Salud mental y VIH

De la fragmentación asistencial a una atención integrada



Fundación seisida

Con la colaboración de GILEAD Creating Possible

Fundación seisida

Salud mental y VIH

De la fragmentación asistencial a una atención integrada

Informe de resultados del proyecto para la mejora de la atención a la salud mental de las personas con VIH.

Fundación SEISIDA

Noviembre 2026

Autores

COORDINADORES

Carlos Iniesta Mármol.
Fundación SEISIDA.

María José Fuster Ruiz de Apodaca.
Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SEISIDA); Departamento de Psicología Social y de las Organizaciones, Facultad de Psicología, UNED.

COLABORADORES CIENTÍFICOS

Alejandro Sánchez Ocaña.
ONG Stop.

Miguel Ángel Ramiro.
Grupo de Investigación Discapacidad, Enfermedad Crónica y Accesibilidad a los Derechos (DECADE), Universidad de Alcalá.

Paulina Ramírez.
Grupo de Investigación Discapacidad, Enfermedad Crónica y Accesibilidad a los Derechos (DECADE), Universidad de Alcalá.

COMITÉ ASESOR

Emma Fernández González.
Enfermera de práctica avanzada en VIH e ITS, Hospital Clínic de Barcelona; Grupo de Enfermería Experta en VIH (GEEVIH), Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SEISIDA).

Javier Curto Ramos.
Centro de Salud Mental Salamanca, Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario La Princesa; Sociedad Española Interdisciplinaria del Sida (SEISIDA).

Iván Garrido.
Psicólogo y director ejecutivo de Proyecto Kintsugi Acompañamiento Emocional.

María José Castro Ruiz.
Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA); Subdirección de Enfermería, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Marta Montero Alonso.
Unidad de Enfermedades Infecciosas y Unidad de Aislamiento y Tratamiento de Alto Nivel, Hospital Universitario y Politécnico La Fe; Instituto de Investigación Sanitaria La Fe.

Reyes Velayos.
Coordinadora estatal de VIH y sida (CESIDA).

Jordi Blanch.
Departamento de Psiquiatría y Psicología y Unidad de VIH, Hospital Clínic de Barcelona; Departamento de Medicina, Universidad de Barcelona; Servicios de Salud Mental y Adicciones, Gestió Serveis Sanitaris de Lleida; CIBERSAM, Instituto de Salud Carlos III; IDIBAPS; IRBLleida.

Citación sugerida: Fundación SEISIDA. Salud mental y VIH: de la fragmentación asistencial a una atención integrada. Informe de resultados del proyecto para la mejora de la atención a la salud mental de las personas con VIH. Madrid: Fundación SEISIDA; 2026.

Índice de contenido

01 Introducción 1

1.1 Salud mental y adicciones en la atención integral al VIH . . . 1

1.2 El “Proyecto para la mejora de la Salud Mental de las personas con VIH” . . . 2

1.2.1 Revisión normativa . . . 3

1.2.2 Estudio cualitativo . . . 3

02 Encuesta de caracterización de la atención a la salud mental en las Unidades de VIH 4

2.1 Diseño de la encuesta . . . 4

2.2 Desarrollo y distribución del cuestionario . . . 5

2.3 Análisis de la información . . . 5

03 Resultados 6

3.1 Características de los hospitales participantes . . . 6

3.2 Organización y composición de los Servicios de Salud Mental . . . 7

Recursos disponibles en los Servicios de Salud Mental . . . 8

Programas asistenciales específicos . . . 9

Recursos específicos para personas con VIH dentro del Servicio de Salud Mental . . . 10

3.3 Organización de las Unidades de VIH . . . 10

Profesionales que integran las Unidades de VIH . . . 11

Exploración de problemas de salud mental en las Unidades de VIH . . . 12

Manejo de los problemas de salud mental desde las Unidades de VIH . . . 12

3.4 Coordinación entre las Unidades de VIH y los Servicios de Salud Mental . . . 13

Protocolos y circuitos de derivación entre las Unidades de VIH y los Servicios de Salud Mental 14

Seguimiento de las derivaciones y percepción de la coordinación . . . 15

Reuniones de coordinación entre las Unidades de VIH y los Servicios de Salud Mental . . . 17

Acceso a la información clínica entre dispositivos asistenciales . . . 18

3.5 Colaboración con entidades comunitarias e intervenciones psicosociales realizadas en las Unidades de VIH . . . 18
Participación de perfiles comunitarios en la atención a la salud mental . . . 18
Intervenciones psicosociales desarrolladas en las Unidades de VIH . . . 19
Coordinación con entidades comunitarias . . . 22
Registro de la información y colaboración con entidades comunitarias . . . 23
3.6 Valoración de la atención y propuestas de mejora . . . 24
Valoración de la atención a la salud mental, la coordinación asistencial y la disponibilidad de recursos . . . 24
Propuestas de mejora y comentarios sobre la atención a la salud mental . . . 25
Comentarios generales sobre atención a salud mental en VIH . . . 26
3.7 Variabilidad territorial . . . 27
3.8 Síntesis global de resultados . . . 28
3.9 Limitaciones del estudio . . . 29

04 Decálogo de recomendaciones para la atención a la salud mental y las adicciones en las personas con VIH 30

4.1 Integrar la salud mental y la atención a las adicciones como un componente estructural de la atención al VIH . . . 31
4.2 Reducir la variabilidad organizativa mediante estándares comunes de atención . . . 32
4.3 Favorecer la continuidad asistencial mediante marcos organizativos que faciliten la libre elección y la coordinación entre dispositivos . . . 34
4.4 Consolidar modelos estables de coordinación entre las Unidades de VIH, los Servicios de Salud Mental y los dispositivos de atención a las adicciones . . . 35
4.5 Implantar estrategias sistemáticas de detección precoz, valoración clínica y seguimiento . . . 36
4.6 Reforzar la colaboración entre el sistema sanitario y las entidades comunitarias . . . 36
4.7 Garantizar recursos suficientes para responder a las necesidades de salud mental y adicciones . . . 37
4.8 Impulsar la capacitación de los profesionales . . . 38
4.9 Promover una atención centrada en la persona . . . 38
4.10 Reducir el estigma y la discriminación y garantizar una atención respetuosa con la diversidad . . . 39

Agradecimientos 41

Referencias 42

Anexo 1. Parrilla para orientar la implementación local de las acciones del decálogo 44

Cómo utilizar la parrilla 44

Criterios de valoración 45

Interpretación y fase de implementación 45

Ejemplo de parrilla de valoración 46

Índice de tablas

Tabla 1 Distribución por CCAA y características de los hospitales participantes . . . 7

Tabla 2 Composición y organización de los Servicios de Salud Mental . . . 8

Tabla 3 Recursos disponibles en los Servicios de Salud Mental . . . 9

Tabla 4 Programas asistenciales específicos disponibles . . . 9

Tabla 5 Recursos específicos para personas con VIH dentro del Servicio de Salud Mental . . . 10

Tabla 6 Configuración de las Unidades de VIH . . . 11

Tabla 7 Profesionales que integran las Unidades de VIH . . . 11

Tabla 8 Prácticas de exploración de problemas de salud mental en las Unidades de VIH (N = 23) . . . 12

Tabla 9 Modalidad de exploración de problemas de salud mental en las Unidades de VIH (N = 23) . . . 12

Tabla 10 Procedimiento habitual cuando se identifica un problema de salud mental en la Unidad de VIH 13

Tabla 11 Frecuencia de las intervenciones realizadas desde la Unidad de VIH . . . 13

Tabla 12 Protocolos y circuitos de derivación entre las Unidades de VIH y los Servicios de Salud Mental 15

Tabla 13 Seguimiento de las derivaciones y percepción de la coordinación . . . 16

Tabla 14 Barreras percibidas para la derivación a Salud Mental . . . 16

Tabla 15 Nivel de seguimiento realizado tras la derivación a los Servicios de Salud Mental . . . 17

Tabla 16 Reuniones de coordinación entre las Unidades de VIH y los Servicios de Salud Mental . . . 17

Tabla 17 Acceso a la información clínica entre la Unidad de VIH y otros dispositivos asistenciales . . . 18

Tabla 18 Modalidades de vinculación de los perfiles comunitarios en los hospitales donde participan . 19

Tabla 19 Intervenciones psicosociales desarrolladas en las Unidades de VIH . . . 20

Tabla 20 Intervenciones psicosociales y quién las realiza . . . 21

Tabla 21 Coordinación entre las Unidades de VIH y las entidades comunitarias . . . 22

Tabla 22 Modalidad de seguimiento tras la derivación o colaboración con entidades comunitarias . . . 22

Tabla 23 Registro de la información y disponibilidad de recursos comunitarios en las Unidades de VIH . 23

Tabla 24 Actividades de colaboración entre las Unidades de VIH y las entidades comunitarias 23

Tabla 25 Valoración de la atención a la salud mental, la coordinación asistencial y la disponibilidad de recursos 25

Tabla 26 Principales áreas de mejora identificadas por los profesionales 26

Tabla 27 Principales diferencias observadas entre Comunidades Autónomas y centros participantes . . 28

01

Introducción

1.1 Salud mental y adicciones en la atención integral al VIH

Los avances en el tratamiento antirretroviral han transformado la infección por el VIH en una enfermedad crónica, aumentando de forma significativa la esperanza y la calidad de vida de las personas con VIH (Trickey et al., 2017, 2023). En este contexto, la atención al VIH ha evolucionado desde un modelo centrado fundamentalmente en el control virológico hacia un enfoque de atención integral, en el que la salud mental constituye un componente esencial del bienestar y de la calidad asistencial (Abiodun et al., 2024; De Sanidad, 2021; Remien et al., 2019).

Las personas con VIH presentan una mayor prevalencia de problemas de salud mental que la población general, especialmente depresión, ansiedad, trastornos relacionados con el consumo de sustancias y otros problemas de malestar psicológico (Gooden et al., 2022; Hu et al., 2025).

Estos problemas están condicionados tanto por factores clínicos como por determinantes sociales, entre los que destacan el estigma asociado al VIH, la discriminación, el aislamiento social, la incertidumbre tras el diagnóstico, las dificultades socioeconómicas y otras situaciones de vulnerabilidad. La evidencia disponible también muestra que la salud mental influye de forma directa sobre la adherencia al tratamiento antirretroviral, la continuidad en el seguimiento clínico, la calidad de vida y los resultados en salud. La evidencia disponible también muestra que la salud mental influye de forma directa sobre la adherencia al tratamiento antirretroviral, la continuidad en el seguimiento clínico, la calidad de vida y los resultados en salud (Rueda et al., 2016).

Por ello, las principales estrategias y recomendaciones nacionales e internacionales coinciden en señalar la necesidad de integrar la atención a la salud mental dentro de la atención habitual a las personas con VIH, promoviendo modelos asistenciales multidisciplinares, coordinados y centrados en la persona (Ministerio de Sanidad, 2021; Programme on HIV/AIDS and the World Health Organization, 2022).

Sin embargo, la integración efectiva de la salud mental y la atención a las adicciones en la atención a las personas con VIH continúa planteando importantes desafíos. La respuesta a estas necesidades requiere no solo disponer de recursos adecuados, sino también contar con modelos asistenciales que favorezcan la detección precoz, la atención personalizada, la coordinación entre profesionales y servicios y la participación activa de las personas con VIH en las decisiones sobre su atención.

En la práctica, la disponibilidad de recursos, los circuitos asistenciales y los mecanismos de coordinación pueden variar entre territorios y centros sanitarios, condicionando la forma en que se abordan las necesidades de salud mental y adicciones. En este contexto, resulta necesario conocer cómo se organiza actualmente esta atención en las Unidades de VIH, identificar las principales fortalezas y dificultades de los modelos existentes y detectar oportunidades para avanzar hacia una atención más integrada, coordinada y adaptada a las necesidades de las personas con VIH.

En este informe, la orientación estratégica hacia una atención integrada incorpora explícitamente la salud mental y las adicciones, atendiendo a su interrelación y a las necesidades de coordinación entre sus dispositivos asistenciales. Esta perspectiva incluye la prevención y el abordaje de los problemas relacionados con el consumo de sustancias y la reducción de riesgos y daños, sin equiparar todo consumo, incluido el chemsex, con una adicción. Las denominaciones de los servicios, los instrumentos y los resultados de los estudios se mantienen conforme a su alcance original.

1.2 El "Proyecto para la mejora de la Salud Mental de las personas con VIH"

> **Con el objetivo de contribuir a la mejora de la atención a la salud mental y las adicciones de las personas con VIH en España, Fundación SEISIDA desarrolló el proyecto, llamado en adelante "Salud Mental y VIH", una iniciativa orientada a analizar la organización de la atención a la salud mental y las adicciones desde una perspectiva asistencial, organizativa y normativa, e identificar oportunidades de mejora que contribuyan a una atención más integrada, equitativa y centrada en las necesidades de las personas con VIH.**

El proyecto fue concebido y desarrollado con el apoyo de un comité asesor interdisciplinar integrado por profesionales de reconocido prestigio en los ámbitos del VIH, la salud mental, la psiquiatría, la psicología, la enfermería, la salud pública y las organizaciones comunitarias, incorporando además la perspectiva de personas con experiencia en primera persona. Este comité participó de forma continuada en la definición de las prioridades del proyecto, el diseño metodológico de las diferentes fases, el desarrollo de los instrumentos de recogida de información y la interpretación de los resultados.

El proyecto se estructuró en tres fases complementarias. La primera consistió en una revisión de la normativa estatal y autonómica relacionada con el acceso a la atención especializada en salud mental, desarrollada en colaboración con el Grupo de Investigación DECADE de la Universidad de Alcalá. La segunda fase correspondió a un estudio cualitativo sobre la organización de la atención a la salud mental de las personas con VIH, realizado en colaboración con la asociación STOP y basado en entrevistas a profesionales de diferentes ámbitos relacionados con el VIH y la salud mental en siete comunidades autónomas españolas. Finalmente, a partir de los resultados obtenidos en ambas fases, se diseñó el presente estudio cuantitativo dirigido a profesionales de las Unidades de VIH.

1.2.1 Revisión normativa

La primera fase del proyecto consistió en una revisión de la normativa estatal y autonómica relativa al derecho de libre elección de profesional y centro sanitario en el ámbito de la salud mental. El análisis puso de manifiesto una importante heterogeneidad entre comunidades autónomas, tanto en el reconocimiento de este derecho como en las condiciones para su ejercicio efectivo.

Mientras algunas comunidades autónomas contemplan expresamente la posibilidad de elegir profesional dentro de los servicios de salud mental, otras excluyen esta especialidad, la limitan a determinados dispositivos asistenciales o carecen de una regulación específica. Asimismo, se identificaron diferencias en los procedimientos administrativos necesarios para solicitar un cambio de profesional, en las causas que pueden justificarlo y en las garantías ofrecidas a la ciudadanía. Estas diferencias generan un acceso desigual a la posibilidad de establecer una relación terapéutica continuada con el profesional de referencia, un aspecto especialmente relevante en el ámbito de la salud mental, donde la continuidad asistencial y la alianza terapéutica constituyen elementos fundamentales para la efectividad de la atención. En conjunto, la revisión evidenció la existencia de una importante variabilidad normativa que puede traducirse en inequidades en el acceso a la atención en función del territorio de residencia.

1.2.2 Estudio cualitativo

La segunda fase consistió en un estudio cualitativo basado en 22 entrevistas semiestructuradas realizadas a 38 profesionales pertenecientes a diferentes ámbitos relacionados con la atención al VIH y la salud mental, incluyendo profesionales de unidades de VIH, salud mental, salud pública, gestión sanitaria y organizaciones comunitarias, en siete comunidades autónomas españolas. El objetivo fue comprender cómo se organiza la atención a la salud mental de las personas con VIH e identificar las principales fortalezas, barreras y necesidades desde la perspectiva de los profesionales.

Los resultados mostraron que la atención a la salud mental de las personas con VIH se caracteriza por una integración limitada entre los servicios de VIH y los dispositivos de salud mental, con circuitos asistenciales frecuentemente fragmentados y una coordinación que depende, en gran medida, de la iniciativa y las relaciones personales entre profesionales más que de mecanismos organizativos formalmente establecidos. Los participantes describieron importantes dificultades de acceso derivadas de la escasez de recursos y de los tiempos de espera, así como una elevada variabilidad entre territorios en la disponibilidad de servicios y en los modelos de atención.

El estudio también puso de relieve que las necesidades de salud mental de las personas con VIH trascienden el ámbito estrictamente clínico y están estrechamente relacionadas con factores como el estigma, la vulnerabilidad social, el envejecimiento, el consumo de sustancias o las situaciones de exclusión. En este contexto, las organizaciones comunitarias fueron identificadas como un recurso esencial para facilitar el acceso, proporcionar apoyo psicosocial y mantener la continuidad asistencial, compensando en muchas ocasiones las limitaciones de los recursos sanitarios. En conjunto, los resultados evidenciaron la necesidad de avanzar hacia modelos de atención más integrados, coordinados y multidisciplinares, capaces de responder a la complejidad de las necesidades de las personas con VIH.

Los resultados obtenidos en estas dos primeras fases sirvieron de base para el diseño del estudio cuantitativo cuyos resultados se presentan en este informe, con el objetivo de describir la organización actual de la atención a la salud mental en las Unidades de VIH españolas, analizar la variabilidad existente entre centros y comunidades autónomas e identificar áreas prioritarias de mejora para orientar futuras actuaciones organizativas y de planificación sanitaria.

02

Encuesta de caracterización de la atención a la salud mental en las Unidades de VIH

Como tercera fase del proyecto Salud Mental y VIH, se realizó una encuesta dirigida a profesionales de las Unidades de VIH de hospitales de las siete comunidades autónomas participantes, con el objetivo de obtener una visión general de cómo se organiza y desarrolla la atención a la salud mental de las personas con VIH.

La encuesta permitió explorar los recursos disponibles, los modelos de coordinación con los Servicios de Salud Mental y las entidades comunitarias, las prácticas asistenciales habituales y la percepción de los profesionales sobre las principales fortalezas y necesidades de mejora.

2.1 Diseño de la encuesta

El cuestionario se diseñó a partir de los resultados obtenidos en las dos fases previas del proyecto: la revisión normativa sobre la organización de la atención a la salud mental y el estudio cualitativo realizado con profesionales del ámbito del VIH, la salud mental, la salud pública, la gestión sanitaria y las entidades comunitarias. Ambos estudios permitieron identificar los principales aspectos organizativos, las barreras existentes y las áreas prioritarias de mejora que posteriormente se incorporaron al cuestionario.

El desarrollo de la encuesta contó además con la participación del **Comité Asesor** del proyecto, integrado por profesionales de los ámbitos del VIH, la salud mental, la psiquiatría, la psicología, la enfermería, la salud pública, las organizaciones comunitarias y personas con experiencia en primera persona. El Comité revisó la estructura y el contenido del cuestionario y realizó aportaciones para asegurar que los diferentes ámbitos relevantes quedaran adecuadamente representados.

El cuestionario se estructuró en seis módulos temáticos orientados a describir la organización de los Servicios de Salud Mental y de las Unidades de VIH, los modelos de coordinación entre ambos dispositivos, la colaboración con las entidades comunitarias, las prácticas habituales de atención a

la salud mental y la valoración de los profesionales sobre las principales fortalezas y necesidades de mejora.

2.2 Desarrollo y distribución del cuestionario

La encuesta se administró mediante un **cuestionario en línea autocumplimentado**. Se recomendó que cada hospital designara una **persona referente**, preferentemente perteneciente a la Unidad de VIH, responsable de coordinar la cumplimentación del cuestionario. Asimismo, se solicitó que las respuestas se elaboraran de forma colaborativa, incorporando, siempre que fuera posible, la participación de profesionales de los Servicios de Salud Mental y de otros perfiles implicados en la atención, incluyendo las entidades comunitarias cuando existiera relación con el centro.

La encuesta fue distribuida a través de los canales de difusión de **SEISIDA** y del **Grupo de Enfermería Experta en VIH (GEEVIH-SEISIDA)** entre las Unidades de VIH de los hospitales seleccionados. La recogida de información se llevó a cabo entre el **14 de abril y el 8 de junio de 2026**, obteniéndose **23 cuestionarios completos**.

2.3 Análisis de la información

Los datos cuantitativos se analizaron mediante estadística descriptiva utilizando **Stata 18**. Las respuestas abiertas se analizaron mediante un proceso de codificación temática, agrupando las aportaciones en categorías y áreas de mejora.

Como apoyo al análisis de la información, la generación de código en Stata y la redacción del informe se utilizó **ChatGPT (OpenAI)**. Todas las salidas fueron revisadas y validadas por el equipo investigador antes de su incorporación al informe.

03

Resultados

3.1 Características de los hospitales participantes

Se invitó a participar a **26 hospitales de siete comunidades autónomas**. Finalmente, **23 hospitales completaron el cuestionario**, lo que supone una **tasa de respuesta del 88,5%**. Los centros participantes pertenecían a seis comunidades autónomas: Cataluña y Comunitat Valenciana aportaron cinco hospitales cada una; Comunidad de Madrid y País Vasco, cuatro; Galicia, tres; y Andalucía, dos. Ninguno de los centros invitados de Aragón completó el cuestionario.

La muestra estuvo constituida mayoritariamente por hospitales de elevada complejidad[1]. Trece centros (56,5%) correspondían al grupo de máxima complejidad, mientras que solo un hospital (4,3%) se clasificó como hospital comarcal pequeño.

El tamaño de la población de referencia mostró una amplia variabilidad entre los centros, con una mediana de **328.000 habitantes** (RIC: 280.000–550.000) y un rango de 135.000 a 2.000.000.

1 Siguiendo la clasificación de hospitales públicos españoles mediante el uso del análisis de conglomerados, realizado por el Departamento de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión de la Universidad de Las Palmas (2007).
Grupo 1 - Hospital comarcal pequeño. Hospital con menos de 150 camas, baja dotación tecnológica, pocos médicos y atención centrada en pacientes y procesos de baja complejidad.
Grupo 2 - Hospital general básico. Hospital de tamaño medio (menos de 200 camas), con dotación tecnológica mínima, algo de actividad docente y capacidad para atender casos de complejidad baja a moderada.
Grupo 3 - Hospital de área. Hospital de tamaño medio (aprox. 500 camas), con más de 50 médicos residentes y alrededor de 270 médicos en plantilla. Atiende una combinación de casos habituales y algunos pacientes con necesidades más especializadas, representando un nivel de complejidad asistencial medio.
Grupo 4 - Gran hospital con alta actividad docente. Hospital de gran tamaño, con una estructura y recursos heterogéneos, más de 160 médicos residentes y elevada complejidad asistencial. Atiende un volumen significativo de pacientes graves y requiere servicios y procedimientos altamente especializados.
Grupo 5 - Hospital de máxima complejidad. Hospital de gran tamaño estructural y muy elevada actividad asistencial. Cuenta con oferta completa de servicios, más de 680 médicos y alrededor de 300 residentes. Atiende de manera habitual pacientes graves y de muy alta complejidad, propios de grandes complejos hospitalarios.

Tabla 1. Distribución por CCAA y características de los hospitales participantes

	n (%) o mediana (RIC)
Comunidad autónoma	
Andalucía	2 (8,7)
Cataluña	5 (21,7)
Comunidad de Madrid	4 (17,4)
Comunidad Valenciana	5 (21,7)
Galicia	3 (13,0)
País Vasco	4 (17,4)
Tipo de hospital	
Grupo 1. Hospital comarcal pequeño	1 (4,3)
Grupo 2. Hospital general básico	2 (8,7)
Grupo 3. Hospital de área	4 (17,4)
Grupo 4. Gran hospital con alta actividad docente	3 (13,0)
Grupo 5. Hospital de máxima complejidad	13 (56,5)
Población de referencia	328.000 (280.000–550.000)

Nota: la población de referencia se presenta como mediana y rango intercuartílico. Rango total: 135.000–2.000.000 habitantes.

3.2 Organización y composición de los Servicios de Salud Mental

Todos los hospitales participantes indicaron que el Servicio de Salud Mental incluía profesionales de psiquiatría. La psicología clínica (95,7%) y el trabajo social (91,3%) también estaban presentes en prácticamente todos los centros, seguidos de la enfermería general (87,0%). La enfermería especializada se encontraba disponible en el 69,6% de los hospitales y la terapia ocupacional en el 60,9%. La neuropsicología (39,1%) y la educación social (30,4%) fueron los perfiles menos extendidos.

En 17 hospitales (73,9%), el Servicio de Salud Mental daba cobertura a toda el área sanitaria de referencia. Cinco centros (21,7%) disponían de un servicio propio del hospital que no gestionaba directamente otros recursos externos y un hospital describió un modelo diferente, en el que el servicio pertenecía a otra organización sanitaria y cubría los centros asignados de la zona.

Los comentarios abiertos reflejaron modelos organizativos diversos, incluyendo servicios que trabajan en red con dispositivos hospitalarios, comunitarios y de Atención Primaria. Un centro señaló que los contactos con los recursos de salud mental del área eran puntuales y vinculados a cuestiones concretas, como el chemsex.

Tabla 2. Composición y organización de los Servicios de Salud Mental

	n (%)
Perfiles profesionales presentes en el servicio de salud mental	
Psiquiatría	23 (100,0)
Psicología clínica	22 (95,7)
Trabajo social	21 (91,3)
Enfermería general	20 (87,0)
Enfermería especializada	16 (69,6)
Terapia ocupacional	14 (60,9)
Neuropsicología	9 (39,1)
Educación social	7 (30,4)
Otros perfiles	3 (13,0)
Relación del servicio con el área sanitaria	
Da cobertura a toda el área sanitaria de referencia	17 (73,9)
Servicio propio del hospital, sin gestión directa de recursos externos	5 (21,7)
Otro modelo organizativo	1 (4,3)

Recursos disponibles en los Servicios de Salud Mental

Los recursos más frecuentemente disponibles fueron las unidades de hospitalización breve (91,3%), las unidades de salud mental infantojuvenil (87,0%) y los centros de salud mental ambulatorios (82,6%). Los hospitales de día estaban presentes en el 78,3% de los centros, mientras que las unidades de psiquiatría de enlace e interconsulta y las unidades de adicciones se encontraban disponibles en el 73,9%.

Los equipos específicamente dirigidos a la atención en salud mental de personas sin hogar fueron el recurso menos frecuente, presente en siete hospitales (30,4%). Entre los 19 centros que facilitaron una cifra concreta, el número de centros de salud mental ambulatorios dependientes del servicio presentó una mediana de 4 (RIC: 2–5), con un rango de 1 a 18.

Las respuestas abiertas identificaron recursos adicionales como hospitalización psiquiátrica domiciliaria, atención al riesgo suicida, patología dual, atención penitenciaria, unidades de trastornos de la conducta alimentaria y comunidades terapéuticas. También señalaron situaciones de fragmentación organizativa: algunos dispositivos ambulatorios o unidades de adicciones pertenecían a otras estructuras asistenciales y no siempre ofrecían apoyo a pacientes hospitalizados.

Tabla 3. Recursos disponibles en los Servicios de Salud Mental

Recurso	n (%)
Unidad de hospitalización breve	21 (91,3)
Unidad de salud mental infantojuvenil	20 (87,0)
Centro de salud mental ambulatorio	19 (82,6)
Hospital de día	18 (78,3)
Psiquiatría de enlace e interconsulta	17 (73,9)
Unidad de adicciones	17 (73,9)
Programas asistenciales específicos	15 (65,2)
Otros recursos	8 (34,8)
Atención de salud mental a personas sin hogar	7 (30,4)

Programas asistenciales específicos

Los programas más frecuentes fueron los de salud mental infantojuvenil (78,3%), continuidad de cuidados para personas con trastorno mental grave (73,9%) y atención a la conducta suicida (65,2%). También fueron habituales los programas de trastornos de la conducta alimentaria (60,9%), intervención temprana en psicosis (56,5%) y psicooncología (56,5%).

Solo seis hospitales (26,1%) indicaron disponer de un programa asistencial específico de VIH dentro del Servicio de Salud Mental. Fue el programa menos frecuente de los incluidos en el cuestionario, seguido de los programas de dolor crónico (30,4%).

Tabla 4. Programas asistenciales específicos disponibles

Programa	n (%)
Salud mental infantojuvenil	18 (78,3)
Continuidad de cuidados para trastorno mental grave	17 (73,9)
Conducta suicida	15 (65,2)
Trastorno de la conducta alimentaria	14 (60,9)
Intervención temprana en psicosis	13 (56,5)
Psicooncología	13 (56,5)
Cirugía bariátrica	10 (43,5)
Trastornos de personalidad	9 (39,1)
Otros programas	9 (39,1)
Psicogeriatría	8 (34,8)
Dolor crónico	7 (30,4)
VIH	**6 (26,1)**

Recursos específicos para personas con VIH dentro del Servicio de Salud Mental

Quince hospitales (65,2%) indicaron no disponer de una consulta específica ni de profesionales especializados en VIH dentro del Servicio de Salud Mental. Cuatro centros (17,4%) contaban con una consulta específica para personas con VIH y dos (8,7%) disponían de profesionales expertos en VIH, aunque sin una consulta monográfica. Otros dos hospitales (8,7%) describieron modelos organizativos diferentes.

Las respuestas abiertas mostraron que, incluso en centros sin una consulta específica formal, podían existir modalidades parciales o alternativas de atención. Se describieron programas integrados por profesionales de psiquiatría y psicología con experiencia en VIH, apoyo psicológico vinculado a entidades comunitarias, atención preferente a personas recién diagnosticadas, consultas interdisciplinares para chemsex problemático y psicología clínica integrada en unidades de atención domiciliaria. Asimismo, algunos hospitales señalaron que las personas con VIH son atendidas en los dispositivos generales de salud mental según la patología presentada, sin un circuito específico para esta población. También se identificaron limitaciones relacionadas con la ausencia de programas estructurados o con la organización territorial de la atención.

Tabla 5. Recursos específicos para personas con VIH dentro del Servicio de Salud Mental

Recurso específico	n (%)
No existe consulta ni profesionales específicos especializados en VIH	15 (65,2)
Existe una consulta específica para personas con VIH	4 (17,4)
Existen profesionales expertos en VIH, sin programa o consulta específica	2 (8,7)
Otros modelos	2 (8,7)

3.3 Organización de las Unidades de VIH

Entre los 23 hospitales participantes, la modalidad organizativa más frecuente fue la **consulta monográfica de VIH integrada en un servicio o unidad más amplia** (11 hospitales; 47,8%), seguida de las **unidades específicas de VIH** (10 hospitales; 43,5%). Dos hospitales (8,7%) describieron modelos organizativos diferentes.

Los comentarios abiertos muestran que, incluso cuando no existe una unidad específica de VIH, la atención suele organizarse mediante consultas monográficas o dentro de los servicios de Enfermedades Infecciosas, en ocasiones con un reducido número de profesionales que concentran la mayor parte de la actividad asistencial. También se describieron modelos integrados en Medicina Interna o estructuras que incorporan recursos específicos como psicología de la salud, consultas monográficas de psiquiatría, investigación clínica asociada o programas dirigidos a personas migrantes con VIH en situación de mayor vulnerabilidad.

El número aproximado de personas con VIH en seguimiento presentó una mediana de **1.600 pacientes** (RIC: 620–3.000), con un rango entre **200 y 6.000 pacientes**.

Tabla 6. Configuración de las Unidades de VIH

Configuración	n (%)
Consulta monográfica de VIH integrada en una unidad más amplia	11 (47,8)
Unidad específica de VIH	10 (43,5)
Otro modelo organizativo	2 (8,7)

Profesionales que integran las Unidades de VIH

La composición de las Unidades de VIH estuvo dominada por profesionales de medicina y enfermería, presentes en la totalidad de los hospitales participantes (100%). En contraste, la incorporación de otros perfiles fue considerablemente menos frecuente. El trabajo social estaba integrado en siete unidades (30,4%), la psicología clínica (PIR) en cinco (21,7%) y la psiquiatría en cuatro (17,4%). Solo un hospital (4,3%) disponía de profesionales de psicología general sanitaria dentro de la propia Unidad de VIH (Tabla 7).

Las respuestas abiertas evidencian que algunos centros complementan el equipo básico mediante perfiles adicionales, como ginecología, proctología, dietética, personal investigador, personal de ensayos clínicos, auxiliares de enfermería, trabajadores comunitarios de organizaciones no gubernamentales, mediadores interculturales e intérpretes. Asimismo, varios hospitales señalaron la incorporación de profesionales contratados específicamente para la atención de personas con VIH, especialmente psicólogos y trabajadores sociales, lo que refleja modelos multidisciplinares desarrollados en algunos centros.

Tabla 7. Profesionales que integran las Unidades de VIH

Perfil profesional	n (%)
Medicina	23 (100,0)
Enfermería	23 (100,0)
Trabajo social	7 (30,4)
Psicología clínica (PIR)	5 (21,7)
Otros perfiles	5 (21,7)
Psiquiatría	4 (17,4)
Psicología general sanitaria	1 (4,3)

Exploración de problemas de salud mental en las Unidades de VIH

La evaluación del consumo de sustancias y del chemsex fue la práctica de exploración más extendida, presente en 21 de las 23 Unidades de VIH (91,3%). La evaluación del estigma relacionado con el VIH también fue frecuente (60,9%), mientras que el cribado sistemático de problemas de salud mental únicamente se realizaba en aproximadamente la mitad de los centros (47,8%).

Dos hospitales describieron prácticas adicionales de exploración. Uno indicó que realizaba cribado de salud mental, aunque no de forma sistemática, y otro señaló la evaluación rutinaria de la calidad del sueño.

En cuanto al procedimiento utilizado para detectar problemas de salud mental, todas las Unidades de VIH (100%) basaban la exploración en la entrevista clínica habitual. Sin embargo, el uso de procedimientos estructurados fue poco frecuente: únicamente un hospital (4,3%) realizaba evaluaciones periódicas protocolizadas y tres (13,0%) utilizaban instrumentos estandarizados. Un centro describió un circuito específico consistente en una evaluación exhaustiva y seguimiento en una consulta de psicología transcultural cuando existían signos de alarma o el propio paciente solicitaba atención.

Estos resultados indican que la identificación de problemas de salud mental en las Unidades de VIH se sustenta fundamentalmente en la valoración clínica realizada durante la consulta, mientras que la utilización de protocolos o herramientas estandarizadas continúa siendo limitada.

Tabla 8. Prácticas de exploración de problemas de salud mental en las Unidades de VIH (N = 23)

Práctica de exploración	n (%)
Evaluación de sustancias o chemsex	21 (91,3)
Evaluación del estigma asociado al VIH	14 (60,9)
Cribado sistemático de salud mental	11 (47,8)
Otras prácticas	2 (8,7)

Tabla 9. Modalidad de exploración de problemas de salud mental en las Unidades de VIH (N = 23)

Modalidad	n (%)
Entrevista clínica habitual	23 (100,0)
Instrumentos estandarizados	3 (13,0)
Evaluación periódica protocolizada	1 (4,3)
Otras modalidades	1 (4,3)

Manejo de los problemas de salud mental desde las Unidades de VIH

La derivación a los Servicios de Salud Mental constituyó el procedimiento habitual más frecuente cuando se identificaba un problema de salud mental (52,2%). Seis hospitales (26,1%) indicaron que realizaban una interconsulta con Salud Mental y únicamente dos (8,7%) señalaron que la intervención era asumida directamente por la propia Unidad de VIH. Tres centros (13,0%) describieron circuitos alternativos de atención.

Las respuestas abiertas reflejan que estos circuitos suelen depender de la gravedad del problema y de los recursos disponibles en cada hospital. En algunos centros existe acceso directo a profesionales de psicología integrados en la Unidad de VIH o circuitos específicos para personas con consumo de

drogas o chemsex, mientras que en otros la derivación debe realizarse a través de Atención Primaria o mediante los circuitos habituales de Salud Mental.

En relación con las intervenciones realizadas desde la propia Unidad de VIH, el inicio o ajuste de tratamiento psicofarmacológico fue la actuación más frecuente: el 47,8% de los hospitales indicó realizarla de forma frecuente o siempre/casi siempre. Por el contrario, las intervenciones psicológicas fueron mucho menos habituales; el 56,5% manifestó realizarlas nunca o rara vez y solo el 21,7% afirmó llevarlas a cabo con frecuencia o siempre. La terapia grupal fue excepcional, ya que el 78,3% de los centros indicó no realizarla nunca.

Entre las intervenciones adicionales descritas destacaron los programas de pares, la intervención de trabajadores comunitarios y actividades de counselling, acompañamiento y promoción de la salud física y mental.

Los comentarios abiertos pusieron de manifiesto diversas barreras organizativas, entre ellas las listas de espera y las restricciones de acceso a los Servicios de Salud Mental, así como la ausencia de continuidad en la atención psicológica específica para personas con VIH. Varios hospitales señalaron que estas limitaciones se compensan mediante la colaboración con organizaciones comunitarias o con el inicio temporal de tratamiento psicofarmacológico hasta la valoración por Salud Mental.

Tabla 10. Procedimiento habitual cuando se identifica un problema de salud mental en la Unidad de VIH

Procedimiento	n (%)
Derivación a Salud Mental	12 (52,2)
Interconsulta con Salud Mental	6 (26,1)
Otro procedimiento	3 (13,0)
Intervención directa desde la Unidad de VIH	2 (8,7)

Tabla 11. Frecuencia de las intervenciones realizadas desde la Unidad de VIH

Intervención	Nunca/Rara vez n (%)	A veces n (%)	Frecuente/Siempre n (%)
Inicio o ajuste de tratamiento psicofarmacológico	3 (13,0)	9 (39,1)	11 (47,8)
Tratamiento psicológico	13 (56,5)	5 (21,7)	5 (21,7)
Terapia grupal	21 (91,3)	2 (8,7)	0 (0,0)

3.4 Coordinación entre las Unidades de VIH y los Servicios de Salud Mental

Protocolos y circuitos de derivación entre las Unidades de VIH y los Servicios de Salud Mental

La existencia de protocolos específicos para la atención a la salud mental de las personas con VIH fue excepcional. Solo un hospital (4,3%) disponía de un protocolo específico, mientras que los 22 restantes (95,7%) indicaron no contar con este tipo de documento.

La disponibilidad de protocolos específicos de derivación entre las Unidades de VIH y los Servicios de Salud Mental también fue limitada. Únicamente cuatro hospitales (17,4%) refirieron disponer de un protocolo de derivación, frente a 19 (82,6%) que carecían de él.

A pesar de la escasa protocolización, la derivación a los Servicios de Salud Mental se realizaba mayoritariamente de forma directa desde la Unidad de VIH (65,2%). En siete hospitales (30,4%) la derivación debía realizarse a través de Atención Primaria y un centro describió un circuito alternativo basado en la interconsulta directa con el recurso correspondiente.

En relación con la atención a las adicciones, el circuito más habitual también fue la derivación directa desde la Unidad de VIH (56,5%). No obstante, existía una mayor diversidad de modelos organizativos: cuatro hospitales (17,4%) derivaban a través de los Servicios de Salud Mental, dos (8,7%) mediante Atención Primaria y otros cuatro (17,4%) describieron circuitos alternativos, incluyendo la derivación a centros específicos de atención a las adicciones o el acceso directo del paciente a estos dispositivos.

Las respuestas abiertas pusieron de manifiesto que, en ausencia de protocolos formales, la coordinación depende con frecuencia de la iniciativa individual de los profesionales y de las relaciones establecidas entre equipos. Varios hospitales señalaron que la coordinación funciona adecuadamente gracias a la colaboración entre profesionales concretos, aunque reconocen la necesidad de desarrollar protocolos estructurados. También se describieron modelos específicos para situaciones concretas, como el chemsex, así como la pérdida de recursos especializados previamente existentes. En algunos centros, el seguimiento de las derivaciones se ve dificultado por la ausencia de historia clínica compartida, mientras que otros han desarrollado mecanismos propios de seguimiento mediante revisiones periódicas o consultas no presenciales.

Tabla 12. Protocolos y circuitos de derivación entre las Unidades de VIH y los Servicios de Salud Mental

	n (%)
Existe protocolo específico de atención a la salud mental de personas con VIH	
Sí	1 (4,3)
No	22 (95,7)
Existe protocolo de derivación entre VIH y Salud Mental	
Sí	4 (17,4)
No	19 (82,6)
Derivación desde la Unidad de VIH a Salud Mental	
Directa desde la Unidad de VIH	15 (65,2)
A través de Atención Primaria	7 (30,4)
Otro circuito	1 (4,3)
Derivación desde la Unidad de VIH a la red de atención a las adicciones	
Directa desde la Unidad de VIH	13 (56,5)
A través del Servicio de Salud Mental	4 (17,4)
A través de Atención Primaria	2 (8,7)
Otro circuito	4 (17,4)

Seguimiento de las derivaciones y percepción de la coordinación

El seguimiento de las personas con VIH tras la derivación se realizaba principalmente en los centros de salud mental ambulatorios (82,6%) y en los recursos de atención a las adicciones (73,9%). Cinco hospitales (21,7%) indicaron utilizar unidades de enlace hospitalarias y dos (8,7%) describieron otros dispositivos, incluyendo el seguimiento dentro de la propia Unidad de VIH o mediante recursos comunitarios.

La percepción sobre la facilidad para derivar a los Servicios de Salud Mental fue heterogénea. Trece hospitales (56,5%) manifestaron estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con que la derivación era sencilla, mientras que diez (43,5%) expresaron desacuerdo o desacuerdo total.

En contraste, la valoración sobre la capacidad de estas derivaciones para satisfacer las necesidades de salud mental de las personas con VIH fue claramente menos favorable. Dieciocho hospitales (78,3%) consideraron que las derivaciones no conseguían responder adecuadamente a dichas necesidades, frente a únicamente cinco centros (21,7%) que mostraron una valoración positiva.

La principal barrera identificada fue la elevada demora para acceder a los recursos de salud mental, señalada por 19 hospitales (82,6%). También fueron frecuentes la comunicación insuficiente entre dispositivos (47,8%) y, en menor medida, la complejidad de los procedimientos de derivación (17,4%). Entre las dificultades adicionales descritas destacaron la inexistencia de recursos específicos para personas con VIH, los criterios restrictivos de acceso a determinados dispositivos, la falta de profesionales para garantizar un seguimiento adecuado, la ausencia de referentes claros y la percepción de que las necesidades específicas de las personas con VIH no siempre son atendidas.

En conjunto, estos resultados sugieren que las dificultades de coordinación no se relacionan únicamente con el acceso a los recursos de salud mental, sino también con la capacidad de dichos recursos para ofrecer una respuesta adaptada a las necesidades específicas de las personas con VIH.

Tabla 13. Seguimiento de las derivaciones y percepción de la coordinación

	n (%)
Dispositivos donde se realiza el seguimiento	
Centro de salud mental ambulatorio	19 (82,6)
Centro de atención a las adicciones	17 (73,9)
Unidad de enlace hospitalaria	5 (21,7)
Otros dispositivos	2 (8,7)
Derivar a Salud Mental es fácil	
Total desacuerdo	6 (26,1)
Desacuerdo	4 (17,4)
Acuerdo	7 (30,4)
Total acuerdo	6 (26,1)
Las derivaciones satisfacen las necesidades de salud mental de las personas con VIH	
Total desacuerdo	2 (8,7)
Desacuerdo	16 (69,6)
Acuerdo	4 (17,4)
Total acuerdo	1 (4,3)

Tabla 14. Barreras percibidas para la derivación a Salud Mental

Barrera	n (%)
Alta demora para la cita	19 (82,6)
Comunicación no efectiva entre dispositivos	11 (47,8)
Otras dificultades	5 (21,7)
Procedimiento complicado	4 (17,4)

En cuanto al nivel de seguimiento por realizado por profesionales de VIH tras la derivación a los Servicios de Salud Mental fue heterogéneo. Siete hospitales (30,4%) indicaron que comprobaban si el paciente había acudido a la consulta y conocían el resultado de la valoración realizada. Cinco centros (21,7%) disponían de un seguimiento estructurado y protocolizado, mientras que otros cinco (21,7%) señalaron que no realizaban ningún seguimiento tras la derivación. En tres hospitales (13,0%) el seguimiento se limitaba a comprobar si el paciente había acudido a la consulta y otros tres (13,0%) describieron procedimientos alternativos, generalmente consistentes en revisar la evolución clínica durante las visitas sucesivas o consultar la historia clínica cuando esta se encontraba disponible.

Los comentarios cualitativos reflejaron una elevada variabilidad en los modelos de coordinación entre centros. Algunos hospitales destacaron como facilitadores la integración física de las Unidades de Salud Mental y VIH o la disponibilidad de acceso a la evolución clínica compartida. Sin embargo, fue frecuente señalar que la coordinación dependía de la iniciativa de cada profesional, en ausencia de protocolos específicos o de procedimientos estandarizados. También se describieron limitaciones derivadas de la falta de historia clínica compartida con determinados recursos, especialmente en la atención a las adicciones, lo que obligaba a realizar el seguimiento a través del propio paciente. En algunos centros se habían desarrollado mecanismos específicos de revisión de interconsultas o seguimiento no presencial para paliar estas limitaciones.

En conjunto, los resultados muestran una importante heterogeneidad en las estrategias de seguimiento tras la derivación y ponen de manifiesto que la coordinación entre dispositivos continúa dependiendo, en gran medida, de iniciativas locales más que de modelos organizativos formalmente establecidos.

Tabla 15. Nivel de seguimiento realizado tras la derivación a los Servicios de Salud Mental

Nivel de seguimiento	n (%)
No se realiza seguimiento tras la derivación	5 (21,7)
Solo se comprueba si el paciente ha acudido	3 (13,0)
Se comprueba si el paciente ha acudido y se conoce el resultado de la valoración	7 (30,4)
Existe un seguimiento estructurado y protocolizado	5 (21,7)
Otros procedimientos	3 (13,0)

Reuniones de coordinación entre las Unidades de VIH y los Servicios de Salud Mental

La mayoría de los hospitales (73,9%) indicaron que no existían reuniones clínicas conjuntas entre las Unidades de VIH y los Servicios de Salud Mental. Cuatro centros (17,4%) señalaron disponer de reuniones para casos específicos y únicamente dos hospitales (8,7%) refirieron mantener reuniones periódicas con independencia de la existencia de casos concretos.

Entre los seis hospitales que realizaban reuniones conjuntas, la frecuencia fue variable. Dos centros (8,7% del total) celebraban reuniones mensuales, uno (4,3%) reuniones semestrales, uno (4,3%) reuniones anuales y dos (8,7%) las realizaban con una frecuencia inferior a una vez al año.

En conjunto, los resultados muestran que las reuniones estructuradas de coordinación entre las Unidades de VIH y los Servicios de Salud Mental son poco frecuentes y, cuando existen, suelen organizarse de forma puntual o con baja periodicidad

Tabla 16. Reuniones de coordinación entre las Unidades de VIH y los Servicios de Salud Mental

	n (%)
Existencia de reuniones clínicas conjuntas	
No existen reuniones	17 (73,9)
Existen reuniones para casos específicos	4 (17,4)
Existen reuniones periódicas	2 (8,7)
Frecuencia de las reuniones	
Menos de una vez al año	2 (8,7)
Anuales	1 (4,3)
Semestrales	1 (4,3)
Mensuales	2 (8,7)

Acceso a la información clínica entre dispositivos asistenciales

La mayoría de los hospitales (91,3%) indicaron que desde la Unidad de VIH era posible acceder a información clínica procedente de otros dispositivos asistenciales, mientras que únicamente dos centros (8,7%) señalaron no disponer de este acceso.

Los recursos a cuya información clínica se accedía con mayor frecuencia fueron Atención Primaria (87,0%), los Servicios de Salud Mental del propio hospital (78,3%) y los dispositivos de Salud Mental externos al hospital (73,9%). El acceso a la información procedente de las unidades de atención a las adicciones fue menos frecuente (47,8%), mientras que únicamente un hospital (4,3%) describió el acceso a otros recursos.

En los comentarios abiertos se señaló que, aunque existen herramientas de consulta compartida, el acceso a la información puede ser parcial y limitarse a determinados informes clínicos, sin disponer de la evolución completa registrada por otros profesionales

Tabla 17. Acceso a la información clínica entre la Unidad de VIH y otros dispositivos asistenciales

	n (%)
Existe acceso a información clínica de otros dispositivos	
Sí	21 (91,3)
No	2 (8,7)
Dispositivos cuya información clínica es accesible*	
Atención Primaria	20 (87,0)
Salud Mental del hospital	18 (78,3)
Salud Mental externa al hospital	17 (73,9)
Unidad de atención a las adicciones	11 (47,8)
Otros servicios	1 (4,3)

* Entre los que contestaron que sí. Respuestas no excluyentes

3.5 Colaboración con entidades comunitarias e intervenciones psicosociales realizadas en las Unidades de VIH

Participación de perfiles comunitarios en la atención a la salud mental

Se preguntó por la participación de diferentes perfiles comunitarios en el servicio o en la Unidad de VIH (pares, agentes comunitarios o mediadores). Dado que estos perfiles no se definieron de forma precisa en el cuestionario y pueden existir diferencias en su denominación o funciones entre centros, los resultados se presentan de forma agregada, considerando conjuntamente la participación de cualquiera de estas figuras.

La participación de perfiles comunitarios estaba presente en 17 de los 23 hospitales participantes (73,9%), mientras que seis centros (26,1%) no contaban con este tipo de figuras.

La modalidad de vinculación más frecuente fue el convenio con una organización no gubernamental, presente en diez hospitales (58,8% de los centros con participación de perfiles comunitarios), seguida del voluntariado o la participación sin financiación estable, señalada por nueve centros (52,9%). Seis

hospitales (35,3%) contaban con perfiles comunitarios financiados mediante proyectos específicos y cinco (29,4%) disponían de alguna figura con contratación hospitalaria.

En conjunto, los resultados muestran una presencia relevante de perfiles comunitarios en la atención a las personas con VIH, aunque su vinculación con los hospitales se articula mediante fórmulas diversas. Los convenios con organizaciones comunitarias y las modalidades de voluntariado o sin financiación estable fueron las formas de participación más frecuentes, mientras que la contratación directa por parte de los hospitales fue menos habitual.

Tabla 18. Modalidades de vinculación de los perfiles comunitarios en los hospitales donde participan

Modalidad de vinculación*	n (%)
Convenio con una ONG	10 (58,8)
Voluntariado o sin financiación estable	9 (52,9)
Financiación mediante proyectos	6 (35,3)
Contrato hospitalario	5 (29,4)

*Pregunta de respuesta múltiple. Los porcentajes se calcularon sobre los hospitales con participación de algún perfil comunitario (n = 17)

Intervenciones psicosociales desarrolladas en las Unidades de VIH

Las intervenciones psicosociales más frecuentemente desarrolladas en las Unidades de VIH fueron el acompañamiento emocional y psicosocial básico y el apoyo a la adherencia y continuidad de cuidados, presentes en el 95,7% de los hospitales participantes. También fueron muy habituales la escucha activa y contención en situaciones de malestar y la identificación de situaciones de riesgo psicosocial (91,3% en ambos casos).

La detección precoz de malestar psicológico, la derivación y acompañamiento a recursos de salud mental y las intervenciones relacionadas con el uso de sustancias estuvieron disponibles en el 82,6% de los hospitales. Las intervenciones de reducción de riesgos y daños y la mediación sociocultural se desarrollaron en el 78,3% de los centros, mientras que las intervenciones específicas en chemsex y las dirigidas a la reducción del estigma estuvieron presentes en el 69,6%. El apoyo entre pares o grupos de ayuda mutua se realizó en el 60,9% de los hospitales y la psicoeducación en salud mental fue la intervención menos frecuente, presente en menos de la mitad de los centros (47,8%) (Tabla 20).

Tabla 19. Intervenciones psicosociales desarrolladas en las Unidades de VIH

Intervención	n (%)
Acompañamiento emocional y psicosocial básico	22 (95,7)
Apoyo a la adherencia y continuidad de cuidados	22 (95,7)
Escucha activa y contención en situaciones de malestar	21 (91,3)
Identificación de situaciones de riesgo psicosocial	21 (91,3)
Detección precoz de malestar psicológico	19 (82,6)
Derivación y acompañamiento a recursos de salud mental	19 (82,6)
Intervenciones relacionadas con el uso de sustancias	19 (82,6)
Intervenciones de reducción de riesgos y daños	18 (78,3)
Mediación sociocultural y reducción de barreras de acceso	18 (78,3)
Intervenciones específicas en chemsex	16 (69,6)
Intervenciones de reducción del estigma	16 (69,6)
Apoyo entre pares / grupos de ayuda mutua	14 (60,9)
Psicoeducación en salud mental	11 (47,8)

Nota. Los porcentajes se calcularon sobre el total de hospitales participantes (N = 23)

Entre los hospitales que desarrollaban cada intervención, medicina y enfermería fueron los perfiles más frecuentemente implicados en la mayoría de las actividades, especialmente en el acompañamiento emocional y psicosocial básico, la escucha activa y contención, la identificación de situaciones de riesgo psicosocial, la detección precoz del malestar psicológico y el apoyo a la adherencia.

Por el contrario, la participación de psicología fue más limitada y se concentró principalmente en intervenciones específicas, como la psicoeducación en salud mental, las intervenciones relacionadas con el uso de sustancias y las intervenciones específicas en chemsex, en consonancia con la menor disponibilidad de estos profesionales en las unidades. Estos resultados son coherentes con la composición de las Unidades de VIH, en las que ambos perfiles estaban presentes en todos los hospitales participantes (Tabla 7).

Los agentes o entidades comunitarias desempeñaron un papel predominante en el apoyo entre pares o grupos de ayuda mutua y en la mediación sociocultural y reducción de barreras de acceso, además de participar de forma relevante en las intervenciones de reducción del estigma y en el apoyo a la adherencia y continuidad de cuidados (Tabla 21).

Tabla 20. Intervenciones psicosociales y quién las realiza

Intervención	Medicina, %	Enfermería, %	Psicología, %	Agente/entidad comunitaria, %
Acompañamiento emocional y psicosocial básico	90,9	95,5	27,3	31,8
Apoyo a la adherencia y continuidad de cuidados	54,5	86,4	13,6	45,5
Escucha activa y contención en situaciones de malestar	95,2	90,5	33,3	28,6
Identificación de situaciones de riesgo psicosocial	95,2	90,5	4,8	33,3
Detección precoz de malestar psicológico	89,5	89,5	15,8	31,6
Derivación y acompañamiento a recursos de salud mental	94,7	31,6	0,0	31,6
Intervenciones relacionadas con el uso de sustancias	73,7	57,9	42,1	26,3
Intervenciones de reducción de riesgos y daños	66,7	61,1	27,8	22,2
Mediación sociocultural y reducción de barreras de acceso	22,2	44,4	0,0	83,3
Intervenciones específicas en chemsex	68,8	68,8	37,5	18,8
Intervenciones de reducción del estigma	43,8	68,8	31,2	50,0
Apoyo entre pares / grupos de ayuda mutua	7,1	7,1	0,0	92,9
Psicoeducación en salud mental	27,3	36,4	63,6	36,4

Coordinación con entidades comunitarias

Casi la mitad de las Unidades de VIH (47,8%) indicaron que no existían reuniones de coordinación con entidades comunitarias. En el 43,5% de los hospitales se realizaban reuniones clínicas conjuntas de forma ocasional o a demanda y únicamente el 8,7% disponían de reuniones periódicas establecidas. Entre los centros que mantenían espacios de coordinación, la frecuencia más habitual fue anual (58,3%), seguida de reuniones semestrales (25,0%), mientras que las reuniones trimestrales o con menor frecuencia fueron poco frecuentes (Tabla 22).

Tras la derivación o colaboración con entidades comunitarias, la modalidad de seguimiento más habitual fue el seguimiento clínico realizado desde la propia Unidad de VIH (47,8%). Un 21,7% de los hospitales refirió realizar únicamente un seguimiento mínimo o puntual y un 13,0% indicó mantener un seguimiento compartido informal con las entidades comunitarias. Solo un hospital (4,3%) disponía de un seguimiento estructurado y estable con estas entidades. En la categoría "Otros", un centro señaló que el seguimiento se realizaba mediante correo electrónico (Tabla 23).

Tabla 21. Coordinación entre las Unidades de VIH y las entidades comunitarias

Variable	n (%)
Espacios de coordinación con entidades comunitarias	
No existen reuniones conjuntas entre entidades comunitarias y la Unidad de VIH	11 (47,8)
Existen reuniones clínicas conjuntas de forma ocasional o a demanda	10 (43,5)
Existen reuniones clínicas conjuntas periódicas	2 (8,7)
Frecuencia de coordinación*	
Anuales (1 vez/año)	7 (58,3)
Semestrales (cada 6 meses)	3 (25,0)
Trimestrales (cada 3 meses)	1 (8,3)
Menos de una vez al año	1 (8,3)

* Calculado únicamente entre los hospitales que disponían de espacios de coordinación con entidades comunitarias (n = 12).

Tabla 22. Modalidad de seguimiento tras la derivación o colaboración con entidades comunitarias

Modalidad de seguimiento	n (%)
Seguimiento clínico desde la Unidad de VIH	11 (47,8)
Seguimiento mínimo o puntual, limitado a momentos concretos	5 (21,7)
Seguimiento compartido informal con entidades comunitarias	3 (13,0)
No se realiza seguimiento tras la derivación	2 (8,7)
Seguimiento estructurado y estable con entidades comunitarias	1 (4,3)
Otros (correo electrónico)	1 (4,3)

Registro de la información y colaboración con entidades comunitarias

La información relacionada con las derivaciones, coordinaciones o intervenciones con entidades comunitarias se registraba de forma sistemática en el 34,8% de las Unidades de VIH y de forma parcial en otro 43,5%. En el 21,7% restante no existía un registro habitual o no se seguía un criterio claro para documentar esta información. En relación con la disponibilidad de recursos comunitarios, únicamente el 17,4% de las unidades disponía de un directorio o mapeo actualizado, mientras que en casi la mitad de los hospitales (47,8%) existía únicamente información parcial o informal y en el 26,1% no se disponía de ningún mapeo de recursos comunitarios (Tabla 24).

La colaboración con entidades comunitarias se desarrolló principalmente mediante la participación en jornadas o encuentros comunitarios (100,0%) y la realización de charlas o actividades formativas dirigidas a la comunidad (78,3%). También fueron frecuentes las actividades de sensibilización y reducción del estigma (60,9%) y las colaboraciones no remuneradas (43,5%), mientras que la formación dirigida específicamente a agentes comunitarios fue menos habitual (26,1%). Un hospital describió además la realización de actividades comunitarias conjuntas de carácter sociocultural y de ocio, como conciertos y otras actividades recreativas. (Tabla 25).

Tabla 23. Registro de la información y disponibilidad de recursos comunitarios en las Unidades de VIH

	n (%)
Registro de derivaciones, coordinaciones e intervenciones con entidades comunitarias	
Sí, de forma sistemática	8 (34,8)
Sí, en algunos casos	10 (43,5)
No existe un criterio claro	3 (13,0)
No se registra habitualmente	2 (8,7)
Disponibilidad de un directorio o mapeo de recursos comunitarios	
Existe información parcial o informal, pero no un directorio estructurado	11 (47,8)
No existe un mapeo o directorio de recursos comunitarios	6 (26,1)
Sí, existe un directorio o mapeo actualizado	4 (17,4)
Existe un directorio, pero no está actualizado	2 (8,7)

Tabla 24. Actividades de colaboración entre las Unidades de VIH y las entidades comunitarias

Actividad	n (%)
Participación en jornadas, congresos o encuentros comunitarios	23 (100,0)
Charlas o formaciones dirigidas a la comunidad	18 (78,3)
Actividades de sensibilización y reducción del estigma	14 (60,9)
Colaboraciones no remuneradas o voluntariado	10 (43,5)
Formación dirigida a agentes o entidades comunitarias	6 (26,1)
Otras actividades comunitarias*	1 (4,3)

3.6 Valoración de la atención y propuestas de mejora

Valoración de la atención a la salud mental, la coordinación asistencial y la disponibilidad de recursos

La percepción global de la atención a la salud mental de las personas con VIH fue predominantemente desfavorable. Solo el 34,8% de los participantes consideró que la atención prestada desde la propia Unidad de VIH era adecuada, mientras que el 65,2% manifestó desacuerdo o total desacuerdo con esta afirmación. La valoración fue aún más negativa respecto a la coordinación entre las Unidades de VIH y los servicios de Salud Mental, donde el 73,9% expresó desacuerdo o total desacuerdo. En contraste, la coordinación entre las Unidades de VIH y los recursos o entidades comunitarias recibió una valoración más favorable, ya que el 56,5% de los participantes se mostró de acuerdo o totalmente de acuerdo con su adecuación.

La disponibilidad de recursos fue valorada de forma claramente insuficiente en todos los ámbitos analizados. El 91,3% de los participantes consideró insuficientes los recursos disponibles en la Unidad de VIH, el 87,0% los recursos de los servicios de Salud Mental y el 87,0% los recursos de las entidades o dispositivos comunitarios. Asimismo, el 65,2% manifestó que los profesionales de las Unidades de VIH no contaban con la formación o preparación suficiente para atender adecuadamente los problemas de salud mental de las personas con VIH (Tabla 26).

La valoración global de la atención a la salud mental obtuvo una puntuación mediana de 5 puntos (RIC: 4–7) sobre 10, con una media de 5,3 ± 1,5 puntos (desviación estándar) y un rango de puntuaciones entre 3 y 8.

Tabla 25. Valoración de la atención a la salud mental, la coordinación asistencial y la disponibilidad de recursos

Ítem	Total desacuerdo n (%)	Desacuerdo n (%)	Acuerdo n (%)	Total acuerdo n (%)
La atención a la salud mental de las personas con VIH ofrecida desde la Unidad de VIH es adecuada	3 (13,0)	12 (52,2)	8 (34,8)	0 (0,0)
La coordinación entre la Unidad de VIH y los servicios de Salud Mental es adecuada	7 (30,4)	10 (43,5)	5 (21,7)	1 (4,3)
La coordinación entre la Unidad de VIH y los recursos o entidades comunitarias es adecuada	2 (8,7)	8 (34,8)	11 (47,8)	2 (8,7)
Los recursos disponibles dentro de la Unidad de VIH son suficientes para atender las necesidades de salud mental	9 (39,1)	12 (52,2)	2 (8,7)	0 (0,0)
Los recursos disponibles en los servicios de Salud Mental son suficientes para atender las necesidades de las personas con VIH	9 (39,1)	11 (47,8)	3 (13,0)	0 (0,0)
Los recursos disponibles en las entidades o dispositivos comunitarios son suficientes para atender las necesidades de salud mental	6 (26,1)	14 (60,9)	3 (13,0)	0 (0,0)
Los profesionales de la Unidad de VIH cuentan con la formación y preparación adecuadas para abordar los problemas de salud mental	1 (4,3)	14 (60,9)	8 (34,8)	0 (0,0)

Propuestas de mejora y comentarios sobre la atención a la salud mental

Las recomendaciones formuladas por los profesionales se analizaron mediante un proceso de codificación temática inductiva, identificándose cinco áreas prioritarias de mejora: **circuitos y coordinación asistencial**, **recursos**, **detección**, **integración de la atención a la salud mental en las Unidades de VIH** y **capacitación de los profesionales**.

La mayor parte de las propuestas se centraron en la **mejora de los circuitos y la coordinación asistencial** entre las Unidades de VIH y los dispositivos de Salud Mental. Las recomendaciones incluyeron la agilización de los circuitos de derivación, el desarrollo de protocolos conjuntos entre ambos dispositivos, el fortalecimiento de la comunicación entre profesionales, la coordinación con recursos comunitarios y organizaciones del tercer sector, así como una mayor integración con los dispositivos especializados en adicciones y chemsex.

El **refuerzo de los recursos disponibles** constituyó el segundo ámbito de mejora más frecuente. Los profesionales señalaron especialmente la necesidad de incorporar profesionales de salud mental integrados en las Unidades de VIH, aumentar los recursos asistenciales especializados, reducir los tiempos de espera para la atención psicológica y psiquiátrica, ampliar el tiempo disponible para la

atención clínica y desarrollar recursos específicos para necesidades concretas, como los programas de apoyo entre iguales o la atención al chemsex.

Las recomendaciones relacionadas con la **detección** destacaron la necesidad de reforzar el cribado y la detección precoz de los problemas de salud mental mediante evaluaciones periódicas sistematizadas, la utilización de instrumentos estandarizados de resultados comunicados por los pacientes (PRO/-PROMs) y la incorporación de herramientas tecnológicas que faciliten su aplicación en la práctica clínica.

Asimismo, varios profesionales propusieron **integrar de forma sistemática la atención a la salud mental en la actividad habitual de las Unidades de VIH**, incorporando protocolos asistenciales estructurados, modelos de seguimiento continuado y una mayor implicación de los distintos perfiles profesionales del equipo, especialmente del personal de enfermería.

Por último, se identificó como prioridad el fortalecimiento de la **capacitación de los profesionales**, mediante formación específica en salud mental y aspectos psicosociales relacionados con el VIH, así como en el abordaje de problemas específicos como las adicciones y el chemsex.

Tabla 26. Principales áreas de mejora identificadas por los profesionales

Área de mejora	Principales recomendaciones
Circuitos y coordinación asistencial	Agilizar los circuitos de derivación entre las Unidades de VIH y Salud Mental; desarrollar protocolos conjuntos; mejorar la comunicación entre profesionales; reforzar la coordinación con recursos comunitarios, organizaciones del tercer sector y dispositivos de atención a las adicciones y al chemsex.
Recursos	Incorporar profesionales de salud mental en las Unidades de VIH; aumentar los recursos asistenciales especializados; reducir los tiempos de espera; ampliar el tiempo de consulta; desarrollar recursos específicos (programas de apoyo entre iguales, atención al chemsex, trabajo social y recursos comunitarios).
Detección	Reforzar el cribado y la detección precoz; implantar evaluaciones periódicas sistematizadas; utilizar PRO/PROMs y otras herramientas de evaluación; incorporar herramientas tecnológicas de apoyo.
Integración de la atención a la salud mental en las Unidades de VIH	Incorporar la salud mental como parte de la atención habitual; protocolizar el seguimiento; establecer modelos estructurados de atención e incrementar la implicación de los diferentes perfiles profesionales, especialmente enfermería.
Capacitación	Formación específica de los profesionales en salud mental, aspectos psicosociales relacionados con el VIH, intervenciones básicas y abordaje de adicciones y chemsex.

Comentarios generales sobre atención a salud mental en VIH

Seis participantes utilizaron el apartado de comentarios para ampliar su valoración sobre la atención a la salud mental de las personas con VIH. Los comentarios fueron consistentes con los resultados obtenidos en el resto del cuestionario y permitieron contextualizar algunas de las principales limitaciones identificadas.

La idea más repetida fue la **insuficiencia de recursos especializados en salud mental**, señalándose que la disponibilidad limitada de profesionales y los largos tiempos de espera condicionan la capacidad de respuesta de los servicios y dificultan el seguimiento adecuado de los pacientes.

Asimismo, varios profesionales destacaron que la calidad de la atención depende en gran medida de la **implicación individual de determinados profesionales** y de la existencia de referentes con

experiencia e interés en la atención a las personas con VIH, más que de modelos organizativos estructurados. En este sentido, uno de los participantes describió cómo la pérdida del psiquiatra de referencia de su centro supuso un retroceso en la atención, mientras que otro señaló que la atención prestada depende, en buena medida, de la voluntariedad e implicación individual de los profesionales.

Los comentarios también pusieron de manifiesto la necesidad de una **mayor integración entre las Unidades de VIH y los dispositivos de Salud Mental**. Aunque algunos participantes valoraron positivamente la atención prestada desde la propia Unidad de VIH, consideraron que esta se ve limitada por la falta de recursos y por la escasa integración con los servicios de salud mental.

Finalmente, un participante señaló que algunas herramientas de evaluación de resultados comunicados por los pacientes (PROs) únicamente se utilizan en el contexto de proyectos de investigación y no forman parte de la práctica clínica habitual, lo que sugiere oportunidades para incorporar de forma sistemática este tipo de instrumentos en la atención rutinaria.

En conjunto, los comentarios abiertos respaldan los resultados obtenidos en el resto del estudio y refuerzan la necesidad de avanzar hacia modelos asistenciales más estructurados, menos dependientes de iniciativas individuales y con una mayor integración entre la atención al VIH y los dispositivos de salud mental.

3.7 Variabilidad territorial

Los resultados muestran una **considerable heterogeneidad entre Comunidades Autónomas y entre centros** en la organización de la atención a la salud mental de las personas con VIH. Esta variabilidad afecta tanto a la disponibilidad de recursos especializados como a los modelos de coordinación, los procedimientos de cribado y seguimiento y la integración de la salud mental dentro de la atención habitual de las Unidades de VIH.

Aunque en todas las Comunidades Autónomas participantes se identificaron experiencias de buena práctica, también se observaron diferencias importantes en aspectos como la disponibilidad de profesionales de psicología y psiquiatría, la existencia de circuitos formales de coordinación con Salud Mental, la utilización sistemática de instrumentos de evaluación, la integración con recursos comunitarios y la participación de otros perfiles profesionales, especialmente enfermería y trabajo social.

Las diferencias observadas no parecen responder únicamente a la Comunidad Autónoma de pertenencia, sino también a la organización específica de cada centro, la disponibilidad de recursos locales y la existencia de profesionales de referencia especialmente implicados en la atención a la salud mental. De hecho, los comentarios cualitativos ponen de manifiesto que, en algunos casos, la calidad del modelo asistencial depende más de iniciativas individuales que de estructuras organizativas consolidadas.

En conjunto, los resultados sugieren que la atención a la salud mental en las personas con VIH presenta un elevado grado de variabilidad organizativa, lo que puede traducirse en diferencias en el acceso a determinados recursos e intervenciones según el centro de atención.

Tabla 27. Principales diferencias observadas entre Comunidades Autónomas y centros participantes

Aspecto	Variabilidad observada
Recursos de salud mental	Diferencias en la disponibilidad de psicología, psiquiatría y otros perfiles especializados.
Modelos de coordinación	Existencia desigual de protocolos, circuitos de derivación y reuniones conjuntas con Salud Mental.
Detección y seguimiento	Diferente implantación del cribado sistemático, PRO/PROMs y evaluaciones periódicas.
Atención multidisciplinar	Variabilidad en la participación de enfermería, trabajo social y recursos comunitarios.
Integración asistencial	Diferencias en el grado de incorporación de la salud mental como parte de la atención rutinaria en las Unidades de VIH.

3.8 Síntesis global de resultados

- Solo el 47,8% de las Unidades de VIH realiza cribado sistemático de salud mental; el empleo de instrumentos estandarizados se limita al 13,0% y la evaluación periódica protocolizada al 4,3%. La atención presenta un bajo grado de protocolización: el 95,7% de los centros carece de un protocolo específico de atención a la salud mental en personas con VIH y el 82,6% no dispone de un protocolo de derivación entre la Unidad de VIH y Salud Mental.
- Aunque el 65,2% de las unidades puede derivar directamente a Salud Mental, el 78,3% considera que las derivaciones no responden adecuadamente a las necesidades de salud mental de las personas con VIH. La demora para obtener una cita constituye la principal barrera (82,6%), seguida de la comunicación no efectiva entre dispositivos (47,8%).
- La coordinación estructurada entre VIH y Salud Mental es poco frecuente: el 73,9% de los centros no realiza reuniones clínicas conjuntas y solo el 8,7% mantiene reuniones periódicas.
- La insuficiencia de recursos es percibida de forma generalizada: el 91,3% considera insuficientes los recursos disponibles en las propias Unidades de VIH y el 87,0% los disponibles tanto en los Servicios de Salud Mental. Los recursos comunitarios disponibles también se estiman insuficientes en un 87% de los casos.
- Los perfiles comunitarios tienen una presencia relevante: participan en 17 de los 23 hospitales (73,9%). Sin embargo, su vinculación es heterogénea y no siempre estable: entre los centros que cuentan con estos perfiles, el 58,8% los incorpora mediante convenios con ONG, el 52,9% mediante voluntariado o sin financiación estable, el 35,3% mediante proyectos y solo el 29,4% mediante contratación hospitalaria.
- La colaboración con las entidades comunitarias es amplia en determinadas actividades, pero su integración en los circuitos asistenciales continúa siendo limitada. Casi la mitad de los centros (47,8%) no mantiene reuniones de coordinación con estas entidades y únicamente un hospital (4,3%) dispone de un seguimiento estructurado y estable tras la derivación o colaboración.
- La valoración global refleja estas limitaciones: solo el 34,8% considera adecuada la atención a la salud mental ofrecida desde la Unidad de VIH y el 26,1% valora positivamente la

coordinación con los Servicios de Salud Mental. La atención global obtiene una mediana de 5 sobre 10.

3.9 Limitaciones del estudio

Los resultados deben interpretarse teniendo en cuenta algunas limitaciones. Aunque se obtuvo una elevada tasa de respuesta, con 23 de los 26 hospitales invitados (88,5%), los centros participantes procedían de seis comunidades autónomas y existía un predominio de hospitales de elevada complejidad. Por tanto, aunque la muestra ofrece una visión amplia de los centros incluidos en el ámbito del proyecto, los resultados no deben interpretarse como representativos del conjunto de hospitales del Sistema Nacional de Salud.

Asimismo, ninguno de los hospitales invitados de Aragón completó el cuestionario, por lo que esta comunidad autónoma no está representada en los resultados. Esta ausencia, junto con las diferencias en el número y características de los centros participantes en cada territorio, debe tenerse en cuenta especialmente al interpretar las comparaciones entre comunidades autónomas.

Por último, la información recogida se basa en las respuestas proporcionadas por profesionales de los propios centros y refleja su conocimiento y valoración de la organización asistencial. Aunque se recomendó una cumplimentación colaborativa del cuestionario, no puede descartarse cierta variabilidad en el grado de conocimiento de todos los recursos, circuitos y modalidades de coordinación existentes en cada hospital.

La caracterización específica de los recursos de atención a las adicciones no fue objeto directo de la encuesta. Aunque se recogió información sobre la presencia de unidades de adicciones, los circuitos de derivación y algunos aspectos de coordinación, no se evaluaron de forma exhaustiva la organización, la dotación ni la capacidad de respuesta de esta red. Por tanto, los resultados no permiten describir en su conjunto la atención a las adicciones ni extrapolar a estos recursos las valoraciones obtenidas sobre los Servicios de Salud Mental.

04

Decálogo de recomendaciones para la atención a la salud mental y las adicciones en las personas con VIH

Este decálogo constituye un marco estratégico para orientar la mejora de la atención a la salud mental y las adicciones en las personas con VIH. Las diez recomendaciones se consideran relevantes y complementarias; su numeración facilita la lectura y no establece un orden de prioridad. En esta fase no se define una jerarquía entre ellas ni un plan operativo de ejecución.

Las recomendaciones que se presentan a continuación integran la evidencia obtenida en las tres fases del proyecto Salud Mental y VIH. La revisión normativa permitió identificar una importante heterogeneidad en la organización de la atención a la salud mental entre comunidades autónomas, especialmente en aspectos relacionados con la disponibilidad de recursos, la coordinación entre dispositivos y los mecanismos de libre elección de centro y profesional. El estudio cualitativo profundizó en las barreras y facilitadores percibidos por profesionales y representantes del ámbito comunitario, poniendo de manifiesto la fragmentación asistencial, la dependencia de iniciativas individuales para garantizar la coordinación y el papel esencial de las entidades comunitarias. Finalmente, la encuesta permitió cuantificar estos hallazgos y describir la organización actual de las Unidades de VIH y los Servicios de Salud Mental participantes.

En conjunto, las tres fases del proyecto convergen en una serie de prioridades estratégicas dirigidas a avanzar hacia modelos de atención más integrados, coordinados, equitativos y centrados en las necesidades de las personas con VIH. Los resultados muestran que las principales limitaciones identificadas no responden únicamente a la disponibilidad de recursos, sino también a la forma en que se organiza la atención. La escasa protocolización, la limitada implantación del cribado sistemático, las dificultades de acceso a los Servicios de Salud Mental y la ausencia de mecanismos estables de coordinación hacen que, en muchos centros, la respuesta dependa en gran medida de iniciativas locales y de la implicación de profesionales o referentes concretos.

En este contexto, las recomendaciones se orientan a avanzar desde un modelo basado fundamentalmente en la identificación de necesidades y la derivación hacia un modelo de atención compartida, proactiva y adaptada a la intensidad y características de las necesidades de cada persona. Esto implica integrar la salud mental y la atención a las adicciones como parte de la atención habitual al

VIH, reforzar la capacidad de detección e intervención desde las propias Unidades de VIH y establecer mecanismos estables de coordinación con los Servicios de Salud Mental, Atención Primaria, los dispositivos de atención a las adicciones y los recursos comunitarios.

Este enfoque requiere combinar procedimientos y estándares comunes con suficiente flexibilidad para responder a la diversidad de situaciones clínicas, psicosociales y sociales de las personas con VIH. Asimismo, supone reforzar la continuidad asistencial, definir responsabilidades entre los distintos dispositivos y favorecer que la participación de los recursos comunitarios se integre de forma estable y coordinada en los circuitos de atención.

Esta orientación es coherente con el enfoque propuesto por ONUSIDA y la OMS para la integración de las intervenciones en salud mental y VIH (Programme on HIV/AIDS and the World Health Organization, 2022), basado en una atención holística y centrada en las personas, así como con la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud 2025–2028 (Ministerio de Sanidad, 2025).

Las acciones propuestas desarrollan el alcance de cada recomendación y sirven de orientación para su aplicación. Cada centro o comunidad autónoma podrá seleccionar y secuenciar acciones concretas según sus necesidades, recursos y capacidad de ejecución, sin establecer un ranking de las grandes recomendaciones. Para apoyar este proceso, el Anexo 1 presenta una parrilla orientativa para valorar las acciones concretas, organizadas en las diez recomendaciones del decálogo, según la necesidad de actuación, la factibilidad y el alcance y beneficio esperado. La propuesta se basa en los principios del análisis de decisión multicriterio aplicado a la toma de decisiones sanitarias (Baltussen y Niessen, 2006; Thokala et al., 2016). Los criterios y la escala de valoración constituyen una adaptación para este proyecto, sin validación específica.

4.1 Integrar la salud mental y la atención a las adicciones como un componente estructural de la atención al VIH

La evidencia generada durante el proyecto muestra que, aunque la salud mental es reconocida como un elemento esencial de la atención integral al VIH, su incorporación a la práctica asistencial continúa siendo desigual. La disponibilidad de profesionales especializados, la integración de la salud mental en la actividad habitual de las Unidades de VIH y la participación de equipos multidisciplinares presentan una elevada variabilidad entre centros.

Consolidar modelos asistenciales en los que la salud mental forme parte de la atención habitual al VIH constituye una de las principales oportunidades de mejora identificadas por este proyecto. Esta integración no requiere necesariamente la presencia física de profesionales de salud mental y adicciones en las Unidades de VIH, sino que puede desarrollarse mediante modelos de colaboración estrecha y estructurada con los Servicios de Salud Mental y otros recursos asistenciales y comunitarios, adaptados a las características y necesidades de cada centro.

Acciones propuestas

- Incorporar la atención a la salud mental y las adicciones a la cartera habitual de las Unidades de VIH, definiendo las prestaciones que asume cada unidad y las que se ofrecen mediante colaboración con otros dispositivos. Identificar las brechas respecto a la cartera de referencia y acordar su implantación progresiva según el volumen asistencial y la complejidad de las necesidades atendidas.

- Favorecer equipos multidisciplinares que integren medicina, enfermería, psicología clínica, psiquiatría y trabajo social, con participación de profesionales de adicciones y perfiles comunitarios. Acordar las funciones de cada perfil y los mecanismos estables de colaboración, tanto si se incorporan a la unidad como si pertenecen a otros dispositivos.
- Garantizar el acceso a profesionales especializados en salud mental, trabajo social y adicciones, mediante circuitos asistenciales definidos.
- Definir un modelo de atención compartida que describa quién realiza la valoración inicial, cómo se acuerda el plan de atención y qué profesional coordina el seguimiento cuando intervienen varios servicios, incorporando la participación de la persona atendida.

Como referencia, se propone que la cartera de servicios contemple progresivamente las siguientes prestaciones:

- **Evaluación de la salud mental y las adicciones:** cribado inicial y reevaluación periódica de problemas de salud mental, problemas relacionados con el consumo de sustancias y situaciones de vulnerabilidad psicosocial.
- **Valoración de enfermería:** evaluación de las necesidades relacionadas con el autocuidado, la adherencia terapéutica, el bienestar emocional, el estigma y el apoyo social.
- **Acceso a atención especializada:** disponibilidad de circuitos definidos de acceso a psicología clínica, psiquiatría, trabajo social y atención a las adicciones.
- **Intervenciones de apoyo:** disponibilidad de intervenciones breves de apoyo psicológico, psicoeducación y abordaje inicial del malestar emocional, de acuerdo con las competencias de los profesionales implicados.
- **Continuidad asistencial:** procedimientos de derivación acompañada y seguimiento de las personas derivadas a otros dispositivos.
- **Recursos comunitarios:** información accesible y actualizada sobre entidades comunitarias, apoyo entre pares y derechos de las personas con VIH.
- **Atención a necesidades complejas:** elaboración de planes individualizados de atención cuando concurran necesidades clínicas, psicológicas y sociales que requieran la intervención coordinada de diferentes profesionales y servicios.

4.2 Reducir la variabilidad organizativa mediante estándares comunes de atención

La revisión normativa y los resultados de la encuesta ponen de manifiesto una importante heterogeneidad en la organización de la atención a la salud mental de las personas con VIH. Esta variabilidad afecta a la disponibilidad de recursos, la composición de los equipos, los procedimientos de evaluación, la coordinación asistencial y la colaboración con las entidades comunitarias.

Reducir esta variabilidad no implica homogeneizar completamente la organización de los servicios, sino garantizar unos estándares mínimos de calidad que aseguren una atención equitativa con independencia del territorio o del hospital de referencia.

Acciones propuestas

- Definir estándares mínimos para la atención a la salud mental y las adicciones en las Unidades de VIH, tomando como referencia las prestaciones descritas en el apartado anterior y contemplando su implantación progresiva según las características de cada centro.
- Establecer criterios comunes para evaluar la atención a la salud mental y las adicciones: realización y documentación de evaluaciones periódicas, acceso a recursos especializados, tiempos de espera, seguimiento de las derivaciones y atención a necesidades complejas. Para cada criterio, acordar un indicador, su fuente de información y la periodicidad de revisión.
- Incorporar a la evaluación de los modelos asistenciales la coordinación entre servicios de VIH, salud mental y adicciones, la colaboración comunitaria y la participación y experiencia de las personas con VIH, identificando qué mejoras se abordarán a partir de los resultados.
- Promover el intercambio estructurado de experiencias y buenas prácticas en la atención a la salud mental y las adicciones en personas con VIH. En la medida de lo posible, documentar estas experiencias mediante un formato común que recoja las actuaciones realizadas, los recursos necesarios, las dificultades encontradas y los resultados observados. Facilitar la consulta de este registro por profesionales sanitarios, responsables de planificación y gestión y entidades comunitarias, para favorecer su adaptación a otros centros o territorios.
- Favorecer la evaluación periódica de los modelos de atención con información comparable. Revisar los resultados con los equipos y las personas con VIH para detectar desigualdades, acordar medidas de mejora y orientar la planificación de recursos.
- Incorporar la perspectiva de las personas con VIH en la evaluación de los modelos asistenciales, mediante medidas de resultados y experiencias comunicadas por las propias personas atendidas (PROMs y PREMs), que permitan identificar necesidades no cubiertas y orientar mejoras en la calidad de la atención.
- Acordar un conjunto básico de información que pueda recogerse en los centros sin generar una carga desproporcionada, indicando las definiciones, las fuentes y los responsables del registro. Analizar las diferencias entre centros como oportunidades de mejora, teniendo en cuenta sus recursos y poblaciones atendidas.

4.3 Favorecer la continuidad asistencial mediante marcos organizativos que faciliten la libre elección y la coordinación entre dispositivos

La revisión normativa evidenció importantes diferencias entre comunidades autónomas en la regulación de la libre elección de centro y profesional, así como en las posibilidades de acceso a recursos de salud mental fuera del área sanitaria de referencia. Estas diferencias pueden condicionar la continuidad asistencial y limitar el acceso a recursos especializados cuando las necesidades clínicas o las preferencias de la persona aconsejan una atención en otro dispositivo.

Aunque la organización sanitaria corresponde a las comunidades autónomas, resulta recomendable avanzar hacia marcos organizativos que faciliten la continuidad de los cuidados y reduzcan las barreras administrativas que dificultan el acceso a la atención especializada.

Acciones propuestas

- Revisar y documentar los procedimientos de derivación a recursos de salud mental y adicciones, incluidos los situados fuera del área de referencia, identificando los requisitos, las personas de contacto y las barreras administrativas que puedan dificultar el acceso cuando las necesidades asistenciales lo requieran.
- Favorecer la continuidad de la atención entre áreas y centros mediante procedimientos de transferencia que identifiquen el recurso receptor, la información necesaria y el profesional responsable de comprobar la continuidad del seguimiento.
- Facilitar información comprensible sobre las posibilidades de elección de centro o profesional y los procedimientos aplicables en cada territorio, respetando el marco normativo vigente. Valorar las preferencias de la persona y las alternativas disponibles cuando recibe atención al VIH, la salud mental y las adicciones en distintos dispositivos.
- Impulsar acuerdos de coordinación intercentros e interterritoriales para resolver barreras administrativas y evitar interrupciones de la atención. Establecer interlocutores y un procedimiento para gestionar las dificultades de acceso o continuidad identificadas.
- Promover la revisión y, cuando sea necesario, la modificación de la normativa autonómica sobre libre elección de centro y profesional en el ámbito de la salud mental, para reducir las desigualdades territoriales identificadas y facilitar la continuidad asistencial de las personas con VIH

4.4 Consolidar modelos estables de coordinación entre las Unidades de VIH, los Servicios de Salud Mental y los dispositivos de atención a las adicciones

Las tres fases del proyecto coinciden en señalar que la coordinación constituye uno de los principales retos organizativos. El estudio cualitativo mostró que, en muchos casos, esta depende de relaciones personales entre profesionales más que de procedimientos establecidos, mientras que la encuesta confirmó la escasa implantación de protocolos específicos, reuniones periódicas y mecanismos estructurados de seguimiento.

La coordinación debe evolucionar desde modelos basados en iniciativas individuales hacia estructuras organizativas estables con circuitos asistenciales definidos que establezcan responsabilidades y garanticen la continuidad de la atención.

Acciones propuestas

- Elaborar protocolos de derivación y seguimiento entre las Unidades de VIH, los Servicios de Salud Mental, los dispositivos de adicciones, Atención Primaria y otros recursos implicados. Definir criterios de derivación y prioridad clínica, vías de contacto, información mínima, responsabilidades, tiempos de respuesta acordados y mecanismos de seguimiento.
- Incorporar mecanismos de cierre del circuito asistencial que permitan confirmar el acceso efectivo a los recursos de destino, facilitar la comunicación bidireccional de la información clínicamente pertinente y garantizar la revisión posterior en la Unidad de VIH cuando sea necesaria.
- Implantar circuitos preferentes para personas con VIH cuando la situación clínica lo requiera, especialmente ante problemas de salud mental y problemas relacionados con el consumo de sustancias que precisen una valoración o intervención prioritaria.
- Establecer reuniones periódicas entre profesionales de VIH, salud mental y adicciones, con participación de Atención Primaria y de los perfiles comunitarios cuando proceda. Acordar una periodicidad, un procedimiento de revisión de casos complejos y un registro de las decisiones y responsabilidades de seguimiento.
- Favorecer el intercambio de información clínicamente pertinente mediante canales seguros y accesibles para los profesionales autorizados. Definir qué información se comparte, quién la registra y cómo se actualiza el plan de atención, respetando la confidencialidad y la normativa aplicable.

4.5 Implantar estrategias sistemáticas de detección precoz, valoración clínica y seguimiento

Los resultados muestran que la identificación de los problemas de salud mental continúa descansando principalmente en la experiencia clínica de los profesionales. Aunque este abordaje resulta fundamental, la utilización sistemática de instrumentos de evaluación sigue siendo limitada y el seguimiento tras la derivación presenta una importante variabilidad entre centros.

Una detección precoz y estructurada, combinada con la valoración clínica y la escucha activa de las necesidades expresadas por las personas con VIH, permitiría identificar de forma más temprana situaciones de vulnerabilidad y mejorar la continuidad de los cuidados.

Acciones propuestas

- Implantar procedimientos sistemáticos de cribado y valoración de salud mental y problemas relacionados con el consumo de sustancias en el diagnóstico del VIH, las revisiones periódicas y los momentos de especial vulnerabilidad o transición asistencial. Acordar la periodicidad y el profesional encargado de ofrecer la evaluación y registrar sus resultados.
- Seleccionar instrumentos validados de evaluación de salud mental y consumo de sustancias, adecuados a la población y al contexto de uso. Incorporar PROMs y, cuando resulte pertinente, PREMs, asegurando su accesibilidad lingüística y cultural y su utilidad para orientar la atención.
- Garantizar la formación de los profesionales para la selección, aplicación e interpretación de los instrumentos de evaluación, definiendo responsabilidades para su administración, revisión y seguimiento.
- Complementar los instrumentos estandarizados con preguntas abiertas que permitan identificar preocupaciones, necesidades de apoyo y aspectos del bienestar emocional que las personas deseen abordar durante la consulta.
- Establecer una respuesta documentada ante los hallazgos del cribado, que incluya valoración clínica, intervención inicial, derivación y seguimiento según las necesidades detectadas. Definir la respuesta inmediata ante situaciones de riesgo, incluido el riesgo suicida, conforme a los protocolos del centro, y comprobar el acceso efectivo al recurso indicado.

4.6 Reforzar la colaboración entre el sistema sanitario y las entidades comunitarias

El estudio cualitativo puso de manifiesto el papel esencial que desempeñan las entidades comunitarias en el acompañamiento, el apoyo psicosocial y la continuidad asistencial de las personas con VIH. La encuesta confirma, sin embargo, que esta colaboración continúa siendo muy heterogénea y que en muchos casos depende de relaciones informales más que de mecanismos formales.

Fortalecer la colaboración entre ambos ámbitos constituye una oportunidad para ofrecer respuestas más integrales y adaptadas a las necesidades de las personas con VIH. Por tanto la colaboración comunitaria debe pasar de ser un complemento informal a una alianza asistencial formalizada, preservando siempre la autonomía y el papel propio de las entidades.

Acciones propuestas

- Formalizar acuerdos de colaboración entre servicios sanitarios, entidades comunitarias de VIH y recursos de salud mental y adicciones. Especificar las actividades, los referentes, los circuitos de acceso y retorno de información, las condiciones de confidencialidad y los recursos necesarios para sostener la colaboración.
- Definir ámbitos de colaboración y actuaciones complementarias entre los recursos sanitarios y comunitarios, que puedan incluir el apoyo entre pares, el acompañamiento emocional, la reducción del estigma, la mediación sociocultural, el apoyo a la adherencia y el acompañamiento en el acceso a servicios sanitarios y recursos sociales relacionados con vivienda, prestaciones, situaciones de violencia, empleo y redes de apoyo.
- Establecer mecanismos de coordinación bidireccional y circuitos compartidos de derivación y seguimiento, respetando la confidencialidad y la autonomía de las personas atendidas.
- Reconocer el papel de los distintos perfiles comunitarios, favoreciendo su participación en los modelos de atención y garantizando condiciones adecuadas de formación, supervisión, reconocimiento y financiación estable de las actividades desarrolladas.
- Incorporar a representantes de entidades comunitarias y personas con VIH en el diseño, implementación y evaluación de los modelos y circuitos asistenciales.
- Mantener un directorio accesible de recursos comunitarios, incluidos los de apoyo psicosocial, adicciones y reducción de riesgos y daños. Asignar la responsabilidad de actualizar los servicios ofrecidos, las condiciones de acceso y los datos de contacto, y facilitar esta información a profesionales y personas con VIH.

4.7 Garantizar recursos suficientes para responder a las necesidades de salud mental y adicciones

La falta de recursos constituye uno de los hallazgos más consistentes del proyecto. Tanto el estudio cualitativo como la encuesta reflejan que la insuficiencia de profesionales, los tiempos de espera y la limitada disponibilidad de recursos específicos condicionan la capacidad de respuesta del sistema y generan desigualdades entre territorios.

El fortalecimiento de los recursos disponibles resulta imprescindible para garantizar una atención equitativa y de calidad.

Acciones propuestas

- Adecuar la dotación de profesionales de salud mental y adicciones al volumen asistencial, la complejidad de las necesidades y la demanda existente. Elaborar un diagnóstico local de disponibilidad y carga de trabajo, identificar las necesidades no cubiertas y presentar a los órganos de gestión una propuesta de refuerzo con los recursos necesarios.
- Garantizar el acceso oportuno a la atención psicológica, psiquiátrica y de adicciones mediante objetivos de tiempo de respuesta acordados según la prioridad clínica y los protocolos aplicables. Monitorizar las demoras y establecer vías de respuesta ante situaciones urgentes o prioritarias.

- Desarrollar respuestas coordinadas para personas con necesidades complejas, incluidos problemas relacionados con el consumo de sustancias, adicciones, necesidades vinculadas al chemsex y elevada vulnerabilidad social. Conectar los recursos sanitarios, comunitarios y sociales disponibles, incorporando reducción de riesgos y daños y evitando exigir abstinencia como condición general para acceder al apoyo.
- Consolidar estructuras y responsabilidades asistenciales estables que garanticen la continuidad de la atención, evitando que su funcionamiento dependa de iniciativas individuales o de la asunción de tareas adicionales no reconocidas ni dotadas de recursos.

4.8 Impulsar la capacitación de los profesionales

La formación aparece de forma recurrente como un elemento facilitador para mejorar la atención a la salud mental y las adicciones de las personas con VIH. La complejidad de las necesidades psicológicas, sociales y clínicas requiere profesionales capacitados tanto para la detección precoz como para el abordaje inicial y la coordinación con otros recursos.

Acciones propuestas

- Desarrollar un programa de formación continuada en salud mental, adicciones y VIH para medicina, enfermería, psicología, psiquiatría, trabajo social y perfiles comunitarios. Identificar necesidades formativas, adaptar los contenidos a las competencias de cada perfil e incluir formación sobre VIH para los equipos de salud mental y adicciones.
- Reforzar la formación en detección precoz, valoración inicial, intervenciones breves y reducción de riesgos y daños, de acuerdo con las competencias de cada profesional. Utilizar casos prácticos y espacios de consulta o supervisión para apoyar la aplicación de los aprendizajes.
- Incorporar contenidos sobre estigma, trauma, consumo de sustancias, chemsex y determinantes sociales de la salud.
- Mejorar el conocimiento de los recursos sanitarios y comunitarios de salud mental y adicciones y de los circuitos de coordinación mediante sesiones compartidas y materiales actualizados de consulta. Evaluar la utilidad de la formación y su aplicación a las prácticas asistenciales.

4.9 Promover una atención centrada en la persona

La revisión normativa, el estudio cualitativo y la encuesta coinciden en señalar que las necesidades de salud mental de las personas con VIH no pueden abordarse únicamente desde una perspectiva clínica. Factores como el estigma, la vulnerabilidad social, la soledad, el consumo de sustancias o las dificultades socioeconómicas condicionan de forma decisiva el bienestar y la calidad de vida.

Avanzar hacia una atención centrada en la persona implica reconocer esta complejidad y favorecer respuestas flexibles, coordinadas e individualizadas que integren la dimensión clínica, psicológica y social de la atención, teniendo en cuenta las necesidades, preferencias y circunstancias de cada persona.

Acciones propuestas

- Incorporar de forma sistemática la perspectiva biopsicosocial en la planificación asistencial, explorando las necesidades de apoyo psicológico y social, las redes de apoyo disponibles y las posibles barreras para acceder a la atención.
- Promover la toma de decisiones compartidas, teniendo en cuenta las preferencias de las personas con VIH respecto al tipo de apoyo, los profesionales implicados, la modalidad de atención y la participación en grupos o redes de apoyo.
- Establecer planes de atención individualizados cuando concurran necesidades clínicas, psicológicas, de adicciones o sociales complejas. Acordar con la persona objetivos, apoyos y preferencias; identificar quién coordina el plan, las responsabilidades de cada recurso y los momentos de revisión.
- Garantizar una atención respetuosa y libre de estigma, mediante el uso de lenguaje no estigmatizante, la protección de la confidencialidad y el respeto a la diversidad sexual y de género, el origen, la situación migratoria y las prácticas de consumo de sustancias.
- Adaptar los circuitos asistenciales a las circunstancias y necesidades de las personas, facilitando modalidades de atención flexibles, como las teleconsultas cuando resulten adecuadas, la coordinación de citas, la reducción de desplazamientos innecesarios y el acompañamiento en el acceso a los recursos.
- Incorporar la perspectiva de las personas con VIH en la evaluación de la atención mediante preguntas de experiencia asistencial y espacios de participación accesibles. Explorar si se han respetado sus preferencias, su participación en las decisiones y sus necesidades de apoyo, y comunicar las mejoras acordadas a partir de sus aportaciones.

4.10 Reducir el estigma y la discriminación y garantizar una atención respetuosa con la diversidad

El estigma asociado al VIH, a los problemas de salud mental y a las adicciones puede afectar al bienestar, a la relación terapéutica y al acceso y continuidad de la atención. Su abordaje requiere actuaciones específicas sobre las prácticas asistenciales y la organización de los servicios, además de apoyo a las personas que experimentan discriminación o estigma interiorizado.

Esta recomendación recoge el enfoque humanizado, libre de estigma y sensible a la diversidad que debe orientar el conjunto del decálogo. Su formulación específica permite concretar acciones y evaluar su aplicación, manteniendo su carácter transversal.

Acciones propuestas

- Acordar criterios de trato digno, lenguaje no estigmatizante y respeto a la diversidad sexual y de género, el origen, la situación migratoria y las prácticas de consumo. Revisar los formularios, materiales informativos y procedimientos asistenciales para identificar y corregir expresiones o prácticas discriminatorias.
- Capacitar a los equipos sanitarios y comunitarios en estigma asociado al VIH, la salud mental y las adicciones, confidencialidad, atención sensible al trauma y diversidad. Incorporar la

participación de personas con VIH en el diseño y desarrollo de estas actividades.

- Explorar de forma respetuosa las experiencias de estigma, discriminación y estigma interiorizado y sus necesidades de apoyo. Facilitar acceso a apoyo psicológico, comunitario y entre pares cuando la persona lo desee, sin presionar para revelar el diagnóstico ni compartir información personal.
- Revisar las barreras organizativas, administrativas, culturales y digitales que dificultan el acceso y la continuidad de la atención. Definir medidas para proteger la confidencialidad en la recepción, las consultas, las derivaciones y el intercambio de información.
- Establecer vías accesibles y confidenciales para comunicar experiencias de discriminación y solicitar apoyo. Designar responsables para su revisión, acordar medidas correctoras y orientar hacia los recursos de defensa de derechos disponibles.
- Incorporar a las personas con VIH y a las entidades comunitarias en el diseño y la evaluación de estas actuaciones. Recoger su experiencia sobre el trato recibido, la confidencialidad y las barreras de acceso, y utilizarla para revisar las prácticas de los servicios.

Agradecimientos

Este proyecto ha sido financiado por Gilead Sciences. Su realización ha sido posible gracias a los integrantes del Comité Asesor, por sus aportaciones a las distintas fases del estudio y a la elaboración de las recomendaciones. A la Universidad de Alcalá, por su colaboración en la revisión normativa, y a STOP, por su participación en el estudio cualitativo y colaboración científica a lo largo de todo el proyecto. Al Grupo de Enfermería Experta en VIH (GEEVIH), por su contribución a la difusión de la encuesta entre las Unidades de VIH. Y a todas las personas que participaron en el proyecto, especialmente a quienes participaron en el estudio cualitativo y a los profesionales de los centros hospitalarios que respondieron a la encuesta.

Referencias

Abiodun, O., Iheanacho, T., & Lawal, S. A. (2024). Editorial: Evidence on the benefits of integrating mental health and HIV into packages of essential services and care. *Frontiers in Reproductive Health*, *6*, 1454453. https://doi.org/10.3389/FRPH.2024.1454453/TEXT

Baltussen, R., & Niessen, L. (2006). Priority setting of health interventions: the need for multi-criteria decision analysis. Cost Effectiveness and Resource Allocation, 4, 14. https://doi.org/10.1186/1478-7547-4-14

De Sanidad, M. (2021). *Plan Estratégico para la Prevención y Control de la Infección por el VIH y las ITS en España*.

Gooden, T. E., Gardner, M., Wang, J., Chandan, J. S., Beane, A., Haniffa, R., Taylor, S., Greenfield, S., Manaseki-Holland, S., Thomas, G. N., & Nirantharakumar, K. (2022). The risk of mental illness in people living with HIV in the UK: a propensity score-matched cohort study. *The Lancet HIV*, *9*(3), e172–e181. https://doi.org/10.1016/S2352-3018(21)00319-2

Hu, F. H., Liu, P., Jia, Y. J., Ge, M. W., Shen, L. T., Xia, X. P., & Chen, H. L. (2025). Prevalence of mental health problems in people living with HIV: a systematic review and meta-analysis. *Psychology, Health & Medicine*, *30*(3), 397–413. https://doi.org/10.1080/13548506.2024.2424998

Ministerio de Sanidad. (2021). *Plan Estratégico para la Prevención y Control de la Infección por el VIH y las ITS en España 2021-2030*.

Ministerio de Sanidad. (2025). *Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud: documento de desarrollo 2025-2028*.

Programme on HIV/AIDS and the World Health Organization. (2022). *Integration of mental health and HIV interventions. Key considerations. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and the World Health Organization*.

Remien, R. H., Stirratt, M. J., Nguyen, N., Robbins, R. N., Pala, A. N., & Mellins, C. A. (2019). Mental health and HIV/AIDS: The need for an integrated response. *AIDS*, *33*(9), 1411–1420. https://doi.org/10.1097/QAD.0000000000002227

Rueda, S., Mitra, S., Chen, S., Gogolishvili, D., Globerman, J., Chambers, L., Wilson, M., Logie, C. H., Shi, Q., Morassaei, S., & Rourke, S. B. (2016). Examining the associations between HIV-related stigma and health outcomes in people living with HIV/AIDS: a series of meta-analyses. *BMJ Open*, *6*(7), e011453. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011453

Thokala, P., Devlin, N., Marsh, K., Baltussen, R., Boysen, M., Kaló, Z., Longrenn, T., Mussen, F., Peacock, S., Watkins, J., & IJzerman, M. (2016). Multiple Criteria Decision Analysis for Health Care Decision Making—An Introduction: Report 1 of the ISPOR MCDA Emerging Good Practices Task Force. Value in Health, 19(1), 1–13. https://doi.org/10.1016/j.jval.2015.12.003

Trickey, A., May, M. T., Vehreschild, J. J., Obel, N., Gill, M. J., Crane, H. M., Boesecke, C., Patterson, S., Grabar, S., Cazanave, C., Cavassini, M., Shepherd, L., Monforte, A. d. A., van Sighem, A., Saag, M., Lampe, F., Hernando, V., Montero, M., Zangerle, R., … Sterne, J. A. C. (2017). Survival of HIV-positive patients starting antiretroviral therapy between 1996 and 2013: a collaborative analysis of cohort studies. *The Lancet HIV*, 4(8), e349–e356. https://doi.org/10.1016/S2352-3018(17)30066-8

Trickey, A., Sabin, C. A., Burkholder, G., Crane, H., d'Arminio Monforte, A., Egger, M., Gill, M. J., Grabar, S., Guest, J. L., Jarrin, I., Lampe, F. C., Obel, N., Reyes, J. M., Stephan, C., Sterling, T. R., Teira, R., Touloumi, G., Wasmuth, J. C., Wit, F., ... Sterne, J. A. C. (2023). Life expectancy after 2015 of adults with HIV on long-term antiretroviral therapy in Europe and North America: a collaborative analysis of cohort studies. *The Lancet HIV*, *10*(5), e295–e307. https://doi.org/10.1016/S2352-3018(23)00028-0

ANEXO 1

Parrilla para orientar la implementación local de las acciones del decálogo

Esta herramienta permite valorar y secuenciar las acciones concretas del decálogo, organizadas en sus diez grandes recomendaciones. Parte de la propuesta aportada por una integrante del Comité Asesor experta en calidad asistencial y se apoya en el enfoque metodológico citado en el apartado 4. Es una adaptación orientativa sin validación específica para este proyecto.

Cómo utilizar la parrilla

1. Revisar las acciones ya recogidas en el decálogo. Utilizar una fila por acción y mantener su vinculación con la recomendación de origen. Se muestra una parrilla de ejemplo que puede ampliarse o replicarse.
2. Acordar el ámbito de aplicación y un horizonte temporal común antes de puntuar. Registrar el centro o territorio, la fecha y las personas participantes; incluir los servicios implicados, gestión, entidades comunitarias y personas con VIH según corresponda.
3. Puntuar cada acción de 1 a 5 en los tres criterios, considerando el grado de implantación actual y la información disponible. Justificar las puntuaciones y anotar las condiciones previas. Si falta información, indicar «PV»; si la acción ya está implantada o no es aplicable al ámbito evaluado, indicarlo y justificarlo.
4. Revisar conjuntamente las valoraciones. Si se recogen puntuaciones individuales, conservarlas y discutir las discrepancias. Registrar la valoración acordada; si no hay acuerdo, anotar el rango y los argumentos pendientes, sin forzar una puntuación única.
5. Acordar la fase de implementación de cada acción y las actuaciones previas necesarias. Identificar las acciones que facilitan otras. Concretar después responsables, recursos, plazos e indicadores y fijar una fecha de revisión.

Criterios de valoración

Criterio	Pregunta orientativa	1 punto	3 puntos	5 puntos
Necesidad de actuación	¿Hasta qué punto es necesario impulsar esta acción en el contexto evaluado?	Mejora de menor necesidad inmediata; la respuesta actual es suficiente.	Necesidad parcialmente cubierta que conviene abordar.	Necesidad importante no cubierta; demorar la acción puede tener consecuencias relevantes.
Factibilidad	¿Puede ponerse en marcha en el horizonte temporal acordado?	Requiere recursos, acuerdos o cambios importantes aún no disponibles.	Es viable con ajustes o apoyos adicionales identificados.	Puede iniciarse con los recursos, competencias y apoyos disponibles.
Alcance y beneficio esperado	¿Qué mejora puede producir y a quién beneficiaría?	Beneficio adicional limitado.	Mejora relevante para parte de la población atendida.	Mejora sustancial para una población amplia o para personas con necesidades importantes no cubiertas.

Los valores 2 y 4 representan situaciones intermedias. El alcance contempla el beneficio y la reducción de desigualdades: una acción dirigida a un grupo pequeño con elevada vulnerabilidad puede recibir una puntuación alta.

Interpretación y fase de implementación

N = necesidad de actuación; F = factibilidad; A = alcance y beneficio esperado. El promedio (N + F + A) / 3 se considera opcional, y solo se calcula con los tres criterios completos y si se acuerda darles el mismo peso. Este promedio se considera un resumen de las puntuaciones anteriores, que se recomienda mantener por separado. No deben interpretarse pequeñas diferencias como una superioridad demostrada.

Fases propuestas: I = inicio, puede ponerse en marcha; P = preparación, requiere recursos, acuerdos o actuaciones previas; D = desarrollo posterior, indicando el motivo y las condiciones para retomarla. No se asignan fases automáticamente por puntos de corte. Una necesidad alta con baja factibilidad requiere identificar cómo superar sus barreras, y no descartar la actuación.

La parrilla apoya la deliberación local y no genera una clasificación de las diez recomendaciones ni sus acciones.

Ejemplo de parrilla de valoración

Centro o territorio: _____ **Fecha:** _____

Horizonte temporal: _____

Equipo participante: _____

Se muestran tres acciones a título ilustrativo, resumidas a partir del apartado 4. Las casillas se dejan sin puntuar: deberán completarse en el contexto donde se utilice la herramienta. Los ejemplos no implican una selección preferente de recomendaciones o acciones.

Recom.	Acción del decálogo resumida	N 1–5	F 1–5	A 1–5	Media	Justificación y condiciones previas	Fase I / P / D
R4	Elaborar protocolos de derivación y seguimiento entre VIH, salud mental, adicciones, Atención Primaria y otros recursos implicados.						
R5	Implantar procedimientos sistemáticos de cribado y valoración de salud mental y problemas relacionados con el consumo de sustancias.						
R10	Establecer vías accesibles y confidenciales para comunicar experiencias de discriminación y solicitar apoyo.						

N = necesidad de actuación; F = factibilidad; A = alcance y beneficio esperado. PV = pendiente de valoración. Fases: I = inicio; P = preparación; D = desarrollo posterior.

La plantilla puede ampliarse o replicarse con las acciones del decálogo que se sometan a valoración. Las puntuaciones y las decisiones se refieren a las acciones concretas, manteniendo su vinculación con las diez recomendaciones.


Fundación
seisida