

COVID y VIH: modelo de atención en tiempos de COVID ¿cambio de paradigma?

Alfonso Cabello Úbeda

Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid

Email de correspondencia: ACabello@fjd.es

La pandemia por COVID-19 ha afectado, al igual que al resto del planeta, a personas que viven con VIH (PVVIH) y a los profesionales sanitarios que los atienden. Estos últimos, además, han sido uno de los principales colectivos implicados en la atención e investigación en personas con COVID-19, lo cual ha supuesto un reto a la hora de compaginar la atención habitual a PVVIH. Éstas, han visto mermada su capacidad de contacto y el seguimiento por dichos profesionales. En muchas ocasiones se ha sustituido por la denominada “telemedicina”, si bien, muchas de las PVVIH han tenido un acceso limitado a la misma. Diversas comunicaciones han expuesto ya algunas consecuencias de estos hechos, tales como una reducción en la consecución de los objetivos de la estrategia 90-90-90, un menor número de nuevos diagnósticos, un impacto negativo en la salud mental o un incremento de la tasa del estado de fragilidad de nuestros pacientes de mayor edad.

Sin embargo, la pandemia también nos ha permitido explorar otros aspectos, aprender que el seguimiento puede ser diferente o complementario al tradicional, a darle valor al encuentro físico entre profesionales y pacientes. Para ello, se hace indispensable la disponibilidad de recursos tecnológicos e imprimir diferentes velocidades para salvar la brecha digital, ajustándose a las necesidades de cada individuo. Hemos aprendido a preguntar al paciente qué necesita y cuáles son sus objetivos y necesidades. Sin duda, su concurso en las decisiones a tomar, así como profundizar en necesidades clásicamente menos atendidas, se hace imprescindible.

Hoy en día, involucrar al paciente en la atención, seguimiento, prevención y autocuidado de su salud

comienza a ser una demanda de profesionales y pacientes. Estrategias basadas en medir los resultados reportados por el paciente, tanto a nivel clínico, como centrados en la experiencia de la atención recibida, se van abriendo paso paulatinamente. La implementación de esta medicina basada en el valor, mediante la obtención de PROMs (patients reported outcome measures) y PREMs (patients reported experience measures) a través del paciente, requiere de herramientas que hagan ágil su cumplimentación, así como su evaluación y análisis. Con ello se puede obtener información relacionada con aspectos como la calidad de vida percibida, aspectos relacionados con el tratamiento, o aquellos asociados a ese muro que todos intentamos derribar como es el estigma. Igualmente nos puede ofrecer información sobre aspectos que requieren de una implementación estructural en nuestros centros. Además, abren nuevos retos y caminos que explorar para dar respuesta a dichas percepciones de los pacientes.

Por tanto, se hace necesario integrar esta salud digital en la metodología actual y futura de trabajo. No para sustituir o eliminar el encuentro personal entre profesionales y pacientes, sino para convertirla en una herramienta más que integrar en los modelos de atención, dedicando el encuentro personal a aquel que aporta un valor específico en dicho formato; potenciando la digitalización y la atención no presencial para facilitar la vida de las personas que atendemos, y “deshospitalizar” paulatinamente procesos o evaluaciones que no son necesarios realizar de manera presencial. Todo ello debe ir acompañado de una capacidad de comunicación y contacto fluida y flexible, de herramientas tecnológicas que integren en la his-

toria clínica la valoración de los diferentes profesionales que intervienen en la atención de un sujeto; de manera que todos los actos en salud realizados, le acompañen allá donde vaya. Las medidas de seguridad y confidencialidad deben ser máximas, así como prevalecer la garantía de facilitar un incremento gradual de estos servicios, o mantener una atención íntegramente tradicional, en aquellas personas que por diversos motivos no puedan (brecha digital) incorporarse a dichos recursos.

Las decisiones estructurales sobre la atención prestada, no sólo deben incluir *endpoints clínicos*, sino también enfocados a facilitar el entorno de dicha atención, sumándose a la versatilidad que la tecnología y la conectividad hoy en día nos ofrecen.

En resumen, de la adversidad surgen oportunidades para aprender; emergen nuevos modelos de seguimiento, donde la individualización del mismo y la ampliación de recursos se hacen completamente necesarios.