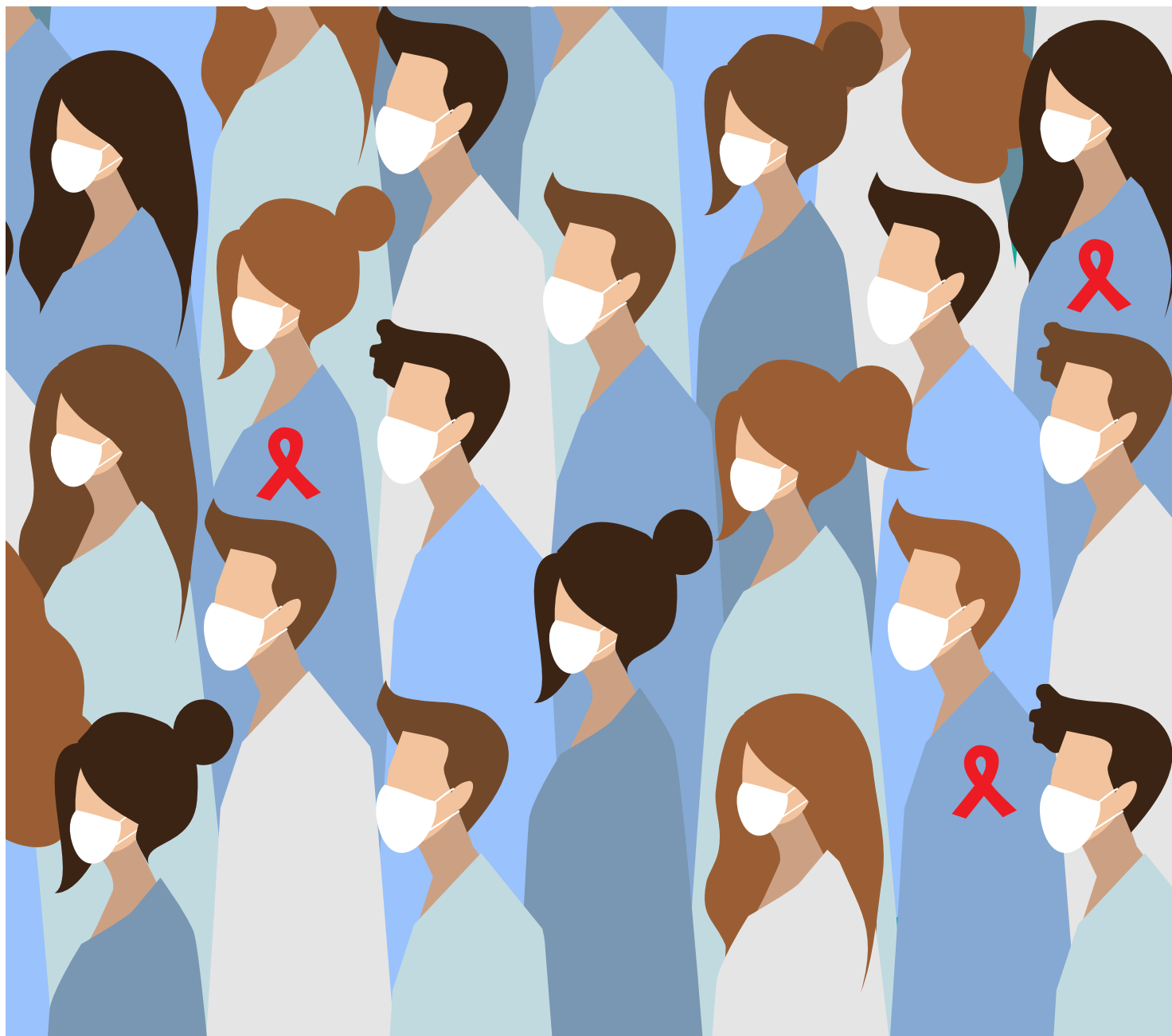


Cómo prevenir las infecciones por el VIH ante una nueva pandemia

Informe de síntesis sobre las interrupciones y adaptaciones del programa durante la pandemia de COVID-19 en 2020



Índice

Resumen ejecutivo	3
Antecedentes	6
Finalidad y objetivos	7
Fuentes de datos.....	9
Una nueva pandemia devastadora.....	11
Efecto sobre la vulnerabilidad a la infección por el VIH.....	12
Efecto sobre el riesgo de contraer el VIH	14
Adaptaciones e innovaciones a nivel nacional	16
Acciones nacionales para abordar los puntos de encuentro de la COVID-19 y el sida	17
Comunidades en el centro de las respuestas de emergencia	18
Protección y promoción de los derechos.....	19
Reconfiguración de los modelos de prestación de servicios	21
Modelos relacionados con la forma en que la COVID-19 afecta el riesgo de infección por el VIH	26
Interrupciones en la prestación de servicios relacionados con el VIH y efectos sobre el acceso y la cobertura ..	29
Sinopsis	29
Servicios de pruebas del VIH	30
Programas para poblaciones clave	32
Programas para niñas adolescentes y mujeres jóvenes y sus parejas masculinas.....	36
Servicios para niños y para prevenir la transmisión maternoinfantil	37
Promoción de condones y distribución	39
Circuncisión médica masculina voluntaria.....	41
Profilaxis previa a la exposición	41
Conclusiones	42
Propuestas para el camino a seguir.....	44
Referencias	46



Esta crisis es un llamado de atención para accionar de manera diferente. Necesitamos una recuperación basada en la justicia social y económica, ya que las deficiencias de respuesta en las pandemias, ya sean de VIH o COVID-19, se asientan en las fallas de la desigualdad.

António Guterres
Secretario General de las Naciones Unidas

Resumen ejecutivo

A lo largo de 2020, la pandemia de COVID-19 se extendió por todo el mundo, y puso en peligro a décadas de desarrollo ganado con esfuerzo y avances en salud pública. Los esfuerzos a nivel mundial y nacional para controlar la epidemia del sida se enfrentan a amenazas sin precedentes. Los avances logrados con esfuerzo en la prevención del VIH, con una disminución del 23 % en el número de nuevas personas infectadas con el VIH desde 2010, corren el riesgo de ser revertidos por la pandemia de COVID-19, y las poblaciones que ya han quedado atrás corren el riesgo de quedarse más rezagadas.

La pandemia y las medidas puestas en marcha para contener su propagación han desencadenado una fuerte recesión económica, que está teniendo efectos devastadores y generalizados en las economías nacionales y los medios de vida de las personas. Millones de personas se ven arrastradas a la pobreza extrema y la precariedad, siendo el África subsahariana y el sur de Asia los más afectados. Las pruebas indican que la convergencia de la COVID-19 y el VIH está profundizando las desigualdades y agudizando las vulnerabilidades que durante mucho tiempo se han reconocido como los impulsores estructurales de la transmisión del VIH. Es probable que la mejora de los medios de vida, la interrupción del acceso a la educación, el empeoramiento de las desigualdades de género, el aumento de la violencia contra las mujeres y la erosión de los derechos humanos, con un aumento de las medidas legales y políticas punitivas en muchos entornos, aumenten el riesgo de contraer el VIH en los próximos años.

Las tensiones sobre los sistemas de salud han sido agudas, ya que los centros y el personal de salud se movilizaron para contribuir a la respuesta de la pandemia y reenfocaron sus energías en la necesidad urgente de atender las responsabilidades relacionadas con la prevención, las pruebas, el rastreo y la atención de la COVID-19. Las exigencias a los trabajadores sanitarios y otras

respuestas de contención y mitigación (incluidas las medidas de confinamiento y distanciamiento físico) han hecho que sea difícil, o incluso imposible, continuar los encuentros de salud cara a cara que han sido durante mucho tiempo la columna vertebral de los servicios de prevención, pruebas y tratamientos del VIH.

Inevitablemente, los servicios de prevención del VIH se han interrumpido, y las cadenas de suministro de productos básicos de prevención clave, incluidos condones, lubricantes y medicamentos antirretrovirales entre otros, están al límite de sus capacidades. Esto se refleja en la disminución temprana que se refleja en el número mensual de personas atendidas por intervenciones de prevención clave, incluidas las que tienen un alto riesgo de contraer el VIH (como los trabajadores sexuales) y los grupos prioritarios, como los adolescentes y las mujeres embarazadas.

Al mismo tiempo, si bien ha expuesto y ampliado en forma clara las marcadas desigualdades y las inequidades en el área de salud, la COVID-19 también ha permitido encontrar distintas formas de hacer que los sistemas de salud y otras instituciones públicas sean más justos, más inclusivos y más capaces de enfrentar los desafíos de poner fin a la epidemia del sida en los años venideros. Los proveedores de servicios de salud y las organizaciones comunitarias han respondido a la crisis cambiando la forma en que brindan servicios de prevención del VIH para minimizar las interrupciones de los servicios más esenciales.

La respuesta a la pandemia se ha basado en décadas de experiencia en combatir el sida, y los expertos y las comunidades preocupados por el VIH en muchos casos han tomado la iniciativa durante lo peor de la crisis. Muchos países de todo el mundo tomaron medidas tempranas y decisivas para abordar las vulnerabilidades críticas, mantener los servicios de salud y crear sinergias entre los enfoques de control del sida y la COVID-19. Dichos enfoques hacen hincapié en cómo estas medidas pueden

Los avances logrados con esfuerzo en la prevención del VIH, con una disminución del **23 %** en el número de nuevas personas infectadas con el VIH desde 2010, corren el riesgo de ser revertidos por la pandemia de COVID-19, y las poblaciones que ya han quedado atrás corren el riesgo de quedarse más rezagadas.

complementarse y apoyarse entre sí, en un enfoque coherente e integral para enfrentar las amenazas de la COVID-19 y el VIH.

Muchos de los cambios realizados se han inspirado en modelos de servicios comunitarios que fueron pioneros en los años de respuesta al VIH. Estos modelos se caracterizan por su fuerte enfoque en el cliente, su capacidad de respuesta y flexibilidad y su atención a las realidades más amplias de las comunidades en las que están integrados. Durante el año pasado, las comunidades más afectadas por el VIH se han movilizadas para defender los avances en la respuesta al sida, proteger a las personas que viven con el VIH y otros grupos clave y vulnerables y combatir el coronavirus. Han tomado medidas audaces, frente a importantes adversidades y con limitada asistencia financiera, para asegurar servicios de prevención del VIH a los miembros de la comunidad de forma ininterrumpida, pero también apoyar medidas para prevenir la COVID-19 y lidiar con sus consecuencias. Para superar las limitaciones impuestas por las restricciones relacionadas con la pandemia, han realizado campañas para la distribución de medicamentos y suministros durante varios meses, han organizado su entrega y han negociado apoyo financiero, alimentos y refugio para los grupos marginados con mayor riesgo. Han innovado en el uso de plataformas virtuales para seguir satisfaciendo las múltiples necesidades e inquietudes de los beneficiarios. Las experiencias a nivel nacional documentadas en este informe demuestran cómo la COVID-19 ha catalizado la implementación acelerada de innovaciones anteriores a la pandemia, pero que anteriormente han tenido problemas para obtener tracción. En la mayoría de los entornos, estas medidas han logrado compensar el colapso de los servicios de salud formales y han permitido un rápido repunte en la prestación de servicios esenciales a quienes los necesitan. En algunos casos, incluso, han provocado aumentos en la cobertura del servicio en comparación con la situación anterior al COVID.

La capacidad de los programas sobre el VIH para adaptarse al COVID-19 destaca su resiliencia y flexibilidad, especialmente en entornos con sistemas comunitarios sólidos y en los que se han construido vínculos sólidos con el sistema de salud formal. Una descripción general de los datos de tendencias disponibles actualmente sobre las interrupciones reales en la prestación de servicios a nivel de país refleja que las interrupciones

en los esfuerzos de tratamiento del VIH pueden no ser tan graves como se temía y que el impacto en la mortalidad relacionada con el sida puede ser menor que el pronosticado anteriormente por los modelos matemáticos. Sin embargo, el panorama que surge para los servicios de prevención del VIH es más heterogéneo, con grados variables de interrupciones en los servicios y con el tiempo. Los informes de los países transmiten la sensación de que los programas luchan por mantener la cobertura en tiempos difíciles. También describen a los países que reconocen y responden rápidamente a los desafíos más agudos. Estos cambios tienen muchas facetas, y se diseñan e implementan en todos los sectores, por programas gubernamentales y también por la sociedad civil. El nivel de interrupción de los servicios hasta ahora es menor de lo que muchos temían, lo que permite evitar los peores efectos predichos por los modelos matemáticos.

Se necesitaría un análisis más detallado y contextualizado para evaluar cómo se ha visto afectada la cobertura con diferentes tipos de servicios de prevención del VIH y por qué. También se necesita un mayor análisis para comprender cómo las vulnerabilidades pueden traducirse ahora y en el futuro en cambios en el comportamiento sexual o de otro tipo de riesgo y el posible efecto sobre el número de personas que contraen el VIH. Se espera que las pruebas de cualquier cambio en la incidencia en tiempos de COVID-19 estén disponibles durante el próximo año, ya que los países estiman el número de nuevas infecciones por el VIH en sus poblaciones utilizando enfoques estándar. También pueden estar disponibles datos adicionales de cohortes bien caracterizadas en entornos con una alta carga de infección por el VIH. Se requerirá una revisión cuidadosa de las tendencias observadas para evaluar en qué medida pueden estar asociadas con mayores vulnerabilidades de COVID-19, cambios en el comportamiento de riesgo o interrupciones en los servicios de prevención o tratamiento del VIH.

Las epidemias mundiales del VIH y COVID-19 y sus respuestas han expuesto los peligros de una inversión insuficiente en la capacidad de respuesta a nivel nacional y mundial. También han subrayado la importancia de aumentar la resiliencia de las sociedades y los sistemas de salud y la importancia de abordar las desigualdades subyacentes. Al mismo tiempo, han estimulado la aceleración

Las pandemias del VIH y COVID-19 y sus respuestas han expuesto los peligros de una inversión insuficiente en la capacidad de respuesta a nivel nacional y mundial.

de enfoques centrados en las personas para la prevención y el control de enfermedades infecciosas, enfoques que desde hace mucho tiempo han solicitado las personas que viven con el VIH y otros activistas de la sociedad civil. Los esfuerzos globales colectivos que dan prioridad a las personas pueden transformar la crisis de la COVID-19 en una oportunidad para acelerar tanto la respuesta al VIH como los esfuerzos para lograr la cobertura universal de salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. A medida que los países se movilizan contra la COVID-19, las lecciones aprendidas de décadas de lucha contra el sida deben continuar para conformar la última respuesta a la pandemia, y los programas de control del VIH deben reforzarse para evitar que el mundo se quede más rezagado en sus compromisos de acabar con el sida para 2030.

Las respuestas al COVID-19 y al VIH deben generar sinergia para garantizar que aborden y no agraven las desigualdades y vulnerabilidades. que aumentan el riesgo de infección y enfermedades, impidan el acceso a los servicios y reduzcan el impacto del programa. Las restricciones para proteger la salud pública deben ser relevantes para el contexto, tener un tiempo limitado, ser proporcionadas y necesarias y estar fundamentadas en pruebas. En particular, los sistemas educativos deben protegerse, en vista de los enormes beneficios (incluidos los beneficios para la salud) que aportan a las generaciones futuras y los efectos duraderos de cualquier interrupción, especialmente para las niñas y las mujeres. También es hora de escuchar los llamamientos anteriores de la comunidad del VIH para fortalecer la protección social de los más necesitados, combatir todas las formas de estigma y discriminación, apoyar y proteger a los trabajadores de la salud y garantizar el acceso gratuito y asequible a herramientas diagnósticas, preventivas y terapéuticas, con especial atención a las necesidades de los más vulnerables y de difícil acceso. En países con una alta carga de VIH, se recomienda que los esquemas de protección social sean sensibles a las necesidades de las personas que viven con el VIH, las que corren un mayor riesgo de infección por el VIH y otras afectadas por la epidemia. Por último, se deben realizar inversiones adecuadas en los sistemas comunitarios, que han sido esenciales para asegurar la resiliencia y la sostenibilidad del sistema de salud en el contexto de la propagación de la COVID-19 y serán necesarias para

finalizar el trabajo, a través de la promoción y el apoyo a la entrega de vacunas, cuando estén disponibles. La financiación nacional debe apuntar a fortalecer mecanismos como la contratación social para apoyar y sostener la prestación de servicios dirigidos por la comunidad.

Mientras tanto, es necesario que continúe la reprogramación de los esfuerzos de prevención del VIH según sea necesario para lograr mejoras, aumentar la cobertura y generar eficiencia. Deben llevarse adelante las estrategias y tecnologías existentes, como la distribución de varios meses y la prestación de servicios diferenciados y los enfoques de autoevaluación, así como innovaciones, como el uso de plataformas en línea para llegar a las personas en mayor riesgo y a los jóvenes a quienes se los suele pasar por alto en los métodos de ejecución de programas convencionales. Estos cambios deben ampliarse, mantenerse e institucionalizarse. Se debe prestar atención a la creación de capacidad, el fortalecimiento de los vínculos y la garantía de la seguridad de los trabajadores de la primera línea (por ejemplo, proporcionando equipos de protección personal y tecnologías móviles según sea necesario). Los sistemas de adquisiciones y suministros también necesitan atención urgente para corregir las fallas que surgieron en la crisis de la COVID-19. Finalmente, es necesario desarrollar plataformas de información estratégica para controlar cómo la COVID-19 afecta los programas y corregir el curso en función de los datos. Se requiere la triangulación y el análisis de los datos del VIH y COVID-19 para que los países respondan rápidamente a ambas epidemias. Se han elaborado orientaciones para llevar adelante adaptaciones e innovaciones clave en la prestación de servicios, de las cuales se proporcionan ejemplos en el presente informe.

A más largo plazo, se necesitarán esfuerzos específicos para garantizar que el avance hacia la cobertura sanitaria universal refleje los atributos clave de la respuesta al VIH (incluida la participación de la comunidad, la gobernanza inclusiva, la rendición de cuentas por los resultados y el compromiso con los derechos humanos y la igualdad de género), que todos los servicios prestados estén libres de estigma y discriminación y los paquetes de servicios incluyan servicios esenciales de diagnóstico, tratamiento y prevención del VIH. Nadie debe quedarse atrás.

Las respuestas al COVID-19 y al VIH deben generar sinergia para garantizar que aborden y no agraven las desigualdades y vulnerabilidades. que aumentan el riesgo de infección y enfermedades, impidan el acceso a los servicios y reduzcan el impacto del programa.

Antecedentes

Las personas que viven con el VIH y las personas con mayor riesgo de infección por el VIH se enfrentan a desafíos inmediatos y peligrosos para acceder a los servicios de salud y contra el VIH que necesitan.

Durante 2020, la pandemia de COVID-19 se extendió por todo el mundo, lo que provocó picos en el exceso de mortalidad y un sufrimiento incalculable. (1). A medida que la propagación del SARS-CoV-19 interrumpe los sistemas de salud y el confinamiento y otras medidas de contención restringen el movimiento, amenazan los medios de vida y ejercen presión sobre las economías, los programas de control del sida enfrentan amenazas sin precedentes.

Las personas que viven con el VIH y las personas con mayor riesgo de infección por el VIH se enfrentan a desafíos inmediatos y peligrosos para acceder a los servicios de salud y contra el VIH que necesitan. Las pruebas y el tratamiento del VIH, la circuncisión médica masculina voluntaria, la compra y distribución de condones, los programas de terapia de sustitución de opiáceos y jeringas, la profilaxis previa a la exposición y otros programas se han visto afectados negativamente (2). El modelo realizado en nombre de ONUSIDA y la Organización Mundial de la Salud ha demostrado que una interrupción de seis meses en los servicios de terapia

antirretroviral por sí sola tiene el potencial de sumar a otras 500 000 personas que mueran por causas relacionadas con el sida en el África subsahariana para fines de 2021 (3). Sin embargo, el acceso a los servicios de salud y VIH no es la única preocupación. Muchas poblaciones clave y prioritarias también enfrentan una mayor vulnerabilidad y riesgo debido a la mejora de los medios de vida, la interrupción del acceso a la educación, el aumento de los niveles de violencia de género y, en algunos casos, un aumento de las medidas legales y políticas punitivas. Los avances logrados con esfuerzo en la prevención del VIH, con una disminución del 23 % en el número de personas que contraen el VIH desde 2010, corren el riesgo de ser revertidos por la pandemia de COVID-19, y las poblaciones que ya han quedado atrás corren el riesgo de quedarse más rezagadas.

Este informe considera el estado de los programas de prevención del VIH en tiempos de COVID-19 y los esfuerzos a nivel nacional para realizar las adaptaciones de servicios necesarias y generar sinergia con las respuestas al COVID-19.



Prueba de laboratorio, Kirguistán. Foto: Alexei Sokolov, AIDSInfoShare, ONUSIDA

Finalidad y objetivos

El objetivo es proporcionar una síntesis del estado de los programas de prevención del VIH en tiempos de COVID-19, identificar vulnerabilidades y riesgos clave e interrupciones importantes del servicio y documentar las respuestas en una variedad de entornos. Se prestó especial atención a la recopilación de información sobre las innovaciones de los programas a nivel comunitario.

Objetivos específicos:

- Analizar información sobre cómo la COVID-19 afecta los nuevos patrones de infección por VIH, teniendo en cuenta los cambios en vulnerabilidades y riesgos.
- Resumir la información disponible sobre las interrupciones de la prestación de servicios de prevención del VIH en los centros de salud y en las comunidades.
- Documentar las respuestas de prevención del VIH, incluidas las innovaciones y las buenas prácticas, pero también las deficiencias más importantes.
- Sobre la base de las conclusiones, desarrollar propuestas para la prevención del VIH en la nueva normalidad.

Este informe está dirigido principalmente a socios clave y responsables de la toma de decisiones en la respuesta global al VIH y COVID-19. Estos incluyen socios técnicos y financieros y responsables de la toma de decisiones a nivel nacional, planificadores y administradores de programas. Otros destinatarios son el personal de ONUSIDA, consultores y expertos técnicos y miembros de la sociedad civil y organizaciones comunitarias. Las lecciones obtenidas de las respuestas exitosas al VIH en los países

y comunidades se identifican y comparten con miras a promover y mantener las estrategias de resiliencia y las mejoras de los programas, incluso en las circunstancias requeridas para prevenir la transmisión continua del SARS-CoV-2 y abordar sus consecuencias. Se espera que el informe sirva de base para la toma de decisiones durante el próximo año o dos, a medida que los países intensifiquen sus esfuerzos para controlar ambas epidemias.

Esta síntesis se centra en cómo el desarrollo de la pandemia de COVID-19 ha afectado los esfuerzos para la prevención primaria de la infección por el VIH entre adultos, bebés y niños. Para ello, la prevención primaria comprende "una red de estrategias estratégicas y necesariamente combinadas" para anticipar y prevenir nuevas infecciones por el VIH y contener la epidemia del sida. (4). Estas estrategias incluyen cambios sociales y estructurales, no se limitan a productos y servicios biomédicos y asumen que las personas tienen los recursos que necesitan para anticipar y enfrentar desafíos críticos. Esto implica que los países tomarán medidas concretas para abordar las principales barreras políticas y legales y crear un entorno propicio para programas de prevención exitosos. Con este importante principio en mente, la Coalición Mundial para la Prevención del VIH ha recomendado que las respuestas de prevención del VIH se organicen en torno a cinco pilares, según el contexto del país. (5):

- Programas para poblaciones clave, como trabajadores sexuales, gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, presos, personas que se inyectan droga y personas transgénero.
- Programas para adolescentes y mujeres jóvenes y sus parejas masculinas en entornos con alta incidencia del VIH.

Esta síntesis se centra en cómo el desarrollo de la pandemia COVID-19 ha afectado los esfuerzos para la prevención primaria de la infección por el VIH entre adultos, lactantes y niños.

Por lo tanto, se recopiló y sintetizó información sobre cómo COVID-19 ha afectado la programación relacionada con los cinco pilares y para asegurar un entorno propicio para la prevención del VIH.

- Promoción y distribución de condones.
- Circuncisión médica masculina voluntaria.
- Profilaxis previa a la exposición (PPrE).

Por lo tanto, se recopiló y sintetizó información sobre cómo la COVID-19 ha afectado la programación relacionada con los cinco pilares y para asegurar un entorno propicio para la prevención del VIH. Se hizo especial hincapié en los esfuerzos de prevención dirigidos por la comunidad. También se recopiló información sobre el estado de los programas de prevención del VIH entre bebés y niños pequeños mediante programas de prevención de la transmisión maternoinfantil. Por último, se consideraron los servicios de pruebas

del VIH, dado su papel en programas integrales para poblaciones clave y otras poblaciones prioritarias, que incluyen, entre otros, el acceso a la circuncisión médica masculina voluntaria, la PrEP y los servicios para prevenir la transmisión maternoinfantil.

Se consideraron las experiencias relevantes e ilustrativas de todos los países del sur global atendidos por ONUSIDA, a medida que estuvieron disponibles. La obtención de información ha sido oportuna ya que aún no se han realizado esfuerzos para recopilar datos de manera integral y sistemática sobre este tema. Sin embargo, se ha intentado incluir las experiencias de los países en todas las regiones y todos los tipos principales de epidemias de VIH.



Visita a trabajadores sexuales, Cotonou, Bénin. Foto: Yanick Folly / ONUSIDA | Benin

Fuentes de datos

Para establecer el contexto, se identificó información de fuentes autorizadas sobre el impacto social y económico de la COVID-19 y cómo afecta los sistemas de salud y otros sectores clave como la educación. Sin embargo, el objetivo principal del ejercicio fue buscar y resumir información sobre las respuestas de prevención del VIH a nivel nacional.

Las principales fuentes de datos fueron las siguientes:

- Literatura (incluida la literatura gris) encontrada mediante un enfoque de búsqueda estructurado, pero no exhaustivo.
- Informes nacionales, organizativos y temáticos, como el del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del Sida (PEPFAR) y la Secretaría de ONUSIDA y los copatrocinadores, incluidos UNICEF, FPNU, ONUDD, PNUD y el Banco Mundial.
- El Portal sobre la COVID-19 de ONUSIDA y la base de datos de seguimiento de interrupciones de los servicios de VIH de ONUSIDA, la OMS y UNICEF.
- Informes de encuestas realizadas por diversas organizaciones interesadas,
- Los resultados de los ejercicios de modelado de impacto de la COVID-19.

Se utilizó una variedad de métodos para analizar los datos reunidos para esta investigación. Dos posibles formas en que la COVID-19 afecta la prevención del VIH son motivo de preocupación: las interrupciones

del servicio en los programas de prevención del VIH y las actividades relacionadas a nivel nacional y cómo estas interrupciones del servicio afectan el riesgo de contraer el VIH en subpoblaciones específicas. El primero se evaluó principalmente consultando la base de datos de seguimiento de interrupciones de los servicios de VIH de ONUSIDA, la OMS y UNICEF o el Portal sobre la COVID-19 de ONUSIDA. Específicamente, se examinaron las tendencias en las estadísticas de servicios a nivel nacional desde el 1 de enero hasta el 30 de septiembre de 2020 para detectar interrupciones clave del servicio e identificar tendencias de varios países y de países individuales en los servicios clave de prevención y el número de clientes atendidos durante los primeros nueve meses del año. Los datos de tendencias eran algo limitados y los informes de los países variaban según el indicador que se informaba: los buenos datos de tendencias de varios meses sobre un aspecto de los esfuerzos de prevención del VIH de un país no solían ir acompañados de datos de tendencias similares para otros aspectos de su programa. Además, cualquier análisis de estos datos se ve comprometido por la falta de buenas formas de medir la interrupción y recuperación de los servicios. La llegada repentina de la pandemia impidió el empleo de un enfoque sistemático para desarrollar un sistema de monitoreo integral con indicadores estandarizados. Como resultado, los datos que existen a menudo están incompletos, carecen de un contexto importante y no revelan tendencias.

Este análisis de primer nivel se complicó por los diferentes momentos en que llegó la COVID-19, los diferentes momentos de respuesta y las diferencias en la intensidad de estas respuestas. Se buscó información contextual para permitir una mejor comprensión de los patrones emergentes

Dos posibles formas en que la COVID-19 afecta la prevención del VIH son motivo de preocupación: interrupciones del servicio en los programas de prevención del VIH y actividades relacionadas a nivel nacional y cómo estas interrupciones del servicio incrementan el riesgo de contraer el VIH en subpoblaciones específicas.

El informe considera cómo el desarrollo de la pandemia COVID-19 condujo a una mayor vulnerabilidad y riesgo al VIH, a través de interrupciones en los servicios de salud, y las repercusiones económicas y sociales de las respuestas de contención de la pandemia.

a partir de los informes cualitativos que acompañan a estos datos. Al igual que con los datos cuantitativos, la existencia de información de alta calidad no fue uniforme ni coherente.

Además de los datos del Portal, se buscaron y utilizaron otras fuentes para proporcionar contexto cuando fue posible. También se buscaron para su inclusión datos de encuestas en línea y de otras organizaciones como el Fondo Mundial y de literatura gris y publicada. Las respuestas a las numerosas encuestas que se han realizado, principalmente la recopilación de datos en línea, se examinaron para detectar efectos en el comportamiento informado que pueden sugerir cómo la COVID-19 está afectando los patrones de comportamiento de riesgo de las personas con mayor riesgo.

El segundo impacto, cómo la COVID-19 afecta el riesgo de contraer el VIH, es más difícil de evaluar en esta etapa. Se han utilizado varios modelos matemáticos desarrollados originalmente para rastrear la epidemia del sida y evaluar el impacto potencial de la COVID-19 en la trayectoria de la epidemia. La mayoría de estos modelos se han centrado en el tratamiento

y la mortalidad relacionada con el sida, pero menos en la prevención y el número de personas que contraen el VIH. Como resultado, estos modelos son más limitados para abordar cómo la COVID-19 afecta la prevención del VIH.

Se obtuvo material adicional principalmente a partir de informes narrativos y resultados de estudios primarios basados en entrevistas, por lo que el análisis fue en gran medida cualitativo, se centró en temas emergentes clave y proporcionó descripciones ilustrativas de estudios de caso.

El informe primero considera cómo el desarrollo de la pandemia de COVID-19 condujo a una mayor vulnerabilidad y riesgo al VIH, a través de interrupciones en los servicios de salud, y las repercusiones económicas y sociales de las respuestas de contención de la pandemia. Luego examina la magnitud y el efecto potencial de las interrupciones de los servicios de VIH, según lo predicho por los primeros esfuerzos de modelado y lo documentado a nivel nacional. Sigue con ejemplos de adaptaciones e innovaciones a nivel nacional. Por último, el informe ofrece propuestas para el camino a seguir.



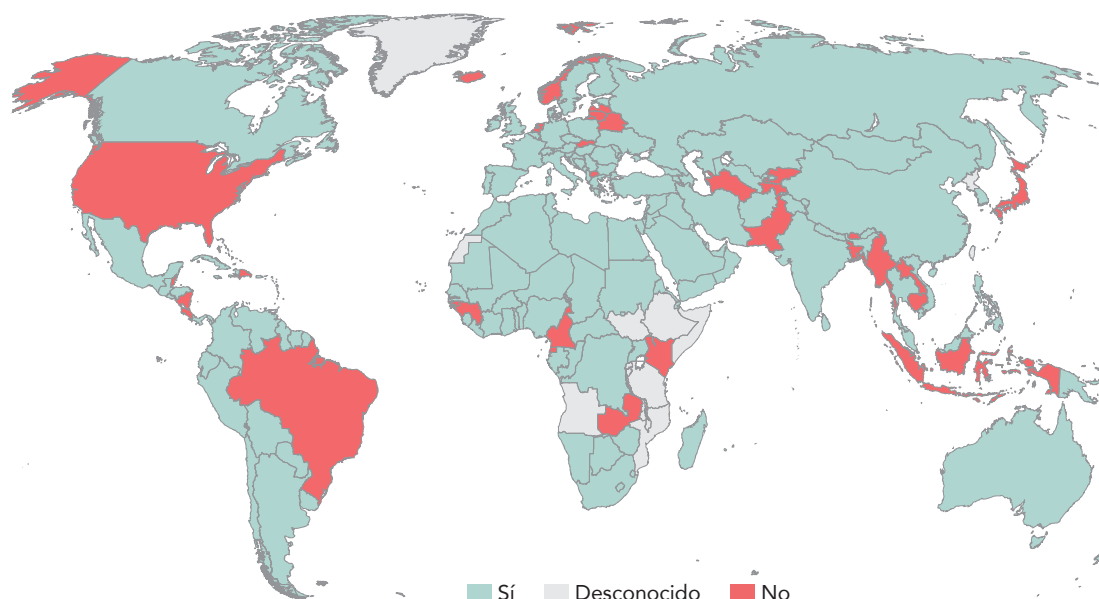
Visita a la Unidad Pediátrica de VIH de Kalembelembe por la Primera Dama de la República Democrática del Congo y otros funcionarios. Foto: Fototeca de ONUSIDA

Una nueva pandemia devastadora

La pandemia de COVID-19, que afecta a miles de millones de vidas y medios de vida, pone en peligro a décadas de desarrollo ganado con esfuerzo y avances en salud pública. A fines de diciembre de 2020, el número de nuevos casos notificados a nivel mundial estaba en aumento, y todos los países se vieron afectados de una forma u otra. La pandemia está desafiando los sistemas de salud del mundo y ha desencadenado una profunda recesión económica mundial, con resultados inciertos (6). La recesión en las economías avanzadas está afectando duramente a los países de ingresos bajos y medios, cobrando así un alto precio a las personas pobres y vulnerables. El Banco Mundial advierte que millones de personas caerán en la pobreza extrema y millones de personas ya pobres experimentarán privaciones aún más profundas: el primer aumento de la pobreza mundial desde 1998. (6). La pandemia está agravando las desigualdades sociales y económicas en la mayoría de los países afectados. En situaciones frágiles y afectadas por conflictos, está profundizando las fuentes de fragilidad existentes y exacerbando la inestabilidad.

En 2020, se estima que 168 millones de personas necesitan asistencia humanitaria y enfrentan una situación considerablemente peor debido a la pandemia de COVID-19. (7). En diversos lugares, se ha determinado el confinamiento y se han tomado otras medidas de contención para reducir la propagación del virus (Figura 1). Estas medidas pueden restringir las opciones de medios de vida y el acceso a una variedad de servicios sociales, educativos y de salud. En algunos entornos, se han planteado preocupaciones sobre medidas tales como toques de queda, prohibición de manifestaciones, aplicación de la ley mediante violencia policial o militar, restricción de los medios de comunicación y respuestas que benefician a ciertos grupos o regiones a expensas de otros, que pueden percibirse como restricciones a las libertades civiles y políticas y exacerbar las líneas divisorias sociales existentes o crear nuevas (como las que se basan en la identidad, la lealtad política o las disparidades regionales) (8). Estas amenazas requieren una vigilancia especial para no dejar a nadie atrás en la respuesta a la pandemia de COVID-19.

Figura 1. Medidas nacionales de confinamiento implementadas por la COVID-19, panorama mundial



Fuentes: Proyecto de seguimiento rápido de la situación de COVID-19 sobre capacidades de evaluación e impactos socioeconómicos (ACAPS) de UNICEF.

Efecto sobre la vulnerabilidad a la infección por el VIH

La crisis de COVID-19 está amplificando las profundas desigualdades y vulnerabilidades que impulsan estructuralmente la epidemia del VIH. Las personas pobres, marginadas y criminalizadas son las más expuestas a la infección y la muerte y las menos capaces de hacer frente a los efectos de la epidemia en general.

La crisis de la COVID-19 está amplificando las profundas desigualdades y vulnerabilidades que impulsan estructuralmente la epidemia del VIH (9). En ambos casos, las personas pobres, marginadas y penalizadas son las más expuestas a la infección y la muerte y las menos capaces de hacer frente a los efectos de la epidemia en general. En algunos contextos, los esfuerzos dirigidos a controlar la propagación de la COVID-19 penalizan a las personas que ya se encuentran al margen de la sociedad.

Aunque los datos disponibles sugieren que los hombres experimentan tasas más altas de muertes relacionadas con la COVID-19 (10), las mujeres y las niñas en toda su diversidad están soportando una carga desproporcionada de los efectos más amplios de la pandemia y de las respuestas de emergencia, dadas las arraigadas disparidades sociales y económicas de género, los roles de las mujeres en la economía informal y su carga de trabajo doméstico y de cuidados no remunerado (11-14). En particular, los esfuerzos para reducir la transmisión de la COVID-19, incluidas las restricciones a la circulación, el confinamiento por áreas geográficas y los toques de queda, agravados por las tensiones vinculadas a la pandemia, han provocado un fuerte aumento de la violencia denunciada contra mujeres y niñas. (15, 16). India informó el doble del número habitual de casos de abuso doméstico en la primera semana de restricciones a la circulación en todo el país, según la Comisión Nacional de Mujeres de dicho país. (17), y la policía sudafricana informó 87 000 llamadas por violencia de género en la primera semana de confinamiento de ese país (18).

A fines de marzo de 2020, aproximadamente el 89 % de los estudiantes en todo el mundo no asistían a la escuela debido al confinamiento por la COVID-19. Esto representa 1540 millones de niños y jóvenes matriculados en la escuela o la universidad, incluidas casi 743

millones de niñas. (19). El impacto de este período de educación interrumpida será de gran alcance tanto para las niñas como para los niños, y es probable que afecte más a las niñas marginadas. (20). La educación de las niñas ha sido reconocida durante mucho tiempo como una herramienta fundamental para promover la igualdad de género y mejorar la salud y el bienestar de las familias y las comunidades. (21).

Todas las poblaciones clave, incluidos los trabajadores sexuales, los gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas transgénero y las personas que se inyectan droga, y también los migrantes, los refugiados, las personas desplazadas internamente y las poblaciones en entornos humanitarios, enfrentan mayores riesgos de COVID-19 y una serie de efectos socioeconómicos adversos que aumentan su vulnerabilidad y, a su vez, el riesgo de contraer el VIH (22). Esto es motivo de gran preocupación: aunque son una pequeña proporción de la población general, las poblaciones clave y sus parejas sexuales representaron más del 60 % de los adultos que contrajeron la infección por el VIH en 2019 (23). El estigma y la discriminación, las leyes y prácticas punitivas, la falta de infraestructura y medicamentos y otros productos sanitarios y la falta de información y servicios personalizados plantean desafíos recurrentes, superpuestos y, a menudo, arraigados para satisfacer sus necesidades básicas. Es difícil llegar a estas poblaciones a través de las estructuras formales de los centros de salud. También tienden a tener opciones de medios de vida limitadas. Actualmente, se estima que más de la mitad de la población mundial no tiene cobertura de protección social (23). Esto aplica a muchas poblaciones más gravemente afectadas por el VIH y el sida, que también pueden quedar excluidas de los paquetes de asistencia ante la pandemia de COVID-19. Además, la aplicación agresiva de las restricciones creadas para contener la pandemia se ha

centrado en las comunidades marginadas de algunos países, lo que amplía su vulnerabilidad y socava los objetivos de salud pública (24).

Los trabajadores sexuales de todo el mundo se enfrentan a un aumento de la discriminación y el acoso, con informes de represiones punitivas que resultan en redadas en hogares, pruebas obligatorias de COVID-19, arrestos y episodios de extorsión y amenazas de deportación de trabajadores sexuales migrantes (25, 26). Sus medios de vida están amenazados (27). Por ejemplo, cuando Tailandia cerró 23 000 lugares de entretenimiento como parte del confinamiento, decenas de miles de trabajadores sexuales quedaron instantáneamente desempleados y sin una fuente de ingresos (28). Una rápida evaluación dirigida por la comunidad llevada a cabo por Service Workers in Groups (SWING), una organización dirigida por trabajadores sexuales tailandeses, mostró que muchos de estos no podían pagar los gastos diarios, la vivienda y los medicamentos (29). En entornos en los que cualquier aspecto del trabajo sexual está tipificado como delito, los trabajadores sexuales carecen de protección legal contra la violencia, la discriminación y el abuso y están excluidos de las protecciones y beneficios laborales que podrían estar disponibles para los trabajadores del sector formal. (30). Existen muchos ejemplos similares. Las demandas de distanciamiento social, toques de queda y restricciones a la circulación han contribuido a reducir los ingresos de un medio de vida que es cada vez más difícil de conseguir.

Los gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y las personas de género diverso que buscan atención médica, escapan de situaciones violentas o trabajan para sobrevivir pueden verse atrapados en la aplicación de la ley penal por violar las restricciones a la circulación. Han surgido informes de acoso en numerosos países a raíz de las restricciones vinculadas a la respuesta ante la COVID-19 (31–33). En algunos entornos, las personas transgénero no pueden salir de sus hogares sin sufrir acoso o castigo en virtud de las medidas de cuarentena segregadas por género que se han aplicado en algunos países. Por ejemplo, la policía detuvo a una trabajadora transgénero de salud en Panamá por estar fuera en el "día equivocado" (34). Las personas que consumen drogas han

informado de manera similar un mayor riesgo de acoso policial y violencia durante la pandemia de COVID-19 (35).

Las personas en las cárceles y otros entornos cerrados enfrentan riesgos especialmente altos de contraer infecciones, como COVID-19, VIH, hepatitis C y tuberculosis, porque son detenidas con frecuencia en espacios concurridos, confinados y mal ventilados y están expuestas a altos niveles de violencia, incluida la violencia sexual (36, 37). Las poblaciones carcelarias ya tienen un perfil de salud más débil que la comunidad en general, y muchas cárceles no brindan atención médica adecuada, como acceso a condones, lubricantes, PrEP y servicios de reducción de daños (38). La crisis de la COVID-19 expone una vez más y agrava estas marcadas desigualdades.

Algunos de los 272 millones de migrantes y refugiados internacionales en todo el mundo han visto agravada su vulnerabilidad por la pandemia de COVID-19 debido a la falta de un seguro médico adecuado, ingresos insuficientes y estigmatización debido a la percepción de que los migrantes son portadores de infecciones y enfermedades (39, 40). Según la Organización Internacional para las Migraciones, al menos 2,75 millones de migrantes se han quedado varados en todo el mundo por las restricciones de viaje impuestas para contener la propagación de la pandemia de COVID-19 y enfrentan niveles aún más altos que nunca de abuso, explotación y abandono, y un incremento de la vulnerabilidad subyacente a una infección por el VIH (40, 41).

Algunos de los 272 millones de migrantes y refugiados internacionales en todo el mundo han visto agravada su vulnerabilidad por la pandemia de COVID-19 debido a la falta de un seguro médico adecuado, ingresos insuficientes y estigmatización debido a la percepción de que los migrantes son portadores de infecciones y enfermedades.



Personas sin hogar y desempleadas hacen cola para recibir alimentos durante el confinamiento nacional como medida preventiva contra el coronavirus COVID-19, Mumbai / India. Foto: Shutterstock

Efecto sobre el riesgo de contraer el VIH

El impacto de la COVID-19 en el acceso de las mujeres a los anticonceptivos modernos podría resultar en una disminución de 6 puntos porcentuales (del 77 % al 71 %) en la proporción de mujeres en 2020 que tienen su necesidad de planificación familiar satisfecha, resultando en alrededor de 60 millones menos usuarios de anticonceptivos modernos en todo el mundo en un año

La pandemia de COVID-19 claramente ha exacerbado la vulnerabilidad preexistente de la mayoría de las poblaciones clave y prioritarias a través de múltiples mecanismos. Sin embargo, no se comprende cómo esta vulnerabilidad podría traducirse ahora y en el futuro en cambios en el comportamiento sexual o de otro tipo de alto riesgo ni cómo esto podría afectar la cantidad de personas que contraen el VIH.

El aumento de los niveles de violencia y el miedo a la violencia, ambos asociados con la COVID-19, crean una dificultad especial para las mujeres para decidir si tendrán relaciones sexuales (y con quién) y para negociar relaciones sexuales más seguras. (42). La violencia, o la posibilidad de que ocurra, desalienta a muchas mujeres que viven con el VIH a revelar su estado serológico a sus parejas, familias y proveedores de atención médica, lo que crea dificultades para que las mujeres y las niñas continúen con el tratamiento contra el VIH. (43). Esto puede provocarles graves problemas de salud, pero también reduce los beneficios de prevención de las pruebas y el tratamiento del VIH.

La educación de las niñas, especialmente la educación secundaria, protege contra la transmisión del VIH (44–46). Esta protección será una pérdida enorme y duradera después de las interrupciones escolares a causa de la COVID-19. Las lecciones aprendidas de la crisis del ébola muestran que el cierre de escuelas puede generar un aumento de la violencia de género, los embarazos de adolescentes, el matrimonio infantil, la explotación y otras formas de abuso contra las adolescentes (incluida la explotación sexual y el acoso sexual infantil) (47).

Las crisis anteriores han demostrado que las adolescentes tienen más probabilidades de abandonar la escuela después del cierre de la escuela, lo que profundiza aún más las brechas de género en la educación y conduce a un aumento de las tasas de matrimonio precoz y forzado, embarazo precoz, actividad sexual forzada o no planificada, riesgo de abuso físico y sexual por pares y hombres mayores y sexo

transaccional para cubrir las necesidades básicas (11). Todos estos factores están asociados con un mayor riesgo de contraer el VIH. El cierre de escuelas puede ser especialmente devastador para las niñas con mayor vulnerabilidad, como las refugiadas, los desplazados internos, los repatriados y las niñas con discapacidad (48), que se enfrentan a un alto riesgo de contraer el VIH a través de la violencia sexual en muchos entornos.

Además, las mujeres y las niñas en muchos entornos se han enfrentado a importantes obstáculos para acceder a los servicios, de salud sexual y reproductiva necesarios, puntos clave para la prestación de servicios críticos del VIH para mujeres y niñas, incluida la prueba del VIH, asesoramiento preventivo y programas para prevenir la transmisión maternoinfantil (49). El impacto de la COVID-19 en el acceso de las mujeres a los anticonceptivos modernos podría resultar en una disminución de 6 puntos porcentuales (del 77 % al 71 %) en la proporción de mujeres en 2020 que tienen su necesidad de planificación familiar satisfecha. En consecuencia, hay alrededor de 60 millones menos usuarios de anticonceptivos modernos en todo el mundo en un año (50). En regiones que dependen menos de métodos anticonceptivos de acción prolongada, como África subsahariana, el impacto potencial puede ser aún mayor. El aumento de embarazos no planificados puede afectar sustancialmente la necesidad de servicios para prevenir la transmisión maternoinfantil, servicios que se han visto afectados, especialmente si las interrupciones continúan durante un largo período de tiempo. Incluso, cuando los países han identificado la atención de la salud sexual y reproductiva como esencial, las limitantes en la atención médica y las prohibiciones de transporte y movilidad han obstaculizado el comportamiento de búsqueda de atención médica.

Las experiencias de Kenia sugieren que los cambios en los patrones de trabajo sexual como resultado de la COVID-19 pueden conducir a situaciones y comportamientos que aumentan el riesgo de transmisión

del VIH (51). Un programa de larga data que brinda servicios de salud sexual a trabajadores sexuales en Kenia ha estado recopilando información sobre los efectos de las interrupciones a través de debates virtuales en línea. (11). Las interrupciones han obligado a los trabajadores sexuales a adaptarse de maneras muchas veces arriesgadas. Algunos trabajadores sexuales han intentado llevar clientes a sus hogares para evitar los toques de queda, pero han encontrado problemas de privacidad y la vigilancia de los vecinos que los han denunciado por romper las reglas de distanciamiento físico y poner a sus comunidades en mayor riesgo de contraer COVID-19. Los trabajadores sexuales también han intentado ir a las casas de los clientes, pero esto es riesgoso, ya que tienen menos control sobre su entorno y no se benefician de la protección habitual de otros trabajadores sexuales, cantineros y porteros de seguridad, lo que los deja más vulnerables a situaciones físicas y violencia sexual y no recibir el pago acordado. Algunos clientes masculinos los han mantenido más allá de las horas de toque de queda, lo que los ha obligado a pasar la noche y luego deducir una tarifa por alojamiento y comida del costo acordado por el servicio. Los desacuerdos y la violencia no son infrecuentes. En los casos en que los trabajadores sexuales rompen el toque de queda para evitar esta situación, tampoco son infrecuentes los encuentros con la policía, posibles acosos y confinamientos en centros de cuarentena. En el último caso, algunos trabajadores sexuales informan haber asegurado su libertad a través de relaciones sexuales sin protección con agentes del orden. Además de estas y muchas otras humillaciones y riesgos que enfrentan, los trabajadores sexuales también han experimentado importantes pérdidas en sus ingresos. Debido a que el trabajo sexual en Kenia está penalizado y altamente estigmatizado, acceder al apoyo social y económico a través de los esquemas gubernamentales de protección social es difícil, si no imposible. Todos estos factores sugieren que el trabajo sexual puede haberse vuelto mucho más riesgoso en tiempos de COVID-19.

La Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual encuestó a sus miembros en 55 países y descubrió que las restricciones impuestas en ocasión al COVID-19 llevaron a muchos desafíos. Han expuesto a los trabajadores sexuales a una pérdida severa de sus ingresos, mayor discriminación y acoso, hambre y acceso reducido a condones y lubricantes y otros servicios vinculados con el VIH, como pruebas de VIH y reducción de daños (50, 52–54). Estas

situaciones dan cuenta de contratiempos considerables, que no presagian bien los esfuerzos para reducir la transmisión sexual en entornos de trabajo sexual.

Se dispone de muy poca información sobre el comportamiento de riesgo en otras poblaciones clave y prioritarias. Una encuesta realizada en el Reino Unido, donde las restricciones impuestas en ocasión de la COVID-19 desalientan las relaciones sexuales con una pareja casual, mostró que la mayoría de los 1386 gays y bisexuales encuestados entre el 17 de abril y el 8 de mayo informaron haberse abstenido de tener relaciones sexuales casuales durante el confinamiento, y un 57 % anticipó que evitaría el sexo casual al menos seis meses (55). Este informe puede indicar la posibilidad de tasas más bajas de transmisión del VIH en 2020. Sin embargo, las pruebas también indican que las personas se involucran en conductas sexuales de alto riesgo cuando buscan aliviar la soledad y el estrés durante la pandemia. Entre los hombres encuestados, el 24 % informó haber tenido relaciones sexuales casuales durante el confinamiento, y el 5 % informó haber tenido más de cinco parejas casuales. De igual modo, una encuesta mundial en línea entre más de 200 personas que consumen drogas de 50 países realizada en mayo de 2020 destacó graves trastornos relacionados con el COVID en sus vidas y muchas barreras para acceder a los servicios (35). Los informes anecdóticos del uso de múltiples drogas para manejar la escasez de medicamentos y las muertes asociadas con la sobredosis sugieren que es probable que la COVID-19 tenga efectos graves en la salud de las personas que consumen drogas. Sin embargo, el impacto sobre si contraen o transmiten el VIH sigue sin estar claro.

Para obtener una imagen más clara de cómo la pandemia afecta el comportamiento sexual y de otro tipo de alto riesgo, se necesitan más estudios en entornos con una prevalencia alta y baja del VIH. Se espera que las pruebas de cualquier cambio en la incidencia en tiempos de COVID-19 estén disponibles durante el próximo año, ya que los países estiman el número de personas que contraen el VIH en sus poblaciones utilizando enfoques estándar. También pueden estar disponibles datos adicionales de cohortes bien caracterizadas en entornos con una alta carga de infección por el VIH. Se requerirá una revisión cuidadosa de los cambios para evaluar en qué medida pueden estar asociados con mayores vulnerabilidades de COVID-19, cambios en el comportamiento de riesgo o interrupciones en los servicios de prevención o tratamiento del VIH.

La Red Global de Proyectos de Trabajo Sexual encuestó a sus miembros en 55 países y descubrió que las restricciones de COVID-19 llevaron a muchos desafíos, exponiendo a los trabajadores sexuales a una pérdida severa de ingresos, mayor discriminación y acoso, hambre y acceso reducido a condones y lubricantes y otros servicios VIH, como pruebas de VIH y reducción de daños

Adaptaciones e innovaciones a nivel nacional

Los países y las comunidades han respondido a la propagación de la COVID-19 que amenaza los esfuerzos de prevención del VIH de varias maneras, como se describe a continuación y se resume en la Tabla 1. Los ejemplos a nivel nacional muestran cómo estas medidas pueden complementarse y apoyarse entre sí, en un enfoque coherente e integral para enfrentar las amenazas de la COVID-19 y el VIH.

Tabla 1. Adaptaciones e innovaciones para reforzar los esfuerzos de prevención del VIH en tiempos de COVID-19

	Medidas tomadas
Fortalecer las medidas de planificación y políticas nacionales y subnacionales.	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyar la convergencia de los esfuerzos de prevención del VIH y COVID-19 • Fortalecer la coordinación y construir vínculos entre COVID-19 y las estrategias de control del SIDA. • Desarrollar planes de contingencia para el VIH, reprogramar las actividades relacionadas con el VIH según sea necesario y asegurar la financiación. • Considerar la demora temporal o la reutilización de ciertas intervenciones (como la circuncisión médica masculina voluntaria) • Fortalecer la participación de la sociedad civil en la planificación e implementación del COVID-19 y el control del SIDA. • Permitir exenciones a las restricciones relacionadas con COVID-19 para permitir la prestación continua de servicios para el VIH • Eliminar o suspender temporalmente las tarifas de usuario relacionadas con la atención médica • Brindar apoyo y suministros técnicos y financieros a las organizaciones comunitarias para permitir la prestación continua de servicios de VIH a nivel comunitario. • Fortalecer las medidas de protección social para grupos vulnerables. • Minimizar los cierres de escuelas y las interrupciones
Proteger y promover los derechos	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorear e informar casos de violencia y otras violaciones de derechos humanos entre poblaciones clave y personas que viven con el VIH durante la pandemia. • Ampliar los servicios para prevenir la violencia contra las mujeres y apoyar a las sobrevivientes • Promover y proteger los derechos y servicios sexuales y reproductivos. • Fortalecer los sistemas judiciales para dar prioridad a los casos de violencia contra la mujer y otros grupos vulnerables. • Minimizar la detención preventiva y el encarcelamiento por delitos no violentos de acuerdo con las directrices internacionales. • Reducir las desigualdades en la provisión de servicios de salud a las poblaciones en centros de internamiento. • Garantizar la prestación de servicios sociales, educativos y de salud a las poblaciones móviles y migrantes.
Reconfigurar los modelos de prestación de servicios	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar evaluaciones rápidas para identificar necesidades y oportunidades cambiantes. • Salvaguardar la salud y seguridad de COVID-19 de de ejecutores y beneficiarios • Facilitar el acceso a servicios, bienes y productos básicos esenciales • Descentralizar los servicios a los puntos de acceso preferidos por las poblaciones clave y prioritarias. • Agrupar servicios en el punto de prestación del servicio • Maximizar las opciones de prestación de servicios en línea y a distancia • Apoyar la continuidad de la cadena de suministro • Fortalecer los sistemas para rastrear los servicios provistos y la cobertura de la población.

Acciones nacionales para abordar los puntos de encuentro de la COVID-19 y el sida

Muchos países de todo el mundo tomaron medidas tempranas y decisivas para abordar las vulnerabilidades críticas, mantener los servicios de salud y crear sinergias entre los enfoques de control del sida y la COVID-19. En algunos países, los líderes nacionales en materia de VIH se movilizaron para impulsar una respuesta al COVID-19 a nivel nacional (56). Por ejemplo, en Sudáfrica, se nombró a un líder mundial en investigación de prevención del VIH para encabezar el comité asesor médico de respuesta al COVID-19, y el director del organismo nacional de coordinación del sida ayudó a coordinar un foro asesor multisectorial para dar respuesta. Los directores nacionales en materia de sida en países como Angola, Brasil, China, la República Democrática del Congo, Guatemala, Guinea, la República Islámica de Irán, Kenia, Malawi, México, Nigeria y Zambia se desempeñan como miembros de los organismos de planificación y toma de decisiones nacionales para dar respuestas al COVID-19 a nivel nacional. En otros países, como la República Democrática del Congo, Suazilandia, Ghana, Indonesia, Malawi, la República Unida de Tanzania y Zambia, los datos de ONUSIDA muestran que las organizaciones de la sociedad civil centradas en el VIH participan en la planificación de la respuesta al COVID-19 y en los esfuerzos de planificación de contingencia del VIH a nivel nacional. En Kenia, según datos de ONUSIDA, el gobierno también está fortaleciendo las estructuras para una participación comunitaria en la respuesta al COVID-19 y mitigando su impacto en la programación del VIH a nivel subnacional. Estas conexiones son importantes para garantizar que las lecciones aprendidas al abordar el VIH se apliquen a la acción de la COVID-19, para respaldar los vínculos entre la COVID-19 y otros programas de control de enfermedades y para movilizar fondos adicionales con el fin de abordar desafíos comunes.

Las autoridades sanitarias de muchos países tomaron medidas rápidas para anticipar las interrupciones del sistema de salud. Varios países aprovecharon el apoyo del Fondo

Mundial para proteger la continuidad de los programas de control de enfermedades, fortalecer los sistemas críticos para la salud y combatir la COVID-19. A principios de marzo de 2020, el Fondo Mundial permitió a los países utilizar hasta US\$ 500 millones en la flexibilidad de las subvenciones para adaptar rápidamente los programas existentes y adquirir equipos de protección, diagnóstico y suministros médicos (57). En abril, el Fondo Mundial dio un paso más al lanzar el Mecanismo de Respuesta al COVID-19 con una capacidad inicial de US\$ 500 millones. Por ejemplo, Senegal aprovechó la flexibilidad de las subvenciones para apoyar a los trabajadores de la salud que brindan servicios críticos a poblaciones clave, como las personas que se inyectan droga. ¿Cómo lo hizo? Equipando al personal de las clínicas de metadona con equipos de protección personal y adaptando los servicios para permitir controles de temperatura, el lavado de manos y el uso de mascarillas para todos los clientes (57). Otros cambios positivos durante la pandemia han incluido la eliminación o suspensión de las tarifas de usuario relacionadas con la atención médica en al menos cuatro países del África subsahariana (58).

El apoyo de las autoridades sanitarias ha sido fundamental para eliminar las barreras a la prestación de servicios comunitarios. Por ejemplo, en Kenia, el Ministerio de Salud ofreció orientación temprana y apoyo normativo a las organizaciones comunitarias para la prestación continua de servicios en el contexto de medidas estrictas para prevenir la propagación del SARS-CoV-2 (incluido un toque de queda desde el atardecer hasta el amanecer y restricciones a la circulación) (33). Según datos de ONUSIDA, en Myanmar, el gobierno ha otorgado un permiso especial para que pares y miembros de la comunidad que sirven como voluntarios de salud puedan circular sin obstáculos. Gracias al equipo de protección personal para la COVID-19 y las medidas de reducción de riesgos, pueden continuar brindando servicios de prevención del VIH, incluidas las pruebas

El apoyo de las autoridades sanitarias ha sido fundamental para eliminar las barreras a la prestación de servicios comunitarios

y los productos básicos del VIH. En otros países, como Angola y Botsuana, también se ha informado de la participación de organizaciones de servicios comunitarios y de esfuerzos de creación de capacidad. Se han creado plataformas virtuales de organizaciones de la sociedad civil y organizaciones comunitarias para facilitar la colaboración y la integración de programas en Botsuana y Camerún.

Algunos países han reconsiderado las prioridades y, en consecuencia, han dispuesto una demora temporal y la reutilización de algunas intervenciones de prevención del VIH para las cuales una pausa del programa no daría lugar a un aumento inmediato del riesgo. Por ejemplo, los programas de circuncisión médica masculina voluntaria se detuvieron en varios países durante la primera mitad de 2020 para permitir que los proveedores de atención médica sean reasignados para combatir la COVID-19 y reducir los riesgos de transmisión asociados con las congregaciones de jóvenes. En Botsuana, Lesoto, Sudáfrica y Zimbabue, por ejemplo, el número de procedimientos se desplomó. En el caso de Zimbabue, de unos 24.000 en febrero de 2020 a unos cientos un mes después de abril de 2020. Kenia también experimentó una disminución, aunque los servicios se reanudaron rápidamente después de mayo de 2020 (entre hombres y niños mayores de 15 años) (Figura 16) (58).

Otros países han tomado medidas audaces para fortalecer las medidas de protección social para limitar el impacto humano y económico de la pandemia de COVID-19, con un enfoque especial en las poblaciones vulnerables. Por ejemplo, el Ministerio de Asuntos Sociales de Indonesia ha introducido el apoyo de la red de seguridad social para los hogares de bajos ingresos, como la ayuda alimentaria y las transferencias monetarias condicionadas, y las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en el VIH han trabajado activamente para ayudar a los beneficiarios de la población clave a acceder a este apoyo en sus localidades (59). El gobierno de Tailandia pagará a los trabajadores desempleados hasta el 50 % de su salario durante un máximo de seis meses y ha destinado 45 mil millones de baht en donaciones en efectivo para apoyar a los trabajadores informales que no están cubiertos por la seguridad social (59, 60). Brasil estableció una transferencia de efectivo de emergencia de US\$ 115 por mes (o 60 % del salario mínimo)

para adultos que no tienen un trabajo formal y viven en hogares pobres que no reciben otro apoyo monetario. Las madres solteras reciben un doble beneficio. Otros países también han introducido medidas fiscales y económicas para apoyar a las mujeres en la economía (61).

Sin embargo, en general, un número insuficiente de países ha fortalecido y ampliado como corresponde los sistemas de protección social y otras medidas políticas críticas para aliviar el impacto social y económico de la COVID-19. Y aún menos países han implementado medidas sensibles al género en respuesta al COVID-19, considerando el impacto desproporcionado de la pandemia en las mujeres, en términos del aumento de la violencia contra las mujeres y las niñas, el aumento sin precedentes de cuidado no remunerado y la pérdida a gran escala de medios de vida, en especial en el sector informal, en el que las mujeres están sobrerrepresentadas (61).

Comunidades en el centro de las respuestas de emergencia

Los esfuerzos para mantener los servicios de salud durante el confinamiento debido al COVID-19 han subrayado una vez más el papel fundamental que desempeñan las organizaciones lideradas por la comunidad, que responden a las necesidades, prioridades y derechos de las poblaciones vulnerables. Las organizaciones que están en el centro de la respuesta al VIH han dado un paso adelante para liderar acciones locales y combatir tanto la COVID-19 como el VIH, desafiando la desinformación y la estigmatización, entregando suministros esenciales a los necesitados y organizando sistemas de apoyo locales. Según una encuesta de 160 organizaciones de la sociedad civil realizada por el Instituto de la Sociedad Civil para el VIH y la Salud en África occidental y central realizada en mayo de 2020, la mayoría (72 %) de las organizaciones centradas en el VIH ya estaban trabajando para crear conciencia sobre la COVID-19 en sus comunidades (56). Aunque algunas organizaciones comunitarias tuvieron éxito en la movilización de recursos financieros para el trabajo relacionado con la COVID-19, otras dijeron que estaban luchando para manejar

Otros países han tomado medidas audaces para fortalecer las medidas de protección social para limitar el impacto humano y económico de la pandemia de COVID-19, con especial énfasis en las poblaciones vulnerables.

las responsabilidades adicionales. Muchos también informaron de dificultades para obtener suficientes equipos de protección personal para su personal.

En Burkina Faso, por ejemplo, los datos de ONUSIDA muestran que las organizaciones comunitarias contra el VIH están involucradas en la respuesta al COVID-19, informan y movilizan a las comunidades, siguen los contactos de personas con diagnósticos confirmados de COVID-19 y vuelven a involucrar a las personas que se han perdido para seguimiento. En Sudáfrica, un amplio grupo de organizaciones de la sociedad civil ha formado una coalición con el Consejo Nacional de Desarrollo Económico y Trabajo, en representación de organizaciones gubernamentales, laborales, empresariales y comunitarias. Este grupo ha lanzado una campaña para promover la prevención de la COVID-19 al tiempo que identifica, defiende y aborda las necesidades fundamentales de las poblaciones vulnerables, incluidas las oportunidades de alimentos y agua, vivienda e ingresos. Swasthi, una organización no gubernamental comunitaria en la India, está distribuyendo arroz, lentejas, aceite de cocina y pequeñas cantidades de dinero en efectivo a personas transgénero y mujeres que viven con el VIH en Madurai durante la pandemia, ya que la mayoría de estas personas están luchando por trabajar y ganar dinero. (49). Según los datos de ONUSIDA, en Tailandia, las organizaciones comunitarias, el Departamento de Control de Enfermedades, el Fondo Mundial y las agencias de las Naciones Unidas se asociaron para proporcionar un paquete de apoyo para los trabajadores sexuales, incluidos alimentos, artículos de higiene personal y para prevención de la COVID-19 y productos básicos para la prevención del VIH (mascarillas, desinfectantes de manos, condones y lubricantes). En Brasil, un colectivo de trabajadores sexuales en el estado de Pará (GEMPAC) registró a mujeres en el centro de Belem para recibir canastas de alimentos y está trabajando junto con funcionarios públicos para garantizar que el apoyo prometido por el estado llegue a los trabajadores sexuales. También se abrió un canal virtual para facilitar la comunicación con los trabajadores sexuales sobre la COVID-19 junto con una campaña de recolección de alimentos para los trabajadores sexuales y su familia (62).

Protección y promoción de los derechos

La prevención y la respuesta a las violaciones de los derechos humanos y la violencia ya se reconocen como esenciales para mejorar la cobertura y la eficacia de los programas de VIH. Las crecientes vulnerabilidades y riesgos que enfrentan las poblaciones clave y prioritarias durante la pandemia de COVID-19 requieren que estos esfuerzos se intensifiquen (63). Varias organizaciones de la sociedad civil, con el apoyo de socios, están tomando medidas para abordar los desafíos a los derechos humanos relacionados con la pandemia.

Por ejemplo, las redes de la sociedad civil en Tailandia están trabajando con socios para realizar un seguimiento e informar casos de violencia y otras violaciones de derechos humanos entre poblaciones clave y personas que viven con el VIH durante la pandemia (49). Mediante una herramienta en línea, los miembros de la comunidad pueden informar a un equipo de respuesta ante crisis sobre abusos de los derechos humanos y otras formas de discriminación, incluida la violencia física, la divulgación del estado serológico del VIH, la prueba del VIH sin consentimiento y la discriminación en los lugares de trabajo y las escuelas. El equipo está formado por un grupo multidisciplinario de personas, como trabajadores de salud comunitarios, proveedores de atención médica, trabajadores sociales, abogados y agentes de policía, y puede proporcionar asistencia inmediata, incluido apoyo social y sanitario, mediar con la dirección en los lugares de trabajo y los institutos de educación y organizar a abogados voluntarios para apoyar a los sobrevivientes en los tribunales.

Varios países han tomado medidas adicionales para prevenir la violencia contra las mujeres y apoyar a las sobrevivientes de dicha violencia, incluso mediante la creación de líneas telefónicas de ayuda, refugios y centros de recepción para sobrevivientes y aceleración de los casos judiciales relacionados con la violencia de género (58, 61). Por ejemplo, en Pakistán, se mejoró una línea de ayuda nacional sobre ciberviolencia con herramientas innovadoras, como una aplicación móvil con un botón de pánico silencioso y mensaje de texto, WhatsApp y soporte en línea para un mejor acceso durante la crisis de la COVID-19. En el Estado Plurinacional de Bolivia, Chile y Colombia, las mujeres pueden denunciar la violencia y buscar

Varios países han tomado medidas adicionales para prevenir la violencia contra las mujeres y apoyar a las sobrevivientes de dicha violencia, incluso mediante la creación de líneas telefónicas de ayuda, refugios y centros de recepción para sobrevivientes y aceleración de los casos judiciales relacionados con la violencia de género.

ayuda en las farmacias, generalmente utilizando una palabra clave que alerta al personal de farmacia sobre la situación. En Sudáfrica, para el nivel 4 del confinamiento, los tribunales dieron prioridad a los casos de corrupción, delitos sexuales, violencia de género y feminicidio, delitos violentos graves, robo, asesinato y violación de las normas relativas al COVID-19. Los servicios para prevenir y responder a la violencia contra las mujeres se han integrado en los planes nacionales de respuesta al COVID-19 en varios países de enfoque de la Coalición Mundial para la Prevención, como Costa de Marfil, República Democrática del Congo, Nigeria, Sudáfrica, Uganda y Zimbabue.

Las redes de mujeres que viven con el VIH han obtenido recursos, documentando violaciones de derechos y movilizándose para ayudar a las mujeres, incluidas las de poblaciones clave, a acceder a medicamentos, alimentos y otros suministros esenciales. La Association Tunisienne de Prévention Positive, la International Community of Women Living with HIV en Costa Rica, México y Zimbabue, la National Federation of Women Living with HIV and AIDS de Nepal, Positive Women Ukraine y la Viet Nam Network of Women Living with HIV están entregando paquetes de alimentos y provisiones a las mujeres más vulnerables, incluidas las trabajadoras sexuales y las mujeres en las regiones en conflicto. La International Community of Women Living with HIV and AIDS Eastern Africa aboga por que la salud y los derechos sexuales y reproductivos se consideren servicios esenciales en el contexto de la COVID-19 (49). La red presionó con éxito al gobierno de Uganda para que eximiera a las mujeres embarazadas del confinamiento para que pudieran trasladarse a los centros de salud (49).

Crown the Woman–South Sudan, una organización comunitaria liderada por mujeres que protege y defiende los derechos de las mujeres en el país, está trabajando para llegar a las mujeres y niñas durante el confinamiento, incluso en lo relativo al cierres de las escuelas y las restricciones a la circulación (23). Está utilizando las redes sociales para contrarrestar las noticias falsas sobre la COVID-19 y realizando actividades de divulgación para proporcionar jabón, guantes e información sobre la COVID-19. Preocupada por los aumentos registrados en los matrimonios infantiles y la violencia contra las mujeres, la organización también

está generando conciencia sobre la violencia de género y utilizando una línea directa nacional que las mujeres y las niñas pueden usar para denunciar abusos y estar conectadas para recibir apoyo. En Kenia, FIDA-Kenia, una organización que defiende los derechos de las mujeres, ha lanzado una línea directa para brindar servicios gratuitos de asesoramiento y asistencia legal a personas que sufren violencia sexual y de género durante la pandemia (64).

Para abordar de forma urgente el impacto desproporcionado que la COVID-19 y las órdenes de quedarse en casa tendrían en las adolescentes y mujeres jóvenes, la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) ha adaptado la campaña "Let's talk" (Hablemos) (49). Esta campaña se creó originalmente con FPNU, SAfAIDS y Save the Children Suecia en 21 países del este y sur de África para prevenir y abordar los embarazos precoces y no deseados y mantener a las niñas en la escuela. Mediante el uso de las redes sociales, la campaña adaptada genera diálogo e información sobre cómo garantizar que las mujeres y las niñas estén seguras en el hogar, sepan dónde pueden acudir en busca de ayuda en sus comunidades y reciban apoyo para regresar a la escuela una vez que sea seguro. También en las redes se lanzan los mensajes centrales de la campaña sobre educación, salud y derechos.

Cada vez más se promulgan llamamientos para poner fin al encarcelamiento de personas por delitos menores o por delitos que no concuerden con el derecho internacional y para cerrar todos los centros de detención obligatoria y rehabilitación en los que se detiene a personas sospechosas de consumir drogas o que son trabajadoras sexuales (65, 66). En un intento por limitar la propagación de la COVID-19 en lugares de encarcelamiento abarrotados y hacinados, varios países están considerando o aplicando reformas prácticas, como usar la detención como último recurso, evitar la prisión preventiva y permitir la liberación anticipada o la detención domiciliaria de las personas condenadas por delitos no violentos (67). Afganistán, Chile, India, Indonesia, la República Islámica de Irán, Myanmar, Sudáfrica y Tailandia han liberado recientemente de prisión a un gran número de personas condenadas por delitos no violentos, y muchos más países están liberando personas en prisión preventiva (68). Por ejemplo, según datos de

ONUSIDA, todos los años en Myanmar, el presidente indulta a presos seleccionados como parte de las celebraciones del Año Nuevo del país. En 2020, se liberó a un número inusualmente elevado de prisioneros: unos 25 000 presos de 18 cárceles de todo el país.

También se han puesto en marcha medidas audaces para llegar a los migrantes y refugiados, que ya se enfrentan a enormes desafíos con medios de vida precarios y un acceso deficiente a viviendas dignas, educación y recursos sanitarios. Por ejemplo, la pandemia ha impulsado innovaciones en la educación de niños y jóvenes (49). Egipto se ha comprometido a garantizar el acceso a la educación de los niños refugiados dentro del sistema educativo nacional. Con la llegada de la COVID-19, Egipto ha experimentado con aulas virtuales y el uso de una plataforma de transmisión y estaciones de televisión para transmitir las clases escolares. Y en el Estado Plurinacional de Bolivia, ACNUR y organizaciones asociadas están organizando aulas móviles para niños refugiados y migrantes venezolanos que no han tenido acceso a actividades educativas formales, de aprendizaje a distancia o recreativas desde el confinamiento. Esto ha ayudado tanto a identificar los riesgos de violencia de género dentro de las familias durante el confinamiento como a desarrollar un centro de día móvil para mujeres que se ha puesto a prueba en paralelo con el aula. En las fronteras de la República Bolivariana de Venezuela, donde las personas regresan debido al COVID-19, FPNU y ONUSIDA ofrecen a las mujeres en cuarentena obligatoria métodos anticonceptivos (inyecciones de acetato de medroxiprogesterona y condones) y pruebas voluntarias del VIH. Las mujeres también reciben kits de dignidad, que incluyen artículos de higiene personal y documentos informativos sobre la violencia de género y el VIH.

La crisis también ha provocado llamados para fortalecer los enfoques de cobertura universal de salud de manera que se dé prioridad a las poblaciones marginadas con mayor riesgo tanto de COVID-19 como del VIH. Por ejemplo, la propagación de la COVID-19 ha subrayado la obligación de todos los estados, según el derecho internacional de los derechos humanos, de proteger la salud de las personas que permanecen en prisiones y centros de detención (69). En otro ejemplo, la comunidad mundial de consumidores de drogas ha pedido que los servicios de reducción de daños se incluyan en el

paquete de beneficios de los sistemas de cobertura universal de salud. Argumenta que los principios de la cobertura sanitaria universal exigen que se atiendan en primer lugar las necesidades de las personas más pobres y vulnerables, incluidas las personas que se inyectan droga (49).

Reconfiguración de los modelos de prestación de servicios

Los proveedores de servicios de salud y las organizaciones comunitarias han respondido a la crisis cambiando la forma en que brindan servicios de prevención del VIH para minimizar las interrupciones de los servicios más esenciales. Muchos países han tenido que reasignar personal de enfermedades no transmisibles para cubrir las necesidades de la COVID-19 (70). Las adaptaciones han incluido el cambio de tareas con una mayor participación de proveedores no profesionales y de pares, la implementación de autoevaluaciones, la provisión ampliada de medicamentos y suministros (incluidos condones, agujas y jeringas y medicamentos antirretrovirales) y servicios de apoyo a distancia (56). Estas medidas sirven para descongestionar las instalaciones de salud sobrecargadas y acercar los servicios a las personas que los necesitan, al tiempo que aumentan el control que se invierte en manos de las personas y las comunidades.

Muchos de los cambios realizados se han inspirado en modelos de servicios comunitarios que fueron pioneros en los años de respuesta al VIH. Estos modelos se caracterizan por su fuerte enfoque en el cliente, su capacidad de respuesta y flexibilidad y su atención a las realidades más amplias de las comunidades en las que están integrados (56). Las innovaciones en el contexto de la COVID-19 han llevado estos modelos aún más lejos para abordar los desafíos que enfrentan las personas con mayor riesgo de infección tanto por COVID-19 como por VIH y la mayor vulnerabilidad que enfrentan a raíz de la pandemia.

Los países prioritarios de la Coalición Mundial para la Prevención han informado sobre las medidas tomadas para continuar con los servicios esenciales de prevención del VIH como parte de su mecanismo de presentación de informes anuales. Los datos informados en octubre de 2020 muestran que, en general, alrededor de dos tercios de los países prioritarios de

Los proveedores de servicios de salud y las organizaciones comunitarias han respondido a la crisis cambiando la forma en que brindan servicios de prevención del VIH para minimizar la interrupción de los servicios más esenciales.

la Coalición habían tomado medidas para continuar con los servicios de divulgación seguros para las mujeres jóvenes y las poblaciones clave y que aproximadamente la mitad de los países prioritarios de la Coalición brindan servicios de asesoramiento en línea para las poblaciones clave (Tabla 2) (58). Casi todos los países prioritarios de la Coalición informaron que proporcionaron

la distribución de condones durante varios meses, y más de dos tercios hicieron lo mismo con PrEP. Ocho países de la Coalición habían adoptado la distribución de agujas y jeringas por varios meses para las personas que se inyectan droga, y siete países proporcionaron dosis para llevar a casa de la terapia de sustitución de opiáceos.

Tabla 2. Cambios realizados en la prestación de servicios de prevención en los países prioritarios de la Coalición, 2020

	Mujeres jóvenes		Grupos de población clave		Preservativos		PPrE		Tratamiento del VIH		Reducción de daños	
	Continuación segura de la divulgación	Asesoramiento en línea	Continuación segura de la divulgación	Asesoramiento en línea	Distribución adoptada durante varios meses	Acceso alternativo	Distribución adoptada durante varios meses	Acceso alternativo	Distribución adoptada durante varios meses	Acceso alternativo	Agujas y jeringas: distribución de grandes cantidades	Terapia de sustitución de opiáceos (dosis para llevar a casa)
Región africana												
Angola	Verde	Naranja	Verde	Naranja	Verde	Verde	Verde	Naranja	Verde	Naranja	Naranja	Naranja
Botsuana	Verde	Verde	Verde	Verde	Naranja	Verde	Naranja	Verde	Naranja	Naranja	Naranja	Naranja
Camerún	Verde	Verde	Naranja	Verde	Verde	Verde	Verde	Naranja	Verde	Verde	Naranja	Naranja
Costa de Marfil	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Naranja	Verde	Verde	Naranja	Naranja
República Democrática del Congo	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde
Suazilandia	Verde	Naranja	Verde	Naranja	Verde	Verde	Verde	Naranja	Verde	Naranja	Naranja	Naranja
Etiopía	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Naranja	Naranja	Naranja
Ghana	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Naranja	Naranja	Naranja	Naranja
Kenia	Verde	Naranja	Verde	Naranja	Verde	Verde	Verde	Naranja	Verde	Naranja	Naranja	Naranja
Lesoto	Verde	Naranja	Verde	Naranja	Verde	Verde	Verde	Naranja	Verde	Naranja	Naranja	Naranja
Malawi	Verde	Naranja	Verde	Naranja	Verde	Verde	Verde	Naranja	Verde	Naranja	Naranja	Naranja
Mozambique	Verde	Naranja	Verde	Naranja	Verde	Verde	Verde	Naranja	Verde	Naranja	Naranja	Naranja
Namibia	Verde	Naranja	Verde	Naranja	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Naranja	Naranja
Nigeria	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Naranja	Verde	Verde	Naranja	Naranja
Sudáfrica	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Naranja	Verde	Verde	Verde	Naranja	Naranja
Uganda	Verde	Naranja	Verde	Naranja	Verde	Verde	Verde	Naranja	Verde	Naranja	Naranja	Naranja
República Unida de Tanzania	Verde	Naranja	Verde	Naranja	Verde	Naranja	Verde	Verde	Naranja	Naranja	Verde	Naranja
Zambia	Verde	Naranja	Verde	Naranja	Verde	Verde	Verde	Naranja	Verde	Naranja	Naranja	Naranja
Zimbabue	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde	Naranja	Verde	Naranja	Naranja	Naranja
Otras regiones												
Brasil	Naranja	Naranja	Verde	Naranja	Verde	Verde	Verde	Naranja	Verde	Verde	Naranja	Naranja
China	Naranja	Naranja	Verde	Verde	Verde	Verde	Naranja	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde
India	Naranja	Naranja	Verde	Verde	Verde	Verde	Naranja	Verde	Verde	Verde	Verde	Verde
Indonesia	Naranja	Naranja	Verde	Verde	Verde	Verde	Naranja	Naranja	Naranja	Naranja	Verde	Verde
Irán (República Islámica de)	Naranja	Naranja	Verde	Verde	Verde	Verde	Naranja	Naranja	Naranja	Naranja	Verde	Verde
México	Naranja	Naranja	Verde	Naranja	Verde	Verde	Naranja	Verde	Verde	Naranja	Naranja	Naranja
Myanmar	Naranja	Naranja	Verde	Verde	Verde	Verde	Naranja	Naranja	Naranja	Verde	Verde	Verde
Pakistán	Naranja	Naranja	Verde	Naranja	Verde	Verde	Naranja	Naranja	Naranja	Verde	Verde	Naranja
Ucrania	Naranja	Naranja	Naranja	Naranja	Naranja	Naranja	Verde	Verde	Verde	Naranja	Verde	Verde

Fuente: Informes del Portal sobre la COVID-19 de ONUSIDA.

Nota: Los datos de esta tabla son proporcionados por las oficinas de país de ONUSIDA. El sombreado naranja significa que la adaptación no se realizó en el momento del informe. El sombreado verde significa que se hicieron adaptaciones, pero esto no implica que ya se hayan implementado adaptaciones en todas las ubicaciones o todos los programas dentro del país. El sombreado gris remite a los países en los que las mujeres jóvenes no son la prioridad de los programas específicos de prevención del VIH.

A continuación se proporcionan ejemplos de cambios en la prestación de servicios de prevención del VIH para poblaciones clave y prioritarias durante 2020. Estos ilustran cómo los programas en diferentes entornos han funcionado en varios frentes, y han combinado enfoques para cerrar brechas críticas en la prestación de servicios. También muestran cómo se han aprovechado las oportunidades para agrupar una gama de servicios esenciales, con el objetivo de desarrollar la resiliencia de las comunidades y del sistema de salud ante las tensiones relacionadas con la COVID-19.

La prueba de autodiagnóstico del VIH, que permite a las personas elegir por sí mismas las circunstancias en las que se someten a la prueba del VIH, tiene la ventaja de descongestionar los establecimientos de salud y aumentar el acceso a las pruebas del VIH a las poblaciones con mayor riesgo de infección por el VIH. Según datos de ONUSIDA, Burundi, Suazilandia, Guatemala y Myanmar se encuentran entre los países que han informado de la expansión de la prueba de autodiagnóstico del VIH durante la pandemia de COVID-19. Cuando se implementan con los vínculos necesarios con la atención, estas medidas pueden aumentar el alcance y la cobertura de las pruebas del VIH y el acceso al tratamiento entre las personas más necesitadas. Por ejemplo, en Kenia, tres organizaciones comunitarias que trabajan con gays y otros hombres tomaron medidas para adaptar los servicios de VIH en el contexto de la COVID-19 con el apoyo de las autoridades sanitarias (33). Cambiaron a plataformas y estrategias virtuales para la divulgación y servicios móviles para la entrega de condones y kits de autodiagnóstico del VIH. También recaudaron fondos para proporcionar ayuda alimentaria y trabajaron con las autoridades locales para garantizar que los miembros más pobres de su comunidad tuvieran acceso al apoyo de protección social específico de la COVID-19. Se obtuvieron resultados alentadores del programa en términos de un aumento gradual de las pruebas del VIH realizadas después de una disminución inicial.

Se han desarrollado varios mecanismos en otros entornos para llegar a las poblaciones necesitadas y prestar servicios en puntos descentralizados o en los hogares de las personas. En la República Islámica de Irán, las unidades móviles que normalmente se utilizan para prestar servicios a personas con alto riesgo de infección por el VIH se adaptaron y equiparon con equipos de

protección personal, incluidos guantes, mascarillas, desinfectantes para manos, jabón y toallitas con alcohol (23). Luego, las unidades se enviaron a puntos críticos en todo el país, donde han estado distribuyendo material educativo sobre la COVID-19, equipos de protección personal y paquetes de alimentos a mujeres vulnerables y personas que se inyectan droga. También realizan pruebas de detección del SARS-CoV-2 y remiten los casos sospechosos de infección a los centros médicos. Según datos de ONUSIDA, las autoridades también permitieron que las clínicas privadas de tratamiento de mantenimiento con metadona (de las cuales hay más de 6000 en el país) desembolsaran metadona para llevar a casa durante un mes como máximo y a las clínicas públicas de tratamiento de mantenimiento con metadona hasta una semana. Otros artículos, como el apoyo de la canasta de alimentos, fueron entregados por equipos de extensión o disponibles en la puerta de los centros de reducción de daños en un horario predeterminado para evitar reuniones y hacinamiento.

Ashodaya Samiti, una organización de trabajadores sexuales, lanzó un programa de asistencia durante el estricto confinamiento de la India. Frente a la repentina pérdida de medios de vida, atención médica y protección social, Ashodaya adaptó su programa de difusión sobre el VIH para formar un sistema alternativo de terapia antirretroviral dirigido por la comunidad en lugares discretos y privados. La mensajería de WhatsApp se utilizó para distribuir información sobre el acceso a los beneficios sociales del gobierno puestos a disposición en respuesta a la pandemia de COVID-19. Otra asistencia incluyó mensajes de advertencia publicados en grupos de WhatsApp para crear conciencia, disipar mitos y mitigar la violencia y controles telefónicos regulares y discretos para hacer un seguimiento del bienestar de los miembros. El establecimiento de este sistema alternativo implicó obtener la autorización necesaria a nivel de distrito y asegurar los recursos necesarios (incluidas las reservas de medicamentos antirretrovirales), recopilar la información disponible sobre los miembros que viven con el VIH y que reciben TAR, geomapear los sitios de distribución discretos y garantizar la privacidad en estos lugares y movilizar a los navegadores comunitarios de atención sanitaria preexistentes, que sirven de enlace entre el sistema sanitario oficial y los miembros de la comunidad (72).

Campaña multisectorial conducida por la comunidad para la protección social de las poblaciones clave

Introducción - Esta es la historia de una comunidad que lidera una asociación multisectorial entre las poblaciones clave del VIH, la sociedad civil, el Gobierno de la India, ONUSIDA, el Mecanismo de Coordinación de País de la India y el Fondo Mundial, para garantizar el acceso a la ayuda COVID para alimentos de emergencia, refugio y servicios médicos para las poblaciones clave en la India.

El problema - Las poblaciones clave de VIH, especialmente las trabajadoras sexuales femeninas y transgénero, los consumidores de drogas y los niños huérfanos y vulnerables, se ven afectados de manera desmesurada por la pandemia en curso. No tienen acceso a transferencias de efectivo y alimentos de emergencia por parte del gobierno debido al escaso acceso a los documentos de identidad necesarios, lo que en sí mismo es una consecuencia de su extrema marginalización o penalización. Las instituciones multilaterales como el Banco Mundial y el Fondo Mundial han restringido en gran parte el apoyo al fortalecimiento de los sistemas de salud: equipos de prueba COVID, PPE para trabajadores de la salud y suministro de TAR a domicilio. La falta de seguridad alimentaria básica y de alojamiento seguro de los trabajadores sexuales como de los consumidores de drogas ha exacerbado la vulnerabilidad al VIH, la tuberculosis y la COVID, así como al aislamiento social, la discriminación y la violencia.

Enfoque - Siete redes nacionales de trabajadoras sexuales femeninas, transgénero y mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres, usuarios de drogas y personas que viven con el VIH lanzaron una campaña con el GFATM para que incluya medidas de protección social de emergencia para las poblaciones clave extremadamente vulnerables como parte de su paquete de ayuda COVID a la India. El Fondo Mundial invitó a las redes a presentar una propuesta por USD 10 millones y el gobierno brindó apoyo incondicional para una solicitud dirigida por la comunidad. Mediante consultas comunitarias a nivel nacional, las redes elaboraron y aportaron el número de beneficiarios, los criterios de inclusión, las solicitudes críticas y los mecanismos de implementación, y ONUSIDA brindó apoyo técnico para desarrollar la propuesta. El mecanismo de coordinación de país de la India (ICCM) ratificó la propuesta por unanimidad y presentó la solicitud al GFATM, que fue respaldada por el CCM y aprobada por la Junta del GFATM.



En Chennai, India, el Tamil Nadu's Drug Users Forum (TNDUF), una red comunitaria de personas que consumen droga, y Hoppers Foundation, una organización comunitaria que brinda servicios de reducción de daños a las personas que se inyectan droga, se unieron para vincular personas sin hogar de la calle a la terapia de sustitución de opiáceos proporcionada por la Tamil Nadu State AIDS Control Society. Las autoridades nacionales acordaron autorizar el suministro de dosis para llevar a casa de terapia de sustitución de opiáceos, y los miembros de TNDUF recibieron capacitación en línea para actuar como primeros equipos de respuesta (23, 73). El TNDUF también obtuvo permiso de las autoridades ferroviarias para que las personas que consumen drogas duerman en los andenes ferroviarios y tengan acceso a los baños y al agua potable del ferrocarril, una medida crítica para evitar una mayor propagación del SARS-CoV-2.

Para garantizar el apoyo continuo a las madres y mujeres embarazadas que viven con el VIH y prevenir la transmisión del VIH a sus bebés, Uganda ha previsto la entrega de TAR puerta a puerta y otros servicios de salud (57). Suazilandia y Kenia tomaron medidas para la entrega de condones, lubricantes y kits de autodiagnóstico del VIH a puntos clave de distribución comunitarios favorables de fácil acceso para la población (58). En Ucrania, los proveedores de servicios y el Ministerio de Salud se aseguraron de que casi todas las personas que estaban recibiendo terapia de sustitución de opiáceos recibieran reservas para 10 días en lugar de tener que ir a las instalaciones todos los días (58, 75).

Según los datos de ONUSIDA, en Pakistán, un desafío inicial fue garantizar que el flujo de medicamentos antirretrovirales desde Islamabad (central) a las provincias, luego a los centros de TAR del distrito y luego a los beneficiarios no se interrumpiera durante el confinamiento mediante el uso de la Oficina Postal del Gobierno para enviar medicamentos a la provincia y luego trabajar con miembros locales de la Association of People Living with HIV para ayudar a la provincia a llevarlos a las puertas de los beneficiarios. La Khawaja Sira Society está trabajando con los gobiernos provinciales para garantizar que las personas que viven con el VIH puedan recibir resurtidos de medicamentos antirretrovirales durante varios meses en sus hogares y se está acercando a las

personas transgénero para promover sus conocimientos sobre la COVID-19 y la prevención del VIH (49).

El uso de plataformas en línea para llegar a las poblaciones clave ha sido durante mucho tiempo parte de la programación del VIH, incluso en entornos con conectividad limitada (76). Se ha vuelto esencial para mantener los servicios básicos de VIH y apoyar la divulgación de la COVID-19 durante el distanciamiento físico y las restricciones de viaje. Las plataformas en línea pueden ayudar a mantener el contacto con los beneficiarios y llegar a nuevos clientes mediante las redes sociales y las aplicaciones de mensajes; proporcionar información sobre cómo mantener la seguridad y los servicios de abastecimiento; apoyar a las personas que reciben TAR o PrEP a través de la gestión y el apoyo de casos virtuales; reservar citas; y brindar orientación y asistencia técnica a los socios clínicos y comunitarios (77).

En Rabat, Marruecos, la Moroccan Family Planning Association ha estado trabajando durante todo el confinamiento para garantizar el acceso continuo a los servicios de salud sexual y reproductiva y de VIH para las personas más vulnerables. Los servicios cambiaron rápidamente a formatos telefónicos y en línea, y proporcionaron consultas virtuales y servicios de detección de violencia de género, referencias y, según sea necesario, servicios a domicilio. Una preocupación central durante este tiempo ha sido garantizar que las personas que viven con el VIH todavía tengan acceso a los medicamentos antirretrovirales y que las mujeres embarazadas que viven con el VIH puedan dar a luz a sus bebés de manera segura sin riesgo para su propia salud (incluida la exposición al SARS-CoV-2) y sin riesgo de transmisión vertical del VIH (23).

El Ministerio de Salud de Lesotho y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), a través de su socio en la ejecución Help Lesotho, están proporcionando asesoramiento de salud a distancia, información sobre la COVID-19 y apoyo psicosocial mediante consultas virtuales para hombres y niñas y mujeres adolescentes embarazadas o que amamantan de entre 15 y 24 años y sus hijos, y participando en el programa 2gether 4 SRHR (49). Las consultas se realizan a través de mensajes individuales y llamadas telefónicas que abordan temas

relacionados con la continuidad y el acceso a la atención maternoinfantil, la prevención de la transmisión vertical, la salud sexual y reproductiva, la prevención y las pruebas del VIH, la salud mental, el registro de nacimientos y la prevención de violencia sexual y de género.

En Brasil, un programa de salud sexual que incluía PrEP entre las poblaciones clave de adolescentes introdujo adaptaciones específicas para observar las medidas recomendadas de contención y mitigación de la COVID-19 (78). El reclutamiento ahora se basa exclusivamente en las actividades de los educadores de pares en las plataformas de redes sociales y aplicaciones de conexión, y la mayoría de las consultas de PrEP y otros servicios de apoyo y consultas de salud sexual ahora son en línea. Suministros como condones, lubricantes y medicamentos se entregan por correo o entrega rápida.

La The Eurasian Union of Adolescents and Youth, Teenergizer, (79) no solo ha continuado su apoyo a las adolescentes y mujeres jóvenes afectadas por el VIH, sino que también ha ampliado sus servicios durante el confinamiento de la COVID-19 en Europa oriental y Asia central. Teenergizer ha pasado a proporcionar servicios en línea, como la facilitación de grupos de apoyo confidenciales para adolescentes que viven con el VIH, pasantías para adolescentes VIH-negativos y capacitación para instituciones educativas. Las consultas en el sitio web sobre consejería en línea entre pares en teenergizer.com se han cuadruplicado desde que comenzaron los confinamientos. A través de una serie de transmisiones en vivo, videos y artículos en las redes sociales, se llegó a miles de adolescentes y jóvenes de la región gracias a la campaña #StaySafe. Recibieron información confiable sobre cómo obtener apoyo psicológico y ayuda para adaptarse a las órdenes de cuarentena y a las medidas de seguridad durante la pandemia y recibieron educación sexual e información sobre el VIH (49).

Modelos relacionados con la forma en que la COVID-19 afecta el riesgo de infección por el VIH

En los estudios de modelado realizados una vez que la pandemia de COVID-19 comenzó a propagarse se utilizaron modelos existentes desarrollados para rastrear y proyectar cambios en la epidemia

del VIH. La mayoría de estos modelos se centraron en la mortalidad; se evaluó cómo las interrupciones en los servicios de TAR afectarían los patrones de mortalidad relacionada con el SIDA. Algunos de los modelos también pudieron evaluar el impacto potencial de las reducciones en los servicios de prevención.

Utilizando uno de esos modelos, se estimaron los efectos de las interrupciones de tres y seis meses en la circuncisión masculina, los programas de cambio de comportamiento y la distribución de condones (80). Este modelo se aplicó a datos de 12 países de África, tres del oeste (Camerún, Costa de Marfil y Nigeria) y el resto, a datos del este y sur de África. El modelo sugirió que un efecto negativo de estas breves interrupciones, el aumento de la transmisión del VIH, probablemente sería más que compensado por reducciones en el sexo comercial y con múltiples parejas. Se llegó a una conclusión similar en otro ejercicio de modelado utilizando datos sobre gays y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres de los Estados Unidos (81). El modelo no incluye otros efectos negativos, especialmente la vulnerabilidad o, más específicamente, factores como la pérdida de ingresos para los trabajadores sexuales y, por lo tanto, no puede abordar estos efectos. Esta incapacidad para tener en cuenta una mayor vulnerabilidad hace que la utilidad de este y otros modelos sea algo limitada.

En una actualización de este modelo, en la que se utilizan datos hasta noviembre de 2020, se agregó una posible interrupción de dos años a los escenarios de tres y seis meses y se calculó la cantidad de personas que contraen el VIH en cada uno (2). Estas estimaciones van desde 123 000 para una interrupción de tres meses hasta 293 000 para una interrupción de dos años. El número adicional de personas que mueren por causas relacionadas con el sida aumenta de 69 000 a 148 000 en los tres escenarios. En este mismo modelo se estimó que la cantidad de niños de 0 a 14 años que contraen el VIH podría duplicarse si las interrupciones del servicio afectarían al 100 % de la población durante un período de seis meses entre abril y septiembre de 2020 (82).

Este modelo también predijo que las restricciones de la COVID-19 podrían afectar profundamente los servicios de tratamiento, duplicar o incluso triplicar el número de personas que mueren

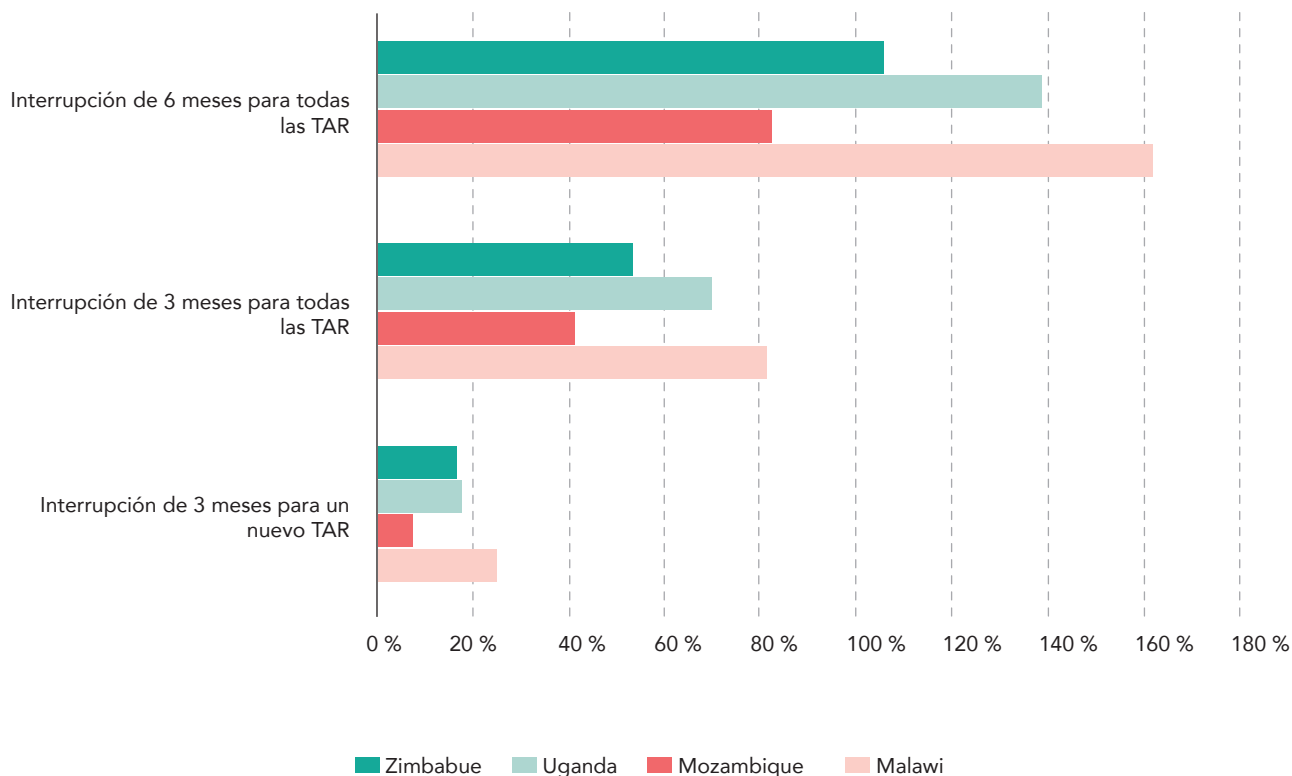
por causas relacionadas con el sida. Sin embargo, los datos de los países que informan a ONUSIDA a través del Portal sobre la COVID-19 de ONUSIDA y comparten sus datos sobre interrupciones del servicio de VIH sugieren que las interrupciones del servicio han sido más temporales, más cercanas a la normalidad, sin causar cambios drásticos en el número de personas que mueren de causas relacionadas con el sida.

El modelo también abordó el impacto potencial de las interrupciones en los programas para prevenir la transmisión maternoinfantil. Calculó que poner fin por completo a los programas para prevenir la transmisión maternoinfantil podría conducir a un aumento significativo en el número de niños que contrajeron el VIH en 2020. La Figura 2 muestra el aumento del porcentaje de niños que contraen el VIH calculado para las diferentes duraciones de las interrupciones en todos los TAR y en el TAR

para nuevas personas que viven con el VIH en cuatro países (49).

La cobertura actual de los programas para prevenir la transmisión maternoinfantil son elevados en la mayoría de los países, lo que resulta en que pocos niños contraigan el VIH. **Cualquier interrupción en los servicios para prevenir la transmisión maternoinfantil podría causar grandes aumentos, desde alrededor del 10 % por interrupción a nuevos destinatarios solo hasta el 100 % o más por interrupciones de seis meses en todos los servicios para prevenir la transmisión maternoinfantil.** El modelo no tuvo en cuenta las interrupciones en los servicios de planificación familiar como consecuencia de las restricciones de la COVID-19, que también se prevé que son significativas. Esto podría exacerbar aún más el efecto al aumentar los embarazos no planificados para todas las mujeres, incluidas las que viven con el VIH, y aumentar la necesidad

Figura 2. Número de niños que contraen el VIH tras interrupciones en el suministro de TAR durante tres y seis meses en cuatro países



Source : Stover J, Chagoma N, Taramusi I, Teng Y, Glaubius R, Mahiane G. Estimation of the potential impact of COVID-19 responses on the HIV epidemic: analysis using the goals model. medRxiv. 2020 (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.04.20090399v1>, consultado el 24 marzo de 2021).

de servicios para prevenir la transmisión maternoinfantil. En un modelo adicional se estimaron tanto el efecto directo de las interrupciones en los servicios de salud maternoinfantil, más allá de los servicios de planificación familiar, como la disminución del acceso a los alimentos (83). Más allá de las interrupciones en los servicios para prevenir la transmisión maternoinfantil y la planificación familiar únicamente, este modelo proyectó aumentos devastadores en el número de madres y niños que mueren.

Otro estudio de modelado se basó en cinco modelos bien descritos de la epidemia del VIH para investigar el impacto potencial de las interrupciones que van desde seis meses a un año que afectan al 20 %, 50 % y 100 % de la población (3). Las posibles interrupciones incluyeron los servicios de prevención, pruebas y tratamiento del VIH, y los posibles resultados adversos incluyeron un aumento de la transmisión y un aumento de las muertes. Ninguno de los modelos proyectó un aumento en la mortalidad por VIH debido a interrupciones en los servicios de prevención, excepto por un aumento muy pequeño como resultado de una interrupción del 100 % de los servicios para prevenir la transmisión maternoinfantil en el modelo GOALS.

Ninguno de los modelos previó un aumento en la incidencia del VIH debido a la interrupción de los servicios de circuncisión médica masculina voluntaria. Todos los modelos proyectaron pequeños aumentos como resultado de una interrupción del 20 % en la disponibilidad de condones, y las interrupciones aumentaron con el aumento del nivel y la duración de la interrupción. Dos modelos (GOALS y Optima HIV) también proyectaron pequeños aumentos en la transmisión maternoinfantil a través de los niveles de interrupción (los otros no incluían programas para prevenir la transmisión maternoinfantil). Todos los modelos proyectaron pequeños aumentos en la transmisión del VIH como resultado de la interrupción del TAR, que oscilaron entre el 7 % y el 32 %, y un modelo estimó un aumento de más de tres veces en los

nuevos casos de VIH como resultado de la interrupción completa del TAR. Específicamente, los modelos estimaron lo siguiente.

- Las interrupciones en los programas voluntarios de circuncisión médica masculina solo tendrían un pequeño efecto en la incidencia del VIH.
- Las interrupciones en los programas de divulgación y condones para el 50 % de las personas pueden llevar a un aumento del 19 % en el número de personas que contraen el VIH durante un año, pero si las reducciones en las relaciones sexuales con parejas no regulares también son resultado del distanciamiento físico, el número de personas recién infectadas puede en realidad disminuir.
- Una interrupción de seis meses que afecte al 50 % de las personas en los programas de PrEP, que en la actualidad son pequeños en la mayoría de los entornos, podría aumentar la cantidad de personas que contraen el VIH, pero solo ligeramente.

De igual modo, se desarrolló un modelo matemático que estima cómo las interrupciones de la COVID-19 de tres, cuatro y seis meses afectarían a los gays y a otros hombres que tienen sexo con hombres en China (84). Utilizando datos regionales que mostraron una reducción del 59 % en la cantidad de gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que reciben pruebas clínicas, una reducción del 34 % en el inicio del TAR, una reducción del 62 % en la cantidad de parejas sexuales y una reducción del 25 % de reducción en el uso constante de condones, el modelo predijo que las reducciones observadas en el uso de condones aumentarían el número de personas que contraen el VIH en entre un 5 y un 14 %. Al igual que en los modelos anteriores, este aumento podría compensarse con reducciones en el número de parejas sexuales.

Interrupciones en la prestación de servicios relacionados con el VIH y efectos sobre el acceso y la cobertura

Sinopsis

Aunque las proyecciones de los modelos matemáticos presentan un panorama aleccionador del impacto potencial de la pandemia de COVID-19 en la respuesta al sida, se necesitan datos empíricos de los países para evaluar lo que realmente ha sucedido. Esta sección presenta datos relevantes para nuestra evaluación de los servicios de prevención del VIH en tiempos de COVID-19. Se basa principalmente en el trabajo de varias organizaciones, incluido el Fondo Mundial, PEPFAR y ONUSIDA, que están rastreando activamente las interrupciones de los servicios del VIH a raíz de la pandemia.

El Fondo Mundial, por ejemplo, ha puesto en marcha un mecanismo para identificar posibles riesgos e interrupciones en los 106 países que reciben su apoyo y publica actualizaciones periódicas (85). ONUSIDA también ha estado rastreando el impacto a nivel nacional de las interrupciones en los servicios esenciales del VIH a través de su Portal sobre la COVID-19. Este conjunto de datos en evolución se deriva de los informes mensuales presentados por las oficinas de país de ONUSIDA. De ninguna manera está completo, pero varios países han presentado suficientes datos de tendencias para permitir observaciones preliminares para el período comprendido entre el 1 de enero y el 30 de septiembre de 2020.

En general, los datos de tendencias actualmente disponibles sugieren que las interrupciones en los esfuerzos de tratamiento del VIH pueden no ser tan graves como se temía y que su impacto en la mortalidad relacionada con el SIDA puede ser menor que el sugerido por los modelos matemáticos. Si bien se han producido interrupciones sustanciales del tratamiento, parece que se han resuelto rápido, según los informes de los países, lo que da la impresión de que los sistemas de tratamiento que se han implementado son realmente resistentes. La expansión de estos

programas de tratamiento se ha ralentizado pero, en general, la pérdida de personas en tratamiento ha sido limitada. Una excepción notable es Sudáfrica, donde se estima que se han perdido 300 000 personas en tratamiento, aunque esto todavía es menos del 5 % del número total que recibe TAR en el país. Mantener a tantos en tratamiento en las condiciones que presenta la pandemia es un tributo al programa de Sudáfrica.

Sin embargo, el panorama que surge para los servicios de prevención del VIH es más heterogéneo, con grados variables de interrupciones en los servicios y con el tiempo. La mayoría de los programas se han visto afectados, como lo demuestran los datos del Fondo Mundial que documentan interrupciones generalizadas en el trabajo del VIH, la tuberculosis y la malaria como resultado de la COVID-19. El informe más reciente del Fondo Mundial (85) muestra que la mayoría de los países informantes tenían interrupciones moderadas, de alto o muy alto nivel de los programas de VIH (72 %), tuberculosis (74 %) y malaria (53 %) al 15 de diciembre. Sobre el VIH, la encuesta identificó interrupciones significativas en los programas de prevención, que a menudo dependen de intervenciones comunitarias y cara a cara que se vuelven imposibles durante los confinamientos y otras restricciones (86). La pandemia también ha provocado interrupciones en la cadena de suministro de medicamentos clave contra el VIH y de los suministros de prevención destinados a algunas de las poblaciones más vulnerables y de mayor riesgo. Las cadenas de suministro de medicamentos antirretrovirales, de medicamentos para la profilaxis previa a la exposición y de medicamentos para la terapia de sustitución de opiáceos se han visto amenazadas.

Se han observado interrupciones en los servicios de prevención para las poblaciones clave en varios países (9). También se han detectado interrupciones

La mayoría de los programas se han visto afectados, como lo demuestran los datos del Fondo Mundial que documentan interrupciones generalizadas en el trabajo del VIH, la tuberculosis y la malaria como resultado de COVID-19.

en los servicios de prevención del VIH en general. El efecto en algunos países ha sido agudo y profundo. En Zimbabue, por ejemplo, la respuesta al COVID-19 (incluido un confinamiento) contribuyó a una fuerte disminución en el número de personas que viven con el VIH que reciben servicios durante el período de abril a junio de 2020, incluida una disminución del 59 % en el número de personas que reciben pruebas del VIH, una reducción del 15 % en la distribución de kits de autoevaluación y una reducción del 49 % en las personas con infecciones de transmisión sexual sometidas a una prueba de sífilis (87). Sin embargo, según los países seleccionados que informaron datos de tendencias, muchas interrupciones en los programas de prevención del VIH que se encontraron durante los primeros meses de la pandemia de COVID-19 parecen estar resolviéndose, como indican los resultados más detallados que se muestran a continuación.

Los datos presentan desafíos de interpretación, dado el uso de medidas *ad hoc* para capturar un desafío nuevo y en rápido desarrollo. Sin embargo, estos datos y los informes de los países transmiten la sensación de que los programas luchan por mantener la cobertura frente a tiempos difíciles. También describen a los países que reconocen y responden rápidamente a los desafíos más visibles. Estos cambios tienen muchas facetas, y los programas gubernamentales y la sociedad civil los diseñan e implementan en todos los sectores, ya que pueden gozar de más libertad de movimiento que los funcionarios públicos y puede que hayan sido más rápidos para adaptarse a las nuevas circunstancias. Las interrupciones en los servicios son menos de lo que muchos temen, lo que permite evitar los peores efectos predichos por los modelos matemáticos. Lo más importante es que sugieren dónde pueden estar las amenazas reales para el futuro y cómo se puede organizar una respuesta más eficaz.

Los datos que se rastrean a través de mecanismos como el Portal sobre la COVID-19 de ONUSIDA proporcionan, en el mejor de los casos, una imagen parcial de lo que ha ocurrido en los países como resultado de la pandemia. Se necesitaría un análisis más detallado y contextualizado para evaluar cómo se ha visto afectada la cobertura con diferentes tipos de servicios de prevención del VIH y por qué. Inferir el efecto de varias respuestas al

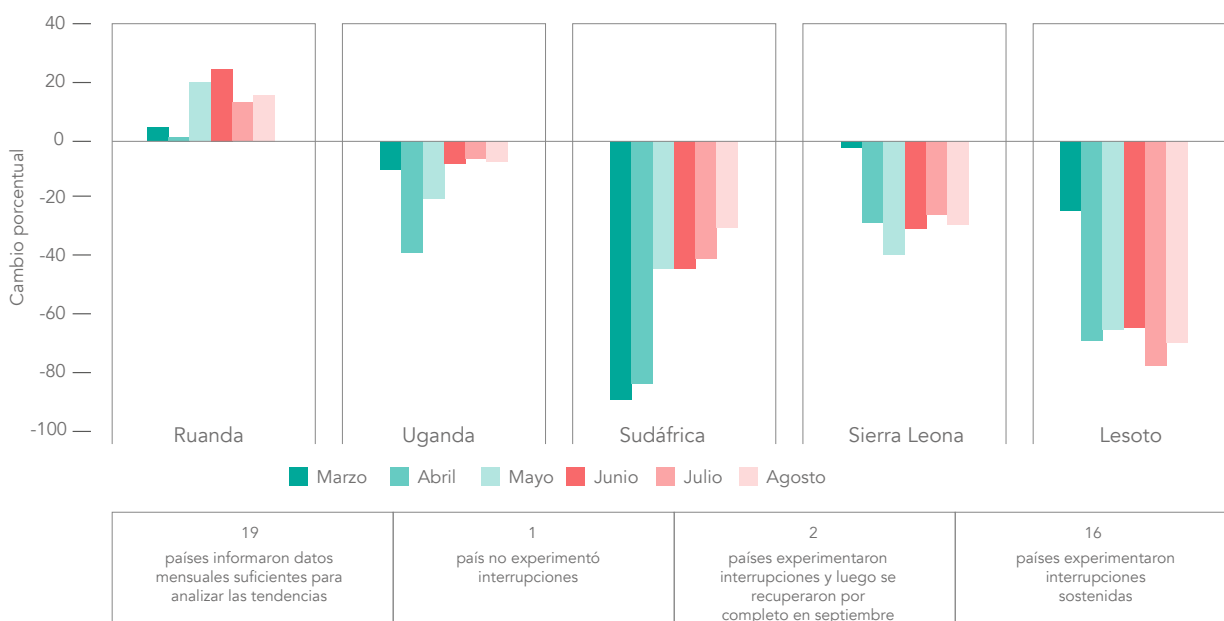
COVID-19 puede ser difícil, ya que se han impuesto diversos grados de restricciones a la circulación en diferentes entornos, desde la reducción de viajes hasta los confinamientos estrictos, y la situación sigue siendo muy dinámica.

Lo que no es evidente en estos datos de tendencias es cómo la COVID-19 ha afectado la vulnerabilidad y el riesgo. Los datos de tendencias de ONUSIDA, en particular, comparan los meses siguientes con el nivel de servicio o cobertura de enero de 2020. Como sugiere la evidencia presentada anteriormente, la vulnerabilidad ha ido en aumento, especialmente para mujeres y niñas y poblaciones clave como trabajadores sexuales, gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, personas transgénero, personas que consumen drogas y personas en entornos cerrados. Cualquier cambio en el comportamiento de riesgo sigue sin estar claro. El aumento de la vulnerabilidad puede contrarrestar los avances en los derechos de estos grupos más marginados durante las últimas décadas y conducir a un mayor riesgo de infección por el VIH. Si la vulnerabilidad y el riesgo han aumentado como resultado de la COVID-19, entonces comparar los servicios de prevención con un punto de referencia de enero de 2020 puede subestimar la necesidad futura de estos servicios, ya que brindar servicios al nivel de enero de 2020 puede no ser suficiente para cumplir con el nuevo nivel de necesidad afectado por la COVID-19.

Servicios de pruebas del VIH

La evidencia indica que las restricciones de la COVID-19 han afectado los servicios de pruebas del VIH. Como puerta de entrada a otros servicios de prevención del VIH, como la prevención de la transmisión materno-infantil, la profilaxis previa a la exposición y la circuncisión médica masculina voluntaria, la reducción de las pruebas del VIH resuena con la disminución de otros servicios de prevención para los que el conocimiento del estado serológico es esencial y para iniciar el tratamiento. En muchos países, los niveles de actividad de pruebas aún no han vuelto a los vistos antes de la pandemia, especialmente en América Latina y el Caribe y Asia y el Pacífico. La Figura 3 muestra el impacto en los servicios de prueba informados a ONUSIDA de cinco países africanos.

Figura 3. Cambio en la cantidad de pruebas de VIH y resultados devueltos por mes en comparación con la línea de base para países seleccionados, 2020



Fuente: Herramienta de seguimiento de los servicios de VIH de ONUSIDA/OMS/UNICEF, noviembre de 2020.

Nota: El punto de referencia es el promedio de los informes de enero y febrero.

Nota: Los países seleccionados cumplían con los siguientes criterios: (a) proporcionaron datos de enero y febrero de 2020; (b) informaron sobre al menos 50 personas que recibieron servicios en enero; (c) tuvieron al menos un 50% de las instalaciones que informaron datos durante el mes; y (d) tuvieron datos correspondientes al menos a seis meses.

Fuente: Base de datos de seguimiento de las interrupciones de los servicios de VIH de ONUSIDA / OMS / UNICEF, noviembre de 2020.

Los datos informados por PEPFAR también muestran la disminución de los servicios de prueba (88). La comparación de dos países, Sudáfrica, que ha experimentado un confinamiento estricto en respuesta a una pandemia en expansión, y la República Unida de Tanzania, que aparentemente se vio menos afectada por la COVID-19

y menos confinada en respuesta, proporciona más información (Tabla 3). Las restricciones más estrictas en Sudáfrica parecen contribuir a que este país no alcance sus objetivos de rendimiento para 2020; la República Unida de Tanzania, en cambio, parece haber sido menos afectada.

Tabla 3. Detección del impacto de la COVID-19 en los servicios de pruebas del VIH: comparación del progreso hacia las metas en dos países del PEPFAR con diferentes respuestas

	Sudáfrica		República Unida de Tanzania	
	Número objetivo para recibir pruebas y asesoramiento	Porcentaje de objetivo alcanzado	Número objetivo para recibir pruebas y asesoramiento	Porcentaje de objetivo alcanzado
2018	10 100 524	137 %	8 274 790	162 %
2019	13 058 216	126 %	8 998 331	93 %
2020 ^a	10 078 668	74 %	3 643 484	81 %
	Número objetivo de nuevos VIH-positivos		Número objetivo de nuevos VIH-positivos	
2018	982 904	96 %	393 020	82 %
2019	1 214 629	73 %	318 728	105 %
2020 ^a	1 088 371	42 %	256 445	87 %

^a Primeros tres trimestres.

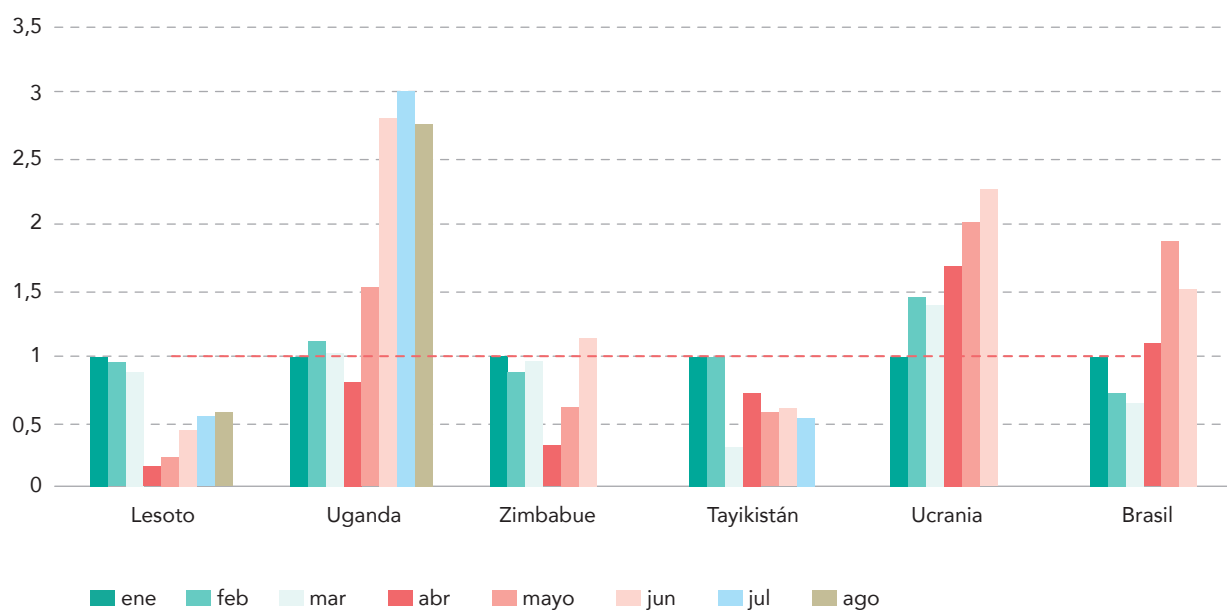
La disminución de las pruebas realizadas en clínicas se ha visto compensada en parte por el aumento de la dependencia de las autoevaluaciones en algunos países. Brasil, Uganda y Ucrania han aumentado las pruebas de autodiagnóstico durante el período de acceso restringido a las pruebas en las instalaciones, y Zimbabue en los últimos meses ha aumentado su provisión de pruebas de autodiagnóstico a niveles anteriores al COVID-19 (Figura 4). En otros países, sin embargo, el acceso a las autoevaluaciones parece haber disminuido junto con el acceso a las pruebas en las instalaciones.

Programas para poblaciones clave

Las interrupciones en los servicios de salud y del VIH resultantes de la crisis de la COVID-19 agravan los desafíos que enfrentan las poblaciones clave y prioritarias con mayor riesgo de contraer el VIH. Los servicios del VIH para trabajadores sexuales **parecen haberse visto** especialmente afectados por las restricciones a la circulación y la necesidad de distanciamiento físico e interacciones seguras. Una encuesta mundial de trabajadores sexuales en Asia y el Pacífico, realizada en línea por la Red de Proyectos de Trabajo Sexual, encontró

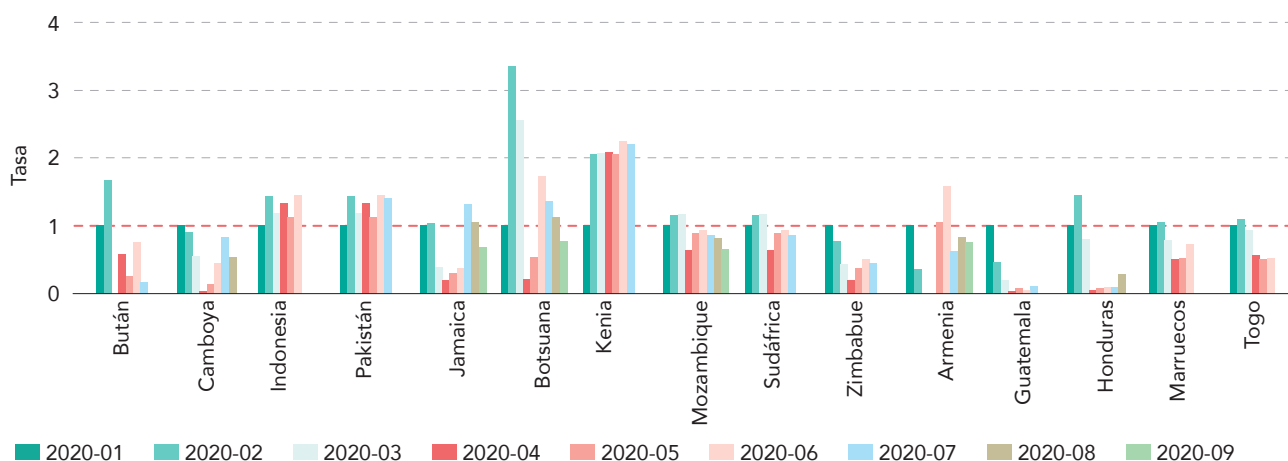
que la mayoría de los trabajadores sexuales informaron un menor acceso a condones y lubricantes y a servicios de detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual (52). A través del Portal sobre la COVID-19 de ONUSIDA, 15 países informan datos de tendencias sobre el número de trabajadores sexuales a los que se llega con servicios de prevención (Figura 5). Trece de estos experimentaron descensos en abril o poco después. De estos, solo dos se han recuperado a los niveles observados en enero. Sin embargo, otros dos países no experimentaron una disminución en el número de trabajadores sexuales a los que se llegó durante el peor período de la COVID-19. Los datos cualitativos de las encuestas en línea de los trabajadores sexuales, junto con los datos de seguimiento y los informes al Fondo Mundial de los países que reciben apoyo del Fondo Mundial (no se presentan aquí) sugieren fuertemente que Asia y el Pacífico y, en menor medida, América Latina y el Caribe han sufrido un impacto mayor que los países mayoritariamente africanos incluidos en la Figura 5. Junto con los numerosos informes de una mayor vulnerabilidad entre los trabajadores sexuales, incluido el impacto directo en los ingresos y los medios de vida, la imagen emergente del impacto de la COVID-19 en los trabajadores sexuales y los servicios para los trabajadores sexuales es preocupante.

Figura 4. Tendencias en las pruebas de autodiagnóstico del VIH distribuidas, expresadas como una proporción en comparación con enero de 2020



Fuente: Portal de ONUSIDA COVID-19.

Figura 5. Intervenciones de trabajadores sexuales, países seleccionados, enero-septiembre de 2020



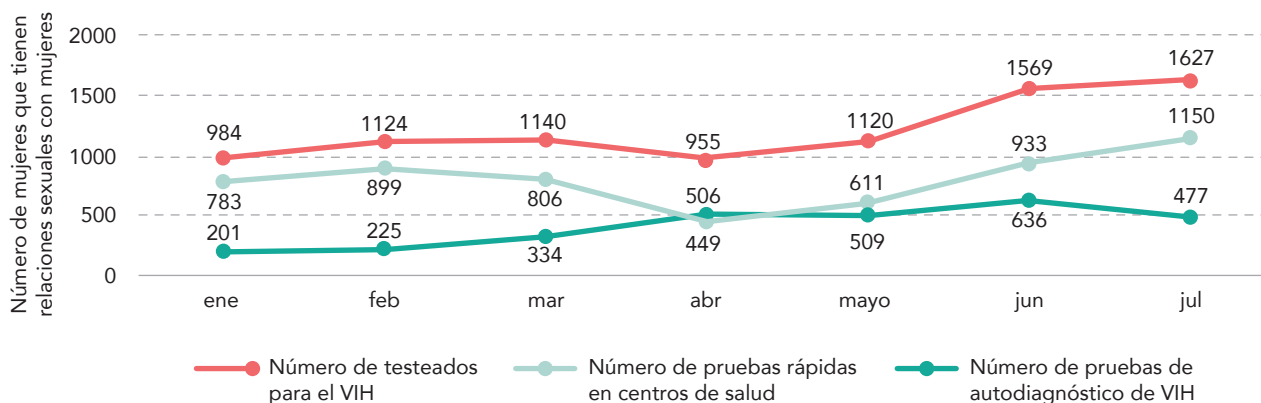
Fuente: Portal de ONUSIDA COVID-19.

Los servicios para gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres también se han visto afectados negativamente. En una encuesta en línea sobre las disparidades que plantea la COVID-19 implementada por la aplicación de redes sociales gay Hornet, más de 10 000 gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en 20 países respondieron preguntas sobre la severidad de la respuesta de un país al COVID-19 y las interrupciones percibidas en los servicios de prevención del VIH ofrecidos (89). Utilizando el índice de rigor de seguimiento de respuestas del gobierno de Oxford, que rastrea y puntúa las acciones de los países tomadas en nueve indicadores, los investigadores encontraron que restricciones más estrictas dieron como resultado más informes de limitaciones de servicios disponibles para gays y otros hombres que tienen sexo con hombres:

cada aumento de 10 puntos en la escala de rigurosidad resultó en una disminución del 3 % en el acceso a la prueba del VIH, una disminución del 6 % en el acceso a la autoevaluación y una disminución del 5 % en el acceso a PrEP.

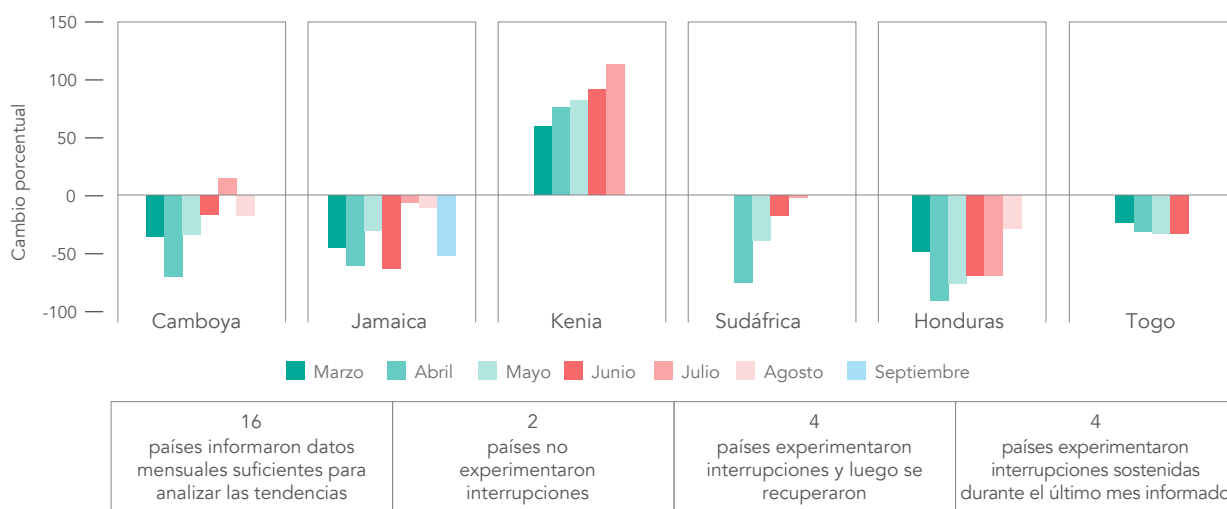
Un informe detallado de Kenia documenta problemas en los servicios de pruebas del VIH para gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en tres condados, lo que resultó en una disminución del número de hombres que se sometieron a la prueba en abril (Figura 6) (88). Las más afectadas fueron las pruebas clínicas rápidas, que disminuyeron de marzo a mayo. Sin embargo, las pruebas de autodiagnóstico siguieron aumentando durante este período de tiempo, y compensaron gran parte de la disminución de las pruebas clínicas rápidas administradas. Como resultado, a pesar de las interrupciones causadas por

Figura 6. Pruebas de VIH entre hombres gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, por tipo de prueba en tres sitios, enero-julio de 2020



Source : Odinga MM, Kuria S, Muindi O, Mwakazi P, Njiraini M, Melon M et al. HIV testing amid COVID-19: community efforts to reach men who have sex with men in three Kenyan counties. Londres : Gates Open Research; 2020 (<https://gatesopenresearch.org/articles/4-117/v2>, consultado el 24 marzo de 2021).

Figura 7. Intervenciones para hombres gays y hombres que tienen relaciones sexuales con hombres en comparación con el punto de referencia para países seleccionados, marzo-septiembre de 2020



Fuente: Herramienta de seguimiento de los servicios de VIH de ONUSIDA/OMS/UNICEF, noviembre de 2020.

Nota: El punto de referencia es el promedio de los informes de enero y febrero.

Nota: Los seis países seleccionados estaban entre los 13 que cumplían con los siguientes criterios: (a) proporcionaron datos de enero de 2020; (b) no tuvieron cambios significativos en la cantidad de instalaciones que informaron datos; (c) proporcionaron datos mensuales, no acumulativos; y (d) tuvieron datos correspondientes al menos a seis meses.

Fuente: Base de datos de seguimiento de las interrupciones de los servicios de VIH de ONUSIDA / OMS / UNICEF, noviembre de 2020.

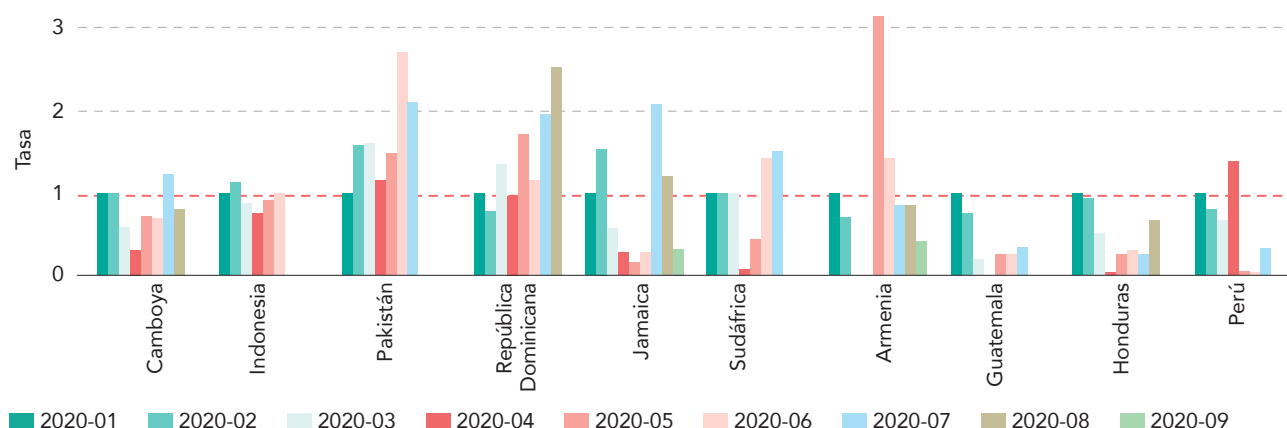
la COVID-19, el número de gays y otros hombres que tienen sexo con hombres evaluados cada mes había aumentado en más del 50 % en julio en comparación con enero.

Quince países comunicaron datos de tendencias a ONUSIDA sobre la cantidad de gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres a los que se llega con servicios de prevención (no se muestra). Doce indicaron que el número de hombres atendidos disminuyó en abril o poco después. De estos 12 países, 9 se están recuperando y 5 han alcanzado o superado completamente los niveles previos a la pandemia de enero. Tres países (Indonesia, Kenia y Mozambique) no experimentaron una disminución en el

número de hombres atendidos. Kenia, en particular, de hecho aumentó el número de gays y otros hombres que tienen sexo con hombres (así como otros grupos) atendidos, según se informa basándose en amplios esfuerzos liderados por la comunidad (Figura 7).

Diez países han comunicado datos de tendencias a ONUSIDA sobre el número de mujeres transgénero que han recibido servicios de prevención cada mes. Tres países no informaron ninguna disminución en abril (un país, Perú, disminuyó el mes siguiente). De los siete que informaron una disminución en la cobertura, cinco se habían recuperado a los niveles de enero a fines de septiembre y dos siguen informando interrupciones en la cobertura.

Figura 8. Intervenciones para mujeres transgénero en países seleccionados, enero-septiembre de 2020



Fuente: Base de datos de seguimiento de las interrupciones de los servicios de VIH de ONUSIDA / OMS / UNICEF, noviembre de 2020.

La diferencia regional en la propagación de la pandemia se puede ver en la aparición tardía de alteraciones en América Latina y el Caribe en estos datos, así como en otros indicadores (Figura 8).

Los servicios de reducción de daños no han escapado a las interrupciones de la COVID-19. La mayoría de los servicios han podido ajustar y mantener un nivel de servicio ajustando horas y procedimientos. Por ejemplo, la mayoría de los servicios en España pudieron continuar operando durante el período más estricto de confinamiento, aunque la comparación con los datos del servicio de 2019 muestra una disminución en el número de clientes atendidos y el número de agujas y jeringas distribuidas durante el confinamiento (90). En Estados Unidos, algunos centros de reducción de daños cerraron (91), aunque muchos ahora parecen haber reabierto y reanudado los servicios completos. En Europa, el confinamiento en respuesta a la pandemia de COVID-19 parece haber conducido a una disminución del consumo de drogas, al menos de ciertos tipos de drogas (92), aunque el consumo de alcohol y cannabis puede haber aumentado. En otros lugares, sin embargo, parece estar sucediendo lo contrario: las muertes por sobredosis de drogas están aumentando en los Estados Unidos de América, ya que las personas que se inyectan droga deben hacerlo en confinamiento, a menudo solas y fuera del alcance de los servicios de emergencia (93). Según Jessie Mbwambo de la Muhimbili University of Health and Allied Sciences, los servicios de terapia de sustitución de opiáceos en Dar es Salaam experimentaron una fuerte disminución en el

número de personas que consumen drogas que visitaron las instalaciones y recibieron terapia, aunque ahora parece haber regresado a niveles anteriores. En Europa central y oriental y Asia central, se informó que la mayoría de los programas de terapia de sustitución de opiáceos y de agujas y jeringas continuaron funcionando durante las medidas de cuarentena de la COVID-19 (94). Hicieron falta adaptaciones para que esto fuera posible, incluida la posibilidad de llevar a casa buprenorfina y metadona por primera vez.

Ocho países han comunicado datos de tendencias a ONUSIDA sobre los servicios de prevención para las personas que se inyectan droga (Figura 9). Cuatro de estos países no informaron cambios en el número mensual de personas que se inyectan droga alcanzadas desde enero. Otros cuatro informaron disminuciones en abril o más tarde. De estos, dos se han recuperado al nivel de enero (Camboya e Indonesia), y otros dos (Sudáfrica y Mozambique) permanecen por debajo del punto de referencia de enero.

Cinco países han informado datos de tendencias sobre el número de agujas y jeringas distribuidas. Un país, las Seychelles, no informó prácticamente ningún cambio desde enero. Los otros cuatro países se han recuperado todos, tres de ellos con un número igual o superior de agujas y jeringas distribuidas en enero.

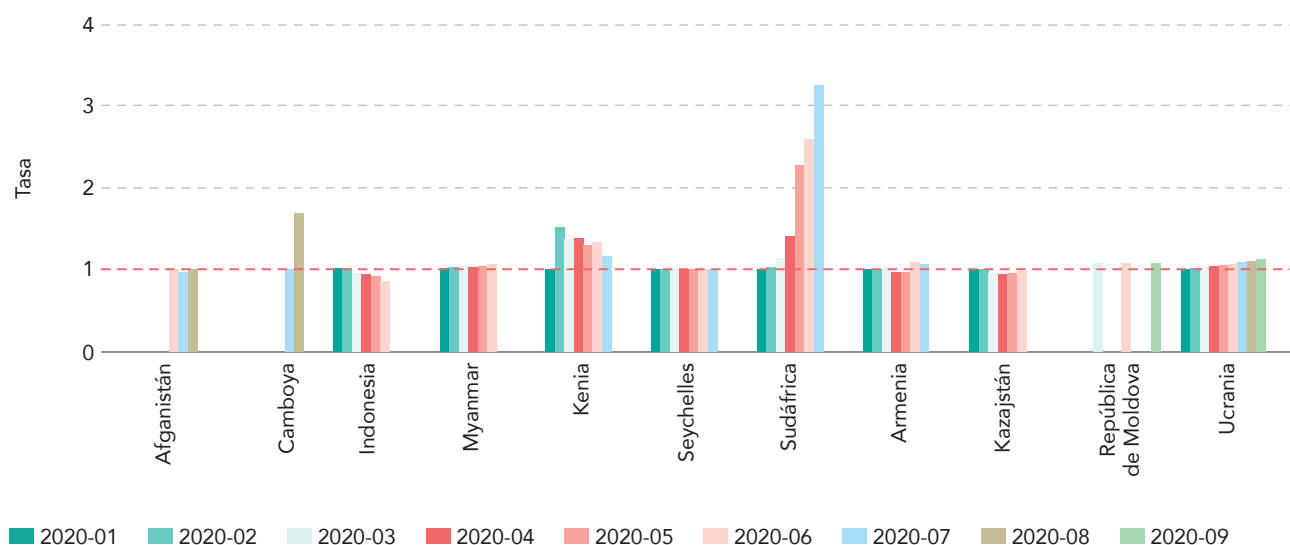
Once países informaron datos sobre el uso de la terapia de sustitución de opiáceos (Figura 10). De estos, ocho presentaron datos de tendencias de varios meses que

Figura 9. Intervenciones para personas que se inyectan drogas en países seleccionados, enero-septiembre de 2020



Fuente: Base de datos de seguimiento de las interrupciones de los servicios de VIH de ONUSIDA / OMS / UNICEF, noviembre de 2020.

Figura 10. Terapia de sustitución de opiáceos para personas que se inyectan drogas en países seleccionados, enero-septiembre de 2020



Fuente: Base de datos de seguimiento de las interrupciones de los servicios de VIH de ONUSIDA / OMS / UNICEF, noviembre de 2020.

incluían enero y abril y al menos dos meses posteriores. Ninguno de estos países informó de interrupciones significativas en el uso de la terapia de sustitución de opiáceos en abril, y la mayoría se encuentra en los niveles de enero o por encima de ellos.

Hay muy poca información disponible sobre cómo la COVID-19 ha afectado los servicios de VIH en entornos cerrados. Solo ocho países han comunicado datos de tendencias a ONUSIDA sobre las pruebas a los presos. Siete de esos países sufrieron interrupciones durante abril o más tarde, y, entre ellos, dos informan datos sugiriendo que los servicios de pruebas a los presos comenzaban a restablecerse. Siete países informaron datos de tendencias sobre el TAR distribuido en las cárceles. Seis países informaron poco o ningún cambio. El único país (República Dominicana) que informó una disminución en mayo se ha recuperado a sus niveles de distribución de TAR anteriores a COVID-19.

Programas para niñas adolescentes y mujeres jóvenes y sus parejas masculinas

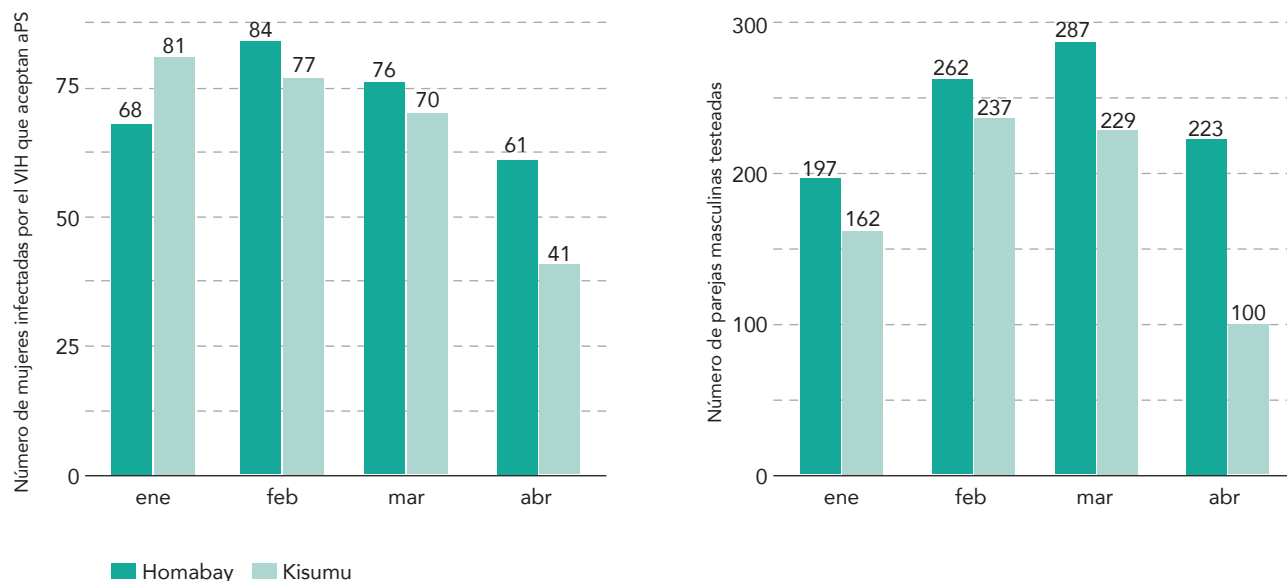
Hay poca información sistemática disponible para evaluar los cambios recientes en los países con respecto a

los programas para niñas adolescentes y mujeres jóvenes y sus parejas masculinas durante la época de COVID-19. Dichos programas suelen ser específicos del lugar y el contexto y de múltiples niveles, y buscan llegar a las niñas y mujeres vulnerables y sus parejas a través de diferentes mecanismos. Allí donde las escuelas estuvieron cerradas, las oportunidades de brindar servicios como educación sexual integral y apoyo entre pares se vieron gravemente afectadas, e incluso la prestación de servicios comunitarios se vio limitada en muchos lugares. En un sentido más amplio, la pandemia ha afectado el acceso de las niñas a los servicios de salud sexual y reproductiva, como lo demuestra una encuesta en línea en 14 países encargada por Plan International. (13).

Solo tres países informaron a ONUSIDA sobre el número de personas que reciben servicios por violencia sexual o de género en establecimientos de salud. Todos sufrieron disminuciones en abril y todos están recuperando los niveles de enero. De hecho, Sierra Leona ha superado el nivel de enero, lo que quizás indique que existe una necesidad mayor de la que se había visto anteriormente. Sierra Leona también ha informado sobre personas que reciben PrEP después de sufrir violencia sexual, aunque las cifras son bajas.

Los servicios de notificación asistida a la pareja son otra actividad que

Figura 11. A. Número de clientes índice femeninas que viven con el VIH que aceptan servicios de notificación asistida a la pareja por mes desde enero hasta abril de 2020. B. Número de parejas masculinas de clientes índice femeninas a las que se llegó con la prueba del VIH a través de los servicios de notificación asistida de parejas por mes desde enero hasta abril de 2020.



aPS: servicios de notificación asistida a la pareja.

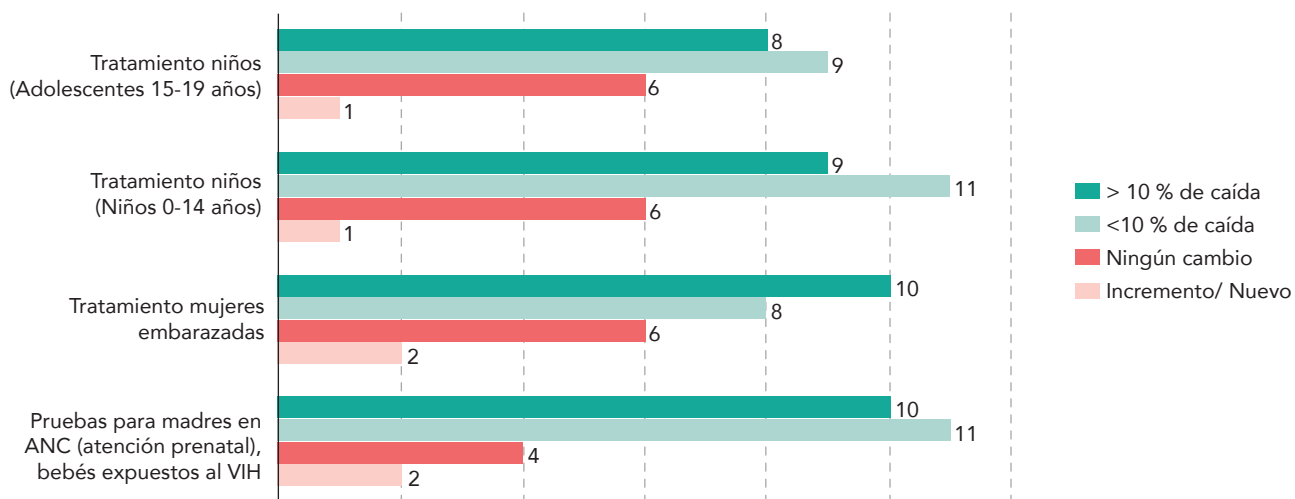
Source : Lagat H, Sharma M, Kariithi E, Otieno G, Katz D, Masyuko S et al. Impact of the COVID-19 pandemic on HIV testing and assisted partner notification services, western Kenya. *AIDS Behav.* 2020; 24:3010-3.

probablemente se vea interrumpida por la COVID-19. Un proyecto de investigación de implementación en dos condados de Kenia detectó el efecto de las interrupciones relacionadas con COVID-19 en abril en la cantidad de mujeres que aceptaron servicios de notificación asistida a la pareja y la cantidad de parejas masculinas evaluadas (Figura 11) (95).

Servicios para niños y para prevenir la transmisión maternoinfantil

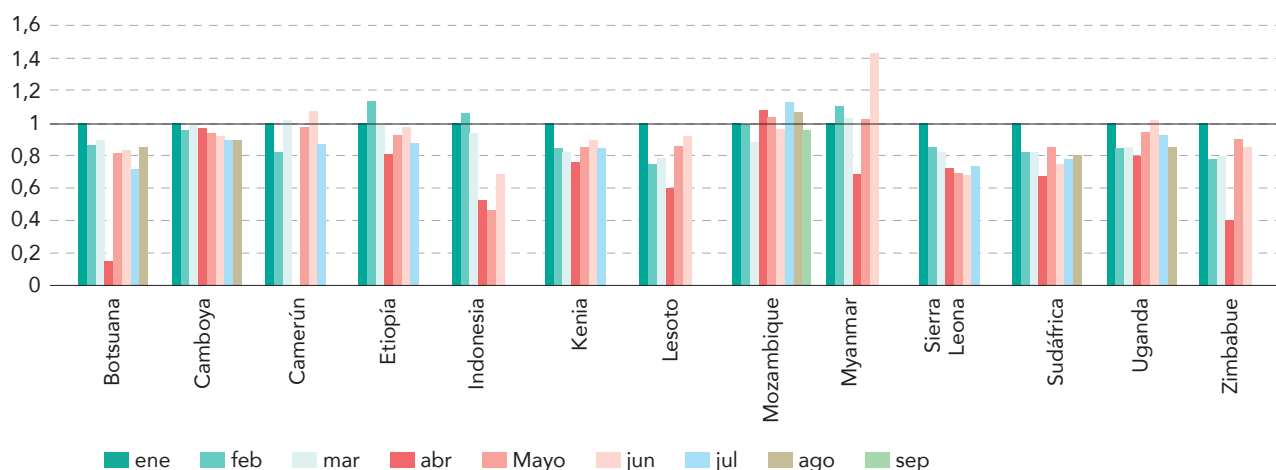
En un informe sobre sus países prioritarios, UNICEF ha destacado el efecto de la COVID-19 en el tratamiento de adolescentes, niños y mujeres embarazadas y, lo que es más importante para este

Figura 12. Cambios en los servicios clave de VIH para niños y mujeres embarazadas en 29 de 35 países prioritarios



Source : UNICEF Rapid Situation Tracking for COVID-19 Socioeconomic Impacts, October 2020.

Figura 13. Número de mujeres embarazadas que se sometieron a la prueba del VIH en países seleccionados, enero-septiembre de 2020



Fuente: Portal de ONUSIDA COVID-19.

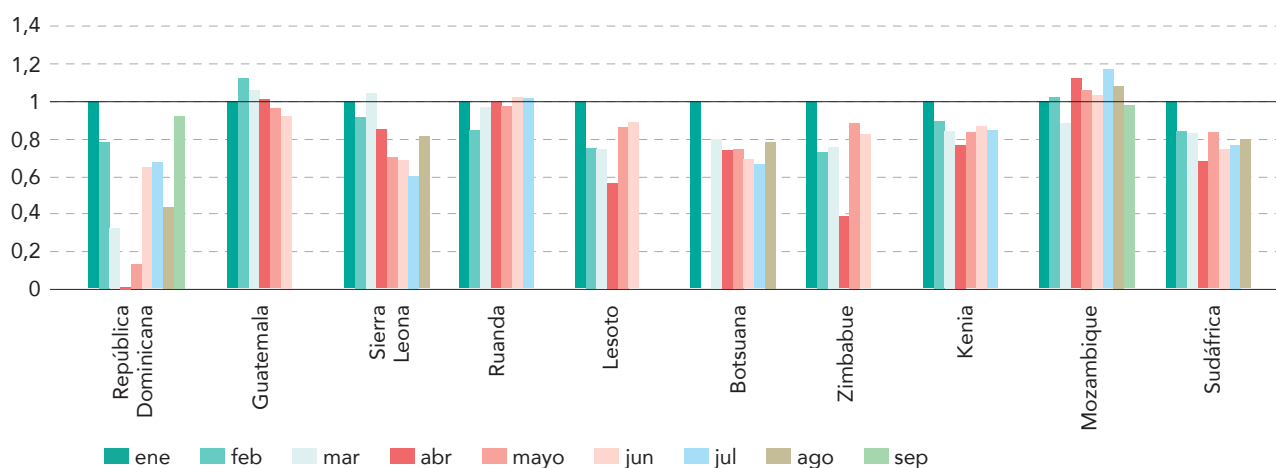
análisis, en la prueba del VIH para mujeres embarazadas en atención prenatal. (96). Esto disminuyó en 21 de los 26 países informantes en comparación con el mismo período del año anterior (Figura 12).

Diez países proporcionaron datos de varios meses a ONUSIDA sobre los servicios necesarios para prevenir la transmisión materno-infantil del VIH de nueve de ellos informaron caídas importantes en el número de mujeres embarazadas que se hicieron la prueba en el período de marzo a mayo de mayor impacto de COVID-19 (aunque en Mozambique, el número de mujeres embarazadas que se hicieron las pruebas aumentó) (Figura 13). Sin embargo, luego de ese período difícil, la mayoría de los países están volviendo a los niveles de pruebas reportados en

enero; tres países han vuelto a alcanzar ese nivel. Sin embargo, el número de mujeres embarazadas que se hicieron las pruebas en enero fue superior al promedio en la mayoría de los países que informaron. Si, en cambio, se compara con el mes de febrero previo a COVID-19, más típico de los patrones de prueba durante todo el año, los sistemas para la prueba del VIH en mujeres embarazadas en casi todos los países han recuperado prácticamente su normalidad.

Siete de los diez países que informaron datos de tendencias a ONUSIDA experimentaron disminuciones en abril de 2020 en el número de mujeres embarazadas que viven con el VIH que recibieron medicamentos antirretrovirales (Figura 14). Un país (Guatemala)

Figura 14. Mujeres embarazadas que reciben TAR durante el embarazo en países seleccionados, de enero a septiembre de 2020



Fuente: Portal de ONUSIDA COVID-19.

experimentó este descenso en mayo y junio. Dos países (Mozambique y Ruanda) no experimentaron interrupciones en absoluto y se encuentran en su nivel de servicio o por encima del de enero. De los siete que informaron caídas, seis tienen ahora una tendencia al alza y muestran signos de recuperación total del ritmo. Todos excepto Guatemala y Sierra Leona igualaron el nivel de desempeño en febrero (ver nota arriba).

Un indicador adicional de la interrupción del programa relacionado con COVID-19 es la cantidad de bebés expuestos al VIH que se sometieron a la prueba del VIH dentro de los dos meses posteriores al nacimiento. Después de breves interrupciones, la mayoría de los países han recuperado los niveles observados en febrero (ver nota anterior).

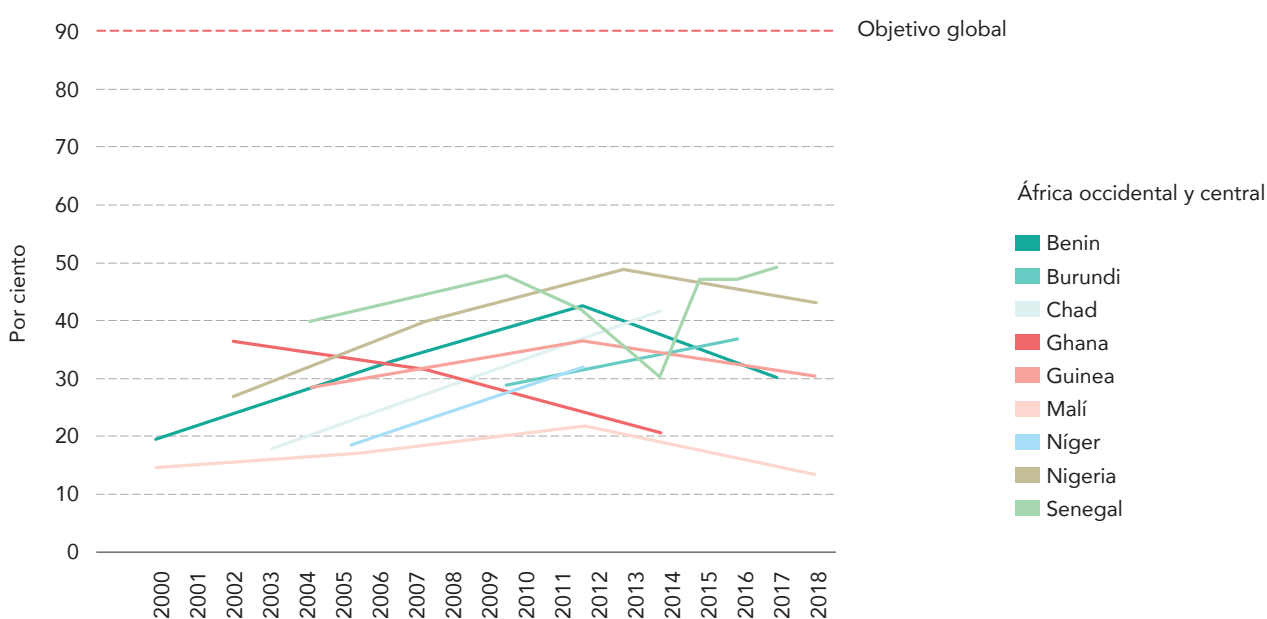
Promoción de condones y distribución

El programa de condones ha ido disminuyendo hace años, ya que los principales donantes han retirado su apoyo a los programas de mercadeo social de

condones (Figura 15). En África, este efecto es más fuerte en África occidental y central que en África oriental y meridional (Figura 16). Al igual que otros productos de salud esenciales, la COVID-19 ha interrumpido las plataformas de fabricación y las cadenas de suministro de condones y lubricantes. El transporte marítimo mundial sigue estando restringido, con algunos puertos en los países de destino que trabajan con limitaciones, mientras otros están cerrados. Algunos países han implementado cuarentena para los envíos, es decir que la carga se mantiene en depósito en el puerto, lo que retrasa el proceso de despacho de aduanas. Los desafíos adicionales incluyen la aprobación selectiva de la carga, numerosos contenedores varados, vuelos cancelados, precios de transporte aumentados e impredecibles, opciones de carga reducidas, la imposibilidad de cotizar para destinos específicos, carga esperando espacios disponibles de envío y los primeros indicios de congestión en puertos y depósitos. Estas interrupciones podrían generar precios más altos para los condones, ya que la oferta no satisface la demanda.

Anticipándose a la posibilidad de que la pandemia interrumpa el suministro

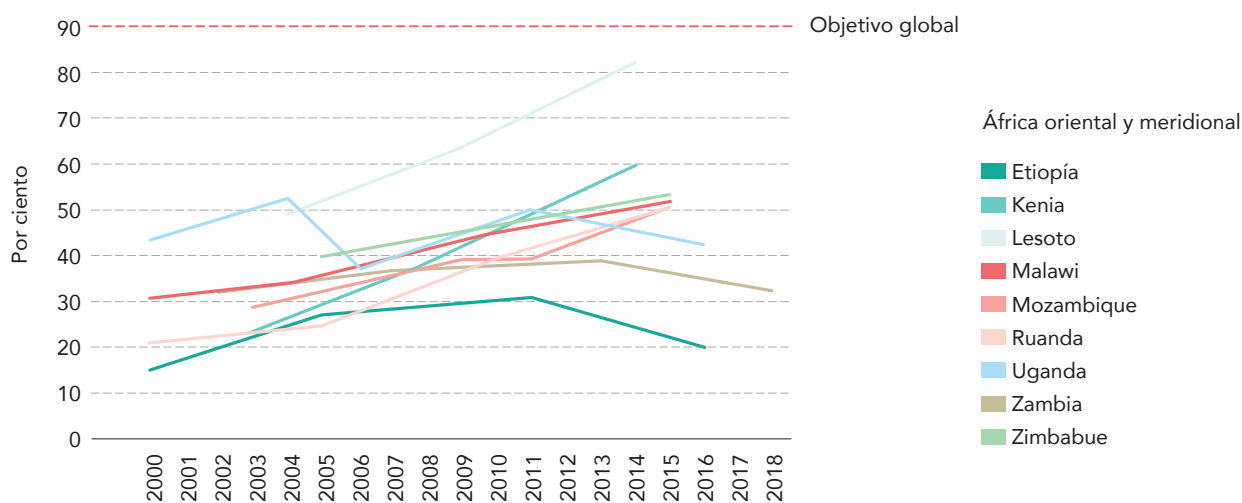
Figura 15. Uso de condones en las últimas relaciones sexuales de mayor riesgo (mujeres de 15 a 24 años) por región, 2000-2018, África oriental y meridional



Fuente: Encuestas poblacionales, 2000-2018.

Nota: El uso de condón en la última relación sexual de mayor riesgo se define como el porcentaje de encuestados que dicen haber usado condón la última vez que tuvieron relaciones sexuales con una pareja no marital, no conviviente entre los que sí tuvieron relaciones sexuales con una pareja de esas características en los últimos 12 meses.

Figura 16. Uso de condones en la última relación sexual de mayor riesgo (mujeres de 15 a 24 años) por región, 2000-2018, África oriental y meridional



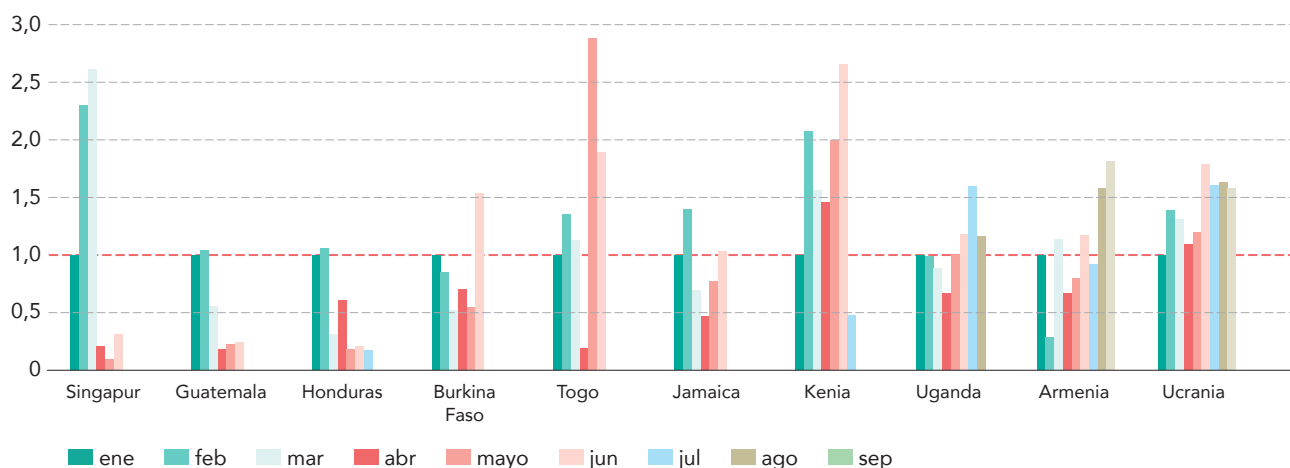
Fuente: Encuestas poblacionales, 2000-2018

de condones y lubricantes, el FPNU ha aconsejado sobre cómo evitar problemas en estas circunstancias. (97). El Fondo Mundial ahora recomienda a los países que reciben su apoyo para programas de VIH que consideren estas interrupciones en la fabricación y el envío y que permitan un ciclo de adquisición de condones de ocho meses. (98). Según el Fondo Mundial, una encuesta en Sudáfrica, realizada por Durex, un importante fabricante de condones, exploró los efectos de la COVID-19 en la vida sexual de los encuestados. Aunque la demanda de condones se redujo en Sudáfrica, la encuesta documentó que la necesidad también disminuyó. Los

encuestados informaron una disminución de la actividad sexual, lo que no sorprende dado el aumento del estrés y la disminución de las oportunidades de interacción social que generó la pandemia de COVID-19.

Diez países informaron datos de varios meses sobre el número de condones distribuidos, lo que permite observar las tendencias. Ocho informaron interrupciones en abril y posteriormente (Figura 17). De estos ocho, cuatro han recuperado los niveles de enero.

Figura 17. Tendencias en el número de condones distribuidos en países seleccionados, enero-septiembre de 2020



Fuente: Base de datos de seguimiento de las interrupciones de los servicios de VIH de ONUSIDA / OMS / UNICEF, noviembre de 2020.

11.7 Circuncisión médica masculina voluntaria

Un servicio de prevención prioritario para algunos países de África oriental y meridional, la circuncisión médica masculina voluntaria, se suspendió durante algunos meses entre abril y junio, y el personal en Sudáfrica se reasignó a los esfuerzos de prevención y tratamiento de COVID-19 (99). Después de que se reanudó el servicio completo en junio, cuatro países informaron aumentos mensuales, dos de los cuales superaron el número de circuncisiones realizadas en enero (Figura 18).

Profilaxis previa a la exposición

Las interrupciones por COVID-19 también se han documentado en un programa de PrEP para mujeres embarazadas en Ciudad del Cabo, Sudáfrica. (100). Antes del

confinamiento, el 29 % de las mujeres faltó a su primera visita mensual y el 41 % perdió la visita de los tres meses. Durante el confinamiento, esto aumentó al 63 % para la primera visita y al 55 % para la visita de los tres meses. Sin embargo, la actividad sexual en los 30 días anteriores se mantuvo sin cambios. PrEPWatch, por otro lado, al rastrear los datos sobre nuevos iniciadores de PrEP por trimestre, informó un aumento continuo durante el primer y segundo trimestre de 2020 a pesar de la pandemia de COVID-19. (101).

Nueve países notificaron datos de tendencias a ONUSIDA sobre la PrEP para usuarios nuevos. De estos, seis informaron disminuciones en los nuevos usuarios de PrEP en abril. (Los nuevos usuarios de PrEP disminuyeron en Zimbabue antes de la pandemia de COVID-19, lo que sugiere un problema diferente, no relacionado con COVID-19). La provisión de PrEP para los usuarios de primera vez se ha recuperado en todos los países que mostraron disminuciones, excepto Lesotho, donde permanece baja

Figura 18. Número de circuncisiones médicas masculinas voluntarias realizadas en países seleccionados, enero-agosto de 2020



Fuente: Base de datos de seguimiento de las interrupciones de los servicios de VIH de ONUSIDA / OMS / UNICEF, noviembre de 2020.

Conclusiones

Inevitablemente, los servicios de prevención del VIH se han interrumpido y las cadenas de suministro de productos básicos de prevención clave, incluidos condones, lubricantes y medicamentos antirretrovirales y de otro tipo, se han visto afectadas.

La pandemia de COVID-19 ha ejercido una presión sin precedentes sobre los esfuerzos a nivel mundial y nacional para controlar la epidemia del SIDA. Las tensiones sobre los sistemas de salud han sido agudas, ya que las instalaciones y el personal de salud se movilaron para contribuir a la respuesta a la pandemia y reorientaron sus energías en la urgente necesidad de brindar prestaciones relacionadas con la prevención, las pruebas, el rastreo y la atención de la COVID-19. Las demandas a los trabajadores de la salud y otras respuestas de contención y mitigación (incluidas las medidas de confinamiento y distanciamiento físico) han hecho difícil e incluso imposible la continuidad de los encuentros de salud cara a cara que durante mucho tiempo han sido la columna vertebral de los servicios de prevención, pruebas y tratamiento del VIH.

Inevitablemente, los servicios de prevención del VIH se han interrumpido, y las cadenas de suministro de productos básicos de prevención clave, incluidos condones, lubricantes y medicamentos antirretrovirales, entre otros, se vieron afectados. Esto se refleja en las primeras mermas observadas en el número mensual de personas asistidas con intervenciones de prevención clave, incluidas las que tienen un alto riesgo de contraer el VIH (como los trabajadores sexuales) y los grupos prioritarios, como los adolescentes y las mujeres embarazadas. Este panorama podría ser peor, ya que la mayoría de los países no informaron sobre interrupciones del servicio en el portal de informes, y los datos disponibles son, en el mejor de los casos, indicativos de un subconjunto de países informantes.

Además, la pandemia de COVID-19 y las medidas implementadas para prevenir la propagación de incendios forestales han desencadenado una fuerte recesión económica, incluso en entornos afectados

tardíamente o poco por infecciones, hospitalizaciones y muertes relacionadas con COVID. Esto está teniendo efectos devastadores y generalizados en las economías nacionales y los medios de vida de las personas. Millones de personas están siendo empujadas a la pobreza extrema y la precariedad, siendo el África subsahariana y el sur de Asia los más afectados (8). La evidencia indica que la convergencia de COVID-19 y el VIH está profundizando las desigualdades y agudizando las vulnerabilidades que enfrentan las mujeres y niñas y muchos grupos marginados, vulnerabilidades que, durante mucho tiempo, se han considerado como las impulsoras estructurales de la transmisión del VIH. Es probable que el agravamiento de las desigualdades de género y la violencia de género y la erosión de los derechos humanos, con un aumento de la discriminación y la exclusión de grupos de mayor riesgo en muchos entornos, aumente el riesgo de contraer el VIH en los próximos años. Por último, existe el temor de que la disminución del espacio fiscal en muchos países limite la inversión en la respuesta al sida en los próximos años. Esta situación presagia importantes desafíos para los programas de prevención del VIH a largo plazo.

Si bien la COVID-19 ha expuesto y ampliado de manera cruda las desigualdades en general y en materia de salud, también ha puesto de manifiesto la necesidad de hacer que los sistemas de salud y otras instituciones públicas sean más justos e inclusivos. La respuesta a la pandemia se ha basado en décadas de experiencia de lucha contra el sida, y los expertos y las comunidades comprometidas con el VIH, en muchos casos, han tenido un papel destacado durante lo peor de la crisis COVID-19. Las comunidades más afectadas por el VIH han desempeñado

durante mucho tiempo roles de liderazgo en el desarrollo, la puesta a prueba y la evaluación de modelos diferenciados de prestación de servicios de VIH adaptados a las necesidades de las personas y las comunidades. Las lecciones de las respuestas de la comunidad al VIH y las inversiones en los sistemas comunitarios han informado y reforzado la lucha contra la COVID-19. Durante el año pasado, las comunidades y los activistas del VIH se movilizaron para defender los avances en la respuesta al sida, proteger a las personas que viven con el VIH y otros grupos clave y vulnerables y hacer retroceder al COVID-19. Han tomado medidas audaces, frente a adversidades considerables y con asistencia financiera limitada, para asegurar servicios continuos de prevención del VIH a los miembros de la comunidad, pero también para apoyar medidas para prevenir la COVID-19 y manejar sus consecuencias. Para superar las limitaciones impuestas por las restricciones relacionadas con la pandemia, han realizado campañas para la provisión de medicamentos y suministros durante varios meses, han organizado su entrega y han negociado apoyo financiero, alimentos y refugio para los grupos marginados con mayor riesgo.

Han innovado con el uso de plataformas virtuales para seguir respondiendo a las múltiples necesidades e inquietudes de los beneficiarios. Las experiencias a nivel nacional documentadas en este informe demuestran cómo la COVID-19 ha catalizado la implementación acelerada de innovaciones anteriores a la pandemia, pero que anteriormente no habían obtenido respaldo. En la mayoría de los entornos, estas medidas han logrado compensar el colapso de los servicios de salud formales y han permitido un rápido repunte en la prestación de servicios esenciales a quienes los necesitan. En algunos casos, incluso han provocado aumentos en la cobertura del servicio en comparación con la situación anterior al COVID.

La capacidad de adaptación a COVID-19 de los programas de VIH muestra su resiliencia y flexibilidad, especialmente en entornos en los que existen sistemas comunitarios sólidos y se han construido vínculos fuertes con el sistema de salud formal. Inspira confianza que, con la determinación y la inversión necesarias, los efectos negativos de la pandemia sobre la respuesta de prevención del VIH podrían ser de corta duración.



Foto: Shutterstock

Propuestas para el camino a seguir

Las pandemias del VIH y COVID-19 y sus respuestas han expuesto los peligros de una inversión insuficiente en la capacidad de respuesta a nivel nacional y mundial. También han subrayado la importancia de aumentar la resiliencia de las sociedades y los sistemas de salud y la importancia de abordar las desigualdades subyacentes. También han estimulado la aceleración de los enfoques centrados en las personas para la prevención y el control de las enfermedades infecciosas, enfoques solicitados desde hace mucho tiempo por las personas que viven con el VIH y otros activistas de la sociedad civil. Los esfuerzos globales colectivos que dan prioridad a las personas pueden transformar la crisis de la COVID-19 en una oportunidad para acelerar tanto la respuesta al VIH como los esfuerzos para lograr la cobertura universal de salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. A medida que los países y las comunidades se movilizan contra la COVID-19, las lecciones aprendidas durante décadas en la lucha contra el sida deben continuar informando la última respuesta a la pandemia, y los programas de control del VIH deben reforzarse para evitar que el mundo se retrase aún más en sus compromisos de poner fin al sida como una amenaza para la salud pública para 2030. Todavía no hemos visto aumentos sustanciales en los presupuestos de salud de los países en medio de la pandemia de COVID-19, que ha resaltado tan claramente el impacto de décadas de subinversión en el sector de la salud.

Es hora de considerar las lecciones aprendidas y aprovechar la oportunidad de reconstruir mejor en el próximo período (2). Existe un llamado a un cambio de paradigma que garantice que todas las personas puedan vivir con dignidad; tener acceso a atención médica básica,

protección y una red de seguridad en tiempos de crisis; y no sufren violencia, discriminación u opresión por quiénes son, dónde nacieron, el color de su piel o su sexo o género.

Se han establecido nuevos objetivos provisionales de control del sida (2). Vinculan la situación actual y el compromiso de poner fin a la epidemia de sida contenido en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Estos objetivos dan mayor preponderancia a la ampliación de las estrategias de prestación de servicios centradas en las personas que integran otros servicios sociales y de salud importantes y a la creación de un entorno propicio. Estas estrategias han demostrado ser factibles y prácticas incluso dados los desafíos creados por los cierres y otras restricciones relacionadas con COVID-19. La construcción de un entorno propicio requiere acciones a varios niveles. Los facilitadores de servicios incluyen estrategias que atraen a las personas a los servicios o llevan estos servicios a las personas que los necesitan, como la divulgación y los vínculos o la integración de servicios. Los facilitadores del sistema abordan la infraestructura y los sistemas que son críticos para brindar servicios de manera eficiente. Incluyen instalaciones, equipos y sistemas de planificación estratégica, elaboración de presupuestos, gestión de recursos humanos, seguimiento y evaluación y comunicación. Por último, los facilitadores sociales incluyen las leyes, políticas y campañas de educación pública que garanticen la no estigmatización y la no discriminación que aún rodean al VIH, que empoderen a las mujeres y las niñas para que reclamen sus derechos de salud sexual y reproductiva y pongan fin a la marginalización de las personas con mayor riesgo de infección por el VIH.

Las respuestas a COVID-19 y al VIH deben crear una sinergia para garantizar que aborden y no agraven las desigualdades y vulnerabilidades que aumentan el riesgo de infección y enfermedad, impiden el acceso a los servicios y reducen el impacto del programa. Las restricciones para proteger la salud pública deben ser pertinentes para el contexto, de duración limitada, proporcionada, necesaria y fundamentadas en pruebas. En particular, los sistemas educativos deben protegerse, en vista de los enormes beneficios (incluidos los beneficios para la salud) que aportan a las generaciones futuras y los efectos prolongados de cualquier interrupción, especialmente para las niñas y las mujeres. También es hora de escuchar los llamamientos anteriores de la comunidad del VIH para fortalecer la protección social de los más necesitados, combatir todas las formas de estigma y discriminación, apoyar y proteger a los trabajadores de la salud y garantizar el acceso gratuito y asequible a los servicios de diagnóstico, herramientas preventivas y terapéuticas, con especial atención a las necesidades de las personas más vulnerables y de más difícil acceso. En países con altos niveles de infección por VIH, se recomienda que los esquemas de protección social sean sensibles a las necesidades de las personas que viven con el VIH, las que corren un mayor riesgo de infección por el VIH y otras afectadas por la epidemia. Finalmente, se debe realizar una inversión adecuada en los sistemas comunitarios, que han sido esenciales para asegurar la resiliencia y sostenibilidad del sistema de salud en el contexto de la propagación de COVID-19 y será necesario para finalizar el trabajo, a través de la promoción y el apoyo a la entrega de vacunas. El financiamiento nacional debe orientarse hacia el fortalecimiento de mecanismos como la contratación social para apoyar y sostener la prestación de servicios dirigidos por la comunidad.

Mientras tanto, es necesario que continúe la reprogramación de los esfuerzos de prevención del VIH según sea necesario para lograr mejoras, aumentar la cobertura y generar eficiencia, aprovechando los éxitos recientes en la adaptación y el perfeccionamiento de los enfoques de

prestación de servicios y los nuevos avances tecnológicos. Estos incluyen estrategias y tecnologías existentes, como la provisión de varios meses y la prestación de servicios diferenciados y enfoques de pruebas de autodiagnóstico. (102) e innovaciones, como el uso de plataformas en línea para llegar a las personas con mayor riesgo y a los jóvenes, a quienes los métodos convencionales de ejecución de programas suelen pasar por alto. Estos cambios deben ampliarse, mantenerse e institucionalizarse. Se debe prestar atención a la creación de capacidad, el fortalecimiento de los vínculos y la garantía de la seguridad de los trabajadores de atención de la salud de primera línea (por ejemplo, proporcionando equipos de protección personal y tecnologías móviles según sea necesario). Los sistemas de adquisiciones y suministros también necesitan atención urgente para corregir las fallas que surgieron en la crisis de COVID-19. Finalmente, es necesario desarrollar plataformas de información estratégica para monitorear el impacto de COVID-19 en los programas y hacer correcciones de rumbo basadas en datos. Los datos del VIH y COVID-19 deben triangularse y analizarse a medida que los países respondan rápidamente a ambas pandemias. Se ha desarrollado una guía para llevar adelante adaptaciones e innovaciones clave en la prestación de servicios, ejemplos de las cuales se han proporcionado en secciones anteriores. (103-105).

A más largo plazo, se necesitarán esfuerzos específicos para garantizar que el avance hacia la cobertura sanitaria universal refleje los atributos clave de la respuesta al VIH (incluida la participación de la comunidad, la gobernanza inclusiva, la rendición de cuentas por los resultados y el compromiso con los derechos humanos y la igualdad de género). Que todos los servicios prestados en un establecimiento o en un entorno comunitario no sean ni estigmatizantes ni discriminatorios y los paquetes de servicios incluyan servicios esenciales de diagnóstico, tratamiento y prevención del VIH. En este contexto, los servicios para poblaciones clave necesitan una integración cuidadosa en los servicios de salud o los planes de seguro para que nadie quede afuera.

Referencias

1. Weekly epidemiological update—22 December 2020. (Actualización epidemiológica semanal, 22 de diciembre 2020) Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---22-december-2020>, consultado el 24 de marzo de 2021).
2. Vencer a las pandemias priorizando a las personas Ginebra: ONUSIDA; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/prevailing-against-pandemics_en.pdf, consultado el 24 de marzo de 2021).
3. Jewell BL, Mudimu E, Stover J, ten Brink D, Phillips A, Smith JA et al. Potential effects of disruption to HIV programmes in sub-Saharan Africa caused by COVID-19: results from multiple mathematical models. (Efectos potenciales de la interrupción de los programas de VIH en África subsahariana causada por COVID-19: resultados de múltiples modelos matemáticos.) *Lancet HIV*. 2020;7:e629–40.
4. Grupo de referencia internacional sobre mujeres transgénero y VIH Acción mundial para la igualdad trans, Foro mundial sobre HSH y VIH, Red mundial de personas que viven con el VIH (GNP +), Proyecto de la red mundial de trabajo sexual, Coalición internacional de mujeres que viven con el VIH, Red internacional de Personas que consumen drogas. Primary prevention revisited: a challenge to AIDS Inc. (Repensar la prevención primaria: un desafío para AIDS Inc.) Ginebra: Coalición Mundial para la Prevención del VIH; 2011 (<https://hivpreventioncoalition.unaids.org/wp-content/uploads/2018/01/CSO-Prevention-Paper.pdf>, consultado el 24 de marzo de 2021).
5. Hoja de ruta de prevención del VIH para 2020. Ginebra: ONUSIDA; 2017 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-prevention-2020-road-map_en.pdf, 24 de marzo de 2021).
6. Grupo del Banco Mundial. Perspectivas económicas mundiales. Washington D. C. Banco Mundial; 2020 (<https://www.worldbank.org/en/publication/global-economic-prospects>, consultado el 24 de marzo de 2021).
7. UNAIDS calls on governments to strengthen HIV-sensitive social protection responses to the COVID-19 pandemic. (ONUSIDA insta a los gobiernos a fortalecer las respuestas de protección social sensibles al VIH en la pandemia de COVID-19.) Ginebra: ONUSIDA; 2020 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2020/call-to-action-social-protection-covid19>, consultado el 24 de marzo de 2021).
8. Saving lives, scaling-up impact and getting back on track. (Salvar vidas, aumentar el impacto y retomar el rumbo) Documento de enfoque de respuesta a la crisis COVID-19. Washington D. C. Banco Mundial; 2020 (<http://documents1.worldbank.org/curated/en/136631594937150795/pdf/World-Bank-Group-COVID-19-Crisis-Response-Approach-Paper-Saving-Lives-Scaling-up-Impact-and-Getting-Back-on-Track.pdf>, consultado el 24 de marzo de 2021).
9. Iversen J, Sabin K, Chang J, Thomas RM, Strathdee SA, Maher L. COVID-19, HIV and key populations: cross-cutting issues and the need for population-specific responses. (COVID-19, VIH y poblaciones clave: cuestiones transversales y necesidad de respuestas específicas para la población) *J Int AIDS Soc*. 2020; 23: e25632.
10. Jin J-M, Bai P, He W, Wu F, Liu X-F, Han D-M et al. Gender differences in patients with COVID-19: focus on severity and mortality. (Diferencias de género en pacientes con COVID-19: centradas en la gravedad y la mortalidad) *Front Publ Health*. 2020; 8:152.
11. Policy brief: the impact of COVID-19 on women. (Resumen de políticas: el impacto de COVID-19 en las mujeres) Nueva York. Naciones Unidas; 2020 (<https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/policy-brief-the-impact-of-covid-19-on-women-en.pdf?la=es&vs=1406>, consultado el 24 de marzo de 2021).
12. From insights to action: gender equality in the wake of COVID-19. (De las reflexiones a la acción: la igualdad de género tras la COVID-19) Nueva York. ONU Mujeres; 2020 (<https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/09/gender-equality-in-the-wake-of-covid-19#view>, consultado el 24 de marzo de 2021).
13. Plan International. Vidas detenidas: el impacto de la COVID-19 en niñas y mujeres jóvenes Working: Plan International; 2020 (<https://plan-international.org/publications/halting-lives-impact-covid-19-girls>, consultado el 24 de marzo de 2021).
14. COVID-19 y la violencia contra las mujeres y las niñas: abordar la pandemia en la sombra Nueva York. ONU Mujeres; 2020 (<https://www.unwomen.org/-/media/headquarters/attachments/sections/library/publications/2020/policy-brief-covid-19-and-violence-against-women-and-girls-en.pdf?la=en&vs=640>, consultado el 24 de marzo de 2021).
15. Repercusión de la pandemia de COVID-19 en la planificación familiar y la eliminación de la violencia de género, la mutilación genital femenina y el matrimonio infantil: a pandemia representa un peligro para la consecución de los resultados transformadores que el UNFPA se ha comprometido a lograr. Nota técnica provisional. Ginebra: Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2020 (<https://www.unfpa.org/fr/node/24179>, consultado el 24 de marzo de 2021).
16. Vivir en confinamiento: Niñas y COVID-19. Working: Plan International; 2020 (<https://plan-international.org/publications/living-under-lockdown>, consultado el 24 de marzo de 2021).
17. El jefe de la ONU denuncia el «aterrador» aumento de la violencia doméstica en medio del confinamiento por el virus. *France 24*, 6 de abril de 2020 (<https://www.france24.com/en/20200406-un-chief-decries-horrifying-rise-in-domestic-violence-amid-virus-lockdown>), consultado el 24 de marzo de 2021.]
18. Mlambo S. SAPS recibió 87 000 llamadas por violencia de género durante la primera semana de confinamiento. *Independent Online*. 2020 (<https://www.iol.co.za/news/south-africa/saps-received-87-000-gender-based-violence-calls-during-first-week-of-lockdown-cele-46024648>, consultado el 24 de marzo de 2021).
19. UNESCO, Plan International. El cierre de escuelas debido a la Covid-19 en todo el mundo afectará más a las niñas París: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura; 2020 (<https://en.unesco.org/news/covid-19-school-closures-around-world-will-hit-girls-hardest>, consultado el 24 de marzo de 2021).

20. Girls' education and COVID-19: what past shocks can teach us about mitigating the impact of pandemics. (La educación de las niñas y la COVID-19: lo que las crisis del pasado nos pueden enseñar sobre la mitigación del impacto de las pandemias) Washington D. C. Malala Fund; 2020 ([https://downloads.ctfassets.net/0oan5gk9rghb/6TMYLYAcUpjhQpXLDgmdla/dd1c2ad08886723cbad85283d479de09 / GirlsEducationandCOVID19_MalalaFund_04022020.pdf](https://downloads.ctfassets.net/0oan5gk9rghb/6TMYLYAcUpjhQpXLDgmdla/dd1c2ad08886723cbad85283d479de09/GirlsEducationandCOVID19_MalalaFund_04022020.pdf), consultado el 24 de marzo de 2021).
21. Wodon Q, Montenegro C, Nguyen H, Onagoruwa A. Missed opportunities: the high cost of not educating girls. (Oportunidades perdidas: el alto costo de no educar a las niñas) Washington D. C. Banco Mundial; 2018 (<http://www.ungei.org/resources/files/Missed-opportunities-high-cost-of-not-educating-girls-World-Bank-July-2018.pdf>, consultado el 24 de marzo de 2021).
22. UNAIDS calls on governments to strengthen HIV-sensitive social protection responses to the COVID-19 pandemic. (ONUSIDA insta a los gobiernos a fortalecer las respuestas de protección social sensibles al VIH en la pandemia de COVID-19) Ginebra, ONUSIDA; 2020 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2020/call-to-action-social-protection-covid19>, consultado el 24 de marzo de 2021).
23. Actualización mundial sobre el sida, aprovechando el momento, enfrentar las desigualdades arraigadas para acabar con las epidemias Ginebra; ONUSIDA; 2020 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2020/global-aids-report>, consultado el 24 de marzo de 2021).
24. ONUSIDA condena el mal uso y abuso de los poderes de emergencia para atacar a las poblaciones marginadas y vulnerables Ginebra, ONUSIDA; 2020 (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2020/april/20200409_laws-covid19, consultado el 24 de marzo de 2021).
25. Las trabajadoras sexuales no deben quedarse atrás en la respuesta al COVID-19. Ginebra: ONUSIDA; 2020 (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2020/april/20200408_sex-workers-covid-19, consultado el 24 de marzo de 2021).
26. Uganda's COVID-19 response is terrorizing women with arbitrary detention, blackmail, and violence. (La respuesta de Uganda al COVID-19 está aterrizando a las mujeres con detenciones arbitrarias, chantaje y violencia) Kampala: Uganda Network of Sex Work Organizations; 2020 (<https://healthgap.org/press/ugandas-covid19-response-is-terrorizing-women-with-arbitrary-detention-blackmail-and-violence>, consultado el 24 de marzo de 2021).
27. Kenyan sex workers abandoned and vulnerable during COVID-19 (Trabajadoras sexuales de Kenia abandonadas y vulnerables durante COVID-19) Ginebra: ONUSIDA; 2020 (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2020/may/20200520_kenya, consultado el 24 de marzo de 2021).
28. Nortajuddin A. Thai sex workers hit hard by virus lockdown. (Trabajadoras sexuales tailandesas afectadas duramente por el confinamiento por el virus) The ASEAN Post. 14 de abril de 2020 (<https://theaseanpost.com/article/thai-sex-workers-hit-hard-virus-lockdown>, consultado el 24 de marzo de 2021).
29. "We cannot provide only HIV services while sex workers are hungry": ("No podemos brindar solo servicios relacionados con el VIH mientras las trabajadoras sexuales tienen hambre") Thai community organization steps in. (La organización de la comunidad tailandesa interviene) Ginebra: ONUSIDA; 2020 (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2020/june/20200601_thailand, consultado el 24 de marzo de 2021).
30. Shih E, Thibos C. The fight to decriminalize sex work. (La lucha por descriminalizar el trabajo sexual) Londres: openDemocracy; 2020 (<https://www.opendemocracy.net/en/beyond-trafficking-and-slavery/fight-decriminalise-sex-work>, consultado el 24 de marzo de 2021).
31. ONUSIDA y MPact muestran una enorme preocupación por los informes que reflejan que la comunidad LGBTI está siendo culpada y acosada durante el brote de COVID-19 Ginebra: ONUSIDA; 2020 (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2020/april/20200427_lgbti-covid, consultado el 24 de marzo de 2021).
32. Vulnerability amplified: the impact of the COVID-19 pandemic on LGBTIQ people. (Vulnerabilidad amplificada: el impacto de la pandemia COVID-19 en las personas LGBTI) Nueva York. Outright Action International; 2020 (https://outrightinternational.org/sites/default/files/COVIDsReportDesign_FINAL_LR_0.pdf, consultado el 24 de marzo de 2021).
33. Odinga MM, 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 counties. (Pruebas de VIH en medio de la COVID-19: esfuerzos comunitarios para llegar a los hombres que tienen sexo con hombres en tres condados de Kenia) Londres. Gates Open Research; 2020 (<https://gatesopenresearch.org/articles/4-117/v2>, accessed 24 March 2021).
34. Cabrera CG. La cuarentena por género acorrala a mujer trans en Panamá Nueva York. Human Rights Watch; 2020 (<https://www.hrw.org/news/2020/04/02/panamas-gender-based-quarantine-ensnares-trans-woman>, accessed 24 March 2021).
35. Encuesta en línea de INPUD sobre COVID-19 y personas que consumen drogas, informe de datos 1, junio de 2020. Londres. International Network of People who Use Drugs; 2020 (https://www.inpud.net/sites/default/files/INPUD_COVID-19_Survey_DataReport1.pdf, consultado el 24 de marzo de 2021).
36. Dolan K, Wirtz AL, Moazen B, Ndeffo-mbah M, Galvani A, Kinner SA y col. Global burden of HIV, viral hepatitis, and tuberculosis in prisoners and detainees. (Carga mundial de VIH, hepatitis viral y tuberculosis en prisioneros y detenidos) *Lancet*. 2016; 388 1089–102.
37. UNODC, OMS, ONUSIDA, ACNUDH. Declaración conjunta sobre COVID-19 en cárceles y otros entornos cerrados. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://www.who.int/news/item/13-05-2020-unodc-who-unaids-and-ohchr-joint-statement-on-covid-19-in-prisons-and-other-closed-ajustes>, consultado el 24 de marzo de 2021).
38. Beyrer C, Kamarulzaman A, McKee M. Prisoners, prisons, and HIV: time for reform. (Prisioneros, prisiones y VIH: tiempo de reforma) *Lancet*. 2016 388 5 1033 5
39. ONUSIDA insta a los gobiernos a fortalecer las respuestas de protección social sensibles al VIH a la pandemia de COVID-19. Ginebra: ONUSIDA; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/call-to-action-social-protection-covid19_en.pdf, consultado el 24 de marzo de 2021).
40. Kluge HHP, Jakab Z, Bartovic J, D'Anna V, Severoni S. Refugee and migrant health in the COVID-19 response. (Salud de refugiados y migrantes en la respuesta a la COVID-19) *Lancet*. 2020;395:1237–9.
41. Immediate action required to address needs, vulnerabilities of 2.75m stranded migrants. (Se requiere acción inmediata para abordar las necesidades y vulnerabilidades de 2,75 millones de migrantes varados) Ginebra: International Organization for Migration 2020 (<https://www.iom.int/news/immediate-action-required-address-needs-vulnerabilities-275m-stranded-jected>, consultado el 24 de marzo de 2021).

42. Orza L, Welbourn A, Bewley S, Crone ET, Vazquez M. Building a safe house on firm ground: key findings from a global values and preferences survey regarding the sexual and reproductive health and human rights of women living with HIV. (Construir una casa segura en terreno firme: hallazgos clave de una encuesta global de valores y preferencias con respecto a la salud sexual y reproductiva y los derechos humanos de las mujeres que viven con el VIH) Londres. Salamander Trust; 2014 (<http://salamandertrust.net/wp-content/uploads/2016/09/BuildingASafeHouseOnFirmGroundFINALreport190115.pdf>, consultado el 24 de marzo de 2021).
43. Leddy AM, Weiss E, Yam E, Pulerwitz J. Gender-based violence and engagement in biomedical HIV prevention, care and treatment: a scoping review. (Violencia de género y participación en la prevención, la atención y el tratamiento biomédicos del VIH: una revisión de alcance) *BMC Public Health*. 2019; 19:897.
44. De Neve JW, Fink G, Subramanian SV, Moyo S, Bor J. Length of secondary schooling and risk of HIV infection in Botswana: evidence from a natural experiment. (Duración de la educación secundaria y riesgo de infección por VIH en Botsuana: evidencia de un experimento natural) *Lancet Glob Health*. 2015; 3: e470–7.
45. Behrman JA. The effect of increased primary schooling on adult women's HIV status in Malawi and Uganda: universal primary education as a natural experiment. (El efecto del aumento de la escolarización primaria sobre el estado del VIH de las mujeres adultas en Malawi y Uganda: la educación primaria universal como un experimento natural) *Soc Sci Med*. 2015 127 5 108 15
46. 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. (Mantenerlas en la escuela: la importancia de la educación como factor de protección contra la infección por el VIH entre las mujeres jóvenes sudafricanas) *Int J Epidemiol*. 2008 37 5 1266 73
47. Young lives on lockdown: the impact of Ebola on children and communities in Liberia. (Vidas jóvenes confinadas: el impacto del ébola en niños y en comunidades de Liberia) Woking: Plan International; 2015 (<https://resourcecentre.savethechildren.net/library/young-lives-lockdown-impact-ebola-children-and-communities-liberia>, consultado el 24 de marzo de 2021).
48. Gumbonzvanda N, Mwangi-Powell F, Albright A, Albrechtsen AB, Muhwezi M. Carta conjunta a la Unión Africana: el impacto de la COVID-19 en la educación de las niñas y el matrimonio infantil. Londres. Niñas, no esposas; 2020 (<https://www.girlsnotbrides.org/joint-letter-to-the-african-union-the-impact-of-covid-19>, consultado el 24 de marzo de 2021).
49. Seis medidas concretas para apoyar a mujeres y niñas en toda su diversidad en el contexto de la pandemia COVID-19. Ginebra: ONUSIDA; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/women-girls-covid19_en.pdf, consultado el 24 de marzo de 2021).
50. Dasgupta A, Kantarová V, Ueffing P. El impacto de la crisis de COVID-19 en la satisfacción de las necesidades de planificación familiar: un escenario global por los métodos anticonceptivos utilizados (versión 2; revisión por pares: 3 aprobado con reservas). Londres. Gates Open Research; 2020 (<https://gatesopenresearch.org/articles/4-102>, consultado el 24 de marzo de 2021).
51. Kimani J, Adhiambo J, Kasiba R, Mwangi P, Were V, Mathenge J et al. The effects of COVID-19 on the health and socio-economic security of sex workers in Nairobi, Kenya: (Los efectos de la COVID-19 en la salud y la seguridad socioeconómica de las trabajadoras sexuales en Nairobi, Kenia:) Emerging intersections with HIV. (Intersecciones emergentes con el VIH) *Glob Publ Health*. 2020;15:1073-82.
52. Encuesta de impacto de COVID-19: Asia y el Pacífico. Edimburgo: Network of Sex Work Projects; 2020 (https://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/covid-19_impact_report_-_asia_and_the_pacific_-_nswp_-_2020.pdf, consultado el 24 de marzo de 2021).
53. Encuesta de impacto de COVID-19: América del Norte y el Caribe. Edimburgo: Network of Sex Work Projects; 2020 (https://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/covid-19_impact_report_-_north_america_and_the_caribbean_-_nswp_-_2020.pdf, consultado el 24 de marzo de 2021).
54. Encuesta de impacto COVID-19 — América Latina. Edimburgo: Network of Sex Work Projects; 2020 (https://www.nswp.org/sites/nswp.org/files/covid-19_impact_report_-_latin_america_-_nswp_-_2020.pdf, consultado el 24 de marzo de 2021).
55. Pebody R. A quarter of gay men report casual sex during UK lockdown. (Una cuarta parte de los hombres homosexuales informan haber tenido sexo casual durante el confinamiento del Reino Unido) Londres. Aidsmap; 2020 (<https://www.aidsmap.com/news/jun-2020/quarter-gay-men-report-casual-sex-during-uk-lockdown>, consultado el 24 de marzo de 2021).
56. COVID-19 y VIH: 1 momento, 2 epidemias 3 oportunidades. Ginebra: ONUSIDA; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20200909_Lessons-HIV-COVID19.pdf, consultado el 24 de marzo de 2021).
57. Lucha contra el sida, la tuberculosis, la malaria y COVID-19. Ginebra, Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria; 2020 (<https://www.theglobalfund.org/en/covid-19-plan>, consultado el 24 de marzo de 2021).
58. Implementación de la hoja de ruta de prevención del VIH para 2020. Cuarto informe de progreso. Ginebra: ONUSIDA; 2020 (https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2020/november/20201123_fourth-annual-progress-report-global-hiv-prevention-coalition, consultado el 24 de marzo de 2021).
59. Respuestas de política a la COVID-19. Washington D. C. Fondo Monetario Internacional; 2020 (<https://www.imf.org/en/Topics/imf-and-covid19/Policy-Responses-to-COVID-19#T> consultado el 24 de marzo de 2021).
60. Mahitivanichcha T. The Thai government's economic response to COVID-19. (La respuesta económica del gobierno tailandés a la COVID-19) Bangkok: Grant Thornton; 2020 (<https://www.grantthornton.co.th/insights/articles/thai-governments-economic-response-to-covid-19>, consultado el 24 de marzo de 2021).
61. COVID-19 global gender response tracker. (Rastreador global de respuesta de género COVID-19) Nueva York. PNUD; 2020 (<https://data.undp.org/gendetracker>, consultado el 24 de marzo de 2021).
62. La resistencia de las trabajadoras sexuales a la crisis de COVID: una lista de iniciativas. Amsterdam: Red Umbrella Fund; 2020 (<https://www.redumbrellafund.org/covid-initiatives>, consultado el 24 de marzo de 2021).
63. Derechos en la época de la COVID-19: lecciones del VIH para una respuesta eficaz y dirigida por la comunidad. Ginebra: ONUSIDA; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/human-rights-and-covid-19_en.pdf, consultado el 24 de marzo de 2021).

64. Statistics on sexual and gender-based violence cases reported through FIDA-Kenya's toll-free number between 15th April to 3rd May 2020. (Estadísticas sobre casos de violencia sexual y de género notificados a través del número gratuito de FIDA-Kenia entre el 15 de abril y el 3 de mayo de 2020) Nairobi FIDA-Kenia; 2020 (<https://www.fidakenya.org/site/press>, consultado el 24 de marzo de 2021).
65. Derechos en la época de la COVID-19: lecciones del VIH para una respuesta eficaz y dirigida por la comunidad. Ginebra: ONUSIDA; 2020 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/human-rights-and-covid-19_en.pdf, consultado el 24 de marzo de 2021).
66. Comité Permanente entre Organismos. COVID-19: focus on persons deprived of liberty—interim guidance. (COVID-19: se centra en las personas privadas de libertad: orientación provisional) Ginebra: OCHR; 2020 (<https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-03/ASC%20Interim%20Guidance%20on%20COVID-19%20-%20Focus%20on%20Persons%20Deprived%20of%20Their%20Liberty.pdf>, consultado el 24 de marzo de 2021).
67. Declaración conjunta de UNODC, OMS, ONUSIDA y ACNUDH sobre la COVID-19 en cárceles y otros centros de internamiento Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://www.who.int/news/item/13-05-2020-unodc-who-unaid-and-ohchr-joint-statement-on-covid-19-in-prisons-and-other-closed-ajustes>, consultado el 24 de marzo de 2021).
68. Preparación y respuesta a la COVID-19 en las cárceles: documento de posición. Viena: UNODC; 2020 (https://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/UNODC_Position_paper_COVID-19_in_prisons.pdf, consultado el 24 de marzo de 2021).
69. Unirnos para la educación de los refugiados. Ginebra: ACNUR; 2020 (<https://www.unhcr.org/5f4f9a2b4> consultado el 24 de marzo de 2021).
70. Regla 24 (1), Reglas mínimas de las Naciones Unidas para el tratamiento de los reclusos (Reglas Nelson Mandela). Resolución 70/175 de la Asamblea General. Nueva York. Naciones Unidas; 2020 (https://www.un.org/en/events/mandeladay/mandela_rules.shtml, consultado el 24 de marzo de 2021).
71. Matthews M. ¿Qué significa la cobertura sanitaria universal para las personas que usan drogas? Resumen técnico. Londres. INPUD; 2019 ([https://www.inpud.net/sites/default/files/Universal Health Coverage.pdf](https://www.inpud.net/sites/default/files/Universal%20Health%20Coverage.pdf), consultado el 24 de marzo de 2021).
72. El impacto de la pandemia de COVID-19 en los recursos y servicios relacionados con las enfermedades no transmisibles: resultados de una evaluación rápida Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/ncds-covid-rapid-assessment>, consultado el 24 de marzo de 2021).
73. Reza-Paul S, Lazarus L, Haldar P, Reza Paul M, Lakshmi B, Ramaiah M et al. Community action for people with HIV and sex workers during the COVID-19 pandemic in India. (Acción comunitaria para personas con VIH y trabajadores sexuales durante la pandemia de COVID-19 en India) OMS Asia Sudoriental J Salud Pública. 2020 9 5 104 6
74. In India's Chennai, a community of people who use drugs are scripting an inspiring story during lockdown. (En Chennai, India, una comunidad de personas que consumen drogas está escribiendo una historia inspiradora durante el confinamiento) Nueva Delhi: Alliance India; 2020 (<http://www.allianceindia.org/indias-chennai-community-people-use-drugs-scripting-inspiring-story-lockdown>, consultado el 24 de marzo de 2021).
75. Informe sombra 2020. Brighton: Frontline AIDS; 2020 (<https://aids2020.frontlineaids.org/hiv-prevention-shadow-reports-2019>, consultado el 24 de marzo de 2021).
76. Five years of taking Nepal's key population HIV program online. (Cinco años de la puesta en línea del programa de VIH para poblaciones clave de Nepal) Durham (Carolina del Norte): FHI 360; 2020 (<https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/linkages-success-story-nepal-may-2020.pdf>, consultado el 24 de marzo de 2021).
77. PEPFAR, USAID, EpiC, ONUSIDA, GPC. Meeting targets and maintaining epidemic control (EpiC). (Cumplir con los objetivos y mantener el control de la epidemia, EpiC) Strategic considerations for mitigating the impact of COVID-19 on key-population-focused HIV programs. (Consideraciones estratégicas para mitigar el impacto de COVID-19 en programas de VIH centrados en poblaciones clave) Durham (Carolina del Norte): FHI 360; 2020 (<https://www.fhi360.org/resource/meeting-targets-and-maintaining-epidemic-control-epic-covid-19-and-hiv-technical-resources>, consultado el 24 de marzo de 2021).
78. Dourado I, Magno L, Soares F, Massa P, Numm A, Dalal S et al en nombre del Grupo de estudio brasileño PrEP1519. Adaptación a la pandemia de COVID-19: servicios continuos de prevención del VIH para adolescentes mediante telemonitorización, Brasil. *AIDS Behav.* 2020;24:1994–9.
79. Teenergizer [sitio web]. Kiev: Teenergizer; 2021 (<https://teenergizer.org/en>, consultado el 24 de marzo de 2021).
80. Stover J, Chagoma N, Taramusi I, Teng Y, Glaubius R, Mahiane G. Estimación del impacto potencial de las respuestas de COVID-19 en la epidemia del VIH: análisis utilizando el modelo de metas. medRxiv. 2020 (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.05.04.20090399v1>, consultado el 24 de marzo de 2021).
81. Mitchell KM, Dimitrov D, Silhol R, Geidelberg L, Moore M, Liu A et al. Estimating the potential impact of COVID-19 related disruptions on HIV incidence and mortality on men who have sex with men in the United States: a modelling study. medRxiv. (Estimación del impacto potencial de las alteraciones relacionadas con COVID-19 en la incidencia y mortalidad del VIH en hombres que tienen sexo con hombres en los Estados Unidos: un estudio de modelado. medRxiv) 2020 (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.10.30.20222893v1>, consultado el 24 de marzo de 2021).
82. VIH / SIDA y COVID-19: la interacción entre VIH y COVID-19. Nueva York. UNICEF; 2020 (<https://data.unicef.org/topic/hiv/aids/covid-19>, consultado el 24 de marzo de 2021).
83. Robertson T, Cartee ED, Chou VB, Stegmuller AR, Jackson BD, Tam Y et al. Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study. (Estimaciones iniciales de los efectos indirectos de la pandemia de COVID-19 sobre la mortalidad materna e infantil en países de ingresos bajos y medios: un estudio de modelos) *Lancet Glob Health.* 2020; 8: e901–8.
84. Booton RD, Fu G, MacGregor L, Li J, Ong JJ, Tucker JD, Turner KM y col. Estimating the impact of disruptions due to COVID-19 on HIV transmission and control among men who have sex with men in China. medRxiv. (Estimando el impacto de las interrupciones por COVID-19 en la transmisión y el control del VIH entre los hombres que tienen sexo con hombres en China) 2020 (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.10.08.20209072v1>, consultado el 24 de marzo de 2021).
85. Informe de situación COVID-19 # 35. Ginebra: Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria; 2020 (<https://www.theglobalfund.org/en/covid-19/news>, consultado el 24 de marzo de 2021).

86. Mitigar el impacto de la COVID-19 en los países afectados por el VIH, la tuberculosis y la malaria. Ginebra: Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria; 2020 (https://www.theglobalfund.org/media/9819/covid19_mitigatingimpact_report_en.pdf, consultado el 24 de marzo de 2021).
87. Mukwenha S, Dzinamarira T, Mugurungi O, Musuka G. Maintaining robust HIV and TB services in the COVID-19 era: a public health dilemma in Zimbabwe. (Mantener sólidos servicios de VIH y tuberculosis en la era COVID-19: un dilema de salud pública en Zimbabwe) *J Infect Dis.* 2020;100:394–5.
88. PEPFAR Panorama Spotlight [base de datos en línea]. Washington D. C. PEPFAR; 2021 (<https://data.pepfar.gov/dashboards>, consultado el 24 de marzo de 2021).
89. Rao A, Rucinski K, Jarrett B, Ackerman B, Wallach S, Marcus J et al. Potential interruptions in HIV prevention and treatment services for gay, bisexual, and other men who have sex with men associated with COVID-19. (Posibles interrupciones asociadas a COVID-19 en los servicios de prevención y tratamiento del VIH para hombres homosexuales, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres) *medRxiv.* 2020 (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.08.19.20178285v1>, consultado el 24 de marzo de 2021).
90. Picchio CA, Valencia J, Doran J, Swan T, Pastor M, Martró E et al. El impacto de la pandemia de COVID-19 en los servicios de reducción de daños en España. *Reducción de daños J.* 2020; 17; 87.
91. Health alert: (Alerta de salud:) Canton latest to close its syringe program. (Último cantón en cerrar su programa de jeringas) Granville (OH): Harm Reduction International; 2020 (<https://www.harmreductionohio.org/covid-19-updates-syringe-programs-ongoing>, consultado el 24 de marzo de 2021).
92. EMCDDA Trend Spotter Briefing. El impacto de la COVID-19 en el consumo de drogas y los daños relacionados con las drogas en Europa. Lisboa: EMCDDA; 2020. https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13130/EMCDDA-Trendspotter-Covid-19-Wave-2_1.pdf, consultado el 24 de marzo de 2021).
93. Benson D. La pandemia de COVID-19 aumenta las sobredosis de drogas y los problemas de salud mental. Boston: WBUR; 2020 (<https://www.wbur.org/hereandnow/2020/11/23/covid-19-drug-overdoses>, consultado el 24 de marzo de 2021).
94. Programas de reducción de daños durante la crisis de COVID-19 en Europa central y oriental y Asia central. Vilna: Eurasian Harm Reduction Association; 2020.
95. Lagat H, Sharma M, Kariithi E, Otieno G, Katz D, Masyuko S et al. Impact of the COVID-19 pandemic on HIV testing and assisted partner notification services, western Kenya. (Impacto de la pandemia de COVID-19 en las pruebas del VIH y los servicios de notificación asistida a las parejas, en el oeste de Kenia) *AIDS Behav.* 2020;24:3010–3.
96. UNICEF rapid situation tracking for COVID-19 socioeconomic impacts, (Seguimiento rápido de la situación de UNICEF para los impactos socioeconómicos de COVID-19) octubre de 2020. (<http://www.childrendaids.org/sites/default/files/2020-12/2020%20World%20AIDS%20Day%20Report.pdf>, consultado el 24 de marzo de 2021).
97. Condones y Lubricantes en los Tiempos de la COVID-19 Mantenimiento de Suministros y Enfoques Centrados en las Personas para Satisfacer la Necesidad en Países de Ingresos Bajos y Medios Nueva York. UNFPA; 2020 (https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/condoms-lubricants-covid19_en.pdf, consultado el 24 de marzo de 2021).
98. COVID-19 impact on health product supply: assessment and recommendations. (Impacto de COVID-19 en el suministro de productos sanitarios: evaluación y recomendaciones) Ginebra: Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (https://www.theglobalfund.org/media/9440/psm_covid-19impactsupplychainlogistics_report_en.pdf, consultado el 24 de marzo de 2021).
99. Old lessons, new pandemic: (Antiguas lecciones, nueva pandemia:) “We showed up to do COVID-19 testing & communities told us to pack our bags”. (“Nos presentamos para hacer las pruebas de COVID-19 y las comunidades nos dijeron que hiciéramos las maletas”) Johannesburgo. Bhekisisa Centre for Health Journalism; 2020 (<https://bhekisisa.org/article/2020-06-22-medical-male-circumcision-hiv-prevention-covid-coronavirus-response-south-africa>, consultado el 24 de marzo de 2021).
100. Davey DLJ, Bekker LG, Mashele N, Gorbach P, Coates TJ, Myer L. PrEP retention and prescriptions for pregnant women during COVID-19 lockdown in South Africa. (Mantenimiento de PrEP y recetas para mujeres embarazadas durante el confinamiento por COVID-19 en Sudáfrica) *Lancet HIV.* 2020; 7: e735.
101. Rastreador global de PrEP [base de datos en línea]. Nueva York. PrEP Watch, AVAC; 2021 (<https://data.prepwatch.org>, consultado el 24 de marzo de 2021).
102. Wilkinson L, Grimsrud A. The time is now: expedited HIV differentiated service delivery during the COVID-19 pandemic. (Ahora es el momento: acelerar la prestación de servicios diferenciados de VIH durante la pandemia de COVID-19) *J Int AIDS Soc.* 2020; 23: e25503.
103. Five strategies for preserving key population-focused HIV programmes in the era of COVID-19. (Cinco estrategias para preservar los programas de VIH centrados en los grupos de población clave en tiempos de COVID-19) Ginebra: International AIDS Society; 2020 (<https://www.iasociety.org/HIV-Programmes/Cross-cutting-issues/COVID-19-and-HIV/Five-strategies-for-preserving-key-population-focused-HIV-programmes-in-the-era-of-COVID-19>, consultado el 24 de marzo de 2021).
104. Mantener y priorizar los servicios de prevención del VIH en tiempos de COVID-19. Ginebra: ONUSIDA; 2020 (<https://www.unaids.org/en/resources/documents/2020/maintaining-prioritizing-hiv-prevention-services-covid19>, consultado el 24 de marzo de 2021).
105. PEPFAR technical guidance in context of COVID-19 pandemic. (Orientación técnica de PEPFAR en el contexto de la pandemia de COVID-19) Washington D. C. PEPFAR; 2020 (<https://www.state.gov/wp-content/uploads/2020/11/11.18.20-PEPFAR-Technical-Guidance-During-COVID-508.pdf>, consultado el 24 de marzo de 2021).



ONUSIDA
Programa Conjunto de
las Naciones Unidas
sobre el VIH/Sida

20 Avenue Appia
1211 Ginebra 27
Suiza

+41 22 791 3666

unaids.org