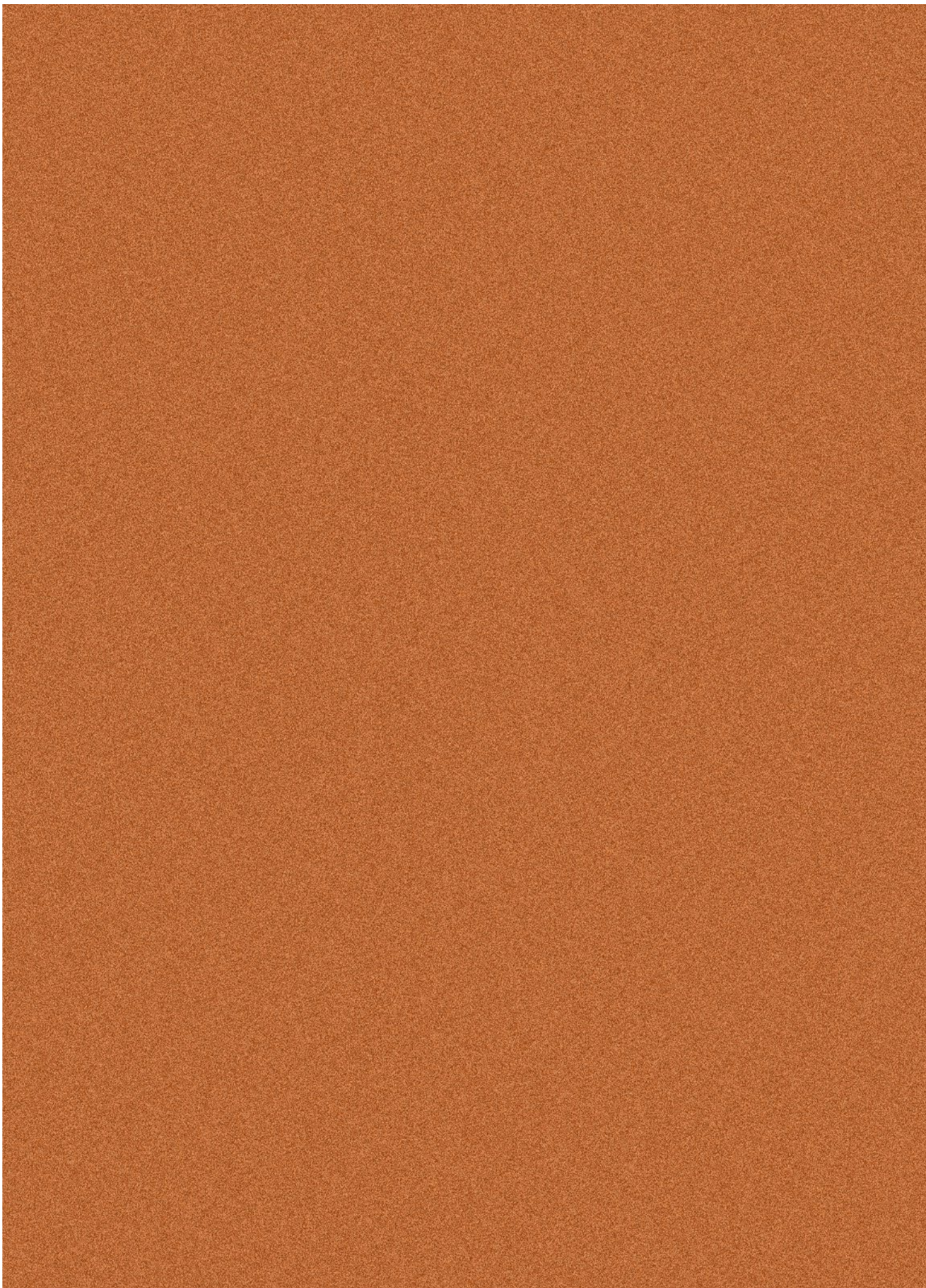


INFORME DEL DÍA MUNDIAL
DE LA LUCHA CONTRA EL SIDA | 2021



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



CONTENIDO

PRÓLOGO	4
PREFACIO	5
INTRODUCCIÓN Y RESUMEN	7
CAPÍTULO 1: Infraestructura dirigida por la comunidad y basada en la comunidad	21
CAPÍTULO 2: Acceso equitativo a medicamentos, vacunas y tecnologías de salud	30
CAPÍTULO 3: Apoyar a los trabajadores al frente de la lucha contra la pandemia	38
CAPÍTULO 4: Los derechos humanos en el centro de las respuestas a las pandemias	47
CAPÍTULO 5: Sistemas de datos centrados en las personas que resalten las desigualdades	58

PRÓLOGO

Este informe es un llamado de atención sobre la emergencia del sida y la urgencia de abordar juntos nuestros múltiples desafíos relacionados con la pandemia. El mismo resalta las razones por las cuales no podemos darnos el lujo de no acabar con el sida, e ilustra poderosamente la necesidad de que los líderes tomen medidas audaces que salvarán vidas hoy y nos preparen mejor para futuras pandemias.

La pandemia del sida podría matar a millones de personas en los próximos años si no actuamos con urgencia.

En esta época de COVID-19, existe un riesgo significativo de que la atención política y el financiamiento contra el VIH se desvíen. Si no tomamos las medidas necesarias para hacer frente a las desigualdades que impulsan el VIH en la actualidad, no sólo no podremos poner fin a la pandemia del sida, sino que también dejaremos a nuestro mundo peligrosamente desprevenido para futuras pandemias.

Como señala el informe, un paquete eficaz de medidas debe incluir servicios dirigidos por la comunidad, acceso asequible a la tecnología médica de vanguardia, derechos humanos, protecciones para los trabajadores de la salud y esenciales, y datos que revelen las desigualdades.

A menudo, estos temas claves se dejan al margen. Pero las medidas transformadoras necesarias para acabar con el sida son fundamentales para una buena preparación y respuesta ante una pandemia. Este informe ilustra la necesidad de un enfoque integral ante las pandemias solicitado por el Panel Independiente de Preparación y Respuesta ante las Pandemias.

Como señala este informe, las pandemias encuentran espacio para crecer en las fracturas de sociedades divididas. Los maravillosos científicos, médicos, enfermeras y comunidades que trabajan para poner fin a las pandemias no pueden tener éxito a menos que los líderes mundiales tomen las medidas que les permitan hacerlo.

Debemos estar atentos sobre los riesgos de las actividades habituales. Sin decisiones drásticas para poner fin a las desigualdades, la trayectoria en la que nos encontramos nos llevará a quedar atrapados en pandemias múltiples. Nos dejará en riesgo y temerosos. Socavará el progreso, la paz y la prosperidad.

El informe destaca dos razones importantes para la esperanza. En primer lugar, tenemos pruebas contundentes de que los enfoques funcionan. Ahora tenemos que aplicar esas lecciones a escala, en todas partes. En segundo lugar, tenemos un plan mundial, acordado en la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas para poner fin al sida a principios de este año. Si se ponen en práctica, las medidas acordadas por la Asamblea General permitirán al mundo poner fin a las desigualdades que impulsan el VIH y el sida y allanar el camino hacia la preparación ante una pandemia.

La esperanza depende ahora de la acción firme de los líderes. No podemos esperar. Las pandemias no desaparecen por sí solas. Son vencidas mediante una acción determinada, o nos vencerán a nosotros.

Podemos ganar la lucha para acabar con las pandemias, pero sólo si somos lo suficientemente audaces para poner fin a las desigualdades que las impulsan.

Es vital que todos los gobiernos presten atención al mensaje de este informe y lo cumplan con hechos y no con palabras.

Poner fin a las desigualdades. Poner fin al sida. Poner fin a las pandemias.



Helen Clark

Copresidente del Panel Independiente de Preparación y Respuesta ante las Pandemias, ex Primera Ministra de Nueva Zelanda y ex Administradora del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

Podemos poner fin al sida para el año 2030. Algunos países están logrando progresos notables, mostrándonos lo que es posible. Pero mundialmente, simplemente no estamos reduciendo las curvas lo suficientemente rápido como para detener la pandemia del sida.

En este informe, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) emite una clara advertencia. La luz roja esta intermitente. El progreso en la lucha contra el sida, que ya estaba fuera de curso, se encuentra ahora bajo una presión aún mayor a medida que la crisis del COVID-19 continúa extendiéndose, interrumpiendo los servicios de prevención y tratamiento contra el VIH, la escolarización, los programas de prevención de la violencia y mucho más.

El análisis de este informe muestra que se perderán millones de vidas por causas relacionadas con el sida si continuamos como estamos, si no ampliamos rápidamente la cobertura para detener nuevas infecciones y muertes y poner fin a la pandemia.

Y no nos equivoquemos: El sida sigue siendo una pandemia. Para detenerlo, necesitamos urgentemente una visión más audaz de la respuesta pandémica capaz de hacer frente a las desigualdades que prolongan la pandemia del sida. Muchas de estas piezas que faltan para luchar contra el VIH también están permitiendo que continúe la pandemia del COVID-19 y nos dejan peligrosamente desprevenidos contra las pandemias del futuro.


Este año, los líderes dieron un importante paso adelante en la Asamblea General de las Naciones Unidas, cuando acordaron un audaz plan para hacer frente a esas desigualdades. Hacer que ese plan sea una realidad depende ahora de un seguimiento determinado y rápido.

Al actuar con audacia, los líderes están reuniendo ciencia de vanguardia, servicios que satisfacen las necesidades de las personas, la protección de los derechos humanos y una financiación sostenida. Estas acciones están haciendo raras las muertes relacionadas con el sida y las nuevas infecciones por VIH. Pero este es sólo el caso en algunos lugares y para algunas personas.

Los líderes mundiales deben trabajar juntos con urgencia para abordar estos desafíos de frente. Tenemos un sentido muy claro de la dirección correcta. Pero ahora mismo, en demasiados casos, no nos encaminamos lo suficientemente rápido. Algunos incluso van en la dirección equivocada.

Mediante la lucha contra la pandemia del sida, hemos aprendido mucho acerca de lo que se necesita para enfrentar con éxito el sida y todas las pandemias. El mundo no debe elegir entre poner fin a la pandemia del sida que está agudizándose hoy en día y prepararse para las pandemias del futuro. El único enfoque exitoso logrará ambos. A partir de hoy, tampoco estamos en camino de lograrlo.

La buena noticia es que se ha demostrado que los enfoques que combaten las desigualdades funcionan, incluso en los contextos más desafiantes. Ahora deben ser aplicados rápidamente a escala en todas partes.



HEMOS LLEGADO A UNA BIFURCACIÓN EN EL CAMINO. LA ELECCIÓN QUE DEBEN TOMAR LOS LÍDERES ES ENTRE LA ACCIÓN AUDAZ Y LAS MEDIDAS A MEDIAS. LOS DATOS SON CLAROS: SER DEMASIADO GRADUAL ES LA OPCIÓN INASEQUIBLE.

En este informe se examinan cinco elementos críticos de la Estrategia mundial contra el sida que deben universalizarse urgentemente y que también son críticos, pero no están financiados y no tienen suficiente prioridad para la prevención, preparación y respuesta ante las pandemias.

- 1 Infraestructura dirigida por la comunidad y basada en la comunidad**
- 2 Acceso equitativo a medicamentos, vacunas y tecnologías de salud**
- 3 Apoyar a los trabajadores al frente de la lucha contra la pandemia**
- 4 Los derechos humanos en el centro de las respuestas a las pandemias**
- 5 Sistemas de datos centrados en las personas que resalten las desigualdades**

Hemos llegado a una bifurcación en el camino. La elección que deben tomar los líderes es entre la acción audaz y las medidas a medias. Los datos son claros: ser demasiado gradual es la opción inasequible.

Podemos ganar esto, pero sólo si somos valientes, y sólo si actuamos juntos.

Durante mi reciente visita a Senegal, vi el poder del liderazgo al reducir las nuevas infecciones por VIH. En Dakar, me reuní con la inspiradora Mariama Ba Thiam, educadora de pares en un programa de reducción de daños para personas que se inyectan drogas. El programa les ayuda a proteger su salud y a asegurar la independencia económica. El enfoque de Mariama funciona porque comienza considerando a la persona en su totalidad, conectando lo médico con lo social. Rechaza los enfoques punitivos y estigmatizadores fallidos adoptados por tantos, y en cambio respeta la dignidad de cada persona. Tiene éxito porque involucra a las comunidades de primera línea en la prestación de servicios y en el liderazgo, y porque reconoce que el acceso a los tratamientos basados en la mejor ciencia es un derecho humano y un bien público. Sabemos cómo se ve el éxito, y luce como Mariama. Miles de Mariamas en todo el mundo han mostrado el camino al caminarlo.

Cada minuto que pasa, estamos perdiendo una vida valiosa a causa del sida. No tenemos tiempo.

Poner fin a las desigualdades. Poner fin al sida. Poner fin a las pandemias.



Winnie Byanyima

Directora Ejecutiva de ONUSIDA



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.



La Estrategia mundial contra el sida 2021–2026. Crédito: ONUSIDA.


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.

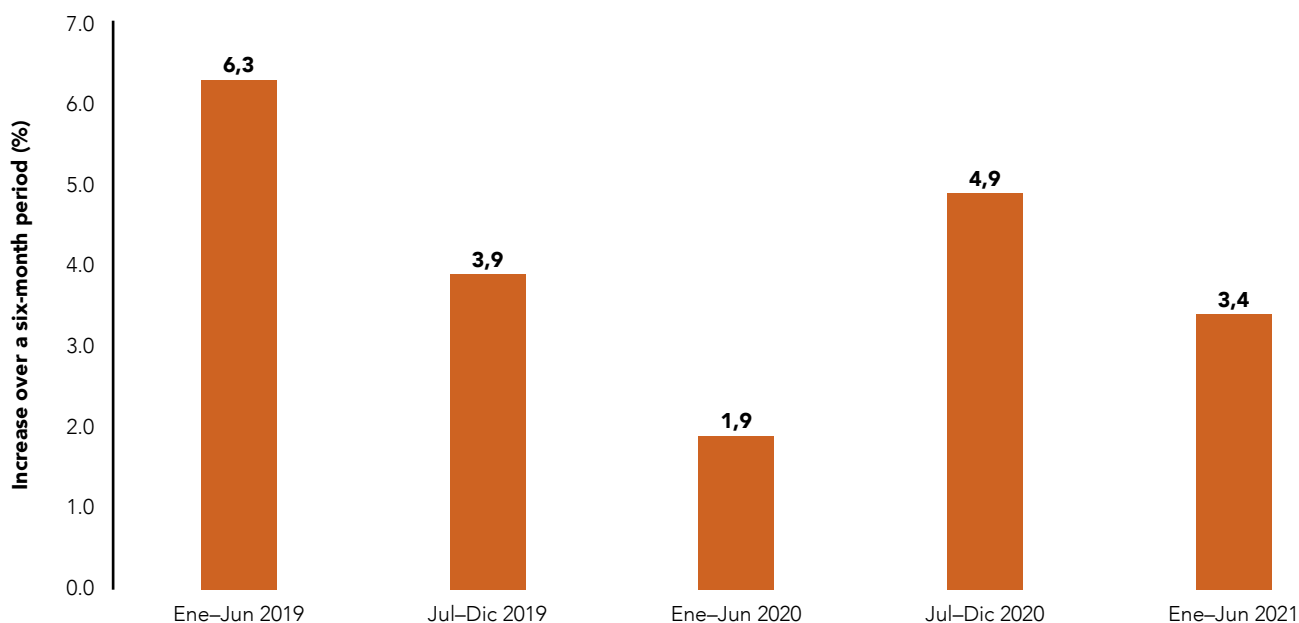
El número de personas que viven con VIH que reciben terapia antirretroviral aumentó solo un 1.9% entre enero y junio de 2020, de 25.5 millones de personas a 26.0 millones de personas. A esto le siguió un aumento acelerado del 4.9% de julio de 2020 a diciembre de 2020, alcanzando 27.3 millones de personas, 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 INTERRUPCIONES 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.

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

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 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 (9–15). El riesgo es especialmente alto para las personas que no están controlando su infección por VIH con terapia antirretroviral (16, 17).

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 (18). El hallazgo se repite ampliamente en un metanálisis de 84 estudios de África, Asia, América y Europa (19).

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 (18, 20–22). 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 (23). 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 (24).

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 (25–28). 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 (29). 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 (30). 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 (31–33). 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 (34).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 (35).

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 (36). La inseguridad alimentaria también afecta negativamente a las personas que viven con VIH, incluyendo la adherencia al tratamiento contra el VIH (37).



Un miembro del personal de la organización de la sociedad civil Diálogo Diverso entrega condones a migrantes de la República Bolivariana de Venezuela. Con sede en Quito, Ecuador, Diálogo Diverso trabaja en la protección y promoción de los derechos humanos, con énfasis en el género y las personas lesbianas, gais, bisexuales, transgénero e intersexuales (LGBTI). Crédito: ONUSIDA

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 en salud ambicioso es una prioridad si el mundo quiere controlar la pandemia de COVID-19 y poner fin a las pandemias de VIH y tuberculosis (38).

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 de salud, 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 de salud; (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 (39).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 (40).

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) (41). 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 (41).



Trabajadores de la salud que desafían los terrenos traicioneros para prestar servicios a clientes en lugares de difícil acceso, en ruta al Hospital General, Ngo, Área de Gobierno Local de Andoni (LGA), Estado de Rivers, Nigeria. Crédito: 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 (42). 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 (43). La mayoría de las adaptaciones estaban en vigor en abril de 2020 (44).

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 (41). 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 (41).

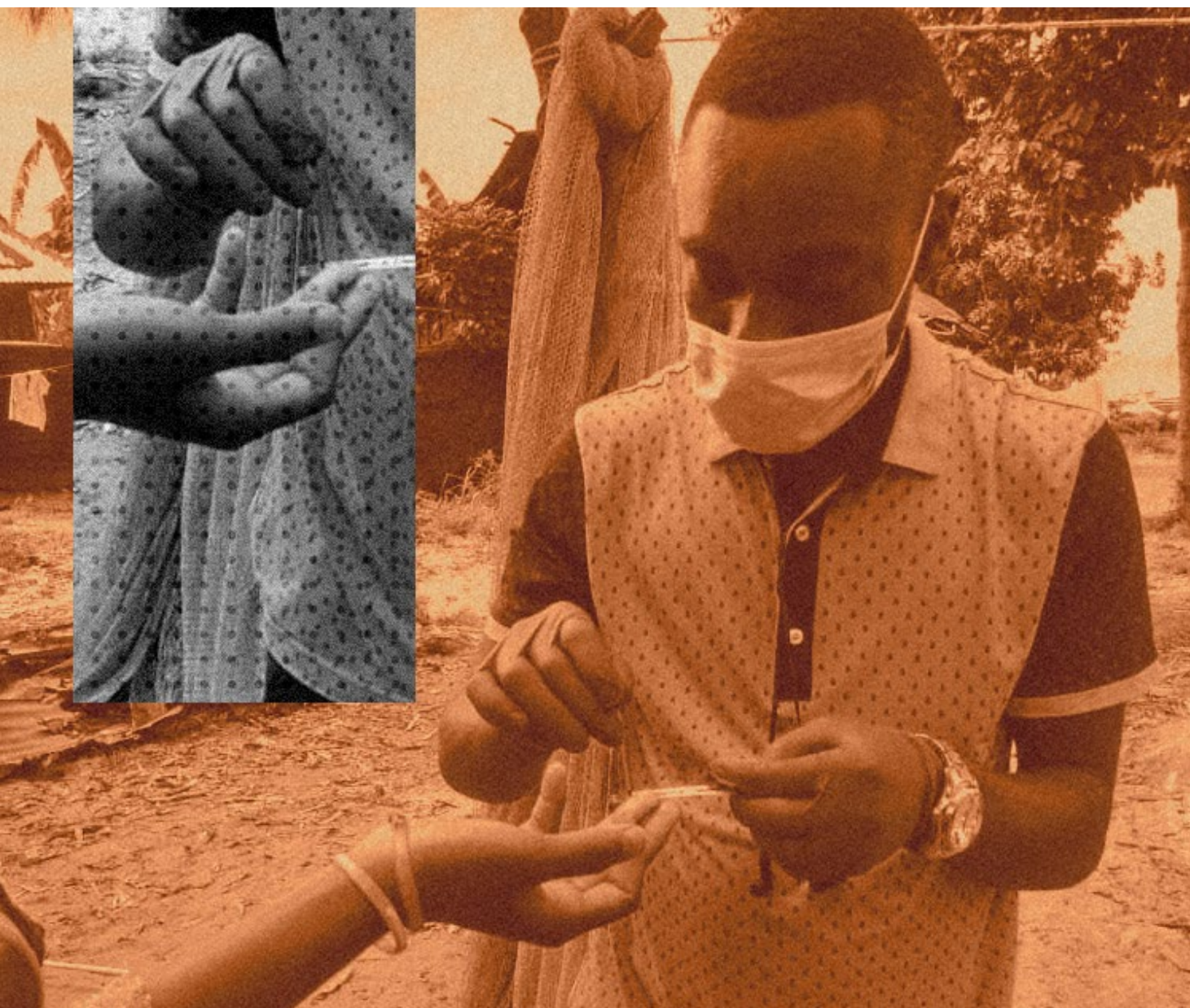
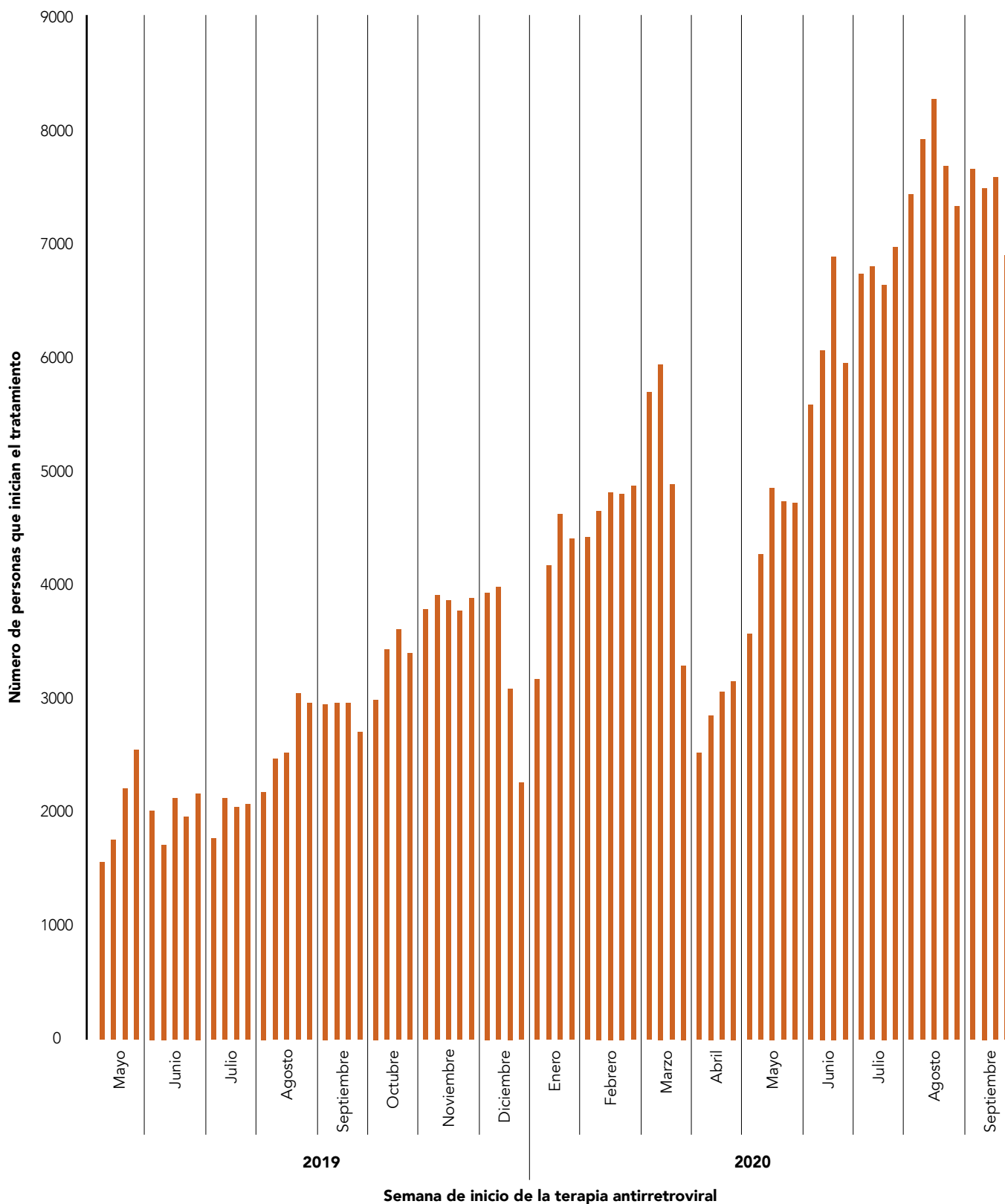


FIGURA 2. Número de personas que viven con VIH recientemente identificadas y que iniciaron la terapia antirretroviral, por semana, diez estados y territorios de Nigeria que participan en la iniciativa de Aumento de la Terapia Antirretroviral, 4 de mayo 2019 a 26 de septiembre 2020



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

Notas:

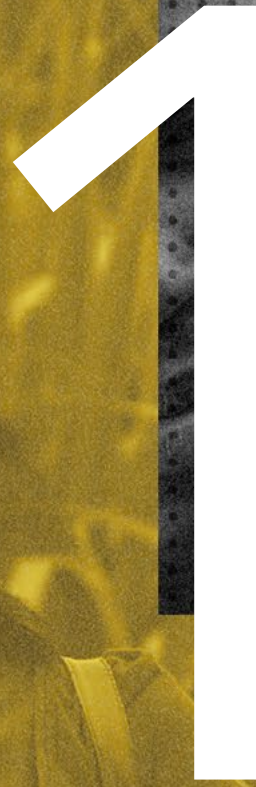
* Utilizando los datos del programa reportados semanalmente, se calculó un indicador sustituto para el inicio del TAR como el número de personas recién identificadas con infección por VIH que iniciaron el TAR dividido por el número de resultados positivos de la prueba. Las tasas de iniciación del TAR mediante el indicador indirecto podrían superar el 100%, incluso si las personas con infección por VIH identificada en una semana no iniciaran 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%20OST%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, McComsey 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. Clinical features and prognostic factors of COVID-19 in people living with HIV hospitalized with suspected or confirmed SARS-CoV-2 infection. Geneva: WHO; 2021.
16. 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.
17. Del Amo J. Does HIV impact COVID-19 susceptibility or severity? Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 6–10 March 2021. Abstract 31.
18. 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.
19. 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.
20. 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.
21. 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.
22. Jassat W, Cohen C, Tempia S, Masha M, Godlstein 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.
23. 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.
24. 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>).
25. 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.
26. 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.
27. 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.
28. 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.
29. 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 LB8.
30. Global gender gap report 2021. Geneva: World Economic Forum; 2021 (https://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2021.pdf).
31. 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>).
32. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: WHO; 2013.
33. 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.
34. 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).
35. Addressing the gender dimensions of COVID-related school closures. Geneva: UNESCO; August 2020 (<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000373379>).
36. 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>).
37. McLinden T, Stover S, Hogg RS. HIV and food insecurity: a syndemic amid the COVID-19 pandemic. *AIDS Behav*. 2020;24:2766-9.
38. 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>).
39. Jahun I, Said I, El-Ismail 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.
40. 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.
41. Data provided to UNAIDS by the PEPFAR team in Nigeria, 16 November 2021.
42. 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.
43. 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.
44. 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.



**INFRAESTRUCTURA
DIRIGIDA POR LA
COMUNIDAD Y
BASADA EN LA
COMUNIDAD**

Los paisajes sociales en los que se propagan los virus y operan las respuestas pandémicas son diversos, complejos y turbulentos. El no poder llegar a partes críticas de la población contribuye a que los brotes se conviertan en epidemias y las epidemias se conviertan en pandemias. El despliegue descendente de medidas de salud pública que son inconvenientes, perturba los medios de vida o desafían las costumbres sociales puede verse socavado por la desinformación, el miedo, las dudas y el estigma que paralizan la respuesta a una pandemia (1).

Las organizaciones de la sociedad civil y comunitarias, especialmente las dirigidas por personas excluidas o mal atendidas con frecuencia, pueden complementar las respuestas pandémicas de los sistemas de salud tradicionales en tres funciones clave: prestación de servicios; llevar la perspectiva comunitaria a la planificación y las decisiones; y apoyar la rendición de cuentas.

Tanto en las pandemias de sida como en la del COVID-19, los programas nacionales han luchado por hacer frente a los rumores, desinformación, desconfianza y estigma. En muchas de las respuestas más eficaces contra el sida, las organizaciones dirigidas por la comunidad se han comprometido a transmitir información sobre la prevención y tratamiento fundamentada en la evidencia relevante a diferentes perspectivas, y a establecer servicios contra el VIH para las poblaciones claves que sufren discriminación. Las personas que viven con VIH y las poblaciones claves han asegurado un lugar en la mesa de toma de decisiones, mientras que la promoción de la sociedad civil y el monitoreo dirigido por la comunidad han mejorado los servicios relacionados con el VIH. Con el tiempo, un conjunto de organizaciones comunitarias ha madurado hasta convertirse en una infraestructura dirigida por la comunidad esencial para todos los aspectos de la respuesta a la pandemia.

Para encaminar la respuesta al sida, la participación total de esta infraestructura dirigida por la comunidad debe volverse universal. En el 2021, los Estados Miembros de las Naciones Unidas (ONU) se comprometieron en la Declaración Política de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la eliminación del sida a aumentar la inclusión en la toma de decisiones y la proporción de servicios de VIH prestados por las comunidades, fortalecer la fuerza laboral de salud comunitaria, y apoyar la recopilación de datos generados por la comunidad para proteger los derechos y satisfacer las necesidades de las personas que viven con VIH, que corren el riesgo de contraerlo y están afectadas por el mismo.

Desde COVID-19 hasta el Ébola y otros, esta infraestructura basada en la comunidad y dirigida por la comunidad ha demostrado ser igualmente importante. No es un sustituto del Estado, sino más bien una manera eficaz de ampliar el alcance y la profundidad de las intervenciones y hacer que las respuestas a las pandemias sean más inclusivas, equitativas y sostenibles.

Sin embargo, esta infraestructura dirigida por la comunidad rara vez se incluye en los elementos esenciales de preparación ante pandemias.

LAS RESPUESTAS MÁS EXITOSAS A LA PANDEMIA DEL SIDA COMPRENDEN QUE LAS PERSONAS DEPOSITAN MAYOR CONFIANZA EN SUS PROPIAS COMUNIDADES QUE EN LAS AUTORIDADES GUBERNAMENTALES. LAS ORGANIZACIONES DE LAS COMUNIDADES AFECTADAS DEBEN SER TRATADAS COMO SOCIOS COMPLETOS— INVOLUCRADOS EN LA ADMINISTRACIÓN, DISEÑO, PLANIFICACIÓN Y PRESUPUESTO DE RESPUESTAS PANDÉMICAS—Y NECESITAN EL APOYO TÉCNICO Y FINANCIERO PARA HACERLO DE MANERA EFECTIVA.

LAS DIFÍCILES LECCIONES DEL ÉBOLA Y EL VIH

Durante los primeros días de la crisis del Ébola de 2014–2016 en África occidental, se impusieron esfuerzos de contención, sin involucrar a las comunidades. Algunas de esas medidas de salud pública eran económicamente perjudiciales y se enfrentaban a las costumbres sociales locales, lo que provocó una reacción violenta. Con el tiempo, los conocimientos de los trabajadores de la salud a nivel comunitario retroalimentaron las estrategias de respuesta, facilitadas por las redes de científicos sociales, pero se perdió tiempo valioso y muchas vidas antes de que la respuesta a la epidemia se convirtiera en enfoques más comprometidos por la comunidad y eficaces (2)¹.

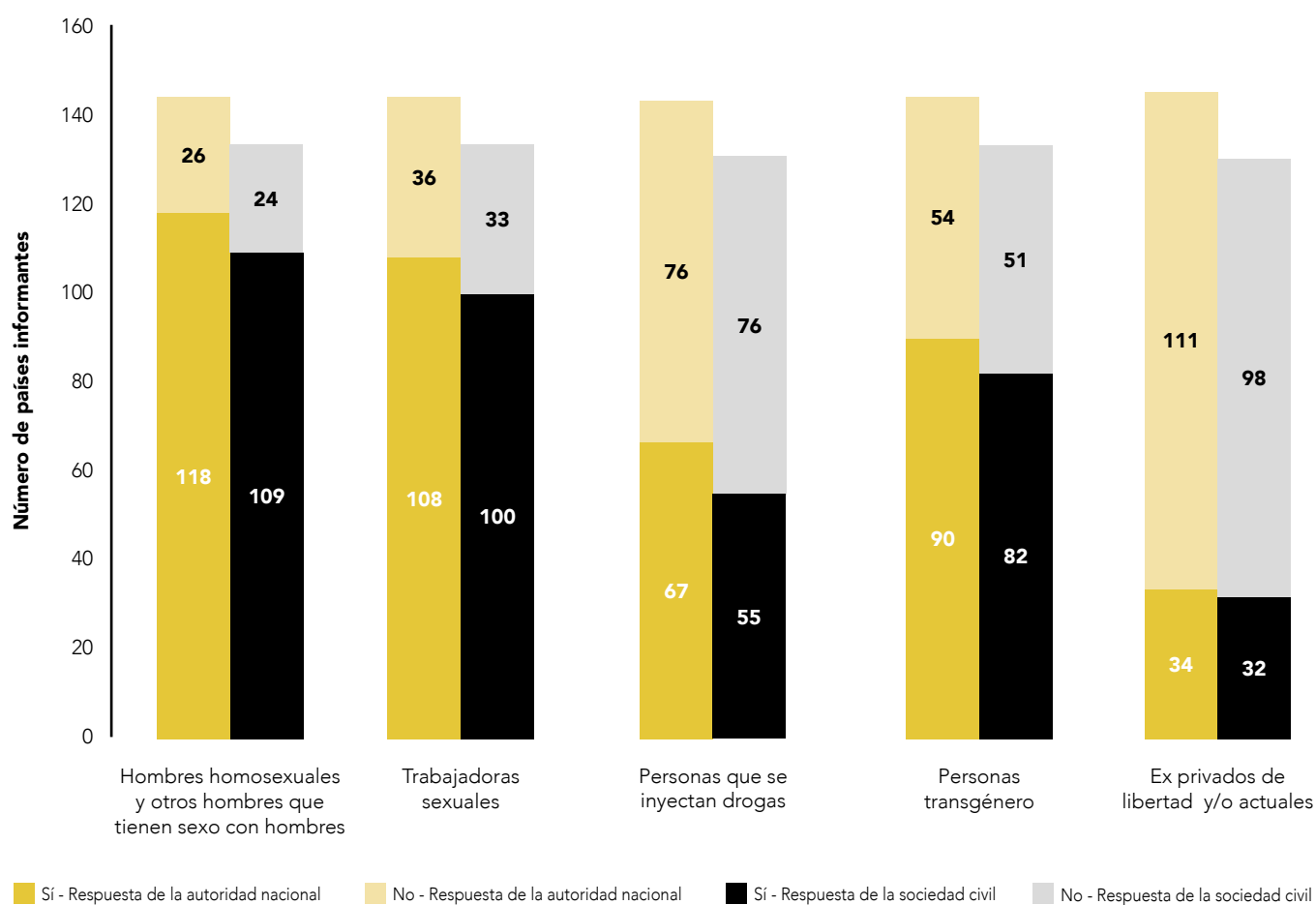
Un proceso más inclusivo enfocado en generar entendimiento y confianza podría haber limitado el resentimiento y el desorden (3).

Décadas antes, las respuestas al VIH decayeron cuando descuidaron las realidades y los derechos de las comunidades afectadas y priorizaban las protecciones de patentes sobre las personas. Las organizaciones lideradas por la comunidad finalmente forzaron la apertura del camino a los procesos y ámbitos de toma de decisiones, como lo logró ACT-UP en los Estados Unidos de América y Europa, y la Campaña de Acción de Tratamiento en Sudáfrica. Al igual que sus contrapartes en otros países, estas organizaciones presionaron a los planificadores para que adoptaran enfoques basados en los derechos humanos, aceleraran el desarrollo y la aprobación de medicamentos, implementaran intervenciones a nivel comunitario y abordaran los efectos incapacitantes del estigma y la discriminación. Se aseguraron de que las duras realidades de los precios inasequibles y el acceso desigual al tratamiento vital contra el VIH permanecieran en el centro de atención hasta que se logaran nuevos acuerdos de precios, se relajaron las restricciones a las patentes, se aumentó la fabricación de medicamentos genéricos menos costosos y se establecieron mecanismos mundiales de rendición de cuentas.

Hoy en día, la participación activa de las organizaciones dirigidas por la comunidad en la gestión pública, la planificación y la implementación de las respuestas nacionales al VIH es la norma en muchos países. Forman parte los consejos nacionales sobre el sida y los mecanismos de coordinación por país del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (Fondo Mundial). Los trabajadores sexuales, las personas transgénero y los hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres participan en la elaboración de políticas, directrices y estrategias nacionales relacionadas con su salud en la mayoría de los países que han informado a ONUSIDA en los últimos años. La participación de otras poblaciones claves —personas que se inyectan drogas y personas actualmente o anteriormente en prisión— es menos común (Figura 3). A nivel mundial, las organizaciones y redes dirigidas por la comunidad son miembros de la Junta de Coordinación del Programa de ONUSIDA y de la Junta del Fondo Mundial, y participan en los procesos de toma de decisiones del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR), el programa bilateral más grande sobre el VIH del mundo.

LAS RESPUESTAS AL VIH DECAYERON CUANDO DESCUIDARON LAS REALIDADES Y LOS DERECHOS DE LAS COMUNIDADES AFECTADAS Y DIERON PRIORIDAD A LAS PROTECCIONES DE PATENTES SOBRE LAS PERSONAS. LAS ORGANIZACIONES COMUNITARIAS ASEGURARON QUE LAS DIFÍCILES REALIDADES DE LOS PRECIOS INASEQUIBLES Y EL ACCESO DESIGUAL AL TRATAMIENTO VITAL CONTRA EL VIH PERMANECIERAN EN LA ETAPA CENTRAL.

1. Para mayor información, consulte: Jedwab R, Khan AM, Russ J, Zaveri ED. Epidemias, pandemias y conflictos sociales: Lecciones del pasado y posibles escenarios para el COVID-19. *Desarrollo Mundial*. 2021;147:105629.

FIGURA 3. Países que informan sobre la participación de poblaciones claves en el desarrollo de políticas y directrices nacionales y / o estrategias relacionadas con su salud, mundial, 2017-2021

Fuente: Instrumento de políticas y compromisos nacionales, 2017-2021.



Los jóvenes se reúnen en un evento de Teenergizer en Kiev, Ucrania. Teenergizer proporciona apoyo entre pares a adolescentes que viven con VIH y servicios de prevención y consejería sobre el VIH a jóvenes de los países de Europa oriental y Asia central. Crédito: Teenergizer

UN INICIO LENTO DE LA PARTICIPACIÓN COMUNITARIA DURANTE COVID-19

Las respuestas nacionales contra el COVID-19 corren el riesgo de subestimar la experiencia no relacionada con la salud ni con el gobierno, que puede revelar conocimientos sobre los desafíos, preocupaciones y necesidades de las poblaciones afectadas.

Mientras gran parte del mundo entró en su primer cierre en abril de 2020, un rápido análisis de las estructuras de gobernanza para las respuestas de COVID-19 en 24 países encontró que la sociedad civil apenas estaba involucrada en la toma de decisiones y en los esfuerzos de respuesta a nivel del gobierno nacional (4). El análisis determinó que los investigadores consultados eran en gran medida epidemiólogos y virólogos, dejando fuera a especialistas en áreas como salud mental, salud infantil, enfermedades crónicas, medicina preventiva, gerontología y otras esferas no relacionadas con la salud. También encontró que hubo bajos porcentajes de mujeres expertas en los grupos de trabajo nacionales contra el COVID-19, a pesar del hecho de que la mayoría del personal de salud de primera línea son mujeres (5).

Casi un año después, un análisis más profundo de las respuestas contra el COVID-19 de nueve países encontró que algunos aprovecharon el potencial de la sociedad civil y redujeron efectivamente las consecuencias de la crisis, al tiempo que aumentaron el sentido de solidaridad y pertenencia dentro de sus sociedades (6). En otros países, el gobierno intentó jugar el papel de salvador heroico y solucionador exclusivo de problemas, aprovechándose tanto de ganancias simbólicas como de una mayor concentración de poder (6).²



Un joven de Let's Walk Uganda prepara suministros. El proyecto Jump Start de la organización dirigida por la comunidad está equipando a hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que viven en tres barrios marginales urbanos en Kampala con las habilidades necesarias para iniciar, administrar y mantener un negocio social. Crédito: ONUSIDA


2. Los estudios de nueve países fueron: Austria, China, Alemania, Hungría, India, Israel, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República de Corea y Turquía.

Los enfoques que ignoran las diversas realidades y disparidades en las sociedades tienen puntos ciegos que a menudo los hacen equivocarse. Las medidas de cierre, enmascaramiento y distanciamiento social contra el COVID-19 son relativamente fáciles para las personas que pueden trabajar desde casa, que viven y trabajan en condiciones poco concurridas y que no dependen del transporte público. De igual manera, evitar la adquisición del VIH es más fácil para las personas que tienen acceso inmediato a la información pertinente y a los servicios de prevención, que controlan sus vidas sexuales y que no se enfrentan al estigma y la discriminación en su vida cotidiana. Por el contrario, aquellos que luchan por llegar a fin de mes y que son victimizados, acosados y marginados a menudo son dejados atrás y aún más marginados por las medidas de respuesta a la pandemia.

Es más probable que las organizaciones dirigidas por la comunidad comprendan las diversas necesidades y preocupaciones de las comunidades locales. Debido a que están arraigadas en esas comunidades y confían en ellas, están en una mejor posición para desarrollar e introducir respuestas efectivas y colectivas, y aumentar la rendición de cuentas de esas respuestas, especialmente para aquellas que ya han sido marginadas (7, 8). También son cruciales para preservar y adaptar las intervenciones cuando se producen otras crisis.

En algunas partes de África y Asia, las organizaciones dirigidas por la comunidad están sirviendo como puentes hacia las comunidades marginadas (9). Llevan la detección, pruebas y rastreo de contactos contra el COVID-19 a áreas desatendidas, realizan esos servicios de manera que respetan las diferentes realidades y preocupaciones de las personas y vinculan a las comunidades con los servicios de salud formales.

En Malawi y el sur de Mozambique, las organizaciones comunitarias trabajaron con las autoridades del gobierno local para vincular a los trabajadores migrantes que regresaban con los servicios de pruebas, proporcionarles alimentos y otro tipo de apoyo mientras estaban en cuarentena y realizar el rastreo de contactos cuando fuese necesario (8, 10). En la favela Paraisópolis de Sao Paolo, los “presidentes de bloque” monitorearon la salud y el bienestar de los hogares, mientras que los voluntarios capacitados a nivel local publicitaron métodos de precaución y proporcionaron atención de emergencia (11). Una revisión de esfuerzos similares en 14 ciudades de América Latina encontró que muchas de las actividades se conectaron en red y se vincularon en alianzas de múltiples niveles entre organizaciones, lo que permitió compartir información, recursos y lecciones (12).



MIENTRAS GRAN PARTE DEL MUNDO ENTRÓ EN SU PRIMER CIERRE EN ABRIL DE 2020, LA SOCIEDAD CIVIL APENAS ESTABA INVOLUCRADA EN LA TOMA DE DECISIONES Y EN LOS ESFUERZOS DE RESPUESTA A NIVEL DEL GOBIERNO NACIONAL. HUBO BAJOS PORCENTAJES DE MUJERES EXPERTAS EN LOS GRUPOS DE TRABAJO NACIONALES CONTRA EL COVID-19, A PESAR DEL HECHO DE QUE LA MAYORÍA DEL PERSONAL DE SALUD DE PRIMERA LÍNEA SON MUJERES.

Por ejemplo, trabajando a través de redes de grupos y líderes comunitarios locales, la Federación de Personas Sin Hogar de Filipinas compiló bases de datos locales de personas necesitadas en 14 ciudades, distribuyó suministros alimenticios y otros alivios, estableció cocinas comunitarias, proporcionó información y equipo de protección para evitar la infección por COVID-19, y coordinó con los gobiernos locales para que las personas enfermas y sin hogar fueran llevadas a los centros de salud (13, 17). De manera similar, las Redes de Acción Comunitaria en Sudáfrica organizaron voluntarios para proporcionar personal a las cocinas comunitarias y preparar paquetes de cuidado de invierno para las personas sin hogar, y utilizaron los grupos de redes sociales para mantenerse en contacto con las personas necesitadas (14). Otras iniciativas en la India y Sudáfrica vincularon a los pequeños agricultores, huertos comunitarios de alimentos y restaurantes locales con operaciones de voluntariado que entregaban alimentos a los hogares necesitados (15, 16).

Los valores y enfoques de estas acciones colectivas –su énfasis en los derechos, la equidad y la solidaridad– son esenciales para evitar que las respuestas pandémicas se reflejen y refuercen las desigualdades existentes. Pero para que estos admirables esfuerzos tengan el máximo efecto, tienen que vincularse e integrarse con estrategias mundiales contra la pandemia, una hazaña que distingue a algunos de los programas más eficaces contra el VIH.



Los beneficiarios del Proyecto Balaio reciben provisiones en un punto de distribución comunitario. El Proyecto Balaio, una iniciativa del Instituto Cultural Barong con el apoyo de ONUSIDA Brasil, proporciona medicamentos antirretrovirales, alimentos, paquetes de higiene, combustible y asistencia social a las personas que viven con VIH en Sao Paulo. Crédito: A Bertini

LOS GRUPOS COMUNITARIOS AYUDAN A MANTENER LOS SERVICIOS CONTRA EL VIH FUNCIONANDO EN LA ERA DEL COVID-19

La acción rápida y el ingenio de las organizaciones dirigidas por la comunidad ayudaron a muchos servicios contra el VIH a adaptarse a las interrupciones de los cierres a causa del COVID-19. Al vincularse con proveedores de atención médica formales, complementaron y adaptaron los servicios contra el VIH a medida que se redistribuía el personal de salud y los hospitales y clínicas se inundaban con casos de COVID-19.

Desde Colombia hasta Costa de Marfil, Tailandia y la República Unida de Tanzania, los grupos dirigidos por la comunidad organizaron llevar medicamentos antirretrovirales y contra la tuberculosis a los hogares de las personas o centros locales de acogida, entregaron preservativos y kits de auto pruebas del VIH a puntos de distribución comunitarios seguros, vinculando a las personas en situación de peligro con el apoyo de emergencia, y proporcionaron comida y otros artículos esenciales. Improvisaron y mantuvieron referencias y vínculos con el cuidado, cambiaron el apoyo de pares en persona a plataformas de redes sociales y comunicación por teléfono móvil, y utilizaron equipos de alcance para rastrear a pacientes que pudieran estar incumpliendo el tratamiento (18–24). Este tipo de intervenciones ayudó a millones de personas a permanecer en tratamiento en África, Asia, América Latina y el Caribe a medida que se propagaba la pandemia del COVID-19. La mayoría de estos ejemplos han incluido algún nivel de cooperación o asociación con las autoridades estatales, generalmente a nivel local o municipal, un recordatorio de la importancia de asociarse y combinar recursos y habilidades (8).

La Coalición Internacional de Preparación para el Tratamiento adaptó su modelo del Observatorio de Tratamiento Comunitario a fin de aplicar rápidamente la vigilancia y la promoción a corto plazo, dirigidas por la comunidad, a fin de evaluar el impacto de las restricciones del COVID-19 en el acceso y la calidad del tratamiento contra el VIH y la tuberculosis, y en otras disposiciones sobre salud y derechos humanos (24).

Los grupos comunitarios y redes de poblaciones claves en docenas de países han estado trabajando estrechamente con sus comunidades para proporcionar suministros esenciales, información y servicios de pruebas y tratamiento contra el VIH. El equipo de Iloilo Pride en Filipinas está entregando medicamentos antirretrovirales y proporcionando paquetes de ayuda para hombres gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. También están facilitando las referencias a centros de pruebas y de tratamiento para las pruebas y el tratamiento contra el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (25). Beirut Tayf, en Líbano, lanzó una clínica de salud mental en línea, y voluntarios equipados con equipo de protección personal (PPE) están entregando cestas de alimentos y suministros de salud a las comunidades gay (25). En Perú, la Red Trans está proporcionando cestas de alimentos para las mujeres transgénero que viven con VIH y trabajadoras sexuales, dos grupos empobrecidos y con mayor riesgo. También están coordinando la entrega a domicilio de medicamentos a través de un programa de texto rápido (25).

Confiar en las comunidades afectadas ha demostrado ser una estrategia ganadora para los programas contra el VIH. Bajo los desafíos adicionales del COVID-19, las organizaciones dirigidas por la comunidad están demostrando nuevamente su papel esencial en la salud pública y las respuestas a las pandemias.

LAS COMUNIDADES Y REDES DE POBLACIONES CLAVES DE DOCENAS DE PAÍSES HAN ESTADO TRABAJANDO ESTRECHAMENTE CON SUS COMUNIDADES PARA PROPORCIONAR SUMINISTROS ESENCIALES, INFORMACIÓN Y SERVICIOS DE PRUEBAS Y TRATAMIENTO CONTRA EL VIH.

REFERENCIAS

1. Johnson O, Goronga T. Why communities must be at the centre of the Coronavirus Disease 2019 response: lessons from Ebola and human immunodeficiency virus in Africa. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2021;12(1):a2496.
2. Leach M, MacGregor H, Scoones I, Wilkinson A. Post-pandemic transformations: how and why COVID-19 requires us to rethink development. *World Dev*. 2021;138:105233.
3. Cohn S, Kutalek R. Historical parallels, Ebola virus disease and cholera: understanding community distrust and social violence with epidemics. *PLoS Curr*. 2016;8:ecurrents.outbreaks.aa1f2b60e8d43939b43fbd93e1a63a94.
4. Rajan D, Koch K, Rohrer K, Bajnoczki C, Socha A, Voss M et al. Governance of the COVID-19 response: a call for more inclusive and transparent decision-making. *BMJ Global Health*. 2020;5(5):e002655.
5. Women in Global Health. Operation 50/50: women's perspectives save lives, 2020 (https://c8fbe10e-fb87-47e7-844b-4e700959d2d4.filesusr.com/ugd/ffa4bc_aa83e933b1294558a11df9172afd926a.pdf?index=true).
6. Kóvér Á. The relationship between government and civil society in the era of COVID-19. *Nonprofit Policy Forum*. 2021;12(1):1-24.
7. Marston C, Renedo A, Miles S. Community participation is crucial in a pandemic. *Lancet*. 2020;395(10238):1676-8.
8. Loewenson R, Colvin CJ, Szabzon F, Das S, Khanna R, Schattan V et al. Beyond command and control: a rapid review of meaningful community-engaged responses to COVID-19. *Glob Public Health*. 2021;6(8-9):1439-53.
9. Community-led package services in response to COVID-19 in high density settlements: resource needs. Geneva: UNAIDS; 2021.
10. Black S. Mozambican workers returning from South Africa engaged to check COVID-19's spread. In: *iom.int* [Internet]. Geneva: IOM; 2020 (<https://www.iom.int/news/mozambican-workers-returning-south-africa-engaged-check-covid-19s-spread>).
11. Osborn C. How Brazil's COVID-19 response has fallen to community leaders. In: *The New Humanitarian* [Internet]. 27 May 2020. *The New Humanitarian*; c2021 (<https://www.thenewhumanitarian.org/news/2020/05/27/Brazil-coronavirus-response-community-leaders>).
12. Duque Franco I, Ortiz C, Samper J, Millan G. Mapping repertoires of collective action facing the COVID-19 pandemic in informal settlements in Latin American cities. *Environment and Urbanization*. 2020;32(2):523-46.
13. Carampatana T, Tuazon RA. Community-led COVID-19 response: the work of the Philippines Homeless People's Federation. In: *iied.org* [Internet]. 9 June 2020. London: International Institute for Environment and Development; c2020 (<https://www.iied.org/community-led-covid-19-response-work-philippines-homeless-peoples-federation>).
14. Scheepers E, Lakhani I, Armstrong K. Making a community action net (work): organising in the times of COVID-19. In: *openglobalrights.org* [Internet]. 15 May 2020. *Open Global Rights*; c2020 (<https://www.openglobalrights.org/organising-in-the-times-of-covid-19/>).
15. Buxton N. Food flow: the initiative that's helping both farmers and families in need. In: *Eat Out* [Internet]. 16 April 2020. *iab.South Africa*; c2006–2021 (<https://www.eatout.co.za/arti<cle/food-flow-initiative-thats-helping-farmers-families-need/>).
16. Pol A. In lockdown, Satara farmers' revolutionary new model. In: *New Delhi Television* [Internet]. 17 April 2020. *NDTV Convergence*; c2021 (<https://www.ndtv.com/opinion/in-lockdown-satara-farmers-revolutionary-new-model-2213476>).
17. Papeleras R, Gaddi M. Community-led COVID-19 response: an update from the Philippines. In: *iied.org* [Internet]. 14 July 2021. London: International Institute for Environment and Development; c2021 (<https://www.iied.org/community-led-covid-19-response-update-philippines>).
18. Hong SY, Ashipala LSN, Bikinesi L, Hamunime N, Kamangu J, Boylan A et al. Rapid adaptation of HIV treatment programs in response to COVID-19—Namibia, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2020;69(42):1549-51.
19. Ensuring that people living with HIV in the Philippines have access to treatment during COVID-19. In: *UNAIDS.org* [Internet]. 8 April 2020. Geneva: UNAIDS; c2021 (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2020/april/20200408_philippines).
20. Nasuuna EM, Alex M, Namayanja G, Shamim N, Paul K, Mwondha RMN et al. Ensuring HIV service continuity during the COVID-19 pandemic in Kampala, Uganda. *Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections*, 6–10 March 2021. Abstract 729.
21. Tukei BB, Fatti G, Tiam A, Ngorima-Mabhena N, Tukei VJ, Tshabalala I et al. Twelve-month outcomes of community-based differentiated models of multimonth dispensing of ART among stable HIV-infected adults in Lesotho: a cluster-randomized noninferiority trial. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2020;85(3):280-91.
22. Fatti G, Lopes J, Mabhena-Ngorima N, Tiam A, Tukei B, Pisa P et al. Community multimonth ART provision: pooled analysis of 2 cluster-randomized trials. *Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections*, 6–10 March 2021. Abstract 182.
23. Odinga M, Kuria S, Muindi O, Mwakazi P, Njraini M, Melon M et al. HIV testing amid COVID-19: community efforts to reach men who have sex with men in three Kenyan countries. *Gates Open Res*. 2020;4:117.
24. Integrating community-led monitoring (CLM) into C19RM funding requests. Arusha (TZ): The Eastern Africa National Networks of AIDS and Health Service Organizations (EANNASO); n.d. (<https://eannaso.org/download/1020/reports/10875/integrating-community-led-monitoring-clm-into-c19rm-funding-requests.pdf>).
25. Positive living in the time of COVID-19. Breaking the silence. ICW, GNP+, the Global Network of Young People Living with HIV; 15 June 2020 (https://gnpplus.net/wp-content/uploads/2020/06/June-15th-Newsletter-6th-Edition-Positive-Living-in-the-time-of-Covid-19-Special-edition_-Transgender-community-living-with-HIV.pdf).



2

**ACCESO
EQUITATIVO A
MEDICAMENTOS,
VACUNAS Y
TECNOLOGÍAS
DE SALUD**

Las respuestas pandémicas fracasan cuando hay tecnologías de salud disponibles para algunos, pero se niegan a otros 31. La respuesta al VIH tomó muchos años y millones de infecciones y muertes evitables para aprender esa lección, pero el apoyo decidido de la sociedad civil, médicos y gobiernos de países de ingresos bajos y medios llevó al establecimiento de mecanismos que ayudan a hacer que los medicamentos y diagnósticos contra el VIH sean asequibles y estén disponibles en todo el mundo. Hoy en día hay más de 28 millones de personas que viven con VIH en tratamiento porque la tecnología compartida y la producción genérica ampliada reducen los precios, permitiendo que se compren y distribuyan grandes cantidades de tecnologías de salud que salvan vidas a las personas que las necesitan.

Sin embargo, estos mecanismos están amenazados. A medida que nuevas y poderosas tecnologías contra el VIH, COVID-19 y otras enfermedades llegan al mercado, las barreras de propiedad intelectual, distribución restringida y transferencia de tecnología, ubicaciones limitadas de la producción farmacéutica, capacidades regulatorias débiles y precios prohibitivos están limitando la oferta para los países de ingresos bajos y medios.

Alrededor del 6% de la población de África había sido vacunada contra el SARS-CoV-2 a fines de octubre de 2021, en comparación con al menos el 40% en la mayoría de los demás continentes y más del 60% en la mayoría de los países de ingresos altos (1, 2). La Organización Mundial de la Salud (OMS) predice que la pandemia de COVID-19 durará por lo menos un año más de lo que debería, porque los países más pobres no están recibiendo las vacunas que necesitan (3). El Secretario General de las Naciones Unidas (ONU), António Guterres, ha descrito el rápido desarrollo de las vacunas contra el COVID-19 y la lentitud de su distribución mundial como "una acusación moral del estado de nuestro mundo. Es una obscenidad. Pasamos la prueba de ciencia. Pero estamos obteniendo una F en Ética" (4).

Es fundamental garantizar un acceso asequible a nuevas tecnologías que puedan ayudar a abordar las desigualdades en materia de VIH, como las nuevas formulaciones de tratamiento contra el VIH para niños y adultos, la profilaxis de pre exposición oral (PrEP) y los anillos vaginales para la prevención del VIH y los medicamentos antirretrovirales de acción prolongada.

Una serie de acciones e innovaciones defendidas por People's Vaccine Alliance pueden hacer que el acceso a las tecnologías de la salud sea más equitativo. Un acuerdo internacional que garantice un acceso justo y equitativo a las tecnologías esenciales de la salud, especialmente durante las crisis de salud, es una prioridad urgente. Sin uno, a las personas de los países de ingresos bajos y medios se les seguirá negando su derecho fundamental a la salud, y el mundo seguirá sin estar preparado para las pandemias de hoy y del futuro.



Un profesional de salud de SMARTgirl le realiza una prueba de VIH a una mujer durante una campaña de sensibilización en Phnom Penh, Camboya.
Crédito: ONUSIDA / T Brown

EL TRATAMIENTO CONTRA EL VIH ES MÁS ACCESIBLE, PERO EL FUTURO ES INCIERTO

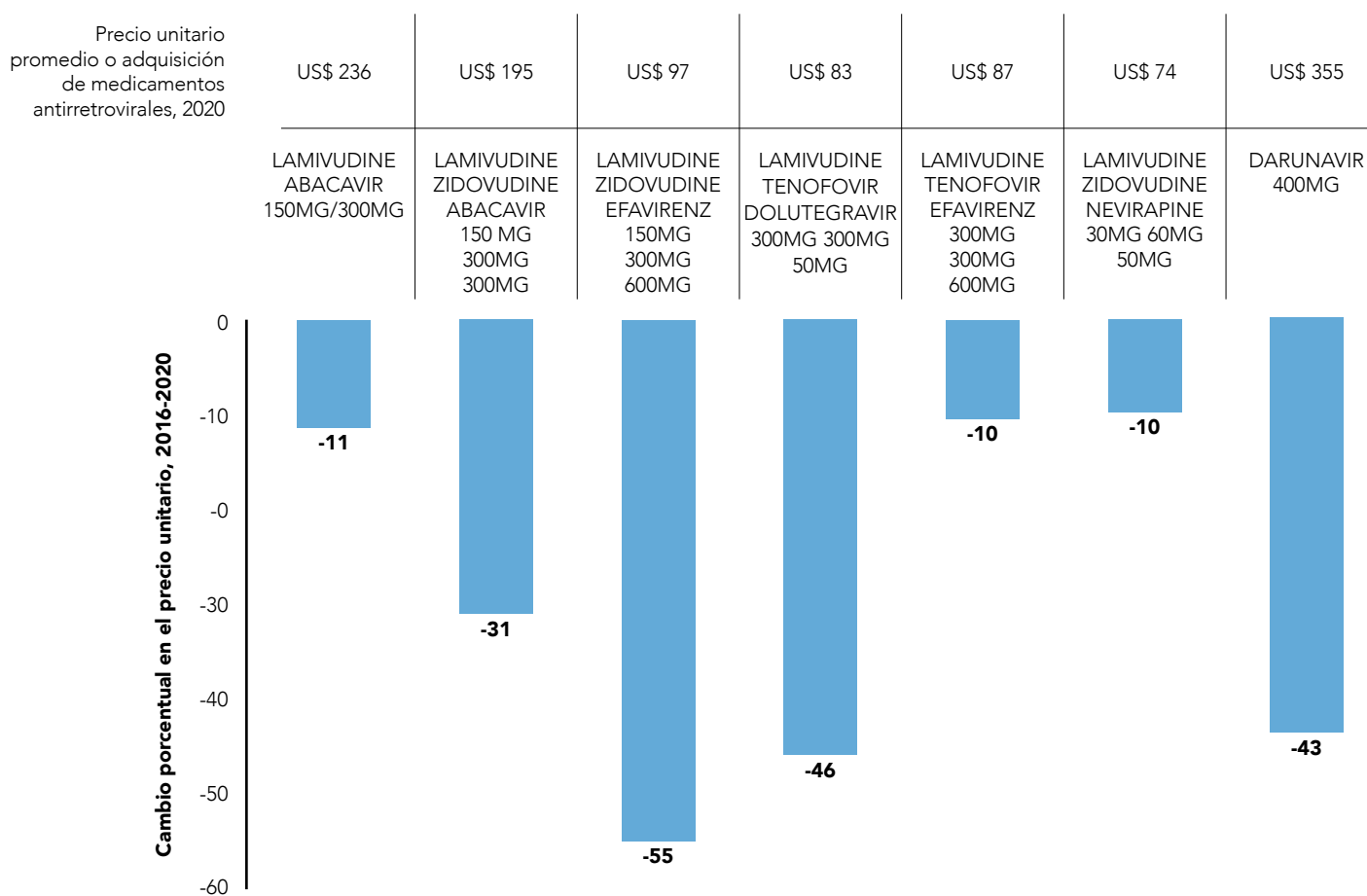
Se requirió una amplia gama de acciones, impulsadas por personas que viven con VIH y sus aliados, para hacer que los tratamientos vitales contra el VIH sean tan asequibles y accesibles como lo son hoy en día. Se instó a los gobiernos a que utilizaran flexibilidades en el acuerdo de la Organización Mundial del Comercio (OMC) sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) para lograr precios más asequibles para los países de ingresos bajos y medios. Se estableció un plan de combinación de patentes, el Fondo de Patentes de Medicamentos, para negociar acuerdos de licencia voluntarios con los titulares de patentes a fin de permitir la fabricación de tratamientos genéricos contra el VIH, la tuberculosis y la hepatitis C (5). Una mayor competencia de los productores de medicamentos genéricos logró reducir los precios, y los donantes se intensificaron financiando nuevas iniciativas de acceso a medicamentos y programas de tratamiento que usan medicamentos genéricos contra el VIH.

Los precios de los medicamentos contra el VIH se desplomaron en la mayoría de los países (ver Figura 4). Los regímenes de tratamiento contra el VIH en el 2000 costaron más de US\$ 10 000 por persona al año; el tratamiento de primera línea recomendado actualmente contra el VIH de dolutegravir, lamivudina y tenofovir estaba disponible en el 2020 a un precio promedio de US\$ 83 por persona anualmente en países de ingresos bajos y medios que comunicaron los datos de precios a ONUSIDA. Muchos de los nuevos medicamentos contra el VIH ahora entran en el mercado en formulaciones genéricas más asequibles. Los expertos han observado que la gestión de los derechos de propiedad intelectual orientada a la salud pública, ya sea mediante el uso de las flexibilidades de ADPIC o mecanismos voluntarios, no ha socavado el sistema de innovación ni la rentabilidad de las compañías farmacéuticas más grandes del mundo (6).

Pero ha habido problemas. Aunque las pruebas y el tratamiento gratuitos contra el VIH son la norma en muchos países de ingresos bajos y medios, la recaudación de tarifas a los usuarios en clínicas y hospitales en algunos países todavía priva a muchas personas, especialmente a las de bajos ingresos, de los beneficios del tratamiento contra el VIH y otros servicios de salud y medicamentos (7–9). Algunos países de ingresos medios están luchando por acceder a medicamentos genéricos asequibles contra el VIH, la PrEP sigue siendo costosa en muchos países (debido a restricciones de patentes y retrasos regulatorios) y la asequibilidad de nuevos productos contra el VIH que se están desarrollando (como medicamentos antirretrovirales de larga duración y anillos vaginales) no está garantizada en absoluto. El desarrollo de tratamientos pediátricos favorables para los niños, que no se consideran inversiones rentables, ha sido muy lento.

LA GESTIÓN DE LOS DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL ORIENTADA A LA SALUD PÚBLICA, YA SEA MEDIANTE EL USO DE LAS FLEXIBILIDADES DE ADPIC O DE MECANISMOS VOLUNTARIOS, NO HA SOCAVADO EL SISTEMA DE INNOVACIÓN NI LA RENTABILIDAD DE LAS COMPAÑÍAS FARMACÉUTICAS MÁS GRANDES DEL MUNDO.

FIGURA 4. Precios unitarios promedio de las adquisiciones de medicamentos antirretrovirales, 2020 y variación porcentual, 2016-2020



■ Cambio porcentual en el precio unitario de las adquisiciones de medicamentos antirretrovirales, 2016-2020

Fuente: Estimaciones de ONUSIDA, basadas en los informes de los países a Global AIDS Monitoring 2021 y datos de exportación de las aduanas gubernamentales de 69 países de ingresos bajos y medios.



La metadona se dispensa para la terapia de sustitución de opiáceos, Senegal. Crédito: ONUSIDA

AMPLIAR LA PRODUCCIÓN EN LOS PAÍSES DE INGRESOS BAJOS Y MEDIOS

La preparación y las respuestas a las pandemias están siendo obstaculizadas por los puntos de estrangulamiento de la producción, las cadenas de suministro vulnerables y las limitaciones de los precios. La pandemia de COVID-19 ha expuesto especialmente la dependencia excesiva de la mayoría de los sistemas de salud africanos de los productos farmacéuticos y médicos importados: a medida que la crisis de COVID-19 creció en el 2020, África se vio afectada por las restricciones a la exportación en los países de origen y un menor acceso a los suministros de medicamentos como resultado de los cierres de las fábricas en China y la India (10). Por ejemplo, durante el segundo trimestre del 2020 se observaron reducciones significativas en los envíos de medicamentos contra el VIH de la India a países de ingresos bajos y medios más bajos (11).

Las cadenas de valor farmacéutico se concentran actualmente en un número muy pequeño de países. Mientras que la Unión Europea, los Estados Unidos de América y Japón dominan la investigación y el desarrollo farmacéutico, China y la India son los principales productores de ingredientes farmacéuticos activos y exportaciones farmacéuticas.

Todos los países africanos son importadores netos de productos médicos y farmacéuticos, y la mayoría de ellos importan entre el 70% y el 90% de los medicamentos que consumen (10, 12). Las principales excepciones son Marruecos y Sudáfrica (13). La industria farmacéutica del continente está evolucionando rápidamente, aunque principalmente en Ghana, Nigeria, Sudáfrica y unos pocos países de África oriental y septentrional. Hay al menos 370 fabricantes de productos médicos en África, pero están agrupados en sólo nueve países, cerca de un tercio de las compañías están limitadas al empaque de pastillas y tabletas compradas a otros. La producción de ingredientes farmacéuticos activos se limita a sólo tres compañías en África: Dos en Sudáfrica y una en Ghana (13).

A medida que el mundo lucha contra las pandemias actuales y se prepara para las futuras, debería darse prioridad a una distribución más amplia de la fabricación de suministros médicos, productos farmacéuticos y otras tecnologías de salud. La localización de las manufacturas reduciría la vulnerabilidad de los sistemas de salud a las interrupciones de la cadena de suministro y a la acumulación de productos médicos esenciales durante las crisis. Esto podría hacerse estableciendo cadenas de valor regionales, desarrollando centros subregionales en los que los fabricantes trabajan juntos en agrupaciones y armonizando los arreglos reglamentarios para facilitar y capitalizar la colaboración transfronteriza (13). La reciente creación de la Agencia Africana de Medicamentos es un paso importante hacia el establecimiento de una plataforma continental para las decisiones reglamentarias (14).

A MEDIDA QUE EL MUNDO LUCHA CONTRA LAS PANDEMIAS ACTUALES Y SE PREPARA PARA LAS FUTURAS, DEBERÍA DARSE PRIORIDAD A UNA DISTRIBUCIÓN MÁS AMPLIA DE LA FABRICACIÓN DE SUMINISTROS MÉDICOS, PRODUCTOS FARMACÉUTICOS Y OTRAS TECNOLOGÍAS DE SALUD.

Pilares para un acceso justo y equitativo a las vacunas contra el COVID-19 y a otras tecnologías de salud esenciales

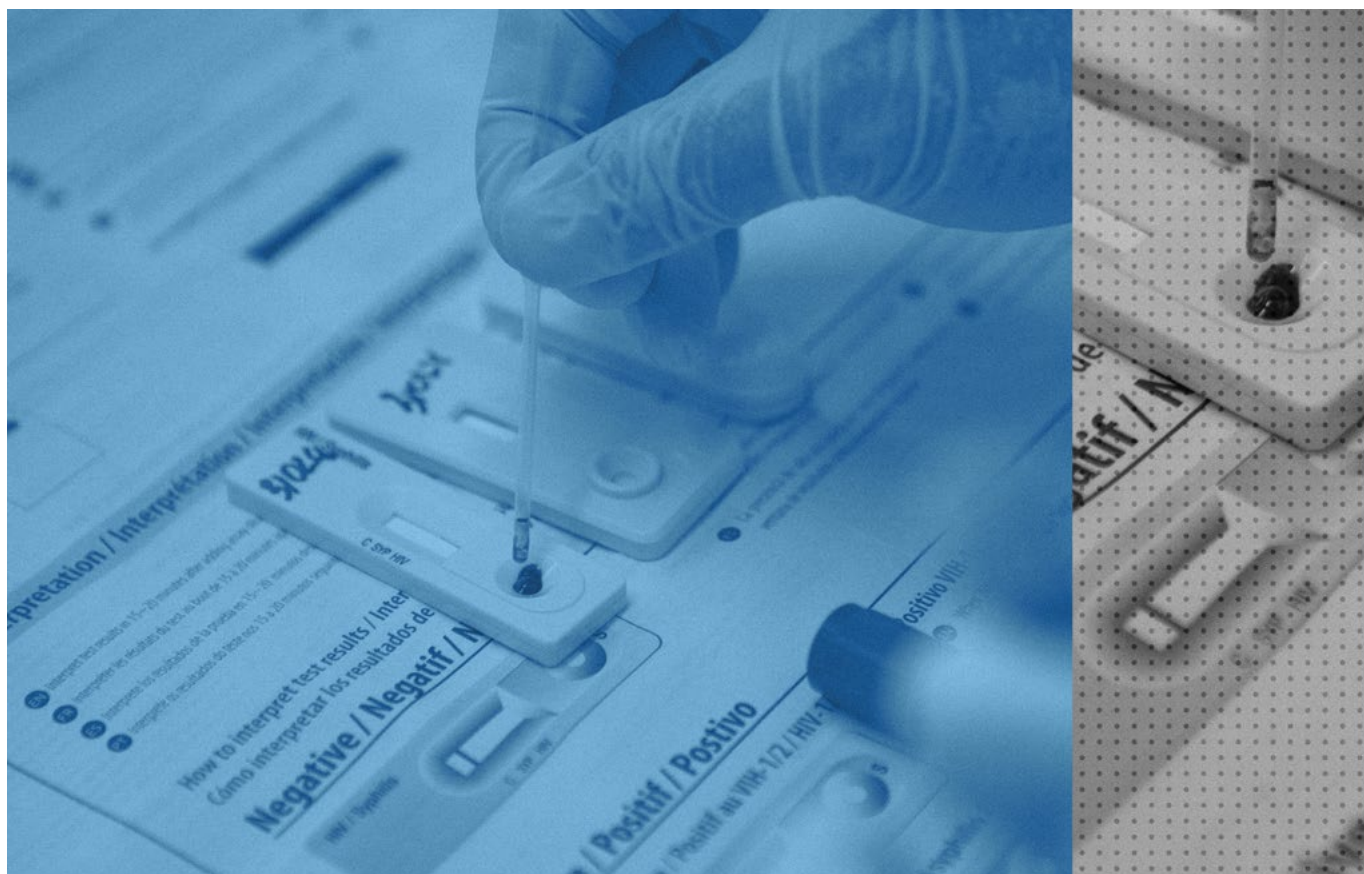
Las tecnologías de salud son bienes públicos mundiales y deben ser accesibles para todos; no deben tratarse como bienes regulares y comercializables. Las siguientes acciones acelerarían la producción, distribución y uso mundial de medicamentos, vacunas, diagnósticos y otras tecnologías de salud esenciales contra el COVID-19.

Renuncia selectiva a los derechos de propiedad intelectual. A finales del 2020, India y Sudáfrica propusieron a la OMC una exención temporal para el diagnóstico, terapia, vacunas y otras tecnologías contra el COVID-19 durante la pandemia del COVID-19 (15). La propuesta ha sido respaldada por más de 100 Miembros de la OMC, pero algunos miembros poderosos han negado su apoyo.

Mayor uso del Acceso Mancomunado a la Tecnología contra el COVID-19 (C-TAP). A mediados del 2020, la OMS creó el C-TAP para facilitar la concesión voluntaria de licencias de tecnologías de manera transparente. Sin embargo, las grandes compañías farmacéuticas aún no han adoptado este mecanismo (16).

El cumplimiento inmediato de los compromisos adoptados por los gobiernos y las compañías farmacéuticas en el marco de la iniciativa de compromiso anticipado de mercado de COVAX (pilar de vacunas del acelerador de herramientas de acceso contra el COVID-19, o ACT-A).¹ También se deberían impulsar las adquisiciones regionales conjuntas, por ejemplo mediante la cooperación entre los Centros de África para el Control de Enfermedades y el Grupo de Trabajo de la Cadena de Suministro de las Naciones Unidas, encabezado por la OMS, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (el Fondo Mundial) y otras entidades (17).

Distribución más amplia de la fabricación y producción de productos de salud. Es necesario prevenir los monopolios y aumentar la capacidad de producción de productos de salud en todas las regiones para aumentar la competencia y reducir el riesgo de interrupciones de la cadena de suministro durante las crisis (15).



A un paciente de la clínica Chhouk Sar Clinic en Phnom Penh, Camboya, se le extrae una muestra de sangre para detectar el VIH e infecciones de transmisión sexual. Esta clínica es conocida como “ventanilla única” que atiende en gran medida a la comunidad LGBTI. Crédito: ONUSIDA/de la Guardia

1. En el marco de la iniciativa COVAX, los países de altos ingresos se comprometieron a enviar 1.8 mil millones de dosis de vacunas a países de ingresos bajos y medianos para fines del 2021; en octubre de 2021 habían llegado a esos países alrededor de 261 millones de dosis. Los fabricantes de vacunas prometieron 994 millones de dosis adicionales, de las cuales 120 millones se habían entregado. Consulte: Malpanik R, Maitland A. Dosis de la realidad: cómo los países ricos y las corporaciones farmacéuticas están rompiendo sus promesas de vacunas. Londres: La vacuna popular, OXFAM; 2021 (<https://app.box.com/s/kygk0i850bo18l33vk5p3qwyq9umk527>).

COLOCANDO LOS DIAGNÓSTICOS EN LA IMAGEN

Cada respuesta pandémica depende de que los países tengan diagnósticos de calidad para detectar y rastrear brotes de enfermedades y diagnosticar a las personas que pueden necesitar tratamiento. En los últimos 10 a 15 años se han producido innovaciones extraordinarias en tecnologías de diagnóstico y sistemas de información, incluyendo los diagnósticos en los puntos de atención, pero la importancia del diagnóstico para lograr la equidad en materia de salud a menudo pasa desapercibida, lo que lleva a una falta de financiamiento, problemas regulatorios y otros problemas.

En el 2008, la Declaración de Maputo sobre el fortalecimiento de los sistemas de laboratorio resaltó la necesidad de mejorar el acceso a las pruebas de diagnóstico. Más de una década después, pocos o ningún plan de cobertura de salud universal prevén explícitamente el financiamiento de los diagnósticos (18). Según la Comisión Lancet para el Diagnóstico, casi la mitad (47%) de la población mundial tiene poco o ningún acceso al diagnóstico (18).

El acceso al diagnóstico sigue siendo desigual en muchos países de ingresos bajos y medios, con las comunidades empobrecidas y rurales más afectadas. En muchos casos, los diagnósticos no están disponibles fuera de las zonas urbanas (19). Los laboratorios médicos también se distribuyen de manera desigual entre los países. Los Estados Unidos, por ejemplo, cuentan con 260 000 laboratorios médicos acreditados, mientras que la India, con cuatro veces más habitantes, cuenta con 1150 de esos laboratorios. También hay un déficit en la fuerza de trabajo para el diagnóstico: para el 2030 se necesitarán entre 840 000 a 1 millón de personal de diagnóstico adicional en todo el mundo (18). Esto es una gran debilidad, tanto para las respuestas pandémicas como para la atención médica de rutina.

Durante los primeros meses de la pandemia del COVID-19, la falta de acceso al diagnóstico se describió como el talón de Aquiles de la respuesta de África. Cuando se pusieron a disposición las secuencias genómicas del SARS-CoV-2, Asia y Europa iniciaron a producir pruebas en cuestión de semanas. África carecía de esta capacidad y tuvo que esperar a las importaciones, a menudo siendo empujada al final de la línea a medida que los países competieron para adquirir pruebas de la oferta limitada (20).

La respuesta al VIH ha estado creando rutas alrededor de estas limitaciones. Ha ampliado el acceso al diagnóstico del VIH mediante el uso de tecnologías simplificadas, incluyendo pruebas en los puntos de atención, que pueden ser descentralizadas y administradas por profesionales de la salud. Aunque una proporción significativa de personas que viven con VIH todavía no están diagnosticadas en algunos países, el uso más amplio de la búsqueda de casos basada en la comunidad y la llegada de los kits de autoevaluación del VIH pueden reducir aún más esa brecha.

El acceso a exámenes de detección y pruebas contra el cáncer de cuello uterino, diabetes, presión arterial o sífilis es mucho menor que para el VIH.² Las apuestas son altas: La Comisión Lancet estimó que reducir la brecha de diagnóstico para seis afecciones relativamente comunes del 35–62% actual a 10% reduciría el número anual de muertes prematuras en los países de ingresos bajos y medios en 1.1 millones (18).³

El acceso confiable y equitativo a diagnósticos de calidad requiere priorización, compromiso e inversión a largo plazo. Los diagnósticos deben incorporarse en los planes de cobertura de salud universal, y el acceso equitativo a los diagnósticos debe ser un elemento clave de la planificación de la preparación para una pandemia.

2. Un análisis de encuestas representativas a nivel nacional realizadas para el acceso de por vida a la detección del cáncer de cuello uterino entre el 2005 y 2018 en 55 países de ingresos bajos y medios (que representan a más de 1.1 millones de mujeres) mostró que las mujeres que vivían en zonas rurales, tenían un bajo nivel educativo o tenía una baja riqueza en el hogar, y eran generalmente menos probable que se autoinformara alguna vez que se había examinado.
3. Las seis afecciones son diabetes, hipertensión, VIH y tuberculosis en la población general, además de hepatitis B y sífilis en las mujeres embarazadas.

REFERENCIAS

1. Less than 10% of African countries to hit key COVID-19 vaccination goal. In: WHO Africa [Internet]. 28 October 2021. Brazzaville: WHO Regional Office for Africa; c2021 (<https://www.afro.who.int/news/less-10-african-countries-hit-key-covid-19-vaccination-goal>).
2. Holder J. Tracking Coronavirus vaccinations around the world. In: New York Times [Internet]. 9 November 2021. New York (NY): New York Times Company; c2021 (<https://www.nytimes.com/interactive/2021/world/covid-vaccinations-tracker.html>).
3. Malpanik R, Maitland A. A dose of reality. London: The People's Vaccine, OXFAM; 2021 (<https://app.box.com/s/kygk0i850bo18l33vk5p3qwyq9umk527>).
4. COVID-19: UN Secretary-General says the world has failed an ethics test. In: United Nations in Western Europe [Internet]. 21 September 2021. United Nations; c2021 (<https://unric.org/en/covid-19-un-secretary-general-says-the-world-has-failed-an-ethics-test/>).
5. Medicines Patent Pool [Internet]. Geneva: Medicine Patents Pool; c2021 (<https://medicinespatentpool.org>).
6. Garrett L. Stopping drug patents has stopped pandemics before. In: Foreign Policy. 7 May 2021. The Slate Group; c2021 (<https://foreignpolicy.com/2021/05/07/stopping-drug-patents-pandemics-coronavirus-hiv-aids/>).
7. Ahonkhai AA, Regan S, Idigbe I, Adeniyi O, Aliyu MH, Okonkwo P et al. The impact of user fees on uptake of HIV services and adherence to HIV treatment: findings from a large HIV program in Nigeria. *PLoS One*. 2020;15(10):e0238720.
8. Watson SJ, Wroe EB, Dunbar EL, Mukherjee J, Squire SB, Nazimera L et al. The impact of user fees on health services utilization and infectious disease diagnoses in Neno District, Malawi: a longitudinal, quasi-experimental study. *BMC Health Serv Res*. 2016;16(1):595.
9. Yates R. Universal health coverage and the removal of user fees. *Lancet*. 2009;373(9680):2078-81.
10. Banga K, Keane J, Mendez-Parra M, Pettinotti L, Sommer L. Africa trade and Covid-19: the supply chain dimension. London: Overseas Development Institute; 2020 (https://cdn.odi.org/media/documents/Africa_trade_and_Covid19_the_supply_chain_dimension.pdf).
11. UNAIDS analysis of Indian customs data obtained from Seair Exim Solutions, 2020–2021.
12. Conway M, Holt T, Sabow A, Sun I. Should sub-Saharan Africa make its own drugs? In: McKinsey and Company [Internet]. 10 January 2019. McKinsey & Company; c1996–2021 (<https://www.mckinsey.com/industries/public-and-social-sector/our-insights/should-sub-saharan-africa-make-its-own-drugs>).
13. Bright B, Babalola CP, Sam-Agudu NA, Oneaghala AA, Olatunji A, Aduh U et al. COVID-19 preparedness: capacity to manufacture vaccines, therapeutics and diagnostics in sub-Saharan Africa. *Global Health*. 2021;17(1):24.
14. Ncube BM, Dube A, Ward K. Establishment of the African Medicines Agency: progress, challenges and regulatory readiness. *J Pharm Policy Pract*. 2021;14(1):29.
15. Editorial. A patent waiver on COVID vaccines is right and fair. In: Nature [Internet]. 25 May 2021. Springer Nature Ltd; c2021 (<https://www.nature.com/articles/d41586-021-01242-1>).
16. Zarocostas J. What next for a COVID-19 intellectual property waiver? *The Lancet*. 2021;397(10288):1871-2187.
17. Kavanagh MM, Erondu NA, Tomori O, Dzau VJ, Okiro EA, Maleche A et al. Access to lifesaving medical resources for African countries: COVID-19 testing and response, ethics, and politics. *Lancet*. 2020;395(10238):1735-8.
18. Fleming KA, Horton S, Wilson ML, Atun R, DeStigter K, Flanigan J et al. The Lancet Commission on diagnostics: transforming access to diagnostics. *The Lancet*. 2021;S0140-6736(21)00673-5.
19. Ndiokubwayo JB, Maruta T, Ndlovu N, Moyo S, Yahaya AA, Coulibaly SO et al. Implementation of the World Health Organization Regional Office for Africa stepwise laboratory quality improvement process towards accreditation. *Afr J Lab Med*. 2016;5:280.
20. Nkengasong J. Let Africa into the market for COVID-19 diagnostics. In: Nature [Internet]. 28 April 2020. Springer Nature Ltd; c2021 (<https://www.nature.com/articles/d41586-020-01265-0>).



3

**APOYAR A LOS
TRABAJADORES
AL FRENTE DE LA
LUCHA CONTRA
LA PANDEMIA**

Los trabajadores de primera línea son los héroes de las respuestas pandémicas, arriesgando su salud y seguridad para brindar atención y asegurar que los bienes y servicios básicos sigan disponibles. Los recursos internacionales y nacionales para la respuesta al sida se han utilizado para contratar y capacitar a millones de trabajadores de la salud a lo largo de las décadas, lo que ha permitido la expansión del servicio de prevención, pruebas y tratamiento contra el VIH. Especialmente a nivel comunitario y de atención primaria, estos profesionales de la salud y las comunidades de personas que viven con VIH y poblaciones claves hacen mucho más que el trabajo del VIH, y ahora están desempeñando un papel importante contra el COVID-19.

A pesar de la adición de estos refuerzos tan necesarios, los trabajadores esenciales son crónicamente muy pocos en número, con recursos insuficientes y sobrecargados. Las crisis agravan esa escasez. A menudo trabajando en condiciones difíciles e inseguras, estos trabajadores improvisan maneras de hacer frente a cargas de trabajo pesadas, escasez de equipos y sistemas deficientes. Pero hacer frente no es lo mismo que resiliencia: puede evitar el desastre a corto plazo, pero esconde fallas y deficiencias más profundas que se interponen en el camino de la resiliencia real (1).

Durante la crisis de COVID-19, los trabajadores de la salud se han enfrentado a cargas extraordinarias y corren un mayor riesgo de agotamiento, problemas de salud mental, enfermedades y muerte (2, 3). Los datos de 119 países indican que, para octubre del 2021, sólo dos de cada cinco trabajadores de la salud en todo el mundo estaban totalmente vacunados. Menos de uno de cada 10 trabajadores de la salud en África estaban completamente vacunados, en comparación con ocho en 10 en los países de altos ingresos (4). La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que COVID-19 había matado entre 80 000 y 180 000 trabajadores de la salud en octubre de 2021 (5). Los sistemas de salud necesitan desesperadamente más trabajadores de salud, y necesitan los recursos y herramientas para mantenerlos seguros.

Los trabajadores de salud comunitarios y las organizaciones dirigidas por la comunidad se han convertido en recursos cada vez más importantes, proporcionando atención básica de salud en sus comunidades, actuando como puentes vitales entre las comunidades y los centros de salud, y apoyando la respuesta al VIH, tuberculosis y, cada vez más, al COVID-19 en muchos países (6). A pesar de su importancia, los trabajadores de salud comunitarios representan actualmente sólo alrededor del 3% de la fuerza laboral del salud mundial. También se utilizan de forma muy diferente en todos los países y, en muchos casos, están mal capacitados, remunerados e integrados en los sistemas de salud (7). A medida que los países se enfrenten a las pandemias actuales y se preparen para las futuras, se deben ampliar las filas de los trabajadores esenciales para hacer frente al desafío. Además de un número suficiente y un salario justo, estos trabajadores necesitan una formación adecuada, recursos y herramientas para sus trabajos y los mecanismos para hacer valer sus derechos como trabajadores. También se deben adoptar medidas tangibles para valorar el trabajo de atención no remunerada de las mujeres.



Un paciente y su amigo esperan para ver al personal de atención médica en la Clínica Chhuok Sar en Phnom Penh, Camboya, 2019. Crédito: ONUSIDA/T Brown

LA ESCASEZ DE TRABAJADORES DE LA SALUD PERJUDICA LAS RESPUESTAS PANDÉMICAS

Se necesitan sistemas de salud fuertes para manejar y superar las pandemias. Pero esos sistemas son tan fuertes como las personas que los hacen trabajar.

Posiblemente el elemento más importante en una respuesta pandémica es la capacidad de desplegar suficientes trabajadores de salud para intervenciones, manteniendo al mismo tiempo un funcionamiento fluido de los sistemas de salud pública estándar. La crisis del COVID-19 ha expuesto un peligro persistente: muchos países, incluyendo los de ingresos medios y altos, no tienen suficientes trabajadores de salud para manejar una pandemia. Los trabajadores de la salud están distribuidos de manera desigual en todo el mundo, con graves desequilibrios entre los países de ingresos altos y los de ingresos bajos y medios, y dentro de los países con sistemas de salud públicos y privados divididos (Figura 5).

A nivel mundial, se prevé un déficit de 18 millones de trabajadores de la salud para el 2030, debido principalmente al envejecimiento de la población y al aumento de las tasas de enfermedades no transmisibles (8). Esas proyecciones, realizadas en el 2016, no tuvieron en cuenta crisis pandémicas como la del COVID-19. También ocultan la terrible situación en algunas regiones. Por ejemplo, si bien África cuenta con el 24% de la carga mundial de morbilidad, sólo tiene el 3% de los trabajadores de salud del mundo (9). Treinta y uno de los 54 países africanos tiene una relación médico-paciente de unos 1 : 10 000, en comparación con la proporción favorable en países de ingresos altos como Alemania (1 : 417) e Italia (1 : 270) (10). Disparidades similares se producen en los países, especialmente entre las zonas urbanas y rurales.

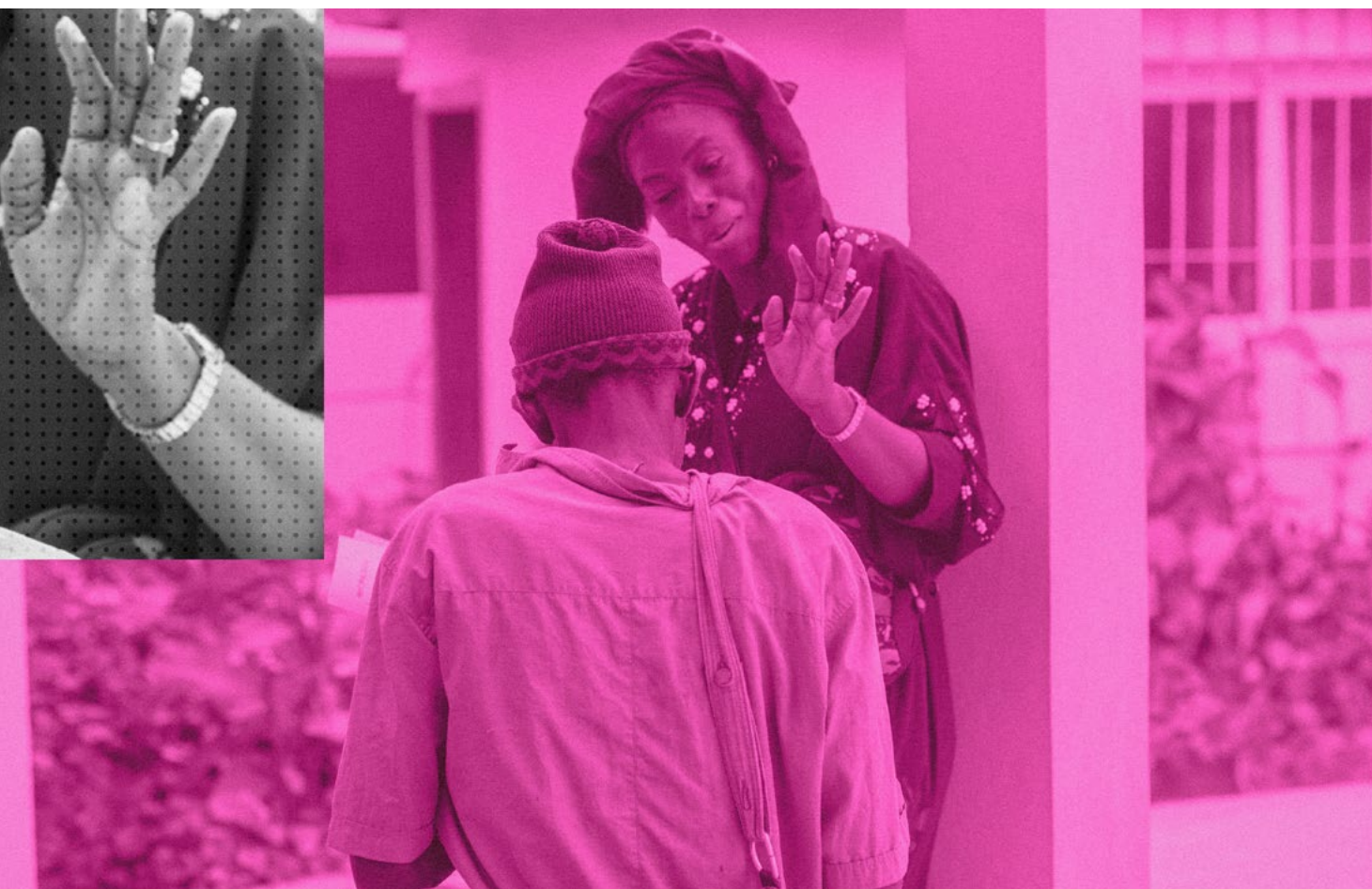
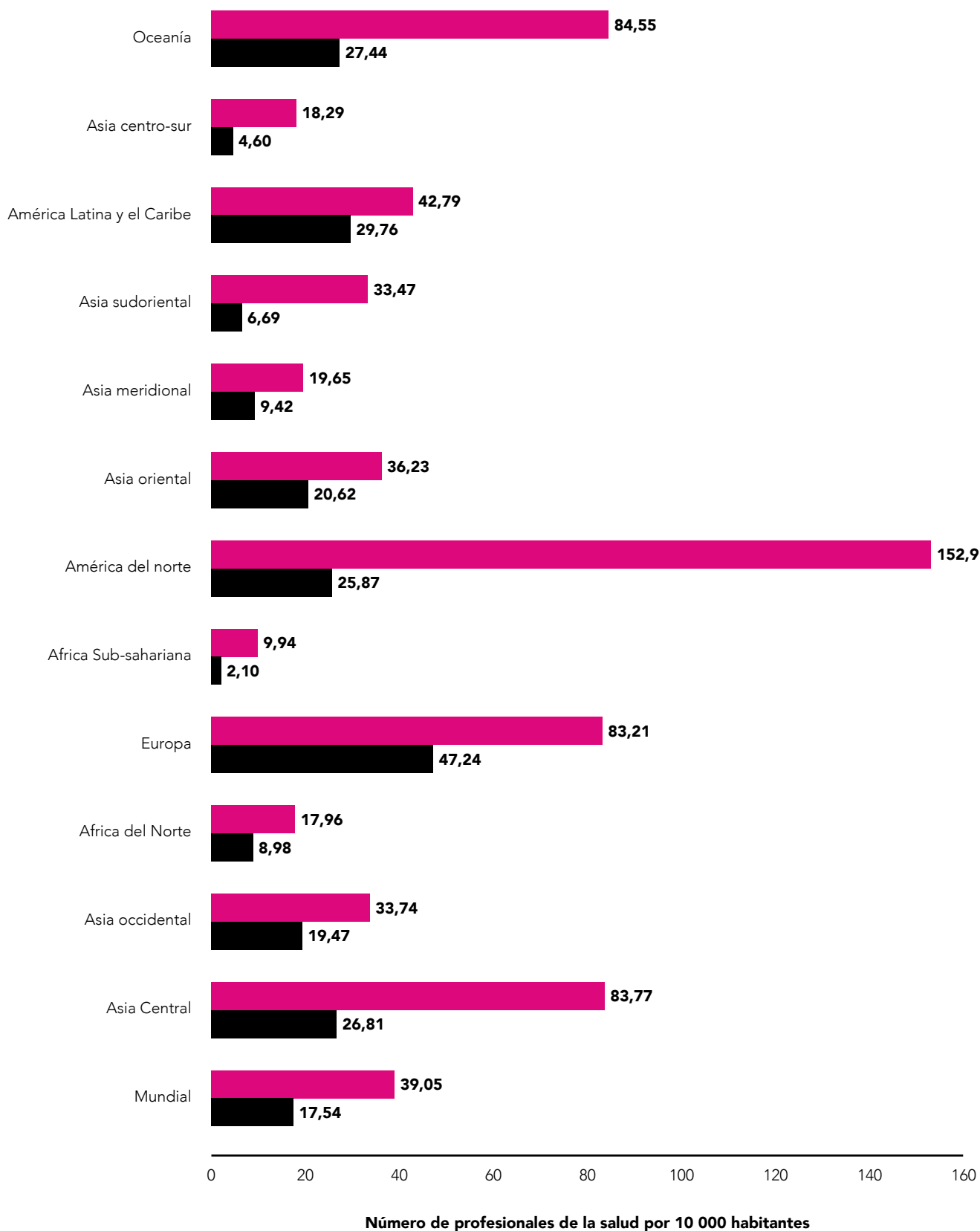


FIGURA 5. Densidad de profesionales de la salud seleccionados, por 10000 habitantes, mundial y regional, 2013-2019



■ Personal de enfermería y partería

■ Médicos


Nota: Últimos datos disponibles (2013-2019).

Fuente: Base de datos de estadísticas del personal de salud mundial [base de datos]. Ginebra: OMS; c2021 (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/health-workforce>).

LA DISTRIBUCIÓN DE TAREAS CON LOS TRABAJADORES DE SALUD COMUNITARIOS PUEDE AYUDAR A CERRAR LAS BRECHAS

Las fuerzas de trabajo de salud también pueden organizarse de manera más eficaz. Se ha estimado que más de tres cuartas partes del personal de enfermería y médico realizan tareas para las que están sobrecualificados (11). Al redistribuir las tareas a los trabajadores de la salud con una capacitación más corta y menos calificaciones, incluyendo los trabajadores de la salud comunitarios, la distribución de tareas ha contribuido a importantes avances en las respuestas contra el VIH. Estas adaptaciones también reducen la carga de trabajo de los médicos y enfermeras y permiten descentralizar los servicios y procedimientos de los hospitales a las clínicas y otras instalaciones, poniéndolos al alcance de las comunidades (12). Asimismo, las decisiones de permitir que las enfermeras receten medicamentos contra el VIH y los trabajadores de salud no profesionales ayuden a dispensar los medicamentos han contribuido a un rápido aumento de la cobertura del tratamiento contra el VIH desde mediados de la década del 2000 (13–15).

Los programas de VIH, tuberculosis e inmunización subrayan la importancia de los trabajadores de salud comunitarios tanto para los servicios básicos de salud como para las respuestas a las pandemias, especialmente en las comunidades que no cuentan con los servicios adecuados de los sistemas de salud (6). Por ejemplo, cuando están adecuadamente capacitados y apoyados, los trabajadores de salud no profesionales proporcionan una atención de seguimiento de calidad a las personas que viven con VIH (16). Alrededor del mundo, las redes de personas que viven con VIH y los grupos de apoyo comunitarios han ampliado el acceso a los servicios relacionados con el VIH y han ayudado a adaptar esos servicios a las diversas necesidades de las personas. Esta atención y apoyo diferenciados facilita a las personas evitar contraer la infección por VIH y adherirse al tratamiento contra el VIH.



ALREDEDOR DEL MUNDO, LAS REDES DE PERSONAS QUE VIVEN CON VIH Y LOS GRUPOS DE APOYO COMUNITARIOS HAN AMPLIADO EL ACCESO A LOS SERVICIOS RELACIONADOS CON EL VIH Y HAN AYUDADO A ADAPTAR ESOS SERVICIOS A LAS DIVERSAS NECESIDADES DE LAS PERSONAS.

Durante la pandemia del COVID-19, estos grupos y redes han asumido funciones vitales, aportando medicamentos, alimentos y otro tipo de apoyo a las personas necesitadas, vinculándolas con los servicios sociales y de salud, monitoreando y reportando violaciones de derechos, y ayudando con la detección y rastreo de contactos de COVID-19. Como parte de la iniciativa Partnership to Accelerate COVID-19 Testing (PACT) de la Unión Africana, los grupos de personas que viven con VIH en varios países ahora se están vinculando con los trabajadores de salud comunitarios para ayudar con la concientización sobre el COVID-19 y el rastreo de contactos y reportar interrupciones del servicio contra el VIH (17, 18).

En Nigeria, unos 50 000 asistentes comunitarios que habían recibido capacitación en la detección de la poliomielitis 43 se desplegaron para prestar asistencia en el rastreo de contratos de COVID-19 a medida que avanzaba la pandemia (19). Las autoridades de Kerala, India, enviaron a unos 30 000 trabajadores de salud comunitarios para apoyar la detección temprana, rastreo de contactos y los esfuerzos de comunicación de riesgos (20). Unos 28 000 trabajadores de la salud comunitarios en Sudáfrica fueron redistribuidos de las actividades relacionadas con el VIH para ayudar a realizar exámenes de detección comunitarios y rastreo de contactos (21). La República Unida de Tanzania tomó un camino similar (21).

Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de África han convertido a los trabajadores de salud comunitarios en un eje en sus esfuerzos por reforzar los programas de COVID-19 en las comunidades marginadas. Están realizando trabajo de comunicación de riesgos, realizando actividades de vigilancia para la identificación temprana de casos, realizando rastreo de contactos y facilitando referencias para pruebas y cuidados. A mediados del 2021, 17 000 trabajadores de salud comunitarios recién capacitados que trabajaban en 24 países habían remitido a más de 550 000 casos sospechosos de COVID-19 para pruebas (22). Una revisión reciente de la evidencia de Botsuana, Ghana, Nigeria, Sudáfrica, Uganda y Zimbabue también destacó el valor de los trabajadores de salud comunitarios para entregar medicamentos y otros suministros a los hogares, y para dar seguimiento de los pacientes que padecen enfermedades crónicas (23).

Estos ejemplos prometedores no deben exagerar el impacto actual de los trabajadores de salud comunitarios, que todavía representan una pequeña fracción de la fuerza laboral mundial en materia de salud. En África y Asia, por ejemplo, hay aproximadamente de 0.1 a 1 trabajadores de salud comunitarios por cada 1000 adultos (24). En algunos países, los trabajadores de salud comunitarios están mal remunerados y capacitados, están mal distribuidos y subutilizados. Los sistemas de salud no siempre están orientados a vincularse con ellos de manera eficaz y eficiente (7, 23, 25).

La gestión de las pandemias actuales y futuras requiere capacitación, despliegue y remuneración de más trabajadores de la salud comunitarios e integrarlos en los sistemas de salud y las estructuras comunitarias (24, 26). Esto también requiere más financiamiento. En la actualidad, los programas comunitarios de salud en la mayoría de los países dependen en gran medida del apoyo de los donantes, aunque representan una pequeña fracción de la asistencia para el desarrollo destinada a la salud pública (27, 28).¹

Las mujeres soportan una carga de cuidado desproporcionada

Es especialmente probable que las mujeres se encuentren en la primera línea de las respuestas pandémicas, en el trabajo y en el hogar, en roles que aumentan su riesgo de infección. Comprenden al menos el 70% de los trabajadores de la salud (aunque una minoría de médicos y especialistas) y proporcionan servicios de salud a unos 5 mil millones de personas en todo el mundo (29). Los estudios están encontrando altas tasas de agotamiento mental y trauma entre las enfermeras que brindan atención relacionada con el COVID-19 (30). Las mujeres también constituyen la mayoría de los trabajadores de salud comunitarios en África y Asia. Además, las niñas y las mujeres soportan la peor parte del trabajo de cuidado no remunerado, incluyendo el cuidado de los niños y educación en el hogar, todo ello típicamente infravalorado y no compensado. Las restricciones para quedarse en casa se han sumado a la carga de trabajo de cuidado no remunerado de las mujeres, y la violencia doméstica ha empeorado (31).

Las mujeres también están sobrerrepresentadas en los sectores económicos más afectados por los cierres a raíz de la pandemia (32). Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), desde que comenzó la pandemia se han perdido 125 millones de empleos a tiempo completo, con las mujeres desproporcionadamente afectadas (33). Sus tasas de empleo disminuyeron un 5% en el 2020 (en comparación con el 3.9% de los hombres) (34). Los trabajadores autónomos y del sector informal (por ejemplo, trabajadores domésticos, el 80% de los cuales son mujeres) rara vez están cubiertos por programas de desempleo o de seguro de salud. Esto les deja una opción poco envidiable entre volver al trabajo a pesar de los riesgos para la salud o ser incapaces de satisfacer sus necesidades básicas de supervivencia.

1. El financiamiento de los programas de trabajadores de salud comunitarios representó a nivel mundial aproximadamente el 2.5% de la asistencia total para el desarrollo destinada a la salud entre el 2007 y 2017. La mayor parte de ese financiamiento se destinó a programas en África subsahariana, especialmente a los que se centran en enfermedades infecciosas y salud materno infantil. Esos niveles de inversión han ido disminuyendo.

CONTRIBUCIÓN DE LAS COMUNIDADES A MENUDO NO RECONOCIDA

La respuesta de 40 años a la pandemia del sida ha incluido el establecimiento y desarrollo de organizaciones dirigidas por la comunidad en todas las regiones del mundo. Sus miembros han desarrollado conocimientos y capacidades sustanciales, y estas organizaciones han llegado a funcionar como una parte invaluable de las respuestas de salud pública mundial.

En junio y julio de 2020, ONUSIDA realizó una encuesta de organizaciones dirigidas por la comunidad dirigidas por y para personas que viven con VIH y están afectadas por el mismo. Esta encuesta predominantemente cualitativa buscó obtener una comprensión más profunda del impacto que la pandemia del COVID-19 estaba teniendo en el trabajo relacionado con el VIH de las organizaciones lideradas por la comunidad, y aprender más sobre sus contribuciones a la respuesta contra el COVID-19 (35). Un total de 225 organizaciones lideradas por la comunidad de 72 países respondieron a la encuesta. Casi todos los encuestados (92.5%) informaron estar directamente involucrados en la prestación de servicios relacionados con el VIH en sus comunidades.

La encuesta reveló que las organizaciones dirigidas por la comunidad se movieron rápidamente al comienzo de la pandemia de COVID-19 para mitigar su impacto en los miembros de sus comunidades, emprendiendo una amplia gama de nuevas actividades para ayudar a asegurar la continuidad de los servicios relacionados con el VIH y reforzar su salud y bienestar (35). Al mismo tiempo, estas organizaciones innovaron y emprendieron nuevas intervenciones para responder a la propia pandemia del COVID-19. Lanzaron campañas de sensibilización e información de salud sobre el COVID-19, proporcionaron asesoramiento y orientación individual, produjeron y distribuyeron máscaras, jabón y desinfectantes, y proporcionaron asistencia a los sobrevivientes del aumento de la violencia basada en el género (35).

Si bien las organizaciones dirigidas por la comunidad extendieron sus recursos humanos y financieros existentes en la mayor medida posible, experimentaron graves brechas de financiamiento que dejaron a su personal agotado y trabajando noches y fines de semana para recaudar fondos, generalmente sin éxito, y recurriendo a sus propios salarios y ahorros personales para ayudar a sus comunidades (35). Las organizaciones lideradas por la comunidad también expresaron repetidamente su profunda preocupación por el impacto económico de los cierres y las restricciones de viaje en sus beneficiarios, así como por las interrupciones del servicio a los servicios prestados por la comunidad (35).

La pandemia del COVID-19 ha destacado el inmenso valor de tener este recurso comunitario global listo para desplegarse en tiempos de crisis. Sin embargo, estas organizaciones con frecuencia fueron excluidas de los organismos de respuesta contra el COVID-19, excluyéndolas de la planificación, diseño y evaluación de las intervenciones, y en última instancia no reconociéndolas como proveedores de servicios y conocimientos esenciales.



La ley de derechos humanos permite la limitación o derogación de algunos derechos con fines legítimos, como proteger la salud pública, pero existen límites estrictos sobre cuándo, cómo y en qué medida los derechos pueden ser limitados. Por lo tanto, los esfuerzos efectivos de preparación y respuesta ante una pandemia necesitan un trabajo de derechos humanos específico y financiado como un componente esencial.

MANTENER SEGUROS A OTROS TRABAJADORES ESENCIALES EN EL PUESTO DE TRABAJO

Los trabajadores esenciales se extienden mucho más allá del sistema de salud, e incluyen maestros, trabajadores agrícolas y de alimentos, empleados de tiendas de alimentos y bebidas, y aquellos que proporcionan servicios policiales y contra incendios, por nombrar sólo algunos. Entre los que son críticos para prevenir desigualdades más amplias entre los poderosos y los marginados dentro de las sociedades durante las pandemias están los que prestan servicios de protección social. En el marco de la respuesta a la pandemia del sida, por ejemplo, las medidas de protección social sensibles al VIH han aumentado los ingresos de los hogares, mejorado la seguridad alimentaria y la nutrición, y mejorado el acceso a la educación entre las personas que viven con VIH y las personas con un riesgo elevado de infección por el VIH en los hogares pobres y vulnerables (36). Sin embargo, durante los primeros meses de la pandemia del COVID-19, los trabajadores sociales no fueron reconocidos sistemáticamente como trabajadores esenciales, a pesar de su papel crítico en la prestación de servicios de salud y atención comunitaria (36).

Como sucede con los servicios de salud, las organizaciones dirigidas por la comunidad desempeñan un papel de apoyo importante en la prestación de servicios de protección social sensibles al VIH y que llegan a las personas que viven con VIH y a las poblaciones claves. Las poblaciones marginadas, vulnerables y desatendidas enfrentan impedimentos institucionalizados que limitan su acceso a los servicios. Por ejemplo, a medida que se ampliaban los servicios de protección social en Ucrania para mitigar el impacto de las restricciones a raíz del COVID-19, las poblaciones claves recibieron poco apoyo, principalmente porque muchos eran trabajadores no registrados. Brechas similares ocurrieron en Nepal porque muchas de las poblaciones claves no tenían certificados de ciudadanía u otro registro oficial. En ambos casos, las redes dirigidas por la comunidad tuvieron que intervenir para proporcionar alimentos, medicamentos y otras ayudas básicas de subsistencia a tantos como pudieran, pero la necesidad superó con creces sus recursos (36).



REFERENCIAS

- Lee BY, Wedlock PT, Mitgang EA, Cox SN, Haidari LA, Das MK et al. How coping can hide larger systems problems: the routine immunisation supply chain in Bihar, India. *BMJ Glob Health*. 2019;4:e001609.
- Kaushik D. COVID-19 and health care workers burnout: a call for global action. *EClinicalMedicine*. 2021;35:100808.
- Anzaldua A, Halpern J. Can clinical empathy survive? Distress, burnout, and malignant duty in the age of COVID-19. *Hastings Cent Rep*. 2021;51(1):22-7.
- Steering Committee for the International Year of Health and Care Workers in 2021. Joint statement on WHO's estimates of health and care worker deaths due to COVID-19. 2021 (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-workforce/year2021/english_joint-statement-health-care-health-deaths.pdf?sfvrsn=b3527728_50).
- The impact of COVID-19 on health and care workers: a closer look at deaths. Health Workforce Department, Working Paper 1. Geneva: WHO; 2021 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/345300/WHO-HWF-WorkingPaper-2021.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>).
- Gichaga A, Masis L, Chandra A, Palazuelos D, Wakaba N. Mind the global community health funding gap. *Glob Health Sci Pract*. 2021;9(Suppl 1):S9-S17.
- Gebremeskel AT, Otu A, Abimbola S, Yaya S. Building resilient health systems in Africa beyond the COVID-19 pandemic response. *BMJ Glob Health*. 2021;6:e006108.
- High-level commission on health employment and economic growth: report of the expert group. Geneva: WHO; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250040>).
- Health workers: a global profile. Geneva: WHO; 2006 (https://www.who.int/whr/2006/06_chap1_en.pdf?ua=1).
- Poppe A, Jirovsky E, Blacklock C, Laxmikanth P, Moosa S, De Maeseneer J et al. Why sub-Saharan African health workers migrate to European countries that do not actively recruit: a qualitative study post-migration. *Glob Health Action*. 2014;7:24071.
- Health workforce policies in OECD countries: right jobs, right skills, right places. Paris: OECD; 2016 (<https://doi.org/10.1787/9789264239517-en>).
- Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. Geneva: WHO; 2021 (<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1357089/retrieve>).
- Callaghan M, Ford N, Schneider H. A systematic review of task-shifting for HIV treatment and care in Africa. *Hum Resour Health*. 2010;8:8.
- Mbeye NM, Adetokunboh O, Negussie E, Kredt T, Wiysonge CS. Shifting tasks from pharmacy to non-pharmacy personnel for providing antiretroviral therapy to people living with HIV: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2017;7:e015072.
- Penazzato M, Davies MA, Apollo T, Negussie E, Ford N. Task shifting for the delivery of pediatric antiretroviral treatment: a systematic review. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2014;65:414-22.
- Kredt T, Adeniyi FB, Bateganya M, Pienaar ED. Task shifting from doctors to non-doctors for initiation and maintenance of antiretroviral therapy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(7):CD007331.
- Partnering to strengthen community engagement in the HIV and COVID-19 responses in Namibia. In: UNAIDS.org [Internet]. 12 October 2021. Geneva: UNAIDS; c2021 (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2021/october/20211012_namibia).
- UNAIDS and its partners implement Partnership to Accelerate COVID-19 Testing in Madagascar. In: UNAIDS.org [Internet]. 18 May 2021. Geneva: UNAIDS; c2021 (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2021/may/20210518_madagascar).
- Nigeria's polio infrastructure bolster COVID-19 response. In: WHO in Africa [Internet]. 4 April 2020. Abidjan: WHO Regional Office for Africa; c2020 (<https://www.afro.who.int/pt/node/12495>).
- Masih N. Aggressive testing, contact tracing, cooked meals: how the Indian state of Kerala flattened its coronavirus curve. In: Washington Post [Internet]. 14 April 2020. Washington (DC): Washington Post; c2021 (https://www.washingtonpost.com/world/aggressive-testing-contact-tracing-cooked-meals-how-the-indian-state-of-kerala-flattened-its-coronavirus-curve/2020/04/10/3352e470-783e-11ea-a311-adb1344719a9_story.html).
- Nachega JB, Grimwood A, Mahomed H, Fatti G, Preiser W, Kallay O et al. From easing lockdowns to scaling up community-based Coronavirus Disease 2019 screening, testing, and contact tracing in Africa—shared approaches, innovations, and challenges to minimize morbidity and mortality. *Clin Infect Dis*. 2021;72(2):327-31.
- The critical role of community health workers in COVID-19 vaccine roll out. Addis Ababa: Africa CDC; 2021 (<https://africacdc.org/download/the-critical-role-of-community-health-workers-in-covid-19-vaccine-roll-out/>).
- Ray S, Mash R. Innovation in primary health care responses to COVID-19 in sub-Saharan Africa. *Prim Health Care Res Dev*. 2021;22:e44.
- Community health workers (per 1,000 people). In: The World Bank Data [database]. Washington (DC): The World Bank Group; c2021 (<https://data.worldbank.org/indicator/SH.MED.CMHW.P3>).
- WHO guideline on health policy and system support to optimize community health worker programmes. Geneva: WHO; 2018 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241550369>).
- LeBan K, Kok M, Perry HB. Community health workers at the dawn of a new era: 9. CHWs' relationships with the health system and communities. *Health Res Policy Syst*. 2021;19(Suppl 3):116.
- Lu C, Palazuelos D, Luan Y, Sachs SA, Mitnick CD, Rhatigan J et al. Development assistance for community health workers in 114 low- and middle-income countries, 2007–2017. *Bull World Health Organ*. 2020;98(1):30-9.
- Masis L, Gichaga A, Zerayacob T, Lu C, Perry HB. Community health workers at the dawn of a new era: 4. Programme financing. *Health Res Policy Syst*. 2021;19(Suppl 3):107.
- Delivered by women, led by men: gender and equity analysis of the global health and social workforce. Geneva: WHO; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/311322>).
- Chen R, Sun C, Chen JJ, Jen HJ, Kang XL, Kao CC et al. A large-scale survey on trauma, burnout, and posttraumatic growth among nurses during the COVID-19 pandemic. *Int J Ment Health Nurs*. 2021;30(1):102-16.
- Kabeer N, Razavi S, van der Meulen Rodgers Y. Feminist economic perspectives on the COVID-19 pandemic. *Feminist Economics*. 2021;27(1–2):1-29.
- Wenham C, Smith J, Davies SE, Feng H, Grépin KA, Harman S et al. Women are most affected by pandemics—lessons from past outbreaks. *Nature*. 2020;583(7815):194-8.
- ILO Monitor: COVID-19 and the world of work. 8th edition. Geneva: ILO; 2021 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms_824092.pdf).
- World employment and social outlook: trends 2021. Geneva: ILO; 2021 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_795453.pdf).
- Holding the line: communities as first responders to COVID-19 and emerging health threats. Geneva: UNAIDS; 2021 (forthcoming).
- Life-changing HIV and social protection interventions in COVID-19 era. Geneva: UNAIDS; [pre-publication version].

A photograph of a woman with dark hair, wearing a patterned top, looking to the right. A large white number '4' is overlaid on the right side of the image.

4

**LOS DERECHOS
HUMANOS EN
EL CENTRO DE
LAS RESPUESTAS
A LAS PANDEMIAS**

Los derechos humanos son fundamentales para las estrategias eficaces de respuesta a una pandemia. Décadas de investigación han demostrado que los enfoques basados en los derechos humanos abordan los desequilibrios de poder y mejoran los resultados de salud pública, incluso durante la crisis de una pandemia.

En la pandemia del sida, las probabilidades están en contra de las poblaciones que habitualmente enfrentan discriminación e injusticia, experiencias que aumentan su riesgo de contraer VIH y que les dificulta acceder al tratamiento y permanecer bajo cuidado. Según el lugar y el contexto, estas poblaciones incluyen mujeres y niñas, hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres, personas transgénero, trabajadoras sexuales, personas que consumen drogas, privados de libertad, migrantes, refugiados y otras personas desplazadas.


Las respuestas al VIH, Ébola y Zika que no están basados en los derechos humanos han socavado el éxito a medio y largo plazo contra estas pandemias.

La ley internacional de derechos humanos crea obligaciones para que los Estados Miembros de las Naciones Unidas (ONU) garanticen el derecho al más alto nivel posible de salud, y también requiere que los estados mantengan protecciones para la libre expresión, acceso a la información, equidad y la no discriminación. No considerar abiertamente las desigualdades en la planificación y los esfuerzos de respuesta a una pandemia reduce su eficacia. La planificación de estrategias para una pandemia debe incluir análisis que reconozcan las realidades entrecruzadas de las mujeres y niñas en toda su diversidad, poblaciones marginadas, personas que viven en la pobreza y otros ejes de desigualdad. Financiar el trabajo de prevención de la violencia y la transformación de género como parte de la respuesta a una pandemia puede abordar las desigualdades de género al tiempo que aumenta la eficacia de las respuestas a la pandemia.

A veces, la protección de los derechos humanos puede parecer estar en tensión con la aplicación de las órdenes de salud pública. Sin embargo, las pandemias pasadas y presentes muestran que los derechos humanos y la salud pública están inextricablemente vinculados, y que un enfoque basado en los derechos humanos es fundamental para garantizar resultados satisfactorios en materia de salud pública. Las violaciones de derechos, en particular las que pueden derivarse de enfoques de salud coercitivos, restrictivos o de seguridad pública, a menudo tienen efectos negativos directos en la salud, socavan la confianza en la salud pública y desmejoran las respuestas a la pandemia, en particular para quienes ya se encuentran en situaciones vulnerables o marginadas. Por el contrario, los enfoques habilitadores y basados en la creación de derechos pueden generar confianza, reducir el estigma y permitir que las personas y las comunidades protejan su salud y bienestar, incluyendo un mayor acceso a las pruebas, prevención y tratamiento.

Si bien la legislación sobre derechos humanos permite la limitación o derogación de algunos derechos con fines legítimos, como proteger la salud pública, existen límites estrictos sobre cuándo, cómo y en qué medida los derechos pueden ser limitados (1). Cualquier limitación debe tener un objetivo legítimo y debe ser proporcionada a ese objetivo, necesaria (efectiva y fundamentada en evidencia), con límite de tiempo, no arbitraria (no discriminatoria) y conforme a la ley (1). Los gobiernos también deben asegurarse de que cualquier limitación no dé lugar a violaciones adicionales de los derechos humanos, por ejemplo, haciendo ajustes y brindando apoyo adicional a las personas y comunidades que se encuentran en situaciones vulnerables.

Por lo tanto, los esfuerzos eficaces de preparación y respuesta ante una pandemia necesitan una labor específica y financiada en materia de derechos humanos como componente esencial. Esto incluye la creación de entornos legales y políticos favorables, el fortalecimiento de instituciones judiciales y de derechos humanos independientes y el apoyo a grupos de la sociedad civil capaces de responsabilizar a los gobiernos y otros actores. Esta infraestructura de derechos humanos garantiza que las desigualdades no intensifiquen ni prolonguen las pandemias, y que las pandemias no exacerben las desigualdades.



LOS ENFOQUES BASADOS EN LOS DERECHOS HUMANOS ABORDAN LOS DESEQUILIBRIOS DE PODER Y MEJORAN LOS RESULTADOS DE SALUD PÚBLICA, INCLUYENDO DURANTE LA CRISIS DE UNA PANDEMIA. LOS ESFUERZOS EFICACES DE PREPARACIÓN Y RESPUESTA ANTE UNA PANDEMIA NECESITAN UNA LABOR ESPECÍFICA Y FINANCIADA EN MATERIA DE DERECHOS HUMANOS COMO COMPONENTE ESENCIAL.

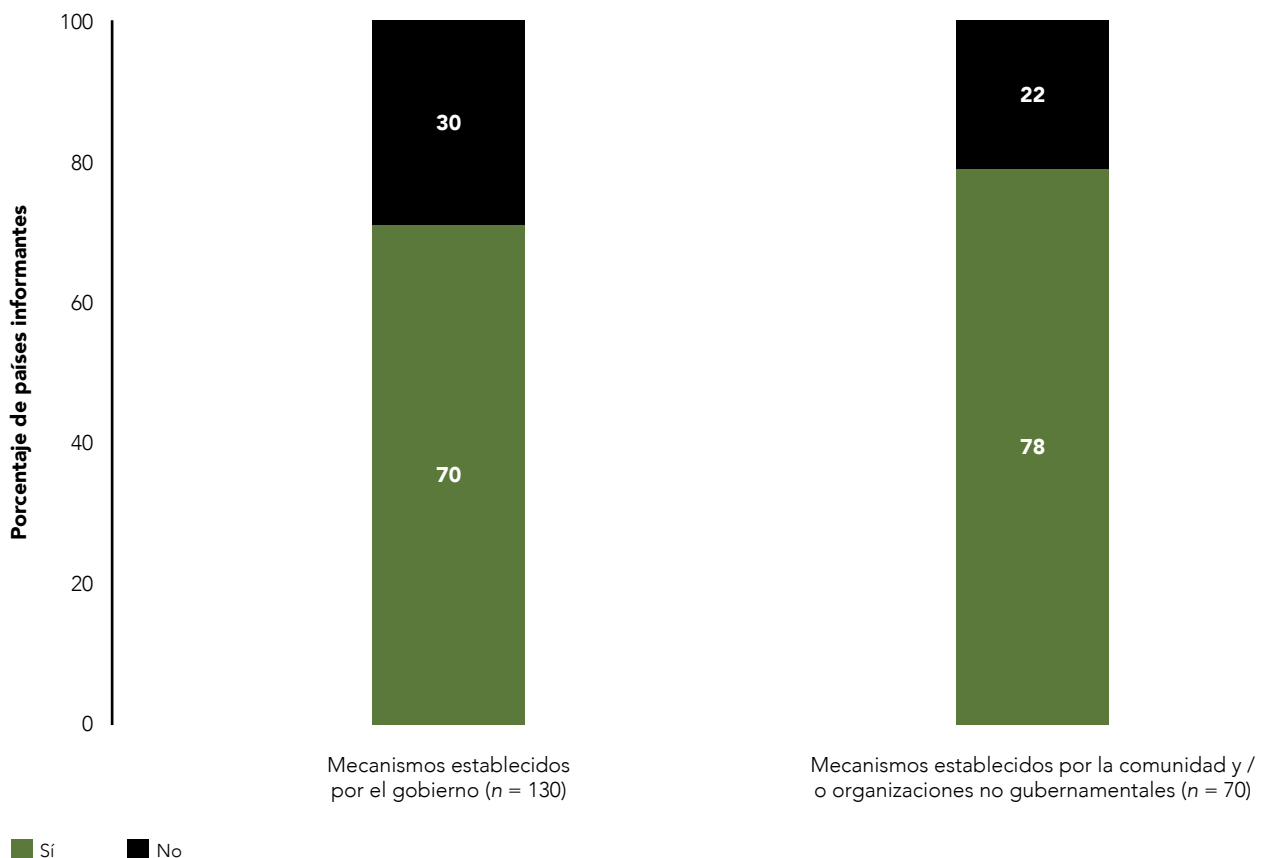
CONSTRUYENDO UNA INFRAESTRUCTURA DE DERECHOS HUMANOS DENTRO DE LA PREPARACIÓN PARA UNA PANDEMIA

Los actores basados en los derechos humanos son socios críticos en la creación de una respuesta eficaz a las pandemias, ayudando a planificar proactivamente políticas eficaces de salud pública y a remediar rápidamente las violaciones de los derechos con el fin de restablecer la confianza en la salud pública.

Cuando los responsables del deber se extralimitan en su autoridad, los mecanismos de rendición de cuentas son fundamentales para corregir el rumbo y proporcionar recursos a aquellos cuyos derechos son violados. Los tribunales, abogados y servicios legales han sido fundamentales para garantizar la defensa de los derechos humanos durante las pandemias, incluyendo para las poblaciones claves y otros grupos vulnerables.

En Egipto, por ejemplo, una organización no gubernamental de derechos legales, la Fundación Al Shehab para el Desarrollo Integral, ayudó a fomentar las pruebas del VIH cuando argumentaron con éxito en el tribunal que las personas que viven con VIH no pueden ser despedidas por sus empleadores debido a su estado serológico (2). La Comisión Nacional de Derechos Humanos de la India ayudó a generar confianza y alentó a las personas que viven con VIH a participar en la atención al defender sus derechos al tratamiento, y la Comisión Nacional de Derechos Humanos de Tailandia luchó contra la detección del VIH antes del empleo y otras formas de pruebas obligatorias que se han demostrado que causan que las personas desconfíen de las autoridades de salud pública (3).

FIGURA 6. Porcentaje de países que informan que existen mecanismos para registrar y abordar denuncias individuales de discriminación relacionada con el VIH, mundial, 2017-2021



Los gobiernos de 92 de los 130 países que notificaron datos a ONUSIDA han establecido mecanismos para registrar y abordar las quejas individuales de discriminación relacionada con el VIH. Un porcentaje similar de países informantes (55 de 70) tienen mecanismos establecidos por organizaciones comunitarias y/o no gubernamentales (Figura 6). Una de las lecciones claves de la respuesta al VIH ha sido que la defensa de la sociedad civil y los esfuerzos legales de interés público aumentan el potencial de rendición de cuentas, proporcionan una plataforma para las voces comunitarias auténticas y sacan a la luz información crítica para los gobiernos sobre lo que está y no está funcionando para avanzar la salud pública. El compromiso con la sociedad civil genera confianza, garantiza la idoneidad y la eficacia, ayuda a evitar daños indirectos o no deseados y garantiza el intercambio frecuente de información (4).

Los actores cívicos y las organizaciones comunitarias de todo el mundo han sido críticos para abordar las violaciones gubernamentales de los derechos humanos en la respuesta al COVID-19, luchando por la compensación de las comunidades afectadas y combatiendo la desinformación. En Uganda, por ejemplo, la presión de los grupos cívicos precedió a una enmienda del gobierno a las restricciones de circulación para permitir que las mujeres embarazadas busquen atención sin permiso oficial, un orden que había causado muertes en las primeras etapas de la pandemia. De manera similar, la Comisión Nacional de Derechos Humanos de Nigeria estableció líneas de emergencia especiales a comienzos de la pandemia del COVID-19 para recibir informes sobre violaciones de los derechos humanos a raíz de incidentes de ejecuciones extrajudiciales perpetrados por la policía, los militares y el Servicio Correccional de Nigeria que habían causado 18 muertes (5, 6).

Los activistas han sido capaces de proporcionar información crítica sobre las medidas propuestas, ayudando a dar forma a la legislación de respuesta contra el COVID-19 de manera que protejan los derechos de los ciudadanos y aumenten el potencial de respuestas eficaces a las pandemias. El activismo cívico también ha allanado el camino para un litigio de interés público que ha apuntalado las respuestas de un país basadas en los derechos. Por ejemplo, los activistas chilenos ayudaron a obtener órdenes judiciales para implementar la política gubernamental de dispensación de varios meses a nivel nacional, y han monitoreado las reservas de medicamentos contra el VIH durante la pandemia del COVID-19 (4). Los líderes de derechos kenianos pudieron asegurar que los abogados fueran designados como trabajadores esenciales, permitiéndoles ayudar a los detenidos por violar las órdenes de cierre—individuos que de otra manera habían sido dejados a languidecer en las cárceles con un mayor riesgo de contraer COVID-19 (4).

La inversión en derechos humanos y en la infraestructura de la sociedad civil debe ser un elemento clave del financiamiento y la energía política para la respuesta a la pandemia del sida, así como para la creación de planes de preparación y respuesta ante una pandemia más amplios y equitativos.



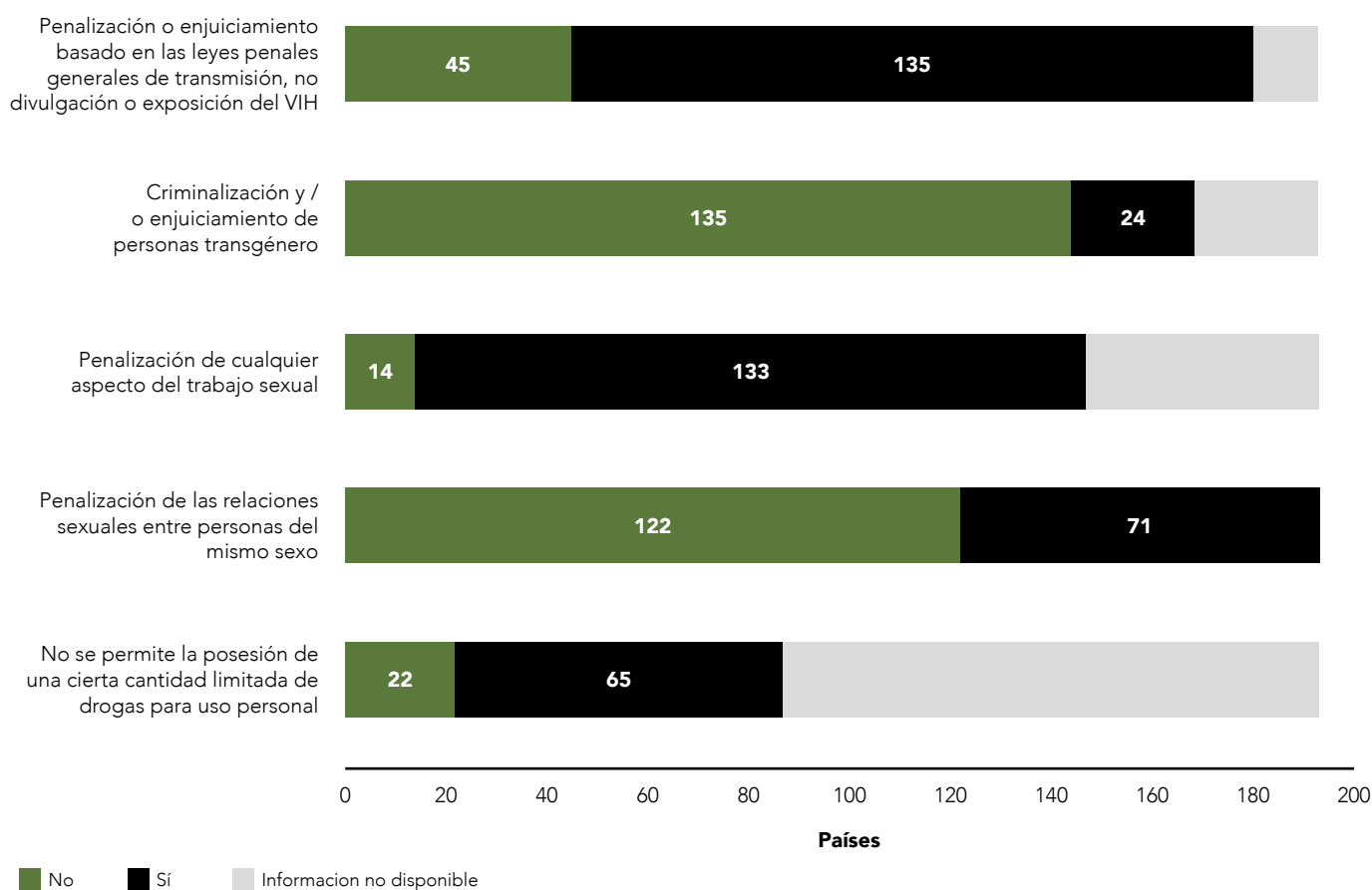
FRENAR EL USO DE LEYES PENALES EN LAS RESPUESTAS A LAS PANDEMIAS

Se ha demostrado repetidamente que las leyes penales hacen mucho más daño que bien para las respuestas pandémicas y para promover los objetivos de salud pública.

El uso de leyes penales para fines de salud pública es, en la mayoría de los casos, una respuesta desproporcionada e ineficaz que es vulnerable a la aplicación arbitraria y discriminatoria. Este enfoque a menudo aleja a las personas de los servicios más necesarios, aumenta el riesgo potencial de exposición o transmisión, y desmejora el aprendizaje (y el empoderamiento) de todos los ciudadanos. La aplicación de la ley también puede distraer los limitados recursos humanos y los presupuestos de las medidas que podrían responder más eficazmente a la pandemia, como la educación, pruebas, rastreo y tratamiento de los ciudadanos.

Se ha demostrado que la penalización de las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo, el trabajo sexual, la posesión y el uso de drogas y la exposición al VIH, la no divulgación y la transmisión bloquean el acceso al servicio contra el VIH y aumentan el riesgo de contraerlo. Los países que criminalizan a las poblaciones claves vieron menos progresos hacia las pruebas y los objetivos de tratamiento contra el VIH en los últimos cinco años, con porcentajes significativamente menores de personas que viven con VIH conociendo su estado serológico y logrando la supresión viral que en los países que evitaron la criminalización (7). Se lograron avances aún mayores en países donde las leyes han avanzado en la protección de los derechos humanos, particularmente aquellos que protegían los derechos a la no discriminación y respondían a la violencia basada en el género (7). A pesar de esta evidencia convincente, las leyes discriminatorias y punitivas siguen siendo alarmantemente comunes (Figura 7).

FIGURA 7. Número de países con leyes discriminatorias y punitivas, mundial, 2021



Patrones similares están emergiendo durante las respuestas al COVID-19. La criminalización del trabajo sexual, por ejemplo, ha significado que las trabajadoras sexuales sean excluidas de los programas temporales de protección social en muchos países, desmejorando su salud y bienestar—y su capacidad para ayudar a detener la propagación del SARS-CoV-2 (3). A principios de la respuesta del COVID-19, algunos gobiernos instituyeron días de movilidad específicos de género durante los cierres, lo que resultó en violencia y discriminación contra las personas transgénero por salir en el día “equivocado” (4).

Una dependencia excesiva de las sanciones penales dentro de las respuestas del COVID-19 de muchos países ha permitido una serie de violaciones de derechos humanos que no solo desmejoran los esfuerzos para reducir la pandemia, sino que también exacerban los desafíos sociales preexistentes de marginación, discriminación y pobreza. Un estudio reciente realizado entre trabajadoras sexuales en África oriental y meridional mostró que COVID-19 ha coincidido con una alta frecuencia de acoso policial y arrestos (casi la mitad de las encuestadas habían sido agredidas o extorsionadas por agentes de la policía), junto con un acceso reducido a las instalaciones de salud y servicios contra el VIH (8). Las personas que consumen drogas también carecen de opciones seguras para acceder a los servicios de reducción de daños (4). En los Estados Unidos de América, por ejemplo, se registraron más de 100 000 muertes por sobredosis de drogas entre abril de 2020 y abril de 2021, un aumento del 28.5% que las autoridades de salud han atribuido en parte a la reducción del acceso a medicamentos basados en evidencia como la naloxona, un pilar importante de la reducción integral de daños (9).

Los hombres gay y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y personas transgénero también han sido objeto de arresto y abuso. Por ejemplo, en Uganda, los oficiales detuvieron al menos a 23 jóvenes lesbianas, gais, bisexuales, transexuales e intersexuales (LGBTI) que vivían en una casa segura en marzo de 2020 (10). La mayoría fueron acusados de cometer un “acto negligente que podría propagar una enfermedad infecciosa” bajo el Código Penal, supuestamente debido al número total de personas que viven en la casa. Mientras que finalmente fueron liberados y todos los cargos fueron descartados, nunca fueron sometidos a una prueba de COVID-19 durante su detención, pasaron semanas bajo custodia sin acceso a abogados, y fueron horriblemente brutalizados, tanto por otros privados de libertad como por guardias (10).

No hay evidencia de que el encarcelamiento sea una herramienta eficaz para combatir las pandemias. El hacinamiento, el saneamiento y la ventilación deficientes, y la negación de condones, agujas y jeringas y otras herramientas para prevenir infecciones sexuales y transmitidas por la sangre hacen que las prisiones y otros entornos cerrados sean entornos ideales para los brotes de enfermedades infecciosas. La prevalencia del VIH entre los reclusos es seis veces mayor que entre los adultos de la población general, y el SARSCoV-2 también se ha propagado rápida y fatalmente en las cárceles de todo el mundo (11).

LA CRIMINALIZACIÓN Y LAS LEYES Y POLÍTICAS PUNITIVAS BASADAS EN LA ACTIVIDAD SEXUAL, LA ORIENTACIÓN SEXUAL Y LA IDENTIDAD DE GÉNERO, EL CONSUMO DE DROGAS Y EL ESTADO SEROLÓGICO EXPONEN A LAS ADOLESCENTES Y MUJERES JÓVENES DE POBLACIONES CLAVES A NIVELES EXTREMOS DE VIOLENCIA, ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN. DICHAS LEYES Y POLÍTICAS SÓLO LAS IMPULSAN MÁS LEJOS DE PODER ACCEDER A LOS SERVICIOS DE PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO CONTRA EL VIH QUE NECESITAN, CON POCO O NADA DE RECURSOS DE GÉNERO Y JUSTICIA SOCIAL PARA LAS VIOLACIONES DE SUS DERECHOS.

IRENE OGETA, JOVEN ACTIVISTA POR LOS DERECHOS DE LAS MUJERES DE KENIA (12)

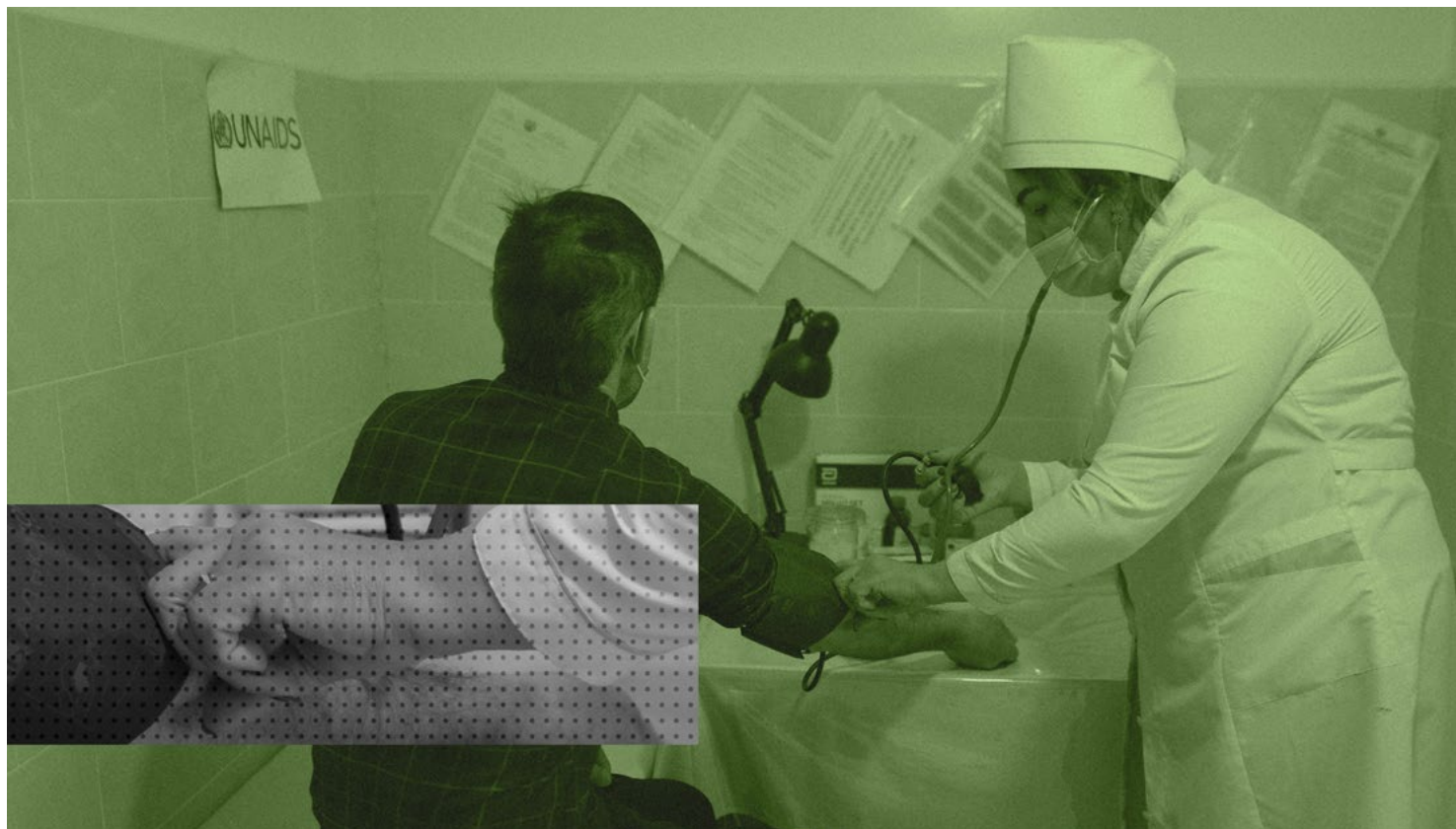
ABORDAR LA DISCRIMINACIÓN EN LA ATENCIÓN DE LA SALUD QUE ALEJA A LAS PERSONAS DE LOS SERVICIOS

Cuando los más vulnerables a la transmisión de enfermedades evitan los servicios de salud, las pandemias siguen creciendo. La evidencia de ONUSIDA y otros organismos muestran que el estigma y la discriminación en los entornos de atención de la salud son inquietantemente comunes.

Los datos de los países reportados a ONUSIDA muestran que las proporciones de personas pertenecientes a poblaciones claves que evitan los servicios de atención de salud debido al estigma y la discriminación siguen siendo desconcertantemente altos. En todas las poblaciones claves, al menos uno de cada tres países informantes declaró que más del 10% de los encuestados evitaban la atención médica, incluyendo tres de cada cuatro países para las personas que se inyectan drogas. Esto tiene impactos negativos a lo largo de la continuidad de la atención, desde la prevención y las pruebas hasta el tratamiento.

La no discriminación es un precepto fundamental de la ley internacional de los derechos humanos, y los Estados miembros de la ONU tienen la obligación de proteger a los ciudadanos de la discriminación en entornos privados y públicos y de derogar las leyes y políticas discriminatorias. Tanto el VIH como el COVID-19 han demostrado los riesgos reales para la salud pública derivados de la prestación discriminatoria de servicios de salud pública, que aleja a las personas de la búsqueda de servicios y tratamientos.

Un elemento clave de una respuesta pandémica eficaz es que los gobiernos tomen medidas inmediatas para invertir en políticas de no discriminación y capacitación para el personal de salud en todos los entornos de salud. Este trabajo puede ser reforzado por campañas de mensajes públicos que resalten la importancia de abordar el estigma y la discriminación para mejorar los resultados de salud pública.



Un asistente médico mide la presión arterial de un paciente en la oficina de AFIF de la ciudad de Bokhtar, una organización que proporciona servicios médicos, sociales y legales a personas que viven con VIH y poblaciones claves en Tayikistán. Crédito: ONUSIDA/N Kalandarov

PRIORIZAR LOS ESFUERZOS DE PANDEMIA SENSIBLES AL GÉNERO

Los impactos del sida y otras pandemias a menudo están profundamente marcados por el género. Las respuestas efectivas a una pandemia requieren que se preste atención tanto al impacto de género de la enfermedad como a la necesidad de esfuerzos equitativos y basados en los derechos para combatir las desigualdades subyacentes.

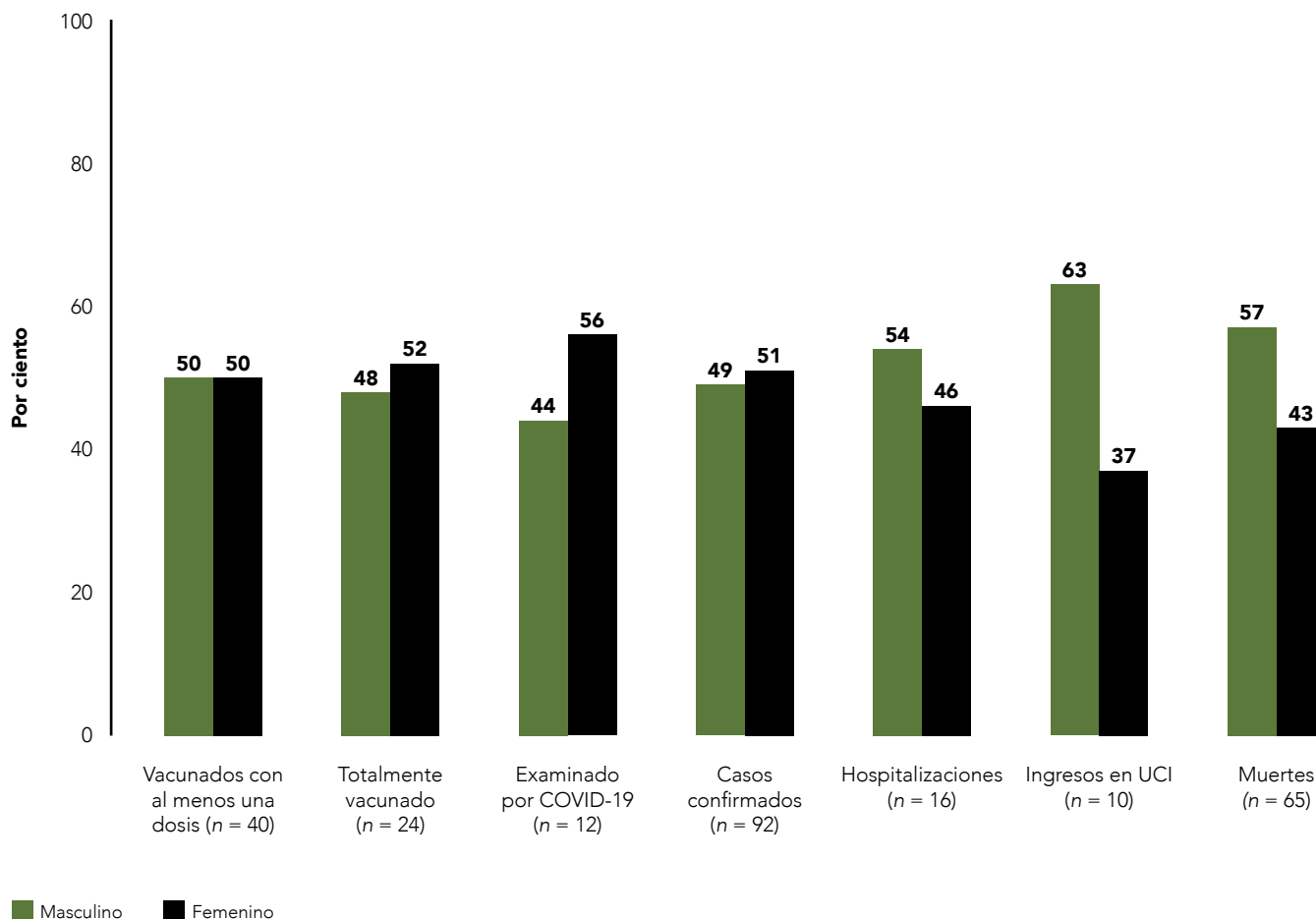
En el África subsahariana, la desigualdad de género contribuye a un mayor riesgo de contraer VIH que enfrentan las niñas adolescentes y las mujeres jóvenes en la región: seis de cada siete nuevas infecciones por VIH entre adolescentes (de 15 a 19 años) en la región ocurren entre las niñas y mujeres jóvenes (de 15 a 24 años) que tienen el doble de probabilidades de vivir con VIH que los hombres jóvenes de la misma edad. La violencia puede aumentar aún más el riesgo de contraer la infección por VIH en las mujeres, y la violencia contra las mujeres que viven con VIH se ha relacionado con un acceso y una adherencia reducidos al tratamiento, un recuento menor de CD4 y una carga viral más alta (13, 14). Sin embargo, los hombres que viven con VIH en esta región tienen menos probabilidades que las mujeres de solicitar una prueba del VIH e iniciar y adherirse al tratamiento, lo que conduce a peores resultados de salud.

Para COVID-19, los hombres parecen tener una mayor proporción de hospitalizaciones, ingresos por cuidados intensivos y muertes (Figura 8), mientras que las mujeres y las niñas enfrentan mayores impactos socioeconómicos (15). Las mujeres se ven especialmente afectadas por las pérdidas de empleo e ingresos, una crisis creciente de atención no remunerada y el aumento de los niveles de violencia de pareja íntima, prácticas nocivas y otras formas de violencia basada en el género, incluyendo matrimonios precoces, infantiles y forzados, embarazo adolescente y mortalidad materna (16–18).

Varios estudios que investigan el efecto de la pandemia del COVID-19 en las mujeres y los niños han informado de un aumento de la violencia (19). Las mujeres también parecen estar experimentando mayores efectos adversos para la salud mental—incluyendo niveles más altos de estrés, ansiedad, depresión y miedo al COVID-19—que los hombres (20, 21). En este contexto, las respuestas eficaces han incluido necesariamente el aumento de los servicios de salud sexual y reproductiva y los esfuerzos contra la violencia como parte clave de la respuesta a la pandemia.

LAS MUJERES Y LAS NIÑAS ENFRENTAN MAYORES IMPACTOS SOCIOECONÓMICOS DEBIDO AL COVID-19, INCLUYENDO PÉRDIDAS DE EMPLEO E INGRESOS, UNA CRECIENTE CRISIS DE ATENCIÓN NO REMUNERADA, Y NIVELES CRECIENTES DE VIOLENCIA DE PAREJA ÍNTIMA, MATRIMONIOS FORZADOS, EMBARAZO ADOLESCENTE Y MORTALIDAD MATERNA.

FIGURA 8. Diferencias de género a lo largo de la vía clínica de COVID-19, datos mundiales disponibles, a octubre de 2021



Nota: n = número de países que notificaron datos detallados por sexo.

Nota: Solo dos países (Austria e India) informaron sobre vacunas entre personas no binarias.

Fuente: Rastreador de datos detallados por sexo de COVID-19. Informe de actualización de octubre. Global Health 5050; 2021 (<https://globalhealth5050.org/wp-content/uploads/October-2021-data-tracker-update.pdf>).

Las desigualdades entrecruzadas generan impactos pandémicos dispares. Los brotes del virus del Ébola en África occidental de 2014-2016 trastornaron los medios de subsistencia, y los medios de subsistencia de las mujeres por lo general tardan más en recuperarse que aquellos de los hombres (22, 23). Por ejemplo, las medidas de cuarentena forzaron el cierre de los mercados de alimentos y otros artículos, interrumpiendo los medios de vida de los comerciantes en Liberia y Sierra Leona, el 85% de los cuales eran mujeres, muchas de las cuales pertenecían a los grupos de ingresos más bajos. Los hombres también perdieron su empleo, pero un año después de que se detectara el primer caso de Ébola, el 63% de los hombres habían regresado al trabajo, en comparación con solo el 17% de las mujeres (22, 23).

Durante el brote de Zika en América Latina a mediados de la década de 2010, se recomendó a las mujeres que pospusieran el embarazo. Sin embargo, las enormes demandas incumplidas de servicios de salud sexual y reproductiva en muchos países, que afectaron especialmente a mujeres y niñas de barrios de bajos ingresos y aquellas pertenecientes a comunidades indígenas o minorías raciales, desmejoraron la capacidad de las personas para implementar este consejo (25).

El diseño de salud pública sensible al género puede explicar y abordar las desigualdades como estas.

Pandemias y pobreza

Los que viven en la pobreza son los más afectados por las pandemias. Hace casi dos siglos, cuando el cólera se extendió por primera vez por todo el mundo, rápidamente se reconoció como una enfermedad principalmente de los pobres, y que la desigualdad dentro de las sociedades se asociaba con peores resultados de salud social (26).

Las campañas de vacunación a gran escala han impulsado el progreso reciente contra la enfermedad, pero las soluciones a largo plazo requieren abordar las desigualdades subyacentes, incluyendo el saneamiento, la higiene y el acceso a agua potable limpia (27). Más de 170 años después de la primera pandemia de cólera, los casos en los países de ingresos altos son extremadamente raros (y casi siempre importados), pero el cólera sigue siendo endémico en decenas de países, casi todos ellos de ingresos bajos o medio-bajos (28, 29).

La pobreza y la falta de educación también son barreras formidables para los servicios contra el VIH y la capacidad de las mujeres de reclamar su salud y derechos sexuales y reproductivos. Por ejemplo, los datos de encuestas de 32 países muestran que las mujeres en los quintiles de menor nivel económico y de educación tienen menos probabilidades de acceder a los servicios de planificación familiar que necesitan (30). Del mismo modo, los hombres de los quintiles de ingresos más bajos en 11 países de África subsahariana con una alta prevalencia del VIH tenían menos probabilidades que los hombres de los quintiles de ingresos más altos de someterse a la circuncisión médica masculina voluntaria (CMMV) para reducir el riesgo de contraer VIH (31).



REFERENCIAS

1. UN Commission on Human Rights, The Siracusa Principles on the Limitation and Derogation Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights, 28 September 1984, E/CN.4/1985/4 (<https://www.refworld.org/docid/4672bc122.html>).
2. Landmark court ruling in Egypt prohibits HIV discrimination in the workplace. In: UNAIDS [Internet]. 1 July 2016. Geneva: UNAIDS; c2021 (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2016/july/20160713_Egypt).
3. Handbook on HIV and human rights for national human rights institutions. OHCHR, UNAIDS; 2007 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/jc1367-handbookhiv_en_0.pdf).
4. Rights in a pandemic. Lockdowns, rights and lessons from HIV in the early response to COVID-19. Geneva: UNAIDS; 2020.
5. Coronavirus: security forces kill more Nigerians than COVID-19. In: BBC News [Internet]. 16 April 2020. London: BBC; c2021 (<https://www.bbc.com/news/world-africa-52317196>).
6. National Human Rights Commission press release on COVID-19 enforcement so far report on incidents of violations of human rights. In: National Human Rights Commission [Internet]. 15 April 2020. Abuja: National Human Rights Commission; c2021 (<https://www.nigeriarights.gov.ng/nhrc-media/press-release/100-national-human-rights-commission-press-release-on-covid-19-enforcement-so-far-report-on-incidents-of-violation-of-human-rights.html>).
7. Kavanagh M, Agbla SC, Joy M, Aneja K, Pillinger M, Case A et al. Law, criminalisation and HIV in the world: have countries that criminalise achieved more or less successful pandemic response? *BMJ Global Health*. 2021;6:e006315.
8. A rapid scoping of the impact of COVID-19 on sex worker programmes in east and southern Africa. Pretoria: UNFPA East and Southern Africa; 2020 (https://esaro.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/covid-19_sex_workers_report-ia.pdf).
9. Brooks B, Mishra M. U.S. drug deaths surpass 100,000 for first time, spurred by pandemic. In: Reuters [Internet]. 17 November 2021. Reuters; [updated 18 November 2021] (<https://www.reuters.com/world/us/us-drug-overdose-deaths-top-100000-annually-cdc-2021-11-17/>).
10. Press statement. 21 July 2020. Kampala: Human Rights Awareness and Promotion Forum; 2020 (<https://www.hrapf.org/index.php/resources/other-publications/159-20-07-20-press-statement-on-filing-of-the-cosf-case-7/file>).
11. Global Outbreaks. In: The COVID Prison Project [Internet]. c2021 (<https://covidprisonproject.com/additional-resources/global-outbreaks/#:~:text=Of%20832%20samples%20collected%20from,at%20the%20beginning%20of%20May>).
12. Gender equality and justice critical for ending AIDS. In: UNAIDS.org [Internet]. 10 June 2021. Geneva: UNAIDS; c2021 (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2021/june/20210614_gender-equality-and-justice).
13. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: WHO; 2013.
14. 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.
15. The COVID-19 sex-disaggregated data tracker. October update report. *Global Health 5050*; 2021 (<https://globalhealth5050.org/the-sex-gender-and-covid-19-project/the-data-tracker/>).
16. Global gender gap report 2021. Geneva: World Economic Forum; 2021 (https://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2021.pdf).
17. COVID-19: a threat to progress against child marriage. New York: UNICEF; 2021.
18. Chmielewska B, Barratt I, Townsend R, Kalafat E, van der Meulen J, Gurol-Urganci I et al. Effects of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2021;9(6):e759-e772.
19. Petermann A, O'Donnell M. COVID-19 and violence against women and children: a third research round-up for the 16 Days of Activism. Washington (DC): Center for Global Development; 2020 (<https://www.cgdev.org/sites/default/files/covid-and-violence-against-women-and-children-three.pdf>).
20. Krubiner C, O'Donnell M, Kaufmann J, Bourgault S. Addressing the COVID-19 crisis' indirect health impacts for women and girls. Washington (DC): Center for Global Development; 2021 (<https://www.cgdev.org/sites/default/files/COVID-Gender-Health-BRIEF.pdf>).
21. Gender dimensions of the COVID-19 pandemic. Washington (DC): World Bank; 2020 (<https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/618731587147227244/gender-dimensions-of-the-covid-19-pandemic>).
22. Bandiera O, Buehren N, Goldstein M, Imran R, Smurra A. The economic lives of young women in the time of Ebola: lessons from an empowerment programme. Washington (DC): World Bank; 2018.
23. Neglected and unprotected: the impact of the Zika outbreak on women and girls in northeastern Brazil. *Human Rights Watch*; 2017.
24. Wenham C, Smith J, Davies SE, Feng H, Grépin KA, Harman S et al. Women are most affected by pandemics—lessons from past outbreaks. *Nature*. 2020;583(7815):194-8.
25. Cabal L. Tackling Zika: have we learned our lesson rights? In: *Rewire* [Internet]. 15 March 2016. Rewire News Group; c2021 (<https://rewirenewsgroup.com/article/2016/03/15/tackling-zika-learned-lesson-rights/>).
26. Williams AS. The rich man and the diseased poor in early Victorian literature. *Atlantic Highlands* (NJ): Humanities Press International; 1987.
27. Drop in cholera cases worldwide, as key endemic countries report gains in cholera control. In: WHO.int [Internet]. 19 December 2019. Geneva: WHO; c2021 (<https://www.who.int/news/item/19-12-2019-drop-in-cholera-cases-worldwide-as-key-endemic-countries-report-gains-in-cholera-control>).
28. Ali M, Nelson AR, Lopez AL, Sack DA. Updated global burden of cholera in endemic countries. *PLoS Negl Trop Dis*. 2015;9(6):e0003832.
29. World Health Organization. *Weekly epidemiological record*. 29 November 2019. 94(48):561-80.
30. *Demographic and Health Surveys, 2015–2020*.
31. *Population-based HIV Impact Assessments, 2015–2019*.



5

**SISTEMAS DE DATOS
CENTRADOS EN
LAS PERSONAS
QUE RESALTAN LAS
DESIGUALDADES**

El seguimiento casi en tiempo real de las infecciones por SARS-CoV-2, las muertes por COVID-19 y la cobertura de vacunas por parte de varios sitios web de salud pública y los principales proveedores de noticias ha cautivado a personas de todo el mundo durante los últimos dos años. La velocidad de recopilación, agregación e intercambio de datos de COVID-19 es un logro notable. Sin embargo, lo que a menudo falta en estos datos son los detalles: quién es más vulnerable a los impactos del COVID-19, a quién se llega, a quién no y por qué.

Se necesitan datos más detallados para revelar las disparidades y desigualdades subyacentes que dan forma a las pandemias y sus consecuencias. La respuesta global al VIH ha construido algunos de los sistemas de datos más completos en salud y desarrollo mundial, y decenas de países están utilizando esos sistemas contra el COVID-19 y otros desafíos de salud (1). Uno de los sistemas de gestión de información de salud más utilizados en el mundo, DHIS2, que es financiado en gran medida a través de inversiones de VIH, se está utilizando para mejorar la planificación y la prestación de servicios contra el COVID-19 y otras prioridades de salud en 73 países (2).

La respuesta al VIH también permanece a la vanguardia del liderazgo comunitario y la participación en la recopilación y el uso de datos. El monitoreo dirigido por la comunidad se utiliza cada vez más como un mecanismo de rendición de cuentas que empodera a las redes de poblaciones claves, otros grupos afectados u otras entidades comunitarias para recopilar y analizar de manera sistemática y rutinaria datos cualitativos y cuantitativos sobre la prestación de servicios relacionados con el VIH. Informa a los directores de programas de VIH y a los responsables de la toma de decisiones de salud sobre lo que funciona bien, lo que no funciona y lo que debe mejorarse, con sugerencias de acciones específicas para mejorar los resultados.

Algunos países aún carecen de la capacidad para recopilar y utilizar eficazmente datos de salud desglosados y oportunos. Muchos no recopilan datos suficientes sobre poblaciones prioritarias, lo que puede dejar aspectos importantes de sus epidemias ocultos a la respuesta. En muchos países de ingresos bajos y medios, por ejemplo, los datos confiables sobre las tendencias de COVID-19 siguen siendo escasos casi dos años después de la pandemia. En África, la carga adicional de lidiar con COVID-19 está ejerciendo presión sobre los ya frágiles sistemas de salud. Necesitan con urgencia capacitación, mejoras en la infraestructura, equipo moderno y apoyo técnico para realizar la transición de los sistemas de recopilación de datos en papel a los electrónicos (3). La alta penetración de la telefonía móvil se puede utilizar de forma mucho más eficaz para recopilar y compartir datos vitales en caso de brotes de enfermedades (especialmente si se reducen los exorbitantes costos de tiempo aire).¹ Sin embargo, la administración y la gobernanza de los datos deben mejorarse para garantizar que los datos de salud se recopilen y se utilicen de manera que se proteja la privacidad de las personas y el derecho a la confidencialidad.



Un participante revisa los datos durante una consulta en Phnom Penh, Camboya, sobre el cuadro de mando Uproot. Esta iniciativa de monitoreo liderada por la comunidad recopila información cuantitativa y cualitativa sobre los esfuerzos de los países para lograr los objetivos globales para la respuesta al sida. Crédito: Kiyimi Kim/ONUSIDA

1. Durante los brotes de Ébola en África Occidental en 2014-2016, se utilizaron datos de teléfonos móviles para modelar los patrones de viaje, y los dispositivos de secuenciación portátiles permitieron un rastreo de contactos más efectivo y una mejor comprensión de la dinámica de los brotes. Ver: Gebremeskel AT, Otu A, Abimbola S, Yaya S. Construyendo sistemas de salud resilientes en África más allá de la respuesta a la pandemia del COVID-19. *BMJ Globe Health.* 2021;6(6):e006108.

EL MONITOREO COMUNITARIO ESTÁ TRANSFORMANDO LOS PROGRAMAS DE TRATAMIENTO CONTRA EL VIH

Los defectos que frenan los programas de salud no siempre son obvios para los proveedores de servicios o para los procesos rutinarios de monitoreo y evaluación. Al documentar sistemáticamente la experiencia y el conocimiento de los usuarios del servicio, el monitoreo liderado por la comunidad agrega perspectivas e información vitales que faltan y que pueden usarse para mejorar la calidad y el uso de los servicios de salud.

El monitoreo dirigido por la comunidad se está integrando en un número cada vez mayor de programas de VIH en África, Asia y América Latina, a medida que surgen más evidencias del valor y el impacto de este enfoque. Estos modelos de monitoreo inclusivos están mejorando los servicios y reconstruyendo la confianza pública al fomentar una cultura de resolución colectiva de problemas con los funcionarios de salud. Por ejemplo, los comités de establecimientos de salud en Kenia, Perú y Zimbabue han abogado con éxito por la reducción de tarifas de usuario, aumentos de personal y otras mejoras que han llevado a un mayor uso de los servicios de salud. De manera similar, el uso de informes comunitarios o tarjetas de puntuación en partes de Malawi y Uganda ha llevado a que más jóvenes y hombres asistan a los centros de salud, tiempos de espera más cortos, instalaciones más limpias y tasas más altas de inmunización infantil (4, 5).

Un esfuerzo pionero es el Observatorio Regional de Tratamiento Comunitario en África occidental, que fue establecido en el 2017 por la Coalición Internacional de Preparación para el Tratamiento con el fin de ayudar a mejorar los programas de tratamiento contra el VIH rezagados.² El modelo involucra a los miembros de la comunidad que trabajan con una estructura de apoyo para recopilar datos cuantitativos y cualitativos sobre el acceso y la calidad de los servicios del VIH. Los supervisores recopilan, verifican y validan los datos, que luego se analizan y utilizan para la promoción y la persuasión para lograr los cambios necesarios (6). La innovación ha dado lugar a mejoras importantes, incluyendo la reducción del desabastecimiento de medicamentos y una mejor calidad del servicio, y ha contribuido al aumento de las tasas de supresión de la carga viral entre las personas que reciben tratamiento contra el VIH (7).

En Sudáfrica, las tasas tambaleantes de retención en la atención son un problema importante. Un esfuerzo de monitoreo liderado por la comunidad llamado Ritshidze (que significa "salvar nuestras vidas" en el idioma Venda) está sacando a la luz las deficiencias en el corazón de la baja retención y está encontrando soluciones que permiten que más personas sigan tomando el tratamiento contra el VIH (8). Ritshidze recopila datos en más de 400 sitios de tratamiento contra el VIH en todo el país, centrándose en las clínicas de peor rendimiento.

En la provincia de Estado Libre de Sudáfrica, de abril a junio de 2021, por ejemplo, Ritshidze destacó una serie de problemas, entre ellos la escasez crónica de personal, los largos tiempos de espera (cinco horas en promedio), las inapropiadas horas de apertura, alrededores inseguros, instalaciones sucias, falta de medicamentos (incluyendo las recetas de múltiples meses para medicamentos antirretrovirales) y la conducta desconsiderada de ciertos miembros del personal de salud. Se han propuesto mejoras para cada instalación supervisada, y se está presionando a los funcionarios de salud de los niveles locales, distritales y provinciales para que las apliquen (8).

Las tarjetas de puntuación de la comunidad también se utilizan en Vietnam para rastrear y mejorar la calidad del servicio. Los miembros de la comunidad y el personal de salud desarrollan conjuntamente un conjunto de indicadores, que utilizan para calificar los servicios. Quince meses después de su implementación en enero del 2020, las personas que utilizaban las instalaciones supervisadas informaron de importantes mejoras en el suministro de productos gratuitos para la prevención del VIH (incluyendo condones y equipo de inyección esterilizado), información y consejería (consulte Figura 9) (9).

2. El Observatorio opera en Benín, Costa de Marfil, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Liberia, Malí, Senegal, Sierra Leona y Togo.

Cómo el monitoreo dirigido por la comunidad cubre las brechas de servicio

Saber por qué las personas evitan los servicios de salud o se resisten a las medidas de salud pública es de vital importancia, como han descubierto las respuestas del COVID-19. Casi un año después del lanzamiento de las vacunas contra el SARS-CoV-2 en los países de ingresos altos, las razones de la resistencia a las vacunas y la renuencia entre proporciones sustanciales de la población aún no se comprenden bien (10).

El monitoreo liderado por la comunidad ayuda a cerrar la brecha entre los planes de estrategias de salud mejor diseñados y las formas rebeldes en que se desarrollan en la realidad. Al rastrear la calidad y adecuación de los servicios e identificar obstáculos y problemas persistentes, el enfoque puede revelar por qué algunas personas evitan el uso de los servicios de salud, se saltan las citas, interrumpen o dejan de tomar medicamentos o incluso se niegan a vacunarse contra enfermedades potencialmente mortales.

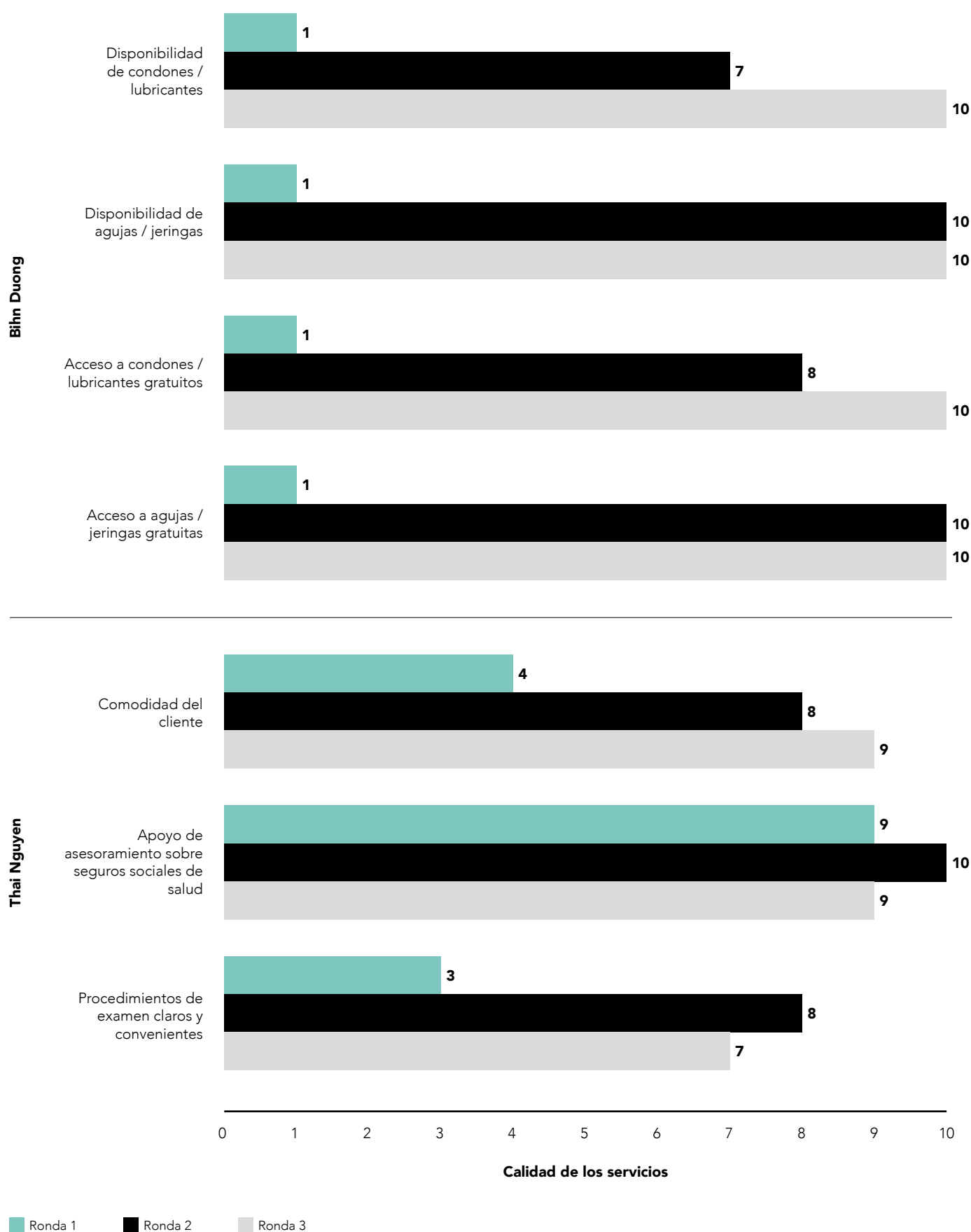
Fundamentalmente, también ayuda a fortalecer la responsabilidad política por los programas y servicios de salud (11). Una mayor rendición de cuentas aumenta la confianza del público en los sistemas de salud, un desafío crónico durante las crisis pandémicas.

Con el monitoreo dirigido por la comunidad, los miembros de la comunidad recopilan información en los sitios de servicio y de los pacientes. Luego, la información se utiliza en asociación con los proveedores de servicios de salud y los administradores de programas para resolver rápidamente los problemas que se identifican; también se puede utilizar, cuando sea necesario, para que la promoción que hagan los gobiernos, los donantes y los programas de salud sean responsables de mejorar la accesibilidad y la calidad de los servicios (11).

Para que funcione bien, el monitoreo liderado por la comunidad requiere capacitación, apoyo, equipo y pago a las organizaciones lideradas por la comunidad para monitorear de manera rutinaria la calidad y accesibilidad de los servicios de salud (11). Los miembros de la comunidad identifican sus principales prioridades y diseñan indicadores o métricas para ver si los servicios de salud están cumpliendo esas prioridades. Luego, recopilan los datos, analizan los resultados, llevan sus conocimientos a la atención de los planificadores y gerentes de los servicios y presionan a los funcionarios para que realicen las mejoras recomendadas (12).



Un monitor comunitario de Ritshidze entrevista a un cliente fuera de la Clínica Bloemspruit en la provincia del Estado Libre de Sudáfrica. Crédito: Ritshidze/R Horn

FIGURA 9. Calificaciones de los usuarios de clínicas sobre la calidad del servicio en tres rondas de monitoreo dirigido por la comunidad en clínicas en Binh Duong y Thai Nguyen, Vietnam, de enero de 2020 a abril de 2021

Nota: Calidad de los servicios: 1 = peor calidad; 10 = mejor calidad.

Fuente: Nguyen LH, Nhat Thi Dang V, Thi Do P, Pllack T, Tuyet Thi Vo N, Tra Dang M et al. Mejora de la calidad de los servicios de VIH liderada por la comunidad utilizando tarjetas de puntuación comunitarias en Vietnam. Conferencia de la Sociedad Internacional del SIDA, 18-21 de julio. Resumen OALD01LB02.

El monitoreo impulsado por la comunidad fue crucial para reforzar los servicios de VIH y otros servicios de salud durante las primeras fases de la pandemia del COVID-19. El Proyecto de las Cinco Ciudades liderado por la comunidad, por ejemplo, siguió el impacto de la pandemia en los servicios de VIH en las principales ciudades de China, Guatemala, India, Nepal y Sierra Leona. Gestionado por la Coalición Internacional de Preparación para el Tratamiento y otros socios, el proyecto identificó y publicitó tácticas para preservar esos servicios (por ejemplo, entregas a domicilio de antirretrovirales y otros medicamentos, uso de las redes sociales y otras herramientas digitales, y dispensación de medicamentos esenciales durante múltiples meses). A medida que los sistemas de salud colapsaron por el impacto de la pandemia de COVID-19, iniciativas similares mantuvieron en funcionamiento los servicios de VIH en docenas de países de todo el mundo.



Cientes haciendo fila fuera de la Clínica Namahali en el Estado Libre de Sudáfrica antes de que la clínica abriera. Crédito: Ritshidze/R Horn

MILLONES DE PERSONAS DE LAS POBLACIONES CLAVES SIGUEN SIENDO INVISIBLES PARA LAS RESPUESTAS PANDÉMICAS

Un nuevo análisis realizado por ONUSIDA muestra que millones de personas que están en alto riesgo de infección por VIH en todo el mundo son prácticamente invisibles para muchos planes y programas nacionales contra el VIH. Los datos reportados a ONUSIDA por muchos países parecen subestimar el tamaño de sus poblaciones claves; como resultado, sus programas de VIH pueden estar desbalanceados, con brechas potencialmente profundas en los servicios para las poblaciones que más los necesitan.

Desde el 2016, 52 países han informado a ONUSIDA sobre una estimación del tamaño de al menos una población clave que cumple con los criterios estándar de calidad y alcance. Para cada población clave, la mediana de esas estimaciones de tamaño adecuadas a nivel nacional se comparó con todas las estimaciones de tamaño de la población informadas a ONUSIDA en los últimos años (Figura 10).³ El análisis estima que más de 15 millones de personas que se beneficiarían de los servicios de prevención, atención y tratamiento contra el VIH no se tienen en cuenta en las estimaciones del tamaño de la población de los países informantes. En otras palabras, el número total de trabajadoras sexuales, personas que se inyectan drogas, hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y mujeres transgénero es probablemente el doble de las estimaciones actuales de tamaño reflejadas en los planes y estrategias sobre el VIH de estos países. Los tamaños subestimados de la población se ven aumentados por otras deficiencias de datos para poblaciones claves.

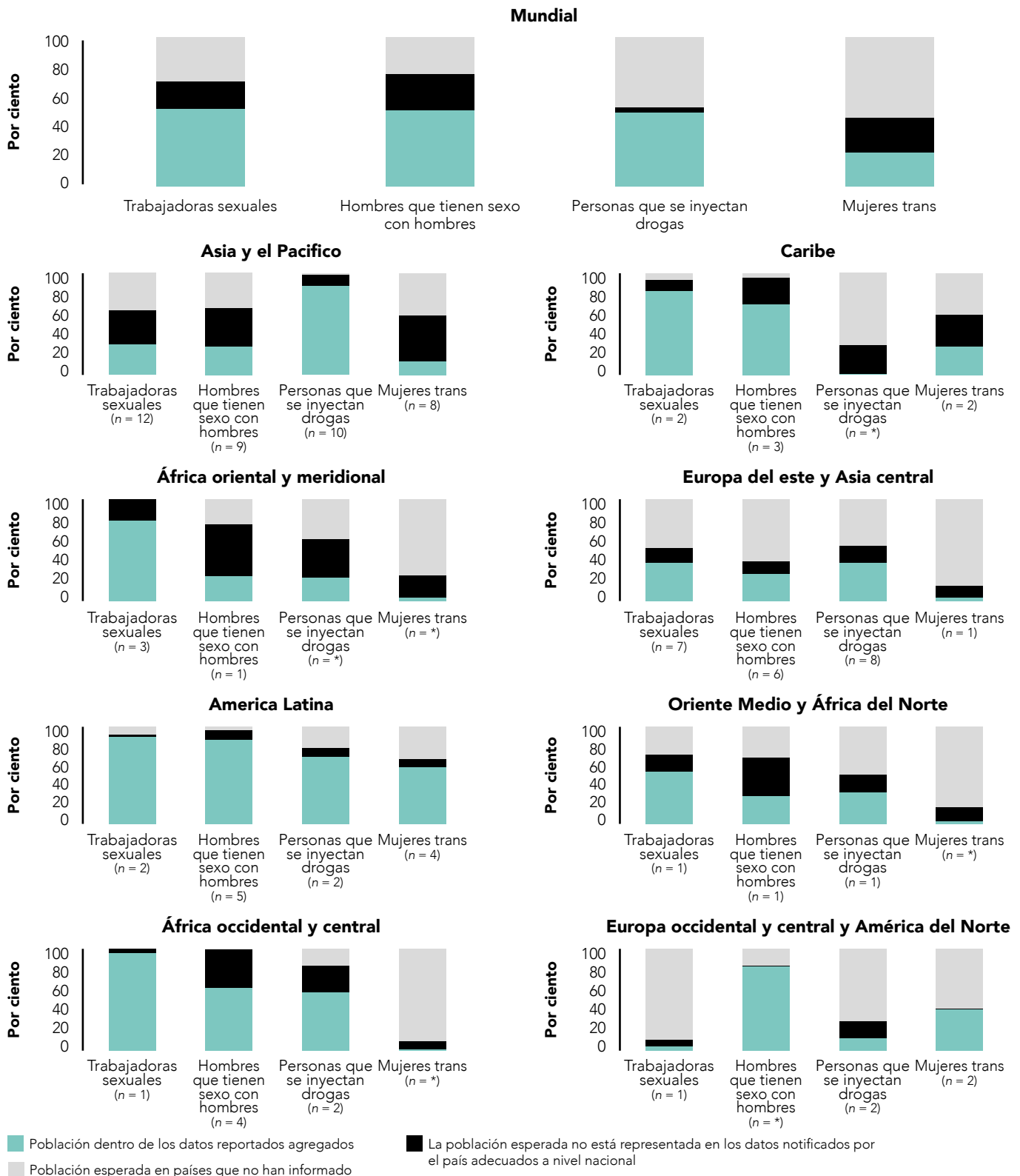
Las encuestas bioconductuales han proporcionado la mayor parte de los datos relacionados con el VIH en relación con poblaciones claves (13, 14). Sin embargo, las limitaciones de financiamiento y otras decisiones están causando una reducción en estas encuestas, ya que los donantes y los países dependen ahora más de los datos rutinarios de los programas que pasan por alto el gran número de personas que evitan los servicios de salud debido a la falta de acceso y a las experiencias de estigma, discriminación y acoso. Esto puede llevar a puntos ciegos en países con VIH sustancial y otras epidemias (por ejemplo, hepatitis viral e infecciones de transmisión sexual) entre poblaciones claves (15). Cerrar las brechas de datos para las poblaciones claves es fundamental para llegar a ellas con los servicios que necesitan.

Esto debe hacerse de una manera que respete su privacidad y la confidencialidad de sus datos. El uso de datos de salud para otros fines, como la aplicación de la ley, desmejora la confianza en los servicios y los sistemas de datos, viola los derechos de los pacientes y reduce la probabilidad de que se puedan recopilar datos completos y precisos. La información individual relacionada con las poblaciones claves y los comportamientos criminalizados no debe incluirse en los registros de servicios del VIH ni comunicarse a las unidades de gestión de datos subnacionales o nacionales. Las bases de datos nacionales también deberían utilizar identificadores únicos en lugar de nombres para reforzar la confidencialidad y la seguridad de los datos (16).

MUCHOS PAÍSES PARECEN SUBESTIMAR EL TAMAÑO DE SUS POBLACIONES CLAVES; COMO RESULTADO, SUS PROGRAMAS SOBRE EL VIH PUEDEN TENER BRECHAS PROFUNDAS EN LOS SERVICIOS PARA LAS POBLACIONES QUE MÁS LOS NECESITAN.

3. ONUSIDA, OMS y el Fondo Mundial revisaron todas las estimaciones del tamaño de la población informadas por los países. Se consideró que una estimación del tamaño de la población era adecuada a nivel nacional si tenía la calidad y el alcance suficientes para ser utilizada en la planificación y el presupuesto de una respuesta nacional contra el sida. La estimación mediana de las trabajadoras sexuales se basa en datos adecuados a nivel nacional de 29 países, lo que refleja el 17% de la población mundial de mujeres adultas. La estimación mediana para los hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres se basa en datos de 29 países, lo que refleja el 12% de la población masculina adulta mundial. La estimación mediana para las personas que se inyectan drogas se basa en datos de 25 países, lo que refleja el 57% de los adultos a nivel mundial. La estimación mediana para las mujeres transgénero se basa en 17 países, lo que refleja el 17% de la población femenina adulta mundial. Los más de 15 millones de personas dentro de las poblaciones claves no contabilizadas en los países que informaron estimaciones de tamaño representan los siguientes porcentajes de la población total estimada: trabajadoras sexuales dentro del 48% de la población femenina adulta; hombres homosexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales dentro del 70% de la población masculina adulta; personas que se inyectan drogas dentro del 80% de la población adulta (hombres y mujeres); y mujeres transgénero dentro del 46% de la población femenina adulta. Se presume que los países que no han presentado datos no tienen datos oficiales y se muestran en gris en la Figura 10.

FIGURA 10. Porcentaje de los tamaños de población esperados de las poblaciones claves que no se incluyen en los informes del país. Estimaciones de tamaño, mundial y por región, 2020



* utiliza la mediana mundial que incluye 29 países para trabajadoras sexuales, 29 países para los hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres, 25 países para las personas que se inyectan drogas y 17 países para las mujeres transgénero.

n = número de países de la región con estimaciones de tamaño adecuadas a nivel nacional.

Nota: Se consideró que una estimación del tamaño de la población era adecuada a nivel nacional si tenía la calidad y el alcance suficientes para ser utilizada en la planificación y el presupuesto de una respuesta nacional al sida. La estimación mediana de las trabajadoras sexuales se basa en datos adecuados a nivel nacional de 29 países, lo que refleja el 17% de la población femenina mundial. La estimación mediana de los hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres se basa en datos de 29 países, lo que refleja el 12% de la población masculina mundial. La estimación mediana para las personas que se inyectan drogas se basa en datos de 25 países, lo que refleja el 57% de los adultos a nivel mundial. La estimación mediana para las mujeres transgénero se basa en 17 países, lo que refleja el 17% de la población femenina mundial. El número de poblaciones claves no contabilizadas en las estimaciones de tamaño informadas se aplica al 48% de la población femenina mundial para las trabajadoras sexuales, al 70% de la población masculina para los hombres homosexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres, al 80% de los hombres y mujeres para las personas que se inyectan drogas y el 46% de las mujeres para las mujeres transgénero. Se presume que los países que no han presentado datos no tienen datos oficiales y se muestran por separado en las barras.

Fuente: UNAIDS special analysis, 2021.

UTILIZAR LOS DATOS SUBNACIONALES PARA PONER EN CERO A LAS DEFICIENCIAS DE LOS SERVICIOS

Los datos subnacionales geolocalizados son importantes para enfocar las intervenciones donde el riesgo de infección y la necesidad de tratamiento y atención son mayores, especialmente cuando los recursos son limitados.

Como resultado, cada vez más programas de VIH utilizan estos datos. Al comienzo de la epidemia del VIH, la mayoría de los países rastrearon la propagación del VIH mediante el establecimiento de sistemas de vigilancia centinela que evaluaban a las mujeres embarazadas que asistían a clínicas prenatales seleccionadas durante dos o tres meses cada dos años. Desde entonces, los países han pasado de utilizar esos datos esporádicos de vigilancia centinela a utilizar los datos rutinarios de prevalencia del VIH recopilados cada vez que una mujer embarazada acude a una clínica para recibir atención prenatal. Estos datos rutinarios están disponibles en todas las clínicas del país y proporcionan datos detallados esenciales para ayudar a mejorar la comprensión de la distribución de la epidemia en un país.

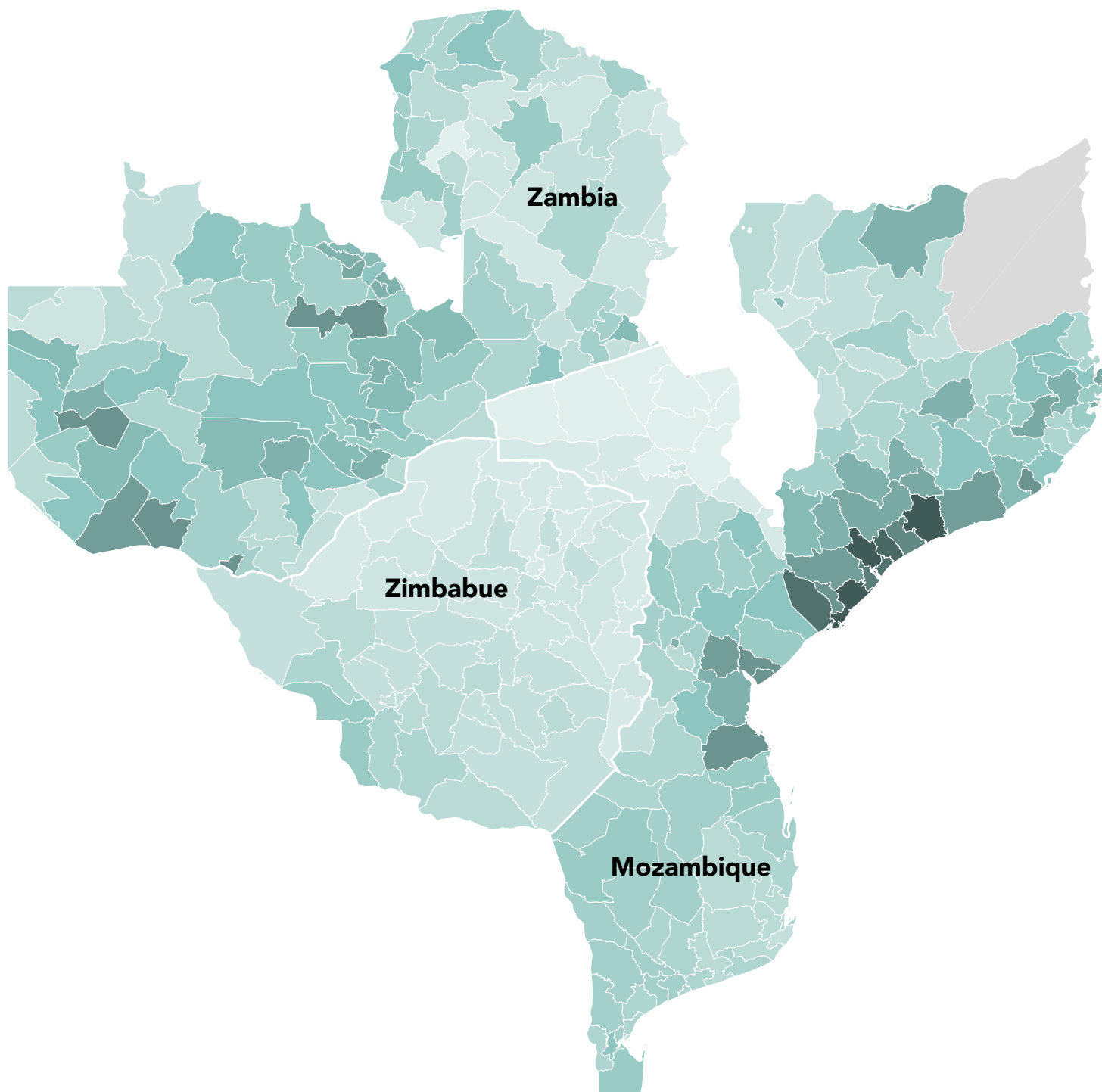
Los países también están recopilando y analizando cada vez más datos de programas geolocalizados para ajustar sus respuestas al VIH. En la ronda de 2021 de las estimaciones epidemiológicas del VIH respaldadas por ONUSIDA, 38 países utilizaron la herramienta de modelado Naomi para generar estimaciones subnacionales del VIH (Figura 11), que el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR) utiliza en su planificación y decisiones (17).

A medida que aumenta el acceso a los datos subnacionales, se vuelve más fácil ajustar las intervenciones y rastrear y detectar variaciones en los resultados (Figura 11). Esta información se puede utilizar para mejorar la precisión y la eficacia de las intervenciones (18, 19).



Dos colegas revisan los datos en el centro de llamadas de Kutabila en Zimbabue. El centro, que está dirigido por la Red Nacional de Personas que Viven con VIH de Zimbabue, recopila datos sobre la satisfacción del cliente, la visibilidad de los socios implementadores y las tendencias y patrones de acceso a servicios como la prevención del VIH, la dispensación de medicamentos antirretrovirales durante varios meses y las pruebas de carga viral. Crédito: ONUSIDA

FIGURA 11. Incidencia de la infección por VIH entre las adolescentes y las mujeres jóvenes (de 15 a 24 años), por nivel administrativo subnacional, Zambia, Zimbabue y Mozambique, 2020



0 23



Tasa de incidencia por 1000 personas-años en riesgo.

Sin datos

Nota: Incidencia del VIH estimada como nuevas infecciones por VIH por cada 1000 personas-años en riesgo.

Nota: No se informaron datos para la provincia de Cabo Delgado en Mozambique.

Fuente: Estimaciones Epidemiológicas de ONUSIDA, 2021.

LOS DATOS DESGLOSADOS MEJORAN LAS RESPUESTAS AL VIH EN EL ÁFRICA SUBSAHARIANA

Los datos sobre el VIH desglosados por sexo y edad están revelando patrones subyacentes en la pandemia del sida y están cambiando las respuestas, especialmente en el África subsahariana. Por ejemplo, las estimaciones epidemiológicas y los datos de encuestas elaborados por los países muestran que las mujeres y las adolescentes del África subsahariana tienen un riesgo considerablemente mayor de contraer VIH que los hombres y los niños (Figura 12).⁴ Sin embargo, hay evidencias sustanciales que también demuestran que el empoderamiento de las adolescentes y las mujeres jóvenes no solo puede reducir el riesgo de contraer VIH, sino que también puede conferir una amplia gama de beneficios sociales y de salud para toda la vida. La educación, en particular, reduce la vulnerabilidad al VIH: los datos de varios países del África subsahariana muestran claramente que permanecer en la escuela por más tiempo reduce el riesgo de infección por VIH, y que un mayor nivel educativo entre las mujeres está relacionado con un mayor control sobre su salud y derechos sexuales y reproductivos (20-22). Estos hallazgos subrayan la importancia de las inversiones nacionales en los sistemas educativos para construir sociedades fuertes y resilientes, y han inspirado mayores esfuerzos para empoderar a las mujeres con oportunidades educativas y económicas, incluyendo transferencias de efectivo que las ayuden a permanecer en la escuela.

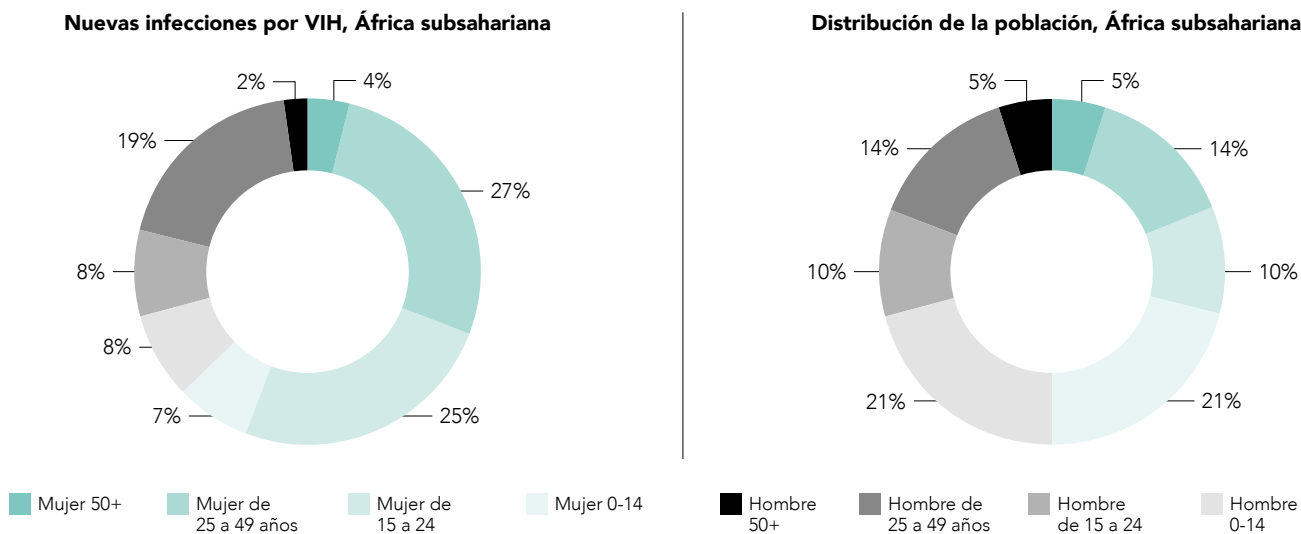
Al mismo tiempo, los datos recopilados a través del Seguimiento mundial del sida de ONUSIDA y las estimaciones epidemiológicas muestran que los hombres que viven con VIH en el África subsahariana tienen menos probabilidades que las mujeres de ser diagnosticados con VIH o de comenzar y permanecer en el tratamiento del VIH (Figura 13). El reconocimiento de esta brecha ha alentado esfuerzos más fuertes para mejorar la cobertura de pruebas y tratamiento entre los hombres en esa región, incluyendo la Coalición MenStar de socios múltiples. En septiembre de 2021, MenStar había vinculado a casi 1.3 millones de hombres al tratamiento contra el VIH en el sur de África, y el 91% de ellos suprimió sus cargas virales a niveles muy bajos.⁵



4. Si bien representan sólo el 10% de la población, las adolescentes y las mujeres jóvenes (de 15 a 24 años de edad) representaron el 25% de las nuevas infecciones por VIH en el África subsahariana en el 2020 (basándose en las estimaciones de ONUSIDA para el 2021).

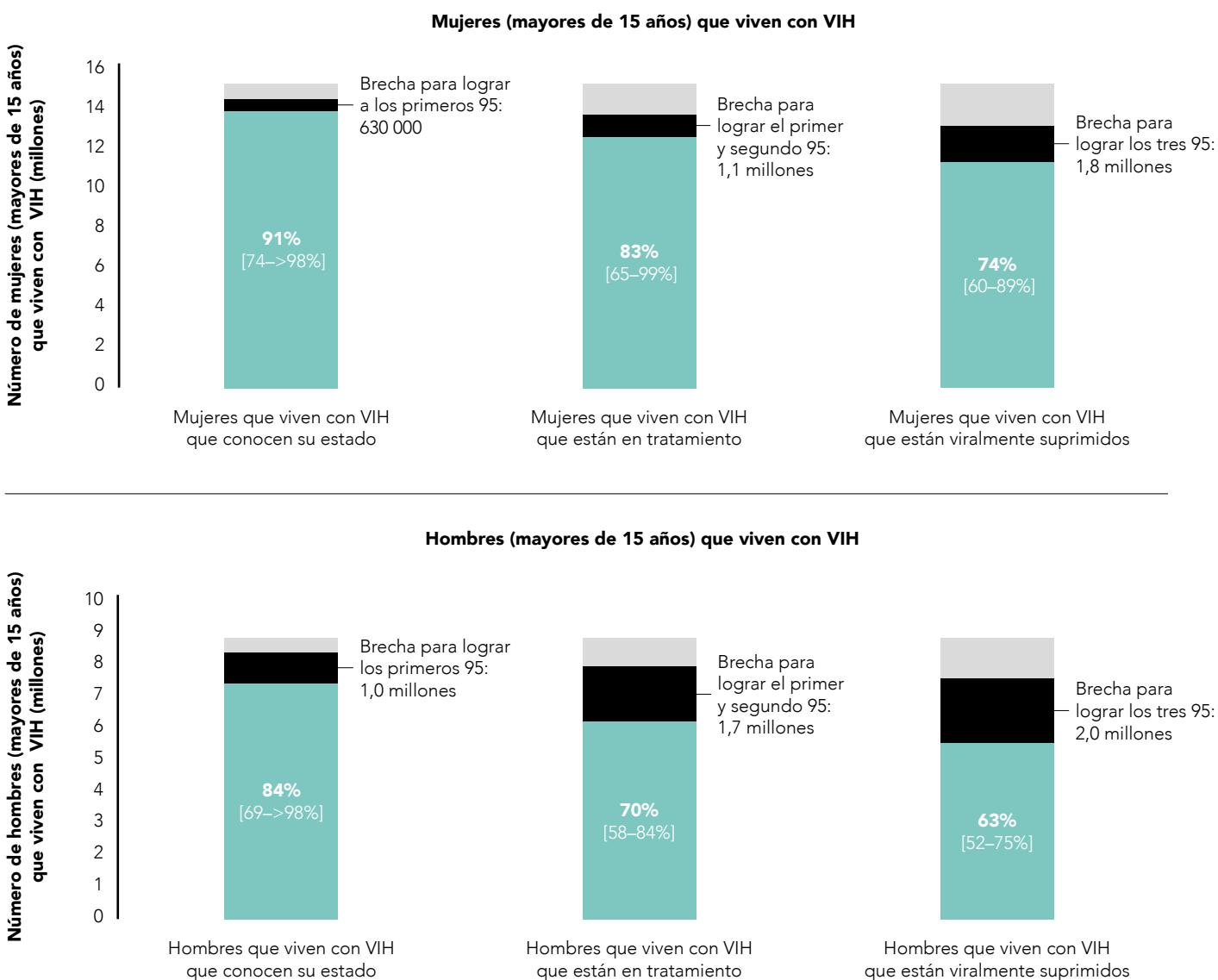
5. Para mayor información, consulte: <https://menstarcoalition.org/about-menstar/>.

FIGURA 12. Distribución de nuevas infecciones por VIH y de la población, por edad y sexo, África subsahariana, 2020



Fuente: Estimaciones Epidemiológicas de ONUSIDA, 2021 (ver <https://aidsinfo.unaids.org/>)

FIGURA 13. Cascada de pruebas y tratamiento del VIH, mujeres (15+) en comparación con hombres (15+), África subsahariana, 2020




Fuente: Análisis Especial de ONUSIDA, 2021.

En general, se asume que las normas predominantes de masculinidad fomentan comportamientos de mayor riesgo en los hombres y los desaniman de buscar atención médica (23). Pero un análisis detallado de los datos de asistencia a las instalaciones está revelando una imagen más matizada y apunta a mejorar y simplificar algunas prácticas (24).

Los estudios de Malawi, por ejemplo, muestran que los hombres de ese país visitan actualmente los centros de salud con regularidad. Asisten a departamentos ambulatorios de cuidados agudos y asisten a otros departamentos, acompañando a los hijos o cónyuges (24, 25). Un estudio reciente en 36 aldeas encontró que el 70% de los hombres que necesitaban la prueba del VIH habían visitado un centro de salud en los últimos 12 meses. En un estudio anterior, casi una cuarta parte de los hombres rurales (22%) había accedido a los servicios de salud para su propia salud en los dos meses anteriores (26). Pero a esos hombres rara vez se les ofrecen servicios de pruebas del VIH, incluso en entornos donde el VIH es muy prevalente: en el estudio reciente, solo se ofreció una al 7% de los hombres que necesitan una prueba del VIH (26). Además, la mayoría de los servicios relacionados con el VIH se organizaron en torno a los servicios de salud reproductiva e infantil, un patrón que también se observa en otros lugares (27).

Los datos programáticos de rutina han demostrado que las estrategias de divulgación que se centran en la autoprueba del VIH, las pruebas de índice y las pruebas en el trabajo han aumentado las tasas de pruebas entre los hombres (28). El análisis de los datos de Malawi sugiere que otras opciones actualmente disponibles también pueden utilizarse mejor. Por ejemplo, los departamentos para pacientes ambulatorios y otras instalaciones pueden capitalizar las visitas de los hombres ofreciendo la prueba del VIH y haciendo otros ajustes básicos, que incluyen horarios de funcionamiento más convenientes (que se extiendan más allá de las horas regulares laborales), tiempos de espera reducidos y una mayor privacidad y confidencialidad (24, 25). En muchos casos, estos cambios también beneficiarían a las mujeres.



DATOS DE ONUSIDA MUESTRAN QUE LOS HOMBRES QUE VIVEN CON VIH EN EL ÁFRICA SUBSAHARIANA TIENEN MENOS PROBABILIDADES QUE LAS MUJERES DE SER DIAGNOSTICADOS CON VIH, O DE COMENZAR Y SEGUIR EL TRATAMIENTO CONTRA EL VIH. LAS ESTRATEGIAS DE DIVULGACIÓN QUE SE CENTRAN EN LAS AUTO PRUEBAS DEL VIH, LAS PRUEBAS DE ÍNDICE Y LAS PRUEBAS BASADAS EN EL TRABAJO HAN AUMENTADO LAS TASAS DE PRUEBAS ENTRE LOS HOMBRES.

REFERENCIAS

1. Achrekar A. Our global plan to fight HIV has been a strategic weapon against COVID. In: The Hill [Internet]. 20 September 2021. Washington (DC): The Hill; c2021 (<https://thehill.com/opinion/healthcare/573056-our-global-plan-to-fight-hiv-has-been-a-strategic-weapon-against-covid>).
2. DHIS2 [Internet]. Oslo: University of Oslo (<https://dhis2.org>).
3. Gebremeskel AT, Otu A, Abimbola S, Yaya S. Building resilient health systems in Africa beyond the COVID-19 pandemic response. *BMJ Glob Health*. 2021;6(6):e006108.
4. Gullo S, Galavotti C, Sebert Kuhlmann A, Msiska T, Hastings P, Marti CN. Effects of a social accountability approach, CARE's Community Score Card, on reproductive health-related outcomes in Malawi: a cluster-randomized controlled evaluation. *PLoS One*. 2017;12(2):e0171316.
5. Danhouno G, Nasiri K, Wiktorowicz ME. Improving social accountability processes in the health sector in sub-Saharan Africa: a systematic review. *BMC Public Health*. 2018;18(1):497.
6. The Community Treatment Observatory model explained. Summary brief. International Treatment Preparedness Coalition; 2019 (<https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/itpc-community-treatment-observatory-model-explained-2019-summary.pdf>).
7. "They keep us on our toes": how the Regional Community Treatment Observatory in West Africa improved HIV service delivery, strengthened systems for health, and institutionalized community-led monitoring. International Treatment Preparedness Coalition; September 2020 (<https://itpcglobal.org/wp-content/uploads/2020/10/ITPC-2020-They-Keep-Us-On-Our-Toes.pdf>).
8. Free state of health. Johannesburg: Ritshidze; 2021 (<https://ritshidze.org.za/wp-content/uploads/2021/09/Ritshidze-State-of-Health-Free-State-2021.pdf>).
9. Nguyen LH, Nhat Thi Dang V, Thi Do P, Pillack T, Tuyet Thi Vo N, Tra Dang M et al. Community-led quality improvement of HIV services using community scorecards in Vietnam. International AIDS Society Conference, 18–21 July 2021. Abstract OALD01LB02.
10. Tufekci Z. The unvaccinated may not be who you think. In: New York Times [Internet]. 15 October 2021. New York (NY): The New York Times Company; c2021 (<https://www.nytimes.com/2021/10/15/opinion/covid-vaccines-unvaccinated.html>).
11. O'Neill Institute, Treatment Action Campaign, Health Gap, ITPC, ICW, Sexual Minorities Uganda (SMUG) et al. Community-led monitoring of health services: building accountability for HIV service quality. Washington (DC): O'Neill Institute for National and Global Health Law; 2020 (<https://healthgap.org/wp-content/uploads/2020/02/Community-Led-Monitoring-of-Health-Services.pdf>).
12. Yawa A, Rambau N, Rutter L, Honermann B, Norato L, Kavanaugh M. Using community-led monitoring to hold national governments' and PEPFAR HIV programmes accountable to the needs of people living with HIV for quality, accessible health services. International AIDS Society Conference, 18–21 July 2021. Abstract PED453.
13. Volkmann T, Chase, M, Lockard AM, Henningham D, Albalak R. Lessons learned from the implementation of biological-behavioural surveys of key populations in the Caribbean. *AIDS Educ Prev*. 2019;30:528-41.
14. Hakim A, Macdonald V, Hladik W, Zhao J, Burnett J, Sabin K et al. Gaps and opportunities: measuring the key population cascade through surveys and services to guide the HIV response. *J Int AIDS Soc*. 2018;21(S5):e25119.
15. Davis SLM. The Uncounted: Politics of Data in Global Health. Cambridge Studies in Law and Society. Cambridge: Cambridge University Press, 2020.
16. Consolidated guidelines on person-centred HIV patient monitoring and case surveillance. Geneva: WHO; June 2017.
17. PEPFAR 2021 Country and Regional Operational Plan (COP/ROP) guidance for all PEPFAR countries. Washington (DC): U.S. Department of State (<https://www.state.gov/wp-content/uploads/2020/12/PEPFAR-COP21-Guidance-Final.pdf>).
18. Local Burden of Disease HIV Collaborators. Subnational mapping of HIV incidence and mortality among individuals aged 15–49 years in sub-Saharan Africa, 2000–2018, a modelling study. *Lancet HIV*. 2021;8:e363-e375.
19. Van Schalkwyk C, Dorrington RE, Seatlhodi T, Velasquez C, Feizadeh A, Johnson LF. Modelling of HIV prevention and treatment progress in five South African metropolitan districts. *Sci Rep*. 2021;11(1):5652.
20. Behman JA. The effect of increased primary schooling on adult women's HIV status in Malawi and Uganda: universal primary education as a natural experiment. *Soc Sci Med*. 2015;127:108-15.
21. Pettifor AE, Levandowski BA, MacPhail C, Padian NS, Cohen MS, Rees HV. Keep them in school: the importance of education as a protective factor against HIV infection among young South African women. *Int J Epidemiol*. 2008;37:1266-73.
22. Santelli JS, Mathur S, Song Z, Huang TJ, Wei Y, Lutalo T et al. Rising school and enrollment and declining HIV and pregnancy risk among adolescents in Rakai District, Uganda, 1994–2013. *Global Soc Welf*. 2015;2:87-103.
23. Sileo KM, Fielding-Miller R, Dworkin SL, Fleming PJ. What role do masculine norms play in men's HIV testing in sub-Saharan Africa? A scoping review. *AIDS Behav*. 2018;22(8):2468-79.
24. Dovel K, Dworkin SL, Cornell M, Coates TJ, Yeatman S. Gendered health institutions: examining the organization of health services and men's use of HIV testing in Malawi. *J Int AIDS Soc*. 2020;23(Suppl 2):e25517.
25. Dovel K, Balakasi K, Gupta S, Mphande M, Robson I, Khan S et al. Frequency of visits to health facilities and HIV services offered to men, Malawi. *Bull World Health Organ*. 2021;99(9):618-26.
26. Yeatman S, Chamberlin S, Dovel K. Women's (health) work: a population-based, cross-sectional study of gender differences in time spent seeking health care in Malawi. *PLoS One*. 2018;13(12):e0209586.
27. Chikovore J, Gillespie N, McGrath N, Orne-Gliemann J, Zuma T. Men, masculinity, and engagement with treatment as prevention in KwaZulu-Natal, South Africa. *AIDS Care*. 2016;28 Suppl 3:74-82.
28. Sharma M, Barnabas RV, Celum C. Community-based strategies to strengthen men's engagement in the HIV care cascade in sub-Saharan Africa. *PLoS Med*. 2017;14:e1002262.

© 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 (<http://www.wipo.int/amc/en/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.

ONUSIDA/JC3041S

