

**INTERVENCIÓN BASADA EN
CLÍNICAS Y RESPALDADA POR
EL MONITOREO (CBSI)**



Center for
Innovation and
Engagement

Antecedentes del Financiamiento

El Programa Ryan White de VIH/SIDA (RWHAP, por sus siglas en inglés) de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés) proporciona un sistema exhaustivo de cuidado médico primario de VIH, servicios esenciales de apoyo y medicación para personas de bajos ingresos que viven con VIH, que no cuentan con seguro médico y que están desatendidas. El Programa otorga subvenciones para estados, ciudades, condados y organizaciones locales de base comunitaria para proveer del cuidado y tratamiento necesarios a las personas que viven con VIH y así mejorar los resultados de su salud y reducir la transmisión del VIH dentro de las poblaciones de difícil acceso.

El Centro para la Innovación y el Involucramiento (CIE, por sus siglas en inglés) de NASTAD está financiado por la Oficina de VIH/SIDA de la HRSA (HRSA HAB, por sus siglas en inglés), Proyectos Especiales de Importancia Nacional (SPNS, por sus siglas en inglés), bajo una iniciativa trianual titulada “Enfoques basados en la evidencia para mejorar los resultados de salud de las personas que viven con VIH”. El propósito de esta iniciativa es identificar, catalogar, difundir y apoyar la replicación de los enfoques y las intervenciones fundamentados en la evidencia para involucrar a las personas con VIH (PWH, por sus siglas en inglés) que no están recibiendo atención médica de VIH, o aquellas que están a riesgo de discontinuarla.

Reconocimientos

Autores de NASTAD:

Milanes Morejon, Gerente,
Equidad en Salud

Rosy Galván, Directora,
Equidad en Salud

Alexander Perez, Gerente,

Equipo de Desarrollo de Intervenciones:

Julie Dombrowski, Especialista en Enfermedades
Infecciosas

Shireesha Dhanireddy, Médica y Directora Médica

Gwen Barker, Gerente de Servicios de Salud

Amy Bennett, Epidemióloga II

Sam Benson, Especialista de Investigación en
Ciencias de la Salud

Colaboradores

Natalie Cramer, Directora Sénior, NASTAD

Tia Clark, Impact Marketing + Communications

Tara Kovach, Impact Marketing + Communications

Sarah Cook-Raymond, Impact Marketing + Communications

Este proyecto está financiado por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés) de los EE.UU. bajo la subvención número U90HA31882, “Enfoques basados en la evidencia para mejorar los resultados de salud de las personas que viven con VIH”. Este proyecto es parte de un otorgamiento total de \$4,899,570, con la totalidad de fondos financiados por fuentes gubernamentales. Los contenidos son responsabilidad de los autores y no representan necesariamente la opinión oficial, ni tampoco el aval, de la HRSA, el HHS o el gobierno de los EE.UU. Para más información, visite [HRSA.gov](https://www.hrsa.gov).

Citación recomendada: NASTAD. Intervención Basada en Clínicas y Respaldada por el Monitoreo. [Guía de implementación de intervenciones SPNS.] Marzo de 2021.



Resumen de la intervención y consejos para su replicación

¿Por qué esta intervención?

La intervención Basada en Clínicas y Respaldata por el Monitoreo (CBSI, por sus siglas en inglés) es un programa basado en clínicas que se implementó en una clínica grande de VIH del estado de Washington, en colaboración entre ésta y el departamento de salud local. La intervención utilizó datos de la clínica para crear una lista de pacientes con interrupción de su atención médica de al menos un año y la comparó con datos de monitoreo de VIH para guiar el trabajo de alcance de la clínica. Se consideró que hubo una interrupción de la atención médica de los pacientes y que eran elegibles para la intervención de reconexión de la clínica si: (1) estaban viviendo con VIH; (2) no habían fallecido o sido transferidos; (3) habían realizado al menos una visita en los últimos 1,000 días; y (4) no habían completado una visita en los últimos 12 meses anteriores a la fecha en la cual se extrajo su historial médico.

La intervención CBSI mostró la viabilidad de combinar datos de clínicas y de monitoreo de VIH para identificar a pacientes que pueden haber tenido una interrupción de su atención médica, y mejorar así la conexión y retención de las personas viviendo con VIH dentro de la atención médica. El 1° de noviembre de 2012, se habían identificado un total de 753 pacientes que habían sufrido una interrupción de su atención médica. Al compararse con los datos de monitoreo y realizar las investigaciones iniciales, se encontró que 596 (un 79 por ciento) de estos pacientes se habían mudado, habían sido transferidos o estaban encarcelados. De los 157 pacientes restantes, 40 (25 por ciento) se reconectaron a los servicios de atención médica antes de llegar a ser contactados, y el especialista de conexión contactó exitosamente a 38 (24 por ciento).

La intervención además demostró que un programa de reconexión basado en una clínica realizado en colaboración con el departamento de salud local podría disminuir significativamente el tiempo de reinvolucramiento de los participantes en los servicios de atención médica de VIH, y aumentar su probabilidad de reconexión a estos servicios. En comparación con el grupo de control histórico, el tiempo para la reconexión fue menor entre los participantes de la cohorte de la intervención (índice de riesgo ajustado = 1.7 [1.2–2.3]), y una proporción mayor de estos

se reconectaron con los servicios de atención médica (15 por ciento vs. 10 por ciento).¹ Aunque el estudio mostró una eficacia moderada en la reconexión de pacientes a los servicios de atención médica, estos resultados subrayan la importancia de la utilización de los datos clínicos y de salud pública para mejorar la precisión de la información, y así mejorar las actividades de reconexión.

La intervención CBSI fue diseñada para ser utilizada en clínicas y en consultorios de proveedores de salud privados.

“[Antes] del monitoreo nos topábamos con tres eventos centinelas: el diagnóstico de VIH, el diagnóstico de SIDA y la muerte. Realmente no se volvía al registro entre esos eventos. El tener estas otras oportunidades para volver y hacer comparaciones con otros establecimientos para después listar las coincidencias se ha convertido en algo muy útil. Estamos derribando esas paredes, y estamos diciendo que, realmente, compartir esta información es en beneficio del paciente”.

– EPIDEMIÓLOGO DE PUBLIC HEALTH-SEATTLE & KING COUNTY

Panorama de la intervención

Esta sección proporciona un desglose de la intervención CBSI realizada en la Clínica Madison en el Harborview Medical Center en Seattle, Washington, en colaboración con Public Health-Seattle & King County (PHSKC), para ayudar a los replicadores a evaluar los pasos necesarios para su replicación. Esta intervención fue financiada y evaluada mediante la subvención de la parte A del Programa Ryan White de VIH/SIDA (RWHAP) de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA).

 <p>Paso 1</p>	<p>Evalúe los recursos y las carencias de su personal:</p> <p>Asegúrese de que su personal—trabajadores de alcance de VIH, especialistas de conexión, personal de monitoreo—posea las habilidades necesarias para realizar una revisión sistemática de los registros médicos electrónicos, gestionar el intercambio de datos entre el departamento de salud y la clínica, localizar a las personas con VIH que han sufrido una interrupción de la atención médica y ofrecer asistencia para la conexión con los servicios necesarios.</p>
 <p>Paso 2</p>	<p>Analice la infraestructura de información, ya sea nueva o existente:</p> <p>Utilice un sistema de datos (como un sistema de registros médicos electrónicos) para almacenar y rastrear la información recopilada.</p>
 <p>Paso 3</p>	<p>Involucre a las partes interesadas:</p> <p>Reúnase con el departamento de salud y el personal médico para conversar sobre la realización de la intervención, desarrollar un acuerdo de intercambio de datos y conseguir opiniones de la comunidad para aumentar la probabilidad de desarrollar e implementar un programa exitoso aceptado por todas las partes involucradas.</p>
 <p>Paso 4</p>	<p>Genere una definición local de “interrupción de la atención médica”:</p> <p>Una definición local es la manera en que su organización identifica a las personas que han sufrido una interrupción de su atención médica. Un ejemplo es “No hay evidencia de recuento de células CD4, resultados de carga viral, visita médica de VIH y/o una receta de medicación para tratamiento antirretroviral (TAR) dentro de un periodo de 15 meses”.</p>
 <p>Paso 5</p>	<p>Genere una lista de pacientes:</p> <p>Utilice el sistema de datos para extraer una lista de pacientes con interrupción de la atención médica según su definición local.</p>



Paso 6

Decida los métodos de intercambio de datos:

Determine cómo transmitir de forma segura la lista de pacientes al departamento de salud para la comparación de datos (por ejemplo, utilice un protocolo de transferencia segura de archivos; tenga conversaciones según sea necesario sobre la frecuencia de la extracción de datos y de su comparación).



Paso 7

Establezca prioridades en la lista de pacientes:

Determine el tamaño de la población que parezca necesitar reconexión. Establezca las prioridades de la lista con base a la capacidad operativa y otros factores, como el número de personal disponible para localizar a pacientes y asistirlos con el regreso a y la permanencia en la atención médica de VIH. Después priorice su lista en base a las poblaciones prioritarias, ubicación geográfica y otros factores locales relevantes, como pacientes que tenían una carga viral detectable en su última visita médica.



Paso 8

Designe especialistas de conexión:

Utilice su lista priorizada de pacientes para determinar la cantidad de especialistas de conexión necesarios para implementar la intervención de reconexión.



Paso 9

Establezca un protocolo de comunicación:

Desarrolle procesos para contactar a los pacientes (por ejemplo, llamadas telefónicas, correos electrónicos, textos, visitas a domicilio) y defina los pasos de reconexión según sus necesidades sociales y de salud.



Paso 10

Reconecte y retenga pacientes:

Luego del contacto inicial con los pacientes, evalúe los factores asociados con el reinvolucramiento y conecte a los pacientes con los servicios y el personal adecuados. Apoye a los pacientes a permanecer involucrados en la atención médica mediante su conexión con servicios de apoyo que aborden las barreras para la retención y la adherencia.

Análisis de costos

El análisis de costos fue desarrollado tomando en cuenta publicaciones de economía avaladas por pares, sobre las mejores prácticas para el Análisis de Impacto Presupuestario (AIP) y el Análisis de Costo-Efectividad (ACE).^{2,3} Para asegurar la estandarización y la correlación con otros análisis de costos de intervenciones relacionadas con el VIH, las herramientas de recopilación de datos se basaron en herramientas utilizadas en previos análisis de costos de intervenciones de conexión y retención en la atención de VIH, las descripciones del estudio de análisis de costos incluidas en el aviso de otorgamiento original de este proyecto (anuncio de oportunidad de financiamiento número HRSA-15-030), así como los comentarios y opiniones de los desarrolladores de intervenciones de VIH y expertos en análisis de costos que colaboran con el proyecto del Centro para la Innovación y el Involucramiento (CIE).⁴

Las siguientes estimaciones son extraídas de los datos recolectados sobre diferentes componentes de esta intervención, como costos de personal, beneficios complementarios, supervisión y capacitación, servicios de apoyo clínico, cantidad de personas atendidas, tipos de visitas que pueden ser vinculadas con los resultados costo/paciente y otros costos directos e indirectos. Para una descripción completa de la información de los costos de la intervención según la implementación descrita en este manual, siga el enlace provisto en el cuadro de Recursos Adicionales.

La intervención CBSI fue financiada mediante la subvención de la Parte A del RWHAP de la HRSA. El programa federal financia los servicios de atención y tratamientos directos, y la parte A se usa para proveer servicios médicos esenciales y auxiliares para personas con VIH. Los servicios auxiliares que mejoran el cuidado de VIH para las personas con VIH también pueden ser financiados a través de esta categoría. La hoja de datos del Programa Ryan White de VIH/SIDA de la HRSA provee más información sobre las diferentes partes. Asimismo, el Aviso Aclaratorio 16-02 sobre las normas del RWHAP describe los detalles de los costos permitidos. (Vea el cuadro Recursos Adicionales).

Cuando se implementó la intervención, el costo estimado directo anual del programa fue de \$78,760 y \$122,078, incluyendo el gasto del 55 por ciento de tasa indirecta del desarrollador de la intervención (Cuadro 1). Los costos de personal y de reclutamiento representaron el 97 por ciento de todos los costos directos. Esto incluyó un gerente de datos trabajando a tiempo parcial, un Especialista en Intervenciones de Enfermedades (DIS, por sus siglas en inglés) del departamento de salud, un especialista de conexión a servicios de cuidado y un director médico. Los costos no relativos al personal representaron el 3 por ciento de los costos directos del programa e incluyeron gastos de viaje y otros relacionados con las computadoras del personal. No hubo costos específicos de pacientes.

El Especialista de Conexión (LS, por sus siglas en inglés) realizó 406 investigaciones de casos de personas con una potencial interrupción de su atención médica e intentó contactar a 117 individuos. De los 406 individuos, 38 (9.3 por ciento) fueron contactados e inscritos dentro de un período de 12 meses. En su capacidad máxima, los desarrolladores de la intervención estimaron que podrían inscribir hasta 60 pacientes por año.



\$122,078

costo total de la
intervención
por año



10

pacientes atendidos
por miembro del
personal
del proyecto



9.4

porcentaje de
pacientes
atendidos entre
todos
los contactos
intentados

Cuadro 1 — Pacientes atendidos, costos del programa y costos por paciente

Resultados de análisis de costos		
Pacientes atendidos		
Porcentaje de pacientes atendidos entre todos los contactos intentados	9.4 por ciento	
Pacientes atendidos por miembro del personal del proyecto (tiempo completo y parcial)	10	
Costo anual del programa	Incluye tasa indirecta/ recargo	Costos directos (excluye tasa indirecta)
Costo total de la intervención por año	\$122,078	\$78,760
Costo anual de personal	\$118,203	\$76,260
Porcentaje de costos totales	96.8 por ciento	96.8 por ciento
Costos anuales para materiales/suministros/equipamiento	\$3,875	\$2,500
Porcentaje de costos totales	3.2 por ciento	3.2 por ciento
Costos anuales específicos de pacientes	\$0	\$0
Porcentaje de costos totales	0 por ciento	0 por ciento
Costo por paciente		
Costo por paciente atendido	\$3,213	\$2,073
Costo de personal por paciente atendido	\$3,111	\$2,007
Costo por la cantidad máxima de pacientes	\$2,035	\$1,313
Costo de personal por la cantidad máxima de pacientes	\$1,970	\$1,271

El costo directo por cada paciente atendido fue de \$2,073 y el costo por paciente en la capacidad máxima de atención fue de \$1,313 (Cuadro 1). Considerando solamente los costos de implementación de personal, el costo por paciente atendido fue de \$2,007 y el costo por paciente en la capacidad máxima de atención fue de \$1,271. Se atendieron en total 9.5 pacientes por cada miembro del personal de la intervención y 34.9 por cada miembro del personal de la intervención equivalente a un empleado de tiempo completo.

Las organizaciones interesadas en el cálculo de los costos de implementación para este tipo de intervención en su jurisdicción pueden utilizar la Herramienta de Cálculo de Costos del CIE. (Vea el cuadro Recursos Adicionales).

Lista de evaluación de recursos

Antes de implementar la intervención CBSI, su organización debería repasar la siguiente lista de evaluación (o de preparación) de recursos para verificar si posee la capacidad operativa de realizar este trabajo. Si no cuenta con estos componentes, le recomendamos desarrollar dicha capacidad para llevar a cabo esta intervención de manera exitosa. Las cuestiones a considerar incluyen lo siguiente:

- ¿Su personal comprende las tendencias de VIH en su comunidad y los determinantes sociales de la salud que se interconectan y que afectan los resultados de salud?
- ¿El personal de su organización está dispuesto a trabajar en la planificación e implementación de esta intervención junto a usted?
- ¿Tiene su organización trabajadores de alcance comunitario de VIH, especialistas de conexión, gestores de casos médicos y otro tipo de personal que pueda localizar y reconectar a los pacientes con los servicios de atención médica? Si no es así, ¿puede conseguir este personal ya sea directamente o mediante colaboraciones?
- ¿Su organización cuenta con:
 - Al menos un miembro del personal con capacitación suficiente en el uso del sistema de datos de su clínica (por ejemplo, navegación de los distintos niveles de información de pacientes, extracción y síntesis de datos)? De ser así, tiene la flexibilidad para trabajar con un paciente que ha sufrido una interrupción de su atención médica y reconectarlo (como, por ejemplo, agendar una cita rápidamente)?
 - Una base de datos de registros médicos electrónicos (EHR, por sus siglas en inglés) de la cual extraer la información de los pacientes que han sufrido una interrupción de su atención médica y en la cual almacenar dicha información de forma segura?
- Sistemas de datos establecidos, o los recursos necesarios, para extraer información de los pacientes de los registros médicos electrónicos y enviarlos al departamento de salud para compararla con la información de monitoreo de VIH?
- Un sistema estandarizado para registrar los resultados de VIH de los pacientes?
- ¿Su estructura organizacional puede proveer tanto servicios médicos como de conexión a servicios auxiliares (por ejemplo, vivienda, transporte, servicios de salud mental o legales)?
- ¿Tiene su organización una relación vigente con el departamento de salud local, o este departamento tiene voluntad de comenzar una conversación sobre la posibilidad de compartir información para la conexión y retención de personas en los servicios de atención médica de VIH?
- ¿Existen normas vigentes en su jurisdicción que permiten a departamentos de salud compartir el estado de atención médica de los pacientes con proveedores?
- ¿Tiene su organización fuentes de financiamiento (por ejemplo, fondos de la parte C del Programa Ryan White de VIH/SIDA [RWHAP]) para el apoyo de actividades basadas en clínicas y respaldadas por el monitoreo?

Preparando el escenario

De acuerdo con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) de los EE.UU., se estima que hay 1.2 millones de personas con VIH en los Estados Unidos.⁵ Durante 2018, aproximadamente un 75.7 por ciento de las personas con VIH recibió atención médica, se retuvo dentro de la atención médica al 57.9 por ciento y un 64.7 por ciento alcanzó la supresión viral.⁶ Las personas con VIH que reciben atención continua y regular tienen más probabilidad de tener una carga viral significativamente más baja, un recuento de células CD4 más alto, morbilidad y mortalidad reducidas y una mejora general de su salud, en comparación con aquellos que han incumplido aunque sea una visita médica durante un período de dos años.⁷ La recepción de atención médica se define como la realización por parte del paciente de una o más pruebas [CD4 o carga viral] en el año medido. A pesar de que se han logrado avances significativos en asegurar que las personas con VIH progresen eficazmente a lo largo del espectro de la atención de VIH, estos números demuestran que la retención sigue siendo un tema fundamental. Mejorar el involucramiento y reinvolucramiento de pacientes en la atención médica es una prioridad nacional, con medidas de retención específicas establecidas por la Estrategia Nacional de VIH/SIDA (NHAS, por sus siglas en inglés), la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) y la iniciativa End the HIV Epidemic (EHE), entre otras.

La Clínica Madison es la clínica especializada en VIH más grande del noroeste de los Estados Unidos, que brinda atención a aproximadamente 2,800 personas. En 2012, cuando la Clínica Madison realizó la intervención CBSI, 7,104 residentes de King County estaban registrados como portadores de VIH.⁸ En ese momento, la mayoría de los residentes con VIH eran hombres (89 por ciento); hombres que practican sexo con hombres (69 por ciento); entre 25 y 39 años de edad (59 por ciento), y blancos nacidos en los EE.UU. (62 por ciento). Personas con VIH nacidas en los EE.UU. y negras eran y continúan siendo una pequeña parte de la epidemia de VIH en King



County. Sin embargo, en 2012, entre los extranjeros con VIH en King County, 39 por ciento eran personas negras y 34 por ciento eran personas hispanas. Entre todas las personas diagnosticadas con VIH en King County, 75 por ciento tenían alguna evidencia de laboratorio de atención médica.⁸ La intervención CBSI permitió a la clínica conectar a personas con VIH a los servicios de atención médica, tomando en cuenta estas tendencias epidemiológicas.

En 2010, antes de la implementación de la intervención, los desarrolladores realizaron una mezcla de entrevistas cualitativas con pacientes, personal y proveedores. Esta serie de entrevistas incluyeron 20 personas con VIH que fueron seleccionadas aleatoriamente de los registros de monitoreo de VIH. Algunos proveedores estaban deseosos de conseguir que los pacientes volvieran a la clínica y desarrollar una manera regular de identificar a aquellos que estaban por caer en la interrupción de su atención médica. Otros proveedores estaban preocupados sobre la seguridad de la información y las percepciones de los pacientes sobre los sistemas de monitoreo. Contrariamente, casi todos los pacientes consideraron que la intervención era prometedora. Más específicamente, los

participantes expresaron interés en recibir una mayor asistencia para la conexión, tales como el seguimiento constante y la vinculación con servicios integrales y la atención médica de calidad.⁹

Las tendencias epidemiológicas y los hallazgos de las entrevistas cualitativas con pacientes y proveedores señalaron una necesidad para la intervención CBSI en el área de Seattle-King County. Los hallazgos de las entrevistas cualitativas llevaron a la Clínica Madison a diseñar la intervención CBSI para incorporar un componente de pares VIH positivos y para asegurar la coordinación con los proveedores de atención médica de VIH en la reconexión de los pacientes con los servicios de atención. Aunque la intervención no se mantiene actualmente de la manera en que fue diseñada originalmente, continúa siendo integral a los

esfuerzos de conexión y retención en la Clínica Madison y en King County. Mediante la ampliación de las actividades de monitoreo y la realización de investigaciones integrales de personas cuya atención médica se identificó como interrumpida, la intervención las reconectó exitosamente y abordó las necesidades de las poblaciones que han sido históricamente marginadas y han tenido un acceso limitado a los recursos. A lo largo del tiempo, los desarrolladores de la intervención adaptaron la intervención CBSI para crear las clínicas de Asistencia Moderada (Mod) y Asistencia Máxima (Max), las cuales proporcionan modelos diferenciados de atención médica para los pacientes según al nivel de apoyo que necesiten para el reinvolucramiento y la permanencia dentro de los servicios de cuidado.

Descripción del modelo de intervención

La intervención CBSI apunta a conectar a personas con un sistema de cuidado médico de VIH en el cual puedan permanecer involucrados y mejorar la exactitud de los datos disponibles para las clínicas sobre el involucramiento de pacientes. La intervención apunta a reinvolucrar y retener exitosamente a personas con VIH que no han sido conectadas o involucradas con la atención médica de VIH.

Las claves para el éxito son investigar cada caso elegible, intentar sistemáticamente contactar a cada paciente y asistir con la planificación y realización de las visitas médicas de los pacientes. Este trabajo puede ser hecho en coordinación con los gestores de casos y los proveedores médicos. Luego del reinvolucramiento, el personal puede ayudar a los pacientes a permanecer dentro de los servicios de atención médica a través del abordaje continuo de las necesidades sociales y de salud (tales como derivaciones a servicios de apoyo, conexión con servicios suplementarios,

consejería, navegación de sistemas de salud, transporte).

La intervención CBSI se implementa en cinco pasos:

1. Determine los recursos organizacionales e involucre a las partes interesadas

- a. *Evalúe los recursos y las carencias de su personal:* Identifique al personal que trabaja actualmente como especialistas de conexión, trabajadores de alcance de VIH o en otros roles similares. También, identifique al personal que pueda navegar el sistema de registros médicos electrónicos y gestionar las bases de datos que contengan información de pacientes. Decida si el personal existente puede ser capacitado en estas áreas para cumplir con esos roles o si se necesita personal adicional. Tener al menos un miembro del personal que se dedique a la intervención es fundamental para asegurar su éxito.

- b. *Analice la infraestructura de información, ya sea nueva o existente:* Un sistema de datos, como un sistema de registros médicos electrónicos, es necesario para identificar a los pacientes cuya atención médica está interrumpida y para extraer información relevante sobre ellos. El sistema de datos debería permitir que el personal designado pueda extraer una lista de pacientes con interrupción de su atención médica para enviarla al Programa de Monitoreo de VIH del departamento de salud. La información en esta lista debería coincidir con las entradas del Sistema de Reporte Mejorado de VIH/SIDA (eHARS, por sus siglas en inglés), una aplicación accesible desde el buscador, desarrollada por el CDC, que ayuda a los departamentos de salud con los reportes, la gestión de datos, el análisis y la transferencia de datos al CDC.¹⁰
- c. *Involucre a las partes interesadas:* Reúnase con el departamento de salud local o del estado para conversar sobre la realización de la intervención, identificar problemas potenciales de seguridad, desarrollar un acuerdo de intercambio de datos, crear un protocolo de intercambio de datos, determinar un método de transferencia de datos e identificar la información a ser incluida en la lista de los pacientes con interrupción en su atención médica, así como el formato que requiera la lista. Durante las conversaciones iniciales con los departamentos de salud, debería preguntar sobre las normas que impiden o facilitan el intercambio de datos entre los proveedores y los departamentos de salud.

También es fundamental integrar las perspectivas de los pacientes en estos procesos. Antes de comenzar las actividades de conexión y retención, el personal debería discutir de qué maneras involucrar significativamente a las personas con VIH y conversar sobre la intervención con ellos. Recopile los comentarios de la comunidad a través de actividades como grupos focales, conversaciones cara a cara y reuniones con juntas asesoras comunitarias.

2. Identifique a los pacientes elegibles

- a. *Genere una definición local de interrupción de los servicios de atención médica:* Para desarrollar una lista relevante y accionable de personas con VIH que han sufrido una interrupción de su atención médica, primero debería desarrollar una definición local del significado de *interrupción de la atención médica*. Considere modificar la definición utilizada por la Clínica Madison: Se considera que los pacientes han sufrido una interrupción de su atención médica y son elegibles para

“El trabajo de monitoreo ha sido tradicionalmente aislado, mantenido en una base de datos separada, y una oficina separada y bajo llave, con acceso limitado a la misma. Las personas con VIH que han sufrido una interrupción de su atención médica pueden también estar expuestas a otras ETS como la gonorrea y la clamidia. Pueden estar chocándose con el sistema de muchas maneras diferentes. Si estos sistemas no se pueden comunicar entre sí, es una gran, gran barrera”.

– EPIDEMIÓLOGO EN PUBLIC HEALTH-SEATTLE & KING COUNTY

la intervención de reconexión si (1) viven con VIH; (2) no han fallecido o sido transferidos; (3) completaron al menos una visita en los últimos 1,000 días; y (4) no han efectuado una visita en los últimos 12 meses anteriores a la fecha en la cual se extrajeron sus datos. Aunque las definiciones sobre interrupción de la atención médica se basan en mediciones nacionales de la calidad del cuidado de VIH, desarrolladas por agencias como el CDC, hay oportunidades para adaptarlas de manera tal que reflejen el contexto local.

Las modificaciones sugeridas de esta definición incluyen:

- Extender el tiempo desde la última visita de al menos 12 meses a al menos 15 meses, para excluir a los pacientes que están recibiendo atención pero solo van cada 13 o 14 meses,
- Centrarse en la supresión viral en la última visita médica en lugar de en la ausencia de resultados de laboratorio recientes, y
- Agregar tres o más ausencias en el último año a la lista de criterios.

- b. *Genere una lista de pacientes:* Realice una búsqueda dentro del sistema de datos para encontrar pacientes que cumplan con los criterios de la definición local de interrupción de la atención médica. Genere la lista mediante la realización de consultas en el sistema de registros médicos electrónicos o mediante el análisis de la información de los pacientes en la base de datos utilizada en el centro de atención. Extraiga la lista de pacientes con interrupción de su atención médica y asegúrese de que la información esté organizada en un formato accesible. Los pacientes derivados al especialista de conexión pueden ser también incluidos en esta lista. Excluya a los pacientes de los cuales haya evidencia de que se mudaron, se están atendiendo en otro lugar, se reconectaron por su cuenta, o que hayan reportado que ya habían regresado a los servicios de atención cuando fueron contactados. Esto facilitará la generación de una lista precisa de pacientes que han sufrido una interrupción de su atención médica y, más adelante, la evaluación del verdadero impacto de la intervención.

“Había varias otras maneras en que las personas llegaban a mí. Tomaba derivaciones de proveedores, trabajadores sociales y coordinadores de atención de pacientes que realizaban los fichajes con los pacientes. A veces, esos pacientes eran derivaciones nuevas que después nunca se presentaban para su primera cita. También recibía una lista de personas que estaban internadas en el Harborview Hospital con VIH o que habían dado positivo en la prueba de VIH. Echaba un vistazo rápidamente a esa lista todos los días y veía si había alguien que era paciente en nuestra clínica y que no había aparecido en un buen tiempo”.

3. Comparta información con el departamento de salud para su comparación con el Registro de Monitoreo de VIH

- a. *Establezca un acuerdo de utilización de datos:* Antes de compartir los datos, puede que sea necesario establecer un acuerdo de utilización de datos entre el departamento de salud y su organización. Los datos compartidos se consideran información de salud protegida (PHI, por sus siglas en inglés) y pueden estar sujetos a las normas de privacidad de HIPPA. Discuta el protocolo que la organización necesitará seguir para acceder y utilizar esos datos.
- b. *Comparta datos de forma segura:* Establezca el método preferido para transmitir datos de pacientes de forma segura entre su organización y el departamento de salud. Ejemplos de métodos seguros incluyen un protocolo seguro de transferencia de archivos (SFTP) u otro sistema web de manejo de casos o monitoreo de enfermedades que facilite el intercambio de datos y la coordinación. Una vez que el mecanismo de intercambio de datos esté establecido, su clínica enviará al departamento de salud, local o estatal, la lista de pacientes que cumplan con los criterios que indican que su atención médica está interrumpida. El departamento de salud entonces comparará la lista con su información de monitoreo de VIH, utilizando el eHARS u otra base de datos que almacene datos de monitoreo de VIH. El departamento de salud identificará a los pacientes que hayan sido transferidos para su atención de VIH a otro lugar, se hayan mudado, fallecido o estén encarcelados, y designará a estos casos como “no contactar”. No se le requiere al especialista de conexión investigar estos casos ni tratar de contactarlos. Este proceso de intercambio de datos es beneficioso tanto para su clínica como para el departamento de salud.

Las normas de su jurisdicción indican si los laboratorios deben reportar resultados de CD4 y carga viral al departamento de salud. Los informes de los laboratorios pueden incluir nombres de los proveedores médicos

“La clave es conseguir más que esas coincidencias. Quieres más que el nombre, la fecha de nacimiento y el género asignado al nacer. Como programa de monitoreo, necesitas más datos. Por ejemplo, la fecha en que un paciente estuvo por última vez en tu clínica, el género actual, su riesgo de exposición—los departamentos de salud están completando sus datos de monitoreo al mismo tiempo”.

– EPIDEMIÓLOGO EN PUBLIC HEALTH-SEATTLE & KING COUNTY

o de las clínicas médicas que pidieron las pruebas de laboratorio y pueden ser usados para identificar a pacientes que pueden haber transferido su atención médica hacia otras clínicas. El personal de monitoreo compara anualmente los registros de casos de VIH con los registros de fallecimientos. Algunos departamentos de salud investigan individualmente todos los casos para los cuales no se han reportado CD4 o cargas virales por un determinado periodo de tiempo (por ejemplo, dentro de un año de medición cuando se usa la definición de interrupción de la atención médica establecida por el CDC).

Después de que la primera lista de pacientes con una interrupción en la atención médica haya sido comparada con los datos de monitoreo del departamento de salud, se determinará con qué frecuencia se generarán

y se compararán las listas con los datos del departamento de salud. Esta frecuencia puede ser:

- Establecida por la clínica (por ejemplo, la clínica determina cuán frecuentemente requerirá listas actualizadas al departamento de salud),
- En base a la capacidad operativa del personal, o
- Según lo determinado en las conversaciones iniciales con el departamento de salud o luego de que el personal de la clínica comience las investigaciones de la lista inicial de pacientes que han sufrido una interrupción en su atención médica.

4. Revise la lista recibida desde el departamento de salud

- a. *Establezca prioridades en la lista de pacientes:* Antes de contactarse con los pacientes, analice cómo establecer sistemáticamente las prioridades de su lista de pacientes. Por ejemplo, quizás pueda fijar prioridades mediante la determinación de cuánto personal equivalente a empleados de tiempo completo (FTE, por sus siglas en inglés) necesita para reinvolver a un cierto número de personas con VIH dentro

de los servicios de atención. (Un FTE se define como la cantidad de horas trabajadas por un empleado de tiempo completo. Dos empleados de medio tiempo son equivalentes a un FTE).

Alternativamente, puede fijar prioridades basándose en las prioridades de la organización o los criterios locales (por ejemplo, mediante la selección de pacientes que no presentaban supresión viral en la última visita, centrándose en las poblaciones prioritarias, o en pacientes de un código postal específico). Por ejemplo, si uno de sus objetivos es mejorar la supresión viral para los pacientes negros, considere fijar prioridades de alcance de pacientes en estas comunidades y hacer un esfuerzo coordinado para reinvolverarlos en los servicios de atención. Para aumentar la eficiencia y la eficacia de los esfuerzos de conexión con los servicios de atención, es útil que la lista de pacientes sea práctica y de uso específico.

La herramienta para el *Establecimiento de prioridades de una lista de pacientes con interrupción de su atención médica de VIH* ofrece un método para la priorización de dichos pacientes y para determinar el nivel de esfuerzos de personal que se requiere para reinvolverarlos. (Vea el cuadro Recursos Adicionales).

“También miraba para ver si había pacientes que tuviesen algún formulario activo de ‘Divulgación de información’ para otras agencias de servicios o algo con su trabajador social. Hablaba con enfermeros y trabajadores sociales, visitaba pacientes que aparecían como internados si habían sido admitidos en el hospital. Nos presentamos, tratamos de conocernos un poco, y les recordamos que realmente nos gustaría que vengan a la clínica, que nos importan, y que queremos hacérsela lo más fácil posible”.

5. Reinvolucrar a los pacientes en los servicios de atención

a. *Designe especialistas de conexión:* Utilice el tamaño de la población que parezca necesitar asistencia para la reconexión para determinar la cantidad de especialistas de conexión que se necesitan para implementar la intervención. Antes de contratar nuevo personal, pida al personal existente que determine cuánto tiempo se requiere para las actividades de la intervención y la tasa de éxito de dichas actividades.

b. *Establezca un protocolo de comunicación:* Antes de comenzar a contactar pacientes, defina los pasos concretos para hacerlo. Dependiendo de las políticas de las clínicas, los métodos de comunicación pueden ser llamadas telefónicas, mensajes de texto, correo electrónico y correspondencia con proveedores u organizaciones externas. El protocolo utilizado por los intervencionistas en la Clínica Madison incluía los siguientes pasos, en orden de prioridad:

1. Tres intentos de contacto telefónico a los números de teléfono registrados,
2. Un intento por correo electrónico si la dirección está disponible,
3. Un intento de contacto mediante agencias externas para las cuales haya un *Formulario de Divulgación de Información* archivado en los documentos médicos o de gestión del caso, y
4. Un intento mediante una llamada al contacto de emergencia designado.

Si el especialista de conexión se comunica con alguien que no sea el paciente (por ejemplo, un familiar o amigo), debe indicar su nombre y solicitar ayuda para contactarse con el paciente. El especialista de conexión no debe hablar sobre el motivo de la llamada ni identificar a la clínica, hospital u otra organización en la cual esté localizada la clínica.



c. *Reconectar y retener pacientes:* Para una exitosa prestación de servicios, primero desarrolle las definiciones operativas para reconexión y retención, y después genere y ejecute un plan para reconectar a los pacientes con la atención médica. La Clínica Madison definió *reconexión* como el haber completado al menos una visita dentro de los 12 meses y *retención* como el haber completado dos o más visitas con tres o más meses de diferencia entre sí. Esta medición de la atención es consistente con las mediciones de desempeño de la Oficina de VIH/SIDA de la HRSA (HRSA/HAB). La Clínica Madison utilizó retención como una medida de resultados para evaluar la intervención original. Sin embargo, el especialista de conexión no utilizó la retención como una medida de evaluación de sus actividades durante la implementación de la intervención.

d. *Pasos en un plan de reconexión:*

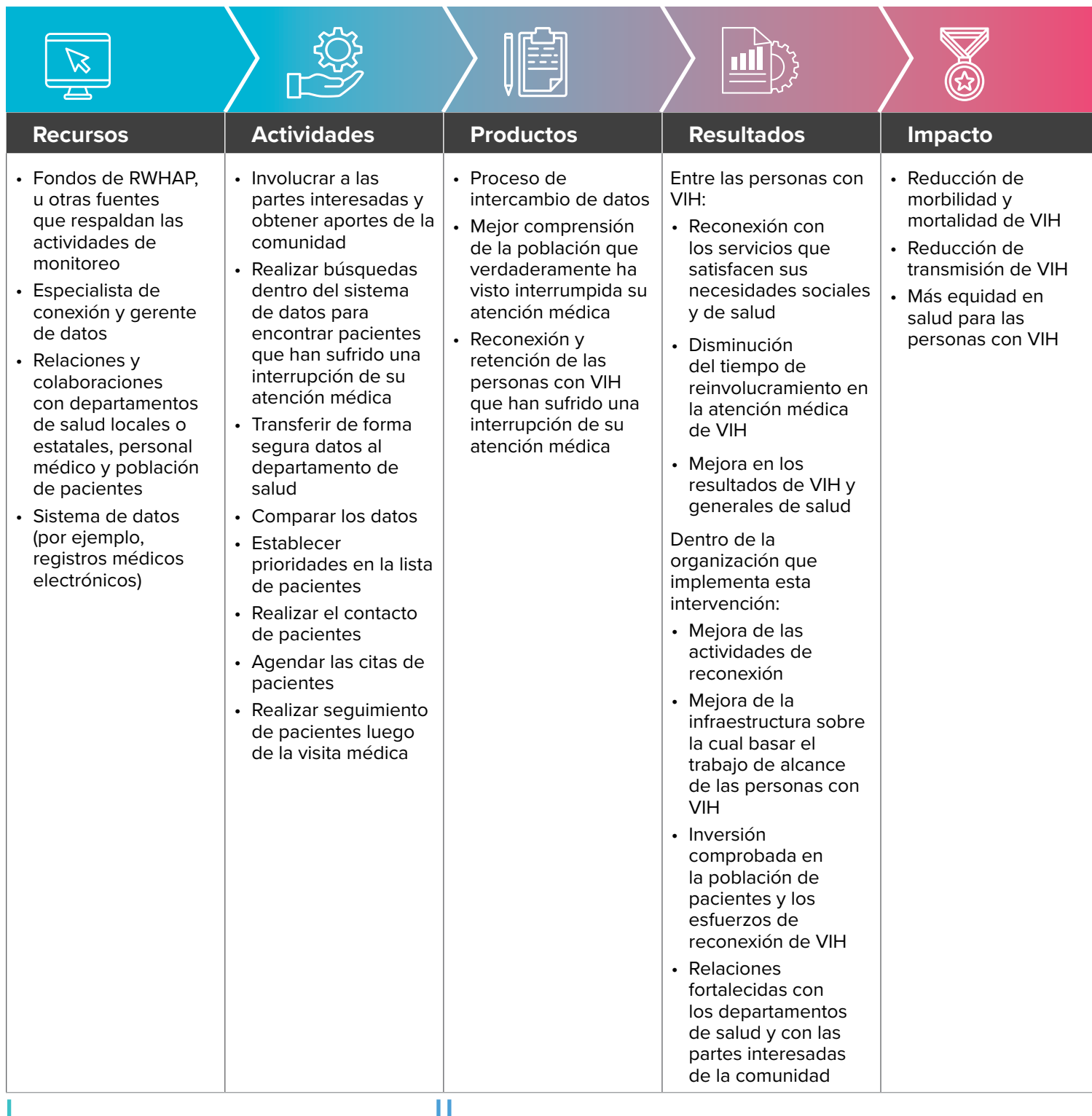
1. *Indague sobre el alejamiento del paciente de la atención médica y evalúe su interés en el reinvolucramiento:* Cuando un especialista de conexión contacta a un paciente, debería indicar su nombre, afiliación y el motivo de la llamada. El especialista de conexión preguntará luego si el paciente ha estado efectivamente ausente de la atención médica de VIH por un año o más. Si el paciente tuvo una interrupción de su atención médica, el especialista de conexión indicará su interés en ayudar al paciente a reconectarlo con la misma.
2. *Conéctese con el personal clínico adecuado para agendar citas de seguimiento para los pacientes:* El especialista de conexión trabaja con el paciente, su gestor de caso, el proveedor médico y el personal administrativo y de triaje para agendar una cita de seguimiento. Ya que el especialista de conexión funciona como el enlace directo

entre el paciente y los proveedores, es útil que se conecte directamente con los proveedores para agendar las citas de los pacientes. Los proveedores podrían entonces priorizar a los pacientes del especialista y estar dispuestos a forzar su agenda para darles una cita o darles un turno que había sido bloqueado. A lo largo de este proceso, puede ser útil también que el especialista de conexión esté en contacto con el especialista en intervenciones de enfermedades (DIS) en el departamento de salud para informarlo sobre novedades relevantes y abordar dificultades sobre el agendamiento de citas de seguimiento para pacientes.

3. *Realice seguimiento y recordatorios de citas:* El especialista de conexión hace recordar a los pacientes sobre sus citas según sea necesario y realiza el seguimiento para confirmar que hayan asistido.

Modelo lógico

Los modelos lógicos son herramientas efectivas para ayudar en la planificación, implementación y manejo de intervenciones. A continuación está el modelo lógico que destaca los recursos, actividades, productos, resultados e impactos de la intervención Basada en Clínicas y Respalada por el Monitoreo descrita a lo largo de esta guía.



Trabajo planificado

Resultados esperados

Consideraciones y requerimientos para la contratación de personal

Competencias del personal

Esta fue la plantilla de personal que implementó la intervención CBSI en la Clínica Madison:

- *Gerente de datos:* Las responsabilidades del gerente de datos incluyen:
 - Identificar pacientes dentro del sistema de registros médicos electrónicos de la clínica que cumplan con los criterios de la definición local de interrupción de la atención médica;
 - Consolidar y coordinar la transferencia de información de los pacientes hacia los epidemiólogos de monitoreo de VIH de salud pública para la comparación de datos; y
 - Compartir con el especialista de conexión la lista de pacientes con interrupción de su atención médica recibida desde el departamento de salud.
- *Especialista de conexión:* El especialista de conexión investiga cada caso elegible, intenta contactar a pacientes y los asiste con el agendamiento y cumplimiento de sus visitas médicas. Para reconectar y retener a pacientes que tienen su atención médica interrumpida, el especialista de conexión trabaja también en otros equipos con los gestores de casos, proveedores médicos y el personal administrativo y de triaje. Las responsabilidades del especialista de conexión incluyen:
 - Buscar en el sistema de registros médicos electrónicos la información sobre la condición de cada paciente e intentar contactarlo;
 - Agendar citas de seguimiento, hacer recordar a los pacientes sobre sus citas según sea necesario y realizar el seguimiento para confirmar que hayan completado su cita de reconexión; y
 - Hacer seguimiento de pacientes hasta que hayan completado una cita, hayan rechazado volver a la clínica para atenderse o hayan sido derivados al departamento de salud para un posterior contacto de parte de un DIS u otros trabajadores de alcance. El contacto del especialista de conexión con los pacientes será principalmente por teléfono. Cuando sea necesario, el especialista de conexión podrá ofrecer a los pacientes reunirse fuera de la clínica, ayudarlos con el transporte o, en caso de pacientes hospitalizados, visitarlos en las unidades de internación. El especialista de conexión también asiste a sesiones de capacitación y reuniones periódicas relativas al involucramiento en la atención médica de VIH y el uso de tratamientos antirretrovirales.

Características del personal

Las competencias principales de todo el personal deberían incluir:

- Un comportamiento amable y flexibilidad en identificar las necesidades individuales de cada paciente;
- Capacidad para sistemáticamente aplicar definiciones, rastrear información y realizar investigaciones;
- Experiencia con navegación de pacientes o en organizaciones comunitarias de VIH;
- Conocimiento de la clínica y sus dinámicas;
- Dominio del inglés y el español (u otros idiomas según las necesidades locales);
- Capacidad demostrada para trabajar con poblaciones diversas de pacientes afectadas por el VIH, incluyendo personas con problemas de salud mental y conductuales;
- Experiencia en el trabajo con pacientes y en la navegación de los sistemas de salud; y
- Una orientación centrada en los pacientes.

Consejos para la replicación de los procedimientos de la intervención y el involucramiento de pacientes

Una replicación exitosa de la intervención CBSI implica crear y mantener relaciones, establecer procesos claros de monitoreo y conexión e investigar normas.

- *Crear y mantener relaciones:* Las intervenciones respaldadas por datos involucran varias partes interesadas, incluyendo al personal de la clínica y del departamento de salud. El intercambio de información de pacientes puede potenciar los esfuerzos, tanto locales como nacionales, para mejorar los resultados de salud de personas con VIH que han sufrido una interrupción de su atención médica. Los sistemas y las instituciones pueden trabajar en forma aislada por varias razones (por ejemplo, restricciones de financiamiento, normas sobre el intercambio de datos). Al fomentar las colaboraciones entre los departamentos de salud y las clínicas de VIH, la intervención CBSI, y otros modelos similares respaldados por datos, pueden superar el aislamiento e incrementar el impacto de las medidas de reconexión y retención.

Para crear y mantener la sinergia entre el departamento de salud y su clínica, considere:

- Investigar cómo su departamento de salud local o estatal ha trabajado históricamente con su clínica o con clínicas similares en su región;
- Conectarse con el personal del departamento de salud para preguntarle sobre los esfuerzos de conexión a los servicios de atención que estén llevando a cabo, y la voluntad de dicho personal para replicar esta intervención; y
- Comunicar cómo los esfuerzos respaldados por datos, como el programa Data to Care (de la información a la atención), beneficiará los esfuerzos de atención y prevención de VIH del departamento de salud, así como la necesidad de realizar esta colaboración en su clínica. Un programa Data to Care es una estrategia de salud pública que usa datos de monitoreo de VIH y otras fuentes de información para identificar personas con VIH que no están dentro de los servicios de atención, conectarlos adecuadamente a los servicios médicos y sociales y, en última instancia, apoyar al espectro de la atención de VIH.



- *Establezca procesos claros de monitoreo y conexión:* La intervención CBSI tiene dos componentes específicos que se concentran en (1) monitoreo y (2) reconexión. Las clínicas pueden planificar eficazmente cómo identificar y reconectar a pacientes que han sufrido una interrupción de su atención médica mediante el desarrollo de pasos accionables. Para diseñar estos pasos, el personal de la clínica debería tener conversaciones internas sobre los objetivos de la organización y sobre la operacionalización de un marco de trabajo respaldado por datos que considere la infraestructura existente, las avenidas de financiamiento y los recursos.
- *Investigue sobre la reglamentación:* La privacidad de la información sigue siendo una prioridad clave para los sistemas de monitoreo de VIH. Como resultado, las normas locales que gobiernan el intercambio de datos de pacientes entre los departamentos de salud y las clínicas pueden ser diferentes. Las jurisdicciones como el estado de Washington permiten el intercambio de datos de VIH entre los departamentos de salud y los proveedores de atención médica, lo cual ayudó a facilitar esta intervención. Antes de implementar la intervención, analice las normas en la jurisdicción local y evalúe si la ley permite que el departamento de salud local o estatal intercambie información de VIH de pacientes para promover y mejorar la conexión y la retención de personas con VIH.

Asegurar la aceptación

El éxito de la intervención depende de que sea aceptada por los pacientes, los proveedores de atención médica y los departamentos de salud. Es importante incorporar las perspectivas de las personas con VIH que hayan recibido servicios de reconexión, personal involucrado en la prestación de servicios y de los equipos de monitoreo de los departamentos de salud. La evaluación de las perspectivas de los pacientes y el personal sobre las intervenciones basadas en datos de monitoreo puede ser útil para respaldar actividades y fortalecer el apoyo de la comunidad.

Por estas razones, la Clínica Madison realizó entrevistas cualitativas con pacientes y proveedores en 2010. La clínica entrevistó a 20 personas que tenían niveles de ARN-VIH >10,000 copias/mL en 2009-2010 y que fueron seleccionadas aleatoriamente de los datos de monitoreo de VIH. La clínica también entrevistó a 15 proveedores de atención médica.⁹

Las entrevistas revelaron que los pacientes, casi uniformemente, consideraron que la intervención era prometedora. Más específicamente, los participantes expresaron interés en recibir una mayor asistencia para la conexión, tales como el seguimiento constante y la vinculación con servicios integrales y la atención médica de calidad.⁹ Algunos proveedores estaban deseosos de conseguir que los pacientes volviesen a la clínica y desarrollar una rutina para identificar pacientes que estaban a riesgo de interrumpir su atención médica. Otros proveedores estaban preocupados sobre la seguridad de la información y las percepciones de los pacientes sobre los sistemas de monitoreo de salud.

Los resultados de estas entrevistas fueron presentadas al consejo de planificación de la Clínica Madison y a la junta asesora comunitaria. Estas presentaciones se centraron en:

- Cómo funcionarían las actividades basadas en clínicas y respaldadas por el monitoreo;
- Roles del personal; y
- Los estándares de atención médica actuales (por ejemplo, el umbral del recuento de células CD4 que justificaría que el personal contacte a los pacientes).



La realización de evaluaciones con pacientes y proveedores de atención médica podría permitir a las clínicas presenciar la aceptación de la intervención por parte de las comunidades afectadas y los proveedores de atención médica. Para fomentar el involucramiento en la atención de VIH, las clínicas deberían realizar evaluaciones con un subconjunto de la población de pacientes para recopilar sus puntos de vista sobre el contacto iniciado por el departamento de salud.

Las relaciones con el liderazgo de la clínica y su apoyo también son fundamentales para el éxito de la intervención. Estas relaciones son especialmente útiles si surgen desafíos que un gerente de datos o especialista de conexión no puede resolver. Los líderes pueden dar fe del proyecto como una iniciativa importante que merece apoyo. Además, el tener relaciones sólidas con el personal de la clínica permite que el especialista de conexión pueda colaborar en distintas tareas y recopilar información sobre pacientes que podrían estar asignados a un proveedor.

Cuando el personal se conecta con las organizaciones de servicios sociales externas que ofrecen servicios generales, los pacientes reciben varios beneficios. Estas conexiones permiten al personal utilizar las relaciones existentes con los proveedores y adaptar las derivaciones con base a las experiencias de vida y las necesidades del paciente.

Superación de los desafíos de la implementación

La intervención CBSI es multifacética, y su implementación puede ser compleja. Los desafíos previstos, así como las posibles soluciones, se describen a continuación.

- **Falta de apoyo administrativo:** Busque maneras de mantener las actividades de conexión. Si las actividades no son apoyadas y mantenidas, pueden llegar a dejar de ser una prioridad para la organización debido a la cantidad de tiempo y esfuerzo requerido para reconectar a los pacientes con la atención médica.
- **Barreras para la atención médica:** Para abordar los determinantes sociales de la salud interconectados que pueden terminar en barreras para el acceso a la atención médica, las organizaciones deberían considerar ofrecer tarjetas de regalo y conectarse con las agencias de servicios locales.
- **Desafíos del intercambio de información:** La recopilación de información sobre las políticas vigentes de la clínica, así como las lecciones aprendidas de otras intervenciones, puede mejorar el proceso de intercambio de datos.
- **Falta de derivaciones:** Instruya a los doctores sobre la intervención para facilitar las derivaciones.

- **Gestión de datos:** Use una base de datos que permita al personal la recopilación, extracción y análisis de datos de pacientes.
- **Agotamiento del personal:** Si el especialista de conexión no puede conectar exitosamente a los pacientes con la atención médica a pesar de todos los esfuerzos realizados, puede llegar a sentirse desalentado y decepcionado. Encuentre maneras de aumentar la confianza del personal y resalte el trabajo que realizan para conectar a personas con VIH con los servicios de atención. Reúnanse consistentemente con el personal para abordar las dificultades en tiempo real y prevenir el agotamiento.
- **Roles del personal indefinidos:** Sea claro sobre los roles y responsabilidades y cómo estos pueden superponerse a veces. Por ejemplo, indique quién se comunicará con el departamento de salud si un paciente no puede ser contactado y quién gestionará y actualizará la lista de pacientes con interrupción de su atención médica.
- **Demora en el intercambio de datos:** Asegure que la extracción de datos y la comparación de datos de monitoreo sean realizadas de manera oportuna. Al mejorar la puntualidad del intercambio de datos, las organizaciones pueden asegurarse de tener, por ejemplo, la información de los pacientes más actualizada posible, lo cual puede facilitar los esfuerzos de conexión.¹¹
- **Objetivos a largo plazo:** Aunque el completar una visita médica se considera como una señal de reconexión, es beneficioso enfocarse en un involucramiento sostenido en la atención médica. El especialista de conexión puede trabajar con los proveedores médicos para recopilar información sobre las dificultades para un involucramiento sostenido en la atención médica y abordar esos factores con los pacientes.
- **Involucramiento limitado:** Las actividades de comparación y alcance pueden resultar en leves mejorías en los resultados de involucramiento y retención entre la población de pacientes. Sin embargo, es importante reconocer el valor de involucrar a personas con VIH, cualquiera sea la cantidad, y no depender únicamente de números absolutos.



Adaptación de la intervención original

En respuesta al compromiso de Seattle-King County de alcanzar los objetivos de VIH 90-90-90 de las Naciones Unidas¹² y el impacto limitado que dos intervenciones de reinvolucramiento en la atención médica de VIH (incluyendo la intervención CBSI) han tenido sobre el alcance de la supresión viral, los desarrolladores de la intervención CBSI han explorado modelos alternativos de prestación de servicios. También determinaron que el logro de mejoras adicionales en la supresión viral requiere un enfoque más significativo sobre cambios a nivel individual y estructural.¹² Por lo tanto, ellos utilizaron la intervención CBSI como un catalizador para el desarrollo de modelos de atención diferenciada en la Clínica Madison.

La clínica creó las clínicas de Asistencia Moderada (Mod) y Asistencia Máxima (Max) para abordar las barreras para el acceso a la atención médica de VIH causados por factores de los sistemas de salud (por ejemplo, disponibilidad de citas, necesidad de agendar citas con anticipación) y dificultades psicosociales (por ejemplo, consumo de drogas, vivienda inestable, trastornos de salud mental y conductual). Los pacientes que no son reconectados con éxito a la atención médica a través de los esfuerzos de alcance de la clínica son derivados a una de las clínicas mencionadas.

La clínica Mod sigue un modelo flexible, sin cita previa. Un porcentaje de los pacientes son atendidos como en triaje. Los pacientes pueden concurrir a la clínica Mod para necesidades agudas y allí se les ofrecen niveles más amplios de atención médica. Los pacientes que alcanzan la supresión viral pero se pierden las citas continuadas pueden elegir concurrir a la clínica Mod, la cual ofrece una opción de recetas médicas para el tratamiento antirretroviral sin necesidad de cita previa.

La clínica Max sigue un modelo de atención médica de alta intensidad, incentivada y de mínimos requisitos para el abordaje de pacientes con necesidades médicas y sociales complejas. Esta atiende al subconjunto de pacientes que:

- No habían logrado la supresión viral al momento de su última prueba de la carga viral,
- No están tomando más un tratamiento antirretroviral, o
- No están involucrados en la atención médica aún luego de un trabajo de alcance de baja intensidad y ofrecimiento de ayuda.¹³

Cuadro 2 — Cuadro de adaptación

 Modelo original	 Adaptación	 Justificación
<p>Modelo uniforme de atención médica basado en clínicas y respaldado por el monitoreo</p>	<p>Modelos diferenciados de atención</p>	<p>Los servicios de reinvolucramiento no llegaron exitosamente a las personas con vivienda inestable, trastornos de consumo de drogas y psiquiátricos.</p> <p>Al momento de la inscripción, la mayoría de los pacientes de la clínica Max estaban consumiendo activamente drogas o niveles nocivos de alcohol (86 por ciento), habían recibido diagnóstico de alguna condición psiquiátrica (71 por ciento), estaban en una situación de vivienda inestable (65 por ciento) y tenían antecedentes de encarcelamiento (42 por ciento).</p>

Las clínicas Max y Mod son intervenciones novedosas que apuntan a satisfacer las necesidades médicas y sociales de personas con VIH que han sufrido una interrupción de su atención médica. Las clínicas apuntan a ayudar a pacientes a lograr la supresión viral y un involucramiento sostenido en la atención médica. Ambas clínicas muestran las posibilidades que hay en el campo de la atención médica de VIH y de qué manera los servicios integrales y personalizados pueden mejorar la reconexión y los resultados generales de salud.

Cuadro 3 — Componentes de la clínica Max que eran diferentes del enfoque estándar de atención

Acceso de baja dificultad	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso a la atención médica sin cita previa 5 tardes por semana • Acceso a la gestión de casos médicos y no médicos 5 días por semana sin cita previa • Mensaje de texto y teléfono directo para acceder a los gestores de caso
Apoyo de alta intensidad	<ul style="list-style-type: none"> • Los gestores de caso proporcionan coordinación de atención médica, navegación y apoyo^a • Los gestores de casos médicos tienen una carga de trabajo baja (~50 pacientes) en comparación con el estándar de atención (~150 pacientes)
Incentivos	<ul style="list-style-type: none"> • Cupones de comida por \$10 dólares hasta una vez por semana • Snacks disponibles en cada visita • Pases sin costo para autobuses para brindar apoyo con el transporte sin restricciones • Teléfonos celulares^b • Incentivos de dinero en efectivo para visitas con extracción de sangre^c • Incentivos de dinero en efectivo para la supresión viral^d (VIH ARN < 200 copias/mL)
Coordinación de atención médica intensificada	<ul style="list-style-type: none"> • Los gestores de casos sirven como el contacto principal para los pacientes, los proveedores y para coordinación entre la clínica Max y otras agencias, incluyendo: <ul style="list-style-type: none"> • Equipo de planificación de liberación en las prisiones de King County • Agencias de gestión de casos de vivienda y salud mental • Programas diarios con ayuda para la adherencia a la medicación • Enfermeros gestores de tratamiento con opioides y proveedores de metadona en el consultorio
Coordinación de atención médica de transición	<ul style="list-style-type: none"> • El personal recibe alertas automáticas cuando los pacientes son atendidos en la sala de emergencias o admitidos en un hospital del sistema médico de la Universidad de Washington • El personal de la clínica Max trabaja con equipos médicos de internación para planificar la transición a la atención ambulatoria y la visita a la clínica Max el día del alta médica

^a Especialistas en intervención de enfermedades de salud pública que se especializan en el reinvolucramiento en la atención médica de VIH.


^b Los pacientes recibieron teléfonos celulares si los necesitan solo en los primeros 2 años de la intervención.

^c Durante el periodo de este análisis: \$50 hasta una vez cada 2 meses; al momento de este informe: \$25 hasta cada 2 meses.

^d Durante el periodo de este análisis: \$100 hasta una vez cada 2 meses y un bono de \$100 por única vez para la tercera vez consecutiva de una carga viral suprimida; al momento de este informe: \$50 hasta una vez cada 2 meses.

Reimpreso de Dombrowski, J.C., Galagan, S.R., Ramchandani, M., Dhanireddy, S., Harrington, R.D., Moore, A., Hara, K., . . . Golden, M.R. (2019). HIV care for patients with complex needs: a controlled evaluation of a walk-in, incentivized care model. *Open Forum Infectious Diseases* 6(7): ofz294. Copyright 2019 Oxford University Press. Reproducido sin modificaciones bajo la licencia internacional Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>. Texto completo disponible en <https://academic.oup.com/ofid/article/6/7/ofz294/5523775>.

Cuadro 4 — Resultados de la intervención



Modelo original ^a	Adaptación ^b
<ul style="list-style-type: none"> • 15 por ciento de los pacientes reconectados con la atención médica • 20 por ciento de pacientes contactados por el especialista de conexión • 42 por ciento de los pacientes reconectados con la atención médica y suprimidos viralmente (controles históricos) • 43 por ciento de los pacientes reconectados con la atención médica y suprimidos viralmente (cohorte de la intervención) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora de la supresión viral antes y después tanto en los pacientes de la clínica Max y en los pacientes del grupo de control con atención médica estándar: <ul style="list-style-type: none"> • Pacientes de la clínica Max: Del 20 por ciento al 82 por ciento (P < .001) • Controles históricos: Del 51 por ciento al 65 por ciento (P = .04) • Los pacientes de la clínica Max tenían > 3 veces las probabilidades que los del grupo de control de lograr la supresión viral (después del ajuste de las diferencias por vivienda inestable, consumo de drogas y diagnóstico psiquiátrico)

^a Bove, J. M., Golden, M. R., Dhanireddy, S., Harrington, R. D., & Dombrowski, J. C. (2015). Outcomes of a clinic-based surveillance-informed intervention to relink patients to HIV care. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes (1999)*, 70(3), 262–268. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000000707>

^b Dombrowski, J. C., Galagan, S.R., Ramchandani, M., Dhanireddy, S., Harrington, R. D., Moore, A., Hara, K., Golden, M. R. (2019). HIV care for patients with complex needs: a controlled evaluation of a walk-in, incentivized care model. *Open Forum Infectious Diseases*, 6(7), July 2019, ofz294. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofz294>

Nota: Los resultados de la clínica Mod no fueron completamente evaluados o publicados en el momento del desarrollo del presente manual.

Promover la continuidad del proyecto

Para mantener exitosamente esta intervención, los resultados del proyecto deben ser consistentemente monitoreados y evaluados. Los programas basados en datos de monitoreo requieren gran cantidad de recursos. Estos esfuerzos pueden ser evaluados enfocándose en el número de pacientes que finalmente son reconectados a la atención médica. Para hacer esto, complete evaluaciones continuas del proceso y de los resultados que incluyan documentación de lo siguiente:

- Cantidad de casos cerrados por el especialista de conexión;
- Cantidad de pacientes que verdaderamente han sufrido una interrupción de su atención médica;
- Número estimado de pacientes que el personal de la intervención piensa que se hubieran reinvolverado en la atención sin la intervención; y
- Cantidad de pacientes conectados con la atención médica como resultado de la intervención.

Mediante estos pasos proactivos para medir el éxito de los esfuerzos de reconexión, su clínica puede identificar áreas de mejora que puedan aumentar la cantidad de pacientes conectados con la atención y abordar las dificultades para el acceso a la misma. Ejemplos de estrategias potenciales para mejorar incluyen dedicar más tiempo para indagar en la lista de pacientes internados y enfocarse en pacientes que no se han presentado a las citas. También puede recolectar opiniones de especialistas de conexión, proveedores, personal, y directamente de pacientes de diversas maneras (por ejemplo, reuniones individuales o grupales, encuestas). Mediante la creación de un proceso intencional y consistente de intercambio de opiniones, puede asegurar que los esfuerzos de alcance sean eficaces y que las preocupaciones sean priorizadas y abordadas a medida que vayan surgiendo.

La Clínica Madison utilizó la retención, el haber completado dos o más visitas con tres o más meses de diferencia entre sí, como una medida de resultados durante su estudio de evaluación.

Estos enfoques de evaluación pueden ayudarle a explorar estrategias innovadoras y respaldadas por datos para ajustar la intervención, aumentar su impacto, demostrar cómo la intervención está funcionando y enfatizar ante las partes interesadas la importancia de la colaboración entre la clínica y el departamento de salud.

Análisis SWOT

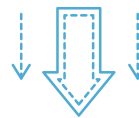
SWOT es un acrónimo de las palabras inglesas para fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas. Un análisis SWOT es un método de planificación estructurada que puede evaluar la viabilidad de un proyecto o intervención. Al realizar un análisis SWOT antes de implementar una intervención, las organizaciones pueden identificar proactivamente los desafíos antes de que ocurran y pensar cuál sería la mejor manera de aprovechar las fortalezas de la organización y las oportunidades de mejorar el desempeño futuro. Un análisis SWOT de la intervención CBSI en la Clínica Madison identificó lo siguiente:



FORTALEZAS

Esta intervención aumentará los resultados de reconexión y retención para pacientes que han sufrido una interrupción de su atención médica al:

- Construir un sistema centralizado que une el monitoreo con los datos de clínicas,
- Subsanan las carencias de los registros médicos que contribuyen a las inequidades en la salud,
- Presentar al departamento de salud o al personal clínico como un recurso para pacientes que han sufrido una interrupción de su atención médica,
- Generar una cantidad de casos que sea manejable, basada en los recursos del personal,
- Establecer relaciones sólidas entre el personal del departamento de salud y de la clínica,
- Demostrar el valor agregado para la clínica como resultado de tener un miembro del personal (por ejemplo, el especialista de conexión) que trabaja específicamente para familiarizarse con los pacientes que participaron al menos marginalmente en la atención; y
- Facilitar la extracción de los registros médicos de los pacientes y la evaluación de sus visitas recientes.



DEBILIDADES

Las agencias encontrarán dificultades para implementar la intervención CBSI sin:

- Una base de datos que permita al personal la recopilación, extracción y transmisión de datos de pacientes,
- Personal comprometido con experiencia en VIH, conexión y sistemas de datos de registros médicos electrónicos,
- Recursos para el personal para que puedan contactar a los pacientes (por ejemplo, teléfonos celulares, plataformas de redes sociales),
- Involucramiento significativo del liderazgo de la clínica y los proveedores,
- Relaciones y comunicación continua con las agencias locales de servicios sociales,
- Monitoreo y evaluación de las mediciones y procesos,
- Normas locales de intercambio de datos o acuerdos con los departamentos de salud locales o estatales, y
- Capacidad para agendar rápidamente una cita para un paciente una vez que haya sido contactado.



OPORTUNIDADES

La intervención CBSI ofrece oportunidades para:

- Comparar listas de pacientes con interrupción de su atención médica con los datos de monitoreo,
- Aprovechar el contexto general de la atención médica si la clínica está conectada a un sistema hospitalario (por ejemplo, departamento de emergencias, unidades de internación),
- Requerir más datos para cubrir vacíos potenciales en la información demográfica, y
- Optimizar los servicios de conexión y retención a través de un especialista de conexión que se conecta con el equipo clínico general.



AMENAZAS

Las amenazas al éxito de la intervención CBSI incluyen:

- Dificultad para asegurar financiamiento para mantener los sistemas de información y los servicios,
- Capacidad operativa del personal limitada debido a prioridades en pugna e insuficientes empleados de tiempo completo (FTE),
- Deficiente retención de personal debido a su agotamiento,
- Incapacidad para abordar las barreras para la atención médica complejas que surgen de los determinantes sociales de la salud interconectados,
- Falta de un sistema centralizado que fomente el compromiso entre las diferentes organizaciones, y
- Reasignación de fondos para cubrir otras necesidades urgentes que vayan apareciendo.



Conclusión

Para limitar la epidemia de VIH y mejorar los resultados de salud para las personas de VIH, la Clínica Madison implementó la intervención CBSI, permitiendo a las clínicas y a los departamentos de salud trabajar colaborativa e intencionalmente para abordar las brechas existentes en la conexión y la retención. Mediante la utilización de los datos de monitoreo para identificar con más exactitud y eficiencia a los pacientes con interrupción de su atención médica y desarrollar mecanismos integrales para conectar personas con VIH a la atención médica, las clínicas jugaron un papel esencial en la mejora de los resultados de salud para las poblaciones marginalizadas. Aún más, las actividades respaldadas por el monitoreo contribuyen a los esfuerzos nacionales para acabar con la epidemia de VIH. Estas también demuestran cómo una mejor infraestructura de datos dentro del sistema de salud pública promueve la equidad en la salud para las personas con VIH. Además, al adaptar los esfuerzos de conexión de la intervención CBSI para reducir las brechas de prestación de servicios para pacientes con dificultades complejas para el acceso a la atención médica, el personal y los proveedores clínicos han abordado más holísticamente las necesidades sociales y de salud interconectadas de los pacientes.

La intervención CBSI mostró una eficacia moderada pero estadísticamente significativa en la conexión de personas con VIH a la atención médica. En comparación con la cohorte histórica, el tiempo para el reinvolucramiento fue más corto entre los pacientes de la cohorte de la intervención (índice de riesgo ajustado = 1.7 [1.2–2.3]), y una proporción mayor fue reinvolucrada en los servicios de atención médica (15 por ciento vs. 10 por ciento).¹ La segunda iteración de la intervención, la cual incluye la creación de una clínica Max, destinada a involucrar a pacientes que tengan grandes dificultades para el acceso a los servicios de atención médica de VIH, mostró mejoras significativas en los resultados de supresión viral antes y después de la intervención (del 20 por ciento al 82 por ciento; $P < .001$) en comparación con controles históricos (51 por ciento a 65 por ciento; $P = .04$).¹³

Recursos adicionales

Hoja de datos del programa Ryan White de VIH/SIDA

hab.hrsa.gov/sites/default/files/hab/Publications/factsheets/program-factsheet-program-overview.pdf

Servicios del Programa Ryan White de VIH/SIDA: Aviso Aclaratorio 16-02 sobre las normas de utilización permitida de fondos e individuos elegibles

hab.hrsa.gov/sites/default/files/hab/program-grants-management/ServiceCategoryPCN_16-02Final.pdf

Resumen del análisis de costos de la Intervención Basada en Clínicas y Respaldada por el Monitoreo

CIEhealth.org/intervention/clinic-based-surveillance-informed/#resources

(Haga clic en el enlace debajo de la sección de Análisis de costos)

Calculador de análisis de costos CIE

CIEhealth.org/innovations

Estableciendo prioridades en una lista de pacientes que están fuera de los servicios de atención médica de VIH

<https://ciehealth.org/intervention/clinic-based-surveillance-informed/#resources>

(Haga clic en el enlace debajo de la sección de Recursos)

Notas finales

- ¹ Bove, J. M., Golden, M. R., Dhanireddy, S., Harrington, R. D., & Dombrowski, J. C. (2015). Outcomes of a clinic-based surveillance-informed intervention to relink patients to HIV care. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (1999), 70(3), 262–268. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000000707>
- ² Ramsey, S., Willke, R., Briggs, A., Brown, R., Buxton, M., Chawla, A., et al. Good research practices for cost-effectiveness analysis alongside clinical trials: the ISPOR RCT-CEA Task Force report. *Value Health J Int Soc Pharmacoeconomics Outcomes Res.* 2005 Oct;8(5):521–33.
- ³ Mauskopf, J.A., Sullivan, S.D., Annemans, L., Caro, J., Mullins, C.D., Nuijten, M., et al. Principles of good practice for budget impact analysis: report of the ISPOR Task Force on good research practices--budget impact analysis. *Value Health J Int Soc Pharmacoeconomics Outcomes Res.* 2007 Oct;10(5):336–47.
- ⁴ Malsby, C., Jain, K.M., Weir, B.W. et al. The Cost and Threshold Analysis of Retention in Care (RiC): A Multi-Site National HIV Care Program. *AIDS Behav* 21, 643–649 (2017). <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1623-3>
- ⁵ Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. HIV Surveillance Report, 2018 (Updated); vol. 31. <http://www.cdc.gov/hiv/library/reports/hiv-surveillance.html>. Publicado en mayo de 2020. Consultado el 4 de noviembre de 2020.
- ⁶ Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Monitoring selected national HIV prevention and care objectives by using HIV surveillance data—United States and 6 dependent areas, 2018. HIV Surveillance Supplemental Report 2020;25(No. 2). <http://www.cdc.gov/hiv/library/reports/hiv-surveillance.html> Publicado en mayo 2020. Consultado el 4 de noviembre de 2020.
- ⁷ Tripathi, A., Youmans, E., Gibson, J. J., & Duffus, W. A. (2011). The impact of retention in early HIV medical care on viro-immunological parameters and survival: a statewide study. *AIDS Research and Human Retroviruses*, 27(7), 751+. <https://doi.org/10.1089/aid.2010.0268>
- ⁸ HIV/AIDS Epidemiology Unit, Public Health—Seattle & King County and the Infectious Disease Assessment Unit, Washington State Department of Health. HIV/AIDS epidemiology report, second half 2012: Volume 81. <https://www.kingcounty.gov/depts/health/communicable-diseases/hiv-std/patients/epidemiology//media/depts/health/communicable-diseases/documents/hivstd/2012-second-half-hiv-aids-epidemiology-annual-report.ashx> Consultado el 4 de noviembre de 2020.
- ⁹ Dombrowski, J. C., Carey, J. W., Pitts, N., Craw, J., Freeman, A., Golden, M. R., & Bertolli, J. (2016). HIV provider and patient perspectives on the Development of a Health Department “Data to Care” Program: a qualitative study. *BMC Public Health*, 16, 491. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3152-4>
- ¹⁰ Cohen, S. M., Gray, K. M., Ocfemia, M. C. B., Johnson, A. S., & Hall, H. I. (2014). The status of the national HIV surveillance system, United States, 2013. *Public Health Reports*, 129(4), 335–341. <https://doi.org/10.1177/003335491412900408>
- ¹¹ Hall, H. I., Mokotoff, E. D., & Advisory Group for Technical Guidance on HIV/AIDS Surveillance (2007). Setting standards and an evaluation framework for human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome surveillance. *Journal of Public Health Management and Practice*, 13(5), 519–523.
- ¹² Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA). 90-90-90: Tratamiento para todos. Sin fecha. Extraído de <https://www.unaids.org/en/resources/909090> Consultado el 4 de noviembre de 2020.
- ¹³ Dombrowski, J. C., Galagan, S.R., Ramchandani, M., Dhanireddy, S., Harrington, R. D., Moore, A., Hara, K., Golden, M. R. (2019). HIV care for patients with complex needs: a controlled evaluation of a walk-in, incentivized care model. *Open Forum Infectious Diseases*, 6(7), July 2019, ofz294. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofz294>