

CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN CLÍNICA MÉDICA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

TÍTULO

“Migración y presentación tardía en personas con VIH: análisis retrospectivo de la experiencia de un centro de referencia de Cataluña”.

Autor: Sofía Sábato

Tutor: Lucía Bailón

Centro colaborador: Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, España.

Centro formador: Hospital de Emergencias Clemente Álvarez (HECA)

Año 2025

CONTENIDO

TÍTULO	1
CONTENIDO.....	2
ABREVIATURAS	3
RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	7
OBJETIVOS	9
MATERIALES Y MÉTODOS.....	10
Diseño del estudio	10
Población de estudio	10
Variables recogidas	10
Definiciones	11
Aspectos éticos	11
Análisis estadístico	11
RESULTADOS	13
Descripción general	13
Análisis comparativo del total de ingresos entre personas nacidas en España y migrantes	13
Análisis comparativo de los nuevos diagnósticos (personas naïve).....	13
Inicio de TAR.....	14
Tendencias temporales (2019–2024)	14
Tabla 1. Características demográficas.....	15
Tabla 2. PVIH ingresadas al centro según país de origen	16
Tabla 3. Comparación de características demográficas entre personas migrantes y nacidas en España	17
Tabla 4. Características demográficas de pacientes naïve	18
Tabla 5. Tendencias temporales (2019–2024)	18
Figura 1. Distribución según región de origen.....	20
Figura 2. CD4 nadir en pacientes naïve según origen (mediana y IQR).....	20
Figura 3. Tendencias anuales de ingresos de PVIH (2019–2024).	21
DISCUSION.....	22
CONCLUSION	26

ABREVIATURAS

3TC	Lamivudina
ABC	Abacavir
BIC	Bictegravir
c	Cobicistat
DRV	Darunavir
DTG	Dolutegravir
FTC	Emtricitabina
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
HTS	Heterosexuales
HUGTiP	Hospital Universitario Germans Trias i Pujol
INSTI	Inhibidores de la Integrasa
MENA	Medio Oriente y Norte de África
MT	Mujer Trans
NRTI	Inhibidores nucleosídicos de la transcriptasa inversa
PrEP	Profilaxis Pre-Exposición
PVIH	Personas con VIH
RPV	Rilpivirina
TAR	Tratamiento Antirretroviral
TAF	Tenofovir alafenamida
TDF	Tenofovir Fumarato

UDVP	Usadores de drogas vía parenteral
------	-----------------------------------

RESUMEN

Las personas migrantes representan una proporción creciente de las Personas con VIH (PVIH) atendidas en países receptores de migración. Diversos estudios han señalado una mayor vulnerabilidad de esta población, caracterizada por diagnóstico tardío y barreras en el acceso temprano al sistema. Sin embargo, existen pocos datos locales que describan la evolución temporal y las características clínicas de las personas migrantes con VIH.

Se realizó un estudio observacional retrospectivo que incluyó a todas las PVIH ingresadas a la Unidad de VIH del Hospital Universitario Germans Trias i Pujol (HUGTiP), Badalona, España, entre 2019 y agosto de 2025. Se analizaron variables demográficas, origen geográfico, condición de naïve, recuento de CD4 al ingreso, presentación tardía, y tiempos de inicio de Tratamiento antirretroviral (TAR). Se realizó un análisis comparativo entre personas migrantes y nacidas en España, así como tendencias temporales anuales.

Resultados: Se incluyeron 890 personas, de las cuales más del 65% fueron migrantes, con un aumento progresivo hasta alcanzar el 70,5% en 2024. La principal región de origen fue Latinoamérica y Caribe. Las personas migrantes ingresaron al cuidado a una edad significativamente menor (mediana: 33 vs 40 años, $p < 0,0001$) y principalmente HSH (75,3 vs 62,6%, $p < 0,0001$). Entre los pacientes naïve, los migrantes mostraron recuentos de CD4 significativamente más bajos (345 vs 384 cel/mm³, $p=0.0201$) y mayor frecuencia de presentación tardía (43,99% vs. 33,80%; $p = 0,0209$) y enfermedad avanzada (24,05% vs. 15,28%; $p = 0,0135$). A lo largo del período se observó una disminución progresiva de pacientes naïve, así como un descenso de la presentación tardía en 2024. No se identificaron diferencias significativas en los tiempos de inicio de TAR entre migrantes y españoles, con un inicio mayoritariamente precoz en ambos grupos.

Conclusiones: La muestra analizada representa una migrantización progresiva, con una población más joven, culturalmente diversa y con mayor carga de presentación tardía. A pesar de un acceso equitativo y rápido al tratamiento una vez vinculadas al sistema sanitario, persisten desigualdades en las etapas previas al diagnóstico, lo que subraya la necesidad de estrategias específicas orientadas al diagnóstico precoz y a un abordaje integral de las personas migrantes con VIH.

INTRODUCCIÓN

La migración internacional ha aumentado de forma sostenida en las últimas décadas, transformando el perfil demográfico y sanitario de muchos países de Europa. En el ámbito del VIH, las personas migrantes constituyen un grupo especialmente relevante por su elevada movilidad, diversidad sociocultural y por las desigualdades en el acceso a la salud que muchas veces enfrentan. En España, una proporción importante de los nuevos diagnósticos de VIH corresponde a personas nacidas fuera del país, además de un número creciente de personas ya diagnosticadas previamente en sus países de origen que ingresan al sistema sanitario local(1). Este fenómeno plantea retos en torno al diagnóstico temprano, la continuidad asistencial, la adherencia terapéutica y el abordaje de barreras estructurales y culturales.

En los últimos años, en nuestro centro se ha observado un porcentaje considerable de personas migrantes entre los ingresos anuales, muchas de las cuales presentan diagnósticos recientes o situaciones de vulnerabilidad que pueden influir en su estado inmunológico al momento de la primera visita. La combinación de factores sociales, económicos, legales y lingüísticos puede favorecer el uso inadecuado del sistema de salud y aumentar el riesgo de presentación tardía de VIH. Sin embargo, la magnitud real de este fenómeno a nivel local y su evolución temporal no están completamente descritas. Comprender estas dinámicas es crucial para adaptar la atención clínica, identificar brechas y mejorar la equidad en salud.

A nivel internacional, organismos como ONUSIDA (Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA) y la ECDC (Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades) señalan que las poblaciones migrantes presentan tasas más elevadas de diagnóstico tardío y mayores dificultades para acceder de forma precoz al tratamiento antirretroviral(2,3). En Europa, los movimientos migratorios procedentes de Latinoamérica, África subsahariana y Europa del Este han configurado un panorama heterogéneo en la epidemiología del VIH, con diferencias significativas en patrones de transmisión y en acceso al sistema sanitario(4).

En España, los informes del Ministerio de Sanidad muestran que una proporción relevante de los nuevos diagnósticos corresponde a personas migrantes, con variabilidad entre comunidades autónomas(1). En Cataluña, y particularmente en el área metropolitana de Barcelona, la llegada sostenida de población migrante, junto con las diferencias normativas entre países de origen y país de destino, conforman un contexto sanitario complejo donde coexisten barreras legales, administrativas, culturales y lingüísticas que pueden influir negativamente en el diagnóstico y la vinculación al cuidado(5).

La literatura disponible describe de forma consistente que las personas migrantes con VIH tienen mayor riesgo de diagnóstico tardío, menor acceso temprano al tratamiento y más dificultades para la continuidad asistencial(6,7). Estudios publicados en España y en otros países europeos destacan la relación entre situación administrativa irregular, desconocimiento del sistema sanitario, miedo al estigma o a repercusiones legales, y la demora en consultar(8). Asimismo, se ha observado que la migración posterior al diagnóstico puede interrumpir la continuidad del cuidado, especialmente cuando existen cambios de país, de sistema sanitario o de cobertura(9). Sin embargo, hay heterogeneidad entre distintos colectivos migrantes, y persisten vacíos de conocimiento sobre cómo evoluciona este fenómeno en contextos locales específicos, particularmente en centros que atienden un volumen creciente de población migrante. A pesar de lo descrito, persisten interrogantes importantes: ¿cómo ha evolucionado el porcentaje de personas migrantes ingresadas en nuestro centro en el último período? ¿Qué proporción presenta diagnóstico reciente y cuántos llegan con diagnóstico previo? Estas preguntas reflejan la necesidad de estudios locales que permitan contextualizar mejor la situación, para así orientarnos con futuras intervenciones específicas. Conocer la magnitud del fenómeno, su evolución temporal y la frecuencia de presentación tardía permitirá identificar brechas en el acceso, mejorar los circuitos diagnósticos y de acogida inicial, anticipar barreras lingüísticas y ajustar intervenciones educativas. Además, aportar datos locales contribuirá a enriquecer la evidencia existente y a orientar políticas sanitarias más equitativas. Este trabajo surge del interés por comprender mejor la realidad epidemiológica del centro y optimizar la atención de las personas migrantes con VIH.

OBJETIVOS

Objetivo primario:

- Describir las características demográficas de las personas con VIH atendidas en un centro de referencia (HUGTiP, Badalona) entre 2019 y 2025, con especial énfasis en la población migrante.

Objetivos secundarios:

- Determinar la proporción anual de ingresos de personas migrantes con VIH (2019–2024) sobre el total de ingresos en la unidad.
- Comparar las características sociodemográficas (edad, sexo, género, origen geográfico) entre migrantes y personas nacidas en España.
- Estimar la frecuencia de presentación tardía y presentación avanzada teniendo en cuenta el recuento de CD4 nadir, entre los naïve migrantes versus los nacidos en España.
- Analizar el tiempo entre el diagnóstico de VIH y el ingreso al centro con el inicio del TAR — tiempo link-to-care y tiempo al inicio del TAR, respectivamente— según origen migrantes y españoles.
- Explorar la evolución temporal (2019–2024) de las proporciones de migrantes, naïve y presentación tardía.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Se realizó un estudio observacional retrospectivo, descriptivo y analítico, basado en datos clínicos rutinarios de los nuevos ingresos a la Unidad de VIH del HUGTiP (Badalona), correspondientes al período comprendido entre enero de 2019 y agosto de 2025. Los datos fueron obtenidos a partir del registro propio de la unidad.

Población de estudio

Se incluyeron todas las personas con diagnóstico de infección por VIH que realizaron su primera visita clínica en la Unidad de VIH durante el período de estudio.

Variables recogidas

Variables sociodemográficas

- Edad (años).
- Sexo asignado al nacer.
- Grupo de riesgo de transmisión de VIH, cuando disponible (HSH, MT, HTS, UDVP, transfusional/hemofilia, vertical).
- Migrante (sí/no).
- Región de origen: España, Europa no España, Latinoamérica y Caribe (incluye México), África subsahariana, MENA (Medio Oriente y Norte de África), Asia, Norteamérica y Oceanía.

Variables epidemiológicas

- Año de ingreso (2019–2025).
- Situación al ingreso: naïve vs no naïve.

Variables clínicas (solo en pacientes naïve)

- Recuento de linfocitos CD4 nadir, (células/mm³).

- Presentación tardía: definida como $CD4 < 350$ células/mm³.
- Presentación avanzada: $CD4 < 200$ células/mm³.

Variables relacionadas con el TAR (solo en pacientes naïve)

- Tiempo entre diagnóstico de VIH e inicio de TAR, cuando disponible (días).
- Tiempo entre ingreso al centro e inicio de TAR, cuando disponible (días).
- Tipo de régimen inicial (INSTI+2 NRTIs, regímenes duales, otros).

Definiciones

- **Migrante:** persona nacida fuera de territorio español.
- **Naïve:** sin exposición previa a TAR al momento del ingreso.
- **Presentación tardía:** $CD4 < 350$ células/mm³ al ingreso*.
- **Enfermedad avanzada:** $CD4 < 200$ células/mm³*.

* Se excluyeron los casos de infección aguda por VIH, definidos por un tiempo estimado de adquisición < 6 meses, evidenciado por seroconversión reciente, clínica compatible o Western blot sugestivo.

Aspectos éticos

El estudio se realizó sobre una base de datos anonimizada obtenida de la historia clínica electrónica y, por tratarse de un análisis retrospectivo de datos rutinarios, no se requirió la firma de consentimiento informado adicional. El estudio cumple con la normativa europea de protección de datos y con los principios de la Declaración de Helsinki.

Análisis estadístico

Los datos se analizaron utilizando GraphPad Prism 10.4.1. Las variables continuas se describieron mediante mediana y rango intercuartílico (IQR) y se compararon mediante la prueba t de Student con corrección de Welch o, mediante la prueba de Mann-Whitney según correspondiera. Las variables categóricas se expresaron como frecuencias y porcentajes, comparándose mediante chi-cuadrado o test exacto de Fisher según correspondiera. Se consideró significativa una $p < 0,05$. Para evaluar la tendencia de los ingresos a través del tiempo, se consideraron años completos, excluyendo los datos del

año 2025 (disponibles solo de enero a agosto). Se excluyeron los pacientes con datos demográficos o clínicos esenciales incompletos (por ejemplo, inicio de TAR) para el análisis de esa variable, cuando no fue posible recuperarlos.

RESULTADOS

Descripción general

Durante el período 2019–2025 se registraron 890 ingresos de PVIH en la Unidad. La mediana de edad al ingreso fue de 35 años (IQR: 29–45) y el 92,8% correspondió a sexo masculino asignado al nacer. Del total, 62,6% fueron naïve a TAR, en su mayoría considerados como nuevos diagnósticos, mientras que el resto presentaba exposición previa a TAR, generalmente por traslados desde otros centros o por haber sido diagnosticados en sus países de origen.

En relación con el origen geográfico, más de la mitad de los ingresos correspondieron a personas migrantes (65,2%), frente a 34,8% nacidas en territorio español (península e islas). Entre los migrantes, la distribución fue predominantemente latinoamericana y caribeña, con 417 de 580 casos (71,9%). La Figura 1 ilustra la distribución por región, mientras que la Tabla 1 resume las características demográficas y la Tabla 2 detalla el origen por país.

Análisis comparativo del total de ingresos entre personas nacidas en España y migrantes

Los migrantes presentaron una mediana de edad significativamente menor que las personas nacidas en España (33 vs. 40 años; $p < 0,0001$). No se observaron diferencias en la distribución del sexo asignado al nacer. En cuanto al grupo de riesgo de transmisión de VIH, las personas migrantes HSH representaron un porcentaje mayor que los nacidos en España 75,3 vs 62,6%, $p < 0,0001$. La proporción de pacientes naïve al ingreso fue mayor entre los nacidos en España (69,7%) en comparación con los migrantes (58,8%; $p = 0,0014$), lo que sugiere un mayor ingreso de PVIH previamente diagnosticadas en otros países. Véase Tabla 3.

Análisis comparativo de los nuevos diagnósticos (personas naïve).

Entre los 557 pacientes naïve incluidos, la mayoría correspondió a personas nacidas en España. En la población migrante, los nuevos diagnósticos se asociaron a individuos más jóvenes (mediana de edad: 31 vs. 37 años; $p < 0,0001$) y con una vía de adquisición predominantemente HSH. Este grupo presentó, en comparación con los españoles, valores de CD4 nadir más bajos (mediana: 345 vs. 384 células/mm³; $p = 0,0201$). De

manera congruente, la proporción de presentadores tardíos (44% vs. 33,8%; $p = 0,0209$) y de enfermedad avanzada (24,1% vs. 15,3%; $p = 0,0135$) fue mayor en migrantes que en españoles. Véanse Tabla 4 y Figura 2.

Inicio de TAR

Se calculó el tiempo de inicio de TAR desde el diagnóstico de VIH y desde el ingreso al centro en 443 de las 557 PVIH naïve. La mayoría inició el TAR el mismo día del ingreso al centro (“rapid start”), con una mediana de 0 días (IQR: 0–7). El tiempo desde el diagnóstico de VIH hasta el inicio del TAR (“link-to-care”) fue similar entre españoles y migrantes, con medianas de 10 y 7 días, respectivamente (IQR: 3–22). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el inicio del TAR, lo que sugiere ausencia de diferencias en el acceso inicial al sistema sanitario según el origen (véase Tabla 4).

Se dispuso del dato sobre el régimen inicial en 420 de los 445 pacientes con información completa sobre inicio de tratamiento; el resto inició esquemas en el contexto de ensayos clínicos doble ciego, por lo que fueron excluidos del análisis.

- **INSTI + 2 NRTIs:** 347/420 (82,6%)

- Bictegravir/emtricitabina/ tenofovir alafenamide (BIC/FTC/TAF): 72,9%
- Dolutegravir + tenofovir alafenamide/ emtricitabina (DTG + TAF/FTC): 3,1%
- Dolutegravir/ abacavir/ Lamivudina (DTG/ABC/3TC): 2,6%
- Dolutegravir + tenofovir fumarato/emtricitabina (DTG + TDF/FTC): 2,1%
- Otros: 1,9%

- **Terapia dual:** 55/420 (13,1%)

- Dolutegravir/ Lamivudina (DTG/3TC): 12,9%
- Dolutegravir/ Rilpivirina (DTG/RPV): 0,2%

- **Otros:** Darunavir/cobicistat/ tenofovir alafenamide/ emtricitabina (DRV/c/TAF/FTC): 17/420 (4,0%)

Tendencias temporales (2019–2024)

La Tabla 5 y la Figura 3 muestran las tendencias de ingresos en el período analizado. El número de ingresos anuales presentó un descenso en 2020 y 2021 (10–12%),

probablemente relacionado con el impacto postpandemia, mientras que en los demás años se mantuvo estable (18–20% del total).

El porcentaje de personas migrantes atendidas se mantuvo consistentemente elevado (>55%), con una tendencia ascendente desde 2021, alcanzando un máximo del 70,5% en 2024, lo que confirma que la población atendida es predominantemente migrante.

En contraste, se observó una disminución sostenida y marcada en la proporción de pacientes naïve al ingreso, pasando de >80% en 2019–2020 a 42,3% en 2024, lo que sugiere que cada vez más personas ingresan al centro ya diagnosticadas y tratadas previamente.

Respecto a los presentadores tardíos, la proporción se mantuvo alta y estable entre 2019 y 2023 (38–49%), con una disminución notable en 2024 (25,8%), coincidiendo con la caída en pacientes naïve, lo que probablemente indica que muchos ya llegan diagnosticados y en tratamiento.

Tabla 1. Características demográficas

Variable	Total (n=890)
N total de ingresos, n (%)	890 (100)
Edad (años), mediana (IQR)	35 (IQR 29-45)
Sexo al nacer, n (%)	H: 826 (92.8)
Grupo de Riesgo, n (%)	
• HSH	631 (70.9)
• HTS	190 (21.4)
• UDVP	35 (3.9)
• MT	17 (1.9)
• Desconocido	14 (1.6)
• Transfusional/hemofilia	2 (0.2)
• Vertical	1 (0.2)
Migrantes, n (%)	580 (65.2)

• Latinoamérica y Caribe	417 (46.9)
• Europa no española	97 (10.9)
• África Subsahariana	25 (2.8)
• MENA	23 (2.6)
• Asia	13 (1.5)
• Otros (Norteamérica y Oceanía)	5 (0.6)
Naïve al ingreso, n (%)	557 (62.6)
IQR: Intervalo intercuartil; HSH: Hombre que tiene sexo con hombres; HTS: Heterosexual; UDVP: Usadores de drogas via parenteral; MT: Mujer trans; MENA: Medio Oriente y Norte de África.	

Tabla 2. PVIH ingresadas al centro según país de origen

País	N, (%)
España	310 (34,8)
Colombia	89 (10)
Venezuela	64 (7,2)
Perú	46 (5,2)
Brasil	34 (3,8)
Argentina	32 (3,6)
Ecuador	31 (3,5)
Honduras	27 (3,0)
Cuba	24 (2,7)
Italia	19 (2,1)
Marruecos	16 (1,8)
República Dominicana	15 (1,7)
México	13 (1,5)
Rusia y Francia	12 (1,4)
Paraguay	11 (1,2)
Ucrania y Rumania	10 (1,1)
Uruguay	9 (1,0)
Bolivia y Alemania	7 (0,8)
Guinea Ecuatorial y Reino Unido	6 (0,7)
República Popular China	5 (0,6)
Chile, Estados Unidos, Sudáfrica, Argelia y Senegal	4 (0,5)

Georgia, El Salvador, India, Panamá, Suiza, Bélgica, Portugal y Nigeria	3 (0,3)
Polonia, Nicaragua, Pakistán, Costa Rica y Camerún	2 (0,2)
Armenia, Ghana, Lituania, Países Bajos, Israel, Martinica, Libia, Guadalupe, Nueva Zelanda, Gambia, Grecia, Bielorrusia, Siria, Guinea-Bisáu, Japón Mali, Turquía, Etiopía, República Democrática del Congo, Egipto y Indonesia	1 (0,1)
Total	890 (100)

Tabla 3. Comparación de características demográficas entre personas migrantes y nacidas en España

Variable	Espanoles (n=310)	Migrantes (n=580)	p-valor
Edad, mediana (IQR)	40 (IQR 31-51)	33 (IQR 27-41)	<0.0001
Sexo al nacer n (%)	F: 21 (6.8) H: 289 (93.2)	F: 43 (7.4) H: 537 (92.6)	0.7864
Grupo de Riesgo, n (%)			
• HSH	194 (62.6)	437 (75.3)	<0.0001
• HTS	79 (25.5)	111 (19.1)	
• Otros	37 (11.9)	32 (6.4)	
Naïve al ingreso, n (%)	216 (69.7)	341 (58.8)	0.0014
CD4 nadir, mediana en células/mm ³ (IQR)	286/310* 390 (IQR 242-557)	489/580* 367 (IQR 207-527)	0.1335
IQR: Intervalo intercuartil; F: femenino; H: Hombre HSH: Hombre que tiene sexo con hombres; HTS: Heterosexual. *El numerador corresponde a la n de datos disponibles y el denominador al total analizado.			

Tabla 4. Características demográficas de pacientes naïve

Variable	Españoles (n=216)	Migrantes (n=341)	p-valor
Edad, años mediana (IQR)	37 (29-47)	31 (26-37)	0.0001
Sexo al nacer, n (%)	F: 12 (5.6) H: 204 (94.4)	F: 21 (6.16) H: 320 (93.84)	0.8550
Grupo de riesgo, n (%)	216/216*	341/341*	
• MSM	151 (69,9)	272 (79,8)	0.0265
• HTS	55 (25,5)	57 (16,7)	
• Otros	10 (4,6)	12 (3,5)	
CD4 nadir (células/mm ³), mediana (IQR)	216/216* 384 (248-551)	341/341* 345 (200-487)	0.0201
Presentadores tardíos (<350), n (%)	73 (33.8)	150 (44)	0.0209
Enfermedad avanzada (<200), n (%)	33 (15.3)	82 (24.0)	0.0135
Tiempo diagnóstico VIH a Inicio de TAR, días (IQR)	170/216 10 (3-22) R:0- 1500	273/341* 7 (3-22) R:0- 3296	0.3194
Tiempo de ingreso al centro a inicio de TAR, días (IQR)	170/216 0 (0-7) R: 0-42	273/341* 0 (0-6) R: 0-39	0.2962
IQR: Intervalo intercuartil; F: femenino; H: Hombre HSH: Hombre que tiene sexo con hombres; HTS: Heterosexual; TAR: Tratamiento antirretroviral. *El numerador corresponde a la n de datos disponibles y el denominador al total analizado.			

*112 valores considerados perdidos, y dos que no se han tenido en cuenta en el análisis, correspondientes a controladores de elite que, ya que, su inicio al ser discutido fue diferido. ID 599 (migrante), ID 812 (español).

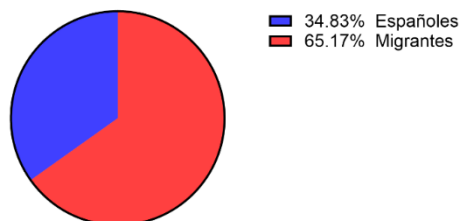
Tabla 5. Tendencias temporales (2019–2024)

Año	Migrantes N/total ingresos año (%)	Naïve N/total ingresos año (%)	Tardíos N/ total de naives año (%)	Total N/ total del periodo 2019- 2024 (%)
2019	103 / 174 (59.2)	142 / 174 (81.6)	55 / 142 (38.7)	174 / 851 (20.4)
2020	57 / 86 (66.3)	72 / 86 (83.7)	28 / 72 (38.9)	86 / 851 (10.1)
2021	59 / 105 (56.2)	75 / 105 (71.4)	30 / 75 (40.0)	105 / 851 (12.3)
2022	107 / 155 (69.0)	88 / 155 (56.8)	43 / 88 (48.9)	155 / 851 (18.2)
2023	118 / 175 (67.4)	98 / 175 (56.0)	43 / 98 (43.9)	175 / 851 (20.5)
2024	110 / 156 (70.5)	66 / 156 (42.3)	17 / 66 (25.8)	156 / 851 (18.3)
Total				851 =100

Figura 1. Distribución según región de origen.

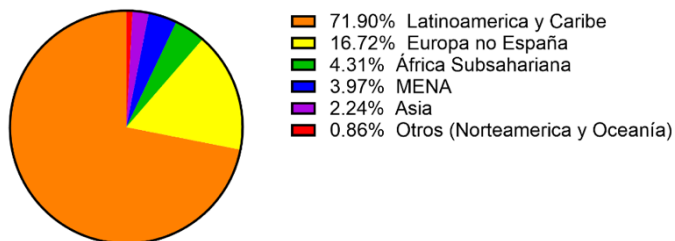
A- Migrantes vs españoles. B- Migrantes según región de origen.

A-



Total=890

B-



Total=580

Figura 2. CD4 nadir en pacientes naïve según origen (mediana y IQR).

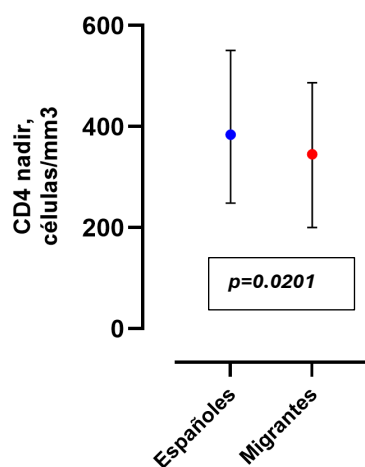
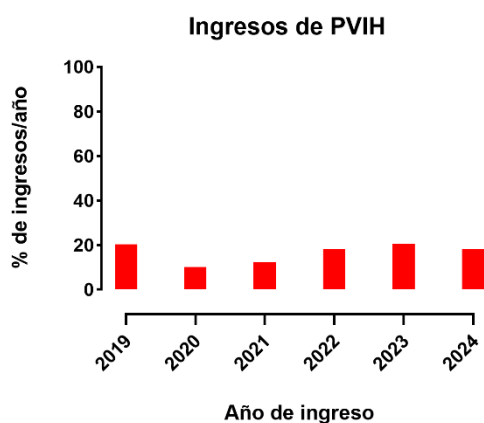


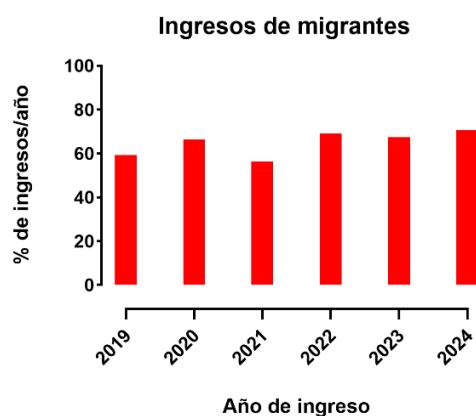
Figura 3. Tendencias anuales de ingresos de PVIH (2019–2024).

A. Porcentaje de ingresos anuales. B. Porcentaje de migrantes. C. Porcentaje de naïve. D. Porcentaje de presentadores tardíos (CD4 nadir < 350 células/mm³) entre los ingresos naïve por año.

A-



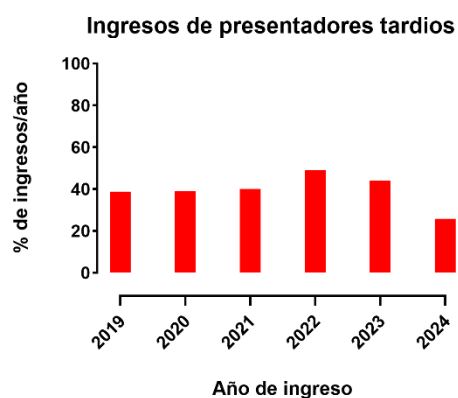
B-



C-



D-



DISCUSION

Este estudio describe de forma retrospectiva las características demográficas y de presentación de las PVIH atendidas en una unidad de referencia del área metropolitana de Barcelona entre 2019 y 2025, con un enfoque específico en la población migrante. Destaca de este trabajo el análisis de una cohorte amplia, bien caracterizada y con un período de observación prolongado, lo que permite evaluar dinámicas temporales relevantes en un contexto asistencial real.

Uno de los hallazgos más relevantes del estudio es la elevada y creciente proporción de personas migrantes, que se mantuvo por encima del 55% durante todo el período estudiado y alcanzó más del 70% en 2024. Estos datos evidencian una “migrantización” progresiva, con casi tres de cada cuatro personas atendidas en los últimos años nacidas fuera de España. Esta tendencia es consistente con los datos epidemiológicos nacionales y europeos, que muestran que las personas migrantes representan una fracción cada vez mayor de las nuevas atenciones relacionadas con el VIH en países receptores de migración como España(1–3,5). El descenso observado en 2020 y 2021 probablemente refleje el impacto de la pandemia por COVID-19, fenómeno de impacto global que no solo redujo el número de diagnósticos por el colapso del sistema primario, sino que interrumpió los flujos migratorios habituales desde Latinoamérica, lo cual explica el repunte tan pronunciado que observamos a partir de 2022 una vez normalizada la movilidad(7,10,11).

El análisis por región de origen mostró un predominio de personas procedentes de Latinoamérica y el Caribe, seguido por Europa no española y, en menor proporción, África subsahariana, MENA y Asia. Este patrón refleja los flujos migratorios actuales hacia España y, en particular, hacia Cataluña, y coincide con lo reportado por los sistemas de vigilancia epidemiológica nacional y de la comunidad autónoma(1,5). La progresiva migrantización, junto con la diversidad de regiones de origen, configura una población asistida heterogénea desde el punto de vista cultural, lingüístico y social. Esta heterogeneidad plantea desafíos específicos para la atención integral de las personas con VIH, incluyendo la necesidad de estrategias de mediación cultural y lingüística, así como el abordaje junto a trabajadores sociales que faciliten su inserción.

Las personas migrantes ingresaron a una edad significativamente menor que las nacidas en España, tanto en el análisis global como en el subgrupo de pacientes naïve. Este resultado es concordante con estudios previos que describen una población migrante con VIH más joven, lo que puede reflejar una característica común de los flujos migratorios. Asimismo, se observó una mayor proporción de HSH entre los migrantes, especialmente entre los nuevos diagnósticos. Este patrón podría estar vinculado a la migración motivada por una mayor aceptación de la diversidad sexual en Europa o la huida de contextos de discriminación de la comunidad LGTByQ+ en los países de origen. La combinación de juventud, movilidad y vulnerabilidad social durante el período post-migratorio puede aumentar el riesgo de exposición al VIH y de retraso en el diagnóstico(12–17).

La presentación tardía constituye un hallazgo central de este estudio. Entre los pacientes naïve, las personas migrantes presentaron recuentos de CD4 nadir significativamente más bajos y una mayor frecuencia de presentación tardía y enfermedad avanzada en comparación con las personas nacidas en España. Esto está alineado con la evidencia, que señala una mayor probabilidad de diagnóstico tardío en población migrante(6,7,18). Las barreras al acceso al diagnóstico precoz incluyen factores jurídicos-legales —como la situación administrativa irregular o el desconocimiento del sistema sanitario—, sociales —como el estigma o el miedo a la discriminación— y culturales o lingüísticos, que pueden retrasar la consulta médica. Nuestros resultados refuerzan la idea de que, incluso en contextos con cobertura sanitaria universal, persisten inequidades y señalan la población diana a actuar.

La proporción de presentadores tardíos se mantuvo elevada y relativamente estable entre 2019 y 2023, lo que pone de manifiesto que continúa siendo un problema relevante de salud pública en la región(18). Sin embargo, en 2024 se observó un descenso marcado de la presentación tardía, coincidiendo con una reducción sustancial en el porcentaje de pacientes naïve al ingreso. Este hallazgo sugiere que el cambio en el perfil de los ingresos —con una mayor proporción de personas previamente diagnosticadas— podría estar influyendo en esta tendencia. Otras explicaciones plausibles incluyen un mejor acceso temprano al sistema sanitario local, mejoras en los programas de cribado en atención primaria y servicios de urgencias, o cambios coyunturales relacionados con

circuitos asistenciales o políticas migratorias. Estas hipótesis requieren ser exploradas en estudios futuros.

No se identificaron diferencias significativas entre migrantes y españoles en los tiempos de inicio del tratamiento antirretroviral, tanto desde el diagnóstico como desde la primera visita al centro. La mayoría de los pacientes inició TAR de forma inmediata o dentro de la primera semana, reflejando la implementación efectiva de estrategias de inicio rápido en el centro. Este hallazgo pone de manifiesto que, una vez vinculadas al sistema sanitario, las personas migrantes reciben una atención rápida y equitativa, y que, las principales inequidades se concentran en las etapas previas al diagnóstico y al acceso inicial al cuidado, más que en el tratamiento en sí.

Se observó una disminución progresiva y marcada en la proporción de pacientes naïve al ingreso, que pasó de más del 80% en 2019–2020 a poco más del 40% en 2024. Este fenómeno puede explicarse en parte por el aumento de ingresos de personas con diagnóstico previo, comúnmente realizado en sus países de origen. Sin embargo, también debe interpretarse en el contexto de la epidemiología nacional, que muestra un descenso de los nuevos diagnósticos de VIH en España en los últimos años, en gran medida asociado a la mejor implementación de la PrEP(19). Una consecuencia de este cambio de perfil es la llegada de PVIH con desconocimiento de su historial médico, como ausencia de datos sobre genotipos previos o esquemas antirretrovirales anteriores, lo que puede dificultar la toma de decisiones clínicas en el nuevo centro tratante.

Entre las principales limitaciones del estudio se incluyen su diseño retrospectivo y el uso de datos clínicos rutinarios, lo que conllevó a la presencia de datos faltantes en algunas variables, como en relación con el momento exacto del diagnóstico y el inicio del tratamiento antirretroviral. Asimismo, al tratarse de un estudio unicéntrico, los resultados pueden no ser completamente generalizables a otros contextos asistenciales. No obstante, el tamaño de la muestra, el largo período de observación y la exhaustiva caracterización demográfica y clínica de los pacientes constituyen fortalezas relevantes que refuerzan la validez de los hallazgos.

En conjunto, nuestros resultados muestran una transformación progresiva del perfil de la unidad, caracterizada por una población crecientemente migrante, más joven, culturalmente diversa y con una elevada proporción de diagnósticos tardíos. Esta realidad pone de manifiesto la vulnerabilidad específica de las personas migrantes con VIH y subraya la necesidad de abordajes integrales. Conocer la epidemiología local del centro permite: (1) adaptar protocolos asistenciales a las barreras lingüísticas y culturales, (2) reforzar la colaboración con trabajo social y mediadores culturales, (3) optimizar el cribaje de enfermedades importadas, (4) identificar poblaciones diana para estrategias de diagnóstico precoz y (5) garantizar el acceso oportuno a la PrEP y otras medidas de prevención en colectivos de mayor riesgo.

CONCLUSION

Este estudio aporta evidencia local sobre las características y tendencias de las P VIH atendidas en un centro de referencia, evidenciando una clara migrantización, una población más joven y culturalmente heterogénea, y la persistencia del diagnóstico tardío como desafío central. Se destaca la importancia de intervenir de manera temprana y de integrar enfoques clínicos, culturales y sociales para optimizar la atención de las personas migrantes con VIH.

BIBLIOGRAFIA

1. General Salud Pública Y Equidad En Salud D DE. VIGILANCIA EPIDEMIOOLÓGICA DEL VIH y SIDA EN ESPAÑA 2024 SISTEMA DE INFORMACIÓN SOBRE NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE VIH REGISTRO NACIONAL DE CASOS DE SIDA.
2. Kahama B, Jakobsen ML, North S, Raben D, Stengaard A. HIV and migrants in the EU/EEA Monitoring the implementation of the Dublin Declaration on partnership to fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2024 progress report (2023 data). Available from: <https://www.ecdc.europa.eu/en/infectious-disease-topics/hiv-infection-and-aids/surveillance-and-updates-hiv-and->
3. THE URGENCY OF NOW AIDS AT A CROSSROADS EXECUTIVE SUMMARY 2024 GLOBAL AIDS UPDATE [Internet]. Available from: <http://www.wipo.int/>
4. Segala FV, Di Gennaro F, Frallonardo L, De Vita E, Petralia V, Sapienza V, et al. HIV-related outcomes among migrants living in Europe compared with the general population: a systematic review and meta-analysis. *Lancet HIV*. 2024 Dec 1;11(12):e833–42.
5. dEstudis Epidemiològics sobre les Infeccions de Transmissió Sexual Sida de Catalunya C. Vigilància epidemiològica del VIH i la SIDA a Catalunya - Informe anual 2023 [Internet]. 2023. Available from: https://salutpublica.gencat.cat/ca/ambits/vigilancia_salut_publica/vih-sida-its-hv/Monitoratge-i-
6. Owusu MW, Krankowska DC, Lourida P, Weis N. Late HIV diagnosis among migrant women living in Europe - a systematic review of barriers to HIV testing. *IJID regions* [Internet]. 2023 Jun 1 [cited 2025 Dec 17];7:206–15. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37128290/>
7. Reyes-Uruena J, Stoppa G, Pizzolato F, van der Werf MJ, Deogan C, Verissimo VC, 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* [Internet]. 2024 Nov 28 [cited 2025 Dec 17];29(48). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39611209/>
8. Monge S, Pérez-Molina JA. Infección por el VIH e inmigración. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2016 Aug 1;34(7):431–8.
9. 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 1;35(8):288–307.
10. Zucman D, Rasnaama A, Majerholc C, Vallée A. The COVID-19 Pandemic and the Migrant Population for HIV Diagnosis and Care Follow-Up: They Are Left Behind. *Healthcare (Switzerland)*. 2022 Sep 1;10(9).
 11. Marriette N, Dhungel R, Karki KK, Tovillo JB. Challenges and Resiliency: Social Determinants of Health, COVID-19, and the Disproportionate Impact on Immigrants and Refugees Living with HIV. *Int J Environ Res Public Health*. 2025 Jan 1;22(1).
 12. Mann S, Mougammadou Z, Wohlfahrt J, Elmahdi R. Post-migration HIV acquisition: A systematic review and meta-analysis. Vol. 152, *Epidemiology and Infection*. Cambridge University Press; 2024.
 13. Fakoya I, Álvarez-Del Arco D, Woode-Owusu M, Monge S, Rivero-Montesdeoca Y, Delpech V, et al. A systematic review of post-migration acquisition of HIV among migrants from countries with generalised HIV epidemics living in Europe: implications for effectively managing HIV prevention programmes and. Vol. 15, *BMC Public Health*. BioMed Central Ltd.; 2015.
 14. Yin Z, Brown AE, Rice BD, Marrone G, Sonnerborg A, Suligoi B, et al. Post-migration acquisition of hiv: Estimates from four european countries, 2007 to 2016. Vol. 26, *Eurosurveillance*. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC); 2021.
 15. Gosselin A, Ravalihasy A, Pannetier J, Lert F, Desgrées Du Loû A. When and why? Timing of post-migration HIV acquisition among sub-Saharan migrants in France. *Sex Transm Infect*. 2020 May 1;96(3):227–31.
 16. Cassels S, Cerezo A, Reid SC, Rivera DB, Loustalot C, Meltzer D. Geographic mobility and its impact on sexual health and ongoing HIV transmission among migrant latinx men who have sex with men. *Soc Sci Med*. 2023 Mar 1;320.
 17. Palich R, Arias-Rodriguez A, Duracinsky M, Le Talec JY, Torrente OR, Lascoux-Combe C, et al. High proportion of post-migration HIV acquisition in migrant men who have sex with men receiving HIV care in the Paris region, and associations with social disadvantage and sexual behaviours: results of the ANRS-MIE GANYMEDE study, France, 2021 to 2022. *Eurosurveillance*. 2024 Mar 14;29(11).
 18. Conway AS, Esteve A, Fernández-Quevedo M, Casabona J. Determinants and Outcomes of Late Presentation of HIV Infection in Migrants in Catalonia, Spain: PISCIS Cohort 2004–2016. *J Immigr Minor Health*. 2019 Oct 30;21(5):920–30.

19. Fernández Piñeiro N, Ayerdi Aguirrebengoa O, Orviz García E, González Pérez C, Vera García M, Puerta López T, et al. Pre-exposure prophylaxis program in the Community of Madrid: Two years of experience. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2025 Mar 1;43(3):133–8.