

El Hogar De Salud Integrada

Escrito por el Comité Directivo de ACCESS IHH: Access Community Health Network, Caridades Católicas, Fundación Gateway, Sistema de Salud Sináí y Trilogy Behavioral Healthcare.

Resumen

En 2017, Access Community Health Network (ACCESS) se embarcó en un viaje de dos años para poner a prueba un modelo de Hogar de Salud Integrada dentro de su sistema ya en 35 centros de salud. Como una de las más grandes redes de centros de salud calificados por el gobierno federal, ACCESS atiende a más de 175,000 pacientes cada año, la mayoría de los cuales viven en vecindarios médicamente desatendidos y de bajos ingresos en el Área metropolitana de Chicago.

Si bien muchos de los pacientes de ACCESS necesitan una multitud de servicios dentro del programa de un hogar médico centrado en el paciente, hay una porción de la población que está en muy alto riesgo debido al diagnóstico de múltiples y complejos trastornos médicos y de salud del comportamiento. Muchas veces estos pacientes están limitados en su capacidad de recibir atención constante debido a sus condiciones (ambientales o físicas/mentales) relacionadas con la salud, les impiden un bienestar sostenido.

Abordar a estos pacientes a través de un enfoque integral va más allá del modelo estándar de hogar médico centrado en el paciente con la integración de la salud del comportamiento en la atención médica a lo que ahora se ve como un Hogar de Salud Integrado (IHH). El IHH es un modelo donde hay integración completa y el intercambio de información entre el proveedor médico, el proveedor de salud del comportamiento y un conjunto de servicios sociales complejos (vivienda, tratamiento por uso de sustancias, empleo, etc.) para apoyar completamente al paciente. Busca superar los desafíos de una prestación de servicios fragmentada que no tiene la capacidad de llegar a los pacientes más vulnerables. Hay un plan compartido de atención, con un equipo de atención designado a través de múltiples instituciones, que consultan regularmente sobre el paciente para apoyar sus necesidades. Va más allá de la referencia a los servicios a la verdadera integración en apoyo del bienestar general del paciente.

Con el apoyo de múltiples fundaciones, ACCESS y sus socios se embarcaron en la creación de este modelo totalmente integrado para pacientes con el más alto nivel de necesidades de atención. En el transcurso de dos años, el equipo perfeccionó los ritmos de trabajo, rediseñó la forma en que los equipos interactuaban entre sistemas y pudieron mostrar éxito con los pacientes que recibieron atención a través de este modelo.

Este documento describe este modelo de hogar de salud integrado, analiza cómo funcionó el modelo y obtiene aprendizajes y recomendaciones clave para seguir adelante. Nuestro objetivo es compartir mejor prácticas y desafíos para quienes buscan implementar un modelo similar.

Lecciones clave

- **La infraestructura de comunicaciones de IHH ACCESS rompe las barreras en la prestación de atención alineada por múltiples sectores.** La naturaleza fracturada de los sistemas de salud y servicios sociales son bien documentados. La infraestructura IHH crea un sistema de atención integral para los pacientes. Incluye un registro médico compartido y un plan de atención, rondas de chequeos semanales, educación sobre servicios y desarrollo de relaciones entre el personal y las organizaciones.
- **El compromiso toma al de tres a seis meses con múltiples toques para traer al paciente en el cuidado.** Los pacientes que están en el más alto nivel de riesgo debido a múltiples problemas de salud y salud conductual no se pueden comprometer activamente en el cuidado con solo unas llamadas telefónicas o visitas. Toma un promedio de tres a seis meses para involucrar a estos pacientes en un diálogo con el equipo y desarrollar la confianza con el tiempo.
- **El personal experimentado es fundamental para el éxito.** Dada la complejidad de los pacientes en IHH, contar con personal experimentado que entienda y sepa cómo abordar las diversas necesidades de los pacientes e involucrarlos en la atención continua, además de tener la capacidad para apoyar el alcance sostenido son clave. Esto es especialmente cierto cuando otros cuidadores están involucrados y al establecer confianza con el paciente y si se necesita la familia más grande que rodea al paciente.
- **Los pacientes son más propensos a participar en la atención de la salud si puedes ayudarlos con las necesidades básicas primero (es decir, vivienda, alimentación, empleo).** Para el paciente de la población de IHH, abordar primero las necesidades básicas era fundamental en proporcionarles la capacidad de participar en más conversaciones con su equipo de atención. Para éstos pacientes, su prioridad era sus necesidades básicas, no sus necesidades de

atención médica o de salud del comportamiento. Una vez que estas se resolvieron, pudimos involucrarlos mejor en el cuidado.

- **Es importante aprovechar el poder de su red para ayudar a encontrar pacientes.** El poder del modelo IHH está en la fuerza de las relaciones comunitarias, el conocimiento y la confianza creados a través de los diferentes portales de atención. Dado que cada socio suele ver pacientes en diferentes entornos, todos vinculados a través de un registro, los pacientes podrían ser encontrados en los departamentos de emergencia u otras configuraciones por socios y llevadas al IHH.

Las personas que brindan atención y su voluntad de comprometerse con cada una son críticas para el éxito de este modelo, como así también aquellos pacientes que puedan sentirse resistentes debido a su desconfianza en el sistema de salud. La dedicación de estas personas junto con su persistencia y la experiencia es lo que hace que el modelo IHH funcione. Este resumen está dedicado a sus esfuerzos y a los que hacen este trabajo todos los días.

El problema

Para una parte importante de los residentes del área de Chicago, la atención de salud es irregular, inasequible o en gran medida inalcanzable. Esta población se enfrenta a una multitud de barreras para obtener atención médica, incluida la falta de seguro médico u otros servicios financieros, recursos para pagar la atención y la ausencia de un proveedor de atención primaria. La salud conductual y la salud mental en su región son muy limitados y, a menudo, aislados de la atención primaria, un problema que es aún más pronunciado en comunidades desatendidas. Sienten históricamente desconfianza del sistema de salud y el estigma en torno a la salud mental.

Los centros de salud calificados federalmente (FQHC) existen para servir a comunidades médicamente desatendidas mediante la promoción de atención integral y de alta calidad que sea accesible, cultural y lingüísticamente competente, y centrada en el paciente. Fundada en 1991, Access Community Health Network (ACCESS), uno de los FQHC más grandes del Estados Unidos, brinda atención comunitaria en regiones desatendidas del área metropolitana de Chicago a 175.000 pacientes al año.

Casi el sesenta por ciento de los pacientes de ACCESS están en Medicaid, y el 20 por ciento no tiene ningún tipo de seguro médico. Más del 80 por ciento de ellos viven en o por debajo del 200 por ciento del nivel federal de pobreza. Las comunidades a las que ACCESS sirve tienen algunos de los peores resultados a nivel nacional con marcadas inequidades en salud que incluyen índices de enfermedades crónicas como la diabetes y del corazón desproporcionados, así como problemas de salud mental como depresión, trastorno de estrés postraumático y trastornos por uso de sustancias.

Estas desigualdades en salud a menudo nacen de múltiples factores que incluyen bajas tasas de logro educativo, alta tasas de desempleo que resultan en inseguridad alimentaria, situaciones inestables de vida o falta de vivienda y condiciones financieras extremas de pobreza. Muchas de estas comunidades han sufrido décadas de desinversión y el impacto del racismo sistemático institucionalizado.

En los últimos años, de acuerdo con las directrices nacionales, ACCESS ha desarrollado un modelo integrado de atención médica primaria y conductual que aborda el impacto interrelacionado de la mala salud física sobre el bienestar mental, y viceversa. Los pacientes reciben exámenes de rutina para la depresión y trastornos de uso de sustancias y nuestros proveedores médicos están capacitados para tratar la depresión y en colaboración con nuestro centro clínico de consultores de salud del comportamiento (BHC) y especialistas de salud comunitaria, recibir tratamiento para trastornos por uso de sustancias, incluida la adicción a los opiáceos. Este enfoque integrado pretende tratar a la persona en su totalidad y eliminar las barreras para las personas que son reacias a buscar atención de salud del comportamiento.

Sin embargo, hay una población más pequeña en ACCESS—aproximadamente 10.000 pacientes, que sufren de graves enfermedades mentales, como esquizofrenia, depresión mayor y trastornos bipolares. Esta población, aunque menor en número, utiliza con frecuencia los departamentos de emergencia del hospital (ED), a menudo tienen trastornos por consumo de sustancias concurrentes, inseguridad alimentaria y de vivienda, mientras lucha contra múltiples enfermedades crónicas, enfermedades físicas no controladas, como la hipertensión y diabetes. Las personas con enfermedades mentales graves suelen morir entre los 15 y 30 años antes que la población general, a menudo debido a la descontrol crónico de las condiciones médicas que padecen¹.

Esta población altamente vulnerable necesita atención primaria, salud conductual y servicios sociales, a menudo al mismo tiempo, para hacer frente a sus desafíos multifacéticos. Sin embargo, la prestación de atención suele estar fragmentada entre agencias. Esto da como resultado exámenes repetidos y múltiples o incluso conjuntos de instrucciones contradictorias, todos los cuales pueden ser abrumadores para los pacientes. ACCESS descubrió que incluso con los servicios de apoyo de gestión de casos y atención coordinada añadida, las personas que tenían problemas mentales más severos y sus necesidades relacionadas aún seguían perdiéndose en el sistema.

¹ Colton, CW. & Manderscheid, RW. *Prev Chronic Dis.* 2006; 3(2): A42

La intervención

El modelo de hogar de salud integrada

Para hacer frente a la necesidad de mejorar nuestro enfoque de atención a la persona en su totalidad y el tratamiento de las personas con enfermedades mentales, ACCESS se embarcó en un proyecto en 2017 para implementar un modelo de atención de Hogar de Salud Integrada (IHH).

Desde la introducción de la Affordable Care Act, varios de los estados han implementado varios modelos IHH para mejorar a abordar las necesidades de las poblaciones de alto riesgo y reducir costos evitables, como hospitalizaciones múltiples. El estado de Illinois también ha propuesto su propio modelo IHH para abordar las necesidades de las personas con TMG, al que tiene previsto lanzar en 2021. Al diseñar el modelo ACCESS, utilizamos una combinación de enfoques propuestos por Illinois y ya en marcha en Nueva York y Arizona.

Nuestro modelo utiliza una red virtual de agencias asociadas que proporcionan una red cerrada de servicios coordinados por un coordinador de atención de ACCESS. Este modelo va más allá la práctica de coordinar servicios entre agencias, entregando servicios integrados a través de elementos clave incluido:

- **Acuerdos Formales:** Acuerdos escritos entre ACCESS y cada agencia de IHH que requiere socios comprometidos con el modelo IHH y emplear un enfoque centrado en el paciente e informado sobre el trauma para la entrega de servicios.
- **Comité Directivo:** El comité fue convocado por ACCESS desde el inicio de la programa e incluye a todos los socios de IHH. El comité ha sido responsable de determinar los servicios necesarios, seleccionando la tecnología apropiada para compartir información y documentación, diseño del ritmo de trabajo, mejores prácticas y áreas de mejora, así como monitorear el ambiente externo y la preparación para su implementación con el estado.
- **Ritmo de trabajo integrado:** un subgrupo del comité directivo se reunió quincenalmente durante cuatro meses antes del lanzamiento de ACCESS IHH para desarrollar ritmos de trabajo que abordaron diferentes escenarios y posibles perfiles de pacientes. Estos ritmos de trabajo toma en cuenta plazos, documentación y transferencias entre agencias y fueron monitoreados y refinados por el comité directivo a lo largo del tiempo.
- **Plan Único de Atención Compartida y Acceso al Historial Electrónico del Paciente:** El plan de cuidados es propiedad y está editado por el coordinador de atención de ACCESS IHH pero se desarrolla y se mantiene actualizado a través de un proceso multidisciplinario que involucra a todos los profesionales, socios y al paciente. De importancia crítica, el plan documenta los roles de cada socio involucrado en el cuidado del paciente, y se puede ver, junto con el resto del historial del paciente a través de un sitio web portal llamado Epic CareLink.
- **Infraestructura de comunicaciones interinstitucionales para personal de primera línea:**
 - **Rondas semanales de llamadas:** el coordinador de atención de ACCESS convoca llamadas semanales de una hora entre socios donde se discuten los casos para revisar de nuevos pacientes, transiciones de atención, mejores maneras de prácticas y áreas de mejora.
 - **Mensajería a través de Epic CareLink:** los socios de IHH puede enviar mensajes seguros a través de Epic CareLink a abordar la atención del paciente y proporcionar actualizaciones, como evaluaciones completas, que pueden ser cargadas por el coordinador de atención en el registro médico del paciente.

2 Puede encontrar información sobre New York Health Home en https://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/program/medicaid_health_homes. Puede encontrar información sobre el modelo de Arizona en <https://azdhs.gov/documents/az-state-hospital/magellan-integrated-health.pdf>

Servicios

Una de las primeras actividades de planificación de IHH completada por ACCESS fue una evaluación de los servicios que eran necesarios para atender de manera integral a los pacientes de IHH. ACCESS identificó los servicios de los que sería responsable y luego alcanzó a los socios de la comunidad con quienes ACCESS ha tenido relaciones duraderas que podrían proporcionar otros servicios a las necesidades de IHH que estaban fuera del alcance de ACCESS. Los socios iniciales de ACCESS IHH se unieron a la red de ACCESS debido a una combinación de capacidades de servicio, capacidad general y ubicación geográfica para el área geográfica elegida para el piloto. Sin embargo, la visión siempre ha sido hacer crecer la red una vez que se ampliara el alcance geográfico del programa piloto para garantizar que los pacientes a través de nuestra red del área de Chicago puedan acceder a un servicio cuando sea necesario. A continuación se muestra una lista de los socios IHH de ACCESS a partir de julio 2020 y sus funciones específicas en la prestación de educación primaria integrada y atención de la salud del comportamiento, así como abordar las necesidades sociales básicas.

Necesidades que determinan la buena salud:

- **ACCESS:** Coordinación de cuidados; atención primaria; psiquiatría; selecciona servicios de salud conductual, incluidos evaluación y diagnóstico, terapia clínica; tratamiento asistido por medicamentos para la adicción de opioides; y gestión de datos, lo que incluye el manejo de la historia clínica electrónica del paciente.
- **Caridades Católicas:** vivienda de apoyo, servicios de empleo y servicios de ayuda para el trastorno por uso de sustancias para pacientes ambulatorios
- **Trilogy, Inc.:** servicios de salud mental basada en la comunidad y servicios de empleo
- **Gateway Foundation:** Todos los niveles de tratamiento para trastornos por uso de sustancias, incluidos servicios a pacientes ambulatorios y hospitalizados de abstinencia de sustancias asistidos por medicamentos, como programas de desintoxicación
- **Hospital Mount Sinai y Hospital Holy Cross:** Unidad de estabilización de crisis, hospitalaria y ambulatoria psiquiatría y atención especializada para pacientes hospitalizados



Figure 1: Integrated Health Home Model

Cómo funciona

La Figura 1 en la página anterior muestra el Modelo de hogar médico de salud integrada. El paciente y el equipo de atención están en el centro y la gama de servicios se integran en torno a la necesidades del paciente.

El coordinador de atención es el ancla de la operación. Su función es coordinar con el paciente y la red de personal de primera línea y más allá, para garantizar que el paciente reciba una atención integral y no se pierda en el proceso.

1. El equipo de coordinación de atención de ACCESS inicia el contacto con pacientes potenciales y los involucra en el cuidado con el tiempo. Como se describe más adelante, este trabajo a menudo lleva varios meses
2. Una vez que los pacientes están ya participando, se le asigna un coordinador de cuidado ACCESS y un consultor de salud conductual, física y mental a cada paciente.
3. El equipo de atención primaria, que también puede incluir a un psiquiatra, luego se reúne con el paciente para establecer objetivos y determinar los próximos pasos, que se documentan como plan de atención inicial.
4. El coordinador de atención luego conecta al paciente con los servicios en ACCESS y dentro de la red IHH y realiza un seguimiento del progreso del paciente hacia los objetivos de su plan de atención.
5. A medida que se alcanzan los objetivos, se actualizan los planes con los pacientes y se identifican y documentan los próximos pasos.

Crterios de elegibilidad de IHH de ACCESS

- Adulto (mayores de 21 años)
- Diagnóstico de enfermedad mental grave (como lo define el estado de Illinois)
- Capaz de acceder a la atención en nueve centros de salud ACCESS ubicados en los lados sur, suroeste y oeste de Chicago
- Perfil de agudeza necesario para tener necesidades físicas y de comportamiento elevadas

Los pacientes elegibles para la inscripción se identificaron a través de varias formas, incluida la generación de listas de pacientes que tienen los códigos de diagnóstico apropiados para enfermedades mentales graves, referencias internas de proveedores médicos y consultores de salud conductual de ACCESS, referencias de agencias asociadas a IHH de ACCESS, y referencias de organizaciones de atención administrada (MCO).

Resultados

Los resultados proporcionados a continuación reflejan los datos recopilados en 86 pacientes entre enero de 2018 y noviembre de 2019 (23 meses).

Alcance y participación

La Tabla 1 describe la disposición de los pacientes de IHH ACCESS. Lograr el compromiso inicial fue un desafío. A pesar de que muy pocos pacientes rechazaron el programa, el lapso de tiempo para participar de cada paciente, que se definió como el tiempo que el paciente tomó para completar las evaluaciones iniciales y tuvo un cuidado plan en su lugar, tomó de tres a seis meses. Muchos pacientes fueron difíciles de rastrear debido a la inestabilidad de la vivienda, tenían antecedentes de experiencias negativas con el sistema de salud, o habían tenido muchos problemas que debían abordarse secuencialmente con el tiempo antes de que se produzca un verdadero compromiso. De seis pacientes retirados, dos pacientes informaron salud estable estado, uno transfirió la atención a otro proveedor, y el resto se retiró por razones desconocidas.

Datos demográficos del paciente

Tabla 1. Destino de los pacientes asignados los Coordinadores de atención (noviembre de 2019)

Disposición del paciente	N	%
Inscritos: Activos y comprometidos	40	47%
Inscritos: En proceso de reincorporación	11	13%
Convocado por primera vez en proceso	4	5%
Identificado para convocar	12	14%
Pérdidas en el seguimiento	3	3%
Rechazado	2	2%
Disminuyó	2	2%
Retirado	12	14%
Total	86	

La demografía de la población se muestra en la Tabla 2. La raza y el origen étnico de la población de pacientes refleja los datos demográficos atendidos por ACCESS. Casi el sesenta por ciento de los pacientes se identificaron como mujeres. Mientras que el rango de edad era amplio, la edad media y mediana sesgó más. Encontramos que aquellos que estaban desarrollando condiciones físicas crónicas a medida que envejecían estaban más dispuestos y listos para participar y aceptar ayuda, en comparación con los individuos más jóvenes que eran típicamente lidiando con el inicio de una enfermedad mental grave enfermedades como la esquizofrenia y el trastorno bipolar.

Tabla 2. Datos demográficos del paciente

	N	%
Sexo		
Femenino	51	59%
Masculino	35	41%
Edad		
Mean?	47	
Mediana	49	
Rango	19 to 66	
Raza y etnicidad		
Negro no hispano o Afroamericano	52	60%
Hispano o Latino	16	19%
Blanco no hispano	5	6%
Multirracial no hispano u otro	2	2%
No sabe/no contesta	11	13%

Los determinantes sociales de la salud

Un número significativo de las personas que se inscribieron en el piloto había experimentado circunstancias personales desafiantes. Como se muestra en la Tabla 3, casi el veinte por ciento de los pacientes fueron ya sea con inseguridad alimentaria o en riesgo de inseguridad alimentaria. Veinticuatro por ciento también estaban sin hogar, viviendo en la calles, o en algún tipo de situación de vivienda transitoria, como se muestra en la Tabla 4. Estos factores hicieron que el compromiso con pacientes fuera extremadamente una tarea difícil.

Hospitalizaciones

Las hospitalizaciones variaron entre los participantes y debido a que la muestra de pacientes era tan pequeña fue difícil discernir cualquier cambio debido al IHH. La información sobre las hospitalizaciones también fue difícil de recopilar y el trabajo futuro debería incluir esto como una medida desde el inicio.

Resultados

Como la inscripción en el IHH ha tomado tanto tiempo, no existe una cohorte considerable de pacientes con los que realizar un análisis a largo plazo. A continuación y en la página siguiente se encuentran algunos perfiles de pacientes e historias que ilustran el impacto positivo que observamos:



Perfil del paciente

Un paciente compartió lo agradecido que está por el programa porque “le ha salvado la vida” y lo ayudó a entrar en tratamiento y recuperar la sobriedad. Había trabajado con casi todas las organizaciones participando en el programa y en otras, obteniendo ropa y vivienda y está participando tanto en la recuperación del trastorno por uso de sustancias como en los servicios de salud. El paciente ha pasado de estar sin hogar y suicidas en la calle a vivir en su propio apartamento.

En otros numerosos casos que presentaron desafíos, hemos experimentado que con una estrecha coordinación con los socios del hospital y MCO, pacientes que han sido usuarios frecuentes de los departamentos de emergencia se han

beneficiado de los servicios residenciales que han ayudado a estabilizar sus circunstancias y proporcionar el apoyo holístico que necesitan.

Diagrama 3: estado de la inseguridad alimenticia

Estado de la inseguridad alimenticia	n
Inseguridad alimenticia	11 (13%)
Se asume con inseguridad alimenticia	2 (2%)
En riesgo	3 (3.5%)
Sin inseguridad alimenticia	44 (51%)
Se desconoce	26 (30%)

Diagrama 4: Estado de vivienda

Estado de vivienda	n
Estable	43 (50%)
Estable, con familia, pareja, compañero de vivienda	15
Renta apartamento	12
Estable no especificado	9
SRO	2
Se asume que estable	2
CHA	3
Sin vivienda o en peligro de quedar	9 (10%)
Sin vivienda	7
En peligro de quedar desalojado, tarde en la renta	2
Transitorio	12 (14%)
Transitorio, por ej, quedándose con amigos	8
Transitorio, en lugar de tratamiento	1
Transitorio, en refugio	3
Se desconoce	22 (26%)
Total	86

Lecciones aprendidas y elementos críticos para el éxito

En el segundo año del programa piloto, ACCESS llevó a cabo entrevistas informantes con nuestros socios de IHH y personal selecto que brinda servicio directo para discutir las lecciones aprendidas, desafíos e identificar elementos y factores críticos dentro de cada área, y los próximos pasos para seguir mejorando.

Lección 1: Las comunicaciones de ACCESS en la infraestructura IHH rompe las barreras para entregar atención alineada por múltiples sectores.

- **Ronda de llamadas semanales con todos los socios:** aseguran las transiciones de manera efectiva y menos drásticas de atención entre socios y marca desafíos potenciales con los pacientes antes de que se conviertan en barreras para el cuidado.
- **Plan de atención compartida:** se aseguró de que todos los proveedores estuvieran trabajando hacia un solo conjunto de metas para el paciente y que sus y responsabilidades fueran claras, lo que resultó en menos duplicación de esfuerzos.
- **Acceso a la historia clínica electrónica:** se asegura que se pueda completar la la reconciliación de medicamentos más eficientemente por los socios y acceso inmediato a información demográfica en el gráfico aumentó la velocidad para albergar pacientes por 20 días.

Perfil del paciente



Otro paciente compartió que está muy feliz. Está en este programa debido a la ayuda que ha recibido, especialmente de ACCESS y la ayuda de Caridades Católicas para conseguir los suministros necesarios para la diabetes. Había intentado obtener suministros para diabéticos durante diez meses sin éxito alguno. Fue un gran logro para este paciente obtener estos artículos durante la pandemia de COVID-19.

Lección 2. El alcance y la participación toman mucho tiempo y son intensivas. El compromiso toma al menos de tres a seis meses con múltiples retoques para llevar al paciente al cuidado.

- **Se necesita un alcance repetido y sostenido:** Conectarse con esta población vulnerable y en riesgo tomó al menos tres meses de esfuerzo concentrado, y a veces hasta seis meses. Esto involucró múltiples “toques”: repetidos intentos de interactuar con los pacientes antes de que se quedaran en el programa.
- **Las necesidades básicas (vivienda y alimentación) deben ser abordadas primeramente:** era más probable que los pacientes participaran y aceptaran atención si sus necesidades básicas (por ejemplo, vivienda y comida) se cubrían primero. Un ejemplo es el de un paciente que le dijo a su coordinador de atención que era imposible pensar sobre un tratamiento de salud mental cuando no sabía donde viviría después.
- **El número de casos de los coordinadores de atención de IHH debe ser inferior a la coordinación de la atención tradicional:** El número de casos para los coordinadores de atención de IHH es bajo con un máximo de 35 pacientes a la vez. Esto es debido al tiempo necesario para la convocación, más la necesidad de conectarse con el paciente al menos una vez a la semana. Este es un serio contraste con los programas tradicionales de coordinación de cuidados que típicamente promedian un número de casos de 75 pacientes y compromiso con el paciente solo una vez al mes.

Lección 3. La experiencia cuenta. El personal experimentado es fundamental para el éxito.

- **Debido a la complejidad de las necesidades de los pacientes, el personal con experiencia profunda es fundamental.** El personal experimentado que tenga experiencia trabajando con personas con altas necesidades de salud del comportamiento y sus familias, sea persistentes en el seguimiento y sepa colaborar en un modelo basado en equipos, es el más exitoso. Debido a las necesidades altamente especializadas de esta población de pacientes, sin personal experimentado, particularmente coordinadores de atención, es poco probable que el IHH tenga éxito.

Lección 4. Las redes tienen un impacto exponencial. Aprovechar el poder de las asociaciones de la red ayuda a encontrar pacientes.

- **Comprender la amplitud de los servicios disponibles a través de socios y tomarse el tiempo para conocerse entre sí es clave para que el modelo IHH funcione.** Cada el socio de la red tiene fuerza para llegar a diferentes partes de nuestras comunidades. Por lo tanto, el IHH puede aprovechar la red para llegar a los pacientes, porque un socio puede tener alcance donde otro no. El tiempo de incorporación para que cada socio visite los sitios y comprenda la amplitud de servicios mejorará la capacidad del personal y liderazgo para profundizar las relaciones con los demás para que la prestación de atención sea más fluida.

Desafíos y Recomendaciones

ACCESS y sus socios encontraron varias barreras que dificultaba la atención de los pacientes. A continuación se describen estos desafíos y se hacen recomendaciones sobre cómo superarlos en futuras instancias de IHH.

Desafío 1: Integración de datos. A pesar de nuestra capacidad para ampliar el acceso a la ficha del paciente a toda la red de proveedores de IHH, es difícil obtener un panorama de la utilización del servicio a través de nuestra red IHH sin mucho seguimiento manual. Además, la capacidad de acceder en tiempo real a la información sobre las hospitalizaciones de los pacientes que no dependa solamente del autoinforme del paciente será fundamental para seguimiento exitoso de los pacientes.

Recomendación:

- Desarrollar una tecnología o una interfaz que permita la documentación de la prestación de servicios a través de una red que alivie la carga del proveedor
- Crear información en tiempo real a través de una fuente ADT de las hospitalizaciones del paciente

Reto 2: Sustentabilidad. Hasta la fecha, el piloto IHH ha dependido de la financiación de subvenciones para apoyar no reembolsable servicios.

Recomendación:

Es fundamental que los futuros flujos de financiación estatal aborden lo siguiente:

- Reembolso adecuado para apoyar tanto la convocatoria como la coordinación de cuidados intensivos
- Reembolso suficiente para respaldar la entrega de servicios que no son reembolsados por Medicaid, pero que son fundamentales para el compromiso de convocatoria, es decir, de apoyo a la vivienda, el empleo y el apoyo alimentario
- Estructura de pago adecuada que incentive a las redes a colaborar.

Desafío 3: La falta de capacidad es una barrera para expandir el IHH. Hay una falta de capacidad en el sistema de servicios sociales (y en muchos casos el sistema de salud en su conjunto) para proporcionar apoyo adecuado, ya sea tangiblemente a través del espacio físico tales como viviendas accesibles de apoyo a largo plazo y acceso a camas en programas de tratamiento, o con el trabajo intensivo de Gestión de cuidados uno a uno.

Recomendación:

- Crear vías para la inversión adicional que serán necesarios para permitir que los pacientes accedan a lo que se necesita a largo plazo.

Próximos pasos

Independientemente del momento en que el estado lance un modelo IHH, ACCESS ha determinado que debido a nuestra experiencia con este piloto seguiremos brindando este modelo de atención para nuestros pacientes que viven con una enfermedad mental grave.

Enfoques clave para avanzar

1. **Crear un equipo de extensión para apoyar a los coordinadores de atención de IHH.** Los miembros del comité directivo de IHH están de acuerdo en que para escalar el programa apropiadamente, será crítico construir un alcance equipo, idealmente de colegas especialistas que han vivido experiencia para apoyar los esfuerzos de divulgación. Los objetivos de el equipo será reducir el tiempo necesario para participar con los pacientes y proporcionar a los coordinadores de atención con más capacidad para que podamos expandirnos y servir a más pacientes.
2. **Expandir nuestro alcance geográfico para servir a más pacientes en la red de ACCESS.** El modelo IHH de ACCESS seguirá ampliando las asociaciones y determinando modelos apropiados de capacitación de personal para ampliar nuestro alcance.

3. Realizar análisis adicionales para:

- **Determinar cuantificablemente el impacto de IHH ACCESS en los pacientes.** Determinar las métricas apropiadas que indican un impacto están en discusión (por ejemplo, cambio en el estado de riesgo, índice de pérdidas médicas, etc.).
- **Determinar el nivel apropiado de asociades necesarios para para impulsar la mejora.** Un análisis más profundo de la utilización del servicio por cada tipo de socio (por ejemplo, servicios de vivienda de apoyo, comunidad salud mental, número de toques por parte del coordinador de atención de IHH) se llevará a cabo para diferentes perfiles de pacientes atendidos por el IHH.

Agradecimientos:

Los autores desean agradecer a las siguientes organizaciones por proporcionar fondos para apoyar la planificación, implementación y evaluación del piloto IHH: RCHN Community Health Foundation, Healthy Communities Foundation, Lloyd A. Fry Fundación y Westside United.