

El testeo en el modelo de continuidad de cuidados: dispositivo itinerante de VIH y sífilis como puerta de entrada a la atención primaria en Cañuelas, Buenos Aires (2024-2026)

Testing within the continuity of care model: a mobile HIV and syphilis testing program as a gateway to primary health care in Cañuelas, Buenos Aires (2024-2026)

Au

Alejandro Sosa Cueto ¹
Marta Gladys Ramírez ¹
Jorgelina Inés Güiraldes ¹
Victoria Soledad Godoy ¹
Silvina María del Rosario Longhitano ¹

Médico general y familiar
Licenciada en Enfermería
Licenciada en Trabajo Social
Licenciada en Psicología

¹ Hospital Provincial Subzonal Especializado en Salud Mental, Discapacidad y Rehabilitación "Dr. Dardo Rocha" de Uribelarrea, Cañuelas, Argentina

alejandro881014@gmail.com

Rs

RESUMEN

El acceso oportuno al diagnóstico de VIH y sífilis sigue siendo un desafío en municipios bonaerenses con geografía dispersa y barreras estructurales de acceso al sistema de salud. En respuesta a esta brecha, el Servicio de Área Programática y Redes en Salud (SAPS) del Hospital Subzonal "Dr. Dardo Rocha" de Cañuelas, implementó desde noviembre de 2024 un dispositivo itinerante de pruebas rápidas (PR) de VIH y sífilis que recorre localidades del partido en articulación con la Secretaría de Salud y el Hospital Municipal Ente Descentralizado "Dr. Ángel Marzetti". El dispositivo opera con un equipo interdisciplinario de roles diferenciados que cubre el circuito completo: asesoramiento pretest, punción digital con resultado en menos de 20 minutos, consejería postest, seguimiento telefónico, registro epidemiológico y derivación al nivel de referencia. Entre noviembre de 2024 y julio de 2026, se realizaron 24 jornadas en 5 sedes, con 452 personas testeadas (promedio de 18,8 por jornada). Sobre las 351 personas con resultado registrado (febrero de 2025 a julio de 2026), la reactividad fue de 11,1% para sífilis -7,1% infección activa y 4,0% cicatriz serológica, según la confirmación posterior con Venereal Disease Research Laboratory (VDRL)- y de 1,1% para VIH. De las cuatro pruebas reactivas para VIH, dos correspondieron a diagnósticos nuevos y dos a personas con diagnóstico previo, una de ellas sin seguimiento desde hacía tres años. El 75,5% de las personas alcanzadas fueron mujeres, la mediana de edad fue de 31,5 años y el 36,1% nunca se había testeado antes. El 20,8% nunca había realizado un control de salud y en 2026 el 47,6% se retiró de la jornada con una indicación de otro control preventivo. La experiencia muestra que un modelo itinerante con perspectiva de derechos, reducción de riesgos y daños, género, interdisciplina y articulación interinstitucional, amplía el diagnóstico oportuno de infecciones de transmisión sexual y funciona como puerta de entrada a la atención primaria en territorios con inequidades de acceso.

Palabras clave: Pruebas en el Punto de Atención; Prueba de VIH; Sífilis; Infecciones por VIH; Atención Primaria de Salud; Equidad en Salud; Accesibilidad a los Servicios de Salud

Ab

ABSTRACT

Timely access to HIV and syphilis diagnosis remains a challenge in Buenos Aires municipalities with dispersed geography and structural barriers to health care access. In response to this gap, the Programmatic Area and Health Networks Service (SAPS) of the Dr. Dardo Rocha Sub-Zonal Hospital in Cañuelas has implemented, since November 2024, a mobile HIV and syphilis rapid testing service that visits localities across the district in coordination with the municipal Health Secretariat and the Dr. Ángel Marzetti Municipal Hospital. The program relies on an interdisciplinary team with differentiated roles covering the entire process: pre-test counselling, finger-prick testing with results available in less than 20 minutes, post-test counselling, telephone follow-up, epidemiological registration, and referral to the appropriate level of care. Between November 2024 and July 2026, 24 testing sessions were held at five sites, reaching 452 individuals (mean 18.8 per session). Among the 351 people with a recorded result (February 2025 to July 2026), the syphilis reactivity rate was 11.1%—7.1% active infection and 4.0% serological scar, based on subsequent Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) confirmation—and 1.1% for HIV. Of the four reactive HIV tests, two were new diagnoses and two corresponded to people previously diagnosed, one of whom had been without follow-up for three years. Women accounted for 75.5% of participants, median age was 31.5 years, and 36.1% had never been tested before. A total of 20.8% had never had a health checkup, and in 2026, 47.6% left the session with a recommendation for another preventive check-up. The experience shows that a mobile model grounded in a human rights approach, risk and harm reduction, a gender perspective, interdisciplinary practice, and inter-institutional coordination expands timely diagnosis of sexually transmitted infections and works as a gateway to primary health care in territories with inequities in access.

Keywords: Point-Of-Care Testing; HIV Testing; Syphilis; HIV Infections; Primary Health Care; Health Equity; Health Services Accessibility

In

INTRODUCCIÓN

En Argentina, se estima que 140.000 personas viven con VIH con un promedio de 6.900 nuevos diagnósticos anuales en 2023-2024. El 13% desconoce su diagnóstico y el 65% se atiende en el sector público (1). La sífilis, en paralelo, atraviesa el momento de mayor incidencia registrada: en 2025 se notificaron 46.799 casos, con una tasa de 117,2 cada 100.000 habitantes, el valor más alto desde el inicio de la serie. El grupo de 15 a 39 años concentró el 76% de los casos y el de 20 a 24 años presentó la tasa más alta —290,6 cada 100.000—, con una afectación en mujeres (366 cada 100.000) significativamente mayor que en varones (218,2) (2). Esta feminización en edades reproductivas incrementa el riesgo de transmisión vertical (3).

El diagnóstico oportuno es condición necesaria para interrumpir la cadena de transmisión, iniciar tratamiento precoz y reducir la morbilidad asociada. La Ley Nacional N° 27.675 de Respuesta Integral al VIH, Hepatitis Virales, otras ITS y Tuberculosis, establece el acceso universal, gratuito y oportuno al diagnóstico como derecho (4). Sin embargo, la propia autoridad sanitaria provincial reconoce que subsisten barreras institucionales y estructurales que dificultan la consulta y el acceso a los servicios y señala el abordaje interdisciplinario en territorio como vía para superarlas (5). En las localidades periféricas y semirurales del interior bonaerense, esas barreras incluyen la distancia, el transporte, la disponibilidad de turnos, la carga laboral y el estigma social.

Las pruebas rápidas (PR) de VIH y sífilis permiten obtener resultados en menos de 20 minutos sin infraestructura de laboratorio ni extracción venosa. Además, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda diferenciar la oferta de testeo según las necesidades de cada población, incluidas las pruebas duales VIH/sífilis (6). Las estrategias de base comunitaria ampliaron la cobertura diagnóstica y alcanzaron una alta proporción de personas nunca testeadas (7) y en la Argentina las PR en puntos de atención y en el espacio público mostraron resultados favorables en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires para VIH (8) y para el tamizaje dual de sífilis (9). El propio sistema de vigilancia nacional señala que la descentralización del diagnóstico mediante pruebas rápidas permitió mejorar la captación de casos que antes no eran detectados por el sistema de salud (2).

En la provincia de Buenos Aires —donde 33.727 personas con VIH se atendían en el sistema público en 2023— la Dirección Provincial de Prevención de VIH, ITS y Hepatitis Virales definió una estrategia de implementación de pruebas rápidas en el primer nivel de atención, con capacitación, control de calidad y

círculo protegido para la confirmación y el tratamiento de los casos reactivos (10), sostenida por una red de centros de testeo distribuida en la mayoría de los municipios (11). El Plan Quinquenal de Salud 2023-2027, establece a su vez la reducción de brechas de acceso territorial mediante estrategias situadas con perspectiva de género y equidad (12). En este marco, el Servicio de Área Programática y Redes en Salud (SAPS) del Hospital Subzonal “Dr. Dardo Rocha” de Cañuelas, diseñó e implementó un dispositivo itinerante de PR de VIH y sífilis que recorre las localidades del partido, en articulación con la Secretaría de Salud y el Hospital Municipal Ente Descentralizado “Dr. Ángel Marzetti”.

El presente artículo describe la implementación de este dispositivo entre noviembre de 2024 y julio de 2026, sus resultados, el perfil de la población alcanzada, las barreras de acceso identificadas y las lecciones aprendidas.

2. DESCRIPCIÓN DE LA PRÁCTICA

2.1. Diseño del dispositivo

El dispositivo funciona el primer martes de cada mes, en horario de 9:00 a 12:30 h, con modalidad itinerante que rota entre distintas sedes del partido de Cañuelas: Máximo Paz, Santa Rosa, Uribelarrea y el Hospital Municipal “Dr. Ángel Marzetti”, con jornadas adicionales en otros espacios comunitarios. La convocatoria es abierta a toda persona que desee realizarse las PR —por posible exposición o de manera preventiva— sin restricción de edad a partir de los 13 años, conforme al artículo 26 del Código Civil y Comercial de la Nación (13).

Cada jornada se acompaña de dos instrumentos de registro complementarios: una planilla de testeo, que documenta lugar, residencia, edad, sexo, género autopercebido, antecedente de testeo y vía de acceso a la convocatoria; y un sondeo de controles de salud poblacional, que se completa en el momento e incorpora el resultado de las PR junto con información sobre acceso previo a controles de salud, Papanicolaou (PAP), mamografía y métodos anticonceptivos. Desde 2026, ambos instrumentos comparten un número de orden de atención que permite vincular los registros a nivel individual.

2.2. Equipo interdisciplinario

El dispositivo define roles con responsabilidades diferenciadas que sostienen el circuito completo en el marco de cada jornada:

- **Admisión:** entrega de número para la atención por orden de llegada y orientación sobre el funcionamiento del dispositivo (administrativa).
- **Asesoramiento pretest:** consejería inicial con perspectiva de derechos, género, reducción de riesgos y daños; consentimiento informado y vínculo (psicóloga-trabajadora social).
- **Testeo:** punción digital (enfermera).
- **Consejería posttest y comunicación del resultado:** entrega del resultado, sondeo de salud, consejería según diagnóstico y gestión de derivaciones (médico general y familiar).
- **Seguimiento telefónico:** contacto a los 7 y 14 días para consultar por la finalización del tratamiento y el VDRL inicial en sífilis; antes de las 48 horas en VIH, para la confirmación y el turno protegido con infectología (enfermera y médico general y familiar).
- **Registro administrativo:** carga en planilla de seguimiento de casos ITS y remisión de la información al Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina (SISA) (enfermera y médico general y familiar).

La articulación con el Hospital Marzetti garantiza la continuidad del cuidado ante resultados positivos. El infectólogo recibe las derivaciones de VIH y el laboratorio, en articulación con el SAPS, las de sífilis.

La implementación estuvo precedida por la capacitación del equipo y el encuadre normativo a cargo de la Dirección Provincial de Prevención de VIH, ITS y Hepatitis Virales del Ministerio de Salud provincial, que sostiene el acompañamiento técnico del dispositivo.

En la puesta en marcha el equipo contó con el acompañamiento de la Asociación Civil ConVIH Ezeiza, organización de personas que viven con VIH, decisiva en el punto más difícil: cómo comunicar un resultado positivo. Esa transmisión de experiencia despejó temores del equipo y consolidó un modo de comunicación no estigmatizante.

2.3. Circuito operativo

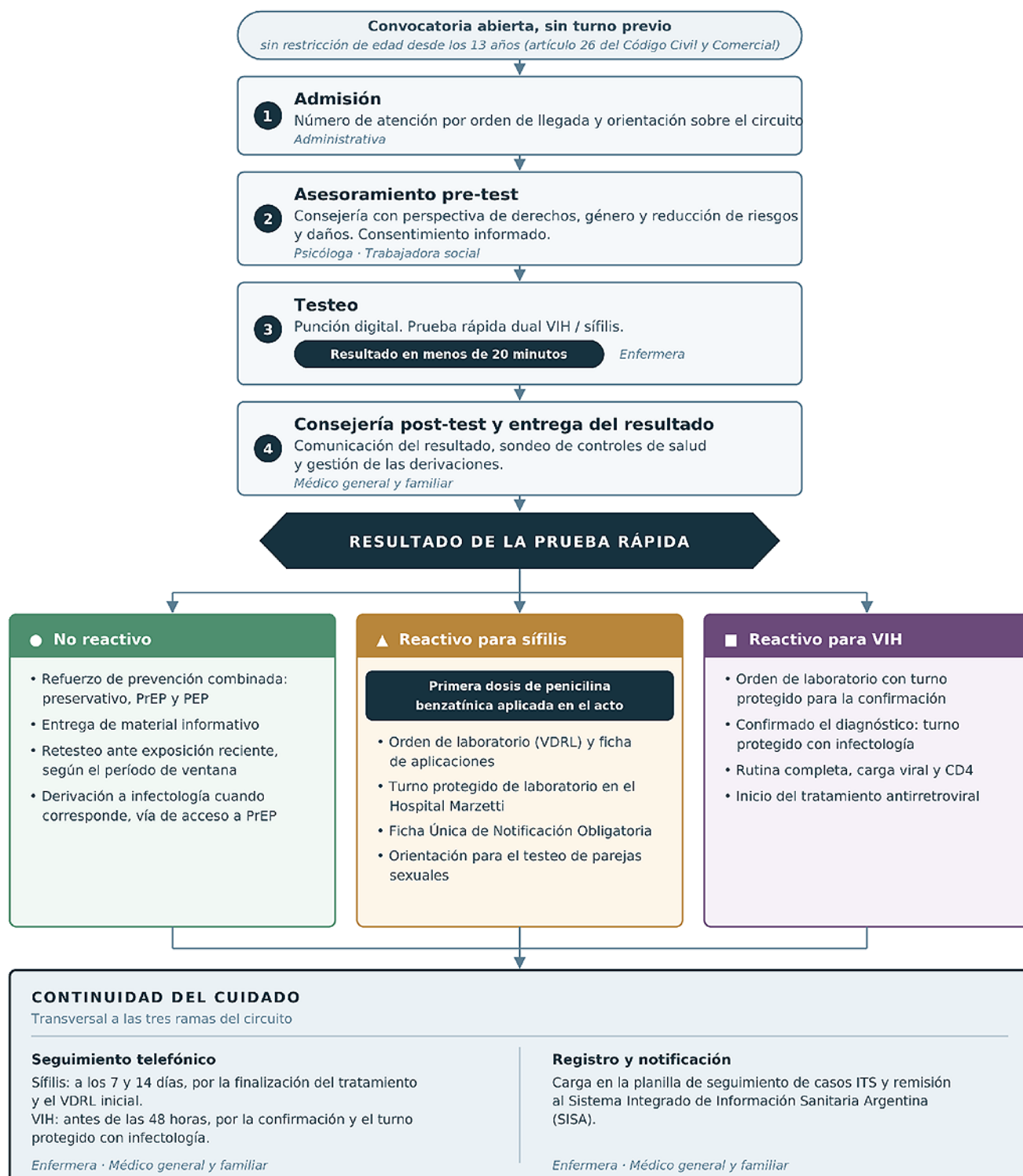
El circuito sigue las pautas provinciales establecidas para la estrategia de diagnóstico rápido en el primer nivel de atención (10).

Ante resultado negativo: se informa a la persona, se refuerzan medidas de prevención combinada —se sugiere el uso del preservativo y orientación sobre Profilaxis Preexposición (PrEP) y Profilaxis Posexposición (PEP)— y se recomienda retesteo ante exposición reciente, considerando el período de ventana. Se entrega material informativo y, cuando corresponde, se deriva al servicio de infectología del Hospital Marzetti, que es la vía de acceso a la PrEP.

Ante resultado positivo de sífilis: se inicia tratamiento con penicilina benzatínica en el dispositivo; se entrega orden de laboratorio (VDRL) y ficha de aplicaciones; se realiza seguimiento telefónico desde el SAPS y se articulan turnos protegidos de laboratorio con el Hospital Marzetti; se completa la Ficha Única de Notificación Obligatoria; se orienta sobre testeo de parejas sexuales.

Ante resultado positivo de VIH: se entrega orden de laboratorio con turno protegido en el Hospital Marzetti para confirmar el diagnóstico; confirmado, se asigna turno protegido con infectología, que indica rutina completa, carga viral y CD4.

En todos los casos, la confidencialidad del diagnóstico se resguarda en cumplimiento de la Ley Nacional N° 23.798 (14). Los registros nominales permanecen bajo resguardo del equipo y los datos se analizaron de forma anonimizada y agregada.



Los recuadros oscuros señalan los dos hitos que definen la práctica: la entrega del resultado en el acto y el inicio inmediato del tratamiento. La confidencialidad del diagnóstico se resguarda conforme a la Ley Nacional N.º 23.798.

Figura 1. Circuito operativo del dispositivo itinerante de testeo rápido de VIH y sífilis. Cañuelas, noviembre 2024 – julio 2026
Fuente: Elaboración propia.

Rs

RESULTADOS

Los datos provienen de tres registros del dispositivo: la planilla de testeo, con el perfil de cada persona atendida; el sondeo de controles de salud, completado el día de la jornada, que incorpora el resultado; y el registro nominal de seguimiento. Las tres fuentes se analizaron de manera agregada y se contrastaron entre sí.

Cobertura del dispositivo

Entre el 5 de noviembre de 2024 y el 7 de julio de 2026, se realizaron 24 jornadas en 5 sedes del partido de Cañuelas, alcanzando a 452 personas, con un promedio de 18,8 por jornada (rango 6 a 49). El dispositivo sostuvo la frecuencia mensual con jornadas adicionales y amplió su alcance territorial: de 3 sedes en 2024 a 4 en 2025 y 2026. Las personas alcanzadas residían en 6 de las 7 localidades del partido, además del casco urbano de Cañuelas y de los barrios del corredor de la ruta 205. La única localidad sin registros fue Udaondo. El 60,9% residía en el casco urbano y el 21,3% en Máximo Paz, seguidos por Santa

Rosa con el 6,9% y Los Pozos con el 1,6%. El 6,5% provenía de partidos vecinos —Ezeiza, La Matanza, Lobos, Roque Pérez y La Plata—, lo que indica que la convocatoria excede los límites del partido.

Resultados de las pruebas rápidas

Sobre las 351 personas con resultado registrado entre febrero de 2025 y julio de 2026 se obtuvieron 39 pruebas reactivas para sífilis (11,1%) y 4 para VIH (1,1%). La prueba rápida treponémica no distingue infección activa de infección pasada tratada: esa clasificación se establece con el VDRL posterior y surge del registro nominal de seguimiento, con 25 casos de infección activa (7,1% de las personas testeadas) y 14 cicatrices serológicas (4,0%). Las cuatro pruebas reactivas para VIH correspondieron a mujeres de entre 25 y 35 años: dos diagnósticos nuevos —uno con cicatriz serológica para sífilis— y dos personas con diagnóstico previo de VIH (Tabla 1).

Tabla 1. Resultados de las pruebas rápidas por sede. Cañuelas, febrero 2025 – julio 2026*

Sede	Testeos con resultado	Reactivas sífilis	Infección activa	Cicatriz serológica	Reactivas VIH	Reactividad sífilis
Máximo Paz	145	18	9	9	1	12,4%
Hospital Marzetti	119	14	12	2	1	11,8%
Santa Rosa	66	6	3	3	2	9,1%
Uribelarrea	12	0	0	0	0	0,0%
Otros espacios	9	0	0	0	0	0,0%
Total	351	38	24	14	4	10,8%

*El denominador surge del sondeo, que se completa el día de la jornada; la clasificación entre infección activa y cicatriz serológica surge del registro nominal de seguimiento, una vez confirmada con VDRL. Un caso adicional de infección activa fue detectado fuera de jornada, por rastreo de pareja, y no se incluye en la tabla por carecer de denominador: sumado a los anteriores, el total asciende a 39 pruebas reactivas para sífilis.

Fuente: Elaboración propia.

Perfil de la población alcanzada

El 75,5% de las personas testeadas fueron mujeres (321/425 con dato de sexo registrado). Entre quienes respondieron sobre género autopercebido ($n = 239$), 185 se identificaron como mujeres cis¹, 53 como varones cis y 1 como varón trans. La mediana de edad fue de 31,5 años (rango 13 a 82) y 33 personas menores de 18 años accedieron al testeo (Tabla 2). El 36,1% de las personas (154/427) nunca se había realizado un

testeo de VIH o sífilis. Más de un tercio de la población alcanzada no había accedido antes a un diagnóstico.

La vía de acceso principal fueron las redes sociales (36,9%), seguidas por la pertenencia laboral al espacio de la jornada (19,0%), la referencia personal (14,5%), el ingreso espontáneo (8,8%), el boca a boca (7,4%), la consulta médica (6,2%), el programa Envió (4,8%)² y la cartelería (2,4%). El ingreso espontáneo y el boca a boca representaron en conjunto el 16,2% de los accesos.

¹ Se denomina cis a la persona cuya identidad de género coincide con el sexo asignado al nacer y trans a quien no se identifica con él, conforme a la Ley 26.743 de Identidad de Género.

² El Envió es un programa de la provincia de Buenos Aires dirigido a adolescentes y jóvenes de 12 a 21 años en situación de vulnerabilidad social, que funciona en sedes municipales con equipos interdisciplinarios.

Tabla 2. Perfil de la población alcanzada y acceso previo a controles de salud. Cañuelas, noviembre 2024 – julio 2026

Variable	Categoría	n	%
Sexo registrado (n = 425)	Femenino	321	75,5%
	Masculino	104	24,5%
Grupo etario (n = 433)	13 a 19 años	58	13,4%
	20 a 33 años	187	43,2%
	34 a 49 años	135	31,2%
	50 años y más	53	12,2%
Testeo previo (n = 427)	Nunca se había testeado	154	36,1%
	Con testeo previo	273	63,9%
Control de salud previo (n = 351)	Hace 3 años o menos	221	63,0%
	Hace más de 3 años	56	16,0%
	Nunca realizó un control	73	20,8%
	Sin especificar cuándo	1	0,3%
PAP — mujeres de 20 años o más (n = 226)	Hace menos de 1 año	68	30,1%
	Hace 1 a 3 años	59	26,1%
	Hace más de 3 años	67	29,6%
	Nunca	32	14,2%
Mamografía — mujeres de 40 años o más (n = 75)	Fuera de la periodicidad recomendada	99	43,8%
	Hace menos de 1 año	34	45,3%
	Hace 1 a 3 años	14	18,7%
	Hace más de 3 años	14	18,7%
	Nunca	13	17,3%
Indicaciones generadas en la jornada (n = 82)	Fuera de la periodicidad recomendada	27	36,0%
	PAP, mamografía y/o MAC*	39	47,6%

*MAC: método anticonceptivo. Los denominadores varían según la completitud de cada variable. El PAP se analiza en mujeres desde los 20 años, por la recomendación de iniciar el tamizaje a los tres años del inicio de las relaciones sexuales; la mamografía, desde los 40 años, según la periodicidad bianual vigente en la provincia.

Fuente: Elaboración propia.

Barreras de acceso a los controles de salud

Una de cada cinco personas testeadas (20,8%) nunca había realizado un control de salud y el 16,0% lo había hecho hace más de tres años. Entre quienes se habían controlado, el efector más frecuente fue el hospital público, con 158 menciones, seguido por la obra social con 51 y el centro de atención primaria con 48. El registro incorporó, como respuesta abierta, los motivos de no realización de controles (n = 74). De ellos, 57 explicitaron un motivo y se agruparon en seis categorías: tiempo, trabajo y tareas de cuidado, 26,3% (“prioricé trabajar”, “mamá no tiene tiempo para llevarla”); percepción de buena salud, 22,8% (“se siente bien”, “no tenía motivo”); desinterés, desconocimiento u olvido, 19,3%; barreras administrativas y de turnos, 17,5% (“vine a sacar turno y no me daban”, “largas esperas”); miedo y estigma,

12,3% (“porque me van a encontrar cosas”, “miedo de venir sola”); y barreras económicas, 1,8%. Computando menciones secundarias, las administrativas ascienden al 22,8%.

Desde la epidemiología crítica, estas respuestas no expresan decisiones individuales sino la determinación social del proceso salud-enfermedad. La jornada laboral, la distribución del trabajo de cuidado y la organización de los servicios definen las condiciones en las que una persona puede o no controlarse. Esa perspectiva cuestiona además la dualidad entre lo urbano y lo rural, pertinente en el interior bonaerense (15). La categoría más frecuente no es neutral, es en clave de género: las expresiones registradas remiten a la organización doméstica del cuidado y al trabajo remunerado y provienen mayoritariamente de mujeres, que son el 75,5% de la población alcanzada.

Como instancia de validación con las personas destinatarias, el sondeo relevó sugerencias sobre la jornada: de 328 respuestas, 182 expresaron una valoración o una propuesta, agrupadas en seis categorías. La valoración positiva de la práctica reunió el 64,3%; la calidad de la atención recibida, el 22,0% (“me explicaron todo”, “me sentí bien recibida”); la ampliación de la difusión, el 19,8%; la extensión del alcance territorial y de la frecuencia, el 14,8%; la accesibilidad y la organización, el 7,7% (“en el hospital hay que esperar un montón, acá es rápido y cerca”); y la ampliación de la oferta a otras prácticas preventivas, el 3,8%. Algunas respuestas mencionan más de una dimensión.

Detección de otras necesidades de salud

El sondeo identificó necesidades de salud ajenas al motivo de consulta. Entre las mujeres de 20 años o más, el 14,2% nunca se había realizado un PAP y el 29,6% lo había hecho hace más de tres años. El 43,8% estaba fuera de la periodicidad recomendada. Entre las mujeres de 40 años o más, con indicación de tamizaje mamográfico bianual, el 17,3% nunca se había realizado una mamografía y el 18,7% hace más de tres años, lo que sitúa al 36,0% fuera de periodicidad. A partir de 2026, cuando el instrumento incorporó el registro de las indicaciones generadas en el acto, el 47,6% de las personas (39 de 82) se retiró de la

jornada con al menos una indicación de otro control preventivo: PAP en 24 casos, PAP y mamografía en 12, método anticonceptivo en 2 y PAP junto con método anticonceptivo en 1.

El dispositivo, además de ampliar el diagnóstico de VIH y sífilis, funciona como puerta de entrada a prácticas preventivas en el primer nivel de atención.

Seguimiento de los casos detectados

El registro nominal documentó 47 casos entre noviembre de 2024 y junio de 2026, 45 de sífilis y 2 de VIH. El 76,6% correspondió a personas de sexo femenino, proporción similar a la de mujeres entre las personas testeadas. La mediana de edad al diagnóstico fue de 29 años y la mitad de los casos se concentró entre los 20 y los 29 años, en coincidencia con el rango de mayor incidencia del país, que el nivel nacional ubica entre los 20 y los 24 años (2).

El 51,1% fueron diagnósticos nuevos detectados en jornada, el 29,8% cicatrices serológicas y el 12,8% reinfecciones, proporción que señala una circulación sostenida. Tres casos (6,4%) fueron detectados por rastreo de parejas de casos índice, lo que muestra que el circuito de contactos amplía el alcance diagnóstico (Tabla 3).

Tabla 3. Caracterización y seguimiento de los casos registrados. Cañuelas, noviembre 2024 – junio 2026

Dimensión	Categoría	2024	2025	2026	Total
Tipo de diagnóstico	Diagnóstico nuevo (jornada)	7	15	2	24
	Cicatriz serológica	0	11	3	14
	Reinfección	0	2	4	6
	Pareja de caso índice	0	2	1	3
Tratamiento con penicilina *	Esquema completo (3 dosis)	6	14	7	27
	Una dosis aplicada	1	4	0	5
Estado del caso	Cerrado con alta	4	12	4	20
	Activo en seguimiento	1	15	5	21
	Traslado o derivación	0	2	1	3
	Pérdida de continuidad	2	1	0	3
Total de casos		7	30	10	47

*Sobre los 32 casos que requerían tratamiento: diagnósticos nuevos, reinfecciones y parejas de caso índice. Se excluyen las 14 cicatrices serológicas y el caso de VIH sin sífilis.

Fuente: Elaboración propia en base al registro de seguimiento del SAPS.

A los 32 casos que requerían tratamiento se les indicó el esquema completo de tres dosis de penicilina benzatínica y la totalidad recibió la primera dosis en el momento del diagnóstico. Ninguna persona se retiró de la jornada sin haber iniciado tratamiento. La completitud del esquema fue del 84,4% (27 de 32). De los cinco casos con una sola dosis aplicada, dos corresponden a las personas con

pérdida de continuidad del seguimiento y tres continúan activos, con el esquema en curso.

El estado del caso dimensiona la continuidad del cuidado, principal desafío de los dispositivos comunitarios: el 42,6% cerró con alta, el 44,7% permanece activo y el 6,4% fue derivado a otro efector. Solo 3 casos (6,4%) se perdieron,

con una retención del 93,6%. La mediana entre la detección y el primer contacto fue de 8 días y el promedio, de 2,6 contactos por caso.

De las cuatro pruebas reactivas para VIH, las dos que constituyeron diagnósticos nuevos ingresaron al registro como casos e iniciaron tratamiento antirretroviral. Las otras dos correspondieron a personas ya diagnosticadas y en tratamiento, por lo que no configuran casos nuevos. En el primero de los diagnósticos nuevos transcurrieron 4 días entre la prueba rápida y la confirmación de laboratorio, 11 hasta la consulta con infectología y 46 hasta el inicio del tratamiento. En el segundo, 35 y 40 días respectivamente, iniciando el tratamiento el mismo día de la consulta especializada.

El seguimiento de la pareja sexual se documentó en 15 de los 47 casos (31,9%): en 6 realizó tratamiento, en 1 no lo realizó y en 8 no pudo determinarse.

Como control de consistencia, el sondeo registró 42 pruebas reactivas entre febrero de 2025 y julio de 2026, de las cuales 2 correspondieron a personas con diagnóstico previo de VIH. Las 40 restantes coinciden exactamente con los casos incorporados al registro nominal en ese período.

LECCIONES APRENDIDAS Y TRANSFERIBILIDAD

Fortalezas del modelo

La modalidad itinerante resultó una estrategia efectiva para llevar el diagnóstico a las personas en lugar de esperar que lleguen a los servicios. Que el 36,1% nunca se hubiera testeado y que el 20,8% nunca hubiera realizado un control de salud, muestra que alcanza a población que el sistema no venía captando, en línea con lo descrito para las estrategias de base comunitaria (7). La regularidad mensual en días y horarios fijos permitió sostener un ciclo previsible de jornadas.

La reactividad hallada (11,1%) se ubica dentro del rango reportado con PR dual en los centros de testeo de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, entre 7,2% y 11,5% (9). La tasa de notificación de sífilis en la provincia de Buenos Aires —55,4 cada 100.000 habitantes en 2024, y 47,2 en el interior provincial— se ubica por debajo del promedio nacional de 93,0 (1), en un contexto en el que el propio sistema de vigilancia atribuye el aumento de las notificaciones a la incorporación de nuevos efectores y a la descentralización del diagnóstico (2). En ese marco, los dispositivos de testeo en el primer nivel contribuyen a la captación de casos.

El dispositivo funciona además como puerta de entrada a la atención primaria: casi la mitad de las personas atendidas en 2026 se retiró con una indicación de otro control preventivo, lo que inscribe la intervención en una lógica de cuidado integral.

La perspectiva de género resulta esencial ante el patrón observado: las mujeres fueron el 75,5% de las personas alcanzadas y el 76,6% de los casos detectados, en línea con el perfil nacional, donde entre los 20 y los 24 años la tasa de sífilis en mujeres supera en un 68% a la de varones (2). Cada diagnóstico de sífilis en una persona gestante interceptado en el primer nivel es una oportunidad de prevención de sífilis congénita, objetivo central del marco ETMI-Plus³ (3). Que las cuatro pruebas reactivas para VIH se dieran en mujeres en edad reproductiva refuerza la necesidad de sostener el testeo como práctica habitual en los controles de salud de esa población.

Un hallazgo clave en el diseño original es que el dispositivo opera también sobre la continuidad del cuidado de personas que ya viven con VIH. De las dos con diagnóstico previo, una estaba sin seguimiento desde hacía tres años y pudo ser reorientada al servicio de referencia. La otra, con adherencia sostenida al tratamiento, se acercó a testearse porque creía haberse curado por efecto de su fe religiosa. Las creencias sobre la curación divina constituyen un factor condicionante documentado de abandono del tratamiento antirretroviral (16) y la consejería posttest permitió trabajarla sin confrontarla. Ambas situaciones muestran que la jornada opera también como punto de contacto para personas ya diagnosticadas.

La proporción de cicatrices serológicas y reinfecciones da cuenta de que el dispositivo no solo detecta casos nuevos, también monitorea la evolución de personas con diagnóstico previo y captura reinfecciones, lo que refuerza su valor como vigilancia epidemiológica activa.

La articulación interinstitucional entre el SAPS, la Secretaría de Salud y el Hospital Marzetti —con referentes nominados y circuitos acordados previamente— fue un componente estructural desde el diseño y sostuvo el seguimiento de los casos. El acompañamiento inicial de la dirección provincial y de la asociación civil ConVIH Ezeiza aportó, además, el marco teórico y la perspectiva integral sobre cómo comunicarlo.

Desafíos identificados

El seguimiento de parejas sexuales es el desafío más significativo: se documentó alguna gestión en menos de un tercio de los casos y en la mitad de ellos no pudo confirmarse el resultado. La ausencia de estrategias sistemáticas de notificación de contactos limita el impacto del dispositivo en la interrupción de la cadena de transmisión.

La completitud del registro longitudinal fue otro desafío. El desarrollo progresivo de la herramienta de seguimiento fue la respuesta del equipo: entre versiones sucesivas se incorporaron el estado del caso y el circuito de derivación

³ ETMI-Plus es el marco regional de la Organización Panamericana de la Salud para la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas.

de VIH y se completaron los datos de tratamiento pendientes.

También la integración de los instrumentos de registro. Hasta 2025 el sondeo y la planilla de testeo solo podían vincularse a nivel de jornada. La incorporación del número de orden de atención en 2026 permitió el cruce individual, con una vinculación del 98,8% (79 de 80 registros). Esta mejora, de bajo costo operativo, habilita análisis más específicos. El registro de seguimiento incorporó ese número desde agosto de 2026.

Persisten brechas de completitud: el 45,1% de los registros no consigna género autopercibido y el 56,1% no consigna barrio de residencia, lo que limita el análisis de poblaciones clave y la microlocalización territorial de la demanda. Se están implementando modificaciones de carga a partir de 2026 que permitan disminuir estas brechas.

Cn

CONCLUSIONES

En 21 meses el dispositivo alcanzó a 452 personas en 24 jornadas y 5 sedes, con una reactividad de 11,1% para sífilis y 1,1% para VIH. Más de un tercio nunca se había testeado y una de cada cinco nunca había realizado un control de salud. El dispositivo detecta casos que no habrían llegado espontáneamente al sistema y sostiene el cuidado posterior, con una retención del 93,6%.

El 42,6% de los casos correspondió a cicatrices serológicas o reinfecciones, lo que da cuenta de una circulación sostenida en el partido y de la necesidad de una respuesta programática de mediano y largo plazo. El predominio femenino entre las personas alcanzadas y entre los casos detectados, exige integrar el diagnóstico de sífilis y VIH como componente permanente de la agenda de salud sexual y reproductiva en el primer nivel de atención.

El registro de las barreras relatadas por las propias personas —tiempo de trabajo y cuidado, percepción de buena salud, falta de turnos, miedo y estigma— y el hecho de que casi la mitad se retire con una indicación preventiva, muestran que la estrategia excede el diagnóstico y habilita el acceso a otras prácticas de cuidado.

La experiencia aporta un modelo transferible que puede contribuir al cumplimiento de los objetivos del Plan Quinquenal de Salud 2023-2027 de la provincia de Buenos Aires en materia de articulación entre los niveles de atención y de acceso equitativo al diagnóstico de VIH e ITS.

Transferibilidad del modelo

El modelo es transferible a municipios bonaerenses con características similares —localidades dispersas, primer y segundo nivel articulados, equipos comprometidos con la salud comunitaria— sin infraestructura especial. Los reactivos para la PR dual son provistos por la dirección provincial, que también aporta el marco normativo y la capacitación. Los requisitos mínimos son: un equipo de 3 a 4 agentes capacitados en consejería y punción digital, un circuito de derivación acordado con el nivel de referencia y un registro que vincule testeo y seguimiento. En la experiencia de este equipo, la sostenibilidad dependió más de la organización del circuito que de recursos materiales excepcionales.

AGRADECIMIENTOS

A todas las personas que participaron de las jornadas de testeo, cuya disposición es el fundamento de esta estrategia. A la Dirección Provincial de Prevención de VIH, ITS y Hepatitis Virales y, en particular, a Sebastián Loinaz, por la capacitación previa a la implementación y el acompañamiento sostenido. A la Asociación Civil ConVIH Ezeiza y, en particular a Rodolfo Latrónico —enfermero, con extensa trayectoria de militancia junto a las personas que viven con VIH— y a Fabián Piatti, por el acompañamiento en la puesta en marcha del dispositivo. También, a la Secretaría de Salud del Municipio de Cañuelas, al Área de Epidemiología municipal, al Servicio de Infectología, Laboratorio y al equipo de Trabajo Social del Hospital Marzetti y, especialmente, a los equipos de salud del partido que abrieron las puertas para la realización de las jornadas y por el acompañamiento institucional sostenido.

RB

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Argentina. Ministerio de Salud. Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis. Boletín N° 42: Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2025 [Acceso jul. 2026]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/boletin-42-respuesta-vih-las-its-1-12-2025.pdf>
2. Argentina. Ministerio de Salud. Actualización del Boletín Epidemiológico Nacional de la semana N° 13 de 2026. Informe especial: sífilis en población general, año 2025 [Internet]. 14 abr. 2026. [Acceso jul. 2026]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/noticias/actualizacion-del-boletin-epidemiologico-nacional-de-la-semana-ndeg-13>
3. Organización Panamericana de la Salud. ETMI-Plus. Marco para la eliminación de la transmisión maternoinfantil del VIH, la sífilis, la hepatitis y la enfermedad de Chagas [Internet]. Washington (DC): OPS; 2017 [Acceso jul. 2026]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34306>
4. Argentina. Poder Ejecutivo. Ley 27.675: Ley Nacional de Respuesta Integral al VIH, Hepatitis Virales, otras Infecciones de Transmisión Sexual y Tuberculosis. Boletín Oficial de la República Argentina [Internet]. 18 jul. 2022. [Acceso jul. 2026]; 34.963. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27675-368130/texto>
5. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Guía para el abordaje de la sífilis en el primer nivel de atención: herramientas para los equipos de salud [Internet]. La Plata: Ministerio de Salud; 2024 [Acceso jul. 2026]. Disponible en: <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/hiv/wp-content/uploads/sites/184/2024/02/GUIA-SIFILIS-2024.pdf>
6. World Health Organization. Consolidated guidelines on differentiated HIV testing services [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [Acceso jul. 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240096394>
7. Suthar AB, Ford N, Bachanas PJ, Wong VJ, Rajan JS, Saltzman AK et al. Towards universal voluntary HIV testing and counselling: a systematic review and meta-analysis of community-based approaches. PLoS Med [Internet]. 2013 [Acceso jul. 2026]; 10(8):e1001496. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001496>
8. Duran A, Arévalo A, Betti L, Vulcano F, Nan M, Marachlian L et al. Implementación del test rápido para VIH en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires: una estrategia para facilitar el acceso al diagnóstico oportuno. Rev Argent Salud Pública [Internet]. 2019 [Acceso jul. 2026]; 10(38):38-42. Disponible en: <https://www.rasp.ms.gov.ar/rasp/articulos/volumen38/38-42.pdf>
9. Arevalo AL, Marachlian L, Vulcano F, Betti L, Vulcano S, Carones ML et al. Implementación de la prueba rápida dual para diagnóstico de VIH y sífilis en los centros de testeo de la CABA [Internet]. XXII Congreso SADI; 2022 [Acceso jul. 2026]. Disponible en: <https://infectologia.info/abstracts/implementacion-de-la-prueba-rapida-dual-para-diagnostico-de-vih-y-sifilis-en-los-centros-de-testeo-de-la-caba>
10. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Dirección Provincial de Epidemiología, Prevención y Promoción de la Salud. Dirección de Prevención de VIH, ITS y hepatitis virales. Estrategia de implementación de pruebas rápidas de VIH, ITS y hepatitis C en el Primer nivel de atención [Internet]. La Plata: Ministerio de Salud; 2022 [Acceso jul. 2026]. Disponible en: <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/hiv/wp-content/uploads/sites/184/2023/09/ESTRATEGIA-DE-IMPLEMENTACION-DE-PRUEBAS-RAPIDAS-DE-VIHSI-FILIS-Y-HEPATITIS-C-EN-EL-PRIMER-NIVEL-DE-ATENCION.pdf>
11. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Información epidemiológica [Internet]. La Plata: Ministerio de Salud; 2024 [Acceso jul. 2026]. Disponible en: <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/hiv/institucional/informacion-epidemiologica/>
12. Buenos Aires. Ministerio de Salud. Plan Quinquenal de Salud [Internet]. La Plata: Ministerio de Salud; 2023 [Acceso jul. 2026]. Disponible en: <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/planquinquenal/>
13. Argentina. Congreso. Código Civil y Comercial de la Nación. Ley 26.994, art. 26 [Internet]. Boletín Oficial de la República Argentina. 8 oct. 2014. [Acceso jul. 2026]; 32.985. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/235975/texto>
14. Argentina. Poder Ejecutivo. Ley 23.798: Declárase de interés nacional a la lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Boletín Oficial de la República Argentina [Internet]. 20 sep. 1990 [Acceso jul. 2026]; 26.972. Disponible en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/199/norma.htm>
15. Breilh J. La epidemiología crítica: una nueva forma de mirar la salud en el espacio urbano. Salud Colectiva. 2010;6(1):83-101.
16. Wanyama J, Castelnuevo B, Wandera B, Mwebaze P, Kambugu A, Bangsberg DR et al. Belief in divine healing can be a barrier to antiretroviral therapy adherence in Uganda. AIDS [Internet]. 2007 [Acceso jul. 2026]; 21(11):1486-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/QAD.0b013e32823ecf7f>



Esta obra está bajo una licencia Attribution 4.0 International Creative Commons

Cómo citar este artículo:

Sosa Cueto A, Ramírez MG, Güiraldes JI, Godoy VS, Longhitano SMR. El testeo en el modelo de continuidad de cuidados: dispositivo itinerante de VIH y sífilis como puerta de entrada a la Atención Primaria en Cañuelas, Buenos Aires (2024-2026). Salud Pública [Internet]. 2026 Oct [fecha de consulta]; 5. Disponible en: URL del artículo.