SALUD pública
REVISTA DEL MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Artículo original AO

Estudios exclusivos e inéditos, seleccionados con rigurosidad científica y revisados por pares

Salud Publica 2026 Nov; 5

# Concordancia de los esquemas antirretrovirales prescriptos en la Región Sanitaria XI de la provincia de Buenos Aires con las recomendaciones vigentes al mes de junio 2025

## Concordance of antiretroviral regimens prescribed in Health Region 11, Buenos Aires Province, with current recommendations as of June 2025

Au

Fiorella Lovano 1 — Médica, especialista en Infectología
Ayelén Patterer 2 — Médica, especialista en Infectología
Mara Maydana 1 — Médica, especialista en Infectología pediátrica
Leandro Lozano 3 — Licenciado en Comunicación Social, especialista en Comunicación y Salud

1 Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría "Sor María Ludovica", La Plata, Argentina
2 Hospital Interzonal General de Agudos "General San Martín", La Plata, Argentina
3 Hospital Interzonal Especializado de Agudos y Crónicos "San Juan de Dios", La Plata, Argentina

**fiorella.lovano@gmail.com**

Rs

## RESUMEN

**Introducción:** El tratamiento antirretroviral (TARV) ha evolucionado hacia esquemas más eficaces y simples, con preferencia por combinaciones basadas en inhibidores de integrasa. Sin embargo, pocos estudios en Argentina han evaluado la adecuación real de los tratamientos utilizados en relación con las guías nacionales. El objetivo de este trabajo es conocer la concordancia de los TARV registrados en el Sistema de Gestión de Tratamientos de VIH (SVIH) con las recomendaciones de esquemas preferidos del Consenso Argentino de Terapia Antirretroviral 2023 de la Sociedad Argentina de Infectología (SADI), en el subsector público de la Región Sanitaria 11 de la provincia de Buenos Aires, al mes de junio de 2025. **Metodología:** Estudio analítico, observacional y transversal. Se incluyeron personas viviendo con VIH mayores de un mes en seguimiento en el subsector público de la Región Sanitaria 11 (RS11). Los esquemas fueron clasificados como preferidos o alternativos según el Consenso Argentino de TARV 2023. **Resultados:** Se identificaron 1.869 personas en seguimiento: 1.849 mayores de 15 años y 20 menores. En adultos, el 76,6% recibía esquemas preferidos. Los esquemas alternativos se concentraron en pocos establecimientos y fueron más frecuentes en personas con mayor antigüedad diagnóstica. La supresión viral fue mayor en quienes utilizaban tratamientos preferidos (82,8% vs. 75,3%), con una reducción del 55% en la probabilidad de indetectabilidad en los regímenes alternativos. En menores de 15 años, la adecuación fue del 55% y la supresión viral mostró una tendencia similar, aunque sin potencia estadística. **Conclusión:** La RS11 presenta una elevada adecuación a las guías de TARV, especialmente en adultos, con mejores resultados virológicos asociados a los esquemas preferidos. Persisten desafíos en ciertos establecimientos y en la población pediátrica, donde se observa menor adherencia a las recomendaciones y mayor complejidad clínica. El estudio aporta evidencia nacional sobre la implementación real de las guías de TARV y sus implicancias programáticas.

**Palabras clave:** VIH; Infecciones por VIH; Terapia Antirretroviral Altamente Activa; Adhesión a Directriz; Respuesta Virológica Sostenida; Servicios de Salud Pública.; Argentina

Ab

## ABSTRACT

**Introduction:** Antiretroviral therapy (ART) has evolved toward more effective and simpler regimens, with a preference for integrase inhibitor-based combinations. However, few studies in Argentina have evaluated the actual appropriateness of the treatments used in relation to national guidelines. The aim of this study is to assess the concordance between ART regimens recorded in the HIV Gestion Information System (SVIH) and the preferred regimens recommended in the 2023 Argentine Consensus on Antiretroviral Therapy issued by the Argentine Society of Infectious Diseases (SADI) in the public healthcare subsector of Health Region 11 (HR11), Buenos Aires Province, as of June 2025. **Methods:** An analytical, observational, cross-sectional study was conducted. People living with HIV who were older than one month and receiving follow-up care in the public healthcare subsector of Health Region 11 (HR11) were included. ART regimens were classified as preferred or alternative according to the 2023 Argentine Consensus on Antiretroviral Therapy. **Results:** A total of 1,869 individuals receiving follow-up care were identified: 1,849 aged 15 years or older and 20 under 15 years. Among adults, 76.6% were receiving preferred regimens. Alternative regimens were concentrated in a small number of healthcare facilities and were more common among individuals with a longer time since HIV diagnosis. Viral suppression was higher among those receiving preferred regimens (82.8% vs. 75.3%). The use of alternative regimens was associated with a 55% lower likelihood of achieving an undetectable viral load. Among individuals under 15 years of age, regimen adequacy was 55%, and viral suppression showed a similar trend, although the sample size was insufficient to detect statistically significant differences. **Conclusion:** Health Region 11 demonstrates a high level of concordance with national ART guidelines, particularly among adults, with preferred regimens associated with better virological outcomes. Challenges remain in certain healthcare facilities and within the pediatric population, where adherence to recommendations is lower and clinical complexity is greater. This study provides national evidence on the real-world implementation of ART guidelines and their programmatic implications.

**Keywords:** HIV Infections; Antiretroviral Therapy, Highly Active; Guideline Adherence; Sustained Virologic Response; Public Health Services; Argentina

**Recibido:** 18 de junio 2026. **Aceptado:** 25 de septiembre 2026. **Aprobado:** 4 de noviembre 2026. **Publicado:** 12 de noviembre 2026.

ARK CAICYT: ark:/s30087074/yi5sm07n2
Salud Publica 2026 Nov; 5

# In

## INTRODUCCIÓN

De acuerdo con el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), en 2024 había 40.8 millones de personas viviendo con VIH (PVIH) en el mundo, de las cuales 39.4 millones eran adultas y 1.4 millones, niñas y niños. De estos, el 77% tenían acceso a tratamiento antirretroviral (TARV) (1). En Argentina, según el Boletín N°41, se estima que en el 2023 había 140.000 PVIH, de las cuales un 65% se atendía en el sector público y, de éstas, el 77% se encontraba bajo TARV (2). Esto último marca un avance con respecto al año 2010, donde sólo el 33% recibía tratamiento (3).

Desde la década del ochenta, con la introducción de la Zidovudina (AZT) como primer agente para tratar el VIH ha habido grandes avances. El siguiente gran hito fue el advenimiento en 1996 de la terapia antirretroviral de alta eficiencia (HAART) con combinación de tres drogas (4). Actualmente hay más de 30 antirretrovirales disponibles en distintas combinaciones e incluso con la posibilidad de tomar una pastilla al día.

El TARV en la actualidad debe ofrecerse rápidamente a todas las PVIH, independientemente de su recuento de células CD4+. Esto permite suprimir la replicación viral hasta niveles indetectables (lo que previene el desarrollo de mutaciones virales y resistencia a fármacos), recuperar la función inmunitaria, disminuir la transmisión, reducir el riesgo de infecciones oportunistas y mejorar la calidad de vida.

Las sociedades científicas actualizan periódicamente las recomendaciones terapéuticas, priorizando los esquemas que presentan demostrada eficacia virológica a largo plazo, perfiles favorables de tolerabilidad y toxicidad, y una posología simple. Esto exige a los profesionales de la salud la revisión continua de la evidencia científica. En Argentina, el Consenso Argentino de Terapia Antirretroviral elaborado por la Sociedad Argentina de Infectología (SADI), constituye una referencia para la práctica clínica. Su versión de diciembre de 2023 establece esquemas terapéuticos preferidos y alternativos, tanto para población pediátrica como para adolescentes y adultos. Recomienda como preferidos esquemas basados en inhibidor de la integrasa (INSTI) de alta barrera genética más dos inhibidores nucleosídicos de la transcriptasa inversa (INTI); o bien, en adultos, un esquema de dos fármacos (biterapia) con Dolutegravir/Lamivudina (DTG/3TC). Además, propone utilizar esquemas coformulados que simplifiquen la administración (5).

Resulta relevante aclarar que la clasificación como preferido o alternativo permite comparar prescripciones con las recomendaciones del consenso, pero no determina por sí sola la adecuación clínica individual. Por lo tanto, un esquema alternativo no implica necesariamente una prescripción inadecuada, ya que puede responder a circunstancias clínicas particulares como exposición a TARV previo, interacciones, resistencia u otras consideraciones. Por esto, en este estudio se utiliza el concepto de adecuación para describir la correspondencia entre esquemas antirretrovirales registrados y la clasificación de referencia, sin equipararla con una evaluación de la calidad de atención.

La provincia de Buenos Aires se encuentra dividida en 12 Regiones Sanitarias (RS). De acuerdo con los datos extraídos del tablero interno de la Dirección de VIH, Sífilis y Hepatitis Virales (Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires; datos no publicados consultados el 20 de octubre de 2026) la RS 11 es una de las que mayor cantidad de PVIH presenta, detrás de la 6 y la 5 y, para el año 2025, presentaba 2.358 PVIH bajo tratamiento activo, con un promedio de 130 diagnósticos anuales. Por otro lado, cuenta con 35 efectores de salud que dispensaban TARV.

Pocos datos existen acerca de la concordancia de los tratamientos antirretrovirales indicados en el subsector público con las recomendaciones de referencia. Es por esto, que en este trabajo se plantea como objetivo conocer la concordancia de los tratamientos antirretrovirales registrados en el Sistema de Gestión de Tratamientos de VIH (SVIH), perteneciente al Sistema Integrado de Información Sanitaria (SISA) en el subsector público de la Región Sanitaria 11 de la provincia de Buenos Aires, al mes de junio del año 2025, con las recomendaciones locales vigentes de esquemas preferidos.

# Mt

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, analítico, de corte transversal (6). La unidad de análisis fue cada PVIH. Se incluyeron pacientes mayores de 1 mes de edad, activos[1], con datos sobre TARV y que retiran el mismo en efectores de la Región Sanitaria 11. Se excluyeron aquellos que presentan excepción en el registro de personas que

[1] Retiro de medicación hasta 90 días posteriores a la fecha de caducidad del periodo de última dispensa.

cuentan con obra social en Argentina - Padrón Único Consolidado Operativo (PUCO), el cual forma parte de la plataforma SISA-. Se escogió dicha región en base a un criterio arbitrario de los investigadores, considerando el gran número de PVIH y centros que dispensan el tratamiento.

Los datos se obtuvieron a partir de las bases de datos del Sistema Integrado de Información Sanitaria Argentina (SISA), del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS) y SVIH, con corte el 1 de junio de 2025. Para cada persona se consideró el esquema antirretroviral registrado como vigente en el SVIH a la fecha de corte del 1 de junio de 2025.

Para su análisis, se clasificaron los tratamientos en preferidos o alternativos. Para evaluar la congruencia de los esquemas de tratamiento antirretroviral se utilizó como estándar de referencia el Consenso Argentino de Terapia Antirretroviral 2023 de la Sociedad Argentina de Infectología (SADI). La selección de este documento se fundamentó en que, al momento de la realización, era el documento argentino específico más reciente identificado para la selección y clasificación de esquemas de tratamiento antirretroviral. La utilización de este documento como estándar clínico de referencia no estuvo determinada por el subsector de atención de la población estudiada, sino por la necesidad de contar con un criterio clínico actualizado y específico para evaluar la adecuación de los esquemas. Esta decisión resulta además consistente con el marco normativo nacional, que establece que la elección del tratamiento antirretroviral debe seguir las recomendaciones vigentes de las guías de práctica clínica, tanto nacionales como internacionales (5).

Para personas mayores de 15 años dentro de los preferidos se incluyen: Dolutegravir (DTG)/ Lamivudina o Emtricitabina (XTC)/ Tenofovir disoproxil (TDF); Dolutegravir (DTG)/ Emtricitabina (FTC)/ Tenofovir alafenamida (TAF). Dolutegravir (DTG)/ Lamivudina (3TC) es una opción para mayores de 18 años (5).

En el caso de pacientes pediátricos hasta los 15 años, el esquema preferido depende de la edad: desde las 4 semanas a los 6 años Abacavir (ABC)/Lamivudina (3TC) /Dolutegravir (DTG); a partir de los 6 años se agrega la opción de Dolutegravir (DTG)/ Emtricitabina (FTC)/ Tenofovir alafenamida (TAF) y a partir de los 12 años se podría utilizar Dolutegravir (DTG)/ Lamivudina o Emtricitabina (XTC)/ Tenofovir disoproxil (TDF) (5).

Se analizaron otras variables: edad, género, centro de salud que dispensa el TARV, año de diagnóstico y última carga viral (CV) disponible detectable/no detectable (mayor o menor a 50 copias/mL) (5).

El análisis de los datos se realizó utilizando el software RStudio (versión 1.4.1717) y el lenguaje de programación R. Para el procesamiento, depuración, análisis estadístico y visualización de los resultados se emplearon los paquetes tidyverse, broom, ggplot2, flextable, officer y writexl. Se consideró un nivel de significancia estadística de $p < 0.05$. Se aplicó un modelo de regresión logística para analizar la relación entre el año de diagnóstico y la probabilidad de recibir un tratamiento alternativo, estimando el odds ratio (OR) y su intervalo de confianza del 95%.

# Rs

## RESULTADOS

En la RS 11, al 1 de junio de 2025, se encontraban en seguimiento por el subsector público 1.869 PVIH, agrupadas en los siguientes géneros: 815 mujeres cis, 19 mujeres trans, 3 no binarios, 1.030 varones cis y 2 varones trans. Con respecto a la edad, 20 eran menores de 15 años y 1.849 tenían 15 años o más (rango 3-79 años, mediana 43).

Los centros de atención según orden descendente de cantidad de pacientes fueron: 362 (19.4%) Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos San Juan de Dios, 318 (17%) Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Profesor Rodolfo Rossi, 292 (15.6%) Hospital Interzonal General de Agudos General San Martín, 163 (8.7%) Hospital Zonal General de Agudos San Roque, 119 (6.4%) Hospital Zonal General Agudos Dr. Larrain, 118 (6.3%) Hospital Dra. Cecilia Grierson, 90 (4.8%) Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos Dr. Alejandro Korn, 76 (4.1%) Hospital Zonal General de Agudos Dr. Ricardo Gutiérrez, 69 (3.7%) Hospital Zonal General Agudos Horacio Cestino, 66 (3.5%) Hospital de Cuenca Alta Néstor Kirchner, 65 (3.5%) Hospital Rural de San Vicente Dr. Ramón Carrillo, 29 (1.6%) Ente Descentralizado Hospital Dr. Ángel Marzetti, 26 (1.4%) Hospital Municipal San Vicente de Paul, 21 (1.1%) Hospital Zonal de Agudos Especializado en Pediatría Sor María Ludovica, 15 (0.8%) Hospital Municipal Juan y María Scasso de Campomar, 15 (0.8%) Hospital Municipal Juan E. de la Fuente, 12 (0.6%) Unidad Sanitaria San Francisco de Asís, 6 (0.3%) Hospital Municipal Dr. Ramon Carrillo - Castelli, 3 (0.2%) Hospital Zonal Especializado Dr. Noel H. Sbarra, 1 (0.1%) Hospital Rawson, 1 (0.1%) Hospital Zonal General Lobos, 1 (0.1%) Hospital Subzonal Agudos María Magdalena, 1 (0.1%) Aids Healthcare Foundation Filial Argentina (Ver gráfico 1).

Salud Publica 2026 Nov; 5

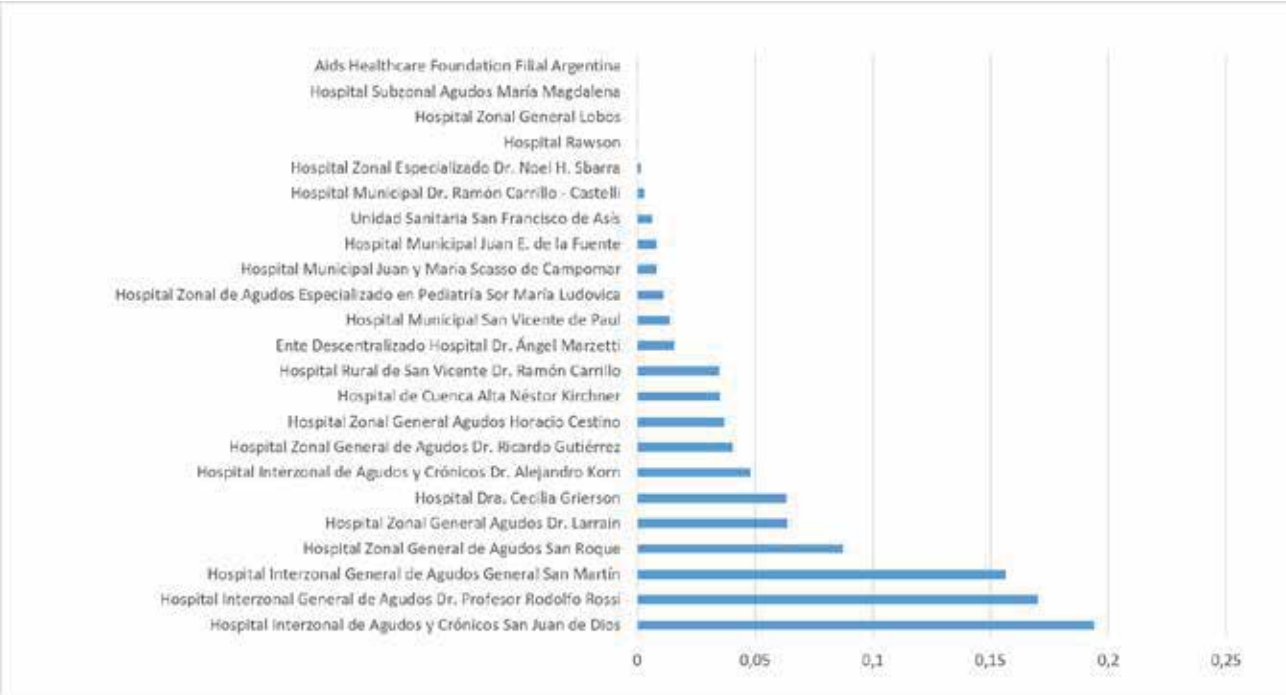



**Gráfico 1.** Centros de atención de PVIH en Región Sanitaria 11 a junio de 2025
**Fuente:** Elaboración propia a partir de la base de datos SVIH (SISA).

De las 1.849 personas mayores de 15 años, el 76.6% se encontraba recibiendo un esquema preferido: 1.208 (65.3%) DTG/TDF/XTC, 153 (8.3%) DTG/3TC y 55 (3%) DTG/TAF/XTC. Los esquemas alternativos, por orden de importancia, son: Darunavir/ritonavir (DRV/R) + TDF + XTC (12.4%), DTG/Abacavir (ABC)/XTC (2.4%), DTG/DRV/r (2.4%), Efavirenz (EFV)/TDF/XTC (2.1%). El resto de los esquemas en total corresponden a 4.1% (Ver gráfico 2).

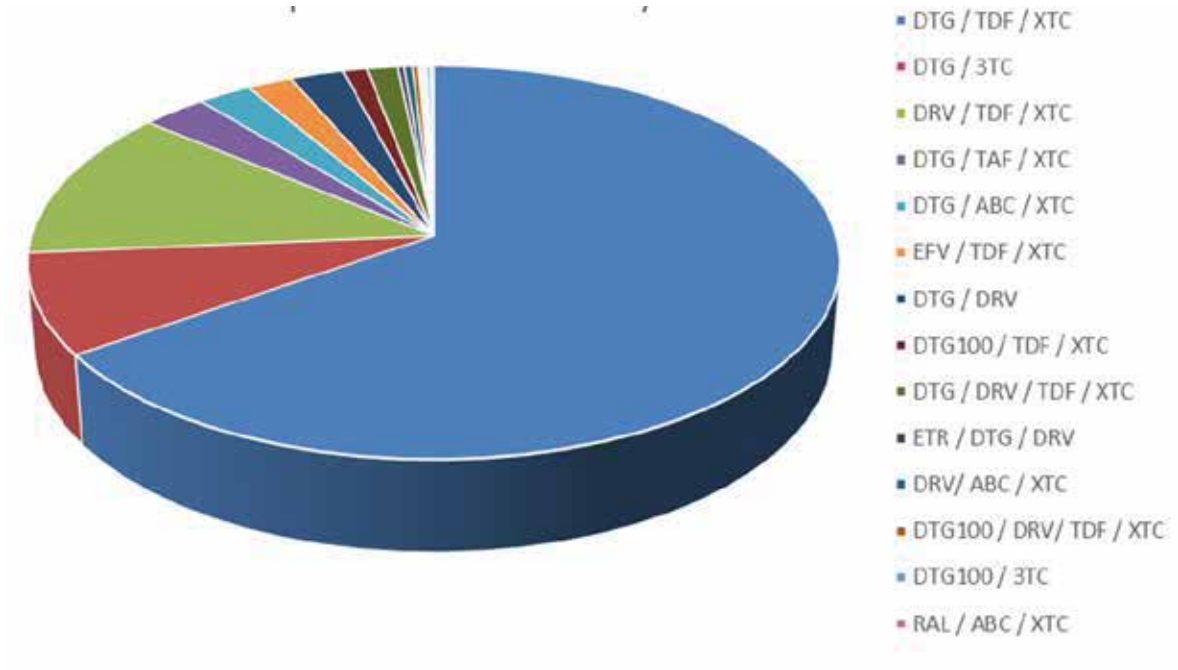



**Gráfico 2.** Esquemas antirretrovirales en PVIH mayores de 15 años, Región Sanitaria 11
**Fuente:** Elaboración propia a partir de la base de datos SVIH (SISA).

Salud Publica 2026 Nov; 5

A la hora de analizar los esquemas alternativos, nos encontramos que el 68.4% de estos tratamientos están indicados en los siguientes cinco Hospitales: 19.4 % Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Profesor Rodolfo Rossi, 17.3% Hospital Interzonal de Agudos y Crónicos San Juan de Dios, 13.6% Hospital Interzonal General de Agudos General San Martín, 9.2% Hospital Zonal General Agudos Dr. Larrain y 8.8% Hospital Zonal General de Agudos San Roque.

Si se analiza la proporción de tratamientos alternativos en relación con el año de diagnóstico en PVIH mayores de 15 años, en el modelo de regresión logística, el año de diagnóstico se asoció de manera significativa e inversa con la probabilidad de recibir un tratamiento alternativo (OR=0.94; IC95%: 0.92–0.96; p=4.7e-10). Esto indica que los casos diagnosticados en años más recientes tienen menor probabilidad de estar bajo un tratamiento alternativo, lo que sugiere una adopción creciente de los esquemas preferidos a lo largo del tiempo (Ver gráfico 3).

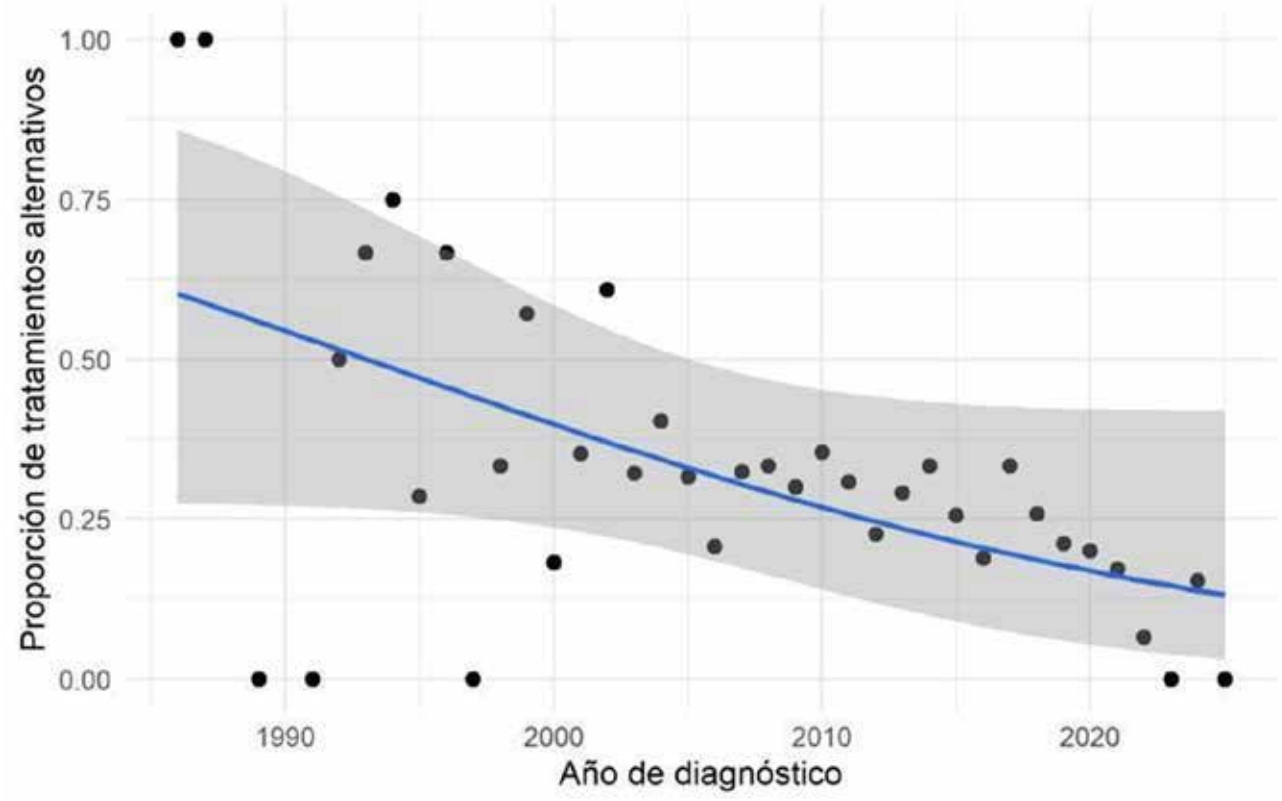



**Gráfico 3.** Proporción de tratamientos alternativos según año de diagnóstico en mayores de 15 años, Región sanitaria 11
**Fuente:** Elaboración propia a partir de la base de datos SVIH (SISA).

En esta población, la mediana de días entre la última carga viral realizada y la fecha de corte de la base de datos es de 334 (20-3842) con un cuartil 1 de 97 y cuartil 3 de 629. Al relacionar el tipo de esquema y la indetectabilidad, se puede observar que el 82.8% de las personas con esquemas preferidos se encuentran indetectables, mientras que esto se cumple en el 75.3% de aquellas con tratamientos alternativos (Ver gráfico 4). Los pacientes con esquemas alternativos presentan un 55% menos de probabilidad de alcanzar la indetectabilidad (OR: 0.45; IC 95%: 0.34-0.60), siendo la diferencia estadísticamente significativa en relación con aquellos con esquemas preferidos (p <0.001).

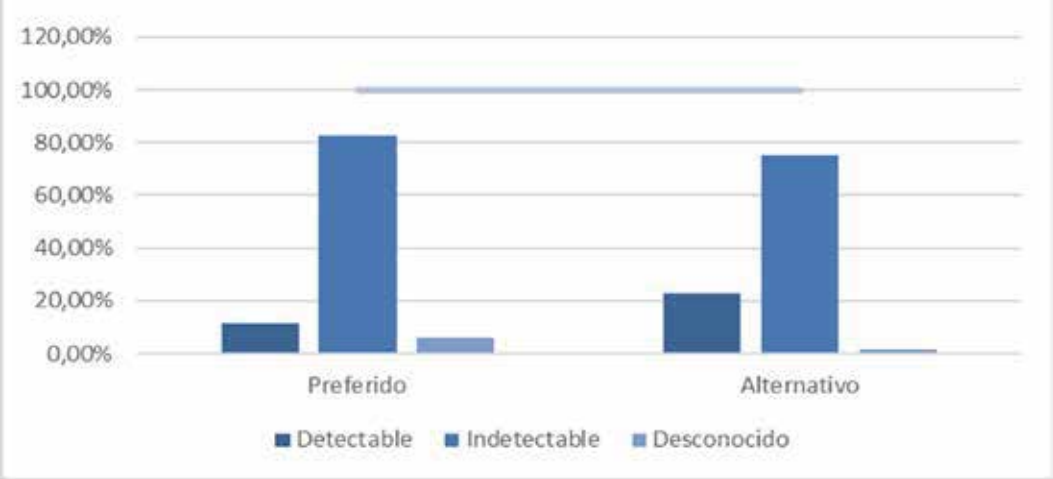



**Gráfico 4.** Control virológico en relación con el tipo de esquema en mayores de 15 años, Región Sanitaria 11
**Fuente:** Elaboración propia a partir de la base de datos SVIH (SISA).

Con respecto a las 20 personas menores de 15 años, el 55% presenta esquemas preferidos: 2 pacientes con DTG/ABC/XTC, 3 con DTG/TAF/FTC y 6 con DTG/TDF/XTC. El resto de los pacientes presentan esquemas alternativos: 1 paciente con RAL/ABC/3TC (indicación incorrecta), 1 paciente DRV-r/AZT/XTC (indicación por fallo virológico), 7 con DTG/TDF/XTC (menores de 12 años). El Hospital que más tratamientos alternativos posee es el Hospital Zonal de Agudos Especializado en Pediatría Sor María Ludovica con 6 casos, seguido del Hospital Dra. Cecilia Grierson con 2 casos y finalmente el Hospital Zonal Especializado Dr. Noel H. Sbarra con 1 caso (Ver gráfico 5).

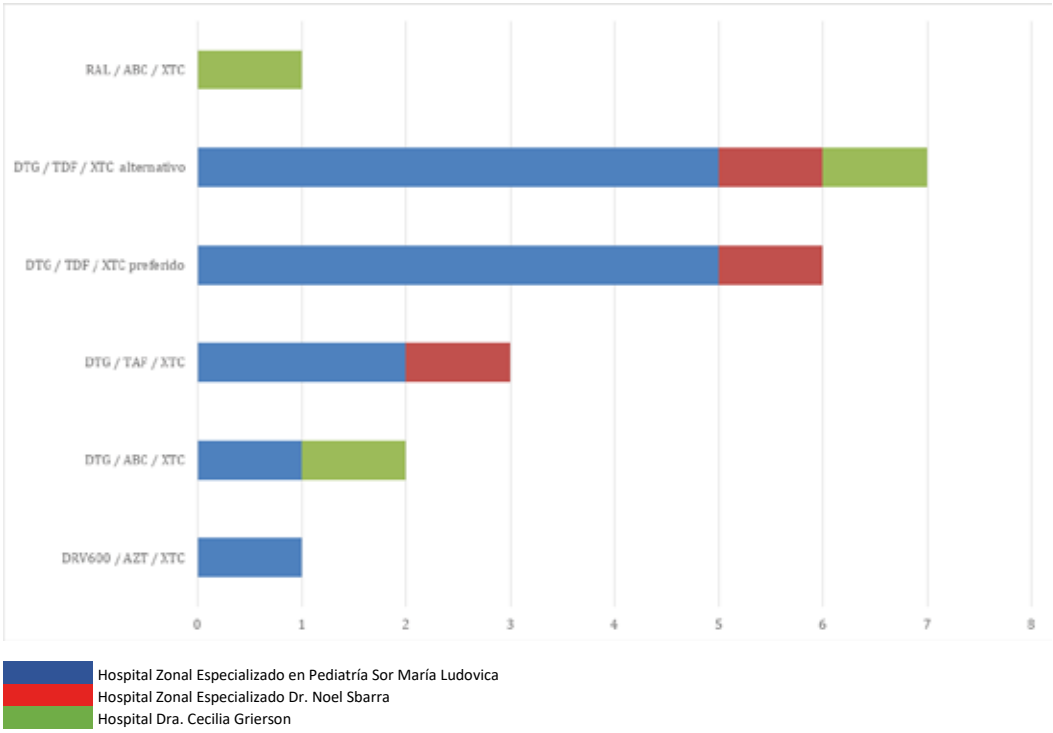



**Gráfico 5.** Esquemas antirretrovirales en menores de 15 años según Centro de Atención
**Fuente:** Elaboración propia a partir de la base de datos SVIH (SISA).

La mediana de días de la última carga viral realizada es de 174 (20-523), con un cuartil 1 de 75 y cuartil 3 de 345. Al analizar el tipo de tratamiento en relación con la indetectabilidad se observa que el 81.8% de los pacientes con esquemas preferidos se encuentra indetectable, mientras esto ocurre en el 66.7% de aquellos con esquemas alternativos (Ver gráfico 6). El tamaño muestral de esta subpoblación no permite efectuar un análisis estadístico.

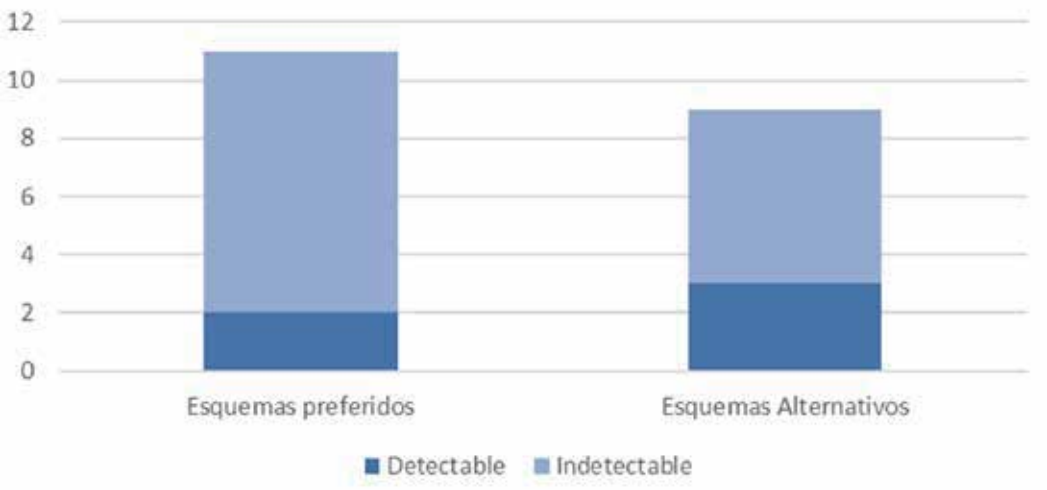



**Gráfico 6.** Control virológico en relación con el tipo de esquema en menores de 15 años
**Fuente:** Elaboración propia a partir de la base de datos SVIH (SISA).

# Ds

## DISCUSIÓN

El presente estudio muestra que, en la Región Sanitaria XI, la mayoría de las PVIH atendidas en el subsector público durante 2025 recibe tratamientos antirretrovirales acordes a las recomendaciones locales vigentes.

En la población mayor de 15 años, la alta proporción de personas en esquemas preferidos (76.6%) coincide con tendencias observadas en otras jurisdicciones del país y de la región, donde la incorporación de Dolutegravir como pilar terapéutico ha demostrado ser rápida y sostenida. Este hallazgo refleja una actualización adecuada de las prácticas clínicas frente a las nuevas guías y un acceso efectivo a los medicamentos recomendados. La predominancia del régimen DTG/TDF/XTC es consistente con su inclusión prioritaria en algoritmos terapéuticos internacionales y con su perfil de eficacia, seguridad y simplicidad posológica.

La concentración del 68.4% de los esquemas alternativos en solo cinco hospitales sugiere una heterogeneidad institucional que podría responder a múltiples factores. Este resultado describe cómo se distribuyen dichos esquemas entre los establecimientos incluidos, pero no permite afirmar por sí solo que exista una mayor proporción de prescripciones alternativas en esos efectores, dado que el análisis presentado utiliza como denominador el total de esquemas alternativos y no el total de personas atendidas en cada institución. La distribución observada podría estar relacionada con diferencias en el volumen de pacientes atendidos y, potencialmente, con características clínicas de la población, antecedentes terapéuticos, prácticas de prescripción u otros factores institucionales. Sin embargo, estas explicaciones constituyen hipótesis que no pueden contrastarse con las variables disponibles.

Resulta relevante destacar que esta distinción entre esquemas preferidos y alternativos, por sí misma no permite evaluar la adecuación individual de cada prescripción ni establecer las razones clínicas que motivaron la elección de cada tratamiento. En particular, la clasificación de un esquema como alternativo no implica necesariamente que su indicación sea inadecuada, ya que puede responder a circunstancias clínicas individuales que no fueron evaluadas en este estudio.

El modelo de regresión logística muestra que los diagnósticos más recientes tienen menor probabilidad de recibir esquemas alternativos, lo que sugiere una mejora progresiva en la adecuación de las primeras prescripciones y una convergencia creciente hacia las recomendaciones

actuales. Este patrón temporal es coherente con el proceso de actualización continua de guías y con la llegada de nuevas formulaciones al subsector público, reforzando la importancia del acceso oportuno a los medicamentos preferidos. No obstante, esta asociación no permite concluir que haya existido una mejora progresiva de la adecuación de la prescripción. Algunos esquemas actualmente clasificados como alternativos fueron considerados preferidos o de elección en períodos anteriores, por lo que el hallazgo podría reflejar diferencias entre los contextos históricos de inicio del tratamiento, las recomendaciones vigentes en cada período y la disponibilidad de opciones terapéuticas. Además, al tratarse de un análisis transversal, no es posible establecer cuándo se inició el esquema actualmente registrado ni reconstruir la evolución de las decisiones terapéuticas a lo largo del tiempo.

En la población menor de 15 años se observa una proporción relativamente menor de esquemas preferidos (55%), acompañada de un mayor uso de opciones alternativas. Este patrón puede explicarse por limitaciones relacionadas con peso, edad o disponibilidad de formulaciones pediátricas. Sin embargo, la identificación de al menos un caso con indicación incorrecta enfatiza la importancia de reforzar las capacitaciones específicas en VIH pediátrico y asegurar el acceso a formulaciones apropiadas. La concentración de tratamientos alternativos en centros especializados pediátricos es esperable, dado que allí se atienden pacientes con necesidades terapéuticas más complejas.

En relación con la supresión viral, los datos revelan una mayor proporción de indetectabilidad entre quienes reciben esquemas preferidos tanto en adultos como en menores de 15 años. Esto refuerza la evidencia que respalda la superioridad clínica y programática de estos regímenes, especialmente en términos de barrera genética, tolerabilidad y adherencia. La diferencia observada en la supresión entre tratamientos preferidos y alternativos podría estar influida por factores clínicos subyacentes, como la presencia de resistencia previa, pero también podría reflejar la necesidad de fortalecer la gestión de los casos que permanecen en esquemas no preferidos. Sin embargo, estos resultados no permiten atribuir una relación causal ni establecer superioridad clínica de los esquemas preferidos en la población estudiada. La carga viral utilizada correspondió al último resultado disponible en el registro, sin vinculación temporal con el esquema registrado al momento del corte. Asimismo, la información disponible no permitió ajustar por factores que podrían influir en la supresión viral, como los antecedentes de resistencia, los fracasos virológicos previos, la duración del tratamiento o la adherencia. En la población pediátrica, las diferencias observadas deben interpretarse con especial cautela debido al reducido tamaño muestral.

La mediana de días desde la última carga viral, particularmente elevada en adultos (334 días), sugiere oportunidades de mejora en el seguimiento virológico. La periodicidad del monitoreo es un componente esencial para sostener el éxito terapéutico y para detectar tempranamente fallas o problemas de adherencia.

No se encontraron trabajos locales acerca de congruencia de TARV con las guías vigentes. Un estudio realizado en población carcelaria de Barcelona arrojó que el 86.1% de los pacientes cumplían con las guías terapéuticas locales. Además, observó una asociación entre este hecho y tener carga viral indetectable (7). Otro estudio estadounidense del 2019 señala que entre un 15.9% y 20.6% de los regímenes no cumplían las guías del Departamento de Salud (8). Por último, un estudio brasilero encontró “inconformidades” con el protocolo oficial, incluyendo esquemas no previstos en el protocolo: monoterapia, doble terapia y combinaciones de baja eficacia (9).

En menores de 15 años, el estudio realizado por Maydana et al (2024) en la provincia de Buenos Aires muestra valores más bajos de adecuación a guías locales, donde sólo el 15,8% recibía un tratamiento adecuado, concluyendo que esto puede deberse a la falta de opciones terapéuticas y la escasez de cuidadores acompañantes para lograr adherencia, resaltando la importancia de la especialización médica (10).

Para concluir, se observa que este estudio presenta algunas limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. En primer lugar, se basa en datos disponibles en los registros de los centros de atención, lo cual puede conllevar diferencias en la calidad, completitud y oportunidad de la información según la institución. La ausencia de algunos parámetros clínicos -como historia detallada de resistencia, comorbilidades o motivos específicos para la indicación de esquemas alternativos- impide evaluar completamente la adecuación individual de cada tratamiento. Además, el análisis es transversal al momento del corte, lo que no permite inferir causalidad ni evaluar cambios longitudinales en la indicación de esquemas o la supresión viral. Finalmente, la población pediátrica es pequeña, lo que limita la potencia estadística y la generalización de los hallazgos en este grupo.

En conjunto, los hallazgos indican que existe un buen nivel de adecuación terapéutica en la RS XI, con mejoras progresivas en los esquemas iniciados y una asociación favorable entre tratamientos preferidos y supresión viral. No obstante, persiste la heterogeneidad entre instituciones, como la oportunidad de mejora en la población pediátrica y en el seguimiento virológico, aspectos que podrían beneficiarse de intervenciones específicas de capacitación, monitoreo y estandarización de prácticas.

La relevancia de este estudio radica en que se localizaron muy pocos trabajos a nivel nacional e internacional que evalúen de manera sistemática la adecuación de los tratamientos antirretrovirales con las guías locales vigentes. La mayoría de la literatura disponible se centra en la adherencia del paciente o en la efectividad clínica de los esquemas prescritos, pero no

cuantifica específicamente qué porcentaje de la población recibe esquemas alineados con los protocolos oficiales. Al analizar esta dimensión en la Región Sanitaria 11, el presente trabajo aporta información valiosa sobre la implementación real de las guías en el subsector público, permitiendo identificar brechas potenciales en la prescripción de esquemas preferidos y alternativos, así como oportunidades de mejora en la atención de las personas viviendo con VIH.

# Cn

## CONCLUSIÓN

La Región Sanitaria 11 de la provincia de Buenos Aires presenta un alto grado de adecuación de los tratamientos antirretrovirales a las recomendaciones vigentes, especialmente en la población adulta, donde más de tres cuartas partes de las personas viviendo con VIH reciben esquemas considerados preferidos por el Consenso Argentino de Terapia Antirretroviral 2023. Asimismo, teniendo en cuentas las limitaciones descriptas, los resultados muestran una asociación significativa entre el uso de estos esquemas y una mayor probabilidad de alcanzar la supresión virológica, reforzando la importancia de promover su utilización sistemática en la práctica clínica.

La menor frecuencia de tratamientos preferidos en personas con diagnósticos más antiguos y la concentración de esquemas alternativos en un número reducido de establecimientos sugieren oportunidades de mejora en los procesos de actualización terapéutica y en la homogeneización de las prácticas asistenciales. En la población pediátrica, la menor adecuación observada pone de manifiesto los desafíos específicos vinculados a la complejidad clínica, la disponibilidad de formulaciones apropiadas y la necesidad de fortalecer la capacitación especializada.

Si bien el estudio presenta limitaciones inherentes a su diseño transversal y al uso de fuentes secundarias de información, aporta evidencia inédita sobre la implementación real de las guías nacionales de tratamiento en una de las regiones sanitarias con mayor carga de VIH de la provincia. Estos hallazgos constituyen una herramienta útil para orientar estrategias de monitoreo, capacitación y gestión sanitaria destinadas a optimizar la calidad de la atención y los resultados clínicos de las personas viviendo con VIH.

**Autoras y autores no manifiestan conflicto de interés.**

Salud Publica 2026 Nov; 5

# RB

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UNAIDS. Estadísticas mundiales del VIH 2025 [Internet]. Ginebra: UNAIDS; 2025 [citado 18 ago 2026]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf
2. Argentina. Ministerio de Salud. Boletín Nº 41: respuesta al VIH y las ITS en la Argentina [Internet]. Buenos Aires: Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis; 2024 [citado 18 ago. 2026]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2017/11/boletin_n_41-respuesta_al_vih_y_las_its_en_la_argentina_2024.pdf
3. Falistocco C, Iglesias M, Weller S, Silva S, Adaszko A, Ziaurriz C. VIH-sida: a 30 años. El Estado argentino y la respuesta a la epidemia. Actual SIDA. 2011;19(73):92-6.
4. National Institute of Allergy and Infectious Diseases. Antiretroviral drug discovery and development [Internet]. Bethesda (MD): National Institute of Allergy and Infectious Diseases; 2024 [citado 18 ago. 2026]. Disponible en: https://www.niaid.nih.gov/diseases-conditions/antiretroviral-drug-development
5. Sociedad Argentina de Infectología. Consenso argentino de terapia antirretroviral [Internet]. Buenos Aires: Sociedad Argentina de Infectología; 2023 [citado 18 ago. 2026]. Disponible en: https://www.sadi.org.ar/publicaciones/1733-consenso-argentino-de-terapia-antirretroviral
6. Beaglehole R, Bonita R, Kjellström T. Epidemiología básica. 2a ed. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2008.
7. Marco A. An analysis of adherence to the "Recommendations for the treatment of human immunodeficiency virus-infected adults" in a penitentiary in Barcelona. Rev Esp Sanid Penit. 2012;14(1):12-7.
8. Tandon N, Mao J, Shprecher A, Anderson AJ, Cao F, Jiao X. Compliance with clinical guidelines and adherence to antiretroviral therapy among patients living with HIV. Curr Med Res Opin. 2019;35(1):63-71.
9. Brojan LEF, Marca LM, Dias FA, Rattmann YD. Antiretroviral drug use by individuals living with HIV/AIDS and compliance with the Clinical Protocol and Therapy Guidelines. Einstein (Sao Paulo) [Internet]. 2020 [citado ago. 2026 ];18:eAO4995. Disponible en: https://www.doi.org/10.31744/einstein_journal/2020AO4995
10. Maydana M, Krywezenia L, Torno C, Loinaz S, Mauro J, Lozano L et al. Calidad de los tratamientos antirretrovirales de la población pediátrica que vive con VIH de la provincia de Buenos Aires. Salud publica [Internet]. 2024 Mar. 18 [citado ago. 2026 ];2. Disponible en: https://saludpublica.ms.gba.gov.ar/index.php/revista/article/view/39

**Esta obra está bajo una licencia Attribution 4.0 International Creative Commons**

**Cómo citar este artículo:**
Lovano F, Patterer A, Maydana M, Lozano L. Concordancia de los esquemas antirretrovirales prescriptos en la Región Sanitaria XI de la provincia de Buenos Aires con las recomendaciones vigentes al mes de junio 2025. Salud Publica [Internet]. 2026 Nov [Acceso fecha de consulta]; 5. Disponible en: https://saludpublica.ms.gba.gov.ar/index.php/revista/article/view/561