

Projecto de Cumprimento  
de Objectivos e Manutenção  
do Controlo Epidémico (EpiC)

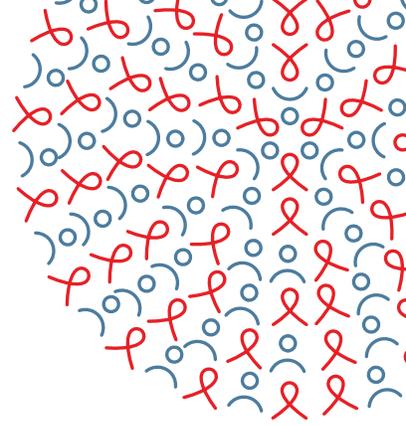
ACORDO DE COOPERAÇÃO N.º  
7200AA19CA00002

# Modificação de modelos de distribuição descentralizada de TARV através do sector privado para tratar os distúrbios associados à COVID-19

**Maio 2020**



Esse trabalho foi possível graças ao generoso apoio do povo americano por meio da Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional (USAID) e do Plano de Emergência do Presidente dos Estados Unidos para o Alívio da AIDS (PEPFAR). Os conteúdos são de responsabilidade do projeto EpiC e não necessariamente refletem opiniões da USAID, PEPFAR ou do Governo Americano. O EpiC é um acordo de cooperação internacional (7200AA19CA00002), liderado pela FHI 360 em parceria com as organizações Right to Care, Palladium International, Population Services International (PSI) e Gobe Group.



# Introdução

Um relatório recente, [Distribuição descentralizada de tratamento anti-retroviral através do sector privado: um guião estratégico para expansão](#), fez revisão de três modelos de distribuição descentralizada - a farmácia comunitária (FC), os modelos de dispensa automatizada e os modelos de hospitais privados - que podem tornar os serviços mais convenientes para os pacientes, reduzindo ao mesmo tempo a carga sobre os sistemas de saúde. Com o aumento da pressão sobre o sector de saúde pública no contexto da pandemia da COVID-19, é provável que todos os financiamentos do PEPFAR, serviços de rotina sejam afectados, incluindo o início e seguimento do tratamento anti-retroviral (TARV). Muitos trabalhadores da saúde serão reafectados para a resposta à COVID-19 e muitos pacientes não poderão viajar para as unidades de saúde devido ao distanciamento social e aos confinamentos. Assim, os modelos de distribuição descentralizada podem ter um papel ainda maior a desempenhar para garantir o acesso seguro ao TARV. Este documento faculta diretrizes sobre como estes modelos podem ser modificados durante a pandemia da COVID-19, de modo a aumentar a respectiva acessibilidade, capacidade e segurança.

## Porque é que a altura para a Distribuição Descentralizada é AGORA

Apesar de ainda não haver evidências de que as pessoas vivendo com HIV (PVHIV) tenham um risco mais elevado de contrair a COVID-19 ou, se infectadas, de que sejam afectadas com maior gravidade, tal como acontece com outras doenças respiratórias, a COVID-19 representa um risco mais elevado para as pessoas com comorbidades subjacentes, tais como doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, doenças pulmonares crónicas, cancro, doenças renais crónicas e para as que sofrem de imunodepressão grave. Além disso, as PVHIV requerem acesso regular a serviços numa altura em que (1) uma consulta em unidades de saúde pública apinhadas de gente comporta o risco de adquirir ou transmitir COVID-19 e (2) os centros de tratamento habituais podem ser mais difíceis de visitar devido a ordens de confinamento em casa, recolher obrigatório e paragem parcial ou total dos transportes públicos. Além disso, alguns modelos diferenciados de prestação de serviços (DPS), tais como grupos comunitários de reposição de TARV (GCRT), são desincentivados durante a pandemia COVID-19, excepto se forem tomadas medidas para assegurar que os requisitos de distanciamento social sejam cumpridos. A concentração em grupos (especialmente maiores do que cinco pessoas) acarreta maior risco de transmissão de COVID-19 entre pessoas.

Para continuar a prestar serviços essenciais às PVHIV, conseguir a supressão virológica e manter os benefícios no controlo da epidemia do HIV, temos de assegurar que os pacientes que necessitam de TARV continuam a receber a sua medicação sem interrupções. Durante a pandemia de COVID-19, existem três áreas prioritárias para os serviços de TARV:

- Assegurar o acesso a serviços para novos pacientes em TARV;
- Assegurar o seguimento contínuo e a retenção dos pacientes em TARV existentes;
- Minimizar uma possível exposição à COVID-19, tanto para pacientes como para o pessoal clínico/do programa.

As principais abordagens técnicas para assegurar a prestação ininterrupta e segura dos serviços de TARV incluem:

- Utilização de métodos de comunicação à distância (por ex., chamadas telefónicas, mensagens de texto, redes sociais) para informações, consultas, aconselhamento e apoio à adesão, garantindo ao mesmo tempo a segurança e proporcionando uma experiência positiva ao paciente;
- Utilização de meios de comunicação de massas e outras plataformas de comunicação digital para apoiar a criação de pedidos e a inclusão de novos pacientes em TARV;
- Promoção da distribuição descentralizada da TARV;
- Expansão do modelo da FC e quaisquer outras intervenções (por ex., entrega ao domicílio, pontos de levantamento alternativos) que garantam o acesso aos ARVs com risco mínimo para os pacientes e provedor;
- Dispensa para múltiplos meses (DMM), de forma continuada, para os ARVs e para o tratamento preventivo da TB, com o pressuposto de que esta estratégia exigirá uma reavaliação contínua e, possivelmente, um ajustamento, com base nos fornecimentos disponíveis.
- Flexibilidade e inovação dos programas de HIV ao serviço dos pacientes em áreas afectadas pela COVID-19, para que possam avaliar continuamente a situação em rápida mudança e ajustar os seus procedimentos em conformidade.
- Adesão rigorosa aos protocolos adequados de distanciamento social, em qualquer local que mantenha a prestação de serviços.

## Modificação dos modelos de distribuição descentralizada do sector privado no contexto da COVID-19

De modo a sustentar os levantamentos dos ARVs no contexto de pandemia da COVID-19, os modelos de distribuição descentralizada podem ser modificados ou adaptados para aumentar a sua acessibilidade, viabilidade económica, capacidade e segurança. É provável que muitas unidades privadas (por ex., farmácias, clínicas e hospitais) permaneçam abertas, mesmo durante os confinamentos nacionais, pois os governos consideram que os cuidados de saúde é um serviço essencial. Em colaboração com os Ministérios da Saúde, alguns modelos de distribuição descentralizada podem ser implementados sem demoras, enquanto outros (por ex., unidades de dispensa automatizada) podem requerer tempo para serem estabelecidos e devem ser considerados opções de médio a longo prazo. As eventuais adaptações encontram-se resumidas no quadro abaixo.



### EXEMPLOS DE DD DE TARV

- Entrega ao domicílio pelo pessoal do programa na Nigéria, Quênia, e Nepal
- Entrega ao domicílio a partir de farmácias privadas a pacientes no Uganda e no Quênia
- Fornecimento em centros de entrega comunitários, localizados em populações-chave, no Malawi, Quênia, RDC e Haiti
- Equipas clínicas disponíveis através do telefone em Eswatini, África do Sul e Haiti
- Marcações através de aplicações e online no Quênia e na Nigéria
- Utilização de aplicativo de Reserva Online em múltiplos países

**TABELA 1.** Adaptações dos modelos existentes durante a COVID-19

HOSPITAL PRIVADO	DISPENSA AUTOMATIZADA	FARMÁCIA COMUNITÁRIA	ABORDAGENS ADICIONAIS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expandir o modelo para incluir clínicas/ cirurgias privadas</li> <li>• Permitir às farmácias internas dispensar aos doentes de centros públicos</li> <li>• Abdicar de taxas para auxiliar na adesão</li> <li>• Disponibilizar aos pacientes uma opção para receberem os ARVs estatais, gratuitos, no caso de ficarem temporariamente sem capacidade de pagamento</li> <li>• Agendar horários de levantamento e manter a distância física em todas as áreas de espera para minimizar o contacto e manter a segurança</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar a capacidade dos centros de dispensa existentes</li> <li>• Manter a segurança:               <ul style="list-style-type: none"> <li>» Aderir às orientações sobre o distanciamento social</li> <li>» Implementar protocolos rigorosos de higienização</li> </ul> </li> <li>• Para novas instalações (se viável) considerar a opção de cacifos como a mais rentável que pode funcionar mesmo sem acesso à Internet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acelerar a implementação através de avaliação electrónica, formação através da Internet</li> <li>• Expandir os serviços para incluir pacientes clinicamente estáveis e não estáveis</li> <li>• Abdicar de taxas para auxiliar na adesão</li> <li>• Efectuar o mapeamento dos pacientes um número limitado de FC (com base na distância e na respectiva deslocação dos pacientes)</li> <li>• Assegurar apoio e monitorização adequados através de plataformas electrónicas e de telecomunicações</li> <li>• Disponibilizar a entrega dos ARVs ao domicílio</li> <li>• Agendar horários de levantamento para minimizar as interações e manter a segurança</li> </ul>	<p><b>Entrega ao domicílio</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ajuda os mais vulneráveis a evitar a exposição às condições meteorológicas</li> <li>• Utiliza uma variedade de canais (profissionais de saúde da comunidade, pessoal de apoio às farmácias, pessoal dos programas, pacientes especializados, serviço dos correios)</li> <li>• Obter consentimento antes da entrega ao domicílio e utilizar embalagens discretas de ARVs para reduzir o risco de estigma e violência</li> <li>• Fornecer os EPI ao pessoal encarregado das entregas</li> </ul> <p><b>Pontos alternativos de levantamento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Centros de entrega (CdE)</li> <li>• Outros locais que permaneçam abertos durante os confinamentos</li> <li>• Desenvolver orientações sobre a segurança</li> </ul>

**Exemplos inovadores:** Entrega ao domicílio pelo pessoal dos programas (Nigéria, Quénia, Nepal): farmácias privadas ao domicílio dos doentes (Uganda, Quénia): Centros comunitários ou CdE em populações-chave (Malawi, Quénia, RDC, Haiti): equipas clínicas disponíveis através do telefone (Eswatini, África do Sul, Haiti): marcações através de app/online (por ex., Dawa (Quénia), CRARP(Nigéria). ORA (múltiplos países)

## Farmácias comunitárias

O modelo de FC baseia-se numa parceria entre uma unidade de saúde pública (o núcleo) e uma farmácia privada autónoma de venda a retalho (geralmente referida como uma *farmácia comunitária*) dentro da sua área de influência. As FC permanecerão abertas mesmo em situações de isolamento no local/confinamento pois são consideradas como serviços essenciais. Num contexto de confinamento — se o transporte público for limitado ou, se utilizado, criar riscos adicionais para a transmissão de COVID-19 — as FC serão pontos convenientes para o levantamento dos ARVs, pois muitas estão localizadas a curta distância das casas dos pacientes. A entrega ao domicílio dos ARVs pelo pessoal da FC é outra opção que deve ser considerada sempre que possível. Este serviço já é oferecido por algumas farmácias no Quênia, Uganda, Nigéria e noutros países. .

As principais alterações ao modelo de FC em contexto de COVID-19 podem incluir:

1. Aceleração da selecção de FC para levantamento dos ARVs através da utilização de avaliações em linha e formação na Internet para o pessoal das farmácias.
2. Expansão a partir do serviço de pacientes em TARV clinicamente estáveis (conforme recomenda a maioria das directivas nacionais sobre Distúrbios do Desenvolvimento Sexual [DDS]), para incluir também pacientes em TARV que ainda não estejam clinicamente estáveis. Esta modificação deve ser apoiada por orientações claramente definidas para que a unidade nuclear possa monitorar e efectuar o seguimento (através de comunicação remota ou presencialmente, se absolutamente necessário) dos pacientes não estáveis.
3. Efectuar o mapeamento cuidadoso dos pacientes para as FC; uma unidade de saúde pode oferecer aos pacientes um número de FC a escolher com base na proximidade e na respectiva deslocação dos pacientes (para minimizar a distância e para evitar a aglomeração em qualquer FC).
4. Eliminação de qualquer taxas pagas pelos doentes durante a emergência da COVID-19. Sempre que possível, estas taxas devem ser apoiadas pelos governos/doadores/parceiros de implementação.
5. Ajuste da DMM com base no estado de estoque dos ARVs e projecções de distribuição, o que pode obrigar à dispensa de menos de 3 meses de fornecimento. Sempre que os estoques sejam adequados, o objectivo deve ser um fornecimento de 6 meses.
6. Sempre que possível, disponibilizar a entrega dos ARVs ao domicílio (e outros medicamentos) como parte dos serviços essenciais oferecidos pelas FC.
7. Utilização de várias plataformas electrónicas e de telecomunicações para assegurar a comunicação bilateral entre a unidade de saúde e os pacientes para prestar apoio e monitoria adequada aos que utilizam as FC. Isto pode implicar ter um portal simples ou aplicação em linha e/ou utilizar SMS, WhatsApp, redes sociais ou chamadas telefónicas agendadas.
8. Tomar providências para evitar ter demasiados pacientes a comparecer ao mesmo tempo em qualquer FC. Isto pode envolver o agendamento individual de horários de levantamento dos ARVs, com os pacientes à espera no exterior e a garantia de que os doentes mantêm uma distância física adequada enquanto esperam.
9. Partilha de informações sobre prevenção da COVID-19 com as PVHIV. Sempre que possível, utilizar cartazes informativos para limitar o tempo passado frente a frente com o farmacêutico e minimizar o tempo de espera para outros pacientes. Os farmacêuticos continuam a poder responder, por telefone, a perguntas individuais, conforme necessário, antes ou depois do levantamento do TARV.

## Hospitais privados e clínicas privadas

Durante a pandemia da COVID-19, clínicas e hospitais privados que não estejam especificamente dedicados à gestão de doentes da COVID-19 poderão desempenhar a função de pontos de levantamento de ARVs. Embora estas unidades variem muito em qualidade e em capacidade, muitas estão bem posicionadas para expandir os serviços das TARV, quer como locais de levantamento de medicamentos, quer como centros de cuidados clínicos. Contudo, os programas devem equilibrar criteriosamente o benefício de facilitar o acesso ao TARV durante uma pandemia com o risco de potencial exposição ao coronavírus entre os doentes que procuram obter cuidados de saúde em unidades privadas.

As principais considerações para o modelo das unidades privadas incluem:

1. Tornar os levantamentos dos ARVs mais seguros, agendando com antecedência para minimizar o tempo de espera e mantendo orientações de distanciamento físico entre os pacientes em todas as áreas de espera.
2. Assegurar que as unidades privadas cumprem os padrões básicos de qualidade, bem como os requisitos de recolha/notificação de dados. Uma das formas de conseguir é através do aproveitamento das franquias clínicas existentes, habitualmente apoiadas por organizações não-governamentais (por ex., a “Population Services International”), onde os prestadores já possuem formação e os sistemas de gestão de dados estão implementados.
3. Governos/doadores/PI cobrem taxas de consulta ou de serviço nas unidades privadas através de reembolsos directos, acordos de nível de serviço ou outros mecanismos (pelo menos, durante o período da pandemia) de modo a reduzir as barreiras e assegurar que os fornecedores privados sejam pagos adequadamente pelo seu tempo.

## Modelos de dispensa automatizada

Uma vez que estes modelos não requerem atendimento presencial entre profissionais de saúde e os pacientes, estes podem ser o modelo mais seguro no contexto da COVID-19. No entanto, os modelos de dispensa automatizada podem ser relativamente caros e demorar algum tempo para implementar e a emergência da COVID-19 requer soluções imediatas. Em países onde os modelos automatizados estão actualmente operacionais (África do Sul e Zâmbia), seria importante considerar o aumento da sua capacidade (o número de pacientes que pode receber ARVs através do modelo automatizado), mantendo ao mesmo tempo a segurança – observando as directrizes de distanciamento seguro, agendando com antecedência os horários de levantamento, sempre que possível e mantendo protocolos rigorosos de higienização. Entre as diferentes opções de dispensa automatizada, os cacifos podem ser os mais rentáveis e, sempre que possível, a sua implementação deve ser considerada uma solução de longo prazo



» *Um farmacêutico comunitário embarca no cais com os medicamentos (ARVs) para pacientes ao longo de riachos remotos no Estado de Akwa Ibom, Nigéria.*

### Inovação na entrega ao domicílio dos ARVs

Um bom exemplo de entrega ao domicílio é da Mbo LGA, no estado de Akwa Ibom, na Nigéria; em Março deste ano, 40% dos mais de 5489 pacientes em TARV, pertencentes ao centro de saúde primário de Enwang, recebem o TARV através de entregas ao domicílio. Este projecto inovador, que visa enfrentar os persistentes desafios da adesão – concebido pelos Serviços Integrados de Entrega contra HIV/SIDA (Strengthening Integrated Delivery of HIV/AIDS Services, SIDHAS) (financiado pela USAID e implementado pela FHI 360) – tem por objectivo assegurar que os pacientes possam continuar a receber a seu TARV em segurança durante a pandemia da COVID-19.

## Abordagens adicionais

### Entrega dos ARVs ao domicílio

As FC ou as equipas hospitalares apoiadas pelo projecto podem entregar os ARVs nos domicílios dos pacientes ou, sempre que possível, este serviço pode ser executado a partir de uma unidade de dispensa central (UDC) directamente no domicílio do paciente ou num local alternativo de levantamento. Existem diversas formas de otimizar a entrega dos ARV ao domicílio.

#### 1. Da FC até ao domicílio dos pacientes através de:

- Correio farmacêutico (pode ser desempenhado por qualquer pessoal de apoio que não seja o farmacêutico)
- Pessoa designada da comunidade (pode ser um trabalhador de saúde comunitário, um orientador dos seus pares, um especialista de pacientes ou uma pessoa com HIV que desempenha a função chefe de um dos grupos de apoio/reposição da comunidade, etc.)

#### 2. Da unidade de saúde ou farmácia até ao domicílio dos pacientes:

- Profissionais de saúde da comunidade
- Uma entidade externa (pode ser um serviço de entregas formal ou uma pessoa designada pela comunidade)
- Serviço de entregas dos correios
- Pessoal do programa.

Ao implementar a entrega ao domicílio num momento de confinamento, deve ter-se o cuidado de minimizar o risco de estigma e violência (porque é possível que outras pessoas no domicílio não tenham conhecimento do estado dos pacientes). Cada paciente deve ser contactado antes de uma entrega ao domicílio, para que o pessoal do programa possa avaliar qualquer indicação de possível violência doméstica ou estigmatização e também para obter o consentimento informado verbal dos pacientes. Além disso, os medicamentos devem ser embalados discretamente, para que outros não possam distinguir os medicamentos que estão a ser entregues. A confidencialidade é fundamental para garantir que as entregas ao domicílio não resultem na revelação inadvertida do estado do paciente.

### Outros locais de levantamento ou entrega

Em alguns programas, as igrejas, mesquitas e unidades de saúde foram utilizadas para reuniões de grupos de apoio e para o levantamento dos ARVs antes da pandemia da COVID-19. Contudo, durante a emergência da COVID-19, muitos locais de culto podem ser encerrados ou autorizados a realizar apenas actividades muito limitadas e outros ajuntamentos públicos podem ter sido proibidos. Os programas devem ser criativos na identificação de locais na comunidade (os que permanecem operacionais numa altura de distanciamento social/confinamento) onde os medicamentos possam ser levantadas ou entregues. Por exemplo, as drograrias (tanto as licenciadas como as informais) nas zonas rurais podem servir como pontos de levantamento dos ARVs. Para quaisquer pontos de levantamento identificados, devem ser desenvolvidas orientações bem definidas para limitar as interações e garantir a segurança.



» Elemento da equipa a entregar um pacote com ARV à porta de um paciente para aderir às directrizes de distanciamento físico.

## Tornar a distribuição descentralizada mais segura para provedores e pacientes

Sempre que possível, o rastreio remoto dos sintomas da COVID-19 deve ser efectuado antes dos pacientes levantarem os seus medicamentos e antes do pessoal os entregar. Caso sejam detectados sintomas de COVID-19 durante o rastreio remoto, os programas devem tomar medidas especiais para minimizar/prevenir o contacto directo com os pacientes. Por exemplo, o pessoal que efectua entregas ao domicílio poderá deixar as encomendas à porta e alertar os pacientes para garantir o respectivo levantamento imediato; deverá ser facultado equipamento de protecção individual (EPI) aos pacientes antes de entrarem na FC ou noutras unidades; ou os pacientes poderão ser solicitados a designar outra pessoa para efectuar o levantamento. Todos os pacientes com suspeita de infecção devem ser encaminhados para um local designado, para lhes ser facultado o teste de diagnóstico COVID-19, seguindo os protocolos nacionais.

As pessoas que dispensam o TARV em unidades privadas ou que fazem entregas ao domicílio devem usar EPI e seguir outras medidas preventivas, tais como o distanciamento físico e a lavagem das mãos.

## Aceleração da expansão dos modelos de distribuição descentralizada

A realização de debates no país sobre quais os modelos a implementar e sobre a viabilidade de distribuição de ARVs para vários meses de cada vez, com base no estado do estoque, é um primeiro passo crucial. As equipas devem utilizar dados específicos do centro para ajudar a estabelecer prioridades sobre que pacientes referenciar para que pontos de levantamento descentralizados, incluindo pontos de entrega ou pontos de levantamento ad-hoc, tais como lojas, escolas encerradas ou igrejas. Isto deve ser seguido pelo estabelecimento de um sistema de marcações em pontos de levantamento descentralizados e pelo espaçamento das marcações dos pacientes ao longo do dia, utilizando chamadas telefónicas, aplicações e marcações em linha para facilitar o distanciamento social/físico e reduzir a transmissão da COVID-19. As equipas dos países devem considerar a expansão rápida do modelo das FC e quaisquer outras intervenções que garantam o acesso aos ARVs com o mínimo risco para os pacientes e o pessoal. Uma vez que as FC já são comuns e estão em funcionamento na maioria dos contextos, os programas podem identificar rapidamente as FC registadas, interessadas em tornar-se pontos de distribuição descentralizada para os ARV. Considerando a sensibilidade temporal dos serviços durante esta pandemia, os programas deverão:

- Sempre que possível, iniciar com redes de farmácias para maximizar rapidamente a cobertura.
- Identificar as farmácias comunitárias que já têm experiência na dispensa dos ARVs, de modo a reduzir o tempo de formação.
- Utilizar sistemas electrónicos/em linha para uma rápida avaliação e formação do pessoal das farmácias privadas.
- Criar sistemas de suporte virtual (por ex., através de telefone, WhatsApp ou consulta na Internet) para o pessoal das FC que possa enfrentar desafios na dispensa dos ARVs.
- Utilizar um suporte lógico de dispensa na Internet, sempre que exequível, para assegurar a documentação dos levantamentos. As plataformas na Internet ou Aplicativos utilizados por farmácias privadas para a entrega de medicamentos ao domicílio, podem ser rapidamente adaptadas para apoiar a distribuição descentralizada dos ARVs durante esta resposta de emergência.

Os planos para a implementação de modelos de distribuição descentralizada automatizada, como unidades farmacêuticas de dispensa, cacifos electrónicos e UDC, podem ser finalizados e, se houver financiamento disponível, a instalação pode ser iniciada quando a situação de emergência melhorar.

## Gestão de estoques dos ARVs

A pandemia da COVID-19 está a afectar todos os países do mundo, o que tem implicações na cadeia de distribuição global de medicamentos contra o HIV. Na Índia, onde é fabricada a maioria dos ARVs para a África sub-sariana, encontra-se actualmente em regime de confinamento. Embora se recomende que os programas continuem a expandir a DMM para seis meses, é essencial uma monitorização cuidadosa do estoque dos ARVs e uma coordenação com o governo/doadores. À medida que a pandemia da COVID-19 continua a evoluir, é possível que os países possam sofrer rupturas na cadeia de abastecimento e os programas terão de racionar os estoques existentes dos ARVs e outros medicamentos essenciais. Isto pode exigir o ajuste dos planos de DMM, fornecendo, por exemplo, levantamento para um período inferior a 6 meses de cada vez, o que resultará em pacientes que necessitam de levantamentos mais frequentes do que anteriormente. Nestas circunstâncias, é fundamental a comodidade dos pontos de levantamento dos ARVs para os pacientes, devido à sua capacidade em manter um abastecimento ininterrupto.

Os programas podem também considerar o uso da distribuição descentralizada para a administração de medicamentos para a tuberculose e/ou outras infecções oportunistas, profilaxia pré-exposição (PrEP), preservativos e kits de auto-teste do HIV.

## Conclusão

À luz desta pandemia, que tem o potencial de sobrecarregar as unidades de saúde do sector público, desviar recursos de cuidados de saúde, limitar as deslocações e aumentar o risco de infecção por COVID-19 em pacientes e provedores, recomendamos que os governos e os doadores/programas apoiem a rápida expansão de modelos de distribuição descentralizada para assegurar que as PVHIV se possam manter em tratamento do HIV, que salva vidas, durante este período excepcional.

