

Prevención Combinada del VIH y las ITS

Recomendaciones
para la
implementación

Edición 2022

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



Ministerio de Salud
Argentina

**primero
la gente**

Presidente de la Nación

Dr. Alberto Fernández

Ministra de Salud

Dra. Carla Vizzotti

Secretaria de Acceso a la Salud

Dra. Sandra Tirado

Subsecretario de Estrategias Sanitarias

Dr. Juan Manuel Castelli

Director Nacional de Control de Enfermedades Transmisibles

Dr. Hugo Feraud

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

Dra. Mariana Ceriotto

Contenidos

José Barletta, Analía Dorigo, Mercedes Nadal y Julia Recchi

Revisión

Ariel Adaszko, Roxana Aquino, María Eugenia Latorre, Nicolás Linares y Sergio Martini (Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis).

Consultoría externa

Marcelo Vila (Organización Panamericana de la Salud (OPS)) y Sergio Maulen (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA)).

Diseño y corrección

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

Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, 2022.

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

Prevención combinada del VIH y las ITS

Recomendaciones para la implementación

Edición 2022

Se agradece el apoyo técnico y financiero de la
Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
(OPS/OMS) para el desarrollo de esta publicación.

Abreviaciones

Índice

3TC	Lamivudina
ARV	Medicación antirretroviral
ELISA	Enzimo-inmunoensayo
ESI	Educación sexual integral
FDA	Food and Drug Administration
FTC	Emtricitabina
HBcAc	Anticuerpos contra el antígeno del core del virus de la hepatitis B
HBsAc	Anticuerpos contra el antígeno de superficie del virus de la hepatitis B
HBsAg	Antígeno de superficie del virus de la hepatitis B
HCG	Gonadotrofina coriónica humana
HSH	Hombres que tienen sexo con otros hombres
IgG	Anticuerpos de tipo inmunoglobulina G
ITS	Infecciones de transmisión sexual
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PcVIH	Personas con VIH
PEP	Profilaxis Post-Exposición para el VIH
PrEP	Profilaxis Pre-Exposición para el VIH
TARV	Tratamiento Antirretroviral
TasP	Treatment as Prevention / Tratamiento como Prevención
TDF	Tenofovir disoproxil fumarato
VDRL	Venereal disease research laboratory
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
VHB	Virus de la hepatitis B
VHC	Virus de la hepatitis C
VPH	Virus del papiloma humano

Presentación



Una respuesta eficaz y efectiva al VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) requiere por un lado comprender globalmente tanto la vulnerabilidad incrementada como el menor acceso a los servicios en las poblaciones clave y, por el otro, la aplicación sistemática de un conjunto de políticas programáticas que integre a las comunidades en el proceso de toma de decisiones e implementación⁽¹⁾.

Este documento tiene como objetivo unificar las recomendaciones sobre prevención del VIH y otras ITS con foco en las poblaciones clave, y brindar lineamientos programáticos para la implementación y monitoreo de servicios de Prevención combinada. Está destinado tanto a equipos de salud como a personas que participen en la toma de decisiones en el ámbito de la gestión sanitaria.

1. Resumen de las recomendaciones

Recomendaciones universales

Se recomienda promover el uso de preservativos y geles lubricantes en todas las relaciones sexuales. Para aumentar su accesibilidad, éstos deben estar disponibles en forma de puestos fijos, ser gratuitos y la cantidad a retirar debe ser definida por la persona usuaria.

Se recomienda ofrecer en forma sistemática el testeo voluntario, gratuito y confidencial para el VIH a todas las personas, con especial foco en aquellas pertenecientes a poblaciones clave.

Se recomienda incorporar en las consultas una valoración individualizada de la posibilidad de exposición al VIH y otras ITS con foco en las poblaciones clave, para guiar la orientación y asesoramiento y contribuir a seleccionar el paquete de medidas más apropiado a la realidad de cada persona.

Se recomienda ofrecer sistemáticamente el tamizaje para sífilis, clamidia y gonorrea en las poblaciones clave.

Se recomienda ofrecer el tratamiento de las ITS en el mismo momento y en el mismo lugar donde se realizó el diagnóstico clínico y/o de laboratorio.

Se recomienda ofrecer el testeo para el virus de la hepatitis C (VHC) en forma universal al menos una vez en la vida, e individualizar la frecuencia del re-testeo.

Se recomienda ofrecer en forma universal el testeo para el virus de la hepatitis B (VHB) al menos una vez en la vida a las personas no vacunadas.

Se recomienda el inicio de tratamiento para VHC en toda persona con diagnóstico confirmado (PCR o carga viral +), independientemente del grado de fibrosis o tiempo de evolución de la infección. En cuanto al tratamiento para VHB, es recomendable el seguimiento por especialista para determinar el estadio de la enfermedad, establecer controles periódicos y valorar la necesidad de inicio de tratamiento en el momento oportuno.

Se recomienda la vacunación sistemática y universal contra hepatitis B.

Se recomienda ofrecer sistemáticamente la vacunación contra hepatitis A en adultos susceptibles pertenecientes a poblaciones clave.

Se recomienda ofrecer sistemáticamente la vacunación contra VPH en forma universal en niños y niñas de 11 años nacidos a partir del año 2006.

Recomendaciones específicas para personas con testeo inicial negativo para VIH

Se recomienda incorporar en forma sistemática al asesoramiento post test una valoración del riesgo de exposición al VIH y otras ITS y priorizar la oferta de intervenciones adicionales de prevención a las personas con un test negativo que tengan riesgo sustancial.

Se recomienda ofrecer Profilaxis Pre-Exposición para el VIH (PrEP) basada en tenofovir/emtricitabina o tenofovir/lamivudina como medida adicional y como parte de una estrategia de Prevención combinada a todas las personas en riesgo sustancial de infección por VIH.

Se recomienda que la Profilaxis Post-Exposición para el VIH (PEP) y otras ITS esté disponible para todas las personas y se ofrezca y entregue lo antes posible ante situaciones de exposición potencial al VIH.

Recomendaciones específicas para personas con VIH

Se recomienda ofrecer en forma sistemática tratamiento antirretroviral en forma universal a todas las personas con VIH y promover el inicio en el día cuando eso sea factible y la persona esté preparada.

Se recomienda ofrecer sistemáticamente la vacunación contra VPH en forma universal en niños y niñas de 11 años nacidos a partir del año 2006, y en todas las PcVIH hasta los 26 años de edad.

2. Epidemiología y definición de las poblaciones clave



Aunque durante los últimos años se han producido avances significativos en el camino hacia las metas 95-95-95, las barreras en el acceso a servicios para prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH y otras ITS y el impacto desproporcionado que éstas tienen sobre las denominadas poblaciones clave representan un desafío más vigente que nunca^(2,3).

En la Argentina y en la región, las poblaciones clave (**Figura 1**) continúan representando un número desproporcionado de las nuevas infecciones por VIH, con

una prevalencia que supera ampliamente a la de la población general^(4,5). En este sentido, la respuesta programática al VIH y otras ITS requiere de un enfoque de prevención combinada y un abordaje centrado en la autonomía que ponga a las poblaciones clave en perspectiva y les acerque servicios que sean accesibles y adaptados a las necesidades y realidad de las personas, tengan la periodicidad apropiada, mantengan un alto nivel de calidad y aseguren en todo momento la seguridad y confidencialidad de los usuarios y usuarias^(3,6).

Figura 1. ¿A qué llamamos poblaciones clave?

Las poblaciones clave son conjuntos de personas que por sus prácticas y condicionantes estructurales se encuentran más expuestas a la infección por VIH y otras ITS. Estos colectivos a menudo sufren violaciones sistemáticas de sus derechos humanos. Las barreras de tipo legal y social, y el estigma y discriminación que enfrentan y que están vinculados a esas prácticas y condicionantes estructurales acentúan y perpetúan su situación de mayor vulnerabilidad al VIH y otras ITS.

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

Si bien no existe una definición o un umbral universal para definir riesgo incrementado, este concepto se utiliza habitualmente para referirse a personas que integran grupos con una incidencia esperada de VIH igual o superior al 3 % anual⁽⁷⁻⁹⁾. Es importante destacar también que, aunque la pertenencia a una población clave se define por prácticas específicas de las personas que se asocian a una mayor exposición al VIH y

otras ITS, esta vulnerabilidad no es una variable uniforme para todas las personas que pertenecen a una población clave. Las singularidades de las personas, sus prácticas y sus redes implican por lo tanto que la valoración de riesgo debe ser individualizada, y que no puede asumirse que una persona tiene riesgo sustancial de infección por VIH e ITS exclusivamente por pertenecer a una población clave^(3,7,10).

Figura 2. Definición operativa de poblaciones clave.

Varones cis que tienen relaciones sexuales con otros varones cis (HSH)

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

Personas trans

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

Trabajadores y trabajadoras sexuales

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

Fuente: Adaptado de Organización Panamericana de la Salud. Marco de monitoreo de los servicios relacionados con el VIH y las ITS para grupos de población clave en América Latina y el Caribe. 2019. Consultado: 25/6/2020.

Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51681/9789275321065_spa.pdf.

Figura 3. Estrategia 95-95-95.

Las metas 95-95-95 son un conjunto de propuestas construidas por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) a través de una consulta a los países, y propone como objetivo para el año 2025:

- Que el 95 % de las personas en riesgo sustancial de infección por VIH tienen acceso a servicios de prevención combinada,
- Que el 95 % de las personas con VIH conozca su status serológico,
- Que el 95 % de las personas diagnosticadas con VIH reciba terapia antirretroviral en forma sostenida,
- Que el 95 % de las personas con VIH que reciben TARV alcance y mantenga la supresión virológica.

El Plan Estratégico propone además poner fin a las desigualdades y lograr que:

- Menos del 10 % de las PcVIH y poblaciones clave sufran estigma y discriminación,
- Menos del 10 % de las PcVIH, mujeres, niñas y poblaciones clave sufran desigualdades y violencia de género,
- Menos del 10 % de los países tengan leyes y políticas punitivas.

Fuente: Adaptado de UNUSIDA. Estrategia mundial contra el sida 2021-2026. Acabar con las desigualdades. Acabar con el sida. [Internet]. 2021 [citado el 1 de septiembre de 2021].

Disponible en: <https://www.unaids.org/en/Global-AIDS-Strategy-2021-2026>

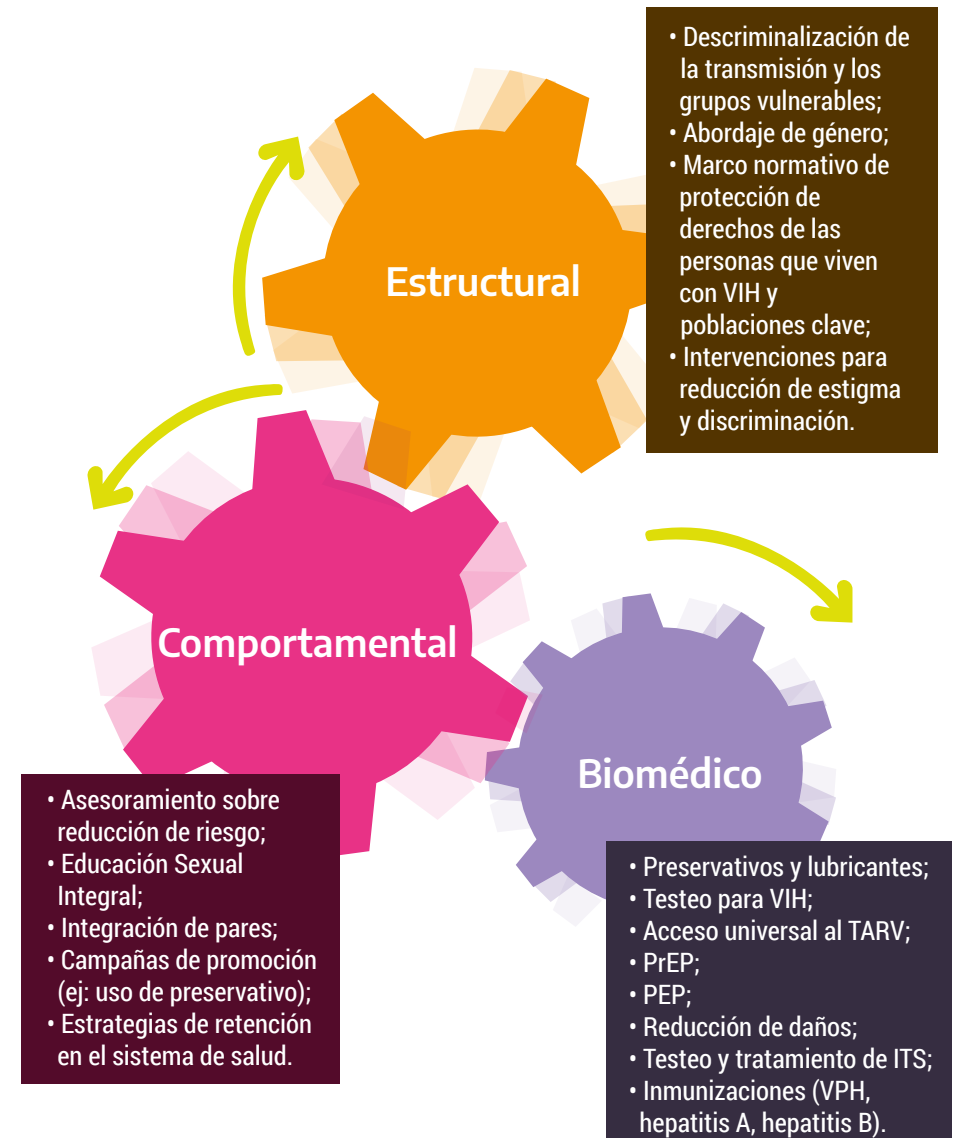
3. Componentes de la Prevencción combinada



La Prevencción combinada es un enfoque de respuesta al VIH y otras ITS que se propone por un lado garantizar la oferta integral de servicios adecuados a la realidad de cada persona y por el otro contribuir a realizar transformaciones político-estructurales.

Está organizada en tres componentes: estructural, biomédico y comportamental; que incluyen intervenciones que deben contemplar los servicios de salud, los niveles de gestión y las áreas de comunicación. Asimismo, las intervenciones deben estar centradas en las personas, en sus grupos sociales y en los territorios en los que habitan; e integrar las nuevas tecnologías y estrategias de prevención a intervenciones con eficacia y efectividad consagrada en la prevención del VIH y otras ITS (Figura 4).

Figura 4. Áreas de abordaje de la Prevencción combinada.



Fuente: Adaptado de International HIV/AIDS Alliance. An advocacy brief for community led organizations, advancing combination HIV prevention, 2016.

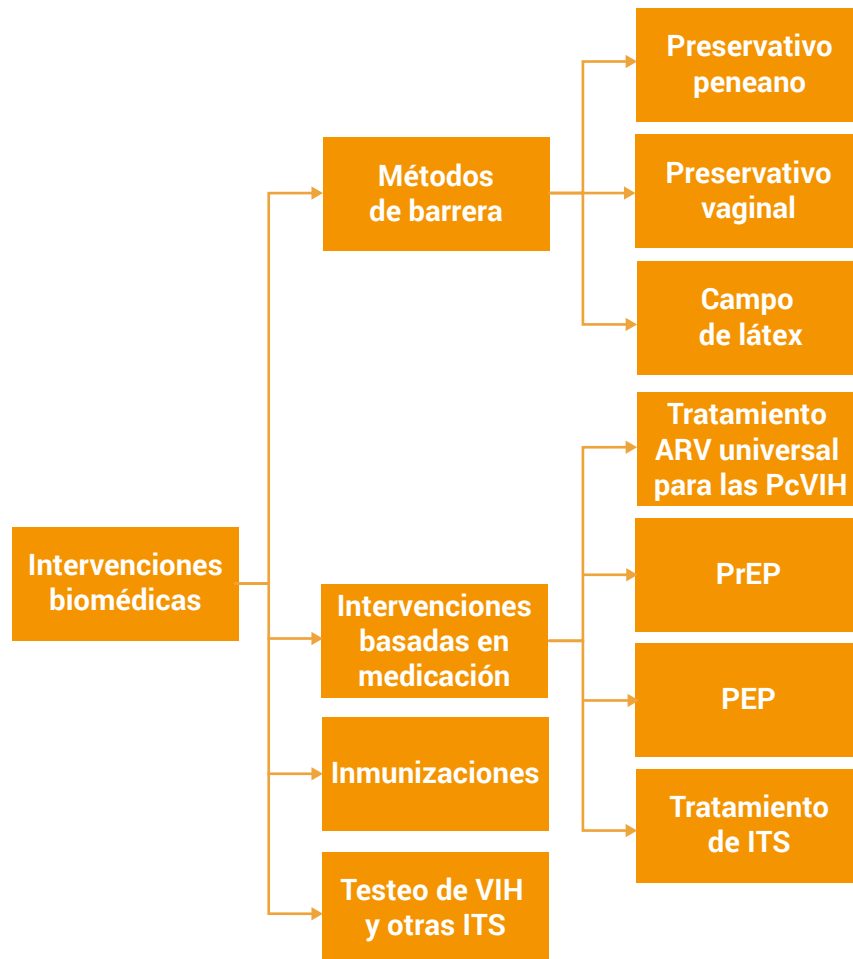
Disponible en: http://www.aidsalliance.org/assets/000/002/472/web_AllianceUnaided_Comb_prevention_original.pdf?1459762561

1. Intervenciones biomédicas

Son aquellas que involucran estrategias o insumos que actúan sobre los mecanismos biológicos que emplean el VIH y otros agentes causantes de ITS para infectar a las personas. A las intervenciones biomédicas clásicas como el uso de métodos de barrera

(preservativos peneano y vaginal, campo de látex) y las inmunizaciones, se incorporan aquellas basadas en el uso de medicación antirretroviral y no antirretroviral como la Profilaxis Pre y Post-Exposición para el VIH (PrEP y PEP) y el tratamiento como prevención para el VIH y otras ITS (Figura 5).

Figura 5. Componentes biomédicos de la prevención combinada.



1.1. Métodos de barrera

Históricamente, la promoción sistemática del uso de métodos de barrera (como el preservativo vaginal o el peneano y el campo de látex) es una política pivotal en la prevención del VIH y otras ITS. La oferta gratuita y sistemática de los preservativos y lubricantes a través de puestos fijos de distribución aumenta su accesibilidad y permite que la decisión sobre si es usado o no (por imposibilidad en la negociación o por una decisión autónoma e informada) sea con garantía de disponibilidad del insumo⁽¹¹⁾.

Los métodos de barrera son económicos, seguros, fáciles de usar, accesibles, prácticamente sin efectos adversos, y son los únicos métodos que además de reducir significativamente la posibilidad de transmisión del VIH y otras ITS evitan los embarazos no intencionales^(12,13). Los datos muestran, sin embargo, que una proporción significativa de las personas que pertenecen a poblaciones clave no utiliza preservativo en forma consistente⁽⁴⁾.

Desde la perspectiva de los usuarios y usuarias, los preservativos y otros métodos de barrera requieren la iniciativa sostenida de las personas dado que debe garantizarse un uso continuo y correcto en todas las relaciones sexuales para ser efectivos como método de prevención; y esto puede representar una barrera para su adherencia efectiva. Además, pueden

no ser suficientes para garantizar la prevención de ITS en todas las prácticas sexuales; por ejemplo, no previenen la transmisión a través de prácticas de frotación vulva con vulva o cuando las lesiones están por fuera de la zona que cubre el preservativo, y su rol en la prevención de la transmisión de ITS como el herpes genital y virus del papiloma humano (VPH) es limitado^(14,15).

1.2. Acceso universal al tratamiento antirretroviral para las personas con VIH

El inicio oportuno del tratamiento antirretroviral en las PcVIH es una estrategia que permite reducir significativamente la morbimortalidad asociada al VIH-sida y limitar la posibilidad de transmisión a otras personas^(16,17).

A escala individual, si las PcVIH acceden al TARV y mantienen una carga viral no detectable en forma sostenida se elimina la posibilidad de transmisión por vía sexual⁽¹⁸⁻²⁰⁾ y se reduce significativamente la posibilidad de transmisión por vía perinatal⁽²¹⁾. A escala poblacional, el concepto de tratamiento como prevención hace referencia al impacto que el acceso universal y sostenido al tratamiento de todas las PcVIH tiene en términos de reducción de la incidencia de VIH y su rol indiscutido como herramienta para contribuir al control de la epidemia en el mediano plazo⁽²²⁻²⁴⁾.

En la Argentina y en línea con las recomendaciones de la OMS, las directrices clínicas vigentes refuerzan la importancia del tratamiento universal para todas las personas con VIH, priorizando el uso de esquemas con alta eficacia y tolerabilidad como un pilar fundamental en la prevención de la transmisión del VIH y de la reducción de la morbilidad asociada^(25,26). En los últimos años se avanzó, además, en la implementación de la política de inicio rápido del TARV, con especial énfasis en el inicio en el mismo día de la confirmación diagnóstica si no existen contraindicaciones y si la PcVIH está lista y de acuerdo^(25,27).

1.3. Profilaxis Post-Exposición para el VIH

La Profilaxis Post-Exposición o PEP se refiere al uso de medicación antirretroviral luego de una exposición potencial al VIH para reducir la posibilidad de transmisión, y debe iniciarse dentro de las 72 horas de producido el evento⁽²⁶⁾. Existe amplio consenso en que la PEP es una herramienta segura y altamente efectiva para reducir la transmisión del VIH⁽²⁸⁻³⁰⁾.

En la Argentina, el uso de PEP está fuertemente recomendado en todos los casos en los que esté clínicamente indicado y su inicio se considera una urgencia⁽³⁰⁾.

Sin embargo, es un recurso ampliamente subutilizado y cuya accesibilidad

y grado de implementación son especialmente bajos frente a exposiciones durante relaciones sexuales consentidas y en poblaciones con muy alta incidencia de VIH como las mujeres trans^(31,32).

Históricamente, el acceso ampliado a la PEP planteó la posibilidad de que su mayor disponibilidad redundara en compensación de riesgo que lleve a un menor uso de preservativo⁽³³⁾. Sin embargo, aunque está claro que las personas usuarias de PEP pueden tener una incidencia de VIH mayor a la de la población general, no hay evidencia de que el uso de PEP se asocie a menor uso de preservativo; por el contrario, el uso reiterado de PEP en poblaciones clave probablemente sea un subrogante de que el riesgo sustancial a la infección por VIH existía previamente⁽³⁴⁾. En este sentido, la solicitud de PEP (independientemente de si está indicada o no) y las consultas de prescripción y seguimiento constituyen oportunidades ineludibles para una valoración de riesgo y para identificar a las personas en riesgo sustancial que podrían beneficiarse de otros componentes de la Prevencción combinada como la PrEP⁽⁷⁾.

Cuando se indique PEP en situaciones de violencia sexual, debe recordarse que estos escenarios requieren un abordaje integral con perspectiva de género, diversidad y derechos que evite la revictimización; y garantizar además el acceso a la anticoncepción

de emergencia y/o la interrupción voluntaria del embarazo^(35,36).

1.4. Profilaxis Pre-Exposición para el VIH

La Profilaxis Pre-Exposición para el VIH o PrEP consiste en el uso de medicación antirretroviral en personas VIH negativas y en riesgo sustancial de contraer VIH para reducir su posibilidad de infección. A diferencia de la PEP, que se prescribe luego de la exposición, la PrEP se refiere al uso continuo o a demanda de medicación antirretroviral antes de las situaciones de exposición. La PrEP oral basada en TDF/FTC o TDF/3TC es altamente efectiva para prevenir la transmisión del VIH^(29,37-47); y su uso como parte de una estrategia de prevención combinada está fuertemente recomendado en personas en riesgo sustancial

de infección por VIH^(7,8,47). La **Figura 6** resume los criterios de elegibilidad para uso de PrEP en Argentina⁽⁷⁾.

Dado que la autopercepción de riesgo para infección por VIH y la PrEP como herramienta de prevención son factores que motivan a las personas usuarias a demandarla⁽⁴⁸⁾, se sugiere que los equipos de salud puedan mantener una postura abierta y receptiva ante las personas que solicitan PrEP. Puede ser que en una primera conversación no exista la confianza o comodidad como para develar la orientación sexual o las prácticas sexuales, por esto es clave poder construir un espacio de consulta confidencial y de respeto y garantizar la oferta de PrEP a las personas elegibles.

Figura 6. Criterios de elegibilidad para uso de PrEP

Varones cis que tienen relaciones sexuales con otros varones cis y mujeres trans que reporten uso inconsistente de preservativo en relaciones sexuales anales (receptivas o insertivas) y/o hayan tenido diagnóstico clínico de una ITS bacteriana en los últimos 6 meses y/o hayan solicitado o recibido PEP en más de una oportunidad.

Parejas serodiscordantes en las que la persona VIH positiva no mantenga una carga viral indetectable en forma sostenida y que reporten uso inconsistente de preservativo en las relaciones sexuales.

Trabajadores y trabajadoras sexuales y/o personas en situación de prostitución con uso inconsistente de preservativo.

Usuarios/as de drogas que en los últimos seis meses hayan compartido agujas u otros implementos.

Aunque –al igual que ocurrió inicialmente con la PEP– existe con frecuencia preocupación en relación a la posibilidad de que el uso de PrEP pueda asociarse a prácticas de compensación de riesgo (ej: menor uso de preservativo) y a un incremento la incidencia de otras ITS, no hay evidencia de que esto ocurra en el marco de ensayos clínicos ni en escenarios de la vida real^(49–53). Por el contrario, los servicios de provisión de PrEP deben funcionar en forma integrada con otros componentes de la Prevencción combinada y ser una oportunidad para fortalecer el acceso al testeo y tratamiento de las ITS con especial foco en poblaciones clave⁽⁴⁹⁾.

1.5. Inmunizaciones

Los programas de inmunizaciones juegan un rol clave en el camino hacia una estrategia global para la prevención y control de algunas ITS, como las hepatitis virales y las enfermedades ocasionadas por el virus del papiloma humano^(49,54,55).

En la Argentina la estrategia de vacunación contra hepatitis B en la población general tuvo múltiples etapas, y pasó desde la incorporación de la vacuna en niños y niñas recién nacidos en el año 2000 hasta el inicio de la vacunación universal contra la hepatitis B a partir del año 2012. Un esquema de tres dosis de la vacuna tiene una eficacia del 90 al 95 % para indicar una respuesta inmune adecuada y prevenir la infección aguda y las

formas crónicas de la infección por el virus de la hepatitis en niños y adultos. Es fundamental asegurar la oferta de vacuna contra hepatitis B en forma universal a todas las personas, con especial foco en aquellas nacidas antes del año 2000.

En cuanto a la infección por el virus de la hepatitis A, era la primera causa de hepatitis fulminante y de trasplante hepático en población pediátrica. En ese contexto, en junio de 2005 se incorporó al Calendario Nacional de Vacunación (CNV) una dosis única de vacuna contra hepatitis A (VHA) para todos los niños de 12 meses de edad con el objetivo de alcanzar altos títulos de anticuerpos en el corto plazo; y asumiendo que los anticuerpos se mantendrían en niveles protectores debido a la amplia circulación del virus en nuestro medio, que serviría como refuerzo natural para la población vacunada. **Si bien desde la implementación de la estrategia de vacunación la incidencia de VHA es baja, en los últimos años, y en concordancia con lo que está sucediendo en el contexto internacional, parece mostrar un cambio de patrón epidemiológico, con un aumento de casos en la población entre 20 y 39 años, en varones cis que tienen relaciones sexuales con otros varones cis y en usuarios/as de drogas inyectables.**

Considerando que se cuenta con vacunas de demostrada eficacia y seguridad disponible para ciertas poblaciones

clave, resulta fundamental integrar las estrategias de prevención. Es importante que las campañas de vacunación dirigidas a poblaciones clave funcionen en forma articulada con otros dispositivos de la Prevencción combinada, tales como testeo para VIH y otras ITS, la valoración de riesgo de infección por VIH y vinculación a servicios de prescripción y dispensa de PrEP y PEP en personas elegibles^(49,56).

Además de la vacunación universal contra hepatitis B (incluida en el Calendario Nacional de Inmunizaciones desde el año 2014), es especialmente importante asegurar la inmunidad contra Hepatitis A en poblaciones clave y PcVIH susceptibles (con IgG para HAV negativa)^(57,58). En poblaciones que enfrenten barreras significativas para el acceso al sistema de salud, cuando existan dudas sobre la posibilidad de seguimiento o cuando la vacunación forme parte de una estrategia de control de brote, se recomienda fuertemente iniciar el esquema de vacunación “en sucio” (sin serología previa o a la espera del resultado luego de extraer la muestra).

Finalmente, en lo que refiere a otras ITS, la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) está indicada en forma universal en niños y niñas de 11 años nacidos a partir del año 2006, y en todas las PcVIH hasta los 26 años de edad⁽⁵⁷⁾.

1.6. Testeo y tratamiento de las ITS

En la Argentina y en todo el mundo, las infecciones de transmisión sexual muestran una incidencia creciente en los últimos años, y una tendencia clara hacia la concentración en poblaciones clave y adultos y adultas jóvenes⁽⁵⁾.

Las ITS pueden tener consecuencias serias sobre la salud sexual y reproductiva de las personas, y el hecho de que a menudo sean asintomáticas u oligosintomáticas plantea desafíos adicionales para su detección y tratamiento precoz^(49,51,56). El abordaje y tratamiento sindrómico tradicional, por otro lado, tiene limitaciones significativas en personas con infección rectal, vaginal y/o faríngea aunque puede resultar de utilidad en escenarios de recursos diagnósticos limitados⁽⁵⁹⁾.

A escala poblacional, el diagnóstico y tratamiento precoz de las ITS puede reducir significativamente la posibilidad de transmisión: estudios observacionales muestran que incrementar la frecuencia del testeo de sífilis en poblaciones clave se asocia a un aumento en la incidencia de sífilis primaria que ocurre en paralelo con una caída significativa en la incidencia de sífilis secundaria y latente tardía, sugiriendo que el testeo más frecuente permite detectar más infecciones durante estadios precoces (y con mayor posibilidad de transmisión)^(59,60).

Avanzar hacia la descentralización del testeo en efectores del primer nivel de atención y/o gestionados por la sociedad civil, universalizar la disponibilidad de pruebas rápidas y establecer como estándar de cuidado el tratamiento de las ITS en el mismo momento y en el mismo lugar del diagnóstico son pasos que permiten consolidar el abordaje integral de las ITS en el marco de los servicios de Prevencción combinada.

1.7. Testeo para VIH

El diagnóstico oportuno del virus VIH (definido habitualmente como aquel que ocurre en una etapa asintomática y con un recuento de CD4 mayor a 200 células/mm³⁽⁶⁾) representa uno de los mayores desafíos en el abordaje de la epidemia a escala programática. En este sentido, la mera expansión o aumento de la oferta de testeo es sólo una parte de la respuesta: es preciso estimular la búsqueda activa de personas no diagnosticadas de forma rutinaria y periódica, considerando para ello todos los niveles de atención. Es preciso considerar, además, que el acceso al diagnóstico esté vinculado a los servicios preventivos, terapéuticos y asistenciales de VIH, sífilis, las hepatitis virales y el resto de las ITS. Recomendar el testeo oportuno y sistemáticamente aumenta las posibilidades de un diagnóstico temprano y, en consecuencia, reduce su morbi-mortalidad y mejora la calidad de vida de

las personas. Conocer los beneficios en la calidad de vida del tratamiento adecuado y oportuno, y la condición de intransmisibilidad en caso de ser indetectable, pueden disminuir el miedo y ser un estímulo para la realización del test de VIH⁽⁶⁾.

Disminuir barreras en el acceso en ocasiones puede implicar también la oferta en horarios o lugares accesibles a la población objetivo, como así también la participación de promotores de salud o de pares en las estrategias de promoción. Asimismo, pueden resultar favorecedoras del acceso las estrategias focalizadas con organizaciones de referencia de poblaciones priorizadas, con trabajadores y trabajadoras sexuales o en adolescentes (aun antes de haber iniciado relaciones sexuales).

Algunas de las intervenciones que pueden contribuir a aumentar el acceso al diagnóstico de VIH incluyen:

Uso de pruebas rápidas.

A diferencia de los test realizados en el laboratorio, las pruebas rápidas en el punto de atención pueden ser implementadas por personas capacitadas en la técnica, sin equipamiento de alta complejidad ni requerimiento de logística para la derivación de muestras. Son, además, robustas y fáciles de usar, permiten que los resultados se puedan conocer en la consulta y existen pruebas duales para sífilis y VIH en un mismo soporte. Estas ventajas, por

lo tanto, permiten su implementación en distintos escenarios, incluyendo el primer nivel de atención de salud, las organizaciones de la sociedad civil, campañas en la vía pública y en otros sitios de reunión o encuentro de las poblaciones clave y sus redes; acercando las pruebas diagnósticas a las poblaciones priorizadas.

Autotest.

El autotest se define como el proceso en el cual un individuo recolecta su propia muestra clínica (por ejemplo, sangre o fluido oral), realiza una prueba e interpreta los resultados en forma autónoma, cuando y donde prefiera. El autotest puede reforzar la autonomía de los usuarios, favorecer la descentralización de los servicios de diagnóstico y estimular la generación de demanda en aquellos/llas usuarios/as en los que el testeo frecuente resulta prioritario y en quienes no son alcanzados en forma efectiva por las estrategias estándar disponibles⁽⁶²⁾.

Testeo en el contexto de controles de salud.

En la Argentina, ofrecer el testeo voluntario y confidencial para VIH está recomendado a todas las personas que entren en contacto con el sistema de salud, independientemente de la causa; y el ofrecimiento es obligatorio en consultas relacionadas a ITS, tuberculosis, neoplasias sólidas o hematológicas, síndrome febril de causa no evidente y cualquier otra condición posiblemente

vinculada al VIH-sida, así como en los controles gestacionales y la evaluación pre gestacional⁽⁶³⁾. En escenarios de recursos limitados, garantizar que se ofrezca en forma sistemática el testeo para VIH y otras ITS en los escenarios clínicos considerados mandatorios, en el marco de la interrupción voluntaria del embarazo y en los servicios de salud sexual con foco en poblaciones clave debe considerarse un objetivo de mínima.

Descentralización del testeo.

Acercar la oferta del test de VIH a los distintos niveles de atención (y con especial foco en el primer nivel de atención) permite ampliar el acceso al test y a otros componentes de la prevención combinada.

Refuerzo del rol de la comunidad en los servicios de testeo.

La articulación con organizaciones de la sociedad civil implica que sus referentes funcionen no solo como “derivadores” de personas hacia efectores del sistema de salud, sino que también sean incorporados/as a las mesas de trabajo y toma de decisiones y que participen activamente en la provisión de servicios de salud a las poblaciones clave. Ampliar el acceso al testeo requiere que el test también esté disponible extramuros y que los servicios de prevención combinada sean ofrecidos en los sitios de reunión, esparcimiento y tránsito de las poblaciones clave.



1.8. Testeo y tratamiento de las hepatitis virales

Las infecciones por hepatitis virales pueden variar en gravedad, pudiendo presentarse como una infección aguda o crónica (más de seis meses de evolución). La infección aguda puede acompañarse de pocos síntomas o ser asintomática; así como también en ocasiones producir cuadros graves de hepatitis fulminante en donde el desenlace es la necesidad de trasplante hepático o incluso la muerte. Las infecciones por VHB y VHC pueden evolucionar a la cronicidad, favoreciendo el desarrollo de cirrosis y cáncer de hígado (CHC), configurando una muy alta morbi-mortalidad.

Se estima que alrededor del 50 % de las personas con hepatitis virales crónicas desconoce su situación, lo que enmarca la importancia y necesidad de un abordaje de Prevención combinada que garantice las medidas de prevención y un mayor acceso al diagnóstico y tratamiento. En este escenario, resulta fundamental la incorporación del testeo del VHA, VHB y VHC a toda persona mayor a 18 años, al menos una vez en la vida. En igual sentido, resulta una piedra angular en la Prevención combinada estimular el testeo del VHB y VHC en personas gestantes. Finalmente, en virtud de un abordaje holístico, es importante establecer una adecuada valoración de las personas en función de estimular y reforzar las indicaciones de vacunación correspondiente.

En el caso de VHC, existen factores de riesgo individual que deben estimular la oferta sistemática de testeo en ciertas poblaciones teniendo en cuenta la valoración individual:

- **Personas que hayan recibido una transfusión de sangre o hemoderivados antes del año 2000;**
- **Personas que hayan sido sometidos a procedimientos quirúrgicos o invasivos antes del año 2000;**
- **Personas con antecedentes de piercings o tatuajes;**
- **Trabajadores y trabajadoras de la salud.**
- **Personas usuarias de drogas inyectables o inhaladas;**
- **Personas con talasemia o hemofilia, con transfusiones múltiples;**
- **Personas con enfermedad renal terminal en diálisis;**
- **Hijos/as de personas con VHC;**
- **Personas con hepatograma alterado;**
- **Personas privadas de su libertad;**
- **Personas trasplantadas;**
- **Personas con VIH;**
- **Trabajadoras/es sexuales y personas en situación de prostitución.**

En términos de estrategias terapéuticas para las hepatitis virales, el VHA carece de tratamiento específico, por lo que el pilar fundamental es el control de los síntomas y sus complicaciones.

En VHB, el tratamiento sintomático y los controles periódicos están indicados en el caso de las infecciones agudas. En personas con infección crónica (más de seis meses de positividad del antígeno S), es necesario un seguimiento individualizado; y los medicamentos antivirales que controlan la replicación viral y la consecuente progresión de la infección tienen indicación específica: no todas las personas con infección crónica van a necesitar tratamiento. Los medicamentos antivirales utilizados en la actualidad son efectivos y seguros.

Por último, el VHC actualmente cuenta con un tratamiento específico, simplificado (8 o 12 semanas), con tasas de curación mayores al 95 % y con una baja incidencia efectos adversos. Este tratamiento es de indicación universal para cualquier persona con infección activa. Es seguro y altamente efectivo para erradicar el virus y disminuir la tasa de progresión de la fibrosis, las complicaciones asociadas y la mortalidad.

2. Componente comportamental

Como una estrategia centrada en las personas, la Prevención combinada incluye intervenciones comportamentales cuyo objetivo principal es ofrecer información basada en evidencias que permita a las personas tomar decisiones autónomas e informadas. En este sentido, 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 en relación a la toma de decisiones puede verse comprometida.

2.1. Valoración y reducción de riesgo

El nivel de vulnerabilidad de las personas a la infección por VIH y otras ITS es una variable heterogénea influida por múltiples factores y que no puede explicarse exclusivamente por su pertenencia a una población clave o sus prácticas sexuales^(3,7,10). Valorar adecuadamente el riesgo de infección de las personas permite una planificación racional del uso de recursos entendiendo que los comportamientos individuales y colectivos y las características del contexto socio-cultural pueden impactar significativamente en la dinámica de transmisión a escala poblacional⁽⁶⁴⁾.

La vulnerabilidad a la exposición al VIH se expresa en tres dimensiones íntimamente relacionadas: una primera vinculada a lo estrictamente individual y a los grupos de pertenencia de las personas; una segunda que se refiere a los aspectos culturales y políticos en el que las personas y sus redes habitan y se desenvuelven; y una tercera de perfil programático, que incluye las respuestas institucionales y gubernamentales para la prevención del VIH y otras ITS⁽⁶⁴⁾.

Las intervenciones comportamentales deben permitir valorar y estratificar la

vulnerabilidad de las personas ante la infección por VIH y otras ITS, y brindar información y recursos a la población en general y a las poblaciones clave en particular desde una perspectiva de salud pública, pero sin perder de vista la singularidad de las personas.

La entrevista de valoración de riesgo y vulnerabilidad debe ser una instancia en la que la confidencialidad y el respeto a la autonomía de las personas tenga un rol central. Es especialmente importante explicar a las personas el objetivo de las preguntas y datos a relevar, entendiendo que pueden no sentirse cómodas discutiendo aspectos de sus prácticas sexuales e intimidad con el equipo de salud; y evitando en todo momento juicios de valor o actitudes moralizantes.

En la *sección 5* de la presente guía se desarrollan más extensamente algunos lineamientos para la valoración del riesgo de infección por VIH y otras ITS con foco en poblaciones clave.

2.2. Asesoramiento y promoción de prácticas de cuidado

El asesoramiento sobre el VIH y otras ITS, sus formas de transmisión, cómo prevenirlas y tratarlas debe realizarse teniendo en consideración los aspectos dinámicos de las vidas de las personas, sus prácticas y sus redes.

En el marco del testeo de VIH, sífilis y hepatitis virales, el asesoramiento previo a la realización de la prueba es la instan-

cia que acompaña a la demanda, para que las personas puedan decidir por su propia voluntad y criterio la realización de las mismas, sobre la base de información oportuna, precisa y actualizada. Aclarar que son estudios voluntarios, gratuitos y confidenciales* fortalece la autonomía de las personas y promueve la confianza en el vínculo profesional.

El asesoramiento puede ser realizado por cualquier integrante del equipo de salud y/o miembros de la comunidad o de organizaciones de la sociedad civil que trabajen con la temática del VIH y las ITS y estén capacitadas. La asesoría también puede llevarse a cabo por personas con VIH y/o pertenecientes a las poblaciones claves y vulnerables. Establecer vínculos con redes y organizaciones comunitarias de las poblaciones destinatarias puede aumentar el acceso, la aceptación de las pruebas y la utilización de los servicios⁽⁶⁵⁻⁶⁷⁾.

Con el objetivo de brindar información y dar respuestas diferenciadas, conforme a las necesidades específicas de cada persona, teniendo en cuenta su cultura, sector social, procedencia geográfica, género, orientación sexual y edad, entre otras dimensiones, el asesoramiento debe entenderse como un proceso de escucha activa que sea individualizado y centrado en la autonomía de las personas.

*Esto incluye a la población adolescente desde los 13 años en adelante según lo expresa el art. 26 del Código Civil y Comercial Argentino.

Cuando ocurra luego de la realización de una prueba diagnóstica, el asesoramiento debe enfocarse en aquellas intervenciones y herramientas que faciliten el inicio rápido del tratamiento en los casos que el resultado sea positivo, ofrecimiento de la vacunación cuando corresponda y en la articulación con los recursos preventivos ante resultados negativos. En estos casos, informar sobre cómo acceder a métodos anticonceptivos y de barrera, evaluar la necesidad de PrEP y/o PEP en función de la valoración del riesgo de exposición y la realidad de cada persona.

Para aquellas con diagnóstico positivo de ITS, reforzar los beneficios de mantener la constancia del tratamiento y su inicio precoz, como así también su disponibilidad gratuita, pueden mejorar y generar la adherencia al tratamiento. En el caso del VIH, se sugiere enfatizar su intransmisibilidad por vía sexual en caso de ser indetectable, con el cumplimiento del tratamiento adecuado y una correcta adherencia⁽⁶¹⁾.

Se sugiere considerar la derivación a servicios sociales y de atención psicológica, si se considera necesario, para promover enfoques multidisciplinarios de atención.

En el caso de personas gestantes, será recomendable orientar sobre los cuidados prenatales, durante y posparto y su posibilidad de disminuir significativamente la transmisión vertical de las diferentes infecciones y reforzar la importancia de los contro-

les obstétricos prenatales. El asesoramiento y la oferta del testeo también deben incorporarse en forma rutinaria a todas las consultas relacionadas a la interrupción voluntaria del embarazo.

En todos los casos conversar con la persona acerca de las prácticas sexuales que considera placenteras, evitando cualquier expresión –ya sea de aprobación o desaprobación–, y reforzar estrategias preventivas acorde con sus deseos. Ante las prácticas sexuales con parejas múltiples y el uso de drogas recreativas (lícitas o ilícitas), reforzar estrategias preventivas acordes con sus prácticas con una perspectiva de reducción de riesgos y daños. En casos de resultados positivos, se sugiere trabajar con la persona para promover la comunicación con sus contactos sexuales, la realización de los tests necesarios de estas personas y la posibilidad de reinfección de las ITS⁽⁶⁸⁾.

2.3. Continuo de la atención de las personas con VIH: vinculación, retención, adherencia y revinculación

Aunque puede separarse esquemáticamente en etapas, el continuo de atención de las personas con VIH no debería ser entendido como un camino unidireccional sino más bien como un proceso dinámico y colaborativo, que facilite la aceptación e integración de determinados esquemas terapéuticos en el cotidiano de las personas y tenga como premisa la participación de éstas

en las decisiones respecto a su plan de tratamiento^(64,69).

La vinculación hace referencia al proceso de entrada en el sistema de salud para la atención luego del diagnóstico inicial de VIH⁽⁷⁰⁻⁷³⁾. Este proceso incluye el acompañamiento para que la persona realice sus primeras consultas y exámenes complementarios, tenga acceso al TARV lo más precozmente posible y se desenvuelva con autonomía para su propio autocuidado. En esta etapa, es importante encontrar modos de comunicación y estrategias de apropiación de la información para integrarlos a los saberes cotidianos de las personas involucradas. Así, las decisiones sobre las trayectorias terapéuticas de las personas no deberían ser tomadas de forma unilateral, sino ser procesos comprendidos, aceptados, adaptados y negociados para que la estrategia a implementar sea la más adecuada para cada persona y se adapte a sus necesidades y contexto.

La vinculación a los servicios de salud debería ser un proceso que incluya no sólo a las personas con VIH: en el caso de las poblaciones claves VIH negativas, por ejemplo, las visitas al servicio de salud deben ser una oportunidad para la detección oportuna, la prevención y el tratamiento de otras ITS; o para la derivación a un servicio de provisión de PrEP si la persona resulta elegible. Para eso, los y las profesionales del servicio de salud deberían contar con los cono-

cimientos básicos para valorar el riesgo de infección por VIH y otras ITS, para identificar a personas en riesgo sustancial que podrían beneficiarse de intervenciones adicionales.

Durante el seguimiento y retención, las personas reciben en forma rutinaria y habitualmente programada servicios de control en función de sus necesidades. En la práctica, el término “retención” se utiliza habitualmente para describir a una cohorte de PcVIH que se encuentra en seguimiento (y habitualmente reciben TARV)⁽⁷¹⁾. El seguimiento es también el proceso de acompañamiento clínico de la persona ya vinculada al servicio de salud, procurando que asista a las consultas, realice sus exámenes de control regularmente y –si está en tratamiento– tenga acceso oportuno y sostenido a los ARV oportunamente. El monitoreo continuo de los servicios de atención a las PcVIH permite identificar obstáculos y barreras; y posteriormente fortalecer sistemas de derivación oportunos, redistribuir tareas y optimizar circuitos de asistencia, laboratorio y farmacia, entre otros^(71,72).

La adherencia a la terapia antirretroviral es la utilización correcta –y habitualmente continua– de los medicamentos antirretrovirales prescritos por el equipo de salud para el tratamiento de las PcVIH, respetando dosis, horarios y otras indicaciones.

Es el mejor predictor de eficacia en términos de supresión virológica, y es clave por lo tanto como medio para mejorar la calidad y expectativa de vida de las PcVIH y reducir la transmisión a escala poblacional⁽⁷²⁾. Si bien el éxito del tratamiento de las PcVIH depende en gran medida de una adherencia sostenida (de por vida) y cercana al 100 %, en otras intervenciones como la PrEP la eficacia está más bien relacionada con la adherencia durante los períodos de exposición o “adherencia preventiva efectiva”. En este sentido, en el marco de una estrategia de prevención, monitorear la adherencia preventiva efectiva a la PrEP requiere no sólo cuantificar la adherencia a la PrEP (ejemplo: número de tomas olvidadas por mes) sino también evaluar en forma simultánea el riesgo de exposición al VIH⁽⁷⁴⁾.

Las pérdidas en el seguimiento o desvinculaciones del sistema de salud pueden ocurrir por diversas razones: médicas, farmacológicas, dificultades socioeconómicas, efectos adversos o problemáticas institucionales y barreras propias del sistema de salud, entre otros. Un enfoque que apunte a reforzar la adherencia permitiría identificar los obstáculos que limitaron la continuidad de la atención e intervenir adecuadamente en los procesos para la revinculación de la persona al ciclo de atención y darle continuidad al tratamiento indicado. Asimismo, comprender que las trayectorias tera-

péuticas están signadas por idas y vueltas, acercamientos y distancias, y que los procesos de apropiación de los tratamientos son heterogéneos y cada persona los transita según sus posibilidades concretas. Cada caso de desvinculación debería transformarse en una oportunidad de revisar oportunidades de mejora del proceso de adherencia, buscando reforzar la etapa de vinculación con su tratamiento, adaptando las estrategias a las problemáticas particulares de las personas mediante la escucha activa y el diálogo abierto, y hacer un seguimiento continuo para evitar futuras desvinculaciones.

3. Componente estructural

Se trata de acciones que tienen como objetivo responder a los determinantes socioculturales y económicos que influyen en forma directa sobre la vulnerabilidad de las personas y sus redes.

3.1. Reducción del estigma y discriminación en poblaciones clave

El estigma y la discriminación en relación a las personas con VIH en general, y en particular el dirigido sistemáticamente a determinadas poblaciones, es uno de los principales obstáculos en el acceso de las mismas a los servicios de salud y por consiguiente funcionan como barreras sistemáticas para el diagnóstico, prevención y tratamiento del VIH y otras ITS⁽⁷⁵⁻⁷⁷⁾.

El estigma y la discriminación operan en varios niveles de la sociedad: en los

individuos, las familias, las comunidades, las instituciones y los medios, y en las políticas y prácticas del gobierno⁽⁷⁷⁾. Conocer su prevalencia y su impacto son elementos esenciales para conocer la epidemia, su respuesta y adaptarla a las necesidades reales de las personas. Desde el punto de vista programático, facilitar herramientas para su estimación sistemática puede contribuir a una mejor comprensión de su prevalencia e impacto, a encontrar oportunidades para comprender de qué manera inciden en todas las iniciativas de los programas de VIH, y para integrar las actividades en iniciativas de prevención, diagnóstico, tratamiento y atención del VIH más amplias, en el contexto de planes estratégicos nacionales, planes anuales de acción y movilización de fondos.

Reducir el estigma y la discriminación en los centros de salud requiere no sólo abordar las actitudes y las prácticas del personal de salud, sino también satisfacer necesidades de información sobre vías de transmisión y medidas de prevención, capacitación en la atención sanitaria de las personas que viven con el VIH, y suministros para precauciones universales con el objeto de prevenir la exposición ocupacional al VIH. Contemplar en el delineamiento de estas acciones no solo al personal médico involucrado en los procesos de atención y seguimiento, sino también a todas aquellas personas que también participan de los

mismos como administrativos, auxiliares, personal de enfermería e incluso autoridades, dado que todos tiene un papel que desempeñar en la modificación de actitudes y comportamientos.

También se recomiendan acciones orientadas al establecimiento y fortalecimiento de centros de asesoramiento jurídico en los territorios, para el asesoramiento e intervención en caso que sea necesario ante situaciones de vulneración de derechos de las personas con VIH.

Otras intervenciones estructurales para la prevención del VIH deben estar orientadas a políticas de reducción de las desigualdades socioeconómicas, que garanticen el acceso a la alimentación, trabajo, ingresos, vivienda y educación, disminuyendo vulnerabilidades.

3.2. Comunicación

Este conjunto de acciones asume que una parte considerable del estigma y discriminación hacia segmentos sociales específicos en relación al VIH radican en el desconocimiento, falta de información y desinformación. Así, una manera de abordar esos prejuicios es intervenir directamente en los niveles de conocimiento de las personas, promoviendo la reflexión sobre sus comportamientos, vivencias y diversidades, a partir del acceso a la información tanto sobre la epidemia de VIH como sobre otros aspectos sociales y culturales ligados a ella.

Será adecuado pensar contenidos dirigidos a la población general que brinden información sobre las ITS, vías de transmisión, los métodos de prevención, sus usos y dónde adquirirlos; así como también que haya información disponible sobre acceso a los servicios de testeo, consejerías de salud sexual y/o reproductiva e información sobre vacunación. En este punto, pueden diferenciarse las intervenciones comunicacionales dirigidas a población general de aquellas que tienen como objetivo acercar información de calidad y basada en evidencia a las personas usuarias de los servicios de salud.

Asimismo, es importante considerar acciones innovadoras que apunten a modular el tratamiento discursivo, de manera ética y responsable, desde una perspectiva macro para, por ejemplo, contribuir a reducir el estigma y la discriminación a escala o bien, a promover el VIH, las infecciones de transmisión sexual y las hepatitis virales como temas centrales en las agendas nacionales.

3.3. Perspectiva de género y diversidad

Incorporar la perspectiva de género resulta imprescindible para visibilizar e incluir las distintas formas en que las personas realizan sus trayectorias de vida. Cuando las personas no desarrollan sus vivencias conforme a las normas, las relaciones y los roles establecidos en materia de género

suelen ser objeto de estigmatización, prácticas discriminatorias y de exclusión social que funcionan como barreras y limitantes del acceso y la atención integral de la salud. En este sentido, el abordaje de cuidado de la salud desde esta perspectiva permitirá visibilizar y responder a las múltiples problemáticas, injusticias e inequidades que viven las personas (y en especial las poblaciones clave), y evitar la reproducción y amplificación de prácticas discriminatorias.

El concepto de género destaca que las diversas prácticas, roles y capacidades promovidas y esperadas de forma diferencial a partir del sexo asignado al nacer no son atributos naturales e individuales sino productos de una relación social de poder construida históricamente, y plausible de ser desafiada y modificada⁽⁷⁸⁾. Las diferencias de género normativizan y ordenan los vínculos sociales a partir de las nociones de masculinidad y feminidad, que impactan tanto en la percepción que las personas tienen de sí mismas (y de los/as otros/as) como en la organización social y cultural en general, en aspectos tales como el trabajo, la economía, la política, el parentesco y la sexualidad.

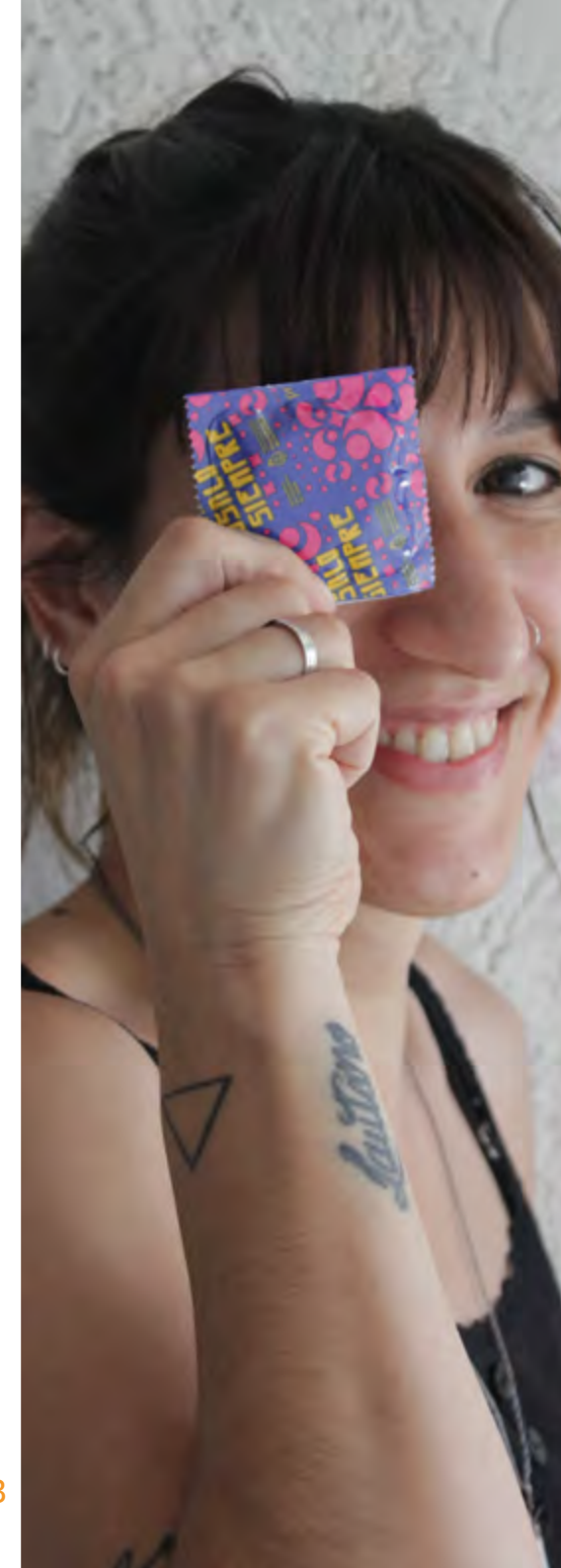
La transversalización de la perspectiva de género supone planificación, evaluación, mejora y reorganización de los procesos políticos y los sistemas de salud, de manera que la equi-

dad sea incorporada en todas las políticas, estrategias e intervenciones, en todos los niveles y en las diferentes organizaciones, entidades y/o programas, de manera coherente, articulada y continua⁽⁷⁸⁾.

3.4. Articulación con la sociedad civil

Además de un marco legal que posibilite la defensa individual y colectiva de los derechos de las personas y los segmentos de la población más vulnerables frente al VIH, otra forma de intervenir estructuralmente se basa en favorecer la participación activa de las poblaciones clave en la discusión, planificación e implementación de estrategias en la respuesta al VIH.

Las organizaciones de la sociedad civil son una importante herramienta para el fortalecimiento de la prevención combinada del VIH, y se estructura a partir de acciones articuladas y de apoyo mutuo. En el caso de las acciones entre pares, además, las vivencias son compartidas. Las organizaciones sociales son fundamentales para la ampliación de las acciones de prevención, diagnóstico, vinculación a los servicios de salud y tratamiento oportuno; y el trabajo articulado entre ellas y los distintos niveles del sistema de salud contribuyen a que las demandas y necesidades específicas sean defendidas en los espacios de formulación de políticas⁽⁶⁷⁾.



4. Cascada del continuo de atención en personas VIH positivas y negativas

Las metas 95-95-95 propuestas por ONUSIDA proponen alcanzar objetivos concretos: lograr que el 95 % de las PcVIH conozcan su diagnóstico, que el 95 % de las PcVIH diagnosticadas tengan acceso sostenido al TARV y que el 95 % de quienes reciben TARV mantenga una carga viral no detectable; y además que menos del 10% de las PcVIH y poblaciones clave sufran estigma y discriminación y que menos

del 10 % de las PcVIH, mujeres, niñas y poblaciones clave enfrenten desigualdades y violencia de género (Figura 7). Alcanzar las metas propuestas por el Plan Estratégico de ONUSIDA permitiría no sólo reducir significativamente la morbilidad asociada al sida en las PcVIH sino que además tendría un impacto notable en términos de prevención de nuevas infecciones⁽²⁴⁾.

Figura 7. Metas 95-95-95.

Objetivos en materia de VIH para el 2025

10 % < Poner fin a las desigualdades > 95 %

Menos del 10 %

De las personas que viven con el VIH y grupos de población clave sufren estigma social y discriminación.

Menos del 10 %

De las personas que viven con el VIH, mujeres y niñas y grupos de población clave experimentan desigualdades y violencia de género.

Menos del 10 %

De los países tienen leyes y políticas punitivas.

Personas que viven con el VIH y comunidades en riesgo en el centro de la respuesta.

El 95 % de las personas con riesgo de infección por el VIH utilizan la prevención combinada.

95 %-95 %-95 % prueba del VIH, tratamiento y supresión viral en los adultos y niños.

El 95 % de las mujeres acceden a servicios de salud sexual y reproductiva.

Cobertura del 95 % de los servicios para eliminar las nuevas infecciones por el VIH en niños y mantener con vida a sus madres.

El 90 % de las personas que viven con el VIH reciben tratamiento preventivo contra la tuberculosis.

El 90 % de las personas que viven con el VIH y las personas con riesgo de infección están vinculadas a otros servicios de salud integrados.

Fuente: Adaptado de ONUSIDA. Estrategia mundial contra el sida 2021-2026. Acabar con las desigualdades. Acabar con el sida. [Internet]. 2021 [citado el 1 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.unaids.org/en/Global-AIDS-Strategy-2021-2026>

A partir de que la Argentina suscribió a la iniciativa de ONUSIDA, la articulación sistemática entre los distintos niveles de gobierno (nacional, provincial y municipal) y con diferentes actores clave (incluyendo efectores del sistema de salud, organizaciones de la sociedad civil, agencias internacionales, sociedades científicas) permitió que se produjeran avances significativos en términos de expansión del acceso a herramientas de prevención, al testeo y al tratamiento antirretroviral. Sin embargo, el número de nuevas infecciones por VIH permanece relativamente constante y la incidencia de otras infecciones de transmisión sexual muestra un aumento sostenido en los últimos años, en ambos casos con una tendencia hacia la concentración en poblaciones clave⁽⁶⁾.

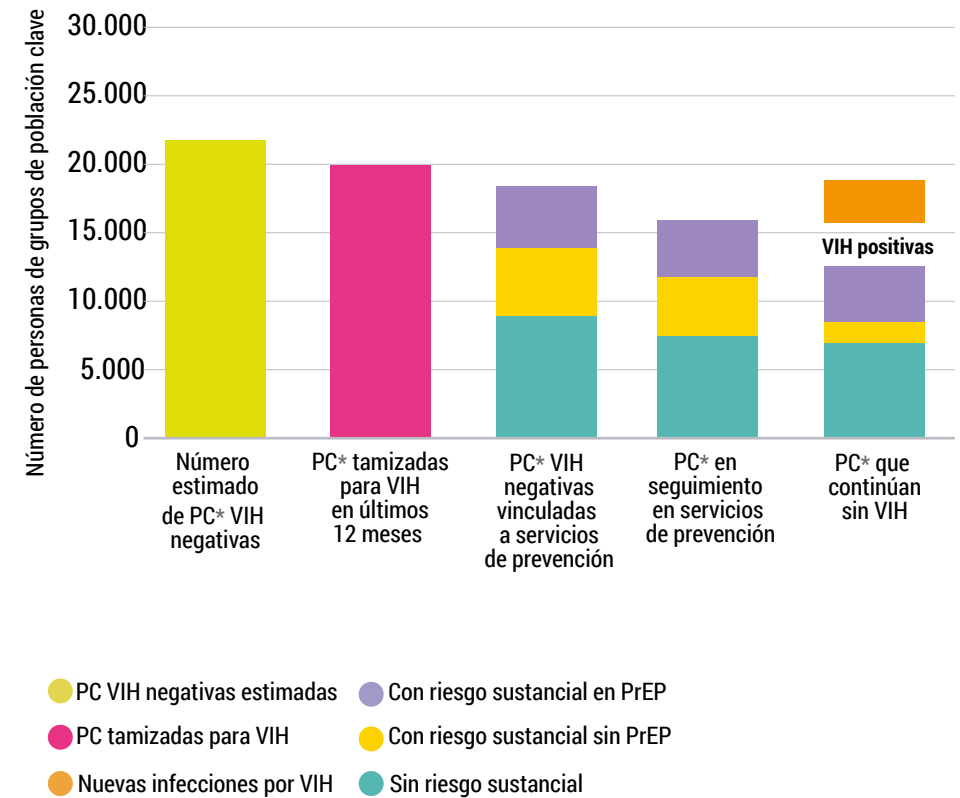
La realidad epidemiológica local y regional obliga a replantear las estrategias de prevención y a transicionar desde un modelo en el que la promoción del uso de preservativo es el eje central de la prevención, y donde el testeo de VIH y otras ITS funciona fundamentalmente como una herramienta para la detección de personas positivas, hacia un abordaje integral en el que cada uno de los componentes de la prevención combinada funcione en forma coordinada y articulada, y en el que cada contacto con el sistema de salud pueda funcionar como un punto de entrada y una oportunidad para la valoración de riesgo y la vincula-

ción a servicios de prevención combinada capaces de ofrecer el paquete de medidas que resulte más apropiado a la realidad de cada persona^(4,7,49,64,79).

La cascada del continuo de atención de las personas con VIH cuantifica el número de personas diagnosticadas, vinculadas, retenidas, en tratamiento antirretroviral sostenido y con carga viral suprimida, calculados como una proporción del número estimado de PcVIH en el país⁽⁷²⁾. Los indicadores vinculados a la cascada permiten identificar brechas en la efectividad y el impacto real de las políticas de acceso al diagnóstico, atención y tratamiento de las PcVIH y guiar la toma de decisiones a escala programática⁽⁷³⁾.

En el caso de las personas VIH negativas, la cascada de prevención se refiere al seguimiento de los servicios de prevención del VIH y otras ITS y de su impacto a escala programática⁽⁷³⁾. Si bien el monitoreo del número de personas en riesgo sustancial de contraer VIH y de la provisión de PrEP debería incorporarse a la cascada de prevención, es importante -en la medida de lo posible- analizar también a las personas que no estén recibiendo PrEP (Figura 8).

Figura 8. Cascada de prevención.



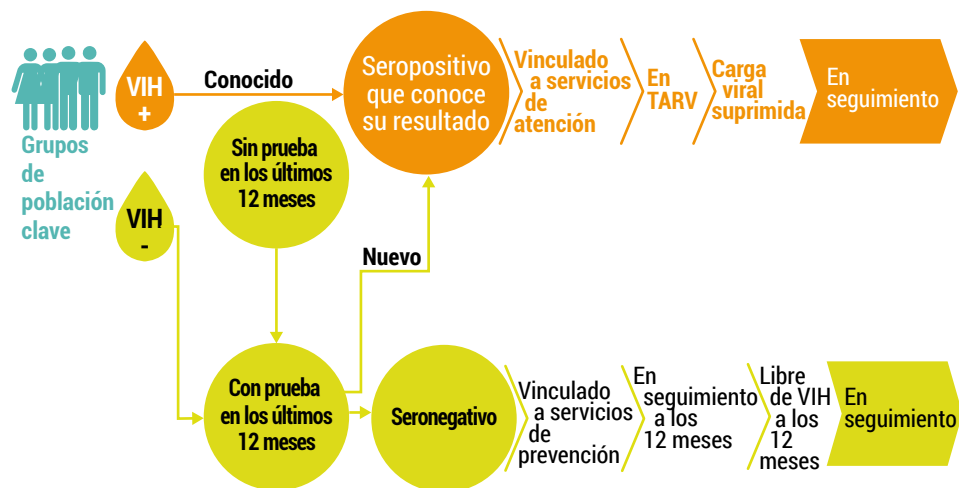
*PC: personas de los grupos de población clave.

Fuente: Adaptado de Organización Panamericana de la Salud. Cascada de prevención del VIH para servicios que ofrecen PrEP. [Internet]. 2020 [citado 2020 jul 8]; Disponible en: https://www.paho.org/es/file/66831/download?token=ppT_akcH

En esta línea, el concepto de cascada del continuo de atención de las personas con VIH debe integrarse a la cascada de prevención del VIH y otras

ITS en personas negativas, que monitorea la continuidad de la atención y los servicios de prevención del VIH y otras ITS⁽⁷⁹⁾ (Figura 9).

Figura 9. Cascada del continuo de atención en personas con y sin VIH.



Ejemplo de puntos de entrada

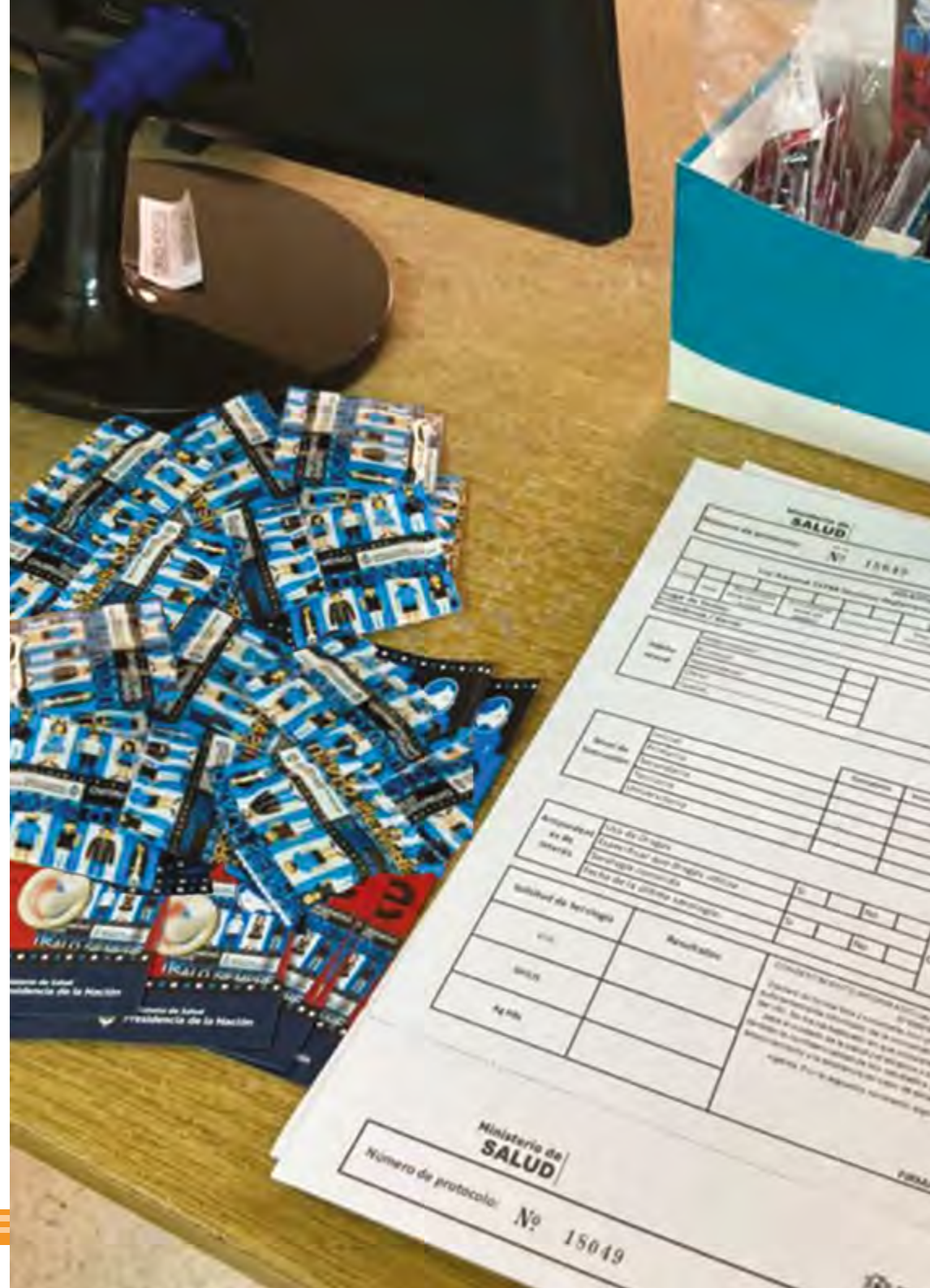
- PPE
- Síntomas de ITS
- Solicitud de prueba de VIH
- Solicitud de PrEP
- SSR
- Referencia pares
- Otros

Con o sin riesgo sustancial

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

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Marco de monitoreo de los servicios relacionados con el VIH y las ITS para grupos de población clave en América Latina y el Caribe [Internet]. 2019 [citado el 6 de junio de 2020].

Disponibile en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51681/9789275321065_spa.pdf



5. Lineamientos para la valoración del riesgo de infección por VIH y otras ITS con foco en poblaciones clave



Las prácticas y vulnerabilidades de las personas y sus redes son determinantes de la dinámica actual de la epidemia de VIH e ITS en Argentina y el mundo. El riesgo incrementado de infección por VIH y otras ITS en las poblaciones clave refleja no sólo sus prácticas habituales sino el contexto estructural, social y jurídico que en gran parte escapa a su control, y que en muchos casos profundiza y perpetúa su vulnerabilidad⁽¹⁰⁾.

Es importante entender que con mucha frecuencia los factores que condicionan vulnerabilidad aumentada en las poblaciones clave se solapan (por ejemplo, trabajo sexual en mujeres trans), potenciando el riesgo de infección por VIH y otras ITS a mayor escala cuando

se compara con cada uno de esos factores por separado^(10,80).

Dado que las poblaciones clave enfrentan con frecuencia barreras estructurales que condicionan un menor acceso a los servicios de salud, resulta fundamental entender cada contacto con el sistema como una oportunidad para la valoración de riesgo y un posible punto de entrada a circuitos de prevención combinada^(7,10,49,81,82). En esta línea se destaca el rol de los efectores del primer nivel de atención y de los consultorios amigables y se refuerza la importancia de articular redes de referencia y contrarreferencia con actores de la sociedad civil que participen en el proceso de toma de decisiones^(1,83,84).

I=I

Indetectable = Intransmisible

Se refiere al hecho de que las Personas con VIH (PcVIH) que reciben TARV efectivo y mantienen una carga viral indetectable en forma sostenida no transmiten el virus por vía sexual⁽⁸⁵⁾.

I=I es un concepto respaldado por evidencia científica sólida^(16,18,19).

Fuente: Adaptado de Dirección de SIDA, ETS, Hepatitis y TBC - Ministerio de Salud de la Nación. Indetectable = Intransmisible. Ausencia de transmisión sexual del VIH en personas bajo tratamiento antirretroviral y con carga viral indetectable. 2019. Citado: 1 de junio 2020. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001546cnt-2019-08-28_indetectable-igual-intransmisible.pdf

Si bien la autopercepción de riesgo para la infección por VIH es un factor asociado a mayor aceptabilidad y motivación para el uso de componentes de la prevención combinada tales como la PrEP, una proporción significativa de las personas con riesgo sustancial en términos objetivos (entendido habitualmente como una incidencia esperada de VIH mayor o igual al 3% anual) no se perciben en esta situación^(7,10,48,86). Por otro lado, las personas pueden no sentirse cómodas discutiendo sus prácticas sexuales con los equipos de salud, especialmente si existe preocupación en torno a la confidencialidad, si esta charla ocurre durante la primera consulta o durante visitas no relacionadas a ITS (por ejemplo, consultorios de hormonización para personas trans).

El espacio de consejería tiene un rol fundamental en los servicios vinculados a la prevención combinada del VIH y otras ITS. Es importante hacer hincapié en la necesidad de generar una conversación respetuosa de la diversidad y la autonomía de las personas; que permita compartir información de relevancia sobre las ITS, sus vías de transmisión y sus formas de prevención, diagnóstico y tratamiento. Conceptos clave como Indetectable=Intransmisible o I=I, prácticas sexuales, confidencialidad, diversidad, derechos sexuales y posibles formas de violencia o coacción deben formar parte de la consejería; que es además

un espacio irremplazable para una valoración individual de la posibilidad de infección por VIH y otras ITS^(85,87-89).

La **Figura 10** resume algunos de los puntos clave que pueden ser relevantes durante la entrevista.

Tanto si se realiza durante una entrevista cara a cara como si se utilizan cuestionarios autoadministrados u otros instrumentos de soporte, la valoración debe realizarse en un entorno que permita preservar la privacidad de las personas y dejar en claro en todo momento que el objetivo es entender cuáles son las opciones de prevención y/o tratamiento más adecuadas para la realidad de cada persona. Debe aclararse, además, que los usuarios y usuarias pueden negarse a responder algunas o todas las preguntas, que toda la información que surja durante la consulta tiene carácter estrictamente confidencial.

Materiales como cuestionarios autoadministrados pueden ser de gran utilidad para complementar o guiar la entrevista, pero no reemplazan en ningún caso el asesoramiento y valoración personal e individualizada.

Deben, además, evitarse en todo momento juicios de valor y la estigmatización o culpabilización: una actitud moralizante hacia las personas y sus prácticas sexuales implica desvalorizar el rol central de su autonomía y funciona a menudo como una barrera significativa que puede limitar y

restringir el acceso a herramientas de prevención altamente efectivas y que afectan desproporcionadamente a las poblaciones clave^(10,75,76,90,91). Discursos culpabilizadores en torno al “no uso de preservativo”, por ejemplo, pierden de vista que existen situaciones de vulnerabilidad en las que su uso no puede negociarse, y otras en las que es una decisión autónoma e informada.

La **Figura 10** incluye algunas de las preguntas que pueden ser de utilidad para guiar la valoración e identificar a personas en riesgo sustancial, que puedan beneficiarse de un seguimiento más frecuente y/o de intervenciones como la PrEP^(7,8).

Figura 10. Ejemplos de puntos que pueden contribuir y guiar la valoración individual de riesgo de infección por VIH.

¿Te hiciste alguna vez un test de VIH, hepatitis virales y otras infecciones de transmisión sexual?

En el último año, ¿tuviste alguna situación de exposición al VIH, ITS y/o hepatitis virales?

En el último año, ¿pediste o recibiste alguna vez profilaxis post-exposición para el VIH?

En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia usaste preservativo en las relaciones sexuales con penetración (vaginales u anales)?

En los últimos 6 meses, ¿usaste drogas (por ej: cocaína, marihuana, Popper, éxtasis/MDMA, LSD/alucinógenos) durante las relaciones sexuales?

¿Fuiste diagnosticado o tuviste síntomas de una infección de transmisión sexual en los últimos 6 meses? Por ejemplo, sífilis, gonorrea, úlceras genitales, secreción anormal por el pene/vagina/ano.

En los últimos 6 meses, ¿recibiste dinero, objetos, comidas/bebidas, alojamiento u otros servicios o favores a cambio de sexo?

Fuente: Adaptado de Organización Panamericana de la Salud. Marco de monitoreo de los servicios relacionados con el VIH y las ITS para grupos de población clave en América Latina y el Caribe. 2019. Citado: 24 de junio 2020. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51681/9789275321065_spa.pdf

6. Consideraciones para la Implementación de servicios de Prevencción combinada



1. Integración a la infraestructura actualmente disponible

La Prevencción combinada plantea una oferta de servicios de salud que sea equitativa, segura, efectiva y de calidad, y que responda a las necesidades de los usuarios y usuarias. Adicionalmente, la estrategia propone que estos servicios estén disponibles en forma articulada e integral en los distintos niveles del sistema de salud, asegurando así el continuo en la atención a personas con y sin VIH⁽⁹²⁾.

Los servicios de Prevencción combinada pueden y deben integrarse a otros dispositivos clínicos actualmente disponibles, especialmente a aquellos que oferten servicios a poblaciones clave (**Figura 1**). Esta integración es una oportunidad para que los servicios resulten más convenientes para las personas que asistan a centros de salud por otros motivos y los convierte en posibles puntos de entrada para los circuitos de Prevencción combinada. Además, permite un mejor aprovechamiento y uso racional de la capacidad instalada; por ejemplo, es probable que muchos de los servicios de testeo o atención de personas con VIH tengan recursos para provisión de PEP y PrEP, y que muchos de los consultorios que provean hormonización para personas trans puedan ofrecer testeo y tratamiento de ITS^(29,92,93).

2. Implementación de intervenciones centradas en las personas

La Prevencción combinada tiene como característica principal ofrecer un paquete de medidas centradas en las personas; y como tal debe garantizarse como mínimo:

- Horarios amplios con posibilidad de oferta de servicios matutinos y vespertinos;
- Respetar y reforzar la confidencialidad de todo lo que se hable y defina;
- Brindar información adecuada para que la persona pueda tomar decisiones;
- Utilizar lenguaje accesible y adaptarlo al nivel educativo y contexto socio-cultural de las personas usuarias. Si se utilizan términos técnicos y jerga es muy probable que la persona abandone la consulta sin haber entendido muchas cosas importantes;
- Facilitar e incentivar la posibilidad de que le realicen todas las preguntas necesarias;
- No dar por sentada la orientación sexual ni la identidad de género de la persona que consulta. Realizar la evaluación y las recomendaciones de acuerdo a las prácticas sexuales;
- Si la persona llega a la consulta acompañada, preguntarle si prefiere ser atendida sola o con su acompañante.

3. Qué debería ofrecer un servicio de Prevención combinada

Existen algunos dispositivos y requisitos que deberían considerarse indispensables en cualquier servicio de Prevención combinada, pero es razonable que no todos los componentes de la estrategia puedan ofrecerse en forma simultánea (Figura 11). Cuando no sea posible brindar todos los componentes de la Prevención combinada en un mismo efector, es importante entender cuáles resultan prioritarios en función de la situación epidemiológica local y las características de la población usuaria y establecer redes de referencia y contrarreferencia. Así, por ejemplo, un servicio de testeo debería funcionar en forma articulada con un servicio de atención de personas con VIH y un servicio de atención de ITS debe establecer un circuito de derivación para provisión de PrEP a personas elegibles.

Cuando no sea posible brindar todos los componentes de la prevención combinada en un mismo efector, es importante entender cuáles resultan prioritarios en función de la situación epidemiológica local y las características de la población usuaria y establecer redes de referencia y contrarreferencia para asegurar que las personas accedan a los servicios que necesitan, aunque estos no funcionen en el mismo lugar físico.

Figura 11. Componentes de los servicios de prevención combinada.

Para ser considerados como tales, los servicios de Prevención combinada deben ofrecer	Asesoramiento y testeo para VIH y otras ITS.
	Provisión de preservativos y geles lubricantes.
	Un entorno amigable para poblaciones clave y respetuoso de la diversidad.
Y además cumplir con al menos tres de los siguientes requisitos	Identificar a personas candidatas a recibir PrEP y al menos derivar a un centro con capacidad de prescripción y dispensa (e idealmente prescribir y dispensar en el mismo centro).
	Identificar a personas candidatas a recibir PEP y al menos derivar a un centro con capacidad de prescripción y dispensa (e idealmente prescribir y dispensar en el mismo centro).
	Realizar atención y seguimiento de PcVIH.
	Ofrecer tratamiento de otras ITS.
	Ofrecer inmunizaciones.
	Cumplir con los lineamientos de un efector amigable.
Si bien no existe una definición única y universal de efector amigable, en general se espera que ⁽⁸³⁾	No impliquen un gasto de bolsillo para el usuario final.
	Articulen con el programa local de VIH.
	Tengan un equipo interdisciplinario (al menos un/a integrante del equipo perteneciente al campo biomédico y otro/a al campo social).
	Implementen en forma activa al menos una de las siguientes: horario de atención vespertino/ampliado, articulación con una organización de la sociedad civil o inclusión de promotores/as de la diversidad sexual, capacitación específica en diversidad sexual, actividades de promoción/prevenición en los circuitos de la población de la diversidad sexual o trabajo sexual.

4. Pasos prioritarios en la implementación de servicios de Prevencción combinada

Identificación de poblaciones priotarias

- Evaluación de características geográficas.
- Delimitación local de poblaciones clave.
- Identificación de personas con riesgo sustancial de infección por VIH y otras ITS

Selección de centros de referencia

- Capacidad de generar demanda.
- Capacidad de integración a los servicios actualmente ofrecidos.
- Recursos disponibles.
- Articulación con centros con infraestructura clave.
- Vínculo y trabajo conjunto con la comunidad y organizaciones de la sociedad civil.

Puesta a punto de los servicios

- Infraestructura disponible (laboratorio, sistemas de monitoreo).
- Equipos de testeo, consejería, atención clínica e idealmente dispensa de medicación ARV y seguimiento.
- Capacitación a equipos de salud
- Sensibilización y creación de la demanda.
- Integración de componentes de la Prevencción combinada.
- Trabajo articulado con la sociedad civil.

Oferta de servicios

- Asegurar servicios inclusivos, centrados en la autonomía de las personas y respetuosos de la diversidad.
- Valoración de riesgo e identificación de personas en riesgo sustancial.

Monitoreo y seguimiento

- Integrar las herramientas de monitoreo a los circuitos actualmente disponibles.
- Reforzar la adherencia, retención en el cuidado y vinculación a los distintos componentes de la Prevencción combinada
- Reevaluación continua del riesgo y del paquete de medidas más adecuado para la realidad de las personas en cada momento.

5. Implementación de servicios de prevencción combinada: recursos humanos

La implementación dentro de servicios actualmente existentes puede implicar replantear su dinámica de funcionamiento y la necesidad de redistribuir tareas y reasignar responsabilidades. En esta línea, al momento de planificar la asignación de recursos, es importante tener en cuenta que algunas de las funciones pueden solaparse y ser desarrolladas por varios miembros del equipo de salud en simultáneo; a la vez que algunos miembros del equipo de salud pueden llevar a cabo varias tareas distintas si reciben la capacitación apropiada. ^(68,89,92-94).

• Consejeros/as y promotores/as de salud.

Realizan valoración de riesgo, proveen consejería sobre adherencia, prácticas de cuidado, salud sexual y salud reproductiva. Es prioritario el trabajo articulado y conjunto con miembros de la sociedad civil que acrediten capacitación específica para el trabajo individualizado con poblaciones clave⁽⁶⁾.

• Personas que realicen testeo para VIH y otras ITS.

Se encargan de la realización del testeo, por medio de métodos convencionales de laboratorio o pruebas rápidas. Es importante mencionar que, en el caso de las pruebas rápidas, pueden ser realizadas por integrantes del equipo de salud que hayan recibido un entre-

namiento específico y cuenten con supervisión bioquímica.

• Personal de farmacia.

Aseguran el almacenamiento y dispensa de la medicación en tiempo y forma, participan del registro de la dispensa de medicamentos y de la documentación y notificación de eventos adversos y otras tareas de farmacovigilancia. También son parte en la distribución de preservativos y de las acciones de promoción y prevención.

• Psicólogos/as.

Participan en el acompañamiento de personas usuarias y en tareas de prevención y promoción. Coordinan el asesoramiento pre y post-test y las entrevistas de valoración de riesgo; y la prestación de servicios vinculados a la salud mental de las personas.

• Trabajadores/as sociales.

Cumplen un rol central en la articulación y vinculación de los servicios de salud con las acciones territoriales, coordinan grupos de pares y las acciones de prevención y promoción. Además, vinculan a través de acciones interdisciplinarias los servicios de salud y servicios sociales.

• Equipo de laboratorio.

La evaluación externa de la calidad tiene como objetivo el monitoreo del desempeño de los/as operadores de las pruebas y del centro de testeo, de manera completa y continua, para detectar fallas, definir acciones correctivas y necesidades de (re)entrenamiento.

La evaluación externa de la calidad apunta a la mejora continua, consta de distintas instancias y está a cargo del/la bioquímica/o supervisor/a del laboratorio de referencia.

• Enfermeros/as.

Trabajan en forma conjunta con médicos/as y asisten en la administración del tratamiento de las ITS y extracción de muestras de laboratorio. Participan y/o coordinan las acciones de vacunación y de promoción de información y medidas de prevención, entre otras acciones.

• Médicos/as.

Son las personas encargadas de realizar la prescripción de medicamentos (PrEP, PEP, antimicrobianos para tratamiento de ITS, tratamiento anti-retroviral para personas con VIH), de solicitar e interpretar los estudios de laboratorio y realizar el seguimiento clínico de las personas usuarias.

• Personas pares y otros miembros de la comunidad.

Con un rol claramente establecido en la respuesta al VIH y la vinculación, retención y adherencia en las PcVIH pertenecientes a poblaciones clave⁽⁶⁾, las personas pares y otros miembros de la comunidad con capacitación específica deben tener un rol central en la toma de decisiones y en la implementación y puesta a punto de servicios de Prevención combinada destinados a poblaciones clave⁽¹⁾.

• Vacunadores/as.

Trabajan en forma conjunta con médicos/as y promotores/as de salud en la evaluación de elegibilidad y aplicación de vacunas de acuerdo a las recomendaciones vigentes^(95,96).

6. Consideraciones para la implementación de la prevención combinada y PrEP según escenarios

La implementación de un servicio de Prevención Combinada se puede establecer de distintas maneras. Se presentan a continuación distintos escenarios posibles que pueden ser complementarios entre sí) según las posibles puertas de entrada de una persona a los servicios de prevención combinada. Algunas de los posibles caminos para establecer o ampliar estos servicios son:

- **Inaugurar un nuevo dispositivo concebido específicamente como un servicio de prevención combinada como efector de salud de alguno de los subsistemas.**
- **Integrar los servicios de prevención combinada en dispositivos ya existentes en hospitales o establecimientos del segundo nivel de atención (por ejemplo, servicios de infectología, de atención de ITS, de interrupción voluntaria del embarazo o de hormonización).**
- **Integrar los servicios de prevención combinada a dispositivos ya existentes en el primer nivel de atención (por ejemplo, Centros de Prevención, Asesoramiento y Testeo).**

• Comenzar con un abordaje integrado y la provisión de ciertos servicios desde una organización de la sociedad civil.

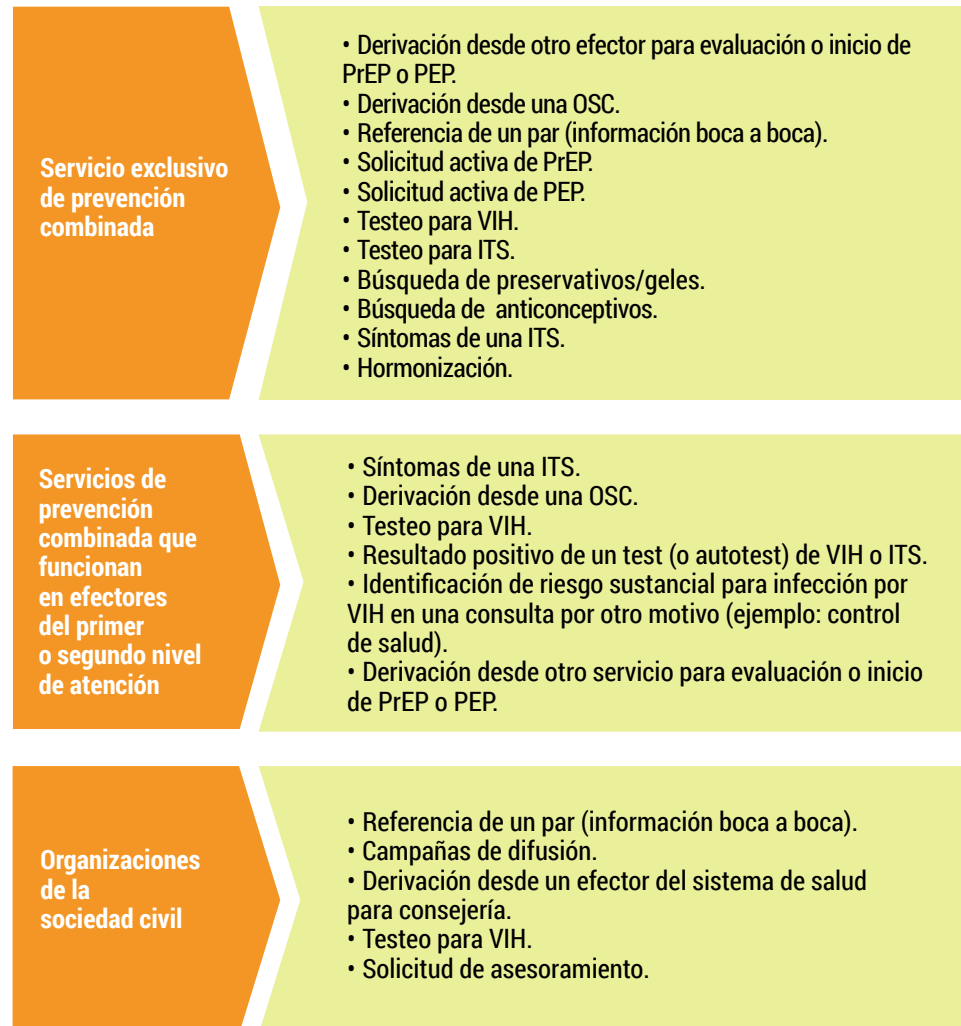
Se resumen aquí algunos de los diferentes modelos y estrategias para su implementación, remarcando que la integración de estos servicios en los sistemas de atención de salud ya existentes en los distintos niveles de atención es el modelo preferido.

Los diferentes niveles de atención deben integrarse e interactuar entre sí; las personas usuarias y potencialmente usuarias de los servicios de la prevención combinada pueden requerir apoyo de los diferentes y especialidades en el curso de su atención; por esto es importante que existan vías de derivación, referencia, contrarreferencia y seguimiento instauradas para asegurar el cuidado de su atención en forma continua. Aunque puede que por sus características y accesibilidad los servicios de prevención combinada sean el medio más frecuente de contacto de las poblaciones clave con el sistema de salud, debe mantenerse la perspectiva de integralidad y destacar que las intervenciones para prevención del VIH y las ITS constituyen sólo una parte de la atención de la salud de las personas. Es importante tener en cuenta, además, que los servicios pueden requerir adaptaciones adicionales según las necesidades locales y la evolución de la demanda.

Las puertas de entrada por las que una persona puede acceder a un servicio de prevención combinada son múltiples, y pueden variar según los escenarios en los que el centro de prevención combinada se implemente (Figura 12).

Así, es fundamental que los equipos de salud estén sensibilizados para poder repensar cada contacto de las personas con el sistema como un posible punto de entrada al circuito de prevención combinada.

Figura 12. Posibles puertas de entrada a los servicios de prevención combinada según escenarios



7. Recomendaciones específicas para la implementación de componentes clave de la prevención combinada

Recomendaciones para el Asesoramiento y diagnóstico de VIH, sífilis y hepatitis

Universalizar la disponibilidad de las pruebas rápidas de acuerdo a las recomendaciones vigentes, avanzando hacia la descentralización del testeo en efectores del primer nivel de atención y/o gestionados por la sociedad civil.

Estimular la búsqueda activa de personas no diagnosticadas de forma rutinaria y periódica, considerando para ello todos los niveles de atención.

Ofrecer el testeo voluntario y confidencial para VIH a todas las personas que entren en contacto con el sistema de salud, independientemente de la causa. *El testeo para VIH y otras ITS en los servicios de salud sexual con foco en poblaciones clave y en el marco de la interrupción voluntaria del embarazo y deben considerarse objetivos de mínima.*

La rapidez de los resultados en el uso de pruebas rápidas puede facilitar la evaluación y derivación oportuna a los servicios de PC que sean necesarios. Cuando el testeo de VIH requiera venopunción, es fundamental que se garantice la resolución rápida del circuito (incluyendo la entrega oportuna del resultado). La agilidad y rapidez del circuito es clave para el inicio oportuno del tratamiento de las personas con resultados positivos, y del inicio de la PrEP en las personas con resultado negativo que estén en riesgo sustancial.

Cuando se realice testeo de VIH y sífilis a través de pruebas rápidas, se recomienda la utilización de pruebas duales cuando estén disponibles. El uso de las pruebas rápidas de sífilis facilita el acceso al tratamiento en el mismo momento y lugar en que la persona realiza el testeo. Para esto, cada efector que realice el testeo de sífilis debe contar con equipo médico para realizar la evaluación, prescripción y aplicación inmediata de la penicilina en los casos que se indique. Las pruebas rápidas treponémicas no tienen utilidad en el diagnóstico ni seguimiento de personas con sífilis pasada y deben interpretarse con especial atención al contexto clínico en poblaciones de alta incidencia.

El testeo de hepatitis B y C al menos una vez en la vida está recomendado en forma universal. Es necesario asegurar el circuito de confirmación y la vinculación de las personas con diagnóstico confirmado de VHC para iniciar cuanto antes el tratamiento dirigido, independientemente del grado de fibrosis. El testeo de VHA está recomendado para identificar a personas susceptibles en quienes esté indicada la vacunación.

En el marco de la prevención combinada, los dispositivos de testeo deben asegurar la disponibilidad de un espacio de consejería que permita valorar y estratificar el riesgo de la infección por VIH y otras ITS de las personas, en especial de aquellas que pertenezcan a poblaciones clave. Es importante sin embargo tener en cuenta que la instancia de asesoramiento no puede ser un requisito ni un obstáculo para acceder al test o al resultado.

Profilaxis Pre Exposición

Todos los servicios de prevención combinada deben ser capaces de identificar a personas candidatas a recibir PEP y PrEP.

La PEP y PrEP idealmente deben ser prescritas y dispensadas en el mismo centro.

La provisión de PrEP debe funcionar en forma integrada con otros componentes de la prevención combinada, y ser una oportunidad para fortalecer el acceso al testeo y tratamiento de las ITS.

Profilaxis Post Exposición

Contar con la capacidad de identificar a personas candidatas a recibir PEP debe ser un requisito de mínima de cualquier centro de prevención combinada.

Idealmente, la prescripción y dispensa debería realizarse en el mismo centro, y si esto no es posible debe garantizarse la resolución del circuito de derivación dentro de las 24 horas. La PEP es una **urgencia** y debe iniciarse siempre dentro de las 72 horas posteriores a la exposición.

Los centros de prevención combinada deben ser capaces de diferenciar en la medida de lo posible si la indicación de PEP responde a una exposición esporádica (ej: accidente cortopunzante, situación de violencia sexual) o frecuente (ejemplo: uso inconsistente de preservativo con parejas ocasionales) para identificar a personas que pueden beneficiarse de intervenciones adicionales como la PrEP.

Ante la indicación de PEP en situaciones de violencia sexual, garantizar el acceso a la anticoncepción de emergencia y/o la interrupción voluntaria del embarazo. Siempre considerar un abordaje integral con perspectiva de género, diversidad y derechos que evite la revictimización.

Escenario de mínima para la provisión de PEP

- Protocolo local de circuito de PEP con responsables designados.
- Valoración del riesgo de infección por VIH e identificación de personas en riesgo sustancial.
- Vinculación a servicio con capacidad de realización de exámenes de laboratorio basales (incluyendo serología para VIH e ITS) dentro de las 72 horas de la consulta inicial.
- Capacidad de prescripción y dispensa de PEP para VIH por al menos 72 horas, o derivación para iniciar la PEP dentro de las 24 horas.
- Vinculación a servicio para dispensa de PEP por 28 días dentro de las 72 horas.
- Capacidad de prescripción y dispensa de anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) en el momento.
- Asesoramiento sobre adherencia a la PEP.
- Derivación protegida a servicios de seguimiento de usuarios/as de PEP dentro de las 72 horas.
- Derivación protegida a servicios que provean PrEP.

Escenario ideal para la provisión de PEP

- Realización de visitas clínicas y exámenes de laboratorio basales y de seguimiento.
- Prescripción, dispensa y administración de PEP para ITS.
- Capacidad de dispensa de PEP para 28 días.
- Prescripción y dispensa de anticonceptivos además de AHE.
- Inmunizaciones.
- Provisión de PrEP a personas elegibles.
- Atención de PcVIH o vinculación a centros con capacidad de atención a PcVIH

Diagnóstico y tratamiento de chlamydia y gonorrea

Escenario de mínima

- Ofrecer tratamiento sintomático inmediato (o la derivación a un centro con capacidad de tratamiento inmediato) de las personas sintomáticas.
- Derivar (idealmente a las muestras y no a las personas) para diagnóstico etiológico de los casos con presentación atípica o que no respondan al tratamiento sintomático inicial.

Escenario ideal

- Garantizar etiológico de personas sintomáticas priorizando en particular los casos de proctitis, las uretritis que no responden al tratamiento empírico inicial, las personas gestantes menores de 20 años y las poblaciones clave.
- Ofrecer el tamizaje de personas asintomáticas, priorizando a las poblaciones clave en PrEP y las personas gestantes menores de 20 años.

Atención y seguimiento de personas con VIH, ITS y hepatitis virales

Promover el inicio en el mismo día de la confirmación diagnóstica del VIH, siempre y cuando no existan contraindicaciones y la PcVIH se sienta preparada para ello.

Iniciar el tratamiento de las ITS en el mismo momento y en el mismo lugar del diagnóstico o la consulta clínica. En caso de no ser posible el tratamiento en el lugar, garantizar la vinculación efectiva y oportuna al tratamiento.

En VHB, individualizar la necesidad de tratamiento en conjunto con el equipo de especialistas.

Indicar en forma universal el tratamiento para VHC para cualquier persona con infección crónica activa.

Inmunizaciones

Ofrecer vacunación contra hepatitis A en poblaciones clave y PcVIH susceptibles.

En poblaciones que enfrenten barreras significativas para el acceso al sistema de salud, cuando existan dudas sobre la posibilidad de seguimiento o cuando la vacunación forme parte de una estrategia de control de brote, se recomienda fuertemente iniciar el esquema de vacunación "en sucio" (sin serología previa o a la espera del resultado luego de extraer la muestra).

Ofrecer la vacunación universal contra hepatitis B, con especial foco en aquellas personas nacidas antes del año 2000.

Ofrecer la vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH) en forma universal en niños y niñas de 11 años nacidos a partir del año 2006, y en todas las PcVIH hasta los 26 años de edad.

8. Estimación de recursos para la implementación de programas de provisión de PrEP

En términos formales, la necesidad teórica de PrEP representa el total de las personas en riesgo sustancial de infección por VIH que son elegibles para recibir PrEP y en quienes esta intervención resulta aceptable en un momento dado. Esta población constituye un universo dinámico: el riesgo de infección por VIH varía en función de determinantes de alcance tanto individual (por ejemplo, realidad de vida de las personas y sus prácticas sexuales) como poblacional (por ejemplo porcentaje de las poblaciones clave con VIH que no alcanzaron la supresión virológica); y la aceptabilidad de la PrEP depende también de factores vinculados al sistema de salud (intervenciones para facilitar el acceso probablemente aumenten su aceptabilidad).

A los fines programáticos, es necesario diferenciar la necesidad teórica de PrEP en una población de la demanda real de PrEP en el marco de servicios de prevención combinada.

8.1. Estimación de la necesidad teórica de PrEP a escala jurisdiccional y nacional

Se calcula como la proporción de personas pertenecientes a las poblaciones clave VIH negativas y en riesgo sustancial en quienes la PrEP resulta aceptable. Para construir este

indicador es necesario entonces contar a priori con estimaciones poblacionales que incluyan el tamaño de las poblaciones clave, su prevalencia de VIH, la proporción de personas VIH negativas en riesgo sustancial y, de esas personas, qué porcentaje considera la PrEP una alternativa de prevención aceptable.

Tamaño de las poblaciones clave:

- **Número de HSH.**

Aunque la disponibilidad de datos locales es limitada, estudios de otros países de la región estiman que alrededor del 3 % de los varones cis pueden englobarse bajo esta categoría⁽⁹⁷⁾.

- **Número de mujeres trans.**

Hasta marzo 2022, un total de 12.655 personas completaron los trámites requeridos para el cambio registral de su identidad de género en Argentina, el 65% de ellas eligió la categoría mujer⁽⁹⁸⁾. Datos provistos por las organizaciones de la sociedad civil estiman que las mujeres trans podrían representar hasta el 0,3 % de la población. Por primera vez, el censo 2022 incorporó la recolección de información vinculada a la identidad de género que permitirá cuantificar con mayor precisión a esta población.

- **Número de trabajadoras sexuales y otras personas en situación de prostitución.**

La información local disponible es muy limitada, las estimaciones sobre el tamaño de la población de las TS

varían entre el 0,3 % y el 1 % de las mujeres cis sexualmente activas (40.000-160.000 personas).

Prevalencia de VIH en las poblaciones clave:

De acuerdo a datos del último Boletín de Respuesta al VIH y las ITS en Argentina, la prevalencia de VIH se estima en 12 % a 15 % para los HSH, 34 % para las mujeres trans y 2 % a 5 % para los trabajadores/as sexuales y otras personas en situación de prostitución⁽⁵⁾.

Prevalencia de riesgo sustancial de infección por VIH en las poblaciones clave:

En general, la información local disponible sobre la prevalencia de riesgo sustancial en las poblaciones clave es limitada y la construcción de información actualizada requiere de estudios poblacionales.

A partir de datos no publicados provistos por 7 centros de 5 jurisdicciones en el marco del piloto de implementación de servicios de prevención combinada, se estima que alrededor del 50 % de los HSH y las MT cumplen criterios de riesgo sustancial de infección por VIH cuando son evaluadas en este marco; esta información está en línea con los datos disponibles a nivel regional.

Según datos de la Organización Panamericana de la Salud publicados en 2017 a partir de información notificada por los países miembros, se estima que el 64 % de los HSH, el 97 % de las

trabajadoras sexuales y el 94 % de las mujeres trans de Argentina usó preservativo en la última relación sexual con una pareja no estable, con una mediana a nivel regional de 65 %, 88 % y 80 % respectivamente⁽⁹⁹⁾. En esta línea, una encuesta en 17.000 HSH en el marco de programas piloto de implementación de PrEP en Perú, Brasil y México estiman que al menos el 50 % de los HSH participantes puede considerarse en alto riesgo de infección por VIH al utilizar escores validados⁽¹⁰⁰⁾. En el caso de las mujeres trans, el 67 % de las participantes de un estudio realizado en CABA en 2018 reportó no haber utilizado preservativo en la última relación sexual⁽⁸⁰⁾.

Aceptabilidad de la PrEP en las personas elegibles:

La aceptabilidad de las personas a la PrEP se ve influenciada por las barreras y facilitadores para su acceso además del estigma relacionado a su uso^(76,91,101,102). **Como fenómeno social dinámico, es probable que la aceptabilidad de la PrEP aumente a medida que su implementación se consolide; que las personas se sientan más cómodas si es utilizada por otras personas de su entorno y, si las acciones de difusión y los discursos de los equipos de salud, refuerzan el rol de la PrEP como una elección responsable y voluntaria que protege tanto a las personas usuarias como a sus entornos y comunidades de la infección por VIH.**

Los datos del piloto de implementación en Argentina previamente mencionados, coinciden con la literatura regional e internacional sobre la implementación de programas de provisión de PrEP en escenarios de la vida real, y estiman la aceptabilidad de la PrEP en alrededor del 50 % de los HSH y MT que, luego de la valoración de riesgo, son consideradas elegibles para recibirla^(43,100,103-111). La marcada subrepresentación de las TS a nivel local y regional en los servicios de provisión de PrEP no nos permite en esta instancia estimar la aceptabilidad potencial en esta población. Es un desafío para el sistema de salud facilitar el acceso a los servicios de salud en esta población.

8.2. Estimación de la demanda real de PrEP a escala jurisdiccional y nacional

La necesidad teórica de PrEP interactúa con factores vinculados a las personas, a sus redes/comunidades y a los servicios de salud. Sobre estos factores operan, además, determinantes coyunturales y estructurales que pueden funcionar como cuellos de botella que limitan su aceptabilidad y accesibilidad.

La demanda real de PrEP se estima restando a la necesidad teórica el porcentaje de personas que están cubiertas por los servicios de provisión de PrEP; este último grupo incluye a quienes conocen la estrategia y acceden a la provisión, a quienes no conocen la estrategia y a quienes la cono-

cen, pero no acceden a ella (restricción de cobertura). En el caso de quienes no conocen, es probable que las acciones de promoción desde los distintos niveles de gestión, la oferta activa por parte de los servicios de salud y la difusión “boca a boca” entre las personas usuarias y sus redes aumenten progresivamente el número de personas que conoce la PrEP.

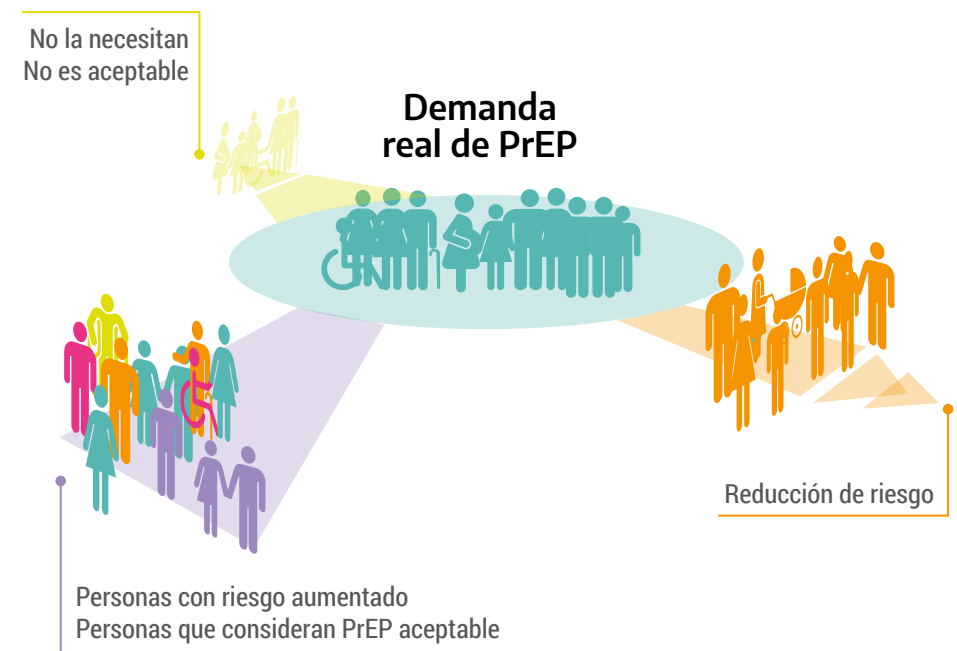
Es esperable que la curva de nuevos inicios de PrEP aumente más rápido al principio debido a la demanda contenida en las poblaciones que tienen mayor percepción del riesgo y mayor conocimiento sobre la estrategia, y luego se desacelere: la experiencia internacional y los resultados del piloto de implementación en Argentina muestran que, una vez cubierta esta demanda contenida, son necesarias acciones activas de difusión y promoción: la demanda real de PrEP (en particular en el inicio de su implementación) representa apenas la punta del iceberg del universo de personas potencialmente elegibles.

La restricción de cobertura se refiere al alcance limitado de la PrEP en el inicio de su implementación. Esta restricción disminuye progresivamente y de manera predecible a medida que la estrategia se consolida a nivel nacional. El aumento de la oferta a partir de la apertura de nuevos centros de provisión de PrEP o de la incorporación de su cobertura por parte de efectores de

los subsistemas privados y de la seguridad social son ejemplos de flexibilización en la restricción de la oferta.

Es importante tener en cuenta que, incluso en un escenario teórico de equilibrio en el que la estrategia está totalmente consolidada y el volumen de demanda real de PrEP se mantiene más o menos constante, el universo de personas individuales que lo componen es variable y cambiante. Así, es esperable que en forma continua algu-

nas personas ingresen a los circuitos de provisión de PrEP porque su riesgo de infección por VIH aumenta, o porque el riesgo se mantiene constante y se considera la PrEP como una estrategia aceptable en un momento en particular. A su vez, otras personas saldrán del circuito porque adquieren la infección por VIH, porque la estrategia ya no les resulta aceptable o porque cambió su categorización de riesgo y ya no lo necesitan.



8.3. Estimación de demanda y planificación de recursos en el nivel institucional

La estimación y planificación de servicios de prevención combinada que provean PrEP debe diferenciar los recursos requeridos para las evaluaciones iniciales de personas candidatas (y las reevaluaciones de aquellas personas que abandonan la PrEP y desean reiniciarla) y los que son necesarios para el seguimiento de personas que continúan en PrEP.

En general las consultas para evaluación inicial requieren más recursos, más tiempo y más esfuerzos por parte del equipo de salud que las de seguimiento: es el momento en que durante la consejería se debe compartir información sobre PrEP y prevención combinada en general, explicar la posología de la PrEP y la importancia de la adherencia, además de realizar el testeo inicial para VIH y otras infecciones de transmisión sexual y la actualización de las inmunizaciones. Así, es esencial mantener circuitos diferenciados de atención inicial y seguimiento para facilitar el flujo de trabajo de los equipos y optimizar el uso de recursos.

Es probable que muchos de los indicadores necesarios para la estimación de demanda teórica y real planteados previamente para la gestión programática en los niveles jurisdiccional y nacional no estén disponibles en el nivel institucional. Existen subrogan-

tes que pueden utilizarse en el nivel institucional para estimar la demanda de PrEP a partir del flujo de personas en riesgo sustancial que son usuarias del sistema de salud, incluyendo:

- Número de dispensas de PEP no ocupacional.
- Consumo de penicilina G benzatínica (cuya principal indicación es el tratamiento de la sífilis).
- Número de ITS atendidas por demanda espontánea o guardia (uretritis, proctitis, cervicitis).
- Consumo de medicamentos empleados para terapia de reemplazo hormonal en personas trans.
- Número de preservativos distribuidos/consumidos.
- Reportes de laboratorio de aislamientos de Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae y otros gérmenes productores de ITS en muestras genitales y extragenitales.
- Positividad de las pruebas para VIH.
- Positividad para pruebas de sífilis.

En esta instancia de la implementación y en base a los resultados de la experiencia piloto en jurisdicciones seleccionadas de nuestro país, se estima que son elegibles para PrEP alrededor el 50% de las personas de poblaciones clave negativas para VIH que acceden

a los servicios de prevención combinada, y que aproximadamente el 50 % de ellas acepta iniciarla. Es decir, para la planificación local debería estimarse que aproximadamente el 25 % de las personas pertenecientes a poblacio-

nes clave que son VIH negativas y que consultan a los servicios de prevención combinada iniciará PrEP.

Resumen de los principales recursos requeridos para la atención y seguimiento de personas en PrEP.

Recursos clínicos:

- **Visitas para evaluación inicial/reevaluación luego de abandono:** 1 (única vez).
- **Visitas para seguimiento:** 4 por año. Considerar la opción de realizar las visitas de seguimiento por telemedicina si resulta factible y aceptable para la persona usuaria.

Recursos de laboratorio:

- **Serología para hepatitis B (HBsAg, HBcAc, HBsAc):** 1 (única vez) por cada persona evaluada. No repetir de rutina en caso de re-evaluación luego de un abandono.
- **Serología para hepatitis A (VHA IgG):** 1 (única vez en la vida) por cada persona evaluada.
- **Serología para VIH:** 4 por año por cada persona que inicia y continúa PrEP.
- **Estudios de tamizaje para sífilis:** 4 por año por cada persona que continúa en PrEP.
- **Estudios de tamizaje para clamidia:** 2 a 4 por año por cada persona que continúa en PrEP.
- **Estudios de tamizaje para gonorrea:** 2 a 4 por año por cada persona en PrEP.
- **Creatinina plasmática:** 1 o 2 por año por cada persona que continúa en PrEP.
- **Estudios de carga viral para confirmación de casos incidentales de VIH:** 5 -10 por cada 100 personas evaluadas.

Vacunas:

- **Vacunas para VHA:** 2 dosis (única vez) por cada persona evaluada susceptible.
- **Vacunas para VHB:** 3 dosis (única vez) por cada persona evaluada susceptible.

Medicamentos:

- **PrEP (TDF/FTC o TDF/3TC comprimidos):** 12 envases por año por cada persona que continúa en PrEP.
- **Tratamiento de infecciones de transmisión sexual:** 25 por cada 100 personas evaluadas para iniciar PrEP y 75 tratamientos por cada 100 personas/año que continúan en PrEP.

7. Monitoreo y evaluación



Si bien hay evidencia sólida de que la Prevencción combinada que incluya provisión de PrEP es una herramienta altamente efectiva para prevenir la transmisión del VIH, los datos de su implementación en escenarios de la vida real en países de medianos y bajos ingresos son muy escasos.

El monitoreo del continuo de atención de las personas con VIH plantea desafíos significativos cuando la fragmentación del sistema de salud ocurre en escenarios de recursos limitados. El seguimiento de la implementación de servicios de Prevencción combinada y PrEP agrega a estos desafíos puntos adicionales que es necesario definir cuidadosamente. A escala programática, por ejemplo, puede ser difícil distinguir las discontinuaciones electivas de la PrEP por cambios en la percepción de riesgo de las personas usuarias de aquellas relacionadas a toxicidad o al “fracaso” de la PrEP en personas que contraen VIH durante el seguimiento.

En términos estratégicos, los servicios de Prevencción combinada y PrEP deben en la medida de lo posible incorporarse a los dispositivos actualmente disponibles como una forma de optimización de recursos. En el seguimiento, este acoplamiento debería incluir utilizar los sistemas de información vigentes para obtener datos que permitan monitorear su implementación.

El seguimiento del proceso de implementación de estos servicios resulta fundamental para evaluar en forma

continua su impacto tanto a escala individual como poblacional, y para asegurar el suministro continuo y suficiente de insumos clave a los efectores del sistema de salud. A la vez, este monitoreo debería evitar una carga innecesaria de trabajo para los efectores que implique redireccionar recursos que podrían utilizarse para mejorar la calidad de la atención a las personas usuarias.

1. Indicadores para el monitoreo de servicios de prevencción combinada y

La descentralización de la atención de las PcVIH y de los servicios de Prevencción hacia efectores del primer nivel de atención y organizaciones de la sociedad civil debería articularse garantizando la generación de información que permita monitorear el proceso de implementación. Así, el monitoreo de la implementación de los servicios de prevencción combinada y PrEP debería brindar información que permita no sólo guiar la toma de decisiones programáticas sino también identificar puntos en los que puede ser necesario obtener información de mayor profundidad (por ejemplo, a través de monitoreo intensificado en centros centinela o estudios de investigación para responder preguntas específicas).

Los indicadores se sugieren a continuación son a modo orientativo, y que es preciso considerar las fuentes de recolección de datos y la disponibilidad de información para la construcción y selección de los mismos.

1.1 Indicadores programáticos

Este grupo de indicadores brindan información a escala programática y jurisdiccional y deberían funcionar por un lado como indicadores para planificar la gestión (por ejemplo, estimar el volumen de compras de insumos críticos en función del monitoreo de su consumo) y por el otro identificar en forma indi-

recta puntos en los que es necesaria una intervención para aumentar el acceso de las poblaciones clave a los servicios de prevención combinada (por ejemplo, trabajar en forma conjunta con organizaciones de la sociedad civil y con referentes de laboratorio jurisdiccionales cuando exista desarrollo insuficiente de la estrategia de testeo) (Tabla 1).

Tabla 1. Indicadores programáticos.

Servicios disponibles
<p>Definición</p> <p>Este grupo de indicadores debe permitir mapear la situación basal en términos de servicios de salud disponibles en una jurisdicción y realizar un monitoreo de los avances a nivel local y jurisdiccional.</p> <p>Servicios de prevención combinada hace referencia a dispositivos del sistema de salud donde la prevención del VIH y otras ITS integra intervenciones biomédicas, comportamentales y estructurales que respondan a las necesidades de las personas usuarias. Para ser considerados como tales, los servicios de prevención combinada deben ofrecer:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asesoramiento y testeo para VIH y otras ITS. • Provisión de preservativos y geles lubricantes. • Un entorno amigable para poblaciones clave y respetuoso de la diversidad. • Y además cumplir con al menos tres de los siguientes requisitos: <ul style="list-style-type: none"> • Prescribir (e idealmente dispensar) PrEP • Prescribir (e idealmente dispensar) PEP <p>Y además cumplir con al menos tres de los siguientes requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prescribir (e idealmente dispensar) PrEP • Prescribir (e idealmente dispensar) PEP • Realizar atención y seguimiento de PcVIH • Ofrecer tratamiento de otras ITS • Ofrecer inmunizaciones • Cumplir con los lineamientos de un efector amigable <p>Si bien no existe una definición única y universal de efector amigable, en general se espera que⁽⁶³⁾:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funcionen dentro del sistema público de salud (que no impliquen un gasto de bolsillo para el usuario final). • Estén conectados con el programa local de VIH. • Tengan un equipo interdisciplinario (al menos un/a integrante del equipo perteneciente a campo biomédico y otro/a al campo social).

Tabla 1. Indicadores programáticos (continuación).

<ul style="list-style-type: none"> • Implementen en forma activa al menos una de las siguientes estrategias: horario de atención vespertino/ampliado, articulación con una organización de la sociedad civil o inclusión de promotores/as de la diversidad sexual, capacitación específica en diversidad sexual, actividades de promoción/prevencción en los circuitos de la población de la diversidad sexual y/o trabajo sexual. 			
<p>Notas metodológicas y recomendaciones para la construcción de indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia mínima de recolección: anual. • Fuente de datos: recolección y elaboración ad-hoc. • Datos mínimos a recolectar de los centros: <ol style="list-style-type: none"> 1. Dirección (e idealmente geolocalización) 2. Teléfono 3. E-mail 4. Responsable 5. Tipo de centro: PNA, Hospital, Centro de la Sociedad Civil, etc. 6. Servicios provistos: PEP, PrEP, inmunizaciones, atención de PcVIH, tratamiento de las ITS, testeo para VIH, testeo para sífilis, testeo para hepatitis virales, testeo para otras ITS, provisión de preservativos y geles lubricantes. 			
Indicador	Nivel nacional	Nivel jurisdiccional	Nivel institucional
Número de servicios de Prevención combinada (comparativo año a año). Fuente: elaboración ad-hoc.	Prioridad alta	Prioridad alta	No aplica
Porcentaje de los servicios de Prevención combinada que proveen PrEP. Fuente: elaboración ad-hoc.			
Porcentaje de los servicios de Prevención combinada que proveen PEP. Fuente: elaboración ad-hoc.			
Porcentaje de los servicios de Prevención combinada que funcionan en efectores del primer nivel de atención por jurisdicción. Fuente: elaboración ad-hoc.			
Porcentaje de los servicios de provisión de PrEP que funcionan en efectores del primer nivel de atención por jurisdicción. Fuente: elaboración ad-hoc.			
Porcentaje de los servicios de Prevención combinada que funcionan en el ámbito de organizaciones de la sociedad civil por jurisdicción. Fuente: elaboración ad-hoc.			

Tabla 1. Indicadores programáticos (continuación).

Acceso al diagnóstico			
Definición			
El acceso al testeo para VIH y otras ITS debe ser considerado un componente indispensable de los servicios de Prevención combinada, no sólo porque constituye una oportunidad para ofrecer tratamiento a las personas en quienes se diagnostique VIH u otras ITS con el consecuente beneficio que esto implica tanto a escala individual como poblacional, sino porque debe funcionar además como una instancia de valoración y estratificación que identifique a las personas en riesgo sustancial y las vincule a servicios que ofrezcan PrEP.			
Notas metodológicas y recomendaciones para la construcción de indicadores			
<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia mínima de recolección: anual. • Fuente de datos: recolección y elaboración ad-hoc y SNVS. Más información: https://bancos.salud.gob.ar/recurso/notificacion-de-pruebas-rapidas-de-vih-sifilis-y-hepatitis-virales-en-el-sistema-nacional. 			
Indicador	Nivel nacional	Nivel jurisdiccional	Nivel institucional
Número de servicios de Prevención combinada que realizan prueba rápida para VIH. Fuente: elaboración ad-hoc.	Prioridad alta	Prioridad alta	No aplica
Proporción de servicios de Prevención combinada que realizan testeo para sífilis (informar por separado aquellos que cuentan con pruebas rápidas). Fuente: elaboración ad-hoc.	Prioridad alta	Prioridad alta	No aplica
Número de organizaciones de la sociedad civil que implementan testeo para VIH (separado por jurisdicción, comparativo año a año). Fuente: elaboración ad-hoc.	Prioridad media	Prioridad media	No aplica
Número de test rápido para VIH distribuidos. Fuente: elaboración ad-hoc.	Prioridad alta	Prioridad alta	No aplica
Número de test de VIH realizados. Fuente: SNVS.	Prioridad media	Prioridad media	Prioridad alta
Tasa de positividad de test para VIH. Fuente: SNVS.	Prioridad media	Prioridad media	Prioridad alta
Tasa de positividad de test para sífilis. Fuente: SNVS.	Prioridad media	Prioridad media	Prioridad alta
Número de autotest para VIH distribuidos. Fuente: SNVS.	Prioridad alta	Prioridad alta	Prioridad media

1.2. Indicadores de procesos y resultados

1.2.1. Características de población de personas usuarias

Este grupo de indicadores permite caracterizar a la población de personas usuarias que accede a los servicios de Prevención combinada, y debería servir no sólo para realizar estadística descriptiva sino para responder preguntas relacionadas al proceso de implementación.

Por ejemplo, si en una jurisdicción existe incidencia especialmente elevada de VIH en personas trans que son trabajadoras sexuales, esta población debería estar representada entre las personas que inician PrEP; por el contrario, una sobre-representación de personas cuyo riesgo de contraer VIH es comparativamente menor puede significar una menor costo-efectividad de la intervención (Tabla 2).

Tabla 2. Indicadores de procesos – Basal.

Acceso al diagnóstico			
Definición			
El acceso al testeo para VIH y otras ITS debe ser considerado un componente indispensable de los servicios de Prevención combinada, no sólo porque constituye una oportunidad para ofrecer tratamiento a las personas en quienes se diagnostique VIH u otras ITS con el consecuente beneficio que esto implica tanto a escala individual como poblacional, sino porque debe funcionar además como una instancia de valoración y estratificación que identifique a las personas en riesgo sustancial y las vincule a servicios que ofrezcan PrEP. La construcción de algunos indicadores puede requerir la estimación del denominador a partir de relevamientos de prevalencia. En escenarios de recursos limitados, algunos de los indicadores pueden recolectarse en centros centinela.			
Notas metodológicas y recomendaciones para la construcción de indicadores			
<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia mínima de recolección: semestral. • Fuente de datos: recolección y elaboración ad-hoc, SVIH y SNVS. 			
Indicador	Nivel nacional	Nivel jurisdiccional	Nivel institucional
Porcentaje de personas pertenecientes a poblaciones clave que se realizaron al menos una prueba para VIH en el último año. Fuente: elaboración ad-hoc.	Prioridad media	Prioridad media	No aplica
Porcentaje de personas pertenecientes a poblaciones clave que se realizaron al menos una prueba para sífilis en el último año. Fuente: elaboración ad-hoc.	Prioridad alta	Prioridad alta	No aplica

Tabla 2. Indicadores de procesos – Basal (continuación).

Indicador	Nivel nacional	Nivel jurisdiccional	Nivel institucional
Proporción de personas elegibles para iniciar PrEP que tienen una prueba para VIH positiva en la valoración inicial. Fuente: SNVS, SVIH.	No aplica	No aplica	Prioridad alta
Proporción de usuarios/as de PrEP con antecedente de alguna ITS en los 6 meses previos a la valoración. Fuente: SNVS, SVIH, elaboración ad-hoc.	Prioridad media	Prioridad media	Prioridad alta
Proporción de usuarios/as de PrEP con antecedente de sífilis en los 6 meses previos a la valoración. Fuente: SNVS, SVIH.	Prioridad media	Prioridad media	Prioridad alta
Proporción de usuarios/as de PrEP con diagnóstico de alguna ITS en la visita basal. Fuente: SNVS, SVIH.	Prioridad alta	Prioridad alta	Prioridad alta
Proporción de usuarios/as de PrEP con diagnóstico de sífilis en la visita basal. Fuente: SNVS, SVIH.	Prioridad alta	Prioridad alta	Prioridad alta

Uso de Profilaxis Post-Exposición (PEP)

Definición

La PEP es una intervención altamente efectiva para la prevención del VIH cuya subutilización es significativa en nuestro medio, en particular luego de exposiciones sexuales^(30,98). En el marco de servicios de Prevención combinada, la oferta y provisión sistemática de PEP debe ser considerada no sólo una herramienta adicional de prevención sino también una oportunidad para identificar personas en riesgo sustancial que puedan beneficiarse de otras intervenciones como la PrEP.

Notas metodológicas y recomendaciones para la construcción de indicadores

- Frecuencia mínima de recolección: trimestral.
- Fuente de datos: recolección y elaboración ad-hoc, SVIH y SNVS.

Indicador	Nivel nacional	Nivel jurisdiccional	Nivel institucional
Número de personas que inician PEP (recopilar cada evento en forma individualizada para cada persona), comparativo año a año. Fuente: SVIH.	Prioridad alta	Prioridad alta	Prioridad alta

Tabla 2. Indicadores de procesos – Basal (continuación).

Indicador	Nivel nacional	Nivel jurisdiccional	Nivel institucional
Número de personas con uso recurrente de PEP (≥ 2 veces). Fuente: SVIH.	Prioridad media	Prioridad media	Prioridad media
Proporción de personas usuarias de PEP que inician PrEP dentro del año. Fuente: SVIH.	Prioridad media	Prioridad media	Prioridad baja

Uso de Profilaxis Pre-Exposición (PrEP)

Definición

En el contexto de servicios de Prevención combinada, la oferta de PrEP a poblaciones clave en riesgo sustancial de contraer VIH está recomendada como una estrategia adicional de prevención.

El proceso de implementación de PrEP debe permitir no solamente cuantificar el volumen de prescripciones, dispensas y nuevos usuarios/as, sino también realizar un seguimiento del perfil de personas que acceden y reciben PrEP para guiar las intervenciones programáticas dirigidas a aumentar la demanda en grupos específicos de poblaciones clave.

Notas metodológicas y recomendaciones para la construcción de indicadores

- Frecuencia mínima de recolección: trimestral.
- Fuente de datos: recolección y elaboración ad-hoc, SVIH y SNVS.

Indicador	Nivel nacional	Nivel jurisdiccional	Nivel institucional
Número de personas que inician PrEP (comparativo año a año). Fuente: SVIH.	Prioridad alta	Prioridad alta	Prioridad media
Perfil sociodemográfico de las personas que inician PrEP, incluyendo al menos: <ul style="list-style-type: none"> • Sexo al nacer • Identidad de género • Edad • Máximo nivel educativo alcanzado • Cobertura (sistema público/seguridad social/privado) • HSH (para varones cis) Fuente: elaboración ad-hoc.	Prioridad media	Prioridad media	Prioridad baja
Proporción de personas que inician PrEP en régimen a demanda (2 + 1 + 1) y diario. Fuente: elaboración ad-hoc, SVIH.	Prioridad baja	Prioridad baja	Prioridad media

Tabla 2. Indicadores de procesos – Basal (continuación).

Prácticas sexuales			
Definición			
Las prácticas sexuales de las personas (entendidas en un contexto estructural, jurídico y social) son en gran medida y junto con sus vulnerabilidades y redes determinantes de su riesgo de infección por VIH y otras ITS. Como parte del proceso de asesoramiento, la valoración de riesgo debe funcionar como una instancia para identificar a personas en riesgo sustancial que puedan beneficiarse de intervenciones adicionales.			
Notas metodológicas y recomendaciones para la construcción de indicadores			
<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia mínima de recolección: semestral. • Fuente de datos: recolección y elaboración ad-hoc. • Los indicadores se reportan como proporción/% empleando como denominador el total de personas atendidas y/o encuestadas. 			
Indicador	Nivel nacional	Nivel jurisdiccional	Nivel institucional
Proporción de personas que reporta uso de preservativo en relaciones sexuales con penetración en los 3 meses previos a la valoración (nunca, casi nunca, la mitad de las veces, casi siempre, siempre). Fuente: elaboración ad-hoc.	Prioridad baja	Prioridad baja	Prioridad media
Relaciones sexuales con PcVIH sin tratamiento en los 6 meses previos a la valoración. Fuente: elaboración ad-hoc.	Prioridad baja	Prioridad baja	Prioridad media
Trabajo sexual en los 6 meses previos a la valoración. Fuente: elaboración ad-hoc.	Prioridad baja	Prioridad baja	Prioridad media
Uso de drogas durante las relaciones sexuales (<i>chemsex</i>) en los 6 meses previos a la valoración. Fuente: elaboración ad-hoc.	Prioridad baja	Prioridad baja	Prioridad media

1.2.2. Indicadores de seguimiento a personas usuarias

La cascada de prevención se refiere al monitoreo de indicadores relacionados al continuo de atención de personas VIH negativas⁽⁷³⁾. En este sentido, vincular a las personas en riesgo sustancial a servicios de prevención que incluyan la oferta de PrEP debería ser un objetivo de mínima a escala programática.

Este grupo de indicadores debería contribuir al monitoreo y seguimiento

de las personas en riesgo sustancial que acceden a servicios de Prevención combinada; y pueden funcionar como un eslabón intermedio entre los indicadores de línea de base que están mayormente relacionadas a las personas usuarias (ejemplo: proporción de las personas pertenecientes a poblaciones clave y en riesgo sustancial que inician PrEP) y aquellos de escala poblacional (ejemplo: incidencia de VIH en poblaciones clave en una jurisdicción).

Tabla 3. Indicadores de resultados y seguimiento.

Discontinuación de la PrEP			
Definición			
La discontinuación de la PrEP incluye no sólo discontinuaciones “puras” sino también pérdidas en el seguimiento. Si la proporción de personas que continúa la PrEP luego de los primeros 3 meses es bajo (menor al 50%), es importante investigar razones adicionales que puedan explicarlo (por ejemplo, cambios en estilo de vida o prácticas, efectos adversos/toxicidad, factores estructurales que vuelven inaccesible los sitios u horarios para la dispensa, etcétera).			
Notas metodológicas y recomendaciones para la construcción de indicadores			
<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia mínima de recolección: semestral. • Fuente de datos: SVIH. • Los indicadores se reportan como proporción/% empleando como denominador el total de personas que iniciaron PrEP en el período. 			
Indicador	Nivel nacional	Nivel jurisdiccional	Nivel institucional
Proporción de personas usuarias que discontinúan PrEP durante al menos 3 meses luego de la dispensa inicial (sobre el total de personas que iniciaron PrEP en el último año). Fuente: SVIH.	Prioridad alta	Prioridad alta	Prioridad media
Proporción de personas que reinicia PrEP luego de discontinuarla dentro del primer año. Fuente: SVIH.	Prioridad alta	Prioridad alta	Prioridad media

Tabla 3. Indicadores de resultados y seguimiento (continuación).

Incidencia de VIH y otras ITS			
Definición			
Si bien la PrEP es altamente efectiva para prevenir el VIH, no previene otras ITS y existen situaciones en las que la persona puede seroconvertir durante el seguimiento (por ejemplo, porque estaba cursando una seroconversión en el momento de iniciar la PrEP o porque su adherencia durante el seguimiento fue subóptima).			
Los casos incidentales de VIH detectados durante el seguimiento en personas usuarias de PrEP no deberían ser considerados un “fracaso”, sino por el contrario funcionar como indicadores que marquen la necesidad de obtener mayor información. Del mismo modo, una alta incidencia de ITS en personas que reciben PrEP en ningún caso puede considerarse un fracaso del programa de implementación, sino que debería marcar la importancia de reforzar la articulación con otros componentes de la prevención combinada (ejemplo: aumentar la frecuencia del testeó).			
La construcción de algunos indicadores puede requerir la estimación del denominador a partir de relevamientos de prevalencia.			
Notas metodológicas y recomendaciones para la construcción de indicadores			
<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia mínima de recolección: anual. • Fuente de datos: SVIH, SNVS. • Los indicadores se reportan como proporción/% empleando como denominador el total de personas que iniciaron PrEP. 			
Indicador	Nivel nacional	Nivel jurisdiccional	Nivel institucional
Usuarios/as de PrEP que seroconvierten para VIH durante el seguimiento (por cada 1000 personas-año, estimado sobre el universo de personas que tenga al menos una prueba de seguimiento). Fuente: SNVS, SVIH.	Prioridad alta	Prioridad alta	Prioridad media
Usuarios/as de PrEP con diagnóstico clínico de ITS durante el seguimiento (por cada 1000 personas-año, estimado sobre el universo de personas que tenga al menos una prueba de seguimiento). Fuente: SNVS, SVIH.	Prioridad alta	Prioridad alta	Prioridad media
Usuarios/as de PrEP con diagnóstico de sífilis durante el seguimiento (por cada 1000 personas-año, estimado sobre el universo de personas que tenga al menos una prueba de seguimiento). Fuente: SNVS, SVIH.	Prioridad alta	Prioridad alta	Prioridad media

1.2.3. Indicadores de impacto

En última instancia, el objetivo final de la implementación de programas de Prevención combinada y provisión de PrEP debería ser reducir el número de nuevos casos de VIH y otras ITS. Si bien la eficacia individual de las intervenciones que componen la Prevención combinada es elevada, su impacto medible a escala poblacional puede ser limitado en muchas situaciones. Por ejemplo, en escenarios donde existen barreras significativas para que las personas accedan a los servicios de salud es probable que ofrecer PrEP a las poblaciones clave tenga un efecto

modesto en la comunidad. Aun así, es posible cuantificar el efecto de la implementación de servicios de Prevención combinada si se estiman, por ejemplo, el número de nuevos casos de VIH notificados en población que utiliza PrEP.

Es importante tener en cuenta que algunos de los indicadores de impacto son el resultado de la convergencia de múltiples factores y líneas de trabajo a escala institucional y programática y que por lo tanto trascienden a los servicios de Prevención combinada.

La **Tabla 4** resume los indicadores de impacto recomendados para este monitoreo.

Tabla 4. Indicadores de impacto.

Incidencia de VIH y otras ITS
Definición
El objetivo final de la implementación de servicios de Prevención combinada es reducir la incidencia de VIH y otras ITS a escala poblacional. Sin embargo, es importante tener en cuenta que los indicadores relacionados dependen de un gran número de factores (incluyendo la aplicación de políticas a escala institucional y programática pero también cambios estructurales, sociales y vinculares) que en muchos casos exceden el alcance de estos servicios de Prevención combinada.
La construcción de algunos indicadores puede requerir la estimación del denominador a partir de relevamientos de prevalencia.
Notas metodológicas y recomendaciones para la construcción de indicadores
<ul style="list-style-type: none"> • Frecuencia mínima de recolección: anual. • Fuente de datos: SNVS, SVIH.

Tabla 4. Indicadores de impacto (continuación).

Indicador	Nivel nacional	Nivel jurisdiccional	Nivel institucional
Número de nuevos casos de VIH notificados anualmente. Fuente: SNVS, SVIH.	Prioridad alta	Prioridad alta	No aplica
Número de nuevos casos de VIH notificados en poblaciones clave. Fuente: SNVS, SVIH.	Prioridad alta	Prioridad alta	Prioridad media
Número de nuevos casos de VIH notificados en personas que usan PrEP. Fuente: SNVS, SVIH.	Prioridad alta	Prioridad alta	Prioridad media
Incidencia global de ITS. Fuente: SNVS, SVIH.	Prioridad alta	Prioridad alta	Prioridad media
Incidencia global de sífilis. Fuente: SNVS, SVIH.	Prioridad alta	Prioridad alta	Prioridad media
Incidencia de sífilis congénita. Fuente: SNVS, SVIH.	Prioridad alta	Prioridad alta	No aplica
Incidencia de hepatitis C. Fuente: SNVS, SVIH.	Prioridad alta	Prioridad alta	Prioridad media

Resistencia a los antirretrovirales

Definición

Infrecuentemente, el inicio de PrEP en una persona con infección por VIH inadvertida (por ejemplo, cursando una seroconversión) o la adquisición del virus en una persona que recibe PrEP con adherencia subóptima puede conducir al desarrollo de resistencia a los antirretrovirales. Si bien la evidencia muestra que el impacto potencial de la PrEP en la prevalencia de resistencia a los antirretrovirales a escala poblacional es bajo, monitorear periódicamente la prevalencia de resistencia en PcVIH que inician el tratamiento puede contribuir a predecir anticipadamente una posible menor eficacia de la PrEP (por ejemplo, porque aumente la circulación comunitaria de VIH resistente al TDF y/o FTC/3TC).

Notas metodológicas y recomendaciones para la construcción de indicadores

- Frecuencia mínima de recolección: quinquenal.
- Fuente de datos: recolección y elaboración ad-hoc.

Tabla 4. Indicadores de impacto (continuación).

Indicador	Nivel nacional	Nivel jurisdiccional	Nivel institucional
Resistencia a 3TC y FTC en personas con VIH naive de tratamiento (presencia de mutación M184V/I). Fuente: elaboración ad-hoc.	Prioridad media	Prioridad baja	No aplica
Resistencia a tenofovir en personas con VIH naive de tratamiento (presencia de mutación K65R). Fuente: elaboración ad-hoc.	Prioridad media	Prioridad baja	Prioridad media

8. Referencias

- (1) UNAIDS. Communities at the centre - Key messages [Internet]. 2019 [citado el 20 de julio de 2020]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-global-aids-update_key-messages_en.pdf
- (2) ONUSIDA. Estrategia mundial contra el sida 2021-2026. Acabar con las desigualdades. Acabar con el sida. [Internet]. 2021 [citado el 1 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.unaids.org/en/Global-AIDS-Strategy-2021-2026>
- (3) Organización Panamericana de la Salud. Marco de monitoreo de los servicios relacionados con el VIH y las ITS para grupos de población clave en América Latina y el Caribe [Internet]. 2019 [citado el 6 de junio de 2020]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51681/9789275321065_spa.pdf
- (4) Organización Panamericana de la Salud, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida para América Latina y el Caribe. Prevención de la infección por VIH bajo la lupa. Un análisis desde la perspectiva del sector de la salud en América Latina y el Caribe. [Internet]. 2017. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34380/9789275319796_spa.pdf?sequence=8&isAllowed=y
- (5) Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis - Ministerio de Salud de la Nación. Boletín N°37 - Respuesta al VIH y las ITS en Argentina - Año XXII - Diciembre 2020 [Internet]. 2020 [citado el 1 de enero de 2021]. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-11/Boletin%20VIH%202020%20final%20V2.pdf>
- (6) Macdonald V, Verster A, Baggaley R. A call for differentiated approaches to delivering HIV services to key populations. *Journal of the International AIDS Society*. 2017;20(S4):21658.
- (7) Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis. Uso de PrEP como una estrategia de Prevención combinada Recomendaciones y directrices clínicas para equipos de salud. Edición 2.0 - Actualización 2022. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/proyecto-piloto-de-creacion-de-centros-de-prevencion-combinada-y-profilaxis-pre-exposicion>
- (8) World Health Organization. WHO Expands Recommendation on Oral Preexposure Prophylaxis of HIV Infection (PrEP) - Policy Brief [Internet]. 2015 [citado el 3 de julio de 2018]. Disponible en: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/197906/WHO_HIV_2015.48_eng.pdf
- (9) UNAIDS. Combination HIV Prevention: Tailoring and Coordinating Biomedical, Behavioural and Structural Strategies to Reduce New HIV Infections. A UNAIDS Discussion Paper. [Internet]. 2010 [citado el 25 de julio de 2018]. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2007_Combination_Prevention_paper_en_0.pdf
- (10) Organización Mundial de la Salud. Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH para grupos de población clave [Internet]. 2016 [citado el 20 de julio de 2020]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49094/9789275320075_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- (11) Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis y Tuberculosis. Mapa de preservativos | Dónde conseguir preservativos gratis. [Internet]. [citado el 8 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/salud/vih-sida/preservativosgratis>
- (12) Dirección de Salud Sexual y Reproductiva - Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Métodos anticonceptivos - Guía práctica para profesionales de la salud. Actualización 2019. [Internet]. 2019 [citado el 1 de junio de 2020]. Disponible en: <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento49.pdf>
- (13) Patel P, Borkowf CB, Brooks JT, Lasry A, Lansky A, Mermin J. Estimating per-act HIV transmission risk: a systematic review. *AIDS*. el 19 de junio de 2014;28(10):1509-19.
- (14) Magaret AS, Mujugira A, Hughes JP, Lingappa J, Bukusi EA, DeBruyn G, et al. Effect of Condom Use on Per-act HSV-2 Transmission Risk in HIV-1, HSV-2-discordant Couples. *Clin Infect Dis*. el 15 de febrero de 2016;62(4):456-61.
- (15) Chelimo C, Wouldes TA, Cameron LD, Elwood JM. Risk factors for and prevention of human papillomaviruses (HPV), genital warts and cervical cancer. *Journal of Infection*. el 1 de marzo de 2013;66(3):207-17.
- (16) Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Antiretroviral Therapy for the Prevention of HIV-1 Transmission. *N Engl J*

Med. el 1 de septiembre de 2016;375(9):830-9.

(17) INSIGHT START Study Group, Lundgren JD, Babiker AG, Gordin F, Emery S, Grund B, et al. Initiation of Antiretroviral Therapy in Early Asymptomatic HIV Infection. *N Engl J Med.* el 27 de agosto de 2015;373(9):795-807.

(18) Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Lunzen J van, et al. Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy. *JAMA.* el 12 de julio de 2016;316(2):171-81.

(19) Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Degen O, et al. Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. *Lancet.* el 2 de mayo de 2019;

(20) Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med.* el 11 de agosto de 2011;365(6):493-505.

(21) Siegfried N, Merwe L van der, Brocklehurst P, Sint TT. Antiretrovirals for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2011 [citado el 16 de julio de 2020];(7). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003510.pub3/full>

(22) Montaner JS, Hogg R, Wood E, Kerr T, Tyndall M, Levy AR, et al. The case for expanding access to highly active antiretroviral therapy to curb the growth of the HIV epidemic. *The Lancet.* el 5 de agosto de 2006;368(9534):531-6.

(23) Montaner JSG. Treatment as Prevention: Toward an AIDS-Free Generation. *Top Antivir Med.* el 28 de noviembre de 2016;21(3):110-4.

(24) OMS/ONUSIDA. 90-90-90 Un ambicioso objetivo de tratamiento para contribuir al fin de la epidemia de sida [Internet]. 2014 [citado el 4 de julio de 2018]. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90_90_90_es.pdf

(25) Dirección de SIDA y ETS - Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Guía de Recomendaciones para el Inicio de Tratamiento Antirretroviral en Personas Adultas con VIH-1. 2019.

(26) World Health Organization. Updated recommendations on first-line and second-line antiretroviral regimens and post-exposure prophylaxis and recommendations on early infant diagnosis of HIV: interim guidance [Internet]. 2018 [citado el 27 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/273632/WHO-CDS-HIV-18.18-eng.pdf>

(27) World Health Organization. Recommendation for Rapid Initiation of ART [Internet]. World Health Organization; 2017 [citado el 26 de febrero de 2019]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK475972/>

(28) Cardo DM, Culver DH, Ciesielski CA, Srivastava PU, Marcus R, Abiteboul D, et al. A case-control study of HIV seroconversion in health care workers after percutaneous exposure. Centers for Disease Control and Prevention Needlestick Surveillance Group. *N Engl J Med.* el 20 de noviembre de 1997;337(21):1485-90.

(29) World Health Organization. Consolidated Guidelines on the Use of Antiretroviral Drugs for Treating and Preventing HIV Infection: Recommendations for a Public Health Approach [Internet]. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2016 [citado el 3 de julio de 2018]. (WHO Guidelines Approved by the Guidelines Review Committee). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK374294/>

(30) Dirección de SIDA y ETS - Ministerio de Salud de la Nación. Profilaxis Post-Exposición para el VIH en personas adultas. Recomendaciones abreviadas para el equipo de salud. [Internet]. 2019. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/0000001561cnt-2019_profilaxis-post-exposicion-para-el-vih-personas-adultas.pdf

(31) Dirección de SIDA, ETS, Hepatitis y TBC. Secretaría de Gobierno de Salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Boletín sobre el VIH, sida, e ITS en la Argentina. N°36. Año XXII. Diciembre de 2019 [Internet]. 2019 [citado el 11 de diciembre de 2019]. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001754cnt-boletin-epidemiologico-2019_vih-sida-its.pdf

(32) Barletta, José, Favier, Patricio, Rodríguez Villegas, Ignacio, Cabrini, Mercedes, Fink, Valeria, Blugerman, Gabriela, et al. Análisis del uso de Profilaxis Post-Exposición no ocupacional contra HIV en un servicio de infectología de CABA. En Mendoza; 2016 [citado el 1 de junio de 2020]. Disponible en: <https://drive.google.com/drive/folders/0B27S8Bm6EMqrmVftUm94MXNOeEO>

⁽³³⁾ Lert F. Advances in HIV treatment and prevention: should treatment optimism lead to prevention pessimism? *AIDS Care*. diciembre de 2000;12(6):745-55.

⁽³⁴⁾ Heuker J, Sonder GJB, Stolte I, Geskus R, van den Hoek A. High HIV incidence among MSM prescribed postexposure prophylaxis, 2000-2009: indications for ongoing sexual risk behaviour. *AIDS*. el 20 de febrero de 2012;26(4):505-12.

⁽³⁵⁾ Ministerio de Salud de la Nación. Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales. 4a edición, 2021. [Internet]. 2021 [citado el 1 de julio de 2021]. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-05/Protocolo_Atencion_Personas_Victimadas_Violaciones_Sexuales_2021_5.pdf

⁽³⁶⁾ Ministerio de Salud de la Nación. Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción voluntaria y legal del embarazo. Edición 2021. [Internet]. 2021 [citado el 1 de julio de 2021]. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-05/protocolo-IVE_ILE-2021-26-05-2021.pdf

⁽³⁷⁾ Fonner VA, Dalglish SL, Kennedy CE, Baggaley R, O'Reilly KR, Koechlin FM, et al. Effectiveness and safety of oral HIV preexposure prophylaxis for all populations. *AIDS*. el 31 de julio de 2016;30(12):1973-83.

⁽³⁸⁾ Deutsch MB, Glidden DV, Sevelius J, Keatley J, McMahan V, Guanira J, et al. HIV pre-exposure prophylaxis in transgender women: a subgroup analysis of the iPrEx trial. *Lancet HIV*. diciembre de 2015;2(12):e512-519.

⁽³⁹⁾ Grant RM, Anderson PL, McMahan V, Liu A, Amico KR, Mehrotra M, et al. Uptake of pre-exposure prophylaxis, sexual practices, and HIV incidence in men and transgender women who have sex with men: a cohort study. *Lancet Infect Dis*. septiembre de 2014;14(9):820-9.

⁽⁴⁰⁾ McCormack S, Dunn DT, Desai M, Dolling DI, Gafos M, Gilson R, et al. Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. *The Lancet*. el 2 de enero de 2016;387(10013):53-60.

⁽⁴¹⁾ Molina J-M, Capitán C, Spire B, Pialoux G, Cotte L, Charreau I, et al. On-Demand Preexposure Prophylaxis in Men at High Risk for HIV-1 Infection. *New England Journal of Medicine*. el 3 de diciembre de 2015;373(23):2237-46.

⁽⁴²⁾ Molina J-M, Charreau I, Spire B, Cotte L, Chas J, Capitán C, et al. Efficacy, safety, and effect on sexual behaviour of on-demand pre-exposure prophylaxis for HIV in men who have sex with men: an observational cohort study. *The Lancet HIV*. el 1 de septiembre de 2017;4(9):e402-10.

⁽⁴³⁾ Hosek SG, Rudy B, Landovitz R, Kapogiannis B, Siberry G, Rutledge B, et al. An HIV Preexposure Prophylaxis Demonstration Project and Safety Study for Young MSM. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 01 de 2017;74(1):21-9.

⁽⁴⁴⁾ Pilkington V, Hill A, Hughes S, Nwokolo N, Pozniak A. How safe is TDF/FTC as PrEP? A systematic review and meta-analysis of the risk of adverse events in 13 randomised trials of PrEP. *J Virus Erad*. 4(4):215-24.

⁽⁴⁵⁾ Charles B. Hare, Josep Coll, Peter Ruane, Jean-Michel Molina, Kenneth H. Mayer, Heiko Jessen, et al. The Phase 3 DISCOVER Study: Daily F/TAF or F/TDF for HIV Preexposure Prophylaxis. En Seattle; [citado el 8 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.croiconference.org/sessions/phase-3-discover-study-daily-ftaf-or-ftdf-hiv-preexposure-prophylaxis>

⁽⁴⁶⁾ Peter Ruane, Amanda Clarke, Frank A. Post, Gabriel Schembri, Heiko Jessen, Benoit Trottier, et al. Phase 3 Randomized, Controlled DISCOVER Study of Daily F/TAF or F/TDF for HIV Pre-exposure Prophylaxis: Week 96 Results. En Basel; 2019 [citado el 23 de junio de 2020]. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/hiv.12814>

⁽⁴⁷⁾ What's the 2+1+1? Event-driven oral Pre-Exposure Prophylaxis to prevent HIV for men who have sex with men: update to WHO's recommendation on oral PrEP. July 2019. [Internet]. 2019 [citado el 4 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325955/WHO-CDS-HIV-19.8-eng.pdf?ua=1>

⁽⁴⁸⁾ Taylor SW, Mayer KH, Elsesser SM, Mimiaga MJ, O'Cleirigh C, Safren SA. Optimizing Content for Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) Counseling for Men who have Sex with Men: Perspectives of PrEP Users and High-risk PrEP Naïve Men. *AIDS Behav*. mayo de 2014;18(5):871-9.

⁽⁴⁹⁾ Organización Panamericana de la Salud. Prevención y control de las Infecciones de Transmisión sexual (ITS) en la era de la Profilaxis oral Previa a la Exposición (PrEP). [Internet]. 2019 [citado el 1 de junio de 2020]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51951/OPSCDEVT200005_spa.

pdf?sequence=6

⁽⁵⁰⁾ Marcus JL, Glidden DV, Mayer KH, Liu AY, Buchbinder SP, Amico KR, et al. No Evidence of Sexual Risk Compensation in the iPrEx Trial of Daily Oral HIV Preexposure Prophylaxis. *PLOS ONE*. dic de 2013;8(12):e81997.

⁽⁵¹⁾ Unemo M, Bradshaw CS, Hocking JS, de Vries HJC, Francis SC, Mabey D, et al. Sexually transmitted infections: challenges ahead. *Lancet Infect Dis*. 2017;17(8):e235–79.

⁽⁵²⁾ Blumenthal J, Haubrich RH. Will risk compensation accompany pre-exposure prophylaxis for HIV? *Virtual Mentor*. el 1 de noviembre de 2014;16(11):909–15.

⁽⁵³⁾ Paz-Bailey G, Mendoza MCB, Finlayson T, Wejnert C, Le B, Rose C, et al. Trends in condom use among MSM in the United States: the role of antiretroviral therapy and seroadaptive strategies. *AIDS*. 31 de 2016;30(12):1985–90.

⁽⁵⁴⁾ Panamerican Health Organization. Plan of Action for the prevention and control of HIV and sexually transmitted infections 2016-2021 [Internet]. 2016 [citado el 1 de enero de 2021]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34081/CD552017-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

⁽⁵⁵⁾ Pettifor A, Nguyen NL, Celum C, Cowan FM, Go V, Hightow-Weidman L. Tailored combination prevention packages and PrEP for young key populations. *J Int AIDS Soc* [Internet]. el 26 de febrero de 2015 [citado el 18 de julio de 2018];18(2Suppl 1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4344537/>

⁽⁵⁶⁾ Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial del Sector de la Salud contra las Infecciones de Transmisión Sexual 2016-2021: Hacia el Fin de las ITS [Internet]. 2016 [citado el 16 de junio de 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250253/WHO-RHR-16.09-spa.pdf?sequence=1>

⁽⁵⁷⁾ Ministerio de Salud de la Nación. Calendario Nacional de Vacunación. [Internet]. 2020 [citado el 24 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/calendario-nacional-vacunacion.pdf>

⁽⁵⁸⁾ Dirección de SIDA, ETS, Hepatitis y TBC. Secretaría de Gobierno de Salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Respuesta a las hepatitis virales. Plan estratégico 2018-2021. [Internet]. 2018 [citado el 1 de junio de 2020]. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001400cnt-2019-01_respuesta-hepatitis-virales.pdf

⁽⁵⁹⁾ Wi TE, Ndowa FJ, Ferreyra C, Kelly-Cirino C, Taylor MM, Toskin I, et al. Diagnosing sexually transmitted infections in resource-constrained settings: challenges and ways forward. *Journal of the International AIDS Society*. 2019;22(S6):e25343.

⁽⁶⁰⁾ Chow EPF, Callander D, Fairley CK, Zhang L, Donovan B, Guy R, et al. Increased Syphilis Testing of Men Who Have Sex With Men: Greater Detection of Asymptomatic Early Syphilis and Relative Reduction in Secondary Syphilis. *Clin Infect Dis*. el 1 de agosto de 2017;65(3):389–95.

⁽⁶¹⁾ Smith P, Bottenheim A, Schmucker L, Bekker L-G, Thirumurthy H, Davey DLJ. Undetectable=untransmittable (U=U) messaging increases uptake of HIV testing among men: Results from a pilot cluster randomized trial. *medRxiv*. el 1 de enero de 2020;2020.11.23.20236695.

⁽⁶²⁾ World Health Organization. WHO recommends HIV self-testing – evidence update and considerations for success [Internet]. 2019 [citado el 16 de enero de 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1261506/retrieve>

⁽⁶³⁾ Ministerio de Salud de la Nación. Resolución 55 - E/2017 [Internet]. 2017 [citado el 1 de febrero de 2021]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/270000-274999/270811/norma.htm>

⁽⁶⁴⁾ Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Prevenção Combinada do HIV - Bases conceituais para profissionais trabalhadores(as) e gestores (as) de saúde [Internet]. 2017. Disponible en: http://www.aids.gov.br/system/tfd/pub/2016/64901/prevencao_combinada_-_bases_conceituais_web.pdf?file=1&type=node&id=64901&force=1

⁽⁶⁵⁾ Malekinejad M, Parriott A, Blodgett JC, Horvath H, Shrestha RK, Hutchinson AB, et al. Effectiveness of community-based condom distribution interventions to prevent HIV in the United States: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* [Internet]. el 3 de agosto de 2017 [citado el 23 de julio de 2018];12(8). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5542551/>

⁽⁶⁶⁾ World Health Organization. Module 2 Community Educators and Advocates - WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis (PrEP) of HIV infection [Internet]. 2017 [citado el 3 de julio de 2018]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258507/WHO-HIV-2017.24-eng.pdf>

- (67) UNAIDS. Global AIDS update 2019 — Communities at the centre [Internet]. 2019 [citado el 1 de febrero de 2021]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-global-AIDS-update_en.pdf
- (68) World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV testing services for a changing epidemic - Policy brief [Internet]. 2019 [citado el 11 de diciembre de 2019]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1261990/retrieve>
- (69) Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e aids [Internet]. 2018 [citado el 3 de enero de 2021]. Disponible en: http://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/manual_adesao_tratamento_hiv.pdf
- (70) Piñeirúa A, Sierra-Madero J, Cahn P, Palmero RNG, Buitrago EM, Young B, et al. The HIV care continuum in Latin America: challenges and opportunities. *The Lancet Infectious Diseases*. el 1 de julio de 2015;15(7):833-9.
- (71) World Health Organization. Consolidated guidelines on person-centred HIV patient monitoring and case surveillance. [Internet]. 2017 [citado el 2 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255702/9789241512633-eng.pdf?sequence=1>
- (72) ONUSIDA. Monitoreo Global del SIDA 2020 [Internet]. 2019 [citado el 1 de noviembre de 2020]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/producing-narrative-report-global-aids-monitoring_es.pdf
- (73) Panamerican Health Organization. Framework for Monitoring HIV/STI Services for Key Populations in Latin America and the Caribbean [Internet]. 2019. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51682/9789275121061_eng.pdf?sequence=4&isAllowed=y
- (74) Haberer JE, Bangsberg DR, Baeten JM, Curran K, Koechlin F, Amico KR, et al. Defining success with HIV pre-exposure prophylaxis: A prevention-effective adherence paradigm. *AIDS*. el 17 de julio de 2015;29(11):1277-85.
- (75) Magno L, Silva LAV da, Veras MA, Pereira-Santos M, Dourado I, Magno L, et al. Stigma and discrimination related to gender identity and vulnerability to HIV/AIDS among transgender women: a systematic review. *Cadernos de Saúde Pública* [Internet]. 2019 [citado el 21 de julio de 2020];35(4). Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2019000400501&lng=en&nrm=iso&tlng=en)

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X2019000400501&lng=en&nrm=iso&tlng=en

(76) Calabrese SK, Underhill K. How Stigma Surrounding the Use of HIV Preexposure Prophylaxis Undermines Prevention and Pleasure: A Call to Destigmatize “Truvada Whores”. *Am J Public Health*. octubre de 2015;105(10):1960-4.

(77) ONUSIDA. Reducir el estigma y la discriminación por el VIH: una parte fundamental de los programas nacionales del sida: recurso para las partes interesadas en la respuesta al VIH en los diferentes países. [Internet]. 2008 [citado el 1 de febrero de 2021]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc1521_stigmatisation_es_0.pdf

(78) Ministerio de Salud de la Nación. Salud y adolescencias LGBTI : herramientas de abordaje integral para equipos de salud. - 1º edición [Internet]. 2017 [citado el 3 de febrero de 2021]. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000001080cnt-salud-adol-lgbti.pdf>

(79) Organización Panamericana de la Salud. Cascada de prevención del VIH para servicios que ofrecen PrEP. [Internet]. 2020 [citado el 8 de julio de 2020]. Disponible en: https://www.paho.org/es/file/66831/download?token=ppT_akcH

(80) Frola CE, Zalazar V, Cardozo N, Vázquez ML, Arístegui I, Lucas M, et al. Home-based HIV testing: Using different strategies among transgender women in Argentina. *PLOS ONE*. el 19 de marzo de 2020;15(3):e0230429.

(81) Dirección de SIDA y ETS - Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Atención integral de la salud de las personas trans. Recomendaciones para los equipos de salud. [Internet]. 2018 [citado el 13 de febrero de 2019]. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000877cnt-2018-10_atencion-personas-trans.pdf

(82) Silva-Santisteban A, Eng S, de la Iglesia G, Falistocco C, Mazin R. HIV prevention among transgender women in Latin America: implementation, gaps and challenges. *J Int AIDS Soc* [Internet]. el 17 de julio de 2016 [citado el 21 de julio de 2020];19(3Suppl 2). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4949309/>

(83) Dirección de SIDA y ETS - Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Consultorios amigables: un primer paso en la atención de las personas de la diversidad sexual. [Internet]. 2018. Disponible en: https://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000001088cnt-2018-10_consultorios-amigables.pdf

⁽⁸⁴⁾ Khalili J, Landovitz RJ. HIV Preexposure Prophylaxis—The Role of Primary Care Clinicians in Ending the HIV Epidemic. *JAMA Intern Med.* 2019;180(1):126–30.

⁽⁸⁵⁾ Dirección de SIDA, ETS, Hepatitis y TBC - Ministerio de Salud de la Nación. Indetectable = Intransmisible. Ausencia de transmisión sexual del VIH en personas bajo tratamiento antirretroviral y con carga viral indetectable [Internet]. 2019 [citado el 23 de junio de 2020]. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/0000001546cnt-2019-08-28_indetectable-igual-intransmisible.pdf

⁽⁸⁶⁾ Wilton J, Kain T, Fowler S, Hart TA, Grennan T, Maxwell J, et al. Use of an HIV-risk screening tool to identify optimal candidates for PrEP scale-up among men who have sex with men in Toronto, Canada: disconnect between objective and subjective HIV risk. *J Int AIDS Soc.* el 3 de junio de 2016;19(1):20777.

⁽⁸⁷⁾ Dirección de SIDA y ETS - Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Diagnóstico de VIH. Recomendaciones para el asesoramiento pre y post test. [Internet]. 2016 [citado el 27 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento188.pdf>

⁽⁸⁸⁾ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Ministerio de Salud de la Nación, Ministerio de Educación de la Nación. Asesorías en Salud Integral en Escuelas Secundarias. Lineamientos para la implementación - Primera edición. [Internet]. 2018 [citado el 30 de junio de 2020]. Disponible en: <https://www.unicef.org/argentina/media/3396/file/Asesor%C3%ADas%20en%20salud%20integral%20en%20escuelas%20secundarias.pdf>

⁽⁸⁹⁾ Dirección de Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Consejerías en salud sexual y salud reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación. - 3.a edición [Internet]. 2018 [citado el 30 de junio de 2020]. Disponible en: <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento190.pdf>

⁽⁹⁰⁾ Dubov A, Galbo P, Altice FL, Fraenkel L. Stigma and Shame Experiences by MSM Who Take PrEP for HIV Prevention: A Qualitative Study. *Am J Mens Health.* el 1 de noviembre de 2018;12(6):1843–54.

⁽⁹¹⁾ Grace D, Jollimore J, MacPherson P, Strang MJP, Tan DHS. The Pre-Exposure Prophylaxis-Stigma Paradox: Learning from Canada's First Wave of PrEP Users. *AIDS Patient Care and STDs.* el 29 de noviembre de 2017;32(1):24–30.

⁽⁹²⁾ World Health Organization. Module 8 Site Planning - WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis (PrEP) of HIV infection [Internet]. 2017 [citado el 3 de julio de 2018]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258514/WHO-HIV-2017.28-eng.pdf>

⁽⁹³⁾ World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations [Internet]. 2014 [citado el 1 de agosto de 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/128048/9789241507431_eng.pdf

⁽⁹⁴⁾ World Health Organization. Module 9 Strategic Planning - WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis (PrEP) of HIV infection [Internet]. 2017 [citado el 3 de julio de 2018]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258515/WHO-HIV-2017.29-eng.pdf>

⁽⁹⁵⁾ Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles - Ministerio de Salud de la Nación. Recomendaciones Nacionales de Vacunación [Internet]. 2012 [citado el 1 de junio de 2020]. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000000451cnt-2013-06_recomendaciones-vacunacion-argentina-2012.pdf

⁽⁹⁶⁾ Dirección de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles - Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Guía operativa de vacunación segura [Internet]. 2019 [citado el 1 de junio de 2020]. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000001461cnt-2019_guia-operativa-vacunacion-segura.pdf

⁽⁹⁷⁾ Dirección de SIDA y ETS - Ministerio de Salud de la Nación. Lineamientos para la creación de Puestos Fijos de Distribución de preservativos y geles. [Internet]. 2010 [citado el 27 de julio de 2018]. Disponible en: http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000107cnt-2013-06_lineamientos-puestos-fijos.pdf

⁽⁹⁸⁾ Dirección de SIDA, ETS, Hepatitis y TBC - Ministerio de Salud de la Nación. Profilaxis Post-Exposición para el VIH en la Argentina: Resultados de un relevamiento nacional 2019. En: Boletín sobre el VIH, sida e ITS en la Argentina N°36, Año XXII [Internet]. 2019. Disponible en: https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/0000001754cnt-boletin-epidemiologico-2019_vih-sida-its.pdf

⁽⁹⁹⁾ Organización Panamericana de la Salud, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida para América Latina y el Caribe. Prevencción de la infección por el VIH bajo la lupa. Un análisis desde la perspectiva del sector de la salud en América Latina y el Caribe [Internet]. OPS, ONUSIDA; 2017 [citado el 13 de julio de 2018]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34380/9789275319796-spa.pdf>

⁽¹⁰⁰⁾ Assaf RD, Konda KA, Torres TS, Vega-Ramirez EH, Elorreaga OA, Diaz-Sosa D, et al. Are men who have sex with men at higher risk for HIV in Latin America more aware of PrEP? PLoS One. el 13 de agosto de 2021;16(8):e0255557.

⁽¹⁰¹⁾ Dubov A, Galbo P, Altice FL, Fraenkel L. Stigma and Shame Experiences by MSM Who Take PrEP for HIV Prevention: A Qualitative Study. Am J Mens Health. el 1 de noviembre de 2018;12(6):1843–54.

⁽¹⁰²⁾ Eaton LA, Kalichman SC, Price D, Finneran S, Allen A, Maksut J. Stigma and Conspiracy Beliefs Related to Pre-exposure Prophylaxis (PrEP) and Interest in Using PrEP Among Black and White Men and Transgender Women Who Have Sex with Men. AIDS Behav. mayo de 2017;21(5):1236–46.

⁽¹⁰³⁾ Panamerican Health Organization. Needs estimation and costing tool for implementing HIV Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) - User Guide. [Internet]. 2022 [citado el 20 de marzo de 2022]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55800/PAHOCDEHT220004_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

⁽¹⁰⁴⁾ Marcus U, Schmidt D, Schink SB, Koppe U. Analysis of HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) needs and PrEP use in Germany among men who have sex with men. Z Gesundh Wiss. el 4 de marzo de 2022;1–17.

⁽¹⁰⁵⁾ Shrestha R, Karki P, Altice FL, Dubov O, Fraenkel L, Huedo-Medina T, et al. Measuring Acceptability and Preferences for Implementation of Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) Using Conjoint Analysis: An Application to Primary HIV Prevention Among High Risk Drug Users. AIDS Behav. abril de 2018;22(4):1228–38.

⁽¹⁰⁶⁾ Iniesta C, Folch C, Meyer S, Vázquez M, Casabona J, Díaz A. Would

eligible gay, bisexual and other men who have sex with men use PrEP? Awareness, knowledge, eligibility and intention to use PrEP among EMIS-2017 participants in Spain. Prev Med. marzo de 2022;156:106962.

⁽¹⁰⁷⁾ Van der Elst EM, Mbogua J, Operario D, Mutua G, Kuo C, Mugo P, et al. High acceptability of HIV pre-exposure prophylaxis but challenges in adherence and use: qualitative insights from a phase I trial of intermittent and daily PrEP in at-risk populations in Kenya. AIDS Behav. julio de 2013;17(6):2162–72.

⁽¹⁰⁸⁾ Sidebottom D, Ekström AM, Strömdahl S. A systematic review of adherence to oral pre-exposure prophylaxis for HIV – how can we improve uptake and adherence? BMC Infect Dis [Internet]. el 16 de noviembre de 2018 [citado el 23 de junio de 2020];18. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6240194/>

⁽¹⁰⁹⁾ Macdonald V, Verster A, Baggaley R. A call for differentiated approaches to delivering HIV services to key populations. Journal of the International AIDS Society. 2017;20(S4):21658.

⁽¹¹⁰⁾ Hoagland B, Moreira RI, De Boni RB, Kallas EG, Madruga JV, Vasconcelos R, et al. High pre-exposure prophylaxis uptake and early adherence among men who have sex with men and transgender women at risk for HIV Infection: the PrEP Brasil demonstration project. J Int AIDS Soc. 06 de 2017;20(1):21472.

⁽¹¹¹⁾ Luz PM, Benzaken A, Alencar TM de, Pimenta C, Veloso VG, Grinsztejn B. PrEP adopted by the brazilian national health system: What is the size of the demand? Medicine (Baltimore). mayo de 2018;97(1S Suppl 1):S75–7.

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



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



Ministerio de Salud
Argentina

*primero
la gente*