Recomendaciones de atención para un paciente con infección por VIH, con necesidades sociales, mal adaptado al sistema y con problemas de inserción social

Proyecto National Policy

Siguiente

Avalado por:

Con el patrocinio científico de la SEIMC

Las opiniones expresadas por los autores no reflejan necesariamente la posición oficial de la SEIMC

Con el aval de calidad y garantía de

Recomendaciones de atención para un paciente con infección por VIH, con necesidades sociales, mal adaptado al sistema y con problemas de inserción social.

Autores: equipo de trabajo multidisciplinar con el apoyo de Patricia Arratibel, Rafael Bengoa, Carmen Arratibel y Aida Jerez (Si-Health).

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

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

ISBN: 978-84-09-47440-0

NP-ES-HVU-MONO-210003(V2) 01/2023

Citación sugerida:
"Recomendaciones de atención para un paciente con infección por VIH, con necesidades sociales, mal adaptado al sistema y con problemas de inserción social".
Equipo multidisciplinar de trabajo del National Policy. 2022. Editado por: The Institute for Health and Strategy (SI-Health). ISBN: 978-84-09-47440-0
Disponible en https://viivhealthcare.com/es-es/horizonte-vih/compromiso-con-la-salud-publica/

El equipo de trabajo multidisciplinar

Adrià Curran: Facultativo Especialista del Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitari Vall d´Hebron, Barcelona.

Alicia González Baeza: Psicóloga, profesora universitaria e investigadora. Universidad Autónoma de Madrid.

Antonio Antela López: Facultativo Especialista en Medicina Interna y Enfermedades Infecciosas. Hospital Clínico Universitario de Santiago.

Antonio Rivero Román: Jefe de Sección de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.

Carlos Dueñas Gutiérrez: Facultativo Especialista en Medicina Interna. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Diana Pérez-Solero Gorostidi: Trabajadora Social. Hospital Universitario La Paz de Madrid.

Emma Fernández González: Enfermera experta en VIH. Unidad de VIH del Hospital Clínic de Barcelona.

Esteban Martínez Chamorro: Facultativo Especialista del Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Clinic de Barcelona.

Fátima Brañas Baztán: Facultativo Especialista en Geriatría. Hospital Universitario Infanta Leonor de Madrid.

Javier Sánchez-Rubio Ferrández: Facultativo Especialista en Farmacia Hospitalaria. Hospital Universitario de Getafe en Madrid.

José Antonio Pérez Molina: Facultativo Especialista del Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Ramón y Cajal de Madrid.

Juan Berenguer: Facultativo Especialista del Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Gregorio Marañon de Madrid.

Juan José Mascort Roca: Facultativo Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Florida Sud en L´Hospitalet de Llobregat de Barcelona.

Mª José Fuster: Directora Ejecutiva de la Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SEISIDA). Madrid. Profesora de la facultad de psicología de la UNED.

Margarita Ramirez Schacke: Enfermera experta en VIH. Unidad de enfermedades infecciosas del Hospital General Universitario Gregorio Marañon de Madrid.

Maria Luisa Montes Ramírez: Facultativo Especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario La Paz de Madrid.

Rosario Palacios Muñoz: Facultativo Especialista del Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Virgen de la Victoria de Málaga.

Entidades comunitarias

Carmen Martín: coordinadora general de ACCAS en Cantabria.

Cristina Arcas: responsable del Área de Salud de la ONG Salud Entre Culturas en Madrid.

Diego García: director Adhara/Sevilla Checkpoint.

Iván Zaro: coordinador Imagina Más en Madrid.

Jorge Garrido: director ejecutivo de Apoyo Positivo en Madrid.

José Canales: coordinador del Comité Ciudadano Antisida de la Comunidad Valenciana.

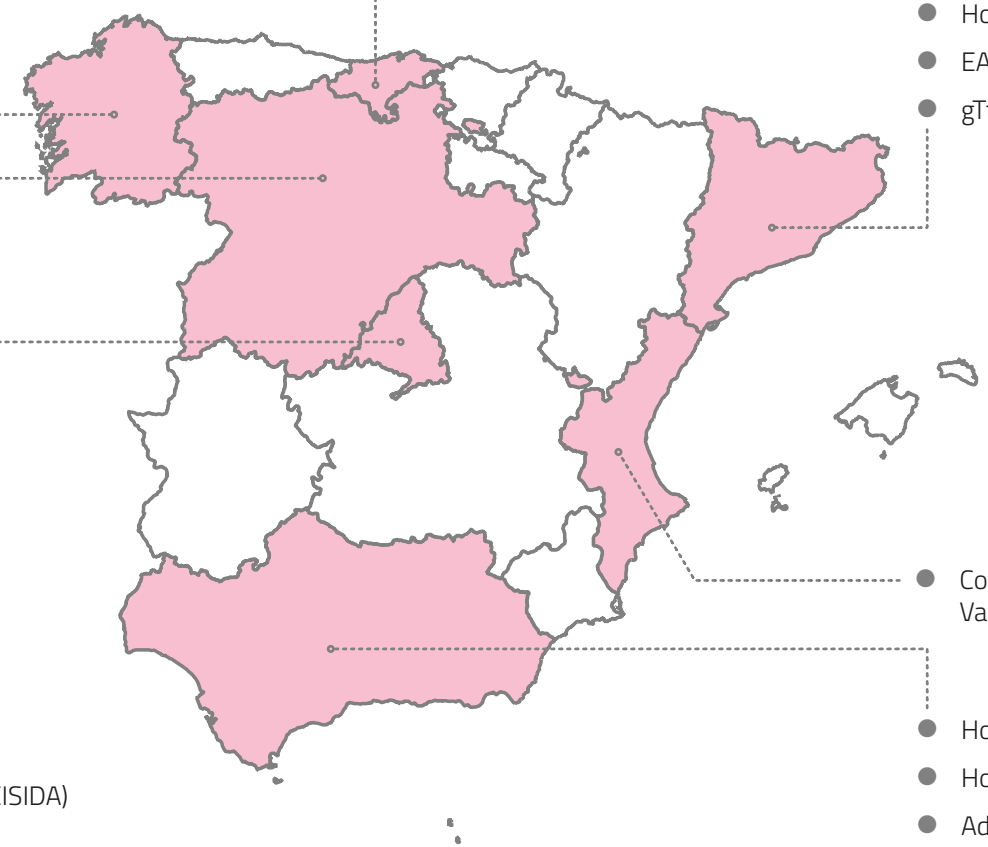
Juanse Hernández: coordinador gTt en Barcelona.

Judit Beltrán de Otalora: Comité Ciudadano Antisida de Burgos.

Toni Poveda: director de Cesida en Madrid.

Representatividad geográfica y organizativa del equipo de trabajo

- Hospital Universitario de Santiago
- Hospital Clínico Universitario de Valladolid
- Comité Ciudadano Antisida de Burgos
- Apoyo Positivo
- Hospital Universitario de Getafe
- Hospital Universitario Gregorio Marañon
- Hospital Universitario Infanta Leonor
- Hospital Universitario La Paz
- Hospital Universitario Ramón y Cajal
- Imagina MÁS
- Salud entre culturas
- Sociedad Española Interdisciplinar del Sida (SEISIDA)
- Universidad Autónoma de Madrid



- ACCAS
- Hospital Univesitari Vall d´Hebron, Barcelona.
- Hospital Clinic de Barcelona
- EAP Florida Sud L'Hospitalet de Llobregat
- gTt
- Comité Ciudadano Antisida de la Comunidad Valenciana
- Hospital Universitario Reina Sofía
- Hospital Universitario Virgen de la Victoria
- Adhara/Sevilla Checkpoint

Índice de contenidos

Puede pulsar sobre los apartados para acceder directamente a cada punto.

El equipo de trabajo multidisciplinar 3

Representatividad geográfica y organizativa del equipo de trabajo 4

Introducción 6

El contexto 7

La metodología 8

Recomendaciones 9

1 Resultados finales a monitorizar 9

Resultados finales clave a monitorizar en este perfil 10

2 Estándar de prestación multidisciplinar recomendado 12

Recomendaciones de prestación multidisciplinar 13

Consolidado de prestaciones (prestaciones propias) 14

Consolidado de prestaciones (prestaciones comunes) 15

3 Alertas clave para la monitorización de este perfil de paciente durante su proceso de atención 16

Consolidado de alertas 17

4 Otras recomendaciones en relación a este perfil de pacientes 18

4.1 Recomendaciones sobre barreras idiomáticas y culturales 19

4.2 Recomendaciones ante la alta intensidad de coordinación con equipos locales y comunitarios 19

4.3 Recomendaciones ante el estigma y la discriminación 21

5 Poniendo el foco en las prestaciones transversales 22

Prestaciones transversales 23

6 Mecanismos de coordinación entre profesionales 24

Coordinación entre profesionales 25

7 Mecanismos de comunicación y conexión con los pacientes 27

Comunicación y conexión con el paciente 28

Anexo 1: Momento y recomendación, lugar y modalidad de la prestación por especialidad 29

Especialistas de atención hospitalaria 30

Enfermería 33

Farmacia hospitalaria 36

Geriatría 39

Psicología 40

Trabajo social 43

Especialistas de atención primaria 46

Anexo 2: Alertas por especialidad 49

Especialistas de atención hospitalaria 50

Enfermería 52

Farmacia hospitalaria 54

Geriatría 56

Psicología 58

Trabajo social 60

Especialistas de atención primaria 62

Siglas y abreviaturas 64

Introducción

El contexto

EL proyecto "**Recomendaciones de atención para Pacientes con VIH**" tiene como objetivo apoyar la implementación del **Modelo óptimo de atención al paciente con infección por el VIH.**

Este proyecto se contextualiza en un trabajo previo que dio lugar al desarrollo de una herramienta que permite la clasificación de pacientes con VIH en 7 perfiles diferenciados.

https://viivhealthcare.com/content/dam/cf-viiv/viiv-healthcare/es_ES/documents/Informe.pdf

Paciente con infección por VIH controlada, autónomo, sin comorbilidades y sin conductas de riesgo, psicológicamente bien y con buen soporte familiar (paciente azul).

Paciente con comorbilidad y/o frágil y/o dependiente (paciente amarillo).

Paciente en su primer año de tratamiento para el VIH tras el diagnóstico (paciente naranja).

Paciente consumidor de sustancias psicoactivas con dependencia física y/o psíquica (paciente morado).

Paciente con necesidades sociales, mal adaptado al sistema y con problemas de inserción social (paciente verde).

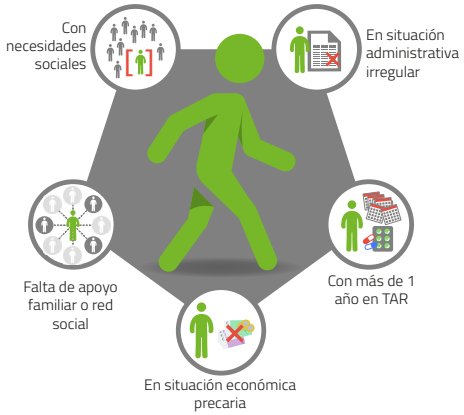
Paciente embarazada (paciente fucsia).

Paciente con prácticas sexuales de riesgo (paciente lila).

Con el fin de mejorar los resultados finales y el proceso asistencial que reciben estos pacientes, un **equipo multidisciplinar** con representación de especialistas de atención hospitalaria, enfermería, farmacia hospitalaria, geriatría, psicología, trabajo social, especialista de atención primara y entidades comunitarias; ha trabajado la formulación de **"recomendaciones de atención"** para cada uno de estos perfiles de pacientes con infección por VIH.

Esta iniciativa pretende ayudar a diferentes equipos locales a trabajar la variabilidad en la gestión de los diferentes perfiles de pacientes con VIH.

Este documento interactivo recoge **las recomendaciones de atención** construidas desde un enfoque multidisciplinar, realizadas para **los pacientes con necesidades sociales, mal adaptado al sistema y con problemas de inserción social.**



Estas recomendaciones incluyen:

1. *Resultados finales* a monitorizar.
2. *Estándar de prestación multidisciplinar recomendado.*
3. *Alertas clave para la monitorización de este perfil de pacientes en su trayectoria o proceso asistencial.*
4. *Otras recomendaciones con relación a este perfil.*
5. *Poniendo el foco en las prestaciones transversales.*
6. *Mecanismos de coordinación entre profesionales.*
7. *Mecanismos de comunicación y conexión con los pacientes .*

Este trabajo pretende **animar y estimular a *equipos multidisciplinares* en diferente *entornos locales* a orientarse a la monitorización y consecución de los resultados finales que importan a estos pacientes; a trabajar en equipo en el diseño y la mejor trayectoria o proceso asistencial de estos pacientes; y a abrir espacios para desarrollar innovaciones y proyectos de mejora** que les permitan avanzar más rápido hacia la mejor atención multidisciplinar posible para este perfil de pacientes con VIH.

Compartir esta innovación local nos permitirá a todos **avanzar más rápido** en la mejora de la calidad de vida de los pacientes y la implementación del Modelo óptimo de atención a pacientes que viven con VIH en España.

La metodología

LA metodología que se ha seguido para la construcción de estas recomendaciones ha sido la siguiente:

- Realización de cuestionarios y trabajos individuales previos (cada miembro del equipo).
- Consolidación del trabajo en "versión de equipo" (Si-Health).
- Reuniones iterativas de equipo para la revisión y búsqueda de consenso final (todos).

Metodología: Proceso de trabajo en ciclos con tres etapas

1 Trabajo individual previo a las reuniones de equipo

	Contenido	Responsable
1	Contextualización del trabajo individual a realizar.	• SI-Health envía un mail especificando **tarea a realizar** y la **fecha de entrega** de esta tarea. • **Formato**: Cuestionario/ tareas individuales.
2	Trabajo individual y envío a SI-Health.	• Cada integrante del equipo completa la tarea y la remite a SI-Health en el plazo consensuado previamente.
3	Consolidación del trabajo y envío del resultado al equipo.	• SI-Health integra el trabajo individual en una primera versión **"de equipo"** que se remite al grupo, con carácter previo, junto a la agenda de contenidos de la reunión.

2 Reuniones de equipo

- **Formato**: Virtual
- **Duración**: 2 horas
- **Contenido**:
  - Resolver las discrepancias
  - Alcanzar consensos
  - Trabajar las áreas con menor desarrollo previo
  - ...
- **Responsables**: todos

Nota: El logo de Microsoft Teams es una marca registrada de Microsoft Corporation

3 Elaboración del documento final

Para la realización del trabajo anterior el grupo se ha dado las **siguientes reglas de funcionamiento** en el grupo multidisciplinar:

1. **El resultado es del equipo multidisciplinar** (no de la disciplina o función particular).
2. El resultado se alcanza **por consenso** de todas las disciplinas clínicas y agentes representados.
3. **Ante posibles discrepancias en contenido**: volver al **PACIENTE** (qué necesita un paciente de estas características, qué valora, qué le importa a él y a su entorno).
4. **Ante posibles discrepancias de alcance/ ambición del desarrollo**: priorizar que el RESULTADO final que se recomiende sea **PRÁCTICO Y ÚTIL** para pacientes, profesionales y organizaciones y sea **viable para su implementación** en cualquier momento de la evolución de la enfermedad.

Desde mayo de 2022, se ha incorporado al proyecto una representación de entidades comunitarias que trabajan con pacientes que viven con VIH.

Recomendaciones

1 Resultados finales a monitorizar

Resultados finales clave a monitorizar en este perfil

Mejorar **la calidad de vida** de los pacientes verdes:

1 Resultados clínicos y de cuidados asociados al VIH.

- **Buen control virológico de la infección por el VIH**: carga viral indetectable.
- **Control de la tolerabilidad al TAR y gestión de la adherencia.**

2 Seguimiento de su situación administrativa.

- **El paciente tiene acceso** al sistema y a la atención, en condiciones de **equidad** sanitaria independientemente de su situación administrativa.
- **El paciente conoce estrategias de gestión de las complicaciones propias de su situación de vulnerabilidad administrativa e identifica recursos facilitadores.**
- **El paciente está empoderado en la gestión de recursos existentes** (en relación a su situación administrativa y legal).

3 Seguimiento de limitaciones socioeconómicas y acceso a la red de apoyo social y comunitaria.

- **Los profesionales de la salud conocen los recursos y circuitos existentes** para el apoyo social: **existe coordinación entre ellos.**
- **Identificación temprana de las situaciones sociales que puedan comprometer sus resultados de salud.**
- El paciente **recibe apoyo para inserción social (trabajo, ingresos, vivienda y otras necesidades básicas).**

4 Desarrollo de actividad preventiva y atención a procesos clínicos subyacentes.

- **Cumplimiento de prevención relacionada con otros problemas de salud** (vacunas, cribados de cánceres, según indicación).
- **Atención a otros procesos intercurrentes o patología clínica subyacente**.
- **Seguimiento de adherencia a otras prestaciones y servicios sanitarios** (revisiones, pruebas, farmacia, etc.).
- Prevención, identificación y atención a los **riesgos que puedan derivarse de su situación de vulnerabilidad**.

5 Seguimiento estilo de vida y hábitos saludables.

- **Adecuada CVRS.** Determinantes: movilidad, autocuidado, capacidad para realizar actividades habituales, dolor/malestar, ansiedad/depresión.
- **El paciente tiene acceso a información de calidad sobre vida saludable que le permite realizar un mejor manejo de su situación de salud.**

NOTA: La enumeración de los resultados que se muestra a continuación, no atiende a ningún criterio de priorización. Se recogen los resultados que se consideran deben conseguir para mejor la calidad de vida de un paciente VERDE.

6 Atención a su estado emocional y/o psicopatológico.

- **Monitorización y control de su estado emocional y/o psicopatológico** (trastornos adaptativos, depresión/ansiedad y estrés postraumático...).

7 Atención a su estado cognitivo.

- **Monitorización y gestión del estado cognitivo.**

8 Máxima adecuación de intervenciones a cambios de perfil.

- **Atención a alertas relacionadas con el cambio de perfil de paciente**:
  - Consumo no controlado de sustancias psicoactivas.
  - Prácticas sexuales de riesgo.
  - Embarazo.
  - Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia.

Recomendaciones

2 Estándar de prestación multidisciplinar recomendado

Recomendaciones de prestación multidisciplinar

A continuación se presenta la "**recomendación de prestación multidisciplinar**" para los pacientes de este perfil en cualquier lugar del SNS. Esta recomendación incluye prestaciones propias de cada disciplina y prestaciones comunes o transversales.

- **Prestaciones propias**: se trata de aquellas prestaciones que se recomienda sean realizadas por la disciplina señalada. Se recogen, a continuación, sobre fondo blanco.
- **Prestaciones comunes o transversales**: se trata de aquellas prestaciones cuyo contenido involucra a diferentes disciplinas. Esto es, prestaciones que pueden ser desarrolladas por diferentes disciplinas aportando cada una de ellas diferente función, intensidad o momento de desarrollo.

En este caso, será más necesario, si cabe, por parte de los equipos multidisciplinares locales trabajar la colaboración y coordinación "en equipo" que asegure el mejor desarrollo local posible de estas prestaciones. Se recogen, a continuación, sobre fondo sombreado.

El equipo de trabajo que formula estas recomendaciones es consciente de que los recursos, capacidades y circunstancias organizativas y de gestión existentes en cada entorno local pueden ser muy diferentes. A modo de ejemplo, que no existan dotaciones de algunas de las disciplinas que conforman el estándar de equipo multidisciplinar que realiza las recomendaciones.

Por ello se sugieren que, en primer lugar, los equipos locales aseguren que el contenido de la recomendación completa se dé para todo paciente de este perfil por los profesionales y dotaciones existentes. Se recomienda, en segundo lugar, avanzar en cada contexto local hacia la constitución de equipos multidisciplinares que integren la multidisciplinariedad, las competencias y las capacidades necesarias para asegurar la "**recomendación de prestación multidisciplinar**" que se formula en este documento.

Consolidado de prestaciones (prestaciones propias)

Especialistas de atención hospitalaria

Ver momento, lugar y modalidad

Control de la infección por VIH: analítica completa (carga viral, CD4, hematimetría y bioquímica sanguínea).

Cribado de infecciones importadas en migrantes según procedencia geográfica.

Cribado y tratamiento de otras infecciones oportunistas.

Enfermería

Ver momento, lugar y modalidad

Detección de necesidades sociales y/o de la situación administrativa.

Establecer la valoración de necesidades de cuidados a la hora de plantear la **coordinación con los recursos sociales.**

Participar en la propuesta de derivación a los recursos sociosanitarios indicando las necesidades específicas de cuidados de paciente.

Potenciar **habilidades de interacción social**.

Conocer la red de apoyo y personas significativas para el paciente (valoración enfermera).

Evaluación CVRS: movilidad, autocuidado, capacidad para realizar actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión.

Farmacia hospitalaria

Ver momento, lugar y modalidad

Favorecer la coincidencia, en el mismo día, de las visitas del paciente con distintas disciplinas (para reducir la carga de tratamiento que sufre el paciente derivada de actos clínicos separados en diferentes días).

Programas de **teledispensación/teleasistencia en coordinación con entidades comunitarias.**

Conciliación de tratamientos en las transiciones asistenciales.

Geriatría

Ver momento, lugar y modalidad

VGI (si fuera una persona mayor o igual a 50 años).

Psicología

Ver momento, lugar y modalidad

Prevención y detección de comorbilidades neuropsicológicas, psicológicas y psiquiátricas.

Valoraciones psicológicas para derivar a profesionales de psicología o psiquiatría según síntomas y gravedad y, determinar el impacto del cuadro en la funcionalidad.

Intervenciones psicológicas en caso de trastornos emocionales y problemas conductuales.

Valoraciones neuropsicológicas ante sospecha de deterioro neurocognitivo, para conocer tipo y gravedad de déficit e impacto en la funcionalidad.

Intervenciones psicológicas/asesoramiento para facilitar el proceso de adaptación a la enfermedad.

Intervención en estimulación cognitiva y/o neurorrehabilitación para prevenir evolución de déficit y facilitar adaptación a la pérdida de funcionalidad ocasionada.

Trabajo social

Ver momento, lugar y modalidad

Intervención en situaciones de crisis de las personas: apoyo emocional, contención del estrés y ansiedad, atención personalizada, resolución de conflictos, etc.

Medidas centradas en problemáticas específicas y prioritarias en el diagnóstico (distribución de alimentos, pobreza energética, acceso a la vivienda y medidas de apoyo, acceso a medicamentos...).

Especialistas de atención primaria

Ver momento, lugar y modalidad

Atención en función de comorbilidad y necesidades del paciente bajo criterios de continuidad asistencial y asistencia compartida. Elaborar **plan de cuidados individualizado**.

Atención a las **posibles descompensaciones/procesos agudos relacionados**.

Actividades preventivas: aplicar las recomendaciones del PAPPS: programa estructurado sobre las actividades preventivas que se recomienda aplicar a la población y que incluye entre otras: las vacunaciones, cribado de cáncer, prevención estilos de vida, cardiovascular, salud mental, atención a la mujer, al mayor...

Seguimiento de los pacientes cuando hayan tenido **incidencias en el plan de cuidados** (tras ingresos, tras visitas a urgencias, otras comorbilidades, cambios en situación psico-social) o **ante detección conductas de riesgo**.

Conocer recursos existentes para poder asesorar al paciente.

Consolidado de prestaciones (prestaciones comunes)

Especialistas de atención hospitalaria

Ver momento, lugar y modalidad

Optimización del TAR: monitorización de la eficacia, seguridad y adherencia. Optimización para reducir las toxicidades, interacciones y complejidad de la posología.

Prevención, cribado y cuidados de las comorbilidades orgánicas (coordinar visitas con otros especialistas según cuidados).

Detección de necesidades psicológicas (especialmente en refugiados, solicitantes de asilo y poblaciones que hayan sufrido trata o violencia). También en personas de origen autóctono en situación de exclusión.

Detección de necesidades sociales o de situación administrativa y coordinación con Trabajo Social, entidades comunitarias y entidades que puedan facilitar su inserción social.

Vacunación actualizada.

Educación en salud sobre transmisión y prevención de ITS y otras infecciones.

Valoración de la calidad de vida del paciente.

Enfermería

Ver momento, lugar y modalidad

Detección precoz de la falta de adherencia y/o pérdida de seguimiento y facilitar la revinculación de los pacientes que interrumpen el seguimiento.

Valoración de calendario vacunal y cribados.

Evaluar **deficiencias de información sobre el sistema sanitario, comprensión del idioma, barreras socioculturales**.

Proponer y coordinar los cuidados clínicos asegurando la continuidad asistencial en este sentido.

Educación en las competencias de autocuidados adaptando las medidas a la situación de vulnerabilidad. Entrenar las habilidades de identificación y **demanda de cuidados en el entorno comunitario.**

Potenciar vínculo terapéutico, facilitar la **comunicación fluida** y permitir **cierta flexibilidad en el seguimiento** de estos pacientes y dar respuesta a las demandas "imprevistas" de cuidados.

Farmacia hospitalaria

Ver momento, lugar y modalidad

Educación sanitaria: importancia del tratamiento, conocimiento del mismo y hábitos saludables.

Seguimiento de adherencia. Detección de causas potenciales de no adherencia y propuesta de mejora.

Identificación posibles eventos adversos y comunicarlo al equipo médico.

Revisión de **interacciones. Automedicación y medicina alternativa.**

Coordinación con el equipo médico.

Psicología

Ver momento, lugar y modalidad

Detección de indicadores de exclusión o necesidades sociales para derivación a trabajo/servicios sociales.

Intervenciones de fomento de la participación comunitaria y el apoyo social: **plan de cuidados compartido con recursos sociales y comunitarios** que provean de apoyo social (no sólo derivación sino coordinación).

Intervenciones preventivas y de apoyo a la autogestión de la salud (manejo de síntomas, comunicación con el equipo sanitario, vida sexual, habilidades de solución de problemas y regulación emocional, gestión revelación VIH, afrontamiento del estigma, etc.).

Valoración de la calidad de vida e intervenciones en caso de sospecha de necesidad.

Trabajo social

Ver momento, lugar y modalidad

Adecuación a las necesidades: intervención social, información, asesoramiento. Gestión de derivaciones. Acogida, diagnóstico, plan de trabajo y evaluación de procesos.

Coordinación interinstitucional e integralidad en la respuesta: coordinación con servicios sociales y entidades sociales de referencia para el desarrollo de la intervención social, incluidos los distintos recursos (sanitario, educativo, vivienda, etc.).

Armonización con el resto de acciones del equipo, para **garantizar** que un **esfuerzo terapéutico tenga receptividad en el paciente.** Incluir al equipo en la **identificación temprana de necesidades.**

Apoyar el desarrollo de redes formales e informales en función de un diagnóstico de necesidades de soporte y protección. **Fomentar el dinamismo comunitario.**

Especialistas de atención primaria

Ver momento, lugar y modalidad

Identificar profesional de referencia: atención primaria, atención hospitalaria, trabajo social u otras disciplinas para facilitar seguimiento y control.

Favorecer la adherencia a seguimiento, tratamientos.

Educación en hábitos de vida saludables.

Capacitar al paciente en la gestión de los recursos existentes.

Coordinación entre los diferentes recursos de apoyo social (Trabajo social de atención primaria, atención hospitalaria, Municipales, Estatales, Autonómicos, red comunitaria).

Establecer y desarrollar **mecanismos de comunicación entre los profesionales y con los pacientes** y aprovechar los existentes como la historia clínica compartida.

Recomendaciones

3 Alertas clave para la monitorización de este perfil de paciente durante su proceso de atención

Consolidado de alertas

Alertas clínicas

- Pérdida de control virológico
- Fallo de adherencia
- Pérdida de seguimiento (faltas a consultas reiterada)
- Ingreso hospitalario
- Alerta a procesos clínicos subyacentes
- Visita a urgencias
- Deterioro psicológico y psiquiátrico
- Nuevos factores de riesgo (discapacidad, enfermedad mental, dependencia)

Alertas propias del perfil

- Cambio en situación administrativa/legal
- Cambio domicilio/provincia CC.AA./itinerancia
- Ingreso en prisión
- Dificultades culturales idiomáticas con el conocimiento de la normativa
- Alerta por hábitos no saludables y/o problemas psicosociales de diversa índole*

** Se entiende incluido en esta alerta, problemas de malos tratos físicos o psíquicos en el hogar, así como situaciones de violencia de género, o cualquier situación de este tipo. Adicionalmente inestabilidad social, riesgo laboral...*

Alertas de exclusión social

- Cambios en situación de vivienda
- Pérdida de trabajo y ausencia de ingresos económicos
- Nuevas necesidades (impacto tecnologías y comunicación)
- Falta de participación y apoyo

Alertas de alteración del perfil

- Prácticas sexuales de riesgo
- Consumo no controlado de sustancias psicoactivas
- Embarazo
- Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia

Pulse sobre cada especialidad para acceder directamente a sus alertas

- Especialistas de atención hospitalaria
- Enfermería
- Farmacia hospitalaria
- Geriatría
- Psicología
- Trabajo social
- Especialistas de atención primaria

Recomendaciones

4 Otras recomendaciones en relación a este perfil de pacientes

DADAS las características concretas de este perfil, a continuación, se proporcionan una serie de **recomendaciones e información útil y práctica** que han servido para el cuidado de este tipo de paciente a los miembros del equipo de trabajo que ha participado en la definición de los resultados finales a monitorizar, las recomendaciones de atención así como de las alertas clave a monitorizar en este perfil de paciente:

- Barreras idiomáticas y culturales.
- Alta intensidad de coordinación con equipos locales y comunitarios.
- Estigma y discriminación.

Las recomendaciones de uso local que se recogen a continuación, han sido formuladas en base a la experiencia de este equipo de trabajo.

4.1 Recomendaciones sobre barreras idiomáticas y culturales

- **Concienciación de los propios profesionales del impacto de la cultura en los procesos de salud y el posible sesgo que conlleva**. En este sentido, y a modo de ejemplo, puede ser útil tener en cuenta el sexo del profesional que visita al paciente.
- **Formación concreta para profesionales en competencia y humildad cultural** con el fin de entender mejor y poder adaptar la atención a sus singularidades (geografía, costumbres, religión, orientación o identidad sexual…).
- **Incluir la figura del mediador e intérprete intercultural** en la atención sanitaria cuando sea necesario. En ocasiones, son voluntarios quienes realizan estas funciones; en otros casos, se utilizan traducciones simultáneas que deben ser reservadas con antelación. En ocasiones, no utilizar mediadores/intérpretes puede provocar a la larga más consultas y más pruebas. Existe bibliografía que señala los problemas de no trabajar con intérpretes así como las ventajas que pueden ofrecer estos servicios*.

  Muchos servicios sanitarios no disponen de estos recursos y el papel de las entidades de base comunitaria puede ser vital.

  Convenios de colaboración oficiales que trasciendan la la voluntad de las personas, de forma que el servicio pueda mantenerse más allá de la voluntad individual parecen necesarios.
- **Es fundamental la visita con el trabajador social** para analizar problemas y potenciar recursos.
- **Ayuda trabajar con otros pacientes expertos** y organizaciones de ámbito comunitario, de características o procedencia similares con los que resolver dudas y mejorar la comunicación con los profesionales. Facilita la adherencia al proceso terapéutico.
- **Coordinación con organizaciones ciudadanas** (para hacer frente en los centros de salud de las barreras culturales y administrativas).
- Facilitar la **comunicación con los consulados**.
- **Dedicar tiempo suficiente** en las visitas.
- Uso de **documentos informativos traducidos interculturalmente y material gráfico/visual** para poder comunicarse con los pacientes en diferentes idiomas. **Conocer los recursos disponibles en otros idiomas** elaborados en nuestro contexto.
- **Uso de herramientas informáticas** que puedan ayudar con la comunicación en momentos puntuales (ej. ***App***…).
- **Facilitar el acceso** a los servicios públicos, teniendo en cuenta **la brecha digital e idiomática**.
- **Cuidar y trabajar la comunicación del diagnóstico a la pareja de estos pacientes**, a modo de ejemplo, serología anual y uso de preservativo o PreP hasta lograr carga viral indetectable.

4.2 Recomendaciones ante la alta intensidad de coordinación con equipos locales y comunitarios

- Fortalecer al tejido comunitario en cada contexto local parece ser una necesidad debido al papel tan importante que realizan con los pacientes que viven con VIH en España.

  Hoy la coordinación entre el sector sanitario y social está muy lejos por lo que hay recorrido de mejora.

* https://www.saludentreculturas.es/wp-content/uploads/2020/03/Informe-ICOMEM-SEC.pdf

- **Sensibilización de todos los profesionales implicados** en el cuidado de estos pacientes.

- **Facilitar el conocimiento generalizado** a todos los profesionales de los servicios que se ofrece en el ámbito comunitario y social **así como de su ámbito de actuación:**

  - **Realizar un mapa de recursos locales** e identificación de las necesidades de la población a la que responden.

  - **Realizar un mapa de cartera de servicios** existentes, para poder hacer derivaciones efectivas.

  - **Buscar alternativas *online*** frente a la escasez de ese servicio en el entorno local.

- **Integración en los equipos de trabajo** (incluso con presencia física) **de profesionales de apoyo como trabajadores sociales y entidades comunitarias.** Muchos problemas agravados por barreras idiomáticas se solucionan *in situ* (trastornos en el uso de sustancias, personas con problemas mentales…) a los que es difícil remitirles a recursos en la comunidad si no están muy ligados al hospital o centro de día.

- **Identificar "quién es quién" a nivel local: responsables de los diversos perfiles profesionales de cada ámbito de intervención.**

  La existencia de una plataforma de información donde se pueda conocer los servicios disponibles y los profesionales que gestionan dichos servicios, si son virtuales o presenciales, así como el ámbito de conocimiento de cada uno, favorece también la formación entre profesionales.

- Contacto directo (*e-mail*, teléfono…) **con trabajador social** de referencia y contacto **dentro de algunas entidades comunitarias, para agilizar y facilitar citas en consulta e intercambiar información sobre determinados pacientes.**

- **Mantener actualizados los datos de empadronamiento y residencia efectiva** de estos pacientes y sus personas de referencia.

- Proporcionar **al paciente un contacto accesible y de referencia** para la modificación de citas.

- **Definición de vínculos y circuitos con distintas entidades sociales** que ayudan a esta población (en aspectos materiales de comida, vivienda pero también en aspectos burocráticos-legales).

  No sólo los profesionales de la salud necesitan conocer los circuitos existentes, sino también todo el engranaje que supone el sistema sanitario. A modo de ejemplo, el personal administrativo suele ser la puerta de acceso, la cara visible. Por tanto, la coordinación con las entidades comunitarias puede servir como apoyo y acceso a la red social y comunitaria.

- Elaboración de un **proceso estructurado que incluya tanto los criterios como los procedimientos de derivación**.

- **Desarrollar acuerdos colaborativos entre organizaciones, a nivel local.** Algunas intervenciones en clave colaborativa:

  - **Cómo se va a trabajar la detección precoz** por parte del equipo sanitario de personas en riesgo de exclusión social y derivación a trabajador social (atención primaria, Hospital, SS.SS, entidades comunitarias…).

  - **Consensuar y priorizar los objetivos y las acciones** que cada entidad va a llevar a cabo para lograrlos. (Ej. Área de salud y autocuidados, área de formación, área recursos materiales, área relaciones sociales..).

  - **Consensuar plan de intervención en caso de emergencia social o sanitaria** (pérdida de vivienda, de acceso a tratamiento…).

- **Acordar canales de comunicación** con los distintos responsables (teléfono directo, *e-mail*, horario laboral…). **Trabajador social como nexo de unión entre las distintas disciplinas.**

- **Planificación coordinada** (visitas, recogidas de medicación, exploraciones complementarias). **Flexibilidad en las citas sin barreras burocráticas.**

- **Registrar las intervenciones en la HCE y en la historia social del paciente** (ej. núcleo de convivencia, relaciones familiares, datos socioeconómicos, vivienda efectiva y dirección empadronamiento, contacto con recursos comunitarios…).

- **Reuniones periódicas con los equipos sociales y comunitarios para identificar precozmente barreras** que dificulten la derivación o la coordinación y compartir casos y estrategias de actuación (mejorar la adherencia del paciente).

- **Alertas** para la **recuperación del seguimiento** del paciente.

- **Estructuras específicas:**

  - **UVAAD.** Inicialmente para atención en domicilio de complicaciones graves derivadas del VIH y en los últimos años se han enfocado a paciente de alta complejidad y con problemas psicosociales importantes (2 facultativos, 1 psicólogo, 3 enfermeras y 1 trabajador social).

- Fórmulas de distribución alternativas a la dispensación presencial en la farmacia hospitalaria como podría ser el envío a domicilio por parte de la farmacia del hospital, la distribución a través de máquinas dispensadoras o farmacias comunitarias; el objetivo de estas medidas sería conciliación de la vida laboral, personal y social sin requerir desplazamientos frecuentes al centro hospitalario. En este sentido, las entidades comunitarias y la atención primaria podrían servir de apoyo para casos concretos con dificultades particulares para la recogida de la medicación.

4.3 Recomendaciones ante el estigma y la discriminación

- Fundamental una **relación fluida de todos los profesionales con las organizaciones que apoyan estos aspectos** para sensibilizar, comprender y familiarizarse con ello.
- **Garantizar la confidencialidad en consulta,** respeto de identidad de género y nombre**. Uso de terminología no discriminatoria en consulta** evitando el estigma.
- **La información, la formación y el trabajo con pares es básico.** Algunos ejemplos:
  - Sesiones de mujeres viviendo con VIH lideradas por una enfermera de práctica avanzada. Muy positivo conocer otras mujeres en situaciones similares (mujeres migrantes).
  - Programa Madrileño de Información y Atención a lesbianas, gais, transexuales, bisexuales e Intersexuales.
  - Programa de pares o educadores en igualdad.
  - Programas de orientación laboral o formativa, asesoría jurídica.
  - Grupo de autoayuda para pacientes crónicos liderados por enfermera jubilada con larga experiencia. De gran ayuda para el estigma auto percibido y adaptación social.
  - ...
- **Formación continuada a los profesionales de la salud** que forman el equipo interdisciplinar.
- **Sensibilización sobre:**
  - Necesidades psicosociales, reivindicativas y derechos de personas (LGTBIQA+).
  - Necesidades específicas de población clave vulnerable (migrantes, colectivo LGTBIQA+, trabajadores sexuales, etc.).
  - Necesidades específicas de las personas y capacitación para abordar vulnerabilidad por motivos:
    - Socio-económicos.
    - De procedencia.
    - De género.
    - Diversidad cultural.
    - Conductas de discriminación.
    - Estigma de drogas.
- El estigma y la discriminación se minimizan cuando el paciente se integra en la comunidad y se facilita también el acceso al cuidado sanitario.

  Ante situaciones de máxima exclusión, o cuando el paciente no tiene acceso al empadronamiento, la orientación al paciente sobre los recursos sociales y comunitarios disponibles, son de gran ayuda.
- **Impulsar la implicación del paciente** en su propio proceso terapéutico.
- **Establecer circuitos en los centros de atención sanitaria** que permitan **facilitar los trámites burocráticos** en la atención a estos pacientes.
- **Apoyo a estos colectivos desde el sistema sanitario** como en otros sistemas de protección social.

Recomendaciones

5 Poniendo el foco en las prestaciones transversales

Prestaciones transversales

EXISTEN un conjunto de prestaciones que son transversales y aplican a todos los miembros del equipo de trabajo multidisciplinar.

Estas prestaciones transversales son las siguientes:

Prestaciones transversales

Desarrollo y entrenamiento de **trabajo en equipo**: diseño e implementación local de procesos de trabajo y sistemas o estructuras que **den forma** a la **colaboración y coordinación** que es necesario articular entre todos los agentes concernidos.

Registro en la HCE, **con calidad**, de datos clínicos y hábitos del paciente.

Identificar y monitorizar las alertas clave de este paciente.

Atención a las necesidades de **formación y actualización** continuada que puedan requerir los miembros del equipo multidisciplinar.

Los equipos de trabajo deberían poder **informar y medir sus avances como equipo** (metodología de gestión del cambio).

Establecer una **adecuada relación profesional-paciente** basada en la confianza y empática.

Investigación.

Al igual que las específicas de cada perfil, toman forma operativa, en cada uno de los entornos locales.

Para potenciar el trabajo conjunto entre todos lo miembros del equipo multidisciplinar existen herramientas e instrumentos de coordinación entre profesionales; y de comunicación y conexión con los pacientes y su entorno, que pueden ayudar a potenciar el trabajo colaborativo en equipo.

Las personas que han elaborado este documento quieren poner en valor y compartir algunas experiencias y buenas prácticas, en este sentido, que han detectado en sus entornos de trabajo específicos.

Estos instrumentos, se enumeran y describen en los siguientes apartados de este documento.

Recomendaciones

6 Mecanismos de coordinación entre profesionales

Coordinación entre profesionales

PARA dar forma operativa a las diferentes prestaciones y disponer de sistemas de alerta que faciliten el desarrollo de las funciones clínicas, de cuidado y apoyo que precisa este perfil de pacientes es necesaria, **su implementación, en cada entorno de trabajo**.

Para ello es necesario, que **los profesionales de los entornos locales, se organicen y puedan trabajar de un modo colaborativo**.

Dar forma a un modo de trabajo más colaborativo requiere, por parte de los equipos multidisciplinares locales, poder contestar a las siguientes preguntas:

- ¿Existe una visión o plan de trabajo compartido respecto a cómo realizar un manejo óptimo de los pacientes por el equipo multidisciplinar que los atiende en cada entorno local?
- ¿Cómo se van a tomar decisiones compartidas entre todos?
- ¿Cómo vamos a intervenir juntos?
- ¿Cómo vamos a compartir responsabilidad y resultados sobre estos pacientes?

Esta **coordinación y colaboración entre profesionales** tiene que **orientarse a alcanzar los mejores resultados finales posibles para este perfil de pacientes**, en cada entorno, de acuerdo con los recursos y capacidades disponibles.

La forma que toman los procesos asistenciales en cada entorno, así como, la existencia de procesos de trabajo colaborativos entre estos profesionales y con el paciente, son fundamentales para el avance. Están directamente afectados por las capacidades y condiciones específicas de cada contexto local.

Las recomendaciones que a continuación se recogen se formulan en base a la experiencia del equipo de trabajo que ha elaborado este documento.

El proceso de enfermedad en casos de fragilidad y/o comorbilidad no es lineal. Numerosos procesos afectan e interactúan entre sí. En procesos agudos la coordinación entre profesionales pudiera ser menos relevante para el resultado final, dado que la atención se centra en atender lo grave. No obstante, una enfermedad aguda, puede generar uno o varios síndromes geriátricos.

La prevalencia de enfermedades crónicas y la demografía en nuestro país pone de manifiesto la necesidad de trabajar la coordinación entre los diferentes profesionales.

Es evidente que **si no se comunican entre sí los profesionales**, las diferentes evaluaciones que puede requerir un paciente en su proceso asistencial (cognitivas o emocionales, funcionales,....); así como las intervenciones que se realizan al paciente (nuevas prescripciones y actos clínicos) no lograrán el mejor impacto final en sus resultados finales y de la calidad de vida. Tampoco ayuda a la sostenibilidad ya que los actos clínicos, a menudo, se duplican.

Otras veces es "poco viable", en algunos entornos, **disponer del número de dotaciones de recursos profesionales ideal**. En estos casos, es fundamental capacitar a los profesionales sanitarios en la detección de hitos fundamentales del proceso asistencial del paciente, según su perfil.

Conocedores de todo lo anterior, los integrantes de este equipo de trabajo han reflexionado sobre cuáles son algunos **facilitadores con los que se cuenta hoy para organizar la coordinación entre profesionales**.

Instrumentos y herramientas de coordinación entre profesionales que apoyan a los equipos o redes de atención locales en su tarea de mejorar los resultados finales de estos pacientes:

1. HCE compartida.

2. Reuniones de trabajo para articular la coordinación necesaria y poder hablar diferentes temas (intrahospitalaria, entre servicios, entre niveles de atención, con otros agentes comunitarios):
   - Deberían ser **reuniones multidisciplinares y de carácter periódico**.
   - Realizadas con **referentes comprometidos e identificados** con "nombre y apellido".
   - **Con roles de equipo perfectamente definidos**.
   - **Contenido**: que ayuden a dar forma a la intervención interdisciplinaria, a incorporar innovación y mejora en los equipos y a evaluar avances; además de sesiones clínicas compartidas, consultas de caso, etc.

3. Estas reuniones de trabajo pueden ser VIRTUALES Y PRESENCIALES. **Las áreas de trabajo virtuales tienen que ser "seguras" para compartir información, protocolos y acciones de coordinación. Hoy la tecnología ya permite hacer esto.**

4. Interconsultas entre atención primaria y Unidades funcionales del VIH. En relación a esta herramienta se detalla algunas características que hacen más útiles este instrumento (en base a la experimentación de los miembros de este equipo):
   - Que exista un interlocutor bidireccional, por teléfono o correo electrónico.
   - Que la respuesta se de dentro de las 24-48h desde la petición.
   - Establecer horario (medicina, enfermería).
   - Potenciar figura del referente médico en atención primaria. A modo de ejemplo, figura de enfermera gestora de casos como vínculo atención primaria/ atención hospitalaria.

5. Correo electrónico, teléfono y videoconferencia.

6. "Quién es quién": Disponer quién es el médico de atención primaria y el profesional "enlazador de cuidados" (teléfono, *e-mail,* etc...) para cada paciente de un área o sistema integrado.

7. Integración de todas las disciplinas clínicas en los equipos locales.

8. Rotaciones de enfermería. Aumento de las enfermeras de enlace y gestoras de caso, tanto en atención primaria como en atención hospitalaria, como vehículo de coordinación entre profesionales.

9. Establecer mecanismos de colaboración entre sector sanitario y otros profesionales y organizaciones sociales para promover entornos y recursos comunitarios que faciliten la adopción de estilos de vida saludables, con especial foco en las poblaciones vulnerables.

10. En el nuevo contexto de mayor madurez de la salud digital (acelerado por la COVID-19), EL PACIENTE será el propietario de toda la información que compartirá, digitalmente, con todos los profesionales de salud involucrados en su cuidado.

11. El plan personalizado de cuidados es un instrumento de conexión y coordinación clave.

12. Con el desarrollo de la salud digital, surgen instrumentos que facilitan la coordinación, al permitir distintas funcionalidades: histórico de los informes de salud del paciente, prospecto de los medicamentos que ha tomado o toma el paciente, buscadores de interacciones, consejos sobre adherencia, referencias a las entidades comunitarias mas próximas, etc.

No obstante, y a pesar de haber identificado todos estos instrumentos que facilitan hoy la comunicación y la coordinación entre profesionales, algunos miembros de este equipo señalan que esta comunicación no es, aún, todo lo fluida y permanente que pudiera ser, por razón de los instrumentos y herramientas disponibles.

Algunos de los comentarios recibidos en este sentido, apuntan a la necesidad de desarrollar mejoras en los sistemas e información disponibles en algunos contextos. Nótese que la madurez y desarrollo de estos sistemas es diferente en las diferentes organizaciones.

En cualquier caso, estas valoraciones ponen de manifiesto la necesidad de seguir apoyando y desarrollando herramientas, pero también complementando el desarrollo de la función de **coordinación y colaboración entre profesionales**, con la incorporación de **nuevas intervenciones que la promuevan**. Las herramientas e instrumentos de comunicación son un facilitador, entre otros.

Recomendaciones

7 Mecanismos de comunicación y conexión con los pacientes

Comunicación y conexión con el paciente

EN relación a la **comunicación y conexión permanente con el paciente y su entorno**, este equipo también ha reflexionado sobre las herramientas e instrumentos que permiten hoy llevarlas a cabo.

La COVID-19 ha acelerado, por necesidad, algunos de esos instrumentos y nos ha enseñado que la conexión con los pacientes **debería ser permanente**.

Esta conexión continuada **facilita la detección precoz de señales de alerta y una respuesta más proactiva y ajustada a la necesidad del paciente**.

Además, esta **conexión** con el paciente es un instrumento cierto para dar **VOZ** y **PARTICIPACIÓN REAL al paciente en su proceso asistencial y en la toma de decisiones, en todo momento.**

Una buena comunicación favorece la implicación del paciente en sus cuidados.

La comunicación con el paciente y con su entorno, dependerá del grado de dependencia física (auditiva, visual...) o cognitiva, así como, de la competencia tecnológica y la posible "brecha digital" para el uso de las tecnologías. También influye sus preferencias personales respecto a "con quién" comentar sus cuidados.

Si en el entorno local existe "un equipo" o "una red" este decidirá qué, quién, cómo y cuándo informar y comunicar con los pacientes en su proceso asistencial.

Recomendaciones para conectar y comunicar permanentemente con los pacientes y su entorno:

1. Uso de correo electrónico y teléfono especialmente para solventar dudas sencillas y para comunicar con el cuidador o entorno social. Previamente a una visita presencial el teléfono es una buena herramienta para conectar.

2. Otros instrumentos ya consolidados: comunicación en papel, sugerencias *web, app, whatsapp.*

3. Entrevista personal y conversaciones presenciales con los pacientes. Se recomienda :
   - Que en la conversación se procure una comunicación directa, personal, empática, centrada en las soluciones y el soporte emocional.
   - Que la persona que comunique con el paciente y el entorno tenga capacidad empática y formación estratégica de asesoramiento.

4. Entrevista con familiares o cuidadores útiles durante la fase de seguimiento de los pacientes.

5. Posibilitar y potenciar el acceso a la información por parte del usuario como elemento para promover una comunicación con el paciente. Nos referimos a diagnósticos activos, plan de medicación, resultado de exploraciones complementarias, informes clínicos, calendario de vacunación, como elemento para promover una comunicación.

6. Implementar programas de atención no presencial garantizando su sostenibilidad en el tiempo (telefónica, correo electrónico, videollamadas).

7. Implementar telemedicina y consultas virtuales.

8. Desarrollar instrumentos de *e-health* para atender demandas que le pueden surgir al paciente durante su proceso asistencial y también para su monitorización. A modo de ejemplo: *app* informáticas para teléfonos que permitan evaluaciones estandarizadas en VIH, QoL y determinadas comorbilidades, con alarmas preestablecidas que identifiquen problemas que requieren actuación rápida o cambios significativos en el plan de cuidados, *wearables, PROM.*

9. Utilizar PRO de cribado, como instrumento para iniciar conversaciones con el paciente.

10. Tejer el apoyo con el sector comunitario y los servicios sociales del entorno local: la necesidad de comunicación es mayor con los pacientes más vulnerables y con limitaciones, por razón de su dificultad para el autocontrol y necesitan apoyo externo, más allá, del sanitario.

Anexo 1: Momento y recomendación, lugar y modalidad de la prestación por especialidad

Especialistas de atención hospitalaria

1

Prestación	Momento temporal en el que se inicia la prestación	Recomendación de duración y seguimiento
Control de la infección por VIH: analítica completa (carga viral, CD4, hematimetría y bioquímica sanguínea).	En la primera visita y durante todo el proceso.	Durante todo el proceso y de forma regular de acuerdo con las Guías. En este paciente verde, algo más frecuente (cada 3-6 meses) hasta conseguir que mejoren las condiciones socio-económicas que favorezcan una correcta adherencia.
Cribado de infecciones importadas en migrantes según procedencia geográfica.	En la primera visita y durante todo el proceso. Atención al cambio del estado del paciente (viaje a país de convivencia u otros destinos geográficos).	Visitas de seguimiento si es preciso.
Cribado y tratamiento de otras infecciones oportunistas.	En la primera visita y durante todo el proceso. Atención al cambio del estado del paciente (viaje a país de origen u otros destinos geográficos).	Visitas de seguimiento si es preciso.
Optimización del TAR: monitorización de la eficacia, seguridad y adherencia. Optimización para reducir las toxicidades, interacciones y complejidad de la posología.	Durante todo el proceso y de forma regular de acuerdo con las Guías. En este paciente verde, algo más frecuente (cada 3-6 meses) hasta conseguir resultado de inserción social.	Durante todo el proceso y de forma regular de acuerdo con las Guías. En este paciente verde, algo más frecuente (cada 3-6 meses) hasta conseguir resultado de inserción social.
Prevención, cribado y cuidados de las comorbilidades orgánicas (coordinar visitas con otros especialistas según necesidad).	En la primera visita.	Visitas de seguimiento.
Detección de necesidades psicológicas (especialmente en refugiados, solicitantes de asilo y poblaciones que hayan sufrido trata o violencia). También en personas de origen autóctono en situación de exclusión.	En la primera visita y durante todo el proceso.	Visitas de seguimiento si es preciso.
Detección de necesidades sociales o de situación administrativa y coordinación con Trabajo Social, entidades comunitarias y entidades que puedan facilitar su inserción social.	Al inicio del seguimiento.	Continuado. Revisión de esta prestación hasta resolución de su problema social.
Vacunación actualizada.	Al inicio del seguimiento.	Hasta que tenga todas las vacunas indicadas administradas según las pautas recomendadas.
Educación en salud sobre transmisión y prevención de ITS y otras infecciones.	Primera visita y alguna de las siguientes.	Durante el primer año como máximo y si hay cambios significativos.
Valoración de la calidad de vida del paciente.	Durante el seguimiento, no en primera visita.	Al menos anual. Más frecuente en función de resultados.

Especialistas de atención hospitalaria

2

Prestación	Lugar donde se puede realizar la prestación					
	Domicilio	Atención primaria	Consulta hospitalaria	Hospital de día	En urgencias	Comunidad
Control de la infección por VIH: analítica completa (carga viral, CD4, hematimetría y bioquímica sanguínea).		✓	✓	✓		✓
Cribado de infecciones importadas en migrantes según procedencia geográfica.			✓	✓		✓
Cribado y tratamiento de otras infecciones oportunistas.			✓	✓		✓
Optimización del TAR: monitorización de la eficacia, seguridad y adherencia. Optimización para reducir las toxicidades, interacciones y complejidad de la posología.			✓			✓
Prevención, cribado y cuidados de las comorbilidades orgánicas (coordinar visitas con otros especialistas según necesidad).	✓	✓	✓			✓
Detección de necesidades psicológicas especialmente en refugiados, solicitantes de asilo y poblaciones que hayan sufrido trata o violencia). También en personas de origen autóctono en situación de exclusión.			✓			✓
Detección de necesidades sociales o de situación administrativa y coordinación con Trabajo Social, entidades comunitarias y entidades que puedan facilitar su inserción social.		✓	✓			✓
Vacunación actualizada.		✓	✓	✓		*
Educación en salud sobre transmisión y prevención de ITS y otras infecciones.		✓	✓	✓		✓
Valoración de la calidad de vida del paciente.	✓		✓			

Nota: se entiende por comunidad: ONG, recursos y servicios comunitarios, CAD, centros de ITS, centros comunitarios de atención a la salud mental, otras estructuras comunitarias, otros servicios prestados por la comunidad, recursos institucionales, servicios sociales u otros servicios vinculados, asociaciones/grupos, escuelas de pacientes y programas de pacientes expertos...

** La vacunación debe de hacerse en recursos que puedan registrar esta de forma unificada y, por tanto, que las dosis administradas puedan ser consultadas desde los sistemas de información sanitaria. La comunidad, salvo en campañas muy específicas/emergencias (y generalmente en apoyo de recursos sanitarios) no deberían ser lugares de vacunación para ningún perfil.*

Especialistas en atención hospitalaria

3

Prestación	Modalidad en la que se puede realizar la prestación	
	Presencial	Presencial o virtual*
Control de la infección por VIH: analítica completa (carga viral, CD4, hematimetría y bioquímica sanguínea).	✓	
Cribado de infecciones importadas en migrantes según procedencia geográfica.	✓	
Cribado y tratamiento de otras infecciones oportunistas.	✓	
Optimización del TAR: monitorización de la eficacia, seguridad y adherencia. Optimización para reducir las toxicidades, interacciones y complejidad de la posología.		✓
Prevención, cribado y cuidados de las comorbilidades orgánicas (coordinar visitas con otros especialistas según necesidad).	✓	
Detección de necesidades psicológicas (especialmente en refugiados, solicitantes de asilo y poblaciones que hayan sufrido trata o violencia). También en personas de origen autóctono en situación de exclusión.		✓
Detección de necesidades sociales o de situación administrativa y coordinación con Trabajo Social, entidades comunitarias y entidades que puedan facilitar su inserción social.		✓
Vacunación actualizada.	✓	
Educación en salud sobre transmisión y prevención de ITS y otras infecciones.	✓	
Valoración de la calidad de vida del paciente.	✓	

** Siempre que se pueda realizar en condiciones de calidad y siempre que el paciente lo requiera.*

Enfermería

1

Consolidado cartera de prestaciones Especialistas en enfermedades infecciosas	Momento temporal en el que se inicia la prestación	Recomendación de duración y seguimiento
Detección de necesidades sociales y/o de la situación administrativa.	Desde la primera visita.	Si el paciente lo solicita. Según valoración enfermera.
Establecer la valoración de necesidades de cuidados a la hora de plantear la **coordinación con los recursos sociales.**	Desde la primera visita.	En todas las visitas.
Participar en la propuesta de derivación a los recursos sociosanitarios indicando las necesidades específicas de cuidados de paciente.	Desde la primera visita.	Si el paciente lo solicita. Según valoración enfermera.
Potenciar **habilidades de interacción social.**	Desde la primera visita.	Si el paciente lo solicita. Según valoración enfermera.
Conocer la red de apoyo y personas significativas para el paciente (valoración enfermera).	Desde la primera visita.	Si el paciente lo solicita. Según valoración enfermera.
Evaluación CVRS: movilidad, autocuidado, capacidad para realizar actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión.	Desde la primera visita.	Cada 6 meses coincidiendo con la visita al especialista en enfermedades infecciosas. Si el paciente lo solicita. Según valoración enfermera.
Detección precoz de la falta de adherencia y/o pérdida de seguimiento y facilitar la revinculación de los pacientes que interrumpen el seguimiento.	Desde la primera visita.	Según necesidad del paciente. Según valoración enfermera.
Valoración de **calendario vacunal y cribados.**	En la primera visita.	Anual.
Evaluar **deficiencias de información sobre el sistema sanitario, comprensión del idioma, barreras socioculturales.**	Desde la primera visita.	En todas las visitas.
Proponer y coordinar los cuidados clínicos asegurando la continuidad asistencial en este sentido.	Desde la primera visita.	Cada 6 meses coincidiendo con la visita al especialista en enfermedades infecciosas. Si el pacientes realiza la demanda. Según valoración enfermera.
Educación en las competencias de autocuidados adaptando las medidas a la situación de vulnerabilidad. Entrenar las habilidades de identificación y **demanda de cuidados en el entorno comunitario.**	Desde la primera visita.	Anualmente. Si el paciente lo solicita o verbaliza empeoramiento. Según valoración enfermera.
Potenciar vínculo terapéutico, facilitar **la comunicación fluida** y permitir **cierta flexibilidad en el seguimiento** de estos pacientes y dar respuesta a las demandas "imprevistas" de cuidados.	Desde la primera visita.	Según necesidad del paciente. Según valoración enfermera.

Enfermería

2

Prestación	Lugar donde se puede realizar la prestación					
	Domicilio	Atención primaria	Consulta hospitalaria	Hospital de día	En urgencias	Comunidad
Detección de necesidades sociales y/o de la situación administrativa.		✓		✓		✓
Establecer la valoración de necesidades de cuidados a la hora de plantear la **coordinación con los recursos sociales.**		✓	✓	✓	✓	✓
Participar en la propuesta de derivación a los recursos sociosanitarios indicando las necesidades específicas de cuidados de paciente.		✓		✓		✓
Potenciar **habilidades de interacción social.**		✓	✓	✓		✓
Conocer la red de apoyo y personas significativas para el paciente (valoración enfermera).		✓	✓	✓		✓
Evaluación CVRS: movilidad, autocuidado, capacidad para realizar actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión.		✓		✓		
Detección precoz de la falta de adherencia y/o pérdida de seguimiento y facilitar la revinculación de los pacientes que interrumpen el seguimiento.		✓	✓	✓		✓
Valoración de **calendario vacunal y cribados.**		✓	✓	✓		*
Evaluar **deficiencias de información sobre el sistema sanitario, comprensión del idioma, barreras socioculturales.**			✓	✓		
Proponer y coordinar los cuidados clínicos asegurando la continuidad asistencial en este sentido.		✓	✓	✓		
Educación en las competencias de autocuidados adaptando las medidas a la situación de vulnerabilidad. Entrenar las habilidades de identificación y **demanda de cuidados en el entorno comunitario.**		✓		✓		✓
Potenciar vínculo terapéutico, facilitar **la comunicación fluida** y permitir **cierta flexibilidad en el seguimiento** de estos pacientes y dar respuesta a las demandas "imprevistas" de cuidados.		✓	✓			✓

Nota: se entiende por comunidad: ONG, recursos y servicios comunitarios, CAD, centros de ITS, centros comunitarios de atención a la salud mental, otras estructuras comunitarias, otros servicios prestados por la comunidad, recursos institucionales, servicios sociales u otros servicios vinculados, asociaciones/grupos, escuelas de pacientes y programas de pacientes expertos...

** La vacunación debe de hacerse en recursos que puedan registrar esta de forma unificada y, por tanto, que las dosis administradas puedan ser consultadas desde los sistemas de información sanitaria. La comunidad, salvo en campañas muy específicas/emergencias (y generalmente en apoyo de recursos sanitarios) no deberían ser lugares de vacunación para ningún perfil.*

Enfermería

3

Prestación	Modalidad en la que se puede realizar la prestación	
	Presencial	Presencial o virtual*
Detección de necesidades sociales y/o de la situación administrativa.		**
Establecer la valoración de necesidades de cuidados a la hora de plantear la **coordinación con los recursos sociales.**		✓
Participar en la propuesta de derivación a los recursos sociosanitarios indicando las necesidades específicas de cuidados de paciente.		✓
Potenciar **habilidades de interacción social.**		✓
Conocer la red de apoyo y personas significativas para el paciente (valoración enfermera).		✓
Evaluación CVRS: movilidad, autocuidado, capacidad para realizar actividades habituales, dolor/malestar y ansiedad/depresión.		✓
Detección precoz de la falta de adherencia y/o pérdida de seguimiento y facilitar la revinculación de los pacientes que interrumpen el seguimiento.		***
Valoración de **calendario vacunal y cribados.**	✓	
Evaluar **deficiencias de información sobre el sistema sanitario, comprensión del idioma, barreras socioculturales.**	✓	
Proponer y coordinar los cuidados clínicos asegurando la continuidad asistencial en este sentido.		✓
Educación en las competencias de autocuidados adaptando las medidas a la situación de vulnerabilidad. Entrenar las habilidades de identificación y **demanda de cuidados en el entorno comunitario.**	✓	
Potenciar vínculo terapéutico, facilitar **la comunicación fluida** y permitir **cierta flexibilidad en el seguimiento** de estos pacientes y dar respuesta a las demandas "imprevistas" de cuidados.		✓

** Siempre que se pueda realizar en condiciones de calidad y siempre que el paciente lo requiera.*
*** Presencial en primera visita, presencial o virtual en seguimiento según necesidades.*
**** Presencial en caso de problemas de adherencia o si precisa revinculación y seguimiento virtual una vez reconducido el problema.*

Farmacia hospitalaria

1

Prestación	Momento temporal en el que se inicia la prestación	Recomendación de duración y seguimiento
Favorecer la coincidencia, en el mismo día, de las visitas del paciente con distintas disciplinas (para reducir la carga de tratamiento que sufre el paciente derivada de actos clínicos separados en diferentes días).	Desde la primera visita.	Continuo.
Programas de **teledispensación /teleasistencia en coordinación con entidades comunitarias.**	Desde la primera visita.	Continuo.
Conciliación de tratamientos en las transiciones asistenciales.	Desde la primera visita.	Continuo.
Educación sanitaria: importancia del tratamiento, conocimiento del mismo y hábitos saludables.	Desde la primera visita.	Desde el inicio y cada cambio al menos.
Seguimiento de adherencia. Detección de causas potenciales de no adherencia y propuesta de mejora.	Desde la primera visita.	Cada tres meses.
Identificación posibles eventos adversos y comunicarlo al equipo médico.	Desde el primer mes.	Cada tres meses.
Revisión de **interacciones. Automedicación y medicina alternativa.**	Desde el primer mes.	Cada tres meses.
Coordinación con el equipo médico.	Desde la primera visita.	Continuo.

Farmacia hospitalaria

2

Prestación	Lugar donde se puede realizar la prestación					
	Domicilio	Atención primaria	Consulta hospitalaria	Hospital de día	En urgencias	Comunidad
Favorecer la coincidencia, en el mismo día, de las visitas del paciente con distintas disciplinas (para reducir la carga de tratamiento que sufre el paciente derivada de actos clínicos separados en diferentes días).			✓			
Programas de **teledispensación /teleasistencia en coordinación con entidades comunitarias.**			✓			
Conciliación de tratamientos en las transiciones asistenciales.	✓	✓	✓		✓	
Educación sanitaria: importancia del tratamiento, conocimiento del mismo y hábitos saludables.		✓	✓			✓
Seguimiento de adherencia. Detección de causas potenciales de no adherencia y propuesta de mejora.			✓			✓
Identificación posibles eventos adversos y comunicarlo al equipo médico.		✓	✓			
Revisión de **interacciones. Automedicación y medicina alternativa.**		✓	✓		✓	
Coordinación con el equipo médico.	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Nota: se entiende por comunidad: ONG, recursos y servicios comunitarios, CAD, centros de ITS, centros comunitarios de atención a la salud mental, otras estructuras comunitarias, otros servicios prestados por la comunidad, recursos institucionales, servicios sociales u otros servicios vinculados, asociaciones/grupos, escuelas de pacientes y programas de pacientes expertos...

Farmacia hospitalaria

3

Prestación	Modalidad en la que se puede realizar la prestación	
	Presencial	Presencial o virtual*
Favorecer la coincidencia, en el mismo día, de las visitas del paciente con distintas disciplinas (para reducir la carga de tratamiento que sufre el paciente derivada de actos clínicos separados en diferentes días).		✓
Programas de **teledispensación /teleasistencia en coordinación con entidades comunitarias.**		✓
Conciliación de tratamientos en las transiciones asistenciales.	✓	
Educación sanitaria: importancia del tratamiento, conocimiento del mismo y hábitos saludables.	✓	
Seguimiento de adherencia. Detección de causas potenciales de no adherencia y propuesta de mejora.	✓	
Identificación posibles eventos adversos y comunicarlo al equipo médico.	✓	
Revisión de **interacciones. Automedicación y medicina alternativa.**	✓	
Coordinación con el equipo médico.	✓	

** Siempre que se pueda realizar en condiciones de calidad y siempre que el paciente lo requiera.*

Geriatría

1

Prestación	Momento temporal en el que se inicia la prestación	Recomendación de duración y seguimiento
VGI (si fuera una persona mayor).	Tras la primera visita en la consulta de VIH (Sólo si es mayor).	Sólo si se detecta algún síndrome geriátrico que requiera seguimiento.

2

Prestación	Lugar donde se puede realizar la prestación					
	Domicilio	Atención primaria	Consulta hospitalaria	Hospital de día	En urgencias	Comunidad
VGI (si fuera una persona mayor).			✓			

Nota: se entiende por comunidad: ONG, recursos y servicios comunitarios, CAD, centros de ITS, centros comunitarios de atención a la salud mental, otras estructuras comunitarias, otros servicios prestados por la comunidad, recursos institucionales, servicios sociales u otros servicios vinculados, asociaciones/grupos, escuelas de pacientes y programas de pacientes expertos...

3

Prestación	Modalidad en la que se puede realizar la prestación	
	Presencial	Presencial o virtual*
VGI (si fuera una persona mayor).	✓	

** Siempre que se pueda realizar en condiciones de calidad y siempre que el paciente lo requiera.*

Psicología

1

Prestación	Momento temporal en el que se inicia la prestación	Recomendación de duración y seguimiento
Prevención y detección de comorbilidades neuropsicológicas, psicológicas y psiquiátricas.	En la primera visita.	Según protocolos, situacion individual. Al menos anual.
Valoraciones psicológicas para derivar a profesionales de psicología o psiquiatría según síntomas y gravedad y, determinar el impacto del cuadro en la funcionalidad	Sospecha de sintomatología emocional relevante (ansiedad, tristeza, problemas de sueño, etc.) o trastorno psicopatológico (en visitas médidas o enfermería).	Puntual al principio y en seguimiento cada seis meses para ver evolución del caso.
Intervenciones psicológicas en caso de trastornos emocionales y problemas conductuales.	Ante confirmación de trastorno emocional en valoración psicológica.	Tratamiento de duracion variable dependiendo del caso.
Valoraciones neuropsicológicas ante sospecha de deterioro neurocognitivo, para conocer tipo y gravedad de déficit e impacto en la funcionalidad.	En el momento en que la evaluación indicase la necesidad.	Variable en función del problema. Deberá establecerse según protocolos neuropsiquiátricos. Se prevé una duración crónica con distinta intensidad dependiendo del grado de afectación y áreas.
Intervenciones psicológicas/asesoramiento para facilitar el proceso de adaptación a la enfermedad.	Ante sospecha de dificultades de adaptación a la enfermedad (en visita médica, enfermería o valoración por psicología) o deseo del paciente.	Continua en el tiempo y a intervalos en función de necesidades del paciente.
Intervención en estimulación cognitiva y/o neurorrehabilitación para prevenir evolución de déficit y facilitar adaptación a la pérdida de funcionalidad ocasionada.	Tras confirmación de cuadro de deterioro cognitivo (tras valoración neuropsicológica).	Intervención grupal o individual de duración mínima 3 meses (2-3 sesiones/semana).
Detección de indicadores de exclusión o necesidades sociales para derivación a trabajo/servicios sociales.	En todos los casos, desde el inicio de la atención sanitaria.	La duración variará en función de las necesidades de cada persona, recomendándose un seguimiento continuado para prevenir futuros problemas.
Intervenciones de fomento de la participación comunitaria y el apoyo social: **plan de cuidados compartido con recursos sociales y comunitarios** que provean de apoyo social (no sólo derivación sino coordinación).	En todos los casos, desde el inicio de la atención sanitaria.	La duración variará en función de las necesidades de cada persona, recomendándose un seguimiento continuado para prevenir futuros problemas.
Intervenciones preventivas y de apoyo a la autogestión de la salud (manejo de síntomas, comunicación con el equipo sanitario, vida sexual, habilidades de solución de problemas y regulación emocional, gestión revelación VIH, afrontamiento del estigma, etc.).	En todos los casos, desde el inicio de la atención sanitaria.	La duración variará en función de las necesidades de cada persona, recomendándose un seguimiento continuado para prevenir futuros problemas.
Valoración de la calidad de vida e intervenciones en caso de sospecha de necesidad.	Valoración en todos los casos, e intervenciones ante necesidad detectada por los clínicos.	La duración variará en función de las necesidades de cada persona, recomendándose un seguimiento continuado para prevenir futuros problemas.

Psicología

2

Prestación	Lugar donde se puede realizar la prestación					
	Domicilio	Atención primaria	Consulta hospitalaria	Hospital de día	En urgencias	Comunidad
Prevención y detección de comorbilidades neuropsicológicas, psicológicas y psiquiátricas.			✓			
Valoraciones psicológicas para derivar a profesionales de psicología o psiquiatría según síntomas y gravedad y, determinar el impacto del cuadro en la funcionalidad		✓	✓			✓
Intervenciones psicológicas en caso de trastornos emocionales y problemas conductuales.		✓	✓		✓	✓
Valoraciones neuropsicológicas ante sospecha de deterioro neurocognitivo, para conocer tipo y gravedad de déficit e impacto en la funcionalidad.	✓		✓			
Intervenciones psicológicas/asesoramiento para facilitar el proceso de adaptación a la enfermedad.		✓	✓			✓
Intervención en estimulación cognitiva y/o neurorrehabilitación para prevenir evolución de déficit y facilitar adaptación a la pérdida de funcionalidad ocasionada.			✓			✓
Detección de indicadores de exclusión o necesidades sociales para derivación a trabajo/servicios sociales.	✓		✓			✓
Intervenciones de fomento de la participación comunitaria y el apoyo social: **plan de cuidados compartido con recursos sociales y comunitarios** que provean de apoyo social (no sólo derivación sino coordinación).		✓	✓			✓
Intervenciones preventivas y de apoyo a la autogestión de la salud (manejo de síntomas, comunicación con el equipo sanitario, vida sexual, habilidades de solución de problemas y regulación emocional, gestión revelación VIH, afrontamiento del estigma, etc.).	✓		✓			✓
Valoración de la calidad de vida e intervenciones en caso de sospecha de necesidad.			✓			✓

Nota: se entiende por comunidad: ONG, recursos y servicios comunitarios, CAD, centros de ITS, centros comunitarios de atención a la salud mental, otras estructuras comunitarias, otros servicios prestados por la comunidad, recursos institucionales, servicios sociales u otros servicios vinculados, asociaciones/grupos, escuelas de pacientes y programas de pacientes expertos...

Psicología

3

Prestación	Modalidad en la que se puede realizar la prestación	
	Presencial	Presencial o virtual*
Prevención y detección de comorbilidades neuropsicológicas, psicológicas y psiquiátricas.	✓	
Valoraciones psicológicas para derivar a profesionales de psicología o psiquiatría según síntomas y gravedad y, determinar el impacto del cuadro en la funcionalidad.	✓	
Intervenciones psicológicas en caso de trastornos emocionales y problemas conductuales.	✓	
Valoraciones neuropsicológicas ante sospecha de deterioro neurocognitivo, para conocer tipo y gravedad de déficit e impacto en la funcionalidad.		✓
Intervenciones psicológicas/asesoramiento para facilitar el proceso de adaptación a la enfermedad.	✓	
Intervención en estimulación cognitiva y/o neurorrehabilitación para prevenir evolución de déficit y facilitar adaptación a la pérdida de funcionalidad ocasionada.	✓	
Detección de indicadores de exclusión o necesidades sociales para derivación a trabajo/servicios sociales.	✓	
Intervenciones de fomento de la participación comunitaria y el apoyo social: **plan de cuidados compartido con recursos sociales y comunitarios** que provean de apoyo social (no sólo derivación sino coordinación).	✓	
Intervenciones preventivas y de apoyo a la autogestión de la salud (manejo de síntomas, comunicación con el equipo sanitario, vida sexual, habilidades de solución de problemas y regulación emocional, gestión revelación VIH, afrontamiento del estigma, etc.).		✓
Valoración de la calidad de vida e intervenciones en caso de sospecha de necesidad.		✓

** Siempre que se pueda realizar en condiciones de calidad y siempre que el paciente lo requiera.*

Trabajo social

1

Prestación	Momento temporal en el que se inicia la prestación	Recomendación de duración y seguimiento
Intervención en situaciones de crisis de las personas: apoyo emocional, contención del estrés y ansiedad, atención personalizada, resolución de conflictos, etc.	Una vez identificada la situación de crisis por cualquier persona del equipo.	A la finalizacion de la intervención.
Medidas centradas en problemáticas específicas y prioritarias en el diagnóstico (distribución de alimentos, pobreza energética, acceso a la vivienda y medidas de apoyo, acceso a medicamentos...).	En función del diagnóstico social al inicio o en función de necesidades detectadas en seguimiento.	Seguimiento durante todo el tratamiento o hasta el alta en trabajo social.
Adecuación a las necesidades: intervención social, información, asesoramiento. Gestión de derivaciones. Acogida, diagnóstico, plan de trabajo y evaluación de procesos.	Una vez identificada la naturaleza de las dificultades sociales como orgien para mantener el tratamiento.	Seguimiento durante todo el tratamiento o hasta el alta en trabajo social.
Coordinación interinstitucional e integralidad en la respuesta: coordinación con servicios sociales y entidades sociales de referencia para el desarrollo de la intervención social, incluidos los distintos recursos (sanitario, educativo, vivienda, etc.).	Una vez realizado el diagnóstico social y establecidos los objetivos de continuidad asistencial.	Requiere de un seguimiento diferenciado en función de los objetivos y la institución determinada.
Armonización con el resto de acciones del equipo, para **garantizar** que un **esfuerzo terapéutico tenga receptividad en el paciente.** Incluir al equipo en la identificación temprana de necesidades.	Se identificaran los diferentes momentos de armonización de acciones en función del plan de intervención y la consecución de objetivos. Se establecerán momentos de valoración y revisión de objetivos y temporalización.	Hasta la consecución de objetivos, de manera progresiva se irá cesando en la coordinación de objetivos conseguidos o incorporados.
Apoyar el desarrollo de redes formales e informales en función de un diagnóstico de necesidades de soporte y protección. **Fomentar el dinamismo comunitario.**	Tras el diagnóstico inicial o en función de las necesidades de apoyo que se vayan identificando según evolución social y tratamiento.	Seguimiento durante todo el tratamiento o hasta alta en trabajo social.

Trabajo social

2

Prestación	Lugar donde se puede realizar la prestación					
	Domicilio	Atención primaria	Consulta hospitalaria	Hospital de día	En urgencias	Comunidad
Intervención en situaciones de crisis de las personas: apoyo emocional, contención del estrés y ansiedad, atención personalizada, resolución de conflictos, etc.	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Medidas centradas en problemáticas específicas y prioritarias en el diagnóstico (distribución de alimentos, pobreza energética, acceso a la vivienda y medidas de apoyo, acceso a medicamentos...).		✓	✓	✓	✓	✓
Adecuación a las necesidades: intervención social, información, asesoramiento. Gestión de derivaciones. Acogida, diagnóstico, plan de trabajo y evaluación de procesos.	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Coordinación interinstitucional e integralidad en la respuesta: coordinación con servicios sociales y entidades sociales de referencia para el desarrollo de la intervención social, incluidos los distintos recursos (sanitario, educativo, vivienda, etc.).	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Armonización con el resto de acciones del equipo, para **garantizar** que un **esfuerzo terapéutico tenga receptividad en el paciente.** Incluir al equipo en la identificación temprana de necesidades.		✓	✓	✓	✓	✓
Apoyar el desarrollo de redes formales e informales en función de un diagnóstico de necesidades de soporte y protección. **Fomentar el dinamismo comunitario.**		✓	✓			✓

Nota: se entiende por comunidad: ONG, recursos y servicios comunitarios, CAD, centros de ITS, centros comunitarios de atención a la salud mental, otras estructuras comunitarias, otros servicios prestados por la comunidad, recursos institucionales, servicios sociales u otros servicios vinculados, asociaciones/grupos, escuelas de pacientes y programas de pacientes expertos...

Trabajo social

3

Prestación	Modalidad en la que se puede realizar la prestación	
	Presencial	Presencial o virtual*
Intervención en situaciones de crisis de las personas: apoyo emocional, contención del estrés y ansiedad, atención personalizada, resolución de conflictos, etc.		✓
Medidas centradas en problemáticas específicas y prioritarias en el diagnóstico (distribución de alimentos, pobreza energética, acceso a la vivienda y medidas de apoyo, acceso a medicamentos...).		✓
Adecuación a las necesidades: intervención social, información, asesoramiento. Gestión de derivaciones. Acogida, diagnóstico, plan de trabajo y evaluación de procesos.	✓	
Coordinación interinstitucional e integralidad en la respuesta: coordinación con servicios sociales y entidades sociales de referencia para el desarrollo de la intervención social, incluidos los distintos recursos (sanitario, educativo, vivienda, etc.).		✓
Armonización con el resto de acciones del equipo, para **garantizar** que un **esfuerzo terapéutico tenga receptividad en el paciente.** Incluir al equipo en la identificación temprana de necesidades.		✓
Apoyar el desarrollo de redes formales e informales en función de un diagnóstico de necesidades de soporte y protección. **Fomentar el dinamismo comunitario.**		✓

** Siempre que se pueda realizar en condiciones de calidad y siempre que el paciente lo requiera.*

Especialistas de atención primaria

1

Prestación	Momento temporal en el que se inicia la prestación	Recomendación de duración y seguimiento
Atención en función de comorbilidad y necesidades del paciente bajo criterios de continuidad asistencial y asistencia compartida. **Elaborar plan de cuidados individualizado.**	En el momento del diagnóstico y periodicidad en función del grado de control.	A lo largo de todo el proceso.
Atención a las **posibles descompensaciones /procesos agudos relacionados.**	En el momento del diagnóstico y periodicidad en función del grado de control.	En función del grado de control y de las actuaciones que van relacionadas según recomiendan protocolos. (3-6 meses o anual y a lo largo de todo el proceso). Visita después de cada visita en otros niveles asistenciales. Accesibilidad adaptada a situación y necesidades del paciente (especialmente en casos de situación irregular).
Actividades preventivas: aplicar las recomendaciones del PAPPS: programa estructurado sobre las actividades preventivas que se recomienda aplicar a la población y que incluye entre otras: las vacunaciones, cribado de cáncer, prevención estilos de vida, cardiovascular, salud mental, atención a la mujer, al mayor...	En el momento del diagnóstico y periodicidad en función del grado de control.	En función del grado de control y de las actuaciones que van relacionadas según recomiendan protocolos. (3-6 meses o anual y a lo largo de todo el proceso). Visita después de cada visita en otros niveles asistenciales. Accesibilidad adaptada a situación y necesidades del paciente (especialmente en casos de situación irregular).
Seguimiento de los pacientes cuando hayan tenido **incidencias en el plan de cuidados** (post ingresos, post visitas a urgencias, otras comorbilidades, cambios en situación psico-social) o **ante detección conductas de riesgo**.	En el momento del diagnóstico. Ante conducta de riesgo detectada.	En función del grado de descompensación puede requerir visita en 1-7 días o adelantar control habitual.
Conocer recursos existentes para poder asesorar al paciente.	En el momento de la incidencia/necesidad detectada.	Monitorización hasta posible solución. Conocer recursos existentes y asesoramiento para solicitarlos. Derivación/Coordinación con trabajo social.
Identificar profesional de referencia: atención primaria, atención hospitalaria y trabajo social u otras disciplinas para facilitar seguimiento y control.	En el momento del diagnóstico y periodicidad en función del grado de control.	A lo largo de todo el proceso.
Favorecer la adherencia a seguimiento, tratamientos.	En el momento del diagnóstico y periodicidad en función del grado de control.	En función del grado de control y de las actuaciones que van relacionadas según recomiendan protocolos. (3-6 meses o anual y a lo largo de todo el proceso). Visita después de cada visita en otros niveles asistenciales. Accesibilidad adaptada a situación y necesidades del paciente (especialmente en casos de situación irregular).
Educación en hábitos de vida saludables.	En el momento del diagnóstico y periodicidad en función del grado de control.	En función del grado de control y de las actuaciones que van relacionadas según recomiendan protocolos. (3-6 meses o anual y a lo largo de todo el proceso). Visita después de cada visita en otros niveles asistenciales. Accesibilidad adaptada a situación y necesidades del paciente (especialmente en casos de situación irregular).
Capacitar al paciente en la gestión de los recursos existentes.	En el momento del diagnóstico y periodicidad en función del grado de control.	Derivación/coordinación con trabajo social (1-3-6 meses en función de la problemática).
Coordinación entre los diferentes recursos de apoyo social (Trabajo social de atención primaria, atención hospitalaria, Municipales, Estatales, Autonómicos, red comunitaria).	En el momento del diagnóstico y periodicidad en función del grado de control.	Derivación/coordinación con trabajo social (1-3-6 meses en función de la problemática).
Establecer y desarrollar **mecanismos de comunicación entre los profesionales y con los pacientes** y aprovechar los existentes como la historia clínica compartida.	En el momento del diagnóstico y periodicidad en función del grado de control.	Durante todo el seguimiento.

Especialistas de atención primaria

2

Prestación	Lugar donde se puede realizar la prestación					
	Domicilio	Atención primaria	Consulta hospitalaria	Hospital de día	En urgencias	Comunidad
Atención en función de comorbilidad y necesidades del paciente bajo criterios de continuidad asistencial y asistencia compartida. Elaborar **plan de cuidados individualizado.**	✓	✓	✓	✓		
Atención a las **posibles descompensaciones /procesos agudos relacionados.**		✓	✓		✓	
Actividades preventivas: aplicar las recomendaciones del PAPPS: programa estructurado sobre las actividades preventivas que se recomienda aplicar a la población y que incluye entre otras: las vacunaciones, cribado de cáncer, prevención estilos de vida, cardiovascular, salud mental, atención a la mujer, al mayor...		✓	✓	✓		✓
Seguimiento de los pacientes cuando hayan tenido **incidencias en el plan de cuidados** (post ingresos, post visitas a urgencias, otras comorbilidades, cambios en situación psico-social) o **ante detección conductas de riesgo**.		✓	✓	✓		✓
Conocer recursos existentes para poder asesorar al paciente.		✓	✓			✓
Identificar profesional de referencia: atención primaria, atención hospitalaria y trabajo social u otras disciplinas para facilitar seguimiento y control.	✓	✓	✓	✓		
Favorecer la adherencia a seguimiento, tratamientos.		✓	✓			✓
Educación en hábitos de vida saludables.		✓	✓			✓
Capacitar al paciente en la gestión de los recursos existentes.	✓	✓	✓			✓
Coordinación entre los diferentes recursos de apoyo social (Trabajo social de atención primaria, atención hospitalaria, Municipales, Estatales, Autonómicos, red comunitaria).	✓	✓	✓			✓
Establecer y desarrollar **mecanismos de comunicación entre los profesionales y con los pacientes** y aprovechar los existentes como la historia clínica compartida.	✓	✓	✓	✓		✓

Nota: se entiende por comunidad: ONG, recursos y servicios comunitarios, CAD, centros de ITS, centros comunitarios de atención a la salud mental, otras estructuras comunitarias, otros servicios prestados por la comunidad, recursos institucionales, servicios sociales u otros servicios vinculados, asociaciones/grupos, escuelas de pacientes y programas de pacientes expertos...

Especialistas de atención primaria

3

Prestación	Modalidad en la que se puede realizar la prestación	
	Presencial	Presencial o virtual*
Atención en función de comorbilidad y necesidades del paciente bajo criterios de continuidad asistencial y asistencia compartida. Elaborar **plan de cuidados individualizado.**		✓
Atención a las **posibles descompensaciones /procesos agudos relacionados.**	✓	
Actividades preventivas: aplicar las recomendaciones del PAPPS: programa estructurado sobre las actividades preventivas que se recomienda aplicar a la población y que incluye entre otras: las vacunaciones, cribado de cáncer, prevención estilos de vida, cardiovascular, salud mental, atención a la mujer, al mayor...		✓
Seguimiento de los pacientes cuando hayan tenido **incidencias en el plan de cuidados** (post ingresos, post visitas a urgencias, otras comorbilidades, cambios en situación psico-social) o **ante detección conductas de riesgo**.		✓
Conocer recursos existentes para poder asesorar al paciente.		✓
Identificar profesional de referencia: atención primaria, atención hospitalaria y trabajo social u otras disciplinas para facilitar seguimiento y control.		✓
Favorecer la adherencia a seguimiento, tratamientos.		✓
Educación en hábitos de vida saludables.		✓
Capacitar al paciente en la gestión de los recursos existentes.		✓
Coordinación entre los diferentes recursos de apoyo social (Trabajo social de atención primaria, atención hospitalaria, Municipales, Estatales, Autonómicos, red comunitaria).		✓
Establecer y desarrollar **mecanismos de comunicación entre los profesionales y con los pacientes** y aprovechar los existentes como la historia clínica compartida.		✓

** Siempre que se pueda realizar en condiciones de calidad y siempre que el paciente lo requiera.*

Anexo 2: Alertas por especialidad

Especialistas de atención hospitalaria

Alertas

Alertas clínicas

- Pérdida de control virológico
- Fallo de adherencia
- Pérdida de seguimiento (faltas a consultas reiterada)
- Ingreso hospitalario
- Alerta a procesos clínicos subyacentes
- Visita a urgencias
- Deterioro psicológico y psiquiátrico
- Nuevos factores de riesgo (discapacidad, enfermedad mental, dependencia)

Alertas propias del perfil

- Cambio en situación administrativa/legal
- Cambio domicilio/provincia CC.AA./itinerancia
- Ingreso en prisión
- Dificultades culturales idiomáticas con el conocimiento de la normativa
- Alerta por hábitos no saludables y/o problemas psicosociales de diversa índole*

** Se entiende incluido en esta alerta, problemas de malos tratos físicos o psíquicos en el hogar, así como situaciones de violencia de género, o cualquier situación de este tipo. Adicionalmente inestabilidad social, riesgo laboral...*

Alertas de exclusión social

- Cambios en situación de vivienda
- Pérdida de trabajo y ausencia de ingresos económicos
- Nuevas necesidades (impacto tecnologías y comunicación)
- Falta de participación y apoyo

Alertas de alteración del perfil

- Prácticas sexuales de riesgo
- Consumo no controlado de sustancias psicoactivas
- Embarazo
- Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia.

Alertas referidas por los especialistas de atención hospitalaria

Alerta	Necesario conocer para desarrollar mi desempeño (SI /NO)	Cambios que conllevan en mi cartera de prestación cuando ocurren
Pérdida de control virológico.	SI	Test de resistencias. Aproximación integral al fracaso para lograr la supresión viral. Determinar la causa.
Fallo de adherencia.	SI	Realizar control más estrecho del VIH (repetir carga viral, llamadas telefónicas periódicas para seguimiento de adherencia, facilitar la buena adherencia (por ej. con dispensación de TAR a domicilio o centro de acogida).
Pérdida de seguimiento (faltas a consultas reiterada).	SI	Llamada telefónica para recordar visita o dar nueva cita. Apoyo entidades comunitarias. Corrección de la causa (a veces falta de recursos económicos para acudir a consulta).
Ingreso hospitalario.	SI	Conocer la causa. Seguimiento más estrecho y coordinación con recursos comunitarios y trabajo social.
Alerta a procesos clínicos subyacentes.	SI	Manejo apropiado de la comorbilidad. Podría pasar al paciente amarillo.
Visita a urgencias.	SI	En función del motivo. Seguimiento más estrecho al alta y coordinación con recursos comunitarios.
Cambio en situación administrativa/legal.	SI	Cambios en el acceso a la atención sanitaria o acceso a TAR. En caso de riesgo de expulsión del país o extradición: elaboración de informe y justificación de por qué no es aconsejable por motivos de salud y personarse ante el juez.
Cambio de domicilio/provincia CC.AA./ Itinerancia.	SI	Contacto por mail o teleasistencia y/o apoyo entidades comunitarias.
Ingreso en prisión.	SI	Pérdida de seguimiento con consecuencias en adherencia y eficacia.
Cambios en situación de vivienda.	SI	Revisión de servicios sociales/trabajo social/entidad comunitaria del plan de intervención que tuviera.
Pérdida de trabajo y ausencia de ingresos económicos.	SI	Contacto con trabajo social y facilitación de ayudas.
Falta de participación y apoyo.	SI	Reforzarle al usuario la importancia de hacer un uso adecuado de los recursos ofrecidos por los equipos interdisciplinares e intersectoriales. Revincularlo a atención primaria, psicología, trabajo social , entidades comunitarias, etc.
Prácticas sexuales de riesgo.	SI	Educacion para salud afectiva-sexual en practicas más seguras y reducción de riesgos. Refuerzo de la evidencia de I=I. En función de la gravedad revisar si cambia de perfil de paciente.
Consumo no controlado de sustancias psicoactivas.	SI	Valorar la demanda que el usuario hace y ofrecer recursos específicos para ello: recomendaciones para reducción de riesgos en el consumo, entidades comunitarias con recursos especializados, unidad de adicciones. Si es preciso, cambio de perfil de forma temporal, mientras se mantenga el consumo no controlado.
Embarazo.	SI	Alteración del perfil. Cambio de perfil de la paciente.
Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.

Enfermería

Alertas

Alertas clínicas

- Pérdida de control virológico
- Fallo de adherencia
- Pérdida de seguimiento (faltas a consultas reiterada)
- Ingreso hospitalario
- Alerta a procesos clínicos subyacentes
- Visita a urgencias
- Deterioro psicológico y psiquiátrico
- Nuevos factores de riesgo (discapacidad, enfermedad mental, dependencia)

Alertas propias del perfil

- Cambio en situación administrativa/legal
- Cambio domicilio/provincia CC.AA./itinerancia
- Ingreso en prisión
- Dificultades culturales idiomáticas con el conocimiento de la normativa
- Alerta por hábitos no saludables y/o problemas psicosociales de diversa índole*

** Se entiende incluido en esta alerta, problemas de malos tratos físicos o psíquicos en el hogar, así como situaciones de violencia de género, o cualquier situación de este tipo. Adicionalmente inestabilidad social, riesgo laboral...*

Alertas de exclusión social

- Cambios en situación de vivienda
- Pérdida de trabajo y ausencia de ingresos económicos
- Nuevas necesidades (impacto tecnologías y comunicación)
- Falta de participación y apoyo

Alertas de alteración del perfil

- Prácticas sexuales de riesgo
- Consumo no controlado de sustancias psicoactivas
- Embarazo
- Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia.

Alertas referidas por enfermería

Alerta	Necesario conocer para desarrollar mi desempeño (SI /NO)	Cambios que conllevan en mi cartera de prestación cuando ocurren
Pérdida de control virológico.	SI	Valoración de causas de fallo virológico.
Fallo de adherencia.	SI	Realizar control más estrecho del VIH (repetir carga viral, llamadas telefónicas periódicas para seguimiento de adherencia, facilitar la buena adherencia (por ej. con dispensación de TAR a domicilio o centro de acogida).
Pérdida de seguimiento (faltas a consultas reiterada).	SI	Llamada telefónica para recordar visita o dar nueva cita. Apoyo entidades comunitarias. Corrección de la causa (a veces falta de recursos económicos para acudir a consulta).
Alerta a procesos clínicos subyacentes.	SI	Manejo apropiado de la comorbilidad. Podría pasar al paciente amarillo.
Cambio de domicilio/provincia CC.AA./Itinerancia.	SI	Ofrecer, en la medida de lo posible, información sobre los recursos a los que puede recurrir allá donde vaya. Mantener el vínculo de apoyo para lo que podemos orientar y ayudar, aunque ya no sea paciente de nuestra Unidad.
Ingreso en prisión.	SI	Identificar los interlocutores del cuidado del paciente.
Alerta por hábitos no saludables y/o problemas psicosociales de diversa índole.	SI	Intervenciones específicas de refuerzo.
Cambios en situación de vivienda.	SI	Revisión de servicios sociales/trabajo social/entidad comunitaria del plan de intervención que tuviera.
Pérdida de trabajo y ausencia de ingresos económicos.	SI	Contacto con trabajo social y facilitación de ayudas.
Falta de participación y apoyo.	SI	Reforzarle al usuario la importancia de hacer un uso adecuado de los recursos ofrecidos por los equipos interdisciplinares e intersectorales. Revincularlo a atención primaria, Psicología, Trabajo social, entidades comunitarias, etc.
Prácticas sexuales de riesgo.	SI	Educación para salud afectiva-sexual en practicas más seguras y reducción de riesgos. Refuerzo de la evidencia de I=I. En función de la gravedad revisar si cambia de perfil de paciente.
Consumo no controlado de sustancias psicoactivas.	SI	Valorar la demanda que el usuario hace y ofrecer recursos específicos para ello: recomendaciones para reducción de riesgos en el consumo, entidades comunitarias con recursos especializados, unidad de adicciones. Si es preciso, cambio de perfil de forma temporal, mientras se mantenga el consumo no controlado.
Embarazo.	SI	Alteración del perfil. Cambio de perfil de la paciente.
Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.

Farmacia hospitalaria

Alertas

Alertas clínicas

- Pérdida de control virológico
- Fallo de adherencia
- Pérdida de seguimiento (faltas a consultas reiterada)
- Ingreso hospitalario
- Alerta a procesos clínicos subyacentes
- Visita a urgencias
- Deterioro psicológico y psiquiátrico
- Nuevos factores de riesgo (discapacidad, enfermedad mental, dependencia)

Alertas propias del perfil

- Cambio en situación administrativa/legal
- Cambio domicilio/provincia CC.AA./itinerancia
- Ingreso en prisión
- Dificultades culturales idiomáticas con el conocimiento de la normativa
- Alerta por hábitos no saludables y/o problemas psicosociales de diversa índole*

** Se entiende incluido en esta alerta, problemas de malos tratos físicos o psíquicos en el hogar, así como situaciones de violencia de género, o cualquier situación de este tipo. Adicionalmente inestabilidad social, riesgo laboral...*

Alertas de exclusión social

- Cambios en situación de vivienda
- Pérdida de trabajo y ausencia de ingresos económicos
- Nuevas necesidades (impacto tecnologías y comunicación)
- Falta de participación y apoyo

Alertas de alteración del perfil

- Prácticas sexuales de riesgo
- Consumo no controlado de sustancias psicoactivas
- Embarazo
- Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia.

Alertas referidas por farmacia hospitalaria

Alerta	Necesario conocer para desarrollar mi desempeño (SI /NO)	Cambios que conllevan en mi cartera de prestación cuando ocurren
Pérdida de control virológico.	SI	Análisis de adherencia. Control de resistencias.
Fallo de adherencia.	SI	Necesidad de entrevista motivacional. Análisis de causas y estrategias de mejora. Valorar si es necesario cambios en el tratamiento.
Pérdida de seguimiento (faltas a consultas reiterada).	SI	Tratar de reenganchar al paciente. Análisis de situación virológica. Entrevista motivacional.
Pérdida de control virológico.	SI	Análisis de adherencia. Control de resistencias.
Alerta a procesos clínicos subyacentes	SI	Adecuación del TAR. Control de interacciones.
Prácticas sexuales de riesgo.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.
Consumo no controlado de sustancias psicoactivas.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.
Embarazo.	SI	Alteración del perfil. Cambio de perfil de la paciente.
Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.

Geriatría

Alertas

Alertas clínicas

- Pérdida de control virológico
- Fallo de adherencia
- Pérdida de seguimiento (faltas a consultas reiterada)
- Ingreso hospitalario
- Alerta a procesos clínicos subyacentes
- Visita a urgencias
- Deterioro psicológico y psiquiátrico
- Nuevos factores de riesgo (discapacidad, enfermedad mental, dependencia)

Alertas propias del perfil

- Cambio en situación administrativa/legal
- Cambio domicilio/provincia CC.AA./itinerancia
- Ingreso en prisión
- Dificultades culturales idiomáticas con el conocimiento de la normativa
- Alerta por hábitos no saludables y/o problemas psicosociales de diversa índole*

** Se entiende incluido en esta alerta, problemas de malos tratos físicos o psíquicos en el hogar, así como situaciones de violencia de género, o cualquier situación de este tipo. Adicionalmente inestabilidad social, riesgo laboral...*

Alertas de exclusión social

- Cambios en situación de vivienda
- Pérdida de trabajo y ausencia de ingresos económicos
- Nuevas necesidades (impacto tecnologías y comunicación)
- Falta de participación y apoyo

Alertas de alteración del perfil

- Prácticas sexuales de riesgo
- Consumo no controlado de sustancias psicoactivas
- Embarazo
- Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia.

Alertas referidas por geriatría

Alerta	Necesario conocer para desarrollar mi desempeño (SI /NO)	Cambios que conllevan en mi cartera de prestación cuando ocurren
Fallo de adherencia.	SI	Seguimiento proactivo y no reactivo de estos pacientes.
Pérdida de seguimiento (faltas a consultas reiterada).	SI	Seguimiento proactivo y no reactivo de estos pacientes.
Prácticas sexuales de riesgo.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.
Consumo no controlado de sustancias psicoactivas.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.
Embarazo.	SI	Alteración del perfil. Cambio de perfil de la paciente.
Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.

Psicología

Alertas

Alertas clínicas

- Pérdida de control virológico
- Fallo de adherencia
- Pérdida de seguimiento (faltas a consultas reiterada)
- Ingreso hospitalario
- Alerta a procesos clínicos subyacentes
- Visita a urgencias
- Deterioro psicológico y psiquiátrico
- Nuevos factores de riesgo (discapacidad, enfermedad mental, dependencia)

Alertas propias del perfil

- Cambio en situación administrativa/legal
- Cambio domicilio/provincia CC.AA./itinerancia
- Ingreso en prisión
- Dificultades culturales idiomáticas con el conocimiento de la normativa
- Alerta por hábitos no saludables y/o problemas psicosociales de diversa índole*

** Se entiende incluido en esta alerta, problemas de malos tratos físicos o psíquicos en el hogar, así como situaciones de violencia de género, o cualquier situación de este tipo. Adicionalmente inestabilidad social, riesgo laboral...*

Alertas de exclusión social

- Cambios en situación de vivienda
- Pérdida de trabajo y ausencia de ingresos económicos
- Nuevas necesidades (impacto tecnologías y comunicación)
- Falta de participación y apoyo

Alertas de alteración del perfil

- Prácticas sexuales de riesgo
- Consumo no controlado de sustancias psicoactivas
- Embarazo
- Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia.

Alertas referidas por psicología

Alerta	Necesario conocer para desarrollar mi desempeño (SI /NO)	Cambios que conllevan en mi cartera de prestación cuando ocurren
Fallo de adherencia.	SI	Realizar control más estrecho del VIH (repetir carga viral, llamadas telefónicas periódicas para seguimiento de adherencia, facilitar la buena adherencia (por ej. con dispensación de TAR a domicilio o centro de acogida).
Pérdida de seguimiento (faltas a consultas reiterada).	SI	Llamada telefónica para recordar visita o dar nueva cita. Apoyo entidades comunitarias. Corrección de la causa (a veces falta de recursos económicos para acudir a consulta).
Alerta a procesos clínicos subyacentes.	SI	Manejo apropiado de la comorbilidad. Podría pasar al paciente amarillo.
Deterioro psicológico y psiquiátrico.	SI	Inicio de intervenciones psicológicas y tratamiento psiquiátrico en su caso.
Alerta por hábitos no saludables y/o problemas psicosociales de diversa índole.	SI	Intervenciones específicas de refuerzo.
Cambios en situación de vivienda.	SI	Revisión de servicios sociales/trabajo social/entidad comunitaria del plan de intervención que tuviera.
Pérdida de trabajo y ausencia de ingresos económicos.	SI	Contacto con trabajo social y facilitación de ayudas.
Prácticas sexuales de riesgo.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.
Consumo no controlado de sustancias psicoactivas.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.
Embarazo.	SI	Alteración del perfil. Cambio de perfil de la paciente.
Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.

Trabajo social

Alertas

Alertas clínicas

- Pérdida de control virológico
- Fallo de adherencia
- Pérdida de seguimiento (faltas a consultas reiterada)
- Ingreso hospitalario
- Alerta a procesos clínicos subyacentes
- Visita a urgencias
- Deterioro psicológico y psiquiátrico
- Nuevos factores de riesgo (discapacidad, enfermedad mental, dependencia)

Alertas propias del perfil

- Cambio en situación administrativa/legal
- Cambio domicilio/provincia CC.AA./itinerancia
- Ingreso en prisión
- Dificultades culturales idiomáticas con el conocimiento de la normativa
- Alerta por hábitos no saludables y/o problemas psicosociales de diversa índole*

** Se entiende incluido en esta alerta, problemas de malos tratos físicos o psíquicos en el hogar, así como situaciones de violencia de género, o cualquier situación de este tipo. Adicionalmente inestabilidad social, riesgo laboral...*

Alertas de exclusión social

- Cambios en situación de vivienda
- Pérdida de trabajo y ausencia de ingresos económicos
- Nuevas necesidades (impacto tecnologías y comunicación)
- Falta de participación y apoyo

Alertas de alteración del perfil

- Prácticas sexuales de riesgo
- Consumo no controlado de sustancias psicoactivas
- Embarazo
- Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia.

Alertas referidas por trabajo social

Alerta	Necesario conocer para desarrollar mi desempeño (SI /NO)	Cambios que conllevan en mi cartera de prestación cuando ocurren
Nuevos factores de riesgo (discapacidad, enfermedad mental, dependencia).	SI	Activación de nuevos apoyos en el ambito socio-sanitario.
Cambio en situación administrativa/legal.	SI	Favorecer la correcta aplicación del derecho a la asistencia sanitaria y a la prestación farmacéutica, cuando corresponda. Información y orientación: empadronamiento, servicios de salud, acceso a servicio jurídico en materia de extranjería, cursos gratuitos de español... Seguimiento del procedimiento y de las dificultades o problemas producidos durante la implantación de reconocimiento del derecho. Atender a las personas con patologías de riesgo vital significativo garantizando la continuidad asistencial, en todo su proceso.
Dificultades culturales e idiomáticas o relacionadas con el conocimiento de la normativa.	SI	Favorecer la correcta aplicación del derecho a la asistencia sanitaria y a la prestación farmacéutica, cuando corresponda. Información y orientación: empadronamiento, servicios de salud, acceso a servicio jurídico en materia de extranjería, cursos gratuitos de español. Seguimiento del procedimiento y de las dificultades o problemas producidos durante la implementación de reconocimiento del derecho. Atender a las personas con patologías de riesgo vital significativo garantizando la continuidad asistencial, en todo su proceso.
Cambios en situación de vivienda.	SI	Acciones que faciliten el acceso y la permanencia en una vivienda o alojamiento en condiciones adecuadas.
Pérdida de trabajo y ausencia de ingresos económicos.	SI	Garantizar un nivel mínimo de renta a quienes se encuentran en una situación de vulnerabilidad económica y social (renta mínima o equivalente, IMV, PNC...).
Nuevas necesidades (impacto tecnologías y comunicación).	SI	Medidas orientadas a reducir la brecha digital tanto en la vida cotidiana como en el acceso al empleo.
Falta de participación y apoyo.	SI	Es importante contar con el apoyo del tejido asociativo, así como con redes de solidaridad social primaria para facilitar apoyos en la vida diaria (redes sociales y apoyos informales). Iniciativas de sensibilización y fomento de la convivencia. Acceso a talleres, jornadas, actividades interculturales y sesiones informativas sobre temas diversos. Garantizar el acceso a los servicios públicos (sanitarios, sociales, educativos, laborales, vivienda...).
Prácticas sexuales de riesgo.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.
Consumo no controlado de sustancias psicoactivas.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.
Embarazo.	SI	Alteración del perfil. Cambio de perfil de la paciente.
Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.

Especialistas de atención primaria

Alertas

Alertas clínicas

- Pérdida de control virológico
- Fallo de adherencia
- Pérdida de seguimiento (faltas a consultas reiterada)
- Ingreso hospitalario
- Alerta a procesos clínicos subyacentes
- Visita a urgencias
- Deterioro psicológico y psiquiátrico
- Nuevos factores de riesgo (discapacidad, enfermedad mental, dependencia)

Alertas propias del perfil

- Cambio en situación administrativa/legal
- Cambio domicilio/provincia CC.AA./itinerancia
- Ingreso en prisión
- Dificultades culturales idiomáticas con el conocimiento de la normativa
- Alerta por hábitos no saludables y/o problemas psicosociales de diversa índole*

** Se entiende incluido en esta alerta, problemas de malos tratos físicos o psíquicos en el hogar, así como situaciones de violencia de género, o cualquier situación de este tipo. Adicionalmente inestabilidad social, riesgo laboral...*

Alertas de exclusión social

- Cambios en situación de vivienda
- Pérdida de trabajo y ausencia de ingresos económicos
- Nuevas necesidades (impacto tecnologías y comunicación)
- Falta de participación y apoyo

Alertas de alteración del perfil

- Prácticas sexuales de riesgo
- Consumo no controlado de sustancias psicoactivas
- Embarazo
- Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia.

Alertas referidas por especialistas en atención primaria

Alerta	Necesario conocer para desarrollar mi desempeño (SI /NO)	Cambios que conllevan en mi cartera de prestación cuando ocurren
Pérdida de control virológico.	SI	Cambios en la periodicidad de controles, necesidades de interconsultas o derivación a otros niveles asistenciales.
Fallo de adherencia.	SI	Cambios en la periodicidad de controles, necesidades de interconsultas o derivación a otros niveles asistenciales.
Pérdida de seguimiento (faltas a consultas reiterada).	SI	Comprobar y actualizar datos del paciente. Atención compartida con trabajo social: revisión de situación social, recursos existentes, accesibilidad, alternativas en casos de situación irregular.
Ingreso hospitalario.	SI	Informes de prealta. Control tras alta. Cambios en la periodicidad de controles, cambios en el tratamiento. Necesidades de interconsultas o derivación a otros niveles asistenciales. Programación, seguimiento.
Alerta a procesos clínicos subyacentes.	SI	Programación, seguimiento. Cambios en la periodicidad de controles, cambios en el tratamiento, necesidades de interconsultas o derivación a otros niveles asistenciales.
Visita a urgencias.	SI	Informes de prealta. Control tras alta. Cambios en la periodicidad de controles, cambios en el tratamiento. Necesidades de interconsultas o derivación a otros niveles asistenciales. Programación, seguimiento.
Deterioro psicológico y psiquiátrico.	SI	Identificar y monitorizar situaciones que puedan empeorar situación basal, identificar psicopatología asociada. Derivación a Unidades de Salud Mental. Valoración por trabajo social. Soporte psicosocial. Atención compartida.
Cambio en situación administrativa/legal.	SI	Identificar necesidades/cuidados específicos. Empoderar al paciente en los autocuidados y recursos existentes. Planificación de necesidades actuales y a largo término. Valoración y seguimiento por trabajo social.
Cambio de domicilio/provincia CC.AA./ Itinerancia.	SI	Comprobar y actualizar datos del paciente. Atención compartida con trabajo social: revisión de situación social, recursos existentes, accesibilidad, alternativas en casos de situación irregular .
Dificultades culturales e idiomáticas o relacionadas con el conocimiento de la normativa.	SI	Valoración por trabajo social. Atención compartida.
Cambios en situación de vivienda.	SI	Comprobar y actualizar datos del paciente. Atención compartida con trabajo social: revisión de situación social, recursos existentes, accesibilidad, alternativas en casos de situación irregular .
Falta de participación y apoyo.	SI	Identificar y monitorizar situaciones que puedan empeorar situación basal. Valoración por trabajo social. Soporte psicosocial. Atención compartida.
Prácticas sexuales de riesgo.	SI	Prevención y atención si se detecta situación de riesgo. Adaptar seguimiento y tratamientos. Frecuentemente requiere atención multidisciplinar. Valorar posible cambio de perfil.
Consumo no controlado de sustancias psicoactivas.	SI	Prevención y atención si se detecta situación de riesgo. Adaptar seguimiento y tratamientos. Frecuentemente requiere atención multidisciplinar. Valorar posible cambio de perfil.
Embarazo.	SI	Alteración del perfil. Cambio de perfil de la paciente.
Aparición de comorbilidad y/o fragilidad y/o dependencia.	SI	Alteración del perfil. Valoración posible cambio de perfil del paciente.

Siglas y abreviaturas

APP: aplicación.

CAD: centros de atención a la drogodependencia.

CC. AA.: comunidades autónomas.

CD4: cúmulo de diferenciación 4.

COVID-19: siglas en inglés para enfermedad por coronavirus.

CVRS: calidad de vida relacionada con la salud.

HCE: historia clínica electrónica.

I=I: indetectable = intransmisible.

IMV: Ingreso Mínimo Vital.

ITS: infecciones de transmisión sexual.

LGTBIQA+: lesbianas, gais, transgénero, bisexuales, intersexual, queer, asexuales y + (cualquier otra orientación, expresión o identidad de género diversa).

ONG: organización no gubernamental.

PAPPS: Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud.

PNC: pensiones no contributivas.

PreP: profilaxis preexposición.

PRO: resultados percibidos por el paciente.

PROM: resultados reportados por el paciente.

QoL: siglas en inglés para calidad de vida.

SNS: Sistema Nacional de Salud.

SS. SS.: seguridad social.

TAR: tratamiento antirretroviral.

UVAAD: Unidad de Valoración y Apoyo a la Atención Domiciliaria.

VGI: valoración geriátrica integral.

VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

Avalado por:

Con el patrocinio científico de la SEIMC

Las opiniones expresadas por los autores no reflejan necesariamente la posición oficial de la SEIMC

Con el aval de calidad y garantía de

ISBN 978-84-09-47440-0
9 788409 474400