

# Introducción al Cuidado de la Salud Basado en Equipos Integrados

Julie Berrett-Abebe, PhD, MSW, LICSW

Jessica Holden, DNP, MSN, RN-BC

Westfield State University



PROYECTO INTERDISCIPLINARIO DE COLABORACIÓN EN SALUD CONDUCTUAL  
DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL  
(INTERDISCIPLINARY BEHAVIORAL HEALTH COLLABORATION PROJECT  
DEPARTMENT OF SOCIAL WORK)

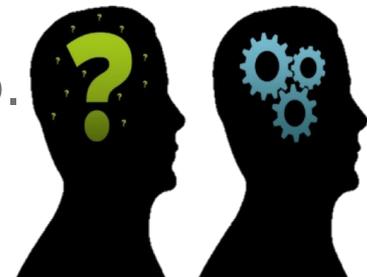


Esta subvención de Educación y Capacitación de la Fuerza Laboral de Salud Mental (BHWET) cuenta con el apoyo de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS) bajo la subvención # 1 Mo1HP31395-01-00 por \$ 1,299,235.13, titulada Proyecto Interdisciplinario de Colaboración de Salud Conductual. Esta información o contenido y las conclusiones son las del autor y no deben interpretarse como la posición oficial o política de, ni se deben deducir los endosos por HRSA, HHS o el gobierno de los EE. UU.

# Objetivos de aprendizaje:

Los objetivos de aprendizaje para esta presentación son los siguientes:

1. Definir los determinantes sociales de la salud y proveer un ejemplo
2. Entender y diferenciar entre los términos: educación interprofesional y la práctica colaborativa e integral en el campo del cuidado de la salud.
3. Identificar ejemplos de centros de cuidado de salud integral.
4. Desarrollar críticamente un enfoque de atención desde una perspectiva interprofesional y de práctica colaborativa, utilizando el ejemplo de un caso.





Mary

# ¿Cómo se presenta el cuidado en equipo?

Presentar la escena:

Equipo: Doctor, enfermera registrada (manejador de casos), servicios de trabajador social con maestría (salud del comportamiento) ubicados en la oficina de atención primaria

Problema actual: Doctor ve a una mujer de 70 años (Mary) por rutina: manejo de la diabetes. Paciente obtiene resultados positivos en el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ, Patient Health Questionnaire ) -2 (depresión).

Evaluación inmediata con trabajador social con maestría en la sala de examen. Nuevamente obtiene resultados positivos en PHQ-9. Preocupaciones adicionales: ingresos limitados, inseguridad alimentaria, problemas de vivienda (tener problemas con las escaleras para tener acceso al apartamento del segundo piso), no tiene apoyo familiar en el área pero sí tiene un gran apoyo de la iglesia.

¿Qué problemas (enfermedades / necesidades no satisfechas) deberían atenderse en el caso de Mary?

# ¿Qué situaciones se pueden atender en el entorno médico?



- diabetes
- depresión
- finanzas
- inseguridad de alimentos
- apoyo social/ aislamiento
- espiritualidad

# Estado del Cuidado de Salud en Estados Unidos

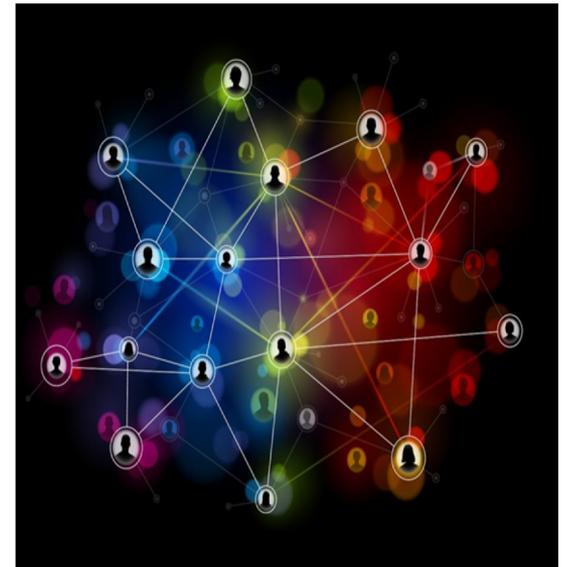
- Sistema de cuidado fragmentado
- Esfuerzos actuales: objetivo cuadruple
  - Mejorar los resultado de salud de la población
  - Mejorar la experiencia del paciente
  - Reducir los costos
  - Reducir el agotamiento

(Bodenheimer & Sinsky, 2014)



# Determinantes Sociales de la Salud

- Definición: “condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven y envejecen”
- (Organización Mundial de la Salud, World Health Organization)
  - Influencia: estructuras de poder, opresión, distribución de bienes, etc.



Son muchos los determinantes sociales reconocidos por tener un impacto directo en los resultados de la salud.

Entorno de cuidado primario, 80% de los médicos no se sienten confiados en sus habilidades para atender las necesidades sociales de sus pacientes.

▪ Si los médicos pudieran hacer prescripciones para las necesidades sociales de sus pacientes, éstas representarían 1 de cada 7 prescripciones.

(Robert Wood Johnson Foundation, 2011)

# La Gran Pregunta

¿Cómo el sistema del cuidado de salud puede cubrir mejor las necesidades medicas y sociales de los individuos, familias y comunidades?

# Respuesta Prometedora: Equipos de Cuidado de Salud en Entornos Integrados



# Equipos de Cuidado de Salud



# ¿Quiénes son los Proveedores?



# ¿Cómo se presenta el cuidado en equipo?

Preparando la escena:

Equipo: Doctor, Enfermera registrada (manejador de casos), servicios de trabajador social con maestría (salud del comportamiento) ubicados en la oficina de atención primaria

Problema actual: Doctor atiende a una mujer de 70 años (Mary) por rutina: manejo de la diabetes. Paciente obtiene resultados positivos en el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ, Patient Health Questionnaire ) -2 (depresión).

Evaluación inmediata con trabajador social con maestría en la sala de examen. Nuevamente obtiene resultados positivos en PHQ-9. Preocupaciones adicionales: ingresos limitados, inseguridad alimentaria, problemas de vivienda (tener problemas con las escaleras para tener acceso al apartamento del segundo piso), no tiene apoyo familiar en el área pero sí tiene un gran apoyo de la iglesia.

¿Qué roles pueden tomar los diferentes miembros del equipo para atender las necesidades presentadas en caso de Mary?

# ¿Qué tareas pueden realizar las enfermeras en un entorno de cuidado primaria?

- realizar intervenciones de atención directa
- educación al paciente
- comunicarse con otros proveedores
- llamar a la compañía de seguros
- coordinar los recursos (por ejemplo, servicios para los envejecientes)
- comunicarse con la comunidad de la iglesia
- comunicación de seguimiento con el paciente después de la visita



# ¿Qué tareas pueden realizar los trabajadores sociales en un entorno de atención primaria?



- facilitar grupos de apoyo
- asesoramiento individual
- educación al paciente
- comunicarse con otros proveedores
- llamar a la compañía de seguros
- coordinar los recursos (por ejemplo, servicios para envejecientes)
- comunicarse con la comunidad de la iglesia
- comunicación de seguimiento con el paciente después de la visita

# Colaboración Interprofesional

"Cuando varios trabajadores de la salud con diferentes antecedentes profesionales trabajan en conjunto con pacientes, familias y comunidades para brindar la mejor calidad de atención" (Organización Mundial de la Salud, World Health Organization, 2010)

Los términos interprofesional e interdisciplinario a menudo se usan sin distinción



# Educación Interprofesional & Práctica Colaborativa

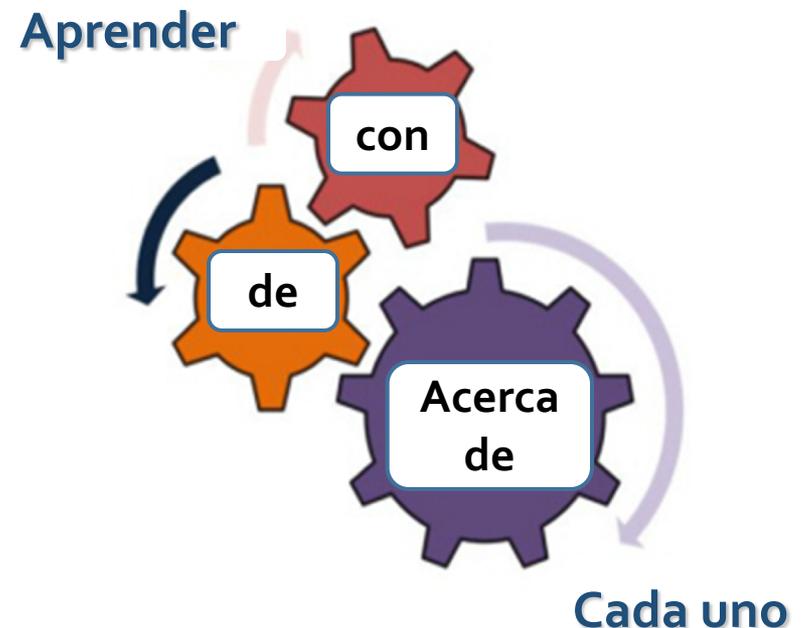
"Equipar a la fuerza de trabajo para el futuro implica desarrollar "nuevas formas de relacionarse con los pacientes y entre ellos" OIM, 2001



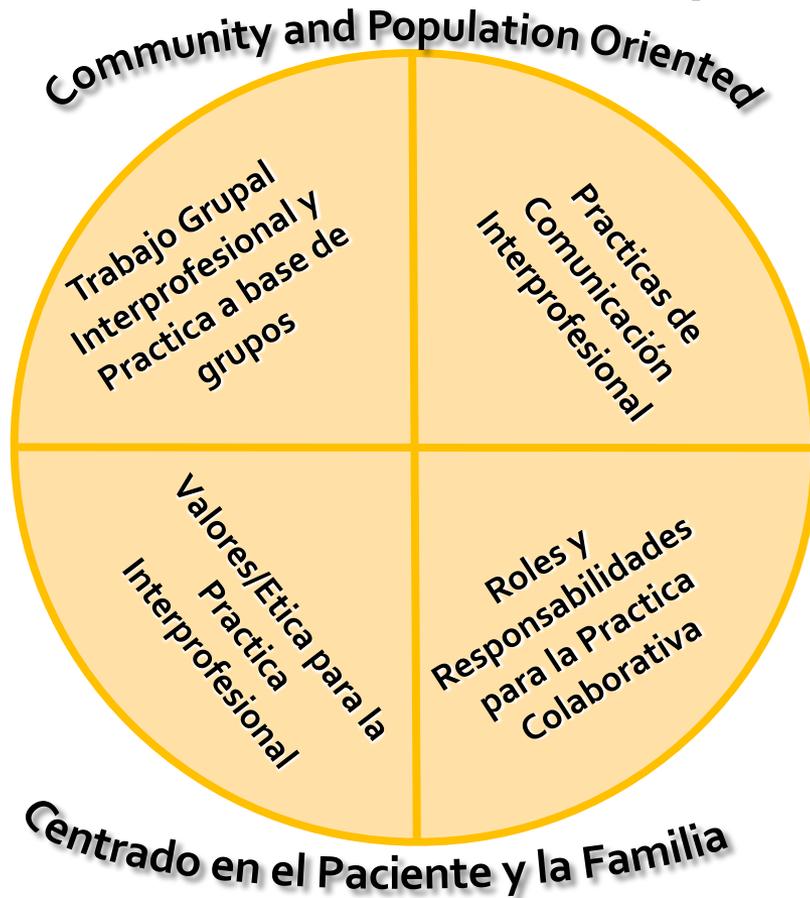
- Reconocido como esencial (por ejemplo, Reeves et al., 2008)
- Mejores resultados (por ejemplo, OMS, 2010)
- Mayor satisfacción para pacientes y proveedores (por ejemplo, IOM, 2015)

# Experiencias Compartidas

- Deliberativamente trabajar juntos
- Meta común
- Intercambio de conocimiento, habilidades y actitudes
- Ideas desde otras perspectivas



# Capacidades de Educación Interprofesional



<b>Dominio de Capacidades 1:</b>	<b>Valores/Etica para la Practica Interrprofesional</b>
<b>Dominio de Capacidades 2:</b>	<b>Roles/ Responsabilidades</b>
<b>Dominio de Capacidades 3:</b>	<b>Comunicación Interprofesional</b>
<b>Dominio de Capacidades 4:</b>	<b>Equipos y Trabajo en Equipo</b>

La pre-licencia de aprendizaje continuo a través de la trayectoria de la práctica

# Temas de Educación Interprofesional

Si “rompieran las barreras de las jerarquías aisladas” y se juntaran como un equipo mejorarían la seguridad y la calidad del cuidado del paciente.

*RWJF, 2015*

- Función del equipo
- Comunicación efectiva
- Liderazgo colaborativo
- El establecimiento de metas
- La resolución de conflictos
- Perspectiva del paciente

# ¿Cómo se presenta el cuidado en equipo?

Presentación de la escena:

Equipo: Doctor, enfermera registrada (manejador de casos), servicios de trabajador social con maestría (salud del comportamiento) ubicados en la oficina de atención primaria

Problema actual: Doctor atiende a una mujer de 70 años (Mary) por rutina: manejo de la diabetes. Paciente obtiene resultados positivos en el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ, Patient Health Questionnaire ) -2 (depresión).

Evaluación inmediata con trabajador social con maestría en la sala de examen. Nuevamente obtiene resultados positivos en PHQ-9. Preocupaciones adicionales: ingresos limitados, inseguridad alimentaria, problemas de vivienda (tener problemas con las escaleras para tener acceso al apartamento del segundo piso), no tiene apoyo familiar en el área pero sí tiene un gran apoyo de la iglesia.

¿Qué metas iniciales deberían compartir y desarrollar los miembros del equipo para atender las necesidades de Mary?

# Ejemplos de Metas Compartidas

- Tratar la depresión
- Apoyar al paciente en la obtención de una vivienda estable y accesible
- Mejorar el acceso a comidas económicas y nutritivas
- Estabilizar la diabetes y mantener el bienestar físico
- Reducir el aislamiento social



# Entornos de Cuidado de Salud Integrados

## ❑ Cuidado integrado:

"Coordinación sistemática del cuidado de la salud general y del comportamiento" (SAMHSA)

## ❑ Salud del comportamiento:

- prevención, intervención y recuperación de la salud mental y el uso de sustancias
- Promover comportamientos que apoyen la salud y el bienestar (SAMHSA)

## ❑ Varios modelos:

- La salud del comportamiento en el cuidado de salud primaria
- Cuidado de salud primaria en la salud conductual

<b>Elemento Clave Coordinado: Comunicación</b>		<b>Elemento Clave de Ubicación: Proximidad Física</b>		<b>Elemento Clave de Integración: Cambios en la Práctica</b>	
<b>Nivel 1 Coolaboración Mínima</b>	<b>Nivel 2 Coolaboración Básica a Distancia</b>	<b>Nivel 3 Coolaboración Básica en el Lugar</b>	<b>Nivel 4 Coolaboración Estrecha en el Lugar con Algún Sistema Integrado</b>	<b>Nivel 5 Estrecha Coolaboración Enfocado en la Práctica Integral</b>	<b>Nivel 6 Coolaboración Completa en una Practica Integrada Transformadora y Unida</b>
<b>Salud conductal, cuidado primario y el trabajo de otros proveedores de la salud:</b>					
<b>En facilidades separadas donde ellos:</b>	<b>En facilidades separadas donde ellos:</b>	<b>En las mismas facilidades no necesariamente en las mismas oficinas donde ellos:</b>	<b>En el mismo espacio dentro de las mismas facilidades, donde ellos:</b>	<b>En el mismo espacio dentro de las mismas facilidades, (con algunos espacios compartidos) donde ellos:</b>	<b>En el mismo espacio dentro de las mismas facilidades , compartiendo todo el espacio de práctica</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Tengan sistemas separados</li> <li>➤ Se comuniquen raramente y bajo circunstancias apremiantes</li> <li>➤ Comunicación guiada por la necesidad del proveedor</li> <li>➤ Puede que nunca se reúnan en persona</li> <li>➤ Tengan un conocimiento limitado de los roles de cada uno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Tengan sistemas separados</li> <li>➤ Se comuniquen periódicamente acerca de pacientes en común</li> <li>➤ Comunicación guiada por situaciones de un paciente en particular</li> <li>➤ Puede que se reúnan como parte de la comunidad en general</li> <li>➤ Aprecian los roles de cada uno como recursos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Tengan sistemas separados</li> <li>➤ Se comuniquen regularmente por teléfono o correo electrónico acerca de pacientes en común</li> <li>➤ Colaboración guiada por la necesidad de los servicios de cada uno y para obtener referidos de manera más confiable</li> <li>➤ Se reúnen ocasionalmente para discutir acerca de ciertos pacientes gracias a la proximidad física</li> <li>➤ Se siente parte de un equipo que aún no está muy definido</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Comparten algunos sistemas, como programación de citas y expedientes médicos</li> <li>➤ Se comunican en persona según sea necesario</li> <li>➤ Colaboración guiada por la necesidad de consultar y coordinar planes para pacientes complicados</li> <li>➤ Regularmente tienen reuniones en persona acerca de ciertos pacientes</li> <li>➤ Tienen conocimiento básico de los roles y la cultura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Juntos buscan activamente soluciones del sistema o desarrollan rondas de trabajo juntos</li> <li>➤ Se comunican frecuentemente en persona</li> <li>➤ Colaboran guiados por el deseo de ser un miembro del equipo de cuidado médico</li> <li>➤ Se reúnen regularmente para discutir el cuidado de pacientes en general o sobre dificultades específicas de los pacientes</li> <li>➤ Tienen un entendimiento amplio de los roles y la cultura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Han resuelto la mayoría o todos los problemas del sistema funcionando como un sistema integrado</li> <li>➤ Se comunican constantemente a nivel del sistema, del equipo y del individuo</li> <li>➤ Colaboran guiados por el concepto compartido del equipo de cuidado médico</li> <li>➤ Tienen reuniones formales e informales para apoyar el modelo de cuidado integrado</li> <li>➤ Tienen roles y culturas imprecisas o combinadas</li> </ul>

# Ejemplos de Entornos de Cuidado Integral

Programas de Cuidado Todo Incluido para Envejecientes (PACE, por siglas en inglés)

Programa de Medicare / Medicaid para satisfacer las necesidades de salud en la comunidad (versus entornos institucionales)

Atención integrada utilizando equipo interdisciplinario

Descripción de PACE / Mercy Life por C.G. Swift, LICSW

# ¿Cómo los entornos integrados pueden mejorar el cuidado al paciente?

- Reduce el estigma
- Mejorar el acceso a la atención
- Puntualidad de los referidos
- Ubicaciones y cobertura de seguro
- Mejorar la atención para las poblaciones marginadas
- Los problemas de conducta suelen estar presentes en la atención primaria, pero a menudo no se identifican o se tratan con efectividad
- El enfoque de equipo aborda las barreras del tiempo limitado de un médico

# ¿Cómo se presenta el cuidado en equipo?

Presentación de la escena:

Equipo: Doctor, enfermera registrada (manejador de casos), servicios de trabajador social con maestría (salud del comportamiento) ubicados en la oficina de atención primaria

Problema actual: Doctor atiende a una mujer de 70 años (Mary) por rutina: manejo de la diabetes. Paciente obtiene resultados positivos en el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ, Patient Health Questionnaire ) -2 (depresión).

Evaluación inmediata con Trabajador social con maestría en la sala de examen.

Nuevamente obtiene resultados positivos en PHQ-9. Preocupaciones adicionales: ingresos limitados, inseguridad alimentaria, problemas de vivienda (tener problemas con las escaleras para tener acceso al apartamento del segundo piso), no tiene apoyo familiar en el área pero sí tiene un gran apoyo de la iglesia.

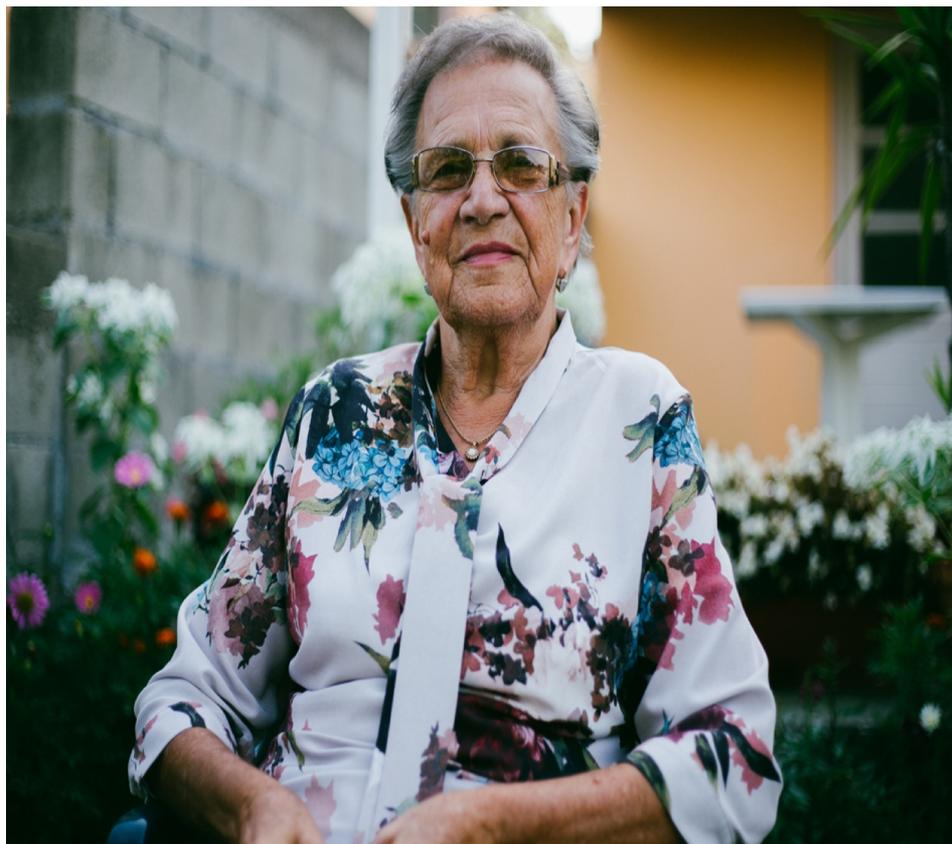
¿Qué roles pueden tomar los diferentes miembros del equipo para atender las necesidades presentadas en caso de Mary?

¿Qué tipo de análisis, intervenciones y evaluaciones serían útiles para Mary?

# Posibles Análisis, Intervenciones y Evaluaciones

- ❑ Educación del paciente / evaluar el conocimiento del manejo médico y del estilo de vida de la diabetes
- ❑ Asesoramiento y educación al paciente / evaluar la depresión (PHQ-9)
- ❑ Participación del grupo de apoyo / medidas de satisfacción del paciente
- ❑ Referidos a servicios para envejecientes / comunicación continua con este equipo
- ❑ Paciente firma relevo de información para que los proveedores del cuidado (médicos) puedan comunicarse con el sistema de apoyo social del paciente como lo es la iglesia e invitarlos a que participen y formen parte del equipo de cuidado de la salud del paciente

# Conclusión



# Recursos Adicionales

Interprofessional Education Collaborative (IPEC):  
<https://www.ipecollaborative.org/about-ipec.html>

Patient Health Questionnaires: <http://www.phqscreeners.com/>

Programs for All-Inclusive Care for the Elderly: <https://www.medicare.gov/your-medicare-costs/help-paying-costs/pace/pace.html>

SAMHSA-HRSA Center for Integrated Health Solutions:  
<https://www.integration.samhsa.gov/>

Framework for Levels of Integrated Healthcare:  
<https://www.integration.samhsa.gov/resource/standards-for-integrated-healthcare>

Social Determinants of Health: <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/social-determinants-of-health>



# Referencias

Bodenheimer, T., & Sinsky, C. (2014). From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *The Annals of Family Medicine*, 12(6), 573-576.

Collins, Hewson, Munger & Wade (2010). Evolving models of behavioral health integration in primary care. Downloaded from <https://www.milbank.org/wp-content/uploads/2016/04/EvolvingCare.pdf>

Institute of Medicine (IOM). (2001). Crossing the Quality Chasm. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. Washington, D.C: National Academy Press.

Institute of Medicine (2015). *Measuring the impact of interprofessional education on collaborative practice and patient outcomes*. Washington , DC: National Academies Press.

Interprofessional Education Collaborative Expert Panel. (2011) Core competencies for interprofessional collaborative practice: Report of an expert panel. [www.aacp.org/resources/education/Documents/](http://www.aacp.org/resources/education/Documents/)

Robert Wood Johnson Foundation (2011). Health care's blind side: The overlooked connection between social needs and good health. Downloaded from [http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/surveys\\_and\\_polls/2011/rwjf71795](http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/surveys_and_polls/2011/rwjf71795)

Robert Wood Johnson (2015) Lessons From the Field: Promising Interprofessional Collaboration Practices <http://www.rwjf.org/en/library/research/2015/03/lessons-from-the-field.html>

Reeves S, Zwarenstein M, Goldman J, Barr H, Freeth D, Hammick M, et al. (2008). Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1.

SAMHSA (2014). Essential elements of effective integrated primary care and behavioral health teams. Downloaded from [https://www.integration.samhsa.gov/workforce/team-members/Essential\\_Elements\\_of\\_an\\_Integrated\\_Team.pdf](https://www.integration.samhsa.gov/workforce/team-members/Essential_Elements_of_an_Integrated_Team.pdf)

Weaver, S. J., Salas, E., & King, H. B. (2011). Twelve best practices for team training evaluation in health care. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 37(8), 341-349.

Woods, N. F., & Magyary, D. L. (2010). Translational research: Why nursing's interdisciplinary collaboration is essential. *Research and Theory for Nursing Practice*, 24(1), 9-24.

World Health Organization (WHO). (2010). Framework for action on interprofessional education & collaborative practice. Geneva: World Health Organization. Retrieved April 11, 2011 from [http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO\\_HRH\\_HPN\\_10.3\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_HRH_HPN_10.3_eng.pdf)