

COVID-19 y VIH: La respuesta comunitaria a las necesidades de las personas con VIH

Ramón Espacio

Presidente de CESIDA.

E-mail de correspondencia: presidencia@cesida.org

INTRODUCCIÓN

A principios de 2020 empezaron a llegar noticias sobre la aparición de un nuevo virus el SARS-COV-2 en la ciudad de Wuhan (China). Transcurrido poco más de dos meses, ante el alarmante incremento de casos de la COVID-19, el 14 de marzo el Gobierno de España declaraba el estado de alarma (rd.463/2020 de 14 de marzo).

El impacto de la crisis sanitaria, económica y social provocada por esta nueva pandemia en los colectivos a los que atendemos y en las propias entidades del tercer sector de respuesta al VIH ha sido muy importante. Como al resto de sectores, el confinamiento nos cogió por sorpresa y exigió una respuesta adaptativa urgente ante la obligatoriedad de cerrar las ONG y, al mismo tiempo, atender a las numerosas solicitudes de atención social, psicológica, económica y informativa por parte de las personas usuarias.

ESTADO DE ALARMA

Durante los meses de marzo hasta mediados de mayo, las entidades sociales tuvimos que adaptar aquellos recursos que no eran considerados como esenciales a la modalidad de tele asistencia, principalmente aquellos referidos al apoyo psicosocial; Programas de pares; Grupos de ayuda mutua; Formaciones; Apoyo Emocional y psicológico; información sobre COVID 19 y VIH, orientación laboral y apoyo en la tramitación de ayudas sociales.

Por otra parte, durante ese periodo se mantuvieron de forma presencial servicios esenciales como son las casas de acogida, los pisos tutelados, los centros de baja exigencia para personas usuarias de drogas o sin

hogar, los programas de intercambio de jeringuillas, el apoyo a la cobertura de necesidades básicas y los acompañamientos a centros sanitarios.

De especial relevancia fue el esfuerzo realizado para evitar que hubiera casos de la COVID-19 entre las personas residentes con VIH en un escenario de absoluta carencia de equipos de protección como mascarillas, hidrogeles, batas etc. En algunos casos, los trabajadores se encerraron en los recursos durante semanas.

Por otro lado, durante el confinamiento se tuvieron que cerrar todos los servicios comunitarios de cribado de VIH y otras ITS. A las personas que demandaban el servicio se les atendía telefónicamente y, en los casos necesarios, se les derivaba a servicios de urgencias hospitalarias.

Otra cuestión relevante en aquellas primeras semanas fue la falta de información con respecto a si las personas con el VIH tenían mayor riesgo de adquirir la COVID-19 y en sí así era, de tener una evolución más grave. Poco a poco se fue generando evidencia que avalaba que este riesgo parecía no incrementarse por el simple hecho de tener el VIH y desde las entidades se llevo una importante labor de difusión.

Pese a tener cerradas las sedes, desde las ONG se tuvo que dar respuesta a una demanda de creciente de solicitudes sobre, principalmente, en dos ámbitos: socio-económico y sanitario.

Con respecto al segundo, las principales necesidades fueron la de vincular a personas en distintas circunstancias a la atención médica y la de hacer llegar los tratamientos a aquellas personas que, por distintos motivos, no podían recogerlos a través de los medios habituales.

Los mecanismos que se articularon o intensificaron durante este periodo fueron:

- Acompañamiento para conseguir acceso al sistema sanitario.
- Farmacias Solidarias: Dispensación de Fármacos mientras se tramitaba vinculación al SNS
- Recogida de medicación en SFH y envío/o dispensación a domicilio, no solo ARV sino que, en algunos casos, también metadona o medicación psiquiátrica.
- En otras ocasiones fue preciso organizar envíos de medicación al extranjero para españoles.

Las principales poblaciones y situaciones que se atendieron fueron:

- Personas migrantes con el VIH que en el momento de la declaración del Estado de Alarma no habían accedido al Sistema Nacional de Salud, ya porque estaban en medio del proceso o porque no lo habían iniciado.
- Personas con el VIH extranjeras, ya sea pertenecientes a la Unión Europea o de otras zonas del mundo, que tras el cierre de fronteras se quedaron temporalmente confinadas en España sin poder salir y que se habían quedado sin medicación antirretroviral.
- Personas con el VIH que por su situación de vulnerabilidad frente al SARS-CoV-2 (edad, comorbilidades y/o inmunodepresión) no podían acudir a los Servicios de Farmacia de los centros hospitalarios para buscar la medicación.
- Personas españolas con el VIH que estaban en el extranjero en el momento en que se declaró el estado de alarma que no podían retornar y se les acababa la medicación.

En cuanto al ámbito socio-económico, en aquellas primeras semanas hubo un importante aumento de demanda de ayuda principalmente de las poblaciones más vulnerables. Desde las ONG se impulsaron medidas, la mayoría con fondos propios, para la cobertura de necesidades básicas como la alimenta-

ción, higiene personal y del hogar, vivienda –hipoteca o alquiler– o el pago de suministros –agua y luz–, etc.

En este caso las principales poblaciones y situaciones atendidas fueron:

- Personas cuya fuente de ingresos correspondía a la economía sumergida o informal y que la perdieron durante el confinamiento; trabajadoras del sexo, migrantes en situación administrativa irregular; personas con el VIH con síntomas compatibles con o diagnosticadas de COVID-19 que se encuentran solas y que no pueden salir de casa a comprar alimentos y/o no disponían de recursos económicos para poder comprarlos.

También se intensificó el trabajo de apoyo psico-social, vinculado con diferentes demandas: información sobre recursos disponibles; asesoramiento en la solicitud de ayudas; información sobre trámites en inmigración irregular, pero especialmente para poder hacer frente a la sensación de soledad, desasosiego y miedos generados por la situación, por la pérdida de salud o por la angustia y estrés acumulado, así como por consumo de sustancias o abstinencia de las mismas y salud sexual.

Los colectivos con mayores necesidades fueron:

- LGTBI+, principalmente migrante (especialmente, personas en situación administrativa irregular) y en ejercicio de prostitución.
- Personas usuarias de drogas y chemsex. Dificultades de suministro problemas de adulteración Gestión emocional del “craving” y del confinamiento
- Personas privadas de libertad que han visto suspendidas todas las actividades realizadas por ONG y las visitas.

NUEVA NORMALIDAD

A mediados de mayo, en cuanto las autoridades lo permitieron, la mayoría de las entidades abrió sus sedes y comenzaron a retomar las actividades presenciales adaptándolas a las medidas preventivas frente al COVID-19: uso de mascarillas, citas previas, limitación de aforo etc.

Aunque se produce una ligera disminución de las solicitudes de apoyo a la cobertura de necesidades básicas, la demanda de soporte socio-económico es considerablemente superior a existente antes de las crisis.

Por otra parte, parece que disminuyen las solicitudes de vinculación al sistema de Salud de migrantes en situación irregular, posiblemente motivada por las dificultades de migrar.

Además, se reinician los servicios de cribado en las ONG y en algunas ciudades se percibe un aumento de la demanda motivado por la dificultad de acceder los servicios públicos como los centros de salud y clínicas de ITS que en algunas ciudades están limitando su actividad.

CONCLUSIONES

La crisis sanitaria, económica y social debida a la pandemia de SARS-COV-2 ha tenido un profundo impacto en las poblaciones vulnerables atendidas en muchas entidades respuesta al VIH. Este impacto está siendo de momento más socio-económico que sanitario y, aunque con un ligera disminución tras la finalización del confinamiento, se sostiene en el tiempo. Si se reproducen situaciones de confinamiento en los próximos meses, la demanda de atención va a aumentar considerablemente y muchas entidades carecen de los recursos para aportarla.

Por otra parte, la situación de estrés del sistema sanitario ha repercutido en los ya de por sí escasos recursos públicos destinados a atender la salud sexual. Esto puede tener un impacto negativo en el diagnóstico y tratamiento temprano del VIH y otras ITS. Así mismo, la situación de confinamiento ha puesto en evidencia la necesidad de seguir trabajando en la puesta en marcha de estrategias de “tele-cribado” mediante auto-test y/o auto sampling.

Una lección positiva aprendida de esta crisis ha sido el aumento de la tele asistencia sanitaria a las personas con VIH. Esta puede ser una opción válida para algunos pacientes, pero tendría que trascender la mera llamada telefónica y avanzar hacia la puesta en marcha herramientas que permitan la coordinación entre los distintos agentes sanitarios involucrados en la atención a las personas con el VIH e incluso la aportación de datos por parte del paciente. Además, durante los meses de confinamiento algunos hospitales articularon mecanismos para enviar medicación a domicilio demostrando su factibilidad. Creemos que esta opción se debería mantener en el tiempo ya que facilitaría la vida de muchas personas.

Por último, destacar que, en España, el Tercer Sector ha sido y sigue siendo fundamental para atender las necesidades de las personas y ha mostrado una capacidad de adaptación e innovación a la altura de las circunstancias.