

El impacto de la COVID-19 en la detección del VIH: a propósito del Día Mundial del Sida 2021[#]

Adriana Villafuerte García (@AdrianaViGa)¹, Carlos L. Magis Rodríguez (@carlosmagis)²

¹Profesora del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina, UNAM. Doctorante en Salud Pública, INSP.

²Profesor del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina, UNAM

Resumen: Diversos estudios han estimado el impacto de la COVID-19 en la respuesta al VIH. Principalmente se espera un aumento en los diagnósticos tardíos, la morbilidad, mortalidad y un repunte en las nuevas infecciones. En México, la detección del VIH cayó 59% en 2020, comparado con 2019; y la cobertura de detección de VIH en mujeres embarazadas disminuyó 33%. La proporción de diagnósticos tardíos aumentó y el número de nuevos casos notificados fue considerablemente menor en 2020. Los organismos internacionales urgen a retomar estrategias efectivas, basadas en evidencia científica para frenar el retroceso y alcanzar las metas 2030.

Palabras clave: Detección, VIH, COVID-19, México.

Introducción

La pandemia por la COVID-19 ha tenido un fuerte impacto en la respuesta a diversos problemas de salud pública en todo el mundo. De acuerdo con una encuesta realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2020 los servicios de salud se vieron interrumpidos total o parcialmente: más de la mitad de los países encuestados refirieron haber interrumpido los servicios de tratamiento de hipertensión (53%), diabetes (49%), servicios de tratamiento contra el cáncer (42%) y hasta servicios relacionados con emergencias cardiovasculares (31%).¹

La COVID-19 acentuó las desigualdades en materia de salud y bienestar, afectó con más fuerza a la población en condiciones de pobreza, exclusión social y discriminación.² En ese sentido, las poblaciones clave (hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales, personas que se inyectan drogas, entre otras), son especialmente vulnerables a la COVID-19, debido a que son poblaciones con acceso limitado a servicios de atención y prevención, tienen alta movilidad y cercanía física, se ven expuestos a vivir escenarios de violencia sexual, pobreza, marginación, estigma y discriminación. En términos biológicos, las poblaciones clave con VIH que desconocen su estado serológico, pueden tener cierto compromiso inmunológico, lo cual las pone en mayor riesgo de morir por la COVID-19. La falta de información, las limitadas redes de apoyo, la depresión y la ansiedad causadas por el confinamiento han tenido efec-

tos en la búsqueda de atención, en la pérdida del seguimiento, así como en la adherencia al tratamiento.

En el marco del Día Mundial del Sida 2021, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) hizo un llamado a tomar medidas urgentes para el mantenimiento de servicios esenciales de prevención y atención al VIH que por la pandemia de la COVID-19 se han visto afectados; asimismo, exhortó a promover estrategias de provisión de medicamentos a largo plazo, la implementación de la *autopruueba* para el VIH y la telemedicina, como alternativas ante la emergencia sanitaria.³

El presente texto presentará una síntesis del panorama nacional sobre los efectos que la pandemia de la COVID-19 ha tenido en la respuesta al VIH, específicamente en la detección y sus potenciales consecuencias en la cascada del continuo de la atención. Y de manera complementaria, retomará las recomendaciones de la OMS y las experiencias de otros países para mantener el acceso a los servicios en el contexto de una crisis sanitaria mundial.

Los efectos de la COVID-19 en la respuesta al VIH: el caso de la detección

En mayo de 2020, la OMS hizo públicos algunos comunicados en torno al impacto que la pandemia por la COVID-19 podía tener en la respuesta al VIH en términos de atención y mortalidad. Dichos comunicados se basaron principalmente en dos estudios:

[#] El contenido de los artículos es responsabilidad de sus autores y no necesariamente refleja la postura de la Facultad de Medicina.

El primer estudio estimó —a través de cinco modelos matemáticos— los efectos potenciales en la mortalidad relacionada con el VIH derivado de las interrupciones de los servicios de tratamiento y prevención en África Subsahariana en un periodo de hasta cinco años. Los resultados no fueron nada alentadores, ya que con la interrupción de los servicios de VIH por un año, se esperarían, en esta región, más de 500,000 muertes adicionales por enfermedades relacionadas con el Sida, incluyendo la tuberculosis (TB), que ya ambas enfermedades conforman el binomio Sida-TB. El estudio estimó que en los siguientes cinco años podría esperarse un exceso en el promedio anual de muertes de 40%.⁴ Esa misma estimación mostró que la disminución de los casos de VIH por transmisión vertical en África Subsahariana se vería frenado —e incluso, revertido— ya que se esperaba un aumento de 37% más casos de VIH perinatal en Mozambique, 78% en Malawi, 78% en Zimbabue y 104% en Uganda. Cabe mencionar que esta región redujo en un 43% la transmisión del VIH por esta vía, entre el 2010 y el 2019.⁴

El segundo estudio incluyó a países de bajos y medianos ingresos; planteó tres escenarios de respuesta a la COVID-19, bajo los cuales se modeló el impacto de la pandemia en la respuesta al VIH, la TB y la malaria. De acuerdo con este estudio, en entornos de alta carga, las muertes por el VIH, tuberculosis y malaria en los próximos cinco años podrían aumentar hasta en un 10%, 20% y 36% respectivamente. El mayor impacto del VIH en la mortalidad fue atribuido a la interrupción del tratamiento antirretroviral; el impacto de la TB, se atribuyó a la disminución en el diagnóstico y el tratamiento; y el impacto de la malaria, a la interrupción de las campañas de prevención. Por otro lado, también estimaron 60% más años de vida perdidos por VIH, TB y malaria debido a los efectos de la COVID-19.⁵

La detección del VIH es la puerta de entrada a los servicios de atención; la suspensión de los servicios de detección afecta negativamente en la identificación de casos, el inicio del tratamiento antirretroviral y el control virológico, que es la estrategia de prevención de la transmisión del VIH más poderosa (indetectable= intransmisible).⁶

En América Latina y el Caribe (Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, Perú, República Domini-

cana y Santa Lucía) se comparó el comportamiento de la detección en los primeros seis meses de 2019 versus 2020 y el resultado fue 4,000 diagnósticos menos de infección por el VIH.⁷

Otro estudio con datos de 44 países de cuatro continentes, comparó la cantidad de pruebas de VIH, el porcentaje de positividad, la prestación de servicios y los nuevos ingresos a atención entre enero y agosto del 2020 versus el mismo periodo en 2019. La COVID-19 redujo 35.4% el número de pruebas de VIH aplicadas. Para Europa, la disminución en pruebas fue de 26.2% y en América Latina de 44.6% entre ambos periodos. Esta disminución fue todavía mayor en la población clave, de entre 10.7% y 52.9%. Asimismo, el porcentaje de positividad aumentó entre 2.9% y 63.1% en las personas trans, trabajadoras sexuales, migrantes y personas con discapacidad intelectual.⁸

En Italia, otro estudio analizó las características de los nuevos diagnósticos de VIH durante la pandemia en comparación con la “era pre-COVID-19”. La disminución en los nuevos diagnósticos fue evidente, sin embargo, la mediana de CD4 al inicio del Tratamiento Antirretroviral (TAR) fue mayor en los casos diagnosticados durante la pandemia (205 vs 305 cel/mm³, p= .026).⁹

La detección del VIH en México en el contexto de la COVID-19

A nivel global, la pandemia por la COVID-19 generó cambios importantes en la prestación de los servicios de salud y en la distribución de la capacidad instalada, considerando recursos materiales, humanos e infraestructura. Los recursos se reasignaron para poder dar respuesta a la emergencia, la fuerza laboral se volvió insuficiente derivado de la alta demanda de servicios, así como por la necesidad de confinamiento ante la vulnerabilidad física frente al SARS-CoV-2 de algunos sectores de la población trabajadora de la salud. En conjunto, los servicios de diversos programas se vieron afectados.

La OMS advirtió también de las interrupciones en la cadena de suministro de insumos para la prevención y atención del VIH, incluyendo antirretrovirales, condones y pruebas de detección. La disponibilidad de prueba de laboratorio para el monitoreo (conteo de CD4 y Carga Viral) también se vieron afectados.

En algunos países los pacientes dejaron de acudir a sus citas médicas por temor a enfermarse de COVID-19.¹⁰

La disminución en la detección, las barreras para el acceso al TAR y la pérdida de seguimiento suponen un aumento posterior en el cinco años tardíos y un aumento en la morbilidad y la mortalidad.

De acuerdo con el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida (Censida), la detección del VIH en México tuvo una caída del 59% en el número de pruebas realizadas en el primer semestre de 2020, comparado con el mismo periodo en 2019. La cobertura de detección de VIH y sífilis en mujeres embarazadas desde hace seis años no ha superado el 60%, sin embargo, hasta el primer semestre del 2020, se observó una cobertura del 30.2% y 20.15% para las pruebas de VIH y sífilis, en esta población. La cobertura de prueba de VIH se encontró 33% por debajo de lo observado al cierre del 2019. Es de esperarse que en los años subsecuentes se diagnostiquen casos de VIH por transmisión vertical derivado de la falta de tamizaje en este periodo.¹¹

De acuerdo con el informe especializado de VIH del Sistema de Información en Salud, en los Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención

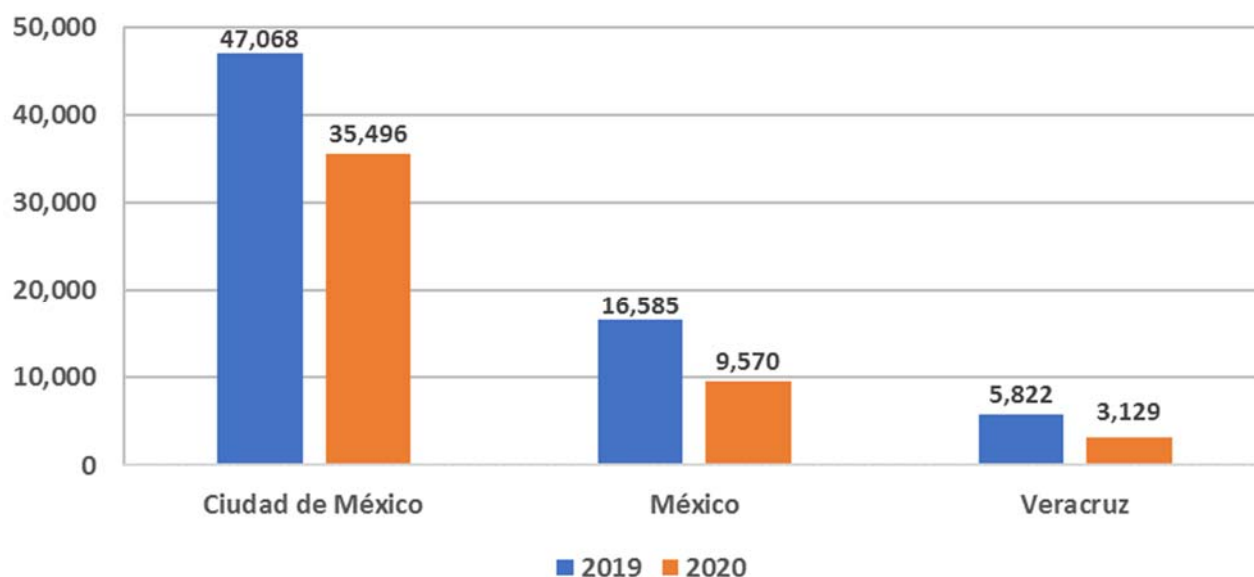
en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) y los Servicios de Atención Integral Hospitalarios (SAIH), la detección tuvo una drástica caída en el 2020. Por ejemplo, las detecciones de VIH en Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) pasaron de 75, 496 en 2019, a 36, 373.¹²

Las tres entidades federativas con el mayor número de casos de VIH y Sida acumulados históricamente, reportaron una disminución de la detección de entre 25 y 46% en este periodo: Ciudad de México (25%), Estado de México (42%), Veracruz (46%) (figura 1). Los informes epidemiológicos del Registro Nacional de Casos de VIH/Sida,¹³ reportan que la Ciudad de México notificó 71% menos casos en 2020 comparado con 2019, Estado de México (52%) y Veracruz (94%).

De acuerdo con los Boletines de Atención Integral del Censida, los diagnósticos tardíos aumentaron en 2020 en comparación con 2019: la Ciudad de México pasó de 29% de diagnósticos tardíos a 45%, Estado de México, pasó de 42% a 58% y Veracruz, de 49% a 52% (figura 2).

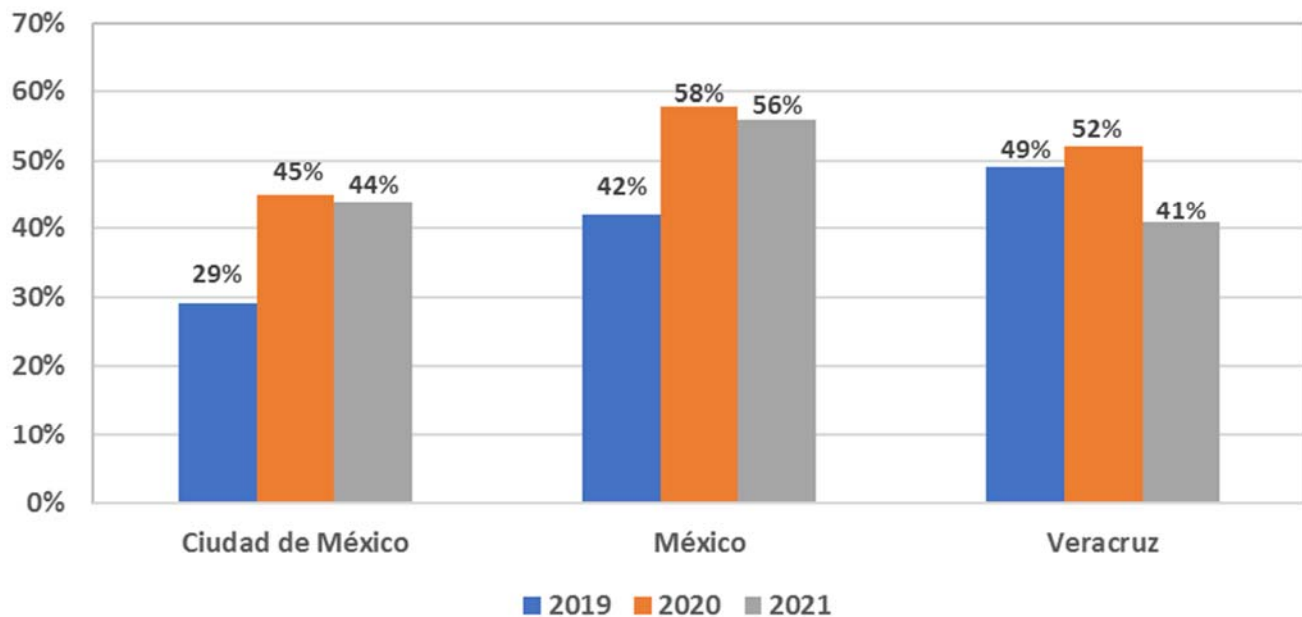
En otras entidades federativas como Puebla, la detección disminuyó 81%, en Morelos 56% y en San Luis Potosí, 80% (figura 3) y los diagnósticos tardíos también aumentaron (figura 4).

Figura 1. Detecciones de VIH 2019-2020: Ciudad de México, Estado de México y Veracruz



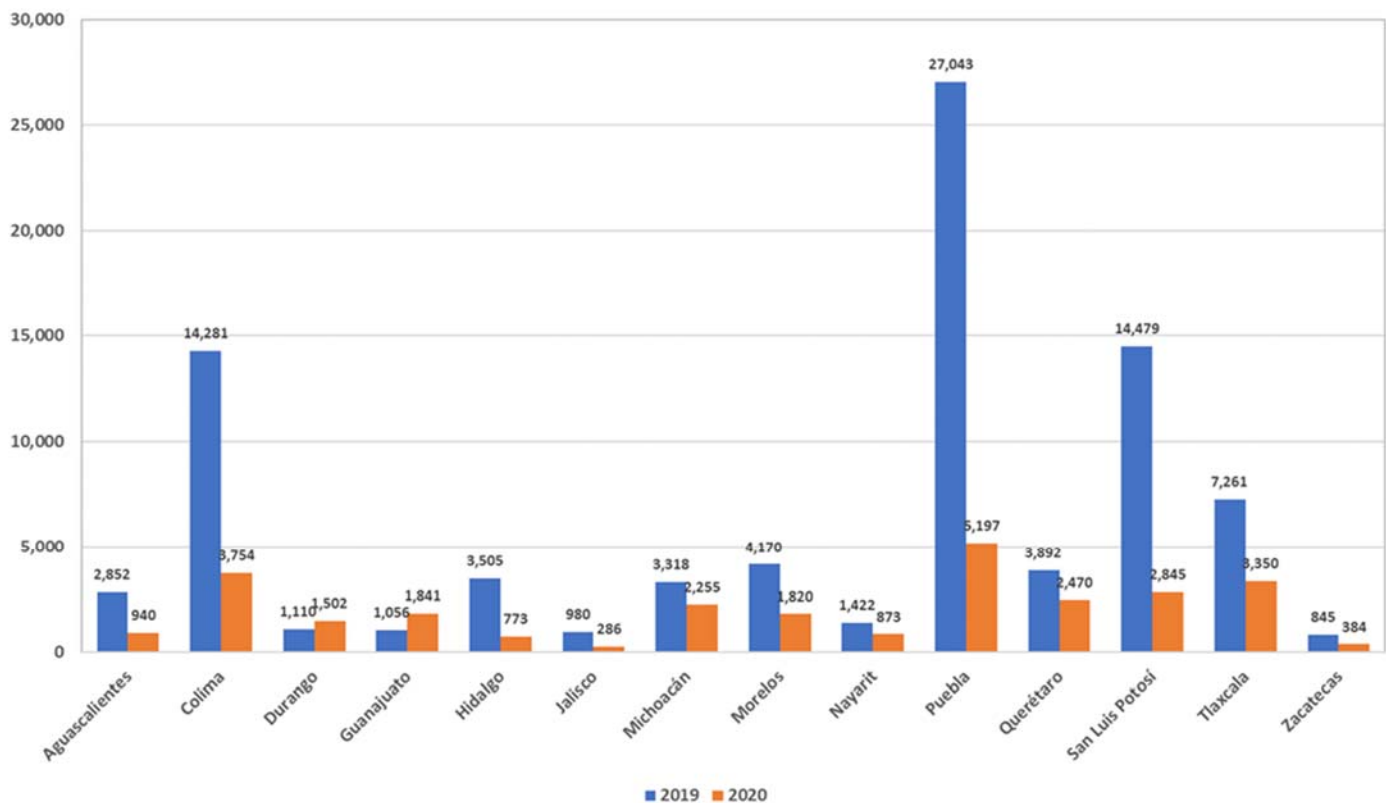
Fuente: DGIS. Sistema de Información en Salud. Cubos dinámicos. Detecciones de VIH en Capasits y SAIH, 2019, 2020.

Figura 2. Diagnóstico tardío en Personas Viviendo con VIH en Ciudad de México, México y Veracruz, 2019- tercer trimestre 2021.



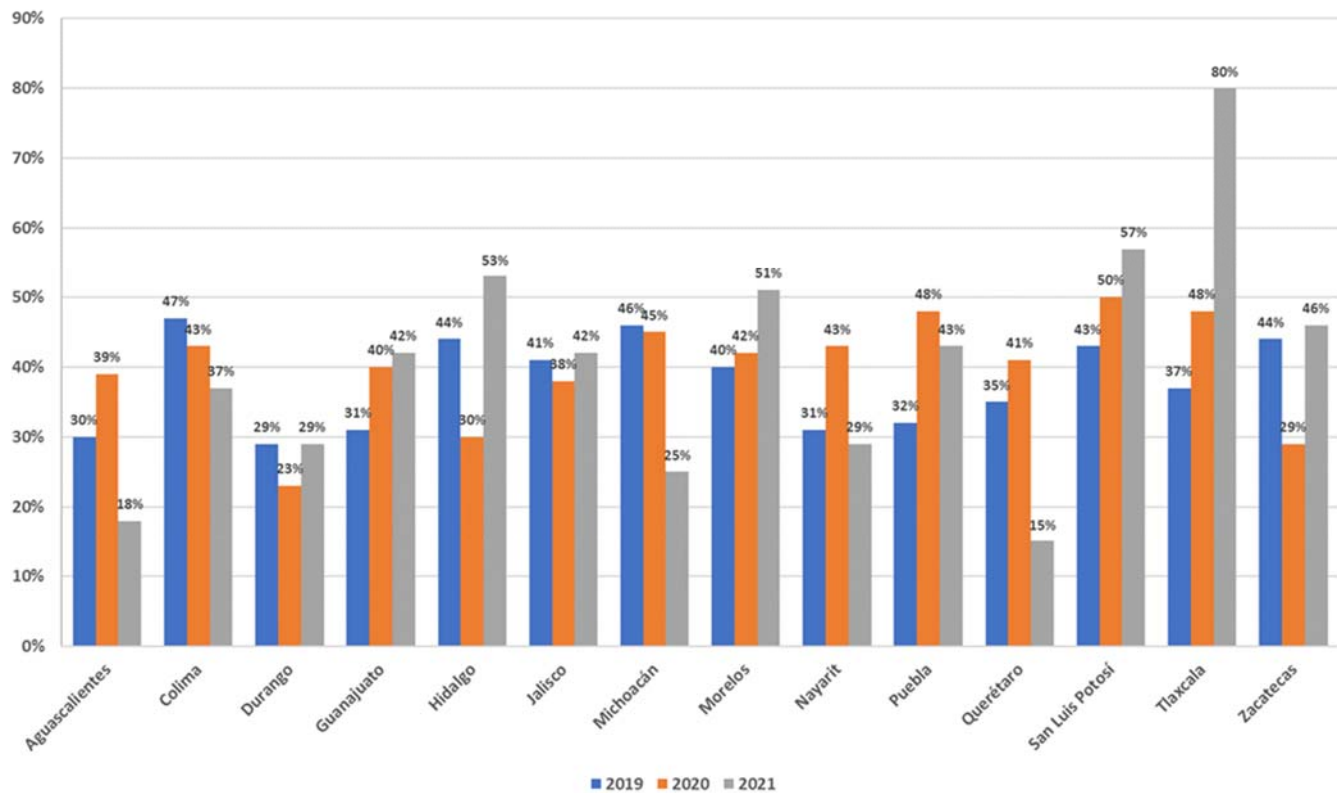
Fuente: Censida. Boletines de Atención Integral de las Personas con VIH en el tercer trimestre, 2019-2021.

Figura 3. Detecciones de VIH 2019- 2020 en entidades seleccionadas



Fuente: DGIS, Cubos dinámicos. Detecciones de VIH en CAPASITS y SAIH, 2019-2020.

Figura 4. Diagnóstico tardío en Personas Viviendo con VIH en entidades seleccionadas, 2019- tercer trimestre 2021



Fuente: Censida. Boletines de atención integral de las personas con VIH en el tercer trimestre, 2019-2021.

Respecto a los datos, es importante mencionar que los resultados de las pruebas de CD4 son obtenidos del *Sistema de Administración, Logística y Vigilancia de Antirretrovirales* y corresponden al primer conteo de las personas que ingresan por primera vez a atención; dichos conteos dependen de la disponibilidad de las pruebas de laboratorio y del personal de salud que las realiza, por lo que si la cadena de suministro se ve afectada y el personal de salud es insuficiente, posiblemente el número de pruebas y su registro sea menor.

Algunas alternativas para favorecer la detección del VIH

En mayo de 2020, la OMS, en colaboración con otros organismos, emitieron la guía *Strategic Considerations for mitigating the Impacts of COVID-19 on Key-Population-Focused HIV Programs*.¹⁴ En dicha guía, se reunieron un número considerable de recomendaciones enfocadas a mitigar el impacto de la COVID-19 en las poblaciones clave. Las tres líneas de abordaje incluyen al personal de salud, los servi-

cios de atención integral y el monitoreo. Las estrategias relacionadas con la detección del VIH están dirigidas a promover la prueba en diversos escenarios, por ejemplo, en las salas de urgencias en personas que desconocen su estado serológico y, que además, presentan cuadros clínicos respiratorios, dada la superposición de síntomas entre TB y COVID-19. Asimismo, recomiendan realizar el tamizaje para la TB en personas con VIH que presenten fiebre y tos. Otra propuesta es la programación de aplicación de pruebas de VIH mediante citas, lo cual evita aglomeraciones y brinda un espacio de mayor seguridad para los usuarios. El uso de las evaluaciones de riesgo de VIH permite priorizar los esfuerzos, ampliar las opciones para servicios de pruebas que reduzcan las visitas a la clínica y el contacto. El uso de la *auto-prueba* es una gran ventana de oportunidad, pero es importante garantizar el acceso a las pruebas confirmatorias e integrar de manera inmediata al TAR.¹⁴

Un estudio realizado en Chicago, reunió la información de 13 centros de atención médica que realizan

detecciones de VIH de manera rutinaria en los servicios de urgencias desde 2016 (a través de pruebas de Ag y Ac). La aplicación de pruebas disminuyó prácticamente en todos los centros; en general, el programa experimentó una reducción del 49% en los eventos de pruebas del 1 de enero al 30 de abril de 2020. En uno de los centros, se incorporó la prueba de VIH y la prueba de COVID-19 en una sola muestra y fue el único centro que logró mantener las detecciones de VIH. Las estimaciones sugieren que este tipo de estrategias podrían contribuir a disminuir la incidencia del VIH y los costos de la atención médica.¹⁵

Por otro lado, desde hace varios años, la estrategia “*Opt- Out screening*” se ha promovido para realizar la detección del VIH en escenarios y ciertas poblaciones vulnerables, como las mujeres embarazadas y las personas con TB. En una sala de emergencias, en Florida, se implementó esta estrategia en personas mayores de 16 años, dado que la oferta de la prueba no fue focalizada, la prevalencia fue de 0.05%, pero permitió identificar a personas que desconocían su estado serológico y promovió su vinculación a la atención. El 26.2% fueron nuevos casos y 73.8% pacientes infectados conocidos que no habían revelado su estado serológico. En esta sala de emergencias, durante la pandemia hubo una reducción significativa tanto en las visitas a urgencias como en las pruebas de VIH en comparación con el periodo pre-pandémico ($p = 0.007$ y $p < 0.001$, respectivamente).¹⁶

Las *autopruebas* de VIH han sido recomendadas por la OMS desde hace casi seis años como una alternativa para abordar barreras como los largos tiempos de espera, el estigma y, sobre todo, evitar la necesidad de visitar los establecimientos de salud. El proyecto STAR, financiado por UNITAID desde 2016, ha promovido en África la implementación de esta estrategia. La evidencia ha demostrado que este tipo de pruebas duplica la frecuencia del tamizaje del VIH, sobre todo en hombres que tienen sexo con otros hombres y en las parejas de mujeres embarazadas.¹⁷

En México, desde la publicación en 2018 de la *Guía para la detección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)*,¹⁸ existe un algoritmo específico de *autoprueba* bajo dos modalidades: asistida o no asistida. Sin embargo, la disponibilidad está sujeta a la normatividad vigente. Existen además otros aspectos que considerar, como la posibilidad de resultados

falsos no reactivos derivados de una mala realización de la prueba, la necesidad de confirmación de casos reactivos y la posibilidad de brindar una orientación posterior a la prueba y tener éxito en la vinculación a la atención de casos positivos.

En el contexto de la COVID-19, la *autoprueba* permitiría mantener la detección sin acudir a las unidades de salud y con ello reducir el riesgo de transmisión de SARS CoV-2, además de todos los beneficios antes mencionados. La aceptabilidad de este tipo de pruebas es alta de acuerdo con la evidencia disponible. En Perú, un estudio transversal reportó una aceptabilidad del 82% en los hombres que tienen sexo con hombres y mujeres trans, quienes estaban dispuestos a realizarse una *autoprueba* de VIH de manera rutinaria (cuatro veces al año).¹⁹

Conclusiones

La respuesta al VIH y el Sida está enfrentando viejos y nuevos retos en el contexto de la emergencia sanitaria. Es urgente frenar el retroceso de los logros y redoblar esfuerzos apostando a estrategias efectivas, basadas en evidencia científica; así como mantener las alianzas con las organizaciones de la sociedad civil —que además de contar con una profunda experiencia— alcanzan con gran éxito a las poblaciones clave. Mantener el compromiso con la respuesta al VIH y el Sida es fundamental para el logro de las metas establecidas para 2030.

Referencias

1. Organización Mundial de la Salud. La COVID-19 afecta significativamente a los servicios de salud relacionados con las enfermedades no transmisibles. Junio 2020. Disponible en: <https://buff.ly/3opSwc2>.
2. Organización Mundial de la Salud. La OMS insta a los países a construir un mundo más justo y saludable tras la pandemia de COVID-19. Abril, 2021. Disponible en: <https://buff.ly/3ooiIDV>.
3. Organización Panamericana de la Salud. Día Mundial del Sida 2021. Diciembre 2021. Disponible en: <https://buff.ly/32L51GQ>.
4. Jewell B, Mudimu E, Stover J, et al for the HIV Modelling consortium, Potential effects of dis-

- ruption to HIV programmes in sub-Saharan Africa caused by COVID-19: results from multiple models. Pre-print. Disponible en: <https://buff.ly/3pvxc46>.
5. 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-e41. Disponible en: <https://buff.ly/3ElZCns>.
 6. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida. Indetectable= Intransmisible: la salud pública y la supresión de la carga vírica del VIH. Ginebra, ONUSIDA, 2018. Disponible en: <https://buff.ly/3G9UdAm>.
 7. Organización de las Naciones Unidas. Los casos nuevos de infección por el VIH aumentaron más del 20% en América Latina en la última década. Noviembre, 2020. Disponible en: <https://buff.ly/3prbE8W>.
 8. Rick F, Odoke W, van den Hombergh J, Benzaken AS, Avelino-Silva VI. Impact of coronavirus disease (COVID-19) on HIV testing and care provision across four continents. *HIV medicine*, Wiley Online Library, october 2021. Disponible en: <https://buff.ly/3xV3Foh>.
 9. Mazzitelli M, Ciccullo A, Baldin G, Cauda R, Rusconi S, Giacomelli A, et al. Has COVID-19 changed the approach to HIV diagnosis?: A multicentric Italian experience. *Medicine (Baltimore)*. 2021;100(41):e27418-e. Disponible en: <https://buff.ly/3dojCdn>.
 10. Organización Mundial de la Salud. OMS: el acceso a los medicamentos para el VIH está gravemente afectado por la COVID-19 y la respuesta al SIDA se estanca. Julio 2020. Disponible en: <https://buff.ly/3pwK6z7>.
 11. Centro Nacional para la Prevención y el control del VIH y el Sida. Boletín Día Mundial del Sida 2020. Diciembre, 2020. Disponible en: <https://buff.ly/31wg8mi>
 12. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida. Boletín de Atención Integral de Personas con VIH, octubre- diciembre 2019, julio- septiembre 2020. Disponible en: <https://buff.ly/3dj8kac>.
 13. Dirección General de Epidemiología, Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida. Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. Registro Nacional de Casos de SIDA: actualización al Cierre de 2019 y 4to. Trimestre 2020. Disponible en: <https://buff.ly/2ZUpbgq>.
 14. Meeting Targets and Maintaining Epidemic Control (EpiC). Strategic considerations for mitigating the impact of COVID-19 on key-population-focused HIV programs. Durham (NC): FHI 360; 2020. Disponible en: <https://buff.ly/3ooYKZR>.
 15. Stanford KA, McNulty MC, Schmitt JR, Eller DS, Ridgway JP, Beavis KV, et al. Incorporating HIV Screening With COVID-19 Testing in an Urban Emergency Department During the Pandemic. *JAMA internal medicine*. 2021;181(7):1001-3. Disponible en: <https://buff.ly/31yOI7K>.
 16. Eckardt P, Niu J, Montalvo S. Emergency Room “Opt-Out” HIV Testing Pre- and During COVID-19 Pandemic in a Large Community Health System. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care (JIAPAC)*. 2021;20:1-8. Disponible en: <https://buff.ly/3onprOh>.
 17. UNITAID. Expanding HIV self-testing in Africa. Disponible en: <https://buff.ly/3ppVbSh>.
 18. Centro Nacional para la Prevención y el control del VIH y el Sida. Guía para la detección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH). México: CENSIDA, 2018. Disponible en: <https://buff.ly/2LIwAD6>.
 19. Paredes JL, Navarro R, Cabrera DM, Diaz MM, Mejia F, Caceres CF. Los desafíos en la continuidad de atención de personas viviendo con VIH