil. Se busca así indagar la perspectiva que tienen las PcVIH del impacto del TARV en su calidad de vida y en la adherencia. La finalidad última de este proyecto es evaluar modificaciones en el uso de ARV mediante eventuales cambios en el vademécum o trabajo conjunto con efectores, como también que sirva de base a la difusión de información que busque empoderar a las PcVIH en relación con su tratamiento.

Relevamiento nacional sobre enfermedades oportunistas asociadas al VIH

Autores: Sergio Martini[1], José Barletta[1], Diego Caiafa[1], Ariel Adaszko[2], Valeria Levite[2], Marysol Orlando[2], Natalia Laufer[3].

[1]Área de Asistencia y [2]Área de Información Estratégica de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis.
[3]Consultora de la Organización Panamericana de la Salud.

Con la finalidad de obtener información estratégica para conocer la situación actual del abordaje de las enfermedades oportunistas asociadas al VIH (EO) en las distintas jurisdicciones del país, se desarrolló con apoyo técnico y financiero de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) el primer relevamiento nacional sobre frecuencia de eventos, disponibilidad de insumos y abordajes implementados tanto para el diagnóstico como para el tratamiento de las EO, dirigido a gestores y efectores de salud que participan en la asistencia de personas con VIH (PcVIH), y enmarcado en un proyecto que indaga, además, sobre el uso de ARV en la República Argentina y los procesos diagnósticos de VIH. El relavamiento constó de dos etapas: una inicial, de entrevistas a referentes de programas jurisdiccionales y efectores clave de todo el país, donde se los invitó a compartir sus opiniones sobre la temática en sus respectivas jurisdicciones desde el enfoque de gestión, seguida de una encuesta *online*, dirigida a efectores de salud.

En las entrevistas iniciales se ratificó un dato preocupante que se sospechaba con anterioridad, y es que existe una importante subnotificación de enfermedades oportunistas de causa multifactorial, hecho profundizado durante la pandemia COVID-19. Este dato motivó a revisar los circuitos y las metodologías de notificación y, además, a indagar sobre información epidemiológica en la encuesta. Si bien los datos son aportados por los entrevistados desde sus bases locales y no son producto de un estudio sistemático, permiten tener un conocimiento estimativo de la situación local y comparar con las tasas notificadas. De las entrevistas se desprende que la EO más frecuentemente hallada en las diferentes jurisdicciones es la tuberculosis (TB), si bien en algunas de ellas la neumonía por *Pneumocystis jirovecii* (NPJ) fue reportada en primer lugar. En segundo lugar de frecuencia se listaron neumonías bacterianas, NPJ y candidiasis esofágica; luego se mencionaron criptococosis meníngea, toxoplasmosis cerebral, histoplasmosis, enfermedad por *Mycobacterium avium complex* (MAC) y linfomas. Se describieron algunas diferencias regionales, como una mayor frecuencia de diagnósticos de coccidiodomicosis en Catamarca o una menor presentación de TB en Tierra del Fuego (véase más adelante los resultados de encuestas referentes a frecuencia de EO). Otro punto de coincidencia fue el aumento de los abandonos del tratamiento antirretroviral (TARV) y de diagnósticos tardíos de VIH durante 2020 en contexto de pandemia COVID-19, lo que hace suponer un potencial incremento de las EO en un futuro cercano.

En relación con la disponibilidad de insumos, todas las jurisdicciones coincidieron en que los vinculados a diagnóstico y tratamiento dependen, salvo excepciones (por ejemplo, el tratamiento para TB), exclusivamente de ellas sin aporte suficiente ni sostenido desde el Ministerio de Salud de la Nación. Los tratamientos más costosos (anfotericina en su formulación liposomal, fluconazol y valganciclovir) presentan las mayores dificultades de disponibilidad en el tiempo adecuado, ya que suelen sumarse a su alto costo varios pasos burocráticos para su obtención a nivel local. Es frecuente, y en forma creciente, que prepagas y obras sociales no respondan en forma adecuada a las solicitudes de los tratamientos para la EO y el sistema público deba hacerse cargo de ellos.

Los y las representantes de centros de tercer nivel refirieron no tener mayores dificultades para realizar los diagnósticos de EO, mientras que los centros de menor complejidad mencionaron inconvenientes vinculados generalmente a la necesidad de derivar las muestras o pacientes para poder arribar al diagnóstico en forma oportuna (especialmente tipificación de micobacterias y linfomas).

En la etapa siguiente a las entrevistas, entre junio y julio de 2021, se realizó la encuesta a efectores de salud –integrada con otros dos cuestionarios, sobre diagnóstico de VIH y uso de antirretrovirales, que serán analizados en forma separada– a través de la plataforma Formularios Google. Esta encuesta se difundió por medios electrónicos a través de listas de mail y sociedades científicas a profesionales de salud con participación en la asistencia de PcVIH. En total se completaron 124 encuestas y se evaluaron los resultados de 108, ya que 13 personas realizan su actividad únicamente en centros privados y 3 encuestas estaban duplicadas. Las encuestas fueron completadas por médicos y médicas que asisten a PcVIH en el sector público de salud. El 95,3% refirió que su especialidad es la infectología; el 2,7%, medicina interna y el 1,8%, medicina familiar. El 40% ejerce su actividad únicamente en el sector público de salud, mientras que el 60% restante lo hace en los sistemas público y privado (se solicitó hacer referencia solo a la actividad en el sector público para responder la encuesta). El 50% trabaja en un centro de tercer nivel; el 44%, en un centro de segundo nivel y el 6%, en un centro de primer nivel de atención. El 27,7% ejerce mayoritariamente su actividad profesional en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA); el 26,6%, en la provincia de Buenos Aires (regiones I a XI); 2,4%, en Chaco; 0,8%, en Chubut; 4,1%, en Córdoba; 2,4%, en Corrientes; 2,4%, en Entre Ríos; 1,6%, en Formosa; 2,4%, en Jujuy; 2,4%, en La Pampa; 0,8%, en La Rioja; 1,6%, en Mendoza; 0,8%, en Misiones; 1,6%, en Neuquén; 2,4%, en Río Negro; 3,3%, en Salta; 1,6%, en San Juan; 1,6%, en San Luis; 0,8%, en Santa Cruz; 3,3%, en Santa Fe; 1,6%, en Santiago del Estero; 1,6%, en Tierra del Fuego y 4,9%, en Tucumán.

Se solicitó que estableciesen las ocho EO más frecuentemente atendidas en su centro. Las tres EO que más frecuentemente se seleccionaron como primeras o segundas en frecuencia fueron:

1. Tuberculosis de cualquier localización fue seleccionada como la primera en frecuencia por 29 encuestados (27%) y segunda por 20 (19%). Total 49/108 (45%).
2. NPJ: primera 24 (22%), segunda 31 (29%). Total: 55/108 (51%).
3. Síndrome de desgaste: primera 13 (12%), segunda 12 (11%). Total: 25/108 (23%).

También fueron seleccionadas como primera EO pero en menor frecuencia:

4. Candidiasis esofágica, 16/108 (15%).
5. Criptococosis meníngea, 9/108 (8%).
6. Toxoplasmosis cerebral, 5/108 (5%).
7. Histoplasmosis, 2/108 (1,8%) (Entre Ríos y Tucumán).

Dado el carácter de la encuesta, y con la finalidad de mejorar la calidad de la información, se consideraron en conjunto las EO que fueron elegidas con mayor frecuencia como primera, segunda y tercera, de donde se obtuvo el siguiente orden:

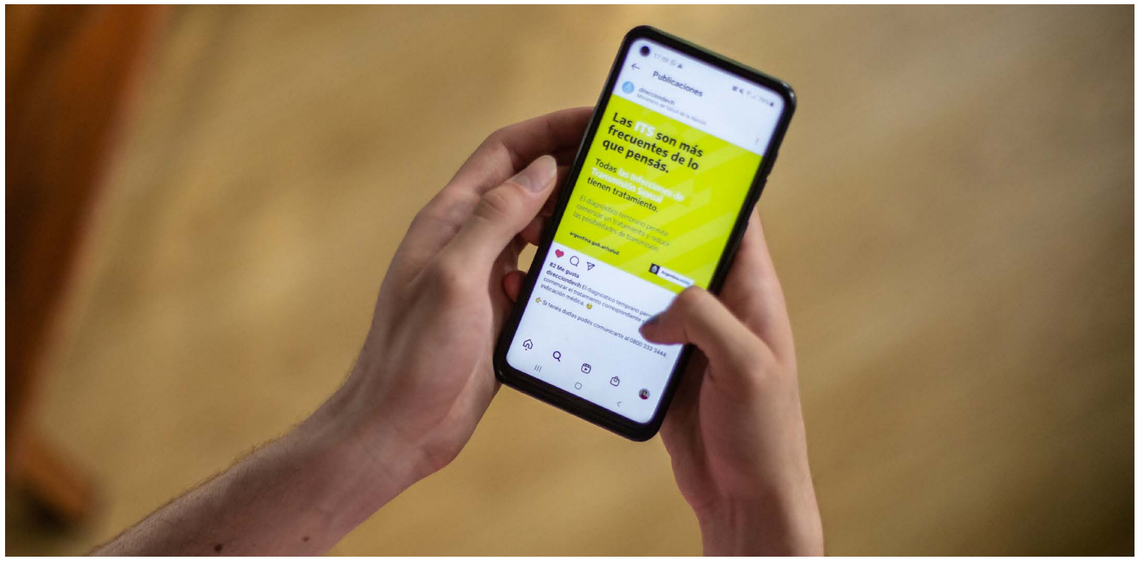
1. NPJ, n=74 (68,5%)
2. Tuberculosis de cualquier localización, n=63 (58,3%)
3. Candidiasis esofágica, n=40 (37%)
4. Criptococosis meníngea, n=35 (32%)
5. Síndrome de desgaste, n=33 (31%)
6. Toxoplasmosis cerebral, n=24 (22%)
7. Infecciones bacterianas recurrentes, n=14 (13%)
8. Histoplasmosis, n=10 (9,3%)

Se indagó acerca de las formas de diagnosticar cada una de las enfermedades oportunistas, con preguntas que permitían la elección de respuestas combinadas y múltiples. Como dato relevante surgió de las respuestas que, para realizar el diagnóstico, un porcentaje considerable de los equipos de salud deben basarse únicamente en la clínica (sin acceso a métodos complementarios en forma eficiente en su centro o por derivación) o tienen la necesidad de derivar pacientes. Ejemplos de ello son los diagnósticos por clínica por no contar con la posibilidad de realizar estudios complementarios de NPJ en el 42,6%, de candidiasis esofágica en el 39,8%, de tuberculosis y toxoplasmosis del SNC en el 16%, y de *Mycobacterium Avium Intracelular* (MAI) y Leucoencefalopatía multifocal progresiva (LMP) en el 14%; en relación con la disponibilidad de estudios de baja complejidad, un 24,1% no cuenta con posibilidad de acceder a antigenemia/antigenorraquia para el diagnóstico de criptococosis extrapulmonar.

En relación con los tratamientos que pueden prescribir y/o administrar en sus centros de atención, el dato más relevante de las respuestas obtenidas es el bajo porcentaje de pacientes que reciben tratamientos de elección de alto costo, como formulación lipídica de anfotericina o valganciclovir.

Como conclusiones del estudio, y con la finalidad de mejorar la calidad de atención de las PcVIH, se consideran a continuación los puntos relevantes a priorizar.

Contar con información estratégica sólida y en tiempo real es fundamental para la toma de decisiones y fortalece una planificación estratégica efectiva. Se debe apuntalar la notificación de EO fortaleciendo el trabajo con los equipos de salud como así también mejorando el sistema de notificación en todos sus niveles. Consideramos que desarrollar e implementar un sistema de vigilancia amigable e integrado a herramientas de gestión de pacientes será un punto clave en este tema.



La Argentina presenta una tasa elevada de diagnóstico tardío, la pandemia COVID-19 profundizó esta problemática como también un incremento de pérdida de seguimiento de personas en TARV, como se observó en el estudio; ambos hechos incrementan la aparición de EO. Es en ese eje que implementar estrategias que faciliten el acceso al diagnóstico de VIH (por ejemplo a través del uso de test rápidos, la inclusión de la serología para VIH en la rutina de laboratorio, la capacitación de los equipos de salud en diversidad y género, entre otras), establecer sistemas de identificación y vinculación o revinculación precoz y efectiva de PcVIH a la asistencia, implementar el inicio inmediato de TARV (incluso el día del diagnóstico), el uso adecuado de las profilaxis de EO y fortalecer la identificación y tratamiento precoz de EO son prioritarias en todos los niveles de atención.

La modalidad de atención de las PcVIH en la Argentina se encuentra generalmente centralizada y dependiente de efectores especializados, esto también se aprecia cuando el 4,5% de quienes respondieron la encuesta no son especialistas en infectología y solo un 6% del total trabaja en el primer nivel de atención. Uno de los desafíos que se plantean hoy es el de ampliar el acceso oportuno al TARV y abordar de manera integral las necesidades de cada persona. Y es en este eje donde la descentralización de la atención de las personas con VIH surge como estrategia de abordaje para la solución de problemas, considerando a la atención del VIH como un enfoque integrado de testeo, atención, laboratorio y farmacia en el marco y dentro de la prevención combinada.

Brindar una atención de calidad implica realizar los diagnósticos necesarios en forma oportuna; para ello se deben implementar medidas que garanticen tanto la provisión de insumos diagnósticos de EO en forma suficiente y sostenida como mejorar las redes de derivación. Los distintos niveles de gestión en articulación con otros actores, como los responsables de redes de laboratorio, son parte esencial en este eje.

El acceso universal a tratamientos recomendados debe garantizarse mediante la provisión de insumos; el alto costo y la dificultad en el acceso a tratamientos de EO requieren posicionar este punto dentro de las prioridades. El trabajo conjunto de equipos técnicos y autoridades busca resolver esta problemática de larga data en el corto plazo.

Descentralización de la atención del VIH

Al referirnos a la descentralización, aludimos a la delegación de funciones desde el tercer nivel al segundo y al primer nivel de atención (PNA), no solo en alusión exclusiva a la atención médica, sino incluyendo el continuo de atención, desde el testeo, inicio de tratamiento, seguimiento clínico, estudios de laboratorio como carga viral y dispensa de ARV, entre otros. Históricamente, las PcVIH han sido en su mayoría atendidas exclusivamente en los consultorios especializados de Infectología; con la expansión del TARV y el acceso de PcVIH que se mantienen estables, comenzaron a cobrar relevancia otros obstáculos que impactan en la calidad de vida de las personas y dificultan el acceso al tratamiento, como por ejemplo:

- las distancias geográficas extensas entre el lugar donde residen las personas y el servicio de atención médica,
- los requisitos administrativos rigurosos,
- los horarios de atención limitados,
- la atención no integrada que motiva múltiples visitas,
- la demora en los turnos y los costos de traslado, entre otros.

El diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno han ampliado la diversidad de las demandas y el caudal de atención que las PcVIH requieren en los servicios de Infectología, cuyas prestaciones van desde la atención especializada (enfermedades oportunistas, fallo virológico y/o diagnóstico tardío) al control y seguimiento de personas estables, con carga viral indetectable y sin complicaciones, que no requieren una alta complejidad de servicios. La sobrecarga en los servicios de Infectología, entonces, muchas veces se debe a necesidades de atención que pueden ser resueltas en centros de menor complejidad. Por su parte, el PNA se constituye como una puerta de entrada al sistema de salud, con un modelo accesible e integral y con condiciones para brindar una atención de calidad en la cercanía de las personas que lo precisan. Su modalidad de trabajo, con equipos interdisciplinarios y servicios en red, resulta la estrategia más adecuada y enriquecedora para encarar tareas que exigen la puesta en práctica de conocimientos y habilidades.

La descentralización de la atención de las PcVIH, entonces, es un proceso que reúne distintos niveles, actores, disciplinas y equipos de salud. Requiere, por una parte, la toma de decisiones y el establecimiento de acuerdos entre los involucrados y, por otra, la construcción de equipos de atención. Esto plantea una reorganización de los modos de trabajo en salud, es decir, poder constituir equipos ampliados, integrados por el programa de VIH local, el servicio de Infectología de referencia, el laboratorio de referencia, la farmacia, el equipo de salud del PNA, enfermería, salud mental, servicio social, entre otros. Las necesidades actuales de las PcVIH, en el contexto del VIH como enfermedad crónica, con el aumento de la sobrevida y la necesidad de abordar comorbilidades crónicas, así como otras necesidades de atención médica general, propician el rol del PNA, donde se proveerá una atención integrada e integral que no dependa de un modelo vertical. La atención en el PNA, por su visión de atención más holística y centrada en las personas, no identifica a la PcVIH principalmente por su condición serológica (lo que presenta un valor agregado en la reducción del estigma asociado a la atención en lugares especializados), sino que permite abordar el seguimiento del VIH entre otras necesidades, como planificación familiar, hipertensión, diabetes o inmunizaciones, y habilita la prescripción y distribución de los medicamentos de forma cuidada, a fin de mejorar la adherencia y la retención. La posibilidad de entablar una relación más cercana con las personas usuarias se favorece cuando las intervenciones se ajustan a las necesidades de las personas y/o de la comunidad.

La emergencia sanitaria por COVID-19 reactivó los procesos de descentralización de la atención de las PcVIH para garantizar la atención, el inicio temprano o la continuidad del TARV y los estudios de seguimiento, entre otros servicios y recursos, en espacios cercanos a su vida cotidiana.

En línea con expuesto –y atendiendo al antecedente de la experiencia de descentralización en San Juan y Jujuy, que se hizo con apoyo de OPS y ONUSIDA en 2018/2019–, se plantea la necesidad de una propuesta conjunta entre los ministerios de Salud nacional y provinciales/jurisdiccionales, y las agencias de cooperación, que promueva un proceso de transformación y mejoramiento del acceso al diagnóstico y a la atención de las PcVIH y fortalezca los procesos de descentralización, considerando que su grado de implementación en el país es aún heterogéneo. Así es que, paralelamente, se invita a las distintas jurisdicciones y municipios a participar de esta estrategia.

Indicadores de la respuesta al VIH en la Argentina

El año 2021 implicó un desafío renovado para la gestión y distribución de recursos. La continuidad de la emergencia sanitaria en 2021, aunque en nuevas condiciones, requirió que se redoblaran los esfuerzos para sostener la distribución de medicación, preservativos y otros materiales, y garantizar la continuidad de las políticas públicas. Este apartado muestra información sobre gestiones y transferencias de insumos realizadas por la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis (DRVIHVyT) a las jurisdicciones, basada en los registros de cada área para sustentar líneas de trabajo que se desarrollan hace tiempo.

Puestos fijos: distribución de preservativos y geles lubricantes

Todas las personas pueden acceder a los preservativos y geles lubricantes a través de la entrega en mano (durante una consulta médica, en eventos o campañas de promoción territoriales) o a través de **puestos fijos**, que son lugares donde se distribuyen estos recursos a la comunidad de forma sistemática, gratuita y libre (la cantidad a retirar la define la persona usuaria). Los puestos fijos cuentan con dispensers, que permiten visibilidad y accesibilidad al público usuario.

La instalación de los puestos fijos de distribución de preservativos es el resultado de acuerdos de trabajo entre diferentes actores sociales: programas provinciales y municipales de VIH, equipos de hospitales y centros de salud, otros organismos gubernamentales (por ejemplo, Desarrollo Social, Educación), organizaciones de la sociedad civil y comunitarias, universidades, sindicatos, entre otros. Desde la DRVIHVyT se impulsa la instalación de los puestos fijos en espacios dentro y fuera del sistema de salud, para alcanzar a más personas en diferentes lugares y con mayor amplitud horaria. En septiembre de 2021, hay en todo el país **2.996 puestos fijos**. En lo que va del año se han distribuido **un promedio mensual de 1.600.000** preservativos y geles lubricantes a las jurisdicciones. Esto incluye 23.540 kits (conformados por 144 preservativos, 50 geles lubricantes y 50 folletos de uso correcto).

Espacios inclusivos y Centros de testeo

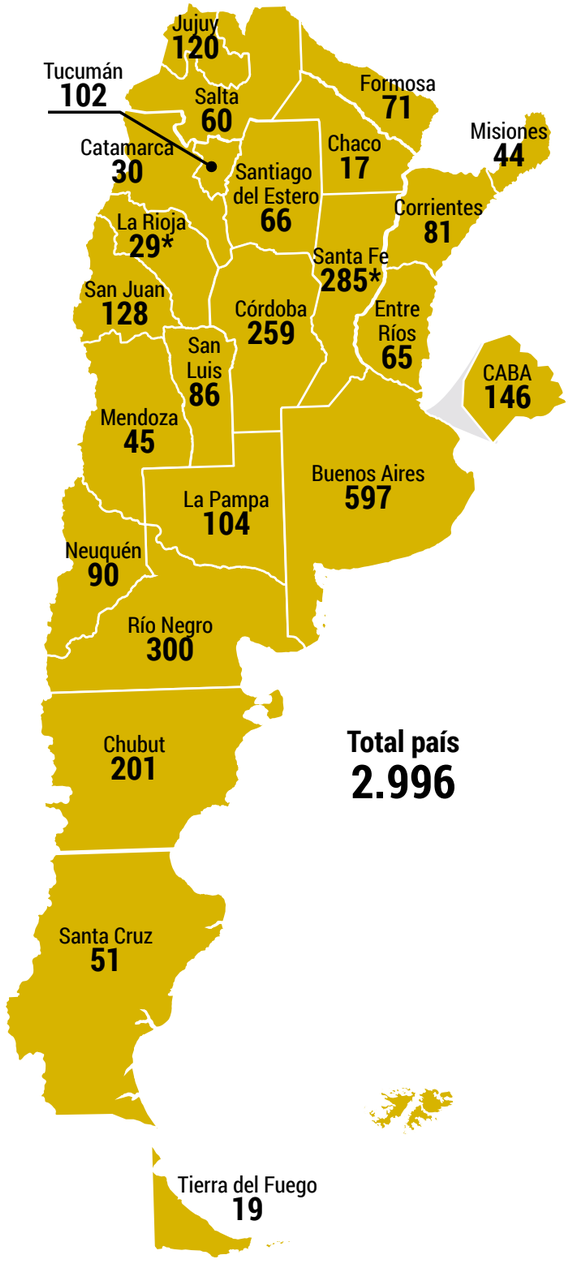
Los consultorios amigables son una estrategia destinada a mejorar el acceso y la calidad de atención de la población de la diversidad sexual en el sistema público de salud. La propuesta es generar en los establecimientos sanitarios espacios de respeto a las identidades que ofrezcan servicios adecuados a las necesidades de estas poblaciones. Están conformados por equipos mixtos; esto es integrados por organizaciones de la sociedad civil, el equipo de salud y equipo de gestión. Los consultorios amigables funcionan en un horario adecuado a las personas (de preferencia vespertino o nocturno) y ofrecen una canasta de prestaciones tales como atención clínica, asesoramiento y diagnóstico en VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS), apoyo psicosocial y hormonización para el caso de las personas trans que lo demanden. Asimismo, son la puerta de entrada para la respuesta a otras necesidades (Consultorios amigables para la diversidad sexual. Guía de implementación, PNUD 2013 http://bancos.salud.gob.ar/recurso/consultorios-amigables).

En la actualidad funcionan en todo el territorio argentino **36 espacios inclusivos**, 12 se encuentran en la provincia de Buenos Aires, 7 en Misiones, 4 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 3 en Río Negro, 2 en Santa Fe y 2 en Chubut. También hay un consultorio en las provincias de Catamarca, Corrientes, Neuquén, San Juan, San Luis y Tierra del Fuego.

Desde 2021 hay **7 centros de prevención combinada con oferta de antirretrovirales para la profilaxis pre-exposición (PrEP).**

La DRVIHVyT promueve la creación de los centros de testeo de VIH en todo el país. Los **centros de testeo** pueden funcionar en centros de salud del primer y segundo nivel de atención, en hospitales que realizan la prueba de VIH y en organizaciones sociales que hacen el test de manera articulada con los servicios de salud locales. En septiembre de 2021, en todo el territorio nacional los centros de testeo son 1.200.

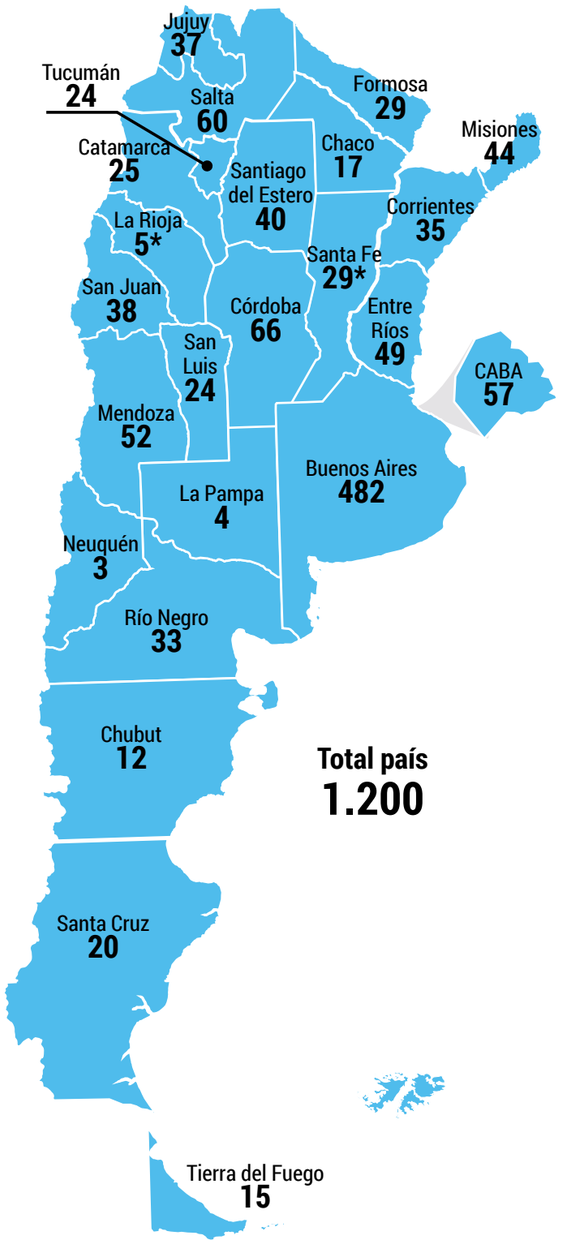
Mapa 1. Puestos fijos de distribución de preservativos y gel lubricante. Argentina, 2021.



* Valor año 2019.

Fuente: Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis (DRVIHVyT).

Mapa 2. Centros de testeo de VIH. Argentina, 2021.



* Valor año 2019.

Fuente: Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis (DRVIHVyT).

Diagnóstico y seguimiento

La DRVIHVyT todos los años distribuye insumos para el diagnóstico y seguimiento de la infección por VIH y otras ITS, como sífilis, gonorrea y hepatitis. Estos son transferidos a los programas provinciales y otros organismos. Desde enero hasta septiembre de 2021, se entregaron 720.960 determinaciones para diagnóstico y seguimiento en laboratorio y 866.400 pruebas rápidas.

A su vez se entregaron 1.630.000 determinaciones para el diagnóstico y seguimiento de sífilis (VRDL/USR/RPR) y 120.000 test rápidos de sífilis. También se distribuyeron 3.000 test rápidos de hepatitis B.

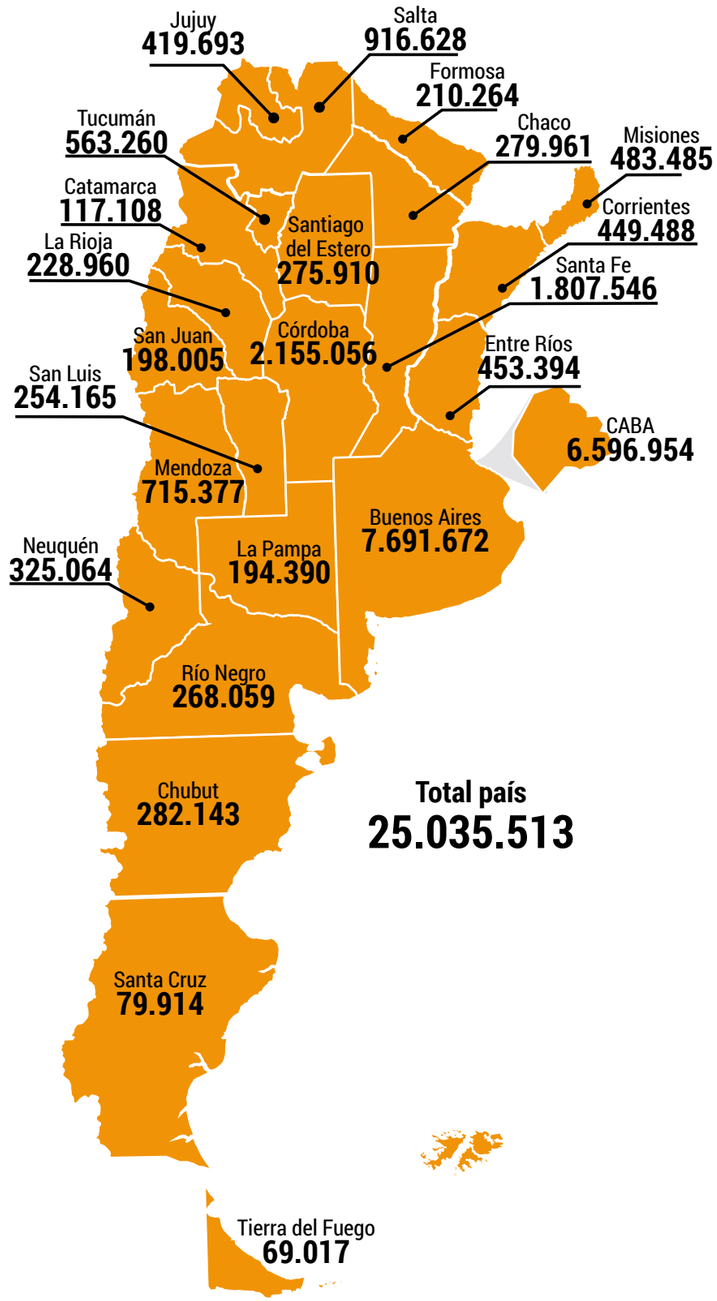
Leche de inicio para bebés expuestos perinatales al VIH

A los fines de prevenir la transmisión perinatal del VIH, otra de las acciones que se desarrollan desde la DRVIHVyT es la distribución de leche de inicio para los recién nacidos de gestantes con VIH, recurso del que disponen hasta los seis meses de vida. Durante este año y hasta el mes de septiembre, 741 niñas y niños del subsector público de salud recibieron leche de inicio: 300 en el primer trimestre, 183 en el segundo y 258 en el tercero.

Tratamientos

Las áreas de Asistencia y Farmacia estiman, en base al consumo de medicamentos, que poco más de 65.000 personas con VIH se encuentran en tratamiento antirretroviral en el subsistema público de salud en septiembre de 2021. El 84% recibe medicación de primera línea; 15%, de segunda; y al 1% de los pacientes se les suministra medicación de tercera línea. Las principales drogas distribuidas son: dolutegravir 40,77%, darunavir/800/100 mg. 37,33% y TNF/FTC/EFV 21,59%. Por otro lado se estima en 12.485 el número de personas con tuberculosis que reciben medicación de la DRVIHVyT.

Mapa 3. Transferencias en unidades de medicamentos de VIH financiados por la DRVIHVyT a las jurisdicciones.



Fuente: Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis (DRVIHVyT). (información a septiembre de 2021).

@direcciondevih
argentina.gob.ar/salud/vih-its

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

Ministerio de Salud
Argentina