

# Actualización de los pilares de la cascada del continuo de atención en VIH de la Argentina en 2017<sup>1</sup>

AUTORES Área de Información Estratégica.

**La cascada del continuo de atención del VIH es una estrategia para monitorear la respuesta de los sistemas de salud. Hace foco en la capacidad de diagnosticar, incorporar y retener a las personas infectadas en la atención, como así también de garantizarles el acceso y la eficacia de los tratamientos.**

Partiendo de un número estimado de personas con VIH en el país para un determinado año, la cascada propone una serie de indicadores que miden la proporción de personas infectadas que han sido diagnosticadas, la fracción de estas que se han vinculado con los servicios de salud y cuántas permanecen en atención al cabo de un año, la proporción de personas que han iniciado un tratamiento, cuántas de ellas lo sostienen y el porcentaje que ha logrado la supresión viral. Para algunos de estos indicadores se han establecido metas tanto a escala regional como mundial.

Las metas 90-90-90 a las que ha suscripto Argentina fijan como objetivo para el año 2020 que el 90% de las personas con VIH esté diagnosticada, que el 90% de ellas esté en tratamiento y que el 90% de estas últimas tenga carga viral indetectable. El último cálculo de la cascada en nuestro país se hizo en 2016 y arrojó que el 70% de las PcVIH conocían su diagnóstico, la proporción de estas en TAR era del 80% y la supresión viral alcanzaba al 66% (este dato solo representa al 25% de las personas en TAR en el sector público).

Durante este año se recalcularon los indicadores para 2017. El trabajo consistió en identificar las diferentes fuentes de datos que los nutren, analizar la calidad de la información y sus limitaciones y, finalmente, calcular los valores para el año citado. Esperamos con este ejercicio aportar al trabajo de los equipos de salud y al resto de los actores que trabajan en el campo del VIH. Como siempre, los promedios suelen opacar las situaciones particulares de cada jurisdicción, por lo que aspiramos a que este proceso incentive a cada provincia a calcular su propia cascada.

<sup>1</sup> El presente artículo fue realizado con la colaboración de Dalila Rueda y Federico Santoro en el marco de la rotación por la Dirección de Sida de Sida, ETS, Hepatitis y TBC (DSETS-HyT) como parte de la formación de la Residencia de Epidemiología de la Secretaría de Salud de la Nación, en conjunto con el equipo del Área de Información Estratégica.



## Metodología

Para la construcción de los indicadores se utilizaron diversas fuentes de datos secundarios: Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SNVS), Estadísticas Vitales (DEIS), Sistema de gestión de pacientes de la DSETSHyT (SVIH), así como datos aportados por informantes claves tanto de la Dirección de Sida como de otras áreas de la Secretaría y organismos públicos.

Los pilares que analizan la vinculación con los servicios de salud y retención de usuarios no han sido considerados en esta oportunidad debido a que la dispersión de la información no permite unificar los registros existentes en todo el país. La fragmentación del sistema de salud (y los subsectores) se ve reflejada en la dificultad para disponer de datos. Se espera que a partir de la implementación del SISA estos datos puedan ser incorporados en futuras revisiones.

Se realizaron las estimaciones correspondientes para los siguientes pilares:

### Cantidad de personas que viven con VIH (PVV)

Son todas las personas de una población que se encuentran infectadas con VIH en un momento determinado. Este indicador se obtuvo mediante modelaje de datos a través del software Spectrum de ONUSIDA, que realiza una estimación con intervalos de confianza sobre incidencia, prevalencia, cantidad de personas infectadas, mortalidad, necesidad y cobertura de TAR, entre otros. Construye la estimación partiendo de diferentes *inputs* tales como cantidad de tratamientos en adultos y niños, profilaxis para prevención de la transmisión vertical, notificaciones de nuevos casos y de mortalidad (incluyendo una estimación de subregistro de ambos).

### Proporción de personas con VIH que conocen su diagnóstico

Se define como las personas con VIH que conocen su condición. Se calculó como el cociente entre las notificaciones de nuevos diagnósticos de VIH, más la estimación de la subnotificación, menos las defunciones de personas con VIH y de un subregistro de estas; sobre el número de personas que viven con el VIH.

### Proporción de personas que conocen su diagnóstico y se encuentran en TAR

A partir de 2015, se actualizaron en la Argentina las guías y recomendaciones sobre el uso de TAR, cuando se adoptó como criterio su oferta universal inmediatamente después del diagnóstico (*test and treat*). Este pilar se calculó como el cociente del número de tratamientos antirretrovirales provisto por la DSETSHyT, más los tratamientos antirretrovirales provistos por los otros subsectores, menos la estimación de subsidios cruzados, sobre el número de personas que conocen su diagnóstico.

### Proporción de personas en TAR con supresión virológica

Se calculó como el cociente entre el número de personas en TAR con carga viral indetectable, sobre el número de personas con al menos seis meses en TAR.

## Resultados

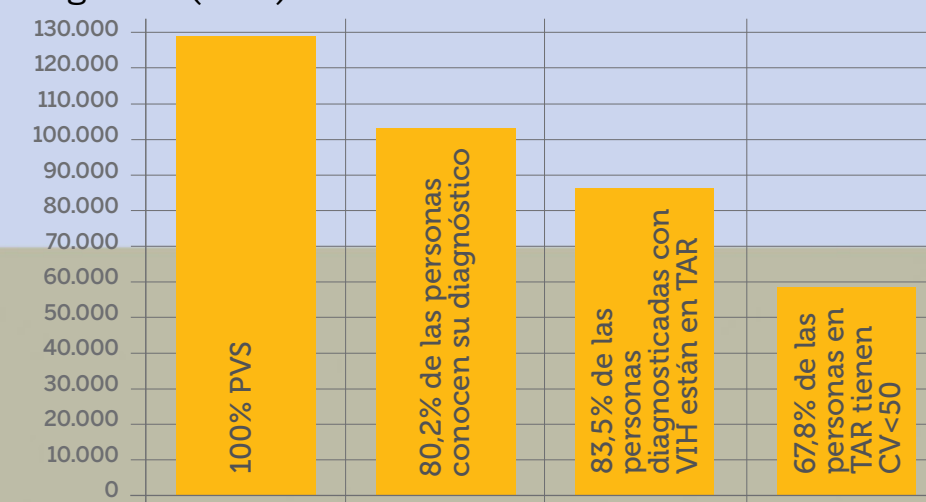
Según la estimación realizada mediante el software Spectrum, durante el mes de septiembre de este año, se estima que para el año 2017 vivían en nuestro país 128.944 (116.752 - 143.063) personas con VIH.

Para calcular la proporción de personas diagnosticadas, se sumaron las notificaciones de diagnósticos recibidos desde que la DSETSHyT dispone de una base de datos (141.305 casos), la estimación del subregistro de diagnósticos (20.000 casos), a lo que se les restaron las defunciones de personas con VIH (57.929), ya sea por sida u otras causas. Estas defunciones incluyen una estimación de subregistro que produce el propio Spectrum. Este cálculo arroja un valor de 103.376 personas vivas diagnosticadas, que dividido por las personas infectadas supone un 80,2% de diagnósticos, 10 puntos porcentuales por debajo de la meta propuesta por ONUSIDA para el año 2020.

Respecto de la cobertura de tratamientos, se sumaron los antirretrovirales provistos por el Estado nacional con los estimados para los otros subsectores. Para esto último, se pidió a los programas de Sida jurisdiccionales que proveyeran información sobre la cantidad de personas en TAR en las obras sociales provinciales. Asimismo, se obtuvo el número de personas tratadas por PAMI y el número de personas por quienes la Superintendencia de Servicios de Salud realizó reintegros por prestaciones de alto costo en 2017. No se logró obtener el dato de las obras sociales de las fuerzas armadas y de seguridad. En conjunto, se estimó que en 2017 hubo 86.338 personas en TAR, lo que representa una cobertura del 83,5% sobre las diagnosticadas y un 67% de las que vivirían con VIH. En cuanto a la metas 90-90-90, la brecha es del 6 puntos porcentuales.

Finalmente, para la construcción del último pilar, a la fecha no se cuenta con la totalidad de los datos necesarios. Con la información disponible, se obtiene una supresión virológica del 67,8% (<50 copias). Este valor es el más endeble de la cascada ya que los datos no representan más del 25% de las personas en TAR y corresponden sólo al sector público, que cubre al 60% de las personas bajo tratamiento.

**Figura 2** Cascada del continuo de atención en VIH, Argentina (2017)



Fuente: Elaboración propia.  
\* Este dato representa al 25% de las personas en TAR en el sector público.

## Conclusiones

La infección por VIH sigue siendo un importante problema de salud pública pese a la disponibilidad de tratamientos que podrían mejorar sustancialmente la vida de las personas afectadas al mismo tiempo que reducir la incidencia de nuevas infecciones. De ahí que el seguimiento de la evolución de la epidemia y el impacto de las intervenciones son cruciales para alcanzar el objetivo ambicioso de ponerle fin hacia el año 2030.

El ejercicio presentado en este artículo permite cuantificar las brechas y señalar los desafíos que tenemos por delante en cuanto al acceso al diagnóstico, la vinculación con los servicios de salud, la inclusión en TAR y la adherencia. También plantea la necesidad de fortalecer los sistemas de información epidemiológicos y de gestión de pacientes, a fin de lograr una mayor calidad en los datos. Queda pendiente la realización de cascadas subnacionales y otras para las llamadas poblaciones claves.