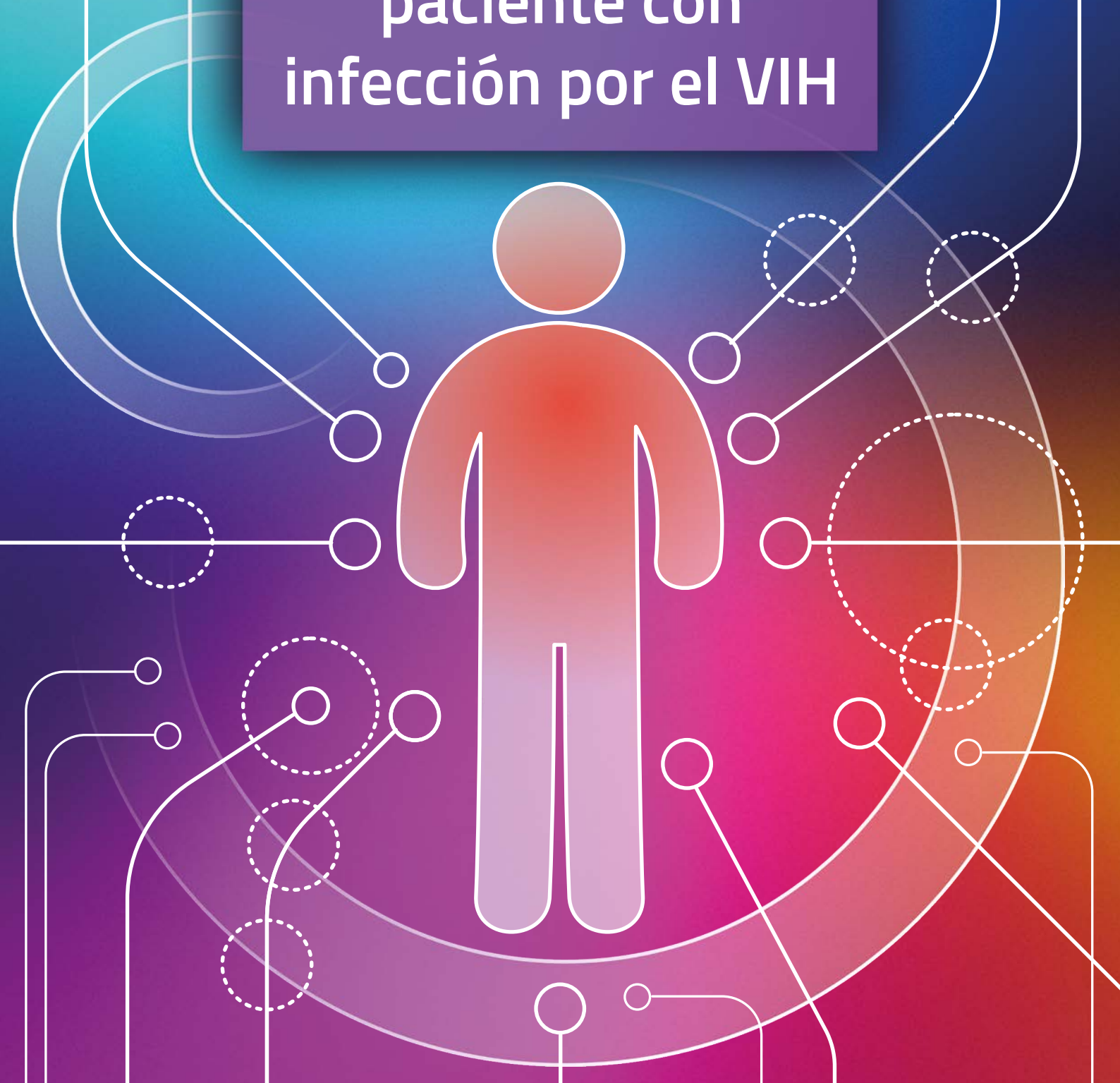


Descripción del modelo óptimo de atención al paciente con infección por el VIH



Descripción del modelo óptimo de atención al paciente con infección por el VIH



SI-HEALTH

INSTITUTE FOR HEALTH
& STRATEGY

Este documento ha sido elaborado por SI-Health
con las aportaciones del grupo de trabajo.



Avalado por:



Con el aval de calidad y garantía de



Descripción del modelo óptimo de atención al paciente con infección por el VIH

Julio 2018

Autores: Ander Rojo, Patricia Arratibel, Rafael Bengoa y Grupo Multidisciplinar de Expertos en VIH.

Editado por: The Institute for Health and Strategy (SI-Health)

Diseño gráfico: Daniel Gibert Cobos - www.dfad.biz

ISBN: 978-84-09-06135-8

ESP/HIVP/0012/18b 03/2019



Los contenidos de este informe "Descripción del modelo óptimo de atención al paciente con infección por el VIH" están sujetos a una licencia internacional Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra derivada 4.0 Internacional.

Los usuarios pueden copiar, distribuir, mostrar y reproducir solo copias directas del trabajo con fines no comerciales y dentro de los límites que se especifican en la licencia.

Puede consultar la licencia completa aquí: http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es_ES

Grupo de trabajo

1. **Daniel Álvarez Cabo.** "Gerente de la Clínica Universitaria de la Universidad Rey Juan Carlos. Madrid".
2. **Julia del Amo.** "Profesora de Investigación en Biomedicina. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Madrid".
3. **Antonio Antela.** "Facultativo Especialista en Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela. La Coruña".
4. **Amaya Azcoaga.** "Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Pintores. Parla, Madrid".
5. **Juan Berenguer.** "Facultativo Especialista en Enfermedades Infecciosas. Unidad de Enfermedades Infecciosas/VIH. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid".
6. **Fátima Brañas.** "Médico Especialista en Geriátrica. Hospital Universitario Infanta Leonor. Vallecas, Madrid".
7. **Emma Fernández.** "Enfermera en Servei d'Infeccions. Hospital Clínic. Barcelona".
8. **María José Fuster.** "Directora-Gerente de la Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SEISIDA). Madrid".
9. **Félix Gutiérrez.** "Jefe de Servicio de Medicina Interna en el Hospital General Universitario de Elche, Alicante".
10. **Arkaitz Imaz.** "Médico en la Unidad de VIH e ITS. Servicio Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona".
11. **Jose Antonio Iribarren.** "Jefe de Servicio de Medicina Interna. OSI Donostialdea. Guipuzcoa".
12. **José M. Llibre.** "Médico Adjunto Unidad VIH. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona".
13. **Juan Emilio Losa García.** "Jefe de Enfermedades Infecciosas del Hospital UF Alcorcón. Profesor Asociado de Medicina, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid".
14. **Luis Margusino.** "Jefe de Sección de Atención Farmacéutica. Servicio de Farmacia. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, La Coruña".
15. **Esteban Martínez.** "Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Clínic, Barcelona".
16. **Juanjo Mascort.** "Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Florida Sud, Institut Català de la Salut. L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona".
17. **Marta Montero Alonso.** "Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario y Politécnico La Fé, Valencia".

18. **Mónica Morán.** "Programa de Prevención y diagnóstico precoz del VIH y otras ITS. Dirección General de Salud Pública. Comunidad de Madrid".
19. **Santiago Moreno.** "Jefe de Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid".
20. **Ramón Morillo.** "Especialista en Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario de Valme, Sevilla".
21. **Rosario Palacios Muñoz.** "Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga".
22. **María Jesús Pérez Elías.** "Jefe de Sección de la Unidad de VIH. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid".
23. **José A. Pérez Molina.** "Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid".
24. **Toni Poveda.** "Director Gerente de la Coordinadora Estatal de VIH y Sida (CESIDA). Madrid".
25. **Esteban Ribera Pascuet.** "Servicio Enfermedades Infecciosas del Hospital Vall d'Hebrón, Barcelona".
26. **Antonio Rivero.** "Jefe de Sección de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba".
27. **Cristina Roca.** "Unidad Clínica de Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Medicina Preventiva del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla".

ViiV Healthcare y **GESIDA** son co-promotores de este proyecto.

SI-Health es una consultora de apoyo estratégico en el sector salud especializada en la gestión del cambio y la transformación organizativa. En el marco de este proyecto ha ofrecido apoyo metodológico y contenido para la reflexión, y se ha encargado de dinamizar el trabajo del grupo de expertos así como de la elaboración del documento.

La **Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica (SEIMC)**, la **Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SEISIDA)**, la **Red Española de Investigación en SIDA (RIS)**, la **Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH)** y la **Coordinadora estatal de VIH y sida (CESIDA)** han avalado este proyecto.

Índice

	Resumen ejecutivo	4
1	¿Por qué se necesita actualizar el modelo de cuidados de los pacientes con infección por el VIH?	6
2	Objetivos del presente documento	10
3	Metodología de trabajo	11
4	Los modelos de crónicos	13
	4.1. Chronic Care Model (CCM)	13
5	Resultados e impacto del Chronic Care Model (CCM) en VIH	15
6	Modelo de cuidados del VIH en España hoy	17
7	Análisis de áreas de mejora y propuesta de recomendaciones al modelo actual	22
	7.1. Áreas de mejora con carácter general	24
	7.2. Áreas de mejora específicas por cada componente del CCM	27
8	Priorización de las recomendaciones	38
	8.1. Resultado del ejercicio de priorización	41
9	Próximos pasos	47
10	Herramienta de autoevaluación	49
11	Anexos	64
12	Bibliografía	76

Resumen ejecutivo

Los avances en el tratamiento antirretroviral han hecho posible que la esperanza de vida de las personas con infección por el VIH se aproxime a la de la población general, y en este nuevo escenario, las comorbilidades relacionadas con la edad o los síndromes geriátricos están cobrando un protagonismo especial en el cuidado de pacientes. Mientras tanto, las experiencias de las diferentes iniciativas innovadoras para el cuidado de pacientes con enfermedades crónicas indican que la optimización de los resultados en salud no solo depende de buenos diagnósticos y tratamientos, sino también de la forma en que se organiza y gestiona la asistencia.

En este contexto, el presente documento ha identificado las principales áreas de mejora del actual modelo de cuidados de pacientes que viven con VIH en España, y ofrece una serie de recomendaciones de mejora utilizando como base los elementos clave de los modelos organizativos y de gestión de pacientes crónicos que han probado resultados en otras enfermedades. En este sentido, las recomendaciones incluidas en este documento serán intervenciones de organización y gestión más que intervenciones clínicas propiamente dichas. No obstante, se trata de intervenciones que deben desarrollarse conjuntamente entre clínicos, gestores y pacientes.

La figura 1 presenta un resumen de todas las recomendaciones realizadas por el grupo de expertos con el objetivo de avanzar hacia un modelo de gestión óptimo del VIH en forma de "red o sistema de cuidados local" que preste los cuidados en un entorno geográfico concreto.

▼ Figura 1: Batería de recomendaciones clasificadas en base a los componentes del CCM

Componente	Recomendaciones
1. Organización del sistema	1.1. Promover la definición de metas/resultados compartidos en clave de valor final.
	1.2. Promover el desarrollo de reuniones de coordinación
	1.3. Incorporar a las prácticas procesos de aprendizaje y mejora continua.
	1.4. Alineamiento de sistemas de incentivos con cumplimiento de metas/resultados finales definidos.
2. Diseño del modelo de prestación de cuidados	2.1. Trabajar multidisciplinariamente la mejor "oferta de cuidados evidenciados" para cada subtipo VIH
	2.2. Medir sistemáticamente el porcentaje en cada subtipo que reciben la oferta de cuidados evidenciados y procurar avanzar hacia el 100%
	2.3. Involucrar a las siguientes disciplinas en la unidad VIH: médicos expertos en VIH, personal de enfermería, farmacia hospitalaria, trabajador social y psicólogo.
	2.4. Explicitar las funciones de algunos roles profesionales en el manejo de pacientes con VIH
	2.5. Reuniones sistemáticas de contenidos clínico y organizativo
	2.6. Trabajar el co-diseño del modelo de prestación de cuidados CON los pacientes
	2.7. Explorar el uso y desarrollo de nuevas tecnologías

continúa en la siguiente página →

← comienza en
página anterior

Componente	Recomendaciones
3. Sistemas de información clínica	3.1. Promover la implementación generalizada de instrumentos de coordinación (HCE, interconsultas).
	3.2. Promover la implementación de sistemas de estratificación.
4. Sistemas de apoyo a la toma de decisiones clínicas	4.1. Asegurar la disponibilidad de sistemas de medición sistemáticos de los indicadores de calidad y seguridad clínica que recogen las guías de práctica clínica diaria
	4.2. Seleccionar y priorizar las alertas clave de apoyo a la toma de decisiones clínicas y avanzar hacia su implementación
	4.3. Integración/coordinación de los programas de interacciones farmacológicas con el sistema de receta electrónica.
	4.4. Observar prácticas en prueba y generalizar aprendizajes
5. Apoyo al autocuidado	5.1. Explicitar estrategias de autocuidado para pacientes con VIH en cada contexto local.
	5.2. Explorar con nuevas intervenciones evidenciadas en autocuidado según perfil de pacientes.
	5.3. Explotar, a nivel local, el potencial de intervenciones de autogestión con el apoyo de pares.
	5.4. Explotar el potencial de la mHealth para el autocuidado de pacientes con VIH en cada contexto local.
6. Recursos y políticas comunitarias	6.1. Desarrollar un mapa de recursos comunitarios que permita articular estrategias locales conjuntas adaptadas a las necesidades de la población de referencia.
	6.2. Especialización de los recursos y políticas comunitarias en funciones clave necesarias.
	6.3. Fortalecimiento de los recursos y las políticas comunitarias, de manera prioritaria, a satisfacer las necesidades psicosociales de colectivos con VIH más vulnerables.
	6.4. Fortalecer los recursos sociales generales de ámbito comunitario.
	6.5. Fortalecer el colectivo de trabajadores sociales y profesionales de ámbito de la salud que prestan servicios en el ámbito comunitario.

Tras presentar las 26 recomendaciones de mejora propuestas para optimizar el modelo de cuidados, el documento presenta un ejercicio de priorización de las recomendaciones, con el objetivo de facilitar la implementación de las intervenciones de forma escalonada, estableciendo un orden lógico de avance hacia la configuración de la “red local de cuidados”.

Por último, dado que la situación de partida en relación a la configuración de la “red local de cuidados” es diferente en cada contexto local, se presenta una herramienta de autoevaluación que facilite el diagnóstico de esta situación inicial de forma rápida y sencilla. A partir de este autodiagnóstico, cada contexto local podrá comenzar a planificar, en base a sus necesidades, la incorporación de las diferentes recomendaciones que se incluyen en ese documento.

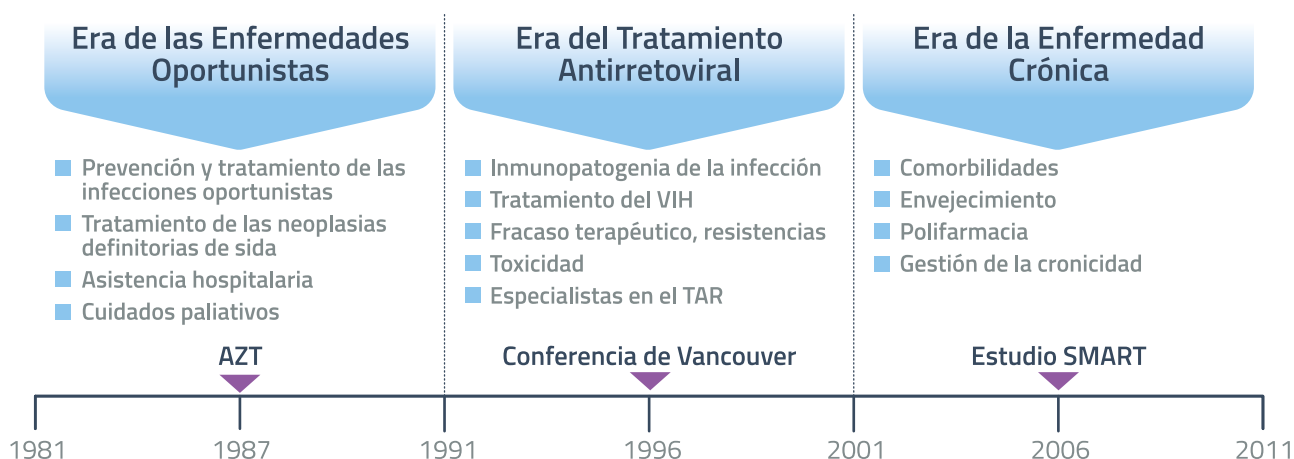
En definitiva, este documento trata de establecer las claves para avanzar hacia la creación de un modelo de cuidados del VIH más adaptado a las necesidades del nuevo escenario caracterizado por la cronicidad, es decir, avanzar hacia un modelo más proactivo, integrado, coordinado y eficiente que incluya al paciente con infección por VIH en el centro del sistema.

1

¿Por qué se necesita actualizar el modelo de cuidados de los pacientes con infección por el VIH?

Desde el comienzo de la epidemia del sida, los modelos de atención del paciente con infección por VIH^a han sido modificados a medida que las necesidades de los pacientes y las comunidades han evolucionado. A comienzos de la epidemia, la atención hospitalaria y los cuidados paliativos predominaron y posteriormente, la aparición de una terapia eficaz para la infección por VIH condujo a una mayor especialización y a centrarse en la terapia antirretroviral (TAR) cada vez más compleja como piedra angular de un cuidado efectivo de los pacientes con infección por VIH. En la última década, **la cronificación de la infección por el VIH, el envejecimiento de la población infectada, las comorbilidades y la polifarmacia** han llevado a la necesidad de una última evolución en los modelos organizativos de atención del VIH para poder atender a esta nueva complejidad de la forma más eficiente posible (Figura 2)(1).

▼ Figura 2: Principales problemas en la respuesta al VIH en tres épocas distintas, 1981-2011



Fuente: SI-Health. Adaptación Chu, C. (2011).

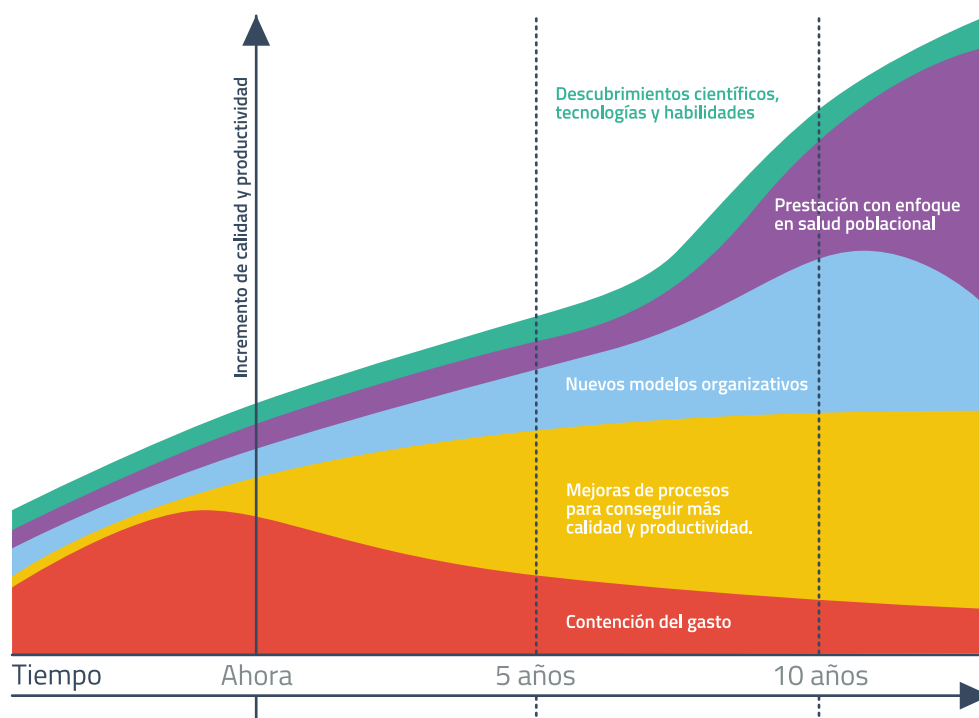
^a A lo largo del documento, los conceptos "modelo de atención del VIH" "modelo de cuidados del VIH" o "modelo de prestación del VIH" se utilizarán indistintamente para referirnos al modelo de atención/cuidados/prestación del paciente con infección por VIH.

El cuidado del VIH debe, por lo tanto, ir más allá de un enfoque centrado en el TAR a uno que aborde la compleja situación de los pacientes crónicos con especial atención a los de mayor edad, con múltiples comorbilidades y polimedicados. En este sentido, el documento “Juntos Podemos vencer al VIH” realizado durante el año 2017 propuso una serie de estrategias o líneas de actuación para avanzar de forma ordenada e integrada hacia una mejor respuesta a la infección por VIH, entre las cuales destacaba el desarrollo de una nueva forma de organización y gestión de los cuidados como enfermedad crónica(2).

Durante los últimos años han surgido diferentes modelos organizativos y de gestión para enfermedades crónicas con resultados evidenciados en distintas patologías como la diabetes, insuficiencia cardíaca, depresión o EPOC. **Estos modelos han demostrado que la optimización de los resultados en salud no solo depende de buenos diagnósticos y tratamientos, sino también de la forma en que se organiza y gestiona la asistencia.**

De hecho, en un análisis realizado por The Health Foundation se sugiere que son este tipo de intervenciones las que aportarán el máximo beneficio para aumentar la calidad y la eficiencia del sistema sanitario inglés (NHS) en la próxima década. La figura 2 muestra cómo el desarrollo de nuevos modelos organizativos, las mejoras de procesos para conseguir más calidad y productividad, y ofrecer una prestación con enfoque en salud poblacional son las intervenciones que aportarán un mayor valor sostenido en el tiempo, mientras que las estrategias de contención del gasto o los descubrimientos científicos o tecnológicos tendrán un menor impacto (Figura 3) (3).

▼ Figura 3: Tipo de intervenciones que aportarán el máximo beneficio en la calidad y la productividad del sector salud en la próxima década.



Fuente: The Health Foundation (2014).

Por tanto, si se quiere mejorar la asistencia y cubrir las necesidades futuras de los pacientes con VIH, será necesario **implementar estrategias de gestión y modelos organizativos que hayan demostrado su efectividad en otro tipo de enfermedades crónicas**. A pesar de que el VIH tiene la particularidad de ser además una enfermedad transmisible, de todas estas experiencias probablemente se puedan extraer enseñanzas para afrontar debidamente el nuevo escenario asistencial de la infección por VIH con un número creciente de personas con edad avanzada y múltiples comorbilidades, que no solo va a condicionar el aspecto específico del tratamiento antirretroviral, sino también, de manera general, el modelo de asistencia sanitaria (4).

Los distintos modelos de cuidados crónicos coinciden en destacar que la gestión completa de una enfermedad crónica implica **ofrecer un enfoque multidimensional**, es decir, un paquete de intervenciones organizativas interrelacionadas que conjuntamente consiguen que la gestión de esa enfermedad sea óptima y que mejoren los resultados clínicos (tanto de tratamiento como de prevención), así como de eficiencia en términos económicos.

En España, la atención clínica que están recibiendo los pacientes es de alta calidad, y los profesionales cuentan con una sólida trayectoria que ha permitido ofrecer muy buenos resultados clínicos. Además, estos profesionales hoy están complementando el trabajo clínico con algunas intervenciones organizativas concretas en el modelo de gestión de los pacientes con VIH (a modo de ejemplo: disponibilidad de guías clínicas de alta calidad para el apoyo a la toma de decisiones).

Sin embargo, existe una gran heterogeneidad en la implementación de estas intervenciones organizativas entre centros, y **no existe hoy ningún hospital ni ninguna organización integrada en España que esté realizando un abordaje de los pacientes con VIH con el modelo de gestión de crónicos completo**. La incorporación de algunas de las intervenciones de este tipo no garantiza la existencia de un modelo de gestión de crónicos completo y por tanto, aún existe recorrido de mejora en España.

Para avanzar hacia un mejor modelo organizativo y de gestión para la atención de la infección por VIH en nuestro medio, el presente documento tiene como objetivo describir el actual modelo de gestión de pacientes que viven con VIH y ofrecer una serie de recomendaciones de mejora utilizando como base los elementos clave de los modelos organizativos y de gestión de pacientes crónicos que han probado resultados en otras enfermedades.

En este sentido, **las recomendaciones incluidas en este documento serán intervenciones de organización y gestión** más que intervenciones clínicas propiamente dichas. No obstante, se trata de intervenciones que deben desarrollarse conjuntamente entre clínicos, gestores y pacientes.

Este documento servirá para poder trasladar a las nuevas generaciones de profesionales, que serán los responsables del cuidado de pacientes con VIH en el futuro, cuál sería el modelo organizativo óptimo para dar respuesta a este nuevo contexto caracterizado por la cronicidad. En este sentido, las recomendaciones de mejora del modelo propuestas se basarán en la experiencia de los últimos años facilitada por los profesionales que han atendido a estos pacientes y en un análisis sobre qué elementos de gestión permiten ofrecer mejor los cuidados clínicos que precisan estos pacientes.

Se espera que el nuevo modelo organizativo y de gestión del VIH como enfermedad crónica ayude a transformar un modelo asistencial reactivo, fragmentado y centrado

en el cuidado especializado de eventos agudos, a **un nuevo modelo más proactivo, integrado, coordinado y centrado en las necesidades de los pacientes con patologías crónicas**. Asimismo, la optimización del modelo de gestión también será clave para avanzar y acelerar el paso en la implementación y despliegue de nuevas intervenciones e innovaciones tanto de prevención como diagnósticas o de tratamiento, salvando multitud de barreras culturales, institucionales y profesionales (5, 6).

A modo de ejemplo, es muy improbable que la implementación y despliegue de la profilaxis pre-exposición (PrEP) sea eficaz si el modelo asistencial no está plenamente enfocado hacia una gestión proactiva que promueva una mayor autogestión del paciente, empoderándolo para mejorar la adherencia al tratamiento preventivo (6). En este sentido, diversos estudios (VOICE y FEM-PrEP) ya han mostrado que la eficacia de la PrEP por sí sola no garantiza el éxito del programa, e indican que una correcta adhesión a las tabletas y geles de PrEP son factores imprescindibles para el éxito de la intervención (7, 8). Tanto es así que la FDA, tras la aprobación de la PrEP subrayó la necesidad de que existan marcos apropiados de gestión de enfermedades que aborden la adherencia y los factores sociales y comunitarios para asegurar el éxito en la implementación y mantenimiento del programa (9).

Por último, es necesario destacar que, para mejorar el modelo asistencial, en primer lugar es preciso asegurar el relevo generacional de los especialistas en VIH, y para ello resulta imprescindible el reconocimiento de la especialidad de Enfermedades Infecciosas.

España todavía sigue siendo el único país de Europa, junto a Bélgica y Luxemburgo, que no reconoce esta especialidad como una más dentro del conjunto de especialidades médicas, pese a su aceptación como tal por parte de la Unión Europea. El hecho de dejar fuera de las especialidades la que trata las Enfermedades Infecciosas conlleva que los especialistas en VIH, muchos cerca de la edad de jubilación, no tienen profesionales con esta formación específica que los puedan relevar. Por tanto, no se produce una adecuada transmisión de los conocimientos en la especialidad ni tampoco de la valiosa experiencia acumulada, en muchos casos, desde el inicio de la pandemia de VIH/sida.

Por tanto, además de las recomendaciones propuestas en este documento para la mejora del modelo asistencial, también es preciso que se produzca el reconocimiento de la especialidad de Enfermedades Infecciosas si se pretende garantizar una atención de calidad para el futuro.

2

Objetivos del presente documento

El trabajo que se recoge en este documento persigue un triple objetivo:

1. **Describir el modelo actual de cuidados para pacientes que viven con VIH en los distintos contextos locales^b de España.** Este objetivo se ha realizado en base a las entrevistas realizadas al grupo de trabajo multidisciplinar.
2. **Identificar áreas de mejora en el modelo actual y proponer recomendaciones para su optimización.** Este trabajo se ha realizado sobre la base de:
 - a. La experiencia adquirida a lo largo de los años por los integrantes del grupo de trabajo en la atención a estos pacientes.
 - b. La revisión de los elementos clave de modelos de gestión de pacientes crónicos que han probado resultados en la práctica.
3. **Definir una herramienta de autoevaluación que permita diagnosticar el grado de avance de cada contexto local en la implementación de un modelo organizativo y de gestión con orientación a pacientes crónicos,** y ofrecer apoyo para definir un plan operativo de trabajo que permita avanzar hacia este modelo.

El trabajo resultante pretende ser de utilidad a los diferentes agentes que hoy tienen responsabilidad en el diseño e implementación del modelo organizativo y de gestión para pacientes con VIH en cada entorno local, así como a las nuevas generaciones de profesionales que van a manejar a estos pacientes en un nuevo contexto caracterizado por su cronicidad.

^b *Entorno o contexto local: Se refiere al área geográfica correspondiente a la población de referencia de una unidad VIH de ámbito hospitalario, sus centros de referencia de AP y el resto de estructuras sanitarias o comunitarias que participen en los cuidados de esa población.*

3

Metodología de trabajo

Para elaborar el presente documento, se han seguido las siguientes fases de trabajo (Figura 4):

▼ Figura 4: Fases de trabajo para la realización del proyecto



Fuente: Si-Health.

1. **Creación del grupo de trabajo multidisciplinar** compuesto por médicos expertos en enfermedades infecciosas y VIH, profesionales de atención primaria, enfermería, geriatría, farmacia, salud pública y epidemiología. Asimismo, se ha contado con la colaboración de gestores, representantes de sociedades científicas (GeSIDA, SEI-SIDA) y de la coordinadora estatal de VIH y sida (CESIDA), así como representantes de pacientes.
2. **Revisión de la literatura científica nacional e internacional** de estudios relacionados con modelos organizativos y de gestión de cuidados crónicos y su aplicación en VIH. Se ha utilizado para ello la base de datos MEDLINE además de una búsqueda libre, sin límite de lengua ni tipo de estudio. Se combinaron las siguientes palabras de búsqueda: "HIV", "chronic care model", "outcomes", "decision support", "delivery system design", "clinical information systems", "self-management support", "organization of healthcare", "community resources and policies".
3. **Investigación cualitativa por medio de entrevistas** a los miembros del grupo de trabajo, con el objetivo de:
 - a. Describir el modelo actual de cuidados para pacientes que viven con VIH existente en España.
 - b. Analizar el modelo actual en base a los elementos principales del Chronic Care Model (CCM).

- c. Proponer recomendaciones de mejora en la trayectoria de los pacientes con el objetivo de describir cuál podría ser el modelo organizativo y de gestión óptimo para el cuidado de pacientes que viven con VIH.
4. **Reuniones de trabajo del grupo multidisciplinar** con el objetivo de analizar el diagnóstico realizado en las fases anteriores y proponer recomendaciones para mejorar el actual modelo de cuidados del VIH en España, utilizando el CCM como marco de referencia. La metodología de trabajo utilizada en las reuniones presenciales se muestra a continuación (Figura 5):

▼ Figura 5: Metodología de trabajo utilizada en las reuniones presenciales



Fuente: Si-Health.

Fruto del trabajo realizado, a continuación se presenta el análisis, las conclusiones y las principales recomendaciones del grupo de expertos sobre cómo mejorar el actual modelo organizativo y de gestión del VIH en España.

4

Los modelos de crónicos

Los modelos organizativos y de gestión de pacientes con enfermedades crónicas están, relativamente, en sus inicios. **El Chronic Care Model (CCM)** de Wagner, el primer sistema ampliamente divulgado y base para posteriores enfoques, lleva en uso apenas 20 años (10-14).

Modelos más recientes, tales como el **Modelo de Cuidado Crónico Extendido**, empleado y planteado por el Gobierno de la Columbia Británica de Canadá (15), y el **Marco de Cuidado Innovador para Enfermedades Crónicas** de la OMS (5; 16-19) son, en general, variantes de ese modelo original, que enfatizan la importancia del compromiso de la comunidad, de las actividades de prevención, de promoción de salud y la necesidad de optimizar el uso de recursos y la formulación de políticas sanitarias (el anexo 1 resume las principales diferencias de estos dos modelos con respecto al CCM).

4.1. Chronic Care Model (CCM)

El principal modelo de referencia internacional en la atención a crónicos es el "Chronic Care Model" (CCM) desarrollado por Ed Wagner y por colaboradores del MacColl Institute for Healthcare Innovation de Seattle, en EE.UU.

El CCM fue el resultado de una amplia revisión bibliográfica y de las aportaciones de un grupo de expertos que identificaron las intervenciones que podrían mejorar la atención de los pacientes con enfermedades crónicas.

En este modelo, la atención a crónicos discurre en tres planos que se superponen: **1) la comunidad, con sus políticas^c y múltiples recursos públicos y privados 2) el sistema sanitario con sus organizaciones proveedoras y esquemas de aseguramiento; y 3) la interacción con el paciente en la práctica clínica.**

Dentro de este marco, el CCM identifica 6 elementos esenciales interdependientes que deben interactuar eficaz y eficientemente para alcanzar un cuidado óptimo de los pacientes con enfermedades crónicas: **los recursos y políticas comunitarias, la organización de la atención sanitaria, el apoyo al autocuidado, el diseño del modelo de cuidados, el apoyo para la toma de decisiones y los sistemas de información clínica** (Figura 6).

El propósito último de este modelo es ubicar a pacientes activos e informados como elemento central de un sistema que cuenta con un equipo dinámico de profesionales con los conocimientos y experiencia precisos. El resultado debería ser un cuidado de gran calidad, elevados niveles de satisfacción y resultados mejorados.

El modelo CCM no ofrece una solución rápida y fácil, sino una solución multidimensional a un problema complejo, con el fin último de reorientar los servicios sanitarios y ofrecer una respuesta más efectiva y eficiente a las enfermedades crónicas.

^c Se refiere al conjunto de decisiones políticas, normativas, instrumentos o medidas que tienen por objeto el acceso generalizado de la población a niveles de vida y bienestar integralmente adecuados, especialmente de los grupos más desfavorecidos, procurando que los beneficios del desarrollo alcancen a todas las capas de la sociedad con la mayor equidad.

Para lograrlo, el CCM está diseñado para promover la adopción de recomendaciones clínicas basadas en la evidencia, mejorar el trabajo en equipo y facultar a los pacientes y sus cuidadores a gestionar mejor su enfermedad. También crea un marco en el que los pacientes que necesitan intervención son fáciles de identificar y la calidad de la prestación puede ser objetivamente examinada.

▼ Figura 6: Chronic Care Model (CCM)



Fuente: The MacColl Institute (1998).

5

Resultados e impacto del Chronic Care Model (CCM) en VIH

Diferentes estudios, incluyendo revisiones sistemáticas, sugieren **que la presencia de uno o más componentes del CCM lleva a resultados clínicos mejorados y a procesos de cuidado más eficaces**, habiéndose reunido la mayoría de pruebas durante la gestión de la diabetes, insuficiencia cardíaca, asma y depresión (13, 20). Aunque en menor medida, también existen experiencias exitosas publicadas sobre la implementación del CCM en VIH (21-23).

A pesar de que los estudios del impacto económico del CCM son más limitados, se han obtenido datos de ahorro y eficacia de costos en varias enfermedades (menos hospitalizaciones, reingresos, etc.), como en el caso de los pacientes diabéticos (13, 24, 25). En VIH no hemos identificado estudios de impacto económico, salvo un estudio en Uganda que demostró que es posible mejorar los indicadores de calidad de la atención del VIH utilizando el CCM con un modesto presupuesto (23).

Todos los componentes del CCM tienen una amplia y convincente base de pruebas con respecto a su utilidad en una gran variedad de enfermedades y entornos, incluido el VIH (en el anexo 2 se incluye la evidencia en VIH de cada uno de los componentes del modelo a nivel individual).

Sin embargo, aunque la filosofía de un enfoque integrado, de facetas múltiples, es inherente al CCM, esto no implica necesariamente que cada tipo de intervención tenga el mismo grado de eficacia. Los dos componentes individuales con mayor eficacia parecen ser **el rediseño de la práctica clínica y el apoyo al autocuidado**. La evidencia en países de altos ingresos sugiere que estos dos componentes tienen el mayor impacto tanto en los procesos como en los resultados clínicos (26-28).

En cambio, las intervenciones de **apoyo a la toma de decisiones y sistemas de información** pueden mejorar modestamente la atención de las personas que viven con el VIH, con medidas de proceso más susceptibles de mejorar que las medidas de resultado. Estas intervenciones impactan más en la práctica clínica de los profesionales que en los resultados finales en los pacientes, ya que proporcionan una infraestructura importante para la prestación de servicios de atención crónica (29).

Por tanto, algunas intervenciones como el rediseño de los sistemas de prestación, pueden tener efectos positivos por ellas mismas, mientras que otras, por ejemplo los sistemas de información clínica, pueden ser beneficiosas sólo cuando se utilizan como apoyo y ayuda de otras intervenciones.

Como ya se ha avanzado, **los seis componentes del modelo de cuidados crónicos son interdependientes**, construyéndose uno sobre otro. A modo de ejemplo los re-

cursos de la comunidad, como los grupos de apoyo, ayudan a los pacientes a adquirir capacidades de automanejo. Asimismo, a medida que la tecnología avanza, algunas intervenciones se han fusionado, como sucede con las intervenciones de apoyo a la toma de decisiones y los sistemas de información. De hecho, la informatización de las herramientas de apoyo a la toma de decisiones es probablemente una característica importante que contribuye a su efectividad.

Dado que los distintos componentes del CCM están interrelacionados, es normal que la mejora en un componente también fortalezca otros componentes del modelo. Por tanto, es lógico que nos encontremos un **impacto considerablemente mayor cuando todos los componentes relevantes del CCM se aplican armoniosamente en todos los niveles del sistema de salud**, tal y como han demostrado diversos estudios (13, 28).

A modo de ejemplo, la adopción del modelo completo del CCM en 2 centros de salud (Vancouver y Prince George, British Columbia, Canadá) que atendían a una población VIH vulnerable, en gran parte aborígenes, condujo a mejoras significativas en los resultados clínicos del VIH. Tras la implementación sistemática del CCM durante un período de 18 meses (más información sobre las intervenciones incluidas en Anexo 3), los participantes del estudio mostraron un incremento estadísticamente significativo en los siguientes parámetros (21):

- inmunización neumocócica (84% frente a 54%)
- cribado de sífilis (91% frente a 56%)
- cribado de tuberculosis (38% frente a 23%)
- toma de antirretrovirales (77% frente a 47%)
- tasas de supresión de la carga viral (90% frente a 72%)

En otro estudio en EEUU, el Department of Veterans Affairs (VA) implementó un proyecto piloto que incorporaba la mayoría de los componentes del modelo CCM con el objetivo de incrementar la realización de pruebas para diagnosticar el VIH. Los primeros siete meses del programa mostraron que los centros del VA donde se incorporó el modelo CCM tuvieron un incremento en la proporción de pacientes en riesgo a los que se ofrecía la prueba del VIH de 3 a 5 veces mayor que en los centros de control. Este estudio demuestra que el éxito del modelo CCM no solo se limita a la gestión y manejo clínico de los pacientes, sino que también es útil en la identificación proactiva de casos, incrementando el número de pruebas diagnósticas del VIH para pacientes en riesgo (22).

Por último, en otro estudio realizado en 45 clínicas de VIH en EEUU donde implementaron el CCM, descubrieron que durante el período de 18 meses que duró el estudio, 32 clínicas mostraron mejoras en los parámetros de acceso al TAR y adherencia (30).

En síntesis, el CCM debe implementarse en su totalidad ya que sus componentes tienen efectos sinérgicos, donde el todo es superior a la suma de las partes. Ninguno de los componentes individuales del modelo ha sobresalido como el factor subyacente de éxito, y los paquetes de intervención multidimensional, que incluyen varios componentes del modelo, parecen ser los más efectivos (13, 28).

6

Modelo de cuidados del VIH en España hoy

De manera general, **el modelo de cuidados que se ofrece hoy a los pacientes con VIH en España se organiza en torno a cuatro fases diferenciadas**. En cada una de estas fases, los objetivos que se persiguen, los cuidados que se prestan (Figura 7), los profesionales que participan (Figura 8) y la trayectoria de los pacientes con VIH (Figura 9) son diferentes. Las dos primeras fases tienen como objetivo la identificación y diagnóstico de pacientes, mientras que la tercera y cuarta fase se centran en el manejo clínico y seguimiento de los pacientes diagnosticados. A continuación, se describe cada una de las fases del modelo de cuidados.

▼ Figura 7: Modelo de cuidados del VIH en España

	1 Identificación y captación	2 Diagnóstico	3 Gestión y cuidados clínicos	4 Seguimiento
Objetivos	■ Detección precoz de casos	■ Confirmación diagnóstica y evaluación inicial	■ Lograr supresión viral y recuperar la función inmunológica	■ Controlar la evolución del paciente
Oferta de cuidados	■ Identificación de pacientes con sospecha de infección. ■ Realización de test. ■ Seguimiento periódico de citas para poblaciones a riesgo. ■ Valorar PPE y PrEP. ■ Asegurar derivación al SS para confirmación del diagnóstico. ■ Educación sanitaria.	■ Test confirmación del diagnóstico. ■ Registro casos vigilancia epidemiológica. ■ Evaluación clínica inicial: anamnesis, examen físico, hábitos tóxicos y sexuales, antecedentes ITS, comorbilidades, evaluación farmacológica, estudio contactos, etc. ■ Evaluación de laboratorio: hemograma, bioquímica general, carga viral, linfocitos CD4 / CD8, estudio genotípico, serologías VHC, VHB, otras ITS etc. ■ Vacunaciones preventivas. ■ Valorar derivaciones a ginecología, pediatría y otros especialistas. ■ Educación sanitaria.	■ Prescribir tratamientos: TAR, efectos adversos TAR, infecciones oportunistas, comorbilidades, co-infecciones y otras ITS. ■ Prevención y profilaxis de infecciones oportunistas, comorbilidades, co-infecciones y otras ITS a través de inmunizaciones y otras terapias. ■ Valorar derivaciones a otros servicios o especialistas: Ingresos hospitalarios, cuidados de hospital de día, unidades de reproducción, unidades atención drogodependencias, apoyo psicológico, nutricionista, trabajo social etc. ■ Educación sanitaria.	■ Monitorización y seguimiento de la respuesta al TAR: carga viral y nivel CD4, efectos adversos, toxicidad, intolerancia, adherencia, resistencias, etc. ■ Monitorización y seguimiento de infecciones oportunistas, comorbilidades, co-infecciones. ■ Planificar revisiones de monitorización del tratamiento. ■ Educación sanitaria.

Fuente: SI-Health. Adaptación Gesida (2018); Casanova et al. (2013)

1. Identificación y captación

El objetivo de esta fase es la **identificación de personas en riesgo para favorecer la detección precoz de la infección oculta**.

Para ello, los distintos profesionales implicados en esta fase se encargan de captar, de forma activa o pasiva, a personas con riesgo de infección y ofrecer el test que determine su estado respecto al VIH. Las pruebas utilizadas pueden ser tests rápidos o técnicas de ELISA, y en caso de que sean positivas, se debe asegurar la confirmación diagnóstica del paciente en el sistema sanitario (en los casos detectados en la comunidad). Por último, en esta fase también se proporciona asesoramiento para evitar o reducir las prácticas de riesgo, tanto en los casos positivos como negativos, y se valora la necesidad de ofrecer profilaxis post-exposición en los casos que lo requieran (Figura 7).

Los distintos agentes que participan en esta fase pueden pertenecer tanto al ámbito sanitario (nivel hospitalario y atención primaria) como al comunitario^d. Entre otros, destacan los siguientes puntos de captación: Atención Primaria, Atención Especializada, Centros de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), Urgencias, Centros de Transfusiones, Unidades de Atención a Drogodependencias, Centros de Salud Sexual, Instituciones Penitenciarias, ONGs, asociaciones, farmacias o unidades móviles. Adicionalmente, existen otros profesionales que realizan funciones de apoyo a la prestación, como el personal de laboratorio o los profesionales de salud pública en los distintos contextos locales que aportan información epidemiológica básica para evaluar la situación del VIH y ayudar en la toma de decisiones estratégicas (Figura 8).

2. Diagnóstico

El objetivo de esta fase es **confirmar el diagnóstico previo y evaluar el estado inicial del paciente**.

Tras la obtención de un primer resultado positivo, este debe ser confirmado mediante una técnica más específica como el Western Blot. Una vez confirmado el diagnóstico, se realiza la valoración inicial del paciente, que incluye un examen físico general sistematizado, la realización de la historia clínica completa (incluyendo alergias medicamentosas, hábitos tóxicos y sexuales, antecedentes ITS, comorbilidades, medicación concomitante, uso previo de fármacos antirretrovirales, país de origen, soporte socio-familiar, nivel de estudios y evaluación de la necesidad de apoyo psicológico o psiquiátrico, etc.), y la petición de exploraciones complementarias de laboratorio (hemograma, bioquímica general, carga viral, recuento de linfocitos CD4/CD8, estudio de resistencias genotípicas, determinación del genotipo, etc.).

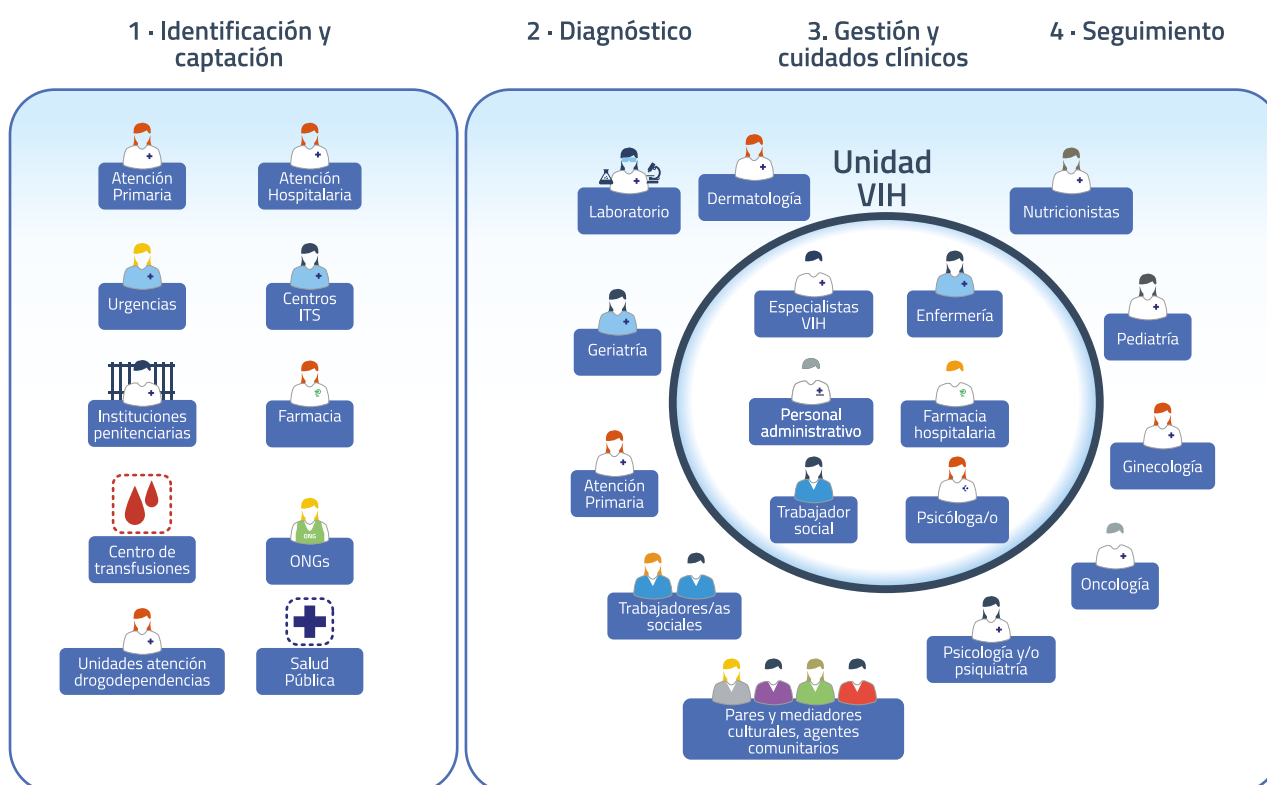
Esta evaluación permite determinar el estado inicial del paciente y detallar el estado inmunoviológico de la infección para seleccionar los tratamientos apropiados en cada caso. Adicionalmente, se ofrecen cribados y tratamientos para cánceres (anal y cérvix) y otras ITS, inmunizaciones (hepatitis A y B, virus del papiloma humano, influenza, enfermedad meningocócica, neumonía neumocócica, etc.) y se valora la derivación de algunos pacientes que, por sus características, requieren de otras especialidades para completar la evaluación inicial como, por ejemplo, la derivación de las mujeres a servicios de ginecología.

^d El ámbito comunitario engloba a todas las organizaciones que prestan sus servicios más cerca de la comunidad, entre otros, los centros de ITS, las farmacias comunitarias o las ONGs.

La evaluación clínica inicial es también una ocasión muy importante para establecer una relación médico-paciente efectiva, aconsejar sobre estrategias para evitar la transmisión del VIH, promover hábitos saludables y abordar el consumo de drogas y el chemsex. Esta evaluación se repite con periodicidad semestral y/o siempre que la situación clínica del paciente lo requiera (Figura 7).

De manera general, las actividades de esta fase se llevan a cabo en las unidades o servicios de enfermedades infecciosas de los hospitales. En un menor número de casos, algunas actividades pertenecientes a esta fase también se realizan en otros entornos, como en los centros de ITS o en Atención Primaria (Figura 8).

▼ Figura 8: Agentes del modelo de cuidados del VIH en España



Fuente: SI-Health. Adaptación Gesida (2018); Casanova et al. (2013)

3. Gestión y cuidados clínicos

El objetivo de esta fase es **alcanzar la supresión viral y recuperar la función inmunológica con el fin último de reducir la morbilidad de los pacientes, mejorar su calidad de vida y evitar la transmisión de la infección.**

Para ello, se prescriben los tratamientos necesarios que permitan mejorar la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes, así como prevenir la aparición de complicaciones futuras. Además de la prescripción del TAR, durante esta fase se ofrecen todos los tratamientos necesarios para el manejo de las infecciones oportunistas, coinfecciones

(VHC), comorbilidades o ITS, así como actividades de prevención y profilaxis de todas estas enfermedades (vacunaciones).

Adicionalmente, durante esta fase se continúa ofreciendo información al paciente sobre diversos temas: pronóstico, evolución y tratamientos; importancia de la adherencia; asesoramiento respecto a la prevención de no donar sangre, semen, ni órganos; se informa del riesgo de transmisión vertical de la infección en la mujer embarazada, y de la reducción del riesgo con el TAR y determinadas toxicidades y comorbilidades. También se ofrecen tratamientos anticonceptivos y se educa sobre la necesidad de mantener un estilo de vida saludable, evitando el consumo excesivo de alcohol, tabaco, etc (Figura 7). Por último, aunque durante esta fase también se deberían incluir todas las actuaciones o tratamientos posibles para responder a las necesidades psicosociales de los pacientes, la realidad es que no siempre es así.

Las Unidades/Servicios de Enfermedades Infecciosas de los hospitales son los principales responsables del cuidado de los pacientes en esta fase, y en especial en los aspectos relacionados con el TAR y determinadas toxicidades y comorbilidades. La configuración de los equipos de VIH es variable entre hospitales, dependiendo del tamaño del hospital, de la visión de los jefes de servicio y/o de la disponibilidad de recursos económicos. En general, estas unidades están compuestas por expertos en enfermedades infecciosas^e, personal de enfermería, farmacéuticos hospitalarios y personal administrativo. En ocasiones, algunos hospitales cuentan además con otros perfiles como psicólogos, psiquiatras, nutricionistas o trabajadores sociales.

Asimismo, teniendo en cuenta el extenso abanico de comorbilidades que pueden tener las personas que viven con VIH, además de los perfiles mencionados se requiere la participación de otros especialistas por medio de derivaciones, tanto de Atención Primaria como Especializada (Figura 8).

4. Seguimiento

El objetivo en la fase de seguimiento es **controlar y monitorizar la evolución de la infección por VIH, así como del resto de comorbilidades o infecciones que puedan existir**. Cuando el paciente tiene una carga viral indetectable, el objetivo principal es preservar la función inmunológica y mantener la supresión viral para asegurar el estado de salud del paciente y evitar la transmisión de la infección. Por el contrario, si el paciente tiene una carga viral detectable, el objetivo será lograr alcanzarla realizando los cambios necesarios en los regímenes del TAR^f.

La monitorización de la progresión de la infección, a través del recuento periódico de linfocitos CD4 y carga viral, sirve para evaluar la respuesta del paciente a los tratamientos y realizar los cambios oportunos en los regímenes del TAR. Asimismo, permite ajustar la frecuencia de las revisiones sucesivas en función de la progresión, que pueden ex-

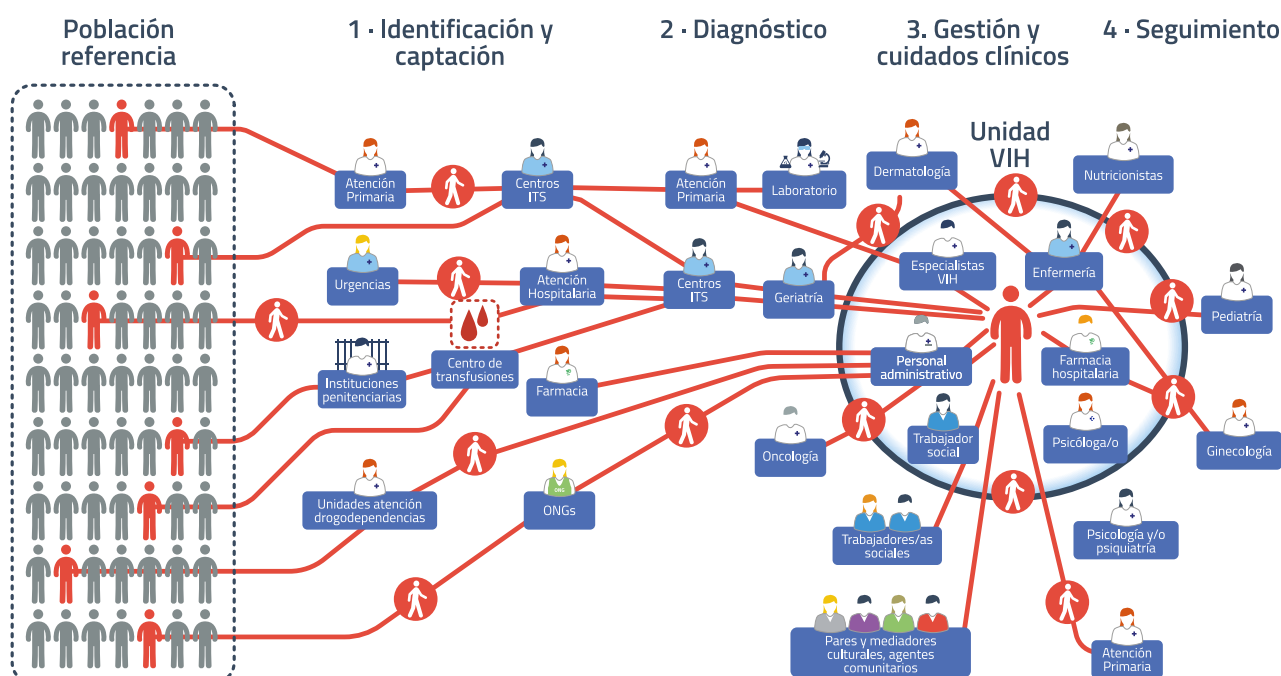
^e En España, los expertos en enfermedades infecciosas son especialistas en medicina interna, y en casos excepcionales pueden ser microbiólogos con formación clínica. En cualquier caso, es preciso que se produzca el reconocimiento de la especialidad de Enfermedades Infecciosas si se pretende garantizar una atención de calidad para el futuro.

^f Para realizar el cambio de régimen del TAR, es necesario investigar si el paciente recibe la dosificación correcta, si existen obstáculos farmacocinéticos (interacciones) que pueden afectar la eficacia de la pauta, así como la adherencia al tratamiento. Además, se debe investigar si existen resistencias mediante un test genotípico. Si no se pueden corregir los factores previos o si existen resistencias, se valora el cambio del TAR.

tenderse hasta los 6-12 meses en los casos de pacientes con carga viral indetectable. Adicionalmente, estas revisiones sirven para controlar y prevenir la aparición de efectos adversos a los fármacos o nuevas enfermedades, controlar posibles cambios en la historia clínica (cambios en el estado psicológico, apoyo familiar, etc.), así como investigar la presencia de prácticas de riesgo y continuar promocionando hábitos saludables y conductas sexuales más seguras (Figura 7).

El seguimiento de la respuesta del paciente a los tratamientos, ya sea el TAR o cualquier otro tratamiento, se realiza en las Unidades/Servicios de Enfermedades Infecciosas de los hospitales. Asimismo, durante esta fase también se requiere la participación de otros especialistas por medio de derivaciones, tanto de Atención Primaria como Especializada (Figura 8). En resumen, la figura 9 muestra de manera gráfica las múltiples trayectorias o itinerarios que pueden seguir los pacientes que viven con VIH en España.

▼ Figura 9: Trayectoria del paciente con infección por VIH



Fuente: Elaborado por Si-Health en base a entrevista estructurada al grupo de trabajo multidisciplinar.

7

Análisis de áreas de mejora y propuesta de recomendaciones al modelo actual

En España, los pacientes con VIH han recibido tradicionalmente una asistencia excelente que, unido a los avances en el tratamiento antirretroviral, ha permitido que su esperanza de vida se aproxime a la de la población general. Además, existe mucho trabajo avanzado en algunos de los componentes de los modelos de crónicos. A modo de ejemplo, se dispone de guías clínicas de gran calidad y se colabora activamente con organizaciones no gubernamentales consolidadas en la respuesta al VIH. Sin embargo, **no se ha identificado ningún contexto local que haya puesto en marcha todas las intervenciones en su conjunto.**

Para poder identificar y clasificar las distintas áreas de mejora del modelo de cuidados del VIH, se ha utilizado el marco del CCM. Para ello, se ha revisado la situación actual del modelo de cuidados del VIH en relación a las distintas herramientas de gestión a las que hace referencia cada uno de los componentes de este modelo.

A continuación se presenta un **resumen de las principales herramientas de gestión** que han sido revisadas por el grupo en cada uno de los componentes del CCM:

1. **Organización del sistema:** Dentro de este componente se analizaron las herramientas de gestión que permiten crear las condiciones idóneas para avanzar hacia un modelo de cuidados del VIH como un "sistema" o "red de cuidados". Para ello, se revisó la disponibilidad y el uso de los siguientes mecanismos que permiten el trabajo conjunto entre estructuras:
 - Disponibilidad de metas e indicadores compartidos entre los distintos agentes involucrados en la gestión de pacientes que viven con VIH. Asimismo, se analizó si las metas existentes estaban definidas en clave de resultados finales vs actividad.
 - Utilización de procesos de monitorización y evaluación de los resultados mediante reuniones periódicas entre los distintos agentes sanitarios y comunitarios, así como el uso de procesos de aprendizaje y mejora continua para implementar mejoras.
 - Existencia de un liderazgo que impulse las estrategias y los recursos necesarios para promover el cambio.
 - Uso de incentivos compartidos en base a los resultados finales definidos.

2. **Diseño del modelo de prestación de cuidados:** En este componente se analizaron los distintos instrumentos o mecanismos que permiten reorganizar la prestación para ofrecer una asistencia más proactiva, eficaz, eficiente y adaptada a las nuevas necesidades de los pacientes que viven con VIH. Para ello, se valoró la existencia de:
 - Un diseño horizontal del proceso asistencial.
 - Una atención multidisciplinar.
 - Trabajo en equipo, con roles y tareas claramente distribuidas entre los miembros de los equipos.
 - Mecanismos de coordinación entre niveles.
 - Un seguimiento regular de los pacientes por parte del equipo médico, de modo que los pacientes no queden solos una vez abandonen la consulta. En este sentido también se analizó la existencia de experiencias de telemedicina, etc.
3. **Sistemas de información clínica:** En este componente se analizó el estado de los distintos registros y sistemas de información clínicos que permiten ofrecer una atención más coordinada, efectiva y eficiente de los pacientes que viven con VIH. Para ello, se valoró el estado actual de las siguientes herramientas:
 - Historia clínica electrónica compartida como elemento nuclear de coordinación.
 - Sistemas de interconsultas, incluyendo e-consultas o interconsultas virtuales.
 - Sistemas de registro y estratificación de pacientes^g, tanto poblacionales como individuales, que faciliten la identificación de subpoblaciones relevantes para realizar una atención proactiva.
4. **Sistemas de apoyo a la toma de decisiones clínicas:** En este componente se analizó la disponibilidad y uso de los distintos instrumentos que facilitan la toma de decisiones clínicas de los profesionales sanitarios. Para ello, se revisó el estado actual de los siguientes instrumentos:
 - Disponibilidad y uso de protocolos y guías de práctica clínica basadas en la evidencia.
 - Los métodos utilizados para la formación de profesionales.
 - Existencia de alertas y recordatorios clínicos para profesionales en los sistemas de información.
5. **Apoyo al autocuidado:** En este componente se analizó el estado de las distintas intervenciones dirigidas a promover el rol central de los pacientes en sus cuidados. Las estrategias de autocuidado revisadas fueron las siguientes:
 - Disponibilidad y difusión de materiales informativos y formativos (webs, folletos, etc.)

^g Los sistemas de estratificación de pacientes son sistemas que permiten clasificar a los pacientes en grupos con características comunes. La estratificación poblacional en base al riesgo o a la complejidad clínica permite adecuar las intervenciones al nivel de riesgo de cada paciente. Por otro lado, la estratificación o segmentación de pacientes a nivel individual permite clasificar a pacientes con características comunes para establecer una "oferta de cuidados" homogénea en cada uno de los grupos de pacientes identificado, independientemente del nivel de riesgo.

- Existencia de intervenciones de activación y empoderamiento de pacientes para fomentar el autocuidado, tanto en el entorno sanitario como comunitario.
 - Uso del mHealth para proporcionar apoyo a los pacientes en su autogestión.
 - Uso de estrategias de toma de decisiones compartidas que incluyan el establecimiento conjunto de metas, la planificación de acciones y la resolución de problemas.
6. **Recursos y políticas comunitarias:** En este componente se analizó el estado de los recursos y políticas comunitarias que ayudan a satisfacer las necesidades de los pacientes que viven con VIH. Para ello, se valoraron las siguientes estrategias:
- Estrategias dirigidas a promover el acceso de los pacientes a recursos sociales (residencias, pisos, etc.) y comunitarios (ONGs, etc.).
 - Existencia de acuerdos con organizaciones comunitarias para apoyar y desarrollar intervenciones conjuntas que complementen los servicios sanitarios.
 - Políticas dirigidas a mejorar la situación de las personas que viven con VIH.

Teniendo en consideración estas herramientas organizativas y de gestión, a continuación se presenta un **resumen de las principales áreas de mejora identificadas** en el actual modelo organizativo de los cuidados que se prestan a personas que viven con VIH (Figura 10).

7.1. Áreas de mejora con carácter general

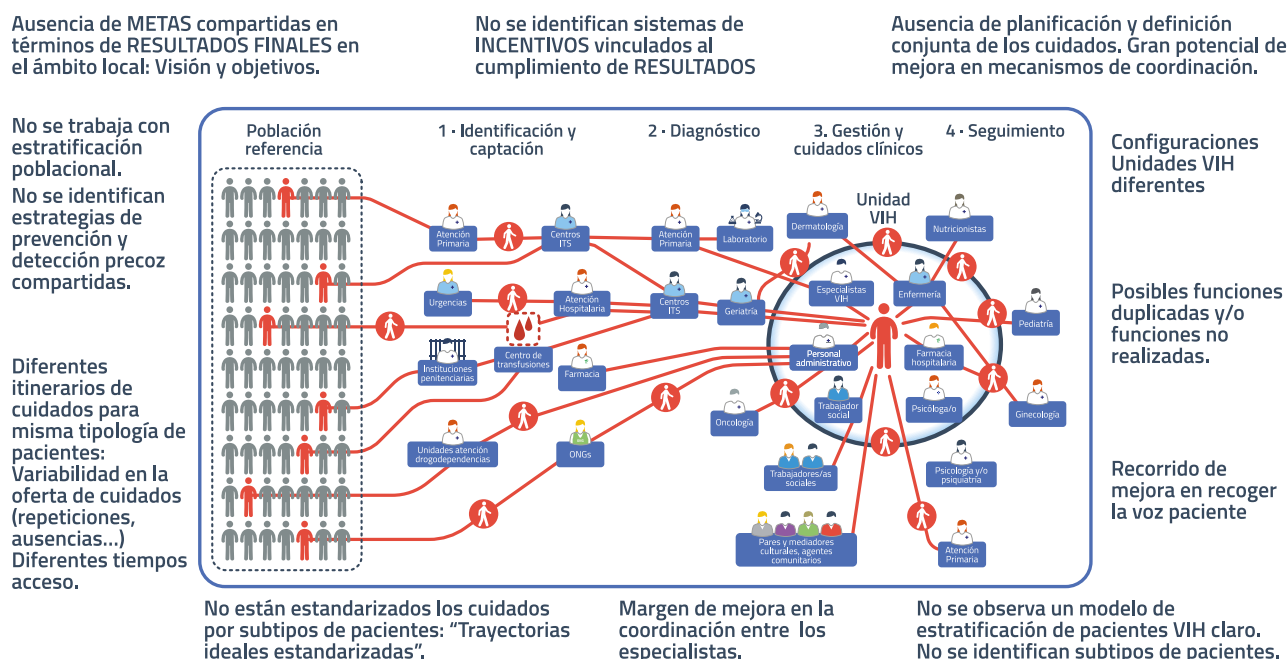
- En general, **no existe una visión única ni resultados compartidos por los distintos agentes** involucrados en el cuidado de pacientes que viven con VIH en cada contexto local. La asistencia está organizada en silos que trabajan con la mejor voluntad, pero no se identifica una red funcionando ni se observan actuaciones compartidas sobre una población común de referencia. Las metas y objetivos existentes en la actualidad se establecen de forma individual en cada centro o estructura asistencial, y generalmente están focalizados al consumo de recursos y no a la consecución de valor o resultados finales para pacientes y profesionales. Con resultados finales el grupo se refiere a la medición y análisis de indicadores relacionados con:
 - La calidad y seguridad clínica de todos los pacientes de un determinado contexto local.
 - Los pacientes que no continúan la trayectoria por el sistema sanitario tras su diagnóstico (pacientes “perdidos”).
 - La eficiencia o reducción de desperdicio (pruebas o actos clínicos duplicados que se generan en el manejo de estos pacientes, etc.).
 - La calidad de vida del conjunto de pacientes.
 - La incorporación de la voz de los pacientes en términos de experiencia, satisfacción y/o participación en su manejo clínico.
- **Tampoco se identifican sistemas de incentivos vinculados al cumplimiento de resultados.** En general, los incentivos identificados están vinculados a la consecución de objetivos generales de los centros a nivel individual (nº pacientes en listas

de espera, gastos en bienes y servicios, coste promedio del TAR, etc.), y cuando existen incentivos vinculados a resultados (% de pacientes indetectables, etc.), se consideran arbitrarios por lo que no cumplen con su verdadero objetivo.

- Se observa una **ausencia de planificación y definición conjunta de los cuidados, y existe un gran potencial de mejora en mecanismos de coordinación**. Actualmente, los mecanismos de coordinación por excelencia son los informes médicos en la historia clínica electrónica (HCE) y las interconsultas. Además, también existen algunas vías rápidas o protocolos específicos, pero su uso no es algo generalizado.
- **Los contextos locales no disponen de registros poblacionales de colectivos vulnerables en su área de influencia**. Por tanto, no se identifican estrategias de prevención y detección precoz compartidas, lo que provoca que el potencial preventivo no esté suficientemente explotado.
- **Existe variabilidad en los itinerarios y en la oferta de cuidados** que se ofrecen para la misma tipología de pacientes. Esto provoca diferencias en los tiempos de acceso a los cuidados, duplicaciones o ausencias de algunos procedimientos, etc.
- **La configuración de los equipos en las unidades de VIH es variable** en función del tamaño del hospital, los recursos económicos disponibles y/o la visión de las jefaturas del servicio. En general, todas las unidades de VIH están compuestas por médicos expertos en enfermedades infecciosas y VIH, personal de enfermería y personal administrativo. Además, los farmacéuticos hospitalarios participan en el manejo de pacientes, aunque pueden o no pertenecer al equipo de la unidad de VIH. Asimismo, en función de las necesidades y de los recursos disponibles, existen otros profesionales que suelen formar parte de estos equipos, como los trabajadores sociales, los psicólogos, los mediadores culturales o los pares que prestan a los pacientes diversos tipos de apoyo (emocional, social, instrumental, informativo y afiliativo, entre otros).
- Con carácter general, **no se observa que exista un sistema o modelo para la clasificación de pacientes en las unidades de VIH**, por lo que no se identifican subgrupos de pacientes con las mismas características.
- Al no tener los subgrupos de pacientes identificados, **tampoco están estandarizados los cuidados clínicos evidenciados para cada perfil de paciente**. No existen "trayectorias ideales estandarizadas" para cada subgrupo de pacientes, lo que reduciría la variabilidad al no tener que reinventar la trayectoria de cuidados con cada paciente.
- **Se detectan posibles funciones duplicadas y/o funciones no realizadas**. A modo de ejemplo, las iniciativas de empoderamiento y adherencia al tratamiento pueden ser realizadas, en función del contexto, por distintos profesionales sanitarios y comunitarios que pueden duplicar algunas tareas: enfermería, farmacia hospitalaria, pares, etc.
- Existe un **gran margen de mejora en la coordinación entre especialistas**, que generalmente lo hacen a través de informes médicos. En especial, parece que la coordinación entre niveles asistenciales requiere un mayor impulso.
- Aunque se cuenta con **guías y protocolos clínicos de alta calidad, no se mide sistemáticamente su cumplimiento y se desconoce su nivel de implementación**. Por tanto, se intuye una posible variabilidad clínica susceptible de mejora.

- Existe **recorrido de mejora en escuchar la voz del paciente y orientar intervenciones a adecuar la prestación a sus preferencias en la medida que sea posible**, por ejemplo, en relación a promover el acto único o a facilitar la recogida de la medicación.

▼ Figura 10: Áreas de mejora del modelo de cuidados



Fuente: Elaborado por Si-Health en base a entrevista estructurada al grupo de trabajo multidisciplinar.

Todas estas áreas de mejora identificadas provocan **dificultades a nivel organizativo, a nivel de coordinación y optimización** de los distintos tipos de cuidados ofrecidos por cada agente, **así como de planificación y asignación de recursos** humanos, técnicos y/o económicos por cada estructura asistencial.

Todo ello conlleva riesgos de variabilidad en la atención médica, tanto en calidad como en seguridad clínica, y dificulta la optimización del potencial preventivo y de los recursos disponibles. En última instancia, estos riesgos **impactan negativamente en los resultados finales de la respuesta al VIH**, tanto en términos de resultados clínicos como de eficiencia, así como de satisfacción de pacientes y profesionales.

Partiendo de esta valoración general, a continuación se presentan con mayor detalle las distintas áreas de mejora identificadas en cada uno de los componentes del CCM, así como las distintas recomendaciones que el grupo multidisciplinar ha realizado, en base a su experiencia, para mejorar el actual abordaje de pacientes con VIH^h.

^h Este contenido es el resultado de las entrevistas realizadas con cada uno de los miembros del grupo de trabajo, y ha sido validado en las reuniones de trabajo por consenso.

7.2. Áreas de mejora específicas por cada componente del CCM

1 - Organización del sistema

⚠ Áreas de mejora

El tipo de liderazgo, la existencia de metas e indicadores de resultados y el uso de incentivos y procesos de mejora continua son los distintos instrumentos o herramientas de gestión revisados en este componente del CCM. A continuación se presentan las principales áreas de mejora identificadas en este análisis:

- En general, no existen **resultados clínicos compartidos** en la práctica de los diferentes agentes de un contexto local determinado. No existe una visión ni metas/objetivos compartidos entre agentes.
- En general, tampoco existen **sistemas de incentivos vinculados al cumplimiento de resultados clínicos**. Los incentivos, cuando existen, están vinculados a la consecución de objetivos de cada estructura sanitaria (hospitales, atención primaria, etc.), siendo poco atractivos para clínicos y, posiblemente, para pacientes. Estos incentivos están generalmente vinculados a la actividad y/o al consumo de recursos, y no tanto a la consecución de resultados finales (calidad y seguridad, eficiencia, satisfacción de pacientes y profesionales, potencial preventivo, etc.).
- No se identifican **procesos de aprendizaje y mejora continua** estructurados para la evaluación y optimización del sistema de organización de cuidados, ni para la evaluación y mejora de los resultados clínicos globales.
- Tampoco parecen habituales las **reuniones periódicas** entre los niveles asistenciales involucrados en el manejo del VIH y otros agentes comunitarios.
- Por último no se identifican, con carácter general, **reuniones de planificación conjunta** entre agentes del hospital, atención primaria y el ámbito comunitario. La planificación y organización de la asistencia se realiza en silos, por lo que el potencial preventivo de la enfermedad no está suficientemente aprovechado.

📄 Recomendaciones

En relación a este componente del CCM, el grupo de trabajo recomienda, en base a su experiencia, lo siguiente:

1. **Promover la definición de algunas metas/resultados compartidos** entre los diferentes agentes que manejan pacientes con VIH en cada contexto local (unidades de VIH hospitalarias, atención primaria de referencia y los principales agentes comunitarios). Estas metas deberían ser definidas en clave de resultados o valor final y no en base a la actividad o al consumo de recursos. Algunas dimensiones de resultados finales para la identificación de las metas podrían ser:
 - a. La mejora del potencial preventivo y la detección precoz.

- b. La calidad y seguridad clínica de los pacientes con VIH.
 - c. La eficiencia del sistema.
 - d. La calidad de vida y mejora de la voz de los pacientes.
 - e. La satisfacción de los equipos profesionales involucrados.
2. **Promover el desarrollo de reuniones periódicas de coordinación** entre los diferentes agentes (nivel hospitalario, atención primaria y agentes comunitarios) para evaluar y valorar el avance de las metas/resultados y sugerir nuevas intervenciones conjuntas. Se recomienda inicialmente que estas reuniones sean presenciales para fomentar la consolidación de una red de profesionales que trabajan de manera colaborativa el abordaje del VIH. No obstante, posteriormente estas reuniones podrían organizarse de manera virtual gracias al desarrollo de las tecnologías de la información.
3. **Incorporar procesos de aprendizaje y mejora continua** en las prácticas de gestión de los diferentes agentes y niveles asistenciales. A modo de ejemplo, métodos como el PDSAⁱ o similares.
4. **Alinear los sistemas de incentivos con el cumplimiento de las metas/resultados finales** definidos, es decir, la asignación de recursos económicos debería ser en clave de valor final en el abordaje del VIH.

Las dos primeras recomendaciones se consideran fundamentales para mejorar la actual organización del sistema de cuidados para pacientes con VIH. En cambio, las recomendaciones tres y cuatro pretenden iniciar el alineamiento de incentivos y resultados finales, así como, promover el desarrollo de procesos de mejora y aprendizaje conjuntos. No obstante, es necesario ir superando las etapas previas.

Por otra parte, existe consenso en afirmar que sean las unidades de VIH las que lideren la definición de estos nuevos procesos (definición de metas compartidas y sistematización de reuniones de seguimiento periódicas) en cada contexto local por razón de su experiencia, trayectoria y visión global en el manejo de estos pacientes.

El establecimiento de metas compartidas en un entorno local permitirá la auto-evaluación del rendimiento conjunto de los distintos agentes, así como la realización de procesos de benchmarking entre redes locales para aprender y avanzar colaborativamente.

Este tipo de métricas son cada vez más comunes en gestión sanitaria, y pueden servir no solo para uso externo, sino también a nivel interno. En este último caso, el seguimiento de estos indicadores informará no sólo a los gestores, sino también a los profesionales sanitarios ya que revelan resultados clínicos, de modo que posteriormente se pueden explorar áreas de mejora conjuntas, ayudando a crear una cultura y dinámica de trabajo nueva.

ⁱ PDSA: El ciclo PDSA o ciclo de Deming es una estrategia de mejora continua de la calidad en cuatro pasos repetidos que se deben de llevar a cabo consecutivamente. Estos pasos son: Plan, Do, Study, Act (Planificar, Hacer, Evaluar y Actuar).

2. Diseño del modelo de prestación de cuidados

⚠ Áreas de mejora

La existencia de una atención multidisciplinar, el trabajo en equipo, el diseño horizontal del proceso asistencial, la coordinación entre niveles o el seguimiento regular de los pacientes son los distintos conceptos analizados por el grupo de trabajo en este componente del CCM. A continuación se presentan las principales áreas de mejora identificadas en este análisis:

- Con carácter general todas las unidades de VIH proveen la oferta de cuidados descrita anteriormente en el modelo. Sin embargo, se observa que el diseño del modelo de prestación de cuidados es muy dependiente del contexto y de los recursos disponibles. A modo de ejemplo, los roles profesionales involucrados en las unidades de VIH o los protocolos que se desarrollan en cada unidad difieren sustancialmente entre hospitales.
- Se observa margen claro de mejora en el trabajo en equipo y en la coordinación de los cuidados entre profesionales, ya que la prestación sigue fragmentada y organizada en silos.
- Parece observarse recorrido de mejora en el aprovechamiento de determinadas funciones por parte de algunos roles profesionales. Entre los roles con potencial de desarrollo destaca la enfermería, la farmacia hospitalaria o la mayor involucración de los pares en actividades de formación, soporte psicológico no profesional y/o promoción de actividades preventivas, etc.
- No es posible saber el grado de adecuación de la práctica clínica evidenciada a la oferta de cuidados real que se le está prestando a los diferentes perfiles de pacientes con VIH ya que, con carácter general, no se está midiendo su cumplimiento en las unidades de VIH.
- Por último, no han sido identificadas trayectorias de cuidados evidenciadas pres-tándose en la práctica para perfiles concretos de pacientes.

📄 Recomendaciones

En relación a este componente del CCM, el grupo de trabajo recomienda, en base a su experiencia, lo siguiente:

1. Trabajar multidisciplinarmente la definición de **la mejor “oferta de cuidados evidenciados” para cada uno de los principales perfiles de pacientes con VIH**. En este ejercicio es importante asegurar la presencia de todas las disciplinas con capacidad de definir la oferta de cuidados evidenciados para un perfil concreto de pacientes.
2. **Medir sistemáticamente el porcentaje de pacientes de cada perfil que recibe la oferta de cuidados evidenciados**, marcando objetivos de mejora que aseguren avanzar hacia el 100% de los pacientes que reciben la oferta de cuidados completa en cualquier unidad de VIH.
3. Promover la **implicación** (con carácter permanente o semipermanente) **de las siguientes disciplinas clínicas en las unidades de VIH**: médicos expertos en VIH, personal de enfermería, farmacéuticos/as hospitalarios, trabajadores sociales y psicólogos.

4. Trabajar la **explicitación de funciones “adicionales” de algunos roles profesionales** involucrados en la prestación de cuidados a pacientes con VIH y para los que no existe una definición clara y consensuada entre el resto de agentes. En concreto, el grupo considera que los siguientes roles aportan un valor nuclear en el desarrollo de las siguientes funciones:
 - a. Atención primaria: implicación en detección precoz, detección de efectos secundarios e interacciones farmacológicas y manejo de comorbilidades.
 - b. Enfermeras expertas en VIH: educación para la salud en autocuidado, prevención de riesgos (primaria, secundaria y terciaria) y reducción de daños de todos los pacientes, acciones relacionadas con el desarrollo de la telemedicina, seguimiento clínico de pacientes poco complejos, así como vacunaciones y otras medidas higiénicas y preventivas.
 - c. Farmacia: valoración, adaptación y cumplimiento de objetivos en relación a la farmacoterapia, interacciones farmacológicas, intervenciones de educación y fomento de la adherencia a los tratamientos, mejora de la activación en relación a la farmacoterapia y desarrollo de la telefarmacia.
5. Promover el **trabajo en equipo y el desarrollo de reuniones sistemáticas** (trimestrales, semestrales, etc.) de contenidos clínicos y organizativos entre los diferentes profesionales de la unidad de VIH y el resto de profesionales con responsabilidad en el seguimiento de pacientes.
6. Trabajar el **co-diseño del modelo de prestación de cuidados con los pacientes**. Algunas iniciativas que este grupo recomienda incorporar son:
 - a. Procurar una mayor coordinación entre profesionales que facilite el acto único (pruebas, consulta y dispensación de medicación en una única visita).
 - b. Desarrollar iniciativas de optimización del modelo de atención farmacéutica y la mejora de la experiencia del paciente en el manejo de su farmacoterapia.
 - c. Avanzar en iniciativas de humanización de la asistencia: señalética adecuada, protección de la intimidad del paciente que vive con VIH, etc.
7. Explorar el **uso y desarrollo de las nuevas tecnologías** (telemedicina) para:
 - a. Realizar el seguimiento de pacientes de manera proactiva, especialmente para pacientes que tienen dificultades para acudir al hospital.
 - b. Fomentar la coordinación y el trabajo colaborativo de todos los agentes (intra-hospitalario y comunitario, incluida la AP).

Este componente del modelo es especialmente importante dado que la organización de los cuidados impacta de manera directa en los resultados finales de los pacientes. Por ejemplo, trabajar la definición de la mejor oferta de cuidados evidenciados para los distintos perfiles de pacientes VIH permite planificar los principales procesos de cuidados y evita que deba reinventarse la estrategia para cada paciente. En este sentido, las organizaciones más avanzadas (Karolinska, Uppsala, Clínica Mayo, Intermountain, McColl/Seattle) procuran especificar las decisiones de antemano y planifican el modelo de cuidados separando grupos heterogéneos en subgrupos clínicamente comunes, explicitan las decisiones diagnósticas y los criterios de pruebas, definen los flujos de pacientes (ingresos, altas, etc.) e implementan sistemas de apoyo a la decisión clínica y algoritmos de tratamiento. Todo ello ayuda a reducir la variabilidad clínica, y contribuye

a asegurar una mayor equidad en los cuidados recibidos por los pacientes, independientemente del contexto local donde se produzcan.

Asimismo, la medición y monitorización sistemática del porcentaje de pacientes que recibe la oferta de cuidados evidenciados es igualmente importante. Existen estudios que confirman que la mayoría de los pacientes no reciben todos los cuidados evidenciados que necesitan, tanto en términos preventivos como en los cuidados necesarios para las enfermedades crónicas (31).

Por último, la integración en el modelo de prestación de cuidados de la potencialidad que ofrece el trabajo en equipo, la coordinación, la multidisciplinaridad y las tecnologías está igualmente evidenciado en la literatura científica, como muestra un estudio que sugiere que un aumento del trabajo en equipo del 5% conlleva un descenso del 3,3% en la mortalidad de los pacientes (32).

3. Sistemas de información clínica

⚠ Áreas de mejora

El estado de la historia clínica electrónica compartida y los sistemas de registros y estratificación de pacientes son los principales instrumentos de gestión analizados por el grupo de trabajo en este componente del CCM. A continuación se presentan las principales áreas de mejora identificadas en este análisis:

- La coordinación entre los profesionales que atienden a pacientes con VIH se realiza, con carácter general, a través de los **informes clínicos incluidos en la historia del paciente**.
- Existen diferencias entre los distintos entornos y comunidades autónomas en cuanto al nivel de implementación de la **historia clínica electrónica compartida (HCE)**. No obstante, parece que la implementación de la HCE es un objetivo compartido en todas las CCAA.
- Se detecta recorrido de mejora en la **incorporación de inteligencia a la información contenida en los registros**.
- Aunque la mayoría de las personas del grupo insiste en las necesidades de trabajar la **estratificación de pacientes** (usuarios de chemsex, mujeres embarazadas, coinfectados, etc.), no se identifican sistemas implementados en las unidades de VIH. Recientemente se ha desarrollado un modelo de estratificación de pacientes con VIH en las unidades de pacientes externos de los servicios de Farmacia Hospitalaria (33-35), y en algunos contextos se está trabajando la estratificación poblacional de riesgo. Sin embargo, esta última no está siendo utilizada, con carácter general, para la definición de intervenciones sobre pacientes con VIH.

📄 Recomendaciones

En relación a este componente del CCM, el grupo de trabajo recomienda, en base a su experiencia, lo siguiente:

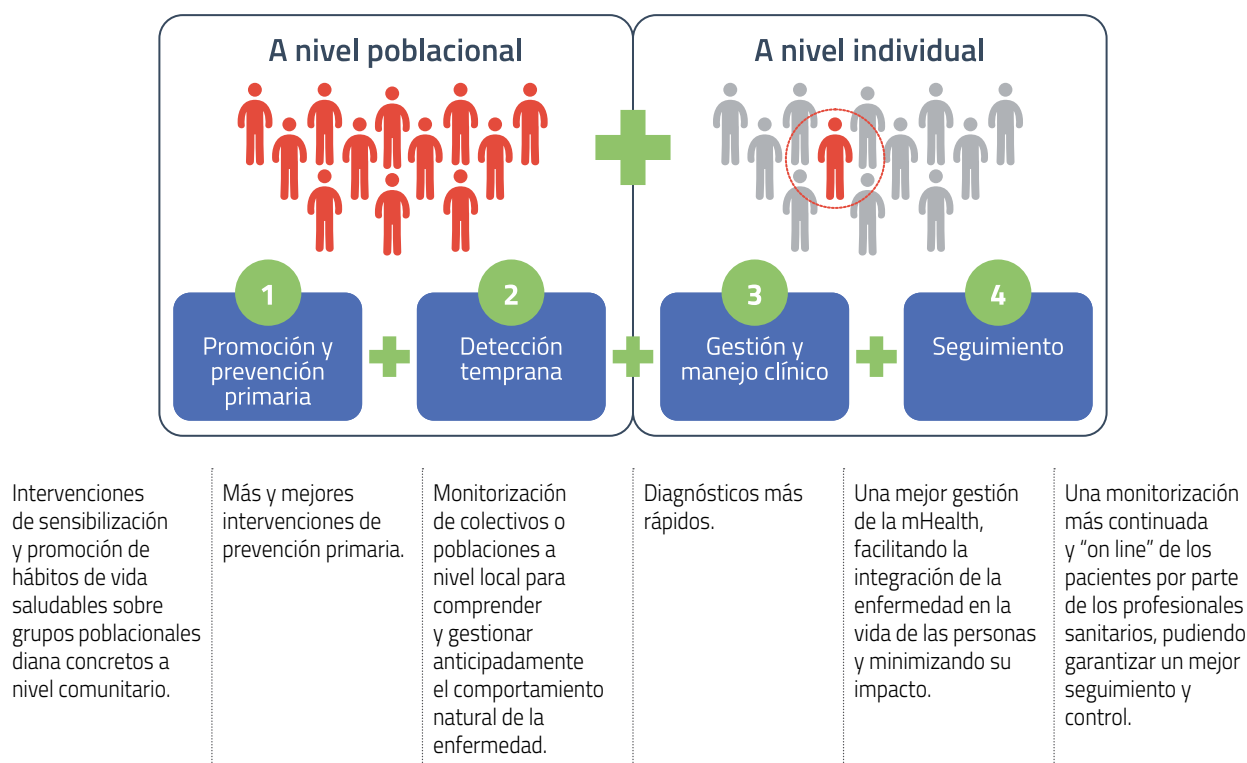
1. Promover la implementación generalizada de instrumentos de coordinación, con foco especial en la implementación de la **historia clínica electrónica compartida y las interconsultas** (36).

2. Promover la implementación de sistemas de estratificación a dos niveles:
 - a. Poblacionales a nivel comunitario para poder priorizar intervenciones sobre poblaciones vulnerables.
 - b. De pacientes con VIH en las unidades para adecuar los cuidados a los diferentes perfiles de pacientes.

Incluir un sistema de estratificación de pacientes en la unidades de VIH es una recomendación íntimamente relacionada con la definición de la mejor “oferta de cuidados evidenciados” para cada perfil de paciente con VIH. Aunque esta última se puede realizar sin necesidad de un sistema de estratificación, lo ideal sería poder disponer de este sistema automatizado, ya que ayudaría a identificar y clasificar los pacientes por perfiles y evaluar, incluso en tiempo real, si están recibiendo la oferta de cuidados evidenciados que les corresponde.

En este sentido, muchos de los avances que se están produciendo en las tecnologías sanitarias (TICs) están abriendo nuevas posibilidades para transformar y mejorar los procesos de trabajo. Los registros electrónicos de datos, la aplicación de inteligencia artificial, la digitalización o automatización de procesos o la obtención de datos en tiempo real permiten, entre otros, la captación y el análisis de datos de formas que hasta ahora no eran posibles. Todo ello abre un nuevo abanico de posibilidades de intervención en diversos ámbitos del abordaje de los pacientes con VIH (vigilancia, prevención, manejo y seguimiento, etc.) (Figura 11).

▼ Figura 11: Nuevas posibilidades de actuación gracias a los avances en las TICs



Fuente: Si-Health.

4. Sistemas de apoyo a la toma de decisiones clínicas

⚠ Áreas de mejora

Los protocolos y guías de práctica clínica, los sistemas de alertas y la formación de profesionales son los distintos instrumentos de gestión analizados por el grupo de trabajo en este componente del CCM. A continuación se presentan las principales áreas de mejora identificadas en este análisis:

- Existen guías clínicas que son referencia hoy en el diagnóstico y manejo de los pacientes con VIH, así como un amplio consenso en valorar su alta calidad. Incluso existen, en algunos casos, guías adaptadas a los diferentes contextos de cada unidad VIH. Sin embargo, la **aplicación de las guías a la práctica asistencial no se mide** y por tanto, no se puede validar su grado de cumplimiento. En este sentido, se intuye una posible variabilidad clínica susceptible de mejora.
- No existen, con carácter general, **instrumentos que incentiven el uso de las guías clínicas**: modelo de incentivos y desincentivos asociado a resultados.
- Tampoco se identifica, con carácter general, la **integración de las recomendaciones de las guías en los sistemas de información** o aplicaciones de uso clínico diario, salvo las alertas que están automatizadas.
- Se identifican alertas disponibles e integradas en los sistemas de información para la práctica clínica, con diferentes objetivos y para diferentes agentes (disciplinas clínicas de la unidad VIH, atención primaria, laboratorio, etc.). No obstante, el grupo ha identificado **recorrido de mejora en la definición e implementación de este tipo de alertas**, siempre manteniendo un equilibrio entre cantidad y calidad. Especialmente en atención primaria sería interesante revisar los sistemas actuales de alertas y realizar una recomendación general que equilibre el número de alertas y su efectividad.
- La formación se lleva a cabo a través de **congresos y formación continuada**, mayoritariamente en el ámbito clínico y de gestión. En estas formaciones el papel de las Sociedades Científicas y la industria es muy relevante.
- Por último, no se identifican **formaciones estructuradas** para la mejora de la organización de los cuidados.

📄 Recomendaciones

En relación a este componente del CCM, el grupo de trabajo recomienda, en base a su experiencia, lo siguiente:

1. Asegurar la **disponibilidad de sistemas de medición sistemáticos de los indicadores de calidad y seguridad clínica** que recogen las guías en la práctica clínica diaria de las unidades de VIH:
 - a. Se recomienda sistematizar la búsqueda de evidencia, incluyendo procesos para dejar de hacer lo que no aporta valor ("do/not do"). A modo de ejemplo, el anexo 4 muestra 5 actividades no recomendables en VIH identificadas en la campaña "choosing wisely" de ABIM Foundation (37).

- b. Se recomienda medir sistemáticamente el porcentaje de pacientes que reciben “la oferta de cuidados evidenciados”, marcando objetivos de mejora que aseguren avanzar hacia el 100% en cada perfil de paciente y en cualquier unidad de VIH.
2. Trabajar en la **selección y priorización de alertas clave de apoyo a la toma de decisiones clínicas** y avanzar hacia su implementación entre los diferentes agentes que comparten responsabilidad en el manejo de pacientes con VIH. Preferiblemente, estas alertas se deberían incluir en los sistemas de información que se usan en la práctica clínica habitual, como la HCE. Las alertas que han sido identificadas por el grupo de trabajo se pueden clasificar de la siguiente forma:
 - a. **Alertas para cribados:** para pacientes diagnosticados con otras ITS, enfermedades indicadoras de sida, etc. Estas alertas son especialmente importantes en AP, aunque también se deben incluir en otras especialidades médicas.
 - b. **Alertas para fármacos:** para indicaciones de posología, alertas de interacciones farmacológicas, no recogida de medicación, etc.
 - c. **Alertas clínicas:** a modo de ejemplo, para actividades no realizadas sobre la “oferta de cuidados evidenciados”; vacunaciones, pruebas diagnósticas, etc.
 - d. **Interacciones:** útiles para profesionales que atienden comorbilidades.
 - e. **Alertas de eficiencia:** principalmente con criterios de coste/efectividad de tratamientos, etc.
 - f. **Alertas de gestión y organización:** por ejemplo, cuando un paciente no se presenta a una cita, etc.
3. **Integrar los programas de interacciones farmacológicas con el sistema de receta electrónica.**
4. Establecer un nuevo proceso que permita **observar prácticas en prueba y generalizar aprendizajes** que puedan ser incluidos a modo de recomendación en las unidades de VIH, especialmente en la elaboración de guías y protocolos específicos en cada contexto (valorar el desarrollo de un observatorio de buenas prácticas).

Con el objetivo de aprovechar al máximo el gran esfuerzo realizado por las sociedades científicas en el desarrollo de las guías y protocolos clínicos, las recomendaciones recogidas en este componente del CCM han puesto el foco en integrar al modelo actual procesos que faciliten su implementación, con el fin último de mejorar su uso y reducir la variabilidad en la práctica clínica.

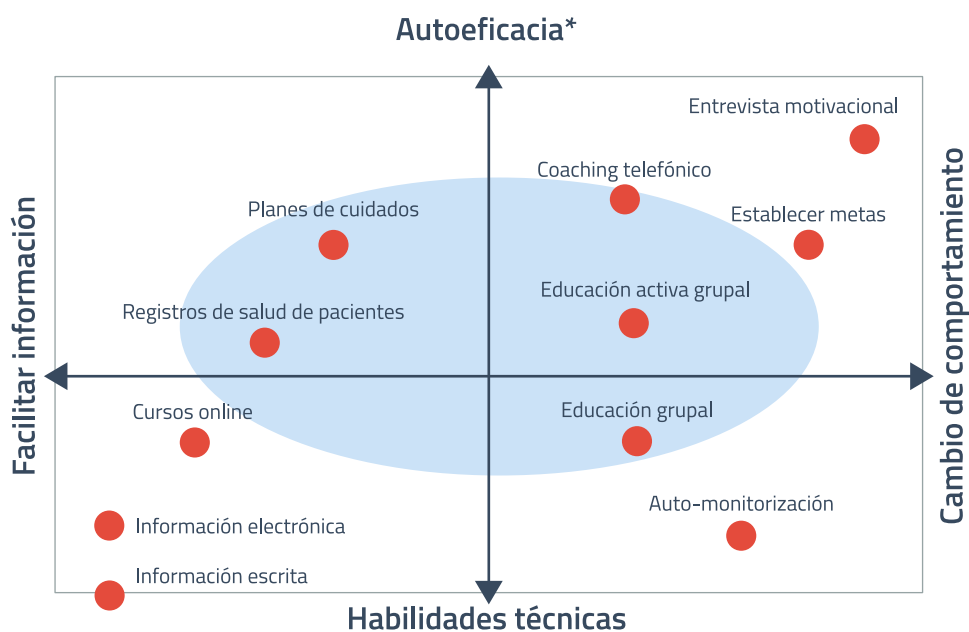
5. Apoyo al autocuidado

Áreas de mejora

La edición y difusión de materiales informativos, las estrategias de activación y empoderamiento de pacientes, el uso de mHealth para fomentar el autocuidado o la toma de decisiones compartidas son los distintos instrumentos de gestión analizados por el grupo de trabajo en este componente del CCM. A continuación se presentan las principales áreas de mejora identificadas en este análisis:

- Con carácter general, **existe información amplia y accesible para los pacientes**, tanto en el entorno hospitalario como comunitario. Los contenidos incluidos en la información aportada a los pacientes incluyen múltiples aspectos: características del VIH, vías de transmisión, educación sexual, medidas higiénicas, TAR, importancia del cumplimiento de la medicación y adherencia, efectos secundarios, autocuidados o información sobre los recursos comunitarios disponibles, etc.
- Los pacientes tienen una **accesibilidad alta a los profesionales de las unidades de VIH**. Esta situación parece ser resultado del alto compromiso de una generación de profesionales que han vivido el pico de la epidemia de cerca, más que de una práctica sistematizada hoy en el sistema sanitario.
- Se observan **dificultades para implementar iniciativas de autogestión** (aquellas que trabajan la autoeficacia y el cambio de comportamientos), y predominan las intervenciones de información (aquellas dirigidas a facilitar información y habilidades técnicas). La figura 12 muestra intervenciones que han probado resultados organizadas según su contribución a cuatro objetivos de intervención en autogestión (38). En la figura, las intervenciones del cuadrante superior derecho contribuyen a aumentar la **autoeficacia** percibida por los pacientes y producir **cambios de comportamiento**. Por el contrario, las intervenciones situadas en el cuadrante inferior izquierdo aportan **información al usuario** y contribuyen a desarrollar **habilidades técnicas** para mejorar su autocuidado. En este sentido, es necesario destacar que cada enfermedad tiene una serie de características y condiciones diferentes que a su vez requerirán de enfoques distintos para apoyar el autocuidado. Por ejemplo, la diabetes exige realizar actividades de educación estructurada del paciente centrada en información técnica o clínica sobre dieta, ejercicio y medicación. En cambio, para condiciones como la depresión, las iniciativas se deben centrar en intervenciones cognitivas y conductuales para producir cambios de comportamiento. Por tanto, es necesario reflexionar sobre cuáles podrían ser las mejores intervenciones de autocuidado posibles para los distintos perfiles de pacientes con VIH.

▼ Figura 12. Intervenciones que han probado evidencia en autogestión.



* Confianza de la persona en cuidarse a sí misma: capacidad para aprender y realizar con éxito un tratamiento específico. Los pacientes **están empoderados y motivados** para manejar sus problemas de salud cuando se sienten confiados en su habilidad para lograr este objetivo.

Fuente: The Health Foundation (2011).

- Se percibe **una reducción de los fondos disponibles** para esta tarea, y no se identifica con claridad a los **agentes encargados de liderar e implementar intervenciones de autocuidado**.
- En líneas generales, se considera que este componente del modelo presenta amplio recorrido de mejora.

Recomendaciones

En relación a este componente del CCM, el grupo de trabajo recomienda, en base a su experiencia, lo siguiente:

1. Explicitar **estrategias de autocuidado para pacientes con VIH en cada contexto local**, adaptada a los diferentes perfiles de pacientes y definida con representación y participación de todos los roles profesionales y agentes comunitarios que participan en la puesta en marcha de intervenciones de autocuidado.
2. Explorar con **nuevas intervenciones evidenciadas que ayuden a avanzar en la mejora del autocuidado ajustadas a los diferentes perfiles de pacientes**. En este sentido, se destaca la importancia de la autogestión no sólo por razón del VIH, sino también por el conjunto de comorbilidades de los pacientes, especialmente las asociadas a la edad.
3. Explotar, a nivel local, el **potencial de intervenciones de autogestión con el apoyo de pares**: formación a pares por parte de expertos en VIH y otros profesionales para que posteriormente trabajen con pacientes en los hospitales o en la comunidad.
4. Explotar el **potencial de la mHealth para fomentar el autocuidado** de pacientes con VIH en cada contexto local.

El apoyo al autocuidado parece ser uno de los componentes del CCM con mayor recorrido de mejora, especialmente debido al incremento previsto de las comorbilidades asociadas a la edad.

6. Recursos y políticas comunitarias

Áreas de mejora

El desarrollo de iniciativas conjuntas entre el ámbito sanitario y comunitario para promover el acceso y uso de los recursos sociales y comunitarios existentes son las principales iniciativas analizadas por el grupo de trabajo en este componente del CCM. A continuación se presentan las principales áreas de mejora identificadas en este análisis:

- **Los recursos comunitarios** han apoyado de manera muy notable los buenos resultados logrados hasta la fecha en la respuesta al VIH. Sin embargo, existe una percepción generalizada de que estas capacidades **se han visto mermadas como consecuencia de la crisis**.
- **La oferta de recursos comunitarios en cada contexto local es muy heterogénea**, y parece que existe una correlación positiva entre los grandes núcleos poblacionales y la oferta de recursos comunitarios instalada (Madrid y Barcelona parecen ser las ciudades con más recursos en este sentido).
- Por otra parte, los recursos comunitarios han seguido una **senda de especialización** en determinados grupos de pacientes que viven con VIH (a modo de ejemplo, para HSH), y parece que existe una falta de recursos comunitarios especializados en otros grupos poblacionales.

Recomendaciones

En relación a este componente del CCM, el grupo de trabajo recomienda, en base a su experiencia, lo siguiente:

1. Desarrollar un **mapa de recursos comunitarios a nivel local** e iniciar el desarrollo de las conexiones necesarias para poder articular estrategias conjuntas adaptadas a las necesidades de la población de referencia local.
2. El grupo recomienda, como complementación a las funciones que se están desarrollando desde el sistema sanitario, la **especialización de los recursos y políticas comunitarias en las siguientes funciones**:
 - a. Prevención y reducción de riesgos.
 - b. Identificación y captación, detección precoz y seguimiento de colectivos no frecuentadores de los sistemas sanitarios.
 - c. Apoyo psicosocial y provisión de información, formación y educación.
 - d. Trabajar la incorporación de la voz de los pacientes.
 - e. Facilitar y favorecer el acceso a los cuidados.
3. Dirigir los esfuerzos de **fortalecimiento de los recursos y las políticas comunitarias**, de manera prioritaria, a satisfacer necesidades psicosociales de los colectivos más vulnerables en la actualidad: personas que se inyectan drogas (PID), inmigrantes, fenómeno “chemsex”, veteranos/viejos rockeros.
4. Fortalecer los **recursos sociales generales de ámbito comunitario**, para poder prestar servicios a los pacientes con VIH de edad avanzada (esta recomendación no es específica del VIH sino que se comparte con muchas otras patologías, pero el grupo estima unas necesidades en aumento de los recursos sociales necesarios para este colectivo por razón de su envejecimiento, cronicidad y requerimiento de cuidados asociados).
5. Fortalecer, en los próximos años, el colectivo de **trabajadores sociales y profesionales del ámbito de la salud que prestan servicios en el ámbito comunitario**.
6. Revisar con carácter periódico la actual **“foto del VIH”**^j y seguir actualizando las recomendaciones para lograr avanzar hacia la excelencia en la respuesta al VIH.

Este componente del CCM parece que va a requerir una dotación de recursos adicional en los próximos años por razón del envejecimiento de los pacientes con VIH.

En síntesis, la figura 13 presenta un resumen de todas las recomendaciones realizadas por el grupo de trabajo clasificadas en cada uno de los componentes del CCM, con el objetivo de avanzar hacia un modelo de gestión óptimo del VIH.

^j Se entiende por “Foto del VIH” al análisis global de la situación de la infección en España, en términos epidemiológicos, sociales, económicos y políticos, así como en relación al modelo de gestión y a las estrategias existentes para dar respuesta a la enfermedad.

8

Priorización de las recomendaciones

A pesar de que todas las recomendaciones son importantes, para avanzar hacia la creación de una red organizada para la prestación de cuidados a pacientes que viven con VIH en cada contexto local, el grupo de expertos ha realizado un ejercicio de **priorización de las recomendaciones**.

Este ejercicio se ha realizado teniendo en cuenta la situación general de partida que existe hoy en la mayoría de contextos locales y que ha sido identificada en la fase de diagnóstico presentada.

El resultado pretende facilitar la **implementación de las intervenciones de forma escalonada, estableciendo un orden lógico de avance hacia la configuración de una “RED O SISTEMA DE CUIDADOS ORGANIZADO” para la prestación de cuidados a pacientes con VIH en cada contexto local determinado**. Esta priorización es especialmente útil para aquellos contextos locales en los que existe mayor recorrido de avance.

Para realizar la priorización, se organizaron las recomendaciones en tres grupos diferenciados según su naturaleza y el tipo de liderazgo que se estima necesario para su implementación. En este sentido, las intervenciones se han clasificado en (Figura 13):

1. **Recomendaciones relacionadas con procesos organizativos de trabajo:** un total de 15 recomendaciones pertenecen a esta categoría, lo que supone el 58% del total. Estas recomendaciones pueden ser implementadas sin necesidad de un apoyo determinante por parte de los niveles macro del sistema sanitario (Ministerio y CCAA principalmente). En su mayoría, pueden realizarse sin un desembolso económico adicional elevado y, generalmente, los fondos provienen de cada estructura o nivel asistencial que participe en su implementación. En esta categoría se clasifican, a modo de ejemplo, las siguientes recomendaciones: el establecimiento de metas compartidas entre todos los agentes que proveen cuidados a pacientes con VIH en un contexto local determinado, o el desarrollo de reuniones de coordinación entre ellos.
2. **Recomendaciones relacionadas con herramientas de trabajo:** Las 6 recomendaciones que pertenecen a esta categoría suponen el 23% del total. Son recomendaciones que requieren el apoyo de niveles superiores de gestión (nivel meso del sistema sanitario, a modo de ejemplo, la dirección de un hospital o de una área integrada de salud), pero sería recomendable que su definición conceptual fuera realizada por los propios profesionales sanitarios, por ser herramientas que van a formar parte de su práctica diaria. Para llevar a cabo este tipo de recomendaciones es necesario contar con una dotación de recursos económicos algo mayor, ya que las herramientas o sistemas de información suelen precisar de recursos de inversión

en equipamiento tecnológico. El origen de estos recursos económicos puede ser diferente: a veces es de la propia estructura de prestación (hospital, atención primaria o área de salud integrada), y en otros casos son inversiones que se realizan a nivel de la administración en cada CCAA. En esta categoría se incluyen recomendaciones como la HCE compartida, los sistemas automatizados de clasificación de pacientes, los sistemas de alertas o la mHealth.

3. **Recomendaciones relacionadas con otras dotaciones de recursos:** Las 5 recomendaciones que pertenecen a esta categoría suponen el 19% del total. Son recomendaciones que, para ser implementadas, requieren la involucración de agentes de niveles superiores de gestión y con capacidad económica, ya que generalmente requerirán inversiones en recursos humanos. Estas recomendaciones pueden requerir un importante esfuerzo económico (dependiendo de la situación de partida de cada contexto local) y en general, su implementación no está, únicamente, en manos de los agentes prestadores de servicios (miembros del grupo de trabajo). En esta categoría se incluyen, entre otras, el fortalecimiento de los recursos comunitarios o del colectivo de trabajadores sociales.

▼ Figura 13: Tipología de las recomendaciones según naturaleza y componente del CCM con el que se relacionan

Componente CCM	Recomendaciones	Naturaleza
1. Organización del sistema	1.1. Promover la definición de metas/resultados compartidos en clave de valor final.	Procesos
	1.2. Promover el desarrollo de reuniones de coordinación.	Procesos
	1.3. Incorporar a las prácticas procesos de aprendizaje y mejora continua.	Procesos
	1.4. Alineamiento de sistemas de incentivos con cumplimiento de metas/resultados finales definidos.	Procesos
2. Diseño del modelo de prestación de cuidados	2.1. Trabajar multidisciplinariamente la mejor "oferta de cuidados evidenciados" para cada perfil de paciente VIH.	Procesos
	2.2. Medir sistemáticamente el porcentaje de pacientes de cada perfil que recibe la oferta de cuidados evidenciados y procurar avanzar hacia el 100%.	Procesos
	2.3. Implicar a las siguientes disciplinas en la unidad de VIH: médicos expertos en VIH, personal de enfermería, farmacia hospitalaria, trabajador social y psicólogo.	Recursos
	2.4. Explicitar las funciones de algunos roles profesionales en el manejo de pacientes con VIH.	Procesos
	2.5. Reuniones sistemáticas de contenidos clínico y organizativo.	Procesos
	2.6. Trabajar el co-diseño del modelo de prestación de cuidados CON los pacientes.	Procesos
	2.7. Explorar el uso y desarrollo de nuevas tecnologías.	Herramientas
3. Sistemas de información clínica	3.1. Promover la implementación generalizada de instrumentos de coordinación (HCE, interconsultas).	Herramientas
	3.2. Promover la implementación de sistemas de estratificación.	Herramientas

continúa en la siguiente página →

← comienza en
página anterior

Componente CCM	Recomendaciones	Naturaleza
4. Sistemas de apoyo a la toma de decisiones clínicas	4.1. Asegurar la disponibilidad de sistemas de medición sistemáticos de los indicadores de calidad y seguridad clínica que recogen las guías de práctica clínica diaria.	Procesos
	4.2. Seleccionar y priorizar las alertas clave de apoyo a la toma de decisiones clínicas y avanzar hacia su implementación.	Herramientas
	4.3. Integración/coordinación de los programa de interacciones farmacológicas con el sistema de receta electrónica.	Herramientas
	4.4. Observar prácticas en prueba y generalizar aprendizajes.	Procesos
5. Apoyo al autocuidado	5.1. Explicitar estrategias de autocuidado para pacientes con VIH en cada contexto local.	Procesos
	5.2. Explorar con nuevas intervenciones evidenciadas en autocuidado según perfil de pacientes.	Procesos
	5.3. Explotar, a nivel local, el potencial de intervenciones de autogestión con el apoyo de pares.	Recursos
	5.4. Explotar el potencial de la mHealth para el autocuidado de pacientes con VIH en cada contexto local.	Herramientas
6. Recursos y políticas comunitarias	6.1. Desarrollar un mapa de recursos comunitarios que permita articular estrategias locales conjuntas adaptadas a las necesidades de la población de referencia.	Procesos
	6.2. Especialización de los recursos y políticas comunitarias en funciones clave necesarias.	Procesos
	6.3. Fortalecimiento de los recursos y las políticas comunitarias, de manera prioritaria, a satisfacer las necesidades psicosociales de colectivos con VIH más vulnerables.	Recursos
	6.4. Fortalecer los recursos sociales generales de ámbito comunitario.	Recursos
	6.5. Fortalecer el colectivo de trabajadores sociales y profesionales del ámbito de la salud que prestan servicios en el ámbito comunitario.	Recursos

El grupo de trabajo ha realizado la priorización de recomendaciones sobre un total de 21, esto es, sobre las recomendaciones que hacen referencia **a procesos organizativos y herramientas de trabajo** según la clasificación descrita.

Se han eliminado del ejercicio de priorización las recomendaciones tipificadas como recursos, por tratarse de recomendaciones muy vinculadas a la capacidad actual instalada en cada contexto local.

Para realizar la priorización, cada miembro del grupo de trabajo puntuó las recomendaciones individualmente y el resultado agregado fue analizado y validado por el grupo en una sesión conjunta de trabajo (el anexo 5 muestra el orden de todas las recomendaciones priorizadas por el grupo de trabajo).

8.1. Resultado del ejercicio de priorización

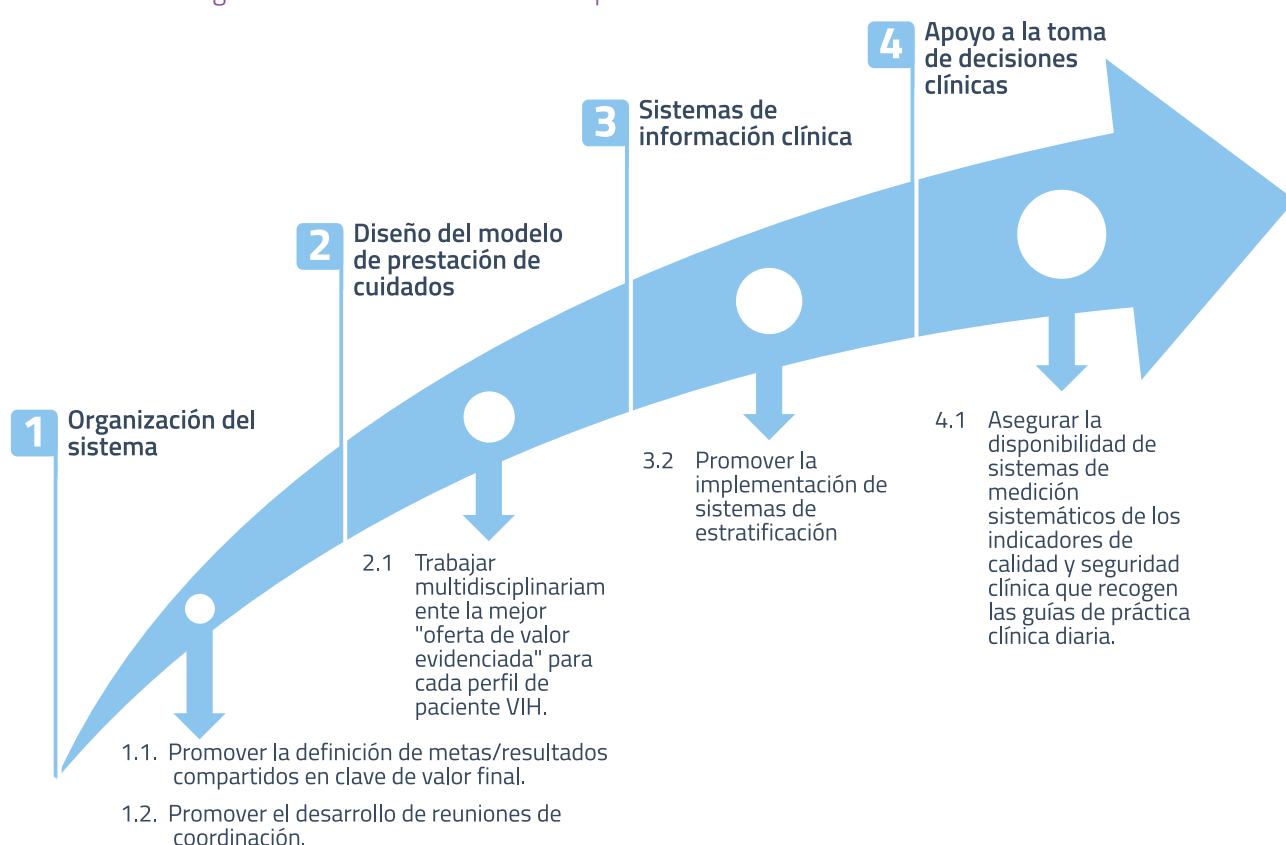
Valoración general de las recomendaciones relativas a “recursos”

En primer lugar, es importante **resaltar la absoluta necesidad de que cada contexto local cuente con una dotación mínima de recursos^k que permita trabajar en la línea descrita en este documento**: tejer una red o sistema local que favorezca la mejor prestación de cuidados a pacientes con VIH. Estos recursos son considerados como fundamentales en la respuesta al VIH, y por tanto, el grupo de expertos recomienda que sean potenciados al máximo y de forma generalizada en todos los contextos locales, tal y como muestran los modelos de crónicos expandidos que se presentan en el anexo 1.

Primeras 5 recomendaciones priorizadas

Las 5 primeras recomendaciones se asocian a 4 de los 6 componentes del CCM: **la organización del sistema; el diseño del modelo de prestación de cuidados; los sistemas de información clínica y los sistemas de apoyo a la toma de decisiones clínicas** (Figura 14).

▼ Figura 14: Las 5 recomendaciones priorizadas



^k Se refiere a las recomendaciones relacionadas con dotaciones de recursos (2.3/5.3/6.3/6.4/6.5).

Se sugiere trabajar la **“organización del sistema”**, como base para comenzar a hacer cambios importantes en la creación de una red que ofrezca más y mejores cuidados a los pacientes. En este sentido, la **definición de metas o resultados compartidos entre todos los agentes y niveles asistenciales encargados de la gestión y el manejo de pacientes con VIH** es el primer paso fundamental para la creación de una Red, así como el **desarrollo de reuniones de coordinación** que promuevan el trabajo en equipo y permitan la consolidación de la red (tercera recomendación priorizada).

La segunda recomendación priorizada hace referencia al **“rediseño del modelo de prestación de cuidados”**, y más concretamente al **diseño de la mejor “oferta de cuidados evidenciados” realizada multidisciplinariamente**, esto es, con representación de las principales disciplinas clínicas con capacidad de aportar valor a los cuidados que precisan los diferentes perfiles de pacientes que viven con VIH. Esta intervención permitirá **planificar con antelación los principales procesos de cuidados necesarios para cada perfil de paciente con VIH**, con el objetivo último de reducir la variabilidad clínica y asegurar una mayor equidad en los cuidados recibidos por los pacientes.

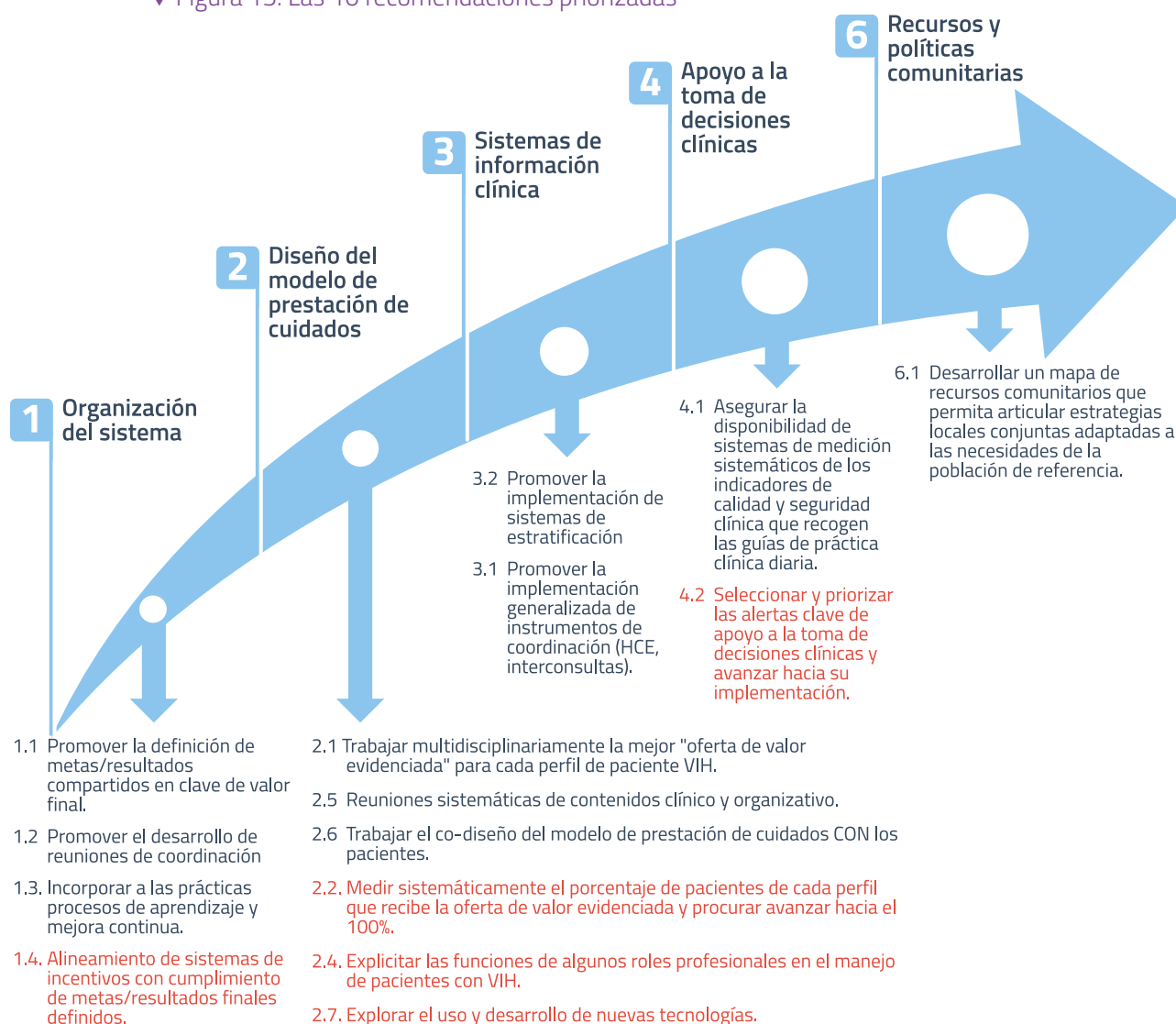
En cuarto lugar se propone la **implementación de un sistema de estratificación de pacientes** en las unidades de VIH, que está muy ligada a la recomendación anterior puesto que ayudaría a identificar y clasificar los pacientes por perfiles que después recibirían los cuidados estandarizados propuestos en la “oferta de cuidados evidenciados”. De la misma forma, la quinta recomendación priorizada, relativa a la **disponibilidad de sistemas de medición sistemáticos de los indicadores de calidad y seguridad clínica**, también se relaciona con la “oferta de cuidados evidenciados”, ya que su implementación permitiría evaluar la calidad y seguridad de los cuidados que se prestan a todos los pacientes.

Por tanto, el grupo de trabajo considera que los primeros pasos para avanzar en la configuración de una red local de cuidados para pacientes con VIH pasan por: fomentar el trabajo colaborativo o conjunto entre los distintos agentes, planificar de forma anticipada los cuidados y evaluar sus resultados en términos de calidad y seguridad.

Las siguientes 5 recomendaciones priorizadas

Si se incluyen a la propuesta anterior 5 nuevas recomendaciones, se identifica un nuevo componente sobre el que poder trabajar: **los recursos y políticas comunitarias** (Figura 15).

▼ Figura 15: Las 10 recomendaciones priorizadas



Las recomendaciones adicionales se dirigen a fortalecer los componentes **"organización del sistema"** y **"diseño del modelo de prestación de cuidados"**. El primero se orienta a **incorporar procesos de aprendizaje y mejora continua** en la organización (avanzar en la construcción de una red) y en el segundo, se propone **instaurar el desarrollo de reuniones de trabajo** que permitan a las diferentes disciplinas clínicas trabajar los cuidados que precisa cada tipo de paciente con VIH.

En relación a los **"sistemas de información clínica"**, se sugiere la **implementación generalizada de instrumentos de coordinación** (HCE compartida e interconsultas), que ayuden a la prestación coordinada de cuidados entre las diferentes disciplinas clínicas.

Por último, para comenzar a trabajar el componente de **"recursos y políticas comunitarias"** se propone la elaboración de un **mapa de recursos comunitarios que permita articular estrategias locales conjuntas adaptadas a las necesidades de la población**. Esta recomendación está muy relacionada con el primer componente del CCM, ya que contar con un mapa de los recursos disponibles en la comunidad es un paso impres-

cindible para que los agentes sanitarios (tanto de atención primaria como del nivel hospitalario) y el resto de agentes comunitarios puedan empezar a diseñar y desarrollar estrategias de actuación conjuntas. En este sentido, el grupo de expertos destaca que este tipo de iniciativas son complejas debido a la realidad cambiante de los recursos disponibles en cada contexto local, lo que provoca que las pocas experiencias previas realizadas en España hayan quedado desactualizadas rápidamente si no se da una continuidad al desarrollo de esta tarea. Sin embargo, a diferencia de las experiencias previas, que fueron promovidas por personas interesadas en ello a título individual, la recomendación propuesta por el grupo de expertos se refiere a un ejercicio organizado y sistemático que permita definir este mapa de forma periódica y mantenerlo permanentemente actualizado.

En resumen, las 5 recomendaciones incluidas en este corte se orientan a fortalecer la coordinación entre agentes, a contar con los pacientes en el diseño de la prestación de la oferta de cuidados y a identificar los recursos comunitarios existentes, con el objetivo de poder articular estrategias conjuntas de actuación entre el ámbito sanitario y comunitario.

Las siguientes 5 recomendaciones priorizadas

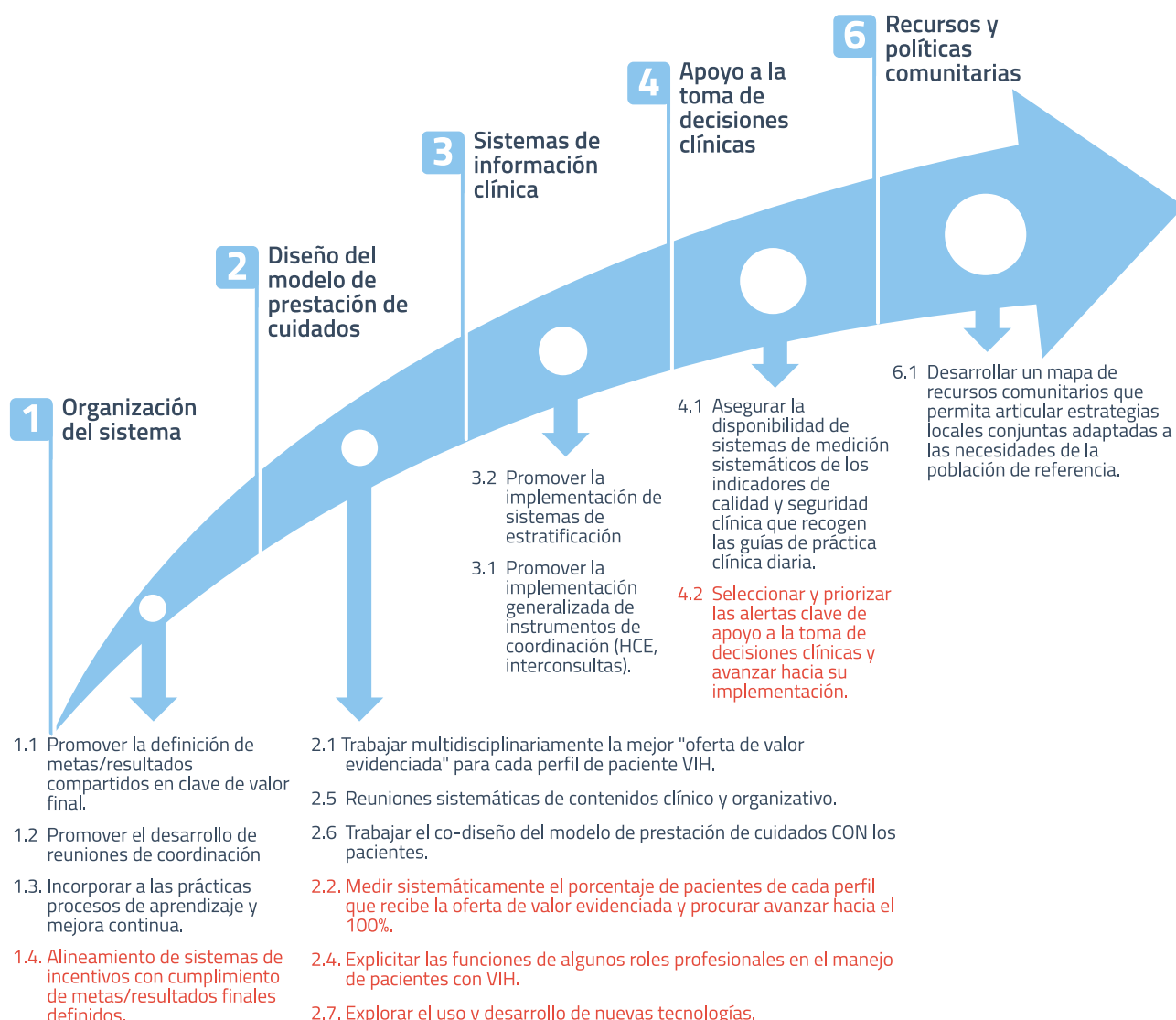
Las 15 primeras recomendaciones priorizadas por el grupo se centran en enraizar y fortalecer el trabajo de los siguientes componentes del CCM: **la organización del sistema; el diseño del modelo de prestación de cuidados; y los sistemas de apoyo a la toma de decisiones clínicas** (Figura 16).

Así, se incluyen tres nuevas recomendaciones para trabajar el “**rediseño del modelo de prestación**”. En primer lugar, se propone la **medición sistemática del porcentaje de pacientes que reciben los cuidados evidenciados** acordados por las distintas disciplinas clínicas con capacidad de definirlos, según tipología de paciente con VIH, y con el objetivo de avanzar hacia el 100% y asegurar una alta calidad y equidad en la asistencia.

Adicionalmente, se propone **explicitar las funciones de algunos profesionales** que se encargan del manejo de pacientes y que actualmente no están explicitadas con claridad en los distintos entornos. Tal y como se concluye en el diagnóstico realizado por el grupo de expertos, existen roles y funciones que no están suficientemente claros en las unidades de VIH, especialmente en las actividades relativas al autocuidado y a la mejora de la adherencia promovidas por la enfermería y/o la farmacia hospitalaria, si bien esto puede ser generalizable a otros roles profesionales. Esta falta de claridad puede provocar la omisión o duplicación de ciertas funciones, por lo que la explicitación de las mismas, con visión de conjunto, podría añadir valor en términos de resultados y eficiencia.

La tercera y última recomendación dirigida a fortalecer el componente del “**diseño del modelo de prestación**” propone **explorar el uso de las nuevas tecnologías para realizar el seguimiento de los pacientes**.

▼ Figura 16: Las 15 recomendaciones priorizadas



Por otro lado, se propone fortalecer el componente relativo a la **"organización del sistema"**, incluyendo el **establecimiento de sistemas de incentivos alineados con las metas/resultados finales definidos**, con el objetivo de aumentar el compromiso de los profesionales para trabajar juntos. Esta recomendación, no obstante, va dirigida especialmente a los niveles de gestión del sistema sanitario con capacidad y competencia para definir los incentivos del sistema o la vinculación entre la asignación de los recursos y los resultados esperados.

Por último, se propone fortalecer los **"sistemas de apoyo a la toma de decisiones clínicas"** mediante la **incorporación de alertas en los sistemas de información** de los distintos prestadores, lo que en última instancia ayudaría a asegurar la prestación de la oferta de cuidados tal y como haya sido definida.

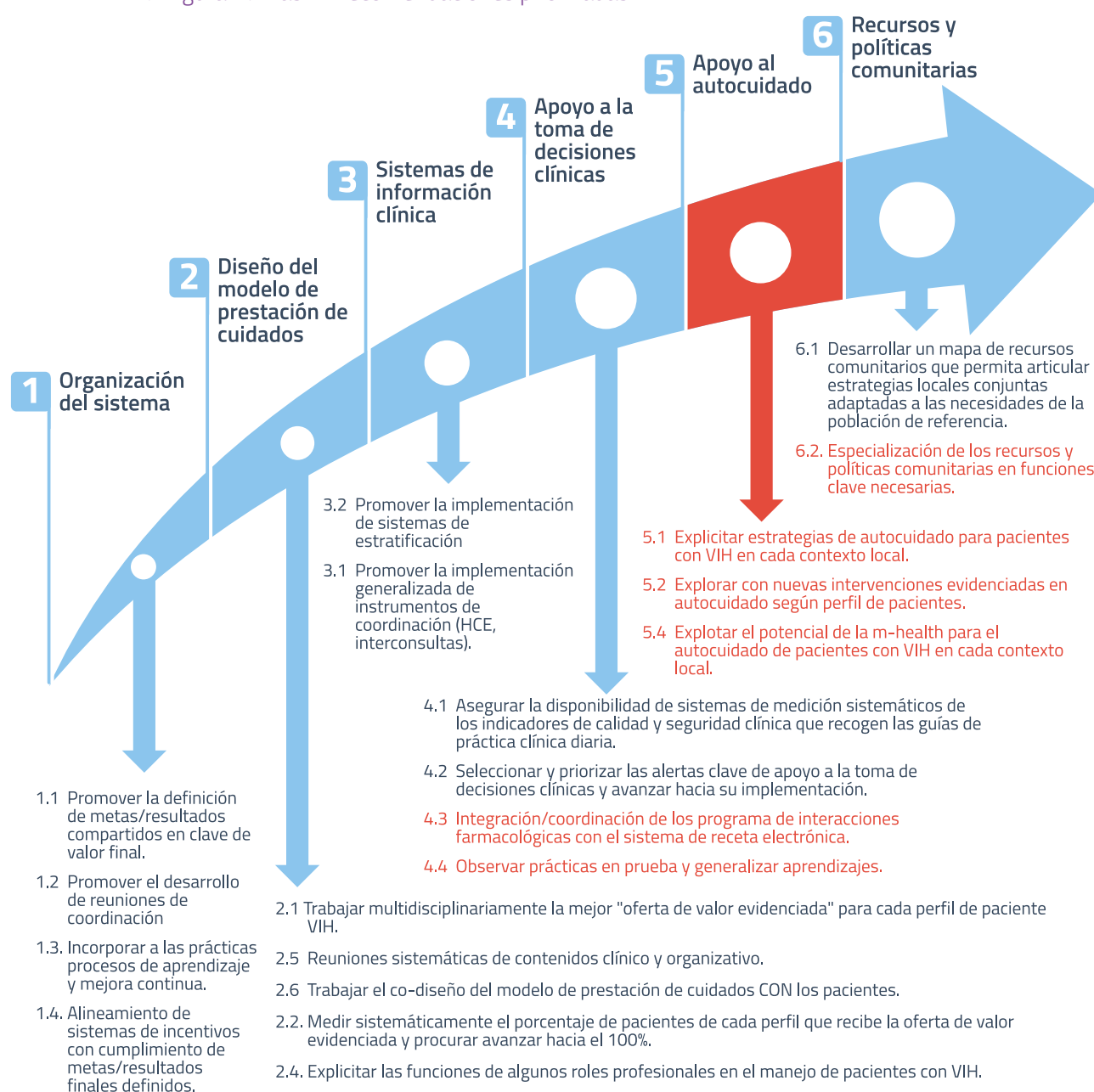
Las siguientes 6 recomendaciones priorizadas

Avanzando en la incorporación de recomendaciones hasta completar las 21 a priorizar, se sitúa el desarrollo del componente de **"apoyo al autocuidado"** del CCM (Figura

17). En este sentido, se recomienda **explicitar las estrategias de autocuidado para pacientes con VIH en cada contexto local**, así como **explorar el desarrollo de nuevas intervenciones evidenciadas en autocuidado según los distintos perfiles de pacientes**. Por último, se propone **explotar el potencial de la mHealth para el autocuidado** de pacientes con VIH en cada contexto local.

También se recomienda seguir avanzando en el fortalecimiento de los **“sistemas de apoyo a la toma de decisiones clínicas”**, sugiriendo la **integración de los programas de interacciones farmacológicas con el sistema de receta electrónica**, o la incorporación de **procesos de evaluación de las prácticas de gestión** que se estén probando en distintos entornos, lo que permitiría aprender de ellas y avanzar más rápido. Por último, se propone la **especialización de los “recursos y políticas comunitarias” en las funciones clave necesarias** como último paso para fortalecer este componente.

▼ Figura 17: Las 21 recomendaciones priorizadas



9

Próximos pasos

La priorización facilitada en el capítulo anterior está orientada a aquellos contextos locales que inician ahora su evolución hacia la configuración de una Red o hacia la definición de un nuevo modelo organizativo y de gestión que permita articular los cuidados de la manera que hoy necesitan los pacientes que viven con VIH. No obstante, el ritmo de avance de cada contexto local hacia la creación de una red que permita mejorar los resultados^I de estos pacientes puede ser diferente, ya que **la situación de partida en cada contexto local es diferente**. En este sentido, algunas recomendaciones ya están siendo implementadas en algunos entornos en España, si bien, como se ha dicho, son iniciativas puntuales y no generalizadas.

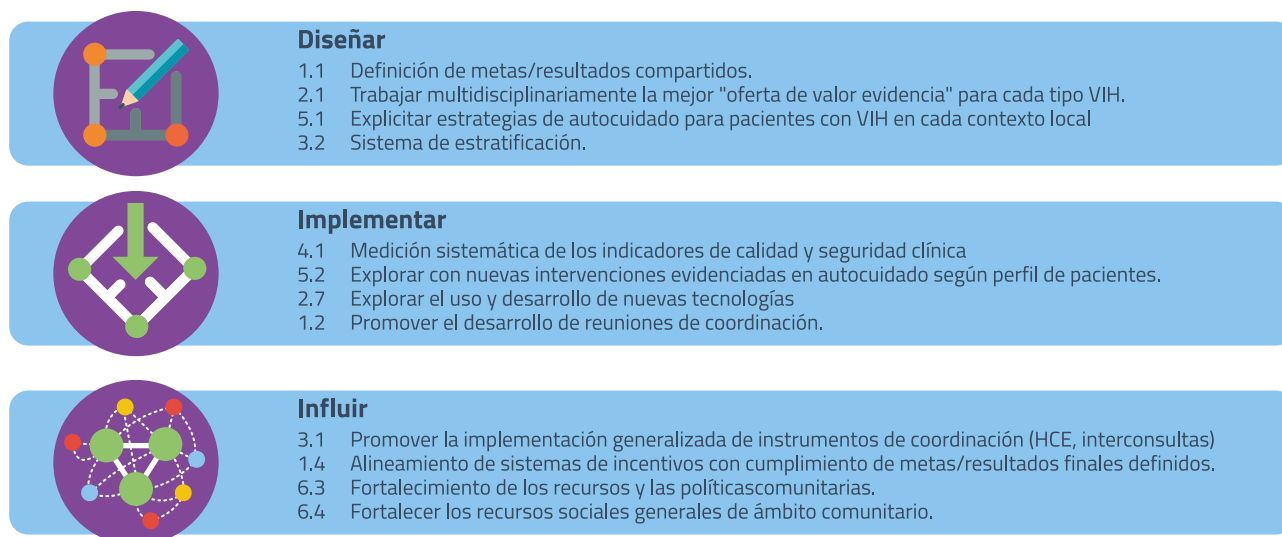
Con el objetivo de facilitar el diagnóstico de la situación inicial para diferentes contextos locales, con situaciones de partida diferentes, a continuación se presenta un sencillo **instrumento que ayuda en el proceso de avance y facilita la autoevaluación de forma rápida y sencilla de la situación de partida**. A partir de este autodiagnóstico, se podrá comenzar a planificar la incorporación de las diferentes recomendaciones que se incluyen en este documento “a la carta”.

Asimismo, es importante recordar que la implementación de las distintas recomendaciones incluidas en este documento requieren una **agenda de trabajo diferenciada** tal y como ha sido avanzada (Figura 18):

- Así, algunas recomendaciones requerirán un **diseño previo** para ser puestas en marcha. El diseño de estas recomendaciones puede ser liderado por los distintos entornos locales o por otro tipo de agentes, a modo de ejemplo las sociedades científicas, de forma que pueda facilitarse un plan de trabajo homogéneo para los distintos contextos locales.
- Otras recomendaciones podrían **comenzarse a implementar** de manera inmediata en cada contexto local, si existe un liderazgo clínico y un compromiso explícito por parte del nivel meso del sistema sanitario (gestores de hospitales y áreas integradas) en avanzar hacia el modelo de gestión que necesitan hoy los pacientes que viven con VIH. En este caso, sería recomendable estructurar un proceso de trabajo que permita medir y evaluar las nuevas iniciativas implementadas con el objetivo de ir generando evidencia en gestión del VIH susceptible de ser difundida entre los distintos contextos locales. Esta **“incubadora de buenas prácticas”** permitiría aprender colaborativamente y escalar aquellas prácticas que obtengan buenos resultados a nivel estatal.
- Por último, la implementación de las recomendaciones que precisan una dotación de recursos, como ya ha sido explicado, precisan el **apoyo y liderazgo de niveles superiores de gestión** para su implementación, por lo que será necesario ejercer influencia en estos niveles para lograr su implementación en cada contexto local y de manera coordinada a nivel general.

^I *Mejorar resultados de los pacientes que viven con VIH en términos de calidad y seguridad clínica, satisfacción, eficiencia, calidad de vida y mejora de la voz de los pacientes.*

▼ Figura 18: Próximos pasos para iniciar la implementación de las recomendaciones



Fuente: Elaborado por Si-Health.

En definitiva, la implementación de las recomendaciones presentadas en este documento requiere la participación y el liderazgo de todos los actores del sistema sanitario. Desde los agentes macro representados por el Ministerio, las Consejerías Autonómicas o las Sociedades Científicas hasta los agentes micro representados por los líderes clínicos de cada contexto local, sin olvidar a los agentes meso representados por los directivos de los agentes prestadores de servicios, ya sean hospitales o áreas integradas.

Todos ellos tienen la responsabilidad de trabajar juntos para poder dar una respuesta adecuada a los nuevos desafíos de la infección por VIH en España (39), comenzando por la implantación de un modelo de cuidados más adaptado a las necesidades del nuevo escenario caracterizado por la cronicidad, es decir, hacia un nuevo modelo más proactivo, integrado, coordinado y eficiente que incluya al paciente con infección por VIH en el centro del sistema.

Descripción del modelo óptimo de atención
al paciente con infección por el VIH

Herramienta de autoevaluación

10

Herramienta de autoevaluación

Objetivo de la herramienta

El objetivo de la herramienta es poder realizar un rápido **autodiagnóstico del grado de avance hacia la creación de una red o sistema de cuidados del VIH en un contexto local^m**.

Esta herramienta de autoevaluación no ha sido diseñada para comparar organizaciones, sino que servirá para identificar gaps a mejorar en cada organización o conjunto de organizaciones que manejan pacientes con VIH en un contexto local determinado, en relación al modelo óptimo de gestión de pacientes crónicos que ha probado resultados en otras patologías crónicas.

A quién se dirige

La herramienta se dirige a **todos los agentes que participan en la prestación local de cuidados a pacientes con VIH y que deseen avanzar hacia la creación de estas redes locales para mejorar los resultados finalesⁿ de su población de referencia**.

Estructura de la herramienta

La herramienta está basada en el diagnóstico del actual modelo de cuidados del VIH que existe en España y se complementa con el conjunto de recomendaciones que ayudan a cubrir los principales gaps identificados.

El cuestionario está organizado en torno a los 6 componentes del CCM, y en cada componente la herramienta interroga sobre los siguientes elementos o herramientas de gestión:

1. **Organización del sistema:** Metas e indicadores compartidos (en términos de resultados finales), reuniones de coordinación, procesos de aprendizaje y mejora continua y sistemas de incentivos.
2. **Diseño del modelo de prestación de cuidados:** Diseño horizontal del proceso asistencial, atención multidisciplinar, trabajo en equipo y distribución de tareas, mecanismos de coordinación y seguimiento regular (telemedicina).

m Entorno o contexto local: Se refiere al área geográfica correspondiente a la población de referencia de una unidad VIH de ámbito hospitalario, sus centros de referencia de AP y el resto de estructuras sanitarias o comunitarias que participen en los cuidados de esa población.

n Resultados finales en términos de calidad y seguridad clínica, calidad de vida, satisfacción de pacientes y profesionales, eficiencia del sistema, etc.

3. **Sistemas de información clínica:** Historia clínica electrónica compartida y sistemas de registro y estratificación de pacientes.
4. **Sistemas de apoyo a la toma de decisiones clínicas:** Protocolos y guías de práctica clínica, formación de profesionales y sistemas de alertas y recordatorios clínicos.
5. **Apoyo al autocuidado:** Estrategias de autocuidado y uso de la mHealth.
6. **Recursos y políticas comunitarias:** Mapa de recursos sociales y comunitarios, especialización y fortalecimiento de los recursos.

Instrucciones

Para cada componente se plantean una serie de afirmaciones que se deben responder teniendo en cuenta la realidad de cada contexto local que se somete a evaluación. Las **opciones de respuesta** se pueden puntuar en una escala de 0 a 1,5 (0; 0,5; 1; 1,5), esto es, cada pregunta puede tener 4 posibles opciones de respuesta y su puntuación oscila entre el 0 y el 1,5; donde el 0 es el valor más bajo y el 1,5 el más alto.

Dado que todas las recomendaciones no tienen el mismo grado de relevancia^o, **la puntuación obtenida deberá ser ponderada** de la siguiente manera:

- Las 5 primeras recomendaciones priorizadas multiplicarán su puntuación por 2.
- Las recomendaciones priorizadas del 6° al 10° lugar multiplicarán su puntuación por 1,5.
- Las recomendaciones priorizadas del 11° al 15° lugar multiplicarán su puntuación por 1.
- Las recomendaciones priorizadas del 16° al 26° lugar multiplicarán su puntuación por 0,5.

Para facilitar este ejercicio, se ha elaborado una hoja de respuesta donde se incluye para cada recomendación, la ponderación por la que debe ajustarse la puntuación que se otorgue en la evaluación.

Interpretación de los resultados

Como resultado de la autoevaluación se obtendrá una puntuación por cada componente y una puntuación global. Dado que el número de preguntas por componente no es el mismo, a continuación se explicitan los rangos de puntuación posibles que podrán ser obtenidos en cada componente, así como, su interpretación:

1. La puntuación máxima del **componente 1** es 9,75. Por tanto, los contextos locales que obtengan una puntuación $\leq 3,25$ tendrán un grado bajo de implantación del componente, los que oscilen entre $> 3,25$ y $< 6,5$ tendrán un grado medio y los que sean $\geq 6,5$ tendrán un grado alto de implantación del componente.
2. La puntuación máxima del **componente 2** es 12,75. Por tanto, los contextos locales que obtengan una puntuación $\leq 4,25$ tendrán un grado bajo de implantación del componente, los que oscilen entre $> 4,25$ y $< 8,5$ tendrán un grado medio y los que sean $\geq 8,5$ tendrán un grado alto de implantación del componente.

^o A criterio del grupo de expertos que ha participado en su definición.

3. La puntuación máxima del **componente 3** es 5,25. Por tanto, los contextos locales que obtengan una puntuación $\leq 1,75$ tendrán un grado bajo de implantación del componente, los que oscilen entre $> 1,75$ y $< 3,5$ tendrán un grado medio y los que sean $\geq 3,5$ tendrán un grado alto de implantación del componente.
4. La puntuación máxima del **componente 4** es 6. Por tanto, los contextos locales que obtengan una puntuación ≤ 2 tendrán un grado bajo de implantación del componente, los que oscilen entre > 2 y < 4 tendrán un grado medio y los que sean ≥ 4 tendrán un grado alto de implantación del componente.
5. La puntuación máxima del **componente 5** es 3. Por tanto, los contextos locales que obtengan una puntuación ≤ 1 tendrán un grado bajo de implantación del componente, los que oscilen entre > 1 y < 2 tendrán un grado medio y los que sean ≥ 2 tendrán un grado alto de implantación del componente.
6. La puntuación máxima del **componente 6** es 5,25. Por tanto, los contextos locales que obtengan una puntuación $\leq 1,75$ tendrán un grado bajo de implantación del componente, los que oscilen entre $> 1,75$ y $< 3,5$ tendrán un grado medio y los que sean $\geq 3,5$ tendrán un grado alto de implantación del componente.

La evaluación de cada uno de los componentes del CCM por separado permitirá que cada contexto local pueda fortalecer aquellos componentes con peor valoración. Sin embargo, téngase en cuenta que la evidencia ha demostrado que el impacto del modelo es mucho mayor si se trabajan todos los componentes de manera simultánea.

Por último, la puntuación global se obtendrá sumando las puntuaciones totales de cada componente. Esta puntuación global podrá oscilar en un rango comprendido entre 0 y 42. La interpretación de los resultados globales es la siguiente:

1. Los contextos locales que obtengan una puntuación ≤ 14 se consideran contextos con un **grado bajo** de implantación del modelo óptimo de organización y gestión de pacientes con VIH y por tanto están más lejos de funcionar como una red o sistema integrado de cuidados.
2. Los contextos locales que obtengan una puntuación > 14 y < 28 se consideran contextos con un **grado medio** de implantación del modelo óptimo de organización y gestión de pacientes con VIH. Estos contextos presentan un grado de avance medio hacia una red o sistema local de cuidados para el VIH.
3. Los contextos locales que obtengan una puntuación ≥ 28 se consideran contextos con un **grado alto** de implantación del modelo óptimo de organización y gestión de pacientes con VIH. Estos contextos presentan un nivel de avance alto y los diferentes agentes que prestan cuidados a pacientes con VIH lo realizan como una red o sistema integrado de cuidados.

Cuestionario de autoevaluación

Antes de completar todas las preguntas, se recomienda al usuario que siga estas recomendaciones:

- Cada pregunta debe responderse marcando solo una de las cuatro opciones. Las respuestas múltiples no son posibles.
- Todas las preguntas deben tener una respuesta para garantizar la validez de la

herramienta. Por tanto, no debe dejar en blanco los cuadros de respuesta correspondientes a las diferentes preguntas de cada componente.

- En caso de duda, es recomendable no sobrestimar la respuesta.

1. Organización del sistema

- Existen metas/resultados compartidos entre los diferentes agentes que asisten a pacientes con VIH en tu contexto local.**

	<i>No se está llevando a cabo la recomendación (0).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, pero no ha finalizado (0,5).</i>
	<i>La recomendación ha finalizado, pero no cuenta con la participación de todos los agentes del contexto local (1).</i>
	<i>La recomendación ha finalizado y cuenta con la participación de todos los agentes del contexto local (1,5).</i>

- Se organizan reuniones periódicas de coordinación entre los diferentes agentes (unidad de VIH a nivel hospitalario, atención primaria y agentes comunitarios) para evaluar y valorar el avance de las metas/resultados y sugerir nuevas intervenciones conjuntas.**

	<i>No se está llevando a cabo la recomendación (0).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, pero se realiza ocasionalmente (0,5).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, y se realiza con frecuencia (1).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, y se realiza regularmente (1,5).</i>

- Se utilizan procesos de aprendizaje y mejora continua entre todas las organizaciones que comparten responsabilidad en la gestión de pacientes con VIH en tu contexto local.**

	<i>No se está llevando a cabo la recomendación (0).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, pero se realiza ocasionalmente (0,5).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, y se realiza con frecuencia (1).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, y se realiza regularmente (1,5).</i>

4 Existen sistemas de incentivos alineados al cumplimiento de las metas/ resultados finales definidos en todas las organizaciones que formáis el contexto local.

	<i>No se está llevando a cabo la recomendación (0).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, pero solo existen incentivos en algunas organizaciones del contexto local (0,5).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, y existen incentivos en la mayoría de organizaciones del contexto local (1).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, y existen incentivos en todas las organizaciones del contexto local (1,5).</i>

2. Diseño del modelo de prestación de cuidados

1 Se ha definido de forma multidisciplinar la mejor “oferta de cuidados evidenciados” para cada uno de los principales perfiles de pacientes con VIH.

	<i>No se está llevando a cabo la recomendación (0).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, pero su definición no alcanza el 25% de los pacientes (0,5).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, pero su definición no alcanza el 50% de los pacientes (1).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, y se ha definido para más del 75% de los pacientes (1,5).</i>

2. Se mide de forma sistemática^p el porcentaje de pacientes de cada perfil que recibe la oferta de cuidados evidenciados.

	<i>No se está llevando a cabo la recomendación (0).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, pero la monitorización no alcanza el 25% de los pacientes (0,5).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, pero la monitorización no alcanza el 50% de los pacientes (1).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, y se monitoriza el 75%- 100% de los pacientes (1,5).</i>

^p La tarea se realiza de forma periódica y ordenada, siguiendo un método o sistema.

3. Se promueve la implicación con carácter permanente o semipermanente de las siguientes disciplinas clínicas: médicos expertos en VIH, personal de enfermería, farmacéuticos hospitalarios, trabajador social y psicólogo.

	<i>No se está llevando a cabo la recomendación (0).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, pero faltan por implicar varias disciplinas (0,5).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, pero falta por implicar una disciplina (1).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, y se han implicado todas las disciplinas (1,5).</i>

4. Se han explicitado las funciones de autocuidado y mejora de la adherencia entre los distintos roles que atienden a pacientes que viven con VIH en nuestro contexto local.

	<i>No se está llevando a cabo la recomendación (0).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, pero solo se han explicitado las funciones de algunos roles (0,5).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, y se han explicitado las funciones de la mayoría de los roles (1).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, y se han explicitado las funciones de todos los roles (1,5).</i>

5. La unidad de VIH promueve el trabajo en equipo y el desarrollo de reuniones sistemáticas de contenidos clínicos y organizativos.

	<i>No se está llevando a cabo la recomendación (0).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, pero se realiza ocasionalmente (0,5).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, y se realiza con frecuencia (1).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, y se realiza regularmente (1,5).</i>

6. Existen procesos de trabajo que permiten el co-diseño^q del modelo de prestación de cuidados con los pacientes.

	<i>No se está llevando a cabo la recomendación (0).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, pero se realiza ocasionalmente (0,5).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, y se realiza con frecuencia (1).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, y se realiza regularmente (1,5).</i>

^q La práctica del co-diseño permite al paciente participar en el diseño del modelo de prestación.

- 7. Se utilizan las nuevas tecnologías (telemedicina) para realizar el seguimiento de pacientes o para fomentar la coordinación y el trabajo colaborativo entre los distintos profesionales. A modo de ejemplo, se utiliza la telemedicina en el seguimiento de pacientes poco complejos o para conectar a profesionales involucrados en el manejo de estos pacientes.**

	<i>No se está llevando a cabo la recomendación (0).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, pero se realiza ocasionalmente (0,5).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, y se realiza con frecuencia (1).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha y se realiza regularmente (1,5).</i>

3. Sistemas de información clínica

- 1. Se utiliza la historia clínica electrónica compartida y las interconsultas como elementos principales de coordinación entre profesionales sanitarios en la práctica clínica diaria.**

	<i>No se está llevando a cabo la recomendación (0).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, pero no ha finalizado (0,5).</i>
	<i>La recomendación ha finalizado, pero su uso no es compartido por todos los agentes sanitarios y comunitarios (1).</i>
	<i>La recomendación ha finalizado, y su uso es compartido por todos los agentes sanitarios y comunitarios (1,5).</i>

- 2. La unidad de VIH cuenta con un sistema de clasificación de pacientes para adecuar los cuidados a los diferentes perfiles de pacientes.**

	<i>No se está llevando a cabo la recomendación (0).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, pero no ha finalizado (0,5).</i>
	<i>La recomendación ha finalizado, pero no se adecuan los cuidados a los diferentes perfiles de pacientes (1).</i>
	<i>La recomendación ha finalizado, y se adecuan los cuidados a los diferentes perfiles de pacientes (1,5).</i>

4. Sistemas de apoyo a la toma de decisiones clínicas

1. Se dispone de sistemas de medición sistemática de los indicadores de calidad y seguridad clínica que recogen las guías clínicas.

	<i>No se está llevando a cabo la recomendación (0).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, pero se monitoriza ocasionalmente (0,5).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, y se monitoriza con frecuencia (1).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, y se monitoriza regularmente. (1,5).</i>

2. Los sistemas de información que se utilizan en la práctica clínica habitual disponen de un sistema de alertas que ayudan a la toma de decisiones clínicas.

	<i>No se está llevando a cabo la recomendación (0).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, pero solo existen alertas para algunos prestadores del contexto local (0,5).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, y existen alertas en la mayoría de prestadores del contexto local (1).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, y existen alertas en todos los agentes prestadores del contexto local (1,5).</i>

3. El programa de interacciones farmacológicas está integrado con el sistema de receta electrónica.

	<i>No se está llevando a cabo la recomendación (0).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, pero no ha finalizado (0,5).</i>
	<i>La recomendación ha finalizado, pero su uso no es compartido por todos los agentes sanitarios (1).</i>
	<i>La recomendación ha finalizado, y su uso es compartido por todos los agentes sanitarios (1,5).</i>

4. Existen procesos de identificación y difusión de buenas prácticas para promover el aprendizaje colaborativo.

	<i>No se está llevando a cabo la recomendación (0).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, pero se realiza ocasionalmente (0,5).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, y se realiza con frecuencia (1).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, y se realiza regularmente (1,5).</i>

5. Apoyo al autocuidado

1. Se definen estrategias de autocuidado adaptadas a los diferentes perfiles de pacientes con VIH identificados en tu contexto local.

	<i>No se está llevando a cabo la recomendación (0).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, pero las estrategias de autocuidado definidas no cubren el 25% de los pacientes (0,5).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, pero las estrategias de autocuidado definidas no cubren el 50% de los pacientes (1).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, y las estrategias de autocuidado se han definido para más del 75% de los pacientes (1,5).</i>

2. Se están explorando nuevas intervenciones evidenciadas que ayuden a avanzar en la mejora del autocuidado ajustadas a los diferentes perfiles de pacientes.

	<i>No se está llevando a cabo la recomendación (0).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, pero las estrategias de autocuidado identificadas no cubren el 25% de los pacientes (0,5).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, pero las estrategias de autocuidado identificadas no cubren el 50% de los pacientes (1).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, y las estrategias de autocuidado identificadas cubren a más del 75% de los pacientes (1,5).</i>

3. Se aprovecha el potencial de los “pares” para realizar intervenciones de autocuidado en tu contexto local.

	<i>No se está llevando a cabo la recomendación (0).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, pero el potencial de los “pares” se aprovecha ocasionalmente (0,5).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, y el potencial de los “pares” se aprovecha con frecuencia (1).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, y el potencial de los “pares” se aprovecha regularmente (1,5).</i>

4. Se explota el potencial de la mHealth para fomentar el autocuidado de pacientes con VIH.

	<i>No se está llevando a cabo la recomendación (0).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, pero es utilizado por menos del 25% de los pacientes (0,5).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, pero es utilizado por menos del 50% de los pacientes (1).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, y se utiliza por más del 75% de los pacientes (1,5).</i>

6. Recursos y políticas comunitarias

1. Se dispone de un mapa de recursos comunitarios^r que permite iniciar las conexiones necesarias para articular estrategias locales conjuntas adaptadas a las necesidades de la población de referencia.

	<i>No se está llevando a cabo la recomendación (0).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, pero no ha finalizado (0,5).</i>
	<i>La recomendación se ha llevado a cabo, pero no se actualiza con frecuencia (1).</i>
	<i>La recomendación se ha llevado a cabo, y se actualiza regularmente (1,5).</i>

^r Recursos comunitarios: conjunto de agentes que atienden a los pacientes en la comunidad, entre otros, los agentes sociales o el tercer sector.

- 2. Los recursos comunitarios están especializados en el desarrollo de las funciones clave necesarias en nuestro contexto local. A modo de ejemplo, en la detección precoz, en acciones de sensibilización y concienciación, en apoyo psicológico, en educación y formación, etc.**

	<i>No se está llevando a cabo la recomendación (0).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, pero los recursos comunitarios están especializados en el desarrollo de algunas funciones clave (0,5).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, y los recursos comunitarios están especializados en la mayoría de las funciones clave (1).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, y los recursos comunitarios están especializados en todas las funciones clave (1,5).</i>

- 3. Los recursos y políticas comunitarias dirigen sus esfuerzos, de manera prioritaria, a satisfacer necesidades psicosociales de los colectivos más vulnerables.**

	<i>No se está llevando a cabo la recomendación (0).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, pero los recursos y políticas comunitarias solo satisfacen algunas necesidades psicosociales de los colectivos más vulnerables (0,5).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, y los recursos y políticas comunitarias satisfacen la mayoría de las necesidades psicosociales de los colectivos más vulnerables (1).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, y los recursos y políticas comunitarias satisfacen todas las necesidades psicosociales de los colectivos más vulnerables (1,5).</i>

- 4. Se necesitan fortalecer los recursos sociales generales de ámbito comunitario, para poder prestar servicios a los pacientes con VIH de edad avanzada que los necesiten.**

	<i>No se está llevando a cabo la recomendación (0).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, pero su despliegue no alcanza el 25% de los pacientes que lo necesitan (0,5).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, pero su despliegue no alcanza el 50% de los pacientes que lo necesitan (1).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, y su despliegue alcanza o supera el 75% de los pacientes que lo necesitan (1,5).</i>

5. Se necesita fortalecer el colectivo de trabajadores sociales y profesionales del ámbito de la salud que prestan servicios en el ámbito comunitario.

	<i>No se está llevando a cabo la recomendación (0).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, pero su despliegue no alcanza el 25% de lo necesario (0,5).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, pero su despliegue no alcanza el 50% de lo necesario (1).</i>
	<i>La recomendación ha sido puesta en marcha, y su despliegue alcanza o supera el 75% de los pacientes que lo necesitan (1,5).</i>

Hoja de resultados

▼ Resultados por componente:

1. Organización del sistema	Puntuación	Ponderación	Total
1. Metas/resultados compartidos.		x2	
2. Reuniones periódicas de coordinación.		x2	
3. Procesos de aprendizaje y mejora continua.		x1,5	
4. Sistemas de incentivos alineados al cumplimiento de las metas.		x1	
TOTAL COMPONENTE	-	-	

Interpretación resultado (Max: 9,75): Bajo $\leq 3,25$; Medio $> 3,25$ y $< 6,5$; Alto $\geq 6,5$

2. Diseño del modelo de prestación de cuidados	Puntuación	Ponderación	TOTAL
1. Definición "oferta de cuidados evidenciados" para los distintos perfiles de pacientes.		x2	
2. Medición sistemática % pacientes de cada perfil que recibe la oferta de cuidados evidenciados.		x1	
3. Promover la involucración de disciplinas en la unidad de VIH.		x0,5	
4. Explicitación de funciones de autocuidado.		x1	
5. Trabajo en equipo y desarrollo de reuniones.		x1,5	
6. Co-diseño del modelo de prestación de cuidados con los pacientes.		x1,5	
7. Nuevas tecnologías para seguimiento y coordinación.		x1	
TOTAL COMPONENTE	-	-	

Interpretación resultado (Max: 12,75): Bajo $\leq 4,25$; Medio $> 4,25$ y $< 8,5$; Alto $\geq 8,5$

3. Sistemas de información clínica	Puntuación	Ponderación	TOTAL
1. HCE compartida.		x1,5	
2. Sistema de estratificación de pacientes con VIH.		x2	
TOTAL COMPONENTE	-	-	
Interpretación resultado (Max: 5,25): Bajo $\leq 1,75$; Medio $> 1,75$ y $< 3,5$; Alto $\geq 3,5$			

4. Sistemas de apoyo a la toma de decisiones clínicas	Puntuación	Ponderación	TOTAL
1. Sistemas de medición sistemática de indicadores de calidad y seguridad clínica.		x2	
2. Sistema de alertas.		x1	
3. Programa interacciones integrado con receta electrónica.		x0,5	
4. Procesos de identificación y difusión de buenas prácticas.		x0,5	
TOTAL COMPONENTE			
Interpretación resultado (Max: 6): Bajo ≤ 2; Medio > 2 y < 4; Alto ≥ 4			

5. Apoyo al autocuidado	Puntuación	Ponderación	TOTAL
1. Estrategias de autocuidado adaptadas a perfiles de pacientes.		x0,5	
2. Explorar nuevas intervenciones de autocuidado.		x0,5	
3. Aprovechar el potencial de los "pares" para autocuidado		x0,5	
4. Explotar potencial de la mHealth.		x0,5	
TOTAL COMPONENTE	-	-	
Interpretación resultado (Max: 3): Bajo ≤ 1; Medio > 1 y < 2; Alto ≥ 2			

6. Recursos y políticas comunitarias	Puntuación	Ponderación	TOTAL
1. Mapa de recursos comunitarios y estrategias conjuntas.		x1,5	
2. Especialización de los recursos comunitarios en funciones clave.		x0,5	
3. Los recursos y políticas comunitarias se dirigen a satisfacer necesidades psicosociales de los colectivos más vulnerables.		x0,5	
4. Fortalecer los recursos sociales generales de ámbito comunitario.		x0,5	
5. Fortalecer el colectivo de trabajadores sociales y profesionales del ámbito comunitario.		x0,5	
TOTAL COMPONENTE	-	-	
Interpretación resultado (Max: 5,25): Bajo $\leq 1,75$; Medio $> 1,75$ y $< 3,5$; Alto $\geq 3,5$			

Resultado modelo completo:

Resultado modelo completo	Puntuación	Grado
1. Organización del sistema		
2. Diseño del modelo de prestación de cuidados		
3. Sistemas de información clínica		
4. Sistemas de apoyo a la toma de decisiones clínicas		
5. Apoyo al autocuidado		
6. Recursos y políticas comunitarias	-	
TOTAL		

Interpretación resultado (Max: 42): Bajo ≤ 14 ; Medio > 14 y < 28 ; Alto ≥ 28

▼ Ejemplo resultado modelo completo:

Resultado modelo completo	Puntuación	Grado
1. Organización del sistema	5,5	Media
2. Diseño del modelo de prestación de cuidados	9	Alta
3. Sistemas de información clínica	1,5	Baja
4. Sistemas de apoyo a la toma de decisiones clínicas	2,5	Media
5. Apoyo al autocuidado	0,5	Baja
6. Recursos y políticas comunitarias	1,5	Baja
TOTAL	20,5	Media

11

Anexos

Anexo 1: Adaptaciones del Chronic Care Model

A continuación se presentan las adaptaciones del CCM más utilizadas, en concreto, el Modelo de Cuidados Crónicos Extendido, empleado y planteado por el Gobierno de la Columbia Británica de Canadá, y el Marco de Cuidado Innovador para Enfermedades Crónicas de la OMS.

Expanded Chronic Care Model (ECCM)

El Modelo de Cuidado Crónico Extendido (ECCM) del Gobierno de la Columbia Británica de Canadá hace especial hincapié en el contexto comunitario, al igual que en la importancia de la prevención y promoción sanitaria (Figura 19) (15).

El ECCM amplía el CCM para integrar mejor la prevención y la promoción de la salud en el modelo. Da un mayor peso a la participación de la comunidad, a la promoción de la salud poblacional y reconoce la importancia de los determinantes de la salud en las enfermedades crónicas. El ECCM rediseña y amplía los componentes de la comunidad del CCM, incluyendo tres nuevos componentes.

- Construir una política pública saludable: desarrollo e implementación de políticas diseñadas para mejorar la salud de la población. Incluye cambios en la legislación, medidas fiscales y otro tipo de medidas que promuevan la equidad en la sociedad.
- Crear ambientes de apoyo: generar condiciones de vida y empleo que sean seguras, estimulantes, satisfactorias y agradables.
- Fortalecer la acción de la comunidad: trabajar con grupos comunitarios para establecer prioridades y alcanzar metas que mejoren la salud de la comunidad.

▼ Figura 19: Expanded Chronic Care Model (ECCM)



Fuente: Barr, VJ (2003).

Por último, mientras que en el CCM, los mejores resultados clínicos y funcionales se consiguen por medio de interacciones productivas entre pacientes activos y profesionales preparados y proactivos, el ECCM lo amplía y propone unos mejores resultados clínicos, funcionales y de salud poblacional por medio de interacciones productivas entre unos pacientes y una comunidad activa y unos profesionales sanitarios y comunitarios preparados y proactivos.

The innovative care for chronic conditions framework (ICCC)

Otra adaptación del CCM es el modelo de Atención Innovadora a Condiciones Crónicas (ICCC, por sus siglas en inglés) elaborado por la OMS, da un mayor énfasis a la comunidad y a las políticas para mejorar la atención de las enfermedades crónicas (Figura 20) (16-19).

La implementación exitosa del CCM requiere de políticas de apoyo y mecanismos de financiación. Estos factores a nivel macro no se consideran en detalle en el CCM, pero se abordan en esta versión adaptada de la OMS. Las contribuciones complementarias que realiza el ICCC respecto al CCM son las siguientes:

- A nivel macro, resalta la necesidad de un ambiente político positivo para apoyar la reconducción de los servicios para orientarlos hacia las necesidades de los pacientes con afecciones crónicas. Un liderazgo sólido, acción y colaboraciones intersectoriales, integración de políticas, sostenibilidad financiera y el suministro y desarrollo de recursos humanos cualificados representan elementos clave y constituyen una dimensión no tratada de un modo explícito en la versión original del CCM de Wagner.

- A nivel meso, el modelo mantiene elementos clave del modelo CCM, como el uso de los sistemas de información y el apoyo al autocuidado con énfasis en la prevención, mientras que incorpora el fomento de la calidad a través del liderazgo y los incentivos (equivalente a la organización de la atención sanitaria del CCM) y la importancia de la integración y la coordinación de servicios (equivalente al rediseño del modelo de prestación del CCM). Además, las cuestiones relacionadas con el apoyo a la toma de decisiones se amplían incluyendo el suministro de recursos, para equiparar las necesidades en contextos donde existe una falta de equipamiento y medicación.

En relación a los recursos comunitarios, incorpora elementos adicionales al CCM como el apoyo a los líderes de la comunidad para sensibilizar y reducir el estigma, o la movilización de grupos locales para que generen recursos de apoyo a las condiciones crónicas.

- A nivel micro, la diáda establecida dentro del CCM entre los profesionales sanitarios y pacientes se extiende a la tríada que ahora hace partícipe a la comunidad. Asimismo, se sustituye el término activado en referencia a los pacientes por motivado y preparado.

Otro de sus aspectos clave es el énfasis que pone en la necesidad de optimizar el uso de los recursos sanitarios disponibles dentro de un contexto geográfico y demográfico específico. Tal enfoque es crucial en muchos países de ingresos medios y bajos donde coexisten infraestructuras de múltiples proveedores, con evidentes solapamientos y un uso no óptimo de los servicios.

▼ Figura 20: The Innovative Care for Chronic Conditions Framework (ICCC)



Fuente: World Health Organization (2002).

El ICCC ha mostrado beneficios en países como Marruecos, donde sirvió como base conceptual al gobierno para el análisis de la situación de salud de pacientes con enfermedades crónicas. En Ruanda, el ICCC se usa para diseñar un sistema de atención a pacientes con VIH.

La figura 21 muestra un resumen de las ideas principales del modelo, así como los elementos esenciales sobre los que actuar.

▼ Figura 21: ICCC. Ideas principales y elementos esenciales sobre los que actuar

Ideas principales	Elementos sobre los que actuar
■ La toma de decisiones basada en la evidencia. ■ El enfoque de salud poblacional. ■ El foco en prevención. ■ El énfasis en la calidad de la atención y en la calidad sistémica. ■ La flexibilidad y/o adaptabilidad. ■ La integración, como núcleo duro y fractal del modelo.	■ Apoyar el cambio de paradigma. ■ Gestionar el entorno político ■ Integración de cuidados. ■ Alinear las políticas sectoriales para la salud. ■ Utilizar el personal sanitario de manera más efectiva. ■ El paciente y su familia como centro de cuidados. ■ Apoyar a los pacientes en su comunidad. ■ Enfatizar la prevención.

Fuente: SI-Health. Adaptación World Health Organization (2002).

Análisis comparativo entre modelos

Si analizamos los diferentes componentes que priorizan los modelos de crónicos presentados, observamos **que todos ellos incorporan los componentes esenciales identificados por el modelo inicial del CCM**. Tanto el ECCM como el ICCC respetan los componentes originales, e incorporan nuevos componentes que detallan aspectos concretos no abordados en profundidad por el CCM (Figura 22).

▼ Figura 22: ICCC. Ideas principales y elementos esenciales sobre los que actuar

Modelos/Componentes	CCM	ECCM	ICCC	Equivalencias (ICCC)
Organización del sistema de cuidados	✗	✗	✗	Asegura la calidad a través de liderazgo e incentivos
Diseño del modelo de cuidados	✗	✗	✗	Fomenta la continuidad y coordinación
Apoyo a la toma de decisiones clínicas	✗	✗	✗	Organiza y dota los equipos de atención de salud
Sistemas de información clínica	✗	✗	✗	Usa sistemas de información
Apoyo al autocuidado	✗	✗	✗	Apoya el automanejo y la prevención
Recursos y políticas comunitarias	✗	✗	✗	Proporciona servicios complementarios + Movilizar y coordinar los recursos
Crear políticas públicas saludables		✗		

continúa en la siguiente página →

← comienza en
página anterior

Crear entornos de apoyo		✗		
Fortalecer las acciones comunitarias		✗	✗	Proporciona servicios complementarios + Movilizar y coordinar los recursos
Aumentar la conciencia y reducir el estigma (comunidad)			✗	
Promover los mejores resultados a través del liderazgo y apoyo (comunidad)			✗	

Fuente: Elaborado por Si-Health.

Anexo 2: Evidencia de cada uno de los componentes del CCM a nivel individual.

A continuación se presenta la evidencia en VIH de cada uno de los componentes del CCM a nivel individual.

Organización del sistema de cuidados

- Varios estudios muestran el **papel clave que los líderes** desempeñan en guiar el proceso de implementación y desarrollo del CCM. Para poder romper con la cultura organizacional y profesional existente, los líderes deben estar comprometidos con la implementación y mantenimiento de las intervenciones, ofrecer orientación y apoyo, proporcionar un ambiente que respalde la mejora continua y enviar mensajes claros sobre la importancia del cuidado de enfermedades crónicas para asegurar resultados en salud. Sin este compromiso, es muy improbable que se logren mejoras en los resultados (40-42).
- Varios estudios incluidos en la misma revisión también hallaron que el **uso del ciclo Plan-Do-Study-Act** parece estar asociado con el desarrollo de intervenciones contextualmente relevantes. Además, estos métodos a menudo significaban que los proveedores de servicios de salud involucrados en el proceso de implementación estaban comprometidos con el desarrollo y éxito de la intervención (40).
- Varios estudios muestran que, para lograr una implementación exitosa del CCM, los **líderes** deben de (41, 43):
 - Reconocer la dificultad de cambiar los patrones de cuidado tradicionales. La cultura organizativa y profesional es fundamental para cualquier cambio y requiere tanta atención como la implementación, de modo que primero es necesario alinear la cultura de la organización con las estrategias seleccionadas.
 - Los líderes deben involucrar y empoderar a todas las partes interesadas para hacer posibles los cambios. Involucrar a los médicos es especialmente importante o el cambio se verá obstaculizado y el impacto en los resultados en el paciente será limitado.
 - Ofrecer a las organizaciones sanitarias modelos claros y especificaciones sobre el fin deseado (visión), así como la flexibilidad en la forma en que llegan allí.
 - Monitorización y mejora continua a medida que surjan barreras de cambio.

- Un estudio encontró que las mejoras de los **indicadores de calidad asistencial** se asociaban con mejores en las tasas de mortalidad en pacientes con VIH. Estos hallazgos respaldan las políticas que promueven la monitorización y el seguimiento de indicadores de calidad, y sugiere que su uso puede traducirse en una disminución de las tasas de mortalidad de los pacientes (44).
- El **uso de incentivos** vinculados a indicadores de calidad pueden incrementar la efectividad de la atención y mejorar los resultados para los pacientes (45, 46). Sin embargo, los incentivos deben estar correctamente diseñados para ser efectivos.

Apoyo al autocuidado

- La OMS incluye la auto-gestión del paciente como la **mejor práctica/componente** para mejorar la atención clínica y los resultados en los pacientes con enfermedades crónicas (47).
- La evidencia en países de altos ingresos sugiere que el diseño de la prestación y las intervenciones de apoyo a la autogestión son los componentes del modelo CCM con **mayor impacto tanto en los procesos como en los resultados clínicos** (26) (27).
- La International Advisory Panel on HIV Care Continuum Optimization (IAPAC) ha recomendado, sobre la base de **"evidencia de excelente calidad"**, que las estrategias de autogestión del paciente son extremadamente importantes para el continuo de atención médica del VIH (IAPAC, 2015) (48).
- Los programas de educación y apoyo a los pacientes para que auto-gestionen su propia enfermedad han demostrado tener éxito en el logro de **mejores resultados de salud** (49).
- Del mismo modo, las visitas al hospital se reducen cuando se brinda educación para el autocuidado a personas con enfermedad crónica (50, 51). Por lo tanto, los programas de autocuidado no solo mejoran los resultados clínicos de los pacientes, sino que también consiguen una **reducción del uso de recursos sanitarios**.
- Numerosos estudios han demostrado éxito de estos programas en el **cambio de comportamientos** relacionados con la salud en las personas que viven con VIH:
 - Una mayor activación del paciente con VIH se asoció a mejores resultados en el recuento de linfocitos CD4, carga viral y adherencia (52).
 - Mejoras en la adherencia a los regímenes de medicación (53-57).
 - Reducción del riesgo de transmisión (58).
 - Aumento del autocuidado (nutrición, ejercicio, sueño), la regulación emocional y el apoyo social (59).
 - La reducción en el uso de sustancias (60).
 - Mejoras en la calidad de vida (61).
 - Reducción del estigma social (62).
 - Mejorar el funcionamiento del sistema inmune (63).
 - Mejoras a corto plazo a nivel físico, psicosocial y de conocimientos en salud, así como en cambios de comportamientos de riesgo (64).

- Mejoras en la salud física y calidad de vida, en la adherencia y en la búsqueda de servicios de atención y apoyo para el VIH (65).
- La **toma de decisiones compartida** con los pacientes que viven con VIH se ha asociado con mejores resultados de salud. Una posible explicación de esta asociación es que los pacientes con un rol más activo en la toma de decisiones están más involucrados en su cuidado lo que conduce a una mayor adherencia al tratamiento (66, 67).
- Una revisión muestra evidencia de que la **eHealth** para la prevención del VIH en HSH de alto riesgo tiene el potencial de ser eficaz a corto plazo para reducir los comportamientos de riesgo del VIH y aumentar las tasas de acceso a la prueba diagnóstica (68).

Diseño del modelo de cuidados

La estructura asistencial se puede rediseñar de distintas formas para dar respuesta a las necesidades de los pacientes crónicos que viven con VIH:

- Varios estudios observacionales sugieren que los pacientes que reciben una **atención multidisciplinar** tienen más probabilidades de tener una carga viral indetectable en comparación con los grupos de control (69–72).
- Una revisión sistemática proporciona evidencia del impacto beneficioso de los **farmacéuticos clínicos** de VIH en los resultados del TAR (adherencia y supresión viral) (73).
- La incorporación de enfermeras especializadas en VIH en Japón consiguió alcanzar la supresión viral de forma más rápida, así como un mejor mantenimiento de la misma (74).
- La incorporación de **gestores de caso o de enlace**, ya sea mediante profesionales sanitarios o pares, incrementa la participación y el compromiso de los pacientes en su propio cuidado, mejorando el acceso a la atención sanitaria, al tratamiento y a otros servicios de apoyo. Además de mejorar la participación y retención en la atención, los servicios de enlace tienen un impacto positivo en los resultados del tratamiento, como el aumento en el recuento de CD4, la disminución en la carga viral o mejoras en la adherencia (75–78).
- Un estudio demostró que los reclusos infectados por el VIH tenían una supresión virológica significativamente mayor y un recuento de linfocitos CD4 mayor cuando eran manejados por un equipo multidisciplinar de subespecialistas que prestaban asistencia por medio de la **telemedicina**, en comparación con los resultados de recibir cuidados no expertos (79). Asimismo, un estudio en Barcelona muestra que la **telemedicina** también ayuda a mejorar la coordinación de la atención entre servicios para personas que viven con VIH, así como a mejorar el seguimiento de pacientes (80).
- El cuidado colaborativo a través de la **telemedicina** es un enfoque factible para brindar atención médica integral y accesible para las personas con VIH en entornos rurales y de baja prevalencia. La intervención por medio de la telemedicina mantuvo la alta calidad de la atención que existía previamente en la clínica de VIH, como lo demuestran las altas tasas de control de la viremia, mientras se reducía la cantidad de tiempo que los pacientes pasaban viajando para recibir atención (81).

Apoyo a la toma de decisiones clínicas

- Una revisión sistemática analizó los resultados de distintas intervenciones de **apoyo a la toma de decisiones** en VIH, y observó que los sistemas de apoyo a la toma de decisiones mejoraban significativamente la práctica clínica, con **medidas de proceso** más susceptibles de mejorar que las medidas de resultado. La intervención que obtuvo la mayor proporción de resultados mejorados fue la implementación de las guías clínicas (29).
- Otra revisión sistemática encontró que los sistemas de apoyo a la toma de decisiones **mejoraron significativamente la práctica clínica** (82).
- La **formación de profesionales** impacta en sus comportamientos y conocimientos sobre el VIH y mejora los resultados médicos en los pacientes (83, 84).

Sistemas de información clínica

- La misma revisión sistemática analizó los resultados de distintas intervenciones relacionadas con los **sistemas de información clínica** en VIH y encontró que los sistemas de información clínica también ayudan a mejorar la práctica clínica, con **medidas de proceso** más susceptibles de mejorar que las medidas de resultado. Entre las distintas intervenciones estudiadas, el uso de recordatorios electrónicos fue la intervención más efectiva (29).
- Otra revisión sistemática sobre el uso de **recordatorios electrónicos** de apoyo a la toma de decisiones clínicas en países en desarrollo mostró mejoras en el número de pruebas de control de CD4, reducciones en los errores de carga de datos, en las citas perdidas y en los resultados de CD4 perdidos, así como reducciones en los tiempos de espera de los pacientes (85).
- El uso de **recordatorios electrónicos** de apoyo a la toma de decisiones clínicas en un hospital de Massachusetts mostró mejoras en los niveles de CD4 y en el seguimiento de los pacientes con VIH. El estudio concluye que la implementación más amplia de tales sistemas puede proporcionar importantes beneficios clínicos (86).
- Un estudio en EEUU concluye que el uso de las **tecnologías de la información** fue el factor principal que contribuyó al éxito de las actividades de gestión de la calidad, lo que permitió mejorar la calidad de la atención y el estado de salud de los pacientes con VIH (87).
- El programa Orchestra implementado en un Hospital Universitario de París es una herramienta que, apoyada por sistemas de información, tiene como objetivo mejorar el acceso a la información y el cuidado del VIH específicamente dirigido a cinco áreas de acción: factores de riesgo cardiovascular; seguimiento ginecológico; cobertura de la vacuna contra el virus de la hepatitis B (VHB); sexualidad y prevención de infecciones de transmisión sexual; y el cumplimiento de los antirretrovirales. Los resultados del programa confirman que el uso de sistemas de información brinda una oportunidad única para evaluar y mejorar la prevención y el tratamiento de las comorbilidades en pacientes con VIH (88).
- La **implementación de la HCE** tiene múltiples beneficios: mejores resultados en salud, mejora la coordinación y colaboración entre equipos interprofesionales, mayor seguridad y eficiencia, así como mejoras en la satisfacción de los pacientes y profesionales (89).

- La **estratificación** permite realizar multitud de intervenciones (asignación de recursos ajustados al riesgo, rediseño de roles profesionales o procesos asistenciales, etc.) que en última instancia pueden impactar en los resultados sanitarios finales de una población, ya sea en términos de eficiencia, calidad, satisfacción de los profesionales o en resultados en salud. La reducción de costos y las ganancias de eficiencia se han observado ampliamente en la literatura, mientras que las mejoras de calidad son más difíciles de demostrar debido a la naturaleza multifactorial de la atención médica (90).

Recursos y políticas comunitarias

- En comparación con los estándares actuales de atención, los programas de **“trabajadores de salud comunitarios”** pueden ofrecer una alternativa práctica y coste-efectiva para mejorar la adherencia al TAR, lo que puede conducir a una reducción de la carga viral y a un aumento en el recuento de células CD4 entre las poblaciones con VIH en los EEUU (91).
- De acuerdo con los resultados de un estudio estadounidense, los espacios de seguridad que proporcionan los **programas comunitarios** (servicios de counselling, pisos de acogida, centros de día, comunidades terapéuticas, residencias, etc.) desempeñan un papel fundamental en la respuesta frente al VIH proporcionando apoyo social y reduciendo los condicionantes estructurales que suponen una barrera en la atención de las poblaciones más vulnerables (92).
- El cribado con la prueba rápida del VIH en las **farmacias** de Euskadi es un complemento eficaz al resto de los sistemas de detección de VIH/sida implantados (93).
- Tras diez años de **Programa de Intercambio de Jeringuillas** en una cárcel de Orense, se observa un significativo descenso en la prevalencia de infección por VIH y por VHC en la población reclusa del centro, y el programa es aceptado como beneficioso por la mayoría de los internos y funcionarios encuestados (94).

Anexo 3: Implementación del modelo CCM en los hospitales Vancouver Prince George

A continuación se presentan las intervenciones puestas en marcha en los hospitales Vancouver Prince George de Canadá y que condujeron a conseguir mejoras significativas en los resultados clínicos del VIH (21) (Figura 23).

▼ Figura 23: Descripción del modelo de VIH del Hospital de Vancouver y del Hospital Prince George

Componente del modelo	Descripción
Organización del sistema de cuidados	■ Medidas de calidad identificadas y metas acordadas con equipo. ■ Reunión interprofesional mensual. Utilización de modelo calidad P.D.S.A.
Apoyo a la autogestión por paciente	■ Provisión de educación VIH estructurada. ■ Adaptación de material educativo a culturas diferentes.
Sistemas de apoyo a la decisión clínica	■ Incorporación de guía clínica en historia clínica electrónica. ■ Desarrollo de alertas a clínicos.
Rediseño del modelo de prestación	■ Rol enfermería extendido para incluir la monitorización de la infección por VIH, análisis sangre e inmunizaciones. ■ Sistemas de alerta para recordar necesidad de análisis de sangre. ■ Enfermería "OutReach" implementada. ■ Inclusión de un peer navegador (Otro paciente VIH positivo acompañante).
Sistemas de información	■ Implementación de historia clínica electrónica que genera lista de pacientes VIH con información clínica relevante. ■ Estratificación por vulnerabilidad.
Recursos comunitarios	■ Desarrollo de un comité asesor comunitario para "personas que viven con VIH". ■ Formalización de partenariados con grupos comunitarios.

Fuente: David Tu (2013).

Anexo 4: Choosing Wisely: Cinco cosas que los médicos y pacientes se deberían cuestionar

A continuación se presentan las actividades que la campaña Choosing Wisely recomienda no realizar en los protocolos de seguimiento de pacientes con VIH (37) (Figura 24).

▼ Figura 24: Cinco cosas que los médicos y pacientes se deberían cuestionar

1	Evite las pruebas innecesarias de CD4. No se requiere realizar el recuento de CD4 en cada prueba de carga viral. La prueba de carga viral es un mejor indicador de la respuesta del paciente a la terapia. La monitorización de CD4 no es necesaria para pacientes que tienen una supresión viral estable. Durante los primeros dos años después del inicio del tratamiento, el recuento de CD4 se debe controlar cada tres o seis meses. Después de dos años, si la carga viral es indetectable, el recuento de CD4 se debe medir anualmente si es de 300-500 células / mm³. Si es consistentemente superior a > 500 células / mm³, la monitorización es opcional.
2	No solicite paneles de linfocitos complejos cuando ordene recuentos de CD4. Ordene recuentos y porcentajes de CD4 en lugar de ordenar otros paneles de linfocitos. Por ejemplo, las pruebas CD8, incluida la relación CD4 / CD8, aumentan los costos sin proporcionar información útil. Los paneles de linfocitos más complejos son innecesarios y aumentan aún más los costes.
3	Evite las pruebas trimestrales de carga viral en pacientes que tienen supresión viral duradera, a menos que esté clínicamente indicado. Se debe realizar una prueba de carga viral antes del inicio del tratamiento, de dos a ocho semanas después del inicio o la modificación de la terapia, y luego cada tres o cuatro meses para confirmar la supresión viral mantenida. En pacientes clínicamente estables que tienen supresión virológica duradera durante más de dos años, los médicos pueden extender el intervalo a seis meses.
4	No solicite rutinariamente pruebas de deficiencia de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa (G6PD) en pacientes que no estén predispuestos debido a su raza / etnia. Se recomienda la prueba de deficiencia de G6PD al inicio de la atención o antes de comenzar la terapia con un fármaco oxidante solo en pacientes infectados por VIH que estén predispuestos a este trastorno genético que puede causar anemia hemolítica. La G6PD ocurre con mayor frecuencia en poblaciones de ascendencia africana, asiática y mediterránea y es más probable que afecte a pacientes infectados por el VIH con uno de estos antecedentes raciales o étnicos.
5	No realice rutinariamente la prueba para CMV IgG en pacientes infectados por VIH que tienen una alta probabilidad de estar infectados con CMV. La prueba de citomegalovirus (CMV) IgG solo se recomienda en pacientes con menor riesgo de infección por CMV para detectar la infección latente por CMV. La prueba de CMV IgG no es necesaria en pacientes con mayor riesgo de contraer CMV, incluidos los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y usuarios de drogas inyectables, porque se puede suponer que son CMV positivos. Se recomienda la prueba del anticuerpo contra el CMV en poblaciones de bajo riesgo para fomentar el asesoramiento del paciente y evitar la infección por CMV mediante la práctica de sexo seguro, así como para evitar la transfusión excepto con productos sanguíneos negativos para el CMV. Los pacientes con menor riesgo de infección por CMV, por ejemplo, pacientes que son heterosexuales y no se han inyectado drogas, deben someterse a una prueba de infección por CMV latente con una IgG anti-CMV al inicio de la atención.

Fuente: HIV Medicine Association. (2016).

Anexo 5: Resultado del ejercicio de priorización de las recomendaciones

A continuación se presentan el resultado del ejercicio de priorización de las recomendaciones (Figura 25).

▼ Figura 25: Resumen de la priorización de las recomendaciones

Recomendaciones priorizadas		
1	1.1	Promover la definición de metas/resultados compartidos en clave de valor final.
2	2.1	Trabajar multidisciplinariamente la mejor “oferta de cuidados evidenciados” para cada perfil de paciente VIH.
3	1.2	Promover el desarrollo de reuniones de coordinación.
4	3.2	Promover la implementación de sistemas de estratificación.
5	4.1	Asegurar la disponibilidad de sistemas de medición sistemáticos de los indicadores de calidad y seguridad clínica que recogen las guías de práctica clínica diaria.
6	3.1	Promover la implementación generalizada de instrumentos de coordinación (HCE, interconsultas).
7	2.5	Reuniones sistemáticas de contenidos clínico y organizativo.
8	2.6	Trabajar el co-diseño del modelo de prestación de cuidados CON los pacientes.
9	1.3	Incorporar a las prácticas procesos de aprendizaje y mejora continua.
10	6.1	Desarrollar un mapa de recursos comunitarios que permita articular estrategias locales conjuntas adaptadas a las necesidades de la población de referencia.
11	1.4	Alineamiento de sistemas de incentivos con cumplimiento de metas/resultados finales definidos.
12	2.2	Medir sistemáticamente el porcentaje de pacientes de cada perfil que recibe la oferta de cuidados evidenciados y procurar avanzar hacia el 100%.
13	2.4	Explicitar las funciones de algunos roles profesionales en el manejo de pacientes con VIH.
14	2.7	Explorar el uso y desarrollo de nuevas tecnologías.
15	4.2	Seleccionar y priorizar las alertas clave de apoyo a la toma de decisiones clínicas y avanzar hacia su implementación.
16	5.1	Explicitar estrategias de autocuidado para pacientes con VIH en cada contexto local.
17	5.2	Explorar con nuevas intervenciones evidenciadas en autocuidado según perfil de pacientes.
18	4.3	Integración/coordinación de los programa de interacciones farmacológicas con el sistema de receta electrónica.
19	5.4	Explotar el potencial de la mHealth para el autocuidado de pacientes con VIH en cada contexto local.
20	4.4	Observar prácticas en prueba y generalizar aprendizajes.
21	6.2	Especialización de los recursos y políticas comunitarias en funciones clave necesarias.

12

Bibliografía

1. Chu, C. & Selwyn, P.A. (2011). An Epidemic in Evolution: The Need for New Models of HIV Care in the Chronic Disease Era. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 88(3), 556–566.
2. Rojo, A., Arratibel, P., Bengoa, R., y Grupo multidisciplinar de expertos en VIH. Juntos podemos vencer al VIH. 1ª Edición. España: The Institute for Health and Strategy (SI-Health); 2018. ISBN 978-84-09-03625-7.
3. The Health Foundation. (2015). Shaping the future. A strategic framework for a successful NHS. Disponible en: <https://www.health.org.uk/publication/shaping-future> (acceso mayo 2018).
4. Berenguer, J., Álvarez, D., Doderó, J., & Azcoaga, A. (2018). Modelo de seguimiento, organización y gestión de la infección por el VIH. *Enferm Infecc Microbiol Clin*, 36(Supl 1):45-49.
5. Bengoa, R.*, Martos, F.*, Nuño, R.*, Kreindler, S. Novak, T. Pinilla, R. [*Contribuyentes principales] Management models. En: Jadad AR, Cabrera A, Martos F, Smith R, Lyons RF. When people live with multiple chronic diseases: a collaborative approach to an emerging global challenge. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2010. Disponible en: <http://www.opimec.org/equipos/when-people-live-with-multiple-chronic-diseases>
6. ElZarrad, M.K., Eckstein, E.T. & Glasgow, R.E. (2013). Applying Chronic Illness Care, Implementation Science, and Self-Management Support to HIV. *AmJ Prev Med*, 44(1S2):S99–S107.
7. van der Straten, A., Van, D.L., Haberer, J.E. & Bangsberg, D.R. (2012). Unraveling the divergent results of pre-exposure prophylaxis trials for HIV prevention. *AIDS*, 26(7):F13–F19.
8. Cohen, M.S. & Baden, L.R. (2012) Preexposure prophylaxis for HIV—where do we go from here? *N Engl J Med*, 367(5):459–61.
9. Cohen, J. (2012). AIDS research. FDA panel recommends anti-HIV drug for prevention. *Science*, 336(6083):792.
10. Wagner, E.H., Austin, B.T. & Von Korff, M. (1996). Organizing care for patients with chronic illness. *Milbank Quarterly*, 74(4):511–544.
11. Wagner, E.H. (1998). Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? *Effective Clin Practice*, 1(1):2–4.
12. Wagner, E.H., Davis, C., Schaefer, J., Von Korff, M. & Austin, B. (1999). A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? *Managed Care Quart*, 7(3):56–66.
13. Coleman, K., Austin, B.T., Brach, C. & Wagner, E.H. (2009). Evidence on the Chronic Care Model in the New Millennium. *Health Affairs*, 28(1): 75–85.

14. Bodenheimer, T., Wagner, E.H. & Grumbach, K. (2002). Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* Vol. 288 No. 14.
15. Barr, V.J., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., Ravensdale, D. & Salivaras, S.(2003). The expanded chronic care model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the chronic care model. *Hospital Quarterly*, 7(1):73-82.
16. World Health Organization. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action. Global report WHO/NMC/CCH. Ginebra: WHO; 2002. Disponible en: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccreport/en/> (acceso abril 2018)
17. Epping-Jordan, J.E., Pruitt, S.D., Bengoa, R. & Wagner, E.H. (2004). Improving the quality of health care for chronic conditions. *Quality and Safety in Health Care*, 13(4):299-305.
18. Organización Panamericana de la Salud, 2013. Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=22257+&Itemid=99&lang=en (acceso abril 2018).
19. Organización Panamericana de la Salud, 2002. Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: Agenda para el cambio. Informe Global. Disponible en: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/iccc_spanish.pdf (acceso abril 2018).
20. Mangione-Smith, R., Schonlau, M., Chan, K.S., Keeseey, J., Rosen, M., Louis T.A. & Keeler, E. (2005). Measuring the Effectiveness of a Collaborative for Quality Improvement in Pediatric Asthma Care: Does Implementing the Chronic Care Model Improve Processes and Outcomes of Care? *Ambulatory Pediatrics*, 5(2):75–82.
21. Tu, D., Belda, P., Littlejohn, D., Somlak Pedersen, J., Valle-Rivera, J., & Tyndall, M. (2013). Adoption of the chronic care model to improve HIV care in a marginalized, largely aboriginal population. *Can Fam Physician*, 59:650–7.
22. Goetz, M.B., Bowman, C., Hoang, T., Anaya, H., Osborn, T., Giffordet, A.L. & Asch, S.M. (2008). Implementing and evaluating a regional strategy to improve testing rates in VA patients at risk for HIV, utilizing the QUERI process as a guiding framework: QUERI Series. *Implement Sci*, 3:16.
23. Broughton, E., Muhire, M., Karamagi, E., & Kisamba, H. (2016). Cost-effectiveness of implementing the chronic care model for HIV care in Uganda. *Int J Qual Health Care*, 28(6):802-807.
24. Kuo, S., Bryce, C.L., Zgibor, J.C., Wolf, D.L., Roberts, M.S., & Smith, K.J. (2011). Cost-Effectiveness of Implementing the Chronic Care Model for Diabetes Care in a Military Population. *Journal of Diabetes Science and Technology*, 5(3), 501–513.
25. Gilmer, T.P., O'Connor, P.J., Rush, W.A., Crain, A.L., Whitebird, R.R., Hanson, A.M. & Solberg, L.I. (2006). Impact of office systems and improvement strategies on costs of care for adults with diabetes. *Diabetes Care*, 29(6):1242-8.
26. Sperl-Hillen, J.M. (2004). Do all components of the chronic care model contribute equally to quality improvement? *Joint Commission Journal on Quality and Safety*, 30(6):303-9.

27. Fleming, B., Silver, A., Ocepek-Welikson, K. & Keller, D. (2004). The relationship between organizational systems and clinical quality in diabetes care. *The American Journal of Managed Care*, 10(12):934-44.
28. Gaudreault, S. & Muhire, M. (2013). Applying the Chronic Care Model to Health System Design in Low-resource Settings: Lessons from HIV Improvement Interventions. Technical Report. Bethesda, MD: University Research Co., LLC.
29. Pasricha, A., Deinstadt, R.T., Moher, D., Killoran, A., Rourke, S.B., & Kendall, C.E. (2012). Chronic Care Model Decision Support and Clinical Information Systems Interventions for People Living with HIV: A Systematic Review. *J Gen Intern Med*, 28 (1):127-35.
30. Sherer, R., O'Neill, J., Barini-Garcia, M., Bass, P., Becker, S., Boushon B, et al. Testing innovative quality improvement (QI) methods for HIV care in 10,000 patients (pts) in the US: the HRSA/IHI HIV Collaborative (abstract no. B10641). Paper presented at: XIV International AIDS Conference; 2002 Jul 7-12; Barcelona, Spain.
31. Asch, S.M., Kerr, E.A., Keeseey, J., Adams, J.L., Setodji, C.M., Malik, S. & McGlynn, E.A. (2006). Who Is at Greatest Risk for Receiving Poor-Quality Health Care? *N Engl J Med*, 354:1147-1156.
32. Michael West. (2013). Developing cultures of high-quality care. The Kings Fund. Disponible en: https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_document/michael-west-developing-cultures-of-high-quality-care.pdf (acceso mayo 2018) / <https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/michael-west-developing-cultures-%20high-quality-care-kingsfund-feb13.pdf> (acceso mayo 2018).
33. Ascendo Consulting. Proyecto MAPEX: Mapa estratégico de Atención Farmacéutica al paciente externo. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. Disponible en: <https://www.sefh.es/mapex/images/Tendencias-del-entorno-analizadas.pdf> (acceso julio 2018).
34. Calleja, M.A., y Morillo, R. El modelo CMO en consultas externas de Farmacia Hospitalaria. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, 2016. Disponible en: https://www.sefh.es/sefhpdfs/Libro_CMO.pdf (acceso julio 2018).
35. Morillo, R., Sáez de la Fuente, J., y Calleja, M.A. (2015). MAPEX: mirar profundo, mirar lejos. *Farm Hosp*, 39(4):189-191.
36. García-Queiruga, M., Margusino-Framiñán, L., Martín-Herranz, I., Gutiérrez-Estoa, M., Güeto-Rial, X., Capitán-Guarnizo, J., y Silva-Tojo, A. (2017). Implantación de un sistema de e-Interconsulta entre un Servicio de Farmacia hospitalaria y unidades de farmacia de atención primaria del área sanitaria. *Farm Hosp*, 41(2):270-282.
37. HIV Medicine Association. (2016). Choosing Wisely® campaign: Five Things Physicians and Patients Should Question. ABIM Foundation. Disponible en: <http://www.choosingwisely.org/societies/hiv-medicine-association/> (acceso mayo 2018).
38. Debra de Silva. (2011). Evidence: Helping people help themselves. A review of the evidence considering whether it is worthwhile to support self-management. The Health Foundation. Disponible en: <https://www.health.org.uk/publication/evidence-helping-people-help-themselves> (acceso mayo 2018).

39. La infección por VIH en España: situación actual y propuestas frente a los nuevos desafíos. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2018; 36 Suppl 1: 1-51.
40. Davy, C., Bleasel, J., Liu, H., Tchan, M., Ponniah, S., & Brown, A. (2015). Effectiveness of chronic care models: opportunities for improving healthcare practice and health outcomes: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 15:194
41. Hroschikoski, M.C., Solberg, L.I., Sperl-Hillen, J.M., Harper, P.G., McGrail, M.P., & Crabtree, B.F. (2006). Challenges of Change: A Qualitative Study of Chronic Care Model Implementation. *Ann Fam Med*, 4:317-326.
42. Lemay, C.A., Beagan, B.M., Ferguson, W.J. & Hargraves, J.L. (2010). Lessons learned from a collaborative to improve care for patients with diabetes in 17 community health centers, Massachusetts, 2006. *Prev Chronic Dis*, 7(4).
43. Holm, A.L., & Severinsson, E. (2012) Chronic care model for the management of depression: Synthesis of barriers to, and facilitators of, success. *International Journal of Mental Health Nursing* 21, 513-523.
44. Korthuis, P.T., McGinnis, K.A., Kraemer, K.L., Gordon, A.J., Skanderson, M., Justice, A.C., ...Fiellin, D.A. (2016). Quality of HIV Care and Mortality Rates in HIV-Infected Patients. *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, 62(2), 233-239.
45. Kolozsvári, L.R., Orozco-Beltran, D., & Rurik, I. (2014). Do family physicians need more payment for working better? Financial incentives in primary care. *Aten Primaria*, 46(5):261---266.
46. Unützer, J., Chan, Y., Hafer, E., Knaster, J., Shields, A., Powers, D., & Veith, R.C. (2012). Quality Improvement With Pay-for-Performance Incentives in Integrated Behavioral Health Care. *American Journal of Public Health*. Vol 102, No. 6.
47. World Health Organization. (2001). Innovative care for chronic conditions. Non-communicable Diseases and Mental Health Meeting Report May, 30-31.
48. International Advisory Panel on HIV Care Continuum Optimization. (2015). IAPAC Guidelines for Optimizing the HIV Care Continuum for Adults and Adolescents. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care* 1-32.
49. Epping-Jordan, J., Bengoa, R., Kavar, R., & Sabaté, E. (2001). The challenge of chronic conditions: WHO responds. *British Medical Journal*, 323, 947-948.
50. Bourbeau, J., Nault, D., & Dang-Tan, T. (2004). Selfmanagement and behavior modification in COPD. *Patient Education and Counseling*, 52(3), 271-277.
51. Lorig, K., Sobel, D.S., Stewart, A., Brown, B.W., Bandura, A., Ritter, P., ...Holman, H.R. (1999). Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. *Medical care*, 37:5-14.
52. Marshall, R., Beach, M.C., Saha, S., Mori, T., Loveless, M.O., Hibbard, J.H., ...Korthuis, P.T. (2013). Patient Activation and Improved Outcomes in HIV-Infected Patients. *Journal of General Internal Medicine*. Volume 28, Issue 5, pp 668-674.
53. Gordon, C.M. (2006). Commentary on meta-analysis of randomized controlled trials for HIV treatment adherence interventions. Research directions and implications for practice. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 43(Suppl. 1), S36-S40.

54. Johnson, M.O., Dilworth, S.E., Taylor, J.M., & Neilands, T.B. (2011). Improving coping skills for self-management of treatment side effects can reduce antiretroviral medication nonadherence among people living with HIV. *Ann Behav Med*, 41(1):83–91.
55. Wolf, M.S., Davis, T.C., Osborn, C.Y., Skripkauskas, S., Bennett, C.L., & Makoul G. (2007). Literacy, self-efficacy, and HIV medication adherence. *Patient Educ Couns*, 65(2):253–260.
56. Mathes, T., Pieper, D., Antoine, S.L., & Eikermann, M. (2013). Adherence-enhancing interventions for highly active antiretroviral therapy in HIV-infected patients. A systematic review. *HIV Med*, 14(10):583-95.
57. Parsons, J.T., Golub, S.A., Rosof, E., & Holder, C. (2007). Motivational interviewing and cognitive-behavioral intervention to improve HIV medication adherence among hazardous drinkers: a randomized controlled trial. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 46:443-50.
58. Albarraçín, D., Gillette, J.C., Allison, N., Glasman, L.R., Durantini, M.R., & Ho, M.H. (2005). A test of major assumptions about behavior change: A comprehensive look at the effects of passive and active HIV-prevention interventions since the beginning of the epidemic. *Psychological Bulletin*, 131, 856-897.
59. Rotheram-Borus, M.J., Lee, M.B., Murphy, D.A., Futterman, D., Duan, N., Birnbaum, J., ...and the Teens Linked to Care Consortium. (2001a). Efficacy of a preventive intervention for youth living with HIV. *American Journal of Public Health*, 91, 400-405.
60. Rotheram-Borus, M.J., Swendeman, D., Comulada, W.S., Weiss, R.E., Lee, M., & Lightfoot, M. (2004) Prevention for substance-using HIV-positive young people: Telephone and in-person delivery. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 1(37(Suppl: 2)), S68-S77.
61. Rotheram-Borus, M.J., Murphy, D.A., Wight, R.G., Lee, M.B., Lightfoot, M.A., Swendeman, D., ...Wright, W. (2001b). Improving the quality of life among young people living with HIV. *Evaluation and Program Planning*, 24, 227-237.
62. Holzemeyer, W.L., & Urs, L.R. (2004). Managing AIDS stigma. *SAHARA*, 1(3), 165-174.
63. Antoni, M.H., Cruess, D.G., Klimas, N., Carrico, A.W., Maher, K., Cruess, S., ...Schneiderman, N. (2005). Increases in a marker of immune system reconstitution are predated by decreases in 24 hour urinary cortisol output and depressed mood during a 10-week stress management intervention in symptomatic HIV-infected men. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 3-13.
64. Millard, T., Elliott, J., & Girdler, S. (2013). Self-management education programs for people living with HIV/AIDS: a systematic review. *AIDS Patient Care STDS*, 27(2):103–113.
65. Druss, B.G., Zhao, L., von Esenwein, S.A., Bona, J.R., Fricks, L., Jenkins-Tucker, S., ...Lorig, K. (2010). The Health and Recovery Peer (HARP) Program: A Peer-Led Intervention to Improve Medical Self-Management for Persons with Serious Mental Illness. *Schizophrenia Research*, 118(1-3), 264–270.

66. Beach, M.C., Duggan, P.S., & Moore, R.D. (2007). Is patients' preferred involvement in health decisions related to outcomes for patients with HIV? *J Gen Intern Med*, 22:1119–24.
67. Kumar, R., Korthuis, P.T., Saha, S., Chander, G., Sharp, V., Cohn, J., ...Beach, M.C. (2010). Decision-Making Role Preferences Among Patients with HIV: Associations with Patient and Provider Characteristics and Communication Behaviors. *Journal of General Internal Medicine*, 25(6), 517–523.
68. Schnall, R., Travers, J., Rojas, M., & Carballo-Diéguez, A. (2014). eHealth Interventions for HIV Prevention in High-Risk Men Who Have Sex With Men: A Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 16(5), e134. <http://doi.org/10.2196/jmir.3393>
69. Irvine, M.K., Chamberlin, S.A., Robbins, R.S., Myers, J.E., Braunstein, S.L., Mitts, B.J., ...Nash, D. (2015). Improvements in HIV Care Engagement and Viral Load Suppression Following Enrollment in a Comprehensive HIV Care Coordination Program. *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, 60(2), 298–310.
70. Frick, P., Tapia, K., Grant, P., Novotny, M., & Kerzee, J. (2006). The effect of a multidisciplinary program on HAART adherence. *AIDS Patient Care & STDs*, 20(7):511–24.
71. Hoang, T., Goetz, M.B., Yano, E.M., Rossman, B., Anaya, H.D., Knapp, H., ...Asch, S.M. (2009). The Impact of Integrated HIV Care on Patient Health Outcomes. *Medical Care*, 47(5), 560–567.
72. Coleman, S.M., Blashill, A.J., & Gandhi, R.T. (2012). Impact of integrated and measurement- based depression care: clinical experience in an HIV clinic. *Psychosomatics*, 53(1):51–7.
73. Saberi, P., Dong, B.J., Johnson, M.O., Greenblatt, R.M., & Cocohoba, J.M. (2012). The impact of HIV clinical pharmacists on HIV treatment outcomes: a systematic review. *Patient Preference and Adherence*, 6: 297–322.
74. Nishigaki, M., Sugino, Y., Seo, J., Shimada, M., Ikeda, K., & Kazuma, K. (2011). Influences of Allocating HIV/AIDS Specialized Nurses on Clinical Outcomes in Japan. *Asian Nursing Research Vol 5 No 1*.
75. Bradford, J.B., Coleman, S., & Cunningham, W. (2007). HIV system navigation: An emerging model to improve HIV care access. *AIDS Patient Care and STDs*, 21(s1):S49–S58.
76. Farrisi, D., & Dietz, N. (2013). Patient navigation is a client-centered approach that helps to engage people in HIV care. *HIV Clinician*, 25(1):1–3.
77. Willis, S., Castel, A.D., Ahmed, T., Olejemeh, C., Frison, L., & Kharfen, M. (2013). Linkage, Engagement, and Viral Suppression Rates among HIV-Infected Persons Receiving Care at Medical Case Management Programs in Washington, DC. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (1999)*, 64(0 1), 10.1097/QAI.0b013e3182a99b67.
78. Brennan-Ing, M., Seidel, L., Rodgers, L., Ernst, J., Wirth, D., Tietz, D., ...Karpiak, S.E. (2016) The Impact of Comprehensive Case Management on HIV Client Outcomes. *PLoS ONE* 11(2): e0148865.

79. Young, J.D., Patel, M., Badowski, M., Mackesy-Amiti, M.E., Vaughn, P., Shicker, L., ... Ouellet, L.J. (2014). Improved Virologic Suppression With HIV Subspecialty Care in a Large Prison System Using Telemedicine: An Observational Study With Historical Controls. *Clinical Infectious Diseases*, 59(1):123–6
80. Caceres, C., Gomez, E.J., Garcia, F., Gatell, J.M., & del Pozo, F. (2006). An integral care telemedicine system for HIV/AIDS patients. *Int. J. Med. Inform.*, 75:638–642.
81. Ohl, M., Dillon, D., Moeckli, J., Ono, S., Waterbury, N., Sissel, J., ...Kaboli, P. (2013). Mixed-Methods Evaluation of a Telehealth Collaborative Care Program for Persons with HIV Infection in a Rural Setting. *J Gen Intern Med* 28(9):1165–73
82. Kawamoto, K., Houlihan, C.A., Balas, E.A., & Lobach, D.F. (2005). Improving clinical practice using clinical decision support systems: a systematic review of trials to identify features critical to success. *BMJ : British Medical Journal*, 330(7494), 765.
83. Rackal, J.M., Tynan, A.M., Handford, C.D., Rzeznikiewz, D., Agha, A., & Glazier, R. (2012). Provider training and experience for people living with HIV/AIDS. *Sao Paulo Med. J.* vol.130 no.1
84. Bashook, P.G., Linsk, N.L., Jacob, B.A., Aguado, P., Edison, M., Rivero, R., ...Prabhughate, P. (2010). Outcomes of AIDS Education and Training Center HIV/AIDS skill-building workshops on provider practices. *AIDS Educ Prev*, 22(1):49–60.
85. Oluoch, T., Santas, X., Kwaro, D., Were, M., Biondich, P., Bailey, C., ...Keizer, N. (2012). The effect of electronic medical record-based clinical decision support on HIV care in resource-constrained settings: A systematic review. *International Journal of Medical Informatics*, 81: e83 – e92
86. Robbins, G.K., Lester, W., Johnson, K.L., Chang, Y., Estey, G., Surrao, D., ...Freedberg, K.A. (2012). Successful Outcomes of a Clinical Decision Support System in an HIV Practice: A Randomized Controlled Trial. *Annals of Internal Medicine*, 157(11), 10.7326/0003–4819–157–11–201212040–00003.
87. Virga, P.H., Jin, B., Thomas, J., & Virodov, S. (2012). Electronic health information technology as a tool for improving quality of care and health outcomes for HIV/AIDS patients. *Int J Med Inform*, 81(10):e39–45.
88. Fonquernie, L., Lacombe, K., Vincensini, J.P., Boccara, F., Clozel, S., Ayouch Boda, A., ...Girard, P.M. (2010). How to improve the quality of a disease management program for HIV-infected patients using a computerized data system. The Saint-Antoine Orchestra program, *AIDS Care*, 22:5, 588–596.
89. Canada Health Infoway. The emerging benefits of Electronic Medical Record use in community-based care. (2013). Disponible en: <https://www.infoway-inforoute.ca/component/edocman/resources/reports/benefits-evaluation/1225-the-emerging-benefits-of-electronic-medical-record-use-in-community-based-care-executive-summary?lang=en&Itemid=188> (acceso mayo 2018).
90. Activation of Stratification Strategies and Results of the interventions on frail patients of Healthcare Services (ASSEHS). WHITE PAPER On Deployment of Stratification Methods. 2016. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/309242777_White_Paper_On_Deployment_of_Stratification_Methods (acceso abril 2018).

91. Kenya, S., Chida, N., Symes, S., & Shor-Posner, G. (2011). Can community health workers improve adherence to highly active antiretroviral therapy in the USA? A review of the literature. *HIV Med*, 12(9):525–34.
92. Garcia, J., Parker, C., Parker, R.G., Wilson, P.A., Philbin, M.M., & Hirsch, J.S. (2015). "You're Really Gonna Kick Us All Out?" Sustaining Safe Spaces for Community-Based HIV Prevention and Control among Black Men Who Have Sex with Men. *PLoS ONE* 10(10): e0141326.
93. Gorostiza, I., Elizondo, I., & Bracerías, L. (2013). Programa de cribado de VIH/sida en las oficinas de farmacia en la Comunidad Autónoma del País Vasco. *Gac Sanit*, 27(2):164–166.
94. Ferrer-Castro, V., Crespo-Leiro, M.R., García-Marcos, L.S., Pérez-Rivas, M., Alonso-Conde, A., García-Fernández, I., ...Sanjosé-Vallejo, R. (2012). Evaluación del Programa de Intercambio de Jeringuillas en el Centro Penitenciario de Pereiro de Aguiar (Ourense): diez años de experiencia. *Rev. esp. sanid. penit.* vol.14 no.1.



Avalado por:



Con el aval de calidad y garantía de

