

Boletín N° 41

Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina

Año XXVII-Diciembre de 2024



Ministerio de Salud
República Argentina

PrEP

(Profilaxis Pre Exposición para VIH)

Es el uso de medicación
antirretroviral
(una pastilla por día)
en personas sin VIH,
antes de una exposición sexual
para disminuir
el riesgo de infección.

también es fuerte.

Presidente de la Nación

Lic. Javier Milei

Ministro de Salud

Dr. Mario Lugones

Secretario de Acceso y Equidad en Salud

Dr. Alejandro Vilches

Subsecretario de Planificación y Programación Sanitaria

Dr. Héctor Saúl Flores

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

Dra. María Soledad Alonso

Boletín N° 41 Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina

Año XXVII - Diciembre de 2024

Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2024.

Coordinación General y Técnica

Marysol Orlando y Juan Sotelo

Edición y corrección

María Laura Carones

Diseño

Cynthia Beduino

Área de Información Estratégica

Ariel Adaszko, Sebastián Aquila, Andrea Aymá, Vanesa Kaynar, Valeria Levite, Mercedes Musso, Pablo Natiello, Marysol Orlando y Luciano Presti

Esta publicación cuenta con el apoyo financiero de OPS.

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

Siglas y abreviaciones

AMBA	Área Metropolitana de Buenos Aires
ANSES	Administración Nacional de la Seguridad Social
APS	Atención Primaria de la Salud
ARV	antirretroviral
CABA	Ciudad Autónoma de Buenos Aires
CSS	consejería de salud sexual
CV	carga viral
DEIS	Dirección de Estadísticas e Información de la Salud
DRVIHVyT	Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis
EFV	efavirenz
ENO	evento de notificación obligatoria
ETMI	eliminación de la transmisión materno-infantil
GBA	Gran Buenos Aires
II	inhibidor de la integrasa
ILE	interrupción legal del embarazo
INNTR	inhibidor no nucleósido de la transcriptasa reversa
INTR	inhibidor de la transcriptasa inversa
IP	inhibidor de la proteasa
ITS	infecciones de transmisión sexual
IVE	interrupción voluntaria del embarazo
LGV	linfogranuloma venéreo
NEA	noreste argentino
NOA	norroeste argentino
OMS	Organización Mundial de la Salud
Onusida	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PC	prevención combinada
PEP	profilaxis post exposición (por sus siglas en inglés)
PrEP	profilaxis pre exposición, por sus siglas en inglés
PUCO	Padrón Único Consolidado Operativo
RENAPER	Registro Nacional de las Personas
RSH	relaciones sexuales con hombres
RSM	relaciones sexuales con mujeres
RST	relaciones sexuales con trans
SISA	Sistema Integrado de Información Sanitario Argentino
SNVS	Sistema Nacional de Vigilancia en Salud
SVIH	Sistema de Administración de Pacientes VIH
TARV	tratamiento antirretroviral
TB	tuberculosis
TR	test rápido
UNDAV	Universidad Nacional de Avellaneda
UNFPA	Fondo de Población de Naciones Unidas
VIH	virus de la inmunodeficiencia humana

Índice

Presentación	5
VIH y sífilis en números.....	6
Resumen de indicadores básicos de VIH y sífilis por jurisdicción y región de residencia	8
Situación de los nuevos diagnósticos de VIH.....	11
Anexo	31
Sífilis e ITS en la Argentina.....	59
La APS en el abordaje de las personas con VIH, hepatitis virales y tuberculosis	81
Resistencia primaria al VIH en Argentina: Resultados del segundo estudio de Vigilancia siguiendo las guías de la Organización Mundial de la Salud (2019-2021)	84
Oportunidad del diagnóstico de VIH en la Argentina (2022-2023).....	89
Anexo	101
Mortalidad por sida en la Argentina.....	110
Situación de la prevención combinada en la Argentina	123
Juventudes y prevención combinada del VIH y las ITS. La construcción de la respuesta en universidades nacionales	131
Transmisión vertical del VIH en la Argentina.....	137
Anexo	149
Caracterización de niños y niñas con VIH por exposición perinatal o lactancia, nacidos en 2021-2023	156
Accesibilidad y atención primaria: garantizando la salud integral para las personas con VIH, otras ITS, hepatitis virales y tuberculosis	167
Herramientas de comunicación para el abordaje de la prevención combinada	172

Presentación

A lo largo de los años, hemos sido testigos del esfuerzo colectivo por parte de múltiples sectores en la atención y prevención del VIH y otras ITS. En este nuevo boletín –siempre pensado como un espacio de actualización, divulgación y análisis de la situación en nuestro país–, desde la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis (DRVIHVyT) queremos destacar la labor de la atención primaria de salud (APS), como piedra angular en la respuesta nacional frente a esta epidemia.

La APS desempeña un papel esencial al acercar los servicios de salud a las comunidades, interviniendo de manera directa en los entornos donde las personas viven, trabajan y estudian. Esto no solo garantiza un acceso equitativo a la salud, sino que también permite una atención más personalizada y adaptada a las necesidades específicas de cada población. En este contexto, la APS se posiciona como protagonista en nuestra estrategia de prevención combinada, un enfoque que integra un abanico de intervenciones biomédicas, estructurales y comportamentales vinculadas a la adopción de prácticas seguras y adecuadas a las particularidades y necesidades de cada persona.

Avanzar en la respuesta al VIH requiere un compromiso conjunto y coordinado, donde la APS no solo identifique y atienda a las personas con VIH, sino que también implemente iniciativas de prevención y educación en salud que contribuyan a disminuir la transmisión del virus. En este sentido, la colaboración entre los equipos de nivel central, equipos y programas de salud jurisdiccionales, organizaciones de la sociedad civil, agencias del sistema de Naciones Unidas y las propias comunidades es vital para construir un sistema de salud más accesible.

De cara al futuro, esperamos que este boletín se convierta en una herramienta de trabajo y consulta cotidiana para todos los actores que participan de la respuesta al VIH y otras ITS en el país, proporcionando conocimiento útil y confiable, facilitando el acceso a información actualizada, apoyando así su labor diaria y ubicando a todas las personas usuarias del sistema en el centro de la respuesta.



Dra. María Soledad Alonso

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

VIH y sífilis en números

Informe Argentina 2024

Se estima que en
nuestro país viven

140.000
personas
con VIH

(Año 2023)

13%

desconoce su
situación

(Año 2023)

65%

se atiende en el
sector público

(Año 2024)

70.000

personas
en TARV
suministrado
por el
sector público

(Año 2024)

**Nuevos
diagnósticos
de VIH
notificados
por año**

(Promedio de diagnósticos
de años 2022-2023)

6.400

**Mediana
de edad
al momento
del diagnóstico
de VIH**

(Año 2023)

34
años

varones cis

37
años

mujeres cis

31
años

mujeres trans

28
años

varones trans

**Distribución
de los nuevos
diagnósticos de
VIH según género**

(Año 2023)

69%
varones
cis

30%
mujeres
cis

1%
personas
trans

En varones cis
99%
de las infecciones
son por prácticas
sexuales sin
protección

(Año 2023)

En mujeres cis
98%
de las infecciones
son por prácticas
sexuales sin
protección

(Año 2023)

por prácticas
sexuales sin
protección con
otros varones

68%

30%

1%

por prácticas sexuales sin
protección con mujeres

por prácticas
sexuales sin
protección con
personas trans

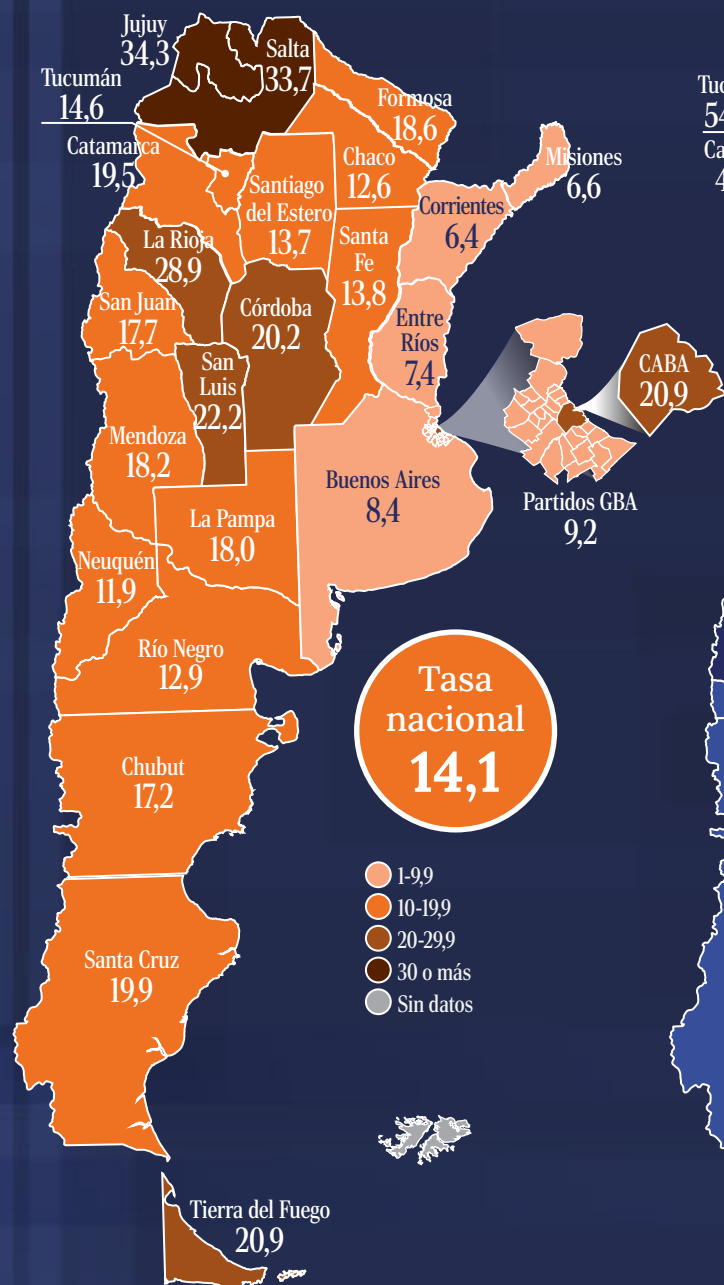
Se diagnostican

2,3

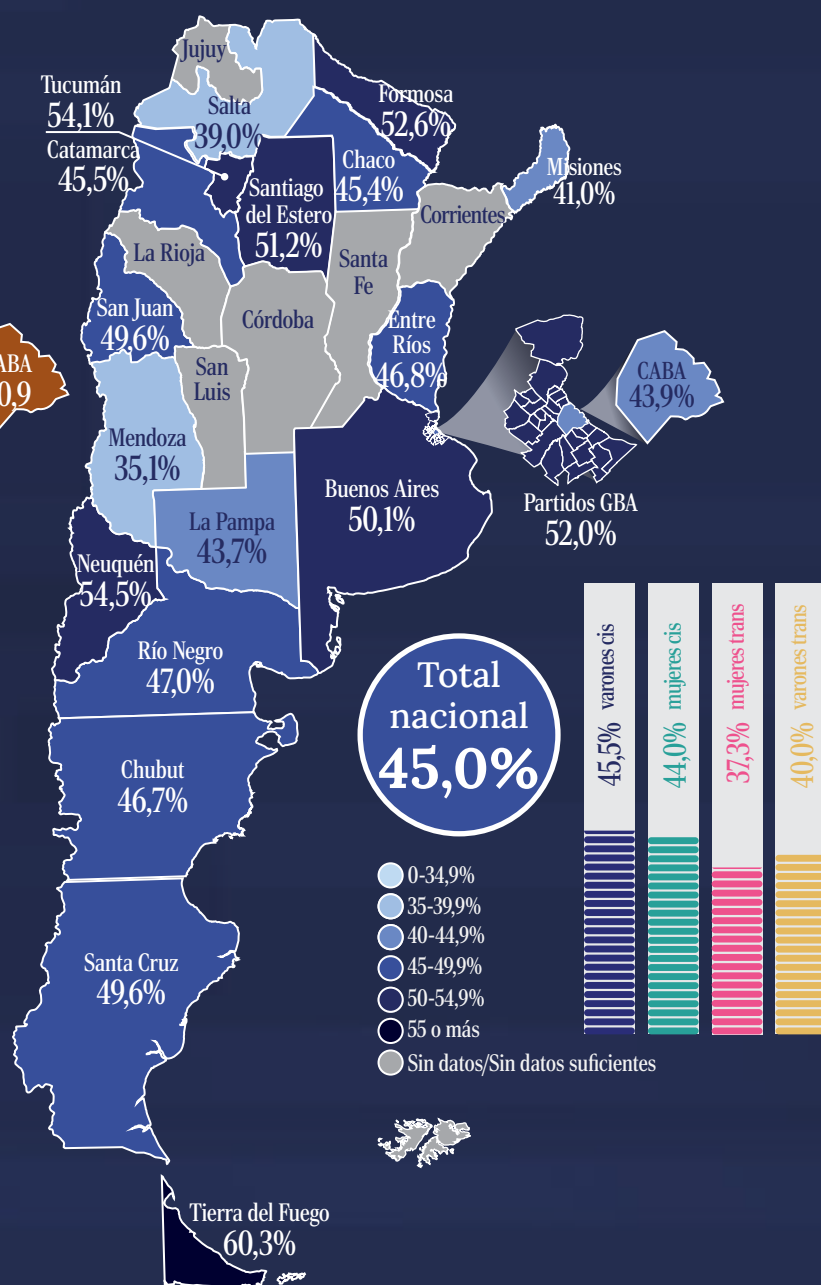
varones cis por
cada mujer cis

(Año 2023)

Tasas de VIH cada 100.000 habitantes (Año 2023)



Porcentaje de diagnóstico tardío de VIH (Años 2022-2023)



Mortalidad por sida Tasas por 100.000 habitantes (Año 2022)



Sífilis en población general Tasas por 100.000 habitantes (Año 2023)



Fuentes:
Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0), Ministerio de Salud de la Nación.
Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica, Ministerio de Salud de la Nación.
Dirección de Estadística e Información de la Salud, Ministerio de Salud de la Nación.

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

Ambos sexos	VIH						Sífilis
	Casos de VIH (2023) ¹	Porcentaje sobre el total de casos del país ¹	Tasa de VIH cada 100.000 habitantes (2023) ^{1,2}	Porcentaje de diagnósticos tardíos (2022-2023) ^{1,3}	Porcentaje de enfermedad avanzada (2022-2023) ¹	Tasa de mortalidad por sida cada 100.000 habitantes (2022) ^{2,4}	Tasa de sífilis en población general cada 100.000 habitantes (2023) ^{1,2,5}
CABA	646	9,8%	20,9	43,9%	26,3%	3,3	17,9
24 partidos del GBA	1.068	16,2%	9,2	52,0%	34,3%	2,6	33,5
Gran Buenos Aires*	1.714	26,0%	11,7	49,0%	31,4%	2,7	30,3
Resto pcia. de Buenos Aires	444	6,7%	6,9	46,2%	28,9%	2,2	48,1
Córdoba	781	11,9%	20,2	Sin datos suficientes		1,6	176,8
Entre Ríos	105	1,6%	7,4	46,8%	29,5%	1,7	21,1
Santa Fe	498	7,6%	13,8	Sin datos suficientes		2,4	121,5
Centro	1.828	27,7%	11,5	41,7%	26,6%	2,1	95,4
Buenos Aires	1.512	23,0%	8,4	50,1%	32,5%	2,5	38,7
GBA* y Centro	3.542	53,8%	-	-	-	2,4	63,5
Mendoza	374	5,7%	18,2	35,1%	23,8%	2,1	72,9
San Luis	117	1,8%	22,2	Sin datos suficientes		3,1	144,8
San Juan	143	2,2%	17,7	49,6%	29,8%	1,1	93,2
Cuyo	634	9,6%	18,7	38,6%	25,2%	2,0	88,9
Corrientes	73	1,1%	6,4	Sin datos suficientes		2,4	38,2
Chaco	156	2,4%	12,6	45,4%	29,0%	1,5	88,2
Formosa	115	1,7%	18,6	52,6%	37,0%	3,3	125,3
Misiones	86	1,3%	6,6	41,0%	19,7%	4,0	66,7
NEA	430	6,5%	10,0	45,4%	28,4%	2,8	73,7
Catamarca	83	1,3%	19,5	45,5%	29,5%	1,7	114,4
Jujuy	273	4,1%	34,3	Sin datos suficientes		5,1	132,4
La Rioja	118	1,8%	28,9	Sin datos suficientes		3,0	57,7
Salta	497	7,5%	33,7	39,0%	28,4%	5,9	100,8
Santiago del Estero	138	2,1%	13,7	51,2%	31,6%	2,4	20,4
Tucumán	256	3,9%	14,6	54,1%	36,0%	1,9	46,1
NOA	1.365	20,7%	23,3	44,3%	30,2%	3,5	72,9
Chubut	112	1,7%	17,2	46,7%	29,8%	4,2	98,3
La Pampa	66	1,0%	18,0	43,7%	26,2%	1,1	156,6
Neuquén	82	1,2%	11,9	54,5%	30,7%	3,1	50,7
Río Negro	100	1,5%	12,9	47,0%	27,1%	1,3	90,0
Santa Cruz	78	1,2%	19,9	49,6%	36,8%	0,3	68,2
Tierra del Fuego	39	0,6%	20,9	60,3%	38,1%	0	119,7
Patagonia	477	7,2%	15,6	49,4%	30,7%	2,1	89,9
Desconocido	140	2,1%	-	-	-	-	-
Total País	6.588	100%	14,1	45,0%	29,0%	2,5	69,2

¹ Fuente: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).
² Tasa calculada con proyecciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).
³ Diagnóstico tardío incluye enfermedad avanzada.
⁴ Fuente: Dirección de Estadística e Información de la Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación.
⁵ Boletín Epidemiológico Nacional N° 719 SE 34, Año 2024.
* Gran Buenos Aires comprende la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y los siguientes partidos de la provincia de Buenos Aires: Almirante Brown, Avellaneda, Berazategui, Esteban Echeverría, Ezeiza, Florencio Varela, General San Martín, Hurlingham, Ituzaingó, José C. Paz, La Matanza, Lanús, Lomas de Zamora, Malvinas Argentinas, Merlo, Moreno, Morón, Quilmes, San Fernando, San Isidro, San Miguel, Tigre, Tres de Febrero, Vicente López.
Nota: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Información disponible a agosto de 2024. Los últimos cinco años tienen posibilidad de ajuste en futuros boletines.

Varones	VIH						Sífilis
	Casos de VIH (2023) ¹	Proporción sobre el total de casos del país ¹	Tasa de VIH cada 100.000 habitantes (2023) ^{1,2}	Proporción de diagnósticos tardíos (2022-2023) ^{1,3}	Proporción de enfermedad avanzada (2022-2023) ¹	Tasa de mortalidad por sida cada 100.000 habitantes (2022) ^{2,4}	Tasa de sífilis en población general cada 100.000 habitantes (2023) ^{1,2,5}
CABA	501	10,9%	34,5	44,6%	26,4%	5,2	26,2
24 partidos del GBA	710	15,4%	12,5	52,6%	36,0%	3,2	26,7
Gran Buenos Aires	1.211	26,3%	16,9	49,4%	32,1%	3,6	26,6
Resto pcia. de Buenos Aires	321	7,0%	10,2	47,4%	29,0%	2,8	41,5
Córdoba	532	11,6%	28,0	Sin datos suficientes		2,2	173,2
Entre Ríos	68	1,5%	9,7	51,7%	33,6%	2,3	16,2
Santa Fe	330	7,2%	18,7	Sin datos suficientes		3,6	109,0
Centro	1.251	27,2%	15,9	43,2%	27,4%	2,8	88,2
Buenos Aires	1.031	22,4%	11,6	50,9%	33,6%	3,1	32,0
GBA y Región Centro	2.242	48,8%	-	-	-	3,2	58,2
Mendoza	283	6,2%	28,0	32,9%	22,0%	3,2	77,5
San Luis	68	1,5%	26,0	Sin datos suficientes		2,7	114,3
San Juan	104	2,3%	26,0	50,3%	31,9%	1,5	73,7
Cuyo	455	9,9%	27,2	37,1%	24,5%	2,7	82,3
Corrientes	57	1,2%	10,1	Sin datos suficientes		3,9	31,7
Chaco	110	2,4%	18,0	50,4%	33,8%	2,1	68,4
Formosa	73	1,6%	23,7	55,3%	42,8%	3,9	82,8
Misiones	57	1,2%	8,8	42,9%	19,3%	5,3	55,7
NEA	297	6,5%	13,9	48,1%	31,5%	3,8	56,9
Catamarca	54	1,2%	25,3	Sin datos suficientes		3,3	122,4
Jujuy	184	4,0%	46,8	35,7%	24,3%	7,5	127,4
La Rioja	81	1,8%	39,8	Sin datos suficientes		4,0	31,5
Salta	350	7,6%	47,9	40,1%	30,1%	7,6	96,9
Santiago del Estero	80	1,7%	16,0	56,2%	38,0%	3,2	14,2
Tucumán	196	4,3%	22,6	53,3%	37,7%	2,7	48,2
NOA	945	20,6%	32,5	45,3%	32,1%	4,8	69,6
Chubut	75	1,6%	23,0	48,7%	31,3%	5,0	94,9
La Pampa	36	0,8%	19,8	35,7%	25,0%	1,7	115,9
Neuquén	65	1,4%	19,0	54,8%	32,3%	4,4	48,8
Río Negro	68	1,5%	17,6	49,1%	29,1%	1,3	83,8
Santa Cruz	52	1,1%	25,8	42,9%	31,0%	0,5	54,5
Tierra del Fuego	26	0,6%	27,4	58,7%	32,6%	0,0	125,4
Patagonia	322	7,0%	21,0	48,8%	30,5%	2,6	80,9
Desconocido	117	2,5%	-	-	-	-	-
Total País	4.598	100%	20,1	45,6%	29,9%	3,4	62,8

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

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

³ Diagnóstico tardío incluye enfermedad avanzada.

⁴ Fuente: Dirección de Estadística e Información de la Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación.

⁵ Boletín Epidemiológico Nacional N° 719 SE 34. Año 2024.

Nota: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Información disponible a agosto de 2024. Los últimos cinco años tienen posibilidad de ajuste en futuros boletines.

Mujeres	VIH						Sífilis
	Casos de VIH (2023) ¹	Proporción sobre el total de casos del país ¹	Tasa de VIH cada 100.000 habitantes (2023) ^{1,2}	Proporción de diagnósticos tardíos (2022-2023) ^{1,3}	Proporción de enfermedad avanzada (2022-2023) ¹	Tasa de mortalidad por sida cada 100.000 habitantes (2022) ^{2,4}	Tasa de sífilis en población general cada 100.000 habitantes (2023) ^{1,2,5}
CABA	145	7,3%	8,9	43,1%	27,7%	1,5	10,4
24 partidos del GBA	354	17,9%	6,0	50,6%	30,7%	2,0	40,2
GBA	499	25,2%	6,6	48,6%	29,9%	1,9	33,7
Resto pcia. de Buenos Aires	121	6,1%	3,7	43,5%	29,0%	1,7	54,6
Córdoba	249	12,6%	12,6	Sin datos suficientes		0,9	180,1
Entre Ríos	37	1,9%	5,1	36,8%	21,1%	1,1	25,8
Santa Fe	168	8,5%	9,1	Sin datos suficientes		1,3	133,3
Centro	575	29,1%	7,3	38,5%	24,6%	1,3	102,3
Buenos Aires	475	24,0%	5,2	48,4%	30,0%	1,9	45,3
GBA y Región Centro	1.074	54,3%	-	-	-	1,6	68,6
Mendoza	91	4,6%	8,7	43,0%	30,4%	1,0	68,4
San Luis	49	2,5%	18,5	Sin datos suficientes		3,4	174,8
San Juan	39	2,0%	9,6	47,1%	22,9%	0,7	112,4
Cuyo	179	9,0%	10,5	43,4%	27,1%	1,3	95,3
Corrientes	16	0,8%	2,8	Sin datos suficientes		0,9	44,5
Chaco	45	2,3%	7,2	34,3%	19,4%	1,0	107,5
Formosa	42	2,1%	13,5	47,4%	25,6%	2,6	167,4
Misiones	29	1,5%	4,4	38,5%	21,2%	2,8	77,6
NEA	132	6,7%	6,1	40,2%	22,3%	1,7	90,3
Catamarca	29	1,5%	13,6	50,0%	40,6%	0,0	106,3
Jujuy	89	4,5%	22,1	Sin datos suficientes		2,8	137,2
La Rioja	37	1,9%	18,0	Sin datos suficientes		2,0	83,8
Salta	144	7,3%	19,3	36,0%	24,5%	4,2	104,7
Santiago del Estero	58	2,9%	11,5	45,1%	23,1%	1,6	26,7
Tucumán	59	3,0%	6,7	57,0%	31,0%	1,1	44,1
NOA	416	21,0%	14,1	42,4%	26,1%	2,2	76,3
Chubut	37	1,9%	11,4	43,2%	27,0%	3,5	101,6
La Pampa	30	1,5%	16,2	53,3%	26,7%	0,5	196,6
Neuquén	17	0,9%	4,9	55,1%	28,6%	1,8	52,5
Río Negro	32	1,6%	8,2	41,5%	22,6%	1,3	96,2
Santa Cruz	26	1,3%	13,6	61,2%	46,9%	0,0	82,7
Tierra del Fuego	13	0,7%	14,2	64,7%	52,9%	0,0	113,8
Patagonia	155	7,8%	10,2	50,9%	31,4%	1,5	99,0
Desconocido	23	1,2%	-	-	-	-	-
Total País	1.979	100%	8,3	43,8%	27,0%	1,7	75,4

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

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

³ Diagnóstico tardío incluye enfermedad avanzada.

⁴ Fuente: Dirección de Estadística e Información de la Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación.

⁵ Boletín Epidemiológico Nacional N° 719 SE 34. Año 2024.

Nota: Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Información disponible a agosto de 2024. Los últimos cinco años tienen posibilidad de ajuste en futuros boletines.

Situación de los nuevos diagnósticos de VIH

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

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

Hacia finales de julio de 2024, había registradas 193.985 personas con VIH en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). De este total, 152.105 casos corresponden a diagnósticos de VIH reportados desde 2001, año en que se implementó la notificación obligatoria de esta infección en Argentina, hasta 2023, el último año completo incluido en este análisis. Los casos reportados antes de 2001 comprenden tanto casos de sida como algunos de VIH notificados retrospectivamente.

Hasta el [boletín anterior](#)¹, cada año se actualizaba la serie completa de datos con base en los reportes retrospectivos de VIH que se cargaban en el SNVS. Esto generaba problemas con las líneas de base, ya que los valores previos de los indicadores podían variar de un informe a otro debido a su actualización. A partir de este año, aunque los casos antiguos reportados tardíamente seguirán siendo ingresados en el sistema, solo se actualizarán las tasas de los últimos cinco años, en el caso de esta edición el período 2019-2023. Para el análisis de tendencias en series temporales más extensas, al tomar los datos anteriores a 2019 se utilizarán los valores previamente publicados.

En los últimos cinco años, se han reportado en promedio 5.800 diagnósticos de VIH, una cifra que podría estar influenciada por la disminución de información durante 2020 y 2021 debida a la pandemia de COVID-19. En 2023, se registraron 6.588 casos, un valor ligeramente superior a los 6.311 reportados el año anterior a la pandemia.

Análisis de tasas de VIH

Para el análisis de tasas, se utiliza el sexo registrado de las personas, que coincide con el sexo legal del Registro Nacional de las Personas (RENAPER) con el que el SNVS interopera. No se analizan tasas por género, ya que no se dispone de un denominador poblacional adecuado para realizar estos cálculos. Además, en algunos casos, las personas trans pueden no tener consignado su género en el sistema, donde figura solo su sexo legal independientemente de si ha sido actualizado o no en el RENAPER.

En términos absolutos, como ya se mencionó, el número de diagnósticos en 2023 fue de 6.588, superior a los 6.311 de 2019. Dado que los valores de 2023 pueden registrar variaciones hasta dentro de cuatro años, es posible que la tasa final sea ligeramente superior. Hasta 2023, el análisis de tendencias mostraba una estabilización de la tasa desde 2016. Sin embargo, los valores de los últimos tres años sugieren una posible tendencia al alza, aunque aún es prematuro sacar conclusiones definitivas. **La tasa de casos de VIH cada cien mil habitantes en 2023 fue de 14,1; 20,1 para los varones, más del doble que el 8,3 registrado en mujeres. Estos tres valores son una décima más altos que los de 2019, previo a la pandemia de covid.** El **Gráfico 1** (en la siguiente página) muestra esta información. Los puntos representan las tasas generales y específicas por sexo registrado, mientras que las líneas punteadas indican las tendencias basadas en una media móvil.

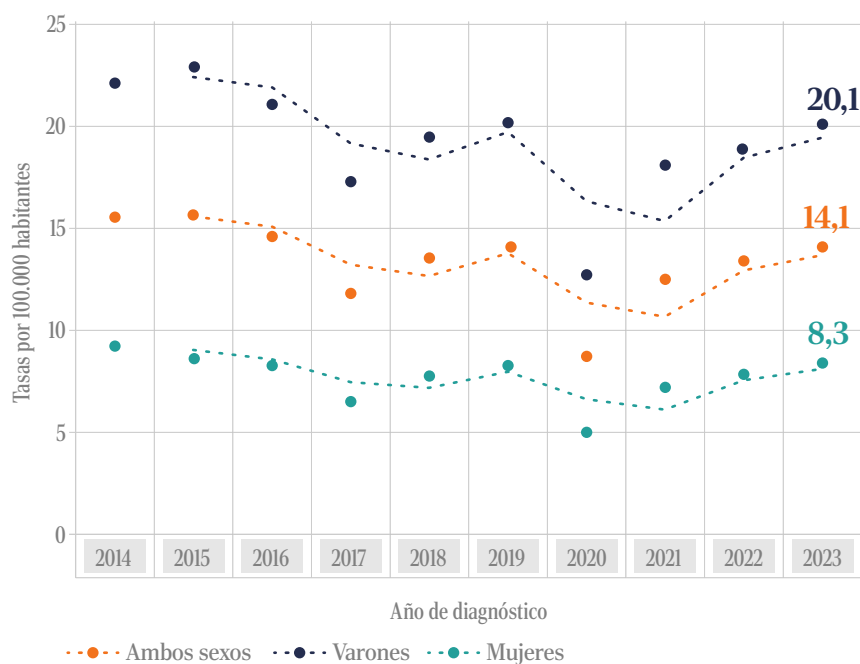
¹ Boletín N° 40 - Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina. Año XXVI - Diciembre de 2023.

En 2023, las tasas de VIH entre los varones por grupos quinquenales de edad fueron muy heterogéneas, con los valores más elevados entre los 25 y 34 años. En contraste, entre las mujeres, las tasas fueron más homogéneas, sin variaciones importantes entre los 20 y los 54 años (Gráfico 2).

En general, la razón de tasas indica que los varones muestran una incidencia de diagnósticos de VIH mucho más alta que las mujeres, especialmente en las franjas de edad juvenil y adulta temprana. Por ejemplo, en el grupo de 15 a 19 años, la tasa de VIH en varones es 7,1 por cien mil habitantes, frente a 3,6 en mujeres, lo que da una razón de tasas de 2,0. Esta diferencia se amplía todavía más en el grupo de 20 a 24 años, con una tasa de 30,5 en varones y 12,8 en mujeres, que resulta en una razón de tasas de 2,4. En los grupos de 25 a 29 años y 30 a 34 años, la incidencia en varones sigue siendo notablemente superior, con tasas de 47,3 y 47,9 respectivamente, frente a 16,2 y 17,3 en mujeres, que arrojan razones de tasas de 2,9 y 2,8.

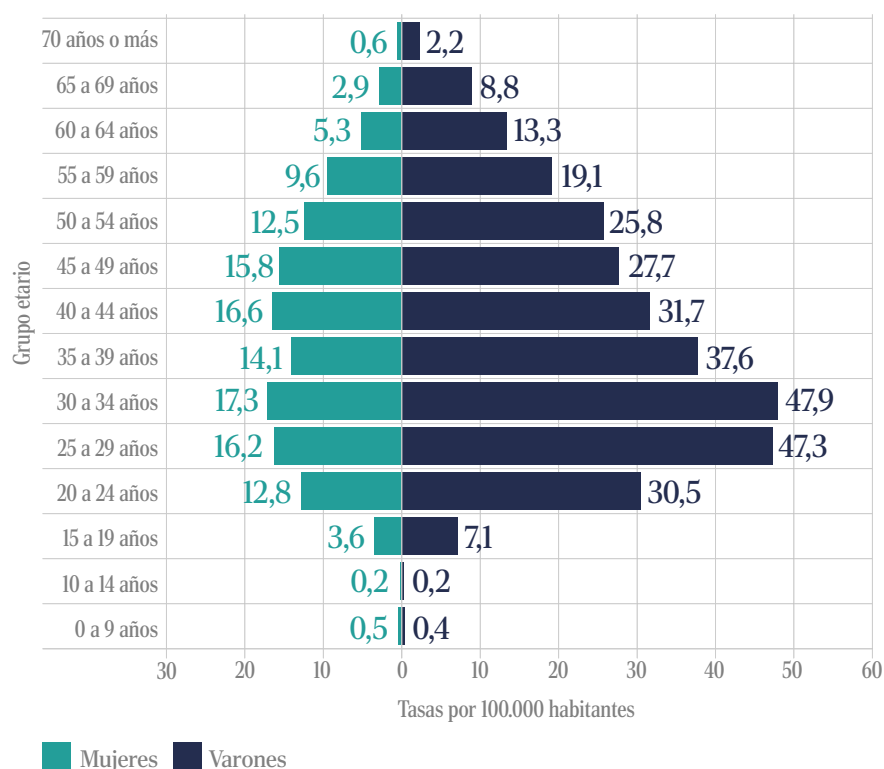
La brecha entre varones y mujeres tiende a disminuir en edades mayores, aunque sigue siendo importante, incluso en los grupos de edad avanzada. Por ejemplo, en el grupo de 35 a 39 años, la razón de tasas es de 2,7 (37,6 en varones frente a 14,1 en mujeres), y en 40 a 44 años, baja a 1,9 (31,7 para varones frente a 16,6 para mujeres). Sin embargo, en los grupos de 65 a 69 años y 70 años o más, la razón de tasas aumenta nuevamente a 3,1 (8,8 en varones frente a 2,9 en mujeres) y 3,7 (2,2 en varones frente a 0,6 en mujeres).

Gráfico 1. Evolución de la tasa de VIH por 100.000 habitantes por año de diagnóstico según sexo registrado. Argentina, 2014-2023.



FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=59.858. Los valores de los últimos cinco años pueden ser actualizados en boletines futuros.

Gráfico 2. Tasas de VIH específicas por grupos quinquenales de edad y sexo registrado por 100.000 habitantes. Argentina, 2023.



FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=6.588. Los valores de los últimos cinco años pueden ser actualizados en boletines futuros.

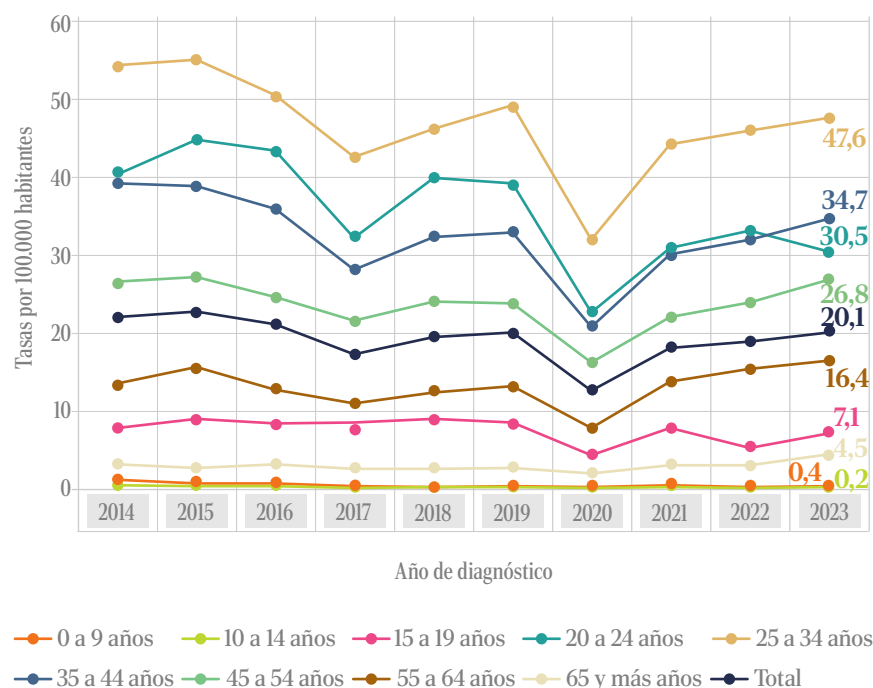
Para analizar la evolución de las tasas de VIH por edad, se reagrupó a las personas en menos categorías (**Gráfico 3** y **Tabla 2**). A nivel general, al comparar los valores entre 2018 y 2023 —excluyendo el impacto de la caída durante la pandemia en 2020– **se observa que las tasas permanecen estables entre los niños y niñas, disminuyen entre los adolescentes y jóvenes, y aumentan a partir de la adultez.**

El análisis de las tasas de VIH por edad y sexo registrado muestra que, al comparar 2018 con 2023, la tasa ha disminuido entre los varones de 15 a 19 años, de 8,9 a 7,1, y de 20 a 24 años, de 39,9 a 30,5. En contraste, ha aumentado en el grupo de 35 a 44 años, de 32,4 a 34,7; en el grupo de 45 a 54 años, de 24,1 a 26,8; en el grupo de 55 a 64 años, de 12,4 a 16,4; y en el grupo de 65 años o más, de 2,5 a 4,5.

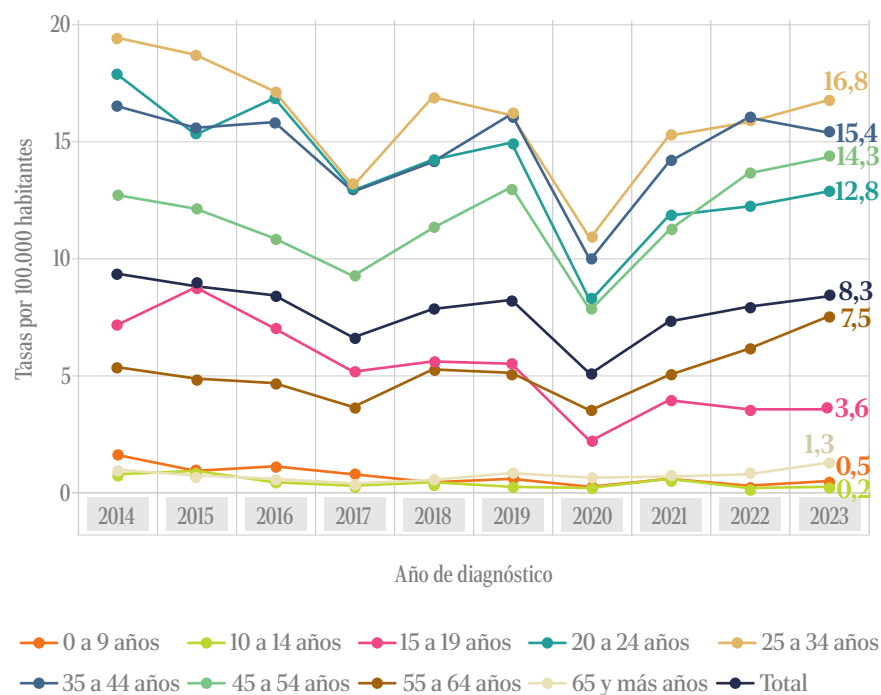
Entre las mujeres se observa una disminución en el grupo de 15 a 19 años, de 5,6 a 3,6, así como en el grupo de 20 a 24 años, con una caída de 14,2 a 12,8. Al contrario, se ha registrado un aumento en el grupo de 35 a 44 años, de 14,1 a 15,4; en el grupo de 45 a 54 años, de 11,3 a 14,3; en el grupo de 55 a 64 años, de 5,2 a 7,5; y en el grupo de 65 años o más, que se elevó de 0,5 a 1,3.

Gráfico 3. Evolución de las tasas específicas de VIH por 100.000 habitantes según grupo de edad y sexo registrado. Argentina, 2014-2023.

Varones



Mujeres



FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=59.858. Los valores de los últimos cinco años pueden ser actualizados en boletines futuros.

En 2023, la tasa de VIH muestra notables variaciones entre las regiones de residencia al momento del diagnóstico (**Gráfico 4** y **Tabla 3**), incluso al desglosar el análisis por sexo registrado dentro de cada una de ellas².

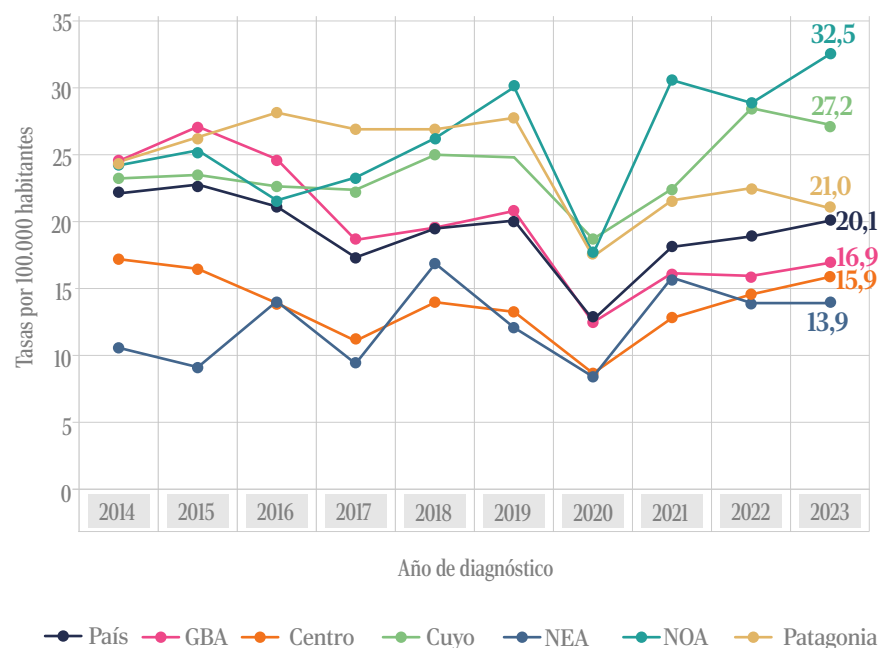
El noroeste argentino (NOA) registra la tasa más alta, 23,3 por cien mil habitantes, y destaca allí especialmente entre los varones, con 32,5, mientras que para las mujeres la tasa en esta región es de 14,1. Por su parte, la región de Cuyo también presenta una tasa alta, con 18,7 (27,2 en varones y 10,5 en mujeres), lo que indica una incidencia de diagnósticos considerable en comparación con otras regiones. En contraste, el Gran Buenos Aires (GBA) presenta la tasa más baja para ambos sexos, con 11,7 para el total, 16,9 para varones y 6,6 para mujeres.

La región patagónica presenta una tasa intermedia, de 15,6 en ambos sexos, desglosada en 21,0 para varones y 10,2 para mujeres, mientras que la región Centro tiene una tasa total de 11,5, con 15,9 en varones y 7,3 en mujeres. Por su parte, el noreste argentino (NEA) reporta una tasa de 10,0 para el total, siendo 13,9 para varones y 6,1 para mujeres.

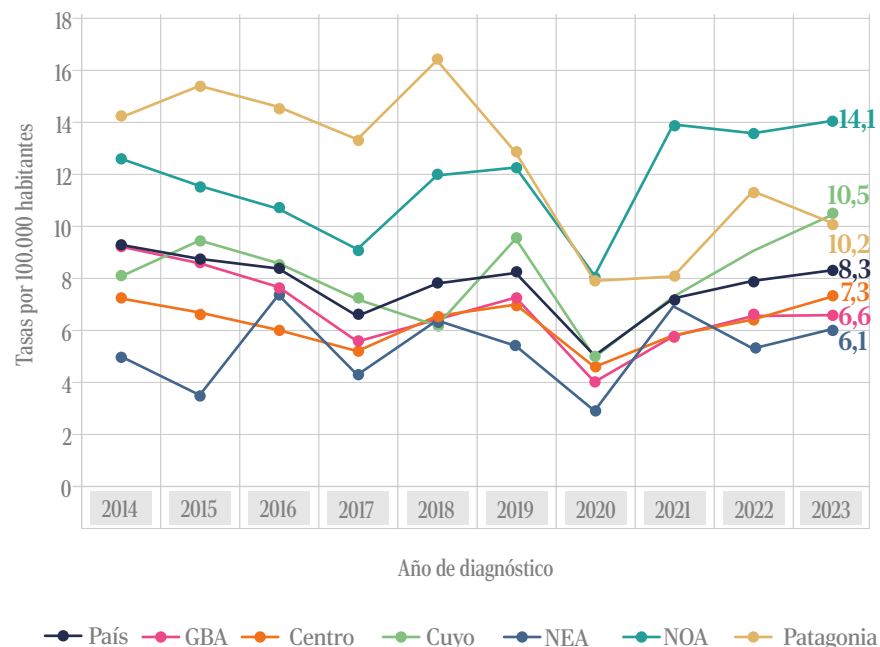
² La región Gran Buenos Aires (GBA) comprende la ciudad de Buenos Aires y los siguientes partidos bonaerenses: Almirante Brown, Avellaneda, Berazategui, Esteban Echeverría, Ezeiza, Florencio Varela, General San Martín, Hurlingham, Ituzaingó, José C. Paz, La Matanza, Lanús, Lomas de Zamora, Malvinas Argentinas, Merlo, Moreno, Morón, Quilmes, San Fernando, San Isidro, San Miguel, Tigre, Tres de Febrero y Vicente López; la región Centro está conformada por el resto de los partidos de la provincia de Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe y Entre Ríos; el NOA, por Catamarca, Jujuy, Salta, Tucumán, Santiago del Estero y La Rioja; el NEA, por Formosa, Misiones, Chaco y Corrientes; Cuyo, por San Juan, San Luis y Mendoza; Patagonia, por Neuquén, La Pampa, Río Negro, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego.

Gráfico 4. Evolución de las tasas específicas de VIH por 100.000 habitantes según región de residencia y sexo registrado. Argentina, 2014-2023.

Varones



Mujeres



FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=59.858. Los valores de los últimos cinco años pueden ser actualizados en boletines futuros.

Al analizar la evolución de las tasas de VIH por región de residencia durante los períodos 2018-2019 y 2022-2023 (se excluyen los años afectados por déficits de información debido a la pandemia de covid), se observan importantes variaciones. En la región GBA, la tasa de VIH disminuye de 13,9 en 2019 a 11,7 en 2023. Esta ligera baja podría atribuirse tanto a una reducción real en los diagnósticos como a un posible problema de subregistro. En contraste, el NOA muestra un aumento de 21,1 en 2019 a 23,3 en 2023. Esto refuerza una tendencia destacada en boletines anteriores. En Cuyo, la tasa de VIH también ha aumentado, de 15,5 en 2018 a 18,7 en 2023.

Por otro lado, la región Centro mostró una ligera alza en las tasas, ya que pasa de 10,2 en 2018 a 11,5 en 2023. La Patagonia, después de un pico de 21,7 en 2018, descendió a 15,6 en 2023. Finalmente, el NEA exhibió una tasa de 11,6 en 2018, bajó a 8,7 en 2019 y alcanzó 10,0 en 2023.

En las tablas del Anexo*, se puede ver la evolución de estas tasas regionales por sexo registrado. Los datos más relevantes entre los varones son la reducción de la tasa en el área del GBA (de 20,8 en 2019 a 16,9 en 2023) y en la Patagonia (de 27,8 a 21,0 en el mismo lapso). El principal aumento se dio entre los varones del NOA, de 27,2 a 32,5. En las mujeres, entre 2018 y 2023, los datos más salientes son el aumento de la tasa en Cuyo (de 6,2 a 10,5) y en el NOA (de 12,0 a 14,1), y la disminución en la Patagonia, de 16,4 a 10,2.

Las tasas de VIH por sexo registrado en las provincias de Argentina para el año 2023 muestran una considerable variabilidad (**Mapas 1, 2 y 3, y Gráfico 5**). **La provincia de Jujuy presenta las tasas más elevadas, con 34,3 cada cien mil habitantes en el total de ambos sexos, 46,8 en varones y 22,1 en mujeres. Este patrón se repite en Salta, donde las tasas también son altas y alcanzan 33,7 en ambos sexos, 47,9 en varones y 19,3 en mujeres.**

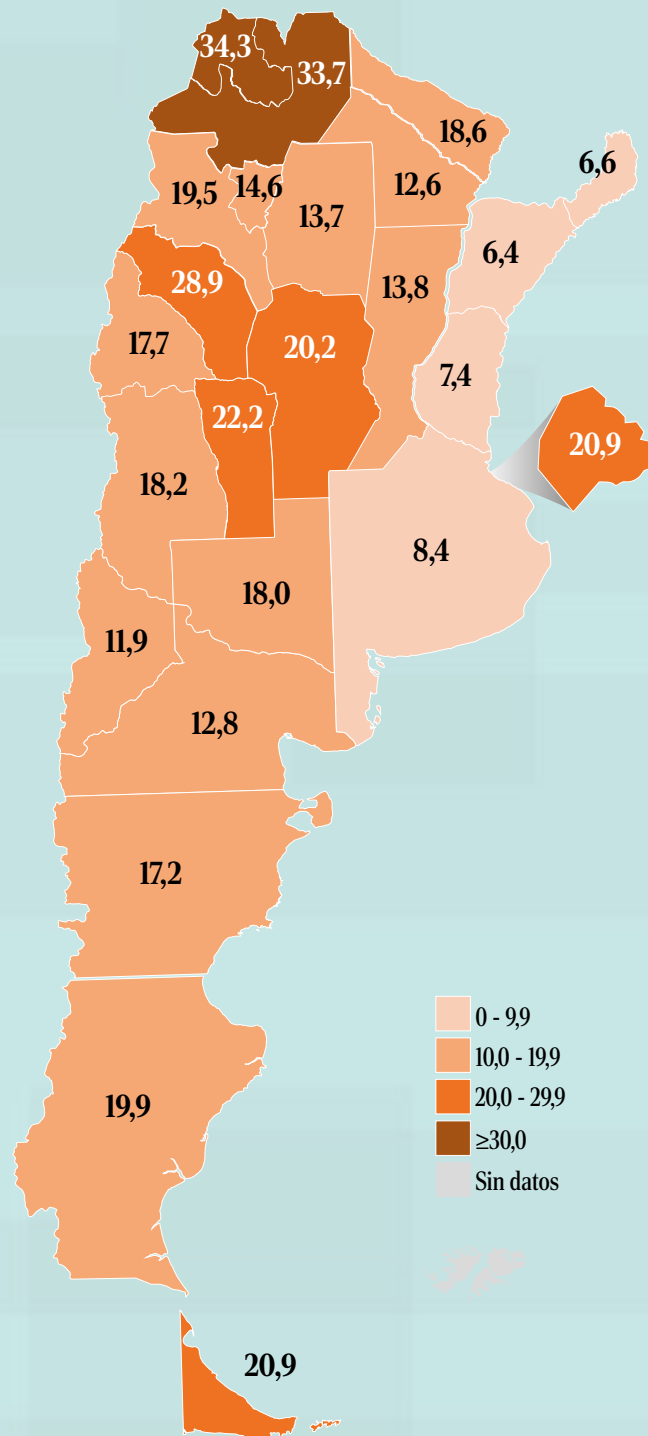
Por el contrario, las provincias con las tasas más bajas incluyen a Corrientes, con solo 6,4 en ambos sexos, 10,1 en varones y 2,8 en mujeres, y Misiones, con 6,6 en ambos sexos, 8,8 en varones y 4,4 en mujeres.

En la comparación de las tasas de VIH entre 2018-2019 y 2023 en las provincias argentinas, se observan variaciones relevantes en algunas regiones, tanto al alza como a la baja. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), las tasas disminuyeron en 2023 respecto de los valores máximos de 2018-2019, pasando de 27,5 a 20,9 para ambos sexos y de 47,4 a 34,5 en varones.

* A partir de la página 32.

Mapa 1. Tasas de VIH por 100.000 habitantes por sexo registrado según jurisdicción de residencia. Argentina, 2023.

AMBOS SEXOS

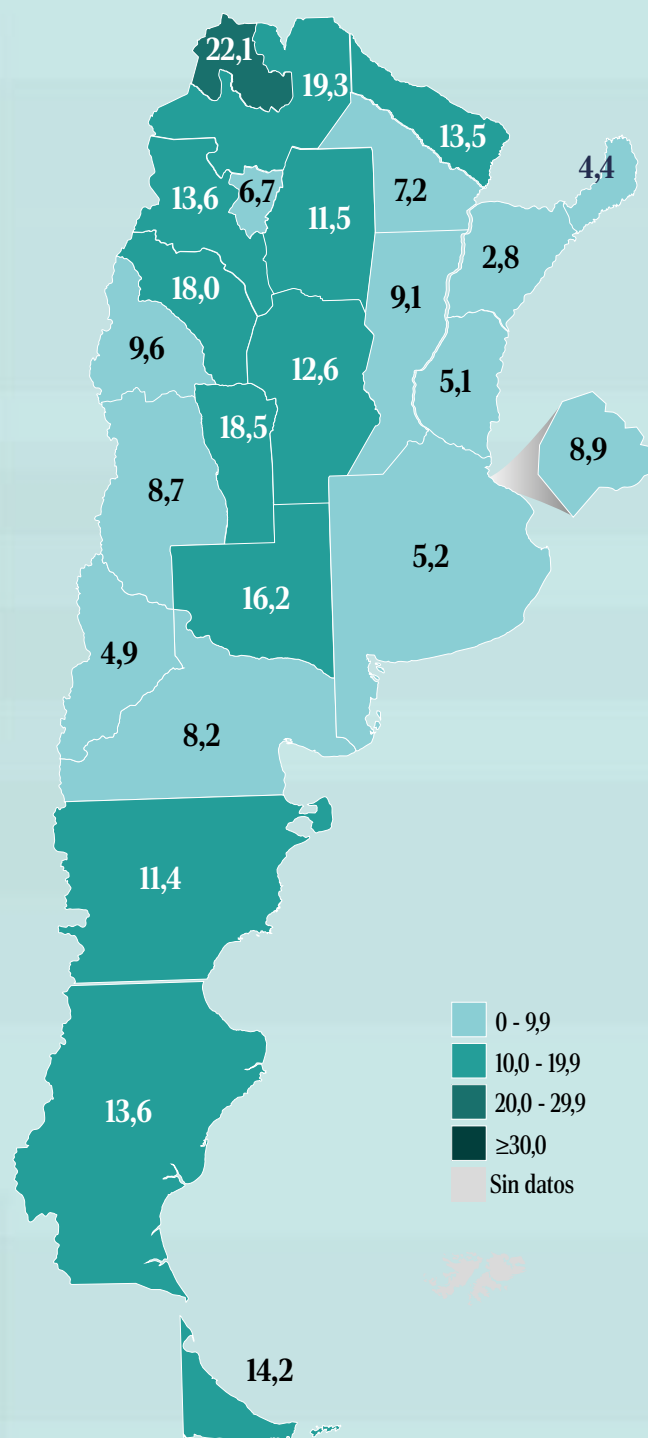
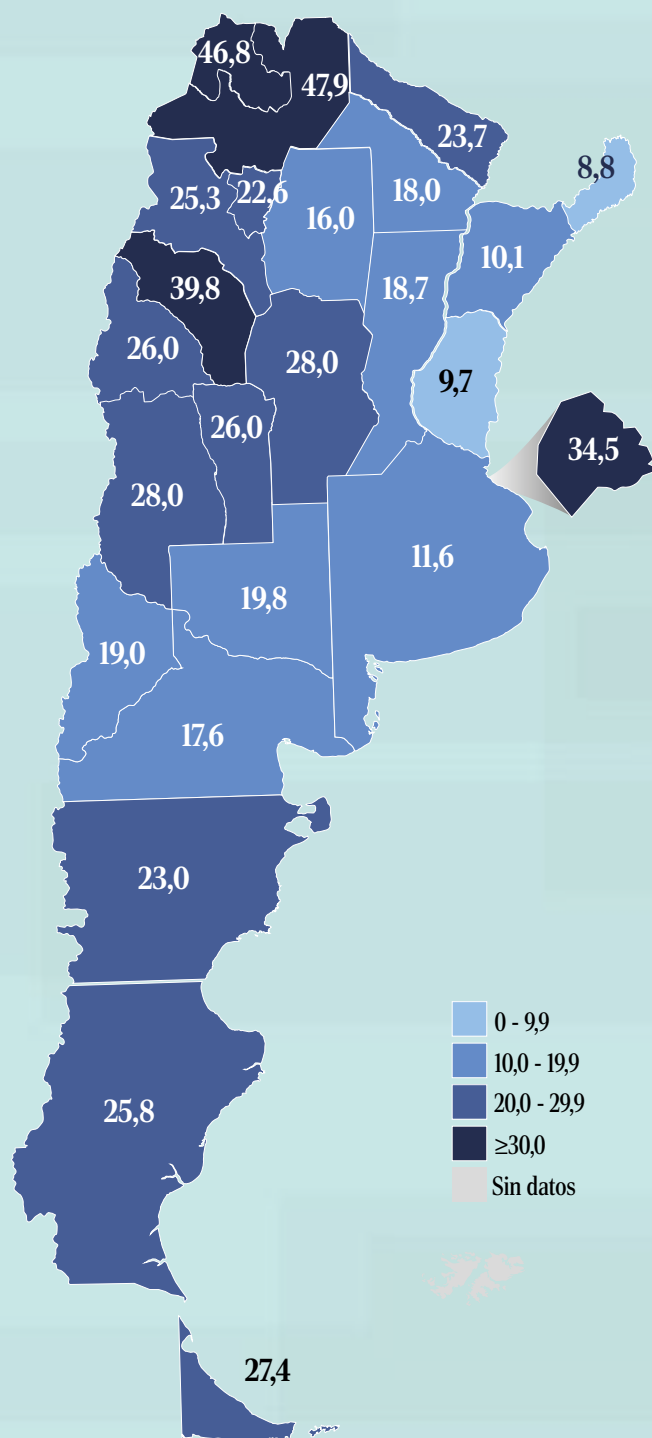


FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=6.588. Los valores de los últimos cinco años pueden ser actualizados en boletines futuros.

Mapa 2 y 3. Tasas de VIH por 100.000 habitantes por sexo registrado según jurisdicción de residencia. Argentina, 2023.

VARONES

MUJERES



FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=6.588. Los valores de los últimos cinco años pueden ser actualizados en boletines futuros.

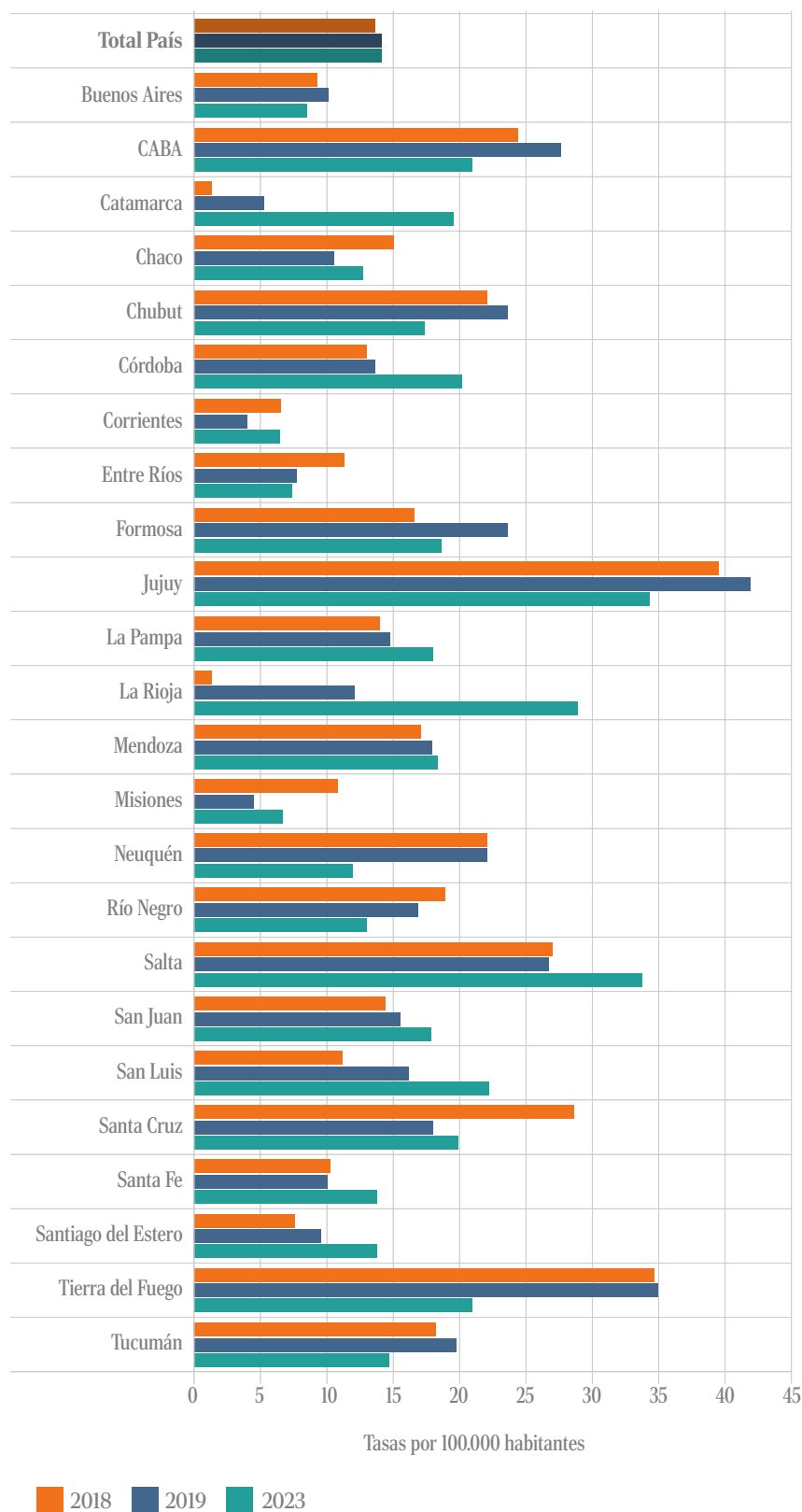
Catamarca muestra un aumento notable en la tasa para ambos sexos, de 5,1 en 2019 a 19,5 en 2023. En varones, la tasa subió de 6,3 a 25,3, y en mujeres, de 3,9 a 13,6. La Rioja también registró incrementos, especialmente en varones, cuya tasa pasó de 15,0 en 2019 a 39,8 en 2023, y entre las mujeres, de 9,2 a 18,0 en el mismo período.

En provincias como Salta, las tasas aumentaron en 2023, alcanzando 33,7 para ambos sexos, frente a un máximo de 27,0 en 2018. En varones, la tasa subió de 36,8 a 47,9, mientras que en mujeres aumentó ligeramente, de 18,2 a 19,3. San Luis también mostró un crecimiento en 2023, con las tasas para ambos sexos subiendo de 16,1 a 22,2, y en varones de 21,3 a 26,0.

Al contrario, en Neuquén se registra una disminución de las tasas en ambos sexos, de 22,0 en 2019 a 11,9 en 2023. Entre los varones, la tasa descendió de 31,3 a 19,0 y en mujeres, de 15,7 a 4,9. Tierra del Fuego también muestra una baja en 2023, especialmente en varones, cuya tasa se redujo de 51,0 a 27,4.

Finalmente, en provincias como Córdoba y Santa Fe aumentaron las tasas para 2023, más notablemente en Córdoba, donde la de ambos sexos subió de 13,6 en 2019 a 20,2, y la de varones pasó de 17,6 a 28,0. En Santa Fe, la tasa para ambos sexos aumentó de 10,1 en 2018-2019 a 13,8 en 2023, mientras que en varones subió de 12,9 a 18,7.

Gráfico 5. Comparación de las tasas de VIH por 100.000 habitantes según jurisdicción de residencia. Argentina, 2018, 2019 y 2023.



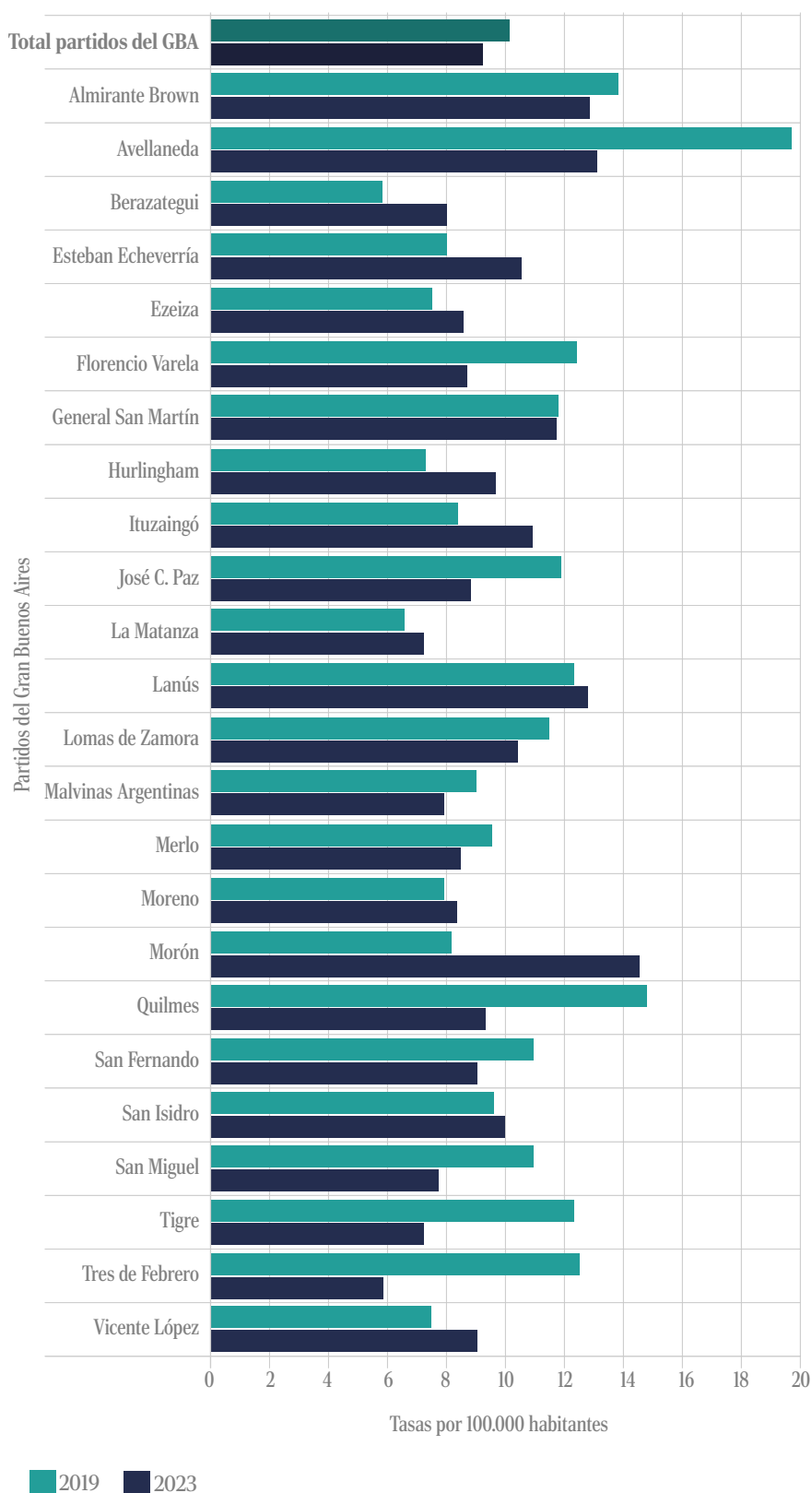
FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=18.629. Los valores de los últimos cinco años pueden ser actualizados en boletines futuros.

Un análisis del cambio en la razón de tasas por sexo revela tendencias interesantes. En La Rioja, la brecha entre varones y mujeres se amplió considerablemente, con un aumento en la tasa de varones de 15,0 en 2019 a 39,8 en 2023, mientras que en mujeres subió de 9,2 a 18,0. Un contraste similar se observa en Catamarca, donde la diferencia en tasas también se amplió y reflejó un incremento mayor en varones (de 6,3 a 25,3) en comparación con mujeres (de 3,9 a 13,6). En Neuquén, la razón de tasas entre varones y mujeres disminuyó, destacándose una mayor reducción en la tasa de mujeres, que pasó de 15,7 en 2018 a 4,9 en 2023, mientras que en varones la disminución fue de 31,3 a 19,0.

En la **Tabla 4** (en el Anexo), se presenta la evolución de las tasas de VIH en las doce regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires. En 2023, la tasa de VIH en la Región Sanitaria VI es la más alta de la provincia de Buenos Aires, con 10,5 casos cada cien mil habitantes, comparada con el promedio provincial de 8,4. Esta región destaca por una tasa elevada tanto en varones (14,2) como en mujeres (6,9). Otra región que muestra tasas altas es la Región Sanitaria VII con 9,2, donde tanto varones (12,3) como mujeres (6,1) tienen tasas superiores al promedio provincial.

En 2023, las tasas de VIH en los partidos del Gran Buenos Aires presentan una amplia variabilidad, datos que se presentan en el **Gráfico 6** y en la **Tabla 5** del Anexo.

Gráfico 6. Comparación de las tasas de VIH por 100.000 habitantes según residencia. Partidos del Gran Buenos Aires, 2019 y 2023.



FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=2.195. Los valores de los últimos cinco años pueden ser actualizados en boletines futuros.

Caracterización de las personas con nuevo diagnóstico de VIH

Para trazar un perfil de las personas con un nuevo diagnóstico de VIH, se analizarán los 48.521 casos reportados al SNVS de 2016 a 2023. A diferencia del análisis de tasas, aquí se actualizará toda la serie de datos, incluyendo las notificaciones retrospectivas de 2016 a 2018 que no fueron informadas oportunamente. Sin embargo, en comparación con lo que ocurría antes del lanzamiento del SNVS 2.0 y la implementación de la carga descentralizada de información, la cantidad de notificaciones retrospectivas es baja.

Distribución geográfica

El análisis de la distribución de los nuevos diagnósticos reportados al SNVS revela una disminución en la proporción de casos en las regiones de GBA y Patagonia, y un aumento en las regiones Centro y NOA (**Gráfico 7**). La región Centro, en particular, ha experimentado un crecimiento importante en las provincias de Córdoba y Santa Fe, mientras que el NOA continúa mostrando un incremento persistente en Salta y Tucumán.

Durante el bienio 2022-2023, la región GBA concentró el 26,2% de los diagnósticos de VIH en Argentina. Los 24 partidos bonaerenses que lo integran contribuyeron con el 16,4% y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires aportó 9,8%, lo que marca una disminución considerable desde el 15,6% registrado en 2016-2017.

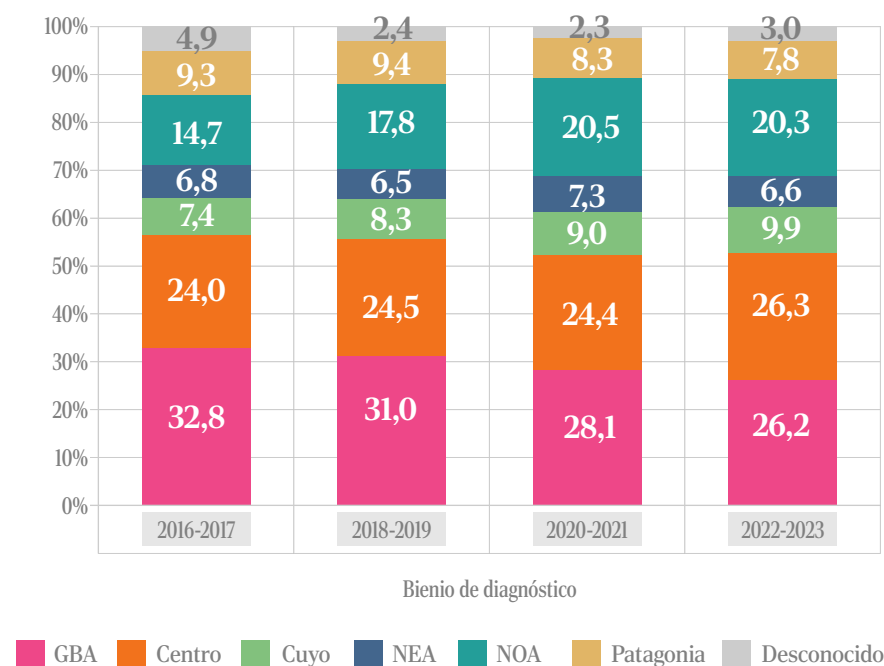
La región Centro incrementó notablemente su relevancia al alcanzar el 26,3% en 2022-2023, una décima por encima del valor del GBA. Los partidos bonaerenses fuera del GBA representaron el 6,8% del total. Córdoba se destacó con un importante aumento, que llegó al 11,7%, mientras que Santa Fe también experimentó un crecimiento, alcanzando el 7,2%. Entre Ríos, por otro lado, registró una ligera disminución y se situó en un 1,5% en 2022-2023.

En la región de Cuyo, la proporción de diagnósticos de VIH continuó en ascenso y alcanzó el 9,9% en 2022-2023. Mendoza encabezó este incremento con un 5,9%, lo que indica un crecimiento respecto del 4,8% en 2016-2017. San Juan también evidenció un aumento, hasta 2,3% en 2022-2023, mientras que San Luis se posicionó en un 1,7%.

El NEA mantuvo estable su participación dentro del total de diagnósticos nacionales de VIH y en el NOA, la proporción de personas diagnosticadas con VIH continuó en aumento, alcanzando el 20,3% en 2022-2023. Finalmente, en la Patagonia, la proporción disminuyó al 7,8% en 2022-2023.

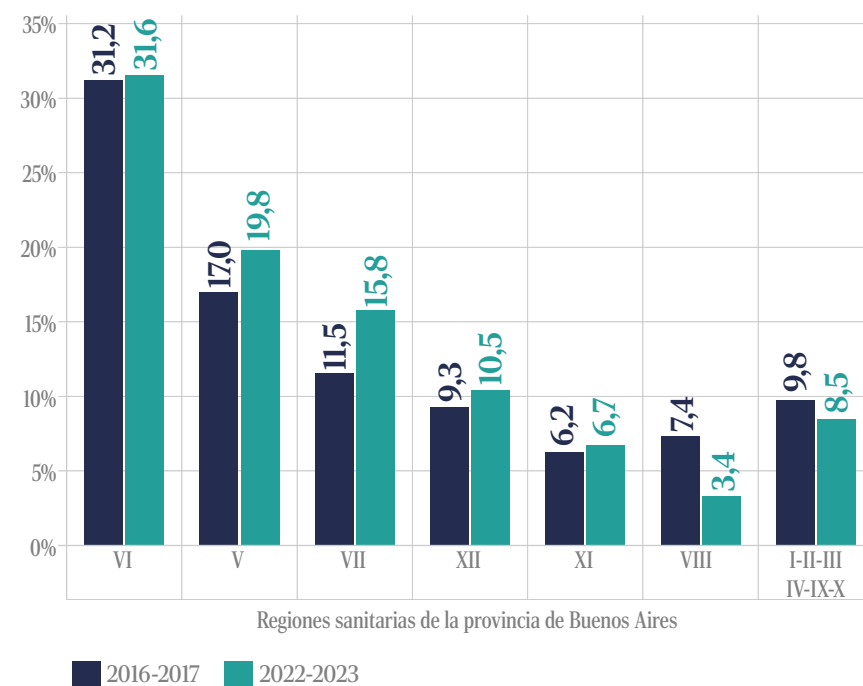
En el bienio 2022-2023, la distribución de los diagnósticos de VIH en la provincia de Buenos Aires (**Gráfico 8**) muestra que la Región Sanitaria VI concentra la mayor proporción, un 31,6% del total de casos, lo que representa un leve aumento en comparación con el período anterior analizado. Sigue en importancia la Región Sanitaria V, con un 19,8%. Otras regiones que también destacan son la Región VII, con un 15,8%, y la Región XII, que muestra un incremento hasta el 10,5%.

Gráfico 7. Evolución de la distribución de los nuevos diagnósticos de VIH según región de residencia por bienios. Argentina, 2016-2023.



FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=48.521.

Gráfico 8. Evolución de la distribución de diagnósticos de VIH según región sanitaria de residencia. Provincia de Buenos Aires, 2016-2017 y 2022-2023.

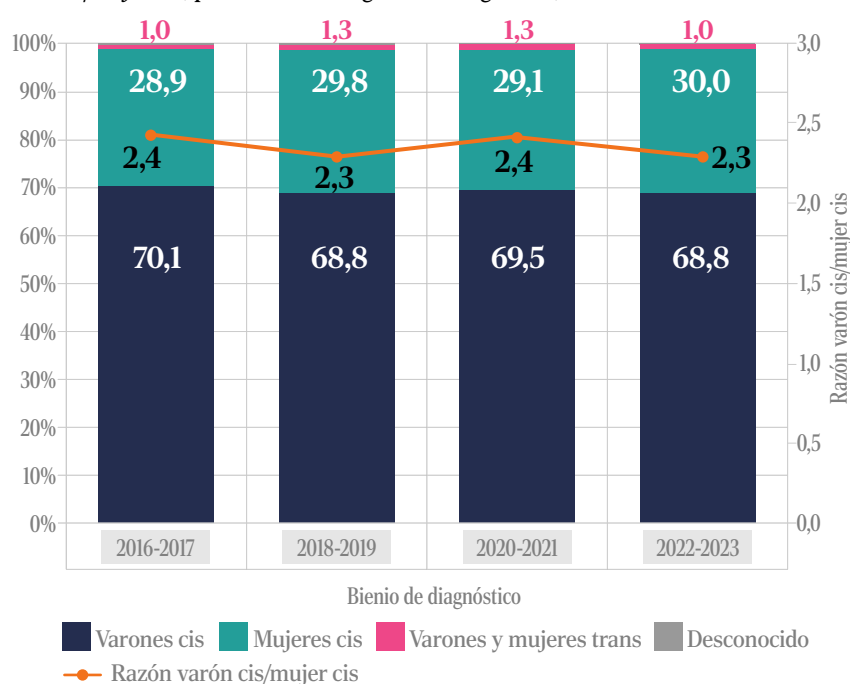


FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=12.345.

Distribución por género

En el bienio 2022-2023, los varones cis representan el 68,8% de los casos de VIH, mientras que las mujeres cis constituyen el 30,0% (**Gráfico 9**). Comparado con los períodos 2016-2017 y 2018-2019, la participación de los varones cis ha mostrado apenas un ligero cambio. Las proporciones de varones trans y mujeres trans se mantienen en niveles bajos, 0,1% y 0,9% respectivamente. En el último bienio analizado se reportaron 114 mujeres trans y 16 varones trans. La razón entre varones cis y mujeres cis ha sido de 2,4 en 2016-2017 y 2018-2019, y ha disminuido ligeramente a 2,3 en los dos últimos períodos (2020-2021 y 2022-2023).

Gráfico 9. Evolución de las proporciones de género en los diagnósticos de VIH y razón varón cis/mujer cis, por bienio de diagnóstico. Argentina, 2016-2023.



FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=48.521.

En los últimos años, la razón entre varones cis y mujeres cis por grupo de edad ha experimentado cambios importantes (**Gráfico 10**). En el grupo de 10 a 14 años, la razón ha aumentado de 0,5 en 2016-2017 a 0,9 en 2022-2023. En el grupo de 15-19 años, la razón subió de 1,4 en 2016-2017 a 2,1 en 2020-2021, aunque ha descendido a 1,8 en el último período.

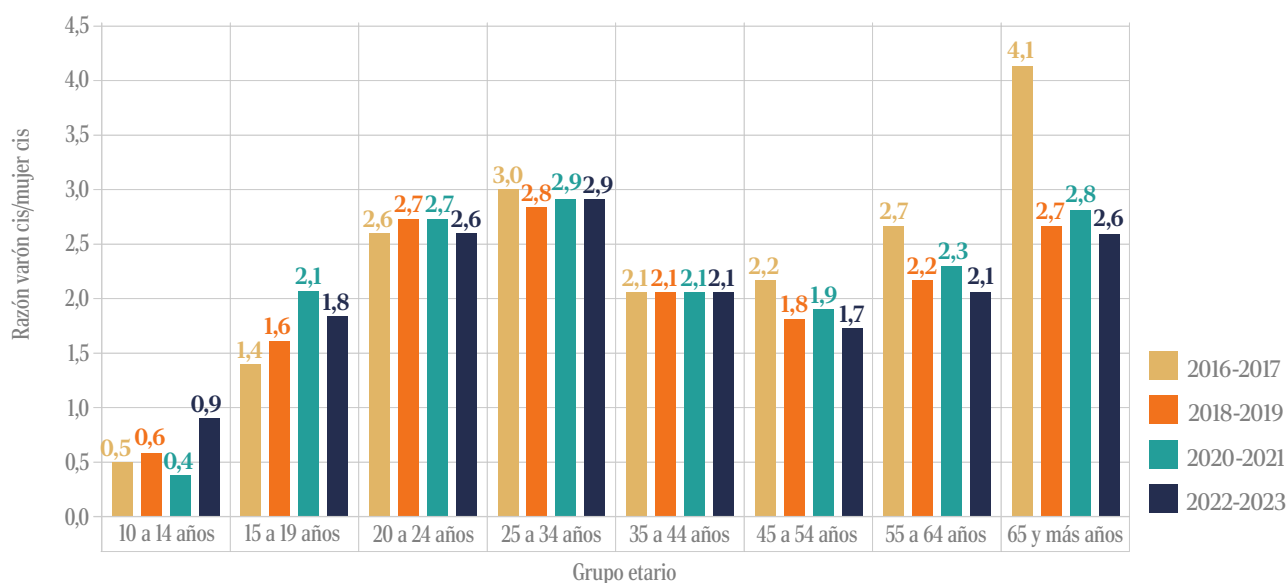
Se aprecia un aumento en los grupos de 20 a 24 y de 25 a 34 años, un comportamiento estable en los de 35 a 44 y 55 a 64 años, y una reducción en la razón de géneros cis en los grupos de 45 a 54 años y mayores de 65 años.

En la región GBA (**Gráfico 11**), la razón entre varones cis y mujeres cis se redujo de 2,7 en los bienios 2016-2017 y 2018-2019 a 2,3 en los períodos más recientes (2020-2021 y 2022-2023). La Ciudad Autónoma de Buenos Aires sostiene ese patrón, con una razón de 4,9 en 2016-2017 que ha disminuido progresivamente a 3,5 en 2022-2023.

En las regiones Centro y Cuyo, la razón varón cis/mujer cis ha mostrado cierta estabilidad, con una ligera variación a lo largo de los años, aunque sí se produjeron cambios en algunas provincias que componen estas regiones. En Córdoba, por ejemplo, la razón ha subido de 1,7 a 2,2 en el último período, mientras que en Entre Ríos ha aumentado de 1,6 a 2,0. En Mendoza, la razón ha subido de 2,9 a 3,4.

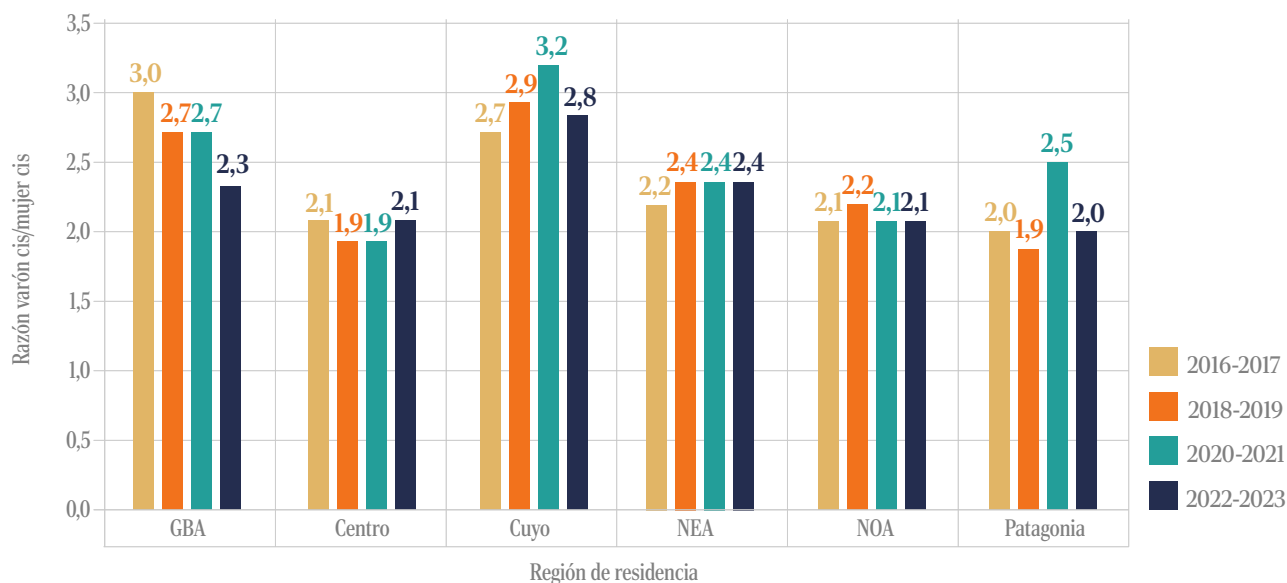
En la **Tabla 11** del Anexo se presentan los valores de este indicador para las regiones sanitarias de la provincia de Buenos Aires.

Gráfico 10. Comparación de la razón varón cis/mujer cis de las personas con VIH según grupo de edad y bienio de diagnóstico. Argentina, 2016-2023.



FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=48.521.

Gráfico 11. Comparación de la razón varón cis/mujer cis de las personas con VIH según región de residencia y bienio de diagnóstico. Argentina, 2016-2023.



FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=48.521.

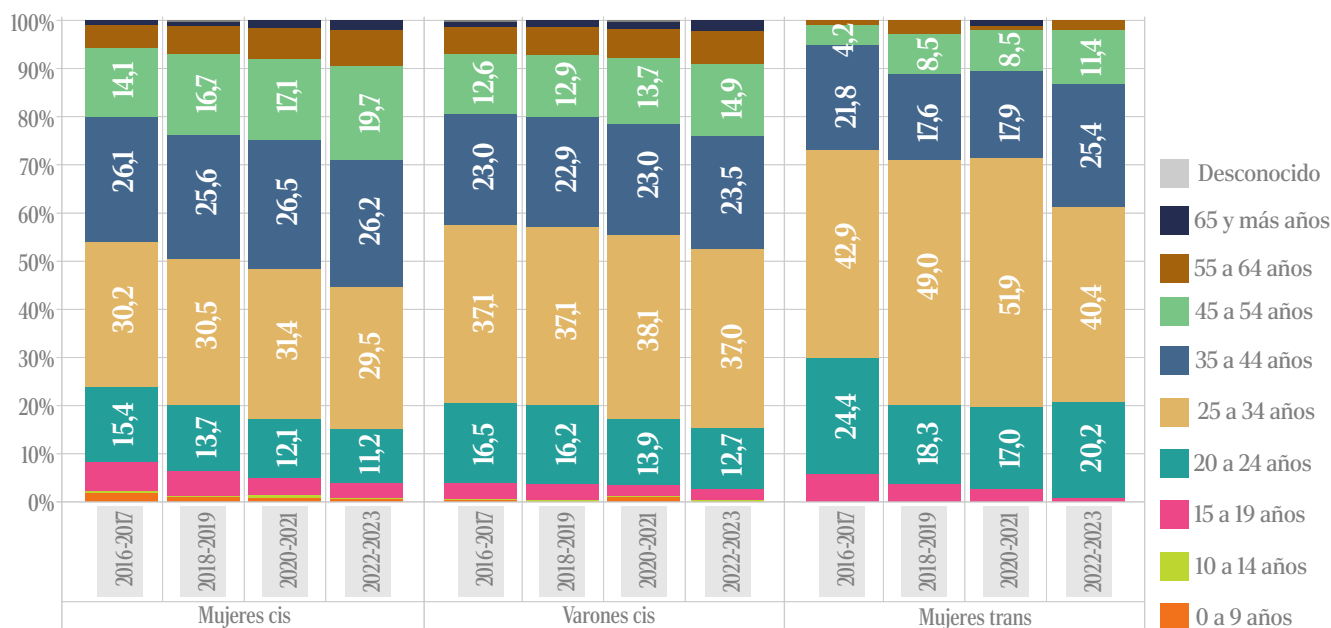
Edad de diagnóstico

En el bienio 2022-2023, la distribución por edad de los varones cis diagnosticados con VIH muestra que la mayoría de los casos se concentran en el grupo de 25 a 34 años, el 37,0% del total, lo que indica una cierta estabilidad con respecto a los años anteriores. A su vez, se aprecia una disminución en la proporción de diagnósticos en los jóvenes de 20 a 24 años, que bajó de 16,5% en 2016-2017 a 12,7% en 2022-2023. Por otro lado, ha habido un leve aumento proporcional en los grupos de mayor edad, especialmente en el rango de 55 a 64 años, que subió de 5,4% a 7,1%, y en el grupo de 65 años y más, que creció de 1,3% a 2,0%. Estos cambios sugieren un desplazamiento gradual de los diagnósticos hacia edades más avanzadas entre los varones cis.

En cuanto a las mujeres cis, la mayor proporción de los diagnósticos sigue ocurriendo en el grupo de 25 a 34 años y comprende el 29,5% de los registros del bienio 2022-2023. Se observa un aumento en los diagnósticos de mujeres en la franja de 45 a 54 años, de 14,1% a 19,7%, y en el grupo de 55 a 64, de 4,9% a 7,6%, lo que indica una tendencia hacia grupos de mayor edad en la población diagnosticada. En contraste, los diagnósticos en los grupos más jóvenes disminuyeron, como es el caso de los de 15 a 19 años, que pasaron del 6,3 al 3,2% en el mismo período.

Entre las mujeres trans, se destaca un descenso de los diagnósticos de las más jóvenes (15 a 19 años), 5,9% en 2016-2017 a 0,9% en 2022-2023; mientras que los grupos de 25 a 34 y 35 a 44 años han mostrado variaciones notables: el grupo de 25 a 34, que había alcanzado el 51,9% en 2020-2021, bajó al 40,4% en 2022-2023, y el grupo de 35 a 44 aumentó su proporción de 21,8% a 25,4%.

Gráfico 12. Comparación de la distribución etaria de los diagnósticos de VIH en bienios seleccionados, según género. Argentina, 2016-2023.

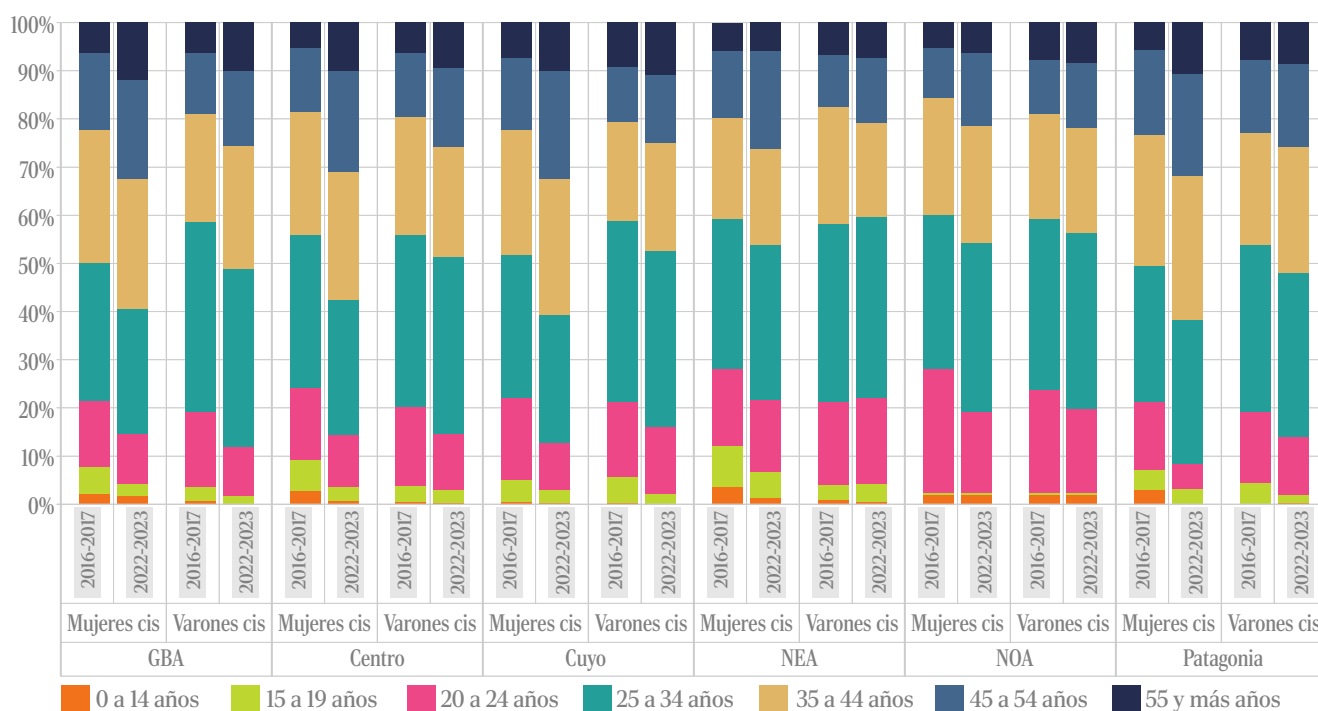


FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=48.416.

El **Gráfico 13** muestra la distribución etaria y de género de los nuevos diagnósticos de VIH según región. En todas ellas se aprecia el aumento de la edad.

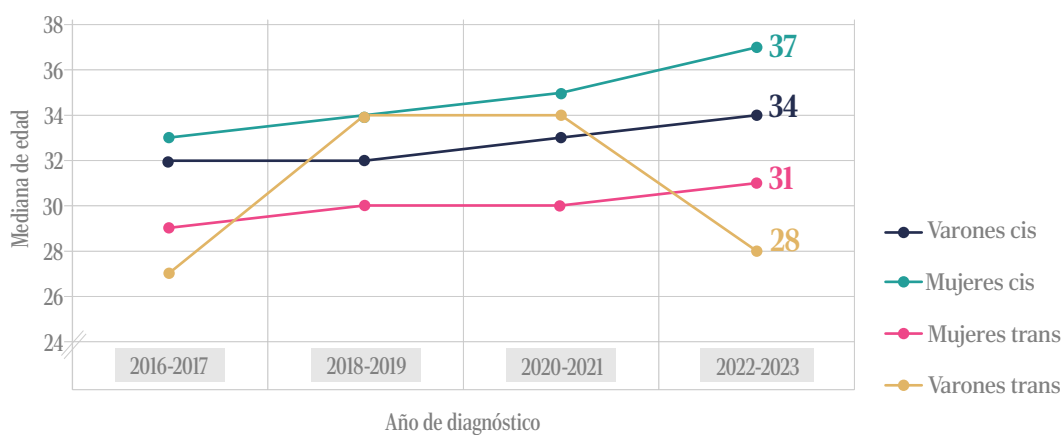
En el bienio 2022-2023, la mediana de edad al momento del diagnóstico de VIH ha mostrado un aumento continuo (**Gráfico 14**). Entre las mujeres cis subió de 33 años en 2016-2017 a 37 años en 2022-2023. De manera similar, la mediana de edad de los varones cis aumentó de 32 a 34 años y entre las mujeres trans, de 29 a 31.

Gráfico 13. Comparación de la distribución etaria de los diagnósticos de VIH en bienios seleccionados, según género y región de residencia. Argentina, 2016-2023.



FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=25.604.

Gráfico 14. Evolución bienal de la mediana de edad al momento del diagnóstico de VIH según género. Argentina, 2016-2023.



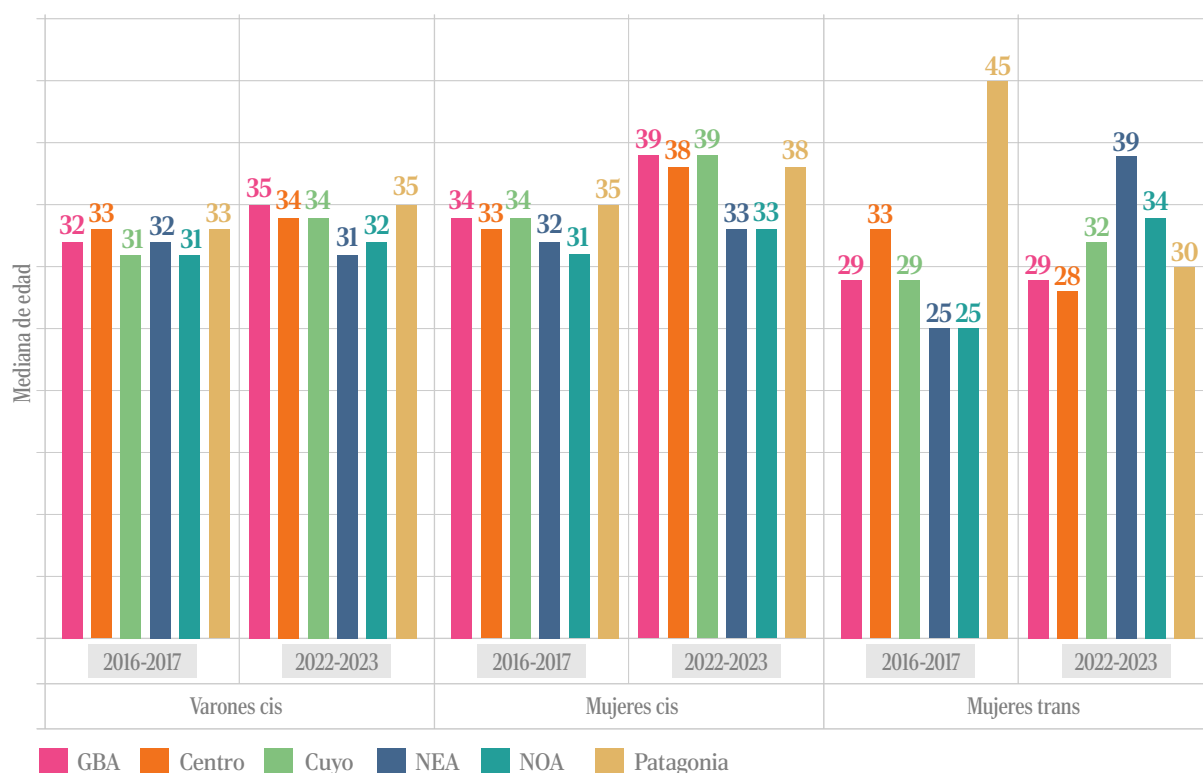
FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=48.473.

En el bienio 2022-2023, la mediana de edad al momento del diagnóstico de VIH entre varones cis y mujeres cis ha mostrado patrones diferenciados según la región y las provincias que las conforman (**Gráfico 15**). En el GBA, la mediana de edad de los varones diagnosticados pasó de 32 años en 2016-2017 a 35 años en 2022-2023, mientras que la de las mujeres manifestó un incremento más pronunciado, de 34 a 39 años.

En la región Centro, la mediana de edad de los varones cis creció ligeramente de 33 a 34 años, mientras que para las mujeres cis el aumento fue más pronunciado, de 33 a 38 años. En la región de Cuyo, en San Juan, se observa una notable diferencia donde las mujeres cis alcanzan los 40 años en la mediana, mientras que los varones cis son diagnosticados a una edad más temprana.

Las diferencias más acentuadas entre varones cis y mujeres cis se observan en provincias como Neuquén y Mendoza, donde la mediana de edad en mujeres cis supera en 3 a 5 años a la de los varones cis, lo que sugiere un diagnóstico más tardío en mujeres cis. Por otro lado, en provincias como La Pampa y Formosa, la diferencia es mínima, de 1 a 2 años.

Gráfico 15. Comparación de la mediana de edad al momento del diagnóstico de VIH por género y región de residencia en bienios seleccionados. Argentina, 2016-2017 y 2022-2023.



FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=25.862.

Nivel de instrucción

En boletines anteriores, se analizaba el nivel máximo de instrucción alcanzado por personas de 19 años o más como un indicador indirecto del nivel socioeconómico de quienes eran diagnosticados con VIH. Sin embargo, en los últimos años, esta información ha comenzado a registrarse con menor frecuencia, lo que dificulta su análisis. Mientras que en el bienio 2016-2017, antes del lanzamiento del SNVS 2.0, el 70% de los casos contaba con este dato, en el bienio 2022-2023, la cobertura de esta información se redujo a solo el 12%. Esto se debe a que muchos casos son notificados únicamente por laboratorio, sin que los equipos de salud amplíen la información, o bien, aunque se realice la notificación epidemiológica, no se recoge este dato. Esta limitación impide analizar de manera integral uno de los principales determinantes de los procesos de salud-enfermedad-atención del VIH, que está estrechamente relacionado con las vulnerabilidades derivadas de la situación social de las personas afectadas.

Vías de transmisión

La principal vía de transmisión del VIH continúan siendo las relaciones sexuales sin protección. No obstante, entre 2016 y 2023 se registra un notable aumento en la categoría “desconocido”, especialmente en el bienio 2020-2021, lo que dificulta la interpretación precisa de esta variable. Por ejemplo, en los varones cis, la transmisión por relaciones sexuales con hombres (RSH) parece disminuir del 47,1% al 28,5% cuando se incluyen los casos “desconocidos”, pero si se los excluye aumenta del 59,5% al 66,9%. Del mismo modo, entre las mujeres cis la transmisión por RSH parece caer del 78,8% al 35,9%, pero al excluir los casos “desconocidos”, se mantiene en valores similares, pasando de 96,3% a 97,6%.

La categoría “desconocido”, que supera la mitad de los registros en el último bienio, probablemente refleja informes incompletos por parte de laboratorios o notificaciones epidemiológicas deficientes. Es posible que esta categoría esté encubriendo las vías de transmisión más comunes, especialmente en mujeres cis, donde se presume que muchos casos “desconocidos” corresponden a transmisión por RSH. En varones cis, no es tan sencillo inferir cuál es la práctica sexual más prevalente.

Hechas estas salvedades y para obtener una visión más clara, se han descartado para el análisis los casos “desconocidos”, y corresponde subrayar la necesidad de mejorar la precisión en la recolección de datos en futuras notificaciones epidemiológicas.

La vía de transmisión reportada en la ficha de notificación epidemiológica debe considerarse como la “más probable”. Cuando se han registrado múltiples vías posibles, se asigna la más probable siguiendo este orden de prioridad: transmisión perinatal, uso compartido de material para el consumo de drogas, transmisión sanguínea, relaciones sexuales con hombres, relaciones sexuales con personas trans, relaciones sexuales con mujeres y, finalmente, otras vías.

En el período 2022-2023, entre los varones cis continuaron predominando las RSH como vía de transmisión del VIH, con el 66,9% de los casos, un incremento leve respecto del 59,5% del bienio 2016-2017. Las relaciones sexuales con mujeres (RSM) disminuyeron del 38,6% al 31,1% en el mismo lapso (**Gráfico 16**).

Para las mujeres cis, la transmisión por RSH representa el 97,6% de los casos. Otro 1,1% fue reportado como relaciones sexuales con trans (RST) o relaciones sexuales sin especificar.

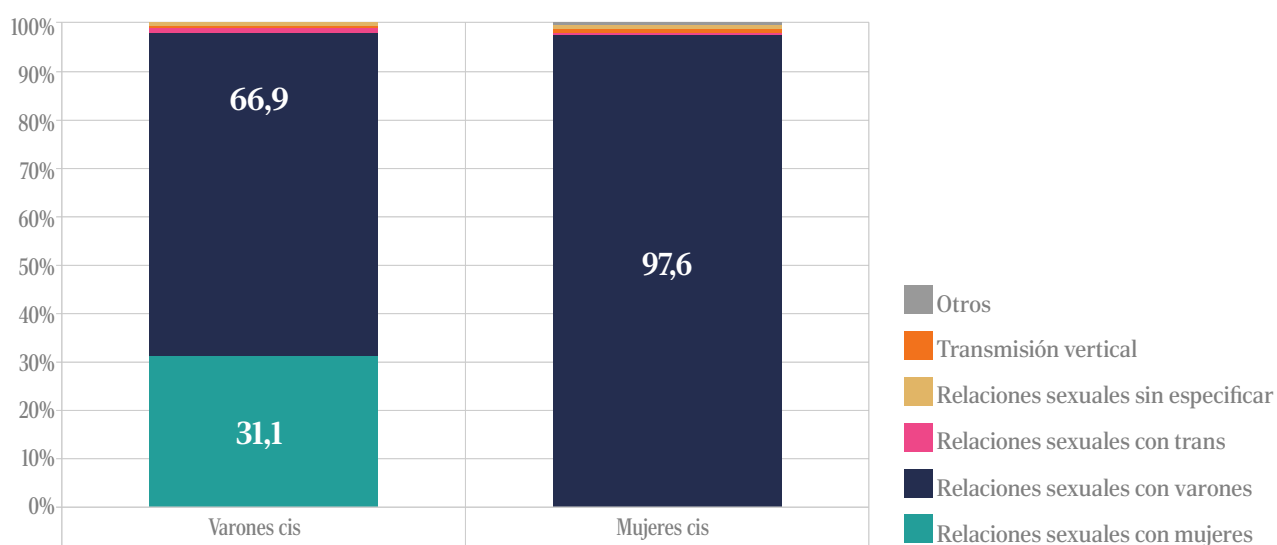
En varones cis, los casos de transmisión por uso compartido de equipo de inyección disminuyeron de 72 en 2016-2017 a 19 en 2022-2023, mientras que en mujeres cis esta vía pasó de 13 casos a 5 en el mismo período. La transmisión vertical es tratada en un artículo específico en este boletín.

El análisis por edad (**Gráfico 17**) revela que la mayoría de los varones cis contrajo el VIH por RSH en todos los grupos etarios, especialmente en los de 15 a 44 años, donde este modo de transmisión alcanzó proporciones del 60,3% al 85,7%, según el intervalo que se observe. En todos los grupos se registró un aumento en esta vía de transmisión.

A lo largo de los años, se observa una tendencia sostenida en la predominancia de la transmisión por RSH en los varones cis, con incrementos notables en los grupos de 25 a 34 y de 35 a 44 años, donde las proporciones han aumentado paulatinamente y desplazado a las RSM.

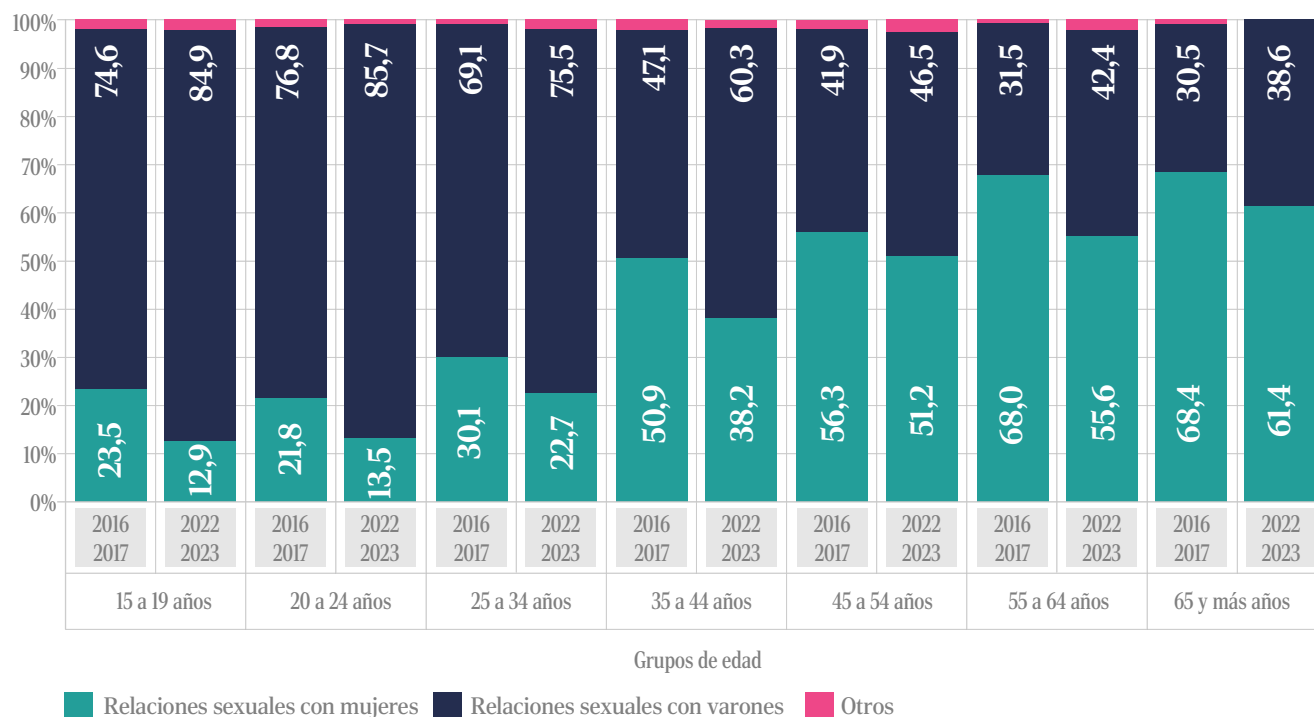
El análisis geográfico de estos diagnósticos (**Gráfico 18**) muestra que entre los varones cis de la región GBA, la adquisición probable del virus durante RSH alcanzó en 2022-2023 al 72,9% de las personas notificadas, mientras que en el NEA esta proporción fue del 57,2%. En todas las regiones se observó un aumento en esta forma de transmisión, aunque se destaca la región Centro, donde creció del 54,6% en 2016-2017 al 68,4% en el bienio 2022-2023.

Gráfico 16. Distribución de las vías de transmisión del VIH en varones cis y mujeres cis. Argentina, 2022-2023.



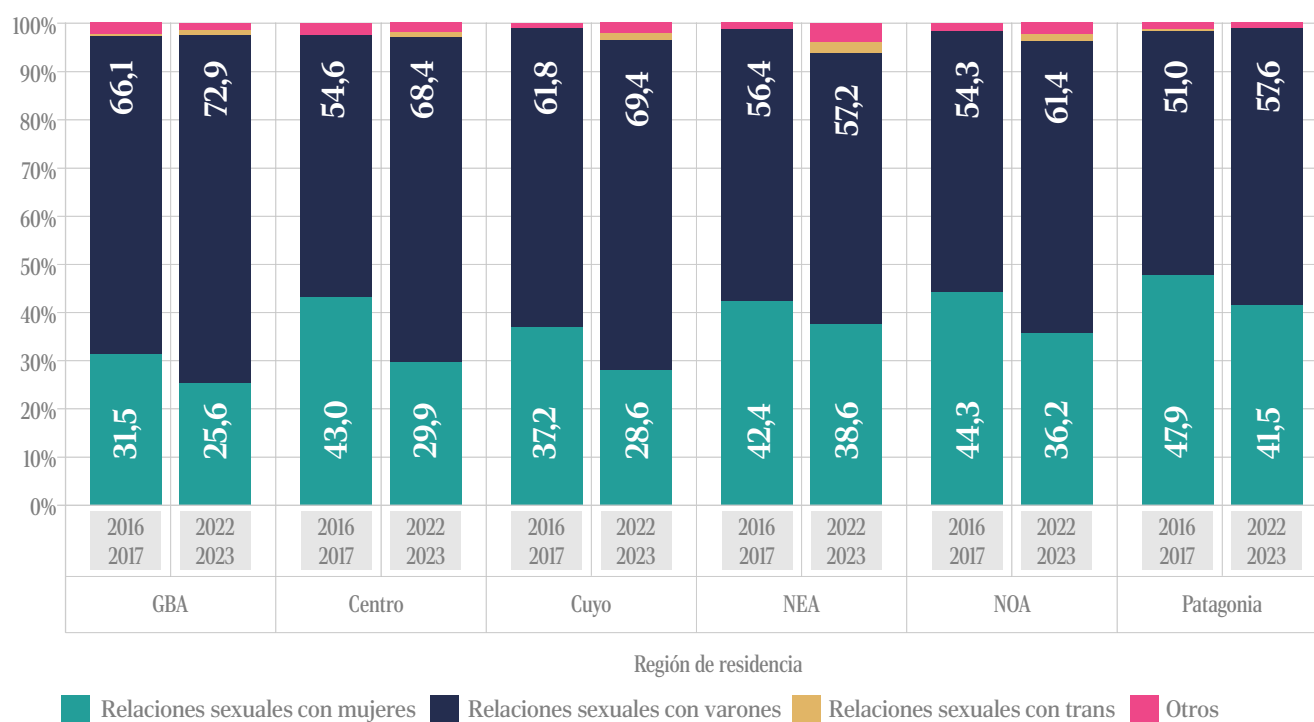
FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=5.152.

Gráfico 17. Comparación de la distribución de las vías de transmisión de VIH en varones cis por grupo de edad en bienios seleccionados. Argentina, 2016-2017 y 2022-2023.



FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=10.972.

Gráfico 18. Comparación de la distribución de las vías de transmisión de VIH en varones cis según región de residencia en bienios seleccionados. Argentina, 2016-2017 y 2022-2023.



FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=10.667.

Consideraciones finales

La caracterización de los nuevos casos de VIH en Argentina durante el bienio 2022-2023 revela un retorno a los valores prepandémicos en términos de cantidad de nuevos diagnósticos y tasas de VIH, aunque con modificaciones en el perfil de las personas diagnosticadas.

Se observa una distribución geográfica diversa, con un desplazamiento de los diagnósticos hacia las regiones Centro y NOA, en detrimento del GBA y la Patagonia. Mientras que provincias como Córdoba, Santa Fe, Salta y Tucumán han registrado un aumento importante en los casos, otras regiones como el NEA han mostrado estabilidad en sus porcentajes.

Se ha registrado un leve aumento en la proporción de mujeres diagnosticadas, lo que redujo ligeramente la razón entre los géneros cis. Sin embargo, este fenómeno requiere un análisis detallado por región. A su vez, se destaca una tendencia al incremento en la edad de diagnóstico tanto en varones cis como en mujeres cis y trans.

La falta de información impide en este boletín un análisis completo sobre el nivel de instrucción de las personas con nuevos diagnósticos de VIH y limita parcialmente el análisis de las vías de transmisión más probables. No obstante, entre los varones cis se evidencia un aumento en la transmisión a través de relaciones sexuales con otros varones en todas las regiones y grupos de edad.

Los datos presentados subrayan la necesidad de desarrollar estrategias de prevención integrales, que además cuenten con especificidad para abordar los diversos escenarios epidemiológicos en el país.

Asimismo, es fundamental fortalecer los sistemas de información para permitir en el futuro un análisis más completo y preciso.

Anexo

Tabla 1a. Casos y tasas de VIH por 100.000 habitantes por jurisdicción de residencia según sexo registrado y año de diagnóstico. Argentina, 2014-2023. **Ambos sexos.**

Jurisdicción		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Evolución
Total País	Casos	6.654	6.747	6.375	5.218	6.034	6.311	3.991	5.772	6.168	6.588	
	Tasas	15,6	15,6	14,6	11,8	13,6	14,0	8,8	12,6	13,3	14,1	
Buenos Aires	Casos	1.975	1.984	1.796	1.318	1.578	1.730	1.022	1.344	1.444	1.512	
	Tasas	12,0	11,9	10,7	7,7	9,2	10,0	5,8	7,6	8,1	8,4	
CABA	Casos	1.105	1.155	1.071	772	747	846	468	610	598	646	
	Tasas	36,2	37,8	35,0	25,2	24,3	27,5	15,2	19,8	19,4	20,9	
Catamarca	Casos	44	68	53	10	5	21	32	68	69	83	
	Tasas	11,2	17,1	13,2	2,5	1,2	5,1	7,7	16,2	16,3	19,5	
Chaco	Casos	52	24	79	27	176	124	54	112	128	156	
	Tasas	4,6	2,1	6,8	2,3	14,9	10,4	4,5	9,2	10,4	12,6	
Chubut	Casos	110	117	133	76	132	143	100	111	128	112	
	Tasas	19,8	20,6	23,0	12,9	22,1	23,5	16,2	17,6	20,0	17,2	
Córdoba	Casos	608	574	552	522	479	505	369	650	710	781	
	Tasas	17,2	16,1	15,3	14,3	13,0	13,6	9,8	17,1	18,5	20,2	
Corrientes	Casos	107	118	119	51	71	44	57	107	68	73	
	Tasas	10,1	11,0	11,0	4,7	6,4	4,0	5,1	9,5	6,0	6,4	
Entre Ríos	Casos	128	145	122	62	152	106	100	106	90	105	
	Tasas	9,8	11,0	9,1	4,6	11,2	7,7	7,2	7,6	6,4	7,4	
Formosa	Casos	52	70	79	81	98	141	90	91	117	115	
	Tasas	9,1	12,1	13,5	13,7	16,5	23,5	14,9	14,9	19,0	18,6	
Jujuy	Casos	166	176	167	205	297	320	142	329	207	273	
	Tasas	23,1	24,2	22,7	27,5	39,4	42,0	18,4	42,2	26,3	34,3	
La Pampa	Casos	54	65	70	74	49	52	39	49	60	66	
	Tasas	15,9	18,9	20,2	21,2	13,9	14,6	10,9	13,6	16,5	18,0	
La Rioja	Casos	62	44	15	8	5	47	11	65	119	118	
	Tasas	17,1	12,0	4,0	2,1	1,3	12,1	2,8	16,3	29,5	28,9	
Mendoza	Casos	325	331	307	307	331	354	223	319	381	374	
	Tasas	17,4	17,6	16,1	15,9	17,0	18,0	11,2	15,9	18,8	18,2	
Misiones	Casos	96	39	154	120	132	54	36	170	96	86	
	Tasas	8,2	3,3	12,8	9,8	10,7	4,3	2,9	13,3	7,5	6,6	
Neuquén	Casos	137	140	132	154	142	144	76	81	99	82	
	Tasas	22,4	22,6	21,0	24,1	22,0	22,0	11,4	12,0	14,5	11,9	
Río Negro	Casos	101	127	140	111	137	124	83	96	110	100	
	Tasas	14,7	18,2	19,8	15,4	18,8	16,8	11,1	12,7	14,4	12,9	
Salta	Casos	355	346	334	353	375	375	297	442	472	497	
	Tasas	27,0	25,9	24,7	25,8	27,0	26,7	20,9	30,7	32,3	33,7	
San Juan	Casos	93	97	96	90	110	119	88	101	149	143	
	Tasas	12,7	13,1	12,8	11,9	14,4	15,4	11,3	12,8	18,7	17,7	
San Luis	Casos	59	80	84	70	55	81	76	72	97	117	
	Tasas	12,6	16,8	17,4	14,3	11,1	16,1	15,0	14,0	18,6	22,2	
Santa Cruz	Casos	73	71	66	96	99	64	37	74	83	78	
	Tasas	23,4	22,2	20,0	28,4	28,5	17,9	10,1	19,7	21,6	19,9	
Santa Fe	Casos	362	340	261	205	353	353	271	300	417	498	
	Tasas	10,7	10,0	7,6	5,9	10,1	10,1	7,7	8,4	11,6	13,8	
Santiago del Estero	Casos	69	86	42	23	72	93	52	60	99	138	
	Tasas	7,5	9,3	4,5	2,4	7,5	9,6	5,3	6,1	9,9	13,7	
Tierra del Fuego	Casos	39	44	47	51	57	59	36	30	32	39	
	Tasas	26,3	28,9	30,0	31,7	34,6	34,9	20,8	16,9	17,6	20,9	
Tucumán	Casos	272	263	260	287	302	328	195	309	262	256	
	Tasas	17,3	16,5	16,1	17,6	18,3	19,6	11,5	18,0	15,1	14,6	
Desconocidos	Casos	210	243	196	145	80	84	37	76	133	140	

FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=59.858. Los valores de los últimos cinco años pueden ser actualizados en boletines futuros.

Tabla 1b. Casos y tasas de VIH por 100.000 habitantes por jurisdicción de residencia según sexo registrado y año de diagnóstico. Argentina, 2014-2023. Varones.

Jurisdicción		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Evolución
Total País	Casos	4.621	4.813	4.506	3.736	4.256	4.419	2.818	4.072	4.294	4.598	
	Tasas	22,1	22,8	21,1	17,3	19,5	20,0	12,7	18,1	18,9	20,1	
Buenos Aires	Casos	1.269	1.352	1.218	885	1.059	1.170	709	919	952	1.031	
	Tasas	15,7	16,6	14,8	10,6	12,6	13,7	8,2	10,6	10,8	11,6	
CABA	Casos	891	953	887	653	609	683	382	490	465	501	
	Tasas	62,6	66,8	62,0	45,5	42,4	47,4	26,4	33,9	32,1	34,5	
Catamarca	Casos	27	37	38	8	2	13	25	41	45	54	
	Tasas	13,7	18,6	19,0	4,0	1,0	6,3	12,0	19,5	21,3	25,3	
Chaco	Casos	37	20	56	17	134	90	37	84	93	110	
	Tasas	6,6	3,5	9,8	2,9	23,0	15,3	6,2	14,0	15,4	18,0	
Chubut	Casos	74	69	82	47	82	94	68	87	88	75	
	Tasas	26,6	24,3	28,4	16,0	27,4	30,8	21,9	27,6	27,5	23,0	
Córdoba	Casos	436	412	389	351	315	321	234	454	495	532	
	Tasas	25,3	23,7	22,1	19,7	17,5	17,6	12,7	24,4	26,4	28,0	
Corrientes	Casos	73	85	89	38	55	37	46	73	53	57	
	Tasas	14,0	16,1	16,7	7,1	10,1	6,8	8,3	13,1	9,4	10,1	
Entre Ríos	Casos	86	94	76	39	100	68	60	68	63	68	
	Tasas	13,4	14,5	11,6	5,9	15,0	10,1	8,8	9,9	9,1	9,7	
Formosa	Casos	36	47	49	54	64	90	63	65	81	73	
	Tasas	12,6	16,3	16,8	18,4	21,6	30,1	20,9	21,4	26,5	23,7	
Jujuy	Casos	108	124	105	136	197	239	89	229	145	184	
	Tasas	30,4	34,5	28,9	37,0	52,9	63,5	23,4	59,5	37,3	46,8	
La Pampa	Casos	29	41	39	48	30	33	27	31	36	36	
	Tasas	17,2	24,1	22,7	27,7	17,2	18,7	15,2	17,3	19,9	19,8	
La Rioja	Casos	39	28	13	4	4	29	9	40	72	81	
	Tasas	21,6	15,3	7,0	2,1	2,1	15,0	4,6	20,2	35,8	39,8	
Mendoza	Casos	245	234	228	233	265	255	173	250	298	283	
	Tasas	26,8	25,3	24,3	24,6	27,7	26,3	17,7	25,3	29,8	28,0	
Misiones	Casos	61	28	87	81	91	32	29	110	67	57	
	Tasas	10,4	4,7	14,5	13,3	14,8	5,1	4,6	17,3	10,4	8,8	
Neuquén	Casos	91	96	92	110	91	102	52	63	66	65	
	Tasas	30,0	31,1	29,4	34,7	28,3	31,3	15,8	18,9	19,5	19,0	
Río Negro	Casos	56	75	87	67	82	77	59	68	72	68	
	Tasas	16,3	21,5	24,6	18,7	22,6	20,9	15,8	18,0	18,8	17,6	
Salta	Casos	231	229	212	245	247	256	199	291	324	350	
	Tasas	35,5	34,7	31,7	36,1	36,0	36,8	28,2	40,8	44,9	47,9	
San Juan	Casos	65	75	66	62	86	89	75	69	108	104	
	Tasas	18,0	20,5	17,8	16,6	22,7	23,2	19,4	17,6	27,3	26,0	
San Luis	Casos	40	50	56	55	44	53	55	48	65	68	
	Tasas	17,2	21,2	23,4	22,7	17,9	21,3	21,8	18,8	25,2	26,0	
Santa Cruz	Casos	47	43	47	60	57	51	24	50	53	52	
	Tasas	29,4	26,1	27,8	34,5	31,9	27,8	12,8	26,0	26,9	25,8	
Santa Fe	Casos	257	247	192	151	260	221	176	192	277	330	
	Tasas	15,7	14,9	11,5	9,0	15,3	12,9	10,2	11,1	15,8	18,7	
Santiago del Estero	Casos	43	48	22	17	48	48	27	43	57	80	
	Tasas	9,4	10,4	4,7	3,6	10,1	10,0	5,5	8,7	11,5	16,0	
Tierra del Fuego	Casos	28	32	40	44	40	44	25	22	25	26	
	Tasas	37,0	41,2	50,1	53,7	47,6	51,0	28,3	24,3	27,0	27,4	
Tucumán	Casos	184	205	189	223	222	251	145	225	187	196	
	Tasas	23,7	26,1	23,7	27,7	27,2	30,4	17,3	26,6	21,8	22,6	
Desconocidos	Casos	168	189	147	108	72	73	30	60	107	117	

FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=59.858. Los valores de los últimos cinco años pueden ser actualizados en boletines futuros.

Tabla 1c. Casos y tasas de VIH por 100.000 habitantes por jurisdicción de residencia según sexo registrado y año de diagnóstico. Argentina, 2014-2023. **Mujeres.**

Jurisdicción		2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Evolución
Total País	Casos	2.031	1.933	1.868	1.481	1.771	1.886	1.167	1.695	1.865	1.979	
	Tasas	9,3	8,8	8,4	6,6	7,8	8,2	5,1	7,3	7,9	8,3	
Buenos Aires	Casos	706	631	578	433	518	559	312	424	488	475	
	Tasas	8,4	7,4	6,7	5,0	5,9	6,3	3,5	4,7	5,4	5,2	
CABA	Casos	214	202	184	119	137	159	85	120	132	145	
	Tasas	13,2	12,4	11,3	7,3	8,4	9,8	5,2	7,4	8,1	8,9	
Catamarca	Casos	17	31	15	2	3	8	7	27	24	29	
	Tasas	8,6	15,6	7,5	1,0	1,5	3,9	3,4	12,9	11,4	13,6	
Chaco	Casos	15	4	23	10	42	34	17	28	35	45	
	Tasas	2,6	0,7	3,9	1,7	7,0	5,6	2,8	4,5	5,6	7,2	
Chubut	Casos	36	48	50	29	50	49	32	24	40	37	
	Tasas	12,9	16,9	17,3	9,9	16,7	16,1	10,4	7,6	12,5	11,4	
Córdoba	Casos	172	162	163	171	164	184	134	196	214	249	
	Tasas	9,5	8,9	8,8	9,2	8,7	9,7	7,0	10,1	10,9	12,6	
Corrientes	Casos	34	33	30	13	16	7	11	34	15	16	
	Tasas	6,3	6,1	5,5	2,4	2,9	1,2	1,9	5,9	2,6	2,8	
Entre Ríos	Casos	42	51	46	23	52	38	40	38	27	37	
	Tasas	6,3	7,6	6,8	3,4	7,5	5,4	5,7	5,3	3,8	5,1	
Formosa	Casos	16	23	30	27	34	51	27	26	36	42	
	Tasas	5,6	7,9	10,2	9,1	11,4	16,9	8,9	8,5	11,7	13,5	
Jujuy	Casos	58	52	62	69	99	81	52	99	62	89	
	Tasas	15,9	14,1	16,6	18,3	25,9	21,0	13,3	25,1	15,6	22,1	
La Pampa	Casos	25	24	31	26	19	19	12	18	24	30	
	Tasas	14,6	13,9	17,8	14,8	10,7	10,6	6,6	9,9	13,1	16,2	
La Rioja	Casos	23	16	2	4	1	18	2	25	47	37	
	Tasas	12,6	8,7	1,1	2,1	0,5	9,2	1,0	12,5	23,2	18,0	
Mendoza	Casos	80	97	79	73	66	99	49	68	82	91	
	Tasas	8,4	10,1	8,1	7,4	6,7	9,9	4,8	6,7	8,0	8,7	
Misiones	Casos	35	11	67	39	41	22	7	60	29	29	
	Tasas	6,0	1,8	11,1	6,4	6,6	3,5	1,1	9,4	4,5	4,4	
Neuquén	Casos	45	44	40	44	51	42	24	18	33	17	
	Tasas	14,7	14,1	12,7	13,7	15,7	12,7	7,2	5,3	9,6	4,9	
Río Negro	Casos	45	52	53	44	55	47	24	28	37	32	
	Tasas	13,0	14,8	14,9	12,2	15,1	12,7	6,4	7,4	9,6	8,2	
Salta	Casos	124	117	122	108	128	119	97	151	148	144	
	Tasas	18,7	17,4	17,9	15,6	18,2	16,7	13,5	20,7	20,1	19,3	
San Juan	Casos	27	22	30	28	24	30	13	32	40	39	
	Tasas	7,3	5,9	7,9	7,3	6,2	7,7	3,3	8,0	10,0	9,6	
San Luis	Casos	19	30	28	15	11	28	21	23	32	49	
	Tasas	8,0	12,5	11,5	6,1	4,4	11,1	8,2	8,9	12,2	18,5	
Santa Cruz	Casos	26	28	19	36	41	13	13	24	30	26	
	Tasas	17,2	18,0	11,9	21,9	24,3	7,5	7,3	13,2	16,1	13,6	
Santa Fe	Casos	105	93	69	54	91	131	95	108	140	168	
	Tasas	6,1	5,3	3,9	3,0	5,1	7,3	5,2	5,9	7,6	9,1	
Santiago del Estero	Casos	26	38	20	6	24	45	25	17	42	58	
	Tasas	5,6	8,2	4,2	1,3	5,0	9,3	5,1	3,4	8,4	11,5	
Tierra del Fuego	Casos	11	12	7	7	16	15	11	8	7	13	
	Tasas	15,2	16,1	9,1	8,9	19,8	18,1	12,9	9,2	7,8	14,2	
Tucumán	Casos	88	58	71	64	80	77	50	84	75	59	
	Tasas	11,0	7,2	8,7	7,7	9,5	9,1	5,8	9,7	8,5	6,7	
Desconocidos	Casos	42	54	49	37	8	11	7	15	26	23	

FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=59.858. Los valores de los últimos cinco años pueden ser actualizados en boletines futuros.

Tabla 2. Evolución de las tasas específicas de VIH por 100.000 habitantes por sexo registrado y grupo de edad según año de diagnóstico. Argentina, 2014-2023.**Ambos sexos**

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Evolución
Total	15,6	15,6	14,6	11,8	13,6	14,0	8,8	12,6	13,3	14,1	
0 a 9 años	1,4	0,8	0,9	0,5	0,3	0,5	0,2	0,5	0,3	0,4	
10 a 14 años	0,6	0,6	0,3	0,2	0,3	0,2	0,1	0,4	0,1	0,2	
15 a 19 años	7,5	8,9	7,7	6,8	7,3	7,1	3,3	5,9	4,4	5,4	
20 a 24 años	29,2	30,2	30,3	22,7	27,3	27,3	15,5	21,5	22,9	21,9	
25 a 34 años	36,8	36,8	33,8	27,9	31,6	32,7	21,5	29,8	31,0	32,3	
35 a 44 años	27,7	27,1	25,8	20,4	23,1	24,5	15,3	22,1	23,9	25,0	
45 a 54 años	19,5	19,4	17,5	15,3	17,5	18,3	11,9	16,5	18,7	20,5	
55 a 64 años	9,3	10,0	8,5	7,1	8,6	9,0	5,6	9,2	10,5	11,8	
65 y más años	1,9	1,5	1,6	1,3	1,4	1,6	1,2	1,7	1,7	2,6	

Varones

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Evolución
Total	22,1	22,8	21,1	17,3	19,5	20,0	12,7	18,1	18,9	20,1	
0 a 9 años	1,2	0,7	0,7	0,3	0,2	0,4	0,2	0,4	0,3	0,4	
10 a 14 años	0,4	0,3	0,3	0,1	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1	0,2	
15 a 19 años	7,8	9,0	8,4	8,5	8,9	8,5	4,4	7,8	5,3	7,1	
20 a 24 años	40,4	44,8	43,5	32,3	39,9	39,2	22,6	31,0	33,1	30,5	
25 a 34 años	54,4	55,1	50,6	42,6	46,2	49,2	32,0	44,2	46,0	47,6	
35 a 44 años	39,2	38,9	36,0	28,1	32,4	32,9	20,8	30,1	32,0	34,7	
45 a 54 años	26,6	27,1	24,6	21,6	24,1	23,8	16,2	22,1	24,0	26,8	
55 a 64 años	13,6	15,6	12,7	11,0	12,4	13,2	7,8	13,8	15,4	16,4	
65 y más años	3,1	2,7	3,1	2,6	2,5	2,7	2,0	3,1	3,0	4,5	

Mujeres

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Evolución
Total	9,3	8,8	8,4	6,6	7,8	8,2	5,1	7,3	7,9	8,3	
0 a 9 años	1,6	0,9	1,1	0,7	0,4	0,6	0,2	0,6	0,3	0,5	
10 a 14 años	0,8	0,9	0,4	0,3	0,4	0,2	0,2	0,6	0,2	0,2	
15 a 19 años	7,1	8,7	7,0	5,2	5,6	5,5	2,2	3,9	3,6	3,6	
20 a 24 años	17,9	15,3	16,9	12,9	14,2	14,9	8,2	11,8	12,2	12,8	
25 a 34 años	19,4	18,7	17,1	13,1	16,9	16,1	10,9	15,2	15,8	16,8	
35 a 44 años	16,5	15,6	15,8	12,8	14,1	16,1	9,9	14,1	16,0	15,4	
45 a 54 años	12,7	12,1	10,9	9,3	11,3	13,0	7,8	11,2	13,6	14,3	
55 a 64 años	5,4	4,8	4,7	3,6	5,2	5,1	3,5	5,0	6,1	7,5	
65 y más años	1,0	0,7	0,6	0,4	0,5	0,8	0,6	0,7	0,8	1,3	

FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=59.858. Los valores de los últimos cinco años pueden ser actualizados en boletines futuros.

Tabla 3. Evolución de las tasas de VIH por 100.000 habitantes por sexo registrado y región de residencia según año de diagnóstico. Argentina, 2014-2023.**Ambos sexos**

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Evolución
País	15,6	15,6	14,6	11,8	13,6	14,0	8,8	12,6	13,3	14,1	
GBA	16,7	17,5	15,9	11,9	12,8	13,9	8,2	10,8	11,1	11,7	
Centro	12,1	11,5	9,9	8,1	10,2	10,1	6,6	9,2	10,4	11,5	
Cuyo	15,6	16,4	15,5	14,7	15,5	17,1	11,8	14,8	18,7	18,7	
NEA	7,8	6,3	10,7	6,9	11,6	8,7	5,7	11,3	9,6	10,0	
NOA	18,3	18,4	16,1	16,2	19,0	21,1	12,8	22,2	21,2	23,3	
Patagonia	19,4	20,9	21,4	20,1	21,7	20,3	12,7	14,8	17,0	15,6	

Varones

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Evolución
País	22,1	22,8	21,1	17,3	19,5	20,0	12,7	18,1	18,9	20,1	
GBA	24,5	27,1	24,7	18,6	19,5	20,8	12,5	16,2	15,9	16,9	
Centro	17,2	16,4	13,9	11,1	14,0	13,3	8,7	12,8	14,5	15,9	
Cuyo	23,2	23,5	22,6	22,4	25,0	24,8	18,7	22,4	28,5	27,2	
NEA	10,6	9,1	14,1	9,4	16,9	12,1	8,4	15,8	13,9	13,9	
NOA	24,2	25,3	21,6	23,3	26,2	30,1	17,6	30,5	28,8	32,5	
Patagonia	24,4	26,3	28,1	26,9	26,9	27,8	17,4	21,6	22,5	21,0	

Mujeres

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Evolución
País	9,3	8,8	8,4	6,6	7,8	8,2	5,1	7,3	7,9	8,3	
GBA	9,3	8,6	7,7	5,6	6,4	7,3	4,1	5,8	6,6	6,6	
Centro	7,3	6,7	6,0	5,2	6,6	7,0	4,6	5,8	6,4	7,3	
Cuyo	8,1	9,5	8,6	7,2	6,2	9,5	5,0	7,3	9,1	10,5	
NEA	5,0	3,5	7,4	4,3	6,4	5,4	2,9	6,9	5,3	6,1	
NOA	12,6	11,6	10,7	9,1	12,0	12,3	8,1	13,9	13,6	14,1	
Patagonia	14,2	15,4	14,6	13,3	16,4	12,9	7,9	8,1	11,4	10,2	

FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=59.858. Los valores de los últimos cinco años pueden ser actualizados en boletines futuros.

Tabla 4. Evolución de las tasas de VIH por 100.000 habitantes por sexo registrado y región sanitaria de residencia según año de diagnóstico. Provincia de Buenos Aires, 2014-2023.**Ambos sexos**

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Evolución
Total Buenos Aires	12,0	11,9	10,7	7,7	9,2	10,0	5,8	7,6	8,1	8,4	
Región Sanitaria I	11,7	13,3	8,6	6,5	7,0	11,8	3,1	6,9	6,0	7,0	
Región Sanitaria II	7,8	6,7	4,8	2,9	4,8	5,1	3,3	4,7	6,1	4,7	
Región Sanitaria III	6,2	12,8	15,5	5,0	1,9	3,5	3,1	5,4	1,5	5,0	
Región Sanitaria IV	6,9	6,0	6,3	6,2	8,7	7,6	3,3	3,0	4,9	3,9	
Región Sanitaria V	8,7	9,5	9,3	6,3	7,0	9,9	6,6	8,8	7,7	8,6	
Región Sanitaria VI	13,6	15,1	14,0	11,1	12,8	12,2	7,1	9,2	11,2	10,5	
Región Sanitaria VII	9,6	9,3	7,2	6,3	8,3	9,0	6,0	9,0	9,1	9,2	
Región Sanitaria VIII	12,1	11,9	10,1	9,7	16,0	15,0	3,7	3,0	4,0	3,9	
Región Sanitaria IX	2,8	1,9	3,7	3,7	2,2	2,4	4,6	4,6	5,1	4,2	
Región Sanitaria X	3,6	4,8	4,4	2,7	2,3	2,9	2,6	4,3	4,3	4,0	
Región Sanitaria XI	16,5	13,0	8,8	6,9	8,2	6,3	4,2	6,7	7,3	7,3	
Región Sanitaria XII	9,8	9,1	7,8	6,3	6,1	6,6	3,9	4,9	5,7	7,2	

Varones

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Evolución
Total Buenos Aires	15,7	16,6	14,8	10,6	12,6	13,7	8,2	10,6	10,8	11,6	
Región Sanitaria I	16,9	19,3	13,4	9,1	10,0	14,6	4,8	8,8	8,1	10,5	
Región Sanitaria II	8,3	11,3	6,0	3,0	4,5	8,2	3,7	7,4	8,1	5,8	
Región Sanitaria III	8,8	17,5	20,6	7,1	3,9	5,5	3,1	8,6	1,6	7,8	
Región Sanitaria IV	9,2	9,1	7,6	7,9	9,3	9,9	4,4	3,4	7,0	4,7	
Región Sanitaria V	12,4	14,5	13,2	8,9	10,0	14,1	8,7	12,4	10,3	12,3	
Región Sanitaria VI	17,0	20,1	18,6	14,2	17,7	15,6	10,0	12,2	14,4	14,2	
Región Sanitaria VII	13,5	12,6	10,9	9,6	11,2	13,1	8,8	12,8	13,0	12,3	
Región Sanitaria VIII	16,2	14,1	11,6	10,6	20,0	21,8	5,3	4,8	5,9	5,7	
Región Sanitaria IX	4,4	2,5	4,4	4,4	3,1	2,5	7,4	6,1	6,7	3,7	
Región Sanitaria X	5,5	7,3	7,3	5,4	2,4	3,0	4,2	7,1	6,5	6,4	
Región Sanitaria XI	22,8	19,6	12,8	11,1	12,2	8,7	6,0	9,6	10,5	10,7	
Región Sanitaria XII	9,8	11,7	10,7	9,3	8,2	9,1	5,8	6,5	6,8	9,2	

Mujeres

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Evolución
Total Buenos Aires	8,4	7,4	6,7	5,0	5,9	6,3	3,5	4,7	5,4	5,2	
Región Sanitaria I	6,7	7,6	4,1	4,1	4,0	9,2	1,4	5,2	4,0	3,7	
Región Sanitaria II	7,4	2,2	3,7	2,9	5,1	2,2	2,9	2,1	4,3	3,5	
Región Sanitaria III	3,8	8,3	10,6	3,0	0,0	1,5	3,0	2,2	1,5	2,2	
Región Sanitaria IV	4,7	3,0	5,0	4,6	8,2	5,5	2,3	2,6	2,9	3,2	
Región Sanitaria V	5,2	4,6	5,6	3,8	4,1	5,8	4,6	5,4	5,1	5,0	
Región Sanitaria VI	10,4	10,3	9,5	8,2	8,0	9,0	4,4	6,4	8,1	6,9	
Región Sanitaria VII	5,9	6,2	3,7	3,2	5,4	5,2	3,3	5,4	5,3	6,1	
Región Sanitaria VIII	8,3	9,9	8,7	8,8	12,2	8,5	2,2	1,4	2,2	2,3	
Región Sanitaria IX	1,2	1,2	3,1	3,1	1,2	2,4	1,8	3,0	3,6	4,8	
Región Sanitaria X	1,8	2,3	1,7	0,0	2,3	2,8	1,1	1,7	2,2	1,7	
Región Sanitaria XI	10,4	6,5	4,9	2,9	4,4	4,0	2,5	4,0	4,2	4,0	
Región Sanitaria XII	9,8	6,6	4,9	3,3	4,1	4,1	2,2	3,2	4,7	5,2	

FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=15.703. Los valores de los últimos cinco años pueden ser actualizados en boletines futuros.

Tabla 5. Evolución de las tasas de VIH por 100.000 habitantes en los 24 partidos del Gran Buenos Aires, 2014-2023.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Evolución
Partidos del GBA	11,0	11,7	10,5	8,2	9,2	10,1	6,2	8,4	8,9	9,2	
Almirante Brown	10,3	11,8	9,4	6,1	12,2	13,8	3,8	7,5	10,9	12,8	
Avellaneda	18,0	18,5	15,6	12,7	15,2	19,7	18,0	13,4	13,4	13,1	
Berazategui	8,8	9,2	7,7	11,0	8,7	5,8	3,8	4,6	7,5	8,0	
Esteban Echeverría	8,5	7,7	9,0	8,0	9,2	8,0	4,9	6,4	7,0	10,5	
Ezeiza	8,6	8,3	7,6	6,4	7,7	7,5	3,2	10,3	8,3	8,5	
Florencio Varela	15,1	18,4	22,4	10,8	10,8	12,4	9,1	9,7	13,1	8,7	
General San Martín	8,8	9,2	12,3	6,6	6,8	11,8	7,3	11,0	8,9	11,7	
Hurlingham	9,6	8,0	3,2	5,8	9,4	7,3	10,3	13,9	8,7	9,7	
Ituzaingó	0,6	2,3	0,6	5,1	6,2	8,3	8,3	7,1	7,1	10,9	
José C. Paz	7,4	9,0	10,3	8,4	10,7	11,8	7,5	14,8	9,8	8,8	
La Matanza	9,8	9,1	7,8	6,3	6,1	6,6	3,9	4,9	5,7	7,2	
Lanús	12,7	15,1	14,5	9,7	13,2	12,3	7,3	11,9	13,0	12,8	
Lomas de Zamora	13,3	16,8	15,0	9,8	11,5	11,5	6,5	8,0	12,3	10,4	
Malvinas Argentinas	6,8	10,8	11,0	5,1	4,8	9,0	6,4	7,2	5,2	7,8	
Merlo	13,2	11,9	6,9	5,5	7,1	9,5	7,3	8,6	8,2	8,5	
Moreno	11,4	8,8	6,9	6,0	10,1	7,9	5,2	6,5	7,2	8,3	
Morón	7,5	11,8	10,3	7,2	9,4	8,1	2,8	10,7	17,9	14,5	
Quilmes	21,0	21,6	17,7	20,6	20,3	14,8	7,7	11,5	11,9	9,3	
San Fernando	8,9	15,9	13,5	4,1	4,0	10,9	8,6	4,5	5,7	9,0	
San Isidro	12,9	7,5	9,5	5,5	4,4	9,6	2,7	13,0	9,3	10,0	
San Miguel	7,6	9,6	8,5	7,4	8,4	10,9	7,2	11,4	8,7	7,7	
Tigre	7,7	9,2	6,7	6,4	7,4	12,3	10,2	7,6	7,1	7,2	
Tres de Febrero	7,9	10,2	10,8	9,6	8,1	12,5	5,8	11,0	9,9	5,8	
Vicente López	11,5	13,0	9,3	7,8	7,8	7,5	3,4	6,0	4,5	9,0	

FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=10.324. Los valores de los últimos cinco años pueden ser actualizados en boletines futuros.

Tabla 6. Evolución de la distribución de los casos de VIH por región de residencia y bienio de diagnóstico. Argentina, 2016-2023.

	2016-2017	2018-2019	2020-2021	2022-2023	Evolución
País	13.130	12.872	9.763	12.756	
Gran Buenos Aires	32,8%	31,0%	28,1%	26,2%	
Centro	24,0%	24,5%	24,4%	26,3%	
Cuyo	7,4%	8,3%	9,0%	9,9%	
NEA	6,8%	6,5%	7,3%	6,6%	
NOA	14,7%	17,8%	20,5%	20,3%	
Patagonia	9,3%	9,4%	8,3%	7,8%	
Desconocido	4,9%	2,4%	2,3%	3,0%	

FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=48.521.

Tabla 7. Evolución de la distribución de los casos de VIH por jurisdicción de residencia y bienio de diagnóstico. Argentina, 2016-2023.

Jurisdicción	2016-2017	2018-2019	2020-2021	2022-2023	Evolución
País	13.130	12.872	9.763	12.756	
Buenos Aires	26,8%	27,2%	24,2%	23,2%	
CABA	15,6%	13,2%	11,0%	9,8%	
Catamarca	0,5%	0,2%	1,0%	1,2%	
Chaco	2,0%	2,3%	1,7%	2,2%	
Chubut	1,9%	2,2%	2,2%	1,9%	
Córdoba	9,8%	8,2%	10,4%	11,7%	
Corrientes	1,4%	0,9%	1,7%	1,1%	
Entre Ríos	2,0%	2,0%	2,1%	1,5%	
Formosa	1,3%	1,9%	1,9%	1,8%	
Jujuy	3,0%	4,8%	4,8%	3,8%	
La Pampa	1,1%	0,8%	0,9%	1,0%	
La Rioja	0,2%	0,5%	0,8%	1,9%	
Mendoza	4,8%	5,4%	5,6%	5,9%	
Misiones	2,1%	1,4%	2,1%	1,4%	
Neuquén	2,2%	2,2%	1,6%	1,4%	
Río Negro	2,0%	2,1%	1,8%	1,6%	
Salta	5,5%	5,9%	7,6%	7,6%	
San Juan	1,4%	1,8%	1,9%	2,3%	
San Luis	1,2%	1,2%	1,5%	1,7%	
Santa Cruz	1,3%	1,3%	1,1%	1,3%	
Santa Fe	4,6%	5,8%	5,8%	7,2%	
Santiago del Estero	1,2%	1,3%	1,1%	1,9%	
Tierra del Fuego	0,8%	0,9%	0,7%	0,6%	
Tucumán	4,3%	5,0%	5,2%	4,1%	
Desconocido	2,9%	1,4%	1,2%	2,1%	

FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=48.521.

Tabla 8. Evolución de la distribución de los casos de VIH por región sanitaria de residencia y bienio de diagnóstico. Provincia de Buenos Aires, 2016-2023.

	2016-2017	2018-2019	2020-2021	2022-2023	Evolución
Buenos Aires	3.519	3.504	2.366	2.956	
Región Sanitaria I	3,2%	3,9%	2,9%	3,0%	
Región Sanitaria II	0,6%	0,8%	0,9%	1,0%	
Región Sanitaria III	1,6%	0,4%	0,9%	0,6%	
Región Sanitaria IV	2,8%	2,9%	1,6%	1,8%	
Región Sanitaria V	17,0%	17,8%	23,0%	19,8%	
Región Sanitaria VI	31,2%	30,8%	29,2%	31,6%	
Región Sanitaria VII	11,5%	13,8%	16,0%	15,8%	
Región Sanitaria VIII	7,4%	11,0%	3,6%	3,4%	
Región Sanitaria IX	0,8%	0,5%	1,3%	1,0%	
Región Sanitaria X	0,7%	0,6%	1,0%	1,0%	
Región Sanitaria XI	6,2%	5,7%	6,2%	6,7%	
Región Sanitaria XII	9,3%	8,5%	8,6%	10,5%	
Desconocido	7,5%	3,5%	4,9%	3,9%	

FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=12.345.

Tabla 9. Evolución de la razón varón cis/mujer cis de los casos de VIH por región de residencia y bienio de diagnóstico. Argentina, 2016-2023.

	2016-2017	2018-2019	2020-2021	2022-2023	Evolución
País	2,4	2,3	2,4	2,3	
Gran Buenos Aires	3,0	2,7	2,7	2,3	
Centro	2,1	1,9	1,9	2,1	
Cuyo	2,7	2,9	3,2	2,8	
NEA	2,2	2,4	2,4	2,4	
NOA	2,1	2,2	2,1	2,1	
Patagonia	2,0	1,9	2,5	2,0	

FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=47.924.

Tabla 10. Evolución de la razón varón cis/mujer cis de los casos de VIH por jurisdicción de residencia y bienio de diagnóstico. Argentina, 2016-2023.

Jurisdicción	2016-2017	2018-2019	2020-2021	2022-2023	Evolución
País	2,4	2,3	2,4	2,3	
Buenos Aires	2,1	2,0	2,2	2,0	
CABA	4,9	4,2	4,2	3,5	
Catamarca	2,8	1,2	2,0	1,9	
Chaco	2,7	2,8	2,6	2,5	
Chubut	1,7	1,8	2,8	2,1	
Córdoba	2,1	1,7	2,0	2,2	
Corrientes	3,0	4,0	2,7	3,6	
Entre Ríos	1,7	1,8	1,6	2,0	
Formosa	1,9	1,8	2,5	2,0	
Jujuy	1,8	2,4	2,1	2,2	
La Pampa	1,5	1,6	1,9	1,3	
La Rioja	2,0	1,6	1,8	1,8	
Mendoza	2,9	3,1	3,6	3,4	
Misiones	1,6	1,9	2,1	2,2	
Neuquén	2,4	2,1	2,8	2,6	
Río Negro	1,6	1,6	2,4	2,0	
Salta	1,9	2,0	1,9	2,3	
San Juan	2,2	3,1	3,1	2,7	
San Luis	2,5	2,3	2,3	1,6	
Santa Cruz	1,8	2,0	2,0	1,9	
Santa Fe	2,6	2,2	1,8	1,9	
Santiago del Estero	1,4	1,3	1,6	1,3	
Tierra del Fuego	6,4	2,6	2,5	2,6	
Tucumán	3,0	2,9	2,8	2,8	

FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=47.924.

Tabla 11. Evolución de la razón varón cis/mujer cis de los casos de VIH, por región sanitaria de residencia y bienio de diagnóstico. Provincia de Buenos Aires, 2016-2023.

	2016-2017	2018-2019	2020-2021	2022-2023	Evolución
Buenos Aires	2,1	2,0	2,2	2,0	
Región Sanitaria I	2,5	1,8	2,0	2,3	
Región Sanitaria II	1,3	1,6	2,1	1,7	
Región Sanitaria III	2,2	6,5	2,1	2,4	
Región Sanitaria IV	1,6	1,3	1,5	1,9	
Región Sanitaria V	2,4	2,4	2,0	2,1	
Región Sanitaria VI	1,8	1,8	2,0	1,8	
Región Sanitaria VII	2,5	2,1	2,4	2,1	
Región Sanitaria VIII	1,3	1,9	2,7	2,4	
Región Sanitaria IX	1,6	1,3	2,6	1,1	
Región Sanitaria X	5,5	0,8	3,8	3,1	
Región Sanitaria XI	2,7	2,1	2,3	2,5	
Región Sanitaria XII	2,3	2,0	2,2	1,6	

FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=11.630.

Tabla 12. Evolución de la mediana de edad al momento del diagnóstico de VIH por región de residencia, género y bienio de diagnóstico. Argentina, 2016-2023.

Jurisdicción	Género	2016-2017	2018-2019	2020-2021	2022-2023	Evolución
País	Varones cis	32	32	33	34	
	Mujeres cis	33	34	35	37	
	Mujeres trans	29	30	30	31	
	Varones trans	27	34	34	28	
Gran Buenos Aires	Varones cis	32	32	33	35	
	Mujeres cis	34	36	37	39	
	Mujeres trans	29	29	32	29	
	Varones trans	25	34	38	26	
Centro	Varones cis	33	33	33	34	
	Mujeres cis	33	34	35	38	
	Mujeres trans	33	31	28	28	
	Varones trans	29	34	37	31	
Cuyo	Varones cis	31	32	33	34	
	Mujeres cis	34	36	35	39	
	Mujeres trans	29	33	31	32	
	Varones trans				44	
NEA	Varones cis	32	30	30	31	
	Mujeres cis	32	34	34	33	
	Mujeres trans	25	30	26	39	
	Varones trans		46	24	34	
NOA	Varones cis	31	31	32	32	
	Mujeres cis	31	30	33	33	
	Mujeres trans	25	26	31	34	
	Varones trans	22	36	34	34	
Patagonia	Varones cis	33	33	34	35	
	Mujeres cis	35	35	38	38	
	Mujeres trans	45	34	30	30	
	Varones trans	33	25	34	44	

FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=48.473.

Tabla 13. Evolución de la mediana de edad al momento del diagnóstico de VIH por jurisdicción de residencia, género y bienio de diagnóstico. Argentina, 2016-2023.

Jurisdicción	Género	2016-2017	2018-2019	2020-2021	2022-2023	Evolución
País	Varones cis	32	32	33	34	
	Mujeres cis	33	34	35	37	
	Mujeres trans	29	30	30	31	
	Varones trans	27	34	34	28	
Buenos Aires	Varones cis	34	34	35	35	
	Mujeres cis	34	37	36	38	
	Mujeres trans	31	31	33	28	
	Varones trans	22	35	44	34	
CABA	Varones cis	31	31	32	34	
	Mujeres cis	34	35	39	38	
	Mujeres trans	29	28	30	30	
	Varones trans		27	32	25	
Catamarca	Varones cis	34	35	36	32	
	Mujeres cis	36	38	37	31	
	Mujeres trans			31		
	Varones trans			34	18	
Chaco	Varones cis	33	31	30	31	
	Mujeres cis	32	34	38	32	
	Mujeres trans	25	30	32		
	Varones trans					
Chubut	Varones cis	36	35	36	35	
	Mujeres cis	35	35	38	39	
	Mujeres trans		42	26	25	
	Varones trans	33	28	33		
Córdoba	Varones cis	31	32	32	33	
	Mujeres cis	31	33	34	37	
	Mujeres trans	35	31	27	27	
	Varones trans		37		31	
Corrientes	Varones cis	32	31	31	33	
	Mujeres cis	29	28	32	38	
	Mujeres trans				36	
	Varones trans			24	46	
Entre Ríos	Varones cis	34	35	32	38	
	Mujeres cis	31	31	30	36	
	Mujeres trans	32	24	27	24	
	Varones trans	33		37		
Formosa	Varones cis	29	30	29	32	
	Mujeres cis	28	34	29	33	
	Mujeres trans	27	31	20		
	Varones trans		46	31		
Jujuy	Varones cis	30	31	32	34	
	Mujeres cis	31	29	34	33	
	Mujeres trans	27	23	29	23	
	Varones trans	21	35			
La Pampa	Varones cis	35	31	35	33	
	Mujeres cis	35	37	45	37	
	Mujeres trans	35	51		27	
	Varones trans				63	
La Rioja	Varones cis	33	31	33	31	
	Mujeres cis	31	33	31	36	
	Mujeres trans			24		
	Varones trans					

FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=48.473.

Tabla 13. Evolución de la mediana de edad al momento del diagnóstico de VIH por jurisdicción de residencia, género y bienio de diagnóstico. Argentina, 2016-2023 (continuación).

Jurisdicción	Género	2016-2017	2018-2019	2020-2021	2022-2023	Evolución
Mendoza	Varones cis	30	34	33	34	
	Mujeres cis	34	36	36	39	
	Mujeres trans	25	35	31	32	
	Varones trans				44	
Misiones	Varones cis	31	30	34	31	
	Mujeres cis	34	35	40	34	
	Mujeres trans	24	28	22	39	
	Varones trans				22	
Neuquén	Varones cis	33	34	32	36	
	Mujeres cis	38	37	40	39	
	Mujeres trans	48	29	30	30	
	Varones trans		22	37		
Río Negro	Varones cis	34	31	35	36	
	Mujeres cis	34	36	38	39	
	Mujeres trans	54	37	33	35	
	Varones trans				24	
Salta	Varones cis	30	31	31	30	
	Mujeres cis	31	28	32	33	
	Mujeres trans	25	29	32	35	
	Varones trans	23	37	34	50	
San Juan	Varones cis	35	31	33	32	
	Mujeres cis	32	35	32	40	
	Mujeres trans	27	32	31	31	
	Varones trans					
San Luis	Varones cis	33	32	33	33	
	Mujeres cis	37	41	33	37	
	Mujeres trans	31				
	Varones trans					
Santa Cruz	Varones cis	32	34	33	34	
	Mujeres cis	33	36	31	36	
	Mujeres trans		41	34		
	Varones trans					
Santa Fe	Varones cis	32	33	33	35	
	Mujeres cis	34	35	35	39	
	Mujeres trans	35	22	28	30	
	Varones trans		32	32		
Santiago del Estero	Varones cis	37	33	30	34	
	Mujeres cis	35	34	35	34	
	Mujeres trans		30	32	33	
	Varones trans					
Tierra del Fuego	Varones cis	32	35	35	36	
	Mujeres cis	30	29	36	38	
	Mujeres trans	45	25			
	Varones trans					
Tucumán	Varones cis	32	31	34	33	
	Mujeres cis	30	32	32	33	
	Mujeres trans	27	26	31	34	
	Varones trans			56		

FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=48.473.

Tabla 14. Evolución de la mediana de edad al momento del diagnóstico de VIH por región sanitaria de residencia, género y bienio de diagnóstico. Provincia de Buenos Aires, 2016-2023.

	Género	2016-2017	2018-2019	2020-2021	2022-2023	Evolución
Buenos Aires	Varones cis	34	34	35	35	
	Mujeres cis	34	37	36	38	
	Mujeres trans	31	31	33	28	
	Varones trans	22	35	44	34	
Región Sanitaria I	Varones cis	34	34	33	36	
	Mujeres cis	28	37	39	38	
	Mujeres trans	37				
	Varones trans					
Región Sanitaria II	Varones cis	36	36	34	35	
	Mujeres cis	30	41	35	41	
	Mujeres trans	19				
	Varones trans					
Región Sanitaria III	Varones cis	30	32	37	36	
	Mujeres cis	36	37	49	41	
	Mujeres trans					
	Varones trans					
Región Sanitaria IV	Varones cis	37	31	29	32	
	Mujeres cis	36	35	34	32	
	Mujeres trans	33	26	38		
	Varones trans	21			27	
Región Sanitaria VI	Varones cis	33	33	33	34	
	Mujeres cis	33	36	35	39	
	Mujeres trans	29	31	31	27	
	Varones trans				34	
Región Sanitaria VII	Varones cis	33	35	36	37	
	Mujeres cis	35	36	37	38	
	Mujeres trans	28	28	33	35	
	Varones trans	22	34	49		
Región Sanitaria VIII	Varones cis	35	31	36	36	
	Mujeres cis	36	39	37	38	
	Mujeres trans	35	29	31	36	
	Varones trans		47	27		
Región Sanitaria IX	Varones cis	35	36	35	39	
	Mujeres cis	34	36	33	44	
	Mujeres trans	28	32			
	Varones trans		35			
Región Sanitaria X	Varones cis	42	44	31	33	
	Mujeres cis	36	25	28	39	
	Mujeres trans			28	21	
	Varones trans					
Región Sanitaria XI	Varones cis	38	36	35	30	
	Mujeres cis	36	30	26	35	
	Mujeres trans					
	Varones trans					
Región Sanitaria I	Varones cis	35	31	36	33	
	Mujeres cis	35	38	36	31	
	Mujeres trans	27	31	28	32	
	Varones trans					
Región Sanitaria XII	Varones cis	32	35	36	35	
	Mujeres cis	31	37	38	42	
	Mujeres trans	34	36		24	
	Varones trans	27			39	

FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=11.630.

Tabla 15. Evolución de la distribución etaria de los casos de VIH según género, región de residencia y bienio de diagnóstico. Argentina, 2016-2023.

		Varones cis					Mujeres cis				
		2016-2017	2018-2019	2020-2021	2022-2023	Evolución	2016-2017	2018-2019	2020-2021	2022-2023	Evolución
País	0 a 9 años	0,5%	0,3%	0,4%	0,3%		1,9%	1,0%	1,0%	0,7%	
	10 a 14 años	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%		0,4%	0,3%	0,5%	0,2%	
	15 a 19 años	3,6%	3,6%	3,2%	2,5%		6,3%	5,1%	3,7%	3,2%	
	20 a 24 años	16,5%	16,2%	13,9%	12,7%		15,4%	13,7%	12,1%	11,2%	
	25 a 34 años	37,1%	37,1%	38,1%	37,0%		30,2%	30,5%	31,4%	29,5%	
	35 a 44 años	23,0%	22,9%	23,0%	23,5%		26,1%	25,6%	26,5%	26,2%	
	45 a 54 años	12,6%	12,9%	13,7%	14,9%		14,1%	16,7%	17,1%	19,7%	
	55 a 64 años	5,4%	5,7%	6,1%	7,1%		4,9%	5,9%	6,3%	7,6%	
	65 y más años	1,3%	1,3%	1,6%	2,0%		0,8%	1,1%	1,4%	1,7%	
	Sin datos	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Gran Buenos Aires	0 a 9 años	0,5%	0,2%	0,2%	0,1%		1,8%	0,6%	0,8%	1,4%	
	10 a 14 años	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%		0,2%	0,3%	0,4%	0,3%	
	15 a 19 años	2,9%	3,0%	1,7%	1,6%		5,7%	4,5%	3,0%	2,5%	
	20 a 24 años	15,7%	15,4%	12,1%	10,1%		13,9%	11,4%	9,7%	10,2%	
	25 a 34 años	39,5%	37,6%	39,2%	37,0%		28,6%	28,6%	29,4%	26,2%	
	35 a 44 años	22,2%	23,7%	23,3%	25,6%		27,6%	26,2%	29,9%	27,0%	
	45 a 54 años	12,8%	13,6%	14,8%	15,4%		16,1%	20,8%	18,1%	20,5%	
	55 a 64 años	4,5%	5,2%	6,5%	7,8%		5,2%	6,4%	7,2%	9,8%	
	65 y más años	1,7%	1,3%	2,2%	2,3%		0,9%	1,1%	1,5%	2,0%	
	Sin datos	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%		0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Centro	0 a 9 años	0,5%	0,3%	0,6%	0,2%		2,6%	0,4%	0,3%	0,6%	
	10 a 14 años	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%		0,3%	0,3%	0,4%	0,0%	
	15 a 19 años	3,2%	3,7%	3,4%	2,7%		6,2%	4,6%	4,3%	2,8%	
	20 a 24 años	16,4%	15,8%	15,0%	11,7%		15,0%	14,8%	12,6%	11,0%	
	25 a 34 años	35,9%	35,1%	37,2%	36,8%		32,0%	30,8%	31,5%	28,1%	
	35 a 44 años	24,6%	24,7%	23,6%	22,9%		25,5%	26,4%	26,0%	26,6%	
	45 a 54 años	13,3%	13,3%	13,1%	16,4%		13,2%	16,9%	17,3%	21,0%	
	55 a 64 años	5,3%	6,2%	5,7%	7,6%		4,7%	5,2%	6,5%	8,0%	
	65 y más años	0,9%	0,9%	1,2%	1,6%		0,5%	0,7%	1,3%	2,0%	
	Sin datos	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Cuyo	0 a 9 años	0,3%	0,3%	0,5%	0,1%		0,4%	0,7%	1,5%	0,3%	
	10 a 14 años	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	1,0%	0,0%	
	15 a 19 años	5,3%	3,4%	3,6%	2,0%		4,6%	5,6%	3,9%	2,4%	
	20 a 24 años	15,8%	15,3%	12,4%	14,0%		17,1%	10,8%	11,2%	10,0%	
	25 a 34 años	37,6%	36,1%	38,2%	36,6%		29,7%	30,1%	31,6%	26,6%	
	35 a 44 años	20,8%	21,2%	23,8%	22,4%		26,2%	23,8%	26,2%	28,4%	
	45 a 54 años	11,2%	14,7%	13,8%	14,3%		14,8%	20,4%	18,0%	22,4%	
	55 a 64 años	7,7%	7,2%	6,4%	8,7%		6,1%	7,4%	5,3%	9,1%	
	65 y más años	1,4%	1,8%	1,2%	2,0%		1,1%	1,1%	1,5%	0,9%	
	Sin datos	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=48.473.

Tabla 15. Evolución de la distribución etaria de los casos de VIH según género, región de residencia y bienio de diagnóstico. Argentina, 2016-2023 (continuación).

		Varones cis					Mujeres cis				
		2016-2017	2018-2019	2020-2021	2022-2023	Evolución	2016-2017	2018-2019	2020-2021	2022-2023	Evolución
NEA	0 a 9 años	0,8%	0,3%	0,8%	0,5%		1,1%	2,0%	1,4%	0,4%	
	10 a 14 años	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%		2,5%	0,0%	1,0%	0,8%	
	15 a 19 años	3,1%	4,1%	5,6%	3,6%		8,2%	6,5%	2,4%	5,3%	
	20 a 24 años	17,3%	21,5%	19,1%	18,0%		16,4%	14,1%	14,0%	15,1%	
	25 a 34 años	37,2%	37,6%	36,8%	37,6%		31,1%	30,2%	34,8%	32,2%	
	35 a 44 años	24,2%	19,1%	18,3%	19,6%		21,1%	24,6%	17,9%	20,0%	
	45 a 54 años	10,9%	10,9%	13,3%	13,4%		13,9%	12,9%	17,9%	20,4%	
	55 a 64 años	5,6%	5,0%	5,2%	5,6%		5,0%	8,1%	8,2%	3,3%	
	65 y más años	1,0%	1,4%	1,0%	1,7%		0,7%	1,6%	2,4%	2,4%	
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
NOA	0 a 9 años	0,7%	0,4%	0,2%	0,6%		2,0%	2,4%	2,2%	0,7%	
	10 a 14 años	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%		0,3%	0,6%	0,5%	0,2%	
	15 a 19 años	4,9%	4,6%	4,5%	4,1%		7,8%	7,0%	3,6%	4,2%	
	20 a 24 años	18,1%	18,4%	15,7%	15,0%		18,0%	18,5%	16,0%	14,0%	
	25 a 34 años	35,3%	36,8%	35,6%	36,7%		31,9%	32,9%	33,6%	35,1%	
	35 a 44 años	22,1%	21,4%	22,9%	21,8%		24,7%	23,3%	25,4%	24,4%	
	45 a 54 años	11,0%	11,8%	13,1%	13,4%		10,1%	10,5%	13,0%	15,3%	
	55 a 64 años	6,5%	5,2%	6,5%	6,1%		4,7%	3,8%	4,8%	5,2%	
	65 y más años	1,2%	1,2%	1,3%	2,2%		0,5%	1,0%	1,0%	0,9%	
	Sin datos	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Patagonia	0 a 9 años	0,0%	0,3%	0,4%	0,3%		2,9%	1,4%	0,4%	0,0%	
	10 a 14 años	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%		0,0%	0,5%	0,0%	0,0%	
	15 a 19 años	4,2%	3,4%	2,5%	1,5%		4,2%	3,6%	5,2%	3,1%	
	20 a 24 años	14,9%	12,8%	9,5%	12,2%		14,2%	11,5%	6,9%	5,2%	
	25 a 34 años	34,7%	37,2%	39,8%	34,0%		28,2%	29,7%	27,9%	29,9%	
	35 a 44 años	23,3%	23,8%	22,9%	26,1%		27,5%	27,3%	28,3%	29,9%	
	45 a 54 años	15,2%	13,4%	15,6%	17,4%		17,4%	16,5%	22,7%	21,3%	
	55 a 64 años	6,1%	7,2%	6,5%	6,3%		4,4%	7,9%	6,4%	8,3%	
	65 y más años	1,6%	2,0%	3,0%	2,1%		1,2%	1,4%	2,1%	2,2%	
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=48.473.

Tabla 16. Evolución de la distribución etaria de los casos de VIH según género, jurisdicción de residencia y bienio de diagnóstico. Argentina, 2016-2023.

		Varones cis				Mujeres cis			
		2016-2017	2018-2019	2020-2021	2022-2023	2016-2017	2018-2019	2020-2021	2022-2023
País	0 a 9 años	0,5%	0,3%	0,4%	0,3%	1,9%	1,0%	1,0%	0,7%
	10 a 14 años	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,4%	0,3%	0,5%	0,2%
	15 a 19 años	3,6%	3,6%	3,2%	2,5%	6,3%	5,1%	3,7%	3,2%
	20 a 24 años	16,5%	16,2%	13,9%	12,7%	15,4%	13,7%	12,1%	11,2%
	25 a 34 años	37,1%	37,1%	38,1%	37,0%	30,2%	30,5%	31,4%	29,5%
	35 a 44 años	23,0%	22,9%	23,0%	23,5%	26,1%	25,6%	26,5%	26,2%
	45 a 54 años	12,6%	12,9%	13,7%	14,9%	14,1%	16,7%	17,1%	19,7%
	55 a 64 años	5,4%	5,7%	6,1%	7,1%	4,9%	5,9%	6,3%	7,6%
	65 y más años	1,3%	1,3%	1,6%	2,0%	0,8%	1,1%	1,4%	1,7%
	Sin datos	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Buenos Aires	0 a 9 años	0,8%	0,3%	0,5%	0,2%	2,0%	0,5%	0,7%	1,5%
	10 a 14 años	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,3%	0,4%	0,1%
	15 a 19 años	3,5%	3,4%	1,9%	1,7%	7,0%	4,6%	2,9%	2,8%
	20 a 24 años	14,6%	14,1%	13,2%	10,5%	13,8%	12,3%	9,7%	9,3%
	25 a 34 años	33,7%	34,6%	33,9%	34,9%	27,8%	26,9%	30,8%	27,9%
	35 a 44 años	25,6%	25,9%	25,4%	25,5%	27,3%	27,9%	30,2%	27,2%
	45 a 54 años	15,0%	15,0%	16,1%	17,1%	15,7%	21,4%	18,1%	21,4%
	55 a 64 años	5,4%	5,6%	6,8%	8,1%	5,4%	4,9%	6,0%	8,1%
	65 y más años	1,3%	0,9%	2,1%	2,0%	0,7%	1,0%	1,2%	1,8%
	Sin datos	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
CABA	0 a 9 años	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	1,2%	0,6%	1,0%	0,7%
	10 a 14 años	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,3%	0,0%	0,5%	0,7%
	15 a 19 años	2,2%	2,7%	1,9%	1,5%	3,5%	2,8%	3,0%	1,5%
	20 a 24 años	16,3%	17,5%	11,3%	9,4%	12,7%	11,9%	10,8%	12,8%
	25 a 34 años	44,2%	40,7%	47,0%	42,3%	32,4%	32,8%	25,1%	27,8%
	35 a 44 años	20,2%	21,4%	21,7%	24,5%	25,4%	21,6%	26,6%	23,1%
	45 a 54 años	11,1%	11,4%	11,3%	13,2%	18,3%	18,8%	20,2%	18,7%
	55 a 64 años	4,1%	4,5%	5,2%	6,5%	4,4%	9,7%	10,8%	12,1%
	65 y más años	1,9%	1,8%	1,6%	2,4%	1,8%	1,9%	2,0%	2,6%
	Sin datos	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=48.473.

Tabla 16. Evolución de la distribución etaria de los casos de VIH según género, jurisdicción de residencia y bienio de diagnóstico. Argentina, 2016-2023 (continuación).

		Varones cis				Mujeres cis			
		2016-2017	2018-2019	2020-2021	2022-2023	2016-2017	2018-2019	2020-2021	2022-2023
Catamarca	0 a 9 años	4,2%	0,0%	0,0%	2,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	10 a 14 años	0,0%	6,3%	0,0%	0,0%	5,9%	0,0%	0,0%	0,0%
	15 a 19 años	2,1%	0,0%	1,5%	5,1%	0,0%	0,0%	3,1%	3,8%
	20 a 24 años	14,6%	25,0%	9,2%	15,2%	11,8%	15,4%	18,8%	19,2%
	25 a 34 años	31,3%	18,8%	35,4%	33,3%	23,5%	23,1%	21,9%	38,5%
	35 a 44 años	22,9%	31,3%	24,6%	24,2%	35,3%	46,2%	37,5%	19,2%
	45 a 54 años	16,7%	12,5%	27,7%	12,1%	17,6%	7,7%	6,3%	13,5%
	55 a 64 años	8,3%	6,3%	0,0%	4,0%	5,9%	7,7%	12,5%	3,8%
	65 y más años	0,0%	0,0%	0,0%	4,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,9%
	Sin datos	0,0%	0,0%	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Chaco	0 a 9 años	0,5%	0,9%	0,0%	0,5%	0,0%	1,3%	0,0%	0,0%
	10 a 14 años	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	15 a 19 años	3,1%	4,6%	6,7%	3,9%	7,1%	5,2%	0,0%	6,3%
	20 a 24 años	13,5%	22,0%	24,4%	20,2%	20,0%	10,4%	11,1%	18,8%
	25 a 34 años	35,9%	35,8%	29,4%	38,4%	32,9%	37,7%	33,3%	31,3%
	35 a 44 años	24,5%	18,3%	21,8%	22,7%	25,7%	26,0%	24,4%	21,3%
	45 a 54 años	13,0%	12,8%	13,4%	10,8%	8,6%	14,3%	20,0%	20,0%
	55 a 64 años	7,8%	4,1%	3,4%	2,5%	4,3%	3,9%	11,1%	1,3%
	65 y más años	1,6%	1,4%	0,8%	1,0%	1,4%	1,3%	0,0%	1,3%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Chubut	0 a 9 años	0,0%	1,1%	1,3%	0,0%	3,4%	2,0%	0,0%	0,0%
	10 a 14 años	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	15 a 19 años	1,9%	2,2%	2,0%	1,9%	2,2%	5,1%	3,7%	0,0%
	20 a 24 años	14,9%	11,2%	11,8%	14,2%	19,1%	8,2%	9,3%	6,5%
	25 a 34 años	31,8%	35,2%	32,7%	29,0%	24,7%	34,7%	22,2%	31,2%
	35 a 44 años	27,9%	27,9%	24,2%	25,9%	25,8%	28,6%	33,3%	22,1%
	45 a 54 años	12,3%	12,8%	18,3%	17,9%	18,0%	13,3%	22,2%	24,7%
	55 a 64 años	8,4%	6,7%	4,6%	8,0%	5,6%	7,1%	7,4%	11,7%
	65 y más años	2,6%	2,8%	5,2%	3,1%	1,1%	1,0%	1,9%	3,9%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Córdoba	0 a 9 años	0,3%	0,3%	0,4%	0,1%	3,4%	0,3%	0,3%	0,2%
	10 a 14 años	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,2%	0,3%	0,3%	0,0%
	15 a 19 años	3,0%	3,0%	3,7%	2,8%	5,6%	3,9%	4,2%	3,2%
	20 a 24 años	19,1%	16,6%	15,4%	11,8%	17,3%	14,6%	13,3%	10,8%
	25 a 34 años	40,2%	37,4%	39,0%	40,1%	33,7%	37,1%	33,3%	28,4%
	35 a 44 años	21,0%	23,4%	22,9%	22,1%	26,1%	27,2%	23,6%	29,0%
	45 a 54 años	11,5%	12,9%	12,9%	15,1%	10,0%	12,0%	17,6%	19,3%
	55 a 64 años	3,9%	6,2%	4,8%	6,6%	3,2%	4,7%	6,1%	7,4%
	65 y más años	1,0%	0,2%	0,9%	1,3%	0,5%	0,0%	1,2%	1,7%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=48.473.

Tabla 16. Evolución de la distribución etaria de los casos de VIH según género, jurisdicción de residencia y bienio de diagnóstico. Argentina, 2016-2023 (continuación).

		Varones cis				Mujeres cis			
		2016-2017	2018-2019	2020-2021	2022-2023	2016-2017	2018-2019	2020-2021	2022-2023
Corrientes	0 a 9 años	0,7%	0,0%	0,0%	0,9%	2,2%	0,0%	2,3%	0,0%
	10 a 14 años	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,2%	0,3%	0,3%	0,0%
	15 a 19 años	2,9%	3,2%	4,2%	2,8%	8,9%	8,7%	0,0%	3,3%
	20 a 24 años	16,9%	18,3%	14,3%	14,8%	20,0%	21,7%	11,4%	6,7%
	25 a 34 años	40,4%	37,6%	46,2%	38,9%	31,1%	39,1%	43,2%	33,3%
	35 a 44 años	25,0%	28,0%	18,5%	24,1%	20,0%	13,0%	22,7%	23,3%
	45 a 54 años	10,3%	6,5%	8,4%	11,1%	13,3%	13,0%	15,9%	26,7%
	55 a 64 años	3,7%	4,3%	8,4%	5,6%	4,4%	0,0%	0,0%	3,3%
	65 y más años	0,0%	2,2%	0,0%	1,9%	0,0%	4,3%	4,5%	3,3%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Entre Ríos	0 a 9 años	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,1%	1,1%	0,0%	3,1%
	10 a 14 años	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,3%	0,0%
	15 a 19 años	4,2%	3,0%	4,8%	3,1%	5,1%	14,1%	6,5%	1,6%
	20 a 24 años	12,7%	18,1%	15,1%	9,2%	18,4%	12,0%	15,6%	9,4%
	25 a 34 años	35,5%	28,9%	37,3%	28,5%	37,8%	31,5%	33,8%	34,4%
	35 a 44 años	27,1%	24,7%	20,6%	30,0%	16,3%	20,7%	19,5%	26,6%
	45 a 54 años	14,5%	14,5%	11,9%	16,9%	15,3%	10,9%	16,9%	15,6%
	55 a 64 años	5,4%	9,0%	7,9%	6,9%	4,1%	8,7%	3,9%	4,7%
	65 y más años	0,6%	1,8%	2,4%	5,4%	0,0%	1,1%	2,6%	4,7%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Formosa	0 a 9 años	0,9%	0,0%	2,4%	0,0%	0,0%	1,2%	0,0%	1,3%
	10 a 14 años	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	7,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	15 a 19 años	4,7%	3,3%	7,9%	1,3%	8,8%	3,5%	5,9%	3,8%
	20 a 24 años	18,7%	22,9%	23,6%	16,2%	21,1%	16,5%	23,5%	19,2%
	25 a 34 años	43,0%	41,8%	37,0%	38,3%	31,6%	31,8%	39,2%	32,1%
	35 a 44 años	25,2%	17,0%	15,0%	16,9%	17,5%	23,5%	13,7%	24,4%
	45 a 54 años	6,5%	10,5%	11,0%	17,5%	12,3%	15,3%	11,8%	11,5%
	55 a 64 años	0,9%	3,9%	2,4%	7,1%	0,0%	7,1%	5,9%	5,1%
	65 y más años	0,0%	0,7%	0,8%	2,6%	1,8%	1,2%	0,0%	2,6%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Jujuy	0 a 9 años	0,8%	0,7%	0,0%	1,2%	2,9%	4,4%	2,6%	2,6%
	10 a 14 años	0,0%	0,0%	0,3%	0,3%	0,0%	0,0%	0,7%	0,7%
	15 a 19 años	6,1%	5,8%	4,4%	3,7%	7,2%	6,6%	2,6%	2,6%
	20 a 24 años	18,4%	18,8%	14,8%	13,2%	18,0%	15,4%	13,2%	12,6%
	25 a 34 años	35,1%	35,3%	35,6%	32,8%	35,3%	35,7%	34,4%	34,4%
	35 a 44 años	22,4%	20,2%	22,4%	27,6%	25,9%	22,5%	26,5%	27,2%
	45 a 54 años	11,4%	12,8%	13,6%	14,1%	6,5%	10,4%	13,2%	13,9%
	55 a 64 años	4,9%	4,9%	7,9%	5,2%	4,3%	4,9%	5,3%	4,6%
	65 y más años	0,8%	1,6%	0,9%	1,8%	0,0%	0,0%	1,3%	1,3%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=48.473.

Tabla 16. Evolución de la distribución etaria de los casos de VIH según género, jurisdicción de residencia y bienio de diagnóstico. Argentina, 2016-2023 (continuación).

		Varones cis				Mujeres cis			
		2016-2017	2018-2019	2020-2021	2022-2023	2016-2017	2018-2019	2020-2021	2022-2023
La Pampa	0 a 9 años	0,0%	0,0%	0,0%	1,4%	1,7%	0,0%	0,0%	0,0%
	10 a 14 años	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,3%	0,0%	0,5%	0,7%
	15 a 19 años	8,0%	1,6%	1,7%	4,2%	1,7%	7,9%	0,0%	11,3%
	20 a 24 años	13,8%	16,1%	6,9%	15,5%	15,3%	13,2%	3,3%	5,7%
	25 a 34 años	27,6%	38,7%	41,4%	32,4%	28,8%	21,1%	23,3%	20,8%
	35 a 44 años	26,4%	21,0%	15,5%	16,9%	25,4%	23,7%	20,0%	22,6%
	45 a 54 años	17,2%	16,1%	22,4%	22,5%	25,4%	26,3%	33,3%	30,2%
	55 a 64 años	6,9%	6,5%	8,6%	5,6%	0,0%	5,3%	13,3%	9,4%
	65 y más años	0,0%	0,0%	3,4%	1,4%	1,7%	2,6%	6,7%	0,0%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
La Rioja	0 a 9 años	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,3%	0,0%	0,5%	0,7%
	10 a 14 años	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,3%	0,0%	0,5%	0,7%
	15 a 19 años	5,0%	10,8%	0,0%	2,6%	0,0%	0,0%	7,4%	2,4%
	20 a 24 años	10,0%	13,5%	18,8%	11,1%	30,0%	26,1%	7,4%	9,5%
	25 a 34 años	45,0%	35,1%	35,4%	45,1%	40,0%	26,1%	44,4%	34,5%
	35 a 44 años	25,0%	24,3%	25,0%	19,0%	10,0%	34,8%	22,2%	25,0%
	45 a 54 años	15,0%	8,1%	14,6%	13,1%	20,0%	8,7%	14,8%	22,6%
	55 a 64 años	0,0%	5,4%	6,3%	5,9%	0,0%	4,3%	3,7%	4,8%
	65 y más años	0,0%	2,7%	0,0%	3,3%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Mendoza	0 a 9 años	0,2%	0,4%	0,5%	0,0%	0,6%	1,2%	2,6%	0,6%
	10 a 14 años	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%	0,0%
	15 a 19 años	4,7%	3,3%	2,9%	1,4%	5,0%	6,6%	4,3%	1,8%
	20 a 24 años	16,8%	13,3%	12,2%	12,4%	15,6%	10,2%	7,7%	11,7%
	25 a 34 años	39,9%	35,4%	39,1%	37,2%	30,0%	29,9%	28,2%	26,9%
	35 a 44 años	19,8%	23,8%	25,2%	22,2%	27,5%	26,9%	27,4%	22,8%
	45 a 54 años	10,3%	13,9%	11,8%	15,5%	13,8%	18,6%	21,4%	26,3%
	55 a 64 años	7,1%	8,0%	6,7%	9,6%	6,3%	5,4%	6,0%	8,8%
	65 y más años	1,1%	2,0%	1,7%	1,7%	1,3%	1,2%	1,7%	1,2%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Misiones	0 a 9 años	1,2%	0,0%	0,7%	0,8%	1,9%	4,8%	3,0%	0,0%
	10 a 14 años	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,8%	0,0%	3,0%	3,5%
	15 a 19 años	2,3%	5,0%	3,6%	6,5%	8,3%	11,1%	3,0%	7,0%
	20 a 24 años	20,8%	21,5%	14,5%	19,5%	10,2%	12,7%	10,4%	8,8%
	25 a 34 años	32,4%	35,5%	34,8%	34,1%	29,6%	15,9%	26,9%	33,3%
	35 a 44 años	22,5%	16,5%	18,1%	13,8%	20,4%	28,6%	13,4%	10,5%
	45 a 54 años	11,6%	11,6%	19,6%	14,6%	18,5%	7,9%	22,4%	29,8%
	55 a 64 años	7,5%	8,3%	6,5%	8,9%	8,3%	17,5%	13,4%	3,5%
	65 y más años	1,7%	1,7%	2,2%	1,6%	0,0%	1,6%	4,5%	3,5%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=48.473.

Tabla 16. Evolución de la distribución etaria de los casos de VIH según género, jurisdicción de residencia y bienio de diagnóstico. Argentina, 2016-2023 (continuación).

		Varones cis				Mujeres cis			
		2016-2017	2018-2019	2020-2021	2022-2023	2016-2017	2018-2019	2020-2021	2022-2023
Neuquén	0 a 9 años	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,2%	0,0%	0,0%
	10 a 14 años	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,1%	0,0%	0,0%
	15 a 19 años	3,4%	4,1%	1,8%	0,0%	7,0%	0,0%	7,3%	2,0%
	20 a 24 años	14,6%	11,4%	11,4%	17,2%	8,1%	14,1%	4,9%	0,0%
	25 a 34 años	38,3%	38,3%	46,5%	30,5%	27,9%	27,2%	29,3%	38,0%
	35 a 44 años	20,4%	23,8%	20,2%	27,3%	32,6%	25,0%	22,0%	28,0%
	45 a 54 años	12,1%	13,0%	14,0%	17,2%	16,3%	18,5%	29,3%	18,0%
	55 a 64 años	7,8%	7,8%	5,3%	5,5%	5,8%	10,9%	4,9%	10,0%
	65 y más años	2,9%	1,6%	0,9%	2,3%	2,3%	1,1%	2,4%	4,0%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Río Negro	0 a 9 años	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	8,0%	1,0%	1,9%	0,0%
	10 a 14 años	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,3%	0,0%	0,5%	0,7%
	15 a 19 años	4,3%	5,6%	4,0%	2,9%	3,0%	2,9%	1,9%	4,4%
	20 a 24 años	14,8%	18,6%	6,3%	5,8%	15,0%	10,7%	7,7%	7,4%
	25 a 34 años	34,6%	36,6%	39,7%	37,7%	27,0%	28,2%	32,7%	22,1%
	35 a 44 años	20,4%	21,7%	23,0%	27,5%	24,0%	31,1%	34,6%	39,7%
	45 a 54 años	21,0%	8,7%	16,7%	17,4%	16,0%	13,6%	17,3%	22,1%
	55 a 64 años	3,7%	5,6%	7,9%	7,2%	6,0%	9,7%	3,8%	4,4%
	65 y más años	1,2%	3,1%	2,4%	1,4%	1,0%	2,9%	0,0%	0,0%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Salta	0 a 9 años	0,4%	0,4%	0,6%	0,3%	1,7%	3,2%	2,8%	0,7%
	10 a 14 años	0,4%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,8%	0,8%	0,3%
	15 a 19 años	6,0%	5,0%	6,1%	5,9%	10,9%	8,4%	2,4%	6,5%
	20 a 24 años	20,6%	18,5%	17,3%	18,4%	18,4%	24,3%	18,7%	14,4%
	25 a 34 años	35,9%	36,1%	34,7%	35,7%	29,3%	32,7%	35,8%	33,3%
	35 a 44 años	18,5%	22,2%	21,7%	17,4%	23,8%	19,1%	22,8%	24,7%
	45 a 54 años	9,0%	11,3%	11,3%	13,4%	10,5%	7,6%	12,2%	13,1%
	55 a 64 años	7,1%	5,0%	7,1%	6,6%	5,0%	2,4%	3,3%	6,2%
	65 y más años	1,9%	1,4%	1,0%	2,3%	0,4%	1,6%	1,2%	0,7%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
San Juan	0 a 9 años	0,8%	0,0%	0,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	10 a 14 años	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,2%	0,0%
	15 a 19 años	7,9%	4,7%	3,6%	2,4%	3,4%	5,5%	2,2%	3,8%
	20 a 24 años	11,1%	18,7%	15,8%	18,1%	22,4%	9,1%	15,6%	7,6%
	25 a 34 años	30,2%	38,0%	33,8%	35,7%	31,0%	34,5%	33,3%	22,8%
	35 a 44 años	23,0%	16,4%	20,1%	25,2%	22,4%	21,8%	24,4%	35,4%
	45 a 54 años	14,3%	15,8%	17,3%	9,5%	17,2%	20,0%	15,6%	22,8%
	55 a 64 años	9,5%	5,8%	7,9%	6,7%	3,4%	9,1%	6,7%	6,3%
	65 y más años	3,2%	0,6%	0,7%	2,4%	0,0%	0,0%	0,0%	1,3%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=48.473.

Tabla 16. Evolución de la distribución etaria de los casos de VIH según género, jurisdicción de residencia y bienio de diagnóstico. Argentina, 2016-2023 (continuación).

		Varones cis				Mujeres cis			
		2016-2017	2018-2019	2020-2021	2022-2023	2016-2017	2018-2019	2020-2021	2022-2023
San Luis	0 a 9 años	0,0%	0,0%	0,0%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	10 a 14 años	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,3%	0,0%	0,5%	0,7%
	15 a 19 años	4,4%	1,9%	6,8%	3,8%	4,4%	2,1%	4,5%	2,5%
	20 a 24 años	16,8%	19,8%	8,7%	14,3%	15,6%	14,9%	15,9%	8,6%
	25 a 34 años	36,3%	36,8%	40,8%	35,3%	26,7%	25,5%	38,6%	29,6%
	35 a 44 años	22,1%	16,0%	23,3%	18,8%	26,7%	14,9%	25,0%	33,3%
	45 a 54 años	11,5%	17,0%	17,5%	16,5%	15,6%	27,7%	11,4%	13,6%
	55 a 64 años	8,0%	5,7%	2,9%	8,3%	8,9%	12,8%	2,3%	12,3%
	65 y más años	0,9%	2,8%	0,0%	2,3%	2,2%	2,1%	2,3%	0,0%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Santa Cruz	0 a 9 años	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	10 a 14 años	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,3%	0,0%	0,5%	0,7%
	15 a 19 años	5,5%	2,8%	2,7%	0,0%	8,3%	3,7%	16,2%	0,0%
	20 a 24 años	16,4%	9,4%	8,2%	8,6%	13,3%	13,0%	5,4%	3,6%
	25 a 34 años	31,8%	38,7%	45,2%	41,9%	31,7%	24,1%	32,4%	42,9%
	35 a 44 años	24,5%	21,7%	21,9%	25,7%	30,0%	33,3%	24,3%	32,1%
	45 a 54 años	16,4%	16,0%	11,0%	17,1%	15,0%	20,4%	13,5%	12,5%
	55 a 64 años	4,5%	9,4%	6,8%	4,8%	1,7%	5,6%	8,1%	7,1%
	65 y más años	0,9%	1,9%	4,1%	1,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,8%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Santa Fe	0 a 9 años	0,5%	0,2%	0,3%	0,2%	0,6%	0,0%	0,0%	0,3%
	10 a 14 años	0,0%	0,2%	0,0%	0,2%	0,6%	0,4%	0,0%	0,0%
	15 a 19 años	3,7%	4,3%	3,3%	2,8%	7,2%	3,9%	5,0%	2,9%
	20 a 24 años	19,1%	14,8%	14,5%	13,0%	12,6%	16,2%	11,4%	13,0%
	25 a 34 años	32,6%	35,5%	38,0%	33,5%	29,3%	27,1%	31,3%	21,8%
	35 a 44 años	26,7%	25,3%	22,7%	23,3%	30,5%	26,2%	30,8%	25,3%
	45 a 54 años	11,3%	12,3%	13,1%	16,5%	12,6%	20,1%	12,9%	23,7%
	55 a 64 años	6,0%	6,4%	6,6%	9,3%	6,6%	5,2%	7,5%	11,0%
	65 y más años	0,2%	1,0%	1,6%	1,2%	0,0%	0,9%	1,0%	1,9%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Santiago del Estero	0 a 9 años	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%
	10 a 14 años	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,8%	0,0%	0,0%
	15 a 19 años	0,0%	2,2%	1,5%	3,7%	4,5%	8,3%	2,4%	4,0%
	20 a 24 años	8,5%	16,1%	22,7%	12,7%	13,6%	11,1%	14,3%	10,0%
	25 a 34 años	36,2%	38,7%	47,0%	35,1%	28,8%	29,2%	33,3%	40,0%
	35 a 44 años	26,6%	20,4%	15,2%	20,9%	28,8%	31,9%	26,2%	27,0%
	45 a 54 años	19,1%	17,2%	10,6%	17,2%	16,7%	9,7%	14,3%	15,0%
	55 a 64 años	8,5%	5,4%	3,0%	9,0%	6,1%	5,6%	9,5%	4,0%
	65 y más años	1,1%	0,0%	0,0%	0,7%	0,0%	1,4%	0,0%	0,0%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=48.473.

Tabla 16. Evolución de la distribución etaria de los casos de VIH según género, jurisdicción de residencia y bienio de diagnóstico. Argentina, 2016-2023 (continuación).

		Varones cis				Mujeres cis			
		2016-2017	2018-2019	2020-2021	2022-2023	2016-2017	2018-2019	2020-2021	2022-2023
Tierra del Fuego	0 a 9 años	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,1%	0,0%	0,0%
	10 a 14 años	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,1%	0,0%	0,0%
	15 a 19 años	4,5%	2,4%	2,1%	0,0%	0,0%	6,3%	0,0%	0,0%
	20 a 24 años	14,6%	9,8%	10,6%	13,7%	14,3%	12,5%	10,5%	10,0%
	25 a 34 años	41,6%	36,6%	36,2%	35,3%	42,9%	46,9%	26,3%	20,0%
	35 a 44 años	22,5%	23,2%	36,2%	33,3%	28,6%	12,5%	31,6%	45,0%
	45 a 54 años	13,5%	19,5%	6,4%	9,8%	7,1%	12,5%	26,3%	15,0%
	55 a 64 años	3,4%	7,3%	8,5%	3,9%	7,1%	3,1%	0,0%	5,0%
	65 y más años	0,0%	1,2%	0,0%	3,9%	0,0%	0,0%	5,3%	5,0%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Tucumán	0 a 9 años	0,7%	0,2%	0,0%	0,3%	2,1%	0,6%	2,3%	0,0%
	10 a 14 años	0,2%	0,2%	0,0%	0,0%	0,7%	0,0%	0,0%	0,0%
	15 a 19 años	4,2%	3,2%	4,1%	1,9%	6,4%	6,2%	6,8%	2,2%
	20 a 24 años	18,1%	18,6%	13,8%	12,8%	19,1%	15,4%	15,8%	18,7%
	25 a 34 años	34,6%	39,4%	35,0%	39,8%	34,8%	33,3%	29,3%	35,1%
	35 a 44 años	24,5%	21,2%	25,7%	25,4%	22,7%	23,5%	26,3%	20,1%
	45 a 54 años	10,4%	10,6%	12,7%	12,0%	8,5%	16,0%	15,0%	17,9%
	55 a 64 años	6,4%	5,7%	6,2%	5,6%	4,3%	3,7%	3,8%	5,2%
	65 y más años	0,9%	0,8%	2,4%	2,1%	1,4%	1,2%	0,8%	0,7%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=48.473.

Tabla 17. Evolución de las vías de transmisión del VIH en varones cis por grupo de edad al momento del diagnóstico en bienios seleccionados. Argentina, 2016-2023.

		2016-2017	2018-2019	2020-2021	2022-2023	Evolución
10 a 14 años	Total	5	3	2	1	
	Relaciones sexuales con varones	20,0%	0,0%	50,0%	0,0%	
	Relaciones sexuales con mujeres	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
	Relaciones sexuales con trans	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
	Otro	60,0%	100,0%	50,0%	100,0%	
15 a 19 años	Total	272	195	108	93	
	Relaciones sexuales con varones	74,6%	80,5%	88,9%	84,9%	
	Relaciones sexuales con mujeres	23,5%	17,4%	9,3%	12,9%	
	Relaciones sexuales con trans	0,0%	0,5%	1,9%	2,2%	
	Otro	1,8%	1,5%	0,0%	0,0%	
20 a 24 años	Total	1.213	966	505	519	
	Relaciones sexuales con varones	76,8%	78,9%	84,2%	85,7%	
	Relaciones sexuales con mujeres	21,8%	19,8%	14,9%	13,5%	
	Relaciones sexuales con trans	0,2%	0,6%	0,6%	0,4%	
	Otro	1,2%	0,7%	0,4%	0,4%	
25 a 34 años	Total	2.758	2.089	1.384	1.495	
	Relaciones sexuales con varones	69,1%	71,9%	74,9%	75,5%	
	Relaciones sexuales con mujeres	30,1%	26,5%	24,2%	22,7%	
	Relaciones sexuales con trans	0,3%	0,5%	0,2%	1,2%	
	Otro	0,6%	1,1%	0,7%	0,5%	
35 a 44 años	Total	1.641	1.267	734	806	
	Relaciones sexuales con varones	47,1%	50,8%	56,9%	60,3%	
	Relaciones sexuales con mujeres	50,9%	48,0%	41,7%	38,2%	
	Relaciones sexuales con trans	0,2%	0,5%	1,0%	0,6%	
	Otro	1,8%	0,7%	0,4%	0,9%	
45 a 54 años	Total	888	672	413	520	
	Relaciones sexuales con varones	41,9%	42,6%	44,8%	46,5%	
	Relaciones sexuales con mujeres	56,3%	55,7%	53,8%	51,2%	
	Relaciones sexuales con trans	0,2%	1,2%	1,2%	1,3%	
	Otro	1,6%	0,6%	0,2%	1,0%	
55 a 64 años	Total	372	286	177	243	
	Relaciones sexuales con varones	31,5%	31,8%	35,6%	42,4%	
	Relaciones sexuales con mujeres	68,0%	66,8%	63,8%	55,6%	
	Relaciones sexuales con trans	0,3%	0,7%	0,0%	2,1%	
	Otro	0,3%	0,7%	0,6%	0,0%	
65 años y más	Total	95	63	42	57	
	Relaciones sexuales con varones	30,5%	34,9%	31,0%	38,6%	
	Relaciones sexuales con mujeres	68,4%	65,1%	66,7%	61,4%	
	Relaciones sexuales con trans	0,0%	0,0%	2,4%	0,0%	
	Otro	1,1%	0,0%	0,0%	0,0%	

FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=19.884.

Tabla 18. Evolución de las vías de transmisión del VIH en varones cis por región de residencia en bienios seleccionados. Argentina, 2016-2023.

		2016-2017	2018-2019	2020-2021	2022-2023	Evolución
País	Total	7.283	5.556	3.383	3.745	
	Relaciones sexuales con varones	59,5%	62,3%	66,1%	66,9%	
	Relaciones sexuales con mujeres	38,6%	35,9%	32,2%	31,1%	
	Relaciones sexuales con trans	0,2%	0,6%	0,6%	1,0%	
	Otro	1,7%	1,2%	1,0%	0,9%	
GBA	Total	2.571	1.806	951	946	
	Relaciones sexuales con varones	66,1%	69,5%	69,9%	72,9%	
	Relaciones sexuales con mujeres	31,5%	28,6%	28,8%	25,6%	
	Relaciones sexuales con trans	0,3%	0,6%	0,5%	0,8%	
	Otro	2,1%	1,3%	0,7%	0,6%	
Centro	Total	1.647	1.137	687	746	
	Relaciones sexuales con varones	54,6%	57,1%	64,0%	68,4%	
	Relaciones sexuales con mujeres	43,0%	40,7%	34,4%	29,9%	
	Relaciones sexuales con trans	0,2%	0,6%	0,1%	1,1%	
	Otro	2,1%	1,6%	1,5%	0,7%	
Cuyo	Total	634	597	444	553	
	Relaciones sexuales con varones	61,8%	61,0%	67,1%	69,4%	
	Relaciones sexuales con mujeres	37,2%	38,4%	30,9%	28,6%	
	Relaciones sexuales con trans	0,0%	0,2%	1,4%	1,3%	
	Otro	0,9%	0,5%	0,7%	0,7%	
NEA	Total	408	322	301	285	
	Relaciones sexuales con varones	56,4%	69,3%	69,4%	57,2%	
	Relaciones sexuales con mujeres	42,4%	30,1%	28,9%	38,6%	
	Relaciones sexuales con trans	0,0%	0,3%	0,0%	2,1%	
	Otro	1,2%	0,3%	1,7%	2,1%	
NOA	Total	1.082	1.058	704	809	
	Relaciones sexuales con varones	54,3%	56,5%	65,2%	61,4%	
	Relaciones sexuales con mujeres	44,3%	41,0%	33,2%	36,2%	
	Relaciones sexuales con trans	0,1%	1,1%	0,9%	1,2%	
	Otro	1,3%	1,3%	0,7%	1,1%	
Patagonia	Total	616	534	247	316	
	Relaciones sexuales con varones	51,0%	53,6%	52,2%	57,6%	
	Relaciones sexuales con mujeres	47,9%	45,5%	44,5%	41,5%	
	Relaciones sexuales con trans	0,5%	0,4%	1,2%	0,0%	
	Otro	0,6%	0,6%	2,0%	0,9%	

FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=19.401.

Tabla 19. Evolución de las vías de transmisión del VIH en varones cis por jurisdicción de residencia en bienes seleccionados. Argentina, 2016-2023.

		2016-2017	2018-2019	2020-2021	2022-2023	Evolución
País	Total	7.283	5.556	3.383	3.745	
	Relaciones sexuales con varones	59,5%	62,3%	66,1%	66,9%	
	Relaciones sexuales con mujeres	38,6%	35,9%	32,2%	31,1%	
	Relaciones sexuales con trans	0,2%	0,6%	0,6%	1,0%	
	Otro	1,7%	1,2%	1,0%	0,9%	
Buenos Aires	Total	1.832	1.301	674	732	
	Relaciones sexuales con varones	52,2%	59,0%	61,7%	66,7%	
	Relaciones sexuales con mujeres	44,7%	38,9%	36,6%	32,4%	
	Relaciones sexuales con trans	0,2%	0,5%	0,3%	0,4%	
	Otro	2,9%	1,7%	1,3%	0,5%	
CABA	Total	1.319	915	459	420	
	Relaciones sexuales con varones	77,8%	78,1%	79,7%	85,0%	
	Relaciones sexuales con mujeres	20,7%	20,3%	18,7%	13,1%	
	Relaciones sexuales con trans	0,4%	0,7%	0,9%	1,4%	
	Otro	1,1%	0,9%	0,7%	0,5%	
Catamarca	Total	45	12	37	18	
	Relaciones sexuales con varones	55,6%	50,0%	48,6%	66,7%	
	Relaciones sexuales con mujeres	37,8%	50,0%	51,4%	33,3%	
	Relaciones sexuales con trans	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
	Otro	6,7%	0,0%	0,0%	0,0%	
Chaco	Total	61	103	56	23	
	Relaciones sexuales con varones	72,1%	75,7%	89,3%	82,6%	
	Relaciones sexuales con mujeres	27,9%	23,3%	8,9%	13,0%	
	Relaciones sexuales con trans	0,0%	1,0%	0,0%	4,3%	
	Otro	0,0%	0,0%	1,8%	0,0%	
Chubut	Total	121	84	41	38	
	Relaciones sexuales con varones	43,8%	52,4%	53,7%	81,6%	
	Relaciones sexuales con mujeres	56,2%	46,4%	39,0%	18,4%	
	Relaciones sexuales con trans	0,0%	0,0%	2,4%	0,0%	
	Otro	0,0%	1,2%	4,9%	0,0%	
Córdoba	Total	671	410	322	365	
	Relaciones sexuales con varones	62,4%	59,5%	66,1%	67,7%	
	Relaciones sexuales con mujeres	36,7%	38,8%	32,6%	30,1%	
	Relaciones sexuales con trans	0,0%	1,0%	0,0%	1,4%	
	Otro	0,9%	0,7%	1,2%	0,8%	
Corrientes	Total	111	59	81	50	
	Relaciones sexuales con varones	67,6%	78,0%	61,7%	60,0%	
	Relaciones sexuales con mujeres	31,5%	22,0%	38,3%	38,0%	
	Relaciones sexuales con trans	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
	Otro	0,9%	0,0%	0,0%	2,0%	
Entre Ríos	Total	131	121	97	86	
	Relaciones sexuales con varones	54,2%	57,9%	50,5%	54,7%	
	Relaciones sexuales con mujeres	45,0%	42,1%	49,5%	44,2%	
	Relaciones sexuales con trans	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	
	Otro	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%	

FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=19.401.

Tabla 19. Evolución de las vías de transmisión del VIH en varones cis por jurisdicción de residencia en bienes seleccionados. Argentina, 2016-2023 (continuación).

		2016-2017	2018-2019	2020-2021	2022-2023	Evolución
Formosa	Total	84	72	72	124	
	Relaciones sexuales con varones	54,8%	75,0%	72,2%	51,6%	
	Relaciones sexuales con mujeres	44,0%	23,6%	23,6%	43,5%	
	Relaciones sexuales con trans	0,0%	0,0%	0,0%	2,4%	
	Otro	1,2%	1,4%	4,2%	2,4%	
Jujuy	Total	227	250	23	14	
	Relaciones sexuales con varones	56,4%	53,2%	78,3%	64,3%	
	Relaciones sexuales con mujeres	41,9%	43,6%	21,7%	28,6%	
	Relaciones sexuales con trans	0,4%	1,6%	0,0%	0,0%	
	Otro	1,3%	1,6%	0,0%	7,1%	
La Pampa	Total	68	54	46	49	
	Relaciones sexuales con varones	45,6%	38,9%	50,0%	34,7%	
	Relaciones sexuales con mujeres	54,4%	61,1%	50,0%	63,3%	
	Relaciones sexuales con trans	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
	Otro	0,0%	0,0%	0,0%	2,0%	
La Rioja	Total	18	11	14	13	
	Relaciones sexuales con varones	44,4%	100,0%	85,7%	76,9%	
	Relaciones sexuales con mujeres	55,6%	0,0%	14,3%	23,1%	
	Relaciones sexuales con trans	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
	Otro	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
Mendoza	Total	441	436	332	399	
	Relaciones sexuales con varones	61,5%	58,5%	67,8%	70,4%	
	Relaciones sexuales con mujeres	37,9%	40,6%	30,7%	27,6%	
	Relaciones sexuales con trans	0,0%	0,2%	0,9%	1,0%	
	Otro	0,7%	0,7%	0,6%	1,0%	
Misiones	Total	152	88	92	88	
	Relaciones sexuales con varones	42,8%	51,1%	62,0%	56,8%	
	Relaciones sexuales con mujeres	55,3%	48,9%	37,0%	38,6%	
	Relaciones sexuales con trans	0,0%	0,0%	0,0%	2,3%	
	Otro	2,0%	0,0%	1,1%	2,3%	
Neuquén	Total	132	154	46	86	
	Relaciones sexuales con varones	49,2%	51,3%	50,0%	59,3%	
	Relaciones sexuales con mujeres	50,0%	48,1%	45,7%	40,7%	
	Relaciones sexuales con trans	0,8%	0,6%	0,0%	0,0%	
	Otro	0,0%	0,0%	4,3%	0,0%	
Río Negro	Total	132	132	62	77	
	Relaciones sexuales con varones	47,0%	58,3%	50,0%	58,4%	
	Relaciones sexuales con mujeres	50,0%	41,7%	45,2%	40,3%	
	Relaciones sexuales con trans	0,8%	0,0%	3,2%	0,0%	
	Otro	2,3%	0,0%	1,6%	1,3%	
Salta	Total	358	351	347	417	
	Relaciones sexuales con varones	51,4%	54,1%	61,7%	59,2%	
	Relaciones sexuales con mujeres	47,2%	43,9%	36,0%	38,4%	
	Relaciones sexuales con trans	0,0%	1,4%	1,4%	1,9%	
	Otro	1,4%	0,6%	0,9%	0,5%	

FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=19.401.

Tabla 19. Evolución de las vías de transmisión del VIH en varones cis por jurisdicción de residencia en bienios seleccionados. Argentina, 2016-2023 (continuación).

		2016-2017	2018-2019	2020-2021	2022-2023	Evolución
San Juan	Total	109	149	88	139	
	Relaciones sexuales con varones	73,4%	67,1%	71,6%	64,7%	
	Relaciones sexuales con mujeres	26,6%	32,9%	23,9%	33,1%	
	Relaciones sexuales con trans	0,0%	0,0%	3,4%	2,2%	
	Otro	0,0%	0,0%	1,1%	0,0%	
San Luis	Total	84	12	24	15	
	Relaciones sexuales con varones	48,8%	75,0%	41,7%	86,7%	
	Relaciones sexuales con mujeres	47,6%	25,0%	58,3%	13,3%	
	Relaciones sexuales con trans	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
	Otro	3,6%	0,0%	0,0%	0,0%	
Santa Cruz	Total	95	71	38	45	
	Relaciones sexuales con varones	52,6%	56,3%	55,3%	53,3%	
	Relaciones sexuales con mujeres	45,3%	39,4%	44,7%	44,4%	
	Relaciones sexuales con trans	1,1%	1,4%	0,0%	0,0%	
	Otro	1,1%	2,8%	0,0%	2,2%	
Santa Fe	Total	351	201	89	89	
	Relaciones sexuales con varones	48,7%	54,7%	68,5%	68,5%	
	Relaciones sexuales con mujeres	46,4%	39,8%	30,3%	28,1%	
	Relaciones sexuales con trans	0,9%	1,0%	0,0%	1,1%	
	Otro	4,0%	4,5%	1,1%	2,2%	
Santiago del Estero	Total	38	23	23	49	
	Relaciones sexuales con varones	31,6%	43,5%	78,3%	55,1%	
	Relaciones sexuales con mujeres	68,4%	56,5%	21,7%	44,9%	
	Relaciones sexuales con trans	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
	Otro	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
Tierra del Fuego	Total	68	39	14	21	
	Relaciones sexuales con varones	77,9%	64,1%	64,3%	66,7%	
	Relaciones sexuales con mujeres	22,1%	35,9%	35,7%	33,3%	
	Relaciones sexuales con trans	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
	Otro	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
Tucumán	Total	396	411	260	298	
	Relaciones sexuales con varones	58,3%	60,3%	68,8%	64,4%	
	Relaciones sexuales con mujeres	40,9%	37,0%	30,0%	32,9%	
	Relaciones sexuales con trans	0,0%	0,7%	0,4%	0,7%	
	Otro	0,8%	1,9%	0,8%	2,0%	

FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=19.401.

Sífilis e ITS en la Argentina

Autores: Ariel Adaszko^a, Iael Altclas^a, Sebastián Aquila^a, José Barletta^a, Vanesa Kaynar^a, Carlos Giovacchini^b, Federico Santoro^b, Antonella Vallone^b, Tamara Wainziger^b, Mariana Ceriotto^c.

^aDirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis (DRVIHyT) y ^bDirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica, Ministerio de Salud de la Nación. ^c Hospital Zonal General de Agudos Blas Dubarry.

En este boletín, además de abordar la situación del VIH, se presenta un seguimiento y análisis anual de datos clave sobre sífilis, gonorrea y clamidia. Esta información resulta crucial, ya que el monitoreo constante de las infecciones de transmisión sexual (ITS) permite identificar tendencias, contener su avance y diseñar intervenciones de salud pública adaptadas a las poblaciones más afectadas.

A nivel mundial, las ITS constituyen un serio problema en términos de morbilidad a escala poblacional, ya que afectan significativamente la salud sexual y reproductiva y aumentan la frecuencia de complicaciones obstétricas. Por otro lado, tener una ITS puede aumentar el riesgo de adquirir VIH, pues afecciones como la sífilis o la gonorrea causan llagas o inflamación que facilitan la entrada del virus en el cuerpo. Además, las ITS atraen células inmunitarias, como los linfocitos CD4, que son las que el VIH infecta, situación que crea más “puertas de entrada” para el virus. También pueden debilitar las defensas naturales del organismo y aumentar así la vulnerabilidad. Por eso, es fundamental tratar las ITS y usar preservativos para reducir el riesgo de transmisión del VIH.

La vigilancia de las ITS, según lo establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), es fundamental para la prevención y el control de su propagación en la comunidad. La información aquí presentada proviene del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) y de la Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica.

Se recomienda, además, consultar el [Boletín Epidemiológico Nacional N° 719](#), que incluye desarrollos metodológicos, actualizaciones en las definiciones de casos y un análisis de la evolución de la sífilis desde 2018 hasta la actualidad. Estos datos complementan el contenido que aquí se presenta.

Sífilis

La sífilis es una enfermedad sistémica causada por *Treponema pallidum*, es curable y afecta solo a seres humanos. La vía sexual (prácticas vaginales, anales u orales, o contacto directo con lesiones infectantes durante las relaciones sexuales) y la vía perinatal (de una persona gestante al bebé durante el embarazo o el parto) son las principales formas de transmisión de la sífilis. Muy infrecuentemente, la sífilis también puede transmitirse por transfusiones de sangre o hemoderivados no seguros. La posibilidad de transmisión por vía sexual se reduce significativamente con el uso adecuado de preservativo y/o campo de látex durante las relaciones sexuales.

En nuestro país la vigilancia de la sífilis cobra central relevancia debido a su impacto en la salud sexual, a su asociación con desenlaces obstétricos adversos y a que es una enfermedad de referencia para el seguimiento del comportamiento de las ITS en general. Al mismo tiempo, una vigilancia efectiva puede contribuir a reducir el estigma asociado a estas infecciones, promoviendo un entorno más favorable para su prevención, diagnóstico y tratamiento en el marco de la prevención combinada.

La notificación de casos de sífilis en la población general al Sistema Nacional de Vigilancia cambió en 2022. Hasta entonces, la vigilancia se realizaba de manera agrupada, dividiendo la información entre componentes clínicos y de laboratorio. Los datos clínicos se usaban para calcular la incidencia anual, mientras que la información de los laboratorios monitoreaba la consistencia de las tendencias. Sin embargo, a partir de 2022 se implementó una modalidad de vigilancia nominal individualizada, que integra tanto datos clínicos como de laboratorio, y se dio continuidad a la modalidad numérica semanal para ciertos grupos, como personas embarazadas y bancos de sangre. Además, el grupo *Consultantes de ITS* permite el monitoreo de agentes etiológicos identificados por laboratorio en personas con sospecha de ITS.

Entre 2015 y 2019, se observó un aumento constante y acelerado de los casos de sífilis, tendencia que se interrumpió durante 2020 y 2021 en el contexto de la pandemia de COVID-19. En 2022, tras el cambio a la notificación nominal, la tendencia ascendente se reanudó, y se alcanzó una tasa de notificación superior a 69 casos cada cien mil habitantes. Para mantener la comparabilidad con períodos anteriores, se excluyeron del análisis de notificaciones nominales los casos reportados en bancos de sangre y en personas embarazadas (**Gráfico 1**).

Gráfico 1. Evolución de la tasa de sífilis en población general cada 100.000 habitantes. Argentina, 2015-2023.



FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) y el Boletín Epidemiológico Nacional N° 719.

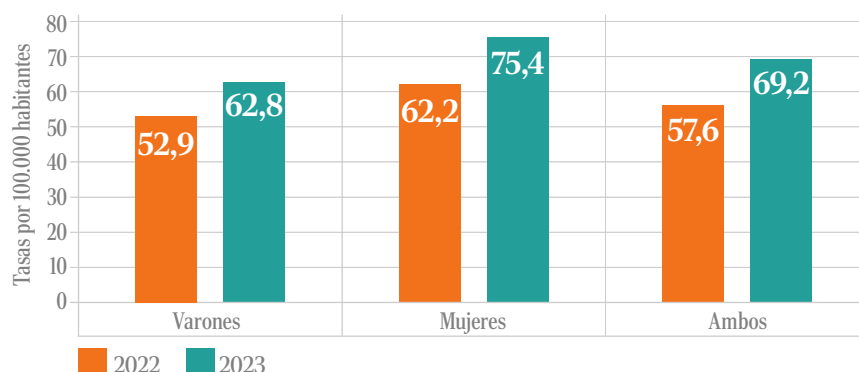
En 2022 se registraron 26.647 casos, mientras que en 2023 la cifra aumentó a 32.293. Este incremento se refleja en la tasa de notificación, que pasó de 57,6 en 2022 a **69,2 casos cada cien mil habitantes en 2023**, un crecimiento porcentual del 22%. Este importante ascenso guarda relación con la tendencia general a la suba que se viene presentando año a año desde 2015 (véase **Boletín N°40**).

Tanto en varones como en mujeres ha habido un aumento en los casos, y por ende en las tasas (**Gráfico 2**). El año 2023 registra una tasa de 62,8 casos cada cien mil habitantes en varones mientras en mujeres fueron 75,4. Las mujeres concentran el 55,4% de las notificaciones (**Gráfico 3**), lo que representa una **razón de 1,2 mujeres por cada varón**¹.

La mediana de edad en el momento del diagnóstico es de 28 años para el total de casos, en las mujeres baja a 26 y en varones asciende a 29. En ambos sexos el grupo etario que concentra la mayor cantidad de casos es el de 20 a 24 años; luego, a medida que aumenta la edad, los casos y tasas van disminuyendo sucesivamente por grupo quinquenal (**Gráfico 4**). Este mismo comportamiento se corrobora al analizar los grupos etarios según sexo: en las mujeres la concentración más alta se presenta entre los 20 y 24 años, con una tasa que llega a 272,4 casos cada cien mil habitantes y resulta mucho mayor a la de los varones, también alta, de 167,2 casos cada cien mil habitantes (**Gráfico 5**).

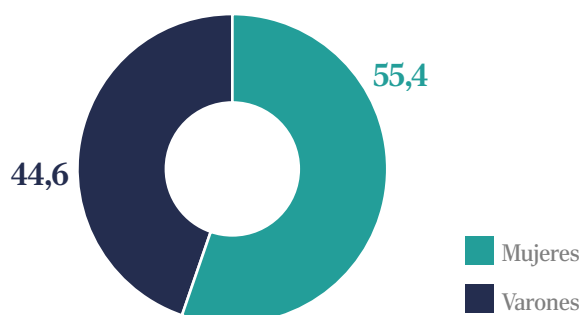
¹ Este informe se basa en sexo registrado dado que es una variable más exhaustiva, mientras que los datos por género solo se disponen en el 7% de las notificaciones.

Gráfico 2. Evolución de la tasa de sífilis en población general cada 100.000 habitantes (notificación nominal), según sexo registrado. Argentina, 2022-2023.



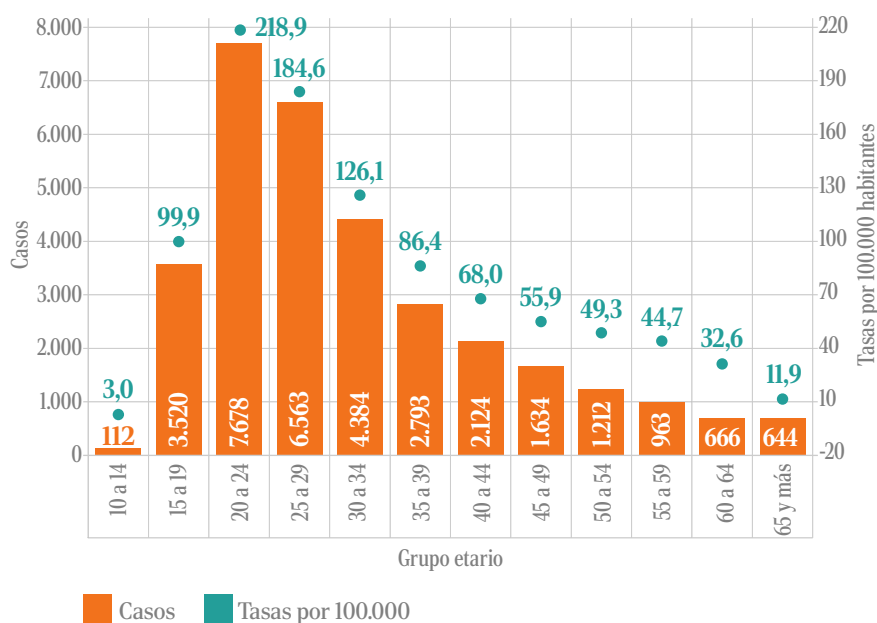
FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) y el Boletín Epidemiológico Nacional N° 719. N 2022=26.647; N 2023=32.293.

Gráfico 3. Porcentaje de casos notificados de sífilis en población general (notificación nominal) según sexo registrado. Argentina, 2023.



FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) y el Boletín Epidemiológico Nacional N° 719. N=32.293.

Gráfico 4. Casos y tasas cada 100.000 habitantes de sífilis en población general (notificación nominal), según grupo de edad. Argentina, 2023.



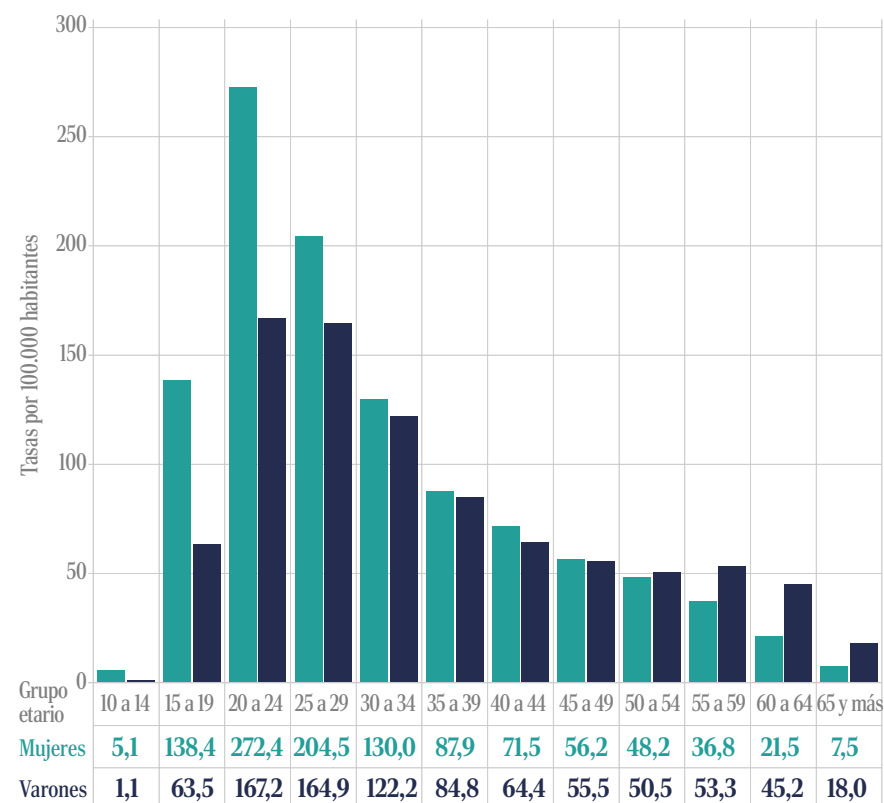
FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) y el Boletín Epidemiológico Nacional N° 719. N=32.293.

En cuanto a la región de residencia² de las personas cuyos casos se reportaron, la región Gran Buenos Aires (GBA) tiene la tasa más baja, 30,3, muy por debajo del promedio nacional (**Gráfico 6**). La región Centro tiene la tasa más alta, 95,4, seguida de la Patagonia, con 89,9, y Cuyo, con 88,9. El noreste y noroeste argentinos (NEA y NOA) tienen tasas más cercanas entre sí, de 73,7 y 72,9 respectivamente.

Como ya se señaló, la tasa nacional se ubica en 69,2 casos cada cien mil habitantes en 2023, lo que indica que varias regiones están por encima de la media nacional, mientras que el GBA está considerablemente por debajo. Esto muestra una fuerte disparidad entre las regiones.

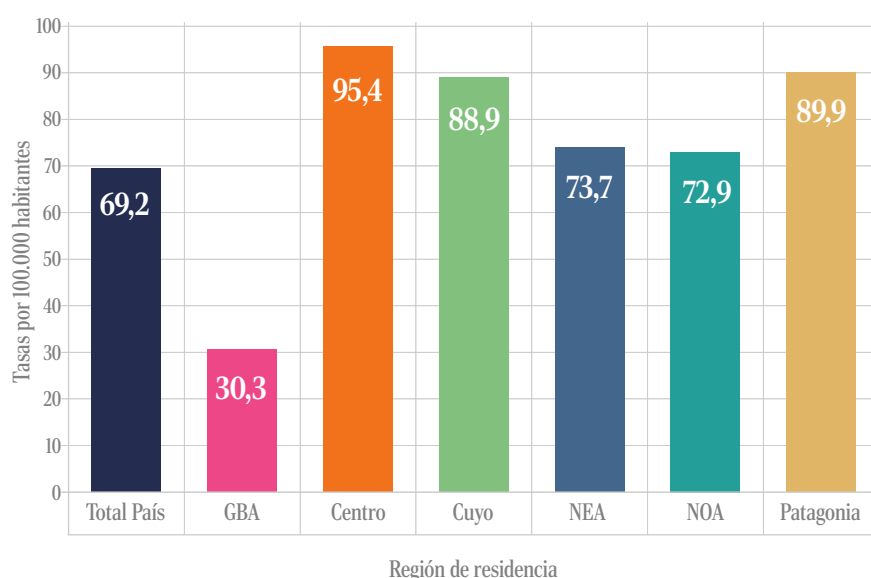
² La región Gran Buenos Aires (GBA) comprende la ciudad de Buenos Aires y los siguientes partidos bonaerenses: Almirante Brown, Avellaneda, Berazategui, Esteban Echeverría, Ezeiza, Florencio Varela, General San Martín, Hurlingham, Ituzzaingó, José C. Paz, La Matanza, Lanús, Lomas de Zamora, Malvinas Argentinas, Merlo, Moreno, Morón, Quilmes, San Fernando, San Isidro, San Miguel, Tigre, Tres de Febrero, Vicente López; la región Centro está conformada por el resto de los partidos de la provincia de Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe y Entre Ríos; el noroeste argentino (NOA), por Catamarca, Jujuy, Salta, Tucumán, Santiago del Estero y La Rioja; el noreste argentino (NEA), por Formosa, Misiones, Chaco y Corrientes; Cuyo, por San Juan, San Luis y Mendoza; Patagonia, por Neuquén, La Pampa, Río Negro, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego.

Gráfico 5. Tasas de sífilis en población general cada 100.000 habitantes (notificación nominal), según grupo de edad y sexo registrado. Argentina, 2023.



FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) y el Boletín Epidemiológico Nacional N° 719. N=32.293.

Gráfico 6. Tasa de sífilis en población general cada 100.000 habitantes (notificación nominal) según región de residencia y total. Argentina, 2023.



FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) y el Boletín Epidemiológico Nacional N° 719. N=32.293.

En la **Tabla 1** se muestran los casos y tasas por sexo registral en todas las jurisdicciones, donde se pueden ver disparidades geográficas y de sexo: muchas provincias están por encima del promedio, particularmente en el caso de las mujeres.

Si bien a nivel nacional, la tasa de sífilis en mujeres es mayor que en varones (17.901 frente a 14.389), al analizar por jurisdicciones, la tendencia no es uniforme. En provincias como La Pampa, Formosa, Córdoba y San Luis, entre otras, las mujeres presentan tanto un mayor número de casos como una tasa de notificación más alta en comparación con los varones. Por el contrario, en Catamarca, CABA, Mendoza, Tierra del Fuego y Tucumán, son los varones quienes presentan una tasa superior.

Tabla 1. Casos y tasas de sífilis en población general cada 100.000 habitantes (notificación nominal), según sexo registrado y jurisdicción. Argentina, 2023.

Jurisdicción	Mujeres		Varones		Ambos sexos	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Buenos Aires	4.156	45,3	2.832	32,0	6.988	38,7
CABA	170	10,4	381	26,2	552	17,9
Catamarca	226	106,3	261	122,4	487	114,4
Chaco	675	107,5	418	68,4	1.093	88,2
Chubut	329	101,6	309	94,9	638	98,3
Córdoba	3.559	180,1	3.286	173,2	6.847	176,8
Corrientes	259	44,5	180	31,7	439	38,2
Entre Ríos	187	25,8	113	16,2	300	21,1
Formosa	521	167,4	255	82,8	776	125,3
Jujuy	552	137,2	501	127,4	1.053	132,4
La Pampa	364	196,6	211	115,9	575	156,6
La Rioja	172	83,8	64	31,5	236	57,7
Mendoza	711	68,4	782	77,5	1.493	72,9
Misiones	506	77,6	362	55,7	868	66,7
Neuquén	182	52,5	167	48,8	349	50,7
Río Negro	374	96,2	324	83,8	698	90,0
Salta	781	104,7	708	96,9	1.489	100,8
San Juan	456	112,4	295	73,7	751	93,2
San Luis	464	174,8	299	114,3	763	144,8
Santa Cruz	158	82,7	110	54,5	268	68,2
Santa Fe	2.469	133,3	1.923	109,0	4.392	121,5
Santiago del Estero	135	26,7	71	14,2	206	20,4
Tierra del Fuego	104	113,8	119	125,4	223	119,7
Tucumán	391	44,1	418	48,2	809	46,1
Total País	17.901	75,4	14.389	62,8	32.293	69,2

FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) y el Boletín Epidemiológico Nacional N° 719.

Las diferencias observadas entre sexos no responden necesariamente a la distribución epidemiológica de la enfermedad, sino que podrían estar más relacionadas con la capacidad del sistema sanitario para detectar los casos a través de la consulta en los servicios de salud.

La sífilis, como cualquier ITS, requiere un enfoque integral. La **prevención combinada** (que se aborda en otro [artículo](#) de esta publicación) es una estrategia que busca reducir la transmisión de la sífilis, el VIH y otras ITS mediante diversas herramientas como la educación sexual, el acceso a métodos de barrera y otras intervenciones biomédicas farmacológicas y no farmacológicas, el diagnóstico y tratamiento temprano, y la vigilancia epidemiológica. Esta estrategia se organiza en tres componentes clave: estructural, biomédico y comportamental, adaptándose a las necesidades de cada individuo y territorio.

Un pilar esencial en la prevención de la sífilis es el acceso al testeo y tratamiento, ya sea en el mismo lugar y momento de la consulta o al momento del diagnóstico. La educación sobre prácticas sexuales seguras y el acceso a pruebas rápidas son fundamentales para la detección temprana, mientras que el tratamiento tiene una eficacia del 100% cuando se administra oportunamente y en el punto de atención.

Otras medidas clave incluyen la promoción del uso de preservativos penéanos y vaginales, además de geles lubricantes, asegurando su disponibilidad, así como la oferta de pruebas voluntarias y confidenciales para VIH y otras ITS, con especial atención a las poblaciones más vulnerables y desproporcionadamente afectadas. También se recomienda el tamizaje regular para sífilis, clamidia y gonorrea en población general, con oferta de tratamiento en el mismo lugar del diagnóstico. Es importante en cada caso hacer una valoración del riesgo.



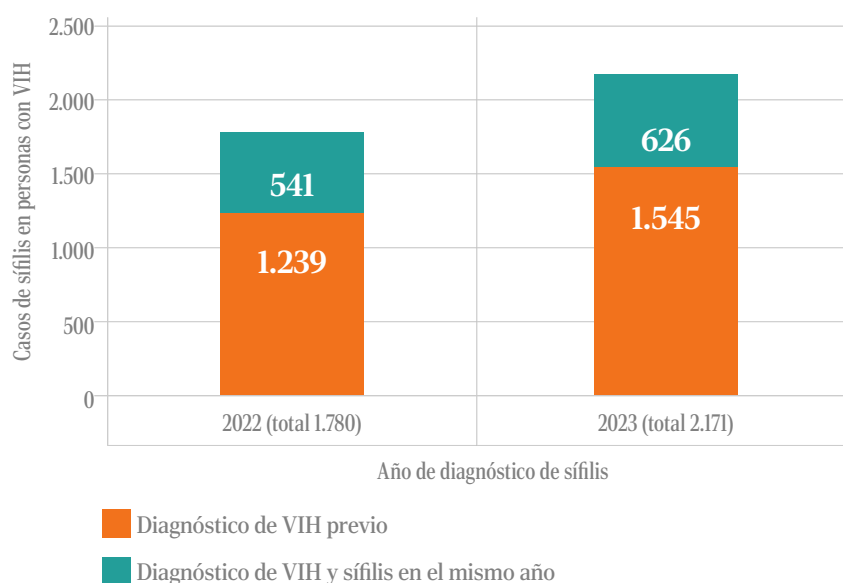
Coinfección sífilis-VIH

En el marco de un enfoque de prevención combinada, el seguimiento de la coinfección sífilis-VIH toma una gran relevancia en la epidemiología de las ITS por sus implicancias en la salud pública y en la calidad de vida de las personas. La coinfección aumenta la transmisibilidad de ambas infecciones.

En los últimos años, [se ha observado](#) un incremento en las tasas de sífilis a nivel global, especialmente entre personas con VIH. Esto es particularmente evidente en ciertas poblaciones, como hombres que tienen sexo con hombres (HSH), personas trans y trabajadores/as sexuales.

De los 32.293 casos de sífilis notificados durante 2023, **2.171 (6,7%) correspondieron a personas coinfectadas con VIH**. Entre estos casos de coinfección, **626 personas recibieron ambos diagnósticos el mismo año**. A su vez, estos 626 casos representan, por un lado, el 9,5% de los nuevos diagnósticos de VIH reportados en 2023 (6.588) y, por otro, el 28,8% de los diagnósticos de sífilis notificados en personas que tienen VIH (2.171). Esto refleja una alta proporción de coinfección en ambos eventos. Estos valores son, en proporción, similares a los registrados en 2022 (**Gráfico 7**).

Gráfico 7. Casos de sífilis notificados en personas con VIH según año de diagnóstico de sífilis. Argentina, 2022-2023.



FUENTE: Elaboración en base a datos suministrados por la Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica - Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0).

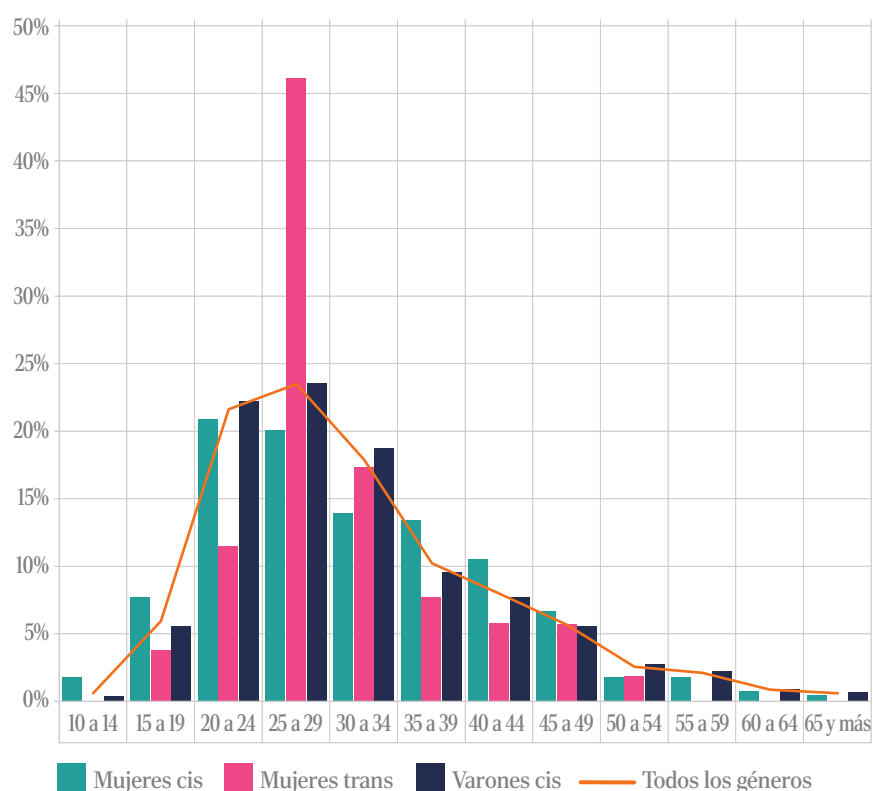
Al analizar los datos de sífilis y VIH, se puede ver la distribución por género: el 79,5% de los casos corresponde a varones cis, el 17,5% a mujeres cis, un 2,4% a mujeres trans y un 0,2% (5 casos) a varones trans.

La mediana de edad es de 27 años para el conjunto de todos los géneros. Si analizamos por grupo de edad y género encontramos que la mayoría de los casos se concentran entre los 20 y los 29 años. En mujeres trans, el grupo de 25 a 29 años es particularmente alto (46,2%). En el caso de varones cis y mujeres cis, las edades entre 20 a 29 años tienen también una alta concentración de casos, pero con porcentajes más repartidos (entre el 20% y el 22%) (**Gráfico 8**).

A partir de los 40 años y a medida que se avanza en edad, la cantidad de casos disminuye en todos los géneros, especialmente en mujeres trans y cis. Las personas mayores de 50 años constituyen menos del 5% en cualquier categoría, con una muy baja concentración de caso en mujeres trans mayores de 45 años (alrededor del 1,9%).

La población con más casos notificados se encuentra en edades reproductivas o jóvenes adultas (20 a 34 años), con porcentajes bastante altos tanto en varones cis como en mujeres cis. En mujeres trans, hay una concentración excepcional en el grupo de 25 a 29 años.

Gráfico 8. Distribución porcentual de los casos de coinfección sífilis-VIH según grupos de edad y género. Argentina, 2023.

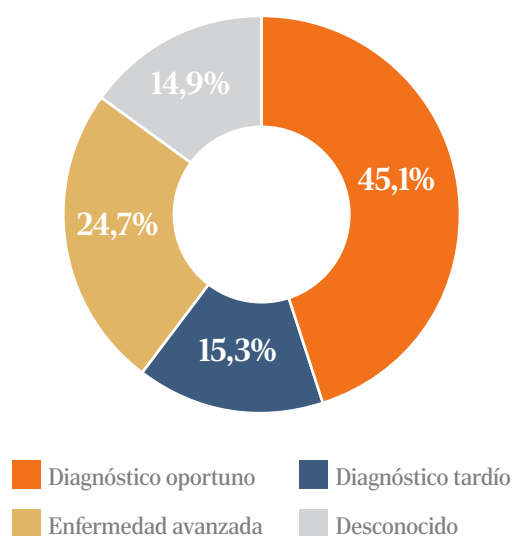


FUENTE: Elaboración en base a datos suministrados por la Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica - Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) N=2.171.

En cuanto a la oportunidad del diagnóstico de VIH en los casos de coinfección registrados en 2023, se observa que el 40% de las personas accede tardíamente a conocer su serología, un 24,7% se encontraba en enfermedad avanzada y un 15,3% en estadio tardío. Finalmente, el 45,5% de los casos registra un diagnóstico oportuno de VIH; aunque es la fracción mayoritaria, no llega a superar la mitad (**Gráfico 9**). En [otro artículo](#) se presenta la metodología y análisis de estos indicadores.

En este contexto, la prevención combinada resulta fundamental. **Acciones** como la educación sexual, el acceso a métodos de barrera como el preservativo, la promoción de la profilaxis preexposición (PrEP) y la detección temprana de ambas infecciones en poblaciones clave son esenciales para frenar la transmisión del VIH y la sífilis.

Gráfico 9. Distribución porcentual de la oportunidad diagnóstica de VIH en personas con coinfección sífilis-VIH. Argentina, 2023.



FUENTE: Elaboración en base a datos suministrados por la Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica - Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=430 (196 casos sin información).

Positividad en pruebas de tamizaje de sífilis

Una estrategia efectiva para monitorear la evolución de la sífilis es analizar la positividad de las pruebas por laboratorio, en especial los tamizajes en población general.

Este método brinda un panorama del comportamiento de la sífilis, ya que permite analizar información según sexo, edad y jurisdicción. El SNVS 2.0 concentra información sobre estas pruebas desde 2018.

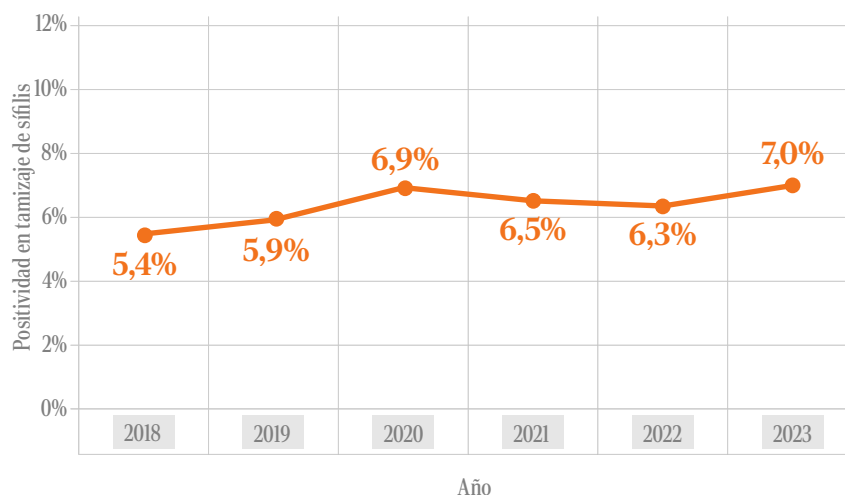
En 2023, la positividad en las pruebas de tamizaje de sífilis alcanzó el 7%, lo que representa un aumento con respecto al año anterior. Este incremento refleja un comportamiento similar a lo observado en la notificación nominal, aunque de manera menos pronunciada (Gráfico 10). Después de dos años consecutivos de disminución, este cambio señala un repunte en la tendencia, aunque en términos generales, se mantiene una estabilidad a lo largo del tiempo.

Al analizar la positividad agrupada por edad, el segmento de 15 a 24 años presenta el valor más alto (8,6%). A medida que aumenta la edad, la positividad disminuye, con los grupos de 35 a 64 años mostrando proporciones entre 4,3 y 4,9%.

El grupo de 25 a 34 años tiene un porcentaje de positividad del 7,6%, ligeramente inferior al grupo más joven. A su vez, la positividad en el grupo de mayores de 65 años es algo más alta (4,7%) que en los de 45 a 64 años (4,3%) (Gráfico 11).

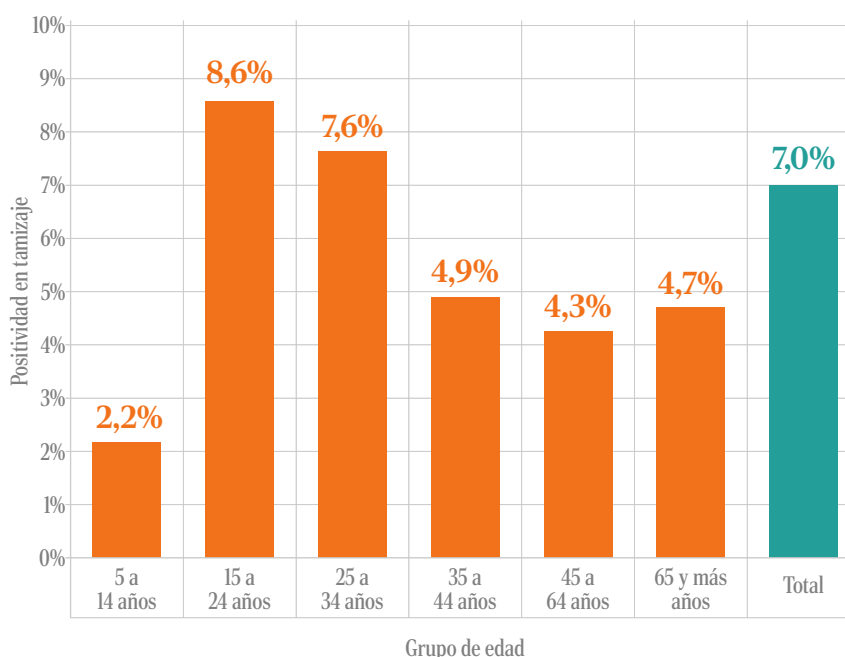
En resumen, aunque se están considerando distintas fuentes, lo observado a través de las pruebas de tamizaje resulta similar a lo analizado en la notificación nominal. El promedio total de 7,0%, sirve de referencia para comparar los distintos grupos etarios y permite señalar que **los jóvenes tienen una positividad superior al promedio, mientras que las edades medias presentan un valor inferior.**

Gráfico 10. Evolución del porcentaje de positividad en pruebas de tamizaje de sífilis en ambos sexos. Argentina, 2018-2023.



FUENTE: Elaboración en base a reportes en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Datos actualizados al 28/09/2023. N=635.051.

Gráfico 11. Porcentaje de positividad en pruebas de tamizaje de sífilis según grupo de edad. Argentina, 2023.



FUENTE: Elaboración en base a reportes en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Datos actualizados al 28/09/2023. N=44.207.



Positividad en pruebas de sífilis en personas embarazadas

Las pruebas de laboratorio para sífilis y otras ITS en personas embarazadas son esenciales para proteger tanto su salud como la del feto, ya que permiten prevenir la transmisión de infecciones que podrían tener consecuencias graves si no se detectan y tratan a tiempo.

El diagnóstico y tratamiento oportuno de la sífilis en personas embarazadas es una de las principales estrategias para eliminar la sífilis congénita. Si no se identifica ni se trata en fases tempranas, esta infección puede derivar en complicaciones serias.

La notificación y el monitoreo de los casos positivos en personas embarazadas son herramientas clave para obtener información crucial sobre la situación epidemiológica. En este sentido, el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) se destaca como un recurso fundamental para el registro y seguimiento de los casos de sífilis en gestantes y de sífilis congénita. Este sistema permite trazar la relación entre las personas embarazadas y las expuestas, emitir alertas y facilitar la coordinación entre los profesionales de la salud.

El fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión vertical es un componente central en el marco estratégico de la iniciativa Eliminación de Transmisión Materno Infantil (ETMI-Plus), adoptada por el Ministerio de Salud como una política prioritaria. La eliminación de la sífilis congénita es un objetivo alcanzable mediante esfuerzos continuos y coordinados en la prevención de ITS, la realización de pruebas diagnósticas tempranas de sífilis (tanto antes del embarazo como en cada trimestre de gestación) y asegurando el tratamiento adecuado para todas las personas embarazadas seropositivas y sus parejas sexuales.

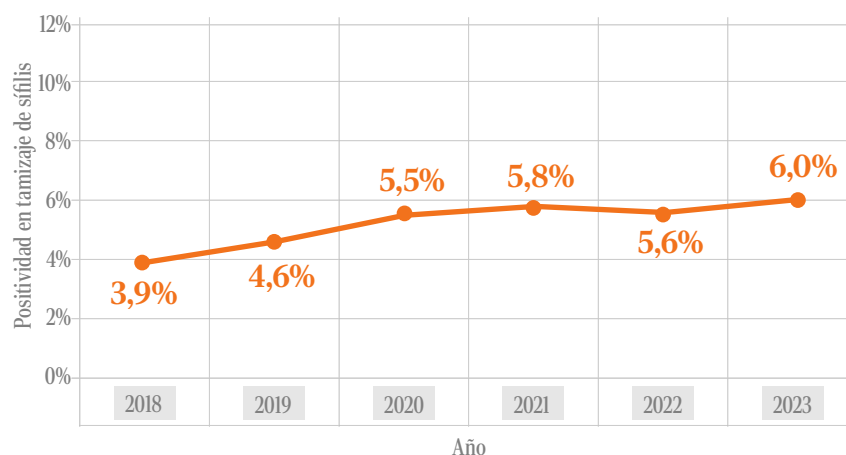
El porcentaje de positividad en personas embarazadas en 2023 fue del 6%. Al analizar la evolución, se observa un aumento sostenido desde 2018 hasta 2021, con un pico de 5,8%, seguido de una leve disminución al 5,6% en 2022. Pese a esta baja puntual, la tendencia general entre 2018 y 2023 sigue siendo ascendente (**Gráfico 12**).

En cuanto a la edad agrupada, el grupo de 15 a 24 años presenta la más alta positividad, 7,8%. A medida que avanza la edad, se observa una fuerte disminución en los porcentajes y es el grupo de 25 a 34 años el que presenta un 5,4% de positividad, seguido por el grupo de 35 a 44 años con un 3,1%. En el grupo de 45 a 64 años, la positividad sube ligeramente al 4,4% (**Gráfico 13**).

En conjunto, al igual que las pruebas en población general, vemos una mayor proporción de pruebas positivas en las personas embarazadas más jóvenes, con una tendencia a la baja en los grupos de mayor edad.

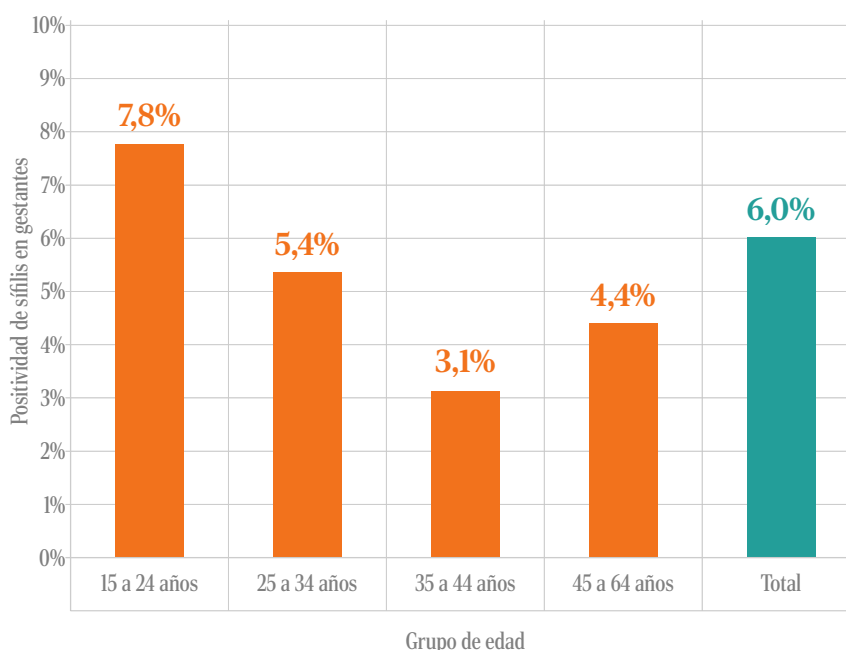
En primer lugar, se realiza una prueba de tamizaje para detectar posibles casos de sífilis. Ante un resultado positivo, se lleva a cabo una prueba confirmatoria que permite verificar la infección. En 2023, el 27,7% de las gestantes con tamizaje positivo recibieron pruebas confirmatorias.

Gráfico 12. Evolución del porcentaje de positividad de sífilis en pruebas de tamizaje de personas embarazadas. Argentina, 2018-2023.



FUENTE: Elaboración en base a reportes en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Datos actualizados al 28/09/2023. N=330.758.

Gráfico 13. Porcentaje de positividad en pruebas de tamizaje de sífilis de personas embarazadas según grupo etario y total. Argentina, 2023.



FUENTE: Elaboración en base a reportes en el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Datos actualizados al 28/09/2023. N=19.937.

Sífilis congénita

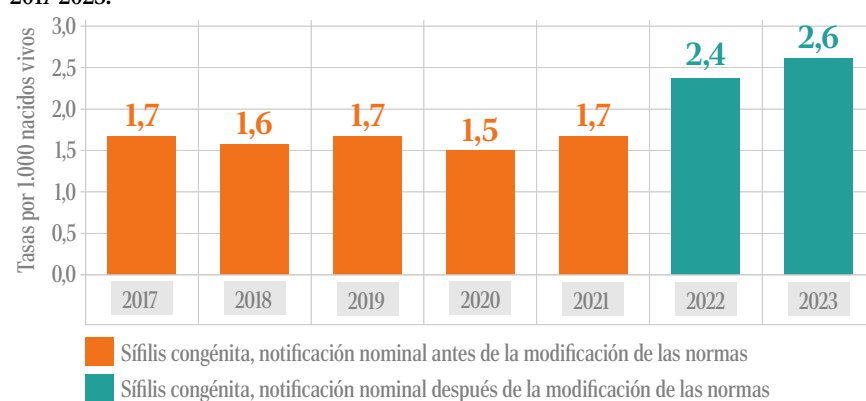
La sífilis no tratada en personas embarazadas puede provocar sífilis congénita y acarrear graves consecuencias, como abortos espontáneos, muerte fetal o malformaciones congénitas en los recién nacidos. La detección y el tratamiento oportuno de la sífilis son esenciales para prevenir estos desenlaces adversos.

En Argentina la vigilancia y el seguimiento de la sífilis congénita son esenciales. Desde 2010, los Estados miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se comprometieron a eliminar la transmisión materno-infantil (ETMI) del VIH y la sífilis. En 2016, estos compromisos se renovaron y ampliaron con la aprobación del “Plan de acción para la prevención y el control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021”. Este plan, conocido como ETMI-Plus, extiende la iniciativa para incluir la eliminación de otras enfermedades prevenibles, como la hepatitis B y la enfermedad de Chagas. En nuestro país, el Ministerio de Salud de la Nación ha trabajado con este enfoque integral desde 2010, formalizándolo en 2014 mediante la creación del marco para **eliminar la transmisión materno-infantil del VIH, la sífilis y la enfermedad de Chagas**.

En Argentina, la evolución de la tasa de sífilis congénita cada mil nacidos vivos entre 2017 y 2021 se mantiene relativamente estable, fluctuando entre 1,5 y 1,7 (**Gráfico 14**). El valor más bajo de la serie se presenta en 2020 y podría estar vinculado a factores contextuales como la pandemia de covid y posibles disminuciones en los controles de salud.

A partir de 2022, la tendencia cambia notablemente, con un aumento importante en la tasa de sífilis congénita, que alcanza el 2,4 en 2022 y **2,6 cada mil nacidos vivos en 2023**. Esto coincide con una actualización de las definiciones de caso y la modalidad de vigilancia de la enfermedad implementada en 2022, bajo **las normas de vigilancia y control de eventos de notificación obligatoria**. Se incorporó el evento *Sífilis-RN expuesto en investigación*, que permite agrupar los casos sin datos suficientes para clasificarse como casos de sífilis congénita o descartarse, pero que requieren seguimiento.

Gráfico 14. Evolución de la tasa de sífilis congénita cada mil nacidos vivos. Argentina, 2017-2023.



FUENTE: Elaboración en base a reportes del evento *Sífilis congénita* en el SNVS 2.0, datos provistos por la Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica.

En el análisis de la sífilis congénita de 2022 y 2023 a nivel nacional, se observa un aumento en la cantidad de casos y tasas de notificación, que pasan de 1.170 casos y una tasa de 2,4 cada mil nacidos vivos en 2022 a 1.290 casos y una tasa de 2,6 en 2023. Este incremento refleja una tendencia general al alza en el país, aunque con variaciones considerables entre jurisdicciones (**Tabla 2**).

Algunas provincias experimentaron aumentos notables en la tasa de notificación, como Catamarca, que subió de 2,3 a 8,2, y Corrientes, de 3,9 a 11,2. Mendoza también mostró un incremento importante. En contraste, otras jurisdicciones, como CABA y Chaco, registraron reducciones en la cantidad de casos y en la tasa de notificación; la baja es especialmente marcada en Chaco, que pasó de 3,0 a 0,1, lo cual podría estar vinculado a factores locales en el diagnóstico y la prevención.

Por otro lado, algunas provincias mantuvieron cifras relativamente estables, como Formosa y Santa Cruz, sin variaciones importantes en casos ni tasas. Esta diversidad en las dinámicas de sífilis congénita entre las jurisdicciones sugiere una situación compleja y desigual en cuanto al diagnóstico y la notificación, que plantea la necesidad de contar con enfoques regionalizados en las políticas de salud pública para abordar adecuadamente esta problemática en cada zona del país.

Tabla 2. Casos y tasas de sífilis congénita cada mil nacidos vivos, según jurisdicción. Argentina, 2022-2023.

Jurisdicción	2022		2023	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Buenos Aires	490	2,8	507	2,9
CABA	74	3,0	50	2,0
Catamarca	11	2,3	39	8,2
Chaco	55	3,0	2	0,1
Chubut	8	1,3	3	0,5
Córdoba	26	0,6	22	0,5
Corrientes	56	3,9	162	11,2
Entre Ríos	5	0,3	11	0,7
Formosa	10	1,2	10	1,2
Jujuy	6	0,8	9	1,2
La Pampa	16	4,6	7	2,0
La Rioja	25	5,7	27	6,1
Mendoza	61	2,9	111	5,2
Misiones	4	0,2	6	0,3
Neuquén	8	1,1	20	2,7
Río Negro	17	2,1	9	1,1
Salta	104	5,6	66	3,5
San Juan	117	11,2	134	12,9
San Luis	11	2,0	13	2,3
Santa Cruz	5	1,4	4	1,1
Santa Fe	10	0,2	29	0,7
Santiago del Estero	10	0,9	6	0,5
Tierra del Fuego	3	1,9	0	0,0
Tucumán	38	1,8	43	2,1
Total País	1.170	2,4	1.290	2,6

FUENTE: Elaboración en base a reportes del evento *Sífilis congénita* en el SNVS 2.0, datos provistos por la Dirección Nacional de Epidemiología e Información Estratégica.

Infecciones por *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*

Las infecciones por *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis* pueden provocar diversos cuadros clínicos, entre los cuales la uretritis y la proctitis son los más relevantes. Sin embargo, también pueden ser asintomáticas y detectarse en contextos de tamizaje.

Por ello, es fundamental realizar la toma de muestras diagnósticas en todos los casos de sospecha y considerar el tamizaje en aquellas poblaciones que podrían beneficiarse, como las personas en profilaxis pre-exposición para el VIH.

Secreción genital purulenta: monitoreo de la gonorrea en el SNVS

La gonorrea, causada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae*, se transmite principalmente por contacto sexual o perinatal y su vigilancia epidemiológica es crucial para la salud pública. Detectar los casos de manera temprana no solo ayuda a prevenir la propagación rápida de la infección, sino también a implementar estrategias adecuadas de prevención, diagnóstico y tratamiento. La identificación oportuna de aumentos en el número de casos permite actuar en fases iniciales para evitar su expansión. Sin embargo, *Neisseria gonorrhoeae* ha desarrollado resistencia a varios antibióticos a lo largo del tiempo, lo que complica su tratamiento. Por eso, la recolección y el análisis de datos sobre la sensibilidad antimicrobiana son fundamentales, ya que permiten a los profesionales de la salud ajustar las pautas terapéuticas y garantizar tratamientos efectivos.

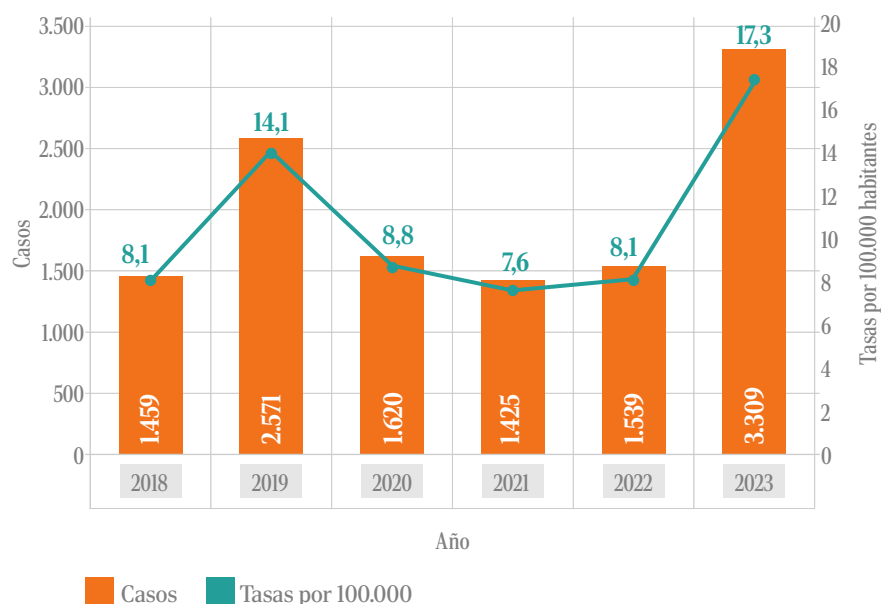
Para comprender el comportamiento de las infecciones por gonococo, la vigilancia se realiza a través del SNVS 2.0, específicamente en el módulo de agrupados por consultas clínicas del evento *Secreción purulenta en varones*. Estos datos proporcionan una aproximación valiosa sobre la dinámica de la gonorrea en todas las jurisdicciones y grupos de edad en nuestro país, lo que permite un seguimiento detallado de su evolución y facilita la toma de decisiones en salud pública para su control y prevención.

Entre 2018 y 2023, los casos de gonorrea muestran fluctuaciones marcadas tanto en las tasas de incidencia como en el número de casos. En 2018, la tasa fue de 8,1 cada cien mil habitantes, con un total de 1.459 casos. En 2019, hubo un aumento importante, con una tasa de 14,1 y 2.571 casos. En 2020 y 2021, se observó una disminución tanto en la tasa como en los casos reportados (Gráfico 15).

En 2022 la tasa volvió al nivel de 2018, 8,1 cada cien mil habitantes, aunque el número de casos fue ligeramente superior al de aquel año (1.539). No obstante, en 2023 se registró con un aumento abrupto la tasa más alta del período (**17,3 casos cada cien mil habitantes**) y un total de 3.309 casos. Este incremento podría responder a factores como un cambio en el comportamiento sexual de la población o mejoras en la detección y reporte de casos.

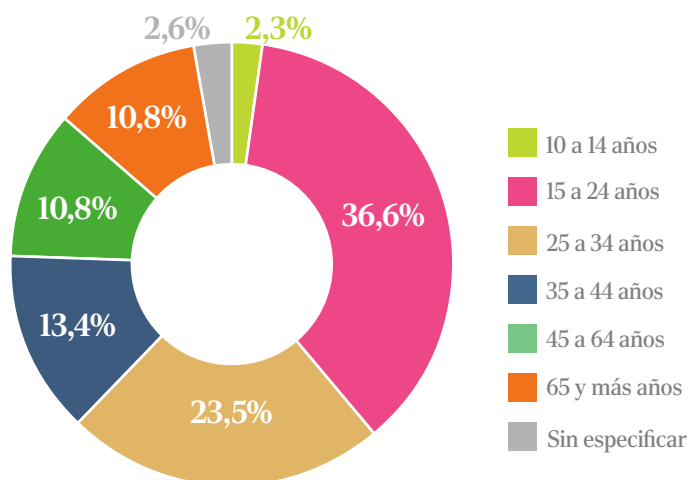
En el análisis de la cantidad de casos por grupo de edad (Gráfico 16) encontramos que la mayor proporción de casos de gonorrea se concentra en jóvenes de 15 a 24 años, que representa el 36,6% del total. Le siguen los grupos de 25 a 34 años con el 23,5% y el de 35 a 44 años con el 13,4%. Los grupos de 45 a 64 años y mayores de 65 años tienen tasas idénticas, del 10,8%, mientras que los menores de 10 a 14 años registran la tasa más baja con el 2,3%. Por último, hay un 2,6% de casos en los que no se especificó la edad.

Gráfico 15. Evolución de las tasas y casos de secreción genital purulenta en varones. Notificación clínica agrupada. Argentina, 2018-2023.



FUENTE: Elaboración en base a reportes en el SNVS 2.0, datos actualizados al 28/8/2024.

Gráfico 16. Distribución etaria de los casos de secreción genital purulenta en varones. Notificación clínica agrupada. Argentina, 2023.



FUENTE: Elaboración en base a reportes en el SNVS 2.0, datos actualizados al 28/8/2024. N=3.309.

Secreción genital sin especificar: monitoreo de clamidia a través del SNVS

La infección por *Chlamydia trachomatis* es una de las ITS bacterianas más comunes en el mundo. El seguimiento epidemiológico de esta infección es clave para entender su dinámica y controlarla, ya que proporciona datos fundamentales para la formulación de políticas de salud. Estas políticas buscan facilitar la detección precoz, el tratamiento efectivo y la prevención de su propagación, además de promover la investigación constante sobre esta infección.

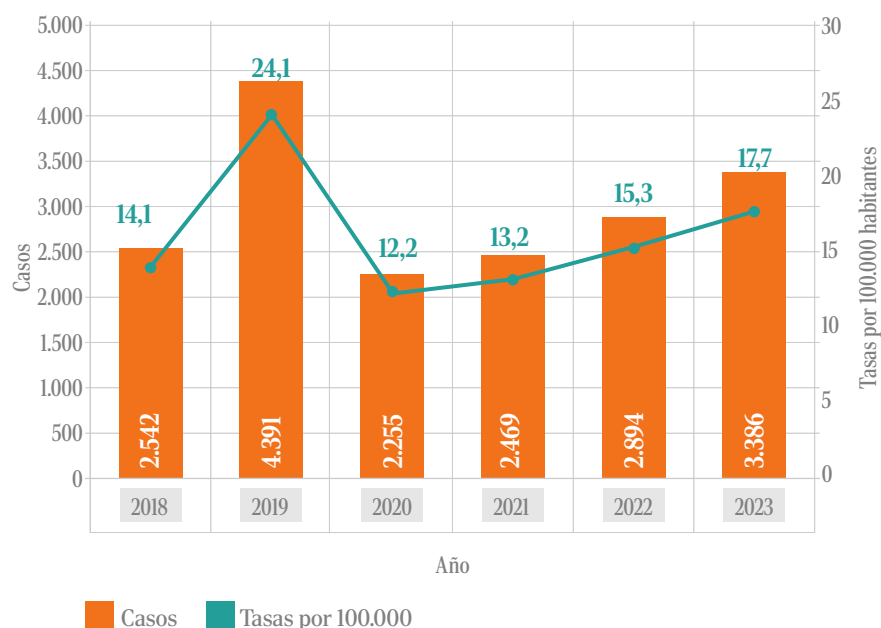
De forma similar a la gonorrea, para monitorear el comportamiento de las infecciones por clamidia se utiliza en el SNVS 2.0 el módulo de notificación agrupada clínica en el evento *Secreción genital sin especificar en varones* (sexo registral). A partir de estos registros es posible obtener una visión integral sobre la distribución y grupos de edad más afectados. Esta información permite evaluar la magnitud del problema y ajustar las intervenciones necesarias para frenar su propagación, además de optimizar las estrategias de prevención y tratamiento en el ámbito de la salud pública.



La evolución de los casos de secreción genital sin especificar en varones registrados entre 2018 y 2023 (**Gráfico 17**) muestra en 2019 un aumento notable tanto en el volumen de casos (4.391) como en la tasa por cien mil habitantes (24,1) respecto de 2018, cuando hubo 2.542 casos y una tasa de 14,1. Sin embargo, en 2020, los casos y la tasa disminuyeron significativamente (2.255 casos y una tasa de 12,2), posiblemente debido a las restricciones sanitarias por la pandemia. A partir de 2021, la tendencia muestra un leve incremento, sostenido hasta **2023, con una tasa de 17,7 cada cien mil habitantes** y 3.386 casos, lo que indica una posible reactivación en la notificación o en la incidencia de esta condición.

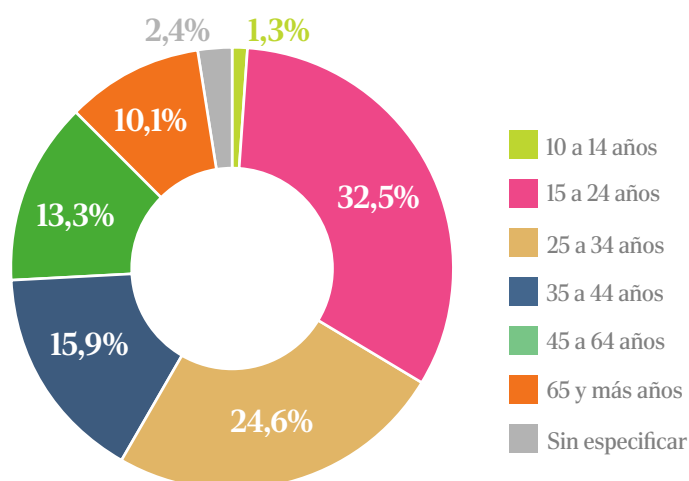
La distribución por grupo de edad muestra que la mayor proporción de casos de secreción genital sin especificar en varones (**Gráfico 18**) se concentra en el grupo de 15 a 24 años, con un 32,5%. Le sigue el grupo de 25 a 34 años, que representa el 24,6%. Al igual que las tasas, la concentración de casos disminuye progresivamente en los grupos de mayor edad: 15,9% en el grupo de 35 a 44 años, 13,3% en los de 45 a 64 años y 10,1% en los mayores de 65 años. Los menores de 10 a 14 años tienen la menor cantidad, 1,3%, y un 2,4% corresponde a edades no especificadas. Esto indica que la infección es más prevalente en jóvenes y adultos jóvenes, y disminuye conforme aumenta la edad.

Gráfico 17. Evolución de las tasas y casos de secreción genital sin especificar en varones. Notificación clínica agrupada. Argentina, 2018-2023.



FUENTE: Elaboración en base a reportes en el SNVS 2.0, datos actualizados al 28/8/2024.

Gráfico 18. Distribución porcentual según grupo de edad, secreción genital sin especificar en varones. Notificación clínica agrupada. Argentina, 2023.



FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). Datos actualizados al 28/8/2024. N=3.386.

Linfogranuloma venéreo (LGV)

La clamidia es una de las ITS bacterianas más comunes, a menudo asintomática, lo que dificulta su detección y favorece la propagación. El linfogranuloma venéreo (LGV) es una forma invasiva de la clamidia, común en hombres que tienen sexo con hombres, que causa úlceras genitales, linfadenopatía y, más frecuentemente, proctitis con clínica florida. El LGV es causado por cepas de *Chlamydia trachomatis* de los genotipos L1, L2 y L3. También está asociado con una morbilidad significativa y un mayor riesgo de transmisión del VIH.

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

En 2023 se notificaron 76 casos confirmados de LGV, uno correspondiente a una mujer trans y el resto a varones cis. Este número muestra un crecimiento del 35,7% respecto de 2022, cuando se habían registrado 56 casos.

La mediana de edad es de 37 años. La distribución de los casos por grupo etario muestra que la mayoría se encuentra en el grupo de 25 a 34 años, con un 44,7% del total. Le sigue el grupo de 35 a 44 años, que representa un 32,9% de los casos. Los grupos de 45 a 65 años y de 20 a 24 años tienen una menor incidencia, con un 15,8% y 6,6% respectivamente. Esto sugiere que la mayor concentración se encuentra entre los 25 y los 44 años.

Del registro de casos de VIH en 2023, se ha constatado que 32 de los diagnosticados con LGV también tenían diagnóstico de VIH; 30 de ellos ya contaban con un diagnóstico previo de VIH. Además, en el 68,8% de los casos la vía de transmisión fue por prácticas sexuales sin preservativo entre hombres, en el 6,3% por prácticas sexuales sin protección con mujeres, y en el 25% no se pudo determinar la vía de transmisión.

Algunas conclusiones

La situación epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en Argentina presenta en la actualidad un aumento sostenido de los casos tanto en sífilis, como en clamidia y gonorrea, especialmente entre las personas jóvenes. En 2023, la tasa de sífilis aumentó un 22% en comparación con el año anterior, afectando principalmente a personas de entre 20 y 34 años, con una mayor incidencia en mujeres. La concentración de casos en estas edades refleja la necesidad de intensificar los esfuerzos de prevención y educación sexual en los jóvenes adultos, quienes constituyen la población más afectada.

En cuanto a la distribución geográfica, se observa una marcada disparidad entre las regiones del país. Mientras que la región Centro y la Patagonia presentan las tasas más elevadas de sífilis, el Gran Buenos Aires muestra las cifras más bajas.

La coinfección con VIH sigue siendo un desafío significativo, con el 6,7% de los casos de sífilis asociados a personas con diagnóstico de VIH, especialmente en varones cis y hombres que tienen sexo con hombres.

Finalmente, la vigilancia epidemiológica continúa siendo una herramienta esencial para el control de las ITS en el país. La mejora en la detección temprana, junto con el acceso a tratamientos oportunos, ha permitido un mejor monitoreo de la situación.



Bibliografía consultada:

- Centers for Disease Control and Prevention (2022): *Syphilis & HIV – STD Treatment Guidelines*. <https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/syphilis-hiv.htm>. Consultado: 28/8/2024.
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2022): *Manual de normas y procedimientos de vigilancia y control de eventos de notificación*. [msal-manual_de_normas_y_procedimientos_de_vigilancia_y_control_de_2022.pdf](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-08/Prevision_combinada_del_VIH_y_las_ITS.pdf). Consultado: 28/8/2024.
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2022): *Prevención combinada del VIH y las ITS*. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2022-08/Prevision_combinada_del_VIH_y_las_ITS.pdf. Consultado: 28/8/2024
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2024): *Abordaje de la sífilis en personas adultas*. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/abordaje_de_la_sifilis_en_personas_adultas_2662024_0.pdf. Consultado: 28/8/2024
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2024): *Algoritmos de diagnóstico y tratamiento IP VIH, sífilis, VHB y Chagas*. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/algoritmos_d_diag_y_trat_ip_vih_sifilis_vhb_y_chagas_2662024_0.pdf. Consultado: 28/8/2024.
- Ministerio de Salud de la República Argentina, Dirección de Epidemiología (2024): Boletín Epidemiológico Nacional N° 719, SE 34. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/ben_719_se_34_292024_0.pdf. Consultado: 28/8/2024
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina (2024): *Boletín N.º 40: Respuesta al VIH y las ITS en Argentina*. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/boletin_n_40_respuesta_al_vih_y_las_its_en_argentina_1642024.pdf. Consultado: 28/8/2024.
- Organización Mundial de la Salud (2022): *Estrategias mundiales del sector de la salud contra el VIH, las hepatitis víricas y las ITS para el periodo 2022-2030*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240053779>. Consultado: 28/8/2024.
- U.S. Department of Health and Human Services (n.d.): *Syphilis*. <https://www.hiv.gov/hiv-basics/staying-in-hiv-care/other-related-health-issues/syphilis>. Consultado: 28/8/2024.

La APS en el abordaje de las personas con VIH, hepatitis virales y tuberculosis

Autores: Maia Steinman, Sergio Martini.*

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

La Atención Primaria de la Salud (APS) acerca la atención sanitaria al lugar donde las personas viven y trabajan, buscando garantizar el acceso a la salud de manera equitativa a toda la población. Este concepto fue establecido en 1978 por la Conferencia Internacional sobre APS de Alma-Ata, celebrada por la OMS y UNICEF. Allí, 134 países, 67 organismos internacionales y organizaciones no gubernamentales acordaron los cimientos de una atención y cuidado de la salud basada en los conceptos de equidad, accesibilidad y calidad, con la APS como protagonista de la estrategia.

El tiempo ha demostrado que este enfoque es el camino crucial hacia una mejora sustantiva en el estado de salud bio-psico-social de las comunidades. **La descentralización de la atención y el cuidado desde la APS se posiciona como eje central de las políticas sanitarias, con un enfoque claro en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.** Esta estrategia no solo mejora el acceso a la atención médica, sino que optimiza los recursos de salud y se reconoce como la más efectiva para disminuir los costos asociados al cuidado de la salud.

La estrategia consiste en coordinar acciones entre los equipos interdisciplinarios y en articulación con la comunidad, ambos actores fundamentales en el proceso de cuidado, considerando determinantes sociales, condiciones sociosanitarias locales y problemáticas territoriales, con el propósito de mejorar y empoderar a la población en cuanto al bienestar individual y colectivo de salud. Es a través de este saber y poder comunitario que el principio de cambio estructural se hace lugar, incorpora y establece procesos de cuidado continuo, como un deber hacia uno mismo y a la sociedad.

En nuestro país, **la APS desempeña un papel central como organizadora, gestora y ejecutora de políticas de salud.** Este rol debe fortalecerse hoy más que nunca desde todos los niveles de atención para el abordaje del VIH, las hepatitis virales, otras infecciones de transmisión sexual (ITS) y la tuberculosis, ya que así lo establece la Ley 27.675, promulgada en 2022 con el objetivo de garantizar una respuesta integral e intersectorial a estas enfermedades, fundamentada en la estrategia de la APS.

En este marco, se destaca la importancia del concepto de evitabilidad en APS, que señala todo aquello que puede prevenirse o manejarse eficazmente en etapas tempranas, antes de que se convierta en un problema grave o crónico. **La APS puede y debe ejercer un rol preventivo y proactivo, trabajando en estrecha colaboración con la comunidad, para educar sobre los factores de riesgo, promover la gestión autónoma de la salud y fomentar estilos de vida saludables.** Además, ejerce un rol central en informar y facilitar el acceso a testeos rápidos en efectores de salud del primer nivel de atención (PNA) (Resolución 32.712), articulando e integrando cuidados entre diferentes niveles del sistema de salud para una atención continua y efectiva de las personas.

Los equipos interdisciplinarios del PNA deben estar capacitados y entrenados para diagnosticar de manera temprana y oportuna, así como para prevenir, tratar y dar seguimiento a personas con VIH, hepatitis virales, ITS y tuberculosis. Esta descentralización de la atención acerca los cuidados a las personas, facilita el acceso y optimiza recursos que repercuten en una mejora continua de la calidad de vida de las personas. La APS es la piedra angular de este proceso, que así aliviana la demanda de servicios de mayor complejidad y garantiza una atención equitativa y de calidad. Además, la APS habilita la creación de espacios de escucha activa e inclusiva en los territorios, que permiten superar barreras culturales y lingüísticas, el estigma y la discriminación, así como desafíos geográficos, económicos y sociales.

Son estos mismos equipos, en muchos casos a través de agentes sanitarios, los que tienen la capacidad de fomentar la adherencia a tratamientos y de identificar a personas que los abandonan para revincularlas nuevamente al sistema de salud. Esta forma de trabajo mejora el curso de las infecciones y la calidad de vida de las personas afectadas, e incide en la disminución de las tasas de transmisión. El rol de los agentes sanitarios como actores vinculantes entre la comunidad y el sistema de salud es de vital importancia en estos abordajes, ya que trabajan integrada e interdisciplinariamente con el resto del equipo de salud y en red con niveles de mayor complejidad. Es en respuesta a estas infecciones (VIH, hepatitis virales, otras ITS y tuberculosis) donde esta modalidad de trabajo conjunto y sinérgico, basado en la búsqueda activa, la detección temprana y la intervención oportuna, marca el camino hacia la mejora de resultados en materia de prevención, promoción y cuidado de la salud de las personas.

En conclusión, **la descentralización en la detección, tratamiento y seguimiento de estas infecciones, en coordinación con niveles de mayor complejidad, utilizando sistemas de información eficientes y circuitos de derivación bien establecidos, es costo-efectiva y mejora la calidad de la atención.** Este modelo de atención se debe fortalecer y renovar continuamente en todos los niveles de gestión y en cada territorio. Para la implementación efectiva de este enfoque descentralizado, es indispensable una planificación estratégica que promueva la colaboración entre los programas de VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, y las direcciones de APS. La articulación entre estos actores permite fortalecer la red de atención en todos sus niveles de complejidad, asegurando un cuidado continuo y de calidad. **La APS es esencial para el diseño y la ejecución de políticas que aborden la compleja problemática sociosanitaria de la comunidad, trabajando en proximidad con ella, eliminando barreras de acceso y garantizando una atención equitativa y de calidad.**

Resistencia primaria al VIH en Argentina: Resultados del segundo estudio de Vigilancia siguiendo las guías de la Organización Mundial de la Salud (2019-2021)

Autores: Natalia Laufer, María Belén Bouzas, S. Fernandez Giuliano, Inés Zapiola, Lilia Mammana, Horacio Salomón, Cecilia Monzani, Gonzalo Castro, María Laura Suárez Ornani, Paula Rojas Machado, Natalia Cochon, Ariel Adaszko, Giovanni Ravasi, Marcelo Vila, Sergio Maulen, Mariana Ceriotto, María Gabriela Barbas, Sergio Martini.

Introducción

En 2019, más de 62.000 personas recibían tratamiento antirretroviral (TARV) en el sistema público de salud de Argentina. De estos tratamientos, más del 50% incluían inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa (INNTR). La primera encuesta nacional de resistencia al VIH realizada en 2014 reveló una elevada prevalencia de resistencia a los INNTR. Dado el avance en las opciones terapéuticas, las guías nacionales de tratamiento antirretroviral fueron modificadas, recomendando esquemas basados en dolutegravir como primera línea de tratamiento. En línea con las recomendaciones internacionales, se actualizó la información sobre la resistencia a los antirretrovirales en personas que iniciaban o reiniciaban tratamiento, incluyendo por primera vez datos sobre resistencia a los inhibidores de integrasa (II).

Objetivos

El objetivo principal del estudio fue evaluar la prevalencia de resistencia a los antirretrovirales en personas que iniciaban o reiniciaban tratamiento en Argentina, siguiendo las guías de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Métodos

Entre abril y diciembre de 2019, se llevó a cabo un estudio transversal a nivel nacional, en el que participaron personas mayores de 18 años que iniciaban tratamiento antirretroviral en 19 centros seleccionados, representando una muestra significativa de los nuevos inicios de TARV en el país. Siguiendo los lineamientos de la OMS para la vigilancia de la resistencia a los antirretrovirales, se obtuvieron muestras de plasma que fueron analizadas mediante secuenciación genética para identificar mutaciones asociadas con resistencia.

Resultados

De las 447 personas incluidas en el estudio, se obtuvo plasma de 425 antes de iniciar o reiniciar el tratamiento. La prevalencia global de mutaciones asociadas con resistencia fue del 27,7%. Los hallazgos específicos fueron los siguientes:

- INNTR: prevalencia de resistencia del 19,6%.
- II: prevalencia de resistencia del 6,1%.
- Inhibidores de la transcriptasa inversa (INTR): prevalencia del 3%.
- Inhibidores de proteasa (IP): prevalencia del 1,5%.

En individuos sin tratamiento previo (*naïve*), el 16,8% presentaba resistencia a los INNTR y el 5,7%, a los II. En personas con experiencia previa en TARV, la prevalencia de resistencia fue más alta: 30,38% para INNTR y 7,7% para II. La mutación más frecuente fue la K103N/S/R, detectada en el 40,8% de las muestras con resistencia documentada.

Discusión

Este estudio evidencia un aumento en la frecuencia de mutaciones asociadas con resistencia a los INNTR en comparación con el estudio de vigilancia anterior en Argentina, lo que puede atribuirse al uso prolongado de esquemas basados en efavirenz (EFV) durante más de dos décadas, en el contexto de acceso universal a TARV. Estos resultados destacan la necesidad de realizar pruebas de resistencia antes de prescribir esquemas basados en INNTR y de priorizar el uso de medicamentos con una mayor barrera genética, como el dolutegravir.

Por primera vez, se evaluaron mutaciones de resistencia de la integrasa en Argentina y en la región. Se identificó el polimorfismo G163RK, asociado con el subtipo BF, que disminuye la eficacia de ciertos inhibidores de integrasa, como raltegravir y elvitegravir, pero no afecta a otros como el dolutegravir. Este hallazgo destaca la importancia de llevar a cabo estudios adicionales sobre los subtipos virales predominantes en la región y su impacto en la eficacia de los tratamientos antirretrovirales.

Conclusiones

Este estudio proporciona evidencia sólida que respalda el uso de esquemas basados en inhibidores de integrasa de alta barrera genética, como dolutegravir, como tratamiento de primera línea en Argentina. Además, subraya la importancia de realizar estudios de resistencia antes de prescribir tratamientos basados en INNTR. Finalmente, se documenta por primera vez el impacto del subtipo viral más prevalente en Argentina sobre los inhibidores de integrasa de segunda línea, lo que refuerza la necesidad de investigaciones adicionales sobre los polimorfismos específicos de cada subtipo viral en la región.

El estudio se realizó desde el Ministerio de Salud de la Nación con el apoyo técnico y financiero de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

Para mayor información sobre el estudio comunicarse a:

secretaria.sidayets@gmail.com

Acceso libre al documento completo (en inglés):

<https://www.liebertpub.com/doi/epub/10.1089/aid.2023.0083>

Anexo

Participaron en el desarrollo del estudio como Grupo de Vigilancia de la Resistencia a los Medicamentos del VIH en Argentina (2019-2021):

- María Cecilia Acosta - CABA, Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía.
- Cristela Silvia Aguilera - San Luis, Hospital San Luis.
- Clara Aguirre - Córdoba, Hospital Rawson.
- Valeria Alaniz - Córdoba, Nuevo Hospital Río Cuarto “San Antonio de Padua”.
- Ignacio Alonso - Buenos Aires, Hospital Profesor Alejandro Posadas.
- Rodrigo Gabriel Alzola - Buenos Aires, Hospital Profesor Alejandro Posadas.
- Silvina Arredondo - Bariloche, Hospital Zonal Bariloche.
- Karina Asef - Buenos Aires, Hospital General Interzonal de Agudos “Eva Perón”.
- Karla Bendeزú - CABA, Hospital de Infecciosas Francisco Javier Muñiz.
- Victor Bittar - Mendoza, Hospital Central.
- Gloria Calderón Medinacelli - Buenos Aires, Policlínico Central San Justo.
- Diego Cecchini - CABA, Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich.
- Emilia Cohen - Buenos Aires, Hospital General Interzonal de Agudos “Eva Perón”.
- Jorge Correa - CABA, Hospital de Infecciosas Francisco Javier Muñiz.
- Marcelo Corti - CABA, Hospital de Infecciosas Francisco Javier Muñiz.
- Laura De Aguilar - Buenos Aires, Hospital General Interzonal de Agudos “Eva Perón”.
- Lucía De Labra - Bariloche, Hospital Zonal Bariloche.
- Laura Díaz Petrussi - Entre Ríos, Hospital San Martín (Paraná).
- Deborah Yamila Di Pilla - Buenos Aires, Hospital Profesor Alejandro Posadas.
- Christian Andrés Di Santo - Buenos Aires, Hospital Larcade.
- Luciana Domínguez - Córdoba, Nuevo Hospital Río Cuarto “San Antonio de Padua”.
- Gustavo Fernández - Buenos Aires, Policlínico Central San Justo.
- Agustina Franchi - Buenos Aires, Hospital General Interzonal de Agudos “Eva Perón”.
- Mariana Lorena Golikow - Buenos Aires, Hospital Profesor Alejandro Posadas.
- Luciana González Caro - Bariloche, Hospital Zonal Bariloche.
- Alberto R. Honigman - CABA, Hospital de Infecciosas Francisco Javier Muñiz.
- Mariela Jacobo - Buenos Aires, Hospital Profesor Alejandro Posadas.
- Martín Jaime - CABA, Hospital Juan A. Fernández.
- Ana Lachat - Buenos Aires, Hospital Isidoro Iriarte.
- Diego Alejandro Laplume - Buenos Aires, Hospital Profesor Alejandro Posadas.

- Eliana Loiza - CABA, Hospital de Infecciosas Francisco Javier Muñiz.
- Ana Belén López - Buenos Aires, Hospital Profesor Alejandro Posadas.
- Marcelo Losso - CABA, Hospital General de Agudos José María Ramos Mejía.
- Mariana Marcotullio - Tucumán, Hospital de Clínicas Presidente Dr. Nicolás Avellaneda.
- Juan Millan - San Luis, Programa de VIH-SIDA.
- Juan Manuel Núñez - Tucumán, Hospital Ángel C. Padilla.
- Luz María Olivo - Tucumán, Hospital de Clínicas Presidente Dr. Nicolás Avellaneda.
- Sabrina Penco - Córdoba, Hospital Rawson.
- Jimena López Pineiro - CABA, Hospital de Infecciosas Francisco Javier Muñiz.
- Florencia Piña - CABA, Hospital Juan A. Fernández.
- Norma Porter - CABA, Hospital de Infecciosas Francisco Javier Muñiz.
- María Magdalena Puchulu - Tucumán, Hospital Ángel C. Padilla.
- Sebastián Restuccia - Chubut, Programa de VIH/SIDA.
- Florencia Riveros - Buenos Aires, Hospital Profesor Alejandro Posadas.
- Claudia Rodríguez - CABA, Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich.
- Graciana Rodríguez - Tucumán, Hospital Ángel C. Padilla.
- María Delia Roldán - Córdoba, Nuevo Hospital Río Cuarto “San Antonio de Padua”.
- Vanesa Alejandra Roldán - Buenos Aires, Hospital Profesor Alejandro Posadas.
- María José Rolón - CABA, Hospital Juan A. Fernández.
- José Salvadores - Salta, Hospital Señor del Milagro.
- María José Sebastián - San Luis, Hospital San Luis.
- Carla Serrano - Tucumán, Unidad Provincial Coordinadora y Ejecutora de VIH/SIDA y ETS.
- Antonela Spada - Córdoba, Nuevo Hospital Río Cuarto “San Antonio de Padua”.
- Gonzalo Tomás - Tucumán, Hospital de Clínicas Presidente Dr. Nicolás Avellaneda.
- Graciela Beatriz Torales - Buenos Aires, Hospital Profesor Alejandro Posadas.
- María Alejandra Turri - Buenos Aires, Hospital Isidoro Iriarte.
- Sandra Villafañe - Tucumán, Hospital Ángel C. Padilla.
- Emilia Villibar - Chubut, Hospital Regional de Comodoro Rivadavia.
- Inés Zapiola - CABA, Hospital de Infecciosas Francisco Javier Muñiz.
- Erika Zelaya - Tucumán, Hospital Ángel C. Padilla.

Oportunidad del diagnóstico de VIH en la Argentina (2022-2023)

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

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

Introducción

La elevada frecuencia de diagnósticos de VIH en etapas avanzadas de la infección representa un desafío en nuestro país, especialmente para la respuesta en ciertas regiones y hacia poblaciones más vulnerables. El diagnóstico tardío no solo aumenta la morbilidad, sino también los costos en salud, lo que subraya la urgencia de fortalecer las estrategias de diagnóstico temprano y acceso al tratamiento en todo el territorio.

En este escenario, es fundamental robustecer las herramientas para analizar las condiciones en que las personas acceden al diagnóstico. En este informe se analiza el indicador *oportunidad del diagnóstico*, que se construye a partir de tres variables recogidas en las fichas de notificación epidemiológica que luego se ingresan al SNVS 2.0:

1. **Estadio clínico.** Se clasifica en cuatro categorías: síndrome retroviral agudo, infección asintomática (que puede considerarse equivalente al estadio clínico 1 de la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, OMS)¹, sintomático sin criterio de sida (que puede considerarse equivalente a la presencia de eventos correspondientes al estadio clínico 2 de la OMS) y enfermedad marcadora de sida (equivalente a la presencia de eventos clínicos correspondientes a los estadios 3 y/o 4 de la OMS).
2. **Eventos clínicos.** Es el detalle de los eventos definidores y no definidores de enfermedad avanzada por VIH, correspondientes a los estadios clínicos 2, 3 y 4 de la clasificación de la OMS. Estos eventos se consideran hasta 12 meses después del diagnóstico.
3. **Recuento de CD4.** Esta variable numérica que equivale al recuento absoluto de linfocitos T CD4+ se toma en cuenta dentro de los 90 días posteriores al diagnóstico. Si no se dispone de este valor, se busca en los estudios de laboratorio registrados en el sistema de gestión de pacientes de la DRVIHVyT, siempre dentro de ese plazo.

Aunque las primeras dos variables pueden parecer redundantes, en la práctica los equipos de salud a veces consignan el estadio clínico, pero no el evento, o viceversa. Por este motivo, se decidió mantener ambas variables en la notificación para evitar la pérdida de información.

El indicador de *oportunidad del diagnóstico* se clasifica en cuatro categorías: oportuno, tardío, enfermedad avanzada y desconocido (esta última categoría se utiliza cuando el equipo de salud la consigna explícitamente, no cuando hay carencia absoluta de datos para esa persona).

¹ Organización Mundial de la Salud (2007): WHO case definitions of HIV for surveillance and revised clinical staging and immunological classification of HIV-related disease in adults and children. World Health Organization, disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/43699> (consultado: 6/11/2024).

Diagnóstico tardío

Se refiere a casos en los que el recuento de CD4 disponible es menor a 350 células/mm³ y/o se reporta uno o más eventos clínicos de los estadios 2, 3 o 4 de la OMS, y/o el campo estadio clínico se registra como “síntomático sin criterio de sida” o “enfermedad marcadora de sida”.

Enfermedad avanzada

Representa un subgrupo de las personas con diagnóstico tardío. Aplica a casos en los que el recuento de CD4 es menor a 200 células/mm³ y/o se presenta uno o más eventos clínicos de los estadios 3 y/o 4 de la OMS, y/o se registra como “enfermedad marcadora de sida” en la variable estadio clínico.

El diagnóstico tardío, por definición, incluye casos de enfermedad avanzada. Por ejemplo, entre 2022 y 2023, el 45% de las personas diagnosticadas con VIH tuvieron un diagnóstico tardío: un 29% ya estaba en una etapa de enfermedad avanzada (eventos de estadios 3 o 4 de sida de la OMS y/o con un recuento de CD4 < 200 células/mm³), pero el restante 16% no había alcanzado esa etapa.

Es importante tener en cuenta que este análisis no mide la incidencia total de enfermedad avanzada, sino únicamente la condición al momento del diagnóstico. Este indicador no es sensible a la enfermedad avanzada que se desarrolla debido a la pérdida de seguimiento o a problemas en los procesos de adherencia, que representa una proporción significativa de las muertes y complicaciones relacionadas con el VIH en la mayoría de las series internacionales.

En situaciones en que hay inconsistencias en la información de las tres variables con las que se construye el indicador, se prioriza el peor escenario. Por ejemplo, si se consigna un estadio clínico como asintomático, el recuento de CD4 es de 400 células/mm³, pero en eventos clínicos se reporta una enfermedad marcadora de sida a los cinco meses del diagnóstico, entonces el indicador de momento de diagnóstico se clasifica como “enfermedad avanzada”, pese a la inconsistencia de referir un evento pero no clasificarlo como “enfermedad marcadora de sida”.

En este informe se presentan frecuencias desagregadas por género, edad, jurisdicción de residencia y vías probables de transmisión del VIH. No se realizaron pruebas estadísticas debido a la alta proporción de casos con datos desconocidos o no informados en las variables observadas.

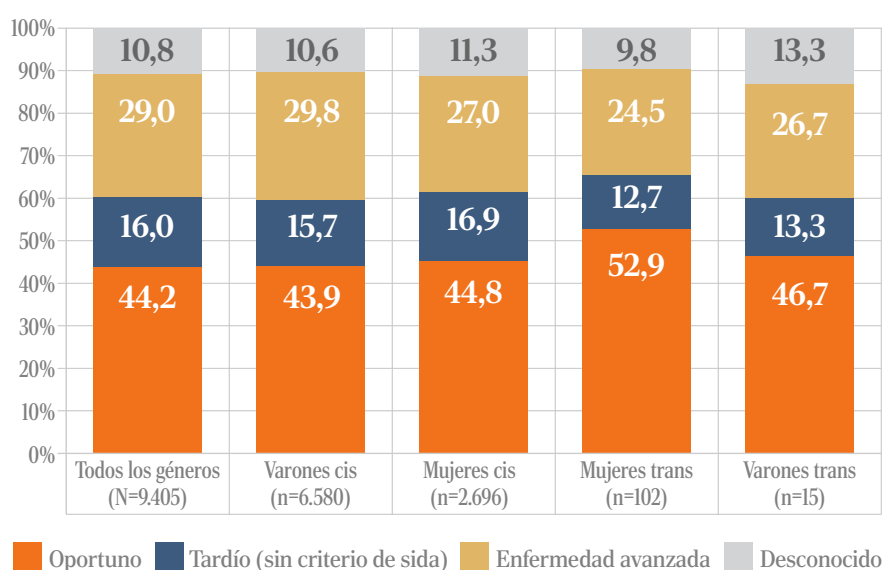
Situación al momento del diagnóstico

De los 12.756 diagnósticos realizados entre 2022 y 2023, 9.405 (73,7%) tienen alguna información clínica o de laboratorio disponible para evaluar la situación clínica al momento del diagnóstico, se incluye aquí un 10,8% de casos donde el equipo de salud indicó “desconocido”. El 26,3% restante corresponde a notificaciones que carecen por completo de información clínica (“sin datos”). Aunque es posible realizar un análisis a nivel nacional y regional en base a los casos con información en las 24 jurisdicciones, la situación es diferente a nivel jurisdiccional, por lo que no se presentarán los valores de provincias con menos de dos tercios de los casos con información válida.

En varias jurisdicciones, los casos “sin datos” y “desconocido” superan un tercio del total, lo que resulta alarmante. En La Rioja, la suma de ambos conceptos alcanza un 91,6%, lo que indica una falta casi total de información. San Juan presenta un 71,5%, Santa Fe un 75,7% y Jujuy destaca con un 79,2% sin datos o “desconocido”. Además, en provincias como San Luis (77,5%) y Córdoba (45,8%), más de un tercio de los casos no se pueden analizar por el mismo motivo. Dado que los valores obtenidos en estas provincias podrían ser confusos y no reflejar una situación realista, no serán consideradas en el análisis jurisdiccional. La falta de datos también dificulta la aplicación de pruebas estadísticas para encontrar asociaciones entre el diagnóstico tardío y las características de las personas.

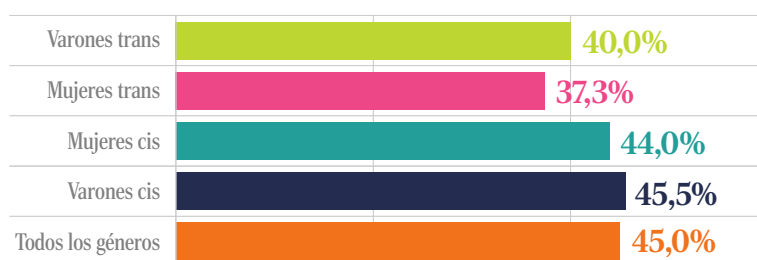
En el bienio 2022-2023, el porcentaje de diagnóstico tardío de VIH en Argentina fue del 45,0%, una proporción semejante a la de otros países con epidemias similares a la de nuestro país. Que la proporción de diagnóstico tardío sea similar, no implica que lo sea la letalidad en todos los países. De hecho, la tasa de mortalidad por sida en países europeos con epidemias parecidas a la nuestra es mucho más baja. En los **Gráficos 1 y 2** se presenta esta información: por un lado, las proporciones de oportunidad del diagnóstico y, por otro, la sumatoria de diagnóstico tardío con y sin criterio de sida. Dentro de los diagnósticos tardíos, el porcentaje de casos clasificados como enfermedad avanzada fue del 29,0% y el otro 16,0% no cumplía con el criterio para ser definido como avanzado.

Gráfico 1. Distribución de la oportunidad del diagnóstico de VIH según género. Argentina, 2022-2023.



FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=9.405. N del total difiere ligeramente de la sumatoria de los n de los géneros, ya que incluye personas cuyo registro no consigna esta información.

Gráfico 2. Proporción de diagnóstico tardío de VIH según género. Argentina, 2022-2023.

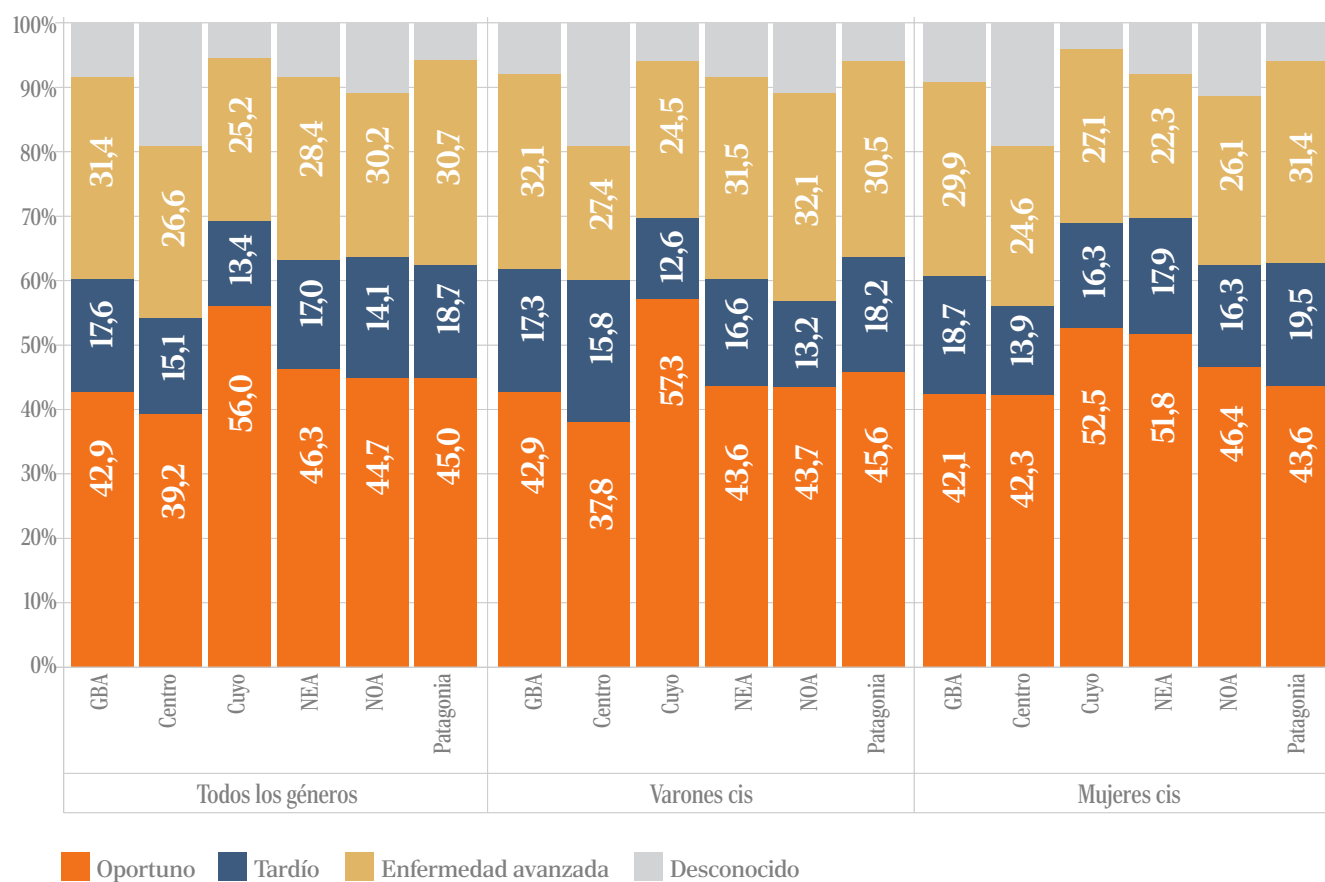


FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=9.405.

Se observa que las proporciones de diagnóstico tardío son similares entre los géneros cis: 45,5% de los varones cis y 44,0% de las mujeres cis. Las mujeres trans presentaron un 37,3%, que es el porcentaje más bajo entre los grupos, mientras que los varones trans, un 40,0%. Dentro del diagnóstico tardío, la enfermedad avanzada tuvo un rango de 24,5% en mujeres trans a 29,8% en varones cis. Las mujeres cis y los varones trans mostraron valores intermedios.

En la región del GBA², el diagnóstico tardío afecta al 49,4% de los varones cis, al 48,6% de las mujeres cis y al 36,4% de las mujeres trans, mientras que la enfermedad avanzada impacta al 32,1% de los varones cis, 29,9% de las mujeres cis y 21,2% de las mujeres trans. **El conjunto de los 24 partidos bonaerenses que integran el GBA presenta los porcentajes más altos de diagnóstico tardío en varones cis (52,6%) y mujeres cis (50,6%)**, al tiempo que muestra una proporción relativamente alta de enfermedad avanzada (36,0% de los varones cis y 30,7% de las mujeres cis diagnosticados). En contraste, la ciudad de Buenos Aires muestra porcentajes más bajos de diagnóstico tardío y enfermedad avanzada, especialmente entre las mujeres trans.

Gráfico 3. Oportunidad del diagnóstico de VIH según género y región de residencia. Argentina, 2022-2023.



FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=9405. No se ha incluido el desagregado de los géneros trans ya que el n es muy pequeño.

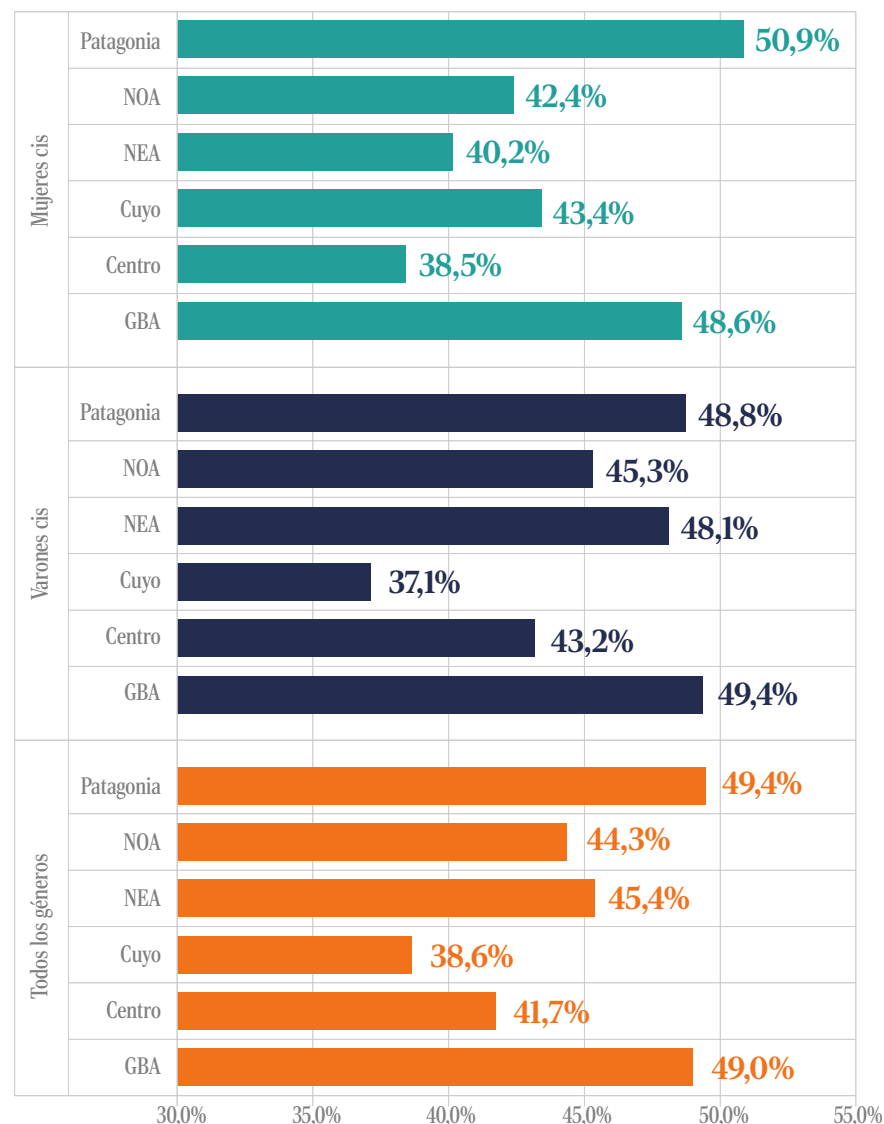
²La región Gran Buenos Aires (GBA) comprende la ciudad de Buenos Aires y los siguientes partidos bonaerenses: Almirante Brown, Avellaneda, Berazategui, Esteban Echeverría, Ezeiza, Florencio Varela, General San Martín, Hurlingham, Ituzaingó, José C. Paz, La Matanza, Lanús, Lomas de Zamora, Malvinas Argentinas, Merlo, Moreno, Morón, Quilmes, San Fernando, San Isidro, San Miguel, Tigre, Tres de Febrero, Vicente López; la región Centro está conformada por el resto de los partidos de la provincia de Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe y Entre Ríos; el NOA, por Catamarca, Jujuy, Salta, Tucumán, Santiago del Estero y La Rioja; el NEA, por Formosa, Misiones, Chaco y Corrientes; Cuyo, por San Juan, San Luis y Mendoza; Patagonia, por Neuquén, La Pampa, Río Negro, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego.

En la región Centro, los porcentajes de diagnóstico tardío son similares a los nacionales: 43,2% de los varones cis, 38,5% de las mujeres cis y 37,5% de las mujeres trans, y la enfermedad avanzada afecta al 27,4% de los varones cis, al 24,6% de las mujeres cis y al 25,0% de las mujeres trans. Entre las provincias, Entre Ríos muestra el porcentaje más alto de diagnóstico tardío de los varones cis (51,7%) y el más bajo de enfermedad avanzada (33,6%).

En Cuyo, los porcentajes de diagnóstico tardío son del 37,1% en varones cis, 43,4% en mujeres cis y 33,3% en mujeres trans, con una enfermedad avanzada del 24,5% en varones cis, 27,1% en mujeres cis y 33,3% en mujeres trans. Mendoza presenta los porcentajes más bajos de diagnóstico tardío y enfermedad avanzada en comparación con las otras provincias de la región.

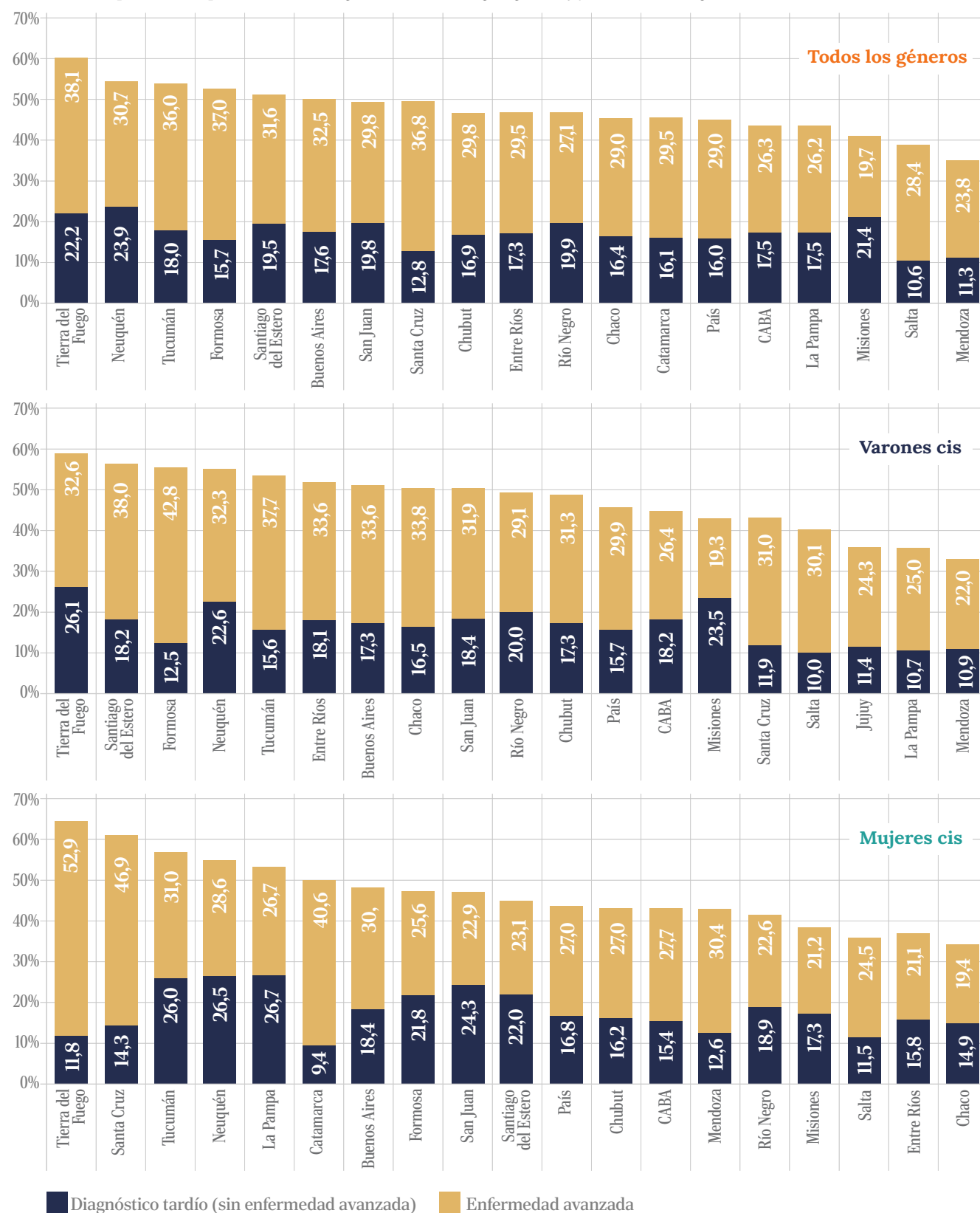
En el NEA, los porcentajes de diagnóstico tardío también son altos: alcanzan al 48,1% de los varones cis y al 40,2% de las mujeres cis. La enfermedad avanzada afecta al 31,5% de los varones cis y 22,3% de las mujeres cis. Formosa destaca por su alto porcentaje de diagnóstico tardío (55,3% en varones cis y 47,4% en mujeres cis) y una proporción de enfermedad avanzada considerable (42,8% entre los varones cis). Misiones, a pesar de tener un diagnóstico tardío alto, presenta los porcentajes más bajos de enfermedad avanzada entre todas las provincias.

Gráfico 4. Proporción de diagnóstico tardío de VIH según género y región de residencia. Argentina, 2022-2023.



FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=9.405. No se ha incluido el desagregado de los géneros trans ya que el n es muy pequeño.

Gráfico 5. Proporción de oportunidad del diagnóstico de VIH según género y jurisdicción*. Argentina, 2022-2023.



FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=9405. No se ha incluido el desagregado para los géneros trans ya que el n es muy pequeño.

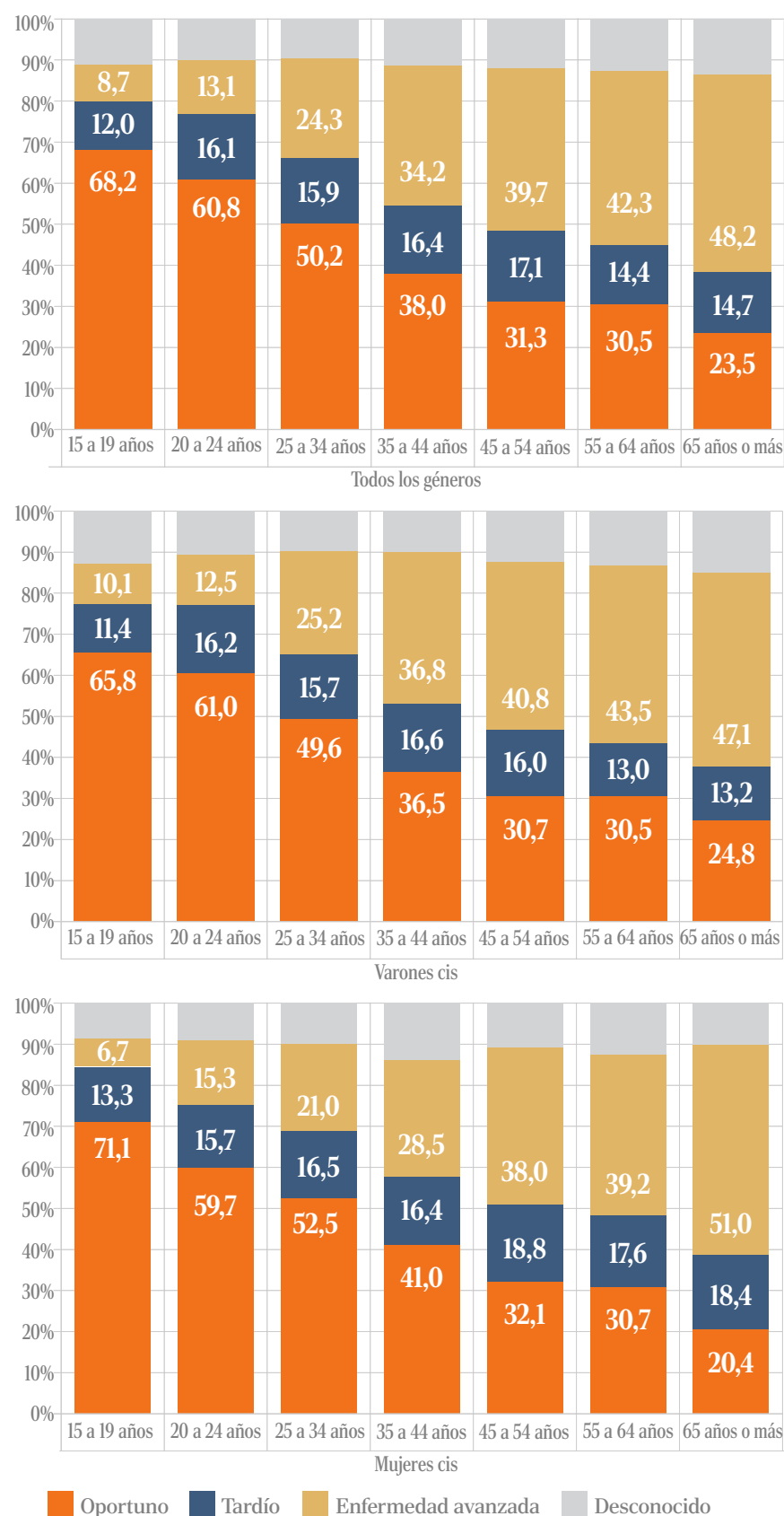
* No se incluyeron las provincias de Corrientes, Córdoba, Jujuy, San Luis, La Rioja, y Santa Fe, ya que la cantidad de diagnósticos sin información clínica sobre la oportunidad del diagnóstico supera el tercio de los casos.

En el NOA, los porcentajes de diagnóstico tardío son del 45,3% en varones cis, 42,4% en mujeres cis y 40,6% en mujeres trans, y la enfermedad avanzada afecta al 32,1% de los varones cis, 26,1% de las mujeres cis y 25,0% de las mujeres trans. Tucumán destaca con los porcentajes más altos de diagnóstico tardío (53,3% en varones cis y 57,0% en mujeres cis) y una relevante proporción de enfermedad avanzada (37,7% entre los varones cis y 31,0% entre las mujeres cis). Santiago del Estero también tiene altos porcentajes de diagnóstico tardío.

En la Patagonia, los porcentajes de diagnóstico tardío son del 48,8% en varones cis, 50,9% en mujeres cis y 42,9% en mujeres trans. La enfermedad avanzada afecta al 30,5% de los varones cis, 31,4% de las mujeres cis y 28,6% de las mujeres trans. Tierra del Fuego presenta el porcentaje más alto de diagnóstico tardío entre varones cis (58,7%) y mujeres cis (64,7%) y un porcentaje elevado de enfermedad avanzada (32,6% de los varones cis y 52,9% de las mujeres cis). Por su parte, Santa Cruz muestra altos porcentajes de diagnóstico tardío en las mujeres cis (61,2%) y una proporción importante de enfermedad avanzada (46,9% en mujeres cis).

El **Gráfico 6** muestra la oportunidad del diagnóstico por género y grupo de edad a partir de los 15 años. **En todos los géneros, los diagnósticos tardíos aumentan con la edad, desde un 20,7% en el grupo de 15 a 19 años y hasta el 62,9% en el de 65 años o más.** Dentro de estos diagnósticos tardíos, la proporción de casos con enfermedad avanzada también se incrementa, desde un 8,7% en el grupo más joven hasta un 48,2% en el grupo de los mayores.

Gráfico 6. Oportunidad del diagnóstico de VIH según género y grupo de edad. Argentina, 2022-2023.



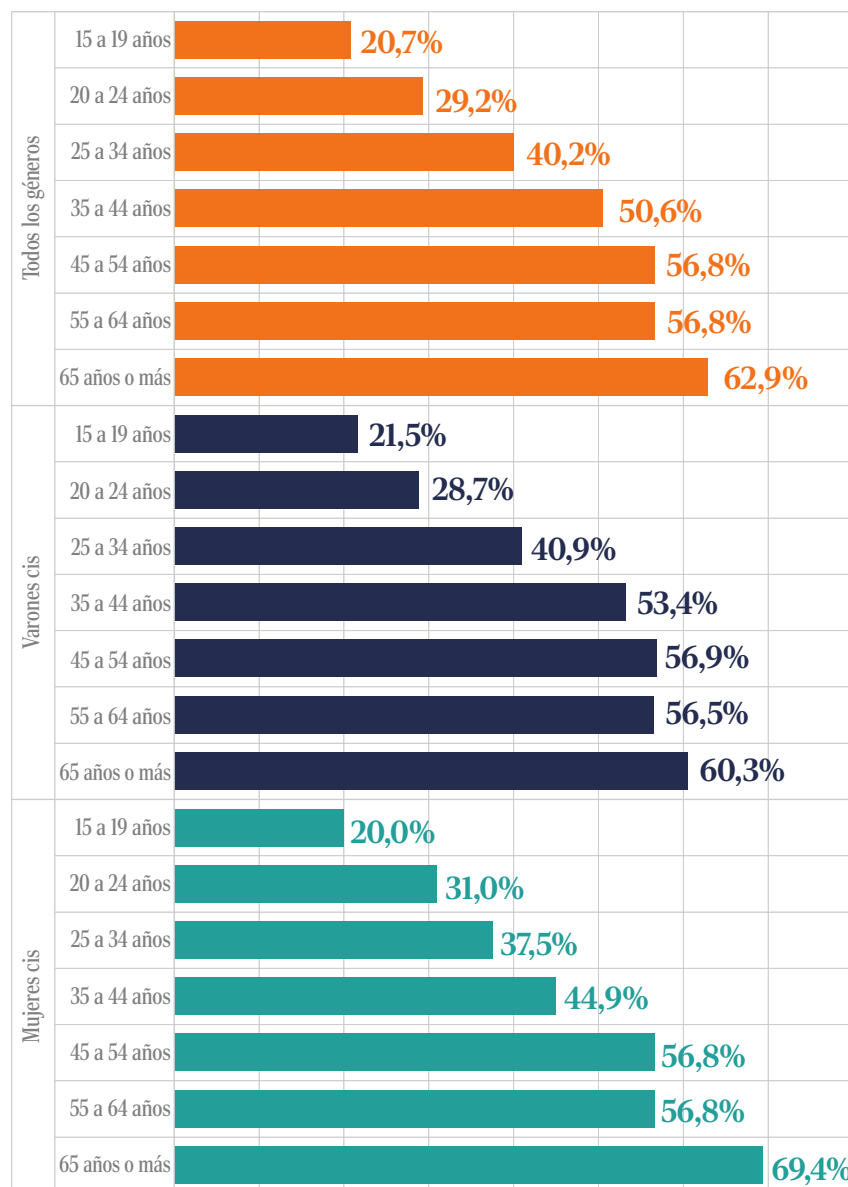
FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=9.405. No se ha incluido el desagregado para los géneros trans ya que el N es muy pequeño.

Los diagnósticos tardíos de los varones cis también muestran un aumento con la edad: empiezan en un 21,5% en el grupo de 15 a 19 años y llegan al 60,3% en el grupo de 65 años o más. Los casos de enfermedad avanzada entre estos diagnósticos tardíos crecen de manera notable, de 10,1% en el grupo de 15 a 19 a 47,1% en el grupo de 65 años o más (**Gráfico 7**).

El diagnóstico tardío de las mujeres cis presenta un patrón similar, aumenta desde el 20,0% en el grupo de 15 a 19 años hasta el 69,4% en el grupo de 65 años o más; este es el valor más alto de todos los grupos. La proporción de casos con enfermedad avanzada dentro de estos diagnósticos también aumenta considerablemente: comienza en 6,7% en el grupo más joven y alcanza el 51,0% en el grupo de mayores.

Al observar las diferencias entre géneros, se nota que las brechas en los diagnósticos tardíos de VIH no son tan grandes. La mayor diferencia se da en el grupo de 65 años o más, donde las mujeres cis presentan el ya referido 69,4%, mientras que en los varones cis alcanzan un 60,3%. Sin embargo, en otros grupos etarios, como el de 15 a 19 años, la diferencia es mínima, tan solo 1,5% entre ambos géneros. En cuanto a la enfermedad avanzada, las brechas entre los géneros cis son casi inexistentes: 3,9% en el grupo de 65 años o más y 2,8% en el grupo de 20 a 24 años.

Gráfico 7. Diagnóstico tardío de VIH según género y grupo de edad. Argentina, 2022-2023.



FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=9.405. No se ha incluido el desagregado para los géneros trans ya que el n es muy pequeño.

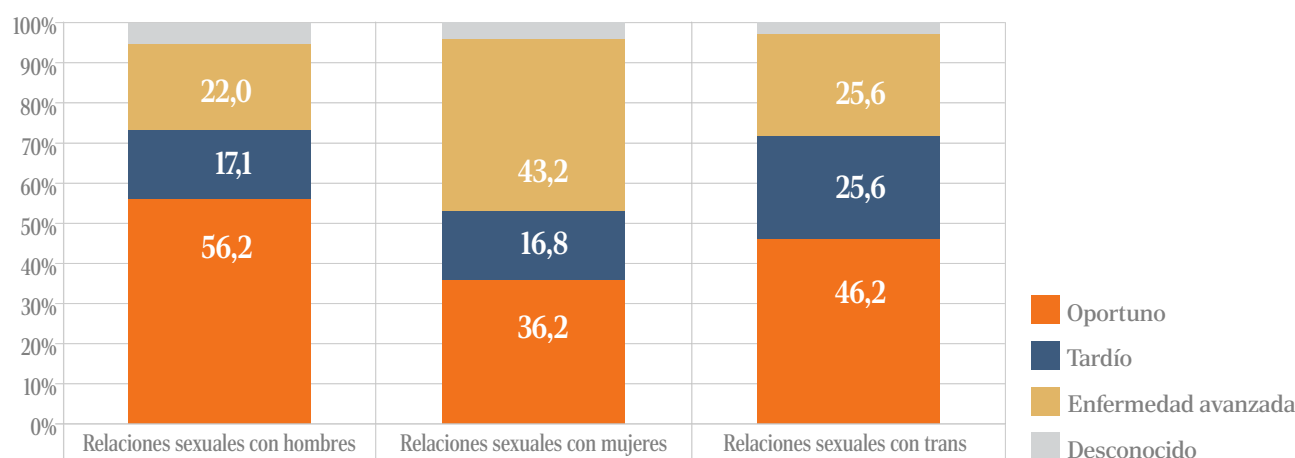
El **Gráfico 8** presenta la oportunidad del diagnóstico de los varones cis según la vía de transmisión más probable del VIH, que es preponderantemente a través de relaciones sexuales sin protección. **Se observa que la proporción de diagnósticos tardíos es más alta en el grupo en que se reporta como vía de transmisión más probable las relaciones sexuales con mujeres cis (RSM)**, con un 60,0%, seguida por aquellos casos que refieren como más probable la vía de transmisión por relaciones sexuales con trans (RST)², con un 51,2%, y finalmente, el diagnóstico tardío desciende al 39,1% entre los casos cuya vía de transmisión más probable fueron las relaciones sexuales con hombres (RSH).

En los casos de enfermedad avanzada, se mantiene un patrón similar. El porcentaje más alto se presenta en el grupo en que se reportaron RSM, con un 43,2%, seguido del 25,6% entre los casos que reportaron RST y del 22,0% de quienes tuvieron RSH.

Entre los varones cuya vía más probable de infección fueron las RSH, los diagnósticos tardíos también aumentan con la edad: comienzan en un 22,8% en el grupo de 15 a 19 años y alcanzan el 59,1% de los de 65 años o más. Entre los casos que reportan RSM como vía más probable de infección, se observa la misma tendencia, aunque con valores más altos en todos los grupos etarios: de 25,0% entre los de 15 a 19 años hasta el 70,4% de los de 55 a 64 años; en el grupo de 65 años o más desciende ligeramente al 62,9%.

El comportamiento de las proporciones de enfermedad avanzada es similar. Entre los varones que tuvieron RSH, los porcentajes aumentan de 8,9% en el grupo de 15 a 19 años a 36,8% en el de 45 a 54 y disminuyen ligeramente en los grupos de mayor edad. Para aquellos que tuvieron RSM, los porcentajes son consistentemente más altos, con un registro que va del 16,7% en el grupo de 15 a 19 años al 55,6% en el de 55 a 64, la proporción desciende a 48,6% en el grupo de 65 años o más. Sin embargo, a partir del grupo de 55 a 64 años, la brecha entre ambas vías de transmisión en cuanto a diagnósticos tardíos y enfermedad avanzada comienza a reducirse y a mostrar diferencias menos pronunciadas.

Gráfico 8. Oportunidad del diagnóstico de VIH de los varones cis según vía de transmisión más probable, Argentina 2022-2023.



FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=3.699.

²Si bien la ficha de notificación epidemiológica que se carga al SNVS no diferencia en las vías probables de adquisición del virus entre mujeres trans y varones trans, se presume que casi todas son mujeres trans.

Consideraciones finales

En el [Boletín N° 40](#), del año 2023, se introdujeron cambios metodológicos para la medición del diagnóstico tardío en Argentina, refinando el indicador para distinguir entre enfermedad avanzada al momento del diagnóstico y diagnóstico tardío sin criterios de enfermedad avanzada. Este ajuste metodológico ha permitido alinear nuestras mediciones con las de otros países, lo que facilita una comparación más precisa, y aumentar la sensibilidad del indicador con un posible impacto sobre su especificidad.

Entre 2022 y 2023, el diagnóstico tardío de VIH afectó al 45,0% de las personas reportadas, con valores similares entre varones cis y mujeres cis, y ligeramente inferiores entre personas trans. A su vez, el 29,0% de las personas recibieron su diagnóstico en una etapa de enfermedad avanzada, entre el 25% y el 31% según la región. Además, el diagnóstico tardío y la enfermedad avanzada aumentan con la edad: es más prominente en el grupo de 65 años o más, donde el diagnóstico tardío alcanza el 62,9% de los casos y la enfermedad avanzada, el 48,2%.

En cuanto las vías de transmisión del VIH, los casos de varones cis que reportan relaciones sexuales con mujeres cis muestran los mayores porcentajes de diagnóstico tardío (60,0%) y enfermedad avanzada (43,2%). En contraste, aquellos que contrajeron el VIH a través de relaciones sexuales con varones cis registran menores porcentajes de diagnóstico tardío (39,1%) y enfermedad avanzada (22,0%). Este patrón de mayor impacto en aquellos con relaciones sexuales con mujeres se mantiene en todos los grupos etarios, con una notable tendencia a altos porcentajes de diagnóstico tardío y enfermedad avanzada en las edades superiores.

Para el próximo boletín, se espera contar con información exhaustiva de todas las jurisdicciones, lo que permitirá un análisis más detallado de la situación en cada región del país.

Recomendaciones

Dado lo previamente expuesto, se recomienda fuertemente el abordaje integral del diagnóstico tardío mediante:

Fortalecer estrategias de diagnóstico:

- Implementar estrategias específicas de detección donde se registran los mayores porcentajes de diagnósticos tardíos. Estas deben incluir pruebas rápidas en puntos estratégicos, como centros de salud y eventos comunitarios.
- Trabajar en conjunto con los programas municipales para desarrollar y adaptar estrategias de diagnóstico a las necesidades específicas, teniendo en cuenta las barreras locales que puedan estar presentes.
- Incorporar en forma sistemática el trabajo articulado con las organizaciones de la sociedad civil para acercar el diagnóstico a los grupos más afectados por la enfermedad avanzada y el diagnóstico tardío.

Mejorar las oportunidades de diagnóstico temprano en poblaciones vulnerables y de difícil acceso:

- Fortalecer el testeo como puerta de entrada al sistema de salud en zonas más vulnerables, asegurando que las poblaciones con menor acceso a la atención médica puedan realizarse pruebas de VIH de manera rutinaria.
- Implementar estrategias dirigidas a hombres que tienen sexo con hombres (HSH), mujeres trans, y personas en situación de vulnerabilidad socioeconómica, enfocando los esfuerzos en la educación, la eliminación de toda forma de estigma y discriminación y la promoción del testeo regular como puerta de entrada a los servicios de prevención combinada, con especial énfasis en estrategias de alta eficacia como la PrEP.
- Incorporar el testeo de VIH como práctica rutinaria y sistemática en los grupos etarios más afectados por el diagnóstico tardío.

Optimización del monitoreo:

- Fortalecer el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0) para asegurar que los datos sobre diagnóstico sean completos y precisos. Esto incluye la capacitación continua de los equipos de salud en el registro y notificación de casos.
- Generar información de calidad sobre el impacto del diagnóstico tardío y la enfermedad avanzada relacionada con el VIH sobre la morbilidad y mortalidad de las personas y sobre los costos asociados para el sistema de salud.
- Establecer un sistema de evaluación periódica de la efectividad de las estrategias de diagnóstico implementadas, que permita adaptar la estrategia en respuesta a las áreas donde el diagnóstico tardío sigue siendo un problema.

Capacitación de los equipos de salud:

- Sensibilizar a los integrantes de todos los niveles de los equipos de salud que habitualmente no participan en la atención de personas con VIH sobre la importancia del diagnóstico temprano.
- Promover un enfoque basado en la Atención Primaria de la Salud (APS), que incluya la oferta rutinaria de pruebas de VIH a todas las personas que ingresan al sistema de salud, independientemente del motivo de consulta.
- Incluir la prueba de VIH como parte estándar de los chequeos médicos generales, especialmente en consultas ginecológicas, prenatales y en personas con condiciones que pueden estar asociadas a inmunodepresión.

Anexo

Tabla 1a. Oportunidad del diagnóstico de VIH según género, jurisdicción y región de residencia*, Argentina (2022-2023).

Todos los géneros

Jurisdicción/Región	Diagnóstico oportuno	Diagnóstico tardío			Desconocido	Personas
24 partidos del Gran Buenos Aires	39,6%	52,0%	Tardío (sin criterio de sida)	17,7%	8,5%	1.656
			Enfermedad avanzada	34,3%		
CABA	48,5%	43,9%	Tardío (sin criterio de sida)	17,5%	7,6%	964
			Enfermedad avanzada	26,3%		
Total GBA	42,9%	49,0%	Tardío (sin criterio de sida)	17,6%	8,1%	2.620
			Enfermedad avanzada	31,4%		
Resto de los partidos de la provincia de BsAs	44,0%	46,2%	Tardío (sin criterio de sida)	17,3%	9,9%	637
			Enfermedad avanzada	28,9%		
Córdoba			Tardío (sin criterio de sida)			Sin datos suficientes (45,8% inválidos o desconocidos)
			Enfermedad avanzada			
Entre Ríos	48,6%	46,8%	Tardío (sin criterio de sida)	17,3%	4,6%	173
			Enfermedad avanzada	29,5%		
Santa Fe			Tardío (sin criterio de sida)			Sin datos suficientes (75,6% inválidos o desconocidos)
			Enfermedad avanzada			
Total Centro	39,2%	41,7%	Tardío (sin criterio de sida)	15,1%	19,1%	2.187
			Enfermedad avanzada	26,6%		
Total Provincia de Buenos Aires	40,4%	50,1%	Tardío (sin criterio de sida)	17,6%	9,4%	2.374
			Enfermedad avanzada	32,5%		
Mendoza	60,1%	35,1%	Tardío (sin criterio de sida)	11,3%	4,8%	621
			Enfermedad avanzada	23,8%		
San Juan	50,0%	49,6%	Tardío (sin criterio de sida)	19,8%	0,4%	258
			Enfermedad avanzada	29,8%		
San Luis			Tardío (sin criterio de sida)			Sin datos suficientes (77,6% inválidos o desconocidos)
			Enfermedad avanzada			
Total Cuyo	56,0%	38,6%	Tardío (sin criterio de sida)	13,4%	5,4%	947
			Enfermedad avanzada	25,2%		
Chaco	50,7%	45,4%	Tardío (sin criterio de sida)	16,4%	3,9%	207
			Enfermedad avanzada	29,0%		
Corrientes			Tardío (sin criterio de sida)			Sin datos suficientes (48,2% inválidos o desconocidos)
			Enfermedad avanzada			
Formosa	46,5%	52,6%	Tardío (sin criterio de sida)	15,7%	0,9%	230
			Enfermedad avanzada	37,0%		
Misiones	54,3%	41,0%	Tardío (sin criterio de sida)	21,4%	4,6%	173
			Enfermedad avanzada	19,7%		
Total NEA	46,3%	45,4%	Tardío (sin criterio de sida)	17,0%	8,3%	725
			Enfermedad avanzada	28,4%		

FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=9.405. No se ha incluido el desagregado para los géneros trans ya que el n es muy pequeño.

* En el caso de las jurisdicciones con menos del 66% de los casos con información para analizar el indicador *oportunidad del diagnóstico*, no se consignó el valor. Sin embargo, sí están incluidas en el total regional y en el total del país.

Tabla 1a. Oportunidad del diagnóstico de VIH según género, jurisdicción y región de residencia*, Argentina (2022-2023) (continuación).

Todos los géneros

Jurisdicción/Región	Diagnóstico oportuno	Diagnóstico tardío			Desconocido	Personas
Catamarca	53,6%	45,5%	Tardío (sin criterio de sida)	16,1%	0,9%	112
			Enfermedad avanzada	29,5%		
Jujuy			Tardío (sin criterio de sida)			Sin datos suficientes (79,7% inválidos o desconocidos)
			Enfermedad avanzada			
La Rioja			Tardío (sin criterio de sida)			Sin datos suficientes (91,6% inválidos o desconocidos)
			Enfermedad avanzada			
Salta	43,3%	39,0%	Tardío (sin criterio de sida)	10,6%	17,7%	870
			Enfermedad avanzada	28,4%		
Santiago del Estero	41,9%	51,2%	Tardío (sin criterio de sida)	19,5%	7,0%	215
			Enfermedad avanzada	31,6%		
Tucumán	43,5%	54,1%	Tardío (sin criterio de sida)	18,0%	2,5%	444
			Enfermedad avanzada	36,0%		
Total NOA	44,7%	44,3%	Tardío (sin criterio de sida)	14,1%	11,0%	1.775
			Enfermedad avanzada	30,2%		
Chubut	45,3%	46,7%	Tardío (sin criterio de sida)	16,9%	8,0%	225
			Enfermedad avanzada	29,8%		
La Pampa	53,4%	43,7%	Tardío (sin criterio de sida)	17,5%	2,9%	103
			Enfermedad avanzada	26,2%		
Neuquén	42,6%	54,5%	Tardío (sin criterio de sida)	23,9%	2,8%	176
			Enfermedad avanzada	30,7%		
Río Negro	47,0%	47,0%	Tardío (sin criterio de sida)	19,9%	6,0%	166
			Enfermedad avanzada	27,1%		
Santa Cruz	41,4%	49,6%	Tardío (sin criterio de sida)	12,8%	9,0%	133
			Enfermedad avanzada	36,8%		
Tierra del Fuego	39,7%	60,3%	Tardío (sin criterio de sida)	22,2%	0,0%	63
			Enfermedad avanzada	38,1%		
Total Patagonia	45,0%	49,4%	Tardío (sin criterio de sida)	18,7%	5,5%	866
			Enfermedad avanzada	30,7%		
Desconocido	30,9%	43,2%	Tardío (sin criterio de sida)	19,8%	25,9%	81
			Enfermedad avanzada	23,5%		

FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=9.405. No se ha incluido el desagregado para los géneros trans ya que el n es muy pequeño.

* En el caso de las jurisdicciones con menos del 66% de los casos con información para analizar el indicador *oportunidad del diagnóstico*, no se consignó el valor. Sin embargo, si están incluidas en el total regional y en el total del país.

Tabla 1b. Oportunidad del diagnóstico de VIH según género, jurisdicción y región de residencia*, Argentina (2022-2023).

Varones cis

Jurisdicción/Región	Diagnóstico oportuno	Diagnóstico tardío			Desconocido	Personas
24 partidos del Gran Buenos Aires	39,0%	52,6%	Tardío (sin criterio de sida)	16,6%	8,4%	1.106
			Enfermedad avanzada	36,0%		
CABA	48,7%	44,6%	Tardío (sin criterio de sida)	18,2%	6,7%	749
			Enfermedad avanzada	26,4%		
Total GBA	42,9%	49,4%	Tardío (sin criterio de sida)	17,3%	7,7%	1.855
			Enfermedad avanzada	32,1%		
Resto de los partidos de la provincia de BsAs	42,5%	47,4%	Tardío (sin criterio de sida)	18,4%	10,1%	445
			Enfermedad avanzada	29,0%		
Córdoba			Tardío (sin criterio de sida)			Sin datos suficientes
			Enfermedad avanzada			
Entre Ríos	42,2%	51,7%	Tardío (sin criterio de sida)	18,1%	6,0%	116
			Enfermedad avanzada	33,6%		
Santa Fe			Tardío (sin criterio de sida)			Sin datos suficientes
			Enfermedad avanzada			
Total Centro	37,8%	43,2%	Tardío (sin criterio de sida)	15,8%	19,0%	1.496
			Enfermedad avanzada	27,4%		
Total Provincia de Buenos Aires	39,5%	50,9%	Tardío (sin criterio de sida)	17,3%	9,6%	1.622
			Enfermedad avanzada	33,6%		
Mendoza	62,1%	32,9%	Tardío (sin criterio de sida)	10,9%	5,0%	477
			Enfermedad avanzada	22,0%		
San Juan	49,7%	50,3%	Tardío (sin criterio de sida)	18,4%	0,0%	185
			Enfermedad avanzada	31,9%		
San Luis			Tardío (sin criterio de sida)			Sin datos suficientes
			Enfermedad avanzada			
Total Cuyo	57,3%	37,1%	Tardío (sin criterio de sida)	12,6%	5,6%	714
			Enfermedad avanzada	24,5%		
Chaco	45,3%	50,4%	Tardío (sin criterio de sida)	16,5%	4,3%	139
			Enfermedad avanzada	33,8%		
Corrientes			Tardío (sin criterio de sida)			Sin datos suficientes
			Enfermedad avanzada			
Formosa	43,4%	55,3%	Tardío (sin criterio de sida)	12,5%	1,3%	152
			Enfermedad avanzada	42,8%		
Misiones	52,9%	42,9%	Tardío (sin criterio de sida)	23,5%	4,2%	119
			Enfermedad avanzada	19,3%		
Total NEA	43,6%	48,1%	Tardío (sin criterio de sida)	16,6%	8,3%	495
			Enfermedad avanzada	31,5%		

FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=9.405. No se ha incluido el desagregado para los géneros trans ya que el n es muy pequeño.

* En el caso de las jurisdicciones con menos del 66% de los casos con información para analizar el indicador *oportunidad del diagnóstico*, no se consignó el valor. Sin embargo, sí están incluidas en el total regional y en el total del país.

Tabla 1b. Oportunidad del diagnóstico de VIH según género, jurisdicción y región de residencia*, Argentina (2022-2023) (continuación).

Varones cis

Jurisdicción/Región	Diagnóstico oportuno	Diagnóstico tardío			Desconocido	Personas
Catamarca	54,4%	44,3%	Tardío (sin criterio de sida)	19,0%	1,3%	79
			Enfermedad avanzada	25,3%		
Jujuy			Tardío (sin criterio de sida)			Sin datos suficientes
			Enfermedad avanzada			
La Rioja			Tardío (sin criterio de sida)			Sin datos suficientes
			Enfermedad avanzada			
Salta	42,9%	40,1%	Tardío (sin criterio de sida)	10,0%	17,0%	588
			Enfermedad avanzada	30,1%		
Santiago del Estero	33,1%	56,2%	Tardío (sin criterio de sida)	18,2%	10,7%	121
			Enfermedad avanzada	38,0%		
Tucumán	43,7%	53,3%	Tardío (sin criterio de sida)	15,6%	3,0%	334
			Enfermedad avanzada	37,7%		
Total NOA	43,7%	45,3%	Tardío (sin criterio de sida)	13,2%	11,0%	1.210
			Enfermedad avanzada	32,1%		
Chubut	42,7%	48,7%	Tardío (sin criterio de sida)	17,3%	8,7%	150
			Enfermedad avanzada	31,3%		
La Pampa	60,7%	35,7%	Tardío (sin criterio de sida)	10,7%	3,6%	56
			Enfermedad avanzada	25,0%		
Neuquén	41,9%	54,8%	Tardío (sin criterio de sida)	22,6%	3,2%	124
			Enfermedad avanzada	32,3%		
Río Negro	45,5%	49,1%	Tardío (sin criterio de sida)	20,0%	5,5%	110
			Enfermedad avanzada	29,1%		
Santa Cruz	48,8%	42,9%	Tardío (sin criterio de sida)	11,9%	8,3%	84
			Enfermedad avanzada	31,0%		
Tierra del Fuego	41,3%	58,7%	Tardío (sin criterio de sida)	26,1%	0,0%	46
			Enfermedad avanzada	32,6%		
Total Patagonia	45,6%	48,8%	Tardío (sin criterio de sida)	18,2%	5,6%	570
			Enfermedad avanzada	30,5%		
Desconocido	29,6%	46,5%	Tardío (sin criterio de sida)	21,1%	23,9%	71
			Enfermedad avanzada	25,4%		

FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=9.405. No se ha incluido el desagregado para los géneros trans ya que el n es muy pequeño.

* En el caso de las jurisdicciones con menos del 66% de los casos con información para analizar el indicador *oportunidad del diagnóstico*, no se consignó el valor. Sin embargo, sí están incluidas en el total regional y en el total del país.

Tabla 1c. Oportunidad del diagnóstico de VIH según género, jurisdicción y región de residencia*, Argentina (2022-2023).**Mujeres cis**

Jurisdicción/Región	Diagnóstico oportuno	Diagnóstico tardío		Desconocido	Personas
24 partidos del Gran Buenos Aires	40,6%	50,6%	Tardío (sin criterio de sida)	8,8%	534
			Enfermedad avanzada		
CABA	46,3%	43,1%	Tardío (sin criterio de sida)	10,6%	188
			Enfermedad avanzada		
Total GBA	42,1%	48,6%	Tardío (sin criterio de sida)	9,3%	722
			Enfermedad avanzada		
Resto de los partidos de la provincia de BsAs	47,8%	43,5%	Tardío (sin criterio de sida)	8,6%	186
			Enfermedad avanzada		
Córdoba			Tardío (sin criterio de sida)		Sin datos suficientes
			Enfermedad avanzada		
Entre Ríos	61,4%	36,8%	Tardío (sin criterio de sida)	1,8%	57
			Enfermedad avanzada		
Santa Fe			Tardío (sin criterio de sida)		Sin datos suficientes
			Enfermedad avanzada		
Total Centro	42,3%	38,5%	Tardío (sin criterio de sida)	19,2%	671
			Enfermedad avanzada		
Total Provincia de Buenos Aires	42,5%	48,4%	Tardío (sin criterio de sida)	9,1%	729
			Enfermedad avanzada		
Mendoza	54,1%	43,0%	Tardío (sin criterio de sida)	3,0%	135
			Enfermedad avanzada		
San Juan	51,4%	47,1%	Tardío (sin criterio de sida)	1,4%	70
			Enfermedad avanzada		
San Luis			Tardío (sin criterio de sida)		Sin datos suficientes
			Enfermedad avanzada		
Total Cuyo	52,5%	43,4%	Tardío (sin criterio de sida)	4,1%	221
			Enfermedad avanzada		
Chaco	62,7%	34,3%	Tardío (sin criterio de sida)	3,0%	67
			Enfermedad avanzada		
Corrientes			Tardío (sin criterio de sida)		Sin datos suficientes
			Enfermedad avanzada		
Formosa	52,6%	47,4%	Tardío (sin criterio de sida)	0,0%	78
			Enfermedad avanzada		
Misiones	55,8%	38,5%	Tardío (sin criterio de sida)	5,8%	52
			Enfermedad avanzada		
Total NEA	51,8%	40,2%	Tardío (sin criterio de sida)	8,0%	224
			Enfermedad avanzada		

FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=9.405. No se ha incluido el desagregado para los géneros trans ya que el n es muy pequeño.

* En el caso de las jurisdicciones con menos del 66% de los casos con información para analizar el indicador *oportunidad del diagnóstico*, no se consignó el valor. Sin embargo, sí están incluidas en el total regional y en el total del país.

Tabla 1c. Oportunidad del diagnóstico de VIH según género, jurisdicción y región de residencia*, Argentina (2022-2023) (continuación).**Mujeres cis**

Jurisdicción/Región	Diagnóstico oportuno	Diagnóstico tardío		Desconocido	Personas
Catamarca	50,0%	50,0%	Tardío (sin criterio de sida)	9,4%	32
			Enfermedad avanzada	40,6%	
Jujuy			Tardío (sin criterio de sida)		Sin datos suficientes
			Enfermedad avanzada		
La Rioja			Tardío (sin criterio de sida)		Sin datos suficientes
			Enfermedad avanzada		
Salta	44,1%	36,0%	Tardío (sin criterio de sida)	11,5%	261
			Enfermedad avanzada	24,5%	
Santiago del Estero	52,7%	45,1%	Tardío (sin criterio de sida)	22,0%	91
			Enfermedad avanzada	23,1%	
Tucumán	43,0%	57,0%	Tardío (sin criterio de sida)	26,0%	100
			Enfermedad avanzada	31,0%	
Total NOA	46,4%	42,4%	Tardío (sin criterio de sida)	16,3%	528
			Enfermedad avanzada	26,1%	
Chubut	50,0%	43,2%	Tardío (sin criterio de sida)	16,2%	74
			Enfermedad avanzada	27,0%	
La Pampa	44,4%	53,3%	Tardío (sin criterio de sida)	26,7%	45
			Enfermedad avanzada	26,7%	
Neuquén	42,9%	55,1%	Tardío (sin criterio de sida)	26,5%	49
			Enfermedad avanzada	28,6%	
Río Negro	50,9%	41,5%	Tardío (sin criterio de sida)	18,9%	53
			Enfermedad avanzada	22,6%	
Santa Cruz	28,6%	61,2%	Tardío (sin criterio de sida)	14,3%	49
			Enfermedad avanzada	46,9%	
Tierra del Fuego	35,3%	64,7%	Tardío (sin criterio de sida)	11,8%	17
			Enfermedad avanzada	52,9%	
Total Patagonia	43,6%	50,9%	Tardío (sin criterio de sida)	19,5%	287
			Enfermedad avanzada	31,4%	
Desconocido	44,4%	22,2%	Tardío (sin criterio de sida)	11,1%	9
			Enfermedad avanzada	11,1%	

FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=9.405. No se ha incluido el desagregado para los géneros trans ya que el n es muy pequeño.

* En el caso de las jurisdicciones con menos del 66% de los casos con información para analizar el indicador *oportunidad del diagnóstico*, no se consignó el valor. Sin embargo, sí están incluidas en el total regional y en el total del país.

Tabla 1d. Oportunidad del diagnóstico de VIH según género, jurisdicción y región de residencia*, Argentina (2022-2023).**Mujeres trans**

Jurisdicción/Región	Diagnóstico oportuno	Diagnóstico tardío		Desconocido	Personas
24 partidos del Gran Buenos Aires	45,5%	54,5%	Tardío (sin criterio de sida)	0,0%	11
			Enfermedad avanzada		
CABA	63,6%	27,3%	Tardío (sin criterio de sida)	9,1%	22
			Enfermedad avanzada		
Total GBA	57,6%	36,4%	Tardío (sin criterio de sida)	6,1%	33
			Enfermedad avanzada		
Resto de los partidos de la provincia de BsAs	25,0%	25,0%	Tardío (sin criterio de sida)	50,0%	4
			Enfermedad avanzada		
Córdoba			Tardío (sin criterio de sida)		Sin datos suficientes
			Enfermedad avanzada		
Entre Ríos			Tardío (sin criterio de sida)		Sin casos
			Enfermedad avanzada		
Santa Fe			Tardío (sin criterio de sida)		Sin datos suficientes
			Enfermedad avanzada		
Total Centro	37,5%	37,5%	Tardío (sin criterio de sida)	25,0%	16
			Enfermedad avanzada		
Total Provincia de Buenos Aires	37,5%	43,8%	Tardío (sin criterio de sida)	25,0%	16
			Enfermedad avanzada		
Mendoza	57,1%	28,6%	Tardío (sin criterio de sida)	14,3%	7
			Enfermedad avanzada		
San Juan	50,0%	50,0%	Tardío (sin criterio de sida)	0,0%	2
			Enfermedad avanzada		
San Luis			Tardío (sin criterio de sida)		Sin casos
			Enfermedad avanzada		
Total Cuyo	55,6%	33,3%	Tardío (sin criterio de sida)	11,1%	9
			Enfermedad avanzada		
Chaco			Tardío (sin criterio de sida)		Sin casos
			Enfermedad avanzada		
Corrientes			Tardío (sin criterio de sida)		Sin datos suficientes
			Enfermedad avanzada		
Formosa			Tardío (sin criterio de sida)		Sin casos
			Enfermedad avanzada		
Misiones	100,0%	0,0%	Tardío (sin criterio de sida)	0,0%	1
			Enfermedad avanzada		
Total NEA	100,0%	0,0%	Tardío (sin criterio de sida)	0,0%	3
			Enfermedad avanzada		

FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=9.405. No se ha incluido el desagregado para los géneros trans ya que el n es muy pequeño.

* En el caso de las jurisdicciones con menos del 66% de los casos con información para analizar el indicador *oportunidad del diagnóstico*, no se consignó el valor. Sin embargo, sí están incluidas en el total regional y en el total del país.

Tabla 1d. Oportunidad del diagnóstico de VIH según género, jurisdicción y región de residencia*, Argentina (2022-2023) (continuación).**Mujeres trans**

Jurisdicción/Región	Diagnóstico oportuno	Diagnóstico tardío		Desconocido	Personas
Catamarca			Tardío (sin criterio de sida) Enfermedad avanzada		Sin casos
Jujuy			Tardío (sin criterio de sida) Enfermedad avanzada		Sin datos suficientes
La Rioja			Tardío (sin criterio de sida) Enfermedad avanzada		Sin casos
Salta	50,0%	38,9%	Tardío (sin criterio de sida) Enfermedad avanzada	16,7% 22,2%	11,1% 18
Santiago del Estero	66,7%	33,3%	Tardío (sin criterio de sida) Enfermedad avanzada	0,0% 33,3%	0,0% 3
Tucumán	44,4%	55,6%	Tardío (sin criterio de sida) Enfermedad avanzada	22,2% 33,3%	0,0% 9
Total NOA	53,1%	40,6%	Tardío (sin criterio de sida) Enfermedad avanzada	15,6% 25,0%	6,3% 32
Chubut	100,0%	0,0%	Tardío (sin criterio de sida) Enfermedad avanzada	0,0% 0,0%	0,0% 1
La Pampa	0,0%	100,0%	Tardío (sin criterio de sida) Enfermedad avanzada	0,0% 100,0%	0,0% 1
Neuquén	66,7%	33,3%	Tardío (sin criterio de sida) Enfermedad avanzada	33,3% 0,0%	0,0% 3
Río Negro	50,0%	50,0%	Tardío (sin criterio de sida) Enfermedad avanzada	0,0% 50,0%	0,0% 2
Santa Cruz			Tardío (sin criterio de sida) Enfermedad avanzada		Sin casos
Tierra del Fuego			Tardío (sin criterio de sida) Enfermedad avanzada		Sin casos
Total Patagonia	57,1%	42,9%	Tardío (sin criterio de sida) Enfermedad avanzada	14,3% 28,6%	0,0% 7
Desconocido	0,0%	0,0%	Tardío (sin criterio de sida) Enfermedad avanzada	0,0% 0,0%	100,0% 1

FUENTE: Elaboración en base a datos del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS 2.0). N=9.405. No se ha incluido el desagregado para los géneros trans ya que el n es muy pequeño.

* En el caso de las jurisdicciones con menos del 66% de los casos con información para analizar el indicador *oportunidad del diagnóstico*, no se consignó el valor. Sin embargo, sí están incluidas en el total regional y en el total del país.

Mortalidad por sida en la Argentina

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

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

La vigilancia de la mortalidad por sida es una herramienta de central importancia para el seguimiento y la intervención en VIH por varias razones. En primer lugar, ayuda al monitoreo de la epidemia y a seguir la evolución del VIH. Permite identificar tendencias, evaluar la eficacia de las intervenciones y ajustar las estrategias en políticas de salud pública.

Por otro lado, la disminución en la mortalidad es un indicador de la eficacia de los tratamientos disponibles y del acceso que las personas tienen a ellos. Por lo tanto, es también una herramienta para la evaluación de los esquemas de medicación vigentes. Contribuye a la investigación y desarrollo de nuevas terapias y estrategias de prevención. La información sobre la mortalidad puede guiar estudios clínicos y epidemiológicos que busquen mejorar el manejo del VIH.

En política de salud pública, proporciona datos esenciales para la formulación de estrategias y programas, e incluye la planificación y asignación de recursos, así como el diseño de campañas de prevención y educación.

El seguimiento de la mortalidad permite detectar desigualdades y aportar así a una mejora de la calidad de vida, a través del diseño de intervenciones más dirigidas y equitativas. A través de los datos sobre la mortalidad, se pueden identificar áreas donde los servicios de salud necesitan mejorar, ya sea en términos de acceso, calidad o alcance de los servicios para las personas con VIH.

Asimismo, el estudio de la mortalidad permite sostener la conciencia pública sobre el impacto del VIH y la necesidad continua de prevención y tratamiento.

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

Metodología

Los datos del presente artículo son provistos por la **Dirección de Estadísticas e Información en Salud** del Ministerio de Salud de la Nación, organismo oficial encargado de analizar y difundir las estadísticas vitales en nuestro país. Las causas de fallecimiento por sida se consignan con los códigos B20 a B24 de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades CIE-10. La tasa de mortalidad por sida tiene un retraso de dos años, debido al proceso de centralización de las notificaciones, la consistencia y el procesamiento de los datos.

Para los denominadores de las tasas, se utilizaron las proyecciones y estimaciones poblacionales (2010-2040) elaboradas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INDEC).

Cabe aclarar que el cálculo de la tasa de defunción por sida incluye a las personas que fallecieron por alguna complicación vinculada con la infección de VIH y no a aquellas que, infectadas, fallecieron por otras causas. Por otro lado, como el sistema estadístico nacional no diferencia entre personas cis y trans, los indicadores de este artículo se expresarán con el sexo asignado al nacimiento.

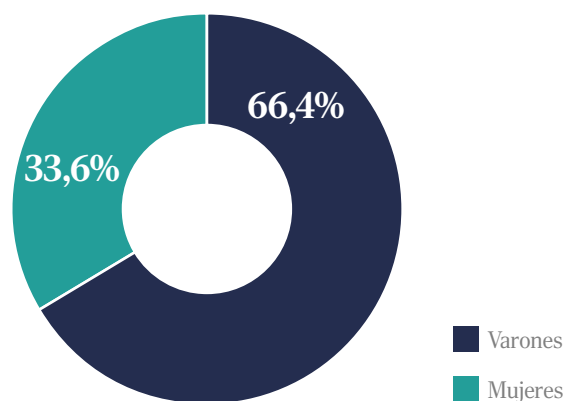
Evolución de las muertes por sida

Durante 2022 se registraron 1.174 muertes por sida, 86 casos menos que en 2021, lo que representa una caída del 7% de la tasa respecto del año previo; de esta manera, la tasa retoma la tendencia en baja que mostraba los años anteriores. De estas defunciones notificadas, 779 son de varones, 66,4%, y 395, de mujeres, 33,6% (**Gráfico 1**).

En términos poblacionales, la tasa de muertes por sida en 2022 fue de 2,5 cada cien mil habitantes; en el caso de los varones llega a 3,4 y a 1,7 para las mujeres.

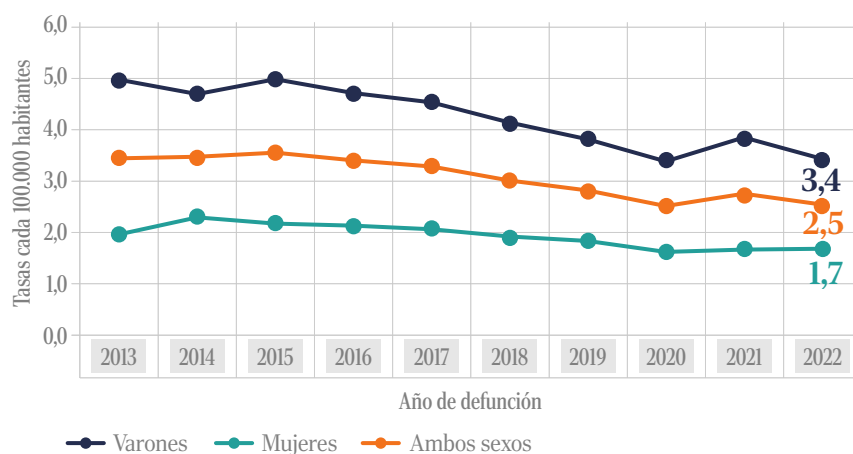
La evolución de la tasa de mortalidad por sida muestra en los últimos diez años una leve tendencia a la baja que, como se mencionó antes, se interrumpe en 2021 y se retoma en 2022 (**Gráficos 2 y 3**). Si bien no tenemos suficiente información que dé cuenta de lo ocurrido el año previo (véase el **Boletín N°40 Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina**), podemos inferir que la tendencia general responde al inicio oportuno del tratamiento antirretroviral y a un aumento progresivo de la cobertura, que se refleja en la estabilidad de la tasa femenina y en el freno del ritmo de aumento en la tasa masculina.

Gráfico 1. Distribución porcentual de las muertes por sida según sexo. Argentina, 2022.



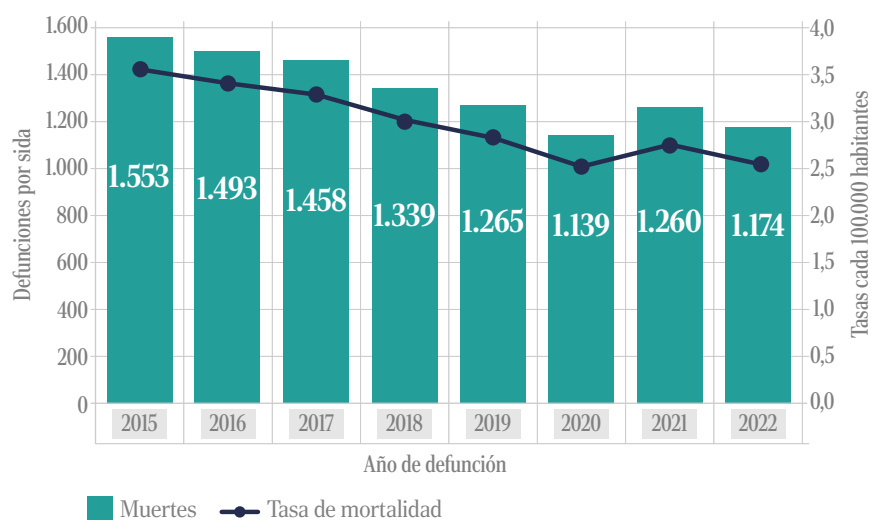
FUENTE: Elaboración en base a datos provistos por la Dirección de Estadísticas e Información de la Salud, Ministerio de Salud de la Nación. N=1.174.

Gráfico 2. Evolución de la tasa de mortalidad por sida cada 100.000 habitantes según sexo. Argentina, 2013-2022.



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

Gráfico 3. Evolución de casos y tasas de mortalidad por sida cada 100.000 habitantes. Argentina, 2015-2022.



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

Edad

La mediana de edad del total de defunciones por sida en 2022 fue de **46 años**, igual que el año anterior; en el caso de las mujeres fue de 45 años y entre los varones, de 47. La mayor proporción de diagnóstico tardío entre las personas de más edad se refleja en la distribución etaria de las defunciones por sida (**Gráfico 4**).

Al observar estas defunciones agrupadas por edad y sexo, se aprecia que el intervalo entre 40 y 49 años tiene la mayor concentración en ambos sexos, 33,4% para las mujeres y 26,2% en varones. El grupo entre 30 y 39 años ocupa el segundo lugar entre las mujeres, con el 23,5%. Entre los varones, el segundo lugar lo ocupa el decenio de 50 a 59 años, con el 24,8%. Si bien las tendencias son similares, entre los varones se aprecia una distribución etaria de las muertes más homogénea. Al igual que en 2021, entre ambos grupos se ha ampliado la diferencia en virtud de un aumento de la proporción de casos entre los de mayor edad.

Jurisdicción

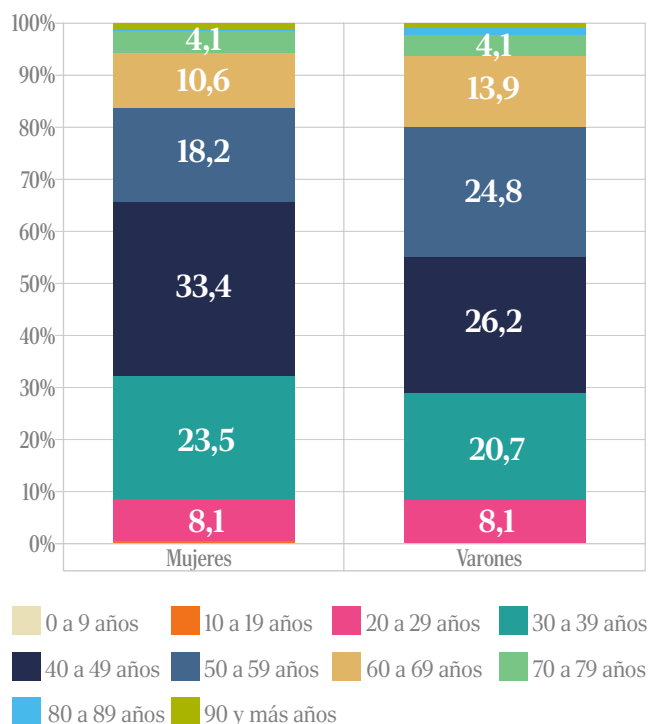
El análisis de las muertes por sida según región de residencia de las personas fallecidas puede abordarse de dos maneras: comparando los porcentajes de muertes acumuladas o bien las tasas de mortalidad cada cien mil habitantes. Una muestra los números absolutos, mientras la otra permite comparar jurisdicciones con distintas poblaciones.

Teniendo en cuenta las muertes acumuladas, el Gran Buenos Aires (GBA)* es la región con más defunciones, 34,2% del total, seguida por la región Centro, con el 26,7% (**Gráfico 5**). Estas proporciones se corresponden con la cantidad de nuevas infecciones acumuladas año a año.

Les siguen en cantidad de residentes fallecidos la región del NOA, con el 17,2%, en tercer lugar; el NEA, con un 10,1% de las muertes; Cuyo concentra el 5,7% de los casos del país y, por último, la Patagonia, con el 5,4%.

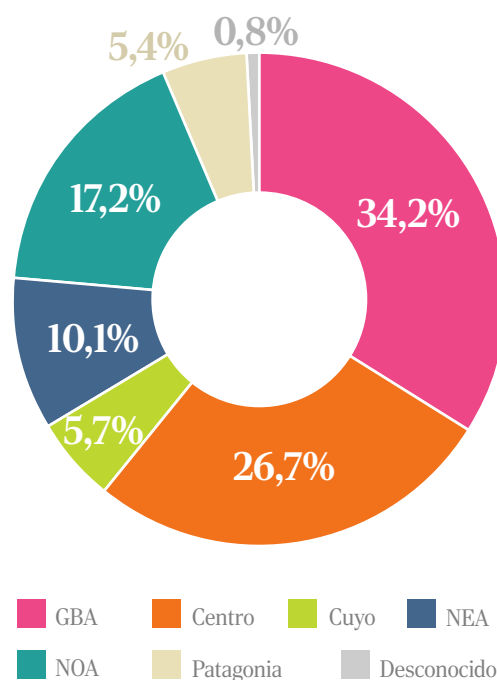
* Gran Buenos Aires comprende la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y los siguientes 24 partidos de la provincia de Buenos Aires: Almirante Brown, Avellaneda, Berazategui, Esteban Echeverría, Ezeiza, Florencio Varela, General San Martín, Hurlingham, Ituzaingó, José C. Paz, La Matanza, Lanús, Lomas de Zamora, Malvinas Argentinas, Merlo, Moreno, Morón, Quilmes, San Fernando, San Isidro, San Miguel, Tigre, Tres de Febrero, Vicente López.

Gráfico 4. Distribución porcentual de las muertes por sida según grupos de edad y sexo. Argentina, 2022.



FUENTE: Elaboración en base a datos provistos por la Dirección de Estadísticas e Información de la Salud, Ministerio de Salud de la Nación. N=1.174.

Gráfico 5. Distribución porcentual de las muertes por sida según región de residencia, ambos sexos. Argentina, 2022.



FUENTE: Elaboración en base a datos provistos por la Dirección de Estadísticas e Información de la Salud, Ministerio de Salud de la Nación. N=1.174.

En relación con la comparación de tasas de mortalidad cada cien mil habitantes, encontramos otro orden y algunos cambios respecto al año anterior. El NOA es la región con la tasa más alta en 2022 (con 3,5 muertes cada cien mil habitantes). Con bastante diferencia se encuentran luego el NEA y el GBA: 2,8 y 2,7 muertes cada cien mil habitantes, respectivamente.

Al observar las defunciones de cada jurisdicción de residencia, las cinco con mayor número de muertes por sida en 2022 fueron la provincia de Buenos Aires, con 443 casos y una tasa de 2,5 cada cien mil habitantes, y –aunque alejada en volumen– la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, con 101 muertes y una tasa más alta, de 3,3 muertes cada cien mil habitantes. Entre ambas jurisdicciones comprenden casi la mitad de los fallecimientos por sida registrados en el país en 2022 (47%).

Les siguen Santa Fe y Salta, con 86 fallecimientos por sida en cada provincia, aunque con tasas muy diferentes: Santa Fe, 2,4 muertes cada cien mil habitantes y Salta, 5,9 cada cien mil habitantes; en ambas provincias este indicador aumentó respecto del año previo. Cabe destacar en esta instancia que, si bien Jujuy registra muchas menos muertes por sida, es la segunda provincia con la tasa de mortalidad más alta (5,1 defunciones por sida cada cien mil habitantes).

Por el contrario, si ordenamos las cinco jurisdicciones con menos fallecimientos, encontramos primero a Tierra del Fuego, que no registró ninguna muerte por sida en 2022, seguida de Santa Cruz con un solo deceso y una tasa de 0,3 cada cien mil habitantes, luego La Pampa con cuatro muertes y una tasa de 1,1 cada cien mil habitantes. Catamarca registró siete muertes y su tasa llegó a 1,7 cada cien mil habitantes. Finalmente, en San Juan, con una tasa de 1,1 cada cien mil habitantes, ocurrieron nueve muertes por sida.

Tasas estandarizadas

Tanto en el análisis porcentual de la cantidad de muertes como por tasas simples (o tasas crudas) de cada jurisdicción podemos encontrar realidades muy distintas. Las tasas estandarizadas se utilizan para hacer comparaciones más precisas entre diferentes poblaciones o grupos en términos de incidencia de eventos, enfermedades u otros fenómenos. La estandarización elimina las diferencias debidas a la estructura de edad u otras variables de confusión, permitiendo así una comparación justa y significativa. Este enfoque es crucial para obtener una representación exacta de los datos epidemiológicos y para evitar conclusiones engañosas.

Entre los principales usos de las tasas estandarizadas, se encuentra la comparación entre poblaciones, ya que permiten contrastar la incidencia de una enfermedad entre diferentes países, regiones o grupos demográficos, independientemente de sus diferencias en la estructura de edad. Además, facilitan el seguimiento de cambios en la incidencia de una enfermedad a lo largo del tiempo en una misma población, ajustando por cambios en la estructura demográfica, lo cual es vital para la vigilancia epidemiológica. Las tasas estandarizadas, a su vez, ayudan a evaluar el impacto de las intervenciones, comparándolas antes y después de su implementación, ajustadas por posibles variables de confusión.

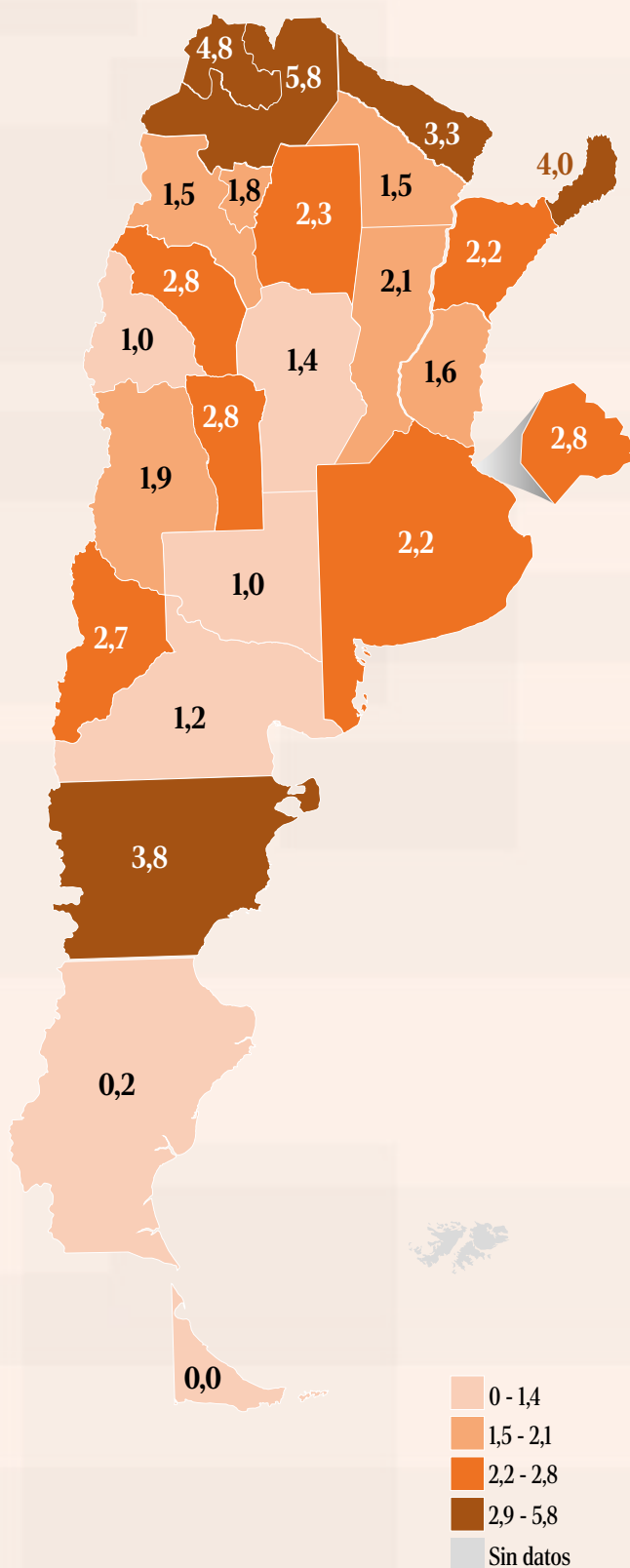
En este caso, se utilizan las tasas ajustadas para comparar la mortalidad por sida, con la edad como factor de ajuste. Hay que tener en cuenta que estas tasas calculadas y ajustadas son tasas ficticias, cuyo único fin es la comparación entre jurisdicciones cuyas pirámides poblacionales son disímiles.

De esta manera, las tasas ajustadas (**Mapa 1**) que se obtienen para Salta y Jujuy son las más elevadas del país (5,8 y 4,8 cada cien mil habitantes, respectivamente). Les siguen Misiones, con 4; Chubut y Formosa con 3,8 y 3,3, respectivamente; y, entre las que tienen tasas más altas, San Luis, CABA y La Rioja, con 2,8 muertes cada 100.000 habitantes.

En oposición, las jurisdicciones cuyas tasas ajustadas resultaron más bajas son Tierra del Fuego (que en 2022 presenta la particularidad de ser 0) y Santa Cruz, con 0,2 cada cien mil habitantes. La Pampa y San Juan se igualan en una muerte cada cien mil habitantes.

Mapa 1. Tasas de mortalidad por sida cada 100.000 habitantes, ajustadas por edad según jurisdicción. Argentina, 2022.

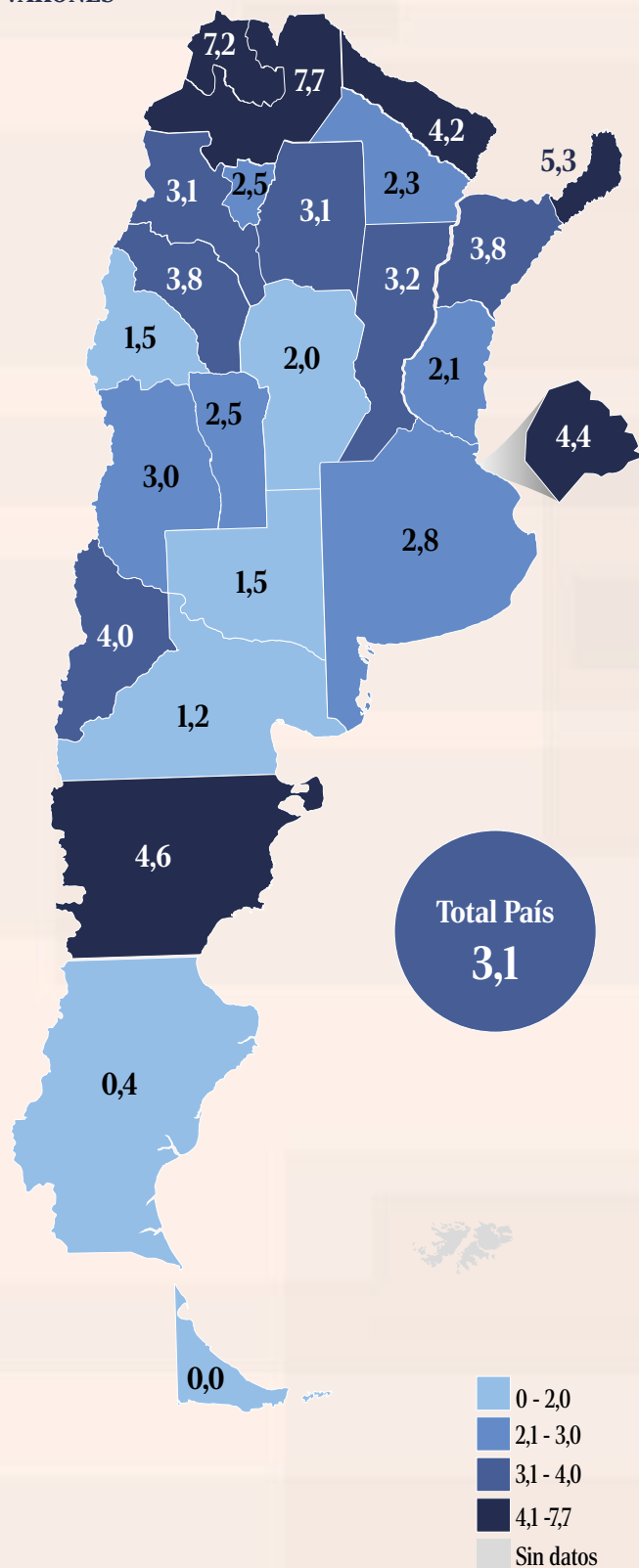
AMBOS SEXOS



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

Mapa 2. Tasas de mortalidad por sida cada 100.000 habitantes, ajustadas por edad según jurisdicción. Argentina, 2022.

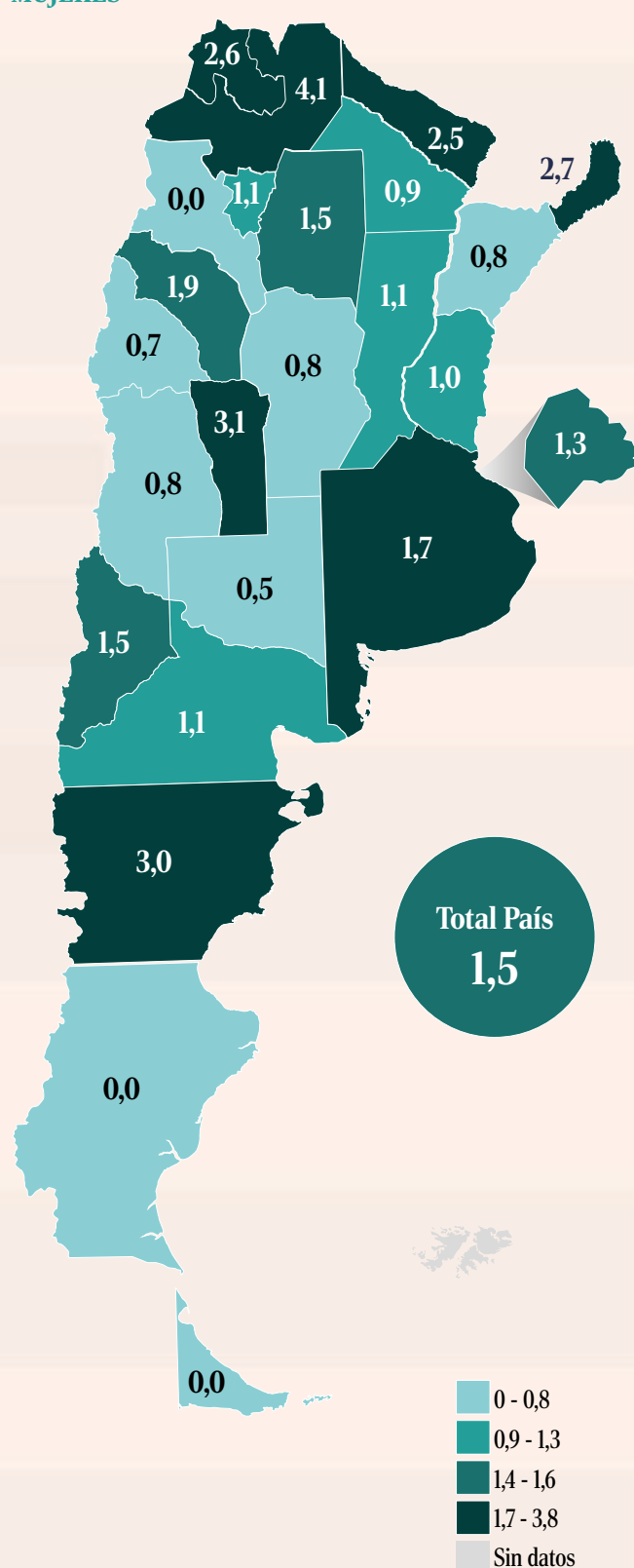
VARONES



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

Mapa 3. Tasas de mortalidad por sida cada 100.000 habitantes, ajustadas por edad según jurisdicción. Argentina, 2022.

MUJERES



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

En resumen

Durante la última década, la tasa de mortalidad cada cien mil habitantes ha mostrado una tendencia en caída con altibajos. En 2013, era de 3,4 y experimentó un ligero incremento en 2014 y 2015, con un pico de 3,6 en ese último año. Sin embargo, a partir de 2016, se observó una disminución constante, con excepción del aumento ocasional en 2021. En 2018, la tasa cayó a 3,0 y continuó descendiendo hasta 2,8 en 2019. La baja más notable se produjo en 2020, cuando disminuyó a 2,5, aunque en 2021 hubo un aumento temporal a 2,8. Finalmente, en 2022, la tasa volvió a bajar a 2,5. Estos datos reflejan los esfuerzos y cambios en las políticas de salud pública, así como los avances en medicina y prevención durante estos años.

En 2022, se observó una notable disparidad de género en la mortalidad. La mayor proporción de fallecimientos de varones sugiere que enfrentan riesgos más altos en comparación con las mujeres. Esta diferencia podría estar influenciada por diversos factores como comportamientos de riesgo y condiciones estructurales que afectan la salud de manera distinta entre los géneros. El desarrollo de enfoques de salud específicos y estrategias preventivas es crucial para abordar estas desigualdades y mejorar la longevidad y calidad de vida en ambos sexos.

Finalmente, debemos remarcar la necesidad del seguimiento de este indicador para, en los próximos años, evaluar si el desplazamiento y el aumento de la mortalidad por sida en las franjas etarias mayores es, como esperamos, un logro de las políticas de prevención combinada.

Tabla 1a. Evolución de las tasas crudas de mortalidad por causas asociadas al VIH cada 100.000 habitantes, según jurisdicción, ambos sexos. Argentina, 2012-2022.

Ambos sexos											
Tasa	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Total del país	3,5	3,5	3,4	3,6	3,4	3,3	3,0	2,8	2,5	2,8	2,5
Buenos Aires	4,4	4,2	4,4	4,6	3,8	3,9	3,4	3,1	2,7	2,9	2,5
Catamarca	1,2	2,1	2,8	0,3	1,2	2,5	1,2	0,7	2,2	1,7	1,7
Chaco	2,0	1,5	1,7	1,7	1,3	1,6	1,9	1,5	1,3	1,8	1,5
Chubut	3,5	3,8	1,4	3,5	4,0	3,6	3,8	3,6	3,6	3,2	4,2
CABA	3,6	4,9	4,5	5,4	5,1	4,1	2,9	3,5	2,5	3,3	3,3
Córdoba	1,9	1,9	1,8	2,4	2,0	2,2	2,0	1,6	1,5	2,1	1,6
Corrientes	2,5	2,2	3,2	2,1	1,9	1,8	3,3	3,4	3,7	3,6	2,4
Entre Ríos	1,6	2,4	1,6	1,9	2,9	2,2	2,1	1,4	2,2	2,3	1,7
Formosa	3,7	1,1	1,7	2,6	3,1	4,2	3,4	3,0	2,5	3,1	3,3
Jujuy	6,0	6,1	4,0	4,5	6,5	7,0	8,0	6,4	7,0	6,3	5,1
La Pampa	1,4	0,6	1,2	0,9	1,2	0,6	0,6	0,8	0,8	0,0	1,1
La Rioja	0,8	0,0	0,8	1,4	0,5	0,5	0,3	2,6	1,5	1,5	3,0
Mendoza	2,7	2,2	2,3	2,2	3,3	3,1	2,7	2,1	2,3	1,9	2,1
Misiones	3,9	3,3	4,0	3,9	2,9	3,3	4,0	3,5	2,9	3,7	4,0
Neuquén	3,6	2,5	1,5	2,9	3,0	3,8	2,6	3,4	2,0	3,9	3,1
Río Negro	2,0	1,8	3,0	2,4	3,0	2,2	2,5	2,3	1,9	2,6	1,3
Salta	7,9	7,1	7,8	6,6	7,0	6,4	7,3	6,5	5,0	5,6	5,9
San Juan	1,1	1,5	2,7	2,8	3,1	1,9	2,0	1,7	1,8	1,5	1,1
San Luis	2,5	3,7	2,1	3,4	2,3	1,8	2,2	2,4	2,6	2,9	3,1
Santa Cruz	2,9	1,3	1,6	1,6	2,4	3,2	2,0	2,5	1,1	1,1	0,3
Santa Fe	2,9	2,6	3,4	2,7	2,5	2,6	1,7	2,0	1,3	1,9	2,4
Santiago del Estero	1,6	1,7	0,9	1,1	1,6	2,3	2,4	2,5	2,9	1,8	2,4
Tierra del Fuego	2,8	2,1	3,4	2,0	3,8	2,5	2,4	3,0	2,9	1,7	0,0
Tucumán	2,1	2,7	1,5	1,6	2,0	1,6	1,3	1,4	1,5	1,5	1,9

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

Tabla 1b. Evolución de las tasas crudas de mortalidad por causas asociadas al VIH cada 100.000 habitantes, según jurisdicción, varones. Argentina, 2012-2022.

Varones											
Tasa	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Total del país	5,0	5,0	4,7	5,0	4,8	4,6	4,1	3,8	3,4	3,8	3,4
Buenos Aires	5,9	5,8	5,7	6,1	5,1	5,3	4,6	3,8	3,5	3,8	3,1
Catamarca	1,9	3,1	4,1	0,5	1,0	3,0	2,4	0,5	3,4	2,4	3,3
Chaco	3,7	2,4	2,1	1,9	2,1	3,1	2,6	1,9	1,9	2,2	2,1
Chubut	5,0	4,8	2,2	5,6	4,2	5,1	5,0	3,9	6,4	4,1	5,0
CABA	5,9	8,0	7,1	9,0	8,0	6,1	4,0	5,4	3,5	5,0	5,2
Córdoba	2,8	2,9	2,2	3,6	2,7	3,3	3,3	2,3	1,9	3,1	2,2
Corrientes	3,2	3,1	4,0	2,1	3,0	2,8	5,0	4,9	4,9	5,7	3,9
Entre Ríos	2,6	2,8	1,6	2,3	3,7	2,3	3,1	2,1	3,7	3,6	2,3
Formosa	5,6	1,8	2,4	3,8	4,5	5,1	3,4	4,7	3,0	4,9	3,9
Jujuy	9,0	8,8	4,8	6,1	9,6	8,7	9,1	10,4	10,8	8,6	7,5
La Pampa	1,7	1,2	1,8	1,2	1,7	1,2	1,1	1,1	1,1	0,0	1,7
La Rioja	1,6	0,0	0,6	1,6	0,5	0,5	0,5	3,1	1,5	2,5	4,0
Mendoza	4,2	3,4	3,6	3,3	4,7	4,5	4,4	3,5	3,1	3,0	3,2
Misiones	6,4	4,1	5,8	5,2	4,0	2,8	5,0	4,8	3,7	5,0	5,3
Neuquén	6,6	4,0	3,0	5,2	5,1	5,0	3,7	4,9	2,1	4,8	4,4
Río Negro	3,0	3,0	4,4	3,4	4,0	2,8	3,0	2,2	2,4	3,7	1,3
Salta	11,3	11,2	10,5	9,5	10,2	9,4	9,8	10,1	6,7	8,5	7,6
San Juan	2,2	2,0	3,9	4,1	3,5	2,7	2,4	1,6	2,6	1,8	1,5
San Luis	3,4	5,2	4,3	3,8	3,8	2,1	2,8	4,4	2,4	4,3	2,7
Santa Cruz	4,9	2,6	3,1	1,2	4,1	4,6	2,2	2,7	1,6	0,5	0,5
Santa Fe	4,2	4,1	4,8	4,2	3,2	3,1	2,5	2,6	1,5	2,5	3,6
Santiago del Estero	2,0	2,4	0,9	1,5	1,9	3,2	3,4	3,5	3,7	2,8	3,2
Tierra del Fuego	2,8	2,7	4,0	1,3	6,3	4,9	2,4	4,6	3,4	2,2	0,0
Tucumán	2,9	4,6	1,8	2,4	3,0	2,4	1,6	2,1	2,9	2,6	2,7

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

Tabla 1c. Evolución de las tasas crudas de mortalidad por causas asociadas al VIH cada 100.000 habitantes, según jurisdicción, mujeres. Argentina, 2012-2022.

Mujeres											
Tasas	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Total del país	2,0	2,0	2,3	2,2	2,1	2,1	1,9	1,8	1,6	1,7	1,7
Buenos Aires	3,0	2,7	3,1	3,1	2,5	2,4	2,2	2,4	1,8	1,9	1,9
Catamarca	0,5	1,0	1,5	0,0	1,5	2,0	0,0	1,0	1,0	1,0	0,0
Chaco	0,4	0,7	1,2	1,4	0,5	0,2	1,3	1,2	0,8	1,5	1,0
Chubut	2,1	2,9	0,7	1,4	3,8	2,0	2,7	3,0	0,6	2,2	3,5
CABA	1,7	2,2	2,3	2,2	2,6	2,3	1,8	1,7	1,7	1,8	1,5
Córdoba	1,0	1,0	1,3	1,2	1,3	1,1	0,6	1,0	1,0	1,2	0,9
Corrientes	1,7	1,3	2,4	2,0	0,9	0,9	1,6	1,8	2,5	1,6	0,9
Entre Ríos	0,6	2,0	1,6	1,5	2,2	2,0	1,2	0,7	0,7	1,0	1,1
Formosa	1,8	0,4	1,0	1,4	1,7	3,4	3,3	1,3	2,0	1,3	2,6
Jujuy	3,0	3,3	3,3	3,0	3,5	5,3	6,8	2,6	3,3	4,1	2,8
La Pampa	1,1	0,0	0,6	0,6	0,6	0,0	0,0	0,6	0,6	0,0	0,5
La Rioja	0,0	0,0	1,1	1,1	0,5	0,5	0,0	2,1	1,5	0,5	2,0
Mendoza	1,2	1,0	1,1	1,1	2,0	1,6	1,1	0,8	1,5	0,9	1,0
Misiones	1,4	2,4	2,2	2,5	1,8	3,8	2,9	2,2	2,2	2,3	2,8
Neuquén	0,7	1,0	0,0	0,6	0,9	2,5	1,5	1,8	1,8	3,0	1,8
Río Negro	1,0	0,6	1,7	1,4	2,0	1,7	1,9	2,2	1,3	1,6	1,3
Salta	4,4	3,1	5,3	3,7	3,8	3,5	5,0	3,0	3,3	2,7	4,2
San Juan	0,0	1,1	1,4	1,6	2,6	1,0	1,6	1,8	1,0	1,3	0,7
San Luis	1,7	2,1	0,0	2,9	0,8	1,6	1,6	0,4	2,7	1,5	3,4
Santa Cruz	0,8	0,0	0,0	1,9	0,6	1,8	1,8	2,3	0,6	1,6	0,0
Santa Fe	1,6	1,3	2,0	1,3	1,8	2,1	1,0	1,4	1,1	1,4	1,3
Santiago del Estero	1,1	0,9	0,9	0,4	1,3	1,5	1,5	1,4	2,0	0,8	1,6
Tierra del Fuego	2,9	1,4	2,8	2,7	1,3	0,0	2,5	1,2	2,4	1,1	0,0
Tucumán	1,4	0,9	1,1	0,7	1,1	0,8	1,1	0,7	0,2	0,5	1,1

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

Tabla 2a. Evolución de la tasa de mortalidad por causas asociadas al VIH ajustada por edad cada 100.000 habitantes, según jurisdicción, ambos sexos. Argentina, 2012-2022.

Ambos sexos											
Tasas	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Total del país	3,3	3,3	3,3	3,4	3,2	3,1	2,8	2,6	2,3	2,5	2,3
Buenos Aires	4,0	3,9	4,1	4,2	3,5	3,5	3,1	2,8	2,4	2,6	2,2
Catamarca	1,2	2,0	2,7	0,2	1,2	2,4	1,1	0,7	2,0	1,5	1,5
Chaco	2,1	1,6	1,8	1,7	1,3	1,7	2,0	1,5	1,3	1,8	1,5
Chubut	3,2	3,5	1,4	3,2	3,6	3,3	3,6	3,3	3,3	3,0	3,8
CABA	3,1	4,4	4,0	4,7	4,5	3,5	2,5	2,9	2,1	2,8	2,8
Córdoba	1,8	1,7	2,2	1,8	2,0	1,8	1,5	1,3	1,9	1,4	2,3
Corrientes	2,3	2,2	3,2	2,0	1,9	1,8	3,2	3,4	3,6	3,5	2,2
Entre Ríos	1,5	2,3	1,6	1,8	2,8	2,1	2,0	1,3	2,0	2,1	1,6
Formosa	3,8	1,1	1,8	2,7	3,2	4,4	3,5	3,0	2,5	3,2	3,3
Jujuy	6,2	6,2	4,1	4,5	6,4	6,9	7,9	6,3	6,6	6,0	4,8
La Pampa	1,3	0,5	1,1	0,8	1,0	0,5	0,5	0,6	0,7	0,0	1,0
La Rioja	0,9	0,0	0,7	1,4	0,6	0,5	0,3	2,4	1,4	1,3	2,8
Mendoza	2,6	2,2	2,2	2,1	3,1	2,9	2,6	2,0	2,1	1,8	1,9
Misiones	4,5	3,5	4,2	4,0	3,0	3,5	4,1	3,7	3,0	3,8	4,0
Neuquén	3,5	2,4	1,5	2,8	2,7	3,6	2,5	3,0	1,8	3,5	2,7
Río Negro	1,8	1,5	2,9	2,2	2,8	2,1	2,3	2,2	1,7	2,4	1,2
Salta	8,2	7,4	8,1	6,8	7,0	6,5	7,5	6,4	4,9	5,6	5,8
San Juan	1,1	1,5	2,7	2,9	3,0	1,8	1,9	1,6	1,7	1,5	1,0
San Luis	2,5	3,6	2,0	3,2	2,2	1,8	2,1	2,2	2,4	2,7	2,8
Santa Cruz	2,7	1,6	1,5	1,5	2,6	3,2	1,9	2,7	1,0	0,9	0,2
Santa Fe	2,7	2,5	3,1	2,5	2,3	2,4	1,5	1,7	1,2	1,7	2,1
Santiago del Estero	1,6	1,8	0,9	0,9	1,6	2,4	2,5	2,5	2,8	1,8	2,3
Tierra del Fuego	3,0	1,8	2,9	1,6	3,5	2,1	2,9	2,8	3,2	1,4	0,0
Tucumán	2,1	2,7	1,4	1,5	2,0	1,5	1,3	1,3	1,5	1,4	1,8

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

Tabla 2b. Evolución de la tasa de mortalidad por causas asociadas al VIH ajustada por edad cada 100.000 habitantes, según jurisdicción, varones. Argentina, 2012-2022.

Varones											
Tasas	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Total del país	4,7	4,8	4,5	4,8	4,5	4,3	3,9	3,5	3,1	3,5	3,1
Buenos Aires	5,4	5,4	5,3	5,6	4,7	4,9	4,2	3,5	3,2	3,4	2,8
Catamarca	2,0	3,0	4,1	0,4	1,1	3,0	2,3	0,5	3,2	2,2	3,1
Chaco	3,9	2,5	2,2	1,9	2,2	3,3	2,6	1,9	1,8	2,2	2,3
Chubut	4,5	4,2	2,1	5,1	3,8	4,7	4,9	3,5	6,1	4,3	4,6
CABA	4,9	7,2	6,2	7,9	7,1	5,3	3,5	4,6	2,9	4,1	4,4
Córdoba	2,5	2,8	2,1	3,3	2,5	3,1	3,1	2,1	1,7	2,7	2,0
Corrientes	3,0	3,1	4,1	2,1	3,1	2,9	5,0	4,9	4,8	5,6	3,8
Entre Ríos	2,5	2,8	1,5	2,2	3,5	2,2	3,0	1,9	3,4	3,3	2,1
Formosa	5,8	1,9	2,6	4,1	4,8	5,4	3,6	4,8	3,1	5,0	4,2
Jujuy	9,5	9,4	5,0	6,2	9,7	8,8	9,6	10,5	10,3	8,4	7,2
La Pampa	1,6	1,1	1,7	1,1	1,7	1,0	1,0	1,0	1,0	0,0	1,5
La Rioja	1,9	0,0	0,5	1,7	0,6	0,5	0,5	2,9	1,3	2,2	3,8
Mendoza	4,1	3,4	3,5	3,2	4,5	4,4	4,2	3,3	2,9	2,8	3,0
Misiones	7,6	4,5	6,3	5,4	4,2	3,0	5,3	5,1	3,7	5,4	5,3
Neuquén	6,5	4,0	3,0	5,1	4,7	5,0	3,4	4,5	2,0	4,4	4,0
Río Negro	2,8	2,5	4,2	3,2	3,9	2,7	2,9	2,0	2,2	3,3	1,2
Salta	12,1	11,9	11,2	10,0	10,6	9,7	10,3	10,2	6,7	8,7	7,7
San Juan	2,2	2,0	3,9	4,2	3,5	2,6	2,3	1,5	2,5	1,7	1,5
San Luis	3,3	5,2	4,1	3,7	3,8	2,0	2,7	4,2	2,2	4,0	2,5
Santa Cruz	4,6	3,3	2,9	1,0	4,5	4,8	2,2	2,6	1,6	0,4	0,4
Santa Fe	3,9	3,7	4,4	3,9	2,9	2,9	2,2	2,3	1,4	2,2	3,2
Santiago del Estero	2,0	2,6	0,9	1,5	2,0	3,4	3,6	3,7	3,7	3,0	3,1
Tierra del Fuego	2,9	2,4	3,3	1,1	5,9	4,1	3,2	4,4	2,9	1,8	0,0
Tucumán	2,7	4,5	1,8	2,5	3,0	2,3	1,6	2,0	2,8	2,5	2,5

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

Tabla 2c. Evolución de la tasa de mortalidad por causas asociadas al VIH ajustada por edad cada 100.000 habitantes, según jurisdicción, mujeres. Argentina, 2012-2022.

Mujeres											
Tasas	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Total del país	1,9	1,9	2,2	2,1	2,0	1,9	1,8	1,7	1,5	1,5	1,5
Buenos Aires	2,7	2,6	2,9	2,8	2,4	2,2	2,0	2,2	1,6	1,7	1,7
Catamarca	0,4	1,0	1,4	0,0	1,3	1,7	0,0	0,9	0,9	0,9	0,0
Chaco	0,4	0,7	1,3	1,4	0,5	0,2	1,4	1,2	0,8	1,4	0,9
Chubut	1,9	2,7	0,6	1,3	3,4	1,9	2,5	2,8	0,5	2,0	3,0
CABA	1,5	2,0	2,1	1,9	2,3	2,0	1,6	1,5	1,4	1,6	1,3
Córdoba	0,9	1,0	1,2	1,1	1,2	1,1	0,6	0,9	1,0	1,1	0,8
Corrientes	1,7	1,3	2,4	2,0	0,9	0,9	1,6	1,7	2,4	1,5	0,8
Entre Ríos	0,6	1,8	1,6	1,5	2,0	2,0	1,1	0,7	0,7	0,9	1,0
Formosa	1,8	0,4	1,0	1,4	1,7	3,4	3,3	1,3	2,0	1,3	2,5
Jujuy	3,1	3,3	3,3	2,8	3,4	5,1	6,4	2,5	3,2	3,8	2,6
La Pampa	1,0	0,0	0,5	0,6	0,5	0,0	0,0	0,2	0,5	0,0	0,5
La Rioja	0,0	0,0	1,0	1,1	0,6	0,5	0,0	2,0	1,4	0,5	1,9
Mendoza	1,1	0,9	1,0	1,1	1,8	1,5	1,0	0,7	1,3	0,8	0,8
Misiones	1,5	2,5	2,3	2,6	1,9	3,9	3,0	2,3	2,3	2,3	2,7
Neuquén	0,7	0,9	0,0	0,5	0,8	2,3	1,5	1,6	1,6	2,6	1,5
Río Negro	1,0	0,5	1,6	1,3	1,8	1,6	1,7	2,0	1,2	1,4	1,1
Salta	4,5	3,1	5,3	3,7	3,8	3,5	4,9	2,9	3,2	2,7	4,1
San Juan	0,0	1,1	1,4	1,6	2,5	1,0	1,5	1,7	1,0	1,2	0,7
San Luis	1,7	2,1	0,0	2,7	0,8	1,5	1,5	0,4	2,5	1,4	3,1
Santa Cruz	0,7	0,0	0,0	1,9	0,7	1,6	1,5	2,5	0,4	1,6	0,0
Santa Fe	1,5	1,2	1,9	1,2	1,7	1,9	0,9	1,2	1,0	1,2	1,1
Santiago del Estero	1,1	0,9	1,0	0,4	1,3	1,4	1,4	1,4	2,0	0,8	1,5
Tierra del Fuego	3,1	1,2	2,4	2,1	1,0	0,0	2,7	1,1	2,9	1,0	0,0
Tucumán	1,4	0,9	1,1	0,7	1,0	0,8	1,0	0,7	0,2	0,4	1,1

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

Situación de la prevención combinada en la Argentina

Autores: Ariel Adaszko, Iael Altclas, Sebastián Aquila, José Barletta, Analía Dorigo, Melisa Fumo, Irene Priegue.*

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

La prevención combinada (PC) es un enfoque de respuesta al VIH y otras ITS cuyo objetivo es **disminuir el número de nuevas infecciones, garantizando la oferta integral de servicios centrados en las personas**, teniendo en cuenta las especificidades locales y contribuyendo a realizar transformaciones político-estructurales. Desde 2021, la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis (DRVIHVyT) se encuentra impulsando este abordaje, a través de una variedad de intervenciones que deben contemplar los servicios de salud y los niveles de gestión, en un trabajo mancomunado entre distintos componentes (biomédico, comportamental y estructural).

A continuación, se describirá la implementación de algunas de las intervenciones desde el enfoque de la PC, que han sido priorizadas a los fines del presente artículo.

Centros de Prevención Combinada

Paquete de medidas de prevención del VIH y otras ITS



Gerenciamiento del riesgo



Preservativos penéanos, vaginales, campo de látex y lubricantes



ETMI Plus



Equidad de género en salud



Prevención, diagnóstico y tratamiento de hepatitis virales



Servicios de testeo para VIH, sífilis y otras ITS



Respeto por los derechos humanos y la salud



Abordaje interdisciplinario de salud mental



Profilaxis pre y post exposición



Salud sexual y reproductiva



Abordaje integral de las ITS



Tratamiento del VIH como prevención (indetectable = intransmisible)



Vacunación

Para ser considerados como tales, los Centros de Prevención Combinada deben ofrecer:

- Provisión de preservativos y geles lubricantes.
- Asesoramiento, valoración del riesgo y testeo para VIH.
- Testeo y tratamiento de sífilis.
- Identificación de personas candidatas a recibir PrEP y prescripción en el mismo centro (idealmente dispensa).
- Identificación de personas candidatas a recibir PEP y dispensa en el mismo centro o derivación a la Red de PEP para dispensa.
- Un entorno amigable para poblaciones clave y respetuoso de la diversidad.

E idealmente:

- Tratamiento de personas con VIH.
- Inmunizaciones.
- Testeo y tratamiento de otras ITS.
- Hormonización de personas trans.

REFERENCIA: Organización Panamericana de la Salud.

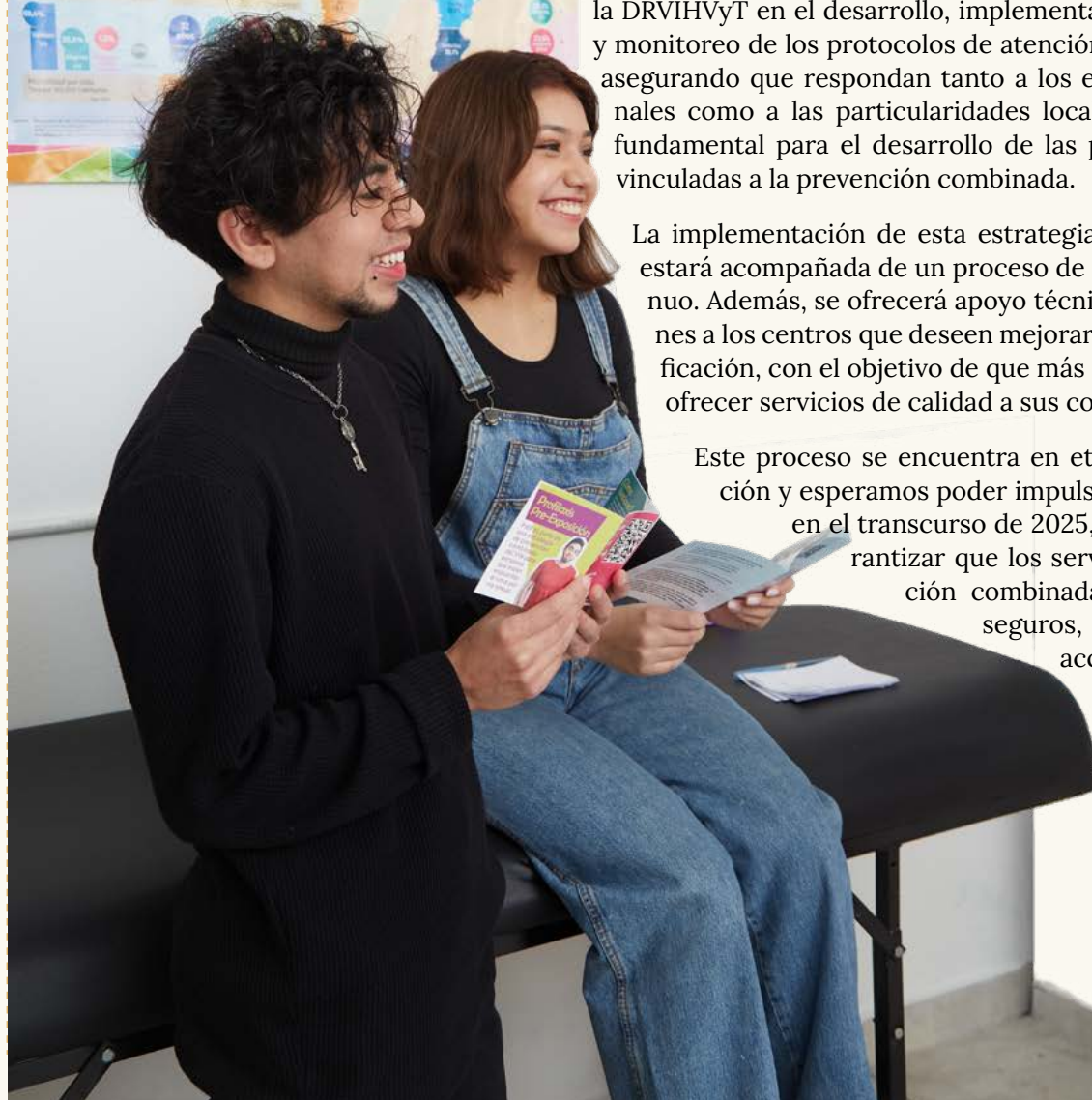
La DRVIHVyT busca fortalecer la calidad y accesibilidad de los servicios de salud. En este sentido, se proponen diferentes estrategias para optimizar su funcionamiento, garantizando que las políticas de salud lleguen de manera efectiva a todas las regiones del país.

Para reducir brechas en el acceso a servicios de salud de calidad y centrados en las personas, desde la DRVIHVyT se promueve la certificación de la calidad para los Centros de Prevención Combinada.

La certificación es una estrategia clave en esta mejora continua de los servicios de salud, ya que establece estándares objetivos y verificables para todas las jurisdicciones. Esto asegura que, pese a las diferencias específicas de cada jurisdicción, todos los centros cumplan con requisitos esenciales que permitan brindar atención de alta calidad a sus comunidades. En esta misma línea, el Ministerio de Salud de la Nación debe ejercer el rol rector para dar respuesta y reducir las disparidades entre las jurisdicciones, redistribuyendo recursos e implementando políticas de mejora de sus sistemas de salud. El rol rector de la DRVIHVyT en el desarrollo, implementación, adaptación y monitoreo de los protocolos de atención estandarizados, asegurando que respondan tanto a los estándares nacionales como a las particularidades locales, es condición fundamental para el desarrollo de las políticas públicas vinculadas a la prevención combinada.

La implementación de esta estrategia de certificación estará acompañada de un proceso de monitoreo continuo. Además, se ofrecerá apoyo técnico y capacitaciones a los centros que deseen mejorar su nivel de certificación, con el objetivo de que más efectores puedan ofrecer servicios de calidad a sus comunidades.

Este proceso se encuentra en etapa de planificación y esperamos poder impulsar estas acciones en el transcurso de 2025, con el fin de garantizar que los servicios de prevención combinada sean efectivos, seguros, de alta calidad y accesibles para toda la población.



Testeo de VIH y otras ITS

El testeo de VIH y otras ITS resulta primordial dentro de la estrategia, ya que oficia de puerta de entrada a otros componentes de la prevención combinada. La descentralización del testeo posibilitada por las pruebas rápidas (de sencilla implementación en el primer nivel de atención y organizaciones de la sociedad civil, entre otros) aumenta el acceso a las estrategias de prevención basadas en antirretrovirales como la profilaxis pre y post exposición (PrEP y PEP), como también al tratamiento de otras ITS, como la sífilis. El testeo voluntario y confidencial debe acompañarse de una valoración de riesgo de exposición al VIH, que contemple aspectos biomédicos, comportamentales y estructurales.

Desde el inicio de la implementación de la estrategia de prevención combinada en 2018 hasta el primer semestre de 2024, se distribuyeron 3.719.020 test rápidos (TR) de VIH, 774.500 TR de sífilis y 410.000 TR dúo (sífilis y VIH)¹ a diferentes centros de los distintos niveles de atención y a organizaciones de la sociedad civil. Esto permitió agilizar algunas intervenciones biomédicas de la PC, como la indicación y aplicación de penicilina en el momento de un resultado reactivo por TR. Los TR que incluyen VIH permiten, en el caso de resultado positivo preliminar, comenzar el algoritmo diagnóstico y posteriormente el inicio de TARV y, ante un resultado negativo, realizar la valoración de riesgo adecuada para la indicación de PrEP o PEP si correspondiera.

Es importante seguir haciendo foco en la descentralización del testeo para aumentar la disponibilidad de las diferentes prestaciones de la prevención combinada, promoviendo el acceso desde los diferentes centros de atención primaria de la salud, organizaciones de la sociedad civil, entre otros.

Profilaxis pre exposición (PrEP)

Desde el inicio de la implementación de la PrEP en el marco de una estrategia de prevención combinada, se fueron flexibilizando los criterios de elegibilidad para su prescripción, con el objetivo de consolidar el paquete de medidas para la prevención del VIH y de ampliar su disponibilidad y accesibilidad para las poblaciones clave.

La aprobación y reglamentación de la Ley Nacional de Respuesta Integral al VIH, Hepatitis Virales, otras Infecciones de Transmisión Sexual y Tuberculosis (N° 27.675), junto con la obligatoriedad de cobertura de la PrEP en el sistema privado y de la seguridad social por parte de la Superintendencia de Servicios de Salud (Resolución 731/2023), coronaron este proceso y permitieron acelerar la implementación de la estrategia.

La dispensa de medicación antirretroviral, en el subsistema público de Salud, es registrada en el Sistema Integrado de Información Sanitaria (SISA) a través del módulo SVIH, lo que permite llevar un seguimiento y hacer algunas consideraciones sobre personas que acceden a la profilaxis pre exposición.

¹ La distribución de pruebas rápidas de sífilis desde el Ministerio de Salud de la Nación comenzó en 2019 y la de pruebas rápidas VIH/sífilis, en 2024.

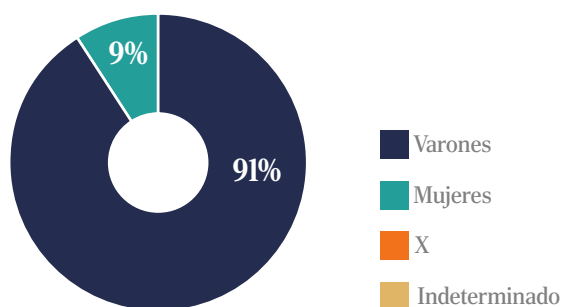
Desde que se implementó el seguimiento de la distribución de PrEP en 2021, son 5.376 las personas que registran alguna dispensa. En 2023 se produjo la mayor cantidad anual de solicitudes de PrEP por primera vez (2.293), lo que representa un crecimiento del 44,2% respecto de 2021 (1.590 personas).

A lo largo de un año, hay personas que inician el uso de PrEP y por distintas razones interrumpen, discontinúan el tratamiento o comienzan a recibirlo de su obra social o cobertura privada. Se considera que una persona es activa hasta 90 días después de la última fecha registrada de entrega de medicación en el sistema.

Actualmente, 2.824 personas se encuentran activas (base actualizada al 31 de mayo de 2024), de ellas el 91% tiene sexo registral masculino (**Gráfico 1**). La cobertura del dato de género es muy baja: de los 2.824 casos, 6 son mujeres cis; 35, mujeres trans y 2, otros. Se está trabajando para fortalecer la carga de este dato a fin de obtener una mejor caracterización de este aspecto de la población beneficiaria de PrEP.

En cuanto a la edad, la mediana de las personas a quienes se les dispensa PrEP es de 34 años. Casi el 65% de los casos se concentra en jóvenes adultos entre 25 y 39 años; distribuidos en grupos quinquenales, el rango de mayor concentración es el de 30 a 34 años, con un 26% de las personas (**Gráfico 2**).

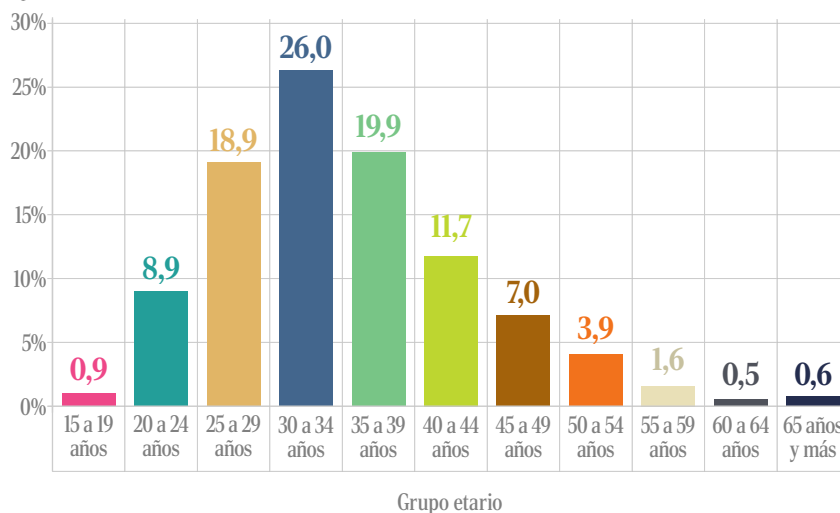
Gráfico 1. Distribución porcentual de las personas que reciben PrEP activas en el sistema, según sexo registrado. Argentina, 2024.



Nota: Se registraron dos casos como indeterminados y un caso como X.
*Se toma el dato según la información vinculada por RENAPER.

FUENTE: Módulo SVIH. Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA) (base consolidada al 31 de mayo de 2024). N=2.824.

Gráfico 2. Distribución etaria de las personas que reciben PrEP activas en el sistema. Argentina, 2024.



FUENTE: Módulo SVIH. Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA) (base consolidada al 31 de mayo de 2024). N=2.824.

La ciudad de Buenos Aires es la jurisdicción que ha suministrado PrEP a mayor cantidad de personas y continúan activas el 61,5% sobre el total (**Tabla 1**), seguida por las provincias de Córdoba (9,1%, 258 personas), Tucumán (8,4%, 236 personas) y Santa Fe (7,9%, 224 personas). Seis provincias no registran personas activas en PrEP a la fecha de consolidación de la base de análisis: Chaco, Entre Ríos, Formosa, La Pampa, La Rioja y Santiago del Estero. La única provincia que no registra personas con dispensa de PrEP en el subsistema público es Santa Cruz.

PrEP en los subsistemas privado y de la seguridad social

El subsistema público funciona a menudo como puerta de entrada a la estrategia y quienes cuenten con obra social o prepaga deben continuarla en el subsistema que les corresponde. Esto podría explicar, al menos parcialmente, el descenso del número de personas activas en el ámbito público en comparación con los inicios de PrEP.

El Padrón Único Consolidado Operativo (PUCO) es la base de datos que se crea según la información que las obras sociales presentan en la Superintendencia de Servicios de Salud de forma mensual. La excepción al PUCO es un recurso extraordinario que procede con el fin de evitar la interrupción de intervenciones, tratamientos farmacológicos y estudios de seguimiento, para garantizar así el acceso a la salud de aquellas personas que ya no cuentan con una obra social activa o que, aun teniéndola, encuentran problemas para acceder a la cobertura. Explicitar los motivos es requisito para la solicitud de excepción.

A diciembre de 2023, se habían solicitado 1.160 excepciones a PUCO. Esta cantidad indica que el 41,1% de las personas que solicitan medicación en el subsistema público tenían algún tipo de cobertura social (**Tabla 1**). En este sentido, se puede inferir que algunas de las personas que solicitaron la excepción actualmente podrían encontrarse activas o en seguimiento por su obra social o prepaga.

Tabla 1. Distribución de personas con dispensa de PrEP activa según jurisdicción y excepciones a PUCO.

Jurisdicción	Activos en PrEP		Sin excepción		Con excepción	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
CABA	1.737	61,5%	986	56,8%	751	43,2%
Buenos Aires	73	2,6%	63	86,3%	10	13,7%
Catamarca	3	0,1%	2	66,7%	1	33,3%
Chaco	0	0,0%	0		0	
Chubut	12	0,4%	9	75,0%	3	25,0%
Córdoba	258	9,1%	134	51,9%	124	48,1%
Corrientes	3	0,1%	3	100,0%	0	0,0%
Entre Ríos	0	0,0%	0		0	
Formosa	0	0,0%	0		0	
Jujuy	13	0,5%	11	84,6%	2	15,4%
La Pampa	0	0,0%	0		0	
La Rioja	0	0,0%	0		0	
Mendoza	95	3,4%	51	53,7%	44	46,3%
Misiones	16	0,6%	16	100,0%	0	0,0%
Neuquén	5	0,2%	0	0,0%	5	100,0%
Río Negro	14	0,5%	9	64,3%	5	35,7%
Salta	61	2,2%	48	78,7%	13	21,3%
San Juan	50	1,8%	35	70,0%	15	30,0%
San Luis	11	0,4%	10	90,9%	1	9,1%
Santa Cruz	0	0,0%	0		0	
Santa Fe	224	7,9%	135	60,3%	89	39,7%
Santiago del Estero	0	0,0%	0		0	
Tierra del Fuego	13	0,5%	8	61,5%	5	38,5%
Tucumán	236	8,4%	144	61,0%	92	39,0%
Argentina	2.824	100%	1.664	58,9%	1.160	41,1%

FUENTE: Módulo SVIH. Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentino (SISA) (base consolidada al 31 de mayo de 2024). N=2.824.

Profilaxis post exposición

La profilaxis post exposición (PPE o PEP, por sus siglas en inglés) es un recurso subutilizado en nuestro país y alrededor del mundo. Es por ello que se busca aplicar estrategias innovadoras que aumenten el acceso al insumo en tiempo y forma, debido a la urgencia que requiere su indicación.

Como parte de la implementación, entonces, se estimula que cada jurisdicción logre el armado de una “red de PEP”, a fin de identificar al menos un lugar por provincia que dispense PPE de VIH las 24 horas los 365 días del año. Para su desarrollo, se planifica instalar dispositivos de derivación que, desde diferentes centros, orienten la demanda hacia ese centro de dispensa.

Distribución de preservativos penéanos y vaginales

La Dirección ha implementado un programa de promoción del uso correcto del preservativo a fin de evitar la transmisión de VIH como de otras ITS y hepatitis.

La distribución de preservativos penéanos se realiza a todas las jurisdicciones del país. Todas las personas pueden acceder a los preservativos y geles lubricantes a través de la entrega en mano (en servicios de salud, otros espacios, en eventos o campañas de promoción territoriales) o a través de puestos fijos que cuentan con un dispenser visible y accesible al público, del que las y los usuarios pueden retirarlos libremente en distintos espacios de su comunidad (la cantidad la define quien los retira).

Desde la DRVIHVyT se impulsa la instalación de los puestos fijos en espacios dentro y fuera del sistema de salud, para ampliar el acceso a distintas poblaciones en diferentes lugares y con mayor amplitud horaria. Los puestos fijos se encuentran ubicados en general en establecimientos sanitarios, y en particular en los espacios donde se atienden personas con VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

Durante el primer semestre de 2024, se han distribuido 1.255.968 unidades de preservativos penéanos para todo el territorio nacional.

Desde agosto de 2022, el Ministerio de Salud (con apoyo técnico y financiero de OPS y UNFPA), a través de la DRVIHVyT y la Dirección Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, inició la implementación escalonada de la distribución de preservativos vaginales, con el objetivo de ampliar las opciones de métodos de barrera y promover la toma de decisiones autónomas e informadas para acompañar la libertad sexual de las personas.

Este método de barrera es una alternativa significativa para las mujeres cis, varones trans y personas con otras identidades de género con vagina (personas no binarias, género fluido) que tengan prácticas sexuales penetrativas. Posibilita una mayor autonomía de los grupos mencionados con respecto a la salud sexual y reproductiva. Se distribuye a través de los programas jurisdiccionales de VIH y de Salud Sexual en diferentes centros de atención, organizaciones de la sociedad civil, así como también en universidades y otros espacios de circulación de las poblaciones mencionadas.

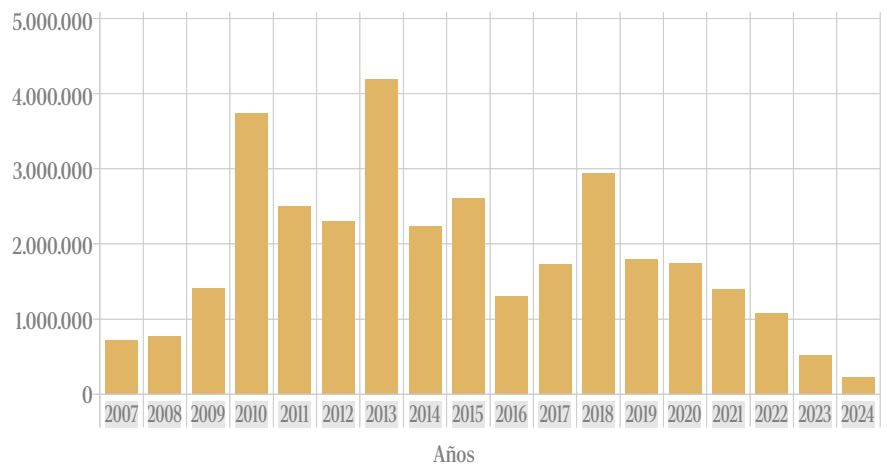
Tabla 2. Promedio mensual de preservativos peneanos entregados por la DRVIHVyT, según año de distribución.

Año	Cantidad
2007	712.565
2008	762.385
2009	1.397.706
2010	3.715.774
2011	2.486.823
2012	2.279.781
2013	4.161.294
2014	2.231.088
2015	2.570.523
2016	1.298.724
2017	1.724.640
2018	2.935.644
2019	1.791.624
2020	1.745.760
2021	1.390.944
2022	1.068.036
2023	503.460
2024*	209.328

* Promedio mensual primer semestre 2024.

FUENTE: Elaboración en base a los registros de la DRVIHVyT de las transferencias a las provincias.

Gráfico 3. Promedio mensual de preservativos peneanos entregados por la DRVIHVyT, según año de distribución. Argentina, 2007-2024.



FUENTE: Elaboración en base a los registros de la DRVIHVyT de las transferencias a las provincias.

Tabla 3. Distribución anual de preservativos vaginales desde el Ministerio de Salud. Argentina, 2022-2024.

Año	Unidades
2022	16.500
2023	55.500
2024*	26.200

* Primer semestre.

FUENTE: elaboración en base a los registros de la DRVIHVyT de la distribución a las provincias.

Juventudes y prevención combinada del VIH y las ITS

La construcción de la respuesta en universidades nacionales

Autores: Natalia Ayala^a, Ana L. Azparren^b, Manuela Devoto Córdova^a, María J. Filipelli^c, Malena Gomes Perneta^c, Martín Güelman^b, Joaquín Guevara^b, Victoria Imperatore^d, Almendra Lareo^d, Lorena Ramírez^c, Julia Recchi^a, Javier Rodríguez^a, Agustina Trajtemberg^d.

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

^b Área de Salud y Población, Instituto de Investigaciones Gino Germani.

^c Universidad Nacional de Avellaneda.

^d Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

En los últimos años, **la población adolescente y joven se ha constituido como parte de las poblaciones clave de la prevención combinada del VIH y las ITS¹ en Argentina**. Este hecho está documentado en artículos precedentes de este boletín, que explican cómo el VIH, la sífilis, la gonorrea y otras ITS afectan especialmente a los grupos poblacionales comprendidos entre los 15 y los 29 años. Por ello, resulta prioritario promover acciones de prevención, promoción y comunicación dirigidas a estos grupos. En este contexto, el componente comportamental del equipo de Prevención Combinada (PC) de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis (DRVIHVyT) ha iniciado hace dos años **estrategias intersectoriales que involucran a universidades nacionales como actores protagónicos en la respuesta a esta población²**.

A continuación, se presentan las **experiencias de trabajo colaborativo** entre la DRVIHVyT y dos universidades: la Consejería Integral en Salud Sexual y (No) Reproductiva (CSS) de la Universidad Nacional de Avellaneda, con foco en la implementación de la política de distribución del preservativo vaginal, y la Consejería de Salud Sexual Integral de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires, centrada en las jornadas comunitarias de prevención combinada organizadas por este espacio.

Universidad Nacional de Avellaneda (UNDAV)

El espacio

La **Consejería Integral en Salud Sexual y (No) Reproductiva (CSS)** fue creada en 2022 dentro del Programa Transversal de Políticas de Géneros y Diversidades de la Secretaría de Bienestar Universitario. Su objetivo es promover los derechos de toda la comunidad universitaria (no docentes, docentes, estudiantes y graduados), brindando contención, asesoramiento, acompañamiento e información para la toma de decisiones respecto de los procesos identitarios y sanitarios.

Los servicios que ofrece la Consejería incluyen:

- Información y orientación sobre infecciones de transmisión sexual (ITS), interrupción voluntaria del embarazo (IVE), interrupción legal del embarazo (ILE), identidad, expresión y violencia de género, así como acceso a derechos y recursos vinculados.
- Distribución de materiales y recursos para la salud sexual y reproductiva, como preservativos vaginales y peneanos, test de embarazo y kits de emergencia con elementos de gestión menstrual descartables.
- Jornadas de visibilización y promoción de la salud menstrual.
- Articulación con las áreas de Salud y Salud Mental de la universidad y de efectores del sistema sanitario regional para el acceso a derechos que excedan la órbita de intervención de la consejería.

¹ Ministerio de Salud de la Nación (2022): Prevención combinada del VIH y las ITS. Recomendaciones para la implementación. <https://www.argentina.gob.ar/salud/vih-its>

² Ministerio de Salud de la Nación (2023): Boletín N° 40. Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina. Universidades: implementación de la prevención combinada del VIH y las ITS fuera del sistema de salud formal. Páginas 136-139.

Objetivos y modalidad de acompañamiento

El objetivo principal de la Consejería es **brindar un espacio seguro y confidencial para la comunidad universitaria, donde las personas puedan recibir información, apoyo y acompañamiento en temas relacionados con la salud y los derechos sexuales y (no) reproductivos**. El compromiso es promover la salud y el bienestar integral, garantizando la confidencialidad y la privacidad en todos los servicios ofrecidos.

La CSS brinda atención de lunes a viernes, de 10 a 18 horas; se puede acceder a los servicios de manera espontánea o mediante cita previa.

Para obtener más información, es posible contactarse vía correo electrónico:

consejeria@undav.edu.ar.

Implementación del preservativo vaginal

En abril de 2023, se inició la incorporación de este nuevo método de barrera para la prevención de infecciones de transmisión sexual, tras la participación de la CSS en la primera capacitación sobre el tema que se organizó para las consejerías de universidades nacionales del Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA).

Ese mismo año, se realizó la primera jornada de visibilización del preservativo vaginal en la universidad, en colaboración con la DRVIHVyT, y a partir del segundo cuatrimestre, se inició su distribución a demanda espontánea, además de su entrega en otras jornadas de visibilización.

La UNDAV es la primera casa de estudios que reparte esta nueva opción entre los métodos anticonceptivos de barrera. Son sin látex y de distribución gratuita.

Por **Lucía Requejo**



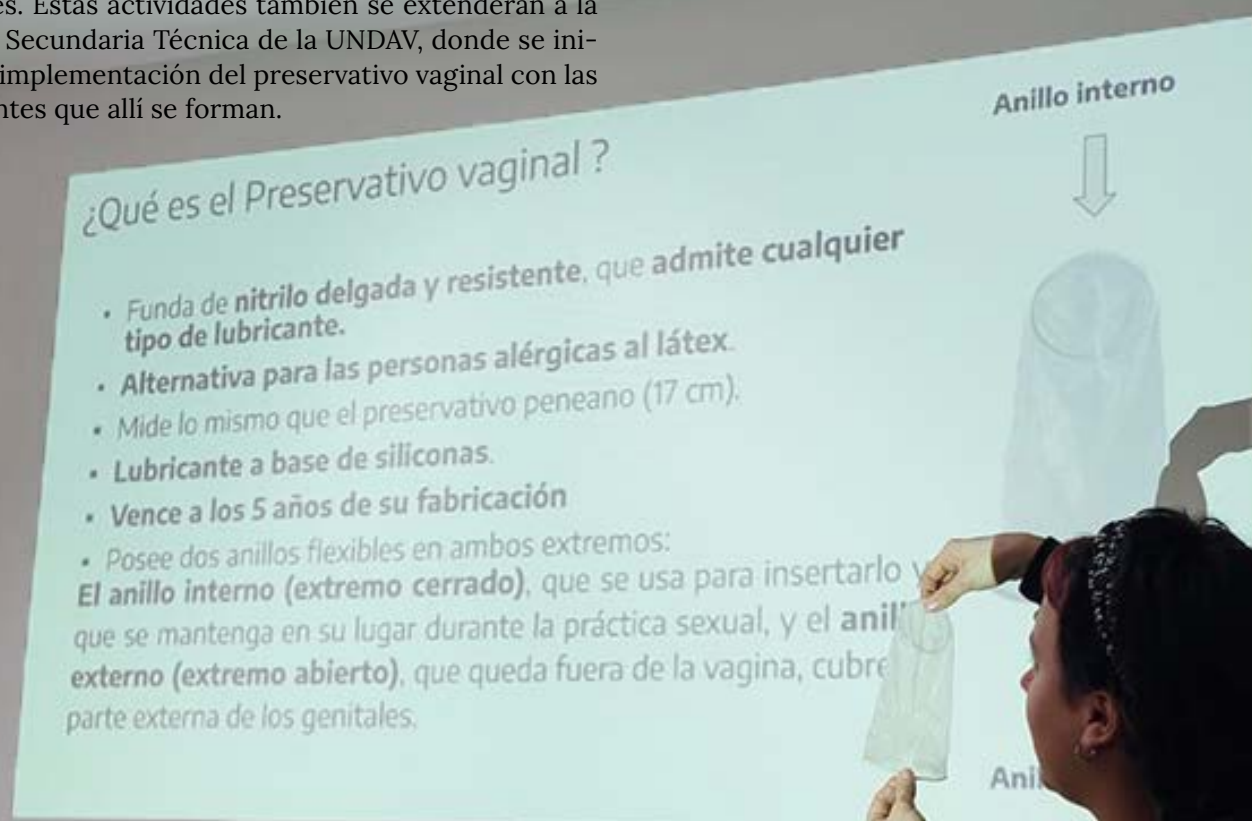
Malena Espeche y Victoria Primante, de la Secretaría de Bienestar Universitario de la UNDAV



Para potenciar esta política, se recurrió a diversas estrategias comunicacionales, utilizando las redes sociales oficiales de la Secretaría de Bienestar Universitario y de la universidad.

Actualidad y propuestas futuras

En mayo de 2024, se llevó a cabo la Quinta Jornada de la CSS, donde se difundió y distribuyó el preservativo vaginal con la colaboración del Ministerio de Salud en una campaña de vacunación de calendario, así como en testeo de VIH y sífilis. Al momento de escribir este artículo, está en elaboración la Sexta Jornada (para septiembre de 2024), que incluirá acciones de promoción sobre la Gestión Menstrual y la prevención de ITS, así como la sensibilización y distribución de preservativos vaginales. Estas actividades también se extenderán a la Escuela Secundaria Técnica de la UNDAV, donde se iniciará la implementación del preservativo vaginal con las estudiantes que allí se forman.



Facultad de Ciencias Sociales e Instituto Gino Germani

(Universidad de Buenos Aires)

El espacio

La **Consejería de Salud Sexual Integral** de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA fue creada en diciembre de 2018, impulsada por una iniciativa estudiantil en el Consejo Directivo y alojada en la entonces Subsecretaría de Políticas de Género, también creada ese año. En 2022, la Consejería y otras líneas de trabajo consolidadas en los cuatro años de existencia de la Subsecretaría pasaron a formar parte de la Secretaría de Géneros y Derechos Humanos de la Facultad.

Este dispositivo de intervención está **abierto a la comunidad educativa de la facultad y al barrio de Constitución**, donde se encuentra emplazada. **Su propósito es intervenir y promover la reflexión sobre la salud sexual integral a través de asesorías individuales y confidenciales, accesibles por demanda espontánea y a través de encuentros grupales y acciones en el ámbito institucional y comunitario.** Anticoncepción, prevención de ITS y VIH, acceso a la interrupción voluntaria y legal del embarazo, ciclo y gestión menstrual, consentimiento en relaciones sexuales e identidad de género son las temáticas abordadas en el espacio.

El trabajo en red con la DRVIH-VyT del Ministerio de Salud de la Nación y otros actores, como la Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS de CABA, los equipos de otras consejerías, centros de salud y organizaciones de la sociedad civil, ha sido fundamental para fortalecer la propuesta.



.UBAsociales

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES



Festival “Sociales PositHIVa”

La consejería ha centrado sus líneas de acción en la prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH, realizando jornadas masivas de testeo y el primer Festival “Sociales PositHIVa” en 2022. Organizado conjuntamente con el Área de Salud y Población del Instituto de Investigaciones Gino Germani, este evento incluyó la realización de test rápido de VIH y sífilis, vacunación, propuestas lúdicas sobre derechos sexuales y (no) reproductivos, entrega de preservativos y facilitación de anticoncepción de emergencia. Las ediciones del festival han involucrado a muchos actores, promoviendo la visibilización del VIH, así como la organización de conversatorios y paneles de debate orientados no solo a los aspectos biomédicos (acceso a métodos de prevención, testeo y tratamiento, por ejemplo), sino también a las desigualdades sociales que atraviesan nuestras relaciones sexuales y a los modos en que se negocia y viven la autonomía y el placer con otros y con nosotros mismos. Dichos paneles, conversatorios y actividades artísticas de las distintas ediciones del Sociales PositHIVa fueron articulados con organismos estatales, activistas, agrupaciones estudiantiles, editoriales y artistas, entre otros, con el objetivo de conocer y problematizar la experiencia de las personas con VIH e integrando a la comunidad de la facultad (trabajadores docentes, no docentes, estudiantes e investigadores). De este modo, la búsqueda consiste en realizar un aporte para mejorar la accesibilidad al diagnóstico temprano y simultáneamente generar una oportunidad para la visibilidad, aspecto clave para continuar trabajando en la erradicación del estigma y la discriminación que mantienen al VIH y al sida como “cuestión de otros”.

En la primera edición se realizaron 116 testeos rápidos, en la segunda 95 y en la tercera 80, en todos los casos con asesoramiento pre y post test.

El “Sociales PositHIVa” se fue consolidando como parte de la agenda anual de trabajo y de la vida cotidiana de la facultad y fue presentado para ser declarado de interés por la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Desde la Consejería de Salud Sexual Integral y el Área de Salud y Población del Instituto de Investigaciones Gino Germani se apuesta a seguir fortaleciendo y ampliando las redes colaborativas que año tras año hacen posible este evento.

Transmisión vertical del VIH en la Argentina

Autores: Mariana Ceriotto^a, Vanesa Kaynar^b, Valeria Levite^b, Julián Limas^b, Juan Sotelo^b y Moira Taicz^b

^a Hospital Zonal General de Agudos Blas Dubarry.

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

El Sistema Nacional de Vigilancia en Salud (SNVS 2.0) a través de los eventos *VIH en embarazo*, *VIH-expuesto perinatal* y *VIH*, brinda la información necesaria para caracterizar la transmisión vertical del VIH en Argentina. Desde 2018 está disponible la versión 2.0 que permite notificar los eventos de forma descentralizada y virtual. Los usuarios del sistema pueden programar alertas relacionadas con los eventos que notifican como también acceder a reportes para analizar la situación epidemiológica.

El reporte de los eventos de transmisión vertical tiene como objetivo primario realizar la vigilancia epidemiológica activa de los casos. Las alertas asociadas a los eventos son fundamentales para identificarlos e intervenir inmediatamente. Si bien se realizaron varios esfuerzos para fomentar el uso del sistema de manera oportuna, aún no se visualizan los resultados en todas las jurisdicciones.

Por otro lado, el SVIH es el sistema de información de gestión de recursos que utiliza la DRVIHVyT para acceder al registro de los insumos relacionados a la respuesta al VIH que recibieron las personas por parte del Estado. Si bien la fuente de información para la vigilancia epidemiológica es por excelencia el SNVS 2.0, los registros del SVIH permiten construir otros indicadores de gestión como también brindar información que permite aguzar la lectura de la vigilancia de primera generación.

Este artículo utiliza principalmente como fuente de datos el SNVS 2.0 aunque también se nutre de algunos datos específicos del SVIH.

Descripción de los casos registrados en el evento *VIH en embarazo* del SNVS 2.0

Los casos de *VIH en embarazo* reportados se mantienen en 330 partos por año aproximadamente. Si consideramos el número de expuestos perinatales al VIH registrados en 2021-2023, los partos de personas embarazadas con VIH solo alcanzan un tercio de aquel valor. Esta primera divergencia entre los casos de dos eventos de notificación obligatoria muestra que la mayoría de los equipos de salud no usa el SNVS 2.0 como herramienta de vigilancia activa.

El evento *VIH en embarazo* se utiliza para reportar en el SNVS 2.0 un caso por cada gestación que curse una persona con VIH. Este reporte debe realizarse oportunamente, considerando el momento de diagnóstico de *VIH* de la persona embarazada: si el diagnóstico fue previo a la gestación, la notificación del caso se debe realizar al inicio del embarazo; si el diagnóstico ocurre durante la gestación, se deben reportar los eventos *VIH* y *VIH en embarazo* en el momento del diagnóstico; lo mismo si el diagnóstico se obtuvo durante el parto o puerperio inmediato. Las alertas asociadas al evento generan un e-mail por cada caso nuevo que se notifica, dirigido al usuario registrado para recibirlas para desencadenar así un proceso de vigilancia activa frente al caso de parte del equipo de salud.

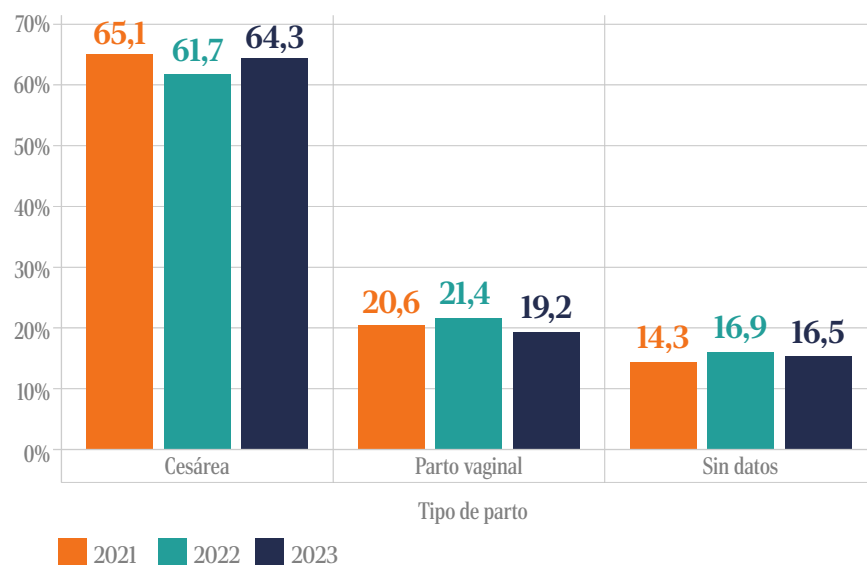
Se reportaron 331 partos de personas embarazadas con VIH durante 2021, 332 casos en 2022 y 338 en 2023. En el Anexo (a partir de la página 150) figuran las tablas donde se presenta la distribución de los partos, nacidos vivos, abortos y mortinatos por jurisdicción.

La mayoría de las jurisdicciones informaron casos; algunas de ellas reportaron un número semejante al de expuestos al VIH nacidos ese mismo año (como la provincia de Salta), pero en la gran mayoría el número de gestaciones registradas es menor al de expuestos notificados. Otras jurisdicciones –como Jujuy, Chaco, Misiones, Santa Cruz, Santa Fe y Tucumán– no reportaron casos de *VIH en embarazo* en todos o algunos de los años en análisis, a pesar de tener notificados casos de expuestos perinatales (**Tablas 1, 2 y 3** del Anexo).

En relación con el **tipo de parto** de las personas embarazadas con VIH y cuyos productos de la gestación fueron nacidos vivos en el período 2021-2023, entre el 61,7% y el 65,1% fueron cesáreas, entre el 19,2% y el 21,4% fueron partos vaginales y entre el 14,3 % y 16,9% no se reportaron datos sobre el tipo de parto (**Gráfico 1**).

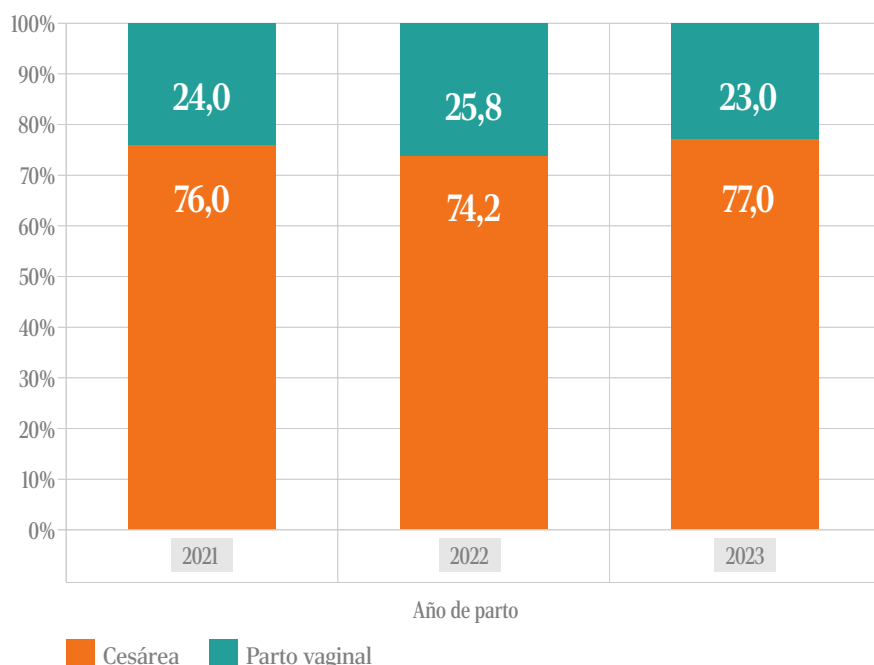
Si se observan solamente los casos con información sobre el tipo de parto en el período 2021-2023, tres cuartas partes resultaron en cesáreas y alrededor de un cuarto fueron partos vaginales (**Gráfico 2**).

Gráfico 1. Distribución del tipo de parto de personas embarazadas con VIH según año de parto. Argentina, 2021-2023.



FUENTE: Elaboración en base a reportes del evento *VIH en embarazo* (nacidos vivos) en el SNVS 2.0. Corte de datos al 28/07/2024. N=980 (2021: 321; 2022: 326; 2023: 333). 2022 y 2023 se consideran años no cerrados.

Gráfico 2. Distribución del tipo de parto de personas embarazadas con VIH según año de parto. Argentina, 2021-2023.



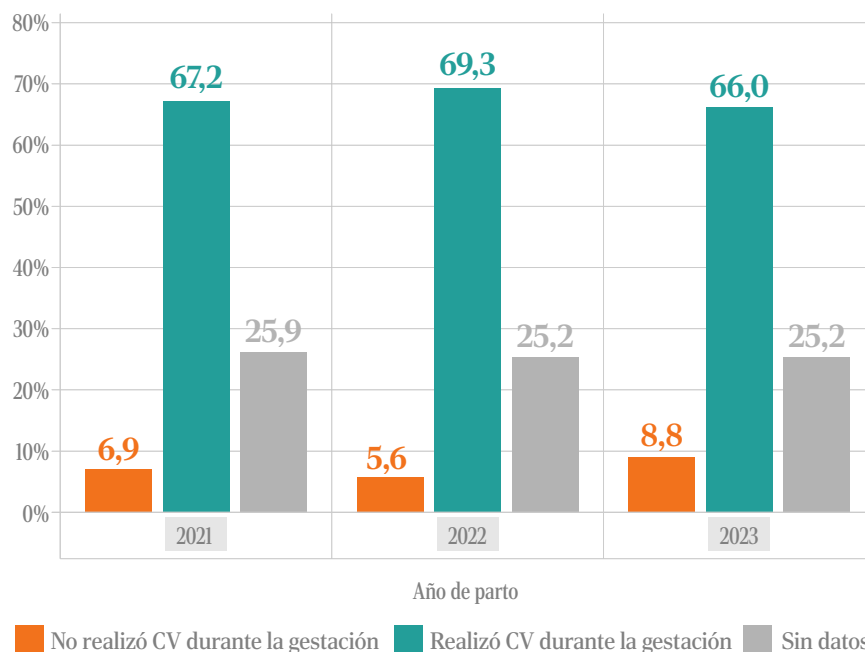
FUENTE: Elaboración en base a reportes del evento *VIH en embarazo* (nacidos vivos, tipo de parto registrado) en el SNVS 2.0. Corte de datos al 28/07/2024. N=824 (2021: 275; 2022: 271; 2023: 278). 2022 y 2023 se consideran años no cerrados.

La supresión virológica durante la gestación se vincula directamente con la prevención de la transmisión perinatal del VIH, por ello es de relevancia la **realización de carga viral (CV)** antes del parto de las personas gestantes diagnosticadas. Al revisar este indicador entre las gestantes con VIH con nacidos vivos, se encuentra que entre el 66% y 69,3% registran CV realizadas y que entre el 5,6% y el 8,8% registraron no tenerlas; un cuarto de los casos se encuentra sin datos (**Gráfico 3**).

De los casos con informe de realización de CV en el SNVS, menos de la mitad registran haberla hecho a partir de la semana 34 de gestación. De este conjunto, la **indetectabilidad viral** alcanza el 67,3% en los partos de 2021, el 81,4% en los partos de 2022 y el 82,3% en los partos de 2023. Nuevamente hay que tener en cuenta que se presenta la información de los casos notificados y que el subregistro es importante (**Gráfico 4**).

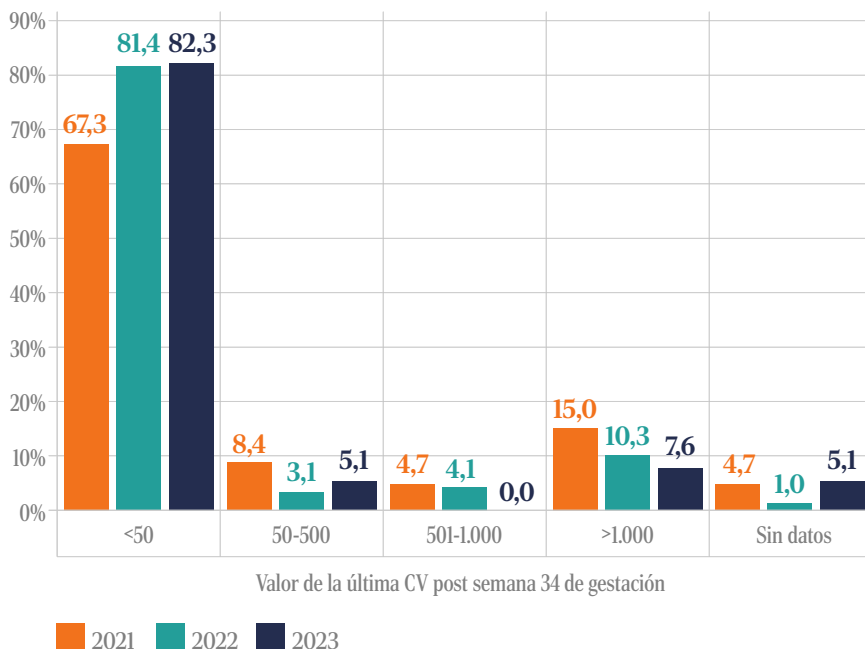
Es imprescindible desarrollar mecanismos que permitan mejorar la notificación de esta variable dentro del evento. La ausencia de datos reportados en el sistema impide el análisis de esta y otras variables sumamente valiosas y dificulta el diseño de acciones dirigidas y georreferenciadas para impactar positivamente en un problema de salud aún no resuelto en Argentina.

Gráfico 3. Realización de carga viral (CV) durante la gestación, según año de parto. Argentina, 2021-2023.



FUENTE: Elaboración en base a reportes del evento *VIH en embarazo* (nacidos vivos, diagnóstico de VIH previo al parto) en el SNVS 2.0. Corte de datos al 28/07/2024. N=968 (2021: 317; 2022: 322; N: 329). 2022 y 2023 se consideran años no cerrados.

Gráfico 4. Distribución de los valores de carga viral (CV) registrada desde la 34ª semana de gestación, según año de parto. Argentina, 2021-2023.



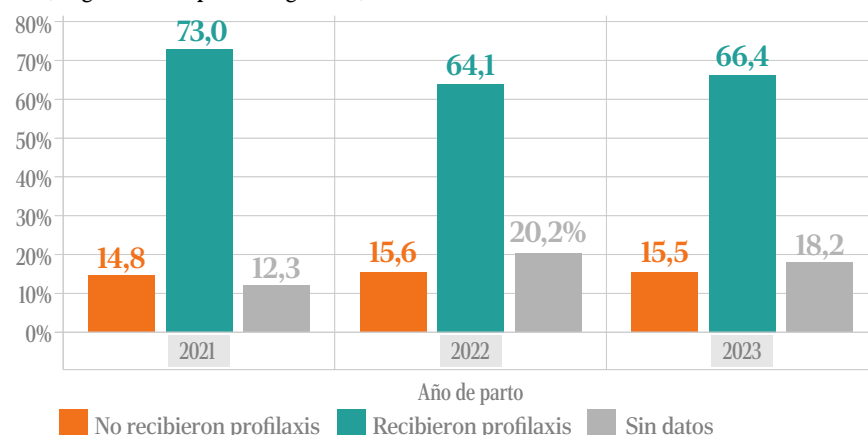
FUENTE: Elaboración en base a reportes del evento *VIH en embarazo* (nacidos vivos, diagnóstico de VIH previo al parto, registro de CV posterior a la 34ª semana de gestación) en el SNVS 2.0. Corte de datos al 28/07/2024. N=283 (2021: 107; 2022: 97; 2023: 79). 2022 y 2023 se consideran años no cerrados.

En lo relativo a la **profilaxis para VIH al momento del parto**, llama la atención que en el período 2021-2023, alrededor del 15% de las personas gestantes con diagnóstico conocido tiene registrado no haberla recibido (**Gráfico 5**).

Recibieron **inhibición de la lactancia** entre el 79,8% y el 87,1% de los casos con partos en el período 2021-2023. Un caso en 2021, dos en 2022 y cinco en 2023 no la recibieron y entre el 11,4% y 19,9% de los partos restantes, no se conoce el dato (**Gráfico 6**).

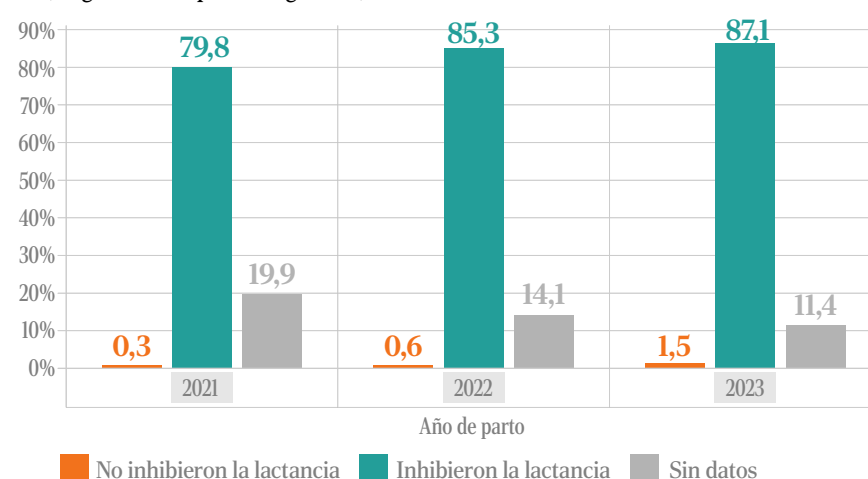
Con respecto a la **situación serológica de las parejas de las gestantes**, la falta de información es mayor. En el trienio 2021-2023 casi dos tercios de los casos no registran información sobre esta variable; entre el 19,3% y 21,8% de las parejas fueron negativas durante la gestación y entre 14,7% y el 16,9% tenían diagnóstico de VIH (**Gráfico 7**).

Gráfico 5. Profilaxis al momento del parto de personas embarazadas con diagnóstico de VIH, según año de parto. Argentina, 2021-2023.



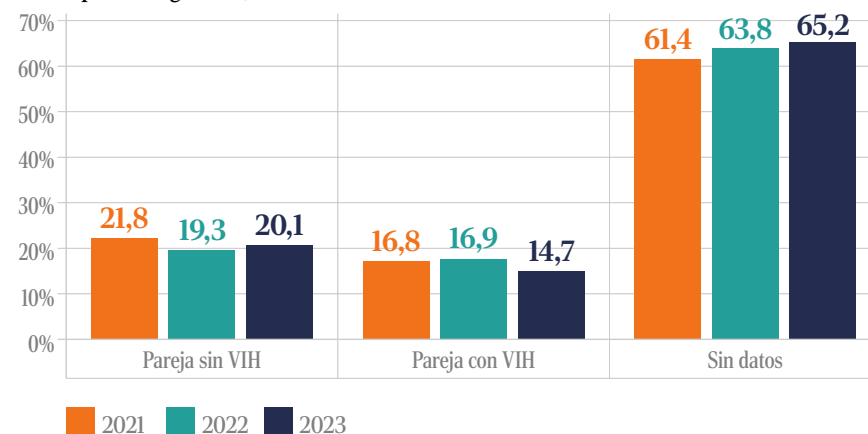
FUENTE: Elaboración en base a reportes del evento *VIH en embarazo* (nacidos vivos) en el SNVS 2.0. Corte de datos al 28/07/2024. N=974 (2021: 318; 2022: 326; 2023: 330). 2022 y 2023 se consideran años no cerrados.

Gráfico 6. Profilaxis al momento del parto de personas embarazadas con diagnóstico de VIH, según año de parto. Argentina, 2021-2023.



FUENTE: Elaboración en base a reportes del evento *VIH en embarazo* (nacidos vivos) en el SNVS 2.0. Corte de datos al 28/07/2024. N=980 (2021: 321; 2022: 326; 2023: 333). 2022 y 2023 se consideran años no cerrados.

Gráfico 7. Situación serológica de las parejas de personas embarazadas con VIH, según año de parto. Argentina, 2021-2023.



FUENTE: Elaboración en base a reportes del evento *VIH en embarazo* (nacidos vivos) en el SNVS 2.0. Corte de datos al 28/07/2024. N=980 (2021: 321; 2022: 326; 2023: 333). 2022 y 2023 se consideran años no cerrados.

Descripción de los casos registrados en el evento *VIH-expuesto perinatal* del SNVS 2.0

Como se mencionó, el evento de *VIH-expuesto perinatal* registró más casos por año de nacimiento que el evento *VIH en embarazo* por año de parto. Desde 2021, luego de una baja en los reportes durante la emergencia sanitaria por la pandemia de covid, la Dirección trabaja con los equipos jurisdiccionales con diferentes herramientas para incorporar la vigilancia activa en los expuestos perinatales¹. Detectar pérdidas de seguimiento, lograr la notificación oportuna y de calidad de los casos, y construir la proporción de expuestos confirmados con diagnóstico de VIH fueron los objetivos que guiaron el esfuerzo de los equipos de salud. Si bien en 2021 se consiguió registrar el seguimiento por laboratorio de los casos de expuestos perinatales en el SNVS 2.0 (solo 15 casos quedaron sin datos de cargas virales), este logro no se sostuvo en el tiempo, lo que vuelve a dificultar –entre otros análisis– el cálculo del porcentaje de nacidos expuestos confirmados sobre casos cerrados y, sobre todo, saber si hay pérdidas de seguimiento.

Cabe aclarar que, además, los datos sobre expuestos nacidos en 2022 y 2023 no pueden considerarse cerrados porque, al momento del corte, muchos de ellos continúan en seguimiento para descartar o confirmar sus diagnósticos.

Se reportaron en el SNVS 2.0, 1.048 niños y niñas expuestos nacidos en 2021, 1.066 en 2022 y 1.023 en 2023. En la **Tabla 7** se presenta el número de casos de *VIH-expuesto perinatal* con la clasificación de caso correspondiente al algoritmo de seguimiento por laboratorio. Se debe contemplar que entre el 26,8% y 38,9% de los casos del período 2021-2023 no registran los estudios de laboratorio necesarios para considerarse cerrados para la construcción del porcentaje de los expuestos con diagnóstico de VIH confirmado, situación que genera una alerta para determinar si es por la falta de registro en el SNVS 2.0 o se trata de una pérdida de seguimiento del caso. En las **Tablas 4, 5 y 6** del Anexo se presenta el desglose según jurisdicción de residencia.

Tabla 7. Casos de exposición perinatal al VIH según clasificación por algoritmo y año de nacimiento. Argentina, 2021-2023.

	Casos confirmados de VIH perinatal	Casos descartados de VIH perinatal	Casos sin infección detectable de VIH	Casos expuestos al VIH perinatal		Total
				con registro de CV anteriores a la 12 ^a semana de vida	sin registro de laboratorios	
2021	42	176	549	266	15	1.048
2022	16	127	638	193	95	1.066
2023	14	0	611	309	89	1.023

FUENTE: Elaboración en base a reportes del evento *VIH-expuesto perinatal* en el SNVS 2.0. Corte de datos al 28/07/2024. N=3.137. 2022 y 2023 se consideran años no cerrados.

¹Esta experiencia se reseña en el [Boletín N° 40](#). Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina. Año XXVI-Diciembre de 2023.

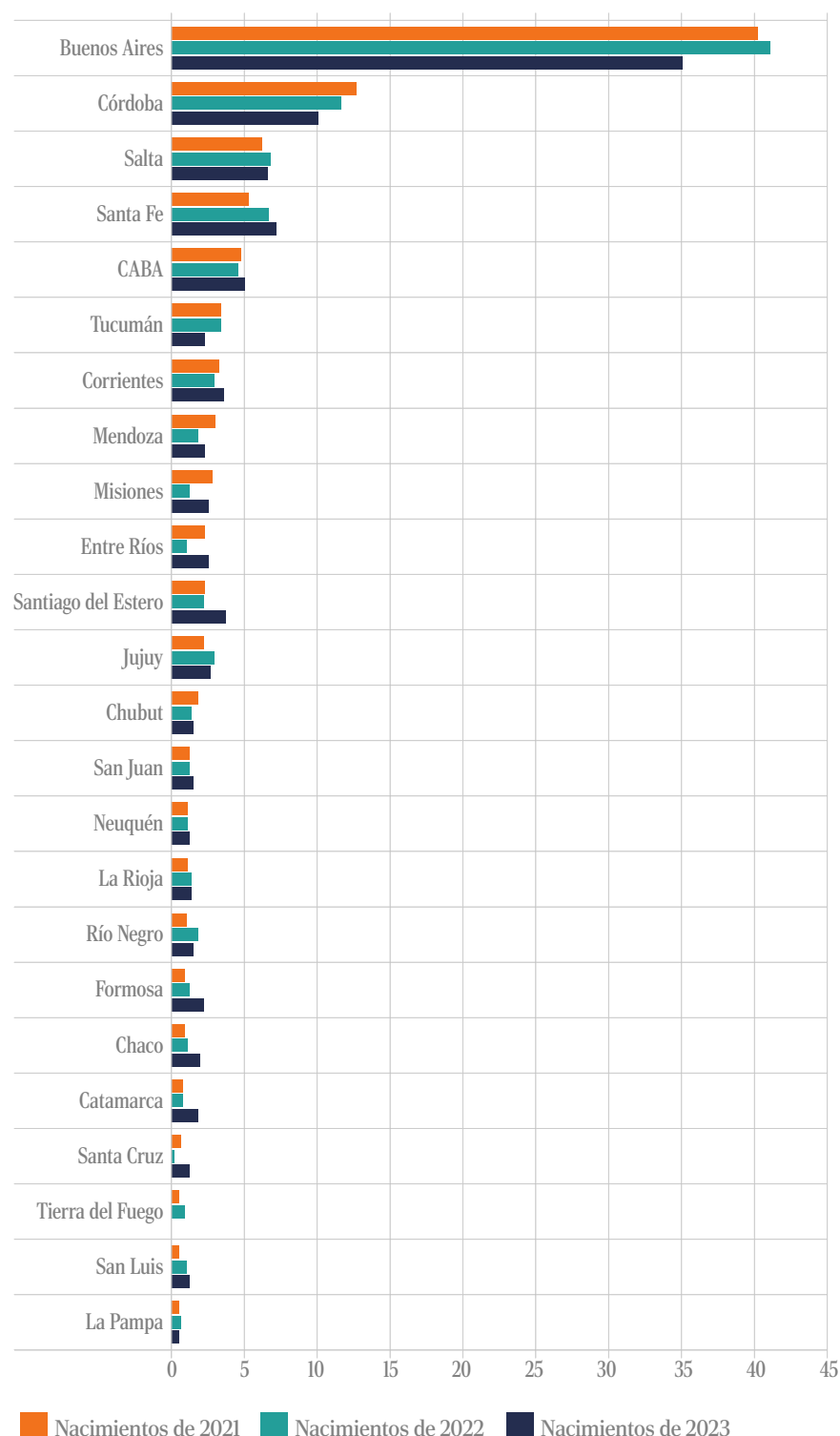
El trabajo constante junto a las jurisdicciones permite mejorar la calidad de los datos registrados. La cantidad de casos de niños/as expuestos se actualiza de un año al otro y ese proceso genera información más robusta. Por citar solo un ejemplo, en un caso considerado en el boletín anterior como expuesto perinatal de una gestación que se cursó con diagnóstico de VIH, luego se verificó que el diagnóstico de la gestante había ocurrido durante el período de lactancia.

Con respecto al lugar de residencia de los expuestos perinatales al VIH nacidos en el trienio analizado, alrededor de dos tercios se concentran en las provincias de Buenos Aires, Córdoba, Salta, Santa Fe y CABA (**Gráfico 8**).

La clasificación de los casos en función del algoritmo diagnóstico muestra una clara diferencia de los confirmados dentro del trienio en análisis: 42 en 2021, 16 en 2022 y 14 en 2023. En las **Tablas 4, 5 y 6** se presentan los casos confirmados según jurisdicción de residencia.

Los casos “sin infección detectable” no muestran una diferencia tan amplia: 549 entre los nacidos en 2021, 635 entre los de 2022 y 611 en 2023.

Gráfico 8. Distribución porcentual de los casos de exposición perinatal según jurisdicción de residencia y año de nacimiento. Argentina, 2021-2023.



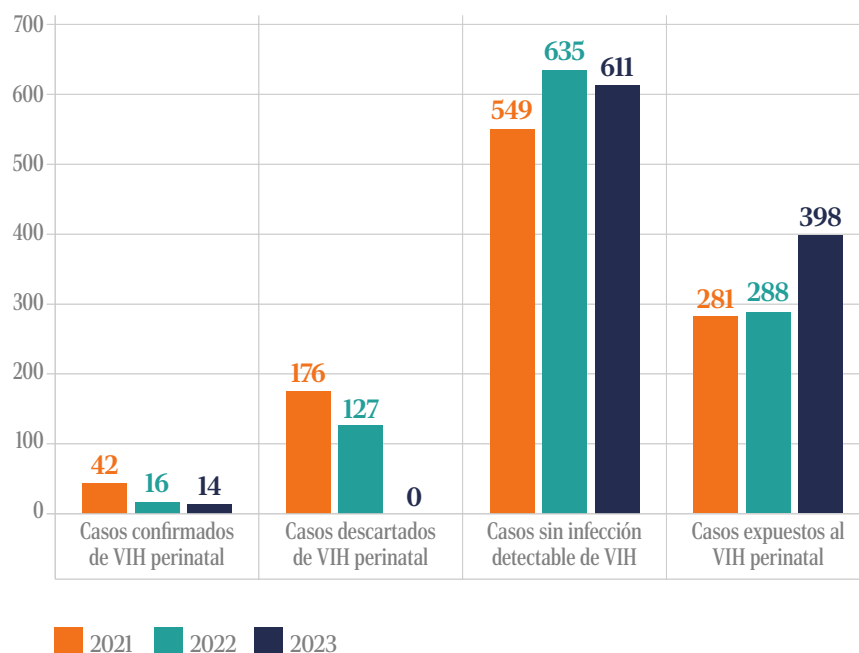
FUENTE: Elaboración en base a reportes del evento *VIH-expuesto perinatal* en el SNVS 2.0. Corte de datos al 28/07/2024. N=3.137 (2021: 1.048; 2022: 1.066; 2023: 1.023). 2022 y 2023 se consideran años no cerrados.

Los casos clasificados como “descartados” son 176 entre los nacidos en 2021 y 127 entre los de 2022. Como para descartar un caso, se necesita el seguimiento del expuesto hasta la serología negativa posterior a los 18 meses de vida, es que entre los niños expuestos de 2023 no hay aún casos que correspondan a esta clasificación (**Gráfico 9**).

La dificultad mayor se observa en el volumen de niños y niñas expuestos al VIH perinatal, categoría en que se clasifica a aquellos casos que no tienen registro de una carga viral en el SNVS 2.0 o, si la tienen, es anterior a la 12ª semana de vida. Tomando en cuenta la fecha de corte de la base de datos para este informe, todos los casos expuestos en el período de análisis deberían tener cargas virales suficientes para ser re-clasificados como confirmados o sin infección detectable. Para identificar posibles expuestos no notificados, se realizaron diversos cruces del SNVS 2.0 y el SVIH: fueron pocos los registros encontrados y hubo que requerir a las jurisdicciones las notificaciones correspondientes al SNVS 2.0. En esta senda, queda mucho trabajo por delante para identificar si se trata de una falta de registro en los sistemas, de pérdidas de seguimiento o ambas.

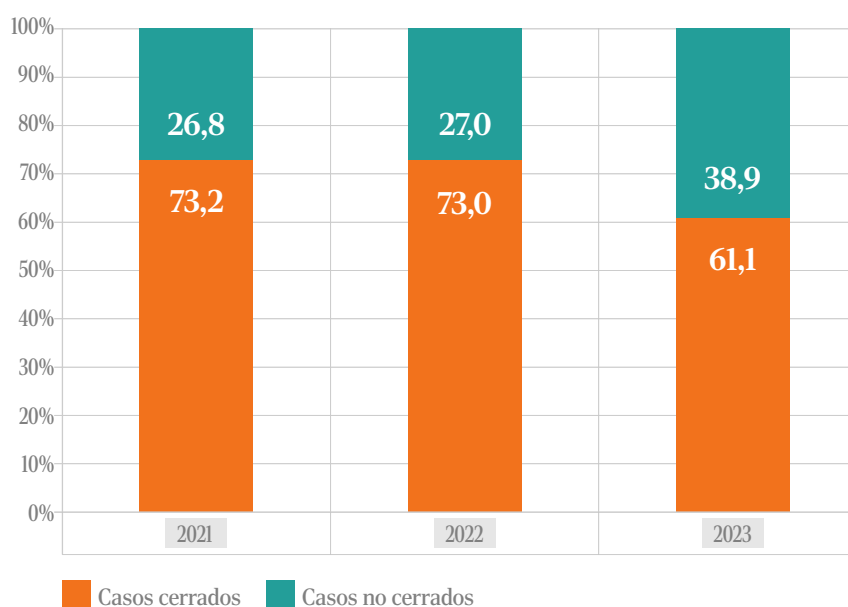
Los casos que permanecen como “expuestos perinatales” son 281 nacidos en 2021, 288 nacidos en 2022 y 398 nacidos en 2023. Se observa en el **Gráfico 10** que un 27% de aquellos nacidos en 2021 y 2022 continúan sin registro de estudios de laboratorio posteriores a los tres meses de vida, mientras que esta proporción asciende a casi el 39% de los nacidos en 2023, situación que se considera grave en el seguimiento epidemiológico.

Gráfico 9. Frecuencia de casos de exposición perinatal al VIH según clasificación del algoritmo diagnóstico y año de nacimiento. Argentina, 2021-2023.



FUENTE: Elaboración en base a reportes del evento *VIH-expuesto perinatal* en el SNVS 2.0. Corte de datos al 28/07/2024. N=3.137 (2021: 1.048; 2022: 1.066; 2023: 1.023). 2022 y 2023 se consideran años no cerrados.

Gráfico 10. Distribución de los casos del evento *VIH-expuesto perinatal* según su cierre epidemiológico por año de nacimiento. Argentina, 2021-2023.



FUENTE: Elaboración en base a reportes del evento *VIH-expuesto perinatal* en el SNVS 2.0. Corte de datos al 28/07/2024. N=3.137 (2021: 1.048; 2022: 1.066; 2023: 1.023). 2022 y 2023 se consideran años no cerrados.

Si se profundiza en los casos que, transcurrido el tiempo, permanecen con la clasificación de expuestos perinatales, se encuentra que en su mayoría registran algún resultado de laboratorio hasta la 12ª semana de vida pero no posteriores. En cambio, aquellos que no tienen resultado de laboratorio alguno muestran una diferencia importante entre 2021 (15 casos) y 2022-2023 (95 y 89 casos respectivamente) (**Tabla 8**). Los datos del primer año de esta serie reflejan el compromiso puesto por los equipos de salud en recuperar la información; los datos de los años siguientes parecen mostrar que este tipo de registro no fue incorporado sistemáticamente en la labor cotidiana.

Tabla 8. Distribución del registro de carga viral (CV) desde la 12ª semana de vida en casos no cerrados de niños y niñas expuestos perinatales al VIH, según año de nacimiento. Argentina, 2021-2023.

Año de nacimiento	Casos no cerrados	
	Con un único registro de CV previo a la 12ª semana de vida	Sin registros de CV
2021	266	15
2022	193	95
2023	309	89

FUENTE: Elaboración en base a reportes del evento *VIH-expuesto perinatal* en el SNVS 2.0. Corte de datos al 28/07/2024. 2022 y 2023 se consideran años no cerrados.



Para construir el indicador de la proporción de niños/as confirmados por exposición perinatal al VIH, se utilizan los casos con resultado de VIH confirmado en el numerador y el total de expuestos notificados al SNVS 2.0 que fueron producto de una gestación, parto o puerperio cuya gestante cursó con diagnóstico de VIH, en el denominador. Los resultados de laboratorio son fundamentales para el seguimiento de los casos y su clasificación epidemiológica también depende de ellos. Si bien cada caso concluye cuando se confirma el diagnóstico de VIH o se descarta con una serología negativa a partir de los 18 meses de vida, para la construcción del porcentaje de expuestos positivos, se consideran cerrados aquellos con dos cargas virales detectables distintas (caso confirmado) y aquellos que, en su seguimiento según algoritmo, tienen muestras no detectables y registran una carga viral no detectable posterior a los 3 meses de vida (casos sin infección detectable). Este cierre solo se utiliza para la construcción del porcentaje. Clínica y epidemiológicamente cada caso se sigue hasta que se descarta o confirma.

En la **Tabla 9** se observan los distintos porcentajes de casos de expuestos confirmados según se considere en el denominador solo los casos cerrados o el total de niños y niñas expuestos. En la primera situación, los casos confirmados alcanzan al 5,5% de los casos cerrados de los expuestos nacidos en 2021, al 2,1% de los de 2022 y al 2,2% de los de 2023. Esos porcentajes descienden considerablemente si se toman todos los casos de exposición perinatal de cada año analizado, independientemente de que se encuentren cerrados. Lejos de pensar que el indicador se está acercando al cumplimiento de la meta (menor al 2% de positividad), lo que muestran los números es que el sistema sanitario no se incorpora a la vigilancia epidemiológica de estos eventos de notificación obligatoria. Lo que representa un escenario aun más complejo es que esta falta de rigurosidad en el registro de los datos impide definir si hay pérdida de seguimiento de los casos expuestos, falta de oportunidad de la carga de datos en el registro obligatorio o ambas.

Tabla 9. Diagnósticos de VIH confirmados entre niños y niñas expuestos perinatales y proporción respecto de los casos cerrados y totales, según año de nacimiento. Argentina, 2021-2023.

Año de nacimiento	Casos confirmados con diagnóstico de VIH	Casos cerrados	Total de niños/as expuestos	Casos confirmados con VIH sobre casos cerrados	Casos confirmados con VIH sobre el total de niños/as expuestos
2021	42	767	1.048	5,5%	4,0%
2022	16	778	1.066	2,1%	1,5%
2023	14	625	1.023	2,2%	1,4%

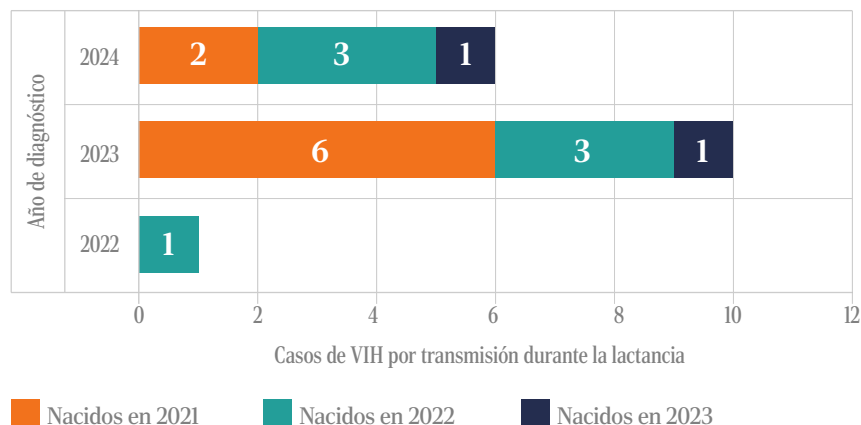
FUENTE: Elaboración en base a reportes del evento *VIH-expuesto perinatal* en el SNVS 2.0. Corte de datos al 28/07/2024. 2022 y 2023 se consideran años no cerrados.

Transmisión del VIH por lactancia

Entre 2021 y 2023 se notificaron 17 casos de niños y niñas que recibieron diagnóstico de VIH durante la lactancia, hijos de personas que habían cursado el embarazo, parto y puerperio con serología negativa de VIH. Tanto los niños y niñas como quienes los amamantaron recibieron el diagnóstico de infección en el mismo momento. Estos casos no se consideraron para el cálculo del porcentaje de positividad, ya que no son expuestos con diagnóstico de VIH conocido de las gestantes, y se los define como casos del evento *VIH de transmisión vertical por lactancia*; como se mencionó anteriormente, no se cuenta con información serológica de las parejas sexuales.

En el **Gráfico 11** se observa el número de casos por año de diagnóstico según año de nacimiento. Los casos de niños nacidos en 2021 fueron ocho: 6 de ellos tuvieron diagnóstico en 2023 y 2 en 2024; los nacidos en 2022 fueron siete: uno tuvo diagnóstico ese mismo año, 3 al año siguiente y otros 3 en 2024; por último, un niño nacido en 2023 tuvo su diagnóstico ese mismo año y otro, en 2024. En la **Tabla 10** se presenta la distribución de casos de VIH por lactancia por año de diagnóstico, año de nacimiento y jurisdicción de residencia.

Gráfico 11. Niños y niñas con diagnóstico de VIH por lactancia, según año de diagnóstico y año de nacimiento. Argentina, nacimientos de 2021-2023.



FUENTE: Elaboración en base a reportes en el SNVS 2.0. Corte de datos al 28/07/2024. 2022 y 2023 se consideran años no cerrados.

Tabla 10. Casos de VIH por lactancia por año de nacimiento, según jurisdicción de residencia y año de diagnóstico. Argentina, 2021-2024.

Niños/as con VIH por lactancia				
Año de nacimiento	Jurisdicción de residencia	Año de diagnóstico		
		2022	2023	2024
2021	Buenos Aires		3	
	Entre Ríos		1	
	Jujuy		1	
	Salta			1
	Santa Cruz			1
	Santa Fe		1	
2022	Buenos Aires		1	1
	CABA			1
	Córdoba		1	
	Corrientes	1		
	La Pampa		1	
	Salta			1
2023	Córdoba			1
	Buenos Aires		1	

FUENTE: Elaboración en base a reportes en el SNVS 2.0. Corte de datos al 28/07/2024. 2022 y 2023 se consideran años no cerrados.

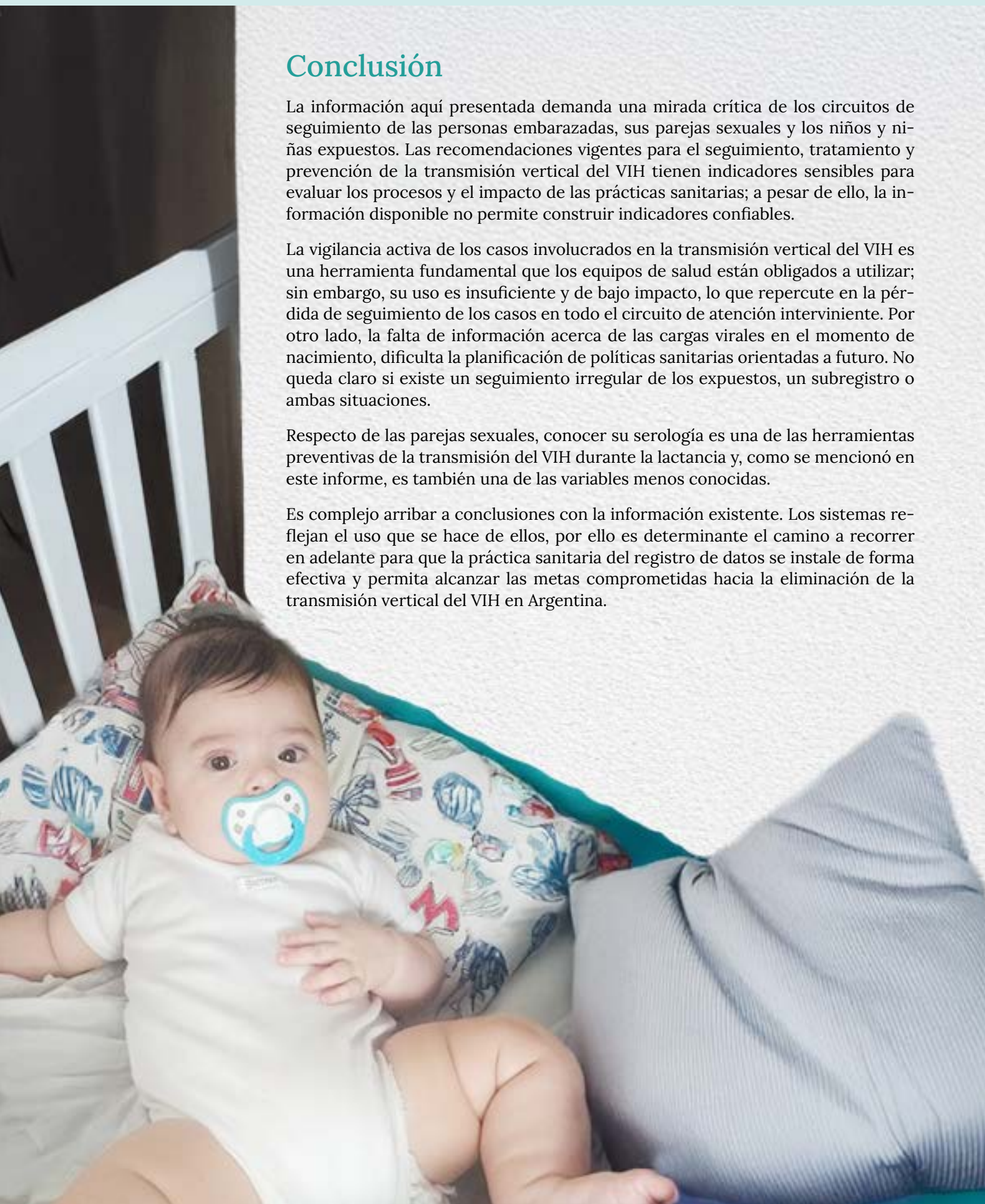
Conclusión

La información aquí presentada demanda una mirada crítica de los circuitos de seguimiento de las personas embarazadas, sus parejas sexuales y los niños y niñas expuestos. Las recomendaciones vigentes para el seguimiento, tratamiento y prevención de la transmisión vertical del VIH tienen indicadores sensibles para evaluar los procesos y el impacto de las prácticas sanitarias; a pesar de ello, la información disponible no permite construir indicadores confiables.

La vigilancia activa de los casos involucrados en la transmisión vertical del VIH es una herramienta fundamental que los equipos de salud están obligados a utilizar; sin embargo, su uso es insuficiente y de bajo impacto, lo que repercute en la pérdida de seguimiento de los casos en todo el circuito de atención interviniente. Por otro lado, la falta de información acerca de las cargas virales en el momento de nacimiento, dificulta la planificación de políticas sanitarias orientadas a futuro. No queda claro si existe un seguimiento irregular de los expuestos, un subregistro o ambas situaciones.

Respecto de las parejas sexuales, conocer su serología es una de las herramientas preventivas de la transmisión del VIH durante la lactancia y, como se mencionó en este informe, es también una de las variables menos conocidas.

Es complejo arribar a conclusiones con la información existente. Los sistemas reflejan el uso que se hace de ellos, por ello es determinante el camino a recorrer en adelante para que la práctica sanitaria del registro de datos se instale de forma efectiva y permita alcanzar las metas comprometidas hacia la eliminación de la transmisión vertical del VIH en Argentina.



Anexo

Tabla 1. N° de casos del evento *VIH en embarazo* de gestantes con diagnóstico de VIH, nacidos vivos, abortos/mortinatos y tipo de parto, según jurisdicción de residencia. Argentina, partos de 2021.

Partos de 2021							
Jurisdicción de residencia	Abortos / Mortinatos		Nacidos vivos				N° de gestantes con diagnóstico de VIH confirmado
	Abortos	Mortinatos	Cesárea de emergencia	Cesárea programada	Parto vaginal	Sin datos	
Buenos Aires	2	0	6	32	17	16	73
CABA	0	0	2	11	6	6	25
Catamarca	3	0	2	5	0	0	10
Chaco	0	0	0	1	0	0	1
Chubut	0	0	2	4	3	5	14
Córdoba	2	1	5	25	19	2	54
Corrientes	0	0	0	1	0	1	2
Entre Ríos	0	0	2	7	1	0	10
Formosa	0	0	4	4	1	0	9
Jujuy	0	0	0	0	0	0	0
La Pampa	0	0	0	5	1	0	6
Mendoza	1	0	1	18	3	5	28
Misiones	0	0	0	1	1	0	2
Neuquén	0	0	1	1	0	0	2
Río Negro	0	0	2	4	0	0	6
Salta	0	1	13	29	12	9	64
San Juan	0	0	2	4	0	1	7
San Luis	0	0	0	4	2	0	6
Santa Cruz	0	0	0	3	0	0	3
Santa Fe	0	0	0	1	0	0	1
Santiago del Estero	0	0	0	5	0	1	6
Tierra del Fuego	0	0	0	2	0	0	2
Tucumán	0	0	0	0	0	0	0
Total país	8	2	42	167	66	46	331

FUENTE: Elaboración en base a reportes del evento *VIH en embarazo* en el SNVS 2.0. Corte de datos al 28/07/2024.

Tabla 2. N° de casos del evento *VIH en embarazo* de gestantes con diagnóstico de VIH, nacidos vivos, abortos/mortinatos y tipo de parto, según jurisdicción de residencia. Argentina, partos de 2022.

Partos de 2022							
Jurisdicción de residencia	Abortos / Mortinatos		Nacidos vivos				N° de gestantes con diagnóstico de VIH confirmado
	Abortos	Mortinatos	Cesárea de emergencia	Cesárea programada	Parto vaginal	Sin datos	
Buenos Aires	0	1	6	34	12	23	76
CABA	0	0	1	10	9	3	23
Catamarca	2	0	1	5	1	0	9
Chaco	0	0	0	0	0	0	0
Chubut	0	0	0	3	0	4	7
Córdoba	1	0	12	24	18	0	55
Corrientes	0	0	0	10	2	1	13
Entre Ríos	0	0	1	0	0	0	1
Formosa	0	0	3	3	3	2	11
Jujuy	0	0	0	1	0	0	1
La Pampa	0	0	1	2	2	1	6
Mendoza	2	0	3	3	4	8	20
Misiones	0	0	0	0	0	0	0
Neuquén	0	0	2	1	1	0	4
Río Negro	0	0	1	3	4	1	9
Salta	0	0	7	39	10	11	67
San Juan	0	0	2	4	0	0	6
San Luis	0	0	1	7	1	0	9
Santa Cruz	0	0	0	0	0	0	0
Santa Fe	0	0	1	0	0	0	1
Santiago del Estero	0	0	0	7	3	1	11
Tierra del Fuego	0	0	0	3	0	0	3
Tucumán	0	0	0	0	0	0	0
Total país	5	1	42	159	70	55	332

FUENTE: Elaboración en base a reportes del evento *VIH en embarazo* en el SNVS 2.0. Corte de datos al 28/07/2024.

Tabla 3. N° de casos del evento *VIH en embarazo* de gestantes con diagnóstico de VIH, nacidos vivos, abortos y tipo de parto, según jurisdicción de residencia. Argentina, partos de 2023.

Partos de 2021						
Jurisdicción de residencia	Abortos	Nacidos vivos				N° de gestantes con diagnóstico de VIH confirmado
		Cesárea de emergencia	Cesárea programada	Parto vaginal	Sin datos	
Buenos Aires	1	4	19	13	19	56
CABA	0	4	22	3	3	32
Catamarca	3	3	8	1	0	15
Chaco	0	0	1	0	0	1
Chubut	0	1	1	0	1	3
Córdoba	0	14	17	16	1	48
Corrientes	0	0	9	4	7	20
Entre Ríos	0	1	11	2	1	15
Formosa	0	7	5	1	1	14
Jujuy	0	0	0	0	0	0
La Pampa	1	0	5	1	1	8
Mendoza	0	1	5	3	12	21
Misiones	0	0	0	0	1	1
Neuquén	0	1	1	0	0	2
Río Negro	0	2	2	2	1	7
Salta	0	6	37	18	3	64
San Juan	0	0	0	0	0	0
San Luis	0	0	13	0	0	13
Santa Cruz	0	0	0	0	1	1
Santa Fe	0	0	0	0	0	0
Santiago del Estero	0	2	11	0	3	16
Tierra del Fuego	0	0	0	0	0	0
Tucumán	0	1	0	0	0	1
Total país	5	47	167	64	55	338

FUENTE: Elaboración en base a reportes del evento *VIH en embarazo* en el SNVS 2.0. Corte de datos al 28/07/2024. No se registraron mortinatos.

Tabla 4. Casos de exposición perinatal al VIH según clasificación por algoritmo y jurisdicción de residencia (nacimientos de 2021). Argentina.

Jurisdicción de residencia	Casos confirmados de VIH perinatal	Casos descartados de VIH perinatal	Casos sin infección detectable de VIH	Casos expuestos al VIH perinatal	Total
Buenos Aires	18	32	179	194	423
CABA	2	3	42	3	50
Catamarca	0	3	4	1	8
Chaco	1	0	7	1	9
Chubut	2	4	14	0	20
Córdoba	0	51	73	10	134
Corrientes	2	0	25	7	34
Entre Ríos	0	4	14	6	24
Formosa	0	0	4	5	9
Jujuy	3	16	4	0	23
La Pampa	0	3	3	0	6
La Rioja	0	5	3	4	12
Mendoza	1	0	26	5	32
Misiones	0	4	17	8	29
Neuquén	0	4	6	2	12
Río Negro	1	8	1	1	11
Salta	4	19	33	10	66
San Juan	1	3	9	0	13
San Luis	0	2	4	0	6
Santa Cruz	0	3	4	0	7
Santa Fe	4	5	34	12	55
Santiago del Estero	1	0	14	9	24
Tierra del Fuego	0	4	2	0	6
Tucumán	2	3	27	3	35
Total	42	176	549	281	1.048

FUENTE: Elaboración en base a reportes del evento *VIH-expuesto perinatal* en el SNVS 2.0. Corte de datos al 28/07/2024.

Tabla 5. Casos de exposición perinatal al VIH según clasificación por algoritmo y jurisdicción de residencia (nacidos en 2022). Argentina.

Jurisdicción de residencia	Casos confirmados de VIH perinatal	Casos descartados de VIH perinatal	Casos sin infección detectable de VIH	Casos expuestos al VIH perinatal	Total
Buenos Aires	4	12	252	175	443
CABA	0	2	35	12	49
Catamarca	0	1	7	0	8
Chaco	3	0	7	2	12
Chubut	0	0	10	5	15
Córdoba	3	36	78	7	124
Corrientes	0	0	21	10	31
Entre Ríos	1	2	7	1	11
Formosa	2	0	8	4	14
Jujuy	0	13	15	3	31
La Pampa	0	6	1	0	7
La Rioja	0	0	10	5	15
Mendoza	0	1	14	5	20
Misiones	0	0	8	6	14
Neuquén	0	4	5	3	12
Río Negro	0	7	11	2	20
Salta	1	32	28	12	73
San Juan	0	2	10	1	13
San Luis	0	1	10	0	11
Santa Cruz	0	0	2	0	2
Santa Fe	2	4	44	21	71
Santiago del Estero	0	0	15	9	24
Tierra del Fuego	0	4	5	1	10
Tucumán	0	0	32	4	36
Total	16	127	635	288	1.066

FUENTE: Elaboración en base a reportes del evento *VIH-expuesto perinatal* en el SNVS 2.0. Corte de datos al 28/07/2024. Nota: casos no cerrados.

Tabla 6. Casos de exposición perinatal al VIH según clasificación por algoritmo y jurisdicción de residencia (nacidos en 2023). Argentina.

Jurisdicción de residencia	Casos confirmados de VIH perinatal	Casos sin infección detectable de VIH	Casos expuestos al VIH perinatal	Total
Buenos Aires	5	163	192	360
CABA	1	34	17	52
Catamarca	0	12	7	19
Chaco	0	14	6	20
Chubut	0	10	5	15
Córdoba	2	81	21	104
Corrientes	1	16	20	37
Entre Ríos	0	22	4	26
Formosa	0	8	14	22
Jujuy	0	23	4	27
La Pampa	0	4	2	6
La Rioja	0	8	6	14
Mendoza	1	15	8	24
Misiones	0	12	14	26
Neuquén	0	11	2	13
Río Negro	0	11	4	15
Salta	2	55	10	67
San Juan	0	15	0	15
San Luis	0	12	1	13
Santa Cruz	0	8	5	13
Santa Fe	1	51	21	73
Santiago del Estero	1	8	29	38
Tierra del Fuego	0	0	0	0
Tucumán	0	18	6	24
Total	14	611	398	1.023

FUENTE: Elaboración en base a reportes del evento *VIH-expuesto perinatal* en el SNVS 2.0. Corte de datos al 28/07/2024.

Caracterización de niños y niñas con VIH por exposición perinatal o lactancia, nacidos en 2021-2023

Autores: Abril Joskowicz^a, María Fernanda Martin Aragón^a, Vanesa Kaynar^b, Valeria Levite^b, Moira Taicz^b, Mariana Ceriotto^c.

^aResidencia de Epidemiología, ^bDirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, Ministerio de Salud de la Nación, ^cHospital Zonal General de Agudos Blas Dubarry.

Introducción

Desde 2010, los Estados miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han asumido el compromiso de eliminar la transmisión materno-infantil (ETMI) del VIH y la sífilis. Este compromiso se amplió en 2016 con el “Plan de acción para la prevención y control de la infección por el VIH y las infecciones de transmisión sexual 2016-2021” (ETMI-Plus), que también incorpora la hepatitis B y la enfermedad de Chagas¹.

Argentina, como Estado miembro, ha persistido en sus esfuerzos para alcanzar los objetivos de lograr y mantener la eliminación de la transmisión materno-infantil de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la sífilis, la hepatitis B y la enfermedad de Chagas propuestos por ETMI-Plus. En el período 2022-2024, la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis (DRVIHVyT) ha intensificado las acciones vinculadas a la construcción de indicadores de transmisión vertical del VIH².

Hasta 2017, la notificación de los eventos de VIH se realizaba de manera centralizada. A partir de 2018, con la implementación del Sistema Nacional de Vigilancia 2.0 (SNVS 2.0), comenzó un proceso de descentralización de la notificación. Desde 2020, impulsado por la pandemia de COVID-19, la notificación pasó a ser responsabilidad de las jurisdicciones. Este cambio se complementa con un esfuerzo coordinado para fortalecer la notificación de los tres eventos relacionados con el VIH: *VIH*, *VIH en embarazo* y *VIH-expuesto perinatal*, y mejorar así la calidad de la información disponible.

En febrero de 2023, se estableció una línea de base para los expuestos perinatales. Este análisis reveló problemas asociados con la notificación en el SNVS 2.0 y condujo a un proceso de articulación con referentes de programas, direcciones de VIH provinciales, epidemiología, laboratorios y equipos de transmisión vertical. El resultado de estos esfuerzos se materializó con la inclusión de la tasa de transmisión materno-infantil de 2021 en el Boletín N° 40 de Respuesta al VIH y las ITS en Argentina, publicado en diciembre de 2023.

En consonancia con esta línea de trabajo, se profundiza en la caracterización de los nacidos entre 2021 y 2023, confirmados con VIH adquirido por exposición perinatal o lactancia, junto con sus gestantes. A través de esta descripción, se busca determinar indicadores claves que no solo describan la situación actual, sino que también sirvan como guía para estrategias futuras de prevención y atención en el contexto de la transmisión vertical del VIH.

¹ETMI-Plus (2017). Marco para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas. Número de documento: OPS/CHA/17-009. Organización Panamericana de la Salud.

²Algoritmos de diagnóstico y tratamiento para el control de las infecciones perinatales por VIH, sífilis, hepatitis B y Chagas (2022). Ministerio de Salud de la Nación. Argentina.

Metodología

Para la caracterización, se utilizaron como fuente de información el SNVS 2.0 y el Sistema de Administración de Pacientes VIH (SVIH). Del SNVS 2.0 se trabajó con los eventos relacionados con el VIH: *VIH*, *VIH en embarazo* y *VIH-expuesto perinatal*, con fecha de corte el 28/07/2024. Esa información fue nutrida con registros del SVIH como una oportunidad de diagnóstico, seguimiento, tratamientos, posibles coinfecciones y descripción de la gestación asociada, entre otras, con la misma fecha de corte.

Para el análisis de los niños y niñas expuestos, se incluyeron los nacidos vivos entre 2021 y 2023, confirmados con VIH por exposición perinatal, y por otro lado, los confirmados por lactancia. En el caso de los confirmados por exposición perinatal, se consideraron los hijos de gestantes diagnosticadas antes, durante el embarazo, en el parto o durante el puerperio. La confirmación por lactancia se aplicó a los casos de VIH en los que los niños fueron amamantados por personas que no tenían diagnóstico previo y seroconvirtieron durante la lactancia.

Además, se abordó en el análisis a las personas embarazadas asociadas a los casos confirmados por exposición perinatal. Fueron evaluadas considerando los eventos de *VIH* y *VIH en embarazo*, así como los datos reportados en el SVIH para los años considerados.



Casos confirmados de VIH por exposición perinatal o lactancia

Durante los años 2021 a 2023 se notificaron en SNVS 2.0 mediante los eventos *VIH-expuesto perinatal* y *VIH* 3.162 niños y niñas, de los cuales 90 fueron confirmados con diagnóstico de VIH. Los confirmados fueron clasificados en dos grupos: por un lado, los que adquirieron la infección en el embarazo o el parto y por el otro, mediante la lactancia. De los 90 confirmados, 73³ habían adquirido la infección durante el embarazo/parto, mientras que 17, a través de la lactancia. El análisis de ambos grupos se realizó por separado.

³De los 73 casos considerados como expuestos, 72 están notificados en el evento *VIH-expuesto perinatal* y uno en el evento *VIH* con diagnóstico tardío por exposición perinatal.

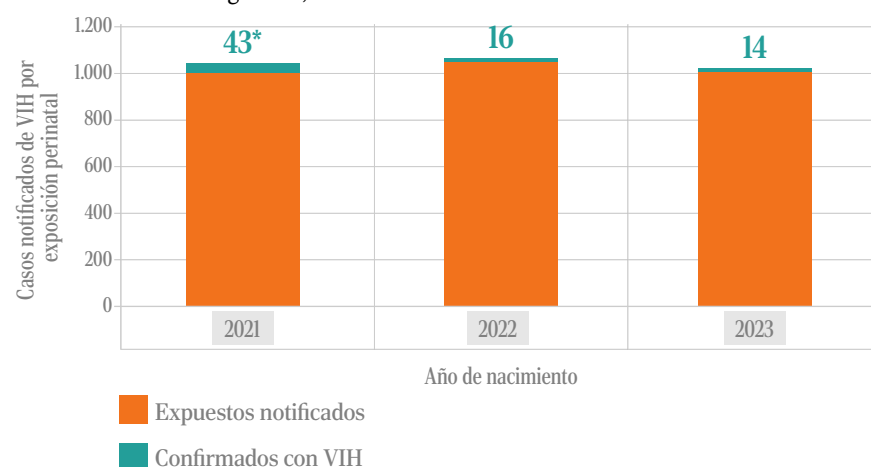
Casos confirmados por exposición perinatal

Entre 2021 y 2023 los casos confirmados por exposición perinatal fueron 73. Durante 2021, el porcentaje de confirmados fue de 4,1% y es el más alto en relación con 2022 (1,5%) y 2023 (1,4%) al usar como denominador el total de casos (**Gráfico 1**). Se debe tener en cuenta que el descenso de los últimos dos años puede estar relacionado con retrasos en la notificación que reflejan la falta de oportunidad de la vigilancia activa de estos eventos. Para esos años, se puede observar que el porcentaje de casos no cerrados, la mayoría de ellos sin estudios de laboratorio suficientes (entre el 26,8% y el 38,9%), aumenta en gran medida sin poder concluir que efectivamente el porcentaje de confirmación haya disminuido. En el caso de 2021, se debe considerar que el aislamiento social preventivo obligatorio (ASPO) pudo interferir en el seguimiento de las gestaciones y tener impacto inmediato en el expuesto perinatal.

Jurisdicción de residencia

Aproximadamente el 60% de los confirmados con VIH tienen residencia en las jurisdicciones de la región Centro del país: un 35,6% en la provincia de Buenos Aires, 9,6% en Santa Fe, 6,8% en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), 6,8% en Córdoba y 1,4% en Entre Ríos. Otro 20,5% registra residencia en el noroeste argentino (NOA): 9,6% en Salta, 5,5% en Jujuy y 2,7% en Santiago del Estero y Tucumán. Los casos restantes se distribuyen en las regiones del noreste argentino (NEA, 12,3%), Cuyo (4,1%) y Sur (2,7%) (**Gráfico 2**).

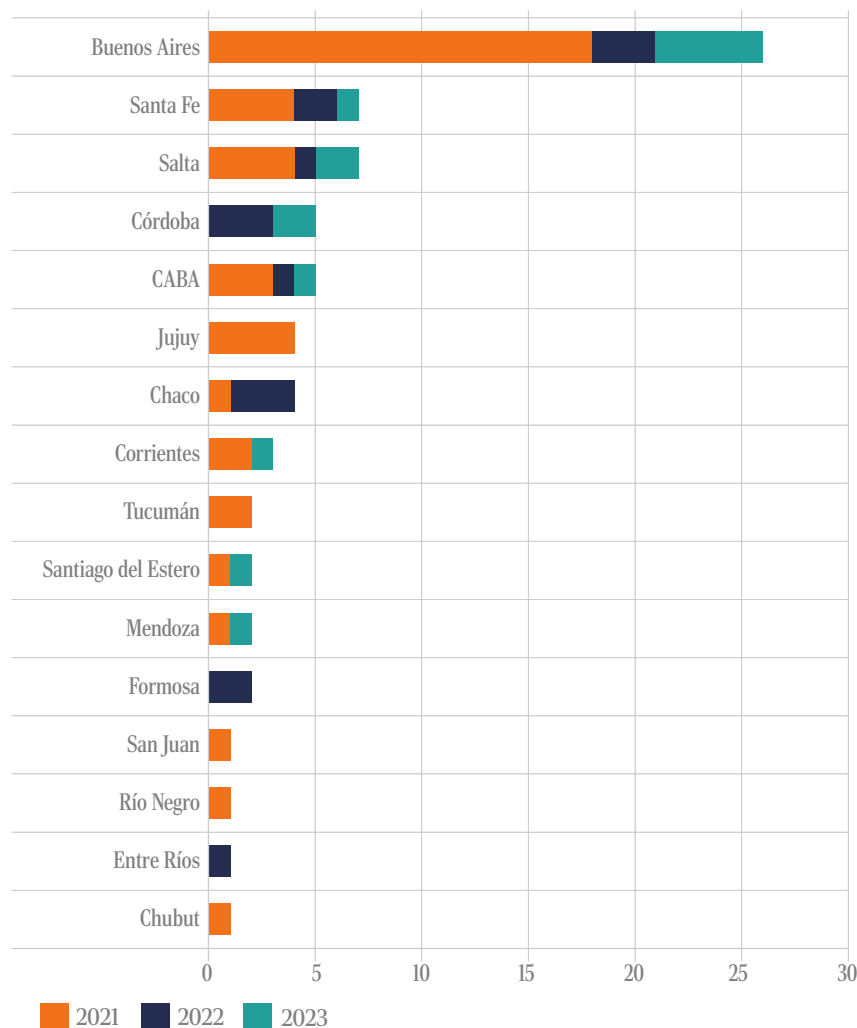
Gráfico 1. Distribución de los casos de exposición perinatal confirmados con VIH según año de nacimiento. Argentina, 2021-2023.



FUENTE: Elaboración en base a reportes en el SNVS 2.0. Corte de datos al 28/07/2024.

* Corresponde a 42 expuestos notificados en el evento *VIH-expuesto perinatal* y 1 notificado en el evento *VIH confirmado* como expuesto perinatal.

Gráfico 2. Distribución de los casos de exposición perinatal confirmados con VIH según jurisdicción de residencia y año de nacimiento. Argentina, 2021-2023.



FUENTE: Elaboración en base a reportes en el SNVS 2.0. Corte de datos al 28/07/2024.

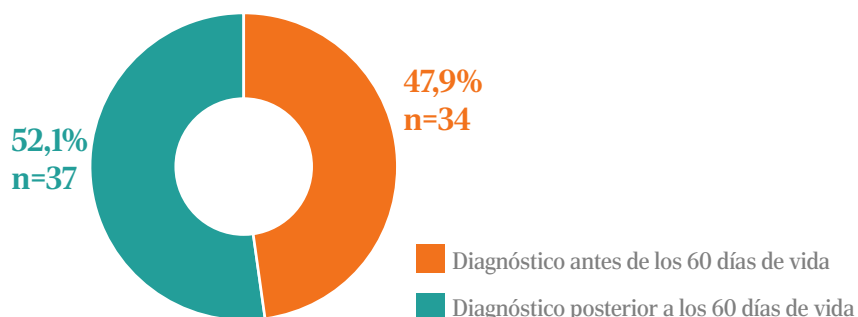
Oportunidad de diagnóstico de los expuestos confirmados

La oportunidad de diagnóstico se determinó según la diferencia de días entre la segunda carga viral detectable del expuesto registrada (CV confirmatoria del diagnóstico) y la fecha de nacimiento.

De los 73 expuestos, solo 71 cuentan con las dos cargas virales notificadas en el SNVS 2.0 o en el SVIH. De los 2 expuestos sin este registro, un caso es por exposición perinatal y recibió su diagnóstico luego de los 18 meses de vida. Por algoritmo, al tener una serología positiva y una carga viral detectable registrada, se confirmó el diagnóstico. El otro caso, corresponde al niño/a notificado como caso de VIH, quien también recibió su diagnóstico en un tiempo posterior a los 18 meses. Ambos registrados en el SNVS 2.0.

De los 71 niños/as que cuentan con información, solo el 47,9% (n=34) fue diagnosticado dentro de los 60 días de vida, lo que permitió el inicio oportuno del tratamiento antirretroviral, mientras que el 52,1% (n=37) sufrió una demora de más de dos meses en la confirmación. Dentro del primer grupo, el 36,1% (n=26) fue confirmado en los primeros 30 días y el 11,1% (n=8), entre los 30 y 60 días de vida.

Gráfico 3. Distribución de los casos de exposición perinatal confirmados con VIH según momento del diagnóstico. Argentina, 2021-2023.



FUENTE: Elaboración en base a reportes en el SNVS 2.0. Corte de datos al 28/07/2024.

Tratamiento antirretroviral

El tratamiento antirretroviral en pediatría se compone de tres drogas, indicadas de acuerdo a la edad, el peso y la presencia o no de otras infecciones agregadas.

En base a los datos analizados, solo en 32 casos se registra un tratamiento antirretroviral vigente⁴. Según lo registrado en el SVIH, el 69,2% de los niños y niñas nacidos entre 2021 y 2023 con diagnóstico confirmado de VIH reciben tratamientos de primera elección⁵.

⁴ Se considera que un tratamiento antirretroviral está vigente cuando la *fecha de remito + período de la dispensa + 15 días* $\geq$ a la *fecha de corte* de la base analizada (28/07/2024).

⁵ Se considera tratamiento de primera elección al compuesto por dos inhibidores nucleosídicos de la transcriptasa reversa asociados a un inhibidor de integrasa o de proteasa.

Indetectabilidad

Se considera que una persona logra la indetectabilidad cuando registra cargas virales menores a 50 copias en sangre y no presenta CV posteriores de mayor valor. Alcanzar la indetectabilidad o supresión virológica es el principal objetivo del tratamiento, ya que permite que no se produzca la afectación de la inmunidad y así evitar las complicaciones infecciosas.

De los 32 casos confirmados de VIH por exposición en el embarazo o el parto, nacidos en el período 2021-2023 y con tratamiento antirretroviral vigente, diez tienen registro de haber alcanzado la indetectabilidad, dos de ellos en el primer año desde el diagnóstico.

Enfermedades de transmisión materno-infantil (ETMI)

Se examinó si los expuestos perinatales y sus madres biológicas fueron afectados por otras infecciones de transmisión materno-infantil. Se investigó la presencia de coinfección en el dúo gestante-expuesto. Para ello se verificó si había notificación de los eventos *Sífilis congénita*, *Sífilis gestacional*, *Chagas agudo congénito/vertical*, *Chagas crónico en personas embarazadas*, *Hepatitis B expuestos a la transmisión vertical* y *Hepatitis B en personas embarazadas*. Si un recién nacido resulta un caso congénito de una enfermedad, tanto él como su gestante deberían estar notificados en el evento correspondiente en el SNVS 2.0.

De los 73 niños/as con diagnóstico confirmado de VIH, seis registraron coinfecciones en los eventos mencionados. Un caso registra coinfección de sífilis congénita y Chagas agudo congénito, y no reporta núcleo familiar en el sistema, por lo que no se pudo identificar a la gestante. De los cinco casos restantes, dos presentan infección de Chagas agudo congénito. En un caso, el niño fallece en 2024 y la gestante está notificada con infección de Chagas confirmada y en el otro no. Los otros tres casos corresponden a coinfecciones con sífilis congénita y las gestantes están notificadas en el sistema (**Tabla 1**).

Cabe destacar que no se presentaron registros de coinfección con hepatitis B. Es importante recordar que todos los eventos mencionados son Eventos de Notificación Obligatoria (ENO), según la ley N° 15.465.

Tabla 1. Coinfección con otras ETMI de los nacidos en 2021 a 2023 confirmados con VIH por exposición perinatal y sus madres biológicas, según jurisdicción de residencia. Argentina.

Jurisdicción de residencia	Expuestos confirmados			Gestantes		
	Chagas	Sífilis	Hepatitis B	Chagas	Sífilis	Hepatitis B
CABA	1	1	-	-	1	-
Corrientes	1	1	-	-	-	-
Jujuy	-	1	-	-	1	-
Salta	1	1	-	1	1	-
Total	3	4	-	1	3	-

FUENTE: Elaboración en base a reportes en el SNVS 2.0. Corte de datos al 28/07/2024.

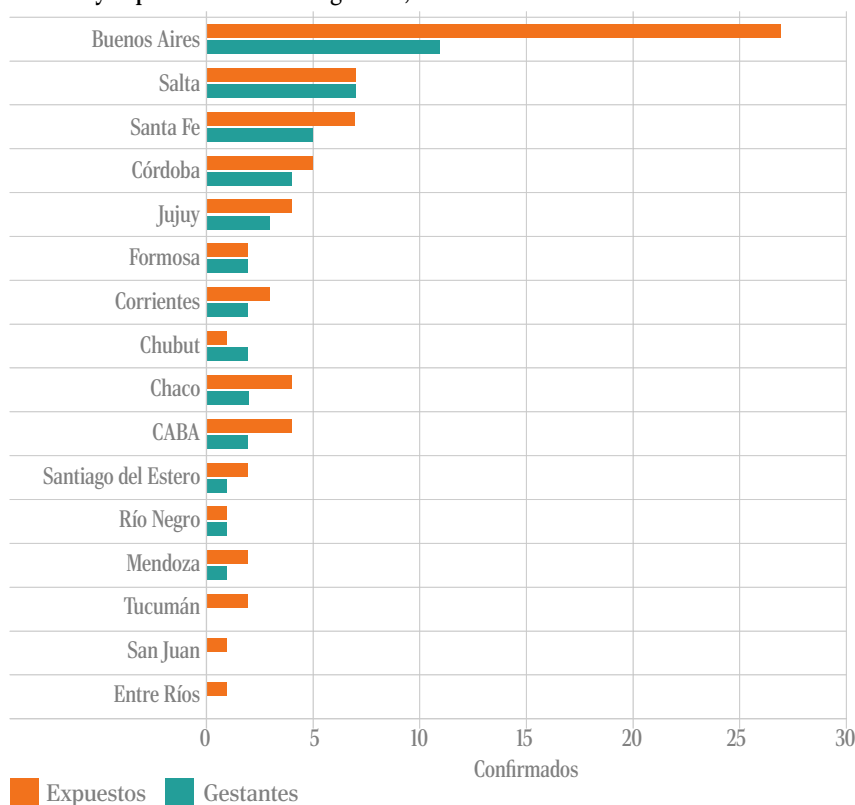
Gestantes de los expuestos confirmados con VIH que adquirieron la infección en el embarazo/parto

Entre 2021 y 2023, se registraron 3.162 niños y niñas expuestos al VIH; sin embargo, solo se notificaron 1.001 personas embarazadas con VIH que tuvieron partos en el mismo año. Es decir, según lo que se registra en los sistemas de información, la notificación de los expuestos casi triplicó a la de personas embarazadas, lo que da cuenta de una gran falencia en la notificación de las gestantes y de la vigilancia activa de los embarazos. Solo considerando a los 73 expuestos confirmados, se notificó el evento *VIH en embarazo* en el 57,5% (n=42) de los casos de sus gestantes; 24 corresponden a partos de 2021, 8 de 2022 y 10 de 2023.

Se observó que el 25% de las jurisdicciones registraron todos sus casos confirmados con las gestaciones asociadas (provincias de Salta, Formosa, Chubut⁶ y Río Negro). Las jurisdicciones que no reportaron las gestaciones asociadas de todos sus confirmados de VIH fueron: Buenos Aires, CABA, Chaco, Córdoba, Corrientes, Entre Ríos, Jujuy, Mendoza, San Juan, Santa Fe y Tucumán. Resulta importante aclarar que, en el caso de Chaco, una de las gestantes está notificada en dicha jurisdicción, mientras que el/la niño/a aparece con residencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, por ello, no coinciden en número el total de gestantes y expuestos (**Gráfico 4**).

Entre aquellas mujeres cuya notificación registra la edad al momento del parto, la mediana es de 26 años.

Gráfico 4. Distribución de las personas embarazadas con VIH, según jurisdicción de residencia y expuesto asociado. Argentina, 2021-2023.



FUENTE: Elaboración en base a reportes en el SNVS 2.0. Corte de datos al 28/07/2024.

⁶De los dos casos de *VIH en embarazo* registrados en Chubut, un *VIH-expuesto perinatal* fue notificado por CABA.

Momento de diagnóstico de la persona embarazada

La fecha de diagnóstico debería registrarse en el evento *VIH en embarazo*. Sin embargo, debido a la falta de cobertura del dato, fue necesario reconstruir esta información. A ese fin, se utilizaron el SNVS 2.0 y el SVIH para obtener datos de las madres biológicas, considerando la fecha del diagnóstico referido/constatado y/o los registros de pruebas de laboratorio confirmatorias. Esta información permitió determinar el momento del diagnóstico en relación con la gestación analizada y clasificar los casos en dos grupos: antes/durante el parto y después del parto.

De las 42 gestantes de los expuestos confirmados y notificados en el evento *VIH en embarazo*, se pudo determinar la fecha de diagnóstico en 33 casos: 25 fueron diagnosticadas antes del parto y ocho, después. Sin embargo, estos ocho casos presentan diferencias importantes: seis corresponden a gestantes diagnosticadas durante el parto, con confirmación del resultado unos días después, y dos, a madres con diagnóstico tardío.

El primer caso de diagnóstico tardío es de una mujer que no tuvo controles durante el embarazo. Dos meses después del nacimiento, el expuesto comenzó a mostrar síntomas, se confirmó el diagnóstico de VIH y falleció poco después. En paralelo, se confirmó el diagnóstico de la madre que, nuevamente embarazada, logró la indetectabilidad viral al momento de ese segundo parto.

En el segundo caso, la gestante tuvo un resultado positivo en un test de ELISA en septiembre de 2022, durante el embarazo, pero no se realizó seguimiento en el sistema. Posteriormente, se confirmó su diagnóstico en febrero de 2023, pocos días después del parto.

Variables incompletas del evento *VIH en embarazo*

Para el presente artículo, se propuso analizar variables de las gestantes como la vía de transmisión, el tratamiento y la indetectabilidad al momento del parto, la situación serológica de la/as pareja/s sexual/es, entre otras. Sin embargo, debido a la información incompleta en las notificaciones, el análisis se vio imposibilitado. Es importante resaltar que el registro completo y oportuno en la notificación hace a la vigilancia activa y a la posibilidad de contar con datos más robustos, para análisis más afinados y acciones eficaces.

Niños/as fallecidos

Entre los nacidos en 2021-2023 confirmados con VIH, hasta la fecha de corte de la base, se registraron cuatro fallecidos. El primer caso corresponde a un niño nacido en 2021, residente de la provincia de Tucumán. La notificación del evento *VIH-expuesto perinatal* fue realizada más de 30 días después de haber nacido y la confirmación del diagnóstico se demoró más de 90 días. Además, el caso reportaba sífilis congénita.

De los nacidos en el 2022, se encontraron dos fallecimientos. Uno corresponde a un residente de la provincia de Chaco fallecido a los cuatro meses ese mismo año. La notificación del evento *VIH-expuesto perinatal* fue realizada más de 30 días después del nacimiento y la confirmación del diagnóstico se demoró más de 90 días. El segundo caso pertenece a una residente de la provincia de Buenos Aires, fallecida también a los cuatro meses del mismo año. La notificación del evento *VIH-expuesto perinatal* también fue realizada más de 30 días después del nacimiento y la confirmación del diagnóstico se demoró más de 40 días.

Entre los nacidos en 2023, se reportó una beba fallecida a los tres meses de edad, residente de la provincia de Salta. La notificación del evento *VIH-expuesto perinatal* fue realizada antes de los 30 días de vida. El caso también se encontraba notificado y confirmado para el evento *Chagas agudo congénito*.

Casos confirmados por lactancia

De los 90 niños y niñas confirmados con VIH entre 2021 y 2023, 17 fueron clasificados por lactancia: ocho nacidos en 2021, siete en 2022 y dos en 2023. Sin embargo, como son niños/as cuyas madres biológicas cursaron el embarazo y parto sin VIH, y seroconvirtieron en el período de lactancia, nos interesa dividir a los niños/as con VIH por lactancia según el año de su diagnóstico. De los 17 casos, uno fue diagnosticado en 2022, diez en 2023 y seis en 2024.

De los lactantes identificados, seis registran residencia en Buenos Aires, dos en Córdoba, dos en Salta, y uno en cada una de las siguientes jurisdicciones: Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Corrientes, Entre Ríos, Jujuy, La Pampa, Santa Cruz y Santa Fe.

En relación con el tratamiento antirretroviral, de los 17 lactantes, solo once registran tratamiento antirretroviral vigente⁷ y tres de ellos lograron la indetectabilidad viral, todos durante el primer año.

Calidad de los datos

Para evaluar la calidad de los datos registrados en el SNVS 2.0, se han considerado cuatro indicadores clave: oportunidad de notificación de expuestos perinatales, evento *VIH-expuesto perinatal* confirmado, responsable a cargo registrado y gestación asociada.

Se considera que la notificación de los expuestos perinatales confirmados fue oportuna cuando el reporte del evento *VIH-expuesto perinatal* ocurre dentro de los 30 días del nacimiento. En este sentido, al analizar la población nacida entre 2021 y 2023, solo el 35% fue notificada de manera oportuna. Esta demora podría sugerir un retraso en el acceso al diagnóstico, además de un desaprovechamiento del sistema de información para facilitar la vinculación de la persona con el sistema de salud y la vigilancia epidemiológica activa.

Al ocurrir el nacimiento de una persona expuesta al VIH, es crucial notificar en el SNVS 2.0 el evento *VIH-expuesto perinatal* y, al confirmar el diagnóstico, notificarlo en el evento *VIH*. El segundo indicador de calidad hace referencia al porcentaje de expuestos confirmados que fueron reportados en el evento *VIH*, que alcanzó el 59% para los nacidos entre 2021 y 2023.

El tercer indicador, Responsable a cargo registrado, hace referencia al registro de este dato en los eventos *VIH-expuesto perinatal* para los expuestos y *VIH* para los lactantes. Este registro fue crucial para identificar a las madres biológicas. El 86% de los confirmados lo registraron.

⁷Se considera que un tratamiento antirretroviral está vigente cuando la *fecha de remito + período de la dispensa + 15 días* $\geq$ a la fecha de corte de la base analizada (28/07/2024).

Finalmente, el indicador de gestación asociada indica el porcentaje de personas con VIH con parto en 2021-2023 que fueron notificadas en el evento *VIH en embarazo* y a las cuales se les identifica un evento de exposición perinatal a esa gestación registrada. Este indicador brinda información sobre la adecuada notificación durante el embarazo. Es fundamental que las madres biológicas estén notificadas en el evento *VIH en embarazo* por cada gestación que cursen. Entre los partos de 2021 a 2023, se asociaron solo el 58,1% de las gestaciones.

Conclusiones

Entre 2021 y 2023, se notificaron 3.162 casos del evento *VIH-expuesto perinatal*, lo que supera casi tres veces la notificación de casos del evento *VIH en embarazo*. De los 90 niños con VIH confirmados nacidos en esos años, 73 adquirieron la infección por exposición perinatal y 17 por lactancia. Del total, solo 43 registran tratamiento antirretroviral vigente, y entre ellos solo 13 alcanzaron la indetectabilidad.

Estos hallazgos enfatizan la necesidad de la vinculación de las personas con VIH con el sistema de salud para lograr diagnósticos y tratamientos oportunos, además de reducir la transmisión perinatal y mejorar el cuidado de la población gestante.

La vigilancia de la transmisión vertical del VIH demanda un enfoque activo, que aproveche los sistemas de información existentes para implementar intervenciones tanto a nivel poblacional como individual. La utilización efectiva de estos sistemas no solo potencia la respuesta preventiva y de atención, sino que también marca una diferencia significativa en la obtención de información oportuna y de calidad para consolidar estrategias sanitarias.

Es esencial persistir en la mejora de la calidad de los datos y fortalecer las redes de atención y notificación. Más allá de las metas alcanzadas, mantener estos logros a lo largo del tiempo es clave. En este sentido, es necesario abordar la multiplicidad de sistemas de información existentes, reconociendo que su diversidad puede conducir a la subnotificación y disminución en la calidad de los datos. Es importante que los sistemas sean amigables para los usuarios y que dialoguen entre sí de manera de disminuir la carga de la misma información en distintos sistemas.

En última instancia, reflexionar sobre las enfermedades incluidas en ETMI-Plus como un conjunto interrelacionado es fundamental. Las acciones dirigidas a eliminar una de estas enfermedades deben tener impactos positivos en los objetivos de las otras, maximizando la eficacia de las estrategias implementadas y fortaleciendo la respuesta integral frente a las enfermedades transmisibles prevenibles.

Accesibilidad y atención primaria: garantizando la salud integral para las personas con VIH, otras ITS, hepatitis virales y tuberculosis

Autores: Fabio Núñez, Eliana Bagán, Tomás Lucero, Clarisa Lugo, Soledad Sequeira.*

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

Introducción

En el marco de su compromiso con los acuerdos internacionales, Argentina sancionó en 2022 la Ley Nacional de Respuesta Integral al VIH, otras ITS, Hepatitis virales y TBC (Ley N.º 27.675). Esta ley ha sido reconocida por Onusida y otros organismos internacionales como un avance significativo en la elaboración de políticas públicas, ya que destaca por su proceso de construcción democrático y participativo, y su alineación con las directrices internacionales en materia de salud.

La ley actualiza las responsabilidades del Estado nacional, promoviendo una respuesta integral e intersectorial en el ámbito de la salud. En su artículo 2, establece que la atención integral debe fundamentarse en la atención primaria de la salud (APS) como estrategia clave de intervención. La APS actúa asegurando que las políticas establecidas en el texto legal sean realmente accesibles, enfatizando la necesidad de hacer eje en la prevención de las infecciones y en la promoción de hábitos saludables, impulsando acciones que identifiquen y aborden las desigualdades locales que afectan el acceso a la salud. Así, la atención primaria se enmarca en un enfoque de derechos que prioriza la accesibilidad, la no discriminación y el reconocimiento de los determinantes sociales de la salud.

Entre sus disposiciones iniciales, la Ley 27.675 remarca que se trata de una ley de orden público, y establece que sus disposiciones deben interpretarse de acuerdo con los compromisos internacionales asumidos por el Estado argentino a través del artículo 75, inciso 22 de la Constitución Nacional. Este compromiso implica que el Estado debe garantizar el acceso integral a herramientas preventivas, diagnósticos y tratamientos, evitando prácticas estigmatizantes y discriminatorias en todos los subsistemas de salud (público, de obras sociales y de medicina privada).

El monitoreo del acceso al tratamiento integral es función de la autoridad de aplicación y especialmente de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis y Tuberculosis (DRVIHVyT), que a través del área de Derechos Humanos y Sociedad Civil lleva adelante esta tarea.

Derechos humanos y VIH. Funciones y acciones

El área desempeña un papel fundamental en la promoción del acceso equitativo a tratamientos y servicios de salud para personas con VIH en Argentina. Desde su conformación en 2013, ha funcionado como nexo entre el Estado y la ciudadanía, facilitando comunicación y apoyo en el acceso a la información relacionada con profilaxis, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y demás situaciones reguladas por la normativa vigente.

Las consultas y reclamos que llegan a conocimiento del área se canalizan a través de la línea 0800 y el correo institucional, además de las consultas recibidas por falta de cobertura de los subsistemas de seguridad social y de empresas de medicina privada/prepaga, que son el medio que expresa formalmente la falta de acceso de los individuos al adecuado tratamiento por parte de esos subsistemas de salud.

A partir de las consultas recibidas, la DRVHVyT puede identificar barreras de acceso, como la falta de información, prácticas discriminatorias y dificultades geográficas o socioeconómicas entre otras. Esta información es vital para el desarrollo de políticas que aborden dichas problemáticas de manera efectiva.

El área no solo recibe consultas, sino que proporciona orientación específica a quienes enfrentan conflictos relacionados con el acceso a atención y tratamientos. Este asesoramiento es crucial para ayudar a las personas en sus itinerarios por el sistema de salud y asegurar que reciban la atención necesaria a los fines de sostener la adherencia y alcanzar la indetectabilidad.

También se trabaja en coordinación con los programas jurisdiccionales de VIH brindándoles soporte jurídico y técnico, cooperando en la resolución de consultas de las personas que se encuentran en sus jurisdicciones y colaborando en el desarrollo de estrategias de abordaje locales. A su vez, es central la articulación con otros organismos de control, tales como la Superintendencia de Servicios de Salud y las defensorías del pueblo, a fin de, por un lado, asegurar que las personas accedan a los servicios de salud y reciban una atención integral y, por el otro, monitorear el cumplimiento del marco legal.

Recopilación y análisis de datos

La sistematización de las consultas permite identificar y analizar las distintas barreras de accesibilidad detectadas. Este insumo facilita generar nuevos planes de acción y ajustar las estrategias para mejorar la respuesta ante las necesidades de la comunidad.

En 2023, se registraron 1.130 consultas y en los primeros seis meses de 2024, 799, lo que da una pauta de aumento de las consultas recibidas en relación con el año previo. La mayor proporción de las consultas de 2023 fueron realizadas por personas particulares. Si bien en las de 2024 se mantiene el porcentaje de consultas de particulares, se observa un incremento de las consultas realizadas por los hospitales, profesionales de la salud y centros de salud de todo el territorio nacional.

Los motivos de consulta más frecuentes están relacionados con el acceso a tratamiento de VIH, ITS, hepatitis virales y tuberculosis: situaciones de interrupción de tratamiento por parte de los subsectores de salud de obras sociales y empresas de medicina privada/prepaga, demora o negativa injustificadas de prestaciones, reclamos por falta de notificación en el sistema de vigilancia epidemiológica, falta de insumos preventivos, entre otras. También como parte de estas consultas, o a veces específicamente, se desprenden reclamos por situaciones de estigma y discriminación.

En respuesta a estas problemáticas, el área ha sido proactiva en brindar asesoramiento e información con el objetivo de revertir estas situaciones, así como en exigir el cumplimiento de las prestaciones a las entidades involucradas, redirigiendo los reclamos al organismo de control pertinente (la Superintendencia de Servicios de Salud) y orientando a las personas a la utilización de los circuitos existentes.

El área también interviene en casos en que se registran interrupciones en el tratamiento, para asegurar la continuidad de la atención incluso cuando hay problemas con el acceso a coberturas de salud. Estas intervenciones han permitido regularizar situaciones y cubrir temporalmente tratamientos ante la falta de acceso a servicios.

En el ámbito del subsector público de salud, se registraron consultas de personas que se atendían en hospitales a pesar de contar con una obra social activa y, por lo tanto, debían regularizar su situación de cobertura de salud. Se tomó contacto con cada persona que acudió al área y con los efectores que atienden estas situaciones a fin de asesorarlas y explicarles cómo proceder para el alta en su prestación, acompañándolas durante dicho proceso.

De esta forma, se logró regularizar una serie de dificultades en el acceso. También se atendieron situaciones de personas que ya no contaban con obra social pero seguían figurando en los registros de información de forma activa y, por lo tanto, tenían dificultades para ingresar al sistema público de salud. En estos casos, se las asesoró sobre los procesos para solicitar la actualización de las bases de datos de la Superintendencia de Servicios de Salud o de ANSES y, simultáneamente, se dio cobertura de tratamiento para evitar interrupciones, hasta regularizar finalmente su ingreso al sistema público de salud. Es de destacar que estas intervenciones no solo destrabaron la interrupción de prestaciones de obras sociales o de la medicina privada, sino que además fortalecieron el uso racional de los insumos del Estado.

Otras consultas frecuentes relacionadas con el acceso a la información se refieren a lugares o servicios donde realizarse una prueba diagnóstica, así como a los inicios de tratamiento, consultas clínicas, legales o abordajes de situaciones psicosociales.

Entre 2023 y el primer semestre de 2024, ha habido un incremento en las consultas vinculadas al ejercicio de derechos previsionales establecidos por la ley 27.675. Las inquietudes más comunes abarcan cómo llevar a cabo el trámite, a dónde dirigirse, qué documentación presentar, la falta de acceso a la notificación en los sistemas de información, así como notificaciones incompletas, entre otras cuestiones. Estas consultas fueron articuladas con la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES).

La sistematización demuestra la necesidad de canales de información claros, comprensibles y adecuados para que las personas puedan ejercer sus derechos. Resulta imprescindible contar con espacios que permitan la evaluación de las políticas sanitarias, que facilitan la redirección de acciones inadecuadas y promuevan una utilización efectiva de los recursos. Cumplir con la obligación a nivel nacional de alcanzar la meta 95-95-95 es clave para poner fin a la epidemia. Así, la observancia y cumplimiento efectivo de la ley 27.675 son esenciales para garantizar todos los aspectos mencionados.



A modo de cierre

El área de Derechos Humanos y Sociedad Civil de la DRVIHVyT no solo actúa como un facilitador en la búsqueda de equidad y accesibilidad a los servicios de salud, sino que se erige como un pilar de la respuesta integral hacia las personas con VIH.

En la atención de reclamos y consultas, el trabajo cotidiano del área desmantela barreras en el acceso a derechos y servicios, y brinda asesoramiento con información clara y precisa, adecuada a cada caso. En un enfoque más amplio, las intervenciones se articulan con diferentes entidades públicas, privadas y de la sociedad civil, lo que permite llevar un monitoreo de las relaciones entre los subsistemas de salud para que, en función del marco legal vigente, se cumplan las obligaciones que las entidades tienen con sus afiliados y afiliadas. Estas acciones son esenciales para garantizar el acceso a una atención oportuna y a la continuidad de los tratamientos, a la vez que redundan en un uso racional de los recursos.

Herramientas de comunicación para el abordaje de la prevención combinada

Autores: Cynthia Beduino, Nicolás Linares, Melisa Tabacman.*

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

Con el propósito de fortalecer la estrategia de prevención combinada del VIH, desde el área de Comunicación de la Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis (DRVIHVyT), hemos compilado una serie de recursos destinados a equipos de salud, a personas que participan en la toma de decisiones en el ámbito de la gestión sanitaria y a la población en general, con el objetivo de proporcionar herramientas que garanticen el acceso a información clara, oportuna, precisa y actualizada.

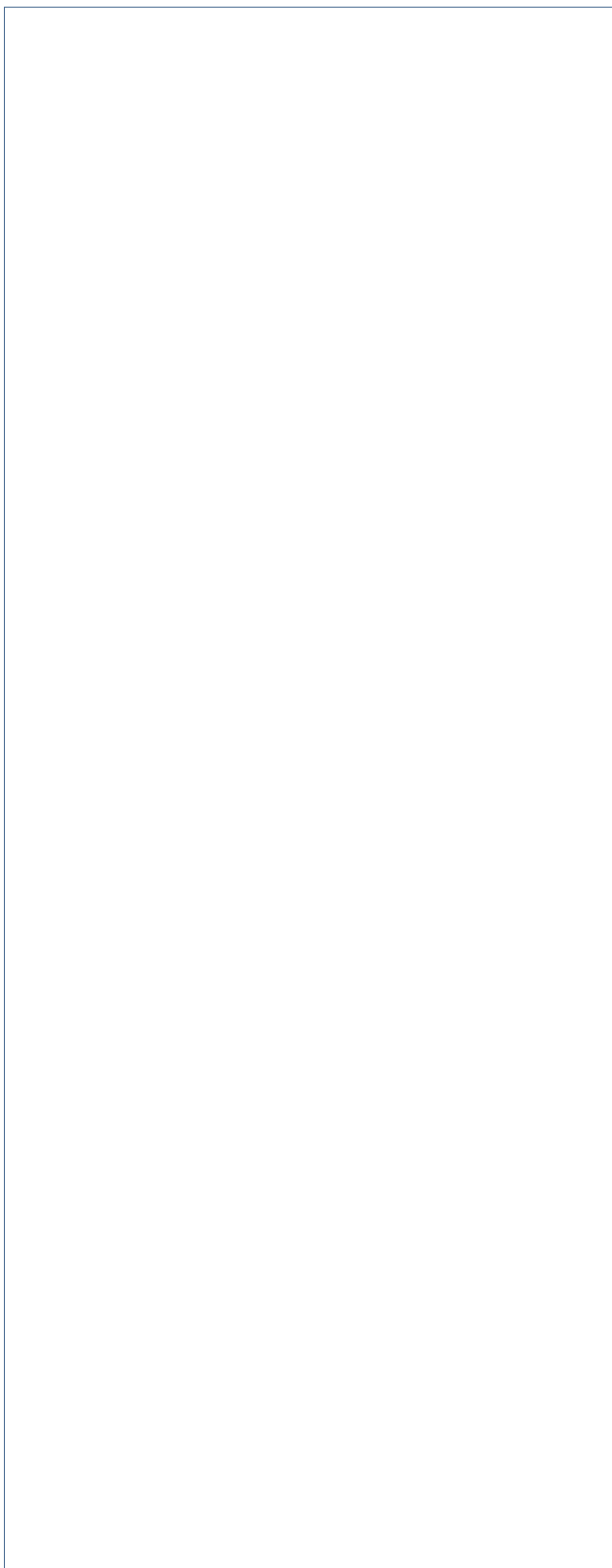
En este sentido, es importante resaltar el componente comportamental de la prevención combinada, cuyo objetivo principal es ofrecer información basada en evidencia científica que permita a las personas tomar decisiones autónomas e informadas. Esto implica desarrollar e implementar estrategias personalizadas para la prevención de las ITS considerando las prácticas sexuales y la realidad cotidiana de las personas, teniendo en cuenta que existen situaciones de vulnerabilidad en las que la autonomía para la toma de decisiones puede verse comprometida.

Por otra parte, en articulación con la Dirección Nacional de Atención Primaria y Salud Comunitaria, también se busca promover materiales e información que colaboren con los equipos territoriales para buscar una mejora en las condiciones de salud de la población.

Para aquellas personas que se vinculan con la población a nivel sanitario, se recomienda:

- Ofrecer información que considere el contexto de la persona y le permita saber cómo acceder a los servicios que la estrategia ofrece.
- Reforzar que la confidencialidad es un derecho.
- Usar un lenguaje sencillo, claro, actualizado y accesible, adaptado al nivel educativo, contexto social y cultural de las personas a quienes va dirigido.
- Brindar información que incentive el diálogo con el equipo de salud.

Con este espíritu, se produjeron diversos recursos digitales cuyo propósito es difundir materiales efectivos que ayuden a educar, informar y sensibilizar a la población sobre prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH y otras ITS, a disposición en los siguientes links:



Vacunatorios
Consultorios



Ministerio de Salud
República Argentina

0800.222.1002
argentina.gob.ar/salud/vih-its
Av. 9 de Julio 1925. C.A.B.A.