

BARRERAS PARA EL DIAGNÓSTICO OPORTUNO DE HIV EN LA ERA DEL TEST RÁPIDO

FEDERICO CARDOZO, SOFÍA FRANKEL, GUILLERMO VILORIA, ISABEL PASTOR,
MARINA ALONSO, LUCAS SAUCEDO, ÁNGEL PARLANTE, BEATRIZ ALDEA,
MARCELO LOSSO, MARIANA KUNDRO

Sección de Enfermedades Emergentes, Hospital General de Agudos
Dr. José María Ramos Mejía, Buenos Aires, Argentina

Dirección postal: Federico Cardozo, Hospital General de Agudos Dr. José María Ramos Mejía, Urquiza 609, 1221 Buenos Aires, Argentina

E-mail: fcardozo@hivramos.org.ar

Recibido: 29-XII-2025

Aceptado: 22-V-2026

Resumen

Introducción: El diagnóstico tardío (DT) de la infección por HIV, definido como recuento de linfocitos CD4+ inferior a 350 células/ μ L o enfermedad definitoria de sida, es un problema de salud pública por su asociación con mayor morbimortalidad y transmisión viral. Nuestro objetivo fue identificar factores asociados al DT en pacientes con nuevo diagnóstico de HIV.

Materiales y métodos: Estudio observacional de métodos mixtos en adultos con diagnóstico reciente de HIV incorporados en un hospital de referencia de Buenos Aires (octubre 2023 - enero 2025). El componente cuantitativo evaluó factores asociados al DT; el cualitativo, mediante entrevistas semiestructuradas, exploró barreras para el acceso al test de HIV y sistema de salud.

Resultados: Se incluyeron 102 pacientes (mediana de edad 32 años; mediana CD4+ 294 células/ μ L). El DT se observó en el 59.8% de los casos. Fallecieron siete pacientes, todos del grupo con DT, por causas vinculadas al sida. La edad avanzada y la orientación sexual exclusivamente heterosexual se asociaron de forma independiente con el DT. El 36.1% había tenido consultas médicas en el año previo sin diagnóstico. El 92.2% logró supresión virológica a los seis meses. El análisis cualitativo identificó autopercepción de buena salud, escaso conocimiento sobre el test rápido de HIV y percepción de exclusión del sistema de salud como barreras principales.

Conclusión: Más de la mitad de los pacientes fue diagnosticada tardíamente con frecuentes oportunidades perdidas. Se requieren estrategias de testeo más amplias y proactivas para reducir la morbimortalidad prevenible.

Palabras clave: HIV, diagnóstico tardío, oportunidades perdidas, test, sida

Abstract

Identifying barriers to timely HIV diagnosis in the rapid testing era

Introduction: Late diagnosis (LD) of HIV infection, defined as a CD4+ cell count below 350 cells/ μ L or the presence of an AIDS-defining illness, remains a major public health problem due to its association with increased morbidity, mortality, and ongoing transmission. We aimed to identify factors associated with LD among individuals with a new HIV diagnosis.

Materials and methods: We conducted an observational mixed-methods study including adults with a recent HIV diagnosis consecutively enrolled at a referral hospital in Buenos Aires between October 2023 and January 2025. Quantitative analyses evaluated factors associated with LD, while qualitative interviews explored barriers to HIV testing and healthcare access.

Results: A total of 102 patients were included (median age 32 years; median CD4+ count 294 cells/ μ L). Late diagnosis was observed in 59.8% of cases. Seven patients died from AIDS-related causes, all in the LD group. Older age and heterosexual orientation were independently associated with LD. Notably, 36.1% of participants had at least one healthcare visit in the year prior to diagnosis, representing missed opportunities for testing. During follow-up, 92.2% achieved viral suppression at six months, with no new AIDS-defining events. Qualitative findings identified self-perceived good health, low awareness of HIV testing, and perceived exclusion from healthcare services as barriers to timely diagnosis.

Conclusion: More than half of patients were diagnosed late, with frequent missed opportunities for earlier detection. These findings support the need for expanded and targeted HIV testing strategies to reduce preventable morbidity and mortality.

Key words: HIV, late diagnosis, missed opportunities, test, sida

PUNTOS CLAVE Conocimiento actual

- El DT de HIV continúa siendo frecuente y se asocia con mayor morbimortalidad y peor evolución clínica. Diversos factores sociodemográficos y estructurales influyen en su ocurrencia. Sin embargo, persisten brechas en la comprensión de las trayectorias de acceso al diagnóstico en contextos de atención pública.

Contribución del artículo al conocimiento actual

- Este estudio muestra una alta proporción de DT en una cohorte de un hospital público. La edad y la orientación heterosexual se asociaron de manera independiente con DT. Se identificaron oportunidades perdidas de testeo y una elevada pérdida de seguimiento, relevantes para el continuo de la atención.

El diagnóstico tardío (DT) de la infección por HIV, definido como un diagnóstico realizado cuando el paciente ya presenta un deterioro inmunológico significativo (recuento de linfocitos

CD4+ inferior a 350 células/ μ L o una enfermedad definitoria de sida¹), representa un importante problema actual de salud pública a nivel mundial. El retraso en el diagnóstico y, en consecuencia, en el inicio de la terapia antirretroviral (TARV), afecta la salud individual de los pacientes por un aumento de los reservorios virales^{2,3}, mayor deterioro inmune e incidencia de eventos de progresión, pobre recuperación posterior al inicio de la TARV^{4,5}, mayor mortalidad y menor esperanza de vida^{6,7}. Adicionalmente, se elevan las tasas de hospitalización y el costo del tratamiento de infecciones oportunistas^{8,9}.

Además de asociarse con un peor pronóstico individual, el DT tiene un impacto negativo en la prevención de la transmisión del HIV, ya que las personas que desconocen su diagnóstico y no reciben TARV pueden transmitir el virus a individuos no infectados¹⁰. Se ha documentado que la principal fuente de diseminación de la infección por HIV son los individuos que desconocen su diagnóstico¹¹. Esto dificulta el logro de los objetivos "95-95-95" propuestos por ONUSIDA para 2030, que buscan que el 95% de las personas que viven con HIV conozcan su diagnóstico, el 95% de los diagnosticados reciban TARV y el 95% de los que la reciben logren supresión virológica¹².

A pesar de los esfuerzos para aumentar la realización del test de HIV, la disponibilidad de pruebas rápidas que brindan resultados en minutos y una legislación que facilita el acceso al test sin orden médica y con protección de la confidencialidad individual, el DT sigue siendo una realidad y un desafío en nuestro país.

Según datos del último boletín epidemiológico de la respuesta al HIV y las infecciones de transmisión sexual (ITS)¹³ en nuestro país, el 45% de las personas fueron diagnosticadas con recuento de CD4+ inferior a 350 células/ μ L o enfermedad definitoria de sida en el bienio 2022-2023, sin cambios significativos respecto a años anteriores. Esto refleja que un alto porcentaje de pacientes son diagnosticados varios años después de haberse infectado y está en línea con lo que sucede en otras partes del mundo. En África, la presentación tardía varía del 40% al 90% según el país¹⁴⁻¹⁶.

En Europa, según los últimos datos publicados en el informe de vigilancia del HIV/SIDA, el 56% de los diagnosticados en 2021 presentaban CD4+ basal <350 células/ μ L, incluyendo un

36% de casos considerados como infección por HIV avanzada (CD4+ inferior a 200 células/ μ L o una enfermedad definitoria de sida). Además, la proporción de DT superó el 60% en países como Dinamarca (62%), Estonia (63%), Alemania (61%), Italia (63%), Letonia (65%), Luxemburgo (74%) y Suecia (64%)¹⁷.

En nuestra región, los datos publicados en el último boletín epidemiológico para Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) son muy concluyentes respecto a las cifras de DT: durante el período 2014-2020, el 47.8%, de los pacientes, fueron diagnosticados de forma tardía, y casi una cuarta parte (24.1%) de los diagnósticos de HIV en la Ciudad se realizaron en estadios avanzados de la infección (con recuentos de CD4+ inferiores a 200 células/ μ L o una enfermedad definitoria de sida)¹⁸.

Una de nuestras hipótesis es que las personas con infección por HIV que desconocen su diagnóstico han consultado en diferentes niveles de atención de la salud, frecuentemente por otras razones, lo que genera importantes oportunidades de diagnóstico perdidas^{19,20}.

Nuestro objetivo primario fue evaluar los factores asociados al DT en una cohorte de pacientes con nuevo diagnóstico de infección por HIV. De forma secundaria, evaluar las oportunidades perdidas y las barreras percibidas para una prueba de HIV oportuna; y la proporción de pacientes que lograron supresión virológica a los 6 meses de iniciar la TARV.

Materiales y métodos

Utilizamos un diseño de métodos mixtos secuenciales, con predominio cuantitativo. El componente principal fue un estudio de cohorte longitudinal, prospectivo, observacional y analítico, al que se incorporó posteriormente un componente cualitativo basado en entrevistas en profundidad, orientado a explorar las barreras percibidas para el diagnóstico temprano del HIV, en relación con el objetivo secundario del estudio

Entre octubre de 2023 y enero de 2025 se incluyeron de forma consecutiva todos los pacientes adultos con nuevo diagnóstico de infección por HIV en el Hospital Dr. José María Ramos Mejía, CABA, Argentina. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución (código de aprobación: 10 690), y todos los participantes otorgaron su consentimiento informado.

A cada participante se le realizó una entrevista estruc-

turada, en la que se registraron variables sociodemográficas (edad, sexo asignado al nacer, género auto percibido, orientación sexual, nacionalidad, nivel educativo, situación laboral, cobertura de salud y lugar de residencia), conductuales (uso de drogas, uso de preservativo, prácticas sexuales, número de parejas sexuales en los últimos seis meses), antecedentes clínicos (infecciones de transmisión sexual previas, coinfecciones con sífilis, hepatitis B o C y tuberculosis), variables relacionadas con el acceso a la atención de salud (número de consultas médicas por cualquier motivo en el último año, tiempo desde la última consulta, hospitalizaciones previas, solicitudes previas de test de HIV) y conocimiento sobre profilaxis pre exposición/profilaxis post exposición (PrEP/PEP).

Asimismo, se recolectaron datos clínicos al momento del diagnóstico de HIV, incluyendo el contexto de la consulta (ambulatoria u hospitalización), la presencia de eventos definitorios de sida, eventos relacionados con HIV u otras causas, el recuento de linfocitos CD4+ y la carga viral (ARN del HIV). Se registró el inicio de la TARV y el esquema utilizado.

Durante el seguimiento de la cohorte, se documentaron la carga viral entre los tres y seis meses posteriores al inicio de la TARV, la ocurrencia de nuevos eventos definitorios de sida, nuevas hospitalizaciones, la pérdida de seguimiento y la mortalidad, diferenciando entre causas asociadas y no asociadas al sida, así como el tiempo hasta la muerte.

Los datos cuantitativos fueron capturados en una base de datos diseñada específicamente para el estudio. El análisis estadístico se realizó utilizando el *software* SPSS. Se efectuó un análisis descriptivo de las características basales de la cohorte y se evaluaron los factores asociados al DT mediante estimaciones de asociación, comparando pacientes con y sin DT. Este análisis incluyó la evaluación de oportunidades diagnósticas perdidas, tales como consultas médicas previas y realización de pruebas de HIV antes del diagnóstico.

Para complementar los resultados cuantitativos, se desarrolló un componente cualitativo mediante entrevistas semiestructuradas en profundidad. El objetivo fue explorar sus experiencias, motivaciones para la realización del test y barreras percibidas para un diagnóstico oportuno. La guía de entrevistas se elaboró a partir de una revisión de la literatura y fue diseñada para captar una amplia variedad de factores individuales, sociales e institucionales asociados al DT.

La selección de la muestra cualitativa fue intencional, buscando diversidad sociodemográfica, y el tamaño final se definió por saturación teórica.

Análisis estadístico

Las variables categóricas se describieron mediante valores absolutos y frecuencias relativas, mientras que las variables cuantitativas se resumieron utilizando la media y la desviación estándar o la mediana y los percentiles 25–75, según su distribución. Para la comparación de medias entre grupos independientes se utilizó la prueba *t* de Student en el caso de variables con distribución normal, y la prueba *U* de Mann–Whitney cuando la distribución no fue normal. La comparación de proporciones entre grupos independientes se realizó mediante la prueba de chi-cuadrado o la prueba exacta de Fisher, según correspondiera.

Para evaluar los factores asociados al DT se realizó un análisis de regresión logística. Se construyó un modelo de regresión logística multivariado, incluyendo variables seleccionadas *a priori* por su relevancia clínica y epidemiológica, con el objetivo de identificar factores asociados de manera independiente al DT y reducir el efecto de posibles variables de confusión. Como análisis de sensibilidad, se evaluó un modelo multivariado parsimonioso que incluyó únicamente edad, orientación sexual y nivel educativo, con el fin de explorar la estabilidad de las asociaciones observadas.

En todos los análisis se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0.05$. El análisis estadístico se realizó utilizando el programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), IBM versión 22.

El análisis de los datos cualitativos se llevó a cabo mediante un enfoque de análisis temático. Se elaboró un manual de códigos basado tanto en las dimensiones definidas en la guía de entrevistas como en categorías emergentes identificadas durante el proceso analítico. En una primera etapa, las entrevistas fueron analizadas utilizando el *software* Atlas.ti, aplicando codificación abierta, axial y selectiva. Posteriormente, los resultados se sistematizaron en hojas de cálculo de Excel para organizar y comparar la información entre participantes y categorías analíticas.

Resultados

Análisis cuantitativo

Características basales de la cohorte

Se incluyeron un total de 102 pacientes asistidos entre octubre de 2023 y enero de 2025. Las características basales de la cohorte se resumen en la Tabla 1. El 12.7% (13/102) eran mujeres y la mediana de edad al momento del diagnóstico fue de 32 años (rango intercuartílico [RIC] 26–45). El 59.8% de los participantes cumplió criterios de

DT y el 28.4% presentó infección avanzada (recuento de CD4+ <200 células/ μ L o enfermedad defintoria de sida). La mediana del recuento de linfocitos CD4+ al momento del diagnóstico fue de 294 células/ μ L (IQR 157–441).

La mayoría de los diagnósticos se realizó en el ámbito ambulatorio (77 pacientes), mientras que 25 pacientes fueron diagnosticados durante una hospitalización. Es de destacar que el 36.1% de los participantes con DT había tenido al menos una consulta médica en el año previo al diagnóstico.

Mortalidad y seguimiento

Durante el período de estudio fallecieron siete pacientes, todos con DT y por causas relacionadas con el sida. Las causas específicas de muerte fueron linfoma ($n=3$), neumonía por *Pneumocystis jirovecii* ($n=2$), meningitis purulenta ($n=1$) y shock séptico en paciente con síndrome de desgaste ($n=1$). La mediana de tiempo desde el diagnóstico hasta el fallecimiento fue de 20 días, y tres de las muertes ocurrieron dentro de los primeros 14 días posteriores al diagnóstico.

El 26.5% de los pacientes (27/102) se perdió durante el seguimiento, lo que impidió evaluar otros desenlaces en ese subgrupo. De estos, 12 correspondieron a diagnósticos tempranos y 15 a DT.

Entre los pacientes que iniciaron tratamiento y mantuvieron seguimiento, el 92.2% (51/55) logró supresión virológica a los seis meses. Durante este período no se registraron nuevos eventos defintorios de sida.

Análisis bivariado

En el análisis bivariado, los factores asociados con el DT fueron una mayor edad [OR 1.07; IC 95% 1.02–1.10; $p=0.002$] y referir relaciones sexuales exclusivamente heterosexuales [OR 2.61; IC 95% 1.07–6.33; $p=0.03$].

No se observó asociación significativa entre el DT y el sexo al nacer, el nivel educativo (≥ 12 vs. <12 años), la situación laboral formal, la presencia de pareja estable, el uso de drogas ni el antecedente de ITS ($p>0.05$) (Tabla 2).

Análisis multivariado y análisis de sensibilidad

En el análisis de regresión logística multivariado, la edad se mantuvo como factor independientemente asociado al DT (OR ajustado [ORa]

Tabla 1 | Características clínicas y demográficas de la cohorte según el momento del diagnóstico de HIV: Total, diagnóstico temprano de HIV y diagnóstico tardío de HIV

	Total N:102	Diagnóstico temprano HIV n: 41 (40.2%)	Diagnóstico tardío HIV n: 61 (59.8%)
Edad (años); mediana (RIC)	32.5 (26-45)	30 (24-37)	33 (26- 45)
Sexo al nacer	Masculino; n (%)	89 (87.3)	52 (85.2)
	Femenino; n (%)	13 (12.7)	9 (14.8)
Orientación sexual (según lo referido por el paciente)	Exclusivamente heterosexual; % (n/n)	35.4 (34/96)	45.6 (26/57)
	Homosexual/bisexual; % (n/n)	64.6 (62/96)	54.4 (31/57)
Tiene pareja estable; % (n)	39.7(27/68)	37 (10/27)	41.5 (17/41)
Más de 12 años de educación; % (n)	63.4 (52/82)	91.4 (25/35)	65.85 (27/47)
Tiene empleo formal; % (n)	44.9 (31/69)	42.8 (12/28)	46.3 (19/41)
Utiliza el sistema de salud público exclusivamente; % (n)	83 (85)	75.6 (31)	88.5 (54)
Refiere consumo/abuso de drogas; % (n)	32.4 (24/74)	20.7 (6/29)	40 (18/45)
Refiere una ITS previa; % (n)	53.4(39/73)	64.5 (20/31)	45.2 (19/42)
Refiere una prueba de HIV previa; % (n)	44.6 (25/56)	66.7 (14/21)	31.4 (11/35)
Situación clínica al diagnóstico de HIV	Asintomático	61.8 (60/97)	87.1 (34/39)
	Enfermedad Relacionada con HIV/sida	24.8 (24/97)	N/A
	Otra enfermedad no Relacionada con HIV	13.4 (13/97)	12.9 (5/39)
Diagnóstico de HIV durante la hospitalización; n (%)	25 (24.5)	1 (0.9)	24 (39.3)
Sífilis al diagnóstico; % (n)	27.8 (27/97)	27.5 (11/40)	28 (16/57)
Recuento de células CD4+ al diagnóstico (Células/ μ L); mediana (RIC)	294 (157-441)	480 (402 - 571)	204 (87-271)

ITS: infección de transmisión sexual; RIC: rango intercuartílico

1.06; IC 95% 1.02–1.10; $p < 0.01$). Asimismo, las relaciones sexuales exclusivamente heterosexuales continuaron asociándose de manera independiente con un mayor riesgo de DT (ORa 2.5; IC 95% 1.1–6.0; $p = 0.03$).

Otras variables incluidas en el modelo, como el sexo al nacer, el nivel educativo, el antecedente de ITS, el conocimiento sobre PrEP/PEP y la realización previa de una prueba de HIV, no mantuvieron una asociación significativa tras el ajuste (Tabla 3).

En el análisis de sensibilidad, se evaluó un modelo multivariado parsimonioso que incluyó edad, orientación sexual y nivel educativo. En este modelo, las asociaciones observadas man-

tuvieron la misma dirección que en el modelo principal, aunque con intervalos de confianza más amplios, lo que sugiere estabilidad de los hallazgos.

Análisis cualitativo

El análisis cualitativo incluyó a un total de 10 participantes. La muestra se definió por saturación teórica y por cuotas según sexo, edad, tipo de acceso al sistema de salud, esquemas familiares y vida sexual. Participaron 4 mujeres cisgénero heterosexuales (45–69 años), todas con DT, y 6 hombres cisgénero (22–59 años), de los cuales 2 eran hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y 4 se identificaron como hete-

Tabla 2 | Factores asociados al diagnóstico tardío de HIV. Análisis bivariado

Variable	OR	IC (95%)	p
Edad (por año)	1.07	1.02 - 1.10	0.002
Sexo al nacer masculino (vs. femenino)	0.64	0.18 - 1.10	0.497
Orientación sexual heterosexual (vs. HSH)	2.61	1.07 - 6.33	0.030
Tiene pareja estable (sí vs. no)	1.20	0.44 - 3.26	0.700
Tiene trabajo formal (vs. informal y desempleo)	0.86	0.33 - 2.28	0.770
Más de 12 años de educación (vs. menos de 12 años)	0.48	0.18 - 1.26	0.139
Utiliza sistema de salud público exclusivamente	2.47	0.85 - 7.18	0.950
Refiere consumo/abuso de drogas (sí vs. no)	2.55	0.86 - 7.51	0.980
ITS previa (sí vs. no)	0.45	0.17 - 1.18	0.100
Refiere prueba de HIV previa (sí vs. no)	0.22	0.07 - 0.72	0.012
Tiene conocimiento de PrEP/PEP (sí vs. no)	0.33	0.10 - 1.009	0.052
Sífilis al diagnóstico (sí vs. no)	0.99	0.40 - 2.45	0.980

HSH: hombres que tienen sexo con hombres. IC: intervalo de confianza del 95%. ITS: infección de transmisión sexual. OR: odds ratio crudo. PrEP/PEP: profilaxis pre exposición/profilaxis post exposición

Tabla 3 | Factores asociados al diagnóstico tardío de HIV (CD4 \leq 350 células/ μ L). Análisis multivariado

Variable	OR ajustado (ORa)	IC (95%)	p
Edad (por año)	1.06	1.02 - 1.10	<0.01
Orientación sexual heterosexual	2.50	1.10 - 6.00	0.03
Sexo al nacer masculino	1.05	0.27 - 4.12	0.94
Más de 12 años de educación	0.48	0.18 - 1.29	0.14
ITS previa	0.22	0.17 - 1.20	0.10
Refiere prueba de HIV previa	0.22	0.07 - 0.72	0.06
Tiene conocimiento de PrEP/PEP	0.33	0.11 - 1.01	0.05

IC: intervalo de confianza. ITS: infección de transmisión sexual. ORa: odds ratio ajustado. PrEP/PEP: profilaxis pre exposición/profilaxis post exposición

El diagnóstico tardío se definió como recuento de linfocitos CD4+ \leq 350 células/ μ L al momento del diagnóstico. Se utilizó un modelo de regresión logística multivariado parsimonioso. Las variables fueron seleccionadas a priori por su relevancia clínica y epidemiológica

rosesuales; 4 presentaron DT y 2 diagnósticos oportunos.

Los resultados destacan varios temas relacionados con el retraso en el diagnóstico. La mayoría de los participantes informaron no tener acceso a chequeos de salud rutinarios, a pesar de tener centros de salud cercanos, citando una autopercepción de buena salud, automedicación o por no percibir al cuidado de la salud como prioridad. La mayoría describió interacciones negativas con el sistema de atención médica, sintiéndose desestimados debido a obstáculos burocráticos o consultas apresuradas que no abordaron sus preocupaciones ni ordenaron las

pruebas necesarias. Casi todos los participantes reconocieron oportunidades perdidas para un diagnóstico temprano debido a la falta de una oferta proactiva de una prueba de HIV durante consultas médicas previas. Además, si bien la mayoría era generalmente consciente del HIV, carecían de conocimientos específicos sobre las pruebas rápidas como una herramienta de diagnóstico accesible o sobre dónde hacerse la prueba. Los participantes también expresaron una preferencia por la difusión de información en persona sobre los canales en línea. También identificamos diferencias en el acceso a la información relacionada con el HIV basadas en la

nudo vinculadas a poblaciones clave específicas, lo que puede llevar a una falsa sensación de seguridad en otros grupos y a una menor oferta o búsqueda de pruebas. En un estudio realizado en Chile, los hombres heterosexuales no se percibían en riesgo, asociando la infección por HIV con el sexo entre varones²³. El hecho de que la edad avanzada sea un predictor de DT ha sido comunicado previamente. En un estudio realizado en los EE. UU. los pacientes mayores eran más propensos a ser diagnosticados con recuentos de linfocitos CD4+ más bajos²⁴.

Variables como el sexo al nacer, el nivel educativo, el empleo formal, el estado civil, el uso de drogas o un historial de ITS no se asociaron significativamente con un mayor riesgo de DT en esta cohorte. Esto sugiere que las barreras para las pruebas son multifactoriales y pueden ir más allá de los clásicos determinantes socioeconómicos, abarcando aspectos de la práctica clínica y las percepciones individuales.

Cuando indagamos oportunidades perdidas en el sistema de salud, observamos que más de un tercio de los participantes (36.1%) tuvo una o más consultas médicas en el año anterior al diagnóstico, como ha sido oportunamente documentado por otros autores. Por ejemplo, un metaanálisis sobre oportunidades perdidas encontró una baja tasa de pruebas concurrentes de HIV entre personas que ya tenían diagnóstico de ITS (35.3%) o que tenían síntomas de ITS (27.1%)²⁵. El análisis cualitativo profundiza en esta problemática, revelando que la mayoría de los participantes no accedían a chequeos de salud rutinarios debido a una autopercepción de buena salud o a no priorizar la atención médica. Cuando sí consultaban, las experiencias de "mala atención", ya sea por problemas burocráticos o citas apresuradas sin una exploración profunda del motivo de la visita, fueron barreras significativas. De manera crucial, casi todos los entrevistados reconocieron oportunidades perdidas debido a la falta de oferta de una prueba de HIV en consultas previas, como lo demuestra un estudio sobre la perspectiva del médico sobre la oferta de pruebas de HIV, donde se refieren a centrarse en el problema principal de la consulta en la sala de emergencias o en el consultorio sin considerar la posibilidad de ofrecer una prueba de HIV²⁶. Este punto subraya la necesidad crítica

de implementar protocolos de prueba de HIV de rutina, particularmente en entornos de atención primaria, para llegar a las personas que no se perciben a sí mismas en riesgo. La falta de conocimiento sobre la prueba rápida de HIV y la incertidumbre sobre dónde hacerse la prueba también surgieron como barreras significativas en el análisis cualitativo. A pesar de los esfuerzos para difundir información, la percepción general fue que no era suficiente o de fácil acceso, y se destacó la importancia de la difusión en persona o territorial sobre la digital. Esto sugiere que, si bien existen leyes que facilitan el acceso a las pruebas, la implementación efectiva y la información clara sobre cómo y dónde acceder a las pruebas todavía presentan desafíos.

El miedo a la discriminación y al rechazo social sigue siendo una poderosa barrera, incluso con los avances en el tratamiento²⁷. Este miedo subraya la necesidad de campañas de concientización pública que no solo informen sobre el HIV, sino que también combatan el estigma asociado. Curiosamente, en algunos casos de mayor vulnerabilidad socioeconómica, el diagnóstico de HIV actuó como un punto de inflexión positivo, impulsando mejoras en el autocuidado y el acceso a los servicios de salud. Este hallazgo, aunque anecdótico en el análisis cualitativo, sugiere una resiliencia inesperada y la capacidad del sistema de salud para catalizar cambios positivos, incluso en circunstancias adversas.

En cuanto a los resultados del seguimiento, la alta tasa de supresión viral (92.15%) a los 6 meses en los pacientes que continuaron el seguimiento es un indicador positivo de la efectividad del tratamiento antirretroviral una vez iniciado. Sin embargo, este éxito se ve empañado por una preocupante tasa de pérdida de seguimiento (26.5%). Si bien este fenómeno constituye una limitación para la evaluación de desenlaces clínicos a largo plazo, resulta en sí mismo un indicador crítico de vulnerabilidad dentro del continuo de atención del HIV. Es particularmente significativo que la pérdida de seguimiento haya afectado tanto a pacientes con diagnóstico temprano (12/41) como tardío (15/61), lo que sugiere la presencia de barreras estructurales y personales persistentes que trascienden el momento del diagnóstico. Diversos estudios han señalado que la desvinculación temprana del sistema de

salud se asocia con peores resultados clínicos, mayor riesgo de progresión de la enfermedad y aumento de la mortalidad, incluso en la era de la terapia antirretroviral universal^{28,29}. En este sentido, nuestros hallazgos refuerzan la necesidad de estrategias integrales que no solo promuevan el diagnóstico oportuno, sino que también fortalezcan la retención en el cuidado desde las etapas iniciales de la atención, especialmente en contextos de atención pública.

Es relevante señalar que las siete muertes registradas durante el seguimiento ocurrieron únicamente entre los pacientes con DT, lo que representa el 12.5% de este grupo. Esta elevada mortalidad evidencia el impacto inmediato del DT en la supervivencia y resalta la necesidad de estrategias que promuevan una detección oportuna del HIV.

Este porcentaje de mortalidad en pacientes con DT es consistente con los hallazgos de otros estudios internacionales y locales. Por ejemplo, una reciente revisión sistemática y metaanálisis que evaluó la prevalencia y el impacto del DT de HIV en la mortalidad global encontró que la tasa de mortalidad debido al DT era del 13.0%³⁰, una cifra muy cercana a la observada en nuestro estudio. A nivel local, un estudio realizado en un hospital público de CABA (2016-2022) reportó una mortalidad del 9.5% en personas con DT³¹, lo que refuerza la consistencia de nuestros hallazgos con la realidad sanitaria de la región.

Entre las principales fortalezas de este estudio se destacan su diseño de métodos mixtos, que permitió integrar de manera sistemática el análisis cuantitativo y cualitativo; la inclusión consecutiva de pacientes con diagnóstico reciente de HIV en un hospital público de referencia; la utilización de definiciones consensuadas y actualizadas de DT; y la aplicación de un análisis multivariado ajustado, que permitió identificar factores asociados de manera independiente, fortaleciendo la validez interna y la relevancia clínica de los hallazgos.

No obstante, es importante considerar algunas limitaciones. Al tratarse de un estudio realizado en un único centro hospitalario, los

resultados pueden no ser completamente generalizables a otras poblaciones o regiones. El tamaño de la muestra cualitativa, aunque adecuado para alcanzar la saturación temática, es reducido, por lo que las experiencias recogidas pueden no representar la totalidad de las personas con DT. Asimismo, la identificación de “oportunidades diagnósticas perdidas” se basó en el autorreporte de los participantes, lo que podría introducir sesgo de recuerdo. Finalmente, la pérdida de seguimiento observada restringió la evaluación de desenlaces posteriores.

En conclusión, los hallazgos de nuestro estudio ponen de manifiesto desafíos persistentes en la respuesta al HIV, que requieren acciones multifacéticas. En primer lugar, más de la mitad de los participantes (59.8%) fue DT, y casi un tercio presentó enfermedad avanzada, lo que evidencia un deterioro inmunológico significativo al momento de la detección. En segundo lugar, se identificaron oportunidades de testeo perdidas, dado que más de un tercio de los participantes (36.1%) había tenido consultas médicas previas sin que se ofreciera la prueba de HIV. La autopercepción de buena salud y las experiencias negativas con el sistema de salud emergieron como barreras relevantes, lo que refuerza la necesidad de implementar protocolos de oferta sistemática y proactiva del test de HIV. Finalmente, la mortalidad observada fue elevada y se concentró exclusivamente en el grupo con DT: los siete pacientes fallecidos pertenecían a este grupo, representando el 12.5% del mismo. Esta alta mortalidad temprana subraya las graves consecuencias clínicas de una detección tardía.

En conjunto, nuestro estudio enfatiza la urgencia de estrategias de testeo más amplias, accesibles y proactivas, orientadas a garantizar un diagnóstico oportuno, mejorar los resultados clínicos y reducir la mortalidad asociada al HIV.

Agradecimientos: Esta investigación recibió apoyo parcial de una subvención de la Fundación Fiorini.

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar.

Bibliografía

1. Croxford S, Stengaard AR, Brännström J, et al. Late diagnosis of HIV: An updated consensus definition. *HIV Med* 2022; 23: 1202-8.
2. Jain V, Hartogensis W, Bacchetti P, et al. Antiretroviral therapy initiated within 6 months of HIV infection is associated with lower T-cell activation and smaller HIV reservoir size. *J Infect Dis* 2013; 208: 1202-11.
3. Chéret A, Bacchus-Souffan C, Avettand-Fenoël V, et al. Combined ART started during acute HIV infection protects central memory CD4+ T cells and can induce remission. *J Antimicrob Chemother* 2015; 70: 2108-20.
4. Rasmussen TA, Ahuja SK, Kuwanda L, et al. Antiretroviral initiation at ≥ 800 CD4+ cells/mm³ associated with lower HIV reservoir size. *Clin Infect Dis* 2022; 75: 1781-91.
5. Okulicz JF, Le TD, Agan BK, et al. Influence of the timing of antiretroviral therapy on the potential for normalization of immune status in HIV-1-infected individuals. *JAMA Intern Med* 2015; 175: 88-99.
6. Chadwick DR, Freedman A. Treating late HIV diagnosis as a patient safety issue in the UK. *Lancet HIV* 2019; 6: e346-8.
7. Martin-Iguacel R, Reyes-Urueña J, Bruguera A; PISCIS study group. Determinants of long-term survival in late HIV presenters: The prospective PISCIS cohort study. *EClinicalMedicine* 2022; 52: 101600.
8. Popping S, Versteegh L, Nichols BE; ATHENA observational cohort. Characteristics and short- and long-term direct medical costs among adults with timely and delayed presentation for HIV care in the Netherlands. *PLoS One* 2023; 18: e0280877.
9. Fleishman JA, Yehia BR, Moore RD, Gebo KA; HIV Research Network. The economic burden of late entry into medical care for patients with HIV infection. *Med Care* 2010; 48: 1071-9.
10. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al. Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy. *N Engl J Med* 2011; 365: 493-505.
11. Fauci AS, Folkers GK. HIV/AIDS and COVID-19: Shared lessons from 2 pandemics. *Clin Infect Dis* 2025; 80: 1074-9.
12. ONUSIDA. Claves para entender el enfoque de acción acelerada. Poner fin a la epidemia de sida en 2030. Ginebra: ONUSIDA; 2014. En: <https://www.unaids.org/sites/default/files/media>; consultado junio 2025.
13. Boletín N° 41 Respuesta al HIV y las ITS en la Argentina. Año XXVII - diciembre de 2024. En: <https://bancos.salud.gob.ar>; consultado junio 2025.
14. Sogbanmu OO, Goon DT, Obi LC, et al. Socio-demographic and clinical determinants of late presentation among patients newly diagnosed with HIV in the Eastern Cape, South Africa. *Medicine* 2019; 98: e14664.
15. Luma HN, Jua P, Donfack OT, et al. Late presentation to HIV/AIDS care at the Douala general hospital, Cameroon: Its associated factors, and consequences. *BMC Infect Dis* 2018; 18: 298.
16. Chone JS, Abecasis AB, Varandas L, et al. Determinants of late HIV presentation at Ndlavela Health Center in Mozambique. *Int J Environ Res Public Health* 2022; 19: 4568.
17. HIV/AIDS surveillance in Europe 2022. 2021 Data. En: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hiv-aids-joint-report-surveillance-2021-data>; consultado junio 2025.
18. Coordinación Salud Sexual, VIH e ITS. Situación epidemiológica del VIH en la Ciudad de Buenos Aires. En: <https://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/2023-03>; consultado junio 2025.
19. Darling KE, Hachfeld A, Cavassini M, et al. Late presentation to HIV care despite good access to health services: current epidemiological trends and how to do better. *Swiss Med Wkly* 2016; 146: w14348.
20. Gargallo-Bernad C, Sangrós-González FJ, Arazo-Garcés P, et al. Missed opportunities in the diagnosis of HIV infection in the Region of Aragon. Late diagnosis importance. *Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl Ed)* 2019; 37: 100-8.
21. Reyes-Urueña J, Stoppa G, Pizzolato F, et al. Trends in new HIV diagnoses and factors contributing to late diagnosis among migrant populations in EU/EEA countries, 2014 to 2023. *Euro Surveill* 2024; 29(48): 2400759.
22. Ribeiro LCS, Freitas MIF, Tupinambás U, et al. Late diagnosis of human immunodeficiency virus infection and associated factors. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2020; 28: e3342.
23. Santos LA, Freitas MIF, Tupinambás U, et al. Hombres heterossexualmente activos, masculinidades, prevención de infección por VIH y búsqueda de profilaxis posexposición sexual consentida. *Salud Colectiva* 2019; 15: e2144.
24. Mugavero MJ, Castellano C, Edelman D, et al. Late diagnosis of HIV infection: the role of age and sex. *Am J Med* 2007; 120: 370-3.

25. Saleem K, Ting EL, Loh AJW, et al. Missed opportunities for HIV testing among those who accessed sexually transmitted infection (STI) services, tested for STIs and diagnosed with STIs: a systematic review and meta-analysis. *J Int AIDS Soc* 2023; 26: e26049.
26. Ibitoye M, Bennett AS, Bugaghis M, et al. Provider perspectives on barriers to routine HIV testing of adolescent and young adult patients in emergency department settings. *Behav Med* 2023; 49: 204-11.
27. Katz IT, Ryu AE, Onuegbu AG, et al. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *J Int AIDS Soc* 2013; 16(3 Suppl 2): 18640.
28. Burke RM, Rickman HM, Pinto C, et al. Reasons for disengagement from antiretroviral care in the era of "Treat All" in low- or middle-income countries: a systematic review. *J Int AIDS Soc* 2024; 27: e26230.
29. Endebe T, Taye G, Deressa W. Tasa y predictores de pérdida de seguimiento en la atención del VIH en un entorno de bajos recursos: análisis de periodos de riesgo crítico. *BMC Infect Dis* 2024; 24: 1176.
30. Zhao J, Gao M, Zhao D, Tian W. Prevalence of late HIV diagnosis and its impact on mortality: A comprehensive systematic review and meta-analysis. *HIV Med* 2025; 26: 982-92.
31. Rodríguez A, Pinto V, Vega J, et al. Diagnóstico tardío y enfermedad avanzada por HIV en un hospital público de CABA: mortalidad y carga de enfermedad durante el primer año. Argentina: Sociedad Argentina de Infectología; 2024. En: <https://infectologia.info/abstracts/diagnostico-tardio-y-enfermedad-avanzada-por-vih-en-un-hospital-publico-de-caba-mortalidad-y-carga-de-enfermedad-durante-el-primer-ano/>; consultado julio 2025.