



MODULO 2. UNIDAD 1.

Un nuevo modelo asistencial centrado en la persona

DESCRIPCIÓN GENERAL

Definir la atención integrada ha planteado distintos retos a lo largo del tiempo. Se ha definido conceptualmente en función de los problemas que pretende resolver (fragmentación de los servicios, sistemas no diseñados para las necesidades de la población, sistemas con recursos insuficientes e impulsados por los médicos). Sea cual sea el enfoque, los principios de la atención integrada son: centrada en la persona y la comunidad, coordinada y con continuidad. Además, la Fundación Internacional para la Atención Integrada ha desarrollado los 9 pilares de la atención integrada que se utilizan para la elaboración de políticas y la práctica.

Se han desarrollado distintos tipos de modelos de Atención Integrada en los ámbitos sanitario y social, y entre ellos, adaptados al contexto de lo que importa a las personas y las comunidades. Se ha comprobado que estos modelos de atención integrada mejoran los resultados sanitarios y reducen los costes. Entre los beneficios de su prestación destacan la satisfacción del paciente, la mejora de la calidad percibida de la atención y la facilitación del acceso a los servicios. Además, las pruebas demuestran mejoras en los resultados clínicos y de calidad de vida, así como la reducción de los ingresos hospitalarios y de la duración de la estancia hospitalaria.

CONTENIDO

Este módulo incluirá los siguientes contenidos:

1. Cambios en el modelo sanitario y asistencial (transformación hacia la Atención Integral).
2. Principios y pilares de la Atención Integral
3. Ventajas del modelo de Atención Integral.
4. Aplicaciones y beneficios de los distintos modelos de Atención Integral (rentabilidad, mejora de los resultados sanitarios...).

OBJETIVOS

Los objetivos de esta unidad son:

- Permitir a los alumnos comprender los conceptos y principios fundamentales en los que se basa la CI.
- Explorar los diversos modelos de CI, dilucidando las ventajas y beneficios asociados.

1. CAMBIOS EN LOS SISTEMAS SANITARIO Y ASISTENCIAL HACIA UNA ASISTENCIA INTEGRADA

Los sistemas sanitarios diseñados en el siglo XIX estaban pensados para las enfermedades agudas. Debido a diferentes cambios sociales, la situación epidemiológica ha modificado las necesidades de la población.

Siguiendo la pregunta de Lennox-Chuggani (2021), "¿cuál es la definición de atención integrada de la IFIC?", históricamente la atención integrada se ha definido conceptualmente por los problemas que ha pretendido resolver:

- fragmentación de los servicios
- sistemas sanitarios no diseñados para las necesidades de una población que envejece y vive con múltiples enfermedades crónicas,
- una atención primaria con escasos recursos.

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (2016) definió la atención integrada como a menudo contrapuesta a la atención fragmentada y episódica, que suele interferir con los objetivos de eficiencia y calidad (Lawrence y Lorsch, 1967). Por ello, el concepto de atención integrada desafía la construcción actual de los sistemas sanitarios centrados en la enfermedad aguda y episódica (Nolte, 2021).

Lennox-Chuggani (2021) identificó la continuidad y la coordinación como los dos elementos básicos que definen la atención integrada. En este sentido, la continuidad se refiere a la experiencia sin fisuras para la persona que recibe la atención a través de los límites formales e informales de la atención, profesionales, organizativos y sectoriales, soportados a lo largo del tiempo. Del mismo modo, la coordinación implica gestionar las transiciones entre distintas profesiones, organizaciones o sectores durante múltiples episodios de atención. Por esa razón, la atención integrada es un enfoque para contrarrestar la fragmentación de la atención y garantizar que se prevengan los posibles efectos adversos sobre las experiencias de atención de las personas y los resultados de la atención (Goodwin, 2016). Por lo tanto, el objetivo de la atención integrada es prestar una atención centrada en la persona dentro de una red de atención de forma coordinada y continua (Lennox-Chuggani, 2023).

Para comprender mejor el concepto de Atención Integrada, Goodwin (2016) propuso una lista de taxonomías y marcos:

- El **tipo de integración** (organizativa, profesional, cultural, tecnológica). La integración organizativa puede describirse como la unión de varias organizaciones a través de redes de proveedores coordinadas y fusiones.
 - Por integración funcional se entiende la integración de funciones no clínicas y administrativas mediante, por ejemplo, historias clínicas electrónicas compartidas.
 - La integración de servicios se refiere a la integración de diferentes servicios clínicos a nivel organizativo mediante, por ejemplo, la creación de equipos multidisciplinares.
 - La integración clínica es la integración de la asistencia en un proceso único y coherente dentro de una misma profesión o entre distintas profesiones mediante, entre otras cosas, el uso de directrices y protocolos compartidos.

- **El nivel en el que se produce la integración:** La integración a nivel micro tiene por objeto lograr una experiencia asistencial sin fisuras para el individuo, posible, por

ejemplo, mediante planes de asistencia personalizados. La integración a nivel meso tiene por objeto prestar una atención integrada a un grupo de atención concreto o a poblaciones con la misma enfermedad o afecciones. La integración a nivel macro puede describirse como la prestación de una atención integrada a toda una población mediante la estratificación de las necesidades y la adaptación de los servicios en función de las mismas.

- **El proceso de integración** se refiere a los esfuerzos estratégicos y operativos para coordinar y combinar diferentes aspectos de los servicios sanitarios (es decir, cómo se organiza y gestiona la prestación de asistencia integrada).

- **La amplitud de la integración:** Puede abarcar desde la integración de la atención a personas concretas, la integración de la atención a enfermedades o grupos de población específicos y la integración de la atención a poblaciones enteras (es decir, a todo un grupo de población o a un grupo específico de clientes).

- **El grado o intensidad de la integración:** La integración plena implica un proceso de integración de los sectores sanitario y social en un nuevo modelo organizativo, mientras que la integración parcial crea vínculos o lazos no vinculantes que apoyan la integración entre dos sectores con el fin de mejorar la coordinación entre ellos (es decir, a través de un continuo que abarca desde vínculos informales hasta una coordinación asistencial más gestionada y equipos u organizaciones plenamente integrados)



Moreover, it also considered different ways that Integrated Care could occur: Además, también se plantearon distintas formas en que podría producirse la Atención Integrada:

- **Integración horizontal.** Atención integrada entre servicios sanitarios, servicios sociales y otros proveedores de atención que suele basarse en el desarrollo de equipos multidisciplinares y/o redes de atención que apoyan a un grupo específico de clientes.



- **Integración vertical.** La atención integrada en los servicios de atención primaria, comunitaria, hospitalaria y terciaria se manifiesta en vías de atención guiadas por protocolos (mejores prácticas) para personas con enfermedades específicas (como EPOC y diabetes) y/o transiciones de atención entre hospitales a proveedores de atención intermedia y comunitaria.

- **Integración sectorial.** Atención integrada dentro de un sector, por ejemplo combinando programas horizontales y verticales de atención integrada dentro de los servicios de salud mental a través de equipos multiprofesionales y redes de proveedores de atención primaria, comunitaria y secundaria.

- **Integración centrada en las personas:** Atención integrada entre proveedores y pacientes y otros usuarios de servicios para implicar y capacitar a las personas mediante la educación sanitaria, la toma de decisiones compartida, la autogestión con apoyo y la participación comunitaria.

- **Integración de todo el sistema:** Atención integrada que abarca la salud pública para apoyar un enfoque de la atención basado en la población y centrado en la persona. Se trata de la atención integrada en su nivel más ambicioso, ya que se centra en las múltiples necesidades de poblaciones enteras, no solo de grupos asistenciales o enfermedades.

2. PRINCIPIOS Y PILARES DE LA ATENCIÓN INTEGRADA.

2.1. Principios de atención integrada

Una parte del trabajo de la Fundación Internacional para la Atención Integrada ha consistido en desarrollar un conjunto de principios rectores básicos para que las futuras reformas de los sistemas sanitarios se basen en un conjunto común de objetivos y aspiraciones. Al reflexionar sobre las opiniones y los comentarios de las partes interesadas y los socios internacionales que participaron en el desarrollo de la Estrategia, se identificaron 16 principios básicos (Ferrer y Goodwin 2014):

- **Completa**

Un compromiso con la cobertura sanitaria universal para garantizar una atención integral y adaptada a la evolución de las necesidades y aspiraciones sanitarias de las personas y las poblaciones.

- **Equitativa**

Una asistencia accesible y disponible para todos.

- **Sostenible**

Una asistencia eficiente, eficaz y que contribuya al desarrollo sostenible.

- **Coordinada**

Atención integrada en función de las necesidades de las personas y coordinada eficazmente entre distintos proveedores y entornos.

- **Continua**

Continuidad de la atención y los servicios que se prestan a lo largo de la vida.

- **Holística**

Se centra en el bienestar físico, socioeconómico, mental y emocional.

- **Preventiva**

Una atención que aborde los determinantes sociales de la mala salud mediante una



acción intrasectorial e intersectorial que promueva la salud pública y la promoción de la salud.

- Empoderar

Ayuda a las personas a gestionar y responsabilizarse de su propia salud.

- Orientada a objetivos

La atención se centra en cómo las personas toman decisiones sanitarias, evalúan los resultados y miden el éxito.

- Respetuosa

Respetar la dignidad, las circunstancias sociales y las sensibilidades culturales de las personas.

- Colaboración

Una atención que favorezca la creación de relaciones, el trabajo en equipo y la colaboración entre la atención primaria, secundaria y terciaria y otros sectores.

- Coproducida

Mediante asociaciones activas con personas y comunidades a nivel individual, organizativo y político.

- Dotadas de derechos y responsabilidades

Que todas las personas deben esperar, ejercer y respetar.

- Gobernadas a través de la responsabilidad compartida

Entre los proveedores de asistencia por la calidad de la atención y los resultados sanitarios para la población local.

- Basada en pruebas

Una atención en la que las políticas y estrategias se guíen por los mejores datos disponibles y se apoyen a lo largo del tiempo mediante la evaluación de objetivos cuantificables para mejorar la calidad y los resultados.

- Dirigido por el pensamiento sistémico integral

Los autores presentan esta lista de principios para que puedan reflejar las realidades del despliegue de estrategias de atención integrada en los distintos contextos y entornos nacionales.

2.2. Pilares de la atención integrada

La Fundación Internacional para la Atención Integrada ha desarrollado los 9 pilares de la Atención Integrada utilizados para la elaboración de políticas y la práctica:

- Valores y visión compartidos

Los socios del sistema de atención integrada comparten un propósito común para el sistema sanitario y asistencial y demuestran un entendimiento compartido a través de la acción conjunta. Esta acción conjunta está en consonancia con los valores de las organizaciones asociadas y las comunidades locales.

- Salud de la población y contexto local

Comprensión de los factores determinantes de la salud en la población destinataria y determinación de reducir las desigualdades sanitarias dotando de recursos a los servicios que las abordan. La población destinataria específica de la atención integrada cambiará y evolucionará con el tiempo, con el objetivo último de alcanzar la cobertura universal.

- Las personas como colaboradoras en la asistencia

El éxito de la atención integrada depende de una atención de alta calidad centrada en la persona y la comunidad. Para ello, debe haber un alto nivel de participación de la población local, las personas y los cuidadores en el desarrollo y la prestación de la atención integrada, de modo que las personas reciban apoyo para cuidar de su propia salud y bienestar y sepan cuándo deben buscar ayuda.

- Comunidades resistentes y nuevas alianzas

Las comunidades resilientes son fundamentales para el éxito de un sistema de atención integrada y se basan en la confianza, el compromiso y la acción colectiva. Los socios deben ser integradores y demostrar unas relaciones maduras basadas en la confianza y el compromiso compartido. Para demostrarlo con eficacia, el sistema tendrá que invertir en la resiliencia de las comunidades.

- Capacidad y competencia de los trabajadores

Una plantilla integrada es el mecanismo clave a través del cual se prestan los modelos de asistencia integrada. El tamaño y la organización del personal deben adaptarse a la evolución de la demanda de asistencia integrada, incluidos los modelos digitales. Los profesionales sanitarios y asistenciales necesitan nuevas competencias para prestar una asistencia integrada

- Gobernanza y liderazgo de todo el sistema

Las estructuras y procesos tienen autoridad, legitimidad y capacidad para supervisar la atención integrada en todo el sistema y tomar decisiones colectivas.

- Soluciones digitales

El uso de la tecnología de soluciones sanitarias digitales de apoyo podría aportar avances en la integración de la atención sanitaria y social para personas con necesidades sanitarias y asistenciales complejas, a medida que estos grupos realizan la transición entre sectores y entornos asistenciales. Los sistemas, arquitecturas y aplicaciones digitales que permiten modelos de atención integrada mediante la prestación digital de servicios de diagnóstico, seguimiento y autocuidado, así como la recopilación, el análisis y la síntesis de información sobre resultados y valor a nivel individual y poblacional.

- Pagos y sistemas alineados

Los flujos financieros se racionalizan de forma significativa y se modifican para apoyar todo el sistema de atención integrada. Se incentiva a los socios para que trabajen en pos de objetivos colectivos compartidos y se eliminan los incentivos que fomentan la fragmentación.

- Transparencia y progresos, resultados e impactos

Los mecanismos a través de los cuales todo el sistema de atención integrada mide los progresos que está realizando hacia la visión compartida y en relación con los resultados de salud de la población acordados.

Figure 1. The nine pillars of Integrated Care.



3. MODELOS DE ATENCIÓN INTEGRADA

Dada la naturaleza heterogénea de los síntomas a través de diferentes personas que viven con la enfermedad de Parkinson, la atención integrada mantiene la promesa de ayudar a alcanzar los objetivos terapéuticos del individuo (Mai, 2018). En esta sección se desarrollarán tres modelos de atención integrada:

- Modelos individuales de atención integrada
- Modelos específicos para grupos y enfermedades
- Modelos basados en la población

3.1. MODELOS INDIVIDUALES DE ATENCIÓN INTEGRADA

Este grupo de modelos aborda la coordinación individual de la atención a pacientes de alto riesgo, y/o sus múltiples necesidades y las de sus cuidadores. Estos modelos pretenden superar la fragmentación entre proveedores facilitando la prestación adecuada de servicios. La coordinación de la atención a estos pacientes se centra en satisfacer sus necesidades específicas, pero también abarca el concepto de integración a lo largo de su vida.

- Gestión de casos

Se define como "un enfoque dirigido, basado en la comunidad y proactivo de la atención que implica la búsqueda de casos, la evaluación, la planificación de la atención y la coordinación para integrar los servicios con el fin de satisfacer las necesidades de las personas con afecciones a largo plazo" (OMS, 2018). Además, la gestión de casos se ha definido como "un proceso de colaboración que abarca la comunicación y facilita la atención a lo largo de un continuo mediante la coordinación eficaz de los recursos... Los objetivos de la gestión de casos incluyen el logro de una salud óptima, el acceso a la atención y la utilización adecuada de los recursos, equilibrados con el derecho del paciente a la autodeterminación".

Podría resumirse como la coordinación de la atención de un paciente mediante la asignación de un gestor de casos.

Los componentes cruciales de la gestión de casos incluyen:

- definir y seleccionar a las personas destinatarias para las que la gestión de casos sea más adecuada;
- evaluación y planificación individual de los cuidados;
- seguimiento regular de los pacientes;
- ajuste de los planes de atención en caso necesario.

Por lo tanto, los gestores de casos son responsables de evaluar las necesidades del paciente y del cuidador, desarrollar planes de atención adaptados, organizar y ajustar los procesos de atención en consecuencia, supervisar la calidad de la atención y mantener el contacto con el paciente y el cuidador.

- Planes individuales de asistencia

La atención individualizada es un concepto crucial para la asistencia sanitaria. Según Twaddle et al. (1993), la continuidad asistencial mejoró al individualizar la atención en función de las necesidades de una población determinada. Por lo tanto, cuando la atención es individualizada mejora la calidad de vida y da mayor satisfacción al paciente.

El objetivo de los "planes de atención individualizados" es ofrecer una atención más personalizada y adaptada creando planes de atención compartidos que mapeen los procesos de

atención, articulen claramente el papel de cada proveedor y de los pacientes en el proceso de atención y contengan información retrospectiva y prospectiva sobre la atención a un paciente en particular (OMS, 2018). Esto significa que todos los profesionales implicados en la prestación de cuidados podrían consultar el plan de cuidados. Al elaborar los planes de cuidados, los pacientes y/o el cuidador se apropian del plan y lo comprenden (Curry & Ham, 2010).

3.2. MODELOS DE ATENCIÓN INTEGRADA ESPECÍFICOS PARA CADA GRUPO Y ENFERMEDAD.

- Modelo de atención crónica

El modelo de atención crónica (MCP) es uno de los modelos de atención integrada más conocidos y aplicados. El MCP propone pasar de una atención aguda, episódica y reactiva a una atención longitudinal, preventiva, comunitaria e integrada. El MCP consta de seis ámbitos principales: comunidad, sistema sanitario, apoyo a la autogestión, diseño del sistema de prestación, apoyo a la toma de decisiones y sistemas de información clínica.

- Nueva generación de modelos de atención crónica

Estos nuevos modelos tienen en cuenta amplios factores determinantes de la salud y se centran en un sistema de intervenciones coordinadas en distintos tipos, niveles y entornos de atención, ampliando las actuaciones más allá de la intervención clínica hacia la promoción de la salud, la prevención, el cribado y la detección precoz, la gestión de los casos diagnósticos, la rehabilitación y los cuidados paliativos.

3.3. MODELOS POBLACIONALES DE ATENCIÓN INTEGRADA.

En su revisión, Shazhzad y sus colegas (2019) definieron que un enfoque poblacional de la atención sanitaria va más allá del modelo biomédico tradicional y aborda la importancia de la colaboración intersectorial en la promoción de la salud de las comunidades. Por lo tanto, es necesario establecer asociaciones entre los sectores de la atención primaria y la salud pública en particular, con el fin de abordar las necesidades sanitarias locales de las poblaciones y mejorar los resultados sanitarios.

4. BENEFICIOS DE LA ATENCIÓN INTEGRADA.

Las personas que viven con la enfermedad de Parkinson reciben atención de múltiples proveedores en diversos lugares y momentos de su proceso asistencial, es decir, unidades ambulatorias, consultas de atención primaria, clínicas especializadas, hospitales y otros. Debido a la participación de varias organizaciones sanitarias y de asistencia social, los profesionales pueden experimentar a menudo una falta de coordinación que puede dar lugar a malos resultados de salud, visitas repetidas al hospital, polifarmacia y menor satisfacción con la atención. La atención integrada para las personas que viven con la enfermedad de Parkinson refleja una atención continuada que ayuda a reorientar los servicios sanitarios y sociales hacia un modelo de atención más centrado en la persona y coordinado que ayude a optimizar la capacidad intrínseca (capacidades físicas y mentales) y la capacidad funcional de esta población.

Se ha demostrado que la atención integrada mejora los resultados de los pacientes (Rocks et al., 2020) y minimiza el riesgo de ingresos hospitalarios y mejora la satisfacción de los pacientes con su experiencia asistencial entre las personas mayores y las personas con enfermedades crónicas. La atención integrada ha sido reconocida como un medio para organizar mejor los procesos de atención a las personas con necesidades sanitarias y asistenciales complejas, ayudándoles a vivir bien en su domicilio.

5. ¿LO SABÍAS?

Europa ha estado a la vanguardia de la implantación de sistemas sanitarios integrados. Varios

países europeos han adoptado modelos de atención centrados en el paciente que incorporan aspectos médicos, sociales y psicológicos para abordar las necesidades sanitarias de forma más integral. Algunos ejemplos notables son:

- El modelo sueco: Suecia es famosa por su enfoque de la asistencia centrado en el paciente. Han desarrollado sistemas asistenciales integrados en los que participan equipos multidisciplinares de médicos, enfermeros, terapeutas y trabajadores sociales. Esto ha dado lugar a una atención más completa y una mayor satisfacción de los pacientes.
- La estrategia escocesa: Escocia ha adoptado una estrategia centrada en el paciente que hace hincapié en la atención comunitaria y la coordinación asistencial entre diversos proveedores de atención sanitaria. Esta estrategia ha demostrado su eficacia para mejorar la atención a pacientes con enfermedades crónicas como el Parkinson.
- Centros de atención integrada en los Países Bajos: Los Países Bajos han creado centros de atención integrada que ofrecen atención médica, social y psicológica en un solo lugar. Estos centros facilitan el acceso de los pacientes a toda una serie de servicios y mejoran la eficiencia de la asistencia.
- Enfoque de la atención primaria en el Reino Unido: En el Reino Unido, el sistema de atención primaria, conocido como Primary Care Trusts, colabora estrechamente con otros servicios sanitarios y sociales para garantizar una atención integral y coordinada a los pacientes con enfermedades crónicas.

6. BIBLIOGRAFÍA.

- Ferrer L, Goodwin N. (2014). ¿Cuáles son los principios que sustentan la atención integrada? *International Journal of Integrative Care*, 14, e037. doi: 10.5334/ijic.1884. PMID: 25473383; PMCID: PMC4251472.
- Goodwin N. (2016). Entendiendo la atención integrada. *International Journal of Integrated Care*, 16(4), 6. doi: 10.5334/ijic.2530. PMID: 28316546; PMCID: PMC5354214.
- Lennox-Chhugani N. (2023). Inter-Disciplinary Work in the Context of Integrated Care - a Theoretical and Methodological Framework. *International Journal of Integrated Care*, 23(2), 29. doi: 10.5334/ijic.7544. PMID: 37360878; PMCID: PMC10289044.
- Mai T. (2018). Estado y desarrollo del rol como enfermera de Parkinson en Alemania - una encuesta en línea. *Pflege*, 31(4), 181-189.
- Nolte, E. (2021). Evidence Supporting Integrated Care. En V. Amelung, V. Stein, E. Suter, N. Goodwin, E. Nolte, R. Balicer (Eds.), *Handbook Integrated Care*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-69262-9_3.
- Rocks S, Berntson D, Gil-Salmerón A, Kadu M, Ehrenberg N, Stein V, Tsiachristas A. (2020). Coste y efectos de la atención integrada: una revisión sistemática de la literatura y meta-análisis. *European Journal of Health Economics*, 21(8), 1211-1221. doi: 10.1007/s10198-020-01217-5. Epub 2020 Jul 6. PMID: 32632820; PMCID: PMC7561551.

- Shahzad, M., Upshur, R., Donnelly, P., et al. (2019). Un enfoque basado en la población para la prestación de atención médica integrada: una revisión del alcance de la atención clínica y la colaboración en salud pública. *BMC Public Health*, 19, 708. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7002-z>.



Co-funded by
the European Union

ES	El proyecto "SUPER" está cofinanciado por la Unión Europea. Las opiniones y puntos de vista expresados en estos materiales sólo comprometen a sus autores y no reflejan necesariamente los de la Unión Europea ni los del Servicio Español para la Internacionalización de la Educación (SEPIE). Ni la Unión Europea ni la Agencia Nacional SEPIE pueden ser considerados responsables de ellos.
-----------	--



MÓDULO 2. UNIDAD 1

Un nuevo modelo asistencial centrado en las personas



Co-funded by
the European Union