

ARTÍCULO ORIGINAL

Efectividad de un programa de cuidados crónicos para adultos viviendo con VIH en Buenos Aires (“PAMI en positivo”)

Gabriela Alejandra Blugerman¹ , Hernán Salaya² , Cristina Fleitas¹ , Cintia Noviello¹ , Agustín Quesada¹ , María Antonella Álvarez¹ , Glenda Genchi¹ , María Victoria Martinucci¹ , Mariela Silvana Pérez Lalli³ , Maya Mathiasen³ .

RESUMEN

Introducción: El modelo de cuidados crónicos (MCC) intenta mejorar la calidad de atención. Nos propusimos evaluar la efectividad de un programa basado en MCC para adultos predominantemente mayores viviendo con VIH en Buenos Aires, Argentina (“PAMI en positivo”), describir clínica, demográfica y psicosocialmente a los participantes y analizar el costo del tratamiento antirretroviral (TARV).

Material y métodos: Estudio cuasi-experimental, pre-post intervención. La efectividad se evaluó como un aumento significativo en la proporción de personas en TARV con carga viral (CV) indetectable. Se describen hallazgos cuali-cuantitativos encontrados durante la evaluación psicosocial de los participantes.

Resultados: Se incluyeron 40 participantes, 18 (45,0%) eran mujeres, edad 64,6 (51,3-70,6) años, tiempo desde diagnóstico 12 (6,7-21,3) años, 30 (75,0%) jubilados y 25 (62,5%) con comorbilidades. La proporción en TARV pasó del 85% a 100% (p-valor 0,03125) y la proporción en TARV con CV indetectable pasó de 73,5% a 92,5% (p-valor 0,001953). El costo mensual medio del TARV por persona pasó de USD 768 a USD 603 (p-valor 0,04282). Se encontraron dificultades en el apoyo de una red vincular (por estigma autopercebido o red insuficiente), la contención del sistema de salud, la adherencia al TARV y socioeconómicas. La mitad percibía jubilación mínima y el 35% requirió acompañamiento psicosocial.

Conclusiones: El programa resultó efectivo en cuanto al aumento significativo en la proporción de personas en TARV con CV indetectable, disminuyó el costo del TARV,

¹ Hospital Dr. Bernardo A. Houssay, Mar del Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

² Coordinación médica, Unidad de Gestión local XI PAMI, Mar del Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

³ Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Autora para correspondencia:

Gabriela Alejandra Blugerman, MD, MSc. Hospital Dr. Bernardo A. Houssay.

Av. Juan B. Justo 1774 (B7600) Mar del Plata, Provincia de Buenos Aires, Argentina.

Tel: +549-1168724224.

Email: gabriela.blugerman@gmail.com

Recibido: 3/12/24 **Aceptado:** 22/5/25

y permitió un abordaje integral. Enmarcar el cuidado de adultos predominantemente mayores viviendo con VIH en un programa interdisciplinario permitió visibilizar aspectos integrales, dejando entrever la vulnerabilidad sanitaria, social y emocional de esta población.

Palabras clave: VIH, modelos de atención de salud, evaluación de programas y proyectos de salud, estigma social.

Introducción

La pandemia de VIH representa uno de los mayores desafíos en salud a nivel global. Se estima que 88,4 millones de personas contrajeron el VIH, de las cuales 42,3 millones fallecieron a causa de enfermedades relacionadas con el virus. En 2023, entre aquellos viviendo con VIH en el mundo, el 86% conocía su estado, el 77% tenía acceso al tratamiento antirretroviral (TARV) y el 72% tenía carga viral indetectable (1). Se estima que en 2023, 140 mil personas vivían con VIH en la Argentina y de ellas el 13% desconocía su diagnóstico (2).

El TARV demostró aumentar la sobrevida y disminuir el riesgo de transmisión del VIH (3-6). A nivel global se implementaron acciones para lograr la indetectabilidad de las personas viviendo con VIH y así disminuir la transmisión por vía sexual, y a su vez campañas como "Indetectable = Intransmisible" (I=I, o U=U por sus siglas en inglés) para disminuir el estigma y la discriminación relacionadas al VIH. Resulta esencial que las personas viviendo con VIH conozcan su diagnóstico, accedan a un cuidado adecuado y al mejor TARV disponible, y mantengan una carga viral indetectable como parte de los objetivos 95-95-95 de ONUSIDA para 2025 (7) y para lograr el fin de la pandemia en 2030 (8).

La proporción de adultos de edad avanzada viviendo con VIH (consensuada como 50 años o más) (9) está aumentando cada año a nivel mundial, y se calcula que superará el 70% del total de personas viviendo con VIH en 2030 (10). La atención de estas personas conlleva múltiples desafíos, ya que presentan más comorbilidades, polifarmacia y habitualmente mayor fragilidad física y psicosocial que los jóvenes, por lo que se están realizando esfuerzos para adecuar los sistemas de salud y dar respuesta a las necesidades de esta población, y se proponen modelos de atención que vayan más allá de la supresión virológica (11-14). Varios estudios han evidenciado que la carga de estigma presente en este grupo de personas viviendo con VIH puede ser mayor que en los jóvenes, y muchas veces se sienten doblemente estigmatizados, por vivir con VIH y por el edadismo, o triplemente si se agrega el estigma por su orientación sexual. Esto puede resultar una barrera a la hora de buscar contención en su red vincular y redundar en mayor aislamiento social (14-18). Asimismo, algunos estudios encontraron proporciones elevadas de depresión en adultos mayores viviendo con VIH, que llegan a superar el 50% (17). Como factor adicional, en la Argentina, a

abril de 2024, el haber jubilatorio medio era de \$265.257 (USD 314), y el 42% de los jubilados percibía el haber mínimo de \$134.445 (USD 159), por lo que en las personas envejeciendo con VIH en nuestro país podría estar presente un cuarto estigma relacionado con la pobreza, no observado en estudios realizados en países con elevados recursos (19).

El modelo de cuidados crónicos (MCC) fue desarrollado por Edward Wagner (20) con el objetivo de mejorar la calidad de atención de personas con enfermedades crónicas, cuyas necesidades no eran cubiertas por sistemas de salud diseñados para enfermedades agudas. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) sugiere incorporar este tipo de modelos como parte de los "Cuidados innovadores para las condiciones crónicas" (21). El MCC identifica seis elementos clave a desarrollar (Organización del sistema de salud, Apoyo para el autocuidado, Apoyo para la toma de decisiones, Diseño de provisión de servicios de salud, Sistemas de información clínica y Recursos y políticas en la comunidad) para lograr una interacción más productiva entre personas informadas y activas y un equipo de salud preparado y proactivo, habiéndose demostrado que tomar acciones simultáneas en varios elementos resultó mejor que hacerlo en cada elemento por separado (22). Varios estudios evaluaron la efectividad del MCC en distintos grupos de personas viviendo con VIH, observando mejoras en el acceso y adherencia al TARV, en el autocuidado y en resultados clínicos, inmunológicos y virológicos, demostrando que tiene un bajo costo (23-29). Sin embargo, no encontramos ninguno que se haya implementado específicamente en personas viviendo con VIH de edad avanzada, ni ninguna experiencia previa con este modelo en personas viviendo con VIH en América Latina.

El Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados (PAMI) es una obra social pública no estatal que alberga a los jubilados, pensionados y discapacitados y a su núcleo familiar en Argentina. Es la obra social que más afiliados tiene en el país, superando los 4 millones, y en la ciudad de Mar del Plata tiene alrededor de 135.000 afiliados. En esta ciudad del área programática de la Unidad de Gestión Local (UGL) XI, PAMI dispone del Hospital Dr. Bernardo A. Houssay (Hospital Houssay), un efector propio que cuenta con consultas ambulatorias, guardia e internación de baja, mediana y alta complejidad. Los afiliados a PAMI viviendo con VIH en la región se atienden en diferentes

centros de salud, por lo que no se cuenta con información centralizada para generar indicadores ni existe articulación entre los infectólogos que los atienden y otros profesionales de la salud. Durante 2021 se tomó la decisión en la UGL XI de PAMI de fomentar el desarrollo de programas interdisciplinarios para la atención de personas con enfermedades crónicas, de acuerdo a lo recomendado por la OPS. Estos programas debían contar con la participación no solo de médicos sino también de enfermeros, psicólogos y licenciados en servicio social, y los profesionales que se evaluarán necesarios para dar una atención integral a determinados grupos de personas, entre las que se encontraban aquellas viviendo con VIH, por lo que se diseñó e implementó en el Hospital Houssay el programa interdisciplinario denominado "PAMI en positivo".

El propósito principal de esta investigación es evaluar la efectividad de un programa basado en el MCC para la atención de personas adultas predominantemente mayores viviendo con VIH, que posibilite la validación científica y el sostenimiento de prácticas de atención integrales en esta población.

Objetivo general

Evaluar la efectividad de una intervención interdisciplinaria basada en el MCC para adultos predominantemente mayores viviendo con VIH afiliados a PAMI atendidos en el Hospital Houssay de Mar del Plata, definida como un aumento significativo en la proporción de personas en TARV con carga viral (CV) indetectable.

Objetivos específicos:

- Describir las características demográficas y clínicas de las personas incluidas en el estudio.
- Comparar diferentes indicadores de calidad de cuidado pre y post intervención.
- Evaluar el costo mensual del TARV de los participantes pre y post intervención.
- Describir hallazgos cuali-cuantitativos encontrados durante la evaluación psicosocial de los participantes.

Material y métodos

Diseño

Estudio cuasi-experimental (antes-después) en el que se evaluó la efectividad de una intervención sobre un grupo de personas viviendo con VIH retenidas en cuidado en un programa, a las que además se les realizaron entrevistas psicosociales para una posterior descripción cuali-cuantitativa de sus realidades en algunas dimensiones de interés. El muestreo fue consecutivo, incluyéndose a todas las personas que cumplieron los criterios de selección.

Criterios de inclusión

Afiliados a PAMI viviendo con VIH con edad ≥ 18 años que tuvieron al menos una consulta infectológica en el Hospital Houssay en el período de inclusión (01/2022-01/2023) y que dieron su consentimiento informado para participar en el estudio.

Criterios de eliminación

Tener solo una consulta durante el periodo de seguimiento 01/2022-01/2024, o un intervalo entre la primera y la última consulta menor a 90 días.

Intervención

Se creó e implementó un programa basado en el MCC para la atención de este grupo de personas, denominado "PAMI en positivo", que incluyó acciones en cada componente del modelo:

Organización del sistema de salud: Se trabajó para que los afiliados a PAMI viviendo con VIH en la región accedieran a recibir una atención interdisciplinaria en el Hospital Houssay (un efector propio que cuenta con múltiples profesionales de diferentes disciplinas), entendiendo que esta podía resultar superadora al seguimiento infectológico que venían recibiendo estas personas, y permitiéndonos centralizar la información para la gestión. Se desarrolló un padrón de personas viviendo con VIH atendidas en el programa e indicadores de calidad de atención actualizados semestralmente.

Apoyo para el autocuidado: Se diseñó y entregó a cada participante una libreta de autocuidado para que pudieran registrar variables relacionadas a su salud (laboratorio CD4/Carga viral, TARV, vacunas aplicadas, etc.). Se arti-

culó con el área de prestaciones sociales de PAMI para fomentar la participación de las personas en talleres sociopreventivos.

Apoyo para la toma de decisiones: Se trabajó en forma interdisciplinaria entre infectología, enfermería, servicio social y psicología para resolver problemas encontrados por las personas en su atención o en la provisión del TARV. Se revisaron periódicamente nuevas guías de VIH y se presentaron los resultados de indicadores durante ateneos de equipo y con otras áreas para definir acciones.

Diseño de provisión de servicios de salud: Se diagramó la atención integral en el hospital de las personas viviendo con VIH. Cada persona fue evaluada por Servicio social y Psicología al menos una vez, y realizó controles semestrales con Infectología y Enfermería (para llenado de la base de datos, toma de medidas antropométricas y control de carnets de vacunas) en conjunto. Se asignó una administrativa para facilitar el acceso a turnos.

Sistemas de información clínica: Se diseñó una base de datos que centraliza la información de los participantes y es completada por enfermería durante la consulta.

Recursos y políticas en la comunidad: Se difundió el programa en organizaciones de personas viviendo con VIH (Red de personas viviendo con VIH de Mar del Plata), autoridades y en otros centros de salud de la ciudad donde se atienden personas viviendo con VIH afiliadas a PAMI o próximas a jubilarse, para favorecer su derivación al Hospital Houssay para su inclusión en el programa.

Recolección y manejo de la información

Para el almacenamiento de la información del programa se diseñó una base de datos relacional *ad hoc* en Microsoft Access® bajo contraseña. Esta base de datos fue completada por Enfermería durante la consulta y validada contra la historia clínica electrónica del hospital (Gomedisys) por Infectología en caso de datos faltantes o inconsistentes.

La información respecto a los laboratorios realizados para control y las vacunas recibidas fue recabada de protocolos, carnets o certificados de vacunas traídos por los participantes durante las consultas con Infectología/Enfermería. En caso de no encontrarse presente una vacuna en los registros (en papel o electrónico) se consideró no vacunado al participante. En cada consulta se le pregun-

tó a los participantes si se encontraban tomando TARV (autorreferido). La adherencia autorreferida se indagó preguntando al participante: "Desde la última consulta, si tuviera que calificarse del 1 al 10, siendo 1 que no tomó la medicación ningún día y 10 que la tomó todos los días, qué número se pondría?". La variable "problema de provisión de TARV" se indagó preguntando al participante: "Desde la última consulta, tuvo algún problema en el acceso a la medicación antirretroviral?". Para la variable "Proporción de participantes con registro de anticuerpo anti antígeno de superficie (AntiHbs) ≥ 10 IU/L en algún momento de su vida" se revisaron las evoluciones previas en la historia clínica del hospital y se solicitó a los participantes que trajeran todos los laboratorios previos que encontraran. En caso de no contar con ningún registro de AntiHbs se solicitó el estudio. En caso de ser negativo y no tener registro de vacunación, se indicó la vacunación contra HVB y se midió otra vez después de la última dosis, y en caso que el participante hubiera sido vacunado antes se solicitó nuevamente el estudio luego de aplicación de un *booster* de vacuna antiHVB. Las comorbilidades fueron evaluadas en forma autorreferida (se preguntó a los participantes por su presencia y se registraron sus respuestas).

Para el análisis se tomó en cuenta la información recabada durante la primera y la última consulta de cada persona dentro del programa durante el periodo de seguimiento (para el caso de laboratorios y vacunas, se tomaron en cuenta los primeros y los últimos datos disponibles dentro del periodo del estudio, aunque no coincidiesen exactamente con la fecha de primera y última consulta).

Estrategia de análisis

El criterio de valoración para medir la efectividad del programa fue el aumento significativo en la proporción de personas en TARV con carga viral indetectable. En este estudio se decidió utilizar como punto de corte para definir CV indetectable la definición sugerida por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (US DHHS por su sigla en inglés), $CV < 200$ copias/ml, teniendo en cuenta que una carga viral entre 50 y 200 copias podría tratarse de un nivel de carga viral detectable aislado que es seguido por un retorno a la supresión virológica (blip) que no suele predecir fracaso virológico (30).

Otros indicadores de calidad analizados pre-post intervención fueron: tratamiento antirretroviral (autorreferido), serología anual de hepatitis B (HVB), serología

anual de hepatitis C (HVC), serología anual de sífilis (VDRL), vacunación antigripal en el último año, vacunación antipneumocócica parcial y completa (con vacuna conjugada VCN13- y con vacuna polisacárida VPN23-) y registro de anticuerpo anti antígeno de superficie de hepatitis B ≥ 10 IU/L en algún momento de su vida.

Para evaluar el costo mensual de los tratamientos de los participantes se consideraron los precios más económicos de cada esquema TARV registrados en el sistema de recetas electrónicas de PAMI, denominado "Clave única PAMI" (CUP), al día 12/4/2024. En caso de contar con más de una opción de combinación de marcas posibles para un mismo esquema se utilizó la opción más económica. Para cada combinación se decidió utilizar el mismo precio para el "antes" y para el "después", para no incluir en el análisis la variabilidad asociada a la volatilidad de precios del país durante el período de estudio. El costo de los esquemas fue convertido a dólares según la cotización oficial del Banco de la Nación Argentina del 12/4/2024 (1 USD = \$845,5).

Las variables cuantitativas se informan con mediana y rango intercuartílico (RIC) o media y desvío estándar (DS) de acuerdo a su distribución, las categóricas con número absoluto y porcentaje. Las variables de resultado se informan con su intervalo de confianza del 95% (IC 95%). Se utilizaron pruebas de contraste de hipótesis para dos grupos pareados (se utilizó el test binomial debido a que no se cumplieron los supuestos para utilizar el test de McNemar). Se consideró estadísticamente significativo un p-valor $< 0,05$. Para el análisis estadístico se utilizó el software R® con su interfaz RStudio® versión 2023.12.1+402 «Ocean Storm» para Windows.

Evaluación psicosocial

De acuerdo a los recursos disponibles, la atención desde el área psicosocial utilizó dos metodologías diferentes a lo largo del estudio. Durante 2022, el equipo de acompañamiento psicosocial telemático de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata realizó una primera evaluación telefónica de los participantes del programa. Operativamente, se llamó al número de teléfono que los participantes habían suministrado, realizando tres intentos de contacto como máximo para cada uno. Se los invitó a participar de la evaluación, y con quienes aceptaron se realizó una entrevista estructurada que incluyó las preguntas de la Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) creada por

Zigmond y Snaith en 1983 (31), en su versión validada en español en personas viviendo con VIH (32), y otras preguntas de interés para el programa (ver [Material complementario](#)). La escala HADS es un cuestionario de 14 ítems que incluye dos subescalas de siete ítems cada una, en escala Likert 0-3 (ansiedad ítems impares, depresión ítems pares, con rango de puntuación en cada subescala de 0-21). A mayor puntuación, mayor ansiedad y depresión. Para ambas subescalas, los autores sugieren que las puntuaciones superiores a 11 indicarían «caso» y mayores a 8 se considerarían «caso probable» (de ansiedad o depresión respectivamente). La información fue almacenada en una base Excel®.

Durante 2023 se realizó una evaluación psicosocial interdisciplinaria entre las áreas de Psicología y Servicio social del Hospital Houssay a la totalidad de los participantes incluidos en el estudio. Por medio de entrevistas semidirigidas se abordaron algunas dimensiones para comprender la experiencia y necesidades particulares de estas personas, evaluándose aspectos tales como adherencia al tratamiento, red vincular y estigma, tratamientos de salud mental actuales o previos, valoración subjetiva del estado anímico, evaluación sociofamiliar y socioeconómica. Se registró el contenido de las entrevistas por medio de notas. Desde el programa se trabajó activamente para acompañar a los participantes en la búsqueda de soluciones a los problemas referidos por ellos en las diferentes dimensiones durante las entrevistas (por ejemplo, en la tramitación de autorizaciones del TARV u otras prestaciones como turnos con otros especialistas, estudios médicos o derivaciones a hogares y centros de día, en la ampliación de su red vincular para lograr una mayor contención en general, en la gestión de subsidios económicos como el Programa de Apoyo a la Dependencia y Fragilidad –PAD y F– en aquellos participantes que lo necesitaban, etc.).

Consideraciones éticas

El protocolo del presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación del Hospital Houssay el 14/12/2021 (número 03/21, folio 43). Este estudio fue realizado en total acuerdo con la normativa nacional e internacional vigente: la Declaración de Principios Éticos para las investigaciones médicas en seres humanos de Helsinki de la Asociación Médica Mundial y sus enmiendas posteriores, las Guías de Buenas Prácticas Clínicas de la Conferencia Internacional de Armonización ICH y las leyes regulatorias locales. La información recabada para

este estudio fue tratada con máxima confidencialidad durante todo su desarrollo, almacenándose bajo contraseña con acceso restringido solo para el personal autorizado a los fines del estudio. Se obtuvo el consentimiento informado de todas las personas que aceptaron participar en el estudio. Los formularios de consentimiento fueron almacenados en formato papel.

Resultados

De los 45 afiliados a PAMI viviendo con VIH incluidos en este estudio, cinco debieron ser eliminados antes del análisis y 40 tuvieron un seguimiento mínimo de 90 días (ver flujograma de participantes en Figura 1). Los cinco participantes eliminados del estudio se encontraban en TARV (con inhibidores de proteasa o inhibidores de integrasa de segunda generación); de ellos, dos estaban detectables y refirieron problemas en la provisión del TARV antes de la intervención. Se registró una pérdida de seguimiento del 11,1%. La mediana de seguimiento fue de 490 (RIC 367-560) días. Se destaca que el 75% de los participantes eran de edad avanzada para VIH (≥ 50 años), el 45% eran mujeres, el 42,5% desconocía el mecanismo de transmisión, el 62,5% presentaba comorbilidades y el 75% percibía haberes jubilatorios (52,5% la jubilación mínima). Se presentan las características demográficas de los participantes en la Tabla 1, la descripción del TARV al momento de la primera y la última visita en la Tabla 2 y la Figura 2, los indicadores de calidad definidos para el programa en la Tabla 3 y la cascada de cuidado pre y post intervención en la Figura 3.

Figura 1. Diagrama de flujo de participantes del estudio

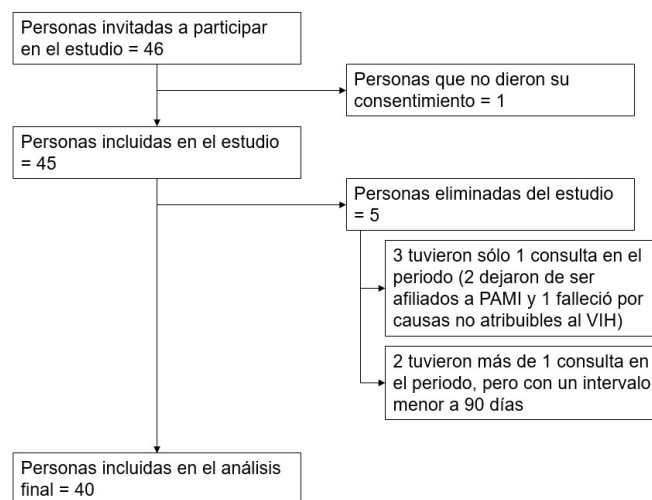


Figura 2. Esquema TARV recibido por los participantes pre y post intervención

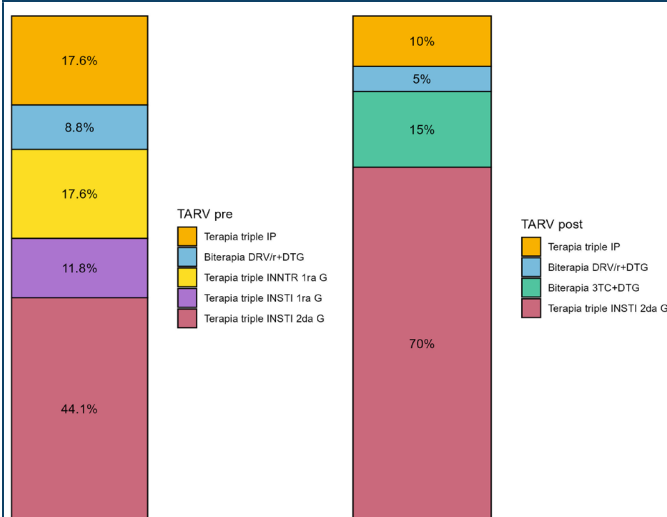


Figura 3. Cascada de cuidado pre y post intervención

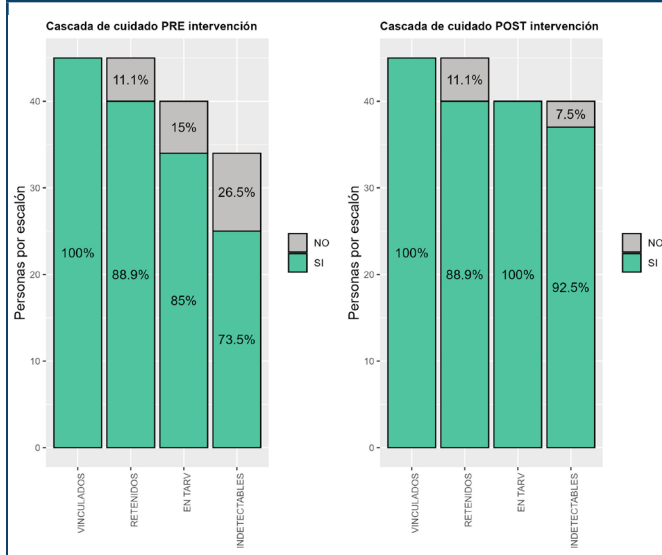


Tabla 1. Características demográficas de los participantes en el estudio (n = 40)

Variable	Resultado
Sexo al nacer, n (%)	
Femenino	18 (45,0)
Masculino	22 (55,0)
Género, n (%)	
Mujer cis	17 (42,5)
Varón cis	22 (55,0)
Varón trans	1 (2,5)
Edad al ingreso al programa en años, mediana (RIC)	64,6 (51,3-70,6)
Ciudad de residencia Mar del Plata, n (%)	39 (97,5)
Tiempo desde el diagnóstico de VIH en años, mediana (RIC)	12 (6,7-21,3)
Mecanismo de transmisión, n (%)	
Heterosexual	16 (40,0)
HSH	7 (17,5)
Desconocido	17 (42,5)
Convivientes, n (%)	
Vive solo	12 (30,0)
Pareja	11 (27,5)
Hijos	7 (17,5)
Pareja e hijos	5 (12,5)
Padres/hermanos	2 (5,0)
Otros	2 (5,0)
Percibe jubilación, n (%)	30 (75,0)
Mínima	21 (52,5)
Entre 1 y 2 mínimas	4 (10,0)
2 o más mínimas	5 (12,5)
Trabaja actualmente, n (%)	16 (40,0)
Posee certificado de discapacidad (CUD), n (%)	11 (27,5)
Máximo nivel educativo alcanzado, n (%)	
Terciario/universitario completo	7 (17,5)
Terciario/universitario incompleto	5 (12,5)
Secundario completo	10 (25,0)
Secundario incompleto	6 (15,0)
Primario completo	6 (15,0)
Primario incompleto	6 (15,0)
Co-infecciones, n (%)	
Hepatitis B *	1 (2,5)
Hepatitis C †	2 (5,0)
Sífilis ‡	4 (10,0)
Presencia de comorbilidades §, n (%)	25 (62,5)
1	15 (37,5)
2	7 (17,5)
3	0
4	2 (5,0)
5	1 (2,5)
Comorbilidades, n (%)	
Hipertensión arterial	10 (25,0)
Diabetes	4 (10,0)
Dislipemia	8 (20,0)
Sobrepeso (BMI>25)	31 (77,5)
Insuficiencia renal (CrCl <60)	2 (5,0)
Consumo de psicofármacos	10 (25,0)
Tabaquismo	7 (17,5)
Consumo de alcohol	12 (30,0)
Consumo recreativo de otras drogas	3 (7,5)

* Presencia de HbsAg positivo.

† Presencia de Anti HVC positivo (IgG o IgM) en aquellos sin antecedentes de HVC curada, o de CV HVC positiva en aquellos con antecedentes de HVC curada.

‡ Presencia de VDRL positiva.

§ Referidas por el participante.

Tabla 2. Esquema TARV recibido por los participantes

Variable	Primera consulta	Última consulta	p-valor
Número de participantes en TARV, n (%)	34 (85,0)	40 (100)	
Número de participantes recibiendo primer esquema TARV, n (%)	8 (23,5)	4 (10,0)	
Antigüedad TARV actual en años, mediana (RIC)	3,4 (1,0-7,9)	1,1 (0,5-2,0)	
Adherencia auto-referida†, mediana (RIC)	10 (9,3-10)	10 (10-10)	
Problemas de provisión de TARV autorreferidos †, n (%)	19 (55,9)	7 (17,5)	
Esquema TARV, n (%)			
Biterapia 3TC+DTG	0 (0)	6 (15,0)	
Biterapia DRV/r+DTG	3 (8,8)	2 (5,0)	
Terapia triple con <i>backbone</i> INNRT de 1ra generación	6 (17,6)	0 (0)	
Terapia triple con <i>backbone</i> IP	6 (17,6)	4 (10,0)	
Terapia triple con <i>backbone</i> INSTI de 1ra generación	4 (11,8)	0 (0)	
Terapia triple con <i>backbone</i> INSTI de 2da generación	15 (44,1)	28 (70,0)	
Media (DS) del costo mensual de TARV por participante incluido *	USD 768 (347)	USD 603 (295)	0,04282
Costo total mensual del TARV del total de participantes incluidos *	USD 26110	USD 24114	

* Precios obtenidos de CUP PAMI y cotización del dólar oficial del BNA al 12/04/2024 (1 USD = \$845,5).

† Desde la última consulta.

Abreviaturas: TARV = Tratamiento antirretroviral, 3TC = Lamivudina, DTG = Dolutegravir,

DRV/r = Darunavir boosteado con ritonavir, INNRT = Inhibidores no nucleósido de transcriptasa

reversa, IP = Inhibidores de proteasa, INSTI = Inhibidores de integrasa.

Tabla 3. Indicadores de calidad de cuidado (n = 40)

Variable	Primera consulta	Última consulta	p-valor
Proporción de participantes en TARV, % (IC95%)	85,0 % (69-94%)	100 % (89-100%)	0,03125
Proporción de participantes en TARV que están indetectables (CV<200), % (IC95%)	73,5 % (55-86%)	92,5 % (79-98%)	0,001953
Proporción de participantes con registro de serologías en el último año, % (IC95%)			
Hepatitis B	65,0 % (48-79%)	67,5 % (51-81%)	1
Hepatitis C	70,0 % (53-83%)	77,5 % (61-89%)	0,375
VDRL	92,5 % (79-98%)	85,0 % (69-94%)	0,4531
Proporción de participantes con registro de vacuna antigripal en el último año, % (IC95%)	75,0 % (58-87%)	70,0 % (53-83%)	0,7539
Proporción de participantes con registro de al menos 1 vacuna antipneumocócica (VCN-13 y/o VPN-23) en algún momento de su vida, % (IC95%)	72,5 % (56-85%)	77,5 % (61-89%)	0,5
Proporción de participantes con registro de esquema antipneumocócico completo (VCN-13 + VPN-23), % (IC95%)	25,0 % (13-41%)	57,5 % (41-73%)	0,0002441
Proporción de participantes con registro de anticuerpo anti antígeno de superficie >10 IU/L en algún momento de su vida, % (IC95%)	42,5 % (27-59%)	50,0 % (35-65%)	0,5

La proporción de personas en TARV aumentó un 15% (p-valor 0,03125). La proporción de personas en TARV que estaban indetectables pasó de 73,5% (55-86%) antes de la intervención a 92,5% (79-98%) luego de la misma (p-valor 0,001953). La proporción con esquema antipneumocócico completo aumentó un 32,5% (p-valor 0,0002441). Asimismo, el costo mensual medio (DS) de los TARV disminuyó de USD 768 (347) a USD 603 (295) (p-valor 0,04282), lo que equivale a USD 165 por persona, y para el total de participantes disminuyó en USD 1996, incluso habiendo aumentado el número de personas en TARV (ver Tabla 2).

De los 34 participantes que estaban en TARV antes de la intervención, nueve se encontraban detectables. De estos, dos estaban en TARV con inhibidores de integrasa (INSTI) de primera generación y no refirieron problemas en la provisión del TARV, ninguno estaba en TARV con inhibidores

no nucleósidos de la transcriptasa reversa (INNTR) de primera generación, mientras que los otros siete estaban en TARV con INSTI de segunda generación o con darunavir/ritonavir y seis de ellos refirieron problemas en la provisión del TARV. Estos últimos continuaron con el mismo esquema y lograron una CV indetectable luego de la intervención. Por otro lado, los seis participantes que estaban en TARV con INNTR de primera generación y rotaron a INSTI de segunda generación se encontraban indetectables antes y después de la intervención.

Con respecto a la evaluación psicosocial, durante 2022 se intentó contactar telefónicamente a los 35 participantes incluidos en el programa hasta ese momento, logrando contactar a 23. De ellos, 22 aceptaron participar de la entrevista telefónica psicosocial. De esas entrevistas se destacan los resultados que se transcriben a continuación.

Los participantes refirieron, en sus propias palabras, haber vivido el diagnóstico de VIH como un “hecho inesperado”, “catastrófico”, de “incertidumbre”, “con rechazo” y “angustia”. Quince participantes refirieron que se afectó su vida cotidiana luego del diagnóstico en alguno de estos aspectos: disminución de apetito, temor para mantener relaciones sexo afectivas, sentimiento de vergüenza o culpabilidad, dificultad para conseguir empleo, distancia con personas queridas, estigmatización. Siete refirieron haber tenido escasa información respecto al virus y su tratamiento al momento del diagnóstico, estando asociado su imaginario con la muerte, el peligro, los prejuicios o el temor. Trece participantes habían compartido su diagnóstico con su red vincular, recibiendo un buen apoyo por parte de la misma. Al momento de la entrevista, un participante refirió encontrarse en tratamiento psicológico. En la escala HADS, cinco puntuaron como caso clínicamente significativo para ansiedad, mientras que dos participantes lo hicieron para depresión. Ante la pregunta por su deseo de recibir tratamiento psicológico, 12 respondieron no creerlo necesario.

Durante 2023 se realizó una evaluación psicosocial del total de los participantes del estudio (n=40), detectándose la necesidad de acompañamiento posterior en 14 de ellos (35,0%). De estas entrevistas se destacan los siguientes puntos:

- Se indagó en la red vincular actual, entendiendo la misma como el conjunto de relaciones emocional y socialmente significativas para el sujeto. Algunos participantes, especialmente aquellos con diagnóstico en el último año, refirieron dificultades para compartir su diagnóstico con su red vincular. Al profundizar en este punto surge la cuestión del estigma autopercebido, registrándose frases como “me da mucha vergüenza”, “mis amigas son muy prejuiciosas”, “mis hijos no lo entenderían”, “mi familia no va a querer tomar ni un mate conmigo”. Por otro lado, algunos participantes tenían una red vincular escasa o nula.

- También se encontraron dificultades en la dimensión de adherencia al TARV (dificultades en la toma regular de la medicación, en la obtención de autorización de la misma por parte de PAMI, inasistencias a turnos con Infectología, entre otras). Se destacan frases tales como “Estoy con muchas cosas”, “Se me pasó el turno y no me acerqué a sacar otro”, “Presenté los papeles y estoy esperando que llegue la medicación”. Observamos que en algunos casos los participantes se encontraban atravesando otras difi-

cultades vitales (procesos de duelo o separación, otras enfermedades, etc.).

- Los participantes refirieron sentir mayor contención con la atención recibida dentro del programa en comparación con su experiencia previa en el sistema de salud, independientemente de requerir acompañamiento psicosocial o no. Se destacan frases en relación al seguimiento ante las inasistencias como “Gracias por estar pendientes, no me acordaba que tenía el turno esta semana”, o en relación al espacio de acompañamiento psicosocial “Es la primera vez que me ofrecen esto”.

- Algunos participantes refirieron dificultades socioeconómicas, manifestando que percibían haberes jubilatorios mínimos y este monto no era suficiente para hacer frente a sus gastos cotidianos: “Se me complica los últimos días del mes”, “Sigo trabajando porque la jubilación es muy poca plata”.

Discusión

Los participantes de este estudio pertenecen a una población de personas viviendo con VIH envejecida (la mitad tiene más de 65 años y tres de cada cuatro tienen más de 50 años), con una proporción similar de mujeres y hombres, instruida (más de la mitad finalizó sus estudios secundarios) y con presencia de comorbilidades, en la que una de cada cuatro personas tuvo un diagnóstico hace menos de siete años y casi la mitad no sabe cuál fue el mecanismo de transmisión. Por otro lado, observamos que presentan una carga de estigma autopercebido que afecta, entre otras cosas, su capacidad de establecer una red vincular. Un tercio refiere vivir solo, la mitad percibe haberes menores a 200 USD mensuales, y encontramos casos de ansiedad y depresión que no estaban recibiendo tratamiento.

Con respecto a la efectividad del programa, la proporción de personas en TARV y la proporción de estas que están indetectables aumentaron significativamente desde la incorporación en el mismo, posiblemente por múltiples factores (entre ellos podría encontrarse el seguimiento interdisciplinario recibido en el contexto del programa, la asistencia frente a problemas de acceso al TARV y otras prestaciones, la elección de esquemas TARV con pocos comprimidos, eventos adversos e interacciones). También aumentó significativamente la proporción de participantes con registro de vacunación antipneumocócica

completa para la edad. Esto podría deberse a que Enfermería revisó con el participante su calendario de vacunación en cada visita para mantenerlo actualizado.

Los esquemas TARV se modificaron sustancialmente luego de la intervención. Antes del programa había una proporción mayor al 25% recibiendo INNTR de primera generación (efavirenz, nevirapina) o INSTI de primera generación (raltegravir). Todos los participantes con estos esquemas fueron rotados luego de su ingreso al programa a esquemas con drogas de alta barrera genética como terapia triple con INSTI de segunda generación o biterapia lamivudina/dolutegravir. Este último esquema resulta particularmente útil para personas de esta población que cumplen los criterios para recibirlo. De acuerdo al último Consenso Argentino de Terapia Antirretroviral (33), los criterios para recibir biterapia con lamivudina/dolutegravir son: para inicio: CV < 500.000 copias/mL y HBsAg no reactivo; para *switch* con CV suprimida: supresión virológica durante los últimos seis meses, sin evidencia de resistencia previa a INSTI, sin coinfección con VHB ni riesgo de adquirirla por no ser inmunes, ya que son de edad avanzada, con múltiples comorbilidades (cardíacas, metabólicas, renales y óseas) y frecuente polifarmacia, y ningún participante lo recibía antes de la implementación del programa. Las modificaciones en los esquemas TARV posiblemente contribuyeron a mejorar la proporción de participantes con carga viral indetectable, dentro del conjunto de acciones tomadas como parte del programa que posiblemente permitieron un mayor acceso de los participantes al TARV, aumentando la adherencia (aunque no fue medida objetivamente en el presente estudio). Resulta interesante que la mayoría de las personas en TARV detectables al inicio del estudio se encontraban recibiendo esquemas de alta barrera genética, y que todas las que recibían esquemas con INNTR se encontraban indetectables antes de la intervención. Esto indica que la optimización de esquemas TARV no fue el único motivo por el que el programa resultó efectivo en cuanto a aumentar la proporción de personas en TARV indetectables, y muestra el peso relativo del resto de las acciones del programa en este aspecto. Por otro lado, las modificaciones en los esquemas TARV representaron una disminución del costo para PAMI en términos de costos de los TARV. Teniendo en cuenta que en Argentina cada subsistema de salud (público, seguridad social y privado) negocia los costos de los antirretrovirales en forma independiente, la disminución del costo del TARV encontrada en este estudio podría no ser extrapolable a los otros subsistemas.

Como limitaciones, por tratarse de un estudio cuasi experimental (una sola rama de intervención), los participantes pueden haber modificado su comportamiento por el solo hecho de saber que estaban siendo investigados (es decir, por ejemplo, que la adherencia al TARV puede haber mejorado debido al estudio y no debido al programa en sí mismo). Por otro lado, por más que se tomaron acciones para mejorar el acceso de los participantes al TARV y la adherencia al mismo, y varios de ellos lograron alcanzar una CV indetectable sin realizar modificaciones en el TARV indicado, una proporción elevada continuó refiriendo problemas en la provisión del TARV y tres participantes persistieron con CV detectable al final del estudio, posiblemente debido a fallas en la adherencia. Esto atenta contra la posibilidad de evaluar la efectividad de este tipo de intervenciones, ya que por más que los participantes tengan indicada la medicación y el apoyo del programa para lograr una buena adherencia, si no tienen acceso al TARV no habrá forma de conseguir una CV indetectable.

Como fortalezas, logramos demostrar la efectividad de, hasta donde sabemos, el primer programa de atención basado en el MCC para personas viviendo con VIH en América Latina, y en particular para personas de una población envejecida atendida a través de la seguridad social argentina. Los participantes refirieron sentirse más contenidos por parte del equipo de salud dentro del programa. Pequeñas acciones produjeron cambios significativos: se diagramó un circuito de entrega de turnos más eficiente con la administrativa del programa, y se evitaron dos consultas por año a cada participante al entregarles la orden de laboratorio de control durante la segunda consulta trimestral para entrega de recetas (por más que realizamos esfuerzos desde el programa para modificarlo, actualmente los afiliados a PAMI no cuentan con la opción de recibir seis recetas de TARV durante una misma consulta, por lo que deben realizar como mínimo cuatro consultas infectológicas por año en lugar de las dos recomendadas por las guías). A raíz del programa evidenciamos una necesidad de atención psicosocial que no estaba cubierta, y pudo ser atendida por los profesionales del mismo. Por otro lado, detectamos comorbilidades (algunas autoreferidas y otras incidentales) en estos participantes, por lo que comenzamos a articular con otras especialidades para incluirlas en el programa y así facilitar su abordaje interdisciplinario.

En la implementación del programa tuvimos aprendizajes que pueden ser de utilidad para otros equipos interesados en implementar programas similares en esta población.

Resulta indispensable contar con el recurso humano (al menos un profesional de cada disciplina participante del programa, con horarios reservados para la atención de los participantes, así como para realizar un seguimiento personalizado desde el área psicosocial, reuniones de equipo, realizar contacto cuando hay ausencias a turnos asignados, revisión de calidad de los datos del programa y análisis de los mismos, y un administrativo con disponibilidad para asignar turnos y responder inquietudes) y edilicio (al menos dos consultorios disponibles con computadoras con acceso a la historia clínica y a una impresora, y un escritorio con computadora y teléfono para el administrativo) necesario para implementar una intervención de este tipo. Asimismo, la comunicación entre el equipo del programa y los decisores del sistema de salud (en este caso de PAMI) debe ser fluida y abierta, para que se puedan realizar las modificaciones propuestas por el equipo de acuerdo a lo que hayan observado durante la atención, y así mejorar la calidad de atención (que es el objetivo principal de cualquier programa de salud). Esto último es particularmente importante en programas relacionados al VIH cuando se trata de cuestiones que alteran la continuidad de cuidado (como por ejemplo el acceso al TARV, que resultó llamativamente afectado en los participantes de este programa), ya que este tipo de cuestiones pueden llevar en algunos casos al abandono del seguimiento y atentar contra el éxito de este tipo de programas. Finalmente, si bien habíamos planificado realizar la consulta infectológica y la de enfermería por separado, nos resultó más enriquecedor realizarlas en conjunto. Lo mismo ocurrió con las áreas de Psicología y Servicio social, que también realizaron consultas interdisciplinarias.

Consideramos que implementar y sostener un programa interdisciplinario que interviene desde el paradigma de los cuidados crónicos para adultos mayores viviendo con VIH fue de vital importancia, ya que se trata de un grupo poblacional que muchas veces se encuentra en situaciones de vulnerabilidad social y que fue históricamente estigmatizado en múltiples aspectos. En un contexto de individualismo y fragmentación social, los hospitales y la salud pública no se encuentran exentos y suelen tener tendencias expulsivas, sin brindar respuestas integrales a las necesidades de las personas. Esto genera que los mismos circulen por diversos espacios sin llegar a una respuesta. De ahí la importancia de un programa integral de estas características, ya que tiende a generar lazos y facilitar la accesibilidad a los servicios de salud de manera articulada y centralizada.

Como conclusiones, el programa "PAMI en positivo" basado en el modelo de cuidados crónicos demostró ser efectivo en personas viviendo con VIH predominantemente de edad avanzada, aun habiendo disminuido los costos de los tratamientos antirretrovirales indicados. El haber enmarcado el cuidado de estas personas dentro de un modelo de cuidados crónicos interdisciplinario permitió visibilizar aspectos integrales como el estigma autopercibido, dejando entrever la vulnerabilidad sanitaria, social y emocional de esta población.

Reconocimientos

Agradecemos a Julia Nogueira, Luis Gastón Carrizo Quiroga, Mora Obed, María Echaide, Paola Manarola, Ayelén Leone, María Eugenia Cooper, Mariana Torre, Romina Babinay y Roberto Fidel (Hospital Dr. Bernardo A. Houssay, Mar del Plata) por sus contribuciones al programa "PAMI en positivo".

Agradecemos a María Fernanda Aguirre y Jimena Marro (Instituto Nacional de Epidemiología «Dr. Juan H. Jara») por su asistencia técnica en la revisión del protocolo y de los resultados del análisis estadístico.

Agradecemos especialmente a las personas atendidas en el programa que accedieron a participar del estudio por su invaluable aporte.

Referencias

- UNAIDS. Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida [Internet]. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
- boletin_n_41-respuesta_al_vih_y_las_its_en_la_argentina_2024.pdf [Internet]. [citado 20 de enero de 2025]. 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
- Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, Degen O, et al. Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. *Lancet Lond Engl*. 15 de junio de 2019;393(10189):2428-38.
- Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, van Lunzen J, et al. Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy. *JAMA*. 12 de julio de 2016;316(2):171-81.
- Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med*. 11 de agosto de 2011;365(6):493-505.
- HIV Transmission in Male Serodiscordant Couples in Australia, Thailand and Brazil [Internet]. CROI Conference. [citado 2 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://www.croiconference.org/abstract/hiv-transmission-male-serodiscordant-couples-australia-thailand-and-brazil/>
- UNAIDS. 2025 AIDS TARGETS [Internet]. [citado 2 de agosto de 2021]. Disponible en: <https://aidstargets2025.unaids.org/>
- UNAIDS. Understanding Fast-Track. [Internet]. [citado 2 de agosto de 2021]. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/201506_JC2743_Understanding_FastTrack_en.pdf
- Moreno S. Documento de Consenso sobre edad avanzada e Infección por el VIH 2015 2.
- Smit M, Brinkman K, Geerlings S, Smit C, Thyagarajan K, Sighem A van, et al. Future challenges for clinical care of an ageing population infected with HIV: a modelling study. *Lancet Infect Dis* [Internet]. julio de 2015 [citado 22 de octubre de 2024];15(7):810. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4528076/>
- Ander Rojo, Patricia Arratibel, Rafael Bengoa y Grupo Multidisciplinar de Expertos en VIH. Descripción del modelo óptimo de atención al paciente con infección por el VIH [Internet]. The Institute for Health and Strategy (SI-Health); 2018. Disponible en: https://viivhealthcare.com/content/dam/cf-viiv/viivhealthcare/es_ES/documents/vhc2-es-modelo-optimo-atencion-vih.pdf
- Equipo multidisciplinar de trabajo del National Policy con el apoyo de Patricia Arratibel, Rafael Bengoa, Carmen Arratibel y Aida Jerez (SI-Health). Recomendaciones de atención para un paciente con infección por VIH, con comorbilidades y/o fragilidad y/o dependiente [Internet]. The Institute for Health and Strategy (SI-Health). 2022. Disponible en: <https://viivhealthcare.com/es-es/horizonte-vih/compromiso-con-la-salud-publica/>
- Kiplagat J, Tran DN, Barber T, Njuguna B, Vedanthan R, Triant VA, et al. How health systems can adapt to a population ageing with HIV and comorbid disease. *Lancet HIV* [Internet]. 1 de abril de 2022 [citado 22 de octubre de 2024];9(4):e281-92. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352301822000091>
- Guaraldi G, Milic J, Cascio M, Mussini C, Martinez E, Levin J, et al. Ageism: the -ism affecting the lives of older people living with HIV. *Lancet HIV*. enero de 2024;11(1):e52-9.
- Schrimshaw EW, Siegel K. Perceived barriers to social support from family and friends among older adults with HIV/AIDS. *J Health Psychol*. noviembre de 2003;8(6):738-52.
- Emler CA. «You're awfully old to have this disease»: experiences of stigma and ageism in adults 50 years and older living with HIV/AIDS. *The Gerontologist*. diciembre de 2006;46(6):781-90.
- Cahill S, Valadéz R. Growing Older With HIV/AIDS: New Public Health Challenges. *Am J Public Health* [Internet]. marzo de 2013 [citado 25 de enero de 2025];103(3):e7-15. Disponible en: <https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2012.301161>
- Brennan-Ing M. Diversity, stigma, and social integration among older adults with HIV. *Eur Geriatr Med*. abril de 2019;10(2):239-46.
- Informe de Estadísticas de la SS I Trim 2024.pdf [Internet]. [citado 27 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.anses.gob.ar/sites/default/files/archivo/2024-07/Informe%20de%20Estadísticas%20de%20la%20SS%20I%20Trim%202024.pdf>
- Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. *Health Aff Proj Hope*. diciembre de 2001;20(6):64-78.

21. OPS. OPS. Ampliación del acceso equitativo a los servicios de salud, Recomendaciones para la transformación de los sistemas de salud hacia la salud universal [Internet]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55657/9789275324264_spa.pdf
22. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *JAMA*. 16 de octubre de 2002;288(15):1909-14.
23. Nicolau V, Brandão D, Rua T, Escoval A. Organisation and integrated healthcare approaches for people living with HIV, multimorbidity, or both: a systematic review. *BMC Public Health* [Internet]. 18 de agosto de 2023 [citado 22 de octubre de 2024];23(1):1579. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16485-y>
24. Pasricha A, Deinstadt RTM, Moher D, Killoran A, Rourke SB, Kendall CE. Chronic Care Model Decision Support and Clinical Information Systems Interventions for People Living with HIV: A Systematic Review. *J Gen Intern Med* [Internet]. 1 de enero de 2013 [citado 22 de octubre de 2024];28(1):127-35. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s11606-012-2145-y>
25. Berenguer J, Álvarez D, Doderó J, Azcoaga A. Modelo de seguimiento, organización y gestión de la infección por VIH. *Enfermedades Infecc Microbiol Clínica* [Internet]. 1 de septiembre de 2018 [citado 2 de agosto de 2021];36:45-9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-modelo-seguimiento-organizacion-gestion-infeccion-S0213005X18302477>
26. Silva AWM da, Meiners MMM de A, Noronha EF, Toledo MI de. The Use of Assessment of Chronic Illness Care Technology to Evaluate the Institutional Capacity for HIV/AIDS Management. *Front Pharmacol* [Internet]. 2019 [citado 2 de agosto de 2021];0. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fphar.2019.00165/full>
27. Tu D, Belda P, Littlejohn D, Pedersen JS, Valle-Rivera J, Tyndall M. Adoption of the chronic care model to improve HIV care: in a marginalized, largely aboriginal population. *Can Fam Physician Med Fam Can*. junio de 2013;59(6):650-7.
28. Drabo KM, Konfe S, Macq J. Assessment of the health system to support tuberculosis and AIDS care. A study of three rural health districts of Burkina Faso. *J Public Health Afr*. 1 de septiembre de 2010;1(1):e4.
29. Broughton EI, Muhire M, Karamagi E, Kisamba H. Cost-effectiveness of implementing the chronic care model for HIV care in Uganda. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 1 de diciembre de 2016 [citado 22 de octubre de 2024];28(6):802-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzw116>
30. Plasma HIV-1 RNA (Viral Load) and CD4 Count Monitoring | NIH [Internet]. 2022 [citado 24 de enero de 2025]. Disponible en: <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-arv/plasma-hiv-1-rna-cd4-monitoring>
31. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 1983 [citado 29 de enero de 2025];67(6):361-70. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
32. Noguera Orozco MJ, Pérez Terán B, Barrientos Casarrubias V, Robles García R, Sierra Madero JG. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (hads): validación en pacientes mexicanos con infección por vih. *Psicol Iberoam* [Internet]. 31 de diciembre de 2013 [citado 28 de enero de 2025];21(2):29-37. Disponible en: <https://psicologiaiberoamericana.ibero.mx/index.php/psicologia/article/view/152>
33. Coordinación general Ezequiel Córdova, Anabella Erti. Consenso Argentino de Terapia Antirretroviral Versión 8.0 Diciembre 2023 [Internet]. [citado 28 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.sadi.org.ar/publicaciones/item/1733-consenso-argentino-de-terapia-antirretroviral>

Effectiveness of a chronic care program for adults living with HIV in Buenos Aires ("PAMI en positivo")

Background: The chronic care model (CCM) attempts to improve the quality of care. We aimed to evaluate the effectiveness of a CCM-based program for predominantly older adults living with HIV in Buenos Aires, Argentina ("PAMI en positivo"), describe the participants clinically, demographically, and psychosocially, and the cost of anti-retroviral treatment (ART).

Methods: Quasi-experimental study, pre-post intervention. Effectiveness was evaluated as an increase in the proportion of participants on ART with undetectable viral load (VL). Quali-quantitative findings found during the psychosocial evaluation of the participants are described.

Results: Forty participants were included, 18 (45.0%) were women, age 64.6 (51.3-70.6) years, time since diagnosis 12 (6.7-21.3) years, 30 (75.0%) were retired and 25 (62.5%) had comorbidities. The proportion on ART increased from 85% to 100% (p-value 0.03125) and the proportion on ART with undetectable VL increased from 73.5% to 92.5% (p-value 0.001953). The average monthly cost of ART per person decreased from USD 768 to USD 603 (p-value 0.04282). Difficulties were found in the support of an emotional network (due to self-perceived stigma or insufficient network), in the support of the health system, adherence to ART, and socioeconomic. Half of them received the minimum retirement pension amount and 35% required psychosocial support.

Conclusions: The program was effective in significantly increasing the proportion of people on ART with an undetectable VL, reduced the cost of ART, and allowed an interdisciplinary approach. Having framed the care of predominantly older adults living with HIV in an interdisciplinary program allowed to make visible integral aspects, revealing the health, social and emotional vulnerability of this population.

Key words: HIV, Healthcare Models, Program Evaluation, Social Stigma



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional

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