

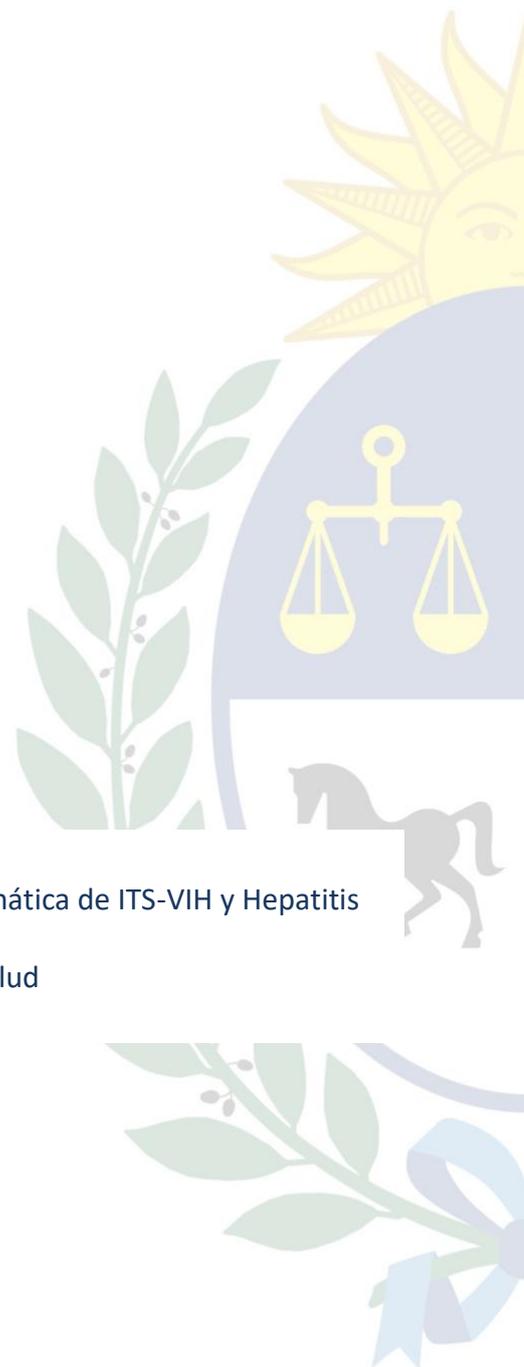


**Ministerio  
de Salud Pública**

## **Semana de la prevención de las infecciones de transmisión sexual.**

### **Boletín epidemiológico**

Dirección General de la Salud  
Área de Vigilancia en Salud de la Población – Área Programática de ITS-VIH y Hepatitis  
Virales  
Departamento de Vigilancia en Salud  
Julio 2025



## CONTENIDO

Introducción.....	3
Situación Epidemiológica Del VIH En Uruguay, Periodo 2020 – 2024.....	4
Situación Actual .....	5
Cascada De Atención .....	12
Mortalidad Por Causas Vinculadas A VIH/SIDA .....	15
Profilaxis Pre Exposición (PrEP).....	16
Resumen De La Situación Epidemiológica .....	17
Situación Epidemiológica De La Sífilis En Uruguay 2020 A 2024.....	18
Situación Actual .....	18
Sífilis Gestacional .....	22
Sífilis Congénita.....	22
Situación Epidemiológica De Las Hepatitis B Y C.....	24
Hepatitis C.....	25
Hepatitis B.....	29
Indicadores De Atención Hepatitis B Y C .....	33
Inmunizaciones .....	36
Hepatitis B.....	36
Hepatitis A.....	37
Virus Del Papiloma Humano (VPH) .....	38
Recomendaciones Para La Prevención:.....	40

## INTRODUCCIÓN

En 2019 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y sus Estados Miembros pusieron en marcha la Iniciativa de Eliminación de Enfermedades, revitalizada en el año 2023 luego de los impactos de la pandemia por COVID-19. La iniciativa propone la eliminación de más de 30 enfermedades y condiciones, muchas de ellas afectando predominantemente a poblaciones más desfavorecidas, a grupos específicos o personas viviendo en determinadas zonas geográficas, lo que es resultado y revela profundas desigualdades estructurales y el impacto de los determinantes sociales y medioambientales en salud.

Esta iniciativa propone 4 líneas de acción principales: 1) fortalecer la integración de los sistemas de salud y prestación de servicios; 2) fortalecer los sistemas estratégicos de información y vigilancia en salud; 3) abordar los determinantes sociales y ambientales de la salud; 4) fortalecer la gobernanza, la rectoría y las finanzas.

Dentro de las enfermedades que aborda la estrategia se incluyen infecciones de transmisión sexual (ITS) o condiciones asociadas – hepatitis B y C, VIH/sida, cáncer cérvico-uterino asociado a HPV – así como la eliminación de la transmisión perinatal de varias de ellas – sífilis congénita, Chagas congénito, transmisión vertical de VIH y de hepatitis B.

El concepto “eliminación” de enfermedades como problema de salud pública se define por la reducción de la incidencia alcanzando umbrales establecidos por la OMS y es el paso previo a la eliminación de la transmisión, erradicación y extinción.

Este boletín epidemiológico tiene el objetivo de difundir información actualizada de alguna de estas infecciones sexualmente transmitidas priorizadas por su prevalencia e impacto en nuestro país, así como difundir la estrategia de vacunación para algunas de estas ITS y la cobertura vacunal actualizada, en el marco de la conmemoración del Día Mundial contra las Hepatitis y el Día Nacional de respuesta al VIH.

## SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DEL VIH EN URUGUAY, PERIODO 2020 – 2024

### Introducción

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es una infección de transmisión sexual de evolución crónica que, sin tratamiento, puede derivar en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). El diagnóstico temprano y el inicio oportuno del tratamiento antirretroviral permiten controlar la infección, alcanzar una carga viral indetectable y evitar su transmisión por vía sexual, lo que fundamenta el principio **“Indetectable = Intransmisible” (I=I)**.

En este marco, Uruguay adhiere a las metas 95-95-95 promovidas por ONUSIDA: que el 95% de las personas que viven con VIH conozcan su diagnóstico, que el 95% de quienes conocen su diagnóstico accedan al tratamiento, y que el 95% de quienes están en tratamiento alcancen la supresión viral. Asimismo, se alinea con el compromiso global de poner fin a la epidemia de sida como amenaza para la salud pública hacia 2030.

El VIH es una infección de notificación obligatoria (Decreto 41/012) y su vigilancia se basa en múltiples fuentes: notificaciones al Departamento de Vigilancia en Salud (DEVISA), registros de laboratorio, el Certificado de Nacido Vivo y encuestas sobre uso de antirretrovirales. Según la Guía Nacional de Vigilancia, se define como caso confirmado de VIH a toda persona diagnosticada según el algoritmo vigente (Western Blot, INNO-LIA o pruebas rápidas según la Ordenanza MSP N° 567/2014). Se considera caso de SIDA cuando, además del diagnóstico de VIH, la persona presenta CD4 <200, una infección oportunista del grupo C o un cáncer del grupo D<sup>1</sup>.

En esta sección se presenta la evolución del VIH en el quinquenio 2020-2024 y la situación epidemiológica actual. Se elabora a partir de los datos obtenidos de las notificaciones recibidas en este periodo por el Departamento de Vigilancia en Salud (DEVISA), Departamento de Laboratorios de Salud Pública, la Unidad de Estadísticas Vitales y al Programa Nacional ITS, VIH y hepatitis virales.

(1) MSP. Guía nacional de vigilancia y control de enfermedades y eventos sanitarios de notificación obligatoria. Setiembre 2015.

## SITUACIÓN ACTUAL

Uruguay mantiene un patrón epidemiológico con prevalencias en población general menores al 1% y en poblaciones específicas mayores al 5%. Según las últimas proyecciones realizadas en 2023 con el software Spectrum y reportadas a ONUSIDA, se estima una prevalencia en población general de 0,7%. En dicho modelo estadístico se estima que en Uruguay existe un total de 17.000 personas viviendo con VIH, de ellas 15.586 conocen su estado serológico (91,7%).

Según la encuesta de monitoreo de 2024, los prestadores de salud reportaron un total de 524.822 test de VIH realizados, entre pruebas rápidas (100.388) y de laboratorio (424.434). En la siguiente tabla se observa la tasa de notificación de infección por VIH en el período 2020 a 2024.

**Tabla N° 1. Nuevos casos y tasa de nuevos diagnósticos de VIH por 100.000 habitantes. Uruguay 2020-2024**

Año	FA	Tasa
2020	885	25,1
2021	767	21,7
2022	904	25,4
2023	887	24,9
2024	842	23,5

FA: frecuencia absoluta.

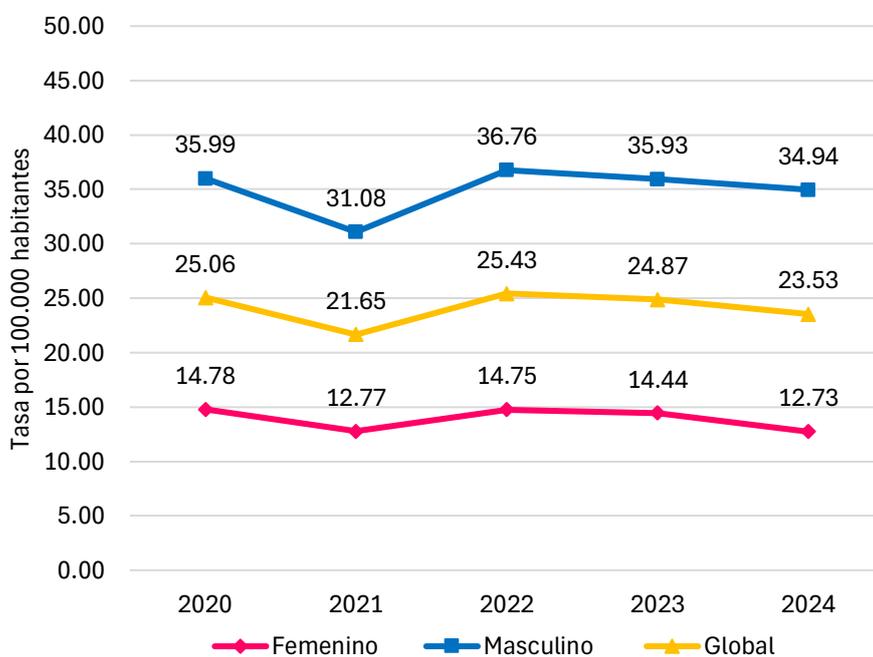
Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del Sistema de Vigilancia Longitudinal del VIH. Los datos se actualizaron producto de la mejora en la calidad del registro.

En el año 2024, se notificaron 842 nuevos casos de VIH, lo que representa una tasa de 23,53 casos cada 100.000 habitantes.

## Distribución por sexo y edad

La relación hombre/mujer se mantiene estable siendo de 2,6 varones por cada mujer con VIH. Según el sexo biológico, los varones representan el 69,8% de los nuevos diagnósticos en el periodo 2020-2024.

**Gráfico N° 1. Evolución de la tasa de notificación de nuevas infecciones por sexo al nacer. Uruguay 2020 – 2024**



Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del Sistema de Vigilancia Longitudinal del VIH.

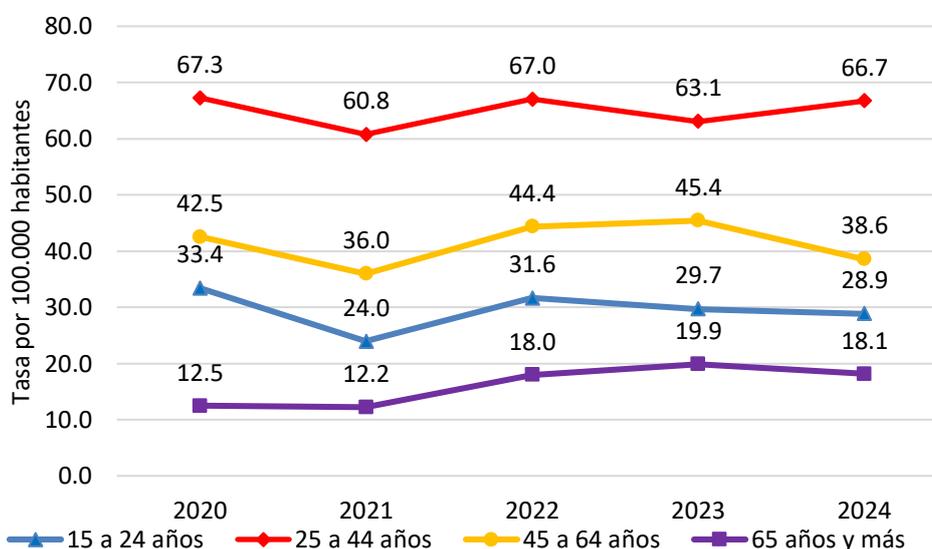
**Tabla Nº 2. Tasa de notificación de nuevas infecciones por VIH según grupo etario por 100.000 habitantes. Uruguay, 2020-2024.**

Grupo etario	2020	2021	2022	2023	2024
15 a 24	23,0	18,0	22,0	20,6	21,0
25 a 44	47,8	41,3	47,3	42,7	44,5
45 a 64	31,1	26,9	32,2	35,1	28,4
65 y más	7,0	7,6	9,4	10,1	8,8

Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del Sistema de Vigilancia Longitudinal del VIH.

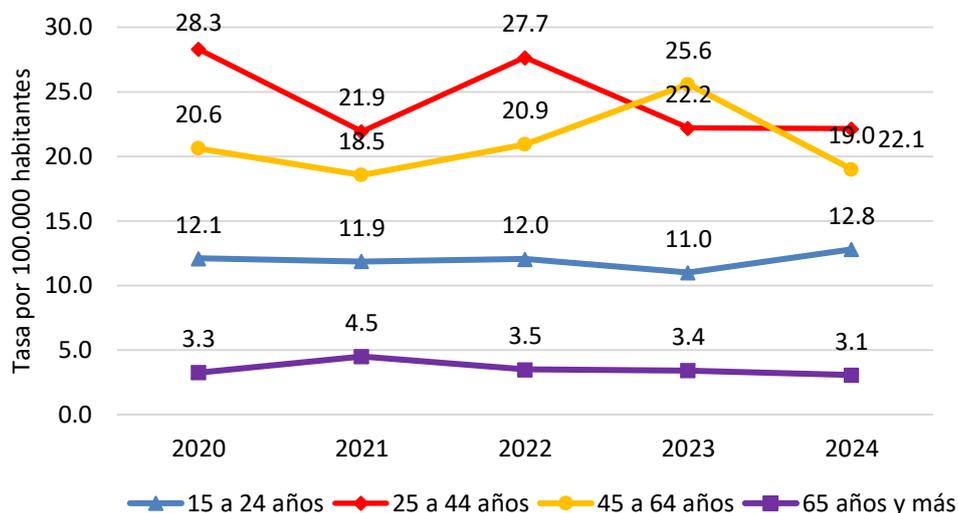
En relación a las notificaciones en 2020-2024 se observa que el grupo con mayor incidencia fue el de 25 a 44 años con una tasa de 44,5 cada 100.000 habitantes para el año 2024, seguida por el grupo de 45 a 64 años con tasa de 28,4 cada 100.000 habitantes. La mediana de edad de los nuevos diagnósticos fue de 37 años.

**Gráfico Nº 2. Evolución de la tasa de notificación de nuevas infecciones por VIH en varones, según grupo de edad. Uruguay 2020-2024**



Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del Sistema de Vigilancia Longitudinal del VIH.

**Gráfico N° 3. Evolución de la tasa de notificación de nuevas infecciones en mujeres, según grupo de edad. Uruguay 2020-2024**



Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del Sistema de Vigilancia Longitudinal del VIH.

## Vía de transmisión

La vía sexual continúa siendo la principal vía de transmisión de VIH en Uruguay. En el año 2024, en todas las notificaciones que reportan vía de transmisión (523, 62%) se indicó vía sexual.

**Tabla N° 3. Número de casos según vía de transmisión de VIH. Uruguay 2020 a 2024.**

Vía de transmisión	2020	2021	2022	2023	2024
<b>Sexual</b>	510	323	640	651	523
<b>Sanguínea</b>	1	0	0	2	0
<b>Vertical embarazo -parto</b>	1	0	1	0	0
<b>Lactancia</b>	-	2	1	3	0
<b>Sin dato</b>	373	432	242	225	319
<b>Total</b>	885	767	904	887	842

Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del Sistema de Vigilancia Longitudinal del VIH.

## Transmisión vertical

La tasa de transmisión vertical se ha mantenido por debajo al 2% en el periodo de 2020 a 2024.

**Tabla Nº 4. Transmisión vertical de VIH. Uruguay 2020 a 2024.**

Indicador	2020	2021	2022	2023	2024
Número de nacimientos	35874	34602	32301	31385	29898
Nacimientos Madres VIH +	85	86	93	86	82
TARV iniciado antes del embarazo actual	68	72	78	68	SD
Infectados embarazo-parto	1	0	1	0	0
Transmisión vertical en %***	1,2	0	1,1	0	0

\*\*\* Se excluyen los casos de transmisión por lactancia materna.

Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos de Encuesta Nacional sobre uso de antirretrovirales y pruebas diagnósticas, y aplicación de las recomendaciones de la Guía Consolidada de la OMS, Sistema de Vigilancia Longitudinal del VIH y Certificado de Nacido Vivo. Los datos se actualizaron producto de la mejora en la calidad del registro.

## Distribución de los nuevos diagnósticos según prestador y departamento

El 57% de los casos fueron diagnosticados en prestadores públicos a nivel nacional. La incidencia más alta se observa en los departamentos de Montevideo, Maldonado, Treinta y Tres, Paysandú y Rivera.

**Tabla Nº 5. Distribución de los nuevos diagnósticos de VIH según tipo de prestador. Uruguay 2020 a 2024.**

Prestador	2020	2021	2022	2023	2024
<b>Público</b>	472	396	486	514	480
<b>Privado</b>	411	370	418	373	361
<b>Sin dato</b>	2	1	0	0	1
<b>Total</b>	885	767	904	887	842

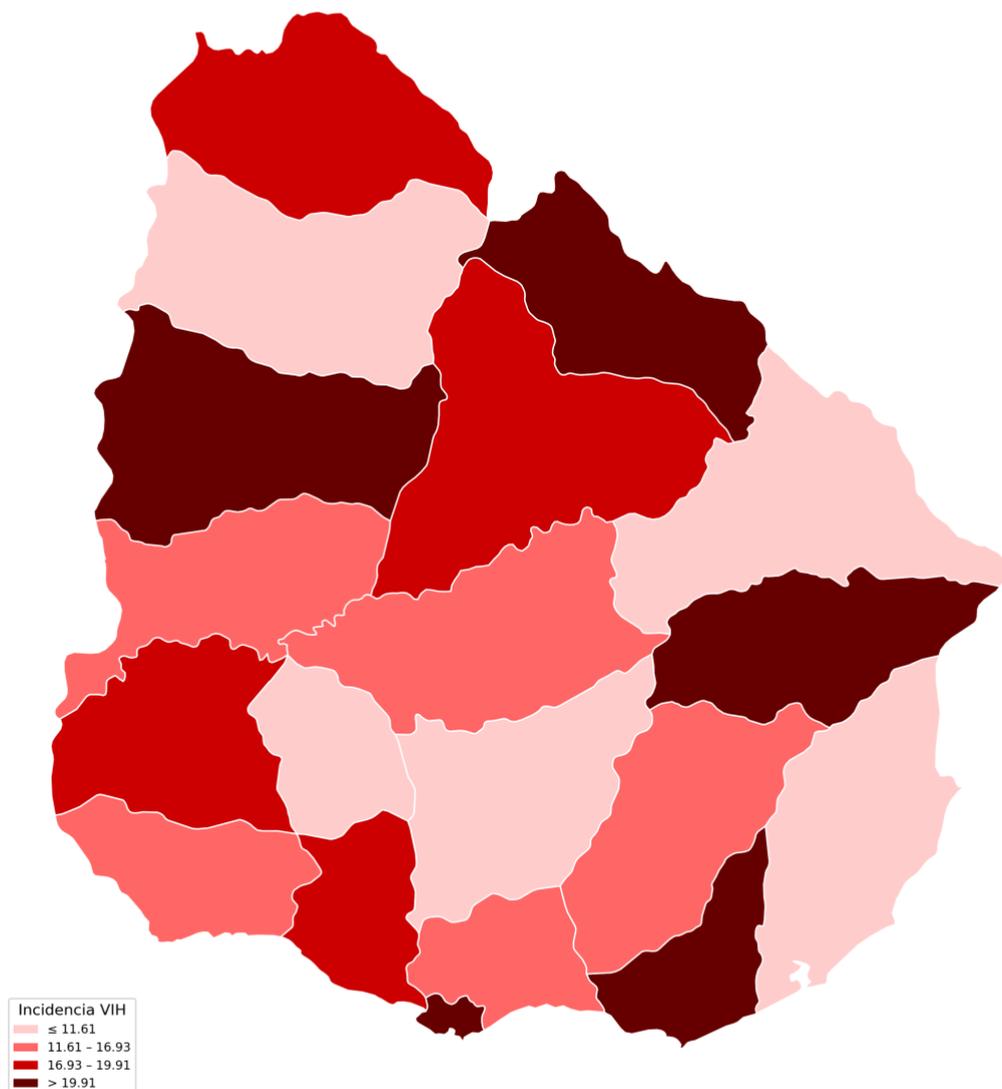
Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del Sistema de Vigilancia Longitudinal del VIH.

**Tabla Nº 6. Distribución de nuevos diagnósticos de VIH según departamento y tasa de incidencia por 100.000 habitantes. Uruguay 2020 a 2024.**

Departamento	2020	2021	2022	2023	2024	Tasa de incidencia 2024
Montevideo	576	492	583	533	475	34,3
Artigas	10	13	7	11	13	17,8
Canelones	57	53	64	77	94	14,9
Cerro Largo	10	9	12	19	9	10,0
Colonia	22	13	13	13	19	14,3
Durazno	1	4	4	8	7	11,9
Flores	2	4	3	4	3	11,3
Florida	5	8	4	13	3	4,3
Lavalleja	12	3	9	7	8	13,8
Maldonado	51	46	60	46	56	27,4
Paysandú	20	19	27	27	33	27,3
Rio Negro	15	11	9	11	10	16,9
Rivera	18	22	24	24	26	23,7
Rocha	20	5	8	12	8	10,7
Salto	16	27	19	28	15	11,1
San José	18	18	25	20	21	17,2
Soriano	18	12	9	14	15	18,0
Tacuarembó	7	1	16	8	16	17,3
Treinta y Tres	7	7	8	12	11	21,8
<b>Total</b>	<b>885</b>	<b>767</b>	<b>904</b>	<b>887</b>	<b>842</b>	<b>23,5</b>

Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del Sistema de Vigilancia Longitudinal del VIH.

Mapa N° 1. Incidencia de VIH por departamento. Uruguay, 2024.



Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del Sistema de Vigilancia Longitudinal del VIH.

## Cascada de atención

Los datos que se presentan a continuación son extraídos a partir de las encuestas de uso de antirretrovirales que se realizan anualmente a todas las instituciones públicas y privadas del país. El número total de personas en tratamiento con antirretrovirales (TARV) en diciembre del 2024 fue de 12940, esto corresponde a una cobertura entre los diagnosticados de 83%.

En el año 2024, se reportaron 9984 usuarios con carga viral indetectable, lo que representa el 77,2% de los casos en tratamiento.

**Tabla Nº 7. Número y porcentaje de personas con diagnóstico de VIH en tratamiento. Uruguay 2020 a 2024.**

Año	Número de personas en TARV	Cobertura de TARV en diagnosticados %
2020	8711	71
2021	10138	75
2022	11020	77
2023	12000	80
2024	12940	83

Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos de Encuesta Nacional sobre uso de antirretrovirales y pruebas diagnósticas.

**Tabla Nº 8. Cascada de atención del VIH. Uruguay 2020 a 2024.**

Personas con VIH	2020	2021	2022	2023	2024
Casos diagnosticados	12906	13533	14245	14942	15586
Nuevos diagnósticos VIH	885	767	904	887	842
Personas en tratamiento	8711	10138	11020	12000	12940
CV indetectable	4366	6394	8300	9600	9984
Fallecidos	152	130	165	136	114

CV: Carga viral.

Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos de Encuesta Nacional sobre uso de antirretrovirales y pruebas diagnósticas, y del Sistema de Vigilancia Longitudinal del VIH.

## Linfocitos T CD4 al diagnóstico

De los 842 nuevos casos registrados en 2024, se contó con recuento de linfocitos T CD4 al momento del diagnóstico en 260 (30.9%) personas. En 28.8% el diagnóstico fue en etapa de infección avanzada ( $CD4 < 200$  cel/mm<sup>3</sup>) y 14.6% el diagnóstico fue tardío ( $CD4$  entre 200 y 350 cel/mm<sup>3</sup>).

**Tabla Nº 9- Valores de Linfocitos T CD4 al momento del diagnóstico de nuevos casos de VIH, Uruguay, 2024.**

Linfocitos CD4 al diagnóstico	Femenino	Masculino	Total
< 200	20	55	75
200 a 349	7	31	38
350 a 499	13	44	57
≥ 500	26	64	90
Total	66	194	260

Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del Sistema de Vigilancia Longitudinal del VIH.

## Enfermedades oportunistas

La siguiente tabla presenta las enfermedades oportunistas reportadas al sistema de seguimiento longitudinal de VIH, la información se recibe por notificación pasiva de los prestadores de salud, egresos hospitalarios de personas con VIH, y datos proporcionados por la CHLA-EP. La tuberculosis pulmonar continúa siendo la patología más frecuente, con 176 casos reportados en 2024, seguida por toxoplasmosis encefálica (34 casos), neumonía por *Pneumocystis jirovecii* (32) y candidiasis esofágica (10). También se identificaron otras neuroinfecciones como criptococosis (9), leucoencefalopatía multifocal progresiva (4) y encefalopatía por VIH (2). Dentro de las neoplasias asociadas al VIH se notificaron 14 casos de linfoma no Hodgkin, además de casos de linfoma primario del sistema nervioso central, sarcoma de Kaposi y cáncer anal. Otras entidades clínicas relevantes incluyeron histoplasmosis, herpes simple diseminado, síndrome de desgaste y diarrea oportunista.

**Tabla Nº 10- Enfermedades oportunistas reportadas en pacientes con diagnóstico de VIH, Uruguay, 2023 - 2024**

Enfermedades oportunistas reportadas	2023	2024
Aspergilosis	3	2
Bacteriemia recurrente por Salmonella	1	2
Candidiasis esofágica	9	10
Cáncer anal	1	2
Carcinoma cervical invasivo	0	3
Citomegalovirus	3	4
Criptococosis	17	9
Diarrea oportunista	4	1
Encefalopatía por VIH	0	2
Herpes simple diseminado	3	4
Histoplasmosis	5	8
Leucoencefalopatía multifocal progresiva	6	4
Linfoma no Hodking	8	14
Linfoma primario del SNC	3	3
Micobacteria atípica	3	0
Neumonía recurrente	2	5
Pneumocitosis	20	32
Sarcoma de Kaposi	3	5
Síndrome de desgaste	4	4
Toxoplasmosis	12	34
Tuberculosis	164	176

Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del Sistema de Vigilancia Longitudinal del VIH.

## Mortalidad por causas vinculadas a VIH/SIDA

La tasa de mortalidad por causas vinculadas a VIH/SIDA en el año 2024 fue de 3,2 cada 100.000 habitantes, siendo la más baja del periodo.

**Tabla N° 11- Distribución de muertes y tasa de mortalidad cada 100.000 habitantes, según sexo. Uruguay, 2020 a 2024.**

Año	Masculino		Femenino		Total	
	FA	Tasa	FA	Tasa	FA	Tasa
2019	108	6,4	46	2,6	154	4,5
2020	106	6,2	46	2,5	152	4,4
2021	97	5,7	33	1,8	130	3,7
2022	109	6,3	56	3,1	165	4,6
2023	102	5,9	34	1,9	136	3,8
2024	77	4,4	37	2,0	114	3,2

Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del Sistema de Vigilancia Longitudinal del VIH. Estadísticas vitales MSP.

En cuanto a las causas de fallecimiento vinculadas al VIH/SIDA reportadas en el año 2024 el 54% de los fallecidos se atribuyeron a infecciones respiratorias, entre las etiologías más frecuentes se destacan: neumonía bacteriana, tuberculosis, pneumocitosis, aspergilosis e histoplasmosis. Las neuroinfecciones fueron la causa identificada en el 20% de los fallecidos. Las etiologías reportadas fueron toxoplasmosis encefálica, criptococosis meníngea, leucoencefalopatía multifocal progresiva y meningitis tuberculosa. Las neoplasias asociadas al VIH se notificaron en el 11% de los fallecidos, destacándose linfoma no Hodking y linfoma primario del sistema nervioso central. Otras enfermedades oportunistas asociadas fueron, diarrea crónica y síndrome de desgaste. En 11% estadio SIDA sin especificar enfermedad oportunista.

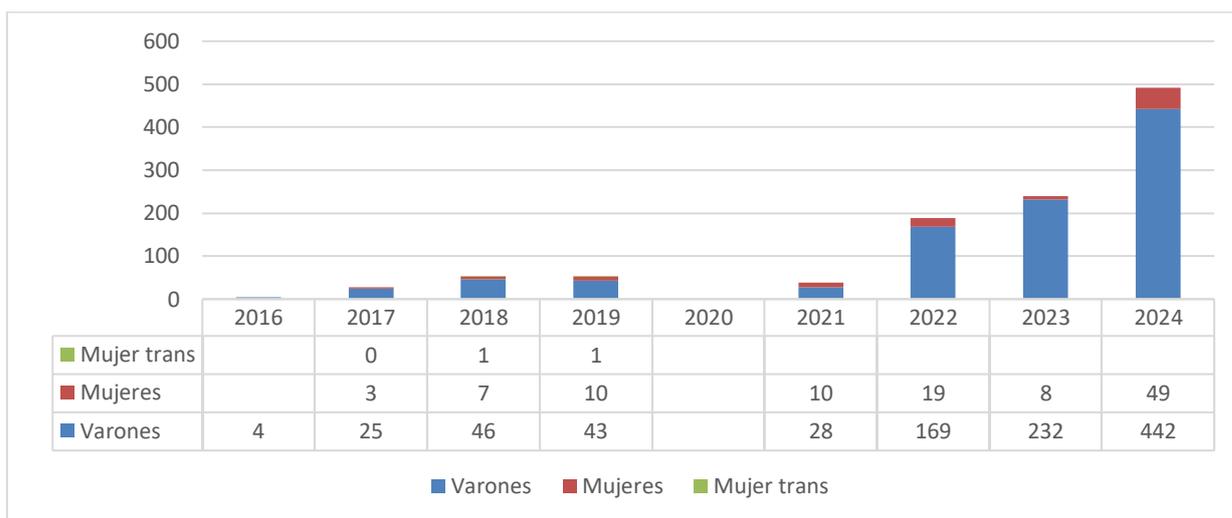
## Profilaxis preexposición (PrEP)

La profilaxis pre-exposición (PrEP) consiste en el uso diario de fármacos antirretrovirales para la prevención de la adquisición del VIH, en personas VIH negativas y que viven situaciones de mayor exposición a este virus.

Desde el año 2018 se incorporó la recomendación de realizar PrEP en mujeres con pareja serodiscordante (mujer VIH negativa con pareja VIH positiva) cursando una gestación y durante la lactancia. En el año 2022 se extendió a personas con prácticas sexuales que impliquen un riesgo aumentado de exposición al VIH:

- Relaciones sexuales anales y/o vaginales con penetración sin preservativo
- Relaciones sexuales con parejas casuales con frecuencia
- Uso de aplicaciones móviles para encuentros sexuales
- Parejas sexuales serodiscordantes sin tratamiento o con seroestado desconocido perteneciente a poblaciones clave
- Antecedentes de ITS
- Necesidad de PPE en más de una oportunidad
- Relaciones sexuales en el contexto de uso de drogas (*chemsex*, fiestas sexuales) o intercambio de dinero (u objetos, drogas, etc.).

**Gráfico N° 4. Evolución del número de personas en PrEP. Uruguay, 2016-2024.**



Fuente: elaborado por el Programa Nacional ITS, VIH y hepatitis virales con datos de Encuesta Nacional sobre uso de antirretrovirales y pruebas diagnósticas.



## Resumen de la situación epidemiológica:

- La tasa de notificación de nuevos diagnósticos disminuyó levemente respecto a los últimos dos años.
- El 72% de los nuevos diagnósticos corresponden a personas del sexo masculino.
- La vía sexual continúa siendo la principal vía de transmisión de VIH. La transmisión vertical se mantiene por debajo del 2%, no se reportaron casos de transmisión materno-fetal durante el embarazo y parto.
- Las tasas más altas de nuevas infecciones se observan en Montevideo, Maldonado, Treinta y Tres, Paysandú y Rivera.
- El 91,7% de personas viviendo con VIH conocen su estado serológico, de las cuales el 83% están recibiendo tratamiento antirretroviral, y de estas, el 77,2% se encuentra con carga viral indetectable. Estos datos reflejan la necesidad de continuar los esfuerzos para alcanzar las metas de OMS.
- La tasa de mortalidad por causas vinculadas a VIH/SIDA en 2024 fue de 3,2 cada 100.000 habitantes.
- En los últimos años se ha incrementado el uso de PrEP como medida preventiva frente a la infección por VIH, con una duplicación de usuarios en 2024 respecto al año anterior.

## SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA SÍFILIS EN URUGUAY 2020 A 2024.

### INTRODUCCIÓN

La sífilis constituye un problema de salud pública tanto a nivel mundial y especialmente a nivel regional y nacional. Se observa un incremento sostenido en el tiempo en los últimos años, tanto en población general como en sífilis gestacional y congénita.

La sífilis es una infección de transmisión sexual producida por la bacteria *Treponema pallidum*, de carácter sistémico, evolución crónica, con múltiples estadios y periodos asintomáticos, comportándose en general como una enfermedad curable, cuando se realiza un diagnóstico correcto y un tratamiento oportuno.

En nuestro país, no existen limitaciones para el acceso al tratamiento antibiótico recomendado en forma precoz, por lo que todos los profesionales de la salud deben estar capacitados para realizar su abordaje en forma eficaz que deberá incluir aspectos orientados a una correcta prevención, diagnóstico, tratamiento, identificación de contactos, así como el hecho aún más importante de asegurar la adhesión y respuesta al tratamiento.

En Uruguay, es una enfermedad de notificación obligatoria ante su sospecha y en el plazo de una semana desde su presunción según el Decreto 41/012, para el cual existe un subregistro de casos.

### SITUACIÓN ACTUAL

En este reporte se presentan los casos ingresados en el Sistema de Vigilancia Nacional, en conocimiento de la existencia de una subnotificación por parte de los prestadores de salud. A pesar de esto, los casos muestran una tendencia al aumento en los últimos 5 años (2020-2024), al igual que ocurre en toda la región. Esta tendencia es similar en ambos sexos.

En el año 2024, la tasa de incidencia de casos notificados fue de 196,6/100.000 habitantes, con predominio en el sexo masculino con una tasa de 204,8 casos cada 100.000 habitantes (Tabla N° 13), y predomina en los rangos etarios más jóvenes, como puede verse en el Gráfico 4.

**Tabla N° 12. Casos notificados y tasa de incidencia de sífilis por 100.000 habitantes. Uruguay 2020 a 2024**

Año	Casos notificados	Tasa de incidencia
2020	3566	101,0
2021	4514	127,4
2022	6143	172,8
2023	6911	193,8
2024	7035	196,6

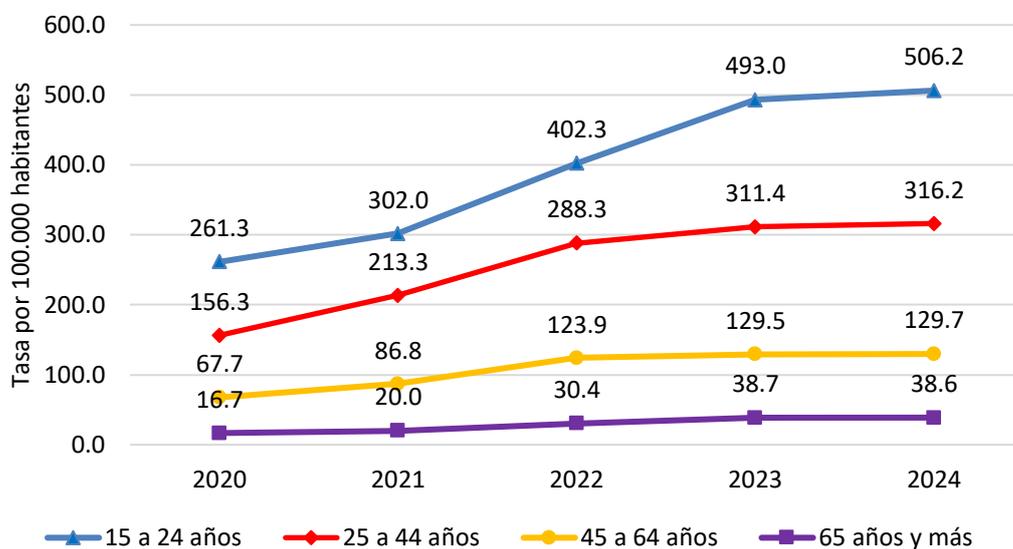
Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del Sistema SG\_DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad de registro.

**Tabla N° 13. Casos notificados de sífilis y tasa de incidencia por 100.000 habitantes, según sexo biológico. Uruguay 2020 a 2024**

Año	Sexo femenino		Sexo masculino	
	Casos notificados	Tasa de incidencia	Casos notificados	Tasa de incidencia
2020	1610	88,5	1956	114,3
2021	2022	110,8	2492	145,0
2022	2953	161,3	3190	185,0
2023	3427	186,7	3484	201,3
2024	3477	188,9	3558	204,8

Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del Sistema SG\_DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad de registro.

**Gráfico Nº 5. Casos notificados de sífilis por grupo etario. Uruguay 2020 a 2024**



Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del Sistema SG\_DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad de registro.

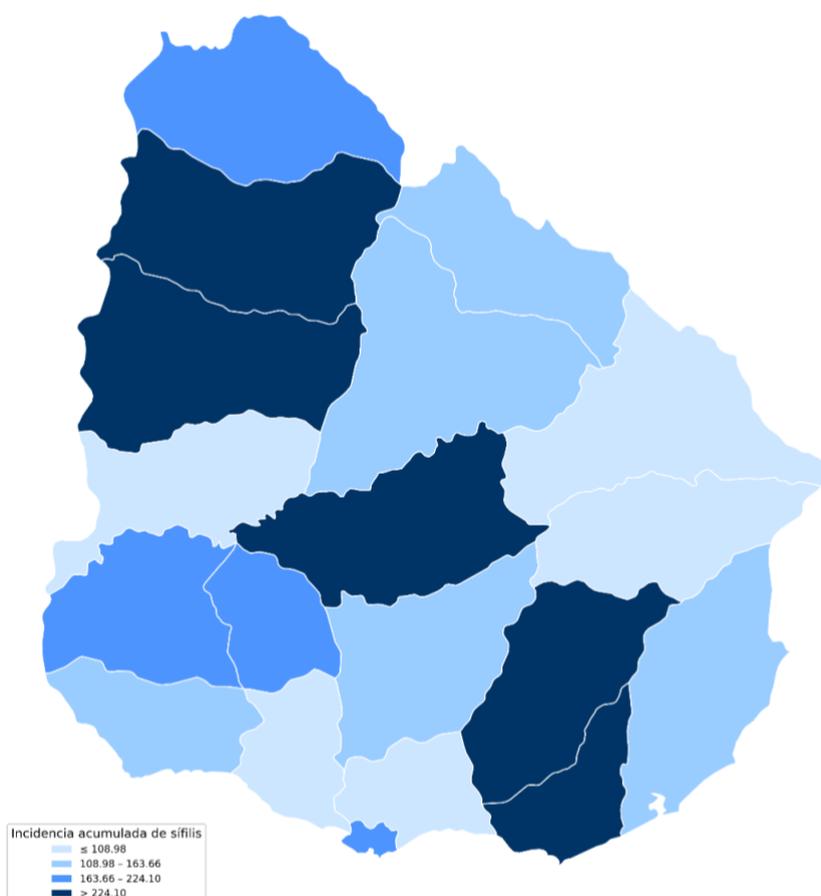
**Tabla Nº 14. Distribución de casos notificados de sífilis según departamento y tasa de incidencia x 100.000 habitantes. Uruguay 2020 a 2024.**

DEPARTAMENTOS	2020	2021	2022	2023	2024	Tasa de incidencia 2024
ARTIGAS	147	167	162	218	154	210,9
CANELONES	188	335	378	369	506	80,0
CERRO LARGO	16	31	63	50	72	80,3
COLONIA	130	191	170	197	177	133,2
DURAZNO	4	8	57	104	179	303,7
FLORES	26	34	32	44	46	173,9
FLORIDA	13	19	44	85	83	119,7
LAVALLEJA	26	55	111	167	138	237,4
MALDONADO	363	537	1319	1338	1210	591,6
MONTEVIDEO	1917	2363	2542	2588	2844	205,4
PAYSANDU	175	90	252	442	403	333,8
RIO NEGRO	38	43	57	41	55	93,1
RIVERA	53	113	107	141	124	112,9
ROCHA	24	53	85	181	122	163,7
SALTO	189	163	246	487	454	335,6

SAN JOSE	60	116	121	136	127	104,3
SORIANO	93	102	176	162	168	201,8
TACUAREMBO	54	56	175	125	120	129,5
TREINTA Y TRES	50	38	46	36	53	105,1
TOTAL	3566	4514	6143	6911	7035	196,6

Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del Sistema SG\_DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad de registro.

### Mapa N° 2. Incidencia de sífilis por departamento. Uruguay, 2024



Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del Sistema SG\_DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad de registro.

## Sífilis gestacional

De acuerdo con los datos preliminares del sistema informático perinatal (SIP) durante 2024, se reportaron 1082 gestantes con pruebas de sífilis positivas (datos preliminares). El SIP tiene una elevada cobertura, por lo que constituye una buena herramienta de monitoreo de la situación epidemiológica, pero suele aportar una sobreestimación de los resultados. Se debe tener en cuenta que las pruebas diagnósticas positivas no necesariamente corresponden a casos de sífilis, dado que algunos casos pueden corresponder a diagnósticos de sífilis previos al embarazo o falsos positivos de las pruebas.

**Tabla N° 15. Gestantes que han tenido al menos una prueba diagnóstica de sífilis durante el embarazo. Uruguay 2020 a 2023**

	2020	2021	2022	2023	2024*
<b>Gestantes</b>	35231	32704	30629	29597	28193
<b>Gestantes con prueba diagnósticas</b>	34527 (98%)	32042 (97%)	29762 (97%)	24245 (82%)	25184 (89%)
<b>Gestantes con pruebas diagnósticas positivas</b>	779	858	1040	862	1082

\*Datos preliminares que pueden variar luego de finalizado el control de calidad

Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del Sistema Informático Perinatal de Estadísticas Vitales. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad de registro.

## Sífilis congénita

La sífilis en el embarazo, y su consecuencia, la sífilis congénita, refleja la situación epidemiológica de la sífilis a nivel de la población general. Refleja las situaciones de alta vulnerabilidad y también las fallas del sistema de salud, poniendo en evidencia las oportunidades perdidas durante el embarazo, debido a que la transmisión materno-fetal se puede prevenir y curar.

El VDRL reactivo en sangre del cordón no representa un diagnóstico de sífilis congénita, dado que la reactividad de la prueba puede corresponder a la presencia de anticuerpos maternos. Por lo que el SIP es una herramienta que permite evaluar tendencias, pero no aporta diagnósticos certeros de sífilis congénita.

**Tabla Nº 16- Recién nacidos con VDRL positivo en sangre del cordón, Uruguay, 2020-2024**

	2020	2021	2022	2023	2024*
<b>RN con VDRL positivo en sangre de cordón</b>	310	290	390	404	433

\*Datos preliminares que pueden variar luego del control de calidad

Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del Sistema Informático Perinatal de Estadísticas Vitales. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad de registro.

La sífilis congénita se encuentra dentro de las enfermedades y eventos de notificación obligatoria ante su sospecha y en el plazo de una semana desde su presunción (decreto 41/012), la misma se realiza al Departamento de Vigilancia en Salud por las vías de notificación establecidas: a través del sistema SG-DEVISA, por teléfono o por correo electrónico ([vigilanciaepi@msp.gub.uy](mailto:vigilanciaepi@msp.gub.uy)).

## SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LAS HEPATITIS B y C

### Introducción:

En línea con los objetivos de eliminación de las hepatitis virales para el año 2030, Uruguay ha implementado diversas estrategias para fortalecer la respuesta frente a las hepatitis B y C. Entre las principales acciones se incluyen: la elaboración de la Guía nacional para el abordaje en los distintos niveles de atención; el diagnóstico de situación nacional en el marco del proyecto “Evaluación de hepatitis B y C para ampliar pruebas y tratamiento” (HEAT), con apoyo internacional; campañas de sensibilización y jornadas de testeo en el Día Mundial de las Hepatitis Virales; la incorporación de la prueba confirmatoria (ARN por PCR) para hepatitis C al PIAS (Decreto 115/024); la inclusión del tamizaje universal con anti-VHC en el control de salud, con aplicación gradual por franjas etarias (Decreto 272/023 y Ordenanza 573/2023); la modificación del sistema de vigilancia para hacer obligatoria la notificación de resultados positivos de anti-VHC, y de ARN tanto positivos como negativos (Resolución DGS/107/2024); la inclusión del anti-VHC en los controles del embarazo según las recomendaciones 2025 para la atención perinatal; y la implementación de una encuesta nacional anual sobre la cascada de atención de hepatitis B y C, dirigida a prestadores de salud públicos y privados y laboratorios clínicos en los años 2022, 2023 y 2024.

Las hepatitis virales B y C son enfermedades de notificación obligatoria en Uruguay, clasificadas dentro del grupo B según el Decreto 41/012 del Código Nacional de Enfermedades y Eventos de Notificación Obligatoria. De acuerdo con la Guía Nacional de Vigilancia y Control, se considera caso confirmado de hepatitis B a toda persona con sospecha clínica en la que se demuestre la presencia de IgM anti-HBc o antígeno de superficie (AgHBs) mediante estudios de laboratorio. En hepatitis C, a partir de la incorporación de la prueba de PCR al Plan Integral de Atención en Salud (PIAS), se define como caso confirmado aquel en el que se detecta ARN del virus de la hepatitis C (VHC) mediante técnicas de biología molecular (reacción en cadena de la polimerasa, PCR).

Esta sección se elabora a partir de los datos obtenidos de las notificaciones recibidas por el Departamento de Vigilancia en Salud (DEVISA), Cobertura de Vacunación, aportados por la Unidad de Inmunizaciones, y presenta los resultados de la Encuesta Nacional de

Situación de la Cascada de Atención de Hepatitis B y C, realizada por el Programa Nacional de ITS, VIH y Hepatitis Virales.

## HEPATITIS C

### Situación actual

En 2024 se recibieron 276 notificaciones de personas con anticuerpo anti VHC reactivo, lo que corresponde a una tasa de incidencia de 7,7 cada 100.000 habitantes. De esos casos se notificó el resultado de PCR para VHC en 123, de los cuales 86 fueron positivos, lo que representa una tasa de positividad del 70% entre los casos con PCR informado. Si se extrapola esta proporción a la totalidad de las notificaciones de anti VHC positivos, se estima una incidencia de infección viremica de 5,4 cada 100.000 habitantes.

**Tabla Nº 177. Casos notificados con anticuerpo anti-Hepatitis C positivos y tasa de incidencia por 100.000 habitantes, Uruguay 2020 a 2024**

Año	Ac VHC positivo	Tasa de incidencia
2020	227	6,4
2021	210	5,9
2022	229	6,4
2023	296	8,3
2024	276	7,7

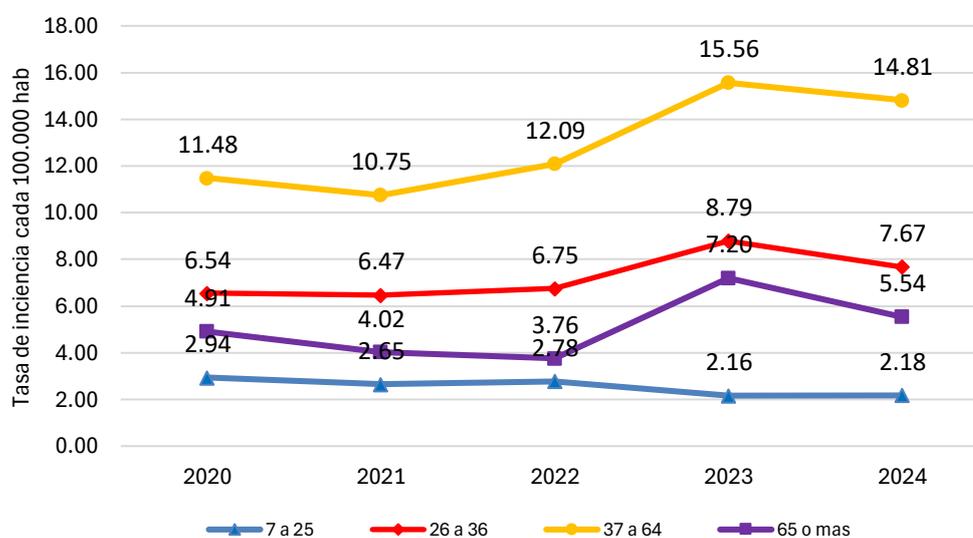
Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del Sistema SG\_DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad de registro.

**Tabla Nº 18. Casos notificados con anticuerpo anti-Hepatitis C por sexo biológico y tasa de incidencia por 100.000 habitantes, Uruguay 2020 a 2024.**

Año	Femenino		Masculino	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa
2020	103	5,7	124	7,3
2021	95	5,2	115	6,7
2022	94	5,1	135	7,8
2023	110	6,0	186	10,8
2024	115	6,3	161	9,3

Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del Sistema SG\_DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad de registro.

**Gráfico Nº 6. Casos notificados con anticuerpo anti-Hepatitis C según grupo etario, Uruguay 2020 a 2024.**



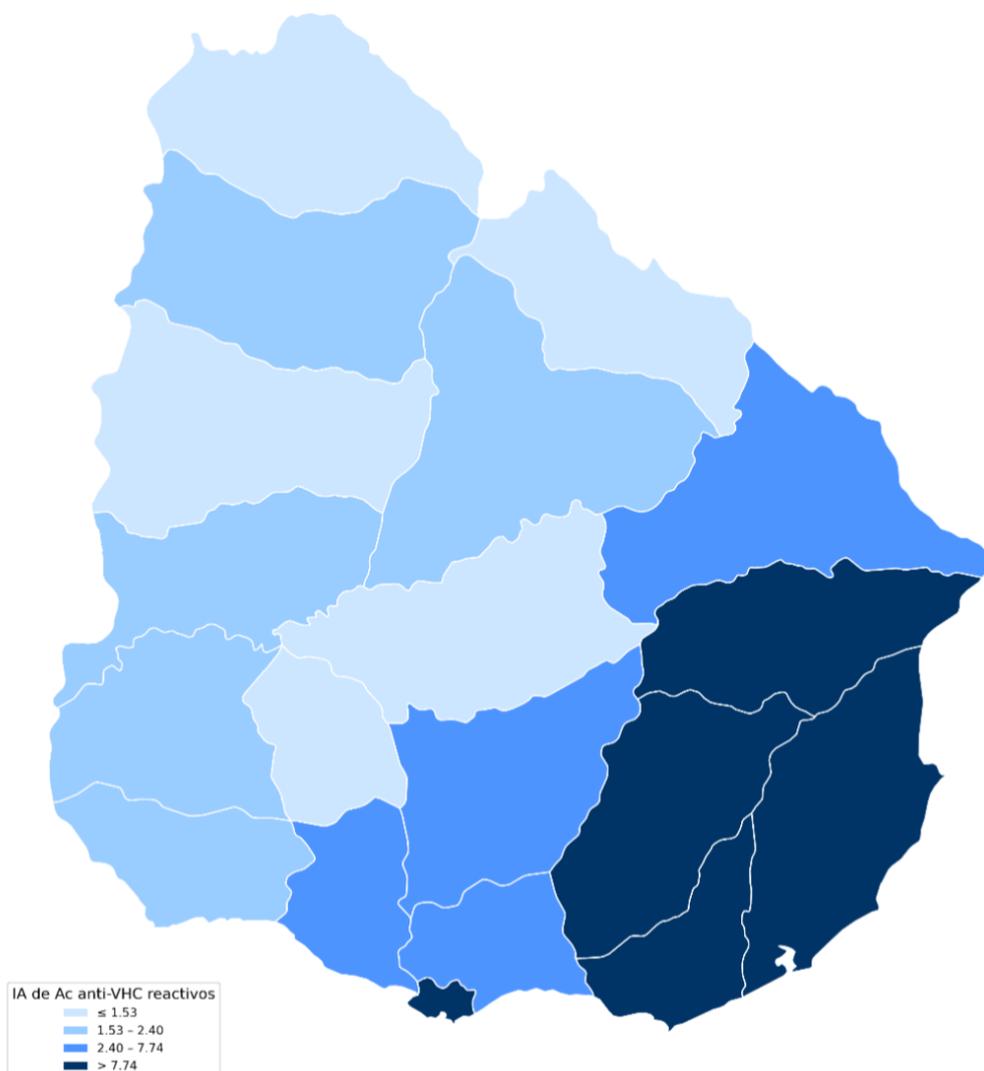
Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del Sistema SG\_DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad de registro.

**Tabla Nº19. Casos con anticuerpo anti VHC reactivo por departamento y tasa de incidencia por 100.000 habitantes en el año 2024. Uruguay 2020 a 2024**

Departamento	2020	2021	2022	2023	2024	Tasa de incidencia 2024
ARTIGAS	0	0	0	2	1	1,4
CANELONES	10	23	19	8	30	4,7
CERRO LARGO	6	2	5	1	4	4,5
COLONIA	0	0	2	5	3	2,3
DURAZNO	0	2	0	3	0	0,0
FLORES	0	0	1	1	0	0,0
FLORIDA	1	1	3	4	2	2,9
LAVALLEJA	8	3	4	5	7	12,0
MALDONADO	31	25	21	17	27	13,2
MONTEVIDEO	152	125	148	223	171	12,4
PAYSANDU	2	2	3	1	1	0,8
RIO NEGRO	1	2	0	0	1	1,7
RIVERA	0	1	0	1	1	0,9
ROCHA	5	8	7	11	8	10,7
SALTO	1	5	5	4	3	2,2
SAN JOSE	7	3	3	5	5	4,1
SORIANO	2	3	0	1	2	2,4
TACUAREMBO	0	3	1	1	2	2,2
TREINTA Y TRES	1	2	7	3	8	15,9
<b>Total</b>	<b>227</b>	<b>210</b>	<b>229</b>	<b>296</b>	<b>276</b>	<b>7,7</b>

Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del Sistema SG\_DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad de registro.

Mapa N° 3. Incidencia de casos con Ac anti VHC reactivo por departamento, Uruguay, 2024



Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del Sistema SG\_DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad de registro.

## HEPATITIS B

### Situación actual

En el año 2024 se recibieron 162 notificaciones de casos confirmados (Ag de superficie positivo) con una tasa de incidencia de 4,53 casos cada 100.000 habitantes, con predominio en el sexo masculino como se observa en la tabla N° 22.

**Tabla N° 18. Casos notificados de Hepatitis B. Uruguay 2020 a 2024**

Año	Casos notificados (Ag sup o ac core reactivo)	Casos confirmados (Ag sup reactivo)	Tasa de incidencia
2020	346	130	3,7
2021	370	136	3,8
2022	388	177	5,0
2023	362	193	5,4
2024	351	162	4,5

Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del Sistema SG\_DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad de registro.

**Tabla N° 21. Casos notificados de Hepatitis B por sexo biológico. Uruguay 2020 a 2024**

Año	Femenino		Masculino	
	Casos	Tasa	Casos	Tasa
2020	55	3,0	75	4,4
2021	57	3,1	79	4,6
2022	78	4,3	99	5,7
2023	91	5,0	102	5,9
2024	68	3,7	94	5,4

Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del Sistema SG\_DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad de registro.

Los casos confirmados fueron evaluados según rango etario, definidos en relación a la cobertura vacunal. Se observa una mayor incidencia en los grupos mayores a 26 años, lo que se corresponde con los grupos que no recibieron vacuna contra hepatitis B en

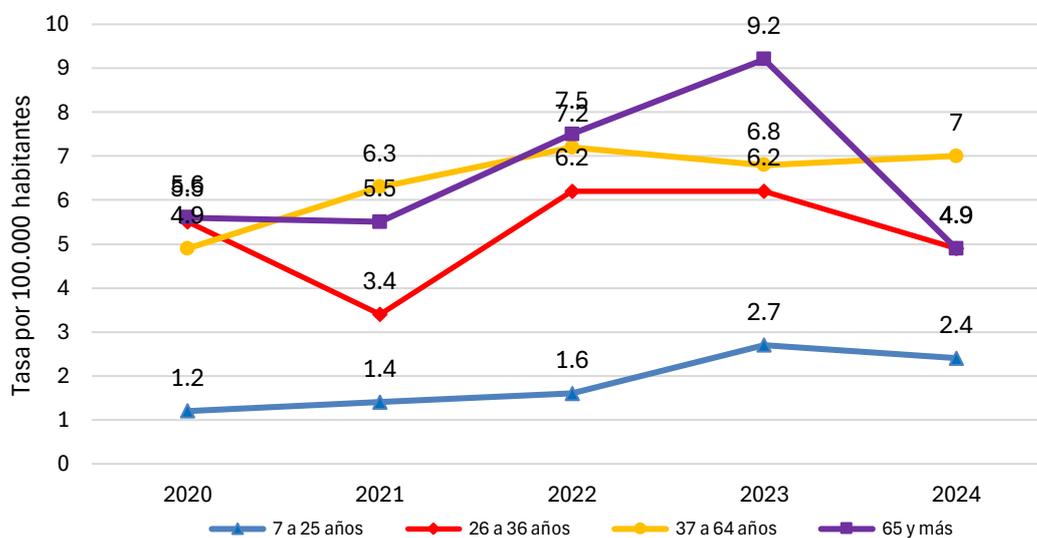
forma obligatoria, ya que se introdujo en el certificado esquema de vacunación (CEV) en el año 2000 (Tablas N° 23 y Gráfico N° 8).

**Tabla N° 192. Casos confirmados de Hepatitis B por grupo etario. Uruguay 2020 a 2024**

Grupo etario	2020	2021	2022	2023	2024
0 a 6 años	1	0	0	0	0
7 a 25 años	11	13	15	25	22
26 a 36 años	30	19	35	35	28
37 a 64 años	59	75	87	83	85
65 y más	29	29	40	50	27
<b>Total</b>	<b>130</b>	<b>136</b>	<b>177</b>	<b>193</b>	<b>162</b>

Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del Sistema SG\_DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad de registro.

**Gráfico N° 7. Casos confirmados de Hepatitis B según grupo etario, Uruguay 2020 a 2024.**



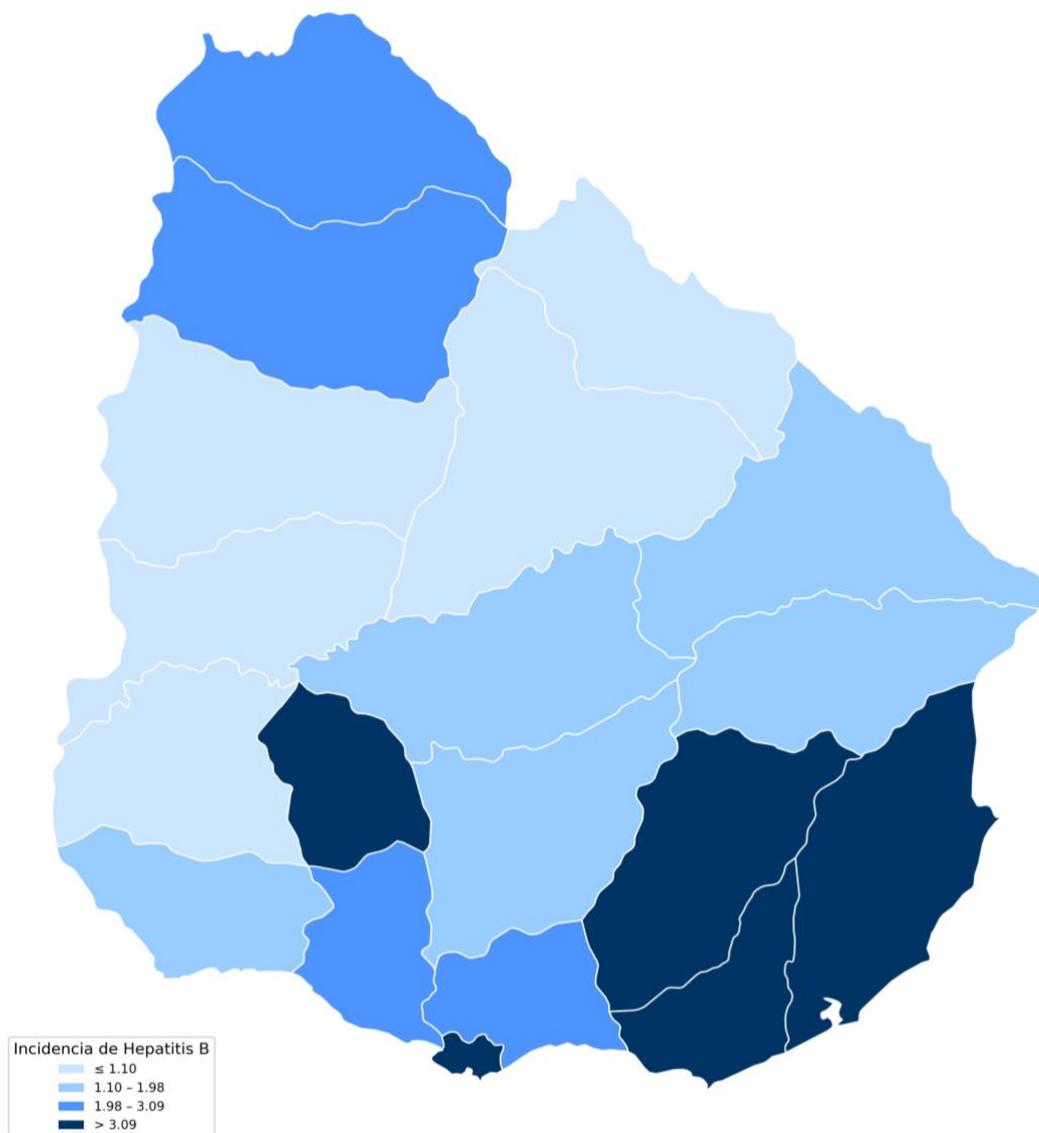
Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del Sistema SG\_DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad de registro.

**Tabla Nº 23. Casos confirmados de Hepatitis B por departamento. Uruguay 2020 a 2024.**

Departamento	2020	2021	2022	2023	2024	Tasa de incidencia 2024
ARTIGAS	0	1	0	1	2	2,7
CANELONES	4	15	11	14	15	2,4
CERRO LARGO	2	0	1	1	1	1,1
COLONIA	1	0	3	1	2	1,5
DURAZNO	0	1	0	2	1	1,7
FLORES	0	0	1	0	2	7,6
FLORIDA	2	0	0	3	1	1,4
LAVALLEJA	1	3	0	0	2	3,4
MALDONADO	9	23	19	17	18	8,8
MONTEVIDEO	98	77	124	128	105	7,6
PAYSANDU	0	0	0	0	0	0,0
RIO NEGRO	0	0	0	1	0	0,0
RIVERA	0	1	3	2	1	0,9
ROCHA	6	6	4	8	4	5,4
SALTO	3	1	1	7	3	2,2
SAN JOSE	1	3	5	4	3	2,5
SORIANO	1	3	2	2	0	0,0
TACUAREMBO	1	0	0	1	1	1,1
TREINTA Y TRES	1	2	3	1	1	2,0
<b>Total</b>	<b>130</b>	<b>136</b>	<b>177</b>	<b>193</b>	<b>162</b>	<b>4,5</b>

Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del Sistema SG\_DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad de registro.

Mapa N° 4. Incidencia de Hepatitis B por departamento, Uruguay, 2024



Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del Sistema SG\_DEVISA. Los datos se encuentran sujetos a modificaciones producto de la mejora de calidad de registro.

## Indicadores de atención Hepatitis B y C

Se analizaron los indicadores de la cascada de atención para los períodos 2022–2023 y 2024, incluyendo el número de pruebas serológicas realizadas (anti-VHC y HbsAg en población general y embarazadas), el porcentaje de pruebas serológicas positivas, el número de pruebas confirmatorias (ARN del VHC), el porcentaje de pruebas confirmatorias positivas y el número de personas que iniciaron tratamiento. Todos los indicadores fueron normalizados por 100.000 usuarios representados por los prestadores que respondieron en cada año. Se comparó esta información con el histórico diagnóstico de situación del periodo 2015–2021.

En 2024 participaron de la encuesta 30 prestadores de salud, representando el 90% de los usuarios del sistema de salud, más 7 laboratorios. En 2022 y 2023 respondieron 22 prestadores a las preguntas de la sección laboratorio más 6 laboratorios, y 24 prestadores respondieron a las preguntas de tratamiento, representando el 35% y el 73% de los usuarios respectivamente. Esta información se compara con el diagnóstico de situación previo (2015–2021), que representó al 46% de los usuarios.

**Tabla Nº 204. Indicadores de atención en Hepatitis C**

Indicadores	2015-2021*	2022	2023	2024
Usuarios cubiertos	1.871.757	1.382.702 (laboratorio) 2.957.369 (tratamiento)	1.382.702 (laboratorio) 2.957.369 (tratamiento)	3.662.389 (laboratorio y tratamiento)
Anti VHC realizados (por 100.000 hab.)	2.454	2.908	3.696	5.557
Anti VHC positivos (por 100.000 hab.)	21,7	16,6	17,3	37,6
Seroprevalencia (%)	0,9%	0,6%	0,5%	0,7%
PCR-VHC realizados (por 100.000 hab.)	-	6,1	7,4	20,3
PCR-VHC positivas (por 100.000 hab.)	-	1,4	2,5	7,0
PCR positivas / PCR realizadas (%)	-	24%	34%	34%

PCR realizadas / Anti VHC positivos (%)	-	37%	43%	54%
Inicios de tratamientos (por 100.000 hab.)	-	2,6	4,2	4,9

Todos los indicadores fueron calculados por 100.000 usuarios, en base a la población cubierta por los prestadores que respondieron la encuesta en cada año. Los datos de laboratorio y tratamiento provienen de subconjuntos diferentes de prestadores en 2022 y 2023.

\*Para el período 2015–2021, se presenta el promedio anual de los datos disponibles, no el valor acumulado del período.

N total de usuarios a diciembre 2024: 4.051.622 (IAMC: 2.178.676, Seguros Privados: 123.739, ASSE: 1480795. HCFFAA: 149.021, Policial: 119.39 1); para una población de acuerdo a INE censo 2023 de 3.499.451 habitantes. La diferencia se debe a que algunos usuarios tienen doble afiliación.

Fuente: Encuesta Nacional de Situación de la cascada de atención de Hepatitis B y C, realizada por el Programa Nacional de ITS, VIH y hepatitis virales.

**Tabla Nº 215. Indicadores de atención en Hepatitis B.**

Indicadores	2015-2021*	2022	2023	2024
Usuarios cubiertos	1.871.757	1.382.702	1.382.702	3.662.389
HBsAg realizados (por 100.000 hab.)	3206	3723	4077	6235
HBsAg positivos (por 100.000 hab.)	14,3	15,5	15,6	31,1
Seroprevalencia (%)	0,4%	0,4%	0,4%	0,5%
HBsAg en embarazos (por 100.000 hab.) **	474,5	633	587	904
HbsAg positivos en embarazadas (por 100.000 hab.)	0,2	0,6	0,2	1,7
Seroprevalencia en embarazadas (%)	0,03%	0,09%	0,04%	0,2%

Todos los indicadores fueron calculados por 100.000 usuarios, en base a la población cubierta por los prestadores que respondieron la encuesta en cada año.

\*Para el período 2015–2021, se presenta el promedio anual de los datos disponibles, no el valor acumulado del período.

\*\* En 2024, el dato de embarazadas proviene de 19 prestadores que cubren un total de 2.932.748 usuarias.

N total de usuarios a diciembre 2024: 4.051.622 (IAMC: 2.178.676, Seguros Privados: 123.739, ASSE: 1480795, HCFFAA: 149.021, Policial: 119.391); para una población de acuerdo a INE censo 2023 de 3.499.451 habitantes. La diferencia se debe a que algunos usuarios tienen doble afiliación.

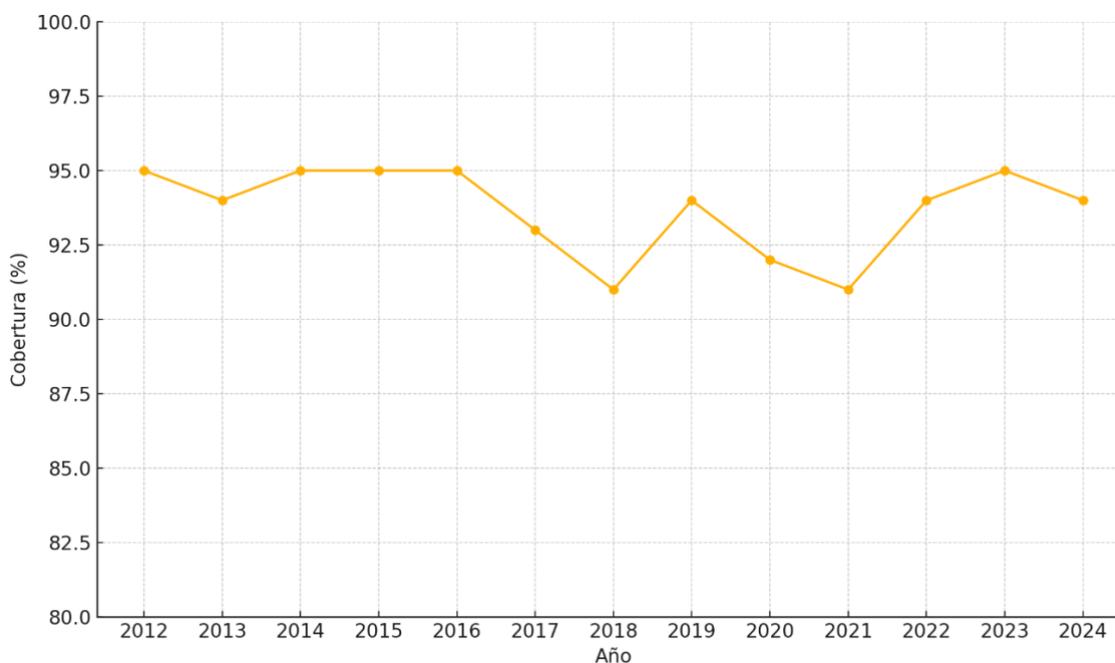
Fuente: Encuesta Nacional de Situación de la cascada de atención de Hepatitis B y C, realizada por el Programa Nacional de ITS, VIH y hepatitis virales.

## Inmunizaciones

### Hepatitis B

La vacunación contra la hepatitis B se incorporó al esquema del Programa Nacional de Vacunaciones en el año 2000, con la inclusión de la vacuna pentavalente (DwPT+HepB+Hib) para lactantes y una dosis dirigida a adolescentes de 12 años. En 2005 la inmunización se volvió obligatoria para el personal de salud. Además, se indica una dosis al nacimiento para los recién nacidos de madres HBsAg positivas o cuyo estado serológico se desconoce, idealmente dentro de las primeras 12 horas de vida y, de ser posible, acompañada por inmunoglobulina específica. También se recomienda la vacunación a personas pertenecientes a grupos de riesgo, como hombres que tienen sexo con hombres (HSH), mujeres trans, personas con antecedentes de infecciones de transmisión sexual (ITS), víctimas de abuso sexual y contactos sexuales de personas con hepatitis B crónica.

**Gráfico Nº 8. Cobertura de vacunación con 3 dosis de vacuna con componente HepB, según cohorte de nacimiento 2012-2024.**

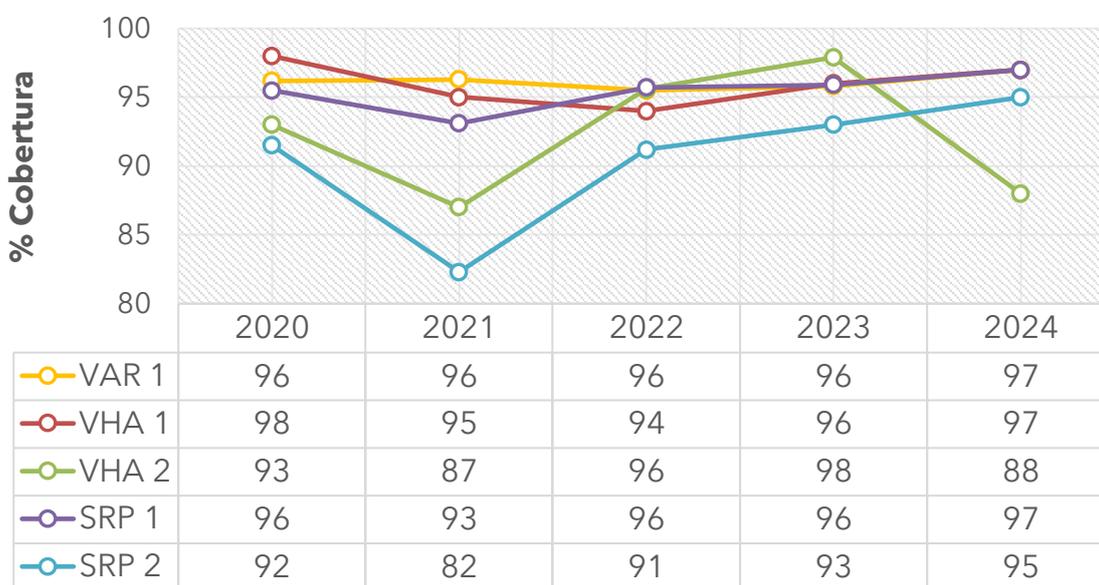


**Nota:** Cobertura nacional estimada de vacuna con componente contra hepatitis B (DTwP+HepB+Hib), correspondiente a la tercera dosis aplicada por cohorte de nacimiento en menores de 1 año. Datos basados en reportes nacionales enviados al sistema WHO/UNICEF (WUENIC) hasta 2024. **Fuente:** Monitor Datos de Inmunizaciones, año 2025

## Hepatitis A

La vacuna contra la hepatitis A fue incorporada al calendario nacional en 2008. El esquema sistemático incluye dos dosis administradas a los 15 y 21 meses de edad. En adolescentes y adultos que no recibieron la vacuna contra la hepatitis A en la infancia, la vacunación está especialmente indicada en personas con mayor riesgo de exposición o complicaciones, incluyendo quienes practican sexo oro-anal (hombres que tienen sexo con hombres (HSH), personas trans y personas con VIH susceptibles). También se recomienda en presencia de hepatopatías crónicas de cualquier causa, inmunodepresión, y en candidatos a trasplante de órganos sólidos. Desde el punto de vista epidemiológico, se considera su indicación en personas privadas de libertad, en situación de hacinamiento, usuarias de drogas, y contactos intradomiciliarios de casos confirmados de hepatitis A.

**Gráfico N° 9. Coberturas para VHA 1 y 2, Uruguay 2020 – 2024.**

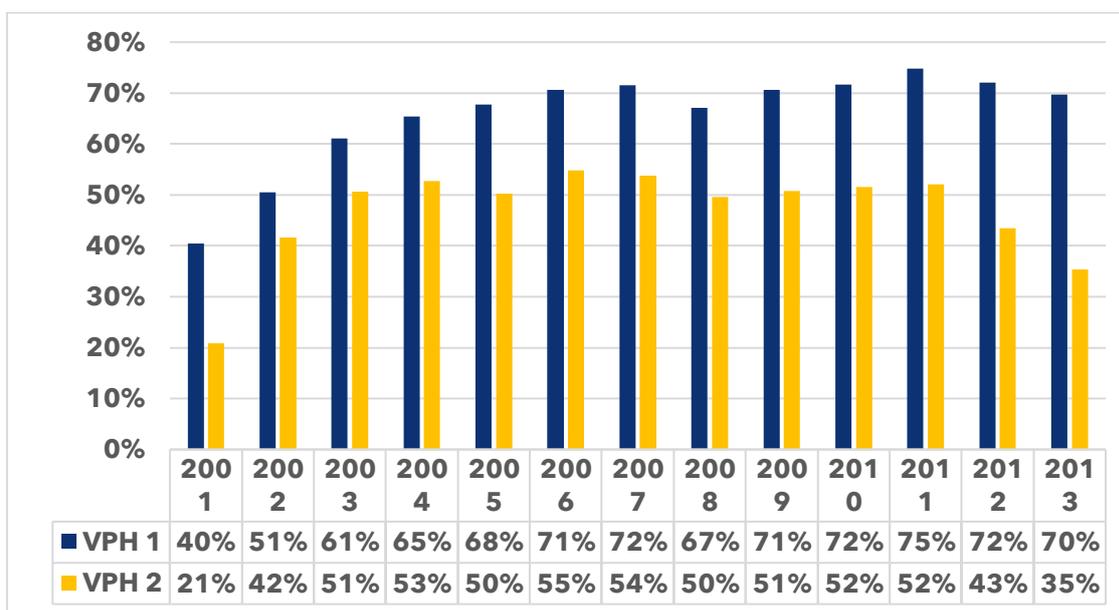


**Fuente:** Coberturas vacunas antivirales, incluye 1era dosis de varicela (VAR), esquema hepatitis A (VHA) Y triple viral sarampión, rubéola y parotiditis (SRP). Monitor Datos de Inmunizaciones, año 2025

## Virus del Papiloma Humano (VPH)

La vacunación contra el VPH se incorporó al esquema nacional en 2013 para niñas de 12 años, y se amplió a varones en 2019, según la ordenanza 214/2018. Desde 2022, está disponible para personas de hasta 26 años, y a partir de 2024 se extendió hasta los 45 años para quienes presentan condiciones específicas de riesgo. El esquema de vacunación varía según el grupo: las personas inmunocompetentes de 11 a 26 años deben recibir dos dosis, con un intervalo de 6 meses (0 y 6 meses), mientras que aquellas entre 9 y 45 años con condiciones especiales requieren tres dosis (0, 2 y 6 meses). Esta ampliación está indicada en personas con mayor riesgo de infección, reinfección o desarrollo de enfermedad asociada al VPH, incluyendo hombres que tienen sexo con hombres (HSH), personas trans, personas con VIH, víctimas de abuso sexual entre los 9 y 45 años, personas con lesiones anales o cervicales asociadas al VPH (AIN2+, CIN2+), y personas inmunocomprometidas, incluidas las trasplantadas.

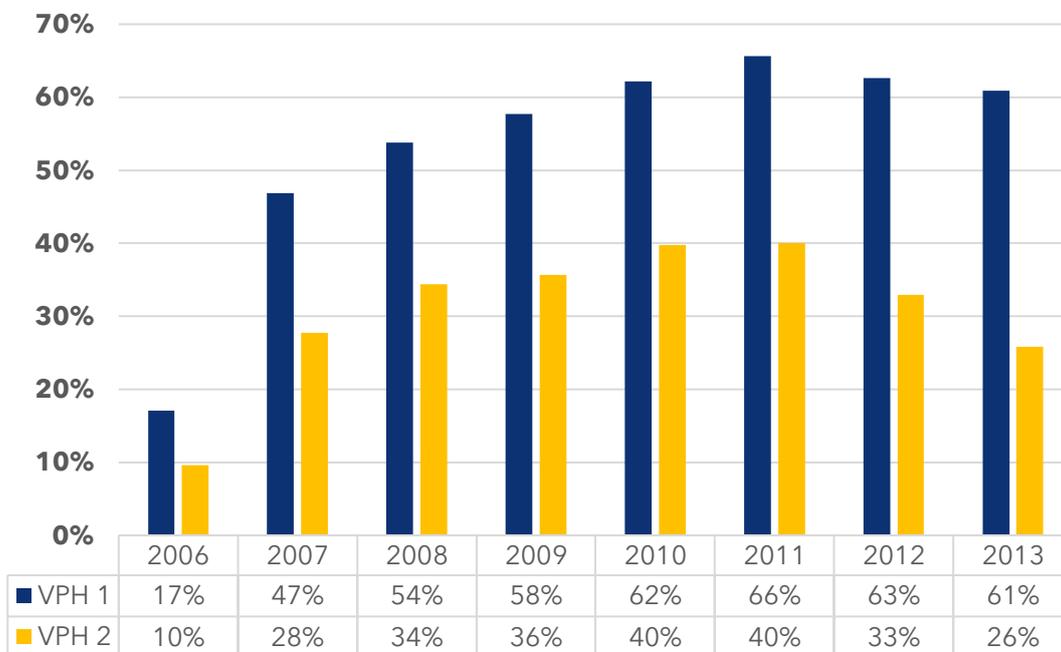
**Gráfico N° 10. Cobertura vacunal de VPH en mujeres, por cohorte nacimiento. Uruguay, 2025**



Fuente: Monitor Datos de Inmunizaciones, año 2025

\*La población objetivo de 11-15 años para 2024 comprende a las cohortes nacidas entre 2009 a 2013

**Gráfico N° 11. Cobertura vacunal de VPH en varones, por cohorte nacimiento. Uruguay, 2025.**



Fuente: Monitor Datos de Inmunizaciones, año 2025

\*La población objetivo de 11-15 años para 2024 comprende a las cohortes nacidas entre 2009 a 2013

## RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN:

**Pruebas diagnósticas y consejería:** El testeo y el asesoramiento es la puerta de entrada a cuidados, tanto para prevención en personas con resultado negativo como para tratamiento en personas con resultado positivo. Promover y generar la demanda con estrategias comunicacionales asertivas, utilizando herramientas innovadoras y con participación activa de actores comunitarios, es una acción clave con demostrada eficacia.

**Diagnóstico, tratamiento y prevención de ITS:** La prevención, diagnóstico y tratamiento oportuno son una prioridad dentro de la prevención combinada, siendo una puerta de entrada para la prevención de las ITS. En VIH, la carga viral es la principal determinante del riesgo de transmisión, por lo que el TARV sostenido que logra el objetivo de la supresión viral es una de las intervenciones más importantes para evitar la transmisión de esta infección.

**Profilaxis postexposición (PPE):** consiste en la administración de antibióticos o antirretrovirales, después de una exposición sexual de alto riesgo, con el objetivo de prevenir la adquisición de una o más ITS, como el VIH, la sífilis, la gonorrea o la clamidia, como se detalla en la tabla N° 27. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/guia-profilaxis-para-prevencion-infecciones-transmitidas-sangre-fluidos>

**Profilaxis preexposición (PrEP):** consiste en el uso de ARV en personas VIH negativas para reducir el riesgo de adquirir la infección por VIH previo a la exposición. Es una estrategia segura y eficaz para las personas con riesgo aumentado de adquirir VIH. Su eficacia está asociada a la adherencia.

**Inmunizaciones frente a ITS:** Uruguay dispone de vacunas sistemáticas y específicas frente a ITS: hepatitis B, hepatitis A y VPH, integradas en su Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

**Acceso y distribución de barreras de látex y geles lubricantes acuosos:** El uso consistente (desde el inicio hasta el final y en todas las relaciones sexuales) del preservativo de látex es la única medida que es efectiva en prevenir la transmisión del

VIH y otras ITS, así como también los embarazos no planificados y debe recomendarse siempre.

**Tabla N° 226. Profilaxis post exposición sexual de ITS.**

PAUTA	Consideraciones
Ceftriaxona 1g im, 1 dosis + Azitromicina 1g vo 1 dosis + Metronidazol 2g vía oral 1 dosis	Cobertura de sífilis, <i>Chlamydia</i> , <i>N. gonorrhoeae</i> , <i>Gardnerella</i> , <i>Trichomonas</i> .
Doxiciclina 200 mg vía oral dosis única en las primeras 72 horas de la exposición.	Cobertura de sífilis, <i>Chlamydia</i> y <i>N. gonorrhoeae</i>
Vacuna VHB Gammaglobulina hiperinmune VHB	Si no está vacunado o vacunado con esquema incompleto: 1 dosis de VHB a la brevedad y completar esquema según pauta.  Vacunados evaluar serología.  Considerar inmunización pasiva según riesgo
Tenofovir 300 mg/día + Lamivudina 300 mg/día + Dolutegravir 50 mg/día. Por 28 días.	Cobertura para VIH  El momento ideal para iniciar la PPE es en las primeras 2 a 6 horas posteriores a la exposición, aunque puede ser prescrita hasta las 72 horas.

MSP. Guía de recomendaciones de tratamiento antirretroviral, noviembre 2022.

MSP. Guía Nacional de Profilaxis post exposición ocupacional para la prevención de infecciones transmitidas por sangre y fluidos biológicos, Uruguay 2023.

MSP. Recomendaciones para el abordaje, diagnóstico, tratamiento y control de la sífilis, Uruguay 2024.



Ministerio  
de Salud Pública

---

