

Estrategia Navarra de atención integrada a pacientes **crónicos y pluripatológicos**

Versión resumida



**Gobierno
de Navarra**

Departamento de Salud

Presentación

El aumento de la esperanza de vida y los nuevos estilos de vida han condicionado un profundo cambio en el patrón epidemiológico, cada día más dominado por las enfermedades crónicas.

Sin embargo el modelo actual de atención, super-especializado y orientado a procesos agudos, no se adecúa a las necesidades reales de los pacientes crónicos. No resulta ni sanitariamente idóneo, ni socialmente eficiente; en particular para los pacientes pluripatológicos.

Así lo ha entendido la Organización Mundial de la Salud que ha instado a los sistemas sanitarios de todo el mundo a adaptar sus modelos de atención a los principios del modelo de crónicos.

La Estrategia de Crónicos se concibe como un instrumento estratégico de transformación del Modelo de Atención centrado en la orientación al paciente y el logro de resultados en salud. Sus objetivos son plenamente coherentes con los definidos en el nuevo Plan de Salud.

El documento que se presenta se formula como la propuesta de un **Proyecto Profesional** de futuro que modifica en bastantes aspectos nuestro actual modelo de atención y organización y otorga un papel protagonista a los pacientes haciéndoles corresponsables en el cuidado de su propia salud

Para el éxito del proyecto será imprescindible promover la motivación para el “cambio” en los distintos agentes intervinientes, y muy en particular en los profesionales sanitarios lo cual exige su activa participación e implicación. El reto profesional que se propone es mejorar la eficacia y eficiencia del Sistema Sanitario Público mediante la transformación del modelo de práctica asistencial.

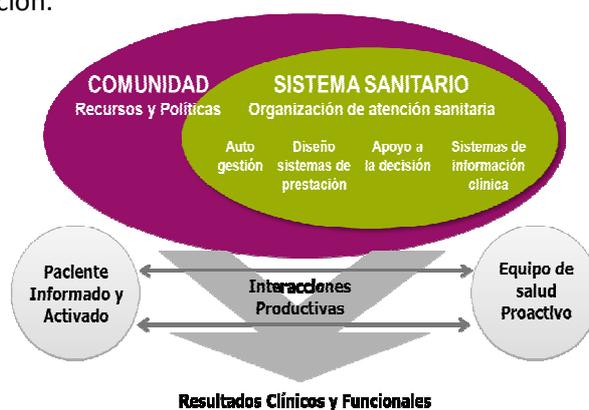
Pamplona a 26 de julio de 2013

Marta Vera Janín

Consejera de Salud

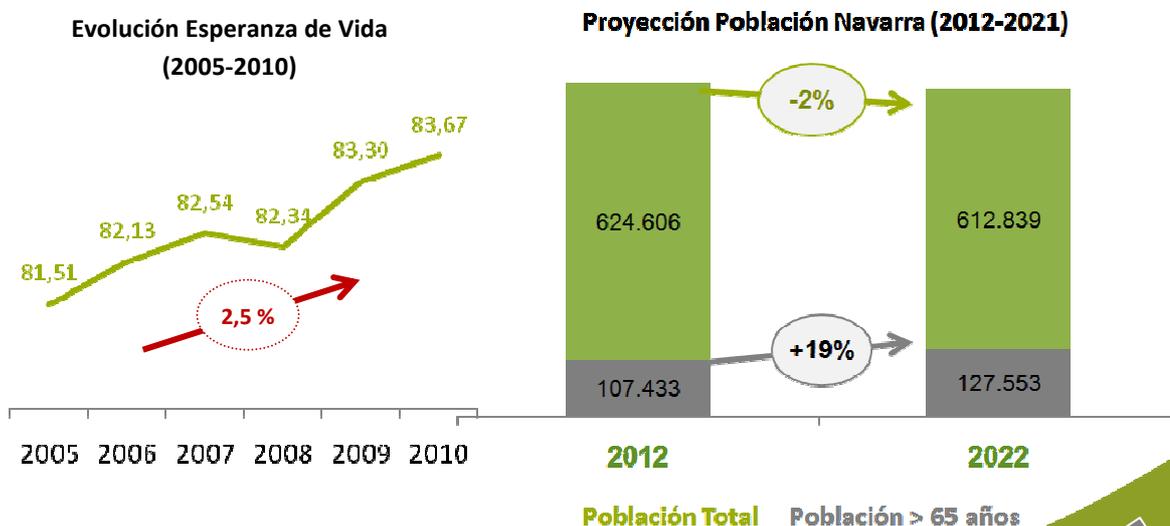
1.- Contexto y alcance

En el marco internacional, la OMS publicó en 2005 un documento de referencia: “Preventing Chronic Diseases, a vital investment”, que instaba a que los sistemas de salud en todo el mundo diseñaran y establecieran estrategias adecuadas con medidas eficaces para hacer frente al desafío de la cronicidad, reorientando sus sistemas de atención.



Para dar cumplimiento a dicha recomendación el 27 de junio de 2012 el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó la “Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud”

También en Navarra el impacto de las enfermedades crónicas es creciente y puede llegar a poner en peligro la propia sostenibilidad del Sistema Sanitario. Nuestra esperanza de vida es de las más altas del mundo y continúa creciendo. Ello unido a los nuevos estilos de vida está condicionado un profundo cambio en el patrón epidemiológico, que se verá agravado en la próxima década, período en el que el envejecimiento de la población se acentuará aún más si cabe.



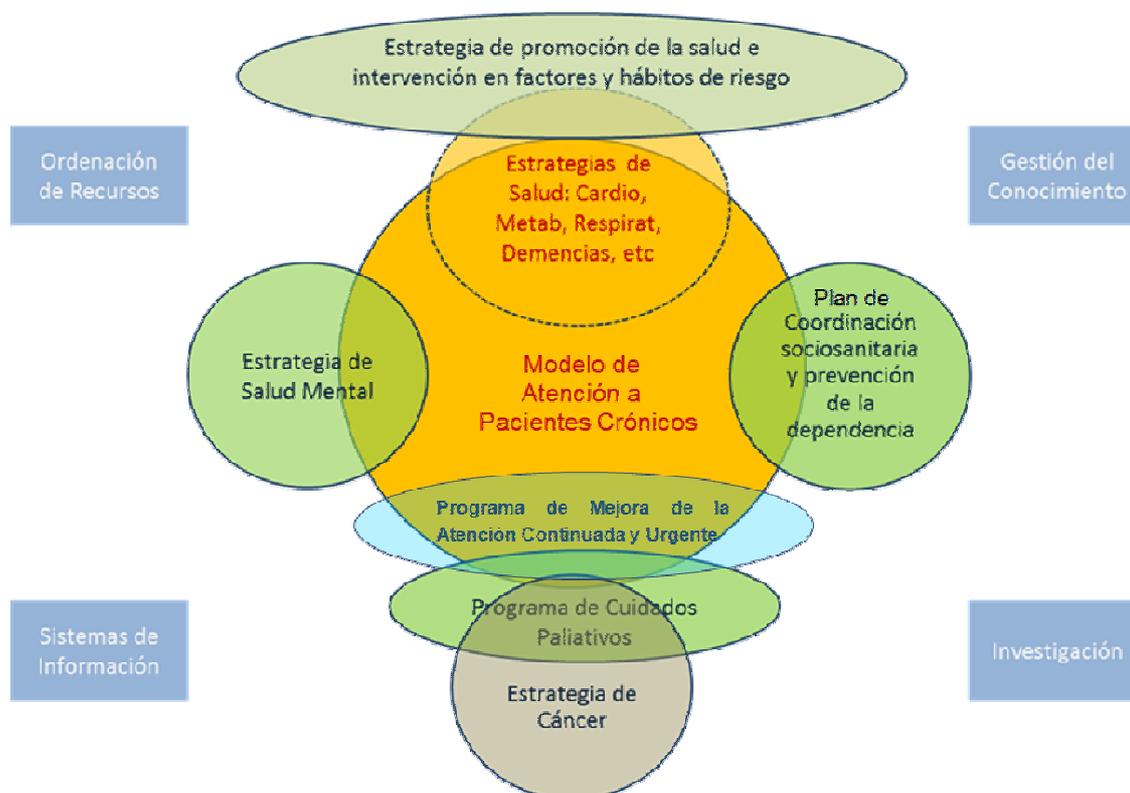
1.- Contexto y alcance

Alcance

El Departamento de Salud concibe el Programa de Crónicos como un instrumento estratégico para el logro de los objetivos del Plan de Salud y lo enmarca en el contexto de su Nuevo Modelo de Atención Sanitaria que pretende transformar toda la práctica asistencial, tanto en agudos como en crónicos para orientar la atención al paciente.

Para el logro de dicho propósito se considerado oportuno fragmentar la intervención en un conjunto de Proyectos Estratégicos interrelacionados entre sí limitando el alcance de cada uno de ellos de manera que sea posible establecer ámbitos de responsabilidad coherentes, abarcables y bien definidos.

Por ello, y tal como puede apreciarse en el diagrama adjunto, se ha optado por limitar el alcance del Programa de Atención a Enfermedades Crónicas que extenderá su ámbito de acción únicamente al proceso de atención sanitaria a los pacientes ya afectados de un proceso crónico con exclusión de la promoción de la salud y de las intervenciones preventivas sobre factores de riesgo que se abordan desde programas específicos.



2.- Objetivos y plan de acción

Objetivos Generales y Específicos de la Estrategia de Crónicos son los siguientes:

- 1. Mejorar los resultados en salud y la calidad técnica de la atención.**
 - Disminuir la Mortalidad prematura (APVP) y Mortalidad evitable (MIPSE)
 - Mejorar la calidad diagnóstica y terapéutica reduciendo su variabilidad.
 - Disminuir la severidad y la frecuencia de las descompensaciones.
 - Mejorar la seguridad de la atención y reducir la iatrogenia.
- 2. Mejorar la capacidad funcional y calidad de vida de pacientes y cuidadores**
 - Incrementar la esperanza de vida libre de discapacidad (EVLD).
 - Prevenir el deterioro y mejorar la autonomía y capacidad funcional del paciente.
 - Mejorar la calidad de vida del paciente crónico.
 - Reducir el impacto emocional y socio familiar producido por la enfermedad.
 - Mejorar la calidad de vida y prevenir el impacto en las personas cuidadoras.
- 3. Promover la autonomía y la capacitación de pacientes y cuidadores**
 - Aumentar la capacitación de los pacientes en autocuidados.
 - Incrementar la implicación del paciente en el autocontrol y la toma de decisiones.
 - Aumentar la capacitación y el apoyo a los cuidadores.
 - Aumentar el protagonismo de las asociaciones de pacientes en la autoayuda.
- 3. Mejorar la satisfacción de los pacientes crónicos con la atención recibida.**
 - Aumentar la satisfacción general con la atención recibida.
 - Mejorar la satisfacción con la accesibilidad y los tiempos de espera.
 - Aumentar la satisfacción con la agilidad, continuidad e información facilitada.
- 3. Contribuir a la sostenibilidad del sistema asistencial.**
 - Reducir los ingresos, reingresos y estancias hospitalarias evitables.
 - Aumentar la actividad asistencial no presencial.
 - Reducir las urgencias hospitalarias y extra hospitalarias.
 - Promover el uso racional del medicamento.
 - Adecuar las intervenciones a la severidad del proceso.
 - Introducir la tecnología sanitaria en función de la evidencia.
- 3. Promover una cultura de mejora continua de los procesos orientados al paciente.**
 - Impulsar un cambio cultural que oriente la organización al paciente.
 - Disminuir la variabilidad de la práctica clínica promoviendo la MBE
 - Promover la mejora continua y la autoevaluación permanente.
 - Adecuar la formación de los profesionales a las nuevas competencias.
 - Desarrollar herramientas de ayuda a la toma de decisiones clínicas.

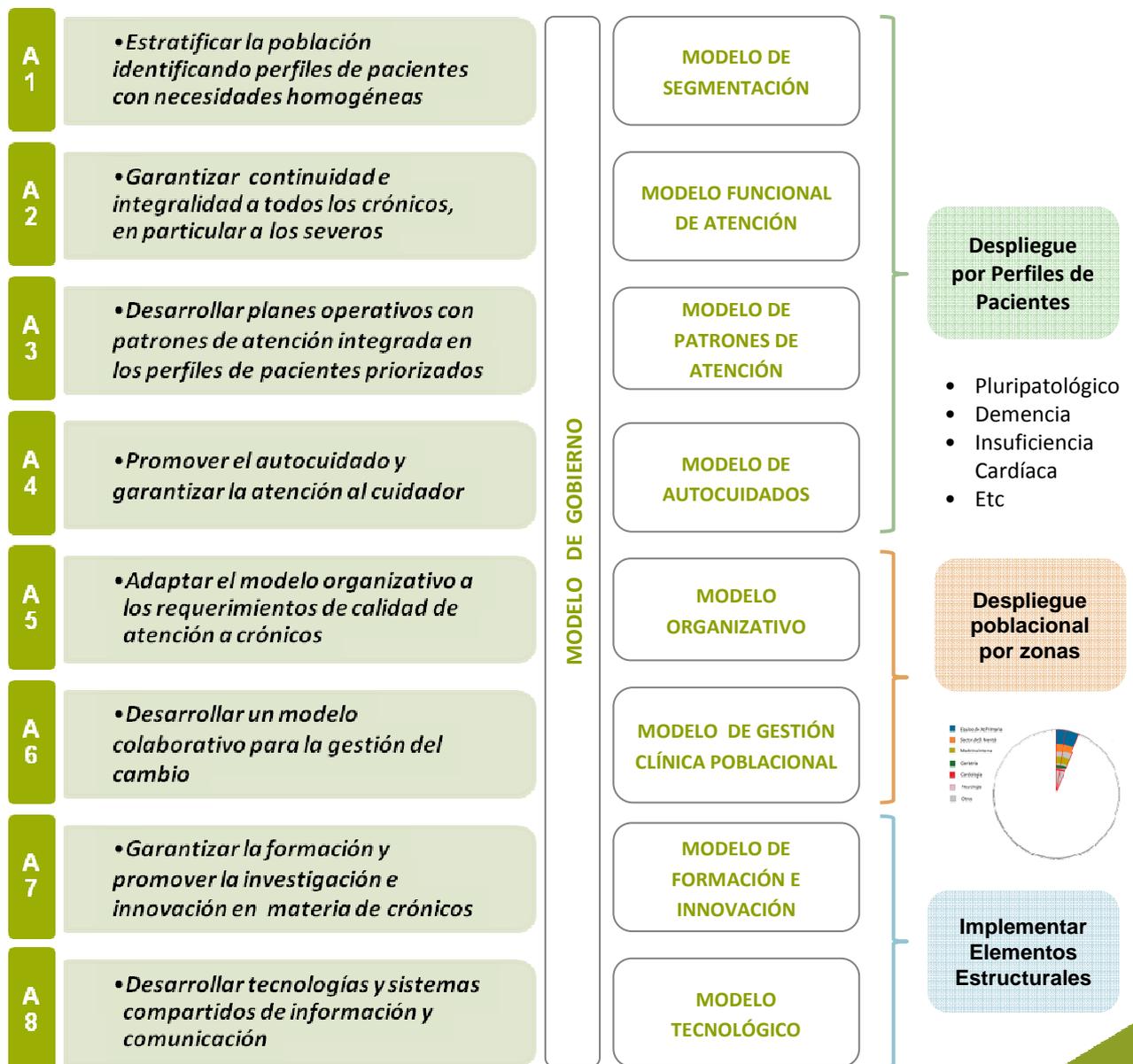
La evaluación de Resultados de la Estrategia se centrará en los Objetivos Específicos

2.- Objetivos y plan de acción

Líneas estratégicas

LÍNEAS ESTRATÉGICAS

Para el logro de los Objetivos enunciados se ha diseñado un Plan de Acción que contempla 8 grandes Líneas Estratégicas que se corresponden con los componentes clave del nuevo modelo de atención (Modelo de Segmentación, Modelo Organizativo, etc.) Los elementos organizativos y de gestión clínica se desplegarán por ámbitos poblacionales en tanto que los patrones y modelos funcionales de atención se irán desplegando por perfiles de pacientes (pluripatológico, etc)



EVALUACIÓN DE RESULTADOS

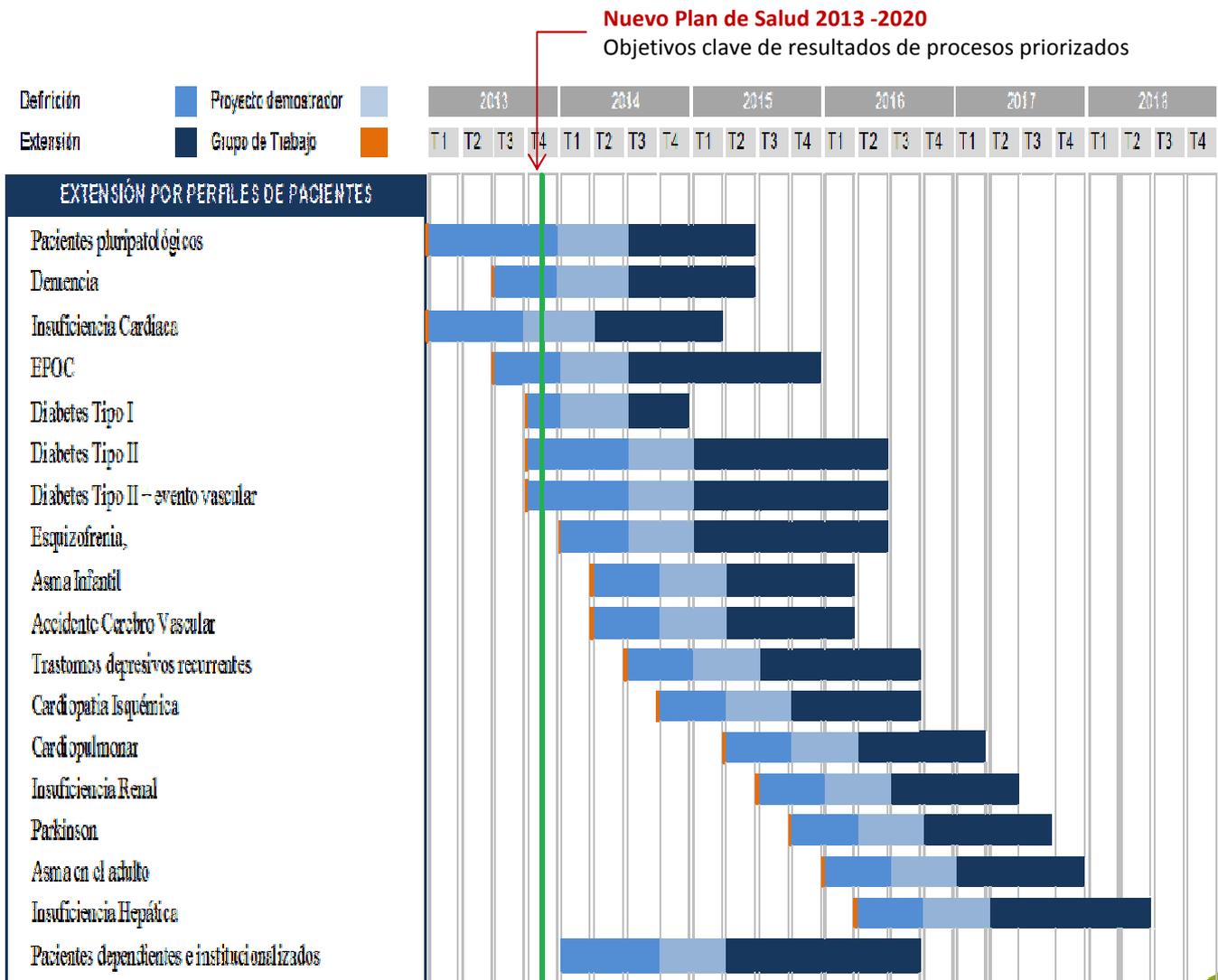
2.- Objetivos y plan de acción

Principales iniciativas. Cronograma

Principales iniciativas de acción

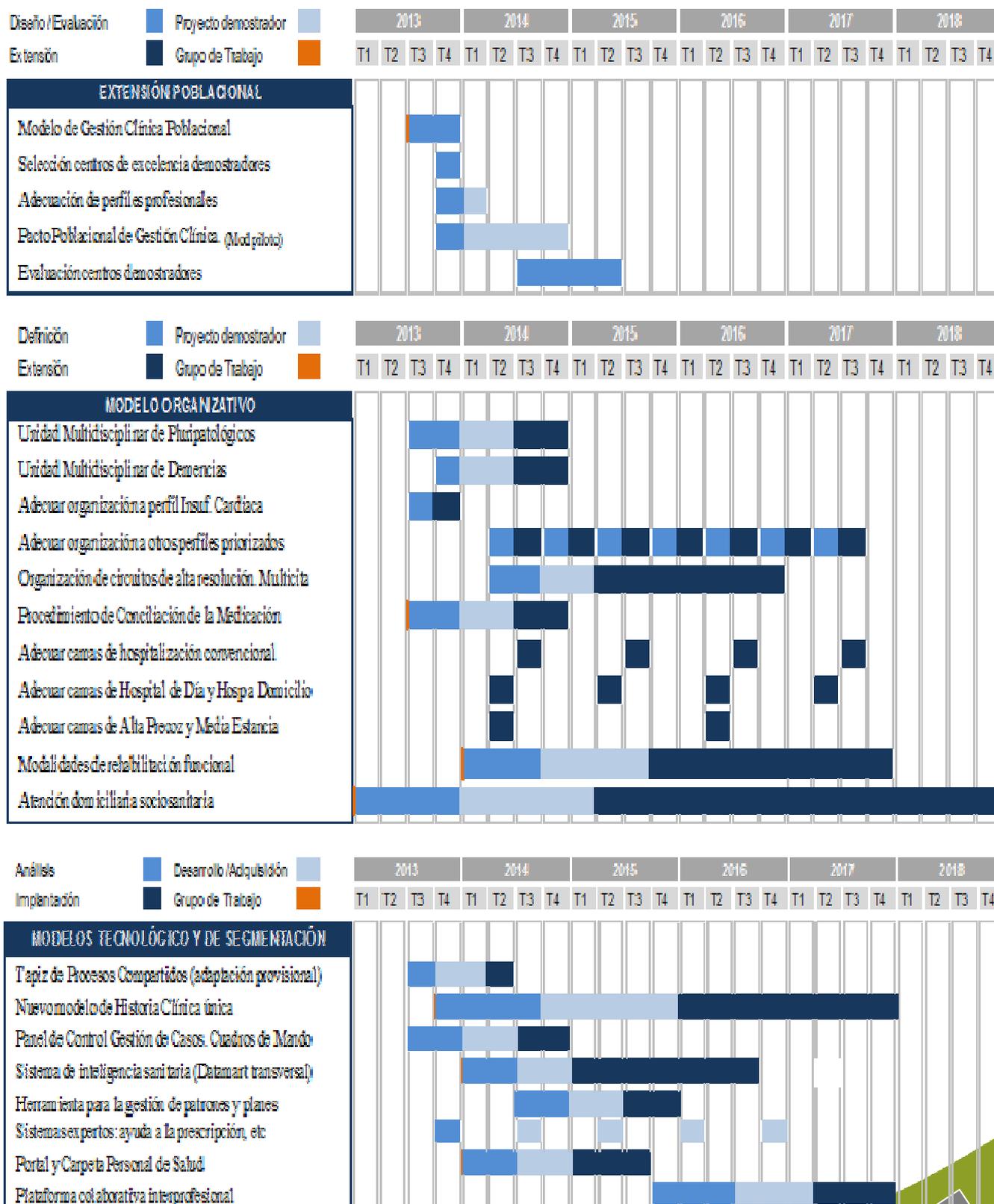
Las 8 Líneas Estratégicas se despliegan en un total de 49 Iniciativas de Acción. Se detalla a continuación el Cronograma de las principales acciones previstas.

Se señalan para cada una de ellas las distintas Fases de Desarrollo, que por lo general se concretan en una Fase de Diseño que debe seguirse de una Fase Piloto o Proyecto Demostrador, para el ajuste del diseño, previo a su implantación progresiva y generalizada o Fase de Extensión. En el caso de los desarrollos informáticos las fases incluyen análisis de necesidades, programación o adquisición de productos de mercado e implementación.



2.- Objetivos y plan de acción

Principales iniciativas. Cronograma



Ver cronograma completo en la versión íntegra del documento.

3.- Modelo de segmentación

Metodología

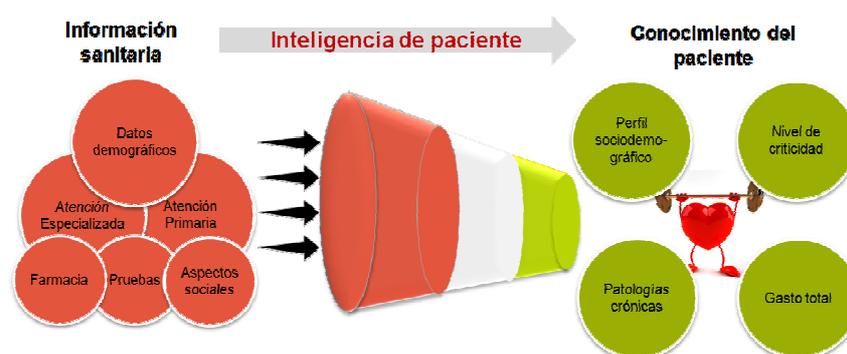
La segmentación es una técnica que ayuda a identificar colectivos homogéneos de pacientes y los patrones característicos de necesidad y comportamiento de cada grupo. Utiliza herramientas de minería de datos y puede tener diversos usos.

Los objetivos que persigue la segmentación son:

- Segmentar la población por grupos homogéneos de necesidades.
- Identificar de manera inequívoca a los pacientes severos.
- Desarrollar sistemas de predicción de riesgo de descompensación.
- Establecer sistemas de ponderación de la carga epidemiológica para una mejor asignación poblacional de recursos.

A corto plazo la segmentación ayudará a los sanitarios a identificar a los pacientes con mayor carga de enfermedad y permitirá ajustar las modalidades de atención más eficaces y eficientes para la atención de cada uno de los colectivos de crónicos.

A medio plazo estas técnicas permitirán la detección temprana y la predicción de eventos (ingresos, reingresos, institucionalización, etc.) y a largo plazo permitirá mejorar la asignación de recursos al afinar los instrumentos de valoración tomando en cuenta la carga de enfermedad de la población asignada a un determinado dispositivo.



Para llevar a cabo la primera segmentación de los pacientes realizada en Navarra se ha creado una base de datos con la información más relevante existente en toda la red sanitaria, integrada por más de 60 millones de datos, en el que la TIS se ha utilizado como identificador único para cada paciente, lo que ha permitido caracterizar a los grupos.

Los objetivos de esta primera segmentación han sido los siguientes:

- **Caracterizar a los principales colectivos de pacientes crónicos.**
- **Identificar a los pacientes** que se beneficiarán a corto plazo de las nuevas modalidades de atención y **de manera prioritaria a los pluripatológicos**

3.- Modelo de segmentación

Resultados

Resultado de la segmentación

El análisis realizado ha permitido identificar de manera inequívoca a 120.000 pacientes crónicos que suponen el 17,28% de la población.

Pacientes identificados en las Patologías Crónicas seleccionadas por edad y sexo

	< 17 años	17- 44	45-64	65-79	> 80 años	TOTAL
Hombre	7.433	8.999	15.405	18.936	15.487	66.260
Mujer	4.958	7.522	9.342	13.240	19.462	54.524
Subtotal	12.391	16.521	24.747	32.176	34.949	120.784

Nº de pacientes identificados por Patologías Crónicas seleccionadas

	Una sola enfermedad	Dos enfermedades	Tres o más enfermedades	Demencia + otras enferm.	TOTAL
Asma	31.834	2.477	774	277	35.363
Ictus. Ac. Cerebrovasc.	7.284	6.421	1.059	1.344	16.109
Cardiopatía Isquémica	8.536	8.296	1.651	712	19.195
Insuficiencia Renal	7.109	6.412	1.344	712	15.577
EPOC.	7.558	4.496	1.861	514	14.428
Insuficiencia Cardíaca	2.625	3.516	2.177	672	8.990
Diabetes	24.402	11.719	2.968	1.661	40.749
Demencia	3.539			3.954	7.493
TOTAL	92.887	20.446	3.497	3.954	120.784

El coste de atención a este colectivo de 120.784 pacientes asciende a 508 millones de euros, lo que representa un 52% del gasto total del Servicio Navarro de Salud.

El gasto per cápita por cada crónico es cinco veces superior al del resto de la población.

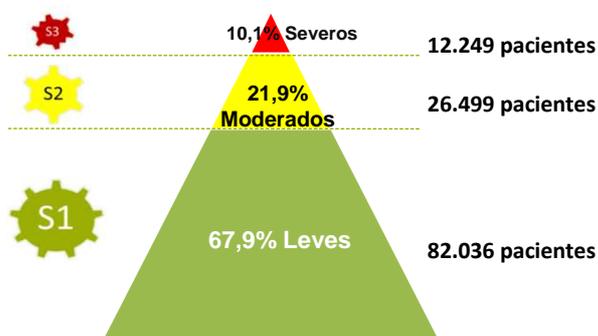
Cuando se analiza la utilización de servicios de los pacientes crónicos por su grado de severidad se constata que por el gasto per cápita de un paciente crónico severo es 12 superior a la de un crónico leve y 23 veces mayor que la de un adulto no identificado como crónico. En el caso de los pluripatológicos severos esta variación es todavía mucho más.

Gasto per cápita comparado entre crónicos identificados y resto de la población

	< 17 años	17- 44	45-64	65-79	> 80 años	Total
Crónicos identificados	2.247	2.025	3.719	5.297	5.295	4.213
Resto	708	653	895	1.581	1.231	846

3.- Modelo de segmentación

Resultados



El análisis conjunto de las variables de descontrol (visitas a urgencias y hospitalizaciones no programadas) y el uso de recursos permite estimar el grado de **SEVERIDAD** de cada paciente.

En la siguiente tabla se detalla la distribución estimada por proceso y grado de severidad.

Distribución del Nº de Pacientes Crónicos por grado de severidad

	Leve	Moderado	Severo	TOTAL	
Asma	22.836	7.197	1.801	31.834	
Insuficiencia Renal	5.014	1.507	588	7.109	
Ictus. Ac. Cerebrovascular	4.722	1.717	845	7.284	
Cardiopatía Isquémica	6.083	1.780	673	8.536	
Insuficiencia Cardíaca	1.532	607	486	2.625	
Diabetes	18.235	4.652	1.515	24.402	
EPOC con o sin Asma	5.229	1.433	896	7.558	
Dos enferm. crónicas	2 Cardiocerebrovasc	2.435	1.207	959	4.601
	1 Respir + Diabetes	1.794	671	375	2.840
	1 Cardcerebrvasc + Diabetes	5.434	2.115	1.289	8.838
	1 Cardcerebrvasc + 1 Respir	2.422	1.060	685	4.167
Tres o más de las enfermedades crónicas seleccionadas	1.552	881	1.064	3.497	
Demencia sola o acompañada de otras enferm. crónicas	4.748	1.672	1.073	7.493	
TOTAL	82.036	26.499	12.249	120.784	

La caracterización adecuada de un grupo homogéneo de pacientes permite identificarlos en la propia historia clínica y establecer objetivos e indicadores de resultados específicos para dicho colectivo.

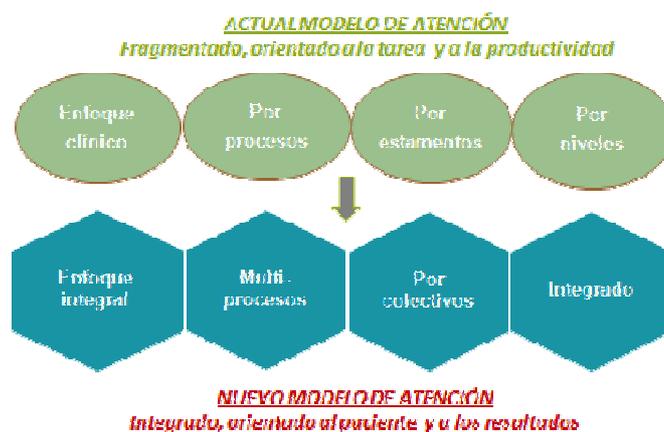
A modo de ejemplo, para atender al pequeño colectivo de pluripatológicos necesitamos realizar casi 100.00 consultas en Atención Primaria y precisamos el equivalente a un pequeño hospital de 90 o 100 camas.

Actividad anual para atender a cada Pluripatológico severo

Vistas en Atención Primaria	58,1
Urgencias en Primaria	12,0
Consultas de Especialista	6,0
Días ingresado en el Hospital	18,6
Urgencias Hospitalarias	1,3
Farmacia Gasto anual	1.637

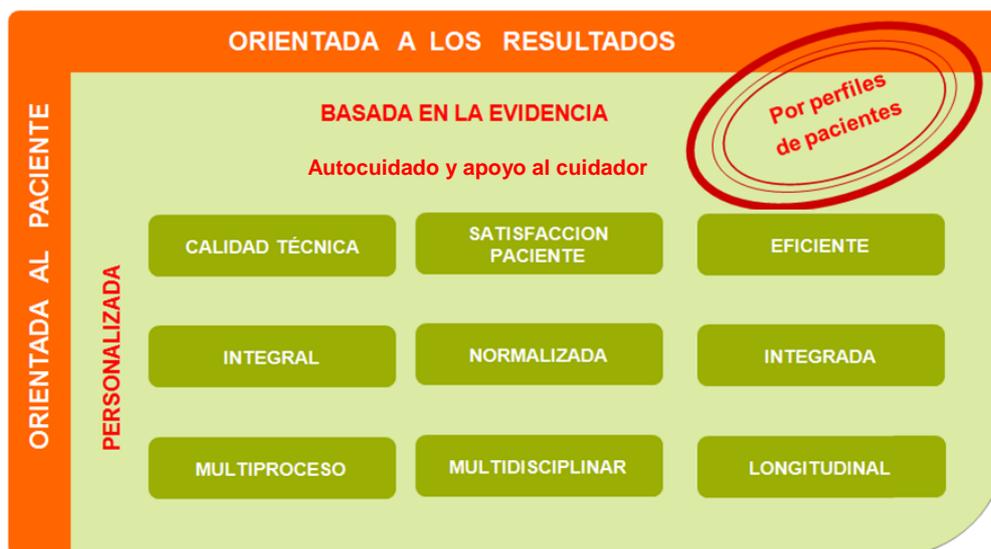
4.- Modelo de atención

El nuevo Modelo de Atención a Crónicos pretende redefinir la actual práctica asistencial rompiendo con la visión exclusivamente clínica y la fragmentación del sistema para construir un nuevo escenario sanitario que suponga un abordaje multidimensional del paciente y que garantice una atención continuada e integrada.



Los atributos que debe cumplir el nuevo modelo deben tratar de conjugar:

- **Su orientación al logro de resultados** desde una concepción de calidad integral (calidad técnica + calidad percibida + eficiencia). Ello implica estandarizar en lo posible los procesos y basar las decisiones en la evidencia.
- **Su orientación al paciente** lo que implica personalización de la atención y búsqueda permanente del valor añadido específico para cada paciente en cada circuito asistencial, en cada tarea y en cada decisión clínica.



Calidad técnica, calidad percibida y eficiencia
RESULTADOS EN SALUD + SOSTENIBILIDAD

4.- Modelo de atención

Extensión a todos los crónicos. Procesos priorizados



Departamento de Salud

El modelo se aplicará A TODO PACIENTE CRÓNICO. Su extensión será progresiva comenzando por los pacientes severos y los priorizados por el Plan de Salud

En esencia el nuevo modelo de atención a pacientes crónicos implica:

1. Identificar y priorizar “Perfiles de Pacientes” con necesidades homogéneas.
2. Definir “Patrones de Atención Integral e Integrada ” adecuados para cada perfil de paciente.
3. Adecuar las “Modalidades de atención” a la severidad del paciente.

Los criterios considerados para priorizar la extensión a determinados perfiles de pacientes han sido: las prioridades en el Plan de Salud, los Criterios del Comité Técnico, Sociedades y Colegios Profesionales, los resultados de la segmentación

PERFILES PRIORIZADOS

Perfiles diferenciados de Adultos y Niños

Pacientes afectados de los procesos crónicos priorizados	
Pacientes pluripatológicos Accidente Cerebro Vascular Asma * Cardiopatía Isquémica Demencia Diabetes * Insuficiencia Cardíaca Insuficiencia Hepática Insuficiencia Renal EPOC Parkinson Esquizofrenia, Trastornos depresivos recurrentes	Todos los afectados por estas patologías deberán ser clasificados según su nivel de severidad utilizando criterios predefinidos. Los crónicos severos serán identificados de forma inequívoca en la Historia Clínica electrónica. Tanto a los leves y moderados como los severos les serán de aplicación todas las previsiones contenidas en el modelo de crónicos. A corto y medio plazo se definirán patrones de atención específicos y se establecerán planes operativos de aplicación que permitan garantizar objetivos de resultados preestablecidos.
Pacientes afectados por el resto de patologías crónicas	
Severos con independencia de su patología, incluido dolor crónico severo. * Pacientes dependientes e institucionalizados con independencia de su patología *	En ausencia de criterios predefinidos el nivel de severidad se establecerá por criterio facultativo y serán identificados de forma inequívoca en la Historia Clínica electrónica. Les serán de aplicación las garantías y atributos de calidad generales del modelo de atención proactivo.
Leves y moderados sin especificar patología*	A corto y medio plazo se beneficiarán de las medidas estructurales generales establecidas para mejorar la continuidad e integralidad de la atención. De forma progresiva se les aplicará el modelo general de atención con el grado de normalización que resulte factible en función de su casuística y del nivel de evidencia disponible.

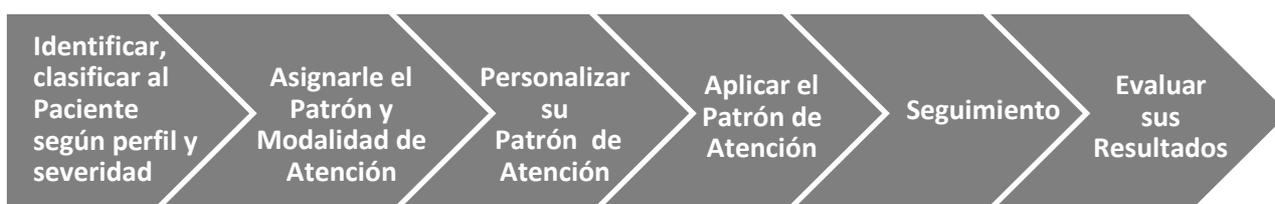
4.- Modelo de atención

Patrones de atención por perfiles de pacientes

Patrones de atención por perfiles de pacientes

La cadena de valor de la atención a cada uno de los pacientes crónicos incluirá::

CADENA DE VALOR DE ATENCIÓN A CRÓNICOS



En los perfiles de pacientes priorizados se protocolizará con detalle el proceso de atención y se elaborará un plan operativo específico que deberá contener:

COMPONENTES DE LOS PATRONES DE ATENCIÓN de los Perfiles de Pacientes Prioritarios

1. Objetivos Específicos del Perfil de Paciente. (comunes en todo el Sistema)
2. Criterios de inclusión en el programa e identificación del paciente en el Tapiz Administrativo
3. Criterios de diagnóstico integral. Diagnóstico clínico y de necesidades .
4. Criterios de clasificación. Severidad y/o Estados clínicos.
5. Definición de Patrones de Atención para cada estado / nivel de severidad.
6. Definición del modelo de información compartida en Hª Clínica. Tapiz Específico del Perfil de Paciente.
7. Criterios de normalización de la información. Registro y codificación.
8. Medios y estrategias de autocuidados – autocontrol. Signos de alarma.
9. Objetivos y criterios de tratamiento integral. Plan de tratamiento.
10. Definición de parámetros clave de control, recordatorios y alertas.
11. Criterios de seguimiento y responsabilidades. Panel de Control.
12. Pautas y circuitos en caso de descompensación.
13. Recursos y Servicios de referencia .
14. Evaluación de resultados. Cuadro de Mando.

Para cada uno de los “perfiles de paciente” prioritarios se definirá un Patrón de Atención específico, que posteriormente deberá ser personalizado.

4.- Modelo de atención

Pluripatológicos complejos

Pluripatológicos complejos

El paciente pluripatológico complejo (PPC) es el más necesitado de un Plan Operativo.

Inicialmente se prevé priorizar la atención a los pacientes afectados por tres o más de las patologías crónicas priorizadas. De manera progresiva se irá ampliando a pacientes con otras patologías, con pérdida de autonomía y múltiples ingresos.

El patrón de atención al PPC se ajustará a los siguientes criterios de calidad:

- Corresponsabilidad: Médico de Familia + Especialista de Referencia personal
- Enfermera Gestora Caso + Enfermera de Enlace.
- Identificación inequívoca en Hª Clínica.
- Diagnóstico Integral Sociosanitario .
- Detección precoz de trastornos emocionales .
- Identificación y valoración del cuidador principal.
- Plan Personal de Atención Integrada.
- Formación intensiva en autocuidados al paciente y/o al cuidador.
- Consulta multidisciplinar de alta resolución con sistema multicita.
- Garantía de Consulta Urgente Especializada en caso de descompensación.
- Nuevas modalidades de hospitalización con posibilidad de acceso directo sin pasar por Urgencias: : Hospital de Día, Hospitalización a Domicilio, Centros de Media Estancia.
- Valoración por su Especialista de Referencia en períodos de hospitalización.
- Planificación del alta desde el momento del Ingreso Hospitalario.
- Plan de Cuidados posthospitalización y garantía de consulta de At. Primaria
- Conciliación de la medicación al ingreso y tras el alta hospitalaria.
- Valorar la posibilidad de telemonitorización domiciliaria.
- Consulta urgente y personalizada en caso de descompensación.
- Comité virtual de gestión de casos.

En los pacientes con Demencia la necesidad del Plan Operativo es igualmente crítica

En la demencia y en el pluripatológico **debe prevalecer la personalización sobre la estandarización**. No es posible ni deseable la mera adición de protocolos y adquiere una relevancia crucial el Plan Personal de Atención Integral e Integrada que deberá:

- Establecer objetivos de intervención con un enfoque sociosanitario.
- Priorizar los objetivos terapéuticos valorando los riesgos de la polimedición..
- Identificar los parámetros claves de control.

A corto plazo se pondrán en marcha una Unidad Multidisciplinar de Pluripatológicos (UMP) y otra de Demencias.

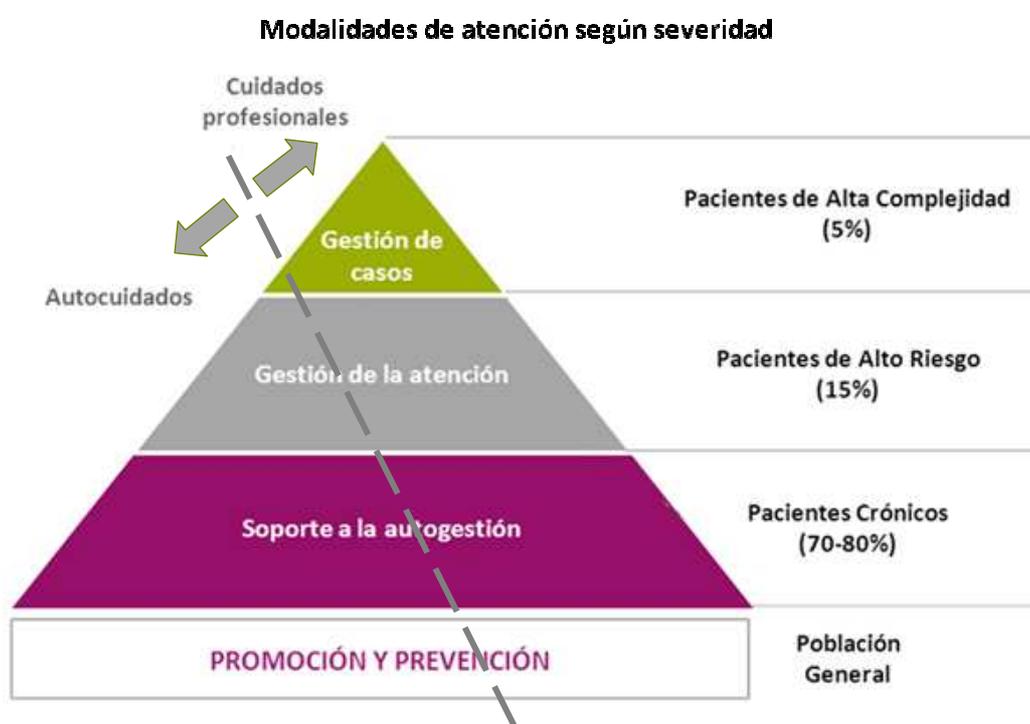
4.- Modelo de atención

Modalidades según severidad

Modalidades según severidad

Adicionalmente los patrones de atención específicos de cada perfil de paciente deberán ajustarse según la severidad aplicando los principios de la proporcionalidad de cuidados de la Pirámide de Kaiser, tal y como se muestra en la siguiente figura.

Se adecuará la “modalidad de atención” a la severidad del paciente



- **Atención a crónicos leves** – La función principal del Sistema Sanitario es dar **SOPORTE AL AUTOCUIDADO**; el rol principal de los cuidados recae sobre el propio Paciente.
- **Atención a crónicos moderados** – Adquiere más relevancia la atención por el profesional y se habla de **GESTIÓN DEL PROCESO**. Se caracteriza por una corresponsabilidad equilibrada entre el Sistema Sanitario y el propio Paciente.
- **Atención a crónicos severos** – **GESTIÓN DE CASOS PROACTIVA**: El Sistema Asistencial asume la responsabilidad principal de los cuidados y presta un modelo de intervención proactiva que implica una intervención intensiva y programada orientada a prevenir de manera activa las descompensaciones y la pérdida de capacidad funcional.

La tabla siguiente permite visualizar los atributos esenciales de las modalidades de Atención propuestas para cada nivel de Severidad.

Patrones de Atención según nivel de Severidad

Δ = Pacientes de especial complejidad:
Pluripatológicos, Mentales, Demencias , etc.

	Pacientes Crónicos Leves	Pacientes Crónicos Moderados	Pacientes Crónicos Severos
PATRÓN GENERAL DE ATENCIÓN	ATENCIÓN ORIENTADA AL AUTOCUIDADO	GESTIÓN DEL PROCESO	PROACTIVA DE ALTA INTENSIDAD DE CUIDADOS
Importancia teórica del Autocuidado por parte del paciente en los resultados clínicos	En torno al 75%	Del 40 al 50%	Del 10 - 25%
RESPONSABILIDADES			
Responsable del diagnóstico clínico y clasificación del paciente y de su reevaluación clínica (Interconsulta si procede)	Med. Familia	Med. Familia	Med. Familia. Corresponsabilidad entre niveles en Δ
Responsable del seguimiento habitual	Enfermera*	Enfermera** + Med Familia	Corresponsabilidad entre niveles en Δ
Gestión del Caso Proactiva	No	No	Si por su Enfermera. En Δ Enferm Gestora Caso + Enfermera de Enlace
Enfermera de Referencia personalizada en Hospital o S. Mental	-	- Valorar en Δ	Si
Especialista de Referencia personalizado	-	- Si en Δ	Si
Unidad Multidisciplinar Especializada. Circuitos asistenciales hospitalarios.	-	-	Si en Δ
DIAGNÓSTICO INTEGRAL			
Diagnóstico Clínico. Protocolo y Clasificación de Severidad. *	Si	Si	Si
Revisión del diagnóstico y clasificación por Especialista en Atención Especializada o S. Mental	-	- Si en Δ	Si
Diagnóstico de Necesidad de Cuidados***.	Si	Si	Si
Evaluación funcional.	No	Si	Si
Diagnóstico Social (T. Social)	-	Si procede Si en Δ	Si procede Si en Δ
Estados del paciente. Criterios de clasificación e identificación	Si	Si	Si
Valoración del estado emocional. Descartar comorbilidad psiquiátrica.	-	Si	Si
Encuesta calidad de vida. Cuestionarios predefinidos.	Si	Si	Si

*Identificación de factores pronósticos del progreso de la severidad de la enfermedad

Patrones de Atención según nivel de Severidad

Δ = Pacientes de especial complejidad:
Pluripatológicos, Mentales, Demencias , etc.

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL	Leves	Moderados	Severos
Plan personal. Parámetros críticos y metas u objetivos clínicos por niveles de severidad. Límites de intervención.	Si	Si. En Pluripatológicos Plan multiproceso	Si. En Pluripatológicos Plan multiproceso
Tratamiento médico	Solo si procede	Si procede	Si
Protocolo farmacológico unificado interniveles, por grados de severidad y personalizado.	Si	Si.	Si.
Planes personales multiproceso. Por GAP's	-	Si en MP	Si
Patrones de cuidados por niveles de severidad y personalizados.	Si	Si	Si
Inclusión en Programa de Polimedicados	-	- Si procede en Δ	Si procede. Siempre en Δ
Plan de intervención social	-	- Si procede en Δ	Si procede. Siempre en Δ
Pauta de actuación en caso de descompensación predefinida y reflejada en Hª Clínica	-	- Si en Δ	Si. Copia en el domicilio en pacientes encamados
AUTOCAUIDADO - AUTOCONTROL			
Formación reglada en Autocuidados. Hábitos, signos de alarma, cuando consultar, efectos secundarios, preparación para futuro, etc.	Si	Si Intensiva en Δ	Intensiva
Plan personalizado de Autocuidados pactado con el paciente	Si	Si	Si
Evaluación de la capacitación y habilidades para el autocuidado	Recomendada	Si	Frecuente
Autocontroles	Pactados con el paciente	Pactados con el paciente	Pactados con el paciente
Herramientas de Ayuda al Autocuidado / Autocontrol	Apps opcionales	Apps opcionales	Valorar Telemonitorización
Historia Clínica Personal y/o Domiciliaria (En la Web)	-	-	Recomendable
Identificar y formar al cuidador principal. Abordaje familiar.	-	- Si procede en Δ	Si procede Si en Δ

Patrones de Atención según nivel de Severidad

△ = Pacientes de especial complejidad:
Pluripatológicos, Mentales, Demencias , etc.

SEGUIMIENTO Y CONTROL	Leves	Moderados	Severos
Monitorización continua y proactiva. Gestión del Caso	-	- Si precisa en △	Si
Seguimiento y control	No presencial/Presencial en AP	No presencial/Presencial (AP) Posibilidad de interconsulta a AE	No presencial/Presencial tanto en AP como en AE
Periodicidad de reevaluación clínica por su Médico de Familia	Pactada con el paciente	Individualizada según plan personal y explicitada en la Hª clínica.	Individualizada según plan personal y explicitada en la Hª clínica.
Periodicidad de reclasificación y reevaluación de capacidad funcional y de objetivos: clínicos, de cuidados y sociales.	Pactada con el paciente	Individualizada según plan personal y explicitada en la Hª clínica.	Individualizada según plan personal y explicitada en la Hª clínica.
Evaluación de adherencia al tratamiento, efectos secundarios y ajuste de medicación.	Enfermera. Según protocolo	Médico de Familia Espec. Referencia en TMG y Cog.	Médico de Familia Espec. Referencia en TMG y Cog.
Planificación de la próxima visita. Cita previa, volantes, etc.	Si	Si	Si
Garantías adicionales de atención continuada	-	Si precisa	Si
HISTORIA CLÍNICA Y SIST. DE CONTROL			
Identificación VIP en Hª Clínica y en Sistema de Cita	-	-	Si
Información crítica predefinida a incluir en el "Tapiz" del paciente	Si	Si	Si
Episodio compartido en Hª Clínica	No	Si	Si
Protocolo Diagnóstico personalizado	Si	Si	Si
Protocolo Terapéutico personalizado	Si	Si	Si
Plan Personal con Objetivos. (Ordenado por GAP's)	-	Si procede	Si
Pauta de actuación personalizada y predefinida en caso de descompensación	-	Si en TM y Cog	Si
Sistemas de Alertas y Recordatorios	Si	Si	Si
Panel de Control de Monitorización continua	-	-	Si
EVALUACIÓN Y MEJORA CONTINUA			
Comité Técnico: Consenso de Protocolos de actuación por niveles. Evaluación de Resultados	Si	Si	Si
Comité Virtual de Gestión de Casos. (Med y Enf de AP + Esp y Enf de AE + Gestora de Casos)	-	-	Si en MP
Cuadros de Mandos Clínicos e Indicadores de Resultados	Si	Si	Si

Patrones de Atención según nivel de Severidad

△ = Pacientes de especial complejidad:
Pluripatológicos, Mentales, Demencias, etc.

PAUTA DE DESCOMPENSACIÓN	Leves	Moderados	Severos
Signos y síntomas de alarma y descompensación predefinidos.	Si	Si	Si
Consejo Telefónico No Personalizado (FAQ's)	Teléfono de Consejo Sanitario	Teléfono de Consejo Sanitario	Teléfono de Consejo Sanitario
Consejo Telefónico Personalizado	Con su Enfermera AP	Con su Enfermera AP	Según el caso (Enfermera de AP o Enferm Gestora Caso o Enfermera de Referencia Hosp.)
Cita Día garantizada en Atención Primaria o S. Mental	Cita Día Enfermera	Cita Día Médica	Cita Día Médica Cita Día en TM
Criterios predefinidos de derivación a Especialista Hospitalario o de S. Mental	Si	Si	Si
Garantía de Consulta Urgente Hospitalaria o de S. Mental	-	Si en TMG y Cog	Si
Interconsulta Telefónica Urgente (Respuesta en una hora)	No	Con un Especialista Con Especialista de Referencia en MP, TM y Cog	Con Especialista de Referencia
Acceso directo a Hospitalización a Domicilio sin pasar por Urgencias en caso de Descompensación.	-	-	Si está previsto en la Hª Clª
Atención en Hospital de Día	-	-	Si procede
Hospitalización preferente en Centros de Media Estancia	-	-	Si
CIRCUITO ASISTENCIAL HOSPITALARIO			
Circuitos internos. Sistema de multicitas. Modalidades de interconsulta. Adecuación de las agendas	-	Si precisa	Si
Unidad Multidisciplinar Especializada. Circuitos asistenciales hospitalarios.	-	-	Si en MP y Cog.
Consulta Multidisciplinar y de Alta Resolución. Sistema Multicita. Patrón específico predefinido según procesos	-	-	Si
Nuevas modalidades, circuitos y servicios presenciales y no presenciales.	-	Si precisa	Si
Adecuación de Agendas de Consulta Especializada para garantizar los nuevos servicios y modalidades asistenciales	-	Si precisa	Si
PAUTA POSTHOSPITALIZACIÓN			
"Planificación del alta" desde el momento del Ingreso Hospitalario	-	Recomendable	Sistemática
Plan de Cuidados posthospitalización*	-	Recomendable	Sistemática
Consulta de At. Primaria en 24-48 h (Concertada desde el Hospital)	-	Recomendable	Sistemática
Conciliación de la medicación tras Alta Hospitalaria. Receta electrónica	Si	Si	Sistemática
Nuevo Diagnóstico Integral tras descompensación	-	Si en TM y Cog	Si

* Pautas de predicción y prevención de Reingresos

4.- Modelo de atención

Atención Sociosanitaria. Capacidad Funcional

Atención Sociosanitaria y Capacidad Funcional

El desarrollo de la estrategia de crónicos exige la adecuada coordinación de los Departamentos de Salud y Políticas Sociales para garantizar a los pacientes crónicos una **Atención Sociosanitaria Integral y Continuada**.

Para que el modelo de atención sociosanitaria constituya una verdadera alternativa a la hospitalización reiterada o a la institucionalización de los pacientes se hace necesario desarrollar de manera progresiva los siguientes servicios:

Evaluación y mejora de la capacidad funcional

"Mejorar la capacidad funcional y calidad de vida de pacientes y cuidadores" constituye uno de los principales objetivos de la Estrategia de Crónicos.

Las intervenciones diseñadas con un enfoque sociosanitario valoran no sólo las patologías del paciente, sino también su capacidad funcional y el apoyo social con el que cuentan. Son las intervenciones que demuestran mayor eficacia para prevenir la institucionalización y los ingresos y reingresos hospitalarios.

Las actuaciones previstas para hacer frente a este objetivo son:

- Valoración sistemática y periódica de la capacidad funcional.
- Prescribir de manera sistemática pautas de ejercicio terapéutico.
- Incluir acciones específicas de prevención de caídas y de úlceras de decúbito.
- Capacitar a los cuidadores para evitar que el proteccionismo sobre el paciente reduzca aún más su capacidad funcional de manera progresiva.
- Desarrollar un programa de rehabilitación funcional.
- Aplicar pautas de prevención de caídas, úlceras por decúbito, cuadro confusional agudo, incontinencia urinaria, en domicilio y en hospitalización.
- Mejorar los instrumentos sociosanitarios de predicción de ingresos.

Atención institucional complementaria / temporal

- Convalecencia residencial de media duración (<3 meses).
- Rehabilitación funcional especializada.
- Centros de día.
- Estancias de respiro.

A los crónicos severos se les evaluará de manera sistemática su capacidad funcional y el apoyo social con que el que cuentan.

4.- Modelo de atención

Atención Sociosanitaria. Capacidad Funcional

Atención sociosanitaria a domicilio

Para el desarrollo de la atención sociosanitaria domiciliaria se constituirán Comités de Coordinación Sociosanitaria de Zona, actualmente en fase piloto. El modelo a aplicar será:

- Valoración integral de necesidades con un instrumento común.
- Aprobación y revisión conjunta de un Plan Integral de Cuidados personalizado.
- Sistemas de registro e información compartida.
- Asignación de tareas y responsabilidades.
- Prestación de servicios sanitarios y sociales domiciliarios de nivel primario.
- Gestión de casos, seguimiento y control.

Adaptación y rehabilitación funcional domiciliaria.

- Evaluación funcional domiciliaria a convalecientes (Ictus, etc.).
- Adaptación de la vivienda y ayudas económicas.
- Rehabilitación funcional domiciliaria de convalecientes.
- Ortoprótesis..
- Servicios de préstamo de Ayudas Técnicas.

Otros servicios complementarios

- Asimismo será necesario garantizar en el ámbito primario diversos servicios complementarios: Comedores comunitarios, Cathering, y Lavandería comunitaria, Atención farmacéutica domiciliaria, Etc.

Apoyo y formación a las personas cuidadoras.

La atención a las personas cuidadoras constituye una parte esencial de la política de atención sociosanitaria a crónicos. Las acciones a promover serán las siguientes:

- Evaluación de las necesidades del cuidador.
- Información y asesoramiento
- Formación
- Consulta telefónica / correo electrónico preferencial
- Gestión de apoyos familiares adicionales.
- Apoyo personal y emocional.
- Grupos de autoayuda
- Promoción del voluntariado
- Servicios residenciales de respiro

4.- Modelo de atención

Atención Continuada y Pallativos

Atención continuada a crónicos

La organización de la atención continuada cuenta con un proyecto específico por lo que la Estrategia de Crónicos se limita a recoger los Objetivos de Mejora que deben orientar el modelo de atención continuada a los crónicos, en particular a los severos.

- Garantizar una atención verdaderamente accesible en horario ordinario.
- Procurar que los pacientes severos reciban una atención precoz y personalizada de las descompensaciones
- Reducir el uso reiterado de la urgencia por parte de los crónicos lo que condiciona una atención discontinua y despersonalizada: monitorizar en la Hª Clínica el Nº de visitas a urgencias e indicar una consulta de enfermería a quienes hacen uso reiterado para identificar causas y posibles soluciones.
- Garantizar a terminales y a crónicos severos y/o descompensados visitas de seguimiento en horario de atención continuada prescritas tanto por su médico de primaria como por su especialista de referencia
- Desarrollar servicios de telemonitorización para la atención de pacientes severos o descompensados y susceptibles de atención domiciliaria.
- Promover fórmulas voluntarias, flexibles e innovadoras de atención continuada a pacientes complejos en horario ampliado por parte de sus propios profesionales de referencia.
- Garantizar una Historia Clínica única y accesible por todos los profesionales de los distintos servicios de Urgencia y en todos los entornos (Hª Clínica Domiciliaria)
- Garantizar que el médico responsable identifique que su paciente ha recibido una atención de urgencia.

Garantizar la identificación inequívoca de los pacientes severos en la Hª Clínica y asegurar que ella conste la Pauta de Actuación en caso de Descompensación.

Cuidados Paliativos

El nuevo programa de Cuidados Paliativos del Departamento de Salud pretende incrementar su cobertura, mejorar su accesibilidad e integralidad y completar su despliegue territorial con el fin de garantizar la oferta de este servicio a todos los pacientes en situación terminal, tanto oncológicos como no oncológicos.

Los Crónicos terminales también deberán beneficiarse de los Cuidados Paliativos

4.- Modelo de atención

Otros componentes del modelo

Uso adecuado y conciliación de la medicación

Las principales acciones previstas para “optimizar la terapia farmacológica” serán:

- Establecer procedimientos normalizados para identificar a los polimedicaos.
- Garantizar la conciliación de la medicación.
- Desarrollar sistemas de prescripción electrónica asistida en H^ª Clínica.
- Elaborar patrones y guías farmacológicas comunes por perfil de paciente.
- Sistemas de ayuda al paciente para mejorar su adherencia al tratamiento y evaluar su cumplimiento en colaboración con las Oficinas de Farmacia

En todos los episodios de hospitalización de pluripatológicos severos se aplicará un procedimiento de Conciliación de su Medicación, al ingreso y al alta..

Comorbilidad Mental

En los crónicos severos la depresión es frecuente y es infradiagnósticada.

La comorbilidad mental empeora el pronóstico, la calidad de vida y los resultados en salud, y aumenta el consumo de recursos. En pacientes de insuficiencia cardíaca con comorbilidad mental el riesgo de ingreso es 3 veces superior. Los diabéticos con depresión o los pacientes con EPOC con comorbilidad mental tienen un 50% más de exacerbaciones agudas e ingresos al año.

Por otra parte, los pacientes con Trastorno Mental Grave tienen una importante sobremortalidad por enfermedades crónicas de tipo físico ya que empeora notablemente su nivel de autocuidado. Han de considerarse como un colectivo de especial actuación, aumentando la detección e interviniendo de forma específica para la mejora del autocuidado.

La atención a pacientes crónicos severos incluirá una evaluación sistemática para la detección precoz de la depresión y de otros trastornos afectivos

5.- Modelo de organización

Responsabilidades y perfiles

Adaptar el modelo organizativo a los requerimientos de calidad de la atención a crónicos exige superar la actual fragmentación existente en el sistema sanitario y sociosanitario de forma que se garanticen continuidad e integralidad. Las iniciativas previstas son:

- Crear nuevos perfiles profesionales y adecuar las funciones y responsabilidades de los distintos agentes intervinientes.
- Definir e implantar los servicios, circuitos y procedimientos para la mejora de la continuidad e integralidad de la atención.
- Desarrollar en coordinación con el Departamento de Políticas Sociales nuevos servicios sociosanitarios y de rehabilitación funcional para mejorar la capacidad funcional de los pacientes crónicos.
- Establecer los circuitos y procedimientos para garantizar la seguridad de la atención y la conciliación de la medicación.

Tanto los profesionales como los propios pacientes deberán readaptar o reforzar su rol, potenciando el papel reservado al propio paciente y a los servicios de Atención Primaria.

En este breve resumen nos limitaremos a señalar los elementos esenciales de cada agente destacando la funciones reservadas a las nuevas figuras previstas.



*Incluyendo médicos de salud mental

5.- Modelo de organización

Responsabilidades y perfiles

Médico de Familia

Con carácter general el Médico de Atención Primaria es el responsable principal del plan de atención integral al paciente crónico. Actúa con la en colaboración con la Enfermera asignada al “cupo” y contando para ello con las atribuciones requeridas para ello.

Corresponde al Médico de Familia estratificar el nivel de severidad y realizar la asignación al paciente del plan integral de atención y su personalización así como determinar el nivel de intervención de los especialistas hospitalarios en función de la complejidad del paciente y de su situación evolutiva.

Enfermera de Atención Primaria

El papel de la enfermera de Atención Primaria es crucial para el éxito de la estrategia de crónicos. Es corresponsable junto con el Médico de A.P. de los pacientes crónicos de su cupo y asume el papel central en el diseño, adecuación, seguimiento y actualización de los planes de cuidados personalizados. Asumirá la gestión de casos de los pacientes severos de su cupo contando con el apoyo de la Enfermera Gestora de Casos para el seguimiento de los pacientes de especial complejidad.

Médico de Asistencia Especializada

Los distintos niveles de implicación de la Atención Especializada serán:

Especialista consultor. Actúa puntualmente en una interconsulta

Especialista de referencia. Los pacientes crónicos severos continuarán dependiendo de Atención Primaria pero además tendrá asignado un médico de referencia con nombre y apellidos en AE que garantizará una atención personalizada en el ámbito ambulatorio y supervisará los episodios de hospitalización.

Especialista de atención personalizada. En casos de excepcional complejidad (esclerosis múltiple, diabetes tipo I, esquizofrenia, etc.) será el Especialista de atención personalizada” quien asuma la responsabilidad principal del plan de atención del paciente

Médico especialista en Geriatría / Medicina Interna

Este profesional será el especialista de referencia para los enfermos crónicos pluripatológicos. Con carácter general los Médicos de Atención Primaria tratarán de evitar la derivación directa de estos pacientes a diversas especialidades y confiarán esa decisión al Especialista de Medicina Interna /Geriatría.

5.- Modelo de organización

Responsabilidades y perfiles

ENFERMERA GESTORA DE CASO

Con carácter general la gestión de casos se realizará desde Atención Primaria

Las Enfermeras Gestoras de Casos contarán con competencias avanzadas para:

- Gestionar personalmente los casos de alta complejidad garantizando la continuidad de la atención en todo el sistema sanitario.
- Promover el desarrollo de la estrategia de crónicos y su aplicación efectiva al conjunto de pacientes del centro y en las diferentes UBA's.
- Asesorar en la toma de decisiones en los casos de especial complejidad del Centro de Salud y a petición de la enfermera de la Unidad Básica.
- Organizar la capacitación en autocuidados de pacientes y cuidadores y asumir la formación a los pacientes mas complejos y a sus cuidadores

Trabajadores Sociales

Tanto las Trabajadoras Sociales de Atención Primaria como las del ámbito Hospitalario desarrollan el llamado "Trabajo Social Sanitario" y actuarán como referentes para la atención de los problemas y riesgos psicosociales de los pacientes crónicos, garantizando la continuidad. De esta manera se garantiza la atención integral a la salud del paciente/familia al abordar los problemas sociales, junto con los biomédicos, los psicológicos y los de cuidados.

Enfermera de Atención Especializada

Progresivamente la Enfermera de Atención Especializada asumirá un papel más proactivo y autónomo en la atención de los pacientes crónicos, especialmente en el ámbito ambulatorio y en las unidades de hospitalización en las que predomine este perfil de paciente. En determinadas áreas o servicios podrá contar además con el apoyo de una Enfermera de Enlace.

ENFERMERA DE ENLACE HOSPITALARIA

En función de su casuística determinadas Áreas Clínicas o Servicios podrán contar con la figura de Enfermera de Enlace Hospitalario de competencias avanzadas que y será la referente para los pacientes complejos y desarrollará su labor tanto en pacientes hospitalizados como ambulatorios. Sus funciones principales serán:

- Gestionar los casos de alta complejidad mientras permanezca en el ámbito hospitalario y garantizar la continuidad de la atención en la transición entre niveles, en coordinación con la enfermera de Atención Primaria y/o el resto del sistema sociosanitario.
- Promover el desarrollo de la estrategia de crónicos y su aplicación efectiva en su ámbito

5.- Modelo de organización

Responsabilidades y perfiles

Farmacéuticos

El rol de los Farmacéuticos tanto de Atención Primaria como del Hospital resulta esencial en relación con la conciliación de la medicación, efectividad y seguridad del plan terapéutico. Se contará también para ello con la colaboración de los farmacéuticos con Oficina de Farmacia.

Igualmente la colaboración de los farmacéuticos con Oficina de Farmacia se extenderá a asesorar a pacientes y cuidadores en el autocuidado de su salud, prestando soporte técnico y ayuda en las actividades de autocontrol, en la detección de efectos adversos y en el apoyo y supervisión del cumplimiento terapéutico.

Servicios de Rehabilitación

Los Servicios de Rehabilitación formarán parte de los equipos multidisciplinares de atención a pacientes crónicos. Progresivamente ampliarán su campo de acción al ámbito domiciliario, la rehabilitación funcional y la evaluación de la atención sociosanitaria. Promoverán una actuación protocolizada y progresivamente autónoma de las situaciones más frecuentes por parte del personal de enfermería, fisioterapia y terapeuta ocupacional.

Personal de admisión

Además de las tareas tradicionales el personal de admisión contará con instrumentos para identificar a los pacientes severos y podrá tendrá asignadas la realización de determinadas tareas proactivas: recordatorios, comprobaciones (preguntas para conocer la situación del paciente), anticipar citaciones, etc.

Salud Pública

Los Servicios de Salud Pública asumen un papel crucial en actividades de comunicación social, promoción de estilos de vida saludable, intervenciones comunitarias y de apoyo a la entidades sociales y dan soporte técnico a la estrategia de autocuidados asumiendo la formación de los profesionales y la elaboración de protocolos y materiales de apoyo.

Otros Servicios de apoyo a la Atención Primaria

Adicionalmente, la atención a pacientes crónicos y pluripatológicos puede requerir el desarrollo progresivo de **Servicios de nutrición**, **Servicios de rehabilitación** y **Servicios de apoyo psicológico**

5.- Modelo de organización

Nuevos servicios y circuitos de atención



Departamento de Salud

Para promover el nuevo Modelo de Atención a Crónicos se prevé desarrollar **nuevos servicios** y rediseñar los **circuitos asistenciales** adecuándolos de manera específica para cada perfil de paciente . De forma resumida se ofertarán los siguientes servicios:

CONSULTAS

- **Consulta en el día** por severidad o descompensación. Tanto en Primaria como en Especializada, forzando agendas si es preciso.
- **Consulta multicita de alta resolución** tanto en Primaria como en Especializada
- **Consulta telefónica médica o enfermería**, tanto programada como a demanda y tanto en Primaria como en Especializada
- **Consulta grupal** educativa y de autoayuda
- **Seguimiento Telefónico Sistemático y Proactivo** en los pacientes más severos

INTERCONSULTAS

- **Interconsulta Urgente.** Descompensación casos Severos
- **Interconsulta No Presencial AP-AE**
 - **Interconsulta síncrona** : Interconsulta de resolución inmediata realizada en presencia del paciente
 - **Interconsulta asíncrona AP-AE:**
 - Interconsulta telefónica en el día
 - Interconsulta no presencial con un compromiso de tiempo, y en casos más severos respondida por el especialista de referencia del paciente
- **Otras modalidades de interconsulta AP-AE**

CONSEJO TELEFONICO

- Teléfono de Consejo Sanitario que progresivamente se ampliará a las 24 h y ofrecerá diversas modalidades de contacto (Contact center)
- La Enfermera de Consejo Telefónico tratará de asegurar a los pacientes crónicos la continuidad asistencial fuera del horario habitual de funcionamiento de los centros.

5.- Modelo de organización

Nuevos servicios y circuitos de atención



Departamento de Salud

Se establecen nuevas alternativas, circuitos y mejoras de la hospitalización

CIRCUITOS ALTERNATIVOS

- **Evitar en lo posible el paso por urgencias hospitalarias**
 - Interconsulta urgente por su Especialista de Referencia personalizado.
 - Posibilidad de Ingreso directo pactado desde Primaria.
- **En caso de atención por el Servicio de Urgencias.** Seguir en lo posible la pauta predefinida de descompensación *
- **Potenciación de nuevas modalidades de atención**
 - Hospital de día (programada)
 - Hospitalización a domicilio. Posibilidad de Ingreso directo desde Primaria
- **Nuevas modalidades de recuperación funcional**
 - Unidades de convalecencia
 - Camas de media estancia hospitalaria

NUEVA PAUTA EN HOSPITALIZACIÓN

- **Planificación del alta** desde el Ingreso Hospitalario, imprescindible en severos y > de 80 años.
- **Procedimiento de Conciliación de la medicación** al ingreso y al alta
- **Supervisión por su Especialista de Referencia personalizado** de los pacientes severos hospitalizados
- **Plan de Cuidados posthospitalización**, imprescindible en severos
- **Predicción y prevención de reingresos**
- **Visita Domiciliaria desde AP en 24-48 horas**, prescrita y concertada desde el Hospital
- **Nueva Valoración Integral tras descompensación**

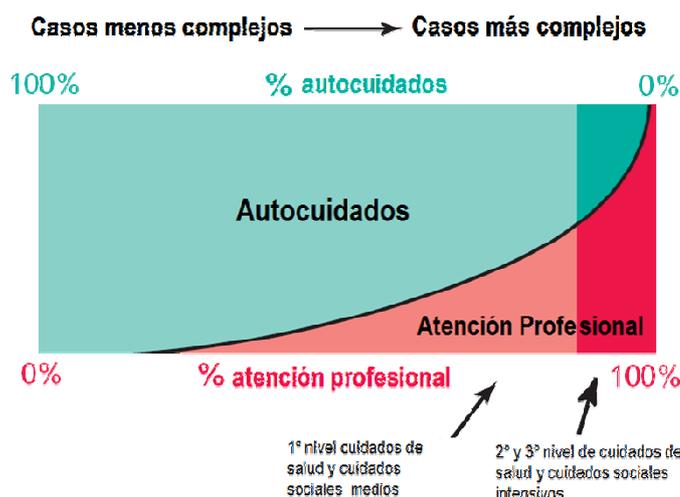
UNIDAD MULTIDISCIPLINAR

- Se constituirán al menos dos Unidades Multidisciplinares
 - Unidad Multidisciplinar de Pacientes Pluripatológicos Complejos.
 - Unidad Multidisciplinar de Demencias.

* Capacitar a los pacientes severos para reconocer sus signos de alarma. La pauta de actuación en caso de descompensación debe constar en su Hª Clínica .

6.- Modelo de autocuidados

El nuevo modelo de atención a crónicos promueve la implicación activa del paciente en su propio autocuidado en todas las etapas evolutivas de la enfermedad.



Una estrategia efectiva de autocuidados exige:

- Sensibilización social para concienciar a los pacientes crónicos de la trascendencia de que se impliquen más activamente en su autocuidado
- Indicación y motivación por el médico. Debe realizarse desde las fases iniciales de la enfermedad. En el Infarto o el Ictus ha de iniciarse en el propio hospital.
- Evaluar y apoyar el adecuado afrontamiento por el paciente de la enfermedad que padece, sin negarla ni dejarse abrumar por ella.
- Apoyar a los pacientes para que definan su Plan Personal de Autocuidados
 - Que sea el propio paciente el que defina sus objetivos con la ayuda de su enfermera y los asuma como propios .
 - Que se marque objetivos concretos, realistas y con un plazo.
 - Que se establezcan objetivos factibles a corto plazo, según el punto de partida, para irlos mejorando a medida que se cumplen.
- Implementar instrumentos de ayuda para el autocontrol.
- Que el Plan Personal de Autocuidados se revise y evalúe periódicamente con la ayuda de la enfermera, lo que contribuye a su mejor cumplimiento.
- Establecer alianzas con asociaciones de pacientes, de cuidadores y de voluntariado con objeto de promover el autocuidado y la autoayuda.
- Desarrollar una estrategia comunitaria para generar un entorno facilitador de un vida saludable y adaptado a personas con capacidad funcional limitada.

6.- Modelo de autocuidados

Modelo de autocuidados y atención al cuidador

Las acciones previstas para promover los autocuidados son:

1. Poner en marcha una **Escuela de Pacientes y Cuidadores** que ofrecerá los siguientes niveles de formación

- **Capacitación Básica Nivel I**, Dirigida a la formación generalizada de Pacientes “activos”. Se desarrolla en los Centros de Salud con la colaboración creciente de “Pacientes expertos”.
- **Capacitación Avanzada. Nivel II**. Formación centralizada para cualificar al “Paciente experto”
- **Capacitación a Cuidadores** Pretende desarrollar competencias tanto para cuidar como para cuidarse.
- **Formación de Formadores**. Dirigida tanto a los profesionales como los pacientes expertos que participen como docentes en cualquiera de los niveles de capacitación señalados.

2. Rediseñar el **Portal de Salud de Navarra** como herramienta de ayuda al autocuidado, incluirá las siguientes secciones (ver Modelo Tecnológico):

- Mi Historia de Salud Resumida.
- Mis Informes Clínicos.
- Mi Medicación.
- Mi Agenda de Salud.
- Mis Contacto con el Personal Sanitario.
- Mi Plan de Autocuidados. Mis Autocontroles.
- Mi Enfermedad.
- Los Cuidadores.
- Las Asociaciones.

3. Desarrollar garantías de atención que mejoren la confianza y seguridad de los paciente en autocuidados y su accesibilidad a los servicios sanitarios:

- Garantizar los controles médicos recomendados por la evidencia
- Garantía de cita en el día en caso de descompensación.
- Consultas telefónica o por correo electrónico
- Resolver trámites sin necesidad de acudir al centro.
- Acceso directo a los controles y pruebas predefinidos.
- Modalidades de supervisión online

4. Implementar nuevos servicios de apoyo y consejo sanitario.

- Teléfono de Consejo Sanitario de 24 h.
- Grupos de autoayuda, etc
- Recordatorios y sistemas de ayuda farmacológica.

7.- Modelo tecnológico

Frente al actual sistema de información clínica fragmentado por especialidades, estamentos y niveles asistenciales precisamos desarrollar un nuevo modelo tecnológico y de información clínica que:

- Tenga una de orientación al paciente (integral, integrada y multiproceso)
- Contemple el desarrollo de herramientas de ayuda al clínico.
- Permita objetivar el logro de resultados medibles.

Las líneas de actuación y las necesidades de inversión previstas son las siguientes:

Inversión prevista por Líneas de actuación tecnológica

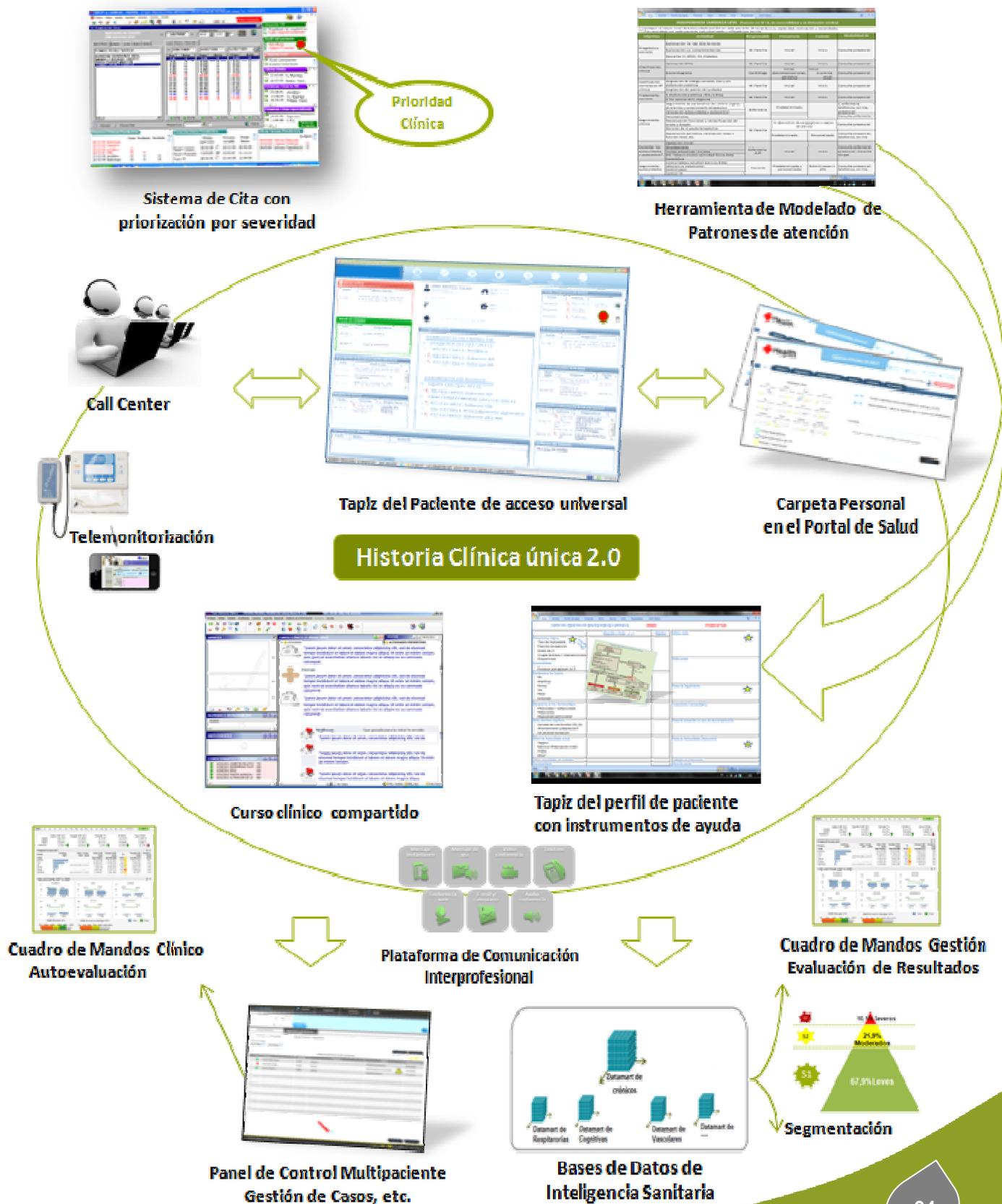
	Total €
Adaptación provisionales de la Hª Clínica para atención a crónicos	180.000
Desarrollo de la nueva Historia Clínica única 2.0	800.000
Panel de Control y Cuadros de Mando Clínicos	200.000
Herramienta de gestión de patrones y planes	500.000
Bases de Datos de Inteligencia Sanitaria	800.000
Portal dirigido al paciente crónico y sus cuidadores (CPS) Carpeta Personal	350.000
Plataforma colaborativa entre profesionales y servicios de telemedicina	350.000
Servicio de Consejo Telefónico	200.000
Plataforma de Interoperabilidad	200.000

En la página siguiente se reflejan los componentes del nuevo modelo tecnológico:

- El núcleo del modelo tecnológico es la nueva Historia Clínica 2.0 dotada de herramientas de ayuda y que será única para todo el sistema sanitario.
- Identificación inequívoca de pacientes severos desde la propia cita.
- Los protocolos y otros sistemas de ayuda específicos de cada perfil del paciente se desarrollarán en una aplicación informática específica vinculada a Hª Clínica.
- La Hª Clínica se vinculará a la Carpeta Personal del Paciente accesible desde el Portal de Salud, al Call Center y a los sistemas de telemonitorización.
- Los datos registrados en la Historia alimentarán dos sistemas de información:
 - Panel de Control y Cuadros de Mandos Clínicos que facilitarán al clínico la autoevaluación y el control de sus pacientes.
 - Bases de Datos de Inteligencia Sanitaria que facilitarán a los técnicos la segmentación, el análisis de necesidades y la evaluación de resultados.
- Desarrollo de un sistema multicanal de interoperabilidad ente profesionales.

7.- Modelo tecnológico

Esquema de Modelo Tecnológico



7.- Modelo tecnológico

Historia Clínica

HISTORIA CLÍNICA ÚNICA

Aunque las soluciones tecnológicas transitorias nos ayudarán a iniciar el camino el objetivo final es disponer de una Historia Clínica única que cumpla las siguientes premisas básicas:

- Pantalla común de acceso universal para todos los profesionales de ambos niveles con acceso directo a los distintos episodios clínicos del paciente. **(Tapiz del Paciente)**
- Debe ofrecer diversas vistas, y ser **personalizable** por estamentos y especialidades, e incluso en cierto grado por el propio profesional.
- Ha de incorporar alarmas, herramientas de ayuda y sistemas expertos de alto valor añadido que faciliten la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia. Dichas criterios estarán predefinidas en una aplicación informática específica de **Modelado de Patrones de Atención** que estará vinculada a la Historia Clínica y será gestionada por los líderes clínicos de cada proceso.
- Ha de incorporar protocolos detallados por procesos **(Tapiz del proceso)**
- Pero también ha de incluir una visión multiproceso que unifique y simplifique la atención al paciente pluripatológico, cada día más frecuente. **(Tapiz del perfil del paciente)**
- Ha de garantizar un **Curso Clínico Compartido**.
- Ha de identificar de manera visible los **parámetros críticos de control** a cumplimentar en cada perfil de paciente o proceso. Dichos parámetros estarán vinculados a los objetivos de calidad preestablecidos y se registrarán con criterios homogéneos de manera que puedan ser evaluados.
- Ha de estar vinculada a herramientas de ayuda para la gestión de un conjunto de pacientes **(Panel de Control)**, para la autoevaluación y mejora continua **(Cuadro de Mandos Clínico)** y para la evaluación de resultados **(Sistemas de Inteligencia Sanitaria)**

El médico de Atención Primaria ha de ser el responsable principal de integrar, y mantener permanentemente actualizado el Tapiz General del Paciente, como resumen visual e integral de su Historia Clínica.

Todos los pacientes severos serán identificados de forma inequívoca tanto en el Tapiz Administrativo como en el Tapiz Clínico del Paciente

7.- Modelo tecnológico

Patrones por perfiles y severidad

Modelado de Patrones por Perfiles y Niveles de Severidad

Un elemento esencial para mejorar los resultados de la intervención sanitaria es desarrollar instrumentos de ayuda al clínico basados en la evidencia. Para ello se ha previsto definir Patrones de Atención específicos para cada perfil de paciente y para cada nivel de Severidad y o Estados del Paciente.

Una vez definidas los Patrones de Atención por los responsables clínicos de cada perfil de paciente estos se incorporarán a una nueva herramienta de gestión de patrón de cuidados que estará vinculada a la Historia Clínica

Incluirá recordatorios y criterios de alarma

Adecuar el Patrón al nivel de Severidad

Objetivo	Actividad	Responsable	Frecuencia	Cuándo	Modalidad de
Diagnóstico correcto	Exploración, TA, lab, ECG, Rx torax Exploración y p. complementarias	M. Familia	Inicial	Inicio	Consulta presencial
Clasificación clínica	Descartar CI, EPOC, FA, Diabetes Valoración NYHA Ecocardiograma	M. Familia Cardiólogo	Inicial	Inicio	Consulta presencial
Codificación correcta en Hc clínica	Asignación de código correcto. Con y sin disfunción sistólica Asignación del patrón de cuidados	M. Familia	Inicial	Inicio	Consulta presencial
Tratamiento correcto	Si disfunción sistólica: IECA, b-bloq Si FA: valorar ACO, digoxina	Enfermería	Predefinido		C. enfermería telefónica, on-line, presencial Consulta enfermería
Seguimiento clínico	Seguimiento de parámetros de control, signos de alarma y cumplimiento terapéutico Valoración autocuidados y autocontrol	M. Familia	Si descontrol de parámetros o signos de alarma	Personalizado	Consulta presencial, telefónica, on-line
	Vacunaciones Reevaluación funcional y reclasificación de Grado y Estado Revisión de la pauta terapéutica		Predefinido		Consulta presencial, telefónica, on-line
	Reevaluación periódica. Valoración lones + función renal, etc.	Enfermería	Inicial	Inicio	Consulta enfermería presencial. Consulta Grupal
	Asesoramiento inicial Educación inicial Educativas iniciales Educativas: Tabaco-alcohol-actividad física-dieta Educativas: hiposódica Control tabaco-alcohol-ejercicio-dieta Adherencia tratamiento Control peso Control TA			6 meses-1	Consulta presencial, telefónica, on-line

Ilustrativo

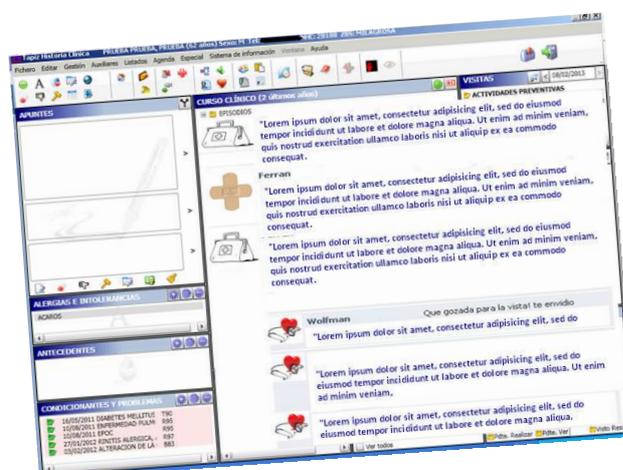
El Patrón propuesto es un instrumento de ayuda que el clínico deberá personalizar para cada paciente

7.- Modelo tecnológico

Panel de Control y curso clínico compartido

Curso Clínico Compartido

El Curso Clínico compartido evitará duplicidades y errores de transcripción. La visualización por defecto será la correspondiente al estamento o especialidad de cada profesional que podrá colapsar o desplegar con un simple "click" las anotaciones registradas por cada profesional, estamento o especialidad.



Panel de Control y Cuadro de Mandos

- **Panel de Control de Casos.** Proporcionará diversas vistas (cronológica, etc.) y contará con alarmas e indicadores visuales que ayudarán para facilitar la labor de control a quienes realicen la función de gestores de casos.
- **Cuadros de Mandos Clínicos.** Esta herramienta ofrecerá una visión estadística evolutiva y comparada de los resultados obtenidos en el conjunto de pacientes asignados

Otras Herramientas de Ayuda 2.0

Además de las señaladas que se prevé desarrollar de forma progresiva:

- Protocolos Informatizados de Procesos Integrados.
- Herramientas de ayuda a la prescripción y conciliación de la medicación
- Herramientas de ayuda al diagnóstico.
- Herramientas de visualización evolutiva
- Herramientas de ayuda a la codificación con integración de taxonomías
- Vinculación a sistemas de telemonitorización .
- Desarrollo de los nuevos sistemas expertos.
- Visualización de alertas de los pacientes.

A medio plazo la Historia Clínica podrá incorporar incluso capacidades predictivas de riesgos, etc. basadas en la información obtenida de la segmentación.

7.- Modelo tecnológico

Carpeta personal de salud

Carpeta personal de salud

Las interrelaciones con el paciente se podrán realizar a través de un nuevo sistema de información web denominado Carpeta Personal de Salud que será accesible de manera segura y confidencial en el Portal de Salud, y tiene como objetivo favorecer la participación y la corresponsabilidad de los ciudadanos en la prevención y cura de su propia salud.

Ofrecerá a pacientes y cuidadores herramientas para su autocuidado y un medio de comunicación directo y seguro con los profesionales sanitarios



Las principales funcionalidades que deberá cubrir la Carpeta personal de salud:

- **Mi Historia de Salud Resumida**, de gran utilidad si se necesita atención en cualquier otro sistema sanitario, con el máximo nivel de seguridad.
- **Mis Informes Clínicos** realizados en los diferentes centros sanitarios.
- **Mi Medicación** permitirá descargar e imprimir el plan terapéutico
- **Mi Agenda de Salud**. Calendario de actividades de autocuidado, citas y controles previstos dotada de recordatorios y alarmas SMS, etc.
- **Mis Contacto con el Personal Sanitario** Permitirá al paciente, o su cuidador contactar por correo electrónico con sus profesionales.
- **Mi Plan de Autocuidados**. **Mis Autocontroles** Espacio reservado para el registro y seguimiento de los parámetros del Plan de Autocuidados.
- **Mi Enfermedad**. Contenidos formativos relacionados con el conocimiento de mi enfermedad, preguntas frecuentes, etc.
- **Los Cuidadores**. Espacio reservado para su formación y apoyo
- **Las Asociaciones**. Enlaces de interés, servicios de autoayuda, etc.

7.- Modelo tecnológico

Sistemas de Inteligencia sanitaria

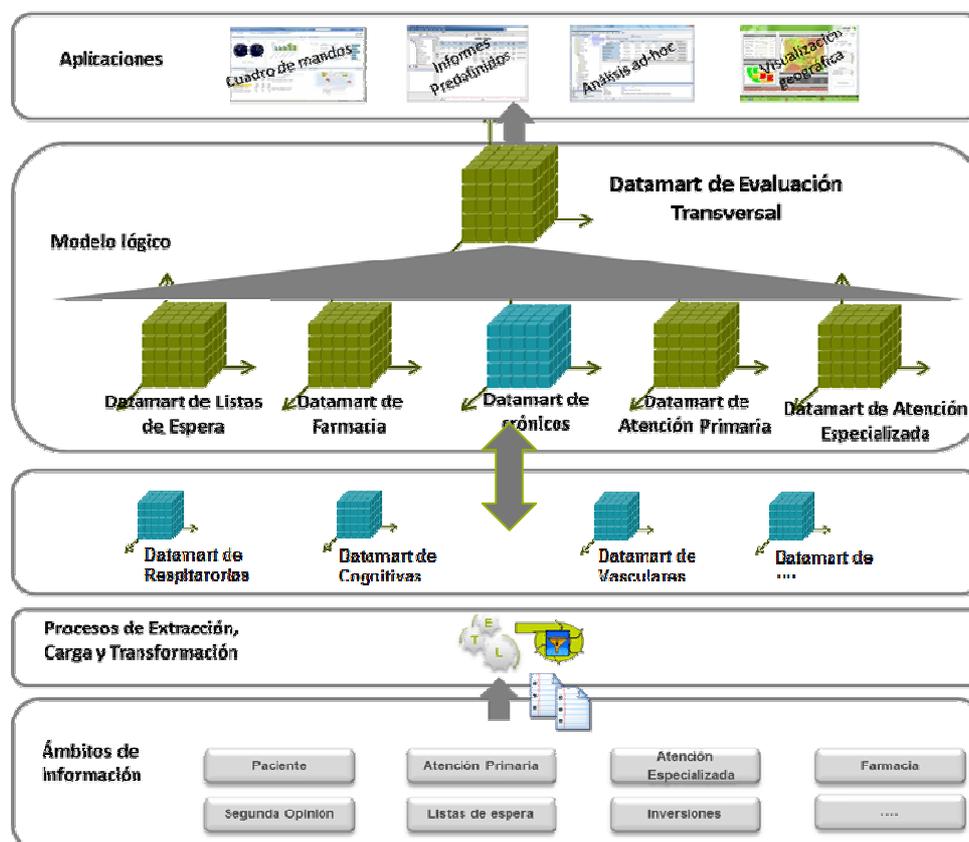
Nuevo sistema de Inteligencia sanitaria

El nuevo Sistema de Inteligencia Sanitaria que se pretende desarrollar utilizará herramientas de Business Intelligence y minería de datos con una doble función:

- Evaluación de resultados de los planes de atención. Cuadro de Mandos de Gestión, Evaluación de Contratos Programa, etc.
- Actualización y perfeccionamiento de la segmentación poblacional

Se prevé la creación de un **Datamart Transversal**, repositorio de datos permanente de información transversal que permita obtener indicadores agregados de todo el sistema sanitario.

Adicionalmente se crearán **Datamarts Específicos**, repositorios de explotación de datos específicos de cada Prioridad de Salud (Datamart de Enferm Neurodegenerativas, Datamart de Enferm. Respiratorias, etc) y de cada ámbito (Datamart de Farmacia, Datamart de Atención Primaria , etc.).



7.- Modelo tecnológico

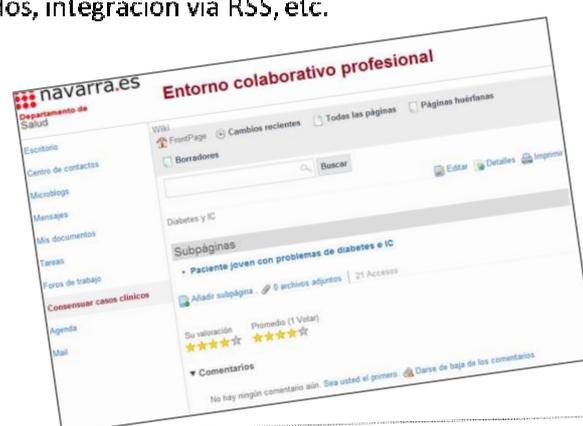
Plataforma colaborativa entre profesionales

Plataformas colaborativas entre profesionales

A parte del entorno compartido entre pacientes y profesionales, se prevé desarrollar un entorno colaborativo exclusivos para los profesionales, de manera que puedan:



- Establecer comunicación instantánea por diversos medios
- Visualización de una pantalla inicial con un resumen de los temas más relevantes.
- Acceso a información de: contactos, Microblogs, Mensajes, Documentación, Tareas, Foros, agendas, etc.
- Posibilidad de visualizar y comentar contenido del portal emitido por otros usuarios.
- Realizar diferentes acciones sobre los contenidos del portal: valorar contenidos, eliminarlos, suscribirse a algunos contenidos, integración via RSS, etc.
- Almacenar y visualizar documentación de diferentes tipos (audio, imagen, documentación, enlaces, etc.) para compartir.
- Microblogs personales donde publicar información relevante para otros profesionales.
- Foros creados para los diferentes grupos, o por un profesional en concreto.
- Acceso al calendario con eventos destacados para los diferentes grupos o profesionales sanitarios.
- Integración con el correo personal.
- Buscador de casos similares. Esta funcionalidad debería permitir buscar información para ayudar al profesional a tomar decisiones de manera más adecuada.



8.- Formación y gestión del cambio.

La gestión del cambio

El nuevo modelo de atención a la cronicidad supone una modificación sustancial de los parámetros habituales de acción del sistema sanitario, ello exige **promover una nueva cultura en la organización** que focalice los esfuerzos y recursos hacia la mejor atención a los pacientes crónicos, para acabar impregnando de una nueva cultura global a toda la organización.

NUEVO PARADIGMA DE ATENCIÓN COLABORATIVA

- Orientación poblacional, haciendo del paciente el eje del sistema.
- Apuesta decidida por un modelo colaborativo de atención.
- Acento en la mejora de la capacidad de resolución de la Atención Primaria.
- Nueva cultura de relación entre niveles asistenciales de manera que tanto la Atención Especializada como la Salud Mental presten el apoyo requerido a la Primaria para garantizar la eficacia global del sistema.
- Orientación al logro de resultados, mediante la innovación organizativa, la auto evaluación y mejora continua del proceso integral de atención al paciente crónico.
- Responsabilidad e implicación activa del personal asistencial en la transformación de la práctica clínica.

Para el éxito de la misión resulta determinante establecer una **estrategia activa de gestión del cambio a todos los niveles**.

CLAVES PARA LA GESTIÓN DEL CAMBIO

Lograr el consenso
técnico y social
requerido

Establecer estructuras
técnicas que promuevan
el cambio

Impulsar gestión clínica
orientada a cronicidad

Orientar la
financiación al logro
de resultados

Invertir en formación y
gestión de
conocimiento

DESARROLLAR SISTEMAS DE EVALUACIÓN DE RESULTADOS

8.- Formación y gestión del cambio.

Formación y gestión del conocimiento

Un elemento esencial para la gestión del cambio es la formación que deberá promover el cambio cultural en la organización para posteriormente centrarse en el desarrollo de las nuevas competencias requeridas.

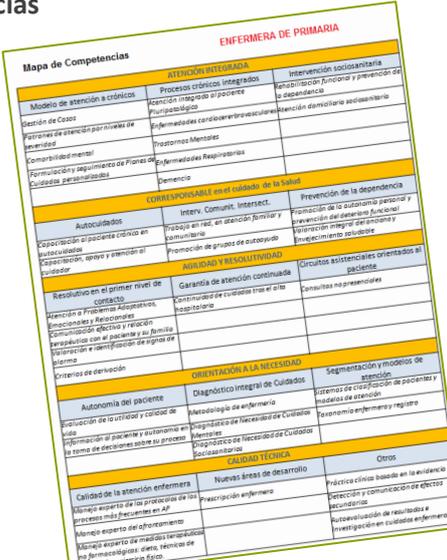
Pero la formación clásica no es suficiente. La evolución del conocimiento en el sector sanitario es de tal magnitud que sin una estrategia activa de gestión del conocimiento por parte de la organización es prácticamente imposible garantizar una actualización continuada basada en la evidencia. (al año se publican un millón y medio de artículos)

Por ello y para garantizar la formación la actualización de conocimientos e impulsar la investigación e innovación en el ámbito de la cronicidad se prevén las siguientes acciones:

1. Plan Plurianual de Formación por competencias

Para el desarrollo del nuevo modelo será necesario impulsar un programa plurianual de Formación que deberá orientarse al desarrollo de las competencias clave requeridas por los distintos profesionales.

Se procederá por tanto a elaborar un **Mapa de Competencias** para cada categoría profesional para posteriormente definir un **Plan de Formación Específico** priorizando al colectivo de Enfermería de AP, especialmente implicado en el desarrollo. De la estrategia.



ENFERMERA DE PRIMARIA		
Mapa de Competencias		
ATENCIÓN INTEGRAL		
Modelo de atención a crónicos	Procesos críticos integrados	Intervención sociosanitaria
Identificación de Casos	Atención integral al paciente	Garantía funcional y prevención de dependencia
Plataformas de atención primaria de unidades	Pluriprofesional	Atención derivatoria sociosanitaria
Comorbilidad mental	Enfermedades cardiovasculares	
Formulación y seguimiento de Planes de Cuidados personalizados	Enfermedades Respiratorias	
	Demencia	
RESPONSABLE en el ámbito de la Salud		
Autocuidados	Interv. Comunit. Intersect.	Prevención de la dependencia
Capacitación al paciente crónico en autoayuda	Trabajo en red, en atención familiar y comunitaria	Promoción de la autonomía personal y prevención de riesgos funcionales
Empoderamiento, apoyo y atención al cuidador	Prevención de grupos de autoayuda	Intervención integral del paciente y involucramiento educativo
SEGURIDAD Y RESULTATIVIDAD		
Resolutivo en el primer nivel de contacto	Garantía de atención continuada	Circuitos asistenciales orientados al paciente
Atención e Intervenciones Educativas, Reeducativas y Reeducativas	Continuidad de cuidados tras el alta hospitalaria	Consultas no presenciales
Comunicación efectiva y relación terapéutica con el paciente y su familia		
Identificación e identificación de signos de alarma		
Criterios de derivación		
ORIENTACIÓN A LA NECESIDAD		
Autonomía del paciente	Diagnóstico integral de Cuidados	Segmentación y modos de atención
Integración de la calidad y calidad de vida	Metodología de enfermería	Sistemas de clasificación de pacientes y modos de atención
Implementación al paciente y autonomía en la toma de decisiones sobre su proceso	Organización de Necesidades de Cuidados	Bancomio enfermería y registro
	Memoria	
	Diagnóstico de Necesidad de Cuidados Sociosanitarios	
CALIDAD TÉCNICA		
Calidad de la atención enfermera	Nuevas áreas de desarrollo	Otros
Módulo experto de atención al paciente	Prescripción enfermera	Práctica clínica basada en la evidencia
Módulo experto de atención al paciente		Detección y comunicación de efectos secundarios
Módulo experto de atención al paciente		Autoevaluación de resultados e investigación en cuidados enfermeros

- Herramientas de ayuda al clínico vinculadas a la Hª Clínica** que acerquen el conocimiento al momento de la decisión clínica, (protocolos informatizados, sistemas expertos, etc.), instrumentos ya comentados al hablar del modelo tecnológico.
- Plataforma colaborativa de innovación y gestión del conocimiento** que ayude a impulsar la creación de una "Comunidad de Práctica profesional" dotada de un espacio web específico, para compartir el conocimiento en el seno de la organización, estructurando la formación interna y dotándola de los instrumentos de apoyo requeridos productos de síntesis, formación online, webcast, redes sociales etc.).
- Becas Comisionadas de Investigación en cronicidad.** Dirigidas a impulsar la investigación en el ámbito de la cronicidad y promoviendo la implicación activa en la investigación de los profesionales de Atención Primaria

8.- Formación y gestión del cambio.

Modelo de gobierno

El **Modelo de Gobierno para la** Atención a Enfermedades Crónicas del SNS-O estará estructurado en tres niveles: estratégico, táctico y operativo; en los que habrá uno o varios (en el caso operativo) comités de participación: estratégico, técnico, grupos de trabajo y gestión de casos.

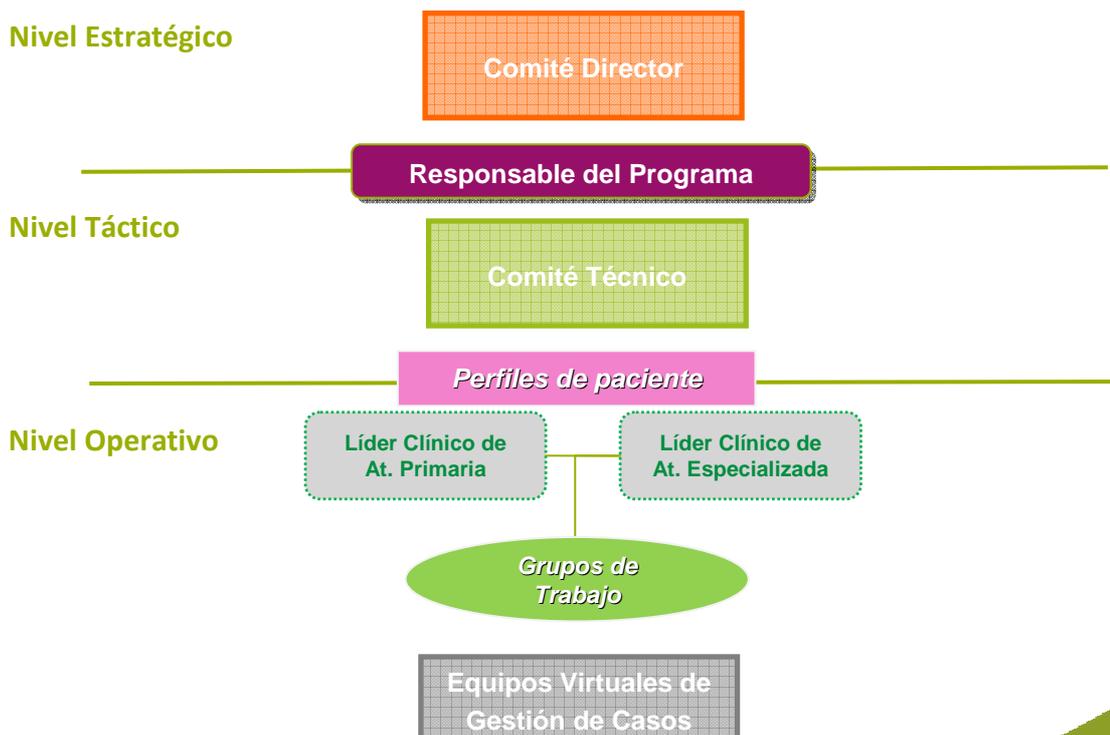
Calidad técnica, prescripción racional basada en la evidencia, mejora continua e integración de los procesos asistenciales, agilidad, optimización de los circuitos asistenciales, priorización clínica, información y capacitación del paciente son todas ellas tareas sanitarias que solo pueden mejorarse desde la práctica clínica directa.

Es por ello que ante todo y sobre todo precisamos identificar a los líderes clínicos capaces de innovar, transmitir energía, generar ideas y conocimiento útil, conferir sentido y concitar las voluntades de los profesionales para “construir” una organización basada en las personas y orientada al logro de resultados.

A la hora de definir el liderazgo clínico se ha considerado que por lo general en todos los procesos clínicos las visiones clínicas de los ámbitos de Atención Primaria y la Especializada son complementarias y por ello se ha considerado oportuno establecer un modelo compartido de liderazgo clínico.

M
O
D
E
L
O

G
O
B
I
E
R
N
O



9.- Pactos de Gestión Clínica

Pactos de Gestión Clínica de carácter poblacional

Para promover un nuevo modelo colaborativo de atención a la cronicidad se prevé desarrollar un nuevo modelo de Pactos Gestión con las siguientes características:

- Establecerá objetivos comunes de carácter poblacional, centrados principalmente en el paciente crónico y compartidos por los distintos niveles asistenciales: primaria, especializada y salud mental.
- Se orientarán al logro de resultados globales en salud mediante objetivos de resultados de carácter plurianual y medidos en términos de calidad integral:
 - Severidad y frecuencia de las descompensaciones
 - Capacidad funcional y calidad de vida del paciente
 - Monitorización a largo plazo de la Mortalidad Prematura y Evitable y de la Esperanza de Vida Libre de Discapacidad
 - Parámetros clave de calidad técnica
 - Capacitación de los pacientes en autocuidados
 - Capacitación y atención a los cuidadores
 - Agilidad, accesibilidad, satisfacción.
 - Etc.
- Contribuirán a la sostenibilidad del Sistema Sanitario .
 - Reducción de ingresos y estancias hospitalarias evitables
 - Reducción de consultas sucesivas y urgencias hospitalarias
 - Indicadores de uso racional del medicamento
- Promoverán la innovación organizativa y el trabajo en equipo interdisciplinar, multidisciplinar e intersectorial.
- Trasladará gradualmente a los profesionales un mayor nivel de responsabilidad en la gestión de los recursos; asumible y voluntario.
- Otorgará a las unidades una mayor autonomía con nuevas atribuciones organizativas, coherentes con las mayores responsabilidades asumidas.
- Garantizará la coherencia entre los objetivos pactados y los recursos asignados.
- Asegurará la coherencia entre resultados obtenidos y los beneficios o incentivos obtenidos, monetarios o no monetarios. Los profesionales de los distintos niveles asistenciales participarán en la percepción o no de incentivos conjuntos en función de los resultados en salud y de los retornos obtenidos.

9.- Pactos de Gestión Clínica

Pactos de Gestión Clínica de carácter poblacional

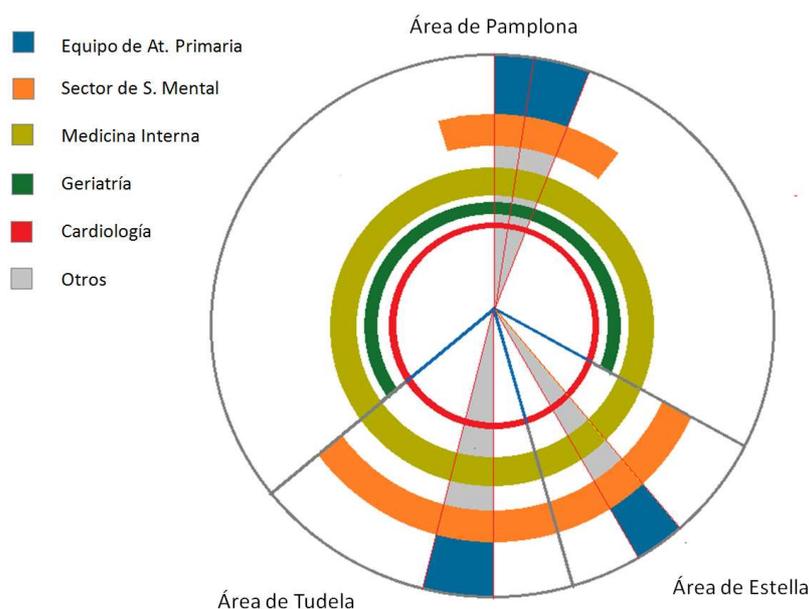


Departamento de Salud

Inicialmente para la validación del nuevo modelo se seleccionará la población correspondiente a cuatro Zonas Básicas de Salud y se formalizarán Pactos de Gestión con objetivos conjuntos con las unidades de Primaria, Especializada y Salud Mental que proveen los servicios requeridos por sus pacientes crónicos:

- Los Equipos de Atención Primaria de las cuatro Zonas de Salud seleccionadas, dos del Área de Pamplona, una de Tudela y otra de Estella.
- Los Equipos de Salud Mental de referencia.
- Los Servicios de Medicina Interna en el caso de los Hospitales Comarcales de Tudela y Estella.
- Las Unidades Multidisciplinares de Pluripatológicos y de Demencia y los Servicios de Medicina Interna y Geriatría, el Área Clínica del Corazón, la Unidad de Ictus y los Servicios de Endocrinología y Neumología en el caso del Complejo Hospitalario de Navarra

Los Pactos de Gestión que se establezcan con dichas unidades asistenciales establecerán objetivos compartidos para la atención a los pacientes crónicos de al menos los siguientes perfiles: Pluripatológicos, Demencia, Insuficiencia Cardíaca, Trastornos Mentales Crónicos, Cardiopatía Isquémica, Diabetes y EPOC.



El nuevo modelo de gestión clínica propuesto se diseña con vocación de expansión progresiva si bien para acceder a mayores cotas de autonomía será preciso acreditar determinados niveles de calidad integral (calidad técnica + calidad percibida + eficiencia)

9.- Pactos de Gestión Clínica

Pactos de Gestión Clínica de carácter poblacional



Departamento de Salud

La Estrategia de Crónicos se configura como un proyecto profesional y sus resultados no deberán medirse tanto en términos económicos, sino de mejora de la eficacia y eficiencia y con una concepción de Calidad Integral.

Desde el punto de vista sanitario la mejor forma de mejorar la eficiencia es mejorando el numerador es decir mejorando los resultados de salud obtenidos con los mismos recursos asignados.

Es necesario promover un modelo de financiación pública de carácter prospectivo y progresivamente vinculado al logro de resultados.

El actual modelo de financiación del Departamento de Salud, que asigna presupuestos a los distintos centros tratando de cubrir en lo posible los gastos históricos de cada unidad, no se considera el más idóneo para el logro de resultados. Por ello para el adecuado desarrollo del Modelo de Atención a Crónicos se considerarán otras alternativas que vinculen la financiación a los resultados :

- 1. Modelo de financiación territorial con cada Área de Salud** (establecer un contrato programa caputivo con cada Área de Salud en AE). Aún careciendo de verdadero carácter contractual sin embargo este tipo de contrato programa contribuye de manera notable al desarrollo de sistemas de evaluación de resultados
- 2. Modelo de financiación con centros de salud y servicios hospitalarios de excelencia** que se alineen con el Modelo General de Atención a Enfermedades Crónicas y previo desarrollo de pilotos para comprobar su aplicabilidad.
- 3. Modelo de financiación e incentivación vinculado a la ejecución de programas específicos de atención a crónicos y pluripatológicos**, que asigna la financiación adicional en función del cumplimiento de resultados, no en función de la actividad desarrollada.

El reto profesional es mejorar la eficiencia del Sector Sanitario Público mediante la transformación del modelo de práctica asistencial .

10.- Impacto económico

Se estima que el coste económico actual de la atención al colectivo de 120.784 pacientes crónicos identificados asciende a 508 millones de euros, lo que representa un 52% de los 978 millones del gasto total del Servicio Navarro de Salud. En el año 2.020 el impacto del crecimiento previsto de la población > 65 años representará un incremento adicional del gasto de 33 millones de euros.

Gasto 2012 del colectivo de crónicos identificados

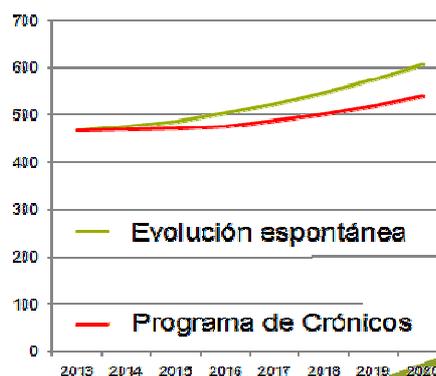
Segmento o perfil de paciente	Nº pacientes	Coste estimado	
Asma	31.834	69.227.285,29	
Insuficiencia Renal	7.109	27.555.154,55	
CerebroVascular	7.284	34.838.804,09	
Cardiopatía Isquémica	8.536	28.813.393,60	
Insuficiencia Cardíaca	2.625	16.174.950,94	
Diabetes	24.402	86.054.537,98	
EPOC con o sin Asma	7.558	33.447.260,67	
Dos enfermedades crónicas seleccionadas	2 Cardiocerebrovasc	4.601	33.738.414,92
	1 Respir + Diabetes	2.840	15.851.187,04
	1 Cardcerebrasc + Diabetes	8.838	54.013.359,11
	1 Cardcerebrasc + 1 Respir	4.167	26.624.772,33
Tres o más de las enfermedades crónicas	3.497	38.998.045,31	
Demencia sola o acompañada de otras enferm. Cron.	7.493	43.476.003,78	
Total	120.784	508.813.169,62	

Se prevé que en el plazo de cinco años la puesta en marcha del Plan de Acción requerirá una inversión superior a los 11 millones de euros que se desglosan en:

Necesidades de inversión

Costes Anuales	2013	2014	2015	2016	2017
Recursos Humanos	75.000	1.000.000	1.250.000	1.750.000	2.500.000
Programa de Autocuidados	20.000	200.000	250.000	300.000	300.000
Modelo Tecnológico	34.913	621.378	1.087.405	929.468	914.125
Programa de Formación	75.000	100.000	125.000	150.000	150.000

Se estima que el impacto del programa en la reducción de entre un 10 y 20% de los ingresos, estancias y urgencias hospitalarias ayudará a absorber en buena parte el incremento de la demanda derivado del envejecimiento poblacional. En cualquier hipótesis el balance del nuevo Programa es muy favorable frente al escenario de evolución espontánea



11.- Indicadores de resultado

Principales Indicadores de Resultados

En este Resumen se presentan una selección de Indicadores de Resultados. Todos los indicadores hacen referencias a las patologías crónicas priorizadas en el Plan de Salud

Mejorar los resultados en Salud	Mejorar la satisfacción de los pacientes
Prevalencia e incidencia por edad y nivel de severidad	Índice de satisfacción global de pacientes y cuidadores con los servicios recibidos
Tasa de descompensaciones por edad y nivel de severidad	% de consultas atendidas en el día y de interconsultas no presenciales por severidad
Años potenciales de vida perdidos	% de pacientes ingresados con planificación del alta desde el ingreso
Mejorar la calidad técnica de la atención	% de pacientes de alta hospitalaria que reciben una visita a domicilio antes de las 48 horas
% de pacientes en los que consta el nivel de severidad	Autonomía y capacitación del paciente
% de los pacientes severos que disponen de un Plan Terapéutico Integral con objetivos explícitos y con criterios de alarma	% de pacientes formados en autocuidados e identificación de signos de alarma por severidad
% de los pacientes en los cuales en la última consulta se han registrado todos los parámetros clave predefinidos	Nº de acciones de autoayuda organizadas en colaboración con las asociaciones de pacientes
% de ingresos hospitalarios en los que consta la realización de la conciliación de la medicación al ingreso y tras el alta hospitalaria	% de cuidadores principales identificados y formados
% pacientes severos que tiene asignada una gestora de casos, una enfermera y una especialista de referencia	% de pacientes en los que se ha evaluado su cumplimiento terapéutico por severidad
% de pacientes severos en los que consta un control de enfermería en el plazo recomendado en función de su Estado (Estable, Descompensado, PostAlta)	Promedio del Índice de Masa Corporal en pacientes por niveles de severidad
Promedio del Nº de fármacos por paciente	Prevalencia de consumo de tabaco, IMC y tiempo de ejercicio por niveles de severidad
Capacidad funcional y la calidad de vida	Sostenibilidad del Sistema Sanitario
% Pacientes con Barthel y Euroqol 5D /EVA realizados	% descompensaciones resueltas por Atención Primaria
Esperanza de vida libre de discapacidad	Tasa de hospitalizaciones evitables
Años de vida perdidos ajustados por calidad	Tasa de ingresos hospitalarios ajustadas por edad y por nivel de severidad
% de Pacientes severos en los que consta la presencia o ausencia de dolor	Tasa de atenciones de urgencias hosp. y extrahosp. ajustada por edad y por severidad
% de Pacientes fallecidos por las enfermedades priorizadas que han recibido Cuidados Paliativos	% de pacientes que tienen asignado un patrón de atención (leve-moderado-severo)
% de pacientes en los que se ha evaluado la existencia o no de depresión/ansiedad	Tasa de reingresos al mes, a los 3 meses y al año

(Ver la relación completa de Indicadores en el documento original)

La Estrategia de Crónicos se configura como un
UN PROYECTO TÉCNICO PROFESIONAL .

Sus resultados se medirán en términos de **CALIDAD INTEGRAL**
(resultados de salud + calidad técnica + calidad percibida + eficiencia)



**Gobierno
de Navarra**

Departamento de Salud