

EPISODIO 14: HACER TESTS PARA PROTEGER: LA EQUIDAD EN EL ACCESO AL DIAGNÓSTICO PARA TODO EL MUNDO

Traducido de la versión inglesa por Trint. La OMS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción. En caso de discrepancia entre las versiones en inglés y en español, la auténtica y vinculante será la versión original en inglés.

Garry Aslanyan [00:00:05] Hola y bienvenidos de nuevo a nuestros seguidores habituales del podcast Global Health Matters. Me alegro mucho de que nuestra audiencia siga creciendo. Para aquellos de ustedes que se unan a nosotros por primera vez, bienvenidos al espectáculo. Soy su anfitrión, Gary Aslanyan. En este episodio, exploraremos la importancia del acceso al diagnóstico en la salud mundial. Durante los últimos años, los diagnósticos se han trasladado de los laboratorios a nuestras salas de estar. Muchos de nosotros hemos tenido experiencia en realizar nuestras propias pruebas de COVID en casa y esperar ansiosos ver los resultados. Lamentablemente, tener acceso a los diagnósticos es un privilegio. Millones de personas en todo el mundo siguen sin tener acceso a un diagnóstico oportuno de una serie de enfermedades. Los diagnósticos desempeñan un papel fundamental en tres prioridades sanitarias mundiales principales, como la seguridad sanitaria mundial y la resistencia a los antimicrobianos y el logro de la cobertura sanitaria universal. En este episodio, me acompañan dos invitados, cada uno con una experiencia significativa y que se esfuerzan por reducir las brechas de acceso para el diagnóstico. El Dr. Bill Rodríguez es el director ejecutivo de FIND, la Alianza Global para el Diagnóstico. FIND conecta a las partes interesadas del sistema de salud para mejorar el acceso al diagnóstico. La Dra. Sikhulile Moyo es viróloga médica y directora del Laboratorio de Referencia del VIH de Harvard de Botsuana. El Dr. Moyo también ha formado parte del Grupo de Trabajo Presidencial de Botsuana para la COVID-19. Bill y Sikhulile destacarán las desigualdades actuales en el diagnóstico, reflexionarán sobre las lecciones aprendidas de la pandemia de COVID-19 y compartirán algunas de las nuevas e interesantes innovaciones en el campo. Hola, Bill.

Bill Rodríguez [00:02:06] Hola, Garry. ¿Cómo estás?

Garry Aslanyan [00:02:07] Hola, Sikhulile.

Sikhulile Moyo [00:02:08] Hola Garry. ¿Cómo estás?

Garry Aslanyan [00:02:10] Genial, gracias. Bill, ¿cómo ha evolucionado tu trayectoria profesional para centrarte en el diagnóstico y cuáles fueron algunos de los motivadores profesionales y personales a lo largo del camino?

Bill Rodríguez [00:02:24] Sí, gracias, Garry. Así que me formé en medicina como médico, como especialista en enfermedades infecciosas, y veo el mundo como un médico y con un enfoque en la atención al paciente y cómo los ayudas, al paciente que tienes delante. Así que creo que probablemente tres aspectos diferentes al principio de mi carrera me llevaron a centrarme en las pruebas de diagnóstico. La primera es que mi carrera coincidió con el amplio alcance de la pandemia de sida. Como estudiante de medicina, recibí una conferencia de 30 minutos sobre el VIH. Dos años más tarde, en mi primera función de cuidar a los pacientes, los cinco primeros pacientes a los que cuidé murieron de SIDA, y todos tenían mi edad de poco más de veinte años. Así que ese fue un aspecto muy formativo de mi formación inicial en medicina. El segundo fue que uno de mis primeros mentores fue el difunto Paul Farmer, quien lamentablemente falleció recientemente. Y trabajé con Paul en Haití y otros lugares y su influencia, la forma en que exigió equidad y dijo: «tenemos que cuidar a cada paciente de la misma manera que cuidamos a cualquier paciente», tuvo una influencia

muy profunda en mí. Y luego, la tercera fue que, a finales de los noventa, principios del 2000, el rápido ritmo de desarrollo tecnológico que presencié y el impacto de las nuevas tecnologías en enfermedades de altos ingresos, como el cáncer y las enfermedades cardíacas, era simplemente abrumador, y vi lo poderosas que podían ser esas tecnologías si pudiéramos aplicarlas a enfermedades mundiales, ya fueran enfermedades infecciosas o drepanocíticas o enfermedades de la pobreza. Por eso, esas tres fuerzas, la pandemia del SIDA, la influencia de Paul Farmer y el rápido desarrollo de tecnologías al principio de mi carrera, realmente me llevaron a ver el potencial del diagnóstico para impulsar la equidad y la atención clínica a nivel mundial.

Garry Aslanyan [00:04:03] Gracias Sikhulile, ¿qué hay de ti? ¿Qué te inspiró a convertirte en virólogo y qué es lo que más te satisface en tu trabajo?

Sikhulile Moyo [00:04:15] Esa es buena. Empecé a ver morir a mucha gente por el VIH, y estaba muy cerca de mí porque perdí a algunos miembros de mi familia. Dos hermanos y mi hermana entonces. Y me di cuenta de que la pandemia estaba sobre nosotros. Y recuerda, no había cura en ese momento, y había muy poca esperanza. Y en ese momento, conocí a un hombre que era virólogo y me interesó por la pasión de ver cómo ayudar. Y como viróloga, me di cuenta de que buscaba nuevas herramientas de diagnóstico para el VIH. Y eso realmente me inspiró, que se puede hacer ciencia básica que se traduce en tanto impacto en la salud pública. Así que eso realmente inició mi pasión por la investigación y también por el diagnóstico. Y me formé con él, y realmente me dio pasión seguir una carrera en virología. Así que mi pasión ahora es ver diagnósticos oportunos que impacten en los resultados de los pacientes y en la respuesta de salud pública. Esa es una intersección de mi carrera y cualquier cosa que pueda hacer, ya sea para promover la mejora del acceso a los diagnósticos, la investigación que informa a la salud pública, que realmente cambia la forma en que veo las cosas.

Garry Aslanyan [00:05:42] Así que ambos han reflexionado realmente sobre cómo las desigualdades en términos de acceso a los diagnósticos han impactado varios problemas de salud. Así que Bill, la pandemia actual claramente expone muchas fragilidades en lo que respecta a los sistemas de diagnóstico. Entonces, ¿puede decirle a nuestra audiencia cuáles son, especialmente en los países de ingresos bajos y medios?

Bill Rodriguez [00:06:05] Hay un dicho que ha surgido una y otra vez en los últimos años de que las pandemias no crean ningún problema nuevo en la sociedad, solo revelan todos los existentes. Y creo que eso ha quedado muy claro en lo que respecta a los sistemas de pruebas y diagnóstico en países de ingresos bajos y medios. En los últimos 20 años, hemos invertido mucho en las pruebas del VIH. Tenemos laboratorios centralizados que realizan grandes volúmenes de pruebas de carga viral y pueden cambiar las pruebas en 24 horas, hemos invertido en pruebas de tuberculosis, pruebas de malaria y tenemos sistemas sólidos allí. Y selectivamente en algunas otras áreas, como la tripanosomiasis africana humana, o HAT, a través de un programa de pruebas muy específico para eliminar esa enfermedad. Pero las pandemias, casi por definición, son enfermedades de base comunitaria. Ya sea que se trate de ébola, SARS-CoV-1 o SARS-CoV-2, se propagan de persona a persona en las comunidades y eso podría convertirse en pandemias, y ahora nos hemos dado cuenta de que no hemos invertido en sistemas de pruebas basados en la comunidad, plataformas que se pueden utilizar como centros de atención primaria de salud, trabajadores de salud comunitarios como y que el hecho de no invertir en una plataforma más basada en la comunidad en lugar de un enfoque vertical, incluso para el VIH, que es una enfermedad amplia con impacto a nivel de la atención primaria de salud, ha revelado que hay una brecha importante en nuestra capacidad para responder a las pandemias y eso se ha desarrollado en los últimos años con COVID. Hemos estado muy atrasados en el

intento de hacer que las pruebas lleguen a las comunidades a través de programas de pruebas basados en la comunidad porque no invertimos en ellos. Y no nos dimos cuenta hasta que realmente surgió el COVID y lo dejamos bastante claro.

Garry Aslanyan [00:07:44] Y Sikhulile, en Botswana, donde trabajas, ¿cuáles son algunas de las brechas que aún existen para llevar la capacidad de diagnóstico a las comunidades?

Sikhulile Moyo [00:07:53] Sí, es importante. Creo que los sistemas han crecido verticalmente y cuando llegó COVID, expuso que algunos modelos de atención centralizada son perjudiciales para garantizar que las personas accedan a la salud. Botswana se ha movido mucho en términos de aumentar el acceso a los diagnósticos, especialmente en áreas urbanas o periurbanas. Y algunas de las brechas están aumentando el acceso a áreas muy remotas. Y eso ha sido muy, muy importante para garantizar que los diagnósticos sean eficientes, los informes oportunos para que el acceso que se da permita al menos una respuesta oportuna. Y creo que centrarse solo en las enfermedades infecciosas también es una bomba de tiempo, probablemente debido a la naturaleza de la financiación, que se centra en el VIH y la tuberculosis en detrimento de analizar qué debemos hacer para las ENT, por ejemplo. Pero en términos de nuestra respuesta, debemos asegurarnos de cerrar esas brechas porque la pandemia de COVID realmente nos ha demostrado que tenemos que estar a la vanguardia en términos de diagnóstico. Estamos acostumbrados a las pruebas de laboratorio y, de manera adecuada, tal vez a las pruebas impulsadas por enfermeras. Pero la pandemia nos mostró rápidamente que el sistema de salud estaba abrumado y que no había suficientes personas para realizar las pruebas. Tenías el equipo de pruebas, pero no había suficientes personas para hacer la prueba. Y eso nos ayudó mucho a decir, vale, tenemos que ser innovadores en este sentido. ¿Cómo podemos usar la comunidad? ¿Cómo podemos formar a los trabajadores laicos? ¿Cómo podemos reutilizar a los trabajadores legos para que realmente realicen las pruebas? Y esa fue una oportunidad, por ejemplo, para ampliar las pruebas y realmente aumentar las tasas de pruebas en más de un 200-300%, simplemente reutilizando diferentes cuadros para aumentar el acceso a las pruebas. Y creo que esa lección debería ser importante como lección para cualquier pandemia que se presente, ya que necesitamos reducir la complejidad de las pruebas.

Garry Aslanyan [00:10:15] Ambos mencionaron las fragilidades de los sistemas que han quedado expuestos debido a la pandemia y la experiencia que tuvimos con COVID. Entonces, Bill, ¿hay alguna acción que se haya catalizado a nivel mundial o de otro tipo hacia la equidad en el diagnóstico, tanto en términos de preparación futura ante una pandemia como para todos los demás problemas de inequidad en salud sobre los que ambos ya han reflexionado?

Bill Rodriguez [00:10:44] Una cosa que no debemos dejar de recalcar es la relevancia de las pruebas en esta pandemia. Puede que no lo recordemos hasta hace dos años, pero en los primeros días de esta pandemia, éramos muy conscientes de la importancia de las pruebas y del poco acceso que teníamos todos a ellas en todo el mundo. Y, por supuesto, esa es la experiencia diaria de la mayoría de las personas que se someten a las pruebas que necesitan en los países de ingresos bajos y medios. Pero incluso los países ricos y las personas adineradas se dieron cuenta de que «no puedo acceder a un examen cuando lo necesito». Y creo que esa relevancia ha persistido durante dos años. Las personas son muy conscientes del papel de las pruebas en su propia salud en todo el mundo. Los líderes políticos, el Dr. Tedros a diario, los jefes de Estado semanalmente, desde el presidente Biden hasta el presidente Ramaphosa, están hablando de hacer pruebas al público. Y creo que eso es realmente esencial porque ahora la gente entiende que esta es una parte fundamental de nuestro sistema de salud y tenemos que asegurarnos de que esté disponible. Así que eso plantea la cuestión de la equidad

de una manera nueva, creo que a nivel mundial y la equidad en el acceso a las pruebas se convirtió en una piedra angular de la respuesta global. Y esta conciencia de la que acabamos de hablar y lo difícil que es realizar pruebas en sistemas frágiles, todo el mundo se dio cuenta de ello. Así que creo que es una pieza importante, ahora las pruebas están en la agenda de una manera que no lo habían estado antes y la equidad es un principio fundamental. Creo que algunas cosas que hemos visto y comprendido son fundamentales para generar equidad. Uno es el liderazgo de la OMS. Creo que a veces se critica a la OMS por su respuesta a las emergencias, y creo que la OMS ha sido absolutamente esencial y creo que el poder de la OMS para transmitir ese mensaje es fundamental y algo que debemos reconocer y mantener una vez que salgamos de la pandemia. La otra cuestión que creo que ha quedado muy clara es la fabricación. La mayoría de las pruebas para la mayoría de las enfermedades, las fábricas y los equipos que fabrican los kits de prueba y los reactivos se encuentran en el norte global. Y eso ha creado problemas y también ha hecho que muchos países se den cuenta de lo crítico que son dependientes de cosas que están fuera de su control político. Y así, el esfuerzo que ha crecido en los últimos 12 meses o un año y medio para decir que necesitamos fabricar pruebas de diagnóstico en el sur global, en América Latina, en África occidental, en Sudáfrica, y estamos construyendo esas fábricas. Eso va a apoyar la equidad, probablemente no a tiempo para la pandemia cuando fue necesaria el año pasado, sino para el futuro de futuras pandemias, de tuberculosis, de pruebas a las que los fabricantes del norte global no prestan mucha atención. Y ese, creo, es el legado crítico de COVID, es identificar este tipo de tema de nicho de hoy, donde se producen las pruebas es realmente esencial para la equidad, especialmente en África, pero en todo el Sur Global. Y creo que eso es algo que recordaremos y nos daremos cuenta de que fue un momento crítico en esta pandemia.

Garry Aslanyan [00:13:45] Veo que Sikhulile quería añadir algo a esto.

Sikhulile Moyo [00:13:49] Creo que planteó un punto muy importante en torno a la necesidad de poder producir kits y suministros dentro de nuestra región, y también lo hemos visto, está en rodar no solo a kits de prueba, sino también a vacunas y también a varios productos de prueba que necesitamos para aumentar el acceso, así como probablemente formas innovadoras de realizar pruebas. Algunas personas probaron formas innovadoras, como las pruebas de alimentos o diferentes algoritmos, para ampliar las pruebas y ampliarlas. Y creo que eso se ha vuelto muy, muy importante, diría yo.

Garry Aslanyan [00:14:37] Así que Sikhulile, en 2021, finales de 2021, usted y sus colegas y científicos que trabajan con usted fueron los que dieron la voz de alarma en torno a la variante Omicron. Para mí, esto significa que Botswana tenía un muy buen sistema de detección de alerta temprana, respaldado por una capacidad de diagnóstico. Quizás puedas contarle a nuestra audiencia un poco más sobre esa experiencia y cómo se desarrolló.

Sikhulile Moyo [00:15:10] El descubrimiento de Omicron en Botsuana no fue un accidente. Creo que fue el resultado de una intención estratégica de aumentar el acceso para detectar lo que está sucediendo en la población. Necesitas un diagnóstico. Así que probando, probando, probando, probando. Por lo tanto, Botswana decidió asegurarse de que hubiera acceso a las pruebas en todos sus distritos y aumentar el acceso, utilizando las zonas de COVID, donde en cada una de las áreas de captación hay un laboratorio de PCR y también utilizando la infraestructura del VIH, el sistema de referencia de muestras, pudo remitir las muestras al siguiente laboratorio de PCR. Y ahora desarrollamos una estrategia de vigilancia que iba a poder construirse sobre esa base; que si obtenemos un resultado positivo, vamos a probarlo. Y nuestra estrategia se basó en muchos pilares. En primer lugar, queríamos saber qué está llegando al país, la vigilancia de nuestros puntos de entrada. Así que si hay un nuevo virus en camino, estábamos allí tratando de verlo y tomar muestras. También

nos interesó ver qué está sucediendo en las personas que han sido hospitalizadas, que tienen la primera progresión de la enfermedad. Así que cuando había casos de muerte, también los probábamos. También observamos en general en la población. No pudimos secuenciar a todos. Pero, ¿cuál es la forma representativa de tomar muestras en estas áreas que nos dará datos significativos para estimar lo que está sucediendo en la población? Por lo tanto, esta estrategia nos permitió acumular, semanalmente, muestras representativas que abarcan estos diferentes objetivos. Y eso era muy, muy importante. Recibimos mucho apoyo de organizaciones como FIND y la Fundación Bill & Melinda Gates y el Ministerio de Salud y en cuanto a la configuración de nuestros sistemas y también a la mejora de las pruebas. El 11 de noviembre recibimos estas muestras únicas y se probaron en uno de los laboratorios y se dieron cuenta de ello; monitoreamos lo que llamamos valores umbral de ciclo, es una medida de la concentración del virus. Así que este estaba muy concentrado y era como que nunca habíamos visto tanta concentración de virus. Y lo trajeron porque estábamos secuenciando semanalmente, pusimos esas muestras en nuestro lote. Cuando los incorporamos a nuestro lote, notamos que cuando los comparamos con otros, estaban sentados en su propio árbol. Cuando los colocamos en un árbol de análisis viral, lo que llamamos análisis filogenético, nos dimos cuenta de que estos cuatro se agrupaban y boom, ¿qué está pasando? Cuando los analizamos inicialmente como virólogos, piensas que hay un error, así que volvimos al laboratorio. Podríamos haber reportado estos datos el 18 de noviembre, pero volvimos al laboratorio y para el 19 estábamos seguros de que habíamos visto exactamente lo que vimos. Y el 22 de noviembre, notificamos al Ministerio de Salud, pusimos los datos a disposición, y eso fue un lunes, y el martes recibimos una llamada de un grupo independiente que vio nuestras secuencias y dijeron: «hemos visto algo similar». Dos laboratorios independientes que identifican un linaje. Así que para nosotros, cuando informamos al Ministerio de Salud, dijimos que habíamos identificado un linaje inusual. Todavía tengo ese correo electrónico y lo estoy encuadrando para el futuro porque ha cambiado el mundo. Un linaje inusual. No sabíamos que era una variante. No sabíamos que era una variante de la preocupación. Así que cuando notificamos también al Ministerio de Salud de Sudáfrica, nos dimos cuenta de que vale la pena informar de ello a la Organización Mundial de la Salud. Y como dijo Bill, la OMS ha desempeñado un papel muy importante. Formaron un grupo de trabajo técnico y, el 26 de noviembre, clasificaron este linaje inusual, una variante preocupante, ahora llamada Omicron. Y creo que para mí, como científico, me sentí satisfecho al informar de algo así, pero también fue una montaña rusa de emociones porque la forma en que reaccionó el mundo, nuestras prohibiciones de viajar, y creo que hemos aprendido mucho en los últimos dos años que creo que esa reacción fue desafortunada. Las economías se vieron dañadas. Incluso los medicamentos y las vacunas que esperábamos se retrasaron. Se cerraron muchos negocios. Hubo muchos confinamientos innecesarios. Así que las consecuencias de los costos eran enormes, y algunos de nosotros recibimos llamadas sobre lo que han hecho ustedes, científicos con su bocazas. Se acercaba la temporada navideña y ¿por qué no te quedas callado hasta que volviéramos de Navidad? Y si miramos hacia atrás, mientras pasábamos por momentos difíciles, creo que los datos de transparencia de datos deben compartirse de manera transparente y deben usarse para mejorar la salud pública.

Garry Aslanyan [00:20:46] Bill, más allá de los desarrollos que mencionaste relacionados con la COVID-19, ¿cuáles son las otras innovaciones interesantes y disruptivas en el diagnóstico que están surgiendo y cómo podrían aplicarse a otras enfermedades, a la tuberculosis u otros problemas desatendidos, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos?

Bill Rodriguez [00:21:12] Hay dos desarrollos realmente interesantes que están en el horizonte a corto o medio plazo. Una de ellas es la secuenciación. Sikhulile contó una historia realmente poderosa sobre la identidad del Omicron y las consecuencias, pero el compromiso de compartir datos y transparencia, por lo que estamos viendo bajo COVID es que literalmente todos los países del mundo ahora tienen la capacidad de secuenciar patógenos y cambiar esa información, compartir públicamente e incorporarlo a una respuesta mundial. Y lo que eso significa para la vigilancia de enfermedades es potencialmente transformador. Podremos rastrear las variantes de cada patógeno, los principales virus, VIH, TB, y aplicarlo no solo con fines epidemiológicos para monitorear enfermedades y algo mucho más cercano al tiempo real que nunca antes, sino también potencialmente para aplicaciones clínicas en resistencia a medicamentos contra la tuberculosis y resistencia a los antimicrobianos en general, en el tratamiento del VIH. Así que esa capacidad y el costo de la secuenciación se han reducido drásticamente, por lo que es una tecnología realmente poderosa a la que realmente no tuvimos acceso en los LMIC hasta COVID. Así que esa es una innovación realmente disruptiva que se ha producido. El segundo es a nivel técnico en lo que se conoce como plataforma de punto de atención molecular multiplexada. ¿Qué significa eso? Así que la primera generación de estos instrumentos fueron instrumentos como la plataforma de expertos para la tuberculosis que realmente marcaron la diferencia para hacer que el diagnóstico de la tuberculosis fuera más simple, rápido y menos costoso. En lugar de tardar días o semanas en cultivar la TB, ahora podemos usar una prueba molecular para identificar el ADN en una hora y saber que se trata de TB y que cambia drásticamente la atención de los pacientes. Pero esos sistemas son caros. ¿Puedes decir simplemente «esto es TB»? Y si la prueba es negativa, entonces, ¿qué haces? Así que COVID ha llevado al desarrollo acelerado de múltiples plataformas. Estamos rastreando a más de 100 empresas, 45 en desarrollo tardío, cinco que ya están en el mercado, que pueden realizar pruebas moleculares multiplexadas. Así que esa innovación disruptiva, muy probablemente transformará la atención primaria de salud en todo el mundo, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos que realmente no han tenido acceso a este tipo de tecnología poderosa porque era demasiado cara y complicada. Y veremos que esos sistemas ingresan al mercado en 2023, 24, 25, y probablemente sean transformadores a medida que entremos al final de esta década.

Garry Aslanyan [00:23:51] Y qué hay de ti, Sikhulile, ¿cómo se desarrolla eso en Botsuana en términos de enfoques diagnósticos innovadores y luego en el futuro?

Sikhulile Moyo [00:24:00] Realmente ha abierto vías para el diagnóstico de múltiples patógenos, y muchas de estas plataformas que se mejoraron a través de COVID ahora son plataformas abiertas que podrán cubrir otros patógenos, y creo que esto es muy, muy importante que ahora podamos hacer las cosas más baratas. Y creo que, aparte de eso, también hemos visto una forma innovadora de encontrar soluciones digitales que podrían ayudarnos a acelerar la disponibilidad de los datos. Y si podemos mejorar estas aplicaciones móviles para asegurarnos de que los datos estén disponibles a nivel central para mejorar la toma de decisiones muy rápidamente, creo que es muy, muy importante. Creo que eso impulsará la calidad de la atención. Podemos poner estas herramientas cerca de la atención al paciente, creo que eso realmente ayudará.

Garry Aslanyan [00:24:57] Una última pregunta para ambos, Bill y Sikhulile, ¿qué promesa supone mejorar el acceso a los diagnósticos para el logro de los sistemas de salud pública en países, en países como Botsuana y, obviamente, en otros entornos de países de ingresos bajos y medios?

Bill Rodriguez [00:25:19] Es una buena pregunta. Yo diría que realmente estamos en la cúspide de una transformación en las pruebas como parte de los servicios de atención médica básica a la par de los tratamientos y las vacunas. Así que creo que realmente estamos entrando en una nueva era en la que la vigilancia de la enfermedad y el manejo clínico se basarán mucho más en los datos, en función de las pruebas disponibles que se utilizan ampliamente de forma regular. O en el pasado, mucho de lo que hemos hecho no han sido sistemas de bases de datos basados en mejores conjeturas y enfoques empíricos y en la administración masiva de medicamentos, cosas que eran eficaces para su época. Pero ahora este es un enfoque mucho más específico que hará que la atención médica sea más eficiente, más económica y conducirá a mejores resultados. Y no quiero prometer demasiado lo que pueden hacer las pruebas, pero hemos visto que el potencial ahora comienza a transformar la vigilancia de la salud pública y la gestión de casos clínicos en lo que de otro modo sería un período de dos años bastante horrible de esta pandemia. Ese es el único legado que creo que recordaremos y diremos, bueno, al menos hubo un impacto positivo de este virus y esta pandemia a nivel mundial.

Sikhulile Moyo [00:26:30] También diría que esto ha brindado una oportunidad única que está acelerando los esfuerzos de investigación a nivel mundial y local, y ha destacado otras cosas como la participación de las comunidades y el liderazgo en su respuesta. Vemos que se avecinan plataformas novedosas. Significa que el diagnóstico de la enfermedad va a ser más rápido. Y en la era de epidemias superpuestas, vemos una oportunidad para extender la investigación y el diagnóstico interdisciplinarios a la prestación de servicios integrados para el VIH, la tuberculosis y la malaria. Vemos que estas oportunidades de integración y también brindan otras oportunidades en los sistemas de datos digitales porque ahora se generan muchos datos en un espacio de tiempo muy corto, por lo que es necesario administrar esos datos. Por lo tanto, las soluciones para garantizar que estos datos se muevan muy rápido, sus informes casi en tiempo real a la salud pública y las alertas, emergencias y análisis de datos, garantizar que estos datos puedan proporcionar decisiones clínicas razonables, pero también decisiones de salud pública, se están convirtiendo en una muy buena oportunidad. Y también, vemos que la industria del diagnóstico para la fabricación de diagnósticos está muy, muy entusiasmada para decir, ¿cómo podemos desarrollar estas tecnologías aquí? Y hay pruebas desarrolladas, por ejemplo, en Dakar, en Senegal, desarrollaron sus propias pruebas rápidas de COVID, por lo que creo que el futuro se aferra a ello. Quiero decir, alguien dijo que no debemos desperdiciar una crisis. Por lo tanto, debemos aprovechar las oportunidades que nos ha brindado el COVID para avanzar en la salud pública.

Garry Aslanyan [00:28:31] Gracias a ambos por este emocionante debate y por unirse a nuestro podcast.

Bill Rodriguez [00:28:38] Gracias, Garry, ha sido un placer.

Sikhulile Moyo [00:28:39] Gracias Garry.

Garry Aslanyan [00:28:42] Bill y Sikhulile sienten una profunda pasión por su trabajo, y esto se reflejó en lo que compartieron conmigo. Me llamaron la atención las citas de Bill que decían que las pandemias no crean nuevos problemas en una sociedad, solo revelan los existentes. Como hemos escuchado no solo en este episodio, sino también de muchos de nuestros invitados que han hablado el año pasado, esto sí que es cierto. La pandemia de COVID-19 ha puesto de relieve muchos fracasos en la salud mundial. Sin embargo, los esfuerzos de países como Botsuana y la experiencia de virólogos como Sikhulile me dan grandes esperanzas. Esto demuestra que, de hecho, es posible que los países respondan eficazmente durante una emergencia, no solo salvaguardando la salud de su propia gente,

sino también compartiendo sus conocimientos con toda la comunidad sanitaria mundial. Quiero felicitar una vez más a Sikhulile y su equipo por su hábil trabajo en el descubrimiento de la variante Omicron en Botsuana. Creo que hay mucho de qué ser optimista con tantas innovaciones diagnósticas nuevas que se avecinan en el horizonte. Esperemos que reduzcan la brecha y ayuden a lograr una mayor equidad diagnóstica para todos.

Garry Aslanyan [00:30:01] Siempre agradecemos los comentarios de nuestros oyentes de todo el mundo. Escuchemos a uno de ellos.

Margaret McCluskey [00:30:19] En un reciente podcast de GHM, dos mujeres que definen un liderazgo estelar en salud mundial hicieron oír su voz. Garry claramente preparó el escenario para que las Dras. Agnes y Catherine digan su verdad, lo cual es necesario si queremos esperar que el campo de la salud global pase de los desequilibrios de poder históricos, el racismo inherente y la programación condescendiente a lo que nos enseñó el querido Dr. Paul Farmer, que tiene mucho más por hacer. con ser aliados el uno del otro.

Garry Aslanyan [00:30:53] Estoy totalmente de acuerdo contigo, Margaret. Nunca debemos perder de vista que todos somos aliados en esta búsqueda de la salud a nivel mundial. Asegúrese de volver a unirse al podcast Global Health Matters el mes que viene para ver otro episodio inspirador. Gracias por escuchar, suscribirse y compartir el podcast con otras personas que puedan estar interesadas.

Elisabetta Dessi [00:31:17] Global Health Matters es producido por TDR, un programa de investigación de enfermedades infecciosas con sede en la Organización Mundial de la Salud. Garry Aslanyan, Lindi Van Niekerk y Maki Kitamura son los productores de contenido y Obadiah George es el productor técnico. Este podcast también fue posible con el apoyo de Chris Coze, Elisabetta Dessi, Iza Suder-Dayao, Noreen O'Gallagher y Chembe Collaborative. El objetivo de Global Health Matters es crear un foro para compartir perspectivas sobre cuestiones clave que afectan a la investigación sanitaria mundial. Envíanos tus comentarios y sugerencias por correo electrónico o mensaje de voz a TDRpod@who.int, y asegúrate de descargar y suscribirte dondequiera que recibas tus podcasts. Gracias por escuchar.