



Foro de ideas para mejorar
la atención al VIH en Andalucía

DOCUMENTO DE CONSENSO

La Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) como Eje de la Asistencia

Laboratorio de Ideas para Mejorar la Atención al VIH en Andalucía
(Think+)

Think+ · 1ª Edición · Andalucía 2023

Índice

Índice	2
Panel de Expertos	3
1. Introducción y Justificación	4
2. Metodología	4
2.1. Diseño y estructura del laboratorio	4
2.2. Composición del panel de expertos	4
2.3. Estructura de trabajo y generación de consensos	5
2.4. Grados de recomendación	5
3. Resultados del Proceso de Consenso	5
3.1. Tema 1: Definición y relevancia de la CVRS en la asistencia	5
3.2. Tema 2: Elementos a evaluar y herramientas de medición	6
3.3. Tema 3: Estrategias de mejora e implementación asistencial	7
4. Modelos de Implementación (Algoritmos Operativos)	8
Algoritmo 1. Mejora de la adherencia al TAR	8
Algoritmo 2. Empoderamiento en personas con VIH	9
Algoritmo 3. Intervención psicológica en personas con VIH	10
Algoritmo 4. Disfunción sexual en personas con VIH	11
Algoritmo 5. Estigma y discriminación	12
Algoritmo 6. Soporte social en personas con VIH	12
Algoritmo 7. Ejercicio y dieta en personas con VIH	13
Algoritmo 8. Cuidado compartido en personas con VIH	14
Algoritmo 9. Apoyo social a personas mayores para prevenir la soledad	15
5. Priorización Estratégica — Fases de Implementación	16
6. Conclusiones	16
6.1. Síntesis de los hallazgos y acuerdos	16
6.2. Relevancia institucional y perspectivas futuras	17
7. Bibliografía	17

Panel de Expertos

El presente documento es el resultado del trabajo del panel de diez médicos especialistas en VIH del Servicio Andaluz de Salud (SAS) que integraron el Laboratorio de Ideas para Mejorar la Atención al VIH en Andalucía (Think+) en su primera edición (2023).

Nombre	Centro de trabajo	Provincia
Nuria Espinosa	Hospital Universitario Virgen del Rocío	Sevilla
Alberto Romero	Hospital Universitario de Puerto Real	Cádiz
José García de Lomas	Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez	Huelva
Ignacio Pérez Valero	Hospital Universitario Reina Sofía	Córdoba
Carmen Hidalgo	Hospital Universitario Virgen de las Nieves	Granada
Omar Mohamed	Hospital Universitario de Jaén	Jaén
Javier de la Torre	Plan Andaluz de ITS, VIH y SIDA (PAITSIDA)	Málaga
Julián Olalla	Hospital Costa del Sol	Málaga
Manolo Castaño	Hospital Regional Universitario de Málaga	Málaga
Cristina Gómez Ayerve	Hospital Universitario Virgen de la Victoria	Málaga

Resumen ejecutivo

El Laboratorio de Ideas para Mejorar la Atención al VIH en Andalucía (Think+) 2023 establece un marco operacional para integrar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) como objetivo medible en la asistencia al VIH en Andalucía. El panel de diez expertos alcanzó un consenso unánime en torno a tres pilares: la adopción de un modelo dual de medición (escala EVA del EQ-5D universal y WHOQOL-HIV BREF selectivo), un cambio de paradigma hacia la atención centrada en el paciente que priorice el impacto subjetivo sobre la gravedad clínica objetiva, y la formalización de un circuito asistencial Hospital → Atención Primaria/ONGs para la ejecución de las estrategias de mejora. El consenso define nueve algoritmos de implementación práctica y una hoja de ruta en tres fases para su despliegue progresivo en el SAS.

1. Introducción y Justificación

La respuesta sanitaria frente a la epidemia del VIH ha evolucionado desde el control de la mortalidad hasta la gestión de una enfermedad crónica. Gracias al éxito del tratamiento antirretroviral (TAR), que permite la supresión virológica mantenida, los principales retos actuales en Andalucía se centran en el envejecimiento de las cohortes, la polifarmacia, las comorbilidades y, de manera crucial, la calidad de vida de las personas afectadas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y ONUSIDA han reconocido esta transformación al proponer un "**cuarto 90**" (y, posteriormente, un "**cuarto 95 para 2030**) centrado en que las personas con VIH diagnosticadas, tratadas y con supresión virológica disfruten de una buena calidad de vida. Sin embargo, el panel de expertos reconoció que este objetivo sigue siendo abstracto y difícilmente aterrizable en el manejo rutinario de las consultas de VIH en el entorno andaluz.

El presente documento es el resultado de la primera edición del **Laboratorio de Ideas para Mejorar la Atención al VIH en Andalucía (Think+) (2023)**, una iniciativa diseñada para evaluar de forma crítica la implementación de la calidad de vida y su medición en el entorno sanitario andaluz.

Este consenso busca ofrecer a los profesionales, las instituciones sanitarias y la comunidad un marco de referencia que defina la inclusión de la **Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)** como un objetivo de salud medible, priorizable y sujeto a intervenciones de mejora. El panel se propuso avanzar hacia una atención más humana y centrada en el paciente, reconociendo que la CVRS es una percepción subjetiva e integral influenciada por factores clínicos, psicológicos, sociales y asistenciales.

La finalidad última es que Andalucía defina una hoja de ruta que garantice que el logro de la supresión viral se traduzca en una mejora real y sostenible en el bienestar de las personas que viven con VIH.

2. Metodología

2.1. Diseño y estructura del laboratorio

El **Laboratorio de Ideas para Mejorar la Atención al VIH en Andalucía (Think+)** se concibió como un *think tank* estable de reflexión y generación de propuestas de mejora asistencial. El objetivo de esta primera edición fue establecer consensos sobre la implementación de la CVRS como objetivo de salud en la atención al VIH en el SAS. El proceso de consenso se desarrolló entre los meses de marzo y mayo de 2023, a lo largo de **tres reuniones presenciales** celebradas en **Sevilla, Antequera y Córdoba**, siguiendo una metodología deliberativa, progresiva y participativa.

2.2. Composición del panel de expertos

El panel Think+ 2023 estuvo integrado por diez médicos especialistas en el manejo clínico del VIH adscritos al SAS, seleccionados bajo criterios de diversidad de género, experiencia y lugar de trabajo para ser representativos de la realidad andaluza.

Nombre	Centro de trabajo	Provincia
Nuria Espinosa	Hospital Universitario Virgen del Rocío	Sevilla
Alberto Romero	Hospital Universitario de Puerto Real	Cádiz
José García de Lomas	Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez	Huelva
Ignacio Pérez Valero	Hospital Universitario Reina Sofía	Córdoba
Carmen Hidalgo	Hospital Universitario Virgen de las Nieves	Granada

Omar Mohamed	Hospital Universitario de Jaén	Jaén
Javier de la Torre	Plan Andaluz de ITS, VIH y SIDA (PAITSIDA)	Málaga
Julián Olalla	Hospital Costa del Sol	Málaga
Manolo Castaño	Hospital Regional Universitario de Málaga	Málaga
Cristina Gómez Ayerve	Hospital Universitario Virgen de la Victoria	Málaga

2.3. Estructura de trabajo y generación de consensos

El trabajo se estructuró en torno a cinco bloques temáticos definidos en el *prework*. La generación del consenso siguió un proceso riguroso de cuatro etapas:

- **Pre-trabajo (*Prework*):** Los ponentes prepararon el contexto, la perspectiva histórica, los ítems y las herramientas disponibles para cada tema.
- **Debate crítico (Sevilla y Antequera):** Discusión abierta y estructurada sobre las presentaciones, focalizada en la factibilidad y los elementos de discrepancia.
- **Votación individual (Checklist):** Cada experto evaluó individualmente 40 afirmaciones clave resultantes de los debates.
- **Consenso final (Córdoba):** Revisión colegiada de las respuestas del *checklist* y debate final para resolver discrepancias, definiendo las recomendaciones finales.

2.4. Grados de recomendación

Los acuerdos se clasifican según el nivel de consenso alcanzado en la votación del *checklist*, que se utiliza como medida cuantitativa del apoyo del panel:

Clasificación	Criterio (Votos Sí)	Interpretación operativa
Grado A	Consenso unánime o mayoritario (> 80% Sí)	Recomendación firme para su incorporación institucional.
Grado B	Consenso generalizado (50%–79% Sí)	Iniciativa relevante, sujeta a disponibilidad de recursos y/o necesidad de validación local.
Grado C	Acuerdo minoritario o desacuerdo (< 49% Sí)	Se recomienda no implementar o considerar como línea de desarrollo futuro.

3. Resultados del Proceso de Consenso

El presente capítulo sintetiza los resultados del proceso de consenso y las recomendaciones finales del panel, estructurados en bloques temáticos, procedentes de los acuerdos alcanzados en la reunión final de Córdoba.

3.1. Tema 1: Definición y relevancia de la CVRS en la asistencia

Contexto y debate

El panel partió del reconocimiento de que la CVRS es una **percepción subjetiva y multidimensional**. Se debatió la idoneidad de las definiciones existentes, concluyendo que la definición de salud de la OMS ("completo bienestar") es inoperativa por ser inalcanzable. Se acordó adoptar el concepto de CVRS como un consenso científico operacional que permite la medición y la intervención, centrándose en la evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud sobre la función física, psicológica y social.

El debate más relevante se centró en el "para qué" medir. El panel fue unánime al determinar que el objetivo no debe ser meramente descriptivo, sino **establecer áreas de mejora asistencial** e identificar palancas de intervención. Se discutió la inclusión de la satisfacción con la asistencia sanitaria, acordando su relevancia para detectar barreras estructurales (tiempos de espera, trato) que impactan directamente en la CVRS.

Recomendaciones finales

Recomendación	Grado
1. Enfoque conceptual: Se debe trabajar sobre el concepto de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), al considerarlo más operacional y útil que la calidad de vida general.	A
2. Prioridad institucional: Se debe implementar la medición de la CVRS como un objetivo de salud en las consultas de VIH, solicitando su inclusión en los programas de gestión de las Unidades de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas.	A
3. Propósito de medición: El objetivo primordial de medir la CVRS debe ser establecer áreas de mejora asistencial e impulsar la intervención, no la mera descripción.	A
4. Justificación a gestores: Se debe incluir en la argumentación a los gestores que la intervención en CVRS redundará en un menor consumo de recursos al mejorar la adherencia y prevenir complicaciones.	B
5. Cambio de paradigma: Se debe impulsar un enfoque en el que las intervenciones se basen en el impacto de la comorbilidad en la percepción de salud del paciente (factor subjetivo), y no únicamente en la gravedad clínica objetiva.	B

3.2. Tema 2: Elementos a evaluar y herramientas de medición

Contexto y debate

Este bloque abordó la factibilidad de la medición. El panel reconoció que la sobrecarga asistencial y la falta de tiempo son las principales barreras para implementar cuestionarios complejos (existen más de 65 cuestionarios de calidad de vida en VIH). Se rechazó un modelo que exija una evaluación exhaustiva en cada visita.

La solución consensuada fue un **modelo dual estratificado**:

- **Cribado genérico (EVA del EQ-5D)**: Herramienta genérica, breve y universal, que permite el cribado anual y la comparación de eficiencia (QALYs) con otras patologías.
- **Evaluación específica (WHOQOL-HIV BREF)**: Herramienta específica de VIH, más detallada, reservada para pacientes con baja CVRS detectada en el cribado, aplicada en tiempo protegido.

Se acordó además la necesidad de definir un **punto de corte técnico** para la EVA en **-1 Desviación Estándar** sobre la media poblacional española, y se consensó el formato **horizontal** para la escala. Se produjo asimismo un consenso fundamental: la intervención debe priorizar el impacto subjetivo (lo que reporta el paciente) sobre la gravedad clínica (lo que prioriza el médico).

Recomendaciones finales

Recomendación	Grado
---------------	-------

1. Estrategia dual (herramientas): Se recomienda la escala EVA del EQ-5D como herramienta de cribado anual universal, y el WHOQOL-HIV BREF como herramienta de evaluación específica y pormenorizada, limitada a pacientes seleccionados.	A
2. Frecuencia y enfoque: La evaluación debe realizarse de forma anual e incluirse a todos los pacientes (universal).	A
3. Criterios técnicos (EVA): Se recomienda el formato horizontal para la escala EVA. El punto de corte para definir "mala calidad de vida" (y activar la evaluación pormenorizada) debe establecerse en -1 Desviación Estándar sobre la media poblacional española.	A
4. Elementos de inclusión: Se deben incluir: cuestionario específico de estigma, escala de aspectos neuropsiquiátricos, una pregunta sobre salud sexual (satisfacción) y un campo de texto libre.	A
5. Automatización y autonomía: Se deben solicitar programas que faciliten la automatización de los procesos de evaluación de la CVRS (apps, tablet), que permitan al paciente completar la evaluación de forma autónoma y previa a la consulta.	A
6. Recursos: Se debe solicitar al SAS dotación en forma de tiempo y espacios de consulta específicos, recomendando la creación de una consulta anual de 20 minutos de evaluación, coincidiendo con una visita de control.	A

3.3. Tema 3: Estrategias de mejora e implementación asistencial

Contexto y debate

Una vez definida la medición, el panel abordó las intervenciones. El consenso fue unánime en que **medir sin intervenir es fútil**. Las estrategias se centraron en intervenciones logísticas de alto impacto (p. ej., dispensación a domicilio), soporte psicosocial (abordaje de estigma, soledad) y la definición de un circuito asistencial coordinado.

Se debatió extensamente el rol de Atención Primaria (AP), concluyendo que, aunque el paciente con VIH es reticente a acudir a AP por miedo a la ruptura de confidencialidad, la sobrecarga de la consulta hospitalaria hace inviable la intervención psicosocial completa desde el hospital. La solución consensuada es un circuito **Hospital (evalúa) → AP/ONGs (ejecutan)**, donde el hospital envía un informe de recomendaciones facilitando la labor de AP.

Recomendaciones finales

Recomendación	Grado
1. Intervención logística (adherencia): Se debe intervenir mediante la implementación de programas de dispensación a domicilio del TAR (home delivery) y el desarrollo de canales de acceso bidireccional para el paciente (SMS, email reglado).	A
2. Intervención en estigma: Es prioritaria la intervención para reducir el estigma relacionado con el trato recibido por profesionales sanitarios, mediante programas de educación y formación.	A
3. Circuito asistencial: Se debe proponer la creación de un flujo de trabajo/ruta de derivación entre el Hospital y Atención Primaria para el manejo de la CVRS.	A

4. Soporte psicosocial (áreas clave): Se deben plantear estrategias de intervención específicas sobre la soledad (asociada al envejecimiento), la salud sexual y los problemas cognitivos.	A
5. Colaboración interinstitucional: Se debe incluir a las ONGs y sociedades científicas en los circuitos de manejo de la CVRS, dada su experiencia en soporte social, legal y programas de pares.	A
6. Liderazgo clínico: Se debe definir en cada unidad de VIH un referente de CVRS que gestione los circuitos entre los distintos especialistas que intervengan.	A
7. Empoderamiento: Se debe intervenir mediante programas de autoformación, soporte online y fomento de programas de pares.	A

4. Modelos de Implementación (Algoritmos Operativos)

A partir de las reflexiones y el trabajo desarrollado en el *prework* y las reuniones de Sevilla y Antequera, se solicitó a los ponentes la elaboración de propuestas de intervención específicas, presentadas y debatidas en la reunión final de Córdoba. El resultado es la formulación de **nueve algoritmos de aplicación práctica** como ejemplos operativos de implantación de estrategias destinadas a mejorar la CVRS de las personas con VIH en Andalucía. Los nueve algoritmos son complementarios entre sí.

Algoritmo 1. Mejora de la adherencia al TAR

Autor/a: Dr. Omar Mohamed

Objetivo

- Incrementar los conocimientos de las personas con VIH sobre la infección y su tratamiento.
- Establecer una relación de confianza entre los profesionales y las personas con VIH.
- Identificar los factores que dificultan la adherencia, motivando a las personas con VIH para mejorarla.
- Fomentar la actuación coordinada del equipo multidisciplinar.
- Promover la formación de los profesionales en adherencia y comunicación.

Algoritmo / Flujo de trabajo propuesto

El algoritmo se basa en una estrategia multidisciplinar y coordinada que implica a médicos, enfermería, farmacia y psicólogos/psiquiatras:

- **Valoración inicial:** Evaluación de pacientes con riesgo de baja adherencia, analizando el perfil socioeconómico, psicológico, consumo de tóxicos y comorbilidades.
- **Preparación del paciente:** Educación sanitaria y apoyo psicosocial.
- **Consulta de enfermería:** Refuerzo de la información sobre la infección, motivación sobre la importancia de la adherencia y recordatorio de citas.
- **Consulta de farmacia:** Comprobación del TAR, seguridad e interacciones. Evaluación de la adherencia y alertas si el paciente no recoge la medicación.
- **Seguimiento:** Comprobación de eficacia (carga viral), efectos adversos e interacciones. Valoración de la adherencia y refuerzo de su importancia.
- **Revisión:** Reuniones multidisciplinarias semestrales de todo el equipo para revisar estrategias.

Recursos necesarios

- **Humanos:** Equipo multidisciplinar con intercambio de información.

- **Materiales:** Espacios físicos adecuados para garantizar la privacidad y herramientas informáticas.
- **Financiación:** Para alcanzar a personas vulnerables.

Análisis DAFO

Fortalezas

- Capacidad de crear confianza profesional-paciente.
- Decisión terapéutica compartida.
- Coordinación del equipo.

Debilidades

- Falta de confianza, formación o motivación de los profesionales.
- Falta de comunicación entre los distintos profesionales.
- Ausencia de un método único fiable de medición de adherencia.

Oportunidades

- Educación sanitaria y creación de grupos de trabajo.
- Incorporación de la adherencia como ítem en la historia digital, alertas y apps móviles.

Amenazas

- Falta de recursos y de tiempo.
- Aumento de la carga de trabajo.
- Barreras de acceso para personas vulnerables.

Algoritmo 2. Empoderamiento en personas con VIH

Autor/a: Dra. Cristina Gómez

Objetivo

- Sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre la importancia de establecer decisiones compartidas, evolucionando hacia un modelo deliberativo basado en el acuerdo consensuado y valorando las prioridades del paciente.

Algoritmo / Flujo de trabajo propuesto

El flujo de trabajo se articula en cuatro ámbitos:

- **Consulta (Hospital):** Identificar necesidades de cada paciente mediante un método educativo estructurado y un sistema de apoyo a la decisión.
- **Herramientas digitales (Online):** App de autogestión que incluya un mapa de recursos comunitarios y potencie el autocuidado y la responsabilidad.
- **Coordinación (Farmacia):** Coordinar la logística de dispensación (farmacia convencional, comunitaria o centros comunitarios).
- **Integración (Comunidad):** Relación directa con Atención Primaria y centros comunitarios, facilitando el contacto con grupos de pares.

Recursos necesarios

- **Humanos:** Equipo multidisciplinar (médico, enfermería, psicólogo, trabajador social) y ONGs (programas de pares).
- **Materiales:** Herramientas de ayuda a la toma de decisiones, programas online, canal en redes y apps de autogestión.
- **Presupuesto estimado:** 16.450 € (psicólogo a tiempo parcial, plataforma online, apps y materiales).

Análisis DAFO

Fortalezas

- Implica al paciente en el autocuidado.
- Promoción de hábitos saludables.
- Intervención multidisciplinar y compartir experiencias.

Debilidades

- Barreras culturales e idiomáticas.
- Limitaciones tecnológicas.
- Necesidad de recursos y espacio físico.

Oportunidades

- Mejora de la calidad de vida y de la relación médico-paciente.
- Corresponsabilidad.
- Actuación precoz en comorbilidades.

Amenazas

- Exceso de información.
- Consumo de tiempo y recursos.
- Distracción sobre problemas médicos.

Algoritmo 3. Intervención psicológica en personas con VIH

Autor/a: Dr. José García de Lomas

Objetivo

- Mejorar la capacidad diagnóstica de las patologías de salud mental (ansiedad, depresión), infraestimadas por los profesionales.
- Construir circuitos asistenciales que permitan dar ayuda rápida y eficaz.
- Establecer mecanismos de prevención, como la identificación con grupos de apoyo y programas de pares.

Algoritmo / Flujo de trabajo propuesto

El algoritmo se basa en la coordinación de los recursos existentes en el sistema y en la sociedad civil:

- **Detección (Consulta VIH):** Identificación activa de problemas de salud mental.
- **Coordinación (AP):** Mecanismo de comunicación bidireccional fluido entre la consulta de VIH y Atención Primaria.
- **Tratamiento (Salud Mental):** Derivación a los servicios de salud mental.
- **Soporte (ONGs):** Integración de grupos de apoyo y programas de pares como complemento al tratamiento.

Recursos necesarios

- **Humanos:** Tiempo de los médicos (VIH y AP), psicólogos y cooperantes de ONGs.
- **Materiales:** Espacio físico para las intervenciones.
- **Presupuesto:** Recursos humanos y financiación para los acuerdos con ONGs y asociaciones.

Análisis DAFO

Fortalezas

- Alto impacto en la calidad de vida.
- Preocupación social creciente por la salud mental.
- Utilización de recursos ya existentes.

Debilidades

- Implica la coordinación de muchos sectores; si falla una parte, afecta a todo el proceso.

Oportunidades

- Creación de lazos multidisciplinares.

Amenazas

- La perdurabilidad del programa en el tiempo.

Algoritmo 4. Disfunción sexual en personas con VIH

Autor/a: Dra. Nuria Espinosa

Objetivo

- Abordar la disfunción sexual, más prevalente en la población con VIH pero infraestimada y no abordada sistemáticamente en consulta.
- Evaluar la prevalencia e identificar factores predisponentes.
- Protocolizar el diagnóstico y el despistaje de causas orgánicas.
- Diseñar un programa de manejo multidisciplinar (infectólogos, psicólogos, endocrinos, urólogos, ginecólogos).

Algoritmo / Flujo de trabajo propuesto

El algoritmo se estructura en cuatro etapas:

- **Cribado:** Dirigido a cualquier persona en la consulta de VIH mediante entrevista estructurada (papel u online).
- **Seguimiento:** En pacientes sin disfunción, repetir el cribado cada 12 meses.
- **Diagnóstico:** En pacientes con disfunción, iniciar abordaje específico: examen físico, entrevista sexológica focalizada, cuestionarios validados (IIEF en hombres, FSFI en mujeres) y analítica sanguínea (testosterona, estradiol, FSH/LH, prolactina, tiroides).
- **Intervención:** Derivación a intervención especializada (andrología, ginecología, psicología, educador sexual).

Recursos necesarios

- **Humanos:** Psicólogo y/o educador sexual como figura clave.
- **Materiales:** Encuesta QR/online con sistema automatizado para facilitar la privacidad.
- **Estructurales:** Espacio de consulta disponible y colaboración con ONGs de apoyo.

Análisis DAFO

Fortalezas

- Circuito asistencial establecido.
- Clima de confianza con los pacientes.
- Colaboración multidisciplinar y con ONGs.

Debilidades

- Falta de tiempo y saturación de agenda y espacio físico.
- Dificultad para asegurar la intimidad.
- Saturación en otras especialidades (psicología, urología).

Oportunidades

- Campo poco explorado.
- Aumento de la importancia de la salud sexual y prevención de ITS.

Amenazas

- Dependencia de recursos de otras especialidades.
- Falta de tiempo del paciente.
- Estigma que puede influir en el rechazo a más visitas.

Algoritmo 5. Estigma y discriminación

Autor/a: Dra. Carmen Hidalgo

Objetivo

- Analizar el estigma de los pacientes empleando el Índice de Estigma en Personas que Viven con el VIH, un cuestionario que mide exclusión social, acceso al trabajo, estigma interno, etc. La consulta debe ser un espacio para identificar activamente estas situaciones.

Algoritmo / Flujo de trabajo propuesto

El algoritmo se articula en tres momentos clave:

- **Evaluación (pre-consulta):** El paciente, antes de entrar en consulta, rellena el cuestionario de estigma a través de una tablet o web.
- **Análisis (consulta):** El especialista de VIH o el coordinador visualiza los resultados.
- **Intervención (post-consulta):** En función de los resultados y los deseos del paciente, se le brindan opciones: acudir a asociaciones de VIH u ONGs, ofertar reuniones de pares entre pacientes de la consulta u ofertar programas de familia o compañeros en horario no laboral.

Recursos necesarios

- **Humanos:** Especialistas de VIH, coordinadores de apoyo, psicólogos (si es posible) y asociaciones/ONGs.
- **Materiales:** Dispositivos electrónicos (tablets) y disponibilidad de la consulta en horario de tarde.
- **Presupuesto estimado:** 3–4 tablets (5.000 €), contrato de media jornada para un psicólogo (15.000 €/año), coordinador de tarde (15.000 €/año).

Análisis DAFO

Fortalezas

- Mejora la calidad de vida y, por tanto, la supervivencia.

Debilidades

- Tiempo para analizar el estigma.
- Actitud y motivación de los profesionales.
- Recursos económicos.

Oportunidades

- Mejora general de la calidad de vida.

Amenazas

- Posible falta de colaboración.
- Dependencia de recursos.
- Necesidad de un clima de confianza.

Algoritmo 6. Soporte social en personas con VIH

Autor/a: Dr. Alberto Romero

Objetivo

- Reducir el estigma y la discriminación mediante campañas de concienciación.
- Facilitar el acceso a servicios sanitarios y recursos financieros (transporte, alimentos, medicamentos).
- Crear redes de apoyo social (grupos de apoyo, ONGs).

Algoritmo / Flujo de trabajo propuesto

El flujo de trabajo se desarrolla en cuatro etapas:

- **Evaluación de necesidades:** Mediante entrevistas, encuestas, grupos focales y análisis de datos epidemiológicos.
- **Identificación de socios:** ONGs (peso fundamental), profesionales sanitarios, industria farmacéutica y agentes políticos.
- **Plan de acción:** Puesta en marcha multidisciplinar, con grupos de apoyo y actividades de promoción en centros sanitarios, colegios, etc.
- **Evaluación:** Identificar problemas, determinar si se alcanzan los objetivos y difundir resultados.

Recursos necesarios

- **Humanos:** Coordinador del proyecto, personal sanitario, trabajadores sociales, personal administrativo y voluntarios/ONGs.
- **Materiales:** Espacio físico para la atención social y recursos educativos.

Análisis DAFO

Fortalezas

- Mejora el acceso a servicios sanitarios y apoyo social.
- Colaboración con ONGs genera sinergias.
- Compromiso Fast-Track Cities.

Debilidades

- Recursos financieros y materiales limitados.
- Barreras socioeconómicas, geográficas o culturales.

Oportunidades

- Oportunidades de financiación (programas gubernamentales, farmaindustria).
- Colaboración con otras organizaciones.

Amenazas

- No ser bien aceptado por la comunidad.
- Falta de compromiso político.
- Recursos insuficientes.

Algoritmo 7. Ejercicio y dieta en personas con VIH

Autor/a: Dr. Manolo Castaño

Objetivo

- Integrar la promoción de ejercicio y dieta saludable en la práctica clínica para reducir la morbilidad relacionada con la alimentación inadecuada y el sedentarismo, especialmente ante el envejecimiento del colectivo.

Algoritmo / Flujo de trabajo propuesto

El algoritmo se estructura en detección, intervención y seguimiento:

- **Detección:** Identificar personas con factores de riesgo (sedentarismo, dieta inadecuada).

- **Intervención (dieta):** Cuestionario breve de adherencia a la dieta mediterránea. Si los hábitos no son correctos y el paciente acepta, educación alimentaria intensiva; si son adecuados, refuerzo.
- **Intervención (actividad física):** Objetivo de 150 min/semana (moderado) o 75 min/semana (intenso). Si no se cumple, pasar a un segundo nivel de acción personalizado.
- **Seguimiento:** Valorar los hábitos en cada consulta y reforzar los cambios conseguidos.

Recursos necesarios

- **Humanos:** Reforzar el papel de enfermería en consulta. Más tiempo por paciente en la consulta médica.
- **Materiales:** Recursos online y guías oficiales (Junta de Andalucía, Ministerio de Sanidad, Estrategia NAOS, OMS).

Análisis DAFO

Fortalezas

- Amplia evidencia científica sobre la mejora del paciente con cambios en estilo de vida.

Debilidades

- Falta de tiempo y dificultad para conseguir recursos.

Oportunidades

- La consulta de VIH permite una relación de confianza y un seguimiento regular, lo que facilita intervenir en cambios de hábitos.

Amenazas

- Inercia al cambio, desmotivación del personal sanitario, dificultad para cambiar hábitos consolidados.

Algoritmo 8. Cuidado compartido en personas con VIH

Autor/a: Dr. Javier de la Torre

Objetivo

- Implementar un modelo real de asistencia compartida y coordinación entre Atención Primaria (AP) y Atención Hospitalaria (AH).
- Aplicar la estratificación y asignación de recursos según los perfiles de pacientes (criterios GESIDA), reconociendo que no vale la misma respuesta para todos.

Algoritmo / Flujo de trabajo propuesto

- Crear un grupo mixto AP/AH que elabore un documento operativo de manejo compartido.
- Designar referentes en AP y AH para asegurar una coordinación fluida.
- Utilizar la historia clínica compartida (Diraya) y la teleconsulta integrada (entre profesionales y con pacientes).
- Aplicar la estratificación para definir qué recursos y atención corresponde a cada perfil.
- Formación continua para médicos de AP.
- Colaboración con ONGs en el seguimiento de los más vulnerables.

Recursos necesarios

- **Humanos:** Grupo motor de clínicos AP/AH y un técnico para coordinar el proyecto y la formación.
- **Técnicos:** Explotación de Diraya para teleconsulta y un gestor de informes que permita la estratificación.

Análisis DAFO

Fortalezas

- Sistema sanitario con cobertura universal e historia clínica unificada (Diraya).
- Nuevo Plan Andaluz y Nacional alineados.
- Ventajas de la proximidad de AP.

Debilidades

- Falta de recursos financieros y humanos.
- Ausencia de cultura de trabajo en equipo.
- Escaso número de pacientes VIH por cupo en AP.

Oportunidades

- Implementar modelos ya efectivos en otras enfermedades crónicas.
- Colaboración con ONGs y Fast-Track Cities.

Amenazas

- Miedo a la ruptura de confidencialidad en AP (estigma).
- Dificultad de uso de TICs en personas mayores o vulnerables.

Algoritmo 9. Apoyo social a personas mayores para prevenir la soledad

Autor/a: Dr. Julián Olalla

Objetivo

- Reducir la proporción de individuos que cumplen criterios de soledad según la escala UCLA (objetivo principal).
- Aumentar la participación en asociaciones (VIH y no VIH), promover el uso de redes sociales y fomentar el acompañamiento entre pares (objetivos secundarios).

Algoritmo / Flujo de trabajo propuesto

El flujo de trabajo se articula en detección e intervención comunitaria:

- **Detección (Consulta VIH):** Realizar una encuesta para describir la prevalencia de soledad usando la escala UCLA (sencilla y rápida, ~5 minutos).
- **Intervención (comunidad):** Recabar la colaboración de ONGs locales, organizar actividades de asociacionismo y formación de pacientes mayores, fomentar el acompañamiento entre pares, formación en TICs y redes sociales, y promoción de talleres de habilidades sociales y afrontamiento del duelo.

Recursos necesarios

- **Humanos:** Médicos y enfermería para la detección (escala UCLA). Personal de ONG y psicólogos para la intervención.
- **Materiales:** Herramientas online (encuestas, vídeos de habilidades sociales), aplicaciones sobre envejecimiento saludable y recursos para talleres.

Análisis DAFO

Fortalezas

- Posibilidad de crear un núcleo duro de profesionales y pacientes conscientes de las ventajas de trabajar este tema.

Debilidades

- Falta de conciencia sobre la importancia del problema de la soledad.

Oportunidades

- Generar redes de colaboración entre profesionales, ONG y pacientes (empoderamiento real).

Amenazas

- Riesgo de contribuir al estigma, que debe ser asumido y gestionado.

5. Priorización Estratégica — Fases de Implementación

La priorización se basa en el alto nivel de consenso obtenido (Grado A) y la necesidad de sentar las bases logísticas y formativas antes de implementar los circuitos más complejos.

Fase 1 — Prioridad crítica / Implementación inmediata

Objetivo: Eliminar barreras de acceso y garantizar la medición inicial.

- Implementación de la escala EVA del EQ-5D universal.
- Inclusión en objetivos de gestión de las unidades.
- Implementación de dispensación a domicilio (home delivery) y canales de acceso bidireccional.
- Inicio de programas de sensibilización para el personal sanitario (estigma).

Fase 2 — Prioridad alta / Corto-medio plazo

Objetivo: Formalizar el tiempo clínico y la estructura de coordinación.

- Creación de la consulta específica anual de 20 minutos.
- Diseño del Flujo de Trabajo Hospital-AP/ONGs.
- Implementación del WHOQOL-HIV BREF y los cuestionarios complementarios (salud sexual, estigma).

Fase 3 — Prioridad media / Desarrollo continuo

Objetivo: Consolidar intervenciones complejas con apoyo social y psicológico.

- Implementación de programas de intervención sobre soledad y problemas cognitivos con soporte externo (ONGs/Salud Mental).
- Consolidación de la figura del Referente de CVRS en cada unidad de VIH.

6. Conclusiones

6.1. Síntesis de los hallazgos y acuerdos

El **Laboratorio de Ideas para Mejorar la Atención al VIH en Andalucía (Think+) 2023** ha consolidado una visión de futuro para la asistencia al VIH en el SAS, centrada en la persona. El consenso final se articula en torno a tres pilares:

- **Medición operacional:** La adopción de un modelo dual de medición (EVA del EQ-5D universal y WHOQOL-HIV BREF selectivo) garantiza la factibilidad y la orientación a la intervención.
- **Cambio de paradigma:** La atención debe girar hacia las necesidades del paciente (empoderamiento) y priorizar el impacto subjetivo de los problemas sobre su gravedad clínica objetiva.
- **Continuidad asistencial (circuito):** El éxito depende de la formalización de un circuito asistencial que traslade la responsabilidad de la ejecución de las estrategias de mejora a Atención Primaria y las ONGs, bajo el liderazgo evaluador de la consulta de VIH.

El grupo considera que la implementación de esta hoja de ruta no solo es deseable para el cumplimiento de los objetivos 95-95-95, sino que es una condición estructural para garantizar que la cronicidad del VIH se traduzca en una vida plena para las personas afectadas. Se priorizan, además, las intervenciones logísticas de alta factibilidad (como la dispensación a domicilio) y la formación en estigma.

6.2. Relevancia institucional y perspectivas futuras

El panel recomienda, con carácter de urgencia:

- **Integrar las líneas de acción prioritizadas** en la estrategia de salud digital y el Plan Andaluz de ITS, VIH y Sida.
- **Dotar de tiempo y espacios específicos** la labor de evaluación de la CVRS, creando la consulta anual de 20 minutos.
- **Impulsar mecanismos de coordinación reglada** (teleconsulta PAC-TC) entre Hospital y Atención Primaria para el manejo conjunto del paciente.
- **Establecer la figura de un Referente de CVRS** en cada unidad de VIH para gestionar los circuitos.

Estas acciones permitirán consolidar una estructura institucional estable, garantizando una atención más personalizada, eficiente y humana en el marco del sistema sanitario andaluz.

7. Bibliografía

Referencias bibliográficas en formato Vancouver, ordenadas alfabéticamente por primer autor.

1. Andrews F, Whitney S. Social Indicators of Well Being: American's Perceptions of Life Quality. New York: Plenum Press; 1976.
2. Antela A, Llibre JM, Pérez-Molina JA, et al. Envejecimiento, comorbilidad y calidad de vida en personas con VIH en España. *J Antimicrob Chemother.* 2021;76(10):2501–2518. doi:10.1093/jac/dkab206
3. Burgoyne RW, Rourke SB, Behrens DM, et al. The impact of HIV treatment and associated side effects on the work participation of persons living with HIV. *AIDS Behav.* 2011;15(6):1250–1260. doi:10.1007/s10461-010-9788-z
4. Cella DF, Tulsky DS. Measuring the quality of life today: methodological aspects. *Oncology (Williston Park).* 1990;4(5):29–38.
5. Degroote S, Vogelaers D, Vandijck DM. What determines health-related quality of life among people living with HIV: an updated review of the literature. *Arch Public Health.* 2014;72(1):40. doi:10.1186/2049-3258-72-40
6. Engler K, Lessard D, Lebouché B. A review of HIV-specific patient-reported outcome measures. *Patient.* 2014;7(2):157–185. doi:10.1007/s40271-013-0036-x
7. Fuster-Ruiz de Apodaca MJ, Molero F, Holgado FP, et al. Psychometric properties of the HIV stigma scale in a Spanish sample of HIV positive adults. *Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl Ed).* 2021;39(7):354–361. doi:10.1016/j.eimc.2020.03.010
8. Fuster MJ, Molero F, Gil-Llario MD, et al. Calidad de vida en personas con VIH en España. Madrid: GESIDA-SEISIDA; 2021.
9. García-Riaño D, Ibáñez E. Calidad de vida en enfermos físicos. *Rev Psiquiatría Fac Med Barc.* 1992;19(4):148–161.
10. Hogg RS, Yip B, Chan KJ, et al. Quality of life and HAART: a longitudinal analysis in a cohort of HIV-infected men and women. 43rd ICAAC. 2001. Abst 1888.
11. Vera JH, Moyle G, May M, et al. Differential prevalence and predictors of mental health diagnoses in people living with HIV. *HIV Med.* 2019;20(Suppl 1):S3–S11. doi:10.1111/hiv.12706

12. Vera JH, Mora-Peris B, Bhagani S, et al. Identifying HIV patient-reported outcome priorities using a modified nominal group technique. *HIV Med.* 2019;20(1):34–45. doi:10.1111/hiv.12685
13. Leizán-Tudela L. Enfoque genérico de la calidad de vida desde el punto de vista de la psicología y de la medicina familiar. *Aten Primaria.* 1995;16(1):131–132.
14. Levy L, Anderson L. La tensión psicosocial: Población, ambiente y calidad de vida. México: Manual Moderno; 1980.
15. Loutfy M, Tharao W, Logie C, et al. Prevalence and correlates of unmet health needs in women living with HIV: a cross-sectional study. *J Int AIDS Soc.* 2013;16:18647. doi:10.7448/IAS.16.1.18647
16. Lozano F, Salas J, Montaner LJ. Documento de consenso sobre la atención clínica de las personas con infección por el VIH en España 2013. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2013.
17. Mannheimer SB, Matts J, Telzak E, et al. Quality of life in HIV-infected individuals receiving antiretroviral therapy is related to adherence. *AIDS Care.* 2005;17(1):10–22. doi:10.1080/09540120412331305235
18. Minayo MC, Hartz ZM, Buss P. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde Colet.* 2000;5(1):7–18. doi:10.1590/S1413-81232000000100002
19. Murri R, Fantoni M, Del Borgo C, et al. Determinants of health-related quality of life in HIV-infected patients. *AIDS Care.* 2003;15(4):581–590. doi:10.1080/0954012031000134818
20. Power J, French RS, Cowan F. Subdermal implantable contraceptives versus other forms of reversible contraceptives or other implants as effective methods of preventing pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;(6):CD001326. doi:10.1002/14651858.CD001326.pub2
21. Roca B, Suñer R, Roca M. Calidad de vida en pacientes con infección por el VIH. *An Med Interna.* 2004;21(3):141–147. doi:10.4321/S0212-71992004000300008
22. Shumaker SA, Naughton MJ. The international assessment of health-related quality of life: a theoretical perspective. En: Shumaker SA, Berzon RA, eds. *The International Assessment of Health-Related Quality of Life.* Oxford: Rapid Communications; 1995:3–10.
23. Szalai A. The meaning of comparative research on the quality of life. En: Szalai A, Andrews FM, eds. *The Quality of Life: Comparative Studies.* London: Sage; 1980.
24. WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med.* 1998;46(12):1569–1585. doi:10.1016/S0277-9536(98)00009-4
25. World Health Organization. *Quality of Life Assessment: An Annotated Bibliography.* Geneva: WHO (MNH/PSF/94.1); 1994.
26. Wu AW. Quality of life assessment comes of age in the era of highly active antiretroviral therapy. *AIDS.* 2000;14(9):1449–1451. doi:10.1097/00002030-200006160-00024