



Foro de ideas para mejorar
la atención al VIH en Andalucía



Foro de ideas para mejorar
la atención al VIH en Andalucía

THINK+ 4ª EDICIÓN — 2026

Modelo de Transición Asistencial en VIH · Horizonte 2028

“Redefiniendo la Eficiencia Global en el Sistema Sanitario Andaluz”

DOSIER DE PREPARACIÓN — REUNIONES EN ESPEJO

Antequera · 18-19 sept 2026 | Sevilla · 11-12 sept 2026

1. Estructura del Programa Think+ 2026

Como en ediciones anteriores, el foro de ideas Think+ 2026 se articula en torno a tres reuniones de trabajo:

Reunión	Lugar	Fecha	Participantes
1ª Reunión en Espejo	Antequera	18–19 septiembre 2026	Carmen, Olalla, Manolo, y Omar.
2ª Reunión en Espejo	Sevilla o Sanlúcar de Barrameda	11–12 septiembre 2026 (alt. 2–3 octubre)	Jorge, Alberto, Pepe, y Paula
Reunión Plenaria Final	Córdoba	23–24 octubre 2026 (alt. 16–17 octubre)	Panel completo (8 expertos)

Las dos primeras reuniones son “en espejo”: cada grupo de cuatro expertos aborda los mismos tres perfiles de paciente y el eje estratégico con total independencia. La reunión plenaria de Córdoba integrará las conclusiones para elaborar el documento de consenso y la hoja de ruta de implementación.

2. Marco Estratégico: El Modelo de Transición Asistencial

El Foro Think+ en su edición para 2026 propone una transformación profunda en el abordaje de la cronicidad del VIH en Andalucía con un horizonte claro: el año 2028. El objetivo estratégico es transicionar desde el modelo asistencial convencional —rígido, hospitalocentrista y basado a nivel de gestión en el precio unitario del TAR— hacia un Modelo de Gestión Basado en el Valor (Value-Based Healthcare, VBHC).

La premisa central de la edición es que la verdadera eficiencia del sistema no reside únicamente en el coste directo del fármaco antirretroviral, sino en la eficiencia basada en la flexibilidad organizativa, la liberación de recursos humanos y la optimización de procesos asistenciales:

**COSTE REAL DE LA ATENCIÓN = [Precio del TAR] + [Tiempo médico]
+ [Tiempo enfermería] + [Estructura física] + [Laboratorio inercial]**

El ahorro en el coste unitario del fármaco es una ilusión contable si no se transforman los procesos.

El foro quiere articular el debate en torno a la implementación de los tres perfiles de pacientes que definimos en nuestra 2ª edición. El objetivo es que en cada mesa analicemos qué tipo de TAR y qué modelo de seguimiento facilita —o bloquea— la transición hacia este nuevo paradigma de atención.

Tema 1 Perfil de paciente:	Tema 2 Perfil de paciente:	Tema 3 – Perfil de paciente:	Mesa 4 — Eje Estratégico
Sin comorbilidades <i>Simplified Care Model</i>	Con comorbilidades <i>Paciente Crónico Complejo</i>	Vulnerabilidad social <i>Modelos de Baja Exigencia</i>	Implantación <i>Telefarmacia y Hoja de Ruta 2028</i>

3. Contexto Científico: La Cronicidad como Reto Asistencial

El perfil del paciente con VIH en Andalucía ha experimentado una transformación radical. Más del 50% de las PVIH en seguimiento tienen más de 50 años; el 60-90% de los mayores de esa edad acumula 3 o más comorbilidades activas y el 24% presenta polifarmacia significativa (≥ 5 fármacos no-TAR). Esta realidad implica que el coste asistencial ya no está determinado por el VIH, sino por sus comorbilidades. Y sin embargo, el modelo asistencial vigente sigue midiendo su éxito casi exclusivamente en términos virológicos.

La brecha entre éxito virológico y bienestar real es el primer síntoma del problema. A pesar de que el 91% de las PVIH en España están en supresión viral, solo el 51,2% refieren buena calidad de vida (CoRIS, 2025). El modelo no mide lo que realmente importa al paciente: su función cognitiva, su fatiga crónica, su integración social o su autonomía. Seguir midiendo el éxito únicamente por la carga viral en la era de la cronicidad es como medir el éxito de una unidad de cardiología solo por la tensión arterial.

El diagnóstico tardío y las nuevas infecciones revelan otro fallo estructural del sistema. En 2024 se notificaron 3.340 nuevos diagnósticos de VIH en España — una cifra que lleva años estancada — y el 51,1% de ellos fueron diagnósticos tardíos ($CD4 < 350$ células/mm³ en el momento del diagnóstico). Este dato es clínicamente relevante porque un diagnóstico tardío multiplica el coste asistencial, la morbimortalidad y el riesgo de transmisión. Un sistema que no consigue reducir la proporción de diagnósticos tardíos tras décadas de acceso universal al tratamiento tiene un problema de alcance, no solo de tratamiento.

La fatigabilidad del tratamiento crónico es un reto que el modelo actual ignora sistemáticamente. Décadas de tratamiento antirretroviral sostenido generan en una proporción creciente de pacientes una forma de agotamiento psicológico que los estudios definen como «fatiga del tratamiento»: pérdida de motivación para mantener la adherencia, deseo de "descansar" del TAR y sensación de carga acumulada por el peso de la cronicidad. Este fenómeno, documentado incluso en pacientes con carga viral indetectable, no se detecta en una analítica de control ni en una visita presencial de diez minutos centrada en la CV. Solo lo detectan los PROMs/PREMs estructurados y el tiempo de consulta orientado al paciente real, no al parámetro virológico.

Los pacientes perdidos y la población vulnerable son la cara más costosa del modelo. El continuo asistencial del VIH en España presenta brechas relevantes: una proporción significativa de PVIH diagnosticadas se pierde del seguimiento en algún momento de su vida, y este fenómeno se concentra desproporcionadamente en la población en situación de exclusión social —personas sin hogar, usuarios de drogas, migrantes en situación irregular, personas con patología mental grave—. Un paciente que se pierde del sistema no desaparece del coste sanitario: reaparece en urgencias, en una cama de UCI, en una infección oportunista de manejo complejo o como fuente de nuevas transmisiones. El coste de no atender a tiempo a un paciente vulnerable supera con creces el de cualquier modelo de baja exigencia que lo hubiese retenido en el circuito.

El contexto regulatorio añade urgencia estratégica a todos estos retos. La entrada previsible de versiones genéricas de algunos principios activos del TAR generará presiones institucionales para sustituirlos basándose exclusivamente en el coste farmacéutico, sin considerar el coste total del proceso asistencial. Si el sistema reduce el debate a una comparativa de precio de comprimido, perderá la oportunidad de transformar el modelo. El Think+ 2026 anticipa este escenario construyendo un marco científico y de gestión que demuestre que la eficiencia real no se mide en el precio de un comprimido, sino en el coste total de atención de un paciente crónico durante décadas.

4. Perfiles de Paciente y Ejes de Debate

A cada miembro del panel se le asignará uno de los perfiles de paciente o el análisis de los elementos necesarios desde un eje estratégico para su implantación. Cada panelista presentará las “piezas del puzle” del modelo de transición para ese perfil, las identificará con la experiencia de su centro y planteará las preguntas clave que guiarán el debate del grupo. El objetivo para las primeras dos sesiones no es presentar un algoritmo cerrado, sino identificar qué elementos clínicos, tecnológicos y organizativos son necesarios para que el SAS pueda dar el salto cualitativo hacia lo que hemos bautizado como el horizonte 2028.

Tema 1

Paciente Controlado sin Comorbilidades: Seguimiento Ultra-Espaciado y Autogestión Segura

Este perfil engloba a las PVIH con supresión virológica sostenida (CV <50 c/mL ≥2 años), sin comorbilidades activas relevantes. Son el grueso de los pacientes de cualquier consulta de VIH andaluza y, sin embargo, consumen una parte desproporcionada de la agenda asistencial a través de visitas programadas de escaso valor clínico añadido. Precisamente por ser el perfil “más sencillo” clínicamente, es el que más sufre la inercia de un modelo analógico que consume recursos de forma ineficiente.

I. Ejes de Debate — Las Cuatro Piezas del Puzle

1

La pieza de la inercia: Visitas rutinarias vs. Visitas por evento

- **El debate:** Debemos cuestionar abiertamente la utilidad real de las revisiones presenciales programadas mecánicamente por calendario. ¿Qué valor clínico aportan en un paciente que lleva años indetectable? ¿Son una necesidad médica o una mera inercia de un sistema anticuado?
- **Identificar la necesidad:** ¿Cómo transitamos de forma segura hacia un modelo donde la presencialidad se reserve exclusivamente para “eventos” (alertas del sistema o necesidad expresa del paciente), eliminando las citas burocráticas?

2

La pieza farmacológica: El TAR como llave de la flexibilidad asistencial

- **El debate:** Las propiedades del tratamiento condicionan directamente la rigidez de nuestra agenda. En el mundo real, los pacientes tienen baches de adherencia (olvidos de fin de semana, viajes, etc.).
- **Identificar la necesidad:** ¿Es la alta barrera genética y el “perdón” (forgiveness) del TAR un requisito obligatorio para que el médico tenga la tranquilidad de distanciar al paciente del hospital? ¿Qué esquemas terapéuticos nos obligan, por prudencia clínica, a mantener el modelo de control rígido actual y cuáles nos facilitarían avanzar hacia modelos de atención más flexibles?

3

La pieza tecnológica: La arquitectura de la autogestión segura

- **El debate:** Sustituir la entrevista presencial no puede significar “perder de vista” al paciente. Necesitamos herramientas que actúen como filtros de seguridad remotos.
- **Identificar la necesidad:** ¿Qué herramientas necesitamos para asegurar la atención remota a nuestros pacientes? ¿Qué requerimientos de interoperabilidad técnica necesitamos en el SSPA para que, ante un reporte perfecto, el sistema automatice la analítica local y la Telefarmacia en proximidad sin que el médico tenga que forzar una consulta manual? ¿Supondrían estas medidas ahorro o encarecimiento de la atención?

4 La pieza de la gestión: El coste de oportunidad del especialista

► **El debate:** El tiempo del especialista en infecciosas y de la enfermería avanzada es el recurso más valioso y escaso del hospital.

► **Identificar la necesidad:** ¿Cómo justificamos ante una Gerencia que “vaciar” las consultas de pacientes estables mediante la autogestión es la única vía para liberar la capacidad instalada necesaria para absorber la creciente complejidad del paciente envejecido pluripatológico?

II. Preguntas Clave para Generar Debate

PREGUNTAS CLAVE PARA GENERAR DEBATE

1. ¿Qué criterios clínicos, inmunológicos y conductuales mínimos e irrenunciables proponemos para catalogar a un paciente como apto para el modelo de “Autogestión Segura”?
2. ¿Hasta qué punto la robustez de la triple terapia frente a la biterapia u opciones de menor barrera influye en nuestra tranquilidad jurídica y médica a la hora de implementar un seguimiento virtual o a demanda?
3. Si un TAR de menor precio unitario nos obligase a mantener al paciente atado al circuito convencional de visitas y analíticas en el hospital, ¿dónde quedaría el ahorro real para el sistema público andaluz?
4. ¿Qué herramientas corporativas actuales del SAS (ej. integración en Diraya o Clíc Salud) podríamos aprovechar como piezas para este puzle y cuáles tendríamos que exigir que se desarrollen?

III. Bibliografía de Referencia

- Spinelli MA et al. *Antiretroviral forgiveness: the loop between pharmacokinetics, adherence, and virologic outcomes.* *Curr Opin HIV AIDS.* 2021.
- Podzamczar D et al. *Forgiveness of dolutegravir-based two-drug regimens vs three-drug regimens in real-world clinical practice.* *J Antimicrob Chemother.* 2022.
- Jarrín I et al. (Cohorte CoRIS). *Long-term durability and real-world effectiveness of integrase inhibitor-based regimens in Spain.* *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2023.
- Fredericksen JR et al. *The clinical utility of patient-reported outcomes (PROs) in HIV clinical care settings.* *AIDS Care.* 2020.
- Braithwaite J et al. *Value-based care: the next evolution in HIV service delivery.* *Lancet HIV.* 2020.
- Plaza-Peña AI et al. *Time-Driven Activity-Based Costing (TDABC) para la optimización de procesos en consultas externas hospitalarias.* *Rev Calidad Asistencial.* 2020.
- Moynihan R et al. *Preventing overdiagnosis and overtreatment in chronic patient monitoring: the shift towards event-driven care.* *BMJ.* 2020.

Tema 2

Paciente Controlado con Comorbilidades: Eficiencia en la Cronicidad Avanzada

La realidad de nuestras consultas en el SAS ha cambiado drásticamente: el envejecimiento de la cohorte andaluza es un hecho indiscutible. Hoy en día el paciente mayor de 50 años, virológicamente controlado pero polimedicado y con múltiples comorbilidades (cardiovasculares, renales, óseas, metabólicas o neurocognitivas), es el verdadero protagonista de nuestro tiempo clínico. Son los pacientes que más consumen en términos de tiempo de especialista, derivaciones y recursos, y en los que la fatiga relacionada con la atención sanitaria es ya un problema clínico por sí mismo.

I. Ejes de Debate — Las Cuatro Piezas del Puzle

1 La pieza de la “fatiga asistencial” y la carga del tratamiento (Treatment Burden)

► **El debate:** El paciente crónico complejo con VIH sufre una constante fragmentación de su atención: consultas multi-especialidad, analíticas repetitivas en diferentes centros, citas de enfermería y visitas a la farmacia hospitalaria. Debemos debatir cómo encontrar el equilibrio exacto entre el control clínico riguroso y la necesidad de reducir las visitas presenciales de bajo valor que saturan al paciente y consumen recursos del hospital.

► **Identificar la necesidad:** ¿Qué herramientas asistenciales o modelos de citación unificada necesitamos para disminuir esta fatiga del sistema sin comprometer un ápice la seguridad del paciente?

2 La pieza de la interoperabilidad con Atención Primaria y exportabilidad del modelo virtual

► **El debate:** ¿Es el modelo virtual y automatizado planteado para el paciente estable (PROMs, analíticas locales y telefarmacia) exportable total o parcialmente al paciente con comorbilidades?

► **Identificar la necesidad:** Debatir de qué forma y mediante qué controles específicos (cribados dirigidos por App, alertas automatizadas según órganos diana afectados) se podría articular este seguimiento. Identificar qué piezas tecnológicas de interoperabilidad necesitamos para que los datos de las analíticas realizadas en Atención Primaria se vuelquen automáticamente en el sistema de la Unidad de VIH, evitando la duplicidad de pruebas.

3 La pieza de la asimetría en la carga de cribados y prevención

► **El debate:** En la práctica diaria, las Unidades de VIH acaban asumiendo de forma inercial el cribado preventivo del riesgo cardiovascular, la salud ósea, los cribados oncológicos o el calendario vacunal; funciones que, por protocolo del SAS, deberían pivotar sobre Atención Primaria.

► **Identificar la necesidad:** ¿Cómo delimitamos las responsabilidades de cada estamento mediante sistemas de información interoperables (Diraya)? ¿Qué canales de comunicación bidireccional ágiles médico-médico necesitamos para frenar el desgaste y el tránsito innecesario del paciente por el hospital?

4 La pieza del perfil del TAR como determinante de la seguridad operativa y de enfermería

► **El debate:** Las propiedades farmacológicas intrínsecas del TAR condicionan la operativa de la Unidad y la seguridad del propio paciente polimedicado. Analizar cómo influyen las interacciones a nivel de los diferentes TAR orales actuales. Evaluar el papel de los inyectables bimensuales como TDO institucionalizado, sopesando el beneficio de asegurar la adherencia frente al grave riesgo virológico si la institución se desconecta durante la “cola farmacocinética” del inyectable.

► **Identificar la necesidad:** Contrastar el impacto del TAR en el recurso humano: mientras un TAR oral robusto permite “liberar” tiempo de consulta, las terapias Long-Acting exigen reconfigurar las

agendas de enfermería especializada hacia la administración activa y el control estricto de ventanas de dosificación.

II. Preguntas Clave para Generar Debate

PREGUNTAS CLAVE PARA GENERAR DEBATE

5. ¿Es clínicamente seguro e idóneo incluir a un paciente crónico complejo polimedicado en un circuito de seguimiento virtual o a demanda, o la complejidad de sus comorbilidades nos obliga a mantener la presencialidad hospitalaria convencional?
6. ¿Cómo podemos resolver de manera práctica la asimetría de cribados con Atención Primaria a través de la historia digital unificada (Diraya) para que el especialista deje de actuar como médico de cabecera del paciente con VIH?
7. Ante la polifarmacia digestiva del paciente mayor (metformina, antiácidos, calcio), ¿consideramos que la robustez clínica y la menor tasa de interacciones de un TAR es una pieza clave para simplificar los procesos organizativos de la unidad?
8. ¿Qué coste organizativo y qué impacto en las plantillas de enfermería especializada de nuestros hospitales andaluces supondría la implantación masiva de tratamientos Long-Acting frente al mantenimiento de esquemas orales de alta barrera genética?

III. Bibliografía de Referencia

- May CR et al. *Minimally disruptive medicine: a pragmatically-faced philosophy of care for patients with complex chronic conditions*. *BMJ*. 2009.
- Eton DT et al. *The patient experience of illness and treatment burden*. *Patient Related Outcome Measures*. 2015.
- Documento de Consenso GeSIDA/Plan Nacional sobre el Sida. *Edad avanzada y cronicidad en el paciente con VIH*. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2023/2024.
- Guardiola-Martínez P et al. *Coordinación entre Atención Primaria y Especializada en el manejo del paciente crónico: lecciones aplicables a la infección por VIH*. *Rev Administración Sanitaria*. 2021.
- Marzolini C et al. (Liverpool HIV Drug Interactions Group). *Drug-drug interactions con nuevos agentes antirretrovirales en el paciente de edad avanzada*. *Lancet HIV*. 2022.
- Cozzi-Lepri A et al. (EuroSIDA). *Polypharmacy, drug-drug interactions, and adherence in older PLWH in Europe*. *AIDS*. 2021.
- Eron JJ et al. *Virologic failure and resistance in patients receiving long-acting cabotegravir and rilpivirine*. *AIDS*. 2023.
- Hodder SL et al. *Impact of long-acting injectable ART on nursing workload: a time-motion study*. *J Healthcare Management*. 2024.

Tema
3

**Paciente con Vulnerabilidad Social:
Circuitos Flexibles y Atención Oportunista**

Si hay un perfil que pone a prueba las costuras de nuestro sistema sanitario, es el del paciente en situación de exclusión social extrema (personas sin hogar, adicciones activas, patología psiquiátrica grave, precariedad habitacional). Este colectivo no responde a citas programadas, no entiende de agendas rígidas y sufre una desconexión crónica del sistema que pagamos muy caro: hiperfrecuentación de urgencias, ingresos en críticos por complicaciones graves y reactivación de cadenas de transmisión. El debate debe centrarse estrictamente en lo que la Unidad de VIH sí puede controlar e implementar de forma autónoma dentro del hospital.

I. Ejes de Debate — Las Cuatro Piezas del Puzle

1 La pieza organizativa hospitalaria: El modelo de “Consulta Abierta”

► **El debate:** El sistema actual penaliza la incomparecencia bloqueando citas, lo que aboca a este paciente a la desconexión total. Debemos debatir cómo reestructurar la propia Unidad de VIH para ofrecer Atención a Demanda con Acceso Inmediato: si el paciente vulnerable aparece por el hospital (aunque sea con días de retraso), debe ser atendido de forma prioritaria en el día para aprovechar ese efímero “momento de enganche”.

► **Identificar la necesidad:** Delimitar claramente que trasladar la dispensación fuera del hospital (centros de drogodependencias, ONGs) aporta un valor extraordinario, pero al ser estamentos que no podemos controlar organizativamente, el circuito principal debe sostenerse de forma autónoma sobre la flexibilidad interna de la unidad.

2 La pieza de la enfermería: Actuaciones asistenciales oportunistas

► **El debate:** En este perfil, las analíticas programadas y los cribados preventivos tradicionales fracasan sistemáticamente. Cada interacción física con el paciente debe considerarse una oportunidad única e irrepetible.

► **Identificar la necesidad:** ¿Cómo protocolizamos las intervenciones de oportunidad? Si el paciente acude a la Consulta Abierta a por su medicación, la enfermería de la unidad debe estar capacitada para realizar en ese mismo instante la extracción analítica esencial (carga viral/CD4), tests rápidos de cribado (ITS, hepatitis) y la administración de vacunas correspondientes, asegurando el control clínico en un solo acto.

3 La pieza del TAR oral: Robustez de alta barrera vs. el riesgo del genérico restrictivo

► **El debate:** Las vidas desestructuradas se traducen inevitablemente en tomas erráticas y baches prolongados de adherencia. El tratamiento seleccionado debe ser capaz de resistir este entorno hostil sin poner en peligro las opciones futuras del paciente.

► **Identificar la necesidad:** Debatir si las estrategias orales triples de alta barrera genética (con elevado “perdón” farmacocinético ante olvidos) son una pieza irrenunciable en este colectivo para evitar fallos virológicos rápidos con mutaciones de resistencia. Valorar abiertamente el impacto clínico y de salud pública que podría supondría utilizar un TAR genérico menos robusto por motivos puramente económicos en este perfil.

4 La pieza del Long-Acting: El dilema de la cola farmacocinética y el TDO hospitalario

► **El debate:** Las terapias inyectables bimensuales de acción prolongada se presentan como una gran oportunidad al poder utilizarse como Tratamiento de Observación Directa (TDO) gestionado en el propio hospital, asegurando la adherencia a corto plazo.

► **Identificar la necesidad:** El debate debe sopesar de forma rigurosa la balanza riesgo-beneficio. ¿Qué ocurre si el paciente vulnerable se desconecta del sistema tras la primera o segunda inyección? El riesgo de salud pública derivado del desarrollo de resistencias de clase durante la prolongada “cola farmacocinética” obliga a identificar qué mecanismos estrictos de localización y rescate proactivo necesitaría activar la unidad antes de decidir iniciar esta estrategia.

II. Preguntas Clave para Generar Debate

PREGUNTAS CLAVE PARA GENERAR DEBATE

9. ¿Cómo podemos organizar internamente una “Consulta Abierta” de acceso inmediato para pacientes vulnerables sin alterar el flujo diario de nuestras agendas programadas?
10. ¿Qué barreras legales, organizativas o de recursos humanos identificamos en nuestros hospitales del SAS para que enfermería pueda realizar analíticas y vacunaciones oportunistas en el acto?
11. Desde una perspectiva de coste-efectividad global, ¿un fallo virológico con multirresistencias por usar un TAR oral de baja barrera genética no resulta exponencialmente más caro para el SAS que financiar de entrada una estrategia robusta de alta barrera?
12. ¿Consideramos seguro el uso de terapias Long-Acting en pacientes con adicciones activas o sin hogar si no disponemos de un tejido de educadores de pares coordinado formalmente con nuestra unidad?

III. Bibliografía de Referencia

- Christopoulos KA et al. Evaluation of a Low-Barrier Care Model (POP-UP) for PLWH Experiencing Homelessness. *JAMA Network Open*. 2022.
- Korthuis PT et al. Low-barrier models of care for individuals with HIV and substance use disorders. *Curr HIV/AIDS Reports*. 2020.
- Aidala AA et al. Housing status, medical care, and health outcomes among PLWH/AIDS. *Am J Public Health*. 2016.
- Fleming J et al. The cost of opportunistic infections and ICU admissions in advanced HIV disease: a European perspective. *Eur J Health Economics*. 2021.
- Spinelli MA et al. Antiretroviral forgiveness and the challenge of adherence in marginalized populations with HIV. *AIDS Patient Care STDs*. 2021.
- Cahn P et al. Risk of resistance mutations in patients with suboptimal adherence: dual vs triple therapy regimens. *Int J Antimicrob Agents*. 2023.
- Christopoulos KA et al. Outcomes of Long-Acting CAB/RPV in a Low-Barrier Clinic Setting for Populations with Unstable Housing. *Lancet HIV*. 2023.

Tema 4

Sostenibilidad Asistencial, Valor del Proceso y Hoja de Ruta 2028

El control virológico puro es un reto superado. El propósito de esta mesa no es debatir sobre eficacia, sino abordar un desafío puramente estratégico que condicionará el día a día en el SAS: ¿Cómo identificar las piezas necesarias para transicionar hacia un modelo sostenible, que elimine la burocracia inercial y devuelva el valor al tiempo del clínico y del paciente? El enfoque de esta sesión es netamente orientativo y propiciador del debate, sin presentar un algoritmo cerrado ni un circuito ya diseñado.

I. Ejes de Debate — Las Cuatro Piezas del Puzle

1 La pieza económica: Desmontar la ilusión del ahorro en farmacia

► **El debate:** ¿Cómo hacemos ver a las direcciones de los hospitales que un TAR, que aparentemente “ahorra” en farmacia, encorseta la innovación y encarece el proceso global si nos obliga por prudencia a mantener al paciente atado al hospital con visitas y analíticas constantes?

► **Identificar la necesidad:** ¿Cómo medimos el valor del tiempo que invertimos en consultas de bajo valor (revisiones inerciales) y el coste de la infraestructura que consumen? La metodología TDABC (Time-Driven Activity-Based Costing) permite cuantificar el coste real del proceso [TAR] + [tiempo médico] + [enfermería] + [estructura] + [laboratorio inercial].

2 La pieza del recurso humano: La liberación del tiempo clínico

► **El debate:** El seguimiento espaciado o a demanda en el paciente estable no busca que la unidad “trabaje menos”, sino que trabaje de otra forma: recuperar capacidad instalada para el paciente crónico complejo o el vulnerable.

► **Identificar la necesidad:** ¿Qué necesitan las unidades de VIH para poder delegar el control del paciente estable en automatismos digitales seguros? ¿Cómo reconfiguramos las agendas para recuperar tiempo de calidad? ¿Qué coste de oportunidad supone cada hora de especialista ocupada en una revisión inercial de bajo valor?

3 La pieza de la humanización: La carga del tratamiento en la vida del paciente

► **El debate:** ¿Cuánta “fatiga del sistema” añadimos al paciente controlado obligándole a perder jornadas laborales y desplazarse para trámites meramente burocráticos?

► **Identificar la necesidad:** ¿Qué herramientas de comunicación e interacción remota (PROMs/PREMs) consideramos aceptables y seguras para sustituir la entrevista clínica cara a cara tradicional sin perder el termómetro de la calidad de vida del paciente?

4 La pieza logística: El rol clínico de la Telefarmacia en proximidad

► **El debate:** Superar la visión de la Farmacia Hospitalaria como un mero punto de recogida de cajas: debe convertirse en el nodo logístico clínico y digital que vertebra los circuitos de los tres perfiles.

► **Identificar la necesidad:** ¿Cómo debe engranarse la relación médico-farmacéutico para que el circuito de Telefarmacia actúe como un filtro de seguridad activo? ¿Qué piezas de interoperabilidad de sistemas (integración con Diraya o Apps corporativas del SAS) son críticas para que la dispensación en proximidad sea viable y segura?

II. Preguntas Clave para Generar Debate

PREGUNTAS CLAVE PARA GENERAR DEBATE

13. Si un perfil de TAR robusto y de alta barrera genética nos da la tranquilidad clínica para distanciar al paciente de la consulta, ¿qué nos frena realmente a la hora de dar el salto: la falta de herramientas tecnológicas o nuestra propia inercia médica?
14. ¿Cuáles consideramos que son los requisitos organizativos mínimos e irrenunciables que debería tener un hospital andaluz para poder pilotar un modelo de seguimiento 100% a demanda?
15. Para medir el éxito de este cambio de modelo ante un Gerente, ¿en qué métricas deberíamos fijarnos más allá de la carga viral indetectable? ¿Satisfacción, consultas liberadas, evitación de ingresos?
16. ¿Hasta dónde estamos dispuestos a llegar en la integración con Atención Primaria para evitar duplicidades analíticas en el paciente con comorbilidades?

III. Bibliografía de Referencia

- Porter ME, Lee TH. *The Strategy That Will Fix Health Care*. Harvard Business Review. 2013.
- Kaplan RS, Porter ME. *How to solve the cost crisis in health care*. Harvard Business Review. 2011.
- Braithwaite J et al. *Value-based care: the next evolution in HIV service delivery*. Lancet HIV. 2020.
- SEFH & GeSIDA. *Documento de consenso para la implantación de la telemedicina y la telefarmacia en el seguimiento del paciente con VIH*. 2021/2022.
- Margusino-Framiñán L et al. *Modelo de Selección Asistencial de Pacientes en Farmacia Hospitalaria (MAPH)*. Farmacia Hospitalaria. 2019.
- Spinelli MA et al. *Antiretroviral forgiveness: the loop between pharmacokinetics, adherence, and virologic outcomes*. Curr Opin HIV AIDS. 2021.
- Cahn P et al. *Robustness and genetic barrier of second-generation integrase inhibitors in clinical practice: a comparative review*. J Antimicrob Chemother. 2022.
- Jarrín I et al. (Cohorte CoRIS). *Long-term durability and real-world effectiveness of integrase inhibitor-based regimens in Spain*. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2023.
- Short D et al. *Routine clinical use of patient-reported outcome measures (PROMs) in chronic HIV care: a systematic review*. HIV Medicine. 2023.
- GeSIDA. *Guías de Asistencia 2025/2026. Envejecimiento y Cronicidad en el Paciente con VIH*.
- Moynihan R et al. *Preventing overdiagnosis and overtreatment in chronic patient monitoring*. BMJ. 2020.

Cuadro de Mandos de Valor (VBHC) — KPIs de Seguimiento del Modelo

1	<p>Eficiencia de Procesos</p> <ul style="list-style-type: none"> Número total de consultas presenciales inerciales evitadas al año. Horas de especialista e infraestructura de consultas liberadas. Porcentaje de pacientes en seguimiento virtual activo vs. presencial.
2	<p>Resultados Clínicos y de Seguridad</p> <ul style="list-style-type: none"> Tasa de retención en indetectabilidad (CV < 50 c/mL) a los 12 y 24 meses en la cohorte virtual. Incidencia de fracasos virológicos y aparición de resistencias en cada perfil. Tiempo hasta detección de evento clínico intercurrente en el modelo de visitas por evento.

3

Experiencia y Calidad de Vida (Humanización)

- Net Promoter Score (NPS) del circuito virtual y Telefarmacia.
- Reducción de la Fatiga Asistencial percibida por el paciente (cuestionario validado).
- Tasa de adherencia a PROMs/PREMs en el modelo de autogestión.

4

Impacto Económico Neto (Sostenibilidad Global)

- Coste total del proceso por paciente/año: [TAR] + [Estructura] + [Recursos humanos] + [Laboratorio].
- Ahorro neto estimado en costes indirectos y reducción de ingresos en urgencias.
- Coste de oportunidad: valor de la capacidad liberada (horas especialista) reasignada a lista de espera.

5. Reparto de Temas

Cada ponente desarrollará el perfil o eje asignado en su reunión en espejo. El mismo perfil será abordado de forma independiente por un segundo experto en la reunión complementaria, generando perspectivas diversas que enriquecerán el debate plenario de Córdoba.

Ponente	Centro	Reunión	Perfil / Eje asignado
Manolo Castaño	H. Costa del Sol, Marbella	Antequera (18-19 sep)	Perfil 1 — Mesa 1: Paciente Controlado sin Comorbilidades — Simplified Care Model
Julián Olalla	H.U. Regional de Málaga	Antequera (18-19 sep)	Perfil 2 — Mesa 2: Paciente Controlado con Comorbilidades
Omar Mohamed	H.U. Reina Sofia, Cordoba	Antequera (18-19 sep)	Perfil 3 — Mesa 3: Paciente con Vulnerabilidad Social
Carmen Hidalgo	H.U. Virgen de las Nieves, Granada	Antequera (18-19 sep)	Eje 4 — Mesa 4: Sostenibilidad, Valor del Proceso y Hoja de Ruta 2028
Paula Patricia García	H.U. Virgen del Rocío, Sevilla	Sevilla (11-12 sep)	Perfil 1 — Mesa 1: Paciente Controlado sin Comorbilidades — Simplified Care Model
Jorge Sánchez	H.U. Macarena, Sevilla	Sevilla (11-12 sep)	Perfil 2 — Mesa 2: Paciente Controlado con Comorbilidades
Alberto Romero	H.U. Juan Ramón Jiménez, Huelva	Sevilla (11-12 sep)	Perfil 3 — Mesa 3: Paciente con Vulnerabilidad Social
Pepe García de Lomas	H. Puerto Real, Cádiz	Sevilla (11-12 sep)	Eje 4 — Mesa 4: Sostenibilidad, Valor del Proceso y Hoja de Ruta 2028

6. Instrucciones para la Preparación de la Ponencia

Como en años anteriores te pedimos que prepares una presentación de unas 20 diapositivas sobre el tema que tienes asignado. El objetivo no es una revisión bibliográfica exhaustiva, sino compartir tu visión y experiencia práctica orientándola hacia propuestas concretas e implementables en el SAS en el horizonte 2028.

Plazo de entrega: antes del 15 de septiembre de 2026 (grupo de Antequera) o del 1 de septiembre de 2026 (grupo de Sevilla). Enviar a la secretaría técnica: eventos@pcinformatica.es

Estructura propuesta Temas 1-3: Perfiles de pacientes (~20 diapositivas)

- 1 — Portada: perfil, ponente y centro
- 2 — ¿De quién hablamos? Definición y epidemiología del perfil en tu cohorte
- 3 — El peso asistencial real: visitas/año, analíticas, tiempo de consulta que consume este perfil
- 4 — El circuito actual y sus ineficiencias: ¿qué está fallando hoy?
- 5 — Pieza del puzle 1
- 6 — Pieza del puzle 2
- 7 — Pieza del puzle 3
- 8 — Pieza del puzle 4
- 9 — El TAR como facilitador o bloqueador: barrera genética, forgiveness y autonomía del seguimiento
- 10 — El nuevo circuito asistencial propuesto para este perfil
- 11 — Tecnología y digitalización: PROMs/PREMs y Telefarmacia como sustitutos de la visita
- 12 — VALOR: Valor clínico y asistencial
- 13 — VALOR: Accesibilidad e implementabilidad en el SAS
- 14 — VALOR: Liderazgo del cambio
- 15 — VALOR: Optimización — capacidad instalada liberada
- 16 — VALOR: Recomendación para el documento de consenso y hoja de ruta 2028
- 17 — Métricas de éxito: indicadores VBHC para este perfil
- 18 — Propuesta de piloto en tu centro: condiciones mínimas
- 19 — Bibliografía de referencia
- 20 — Preguntas para la mesa

Estructura propuesta Tema 4: Eje estratégico (~20 diapositivas)

- 1 — Portada
- 2 — El problema: ¿qué estamos midiendo mal en el modelo actual?
- 3 — El coste real de la cronicidad: más allá del precio del fármaco
- 4 — Metodología TDABC: construyendo el argumento financiero para gerencia
- 5 — Los 5 componentes del coste real del proceso asistencial
- 6 — El coste de oportunidad del especialista: ¿qué vale una hora de consulta liberada?

- 7 — Costes indirectos: absentismo laboral, desplazamiento y huella de carbono
- 8 — El coste del paciente perdido: lo que cuesta no retener al Perfil 3
- 9 — Pieza del puzle 1: Desmontar la ilusión del ahorro en farmacia
- 10 — Pieza del puzle 2: La liberación del tiempo clínico
- 11 — Pieza del puzle 3: La humanización y la carga del tratamiento
- 12 — Pieza del puzle 4: La Telefarmacia como nodo logístico clínico
- 13 — La arquitectura de la Telefarmacia: cómo vertebra los tres perfiles
- 14 — VALOR: El argumentario para la Dirección y la Gerencia hospitalaria
- 15 — El Cuadro de Mandos VBHC: los 4 bloques de KPIs
- 16 — Modelo de transición por fases: del piloto al escalado en el SAS
- 17 — Hoja de ruta 2028: quién hace qué y con qué plazos
- 18 — Propuesta de piloto: criterios de selección de hospitales andaluces
- 19 — Bibliografía de referencia
- 20 — Preguntas para la mesa

El Marco VALOR

Para estructurar el análisis crítico, utiliza el marco VALOR adaptado a la visión de gestión basada en valor del Think+ 2026:

	Dimensión	Pregunta orientativa
V	Valor clínico	¿Qué beneficio concreto aporta este perfil/eje al paciente y al sistema, más allá del control viral?
A	Accesibilidad e implementabilidad	¿Es adoptable por el sistema hoy? ¿Qué barreras estructurales, tecnológicas o presupuestarias existen?
L	Liderazgo del cambio	¿Quién debe impulsar la transformación? ¿El clínico, la gerencia del hospital, la dirección del SAS?
O	Optimización del sistema	¿Cómo se traduce en liberación de recursos asistenciales: capacidad instalada, tiempo de especialista, ¿costes indirectos?
R	Recomendación para el consenso	¿Cuál es la propuesta concreta que trasladarías al documento de consenso y a la hoja de ruta 2028?

El marco VALOR está orientado a la acción y al lenguaje de la dirección sanitaria: no solo describe la situación clínica, sino que orienta hacia quién debe hacer qué, con qué recursos y con qué métricas de éxito. Es el lenguaje común que usaremos en el documento de consenso y en la hoja de ruta de implementación.



7. Equipo del Proyecto y Contactos

Coordinación Científica	Secretaría Técnica	Logística y Coordinación
Ignacio Pérez Valero Coordinador Think+ ignacioperezvalero@gmail.com	PCInformática Eventos Inscripciones y documentación eventos@pcinformatica.es	Juan Alcálá · Gilead Sciences Logística y coordinación operativa Juan.AlcalaSoler@gilead.com

Un cordial saludo,

Ignacio Pérez Valero
Coordinador del Foro Think+ · VIH en Andalucía