

ARTÍCULO ORIGINAL

Barreras en la cascada de atención y conocimiento médico en el manejo de hepatitis C en Argentina

Gabriela Poblete¹, Marina Grand², Rufina Pérez³, Liliana Calanni⁴, Claudia Vujacich⁵, Jorge Gentile⁶, Emilia Cohen⁷, Graciela Guaragna⁸, Marcelo Gañete⁹, Fabricio Morales¹⁰, Yasmin El Kozah¹¹, Natalia Laufer¹².

RESUMEN

Introducción: En la Argentina, la prevalencia de la infección por el virus de la hepatitis C (VHC) es del 0,5%. Solo la mitad de las personas conoce su diagnóstico y menos del 5% accedió al tratamiento en 2020.

Objetivo: Identificar las barreras en la cascada de atención y evaluar el conocimiento médico sobre el diagnóstico y tratamiento de VHC.

Métodos: Encuesta anónima electrónica difundida entre febrero y marzo de 2025, dirigida a médicos de diversas especialidades.

Resultados: De los 124 encuestados, el 56% fueron infectólogos, 18% clínicos, 8% hepatólogos. El 40% con más de 20 años de antigüedad en la profesión. El 90% de CABA y provincia de Buenos Aires, 70% trabajadores del sistema público. Principal desempeño en internación 46% y consultorio 40%. Las principales barreras identificadas fueron: diagnóstico (53%), tratamiento (45%) y seguimiento post tratamiento (37%). El 97% dispone de serología y solo el 31% con serología y carga viral. El 15% utiliza test reflejo; la demora entre diagnóstico e inicio de tratamiento fue de 2-6 meses en el 49%. Menos de la mitad (36,2%) conoce los tratamientos disponibles en su lugar de trabajo y sus indicaciones. El 25% no se siente capacitado para indicarlo y el 30% desconoce esquemas de antivirales de acción directa.

Conclusiones: Persisten múltiples barreras en la cascada de atención del VHC en nuestro país. Se requiere avanzar hacia la descentralización del diagnóstico y tratamiento. Incrementar la aplicación del test reflejo y fortalecer la capacitación continua de los equipos de salud.

Palabras clave: hepatitis C, cascada de atención, barreras, conocimiento médico.

¹ Hospital de Infecciosas Francisco Javier Muñiz, CABA, Argentina.

² Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Centro de la Provincia de Buenos Aires (UNCPBA), provincia de Buenos Aires, Argentina.

³ Ministerio de Salud de Neuquén, Neuquén, Argentina.

⁴ Centro Médico y Laboratorio de Análisis Clínicos y Alta Complejidad (CEIN), Unidad Infectológica Neuquén, Argentina.

⁵ Unidad Hepatitis, Centros Médicos Stamboulia, Argentina. Gerencia de Medicamentos PAMI INSSJP, Argentina.

⁶ Hospital Santamarina de Tandil y Sanatorio Tandil, Tandil, provincia de Buenos Aires, Argentina.

⁷ Unidad de Infectología del HIGA Eva Perón de San Martín, provincia de Buenos Aires, Argentina.

⁸ Unidad de Infectología Hospital General de Agudos Teodoro Álvarez, CABA, Argentina.

⁹ Hospital Interzonal de Agudos Evita, Lanús y Servicio de Infectología Sanatorio Juncal, Temperley, provincia de Buenos Aires, Argentina.

¹⁰ Sanatorio Anchorena de San Martín, Buenos Aires, Argentina.

¹¹ Centro Médico Accord Recoleta, CABA, Argentina.

¹² Unidad Enfermedades Infecciosas, Hospital Juan A. Fernández CABA, Argentina. Instituto de Investigaciones Biomédicas en Retrovirus y SIDA (INBIRS), UBA-CONICET. Departamento de Microbiología, Parasitología e Inmunología, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires (UBA), Argentina.

Comisión de Hepatitis, Sociedad Argentina de Infectología, Argentina.

Autor responsable para correspondencia:

Gabriela Poblete, gpoblete.infecto@gmail.com

Recibido: 13/10/25 **Aceptado:** 24/6/26

Introducción

La infección por el virus de la hepatitis C (VHC) continúa siendo un desafío para la salud pública mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 58 millones de personas viven con VHC crónica y que ocurren 1,5 millones de nuevas infecciones cada año (2, 3). En la actualidad, el tratamiento con antivirales de acción directa (AAD) pangenotípicos permite alcanzar tasas de curación superiores al 95%, con esquemas seguros, bien tolerados y de corta duración. En este contexto, la cascada de atención del VHC (que comprende el tamizaje, la confirmación de infección activa, la vinculación al cuidado, el inicio oportuno del tratamiento y el seguimiento posterior) se ha consolidado como una herramienta clave en estrategias de eliminación (5, 6, 7).

Históricamente, las mayores brechas en la cascada de atención del VHC se observan en personas no diagnosticadas, anti-VHC positivo sin confirmación con ARN, falta de vinculación al sistema de salud, no inicio de tratamiento pese a indicación.

En la Argentina, el Ministerio de Salud de la Nación (MSAL) elaboró y publicó en 2021 la primera edición de la *Guía para el diagnóstico y tratamiento de la infección por el virus de las hepatitis B y C*, con el objetivo de proporcionar directrices actualizadas para el manejo de estas infecciones en el país. Este documento fue coordinado por el área nacional responsable de hepatitis virales dentro de la cartera sanitaria y contiene recomendaciones sobre diagnóstico, manejo clínico y tratamiento de las hepatitis B y C, adaptadas al contexto sanitario argentino y alineadas con las estrategias de eliminación. Respecto al manejo de la infección por el virus de la hepatitis C, se recomienda el testeo universal al menos una vez en la vida en población mayor de 18 años y en todas las embarazadas, de preferencia en el primer trimestre. Se promueve la simplificación del proceso diagnóstico mediante la confirmación virológica temprana —incluyendo estrategias como el test reflejo— y el uso de esquemas terapéuticos pangenotípicos, con el objetivo de reducir pérdidas en la cascada de atención y demoras en el inicio del tratamiento. No obstante, la implementación de estas recomendaciones puede verse condicionada por la fragmentación del sistema de salud argentino, las diferencias regionales y jurisdiccionales y las barreras organizacionales y administrativas propias de cada subsector.

Según el Boletín de las Hepatitis Virales en Argentina, la prevalencia de infección por VHC en adultos se estima en 0,5% (1, 4). Sin embargo, solo la mitad de las personas conoce su diagnóstico y menos del 5% accedió al tratamiento en 2020, cifra que se ha mantenido estable en los últimos años (8). Esta situación dificulta alcanzar la meta de eliminación de las hepatitis virales propuesta por la OMS para 2030 (2).

En este contexto, el presente trabajo tiene como objetivo caracterizar el conocimiento y la percepción de los profesionales de salud sobre las barreras en la cascada de atención del VHC en la Argentina, con el propósito de identificar puntos críticos desde la oferta de servicios que contribuyan a optimizar la estrategia nacional de eliminación.

Material y métodos

Diseño: Se realizó una encuesta anónima, confidencial y voluntaria, en formularios de Google, destinada a personal médico en la Argentina. No se ofrecieron incentivos económicos y se difundió por medios digitales (vía mail a todos los socios de la Sociedad Argentina de Infectología y de la Sociedad Argentina de Hepatología, y a través de servicios de mensajería instantánea a dispositivos móviles) entre el 27/2/25 y 20/3/2025. Los resultados se volcaron en una planilla de Excel y se aplicó un análisis estadístico descriptivo. La muestra obtenida correspondió mayoritariamente a profesionales que ejercen en el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA), con predominio de médicos del subsector público y con actividad principal en ámbitos de internación, lo cual fue considerado en el análisis e interpretación de los resultados.

Población: Médicos especialistas en Infectología, Hepatología, Medicina Interna, Medicina General y Pediatría.

Variables: Especialidad, antigüedad profesional, subsector del sistema de salud y ámbito laboral; recursos diagnósticos disponibles; uso de test reflejo; tiempos de confirmación diagnóstica e inicio de tratamiento; métodos de estadificación; conocimiento sobre tratamiento simplificado; identificación de barreras en la cascada de atención.

Análisis: Se aplicó estadística descriptiva (frecuencias y porcentajes). Además, se compararon resultados entre médicos infectólogos y no infectólogos, entre profesio-

nales del AMBA y de otras regiones del país, y entre profesionales de instituciones públicas y privadas. En aquellos casos en los que se compararon proporciones, se indicó si las diferencias observadas fueron o no estadísticamente significativas.

Aspectos éticos: El estudio se realizó en adhesión a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.

Resultados

Se analizaron 124 encuestas completas. Las características generales de la población encuestada se resumen en la Tabla 1. La mayoría de los participantes pertenecían a la especialidad de Infectología (56%), seguidos por Medicina Interna (18%), Pediatría (11%), Hepatología (8%) y Medicina General (7%).

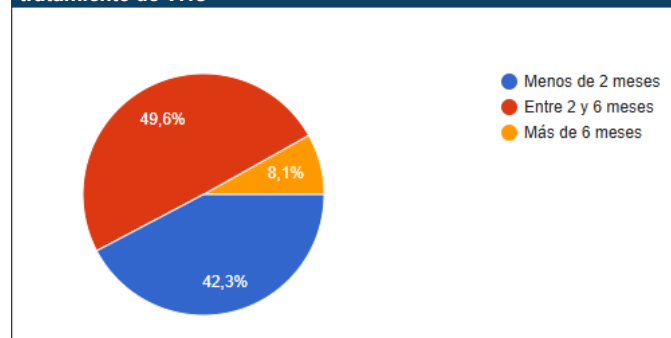
Tabla 1. Características de la población encuestada		
Especialidad	Número	Porcentaje
Infectología	70	56,5
Medicina Interna	22	17,7
Pediatría	13	10,5
Hepatología	10	8,1
Medicina general	9	7,3
Antigüedad en el ejercicio profesional		
Más de 20 años	49	39,5
10 a 20 años	42	33,9
Menos de 10 años	33	26,6
Subsector del sistema de salud (principal)		
Establecimiento de salud de subsector público municipal	49	39,5
Establecimiento de salud de subsector privado/particular	35	28,2
Establecimiento de salud de subsector público provincial	28	22,6
Establecimiento de salud de subsector público nacional	11	8,9
Instituciones cerradas	1	0,8
Ámbito de desempeño principal		
Sala de internación	49	39,5
Consultorio externo	43	34,7
Guardia	15	12,1
Otros	11	8,9
Centro de atención primaria	6	4,8

Entre los encuestados, el 40% presentaba más de 20 años de antigüedad en la profesión, mientras que el 27% tenía menos de 10 años. La mayoría (90%) trabajaba en CABA y provincia de Buenos Aires, y el 70% lo hacía en el sistema público de salud. En cuanto al ámbito de desempeño,

predominó la actividad en internación (46%), seguida por la atención en consultorio (40%).

Respecto al diagnóstico de VHC, el 97% de los encuestados disponía de serología y solo el 31% contaba además con serología, carga viral y genotipo, aunque en el 100% de los casos existía la posibilidad de derivación. El 78% refería conocer las indicaciones de testeo, mientras que el 60% desconocía el test reflejo y únicamente el 15% lo utilizaba en su centro. Si bien el 55% podía confirmar el diagnóstico de VHC en menos de un mes, en el 49% de los casos la demora entre la confirmación diagnóstica y el inicio del tratamiento fue de 2 a 6 meses (Figura 1). En cuanto a la estadificación por métodos no invasivos, esta se realizaba mediante elastografía en el 69% de los casos, índice de relación AST- plaquetas (APRI) en el 46% y el índice de fibrosis-4 (FIB-4) en el 29%.

Figura 1. Tiempo estimado entre el diagnóstico e inicio de tratamiento de VHC



Fuente: Elaboración propia en base a la encuesta realizada por los investigadores.

En cuanto al tratamiento, menos de la mitad de los encuestados (36,2%) conocía los tratamientos disponibles en su lugar de trabajo y sus indicaciones. El 65% tenía noción sobre el concepto de tratamiento simplificado. El 53% indicaba tratamiento, mientras que el 12% refería no sentirse capacitado o consideraba que esta responsabilidad recaía en otra especialidad. El 87% podía solicitar el tratamiento en su lugar de trabajo, y en el 60% de los casos este lo realizaban las especialidades de Infectología y Hepatología. Solo el 14% conocía todas las estrategias de intervención sobre las barreras en la cascada de atención del VHC, correspondiendo todos estos casos a infectólogos y/o hepatólogos. La pérdida de seguimiento posterior al tratamiento fue identificada como una barrera en el 37% de los casos. Un resumen de las principales variables evaluadas se presenta en la Tabla 2.

Tabla 2. Variables relacionadas con el diagnóstico, tratamiento y barreras en la cascada de atención del VHC (n = 124)

Variable evaluada	Número (porcentaje %)
Disponibilidad de recursos diagnósticos	
Disponibilidad de serología para VHC	120 (97)
Disponibilidad de serología y carga viral	38 (31)
Posibilidad de derivación para confirmación diagnóstica	124 (100)
Conoce las indicaciones de testeo para VHC	97 (78)
Test reflejo	
Conoce el test reflejo	50 (40)
Utiliza test reflejo en su institución	19 (15)
Tiempos diagnósticos y terapéuticos	
Confirmación diagnóstica en < 1 mes	68 (55)
Inicio de tratamiento entre 2-6 meses	61 (49)
Métodos de estadificación hepática	
Elastografía	86 (69)
Índice AST/plaquetas (APRI)	57 (46)
Índice FIB-4	36 (29)
Tratamiento	
Conoce los tratamientos disponibles en su institución	45 (36,2)
Conoce el concepto de tratamiento simplificado	81 (65)
Indica tratamiento para VHC	66 (53)
No se siente capacitado para indicar tratamiento	15 (12)
Puede solicitar tratamiento en su institución	108 (87)
Tratamiento indicado por Infectología / Hepatología	74 (60)
Barreras en la cascada de atención	
Identifica barreras en la etapa diagnóstica	66 (53,0)
Identifica barreras en el acceso al tratamiento	56 (45,0)
Identifica pérdida de seguimiento post-tratamiento	46 (37,0)
Conoce estrategias de intervención sobre las barreras	17 (14,0)

Comparación de variables entre infectólogos y no infectólogos

Los infectólogos refirieron un mayor conocimiento del test reflejo (70% vs. 30%), conocían con mayor frecuencia las indicaciones de testeo de VHC (90% vs 62,9%), utilizaban más el tratamiento simplificado (80% vs. 44%) y manifestaban mayor seguridad para indicar tratamiento (72,8% vs. 27,7%). Entre los no infectólogos se concentraron las brechas de conocimiento, especialmente en Medicina Interna y atención primaria.

Comparación de variables entre profesionales de CABA/Buenos Aires (94 encuestados) y el resto de las provincias de Argentina (30 encuestados)

Dentro de los hallazgos positivos, los profesionales de CABA/Buenos Aires refirieron un mayor conocimiento del test reflejo (61% vs. 53%), pero tienen menor conocimiento del tratamiento simplificado (59,6% vs. 80%) e indican

menos tratamientos (41,5% vs. 90%) que los profesionales de otras provincias, siendo esta última diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,00001$). El tiempo transcurrido entre el diagnóstico de VHC y el inicio del tratamiento para profesionales de CABA/Buenos Aires fue de menos de 2 meses en el 47,9% vs. 30% en otras provincias y del 44,7% vs. 63,3% entre 2 y 6 meses.

Comparación de variables entre profesionales de instituciones públicas (88 encuestados) y privadas (36 encuestados):

No hubo diferencias significativas en cuanto al conocimiento del test reflejo entre instituciones públicas y privadas (38,6% vs. 41,7%), ni para la indicación de tratamiento (53,4% vs. 52,8%), pero aquellos profesionales que trabajan en el ámbito público tienen menor conocimiento del tratamiento simplificado (60% vs. 75%). Con respecto al tiempo transcurrido entre el diagnóstico de VHC y el inicio del tratamiento para profesionales de instituciones públicas, este fue de menos de 2 meses en el 39,8% vs. 47,2% y entre 2 y 6 meses de 54,5% vs. 38,9%.

Discusión

A pesar del advenimiento de los AAD en la Argentina desde 2015 y de la recomendación, vigente desde 2018, de ofrecer tratamiento a todas las personas adultas con infección crónica por VHC, independientemente del estadio de la enfermedad, este estudio evidencia barreras percibidas por profesionales de la salud en la atención del VHC en el país, incluyendo limitaciones en el diagnóstico con baja implementación del test reflejo (9, 11), demoras en el inicio del tratamiento y deficiencias en la capacitación médica.

La comparación entre infectólogos y no infectólogos evidencia que el conocimiento médico insuficiente se ha convertido en una barrera adicional, especialmente en el primer nivel de atención. El hallazgo es consistente con reportes internacionales que señalan la urgencia de descentralizar el manejo del VHC y la necesidad de capacitación médica continua con énfasis en el primer nivel de atención para alcanzar la meta propuesta por la OMS (2, 10).

Los profesionales de CABA/Buenos Aires muestran mayor conocimiento sobre el test reflejo (53% vs. 61% p :NS), que podría vincularse a una mayor exposición a

capacitaciones o actualizaciones técnicas en dichos centros. Sin embargo, los del interior del país presentan mayor conocimiento sobre el tratamiento simplificado (80% vs. 59,6%), lo cual sugiere que en regiones fuera del AMBA podrían estar más familiarizados con las estrategias actuales de simplificación terapéutica impulsadas por programas nacionales o provinciales. También indican tratamientos con mucha mayor frecuencia (90% vs. 41,5% $p<0.00001$), pudiendo reflejar una brecha en la implementación terapéutica en CABA/Buenos Aires, posiblemente relacionada con la fragmentación del sistema, la derivación interinstitucional o las barreras administrativas.

Si bien es difícil poder establecer una conclusión más fidedigna de estos datos debido a la muestra dispar entre ambos grupos, hay tendencias notorias en los resultados que nos podrían orientar a avalar dichas conclusiones.

La problemática del acceso al tratamiento del VHC en la Argentina no se limita únicamente a la disponibilidad de recursos, sino que también se relaciona con variaciones en la capacitación y en la organización de los circuitos asistenciales según región y subsector de atención, lo cual constituye un desafío adicional para alcanzar la meta de eliminación propuesta por la OMS.

El presente trabajo constituye la primera encuesta nacional que releva de manera sistemática el conocimiento médico sobre el diagnóstico y manejo del VHC en la Argentina. Permitió identificar brechas previamente no descritas en nuestro medio y aporta evidencia original que puede orientar políticas sanitarias y programas de capacitación médica.

Dentro de las limitaciones del presente estudio, se debe considerar la naturaleza autoreportada de la encuesta, lo que puede introducir sesgos de información y de deseabilidad social. Asimismo, la muestra incluyó una proporción elevada de médicos infectólogos y de profesionales que ejercen en el AMBA, lo cual limita la representatividad de los hallazgos y dificulta su generalización a la totalidad del territorio nacional. Esta asimetría también podría subestimar la magnitud real de las barreras existentes en otras regiones del país y en especialidades menos familiarizadas con el manejo del VHC. Por otra parte, el estudio evalúa exclusivamente la cascada de atención desde la perspectiva de la oferta de servicios de salud y del conocimiento médico, sin abordar otras dimensiones relevantes del acceso, como las barreras percibidas por las

personas usuarias del sistema de salud, incluyendo factores institucionales, estigmatización, costos indirectos, tiempos reales de espera o dificultades logísticas para acceder al diagnóstico y al tratamiento. No obstante, los hallazgos obtenidos resultan valiosos para orientar intervenciones a nivel nacional.

Conclusiones

En la era de los AAD, se identifican barreras percibidas por profesionales de la salud en componentes de la cascada de atención del VHC en la Argentina, desde la etapa diagnóstica hasta el tratamiento, incluyendo la pérdida de seguimiento. El conocimiento insuficiente de médicos no especialistas emerge como una nueva barrera. Es necesario descentralizar el diagnóstico y el tratamiento, reducir las demoras administrativas y fortalecer la capacitación médica continua, con especial énfasis en la atención primaria de salud. Resulta fundamental continuar reportando datos sobre la cascada de atención del VHC a nivel nacional, y se requieren estudios adicionales para evaluar estrategias innovadoras y modelos de atención que optimicen la detección y el tratamiento en personas con hepatitis C.

Reconocimientos

Agradecemos a los profesionales que participaron en la encuesta, a la Sociedad Argentina de Hepatología (SAHE) y a la Comisión de Hepatitis de la Sociedad Argentina de Infectología.

Bibliografía

1. Hepatitis virales. Guía para el diagnóstico y tratamiento de la infección por los virus de las hepatitis B y C, Ministerio de Salud. Argentina. 2025.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Hepatitis C. Actualización abril 2024.
3. Global hepatitis report 2024: action for access in low- and middle-income countries.
4. Boletín N°7 Hepatitis virales en la Argentina. Ministerio de Salud. Argentina. Año VII-Julio de 2025.
5. Polaris Observatory HCV Collaborators. Global prevalence and genotype distribution of hepatitis C virus infection in 2015: a modelling study. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2017;2:161–76.
6. Blach S, Terrault NA, Tacke F, et al. Global change in hepatitis C virus prevalence and cascade of care between 2015 and 2020: a modelling study. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2022;7:396–415.
7. Lo Re, V., Bhattacharya, D., Price, J. C., Aronsohn, A., Kim, H. N., Falade-Nwulia, O., Zimmerman, M., & Trooskin, S. (2025). State-of-the-Art Review: Hepatitis C. *Clinical Infectious Diseases*, 81(2), e15–e26. <https://doi.org/10.1093/cid/ciab121>
8. Ministerio de Salud de la Nación. Boletín sobre VIH, ITS y hepatitis virales en la Argentina, 2022. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2022.
9. Feld JJ. What Is Needed to Move Toward Single-Step Diagnosis of Current HCV Infection? *J Infect Dis*. 2024 May 8;229(Supplement_3):S316–S321. doi: 10.1093/infdis/jiad453. PMID: 37831406; PMCID: PMC11078311.
10. Lazarus JV, Pericàs JM, Picchio C, et al. We know the challenges but do we know the solutions? A call to action for hepatitis C elimination. *J Hepatol*. 2020;73:1338–42.
11. Pawlotsky JM, Negro F, Aghemo A, et al. Simplification of care for chronic hepatitis C virus infection. *Semin Liver Dis*. 2020;40(3):327–42.

Barriers in the HCV care cascade and medical knowledge in Argentina

Introduction: In Argentina, the prevalence of hepatitis C virus (HCV) infection is close to 0.5%. Only half of those affected are aware of their diagnosis, and less than 5% accessed treatment in 2020.

Objective: To identify barriers in the care cascade and assess medical knowledge about HCV diagnosis and treatment.

Methods: An anonymous electronic survey was distributed between February and March 2025, targeting physicians from various specialties.

Results: Among the 124 respondents, 56% were infectious disease specialists, 18% internists, and 8% hepatologists. Forty percent had more than 20 years of professional experience. Ninety percent practiced in Buenos Aires City and Province, and 70% worked in the public health system. The main areas of clinical activity were inpatient care (46%) and outpatient practice (40%). The main barriers identified were diagnosis (53%), treatment (45%), and post-treatment follow-up (37%). Ninety-seven percent reported access to serologic testing, but only 31% had access to both serology and viral load testing. Fifteen percent used reflex testing; the delay between diagnosis and treatment initiation was 2–6 months in 49% of cases. Fewer than half (36.2%) were aware of the available treatments and their indications at their workplace. Twenty-five percent did not feel qualified to prescribe therapy, and 30% were unfamiliar with direct-acting antiviral regimens.

Conclusions: Multiple barriers persist within the HCV care cascade in Argentina. Progress is needed toward decentralization of diagnosis and treatment, increased implementation of reflex testing, and strengthening of continuous medical education for healthcare teams. **Keywords:** hepatitis C, care cascade, barriers, medical knowledge.



Esta obra está bajo la licencia Creative Commons Atribución -No Comercial- Compartir Igual 4.0 Internacional - Permite que los artículos se puedan compartir (copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato) y adaptar (remezclar, transformar y crear a partir del material otra obra) siempre que se cite la autoría y la fuente original de su publicación (revista, editorial y URL de la obra), no sean utilizados para fines comerciales y se respeten los mismos términos de esta licencia.

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es>