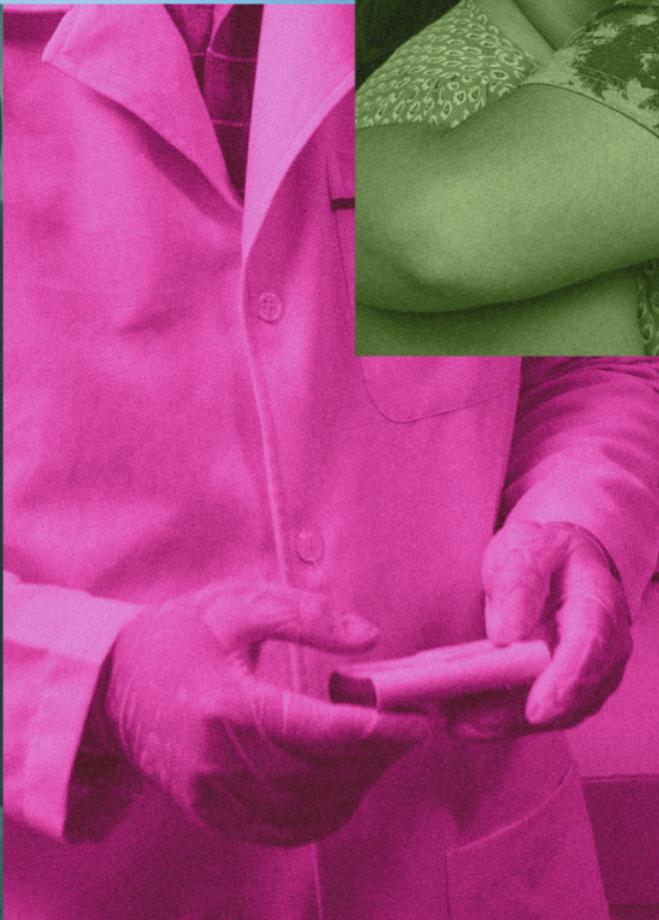
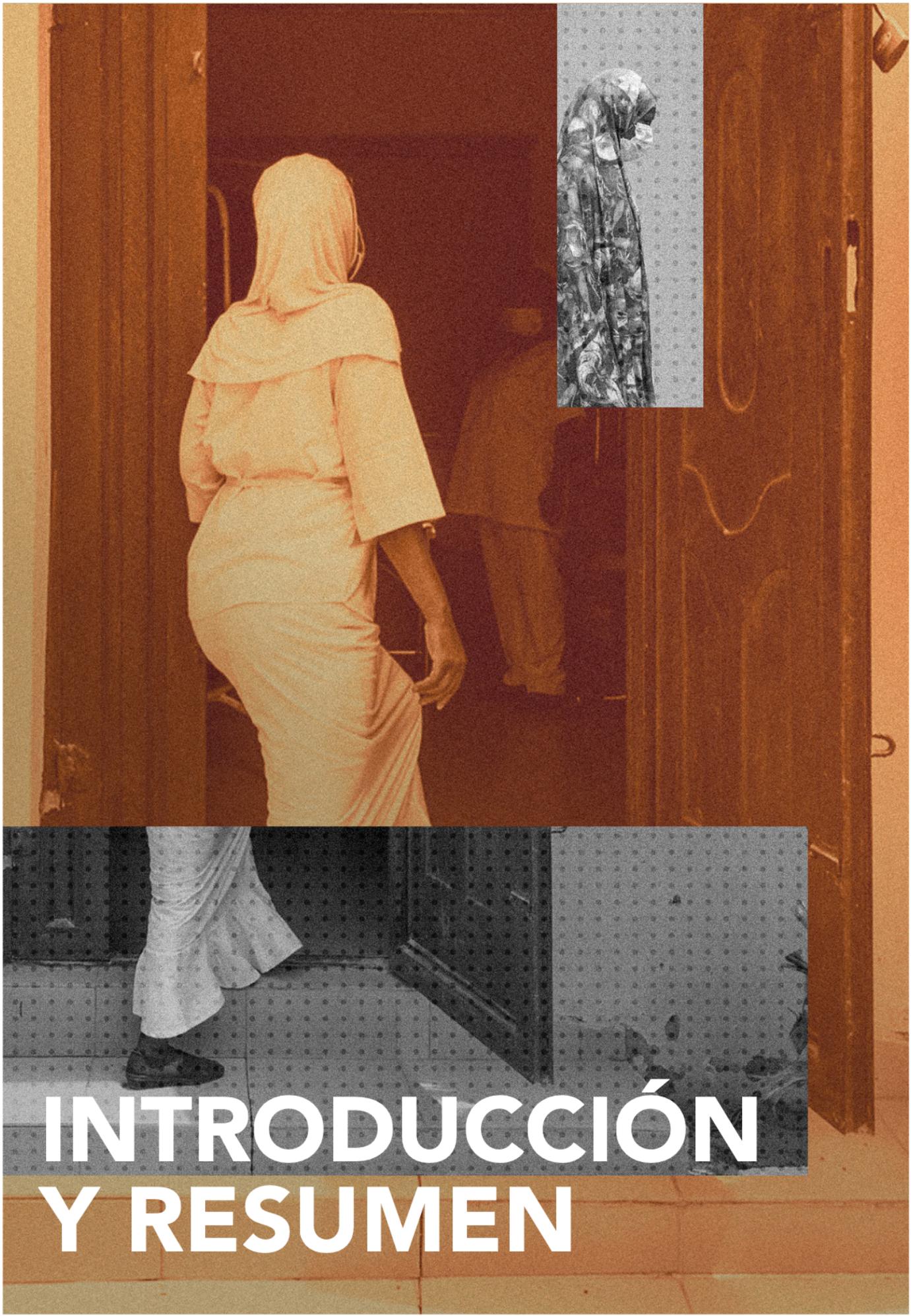


INFORME DEL DÍA MUNDIAL
DE LA LUCHA CONTRA EL SIDA | 2021



DESIGUALES, NO PREPARADOS, AMENAZADOS

POR QUÉ SE NECESITAN ACCIONES DRÁSTICAS EN CONTRA
DE LAS DESIGUALDADES PARA PONER FIN AL SIDA, DETENER
EL COVID-19 Y PREPARARSE PARA PANDEMIAS FUTURAS



INTRODUCCIÓN Y RESUMEN

COLISIÓN DE PANDEMIAS

La humanidad se ve amenazada por una lista cada vez mayor de pandemias. El sida está colisionando con el COVID-19 con efectos mortales porque gran parte del mundo sigue peligrosamente poco preparado y con recursos insuficientes para hacer frente a las pandemias de hoy y del futuro.

Durante cuatro décadas, los avances en la ciencia, los derechos humanos y la inversión en la salud pública han impulsado un éxito notable contra el sida en algunos lugares y poblaciones. Este progreso ha demostrado lo que es posible cuando los países y las comunidades trabajan en conjunto contra una transmisión mortal.

Siguen existiendo brechas considerables. Las desigualdades arraigadas se interponen en el camino de un progreso mayor contra el sida y dejan al mundo vulnerable a futuras pandemias. Los nuevos y colosales desafíos creados por COVID-19 amenazan los logros obtenidos hasta ahora.

A solo seis meses del Día Mundial del sida de este año, los Estados Miembros de las Naciones Unidas (ONU) acordaron un nuevo enfoque: abordar las desigualdades, cerrar las brechas en el acceso a los servicios de VIH para el 2025 y encaminarse hacia el objetivo mundial de acabar con el sida para el 2030. Sin tiempo que perder, esas acciones acordadas no se están realizando a la velocidad y escala requeridas.

Si no se aprovechan los avances logrados hasta el momento, daría como resultado 7.7 millones de muertes relacionadas con el SIDA durante esta década.¹ La mayoría de esas muertes se pueden evitar si el mundo sigue la Estrategia Mundial contra el SIDA 2021-2026 y logra los objetivos para el 2025 acordados por la Asamblea General de la ONU.

No hay tiempo que perder. Los sistemas de salud y las comunidades están siendo llevados al límite gracias a una pandemia de coronavirus para la cual el mundo no estaba preparado a pesar de las claras advertencias por parte de expertos en enfermedades infecciosas e incluso de películas de Hollywood. Peor aún, dos años de la crisis de COVID-19 hasta ahora no han logrado inspirar una respuesta global unificada a la nueva pandemia: las naciones ricas acaparan las vacunas y luchan por convencer a proporciones suficientes de sus poblaciones para que se vacunen, mientras que los países de ingresos bajos y medios quedan expuestos por completo a la próxima ola de infecciones por SARS-CoV-2.

Lo que está en juego es más grande que el sida. Las acciones e intervenciones que necesitan un mayor liderazgo político, atención de las políticas y financiamiento para acabar con el sida también son críticas para contrarrestar el avance de COVID-19. Mientras que los líderes mundiales y las principales economías de G20 trabajan para establecer un marco mundial para la prevención, preparación y respuesta ante pandemias, los éxitos logrados con esfuerzo y los amargos fracasos de la respuesta al sida tienen experiencias que compartir. Estas experiencias revelan que los elementos críticos de la Estrategia Mundial contra el SIDA son elementos críticos que en gran medida hacen falta en los esfuerzos y planes de preparación para una pandemia: elementos que no deben descuidarse si el mundo quiere cumplir su promesa de poner fin al sida en la próxima década, derrotar rápidamente el COVID-19 y enfrentar proactivamente las pandemias del futuro.

“LAS CURVAS DE LAS INFECCIONES POR VIH Y LAS MUERTES RELACIONADAS CON EL SIDA NO SE ESTÁN DISMINUYENDO LO SUFICIENTEMENTE RÁPIDO. SI NO SE APROVECHAN LOS AVANCES LOGRADOS HASTA EL MOMENTO, DARÍA COMO RESULTADO 7.7 MILLONES DE MUERTES RELACIONADAS CON EL SIDA DURANTE ESTA DÉCADA.”

1. La estimación de 7.7 millones de muertes relacionadas con el SIDA entre el 2021 y el 2030 es lo que predicen los modelos de ONUSIDA si la cobertura de los servicios contra el VIH se mantiene constante con respecto a los niveles de 2019. Si se ejecuta la Estrategia Mundial contra el SIDA y se logran los objetivos para el 2025, ONUSIDA estima que al menos 4.6 millones de esas vidas se pueden salvar durante la década.

Cinco elementos fundamentales de la Estrategia Mundial contra el SIDA que son necesarios fortalecer para acabar con el SIDA en el 2030 y fortalecer la arquitectura mundial de prevención, preparación y respuesta ante una pandemia

Infraestructura dirigida y basada en la comunidad. Cuando los sistemas de salud pública han involucrado a redes y organizaciones dirigidas por la comunidad y empoderado a los más afectados por las pandemias, han logrado más éxito en contrarrestar la desinformación, asegurando la continuidad de los servicios de salud y protegiendo los derechos y los medios de vida de los más vulnerables.

Acceso equitativo a medicamentos, vacunas y tecnologías de salud. Se necesitaron décadas para que las pruebas y los medicamentos contra el VIH estuvieran disponibles y fueran fácilmente asequibles para todas las personas que los necesitan. Millones de vidas se perdieron a lo largo del camino. Las desigualdades en las vacunas de la actual pandemia de COVID-19 hacen eco de las desigualdades en el tratamiento de la respuesta temprana al sida. A principios de noviembre de 2021, sólo el 2% de las personas de los países de bajos ingresos estaban totalmente vacunadas contra COVID-19, en comparación con el 65% en los países de altos ingresos (1). A mediados de noviembre, la cantidad diaria de refuerzos administrados a nivel mundial (esencialmente en países de ingresos altos) fue seis veces mayor que la cantidad diaria de dosis primarias en los países de bajos ingresos (2). La indignación causada por la retención desmesurada de los medicamentos antirretrovirales en los países de bajos ingresos en la década de 1990 y principios de 2000 llevó al establecimiento de mecanismos que hacen que las versiones genéricas de las tecnologías de vanguardia del VIH sean rápidamente asequibles y accesibles. Estos mecanismos deben fortalecerse aún más para garantizar que todos los medicamentos, vacunas, diagnósticos y otras tecnologías de salud que se necesitan con urgencia se consideren bienes públicos.

Apoyo a los trabajadores en la primera línea de la pandemia. Los trabajadores de la salud, trabajadores sociales, maestros y cuidadores no remunerados son los héroes de las respuestas a la pandemia, arriesgando su salud para prestar atención y asegurar que los bienes y servicios básicos sigan disponibles. Sin embargo, a menudo laboran en condiciones de trabajo inseguras y explotadoras, están mal remunerados y carecen de recursos, y son poco apreciados durante todas las fases de crisis, excepto las más agudas. Apoyar a los trabajadores esenciales y proporcionarles los recursos y herramientas que necesitan es fundamental para mantenerlos en sus empleos.

Los derechos humanos en el centro de las respuestas a las pandemias. Las violaciones de los derechos socavan la confianza y alejan a las personas de las medidas de salud pública. Esto sigue siendo un obstáculo para acabar con el sida en muchos lugares, y la falta de respeto por los derechos también está quebrantando las medidas contra COVID-19. Por el contrario, la evidencia y la experiencia muestran que la promoción de los derechos humanos mejora la salud pública. Los elementos clave de las respuestas a las pandemias basadas en los derechos que crean confianza pública incluyen limitar el uso de leyes penales para hacer cumplir las medidas de salud pública, identificar violaciones de derechos donde ocurran, instituciones judiciales y de derechos humanos eficaces, y grupos independientes de la sociedad civil capaces de hacer que los gobiernos y otros actores rindan cuentas.

Sistemas de datos centrados en las personas que resaltan las desigualdades. En un mundo inundado de datos, es fácil elegir los puntos de datos que refuerzan los prejuicios y protegen los intereses personales y políticos. Las respuestas a pandemias deben estar conformadas por la triangulación objetiva de una amplia gama de datos. La recopilación, análisis y uso de datos tanto cuantitativos como cualitativos —de una manera ética y que mantenga la confidencialidad de la información privada de las personas— es fundamental para comprender quién está más afectado durante los brotes de enfermedades, a quién se le está brindando servicios, quién no está recibiendo servicios y por qué.



A Cambodian man living with HIV has his hands sanitized before a medical check-up. Credit: UNAIDS/S. Dara

UNA ESTRATEGIA QUINQUENAL PARA ACABAR CON LAS DESIGUALDADES Y EL SIDA

Los esfuerzos para salvaguardar y reactivar la respuesta mundial al VIH lograron dos hitos importantes en el 2021: el desarrollo de una estrategia mundial contra el sida de cinco años y la aprobación por parte de la Asamblea General de las Naciones Unidas del enfoque de la estrategia en las desigualdades, junto con un conjunto integral de metas mundiales para el 2025.

La Estrategia mundial contra el sida y las metas mundiales para el 2025 reconocen que el VIH prospera en las líneas divisorias de las desigualdades dentro y entre las sociedades, y hacen que el manejo de estas desigualdades sea la pieza central de los esfuerzos para erradicar el sida de los libros de historia. El VIH no es el único en este sentido: las desigualdades subyacentes están en el centro de los impactos desiguales del COVID-19, tuberculosis, malaria, ébola, cólera y otras enfermedades infecciosas.

Varias poblaciones claves, entre ellas las trabajadoras sexuales, personas que se inyectan drogas, privados de libertad, personas transgénero y hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, corren un mayor riesgo de contraer VIH y otras infecciones letales debido a su situación marginada en la sociedad, la discriminación y la violencia que experimentan y las leyes que buscan castigar sus acciones. Un nuevo análisis realizado por ONUSIDA muestra que los datos reportados por muchos países parecen subestimar el tamaño de las poblaciones claves, dejando virtualmente invisibles a decenas de millones de personas con mayor necesidad para los planes y programas nacionales contra el VIH (ver capítulo 5).

EL VIH PROSPERA EN LAS LÍNEAS DIVISORIAS DE LAS DESIGUALDADES DENTRO Y ENTRE SOCIEDADES. ABORDAR ESTAS DESIGUALDADES DEBE SER EL EJE CENTRAL DE LOS ESFUERZOS PARA ELIMINAR EL SIDA DE LOS LIBROS DE HISTORIA.

En el África subsahariana, las adolescentes y mujeres siguen superando en gran medida al número de hombres y niños entre las personas infectadas por el VIH. Sin embargo, es menos probable que los hombres de esta región reciban los servicios de pruebas y tratamiento contra el VIH. La pobreza y la falta de escolaridad son obstáculos adicionales para los servicios de salud y VIH. Hay pruebas sustanciales que demuestran que el empoderamiento de las adolescentes y las mujeres jóvenes no sólo puede reducir su riesgo de contraer VIH, sino que también puede conferir una amplia gama de beneficios sociales y de salud de por vida. La educación, en particular, reduce la vulnerabilidad al VIH al tiempo que ayuda a construir sociedades fuertes y resistentes, resaltando la importancia de las inversiones nacionales en los sistemas educativos en general, y específicamente en las medidas para ayudar a que las niñas continúen asistiendo a la escuela.

La Estrategia mundial contra el sida incorpora décadas de experiencia y evidencia en un marco integral de acciones transformadoras para: maximizar el acceso equitativo e igualitario a los servicios y soluciones del VIH; derribar las barreras para lograr resultados del VIH; y proporcionar recursos y mantener respuestas eficientes al VIH e integrarlas en los sistemas de salud, protección social, entornos humanitarios y respuestas a las pandemias.

Muchos aspectos de la Estrategia mundial contra el sida también son importantes para ayudar a prevenir y responder a las pandemias del futuro.

LAS ADAPTACIONES Y LA RESILIENCIA PROTEGEN LOS PROGRAMAS CRÍTICOS CONTRA EL VIH

El daño causado a los programas de VIH por el COVID-19 varía de un país a otro. Ha habido retrocesos sustanciales, particularmente durante los primeros seis meses de la crisis, y las personas que viven con VIH corren un riesgo elevado de morbilidad y mortalidad relacionadas con el COVID-19 (ver recuadro). También ha habido muchos ejemplos inspiradores de adaptación y resiliencia.

Los servicios de reducción de daños para las personas que consumen drogas, que son la piedra angular de las medidas de prevención del VIH entre esta población clave con mayor riesgo de infección por VIH, se interrumpieron en casi dos tercios (65%) de los 130 países encuestados en el 2020 (3). Los programas de circuncisión médica masculina voluntaria (CMMV) también se vieron gravemente interrumpidos en el 2020, y algunos países suspendieron los procedimientos por completo. Los objetivos establecidos para CMMV en 15 países prioritarios en África oriental y meridional no se cumplieron por un margen amplio, pero a medida que las restricciones sociales se relajaron, estos programas mostraron signos de recuperación alentadores hacia finales de 2020 (4). Los programas de profilaxis previa a la exposición (PrEP) se ampliaron en el 2020, pero el acceso a la PrEP sigue estando lejos de los objetivos mundiales para esta opción relativamente nueva de prevención del VIH.

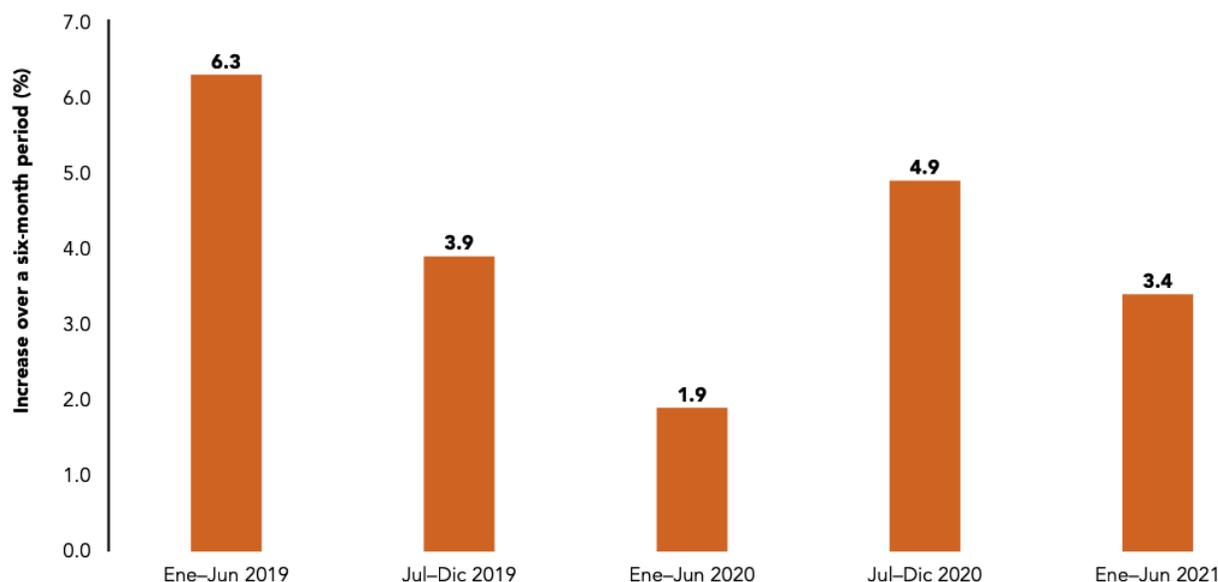
El ritmo de las pruebas del VIH disminuyó casi uniformemente, y la evidencia disponible muestra que los diagnósticos del VIH disminuyeron y que menos personas que viven con VIH iniciaron el tratamiento en el 2020 en 40 de los 50 países que notificaron esos datos a ONUSIDA.

El número de personas que viven con VIH que reciben terapia antirretroviral aumentó solo un 1.9% entre enero y junio de 2020, de 25.5 millones de personas a 26.0 millones de personas. A esto le siguió un aumento acelerado del 4.9% de julio de 2020 a diciembre de 2020, alcanzando 27.3 millones de personas, y luego un aumento del 3.4% durante los primeros seis meses de 2021. A finales de junio de 2021, habían 28.2 millones de personas viviendo con VIH y en tratamiento a nivel mundial.²

“ LAS MAYORES INTERRUPTIONES EN LOS SERVICIOS DE VIH SE PRODUJERON EN LA PRIMERA MITAD DE 2020, CUANDO MUCHOS PAÍSES SE ENCONTRABAN EN SUS PRIMERAS CUARENTENAS Y LOS PROGRAMAS DE VIH LUCHABAN POR ADAPTARSE.

2. Las estimaciones de tratamiento a mitad de año se basan en los datos reportados de 80 países que representan el 80% de las personas que viven con VIH en el mundo y se extrapolan al resto del mundo.

FIGURA 1. Aumento del número de personas que reciben tratamiento antirretroviral durante un período de seis meses, global, enero 2019–junio 2021



Fuente: Análisis especial de ONUSIDA, 2021.

En muchos lugares, la conmoción causada por el COVID-19 ha convocado la inventiva y la resiliencia que se han convertido en la característica de la respuesta al VIH. Los programas con recursos suficientes, dispuestos a adaptarse y anclados en una fuerte participación comunitaria han tendido a hacer frente de la mejor manera. Las restricciones de movimiento por causa del COVID-19 exigieron una aceleración de la dispensación para varios meses por parte de los programas nacionales de tratamiento contra el VIH, y el enfoque ha sido un éxito rotundo, permitiendo a las personas continuar tomando sus medicamentos contra el VIH a pesar de las interrupciones del servicio. Igualmente, las dosis para llevar a casa para la terapia de sustitución de opiáceos en el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte han disminuido el estigma y mejorado la adherencia al tratamiento para las personas que se inyectan drogas (5).

Confiar en las comunidades afectadas ha demostrado ser una estrategia ganadora. El tratamiento contra el VIH y otros servicios críticos se preservaron al pasar a servicios centrados en la comunidad y a otras formas de servicios diferenciados, y al utilizar plataformas virtuales y de tele salud para obtener información y apoyo. Se establecieron planes y sitios de recogida comunitarios, se organizaron servicios de entrega a domicilio y se cambió el apoyo al tratamiento en línea.

En siete países de África oriental y meridional, por ejemplo, 2500 centros de tratamiento del VIH apoyados por el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR) que atienden a 1.8 millones de personas que viven con VIH proporcionaron reabastecimiento de medicamentos antirretrovirales en los centros comunitarios, dispensó mayores cantidades de los medicamentos para cubrir períodos más extensos de tratamiento (típicamente seis meses en lugar de tres meses), y estableció el distanciamiento social y otras medidas preventivas en las clínicas (6).³ En seis de los siete países, estos ajustes en realidad redujeron el porcentaje de pacientes que experimentaron interrupciones del tratamiento. En los siete países, en el trimestre anterior a los cierres, un 23% más de pacientes experimentaron interrupciones del tratamiento que durante los cierres, mientras que, en el trimestre posterior a los cierres, las interrupciones del tratamiento disminuyeron un 10% más en comparación con el número de interrupciones durante los cierres.

En Uganda, se utilizó una combinación de enfoques centrados en la comunidad, incluyendo la dispensación de medicamentos antirretrovirales para varios meses, puntos de recogida de medicamentos comunitarios y la recolección de medicamentos comunal (donde las personas

3. Los siete países fueron: Botsuana, Suazilandia, Namibia, Ruanda, Uganda, Zambia y Zimbabue.

forman grupos pequeños y alternan la recolección de medicamentos antirretrovirales para todos) (7). En África occidental y central, la iniciativa de Aumento de la Terapia Antirretroviral de Nigeria logró impulsar la cobertura y la calidad del tratamiento del VIH a pesar de las interrupciones del COVID-19 (ver artículo).

Antes de la crisis de COVID-19, muchos países se resistieron a las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la dispensación de varios meses de medicamentos antirretrovirales, argumentando que eran demasiado complejos y riesgosos de implementar. Estos lamentos y negativas hicieron eco de preocupaciones infundadas expresadas décadas antes, cuando se retiraron cruelmente los medicamentos antirretrovirales del África subsahariana y otros entornos de bajos ingresos por temor a que sus sistemas de salud fueran demasiado débiles y que sus pacientes carecían de educación y disciplina para manejar la dosis diaria del tratamiento contra el VIH.

Las interrupciones relacionadas con COVID-19 en la producción y distribución de medicamentos antirretrovirales amenazaron con provocar desabastecimientos y limitaron la expansión de la dispensación de múltiples meses en algunos países. Los datos de aduana de la India muestran que hubo reducciones significativas en los envíos de medicamentos antirretrovirales genéricos a los países de ingresos bajos y medio bajos en marzo-junio de 2020, cuando muchos países se encontraban en sus primeros cierres. Los volúmenes de exportaciones de la India se recuperaron y aumentaron a finales de 2020 (8). El impacto de COVID-19 en el 2020 y la aparición de la variante delta del SARS-CoV-2 en la India y su propagación mundial en el 2021 parecían cambiar los patrones y niveles de las ordenes de medicamentos antirretrovirales genéricos de países de ingresos bajos y medios en comparación con años anteriores, pero no tuvo impacto en la entrega de pedidos que se realizaron en los primeros ocho meses de 2021 (8).

Cada vez hay más pruebas de que las personas que viven con VIH se enfrentan a mayores riesgos a causa de COVID-19

Está surgiendo una imagen más completa de la interacción entre la infección por VIH y la infección por SARS-CoV-2, y de la respuesta a la vacuna contra COVID-19 en personas que viven con VIH. Un sólido cuerpo de evidencia – procedente de Sudáfrica, el Reino Unido y los Estados Unidos de América– indica que las personas que viven con VIH y contraen la infección por SARS-CoV-2 corren un mayor riesgo de enfermedad grave y muerte (9–14). El riesgo es especialmente alto para las personas que no están controlando su infección por VIH con terapia antirretroviral (15, 16).

Un estudio reciente basado en datos de 5.8 millones de personas en 54 centros clínicos en los Estados Unidos abordó factores desconcertantes potenciales al ajustar las comorbilidades, las características demográficas y los factores de estilo de vida. Se encontró que vivir con VIH se asoció con un 20% más de riesgo de ser hospitalizado por infección de COVID-19 y un 29% más de riesgo de mortalidad por COVID-19 (17). El hallazgo se repite ampliamente en un metanálisis de 84 estudios de África, Asia, América y Europa (18).

También hay cada vez más evidencia de que el riesgo de resultados adversos entre las personas que viven con VIH es más alto entre las que tienen recuentos bajos de células CD4 o cargas virales detectables del VIH (17, 19–21). Esto destaca la importancia y los múltiples beneficios del tratamiento del VIH exitoso. Sin embargo, cabe destacar los hallazgos de otro estudio, que indican que las personas que viven con VIH y con recuentos bajos de células CD4 pueden estar en mayor riesgo de resultados pobres de COVID-19 incluso si están suprimidos viralmente (22). Esto sugiere que las personas que han iniciado recientemente el tratamiento contra el VIH o aquellas que han experimentado recuentos bajos de células CD4 durante períodos largos pueden necesitar mayor observación si adquieren COVID-19. El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos recomiendan un refuerzo de la vacuna contra el COVID-19 para personas con VIH avanzado o no tratado (23).

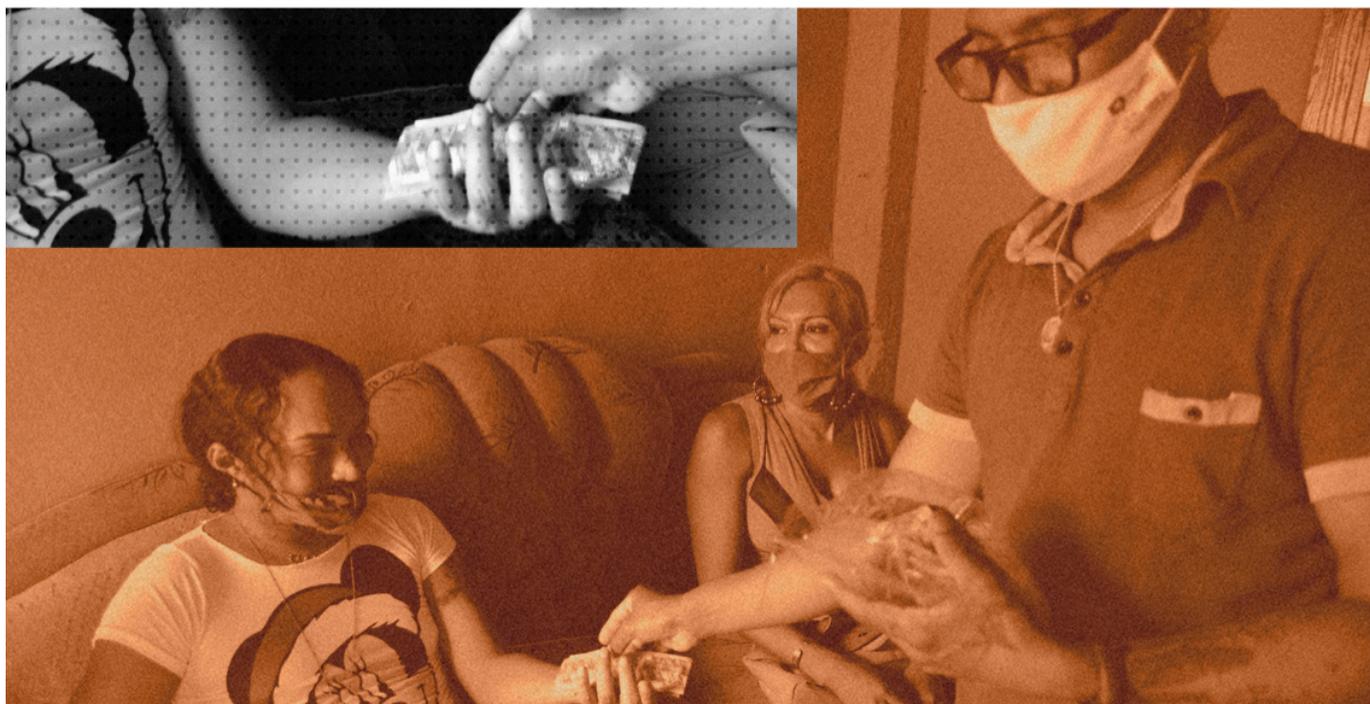
No hay evidencias de que la infección por VIH pueda estar asociada con reacciones adversas a las vacunas actuales contra el COVID-19. Sin embargo, existen evidencias de estudios contradictorios sobre si las personas que viven con VIH pueden tener respuestas de anticuerpos inducidas por la vacuna más débiles. Varios estudios no han encontrado tal diferencia (24–27). No obstante, un estudio reciente de los Estados Unidos ha reportado una respuesta de anticuerpos inducida por la vacuna más baja en personas que viven con VIH que en personas VIH negativas, con el efecto que parece diferir dependiendo de la vacuna (28). La respuesta fue más pobre en personas con infecciones por VIH no suprimidas. Los anticuerpos no son el único determinante de la respuesta de la vacuna, y este estudio no midió las respuestas de las células T.

LA CRISIS DE COVID-19 AGRAVA LAS DESIGUALDADES

Si bien muchos programas contra el VIH han demostrado ser resistentes durante la crisis de COVID-19, el daño más amplio causado por la pandemia –sentido de forma más aguda por las poblaciones que ya están en desventaja– amenaza con socavar los esfuerzos mundiales para poner fin a la pandemia del sida para el 2030.

COVID-19 ha hecho retroceder la igualdad de género al menos en una generación, según el Foro Económico Mundial. Sobre la base de las tendencias actuales, tomará casi 136 años para cerrar la brecha global de género, en comparación a los 100 años anteriores al COVID-19. Las pérdidas de empleo e ingresos durante la pandemia han sido mayores entre las mujeres, y ha aumentado las cargas de atención no remuneradas (29). Docenas de estudios han documentado aumentos en la violencia contra mujeres y niñas durante la pandemia; ese aumento de la violencia, junto con el daño físico y emocional, también se asocia con un mayor riesgo de infección por VIH y peores resultados de salud para las mujeres que viven con VIH (30–32). Una evaluación rápida del impacto de la pandemia de COVID-19 en seis países en el 2020 reveló que el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva había sido interrumpido (33).⁴ La escolarización también se ha interrumpido en algún momento para la mayoría de los niños del mundo, y se prevé que 11 millones de niñas nunca regresen a la escuela después de la pandemia de COVID-19 (34).

La protección social se amplió temporalmente en muchos países a medida que se cerraban sectores de empleo enteros, pero la ayuda no se prestó a muchas de las personas más pobres y vulnerables. A medida que los ingresos se desploman y los precios de los alimentos aumentan, la inseguridad alimentaria está aumentando: alrededor de una de cada tres personas en todo el mundo (2.4 millones de personas) no tuvo acceso a alimentos adecuados en el 2020, un aumento de 320 millones de personas en un año, según la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (35). La inseguridad alimentaria también afecta negativamente a las personas que viven con VIH, incluyendo la adherencia al tratamiento contra el VIH (36).



A staff member from the civil society organization Diálogo Diverso hands out condoms to migrants from the Bolivarian Republic of Venezuela. Based in Quito, Ecuador, Diálogo Diverso works on the protection and promotion of human rights, with an emphasis on gender and lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex (LGBTI) people. Credit: UNAIDS

4. Los seis países fueron: Colombia, Estados Unidos, Kenia, Nigeria, Sudáfrica y Uganda.

LECCIONES DE PREPARACIÓN Y RESPUESTA ANTE PANDEMIAS

La tarea de poner fin a la pandemia del sida ha aumentado en los dos últimos años. Los desafíos a los que se enfrentó durante la crisis del COVID-19 y los esfuerzos para superarlos también han resaltado algunos de los elementos fundamentales del éxito de las respuestas a las pandemias. Las correcciones en curso que se exigen en la Estrategia mundial contra el sida no sólo acabarán con el sida para el 2030, sino que también son necesarias para proteger al mundo contra futuras pandemias. El enfoque de la estrategia contra el sida en las desigualdades reconoce que las personas y las comunidades que corren mayor riesgo deben ser colocadas en el centro de las respuestas a las pandemias. Nadie está seguro hasta que todos estén seguros.

La historia también subraya la importancia fundamental de contar con fondos suficientes para gestionar y mantener respuestas eficaces a las pandemias. Los programas de VIH más resistentes durante la crisis del COVID-19 han sido los que cuentan con fondos confiables y un sólido núcleo de profesionales de salud pública que trabajan estrechamente con líderes comunitarios. Más, no menos, un gasto sanitario ambicioso es una prioridad si el mundo quiere controlar la pandemia de COVID-19 y poner fin a las pandemias de VIH y tuberculosis (37).

Existe un grave peligro de repetir una vez más los errores del pasado, donde el crecimiento económico a corto plazo, las cuotas de mercado de los gigantes corporativos y los futuros políticos personales de los líderes gubernamentales tienen prioridad sobre el mayor bien a largo plazo que se puede lograr cuando los sistemas de salud pública reciben los recursos y el apoyo que necesitan para responder a las crisis sanitarias, y donde las comunidades se comprometen de forma constructiva a enfrentar las desigualdades y asegurar que nadie quede atrás en las respuestas al sida, COVID-19 y otras pandemias.

A medida que continúan las negociaciones de prevención, preparación y respuesta ante una pandemia en el 2022, cinco elementos críticos requieren mayor atención por parte de los líderes mundiales: (1) infraestructura dirigida y basada en la comunidad; (2) acceso equitativo a medicamentos, vacunas y tecnologías sanitarias; (3) apoyo a los trabajadores que hacen frente a la pandemia; (4) los derechos humanos en el centro de las respuestas a la pandemia; y (5) sistemas de datos centrados en las personas que resalten las desigualdades. Lo que está en juego para las personas que viven con VIH y las que tienen un riesgo elevado de infección es increíblemente alto. Se encuentran entre los más vulnerables, pero no son los únicos: la rápida propagación del SARS-CoV-2 y los amplios impactos del COVID-19 son una tragedia global que afecta a casi todos. Sin embargo, esta crisis también es una oportunidad sin precedentes para aprender de los errores del pasado y movilizar la voluntad política y la inversión en un marco mundial que pueda poner fin a las desigualdades, poner fin al sida y poner fin a las pandemias.

COVID-19 ES UNA CRISIS TERRIBLE. TAMBIÉN ES UNA OPORTUNIDAD SIN PRECEDENTES PARA APRENDER DE LOS ERRORES DEL PASADO Y MOVILIZAR EL LIDERAZGO Y LA INVERSIÓN NECESARIOS PARA UN MARCO GLOBAL INTEGRAL QUE PUEDA ACABAR CON LAS DESIGUALDADES, ACABAR CON EL SIDA Y ACABAR CON LAS PANDEMIAS.

HISTORIA DESTACADA: ADAPTACIONES ÁGILES DURANTE EL AUMENTO DEL TRATAMIENTO EN NIGERIA

La pandemia del COVID-19 afectó a Nigeria en medio de un intenso esfuerzo por acelerar la cobertura de la terapia antirretroviral entre las personas que viven con VIH. Lo que sucedió a continuación fue un ejemplo inspirador de cómo un programa de VIH sólido y centrado en la comunidad puede evitar las interrupciones asociadas con la pandemia de COVID-19.

La iniciativa Nigeria Antiretroviral Therapy Surge (Aumento de la Terapia Antirretroviral de Nigeria), apoyada por PEPFAR, comenzó en abril de 2019 con un objetivo de 18 meses de aumentar a 500 000 el número de personas que viven con VIH en 10 estados y territorios nigerianos que reciben tratamiento apoyado por PEPFAR (38).⁵

El diagnóstico de las personas que viven con VIH ha sido un desafío particularmente grande en el programa de tratamiento de Nigeria debido a la baja asistencia a los centros de salud, especialmente en entornos rurales de bajos ingresos. Para superar este desafío, la iniciativa Surge utilizó datos de encuestas nacionales recientes para centrarse en áreas con un gran número de personas no diagnosticadas que viven con VIH, una herramienta de detección del riesgo del VIH y pruebas de índice para acelerar los diagnósticos del VIH, y varias estrategias de apoyo para vincular rápidamente el recién diagnosticado con el tratamiento (39).

Las pruebas basadas en la comunidad, la vinculación activa con la atención, el inicio inmediato del tratamiento y el suministro de “paquetes iniciales” de medicamentos antirretrovirales de 30 días lograron avances impresionantes en un corto período de tiempo. En los 10 estados y territorios, el número semanal de pruebas del VIH realizadas aumentó un 518% de abril de 2019 a marzo de 2020, el número semanal de resultados positivos aumentó un 239%, y el número semanal de personas recién identificadas que viven con VIH que iniciaron el tratamiento aumentó en un 272% (Figura 11) (40). El número total de tratamiento en los 10 estados y territorios aumentó en un 43% durante el primer año de la iniciativa Surge, hasta un total de 559 488 (40).



Health-care workers braving treacherous terrains to deliver services to clients in hard-to-reach locations, en route to General Hospital, Ngo, Andoni Local Government Area (LGA), Rivers State, Nigeria. Credit: PEPFAR Nigeria

5. Los estados eran Akwa Ibom, el Benue, Delta, Enugu, Gombe, IMO, Lagos, Nasarawa y Rivers. El territorio era: Territorio Federal de la Capital.

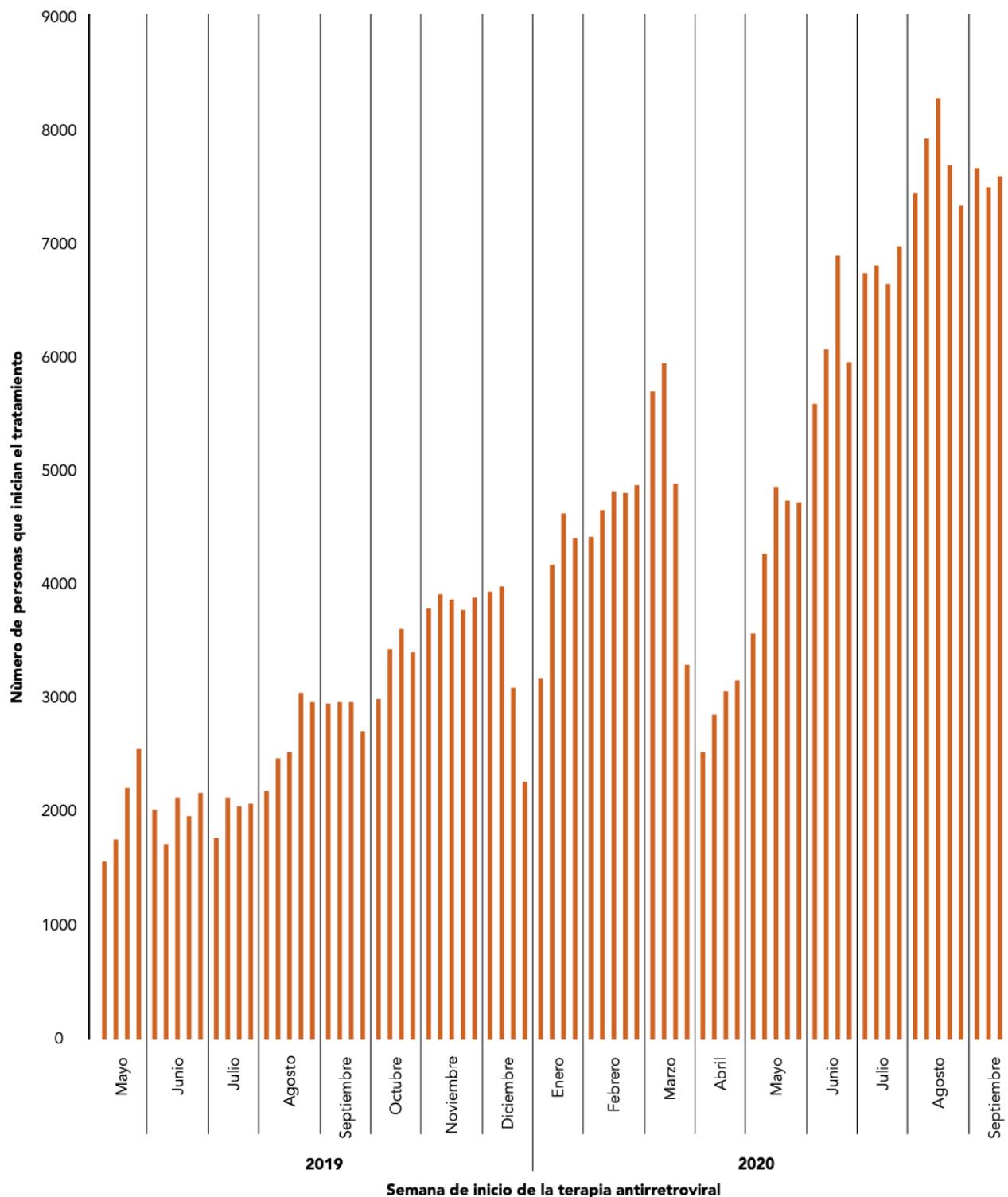
Cuando las restricciones relacionadas con COVID-19 comenzaron a afectar la asistencia a los centros de salud a principios de 2020, los administradores de la iniciativa Surge duplicaron los enfoques centrados en la comunidad. Los equipos de extensión trabajaron con organizaciones comunitarias locales para adaptar la educación, detección, consejería y pruebas del VIH para cumplir con las restricciones del COVID-19, y facilitar la recepción y permanencia en el tratamiento contra el VIH (41). A las personas que comenzaron el tratamiento contra el VIH se les proporcionaron suministros de antirretrovirales para 90 días y así poder reducir las visitas a los centros de salud. Se establecieron puntos de recogida comunitarios adicionales para la distribución de antirretrovirales, y se enviaron mensajes de texto a las personas con recordatorios de reabastecimiento y las direcciones de los puntos de recogida cercanos. La dispensación para varios meses (de tres a seis meses) de antirretrovirales también se amplió a todas las personas que ya estaban en tratamiento contra el VIH. Las medidas de mitigación del COVID-19 incluyeron el suministro de mascarillas para los miembros del personal, la mejora del lavado de manos por parte de los miembros del personal y los clientes durante las visitas clínicas, y medidas de distanciamiento físico (42). La mayoría de las adaptaciones estaban en vigor en abril de 2020 (43).

La proporción de personas diagnosticadas en sus comunidades (en lugar de en los centros de salud) aumentó del 67% en marzo de 2020 al 80% en septiembre de 2020, el 90% de las personas que recibieron tratamiento tenían recetas de varios meses para medicamentos antirretrovirales, y casi todas las recogidas de reabastecimiento de medicamentos fueron a tiempo (40). En mayo de 2020, las actividades de la iniciativa Surge volvieron a los niveles pre pandémicos (es decir, antes de finales de marzo de 2020) y han continuado en aumento: durante el período de abril a septiembre de 2020, 161 444 personas iniciaron el tratamiento y el número total de personas en tratamiento aumentó en un 29% a 720 932 (40).



HIV testing in creek community in Southern Akwa Ibom State, Nigeria. Credit PEPFAR Nigeria

FIGURE 2. Número de personas que viven con VIH recientemente identificadas y que iniciaron la terapia antirretroviral, por semana, diez estados y territorios de Nigeria que participan en la iniciativa de Aumento de la Terapia Antirretroviral, 4 de mayo 2019 a 26 de septiembre 2020



■ Personas que viven con VIH recientemente identificadas y que iniciaron la terapia antirretroviral

Notas:

* Utilizando los datos del programa reportados semanalmente, se calculó un indicador sustituto para el inicio del TAR como el número de personas recién identificadas con infección por VIH que iniciaron el TAR dividido por el número de resultados positivos de la prueba. Las tasas de iniciación del TAR mediante el indicador indirecto podrían superar el 100%, incluso si las personas con infección por VIH identificada en una semana no iniciaron el TAR hasta la semana siguiente. Los informes de datos programáticos semanales comenzaron la semana que finalizó el 4 de mayo de 2019. Las semanas de informes terminan los sábados.

† Benue, Delta, Enugu, Capital Federal, Gombe, IMO, Lagos, Nasarawa y Rivers.

El 27 de febrero de 2020, el Centro para el Control de Enfermedades de Nigeria confirmó el primer caso COVID-19 confirmado y activó un Centro de Operaciones de Emergencia el 28 de febrero. Posteriormente, el gobierno de Nigeria implementó los esfuerzos de mitigación contra el COVID-19, incluyendo el cierre de escuelas (a partir del 19 de marzo), prohibiciones de viajes internacionales (a partir del 23 de marzo) y las órdenes estatales de quedarse en casa (a partir del 30 de marzo).

REFERENCIAS

1. Our World in Data [database]. Our World in Data; c2021 (<https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>).
2. Kutlu O. WHO head says there is "scandal" in global coronavirus vaccine inequity. In: Anadolu Agency [Internet]. 13 November 2021. Anadolu Agency; c2021 (<https://www.aa.com.tr/en/health/who-head-says-there-is-scandal-in-global-coronavirus-vaccine-inequity/2419607>).
3. The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services [Internet]. Geneva: WHO; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/978924012455>).
4. Peck M, Ong K, Lucas T, Kiggundu V, Thomas A, Chandler S et al. Characterizing the effect of the COVID-19 pandemic on PEPFAR-supported voluntary medical male circumcision services, 2020. International AIDS Society Conference, 18–21 July 2021. Abstract 760.
5. EuroNPUD. Take home opiate substitution therapies. Advocacy brief. 2020 (<https://www.dropbox.com/s/s0y4hrvacf4q1f2/EuroNPUD%20Take%20Home%20OOST%20Advocacy%20Brief%20UK.pdf?dl=0>).
6. Mehta N, Stewart A, Fisher K, Ghosh S, Santos L, Harvey P et al. Impact of COVID-19 on HIV treatment interruption in seven PEPFAR countries, April–June 2020. International AIDS Society Conference, 18–21 July 2021. Abstract 2641.
7. Zakumumpa H, Makobu K, Ntawhi W, Maniple E. A mixed-methods evaluation of the uptake of novel differentiated ART delivery models in a national sample of health facilities in Uganda. *PLoS One*. 2021;16(7):e0254214.
8. UNAIDS analysis of Indian customs data obtained from Seair Exim solutions, 2020–2021.
9. Western Cape Department of Health in collaboration with the National Institute for Communicable Diseases, South Africa. Risk Factors for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Death in a Population Cohort Study from the Western Cape Province, South Africa. *Clin Infect Dis*. 2021 Oct 5;73(7):e2005-e2015.
10. Sabin C, Raya R, Curtis H, Water L, Chadwick D; BHIVA COVID Registry Working Group. Coronavirus (COVID)-19 in people with HIV in the UK: initial findings from the BHIVA COVID-19 Registry. Fifth Joint Conference of the British HIV Association and the British Association for Sexual Health and HIV, 19–21 April 2021. Abstract 08.
11. Bhaskaran K, Rentsch CT, MacKenna B, Schulze A, Mehrkar A, Bates CJ et al. HIV infection and COVID-19 death: a population-based cohort analysis of UK primary care data and linked national death registrations within the OpenSAFELY platform. *Lancet HIV*. 2021;8(1):e24-e32.
12. Geretti AM, Stockdale AJ, Kelly SH, Cevik M, Collins S, Waters L et al. Outcomes of COVID-19 related hospitalization among people with HIV in the ISARIC WHO Clinical Characterization Protocol (UK): a prospective observational study. *Clin Infect Dis*. 2020 Oct 5;73(7):e2095-e2106.
13. Yendewa GA, Perez JA, Schlick KA, Tribout HA, McCormsey GA. Characterizing COVID-19 presentation and clinical outcomes in HIV patients in the US. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 6–10 March 2021. Abstract 548.
14. Spinelli MA, Brown LB, Glidden DV, Hunter K, Martin-Tuite P, Zheng J et al. SARS-CoV-2 incidence, testing rates, and severe COVID-19 outcomes among people with and without HIV. *AIDS*. 2021;35:2545-7.
15. Ambrosioni J, Blanco JS, Reyes-Uruena JM, Davies M, Sued O, Marcos MA et al. Overview of SARS-CoV-2 infection in adults living with HIV. *Lancet HIV*. 2021;8(5):e294-e305.
16. Del Amo J. Does HIV impact COVID-19 susceptibility or severity? Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 6–10 March 2021. Abstract 31.
17. Yang X, Sun J, Patel RC, Zhang J, Guo S, Zheng Q et al. Associations between HIV infection and clinical spectrum of COVID-19: a population level analysis based on US National COVID Cohort Collaborative (N3C) data. *Lancet HIV*. 2021;8(11):e690-e700.
18. Wang Y, Feng R, Xu J, Shi L, Feng H, Yang H. An updated meta-analysis on the association between HIV infection and COVID-19 mortality. *AIDS*. 2021;35:1875-80.
19. Nomah DK, Reyes-Uruena J, Díaz Y, Moreno S, Aceiton J, Bruguera A et al. Sociodemographic, clinical and immunological factors associated with SARS-CoV-2 diagnosis and severe COVID-19 outcomes in people living with HIV: a retrospective cohort study. *Lancet HIV*. 2021;8(11):e701-e710.
20. Sigel K, Swartz T, Golden E, Paranjpe I, Somani S, Richter F et al. Coronavirus 2019 and people living with human immunodeficiency virus: outcomes for hospitalized patients in New York City. *Clin Infect Dis*. 2020;71(11):2933-8.
21. Jassat W, Cohen C, Tempia S, Masha M, Godstein S, Kufa T. Risk factors for COVID-19-related in-hospital mortality in a high HIV and tuberculosis prevalence setting in South Africa: a cohort study. *Lancet HIV*. 2021;8(9):e554-e567.
22. Dandachi D, Geiger G, Montgomery MW, Karmen-Tuohy S, Golzy M, Antar AAR et al. Characteristics, comorbidities and outcomes in a multicenter registry of patients with human immunodeficiency virus and coronavirus disease 2019. *Clin Infect Dis*. 2021;73(7):e1964-e1972.
23. COVID-19 Vaccines for Moderately to Severely Immunocompromised People. In: US Centers for Disease Control and Prevention [Internet]. 18 October 2021. Atlanta (GA): US CDC; c2021 (<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/recommendations/immuno.html>).
24. Madhi S, Koen A, Fairlie L, Cutland C, Baillie V, Padayachee S et al. ChAdOx1 nCoV-19 (AZD1222) vaccine in people living with and without HIV. 2021. Pre-print.
25. Frater J, Ewer K, Ogbe A, Pace M, Adele S, Adland E et al. Safety and immunogenicity of the ChAdOx1 nCoV-19 (ZAD1222) vaccine against SARS-CoV-2 in HIV infection. *Lancet*. 2021;19 April. Pre-print.
26. Ruddy J, Boyarsky B, Bailey J, Karaba A, Garonzik-Wang J, Jacqueline M et al. Safety and antibody response to two-dose SARS-CoV-2 messenger RNA vaccination in persons with HIV. *AIDS*. 2021;35(14):2399-401.
27. Woldemeskel B, Karaba A, Garliss C, Beck E, Wang K, Laeyendecker O et al. The BNT162b2 mRNA vaccine elicits robust humoral and cellular immune responses in people living with Human Immunodeficiency Virus (HIV). *Clin Infect Dis*. 2021;ciab648.
28. Spinelli M. Lower SARS-CoV-2 IgG and pseudovirus neutralization titers post-mRNA vaccination among people living with HIV. *IDWeek 2021*, 29 September–3 October. Abstract LBB.
29. Global gender gap report 2021. Geneva: World Economic Forum; 2021 (https://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2021.pdf).
30. Bourgault S, Peterman A, O'Donnell M. Violence against women and children during COVID-19—one year on and 100 papers in. A fourth research round-up. Washington (DC): Center for Global Development; 2021 (<https://www.cgdev.org/sites/default/files/vawc-fourth-roundup.pdf>).
31. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: WHO; 2013.
32. Hatcher AM, Smout EM, Turan JM, Christofides N, Stöckl H. Intimate partner violence and engagement in HIV care and treatment among women: a systematic review and meta-analysis. *AIDS*. 2015;29(16):2183-94.
33. Missing in action: COVID-19 response funding for gender-based violence and sexual and reproductive health in five countries. New York (NY): Global Health Justice and Governance Programme at Columbia University; 2020 (https://www.publichealth.columbia.edu/sites/default/files/multi-country_funding_2-pager_9_april_2021.pdf).
34. Addressing the gender dimensions of COVID-related school closures. Geneva: UNESCO; August 2020 (<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373379>).
35. The state of food security and nutrition in the world 2021. Rome: Food and Agriculture Organization; 2021 (<https://www.fao.org/3/cb4474en/online/cb4474en.html>).
36. McLinden T, Stover S, Hogg RS. HIV and food insecurity: a syndemic amid the COVID-19 pandemic. *AIDS Behav*. 2020;24:2766-9.
37. Korowski C, Evans DB, Tandon A, Eozenou PH-V, Schmidt M, Irwin A et al. From double shock to double recovery: implications and options for health financing in the time of COVID-19. Washington (DC): World Bank; 2021 (<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/35298>).
38. Jahun I, Said I, El-Imam I, Ehoche A, Dalhatu I, Yakubu A et al. Optimizing community linkage to care and antiretroviral therapy initiation: lessons from the Nigeria HIV/AIDS Indicator and Impact Survey (NAIIS) and their adaptation in Nigeria ART Surge. *PLoS ONE*. 2021;16(9):e0257476.
39. Jahun I, Dirlikov E, Odafe S, Yakubu A, Boyd AT, Bachanas P et al. Ensuring optimal community HIV testing services in Nigeria using an enhanced community case-finding package (ECCP), October 2019–March 2020: acceleration to HIV epidemic control. *HIV AIDS (Auckl)*. 2021 Aug 25;13:839-50.
40. Data provided to UNAIDS by the PEPFAR team in Nigeria, 16 November 2021.
41. Boyd AT, Ogbanufe O, Onyenuobi C, Mgbakor I, Bachanas P, Olupitan O et al. Scale-up of antiretroviral treatment access among people living with HIV in Rivers State, Nigeria, 2019–2020. *AIDS*. 2021;35(7):1127-34.
42. Dirlikov E, Jahun I, Odafe SF, Obinna O, Onyenuobi C, Ifunanya M et al. Rapid scale-up of an antiretroviral therapy program before and during the COVID-19 pandemic—nine states, Nigeria, March 31, 2019–September 30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2021;70(12):421-6.
43. Boyd AT, Jahun I, Dirlikov E, Greby S, Odafe S, Abdulkadir A et al. Expanding access to HIV services during the COVID-19 pandemic—Nigeria, 2020. *AIDS Res Ther*. 2021;18(1):62.

© Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), 2021

Algunos derechos reservados. Este trabajo está disponible bajo la licencia de IGO Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/>).

En virtud de las condiciones de esta licencia, puede copiar, redistribuir y adaptar el trabajo para fines no comerciales, siempre que se mencione adecuadamente el trabajo, como se indica a continuación. Sea cual sea el uso que se dé a este trabajo, bajo ninguna circunstancia puede insinuarse que ONUSIDA respalde a ninguna organización, producto o servicio específico. No se permite el uso del logotipo de ONUSIDA. Si adapta el trabajo, debe obtener autorización bajo la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons. Si crea una traducción de este trabajo, debe añadir el siguiente descargo de responsabilidad junto con la mención sugerida: «La traducción no ha sido creada por ONUSIDA. ONUSIDA no se hace responsable del contenido ni de la precisión de esta traducción. La edición original en inglés será la edición vinculante y auténtica».

Cualquier mediación relacionada con disputas derivadas de la licencia se llevará a cabo de acuerdo con las normas de mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (<https://www.wipo.int/amc/es/mediation/rules>).

Mención sugerida. [Título]. Ginebra: Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida; 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Materiales de terceros. Si desea reutilizar material de este trabajo atribuido a un tercero, como tablas, cifras o imágenes, es su responsabilidad determinar si se necesita permiso para dicha reutilización y obtener el permiso del titular de los derechos de autor. El riesgo de reclamaciones derivadas de la violación de cualquier componente de terceros en el trabajo recae únicamente en el usuario.

Las denominaciones empleadas y la presentación del material utilizado en esta publicación no implican la expresión de ninguna opinión por parte de ONUSIDA con relación al estado legal de ningún país, territorio, ciudad, área ni a sus autoridades. Del mismo modo, tampoco se expresa opinión alguna referente a sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan líneas fronterizas aproximadas para las que aún no se ha llegado a un acuerdo completo.

La mención de empresas específicas o de ciertos productos de fabricantes no implica que ONUSIDA las avale o recomiende en preferencia a otras de naturaleza similar que no se mencionan. Salvo errores y omisiones, los nombres de los productos de propiedad se distinguen por letras mayúsculas iniciales.

ONUSIDA ha tomado todas las precauciones razonables para verificar la información contenida en esta publicación. Sin embargo, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ya sea explícita o implícita. La responsabilidad de la interpretación y el uso del material recae en el lector. ONUSIDA no será responsable en ningún caso de los daños derivados de su uso.

