



**Navegación de Pacientes Nuevos
Orientada al Cliente para Fomentar
la Conexión con el Tratamiento
(Client-Oriented New Patient
Navigation to Encourage Connection
to Treatment, Project CONNECT)**
Guía de implementación de E2i

Una intervención basada en evidencia, adaptada para el Programa Ryan White de VIH/sida (Ryan White HIV/AIDS Program) de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (Health Resources and Services Administration), que se centra en la participación en la atención médica de los hombres de color que tienen relaciones sexuales con hombres que tienen VIH mediante la orientación temprana a la clínica, la construcción de relaciones y un mejor contacto personal.

OTOÑO DE 2021



Autores

Desarrolladores de la intervención (Universidad de Alabama en Birmingham)

D. Scott Batey, PhD, MSW
Emma S. Kay, PhD, MSW
Stephanie Gaskin, MHA
Michael McMorris, MSW
Michael J. Mugavero, MD, MHSc

Otras personas que contribuyeron al desarrollo de la intervención

Ashley Bartee, MSW
Hannah Craft, MPH
Kathy Gaddis, MSW
Malcolm Marler, DMin, BCC
Lisa McCormick, DrPH
Meena Nabavi, MPH
James L. Raper, PhD, CRNP, JD
James Willig, MD, MSPH
Anne Zinski, PhD
los pacientes y el personal de la 1917
Clinic de la UAB

Centro de evaluación de E2i (Center for AIDS Prevention, Universidad de California en San Francisco)

Kimberly Koester, PhD
Starley Shade, PhD
Mary Guze, MPH
Beth Bourdeau, PhD
Andrés Maiorana, MA, MPH
Carol Dawson-Rose, RN, PhD, FAAN
Greg Rebchook, PhD
Janet Myers, PhD, MPH

Administración de Recursos y Servicios de Salud, Oficina de VIH/sida

Demetrios Psihopaidas, PhD, MA
Nicole Chavis, MPH
Stacy Cohen, MPH
Antigone Dempsey, MEd



Reconocimientos

Nos gustaría agradecer a las siguientes organizaciones por implementar la intervención en su organización. Agradecemos especialmente a las siguientes personas que lideraron la implementación en su organización y compartieron sus historias, experiencias y comentarios para esta Guía de implementación:

AIDS Taskforce of Greater Cleveland

Deairius Houston, Rashawn Bradford,
Anthony Forbes, Vesna Pasalic,
Rebecca Strong

Gracias también a Rachel Kohn, John Snow, Incorporated; y Erica Sawyer, Jordan Hutensky y Katie Burkhart de Fenway Health por diseñar la Guía de implementación.

California Prostitutes Education Project

Angela Green, Stephanie Cornwel,
AP Thomas, Sharon Broach,
Michelle Cunningham, Bambi Phu,
Shakema Snow, Michael Benjamin,
Lisa Ryan

Cita sugerida: *Navegación de Pacientes Nuevos Orientada al Cliente para Fomentar la Conexión con el Tratamiento (Project CONNECT): Guía de implementación de E2i*. Rockville, MD: Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Administración de Recursos y Servicios de Salud, Oficina de VIH/sida; 2021. Disponible en: [agregar enlace]

Nota: *Navegación de Pacientes Nuevos Orientada al Cliente para Fomentar la Conexión con el Tratamiento (Project CONNECT): Guía de implementación* no tiene derechos de autor y se puede usar y copiar sin permiso. Se agradece citar la fuente.

Declaración de financiación: La Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS) respaldó esta guía y este estudio bajo la subvención #U69HA31067 y #U90HA31099 para la iniciativa conocida como *Uso de intervenciones basadas en evidencia para mejorar los resultados de salud de las personas que tienen VIH*. La cantidad total de financiamiento fue de \$23,497,716. Esta información o contenido y conclusiones son de los autores y no deben interpretarse como la posición o política oficial ni que cuente con el apoyo de la HRSA, el HHS o el Gobierno de los EE. UU.

Índice

	Resumen ejecutivo	1	
	Introducción a la Guía de implementación	2	
	Descripción general de Project CONNECT	6	
	Elementos principales	11	
	Evaluación de E2i: Adaptaciones de Project CONNECT	14	
	Evaluación de E2i: Resultados de los cuidados continuos del VIH de Project CONNECT	15	
	Actividades de planificación	16	
	Evaluación de E2i: Resultados de la participación de Project CONNECT	21	
	Evaluación de E2i: Resultados de la implementación de Project CONNECT	22	
	Actividades de implementación	23	
	Retos, éxitos y aprendizajes de E2i	28	
	Programa destacado	29	
	AIDS Taskforce of Greater Cleveland	30	
	Apéndices	33	
	Apéndice A. Evaluación y ciencia de la implementación: Marco y métodos	34	
	Apéndice B. Lista de verificación de preparación de la organización	37	
	Apéndice C. Mejores prácticas generales para planificar la implementación de una estrategia de intervención	38	
	Apéndice D. Hoja de trabajo “Go Live” (Lanzamiento) de Project CONNECT	41	
	Apéndice E. Evaluaciones biopsicosociales recomendadas	47	
	Apéndice F. Listas de verificación para la implementación a nivel del cliente de Project CONNECT	49	



RESUMEN EJECUTIVO

El Project CONNECT es una intervención basada en evidencia desarrollada por expertos en VIH y miembros de la comunidad para mejorar los resultados de salud de las personas que tienen VIH, y que se adaptó para centrarse específicamente en hombres de color homosexuales, bisexuales, amantes del mismo sexo y otros hombres que tienen sexo con hombres. (Hombres de color HSH). La intervención incentiva a las personas que tienen VIH a participar en la atención médica primaria del VIH mediante la orientación temprana, la construcción de relaciones y un mejor contacto personal. Los clientes con un diagnóstico reciente de VIH, que vuelven a recibir atención o se transfieren de otra clínica reciben una orientación temprana de un coordinador de vinculación dentro de los cinco días hábiles después del contacto inicial. Durante la orientación, los clientes reciben una evaluación biopsicosocial, aprenden más sobre el cuidado que recibirán y establecen un horario para tener su primera visita de atención primaria. Los coordinadores de vinculación acompañan a los clientes a su primera visita de atención primaria y se comunican regularmente con el cliente para mantener un contacto personal. Se da a los clientes orientación adicional, administración de casos, servicios de apoyo y remisiones, según sea necesario.

Se desarrolló esta Guía de implementación para el **Uso de intervenciones basadas en evidencia para mejorar los resultados de salud de las personas que tienen VIH (E2i)**, que evaluó el Project CONNECT dentro del entorno del Programa Ryan White de VIH/sida (RWHAP) de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) y valoró su impacto. Se pueden encontrar herramientas de implementación, consejos y recursos adicionales fáciles de usar para respaldar la replicación de Project CONNECT en RWHAP y otras organizaciones de servicios contra el VIH en la [*Caja de herramientas de Project CONNECT E2i*](#).



i INTRODUCCIÓN A LA GUÍA DE IMPLEMENTACIÓN



INTRODUCCIÓN A LA GUÍA DE IMPLEMENTACIÓN

¿Qué es Project CONNECT?

Project CONNECT incentiva la participación de las personas homosexuales de color, bisexuales, amantes del mismo género y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH) con VIH en la atención médica primaria para el VIH mediante la orientación temprana, la construcción de relaciones y un mejor contacto personal. Los clientes con un diagnóstico reciente de VIH, que vuelven a recibir atención o se transfieren de otra clínica reciben una orientación temprana de un coordinador de vinculación dentro de los cinco días hábiles después del contacto inicial. Durante la orientación, los clientes comienzan a establecer una relación con la clínica, reciben una evaluación biopsicosocial, aprenden más sobre el cuidado que recibirán y establecen un horario para tener su primera visita de atención primaria para el VIH. Los coordinadores de vinculación acompañan a los clientes a su primera visita de atención primaria y se comunican regularmente con el cliente para mantener un contacto personal. Se da a los clientes orientación adicional, administración de casos, servicios de apoyo y remisiones, según sea necesario.

Propósito de la Guía de implementación

El propósito de esta Guía de implementación es dar información y herramientas esenciales y necesarias para comprender, planificar e implementar Project CONNECT en el RWHAP y otras organizaciones de servicios contra el VIH. Esta Guía es parte de la [*Caja de herramientas de Project CONNECT E2i*](#), una colección completa de recursos útiles para implementar Project CONNECT.

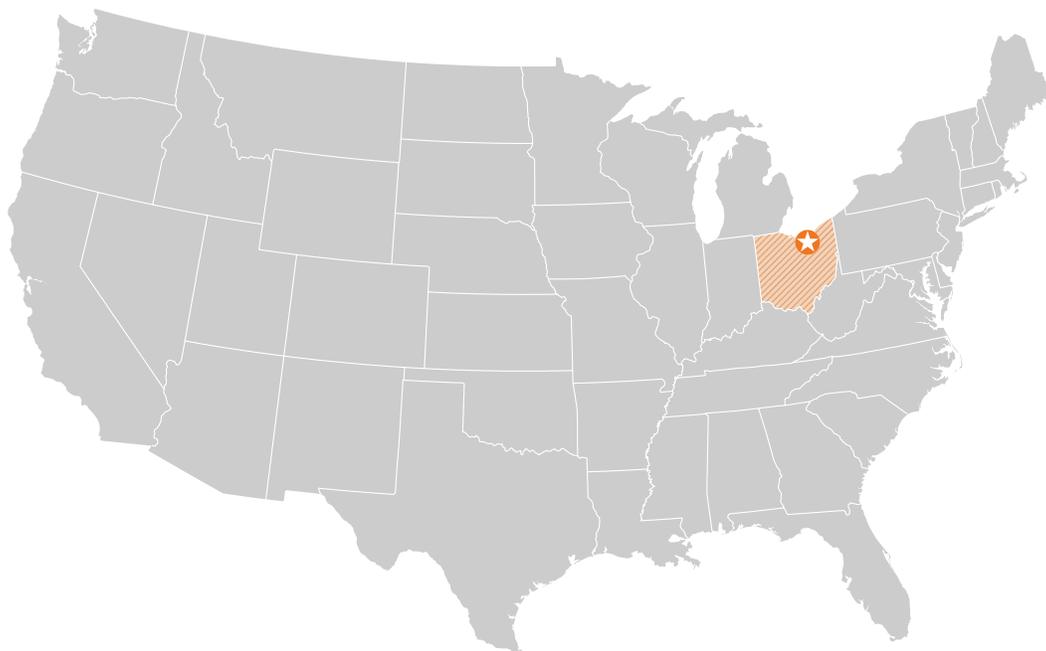
Historial de la Guía de implementación

El Programa de Proyectos Especiales de Importancia Nacional (Special Projects of National Significance, SPNS) de la Parte F del RWHAP desarrolló esta Guía, que se conoce como *Uso de intervenciones basadas en evidencia para mejorar los resultados de salud de las personas que tienen VIH (E2i)*, una iniciativa de cuatro años (2017-2021) financiada por la Oficina de VIH/sida de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (Health Resources and Services Administration's HIV/AIDS Bureau, HRSA HAB) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. Se diseñó E2i para mejorar los resultados de salud de las personas con VIH que tienen brechas persistentes en los cuidados continuos del VIH, como la participación en el cuidado, la retención en el cuidado, el cumplimiento de la terapia antirretroviral (TAR) y la supresión viral. Las personas HSH de color con VIH están entre las poblaciones de prioridad que más necesitan intervenciones que promuevan servicios de alta calidad y que estén adaptados a la cultura.

La iniciativa de E2i eligió poner a prueba y evaluar Project CONNECT por su eficacia demostrada para mejorar los resultados de salud de las personas con VIH, incluyendo los hombres HSH de color. Mediante una solicitud competitiva de propuestas, se seleccionó una organización que presta servicios contra el VIH del RWHAP para implementar Project CONNECT entre 2018 y 2020. Este centro informó de la implementación y los datos de los resultados de los clientes a un equipo de evaluadores que después analizó estos datos. Las historias, experiencias y resultados de la evaluación de estos centros de E2i se integran y destacan en esta Guía.

Los centros de implementación de E2i

FIGURA 1. Ubicación del centro que implementó el Project CONNECT mediante la iniciativa de E2i.



AIDS Taskforce of Greater Cleveland (Cleveland, Ohio)

- Organización de servicios para el Sida/Organización de la comunidad
- Beneficiario de fondos de la Parte A del RWHAP
- 1,200 clientes con VIH al año
- 25 empleados prestan servicios contra el VIH
- Servicios más comunes a los que acceden los clientes con VIH: financiamiento de emergencia (79%), educación sobre la salud (77%), administración de casos no médicos (77%)

Evaluación de la ciencia de la implementación

E2i usó un enfoque de ciencia de la implementación para evaluar Project CONNECT. El objetivo de la evaluación fue responder las siguientes preguntas:

- » “¿Qué se necesita para implementar Project CONNECT en una organización de servicios contra el VIH?”
- » “¿Cómo se relaciona una implementación exitosa con los mejores resultados contra el VIH para los clientes?”

Los evaluadores de E2i recopilamos datos de los clientes de Project CONNECT del centro de E2i durante toda la iniciativa para medir el compromiso con la atención, las recetas de medicamentos de TAR, la retención en el cuidado y la supresión viral. También recopilamos y revisamos encuestas del personal del centro, formularios de encuentro con clientes, informes de visitas al centro y notas de reuniones para aprender más sobre los factores clave para: una implementación exitosa, los retos de los implementadores y las adaptaciones para cubrir las necesidades de los entornos locales y poblaciones de prioridad. Los principales descubrimientos de la evaluación se informan en esta Guía. Para obtener más información sobre el enfoque y los métodos teóricos, consulte el [Apéndice A](#). También, consulte la [Caja de herramientas de Project CONNECT E2i](#) para obtener información sobre más evaluaciones en los manuscritos.



DESCRIPCIÓN GENERAL DE PROJECT CONNECT



DESCRIPCIÓN GENERAL DE PROJECT CONNECT

Meta

La meta principal de Project CONNECT es:

- » Vincular e incentivar rápidamente la participación de las personas con VIH en la atención primaria del VIH.

Descripción

Project CONNECT tiene cuatro fases:

- » La **fase uno** programa una orientación temprana para nuevos clientes (la visita a CONNECT) dentro de los cinco días hábiles después del contacto inicial del cliente con la organización.
- » La **fase dos** es la visita a CONNECT, donde un coordinador de vinculación establece una relación de confianza con el cliente; administra una evaluación biopsicosocial para permitir la prestación de servicios de apoyo o remisiones; y programa una primera cita de atención primaria lo antes posible, pero dentro de las seis semanas como máximo.
- » La **fase tres** es la primera visita de atención primaria del cliente, donde el coordinador de vinculación acompaña al cliente.
- » La **fase cuatro** implica mantener una relación positiva y de confianza con los clientes para mejorar el compromiso y la retención en la atención. Este aspecto de la intervención se adaptó de la intervención basada en evidencia Retención mediante contactos personales mejorados.¹ El coordinador de vinculación, la enfermera licenciada u otro miembro del personal se comunica regularmente con los clientes en persona o por teléfono o software de videoconferencia. El contacto personal mejorado también se da mediante recordatorios personalizados de citas para los clientes. Si lo prefiere, los clientes también pueden recibir asesoría personalizada para identificar necesidades que no se cubren, aprovechar las fortalezas personales y lograr metas individuales.

¹Gardner LI, Giordano TP, Marks G, et al. Enhanced personal contact with HIV patients improves retention in primary care: A randomized trial in 6 US HIV clinics. Clin Infect Dis. 2014;59(5):725-734.

Población de prioridad

- » Personas con VIH recién diagnosticadas, que no recibieron cuidados del VIH durante más de 12 meses o que transfieren la atención de otro proveedor.
- » Project CONNECT demostró su eficacia con personas que tienen VIH, incluyendo las personas HSH de color.^{2,3}



Fundamento

- » La vinculación oportuna con los cuidados es esencial para el éxito del tratamiento y los resultados del VIH, pero las personas con VIH a veces tienen que esperar varias semanas o meses para una primera visita de atención primaria.
- » Los tiempos de espera prolongados se asocian a ausencias (no shows) y la falta de establecimiento del cuidado.^{4,5} Project CONNECT supera los largos tiempos de espera al garantizar que los nuevos clientes establezcan una conexión con la organización dentro de los cinco días hábiles después del primer contacto.
- » Project CONNECT también aumenta la vinculación y el compromiso al hacer que los coordinadores de vinculación formen una relación con el cliente, recuerden a los clientes las citas de atención primaria, acompañen a los nuevos clientes a su primera cita y remitan a los clientes a servicios psicosociales.

²Mugavero MJ. Improving engagement in HIV care: what can we do? *Top HIV Med.* 2008;16(5):156-161.

³Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Compendio de intervención basada en la evidencia y mejores prácticas. Disponible en <https://www.cdc.gov/hiv/pdf/research/interventionresearch/compendium/lrc/cdc-hiv-lrc-project-connect.pdf> and <https://www.cdc.gov/hiv/pdf/research/interventionresearch/compendium/lrc/cdc-hiv-intervention-lrc-eb-retention-enhanced-personal-contacts.pdf>.

⁴Mugavero MJ, Westfall AO, Cole SR. Beyond core indicators of retention in HIV care: Missed clinic visits are independently associated with all-cause mortality. *Clin Infect Dis.* 2014;59(10):1471-1479.

⁵Mugavero MJ, Lin HY, Allison JJ, et al. Failure to establish HIV care: Characterizing the “no show” phenomenon. *Clin Infect Dis.* 2007;45(1):127-130.

Historial de la intervención

- » Project CONNECT se lanzó originalmente en 2007 en *1917 Clinic* de la Universidad de Alabama en Birmingham para tratar el problema de que un tercio de los nuevos clientes no asistieron a su primera cita programada de atención primaria para el VIH.⁵
- » Reconociendo que el tiempo de retraso entre el contacto inicial con la clínica y la primera cita se asoció fuertemente a las visitas perdidas, los desarrolladores del Project CONNECT programaron una orientación para nuevos clientes dentro de los primeros cinco días hábiles de su llamada inicial. La evaluación del programa piloto encontró que un porcentaje significativamente mayor de clientes del Project CONNECT asistió a una visita de atención primaria dentro de los seis meses después de la orientación que los clientes del período anterior a CONNECT (81% versus 69%, $p < 0.01$).³
- » Para mejorar la retención en los cuidados después del compromiso inicial, los investigadores adoptaron la intervención Retención mediante contactos personales mejorados.¹
- » *Project CONNECT* y *Retención mediante contactos personales mejorados* se incluyen en el *Compendio de intervención basada en evidencia y mejores prácticas para la prevención del VIH, de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades*.³

Duración

- » Project CONNECT comienza cuando el cliente inicia el contacto con la organización y continúa hasta que el cliente logre una vinculación efectiva con los cuidados, como lo demuestra el establecimiento de la atención con un proveedor médico de VIH.
- » Algunas organizaciones pueden elegir continuar con el contacto mejorado hasta que un cliente logre y mantenga la supresión viral durante varios meses.

Entorno

- » Project CONNECT se puede implementar en cualquier organización que de atención primaria para el VIH o que tenga un sistema sólido de remisión a una clínica de atención primaria para el VIH.

Para E2i, una organización de servicios para el sida implementó Project CONNECT porque presta servicios médicos mediante una clínica afiliada en el lugar.

Personal

El personal de Project CONNECT varía según la estructura única de cada organización.

Personal básico

Como mínimo, debe haber:

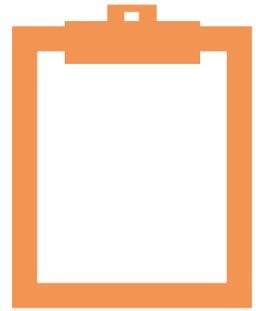
- » **Coordinadores de vinculación:** Administradores de casos médicos, trabajadores sociales con licencia de nivel de maestría u otros profesionales médicos que tengan competencias para establecer una relación y conozcan los aspectos médicos, sociales y psicológicos del VIH. La contratación de miembros de la comunidad (p. ej., personas con VIH que representan la población de prioridad), como coordinadores de vinculación, puede ayudar a crear confianza e incentivar la participación de los clientes. El rol de los coordinadores de vinculación es programar y dirigir la visita a CONNECT, identificar y presentar al equipo de atención primaria, acompañar a los clientes a la primera visita de atención primaria (si el cliente lo prefiere) y dar un contacto personal mejorado.
- » **Equipos de atención primaria**, que suelen formarse por:
 - **Proveedores de atención primaria:** Dan atención y tratamiento para el VIH.
 - **Enfermera licenciada:** Actúa como el contacto principal entre el cliente y el proveedor de atención primaria una vez que se establecen los cuidados; pero, el coordinador de vinculación puede seguir ocupando esta rol.
 - **Trabajador social/administrador de casos médicos:** Ayuda a los clientes a obtener seguros y medicamentos, iniciar y dar seguimiento a las remisiones y, potencialmente, dar evaluaciones psicosociales y consejería cuando se establezcan los cuidados.

Personal adicional recomendado

Para implementar Project CONNECT con éxito, las organizaciones también pueden necesitar el apoyo de:

- » **Administradores de casos no médicos:** Ayudan a los clientes a acceder a vivienda, empleo, transporte y otras necesidades y servicios básicos.
- » **Director de administración:** Supervisa la integración de los servicios en la organización y supervisa a los coordinadores de vinculación.
- » **Personal financiero:** Da apoyo a los proveedores en la facturación de los servicios.

Para que Project CONNECT sea más relevante culturalmente para los clientes HSH de color, el centro de E2i nombró a su programa “Brothers Health Connection” y contrató a dos personas HSH de color para que fueran “Life Coaches” (Entrenadores de vida) a tiempo completo. Los Life Coaches prestan servicios de coordinación de vinculación, incluyendo las orientaciones tempranas y el contacto personal mejorado; además, dan sesiones de coaching semanales para ayudar a los clientes a alcanzar sus metas personales de salud. Un gerente de proyectos de tiempo completo supervisó a los Life Coaches y la administración de la intervención y dio administración directa de casos a los clientes. El equipo de Brothers Health Connection trabajó estrechamente con el personal de la clínica médica.



ELEMENTOS PRINCIPALES



ELEMENTOS PRINCIPALES

Los elementos principales son los “ingredientes activos” esenciales para alcanzar los resultados esperados de una estrategia de intervención. Es fundamental tener los elementos principales al implementar una intervención; de lo contrario, es posible que la intervención no funcione como se esperaba.⁶ Todas las demás actividades, como los acuerdos con el personal y los flujos de trabajo clínico, pueden adaptarse a las circunstancias únicas de una organización y las poblaciones de prioridad. Sin embargo, las adaptaciones no deben competir ni contradecir los elementos principales de Project CONNECT. **Project CONNECT tiene tres elementos principales:**



1. Orientación temprana (visita a CONNECT)

Los coordinadores de vinculación programan una visita a CONNECT dentro de los cinco días hábiles después del contacto inicial del cliente con la organización.

¿Por qué es importante la orientación temprana?

- La prueba del VIH puede generar ansiedad y confusión. No todo el mundo cuenta ya con un sistema de apoyo social. La orientación temprana a la atención y el tratamiento del VIH da a los clientes recién diagnosticados un apoyo fundamental.
- Los clientes que regresan a la atención o que transfieren la atención de otra clínica, con frecuencia, necesitan que un miembro del personal les asegure que serán atendidos.
- Es común que los nuevos clientes con VIH pierdan su primera cita, particularmente si la primera visita no se puede programar para varias semanas o meses. Al programar una orientación dentro de los cinco días hábiles después del contacto inicial, una clínica tiene una mayor probabilidad de que aparezca el nuevo cliente. En ese momento, el coordinador de vinculación puede empezar a construir una relación de confianza con el cliente, y será más probable que asista a su primera visita de atención primaria.

⁶Psihopaídas D, Cohen SM, West T, et al. Implementation science and the Health Resources and Services Administration's Ryan White HIV/AIDS Program's work towards ending the HIV epidemic in the United States. PLoS Med. 2020;17(11):e1003128.



2. Contacto personal mejorado

Los coordinadores de vinculación y los equipos de atención primaria establecen y mantienen una relación de confianza con los clientes mediante una comunicación personalizada y de apoyo durante las conexiones telefónicas, en línea y presenciales. El contacto puede ser recordatorios por teléfono, comunicaciones virtuales o presenciales o consejería y coaching personal.

¿Por qué es importante el contacto personal mejorado?

- La comunicación, la conexión y las relaciones mejoradas mejoran significativamente la retención en los cuidados del VIH.
- El contacto personal mejorado ayuda a construir relaciones personales entre los clientes y sus equipos de cuidados del VIH al fomentar una comunicación presencial ampliada.
- Las personas con VIH que reciben un contacto personal mejorado tienen mejores tasas de retención en los cuidados y menos ausencias.¹



3. Evaluaciones biopsicosociales

Los clientes reciben una evaluación biopsicosocial en la orientación y durante las visitas de registro programadas regularmente. Las evaluaciones incluyen una entrevista semiestructurada, un cuestionario psicosocial y pruebas de laboratorio. Según la evaluación, se remite a los clientes a servicios de apoyo, según sea necesario.

¿Por qué son importantes las evaluaciones biopsicosociales?

- Las evaluaciones permiten al equipo de atención comprender las necesidades médicas, sociales y de salud mental del cliente y acelerar las remisiones a servicios de apoyo.
- Es más probable que los clientes permanezcan en el cuidado del VIH cuando se cubren sus necesidades auxiliares.



EVALUACIÓN de E2i:

ADAPTACIONES DE PROJECT CONNECT

Durante la implementación, el centro de E2i hizo cambios en la intervención original para cubrir las necesidades específicas de sus clientes y miembros del personal. Mientras planificaba la implementación de Project CONNECT, el centro de E2i vio la necesidad de expandir los servicios más allá de la vinculación y la participación de los nuevos clientes en los cuidados del VIH. Descubrieron que muchos de sus clientes HSH, de color, con VIH, que ya estaban establecidos en el cuidado, todavía tenían una carga viral detectable y necesidades insatisfechas. Aunque estos clientes no necesitaban una orientación temprana, sí necesitaban un mejor contacto personal, evaluaciones biopsicosociales y remisiones a servicios de apoyo. Por lo tanto, el centro de E2i amplió el rol del coordinador de vinculación a un rol de Life Coach de miembros de la comunidad, agregando sesiones de coaching semanales para los clientes. Las sesiones de coaching fueron similares a los servicios intensivos de manejo de casos. Los Life Coach usaron técnicas de entrevistas de motivación para ayudar a los clientes a alcanzar sus metas de salud personales y promover un cambio de comportamiento positivo. Para los clientes que lucharon por alcanzar sus metas, los Life Coaches desarrollaron un contrato o acuerdo con el cliente que incluía un plan personalizado y pasos de acción. Una vez que un cliente “se graduó” del programa, se lo devolvió al sistema general de administración de casos y se le asignó un nuevo administrador de casos a largo plazo.

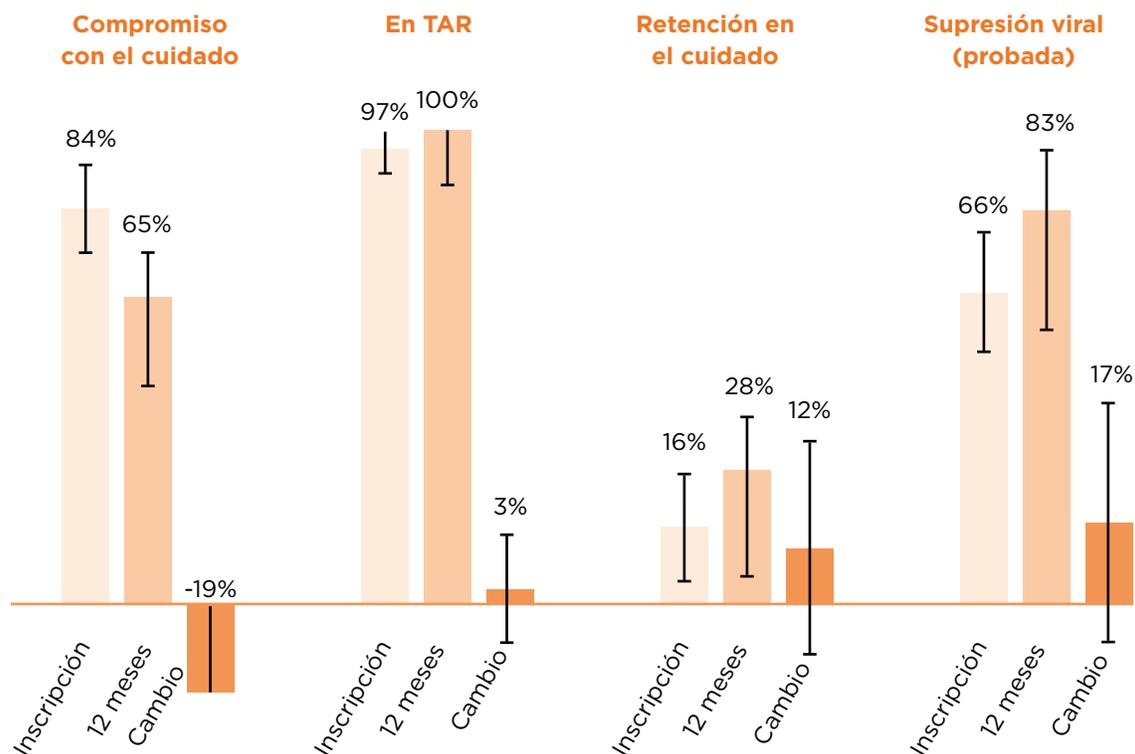


EVALUACIÓN de E2i:

RESULTADOS DE LOS CUIDADOS CONTINUOS DEL VIH DE PROJECT CONNECT

- ◆ **Inscripción:** Durante 15 meses, el centro de E2i inscribió a 61 personas HSH de color con VIH en Project CONNECT. Los hombres inscritos tenían entre 25 y 29 años.
- ◆ **Resultados:** E2i midió los resultados de los cuidados continuos del VIH de cada cliente en el momento de la inscripción a Project CONNECT y 12 meses después. No hubo cambios importantes en ningún resultado durante este período de tiempo, posiblemente porque la pequeña cantidad de clientes dificultó la detección de la importancia. La participación en los cuidados fue alta en el momento de la inscripción, lo cual indicó que la mayoría de los clientes no fueron diagnosticados recientemente o no habían dejado de recibir atención.

FIGURA 2. Resultados de los cuidados continuos del VIH entre los 61 clientes HSH de color inscritos en Project CONNECT por la iniciativa de E2i.



Nota: E2i usó las siguientes definiciones de HRSA para los resultados de los cuidados continuos del VIH:

- **Compromiso con el cuidado** = Al menos una visita de atención primaria por VIH en los 12 meses anteriores
- **En TAR (cumplimiento)** = Haber recibido una receta de TAR en los últimos 12 meses
- **Retención en el cuidado** = Al menos dos visitas de cuidado del VIH en los últimos 12 meses
- **Supresión viral** = Tener una prueba de carga viral del VIH de los últimos 12 meses Y tener un resultado de menos de 200 copias/mL en la última prueba de carga viral



ACTIVIDADES DE PLANIFICACIÓN



ACTIVIDADES DE PLANIFICACIÓN

Esta sección incluye actividades recomendadas para planificar e implementar Project CONNECT. Para obtener herramientas útiles que respalden la planificación de Project CONNECE, consulte:

Apéndice B: Lista de verificación de preparación de la organización

Apéndice C: Mejores prácticas generales para planificar la implementación de una estrategia de intervención

Apéndice D: Hoja de trabajo “Go Live” (Lanzamiento) de Project CONNECT

Identificar y capacitar al personal

- » Identifique o contrate a uno o más coordinadores de vinculación que tengan competencias para establecer una buena relación con los clientes.
- » Capacite a los coordinadores de vinculación en todos los aspectos de la prestación de Project CONNECT, según sea necesario. Los ejemplos de temas incluyen:

- Conceptos básicos sobre la infección y el tratamiento del VIH
- Educación y consejería sobre el cumplimiento de la toma de medicamentos contra el VIH
- Detección y remisión para trastornos por uso de sustancias, trastornos psiquiátricos y servicios de apoyo
- Enfoques informados por el trauma
- Para los miembros de la comunidad: capacitación sobre los límites con los clientes y las expectativas profesionales; considerar la capacitación de certificación estatal o nacional de especialistas de miembros de la comunidad

El desarrollo y la capacitación profesionales adicionales son importantes para los nuevos empleados, especialmente si contratan a miembros de la comunidad u otras personas que no tienen experiencia laboral profesional. E2i halló que los siguientes temas de capacitación son muy útiles para los miembros de la comunidad:

- *Autocuidado y resiliencia*
- *Justicia que repara y cura*
- *Competencias de facilitación*
- *VIH “101”*
- *Cuidados informados por el trauma*

*Las organizaciones que dan capacitación y recursos sobre estos temas incluyen **Black Emotional and Mental Health Collective (BEAM)** y **AIDS United**.*

- » Introduzca los elementos principales y el flujo de procesos de Project CONNECT a todo el personal relevante.

Desarrollar un plan de divulgación y reclutamiento

Para identificar potenciales clientes de Project CONNECT, las organizaciones pueden hacer lo siguiente:

Dentro de la organización

- » Pedir remisiones de potenciales clientes del personal que presta servicios no clínicos a personas con VIH.
- » Buscar en las bases de datos de clientes de la organización personas que cumplan sus criterios de inscripción (p. ej., clientes recién diagnosticados, que no reciben atención). Desarrollar un proceso para reclutar a estos clientes.

Fuera de la organización

- » Desarrollar materiales de reclutamiento impresos y electrónicos para aumentar el conocimiento de su organización y Project CONNECT.
- » Conseguir la ayuda del personal miembro de la comunidad para desarrollar mensajes y estrategias de reclutamiento.
 - ¿Qué plataformas de redes sociales usa la población de prioridad?
 - ¿Qué tipo de mensajes e imágenes atraen a la población de prioridad?
 - ¿Cuáles son los lugares estratégicos para publicar volantes y repartir folletos?
- » Distribuir y publicar materiales de reclutamiento en centros de pruebas de VIH, eventos de la comunidad “House and Ball”, clubes nocturnos, eventos Pride (Orgullo) y organizaciones de la comunidad que sirven a las poblaciones de prioridad.
- » Publicar mensajes de divulgación en sitios web y redes sociales.
 - Coorganizar eventos de divulgación con socios de la comunidad.

La comunidad House and Ball celebra todas las formas de expresión sexual y de género, y da a muchos jóvenes y adultos una estructura familiar elegida. Los bailes son eventos sociales extravagantes y competitivos coorganizados por líderes de la comunidad. Durante los bailes, los participantes compiten en varias categorías artísticas. Las organizaciones de VIH pueden asociarse con la comunidad local de House and Ball para divulgar sus servicios.

Incentivos

- » Considere dar incentivos, como pequeñas tarjetas de regalo a las tiendas locales, por asistir a CONNECT y la visita de atención primaria.

Remisiones de la comunidad

- » Las organizaciones pueden desarrollar asociaciones con otras agencias de la comunidad para crear sistemas de remisiones bidireccionales. Los socios pueden incluir agencias de vivienda, programas de asistencia alimentaria, departamentos de salud y otros centros de pruebas del VIH, socios de justicia penal, agencias de consejería y tratamiento de salud mental y uso de sustancias y otras organizaciones de la comunidad.

Para reclutar clientes, el centro de E2i publicó en las redes sociales, habló con personas en las redes sociales del personal miembro de la comunidad y voluntarios y se acercó a los clientes que recibían servicios para jóvenes del centro, como asistencia para la vivienda. El personal también se acercó a los socios de la comunidad para obtener referencias bidireccionales. Los clientes recibieron incentivos de tarjetas de regalo por inscribirse.

Elegir herramientas de evaluación biopsicosocial

Un elemento principal de la visita a CONNECT es evaluar a los clientes por las necesidades de servicios adicionales, como tratamiento por abuso de sustancias, apoyo social y consejería sobre salud mental. Las organizaciones pueden usar sus herramientas de evaluación biopsicosocial existentes para este proceso o pueden usar las evaluaciones validadas que se listan en el [Apéndice E](#).

Diseñar un flujo de proceso

El flujo de proceso de Project CONNECT es flexible y puede basarse en los programas, recursos y personal únicos de una organización.

- » Colabore con todo el personal relevante para decidir y aclarar los roles de los miembros del equipo de Project CONNECT (p. ej., ¿quién está haciendo qué, cuándo, dónde y cómo?).
- » Escriba o dibuje un mapa o diagrama para ilustrar el flujo de proceso propuesto.
- » Identifique el espacio de oficina para la visita a CONNECT.
- » Solicite opiniones y comentarios de todo el personal afectado por Project CONNECT.

Considerar los horarios y lugares de reunión no tradicionales

Para adaptarse a las barreras del transporte y los horarios de los clientes, considere las siguientes estrategias:

- » De horarios temprano en la mañana o en la noche para las visitas a CONNECT, las visitas a la clínica de atención primaria y las sesiones de coaching.
- » De pases de autobús, tarjetas de gasolina y cupones de servicio de automóvil.
- » Haga las registraciones y sesiones de coaching mediante aplicaciones para teléfonos inteligentes o en la casa del cliente.

Desarrollar un plan de sostenibilidad

La sostenibilidad es la capacidad de mantener la programación y sus beneficios a lo largo del tiempo. Un recurso útil para desarrollar la capacidad para la sostenibilidad es [*Program Sustainability Assessment Tool \(Herramienta para la evaluación de la sostenibilidad de programas\)*](#) desarrollado por el Centro de Ciencias de los Sistemas de Salud Pública (Center for Public Health Systems Science) de la Escuela Brown, Universidad de Washington en St. Louis. Esta herramienta ayuda a los planificadores de programas a lograr lo siguiente:

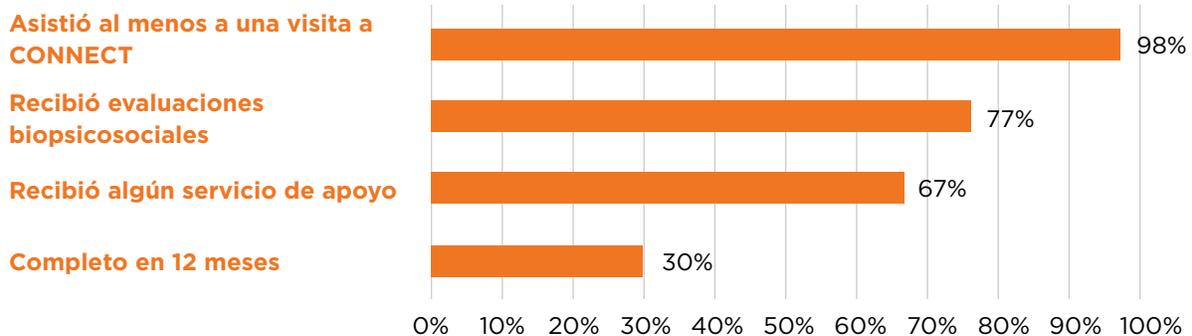
- 1. Comprender** los factores que influyen en la capacidad de sostenibilidad de un programa
- 2. Evaluar** la capacidad del programa para la sostenibilidad
- 3. Revisar** los resultados de la evaluación
- 4. Planificar** para aumentar la probabilidad de sostenibilidad mediante el desarrollo de un plan de acción

Lograr la sostenibilidad generalmente implica solicitar subvenciones y acceder a las opciones de reembolso disponibles. Las organizaciones que contratan a miembros de la comunidad para prestar servicios como parte del Project CONNECT pueden cubrir todos o parte de esos servicios mediante el programa Medicaid de su estado. Las organizaciones financiadas por RWHAP pueden financiar Project CONNECT bajo los Servicios de Intervención Temprana (Early Intervention Services) y pueden recibir asistencia técnica sobre opciones de cobertura médica del [*Centro de Asistencia Técnica de Acceso, Atención y Participación \(Access, Care, and Engagement Technical Assistance, ACE TA\)*](#).



EVALUACIÓN de E2i: RESULTADOS DE LA PARTICIPACIÓN EN PROJECT CONNECT

FIGURA 3. Resultados de participación entre los 61 clientes inscritos en Project CONNECT por la iniciativa de E2i.



- ◆ **Asistencia:** Casi todos los clientes (98%) tuvieron una visita a CONNECT (orientación temprana) y el 97% tuvo sesiones adicionales de coaching sobre la vida.
- ◆ **Horario de la visita a CONNECT:** Aproximadamente la mitad (52%) de los clientes tuvo una visita a CONNECT dentro de los 5 días después de la inscripción y el 77% dentro de los 30 días.
- ◆ **Cantidad de sesiones de coaching sobre la vida:** La cantidad de sesiones de coaching sobre la vida por cliente varió entre 4 y 10 sesiones durante 12 meses.
- ◆ **Evaluaciones biopsicosociales:** Más de las tres cuartas partes (77%) de los clientes recibieron al menos una evaluación biopsicosocial.
- ◆ **Servicios de apoyo:** Dos tercios (67%) de los clientes recibieron servicios de apoyo, que consisten en administración de casos y servicios de navegación.
- ◆ **Finalización:** Aproximadamente un tercio (30%) de los clientes completaron Project CONNECT en un año. El centro definió la finalización como el mantenimiento de la supresión viral durante al menos tres meses.⁷

⁷Algunos clientes que mantenían la supresión viral permanecían en el programa por más de tres meses si el personal determinaba que el cliente necesitaba servicios de apoyo adicionales.



EVALUACIÓN de E2i: RESULTADOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE PROJECT CONNECT

Para obtener más información sobre cómo la gerencia y el personal de los centros de E2i veían a Project CONNECT, E2i recopiló datos de las personas que implementaron la intervención. Los datos incluyeron: (1) una encuesta de la organización completada por la gerencia del centro una vez durante el período de planificación y cada seis meses durante la implementación y (2) revisión de los documentos del centro creados durante la implementación, incluyendo los informes de visitas al centro, notas de reuniones y libros de trabajo de costos (consulte el [Apéndice A](#)).

Medida (definición)	Resultados en los centros de E2i
Aceptabilidad: cómo el personal y la gerencia consideran la intervención	El personal del centro consideró que Project CONNECT fue una buena implementación para la misión y las metas de su organización. La aceptabilidad de CONNECT se mantuvo alta durante toda la iniciativa.
Adopción: la intención, decisión inicial o acción para implementar la intervención	El personal del centro informó de una alta adopción constante a lo largo de la iniciativa.
Capacidad: la compatibilidad de la intervención para tratar un tema o problema en particular	El personal del centro informó que Project CONNECT trató una necesidad de servicio en su organización.
Viabilidad: la medida en que la intervención puede implementarse con éxito	Al principio, el personal del centro consideró que Project CONNECT era un poco viable. Pero, al final de los tres años de implementación, consideraron que era muy viable.
Fidelidad: el grado en que un centro se sintió capaz de (a) implementar la intervención según la intención de los desarrolladores del programa y (b) monitorear el progreso	El centro informó de una menor fidelidad, al principio, pero creía que alcanzaron la fidelidad al final de la iniciativa. Es posible que los retos de contratación y rotación del personal afectaran la fidelidad.
Participación: la integración de la intervención dentro de la organización	Después de una disminución inicial en la participación, el centro pudo integrar Project CONNECT en sus operaciones, con el tiempo. Los Life Coaches participaron en reuniones matutinas en equipo y ayudaron a facilitar la integración.
Costo: los costos asociados a la planificación y la implementación, como: personal, capacitación, suministros, incentivos y actividades de divulgación	Los costos incluyen los gastos directos y en especie. Los gastos del centro fueron: <ul style="list-style-type: none">• <i>Período de planificación:</i> \$34,517• <i>Reclutamiento:</i> \$199 por cliente inscrito• <i>Actividades de implementación:</i> \$3,199 por cliente inscrito• <i>Supervisión y administración:</i> \$1,477 por cliente inscrito Estos números no reflejan necesariamente lo que costaría implementar Project CONNECT en otras organizaciones de servicios contra el VIH. Los costos serían más bajos en entornos con poblaciones más grandes de hombres HSH de color con VIH, porque podrían reclutarse más participantes.



ACTIVIDADES DE IMPLEMENTACIÓN



ACTIVIDADES DE IMPLEMENTACIÓN

En Project CONNECT, hay cuatro fases para que los clientes se comprometan y participen en la atención. Las [*Listas de verificación para la implementación a nivel del cliente de Project CONNECT \(Apéndice F\)*](#) se pueden usar para ayudar a guiar al personal en cada fase.

Fase uno: Contacto inicial

La Fase Uno comienza cuando un nuevo cliente contacta a la clínica para una cita o cuando un potencial cliente es remitido a Project CONNECT. El coordinador de vinculación u otro miembro del equipo establece una relación con el cliente, evalúa la elegibilidad, recopila información de inscripción y programa la visita a CONNECT para dentro de los cinco días hábiles. A veces, la visita a CONNECT puede suceder inmediatamente después de la inscripción.

Fase dos: Visita a CONNECT

La visita a CONNECT es fundamental para establecer la participación exitosa en el tratamiento de un nuevo cliente. Idealmente, el cliente se reúne con el mismo coordinador de vinculación con el que habló durante el contacto inicial con la clínica. Durante la visita a CONNECT, el coordinador de vinculación se reúne con el cliente durante una o dos horas para completar lo siguiente:

- » Hacer un recorrido por la clínica para que el cliente conozca los servicios que se prestan.
- » Hacer una valoración biopsicosocial, como una entrevista semiestructurada. Use las herramientas del [*Apéndice E*](#) u otros cuestionarios validados.
- » Organizar y completar el análisis de laboratorio inicial.
- » Hablar sobre la importancia de mantener los cuidados.
- » Hablar sobre los miembros del equipo de atención primaria del cliente.
- » Programar la primera cita de atención primaria lo antes posible (dentro de las seis semanas).

- » Identificar y remitir a fuentes de atención adicionales, según las necesidades identificadas en la evaluación biopsicosocial. Estos pueden incluir:
 - Cobertura de seguro/Programa de asistencia con medicamentos para el sida
 - Prueba de VIH para parejas sexuales
 - Consejería sobre salud mental y grupos de apoyo entre miembros de la comunidad
 - Consejería sobre el uso de sustancias y grupos de apoyo entre miembros de la comunidad
 - Apoyo a la vivienda
 - Asistencia alimentaria
 - Servicios de cuidado infantil
 - Servicios de transporte y cupones
 - Servicios de capellán (asuntos espirituales, de fe y de duelo)
 - Otros especialistas en salud (p. ej., dentista, endocrinólogo, nefrólogo, psiquiatra, nutricionista)

- » Responder las preguntas y preocupaciones del cliente.

Fase tres: Primera visita de atención primaria

La Fase Tres de la intervención marca el comienzo de la transición del cliente al tratamiento médico contra el VIH. Durante esta fase, el cliente asiste a su primera cita de atención primaria, que fue programada por el coordinador de vinculación durante la visita a CONNECT. Para dar comodidad y seguridad en este momento crítico, el coordinador de vinculación acompaña al cliente a la cita. Los clientes pueden elegir si es necesario que el coordinador de vinculación los acompañe a la cita.

El centro de E2i informa que pudieron programar la mayoría de las visitas de atención primaria de sus clientes dentro de una semana de la visita a CONNECT.

Fase cuatro: Registros y contacto personal mejorado

Después de cada visita de atención primaria, un miembro del equipo de atención primaria programa un registro trimestral (o antes) con el cliente. Algunas organizaciones pueden seguir incluyendo al coordinador de vinculación en este proceso. Los registros ayudan a mantener las relaciones entre el cliente y la clínica, porque las visitas de atención primaria solo pueden programarse cada seis meses. Los registros pueden ser en persona, por teléfono o mediante software de videoconferencia. Durante los registros, el miembro del equipo de atención:

- » Monitorea la salud del cliente
- » Asegura que el cliente comprenda los consejos médicos y el plan de tratamiento
- » Refuerza los planes de acción
- » Controla el cumplimiento con los medicamentos y las citas
- » Responde preguntas

Los Life Coaches del centro de E2i descubrieron que muchos clientes jóvenes preferían usar aplicaciones de teléfonos inteligentes en lugar de reuniones presenciales para las sesiones de registro y coaching. Si bien los clientes jóvenes a menudo tienen horarios impredecibles, siempre llevan consigo sus teléfonos.

Las siguientes estrategias de retención se adaptaron de la intervención Retención mediante contactos personales mejorados y se pueden usar para mejorar el compromiso y la retención de los clientes de Project CONNECT.

- » **Recordatorios frecuentes:** Para aumentar la probabilidad de que los clientes asistan a la orientación, los registros y las visitas de atención primaria, el coordinador de vinculación u otro miembro del equipo envía a los clientes una llamada, un mensaje de texto o un email personalizados y mejorados como recordatorio en horarios establecidos antes de la fecha de la cita. Se recomienda enviar recordatorios a los siete días y los dos días antes de la cita programada. Pero, algunos clientes necesitan recordatorios y estímulos adicionales.

Cuando los clientes faltan a una cita, el miembro del equipo se comunica con el cliente dentro de las 24 horas después de la visita perdida e intenta reprogramar la cita lo antes posible, dando transporte u otro tipo de apoyo, según sea necesario y esté disponible.

» **Construcción de relaciones:** Para mejorar la conexión personal con los clientes, los coordinadores de vinculación y otros miembros del equipo tienen como objetivo hacer lo siguiente en todas las comunicaciones con los clientes:

- Tratar al cliente de manera coherente con dignidad y respeto
- Expresar empatía y compasión
- Conocer mejor al cliente como persona
- Escuchar atentamente al cliente
- Dar afirmaciones/reconocimiento por el esfuerzo
- Centrarse en las fortalezas del cliente
- Crear una visión compartida del éxito del tratamiento con el cliente

Se puede encontrar una escala de autoevaluación para estos componentes de construcción de relaciones en las [Listas de verificación para la implementación a nivel del cliente \(Apéndice F\)](#).



EVALUACIÓN de E2I: RETOS, ÉXITOS Y APRENDIZAJES

El centro de E2i compartió barreras y facilitadores para lograr sus metas de implementación. Aquí hay un resumen de los aprendizajes. Puede encontrar información adicional sobre la experiencia del centro en la sección Programas destacados abajo.

- ◆ **Personas de la comunidad como Life Coaches:** El centro de E2i descubrió que contratar hombres HSH de color conocidos y respetados como Life Coaches mejoró enormemente la participación del cliente en las visitas y sesiones de coaching de CONNECT.
- ◆ **Necesidades de privacidad:** Los Life Coaches reconocieron la importancia de comprender la necesidad de privacidad de los clientes sobre su estado serológico de VIH. Trabajaron con los clientes para que se sintieran seguros al entrar a las instalaciones, como permitirles entrar por la puerta trasera de la clínica. Además, los Life Coaches eligieron reunirse en lugares públicos para las sesiones de coaching en vez de la instalación principal, porque a los clientes les preocupaba que los vieran en una instalación de servicios contra el VIH.
- ◆ **Barreras sociales, económicas y de salud mental:** Varios clientes luchaban contra la pobreza, la inseguridad alimentaria y, especialmente, la inestabilidad de la vivienda. Muchos también tenían trastornos por consumo de sustancias no tratadas o trastornos de salud mental. El tratamiento del VIH no era necesariamente una prioridad para los clientes con un alto nivel de necesidades no cubiertas. El personal descubrió que necesitaban tratar estos problemas con mayor intensidad que lo esperado. Tener sólidos servicios internos y redes de remisiones era una necesidad absoluta para esta comunidad de jóvenes HSH de color con VIH.
- ◆ **Asociaciones para tratar los determinantes sociales de la salud:** Los Life Coaches crearon asociaciones con instituciones educativas locales para dar a los clientes oportunidades de educación continua y se reunieron con los propietarios para ampliar las oportunidades de vivienda de los clientes.
- ◆ **Asistencia a la cita:** Los clientes tuvieron problemas para asistir a las citas por las barreras y prioridades de competencia. Algunos necesitaron mucho apoyo para regresar a la clínica. Los Life Coaches recomiendan ser flexibles con el horario y el lugar de los registros y el coaching.
- ◆ **Acompañamiento a la visita de atención primaria:** Los Life Coaches informaron que la mayoría de los clientes les dijeron que no querían ni necesitaban que el Life Coach asistiera a las citas médicas con ellos. Pero, los Life Coaches intentaron reunirse con los clientes en el lobby o en la puerta trasera antes de las visitas médicas.



PROGRAMA DESTACADO

PROGRAMA DESTACADO

AIDS Taskforce of Greater Cleveland



Historial de la organización

Como la organización de servicios para el sida más antigua y grande de Ohio, AIDS Taskforce of Greater Cleveland (ATGC) da administración de casos, un centro de la comunidad para jóvenes y servicios de prevención, educación y sociales para más de 25,000 clientes (aproximadamente 1,200 son personas con VIH). ATGC recibe fondos de la Parte A de RWHAP y es una afiliada de AIDS Healthcare Foundation, que da atención médica para el VIH y una farmacia en el mismo lugar que ATGC.

Metas de implementación y contexto

ATGC cambió el nombre de Project CONNECT a Brothers Health Connection, una nueva iniciativa que presta servicios de vinculación, retención y administración de casos a hombres, en su mayoría jóvenes de color, bisexuales y amantes del mismo género. Brothers Health Connection contrató a dos Life Coaches a tiempo completo y a un gerente de proyectos a tiempo completo que supervisa la administración de la intervención y también da administración directa de casos a los clientes.



Reclutamiento e implementación

El personal de Brothers Health Connection tiene una estrategia de reclutamiento de múltiples aspectos que incluye publicar mensajes amigables sobre sus servicios en las redes sociales; hablar con personas en las redes sociales del personal miembro de la comunidad y voluntarios de ATGC; y acercarse a los clientes que ya acceden a los servicios para jóvenes de ATGC, como asistencia para la vivienda. El personal de Brothers Health Connection también se comunica con los socios de la comunidad para obtener remisiones bidireccionales.

Para inscribirse en Brothers Health Connection, los clientes primero se reúnen con los especialistas de admisión general de ATGC. Después, todos los jóvenes HSH de color con VIH son remitidos a los Life Coaches que llaman al cliente para programar una orientación. Durante la orientación, los Life Coaches establecen una relación, hacen evaluaciones biopsicosociales, solicitan pruebas de laboratorio si es necesario, hacen remisiones a otros servicios y coordinan con el administrador de casos médicos para programar la primera cita de atención primaria de un cliente dentro de las dos semanas después a la orientación. Para evitar visitas médicas perdidas, los Life Coaches envían mensajes de texto o llamadas como recordatorios a sus clientes y pueden acompañarlos a la clínica médica. Algunos clientes solicitan reunirse con el Life Coach en la puerta trasera de la clínica, en lugar del lobby principal, para proteger mejor su privacidad.

Los clientes de Brothers Health Connection reciben una tarjeta de regalo no transferible en efectivo al inscribirse y cupones de transporte semanales (p. ej., pases de autobús y tarjetas de gasolina) para asistir a las citas. Los Life Coaches descubrieron que la implementación de cupones de autobús semanales es una forma confiable de garantizar una interacción regular y un seguimiento general con los clientes. Aun así, la falta de vivienda de los clientes y los trastornos no diagnosticados de uso de sustancias y de salud mental son barreras importantes para asistir a las citas de atención primaria y de coaching. El personal envía con frecuencia mensajes de texto, llamadas telefónicas, email y cartas para recordar a los clientes que asistan. Los Life Coaches pueden comenzar a implementar visitas al domicilio de los clientes para eliminar algunas de estas barreras.



Adaptaciones para el contexto local

- » **Coaching semanal:** Los Life Coaches dan sesiones de coaching semanales a los clientes HSH de color que tienen necesidades de apoyo intensivas, incluyendo los clientes que ya están vinculados a los cuidados. Los Life Coaches usan técnicas de entrevistas de motivación para ayudar a guiar a los clientes hacia un cambio de salud mental. Para los clientes que luchan por alcanzar sus metas, los Life Coaches desarrollan un contrato o acuerdo con el cliente que incluye un plan personalizado y pasos de acción.
- » **Pandemia del COVID-19:** Cuando comenzó la pandemia del COVID-19 en la primavera de 2020, los Life Coaches comenzaron a hacer evaluaciones y coaching por videoconferencia, teléfono y mensajes de texto, según correspondiera. Los Life Coaches también se reunieron con clientes en espacios al aire libre, como parques o cafés o en el lobby de ATGC para visitas breves, mientras usaban mascarillas y mantenían una distancia social. El personal notó que, de alguna manera, conectarse mediante teléfonos inteligentes fue mejor que en persona para sus clientes jóvenes, que con frecuencia tienen horarios impredecibles, pero siempre tiene sus teléfonos con ellos.

Integración del programa

ATGC integró con éxito Brothers Health Connection en sus operaciones de cada día. La clave para la integración fue que los Life Coaches se unieran a las reuniones por la mañana de la clínica médica como una forma de identificar a más clientes que pueden beneficiarse de la intervención y de compartir información relevante sobre los clientes, según sea necesario. ATGC tiene la intención de continuar con Brothers Health Connection indefinidamente, ya que presta un servicio bien recibido a una comunidad que lo necesita. Transfirieron fondos internos para cubrir el programa y están buscando fondos adicionales de otras fuentes.

“Estamos muy contentos con CONNECT y tuvimos mucho éxito. Cubre una gran necesidad en la comunidad y realmente queremos que siga funcionando”. —Life Coach de ATGC

Información de contacto

AIDS Taskforce of Greater Cleveland

2829 Euclid Ave, Cleveland, OH 44115 • 216.621.0766
info@clevelandtaskforce.org • clevelandtaskforce.org



APÉNDICES

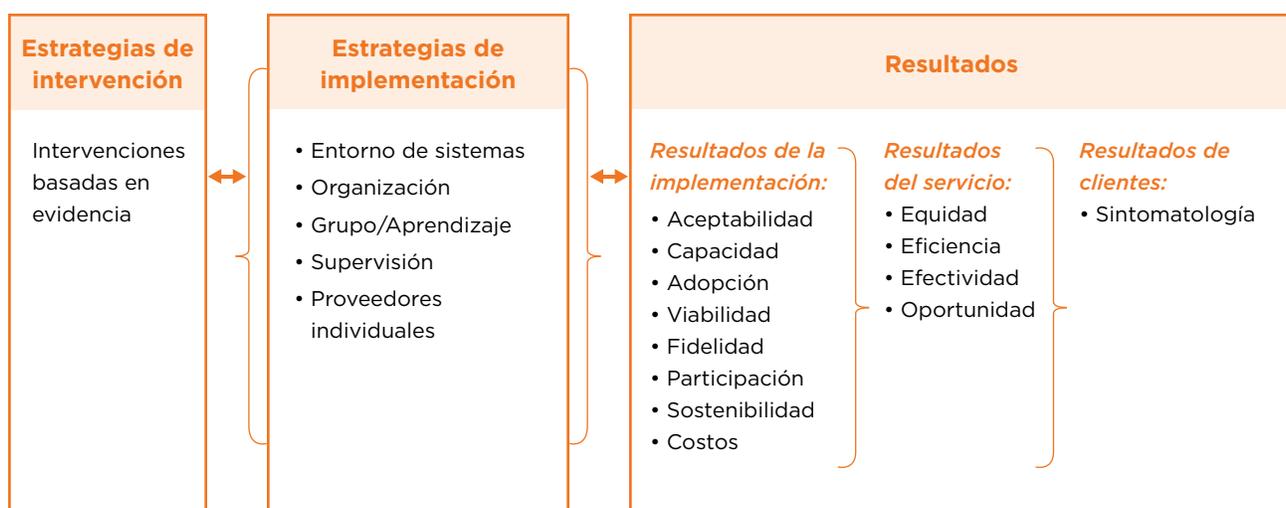


APÉNDICE A. EVALUACIÓN Y CIENCIA DE LA IMPLEMENTACIÓN: MARCO Y MÉTODOS

El Centro de Estudios de Prevención del Sida (Center for AIDS Prevention Studies, CAPS) de la Universidad de California en San Francisco evaluó la implementación del programa E2i. La evaluación usó el modelo del marco Proctor para la investigación de la implementación.⁸ Este enfoque sugiere que la evaluación del programa debe incluir una comprensión del proceso de implementación y su impacto en todas las personas y sistemas que participan en la implementación:

1. Los elementos principales del programa (estrategias de intervención).
2. Los esfuerzos para implementar el programa (estrategias de implementación).
3. Cómo ven el programa los participantes (resultados de la implementación).
4. Cómo se implementa el programa (resultados del servicio).
5. El impacto en los participantes (resultados del cliente).

El modelo de Proctor de E2i



⁸Proctor E, Silmere H, Raghavan R, et al. Outcomes for implementation research: Conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Adm Policy Ment Health*. 2011;38(2):65-76.

Se recopilaron seis tipos de información durante los tres años de implementación del programa. Estos incluyen:

Evaluación de la organización: Cada seis meses, el director del programa completaba una encuesta. Esta encuesta tenía preguntas sobre la organización (p. ej., cantidad de pacientes, tipos de servicios prestados y personal). También incluía preguntas sobre la implementación del programa y las opiniones del personal sobre el programa.

Conceptos de Proctor

- » Estrategias de implementación (entorno de sistemas, organización, grupo/aprendizaje, supervisión)
- » Resultados de la implementación (aceptabilidad, capacidad, adopción, viabilidad, fidelidad, participación, sostenibilidad, costos)

Revisión de documentos: Los evaluadores revisaron los documentos que se crearon durante la implementación y las actividades de asistencia técnica. Los centros o Fenway/AIDS United crearon los documentos e incluyeron solicitudes de subvenciones, informes de visitas al centro, informes trimestrales, notas de llamadas de seguimiento, notas de llamadas de grupos y presentaciones en reuniones.

Conceptos de Proctor

- » Estrategias de implementación (entorno de sistemas, organización, grupo/aprendizaje, supervisión, proveedores individuales, pacientes individuales)
- » Resultados de implementación (aceptabilidad, capacidad, adopción, viabilidad, fidelidad, participación, sostenibilidad)

Observaciones: Los centros participaron en dos reuniones de sesiones de aprendizaje cada año. Los evaluadores tomaron notas sobre las conversaciones y las presentaciones. Estas notas se centraron en las barreras y los facilitadores de la implementación.

Conceptos de Proctor

- » Estrategias de implementación (entorno de sistemas, organización, grupo/aprendizaje, supervisión, proveedores individuales, pacientes individuales)

Datos de costos: Los directores del programa y el personal administrativo financiero completaron dos cuadernos de trabajo de costos. Uno fue para el período de preparación/ planificación de tres meses y el primer año de implementación del programa. El otro fue para el segundo año. Estos incluyen personal y gastos pagados por E2i y donaciones en especie.

Conceptos de Proctor

- » Resultados de la implementación (costos)

Exposición a la intervención: Se recopiló información sobre los participantes que se inscribieron entre septiembre de 2018 y diciembre de 2020. La información demográfica se recopiló en los formularios de inscripción. Los formularios de exposición a la intervención se recopilaron siempre que el personal tuviera interacciones sobre el programa con los participantes. Estos formularios incluyeron la fecha de la interacción, el miembro del personal que tuvo contacto, el tipo de interacción, las actividades completadas y los resultados de las actividades.

Conceptos de Proctor

- » Resultados del servicio (fidelidad, participación, equidad, eficiencia, eficacia, oportunidad)

Expedientes médicos: Se recopilaron expedientes médicos de los participantes durante los 12 meses antes de la inscripción en el programa y durante los 12 meses después de la inscripción en el programa. La información era específica para la atención médica del VIH, como las fechas de las citas, las recetas de medicamentos de TAR, las fechas de las pruebas de carga viral y los resultados.

Conceptos de Proctor

- » Resultados de clientes (síntomatología)

Análisis cuantitativo: Se usaron datos de evaluación para describir las características y la preparación de la organización sobre la implementación, según los conceptos de Proctor. Los datos de exposición a la intervención y la inscripción a nivel del cliente se analizaron usando estadísticas de descripción para comprender la demografía de los clientes, el porcentaje de clientes que recibe servicios de intervención y la frecuencia de las exposiciones. Si era necesario, se incluyó el porcentaje de clientes que completaron la intervención. Se usaron métodos de modelado de medidas repetidas para evaluar los cambios en los resultados de los cuidados continuos del VIH para los clientes inscritos en la intervención. Se compararon datos de 12 meses antes de la inscripción y 12 meses después de la inscripción. Se analizaron los datos de costos para dar información sobre el costo de implementación de la intervención por cliente inscrito.

Análisis cualitativo: Los documentos y las observaciones se analizaron temáticamente usando los conceptos de Proctor. La intervención fue la unidad principal de análisis.



APÉNDICE B. LISTA DE VERIFICACIÓN DE PREPARACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

Marque la casilla debajo de la columna que representa a su organización **con mayor precisión**. Debe elegir **una** respuesta para cada uno de los componentes principales listados.

Componentes principales de la implementación	Si, tenemos esto	No, pero es posible conseguirlo	No, y no es posible conseguirlo
La organización presta servicios médicos a personas con VIH o da remisiones sólidas a servicios médicos para el VIH			
Los clientes con VIH tienen acceso a un proveedor de atención primaria dentro de las seis semanas después de la remisión			
Los clientes con VIH tienen acceso a un trabajador social/administrador de casos			
Los clientes con VIH tienen acceso a una enfermera licenciada			
La organización tiene los medios financieros necesarios para dar a los nuevos clientes orientación, administración de casos y atención primaria			
La gerencia de la organización y los órganos de gobierno apoyan la implementación y mantenimiento de Project CONNECT			
La organización tiene servicios auxiliares en el centro o puede dar remisión y transporte para acceder a los servicios auxiliares			
Componentes de la organización sugeridos para la implementación	Si, tenemos esto	No, pero es posible conseguirlo	No, y no es posible conseguirlo
La organización usa un sistema de expediente médico electrónico seguro para almacenar los datos del cliente			
La organización tiene la capacidad de recopilar y evaluar datos del programa para monitorear el progreso y el éxito			



APÉNDICE C. MEJORES PRÁCTICAS GENERALES PARA PLANIFICAR LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

Las siguientes son recomendaciones generales para planificar la intervención en una organización que presta servicios contra el VIH.

Crear un equipo de planificación

- » Reúna un equipo de “expertos” que estén comprometidos con el éxito de la intervención; que se reúnan periódicamente para impulsar la planificación, la implementación y la sostenibilidad, y que se comprometan a superar los obstáculos y fomentar la implementación.
- » Considere cómo hacer que al menos un miembro (una persona que representa a la población de prioridad) participe de manera significativa en la planificación e implementación de la intervención (consulte los [*Recursos de AIDS United sobre la participación significativa de las personas con VIH*](#)).
- » Haga reuniones de equipo semanales o “encuentros” diarios (p. ej., reuniones breves al comienzo del día para revisar el estado de los clientes, hablar sobre problemas de reclutamiento y retención, etc.).

Hacer que la gerencia y el personal se comprometan

La implementación de un nuevo servicio en un programa establecido puede exigir cambios en las rutinas, las tareas laborales y los procedimientos de administración. Es esencial tener la aceptación y el compromiso sólido de toda la organización lo antes posible en el proceso de planificación.

- » Reúnase con el equipo de la gerencia ejecutiva para hablar sobre:
 - Cómo la intervención apoyará la misión y las metas de la organización
 - Los beneficios de la intervención para los clientes y la organización en general
 - Los recursos necesarios para implementar la intervención
 - Los sistemas y procedimientos de la organización que se verán afectados por la implementación
 - La importancia de que la gerencia comunique su compromiso con la intervención a todo el personal
 - Cómo el equipo de intervención compartirá regularmente el estado de la intervención sobre la planificación, la implementación, la inscripción y los resultados de los clientes.

... **Apéndice C.** *Mejores prácticas generales para planificar la implementación de una estrategia de intervención*

- » Reúnase con los miembros del personal afectados directa e indirectamente por la intervención para hablar sobre:
 - Los beneficios de la intervención para los clientes y la organización en general
 - Cómo el personal puede ayudar con el reclutamiento y las remisiones
 - Sugerencias para los procesos de divulgación e implementación
 - Cómo el equipo de intervención compartirá regularmente el estado de la intervención sobre la planificación, la implementación, la inscripción y los resultados de los clientes.

Evaluar las necesidades de la comunidad

Al principio del proceso de planificación, las organizaciones deben considerar una evaluación de necesidades formal o informal para comprender mejor las necesidades de las poblaciones de prioridad y cómo adaptar mejor la intervención a sus necesidades. Participar con la comunidad local también ayuda a establecer confianza, construir una visibilidad de reclutamiento y hacer crecer sus redes de remisiones.

Las estrategias de evaluación de las necesidades de la comunidad incluyen:

- » Revisión de datos de clientes existentes sobre participación y retención:
 - ¿Cuántos clientes recién diagnosticados, reingresados y transferidos tiene su organización en un año?
 - ¿Qué porcentaje de clientes nuevos faltan a sus primeras citas de cuidados del VIH?
 - ¿Hay ciertas poblaciones que son más propensas a faltar a las citas?
 - ¿Las citas perdidas suceden con más frecuencia en ciertos momentos del día?
- » Hacer foros, entrevistas o formar grupos de análisis con líderes de la comunidad, residentes, clientes y proveedores de otras agencias locales para pedir su opinión sobre la intervención:
 - ¿Cuáles son las principales barreras de las poblaciones para participar en el cuidado del VIH (p. ej., estigma, confidencialidad, necesidades en competencia)? ¿Cómo podríamos adaptar la intervención para tratar estas barreras?
 - ¿Cuáles son los facilitadores para participar en el cuidado del VIH? ¿Cómo podríamos adaptar la intervención para incorporar a estos facilitadores?
 - ¿Qué podemos hacer para que la intervención sea atractiva y accesible?
 - ¿Cómo podemos trabajar juntos para inscribir nuevos clientes?

Capacitar a todo el personal

Al implementar una intervención para personas con VIH, es importante capacitar a todo el personal de la organización para reducir el estigma, identificar y tratar el trauma, mejorar la humildad cultural y dar atención afirmativa y culturalmente sensible a todas las personas con VIH, incluyendo las personas lesbianas, gays, bisexuales, queer, transgénero y de género diverso. La capacitación y los recursos están disponibles en [TargetHIV](#), [AIDS Education and Training Center Program](#) y el [National LGBTQIA+ Health Education Center](#). Los miembros de la comunidad contratados también pueden necesitar capacitación adicional para adquirir competencias de oficina y otras competencias profesionales.

Hacer una prueba piloto

Antes de completar la implementación, haga una prueba piloto en condiciones del “mundo real” para evaluar la viabilidad y aceptabilidad del flujo del proceso, los formularios y los procedimientos.

- » Considere implementar Project CONNECT con un pequeño grupo de clientes; por ejemplo, comience con clientes recién diagnosticados.
- » Use un [método de mejora de la calidad validado](#) para guiar su prueba piloto.
- » Después de la prueba, comuníquese a todo el personal los resultados: qué es lo que funcionó, qué es lo que no funcionó y qué cambios se hicieron para mejorar las operaciones.



APÉNDICE D. HOJA DE TRABAJO “GO LIVE” (LANZAMIENTO) DE PROJECT CONNECT

Propósito

El propósito de la hoja de trabajo “Go Live” es:

1. Guiar a las organizaciones en la implementación de los pasos y actividades de planificación de la intervención
2. Monitorear el progreso en el cumplimiento de los objetivos y las metas de implementación

Instrucciones

El equipo que dirige la intervención debe identificar a un miembro del equipo para que complete esta hoja de trabajo a lo largo del tiempo. Use la hoja de trabajo para:

- » Desarrollar e impulsar las agendas de las reuniones del equipo
- » Documentar las decisiones tomadas por el equipo
- » Hacer un seguimiento del progreso hacia las metas

Nombre de la organización/ clínica	
Nombre (¿Quién completa esta hoja de trabajo?)	
Meta de la intervención	Vincular e incentivar rápidamente la participación de las personas con VIH en la atención primaria del VIH
Elementos principales (Estos son esenciales para la intervención y no se pueden cambiar)	<ol style="list-style-type: none"> 1. La orientación temprana (la visita a CONNECT) sucede dentro de los 5 días después del contacto inicial con el cliente 2. Contacto personal mejorado (el coordinador de vinculación y los equipos de atención dan apoyo al cliente durante las conexiones telefónicas y presenciales) 3. Evaluaciones biopsicosociales al inicio del estudio y registro, seguidas de remisiones apropiadas
Pasos para la planificación	
Equipo de planificación (¿Quién está en el equipo de planificación?)	1.
	2.
	3.
	4.
	5.
Criterios de elegibilidad	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uno de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Recién diagnosticados con VIH • Sin cuidados por al menos 12 meses • Transfiriendo la atención de otro proveedor 2. Criterios demográficos de la población de prioridad (p. ej., se identifica como persona de color/afroamericano; es un hombre que tiene relaciones sexuales con hombres)
Poblaciones de prioridad (¿A quién reclutará para la intervención?)	1.
	2.
	3.
	4.

<p>Áreas de captación geográfica (¿De qué comunidades reclutará clientes?)</p>	1.
	2.
	3.
<p>Idiomas (¿En qué idiomas implementará la intervención?)</p>	1.
	2.
<p>Compromiso de las partes interesadas (¿Qué estrategias usará para obtener “aceptación” y comentarios?)</p>	1. Gerencia de la organización:
	2. Personal relevante:
	3. Miembros de la comunidad local:
	4. Clientes:
<p>Reclutamiento y divulgación (¿Cuáles son sus estrategias de reclutamiento?)</p>	1.
	2.
	3.
	4.
	5.

Personal de intervención (¿Quién hará qué?)	Rol/Tarea	Responsable del personal
	Divulgación/ reclutamiento	
	Evaluación de elegibilidad	
	Admisión/inscripción	
	Programar la visita a CONNECT	
	Visitas de host CONNECT (incluyendo la evaluación biopsicosocial, el recorrido, etc.)	
	Contactos personales mejorados (p. ej., registros, llamadas de recordatorio)	
	Coaching (si se usa)	
	Equipo de atención primaria	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3.
Requisitos de capacitación del personal (Marque cada casilla al completar)	<input type="checkbox"/> Informar a todo el personal sobre CONNECT <input type="checkbox"/> Capacitar a los coordinadores de vinculación para implementar CONNECT <input type="checkbox"/> Capacitar a los coordinadores de vinculación sobre los conceptos básicos de la infección y el tratamiento del VIH <input type="checkbox"/> Capacitar a todo el personal sobre la reducción del estigma y dar atención que afirme culturalmente a las personas	
Plan de capacitación del personal (¿Cuándo, dónde y cómo se capacitará al personal?)		



Apéndice D. Hoja de trabajo “Go Live” (Lanzamiento) de Project CONNECT

<p>Incentivos (¿Qué incentivos, si los hay, les da a los participantes?)</p>	
<p>Herramientas de evaluación biopsicosociales (¿Qué herramientas usará?)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Historia social y médica 2. Depresión, ansiedad, consumo de sustancias, seguridad, apoyo social, calidad de vida y estigma del VIH 3. Pruebas de laboratorio (p. ej., carga viral, CD4, ITS)
<p>Herramientas adicionales (p. ej., formularios de evaluación, formularios de inscripción, formularios de remisión, formularios de satisfacción del cliente y comentarios)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3.
<p>Contacto mejorado (¿Con qué frecuencia hará un seguimiento de los clientes? ¿Cuándo hará llamadas/mensajes de texto como recordatorios?)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Horario de registro: 2. Calendario de llamadas/mensajes de texto como recordatorio 3. ¿De qué otra manera mejorará el contacto personal?
<p>Remisiones (¿Con quién se asociará para los servicios que no da su organización?)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 2. 3. 4.



<p>Flujo del proceso CONNECT (Describa o dibuje el proceso desde el reclutamiento/ remisión hasta la primera visita de atención primaria. Considere: quién, cuándo, qué y dónde)</p>	
<p>Sostenibilidad (¿Qué hace para que su programa sea sostenible?)</p>	
<p>Prueba piloto de la intervención (¿Cuándo y cómo probará un piloto de la intervención?)</p>	
<p>Después de la prueba: ¿Qué funcionó, qué no funcionó? ¿Qué cambios hará?</p>	
<p>Metas INTELIGENTES (¿Cuáles son sus metas Específicas, Fáciles, Alcanzables, Relevantes, Limitadas en el tiempo?)</p>	1.
	2.
	3.
	4.
	5.



APÉNDICE E. EVALUACIONES BIOPSIICOSOCIALES RECOMENDADAS

Abajo se incluyen las herramientas de evaluación recomendadas para usar durante la visita a CONNECT (orientación temprana) y las visitas de registro:

- » **Depresión:** *Patient Health Questionnaire (Cuestionario de salud del paciente)-9* artículos (PHQ-9)^{9,10}
- » **Ansiedad:** *Generalized Anxiety Disorder (Trastorno de ansiedad generalizada)-7* artículos (GAD-7)¹¹
- » **Cumplimiento a la terapia antirretroviral:** Escala de autoevaluación, escala analógica visual de 30 días, instrumentos de cumplimiento de AACTG (dosis omitida de 7 días, última dosis omitida, dosis omitida del fin de semana)¹²⁻¹⁴
- » **Uso de sustancias:** *Prueba de identificación de trastornos por consumo de alcohol (Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT/AUDIT-C)* para el alcohol; *Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test, ASSIST)* adaptada a otras sustancias¹⁵⁻¹⁸
- » **Dependencia del alcohol:** *Entrevista corta neuropsiquiátrica internacional (Mini-International Neuropsychiatric Interview, M.I.N.I.)*¹⁹

⁹Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: The PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. JAMA. 1999;282(18):1737-1744. Disponible en: <https://www.phqscreeners.com/select-screener>

¹⁰Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med. 2001;16(9):606-613.

¹¹Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. Arch Intern Med. 2006 Mayo 22;166(10):1092-7.

¹²Simoni JM, Kurth AE, Pearson CR, Pantalone DW, Merrill JO, Frick PA. Self-report measures of antiretroviral therapy adherence: A review with recommendations for HIV research and clinical management. AIDS Behav. 2006;10(3):227-245.

¹³Chesney MA, Ickovics JR, Chambers DB, et al. Self-reported adherence to antiretroviral medications among participants in HIV clinical trials: The AACTG adherence instruments. Patient Care Committee & Adherence Working Group of the Outcomes Committee of the Adult AIDS Clinical Trials Group (AACTG). AIDS Care. 2000;12(3):255-266.

¹⁴Lu M, Safren SA, Skolnik PR, et al. Optimal recall period and response task for self-reported HIV medication adherence. AIDS Behav. 2008;12(1):86-94.

¹⁵Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): An effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. Arch Intern Med. 1998;158(16):1789-1795.

¹⁶Bradley KA, Bush KR, Epler AJ, et al. Two brief alcohol-screening tests from the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Validation in a female Veterans Affairs patient population. Arch Intern Med. 2003;163(7):821-829.

¹⁷Newcombe DA, Humeniuk RE, Ali R. Validation of the World Health Organization Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Report of results from the Australian site. Drug Alcohol Rev. 2005;24(3):217-226.

¹⁸WHO ASSIST Working Group. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Development, reliability and feasibility. Addiction. 2002;97(9):1183-1194.

¹⁹Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. J Clin Psychiatry. 1998;59 Suppl 20:22-33;quiz 34-57.



Apéndice E. Evaluaciones biopsicosociales recomendadas

- » **Modalidad de tratamiento por consumo de alcohol/drogas:** *Treatment Service Review (Revisión del servicio de tratamiento)*²⁰
- » **Comportamiento sexual de riesgo:** Inventario de conductas de riesgo sexual²¹
- » **Estigma del VIH:** Mecanismo de medida del estigma del VIH²²
- » **Violencia entre pareja íntimas:** *Varias medidas (Various measures)*^{23,24}
- » **Violencia infantil:** *Cuestionario internacional sobre experiencias adversas en la infancia (Adverse Childhood Experiences International Questionnaire, ACE-IQ)*²⁵
- » **Síntomas relacionados con el VIH:** Índice de síntomas del VIH²⁶
- » **Actividad física:** Cuestionario de Investigaciones clínicas sobre los lípidos²⁷
- » **Calidad de vida relacionada con la salud:** *EuroQol (EQ-5D)*²⁸
- » **Apoyo social:** Evaluación de múltiples factores del apoyo social percibido (Multifactorial Assessment of Perceived Social Support, MAPSS-SF)²⁹

Otros factores a evaluar pueden incluir:

- » **Demografía:** *orientación sexual e identidad de género*;³⁰ educación; empleo; vivienda; historial de prisión (p. ej., herramienta de *PRAPARE*)
- » **Situación de seguro**
- » **Historial familiar:** Diabetes, presión alta, enfermedad cardíaca, enfermedad renal
- » **Historial médico del VIH:** Historial de pruebas y tratamientos del VIH
- » **Lista de medicamentos y alergias**

²⁰McLellan AT, Alterman AI, Cacciola J, Metzger D, O'Brien CP. A new measure of substance abuse treatment. Initial studies of the treatment services review. *J Nerv Ment Dis.* 1992;180(2):101-110.

²¹Fredericksen RJ, Mayer KH, Gibbons LE, et al. Development and content validation of a patient-reported sexual risk measure for use in primary care. *J Gen Intern Med.* 2018;33(10):1661-1668.

²²Earnshaw VA, Smith LR, Chaudoir SR, Amico KR, Copenhaver MM. HIV stigma mechanisms and well-being among PLWH: A test of the HIV stigma framework. *AIDS Behav.* 2013;17(5):1785-1795.

²³Basile KC, Hertz MF, Back SE. Intimate partner violence and sexual violence victimization assessment instruments for use in healthcare settings: Version 1. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control; 2007.

²⁴Fitzsimmons E, Loo S, Dougherty S, et al. Development and content validation of the IPV-4, a brief patient-reported measure of intimate partner violence for use in HIV Care. International Society of Quality of Life Research Conference; 21 de octubre de 2019, 2019; San Diego, California.

²⁵World Health Organization. Adverse Childhood Experiences International Questionnaire (ACE-IQ); 2018.

²⁶Justice AC, Holmes W, Gifford AL, et al. Development and validation of a self-completed HIV symptom index. *J Clin Epidemiol.* 2001;54 Suppl 1:S77-90.

²⁷Ainsworth BE, Jacobs DR, Jr., Leon AS. Validity and reliability of self-reported physical activity status: The Lipid Research Clinics questionnaire. *Med Sci Sports Exerc.* 1993;25(1):92-98.

²⁸EuroQol G. EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy.* 1990;16(3):199-208.

²⁹Fredericksen RJ, Fitzsimmons E, Gibbons LE, et al. Development and content validation of the Multifactorial Assessment of Perceived Social Support (MAPSS), a brief, patient-reported measure of social support for use in HIV care. *AIDS Care.* 2019;1-9.

³⁰Grasso C, McDowell MJ, Goldhammer H, Keuroghlian AS. Planning and implementing sexual orientation and gender identity data collection in electronic health records. *J Am Med Inform Assoc.* 2019;26(1):66-70.



APÉNDICE F. LISTAS DE VERIFICACIÓN PARA LA IMPLEMENTACIÓN A NIVEL DEL CLIENTE DE PROJECT CONNECT

Propósito

El propósito de las listas de verificación para la implementación a nivel del cliente es:

- » Guiar al personal sobre los componentes importantes de la intervención
- » Incentivar al personal a reflexionar sobre qué actividades completaron o no completaron y cómo se implementó la intervención
- » Monitorear cómo el personal implementa la intervención según lo previsto
- » Servir como una herramienta para que los supervisores den comentarios al personal que implementa la intervención.

Instrucciones

Use la lista de verificación que coincida con la sesión implementada. Complete una lista de verificación para cada cliente. Puede completar la lista de verificación durante la interacción con el cliente (para que sirva como guía) o poco después de la interacción.

Hay dos secciones en la lista de verificación.

1. **“Actividades”** rastrea las actividades que completó el personal. El personal debe marcar “Sí” para todas las actividades completadas y dar una explicación de las actividades que no se completaron.
2. La **“construcción de relaciones”** exige que el personal reflexione sobre cómo se implementó la intervención. El personal debe evaluarse a sí mismo según los diversos elementos y dar una breve reflexión sobre las formas de mejorar las futuras interacciones con los clientes.

Fecha: _____ Personal: _____ Cliente: _____

Fase uno: Lista de verificación del contacto inicial

¿Se completaron las siguientes actividades?

Sí No

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Establecer una relación con el cliente |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Evaluar la elegibilidad del cliente (uno o más de los siguientes): |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tiene un diagnóstico reciente de VIH |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Está transfiriendo los cuidados desde otro proveedor de cuidados de VIH |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | No recibió cuidados durante más de 12 meses |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Programar visita a CONNECT (orientación temprana para nuevos clientes) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | La visita será dentro de los 5 días después del contacto inicial |

Fecha de la visita a CONNECT: _____

Si algún elemento de esta lista no está terminado o está incompleto, explique por qué abajo:

Fecha: _____ Personal: _____ Cliente: _____

Fase dos: Lista de verificación de la visita a CONNECT

¿Se completaron las siguientes actividades?

Sí

No

Llamada/mensaje de texto/email de recordatorio

Hacer una llamada, enviar un mensaje de texto/email de recordatorio personalizado 7 días antes de la cita

Hacer una llamada, enviar un mensaje de texto/email de recordatorio personalizado 1-2 días antes de la cita

Llamar/enviar un mensaje de texto/email al cliente dentro de las 24 horas después de la cita perdida

El cliente no faltó a la cita

... **Apéndice F. Listas de verificación para la implementación a nivel del cliente de Project CONNECT**

Sí No

Visita a CONNECT

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hacer una entrevista semiestructurada |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hacer que el cliente complete las herramientas de evaluación biopsicosocial (consulte el Apéndice E) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Preguntar al cliente sobre el estado del seguro |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si no tiene seguro, evaluar la elegibilidad para ADAP |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dar un recorrido por la clínica |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Recoger muestras (o asegurarse de que se recojan/se recogerán muestras) para el análisis de laboratorio inicial |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hablar sobre la importancia de mantenerse en los cuidados |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hablar sobre los miembros del equipo de atención primaria del cliente |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Programar la primera cita de atención primaria |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cita programada dentro de seis semanas a partir de hoy |
| | | Fecha de la próxima visita de atención primaria: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ayudar al cliente a identificar fuentes de cuidados adicionales según la entrevista y los resultados de la evaluación biopsicosocial (p. ej., pruebas de VIH para la pareja, servicios de salud mental, apoyo para trastornos por uso de sustancias, apoyo para la vivienda, asistencia alimentaria y servicios de transporte) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Remitir al cliente a servicios adicionales |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Indique las remisiones aquí: _____ |
| | | _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Responder las preguntas del cliente |

Si no completa una actividad, explique por qué abajo:

Fase dos: Hoja de evaluación personal para la construcción de relaciones

Abajo se muestran los elementos importantes en la interacción con el cliente. Califique cómo hizo lo siguiente durante la visita a CONNECT:

	Podría hacerlo mejor		Lo hice bien		Lo hice muy bien
	1	2	3	4	5
Tratar al cliente con dignidad y respeto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Expresar empatía y compasión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conocer al cliente como persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Escuchar atentamente al cliente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dar afirmaciones/reconocimiento por el esfuerzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centrarse en las fortalezas del cliente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crear una visión compartida del éxito del tratamiento con el cliente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Reflexione sobre cómo puede mejorar su interacción con el cliente:

Fecha: _____ Personal: _____ Cliente: _____

Fase tres: Lista de verificación de la primera visita al proveedor de atención primaria

¿Se completaron las siguientes actividades?

Sí No

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hacer un recordatorio personalizado por llamada/mensaje de texto/email 7 días antes de la cita |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hacer un recordatorio personalizado por llamada/mensaje de texto/email 1 - 2 días antes de la cita |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Acompañar al cliente a la primera visita de atención primaria |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Llamar/enviar un mensaje de texto/email al cliente dentro de las 24 horas después de la cita perdida |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El cliente no faltó a la cita |

Si no completa una actividad, explique por qué abajo:

Fecha: _____ Personal: _____ Cliente: _____

Fase cuatro: Lista de verificación de seguimientos trimestrales y de contacto personal mejorado

¿Se completaron las siguientes actividades?

Sí No

Registro

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Monitorear la salud del cliente |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Asegurarse de que el cliente entienda los consejos médicos y el plan de tratamiento |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reforzar los planes de acción del cliente |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Comprobar el cumplimiento de la toma de medicamentos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Comprobar el cumplimiento de la cita |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Responder las preguntas del cliente |

Cita de atención primaria

(Complete si hay una cita de atención primaria programada)

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hacer un recordatorio personalizado por llamada/mensaje de texto/email 7 días antes de la cita |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hacer un recordatorio personalizado por llamada/mensaje de texto/email 1-2 días antes de la cita |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Llamar/enviar un mensaje de texto/email al cliente dentro de las 24 horas después de la cita perdida |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El paciente no faltó a la cita |

Si no completa una actividad, explique por qué abajo:

Fase cuatro: Hoja de evaluación personal para la construcción de relaciones

Abajo se muestran los elementos importantes en la interacción con el cliente. Califique cómo hizo lo siguiente durante el control:

	Podría hacerlo mejor		Lo hice bien	Lo hice muy bien	
	1	2	3	4	5
Tratar al cliente con dignidad y respeto	<input type="checkbox"/>				
Expresar empatía y compasión	<input type="checkbox"/>				
Conocer al cliente como persona	<input type="checkbox"/>				
Escuchar atentamente al cliente	<input type="checkbox"/>				
Dar afirmaciones/reconocimiento por el esfuerzo	<input type="checkbox"/>				
Centrarse en las fortalezas del cliente	<input type="checkbox"/>				
Crear una visión compartida del éxito del tratamiento con el cliente	<input type="checkbox"/>				

Reflexione sobre cómo puede mejorar su interacción con el paciente:
