Estrategia Navarra
de atención integrada a pacientes
crónicos y pluripatológicos

Ver Resumen Ejecutivo en edición separada

Gobierno de Navarra

Departamento de Salud

COMITÉS

Comité Director

- Cristina Ibarrola Guillén. Directora General de Salud
- Ángel Sanz Barea. Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea
- Ignacio Iribarren Udobro. Director Gerente del Complejo Hospitalario de Navarra
- Ignacio Yurss Arruga. Director de Atención Primaria del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea
- Víctor Peralta Marín. Director de Salud Mental del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea
- Luis Gabilondo Pujol. Director del Servicio de Investigación, Innovación y Formación del Departamento de Salud

Comité Técnico

- Ignacio Yurss Arruga. Director de Atención Primaria
- Marian Nuin Villanueva. Jefa de Servicio de Planificación y Gestión de Atención Primaria
- Ana Granado Hualde. Jefa de Servicio de Enfermería de Atención Primaria
- Alfredo Martínez Larrea. Jefe de Servicio de Recursos Intermedios de la Dirección de Salud Mental.
- Ana Guerra Lacunza. Subdirectora Médica del CHN
- Carmen Ollobarren Huarte. Directora de Enfermería del Complejo Hospitalario de Navarra
- María Luisa Hermoso de Mendoza Merino. Directora del Hospital García Orcoyen de Estella
- Juan Ramón Rábade Iráizoz. Director del Hospital Reina Sofía de Tudela
- Javier Apezteguía Urroz. Jefe de Servicio de Sistemas de Información Sanitaria del Servicio Navarro de Salud
- Antonio Merino Díaz de Cerio. Jefe de Servicio de Coordinación y Control Asistencial del Servicio Navarro de Salud
- Luis Gabilondo Pujol. Director del Servicio de Investigación, Innovación y Formación del Departamento de Salud
- Mª José Lasanta Sáez. Jefa de Sección de Innovación y Evaluación del Departamento de Salud.
- Mª José Pérez Jarauta. Jefa de Sección de Promoción de la Salud del Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra
- Juan Simó Miñana. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud de Rochapea de Pamplona
- Carlos Pérez García. Jefe de Servicio de Medicina Interna-B del Complejo Hospitalario de Navarra.
- José Luis Larrión Zugasti. Jefe de Servicio de Geriatría del Complejo Hospitalario de Navarra
- Mª Dolores Hurtado Pérez. Enfermera de Atención Primaria del Centro de Salud de Ansoain
- Mª Arántzazu Artázcoz Sanz. Enfermera de Atención Primaria del Centro de Salud de Cascante

GRUPOS TÉCNICOS DE TRABAJO (GTT)

GTT. Paciente pluripatológico

- Marian Nuin Villanueva. Jefa de Servicio de Planificación y Gestión de Atención Primaria
- Ana Guerra Lacunza. Subdirectora Médica del CHN
- Nicolás Martínez Velilla. FEA de Geriatría del CHN. Presidente de la Sociedad Navarra de Geriatría.
- Inés Francés Román. FEA de Geriatría del Hospital Reina Sofía de Tudela
- Álvaro Gimeno Aznar. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud de Barañain.
- Martín Echevarría Lus. FEA del Servicio de Medicina Interna-B del CHN
- Julio Oteiza Olaso. FEA del Servicio de Medicina Interna-A del CHN
- José Mª Escudero Berasategui. Jefe de Sección de Hospitalización a domicilio del CHN
- Marta Ugalde Jiménez. Jefa de Área de Procesos de Hospitalización de Unidades Médicas del CHN
- Ana Isabel Zapata Elizari. Enfermera de Medicina Interna-A del Complejo Hospitalario de Navarra
- Guillermina Marí Puget. Enfermera del Servicio de Planificación y Gestión Clínica de la Dirección de Atención Primaria
- Aurora Salaberri Nieto. Enfermera del Centro de Salud de San Juan
- Mª José Lasanta Sáez. Jefa de Sección de Innovación y Evaluación del Departamento de Salud
- Mª Luisa Saldaña Lusarreta: Jefe de Servicio de Medicina Preventiva CHN

GTT. Demencia

- M.ª José Lasanta Sáez. Jefa de Sección de Innovación y Evaluación del Departamento de Salud
- María Ángeles Nuin Villanueva, Jefa de Servicio de Planificación y Gestión clínica de la Dirección de Atención Primaria.
- Inés Francés Román. Facultativa Especialista de Geriatría del Hospital Reina Sofía de Tudela.
- Rosa Larumbe Ilundain. Facultativa Especialista de Neurología del Complejo Hospitalario de Navarra.
- Alfredo Martínez Larrea. Jefe de Servicio de Recursos Intermedios de la Dirección de Salud Mental.
- Álvaro Gimeno Aznar. Facultativo Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud de Barañain.
- Borja Azaola Estevez, Facultativo Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria del Servicio de Planificación y Gestión clínica de la Dirección de Atención Primaria.
- Carmen Garde Garde. Coordinadora del Plan Foral Sociosanitario.
- Yolanda Pisón Cadarso, Enfermera del Complejo Hospitalario de Navarra, adscrita al ámbito de consulta de Neurología.
- Ana Rosa Gómez Martínez, Enfermera de Atención Primaria del Centro de Salud de la Chantrea.
- Luisa Jusué Rípodas, Trabajadora Social del Centro de Salud de San Juan.

GTT. Insuficiencia Cardíaca

- Román Lezaun Burgui. Director del Área del Corazón del CHN
- Mariano Hernández Galindo. Subdirector de Atención Primaria Navarra Sur-Oeste
- Jesús Berjón Reyero. FEA del Servicio de Cardiología del CHN
- Virginia González Toda. FEA de Cardiología del Servicio de Medicina Interna del Hospital García Orcoyen de Estella
- María Gracia Aznarez. FEA de Cardiología del Servicio de Medicina Interna del Hospital Reina Sofía de Tudela
- Carlos Amézqueta Goñi. Médico de Familia del Servicio de Planificación y Gestión Clínica de la Dirección de Atención Primaria
- Pablo Aldaz Herce. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud de San Juan
- Isabel Martínez Navascués. Jefa del Área de Enfermería del Corazón del CHN
- Lucía Lorenzo Domínguez. Enfermera de la Unidad de Enfermería de Coronaria y Exploraciones Cardiológicas del Área del Corazón del CHN
- Mª Jesús Ederra Miranda. Jefa de Área Enfermería de la Dirección de Atención Primaria
- Mª Teresa Arizaleta Beloqui. Enfermera del Centro de Salud de Barañain
- Fco. Javier Abad Vicente. FEA del Servicio de Medicina Preventiva, Higiene Hospitalaria y Gestión Clínica del CHN
- Julio Sánchez Álvarez. FEA del Servicio de Medicina Interna-B del CHN

GTT. Segmentación y Sistemas de Información.

- Javier Apezteguía Urroz. Jefe de Servicio de Sistemas de Información Sanitaria del Servicio Navarro de Salud
- Marian Nuin Villanueva. Jefa de Servicio de Planificación y Gestión de Atención Primaria
- Ana Galíndez Zubiría. Técnica de Gestión Sanitaria de la Dirección-Gerencia del Servicio Navarro de Salud
- Nerea Álvarez Arruti. Técnica de Gestión Sanitaria de la Sección de Calidad Asistencial del SNS-O. (Responsable del CMBD Hospitalario)
- Alberto Frías Pardo. Jefe de Sección de Historia de Salud Electrónica de la Dirección General de Gobierno Abierto y Nuevas Tecnologías
- Julio Morán Pi. Técnico del Servicio de Planificación y Gestión Clínica del SNS-O (Historia Electrónica de Primaria)
- Elena Manso Montes. Técnico de Gestión Clínica de la Dirección de Asistencia Especializada del SNS-O. (Historia Electrónica de Especializada)
- Luis Gabilondo Pujol. Director del Servicio de Investigación, Innovación y Formación del Departamento de Salud
- Javier Gorricho Mendívil. Servicio de Prestaciones Farmacéuticas de la Dirección de Atención Primaria
- Alfredo Martínez Larrea. Jefe de Servicio de Recursos Intermedios de la Dirección de Salud Mental.
- Ana Barcos Urtiaga. F.E.A, del Servicio de Medicina Preventiva, Higiene Hospitalaria y Gestión Clínica del C.H.N.

ENTIDADES Y PROFESIONALES QUE HAN REALIZADO APORTACIONES AL TEXTO

Grupos Parlamentarios

- Bildu Nafarroa –Aralar Nafarroa Bai
- Geroa Bai

Asociaciones de Pacientes

- ABAN
- Asociación de Daño Cerebral ADACEN
- Comité de Representantes de Personas con Discapacidad de Navarra CORMIN

Colegios Profesionales de Navarra

- Colegio Oficial de Dietistas- Nutricionistas
- Organización Colegial de Enfermería
- Colegio Oficial de Farmacéuticos
- Colegio Oficial de Fisioterapeutas
- Colegio Oficial de Médicos
- Colegio Oficial de Trabajadores Sociales

Asociaciones Profesionales

- Sociedad de Medicina Interna de Aragón, Navarra, La Rioja y País Vasco
- Sociedad Navarra de Geriatría y Gerontología
- Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria SEMERGEN
- Grupo de trabajo Atención al Crónico Sociedad Navarra de Medicina de Familia y Atención Primaria.

Otros profesionales

- Dra. Mª Jesús Chueca Unidad de Endocrinología Pediátrica del HVC
- Dr. Eduardo Parra Moncasi. Especialista de Nefrología del HRS de Tudela
- Elena Antoñanzas Baztán. Enfermera Jefa de Área Maternoinfantil del CHN
- Dr. Gregorio Tiberio López Especialista de Medicina Interna del CHN
- Dr. Javier Lafita Tejedor. Especialista de Endocrinología del CHN
- Dr Lluis Forga Llenas. Jefe de Servicio de Endocrinología del CHN
- Dr. Manuel García Carasusan Especialista de Medicina Interna del CHN
- Dr. Manuel Murie Carrillo. Especialista de Medicina Interna del CHN
- Dr. Pablo Pascual Especialista de Medicina Familiar y Comunitaria Centro de Salud
- Genoveva Ochando Ortiz, Diplomada en Trabajo Social del HRS de Tudela
- Catalina Napal Lecumberri Jefa de Unidad de Trabajo Social del CHN
- A. Manuel Visus Eraso Jefe de Soporte a la Estructura Asistencia Sanitaria del CHN

Índice

Índice (continuación)

ANEXOS

Presentación

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

Este hecho preocupa a los expertos ya que condiciona un incremento incesante la demanda y necesidades cada vez más diversificadas. Ya en la actualidad suponen el 70% de las consultas de Atención Primaria y el 60% de los ingresos hospitalarios.

Pero sus efectos trascienden al propio sistema sanitario. El impacto de las mismas es enorme ya que afectan a la calidad de vida y condicionan una importante pérdida de autonomía personal. La discapacidad y la dependencia repercuten de manera notable en el ámbito familiar afectando en particular a las personas cuidadoras, por lo general mujeres y con frecuencia también de avanzada edad.

La repercusión económica es aún si cabe más notable y afecta a la propia sostenibilidad de todo el sistema público de provisión social.

En los últimos años, el Sistema Sanitario ha venido realizando un importante esfuerzo para tratar de dar respuesta a estos profundos cambios demográficos y epidemiológicos, realizando cada día más actividad sin que con ello se hayan logrado los resultados deseados. La respuesta no es cuantitativa sino que se requieren profundos cambios cualitativos.

El actual sistema fue diseñado para una sociedad con unos valores y unas necesidades sanitarias bien distintas. Se diseñó para atender problemas agudos y salvar vidas. Su éxito en este campo es incuestionable.

Sin embargo ese modelo de atención individual centrado en los procesos agudos de enfermedad, es prestado de forma reactiva y fragmentada, desde un enfoque casi exclusivamente biomédico y super-especializado que no se adecúa a las necesidades de los pacientes crónicos. No resulta ni sanitariamente idóneo ni socialmente eficiente y menos aún para los pacientes pluripatológicos.

Necesitamos un modelo adicional de atención que permita garantizar la continuidad e integralidad requerida en la atención a los crónicos.

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.

Presentación

En esta línea el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó recientemente la estrategia general y un conjunto de recomendaciones que han sido consideradas en el proceso de elaboración de este proyecto.

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.

El amplio proceso participativo desplegado para la elaboración y revisión de este documento ha enriquecido notablemente el texto y nos ha permitido constatar la existencia de un amplísimo consenso sobre la oportunidad de esta iniciativa y sobre su orientación estratégica.

La participación profesional en el diseño de los proyectos operativos, ya en marcha, es esencial para dotarlos de la solvencia y credibilidad requeridas pero necesitamos algo más.

Para el éxito del proyecto resulta imprescindible concitar la motivación para el "cambio" en los distintos agentes intervinientes y muy en particular en los profesionales sanitarios y ello no será posible sin su activa implicación.

Necesitamos llegar con una sola voz a los ciudadanos y promover una más activa corresponsabilidad en el cuidado de su propia salud.

Porque el proyecto no solo supone un cambio para los profesionales sino que también implica una significativa transformación en el modo en el que los ciudadanos se relacionan con el Sistema Sanitario otorgando un papel protagonista a los pacientes y a las asociaciones que los representan.

Mantener una buena salud depende principalmente de un entorno y unos hábitos saludables, y en el caso de los pacientes crónicos de lograr un adecuado control de su enfermedad.

Pamplona a 26 de julio de 2013

Marta Vera Janín

Consejera de Salud

2.- Contexto, Alcance y Extensión

- *Marco de contexto*
- *La estrategia de crónicos en el Plan de Salud*
- *Alcance*
- *Extensión a todos los pacientes crónicos.*

Gobierno de Navarra

Departamento de Salud

Contexto, alcance y extensión

Marco de contexto

El actual modelo de atención en salud está configurado principalmente para la atención de problemas de salud que se presentan de forma aguda. Sin embargo, el envejecimiento de la población, el incremento de la esperanza de vida y los hábitos sociales de los ciudadanos, entre otros factores, está aumentando notablemente la prevalencia de patologías de índole crónico.

En este sentido, la reorientación del modelo asistencial para adaptarse a las necesidades del paciente crónico es un debate abierto entre los responsables de los diferentes sistemas de salud, debido a que la calidad asistencial al paciente crónico se ve mermada si no se ejecuta de forma integrada y no se facilita una continuidad en los cuidados entre los niveles asistenciales.

Por otro lado, el incremento de los costes asociados al cuidado del paciente crónico, unido a la coyuntura económica actual, hace que la sostenibilidad del vigente sistema sanitario sea un objetivo ineludible a la hora de plantear las estrategias de actuación en el ámbito sanitario en general y en el de la cronicidad en particular.

La Comunidad Foral de Navarra, a través del Departamento de Salud, ha realizado un proceso de reflexión y redefinición del modelo de atención en la sanidad pública para orientar su actividad a las necesidades de los pacientes y no a la demanda.

El nuevo modelo de atención del Departamento de Salud pivota sobre tres pilares fundamentales: la *mejora de los resultados de salud, la calidad del servicio prestado y* la *sostenibilidad del sistema*. Para lograr estos objetivos se han definido siete líneas estratégicas apoyadas en 4 palancas que permiten canalizar los diferentes proyectos a realizar.

Líneas Estratégicas del Nuevo Modelo de Atención

La sostenibilidad del sistema y el logro de mejores resultados en salud que persigue el nuevo modelo de atención en Navarra, no son posibles sin un adecuado modelo de atención a pacientes crónicos.

De esta forma, enmarcada en la línea estratégica de Atención Integrada, se define, entre otros, el objetivo de "Desarrollar una estrategia de atención a las enfermedades crónicas", que se desarrolla a través del proyecto estratégico "Estrategia de atención integrada a los enfermos crónicos y pluripatológicos".

PROYECTO ESTRATÉGICO 5.1.

Estrategia de atención integrada a enfermos crónicos y pluripatológicos

Esta reorientación de la estrategia ayudará a la sanidad navarra a adaptarse a los nuevos requerimientos que demanda la sanidad a nivel mundial, pasando de una organización conservadora, rígida, jerarquizada, fragmentada en tareas especializadas y con responsabilidades diluidas para dar paso a una organización innovadora, flexible, plana, multidisciplinar y con responsabilidades bien definidas.

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.

También por su parte 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" en la cual se establece objetivos y recomendaciones que permitirán orientar la organización de los servicios hacia la mejora de la salud de la población crónica.

En este contexto, el presente documento describe los principales aspectos definidos para el desarrollo de la Estrategia de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos en la Comunidad Foral de Navarra.

El Departamento de Salud se halla en pleno proceso de elaboración del nuevo Plan de Salud 2013-2020 que se centra primordialmente en el logro de resultados en salud. Sus **Principios de Intervención** son:

- Orientación a resultados en salud. Los objetivos de salud han de constituir un eje central de la gestión sanitaria y clínica.
- Coherencia entre las prioridades de salud y los medios e instrumentos
- Salud en todas las políticas con el objetivo de situar la estrategia de salud a nivel de Gobierno.
- Intersectorialidad y calidad integral tratando de incorporar objetivos de atención integral no solo de salud.
- Corresponsabilidad y participación ciudadana

Los **Objetivos de Salud** previstos en el nuevo Plan son los siguientes:

- Disminución de la mortalidad prematura y evitable aumentando la esperanza de vida.
- Disminución de la morbilidad y severidad de determinadas patologías
- Disminución de la discapacidad y promoción de la autonomía
- Mejora de la salud percibida y de la calidad de vida relacionada con la salud.
- Reducción de los riesgos para la salud
- Fomento del empoderamiento y el autocuidado
- Mejora de la equidad en los resultados de salud
- Contribución a la sostenibilidad del Sistema Sanitario

Dichos objetivos generales se despliegan en objetivos específicos y evaluables para cada una de las **Prioridades Estratégicas** del nuevo Plan de Salud que serán las siguientes:

- Prevención, promoción y autocuidados en población adulta
- Prevención y promoción de la salud en infancia y adolescencia
- Cáncer
- Diabetes y Enfermedades Vasculares.
- Demencia y otras enfermedades neurodegenerativas
- Enfermedades de salud mental
- Enfermedades respiratorias
- Prevención y atención a la discapacidad
- Seguridad del paciente
- Cuidados paliativos
- Urgencias vitales y tiempo dependientes
- Dolor crónico
- Pacientes pluripatológicos

A pesar de su indudable magnitud las enfermedades musculoesqueléticas no han sido consideradas ya que se entiende que la necesidad de intervención prioritaria vendrá marcada más por el grado de discapacidad o por el nivel de severidad del dolor crónico que generan que por el diagnóstico clínico propiamente dicho.

Como puede observarse en el diagrama adjunto, en el nuevo Plan de Salud **la Estrategia de Crónicos se concibe como un instrumento estratégico de transformación del Modelo de Atención para el logro de resultados en salud** definidos en las prioridades estratégicas, muy mayoritariamente relacionadas con procesos crónicos. Como se verá sus objetivos y estrategias son plenamente coherentes.

El nuevo Plan de Salud 2013 -2020 definirá los objetivos y metas clave de resultados de cada uno de los procesos priorizados

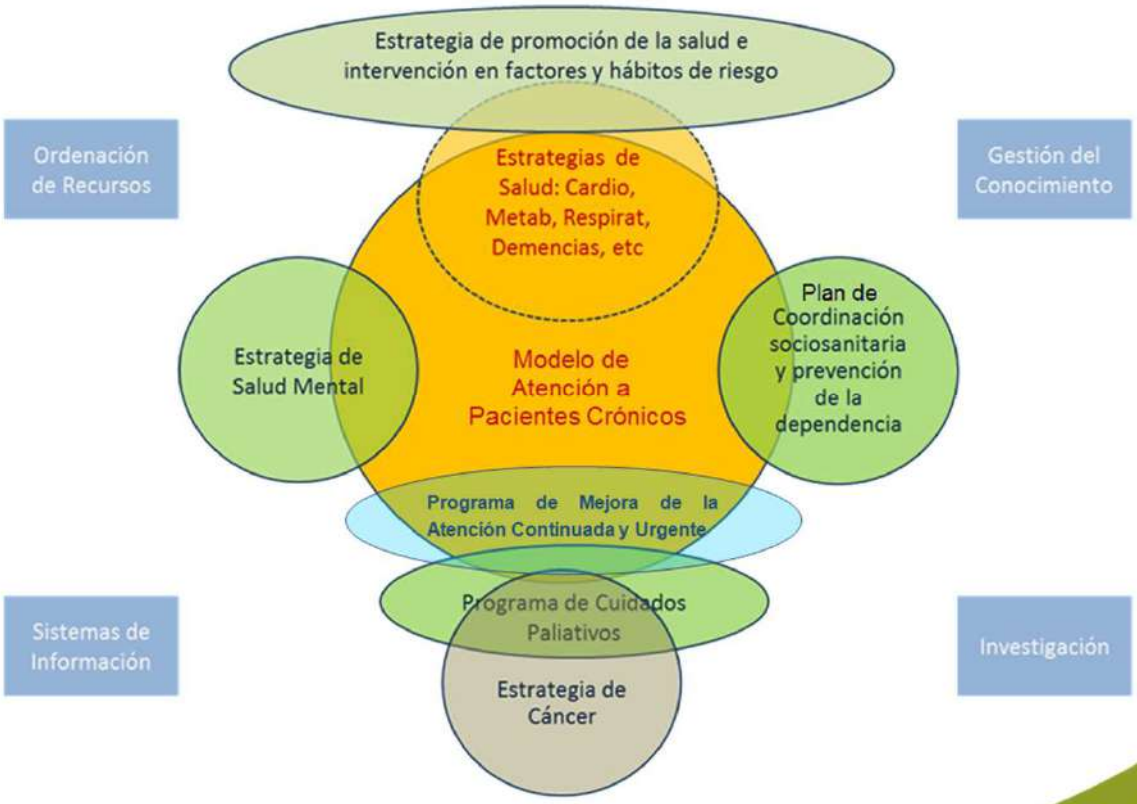
Alcance

Como se ha señalado, el Departamento de Salud enmarca el Programa de Crónicos en el contexto de su nuevo Modelo de Atención Sanitaria que contempla diversos proyectos estratégicos, uno de los cuales hace referencia precisamente al citado programa.

Si bien es en el colectivo de pacientes crónicos donde el cambio de modelo adquiere especial relevancia sin embargo el nuevo Modelo de Atención Sanitaria propugnado por el Departamento se extiende a toda la práctica asistencial, tanto en pacientes agudos como en crónicos.

En este contexto, se ha considerado oportuno fragmentar el modelo de intervención en un conjunto de planes y programas 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.



Alcance

La exclusión explícita del ámbito del programa de Programa Crónicos de la de la promoción de la salud y de la intervención sobre los factores de riesgo, incluidas la hipertensión y la hipercolosterolemia, obedece a que se ha considerado más apropiado que dichas actuaciones sean objeto de un programa específico con un enfoque menos medicalizador denominado **"Programa de promoción de la salud y estrategia de intervención en factores y hábitos de riesgo"**.

En la identificación de pacientes Plutipatológicos la HTA y la Hiperlipidemia no han sido consideradas por sí mismas sino a través del órgano sobre el que provocan el daño para definir una población más homogénea y con requerimientos similares.

Con dicha apuesta estratégica, se ha querido poner énfasis en la necesidad de proceder a una revisión radical del modelo de atención que se viene prestando a los factores de riesgo, los cuales con frecuencia son transformados indebidamente en enfermedades propiamente dichas.

Desde una adecuada concepción de salud conviene superar el modelo paternalista de atención a los factores de riesgo predominante en los últimos años que ha generado un elevado nivel de medicalización y "consumismo sanitario" y ha hecho a los ciudadanos excesivamente dependientes del propio Sistema Sanitario.

Los cambios de hábitos y actitudes son lentos, pero son los únicos que realmente logran garantizar resultados a medio y largo plazo. En buena medida la sostenibilidad del Sistema Sanitario depende del propio modelo de atención que se oferta.

Aún compartiendo el espíritu que inspira la recomendación de algunos autores de incluir la atención a determinados Cáncer en el marco de actuación del programa de crónicos, se considera prematura esa decisión, y en todo caso se cree necesario asignar responsabilidades diferenciadas y desarrollar una estrategia integral y específica en torno al proceso oncológico.

Por lo que hace referencia a la atención a los procesos crónicos de Salud Mental, se ha optado por una doble opción. Se considera que habrán de compartir el modelo de atención de procesos crónicos pero de manera adicional, habrán de contar con una estrategia de intervención propia y específica.

El programa de crónicos tendrá una importante repercusión en las necesidades de coordinación sociosanitaria, lo cual implica articular un sistema que vertebre los dispositivos, programas, servicios y recursos para atender a personas con complejas necesidades de cuidados en torno a objetivos compartidos.

Por su importancia y complejidad la Atención Sociosanitaria requiere de un plan específico que se solapará con el de Crónicos.

Alcance

Indudablemente en la atención a los Crónicos habrá de considerarse los Cuidados Paliativos requeridos, a los que haremos referencia en este documento. En todo caso su desarrollo pleno se abordará en el Plan de Cuidados Paliativos en fase de elaboración y que ya prevé su extensión al colectivo de Crónicos no Oncológicos.

De igual modo se señalarán los requerimientos de calidad específicos para garantizar la atención continuada y urgente al colectivo de crónicos. Su organización queda sin embargo reservada al Programa de Mejora de la Atención Continuada y Urgente, ya elaborado y que se encuentra en fase de revisión.

Otros de los proyectos estratégicos que el Departamento de Salud ha acometido en el marco de su estrategia de desarrollo del nuevo modelo asistencial, es el de Gestión Integral del Conocimiento, que pretende desarrollar sistemas, herramientas y servicios de gestión del conocimiento que faciliten a los profesionales la revisión y actualización permanente del conocimiento con el objetivo último de promover una mejora continua de los procesos basada en la evidencia. Dicho proyecto prevé el desarrollo de áreas temáticas vinculadas a los proyectos estratégicos, una de las cuales hace referencia al Programa de Crónicos.

Así mismo, el modelo de crónicos contempla un desarrollo tecnológico que deberá integrarse en la estrategia de sistemas de información del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Finalmente, el modelo de crónicos precisa y, a la vez, ofrece la oportunidad de desarrollar un amplio campo de investigación, razón por la cual deberán establecerse las oportunas previsiones en el Programa de Promoción de la Investigación del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

La aplicación de las previsiones contenidas en el Programa de Crónicos tendrán como consecuencia una modificación sustancial de las necesidades y modalidades de atención: reducción de urgencias y estancias hospitalarias, incremento de atención domiciliaria, nuevas necesidades de atención sociosanitaria, etc. Este hecho comportará la necesidad o la oportunidad de realizar importantes procesos de ordenación de recursos humanos que deberán acometerse mediante una estrategia específica y consensuada con los agentes sociales. Este proceso exige estudios detallados que trascienden las pretensiones del presente programa.

Extensión a todos los crónicos. Procesos priorizados

Tanto los profesionales sanitarios como las asociaciones de pacientes han demando que se clarifique que tipo de pacientes afectados por enfermedades crónicas podrán beneficiarse realmente de las nuevas modalidades de atención. En definitiva se trata de determinar si la extensión del programa se limita o no a determinadas patologías.

Conjugar los principios de equidad con la eficacia y eficiencia exigibles del sistema no es sencillo. Dar una respuesta adecuada a esta cuestión resulta clave y debe estar plenamente justificada desde el punto de vista técnico.

Igualmente resulta complejo conjugar la necesaria protocolización de los procesos de atención con la personalización requerida en la atención a los pacientes crónicos que además con mucha frecuencia presentan varias patologías crónicas.

De la decisión adoptada se derivarán importantes repercusiones tanto organizativas como de desarrollo en los sistemas de información.

- En el ámbito organizativo habremos de conjugar derechos generales con servicios específicos y circuitos normalizados con canales preferenciales.
- En el desarrollo del nuevo modelo de Historia Clínica Informatizada deberemos conjugar los necesarios protocolos y herramientas de ayuda orientadas a procesos con el desarrollo de planes personales que obligadamente han de tener carácter multi-proceso.

Con carácter general el modelo de atención de crónicos será de aplicación A TODO PACIENTE CRÓNICO con independencia de la edad y de los procesos que le afecten.

Sin embargo la extensión del programa deberá ser progresiva priorizando a los pacientes más severos y a los afectados por patologías definidas en el Plan de Salud

Los criterios considerados para definir la extensión de la estrategia han sido los siguientes:

- **Orientación al paciente** con un modelo de atención multiproceso.
- Universalidad del modelo general de atención, **aplicable a todo tipo de paciente crónico, tanto adultos como niños**, con independencia de los procesos que le afecten.
- Carácter estratégico del proyecto, lo cual implica que su desarrollo operativo deberá realizarse necesariamente de manera progresiva .
- Necesidad de priorizar la extensión a determinados perfiles de pacientes.
- Desarrollo progresivo de un sistema adicional de garantías y derechos extensible a todos los crónicos en función de su nivel de necesidad.

- Factibilidad de normalizar y protocolizar el proceso de atención y garantizar determinados servicios para algunos perfiles de pacientes en función de su casúistica y del nivel de evidencia disponible.

A la hora de determinar la prioridad de extensión del programa se toman en consideración los siguientes criterios:

- El nivel de severidad del paciente, con independencia del diagnóstico.
- La prioridades sanitarias establecidas en el Plan de Salud.
- Los criterios propuestos por el Comité Técnico y por las Sociedades Científicas y Colegios Profesionales.
- Los resultados de los sucesivos estudios de segmentación que se realicen para la identificación y priorización de perfiles de pacientes con necesidades homogéneas.

EXTENSIÓN DE LA ESTRATEGIA *** 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 casúistica y del nivel de evidencia disponible.

3.- Análisis Externo

- *Marco teórico y conceptual*
- *Experiencias nacionales e internacionales*

Gobierno de Navarra

Departamento de Salud

Modelos teóricos de gestión de crónicos

Uno de los principales desafíos para los sistemas sanitarios del siglo XXI es dar respuesta a las necesidades de los pacientes con enfermedades crónicas. Para ello, los modelos sanitarios actuales deben transformarse situando al paciente, su entorno y sus necesidades sanitarias en el centro de su actuación.

En este sentido, actualmente existen varios **modelos teóricos de gestión de pacientes crónicos a nivel internacional** orientados a la mejora de su salud:

- **Modelo de Atención a Crónicos (CCM).**
- **Modelo de Atención a Crónicos Extendido (ECCM).**
- **Modelo de Atención Innovador para el Cuidado de las Condiciones Crónicas (ICCC).**
- **Pirámide de Kaiser Permanente.**
- **Modelo de Cuidado Guiado.**

A continuación, se desarrollan los principales aspectos de cada modelo.

MODELO DE ATENCIÓN A CRÓNICOS (CCM)

Conocido como el principal modelo de referencia internacional en la atención a enfermos crónicos, en **el Modelo de Atención a Crónicos (CCM)** se representan diferentes planos superpuestos: ***la comunidad***, con sus políticas y múltiples recursos públicos y privados; ***el sistema sanitario***, con sus organizaciones proveedoras de servicios asistenciales y organizaciones aseguradoras públicas / privadas; y la ***interacción del paciente*** en la práctica clínica.

El **objetivo** de este modelo es introducir un **programa de calidad que mejore la atención asistencial** a través del desarrollo de seis áreas:

1. ***Fomento de la autoayuda / autogestión*** a través de la participación del paciente y su familia en el cuidado y en el seguimiento.
2. ***Apoyo a la toma de decisión profesional***, mediante la integración de guías clínicas basadas en la evidencia en la práctica clínica diaria y otros métodos.
3. ***Mejoras a la atención clínica centrada en el trabajo de equipo*** y en una amplia práctica profesional.
4. ***Sistemas de información clínicos*** para el seguimiento, atención y evaluación del paciente y para proporcionar datos relevantes.
5. ***Gestión del cambio en la organización*** (planificar incluyendo objetivos medibles para mejorar la calidad del cuidado).
6. ***Participación comunitaria*** para movilizar recursos no sanitarios.

Este modelo se ha desarrollado en base a una extensiva revisión de la literatura científica sobre las mejores prácticas, opinión de expertos y comparación de resultados en la mejora de la calidad, resultando eficaz en patologías como la diabetes, el asma, EPOC, la insuficiencia cardiaca, la depresión, etc.

En 2003 fue revisado por la autoridad sanitaria de Vancouver, incluyendo aspectos relacionados con la promoción de la salud de la población, los determinantes sociales de la salud y la participación comunitaria.

MODELO DE ATENCIÓN A CRÓNICOS EXTENDIDO (ECCM)

Surgido a partir del Modelo de Atención a Crónicos (CCM), el **Modelo de Atención a Crónicos Extendido (ECCM)** incluye la influencia de los condicionantes sociales en la salud. En este sentido, los elementos fundamentales para la atención óptima a la cronicidad son:

- Un **paciente informado y activo**, que dispone de la motivación, información, habilidades y seguridad necesarias para tomar las decisiones sobre su propia salud y su gestión.
- Un **equipo asistencial preparado** que, en el momento de la interacción con el paciente, tenga la información, los recursos y el apoyo en la toma de decisiones necesarios para proporcionar un cuidado de calidad.

El **objetivo** de este modelo es **lograr interacciones productivas**, reconocidas mediante:

- ***Valoración de los objetivos alcanzados*** mediante habilidades de autogestión, confianza-asertividad y del estado clínico.
- ***Implantación y seguimiento de guías clínicas.***
- ***Seguimiento de la gestión clínica*** mediante verificación de los pasos del protocolo.
- ***Colaboración entre profesionales*** en la identificación de los objetivos y en la solución de problemas con un plan de cuidados compartido.
- ***Planificación del seguimiento*** activo y continuado.

MODELO DE ATENCIÓN INNOVADOR PARA EL CUIDADO DE LAS CONDICIONES CRÓNICAS (ICCC)

La OMS promueve una adaptación del Modelo de Atención a Crónicos (CCM), denominado **Modelo de Atención Innovadora para el Cuidado de las Condiciones Crónicas (ICCC)**, que incluye componentes a **nivel macro, meso y micro**, y cuyo **objetivo** es **desarrollar políticas globales de salud**.

- Resalta la necesidad de un **ambiente político positivo** para orientar los servicios hacia las necesidades de los pacientes con afecciones crónicas.
- Una **dirección sólida, acción y colaboraciones intersectoriales, integración de políticas, sostenibilidad financiera y el suministro y desarrollo de recursos humanos cualificados** representan elementos clave y constituyen una dimensión no tratada de un modo explícito en la versión original del CCM.
- La atención sigue estando centrada en el papel de los agentes comunitarios, así como en la importancia de la integración y en la coordinación de servicios. Mientras, cuestiones relacionadas con el **apoyo de decisiones** se incluyen en el suministro de recursos, para **equiparar las necesidades** en contextos donde existe una falta de equipamiento y medicación.
- La relación establecida dentro del CCM entre los **profesionales sanitarios y pacientes** se extiende a la tríada que ahora hace partícipe a la **comunidad**. Se sustituye el término "activado" en referencia a los pacientes por "motivado y preparado".

En este sentido, este modelo **añade al CCM los siguientes principios**:

- **Toma de decisiones basada en la evidencia.** La evidencia debe ser la base para todas las decisiones en la formulación de políticas, planificación de servicios y gestión clínica de las condiciones crónicas. La evidencia incluye la información disponible acerca de la magnitud de las condiciones crónicas, intervenciones eficaces y eficientes para reducir la necesidad de recursos actuales y futuros, y la proporción apropiada de personal con diferentes capacidades dentro de la atención a la salud. La información basada en la evidencia incluye, por tanto, lo que se conoce acerca de los procesos clínicos de atención y de sus resultados en los pacientes. Cuando la evidencia guía las decisiones, la atención para las condiciones crónicas se optimiza.
- **Enfoque de salud poblacional.** Los sistemas de atención de salud para las condiciones crónicas son más eficaces cuando priorizan la salud de una población definida y dejan de ser la única posibilidad donde buscar la atención a los pacientes. La gestión de la población es una estrategia a largo plazo preventiva: permite organizar los recursos para mejorar la calidad de atención y los consiguientes resultados de salud en poblaciones con necesidades bien conocidas y bien comprendidas. Este enfoque reduce la necesidad de recursos de alto coste y de especialidad elevada.
- **Foco en la prevención.** Cuando a los pacientes se les proporciona sistemáticamente información adecuada y desarrollan aptitudes para reducir los riesgos para la salud, tienen mayores probabilidades de reducir la carga y las exigencias de atención de las condiciones crónicas. Para promover la prevención, el compromiso y la acción de la organización de atención de la salud, la comunidad y el gobierno resultan vitales.
- **Énfasis en la calidad de la atención sistémica.** El control de calidad asegura que los recursos se usan adecuadamente, que los proveedores sanitarios brindan atención eficaz y eficiente, y que el resultado de estas acciones en los pacientes es el mejor posible (dentro de las posibles limitaciones). La calidad no solo es un tema de prestaciones de atención asistencial: si comienza a nivel de política, asegura mejor calidad en el nivel de la organización asistencial, de la comunidad y del pacientes dentro del sistema.

- **Flexibilidad / Adaptabilidad.** Los sistemas de atención de salud necesitan estar preparados para adaptarse a situaciones cambiantes, información nueva y sucesos imprevistos; para ello, el seguimiento y la evaluación resultan clave. Cuando estos procesos están incluidos dentro del sistema de atención de salud, éste tiene el potencial para convertirse en un sistema en constante evolución y adaptación que prevé y responde de forma flexible a las exigencias cambiantes de la atención de salud.
- **Integración / interoperabilidad, como núcleo duro y fractal del modelo.** La atención de salud para las enfermedades crónicas requiere integración desde múltiples perspectivas. Cada nivel asistencial de atención de salud, macro, meso, y micro, debe colaborar y compartir la meta inequívoca de mejor atención para las condiciones crónicas. Los límites entre los niveles asistenciales del sistema deben difuminarse para permitir una verdadera integración de las organizaciones de atención de salud, las comunidades, las políticas y los pacientes. Además, la atención debe integrarse a través de todas las categorías de las condiciones crónicas, yendo más allá de los límites tradicionales de las enfermedades.

Así, el Modelo ICCC puede servir como referente para el análisis comparado de sistemas y la identificación de ejemplos de buena práctica.

PIRÁMIDE DE KAISER PERMANENTE

Los modelos poblacionales para la atención de pacientes crónicos sitúan el foco de su intervención en la población y sus necesidades, en vez de en el sistema.

Entre estos modelos, destaca el modelo denominado **Pirámide de Kaiser Permanente**, que identifica tres niveles de intervención según el nivel de complejidad del paciente crónico.

Nivel 1: Soporte a la autogestión → Cuidados crónicos – Gestión de la población

- Con el apoyo adecuado, muchas personas pueden aprender a ser **agentes activos en su propio cuidado** *(self management)*, ayudando a prevenir complicaciones, frenar el deterioro y evitar tener más condicionantes. La mayoría de las personas con enfermedades crónicas se incluyen en esta categoría, por lo que incluso una pequeña mejora en este aspecto puede tener un enorme impacto a nivel individual y global.

Nivel 2: Gestión de la enfermedad → Pacientes de alto riesgo – Gestión del cuidado

- **Gestión por procesos** *(disease management)* siguiendo los protocolos acordados y las vías para el manejo de enfermedades específicas. Se sustenta en los buenos sistemas de información (registros de pacientes, historia clínica y planificación de la atención), que comparten los registros electrónicos de salud.

Nivel 3: Pacientes altamente complejos – Gestión del caso

- Como la mayoría de las personas tienden a desarrollar más de una patología, su atención se vuelve más compleja y difícil de manejar tanto para ellos, como para el sistema de salud y los sistemas sociales. Por ello, se requiere una **gestión proactiva de los casos** *(case management)* **mediante un profesional clave**, a menudo una enfermera, que realice una gestión sanitaria proactiva, anticipándose a las necesidades del paciente.

MODELO DE CUIDADO GUIADO

El **Modelo de Cuidado Guiado** es un modelo de atención sanitaria funcional e interdisciplinar diseñado para **mejorar la calidad de vida y atención sanitaria de los pacientes crónicos complejos, así como el uso eficiente de los recursos**, de forma que se reduzcan los costes asistenciales globales.

Desarrollado por un equipo multidisciplinar de expertos del *"Roger C. Lipitz Center for Integrated Health Care"* del *"Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health"*, este modelo **se centra en la figura de enfermera de cuidado guiado (ECG)**, que trabaja con el paciente, la familia de éste y el médico de familia en el desarrollo de ocho procesos clínicos:

- **Evaluación del paciente en su hogar.** La ECG realiza una primera evaluación del paciente en su hogar, identificando sus prioridades para optimizar su salud y calidad de vida. Además, la ECG evalúa el estado médico, funcional, cognitivo, afectivo, psicosocial, nutricional y ambiental.

- **Elaboración de la Guía de Cuidados y el Plan de Acción:**

  - Guía de Cuidados. Recoge las patologías, medicación, alergias, dieta resultados de los chequeos, familiares y otra información relevante del paciente recabada en el proceso anterior, en base a la cual se determina el estado del mismo y los planes de cuidado. La ECG junto con el médico de familia personalizan la guía para adecuarla a las circunstancias particulares del paciente. Posteriormente, se consulta con el propio paciente y familiares por si resultase necesario realizar modificaciones en función de sus preferencias, prioridades e intenciones.

  - Plan de Acción. La ECG convierte la información de la Guía de Cuidado en un Plan de Acción personalizado. Está orientado principalmente al cuidado que el paciente debe hacer en su hogar, de forma que recuerde: tomar los medicamentos a tiempo, comer apropiadamente, realizar actividad física adecuada, realizar un autocontrol, recordar las citas con el personal médico y contactar por teléfono si necesita ayuda.

- **Fomento del autocuidado por parte del paciente.** La ECG remite al paciente a un curso de autogestión de patologías crónicas en el que la propia ECG presta apoyo. En el curso, el paciente aprende a perfeccionar e implementar planes de acción.

- **Monitorización periódico del estado del paciente.** La ECG realiza un seguimiento telefónico del paciente periódicamente y cuando éste asiste a las consultas con el médico de familia (estando, además, disponible mediante teléfono para el paciente y el resto de profesionales involucrados en la atención del mismo). Asimismo, este seguimiento se complementa con entrevistas motivacionales dirigidas a lograr una mayor participación del paciente en su cuidado y una mayor adherencia al Plan de Acción. En base a los resultados del seguimiento, la ECG y el médico de familia actualizan la Guía de Cuidados y el Plan de Acción.

- **Coordinación de los esfuerzos de todos los profesionales involucrados en la atención al paciente.** Si, por ejemplo, el paciente acude a urgencias, al hospital, a rehabilitación o es hospitalizado en su domicilio, la ECG proporciona a esos profesionales información actual del paciente (Guía de Cuidados), explica el rol de la ECG, visita al paciente, ayuda a planificar y efectuar el alta y seguimiento y se reúne con el paciente tras la transición para asegurarse que todo se desarrolla según lo planeado.

- **Organización de la transición del paciente entre los diversos centros de atención sanitaria**. La ECG mantiene informado al médico de familia tanto de las transiciones del paciente como de su estado.
- **Apoyo y asesoramiento / educación a familiares (cuidadores).** La ECG les ofrece ayuda individual y grupal en forma de: información, llamadas de seguimiento, consultas telefónicas, etc.
- **Acceso a recursos comunitarios.** En función de la situación del paciente, éste o sus familiares pueden necesitar ayuda adicional. Por ello, la ECG puede recomendarles asociaciones o servicios asistenciales a los que acudir.

Para gestionar estos ocho procesos asistenciales, **la ECG recurre a la Historia Clínica Electrónica**, donde registra toda la información relevante del paciente y que le permite:

- Revisar la medicación del paciente para detectar posibles efectos adversos.
- Generar y revisar las Guías de Cuidados.
- Consultar los datos de contacto del paciente, familiares y resto de profesionales involucrados en su atención.
- Establecer recordatorios de visitas, llamadas de seguimiento, etc.

El Modelo de Cuidado Guiado **se diferencia de la gestión de casos** *(case management)* **y de la gestión de la enfermedad** *(disease management)*, principalmente, en las siguientes cuestiones:

- Se establece una relación cercana y prolongada en el tiempo con el paciente.
- Se crea una guía de cuidados basada en la evidencia y un plan de acción pensado en el paciente, que, además, se adecúan a los objetivos de éste.
- Se realiza un seguimiento del paciente de forma proactiva, incidiendo en el aspecto motivacional.
- Se ofrece apoyo a los familiares que cuidan del paciente.

Experiencias nacionales e internacionales

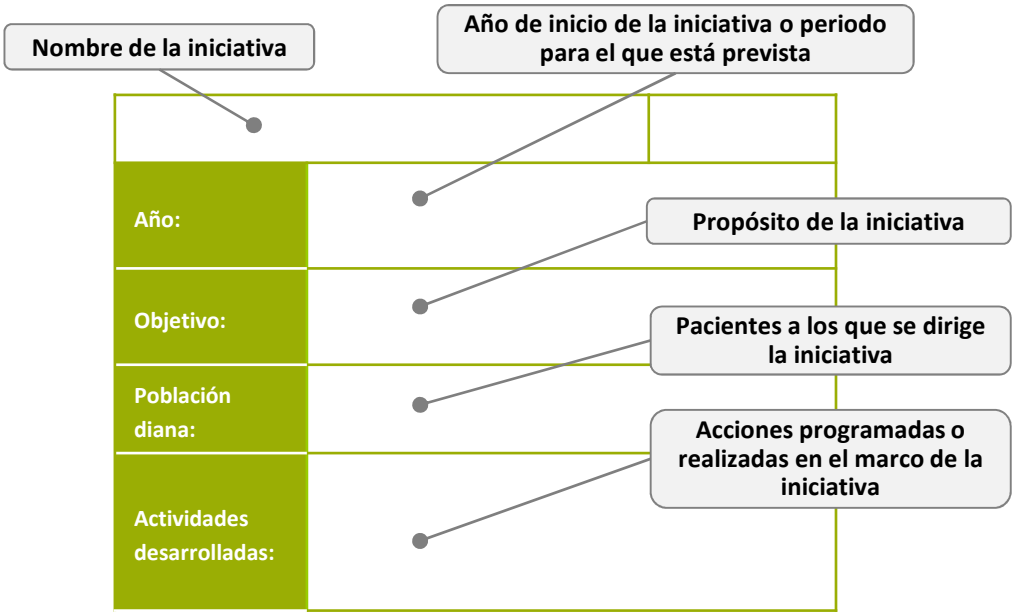
Como se ha señalado anteriormente, las enfermedades crónicas se están convirtiendo en una de las principales causas de los problemas de sostenibilidad del sistema sanitario debido a su doble impacto:

- Pueden representar una importante limitación en la calidad de vida, productividad y estado funcional de las personas que las padecen.
- Pueden convertirse en un propulsor del incremento de los costes sanitarios y sociales.

Por este motivo, y en el ámbito de los modelos teóricos de gestión descritos anteriormente, regiones y países en todo el mundo han desarrollado modelos y enfoques centrados en los pacientes crónicos adecuados a las características de sus propios sistemas de salud, que permiten abordar la atención a dichos pacientes de la mejor forma posible.

Por ello, en el Anexo I se recogen las iniciativas realizadas a nivel nacional en Murcia, Aragón, Andalucía, Castilla y León, Euskadi y Comunidad Valenciana; y a nivel internacional en Alemania, Australia, Canadá, Francia, Inglaterra y Suecia.

Las fichas resumen que se proporcionan en las sucesivas páginas del Anexo reproducen el siguiente esquema:



4.- Análisis previo de situación

- *Análisis de la población de Navarra*
- *Principales indicadores de salud*
- *La población crónica en Navarra*
- *Análisis DAFO*
- *Autoevaluación IEMAC*

Gobierno de Navarra

Departamento de Salud

Distribución demográfica de la población

La población de la Comunidad Foral se ha incrementado en un 27,7% en los últimos 30 años (1970 – 2011), hasta llegar a la cifra de 642.051 habitantes en enero de 2011. Este crecimiento está por debajo de la del conjunto del estado que se sitúa en un 28%.

Sin embargo, el número de habitantes con más de 65 años ha aumentado en línea con el país (63% frente a 61%), aunque la proporción de habitantes con más de 65 años es mayor en Navarra que en España (18% frente a 16%).

En términos generales, el crecimiento demográfico de Navarra ha sido menor que la media española y la densidad sigue siendo baja. De hecho, Navarra sigue siendo una de las comunidades autónomas menos densamente pobladas, tan solo por delante de Aragón y Extremadura.

Si se analiza la distribución por sexos, se observa que en 2011, el número de mujeres es mayor que el de hombres. Hay 320.326 hombres viviendo en Navarra mientras que el número de mujeres alcanza las 320.967. Sin embargo, el número de nacimientos masculinos es netamente superior al femenino. Sólo a partir de los 60 años, la cantidad de mujeres supera a la de hombres.

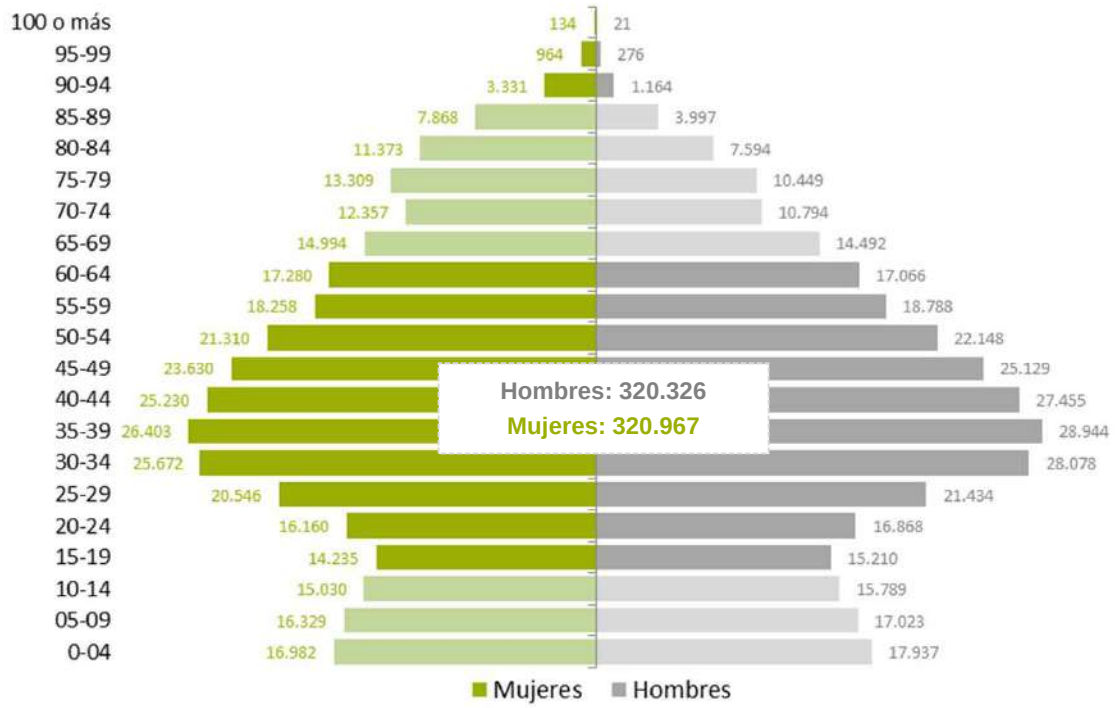
Teniendo en cuenta la distribución por edades, se observa que el número de mujeres es inferior en todos los tramos de edad excepto a partir de los 44 años donde el número de mujeres que superan esta edad es de 144.742 frente a los 131.903 hombres.

Desde hace algunas décadas se observa un envejecimiento progresivo de la población navarra. La media de edad de los navarros sigue aumentando. De hecho, un 22,9% de los navarros cuenta con más de 60 años, y en la Comunidad Foral la población de mayores de 75 años superan a la de menores de 20 años.

En resumen, la pirámide de población navarra es algo diferente a la del conjunto estatal, ya que:

- El estado de salud es mejor: el porcentaje de menores de 16 años en la Comunidad Foral es del 16,1% mientras que el del conjunto estatal es ligeramente inferior (15,7%).
- El envejecimiento es mayor: el porcentaje de mayores de 65 años alcanza el 17,6% con más de 113.000 personas por encima de esa edad, mientras que el del Estado se queda en el 16%, con algo más de 7,5 millones de empadronados que superan esa cifra.

Pirámide de Población en Navarra por edad y sexo (2011)



Fuente: IEN

Desde un punto de vista poblacional, en el siguiente cuadro se recogen los principales indicadores de la Comunidad Foral en 2011.

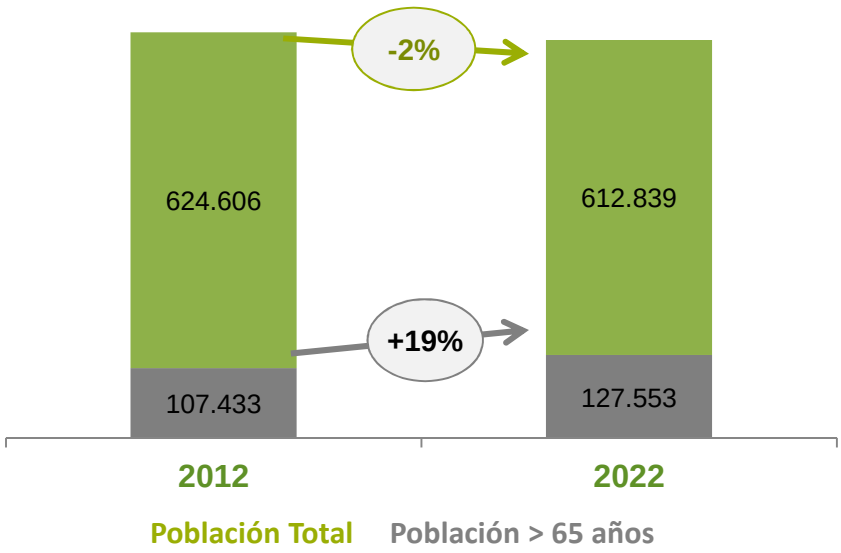
Indicadores demográficos básicos (2011)			
Población	642.051	**Índices de vejez**	
Tasa de crecimiento	1,45	Población >64/<15 años	114,16
Índice de masculinidad	99,77	Población >59/<20 años	114,73
Densidad de la población	61,79	**Índices de dependencia**	
Índice de Juventud de la Población Activa	98,73	Población. <15 y >64 / 15-64 años	49,37
Índice de Tendencia	104,70	Población <20 y >59 / 20-59 años	75,40
Edad media	41	**Índices de dependencia juvenil**	
Tasa Bruta de Natalidad (Datos de 2010)	10,92	Población <15 / 15-64 años	23,05
Tasa Bruta de Mortalidad (Datos de 2010)	8,00	Población <20 / 20-59 años	35,11
Tasa Bruta de Nupcialidad (Datos de 2010)	3,70	**Índices de dependencia senil**	
Estructura de la población		Población >64 / 15-64 años	26,32
Índice de Juventud	15,43	Población >59 / 20-59 años	40,28
Población 15-64 años %	66,95	**Índices de recambio población activa**	
Índice de Envejecimiento	17,62	Población 20-24 / 60-64 años	96,16
Población <20 años	20,02	Población 20-29 / 55-64 años	105,06
Población 20-59 años	57,01	*Fuente: IEN*	
Población >59 años	22,97		

Proyección poblacional en la Comunidad Foral

La más reciente proyección de la población de la Comunidad Foral hasta el 2022 realizada por el Instituto de Estadística de Navarra (IEN) el pasado 19 noviembre de 2012 estima que la población global descenderá en torno a un 2%, debido fundamentalmente a la emigración, y por el contrario la población de mayor edad continuará su imparable crecimiento con las siguientes consecuencias:

1. En este período el porcentaje de población mayor de 65 años crecerá del 17% al 21% pasando de 107.433 a 127.553 habitantes lo cual representa un incremento cercano al 19%
2. Los mayores de 80 años pasarán de 33.066 a 38.605 lo que representa un incremento igualmente notable del 17%
3. La evolución de la Tasa de Dependencia nos indica que el número de inactivos (<15 +>65) frente al población en edad activa (de 15 a 65) pasará de ser un 48 % a un 56%
4. Por su parte la Tasa de Dependencia de los mayores de 65 años pasará de 25,5 a 32,4%

Proyección Población Navarra (2012-2021)

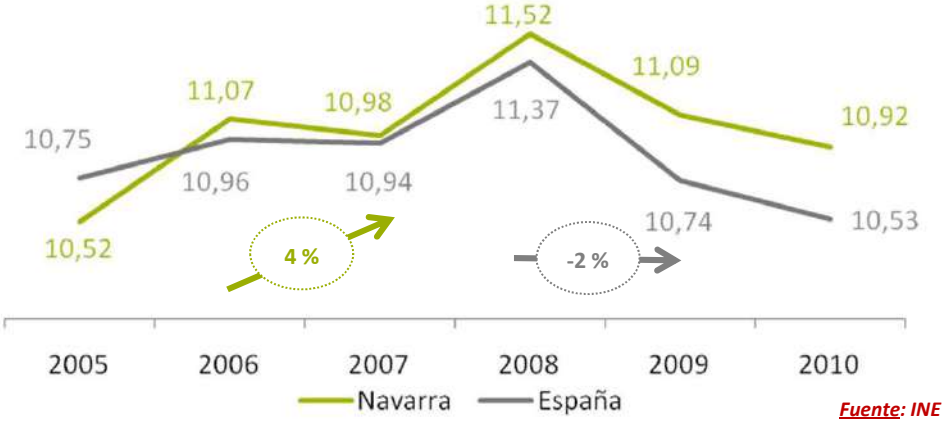


¿Cómo es la salud de la población en general?

A continuación, se va realizar una comparativa de la evolución de los principales indicadores de salud en el **período 2005-2010** de la Comunidad Foral de Navarra respecto a España.

La **Tasa de Natalidad** de Navarra ha crecido un 4% en el periodo de estudio, mientras que a nivel nacional, tras registrar una evolución creciente, en el año 2010 ha registrado cifras inferiores al año 2005.

Evolución Tasa de Natalidad (2005-2010)



Fuente: INE

La Tasa Bruta de Natalidad media a nivel nacional se sitúa en 10,53 en el año 2010, similar a la Comunidad Foral de Navarra (10,92). Cabe destacar la Tasa Bruta de Natalidad registrada en Ceuta, Murcia y en particular Melilla, que duplica la media nacional.

Tasa Bruta de Natalidad (2010)

En España en el año 2010 la **Tasa Bruta de Mortalidad** estaba situada en 859 fallecidos por cada 100.000 habitantes. Las principales causas de muerte fueron:

- Las Enfermedades cardiovasculares: es la primera causa de muerte en España, representando el 32,2% del total de defunciones.
  - Las enfermedades isquémicas del corazón, son la primera causa de muerte entre los hombres.
- Las Enfermedades cerebrovasculares: es la principal causa de muerte entre las mujeres.
- El Cáncer: suponen el 26% del total de fallecimientos.
  - El cáncer de mama es el más significativo en las mujeres, mientras que en los hombres el cáncer de bronquios y pulmón es el primero en importancia seguido del cáncer de colón y recto.
- Las Enfermedades del sistema respiratorio: otro de los grupos de causas de muerte con más defunciones anuales (aproximadamente 44.000 fallecimientos).

Así, se obtiene el siguiente cuadro, donde se observa que Navarra sigue la tendencia del estado, pero tiene proporcionalmente un número menor de defunciones en la mayoría de grupos de causas

Mortalidad Específica por los Grupos de Causas de Muerte más relevante (2010)

Indicador	Navarra		España	
	Nº de Defunciones	Tasa por 100.000 hab.	Nº de Defunciones	Tasa por 100.000 hab.
TODAS LAS CAUSAS	4.981	802	380.234	825
Enfermedades sistema circulatorio	1.510	243	118.360	257
Endocrino Metabólicas	162	26	12.553	27
Enfermedades del Sistema Nervioso, ojo y oído	321	52	19.255	42
Trastornos mentales y del comportamiento	153	25	14.816	32
Cáncer	1.404	226	107.021	232
Enfermedades sistema respiratorio	577	93	40.132	87

En comparación con el resto de Comunidades Autónomas, en el año 2010 Navarra se encuentra entre la media, con una Tasa Bruta de Mortalidad de 8,02, en línea con comunidades como la Comunidad Valenciana (8,04), Cataluña (8,15) o País Vasco (9,05); de hecho sigue la tendencia estatal, ya que la media española es de 8,25.

Tasa Bruta de Mortalidad (2010)

Fuente: INE

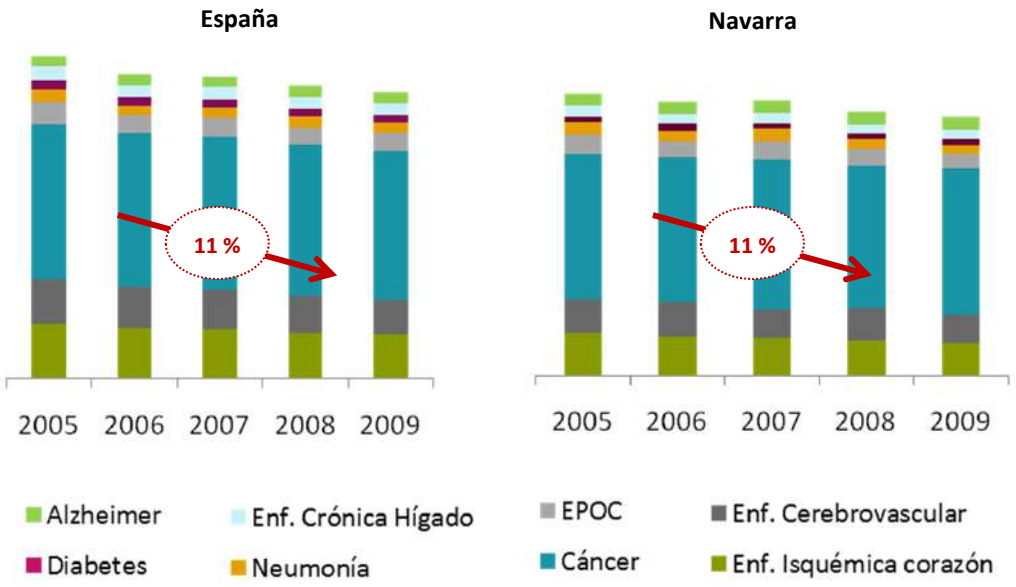
La **Tasa de Mortalidad Ajustada por edad** en el Estado es de media entre un 11 y un 15% superior a la de Navarra (2005 – 15%; 2006 y 2009 – 14%; 2007 – 13% y 2008 – 11%).

Evolución Tasa de Mortalidad ajustada por edad, por 100.000 habitantes (2005-2009-último año disponible)

Fuente: SNS-O

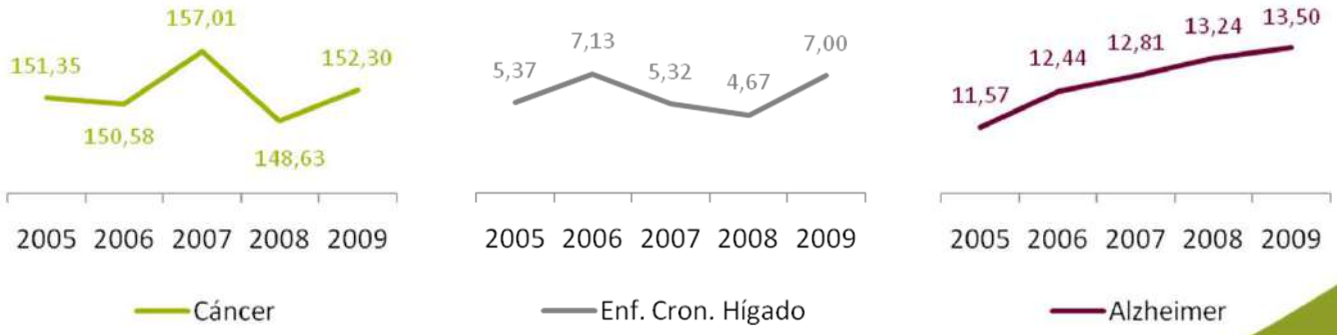
Observando la distribución de dichas Tasas de Mortalidad (ajustadas por edad), se tiene que tanto en España como en Navarra, entre las principales causas de mortalidad, las que más peso tienen son el cáncer, seguido de las enfermedades isquémicas del corazón y de las enfermedades cerebrovasculares.

Distribución Mortalidad ajustada por principales causas de muerte (2005-2009-último año disponible)



La Tasa de Mortalidad (ajustada por edad, por 100.000 habitantes) en Navarra ha disminuido, pasando de 495,25 en el 2005 a 443 en el 2009. En el caso del cáncer, enfermedad crónica del hígado y Alzheimer las tasa de mortalidad ha aumentado al final del período analizado. En concreto, en cáncer pasa de 151,35 a 152,30, en las enfermedades crónicas del hígado pasa de 5,37 a 7 y en Alzheimer de 11,57 a 13,50.

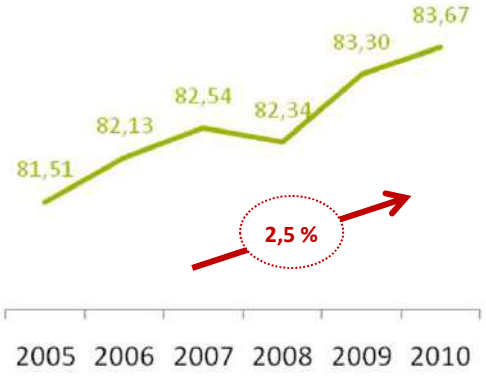
Evolución Tasa de Mortalidad Ajustada por edad (2005-2009-último año disponible)



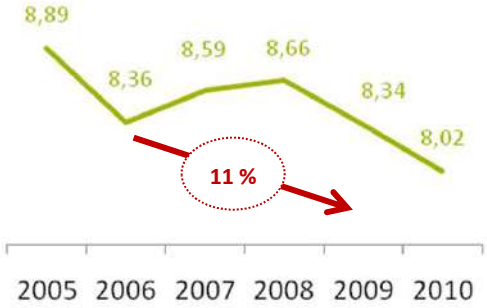
Fuente: SNS-O

A pesar de todo, la **Esperanza de Vida** (promedio de años que se espera que viva un individuo desde el nacimiento hasta su muerte) en Navarra ha aumentado en casi dos años desde el 2005, situándose en el año 2010 en 83,67 años.

Evolución Esperanza de Vida (2005-2010)

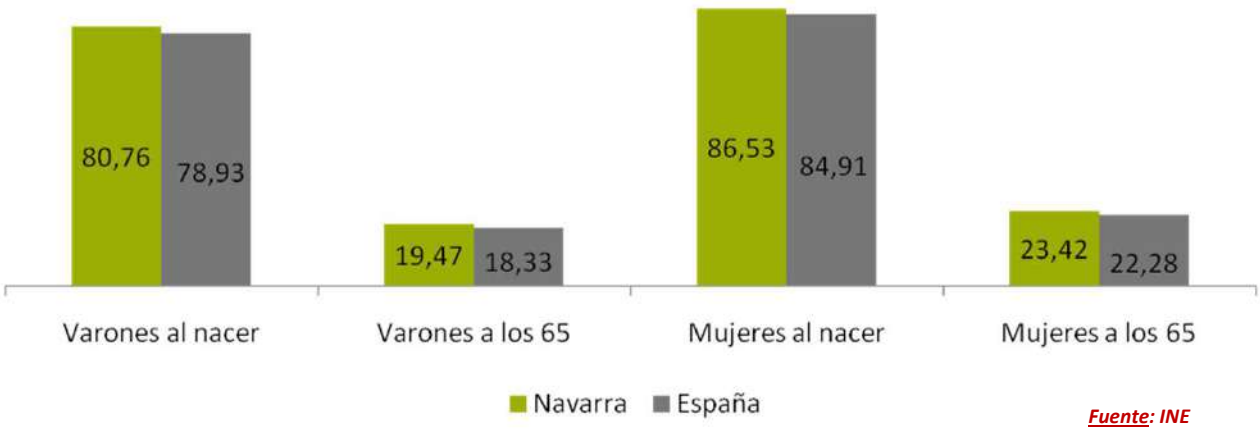


Evolución Tasa de Mortalidad (2005-2010)



Fuente: INE

Esperanza de Vida al Nacer y a los 65 años (2010)



Fuente: INE

Las Esperanzas de Vida son superiores en las mujeres, tanto al nacer como a los 65 años. Cabe destacar que tanto hombres como mujeres presentan en Navarra una esperanza de vida al nacer 2 años superior a la media nacional, y un año superior a partir de los 65 años.

En este sentido, se presenta para el año 2010 la comparativa a nivel nacional de la Esperanza de vida al nacer.

Esperanza de Vida al Nacer (2010)

Fuente: INE

Tal y como se observa en el gráfico, Navarra (83,7) presenta la Esperanza de Vida más alta a nivel nacional, seguida por la Comunidad de Madrid (83,4) y La Rioja (82,9).

Cabe destacar que Navarra supera en 5 años la Esperanza de Vida que presenta la ciudad autónoma de Ceuta (78,8) y en casi en 3 años a Andalucía (80,7)

Analizando la Esperanza de Vida al nacer por género, Navarra también lidera la clasificación entre Comunidades Autónomas.

¿Cómo es la salud de la población mayor?

Tal y como se ha mostrado en el análisis demográfico, los cambios que se han experimentado en las últimas décadas (tanto a nivel provincial, como nacional e internacional), han supuesto profundas transformaciones en la pirámide poblacional, entre ellas un **proceso de envejecimiento** notable.

La Organización Mundial de la Salud recalca la importancia de aumentar el esfuerzo para lograr satisfacer las necesidades y expectativas de las personas mayores, a la vez que hay que prepararse para hacer frente a una sociedad cada vez más envejecida y con más problemas de salud.

Uno de los efectos de este envejecimiento es el aumento de las personas con discapacidad dado que la edad es un factor determinante en la aparición de este tipo de casuística. De hecho, la **Tasa de Discapacidad** de 65 a 79 años es 185,9 personas por cada mil habitantes, mientras que en el intervalo de 80 y más años, la tasa asciende a 502,5 personas.

En 2008, 28.500 personas mayores de 65 años sufrían algún tipo de discapacidad, lo que constituye el 68,5% del total de la población con discapacidad en Navarra.

El aumento continuado de la Esperanza de Vida gracias a la disminución de la mortalidad, tiene importantes consecuencias sanitarias y sociales como un aumento de la relevancia de las personas de más avanzada edad y el predominio de las enfermedades crónicas.

De hecho, los datos históricos también confirman esta evolución hacia una población más envejecida.

% de personas mayores de 65 años				
	Navarra		España	
2012	18,3	40,4 %	17,4	40,2 %
2005	17,7		16,8	
1995	16,5		15,1	
1985	12,9		11,9	
1975	10,9		10,4	

Fuente: INE

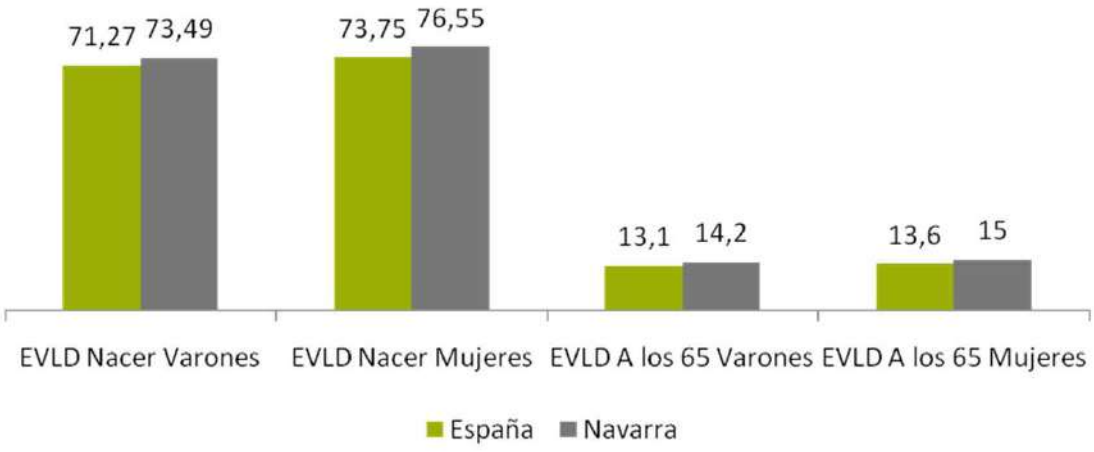
En concreto, y como se refleja en el cuadro anterior, Navarra siempre ha ido unas décimas por delante a España en la proporción de personas mayores de 65 años. Sin embargo, el crecimiento proporcional en el período 1975-2012 es muy similar en ambos casos: 40,4% en el caso de Navarra frente a 40,2% en el de España.

Todas las circunstancias comentadas anteriormente, hacen que los indicadores de salud clásicos, basados en la mortalidad, resulten insuficientes para describir la evolución del estado de salud de la población. Para ello se han establecido diferentes indicadores asociados.

Uno de los más importantes es el de la **Esperanza de Vida Libre de Discapacidad (EVLD)**. Se trata de un índice que mide el número medio de años que una persona espera vivir sin discapacidad si se mantienen las tasas actuales de mortalidad y de discapacidad.

Tomando como referencia la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD) del año 2008, se ve que en Navarra, este índice es superior en todos los casos al del estado. Además, también es superior en todos los casos (tanto en España como en Navarra) en las mujeres.

Comparativa Esperanza de Vida Libre de Discapacidad (2008)



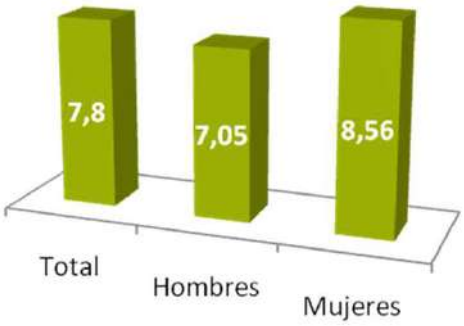
Fuente: IEN; INE

Distribución de la prevalencia de la población atendida

ATENCIÓN PRIMARIA

Según datos del SNS-O, anualmente el 14% de la población acude al Centro de Salud (existen un total de 58 centros de AP) en 14 o más ocasiones, un 13% entre 9 y 13 veces, y un 18,5% entre 5 y 8 veces; frente al 31% que sólo acude entre 1 y 3 veces o el 23,5% que no acude nunca.

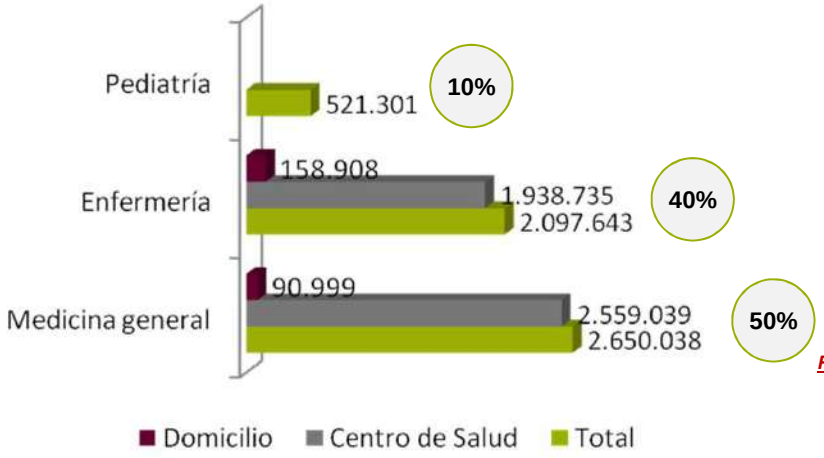
Frecuentación en centros de AP (2009)



Fuente: SNS-O Datos 2009

Por lo que respecta al número de consultas atendidas, un total de 5.268.982, el siguiente gráfico señala cómo es su distribución:

Distribución de consultas de AP (2009)



Fuente: IEN

En relación a los **motivos de consulta,** entre **los 25 primeros** se encuentran cuatro de las enfermedades crónicas prevalentes para Navarra:

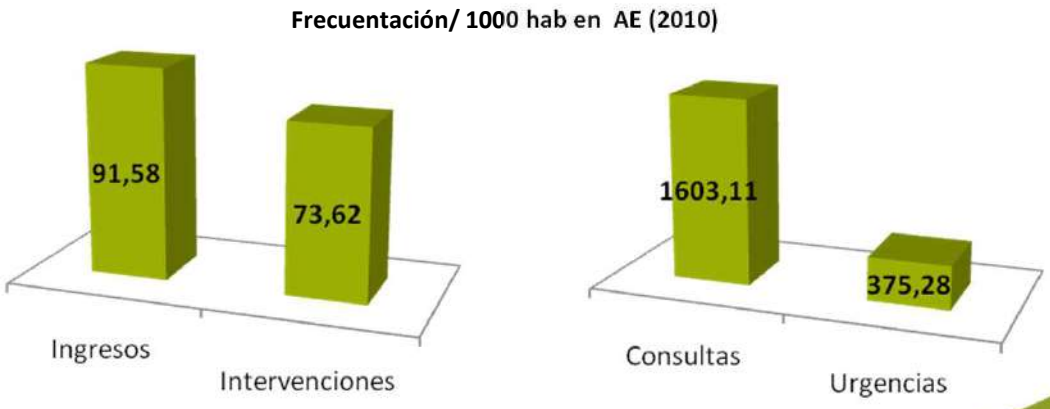
- Diabetes Mellitus tipo II (en la tercera posición)
- EPOC (en la posición 12)
- Asma (en la posición 18)
- Insuficiencia Cardiaca (en la posición 23)

Cada una de estas enfermedades superan individualmente las 60.000 recetas extendidas a crónicos. El conjunto de los 25 motivos de consulta, supone un 60% del total de recetas crónicas extendidas (7.481.515), y un 25% del total de recetas (crónicas o no) emitidas en el 2009 (10.863.547).

Así mismo, si se analiza la **prevalencia**, se obtiene que los 25 episodios activos (todos los episodios atendidos en que consta que han sido "tocados" en Hª Clª) más frecuentes en el año 2009 suponen un 44% del total de episodios tocados en dicho año (2.704.005). La Diabetes ocupa el puesto 10 con 28.604 episodios atendidos y el asma el puesto 19 con 20.475. La EPOC y la IC desaparecen de esta clasificación, aunque su posición (puesto 78 para la EPOC con 8.445 episodios tocados y puesto 121 para la IC con 5.264 episodios tocados), sigue siendo importante, ya que estos totales se toman sobre una muestra de 688 enfermedades consideradas.

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Según datos del SNS-O, el total de ingresos durante 2010 desciende un -0,6% respecto al 2009, al igual que el índice de ocupación, que presenta una caída respecto al año anterior de -2,56%, y que la estancia media, que baja a 6,05 días (-0,20 menos que en 2009).



Fuente: Memoria SNS-O.2010

En la siguiente tabla se puede ver cuáles han sido en el año 2009 los **25 primeros motivos de consulta en AP**, ordenados por el número de recetas crónicas. Cada una de estas enfermedades superan individualmente las 60.000 recetas extendidas a crónicos. En su conjunto suponen un 60% del total de recetas crónicas extendidas (7.481.515), y un 25% del total de recetas (crónicas o no) emitidas en el 2009 (10.863.547).

Motivos de consulta en atención primaria. Episodios atendidos ordenados por recetas a crónicos (2009)

	Episodios Nuevos	Episodios Tocados	Inter consultas	Farmacia	Recetas Crónicos	Procesos Diagnóst.
HIPERTENSION NO COMPLICADA	4.667	74.213	4.535	1.017.651	927.251	130.789
TRASTORNOS LIPÍDICOS	9.431	63.986	418	468.783	427.197	11.141
DIABETES MELLITUS TIPO II	2.436	28.604	7.440	449.915	406.781	53.658
DEPRESIÓN/TRASTORNOS DEPRESIVOS	4.884	28.112	3.056	411.851	341.376	920
OSTEOPOROSIS	2.200	17.533	651	267.704	244.459	63
ISQUEMIA CARDÍACA CON ANGINA	814	7.505	1.335	180.945	169.972	14.748
TRASTORNOS DEL SUEÑO	7.401	26.211	1.076	193.551	160.137	317
GLAUCOMA	1.193	9.981	1.474	162.768	148.948	81
HIPERT.CON AFECTACION ÓRGÁNICA	543	9.189	455	157.984	148.352	15.068
FIBRILACION AURICULAR	1.467	9.909	1.769	135.067	123.445	17.050
ENF.PULM. OBSTR. CRÓNICA (EPOC)	1.023	8.445	691	139.520	117.657	4.649
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR/ICTUS	1.324	6.582	632	117.282	105.618	5.118
HIPERTRÓFIA PROSTÁTICA BENIGNA	993	9.009	1.424	101.880	94.693	198
SENSACION DE ANSIEDAD/NERVISISMO	5.798	15.955	1.370	122.987	91.763	2.036
TRASTORNO Y ESTADOS DE ANSIEDAD	4.483	14.049	1.550	120.608	89.060	1.737
ISQUEMIA CARDIACA SIN ANGINA	274	3.792	643	92.482	87.922	8.028
ASMA	5.747	20.475	2.792	133.835	83.936	2.875
INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	342	2.984	567	88.476	82.505	5.380
OTRAS ARTROSIS	3.521	11.434	1.469	103.448	80.171	72
ENFERMEDADES DEL ESÓFAGO	2.829	11.793	1.266	92.562	76.126	218
SIG/SIN LUMBARES	21.291	42.889	5.871	160.197	69.799	295
INSUFICIENCIA CARDÍACA	1.189	5.264	681	74.128	66.918	5.673
VENAS VARICOSAS EN EEII	5.567	18.332	2.798	92.081	66.103	345
FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR	615	14.624	481	69.663	65.627	9.705
TOTAL	**96.653**	**739.307**	**55.313**	**5.339.332**	**4.516.255**	**319.922**

***Fuente*: IEN**

Así mismo, si tenemos en cuenta la **prevalencia**, se obtiene que los 25 episodios tocados con más frecuencia en el año 2009 (todos los episodios atendidos a lo largo del período de estudio, anuales en este caso) incluyendo las enfermedades crónicas y los factores de riesgo (HTA, Colesterol, etc.) son los que se observan en el cuadro adjunto.

En conjunto suponen un 44% del total de episodios tocados en dicho año (2.704.005).

Prevalencia - Episodios tocados más frecuentes de enfermedades crónicas y factores de riesgo (2009)	
	Episodios Tocados
HIPERTENSION NO COMPLICADA	74.213
TRASTORNOS LIPÍDICOS	63.986
SIG/SIN LUMBARES	42.889
DIABETES MELLITUS TIPO II	28.604
DEPRESIÓN/TRASTORNOS DEPRESIVOS	28.112
TRASTORNOS DEL SUEÑO	26.211
ASMA	20.475
VENAS VARICOSAS EN EEII	18.332
OSTEOPOROSIS	17.533
SENSACION DE ANSIEDAD/NERVISISMO	15.955
FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR	14.624
TRASTORNO Y ESTADOS DE ANSIEDAD	14.049
ENFERMEDADES DEL ESÓFAGO	11.793
OTRAS ARTROSIS	11.434
GLAUCOMA	9.981
FIBRILACION AURICULAR	9.909
HIPERT.CON AFECTACION ÓRGÁNICA	9.189
HIPERTRÓFIA PROSTÁTICA BENIGNA	9.009
ENF.PULM. OBSTR. CRÓNICA (EPOC)	8.445
ISQUEMIA CARDÍACA CON ANGINA	7.505
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR/ICTUS	6.582
INSUFICIENCIA CARDÍACA	5.264
ISQUEMIA CARDIACA SIN ANGINA	3.792
INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO	2.984

Se ha considerado oportuno hacer referencia en esta tabla a los trastornos ansiosos y depresivos aunque muchos de ellos se presentan con frecuencia como cuadros agudos o recidivantes.

Análisis de la prevalencia en Atención Especializada

En la tabla siguiente se puede observar cuáles han sido en el año 2010 los **25 primeros GRD´s en AE**, ordenados por el número de casos atendidos. Este indicador es una herramienta de gestión normalizada que clasifica a los pacientes dados de alta hospitalaria, en grupos similares clínicamente y con parecido consumo de recursos sanitarios.

Como se puede observar, no hay ningún caso de los analizados en el que no aparezca alguna de las enfermedades crónicas estudiadas en este documento. En el caso de la AE de Navarra, la Insuficiencia Cardiaca supone el 1,23% de los casos de la red hospitalaria, y la EPOC el 0,72%.

GRD SNS-O (2010)						
	Altas	Estancia Media	Peso Relativo del GRD	Edad Media	Nº Casos	% Casos
373 PARTO VAGINAL SIN COMPLICACIONES	3.671	2,88	0,580	31,92	3.680	6,31%
243 PROBLEMAS MEDICOS DE LA ESPALDA	1.819	2,37	0,785	55,64	1.969	3,38%
372 PARTO VAGINAL CON COMPLICACIONES	1.511	3,52	0,700	32,27	1.514	2,60%
541 NEUMONÍA SIMPLE Y OTROS TRAST.RESPIRATORIOS EXC. BRONQUITIS & ASMA CON CC MAYOR	1.233	9,81	2,343	73,77	1.241	2,13%
222 PROCEDIMIENTOS SOBRE LA RODILLA SIN CC	920	1,67	1,139	43,53	925	1,59%
430 PSICOSIS	749	17,54	1,517	44,57	766	1,31%
494 COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA SIN EXPLORAC. CONDUCTO BILIAR SIN CC	760	3,20	0,962	56,85	760	1,30%
087 EDEMA PULMONAR & INSUFICIENCIA RESPIRATORIA	719	7,25	1,509	65,70	726	1,25%
127 INSUFICIENCIA CARDIACA & SHOCK	712	8,37	1,422	79,95	718	1,23%
225 PROCEDIMIENTOS SOBRE EL PIE	569	1,54	1,241	57,53	578	0,99%
014 ICTUS CON INFARTO	563	8,92	1,880	76,64	567	0,97%
229 PROC. SOBRE MANO O MUÑECA, EXCEPTO PROC.MAYORES S.ARTICULACION SIN CC	525	1,56	0,880	50,47	562	0,96%
359 PROC. SOBRE UTERO & ANEJOS POR CA.IN SITU & PROCESO NO MALIGNO SIN CC	427	3,22	1,098	48,67	511	0,88%

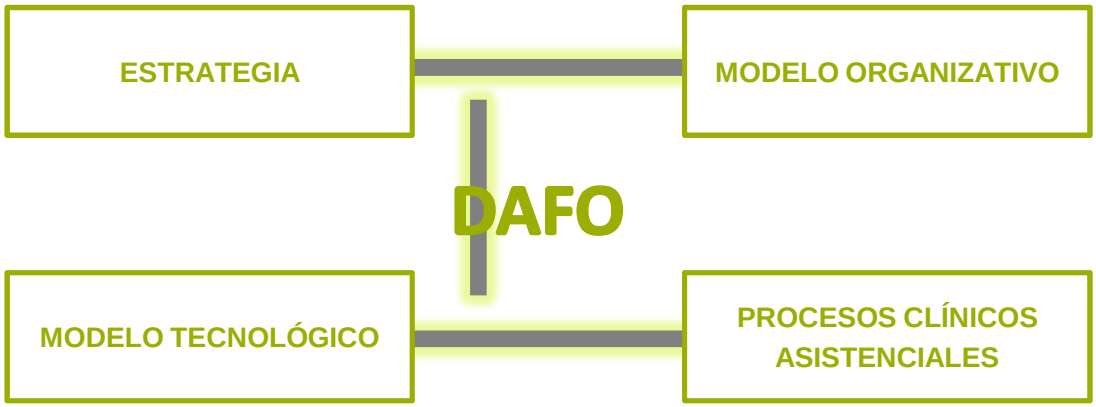
GRD SNS-O (2010) (Cont.)						
	Altas	Estancia Media	Peso Relativo del GRD	Edad Media	Nº Casos	% Casos
224 PROC. HOMBRO, CODO O ANTEBRAZO, EXC. PROC.MAYOR DE ARTICULACION SIN CC	494	2,38	0,930	49,50	502	0,86%
219 PROC. EXTR.INFERIOR & HUMERO EXC. CADERA,PIE,FEMUR EDAD>17 SIN CC	498	4,88	1,361	53,20	500	0,86%
544 ICC & ARRITMIA CARDIACA CON CC MAYOR	488	9,83	3,420	80,81	492	0,84%
311 PROCEDIMIENTOS TRANSURETRALES SIN CC	422	1,58	0,803	69,14	487	0,84%
381 ABORTO CON DILATACION & LEGRADO, ASPIRACION O HISTEROTOMIA	341	1,03	0,587	33,23	475	0,81%
371 CESAREA, SIN COMPLICACIONES	464	4,74	0,869	32,57	464	0,80%
158 PROCEDIMIENTOS SOBRE ANO & ENTEROSTOMIA SIN CC	415	1,81	0,659	50,13	435	0,75%
167 APENDICECTOMIA SIN DIAGNOSTICO PRINCIPAL COMPLICADO SIN CC	433	2,81	0,912	32,94	433	0,74%
867 ESCISION LOCAL Y EXTRACCION DE DISPOSITIVO FIJACION INTERNA EXCEPTO CADERA Y FEMUR, SIN C	418	2,15	1,154	45,58	429	0,74%
088 ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA	415	7,44	1,147	70,99	421	0,72%
775 BRONQUITIS & ASMA EDAD<18 SIN CC	394	2,89	0,636	1,94	402	0,69%
101 OTROS DIAGNOSTICOS DE APARATO RESPIRATORIO CON CC	394	7,48	0,999	73,72	396	0,68%

***Fuente**: Memoria SNS-O.2010*

Matriz DAFO

Este apartado recoge, a modo de resumen, las principales conclusiones obtenidas del análisis realizado.

Con el objetivo de facilitar la lectura y seguimiento de las conclusiones, se han estructurado en los siguientes grandes ámbitos:



Para ello, se ha realizado un análisis de las principales Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades (DAFO) identificadas en torno a la cronicidad en Navarra.

La matriz DAFO es una herramienta de formulación estratégica, cuyo objetivo consiste en identificar las debilidades y fortalezas actuales a nivel interno (Endógenos), así como las amenazas y las oportunidades de mejora existentes a nivel externo (Exógenos).

En unos casos serán los elementos facilitadores y palanca para avanzar (fortalezas), en otros los referentes de las direcciones a tomar (oportunidades). Del mismo modo, se indican los elementos a corregir o mejorar (debilidades), y el conjunto de aspectos a mitigar o reducir (amenazas).

Se ha elaborado una matriz DAFO para cada uno de los ámbitos definidos previamente.

Análisis DAFO

Para la elaboración del análisis DAFO se han tomado como base el análisis interno, el externo y las reflexiones extraídas en las entrevistas personales.

A continuación se presenta el modelo de Matriz DAFO empleado:

	FACTORES A MEJORAR	FACTORES A POTENCIAR
FACTORES ENDOGENOS	DEBILIDADES	FORTALEZAS
	CARACTERISTICAS INTERNAS QUE DIFICULTAN LA MEJORA	CARACTERISTICAS INTERNAS QUE FAVORECEN LA MEJORA
FACTORES EXOGENOS	ELEMENTOS EXTERNOS QUE REPERCUTEN NEGATIVAMENTE EN LA ORGANIZACION	ELEMENTOS EXTERNOS QUE FACILITAN EL DESARROLLO DE LA ORGANIZACION
	AMENAZAS	OPORTUNIDADES

DAFO - ESTRATEGIA

	FACTORES A MEJORAR	FACTORES A POTENCIAR
ANALISIS INERNO	**DEBILIDADES**	**FORTALEZAS**
	↓ Inexistencia de un modelo de gobierno para la gestión del paciente crónico ↓ Estrategias de AP y AE inconexas ↓ Inexistencia de información económica sobre el gasto y consumo de pacientes crónicos ↓ Baja motivación de los profesionales ↓ Modelo de atención orientado a demanda y no a necesidades del paciente ↓ Entorno y modelo de atención poco favorecedor para desarrollar la corresponsabilidad del paciente ↓ Escasa implantación del desarrollo socio-sanitario ↓ Situación económica actual	↑ Concienciación a nivel nacional y regional de la necesidad de establecer un nuevo modelo de atención ↑ Existencia de apoyo al más alto nivel ↑ Elevados ratios de recursos humanos por población ↑ Desarrollo iniciativas concretas ↑ Implicación profesional ↑ Elevado nivel de satisfacción de la población navarra con el sistema sanitario público ↑ Tamaño poblacional de la Comunidad Foral y grado de integración del Sistema Sanitario
ANALISIS EXTERNO	**AMENAZAS**	**OPORTUNIDADES**
	↘ Incremento de pacientes crónicos e incremento del coste derivado	↗ Convertirse en referentes en la atención a crónicos ↗ Mejora de los resultados en salud que conllevará la mejora en la eficiencia del sistema ↗ Posibilidad de exportar innovación desde la Comunidad Foral

DAFO – MODELO ORGANIZATIVO

	FACTORES A MEJORAR	FACTORES A POTENCIAR
ANALISIS INERNO	**DEBILIDADES**	**FORTALEZAS**
	↓ Ausencia de estructura organizativa integrada: niveles asistenciales separados ↓ Perfiles profesionales actuales no plenamente desarrollados ↓ Modelo de atención continuada fragmentado (orientado a Urgencias) ↓ Orientación atención sanitaria hacia procesos agudos ↓ Modelo de atención fragmentado (falta de integración entre las unidades del modelo para ofrecer una atención integral al paciente) ↓ Rigidez del modelo organizativo (incoherencia entre responsabilidades y atribuciones: falta de autonomía organizativa) ↓ Información orientada al paciente y no a la unidad familiar cuidadora ↓ Inequidad territorial: no existen los mismos recursos en todas las áreas	↑ Organización de AP plenamente desarrollada ↑ Iniciativas de colaboración entre niveles ↑ Cambio cultural de AE hacia una mayor colaboración con AP
ANALISIS EXTERNO	**AMENAZAS**	**OPORTUNIDADES**
	↘ Resistencia al cambio de colectivos profesionales ↘ Cultura organizativa no integrada ↘ Clima de trabajo derivado de la situación económica actual ↘ Escaso reconocimiento de la adaptación de los profesionales al cambio ↘ Cambio social: cambio del modelo familiar	↗ Posibilidad de definir desarrollo profesional por competencias (por ejemplo: enfermería) ↗ Creación de nuevas unidades organizativas multidisciplinares ↗ Transformación de la organización ↗ Existencia de un único complejo hospitalario que permite el desarrollo de áreas clínicas ↗ Desarrollo de estructuras de coordinación entre AP-AE-Salud Pública

DAFO – PROCESOS ASISTENCIALES CLÍNICOS

	FACTORES A MEJORAR	FACTORES A POTENCIAR
ANALISIS INERNO	**DEBILIDADES**	**FORTALEZAS**
	↓ Existencia de procesos estancos, no integrados entre niveles (multinivel) ↓ Proceso de segmentación ↓ Orientación de los protocolos a procesos y no a paciente (multiproceso) ↓ Desigual desarrollo de la evaluación clínica ↓ Ausencia de sistemas de auto-evaluación ↓ Dificultad para la identificación del paciente pluripatológico ↓ Protocolos no diferencian el nivel de gravedad del paciente ↓ Inexistencia de un sistema organizado estratégicamente para la atención al paciente crónico (cuándo se le ingresa, cuándo se le envía a casa…) ↓ Escasa atención en los protocolos a los aspectos socio-sanitarios	↑ AP ha desarrollado procesos integrales e informatizados (Liderazgo) ↑ Experiencia de trabajos conjuntos en procesos de AP y AE ↑ Existencia de U. Funcionales en AE (sobre todo en procesos oncológicos)
ANALISIS EXTERNO	**AMENAZAS**	**OPORTUNIDADES**
	↘ No implementación o implementación parcial de protocolos ↘ Limitarse a una reingeniería "ligera" y no abordar restructuración profunda de procesos ↘ Dificultad de encontrar responsables/ propietario para procesos ↘ Formación profesional en el pregrado focalizada en la clínica y no en otros procesos	↗ Reingeniería procesos sanitario global: creación de procesos transversales ↗ Definición de servicios innovadores (tele-consulta, tele-diagnóstico, etc.) ↗ Simplificación en el registro de datos

DAFO – MODELO TECNOLÓGICO

	FACTORES A MEJORAR	FACTORES A POTENCIAR
ANALISIS INERNO	**DEBILIDADES**	**FORTALEZAS**
	↓ Disgregación entre sistemas de información administrativos y clínicos ↓ Carencias de estructuras para la explotación de la información ↓ Falta de integración de Historia Clínica orientada a la continuidad asistencial ↓ Los sistemas de información no satisfacen los requerimientos funcionales ↓ Escasa integración de los Planes de Cuidados en Atención Especializada ↓ Historia Clínica de AE dividida en tres BBDD ↓ Sistemas enfocados a la demanda	↑ Disponibilidad del identificador único del paciente en toda la región ↑ Modelo único de Historia Clínica en cada nivel asistencial ↑ Concienciación del personal clínico en el uso de HCI ↑ Disponibilidad de Sistemas propios ↑ Acceso y visualización de la Historia Clínica interniveles
ANALISIS EXTERNO	**AMENAZAS**	**OPORTUNIDADES**
	↘ Coyuntura económica actual ↘ Impacto en la planificación de las iniciativas a desarrollar	↗ Cambio de paradigma en el modelo de datos de Historia Clínica ↗ Desarrollo de plataformas tecnológicas para la formación y para el contacto entre niveles asistenciales ↗ Disponer de herramientas de Inteligencia Sanitaria y Cuadro de Mandos que faciliten la toma de decisiones (Business intelligence)

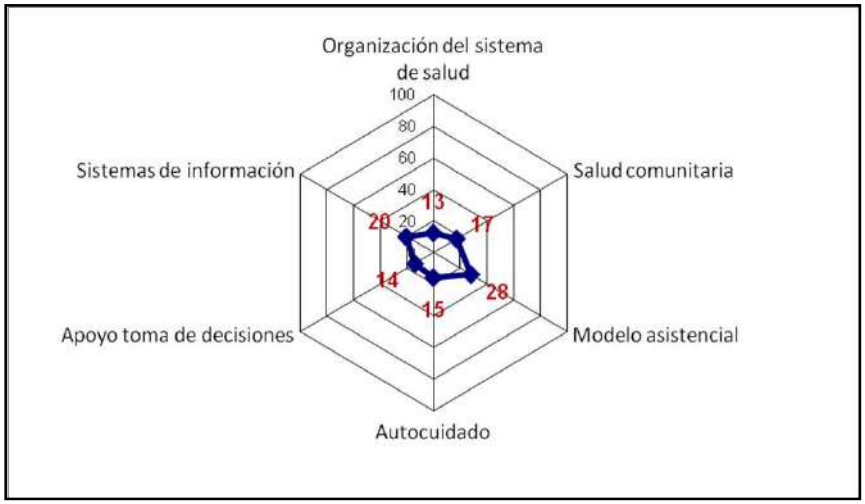
Autoevaluación IEMAC

Para completar el diagnóstico de la cronicidad en Navarra y conocer la situación de partida se ha llevado a cabo una sesión de autoevaluación en la que se ha utilizado el Instrumento IEMAC[1] de Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad y su escala de evaluación. Mediante un sistema de votación con mandos interactivos los profesionales participantes evaluaron la 6 dimensiones y las 80 intervenciones incluidas en el instrumento para promover la gestión de crónicos.

Los resultados obtenidos nos permiten realizar el diagnóstico basal y pueden ser de gran utilidad para evaluar los progresos que vayan produciéndose en la hoja de ruta de la transformación del modelo asistencial hacia la cronicidad que plasma en el Plan de Crónicos.

Como se puede observar en el gráfico en red que se expone a continuación las dimensiones de modelo asistencial y sistemas de información de historia clínica, no así de evaluación de resultados, son las que obtienen las puntuaciones medias más altas lo que parece bastante coherente con la información producida en los grupos técnicos.

Nivel de desarrollo de las distintas dimensiones IEMAC



[1] Roberto Nuño Solinis; Paloma Fernández Cano, José Joaquin Mira Solves, Nuria Toro Polanco, Joan Carles Contel Segura, Mercedes Guilabert Mora, Olga Solas Gaspar. Desarrollo de IEMAC, un Instrumento para la Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad. Gac Sanit. 2012.http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2012.05.012 http://www.iemac.org

En general se aprecia que las puntuaciones de las intervenciones de IEMAC son bajas, situándose en los segmentos 1 ó 2 de la escala, como corresponde a estados iniciales de la transformación del sistema hacia un modelo orientado a la cronicidad.

IEMAC es una escala exigente ya que ha sido desarrollada para medir progresos en la implementación y evaluación de las intervenciones, por ellos no considera suficiente que las intervenciones se hayan puesto en marcha sino que tendrán que haber sido evaluadas.

Escala de puntuación IEMAC

- **SEGMENTO 1 (0-10):** Plan de acción o actuaciones aisladas. Despliegue muy limitado **(diseño de proyectos, proyectos pilotos, elaboración de planes)**
- **SEGMENTO 2 (15-35):** Plan de acción en marcha, sin evaluación. Despliegue de un 25% **(en algunos centros, algunos profesionales, algunas patologías)**
- **SEGMENTO 3 (40-60):** Plan desarrollándose de forma sistemática. Se evalúan resultados. Despliegue de un 50% **(nos hemos puesto en marcha)**
- **SEGMENTO 4 (65-85):** Plan de acción evaluado de forma sistemática al menos durante dos años. Despliegue de un 75% **(tenemos experiencia, medimos resultados)**
- **SEGMENTO 5 (90-100):** Plan de acción integrado en el modelo asistencial. Despliegue superior al 85%. Se favorece la innovación **(somos buenos, nos llaman para contar la experiencia, la hemos publicado).**

5.- Objetivos

- *Objetivos generales*
- *Objetivos específicos*

Gobierno de Navarra

Departamento de Salud

La Estrategia de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos de la Comunidad Foral de Navarra persigue conseguir cinco grandes objetivos:

OBJETIVOS GENERALES

1. ***Mejorar los resultados en salud y la calidad técnica de la atención*** proporcionando una atención integral de calidad, eficiente y eficaz que mejore los resultados en salud
2. ***Mejorar la capacidad funcional y calidad de vida de pacientes y cuidadores,*** reducir las consecuencias de la enfermedad, minimizar la dependencia y favorecer un mayor nivel de autonomía funcional y social, teniendo en cuenta sus preferencias.
3. ***Promover la autonomía y la capacitación de pacientes y cuidadores,*** potenciando el papel del paciente en la gestión de la cronicidad erigiéndose como centro de la asistencia sanitaria y adquiriendo competencias en su autocuidado.
4. ***Mejorar la satisfacción de los pacientes crónicos y de su entorno con la atención recibida*** mediante el establecimiento de un sistema proactivo que les ofrece una atención adaptada a sus necesidades, integrada y continuada.
5. ***Contribuir a la sostenibilidad del sistema asistencial,*** mejorando la eficiencia del sistema como resultado de la introducción de mejoras organizativas, apoyadas en el uso de tecnologías y de una gestión racional de los recursos asistenciales disponibles.
6. ***Promover en los profesionales una cultura de mejora continua de los procesos orientados al paciente,*** implicando a todos los profesionales involucrados en la "Estrategia de Atención Integrada a Crónicos y Pluripatológicos" dotándoles de aquellas herramientas que les permitan desarrollar su trabajo en óptimas condiciones e incorporando su conocimiento experto como vehículo de mejora.

El desarrollo de estos objetivos generales se articulan a través de los siguientes objetivos específicos.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. ***Mejorar los resultados en salud y la calidad técnica de la atención.***
   - Disminuir la Mortalidad prematura (APVP) y Mortalidad evitable (MIPSE) derivada de los procesos crónicos.
   - Mejorar la calidad diagnóstica y terapéutica reduciendo su variabilidad.
   - Mejorar la calidad del seguimiento clínico para disminuir la severidad y la frecuencia de las descompensaciones.
   - Mejorar la seguridad de la atención y reducir la iatrogenia en la atención a estos pacientes.

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 en lo posible la autonomía y capacidad funcional del paciente crónico.
   - Mejorar la calidad de vida del paciente crónico.
   - Reducir el impacto emocional producido por la enfermedad crónica
   - Analizar el impacto sociofamiliar producido por la enfermedad crónica bajo la perspectiva de género
   - Mejorar la calidad de vida y prevenir el impacto negativo sobre la salud y el bienestar en las personas cuidadoras.

2. ***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 toma de decisiones sobre su proceso.
   - Aumentar la capacitación y el apoyo a los cuidadores.
   - Aumentar el protagonismo de las asociaciones de pacientes en el impulso de las iniciativas de 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 y coordinación de los servicios.
   - Mejorar la satisfacción con la información facilitada.

4. ***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 extrahospitalarias.
   - Promover el uso racional del medicamento.
   - Adecuar las intervenciones a la severidad del proceso.
   - Introducir la tecnología sanitaria en función de la evidencia.

5. ***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 toma de decisiones basadas en evidencia.
   - Promover la autoevaluación permanente de resultados y la implicación en la mejora continua de procesos integrados.
   - Adecuar la formación de los profesionales a las nuevas competencias requeridas.
   - Desarrollar herramientas de ayuda a la toma de decisiones clínicas.

6.- Líneas e Iniciativas de Acción

- *Líneas estratégicas*
- *Resumen de iniciativas de acción*

Gobierno de Navarra

Departamento de Salud

Para el logro de los Objetivos enunciados la Estrategia de Cronicidad prevé el desarrollo de un conjunto de 49 Iniciativas de Acción agrupadas en torno a 8 grandes Líneas Estratégicas que son las siguientes:

LÍNEAS ESTRATÉGICAS

A1	•*Estratificar la población identificando perfiles de pacientes con necesidades homogéneas*
A2	• *Garantizar la continuidad e integralidad de la atención a todos los crónicos y en particular a los severos*
A3	•*Desarrollar planes operativos con patrones de atención integrada en los perfiles de pacientes priorizados*
A4	•*Adaptar el modelo organizativo a los requerimientos de calidad de atención a crónicos*
A5	•*Promover el autocuidado y garantizar la atención al cuidador*
A6	•*Desarrollar tecnologías y sistemas compartidos de información y comunicación*
A7	•*Garantizar la formación y promover la investigación e innovación en el ámbito de la cronicidad*
A8	•*Desarrollar un modelo colaborativo para el gobierno y gestión del cambio*

A continuación se señala la relación de estas iniciativas, indicando el objetivo de cada una de ellas.

En su conjunto el Plan de Acción que se propone configura un **Nuevo Modelo General de Atención a Enfermos Crónicos y Pluripatológicos** como marco de referencia para un abordaje de la cronicidad de forma sistemática e integrada para su aplicación operativa y orientada al logro de resultados.

En definitiva cada una de sus Líneas Estratégicas se orienta a definir los modelos de requerimientos funcionales, organizativos, relacionados con nuevos servicios / circuitos, gestión del conocimiento, tecnológicos, financieros y de gobierno, requeridos para la implantación de este nuevo Modelo General de Atención.

El siguiente gráfico recoge el esquema global de este Modelo General de Atención.

Resumiremos a continuación las principales Iniciativas de Acción para el desarrollo de los citados modelos y en definitiva el logro de los objetivos estratégicos y de resultados .

1. **Estratificar la población identificando perfiles de pacientes con necesidades homogéneas (Modelo de Segmentación)**

   1.1. Segmentación de la población por grupos homogéneos de necesidades.

   1.2. Sistemas para la identificación inequívoca de pacientes severos.

   1.3. Sistemas de predicción de riesgo de descompensación.

   1.4. Establecer sistemas de ponderación de la carga epidemiológica para una mejor asignación poblacional de recursos.

2. **Garantizar la continuidad e integralidad de la atención a todos los crónicos y en particular a los severos (Modelo funcional de atención)**

   2.1. Definir las atributos de calidad y garantías generales del modelo de atención proactivo.

   2.2. Establecer los requisitos específicos de atención continuada a los pacientes crónicos severos.

   2.3. Establecer los requisitos específicos en materia de cuidados paliativos de pacientes crónicos.

   2.4. Establecer los requisitos específicos en materia de comorbilidad mental.

   2.5. Establecer los requisitos específicos en materia de mejora de la capacidad funcional a los pacientes crónicos severos.

3. **Desarrollar patrones de atención integrada en los perfiles de pacientes priorizados. (Modelo de patrones de atención)**

   3.1. Definir objetivos de resultados para los perfiles de pacientes priorizados.

   3.2. Definir patrones de atención por cada perfil de pacientes priorizado.

   3.3. Definir planes operativos para los patrones de atención definidos.

   3.4. Análisis y racionalización del patrón de medicación de cada perfil.

4. Adaptar el modelo organizativo a los requerimientos de calidad de atención a crónicos (Modelo Organizativo)

4.1. Adecuar los funciones y responsabilidades

4.2. Definir e implantar los servicios, circuitos y procedimientos generales para la mejora de la continuidad e integralidad de la atención.

4.3. Definir e implantar los servicios y circuitos específicos requeridos por el paciente pluripatológico

4.4. Definir e implantar los servicios y circuitos específicos requeridos por el paciente crónico con deterioro cognitivo

4.5. Definir e implantar los servicios y circuitos específicos requeridos por el resto de perfiles priorizados

43.6. Desarrollar los servicios sanitarios necesarios para la rehabilitación y mejora de la capacidad funcional de los pacientes

4.7. Desarrollar los servicios sociosanitarios relacionados con la cronicidad en coordinación con el Departamento de Políticas Sociales para garantizar el modelo de atención proactiva a los pacientes dependientes e institucionalizados

4.8. Establecer los circuitos y procedimientos para garantizar la seguridad de la atención y la conciliación de la medicación

5. Promover el autocuidado y garantizar la atención al cuidador (Modelo de Autocuidados)

5.1. Capacitación del paciente en autocuidados

5.2. Puesta en marcha de la acción “Paciente experto”

5.3. Estrategia de Intervención comunitaria

5.4. Promoción de estrategias de autoayuda

5.5. Capacitación, apoyo y atención a los cuidadores

6. Desarrollar tecnologías y sistemas compartidos de información y comunicación (Modelo Tecnológico)

6.1. Definición de la arquitectura tecnológica

6.2. Nuevo sistema de inteligencia sanitaria para la segmentación y evaluación

6.3. Herramienta para la gestión de patrones y planes

6.4. Adaptación provisional de episodios de crónicos compartidos

6.5. Panel de Control y Cuadros de Mando Multipaciente

6.6. Modelo definitivo de Historia Clínica única y compartida

6.7. Desarrollo pleno de la Receta Electrónica

6.8. Sistemas expertos de ayuda a la prescripción, a la codificación y clasificación de severidad, etc.

6.9. Portal y Carpeta Personal de Salud

6.10. Plataforma colaborativa interprofesional

6.11. Servicios de teleasistencia

6.12. Aplicativo de apoyo al Consejo Telefónico

6.13. Plataforma de interoperabilidad

7. Garantizar la formación y promover la investigación e innovación en el ámbito de la cronicidad (Modelo de Formación e Innovación)

7.1. Formación plurianual por competencias

7.2. Investigación en cronicidad

7.3. Plataforma colaborativa de innovación y gestión del conocimiento

8. Desarrollar un modelo colaborativo para el gobierno y gestión del cambio (Modelo de Gobierno)

8.1. Plan de comunicación (interno y externo)

8.2. Responsabilidades de gobierno y liderazgo clínico de la Estrategia

8.3. Órganos técnicos y de participación

8.4. Adaptación marco normativo

8.5. Selección centros de excelencia demostradores de la estrategia

8.6. Pactos de Gestión Clínica de ámbito poblacional. Mecanismos de incentivación

8.7. Desarrollo de un nuevo modelo de financiación

Desarrollaremos a continuación los elementos esenciales de cada uno de los componentes del modelo que corresponde definir a un Plan de carácter Estratégico en el bien entendido que su operatividad exige un desarrollo posterior y más detallado.

7.- Modelo de segmentación

- *Concepto y usos de la segmentación*
- *Segmentación general de la población*
- *Resultados de la segmentación inicial*

Gobierno de Navarra

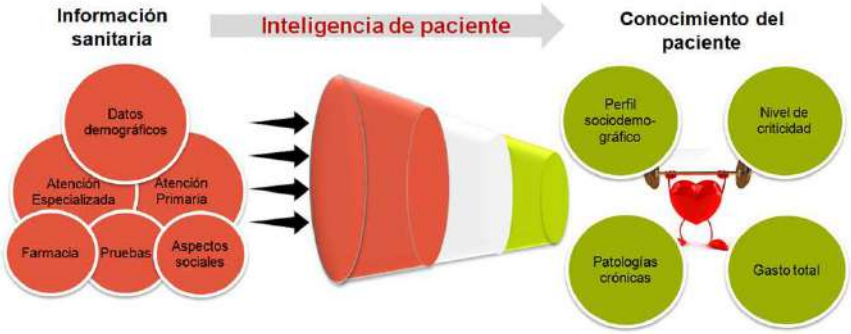
Departamento de Salud

Concepto y usos de la segmentación

La segmentación sirve para identificar colectivos homogéneos de pacientes y los patrones característicos de necesidad y comportamiento de cada grupo. Utiliza herramientas de información basadas en metodologías de minería de datos similares a las utilizadas para identificar las necesidades de los clientes.

En el ámbito sanitario la segmentación o estratificación poblacional se vincula sobre todo a la priorización clínica de las intervenciones sanitarias, principalmente en crónicos. En esta línea Kaiser Permanente, entidad pionera en el uso de la segmentación y estratificación de pacientes crónicos, demostró la gran eficiencia de esta estrategia predictiva cuya metodología ha empezado ya a aplicarse en varias de nuestras Comunidades Autónomas, singularmente el País Vasco, Cataluña y Valencia.

La segmentación o estratificación de la población puede tener diversos usos pero todos ellos tienen en común su orientación al logro del mayor impacto de las intervenciones sanitarias en términos de resultados en salud.



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

A medio plazo estas técnicas permitirán la detección temprana y la predicción de eventos (ingresos, reingresos, institucionalización, etc.) lo que ayudará a desarrollar programas de acción selectivos para evitar así las complicaciones lo cual mejorará los resultados en salud y además nos ayudará a reducir los ingresos hospitalarios lo que también contribuirá a la sostenibilidad del sistema sanitario.

.

A largo plazo, y en otro orden de cosas, la aplicación de la segmentación poblacional 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 o centro sanitario.

El proceso de segmentación permite estratificar a la población crónica en función de diferentes variables consideradas a partir del análisis de las características recogidas en los sistemas operacionales de información del Servicio Navarro de la Salud. Supone por tanto, la división de los pacientes crónicos en colectivos homogéneos con características y necesidades similares(*).

Estos conjuntos de pacientes o clusters podrán ser analizados posteriormente en base a la edad de sus integrantes, el sexo, las principales características de atención sanitaria (visitas a Atención Primaria, visitas a Atención Especializada, número de hospitalizaciones, estancias, asistencia a Urgencias, …), aspectos sociales, etc.

Siguiendo un patrón de niveles de intervención, cada segmento resultante podrá estructurarse, en forma de pirámide, en tres niveles diferentes en función de las características clínicas de los pacientes:

- **Nivel 3:** Pacientes diagnosticados con un alto nivel de riesgo y alta complejidad en su asistencia y tratamiento, con frecuente comorbilidad. Es necesario realizar una gestión integral del caso en su conjunto con cuidados fundamentalmente profesionales. En estos casos, se necesita un seguimiento muy exhaustivo para el control del paciente, evitando así crisis de agudización complejas.
- **Nivel 2:** Pacientes diagnosticados con un alto nivel de riesgo pero de menor complejidad (aunque con la enfermedad bastante avanzada). En lo que respecta a su comorbilidad, reciben una gestión de la enfermedad que combina autogestión y cuidados profesionales.
- **Nivel 1:** La mayoría de pacientes crónicos diagnosticados en este nivel corresponden con condiciones todavía en estadios de baja complejidad y fácil control. Deben recibir un apoyo para su autogestión.

De esta forma, el sistema público de salud, y por tanto los profesionales clínicos, pueden anticipar su actividad hacia el paciente, ejerciendo su trabajo de forma proactiva, ya que la información resultante del proceso de segmentación permitirá tener un conocimiento mucho más profundo del existente hasta ahora sobre la población crónica. Así, las acciones podrán centrarse en la definición de planes de atención específicos y adecuados a las características de cada grupo de pacientes.

*(*) El resto de la población **"que no ha sido identificado como crónica en esta primera segmentación"** estará integrado por población sana y por crónicos de otras patologías menos frecuentes .*

Segmentación general de la población

La Segmentación general de la población es uno de los Proyectos Estratégicos del Departamento de Salud que habrá de actualizarse de manera periódica y requerirá de potentes sistemas de minería de datos de los que en la actualidad se carece y a los que se hará referencia en el apartado dedicado al Modelo Tecnológico.

Ello no obstante en tanto se desarrolla el citado sistema de información, y con el objetivo de no demorar la puesta en marcha del nuevo modelo de atención se ha logrado realizar una primera segmentación general de toda la población de Navarra sobre la base en los datos disponibles y con la colaboración de la empresa Everis.

Los objetivo de esta primera segmentación han sido los siguientes:

- **Caracterizar adecuadamente a los principales colectivos de pacientes crónicos** para precisar objetivos y elaborar planes operativos específicos de intervención.
- **Identificar a los pacientes** que se beneficiarán a corto plazo de las nuevas modalidades de atención previstas y **de manera prioritaria a los pacientes pluripatológicos**

La identificación se configura como un instrumento de ayuda al clínico ya que será siempre el facultativo quien decida la inclusión de un paciente concreto en un programa de intervención.

Para llevar a cabo esta primera segmentación de los pacientes se ha creado una macro base de datos integrada por más de 60 millones de datos en la cual se ha integrado la información más relevante existente en toda la red sanitaria correspondiente a cada uno de los ciudadanos con Tarjeta Sanitaria en Navarra o que hayan sido atendidos en Navarra a lo largo de un año. Para garantizar la confidencialidad en la base de datos se han disociado los datos clínicos de los datos de identificativos del paciente dando con ello cumplimiento estricto a la Ley de Protección de Datos.

En dicha base de datos se ha logrado recopilar toda la información sobre el uso de los servicios sanitarios realizados por cada uno de los más de seiscientos mil ciudadanos tanto de Atención Primaria como de Especializada. En esta primera segmentación se han incluido también los principales diagnósticos vinculados a las patologías crónicas prioritarias, tanto los diagnósticos que constan en la historia clínica de Atención Primaria como los diagnósticos realizados en los distintos ingresos hospitalarios.

Selección de criterios de validación

El establecimiento de una serie de criterios de validación en un proceso de segmentación, es clave para la consecución de los objetivos definidos. En este sentido, se necesitan utilizar criterios tanto técnicos (propios de la lógica estadística) como de la organización (válidos para el ámbito al que se está aplicando).

CRITERIOS TÉCNICOS

El objetivo debe ser la obtención de una segmentación que estadísticamente sea consistente y permita mantener una estabilidad temporal en sus segmentos:

- Segmentos estables en tamaño y tiempo.
- Bajo error en base a la distancia a los centros de los clusters.
- Segmentos replicables en sistemas / tecnología.

CRITERIOS DE LA ORGANIZACIÓN

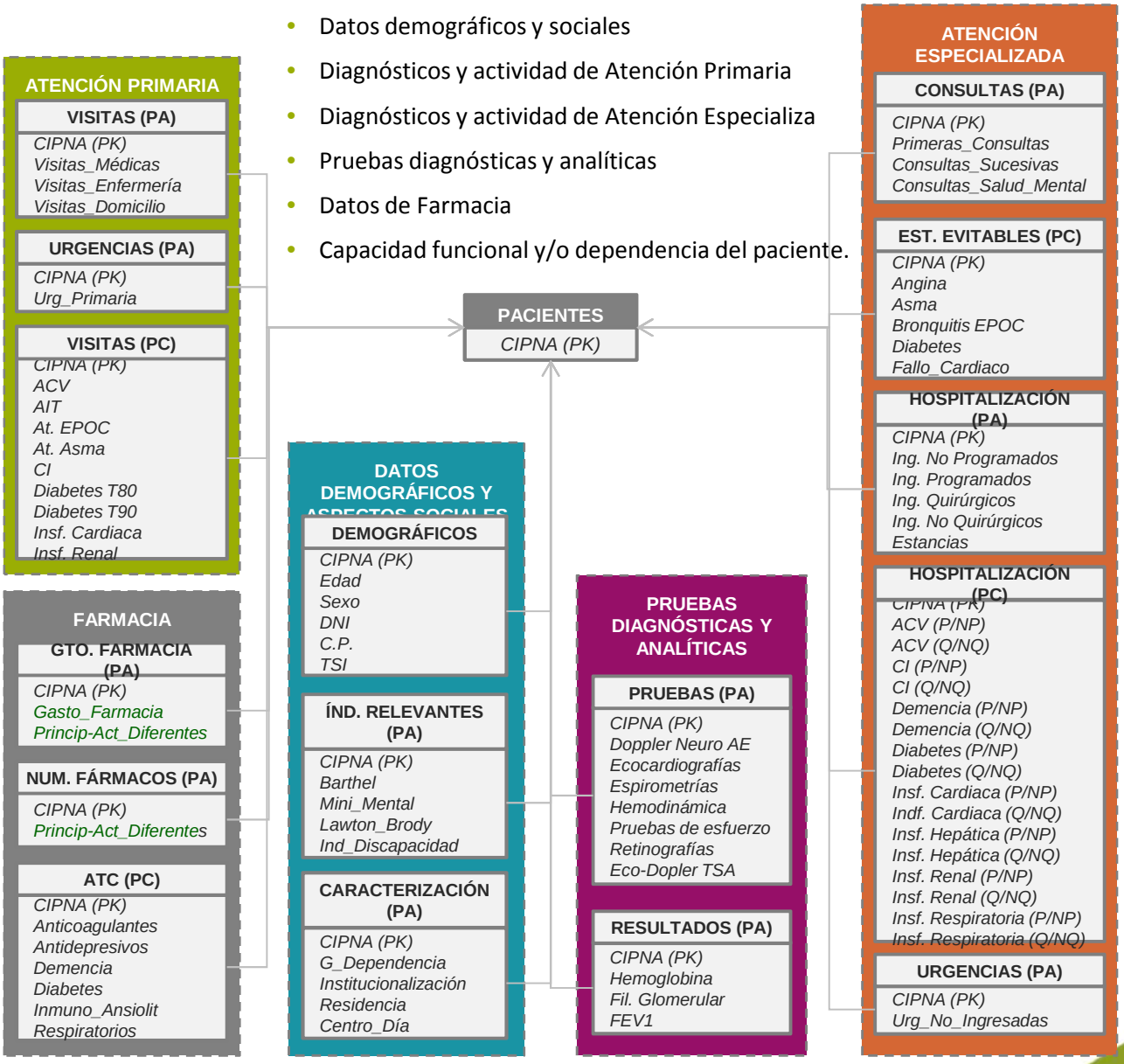
Su objetivo debe ser la obtención de una segmentación que esté alineada con los objetivos de la organización y que permita articular la estrategia marcada: mejorar el plan de atención del paciente y mejorar la eficiencia de los servicios.

- Segmentos consecuentes con la estrategia que se pretende definir.
- Segmentos accionables.
- Segmentos diferenciables en base a sus características y entendidos y aceptados por los usuarios finales.

Selección de datos

Una vez definidos y seleccionados los criterios, el proceso de segmentación comienza con la extracción, auditoria y transformación de los datos seleccionados. De esta forma, el siguiente gráfico muestra las variables analizadas (76 en total, relacionadas con el CIPNA) para realizar la segmentación sobre un total de las más de seiscientos mil personas registradas con código de paciente de la Comunidad Foral entre 0 y 100 años vivos):

- Datos demográficos y sociales
- Diagnósticos y actividad de Atención Primaria
- Diagnósticos y actividad de Atención Especializa
- Pruebas diagnósticas y analíticas
- Datos de Farmacia
- Capacidad funcional y/o dependencia del paciente.



Posteriormente, a través de los datos existentes, se han generado, mediante agrupaciones o mediante la aplicación de formulas o lógica, nuevas variables de control necesarias para el estudio detallado de los segmentos, tal y como se observa en los siguientes cuadros:

A ***Derivadas directas o acumuladas***

- Edad
  - En base a la fecha de nacimiento
- Ecocardiografías
  - Ecocardiogramas y ecoscopias (6 variables)
- Espirometrías
  - Espirometrías (4 variables)
- Hemodinámica
  - Estudios, coronariografías y ventriculografías (3 variables)
- Pruebas de esfuerzo
  - Pruebas (3 variables)

B ***Identificación de crónicos en***

- At. Primaria
- At. Especializada
- Farmacia

C ***Paciente con patología y situación***

- Asma
- ACV
- CI
- Demencia
- Diabetes
- Insf. Cardiaca
- Insf. Renal
- Insf. Hepática
- Insf. Respiratoria
- Asma pluripatológico
- ACV pluripatológico
- CI pluripatológico
- Demencia pluripatológico
- Diabetes pluripatológico
- Insf. Cardiaca pluripatológico
- Insf. Renal pluripatológico
- Insf. Hepática pluripatológico
- Insf. Respiratoria pluripatológico
- Crónico
- Pluripatológico
- Catalogación pluripatológica
- Numero de patologías

D ***Totales y costes***

- AE
  - Gasto en base a:
  - Nº consultas y gasto
  - Nº estancias y gasto
  - Nº urgencias y gasto
- AP
  - Gasto en base a:
  - Nº visitas y gasto
  - Nº urgencias y gasto
- Total de gasto
  - AE
  - AP
  - Gasto farmacia

E ***Niveles***

- Niveles 1, 2 y 3 según las opciones definidas (severidad y descontrol):
  - Opción A
  - Opción …
  - Opción N

Ejes y variables descriptivas

Una vez seleccionados los ámbitos de información a analizar, es necesario definir tanto los **ejes** de análisis que se utilizarán para realizar la segmentación, como las **variables descriptivas** que caracterizarán a los diferentes segmentos.

EJES DE ANÁLISIS

La elección de los ejes de segmentación se ha realizado teniendo en cuenta los datos disponibles en los sistemas de información, por ello, se ha utilizado como variable el número de patologías, diferenciando a los pacientes en base al número de enfermedades que padecen.

En este sentido, la relación de patologías crónicas seleccionadas en esta primera aproximación han sido:

- Accidente Cerebro Vascular
- Asma
- Cardiopatía Isquémica
- Demencia
- Diabetes
- Insuficiencia Cardíaca
- Insuficiencia Hepática
- Insuficiencia Renal
- Insuficiencia Respiratoria (EPOC)

Con estos criterios, el número de crónicos identificados ha sido de 120.784, representado el 17,28% del total de la población navarra. La prevalencia es algo mayor en hombres 18.8% que en mujeres (15,8%).

Como se ha señalado en el capítulo de Alcance y Objetivos del Programa no se ha considerado oportuno incluir en esta primera segmentación la Hipertensión y la Hipercolesterinemia ya que se ha considerado más apropiado que dichas actuaciones sean objeto de un programa específico con un enfoque menos medicalizador denominado "Programa de promoción de la salud, y estrategia de intervención en factores y hábitos de riesgo“.

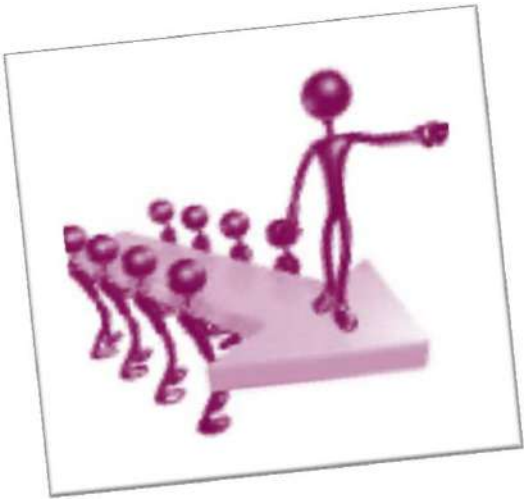
La consideración de un pacientes como crónico se ha basado en dos requisitos:

- Haber realizado visitas a Atención Primaria por motivos asociados a alguna de las patologías identificadas.
- Haber padecido, durante el último año, estancias evitables, ingresos u hospitalizaciones de Atención Especializada asociados a alguna de las patologías identificadas.

VARIABLES DESCRIPTIVAS

Una vez establecidos los ejes sobre los que se va a realizar la segmentación, se han definido las variables que describirán a los pacientes de cada segmento. En este sentido se han seleccionando dos tipos de variables:

- Características sociodemográficas: sexo y edad
- Características de Asistencia realizada:
  - Visitas Atención Primaria (médicas, enfermería y a domicilio)
  - Urgencias Atención Primaria
  - Consultas Atención Especializada (primeras y sucesivas)
  - Hospitalización Atención Especializada
  - Estancias Atención Especializada
  - Urgencias Atención Especializada
  - Prescripción farmacéutica ambulatoria



Una vez identificado el volumen de pacientes crónicos existente, se ha realizado un análisis de los mismos en función de su grado de **descontrol** y de su **consumo de recursos**.

DESCONTROL

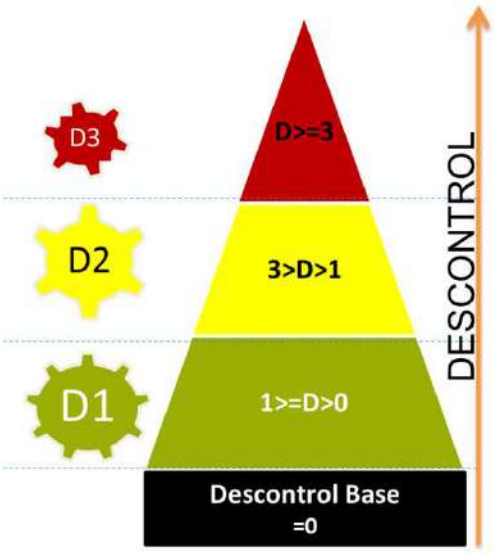
Teniendo en cuenta los datos disponibles en los sistemas de información, esta variable, que permite medir el grado de control de una enfermedad crónica, se ha calculado en base a datos de **Atención Especializada**. A cada una de estas variables, además, se le ha asignado un peso relacionado con su importancia para el cálculo del descontrol:

- **Número de veces que el paciente ha acudido a urgencias durante el último año.** Se establece para este valor un nivel de importancia o **peso 1.**
- **Número de hospitalizaciones no programadas en las que incurre un paciente durante el último año:** se entiende por hospitalizaciones no programadas (NP) aquellas que se derivan del paso del paciente por urgencias. Se establece para este valor un nivel de importancia o **peso 2.**

Por tanto, el cálculo del nivel de descontrol del paciente se realiza según la fórmula: (ponderación de la variable*nº de veces que se repite la variable).

Así, el descontrol se divide en tres niveles: Leve (D1), Moderado (D2) y Severo (D3), dependiendo del grado de control de la enfermedad. Adicionalmente, existe un grupo de crónicos que se sitúan en la base de la pirámide (DB).

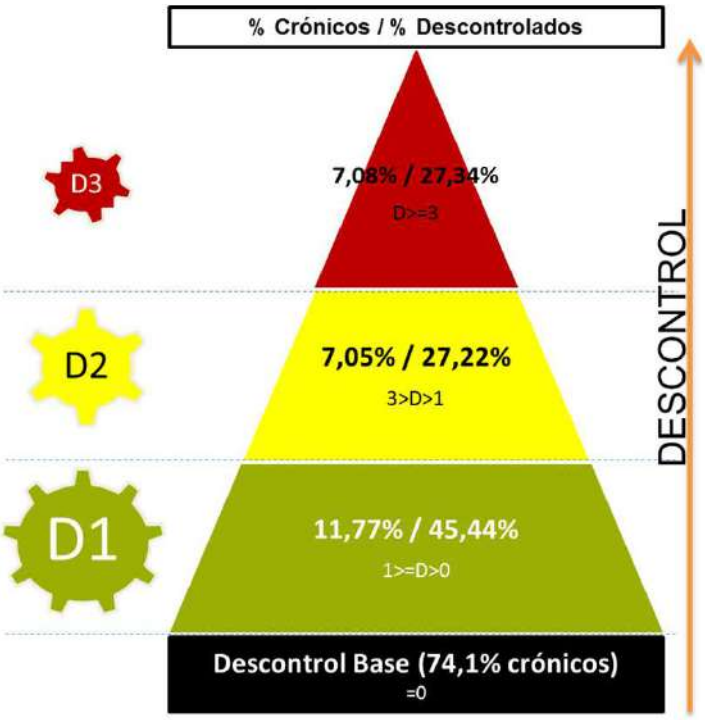
De esta forma, la pirámide queda dividida en 4 niveles:



- Descontrol Base: los pacientes no han acudido a urgencias ni han tenido hospitalizaciones no programadas.
- Nivel 1 (1 puntos): pacientes que han estado al menos 1 vez en urgencias.
- Nivel 2 (2 puntos): pacientes que han estado 2 veces en urgencias sin ingresar.
- Nivel 3 (3 o más puntos): pacientes más críticos, dado que han estado como mínimo 3 veces en urgencias o han estado 1 vez en urgencias y han ingresado en el hospital.

Realizado el análisis, se puede concluir que de los 120.784 pacientes crónicos, casi el 26% (25,90%) presentan algún nivel de descontrol en relación a su enfermedad.

De forma gráfica, la siguiente pirámide recoge la representatividad de dichos pacientes en cada nivel, calculando dos índices diferentes:



- **Distribución porcentual de la población crónica según su grado de descontrol** incluyendo el escalón del Descontrol Base.
- **Distribución de la población crónica descontrolada**: porcentaje de pacientes descontrolados en cada nivel de descontrol.

De esta forma, se observa que el 74,1% de la población crónica no puede caracterizarse como "descontrolada", ya que durante el último año no ha acudido a urgencias o no ha estado ingresado a través de una hospitalización no programada, frente a un 7,08% de esta población que se sitúa en el nivel de mayor descontrol (D3).

Por lo que respecta a los pacientes crónicos descontrolados, se puede señalar que casi la mitad de ella (el 45,44%) se caracteriza por un bajo nivel de descontrol (D1), frente al 27,34% de los pacientes que se sitúan en la punta de la pirámide.

USO DE RECURSOS

El uso de recursos, que permite medir el nivel de gravedad del estado del paciente, se ha medido en base a seis variables diferentes. A cada una de ellas se le ha asignado un peso en relación con su importancia para el cálculo del uso de recursos:

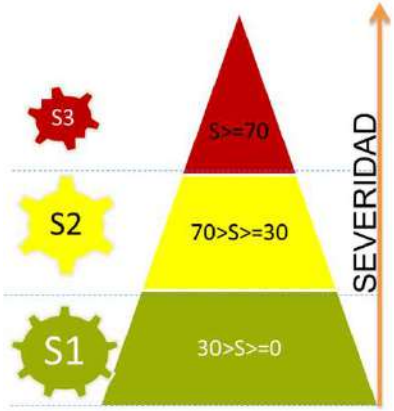
1. **Atención Primaria:**
   - **Visitas médicas:** nº de veces que el paciente ha acudido a la consulta de AP. **Peso 1.**
   - **Visitas a domicilio:** nº de veces que el paciente ha sido visitado en su domicilio por el personal de AP. **Peso 2.**
2. **Atención Especializada:**
   - **Primeras consultas:** nº de veces que el paciente ha acudido por 1ª vez a la consulta de un especialista. **Peso 3.**
   - **Consultas sucesivas:** nº de veces que el paciente ha sido tratado por el especialista a partir de la 1ª visita. **Peso 2.**
   - **Estancias:** nº de días que el paciente ha permanecido ingresado en el hospital. **Peso 5.**
3. **Consumo de Farmacia*:** gasto del paciente en fármacos
   - Menor de 150€: **peso 1**
   - Menor de 300€: **peso 2**
   - Menor de 450€: **peso 3**
   - Menor de 600€: **peso 4**
   - Superior a 600€: **peso 5**

El cálculo del nivel de uso de recursos del paciente se realiza según la fórmula (ponderación de la variable*nº de veces que se repite la variable).

Al igual que ocurre con la variable descontrol, el uso de recursos se divide en tres niveles según el grado de gravedad del paciente. Sin embargo, no existen pacientes con un nivel 0 de uso de recursos, dado que la totalidad de los paciente cumplen con alguno de los criterios analizados.

**Datos referidos a los tres primeros trimestres de 2012*

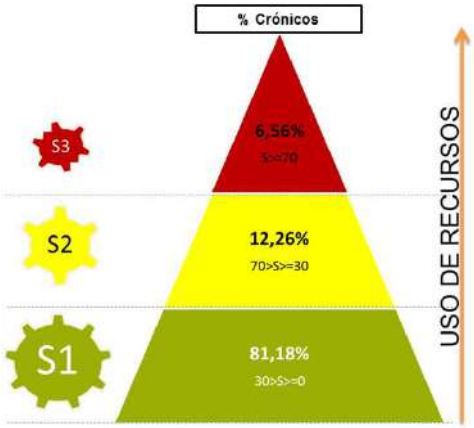
De esta forma, la pirámide del uso de recursos queda dividida en 3 niveles:



- **Nivel 1:** pacientes con valores de uso de recursos menores de 30 puntos.
- **Nivel 2:** pacientes con valores de uso de recursos entre 30 y 70 puntos.
- **Nivel 3:** se trata de los pacientes más críticos, dado que sus valores de uso de recursos son superiores a 70 puntos.

La pirámide recoge la **distribución de la población crónica según su uso de recursos** (porcentaje de pacientes crónicos en cada nivel de uso de recursos).

En ella, puede observarse que la gran mayoría de la población crónica (81,18%) se sitúa en un nivel bajo (S1) respecto al uso de recursos, frente al 6,56% de la población que representa el porcentaje de población crónica con mayor uso de recursos sanitarios(S3).

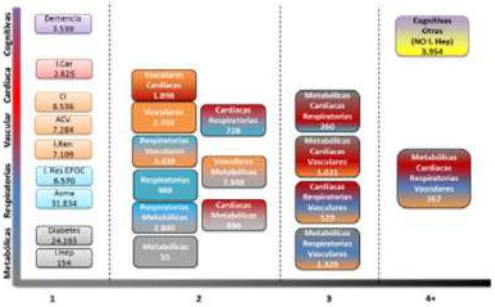


Segmentación Técnica y Clínica

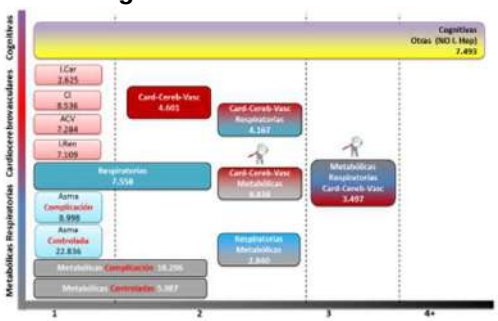
Inicialmente se realizó una segmentación técnica mediante la que se identificaron un total de **24 segmentos**

- **9 grupos de pacientes con una patología:**
  - Demencia, Insuficiencia Cardiaca, Cardiopatía Isquémica, Accidente Cerebro-Vascular, Insuficiencia Renal, EPOC, Asma, Diabetes, Insuficiencia Hepática
- **15 grupos de pacientes con más de una patología:**
  - Dos patologías: Vasculares, Respiratorias, Metabólicas, Vasculares-Cardiacas, Respiratorias-Vasculares, Cardíacas-Respiratorias, Respiratorias-Metabólicas, Vasculares-Metabólicas, Cardíacas-Metabólicas.
  - Tres patologías: Metabólicas-Cardíacas-Respiratorias, Metabólicas-Cardíacas-Vasculares, Cardíacas-Respiratorias-Vasculares, Metabólicas-Respiratorias-Vasculares.
  - Cuatro o más patologías: Metabólicas- Cardíacas-Respiratorias-Vasculares, Demencia-Otras (excepto Insuficiencia Hepática).

Segmentación Técnica



Segmentación Clínica



Tras el analizar la utilidad clínica de diferenciar entre sí a un número tan elevado de segmentos identificados se optó por simplificar el modelo a un total de **13 segmentos** de manera que su implementación resultara más operativa .

- **6 Grupos con una patología:** Insuficiencia Cardiaca, Cardiopatía Isquémica, Accidente Cerebro-Vascular, Insuficiencia Renal, Asma, Diabetes
- **4 Grupos de pacientes con dos patologías:** 2 CardioCerebroVasculares CardioCerebroVascular+Respiratoria, CardioCerebroVascular+Metabólica, Respiratoria+Metabólica.
- **1 Grupo de tres patologías:** Metabólica+Respiratoria+Cardiocerebrovascular.
- **2 Grupos mixtos:**
  - La Demencia (sola o acompañada de una o varias patologías)
  - El Respiratorio (EPOC solo o acompañado de Asma)

Resultado de la segmentación realizada

Se han identificado de manera inequívoca a 120.000 pacientes crónicos afectados por una o varias de las patologías seleccionadas sobre las que se pretende intervenir en primera instancia. En la tabla siguiente se refleja su distribución por edad y sexo.

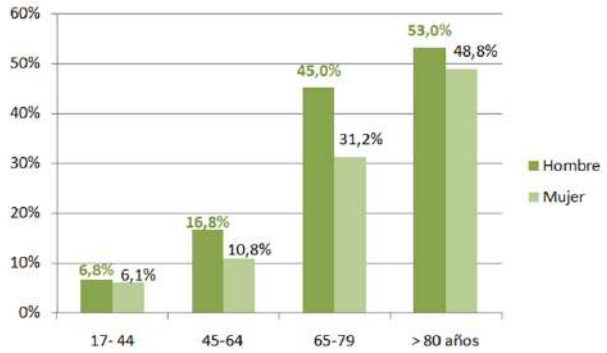
Pacientes identificados en las Patologías Crónicas seleccionadas por edad y sexo

	< 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**

El porcentaje de crónicos representa el 17,28% de la población crece con la edad y llega a superar el 50% en el caso de los mayores de 80 años.

En el siguiente cuadro se muestra la distribución de los crónicos según el número de patologías que padecen:

% de crónicos identificados por edad y sexo



Nº de pacientes identificados por Patologías Crónicas seleccionadas

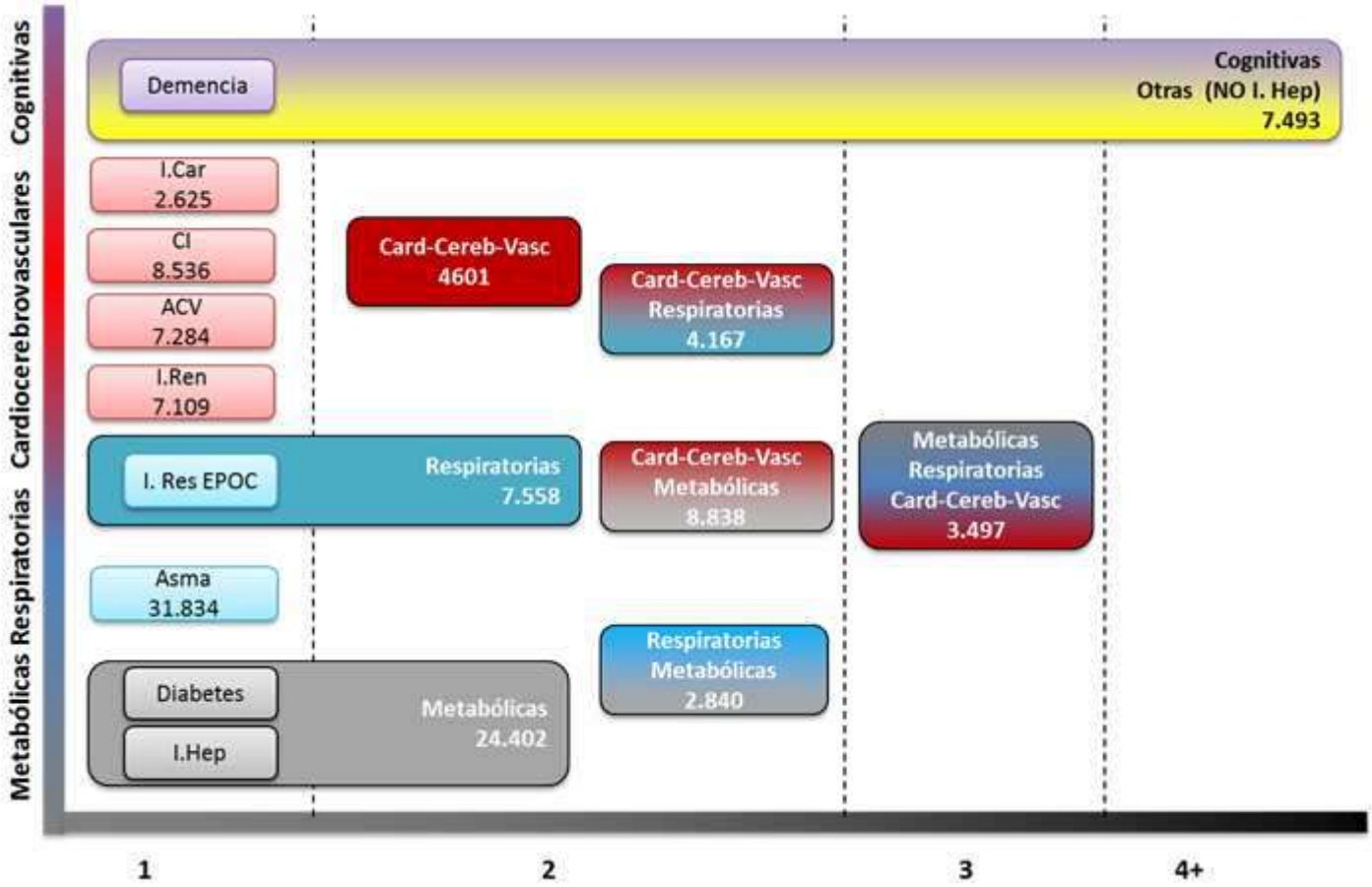
	Una sola enfermedad	Dos enfermedades	Tres o más enfermedades	Demencia + otras enferm.	TOTAL
Asma	31.834	2.477	774	277	**35.363**
Ictus. Ac. Cerebrovasc.	7.284	6.421	1.059	1.344	**16.109**
Cardiopatía Isquémica	8.536	8.296	1.651	712	**19.195**
Insuficiencia Renal	7.109	6.412	1.344	712	**15.577**
EPOC.	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**

De los ciento veinte mil identificados 92.887, es decir el 76,9 % de los pacientes padecen una sola enfermedad de las seleccionadas, mientras que el 33,1 % restante presentan al menos dos de dichas enfermedades.

Segmentación clínica

Una vez que se ha realizado el estudio de las variables que caracterizan a la población crónica (descontrol y uso de recursos), se ha realizado la segmentación de la población crónica. El resultado obtenido es la constitución de 13 clusters diferentes representados en el siguiente gráfico* (localizándose en el eje Y las patologías y en el eje X el número de las mismas):

Segmentación clínica



Nº de patologías

Así, del total de 13 clusters resultantes destacan, por su volumen de pacientes:

Asma: 31.834 pacientes

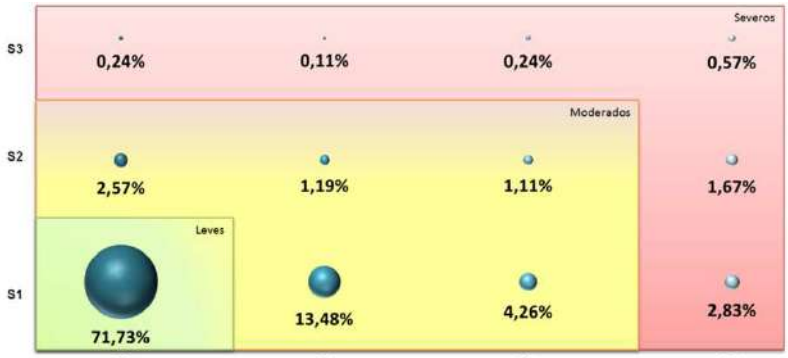
Metabólicas: 24.402 pacientes

Respiratorias: 7.558 pacientes

Crónicos por nivel de Severidad

A efectos operativos y gracias al análisis conjunto de las variables descontrol y uso de recurso (consultas generadas, atenciones de urgencias, ingresos hospitalarios, el consumo de fármacos, etc.) ha permitido estimar el grado de **SEVERIDAD** de cada paciente. Veamos un ejemplo de la metodología empleada

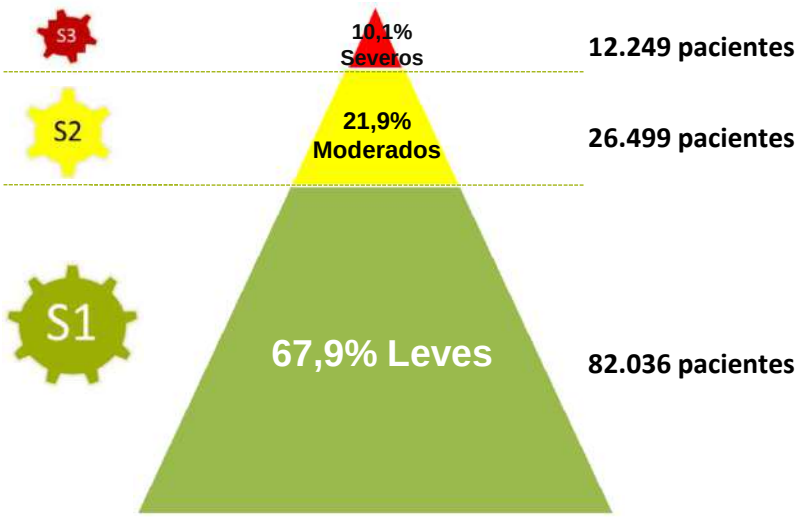
Ejemplo de clasificación de Severidad del Asma según grado de descontrol y uso de recurso



Asma	DB		D1		D2		D3	
S3	76	0,24%	35	0,11%	77	0,24%	182	0,57%
S2	819	2,57%	379	1,19%	354	1,11%	531	1,67%
S1	22.836	71,73%	4.290	13,48%	1.355	4,26%	900	2,83%

Leves	22.836	71,73%	Moderados	7.197	22,61%	Severos	1.801	5,66%

El proceso citado ha permitido obtener la distribución según severidad que se observa en la gráfica adjunta



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

Distribución 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

El segmento con una mayor proporción de pacientes severos (30,4%) es el de Pluripatológicos (tres o más enfermedades), afortunadamente este segmento supone únicamente un 2,9% del total de los pacientes crónicos lo que permite diseñar una estrategia especialmente activa para este colectivo.

Se ha estimado que un 18,5 % de los pacientes que padecen Insuficiencia Cardiaca son severos, siendo esta la patología aislada que más influye en la severidad, lo que justifica plenamente que haya sido priorizada.

Por lo general la Diabetes cuando se presenta sola representa poca severidad (6,2%). Sin embargo esta patología está en la base y se asocia con mucha frecuencia a procesos cardio y cerebro vasculares contribuyendo de manera notable a la severidad de los procesos pluripatológicos.

El Asma aislada es la patología de las seleccionadas con el menor porcentaje de severos (5,7%)

En la tabla siguiente se representa la distribución porcentual de la severidad estimada para cada uno de los procesos seleccionados

Distribución de pacientes crónicos por proceso y grado de severidad

		Leve	Moderado	Severo	TOTAL
Asma		71,7%	22,6%	5,6%	**100%**
Insuficiencia Renal		70,5%	21,2%	8,2%	**100%**
Ictus. Ac. Cerebrovascular		64,8%	23,5%	11,6%	**100%**
Cardiopatía Isquémica		71,2%	20,8%	7,8%	**100%**
Insuficiencia Cardíaca		58,3%	23,1%	18,5%	**100%**
Diabetes		74,7%	19,0%	6,2%	**100%**
EPOC con o sin Asma		69,1%	18,9%	11,8%	**100%**
Dos enferm. crónicas	2 Cardiocerebrovasc	52,9%	26,2%	20,8%	**100%**
	1 Respir + Diabetes	63,1%	23,6%	13,2%	**100%**
	1 Cardcerebrvasc + Diabetes	61,4%	23,9%	14,5%	**100%**
	1 Cardcerebrvasc + 1 Respir	58,1%	25,4%	16,4%	**100%**
Tres o más de las enfermedades crónicas seleccionadas		44,3%	25,1%	30,4%	**100%**
Demencia sola o acompañada de otras enferm. crónicas		63,3%	22,3%	14,3%	**100%**
TOTAL		**67,9%**	**21,9%**	**10,1%**	**100%**

Actividad asistencial

Para comprender la importancia de la información asistencial que nos aporta la segmentación sobre cada uno de los colectivos veremos el ejemplo del grupo de pacientes Pluripatológicos.

Número de paciente Pluripatológicos
(3 o más enfermedades)

	Leves	Moderados	Severos	Total
Tres o más de las enfermedades crónicas seleccionadas	1.552	881	1.064	**3.497**

Para atender a este pequeño colectivo necesitamos realizar casi 100.00 consultas en Atención Primaria y más de 23.000 estancias hospitalarias. Precisamos casi el equivalente a un pequeño hospital de 90 o 100 camas.

Actividad actual para atender a los 3.497 Pluripatológicos
(3 o más enfermedades)

Vistas en Atención Primaria	**96.972**
Urgencias en Primaria	**18.884**
Consultas de Especialista	**10.841**
Días ingresado en el Hospital	**23.430**
Urgencias Hospitalarias	**1.749**
Farmacia Gasto anual	**786**

Cada uno de los Pluripatológicos Severos genera más de una visita semanal en Atención Primaria varias consultas Especializadas y al menos un ingreso hospitalario al año. Como puede observarse el margen de mejora organizativa es muy amplio.

Actividad anual para atender a cada uno de los pacientes Pluripatológicos

	Leves	Moderados	Severos	Total
Vistas en Atención Primaria	8,5	24,9	58,1	**27,7**
Urgencias en Primaria	1,2	4,8	12,0	**5,4**
Consultas de Especialista	1,1	3,1	6,0	**3,1**
Días ingresado en el Hospital	0,6	3,0	18,6	**6,7**
Urgencias Hospitalarias	0,1	0,3	1,3	**0,5**
Farmacia Gasto anual	240	719	1.637	**786**

La caracterización adecuada de un colectivo de crónicos permite establecer objetivos específicos, optimizar los patrones de atención y monitorizar indicadores de resultados para cada colectivo específico

Nos va a permitir identificar de manera inequívoca en la propia historia clínica a los pacientes a incluir en los distintos programas de intervención. Lo cual nos ayudará sobre todo a poner el foco muy en particular en los pacientes más severos.

Estimación del coste actual

Tras el análisis realizado de la población crónica, se considera de especial interés conocer el **gasto asociado a pacientes crónicos**

SEGMENTO		Leve	Moderado	Severo	TOTAL
Asma		28.527.815	23.421.302	17.278.166	**69.227.282**
Insuficiencia Renal		8.976.061	7.570.392	11.008.705	**27.555.157**
Ictus. Ac. Cerebrovascular		7.160.453	9.088.866	18.589.485	**34.838.804**
Cardiopatía Isquémica		8.943.691	8.604.412	11.265.290	**28.813.394**
Insuficiencia Cardíaca		2.281.417	3.422.227	10.471.307	**16.174.951**
Diabetes		32.409.924	23.930.344	29.714.270	**86.054.538**
EPOC. Con o sin Asma		7.988.415	7.922.286	17.536.559	**33.447.261**
Dos enferm. crónicas	2 Cardiocerebrovasc	4.756.108	7.364.396	21.515.300	**33.635.805**
	1 Respir + Diabetes	3.876.325	4.249.514	7.775.708	**15.901.547**
	1 Cardcerebrvasc + Diabetes	11.427.476	13.559.396	29.066.739	**54.053.612**
	1 Cardcerebrvasc + 1 Respir	4.621.273	6.687.423	15.328.076	**26.636.772**
Tres o más de las enfermedades crónicas seleccionadas		3.202.904	6.362.848	29.432.291	**38.998.042**
Demencia sola o acompañada de otras enferm. crónicas		7.566.026	10.842.646	25.067.332	**43.476.004**
TOTAL		131.737.889	133.026.051	244.049.229	508.813.170

Como cabía esperar la diabetes se perfila como la patología individual que más gasto total genera debido sobre todo al gran número de pacientes que la padecen. La importancia de la diabetes es aún mayor si se considera su contribución al coste de los distintos segmentos de pacientes pluripatológicos en los que participa.

La importancia macroeconómica del asma es también muy notable igualmente por el gran número de pacientes que la sufren.

Sin embargo a la hora de diseñar las estrategias de intervención más que el coste total la variable que adquiere mayor protagonismo es el coste por paciente. Como se verá , es precisamente en este aspecto en el cobra especial protagonismo el coste de los casos severos.

En la tabla que sigue se refleja la comparativa de gasto per cápita por edad de los crónicos identificados con el resto de la población.

Gasto per cápita comparativo entre crónicos y no crónicos por edad

	< 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**

Como se puede observar la necesidad de atención de los crónicos medida a través del gasto per cápita, es cinco veces superior al del resto de la población.

La Insuficiencia Cardiaca aisladamente considerada se presenta como la patología individual que más necesidad de utilización genera. Obviamente cuando coexisten varias patologías el gasto per cápita se incrementa de manera notable, en particular cuando se asocian tres o más diagnósticos.

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 sano. En el caso de los pluripatológicos severos esta variación es todavía mucho más.

Gasto per cápita de crónicos por proceso y grado de severidad

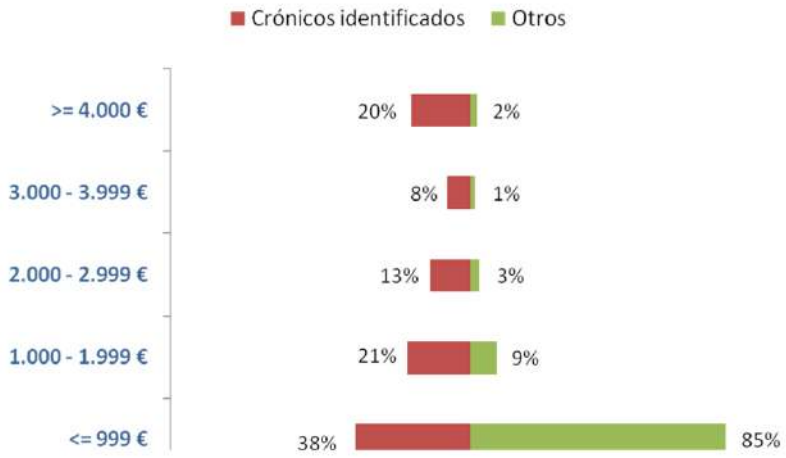
SEGMENTO	Leve	Moderado	Severo	TOTAL
Asma	1.250	3.255	9.593	**2.175**
Insuficiencia Renal	1.790	5.023	18.722	**3.877**
Ictus. Ac. Cerebrovascular	1.516	5.294	21.999	**4.782**
Cardiopatía Isquémica	1.471	4.833	16.739	**3.375**
Insuficiencia Cardíaca	1.489	5.638	21.545	**6.163**
Diabetes	1.778	5.145	19.613	**3.526**
EPOC. Enferm. Pulmonar Obstr. Crónica	1.528	5.528	19.572	**4.425**
Dos de las enfermedades crónicas seleccionadas (4 segmentos)	2.042	6.305	22.275	**6.369**
Tres o más de las enfermedades crónicas seleccionadas	2.064	7.223	27.661	**11.151**
Demencia sola o acompañada de otras enferm. crónicas	1.594	6.484	23.361	**5.802**
TOTAL	1.606	5.021	19.923	4.213

Número de Adultos, crónicos y no crónicos, por niveles de coste per cápita

	Crónicos id.	Resto
entre 0 y 999€	41.427	406.687
entre 1.000 y 1.999€	22.751	42.791
entre 2.000 y 2.999€	14.501	13.966
entre 3.000 y 3.999€	8.534	6.044
mayor o igual 4.000€	21.180	10.101
Total TOTAL	**108.393**	**479.589**

En la tabla anterior se puede apreciar la distribución de la población adulta por tramos de coste per cápita. De los 31.281 pacientes que han consumido el equivalente a más de 4.000 € de servicios sanitarios cerca del 70 % ya han sido identificados como crónicos con tan solo analizar las patologías señaladas.

Un 20% de los identificados como crónicos en la segmentación utilizan más de 4.000 € de servicios sanitarios al año en tanto que solo el 2% de los no identificados llegan a generar este nivel de gasto, lo que otorga validez operativa al instrumento.



El 85% de la población no identificada como crónica el gasto se sitúan entre los 0 y los 999€.

Por último, analizando los niveles de gasto por grupo de edad, se observa que el 26% de la población mayor de 80 años identificada como crónica realiza un uso de servicios superior a los 4.000€.

8.- Modelo de atención

- *Atributos y modelo funcional de atención*
- *Patrones de atención por perfiles de pacientes*
- *Pluripatológicos complejos*
- *Criterios de atención continuada a crónicos*
- *Uso adecuado y conciliación de la medicación*
- *Cuidados paliativos*
- *Comorbilidad mental*
- *Valoración y mejora de la capacidad funcional*
- *Modelo de atención socio-sanitaria*

Gobierno de Navarra

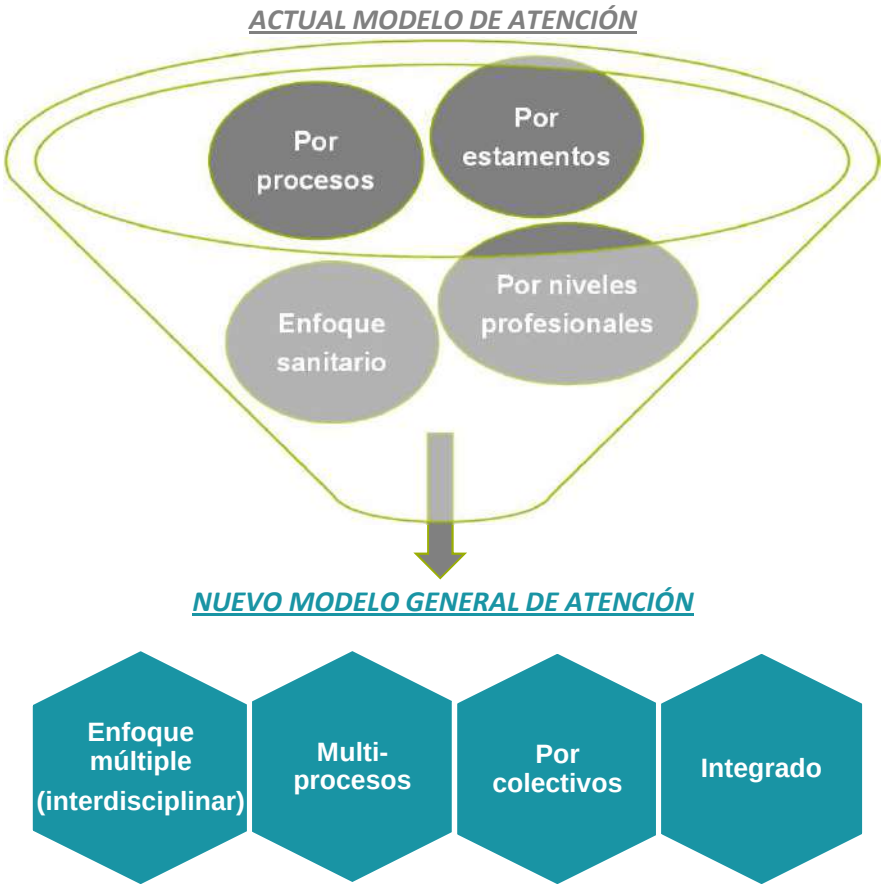
Departamento de Salud

Atributos del Modelo

La definición e implantación de un nuevo Modelo General de Atención a Enfermos Crónicos supone asumir el reto de definir un ámbito asistencial caracterizado por una atención integrada, rompiendo con la visión de un enfoque exclusivamente clínico y limitado, para construir un nuevo escenario sanitario que suponga un abordaje multidimensional del paciente, considerando los siguientes aspectos clave:

- Rediseñar los procesos de atención al paciente
- Desarrollar equipos multidisciplinares y eficaces para la atención al paciente
- Coordinar la atención al paciente desde todos los puntos de vista (sanitario, social, psicológico y familiar)
- Fomentar la responsabilidad del paciente en el cuidado de su propia salud
- Desarrollar un sistema que soporte la mejora continua

Esta nueva definición supone por tanto, un cambio cualitativo fundamental en el modelo de atención sanitaria que se viene desarrollando hasta el momento en la Comunidad Foral.



El modelo funcional de atención a pacientes crónicos y pluripatológicos describe los requisitos generales necesarios para la atención a estos pacientes. Supone, por tanto, el marco de referencia común para la atención a los pacientes crónicos y pluripatológicos en el Sistema Navarro de Salud – Osasunbidea.

Los atributos o características que debe cumplir el nuevo modelo funcional de atención a pacientes guardan relación con los dos objetivos estratégicos que debe saber conjugar:

Por una parte el modelo **se orienta al logro de resultados** desde una concepción de calidad integral (calidad técnica, calidad percibida y eficiencia). Ello implica estandarizar en lo posible los procesos basando las decisiones en datos apoyados en la mejor evidencia disponible.

Por otro lado **se orienta al paciente l**o cual implica la personalización de la atención y la búsqueda permanente del valor añadido para el paciente en cada decisión en cada tarea en cada circuito asistencial.

Calidad técnica, calidad percibida y eficiencia

RESULTADOS EN SALUD + SOSTENIBILIDAD

Los atributos o características del modelo funcional de atención serán por tanto:

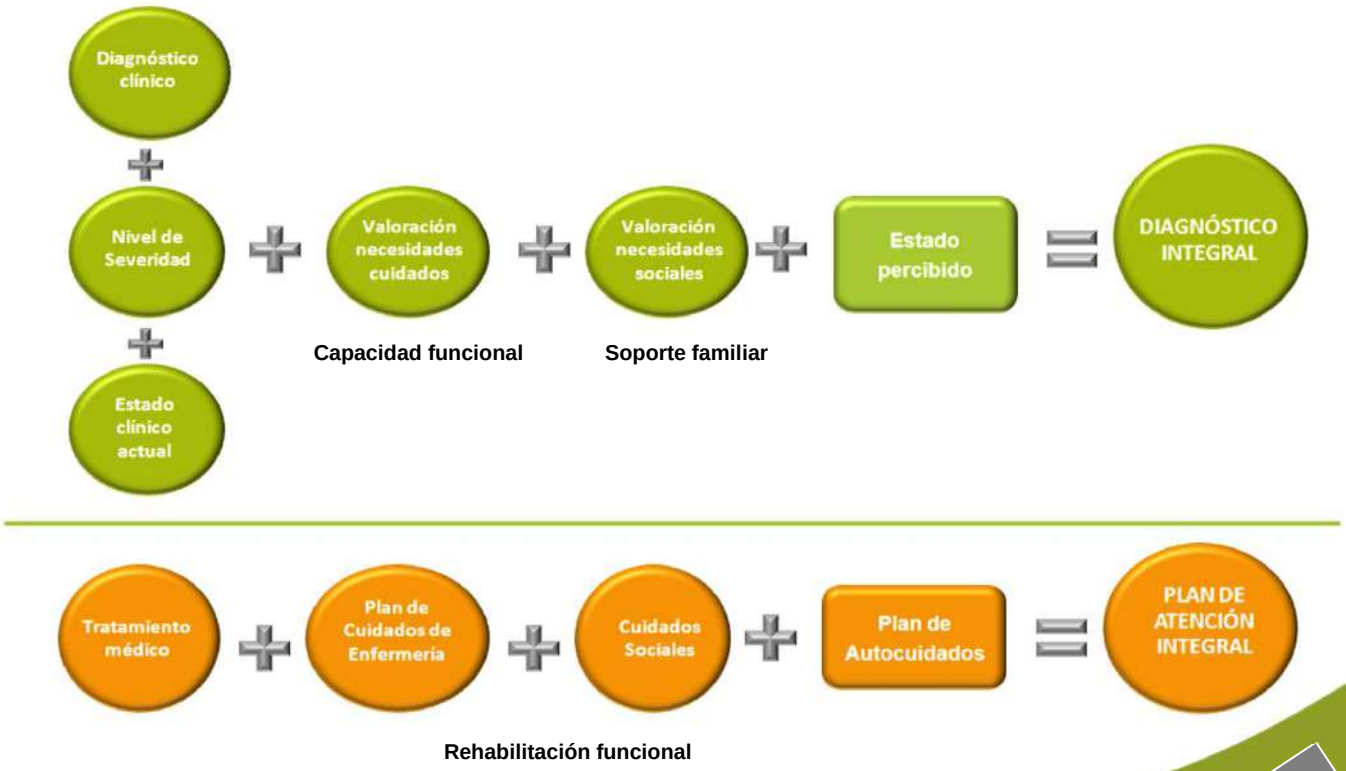
ATENCIÓN CONTINUADA	… a lo largo del todo el proceso asistencial (no fragmentada)
ATENCIÓN INTEGRADA	… incluyendo todas las actividades asistenciales: preventivas, asistenciales (diagnósticas, terapéuticas, control/seguimiento, etc.) y rehabilitadoras
ATENCIÓN LONGITUDINAL Y ATEMPORAL	… abarcando toda la vida del paciente
ATENCIÓN NORMALIZADA	… mediante la aplicación de planes terapéuticos y de cuidados protocolizados
ATENCIÓN MULTIDISCIPLINAR	… incluyendo los diferentes niveles y actores implicados de forma transparente para el paciente
ATENCIÓN PROACTIVA	… que habilita nuevos mecanismos, servicios y circuitos, siendo el motor el sistema asistencial y no el paciente o su entorno
TRAZABILIDAD	…de las acciones realizadas por todos los actores implicados
ATENCIÓN POR NIVELES	…según la severidad de los pacientes a tratar
ATENCIÓN MULTIPROCESO	…dirigida a colectivos homogéneos
ATENCIÓN BASADA EN LA EVIDENCIA	…encaminada a cubrir las necesidades reales de los pacientes
ATENCIÓN PLANIFICADA	…en los patrones de atención
ATENCIÓN CENTRADA	…en los resultados y no en la actividad
ATENCIÓN COORDINADA	… implicando e integrando a todos los actores que forman parte del sistema asistencial
ATENCIÓN EFICAZ	… que facilite el acceso y la comunicación entre los diferentes actores implicados
ATENCIÓN EFICIENTE	… que realice cada actividad en el nivel y actor más adecuado, buscando la delegación de funciones y la disminución del uso de los recursos más especializados y escasos
ATENCIÓN INTEGRAL	… abarcando tanto los aspectos clínicos, como los psicológicos y sociales
ATENCIÓN PERSONALIZADA	… adecuando los planes a la realidad de cada paciente y su entorno
ATENCIÓN RESPONSABLE	…orientada al autocuidado por parte del propio paciente (corresponsable)
ATENCIÓN ORIENTADA	…a la necesidad (no a la demanda), a los cuidados y al paciente (circuitos orientados al paciente y no a la tarea)

La implementación de todas estas características implican un cambio integral en el modelo de atención asistencial que se viene desarrollando hasta ahora. Actualmente, este modelo está principalmente orientado a la atención de enfermos agudos, basándose en la gestión del proceso. Si bien este modelo es adecuado para pacientes con un nivel determinado de severidad, es insuficiente para algunos pacientes y puede ser excesivamente "medicalizador" para otros.

Por el contrario, el modelo funcional de atención a enfermedades crónicas propuesto constituye la base para desarrollar una atención integrada y continua en los cuidados, adaptándose a las necesidades tanto del entorno como del paciente, garantizando una atención de calidad, eficaz y eficiente.

La aplicabilidad de este modelo debe posibilitar la consecución de los resultados esperados: mejorar la calidad de vida de los pacientes crónicos, contribuir a la sostenibilidad del sistema, disminuir los ingresos hospitalarios evitables y, por último, potenciar los autocuidados y la participación del paciente en la gestión y conocimiento de su propia enfermedad.

CALIDAD INTEGRAL DE LA ATENCIÓN



Como se ha señalado anteriormente, en el modelo funcional se describen en detalle los principales aspectos a considerar para implementar un Modelo General de Atención a Enfermos Crónicos y Pluripatológicos, definiendo un sistema unificado que describe las directrices de actuación necesarias para desarrollar procesos estandarizados y coordinados.

El objetivo del nuevo modelo funcional de atención a pacientes crónicos es mejorar los resultados en salud y la calidad de vida de estos pacientes y para ello, es necesario ajustar la intensidad de la intervención sanitaria a las necesidades reales del paciente.

Para ello, este modelo consta de seis grandes procesos distribuidos en forma de cadena de valor (segmentación; definición del patrón de cuidados; asignación y personalización; ejecución; seguimiento / evaluación; y modelo de gobierno), tal y como se recoge en el siguiente gráfico:

CADENA DE VALOR DE ATENCIÓN A CRÓNICOS Y PLURIPATOLÓGICOS

Definición del Patrón de Atención

Una vez realizada la segmentación, la definición del **patrón de atención** consiste en la protocolización de las actuaciones según las necesidades de atención que presentan los pacientes. Estas actividades, una vez implantadas y monitorizadas, permiten consolidar la evaluación como eje de mejora de las intervenciones.

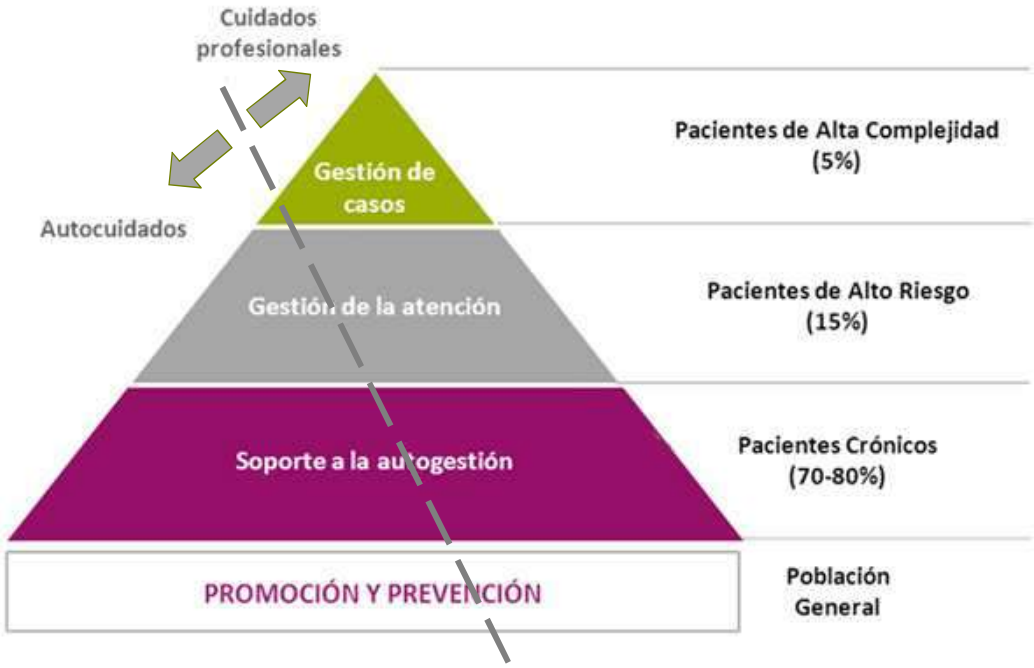
Se definirá un Patrón de Atención específico para de cada perfil de paciente prioritario y con modalidades distintas según nivel de severidad

Los Patrones de Atención deberán ayudar al clínico a :

- ***Tener identificados y categorizados a todos los pacientes crónicos y pluripatológicos***, disponiendo de una información estructurada, actualizada, alimentada y compartida por todos los agentes implicados.
- ***Clasificar al paciente según severidad.***
- ***Establecer un protocolo de atención normalizado***, contemplando la necesidad de personalización, para conseguir una mejora en la continuidad de cuidados por todos los niveles (AP, AE, sociosanitaria, etc.) y actores implicados (paciente, cuidador, médico, enfermería, trabajador social, etc.)
- ***Definir las actividades y responsabilidades de cada actor***, facilitando el acceso del paciente al sistema y la comunicación / coordinación entre los diferentes actores implicados, así como buscando la autonomía, el autocuidado y la implicación por parte del paciente y su entorno cuidador.
- ***Establecer unos planes terapéuticos y de cuidados con una visión global*** (preventiva, asistencial y rehabilitadora) ***y compartida*** por todos los actores implicados, contemplando los principales escenarios y situaciones que se pueden producir.
- ***Establecer nuevos servicios y circuitos de atención*** que agilicen y hagan más eficiente el proceso de atención y aumenten el nivel de satisfacción de los pacientes y de los profesionales.
- ***Conseguir que las actividades se realicen en el nivel y con el agente más adecuado***, fomentando que cada estamento alcance su máximo nivel de competencia
- ***Optimización del uso de los recursos***, especialmente las hospitalizaciones y las urgencias, así como el retraso en la utilización de recursos sociosanitarios (residencias, centros de mayores, centros de día, servicios domiciliarios, etc.).
- ***Disponer de mecanismos de alerta*** que faciliten la supervisión de la operativa realizada por cada uno de los actores.
- ***Realizar un seguimiento, monitorización y evaluación continua y proactiva de estos pacientes*** para que se controle su situación / evolución, previniendo situaciones de descompensación y de crisis.
- ***Facilitar mecanismos que permitan la evaluación*** del modelo establecido, tanto a nivel operativo como clínico, para su mejora continua y adecuación a la realidad asistencial.

Los patrones de atención específicos de cada perfil de paciente deberán también ayudar al clínico a clasificar y adecuar la atención el nivel de severidad del cada paciente.

Las modalidades de atención según severidad de los pacientes se ajustarán a los principios de la proporcionalidad de los cuidados de la Pirámide de Kaiser, tal y como se muestra en la siguiente figura.



•**Patrón de atención a pacientes leves – SOPORTE AL AUTOCUIDADO**: caracterizado por la importancia del autocuidado, que se sitúa en torno al 75% y donde la responsabilidad principal recae sobre el paciente.

•**Patrón de atención a pacientes moderados – GESTIÓN DE LA ATENCIÓN AL PROCESO**: la importancia del autocuidado se reduce, tanto para pacientes unipatológicos como pluripatológicos y la responsabilidad principal recae sobre el sistema asistencial junto con la corresponsabilidad del paciente.

•**Patrón de atención a pacientes severos – GESTIÓN DE CASOS PROACTIVA**: donde el sistema asistencial es el principal responsable de la actuación sanitaria, caracterizándose por su proactividad, y donde el nivel de autocuidados se sitúa por debajo del 25% (para pacientes severos unipatológicos) y 10% (para pacientes severos multipatológicos).

En el Anexo IV se detallan las características generales de las modalidades de Atención según nivel de Severidad

Con carácter general a los pacientes con trastorno mental o cognitivo moderados se les prestará una atención proactiva semejante a la de los pacientes severos.

Asignación y personalización del patrón de atención

Una vez definido el patrón de atención para cada perfil o grupo de pacientes, éste deberá ser personalizado según las características de cada paciente en particular.

Es en este momento cuando se asocia un paciente a un patrón de atención determinado en función de su escenario / estado y de su grado de severidad.

Ejecución del patrón de atención

La ejecución del patrón de atención supone la aplicación de la personalización realizada para cada patrón de cuidados, desarrollando las actividades e intervenciones definidas en el plan de atención para atender y asistir a cada paciente. El desarrollo de este proceso se estructura por tanto en dos **actividades**:

1. **Ejecución de tareas definidas en el plan de atención**

   Desarrollo de las actividades e intervenciones necesarias definidas en la personalización del patrón de cuidados

2. **Control del proceso**

   Gestión de las alarmas necesarias para realizar el control operativo de la ejecución del plan de atención por parte de cada agente, que se han definido en la definición del plan de atención.

Seguimiento y evaluación del patrón de atención

Una vez definido el Patrón de Atención, será necesario desarrollar un modelo de seguimiento y evaluación de las actuaciones definidas, que permita la revisión periódica del progreso de los diferentes patrones de atención, para poder, por un lado, valorar el impacto del mismo en los pacientes afectados y, por otro, mejorar la atención a los pacientes.

Este proceso posibilitará que los agentes involucrados en la definición y atención a los diferentes perfiles de pacientes dispongan de información cuantitativa y cualitativa que les permita conocer y evaluar los resultados de su actividad.

Reevaluación y reclasificación periódica del pacientes

El paciente deberá ser reevaluado y reclasificado periódicamente en función de su evolución clínica

PATRONES DE ATENCIÓN POR PERFILES DE PACIENTES

Como se ha señalado se definirá un patrón diferente adecuado a las características clínicas de cada segmento o perfil de paciente.

Dicho patrón, deberá contener unos componentes básicos que servirán de guía para todos los agentes responsables de desarrollarlas. Además, deberá estar adecuadamente estructurado para poder facilitar la máxima automatización posible del proceso, favoreciendo también de esta forma, un mejor seguimiento.

De esta forma, el patrón de cuidados identificará dos grandes aspectos:

- **Objetivos o Metas a alcanzar**: objetivos de control deseables para ser alcanzados por los pacientes una vez aplicado el plan de atención determinado
- **Parámetros críticos** a considerar para el segmento correspondiente; es decir, aquellos parámetros que se consideran esenciales para la caracterización del estado del paciente.

Tanto en el apartado de Extensión del Proyecto como en el de Segmentación ya hemos aludido a los procesos priorizados. Los perfiles de pacientes priorizados que requerirán por tanto la definición de un Patrón de Atención Específico serán los siguientes:

- Pacientes pluripatológicos
- Demencia
- EPOC
- Diabetes *
- Insuficiencia Cardíaca
- Cardiopatía Isquémica
- Esquizofrenia,
- Paciente cardio pulmonar
- Accidente Cerebro Vascular
- Insuficiencia Renal
- Parkinson
- Asma *
- Trastornos depresivos recurrentes

Se elaborará un Patrón de Atención específico para cada uno de los perfiles de paciente priorizados

Componentes del patrón de atención de cada perfil

No siempre es posible normalizar y protocolizar con detalle el proceso de atención de determinados perfiles de pacientes sobre todo cuando la casuística o el nivel de evidencia disponible es insuficiente.

Sin embargo en el caso de los perfiles de pacientes priorizados, y sin perjuicio de la necesidad posterior de personalización, se considera que el proceso de normalización debe ser lo más ambicioso posible y debe estar dirigido al logro de objetivos y metas predefinidos.

Por ello a la hora de elaborar un patrón de atención para los perfiles de pacientes priorizados se deberán considerar al menos los componentes que se detallan en la siguiente tabla

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

1. **Objetivos y Metas Específicos del Perfil de Paciente.**
2. **Criterios de inclusión en el programa e identificación 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. 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, responsabilidades y supervisión. Panel de Control.**
12. **Pautas y circuitos en caso de descompensación.**
13. **Recursos y Servicios de referencia .**
14. **Evaluación de resultados. Cuadro de Mando.**

El Anexo III recoge una relación detallada de los componentes del Patrón de Atención de un Perfil de Paciente "cheklist"

1. **Objetivos y Metas.** El elemento esencial y primero es el definir unos Objetivos Específico para el colectivo de pacientes sobre el que se pretende incidir. Para ello se tomarán como puntos de partida los datos estadísticos aportados del proceso de segmentación.
2. **Criterios de inclusión en el patrón** de **atención**. Tomará en consideración los resultados de la segmentación y los criterios de inclusión adicionales definidos por el personal clínico. La decisión final será siempre clínica.

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

3. **Criterios de diagnóstico integral**. Diagnóstico clínico y de necesidades. Incluye "Diagnóstico clínico" y de "Necesidad de cuidados" (NANDA).En los casos de pacientes severos el diagnóstico será integral y tendrá un enfoque sociosanitario
4. **Criterios de clasificación. Severidad y estados del paciente.**
   - Criterios de clasificación del **nivel de Severidad,** periodicidad de la reclasificación e identificación de predictores de mal pronóstico en la progresión de la severidad (Ejemplo Insuficiencia Renal)
   - Criterios de i**dentificación de los diferentes escenarios o estados clínicos del paciente**. Definirá las distintas situaciones clínicas en las que los pacientes pueden encontrarse, tanto de estabilidad como de descompensación y las necesidades a cubrir, los servicios y circuitos necesarios para abordarlas y la responsabilidad de ese cuidado.
5. **Definición del patrón de atención en cada estado / escenario** del paciente (personalización). Consiste en la caracterización del plan de atención general definiendo sus contenidos: diagnóstico, evaluación funcional, planes de cuidados, servicios, circuitos, agentes responsables, etc.
6. **Definición del modelo de información del plan** (Ficha del paciente). Conjunto de atributos (campos) de información que se precisan para la gestión de su atención. Tapiz Específico del Perfil de Paciente
   - Simplificar en lo posible los protocolos priorizando los elementos asociados a los objetivos, ponerlos en rojo y como DGP y monitorizarlos.
   - Simplificar los planes de cuidados y hacerlos más prácticos

7. **Criterios de normalización de la información**. Establecerá los criterios y normas para el registro y codificación homogénea de la información clínica con objeto de lograr la exigible normalización de los sistemas de evaluación.
8. **Medios y estrategias de autocuidados – autocontrol**. Definirá los objetivos específicos en materia de formación en autocuidados, con especial atención a la identificación de signos de alarma y diseñará las metodologías y materiales docentes necesario
9. **Objetivos y criterios de tratamiento integral**. Plan de tratamiento. No se limitará al tratamiento farmacológico sino que incluirá la prescripción de cuidados. "Recetar Estilos de Vida" En particular en los casos de pacientes severos y pluripatológicos el tratamiento será integral , definirá objetivos terapéutico explícitos y tendrá un enfoque sociosanitario
10. **Definición de parámetros de control, recordatorios y alertas** que se pueden de generar para cada estado / escenario. Estas alertas se corresponderán con motivos clínicos, supervisión del cumplimiento de la actividad planificada para cada agente, etc. En el caso de los pacientes pluripatológicos resulta imprescindible priorizar los parámetros de control claves.
11. **Criterios de seguimiento, responsabilidades y supervisión.** Panel de Control de las actividades a los diferentes actores intervinientes. En este apartado será se definen pautas de seguimiento para cada escenario, así como las responsabilidades y las actividades que le corresponden a cada uno de los agentes. PERIODICIDAD DE LA REEVALUACIÓN
12. **Pautas y circuitos en caso de descompensación**. El Patrón de Atención deberá establecer los protocolos generales de actuación en caso de descompensación, pero además todos los pacientes severos dispondrán de una pauta de descompensación personalizada que figura de forma visible en su Historia Clínica Informatizada.
13. **Definición de los mecanismos de supervisión** de la actividad realizada que incluirá la definición de los parámetros a incluir en el Panel de Control a utilizar por la Gestora de Casos
14. **Definición del Modelo de Cuadro de Mandos** para la mejora continua y evaluación de resultados

Se elaborará un Patrón de Atención específico para cada uno de los perfiles de paciente prioriozados

PLURIPATOLÓGICOS COMPLEJOS (PPC)

Por esencia la atención al paciente pluripatológico es la más compleja y difícil de estandarizar, pero es sin duda también la más necesitada de un plan operativo.

Si en todos los perfiles de pacientes es importante definir bien los criterios de inclusión, la identificación adecuada de la población diana es tal vez el factor clave para el éxito del modelo de atención al paciente pluripatológico.

Inicialmente se prevé priorizar la atención a los Pacientes Pluripatológicos Complejos (PPC) afectados por tres o más de las patologías crónicas priorizadas, sin embargo de manera progresiva se irá ampliando la población diana a aquellos pacientes que por su pluripatología, su pérdida de autonomía, sus relaciones con varias especialidades y/o sus múltiples ingresos y reingresos, se beneficien especialmente de un modelo de atención de gestión de casos, con un referente único en Atención Especializada y una mayor agilidad en los circuitos de atención.

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

- Corresponsabilidad del Médico de Familia y el Especialista de Referencia (personalizado).
- Enfermera Gestora Caso + Enfermera de Enlace.
- Identificación inequívoca en Hª Clínica.
- Diagnóstico Integral Sociosanitario incluida valoración de necesidad de cuidados sanitarios y sociales y 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 con especial atención a la identificación de los signos de alarma.
- 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 personalizada 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 en 24-48 h (Concertada desde el Hospital).
- 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.

Personal de Atención Integral e Integrada al PPC

La variabilidad de procesos, que pueden padecer los pacientes pluripatológicos y los distintos grados de severidad que puede alcanzar cada uno de dichos procesos en cada paciente hace que en este tipo de paciente sea difícil, cuando no imposible, establecer un patrón adecuadamente estandarizado de atención, por ello...

En el paciente pluripatológico debe prevalecer aún más si cabe la personalización sobre la estandarización.

Con carácter general en el caso de los pacientes pluripatológicos no es posible ni deseable aplicar de manera sumatoria todas las pautas diagnósticas, terapéuticas y de monitorización que aconsejaría la mera adición de protocolos y criterios técnicos de calidad aplicables aisladamente a cada uno de los distintos procesos que padece un paciente. Por ello en estos pacientes adquiere una relevancia crucial la elaboración del Plan Personal de Atención Integral e Integrada.

El Plan Personal de Atención Integral e Integrada deberá

- Priorizar los objetivos terapéuticos.
- Identificar los parámetros claves de control.
- Concretar la pauta terapéutica balanceando los beneficios y riesgos de la polimedicación.
- Establecer objetivos de intervención con un enfoque sociosanitario.

En lo posible dicho Plan Personal deberá ser consensuado entre Primaria y Especializada. El desarrollo de Equipos Virtuales de Gestión de Casos deberá permitir analizar la situación de los PPC de una Zona Básica para consensuar objetivos y actuaciones a realizar para lo cual se apoyará en tecnologías de comunicación en red (webcasting, audio y videoconferencia, etc.).

La Historia Clínica compartida entre ambos niveles asistenciales deberá permitir identificar fácilmente los GAP's existentes entre los objetivos terapéuticos y la realidad observada en cada momento.

Así mismo el Panel de Control de PPC para la gestión de casos deberá permitir ordenar a los pacientes por el número de GAP's de objetivos terapéuticos incumplidos lo que facilitará su identificación y la priorización de las intervenciones .

Unidad Multidisciplinar de PPC

Para la atención en el ámbito hospitalario al PPC se pondrá en marcha una Unidad Multidisciplinar de Pluripatológicos (UMP) que ofrecerá una atención multidisciplinaria mediante un amplio espectro de modalidades de asistencia y que habrá de cumplir unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, que garantizan las condiciones adecuadas de calidad, seguridad y eficiencia, para realizar esta actividad.

La Unidad Multidisciplinar de Pluripatológicos (UMP) contará con los recursos necesarios para ofrecer un amplio abanico de modalidades asistenciales para garantizar la atención a los PPC en el momento y lugar más adecuado.

- Prestar atención ambulatoria multidisciplinar y de alta resolución
- Garantizar que todas las consultas a las diferentes unidades o servicios médicos o la activación de los dispositivos de apoyo hospitalarios (hospitalización a domicilio, por ejemplo) se realizarán a través de la UMP
- Ofrecer atención sanitaria en unidades de hospitalización convencional y de forma ambulatoria en consulta externa y en hospitalización de día (HdD).
- Garantizar al menos la valoración personalizada por su Especialista de Referencia en períodos de hospitalización en cualquier cama o servicio y con independencia del motivo de ingreso .
- Estar coordinada con la unidad de hospitalización a domicilio y la unidad de cuidados paliativos y el servicio de urgencias.

ATENCIÓN CONTINUADA A CRÓNICOS

Tal como ya hemos señalado la organización de la atención continuada y urgente excede el alcance de este documento ya que se cuenta para ello con un proyecto específico.

Nos limitaremos por tanto a recoger aquí los criterios técnicos que debieran considerarse para garantizar una verdadera Atención Continuada a los pacientes crónicos, y en particular a los severos.

En los últimos años se observa una proporción creciente de pacientes crónicos que demandan atención espontánea directa a los Servicios de Urgencia En la mayoría de casos estas demandas no corresponden propiamente a la definición de urgencia como situación de aparición imprevista que genera una necesidad de atención inmediata.

La creciente demanda de los pacientes crónicos a los Servicios de Urgencia responde más bien a la necesidad de garantizar una atención continuada que el sistema actual no cubre de manera adecuada, bien por problemas de tiempos de espera o bien por limitación de horarios.

La utilización por los pacientes crónicos de los servicios de Urgencia para la atención de este tipo de demandas es sin embargo muy inapropiada.

Acudir de manera reiterada a los servicios de Urgencia a por recetas o considerar que ya se esta recibiendo un seguimiento adecuado porque se acude a Urgencias cada uno o dos meses es absolutamente inapropiado, sobre todo y ante todo para el propio paciente.

También por otra parte es evidente que el sistema ordinario de atención no garantiza un horario de atención suficientemente amplio para garantizar la atención a los pacientes en situaciones de descompensación lo que incrementa de manera notable la probabilidad de ingreso hospitalario.

En consecuencia los **principales problemas** que se detectan en este área y a los que las alternativas propuestas tratan o han de tratar de dar solución son:

- Utilización creciente de los Servicios de Urgencia por parte de los pacientes crónicos que utilizan la urgencia por su mayor accesibilidad o como puerta de seguridad para paliar las que entienden como carencias del sistema, minusvalorando la importancia que en ellos tiene la personalización de la asistencia. La media de consultas a urgencias del colectivo de crónicos es de 5 visitas al año.

- Despersonalización y falta de continuidad e integralidad de la atención.
- Atención insuficiente e inadecuada a pacientes paliativos o terminales y a enfermos crónicos en fases descompensación que precisan varias visita al día..
- Descoordinación entre los profesionales de Atención Primaria y de los Servicios de Urgencia Disparidad de criterios, cambios de tratamiento, informaciones contradictorias, etc.
- Satisfacción mejorable de los pacientes con el horario ordinario de atención y con la atención recibida fuera del horario ordinario.
- Duplicidades e ineficiencias.

Los **principios** a considerar serían:

- La continuad de la atención ha de entenderse como un atributo de calidad de la atención, esencial en la atención a pacientes crónicos.
- La Atención Primaria debiera asumir la responsabilidad principal de garantizar la continuidad de la atención del paciente crónico en el conjunto del Sistema Sanitario, y debiera contar para ello con las atribuciones oportunas.
- La continuidad de la atención ha de ser planificada buscando una atención más proactiva más que reactiva , que debe estar centrada en la prevención de la descompensaciones.
- La continuidad asistencial empieza por garantizar una atención verdaderamente accesible en horario ordinario.
- Deberá incluir tanto la atención en centro como en domicilio o residencia y debe adecuarse a las necesidades del entorno social del paciente, necesidades y formas de vida de los cuidadores, etc. .
- La continuidad debe garantizarse en el conjunto del sistema sanitario, evitando lagunas de atención en las denominadas transiciones asistenciales y ha de apoyarse en lo posible en el conocimiento de todo el equipo asistencial de los pacientes de mayor riesgo.
- Deberá incluir tanto servicios presenciales como no presenciales.

Los **objetivos de mejora** y/o criterios de calidad que se deberán considerar para ello son los siguientes:

1. **Garantizar una atención verdaderamente accesible en horario ordinario para asegurar la personalización de la asistencia.**

2. **Reducir el uso inapropiado y reiterado de la urgencia por parte de los pacientes crónicos que condiciona una atención discontinua y despersonalizada.**

- Monitorizar y hacer visible en la Historia Clínica el número de visitas realizadas a urgencias por el paciente en el último años.
- Indicar una consulta ordinaria de enfermería a los pacientes crónicos que hacen un uso inapropiado y reiterado de las Urgencias a fin de analizar los factores que determinan su comportamiento y reforzar los beneficios de la personalización y ofertar al paciente alternativas de mejora de la accesibilidad (consulta no presencial, etc). Esta consulta podrá ser indicada tanto por los profesionales de Primaria como por los propios profesionales de los Servicios de Urgencia .

3. **Mejorar la atención a pacientes paliativos o terminales y a enfermos crónicos severos o en fases descompensación que precisen varias visita al día para que pueden continuar su atención en su domicilio con la supervisión y atención adecuada.**

- Prescribir y asegurar la realización de visitas de seguimiento en horario de atención continuada a los pacientes que las requieran como otra actuación más alternativa a la hospitalización o para garantizar el seguimiento adecuado tras un Alta Hospitalaria. Las visitas podrán ser indicadas tanto por su médico de Atención Primaria como por los especialistas de referencia hospitalarios.
- Desarrollar servicios de telemonitorización para la atención de pacientes severos o en fase de descompensación y susceptibles de atención domiciliaria.
- Promover e incentivar fórmulas flexibles e innovadores de atención continuada a pacientes complejos en horario ampliado por parte de sus propios profesionales de referencia. para sí ofrecer una mayor y mejor cobertura asistencial.
    - El compromiso podría ser personal o del equipo y podría estar vinculado al desarrollo de centros de excelencia.

- El procedimiento debiera posibilitar diversas modalidades de prestación.
  - ✓ Seguimiento telefónico personalizado programado o a demanda.
  - ✓ Visitas domiciliarias personalizadas programadas o a demanda.
  - ✓ Amplitud del horario cubierto.
  - ✓ Etc.
- La fórmulas de incentivación serían igualmente diversas (fórmulas capitativas, pago por acto, etc.) pero siempre proporcionales al compromiso y esfuerzo profesional.

4. Desarrollar instrumentos para mejorar la coordinación entre los profesionales de Atención Primaria de Especializada y de los Servicios de Urgencia

- Historia Clínica única y accesible por todos los profesionales de los distintos servicios de Urgencia.
- Desarrollo de la Historia Clínica domiciliaria que deberá constar en el domicilio del paciente o ser accesible mediante la dotación progresiva de dispositivos móviles.
- Garantizar la identificación inequívoca de los pacientes severos en su Historia Clínica.
- Garantizar que todos los pacientes severos tengan registrada en su Historia Clínica la Pauta de Actuación en caso de Descompensación.
- Desarrollar el curso clínico compartido en Hª Clínica dotado de sistema de alarma para que el médico responsable del paciente identifique que este ha recibido una atención de urgencia.
- Elaboración de protocolos de atención para las situaciones de urgencia más frecuentes en cada uno de los perfiles de pacientes priorizados.

Estas principios y objetivos deben orientar la elaboración de un modelo de atención continuada, consensuado con los profesionales, que complemente y aporte verdadero valor añadido a la Estrategia de atención al paciente Crónicos y Pluripatológico.

USO ADECUADO Y CONCILIACIÓN DE LA MEDICACIÓN

Otro de los objetivos más importantes para lograr la eficacia, eficiencia y seguridad de la atención a los pacientes crónicos es "optimizar la terapia farmacológica en los pacientes con tratamientos crónicos, con especial atención a los pacientes polimedicados y pluripatológicos".

De manera resumida las principales acciones previstas en esta materia son:

- Establecer una política de prescripción de medicamentos con objetivos comunes entre los distintos niveles de atención sanitaria.
- Establecer criterios y procedimientos normalizados para identificar a los pacientes polimedicados.
- Realizar un análisis detallado de los actuales patrones de uso de medicamentos en los perfiles de pacientes priorizados y elaborar patrones de tratamiento y guías farmacológicas compartidas basadas en la evidencia para los perfiles de pacientes priorizados.
- Garantizar una adecuada conciliación de la medicación en los pacientes pluripatológicos severos y polimedicados en todas las transiciones asistenciales entre niveles y/o profesionales sanitarios.
- Colaborar con el Médico de Atención Primaria para la mejora de la seguridad, identificando interacciones, contraindicaciones y efectos adversos.
- Desarrollar sistemas de prescripción electrónica asistida, integrada en la historia del paciente para mejorar la seguridad en la medicación. Las alertas del sistema de prescripción electrónica asistida deben incluir los medicamentos considerados inapropiados para los ancianos.
- Evaluar de manera sistemática la adherencia al tratamiento de los pacientes crónicos y desarrollar sistemas y procedimientos de ayuda al paciente para la mejora de su cumplimiento.
    - Programar con el paciente y/o cuidador los horarios de administración teniendo en cuenta su estilo de vida y minimizando el número de tomas, siempre que sea posible.
    - Recomendar Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD´s) en aquellos pacientes que lo requieran.
    - Incorporar a los farmacéuticos de la Oficina de Farmacia a esta labor.

- Suministrar al paciente las dosis necesarias de medicación de los tratamientos finitos (antibióticos, corticoides, etc.) hasta completar el tratamiento instaurado en el hospital. Se ha evitar que el paciente salga del hospital sin medicación y tenga que adelantarla en farmacia.
- Prestar un asesoramiento permanente al Médico en todo lo referente al medicamento tanto en el Hospital como en Atención Primaria.
- Establecer un procedimiento de reevaluación periódica de toda la medicación de los pacientes.
- Asesorar al paciente y promover su educación para un mejor conocimiento de las características más relevantes de su tratamiento: qué toma, para qué, cuándo, cómo, y durante cuanto tiempo. Cuales son sus posibles efectos adversos y cómo se identifican y como deben actuar si aparecen. Qué hacer si olvida una toma.

En todos los episodios de hospitalización de pacientes pluripatológicos severos o polimedicados se aplicará un procedimiento normalizado de Conciliación de su Medicación, tanto al ingreso como al alta .

La mayor parte de los errores de medicación se produce en los procesos de transición asistencial, tanto al alta como al ingreso. La gravedad potencial de un error de conciliación no interceptado al alta es mayor que si se produce dentro del hospital, sin embargo, no es posible realizar una conciliación al alta si no se ha realizado al ingreso que es además el punto en el que se detectan un mayor número de errores.

La conciliación de la medicación es el proceso formal para comparar toda la medicación previa que toma el paciente, incluida la automedicación, con los nuevos medicamentos prescritos, identificando, y registrando cualquier discrepancia no justificada e identificando interacciones, contraindicaciones o duplicidades.

Sirva como ejemplo de la importancia de la conciliación la asistencia al paciente diabético ingresado. La protocolización actual comporta la trasformación al ingreso de su tratamiento habitual en una pauta de insulinización basal-bolus y alrededor del 11% son dados de alta con un tratamiento insulínico que antes no llevaban lo cual altera por completo su plan terapéutico.

El procedimiento normalizado será desarrollado por un Grupo de Trabajo específico y se prevé que pueda estar definido en el plazo de seis meses El procedimiento deberá especificar, como mínimo, el Circuito general del proceso y el Responsable del mismo y deberá definir el Formulario estandarizado de recogida de información.

CUIDADOS PALIATIVOS

La atención integral y continua propia del nuevo modelo de atención a crónicos se extiende en el tiempo desde el momento de su diagnóstico hasta el inexorable final de la vida y ha de garantizar por tanto también un buen morir.

Navarra cuenta desde el 2004 con un Programa de Cuidados Paliativos basado en los Equipos de Atención Primaria que asume la responsabilidad directa de la atención en coordinación con los Equipos de Soporte Domiciliario de la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios, y con una Unidad Funcional de Cuidados Paliativos dependiente del Servicio de Oncología del Complejo Hospitalario.

En octubre de 2009 la Dirección de Atención Primaria presentó la nueva Guía de Recursos de Cuidados Paliativos en Navarra que compila los recursos sanitarios, sociales y materiales disponibles para profesionales y familias afectadas por esta circunstancia.

Mediante una organización flexible y un Plan Personalizado se garantiza una valoración conjunta, y se desarrollan las visitas domiciliarias programadas de seguimiento necesarias. Los médicos de atención primaria disponen de un servicio de apoyo telefónico permanente y cuando lo consideran necesario derivan al paciente a la consulta externa. En última instancia se dispone de dos Unidades de Cuidados Paliativos para el ingreso hospitalario con 25 camas en Pamplona y otra en Tudela con 20 camas.

En opinión de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos los equipos existentes en Navarra son de muy buena calidad pero hasta el presente la cobertura es aún insuficiente, la accesibilidad variable y el despliegue territorial es aún incompleto.

Por ello, entre sus objetivos de legislatura, el Departamento de Salud ha acometido la revisión mejora y ampliación del citado Programa que define como un proyecto estratégico propio y por ello nos limitaremos a señalar aquí los criterios y objetivos previstos en dicho programa.

El nuevo programa de Cuidados Paliativos 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, e incluye por tanto también a los crónicos.

Los objetivos y principales acciones previstas son las siguientes:

- Extender el programa a todos las personas en situación terminal con una expectativa de vida menor de 6 meses, en todo el territorio de la Comunidad Foral.
    - ✓ Además de a los procesos oncológicos se dará cobertura también a las fases finales de patologías crónicas como enfermedades neurológicas degenerativas, demencias, insuficiencias cardiacas, respiratorias, renales, y en general, en cualquier enfermedad en la que exista compromiso vital o situaciones de gran complejidad.
- Puesta en marcha de un censo único y compartido (abierto y permanente) en el que figuren todos los pacientes que cumplan los criterios de inclusión en el programa de Cuidados Paliativos.
- Puesta en marcha de una Unidad de Cuidados Paliativos en el área de Estella.
- Organización en horario ampliado de la atención continuada a los pacientes incluidos en Cuidados Paliativos por parte del personal de su propio Equipo de Atención Primaria.
- Garantizar que todos los pacientes en situación de Cuidados Paliativos dispongan de:
    - ✓ Un Plan de Cuidados Personalizado .
    - ✓ Copia impresa o acceso web mediante dispositivos móviles a la Historia Clínica en el domicilio.
    - ✓ Registro y pauta de tratamiento del dolor.
    - ✓ Registro de la oferta de elaboración del Documento de Voluntades Anticipadas y en su caso acceso a una copia del mismo.
    - ✓ Recomendaciones o pautas de actuación para el médico de urgencia y en relación al ingreso hospitalario.
    - ✓ Registro de complejidad para identificar a los pacientes que necesitan valoración por ESAD.
- Revisión con el Departamento de Bienestar Social de la atención sociosanitaria que precisan los pacientes en Cuidados Paliativos.
- Diseño de un programa de capacitación al cuidador principal con metodología similar a la empleada en Autocuidado de crónicos.
- Interconsulta no presencial de los ESAD para los profesionales de Atención Primaria.

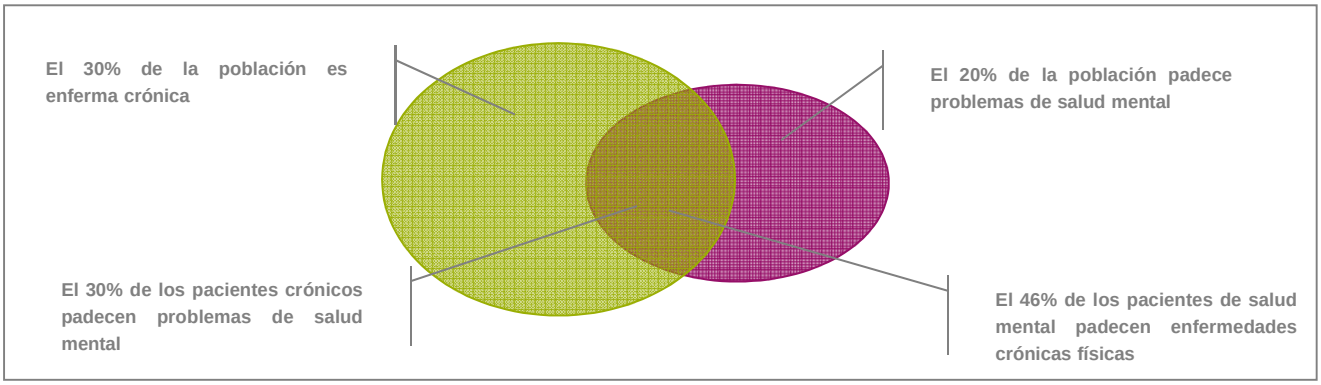
COMORBILIDAD MENTAL

Hay dos aspectos fundamentales a la hora de considerar la coexistencia de enfermedad mental y patología crónica. Existe una amplia bibliografía que indica que los pacientes con trastorno mental, especialmente con trastorno mental grave, tienen una sobremortalidad por enfermedad crónica respecto a los pacientes sin esta patología. El otro aspecto relevante es que, cuando un enfermo crónico presenta psicomorbilidad, empeora su pronóstico, su calidad de vida y los resultados en salud, a la par que aumenta el consumo de recursos.

Los mecanismos que subyacen a la asociación entre salud física y mental son complejos. Las evidencias sugieren combinaciones de mecanismos biológicos, psicosociales, ambientales y comportamentales *(Prince et al 2007)*, con relaciones causales de doble vía.

La enfermedad mental empeora la patología crónica y la enfermedad crónica empeora la salud mental.

"Superposición entre trastornos mentales y las enfermedades crónicas"



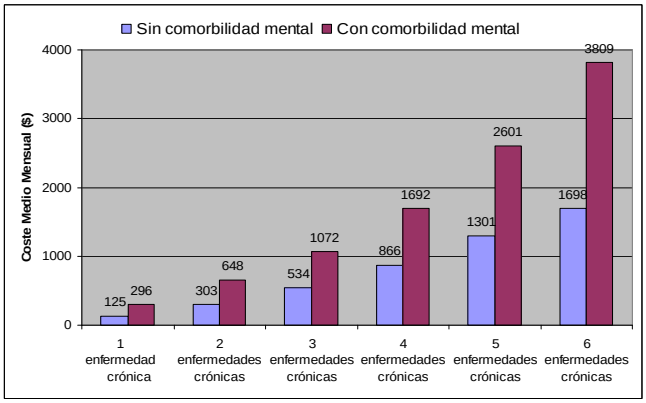
Fuente: *Chris Naylor et al. Long-term conditions and mental health. The cost of co-morbidities © The King's Fund and Centre for Mental Health 2012*

Para mejorar la atención en ambos grupos de pacientes es necesario introducir un modelo colaborativo entre los servicios de Atención Primaria y los servicios de Salud Mental de modo que se haga un esfuerzo por detectar los trastornos mentales en los enfermos crónicos, especialmente en los pluripatológicos, y se considere a los enfermos con trastorno mental grave (TMG) como un colectivo de especial actuación en las enfermedades crónicas, aumentando la detección e interviniendo de forma específica para la mejora del autocuidado.

Coste de la coexistencia de enfermedad mental y patología crónica

Puesto que la comorbilidad dificulta el autocuidado y empeora el pronóstico, el incremento de uso de servicios es una consecuencia lógica que se traduce en un incremento sustancial del coste, incluso excluyendo el gasto de tratar la enfermedad mental asociada. Persiste la asociación aún ajustando los datos por severidad de la patología física, situación clínica y variables sociodemográficas.

"Costes mensuales por pacientes crónicos con y sin comorbilidad mental" (tomado de Beacon Health Strategies)



- La comorbilidad mental aumenta el riesgo de ingreso en 2,8 veces, provoca un ligero aumento en la duración de la estancia, y duplica el uso de los servicios ambulatorios *(Krein et al 2006; Vamos et al 2009)*.
- La depresión aumenta las tasas de hospitalizaciones en enfermedad cardiovascular. En insuficiencia cardíaca crónica las tasas de admisión de emergencia son 2 a 3 veces mayores *(Himelhoch et al 2004; Jiang et al 2001; Fenton y Stover 2006).*
- Los diabéticos con comorbilidad mental tuvieron más ingresos hospitalarios y consultas de Medicina General por molestias físicas *(Das-Munshi et al 2007)*.
- Los pacientes con EPOC con comorbilidad mental tienen un 50% más de exacerbaciones agudas al año *(Laurin et al 2009)*, tasas más altas de hospitalización, y el doble de estancia en el hospital que aquellos sin problemas de Salud Mental *(Yellowlees et al 1987)*.
- En EE.UU., con datos de nueve millones de pacientes, la comorbilidad mental incrementó entre el 33% y el 169% los costes de atención al problema físico (excluyendo los gastos directos de los propios servicios de salud mental) *(Melek y Norris 2008)*.

Organización de la atención

Existen evidencias de que atender las necesidades psicológicas y las enfermedades mentales de las personas con enfermedades físicas crónicas de forma más efectiva, mejoraría tanto las enfermedades físicas como las mentales y, si se hace bien, reduciría el exceso de coste asociado con la comorbilidad *(NHS Diabetes and Diabetes UK 2010; Alum et al 2008)*.

También hay evidencia de que la comorbilidad física en los pacientes con esquizofrenia es frecuentemente infradiagnosticada e infratratada, que acceden menos y reciben peores cuidados por sus problemas de salud física y que su cumplimiento terapéutico es inferior al de la población general.

Para mejorar la atención en ambos colectivos de pacientes se debe evitar los cajones estancos que impiden ver al paciente desde una perspectiva integral, siendo necesario establecer mecanismos que mejoren la prevención, detección precoz y la atención a la salud mental de los enfermos crónicos y a la salud física de los enfermos mentales.

Es necesario promocionar estrategias activas para el diagnóstico de trastornos mentales entre pacientes con enfermedades físicas y para el diagnóstico de patología orgánica en enfermos mentales (en Atención Primaria se diagnostican más del 90% de las depresiones cuando se trata de población general y solo el 25% si la persona padece una enfermedad crónica). También es necesario un abordaje global de la comorbilidad aprovechando las sinergias de los tratamientos de una y otra. Los enfermos con trastornos mentales deben tener acceso a programas de apoyo al autocuidado, de los que normalmente son excluidos por su propia psicopatología, ya que se ha demostrado que pueden obtener beneficios especialmente significativos.

Los modelos colaborativos entre los especialistas de Atención Primaria y Salud Mental pueden mejorar los resultados sin coste significativo o con poco coste adicional siendo los cuidados integrados de la salud física y mental una de las claves de mejora de la calidad y la productividad del sistema sanitario.

Mejoras en las prestaciones de Atención Primaria, con una mayor aportación de especialistas en Salud Mental cuando sea necesario, ofrecen la posibilidad de atender las múltiples necesidades de los pacientes de una manera más integrada. Este modelo de atención colaborativa es el enfoque recomendado por la NICE para apoyar a las personas con enfermedades crónicas y depresión co-mórbida en la atención primaria (NICE 2009). La investigación sugiere que enfoques basados en este modelo pueden mejorar los resultados sin costes adicionales y potencialmente puede generar ahorros netos *(Unutzer et al 2009)*.

Enfermería de Salud Mental debe responsabilizarse de que el paciente con TMG cuente con los programas de prevención que se aplican a la población general de su misma edad y sexo y de hacer una prevención específica para estos pacientes incidiendo en la valoración de las posibles conductas de riesgo. También debe colaborar en la educación del paciente sobre estilos de vida y en el caso de que el paciente presente factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, poner en marcha programas específicos de autocuidado para pacientes con TMG.

Enfermería de Atención Primaria debe responsabilizarse de que se evalúe la situación psicológica del paciente con patología crónica y de que se haga el seguimiento adecuado. También deberá de incluir la Salud Mental en los programas de apoyo al autocuidado y aplicar los programas de prevención a pacientes con trastorno mental.

Para abordar este nuevo enfoque colaborativo es necesario que haya una formación bidireccional en la que los profesionales de Atención Primaria sean formados en Salud Mental y enfermería de Salud Mental lo sea en prevención, detección y abordaje de patología orgánica, principalmente cardiovascular.

También es necesario que los sistemas de información sean mejorados para disponer de indicadores adecuados de resultados en este campo, como indicadores de mortalidad prematura entre las personas con enfermedad mental grave, y de información de la evolución de los costes.

EVALUACIÓN Y MEJORA DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL

Uno de los objetivos generales de la estrategia de crónicos es el de "Mejorar la capacidad funcional y calidad de vida de pacientes y cuidadores". Se pretende prevenir el deterioro y mejorar en lo posible la autonomía y capacidad funcional del paciente crónico, incrementando con ello la esperanza de vida libre de discapacidad (EVLD).

Entendemos por Discapacidad la incapacidad para realizar actividades esenciales de una vida independiente, en tanto que se define como Dependencia el estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal. Por tanto la dependencia no toma su carácter definitivo hasta que no se impone la ayuda de otra persona.

Existen dos patrones básicos de aparición de la discapacidad: El progresivo, cuyo mejor ejemplo es la coxartrosis y el catastrófico, que se instaura de forma rápida por ejemplo tras un ictus o un accidente de tráfico.

Dado que el ámbito de la promoción de la salud y de la intervención sobre los factores de riesgo ha quedado fuera del alcance de este documento, nos limitaremos aquí a señalar los objetivos previstos en materia de prevención terciaria de la discapacidad y

La capacidad funcional y el soporte de cuidados con que cuenta el paciente son los mejores predictores del ingreso o reingreso hospitalario.

Es característico que el anciano frágil, incluso proporcionando las máximas intervenciones preventivas, presente enfermedades crónicas progresivamente incapacitantes o enfermedades agudas que conlleven la aparición o el empeoramiento de capacidad funcional de las actividades de la vida diaria o de síndromes geriátricos (cuadro confusional agudo, incontinencia urinaria, desnutrición, inmovilidad, úlceras por decúbito, etc.), sobre todo tras el ingreso hospitalario durante el proceso agudo de enfermedad. Las intervenciones diseñadas con este enfoque han demostrado una mayor eficacia en cuanto a disminución de cifras de dependencia, estancia media e institucionalización.

En los pacientes muy ancianos, las ganancias después de una pérdida funcional pueden ser muy lentas y en numerosas ocasiones no se consigue llegar al nivel funcional previo o a la resolución del síndrome geriátrico. En este momento es muy importante ofrecer recursos de rehabilitación funcional a aquellos pacientes con potencialidad de mejora hasta conseguir la máxima recuperación funcional posible.

Las actuaciones previstas para hacer frente a este objetivo son:

- Realizar un diagnóstico integral a todos los pacientes pluripatológicos y crónicos severos con una valoración sistemática y periódica de la capacidad funcional orientará sobre el pronóstico general y funcional del paciente y permitirá seleccionar aquellos con una verdadera potencialidad de mejora .
- Prescribir de manera sistemática pautas de ejercicio terapéutico y de activación progresiva adaptadas a la capacidad funcional del paciente.
- Incluir en el Plan Personal de Atención de todos los pacientes que lo requieran 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 enfocado a extraer la máxima funcionalidad de las capacidades residuales (físicas, mentales y sensoriales) en aquellas personas en las que no se ha podido prevenir la discapacidad que se desarrolle lo más próximo posible a entorno de residencia del paciente y que incluya: Evaluación funcional domiciliaria de convalecientes, Rehabilitación funcional del convaleciente, Adaptación de la vivienda, Ortoprótesis, Ayudas Técnicas, etc.
- Aplicar pautas de prevención del cuadro confusional agudo, incontinencia urinaria, desnutrición, inmovilidad, úlceras por decúbito, etc. en los períodos de hospitalización a este colectivo de pacientes.
- Mejorar la predicción de ingresos y reingresos no sólo con la patología del paciente, sino valorando la capacidad funcional del paciente y el apoyo social y/o domiciliario con el que cuenta.
- Planificar e implementar las necesidades de unidades de media estancia de recuperación funcional y de convalecencia y hospitales de día necesarios para este colectivo de pacientes y que garanticen el tratamiento y seguimiento adecuado del paciente tras la aparición de deficit funcional postenfermedad.
- Desarrollar programas domiciliarios de carácter sociosanitario.

Buena parte de estos objetivos están siendo abordados desde el Modelo de Atención Sociosanitaria al Paciente crónico pactado con el Departamento de Políticas Sociales.

ATENCIÓN SOCIOSANITARIA AL PACIENTE CRÓNICO

La Atención SocioSanitaria hace referencia al conjunto integrado de servicios y/o prestaciones sociales y sanitarias, que se destinan al cuidado integral de a aquellos enfermos crónicos que precisen de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para mejorar su salud, aumentar su autonomía, paliar sufrimiento y las limitaciones que les impiden realizar actividades personales y/o instrumentales de la vida diaria (AVD) y facilitar en lo posible su rehabilitación funcional y reinserción social.

Objetivos de la Atención SocioSanitaria a Crónicos

- Garantizar una atención sociosanitaria integral y continuada, prestada por ambos Departamentos, a los pacientes crónicos con especial atención a los siguientes colectivos:
  - Pacientes con Patología Orgánica Crónica severa con necesidades de soporte social.
  - Trastornos Mentales Graves.
  - Pacientes con Deterioro Cognitivo moderado o severo.
  - Pacientes geriátricos de edad muy avanzada y grave deterioro funcional.
  - Encamados crónicos.
- Desarrollar nuevos servicios sociosanitarios de apoyo a la Atención Primaria para:
  - Lograr que los programas de atención sociosanitaria primaria constituyan una verdadera alternativa a la hospitalización reiterada o a la institucionalización de los pacientes crónicos.
  - Promover la máxima recuperación funcional del paciente crónico y adaptación a su entorno habitual.
- Prevenir el deterioro funcional y la dependencia
- Capacitar y apoyar a las personas cuidadoras para promover su propia salud, ayudándoles a mantener un cuidado efectivo.

Modelo general de Atención Sociosanitaria

Para garantizar esta atención es necesario articular un sistema que vertebre los dispositivos, programas, servicios y recursos para atender a personas con complejas necesidades de cuidados en torno a objetivos compartidos.

El criterio para regular la atención comunitaria tanto social como sanitaria es el nivel de necesidad, para lo cual se precisa la utilización de un instrumento de medida común para seleccionar a las personas que se incluirán en el Programa de Atención Sociosanitaria.

El modelo general de atención se concretará en las siguientes actividades:

•Valoración integral de necesidades de los pacientes-usuarios que puedan precisar atención sociosanitaria.

•Decisión conjunta de inclusión en el Programa de los pacientes-usuarios que precisan atención sociosanitaria.

•Aprobación y revisión conjunta de un Plan Integral de Cuidados personalizado para cada paciente-usuario.

•Asignación de tareas y responsabilidades.

•Prestación de servicios sanitarios y sociales de nivel primario.

•Seguimiento y control.

•Nuevos servicios sociosanitarios de apoyo a la Atención Primaria.

•Apoyo a las personas cuidadoras.

•Sistemas de registro e información compartida.

Desarrollamos brevemente cada uno de dichos epígrafes.

Valoración Integral de Necesidades

La valoración de necesidades, deberá ser:

•Interdisciplinar: aportando todas las miradas para favorecer el beneficio de la sinergia entendida como unión de fuerzas para mejorar la efectividad de la intervención.

•Integral (necesidades clínicas + evaluación funcional y necesidades cuidados básicos AVD + calidad de vida + necesidades cuidados enfermeros + necesidades sociales)

•Abordaje individual del paciente y del cuidador + abordaje familiar

La valoración de necesidades sociosanitarias se realizará mediante un **protocolo informatizado compartido** de ayuda a la valoración /evaluación, que permita la ponderación automática o semiautomática.

Decisión conjunta de inclusión en el Programa

La decisión de inclusión en el programa sociosanitario de atención a crónicos deberá será personalizada para cada paciente y se adoptará de manera conjunta en el ámbito de Atención Primaria sanitaria y de Política Social.

Plan Integral de Cuidados

Cada persona incluida en el Programa deberá contar con un Plan Integral de Cuidados Sociosanitarios personalizado en el que se reflejarán los objetivos de la intervención y las acciones previstas para cubrir las necesidades sanitarias y sociales detectadas.

Asignación de tareas y responsabilidades.

Una vez elaborado el Plan de Cuidados se procederá a distribuir las tareas y responsabilidades para su efectiva aplicación, clarificando y diferenciando los siguientes aspectos:

•Responsables de la ejecución de las distintas tareas que por lo general corresponderán a sus profesionales de referencia poniendo en valor la personalización.

•Gestora del Caso que actuará como responsable de la monitorización del caso, supervisando el efectivo cumplimiento de las tareas, coordinando las acciones necesarias, y actuando como referente principal ante la familia.

Servicios sanitarios y sociales de nivel primario

Cada uno de los servicios sanitarios o sociales ejecutará la parte que le corresponda del Plan de Cuidados en función de su ámbito de competencias

Prestación de los cuidados y servicios sanitarios necesarios

- Atención sanitaria en consulta
- Atención sanitaria a domicilio

Prestación de los cuidados y servicios sociales necesarios

- Ayudas sociales
- Atención doméstica y personal a domicilio
- Atención de trabajadora familiar
- Telealarma
- Etc

Seguimiento y control.

El Plan de Cuidados deberá ser monitorizado de manera continua y proactiva siendo necesario para ello desarrollar los sistemas de información compartidos a que se hace referencia en la página 126 (Panel de control multipaciente, etc.).

De manera periódica se procederá a la reevaluación funcional y social del paciente y a la adecuación de los objetivos de su plan de cuidados.

•Se potenciarán las llamadas telefónicas programadas de control periódico.

- Asimismo se instaurarán servicios de Consejo Telefónico Personalizado y No Personalizado (FAQ's)

Servicios sociosanitarios de apoyo a la Atención Primaria.

Lograr que los programas de atención sociosanitaria constituyan una verdadera alternativa a la hospitalización reiterada o a la institucionalización de los pacientes exige el desarrollo de un mínimo de servicios de apoyo sin los cuales no puede garantizarse la eficacia del programa.

Se considera necesario desarrollar **de manera progresiva** los siguientes tipos de servicios de apoyo al programa sociosanitario de atención domiciliaria:

Adaptación y rehabilitación funcional domiciliaria.

La rehabilitación funcional está enfocada a extraer la máxima funcionalidad de las capacidades aún preservadas (físicas, mentales y sensoriales) en aquellas personas en las que no se ha podido prevenir la discapacidad.

- **Evaluación funcional domiciliaria de convalecientes** Todos los pacientes que hayan sufrido un evento clínico a raíz del cual se haya originado una discapacidad significativa (en especial tras un Ictus) deberán ser objeto de una evaluación funcional domiciliaria en el período de convalecencia.
- **Adaptación de la vivienda y ayudas económicas**. En todo caso la evaluación funcional deberá incluir un análisis de la adecuación funcional del entorno domiciliario y proponer la medidas de readaptación pertinentes. En su caso procederá gestionar las ayudas económicas pertinentes
- **Rehabilitación funcional domiciliaria de convalecientes**. Encaminado a mantener la capacidad funcional en las actividades de la vida diaria, mediante la utilización de ayudas y adaptaciones en el propio hogar para mantener o devolver el mayor grado de independencia posible al paciente, con el fin de reintegrarlo en su medio habitual.
- Debe comenzar de forma inmediata a la detección y al diagnóstico de cualquier tipo de discapacidad, debiendo continuarse hasta conseguir el grado más elevado que sea factible de funcionalidad. En todo caso la rehabilitación funcional sociosanitaria deberá acotarse en el tiempo dando paso, eso si, a otras modalidades de mantenimiento de capacidades.
- Para el logro de este objetivo, el fisioterapeuta o terapeuta ocupacional debe establecer el plan de actividades a desarrollar en el hogar y evaluar cualitativamente su cumplimiento. Las tareas serán sencillas y de fácil compresión por los pacientes y sus cuidadores.
- **Ortoprótesis.** Los procesos de rehabilitación se complementarán con la provisión, la adaptación, conservación y renovación de aparatos de prótesis y ortesis requeridos .
- **Servicios de préstamo de Ayudas Técnicas**: De igual modo se deberá garantizar un ágil acceso y sin barreras económicas a las ayudas técnicas de sillas de ruedas, andadores, etc.

Atención institucional complementaria / temporal

En el entorno de la Zona Básica o al menos en el ámbito comarcal se deberán promover los siguientes servicios de apoyo para garantizar la permanencia en el hogar de pacientes dependientes:

•**Centros de día**. Para fases del proceso en las que el paciente puede beneficiarse de determinados programas de actividades.

•**Estancias de respiro** para situaciones temporales derivadas del programa de apoyo al cuidador.

•**Convalecencias y otras estancias residenciales de media duración** (<3 meses). Nueva prestación que se considera complementaria a las restantes modalidades de convalecencia domiciliaria y media estancia hospitalaria.

•**Rehabilitación funcional especializada.** Puede incluir actividades de fisioterapia, terapia ocupacional y logopedia y presta apoyo al proceso de rehabilitación funcional de las personas institucionalizadas y en particular a los procesos de convalecencia tanto a residentes como a personas en convalecencia en modalidad de centro de día o incluso presta apoyo a la convalecencia de pacientes externos de su ámbito geográfico de referencia.

Otros servicios complementarios

Otros servicios complementarios que sería necesario garantizar en el ámbito de la Atención Primaria son los siguientes:

•**Comedores comunitarios.**

•**Cathering.**

•**Lavandería comunitaria.**

•**Atención farmacéutica domiciliaria.**

•**Etc**.

Atención Sociosanitaria Posthospitalización

El Alta Hospitalaria constituye un momento crítico en la atención a los pacientes crónicos en particular en el caso de pacientes pluripatológicos o en aquellos que presentan trastornos severos.

El paciente pasa sin solución de continuidad de recibir atención profesional las 24 horas de día a recibir una atención sanitaria más o menos puntual. La responsabilidad principal pasa a manos de un cuidador bienintencionado que no ha sido previamente adiestrado y por lo general desconocemos la situación familiar y social. No es de extrañar la alta tasa de reingresos que se observan en este tipo de pacientes.

Dar una adecuada atención a este proceso exigirá:

- **Planificación del alta.** Desde el momento mismo del Ingreso en el Hospital deberá comenzar a planificarse el alta. El Servicio Hospitalario deberá garantizar la idoneidad del alta al domicilio y establecer las medidas oportunas para garantizar la continuidad de cuidados coordinando el proceso de alta con los servicios de Atención Primaria realizando las siguientes tareas
  - evaluar las necesidades sanitarias y sociales del paciente y su familia.
  - prescribir los cuidados iniciales tras el alta.
  - gestionar en su caso directamente con Atención Primaria una visita domiciliaria en las primeras 24/48 horas.
  - iniciar la capacitación en autocuidados del propio paciente y/o del cuidador.
  - promover la movilización de los recursos sociales oportunos.
  - etc.
- **Visita Domiciliaria de At. Primaria en 24-48 h** Al Servicio Hospitalario le corresponde la responsabilidad de prescribir los cuidados iniciales que precisa el paciente tras el alta y deberá gestionar en su caso directamente con Atención Primaria una visita domiciliaria en las primeras 24/48 horas.
- **Atención sociosanitaria posthospitalización.** Determinados pacientes en situación de convalecencia tras un alta hospitalaria precisarán además transitoriamente de soporte social y/o de un proceso de rehabilitación y/o readaptación funcional que puede ser realizado en el domicilio.

Apoyo y formación a las personas cuidadoras.

La atención a las personas cuidadoras constituye una parte esencial de la política de atención sociosanitaria a las personas crónicas en situación de dependencia.

Tanto el Departamento de Salud como el Políticas Sociales son corresponsables en el desarrollo de programas de formación y apoyo a la persona cuidadora. La planificación ha de ser en todo caso conjunta en tanto que la ejecución de la formación puede serlo o no en función de su factibilidad y eficacia docente

Como se detalla en el capítulo de Autocuidados y atención al Cuidador el programa deberá promover al menos las siguientes acciones:

- **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**

Sistemas de registro e información

Tal como recomienda el Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España debe compartirse la visión poblacional desde los dos sectores, y fomentar la gestión del caso compartiendo códigos comunes de identificación. Deben existir al menos mecanismos que permitan relacionar los expedientes de la atención del sector sanitario y social, y tender al mayor acercamiento posible entre la historia clínica y la historia social de la persona.

De manera progresiva se desarrollará un sistema de registro e información compartida integrado por los siguientes elementos:

- **Censo Único.** Registro de pacientes-usuarios incluidos en el Programa
- **Identificación en Hª Clínica e Hª Social:** Identificación visual inequívoca en la Hª Clínica y en la Hª Social de los pacientes incluidos en el Programa de Atención Sociosanitaria. (código único)
- **Panel de Control de los Planes de Cuidados**. Sistema de información en la que consten los datos necesarios para la monitorización y gestión de los Planes de Cuidados y las competencias de cada interviniente. Deberá contar con recordatorios y sistemas de alertas.
- **Historia domiciliaria** en la que figuren los datos básicos y las pautas de actuación en las situaciones más comunes, criterios sobre el manejo de crisis, cuando consultar, etc. de aquellos pacientes incluidos en el subprograma de atención sociosanitaria domiciliaria
- **Sistema de indicadores** que permitan evaluar la calidad técnica, calidad percibida y eficiencia

Estructuras de Coordinación Sociosanitaria

Para el impulso de la coordinación sociosanitaria la Comunidad Foral de Navarra cuenta con los siguientes órganos de dirección y coordinación:

- El Comité Director del Plan Sociosanitario
- El Comité Técnico de Coordinación Sociosanitario
- La Comisión Técnica del Trastorno Mental Grave
- Los Comités de Coordinación Sociosanitaria de Zona (en fase piloto)

Cuando lo considera necesario el Comité Director constituye Grupos Técnicos de Trabajo "ad hoc" para el desarrollo y seguimiento de los distintos programas de intervención sociosanitaria.

Para el impulso de la atención sociosanitaria en el ámbito de cada una de las Zonas Básicas se ha iniciado la experiencia de constituir Comités de Coordinación Sociosanitaria de Zona, actualmente en fase piloto en el ámbito, que asumen las siguientes funciones:

- Valoración conjunta de necesidades e inclusión en el Programa de los pacientes-usuarios que precisan atención sociosanitaria
- Aprobación conjunta de un Plan Integral de Cuidados personalizado para cada paciente-usuario
- Establecer los criterios de seguimiento y Gestión de Casos y asignar las tareas
- Revisión periódica conjunta del Plan de Cuidados

Los Comités de Coordinación de Zona se encuentran actualmente en fase piloto y por el momento centran su campo de acción en la Atención SocioSanitaria Domiciliaria.

9.- Modelo de organización

- *Nuevas responsabilidades y perfiles profesionales*
- *Nuevos servicios y circuitos de atención*

Gobierno de Navarra

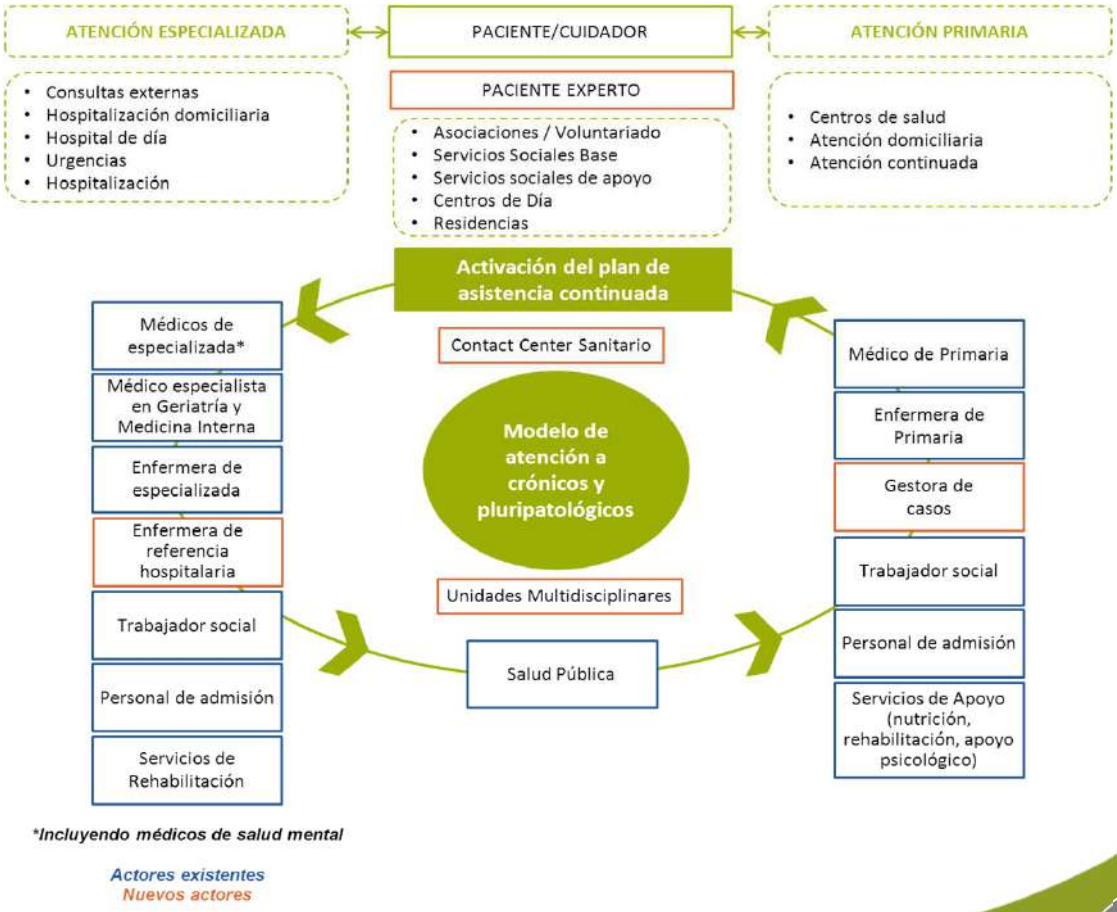
Departamento de Salud

FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES

El modelo organizativo identifica ***los diferentes agentes intervinientes a lo largo del Modelo General de Atención a Enfermedades Crónicas y las funciones que deben realizar***. Es decir, trata de articular cómo se van a relacionar los distintos actores implicados en el desarrollo del Modelo General.

La forma en la que se articula el Modelo de Atención, es la solución para superar la división existente entre entornos asistenciales en el modelo sanitario actual (Atención Primaria vs Atención Especializada), de tal forma que el paciente y sus cuidadores puedan moverse sin obstáculos entre los distintos ámbitos, tanto asistenciales como socio-sanitarios.

Cuando se habla de actores de este modelo, se está refiriendo a los perfiles profesionales que van a participar en dicho modelo. Cada uno de estos actores cumple un rol diferente en función de su responsabilidad y el área al que pertenezca (sanitaria o socio-sanitaria).



Gestionar la atención a los pacientes con enfermedades crónicas implica la necesidad de readaptar los roles de los profesionales, potenciando el papel de Atención Primaria y su competencias, o desarrollando figuras nuevas. A continuación se enumeran las acciones que deberá realizar cada agente en este nuevo modelo.

PACIENTE / CUIDADOR

Paciente

Se promoverá que el paciente tenga un rol activo y una gestión competente de su salud y cuidado. Las acciones que debe realizar son:

- Conocer su enfermedad. Cuidar su salud: hábitos de vida saludables
- Afrontar su enfermedad de manera adecuada
- Acordar con los profesionales sanitarios su plan personal de acción
- Participar de forma activa en la toma de decisiones sobre su proceso
- Asumir su autocuidado y autocontrol de forma activa en determinadas acciones definidas en el plan de atención
- Comunicar los parámetros y otros datos pactados mediante los mecanismos que se determinen.
- Manejo inicial de su proceso en casos de descompensación (identificar signos de alarma y pautas de actuación)

Paciente experto:

- Comprender su dolencia y emprender las acciones necesarias para estabilizarla
- Tener un adecuado afrontamiento de su enfermedad
- Demostrar conocimiento y manejo adecuado de las distintas opciones terapéuticas
- Mostar estabilidad psíquica.
- Estar motivado por la ayuda mutua y tener disponibilidad a colaborar
- Demostrar capacidad de dialogo, de comunicación y empatía
- Disposición para compartir experiencia

- Con el adiestramiento adecuado el Paciente Experto puede:
  - Liderar grupos de autoayuda entre pacientes que padecen la misma enfermedad.
  - Facilitar información y favorecer un clima de diálogo entre las personas de los grupos.
  - Compartir experiencias, fomentando que se trabaje en los grupos la vivencia de la enfermedad en el plano personal y social
  - Educar a sus iguales sobre su enfermedad.
  - Debatir con sus iguales sobre las opciones diagnósticas y terapéuticas.
  - Promover la adaptación al estilo de vida de cada uno.

Cuidador no profesional

Las funciones que por lo general realiza son:

•Suplir las carencias del paciente en las actividades de la vida diaria

•Ayudar a realizar o realizar las funciones de autocuidado que el paciente no pueda realizar, requiriendo por tanto la formación necesaria

•Supervisión del seguimiento del plan de atención por parte del paciente

•Cuidar su propia salud física y psíquica para evitar la claudicación

•Conocer y utilizar en su caso los apoyos sociales necesarios

ATENCIÓN PRIMARIA

Médico de Atención Primaria

Con carácter general el Médico de Atención Primaria es el responsable principal del paciente crónico en colaboración con la enfermera asignada al "cupo" y ha de contar por tanto con las atribuciones requeridas para ello. Ejerce su labor en un entorno multidisciplinar con el resto del Equipo y contará con el apoyo de la Enfermera Gestora de Casos para garantizar el adecuado seguimiento de pacientes de especial complejidad

Realiza las siguientes funciones:

•Es el responsable principal de garantizar la continuidad e integralidad de la atención del paciente crónico en el conjunto del Sistema Sanitario asumiendo el "función de agencia" con el objetivo de orientar a los pacientes en su itinerario sanitario

- Valorar y diagnosticar la enfermedad crónica
- Estratificar el nivel de riesgo / cronicidad del paciente
- Realizar la asignación del paciente a un plan de atención
- Personalizar el plan de atención en casos complejos
- Realizar la asignación de acciones del plan de atención (estarán predeterminadas en casos convencionales y se tendrán que acordar en casos complejos)
- Realizar el seguimiento clínico
- Revisar y actualizar el plan de atención
- Prescribir autocuidados reforzando su importancia
- Revaluar la asignación del paciente al plan de atención
- Colaborar en el abordaje de la atención en el ámbito familiar
- Determinar el nivel de intervención necesaria de los recursos especializados hospitalarios en función de la complejidad del paciente y de su situación evolutiva.
    - El paciente no necesita médico de asistencia especializada
    - Necesita puntualmente la colaboración del médico de asistencia especializada sin que sea necesario una personalización de la asistencia: **Especialista consultor**
    - Necesita un especialista estable que garantice una atención personalizada del paciente y colaboración con el médico de Atención Primaria: **Especialista de referencia**
    - Necesita que el especialista sea el responsable del plan de atención de ese paciente: **Especialista de atención personalizada**
- Determinar el carácter normal, preferente o urgente de la interconsulta solicitada
- Si lo considera adecuado propone que la interconsulta pueda realizarse de manera no presencial
- indica el ingreso directo sin pasar por urgencias a determinados perfiles de pacientes severos, conforme a lo previsto en su patrón de atención

Enfermera de Atención Primaria

La enfermera de Atención Primaria será corresponsable junto con el Médico de A.P. de los pacientes crónicos de su cupo y contará con el apoyo de la Enfermera Gestora de Casos para pacientes de especial complejidad. Sus funciones serán:

- Evaluar las necesidades de cuidados y diseñar, realizar el seguimiento y actualización de los planes de cuidados personalizados de los pacientes de su responsabilidad.
- Prescribir autocuidados y recomendar autocontroles.
- Ejecutar las acciones asignadas en la estrategia.
- Informar de los recursos comunitarios y asociativos de que disponen en su zona y recomendar su utilización
- Fomentar la aceptación de la enfermedad y su afrontamiento efectivo. Dar apoyo emocional en el proceso de la enfermedad.
- Capacitar a los pacientes en el manejo de su enfermedad, incidiendo en el autocuidado y autocontrol, fomentando su autonomía.
- Capacitar, apoyar y prestar atención a la persona cuidadora.
- Proponer las modificaciones terapéuticas conforme al protocolo de los procesos que se determine. Prescripción delegada según protocolo oficial y normativa en vigor.
- Fomentar estilos de vida saludables y prevenir las complicaciones.
- Detectar y encaminar las situaciones que precisen la coordinación o derivación a otros profesionales del sistema sanitario.
- Apoyar en la toma de decisiones y mediar en la resolución de conflictos.
- Fomentar la participación del paciente y/o familiares en grupos de autoayuda.
- Participar en la realización de talleres grupales y colaborar en el abordaje de atención en el ámbito familiar.
- Colaborar en la detección de necesidad de ayudas técnicas, adaptaciones de la vivienda y cualquier tipo de soporte sociosanitario.
- Programar actuaciones sanitarias comunitarias en colaboración con la trabajadora social de la zona.
- Gestionar los casos de los pacientes severos de su cupo para garantizar la continuidad e integralidad de la atención (con carácter general la gestión de casos se realizará desde Atención Primaria).

Enfermera Gestora de caso:

La gestión de casos es un proceso de colaboración en el cual se coordina, monitoriza y evalúa las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y recursos disponibles que promuevan resultados de calidad, garantizando una atención integral y continuada.

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

Contarán para ello con competencias avanzadas para supervisar el desarrollo de la Estrategia en el centro y serán referentes para los casos complejos. Sus funciones serán:

- Gestionar los casos de alta complejidad garantizando la continuidad de la atención.
- Colaborar en la elaboración del Plan de Atención Integral
- Coordinar las actuaciones de los diferentes profesionales del sistema sanitario intervinientes en el caso.
- Garantizar la optimización de todo tipo de recursos disponibles
- 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
- Garantizar el cumplimiento del plan de atención al paciente crónico y pluripatológico del conjunto de los pacientes del centro y de las diferentes unidades básicas.
- Capacitar a los pacientes mas complejos y/o cuidadores en autocuidados, fomentando la autonomía en la medida de lo posible.
- Organizar las reuniones multidisciplinares para la coordinación y seguimiento de la estrategia.
- Coordinarse con los servicios de A.E. para la planificación de ingresos y/o altas hospitalarias.
- Organizar los grupos de autocuidados y las reuniones “de paciente experto”
- Supervisar la realización de talleres dirigidos a personas cuidadoras
- Asesorar y formar al personal de enfermería en la atención a pacientes de mayor complejidad.
- Promover la investigación en atención a la cronicidad.
- Colaborar con la trabajadora social en la coordinación de otras redes formales e informales sociales (recursos externos) de la zona.

Enfermera de Consejo telefónico:

La Enfermera de Consejo Telefónico asegurará la continuidad asistencial fuera del horario habitual de funcionamiento de los centros a los pacientes incluidos en los programas de atención a crónicos o pluripatológicos de manera coordinada con su centro de salud. Para ello desarrollará un modelo de relación y servicio sanitario a distancia, no presencial, centrado en las necesidades de los pacientes, ciudadanos y profesionales, aprovechando las nuevas tecnologías (telemedicina….). Cuenta para ello con el apoyo del Operador Telefónico

En este contexto sus funciones son:

- Dar consejo sanitario sobre las dudas más frecuentes en los distintos perfiles de pacientes FAQ's
- Informar, orientar y asesorar sobre las necesidades de cuidados al paciente o a sus cuidadores, dando una respuesta rápida y acorde a la estrategia.
- Proponer modificaciones puntuales en el plan de cuidados.
- Derivar al paciente a consulta normal o urgente de los profesionales sanitarios del centro de salud.
- Informar a los profesionales sanitarios de la zona de las actuaciones realizadas.

Trabajador Social de Atención Primaria

La Trabajadora Social de Atención Primaria desarrolla el llamado “Trabajo Social Sanitario” y es el referente para la atención de los problemas y riesgos psicosociales de los pacientes crónicos. 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.

- Elaborar el diagnostico social sanitario como parte del Diagnóstico Integral del paciente
- Captar prematuramente las situaciones de riesgo socio-sanitario según pautas de alarma predefinidas
- Personalizar el plan de atención del paciente/familia, dentro del Plan de Atención Integral
- Informar, orientar, asesorar respecto a los recursos que cada paciente/familia necesite, facilitando canales y circuitos de acceso, así como sobre sus derechos y deberes
- Ejecutar las acciones asignadas en el Plan de Atención Integral
- Asegurar el acceso a las ayudas técnicas y modificaciones de vivienda o entorno necesarias
- Actuar en casos de aislamiento social y atender los aspectos psicosociales del paciente y de sus redes sociales próximas
- Desarrollar acciones de atención a la familia, entre otras, gestionar períodos de descanso, facilitar la participación del paciente/familia en grupos de autoayuda, colaborando en la promoción del autocuidado
- Coordinar las transferencias del paciente entre distintos medios (preparación del alta hospitalaria, traslados centros de día, nocturnos, residenciales, etc.)
- Coordinar las acciones pertenecientes a otros ámbitos, y particularmente con los Servicios Sociales de Base y asociaciones de pacientes
- Elaboración, coordinación y realización de talleres dirigidos a personas cuidadoras
- Programar actuaciones sanitarias comunitarias
- Informar a pacientes y cuidadores y prescribir o recomendar su utilización de los recursos comunitarios y asociativos de que disponen en su zona para su educación, autocuidado y autoayuda. Grupos de autoayuda, servicios de apoyo, gimnasios públicos, etc.

Farmacéutico de Atención Primaria

El Farmacéutico de Atención Primaria desarrollará las siguientes funciones relacionadas con la cronicidad en coordinación con el servicio de Farmacia Hospitalaria y los Farmacéuticos de Oficina de Farmacia.

- Asesorar al Médico de Atención Primaria en todo lo referente al medicamento
- Identificar a los pacientes polimedicados
- Participar en la definición de los patrones de tratamiento farmacológico de los perfiles de pacientes priorizados
- Colaborar con el Médico de Atención Primaria para garantizar una adecuada conciliación de la medicación en los pacientes pluripatológicos y polimedicados
- Colaborar con el Médico de Atención Primaria para la mejora de la seguridad, identificando interacciones, contraindicaciones y efectos adversos
- Desarrollo de actividades dirigidas a evaluar y mejorar el cumplimiento terapéutico del paciente.
- Recomendar Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD´s) en aquellos pacientes que lo requieran.

Personal de admisión

Las funciones a realizar son:

- Realizar la recepción de la demanda
- Clasificar y priorizar la demanda según protocolo y nivel de estratificación
- Orientarla al personal (enfermería-medicina-trabajo social) y modelo de atención (presencial o telefónica) más idóneo
- Resolver trámites administrativos y citaciones
- Apoyar en aspectos administrativos a profesionales sanitarios

Además, el personal de admisión tendrá asignadas la realización de tareas proactivas para con el paciente, como es realizar un seguimiento (presencial o telefónico) de enfermos seleccionados según protocolo: recordatorios, comprobaciones (preguntas para conocer la situación del paciente), anticipar citaciones, etc.

Otros Servicios de apoyo a la Atención Primaria

Adicionalmente, la atención a pacientes crónicos y pluripatológicos puede requerir de la prestación de servicios adicionales que deberán desarrollarse de forma progresiva. En este sentido, destacan:

- **Servicios de nutrición:** recomendaciones y apoyo específico en aspectos de nutrición y dieta.
- **Servicios de rehabilitación:** servicios de rehabilitación funcional dirigidos a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente.
- **Servicios de apoyo psicológico:** tareas de apoyo psicológico al paciente y al cuidador, que permitan que ambos adquieran habilidades y estrategias para saber responder de una forma adecuada y favorable a sus problemas.

Las tareas que van a desempeñar son:

- Evaluar los pacientes a los que el médico de Primaria ha asignado acciones de su competencia.
- Personalizar el plan de atención en su área de competencia .
- Realizar la asignación de acciones de su área.
- Ejecutar las acciones asignadas.
- Seguimiento de las acciones del plan de atención de su competencia.
- Revisar y actualizar el plan de atención en su área.
- Mantener la comunicación con el equipo responsable del paciente.
- Determinar la necesidad de nuevas valoraciones.
- Supervisar actuaciones relacionadas a su área.

Respecto a estos servicios de apoyo, hay que tener en cuenta algunas decisiones a tomar:

- Si es necesaria formación específica para prestarlos y qué conocimientos y niveles de conocimiento o especialización se necesitan.
- Si los niveles básicos de estos servicios pueden ser prestados por enfermería de Atención Primaria.
- Si se pueden incluir en el marco de la atención sociosanitaria.
- Si pueden colaborar las asociaciones, voluntariado y ONG's.

ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Médico de Atención Especializada

En función de la severidad y de la situación clínica de cada paciente, el Médico de Atención Primaria podrá recabar distintos niveles de implicación de la Atención Especializada lo cual determina tres modalidades o perfiles de intervención:

Especialista consultor

Actúa puntualmente en una interconsulta sin que sea necesario una personalización de la asistencia

Especialista de referencia

En los supuestos de pacientes severos que dependen de Atención Primaria tendrá un médico de referencia en AE con las siguientes funciones:

- Garantizar una atención personalizada en el ámbito ambulatorio y supervisar los episodios de hospitalización
- Revisar el plan de atención asignado y proponer modificaciones
- Revisar la estratificación asignada y proponer modificaciones
- Asignar / modificar acciones (pruebas médicas, visitas, etc.) del plan de atención que le correspondan en función de su especialidad
- Realizar las acciones asignadas en el plan de atención referentes a su especialidad y estamento
- Supervisar las acciones asignadas a otros profesionales relacionadas con su especialidad
- Realizar el seguimiento clínico en los aspectos relacionados con su especialidad

Especialista de atención personalizada

En casos excepcionales (que estarán previamente definidos, por ejemplo: determinados casos de oncología, esclerosis múltiple, diabetes tipo I…), el paciente dependerá de Asistencia Especializada, convirtiéndose dicho médico en el referente principal del paciente. Las funciones del médico de AE en este supuesto son:

- Asumir la responsabilidad principal del seguimiento del paciente
- Evaluar la adecuación de la asignación del plan cuidados y la estratificación asignada al paciente

- Realizar modificaciones del plan de atención y estratificación del paciente
- Asignar / modificar acciones (pruebas médicas, visitas, etc.) del plan de atención
- Realizar las acciones asignadas en el plan de atención referentes a su especialidad y estamento
- Supervisar las acciones asignadas a otros profesionales en relación con su especialidad
- Supervisar las acciones asignadas a los profesionales de Atención Primaria
- Realizar el seguimiento clínico del paciente

Médico especialista en Geriatría / Medicina Interna

Este profesional será el referente para los enfermos crónicos complejos. fundamentalmente:

- Enfermos afectados por varias enfermedades
- Enfermos con síntomas en varios órganos, aparatos o sistemas

Con carácter general los Médicos de Atención Primaria tratarán de evitar la derivación directa de estos pacientes complejos a diversas especialidades y confiarán esa decisión al Especialista de Medicina Interna /Geriatría. Los Centros de Atención Primaria podrán contar para ello con la asignación de un especialista consultor

Sus funciones van a ser:

- Evaluar la adecuación de la asignación del plan cuidados y la estratificación asignada al paciente
- Realizar o proponer las modificaciones del plan de atención y estratificación
- Valorar la necesidad de colaboración de otras especialidades
- Asignar / modificar acciones (pruebas médicas, visitas, etc.) del plan de atención
- Realizar las acciones asignadas en el plan de atención referentes a su especialidad y estamento
- Supervisar las acciones asignadas a otros profesionales en relación con su especialidad
- Coordinar la intervención de otras especialidades implicadas
- Apoyar las acciones asignadas a los profesionales de Atención Primaria
- Realizar el seguimiento clínico del paciente

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 la 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 para la atención de pacientes de especial complejidad. Sus funciones serán:

- Evaluar las necesidades de cuidados
- Personalizar el plan de cuidados
- Ejecutar las acciones asignadas
- Tomar decisiones autónomas
- Asesorar en la toma de decisiones
- Organizar las reuniones multidisciplinares
- Proponer las modificar de pautas terapéuticas de los procesos que se determine (insulina, sintrom…) según protocolo
- Fomentar estilos de vida saludables y prevenir las complicaciones
- Realizar el seguimiento del plan de cuidados
- Valorar las necesidades de actualización del plan de cuidados
- Detectar y encaminar las situaciones que precisen la coordinación o derivación a otros profesionales
- Capacitar a los pacientes y/o familiares en autocuidados fomentando la autonomía
- Facilitar la participación del paciente y/o familiares en grupos de autoayuda
- Actuar en casos de fragilidad
- Dar soporte emocional: fomentar el afrontamiento efectivo de la enfermedad
- Gestionar los casos que se le asignen garantizando la continuidad de la atención y la coordinación con la enfermera de Atención Primaria

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 desarrollará su labor tanto en pacientes hospitalizados como ambulatorios y será la referente para los pacientes complejos mientras permanezca en el ámbito hospitalario.

Son sus funciones:

•Gestionar los casos de alta complejidad garantizando la continuidad de la atención.

•Supervisar la efectiva aplicación de la Estrategia de Crónicos en su ámbito Coordinación con la enfermera de Atención Primaria y/o el resto del sistema sociosanitario con particular atención a garantizar la continuidad de la atención en la transición entre niveles

•Promover la correcta identificación de la población diana en particular en el caso de ingreso hospitalario y en ámbito de urgencias

•Detectar y encaminar las situaciones que precisen la coordinación o derivación a otros profesionales.

•Organizar las actividades de información , sensibilización e implicación del paciente en su autocuidado que corresponden al ámbito hospitalario.

•Asesorar en la toma de decisiones.

•Encaminar las situaciones que precisen la coordinación o derivación a otros profesionales.

•Organizar reuniones multidisciplinares para la coordinación y seguimiento de la estrategia.

•Evaluar las necesidades de atención en su área.

•Proponer modificaciones de pautas terapéuticas, según protocolo, de los procesos de su área que se determine (insulina, sintrom…).

•Definir, ejecutar y evaluar el plan de atención.

•Facilitar la participación del paciente y/o familiares en grupos de autoayuda.

•Fomentar el afrontamiento efectivo de la enfermedad.

•Ejecutar las acciones asignadas.

Trabajadora Social Hospitalaria

La Trabajadora Social Hospitalaria desarrolla el llamado "Trabajo Social Sanitario" y es el referente para la atención de los problemas y riesgos psicosociales de los pacientes crónicos en el ámbito hospitalario. 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. Sus funciones serán:

•Atender los aspectos psicosociales de la persona y de sus redes sociales próximas.

•Captar prematuramente las necesidades y situaciones de riesgo socio-sanitario con criterios de dependencia, cronicidad, discapacidad, procesos del morir, así como situaciones de vulnerabilidad/fragilidad.

•Elaborar el diagnóstico social sanitario aportando al equipo interdisciplinar la valoración socio-familiar de la persona atendida.

•Garantizar la Planificación del Alta Hospitalaria (PAH) desde el ingreso del paciente.

•Actualizar el Plan de Atención Integral en los aspectos de su competencia en coordinación con la trabajadora social de Atención Primaria.

•Informar, orientar, asesorar respecto a los recursos que cada paciente/familia necesite para reintegrar al paciente en su medio o facilitar canales y circuitos de acceso a otros recursos cuando ello no sea posible.

•Elaborar el informe de alta de trabajo social sanitario y cualquier informe sociofamiliar que sea necesario para garantizar la continuidad de cuidados

•Proponer actualizaciones del Plan de Atención.

•Proponer actualización del Plan de atención en el área sociofamiliar en coordinación con la trabajadora social de Atención Primaria

•Asegurar el acceso a las ayudas técnicas o terapéuticas que requieran indicación de especializada (visados, sillas de ruedas…).

•Informar y facilitar el acceso recursos de carácter sociosanitario que cada paciente/familia necesite .

•Gestionar el acceso a recursos y/o prestaciones que faciliten el tratamiento social sanitario.

Servicios de Rehabilitación

Sus principales funciones son:

•Diagnosticar la limitación física y funcional

•Realizar la prescripción farmacológica, ortoprotésica y/o de las distintas terapias que precise el proceso rehabilitador

•Asignar acciones y establecer protocolos de tratamiento y valoración de la capacidad funcional para las situaciones más frecuentes y favorecer su aplicación progresivamente autónoma por parte del personal de enfermería, fisioterapia y terapeuta ocupacional

•Hacer el seguimiento evolutivo y proponer modificaciones

•Valorar las necesidades de cambios en el domicilio y ayudas ortoprotésicas

•Facilitar el apoyo y la colaboración familiar

•Colaborar en la planificación y supervisión de los servicios sociosanitarios

•Formar parte de los equipos multidisciplinares que se implementen para la atención de pacientes crónicos con necesidades de rehabilitación

Farmacéutico Hospitalario

En coordinación con el servicio de Farmacia de Atención Primaria el Farmacéutico Hospitalario desarrolla las siguientes funciones relacionadas con la cronicidad:

•Establecer y aplicar los procedimientos oportunos para garantizar la conciliación de la medicación en los pacientes pluripatológicos hospitalizados.

•Establecer y aplicar los procedimientos oportunos para la mejora de la seguridad, identificando interacciones, contraindicaciones y efectos adversos.

•Desarrollo de actividades dirigidas a evaluar y mejorar el cumplimiento terapéutico del paciente.

•Colaborar en la educación al paciente crónico severo para el mejor conocimiento de los medicamentos prescritos al alta que permitan mejorar su seguridad y garantizar un mejor cumplimiento terapéutico. Qué toma, para qué, cuándo y cómo, durante cuánto tiempo, posibles efectos adversos etc..

•Recomendar Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD´s) al alta en aquellos pacientes que lo requieran.

•Participar en la definición de los patrones de tratamiento farmacológico de los perfiles de pacientes priorizados.

Personal de admisión

En función de la atención recibida por el paciente en Atención Especializada, pueden darse varios casos:

1. **Cuando el paciente es controlado en AE**
   - Asumirán las mismas funciones que el personal de admisión de AP.
2. **Cuando el paciente es controlado en AP**
   - Realizar la recepción de la demanda y encauzarla.
   - Resolver trámites administrativos y citaciones.
   - Apoyar en aspectos administrativos a profesionales sanitarios.

OTROS ÁMBITOS

Salud Pública

Sus principales funciones en cuanto a cronicidad se refiere son:

- Actividades de información y comunicación social sobre enfermedades crónicas.
- Promoción de estilos de vida saludable en los enfermos crónicos .
- Realizar actuaciones de formación de profesionales y elaboración de Protocolos educativos y materiales de apoyo para profesionales y pacientes.
- Trabajar conjuntamente con Atención Primaria en los programas de promoción del autocuidado.
- Prestar apoyo técnico y económico a entidades sociales relacionadas .
- Desarrollar medidas intersectoriales técnicas, políticas y económicas que favorezcan que las opciones más saludables sean las más fáciles de elegir.
- Apoyo a Intervenciones comunitarias a nivel local sobre Estilos de vida saludables.
- Desarrollo de programas de detección precoz si estuviera indicado.
- Mantener registros poblacionales si fuera necesario.
- Coordinar el seguimiento de la evolución poblacional de las enfermedades determinadas .

Farmacéutico de Oficina de Farmacia

Los farmacéuticos con oficina de farmacia de Navarra han explicitado su compromiso de propiciar un modelo de farmacia orientado a la calidad integral de la atención al paciente y a la eficiencia del sistema sanitario.

Su colaboración en promover la corresponsabilidad del paciente en el autocuidado de su salud puede ser determinante y resulta esencial su papel en relación con el cumplimiento, efectividad y seguridad del plan terapéutico.

En esta línea se prevé que la colaboración se centre en las siguientes áreas:

- Promoción del autocuidado y colaboración en el desarrollo de campañas de educación sanitaria y promoción de hábitos saludables en enfermos crónicos.
- Consejo y refuerzo de la capacitación de pacientes y cuidadores en materia de autocuidados básicos y educación nutricional.
- Colaboración con los pacientes que lo requieran en el registro y seguimiento de los parámetros de autocontrol establecidos en su caso: peso, tensión arterial, glucemia,…
- Soporte y ayuda a pacientes y cuidadores en el uso de instrumentos y aplicaciones de ayuda al autocuidado (apps).
- Asesoramiento y educación para un mejor conocimiento de las características más relevantes de su tratamiento: qué toma, para qué, cuándo, cómo, y durante cuanto tiempo. Cuales son sus posibles efectos adversos y cómo se identifican y como deben actuar si aparecen. Qué hacer si olvida una toma.
- Fomentar el cumplimiento terapéutico y la autonomía del paciente para la gestión de su medicación y elaborar Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD´s) en aquellos pacientes que lo requieran.
- Colaborar en el programa de mejora de la seguridad, identificando interacciones, contraindicaciones y efectos adversos.
- Colaborar en el programa de conciliación de la medicación en pacientes pluripatológicos severos.
- Prestar atención farmacéutica domiciliaria a pacientes dependientes.

En razón del rol previsto se prevé su incorporación al Comité de Autocuidados y al Grupo de Trabajo de Conciliación de la Medicación.


Médico y Enfermera de Atención Primaria
responsables principales del paciente
Enfermera de Enlace hospitalaria
Enfermera Gestora de Casos
Nuevos perfiles
Teléfono de Consejo Sanitario de 24 h
Especialista de Referencia
Potenciación de Hosp. de Día y a Domicilio
Nuevos Servicios de Sociosanitarios
Unidades multidisciplinares

Resumen de Servicios

CONSULTAS Paciente - Profesional

- **Consulta en el día** severidad y descontrol (AP y AE)
- **Consulta telefónica médica o enfermería (AP y AE)**:
  - **Consulta programada**
  - **Consulta a demanda**
- **Consulta multicita de alta resolución en AE**
- **Consulta grupal** educativa y de autoayuda
- **Seguimiento Telefónico Sistemático y Proactivo**
  - En los pacientes más severos
  - En este seguimiento se seguirá un cuestionario predefinido y personalizado

INTERCONSULTAS

- **Interconsulta Urgente.** Descompensaciones de casos Severos
- **Interconsulta No Presencial**
  - **Interconsulta síncrona AP-AE**: Consulta para resolución inmediata estando el paciente delante
  - **Interconsulta asíncrona AP-AE**:
    - Interconsulta telefónica en el día
    - Interconsulta no presencial con un compromiso de tiempo
    - En casos más severos respondida por el especialista de referencia del paciente
- **Otras modalidades de interconsulta AP-AE**

La implantación del Modelo General de Atención a Enfermedades Crónicas supondrá, entre otros aspectos, la necesidad de desarrollar **nuevos servicios y circuitos** dentro del Sistema de Salud de Navarra.

A continuación se describen brevemente algunos de los principales servicios y circuitos que pueden necesitarse con la implantación de este nuevo modelo, siendo en la definición de los diferentes patrones de atención donde deba realizarse la descripción detallada de estos aspectos.

CONSULTAS Paciente - Profesional

- **Consulta forzada**: Facilitación de "consultas en el día" para pacientes con un grado elevado de severidad y descontrol (AP y AE)
- **Consulta telefónica médica o enfermería (AP y AE)**:
  - **Consulta programada**: El médico de familia y el especialista de referencia podrán contactar telefónicamente con el paciente para distintas intervenciones de seguimiento
  - **Consulta a demanda**: El paciente a su vez podrá realizar consultas telefónicas al médico de familia o al especialista de referencia según la gravedad del proceso. Una vez recibida la llamada el profesional podrá contestar en el acto o de forma diferida
  - Estas llamadas constarán en la Agenda del profesional y tendrán un tiempo asignado
- **Consulta multicita tanto en AP como en AE**: consultas programadas multidisciplinares de alta resolución, que suponga la interconsulta con otros especialistas en el mismo acto
- **Consulta grupal**: atención simultánea a personas que padecen un proceso similar y requieren un modelo de atención orientado al autocuidado y la autoayuda. Permite optimizar el tiempo del profesional y fomentar el intercambio personal, facilitando la creación de redes de apoyo y posibilitando nuevas experiencias de aprendizaje
  - Será recomendable en todos los casos leves y en los casos moderados de trastorno mental, obesidad, diabetes, etc.
  - En los casos severos de trastorno mental o cognitivo se tomará una decisión individualizada
- **Seguimiento Telefónico Sistemático y Proactivo**
  - En los pacientes más severos se hará un seguimiento telefónico por lo menos una vez al mes
  - En este seguimiento se seguirá un cuestionario predefinido y personalizado

INTERCONSULTAS Profesional - Profesional

- **Interconsulta síncrona AP-AE**: Estando el paciente delante se realiza consulta vía telefónica / on-line de AP y AE para resolución inmediata de dudas (comunicación síncrona)
- **Interconsulta asíncrona AP-AE**: El médico de AP solicita comunicación con especialista sin existir coincidencia temporal entre ambos (comunicación asincrónica)
- **Interconsulta telefónica AP -AE:**
  - El médico de familia podrá consultar telefónicamente sobre determinado paciente
  - En los casos leves la interconsulta podrá ser respondida por cualquier profesional de la especialidad
  - En los casos más severos y en los casos moderados de Trastorno Mental, Demencias y Pluripatológicos las consultas deberán ser respondidas por el especialista de referencia del paciente.
  - Una vez recibida la llamada el especialista podrá contestar en el acto o de forma diferida
  - Estas interconsultas constarán en la Agenda del profesional y tendrán un tiempo asignado
- **Otras modalidades de interconsulta AP-AE**: Nuevas modalidades de relación entre Atención Primaria y Atención Especializada, que eviten el desplazamiento de pacientes:
  - Interconsulta telefónica en el día
  - Interconsulta no presencial con un compromiso de tiempo

PAUTAS DE DESCOMPEN-SACIÓN

Todos los pacientes tendrán predefinidos los signos y síntomas de alarma y descompensación, de modo que cuando estos se presenten, se puedan poner en marcha las actuaciones más adecuadas

Resumen de alternativas y mejoras de la hospitalización

Nuevos Circuitos alternativos

- **Ingreso directo desde AP** (Evitar en lo posible el paso por urgencias)
- **En caso de atención por el Servicio de Urgencias.** Pauta predefinida de descompensación
- **Nuevas modalidades de atención**
  - **Hospital de día** (programada)
  - **Hospitalización a domicilio**:
- **Nuevas modalidades de recuperación funcional**
  - **Unidades de convalecencia**
  - **Camas de media estancia hospitalarias**

Nueva Pauta de Hospitalización

- **Planificación del alta** desde el Ingreso Hospitalario
  - Imprescindible en severos y > de 80 años.
- **Conciliación de la medicación**
- **Plan de Cuidados posthospitalización**
  - Imprescindible en severos
- **Predicción y prevención de reingresos**
- **Visita Domiciliaria desde AP en 24-48 horas**
  - Concertada desde el Hospital
- **Nuevo Diagnóstico Integral tras descompensación**

URGENCIAS

- Se evitará, en la medida de lo posible, el paso por urgencias del paciente crónico
- La identificación del paciente como perteneciente a un plan de atención determinado posibilitará que si es atendido en el Servicio de Urgencias se actúe según el plan de atención personalizado y la pauta predefinida para casos de descompensación

En caso necesario el personal de Urgencias se podrá poner en contacto con el especialista de referencia que se haya identificado en cada plan de atención:

- El nuevo servicio viene de Contact Center y la Enfermera de Consejo sanitario ayudarán a evitar muchas llamadas que no son de urgencias
- En atención continuada habrá un seguimiento proactivo mediante llamada telefónica
- El profesional de AP puede "prescribir" seguimiento: indicar al servicio de urgencias de AP cuándo debe hacer el seguimiento por teléfono, o visita al domicilio en horario de atención continuada…

HOSPITALIZACIÓN

- **Ingreso directo desde AP:** Se podrán realizar ingresos directos desde Atención Primaria e ingresos programados pactados AP-AE
- Se procurarán nuevas modalidades de atención que faciliten la permanencia en la comunidad:
  - **Hospital de día** (programada) para estabilización de pacientes que no requieran ingreso o para realizar pruebas complementarias ambulatorias (también rehabilitación)
  - **Hospitalización a domicilio**: siempre que cumpla los criterios clínicos y sociales, se hará de forma preferente a la hospitalización convencional
- Se procurarán nuevas modalidades de atención que faciliten la recuperación funcional del paciente:
  - **Unidades de convalecencia hospitalaria**: hospitales de subagudos
  - **Camas de media estancia hospitalarias** (menor ratio de personal de enfermería y medico)
- Desde el momento del ingreso se pondrá en marcha la "planificación del alta" valorando, según el caso, la necesidad de:
  - Preparación del domicilio
  - Ingreso en unidades de convalecencia residenciales

HOSPITALIZACIÓN (cont.)

- **Planificación del alta** desde el momento del Ingreso Hospitalario
  - En los pacientes crónicos moderados y severos será recomendable la llamada "Planificación del alta" desde el momento del Ingreso Hospitalario
  - Esta planificación permitirá el regreso del paciente a su entorno en las mejores condiciones para proporcionarle los cuidados adecuados
  - Si se prevé que el regreso al domicilio previo no es adecuado, se preparará su traslado a otro entorno que cumpla las condiciones necesarias para una atención adecuada
  - En todos los pacientes severos se hará esta planificación de forma sistemática
- **Plan de Cuidados posthospitalización**
  - Antes del "Alta" el paciente contará con un nuevo Plan de Cuidados actualizado y adaptado a su nueva situación
  - Este Plan será recomendable en los casos moderados e imprescindible en los casos más severos
- **Visita Domiciliaria de Atención Primaria en 24-48 horas**
  - Desde el hospital se concertará una Visita Domiciliaria de Atención Primaria en 24-48 horas
  - En la misma se valorará la situación del paciente tras el alta y se actualizarán las necesidades de intervención
  - Esta visita estará concertada desde el Hospital
  - Igual que en el supuesto anterior, esta planificación será recomendable en los casos moderados, pero imprescindible en los casos más severos
  - La conciliación de la medicación tras Alta Hospitalaria se hará en todos los supuestos teniendo como objetivo evitar errores de medicación y la iatrogenia subsecuente
- **Nuevo Diagnóstico Integral tras descompensación**
  - En los casos moderados de trastorno mental o cognitivo moderado y en todos los casos severos, tras la descompensación será necesario realizar un nuevo diagnóstico integral que permita detectar variaciones respecto a la situación previa

CIRCUITO ASISTENCIAL HOSPITALARIO

- Los procesos que se determine tendrán, para sus casos más severos, un patrón específico predefinido que sistematizará las intervenciones a realizar en cada contacto con el sistema
- Las consultas de estos pacientes serán de Alta Resolución permitiendo en un mismo acto realizar las exploraciones necesarias, revaluar la situación del paciente y actualizar las indicaciones terapéuticas, tanto de tratamiento médico como de cuidados de enfermería o de otros aspectos
- Las consultas en estos pacientes serán multidisciplinares de modo que se facilite la atención integral del paciente
- En estos pacientes se utilizará un sistema "multicita" que optimizará el contacto del usuario con el sistema
- En los pacientes más severos y en aquellos moderados que se determine se establecerán nuevas modalidades de atención, circuitos y servicios, tanto presenciales como no presenciales, que permita evitar desplazamientos innecesarios
- Para garantizar los nuevos servicios, circuitos y modalidades asistenciales se adecuarán las agendas de las consultas especializadas
- Se mejorará la organización de la atención continuada de modo que estos pacientes con necesidades especiales de seguimiento encuentren un flujo continuo de atención dentro de los distintos elementos del sistema

ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

- Se le facilitará atención domiciliaria para el desarrollo de actividades relacionadas con limpieza, aseo, comida, etc. a:
  - Pacientes crónicos encamados o con limitaciones importantes de movilidad
  - Reagudizaciones: atención domiciliaria de Atención Primaria con soporte de atención especializada mediante nuevas modalidades de interconsulta
- Se le facilitará atención social a los familiares cuidadores de los pacientes a través de las unidades de respiro

OTRAS MODALIDADES ATENCIÓN

- **Contact Center y Consejo Sanitario**. Como se ha señalado en el apartado de modelo organizativo, este agente será encargado de realizar determinadas actividades:
- A demanda:
  - Realizar la recepción de la demanda
  - Clasificar y priorizar la demanda (según protocolo y nivel de estratificación)
  - Resolver trámites administrativos y citaciones
  - Resolver demanda para situaciones protocolizadas: Dar consejos de salud y recomendaciones sobre dudas puntuales de la enfermedad; aconsejar y dar indicaciones al paciente o cuidadores en caso de situaciones de crisis
  - Escalar a personal de enfermería del Contact Center Sanitario para situaciones no protocolizadas o con un nivel de clasificación
- Proactivo:
  - Ejecutar acciones asignadas y protocolizadas: preguntas para conocer la situación del paciente y recopilación de indicadores vitales, adhesión a tratamientos farmacológicos, dietéticos, de movilidad, etc.
  - Escalar a personal de enfermería en caso de detectar situaciones anómalas

10.- Modelo de autocuidados y atención al cuidador

- *Autocuidados*
- *Atención y capacitación a la personas cuidadoras*
- *Escuela del Cuidador y del Paciente Experto*
- *Estrategia Comunitaria, Promoción y Prevención*
- *Autoayuda y colaboración con Asociaciones*
- *Portal y Carpeta Personal*

Gobierno de Navarra

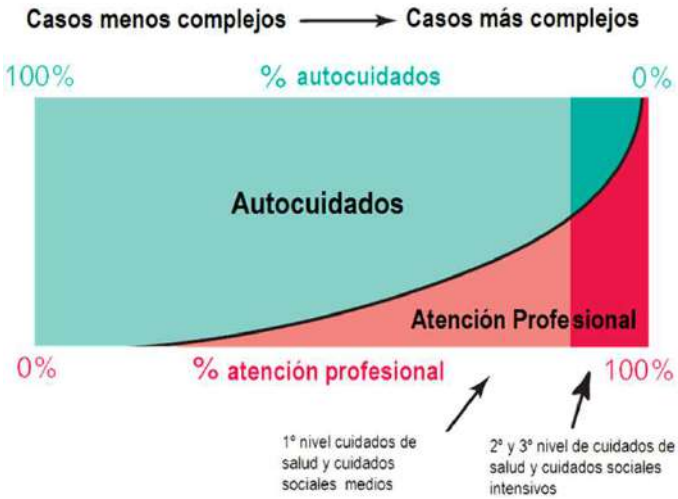
Departamento de Salud

La corresponsabilidad en el cuidado de la salud

Ya se ha señalado la gran trascendencia que los cuidados adquieren en el modelo de atención a la población crónica y en el campo de los cuidados la clave es lograr una corresponsabilidad equilibrada entre el papel que desarrollan los profesionales y los autocuidados que asume el propio paciente, o en su caso sus cuidadores.

El autocuidado debe extenderse a todas las etapas evolutivas de la enfermedad desde las fases leves hasta las etapas de mayor severidad en las que también existe un margen de acción por parte del propio paciente o sus cuidadores. De hecho los autocuidados debieran iniciarse antes de la aparición de la propia enfermedad contribuyendo a su prevención o demorando su debut.

Pero es precisamente en las fases iniciales donde los autocuidados deben adquirir el máximo protagonismo constituyendo el núcleo central de su patrón de atención.



Pero afrontar y manejar adecuadamente una enfermedad crónica es un proceso complejo que requiere motivación y capacitación. Y es precisamente aquí donde el nuevo modelo de atención ha de poner el acento.

Corresponde a los profesionales sanitarios, con el apoyo de las asociaciones de pacientes y otras entidades comunitarias, asumir la responsabilidad de promover el autocuidado:

- Concienciando al paciente, sin culpabilizarle, de la trascendencia del autocuidado y los estilos de vida en el adecuado control y evolución a largo plazo de su enfermedad.
- Ayudando al paciente a afrontar y vivir su enfermedad de manera adecuada, sin negarla ni dejándose abrumar por ella.
- Capacitando al paciente para manejar su enfermedad.

AUTOCUIDADO	AUTOCONTROL
Hábitos y decisiones de estilo de vida que una persona toma de forma voluntaria para mejorar su salud.: No fumar, hacer ejercicio...	Medición y registro por el propio paciente de parámetros sencillos para el control de su propia salud: Peso, tensión, glucemia...
TODOS PODEMOS Y DEBEMOS AUTOCUIDARNOS	**BASTANTES ADEMÁS PUEDEN Y LES CONVIENE AUTOCONTROLARSE**

Resulta particularmente importante señalar que si bien todos los pacientes pueden y deben autocuidar su salud no todos están en condiciones de alcanzar el mismo nivel de responsabilidad.

En muchos casos sin embargo el paciente podrá llegar incluso a participar activamente en el autocontrol de la misma. Las ventajas para el paciente son indudables

Ventajas para el paciente del autocuidado y el autocontrol

AUTOCUIDADO

- Incrementa su Capacitación
- Se implica más activamente en el cuidado de su salud
- Respeta su autonomía en la toma de decisiones sobre su estilo de vida
- Ayuda a establecer objetivos de estilos de vida más realistas y personales
- Le ayuda a detectar los signos de alarma y a saber cuándo consultar con los profesionales
- Le ayuda a ser consciente de la evolución de sus cuidados

AUTOCONTROL

- Incrementa su Autonomía
- Es más cómodo y le evita desplazamientos al Centro de Salud
- Aporta más mediciones y más fiables no influidas por el efecto “bata blanca”
- Le ayuda a conocerse mejor y observar los factores que producen variaciones
- Mejora la satisfacción y la eficiencia
- Mejora y agiliza el seguimiento con su médico y enfermera.

Intervenciones de promoción del autocuidado

En este sentido, la promoción del autocuidado entre los pacientes crónicos de la Comunidad Foral requerirá el desarrollo de diversas acciones:

1. Concienciar a los pacientes crónicos de la trascendencia de que se impliquen más activamente en su autocuidado. Indicación y motivación por el médico.
2. Evaluar y apoyar el adecuado afrontamiento de la enfermedad por parte del paciente.
3. Desarrollar programas de capacitación en autocuidados en patologías crónicas: enfermedad vascular, diabetes, asma, EPOC, insuficiencia cardiaca…
4. Promover que los pacientes crónicos cuenten con Planes Personales de Autocuidados
5. Implementar instrumentos de ayuda para el autocontrol .
6. Desarrollar nuevas modalidades y garantías de atención que mejoren la accesibilidad a los servicios sanitarios de los paciente en autocuidados.
7. Implementar nuevos servicios de apoyo y consejo sanitario
8. Reformular y rediseñar el Portal de Salud de Navarra como espacio para la promoción de estilos de vida saludable y como una herramienta de ayuda al autocuidado y autocontrol del paciente crónico.
9. Establecer alianzas con asociaciones de pacientes, de cuidadores y de voluntariado con objeto de promover el autocuidado.
10. Desarrollar una estrategia comunitaria que ayude a generar un entorno facilitador de un vida saludable y adaptado a personas con capacidad funcional limitada.

Indicación - Motivación

La recomendación por el médico al paciente, desde las fases iniciales de la enfermedad, de que se incluya en un programa de autocuidados constituye un factor clave de éxito. Es labor del facultativo concienciar y motivar de manera adecuada al paciente para que entienda la trascendencia del autocuidado y acepte libremente su inclusión en el programa.

En casos como el Infarto de Miocardio o el Ictus esta labor ha de iniciarse desde el propio hospital .

Valoración y apoyo al afrontamiento

Acometer con éxito un programa de autocuidados exige en primer término evaluar si el afrontamiento de la enfermedad por el paciente es o no el adecuado. Para ello será necesario analizar como vive el paciente su enfermedad y en su caso prestar el asesoramiento y/o apoyo emocional requerido .

Tan negativo es negar la enfermedad, tratando de vivir como si ésta no existiera, como dejarse abrumar y vencer por ella.

Capacitación del paciente crónico

El paciente crónico va a vivir muchos años con su enfermedad y por tanto resulta crucial que adquiera el mayor grado posible de capacitación para su autocuidado.

Es importante que estas modalidades ofrezcan al paciente la oportunidad de desarrollar un proceso activo y participativo que permita generar aprendizajes significativos. Para ello es necesario que posibiliten a las personas con enfermedad:

> 1) Conocer y Expresar su situación, sus vivencias, experiencias y puntos de partida 2) Reorganizar sus conocimientos 3) Reflexionar, analizar sus propias actitudes, factores relacionados con su autocuidado, etc. y 4) Desarrollar recursos y habilidades para tomar decisiones

El rol profesional en la promoción de autocuidados es un rol de ayuda, de facilitador y apoyo al aprendizaje. Es el paciente quien aprende y decide sobre sus comportamientos y su vida. La empatía, el respeto, la valoración positiva de la persona con la enfermedad, la comunicación, etc. son herramientas útiles.

Los objetivos formativos- educativos habrán de centrarse en:

- Conocer la enfermedad. "No solo los "qués" sino también y sobre todo los "porqués" del desarrollo y evolución de la enfermedad.
- Vivir la enfermedad
- Manejar la enfermedad
- Valorar los parámetros de control
- Identificar los signos y síntomas de alarma
- Saber cuando consultar

Será necesario elaborar o seleccionar los materiales educativos más adecuados para cada perfil de paciente y adaptarlo a los distintos soportes docentes y ofertar al paciente diversas modalidades educativo-formativas.

- Educación grupal,
- Educación individual en consulta
- Autoformación con materiales didácticos online o en soporte papel.

Plan Personal de Autocuidados

Lograr una adecuada evolución y control de la enfermedades crónicas depende en buena medida del "estilo de vida". En muchos casos las cifras de tensión arterial o el colesterol son solo el resultado de ese estilo de vida.

Muchas personas que dejan de fumar, pierden peso y hacen ejercicio de forma regular consiguen controlar el progreso de su enfermedad crónica y mejoran de forma notable su calidad de vida.

Una estrategia efectiva de autocuidados exige:

- Que sea el propio paciente el que defina su Plan Personal de Autocuidados con la ayuda de su enfermera. Se ha demostrado sobradamente que en esta materia No es efectivo tratar de decidir por el paciente.
- Que se marque objetivos concretos, realistas y con un plazo de cumplimiento: "voy a perder dos kilos en dos meses". Decir: "me gustaría perder peso" no es suficiente ni efectivo.
- Que se establezcan objetivos factibles a corto plazo, teniendo en cuenta el punto de partida, para irlos mejorando a medida que se cumplen. No es efectivo marcarse un objetivo ideal que nunca se llega a cumplir
- Que el paciente asuma realmente los objetivos como propios y se comprometa a cumplirlos, sobre todo consigo mismo .
- Que el Plan Personal de Autocuidados se revise y evalúe periódicamente con la ayuda de la enfermera, lo que contribuye a su mejor cumplimiento.

ESTRATEGIA DE AUTOCUIDADOS EN PREVENCION VASCULAR

	Riesgo Vascular		Antecedentes de Enfermedad o Evento Vascular
	Bajo	Moderado y Alto	
INTERVENCIONES COMUNITARIAS	…….	SI	SI
CONSULTA EDUCACION GRUPAL	------	TALLER: Estilos de vida saludable y Factores de Riesgo Cariovascular	TALLER: Enfermedad vascular
CONSULTA EDUCACIÓN INDIVIDUAL	***CONSEJO***	***EDUCACIÓN INDIVIDUAL***	***EDUCACIÓN INDIVIDUAL***
	Consejo sistematizado y refuerzo Vida saludable PAPPS	Valoración del Riesgo cardiovascular Afrontamiento de Factores de Riesgo Cardiovascular Educación para el autocuidado: dieta, ejercicio, tabaco, estrés	Afrontamiento enfermedad vascular Educación para el autocuidado en enfermedades vasculares y diabetes
PERIORICIDAD DE LAS CONSULTAS	------	Inicial con médico y enfermera	
		Seguimiento según Plan de Cuidados Individualizado (UBA)	

Prescripción de cuidados.

Prescribir sesiones de ayuda para dejar de fumar y prescribir ejercicio, progresivo y bien adaptado a la capacidad funcional del paciente, son las medidas terapéuticas clave en muchos pacientes. Su efectividad depende en buena medida de la convicción que tengamos los propios profesionales sanitarios y sepamos transmitir al paciente sobre su importancia en el éxito global del Plan Terapéutico Integral.

Otorgar visibilidad y relevancia a las pautas de autocuidados puede exigir el desarrollo de estrategias de comunicación. Un buen ejemplo de ello puede ser la realización de una campaña generalizada de prescripción de **Recetas de Cuidados de Salud**


ENFERMEDAD COMÚN O ACCIDENTE NO LABORAL
Sistema Nacional de Salud
PRESCRIPCIÓN
Dp)
- Dejar de fumar
- Caminar a buen paso por terreno llano
- Reducir la sal
PROGRAMA DE PREVENCIÓN SECUNDARIA CARDIOVASCULAR
Duración tratamiento: Definitivo
Posología: 3 sesiones de ayuda
6 meses
1 hora / día
5 días /semana
Recomendable
PACIENTE (Nombre, apellidos, año nacimiento, número de identificación).
María Prueba Prueba
1942
00/000000000
MÉDICO (Datos de identificación, fecha de prescripción).
Dr. José Pueba Prueba Nº Coleg. 00/0000000
Centro de Salud de Prueba
2/05/2013
Firma del Médico
CUERPO DE LA RECETA
RECETA ORDINARIA / ACTIVOS
P.3

Instrumentos de autocontrol

Además de implicarse en el autocuidado de su enfermedad es también muy aconsejable que el paciente participe de manera progresiva en el registro de algunos parámetros de control propios de cada enfermedad o riesgo. Tomarse de manera regular la tensión, controlar el peso o la glucemia en ayunas, es fácil y se ha demostrado que mejora los resultados de control de la enfermedad .

Instrumentos como las Hojas de Autocontrol ayudan a ello.

Se deberán además aprovechar la oportunidades que brindan las nuevas tecnologías para implementar herramientas de autocuidado basadas en la Web, en la telemedicina y en diversos soportes, tablet, PDA, etc. (Ver modelo tecnológico)

Garantías y modalidades de atención

El hecho de que un paciente se incorpore a un programa de autocuidados debe acompañarse de determinadas garantías que incrementen su confianza y seguridad.

- **Controles médicos según evidencia científica**

  Que el paciente se incorpore a un programa de autocuidados no significa que no necesite controles periódicos por el personal sanitario. En todos los procesos crónicos seguirá siendo necesario que el paciente acuda de manera regular a Consulta Médica y de Enfermería para evaluar el progreso de su enfermedad y adecuar el tratamiento médico.

  La periodicidad de los controles presenciales será la establecida por los protocolos basados en la evidencia científica que dependen sobre todo del grado de severidad de la enfermedad en cada paciente.

- **Garantía de cita en el día en caso de descompensación.**

  El paciente recibirá la formación requerida para identificar signos o síntomas de alarma que permitan detectar precozmente una posible descompensación. El paciente contará con la garantía de Cita en el Día para el caso de que crea presentar dichos síntomas.

Pero además un paciente con adecuado autocuidado y autocontrol deberá poder beneficiarse de diversas modalidades de seguimiento más ágiles y menos burocráticas que le evitarán desplazamientos innecesarios al Centro de Salud.

- **Consultas telefónica o por correo electrónico**

  Si observa variaciones significativas en los autocontroles o tienen dudas de cómo actuar puede contactar por teléfono o por correo electrónico con su propia enfermera. Además si lo desean pueden alternar las revisiones en Consulta con el envío periódico a su enfermera por correo electrónico de datos de sus autocontroles.

- **Resolver trámites sin necesidad de acudir al centro.**

  El paciente debe salir del Centro con la cita para la próxima visita y debe poder gestionar de manera no presencial los trámites necesarios.

- **Acceso directo a los controles y pruebas predefinidos.**

  Para evitar que tener que solicitar volantes

- **Modalidades de supervisión online**

  Se habilitarán así mismo otras modalidades de supervisión online por el Portal de Salud.

Servicios de consejo y apoyo

Teléfono de Consejo Sanitario de 24 h.

Se prevé la puesta en marcha de un nuevo Teléfono de Consejo Sanitario que progresivamente irá ampliando su horario de atención hasta llegar a cubrir las 24 horas

El nuevo servicio estará integrado por operadores telefónicos y enfermeras especialmente adiestradas para realizar consejo telefónico y dar respuesta a las preguntas más frecuentes en cada patología.

En el futuro el centro podrá realizar la gestión de llamadas de manera activa (recordatorios de vacunaciones, llamadas de control, etc) y de gestión del acceso, gestión del servicio, registro de llamadas, etc.

Ayudas para dejar de fumar. Sin lugar a dudas el cambio de vida con mayor impacto en la evolución y pronóstico de muchas de las enfermedades crónicas es el dejar de fumar. En esta materia la ayuda que brindan los profesionales del Centro de Salud ha demostrado su eficacia, e incluye intervenciones individuales y grupales.

Prescripción del ejercicio. A este respecto será crucial impulsar la prescripción médica de la Actividad Física personalizada y adecuada al nivel funcional evolutivo del paciente. En esta materia se cuenta con la activa cooperación de acreditados especialistas del Instituto Navarro de Deporte y Juventud

Consejo dietético. Adaptación y personalización de dietas de alimentación.

Sesiones de ayuda para combatir el estrés. Sesiones grupales de ayuda para combatir el estrés y la ansiedad desarrollados en colaboración con asociaciones de pacientes y otros agentes comunitarios.

Grupos de autoayuda. Para compartir experiencias y ayudar a afrontar vivir y manejar la enfermedad

Recordatorios y sistemas de ayuda farmacológica. Recordatorios, dispositivo de ayuda en el cumplimiento terapéutico o sistema individualizado de dosificación y dispensación para mejorar el cumplimiento terapéutico y evitar errores, área en la cual las Oficinas de Farmacia jugarán en el futuro un papel mucho más activo.

Cuestionarios de calidad de vida. Cuestionarios auto-administrados para que la experiencia del paciente forme parte rutinaria de los parámetros de control que considera el profesional para evaluar el progreso de la enfermedad.

ATENCIÓN Y CAPACITACIÓN A LAS PERSONAS CUIDADORAS

La atención y capacitación de las personas cuidadoras, mayoritariamente mujeres, constituye una parte esencial de la política de atención a las personas crónicas en situación de dependencia. En el apoyo a las personas que cuidan se tendrá en cuenta la perspectiva de género poniendo en valor el trabajo que realizan las personas que cuidan de otras personas y la impagable aportación que generan a la sociedad.

El apoyo a la persona cuidadora y la adecuada coordinación entre servicios formales e informales pretende favorecer su bienestar, intentando evitar una situación de sobrecarga física y psíquica, que no solo incide en su propia salud sino que es el motivo fundamental de la claudicación en el rol de cuidador, lo cual con frecuencia conduce a la institucionalización de la persona con dependencia.

Las acciones a promover serán las siguientes:

- **Identificación y evaluación de las necesidades de la persona cuidadora**. El protocolo de atención incluirá la identificación del cuidador principal y la evaluación sistemática de sus necesidades
- **Información y asesoramiento** sobre los recursos comunitarios sociales y sanitarios así como de los apoyos técnicos disponibles y ayudas económicas que pueden facilitar la labor de la persona cuidadora y dotarla de autonomía para seguir realizando una vida lo mas normalizada posible; aspecto este muy relevante en el caso de las mujeres.
- **Formación** sobre las características, pronóstico y evolución de la enfermedad que presenta el familiar. Pautas de actuación en las situaciones más comunes. Formación sobre el manejo de crisis, criterios sobre cuándo consultar, etc. La formación se deberá extender a los distintos tipos de cuidadores: Cuidadoras familiares, Cuidadores voluntarios, Trabajadoras Familiares y Asistentes del Cuidado (personas sin cualificación profesional que proporcionan cuidados a personas en situación de dependencia y que reciben un pequeño salario).
- **Consulta telefónica / correo electrónico** de acceso preferencial para solventar las dudas que puedan surgir
- **Gestión de apoyos familiares adicionales.** Intermediación familiar para evitar que toda la carga del cuidado se deposite en una sola persona del grupo familiar, solicitando colaboración para la redistribución de las distintas tareas de cuidado.

- **Apoyo personal y emocional**. Intervenciones de apoyo psicosocial para las personas cuidadoras, apoyo emocional, y promoción de la valorización de la tarea que realizan ante ellas mismas, sus familias y el entorno social.
- **Grupos de autoayuda** promovidos por asociaciones de familiares que faciliten información, formación y toma de decisiones, fomento de la autoestima, estrategias de conducta en las situaciones cotidianas, etc.
- **Promoción del voluntariado** y gestión del censo de voluntarios desarrollado en colaboración de las Asociaciones de Familiares y ONG's de la Zona.
- **Servicios residenciales de respiro** para situaciones temporales de corta estancia en los que la persona cuidadora principal no pueda hacerse cargo del paciente por distintos motivos: sobrecarga física y/o psíquica, vacaciones, enfermedad o ingreso de la persona cuidadora, etc.

ESCUELA DE PACIENTES Y CUIDADORES

Una de las recomendaciones incluidas en la estrategia nacional de atención a la cronicidad es la de ***"Potenciar la creación y el impulso de iniciativas y experiencias de escuelas de pacientes, programas de paciente activo y programas de paciente experto, escuelas de cuidadores, redes de cuidadores profesionales y no profesionales y otras fórmulas de apoyo al autocuidado".***

En Navarra llevamos más de dos décadas desarrollando una activa estrategia comunitaria de promoción de la salud y educación sanitaria al paciente y se ha adquirido una notable experiencia en el desarrollo de distintas modalidades de capacitación de pacientes (autoformación, educación/formación individual y educación grupal) desde el Sistema Sanitario Público.

Desde 2008, gracias a la colaboración entre la Dirección de Atención Primaria y el Instituto de Salud Pública y Laboral, se protocoliza la captación y se estandariza la educación de pacientes crónicos que se desarrolla en los Centros de Salud, que cuentan con una enfermera de referencia y tiempos específicos asignados en su agenda. Estas acciones vienen precedidas de una intensa estrategia de formación de formadores y de la elaboración de materiales específicos de apoyo para cada perfil de pacientes.

Para el desarrollo de la misma se ha contado también con el Instituto Navarro del Deporte y distintas Asociaciones de pacientes en algunas actividades.

Desde el Ministerio se prevé la Creación de la Red de Escuelas de Salud para Ciudadanos, con el objetivo de promover, compartir y desarrollar instrumentos que faciliten el empoderamiento de la ciudadanía mediante la mejora de la capacitación en salud y autogestión de la enfermedad lo que permitirá mejorar el conocimiento y la adquisición de competencias en cuidados y autocuidados, en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como los necesarios para la atención a enfermedades crónicas.

En esta línea y en el marco de la estrategia se ha optado por configurar un modelo de Escuela de Salud que consolide la labor ya realizada, la complemente y potencie impartiendo formación avanzada dirigida al llamado "paciente experto" y extienda su ámbito de acción al colectivo de cuidadores

No se considera conveniente desligar entre sí las distintas iniciativas y niveles de intervención formativa a fin de garantizar su coherencia

El modelo propuesto es por tanto el de una Escuela de Pacientes y Cuidadores de amplio espectro en materia de educación sanitaria y que ofrece al menos tres niveles de formación

- **CAPACITACIÓN BASICA EN AUTOCUIDADOS. NIVEL I,** Que recoge la experiencia Iniciada en 2008 y se dirige a la formación generalizada de Pacientes "activos" y se desarrolla de manera descentralizada en todos y cada uno de los Centros de Salud y en los que el personal docente estaría integrado por personal de Enfermería Centros de Salud y por un número progresivamente creciente de "Pacientes expertos".
- **CAPACITACIÓN AVANZADA EN AUTOCUIDADOS. NIVEL II.** Se dirige a la formación del "Paciente experto" y se desarrollará de manera centralizada. En su formación intervendrá personal de enfermería, personal médico y de trabajo social sanitario junto a pacientes expertos previamente formados y con capacidades docentes acreditadas.
- **CAPACITACIÓN A CUIDADORES** La población objetivo son los familiares y cuidadores y pretende desarrollar competencias tanto para cuidar como para cuidarse . Los objetivos docentes se centrarán en :
    - La experiencia de cuidar.
    - La situación de la persona cuidada.
    - Cómo Proporcionar cuidados: alimentación, cuidado de la piel, movilizaciones…
    - Como prevenir y actuar ante las caídas, las úlceras de decúbito, la incontinencia, el paciente con demencia los trastornos del comportamiento.
    - Cómo Cuidarse: actitudes positivas al autocuidado, comunicarse, tiempo personal , plan personal de autocuidados.
    - Cómo y cuándo pedir ayuda.
- **FORMACIÓN DE FORMADORES.** Tanto los profesionales como los pacientes expertos que participen como docentes en cualquiera de los niveles de capatacitación señalados deberán acreditar formación previa como docentes y capacidades específicas de comunicación y empatía, etc. (Ver Perfil del Paciente Experto) a cuyo efecto se reforzará la estrategia de formación de formadores y se habilitará su participación en los mismos .

En el desarrollo del proyecto se precisará la colaboración de Asociaciones de Pacientes y otras Entidades Comunitarias para completar las acciones formativas con otras de sensibilización, mejora de la accesibilidad a la formación, o complementariedad con otras iniciativas comunitarias que faciliten el acceso a las propuestas trabajadas: grupos de ejercicio físico, cocina saludable, compra responsable, control de estrés, etc.

Así mismo se considerado oportuno estudiar la propuesta formulada por el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Navarra e iniciar los contactos necesarios para analizar la viabilidad de desarrollar un proyecto de "Universidad del Paciente" en relación con la Universidad Pública.

De igual modo resulta de indudable interés la propuesta formulada por el Colegio de promover la participación voluntaria de médicos jubilados en esta tarea de indudable interés social. Esta propuesta no tiene porque venir condicionada al proyecto de Universidad del Paciente y por tanto será tomada en consideración en la planificación de las próximas actividades promovidas por el ISPyL.

ESTRATEGIA COMUNITARIA

En la misma línea será necesario continuar desarrollando y potenciar la estrategia comunitaria que implica a ayuntamientos, entidades sociales y medios de comunicación en el impulso de iniciativas y servicios que ayudan a generar un entorno facilitador para los estilos de vida saludables y adaptado a personas con capacidad funcional limitada.

Es importante que los profesionales del centro de salud contribuyan a optimizar los recursos de la comunidad y proporcionen a los pacientes información de los recursos existentes en su zona para el desarrollo de estilos de vida saludables: oferta de cursos de ejercicio físico, paseos por la zona, cursos de cocina, de manejo de ansiedad, etc.

Se desarrolla entre distintos agentes de salud pertenecientes a diferentes servicios (servicios sociales, mujer, juventud, centros educativos, minorías étnicas…) y asociaciones de la comunidad (de mujeres, jubilados, padres y madres, de vecinos, jubilados, comerciantes, emigrantes…).

La intervención se plantea desde el conocimiento de la situación y necesidades de la zona, a través de un diagnóstico más o menos rápido utilizando fuentes diversas (ISIS, TIS, Departamento de Estadística, encuesta de salud, de juventud…).

Incorpora los principios de la Promoción de la Salud y la evidencia de su eficacia:

- Trabajar con las personas y el entorno.
- Enfoque positivo de salud.
- Con otros sectores y comunidad.
- Combinando diferentes estrategias, métodos y técnicas.
- En distintos escenarios.
- Con diferentes grupos.

En nuestra comunidad muchas personas, centros, grupos e instituciones poseen una larga experiencia en promoción de salud y en intervenciones comunitarias. El papel de profesionales y centros de salud en la promoción de salud es limitado pero muy importante: papel de liderazgo, influencia social, coordinación de intervenciones, creación de corrientes de opinión e innumerables oportunidades para la promoción de la salud en la práctica profesional. La participación de todos puede permitir importantes mejoras y progresos en salud.

El Proyecto Estilos de vida saludables en personas adultas cuenta con un Grupo de Trabajo que ha desarrollado importantes experiencias en esta materia

- Guía de recursos: servicios, entidades sociales…
- Inventario recursos de ejercicio físico de la zona.

El rol de las estructuras participantes es un rol colaborador, facilitador de procesos comunitarios que incluye la puesta en marcha de determinadas actitudes (Reconocimiento del otro, Intercambio/Consensos y Acciones compartidas además de las específicas de cada cual) y habilidades (Manejo Técnicas PS, Conducción reuniones

Herramientas de intervención comunitaria

TÉCNICA	*DESCRIPCIÓN*
Reuniones	Preparación de las reuniones (propuesta de orden del día, espacio, recursos y documentación de apoyo, conducción) y realización (gestión de la tarea, el tiempo, los instrumentos y el clima)
Elaboración guías, inventarios, etc.	Guía de servicios, entidades y asociaciones implicados en la PS
	Inventario de recursos de ejercicio físico, control de ansiedad…
Subvenciones y otros recursos	Información y solicitud convocatorias de subvenciones, recursos de Atención Primaria, Salud Pública, otros recursos de la comunidad, etc.
Elaboración de material informativo	Selección de la información (exactitud, claridad, relevancia, secuenciación, integral o biosicosocial), Redacción (tamaño palabras y frases, vocabulario, esquemas, puntos – clave, tono) y diseño (tipo, tamaño y color de letra, interlineado y ancho de columna, imágenes, textos, distribución de espacios entre texto, blancos e imágenes, títulos), Valores que promueve, Utilización
Comunicación externa	Nota de prensa (escrito corto), Rueda de prensa, Campaña (grupo organizador, situación de partida, recursos, objetivos y estrategias, poblaciones diana, actividades y plan de medios, calendario, evaluación…), Participar en actividades de los medios (entrevistas, artículos…), etc.

- Prestar apoyo técnico y económico a entidades sociales relacionadas
- Desarrollar medidas intersectoriales técnicas, políticas y económicas que favorezcan que las opciones más saludables sean las más fáciles de elegir.
- Apoyo a Intervenciones comunitarias a nivel local sobre Estilos de vida saludables.

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

Como se ha señalado la estrategia del Departamento de Salud se configura en torno al nuevo Modelo Asistencial e incorpora diversos proyectos estratégicos que complementan a la Estrategia de Crónicos, uno de ellos hace referencia al Programa de Promoción y Prevención del Instituto Navarro de Salud Publica y Laboral INSPyL

Existe suficiente evidencia científica para afirmar que es posible disminuir de forma significativa la incidencia, la prevalencia y la intensidad de la enfermedad, la discapacidad y con ello la dependencia en los pacientes crónicos. Las medidas de promoción de hábitos saludables en general y en particular gracias a las Estrategias de Envejecimiento Saludable constituyen factores clave

Por su parte la detección precoz de una patología en fase preclínica tiene interés si se dan una serie de requisitos: tiene una elevada mortalidad o repercusión en la calidad de vida, es suficientemente frecuente, puede ser detectada con una prueba con buena relación coste-efectividad y no genera efectos adversos significativos

Dado que esta ámbito de intervención ha quedado fuera del alcance de este documento, nos limitaremos aquí a señalar los objetivos previstos en dicho programa y que hacen referencia a la cronicidad

- Favorecer el enfoque intersectorial en la promoción de la salud a través del principio "Salud en Todas las Políticas".
- Fomentar hábitos saludables y disminuir la prevalencia de los factores de riesgo que determinan la aparición o evolución de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico: tabaquismo, consumo nocivo de alcohol, inactividad física, alimentación no saludable y otros.
- Disminuir las lesiones y accidentes como causantes de condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico.
- Promover una mayor corresponsabilidad de los ciudadanos en el cuidado de su Salud para que sean más proactivos en el autocuidado y mejora de su nivel de salud.
- Promover el envejecimiento saludable
- Revisar las actuales pautas de actuación en la prevención primaria y secundaria del riesgo vascular y aprobar un programa específico que incluya las pautas de actuación en cifras anómalas de HTA e Hiperlipidemia en población previamente sana.
- Promover entornos saludables y acciones ciudadanas que apoyen la salud (Ver intervención Comunitaria)
- Facilitar la participación social en la priorización, desarrollo, seguimiento y evaluación de las políticas sanitarias relativas al abordaje de la cronicidad.
- Impulsar y reforzar la capacitación de las personas y de la comunidad para promover la autonomía, el autocuidado y los estilos de vida saludables.

AUTOAYUDA Y COLABORACIÓN CON ASOCIACIONES

Es necesario que el Departamento de Salud establezca alianzas estratégicas con las Asociaciones de Pacientes con el fin de orientar más su labor a las principales necesidades detectadas en esta materia :

- Sensibilizar a los pacientes crónicos de la necesidad y conveniencia de capacitarse y corresponsabilizarse en el cuidado de su salud.
- Desarrollar programas de Paciente Experto y otros programas de capacitación en colaboración con el personal sanitario del Servicio Navarro de Salud.
- Evaluar la capacitación de los paciente en su autocuidado.
- Promover el desarrollo de grupos de autoayuda y apoyo mutuo.

En la misma línea se deberán impulsar acuerdos con Asociaciones No Gubernamentales que trabajan en el entorno social a colaborar en la estrategia de apoyo al cuidador. Los objetivos prioritarios en esta materia son:

- Promover el asociacionismo el voluntariado y el compartir experiencias de vida.
- Sensibilizar a los cuidadores de la conveniencia de incrementar su nivel de capacitación como mejor sistema no solo para mejorar la ayuda que presta al paciente dependiente sino también para mejora su calidad de vida y su propio afrontamiento de la enfermedad.
- Desarrollar programas de capacitación para cuidadores en colaboración con el personal sanitario del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.
- Promover el desarrollo de grupos de autoayuda y apoyo mutuo específicos para cuidadores.

Por su parte el Departamento de Salud ha de comprometerse a:

- Otorgar máxima prioridad a dichas materias en su política de subvenciones
- Promover el asociacionismo y el voluntariado y a divulgar en el Portal de Salud la labor que desarrollan las Asociaciones de Pacientes reservando un espacio específico para cada una de ellas.
- Impulsar que los sanitarios informen a los pacientes de los recursos asociativos de que disponen y recomienden a los pacientes con problemas de afrontamiento su implicación activa en grupos de autoayuda.
- Incorporar a un representante del mundo asociativo al Comité Director de la Estrategia de Crónicos para facilitar su participación en la planificación y evaluación de las políticas de cronicidad, en línea con lo establecido en la Estrategia Nacional de Cronicidad.
- Realizar las previsiones económicas oportunas para apoyar la labor asociativa en el desarrollo de la estrategia de autocuidados y la promoción de la autoayuda y el apoyo a cuidadores.

Mi portal de salud

Se define Mi Portal de Salud como un espacio digital, personal e intransferible, de consulta que el Departamento de Salud de Navarra pondrá a disposición de los pacientes, para que en cualquier momento y de manera segura y confidencial, puedan tener acceso a su información personal de salud y facilitarles la realización de determinados servicios telemáticos.

En definitiva, Mi Portal de Salud tiene como objetivo favorecer la participación y la corresponsabilidad de los ciudadanos en la prevención y cuidado de su propia salud.

A continuación se definen los principales servicios que deberá ofrecer el portal personal de salud

MI HISTORIA DE SALUD RESUMIDA

La Historia Personal Resumida permitirá acceder a un resumen de toda la Historia Clínica que consta en el Sistema Sanitario dotada de las claves de seguridad oportunas y que entre otras funcionalidades le será de gran utilidad si precisa ser atendido por los servicios sanitarios en cualquier otro sistema sanitario.

MIS INFORMES CLÍNICOS

Visualización de informes clínicos realizados en los diferentes centros sanitarios del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Por el momento cada uno de los informes tendrá el contenido y formato en el que fueron inicialmente generados.

El Portal de Salud contará el máximo nivel de seguridad y confidencialidad en el acceso a datos personales y requerirá Certificado Digital

MI AGENDA DE SALUD

En esta funcionalidad el paciente deberá visualizar de manera sencilla:

- Calendario de actividades de autocuidado
- Consultas y controles previstos
- Recordatorios de autocontroles
- Citas previstas con el personal sanitario

El sistema deberá contar con alarmas para el paciente procedentes del plan de atención personalizado que podrá incluso programarse para enviar un correo electrónico o mensaje SMS al móvil del propio paciente.

MI CONTACTO CON EL PERSONAL SANITARIO

Desde esta funcionalidad el paciente, o su cuidador podrán contactar directamente mediante correo electrónico con sus profesionales de referencia para trasladar consultas y dudas sobre la patología.

- Teléfonos y correos electrónicos de:
  - Su médico y enfermera del Centro de Salud
  - En caso de los pacientes severos: Enfermera Gestora del Caso, Especialista y Enfermera Especializada de Referencia
- Teléfono de Consejo Sanitario
- Otros Teléfonos de Interés sanitario

El sistema deberá contar con alarmas que podrán programarse para enviar un correo electrónico o mensaje SMS urgente al móvil de la Enfermera Gestora de Caso cuando los parámetros de control muestren valores anormalmente elevados que exijan una intervención de urgencia.

MI PLAN DE AUTOCUIDADOS. MIS AUTOCONTROLES

Espacio reservado para el registro y seguimiento de los objetivos del Plan Personal de Autocuidados establecidos con la ayuda de su enfermera.

También esta funcionalidad permitirá al usuario el registro de los parámetros de control acordados propios de cada enfermedad o riesgo tales como: Peso, Tensión arterial, Frecuencia cardiaca, Diuresis

El sistema estará diseñado de manera que permita la monitorización detallada de la glucemia, el ejercicio, la dieta y la sintomatología de los pacientes crónicos de manera que permita la autogestión adecuada de determinados tratamientos. Permitirá la conexión directa con los principales instrumentos de control existentes en el mercado.

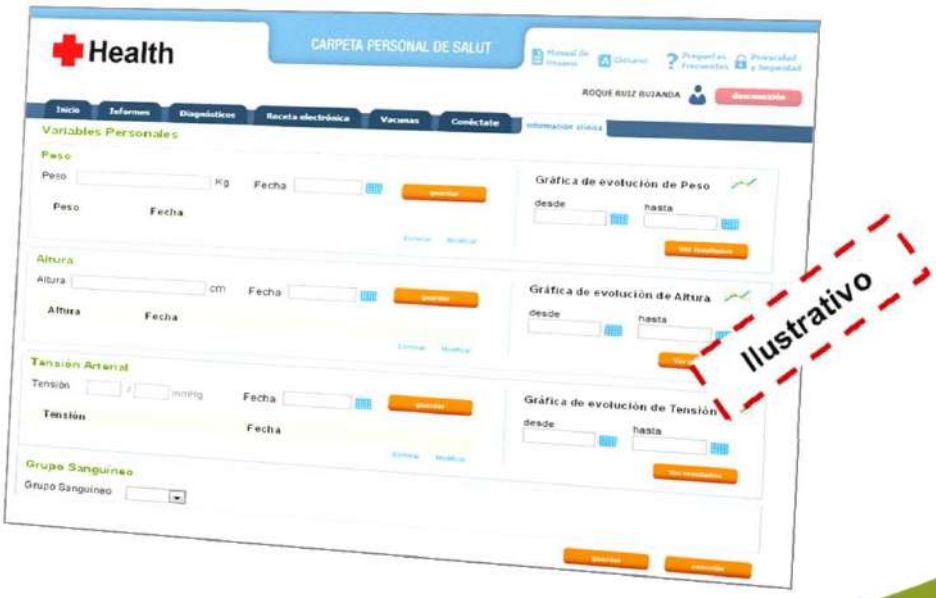
Deberá permitir la conexión directa y el volcado de datos de instrumentos de control de la actividad física cada día más frecuentes. Pulsómetros, podómetro, etc.

Para los diferentes parámetros se mostrará una gráfica de evolución, de manera que el paciente pueda visualizarlo de manera sencilla.

El sistema estará dotado de alarmas cuya sensibilidad vendrá definida en función de los límites y objetivos terapéuticos establecidos para cada caso. Las alarmas irán siempre acompañadas de las recomendaciones de actuación oportunas.

La herramienta permitirá la remisión automática de los resultados al correspondiente Panel de Control de enfermería.

Igualmente el sistema permitirá la interconexión con diversos tipos de sensores vinculados a plataformas de telemedicina que permitan la monitorización directa de diversos parámetros (pluxioximetría, etc)



MI MEDICACIÓN

Visualización del tratamiento que el médico le prescribe, la disponibilidad de las próximas dispensaciones y la posibilidad de descargar el Plan de medicación para poder imprimir.

La información estará vinculada a la aplicación de prescripción electrónica Lamia y se deberá presentar ordenada por las prescripciones activas, con la fecha de vigencia más reciente y reflejará la dosificación y duración del tratamiento prescrito.

El paciente debería visualizar de manera clara y sencilla en caso que no se haya cumplido algún ítem de medicación especificado en el plan de atención personalizado.

EL CONOCIMIENTO DE MI ENFERMEDAD

La finalidad de esta funcionalidad consiste en dotar de contenidos formativos relacionados con la salud, y facilitar el acceso a plataformas externas o enlaces de interés al paciente que se conecta a su Carpeta Personal.

Acceso a Materiales y Videos para la autoformación en Autocuidados y Autocontroles de Salud.

Por otro lado, debería ser el espacio a través del cual el paciente pueda consultar la información referente a su patología:

- Información de la patología.
- Tratamiento de la patología.
- FAQ´s Dudas más frecuentes sobre su enfermedad
- Cómo actuar en caso de una crisis.
- Visualización del plan de atención personalizado.
- Indicaciones para los hábitos alimenticios.
- Realización de trámites.

La información será personalizada para cada perfil de usuario, de manera que pueda visualizar la información específica de su propia patología.

MIS CONTROLES

Se propone integrar diferentes plataformas externas ya desarrolladas y probadas para el seguimiento de algunas de las patologías crónicas identificadas.

Los contenidos existentes dentro de esta funcionalidad, deben estar adaptados al perfil del paciente, y dependerán del plan al que esté asignado.

De esta manera, en función de la patología el paciente dispondrá de herramientas que le permitan gestionar su enfermedad desde su casa. Algunas funcionalidades a las que dan respuesta estas plataformas permiten:

- Reportar información al médico.
- Realizar seguimiento on-line por parte del médico.
- Informar constantes directamente de los dispositivos.
- Realizar tareas de prevención.
- Disponer de información médica continua.

11.- Modelo de formación y gestión del conocimiento

- Formación plurianual por competencias
- Modelo de gestión del conocimiento

Gobierno de Navarra

Departamento de Salud

Para el desarrollo del nuevo modelo será necesario impulsar un programa plurianual de Formación que deberá orientarse al desarrollo de las competencias clave requeridas a cada estamentos profesional. A modo de ejemplo se presenta a continuación el correspondiente al colectivo de Enfermería de AP, colectivo especialmente implicado en su desarrollo.

Mapa de Competencias Clave

ENFERMERAS DE AT. PRIMARIA

ATENCIÓN INTEGRADA		
Modelo de atención a crónicos	Procesos crónicos integrados	Intervención sociosanitaria
Gestión de Casos	*Atención integrada al paciente Pluripatológico*	*Rehabilitación funcional y prevención de la dependencia*
Patrones de atención por niveles de severidad	*Enfermedades cardiocererbrovasculares*	*Atención domiciliaria sociosanitaria*
Comorbilidad mental	*Trastornos Mentales*	
Formulación y seguimiento de Planes de Cuidados personalizados	*Enfermedades Respiratorias*	
	Demencia	
CORRESPONSABLE en el cuidado de la Salud		
Autocuidados	Interv. Comunit. Intersect.	Prevención de la dependencia
Capacitación al paciente crónico en autocuidados	*Trabajo en red, en atención familiar y comunitaria*	*Promoción de la autonomía personal y prevención del deterioro funcional*
Capacitación, apoyo y atención al cuidador	*Promoción de grupos de autoayuda*	*Valoración integral del anciano y Envejecimiento saludable*
AGILIDAD Y RESOLUTIVIDAD		
Resolutivo en el primer nivel de contacto	Garantía de atención continuada	Circuitos asistenciales orientados al paciente
Atención a Problemas Adaptativos, Emocionales y Relacionales	*Continuidad de cuidados tras el alta hospitalaria*	*Consultas no presenciales*
Comunicación efectiva y relación terapéutica con el paciente y su familia		
Valoración e identificación de signos de alarma		
Criterios de derivación		
ORIENTACIÓN A LA NECESIDAD		
Autonomía del paciente	Diagnóstico integral de Cuidados	Segmentación y modelos de atención
Evaluación de la utilidad y calidad de vida	*Metodología de enfermería*	*Sistemas de clasificación de pacientes y modelos de atención*
Información al paciente y autonomia en la toma de decisiones sobre su proceso	*Diagnóstico de Necesidad de Cuidados Mentales*	*Taxonomía enfermera y registro*
	Diagnóstico de Necesidad de Cuidados Sociosanitarios	
CALIDAD TÉCNICA		
Calidad de la atención enfermera	Nuevas áreas de desarrollo	Otros
Manejo experto de los protocolos de los procesos más frecuentes en AP	*Prescripción enfermera*	*Práctica clínica basada en la evidencia*
Manejo experto del afrontamiento		*Detección y comunicación de efectos secundarios*
Manejo experto de medidas terapéuticas no farmacológicas: dieta, técnicas de relajación o ejercicio físico.		*Autoevaluación de resultados e Investigación en cuidados enfermeros*

Modelo de gestión del conocimiento

Uno de los proyectos estratégicos que el Departamento de Salud ha acometido en el marco de su estrategia de desarrollo del nuevo modelo asistencial es el de Gestión Integral del Conocimiento que pretende desarrollar sistemas, herramientas y servicios de gestión del conocimiento que faciliten a los profesionales la revisión y actualización permanente del conocimiento con el objetivo último de promover una mejora continua de los procesos basada en la evidencia.

Dicho proyecto prevé el desarrollo de Áreas Temáticas vinculadas a los proyectos estratégicos, una de las cuales hace referencia al Programa de Crónicos .

En la actualidad, la evolución del conocimiento en el sector sanitario (PubMed indexa más de 20 millones de artículos y al año se publican un millón y medio) es de tal magnitud que sin una estrategia activa de gestión del conocimiento por parte de la organización es prácticamente imposible garantizar una actualización y mejora continua de los procesos basada en la evidencia. Para lograrlo se hace necesario acercar al máximo posible el conocimiento al momento de la toma de decisión clínica, proveer herramientas de ayuda al clínico vinculadas en lo posible al acto asistencial (protocolos informatizados, sistemas expertos, etc.) y facilitar la revisión y actualización del conocimiento (productos de síntesis, etc.).

Con tal propósito la estrategia prevista diferencia dos modalidades en la gestión del conocimiento:

- Sistemas, herramientas y servicios específicos estructurados por áreas temáticas, para la ayuda al profesional en la toma de decisiones clínicas en los procesos prioritarios. Permanentemente actualizadas y basadas en la evidencia.
- Acceso general a revistas científicas y otras fuentes primarias a través de la Biblioteca Virtual para todos los profesionales como apoyo a su responsabilidad personal de actualización general de conocimientos y como base de su actividad de investigación.

En este sentido, los objetivos generales de la estrategia de Gestión del Conocimiento que se deberán aplicar también al Modelo General de Atención a Enfermedades Crónicas son los siguientes:

- Proveer herramientas de ayuda al clínico vinculadas a la Historia Clínica 2.0. (protocolos informatizados, sistemas expertos, etc.).
- Impulsar la creación de una "Comunidad de Práctica profesional" específica del Programa de Crónicos dotada de un espacio web específico.
- Dotar de manera progresiva al Programa de Crónicos de los servicios de apoyo necesarios para una gestión específica de su área de conocimiento: informática clínica, gestión documental, gestión de bases de datos, etc.
- Promover y estructurar la formación interna y dotarla de los instrumentos de apoyo requeridos (sistemas webcast, formación online compartida, redes sociales etc.).
- Garantizar a los profesionales del sistema sanitario público de Navarra la información científica relevante para su actividad clínica, docente y/o investigadora.
- Impulsar la Práctica Clínica Basada en la Evidencia (MBE, EBE, GBE, etc), acercando en lo posible el conocimiento al momento de la toma de decisión clínica.
- Facilitar la revisión y actualización permanente del conocimiento mediante el acceso presencial y remoto a fuentes de productos de síntesis, sinopsis, sumarios, guías de práctica clínica, etc.
- Incrementar la cobertura y el número de accesos a la Biblioteca Virtual (revistas científicas y otras fuentes primarias) garantizando a todos los sanitarios un acceso gratuito a la misma, tanto desde su puesto de trabajo como desde su propio domicilio mediante acceso remoto.
- Generar curiosidad científica y promover la innovación.

12.- Modelo tecnológico

- *Metodología y objetivo*
- *Modelo tecnológico conceptual propuesto*
- *Situación actual vs. modelo propuesto*
- *Descripción de la solución propuesta*

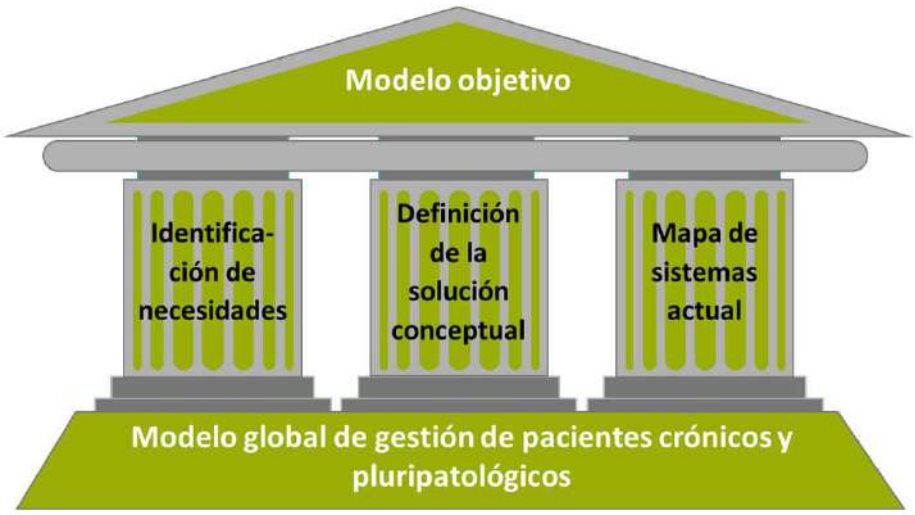
Gobierno de Navarra

Departamento de Salud

Proceso de definición del modelo tecnológico

Para la definición del modelo tecnológico objetivo propuesto, se ha trabajado en las líneas que se explican a continuación:

- Necesidades identificadas en el modelo de atención a pacientes crónicos. En base el modelo definido por los diferentes grupos, se ha podido detallar las principales funcionalidades que se requieren en los sistemas de información del Departamento de Salud de Navarra / Servicio Navarro de la Salud Osasumbidea para poder desempeñar eficaz y eficientemente los procesos definidos.
- Confirmar alineamiento con la estrategia tecnológica y las iniciativas actuales en esta materia por el Departamento de Salud y SNS-O.
- A continuación se ha realizado una comparativa entre las funcionalidades requeridas del nuevo modelo de atención a pacientes crónicos y pluripatológicos y los actuales sistemas del Departamento de Salud de Navarra / SNS-O. De esta manera el enfoque de solución estará alineado a la estrategia tecnológica actual y de futuro en referencia a sistemas de información, dando respuesta a las nuevas necesidades en base el actual mapa de sistemas.
- Finalmente, en base los tres puntos anteriores se ha definido el modelo tecnológico objetivo, el cual deberá dar respuestas a todas las necesidades de los diferentes actores cumpliendo una serie de premisas técnicas definidas.



Principal objetivo del modelo tecnológico

El principal objetivo es facilitar a los responsables de infraestructuras y sistemas de información del Departamento de Salud de Navarra / SNS-O el modelo tecnológico futuro propuesto para la gestión de pacientes crónicos y pluripatológicos, el cual debe servir de base para definir la evolución de los sistemas de información actuales.

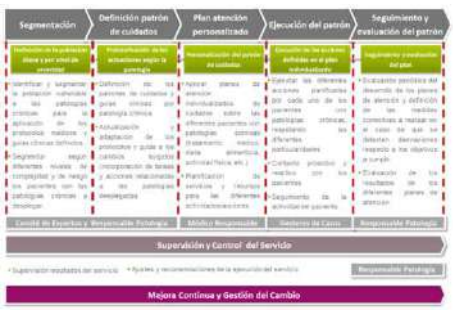
El modelo objetivo propuesto está enfocado a tener una solución única, integrada, escalable y flexible, la cual deberá cubrir los requisitos identificados en el modelo de atención a pacientes crónicos y estar alineado en la estrategia global de sistemas de información del Departamento de Salud de Navarra.

El enfoque del modelo tecnológico conceptual de referencia se fundamenta en la utilización de los recursos disponibles haciéndolos más eficientes y potenciando su mejor utilización, además de una operativa centralizada en el paciente que lo implique como principal actor.

Los principales premisas de diseño consideradas en la definición del modelo son:

- Dotar de una solución tecnológica a los profesiones que les ayude y facilite sus tareas cotidianas, facilitando el contacto directo de los profesionales sanitarios con el paciente crónico allí donde éste se encuentre y cuando lo necesite, permitiendo compartir la información clínica relevante generada por la atención de este tipo de pacientes con el resto de actores intervinientes y, por último, que facilite la colaboración e interoperabilidad entre los diferentes procesos asistenciales.
- Proporcionar herramientas a los pacientes crónicos y su entorno cuidador que les permita la autogestión de su propia enfermedad crónica sobre espacio digital que contenga toda su información personal de salud, bajo un entorno seguro proporcionado por el Departamento de Salud de Navarra / SNS-O.
- Desplegar herramientas dirigidas a los gestores que permitan el análisis de la actividad realizada dentro del modelo para así extraer patrones de comportamiento que permitan su mejora continua.
- Favorecer el aprovechamiento de los recursos TIC ya disponibles en el Departamento de Salud de Navarra y el SNS-O, favoreciendo la adaptación y despliegue hacia una nueva plataforma integrada de servicios.

Actores del modelo

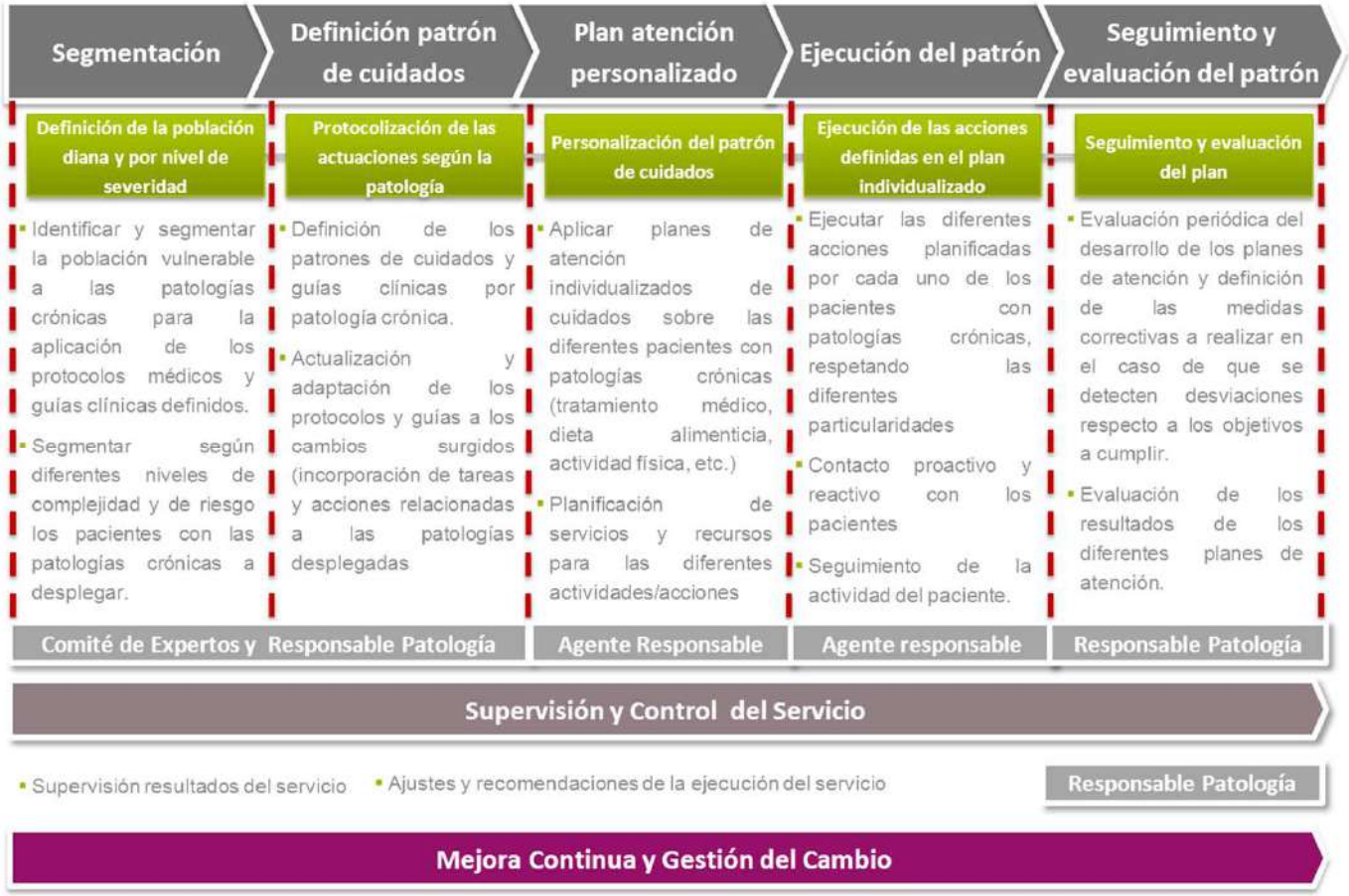


Procesos cubiertos por la solución

El modelo conceptual propuesto cubre los principales procesos necesarios para poder dar respuesta a las necesidades de todos los actores implicados.

Procesos que deben de dar soporte el modelo tecnológico propuesto

La solución propuesta para la gestión de crónicos y pluripatológicos da respuesta a todo la cadena de procesos de cuidado y atención de crónicos definidos en el modelo de atención. A continuación se especifica de manera más detallada los procesos más significativos y sobre los que se hará incidencia en la solución tecnológica:



Módulos que conforman el modelo tecnológico

A continuación se presentan agrupadas en módulos las funcionalidades más relevantes que dan respuesta a las necesidades a cubrir por el modelo general de atención de pacientes crónicos y pluripatológicos. A grandes rasgos, los diferentes módulos conceptuales contemplados son:

SEGMENTACIÓN POBLACIONAL. Identificar y realizar la estratificación de la población vulnerable por cada una de las patologías para posteriormente poder ser incluidos en el modelo de atención de forma proactiva, además de permitir la evaluación del riesgo de cada paciente por cada patología crónica.

MODELADO DE PATRONES. Definir y modelar las diferentes políticas y protocolos de identificación y diagnóstico de pacientes crónicos así como los cuidados aconsejados en función de una patología y nivel de severidad. Estos patrones incluyen la visión global integrando de esta manera a todos los niveles asistenciales implicados en el cuidado de un paciente.

PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADO. Asignar el plan de atención concreto que deberá seguir cada paciente en función de su patología, su nivel de severidad y su estado concreto de salud. Para cada paciente se podrá adaptar el plan original definiendo reglas específicas así como asignando los diferentes actores que intervienen en cada una de las actividades.

ESTACIÓN DE TRABAJO DE CRÓNICOS. Realizar el seguimiento operativo de la correcta ejecución de las actividades que conforman el plan de atención por parte de cada actor relacionadas con un paciente o grupo de pacientes mediante la gestión de las alarmas generadas.

EPISODIOS DE CRÓNICOS. Facilitar al profesional sanitario la consulta de la información de cada uno de los episodios crónicos de un paciente de manera uniforme y global para todos los ámbitos asistenciales.

PACIENTE EXPERTO. Promover la autogestión de la enfermedad por parte del paciente, visualizando la información necesaria definida en el plan individualizado: alertas y recordatorios, información referente a la patología, consejos de salud, así como el acceso a los principales servicios.

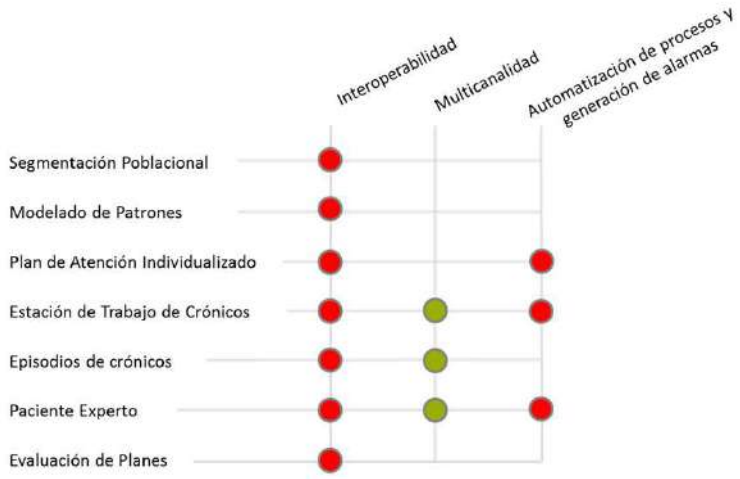
EVALUACIÓN DE PLANES. Analizar y evaluar los diferentes indicadores relacionados con los planes de atención con el objetivo final de valorar el impacto de los planes en los pacientes y su grado de eficiencia y eficacia.

Requisitos técnicos generales

De manera adicional a las funcionalidades definidas en cada uno de los módulos, el modelo tecnológico objetivo también deberá contemplar un conjunto de requisitos técnicos que afectan globalmente a diferentes módulos:

- **Interoperabilidad** entendida como la capacidad de consultar, modificar y acceder a toda la información relativa a la gestión y monitorización de enfermos crónicos independientemente del nivel asistencial desde el que se acceda y el sistema de información que la gestione.
- **Multicanalidad** entendida como la capacidad de acceder a consultar y/o modificar la información desde diferentes canales de comunicación y/o dispositivos.
- **Automatización de procesos y generación de alarmas**, entendida como la necesidad de disponer de herramientas (motor de procesos asistenciales) que ejecute de manera automática los procesos definidos teniendo en cuenta las diferentes acciones y actores, así como generar las alarmas en base a las reglas definidas.

A continuación se resume de manera gráfica la relación entre los diferentes módulos funcionales y los requisitos técnicos a cumplir diferenciando a través del codigo de colores aquellos que son imprescindibles cubrir de los que son aconsejables para la futura evolución.



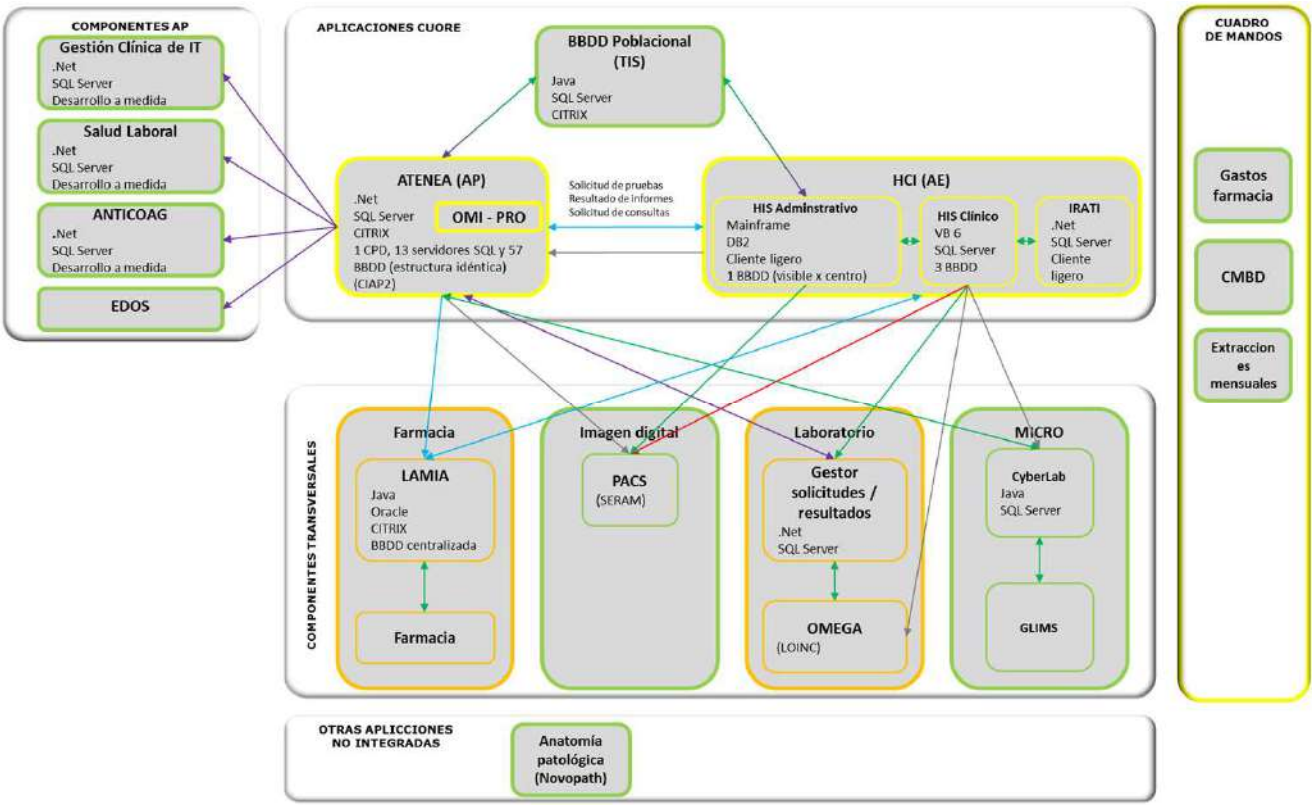
Prioridad

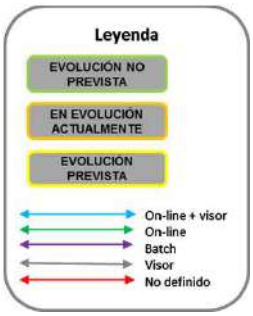
- Requisito obligatorio para el correcto funcionamiento del módulo relacionado.
- Requisito aconsejable para la futura evolución.

Mapa de sistemas

A través de diferentes sesiones de trabajo los responsables de Sistemas de Información del Departamento de Salud del Gobierno Navarra han mostrado detalladamente las diferentes infraestructuras y los diferentes sistemas de información a través de los cuales se realiza la atención a sus pacientes.

Mediante estas sesiones, se ha podido desarrollar un Mapa de Sistemas del Departamento de Salud de Navarra / SNS-O a través del cual se pretende visualizar de manera esquemática los componentes más relevantes, así como la interacción que hay entre cada uno de ellos:

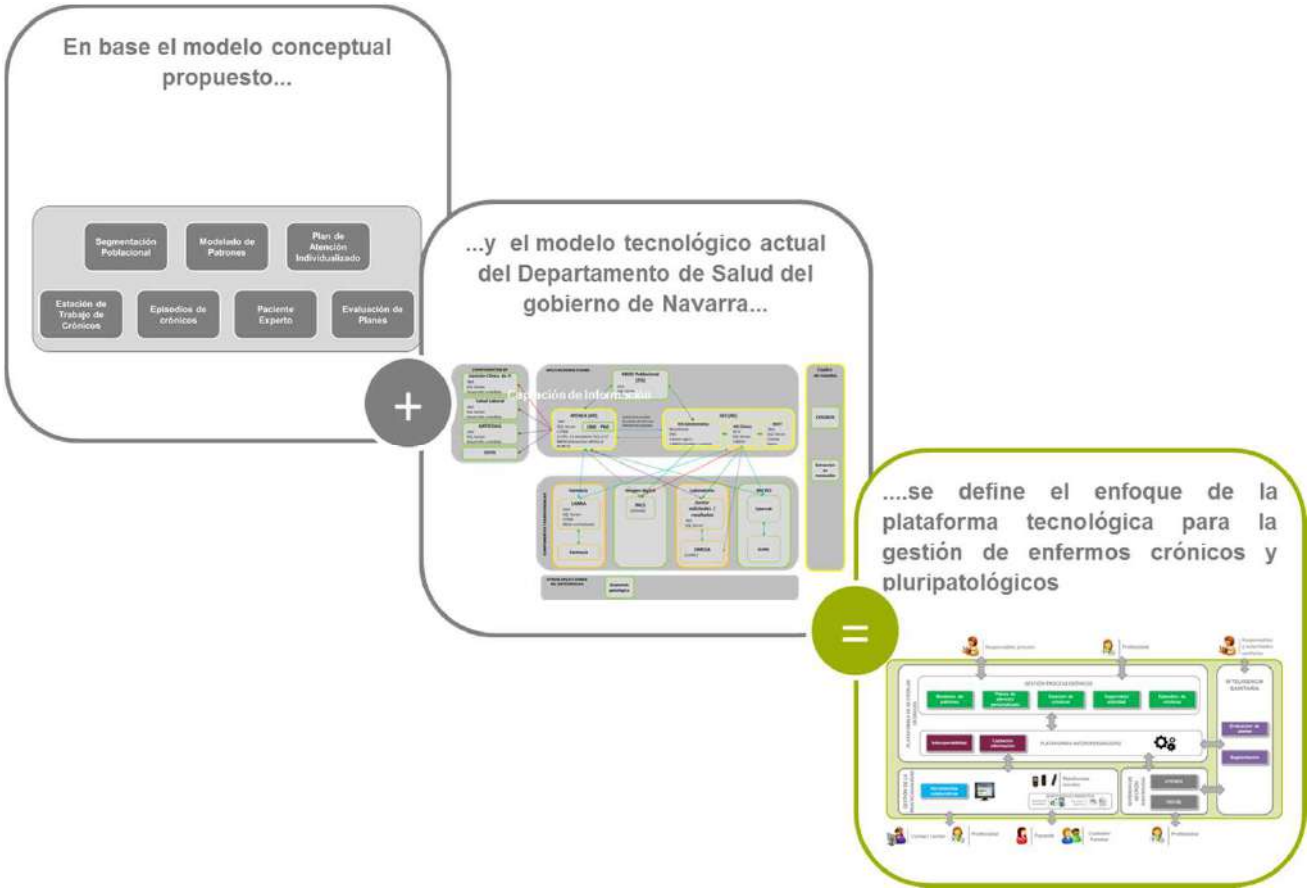




¿Cómo se ha definido el modelo tecnológico objetivo?

La solución propuesta y consensuada con el grupo de trabajo de sistemas de información del Departamento de Salud de Navarra / SNS-O, tiene como objetivo presentar una descripción a alto nivel de la solución propuesta para cada uno de los módulos identificados y necesarios para la gestión de crónicos y pluripatológicos.

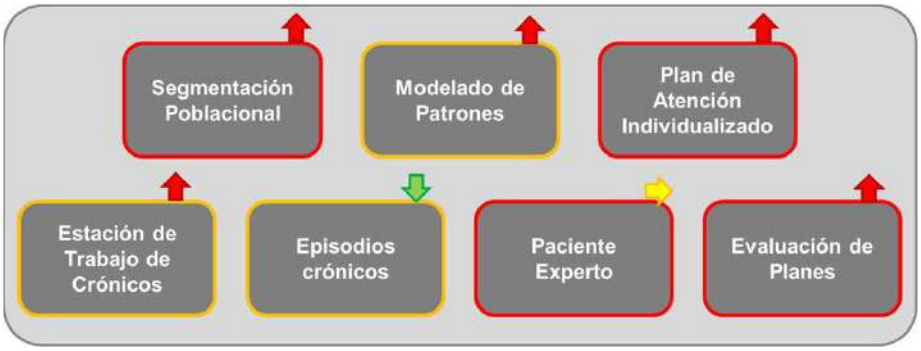
El análisis, definición y diseño de cada uno de estos módulos se ha realizado en base al modelo tecnológico actual del Departamento de Salud de Navarra / SNS-O, alineando la solución para que sea una solución **sostenible**, **escalable** y **global**, de manera que se pueda dar respuesta a las diferentes necesidades planteadas.



Cobertura actual de funcionalidades

En base al modelo tecnológico conceptual definido y los sistemas de información actuales del Departamento de Salud de Navarra / SNS-O y su evolución prevista, se ha identificado el grado de cobertura de cada uno de los requisitos anteriormente presentados. En base esta evaluación se determinará donde se deben focalizar los esfuerzos para poder disponer de todos los elementos necesarios para realizar la gestión de los enfermos con patologías crónicas y pluripatológicas.

A continuación se muestra de manera esquemática el grado de cobertura que los actuales sistemas de información del SNS-O ofrecen con respecto de las funcionalidades del modelo tecnológico conceptual propuesto. Adicionalmente, se muestra la prioridad indicada por los responsables de Sistemas de Información del Departamento de Navarra en cuanto a la criticidad asociada a la necesidad de disponer de cada módulo.



Grado de cobertura

- Los sistemas actuales dan plena cobertura a las funcionalidades identificadas.
- Los sistemas actuales dan cobertura parcial a las necesidades identificadas.
- Actualmente no hay ningún sistema que de solución a la funcionalidad.

Prioridad

- Alta: Es indispensable tener el módulo en el momento que se empiece a trabajar con el nuevo modelo de gestión de crónicos y pluripatológicos.
- Media: El módulo no es imprescindible, pero se deberá contemplar su integración en un plazo medio de tiempo.
- Baja: Se puede trabajar con el nuevo modelo sin este módulo, pero es recomendable para que la gestión sea más optima.

Situación actual respecto el modelo propuesto

Gaps vs modelo conceptual

Gobierno de Navarra
Departamento de Salud

¿Cuál es el grado de cobertura de las funcionalidades?

En base el modelo conceptual definido y los sistemas actuales del Departamento de Navarra y su evolución prevista, se ha identificado el grado de cobertura de cada uno de los requisitos anteriormente presentados. En base esta evaluación se determinará donde se deben focalizar los esfuerzos para poder disponer de todos los elementos necesarios para realizar la gestión de los enfermos con patologías crónicas y pluripatológicos.

Módulo	Funcionalidades	Grado
Segmentación Poblacional	▪ Acceso a la información unificada de AP, farmacia, datos Consulta de la información unificada de AP, farmacia, datos demográficos y aspectos sociales, pruebas diagnósticas y atención especializada. ▪ Segmentación de la población con patologías crónicas según diferentes niveles de severidad y descontrol. ▪ Evaluación de la evolución de la población crónica.	🟡 🔴 🔴
Modelado de Patrones	▪ Modelado de los patrones de atención para las diferentes patologías teniendo en cuenta la globalidad completa del proceso independientemente del nivel asistencial que lo ejecute y el nivel de criticidad del paciente.	🟡
Plan de Atención Individualizado	▪ Aplicación y adaptación de las acciones de un patrón de atención a cada paciente según su patología, severidad y estado de salud. ▪ Asignación personalizada de actores que intervendrán. ▪ Configuración de alertas y alarmas en función de las reglas definidas para cada paciente.	🔴 🔴 🔴

Leyenda grado de cobertura

- 🟢 El sistema actual permite realizar la mayor parte de la funcionalidad
- 🟡 El sistema actual cubre una pequeña parte de la funcionalidad
- 🔴 Actualmente no hay ningún sistema que dé solución a la funcionalidad

Situación actual respecto el modelo propuesto

Gaps vs modelo conceptual

Gobierno de Navarra
Departamento de Salud

Módulo	Funcionalidades	Grado
Episodio de crónicos	▪ Consulta a los episodios de crónicos, planes de cuidados, indicadores vitales, etc. ▪ Acceso y disponibilidad de información clínica precisa (pruebas realizadas, resultados, alergias, diagnósticos, medicación, etc.) de manera instantánea y centralizada. ▪ Información como soporte a la decisión clínica.	🟡 🟢 🟢
Panel de Control de Crónicos	▪ Gestión de las actividades pendientes de realizar y definidas en el patrón de cuidados mediante el seguimiento de las alarmas.(Panel de Control) ▪ Control del estado del paciente e intervención si es necesario mediante avisos y comunicación activa. ▪ Derivación/coordinación con otros niveles asistenciales.	🟡 🔴 🟡
Autocuidados	▪ Autogestión de la enfermedad, calendario de salud, avisos, recordatorios y diario personal de tratamiento. ▪ Alertas y recordatorios de pautas del tratamiento indicado. ▪ Auto-monitorización: medición de parámetros biológicos y físicos.	🔴 🔴 🔴
Evaluación de Planes	▪ Análisis de la actividad asociada a la evolución de los diferentes planes de atención. ▪ Detección de patrones de comportamiento para la mejora de protocolos y procesos. ▪ Evaluación del grado de adherencia. ▪ Conocer diferentes indicadores de actividad de los diferentes niveles asistenciales.	🔴 🔴 🔴 🔴

Leyenda grado de cobertura

- 🟢 El sistema actual permite realizar la mayor parte de la funcionalidad
- 🟡 El sistema actual cubre una pequeña parte de la funcionalidad
- 🔴 Actualmente no hay ningún sistema que dé solución a la funcionalidad

Líneas de actuación propuestas

En base a las funcionalidades que se deben cubrir en cada módulo, el grado de cobertura que ofrecen actualmente los sistemas de información del Departamento de Salud de Navarra / SNS-O y las premisas técnicas especificadas, se ha definido un modelo tecnológico objetivo, el cual deberá permitir a los diferentes profesionales asistenciales, responsables de patologías y pacientes / entorno cuidador disponer de las herramientas necesarias para realizar la correcta gestión de las enfermedades crónicas y pluripatológicas.

Con el objetivo de estructurar la solución propuesta y detallar el resultado de las iniciativas que se deberían acometer para disponer de un sistema integral de gestión de pacientes crónicos y pluripatológicos se proponen las siguientes líneas de actuación:

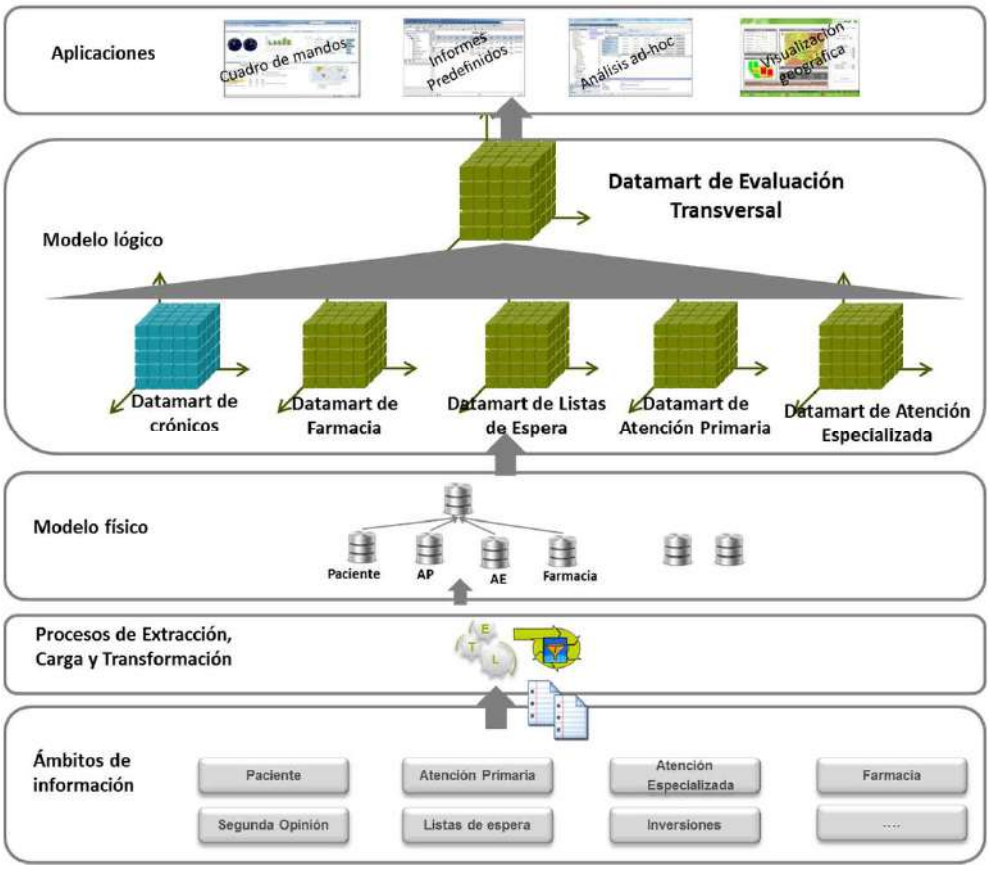
Nuevo sistema de Inteligencia sanitaria

La línea de actuación de inteligencia sanitaria tiene por objetivo dar respuesta a las necesidades generales de segmentación de la población y evaluación de planes.

Se propone la creación de un datamart transversal que en base a unas dimensiones comunes para todos los ámbitos (tiempo, paciente, territorio) permita obtener indicadores transversales a todo el modelo, y por lo tanto, responder preguntar trasversales.

De manera gráfica la solución cubierta en la fase II será la siguiente:

Adicionalmente se crearán repositorios (o datamarts) de explotación específica de cada ámbito Datamart de Farmacia, Datamart de Atención Primaria , etc.



Herramienta de gestión de patrones y planes

La línea de actuación de evolución de la herramienta de gestión de patrones y planes tiene por objetivo dar respuesta a las necesidades generales de estos dos módulos funcionales:

- Modelado de patrones de cuidados.
- Plan de atención individualizado.

Las principales fortalezas que deberá contemplar la herramienta de gestión de patrones y planes, y que darán un importante salto cualitativo respecto el funcionamiento actual son:

- Cobertura a todos los ámbitos, y no únicamente a AP, permitiendo la integración con los sistemas de información (actuales y futuros) a través de una serie de interfaces estándares de comunicación.
- Personalización de los patrones de cuidado, de manera que a un paciente que está asignado a un plan se le puedan definir un conjunto de reglas y alarmas personalizados en función de la severidad de su patología.
- Generación de actividades y alertas que se puedan acceder desde otros sistemas de información.
- Configuraciones necesarias para la operativa eficiente del módulo, especialmente de los usuarios, perfiles de usuario, permisos, Parametrización, etc.

- **Creación del patrón**. Acceso a un listado con todos los patrones de cuidados definidos, a través del cual se puedan modificar y/o añadir patrones nuevos de manera sencilla. La creación de patrones estará limitada por el perfil del profesional, siendo sólo los responsables del proceso quién deberán tener acceso a esta funcionalidad.

A continuación se detallan las funcionalidades que se deberán cubrir Los ejemplos son ilustrativos y el formato no tiene porqué coincidir con el formato real.

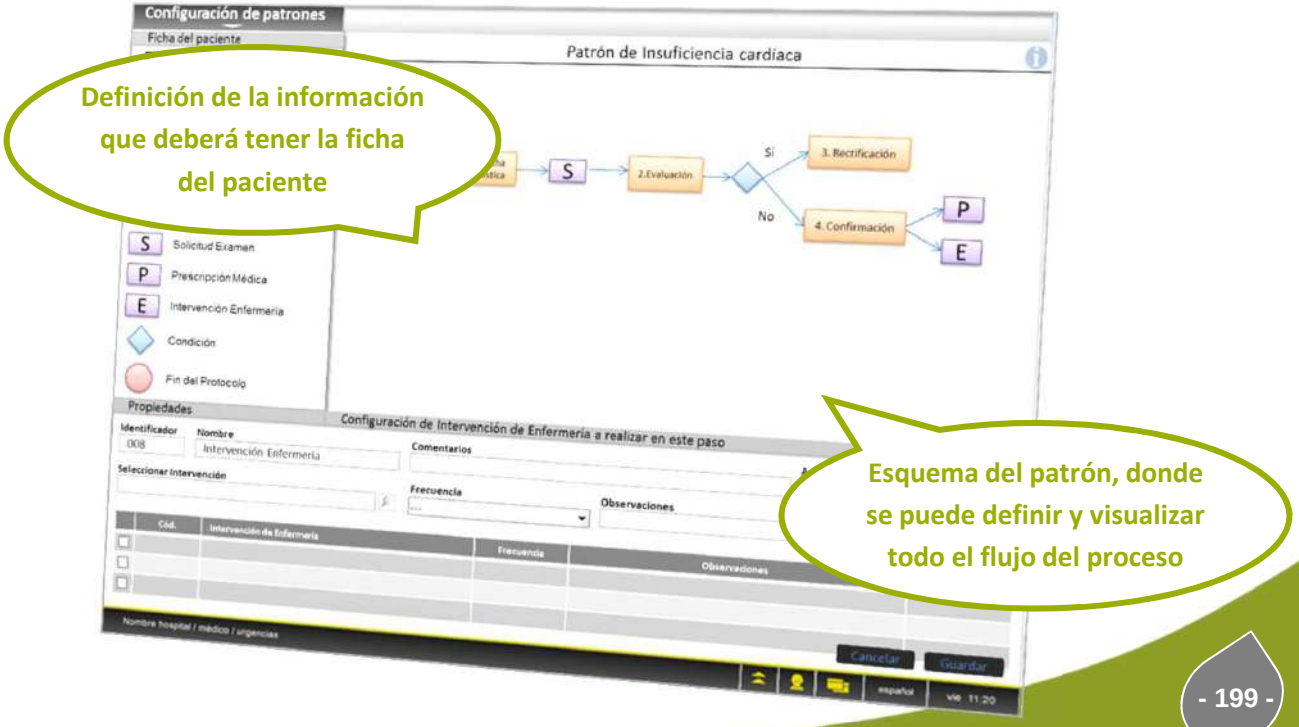
Ilustrativo

MODELADO DE PATRONES

Una vez estén definidas las principales actividades de un patrón de cuidados, estos se podrán trasladar a la herramienta de gestión de patrón de cuidados, de manera que se identifiquen los pasos, acciones, elementos, actores que intervienen, así como el tiempo máximo de respuesta que se deberá permitir en cada paso.

Las funcionalidades que deberá cubrir esta herramienta son:

- **Creación del patrón**. Acceso a un listado con todos los patrones de cuidados definidos, a través del cual se puedan modificar y/o añadir patrones nuevos de manera sencilla. La creación de patrones estará limitada por el perfil del profesional, siendo sólo los responsables del proceso quién deberán tener acceso a esta funcionalidad.

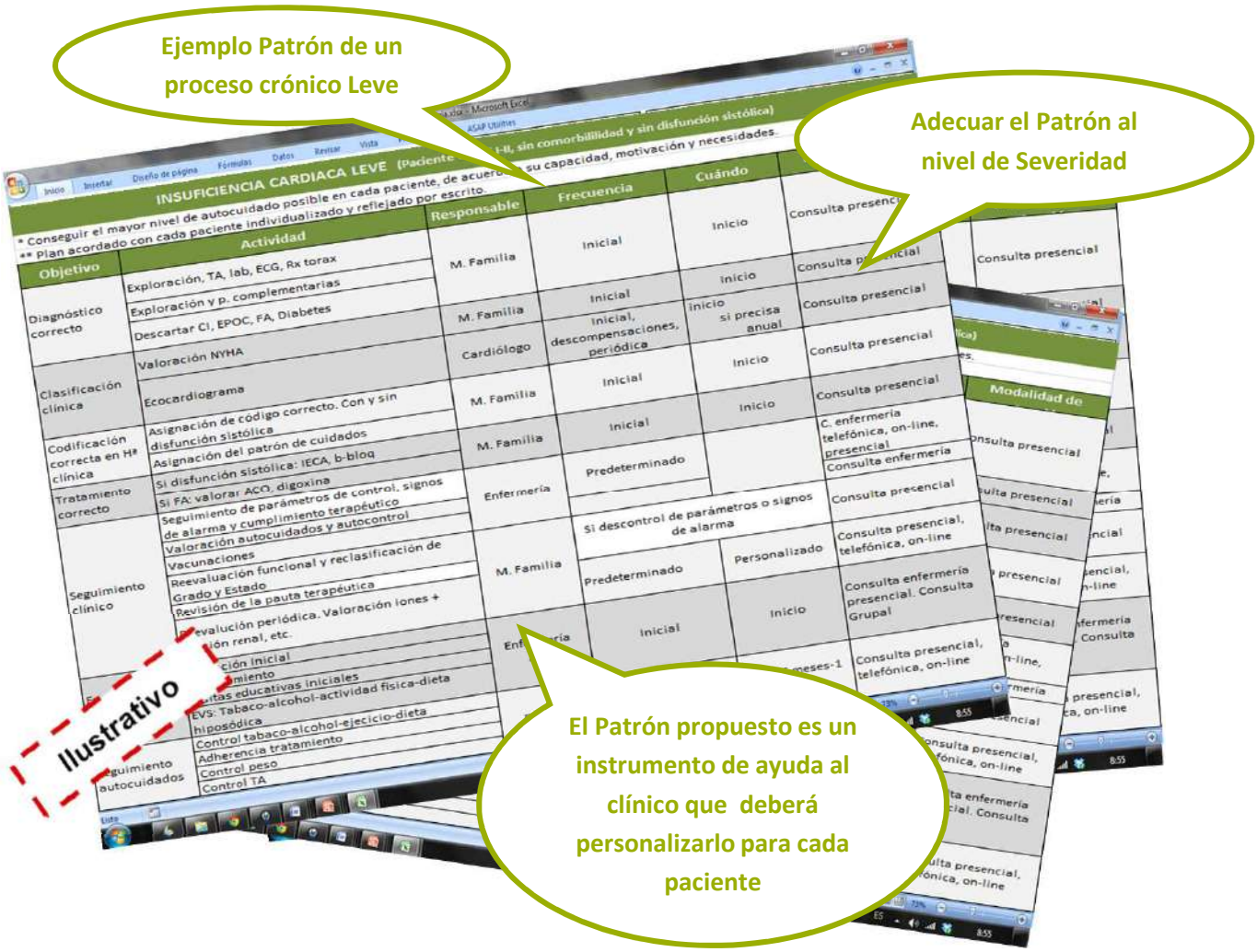


PATRONES POR NIVELES DE SEVERIDAD Y/O ESTADOS DEL PACIENTE

Dos son los elementos claves para hacer compatible la mejora de los resultados clínicos y de la eficiencia con una óptica de Calidad Total:

- Reducir la variabilidad de la práctica clínica (medicina basada en la evidencia).
- Adecuar la intensidad de la intervención al grado de necesidad sanitaria (idoneidad).

Un elemento esencial para el logro de dicho objetivo es definir Patrones de Atención específicos para cada uno de los niveles de Severidad y o Estados del Paciente .



PLAN DE ATENCIÓN INDIVIDUALIZADO

Asignación a cada paciente de su patrón de cuidados y adaptación de las condiciones y criterios específicos según sus necesidades.

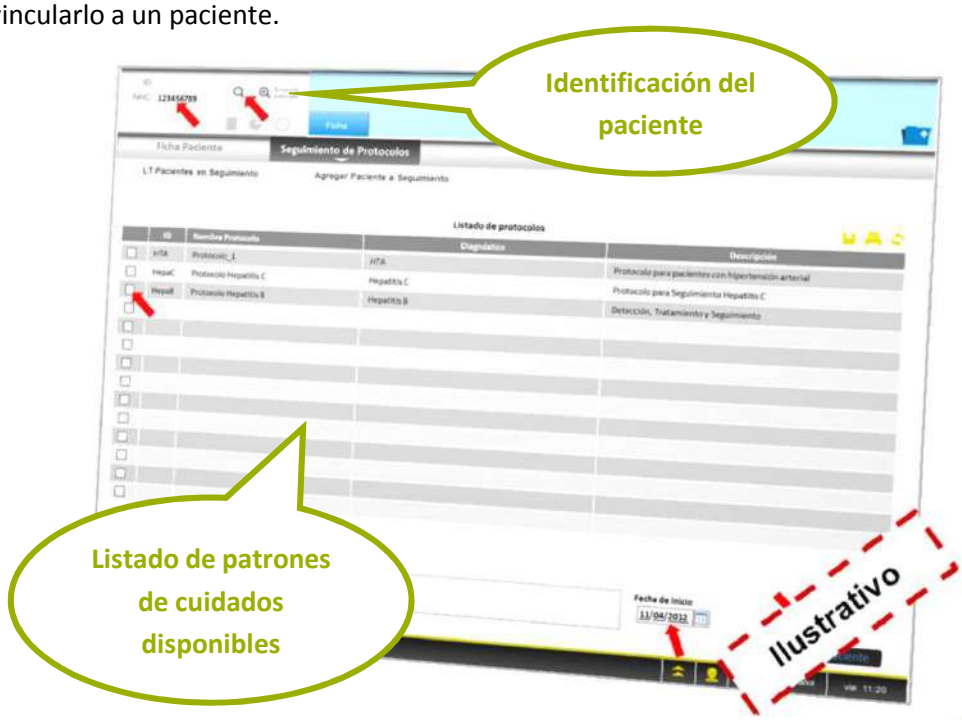
A continuación se especifican alguno de los requisitos a cubrir:

- El sistema dispondrá de planes estandarizados; planes previamente configurados con un conjunto de actividades previamente introducidas y programadas.
- Tras seleccionar un plan estandarizado se deberá indicar la fecha de inicio de éste y la fecha prevista de alta. Tras la introducción de estos parámetros, las actividades se programarán durante toda la asistencia, pudiendo modificarlas.
- Para los planes estandarizados también se dispondrá la posibilidad de introducir actividades no contempladas inicialmente.

La información generada a través de la aplicación de planes de cuidados a los pacientes crónicos retroalimentará de nueva información los episodios de crónicos del paciente.

Las funcionalidades a cubrir serán las siguientes:

- **Asignación del paciente**. En primer lugar deberá existir una funcionalidad donde se puedan visualizar todos los patrones de cuidados, seleccionar el que se desee y vincularlo a un paciente.



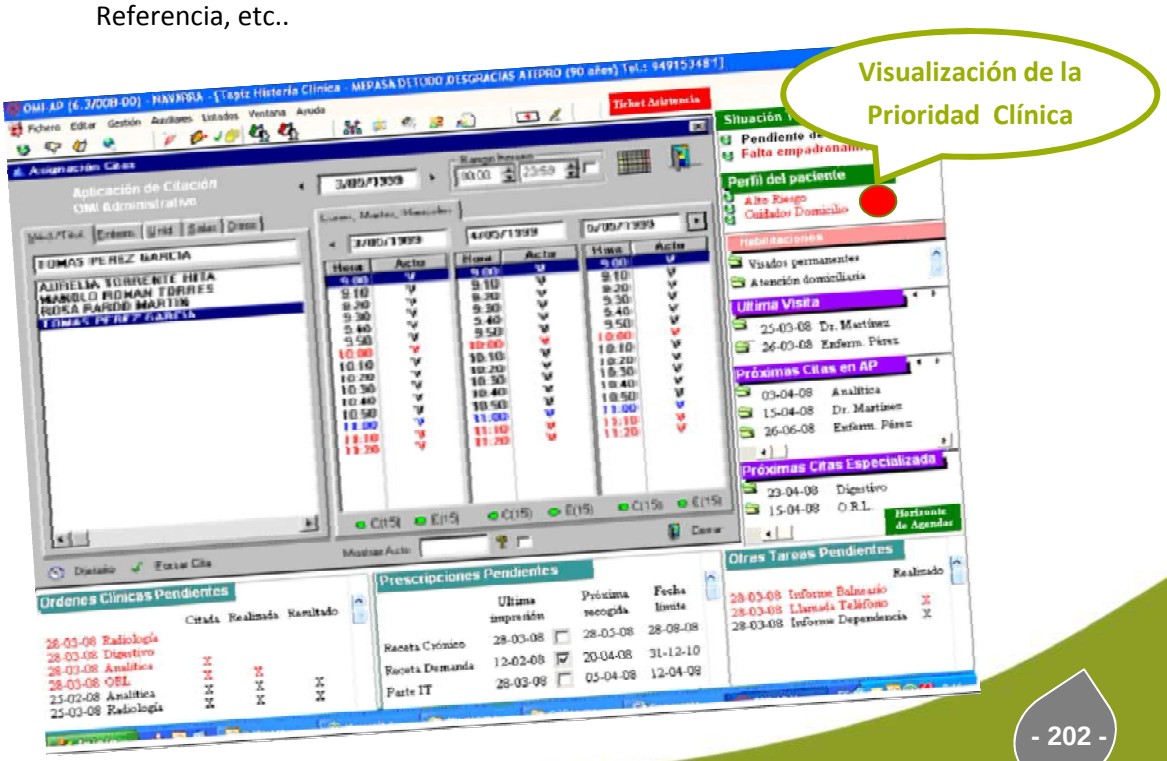
Estaciones de trabajo para la atención a crónicos

El principal objetivo de la estación de crónicos es permitir realizar el control y seguimiento de los pacientes crónicos por parte de los diferentes profesionales.

Debe permitir a los diferentes profesionales trasladar la información de las tareas pendientes que un profesional tiene respecto a las actividades a realizar de sus pacientes, visualizar las alertas o alarmas definidas en el plan de cuidados del paciente, derivar/coordinarse con otros niveles asistenciales, poder realizar el control del estado del paciente así como comunicarse con el paciente.

Las principales funcionalidades que deberá ofrecer la estación de crónicos son:

- **Identificación inequívoca del paciente en el Tapiz Administrativo.** El sistema debe garantizar que el personal administrativo que desarrolla labores de Admisión y Citación identifique de manera inequívoca
    - El nivel de prioridad o severidad o estados del paciente. Preferentemente se emplearán para ello códigos de colores. Puede ser conveniente diferenciar la prioridad médica (Severidad Clínica) de la de enfermería (Nivel de Necesidad de Cuidados)
    - Las prerrogativas, habilitaciones o garantías adicionales derivadas de su prioridad clínica y estado de salud.
    - La asignación de responsabilidades específicas en la atención de dicho paciente que deberá tener en consideración a la hora de citar o derivar al paciente: Enfermera Gestora de Casos, Especialista y/o Enfermera de Referencia, etc..

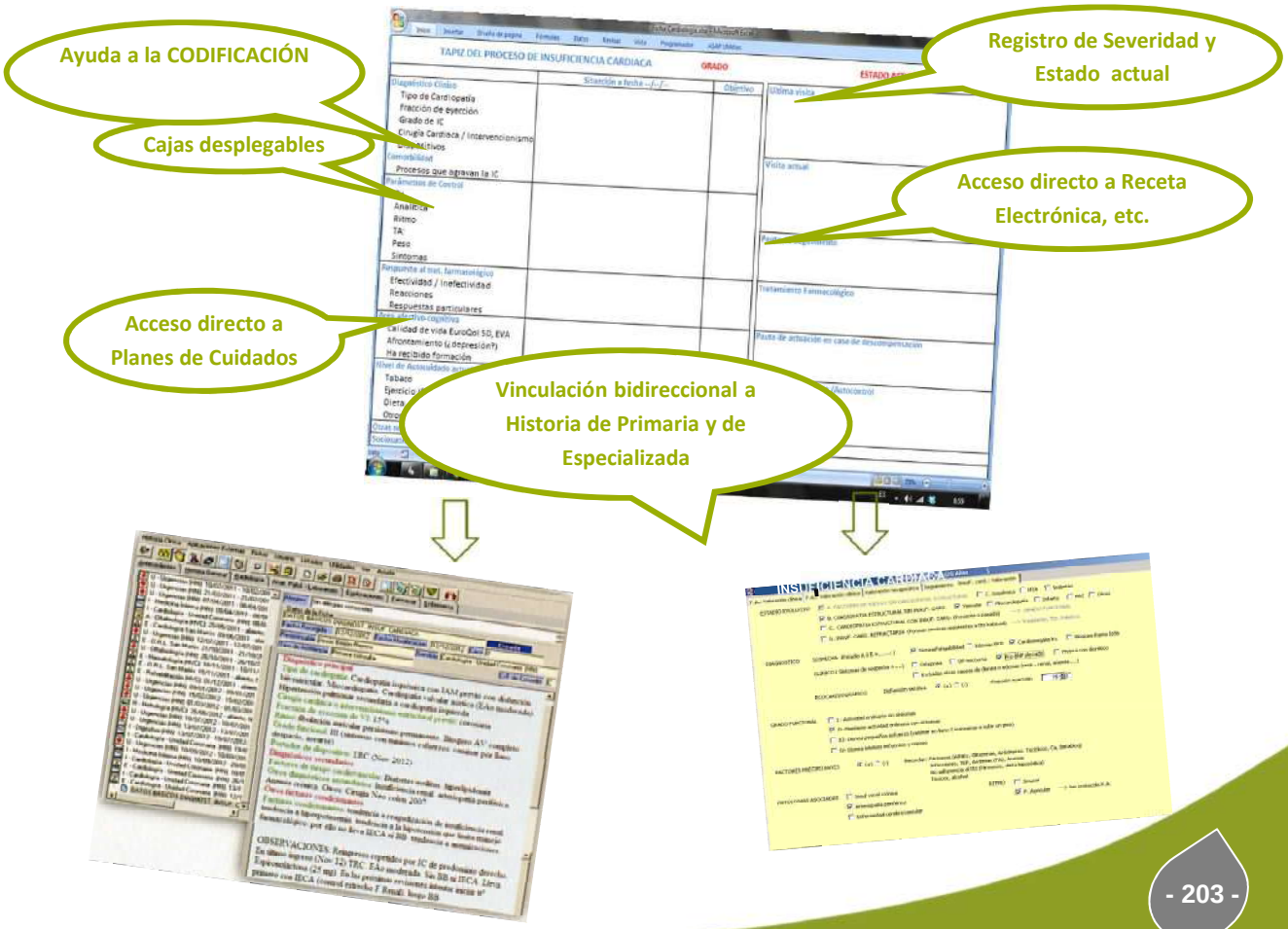


- **Tapiz del Paciente específico de cada Perfil.** En tanto se disponga de diferentes modelos de Historia Clínica en Primaria y Especializada y a fin de garantizar la atención integrada del Proceso Clínico se prevé desarrollar una ficha resumen común específica para cada perfil de paciente prioritario y que será compartida por Primaria y Especializada, y en su caso por Salud Mental.

  La ficha se desarrollará con la estructura de un Tapiz de Trabajo desde el que se deberá visualizar una imagen integral tanto del Diagnóstico como del Plan Terapéutico del paciente. Las distintas "cajas" que lo integran podrán ser ampliadas o contraídas a voluntad por el profesional y con un simple "click" permitirán el acceso al apartado correspondiente de la Historia Clínica de Primaria o de Especializada para acceder o registrar información más detallada, realizar una derivación o una prescripción farmacológica.

  Requerirá la Codificación Diagnóstica y contará para ello con instrumentos de ayuda

  Requerirá el registro del nivel de Severidad. En el caso de pacientes severos requerirá registrar el Estado actual y una evaluación detallada de la Necesidad de Cuidados



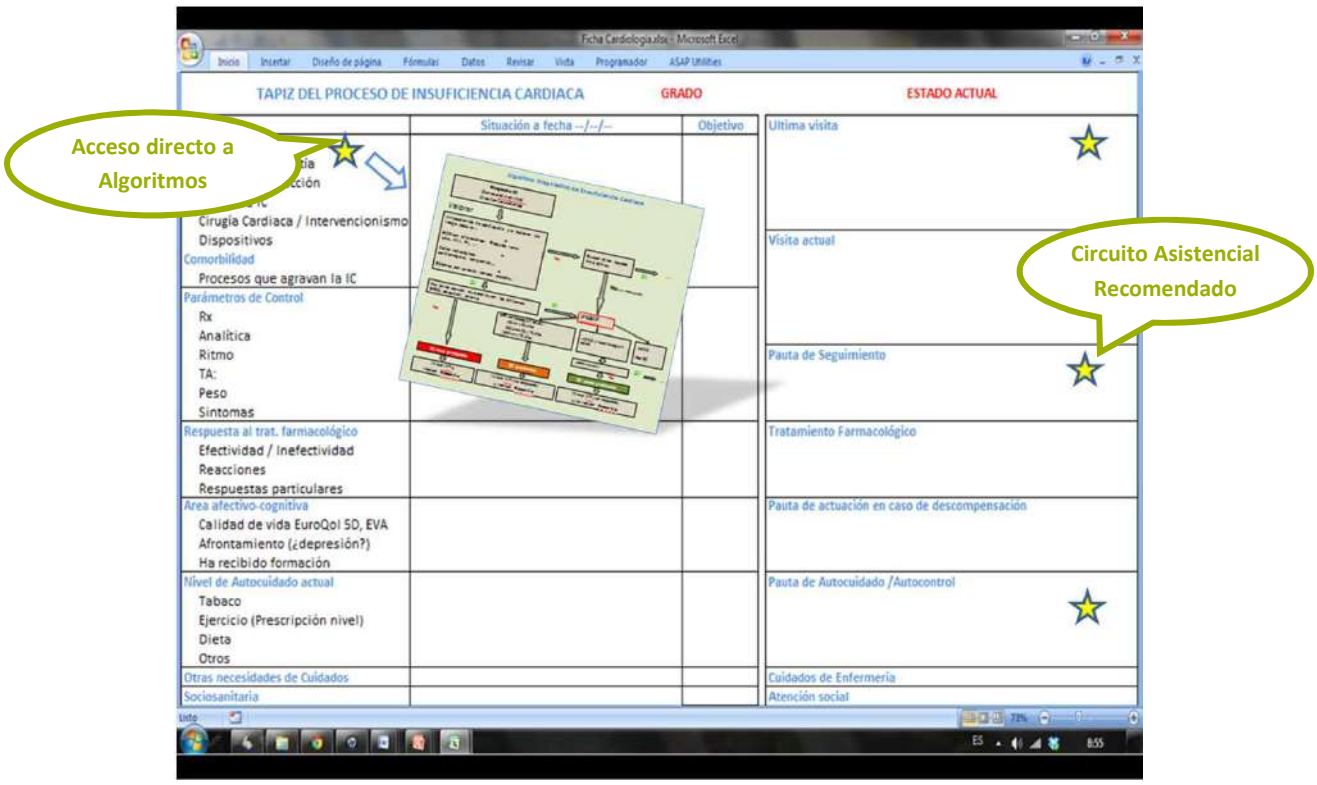
Permitirá visualizar el Diagnóstico integral del paciente incluyendo:

- Diagnóstico Clínico
- Comorbilidad
- Parámetros de Control
- Respuesta al tratamiento farmacológico
- Nivel de Autocuidado actual, Área afectivo-cognitiva y otras necesidades de Cuidados enfermeros y sociales

Permitirá registrar desde el propio Tapiz las anotaciones correspondientes a la visita actual y visualizar las correspondientes a la consulta anterior

Visualizará el plan de tratamiento y seguimiento integral del paciente incluyendo:

- Objetivos terapéuticos
- Pauta de Seguimiento
- Tratamiento Farmacológico
- **Pauta de actuación en caso de descompensación. Circuito recomendado**
- Pauta de Autocuidado /Autocontrol
- Cuidados de Enfermería y de Atención social



Por último el Tapíz permitirá el acceso a **Algoritmos de Ayuda**, al **Listado de actividades pendientes** y la **Visualización de alertas** de los pacientes, según los parámetros definidos en el patrón de cuidados.

HERRAMIENTAS DE AYUDA 2.0

La informatización de la Historia Clínica constituye un auténtico hito en el desarrollo del Sistema Sanitario ya que por primera vez nos permite evaluar la calidad técnica y los resultados finales.

De igual modo la informatización permite una mejora sustancial de la seguridad del paciente y posibilita la incorporación progresiva de instrumentos de ayuda y prevención de errores.

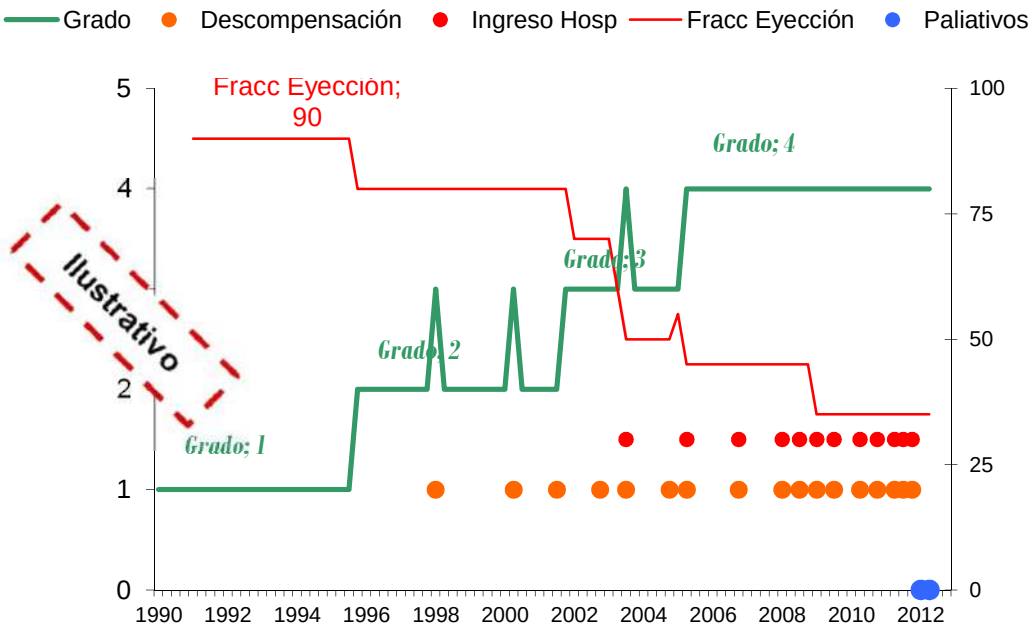
Al permitir el análisis y la visualización evolutiva y en el futuro Historia Clínica podrá incorporar incluso capacidades predictivas de riesgos, etc.

Por último, el adecuado desarrollo de nuevas herramientas y sistemas de valor añadido 2.0 facilitará al clínico la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia y vinculadas a la Estrategia Integral de Gestión del Conocimiento del Departamento de Salud

- Herramientas de ayuda al diagnóstico.
- Herramientas de ayuda al uso racional de medicamentos: guías farmacoterapéuticas, interacciones medicamentosas, contraindicaciones etc.
- Herramienta específica para facilitar la conciliación de la medicación al ingreso y al alta del paciente hospitalizado.
- Herramientas de ayuda a la codificación con integración de taxonomías diagnósticas de fácil manejo para los clínicos.
- Desarrollo de Protocolos Informatizados de Procesos Integrados.
- Vinculación a sistemas de telemonitorización .
- Desarrollo de los nuevos sistemas expertos.
- Visualización de alertas de los pacientes.
- Registro de información.

- **Evolución de severidad, estados y grado funcional**. Visualización longitudinal de la evolución observada en su grado de severidad y de los distintos estados por los que pasará el paciente a todo lo largo de su vida. El gráfico debe priorizar la visualización destacada de las descompensaciones e ingresos hospitalarios. Cuando se disponga de información evolutiva de varios años y gracias a las nuevas tecnologías de minería de datos este instrumento constituirá la base del **Sistema de Predicción de Ingresos Hospitalarios**, elemento clave de la estrategia de crónicos .

Simulación del gráfico evolutivo de un paciente con I. C.



Panel de Control Multipaciente

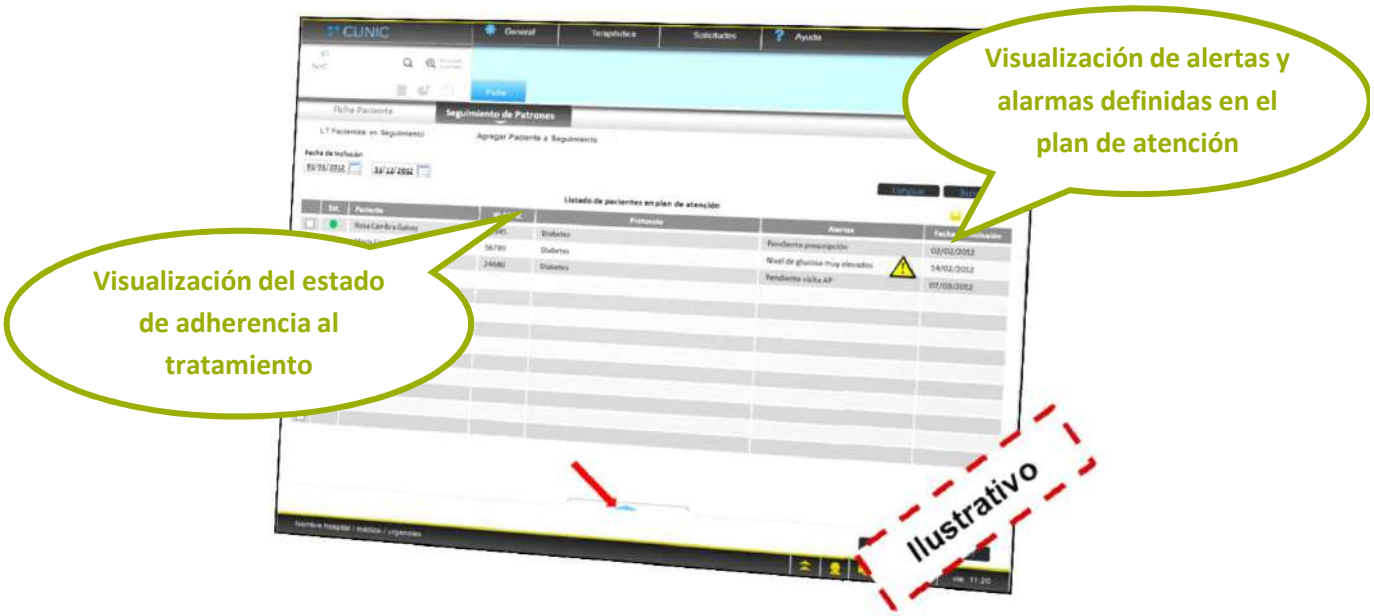
- **Panel de Control de Casos**. Proporcionar a quienes realicen la función de gestores de casos diversas funcionalidades para facilitar la labor de control y seguimiento nominal de un grupo de pacientes y patologías.

  El módulo de supervisión ofrecerá diversas vistas (cronológica, etc.) y contará con alarmas e indicadores visuales, gráficas y tablas de las diferentes situaciones.

  Una vista de especial interés será la que permitirá ordenar a los pacientes por el número de "Gap's" existentes entre los objetivos establecidos en su planes personales y la realidad observada.

- **Cuadros de Mandos Clínicos.** Esta herramienta estará orientada a la autoevaluación y ofrecerá una visión estadística evolutiva y comparada de los resultados obtenidos en el conjunto de pacientes asignados

- **Desacoplamiento de la información**. Este módulo debe cumplir el requisito de desacoplamiento de información de la solución tecnológica, de manera que esta información se pueda acceder desde otros sistemas de información.



Los sistemas de registro clínico se configurarán como herramientas de ayuda al clínico en la mejora de la asistencia

Evolución funcional de Episodios de Crónicos

Se propone que la información clínica global del paciente se agrupe mediante los denominados Episodios crónicos. El objetivo principal de los episodios de crónicos es proporcionar una herramienta que mejore y facilite el trabajo de los profesionales asistenciales, al permitir el uso compartido de la información disponible sobre los pacientes y entre los centros de los diferentes ámbitos asistenciales.

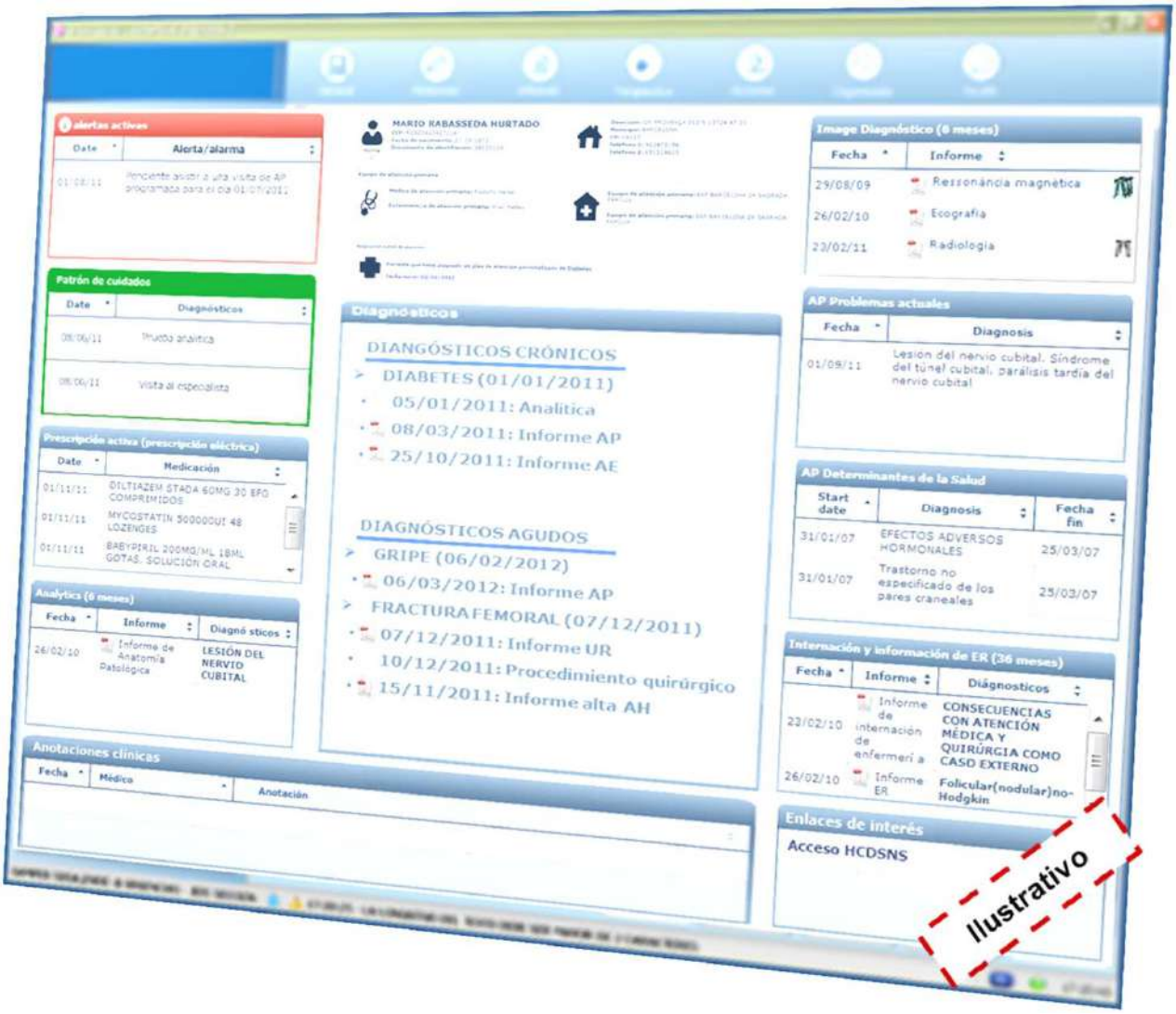
Debe facilitar y potenciar la continuidad asistencial y mejorar el uso de los recursos informativos. Debe posibilitar que los pacientes atendidos en diversos centros sanitarios no tengan que someterse a exploraciones y procedimientos repetidos, y el seguimiento por parte de los gestores se pueda realizar de manera unificada.

Como criterios y principios básicos se encuentran:

- Crear un modelo único (o común) de accesos a registros de información clínica informativos de los diversos sistemas de información. No debería pretender ser la suma de las historias clínicas de los diferentes ámbitos, sino que debe permitir el acceso de forma organizada a la información relevante. Por ello se establece un punto de contacto centralizado que hace accesible la información a otros centros sanitarios.
- Espacio donde se pueda visualizar toda la información relacionada a un episodio crónico. Se propone que éstos estén definidos por segmentos, y en cada uno de ellos se vincule toda la información referente a la/s patología/s. Por otro lado, también se deberá poder visualizar el resto de información del paciente: episodios de agudos y las fichas con los datos personales.
- Otorgar confianza a profesionales y pacientes en aspectos de seguridad y confidencialidad en el acceso a la información clínica de los mismos. Para ello, se debería utilizar como pieza clave que el sistema de identificación del paciente sea unívoco.
- Normalizar la información que se intercambia, por lo que el sistema cumplirá con las necesidades de utilización de estándares de integración, semántica, sintáctica y técnica que permiten la comunicación y estándares funcionales.

El principal objetivo de esta herramienta es compartir la información clínica entre los profesionales sanitarios en la atención de los pacientes crónicos.

A continuación se muestra a modo de ejemplo una propuesta con la información más relevante que debería incluir la historia clínica de crónicos.



Es importante que se visualice de manera clara y sencilla el resumen de la histórica clínica con la información más relevante para la atención del paciente.

De igual manera que en la Estación clínica de crónicos, la información de este módulo se deberá poder visualizar desde otros sistemas de información, mediante la misma solución que en el caso anterior.

HISTORIA CLÍNICA ÚNICA

Aunque los soluciones tecnológicas transitorias que podamos adoptar nos ayudarán a iniciar el camino, no cabe duda de que mientras dispongamos de dos modelos de Historia Clínica informatizada no será posible garantizar una solución verdaderamente integrada de toda la información clínica del paciente.

Las soluciones hasta ahora expuestas mejoran pero no dan una solución definitiva al problema, complejizan el sistema y obligan a realizar constantes desarrollos, con frecuencia duplicados. Estos sistemas en ocasiones no son sino "parches informáticos" bienintencionados para dar una solución rápida a una demanda de los usuarios pero comportan un elevado riesgo de fallos y enlentecimiento del sistema.

Por otra parta la realidad observada es que ninguna de las dos Historias Clínicas se adecúa plenamente a los nuevos requerimientos derivados de la atención integrada a crónicos y de las expectativas de desarrollo de sistemas expertos de ayuda.

Se considera necesario desarrollar un Modelo único de Historia Clínica, al menos para la atención ambulatoria

Los requerimiento esenciales de atención ambulatoria en ambos niveles son muy semejantes, por el contrario los requerimientos del episodio de hospitalización son muy específicos y su especificidad es necesaria únicamente durante el propio ingreso. Por lo general tras el alta es suficiente con la información contenida en el Informe de Alta

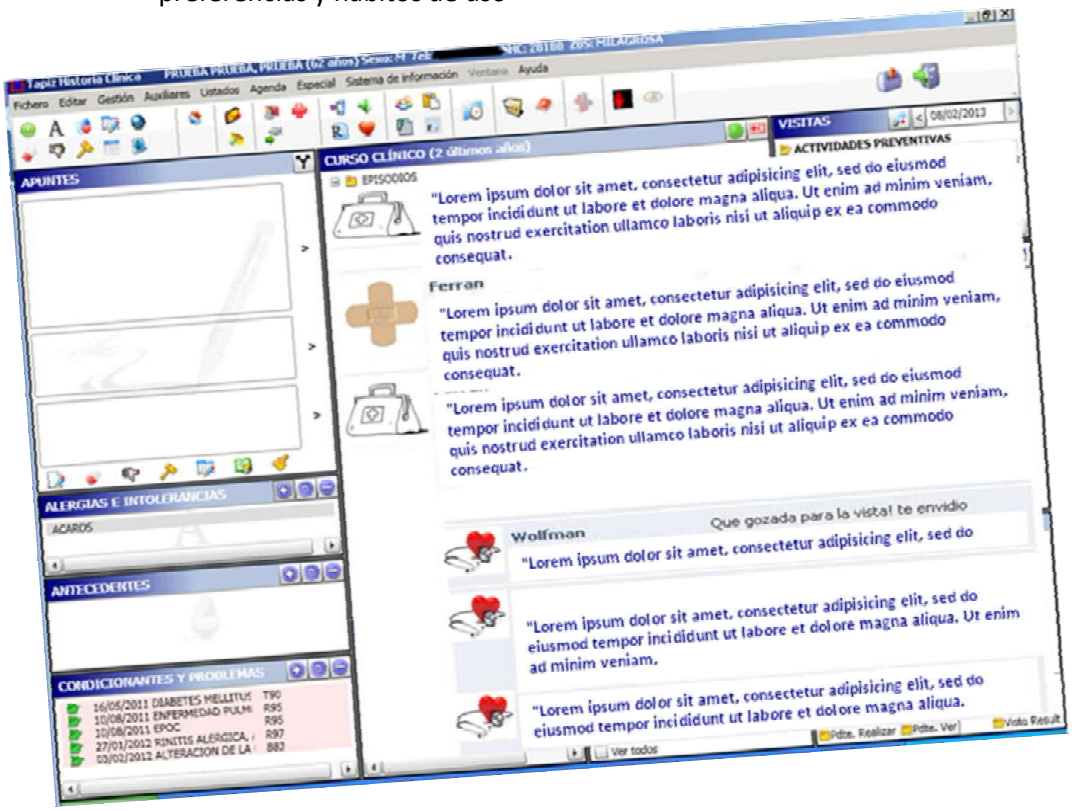
Las premisas básicas para el desarrollo de una Historia Única son las siguientes:

- El médico de Atención Primaria es el responsable principal de integrar, y mantener permanentemente actualizado el Tapiz General de un determinado Paciente, como resumen visual e integral de su Historia Clínica.
- Debe ser rediseñada como pantalla de acceso universal a los distintos episodios clínicos del paciente y para a todos los profesionales de ambos niveles.
- Ha de permitir el uso de sistemas expertos y protocolos detallados por procesos, pero también una visión multiproceso que unifique y simplifique la atención al paciente pluripatológico, cada día más frecuente.
- Debe ofrecer diversas vistas, y ser personalizable por estamentos y especialidades, e incluso en cierto grado por el propio profesional.

Curso Clínico Compartido

Uno de los desarrollos futuros más anhelados por los profesionales es sin duda el Curso Clínico compartido que deberá diseñarse de tal forma que permita una utilización muy flexible en función del caso, del estado del paciente , etc.

- Debe permitir colapsar o desplegar con un simple "click" los comentarios registrados por cada estamento y especialidad
- La visualización por defecto ha de ser la correspondiente al estamento y especialidad del profesional que hace uso de la historia, pero también ha de poder ser personalizada por cada profesional en función de su preferencias y hábitos de uso



La utilización de esta herramienta no solo permitirá mejorar la coordinación de la información sino que evitará duplicidades y errores de trascripción y facilitará mucho la tarea de los profesionales que ya nos se verán obligados a duplicar sus comentarios en la Historia del Paciente y en el Volante de Remisión.

De igual modo se evitará con ello el copiar y pegar de forma reiterada los comentarios y respuestas del especialista.

Carpeta personal de salud

Como se ha señalado las funciones e interrrelaciones con el paciente se podrán realizar a través de un nuevo sistema de información web denominado Carpeta Personal de Salud. Se define la Carpeta Personal de Salud como un espacio digital, personal e intransferible, de consulta que el Departamento de Salud de Navarra pondrá a disposición de los pacientes, para que en cualquier momento y de manera segura y confidencial, puedan tener acceso a su información personal de salud, a parte de facilitarles la realización de determinados servicios telemáticos.

En definitiva, la carpeta personal de salud 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

A continuación se definen los principales funcionalidades que deberá cubrir la Carpeta personal de salud:

INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE.

Mostrar al paciente la información de datos personales y equipo de atención primaria además de información de interés:

MEDICACIÓN, INFORMES, DIAGNÓSTICOS

Visualización del tratamiento prescrito, próximas dispensaciones y la posibilidad de descargar e imprimir el Plan de medicación. Visualizar informes clínicos, diagnósticos, etc.

MI PLAN DE ATENCIÓN

En esta funcionalidad el paciente deberá visualizar de manera sencilla:

- Calendario de actividades
- Recordatorios
- Contacto con personal sanitario para trasladar consultas y dudas sobre la patología de manera on-line

MIS CONTROLES

Se propone integrar diferentes plataformas externas ya desarrolladas y probadas para el seguimiento de algunas de las patologías crónicas identificadas.

Los contenidos existentes dentro de esta funcionalidad, deben estar adaptados al perfil del paciente, y dependerán del plan al que esté asignado.

De esta manera, en función de la patología el paciente dispondrá de herramientas que le permitan gestionar su enfermedad desde su casa.

CONÉCTATE

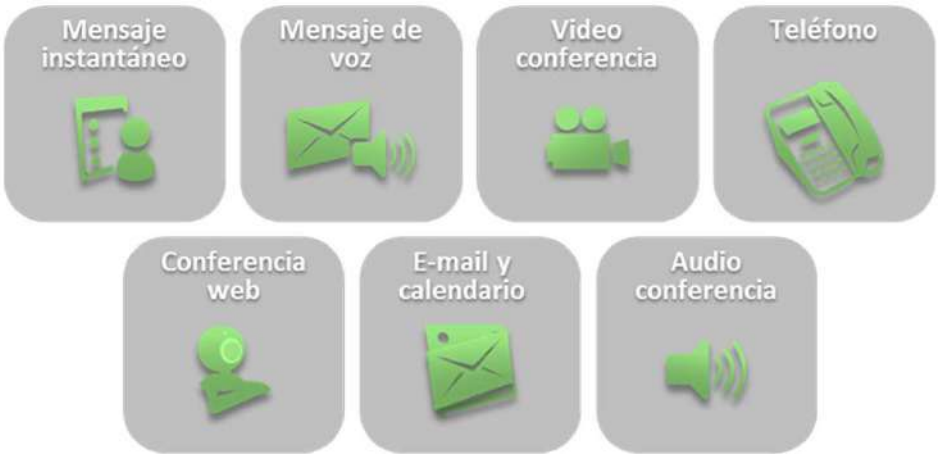
La finalidad de esta funcionalidad consiste en dotar de contenidos relacionados con la salud, así como facilitado el acceso a plataformas externas o enlaces de interés al paciente que se conecta a su Carpeta Personal.

Por otro lado, debería ser el espacio a través del cual el paciente pueda consultar la información referente a su patología

Plataformas colaborativas entre profesionales

A parte del entorno compartido que debería haber entre los pacientes y los profesionales, también se plantea la necesidad de disponer de entornos colaborativos exclusivos para los profesionales, de manera que la intercomunicación profesional constituya la norma y no la excepción.

Para ello se propone disponer de un portal web para el profesional, donde tenga acceso a la información de interés, así como se pueda comunicar de manera sencilla con otros profesionales. Alguna de las principales funcionalidades identificadas son:



- 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 vía 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.

INFORMACIÓN INICIAL

Cuando el profesional se conecte al portal colaborativo, podrá visualizar un resumen de la información más relevante para él. El sistema deberá permitir al usuario modificar los diferentes componentes de manera que pueda decidir qué información visualizar inicialmente y cual no.

FORO DE TRABAJO

Espacio dirigido a trabajar conjuntamente entre los diferentes profesionales. Por ejemplo, para cada uno de los programas de crónicos, se podrá crear un grupo donde evaluar y realizar el seguimiento.

MENSAJES y MICROBLOGS

Espacio donde los diferentes profesionales podrán incorporar información reducida de ciertos contenidos, con el objetivo de disponer de información actualizada de eventos relacionados con el ámbito sanitario.

CONSENSUAR CASOS CLÍNICOS

Esta funcionalidad deberá resolver la necesidad de diferentes profesionales de visualizar y comentar casos clínicos, de manera que les ayude a la toma de decisiones.

DOCUMENTACIÓN/IMÁGENES CLÍNICAS

Esta funcionalidad deberá permitir al profesional visualizar imágenes y videos médicos.

Contact Center

Un canal importante a través del cual se realizará la gestión de pacientes crónicos y pluripatológicos será el Contact Center, el cual debe ayudar a optimizar la gestión de las relaciones entre profesionales asistenciales, pacientes y otros actores involucrados al modelo de gestión de crónicos, a través de actividad remota.

Inicialmente este servicio se iniciará mediante de **Consejo Sanitario** vinculado a SOS Navarra pero dotado de un nuevo número de teléfono específico para consejo.

El personal que prestará este servicio estará integrado por operadores telefónicos y enfermeras especialmente adiestradas para realizar consejo telefónico y que dispondrán de acceso a la plataforma de crónicos, de manera que tengan acceso a toda la información relevante para la gestión de la patología del paciente.

En el futuro el centro podrá realizar la gestión de llamadas de manera activa (recordatorios de vacunaciones, llamadas de control, etc.) y de gestión del acceso, gestión del servicio, registro de llamadas, etc.

Las principales funcionalidades que deberá cubrir el contact center son:

- Atención del paciente. Recepción de llamadas de paciente crónicos para poder resolver dudas de la patología, dar consejos, etc.
- Seguimiento de los pacientes.
    - Realización de llamadas proactivas a los pacientes en función de sus planes de cuidados. El objetivo es realizar un seguimiento proactivo del paciente para que éste esté más controlado, y la adherencia al plan sea más alta.
    - Realización de campañas de manera masiva a diferentes pacientes.

13.- Modelo de gobierno y gestión del cambio

- La gestión del cambio
- Estructura de gobierno
- Órganos técnicos y de participación
- Liderazgo clínico
- Gestión Clínica orientada a la cronicidad
- Modelo de financiación

Gobierno de Navarra

Departamento de Salud

Modelo de gobierno

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 trasformación 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

Dado el carácter estratégico del programa se considera necesario establecer una estructura técnica específica encargada de definir el conjunto de prácticas y políticas que deben regir las actuaciones enmarcadas en el Modelo General de Atención a los Enfermos Crónicos, definiendo mecanismos de seguimiento y evaluación.

La responsabilidad de gobierno del programa debe recaer sobre una unidad técnica (staff) que ejerza el liderazgo independientemente de los niveles asistenciales, y disponga de una visión global del modelo de atención a crónicos y pluripatológicos, siendo capaz de coordinar y generar sinergias entre agentes e iniciativas.

IMPULSAR LA GESTIÓN DEL CAMBIO

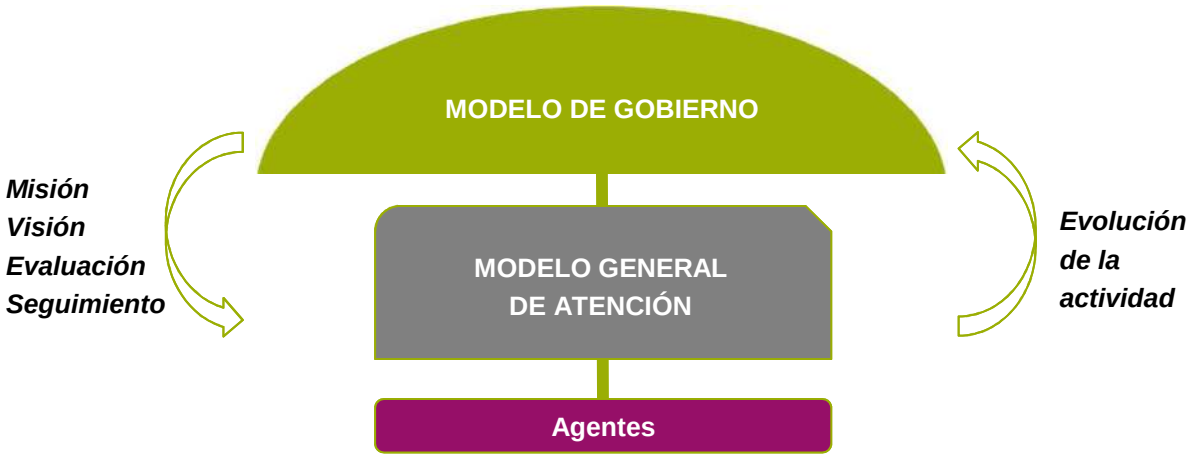
La misión más importante de la unidad es impulsar la gestión del cambio para promover una visión y misión comunes, que evolucionen y recojan los cambios de la organización y que sea compartida por todos los agentes implicados.

Este modelo de gobierno ejercerá sus funciones en tres ámbitos de actuación:

- Ejercerá el liderazgo del Modelo General de Atención a Enfermos Crónicos, estableciendo las prioridades y directrices de gestión y realizando labores de supervisión y control del desarrollo de la estrategia.
- Desarrollará labores de organización, coordinación y supervisión de los grupos de trabajo establecidos para la definición e implantación de los patrones de atención, aprobando las iniciativas que se identifiquen desde los mismos.
- A nivel micro: realizará el control y seguimiento de cada uno de los patrones de atención que se definan.

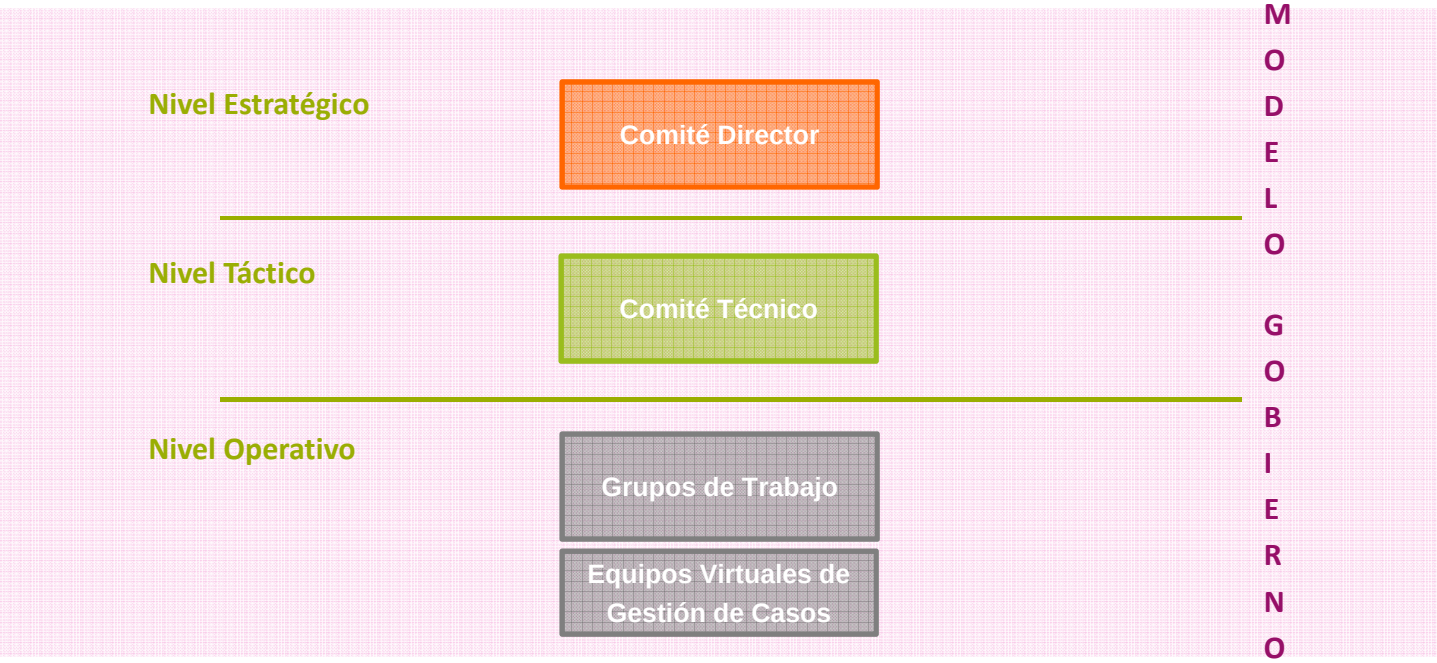
Con todo ello, el modelo de gobierno que se defina debe ser capaz tanto de materializar la estrategia individual de cada proceso, como de garantizar el logro de sinergias entre el conjunto de procesos.

De esta forma, se logrará un progreso y actualización constantes del Modelo General, en función de la evolución de las necesidades sanitarias de la población navarra.



El **desarrollo de un modelo de gobierno**, no impide que puedan existir diferentes niveles de actuación en función del nivel de seguimiento y control requerido. En este sentido, como ya se ha señalado en el modelo funcional de atención, se distinguen tres niveles diferentes en relación a la evaluación y seguimiento del Modelo General:

- Evaluación a nivel Macro
  - Encargado de realizar el seguimiento del Modelo General de Atención a Enfermedades Crónicas.
- Evaluación a nivel Meso:
  - Seguimiento del cumplimiento y valoración de resultados de cada patrón de atención definido.
- Evaluación a nivel Micro:
  - Seguimiento del cumplimiento, por parte de los diferentes agentes, de las tareas encomendadas en su patrón de atención.



En la figura anterior se muestra la estructura del ***Modelo de Gobierno*** para el Modelo General de Atención a Enfermedades Crónicas del SNS-O. Teniendo en cuenta los diferentes niveles de actuación, 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.

A continuación se describen las funciones e integrantes de los comités citados.

Comité Director de Atención Crónicos y Pluripatológicos	
Funciones	a. Establecer las prioridades y directrices de gestión generales del Modelo General de Atención a Enfermedades Crónicas b. Definir los criterios a utilizar y la periodicidad para realizar las sucesivas segmentaciones poblacionales c. Definir la prioridad de actuación sobre determinados colectivos d. Aprobar los planes operativos e. Supervisar el desarrollo general de las directrices definidas f. Realizar el control y monitorización de los aspectos económicos g. Realizar los procesos de seguimiento y evaluación del Modelo General de Atención a Enfermedades Crónicas
Integrantes	• Departamento de Salud • Gerente y Directores de los distintos ámbitos Asistenciales del SNS – O • Representantes del ámbito socio-sanitario • Representante de colectivos de pacientes • Responsable de la Estrategia de Crónicos y Pluripatológicos

Comité Técnico Atención Crónicos y Pluripatológicos	
Funciones	Órgano de participación y apoyo al Comité Director, tendrá entre sus funciones: a.Organizar, coordinar y supervisar los grupos de trabajo b.Gestionar y asignar recursos en los grupos de trabajo c.Consensuar y proponer la aprobación de los planes operativos de actuación por niveles de severidad para cada perfil de paciente elaborados por los grupos de trabajo d.Aprobar los patrones de atención y las medidas definidas en el Comité Director e.Aprobar las medidas que se propongan desde los grupos de trabajo en relación a nuevos servicios, agentes, circuitos, etc. f.Evaluar los resultados de las actuaciones en cada grupo de pacientes.
Integrantes	• Responsable de la Estrategia de Crónicos y Pluripatológicos • Mandos intermedios de los distintos ámbitos Asistenciales • Médicos de primaria y especializada, salud mental, enfermeras, de ambos niveles, tr. social. • Representantes del ámbito socio-sanitario

Grupos de Trabajo de Planes Operativos por Perfiles de Pacientes	
Funciones	Los Grupos de Trabajo que se establezcan para cada colectivo de pacientes tendrán, en principio, un **carácter técnico**, no decisor o responsable (no tendrán autonomía gestora). Las funciones de los grupos de trabajo serán: a)Definir los patrones de atención para cada patología, detallando aspectos organizativos, personal sanitarios responsables, modelo de relación y aspectos tecnológicos necesarios. b)Realizar el seguimiento del grupo de trabajo de acuerdo a las directrices marcadas Las funciones de los Grupos de Trabajo podrán variar cuando se detecten segmentos que por sus características específicas requieran funciones adicionales. En este caso, el responsable del grupo asumirá también la gestión económica, realizando el control de presupuesto y del gasto del Grupo de Trabajo.
Integrantes	• Líderes Clínicos de Primaria y Especializada • Médicos y enfermería de AP • Médicos y enfermería de AE • Trabajadores sociales y otros actores • Miembros de la Unidad Técnica de Crónicos

Equipos Virtuales de Gestión de Casos	
Funciones	Analizar la situación de determinados pacientes, especialmente complejos, de una Zona Básica para consensuar objetivos y actuaciones a realizar. Se apoyará en tecnologías de comunicación en red (webcasting, audio y videoconferencia, etc)
Integrantes	• Médicos y enfermeras de familia de una determinada Zona Básica • Médicos y enfermeras de referencia en asistencia especializada • Trabajadora social • Gestoras de caso

Grupo de Trabajo de Conciliación de la Medicación	
Funciones	Definir los circuitos y procedimientos para garantizar la Conciliación de la Medicación
Integrantes	• Farmacéuticos Hospitalarios y de Atención Primaria • Médicos y enfermeras • Farmacéutico de Oficina de Farmacia

Liderazgo clínico

Lograr un modelo de atención integrada orientado al usuario exige también un cambio cultural en el propio modelo de gestión.

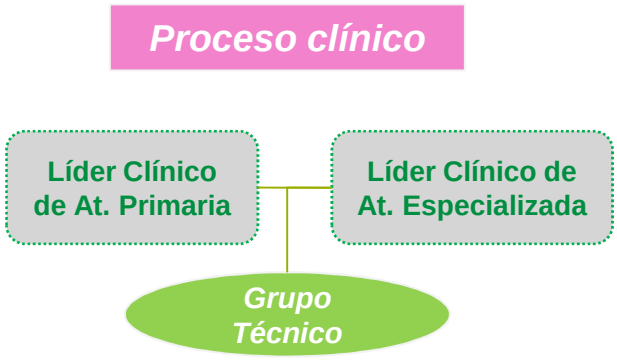
Necesitamos pasar de un sistema centrado en la productividad a otro centrado en los resultados y para ello más que controladores e implementadores se necesitan auténticos líderes tanto en el plano clínico como el de la gestión.

Los gestores nunca deben olvidar que "el trabajo que realmente aporta valor al paciente es el del personal sanitario" y el margen de mejora no está tanto en la productividad como en la adecuada gestión clínica del proceso. Conscientes de ello se deberá desarrollar un modelo de dirección facilitadora que brinden a los clínicos el apoyo requerido para la trasformación del proceso asistencial

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.

No se trata de convertir a los clínicos en gestores, sino de acercar los lenguajes y visiones complementarias, que tienen y deben seguir teniendo, los clínicos y gestores para que trabajen coordinadamente.



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.

GESTIÓN CLÍNICA ORIENTADA A LA CRONICIDAD

El nuevo modelo de atención a la cronicidad requiere cambios significativos del modelo de gobierno también a nivel micro.

En concreto en el plano de la microgestión se hace necesario impulsar el nuevo Modelo Colaborativo de Atención mediante una estrategia activa de gestión del cambio en el nivel operativo de las unidades asistenciales que trasforme la práctica asistencial.

El cambio en el modelo de gestión del Servicio Navarro de Salud ha de 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.

Para lograrlo se considera necesario desarrollar un **nuevo modelo global de Gestión Clínica orientado a la cronicidad** que:

- Promueva la responsabilidad e implicación activa del personal asistencial en la trasformación de la práctica clínica.
- Dote a las unidades asistenciales de los requisitos, atribuciones y autonomía necesaria, coherente con la calidad acreditada y el nuevo nivel de responsabilidad asumido.
- Adecue los niveles de incentivación a las responsabilidades asumidas y a los resultados globales obtenidos, medidos en términos de calidad integral.

Un elemento esencial para promover el modelo colaborativo pasa por

- Establecer Pactos de Gestión Clínica con una orientación poblacional.
- Definir objetivos y sistemas de evaluación comunes a los dispositivos asistenciales de los distintos niveles asistenciales.

Pactos de Gestión Específicos

Las unidades asistenciales de los distintos niveles asistenciales deberán participar por tanto en un Pacto de Gestión diseñado de manera conjunta.

Dichas unidades contarán con un Pacto de Gestión con objetivos compartidos, indicadores orientados al logro de resultados globales y participarán en la percepción de incentivos conjuntos en función de los resultados obtenidos.

En concreto las características que deberán reunir los citados Pactos de Gestión serán los siguientes:

- Contarán con objetivos comunes de carácter poblacional compartidos por los distintos niveles asistenciales: primaria, especializada y salud mental
- Se orientarán al logro de resultados globales en salud.
- Se centrarán principalmente en el paciente crónico desde una óptica biopsicosocial.
- Promoverán la innovación organizativa y el trabajo en equipo interdisciplinar, multidisciplinar e intersectorial.
- Los objetivos de resultados, tendrán carácter plurianual y serán medidos en términos de calidad integral:
  - Resultados en salud y la calidad de vida de los pacientes crónicos
    - Severidad y frecuencia de las descompensaciones
    - Capacidad funcional y calidad de vida del paciente
    - Monitorización a largo plazo de la Mortalidad Prematura (APVP) y Mortalidad Evitable (MIPSE) y de la Esperanza de Vida Libre de Discapacidad (EVLD)
  - Indicadores centinela de la calidad del proceso de atención
    - Parámetros clave de calidad técnica
    - Agilidad, accesibilidad
    - Etc.
  - Autonomía y capacitación del paciente crónico en el cuidado de su salud
    - Capacitación de los pacientes en autocuidados
    - Capacitación y atención a los cuidadores

- Satisfacción de los pacientes crónicos con la atención recibida.
- Contribuir a la sostenibilidad del Sistema Sanitario .
  - Reducción de ingresos, reingresos y estancias hospitalarias evitables
  - Reducción de consultas sucesivas y urgencias hospitalarias
  - Indicadores de uso racional del medicamento
  - Idoneidad de las intervenciones en función de la severidad del proceso
- Mejora continua de los procesos orientados al paciente .
  - Mejora conjunta de procesos y autoevaluación permanente.

- Trasladará gradualmente a los profesionales un mayor nivel de responsabilidad en la gestión de los recursos; asumible y voluntariamente aceptado.
- 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.

Con carácter general para acceder a mayores cotas de autonomía será preciso acreditar determinados niveles de calidad integral (calidad técnica + calidad percibida + eficiencia)

Estos Pactos de Gestión incluirán al menos los siguientes apartados:

- Vigencia : carácter plurianual
- Objetivos sanitarios del Equipo
- Asignación de recursos
- Presupuesto de Gastos
- Simulación de Cuenta de Resultados.
- Competencias y atribuciones de gestión
- Compromisos de apoyo al EAP
- Evaluación del cumplimiento de Objetivos
- Incentivos

Validación del nuevo modelo

Previamente a la extensión del nuevo modelo de Gestión Clínica orientado a la cronicidad dicho modelo deberá ser validado en una serie de unidades asistenciales que en su conjunto provean atención integral a un colectivo de pacientes crónicos correspondiente al menos a cuatro Zonas Básicas de Salud.

Los Pactos de Gestión específicos que se establezcan con dichas unidades asistenciales deberán incluir objetivos compartidos de ámbito poblacional para la extensión del nuevo modelo de atención a los colectivos de pacientes crónicos afectados al menos por los siguientes procesos:

- Pluripatológicos
- Demencia
- Insuficiencia Cardiaca
- Trastornos Mentales Crónicos
- Cardiopatía Isquémica
- Diabetes
- EPOC

Selección de Unidades Asistenciales

Para la validación del nuevo modelo se seleccionarán cuatro Zonas Básicas de Salud y se formalizarán Pactos de Gestión Específicos con las unidades de los distintos niveles asistenciales (Primaria, Especializada y Salud Mental) que su conjunto proveen la mayor parte de los servicios requeridos por sus pacientes crónicos:

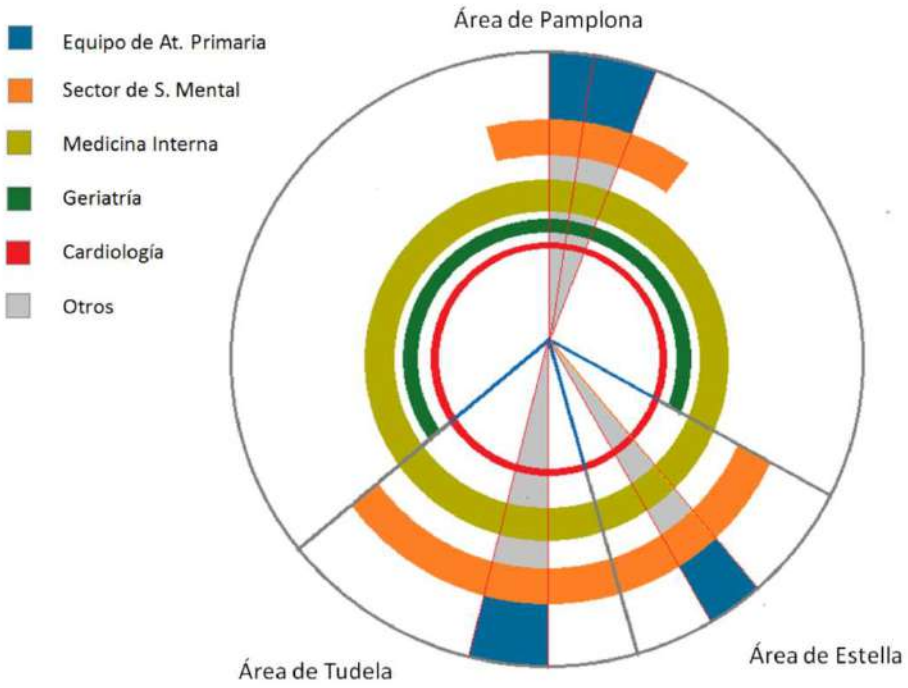
- Los Equipos de Atención Primaria correspondientes a las cuatro Zonas Básicas de Salud seleccionadas, dos de ellas correspondientes al Área de Pamplona, una del área de Tudela y otra del área de Estella.
- Los Equipos de Salud Mental de referencia, correspondientes a los sectores de Salud Mental a los que pertenezcan las citadas Zonas Básicas.
- Las Unidades Multidisciplinares de Pluripatológicos y de Demencia correspondientes al Complejo Hospitalario de Navarra.
- Los Servicios de Medicina Interna de los Hospitales Comarcales de Tudela y Estella.

- Los Servicios de Medicina Interna y Geriatría del Complejo Hospitalario de Navarra
- El Área Clínica del Corazón del Complejo Hospitalario de Navarra
- La Unidad de Ictus del Complejo Hospitalario de Navarra
- Los Servicios de Endocrinología y de Neumología del Complejo Hospitalario de Navarra

Extensión del nuevo modelo

El nuevo modelo de gestión clínica propuesto se diseña con vocación de expansión progresiva a todos los centros y servicios que acrediten los niveles de calidad exigidos. La extensión se realizará en dos dimensiones:

- Extensión poblacional con incorporación progresiva de nuevos equipos de Atención Primaria y sectores de Salud Mental.
- Incorporación progresiva de nuevas Especialidades Hospitalarias.



Dado que la responsabilidad principal en la gestión poblacional de los pacientes crónicos recae en los profesionales de Atención Primaria, un factor de éxito esencial es la adecuada selección de los Centros de Salud que participen en la validación del nuevo modelo de Gestión Clínica.

Resulta también esencial vincular de manera directa la calidad acreditada por una determinada unidad asistencial con el nivel de autonomía organizativa que se le otorga.

Es por ello que para ser seleccionados, los equipos de Atención Primaria que vayan incorporándose a esta iniciativa deberán acreditar el nivel de calidad de su actual Cartera de Servicios.

La extensión progresiva del nuevo modelo de gestión clínica es compatible con la extensión de nuevos protocolos asistenciales y de otras iniciativas comprendidas en el modelo de atención al crónico que en todo caso han de ser generalizadas a toda la red.

La necesidad de implantar un Modelo General de Atención a Enfermedades Crónicas viene avalada por los estudios que reflejan un incremento de esta población durante los próximos años, lo que exigirá una mayor eficiencia en la atención a estos pacientes.

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 .

La Estrategia de Crónicos se configura como un
UN PROYECTO TÉCNICO PROFESIONAL .
Sus resultados deberán medirse en términos de CALIDAD INTEGRAL
(resultados de salud + calidad técnica + calidad percibida + eficiencia)

A este respecto resulta esencial señalar que desde el punto de vista sanitario la mejor forma de mejorar la eficiencia es mejorando el numerador es decir incrementando los resultados de salud obtenidos con los recursos asignados.

Pero no es menos cierto que en la coyuntura actual y más teniendo en cuenta la evolución demográfica prevista resultará esencial optimizar los recursos asignados en particular de los especializados.

- Reducción en el número de primeras y sucesivas hospitalizaciones.
- Reducción de la estancia media de hospitalización.
- Reducción en el gasto asociado al consumo de medicamentos.
- Reducción de la frecuentación a urgencias.
- Reducción en la necesidad de camas hospitalarias de agudos.
- Reducción de la lista de espera de primeras consultas y revisiones en determinadas especialidades de alto impacto.

En todo caso no cabe duda de la importancia de realizar una adecuada gestión económico financiera del programa para garantizar su viabilidad.

Actualmente, el modelo de financiación del Departamento de Salud se caracteriza por asignar presupuestos a las distintas estructuras organizativas de carácter retrospectivo, tratando de cubrir en lo posible los gastos históricos que dicha unidad viene ejecutando.

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

El modelo actual de financiación no se considera el más idóneo para el logro de resultados y por ello para el adecuado desarrollo del Modelo de Atención a Crónicos deberán considerarse otras alternativas que vinculen en mayor grado la financiación a los resultados :

1. **Modelo de financiación territorial con cada Área de Salud** (establecer un contrato programa con cada Área de Salud en AE)

- Se trata de un modelo de asignación capitativa de carácter prospectivo calculado en función de parámetros como el envejecimiento de la población, la carga de enfermedad acreditada por la segmentación, la atención en zona rural / urbana., etc..
- El modelo debiera contemplar factores correctores vinculados al logro de los objetivos de calidad y resultados en salud.
- Será de difícil aplicabilidad en el área de Pamplona (por el número de población atendida) y, por el contrario, más fácil de aplicar en las Áreas de Salud de Estella y Tudela.

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.
    - Un centro de salud o servicio hospitalario de excelencia es aquél referente en materia de gestión, atención sanitaria, capacidad resolutiva y/u organización y en el que es más exitosa la incorporación de procedimientos para la atención a crónicos.
    - Este modelo se articularía sobre el establecimiento de acuerdos específicos con estos centros de salud y servicios hospitalarios de excelencia.
    - Estaría vinculado a la obtención de determinados niveles de calidad y resultados sobre pacientes crónicos identificados previamente a través de indicadores. Estos niveles se establecen en relación a un modelo colaborativo de atención entre niveles, con objetivos comunes e incentivos conjuntos.

3. **Modelo de financiación e incentivación vinculado a la ejecución de programas específicos de atención a crónicos y pluripatológicos.**
    - Este modelo requiere la asignación de una financiación adicional en función del cumplimiento de resultados, no en función de la actividad desarrollada.

Respecto a los nuevos modelos de financiación propuestos se indica:

1. Si bien un modelo de financiación territorial de carácter capitativo formalizado mediante un Contrato Programa con las Direcciones de área de Estella y Tudela no tendría un verdadero carácter contractual sin embargo supondría un importante cambio cultural que ayudaría a integrar los niveles asistenciales del Área y a alinear a toda la organización con la orientación al paciente y al logro de resultados. En todo caso la formalización de este tipo de contrato programa contribuye de manera notable al desarrollo de sistemas de evaluación de resultados.
2. En la misma línea debiera formalizarse contratos programa con Centros de Salud y Servicios Hospitalarios de Excelencia previo desarrollo de pilotos para comprobar su aplicabilidad.
3. El modelo de financiación vinculado a la ejecución de programas específicos de atención a crónicos y pluripatológicos, supondría un cambio significativo respecto a la financiación actual pero a largo plazo no debiera descartarse su futura implementación si la evidencia de los resultados obtenidos así lo aconseja.

En definitiva la mejor opción pasa por adoptar un modelo evolutivo y gradual de carácter mixto que combine lo mejor de las opciones de los modelos anteriores. Un modelo que se caracteriza por:

El objetivo y el reto profesional es mejorar la eficiencia del Sector Sanitario Público mediante la trasformación del modelo de práctica asistencial . .

14.-Despliegue, cronograma y responsabilidades

- *Estrategia de Despliegue*
- *Cronograma*
- *Responsabilidades*

Gobierno de Navarra

Departamento de Salud

El desarrollo del Plan de Acción permite alcanzar los objetivos identificados en la definición de la estrategia, materializándolos en proyectos concretos que permitan trabajar en el cumplimiento de los objetivos consensuados para el futuro modelo y en su implantación.

La implementación del Plan de Acción se realizará a través del despliegue de tres grandes líneas que englobarán el total de las iniciativas propuestas:

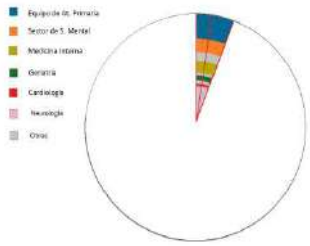
- **Despliegue por perfiles:** iniciativas relacionadas con la definición e implantación de los diferentes planes operativos y patrones de atención para los distintos perfiles de pacientes crónicos y pluripatológicos.
- **Despliegue poblacional:** iniciativa de extensión poblacional del modelo de gestión clínica orientado a la cronicidad que hace del paciente el eje del sistema.
- **Implementación de elementos estructurales:** implantación de todas aquellas iniciativas que con carácter transversal afectarán a la totalidad de agentes.

PLAN DE ACCIÓN

DESPLIEGUE POR PERFILES DE PACIENTES

- Pluripatológico
- Demencia
- Insuficiencia Cardíaca
- Trastorno Mental
- Etc

DESPLIEGUE POBLACIONAL

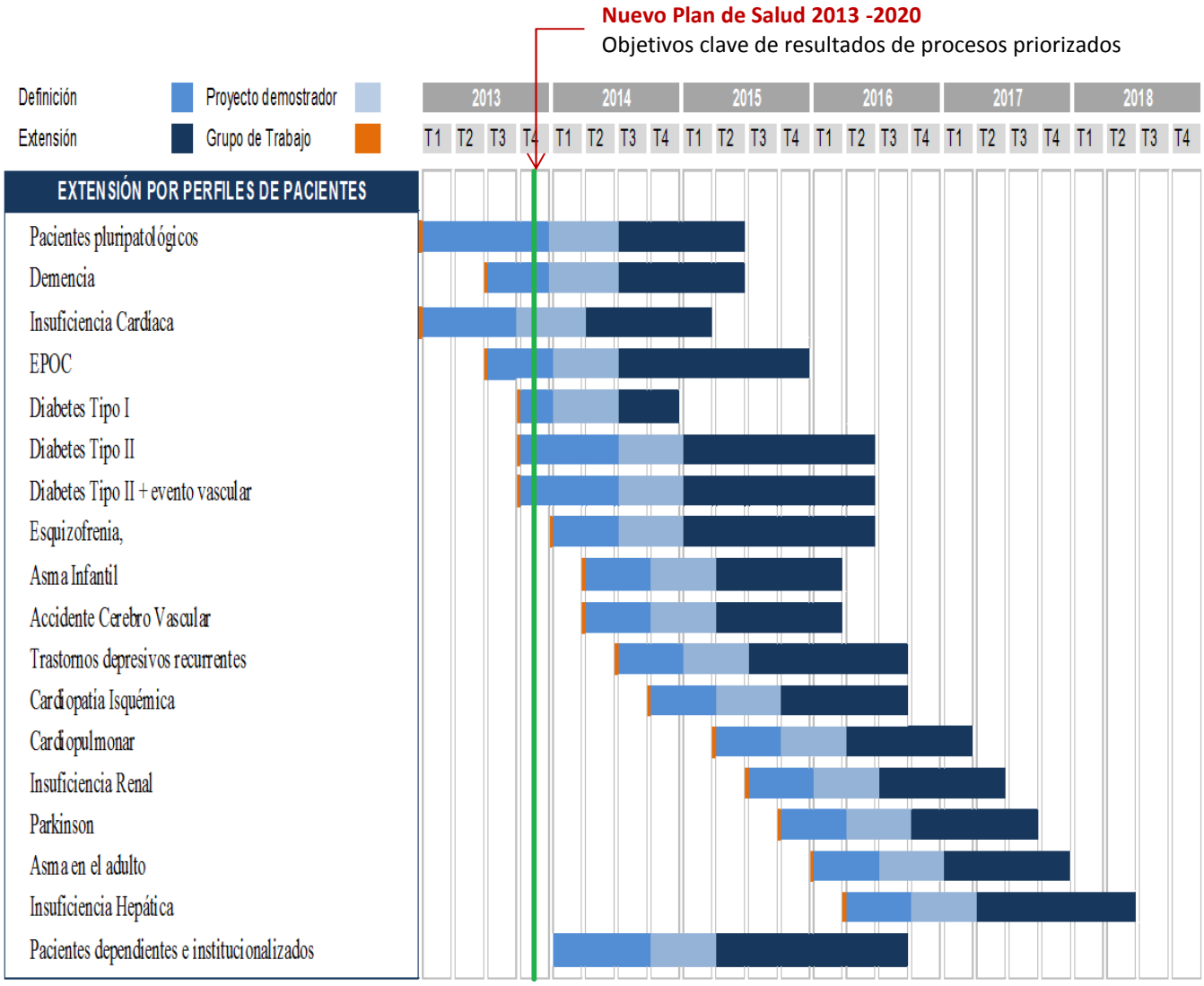


IMPLEMENTACIÓN DE ELEMENTOS ESTRUCTURALES

- Unidades Multidisciplinares
- Modelo de Gobierno
- Modelo Tecnológico
- Sistemas de Evaluación
- Etc

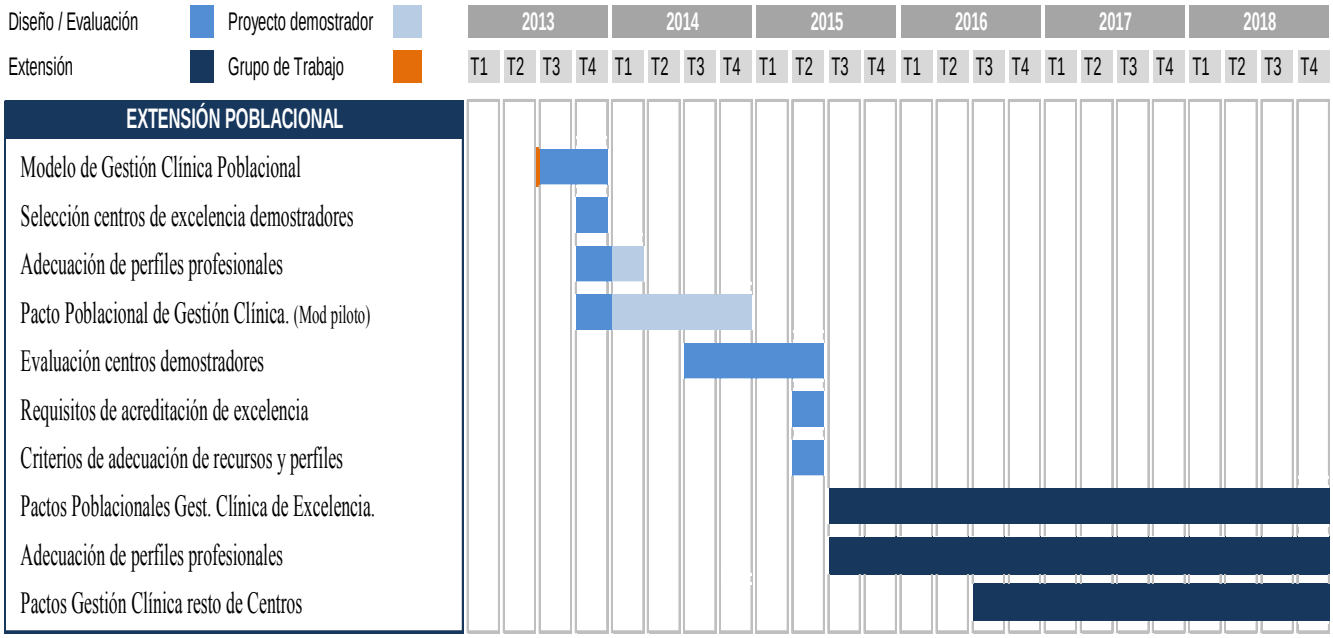
Se presenta a continuación el Cronograma previsto de las principales Iniciativas de Acción incluidas en la Estrategia en el período 2013-2018.

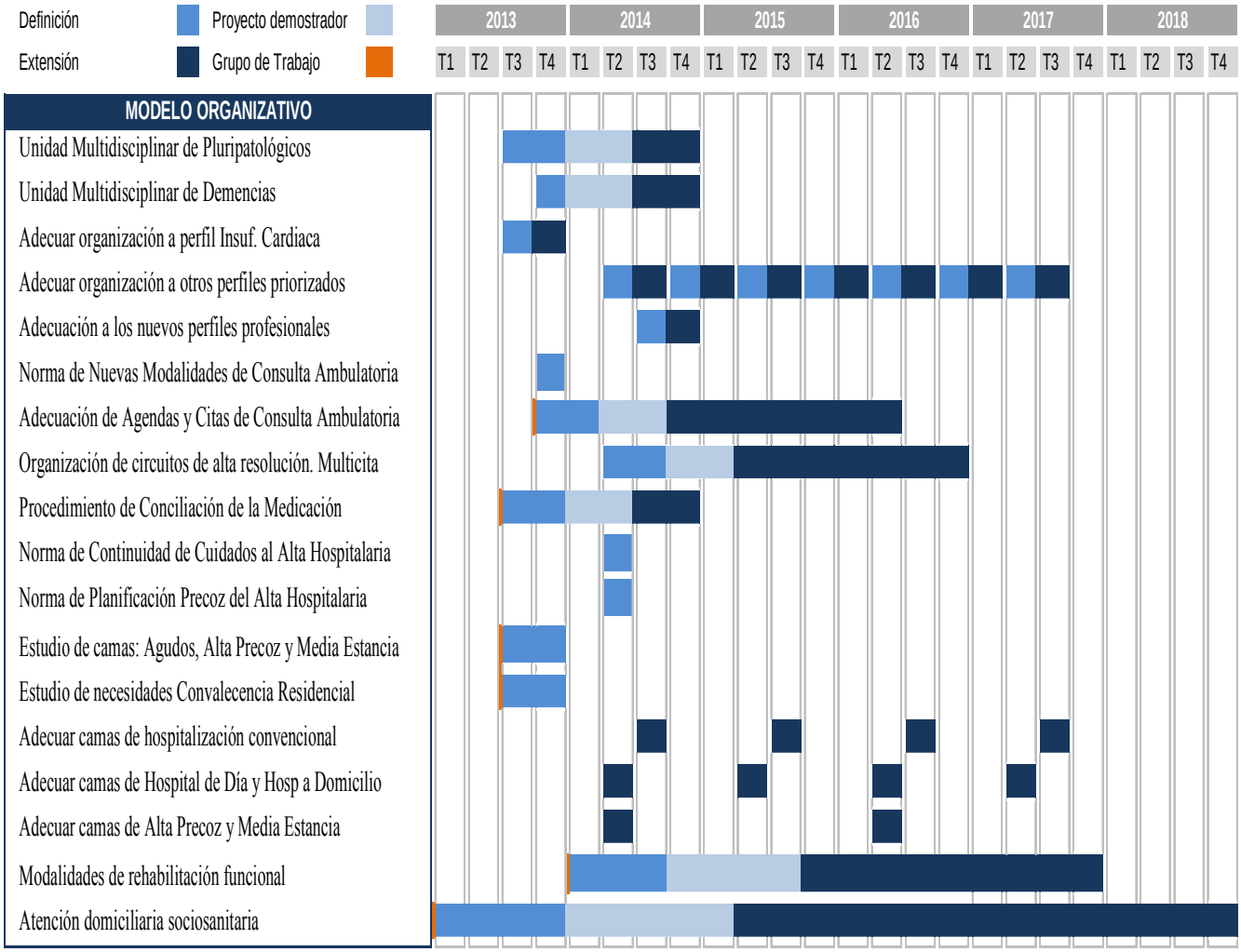
Se señalan para cada una de ellas las distintas Fases de Desarrollo, que por lo general se concretan en una Fase de Diseño que debe seguirse de una Fase Piloto o Proyecto Demostrador, para el ajuste del diseño, previo a su implantación progresiva y generalizada o Fase de Extensión. En el caso de los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



Despliegue, cronograma y responsabilidades

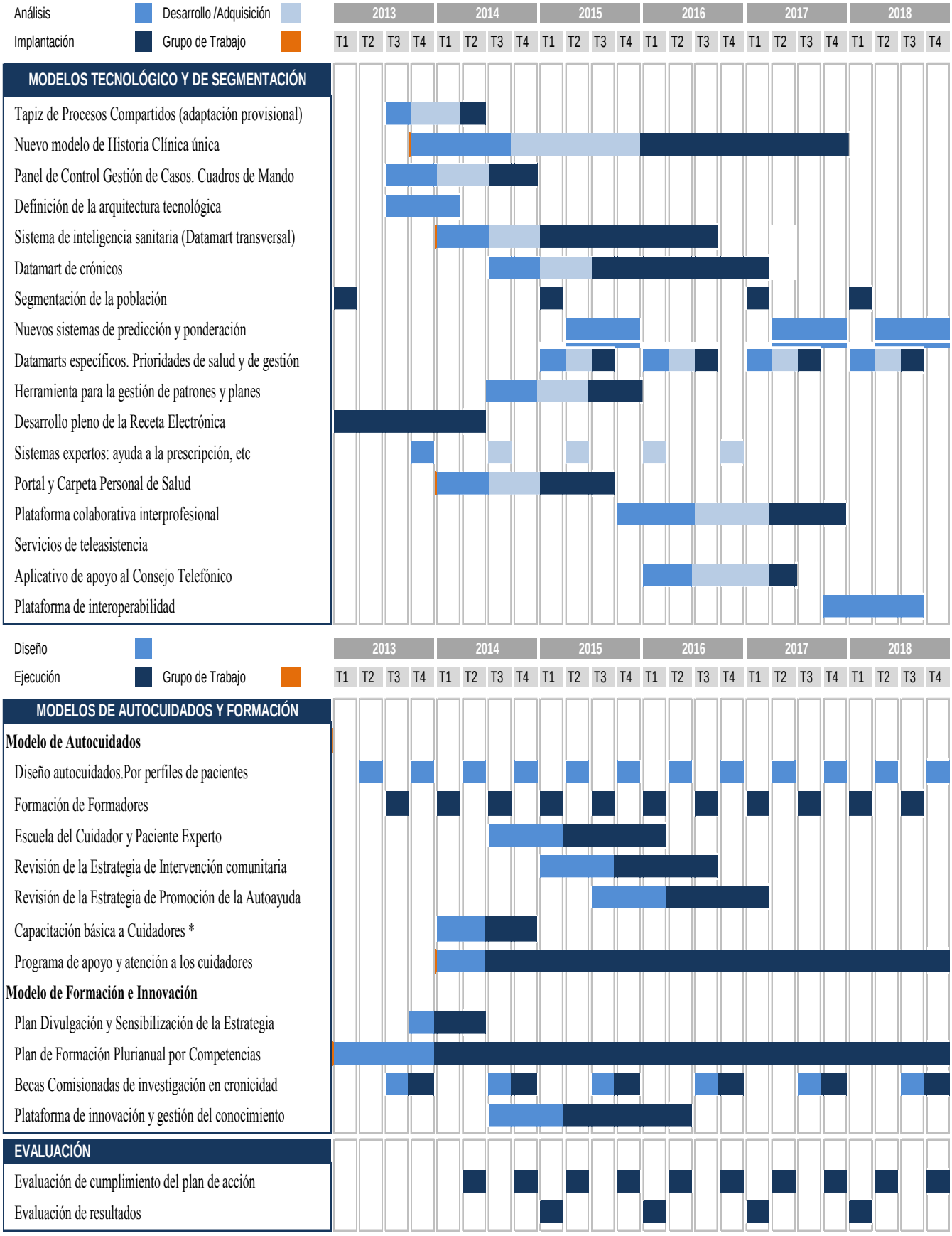
Cronograma de las Iniciativas de acción





Despliegue, cronograma y responsabilidades

Cronograma de las Iniciativas de acción



Asignación de responsabilidades

Gobierno de Navarra
Departamento de Salud

INICIATIVA DE ACCIÓN	RESPONSABLE	Grupo / Comité
ESTRATEGIA DE CRONICOS		Comité Director
ELABORACIÓN DE PLANES OPERATIVOS		**Comité Técnico**
Pacientes pluripatológicos	Dir. I+I+F	Grupo de Trabajo
Demencia	Dir. I+I+F	Grupo de Trabajo
Insuficiencia Cardíaca	Dir. I+I+F	Grupo de Trabajo
EPOC	Dir. At Primaria	Grupo de Trabajo
Diabetes Tipo II	Dir. At Primaria	Grupo de Trabajo
Diabetes Tipo II con antecedentes de evento vascular	Dir. At Primaria	Grupo de Trabajo
Diabetes Tipo I	Gerencia del CHN	Grupo de Trabajo
Pacientes dependientes e institucionalizados	Dir. At Primaria	Grupo de Trabajo
Esquizofrenia,	Director de S. Mental	Grupo de Trabajo
Asma Infantil	Gerencia del CHN	Grupo de Trabajo
Accidente Cerebro Vascular	Gerencia del CHN	Grupo de Trabajo
Trastornos depresivos recurrentes	Director de S. Mental	Grupo de Trabajo
Cardiopatía Isquémica	Gerencia del CHN	Grupo de Trabajo
Cardiopulmonar	Dir. At Primaria	Grupo de Trabajo
Insuficiencia Renal	Gerencia del CHN	Grupo de Trabajo
Insuficiencia Hepática	Gerencia del CHN	Grupo de Trabajo
Parkinson	Gerencia del CHN	Grupo de Trabajo
Asma en el adulto	Dir. At Primaria	Grupo de Trabajo
PACTOS DE GESTIÓN CLÍNICA POBLACIONAL		
Modelo de Gestión Clínica Poblacional	Sub. de Continuidad A y C + Dir. At. Primaria	Grupo de Trabajo
Selección Centros y Unidades de Excelencia	Direcciones de los distintos ámbitos	
Adecuación de Perfiles Profesionales en centros piloto	Direcciones de los distintos ámbitos	
Pactos Poblacionales de Gestión Clínica. (Modelo piloto)	Gerencia del Servicio Navarro de Salud	
Evaluación centros demostradores	Sub. de Continuidad A y C + Dir. At. Primaria	
Requisitos de acreditación y niveles de excelencia	Sub. de Continuidad A y C + Dir. At. Primaria	
Criterios de adecuación de recursos y perfiles	Sub. de Continuidad A y C + Dir. At. Primaria	
Pactos Poblacionales de Gestión Clínica con Centros y Unidades de Excelencia.	Gerencia del Servicio Navarro de Salud	
Adecuación de perfiles profesionales	Direcciones de los distintos ámbitos	
Pactos de Gestión Clínica con resto de centros y unidades	Direcciones de los distintos ámbitos	

Despliegue, cronograma y responsabilidades

Asignación de responsabilidades

Gobierno de Navarra
Departamento de Salud

INICIATIVA DE ACCIÓN	RESPONSABLE	Grupo / Comité
MODELO ORGANIZATIVO		
Unidad Multidisciplinar de Pluripatológicos	Gerencias de Hospitales	
Procedimiento de Conciliación de la Medicación	Dir. Ordenación e Inspección	Grupo de Trabajo
Unidad Multidisciplinar de Demencias	Gerencia del CHN	
Aplicar los Planes Operativos de los perfiles priorizados	Gerencias de Hospitales + Dir At. Primaria	
Adecuar perfiles profesionales en AT. Primaria	Dir. At Primaria	
Adecuar perfiles profesionales en Especializada	Gerencias de Hospitales	
Norma de Nuevas Modalidades de Consulta Ambulatoria	Gerencias de Hospitales	
Adecuación de Agendas y Sistemas de Cita en Consulta Ambulatoria. No presenciales, multicita, alta resolución, etc	Gerencias de Hospitales	Grupo de Trabajo
Norma de Continuidad de Cuidados al Alta Hospitalaria	Gerencias de Hospitales	
Norma de Planificación Precoz del Alta Hospitalaria	Gerencias de Hospitales	
Estudio de necesidadas de camas: Convencionales, Corta Estancia o Alta Precoz y de Media Estancia	Gerencia del SNS-O+ Dir. I+I+F	Grupo de Trabajo
Estudio de necesidadas y alternativas de Convalecencia Residencial	Gerencia del SNS-O+ Dir. I+I+F	
Adecuación de camas de hospitalización convencional	Gerencias de Hospitales	
Adecuación de camas de Hospital de Día y Hosp a Domicilio	Gerencias de Hospitales	
Adecuación de camas de Alta Precoz y de Media Estancia	Gerencias de Hospitales	
Modalidades de rehabilitación funcional	Coordinador del Plan Sociosanitario	Grupo de Trabajo
Atención domiciliaria sociosanitaria	Coordinador del Plan Sociosanitario	Grupo de Trabajo
EVALUACIÓN	**Responsable del Programa**	
Evaluación de cumplimiento del plan de acción	Sub. de Continuidad A y C	
Evaluación de resultados	Dir. I+I+F	

Asignación de responsabilidades

INICIATIVA DE ACCIÓN	RESPONSABLE	Grupo / Comité
MODELOS TECNOLÓGICO Y DE SEGMENTACIÓN		
Tapiz de Procesos Compartidos (adaptación provisional)	Dir Sistemas de Información	
Nuevo modelo de Historia Clínica única	Dir Sistemas de Información	Grupo de Trabajo
Panel de Control Gestión de Casos. Cuadros de Mando	Dir Sistemas de Información	
Herramienta para la gestión de Patrones y Planes	Dir Sistemas de Información	
Desarrollo pleno de la Receta Electrónica	Dir Sistemas de Información	
Sistemas expertos: ayuda a la prescripción, etc	Dir Sistemas de Información	
Plataforma colaborativa interprofesional	Dir Sistemas de Información	
Servicios de Teleasistencia	Dir Sistemas de Información	
Aplicativo de apoyo al Consejo Telefónico	Dir Sistemas de Información	
Sistema de Inteligencia Sanitaria (Datamart transversal)	Dir. I+I+F + Dir Sistemas de Información	Grupo de Trabajo
Datamart de crónicos	Dir. I+I+F + Dir Sistemas de Información	
Datamarts específicos. Prioridades de salud y de gestión	Dir. I+I+F + Dir Sistemas de Información	
Segmentación de la población	Dir. I+I+F + Dir Sistemas de Información	
Nuevos sistemas de predicción y ponderación	Dir. I+I+F y Dir Sistemas de Información	
Portal y Carpeta Personal de Salud	Dir. Atención al Paciente	Grupo de Trabajo
Definición de la arquitectura tecnológica	DGGANT	
Plataforma de interoperabilidad	DGGANT	
FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN		
Modelo de Autocuidados	**Dir ISPyL**	
Diseño autocuidados. Por perfiles de pacientes	Dir ISPyL + Dir AT. Primaria	Grupo de Trabajo
Formación de Formadores	Dir ISPyL	
Escuela del Cuidador y Paciente Experto	Dir ISPyL	
Revisión de la Estrategia de Intervención comunitaria	Dir ISPyL	
Revisión de la Estrategia de Promoción de la Autoayuda	Dir ISPyL	
Capacitación básica a Cuidadores (en colaboración con PPSS)	Dir ISPyL + At. Primaria + Políticas Sociales	Grupo de Trabajo
Programa de apoyo y atención a los cuidadores	Dir ISPyL	
Modelo de Formación e Innovación	**Dir. I+I+F**	
Plan Divulgación y Sensibilización de la Estrategia	Dir. I+I+F	
Plan de Formación Plurianual por Competencias	Dir. I+I+F	Grupo de Trabajo
Becas Comisionadas de investigación en cronicidad	Dir. I+I+F	
Plataforma colaborativa de innovación y gestión del conocimiento	Dir. I+I+F	

15.- Impacto económico

Gobierno de Navarra

Departamento de Salud

Impacto económico

Objetivo y fases

El modelo económicos analiza la repercusión económica derivada de la adopción de las iniciativas contempladas en las ocho áreas estratégicas definidas para la implantación del nuevo modelo de atención.

•Proporciona información para valorar la puesta en práctica de las iniciativas propuestas.

•Permite realizar una aproximación sobre la reducción de costes y la inversión necesaria para el desarrollo de las diferentes iniciativas.

Para la elaboración del Modelo Económico se han efectuado los siguientes :

- Análisis del coste económico actual de la atención al colectivo de crónicos identificado en la segmentación inicial..
- Estimación del incremento de gasto derivado del incremento previsto de población mayor de 65 años.
- Estimación de costes adicionales a incurrir para la implantación del nuevo modelo.
- Estimación de la reducción potencial de costes derivada de dicha implantación.
- Estimación de escenarios económicos comparados de la implantación de la Estrategia frente a la evolución vegetativo esperada sin intervención

En primer lugar se ha calculado, a partir de los datos disponibles actualmente en los sistemas de información de Navarra, el coste de cada uno de los perfiles de pacientes identificados en el proceso de segmentación. Para ello se han aplicado tarifas oficiales publicadas para los diferentes actos médicos.

Coste actual calculado y corregido

Para realizar el cálculo total de la sanidad Navarra se han seguido los siguientes pasos:

- Cálculo del coste de los pacientes no crónicos
- Cálculo del coste de los pacientes crónicos

Las premisas seguidas en el cálculo de los costes de los segmentos han sido las siguientes:

- ✓ Se ha calculado el coste de los segmentos en base a las tarifas oficiales de las variables analizadas.
- ✓ El coste de farmacia se ha calculado extrapolando el coste de farmacia correspondiente a los 9 primeros meses del año 2012.
- ✓ El coste de farmacia se considera constante, por lo que no es necesario corregirlo.

Dado que para el cálculo del coste se han tomado tarifas oficiales y no costes unitarios reales (no están registrados en la contabilidad del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea), una vez obtenido el "Coste Calculado de los Segmentos", se ha procedido a corregirlo en función de proporciones y tomando como referencia el gasto real de la sanidad Navarra en 2011, para así obtener un coste lo más parecido posible al real.

	Coste Calculado	% Coste/ CT	Coste Corregido
Crónicos	371.234.421,04	52%	508.813.169,62
No crónicos	342.616.964,20	48%	469.590.139,38
CTE TOTAL	**713.851.385,24**	**100%**	**978.403.309,00**

En la tablas siguientes se observa, por un lado, la distribución de los costes de los segmentos, tanto los calculados en base a las tarifas oficiales, como los corregidos. Así, en ambos casos es el cluster de Asma el que mayor gasto supone, siendo, a su vez, el grupo con un mayor número de pacientes.

Por otro lado, se muestran las tarifas oficiales frente a las corregidas, así como el importe total del coste de cada variable y su proporción sobre el coste de la cronicidad. En este caso, la variable que implica un mayor gasto en la sanidad navarra es la de las estancias seguida por las visitas al médico de familia.

Segmento		Nº pacientes	Coste según Tarifa corregida	% Coste
Asma		31.834	69.227.285,29	13,6%
Insuficiencia Renal		7.109	27.555.154,55	5,4%
CerebroVascular		7.284	34.838.804,09	6,8%
Cardiopatía Isquémica		8.536	28.813.393,60	5,7%
Insuficiencia Cardiaca		2.625	16.174.950,94	3,2%
Diabetes		24.402	86.054.537,98	16,9%
EPOC con o sin Asma		7.558	33.447.260,67	6,6%
Dos enfermedades crónicas seleccionadas	2 Cardiocerebrovasc	4.601	33.738.414,92	6,6%
	1 Respir + Diabetes	2.840	15.851.187,04	3,1%
	1 Cardcerebrvasc + Diabetes	8.838	54.013.359,11	10,6%
	1 Cardcerebrvasc + 1 Respir	4.167	26.624.772,33	5,2%
Tres o más de las enfermedades crónicas seleccionadas		3.497	38.998.045,31	7,7%
Demencia sola o acompañada de otras enferm. crónicas		7.493	43.476.003,78	8,5%
Total		**120.784**	**508.813.169,62**	**100%**

Variables		Nº de Actos	Coste según Tarifa corregida	% Coste
Atención Primaria	Visitas médicas	766.024	92.642.895 €	18,2%
	Visitas enfermería	644.249	29.680.529 €	5,8%
	Visitas domicilio	144.990	29.225.600 €	5,7%
	Urgencias	353.714	57.039.940 €	11,2%
Atención Especializada	Primeras Consultas	62.316	19.739.156 €	3,9%
	Consultas Sucesivas	199.810	38.837.069 €	7,6%
	Estancias	198.915	167.544.328 €	32,9%
	Urgencias	41.097	15.680.587 €	3,1%
Farmacia **(recetas)**			58.423.066 €	11,5%
Total			**508.813.170 €**	

Impacto económico

Coste del incremento poblacional

El aumento de la población previsto para los próximos años supone igualmente un incremento del gasto sanitario.

En la siguiente tabla se observa la proyección prevista según el INE para la población navarra mayor de 65 años en los próximos años.

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Población > 65 años	113.961	115.897	117.902	119.893	121.905	123.869	125.808	127.874	130.084
Incremento anual	-	1.936	2.005	1.991	2.012	1.964	1.939	2.066	2.210
Incremento población crónica > 65 años	-	**846**	**876**	**870**	**879**	**858**	**847**	**903**	**966**
Incremento acumulado población crónica > 65 años	-	**846**	**1.722**	**2.592**	**3.472**	**4.330**	**5.177**	**6.080**	**7.046**
% incremento anual		1,70%	1,76%	1,75%	1,77%	1,72%	1,70%	1,81%	1,94%
% incremento acumulado respecto a 2012		1,70%	3,46%	5,21%	6,97%	8,69%	10,40%	12,21%	14,15%

NOTA: El 43,7% de la población mayor de 65 años es crónica

Así, la siguiente tabla recoge el incremento del coste anual previsto según las patologías analizadas teniendo en cuenta el incremento poblacional de las personas mayores de 65 años.

		Coste anual por patología crónica en mayores de 65 años							
	Coste por paciente	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Asma	1.969,5 €	77.364,0 €	157.485,4 €	237.047,3 €	317.448,3 €	395.931,2 €	473.415,2 €	555.974,1 €	644.287,4 €
IR	3.524,2 €	203.831,0 €	414.926,7 €	624.548,3 €	836.381,0 €	1.043.160,0 €	1.247.306,8 €	1.464.824,9 €	1.697.503,8 €
ACV	4.335,5 €	296.294,8 €	603.149,7 €	907.862,0 €	1.215.788,2 €	1.516.368,2 €	1.813.122,1 €	2.129.312,8 €	2.467.541,9 €
CI	3.067,9 €	199.096,2 €	405.288,2 €	610.040,5 €	816.952,5 €	1.018.928,1 €	1.218.332,8 €	1.430.798,0 €	1.658.072,1 €
IC	5.565,6 €	152.229,2 €	309.883,9 €	466.437,8 €	624.643,0 €	779.073,8 €	931.538,9 €	1.093.990,1 €	1.267.764,2 €
Metabólicas	3.215,2 €	574.138,5 €	1.168.739,6 €	1.759.188,8 €	2.355.865,8 €	2.938.307,9 €	3.513.336,1 €	4.126.027,3 €	4.781.423,0 €
Respiratorias	4.026,5 €	252.774,2 €	514.557,5 €	774.512,8 €	1.037.210,0 €	1.293.640,0 €	1.546.806,0 €	1.816.553,7 €	2.105.102,8 €
CCV	6.638,3 €	354.164,0 €	720.950,6 €	1.085.176,1 €	1.453.243,2 €	1.812.529,4 €	2.167.242,2 €	2.545.187,9 €	2.949.476,4 €
Respiratorias Metabólicas	5.097,9 €	128.760,3 €	262.109,7 €	394.528,0 €	528.342,9 €	658.965,5 €	787.925,3 €	925.331,7 €	1.072.315,3 €
CCV Metabólicas	5.562,7 €	514.565,8 €	1.047.471,1 €	1.576.655,2 €	2.111.421,0 €	2.633.428,9 €	3.148.792,1 €	3.697.910,4 €	4.285.302,2 €
CCV Respiratorias	5.813,3 €	249.415,8 €	507.721,0 €	764.222,5 €	1.023.429,5 €	1.276.452,6 €	1.526.254,9 €	1.792.418,8 €	2.077.134,2 €
Metabólicas Resp CCV	10.110,4 €	408.018,2 €	830.578,4 €	1.250.188,1 €	1.674.223,6 €	2.088.142,9 €	2.496.793,4 €	2.932.209,6 €	3.397.974,2 €
Cognitivas y Otras	5.286,2 €	489.508,4 €	996.463,1 €	1.499.878,0 €	2.008.602,7 €	2.505.190,8 €	2.995.457,7 €	3.517.836,0 €	4.076.624,0 €
Incremento coste respecto 2012		**3.900.160,6 €**	**7.939.324,8 €**	**11.950.285,5 €**	**16.003.551,5 €**	**19.960.119,4 €**	**23.866.323,6 €**	**28.028.375,2 €**	**32.480.521,3 €**

Inversión en iniciativas del Plan de Acción:

Una vez definido el Plan de Acción Operativo procede realizar el estudio de las necesidades de recursos humanos y materiales necesarios para su implementación

Estimación de Necesidades

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

- La estimación de necesidades indicada se seguirá del estudio detallado que se incorporará a cada uno de los planes operativos. Ha de tenerse en cuenta que en el caso de que dichas necesidades se cubran mediante recursos internos, no se generará un sobrecoste adicional, ya que su dotación ya está contemplada en los presupuestos. En particular en el caso de los Recursos Humanos únicamente se trataría de una reasignación de funciones.
- De igual modo se realizan las previsiones oportunas para el desarrollo de la estrategia de autocuidados y la promoción de la autoayuda y el apoyo a cuidadores así como para el desarrollo del Programa de Formación.
- Igualmente se priorizarán las inversiones que será factible acometer a corto y medio plazo en las infraestructuras tecnológicas prioritarias en función de las disponibilidades presupuestarias.

Detalle de la Inversión necesaria en Plataformas Tecnológicas

	Total
Definición de la arquitectura tecnológica	34.913
Nuevo sistema de Inteligencia Sanitaria	888.775
Evolución de la herramienta de gestión de patrones y planes	500.000
Adaptación estaciones trabajo para atención a crónicos	250.000
Evolución funcional episodio crónicos	180.000
Portal dirigido al paciente crónico y sus cuidadores (CPS)	450.000
Plataforma colaborativa entre profesionales y servicios de telemedicina	418.950
Servicio de Consejo Telefónico	400.000
Plataforma de Interoperabilidad	464.650

Por lo que respecta a la definición de criterios de reducción de costes, actualmente no existen datos contrastados por la aplicación de planes de cuidados a crónicos. Dado que Navarra tiene valores de visitas AP (médicas y enfermería) y visitas AE bastante optimizados, incluso en algunos casos, por debajo de lo esperado, se considera que la reducción del coste en la Comunidad Foral estará centrada en la reducción de las visitas a urgencias (AP y AE) y de las estancias hospitalarias.

Adicionalmente, tras la consulta con el grupo de trabajo correspondiente, se han establecido escenarios de reducción de coste para la reducción de consultas en AE y del gasto en farmacia.

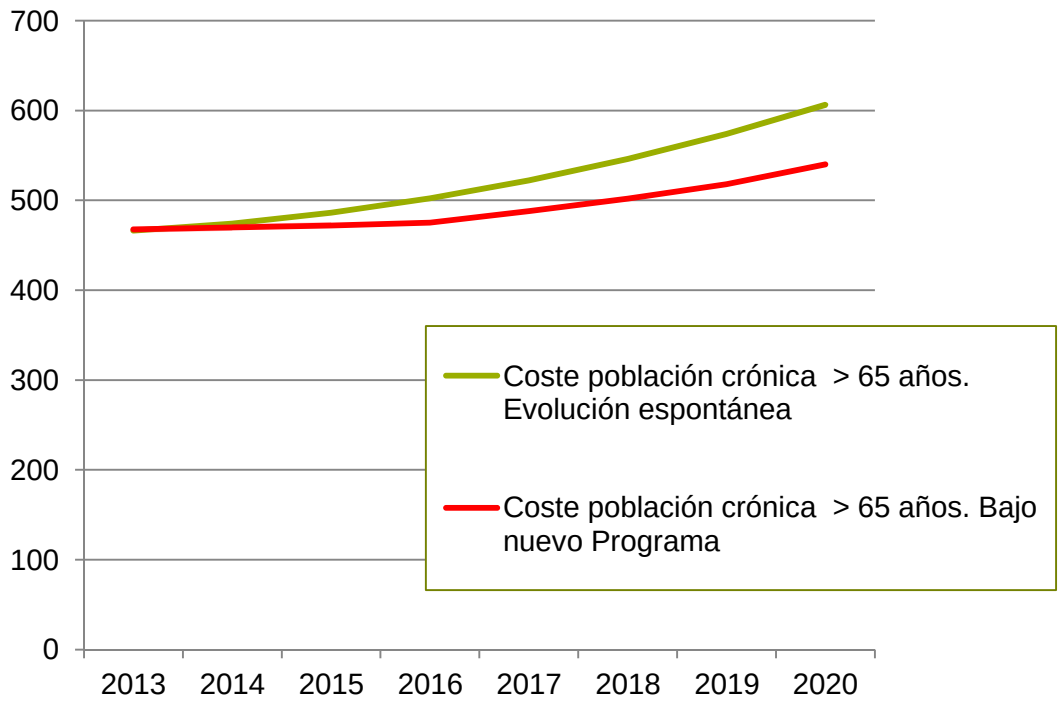
A continuación se muestran los tres escenarios contemplados para medir la potencial **Reducción de Costes Teórica**:

Variables	Mínimo	Intermedio	Máximo
Reducción consultas AP	0%	0%	0%
Reducción urgencias AP	10%	20%	25%
Reducción urgencias AE	12%	24%	28%
Reducción estancias	15%	25%	30%
Reducción consultas AE	5%	10%	15%
Reducción gasto en farmacia	10%	15%	25%

A modo de resumen la gráfica siguiente muestra la evolución estimada del coste global de la población crónica comparándola con el coste de la misma bajo la influencia prevista del nuevo Programa

El escenario representado es el escenario intermedio considerado factible con un grado de desarrollo y avance significativo del Programa. Se han eludido eso sí tanto las hipótesis más conservadoras como las más optimistas.

Evolución costes crónicos (M€) Evolución espontánea y bajo Programa



Está previsto que en la próxima década la población mayor de 65 años crezca un 19% sobre la existente en el 2012. En el mejor de los casos cabe esperar que nos ayude a absorber el incremento de la demanda derivado del envejecimiento poblacional. No es razonable por tanto esperar que del mismo se deriven ahorros tangibles que permitan una reducción del gasto sanitario.

En todo caso es oportuno recordar que aunque el Programa de Crónicos trata de contribuir a la sostenibilidad del Sistema Sanitario Público persigue también muy importantes objetivos de salud y calidad asistencial.

16.- Seguimiento y evaluación

- *Indicadores de seguimiento*
- *Indicadores de resultado*

Gobierno de Navarra

Departamento de Salud

Seguimiento y evaluación

Tipos de evaluación

El Modelo de Seguimiento define una serie de indicadores que permiten realizar el seguimiento de cada una de las iniciativas del Plan de Acción, con el fin de medir el grado de cumplimiento de los objetivos por cada área estratégica.

Este proceso de seguimiento y control se debe llevar en paralelo a la ejecución de las iniciativas, de modo que se pueda:

- Garantizar la correcta puesta en marcha del Plan.
- Identificar y adecuar el Plan a los cambios del entorno que se produzcan.
- Posibilitar la evaluación de los Resultados.

Para ello existen tres aspectos principales:

Cronograma	Ofrece un marco temporal de referencia para la ejecución de las iniciativas.
Indicadores de seguimiento	La comparación entre el valor objetivo y el valor actual proporciona información sobre el grado de cumplimiento de las iniciativas.
Indicadores de evaluación de resultados generales	Permiten conocer el *gap* existente entre los resultados esperados y los conseguidos tras la puesta en marcha del modelo en el colectivo de crónicos*

De este modo, es posible identificar desviaciones tanto en el cumplimiento de plazos, como en el grado de avance de las iniciativas o consecución de los resultados estimados, posibilitando la toma de decisiones para solventarlas.

En las siguientes páginas se señalan los principales indicadores de seguimiento definidos para cada una de las iniciativas identificadas.

*Por razones de factibilidad y unicidad metodológica los indicadores de Resultados referidos a la población crónica harán referencia al colectivo de crónicos afectados únicamente por las patologías priorizadas.

Los Planes Operativos de cada perfil de paciente incluirán indicadores de resultados específicos vinculados a los objetivos del Plan de Salud

ÁREA I: DEFINICIÓN E IMPLANTACIÓN DE PATRONES OPERATIVOS DE ATENCIÓN INTEGRADA POR PROCESOS

	INICIATIVA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO*
I1	Definición de patrones operativos de atención integrada por procesos	Grado de avance en la definición del patrón Número de sesiones realizadas
I2	Proyecto demostrador de patrones operativos de atención integrada por procesos	Número de pacientes incluidos Proyecto demostrador iniciado (S/N)
I2	Implantación de patrones operativos de atención integrada por procesos	Número de pacientes incluidos Nuevos servicios, circuitos y/o unidades implantados sobre el total de nuevos servicios, circuitos y/o unidades definidas
I3	Análisis y racionalización del patrón de medicación	Reducción del número medio de medicamentos por paciente Reducción media del coste

** Estos indicadores se aplican a cada uno de los patrones operativos*

ÁREA II: ADAPTACIÓN DEL MODELO ORGANIZATIVO

	INICIATIVA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
I1	Definición servicios, circuitos, unidades y perfiles profesionales	Número de circuitos definidos
I2	Selección de centros demostradores	Número de centros seleccionados Número de centros con acuerdo firmado
I3	Implantación de servicios, circuitos, unidades y perfiles profesionales	Número de servicios, circuitos y unidades implantadas sobre total de las aprobadas
I4	Servicios Sociosanitarios - Implantación	Proveedores sociosanitarios concertados sobre el total de proveedores contactados Porcentaje de pacientes atendidos

ÁREA III: PROMOCIÓN DE AUTOCUIDADOS Y ATENCIÓN AL CUIDADOR

	INICIATIVA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO*
I1	Capacitación del paciente en autocuidados	Número de cursos de capacitación presenciales impartidos Número de pacientes formados (mediante cursos o directamente por el personal sanitario correspondiente) Número de pacientes formados convertidos en agentes de referencia Evaluación del grado de conocimiento de los pacientes formados
I2	Promoción de la autoayuda	Número de cursos de capacitación presenciales impartidos Número de pacientes formados en autoayuda Evaluación del grado de conocimiento de los pacientes formados
I3	Paciente experto	Número de pacientes expertos formados Número de cursos de impartidos por los pacientes expertos Número de pacientes formados por los pacientes expertos Evaluación del grado de conocimiento de los pacientes formados
I4	Capacitación, apoyo y atención a cuidadores	Número de cursos de capacitación impartidos Número de cuidadores formados Evaluación del grado de conocimiento de los cuidadores formados

** Estos indicadores se aplican a cada uno de los patrones operativos*

ÁREA IV: PLANIFICACIÓN, GOBIERNO Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE CRÓNICOS

	INICIATIVA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
I1	Constitución y puesta en marcha de la unidad de gobierno	Constitución de la unidad de gobierno (S/N)
I2	Adaptación del marco normativo	Porcentaje de demandas resueltas sobre el total de demandas*
I4	Mecanismos de incentivación	Número de profesionales certificados Número de centros cualificados
I5	Segmentación	Número de segmentaciones realizadas
I6	Evaluación de resultados	Número de evaluaciones realizadas

** Este indicador se aplica a cada uno de los patrones operativos*

ÁREA V: IMPLEMENTACIÓN DE NUEVAS PLATAFORMAS TECNOLÓGICAS	
INICIATIVA	**INDICADORES DE SEGUIMIENTO**
I1 Definición de la arquitectura tecnológica	Definición de sistemas (S/N)
I2 Nuevo sistema de inteligencia sanitaria	Implantación sistema inteligencia sanitaria (S/N) Número de metadatos utilizados Número de datamarts implementados Número de informes
I3 Evolución de la herramienta de gestión de planes y patrones	Patrones implementados en la herramienta
I4 Adaptación de las estaciones de trabajo para la atención a crónicos	Aplicaciones asistenciales que tienen incorporada la estación de trabajo Profesionales que hacen uso de la herramienta
I5 Evolución funcional de episodios crónicos	Número de accesos de los profesionales al mes Pacientes con información de episodios crónicos Número de episodios crónicos por patologías Número de episodios totales
I6 Portal dirigido al paciente crónico y sus cuidadores (CPS)	Número de accesos al portal al mes Servicios disponibles Número de pacientes con Carpeta Personal de Salud
I7 Plataforma colaborativa entre profesionales y servicios de telemedicina	Número de accesos al portal por parte de los profesionales al mes Servicios disponibles Número de profesionales con acceso a la plataforma
I8 Contact Center Multicanal para crónicos	Número de llamadas entrantes de los pacientes* Número de llamadas salientes de los pacientes*
I9 Plataforma de interoperabilidad	Procesos implantados Sistemas integrados Mensajes gestionados

** Estos indicadores se aplican a cada uno de los patrones operativos*

ÁREA VI: FORMACIÓN Y GESTIÓN DEL CAMBIO		
	INICIATIVA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
I1	Modelo de gestión clínica colaborativo	Número de unidades asistenciales adheridas al nuevo modelo
I2	Plan de Comunicación (Interno y externo)	Número de acciones de comunicación
		Número de asistentes por acción de comunicación
I3	Participación profesional y social	Organizaciones participantes sobre el total de organizaciones contactadas*
		Acciones realizadas sobre el total de acciones identificadas*
I4	Formación básica	Número de cursos de formación impartidos*
		Número de profesionales formados*
		Evaluación del grado de conocimiento de los profesionales formados*
I5	Formación avanzada	Número de cursos de formación impartidos*
		Número de profesionales formados*
		Evaluación del grado de conocimiento de los profesionales formados*

** Estos indicadores se aplican a cada uno de los patrones operativos*

INDICADORES DE RESULTADOS Referidos a las patologías crónicas priorizadas en el Plan de Salud

Mejorar los resultados en Salud	
Objetivos Específicos	**Indicador**
Controlar la Prevalencia e Incidencia y Severidad	Prevalencia e incidencia por edad y nivel de severidad Tasa de descompensaciones por edad y nivel de severidad Tasa de ingresos hospitalarios por edad y nivel de severidad
Disminuir la mortalidad prematura (APVP) y la mortalidad evitable	Mortalidad prematura Años potenciales de vida perdidos
Mejorar la calidad técnica de la atención	
Objetivos Específicos	**Indicador**
Mejorar la calidad diagnóstica reduciendo su variabilidad	% de pacientes adecuadamente identificados y codificados % de pacientes en los que consta el nivel de severidad % de pacientes en los que constan la evolución cronológica de los Estados del Paciente y sus períodos de descompesación
Reducir la variabilidad y mejorar la calidad de la terapéutica	% de los pacientes severos que disponen de un Plan Terapéutico Integral con objetivos explicitos
Mejorar el seguimiento clínico para reducir la severidad y la frecuencia de descompensaciones	% de los pacientes severos en los que se han definido criterios de alarma % de los pacientes severos en cuya Hª Clª constan recomendaciones en caso de descompensación Número absoluto y % de pacientes severos con plan de cuidados de enfermería % pacientes severos que tiene asignada una gestora de casos, una enfermera y una especialista de referencia % de pacientes severos en los que consta un control de enfermería en el plazo recomendado en función de su Estado (Estable, Descompensado, PostAlta) Promedio de llamadas telefónicas de control proactivo por paciente severo % de pacientes severos en los que consta una revisión médica en el plazo recomendado en función de su Estado (Estable, Descompensado, PostAlta) % de los pacientes cen los cuales en la última consulta se han registrado todos los parámetros clave establecidos
Promover el uso racional y reducir la iatrogenia	Promedio del Nº de fármacos por paciente % de ingresos hospitalarios en los que consta la realización de la conciliación de la medicación al ingreso % de ingresos con revisión de la conciliación de la medicación tras alta hospitalaria % Pacientes con tratamiento con combinaciones de fármacos no recomendadas

Mejorar la capacidad funcional y la calidad de vida	
Objetivos Específicos	**Indicador**
Aumentar la capacidad funcional y la calidad de vida	% de pacientes severos y moderados en los que se ha evaluado la capacidad funcional en el ultimo año % Pacientes con medición de calidad de vida y percepción de salud de Euroqol 5D /EVA Puntuación media de Euroqol 5D y EVA por Grado Funcional % de pacientes que manifiestan que su calidad de vida ha mejorado en el último año por nivel de severidad % de pacientes severos en los que se ha realizado el Barthel % de pacientes severos en los que se ha realizado evaluación social
Incrementar la esperanza libre de discapacidad (EVLD) y de calidad	Esperanza de vida libre de discapacidad Años de vida perdidos ajustados por calidad
Control del Dolor	% de Pacientes severos en los que consta la presencia o ausencia de dolor
Cuidados Paliativos	% de Pacientes fallecidos por las enfermedades priorizadas que han recibido Cuidados Paliativos
Reducir el impacto emocional y sociofamiliar	% de pacientes en los que se ha evaluado su afrontamiento % de pacientes severos en los que se ha evaluado la existencia o no de depresión/ansiedad % de pacientes diagnosticados de depresión y/o ansiedad significativa
Mejorar la satisfacción de los pacientes con la atención recibida	
Objetivos Específicos	**Indicador**
Aumentar la satisfacción general con la atención recibida	Índice de satisfacción global de los pacientes con los servicios recibidos Índice de satisfacción global de los cuidadores con los servicios recibidos % de pacientes satisfechos con los tiempos de espera % de pacientes satisfechos con la información recibida sobre su proceso % de pacientes satisfechos con la continuidad y coordinación asistencial
Mejorar la accesibilidad y los tiempos de espera	% de las consultas a demanda en Atención Primaria que son atendidas en el día por nivel de severidad % de consultas no presenciales por nivel de severidad % de interconsultas AP-AE no presenciales por nivel de severidad % de pacientes severos telemonitorizados % de las interconsultas de pacientes severos que son atendidas en el día Espera media para primera consulta en Especializada
Mejorar la agilidad y continuidad de la atención	% de pacientes ingresados con planificación del alta desde el ingreso % de informes de alta con plan de cuidados de enfermería % de pacientes severos con pauta de seguimiento en horario de atención continuada % de pacientes de alta hospitalaria que reciben una visita a domicilio antes de las 48 horas % de ingresos directos (sin pasar por urgencias)

Promover la autonomía y la capacitación del paciente en el cuidado de su salud	
Objetivos Específicos	**Indicador**
Aumentar la capacitación e implicación de los pacientes en su autocuidado.	% de pacientes formados en autocuidados e identificación de signos de alarma según nivel de severidad Nº de sesiones de formación grupal realizadas % de pacientes severos en los que se ha evaluado su capacitación en autocuidados e su capacidad de identificar signos de alarma Número absoluto y % de pacientes con programa de autocuidado-autocontrol en domicilio. % de pacientes con autocontrol periódico de parámatros de control % de pacientes a los que se les ha prescrito una pauta de ejercicio personalizada adaptada a su situación clínica y capacidad funcional % de pacientes a los que se les ha prescrito una receta de cuidados de salud
Promover grupos de autoayuda	Nº de acciones de autoayuda organizadas en colaboración con las asociaciones de pacientes Nº de pacientes que manifiestan conocer la existencia de asociaciones de pacientes, páginas web, etc
Aumentar la capacitación y atención al cuidador	% de pacientes severos con discapacidad en los que se ha identificado al cuidador principal % de cuidadores formados % de personas cuidadoras a los que se les ha realizada la escala de sobrecarga % de personas cuidadoras que participan en grupos de autoayuda
Adherencia al tratamiento farmacológico	% de pacientes en los que se ha evaluado su cumplimiento terapéutico por niveles de severidad
Cumplimiento del plan terapéutico farmacológico y no farmacológico	Prevalencia de consumo de tabaco por niveles de severidad Promedio del Indice de Masa Corporal en pacientes por niveles de severidad Media semanal de tiempo de ejercicio por niveles de severidad
Contribuir a la sostenibilidad del Sistema Sanitario	
Objetivos Específicos	**Indicador**
Mejorar la capacidad resolutiva de AP	Razón de Consultas Enfermera/Médico de At. Primaria por nivel de severidad Razón de Consultas At. Primaria/Especializada por nivel de severidad % descompensaciones resueltas por Atención Primaria
Reducir los ingresos, reingresos y estancias hospitalarias	Tasa de ingresos hospitalarios ajustadas por edad y por por nivel de severidad Tasa de estancias hospitalarias ajustadas por edad y por nivel de severidad % descompensaciones que precisan Hospital de Día y/o Hospitaliz. a Domicilio % descompensaciones que precisan ingreso hospitalario Tasa de reingresos al mes, a los 3 meses y al año
Reducir la necesidad de atención de urgencia	Tasa de atenciones de urgencias extrahospitalarias ajustada por edad y por nivel de severidad Tasa de atenciones de urgencias hospitalarias ajustada por edad y por nivel de severidad
Adecuar las intervenciones a la severidad del proceso	% de pacientes con IC que tienen asignado un patron de atención (leve-moderado-grave)

ANEXOS

Anexo I.- Experiencias Nacionales e Internacionales

Anexo II.- Líneas y objetivos de la Estrategia Nacional

Anexo III.- Componentes de un plan operativo de atención

Anexo IV. Patrones de atención por nivel de severidad

Gobierno de Navarra

Departamento de Salud

Experiencias nacionales e internacionales

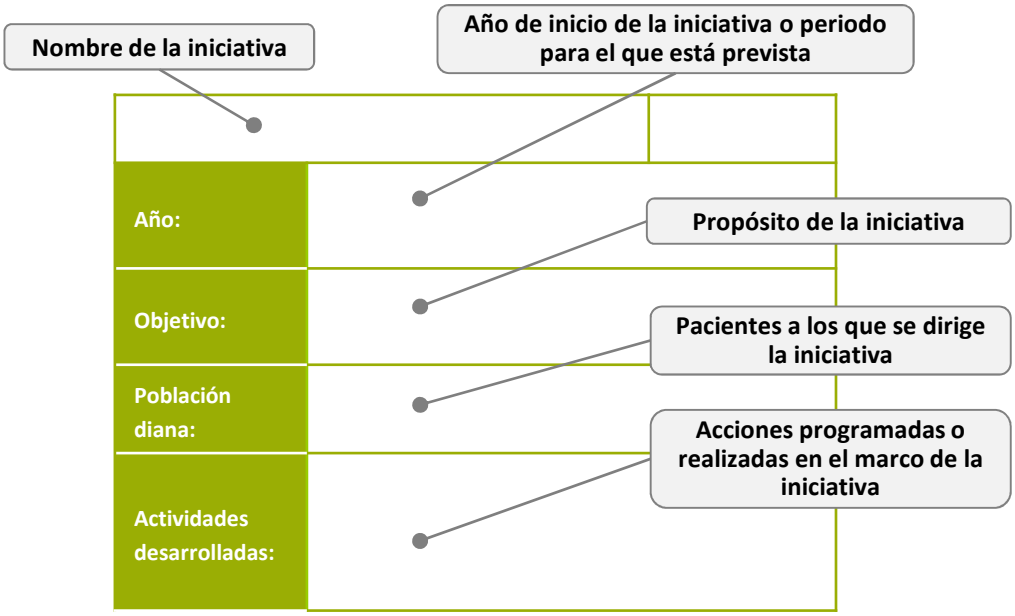
Las enfermedades crónicas se están convirtiendo en una de las principales causas de los problemas de sostenibilidad del sistema sanitario debido a su doble impacto:

- Pueden representar una importante limitación en la calidad de vida, productividad y estado funcional de las personas que las padecen.
- Pueden convertirse en un propulsor del incremento de los costes sanitarios y sociales.

Por este motivo, y en el ámbito de los modelos teóricos de gestión descritos anteriormente, regiones y países en todo el mundo han desarrollado modelos y enfoques centrados en los pacientes crónicos adecuados a las características de sus propios sistemas de salud, que permiten abordar la atención a dichos pacientes de la mejor forma posible.

Por ello, a continuación, se recogen las iniciativas realizadas a nivel nacional en Murcia, Aragón, Andalucía, Castilla y León, Euskadi y Comunidad Valenciana; y a nivel internacional en Alemania, Australia, Canadá, Francia, Inglaterra y Suecia.

Las fichas resumen que se proporcionan en las sucesivas páginas reproducen el siguiente esquema:



Estrategia para la Atención a la Cronicidad - Murcia	Servicio Murciano de Salud
Año:	2013 - 2015
Objetivo:	Impulsar la prevención y abordar la cronicidad desde equipos multidisciplinares, integrados por profesionales del ámbito sanitario y social, que garanticen la continuidad en los cuidados, para obtener un mayor y mejor seguimiento de los ciudadanos que presentan enfermedades crónicas.
Población diana:	Patologías: •Cáncer •Enfermedad cardio y cerebro vascular •Salud mental •Diabetes mellitus •Enfermedades respiratorias crónicas •Enfermedades infecciosas •Demencias •Enfermedades raras •Dolor crónico por enfermedades musculoesqueléticas
Actividades desarrolladas:	Los puntos clave de la estrategia : •Estratificación de la población en función de comorbilidad y complejidad. •Identificación precoz de las enfermedades que puedan derivar en una situación de cronicidad. •Continuidad de cuidados entre los ámbitos asistenciales: diseñar atenciones individualizadas a los pacientes y favorecer la continuidad asistencial entre Atención Primaria y Atención Especializada. •Desarrollo de intervenciones individualizadas en función de las necesidades, en el que se propongan el recurso más adecuado a la situación clínica, fase de la enfermedad y apoyo sociofamiliar existente. •Desarrollo de competencias profesionales avanzadas en enfermería. •Integración de la historia clínica electrónica. •Atención sociosanitaria integrada. •Promoción de estilos de vida saludables. •Promoción del autocuidado y educación del paciente.

***Fuente**: Consejería de Sanidad y Política Social de Murcia*

Programa de atención a enfermos crónicos dependientes - Aragón	GOBIERNO DE ARAGON Departamento de Salud y Consumo
Año:	2006 - 2009
Objetivo:	Instrumento orientado a la prevención de las situaciones de dependencia y a la coordinación de todos los recursos asistenciales implicados en el tratamiento de los enfermos crónicos.
Población diana:	Los pacientes crónicos que se consideran susceptibles de configurarse como población diana de este programa son aproximadamente 100.000. Presentan las patologías siguientes: •Procesos osteomusculares: reumatología, patología raquídea, enf. musculares •Procesos respiratorios: EPOC, insuficiencia pulmonar seguida a un trauma o cirugía •Procesos cardiovasculares: insuficiencia cardiaca crónica, enfermedades coronarias, enfermedades vasculares periféricas con disminución funcional, cirugía cardiaca •Patología traumática y secuelas. Procesos ortoprotésicos •Procesos sistema nervioso: Síndromes medulares, Síndromes polineuríticos, enfermedades degenerativas radiculares, encefalitis, enfermedades desmielinizantes, malformaciones congénitas, patología degenerativa, patología tóxica, carencial y metabólica, enfermedad cerebrovascular •Enfermedades genéticas: errores metabólicos, síndromes dismórficos, alteraciones cromosómicas •Enfermedades avanzadas del órgano: neoplasias en fases avanzadas, enfermedades hematológicas malignas avanzadas, enf. del sistema linfático malignas avanzadas, SIDA, cirrosis, insuficiencia hepática y otras hepatopatías, diabetes, insuficiencia renal, obesidad mórbida, otras
Actividades desarrolladas:	El programa incluye los siguientes aspectos clave: •Identificación de la fase de la enfermedad: aguda, convalecencia, condición crónica, terminal. •Valoración de la dependencia: Barthel, Test Pfeiffer, Miniexamen cognoscitivo de LOBO, Functional Independence Measure – FIM. •Identificación de tipos de cuidados: agudos, de recuperación, de mantenimiento, paliativos. •Definición de las puertas de entrada al programa: equipo de Atención Primaria, Unidad Valoración Sociosanitaria (UVSS), Unidades de rehabilitación. •Definición de proveedores de salud: AP (Equipos de AP y Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria), AE (Hospitales generales), Atención sociosanitaria (Hosp. Convalecencia y UVSS).

Fuente: Departamento de Salud y Consumo de Aragón

Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas	JUNTA DE ANDALUCIA
Año:	2012 - 2016
Objetivo:	Garantizar a los pacientes crónicos una atención sanitaria integral e integrada con una respuesta multidisciplinar a las necesidades de cada paciente en relación a la promoción y prevención de la salud, la atención en la fase de descompensación y la rehabilitación funcional, contribuyendo a su recuperación.
Población diana:	La población diana inicial se compone del total de la población andaluza con algún tipo de enfermedad crónica Entre las enfermedades analizadas se encuentran: alergias crónicas, artrosis o reumatismo, bronquitis crónica, diabetes, hipertensión, migrañas / jaquecas, dolor o molestias de espalda, cuello, hombro, espalda, cintura, mala circulación, trastornos cardíacos, depresión y/o ansiedad, otros problemas mentales y osteoporosis. Sin embargo, se señalan como patologías priorizadas para la estrategia las siguientes: •Enfermedades cardiovasculares: cardiopatía isquémica y enfermedad cerebrovascular •Diabetes Mellitus •Cáncer •Enfermedades respiratorias
Actividades desarrolladas:	El plan establece una serie de proyectos/iniciativas prioritarios, entre los que destacan: •Consolidación del modelo de Atención Compartida entre AP y AE. •Consideración del Equipo de AP como referente del paciente con enfermedades crónicas en el área geográfica de referencia, actuando además como coordinador de los contactos ante el resto de la organización sanitaria y los servicios sociales. •Desarrollo de nuevos roles en AP para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, seguimiento y cumplimiento terapéutico, así como la adaptación y el entrenamiento para el autocuidado. •Identificación y gestión de pacientes crónicos con manejo inefectivo y/o déficit de autocuidados. •Desarrollo de programas de atención a residencias para garantizar la calidad asistencial a personas crónicas institucionalizadas. •Creación de la plataforma colaborativa en red de conocimiento: Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas (OPIMEC).

***Fuente**: Consejería de Salud de Andalucía*

Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León	Junta de Castilla y León / Sacyl
Año:	2012 - 2016
Objetivo:	Mejorar los resultados en salud y en calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas a través de una atención integral de calidad, ajustada al nivel de necesidades de cuidados y en coordinación con los servicios sociales, en un entorno de sostenibilidad.
Población diana:	La población de Castilla y León asciende a aproximadamente 2.600.000 habitantes. La población diana son los pacientes crónicos complejos o pluripatológicos, es decir, aquellos con "dos o más enfermedades crónicas que conllevan la aparición de reagudizaciones y patologías interrelacionadas que condicionan una especial fragilidad clínica y una disminución gradual de su autonomía y capacidad funcional, generando una frecuente demanda de atención a diferentes ámbitos asistenciales (Atención Primaria, Atención Especializada, servicios sociales)". La categorización de los pacientes en cuatro (4) niveles se realiza utilizando un sistema de análisis de la morbilidad mediante agrupadores CRG (Clinical Risk Groups), tomando como base la severidad que pondera la gravedad de la patología, la comorbilidad, el uso de los servicios sanitarios y la complejidad que pondera el consumo de recursos.  Las patologías se han priorizado en función de su mayor prevalencia e impacto en los ciudadanos y sistema sanitario: •Enfermedades del área cardiológica: insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica y arritmias •Ictus •Enfermedades neurodegenerativas y demencia •Diabetes •Enfermedades respiratorias: EPOC y asma •Enfermedades del área digestiva: enfermedades inflamatorias crónicas y hepatopatías crónicas •Enfermedades osteomusculares: artrosis, osteoporosis y artritis •Enfermedades mentales: trastornos psicóticos, depresión mayor crónica •Enfermedad renal crónica El cáncer y el VIH no se incluyen entre las patologías anteriores dado que existen estrategias específicas para su abordaje en la Comunidad Autónoma.

Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León (cont.)	Junta de Castilla y León / Sacyl
Actividades desarrolladas (cont.):	Elaboración de estrategias y guías: •Oncoguías: mama, cuidados paliativos, próstata, melanoma y colorrectal. •Guía de actuación sobre la Diabetes. •Estrategia Regional de Salud Cardiovascular. •Estrategia Regional de Salud Mental y Asistencia Psiquiátrica. •Plan de Atención Sanitaria Geriátrica. •Planes Sociosanitarios de Castilla y León. Desarrollo de actividades informativas o de gestión de la información: •Desarrollo de sistemas de información que apoyen la toma de decisiones, la gestión de procesos y la mejora de la práctica clínica. •Establecimiento de alianzas y creación de redes: entre profesionales de distintos niveles y sectores, centros, asociaciones comunitarias, etc. •Extensión de la historia clínica electrónica única a todos los niveles asistenciales. •Acceso a consejo clínico e información sobre la enfermedad del paciente sin desplazamientos, desde el domicilio, evitando saturaciones de la red asistencial. Desarrollo de iniciativas de gestión de los pacientes: •Creación de la figura de médico interconsultor como asesor y coordinador (en general especialistas en Medicina Interna o en Geriatría) y de la enfermera coordinadora hospitalaria. •Desarrollo de las Unidades de Continuidad Asistencial para facilitar el acceso y la gestión ágil de los pacientes entre AP y AE. Resultados esperados: •Disminución de la morbilidad: reagudizaciones o aparición de nuevas patologías. •Mejora de la calidad de vida y mayor satisfacción de los pacientes y familiares. •Disminución de la mortalidad evitable por enfermedades crónicas.

***Fuente**: Consejería de Sanidad de Castilla y León*

Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi	EUSKO JAURLARITZA GOBIERNO VASCO Osakidetza
Año:	2010
Objetivo:	Establecer una nueva forma de organizar la prestación de la atención con impacto en todas las dimensiones del sistema (resultados de salud, satisfacción, calidad de vida de pacientes y cuidadores, y sostenibilidad) y mejorar la salud y el bienestar de los colectivos afectados por enfermedades crónicas, así como reducir la incidencia y el impacto de las mismas.
Población diana:	El enfoque de la estrategia no se centra en patologías específicas, sino que abarca la cronicidad a nivel global: pacientes con patologías y necesidades heterogéneas y de diversos niveles. La población diana es toda la población no pediátrica atendida por Osakidetza. La estratificación de dicha población se realiza en función de su riesgo clínico y sus necesidades de salud y sociosanitarias.
Actividades desarrolladas:	Se han lanzado una serie de proyectos estratégicos, enmarcados en varios ejes, para avanzar hacia el nuevo modelo de crónicos para pacientes, profesionales y ciudadanos en general: •Enfoque poblacional: o Estratificación de la población. •Prevención y promoción: o Promoción de la salud y de la prevención de enfermedades: intervenciones sobre los principales factores de riesgo. Un ejemplo de intervención en este ámbito es el proyecto “Prescribe Vida Saludable” cuyo objetivo es optimizar la promoción de la actividad física, la dieta equilibrada y el abandono del tabaco en el contexto de la Atención Primaria. •Autonomía del paciente: o Potenciación del papel activo del ciudadano, de su responsabilización y de la autonomía del paciente: autocuidado y educación al paciente (Paciente Activo - Paziente Bizia). o Creación de una red de pacientes activados y conectados a través de la adopción de nuevas tecnologías Web 2.0. •Continuidad en la atención: o Desarrollo de historia clínica unificada: Osabide Global.

Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi (cont.)	EUSKO JAURLARITZA GOBIERNO VASCO Osakidetza
Actividades desarrolladas (cont.):	• Continuidad en la atención (cont.): o Desarrollo de una atención integrada (entre niveles sanitarios, alineadas con el plano social y laboral), continua en el desarrollo de la enfermedad (de prevención a final de la vida, pasando por la rehabilitación) y adaptada a las necesidades del paciente. o Desarrollo de hospitales de subagudos. o Definición e implementación de competencias avanzadas de enfermería enfocadas hacia la atención a la cronicidad. o Desarrollo de la colaboración sociosanitaria. o Renovación de la contratación de servicios sanitarios en el que se incluyen compromisos, acciones y estándares en procesos de patologías crónicas que involucren a las organizaciones de primaria y de especializada, incorporando compromisos de asistencia domiciliaria de ambos niveles y también en las áreas de seguridad del paciente, cuidados paliativos e integración socio-sanitaria. • Intervenciones adaptadas: o Desarrollo del centro de servicios remotos multicanal OSAREAN. o Implantación de la receta electrónica. o Creación de un Centro de Investigación de Cronicidad. • Y, como proyecto transversal: o Innovación desde los profesionales clínicos: animar la experimentación local, proporcionando recursos y facilidades para que los equipos locales inicien pruebas piloto de gestión de sistemas (por ejemplo, activando procesos internos de financiación de la investigación). Además, se ha creado ya un equipo de apoyo metodológico y de integración de los proyectos de Investigación-Acción, que dará apoyo a los diferentes equipos de profesionales clínicos para que sus resultados puedan ser evaluados, compartidos, y sistematizados.

***Fuente**: Departamento de Salud del Gobierno Vasco*

Gobierno de Navarra
Departamento de Salud

Plan de atención a pacientes con enfermedades crónicas de la Comunidad Valenciana	GENERALITAT VALENCIANA
Año:	2012
Objetivo:	Proporcionar una atención integral de calidad, eficiente y eficaz, con el fin de reducir las consecuencias de la enfermedad y la dependencia en los pacientes con problemas de salud crónicos, mediante la prestación de servicios adecuados en cada momento, consiguiendo mejores resultados de salud, mayor satisfacción ante la atención socio-asistencial y mejor calidad de vida.
Población diana:	La segmentación se ha realizado sobre toda la población en función del nivel de riesgo relacionado con la cronicidad, utilizando el modelo CARS desarrollado por la Universidad Politécnica de Valencia, en base al diagnóstico, ingresos hospitalarios, visitas a urgencias y consumo de farmacia. Esta segmentación se ha hecho de forma más exhaustiva en los pacientes del proyecto ValCrònic. Las patologías analizadas en el proyecto ValCrònic son: • Insuficiencia cardiaca • EPOC • Diabetes Mellitus tipo II • Hipertensión arterial
Actividades desarrolladas:	Para avanzar en la transformación necesaria se plantea el desarrollo de las siguientes acciones: • Diseño de planes específicos para cada enfermedad crónica, sus posibles asociaciones y el nivel de riesgo identificado: o Plan integral de atención sanitaria a las personas mayores y a los enfermos crónicos (2007-2011) o Plan de atención al Ictus (2011-2015) o Plan integral de cuidados paliativos (2010-2013) o Plan de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares o Plan de Salud en EPOC (2010-2014) o Plan de Diabetes (2006 – 2010). • Constitución de la Oficina para la Innovación en la Gestión de los Pacientes con Enfermedades Crónicas (2011): coordinación de servicios, unidades y programas de cronicidad e integración de los niveles de atención. • Segmentación de niveles de riesgo. • Despliegue de iniciativas relacionadas con los sistemas de información: o Historia de Salud Electrónica. o Receta electrónica.

Plan de atención a pacientes con enfermedades crónicas de la Comunidad Valenciana (cont.)	GENERALITAT VALENCIANA
Actividades desarrolladas (cont.):	• Despliegue de iniciativas relacionadas con los sistemas de información (cont.): o Historia Clínica del Ciudadano (acceso online de los ciudadanos a sus datos de salud). o Incorporación en los sistemas de información de un plan de cuidados centrado en las patologías crónicas. o Desarrollo de observatorios terapéuticos. • Desarrollo del proyecto ValCrònic: implantación de tecnología para la monitorización a distancia y el telecuidado. • Integración y continuidad asistencial (interconsultas no presenciales, telemedicina, grupos de trabajo multidisciplinares entre Primaria y Especializada y elaboración de guías clínicas y rutas asistenciales de cada uno de los procesos crónicos). • Desarrollo del rol de gestión de casos entre las enfermeras de gestión hospitalaria y la enfermería de enlace. • Formación específica para los profesionales que prestan atención a los pacientes con enfermedades crónicas mediante la Escuela Valenciana de Estudios de la Salud (EVES). • Difusión de las experiencias: Jornada anual de innovación para la gestión del paciente con enfermedades crónicas. • Desarrollo de un modelo de atención centrado en el paciente. • Capacitación de pacientes y cuidadores. • Desarrollo del entorno social del paciente: creación de puntos de encuentro, espacio web, desarrollo de asociaciones de pacientes. • Dedicación de recursos sanitarios: o Centros de AP. o Hospitales de agudos. o Unidades médicas de corta estancia (UMCE): valorar y atender de forma integral a los pacientes ancianos frágiles, crónicos de larga evolución y pacientes con enfermedad terminal. o Unidades de hospitalización a domicilio (UHD). o Hospitales de asistencia a crónicos y larga estancia (HACLE): identifican los problemas y planifican los cuidados individualizados a pacientes mayores en un estado de dependencia avanzado. o Urgencias. o Emergencias extrahospitalarias.

***Fuente**: Consejería de Sanidad de la Comunidad Valenciana*

***"Disease Management Programmes (DMP)"* – Alemania**	Gemeinsamer Bundesausschuss
Año:	2002
Objetivo:	Optimizar la atención a pacientes crónicos, la cooperación entre niveles de atención médica y los costes de la misma mediante: la estructuración del tratamiento, la entrega de información al paciente y el aseguramiento de la activa participación de éste en el programa.
Población diana:	Las patologías susceptibles de dar lugar al desarrollo de DMP son: • Cáncer de mama • Diabetes Tipo 1 y 2 • Cardiopatía isquémica • Asma • EPOC
Actividades desarrolladas:	• Los DMP son programas (regionales) que definen, para cada patología crónica: procesos médicos, la coordinación entre los diversos niveles de asistencia médica, las opciones de tratamiento, la educación al paciente, documentación a utilizar, cursos de formación, etc. • Se organizan programas educativos dirigidos a los pacientes para que aprendan a gestionar su enfermedad. • Tanto los médicos de familia como los hospitales que quieran participar en los DMP deben cumplir una serie de requisitos que deben acreditar (ej. haber participado en cursos específicos de la patología a tratar, en el caso de los primeros, y disponer de las infraestructuras necesarias, en el de los segundos). Resultados: • La cantidad de documentación que se genera al participar en los DMP está sobrecargando a los profesionales médicos. • La asistencia sigue estando centrada en el médico de familia y no se involucra directamente a otros profesionales (personal de enfermería y no sanitarios). • No se han realizado estudios que comparen la atención proporcionada a través de los DMP con la atención ordinaria.

***"Chronic Disease Management"* – Australia**	Australian Government Department of Health and Ageing
Año:	2005
Objetivo:	Estructurar la atención médica que se presta a enfermos crónicos.
Población diana:	Incluye, aunque no se limita, a las siguientes patologías: • Asma • Cáncer • Enfermedades cardiovasculares • Enfermedades cerebrovasculares • Diabetes • Enfermedades musculoesqueléticas
Actividades desarrolladas:	Existen dos tipos de planes: • "General Practitioner Management Plan" (GPMP): plan de acción establecido por el médico de familia y el paciente que identifica las necesidades de atención sanitaria de éste, los servicios que debe proporcionar el médico de familia y las acciones a realizar por el propio paciente para gestionar la enfermedad. • "Team Care Arrangement" (TCA): se elabora un TCA como complemento al GPMP si el enfermo crónico representa un caso complejo (situación de fragilidad y/o dependencia, dos o más ingresos hospitalarios en los últimos 6 meses, etc.) y necesita ser atendido al menos por otros dos profesionales (nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, etc.). Así, el médico de familia conforma un equipo de trabajo con los otros profesionales involucrados y desarrolla un plan para el paciente en base a las necesidades de su caso particular (tratamiento, revisiones, etc.). • En ambos casos el personal de enfermería puede colaborar en la definición de los planes, además de ofrecer apoyo y realizar el seguimiento del paciente entre visitas.

Gestión de las enfermedades crónicas – Canadá	Health Canada / Santé Canada
Año:	2002
Objetivo:	Impulsar la prevención de enfermedades crónicas y garantizar un mejor tratamiento y seguimiento de las mismas.
Población diana:	En general, las patologías abordadas son: • Cáncer • Enfermedades cardiovasculares • Enfermedades respiratorias crónicas • Diabetes
Actividades desarrolladas:	En Canadá se han desarrollado diferentes programas, estrategias e iniciativas tanto a nivel nacional como regional. A continuación, se señala alguna de ellas: • Estrategias nacionales para cada una de las cuatro patologías mencionadas en el apartado anterior, centradas en: prevención, identificación precoz de la enfermedad, monitorización y seguimiento. • Página web destinada a pacientes y profesionales médicos para acceder a información y herramientas de ayuda a la gestión de enfermedades crónicas (en British Columbia). • Desarrollo de la Historia Clínica Electrónica que permite conectar farmacias, hospitales, unidades de hospitalización a domicilio, Atención Primaria, emergencias, etc., de la provincia de Alberta y acceder al historial del paciente. • "Family Medicine Groups" (Quebec), equipos de médicos de familia y personal de enfermería encargados de la gestión de casos de pacientes crónicos (evaluación, cuidado, seguimiento, además de diagnóstico y tratamiento) 24 horas al día, 7 días a la semana. • "Family Health Teams" (en Ontario), equipos de médicos de familia, personal de enfermería y otros profesionales (trabajadores sociales, nutricionistas, etc.) cuyos objetivos incluyen: promoción de la salud y prevención de la enfermedad, gestión de la enfermedad crónica y apoyo en el autocuidado.

***"Long-term Disease Procedure and Health Network Approach"*– Francia**	
Año:	2002
Objetivo:	Facilitar el acceso de las personas con enfermedades crónicas a los servicios y tratamientos que requieren, así como reunir a los profesionales involucrados en la gestión de una patología en concreto para prestar un mejor servicio.
Población diana:	Personas con enfermedades crónicas.
Actividades desarrolladas:	En Francia existen dos enfoques para gestionar las enfermedades crónicas: • *"Long-term Disease Procedure (ALD)"*: el tratamiento y servicios requeridos por los pacientes incluidos en este programa, elegidos por los médicos de familia, es totalmente cubierto por el sistema público. El ALD comprende 30 enfermedades crónicas (diabetes, EPOC, demencia, esclerosis múltiple, etc.), si bien no se tienen en cuenta todos los estados de la enfermedad (por ejemplo, una persona que sufre de EPOC debe estar en una fase avanzada de la enfermedad para entrar en el programa). Así, el médico de familia establece un protocolo de atención al paciente, en función de su patología (profesionales sanitarios involucrados, tratamiento, seguimiento,…). • *"Health Network Approach"*: se trata de redes de profesionales (médicos de familia, personal de enfermería, nutricionistas, farmacéuticos, etc.) en torno a una patología en concreto. Los pacientes, que pueden acceder a estas redes directamente o a través de su médico de familia, se benefician gratuitamente de los servicios que ofrece la red (por ejemplo, en el caso de una red de diabetes: sesiones educativas, consejos sobre nutrición, programas de ejercicio físico, etc.) y se establece un plan individualizado para cada uno de ellos. En caso de ser necesario, las redes (de diferentes patologías) pueden coordinarse entre ellas. Resultados: • *El ALD está más orientado al aspecto financiero de la enfermedad mientras que las "health networks" se centran en la gestión de la enfermedad.* • *Las "health networks" otorgan mayor autonomía al paciente y le ayudan a autogestionar su enfermedad.* • *El tipo, alcance y distribución de las "health networks" es diferentes en las diversas regiones. De hecho, puede que una red de una patología en concreto no exista en una región.*

***"NHS and Social Care Long-Term Conditions Model"* – Inglaterra**	NHS
Año:	-
Objetivo:	Identificar a las personas que sufren de una patología crónica de manera que se les pueda ofrecer una atención adecuada a sus necesidades.
Población diana:	En principio, todas aquellas personas con enfermedades crónicas, si bien se han definido estrategias a nivel nacional específicas para: • Cáncer • Cardiopatía isquémica • EPOC • Diabetes • Insuficiencia renal • Trastornos neurológicos • Enfermedades cerebrovasculares

Actividades desarrolladas:	El modelo se basa en:
	• Estratificación de la población.
	• Gestión de casos por parte de personal de enfermería (segmentación de los pacientes, identificación de aquellos con mayor riesgo, coordinación de los diferentes niveles de atención médica, apoyo en el autocuidado, definición de planes de cuidados individuales y seguimiento de los casos).
	• Equipos multidisciplinares que permitan la actuación conjunta de los servicios sanitarios (Atención Primaria y Especializada) y sociales.
	• Programas dirigidos a los pacientes sobre autocuidado.
	• A nivel regional, además, se han llevado a cabo diversas iniciativas como:
	  • Seguimiento telefónico a través de personal de enfermería.
	  • Acceso directo a diagnósticos por parte de los médicos de familia.

***"Nurse-led clinics"* – Suecia**	
Año:	-
Objetivo:	Ofrecer una atención más orientada al paciente crónico o mayor de 65 años y, al mismo tiempo, mejorar la relación coste-efectividad cuando se trata a dichos colectivos.
Población diana:	Las *"nurse-led clinics"* de los centros de Atención Primaria se centran en las siguientes patologías: •Diabetes •Hipertensión •Asma y alergias •EPOC •Trastornos neurológicos •Insuficiencia cardiaca Por su parte, las *"nurse-led clinics"* presentes en los hospitales incluyen, además, el caso de insuficiencia renal. Asimismo, pueden establecer *"nurse-led clinics"* para otras patologías en función de las necesidades de la población de la zona.
Actividades desarrolladas:	• El personal de enfermería de las *"nurse-led clinics"* gestiona los casos de enfermos crónicos (seguimiento, apoyo en el autocuidado, educación al paciente, etc.), coordinándose además con otros profesionales (médicos de familia, nutricionistas, fisioterapeutas, etc.). • Además, se han definido las denominadas *"chain of care"*, consistentes en guías y protocolos para coordinar la actuación de Atención Primaria, atención hospitalaria y asistencia social, para pacientes crónicos (diseñándose una *"chain of care"* por patología crónica). Resultados: • Se reduce el coste en la atención a personas con enfermedades crónicas al ser asignados a un enfermero/a, que establecerá la necesidad del paciente de ser atendido por un médico, en vez de ser asistido por un médico en un primer momento.

Línea Estratégica 4 Reorientación de la atención sanitaria

11 Identificar en cada paciente su nivel de necesidad y facilitar la provisión de intervenciones específicas adecuadas a cada necesidad.

12 Garantizar intervenciones sanitarias efectivas, seguras, eficientes, sostenibles y proporcionadas, basadas en la mejor evidencia científica disponible.

13 Optimizar la terapia farmacológica en los pacientes con tratamientos crónicos, con especial atención a los pacientes polimedicados.

Línea Estratégica 5.- Equidad en salud e igualdad de trato

14 Disminuir las desigualdades en salud desde un enfoque de determinantes sociales de los problemas de salud crónicos, con especial énfasis en las des-igualdades de género.

15 Mejorar el acceso (disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad) a los sistemas sanitarios y sociales y optimizar los procesos de atención a fin de que se consigan resultados equitativos en los diferentes grupos sociales.

16 Eliminar cualquier tipo de discriminación o trato desigual a personas por el hecho de presentar cualquier enfermedad o problema de salud, trastorno en el desarrollo, discapacidad o dependencia.

Línea Estratégica 6.- Investigación e innovación

17 Promover la investigación integral en salud que permita profundizar en el conocimiento de los mecanismos que influyen en la génesis de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico, con el objetivo de establecer las estrategias de intervención más efectivas para su abordaje.

18 Promover la innovación tecnológica, su evaluación y su utilización práctica, racional y basada en la evidencia, para soporte de los procesos de abordaje de la cronicidad desde las necesidades de los ciudadanos, los profesionales y las organizaciones sanitarias.

19 Promover la innovación en servicios y modelos organizativos que facilite los cambios en el modelo de prestación de servicios en salud y sociales relacionados con la cronicidad.

20 Promover la innovación en el proceso de evaluación, planificación y provisión de servicios con el fin de garantizar la equidad, eficiencia y sostenibilidad de la atención a los pacientes con condiciones de salud crónicas.

Anexo III

Detalle de componentes del plan operativo de atención a un perfil de paciente priorizado

Gobierno de Navarra
Departamento de Salud

Análisis de situación inicial del perfil
- Distribución por edad y sexo ☐
- Comorbilidad ☐
- Indicadores de calidad y resultados disponibles ☐
- Indicadores capacidad funcional y calidad de vida ☐
- Estimación de severidad ☐
- Estimación de uso de recursos ☐
- Estimación de gasto y coste ☐
- Prevalencia por Zonas de Salud ☐

Objetivos específicos de resultados ☐

Modelo de Atención
- Criterios de inclusión en el programa ☐
- Identificación ☐
- ***Diagnóstico integral***
- Criterios de diagnóstico clínico ☐
- Criterios de Severidad ☐
- Estados clínicos ☐
- Diagnóstico de necesidades de cuidados sanitarios ☐
- Diagnóstico de necesidades de cuidados sociales ☐
- Criterios de codificación y normalización ☐
- ***Tratamiento integral***
- Pauta terapéutica ☐
- Cuidados sanitarios ☐
- Cuidados sociales ☐
- ***Seguimiento clínico*** ☐
- Responsabilidades ☐
- Supervisión ☐
- Signos de alarma ☐
- Parámetros de control ☐
- Recordatorios ☐
- Alertas ☐
- Criterios de derivación ☐
- Pautas en caso de descompensación ☐
- Modelo de curso clínico compartido ☐

Modelo de autocuidados
- Materiales de formación ☐
- Materiales de información ☐
- Prescripción de ejercicio, dieta, etc. ☐
- Sistemas de ayuda y autocontrol ☐
- Autoevaluación de percepción de salud y CV ☐

Modelo organizativo
- Perfiles y responsabilidades profesionales ☐
- Nuevas garantías ☐
- Modalidades de consulta ☐
- Modalidades de interconsulta ☐
- Circuitos de atención ☐
- Pauta de hospitalización ☐
- Pauta de alta ☐
- Modelo de atención sociosanitaria ☐

Tecnologías y sistemas de información
- Tapiz administrativo. Pauta en severos ☐
- Tapiz específico del perfil ☐
- Patron de atención según severidad y estado ☐
- Patrón farmacológico ☐
- Modelo específico de Panel de Control ☐
- Proceso en el portal de salud ☐
- Tecnologías de apoyo a la IC ☐
- Telemonitorización ☐
- Otros sistemas expertos e instrumentos de ayuda ☐

Formación e investigación
- Formación y gestión del conocimiento ☐
- Retos de investigación ☐

Gestión del cambio
- Liderazgo clínico y grupo de trabajo ☐
- Estrategia de despliegue ☐
- Cronograma ☐
- Recursos e inversión necesaria ☐

Evaluación y mejora continua
- Cuadro de Mandos Clínico con indicadores clave ☐
- Indicadores de calidad y resultados ☐
  - Resultados en Salud ☐
  - Calidad Técnica ☐
  - Capacidad funcional y calidad de vida ☐
  - Capacitación del paciente ☐
  - Hábitos, autocuidados ☐
  - Cumplimiento terapéutico ☐
  - Satisfacción del paciente ☐
  - Eficiencia y coste ☐

Anexo IV

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 clinicos	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

Anexo IV

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
AUTOCUIDADO - 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

Anexo IV

Patrones de Atención según nivel de Severidad

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

SEGUIMIENTO Y CONTROL	Leves	Moderados	Severos
Monitorización continua y proactiva. Gestión del Caso	-	- Si precisa en Δ	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 Medico de Familia	Pactada con el paciente	Invididualizada según plan personal y explicitada en la Hª clínica.	Invididualizada según plan personal y explicitada en la Hª clínica.
Periodicidad de reclasificación y reevaluación de capacidad funcional y de objetivos: clinicos, de cuidados y sociales.	Pactada con el paciente	Invididualizada según plan personal y explicitada en la Hª clínica.	Invididualizada 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

Anexo IV

Patrones de Atención según nivel de Severidad

Δ = 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 Efermera 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 Especial 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