

Impacto de la COVID-19 y el acceso al tratamiento en personas viviendo con VIH en Chile

Impact of COVID-19 and access to treatment in people living with HIV in Chile

Cristian Lisboa¹, Valeria Stuardo^{1,2}, Víctor Hugo Robles³, Nicolás Lorente^{4,5,6}, Evelyn Cortés⁷, Víctor Parra⁸, Guillermo Sagredo⁹ y Daniela Rojas⁴

¹Programa de Salud Global, Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile.

²Instituto de Salud Pública, Universidad Andrés Bello, Chile.

³Comunicador Social y Activista Comunitario.

⁴Laboratorio de investigación comunitario, Coalition PLUS, Pantin, Francia.

⁵Departamento de Salud, Generalidad de Cataluña, Centro de Estudios Epidemiológicos sobre las Infecciones de Transmisión Sexual y Sida de Cataluña (CEEISCAT), Badalona, España.

⁶Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Madrid, España.

⁷Centro Cultural Crealuz, Antofagasta, Chile.

⁸Fundación Salud, Vida y Acción Social - Savia, Santiago, Chile.

⁹Jóvenes y Estudiantes que viven con VIH - JEVIH, Santiago, Chile.

En el desarrollo de este trabajo no existen conflictos de interés.

Fuentes de financiamiento: El programa de investigación comunitaria EPIC ha sido cofinanciado por la Agence Française de Développement (www.afd.fr), los fondos propios de Coalition PLUS y de cada una de las organizaciones de base comunitaria e instituciones académicas participantes en el programa.

Recibido: 9 de diciembre de 2024 / Aceptado: 22 de febrero de 2025

Resumen

Introducción: La crisis sociosanitaria COVID-19 puso de manifiesto desigualdades que impactaron negativamente sobre el acceso y control del tratamiento para la infección por VIH. **Objetivo:** Caracterizar el impacto de la COVID-19 en personas viviendo con VIH en Chile, incluyendo aspectos relacionados con la salud sexual y vacunación, e identificando aspectos asociados a la dificultad de acceso al tratamiento antirretroviral (TAR). **Material y Métodos:** Estudio transversal analítico basado en la "Encuesta para evaluar el impacto de la COVID-19 en entornos comunitarios – EPIC" en Chile. **Resultados:** El 97,2% de las personas estaba bajo TAR, y 23,1% tuvo dificultad para acceder al tratamiento. Se reportó una calidad de vida mucho peor (18%), con mayor proporción entre quienes tuvieron dificultad de acceso a TAR (35,7 vs 12,6%). También, dificultad de acceso a control de enfermedades crónicas (30,9%), diagnóstico de ITS (25,5%) y salud mental (57,8%). Un 59% debió revelar su seropositividad para ser vacunado. **Discusión:** Se implementaron soluciones de acceso a través de terapia multimes, disminución de seguimientos, telemedicina y consultas con trabajadores comunitarios. La dificultad de acceso a TAR se asoció a peor calidad de vida y revelación de la seropositividad. De cara al futuro, debería ser prioritario garantizar la continuidad del TAR y la confidencialidad del diagnóstico.

Palabras clave: COVID-19; VIH; investigación comunitaria.

Abstract

Background: The COVID-19 crisis revealed inequalities that negatively impacted access and control of HIV treatment. **Aim:** To characterize the impact of COVID-19 on people living with HIV in Chile, including aspects related to sexual health and vaccination, and identifying aspects associated with the difficulty of accessing antiretroviral treatment (ART). **Methods:** Cross-sectional analytical study based on the "Survey to evaluate the impact of COVID-19 in community settings – EPIC" in Chile. **Results:** 97.2% of people were on ART, and 23.1% had difficulty accessing treatment. A much worse quality of life was reported (18%), with a higher proportion among those who had difficulty accessing ART (35.7% vs 12.6%). Also, difficulty in accessing chronic disease control (30.9%), STIs diagnosis (25.5%) and mental health (57.8%). 59% had to reveal their seropositivity to be vaccinated. **Discussion:** Access solutions were implemented through multi-month therapy, reduced follow-ups, telemedicine, and consultations with community workers. Difficulty accessing ART was associated with poorer quality of life and disclosure of seropositivity. Looking to the future, ensuring the continuity of ART and the confidentiality of the diagnosis should be a priority.

Keywords: COVID-19; HIV; community research.

Correspondencia a:

Valeria Stuardo Ávila
valeria.stuardo@uchile.cl

Introducción

La enfermedad causada por el virus SARS-CoV-2 (COVID-19), declarada pandemia por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 11 de marzo de 2020¹, generó una crisis sociosanitaria que puso de manifiesto grandes desigualdades. Grupos poblacionales específicos presentaron un mayor riesgo de contagio y de muerte, con interacción entre variables sanitarias y condiciones preexistentes de vulnerabilidad y desigualdad social², a través de un fenómeno sindémico donde las enfermedades o condiciones adversas de tipo epidémico no ocurren de forma aislada, sino que interactúan produciendo efectos negativos no aditivos, sino multiplicativos, en las personas afectadas³. Las poblaciones clave en la lucha contra el VIH y el virus de la hepatitis C (VHC), tales como los hombres gay, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (GBHSH), las personas que se inyectan drogas, los/as trabajadores/as sexuales y las personas transgénero⁴, fueron especialmente vulnerables a la COVID-19, al igual que las personas que viven con el VIH (PVVIH) quienes, junto con la afectación a la salud propia del contexto pandémico, se vieron afectadas por la interrupción del tratamiento antirretroviral (TAR), con magnitudes cercanas a 12% en algunos países⁵. Como posibles causas del impacto diferencial en las poblaciones clave, se han descrito el acceso limitado a servicios de atención y prevención, la exposición a escenarios de violencia sexual, pobreza, marginación, estigma y discriminación⁶. Adicionalmente, las poblaciones clave debieron enfrentar un mayor riesgo de infección por VIH/VHC, debido al impacto de la crisis sanitaria COVID-19 en el acceso y la continuidad de la atención médica, que trajo como consecuencias subdiagnóstico, suspensión de controles y retraso en el inicio de las terapias, entre otros⁷. En Chile, en el año 2020 se constató una disminución del testeo de VIH de 50% con respecto al 2019, que se vio reflejado en un descenso de 30% en el reporte de nuevas infecciones por parte del Instituto de Salud Pública (4.446 vs 6.720 casos)⁸.

En la literatura científica se han publicado series de casos de PVVIH y COVID-19; mientras que en algunos estudios no parece haber diferencias en la incidencia o la gravedad de la enfermedad en comparación con la población general⁹, en otros, las PVVIH con COVID-19 mostraron una mayor mortalidad, identificándose la alta carga de comorbilidades preexistentes y la edad avanzada como factores que determinaron la progresión de la enfermedad y su peor pronóstico¹⁰. Quienes tenían recuentos bajos de linfocitos T CD4(+)s o una infección por VIH no tratada, tuvieron un curso clínico más grave que las personas VIH negativas; consecuencia de la interrupción de los servicios de prevención y tratamiento

del VIH, la suspensión de la terapia y/o el acceso a un diagnóstico tardío para la infección por VIH, entre otros factores, dando cuenta de un contexto de crisis que implicó enormes desafíos para la continuidad de las actividades esenciales¹¹. Actualmente, los datos confirman el papel de los determinantes estructurales, tanto en la adquisición como en el impacto clínico de la coinfección por SARS-CoV-2/VIH, entre ellos, la debilidad de los sistemas de salud pública, el acceso limitado a servicios de salud mental, el estigma, la marginación social, el racismo, etc., además de la edad, las comorbilidades, el consumo de drogas y la carga viral del VIH como factores asociados a un peor pronóstico entre las PVVIH¹².

La pandemia de COVID-19 impactó negativamente sobre el acceso al tratamiento para las PVVIH. Se identificó la disminución, pérdida y cancelación de citas médicas para el paciente con infección por VIH y otras atenciones relacionadas, como servicios sociales, visitas domiciliarias y grupos de apoyo, junto con la dificultad para acceder a los medicamentos del TAR y/o la omisión de las dosis terapéuticas, con la consecuente dificultad para mantener la adherencia al tratamiento. En respuesta a estas problemáticas se implementaron diversas estrategias, tales como la consulta por telemedicina o llamado telefónico, la dispensación de antirretrovirales (ARV) por un mayor número de meses (terapia multimeses) y el envío de prescripciones a través de correo o reparto a domicilio, entre otras^{12,13}. En consecuencia, de cara a futuros escenarios de crisis sociosanitarias es imprescindible conocer el impacto que tuvo la pandemia de COVID-19 en los grupos más vulnerables de la población, como es el caso de las PVVIH, para generar una respuesta efectiva frente a sus necesidades específicas de salud, junto con la adaptación de las estrategias preventivas.

Objetivo

Caracterizar el impacto de la crisis sociosanitaria COVID-19 en las PVVIH en Chile, incluyendo aspectos relacionados a la salud sexual y la vacunación, e identificando los factores asociados a la dificultad de acceso al TAR.

Material y Métodos

Estudio transversal analítico, desarrollado bajo el enfoque de la investigación de base comunitaria, basado en el análisis de los datos recolectados en Chile por la “Encuesta para evaluar el impacto de la COVID-19 en entornos comunitarios-EPIC”.

El Proyecto EPIC fue un programa internacional de investigación comunitaria coordinado por “Coalition PLUS” que se implementó en 32 países, involucrando

a un total de 79 organizaciones (principalmente de base comunitaria). En Latinoamérica el estudio se implementó a través la Red Iberoamericana de estudios en hombres Gay, otros HSH y personas Trans (*RIGHT PLUS-www.coalitionplus.org/rightplus*). El objetivo principal de EPIC fue estudiar el impacto de la crisis sanitaria COVID-19 en las poblaciones clave, las poblaciones afectadas por el VIH/VHC y en los/as agentes de la salud comunitaria. EPIC desarrolló un protocolo general y modulable que preveía la posibilidad de implementar estudios cualitativos y/o cuantitativos. El cuestionario cuantitativo incluía un módulo obligatorio (perfil sociodemográfico y preguntas generales sobre el impacto de la COVID-19 en la vida de los/as participantes), y 11 módulos opcionales temáticos o focalizados en poblaciones específicas (ej.: acceso a la salud, riesgo percibido de la COVID-19, GBHSH, agentes de salud comunitaria, PVVIH, etc.)¹³.

EPIC-Chile fue llevado a cabo entre marzo y julio de 2021. Para su ejecución se realizó una encuesta *online*, que incluía el módulo sociodemográfico común, donde además se incluyeron preguntas relacionadas con el proceso de vacunación pertinentes a Chile y, el módulo destinado a PVVIH. Este último tenía preguntas relacionadas con el monitoreo de la carga viral, interrupción de TAR y sus causas, dificultad para abastecerse de ARV, adherencia al tratamiento, etc. La promoción de la encuesta se llevó a cabo a través de organizaciones comunitarias que pusieron al servicio del proyecto sus redes de difusión (contacto directo, correo electrónico, publicaciones digitales, etc.), notas y entrevistas en medios escritos y audiovisuales, cápsulas audiovisuales y difusión en redes sociales de las instituciones involucradas. La discusión preliminar de resultados se llevó a cabo en una actividad participativa con organizaciones de base comunitaria, implementada a través de un webinar.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo de las variables en estudio, a través de la ejecución de una serie de análisis bivariados, con prueba χ^2 para establecer diferencias entre las variables categóricas y prueba U de Mann-Whitney para analizar diferencias con la variable edad. También, se llevó a cabo un análisis multivariado mediante un modelo de regresión logística ajustado por edad, donde la selección de variables independientes estuvo basada en el método de pasos sucesivos (*stepwise*) y el criterio epidemiológico, mientras que la variable dependiente estuvo definida por la pregunta: “Desde el inicio de la crisis sanitaria COVID-19, ¿Ha tenido dificultades para abastecerse de antirretrovirales?” (Si/No).

El proyecto en Chile contó con la aprobación del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (acta de aprobación N° 204-2020).

Resultados

En EPIC-Chile participaron 249 PVVIH. De éstas, 242 (97,2%) estaban bajo TAR y 56 (23,1%) señalaron haber tenido dificultad para acceder al TAR durante la pandemia, destacando entre las causas la dificultad para el desplazamiento hacia el servicio de atención (82,1%), dificultad para renovar la prescripción/receta médica (46,4%), el agotamiento del medicamento en algunas farmacias (17,9%) y otras causas (14,3%), tales como el cierre de servicios y los sentimientos de desánimo y cansancio.

La mediana de edad fue de 34 años (RIQ: 28;44), con un valor inferior entre quienes tuvieron dificultad de acceso a TAR (32 años vs 35 años en las personas que no tuvieron dificultad) (Tabla 1). La muestra estuvo compuesta en su mayoría por hombres (80,5%), el 91,3% señaló haber nacido en Chile y la mayoría de las personas que declaró haber nacido en un país diferente ($n = 43$) se encontraban en situación regular (80,5%). El 70,9% de los/as participantes reportó un nivel de estudios superiores y, desde el inicio de la pandemia, la mayoría de las personas consideró que su situación económica se había deteriorado un poco o bastante (30,2 y 25,6%, respectivamente).

El 8,5% de las personas encuestadas reportó haber recibido un diagnóstico positivo para COVID-19 (Tabla 2). En comparación con el periodo anterior a la crisis sociosanitaria, 18% de las personas consideró que su calidad de vida era mucho peor, observándose una proporción significativamente mayor entre quienes tuvieron dificultad de acceso a TAR (35,7 vs 12,6%). También, 30,7% de las personas encuestadas señaló que su calidad de vida sexual era mucho peor, mientras que 18,2% reportó un impacto muy negativo en su vida profesional. El 7% de los/as encuestados/as señaló haberse visto obligado/a a revelar su seropositividad a causa de situaciones derivadas de la crisis COVID-19. Por otra parte, 19% reportó un miedo mayor a ser discriminado/a por parte de médicos/as y 24,9% de las personas señaló un aumento en su miedo a ser discriminado/a por parte de otros/as profesionales de la salud (24,9%). Dicha proporción fue significativamente mayor entre quienes tuvieron dificultad de acceso a TAR (35,7 vs 23,2%). Además, 20,7% reportó un miedo mayor a la discriminación por parte de sus familiares.

Acceso a la atención de salud y tratamiento en PVVIH

El 10,8% de las PVVIH encuestadas interrumpieron su tratamiento para el VIH durante la crisis sociosanitaria (Tabla 3), proporción que fue significativamente mayor entre quienes reportaron dificultad de acceso a TAR (25 vs 6,5%) Un 58,7% de los/as encuestados/as disminuyó

Tabla 1. Aspectos sociodemográficos y su relación con la dificultad de acceso a TAR durante la crisis sociosanitaria COVID-19 en las PVVIH encuestadas en EPIC Chile (N = 242)

Variables	Total n (%)	Dificultad de acceso a TAR		P-valor
		Sí n (%)	No n (%)	
Edad (años)				
Mediana (RIQ: 28;44)	34	32	35	0,011
Identidad de género:				
Mujer	28 (11,6)	8 (14,3)	20 (10,8)	0,435
Hombre	194 (80,5)	44 (78,5)	150 (81,1)	
Mujer trans	2 (0,8)	0 (0,0)	2 (1,1)	
Hombre trans	2 (0,8)	0 (0,0)	2 (1,1)	
Otro	16 (6,6)	5 (8,9)	11 (5,9)	
País de nacimiento				
Chile	201 (91,3)	49 (94,2)	152 (90,4)	0,618
Argentina	2 (0,9)	0 (0,0)	2 (1,2)	
Brasil	2 (0,9)	1 (1,9)	1 (0,6)	
Colombia	3 (1,3)	0 (0,0)	3 (1,8)	
República Dominicana	1 (0,4)	1 (1,9)	0 (0,0)	
Ecuador	1 (0,4)	0 (0,0)	1 (0,6)	
México	1 (0,4)	0 (0,0)	1 (0,6)	
Perú	1 (0,4)	0 (0,0)	1 (0,6)	
Uruguay	1 (0,4)	0 (0,0)	1 (0,6)	
Venezuela	7 (3,2)	1 (1,9)	6 (3,6)	
Situación administrativa en el país				
En situación regular	33 (80,5)	8 (100,0)	25 (75,7)	0,492
En situación irregular	4 (9,7)	0 (0,0)	4 (11,1)	
En espera de una visa	2 (4,9)	0 (0,0)	2 (6,1)	
No desea responder	4 (4,9)	0 (0,0)	2 (6,1)	
Nivel educacional				
Estudios primarios (educación básica)	4 (1,6)	1 (1,8)	3 (1,6)	0,433
Estudios secundarios (educación media)	51 (21,1)	11 (19,6)	40 (21,6)	
Estudios superiores	171 (70,9)	43 (76,8)	128 (69,2)	
Otro	15 (6,2)	1 (1,8)	15 (7,6)	
Situación económica desde inicio de la pandemia				
Más cómodo económicamente	17 (7,0)	6 (10,7)	11 (5,9)	0,014
No ha cambiado	90 (37,2)	11 (19,6)	79 (42,4)	
Se ha deteriorado un poco	73 (30,2)	19 (33,9)	54 (29,0)	
Se ha deteriorado bastante	62 (25,6)	20 (35,7)	42 (22,6)	

su seguimiento con infectólogo/a, con una proporción mayor entre quienes tuvieron dificultad de acceso a TAR (80,4 vs 52,2%), mientras que 11,1% tuvo dificultades para tomar su tratamiento por estar confinado/a con personas que desconocían su seropositividad, con una frecuencia mayor entre quienes tuvieron dificultad de acceso a TAR (23,2 vs 7,5%). Con respecto a la adherencia al tratamiento del VIH, el 7% y 13,2% consideraron que desde el inicio de la crisis sanitaria su adherencia era menos buena o un poco menos buena, respectivamente. El 30,9% de las personas reportó dificultades de acceso al control de enfermedades crónicas distintas del VIH/SIDA, con mayor proporción entre quienes tuvieron dificultad de acceso a TAR (48 vs 25,3%); mientras que

25,5% tuvo dificultades de acceso al diagnóstico de infecciones de transmisión sexual (ITS) y 57,8% dificultades de acceso a la atención de salud mental.

En relación con las soluciones que fueron utilizadas para acceder a la atención médica y TAR en contexto de crisis, fueron reportadas con mayor frecuencia la dispensación de terapia multimes (39,4%), la disminución del seguimiento del VIH (35,7%), que fue mayor entre quienes tuvieron dificultad de acceso a TAR (51,8 vs 30,8%), la consulta por telemedicina (33,2%) y la consulta con un/a trabajador/a comunitario/a (10,4%). Adicionalmente, 95% de las personas encuestadas consideró que era necesaria la entrega de terapias multimes como estrategia de acceso al tratamiento.

Tabla 2. Aspectos psicosociales y su relación con la dificultad de acceso a TAR durante la crisis sociosanitaria COVID-19 en las PVVIH encuestadas en EPIC-Chile (N = 242)

Variables	Total n (%)	Dificultad de acceso a TAR		P-valor
		Sí n (%)	No n (%)	
Test positivo para COVID-19				
Sí	20 (8,5)	4 (7,4)	16 (8,8)	0,748
No lo sé	216 (91,5)	50 (92,6)	166 (91,2)	
Calidad de vida desde inicio de la pandemia				
Mucho mejor	19 (8,0)	2 (3,6)	17 (9,3)	<0,01
Un poco mejor	23 (9,6)	2 (3,6)	21 (11,5)	
Casi igual	75 (31,5)	11 (19,6)	64 (35,1)	
Un poco peor	77 (32,3)	20 (35,7)	57 (31,3)	
Mucho peor	43 (18,1)	20 (35,7)	23 (12,6)	
No deseo responder	1 (0,4)	1 (1,8)	0 (0,0)	
Calidad de vida sexual desde inicio de la pandemia				
Mucho mejor	13 (5,4)	4 (7,1)	9 (4,8)	0,484
Un poco mejor	21 (8,7)	6 (10,7)	15 (8,1)	
Casi igual	68 (28,2)	10 (17,8)	58 (31,3)	
Un poco peor	59 (24,5)	14 (25,0)	45 (24,3)	
Mucho peor	74 (30,7)	20 (35,7)	54 (29,2)	
No deseo responder	6 (2,5)	2 (3,5)	4 (2,1)	
Impacto de la pandemia en la vida profesional/laboral				
Es muy negativo	43 (18,2)	15 (26,8)	28 (15,6)	0,072
Es más negativo que positivo	79 (33,5)	16 (28,6)	63 (35,0)	
En realidad no cambia gran cosa	63 (26,7)	11 (19,6)	52 (28,9)	
Es más positivo que negativo	34 (14,4)	9 (16,0)	25 (13,9)	
Es muy positivo	6 (2,5)	1 (1,8)	5 (2,8)	
No deseo responder	2 (0,8)	2 (3,6)	0 (0,0)	
No aplica	9 (3,8)	2 (3,6)	7 (3,9)	
La crisis COVID-19 le obligó a revelar su seropositividad a quienes no lo sabían				
Sí	17 (7,0)	6 (10,7)	11 (5,9)	0,014
No	90 (37,2)	11 (19,6)	79 (42,4)	
Miedo a ser discriminado por médicos/as				
Mas seguido que antes de la pandemia	46 (19,0)	14 (25,0)	32 (17,2)	0,011
Igual que antes de la pandemia	58 (24,0)	20 (35,7)	38 (20,4)	
Menos seguido que antes de la pandemia	34 (14,0)	8 (14,3)	26 (14,0)	
No aplica	104 (43,0)	14 (25,0)	90 (48,4)	
Miedo a ser discriminado por otros/as profesionales de la salud				
Mas seguido que antes de la pandemia	60 (24,9)	20 (35,7)	43 (23,2)	<0,01
Igual que antes de la pandemia	64 (26,5)	21 (37,5)	38 (20,4)	
Menos seguido que antes de la pandemia	29 (12,0)	6 (10,7)	23 (12,4)	
No aplica	88 (36,5)	9 (16,1)	79 (42,7)	
Miedo a ser discriminado por familiares/amigos				
Mas seguido que antes de la pandemia	50 (20,7)	18 (32,1)	32 (17,3)	0,012
Igual que antes de la pandemia	57 (23,6)	14 (25,0)	43 (23,2)	
Menos seguido que antes de la pandemia	32 (13,2)	10 (17,8)	22 (11,9)	
No aplica	102 (42,3)	14 (25,0)	88 (47,5)	

Tabla 3. Barreras y soluciones de acceso, características del tratamiento y su relación con la dificultad de acceso a TAR durante la crisis sociosanitaria COVID-19 en las PVVIH encuestadas en EPIC-Chile (N = 242)

Variables	Total n (%)	Dificultad de acceso a TAR		P-valor
		Sí n (%)	No n (%)	
Interrupción del tratamiento de VIH				
Sí	26 (10,8)	14 (25,0)	12 (6,5)	< 0,01
No	214 (89,2)	42 (75,0)	172 (93,5)	
Disminución del seguimiento con infectólogo/a				
Sí	142 (58,7)	45 (80,4)	97 (52,2)	< 0,01
No	97 (40,1)	11 (19,6)	86 (46,2)	
No aplica	3 (1,2)	0 (0,0)	3 (1,6)	
Dificultades para el tratamiento por estar confinado con personas que desconocen su seropositividad				
Sí	27 (11,1)	13 (23,2)	14 (7,5)	< 0,01
No	202 (83,5)	39 (69,6)	163 (87,6)	
No aplica	13 (5,4)	4 (7,1)	9 (4,8)	
Adherencia al tratamiento del VIH				
Menos buena que antes	17 (7,0)	8 (14,3)	9 (4,8)	0,020
Un poco menos buena que antes	32 (13,3)	12 (21,4)	20 (10,8)	
Igual que antes	145 (60,2)	26 (46,4)	119 (64,3)	
Un poco mejor que antes	25 (10,4)	6 (10,7)	19 (10,3)	
Mejor que antes	22 (9,1)	4 (7,1)	18 (9,7)	
Dificultad de acceso a control de enfermedad crónica				
Sí	63 (30,9)	24 (48,0)	39 (25,3)	< 0,01
No	141 (69,1)	26 (52,0)	115 (74,7)	
Dificultad de acceso al diagnóstico de ITS				
Sí	52 (25,5)	19 (38,0)	33 (21,4)	0,019
No	152 (74,5)	31 (62,0)	121 (78,6)	
Dificultad de acceso a la atención de salud mental				
Sí	118 (57,8)	33 (66,0)	85 (55,2)	0,179
No	86 (42,2)	17 (34,0)	69 (44,8)	
Soluciones para acceder a la atención médica/TAR				
Consulta por telemedicina	80 (33,2)	16 (28,6)	64 (34,6)	0,402
Consulta con un trabajador comunitario	25 (10,4)	8 (14,3)	17 (9,2)	0,273
Distribución de ARV por trabajador comunitario	6 (2,5)	3 (5,4)	3 (1,6)	0,116
Dispensación de TAR multimes	95 (39,4)	27 (48,2)	68 (36,8)	0,124
Acceso temprano a los ARV en el hospital	29 (12,0)	4 (7,1)	25 (13,5)	0,199
Disminución del seguimiento del VIH	86 (35,7)	29 (51,8)	57 (30,8)	< 0,01
Cree necesaria la entrega de terapias multimes				
Sí	228 (95,0)	53 (96,4)	175 (94,6)	0,597
No lo sabe	12 (5,0)	2 (3,6)	10 (5,4)	

Vacunación para la COVID-19 en PVVIH

El 67,7% (n = 164) de las personas encuestadas se había vacunado para la COVID-19. Entre las barreras identificadas, la mayoría manifestó tener miedo a sufrir discriminación (39,6%). Además, 32,2% manifestó como barrera el estar preocupado por los riesgos y efectos adversos de la vacuna (Figura 1). En relación con los lugares de la vacunación, las personas fueron en su mayoría inmu-

nizadas en lugares públicos (45,1%) y en un CESFAM/ Consultorio (39,0%) (Figura 2). El 59% debió revelar de alguna forma su estado serológico para acceder a la vacuna: 29,3% verbalmente, 10,4% a través de exámenes/ certificado y 19,5% con ambas modalidades (Figura 3). La principales consecuencias reportadas a causa de esta situación fueron el estigma (21,1%), la discriminación social (11,9%) y la violencia psicológica (11%) (Figura 4).

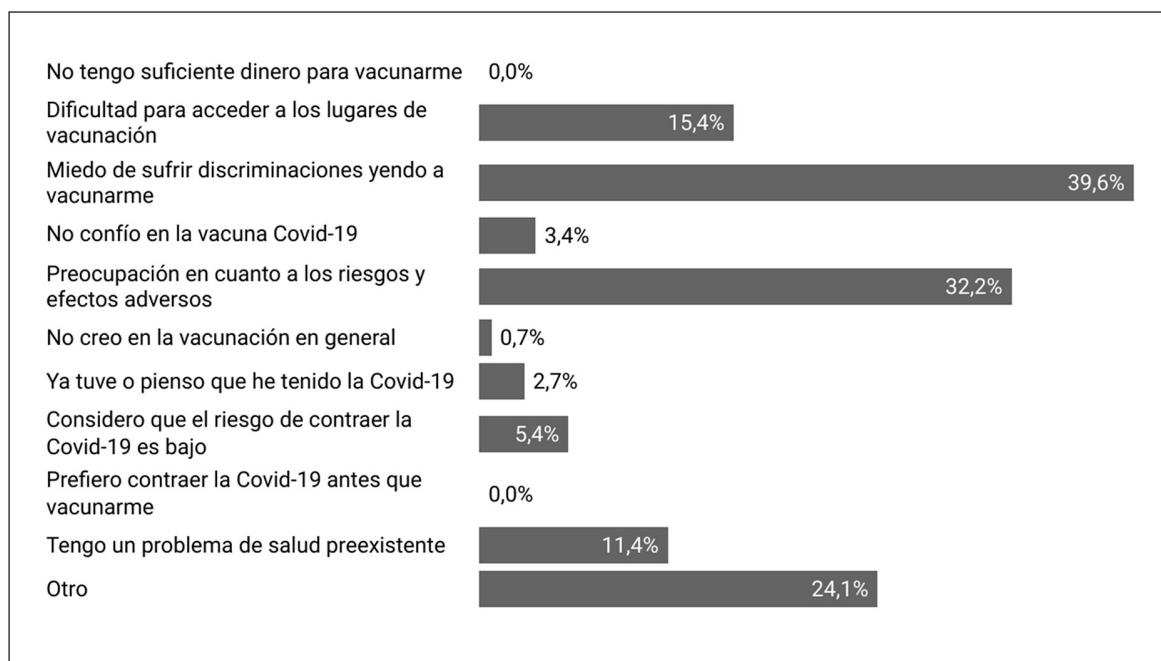


Figura 1. Barreras identificadas para la vacunación contra SARS-CoV-2.

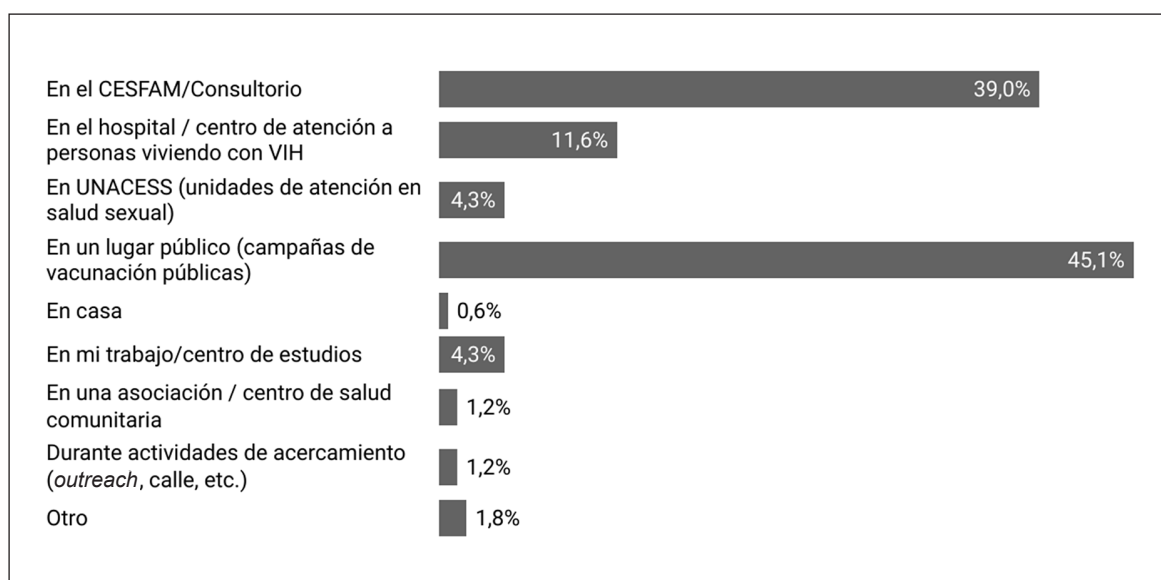


Figura 2. Lugar donde se efectuó la vacunación contra SARS-CoV-2.

Aspectos asociados a la dificultad de acceso a TAR en contexto de pandemia

En el análisis multivariado se observó que, quienes reportaron una calidad de vida mucho peor a causa de la pandemia de COVID-19, aumentaron ocho veces la posibilidad de tener dificultad para acceder a TAR (Tabla 4). Por otra parte, el haberse visto obligado a revelar la seropositividad por circunstancias derivadas

de la crisis sociosanitaria aumentó en casi tres veces la posibilidad de presentar dificultad para acceder a TAR.

Discusión

Este estudio mostró que aproximadamente un cuarto de las personas en TAR encuestadas en EPIC- Chile tu-

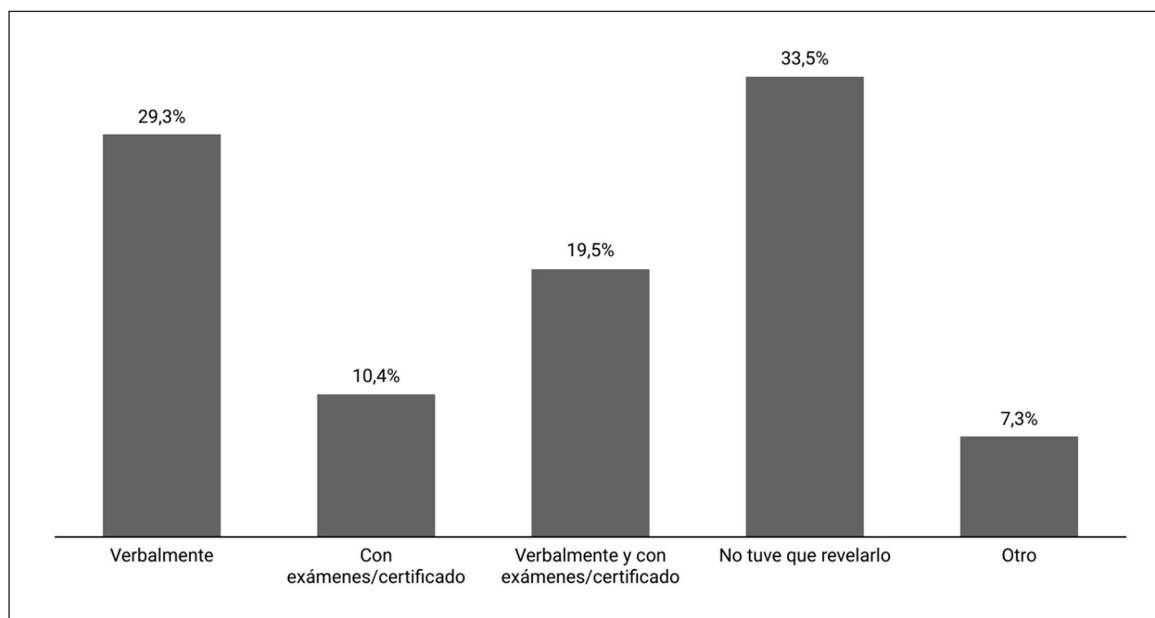


Figura 3. Modalidad utilizada para revelar la condición de tener infección por VIH.

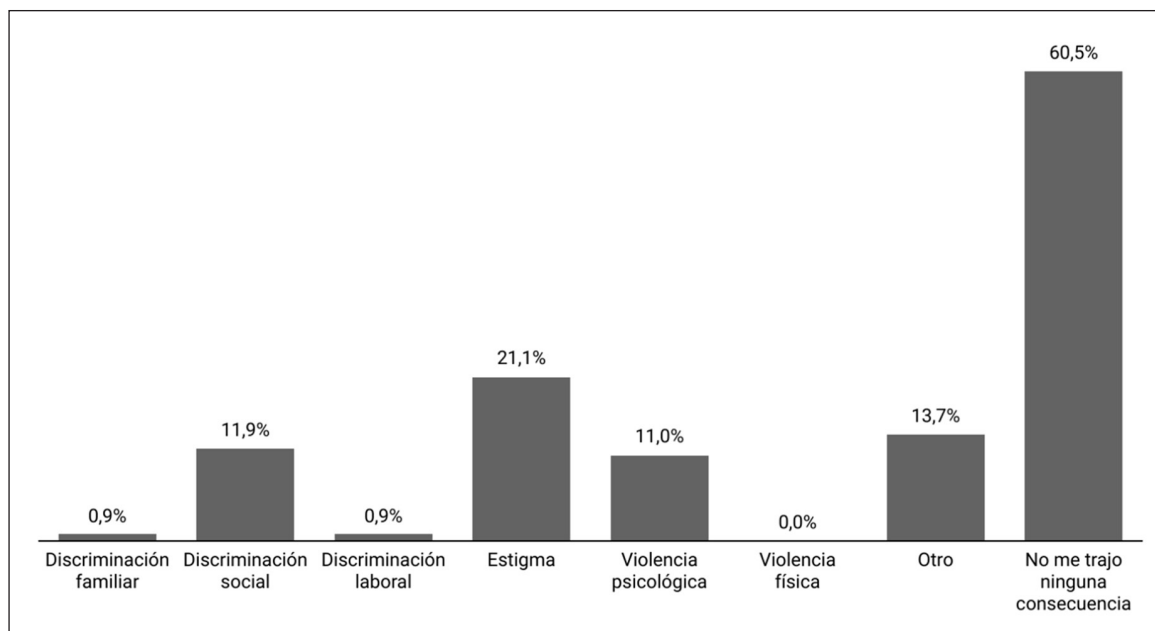


Figura 4. Principales consecuencias que tuvo el revelar la condición de infección por VIH.

vieron dificultades de acceso a su terapia en el contexto de crisis sociosanitaria. Una proporción importante de las PVVIH encuestadas experimentó una disminución de su calidad de vida, con mayor proporción entre quienes reportaron dificultades de acceso a TAR. Esto podría explicarse por el mayor impacto que tiene la COVID-19 en quienes presentan comorbilidades¹⁴, y las eventuales

consecuencias derivadas de la suspensión del TAR¹⁵. Sin embargo, además de los efectos de la COVID-19 relacionados con la salud, existen otras situaciones asociadas al confinamiento y las restricciones de movilidad que pueden impactar negativamente en la calidad de vida de las personas, tales como el aislamiento social (más acentuado en personas mayores), la permanente

Tabla 4. Aspectos asociados con la dificultad de acceso a TAR durante la crisis sociosanitaria COVID-19 en las PVVIH encuestadas en EPIC-Chile (N = 242)

VARIABLES	Dificultad de acceso a TAR			
	Modelo crudo		Modelo ajustado por edad	
	OR (IC 95%)	P - valor	OR (IC 95%)	P - valor
Calidad de vida desde el inicio de la pandemia				
Mucho mejor	Ref.	-	Ref.	-
Un poco mejor	0,9 (0,1 – 8,6)	0,985	1,2 (0,1 – 11,1)	0,844
Casi igual	2,5 (0,4 – 14,0)	0,276	2,8 (0,5 – 15,5)	0,235
Un poco peor	3,8 (0,7 – 20,3)	0,112	4,5 (0,8 – 24,7)	0,077
Mucho peor	6,9 (1,2 – 37,6)	0,025	8,1 (1,5 – 45,7)	0,017
Miedo a ser discriminado por otros profesionales de la salud				
Mas seguido que antes de la pandemia	1,3 (0,3 – 4,6)	0,643	1,5 (0,4 – 5,6)	0,491
Igual que antes de la pandemia	1,1 (0,3 – 3,9)	8,873	1,1 (0,3 – 4,2)	0,797
Menos seguido que antes de la pandemia	Ref.	-	Ref.	-
La crisis COVID-19 le obligó a revelar su seropositividad a quienes no lo sabían				
Si	3,1 (1,4 – 7,0)	<0,01	2,9 (1,3 – 6,6)	< 0,01
No	Ref.	-	Ref.	-
Disminución del seguimiento del VIH				
Si	1,7 (0,8 – 3,7)	0,155	1,5 (0,7 – 3,3)	0,289
No	Ref.	-	Ref.	-
He tenido dificultades para acceder a control de alguna enfermedad crónica				
Si	1,7 (0,8 – 3,7)	0,162	2,0 (0,9 – 4,6)	0,075
No	Ref.	-	Ref.	-

sensación de inseguridad y la inestabilidad económica, entre otros^{16,17}.

Otro hallazgo importante guarda relación con la obligación de revelar la seropositividad por situaciones relacionadas con la pandemia. A pesar de que en Chile existe la ley N° 19.779, que resguarda la confidencialidad del diagnóstico de VIH¹⁸, 59% de las personas debió revelar su seropositividad para acceder a la vacunación, reportando consecuencias como estigma (21,1%), discriminación social (11,9%) y violencia psicológica (11%). En efecto, en respuesta a requerimientos judiciales impulsados desde la comunidad, el Estado debió rectificar su política con la emisión de la circular “Ord. B22 N°500”, que eliminó la solicitud de una orden emitida por profesionales de los centros de VIH para acceder a la vacuna. Por lo tanto, en futuros escenarios de crisis sociosanitaria será fundamental garantizar el cumplimiento de la normativa de confidencialidad y la implementación de estrategias de salud focalizadas en poblaciones vulnerables, para evitar que una intervención se convierta en un obstáculo para el tratamiento y la prevención¹⁹. Esta realidad se vio reforzada con el aumento del miedo a ser discriminado/a por parte de médicos/as, otros/as profesionales de la salud y familiares señalado por una porción importante de las personas. Se ha descrito que la anticipación de la discriminación o rechazo por vivir con

VIH, es un estresor crónico que con el tiempo produce consecuencias negativas a nivel afectivo, con mayores tasas de depresión, estrés postraumático y niveles más bajos de bienestar²⁰.

Es fundamental considerar el abordaje de los factores estructurales al momento de la definición de las estrategias de salud, puesto que aspectos como los cambios demográficos, la violencia y la discriminación, las estructuras legales y las políticas sociales y económicas vigentes, afectan la dinámica de transmisión del VIH y determinan su distribución diferencial en la población²¹. Los datos presentados en el informe internacional de ONUSIDA reafirman la urgencia de abordar dichos aspectos: en 42 países, un 47% de las personas tenían actitudes discriminatorias hacia las PVVIH, mientras que según la encuesta del “Índice de Estigma” realizada en 25 países, casi una cuarta parte de las PVVIH declararon haber sufrido estigma al buscar servicios de salud no relacionados con el VIH²². Por lo tanto, persiste la necesidad de respetar los compromisos adquiridos en la “Declaración política sobre el VIH y el SIDA”, para hacer realidad la eliminación del estigma y la discriminación relacionados con el VIH, al garantizar que todos los servicios se conciben y presten respetando los derechos a la privacidad, confidencialidad y el consentimiento informado²³.

El 10,8% de las PVVIH encuestadas en EPIC-Chile interrumpió el TAR durante la pandemia, proporción similar a la de otros estudios⁵. Además, se reportó disminución del seguimiento de su condición de salud y dificultad para acceder al tratamiento por estar confinado, junto con dificultades de acceso al control de otras enfermedades crónicas y el diagnóstico de ITS; todas situaciones que, como es de esperar, se manifestaron con una proporción significativamente mayor entre quienes reportaron dificultad de acceso a la TAR. La pandemia provocó una interrupción sin precedentes de los servicios de salud, impidiendo el manejo de situaciones de salud por la interrupción de la cadena de suministro de medicamentos y *kits* de diagnóstico y, la obstaculización del acceso a la atención médica por la sobredemanda derivada de la emergencia sanitaria²⁴. En este estudio, 57,8% de las personas señaló haber tenido dificultades de acceso a la atención de salud mental, poniendo de manifiesto un contexto donde las problemáticas de salud mental ya existentes se intensificaron por consecuencias derivadas de la pandemia²⁵. Adicionalmente, la disminución de la adherencia al tratamiento del VIH reportada en esta investigación, es coincidente con la literatura científica, donde se ha descrito la asociación entre el cambio en la adherencia al TAR y el estado de emergencia sociosanitaria²⁶.

En relación con las soluciones a las dificultades de acceso a la atención médica y el TAR, las personas señalaron con mayor frecuencia la dispensación de terapia multimes, la disminución del seguimiento del VIH, la implementación de consultas por telemedicina y la consulta con un/a trabajador/a comunitario/a; resultados coincidentes con estudios realizados en otras regiones²⁷. La terapia multimes, considerada necesaria por 95% de los/as participantes del estudio, es una estrategia que ONUSIDA ha promovido, recomendando que “todos los países, ministerios de la salud y programas nacionales ofrezcan acceso a terapia antirretroviral durante tres o más meses para todas las PVVIH”²⁸. Sin embargo, esta política enfrentó desafíos durante la pandemia, como la falta de *stock* de medicamentos en los servicios de salud, llevando incluso a situaciones donde las personas interpusieron requerimientos judiciales para acceder a las dosis necesarias de tratamiento²⁹. Por otra parte, las consultas por telemedicina para VIH han aumentado la atención oportuna y de calidad, evitando largos trayectos hacia los lugares de atención y el estigma experimentado al acudir a dichas unidades, aunque su implementación no ha estado exenta de dificultades, como la falta de acceso a dispositivos electrónicos e internet, y el no contar con espacios privados para la video consulta³⁰.

Los resultados de este estudio manifiestan el trabajo de las organizaciones comunitarias que, a pesar de enfrentar sus propias dificultades durante la pandemia, desarrollaron una labor de prestación de servicios y apoyo hacia perso-

nas cuyas necesidades en materia de VIH y otros cuidados de salud tienden a estar desatendidas en contextos de crisis^(13,21), relevando la importancia de las respuestas dirigidas por pares e implementadas desde la comunidad. Estas, presentan ventajas que las hacen altamente recomendables⁽³¹⁾, por lo que deberían de aquí a 2025 representar 30% de los servicios de pruebas y tratamiento, incidiendo en las pruebas de detección del VIH, apoyo al tratamiento y con el cumplimiento y la continuidad del régimen terapéutico, y la educación sobre el tratamiento²³.

Con respecto a la vacunación para COVID-19, se identificaron barreras de acceso como el miedo a ser discriminado/a y la preocupación por los riesgos y efectos adversos de la vacuna. El miedo a ser discriminado/a da cuenta de una barrera estructural, que determina un menor acceso de las PVVIH y otras poblaciones vulnerables hacia la inmunización, que puede significar la diferencia entre la vida y la muerte en un contexto de pandemia³². Si bien, se ha descrito que el temor frente a los posibles efectos adversos de la vacuna es una de las principales barreras actitudinales en la población general³³, una adecuada comunicación de riesgo por parte de la autoridad sanitaria es fundamental; principal desafío durante la pandemia en el caso de Chile, según los informes anuales de autoevaluación de los estados miembros de la OMS³⁴.

En esta investigación se halló una asociación entre la dificultad de acceso a TAR y una calidad de vida mucho peor durante la pandemia. Al efecto directo en la salud producido por la COVID-19, se sumó el impacto sobre otras condiciones de salud, mediado por la sobredemanda de los servicios de salud, las interrupciones en el suministro de medicamentos o la escasez de fondos³⁵. En efecto, la interrupción del TAR es el determinante más importante de mortalidad relacionada con VIH, por lo que es esencial garantizar la continuidad del tratamiento³⁶. El verse obligado a revelar la seropositividad en contexto de la crisis COVID-19, situación que en otras circunstancias no habría ocurrido, también se asoció con la dificultad de acceso a TAR, siendo muy relevante que los profesionales de la salud tengan en consideración que el hecho de romper la confidencialidad puede conducir a las personas a abandonar su tratamiento para el VIH³⁷.

Este estudio posee limitaciones. En primer lugar, no se recogieron variables socioepidemiológicas como la región y comuna de residencia, servicio de salud y tipo de previsión de salud. Esto se debe a que se trató de un proyecto multicéntrico, implementado en 32 países, que no contempló en el cuestionario preguntas asociadas a ámbitos más específicos de cada país. Además, dada la definición de la “dificultad de acceso a TAR” como variable dependiente, es esperable que se manifiesten diferencias significativas entre los grupos de estudio (con/sin dificultad de acceso a TAR), en relación con variables como la interrupción del tratamiento, la disminución del

seguimiento y del acceso a control, entre otras. Por último, otra limitación radica en el tipo de muestreo realizado (por conveniencia).

Por otra parte, el enfoque sobre una población de difícil acceso, en un contexto de crisis sociosanitaria y restricciones de movilidad, que significaron un desafío para el reclutamiento, la difusión, promoción y sistematización participativa de los resultados del proyecto, constituye una fortaleza de esta investigación, junto con su derivación de un estudio multicéntrico con presencia en 32 países del orbe, ejecutado a través del trabajo colaborativo y en red de investigadores/as pertenecientes a diversas instituciones académicas y organizaciones de base comunitaria. A través de este trabajo se espera realizar un aporte a la salud pública, aumentando el conocimiento sobre el impacto que ha tenido la pandemia por COVID-19 en la infección por VIH en Chile y, dando cuenta de cómo en contextos de crisis las condiciones preexistentes de desigualdad pueden determinar una mayor afectación de la salud en grupos poblacionales vulnerables.

Conclusiones

En conclusión, de cara a futuros escenarios de crisis sociosanitaria debe ser una prioridad garantizar la continuidad del TAR, potenciando el trabajo colaborativo entre Estado y sociedad civil, lo cual resulta imprescindible

para permitir la continuidad de los servicios de acompañamiento y la dispensación de medicamentos. Además, vistas las múltiples vulneraciones de derechos durante la crisis socio-sanitaria COVID-19, es fundamental preservar la privacidad y confidencialidad de las PVVIH, para evitar la profundización de los fenómenos de estigma y discriminación que constituyen barreras de acceso a la salud para las poblaciones más vulnerables.

Agradecimientos: Esta investigación se llevó a cabo como parte del estudio “EPIC”, un proyecto de investigación internacional coordinado por la organización comunitaria “Coalition PLUS”. Las/os autoras/es desean agradecer a todas las personas y las organizaciones comunitarias que participaron en la promoción, difusión y análisis de resultados de la encuesta EPIC en Chile: Fundación Salud, Vida y Acción Social - Savia, Santiago; Centro Cultural Crealuz, Antofagasta; Corporación Centro de Desarrollo Integral por la Salud y Educación Sexual - CDICES, Arica; Jóvenes y Estudiantes que viven con VIH - JEVH, Santiago; Víctor Hugo Robles, periodista y activista comunitario conductor de “Siempre Viva en Vivo”, único programa radial de la diversidad sexual y el VIH/SIDA en Chile. Finalmente, agradecemos a todas las PVVIH que de forma generosa aceptaron participar de este estudio, esperamos que este trabajo contribuya a visibilizar de forma prioritaria a las poblaciones clave y vulnerables en el contexto de las crisis sociosanitarias.

Referencias bibliográficas

1. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020 [Internet]. [citado 4 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
2. Román Brugnoli JA, Ibarra González S, Román Brugnoli JA, Ibarra González S. Solidaridad y COVID-19 en Chile: tensiones y desafíos para afrontar la pandemia solidariamente. Polis (Santiago). 2022; 21(62): 40-67. <http://dx.doi.org/10.32735/s0718-6568/2022-n62-1742>
3. Bacigalupe A, Martín U, Franco M, Borrell C. Desigualdades socioeconómicas y COVID-19 en España. Informe SESPAS 2022. Gac Sanit. 2022; 36: S13-21. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2022.01.011>
4. Grupos de población clave [Internet]. [citado 21 de agosto de 2024]. Disponible en: <https://www.unaids.org/es/topic/key-populations>
5. Niyongabo A, Villes V, Diagne R, Castro Avila J, Mutima JM, Gakima D, et al. Factors associated with ART interruption during the COVID-19 crisis in Burundi (the EPIC community-based research program). Sci Rep. 2024; 14(1): 13187. doi: 10.1038/s41598-024-63805-2.
6. García AV, Rodríguez CLM. El impacto de la COVID-19 en la detección del VIH: a propósito del Día Mundial del Sida 2021#. diciembre de 2021;2(24). Disponible en: <https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2022/03/COVID-19-No.24-04-El-impacto-de-la-COVID-19-en-la-deteccion-del-VIH.pdf>
7. Soto-Silva A. HIV infection in times of pandemic: many setbacks, countless challenges. Rev Chilena Infectol. 2022; 39(3): 287-93. doi: 10.4067/s0716-10182022000200287.
8. Silva M, Blamey R, Ceballos ME, Araya X, Bastías C, Twele L, et al. Infección por SARS-CoV-2 en personas viviendo con VIH. Tópicos del panorama mundial y en Chile. Rev Chilena Infectol. 2022; 39(3): 294-303. <http://dx.doi.org/10.4067/s0716-10182022000200294>
9. Blanco JL, Ambrosioni J, García F, Martínez E, Soriano A, Mallolas J, et al. COVID-19 in patients with HIV: clinical case series. Lancet HIV. 2020; 7(5): e314-6. doi: 10.1016/S2352-3018(20)30111-9
10. Morani Z, Patel S, Ghosh S, Hassan FA, Doreswamy S, Singh S, et al. COVID-19 in HIV: a review of published case reports. SN Compr Clin Med. 2020; 2(12): 2647-57. doi: 10.1007/s42399-020-00593-6
11. Ambrosioni J, Blanco JL, Reyes-Urueña JM, Davies MA, Sued O, Marcos MA, et al. Overview of SARS-CoV-2 infection in adults living with HIV. Lancet HIV. 2021; 8(5): e294-305. doi: 10.1016/S2352-3018(21)00070-9
12. Beltran RM, Holloway IW, Hong C, Miyashita A, Cordero L, Wu E, et al. Social determinants of disease: HIV and COVID-19 experiences. Curr HIV/AIDS Rep. 2022; 19(1): 101-12. doi: 10.1007/s11904-021-00595-6
13. Delabre RM, Di Ciaccio M, Lorente N, Villes V, Castro Avila J, Yattassaye A, et al. Impact of the COVID-19 health crisis on key populations at higher risk for, or living with, HIV or hepatitis C virus and people working with these populations: Multicountry Community-Based Research Study Protocol (EPIC Program). JMIR Res Protoc. 2023;12:e45204. doi: 10.2196/45204.
14. Poudel AN, Zhu S, Cooper N, Roderick P, Alwan N, Tarrant C, et al. Impact of Covid-19

- on health-related quality of life of patients: A structured review. PLOS ONE. 2021; 16(10): e0259164. doi: 10.1371/journal.pone.0259164. eCollection 2021.
15. Discontinuation or interruption of antiretroviral therapy | NIH [Internet]. 2022 [citado 4 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://clinicalinfo.hiv.gov/en/guidelines/hiv-clinical-guidelines-adult-and-adolescent-arv/discontinuation-or-interruption>
 16. Onyeaka H, Anumudu CK, Al-Sharify ZT, Egele-Godswill E, Mbaegbu P. COVID-19 pandemic: A review of the global lockdown and its far-reaching effects. Sci Prog. 1 de junio de 2021; 104(2): 00368504211019854. doi: 10.1177/00368504211019854.
 17. Sayin Kasar K, Karaman E. Life in lockdown: Social isolation, loneliness and quality of life in the elderly during the COVID-19 pandemic: A scoping review. Geriatr Nurs. 2021; 42(5): 1222-9. doi: 10.1016/j.gerinurse.2021.03.010.
 18. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile; 2014 [citado 4 de septiembre de 2024]. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Disponible en: <https://www.bcn.cl/portal/leyfacil/recurso/ley-del-sida>
 19. Campillay Campillay M, Monárdez Monárdez M, Campillay Campillay M, Monárdez Monárdez M. Estigma y discriminación en personas con VIH/SIDA, un desafío ético para los profesionales sanitarios. Revista de Bioética y Derecho. 2019; (47): 93-107. <https://scielo.isciii.es/pdf/bioetica/n47/1886-5887-bioetica-47-00093.pdf>
 20. Radusky PD, Mikulic IM. Impacto emocional del diagnóstico de VIH en personas residentes en Buenos Aires. Anuario de Investigaciones. 2018; XXV: 107-16. <https://www.psi.uba.ar/investigaciones.php?var=investigaciones/revistas/anuario/antiores/anuario25/trabajo.php&id=1069>
 21. Poundstone KE, Strathdee SA, Celentano DD. The social epidemiology of human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome. Epidemiol Rev. 2004; 26(1): 22-35. doi: 10.1093/epirev/mxh005
 22. 2024 global AIDS report - The Urgency of now: AIDS at a crossroads [Internet]. [citado 17 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2024/global-aids-update-2024>
 23. Declaración política sobre el VIH y el sida: Acabar con las desigualdades y estar en condiciones de poner fin al sida para 2030 [Internet]. [citado 17 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.unaids.org/es/resources/documents/2021/2021_political-declaration-on-hiv-and-aids
 24. Amimo F, Lambert B, Magit A. What does the COVID-19 pandemic mean for HIV, tuberculosis, and malaria control? Trop Med Health. 2020; 48: 32. <https://doi.org/10.1186/s41182-020-00219-6>
 25. Hossain MM, Tasnim S, Sultana A, Faizah F, Mazumder H, Zou L, et al. Epidemiology of mental health problems in COVID-19: a review. F1000Res. 2020; 9: 636. doi: 10.12688/f1000research.24457.1
 26. Galindo DDV, Albuquerque-Melgarejo J, Roque-Quezada JC, Virú-Flores HM, Davila ES, Cordova LEN. Factores asociados a la mala adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH positivo. Rev Cubana Medicina Militar. 2023; 52(4): 02302697. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572023000400006&lng=es&nrm=iso#:~:text=Muchos%20factores%20pueden%20influir%20en,estigma%2C%20incapacidad%20para%20determinar%20el
 27. Di Ciaccio M, Bourhaba O, Khoury C, Assi A, Abu Zaki S, Lorente N, et al. How community-based organizations responded to the Covid-19 crisis to maintain HIV services among vulnerable populations in Burundi, Mauritania, and Lebanon: qualitative results from the Multicountry EPIC Program. J Int Assoc Provid AIDS Care. 2024; 23: 23259582241263686. doi: 10.1177/23259582241263686.
 28. La COVID-19 impulsa la dispensación multimensual del tratamiento contra el VIH en Camboya [Internet]. [citado 4 de septiembre de 2024]. Disponible en: https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2021/february/20210225_multimonth-dispensing-hiv-treatment-cambodia
 29. Terapias VIH multimes: Una cruzada por los derechos humanos en medio de la pandemia [Internet]. [citado 4 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://radio.uchile.cl/2020/08/03/terapias-vih-multimes-una-cruzada-por-los-derechos-humanos-en-medio-de-la-pandemia/>
 30. Marín-Navarrete R, Sánchez-Domínguez R, Magis-Rodríguez C. The use of telehealth in the treatment of HIV-AIDS. Rev Internac Investigación Adicciones. 2023; 9(1): 3-5. <https://doi.org/10.28931/riiad.2023.1.01>
 31. Ayala G, Sprague L, van der Merwe LLA, Thomas RM, Chang J, Arreola S, et al. Peer- and community-led responses to HIV: A scoping review. PLoS One. 2021; 16(12): e0260555. doi: 10.1371/journal.pone.0260555.
 32. Diaz AA, Thakur N, Celedón JC. Lessons learned from health disparities in coronavirus disease-2019 in the United States. Clin Chest Medicine. 2023; 44(2): 425-34. doi: 10.1016/j.ccm.2022.11.021
 33. Fisk RJ. Barriers to vaccination for coronavirus disease 2019 (COVID-19) control: experience from the United States. Global Health J. 2021; 5(1): 51-5. <https://doi.org/10.1016/j.glohj.2021.02.005>
 34. Segunda edición de la herramienta de presentación de informes anuales de autoevaluación de los Estados Partes [Internet]. [citado 23 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://extranet.who.int/e-spar/>
 35. Hogan AB, Jewell BL, Sherrard-Smith E, Vesga JF, Watson OJ, Whittaker C, et al. Potential impact of the COVID-19 pandemic on HIV, tuberculosis, and malaria in low-income and middle-income countries: a modelling study. The Lancet Global Health. 2020; 8(9): e1132-41. <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2820%2930288-6>
 36. Jewell BL, Smith JA, Hallett TB. Understanding the impact of interruptions to HIV services during the COVID-19 pandemic: A modelling study. EclinicalMedicine. 2020; 26: 100483. doi: 10.1016/j.eclinm.2020.100483
 37. Salvadori M, Hahn GV. Confidencialidade médica no cuidado ao paciente com HIV/AIDS. Rev Bioét. marzo de 2019; 27(1): 153-63. <https://doi.org/10.1590/1983-80422019271298>