

## COMUNICACIÓN BREVE

# Diagnóstico tardío de VIH: diferencias entre nativos y migrantes internacionales. Estudio observacional en un hospital de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Edgardo Bottaro<sup>1</sup> , Pablo Scapellato<sup>1</sup> , Mónica Lovera<sup>2</sup> , Valeria Barrera<sup>2</sup> .

## RESUMEN

**Introducción:** El diagnóstico tardío de la infección por VIH y el acceso de los pacientes con enfermedad avanzada al sistema de salud afectan negativamente los beneficios individuales y colectivos del tratamiento antirretroviral. A nivel mundial existe una alta prevalencia de diagnóstico tardío especialmente en poblaciones vulnerables como los migrantes.

**Objetivos:** Medir la prevalencia de diagnóstico tardío de infección por VIH entre migrantes internacionales y compararla con la de los argentinos.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional, de personas mayores de 16 años asistidas en el Hospital General de Agudos Donación Francisco Santojanni que hubieran recibido diagnóstico de infección por VIH entre 01/1/2018 y el 31/12/2021. Se determinó la mediana de recuento de CD4 basal y la prevalencia de diagnóstico tardío. Aplicamos la prueba de la suma de rangos de Wilcoxon para la variable continua y la prueba de Fisher para comparar proporciones.

**Resultados:** Incluimos 199 personas (52 migrantes, 147 argentinos). Los migrantes presentaron un nivel basal de linfocitos CD4 significativamente menor [Mediana (RIC 25-75) 248 (79-466) vs. 331 (166-532);  $p=0,044$ ], mayor tasa de presentación tardía [69,2% vs. 54,4%; RR 1,27 (IC95 1,01-1,61);  $p=0,072$ ] y con sida [44,2% vs. 30,6%; RR 1,44 (IC95 0,98-2,13);  $p=0,089$ ] y una menor proporción de diagnósticos en etapa temprana [13,5% vs. 29,3%; RR 0,46 (IC95 0,22-0,96);  $p=0,026$ ].

**Conclusiones:** Los migrantes internacionales accedieron al diagnóstico en peor estado clínico que los argentinos. Conocer este dato es imprescindible para elaborar políticas tendientes a mejorar el acceso al diagnóstico de esta población vulnerable.

<sup>1</sup> Unidad Infectología, Hospital General de Agudos Donación Francisco Santojanni, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

<sup>2</sup> División Laboratorio Central, Hospital General de Agudos Donación Francisco Santojanni, CABA, Argentina.

**Autor para correspondencia:** Edgardo Bottaro, Gualeguaychú 1451, CABA. [egbottaro@gmail.com](mailto:egbottaro@gmail.com)

**Recibido:** 19/4/23 **Aceptado:** 23/6/23

Conflicto de intereses: ninguno de los autores declara presentar conflicto de intereses en relación a esta publicación

**Palabras clave:** VIH, diagnóstico tardío, migrantes, población vulnerable.

## Introducción

El diagnóstico tardío de la infección por VIH y el acceso de los pacientes a los sistemas de salud en etapas avanzadas de la enfermedad afectan negativamente los efectos benéficos individuales y colectivos del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) (1-3). Por ello resulta imprescindible identificar las barreras que impiden que la población acceda al diagnóstico oportunamente.

La Organización Panamericana de la Salud estima que en Latinoamérica aproximadamente un tercio de las personas que viven con VIH acceden al diagnóstico de manera tardía, con un recuento de linfocitos CD4 <200 células/mm<sup>3</sup> (4).

En Argentina, alrededor del 30% de los nuevos diagnósticos de VIH se hacen en etapas tardías de la enfermedad (5). Esta problemática no sólo afecta a los países con bajos ingresos, sino también a aquellos de altos recursos económicos (6), impactando especialmente en las poblaciones más vulnerables (7).

Entre los grupos vulnerables se hallan los migrantes, especialmente afectados por dificultades con el idioma, una menor educación formal, el bajo ingreso económico, el temor al estigma, el racismo, la xenofobia y los aspectos vinculados con la irregularidad así como la desconfianza, situaciones que se convierten en barreras que interfieren en su oportuno acceso a la primera prueba de VIH (8). Varios países informan que el diagnóstico de VIH es más tardío en este grupo que en la población general (9-11).

En Argentina carecemos de datos sobre la oportunidad del diagnóstico de VIH en la población migrante internacional.

Nuestro hospital asiste a una importante población migrante procedente de países limítrofes y de Perú que habitan los barrios del sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y los partidos limítrofes de la provincia de Buenos Aires.

Enmarcados en la recomendación de OPS de “establecer y/o fortalecer alertas y respuestas tempranas para apoyar la identificación de los riesgos de salud y guiar intervenciones de prevención y control” (12), decidimos llevar a cabo el presente estudio con el objetivo de eva-

luar la prevalencia de diagnóstico tardío de infección por VIH entre migrantes internacionales y compararla con la de los nativos.

## Material y métodos

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo y observacional. Identificamos a las personas mayores de 16 años de edad asistidas en el Hospital General de Agudos Donación Francisco Santojanni entre el 01/01/2018 y el 31/12/2021 que hubiesen recibido diagnóstico de infección por VIH entre 01/01/2018 y 31/12/2021 y de quienes pudimos conocer el recuento basal de linfocitos CD4 (al momento del diagnóstico de la infección por VIH). Para ello revisamos los registros de laboratorio del hospital y las historias clínicas. Excluimos a aquellas personas con diagnóstico de infección por VIH de quienes no pudimos conocer el recuento basal de linfocitos CD4 y a quienes hubieran ingresado al país con diagnóstico de infección por VIH realizado en su país de origen.

Se registraron las variables nacionalidad, edad, género autopercebido, recuento basal de linfocitos CD4 y estado clínico (según la clasificación del CDC) al momento del diagnóstico de cada paciente, datos que fueron volcados a una planilla Excel®. Para la definición de migrante seguimos la propuesta por la Agencia de las Naciones Unidas para la Migración: cualquier persona que se desplace o se ha desplazado a través de una frontera internacional o dentro de un Estado fuera de su lugar habitual de residencia, independientemente de su estatus legal, si el movimiento es voluntario o involuntario, cuáles son las causas del movimiento y cuál es la duración de la estadía (13). En nuestro estudio nos referimos a los migrantes procedentes de otros países.

Para definir presentación tardía seguimos la propuesta por ONUSIDA (14) y analizamos los dos puntos de corte propuestos: pacientes con recuento de linfocitos CD4 <350 células CD4/mm<sup>3</sup> y <200 células CD4/mm<sup>3</sup> al momento de diagnóstico de infección por VIH. Denominamos “presentación tardía” a los primeros, y “presentación con sida” a los últimos. Dentro de este último grupo incluimos a quienes se presentaron cursando una patología marcadora de sida, independientemente del nivel de linfocitos CD4.

Se calcularon las medianas del recuento basal de linfocitos CD4 con sus respectivos rangos intercuartílicos. Cal-

culamos las proporciones de pacientes con presentación tardía y con presentación con sida. También medimos la proporción de pacientes con presentación temprana en estadio A1 de la clasificación del CDC (asintomáticos con CD4 basal >499/mm<sup>3</sup>).

Se aplicó la prueba de la suma de rangos de Wilcoxon para la variable continua (con el programa estadístico Statistix ®) y la prueba de Fisher para comparar las proporciones (con el programa estadístico EpiInfo 7.2.2.6 ®). Se asumió que había diferencias estadísticamente significativas cuando el valor de p fuera <0,05.

### Consideraciones éticas

El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CEI) del Hospital General de Agudos Donación Francisco Santojanni.

Dado el carácter retrospectivo del estudio y el tratamiento anonimizado de los datos, el CEI no requirió la firma de consentimiento informado.

### Resultados

En el periodo referido, 230 personas reunieron los criterios de inclusión. Pudimos conocer el recuento de CD4 basal de 199 de ellos, lo que constituyó nuestra población de estudio. En 31 casos no pudimos acceder al recuento de CD4 basal debido a que no constaba en los registros consultados. En algunos casos pudimos constatar que si bien había registro de la carga viral basal, no se halló el del recuento de CD4. Eso se debió a problemas en la toma de la muestra (ausencia del paciente a la requisitoria de nueva muestra) o en la logística de la derivación de la muestra hasta el centro en que se procesaba (nuestro laboratorio no procesa esas muestras, sino que las deriva). En la Tabla 1 se muestran las características de la población estudiada.

Al momento del diagnóstico de infección por VIH, la población migrante presentó un nivel de linfocitos CD4 significativamente menor ( $p=0,044$ ), una mayor tasa de presentación tardía ( $p=0,072$ ) y con criterios de sida ( $p=0,089$ ) y una menor proporción de diagnósticos en estadio A1 ( $p=0,026$ ) que la población originaria de Argentina. Los resultados se muestran en la Tabla 2.

Otros análisis por diferencias por género, edad y nacionalidad del migrante no mostraron diferencias.

**Tabla 1. Características de la población estudiada**

Variable	Migrantes n=52	Argentinos n=147
Género masculino/ femenino/trans	30/22/0	94/51/2
Edad; mediana (RIC 25-75)	31,9 (27,3-42)	38,3 (28,4-51,3)
País de procedencia; n (%)		
Bolivia	26 (50)	NC
Paraguay	13 (25)	NC
Perú	4 (7,7)	NC
Venezuela	3 (5,8)	NC
Uruguay	2 (3,8)	NC
Desconocido	4 (7,7)	NC

**Tabla 2. Características inmunológicas y clínicas de los pacientes al momento del diagnóstico de la infección por VIH**

Variable	Migrantes n=52	Argentinos n=147	RR (IC 95)	P
Recuento de CD4; mediana (RIC 25-75)	248 (79-466)	331 (166-532)	NC	0,044
Presentación con sida; n (%)*	23 (44,2)	45 (30,6)	1,44 (0,98-2,13)	0,089
Presentación tardía; n (%)	36 (69,2)	80 (54,4)	1,27 (1,01-1,61)	0,072
CDC A1; n (%)	7 (13,5)	43 (29,3)	0,46 (0,22-0,96)	0,026

\*definido por patología marcadora o por recuento de CD4 <200/mm<sup>3</sup>.

### Discusión

En nuestro estudio observamos que los migrantes internacionales asistidos en nuestro hospital presentaron una mayor tasa de presentación tardía y con sida que los argentinos y un mayor inmunocompromiso (medido por el recuento basal de linfocitos CD4) al momento del diagnóstico de infección por VIH.

El diagnóstico temprano de la infección por VIH se traduce en beneficios clínicos para los pacientes, en térmi-

nos de disminución de la morbilidad y la mortalidad por la infección. Asimismo, acceder al diagnóstico permite que los pacientes inicien el TARGA, disminuyendo la magnitud de la viremia, con impacto en la reducción de la transmisibilidad (15), al tiempo que también permite a los pacientes adoptar medidas para limitar su transmisión (16). Por lo tanto, un diagnóstico temprano de la infección se traduce en un beneficioso e importante logro epidemiológico y en su consecuente beneficio social.

Del mismo modo, hay evidencias que permiten sostener que el diagnóstico temprano reduciría los costos derivados de la asistencia a personas más gravemente enfermas (17).

Los determinantes epidemiológicos vinculados con el diagnóstico tardío de VIH son muy variados. Mientras que algunas publicaciones lo relacionan al género masculino (18), otras lo vinculan al género femenino (6). El diagnóstico tardío también se ha asociado a la mayor edad, la condición heterosexual (6) y proceder de África (19), etc. Si bien la asociación entre las migraciones y el diagnóstico tardío de VIH se ha estudiado en muchos países, las características de los fenómenos migratorios locales son diferentes, lo cual impide hallar determinantes universalmente asociadas al diagnóstico tardío de VIH.

Mientras que en Australia la tasa de diagnóstico tardío de infección por VIH es similar en migrantes y nativos (20), en algunos países de Europa se observa una mayor prevalencia de diagnóstico tardío entre migrantes provenientes de África subsahariana (21).

Demeke HB y colaboradores describen, en Estados Unidos, que el diagnóstico de infección por VIH fue más tardío entre migrantes afroamericanos provenientes del Caribe y África (22). En una revisión sistemática, Chen NE y col. describen, en ese mismo país, que la población hispana recibía el diagnóstico de VIH más tardíamente que los blancos no hispánicos, siendo más tardío aun el observado entre los varones hispánicos migrantes (23).

Los datos procedentes de Latinoamérica son escasos y se extraen de publicaciones involucrando a un número pequeño de personas.

En Chile se observó un aumento en la incidencia de infección por VIH en personas de 15 a 44 años de edad, entre 2010 y 2018, con un descenso en 2019. Sin embargo, entre migrantes, a diferencia de lo observado entre los

nativos, los casos aumentaron en 2019, especialmente en personas procedentes de Venezuela y Haití (24).

Un estudio cualitativo efectuado por Floersheim C. y col. entre personas viviendo con VIH en una zona de emprendimientos mineros ilegales en la frontera brasilera con la Guyana Francesa permitió identificar a la condición de ilegalidad de la actividad desarrollada, a la no percepción del riesgo de contraer VIH y a la priorización de atención de otras emergencias sanitarias como los factores condicionantes del diagnóstico tardío (25).

Un estudio llevado a cabo en un hospital de Lima sobre la situación de los migrantes venezolanos con VIH mostró un aumento del número de diagnósticos de infección por VIH hasta 2018, momento en que las restricciones al ingreso al país se hicieron más estrictas y el número de migrantes se redujo. Sin embargo, entre 2017 y 2019 los migrantes venezolanos arribaron en peores condiciones clínicas, con un aumento de los diagnósticos concretados en Perú y mostrando bajas tasas de supresión virológica (26).

Un estudio sobre la migración indígena de Chamula, México, hacia Estados Unidos refleja la profunda desigualdad y vulnerabilidad de la población inmigrante no sólo por un mayor riesgo de adquisición de enfermedades de transmisión sexual sino también por un menor acceso a pruebas diagnósticas, tanto por la menor oferta como por la falta de conciencia de la posibilidad de adquirir el VIH (27).

Estos datos avalan el concepto de vulnerabilidad de la población migrante internacional.

Si bien en varias partes del mundo la población migrante representa un alto porcentaje de los nuevos diagnósticos de infección por VIH año tras año (28), ignoramos el impacto que los diagnósticos de VIH de población migrante pueda tener en Argentina, así como las características de los migrantes que reciben el diagnóstico de infección por VIH y que se presentan al sistema de salud requiriendo atención médica.

Nuestro estudio presenta limitaciones por ser retrospectivo, con datos limitados a un solo hospital que asiste a personas que habitan en el Área Metropolitana de Buenos Aires y por incluir un pequeño número de pacientes. Por eso es que no fue posible obtener conclusiones sobre la influencia de variables como el nivel de instrucción formal, el tiempo de residencia en el país y la presencia o

ausencia de redes de contención locales, la etnia, (datos que no siempre se registran en el contexto de la atención diaria de los pacientes y cuya valoración surge al momento de desarrollar revisiones retrospectivas como la nuestra), el género, la edad y la nacionalidad de los migrantes.

Con los datos aquí presentados, y reconociendo las limitaciones, proponemos que la condición de migrante podría ser una desventaja para el acceso temprano al diagnóstico de VIH. El derecho a migrar, reconocido en el artículo 4 de la Ley 25.871 de 2003 (“el derecho a la migración es esencial e inalienable de la persona y la República Argentina lo garantiza sobre la base de los principios de igualdad y universalidad”), implica otros derechos en igualdad de condiciones que para los nacionales. Sin embargo, en la práctica, ese paradigma sigue siendo distante, ya que los requisitos, procedimientos y prácticas diseñadas por los Estados así como pueden facilitar la igualdad y la no discriminación, también pueden construir barreras jurídicas y administrativas que obstaculizan el acceso a la residencia y a los derechos (29).

Por otra parte, no descartamos que algunos factores propios de alguno de los colectivos migrantes prevalentes en Argentina (barreras culturales, idiomáticas, etc.) tengan un impacto negativo en el acceso a los servicios de salud y al diagnóstico temprano de VIH (30).

Entendemos que nuestro estudio es el primero que explora esta problemática en nuestro país y podría servir como punto de partida para otras investigaciones.

La elaboración de cualquier estrategia destinada a resolver un determinado problema de salud de la población requiere conocer dicho problema y las particularidades clínicas, epidemiológicas y sociales de la población destinataria de la misma.

Si bien en nuestro estudio no hallamos diferencias estadísticamente significativas en todas las comparaciones llevadas a cabo, creemos que la tendencia observada es motivo suficiente para generar estudios de mayor magnitud a fin de explorar de modo más amplio la forma en que los migrantes internacionales acceden al diagnóstico de infección por VIH en Argentina. Esto permitirá hacer un diagnóstico de la situación para identificar barreras y contribuir a elaborar políticas dirigidas a reducirlas y derribarlas.

## Agradecimiento

A Daniela Scapellato por revisar el resumen en inglés.

## Referencias

1. May M, Gompels M, Delpech V, Porter K, Post F, Johnson M, et al. Impact of late diagnosis and treatment on life expectancy in people with HIV-1: UK Collaborative HIV Cohort (UK CHIC) Study. *BMJ*. 2011 Oct 11; 343: d6016. <https://www.bmj.com/content/343/bmj.d6016>
2. Marks G, Crepaz N, Janssen RS. Estimating sexual transmission of HIV from persons aware and unaware that they are infected with the virus in the USA. *AIDS*. 2006 Jun 26; 20 (10):1447-50. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16791020/>
3. Girardi E, Sabin CA, d'Arminio Monforte A. Late Diagnosis of HIV Infection: Epidemiological Features, Consequences and Strategies to Encourage Earlier Testing. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2007 Sep; 46 Suppl 1:S3-8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17713423/>
4. <https://www.paho.org/en/topics/hivaids> (acceso 8 de enero de 2023).
5. Dirección de Respuesta al VIH, ITS, Hepatitis Virales y Tuberculosis, Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2022. Boletín N° 39 Respuesta al VIH y las ITS en la Argentina. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/boletin-ndeg-39-respuesta-al-vih-y-las-its-en-la-argentina>
6. Collins S, Namiba A, Sparrowhawk A, Strachan S, Thompson M, Nakamura H. Late diagnosis of HIV in 2022: Why so little change? *HIV Med*. 2022 Dec; 23 (11): 1118-1126. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36397250/>
7. Centers for Disease Control and Prevention. Monitoring selected national HIV prevention and care objectives by using HIV surveillance data—United States and 6 dependent areas, 2019. *HIV Surveillance Supplemental Report 2021;26 (No. 2)*. <http://www.cdc.gov/hiv/library/reports/hiv-surveillance.html>. Published May 2021. Acceso 09-01-2023.
8. Arora AK, Ortiz-Paredes D, Engler K, Lessard D, Mate KKV, Rodriguez-Cruz A, et al. Barriers and Facilitators Affecting the HIV Care Cascade for Migrant People Living with HIV in Organization for Economic Co-Operation and Development Countries: A Systematic Mixed Studies Review. *AIDS Patient Care STDS*. 2021 Aug; 35 (8): 288-307. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34375137/>
9. Borchmann O, Haukali Omland L, Gerstoft J, Schade Larsen C, Somuncu Johansen I, Lunding S, Jensen J, Obel N, and Eg Hansen AB. Length of stay in Denmark before HIV diagnosis and linkage to care: a population-based study of migrants living with HIV, Denmark, 1995 to 2020. *Euro Surveill*. 2022 Jul; 27 (30): 2100809. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9336168/>
10. Alvarez-del Arco D, Monge S, Azcoaga A, Rio I, Hernandez V, Gonzalez C, et al. HIV testing and counselling for migrant populations living in high-income countries: a systematic review. *Eur J Public Health*. 2013 Dec; 23 (6): 1039-45. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23002238/>
11. Ross J, Cunningham CO, Hanna DB. HIV outcomes among migrants from low-and middle-income countries living in high-income countries: a review of recent evidence. *Curr Opin Infect Dis*. 2018 Feb; 31 (1): 25-32. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29095720/>
12. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Documento de orientación sobre migración y salud. Documentos de Orientación sobre Migración y Salud. <https://www.paho.org/es/documentos/documento-orientacion-sobre-migracion-salud> (acceso 17 enero de 2023).
13. <https://www.un.org/en/fight-racism/vulnerable-groups/migrants> (acceso 22 de mayo de 2023).
14. <https://indicatorregistry.unaids.org/indicator/late-hiv-diagnosis> (acceso 22 de mayo de 2023).
15. Le Messurier J, Traversy G, Varsaneux O, Weekes M, Avey MT, Niragira O, et al. Risk of sexual transmission of human immunodeficiency virus with antiretroviral therapy, suppressed viral load and condom use: a systematic review. *CMAJ*. 2018 Nov 19; 190 (46): E1350-60. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30455270/>
16. Gorbach, PM, Drumright, LN, Daar, ES. Transmission behaviors of recently HIV-infected men who have sex with men. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2006 May; 42 (1): 80-5. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16763494/>
17. Fleishman JA, Yehia BR, Moore RD, Gebo KA, and HIV Research Network. The Economic Burden of Late Entry Into Medical Care for Patients With HIV Infection. *Med Care*. 2010 Dec; 48 (12): 1071-9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3022268/>
18. Shehan D, Trepka MJ, Fennie KP, Prado G, Madhivanan P, Dillon FR, et al. Individual and neighborhood determinants of late HIV diagnosis among Latinos, Florida, 2007-2011. *J Immigr Minor Health*. 2017 Aug; 19 (4): 825-34. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5083229/>
19. Miranda MNS, Pingarilho M, Pimentel V, Martins RO, Vandamme AM, Bobkova M, et al. Determinants of HIV-1 late presentation in patients followed in Europe.

- Pathogens. 2021 Jul 2; 10 (7): 835. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34357985/>
20. Marukutira T, Gunaratnam P, Douglass C, Jamil MS, McGregor S, Guy R, et al. Trends in late and advanced HIV diagnoses among migrants in Australia; implications for progress on Fast-Track targets: A retrospective observational study. *Medicine (Baltimore)*. 2020 Feb; 99 (8): e19289. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7034696/>
  21. Prost A, Elford J, Imrie J, Petticrew M, Hart GJ. Social, behavioural, and intervention research among people of sub-saharan African origin living with HIV in the UK and Europe: literature review and recommendations for intervention. *AIDS Behav*. 2008 Mar; 12 (2): 170-94. <https://psycnet.apa.org/record/2008-05720-002>
  22. Demeke HB, Johnson AS, Zhu H, Gant Z, Duffus WA, Dean HD. HIV Infection-Related Care Outcomes among U.S.-Born and Non-U.S.-Born Blacks with Diagnosed HIV in 40 U.S. Areas: The National HIV Surveillance System, 2016. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Oct 30; 15 (11): 2404. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30380715/>
  23. Chen NE, Gallant JE, Page KR. A systematic review of HIV/AIDS survival and delayed diagnosis among Hispanics in the United States. *J Immigr Minor Health*. 2012 Feb; 14 (1): 65-81. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21773882/>
  24. Villanueva Pabon LP, Alfaro Fierro VF, Lagunas Pizarro MA, Horna-Campos OJ. Caracterización epidemiológica de los nuevos diagnósticos de infección por virus de inmunodeficiencia humana en Chile período 2010-2019. *Rev Chilena Infectol* 2022; 39: 405-12. <https://www.revinf.cl/index.php/revinf/article/view/1295>
  25. Floersheim C, Musso S, Eubanks A, Douine M, Spire B, Sagaon-Teyssier L, et al. What can lead to late diagnosis of HIV in an illegal gold mining environment? A qualitative study at the French Guiana's border with Brazil. *BMJ Open*. 2022 Sep 5; 12 (9): e061237. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9445782/>
  26. Huerta-Vera GS, Amarista MA, Mejía FA, Graña AB, Gonzalez-Lagos EV, Gotuzzo E. Clinical situation of Venezuelan migrants living with HIV in a hospital in Lima, Perú. *Int J STD AIDS*. 2021 Oct; 32 (12): 1157-64. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34156882/>
  27. García Sosa JC, Meneses Navarro S, Palé Pérez S. Migración Internacional Indígena y vulnerabilidad ante el VIH-sida. *Los chamulas entre barras y estrellas*. *LiminaR* 2007; Junio; V (1): 119-44.
  28. World Health Organization. HIV/AIDS surveillance in Europe 2021. [https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/2022-Annual\\_HIV\\_Report\\_final.pdf](https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/2022-Annual_HIV_Report_final.pdf). (acceso 17 enero de 2023).
  29. Centro de Estudios Legales y Sociales (CELS). Comisión Argentina de para Refugiados y Migrantes (CAREF). *Laberintos de papel. Desigualdad y regularización migratoria en América del Sur*. <https://www.cels.org.ar/web/publicaciones/laberintos-de-papel-desigualdad-y-regularizacion-migratoria-en-america-del-sur/>. Octubre 2020.
  30. Cerrutti M. *Salud y migración internacional: mujeres bolivianas en Argentina*. Centro de Estudios de Población. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Primera Edición. Noviembre 2010.

## Late diagnosis of HIV-infection: differences between natives and international migrants. Observational study in a hospital of Ciudad Autónoma de Buenos Aires

**Introduction:** The late diagnosis of HIV infection and the access of patients to health system with advanced disease negatively affect the individual and collective benefits of antiretroviral treatment. There is a worldwide high prevalence of late diagnosis, specially in vulnerable populations, such as migrants.

**Objectives:** to measure the prevalence of late diagnosis of HIV infection among international migrants and compare it with the people born in Argentina.

**Material and methods:** retrospective and observational study of people over 16 years old, assisted at the Donación Francisco Santojanni General Hospital, who had received a diagnosis of HIV infection between 01-01-2018 and 12-31-2021. The median baseline CD4 cell count and the prevalence of late diagnosis were determined. We applied the Wilcoxon rank sum test for the continuous variable and the Fisher test to compare proportions.

**Results:** 199 subjects (52 migrants, 147 Argentinians) were included. Migrants presented a significantly lower baseline CD4 cell count [Median (IQR 25-75) 248 (79-466) vs 331 (166-532);  $p=0.044$ ], a higher rate of late presentation [69.2% vs 54.4%; RR 1.27 (CI95 1.01-1.61);  $p=0.072$ ], presentation with aids [44.2% vs 30.6%; RR 1.44 (CI95 0.98-2.13);  $p=0.089$ ]; and a lower proportion of early stage presentation [13.5% vs 29.3%; RR 0.46 (CI95 0.22-0.96);  $p=0.026$ ].

**Conclusions:** international migrants accessed to the diagnosis in a worse clinical condition than Argentinians. Knowing this information is essential for the development of policies aimed to improve the access to diagnosis of this vulnerable population.

**Keywords:** HIV, late diagnosis, migrants, vulnerable population.



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>