

VIH-SIDA, INEQUIDADES EN SALUD Y COVID-19: IMPACTOS Y DESAFÍOS

Henry Enmanuel Mendoza Ramírez¹ y Yuly Consuelo Leiva Ricardo²

1.0.Introducción

Desde finales de la década de los 80's hasta la actualidad, 36. 3 millones de personas perdieron la vida por enfermedades relacionadas al sida (ONUSIDA, 2021b). Se trata de una problemática que desde principios de siglo XXI se considera como una amenaza para la salud, la seguridad y la paz mundial (*Resolución 1308*, 2000), es así como en concordancia con la preocupación surgen iniciativas multilaterales e interinstitucionales para contrarrestar los factores incidentes y detener la expansión de la epidemia del VIH-SIDA.

En consecuencia, se ponen en marcha acciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS); el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-SIDA (ONUSIDA); la Organización Panamericana de la Salud (OPS) con planes estratégicos para el control del VIH-SIDA y las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS); organizaciones no gubernamentales (ONG), como el Movimiento Latinoamericano y del Caribe de Mujeres Positivas (MLCM+); los gobiernos con planes de ruta de respuesta ante el VIH como, por ejemplo, los propuestos por el Ministerio de Protección Social colombiano con el apoyo de ONUSIDA (2008, 2014, 2018); las organizaciones de la sociedad civil y redes de personas viviendo con VIH (PVVIH), entre otros.

Desde el ámbito nacional, Colombia cuenta con los Planes Nacionales de Respuesta ante el VIH-SIDA e ITS que focalizan sus intervenciones en los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) incidentes en la aparición de nuevos casos. Y desde el ámbito internacional, ONUSIDA se propuso para el 2015 detener la expansión de la epidemia; para el 2020, el plan 90-90-90 que apuntaba a que el 90% de PVVIH conocieran su diagnóstico, el 90% de los diagnosticados recibiera terapia antirretroviral (TARV), y a su vez, el 90% de PVVIH con TARV logren supresión viral. Por último, el propósito más reciente de acabar con el SIDA como amenaza para la salud pública antes del 2030, con un fuerte enfoque de lucha contra las desigualdades (ONUSIDA, 2021a).

¹ Universidad Santo Tomás. Maestría en Salud Pública. Correo: henrymendoza@usantotomas.edu.co

² Universidad Santo Tomás. Maestría en Salud Pública. Correo: yulyleiva@usantotomas.edu.co

Sin embargo, todos los mecanismos puestos en marcha desde el ámbito internacional y nacional para contrarrestar las complicaciones relacionadas al VIH-SIDA, se ven amenazados con la llegada de la pandemia de Covid-19. Las PVVIH, especialmente aquellas con precarias condiciones inmunológicas, socioeconómicas, culturales e, incluso, políticas se configuran como un importante grupo susceptible de serias complicaciones con la llegada de la pandemia. Por todo lo anterior, el presente ensayo científico se propone revisar los impactos del virus SARS-CoV-2 en personas viviendo con VIH, para contemplar los diversos retos que implica una problemática tan compleja en la que se conjugan dos virus de ARN de origen zoonótico, responsables de pandemias y con mayor repercusión en las poblaciones vulnerables.

2.0.Planteamiento del problema

Pese al esfuerzo aunado a nivel nacional e internacional, el alcance de los objetivos frente al VIH-SIDA se truncan con la llegada de la pandemia del Covid-19 que, a agosto del 2022, registraba más de 6 millones de fallecidos, de los cuales más de 2.8 millones de muertes son de la región de las américas (OMS & OPS, 2022), con más de 140 mil muertes en Colombia (la República, 2022). La crisis sanitaria ocasionada por el Covid-19, al igual que la epidemia del VIH, devela la relación entre el impacto socioeconómico, clínico y sanitario de la afección con características intrínsecas de la población (Silva et al., 2022).

En por ello que la complejidad de tal problemática de salud, en la que ambos virus impactan en mayor medida a las poblaciones más vulnerables en el mundo, insta al manejo de un enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud, que da cuenta de la desigualdad en el acceso a la salud y a las vacunas y tratamientos, entre los países más desarrollados y los menos desarrollados (Velásquez, 2021). De igual modo, diversos investigadores insisten en que aún se carece de suficiente información concreta, detallada y confiable acerca de los verdaderos impactos generados por el Covid-19 a las personas con VIH (Ferreira Mariosa et al., 2022; Ramiro Avilés, 2020; Soto Silva, 2022), lo que justifica la necesidad de más investigaciones que aborden la problemática.

La pronunciada atención en estudios generales sobre el Covid-19 se refleja en las pocas investigaciones específicas de los impactos de aquel en la población con VIH. Ante tal carencia,

y con el ánimo de dar respuesta a dicha demanda, el presente ensayo científico tiene como objetivo revisar los diversos impactos del Covid-19 en el VIH-SIDA, identificando problemáticas focales, para finalmente plantear cuáles son los desafíos a enfrentar y cuáles enfoques y medidas resultan más pertinentes de las propuestas encontradas en la literatura académica y científica.

Para ello, se hizo una previa revisión narrativa rápida que ofreciera un panorama actual de la situación, el cual contó con cinco pasos para la gestión y categorización de la información. En primera instancia, un despliegue de rastreo de artículos en la plataforma de búsqueda *Google Académico* con la ecuación de búsqueda "*pandemia*" + "*covid 19*" + "*determinantes sociales de la salud*" + "*VIH*", limitado a publicaciones entre los años 2015 y 2022; luego, un primer tamizaje de revisión de títulos que hicieran referencia directa y explícita al objetivo del ensayo y a las palabras clave del mismo; los artículos seleccionados pasaron a un segundo tamizaje de lectura de los resúmenes, para identificar objetivos, métodos y resultados más afines al objeto de estudio; finalmente, se seleccionó un total de 50 publicaciones entre artículos académicos, normativas, informes o reportes institucionales.

Finalmente, el presente ensayo se compone de seis apartados, partiendo con un breve paneo de situación del VIH-SIDA previo pandemia del Covid-19, para luego exponer 5 subapartados e engloban las temáticas más recurrentes y focales rastreadas en la revisión bibliográfica, a saber: a) Impactos de la pandemia del Covid-19 en el VIH-SIDA; b) lecciones de la epidemia del VIH-SIDA para el Covid-19; c) marco institucional y normativo actual para enfrentar los impactos del Covid-19 con enfoque en la problemática del VIH; y d) propuestas de abordaje a la actual crisis sanitaria. Por último, se hace el debido cierre con las conclusiones.

Con el presente escrito se pretende contribuir al diálogo crítico, académico-científico y multidisciplinario que demanda la complejidad del objeto de estudio abordado, reconociendo que desde el sistema sanitario y las políticas en salud pública es necesario un abordaje bioético y defensor de derechos humanos.

3.0.Desarrollo

3.1 La epidemia del VIH-SIDA en pre pandemia

Para hacer una revisión de los impactos que ha traído la pandemia del Covid-19 al VIH-SIDA es necesario un recorrido previo por las cifras globales y nacionales de la epidemia del virus de inmunodeficiencia humana. Así, a la luz de los datos epidemiológicos se espera contar con un panorama general que permita hacer un ejercicio comparativo del estado de la epidemia VIH-SIDA antes de la pandemia y en la pandemia del Covid-19. Sin pasar por alto factores incidentes como Determinantes Sociales de la Salud, poblaciones clave³ y prioritarias, medidas o planes globales y nacionales adoptados, se espera contar con un panorama general que permita hacer un ejercicio contrastivo del estado de la epidemia VIH-SIDA antes de la pandemia y en la pandemia del Covid-19.

Según datos epidemiológicos de ONUSIDA (2021b) la prevalencia del VIH-SIDA a nivel mundial en el año 2015 era 34.3 millones, atravesando consecutivamente por cifras de 35.3 millones, 35.9 millones, 36.6 millones hasta alcanzar los 37.2 millones en el 2019. Dicha tendencia al alza no se replica en las cifras de mortalidad que parten de 900.000 en el 2015 para caer sucesivamente hasta 720.000 muertes en el 2019. Cifras que cobran sentido si se tiene presente que el acceso a terapia antirretroviral (TARV) pasó de 17.1 millones en el 2015 a 25.5 millones en el 2019, y los avances en TARV son clínicamente notables con una comprobada reducción de la morbilidad, con éxito terapéutico supeditado al estricto cumplimiento de la indicación medicamentosa o adherencia (Wolff et al., 2010).

Cabe resaltar que si bien entre el 2010 y el 2019 las nuevas infecciones por VIH (IpVIH) incrementaron un 21% en América Latina (ONUSIDA, 2021a), siguen siendo los grupos más vulnerables y las poblaciones clave las más afectadas. Entre ellos los migrantes irregulares (Prince Torres, 2020a), los desplazados por conflictos internos (Ramiro Avilés, 2020), las mujeres en condición de pobreza (Arrivillaga et al., 2011; ONUSIDA, 2020c), las comunidades étnicas (Martínez & Rubén, 2022), los colectivos minoritarios en situación de vulnerabilidad como

³ Para ONUSIDA la población clave en la epidemia del VIH-SIDA son los y las trabajadores(as) sexuales y sus clientes, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), las personas que se inyectan drogas, las personas transgénero. Por otra parte, se contemplan grupos minoritarios o con alto índice de vulnerabilidad como los y las migrantes, los desplazados por conflictos y refugiadas, las mujeres, niñas y adolescentes y las comunidades étnicas. Ambos segmentos se consideran prioritarios en la problemática del VIH- SIDA.

los y las trabajadoras sexuales y sus clientes, las personas que se inyectan drogas, los hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y las personas transgénero (ONUSIDA, 2021a).

En Colombia, la prevalencia del VIH-SIDA para el 2015 era de 0,13 por cada 100 habitantes, pasando por cifras de 0.15 en 2016; 0.17 en 2017; 0.19 en 2018 y 0,23 en 2019. Por su parte, las cifras de mortalidad en el mismo periodo presentan un incremento de casi el 50%, con 844 fallecidos en el 2015 hasta alcanzar la cifra de 1802 en el 2019. Tanto la tendencia al alza en prevalencia y en mortalidad, como el poco avance en cobertura de TARV son preocupantes, si se tiene en cuenta que las cifras de estas últimas, en el mismo periodo 2015 al 2019 solo incrementaron un 5.3%, iniciando con un 80.5% el 2015 para pasar a un 85,63% de cobertura en el 2019 (Cuenta de Alto Costo, 2021).

Los avances nacionales en las cifras epidemiológicas en contraste con las mundiales no son alentadores en el periodo prepandemia. Panorama preocupante a portas de la pandemia del Covid-19 desatada en el 2020. Como país en vía de desarrollo, se ha datado cómo la mayoría de los problemas de salud de las personas en Colombia se relacionan con sus condiciones sociales y económicas que dan cuenta de grandes inequidades en materia sanitaria (Arrivillaga-Quintero, 2010; Tovar Cuevas & Arrivillaga Quintero, 2011). Por esta razón, es necesario un previo abordaje de la relación entre los Determinantes Sociales de la Salud en relación con la epidemia del VIH-SIDA.

3.1.1 Relación entre los DSS y el VIH/SIDA

Como es ampliamente datado, las variables socioeconómicas determinan significativamente las condicionantes individuales de la salud. Así, por ejemplo, la OPS, la OMS con su Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud en su Informe Final (2009), e incluso la ley estatutaria 1751 en Colombia para la regulación del derecho fundamental a la salud (2015), reconocen la necesidad de ejecutar acciones y políticas públicas dirigidas a la reducción de inequidades en salud a partir de intervenciones directas en los DSS. La situación del VIH no es una excepción, pues también se ve fuertemente afectada por determinantes sociales que impactan en las condiciones de vida y de salud de las PVVIH.

Lamontagne y Stockemer (2010) comprueban que la baja prevalencia de VIH guarda correlación con los países más equitativos, entendidos como aquellos con fuertes estructuras sanitarias, con apropiados gastos públicos en salud por habitante, con dignas condiciones

laborales y de vida, con una equitativa distribución de bienes inmuebles, propiedades y recursos medioambientales. Sin embargo, no es una vía con un solo sentido, sino una doble relación entre el desarrollo económico y el desarrollo en salud. Una relación bidireccional en la que cuando se trata del VIH-SIDA, este a su vez puede contribuir al aumento de la pobreza impactando negativamente en los índices de desarrollo económico (Tovar Cuevas & Arrivillaga Quintero, 2011).

En efecto, las personas con VIH tienen mayor riesgo de empobrecer, ya que incrementan los gastos en atención médica, la productividad decrece, su condición laboral se ve afectada y, en consecuencia, sus ingresos económicos (Cortez, 2021; Ferreira Mariosa et al., 2022; Rondal, 2022). Desencadenando efectos negativos en la demanda de bienes y servicios, en la asistencia educativa de menores a la escuela y, en últimas, al crecimiento económico regional y nacional al reducir el PIB con el incremento de la pobreza y la desigualdad (Tovar Cuevas & Arrivillaga Quintero, 2011).

Por todo lo anterior y en coherencia con estamentos nacionales e internacionales, como lo indica el Informe Final de la Comisión de DSS, la ley 1751 del 2015 y la ley 972 de 2005 (para enfermedades ruinosas y catastróficas, especialmente el VIH-SIDA); en adelante, el rastreo de los impactos de la pandemia del Covid-19 a las PVVIH se hará a la luz de las temáticas focales recomendadas o prescriptas nacional e internacionalmente, como lo son los Determinantes Sociales en Salud, la campaña contra las desigualdades en salud con la oferta y cobertura necesaria de servicios integrales en salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva, la salud mental, la problemática del estigma y de la discriminación ligada a sanciones legislativas con carácter punitivo, entre otros.

3.2 VIH-SIDA en tiempos de Covid-19

3.2.1 Respuesta clínica de pacientes con VIH-SIDA al SARS-CoV-2

Desde un primer momento en el que la enfermedad del Covid-19 fue declarada pandemia en el 2020, ONUSIDA en respuesta inmediata publica un documento con información básica y de primera mano que debían saber las PVVIH acerca del Covid-19. Destacan 5 ejes temáticos: 1) cómo prevenir la infección; 2) previa preparación con suficientes medicamentos y fuerte énfasis en una dispensación multimensual de TARV de mínimo tres meses; 3) cuidado y apoyo a la salud mental; 4) adecuado conocimiento de los derechos como preparación a la venidera ola de estigma y discriminación a las poblaciones más afectadas; y 5) las posibles vacunas y el

tratamiento para el covid-19, advirtiendo la importancia de la adherencia y la no adición de otro TARV por fuera del recetado (ONUSIDA, 2020a).

A medida que avanzaban los estudios, las comorbilidades más frecuentes en la población general y asociadas a complicaciones y fallecimientos en pacientes con SARVS-CoV-2 fueron la hipertensión, la enfermedad renal crónica, la diabetes, la obesidad, la neumonía y el tabaquismo (Cortez, 2021; Silva et al., 2022). En el caso de los pacientes seropositivos, para el 2020 no existían estudios que comprobaran que tuvieran mayor riesgo de adquirir el SARS-CoV-2 o de desarrollar gravedad hospitalaria de Covid-19 (Velásquez Serra et al., 2020). Pero, en un primer momento se sostenía que, en lo referido al patrón de comorbilidades, las PVVIH compartían el mismo que las personas seronegativas y de edad avanzada que tuvieron cuadros clínicos de mayor gravedad (Farías Aguilera, 2021).

Más adelante, conforme avanzaban los estudios, se comprobó que la gravedad hospitalaria por Covid-19 en PVVHI también estaba supeditada al recuento de carga viral. De este modo, las PVVIH presentan una buena respuesta clínica si contaban con una carga viral suprimida y un buen conteo de CD4 $>200/\mu\text{l}$ (Farías Aguilera, 2021) Es decir, a un menor recuento de LT CD4+, más hospitalizaciones y complicaciones por Covid-19. De este modo, toma preponderancia el recuento de los linfocitos T CD4+, demostrando que pacientes seropositivos con recuento de LT CD4+ $< 350 \text{ céls}/\text{mm}^3$ guardan relación a mayor gravedad y, por su parte, un nadir inferior a $200 \text{ céls}/\text{mm}^3$ se asociaría a mayor mortalidad (Hoffmann et al., 2021; Silva et al., 2022).

En este punto se pasó a cuestionar si dicha gravedad hospitalaria y mortalidad por Covid- 19 en pacientes seropositivos tiene asociación alguna con la adherencia al TARV. Para ello se hizo un rastreo entre el corpus de artículos seleccionados en el que se hiciera mención alguna del rol terapéutico de los antirretrovirales en el tratamiento contra el Covid-19. Los hallazgos dan cuenta de opiniones encontradas, sin embargo, son más aquellos que afirman que no hay una evidencia significativa de la eficacia del TARV ni para la prevención, ni para el tratamiento, ni para la recuperación del Covid-19 (Silva et al., 2022).

Por una parte, mientras estudios como el de Julia del Amo et al. (2022) y el de Gaitán-Duarte et al (2022) sostienen que quienes recibieron *tenofovir disoproxil fumarato* más *emtricitabina* (TDF/FTC), como también quienes recibieron la combinación de *rosuvastatina*, *colchicina* y

tenofovir/emtricitabina tuvieron menor riesgo de diagnóstico de COVID-19, de hospitalización, de ingreso a UCI y menor necesidad de ventilación mecánica (VM). Por el contrario, estudios como los de Bin Cao et al (2020), el grupo de estudio colaborativo *Recovery* (2020), el estudio *Solidarity* de la OMS (2021) y el de Ayerdi et al (2020), sostienen que el uso de antirretrovirales como *lopinavir/ritonavir* (LPV/r), *remdesivir*, *hidroxicloroquina* y TDF/FTC o TAF/FTC no demostraron mejoría clínica ni reducción de mortalidad en comparación con el tratamiento estándar recomendado para el Covid-19.

Finalmente, en lo que refiere a las vacunas desarrolladas para SARS-CoV-2 con validación de la OMS, salta a la vista que el número de PVVIH incluidas en los estudios es bastante reducido (Silva et al., 2022), lo cual no solo en primera instancia limita en términos biomédicos a la hora de tomar decisiones respecto a este grupo de pacientes, sino que también da cuenta del segundo plano que ocupan las PVVIH en un contexto pandémico de compleja crisis sanitaria y socioeconómica. Esto guarda relación con el impacto tratado a continuación: el del golpe al sistema sanitario y a la respuesta mundial frente al VIH-SIDA.

3.2.2 Impactos al sistema sanitario y atención a pacientes con VIH-SIDA

En el periodo pandémico del 2019 al 2021, ONUSIDA reporta las cifras más bajas de muertes relacionadas con el sida en la última década. Un total de 680 mil fallecimientos a junio del 2021 en comparación con las cifras de 720 mil en el 2019, 900 mil en el 2015, 1,3 millones en 2010 y 1.5 millones en el 2000 (ONUSIDA, 2021b). No obstante, no se trata de cifras que dan cuenta de un éxito rotundo de las iniciativas para menguar el VIH-SIDA, sino de una mezcla entre la problemática del subregistro que aún no superan los países en desarrollo, además de la clara advertencia de que el choque entre las pandemias del sida y el Covid-19, en coacción con la crisis económica mundial y la deuda agravada por la guerra en Ucrania, ponen en peligro la respuesta mundial contra el sida. Lo más alarmante del panorama es que los países en desarrollo son los más endeudados y su crisis fiscal los constriñe a drásticos recortes en inversiones sanitarias (UNAIDS, 2022).

Las desigualdades entre los países industrializados y los países del sur se acrecentaron exponencialmente con la pandemia del Covid-19. Mientras países del norte como la Unión Europea, Gran Bretaña y Canadá se dieron el lujo de tener el monopolio acaparador de la compra de las vacunas con el potencial de inocular a toda su población 2, 4 y hasta 6 veces; por el

contrario, los países del sur vieron sus sistemas sanitarios colapsados, su economía insostenible y más obstáculos para el acceso a un servicio integral de salud. Una evidencia de ello es que enero del 2021 habían sido aplicadas 39 millones de dosis de vacunas en 49 países industrializados, frente los países en vía de desarrollo donde solo habían aplicado 25 dosis, no millones, ni miles, únicamente 25 dosis (Velásquez, 2021).

Ante la evidente distribución inequitativa de recursos en el mundo y la crisis detonada por el Covid-19, los países en vía de desarrollo ponen énfasis en la contención de la pandemia, viéndose obligados a pasar a un segundo plano otras prioridades de la salud, como la problemática del VIH-SIDA, con fuertes recortes de sus recursos sanitarios. Las consecuencias son la toma de medidas indeseables como la suspensión de garantías de acceso a la salud, que en materia de VIH-SIDA se traduce en retraso de atenciones y el no inicio oportuno de TARV a pacientes diagnosticados, como sucedió en Chile, Ecuador, México y Colombia (Muñoz Martínez, 2018, 2022; ONUSIDA, 2020b; Soto Silva, 2022).

Otras de las consecuencias son la disminución de pesquisas y de adherencia a TARV, aumento de las complicaciones asociadas a la IpVIH, riesgo de incrementar el número de casos de IpVIH, que se refleja en una mayor carga para los débiles sistemas de salud pública latinoamericanos. Dicho panorama resulta alarmante para Colombia en donde ya el acceso a la cobertura de TARV era limitado y las principales barreras a PVVIH para acceso a TARV son determinadas estructuralmente por un sistema de salud basado en el mercado de aseguramiento (Arrivillaga-Quintero, 2010; Tovar Cuevas & Arrivillaga Quintero, 2011).

En la cadena de afectados, las PVVIH son una de las primeras en ver golpeados distintos aspectos de su salud física y mental, su desempeño en la vida diaria, su economía, que luego afecta a su círculo más cercano. Sin embargo, la cadena de dados caídos no empieza en los débiles sistemas de salud pública de los países en desarrollo como Colombia, sino en desigualdades estructurales sociohistóricas más profundas, que vienen de políticas públicas permeadas por dinámicas mercantilistas (Arrivillaga-Quintero, 2010; Fumo, 2020; Rodríguez et al., 2021; Tovar Cuevas & Arrivillaga Quintero, 2011). De modo que, para que haya una justicia distributiva no sólo en el contexto de la asistencia sanitaria es imperiosamente necesario que ni las políticas de salud ni ninguna política pública se base únicamente en intereses de mercado.

Hay que acercarse entonces con lupa a los estamentos. En el caso de Colombia, la ley 1751 de 2015 en el artículo 9° sobre Determinantes Sociales de la Salud prescribe que “es deber del Estado adoptar políticas públicas dirigidas a *lograr la reducción* de las desigualdades de los determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud”(p.5) y es deber del legislador crear “mecanismos que permitan identificar situaciones o políticas de otros sectores que tienen un impacto directo en *los resultados* en salud”(p.5). De fondo no hay una clara intención de *acabar* con las desigualdades, sino de *reducirlas*, pues a los legisladores se les insta exclusivamente a impactar en los *resultados*, en las cifras de la salud. Un enfoque, de fondo, estadístico y bastante económico que es necesario, pero no debe ser regidor.

En el caso de estamentos o medidas internacionales, ONUSIDA (2021a) en su estrategia mundial contra el sida 2021-2026 sí explicita textualmente el acto de *acabar con las desigualdades* y *acabar con el sida*. Sin embargo, tanto ONUSIDA como la OMS (ambos organismos enlazados a Naciones Unidas) apelan a mecanismos de financiamiento -como el Fondo Mundial, Gavi The Vaccine Alliance o COVAX⁴- que en la actualidad obedecen a los intereses particulares de los responsables del 80% del fondo presupuestal que entra a la OMS. Es decir, a los de fundaciones filantrópicas como Bill & Melinda Gates y de países industrializados que hacen donaciones para temas específicos, según sus intereses particulares, quitándole capacidad de actuar a la OMS y de usar ese músculo presupuestal en prioridades de interés público (Velásquez, 2021).

En últimas, la población que vive con VIH-SIDA se enfrenta a diversos obstáculos en materia de salud y derechos, porque hay leyes estatutarias nacionales atravesadas por una preponderante dinámica de mercado del aseguramiento individual que deja al margen a las poblaciones clave y prioritarias. Y, además, de base hay grietas como la del carácter público y multilateral que viene perdiendo la OMS (y sus dependencias) para garantizar un servicio de la salud que preserve el interés general y que jerarquice según las necesidades urgentes de la población.

⁴ Los mecanismos mencionados son El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria; el programa de inmunización Gavi The Vaccine Alliance conformado por organizaciones, instituciones públicas y privadas y gobiernos, entre ellos la Fundación Bill y Melinda Gates, el Banco Mundial, fabricantes de vacunas, ONG e institutos de investigación técnica y sanitaria: y COVAX es la actual iniciativa de inmunización contra el Covid-19 liderada por Gavi.

Así, con un coctel conformado de fabricantes de vacunas, farmacéuticas, instituciones privadas como la Fundación Bill & Melinda Gates y el Banco Mundial⁵ dentro de las organizaciones que lideran los programas para enfrentar crisis sanitarias y el VIH-SIDA; cualquier respuesta que venga de dichas asociaciones más privadas que públicas, por lógica de intereses, no apagará, solo apaciguará el fuego que alimenta al hervidero de desigualdades determinantes del estigma, discriminación y criminalización de PVVIH.

3.2.3 Estigma, discriminación y salud mental en pacientes con VIH-SIDA en tiempo pandémico

Desde el inicio de la epidemia del VIH-SIDA en la década de los 80's, los pacientes seropositivo son objeto de constantes ataques por parte de la sociedad civil, sus familiares e incluso de miembros de instituciones estatales, que se supone deben velar por la garantía de los derechos de esta población. De este modo, además de las barreras estructurales mencionadas en el apartado anterior, el estigma, la discriminación, la criminalización y las desigualdades relacionadas con el VIH siguen siendo crudas y persistentes (ONUSIDA, 2021a) .

El miedo y el pánico abonan posiciones extremas y conservadoras con discursos moralistas llenos de odios diversificados (xenofobia, homofobia, racismo, etc.). En efecto, las prácticas discriminatorias y estigmatizantes hacia las PVVIH se agudizan en tiempos de pandemia de Covid-19, que sumadas a medidas como las del aislamiento social y preventivo, y la sanción (multa o arresto) de las personas con COVID-19 que incumplan las restricciones prescriptas por los gobiernos punitivos, socavan en el estado psicosocial de los pacientes seropositivos (Rondal, 2022).

La construcción simbólica y discursiva de un “otro inmoral” se ve reflejada en una sociedad civil permeada de señalamientos, una cultura organizacional médica con prácticas discriminatorias internalizadas y unos gobiernos paternalistas que adoptan medidas con enfoque punitivo como, por ejemplo, la de “contagiadores intencionales del Covid-19” (Farías Aguilera, 2021; Ramiro Avilés, 2020). Todo lo anterior, a su vez, incide en la salud mental y prevalencia

⁵ Cabe recordar que es el Banco Mundial quien en la década de los 90 recomienda el mercado del aseguramiento individual, porque considera *económicamente inviable* que la garantía de los derechos universales estuviese a cargo de los recursos públicos. Dicho principio es adoptado por la ley 100 de 1993 para el establecimiento del sistema de salud colombiano, que en aras de acotar significativamente el gasto público acogió el sistema de mercantil de aseguramiento individual.

de comorbilidades psiquiátricas en PVVIH, quienes tienen una prevalencia significativamente mayor (cuatro veces más) que la población general (Wolff et al., 2010).

De este modo, el estigma y la discriminación directos o indirectos dentro de los sistemas de atención sanitaria genera que PVVIH no quieran apelar a los servicios de salud o interrumpan su TARV. A la par, las pacientes con VIH temen revelar su estado serológico porque corren el riesgo de perder sus empleos y poner en detrimento su estabilidad económica. Y, como un círculo vicioso, la pérdida de empleo, incide en la salud mental de esta población (Farías Aguilera, 2021; Muñoz Martínez, 2018, 2022; Ramiro Avilés, 2020; Rondal, 2022). Incluso, profesionales de la salud con diagnóstico de VIH todavía en la actualidad reciben ataques dentro de la misma cultura organizacional biomédica (Ramiro Avilés, 2020), lo que devela una incoherencia entre los avances en conocimientos científicos sobre el VIH y la internalización de prácticas discriminatorias hasta en el mismo gremio de la salud.

El ataque a los derechos individuales, como el de la confidencialidad y la privacidad necesita medidas legislativas. En el caso de Colombia, la ley 925 del 2005 (para la mejora de atención de enfermedades ruinosas y catastróficas, con especial énfasis en el VIH-SIDA) en su artículo 2 contempla el respeto y las garantías del derecho a la vida sin afectar *la dignidad de la persona*. Esta última refiere a la no marginación, ni segregación, ni violación de la intimidad y privacidad del paciente. Sin embargo, Arrivillaga (2010) sostiene que aún se necesitan más medidas legislativas que garanticen la no lesión de dichos derechos fundamentales.

Finalmente, el germen de la problemática parte de una mirada que “culpa al otro”. Si se adopta dicha posición desde la ciencia, las políticas públicas, los sistemas sanitarios, la educación y, sobre todo, en las medidas gubernamentales en situaciones atípicas y críticas como la de una pandemia, la problemática de la discriminación, estigmatización y hasta criminalización no será abordada desde su raíz. De esto hay clara evidencia con la epidemia del VIH a la que, de entrada, la ciencia llamó discriminatoriamente como la *Gay-Related Immune Disease* (GRID) e, incluso, también se le categorizó como la enfermedad de las 4 H: hemofílicos, homosexuales, haitianos y heroínómanos (Farías Aguilera, 2021).

Con todo lo mencionado, cabe preguntar ¿qué mecanismos eficientes y comprobados de la epidemia del VIH resultan beneficiosos para responder a pandemias como la del Covid-19? y ¿qué articulaciones pueden ser útiles para no dejar en un segundo plano la problemática del VIH-SIDA? A continuación, algunas lecciones para no empezar de cero.

4.0 De empezar de cero a lecciones del VIH para el Covid-19

Tener presente las similitudes entre el VIH y el SARS-CoV-2 fue un buen punto de partida para dar respuesta al Covid-19, con especial énfasis en la PVVIH. Tanto SARS-CoV-2 como VIH son virus de ARN responsables de pandemias, ambos tienen origen zoonótico y ambos impactan más a las poblaciones vulnerables. La respuesta inmediata por parte de ONUSIDA fue la del enfoque de los derechos humanos con un fuerte empoderamiento de la comunidad. Es decir, instar a los países a adoptar un enfoque integral basado en fundamentos científicos y adaptados a sus contextos particulares, dándoles garantías participativas esencialmente a las comunidades más afectadas (ONUSIDA, 2020b).

Las siete lecciones punteras de la epidemia del VIH que propuso ONUSIDA fueron: 1) empoderamiento de todas las comunidades más afectadas por la crisis; 2) combatir el estigma y discriminación con particular énfasis en grupos marginados; 3) acceso gratuito o asequible de pruebas diagnósticas a comunidades más vulnerables; 4) cuidado de la salud mental evitando la exposición excesiva a información mediática poco fiable y la exacerbación de miedos a las barreras de acceso a la salud; 5) adopción de medidas gubernamentales fundamentadas en soportes científicos y adaptadas a necesidades contextuales, evitando medidas punitivas y restricciones que coarten derechos fundamentales; 6) trabajo conjunto y articulado entre países en materia de conocimiento científico, técnico y epidemiológico, y 7) priorizar la solidaridad, apoyo, protección y no sanción de los profesionales de la salud (ONUSIDA, 2020b).

Por su parte, Palacios & Mathias (2020) destacaron los aportes significativos de los Programas combinados de Prevención del VIH que, desde el 2009, articularon acciones multinivel desde tres áreas: la biomédica, la conductual y la estructural. Desde el área biomédica que prioriza labores para la garantía de acceso a servicios y suministros; desde el área conductual que trabaja en la promoción de métodos de prevención (educación sexual y reproductiva), como por ejemplo las medidas de aislamiento y distanciamiento social para Covid-19; y desde el área estructural que enfatiza en políticas antimarginación de poblaciones vulnerables con VIH y

mejora de condición de vida de población clave, garantía de acceso a prevención, diagnóstico y tratamiento, y asistencia financiera a hogares y empresas afectadas (para Covid-19).

En otras palabras, se trata de programas que han combinado intervenciones enfocadas en: 1) la promoción de prácticas biomédicas fundamentadas en estudios científicos y en garantía de derechos; 2) en acciones que promuevan comportamientos saludables y 3) en intervenciones estructurales que garanticen entornos propicios. En coherencia con estas últimas, las intervenciones de tipo estructural, Ramiro Avilés (2020) destaca la importancia de la doble respuesta biomédica y normativa para no caer en un éxito relativo como el de la epidemia del VIH, refiriéndose a los avances significativos en materia de ciencia e investigación para contrarrestar los impactos en salud de las PVVIH, pero con débil acompañamiento legislativo no fundamentado en la evidencia científica, que permitió el ensanchamiento de ataques discriminatorios.

De la misma manera, otra lección importante fue la de relación del VIH con la temática de la seguridad después de que el Consejo de Seguridad de Naciones Unidas lo señalara como una amenaza para la seguridad y la paz mundial a partir de la Resolución 1308 del 2000. Esta relación *VIH-SIDA-seguridad* habilitó y validó el uso de un discurso bélico para hacer referencia a la *batalla* contra el VIH contribuyendo a la construcción de un imaginario colectivo relacionado con la peligrosidad (Sontag, 2002) y dejando grandes índices de acoso y hostigamiento hacia las PVVIH, incluso de cuerpos policiales (Crofts & Patterson, 2016).

Para el caso del SARS-CoV-2, hubo discusiones en las que se consideraron exigencias civiles y hasta penales hacia el personal sanitario o sociedad civil a la que se sospechara como responsable de contagio, con actos incluso tipificados como delitos. Dichos mecanismos prescriptivos y sancionatorios pueden resultar contraproducentes, en tanto se estropean los esfuerzos por erradicar percepciones sociales con carga negativa, estigmatizantes, discriminadoras y abusadoras, contra personas portadoras del virus (Farías Aguilera, 2021; ONUSIDA, 2020b; Ramiro Avilés, 2020).

Se trata, entonces, de un ejercicio peligroso que deja a un lado al enfoque de justicia social, los principios bioéticos de la salud pública y la defensa de los derechos humanos para convertirlo en un tema de seguridad de Estados, reclamaciones de responsabilidad civil o penal y tratos diferenciados discriminatorios en distintas esferas sociales. El esfuerzo aunado si bien moviliza

un significativo músculo económico, la necesidad de *luchar y combatir* la expansión de brotes epidemiológicos justifica una limitación de los derechos y libertades de personas afectadas por ambos virus, VIH y SARS-CoV2 (Ramiro Avilés, 2020).

Al respecto, Susan Sontag (2002) ya había abordado el tema del uso y abuso de metáforas bélicas y/o militares que contribuyen a la estigmatización de personas que padecen enfermedades como el cáncer y afecciones como el VIH, donde el virus es el enemigo a combatir y la persona portadora es la representación corpórea de eso contra lo que se lucha. De este modo, los mitos alrededor de las afecciones son reforzados por alegorías bélicas que llevan a que los pacientes sean víctimas de medidas punitivas, no acudan a tratamientos adecuados y se vean forzados a cargar con incertidumbres sobre su estado de salud.

En efecto, cuando las políticas públicas deciden *declararle la guerra* a la pobreza o a las drogas, y la salud pública *combatir* contra la tuberculosis, el cáncer, el VIH-SIDA o el SARS-CoV-2, no sólo se movilizan recursos económicos e instituciones para la *lucha* contra la propagación, sino que también se contribuye a la estigmatización del objeto atacado y a una extensión hacia quienes guardan relación con este (el cultivador de coca, el pobre, el enfermo de cáncer, al seropositivo, etc.). Por ello, es importante que toda política en salud pública garantice tanto el beneficio social para el seguimiento epidemiológico, como el beneficio individual para la protección de derechos de personas afectadas (Ramiro Avilés, 2020).

Ante tal panorama en el que lecciones previas de la epidemia del VIH advierten de errores estructurales, en donde “actores geopolíticos, relaciones económicas, vectores migratorios, vínculos sociales y prácticas cotidianas son capaces de transformar un brote epidémico en una pandemia” (de Almeida-Filho, 2021, p. 3), es importante desechar cualquier tentativa de alternativas comprobadas como fallidas y echarle mano a las herramientas efectivas para la gestión del brote de un virus que pone en crisis el sistema mundial sanitario, político y económico.

5.0 Vacíos y cimientos normativos e institucionales

5.1 Ventajas y desventajas institucionales y legislativas

El desfase normativo frente a los avances científicos sobre VIH abrió la puerta a tratos discriminatorios y a la limitación de libertades y derechos, como la restricción de acceso a

medicamentos esenciales (Muñoz Martínez, 2018, 2022; Ramiro Avilés, 2020) o, incluso, la adopción de medidas sin fundamento científico, médico y epidemiológico, como sucedió más recientemente con el polémico “aislamiento vertical” adoptado por el gobierno de Jair Bolsonaro en Brasil, un supuesto “aislamiento de los grupos más vulnerables, buscando generar una ‘inmunidad de rebaño’ espontánea (de Almeida-Filho, 2021, p. 18), que llevó a que en el 2021 dicho país se convirtiera en el epicentro de la pandemia en Latinoamérica.

Para Riggirozzi (2020) una respuesta de este tipo da cuenta de que el ejercicio político percibe a *la salud como un estorbo*, si se tiene presente que muchos de los intereses de actores geopolíticos obedecen preponderantemente a intereses de mercado. Por ejemplo, Los presidentes Donal Trump en EE. UU, Jair Bolsonaro en Brasil y Andrés López Obrador en México, evitaron en una primera instancia el cierre de la actividad económica en sus países. Ello por encima de las medidas sanitarias a las que instó la OMS de priorizar la protección de la salud humana. Pero los mandatarios no sólo pusieron en riesgo la salud de su población, sino que también y, en efecto bola de nieve, pusieron en riesgo sus economías y acrecentaron la desconfianza de las comunidades afectadas en sus dirigentes.

De igual modo, los intereses políticos y económicos se acompañaron de un riesgoso enfoque sanitario nacionalista (Riggirozzi, 2020), validado y reproducido por el discurso actores y líderes políticos al mando de organismos estatales como secretarías de salud y ministerios (de Almeida-Filho, 2021). En consecuencia, el cierre no coordinado de las fronteras en Latinoamérica, el enfoque nacionalista e individualista, el no acompañamiento de las medidas gubernamentales con fundamentos científicos y la priorización de intereses económicos (de Almeida-Filho, 2021; Prince Torres, 2020b; Riggirozzi, 2020), acrecentó la crisis en los países en donde las inequidades en salud son alarmantes.

Pese a decisiones infundadas e imprudentes, autoridades académicas y científicas persisten en la necesidad de cuestionar enfoques reduccionistas, fragmentarios e ineficientes. En esa línea fueron las declaraciones del editor de la reconocida revista médica británica *The Lancet*, Richard Horton, quien tajantemente afirmó que plantear una respuesta exclusivamente biomédica al Covid-19 sería un fracaso, pues era inminente la necesidad de que los gobiernos plantearan políticas y acciones coordinadas para detener las disparidades profundas (Horton, 2020)

Así, aunque las políticas y la salud públicas son instancias que competen a cada Estado por separado, las inequidades que determinan la salud pública, no. Por el contrario, dichas inequidades migran entre territorios convirtiéndose en un problema político transfronterizo y global. La pandemia del Covid-19 se extendió sin distinguir fronteras. Situación encrudecida por las persistentes tendencias nacionalistas, alimentadas por las disputas normativas dentro de instituciones regionales. Piénsese, por ejemplo, el caso de la Unión Europea con medidas como el referéndum que llevó a la salida del Reino Unido de la UE con el Bréxit, o el caso de Unasur que llegó a estar compuesto por 12 países, pero por diferencias políticas e ideológicas la mayoría de sus integrantes para el 2018 lo habían abandonado⁶(Riggirozzi, 2020).

No obstante, la pandemia del Covid-19 y las previas lecciones del sida, demostraron que la magnitud de sus impactos demanda una gobernanza regional y global coordinada, no desarticulada y en disputa. Y no solo para las presentes crisis sino también para los futuros colapsos sanitarios relacionados con los devastadores efectos del cambio climático, actualmente la mayor amenaza para la salud de la humanidad, tal como lo advierten las Naciones Unidas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, y la OMS con el estudio de los determinantes medioambientales de la salud (OMS, 2021; ONU, 2021).

Frente a dichas declaraciones, se cuenta con marcos institucionales y normativos que sirven (al igual que las lecciones de la crisis del VIH-SIDA) como bases para no empezar de cero. Así, por ejemplo, no se puede pasar por alto la sintonía de propósitos en materia de comercio, defensa, agenda social, educativa y sanitaria que dieron nacimiento a formaciones y liderazgos regionalistas a finales del siglo XX principios del XXI en Latinoamérica, como El Mercado Común del Sur (Mercosur), la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC), la Unión de Naciones Suramericanas (Unasur) y la Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América (Alba).

En lo que respecta a políticas y medidas sanitarias en Latinoamérica destacan uno de los objetivos de Unasur relacionado a la cooperación para erradicar la pobreza, dentro del que contempla la salud como área temática esencial para el apoyo a las políticas sociales intrarregionales. Su agenda a partir de un Plan Quincenal se focalizó en 5 ejes: i) prevención,

⁶ Los miembros salientes fueron Argentina, Brasil, Chile, Paraguay, Perú, Ecuador, Colombia en el 2018 y más recientemente Uruguay en el 2020.

vigilancia y control de enfermedades; ii) impulso de sistemas de salud universal; iii) gestión del conocimiento para diseño y vigilancia de políticas de salud; iv) promoción de producción y comercialización y garantía de acceso a de medicamentos genéricos; v) dotación y capacitación de competencias al personal de la salud y dirigentes políticos para el diseño, implementación y negociación de políticas de sanidad a nivel nacional y regional (UNASUR & SELA, 2015).

Estos objetivos permitieron el nacimiento de la Carta de Compromiso Social de Buenos Aires (2000), el nacimiento del Consejo de Salud Suramericano en el 2008 para acciones dirigidas a lograr el acceso a servicios integrales y universales de salud, con adecuados sistemas de vigilancia y respuesta, acceso universal a medicamentos, promoción de la salud y acción directa en los DSS y el desarrollo y gestión de recursos humanos en salud (UNASUR & SELA, 2015). Al que se le suma el Plan Estratégico de Acción Social (PEAS) de Mercosur apuntando no sólo al acceso universal a los servicios de salud, sino también a un servicio integral con especial énfasis en prácticas más humanizadas, educación sexual y reproductiva, y reducción de tasas de morbilidad en mujeres (Mercosur, 2010).

Por su parte, en lo que refiere al marco normativo en Colombia se cuenta con la ley estatutaria 1751 del 2015 (sobre el derecho fundamental de la salud) y la ley 972 de 2005 (para enfermedades ruinosas y catastróficas, especialmente el VIH-SIDA). La primera con un claro enfoque en el cumplimiento y garantías de principios, derechos y deberes relacionados al derecho fundamental de la salud, desde acciones orientadas a la *reducción* de desigualdades de los determinantes sociales de la salud, con especial énfasis en la protección de pueblos indígenas, comunidades ROM o gitanas, afrocolombianas, raizales y palenqueras. Y la segunda con enfoque directo a la prevención, promoción, acceso, diagnóstico, tratamiento y atención integral estatal al virus de inmunodeficiencia humana y al síndrome de inmunodeficiencia adquirido.

De la articulación de ambas leyes estatutarias se puede rescatar un enfoque y abordaje parcial de las demandas de las pandemias del sida y del Covid-19, teniendo en cuenta las similitudes entre ambos virus. Sin embargo, aún queda por fortalecer una atención integral con enfoque interseccional y de género (Arrivillaga-Quintero, 2010; Tovar Cuevas & Arrivillaga Quintero, 2011). Como también acciones directas en los determinantes culturales (Martínez & Rubén, 2022; Muñoz Martínez, 2018, 2022) y medioambientales de la salud (Ferreira Mariosa et al., 2022), no solo los sociales y estructurales. Para así darle preponderancia a un campo poco estudiado y legislado

como, por ejemplo, el de cultura organizacional biomédica desde un enfoque etnográfico o el enfoque de desarrollo sostenible en el ámbito sanitario y tener presente el impacto medioambiental de la pandemia.

Asimismo, pese a la tendencia separatista que viene creciendo desde el 2010 en Latinoamérica, no se puede pasar por alto todos los logros alcanzados por la gobernanza regional en materia de agenda social, educativa y sanitaria. Por ejemplo, Unasur si bien desde el ámbito nacional manejaba discrecionalidad política, a la hora de negociar ante la OMS, los países miembros lograron ventajas competitivas y negociadoras, gracias a un trabajo conjunto profundizado especialmente en situaciones asimétricas como la de la flexibilización de las patentes de medicamentos para la producción genérica de estos en América Latina y la reducción de precios de medicamentos de alto costo como los antirretrovirales para el VIH (Riggirozzi, 2020).

Ahora bien, ¿está todo perdido ante tendientes divisiones ideológicas y nacionalismo ahondado? o ¿es imposible responder a la crisis sanitaria con los actuales marcos normativos internacionales y nacionales? Las posiciones más esperanzadoras sostienen que la crisis que dejó el Covid-19 es una oportunidad para hacer cambios. Sin embargo, dentro de estas hay planteamientos más reservados frente a otros que hablan de cambios profundos y sistemáticos. A continuación, un paneo por las respuestas que surgieron ante los desafíos de la intersección entre una problemática de salud con más de 40 años de existencia como la de la pandemia del sida y la más reciente pandemia del Covid-19.

6.0 Ante la complejidad problemática, diversas propuestas de abordaje

A modo de recapitulación, se hizo un amplio y detallado recorrido por los diferentes impactos del Covid-19 en el VIH-SIDA desde: 1) el ámbito clínico y biomédico; 2) los impactos a los servicios sanitarios respecto al acceso a programas de prevención diagnóstico y tratamiento, además de las restricciones a derechos fundamentales como el de la confidencialidad y la no discriminación, como condición necesaria de ambiente propicio para la adherencia al TARV; 3) las lecciones aprendidas y las herramientas eficientes del VIH para replicar en la pandemia Covid-19; y 4) las actuales ventajas y desventajas normativas e institucionales con las que se cuentan para enfrentar la presente y futuras crisis sanitarias.

A continuación, se exponen algunas de las propuestas planteadas ante la crisis para determinar cuáles enfoques y medidas resultan más pertinentes y en coherencia con las demandas particulares de las afecciones del Covid-19 al VIH-SIDA. Cabe advertir, que no se descarta la tentativa de articular propuestas en aras de un ejercicio adaptativo, tal como cada nueva crisis sanitaria lo demanda a diferentes áreas del conocimiento. No se puede, entonces, pretender hacer un abordaje crítico desde el área de la salud pública de espaldas a otras esferas del ámbito público que inciden en la salud, como la economía, la cultura y el medioambiente.

Desde una esfera preponderantemente biomédica, distintos estudios en Latinoamérica llaman a medidas inmediatas que guarden relación con las profundas inequidades en salud de la región. Así por ejemplo, el estudio de Soto Silva (2022) en Chile sugiere 8 medidas urgentes: 1) aumentar y mejorar las estrategias de prevención primaria de la IpVIH; 2) fomentar y masificar acceso al programas de profilaxis de preexposición (PrEP); 3) incentivar pesquisas de diagnóstico concomitado de Covid-19 y VIH; 4) promover el inicio oportuno y adherencia al TARV; 5) extender la opción de la telemedicina⁷ para la atención de PVVIH; 6) priorizar criterios biopsicosociales para el diagnóstico y la prevención primaria (salud mental); 7) desde el sistema sanitario realizar constantes intervenciones comunitarias o acercamiento comunitario (*outreach*); y 8) favorecer el acceso a poblaciones clave apelando a la participación activa interinstitucional.

Con un enfoque muy similar, Farías Aguilera (2021), también en Chile, los denomina niveles de intervención intrapersonal, interpersonal, comunitario y factores sociales o estructurales. Mientras que, desde Colombia, los autores Palacios & Mathias (2020) insisten en la adaptación de los programas combinados de prevención del VIH, para adecuar las intervenciones biomédicas, conductuales y estructurales al entorno epidemiológico como respuestas de mediano y largo plazo.

Con una propuesta un poco más innovadora en la que se articula lo biomédico con lo medioambiental, desde Brasil, Ferreira Mariosa et al. (2022) propone una herramienta para el

⁷ La propuesta de la telemedicina en tiempos de pandemia es una herramienta de dos caras. Dado que en primera instancia posibilita la descongestión de centros asistenciales, sin embargo, en países en vía de desarrollo el índice de la brecha digital es alto. Lo que se traduce en ampliación de las inequidades en salud para aquellas poblaciones que de base ya padecen otras inequidades de tipo estructural. En Colombia, por ejemplo, una reciente iniciativa del Ministerio Tecnologías de la Información y la Comunicación (MinTIC), resultó en un escándalo de corrupción con la desviación de 70 mil millones de pesos.

diseño de medidas preventivas por parte de los gobiernos, que consiste en la creación de un modelo de gestión del conocimiento según datos sociodemográficos para cuantificación de ARN viral en las aguas residuales. El autor propone desarrollar protocolos y metodologías para identificar la evolución y alerta temprana de cualquier afección cuyo agente causal se pueda detectar en aguas residuales, complementado con un sistema de indicadores sociodemográficos creado por el Grupo de investigación RED AGUAS.

De igual modo, con un ánimo a tomar distancia de una respuesta exclusivamente biomédica, Muñoz Martínez (2022) analiza determinantes culturales (entorno al factor etnicidad), como incidentes de las problemáticas de acceso a servicios de salud en la población tzeltal y chol con VIH de Chiapas (México) en tiempos de Covid-19. Esto como una iniciativa para contrarrestar la escasez de estudios enfocados en pueblos indígenas con VIH y algunas problemáticas como el difícil acceso a atención médica especializada, la no adherencia al TARV, el no seguimiento oportuno y las debilidades en las estrategias de cuidado y redes de apoyo por parte del personal sanitario.

Dentro de los hallazgos que, a su vez se traducen en propuestas valiosas, está el de contemplar el impacto de una oferta de atención centralizada del Servicio de Atención Integral Hospitalaria (SAIH), que no tiene en cuenta las dificultades económicas para el traslado de estos grupos minoritarios hasta las instalaciones centrales. La descentralización de la atención y la entrega de medicamentos a PVVIH es necesaria en contextos donde se toman medidas como la del aislamiento social y existen minorías comunitarias y población clave que carecen de recursos para el traslado (ONUSIDA, 2020c; Rondal, 2022)

Muñoz Martínez (2022) sostiene que el análisis de Determinantes Culturales de la Salud (DCS) le da preponderancia a un campo poco estudiado como el de cultura organizacional biomédica desde un enfoque etnográfico. El interés se vuelca hacia el estudio del comportamiento constituido, incorporado y analizable (según relaciones de poder) en las prácticas de los profesionales de la salud o cultura organizacional biomédica que termina configurándose como un determinante cultural de la adherencia al TARV para las comunidades indígenas con VIH. Ello da cuenta de la complejidad de la problemática del estigma y la discriminación que sufren estas comunidades con segregaciones de base, a las que no se le

garantiza el derecho a la confidencialidad, se le discrimina y se le estigmatiza incluso dentro de la praxis biomédica.

En las investigaciones sobre adherencia al TARV en el mundo y en Latinoamérica (Arrivillaga et al., 2011) (Muñoz Martínez, 2018) predomina un abordaje desde el marco de la epidemiología dominante, es decir, la psicosocial y biomédica. Sin embargo, para Muñoz Martínez dicha apropiación biomédica es individualizante, y de ahí la necesidad de hacer otro tipo de abordaje que contemple tanto a los determinantes sociales como a los determinantes culturales de la salud, articulando dimensiones socioculturales, simbólicas y materiales presentes en el rubro de la salud.

En lo que respecta a ONUSIDA (2020b, 2021a, 2022), la organización propone un enfoque integral basado en derechos humanos que empodere a las comunidades más afectadas. Sin embargo, la medida de articulación entre países miembros a la que insta no se sale del campo del compartimiento de conocimiento científico, técnico y epidemiológico. Si bien hace un llamado a combatir problemáticas como la del estigma, discriminación y salud mental de PVVIH agravadas por el Covid-19, no se sale de una postura mesurada, pues no sugiere ningún ejercicio de articulación global para la adopción de políticas en salud y normativas que impidan panoramas negativos como el de gobiernos que adoptan medidas arbitrarias, sin la debida asesoría de equipos técnicos, médicos y científicos, como el caso de Brasil en América Latina (de Almeida-Filho, 2021).

Muy en la línea de los derechos, Ramiro Avilés (2020) habla de una doble respuesta articulada y coordinada: la biomédica de la mano con una normativa. Ya que, todo brote epidémico de un agente biológico comunicable puede detonar una anormalidad democrática en la que los gobiernos -respetando el principio del imperio de la ley de todo Estado de derecho-, pueden adoptar medidas tendientes a la restricción de derechos de la ciudadanía como el de la intimidad y el de las libertades ciudadanas. En efecto, es imperiosamente necesaria una respuesta doble y articulada científico-normativa, en la que la adopción de cualquier prescripción se haga bajo absoluto asesoramiento de la comunidad científica y garantes de derechos humanos.

De lo contrario, se corre el riesgo de un desfase normativo -como el panorama mundial de respuestas legislativas frente VIH- que limita los derechos y libertades de las personas afectadas por el virus o afección contrarrestada únicamente por los avances científicos. El autor lo llama un

éxito relativo, ya que de nada sirve avanzar desde la ciencia en la búsqueda de herramientas terapéuticas que disminuyan los impactos negativos en la salud de las PVVIH -como la TARV-, si las personas portadoras del virus continúan siendo víctimas de discriminación y estigmatización.

A la par, sostiene que esa doble respuesta biomédica (basada en la ética de la salud pública) y normativa (defensora de derechos humanos) debe contemplar simultánea y equitativamente un enfoque comunitario e individual. Porque, por ejemplo, una decisión gubernamental como la de testear a personas en riesgo de IpVIH volcada únicamente en un seguimiento epidemiológico, puede descuidar las garantías individuales como la de protección de identidad y derecho a discreción.

Por otra parte, Montalvo y Bellver (2020) sostienen también que urge una reflexión bioética para la asignación de recursos. Apremia retomar la reflexión bioética sobre las pandemias, ya que gestionarlas constituye una responsabilidad moral, en la que, por ejemplo, los criterios de priorización en la asignación de los recursos sanitarios requieren de la articulación entre la autoridad pública y las sociedades científicas, garantizando así el ejercicio de derecho a la asistencia sanitaria y a la justicia social.

Al hacer un balance de lo anteriormente expuesto, la mayoría de las propuestas giran en torno a 3 pilares considerados fundamentales: 1) salir del paradigma biomédico, biologicista y segmentario, que no tiene presente las necesidades contextuales de cada territorio en particular; 2) considerar el vínculo entre las personas y los territorios que habitan, es decir, adoptar una mirada medioambiental, entendiendo al medio ambiente como un sistema complejo e interdependiente de aspectos naturales, sociales, económicos, políticos, tecnológicos, culturales, éticos, entre otros; 3) la necesidad de políticas públicas pertinentes, incluyentes, con principios éticos/científicos, con un fuerte énfasis en equidad para las agendas sociales y sanitarias.

Las declaraciones de Richard Horton de salir de la respuesta estrictamente biomédica le dan resonancia al modelo sindémico para el abordaje del Covid-19 como una sindemia y no como una pandemia (2020). La noción de sindemia es acotada por primera por el antropólogo médico Merrill Singer a mediados de los 90's, para referirse a la co-presencia e interacción de dos o más enfermedades que incrementan los impactos negativos de estas y del entorno de propagación. Se trata de un neologismo entre las palabras *sinergia* y *pandemia* que le resulta útil a Singer para

explicar la interacción de los campos sanidad, medio ambiente y sociocultura al estudiar la interrelación del consumo abusivo de drogas, los altos índices de violencia y la epidemia del VIH-SIDA. Este primer modelo sindémico fue llamado SAVA, por sus siglas en inglés (Singer, 2009).

Luego, Mendenhall (2012) lo retoma en el estudio de la interacción entre inmigración, violencia, depresión, diabetes tipo II y abuso en mujeres mexicanas inmigrantes en Chicago, como parte de un estudio de poblaciones vulnerables en zonas urbanas de EE.UU. Lo valioso de esta propuesta es que permite el análisis de diferentes tipos de interacciones entre enfermedades, ya sea, el aumento de contagios, alteraciones físicas o emocionales del cuerpo, virulencia acelerada, mutación del virus y condiciones físicas y mentales adversas por efectos lesivos de algún tratamiento o factores iatrogénicos (Torres & Rubilar, 2021).

La aplicación más reciente del modelo la realizó Clarence Gravlee (2020) quien también propuso su uso para la crisis del Covid-19. En su caso propone la interacción entre el SARS-CoV-2 y problemáticas estructurales propias de los contextos desiguales, como el racismo sistemático. Apelar a esta herramienta implica acudir a estudios mixtos y multidimensionales que integran la epidemiología cuantitativa y datos cualitativos adaptados a contextos específicos, teniendo presente que las vías de la sindemia o *pathways* pueden tomar distintos caminos según la sinergia entre los factores y desencadenar efectos adversos sociobiológicos, sociopsicológicos y psicobiológicos (Torres & Rubilar, 2021).

No obstante, aunque es considerado por autoridades científicas como el modelo más pertinente a la actual crisis, su particularidad de adaptarse contextualmente a territorios específicos resulta un reto en materia de políticas públicas, socioculturales, económicas y de sanidad frente al claro llamado a acciones globales articuladas en clave con el cumplimiento de las garantías de los derechos humanos fundamentales. Abrir la puerta a estudios multidimensionales permite considerar cada uno de los desafíos expuestos en el presente escrito como lo es el de la necesidad de contemplar el enfoque de interseccionalidad y de género de los determinantes sociales, culturales y ambientales de la salud.

7.0 Conclusiones

Dando respuesta al objetivo investigativo de revisar los impactos del Covid-19 en el VIH-SIDA, tras una revisión literaria, identificación de problemáticas focales y recorrido por las propuestas en torno a la temática, se llega a las siguientes conclusiones:

- Los datos epidemiológicos sobre el VIH-SIDA pre pandemia dan cuenta del incremento de la prevalencia de 2.9 millones del 2015 al 2019. Sin embargo, en el mismo periodo, la significativa disminución en cifras de mortalidad responde al éxito de las cifras de acceso a TARV en el mundo, ya que mientras las primeras disminuyen (de 900 a 720 mil) las segundas aumentan (de 17.1 a 25.5 millones). Los datos epidemiológicos de Colombia, por el contrario, no fueron alentadores a portas de la pandemia del Covid-19. Como país en vía de desarrollo, sus cifras de mortalidad presentan un incremento de casi el 50%, con 844 fallecidos en el 2015 hasta alcanzar la cifra de 1802 en el 2019. La tendencia al alza en mortalidad y el poco avance en cobertura de TARV eran preocupantes (80.5% en el 2015 y 85,63% en el 2019) (Cuenta de Alto Costo, 2021).
- Es importante que en materia de políticas de salud pública se continúe con el enfoque en intervenciones directas a los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) para contrarrestar las inequidades sociosanitarias, sin perder de vista la doble relación entre el desarrollo económico y el desarrollo en salud, o relación bilateral que da cuenta del bucle entre impactos negativos a la salud y al estado socioeconómico de las PVVIH (Tovar Cuevas & Arrivillaga Quintero, 2011). Sin embargo, los impactos de la pandemia del Covid-19 en el VIH-SIDA llevan a que se contemple la integración de los DSS con nuevos enfoques dada la complejidad de la crisis sanitaria.
- En lo que respecta a la respuesta clínica de pacientes con VIH-SIDA al SARS-CoV-2, la gravedad hospitalaria está supeditada a las mismas comorbilidades prevalentes de la población en general (hipertensión, enfermedad renal crónica, diabetes, obesidad, neumonía y tabaquismo) y el recuento de carga viral y subpoblación linfocitaria. Donde a un menor recuento de LT CD4+ (< 350 céls/mm³), más hospitalizaciones y complicaciones por Covid-19; y a un nadir inferior a 200 céls/mm³ mayor mortalidad (Hoffmann et al., 2021; Silva et al., 2022). También varios estudios comprobaron la ineficiencia del TARV (*lopinavir/ritonavir* (LPV/r), *remdesivir*, *hidroxicloroquina* y TDF/FTC o TAF/FTC) como medida de prevención, tratamiento y recuperación para el SARS-CoV-2 (Ayerdi et al., 2020;

Cao et al., 2020; “Repurposed Antiviral Drugs for Covid-19 — Interim WHO Solidarity Trial Results,” 2021; Silva et al., 2022).

- Todavía es necesario que en los estudios farmacéuticos y de inoculación se contemplen un mayor número de PVVIH, tanto por la toma de decisiones del abordaje biomédico como para dejar de excluir dicha población.
- Dentro de los impactos a los servicios de salud a PVVIH alarman la limitación al acceso, la disminución de garantías como la realización de testeo, el inicio oportuno de TARV, la detención de programas de educación sexual y reproductiva, que se reflejan en el incremento de las cifras de IpVIH, de complicaciones en la salud, de prácticas sexuales sin prevención y la interrupción del TARV. (Arrivillaga-Quintero, 2010; Farías Aguilera, 2021; Silva et al., 2022; Soto Silva, 2022; Tovar Cuevas & Arrivillaga Quintero, 2011; Wolff et al., 2010).
- El estigma, la discriminación, la criminalización y las desigualdades relacionadas con el VIH siguen siendo crudas y persistentes en tiempos de Covid-19 (ONUSIDA, 2021a). Todo lo anterior, a su vez, incide en la salud mental y prevalencia de comorbilidades psiquiátricas en PVVIH, quienes tienen una prevalencia significativamente mayor (cuatro veces más) que la población general (Wolff et al., 2010). El trabajo en esta temática debe partir desde normativas articuladas con los avances biomédicos, pasando por la cultura organizacional del personal sanitario, hasta la sociedad civil y las propias PVVIH.
- La magnitud de los impactos del Covid-19 al VIH-SIDA y en general, a los sistemas públicos sanitarios, demanda una gobernanza regional y global coordinada, no desarticulada y en disputa. Por fortuna, se cuenta con marcos institucionales y normativos que sirven de base para no empezar de cero. Entre ellos, el Mercado Común del Sur (Mercosur), la Comunidad de Estados Latinoamericanos y Caribeños (CELAC), la Unión de Naciones Suramericanas (Unasur) y la Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América (Alba), que a principios de siglo lograron la sintonía de propósitos en materia de comercio, defensa, agenda social, educativa y sanitaria.
- Tanto para la presente crisis como para futuros colapsos sanitarios también es necesario un enfoque medioambiental, ya que actualmente la mayor amenaza para la salud de la humanidad son los devastadores efectos del cambio climático, tal como lo advierten las Naciones Unidas en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, y la OMS con el estudio de los determinantes medioambientales de la salud (OMS, 2021; ONU, 2021).

- Múltiples autoridades del campo biomédico coinciden en la adopción del modelo sindémico propuesto por Singer (2009), que contempla la co-presencia y articulación de dos o más enfermedades o brotes epidémicos en simultáneo con factores sociales, culturales, políticos y/o económicos. Dando como resultado diversos efectos adversos sociobiológicos, sociopsicológicos y psicobiológicos. El aporte de esta propuesta abre la puerta a estudios mixtos y multidimensionales que integran la epidemiología cuantitativa y datos cualitativos adaptados a contextos específicos (de Almeida-Filho, 2021; Horton, 2020; Laura Plitt, 2020; Torres & Rubilar, 2021).

Lista de referencias

- Arrivillaga, M., Ross, M., Useche, B., Springer, A., & Correa, D. (2011). Applying an expanded social determinant approach to the concept of adherence to treatment: the case of Colombian women living with HIV/AIDS. *Women's Health Issues : Official Publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, 21(2), 177–183. <https://doi.org/10.1016/J.WHI.2010.09.003>
- Arrivillaga-Quintero, M. (2010). Análisis de las barreras para la adherencia terapéutica en mujeres colombianas con VIH/sida: cuestión de derechos de salud. *Revista Salud Pública de México*, 52(4), 350–356.
- Ayerdi, O., Puerta, T., Clavo, P., Vera, M., Ballesteros, J., Fuentes, M. E., Estrada, V., Rodríguez, C., Romero, J. del, & Group, S. S. (2020). Preventive Efficacy of Tenofovir/Emtricitabine Against Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Among Pre-Exposure Prophylaxis Users. *Open Forum Infectious Diseases*, 7(11). <https://doi.org/10.1093/OFID/OFAA455>
- Cao, B., Wang, Y., Wen, D., Liu, W., Wang, J., Fan, G., Ruan, L., Song, B., Cai, Y., Wei, M., Li, X., Xia, J., Chen, N., Xiang, J., Yu, T., Bai, T., Xie, X., Zhang, L., Li, C., ... Wang, C. (2020). A Trial of Lopinavir-Ritonavir in Adults Hospitalized with Severe Covid-19. *The New England Journal of Medicine*, 382(19), 1787–1799. <https://doi.org/10.1056/NEJMOA2001282>
- Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación : alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud : informe final de la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44084>
- Ley estatutaria 1751 de 2015. Regulación del derecho fundamental a la salud., 1 (2015).
- Resolución 1308, (2000) (testimony of Consejo de Seguridad de Naciones Unidas).
- Cortez, W. (2021). SARS-Cov-2: Un análisis de sus determinantes socioeconómicos del número de muertes a nivel municipal. In C. Figueroa Ortiz & F. Jiménez Sánchez (Eds.), *Experiencias y prácticas de seguridad en la gestión, monitoreo, control y contención de COVID-19 y sus consecuencias sociales y económicas*. (Primera Edición, pp. 183–208). Santi Ediciones.
- Crofts, N., & Patterson, D. (2016). Police must join the fast track to end AIDS by 2030. *Journal of the International AIDS Society*, 19, 21153. <https://doi.org/10.7448/IAS.19.4.21153>
- Cuenta de Alto Costo, & Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. (2021). *Situación del VIH y sida en Colombia*.
- de Almeida-Filho, N. (2021). Sindemia, infodemia, pandemia de COVID-19: Hacia una pandemiología de enfermedades emergentes. *Salud Colectiva*, 17(3748), 1–21. <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3748>

- de Montalvo Jääskeläinen, F., & Bellver Capella, V. (2020). Una crisis bioética dentro de la crisis sanitaria provocada por la COVID-19: Una reflexión sobre la priorización de pacientes en tiempos de pandemia. *Revista Derecho y Salud*, 30, 58–73. <http://www.nogracias.org/2020/03/15/deben-los-profesionales->
- del Amo, J., Polo, R., Moreno, S., Jarrin, I., & Hernan, M. A. (2022). SARS-CoV-2 infection and coronavirus disease 2019 severity in persons with HIV on antiretroviral treatment. *AIDS (London, England)*, 36(2), 161–168. <https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000003132>
- Farías Aguilera, A. (2021). VIH y COVID-19: Una revisión narrativa rápida. *Cuidados de Enfermería y Educación En Salud*, 6(1), 103–118. <https://revistas.userena.cl/index.php/cuidenf/article/view/1317/1490>
- Ferreira Mariosa, D., Mina Falsarella, O., Mendez Farro, C. R., de Melo Conti, D., & Carvalho De Benedicto, S. (2022). Indicadores sociodemográficos aplicados a la sindemia COVID-19. *Journal on Innovation and Sustainability RISUS*, 13(1), 4–14. <https://doi.org/10.23925/2179-3565.2022v13i1p04-14>
- Fumo, F. V. (2020). La justicia sanitaria en el contexto de la COVID-19: lectura bioética desde la justa igualdad de oportunidades de Norman Daniels. *Revista Iberoamericana de Bioética*, 14, 01–15. <https://doi.org/10.14422/rib.i14.y2020.008>
- Gaitán-Duarte, H. G., Álvarez-Moreno, C., Rincón-Rodríguez, C. J., Yomayusa-González, N., Cortés, J. A., Villar, J. C., Bravo-Ojeda, J. S., García-Peña, A., Adarme-Jaimes, W., Rodríguez-Romero, V. A., Villate-Soto, S. L., Buitrago, G., Chacón-Sarmiento, J., Macias-Quintero, M., Vaca, C. P., Gómez-Restrepo, C., & Rodríguez-Malagón, N. (2022). Effectiveness of rosuvastatin plus colchicine, emtricitabine/tenofovir and combinations thereof in hospitalized patients with COVID-19: a pragmatic, open-label randomized trial. *EClinicalMedicine*, 43. <https://doi.org/10.1016/J.ECLINM.2021.101242>
- Gravlee, C. C. (2020). Systemic racism, chronic health inequities, and COVID-19: A syndemic in the making? *American Journal of Human Biology*, 32(5), 1–8. <https://doi.org/10.1002/AJHB.23482>
- Hoffmann, C., Casado, J. L., Härter, G., Vizcarra, P., Moreno, A., Cattaneo, D., Meraviglia, P., Spinner, C. D., Schabaz, F., Grunwald, S., & Gervasoni, C. (2021). Immune deficiency is a risk factor for severe COVID-19 in people living with HIV. *HIV Medicine*, 22(5), 372–378. <https://doi.org/10.1111/HIV.13037>
- Horby, P. W., Mafham, M., Bell, J. L., Linsell, L., Staplin, N., Emberson, J., Palfreeman, A., Raw, J., Elmahi, E., Prudon, B., Green, C., Carley, S., Chadwick, D., Davies, M., Wise, M. P., Baillie, J. K., Chappell, L. C., Faust, S. N., Jaki, T., ... Landray, M. J. (2020). Lopinavir–ritonavir in patients admitted to hospital with COVID-19 (RECOVERY): a randomised, controlled, open-label, platform trial. *The Lancet*, 396(10259), 1345–1352. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32013-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32013-4)
- Horton, R. (2020). Offline: COVID-19 is not a pandemic. *The Lancet*, 396(10255), 874. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32000-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32000-6)
- la República. (n.d.). *Coronavirus COVID19 en Colombia - Diario La República*. Retrieved October 19, 2022, from <https://www.larepublica.co/especial-covid-19/colombia>
- Lamontagne, B., & Stockemer, D. (2010). Determinants of HIV prevalence: A global perspective. *International Politics*, 47(6), 698–724. <https://doi.org/10.1057/IP.2010.24>
- Laura Plitt. (2020, October 9). “El covid-19 no es una pandemia”: los científicos que creen que el coronavirus es una sindemia (y qué significa esto para su tratamiento) - *BBC News Mundo*. BBC News Mundo. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-54386816>
- Martínez, M., & Rubén. (2022). El VIH en los pueblos indígenas de Oaxaca, México: de la inmunidad étnica a la vulnerabilidad estructural. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 67(245). <https://doi.org/10.22201/FCPYS.2448492XE.2022.245>

- Mendenhall, E. (2012). *Syndemic suffering : social distress, depression, and diabetes among Mexican immigrant women* (1st ed.). <https://www.routledge.com/Syndemic-Suffering-Social-Distress-Depression-and-Diabetes-among-Mexican/Mendenhall/p/book/9781611321425>
- Mercosur. (2010). *Plan Estratégico de Acción Social*.
- Ministerio de Protección Social, & ONUSIDA. (2008). *Plan Nacional de Respuesta ante el VIH y el SIDA Colombia 2008-2011*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Plan nacional de respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021*.
- Ministerio de Salud y Protección Social, & ONUSIDA. (2014). *Plan Nacional de respuesta ante las ITS-VIH/SIDA Colombia 2014-2017*.
- Muñoz Martínez, R. (2018). Estigma estructural, adherencia al tratamiento antirretroviral y cultura organizacional de cuidados en la atención hospitalaria en vih y Sida en Guayaquil, Ecuador. *Andamios, Revista de Investigación Social*, 15(36), 311. <https://doi.org/10.29092/uacm.v15i36.612>
- Muñoz Martínez, R. (2022). Determinantes sociales y culturales y estrategias en salud en la atención médica especializada a población maya con VIH en Chiapas. *Estudios de Cultura Maya*, 59, 265–296. <https://doi.org/10.19130/ifl.ecm.59.22X880>
- OMS. (2021, October 30). *Cambio climático y salud*. Centro de Prensa. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health>
- OMS, & OPS. (2022). *Informe n.º 81 Agosto del 2022. Respuesta de la OPS/OMS al Covid-19*.
- ONU. (2021). *Cambio climático - Desarrollo Sostenible*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/climate-change-2/>
- ONUSIDA. (2020a). *Lo que las personas que viven con VIH deben saber sobre el VIH y COVID-19*. <https://www.who.int/es/>
- ONUSIDA. (2020b). *Los Derechos Humanos en tiempos de COVID-19. Lecciones del VIH para una respuesta efectiva dirigida por la comunidad*.
- ONUSIDA. (2020c). «Lo que más me preocupa es conseguir mi medicación antirretroviral»: El VIH y la COVID-19 en América Latina. https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2020/may/20200528_MLCM
- ONUSIDA. (2021a). *Estrategia Mundial contra el Sida 2021-2026. Acabar con las desigualdades. Acabar con el Sida*.
- ONUSIDA. (2021b). *Hoja informativa 2021. Estadísticas mundiales sobre VIH*.
- ONUSIDA. (2022). *En peligro: ONUSIDA Actualización mundial sobre el Sida 2022*.
- Palacios, R., & Mathias, A. (2020). Aprender de los programas combinados de prevención del VIH para enfrentar la pandemia emergente COVID-19. *Revista Colombia Médica*, 51(2), 1–8. <https://doi.org/10.25100/cm.v50i4.4276>
- Prince Torres, Á. C. (2020a). Implicaciones de la Covid-19 sobre pacientes con VIH/Sida en Latinoamérica. *Revista MERCOSUR de Políticas Sociales*, 4, 63. <https://doi.org/10.28917/ism.2020-v4-63>
- Prince Torres, Á. C. (2020b). Implicaciones de la Covid-19 sobre pacientes con VIH/Sida en Latinoamérica. *Revista MERCOSUR de Políticas Sociales*, 4, 63. <https://doi.org/10.28917/ism.2020-v4-63>

- Ramiro Avilés, M. Á. (2020). Historia de dos epidemias: una respuesta basada en derechos. *Igualdades*, 3, 343–377. <https://doi.org/10.18042/cepc/igdes.3.03>
- Repurposed Antiviral Drugs for Covid-19 — Interim WHO Solidarity Trial Results. (2021). *New England Journal of Medicine*, 384(6), 497–511. https://doi.org/10.1056/NEJMOA2023184/SUPPL_FILE/NEJMOA2023184_DATA-SHARING.PDF
- Riggirozzi, P. (2020). Coronavirus y el desafío para la gobernanza regional en América Latina. *Análisis Carolina*, 1–13.
- Rodríguez, A., Licona, E., & Casas, D. (2021). Territorio Covid: un análisis desde la determinación social. *Salud y Bienestar Colectivo*, 5(3), 105–128. <https://revistasaludybienestarcolectivo.com/index.php/resbic/article/view/157/169>
- Rondal, J. (2022). *Viviendo con VIH y sobreviviendo al SARS-CoV-2: situación laboral en el Distrito Metropolitano de Quito durante la pandemia del Grupo de Apoyo Positivo (caso de estudio)*. [Tesina, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO E]. <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/18546/2/TFLACSO-2022JDRS.pdf>
- Silva, M., Blamey, R., Ceballos, M. E., Araya, X., Bastías, C., Twele, L., Muñoz, R., Sciaraffia, A., Piñera, C., Comité Consultativo de VIH, & Sociedad Chilena de Infectología. (2022). Infección por SARS-CoV-2 en prsonas viviendo con VIH. Tópicos del panorama mundial y en Chile. *Rev Chilena Infectol*, 294(3), 294–303. www.revinf.clVIH/SIDA
- Singer, Merrill. (2009). *Introduction to syndemics a critical systems approach to public and community health* (John Wiley & Sons, Ed.). Jossey-Bass. https://books.google.com/books/about/Introduction_to_Syndemics.html?hl=es&id=dwsmNrQ6NVgC
- Sontag, S. (2002). *Illness as metaphor and AIDS and its metaphors* (1st ed.). Penguin. <https://www.penguin.co.uk/books/57438/illness-as-metaphor-and-aids-and-its-metaphors-by-susan-sontag/9780141187129>
- Soto Siva, A. (2022). La infección por VIH en tiempos de pandemia: Muchos retrocesos, innumerables desafíos. *Revista Chilena de Infectología*, 39(3), 87–293. <https://doi.org/https://dx.doi.org/10.4067/s0716-10182022000200287>
- Torres, C., & Rubilar, F. (2021). *Sindemia en CHile: Sindemia por Covid-19, enfermedades crónicas no transmisibles y vulnerabilidades socioeconómicas: Un modelo biocultural para entender la crisis sanitaria*. [Universidad de Concepción]. <http://repositorio.udec.cl/bitstream/11594/9915/1/CristianTorres%2cFlorenceRubilarTesis.Image.Marked.pdf>
- Tovar Cuevas, L. M., & Arrivillaga Quintero, M. (2011). VIH/SIDA y determinantes sociales estructurales en municipios del Valle del Cauca-Colombia. *Rev. Gerenc. Polit. Salud.*, 10(21), 112–123.
- UNAIDS. (2022). *HIV, COVID-19 and debt in developing countries*.
- UNASUR, & SELA. (2015). *XLI Reunión Ordinaria Del Consejo Latinoamericano de UNASUR*.
- Velásquez, G. (2021). Del SIDA al COVID-19: La OMS ante las crisis sanitarias globales. In *South Centre*. <http://www.southcentre.int>
- Velásquez Serra, G. C., Mera Flores, L. N., Preciado Velásquez, O. E., & Barrera Reyes, C. G. (2020). Determinantes sociales de la salud y la virulencia del covid-19 en Guayaquil. *Pro Sciences: Revista de Producción, Ciencias e Investigación*, 4(37), 111–128. <https://doi.org/10.29018/issn.2588-1000vol4iss37.2020pp111-128>

Wolff, C., Alvarado, R., & Wolff, M. (2010). Prevalencia, factores de riesgo y manejo de la depresión en pacientes con infección por VIH: Revisión de la literatura. *Revista Chilena de Infectología*, 27(1), 65–74.
<https://doi.org/https://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182010000100011>