



**Gobierno
de Navarra**

Departamento de Salud

Estrategia Navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos

PRESENTACIÓN COLEGIOS Y ASOCIACIONES

Pamplona, 3 de mayo de 2013

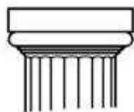


Contexto y Diagnóstico de Situación

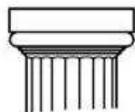


Nuevo Modelo de Atención

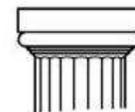
Líneas Estratégicas del Departamento de Salud



Ordenación de Recursos



Tecnologías y Sist. Información



Desarrollo Profesional



Investigación e Innovación

Modelo Conceptual

Modelos de referencia



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

Modelo Conceptual

Referencias Nacionales e internacionales



Programa de atención a enfermos crónicos dependientes - Aragón



"Nurse-led clinics" – Suecia



Plan de atención a crónicos de la Comunidad Valenciana



"NHS and Social Care Long-Term Conditions Model" – Inglaterra



Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi



"Long-term Disease Procedure and Health Network Approach" – Francia



Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León



Gestión de las enfermedades crónicas – Canadá



Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas



"Chronic Disease Management" – Australia



Estrategia para la Atención a la Cronicidad - Murcia



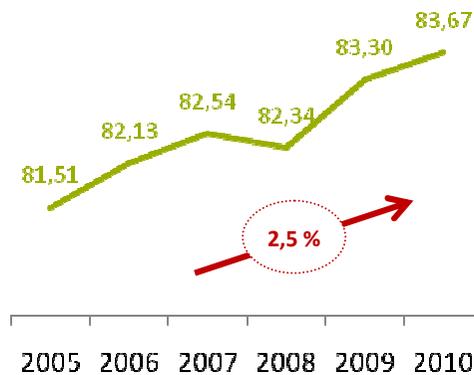
"Disease Management Program (DMP)" – Alemania

Situación actual

Proyección Población Navarra (2012-2021)



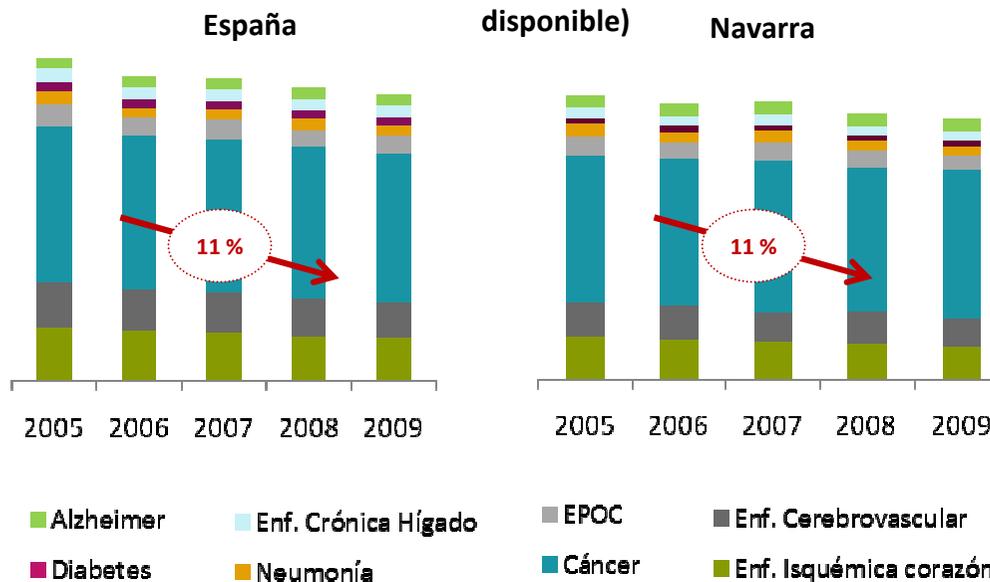
Evolución Esperanza de Vida (2005-2010)



Evolución Tasa de Mortalidad (2005-2010)



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



DAFO

		FACTORES A MEJORAR		FACTORES A POTENCIAR	
		DEBILIDADES		FORTALEZAS	
ANÁLISIS INTERNO	FACTORES A MEJORAR		FACTORES A POTENCIAR		
	DEBILIDADES		FORTALEZAS		
	<ul style="list-style-type: none"> ↓ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ↑ Organización de AP plenamente desarrollada ↑ Iniciativas de colaboración entre niveles ↑ Cambio cultural de AE hacia una mayor colaboración con AP 	<ul style="list-style-type: none"> ↑ 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 HCl ↑ Disponibilidad de Sistemas propios ↑ Acceso y visualización de la Historia Clínica interniveles 		
				OPORTUNIDADES	
ANÁLISIS EXTERNO	AMENAZAS		OPORTUNIDADES		
	<ul style="list-style-type: none"> ↓ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ↗ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ↗ Cambio de paradigma e 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 BI/ Cuadro de Mandos que faciliten la toma de decisiones 		

Índice

- 1. Objetivos y alcance**
 2. Modelo de segmentación
 3. Modelo de atención
 4. Modelo de Gobierno
 5. Modelo de gestión del conocimiento
 6. Modelo tecnológico
 7. Plan de acción
- 

Objetivos y alcance

Objetivos

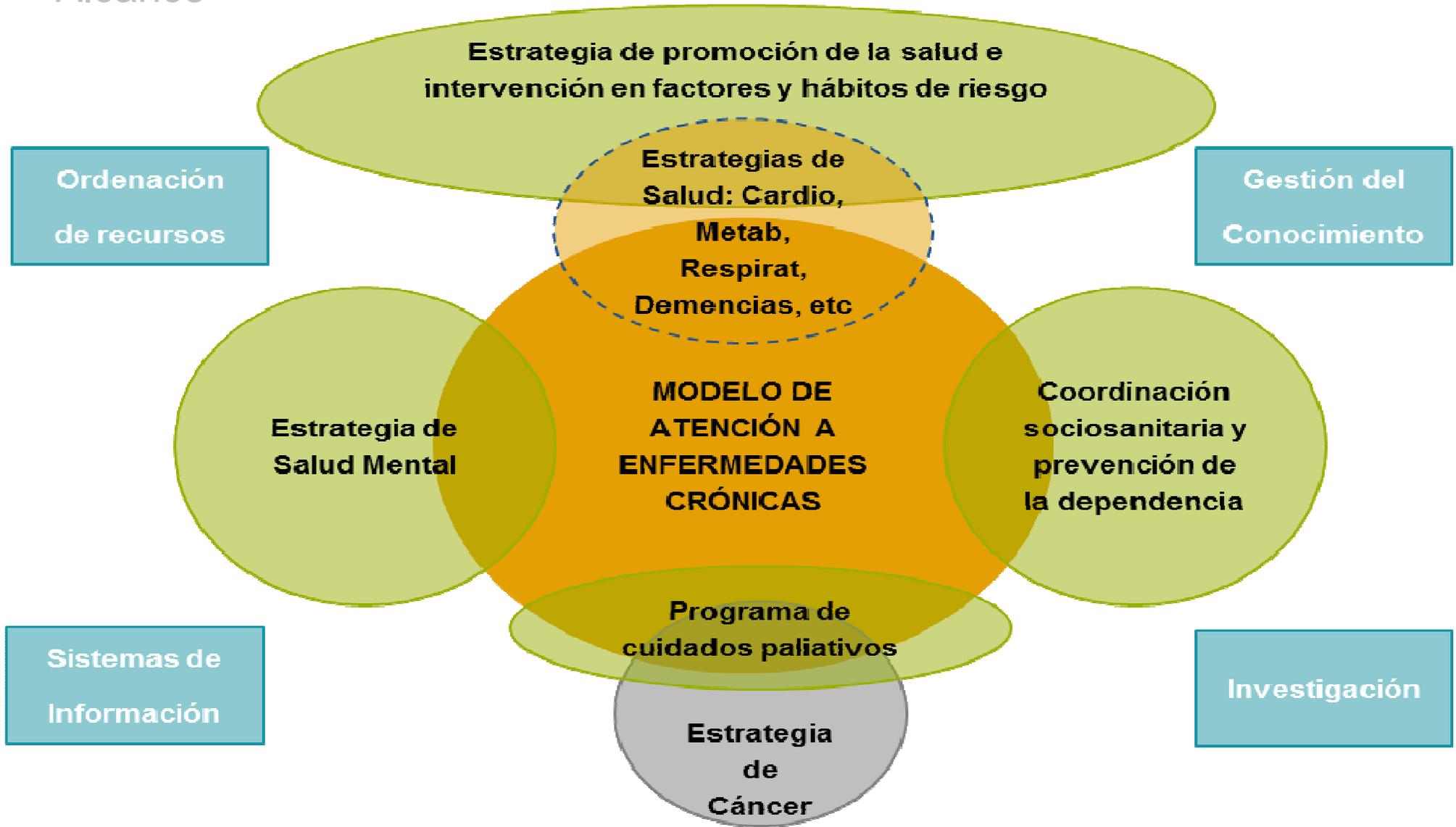
Objetivos generales

1. Mejorar los resultados en salud y la calidad de vida de los pacientes crónicos
2. Promover la autonomía y la capacitación del paciente crónico en el cuidado de su salud
3. Mejorar la satisfacción de los pacientes crónicos con la atención recibida
4. Contribuir a la sostenibilidad del sistema asistencial
5. Promover en los profesionales una cultura de mejora continua de los procesos orientados al paciente

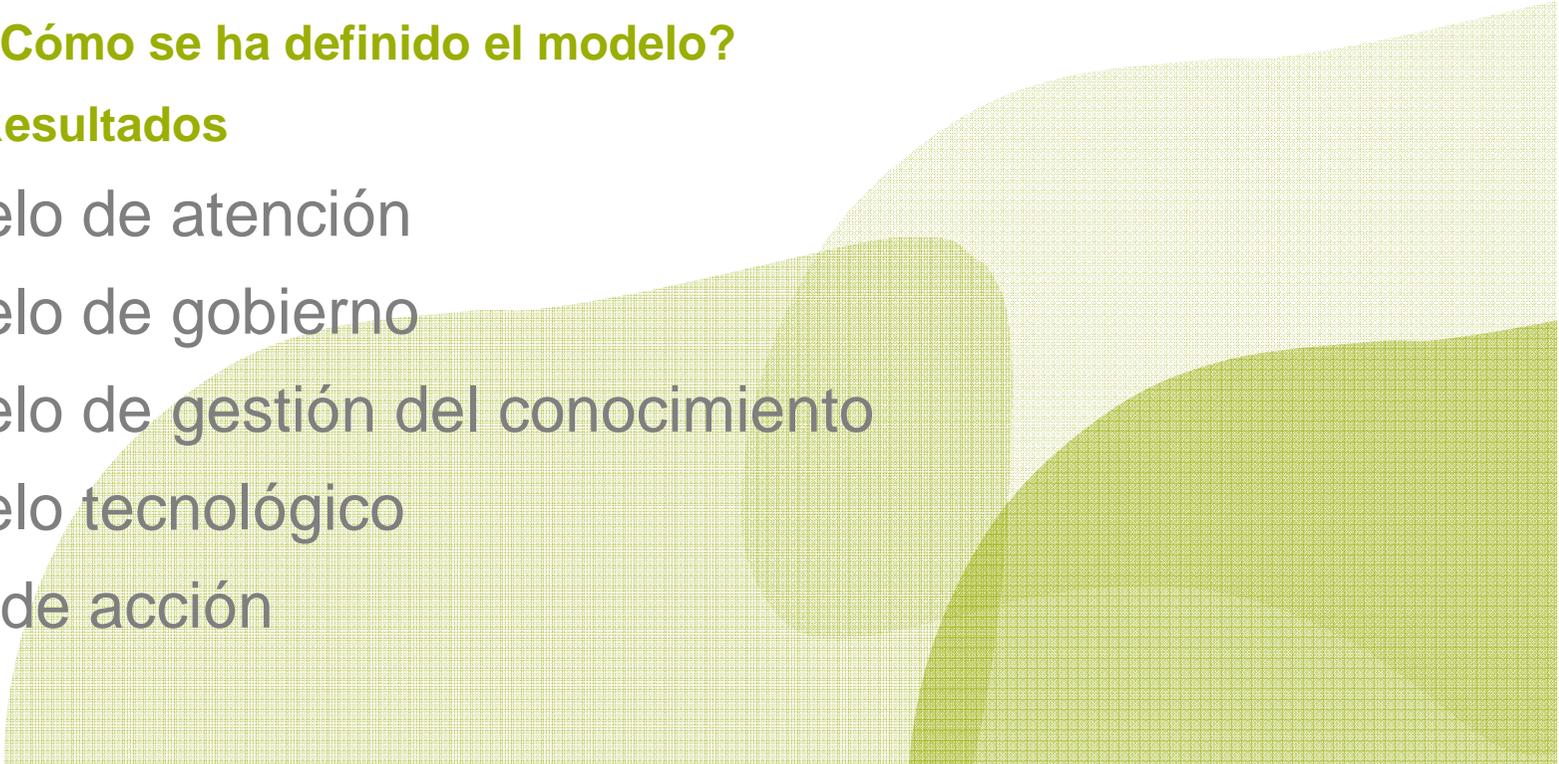
Proyecto Profesional

Objetivos y alcance

Alcance

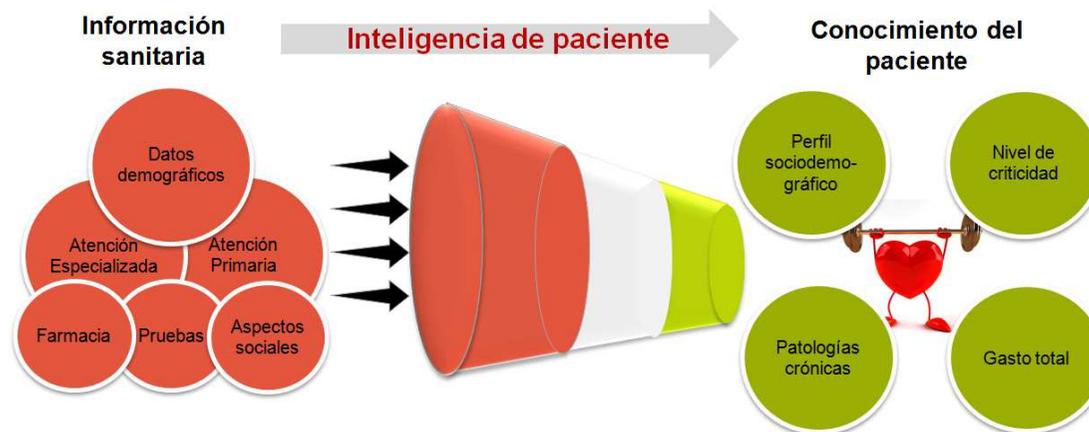


Índice

1. Objetivos y alcance
 - 2. Modelo de segmentación**
 - 2.1. Concepto y usos**
 - 2.2 ¿Cómo se ha definido el modelo?**
 - 2.3 Resultados**
 3. Modelo de atención
 4. Modelo de gobierno
 5. Modelo de gestión del conocimiento
 6. Modelo tecnológico
 7. Plan de acción
- 

Modelo de segmentación

Lograr el mayor impacto de las intervenciones sanitarias



USOS

A corto plazo:

- Caracterizar grupos de crónicos homogéneos para el desarrollo de programas específicos y focalizados
- Ayudar a los sanitarios a identificar a los pacientes con mayor carga de enfermedad.

A medio plazo

- Predicción de eventos (ingresos, reingresos, institucionalización, etc.)

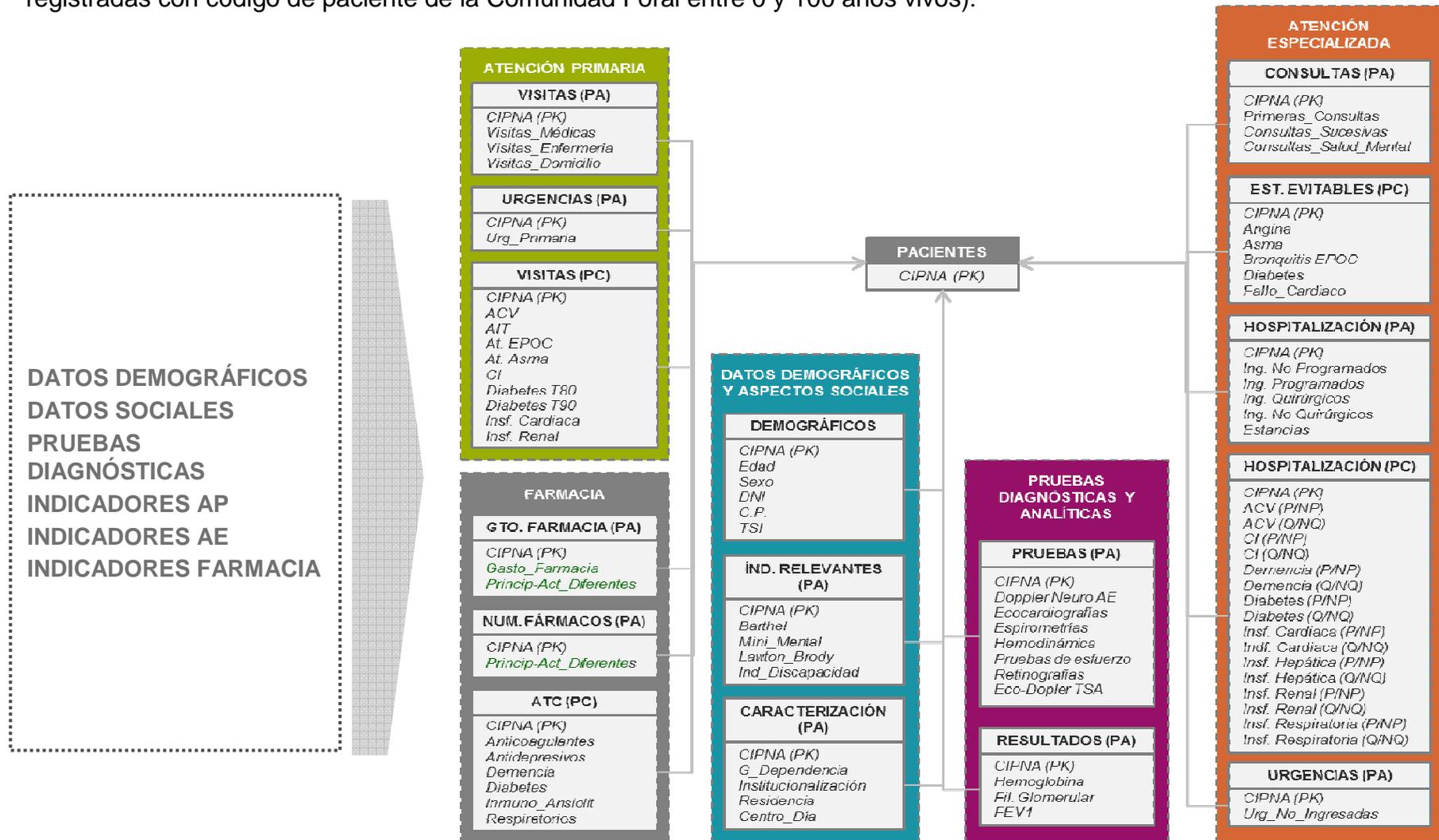
Alargo plazo

- Mejorar la asignación de recursos sg carga de enfermedad

Modelo de segmentación

¿Cómo se ha definido el modelo?

Se han analizado **76 variables**, vinculadas todas ellas a través del CIPNA, de los más de 600.000 pacientes: personas registradas con código de paciente de la Comunidad Foral entre 0 y 100 años vivos):



Modelo de segmentación

¿Cómo se ha definido la segmentación?: ejes y variables

Ejes

Patologías inicialmente seleccionadas :

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



Variables

Variables consideradas

- Sexo y edad
- Necesidad de Asistencia:
 - Visitas Atención Primaria
 - Médicas
 - Enfermería
 - Visitas a domicilio
 - Urgencias Atención Primaria
 - Consultas Especializadas (1ª y sucesivas)
 - Hospitalización Atención Especializada
 - Estancias Atención Especializada
 - Urgencias Atención Especializada
- Atención farmacéutica



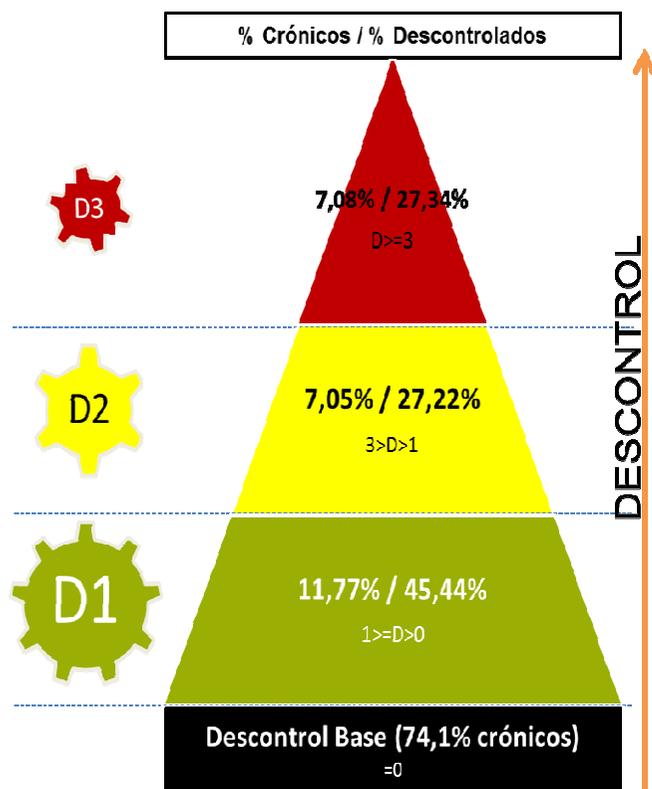
Identificados 120.784 pacientes. El 17,28% de la población .

Modelo de segmentación

¿Cómo se ha definido la segmentación?: ejes y variables

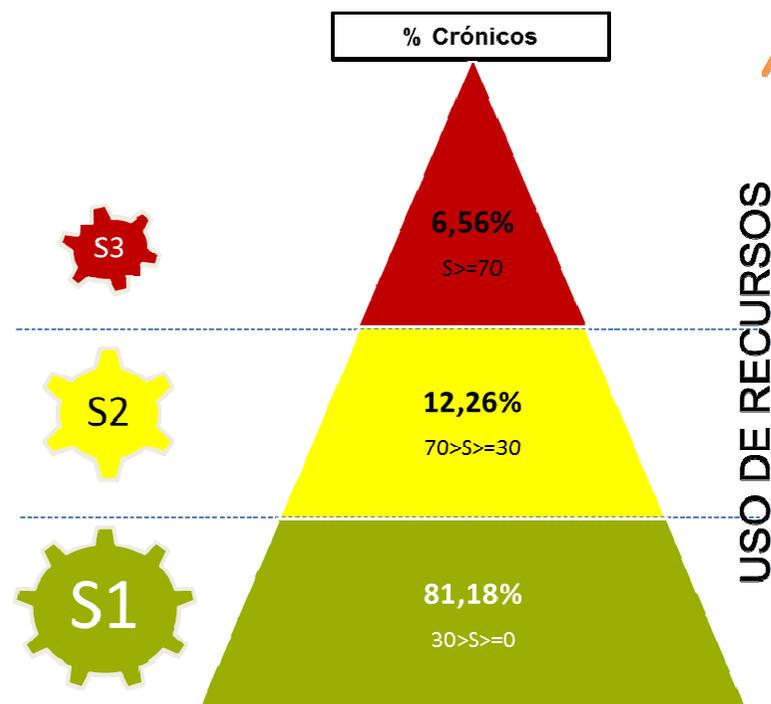
Grado de descontrol

Frecuencia de las **descompensaciones** estimadas en función del N° de urgencias y de hospitalizaciones en el último año.



Uso de recursos

Necesidad atención estimada por la **utilización de Servicios** medida por el peso relativo asignado a cada tipo de servicio.

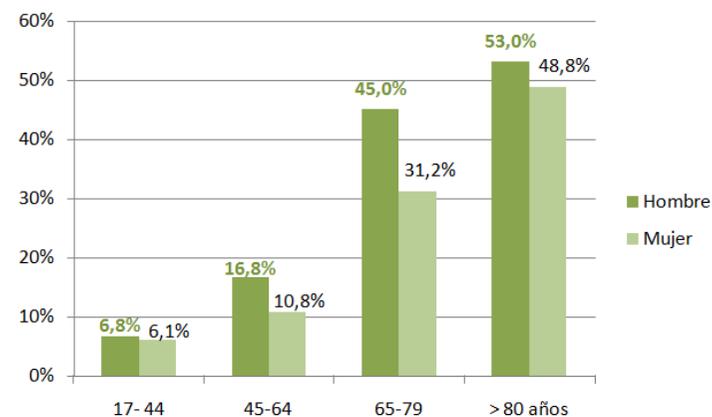


Modelo de segmentación

¿Cuál es el resultado?

	< 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

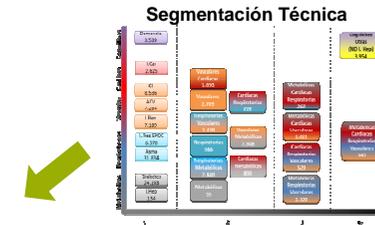
% de crónicos identificados por edad y sexo



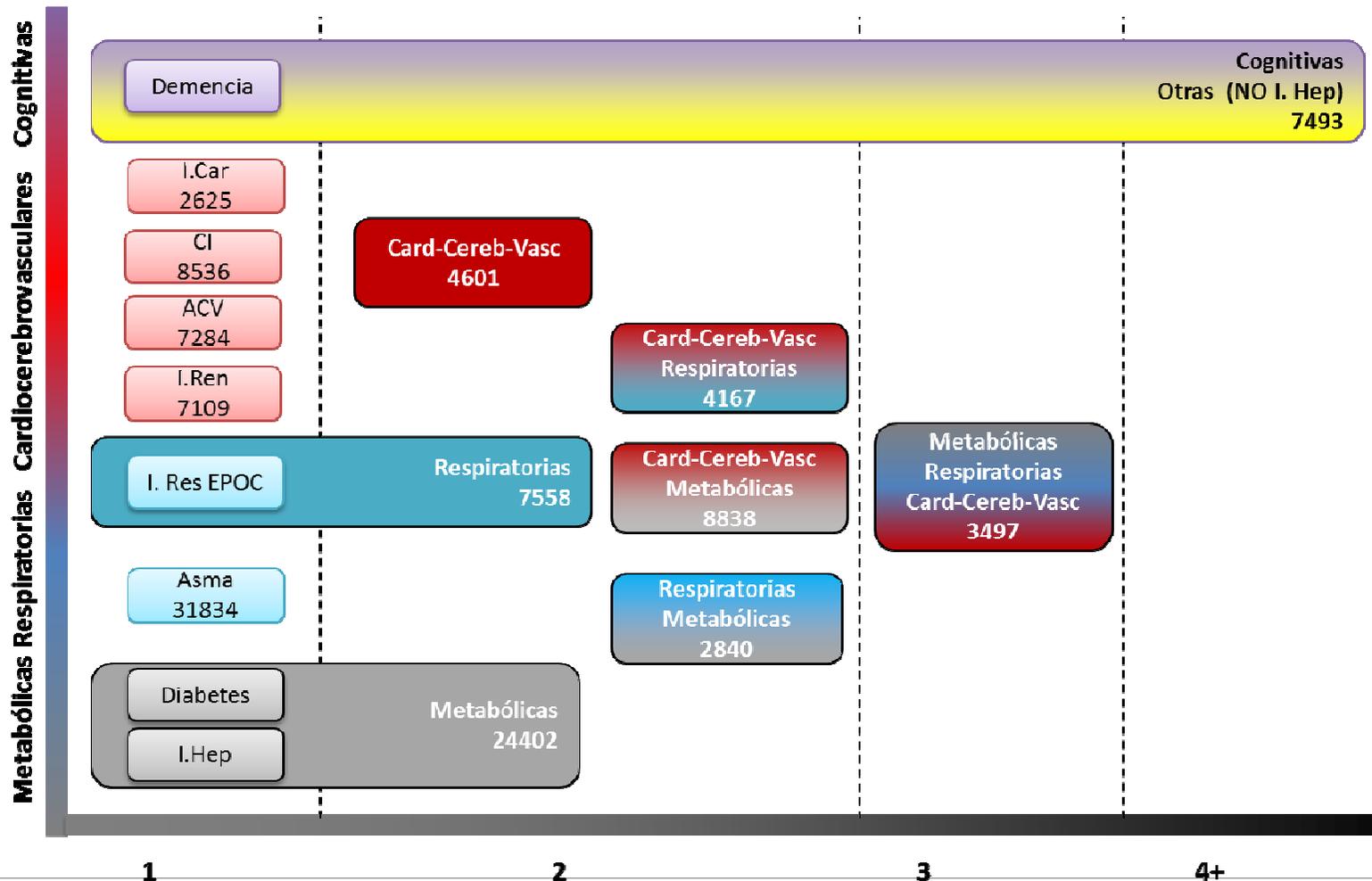
	Una sola enfermedad	Dos enfermedades	Tres o más enfermedades	Demencia + otras enferm.	TOTAL
Asma	31.834	2.477	774	277	35.363
Ictus. Ac.	7.284	6.421	1.059	1.344	16.109
Cerebrovascular	8.536	8.296	1.651	712	19.195
Cardiopatía Isquémica	7.109	6.412	1.344	712	15.577
Insuficiencia Renal	7.558	4.496	1.861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

Modelo de segmentación

¿Cuál es el resultado?

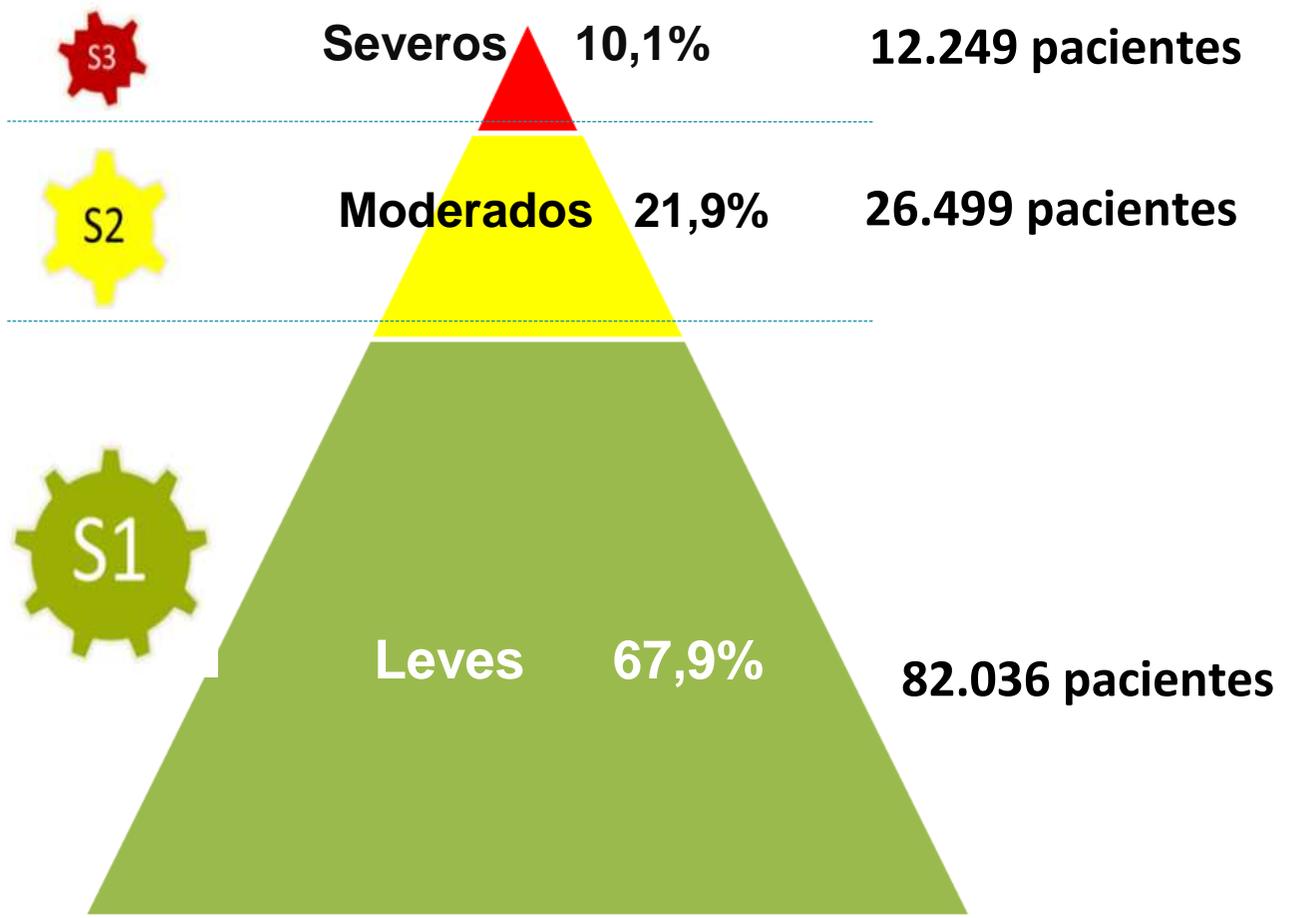
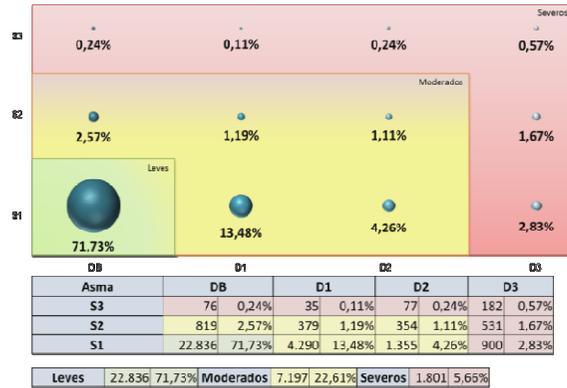


Una vez que se ha realizado el estudio de las variables que caracterizan a la población crónica (descontrol y uso de recursos), se ha realizado la segmentación de la población crónica. El resultado obtenido es la constitución de **13 clusters** representados en el siguiente gráfico (localizándose en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



Modelo de segmentación

Estimación de la Severidad



Modelo de segmentación

¿Cuál es el resultado?

SEVERIDAD POR PERFIL

	Leve		Moderado		Severo		TOTAL	
Asma	22.836	71,73%	7.197	22,61%	1.801	5,66%	31.834	26,36%
Insuficiencia Renal	5.014	70,53%	1.507	21,20%	588	8,27%	7.109	5,89%
ACV	4.722	64,83%	1.717	23,57%	845	11,60%	7.284	6,03%
Cardiopatía Isquémica	6.083	71,26%	1.780	20,85%	673	7,88%	8.536	7,07%
Insuficiencia Cardíaca	1.532	58,36%	607	23,12%	486	18,51%	2.625	2,17%
Diabetes*	18.235	74,73%	4.652	19,06%	1.515	6,21%	24.402	20,20%
Respiratorias	5.229	69,18%	1.433	18,96%	896	11,85%	7.558	6,26%
Cardiocerebrovasculares (CCV)	2.435	52,92%	1.207	26,23%	959	20,84%	4.601	3,81%
Respiratorias Diabetes	1.794	63,17%	671	23,63%	375	13,20%	2.840	2,35%
Cardiocerebrovasculares-Diabetes	5.434	61,48%	2.115	23,93%	1.289	14,58%	8.838	7,32%
Cardiocerebrovasculares-Respiratorias	2.422	58,12%	1.060	25,44%	685	16,44%	4.167	3,45%
Respiratorias-Cardiocerebrovasculares-Diabetes	1.552	44,38%	881	25,19%	1.064	30,43%	3.497	2,90%
Cognitivas y otras	4.748	63,37%	1.672	22,31%	1.073	14,32%	7.493	6,20%
TOTAL (* Datos de Diabetes + Insuficiencia Hepática)	82.036	67,92%	26.499	21,94%	12.249	10,14%	120.784	100,00%

Modelo de segmentación

Coste Total

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

Modelo de segmentación

Coste per cápita

	< 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



5 veces mayor

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

33 veces mayor

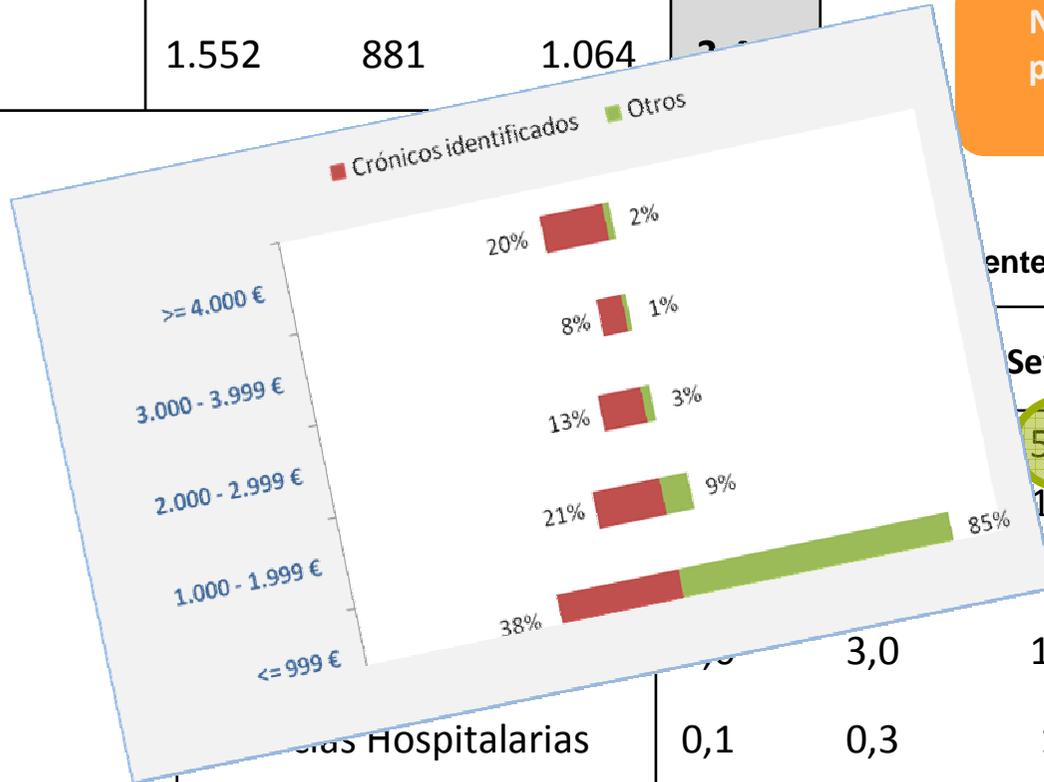
12 veces mayor

Pluripatológico Severo 33 veces mayor que el sano

Modelo de segmentación Pluripatológicos

	Leves	Moderados	Severos	Total
Tres o más enfermedades	1.552	881	1.064	3.497

Nos ayudará a identificar y poner el foco en los pacientes más severos



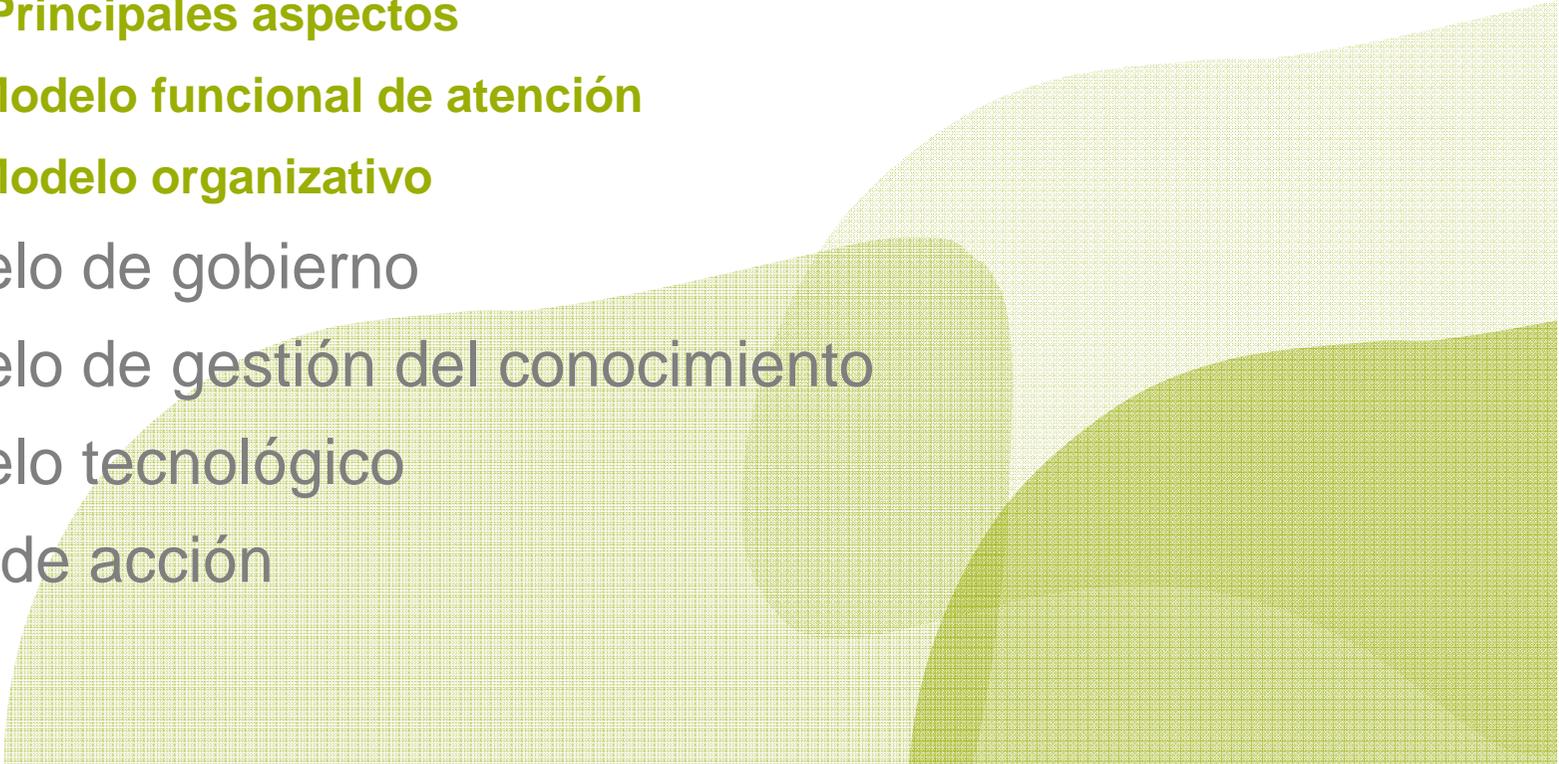
Pacientes Pluripatológicos

Severos	Actos / paciente	Total Actos
58,1	27,7	96.972
12,0	5,4	18.884
6,0	3,1	10.841
18,6	6,7	23.430
0,1	0,5	1.749
240	786	786

Nos ayudará a optimizar los patrones de atención y monitorizar indicadores de resultados específicos por proceso

Equivale a un Hospital de 100 camas

Índice

1. Objetivos y alcance
 2. Modelo de segmentación
 - 3. Modelo de atención**
 - 3.1. Principales aspectos**
 - 3.2 Modelo funcional de atención**
 - 3.3 Modelo organizativo**
 4. Modelo de gobierno
 5. Modelo de gestión del conocimiento
 6. Modelo tecnológico
 7. Plan de acción
- 

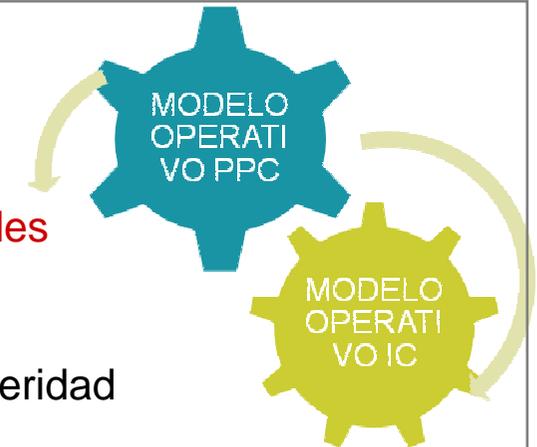
Modelo de atención

Modelo operativo para cada segmento

DESARROLLO DE LOS PATRONES DE ATENCIÓN

0. OBJETIVOS ESPECÍFICOS DEL PERFIL DE PACIENTE

1. Criterios de inclusión en el programa e identificación. **Tapiz Atvo**
2. Criterios de diagnóstico integral. **Diagnóstico clínico y de necesidades**
3. Criterios de clasificación. **Severidad y/o Estados clínicos**
4. Definición de **Patrones de Atención** para cada estado / nivel de severidad
5. Definición del modelo de información del plan. **Tapiz del Proceso**
6. Criterios de normalización de la información. **Registro y codificación.**
7. Medios y estrategias de **autocuidados – autocontrol.** **Signos de alarma**
8. Criterios de tratamiento integral. **Plan de tratamiento**
9. Definición de **parámetros de control, recordatorios y alertas.**
10. Criterios de seguimiento, **responsabilidades y supervisión.** **Panel de Control**
11. **Pautas y circuitos** en caso de descompensación.
12. Evaluación de resultados. **Cuadro de Mando**



Orientación a Resultados

Objetivos de Atención Integral

Objetivos Generales	Objetivos Específicos	A	B
Mejorar los resultados en Salud	Controlar la Prevalencia e Incidencia y Severidad	4	4
	Disminuir la mortalidad prematura (APVP) y la mortalidad evitable	2	2
	Incrementar la esperanza libre de discapacidad (EVLVD) y de calidad	1	1
Mejorar la calidad de la atención y la funcionalidad de la vida	Mejorar los resultados en Salud	8	8
	Mejorar la calidad técnica de la atención	20	15
	Mejorar la capacidad funcional y la calidad de vida		4
	Promover la autonomía y el autocuidado de su salud	1	4
	Monitorizar hábitos y cumplimiento terapéutico		3
	Mejorar la satisfacción de los pacientes con la atención recibida		2
	Contribuir a la sostenibilidad del Sistema Sanitario	3	3
Mejorar la atención recibida por los pacientes	Mejorar la accesibilidad y los tiempos de espera		
	Mejorar la agilidad y continuidad de la atención		
Contribuir a la sostenibilidad del Sistema Sanitario	Mejorar la capacidad resolutoria de AP	1	1
	Reducir los ingresos, reingresos y estancias hospitalarias	1	1
	Reducir la necesidad de atención de urgencia	1	1
	Adecuar las intervenciones a la severidad del proceso		

Modelo de Atención

Tapiz Administrativo. Identificación inequívoca del paciente

The screenshot displays the 'TapizCita' administrative interface. At the top, the patient's name 'PRUEBA PRUEBA, PRUEBA (42 años) Sexo: M NHE: 35113 TFI: 0000000000 TIF: 5455555' is visible. The main area is divided into several panels:

- Asignación de cita:** Shows the patient's name and a 'Selector de cita' with date and time range filters.
- Agenda:** A list of medical professionals available for scheduling, including 'CENOZ OSINAGA, JUAN CARLOS (M)', 'DE OTRA ZONA, MEDICO (M)', 'BARTOLOME RESANO, FCO. JAVIER (M)', 'BRUGOS LARUMBE, ANTONIO (M)', 'CANO VALLES, BEGOÑA (M)', 'CENOZ OSINAGA, JUAN CARLOS (M)', 'DIAZ ALFARO, ALBERTO (P)', 'ELIZALDE USECHI, MERCEDES (P)', 'FERNANDEZ ALFARO, CRISTINA (M)', 'IÑIGO MARTINEZ, BEGOÑA (M)', and 'OLMEDO CRUZ, OSCAR (M)'.
- Horario:** A grid showing appointments for 'martes', 'jueves', and 'viernes' with columns for 'Hora' and 'Acto'. For example, on Tuesday, there are appointments at 10:40 (TEL), 10:45 (TEL), 10:50 (NOC), 12:50 (CDI), 13:30 (DOC), 15:00 (PER), and 15:15 (NOC).
- SITUACIÓN TIS:** Shows 'FALTA ONE' and '02 - S.S. PENSIONISTA'.
- HABILITACIONES:** A section for additional services or guarantees.
- ULTIMA VISITA:** Lists recent visits, such as '26/04/2013 11:40 MARTINEZ MONREAL, ISMAEL (SOPORTE AP)' and '29/04/2013 14:51 ZARATEGUI ECHEVERRIA, BEATRIZ (E)'.
- PRÓXIMAS CITAS EN AP:** Shows upcoming appointments, like '03/05/2013 11:00 CNM' by 'BRUGOS LARUMBE, ANTONIO (M)'.
- PRÓXIMAS CITAS ESPECIALIZADA:** Lists specialized appointments, such as '01/06/2013 Reserva aprox. - RADIODIAGNOSTICO C - MAMO/ECO HNA - MAMO/ECO'.
- OTRAS TAREAS PENDIENTES:** A section for other pending tasks.
- ORDENES CLINICAS:** A list of clinical orders with status indicators (green checkmarks).
- PRESCRIPCIONES PENDIENTES:** A table with columns for 'Descripción', 'Inicio Impresión', 'Próx. Recogida', and 'Fecha Límite'. It shows a 'Receta crónica' with 'Inicio Impresión' on 19/09/2012 and 'Fecha Límite' on 05/12/2012.

Visualización de la
Prioridad Clínica

- **Nivel de prioridad**, severidad o estados del paciente.
- Puede ser conveniente diferenciar prioridad médica (Severidad Clínica) de la de enfermería (Nivel de Necesidad de Cuidados)
- **Habilitaciones** o garantías adicionales derivadas de su prioridad clínica y estado de salud.
- **Responsabilidades:** Enfermera Gestora de Casos, Especialista y/o Enfermera de Referencia, etc

Modelo de Atención Tapiz del Paciente

Tapiz Historia Clínica PRUEBA PRUEBA, PRUEBA (62 años) Sexo: M Tel: [REDACTED] NHC: 28188 ZBS: MILAGROSA

Fichero Editar Gestión Auxiliares Listados Agenda Especial Sistema de información Ventana Ayuda

APUNTES

ALERGIAS E INTOLERANCIAS
ACAROS

ANTECEDENTES

CONDICIONANTES Y PROBLEMAS

16/05/2011	DIABETES MELLITUS	T90
10/08/2011	ENFERMEDAD PULM	R95
10/08/2011	EPOC	R95
27/01/2012	RINITIS ALERGICA, I	R97
03/02/2012	ALTERACION DE LA	B83

CURSO CLÍNICO (2 últimos años)

- EPISODIOS
 - 10/10/1950 - ANOTACIONES SUBJETIVAS
 - 10/10/1950 - NO ACUDE
 - 10/10/1950 - HOJA DE EVOLUCION
 - 10/10/1950 - ACTIVIDADES PREVENTIVAS
 - 16/05/2011 - DIABETES MELLITUS DM TIPO 2
 - 10/08/2011 - EPOC
 - 10/08/2011 - 426 - DIFICULTAD RESPIRATORIA
 - 08/06/2012 - 003 - PRESCRIPCION -(C)SPIRIVA 18MCG/CAP 30 CAP + 1 D
 - 09/10/2012 - 206 - (A)PRES-E -(A)SEREVENT 25MCG SUSPENSION INHALA
 - 13/11/2012 - 424 - (A)PRES-E -(A)CIPROFLOXACINO 500 MG COMPRIMIDO
 - 13/11/2012 - 424 - (A)PRES-E -(A)CODEINA 28,7 MG COMPRIMIDO
 - 11/08/2011 - OBESIDAD
 - 11/08/2011 - FUMADOR
 - 17/11/2011 - 555 - INT. - endocrinologia - interconsulta no presencial en
 - 17/11/2011 - 555 - INTERCONSULTA NO PRESENCIAL ESPECIALIZAD
 - 05/10/2012 - 038 - (A)PRES-E -(A)SIMVASTATINA 20 MG COMPRIMIDO
 - 05/10/2012 - 038 - (A)PRES-E -(A)OMEPRAZOL 20 MG CAPSULAS DURAS
 - 07/09/2011 - CERVICALGIA, DOLOR CUELLO
 - 07/09/2011 - HERIDA INCISA, LACERACION, CORTE
 - 27/01/2012 - RINITIS ALERGICA, ALERGIA
 - 03/02/2012 - ALTERACION DE LA COAGULACION
 - 21/01/2013 - DESORIENTACION, TRASTORNO MEMORIA

PLANES PERSONALES

- ACTIVIDADES PREVENTIVAS PERSONA
- EPOC
- PREVENCIÓN CARDIOVASCULAR

PLANES DE CUIDADOS

Protección inefectiva
(ALTERACION DE LA COAGULACION)

VISITAS 08/02/2013

ACTIVIDADES PREVENTIVAS

- 424 SUE ATENCION 12:26
- 424 Administración de medicación:REALIZAR
- 424 DOMINGO 12:26
- 424 Cura:1 12:26
- 424 Obs3:SF + BETADINE 12:26

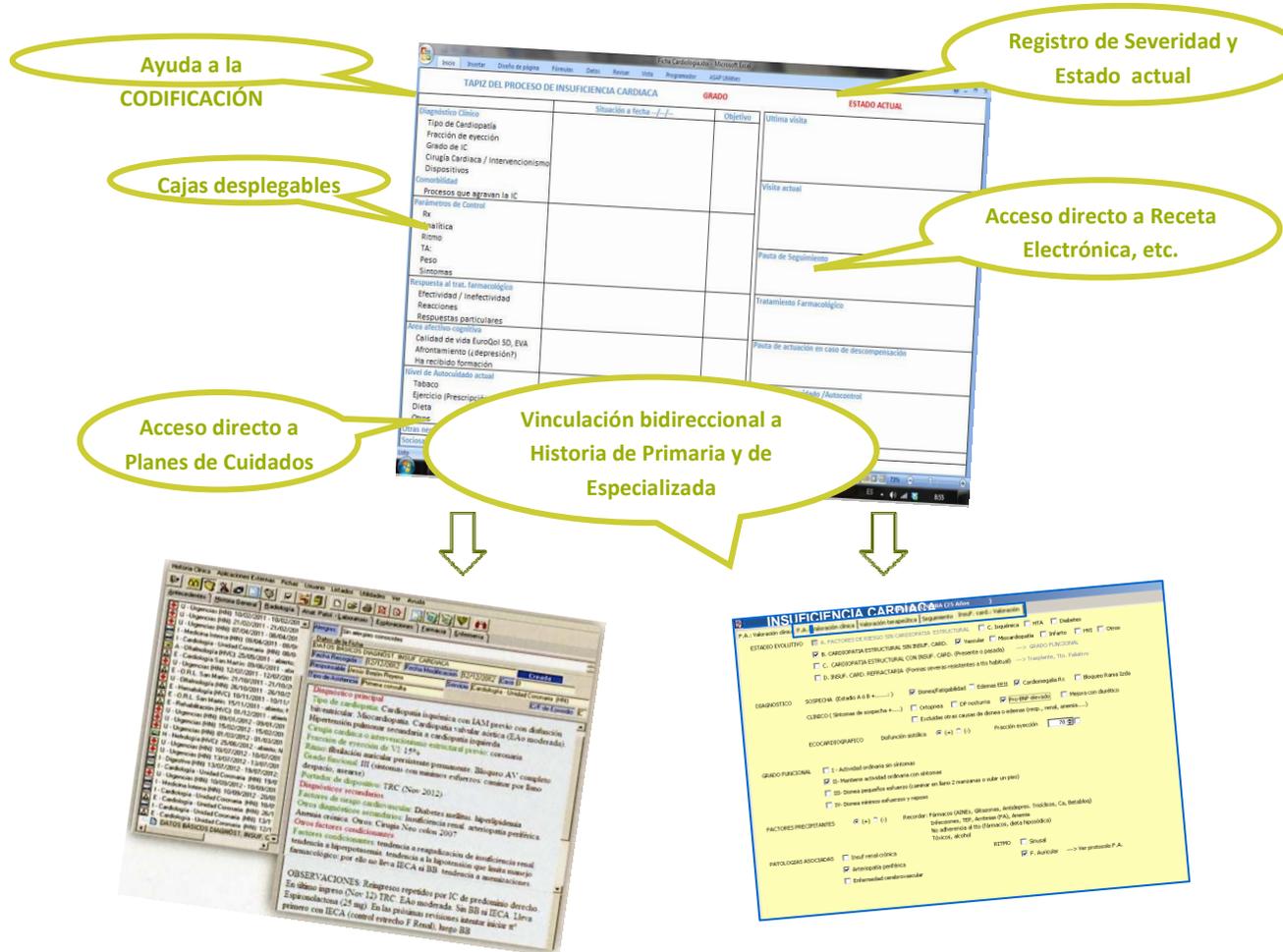
PENDIENTES

ORDENES CLINICAS

Ver todos

Pdte. Cita Pdte. Resultado Visto Aviso
 Pdte. Realizar Pdte. Ver Visto Result

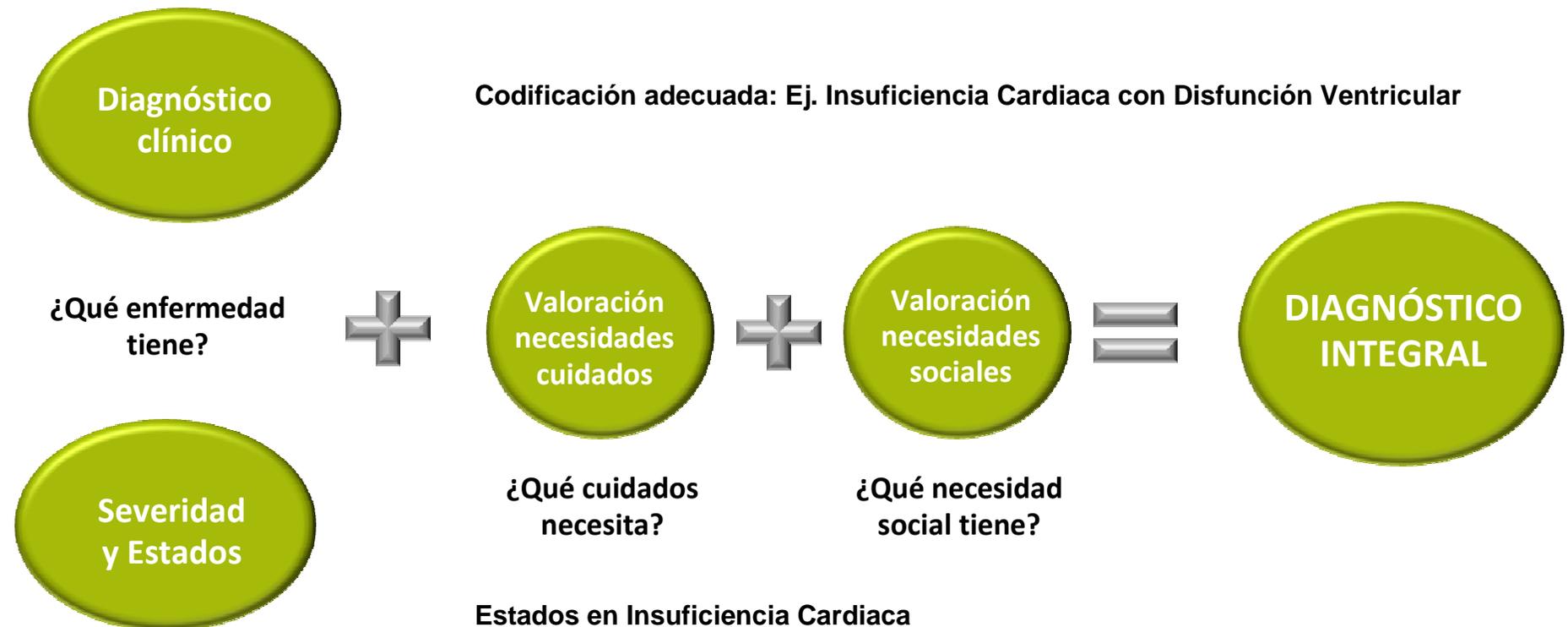
Modelo de Atención Tapiz del Proceso. Información Compartida



TAPIZ DEL PROCESO DE INSUFICIENCIA CARDIACA		GRADO	ESTADO ACTUAL
	Situación a fecha --/--/--	Objetivo	
Diagnóstico Clínico Tipo de Cardiopatía Fracción de eyección Grado de IC Cirugía Cardíaca / Intervencionismo Dispositivos Comorbilidad Procesos que agravan la IC			Última visita ★
Parámetros de Control Rx Analítica Ritmo TA: Peso Síntomas		Visita actual	
Respuesta al trat. farmacológico Efectividad / Inefectividad Reacciones Respuestas particulares		Pauta de Seguimiento ★	
Area afectivo-cognitiva Calidad de vida EuroQol 5D, EVA Afrontamiento (¿depresión?) Ha recibido formación		Tratamiento Farmacológico	
Nivel de Autocuidado actual Tabaco Ejercicio (Prescripción nivel) Dieta Otros		Pauta de actuación en caso de descompensación	
Otras necesidades de Cuidados Sociosanitaria		Autocuidado / Autocontrol ★	
		Cuidados de Enfermería Atención social	

**PAUTAS DE
DESCOMPEN-
SACIÓN**

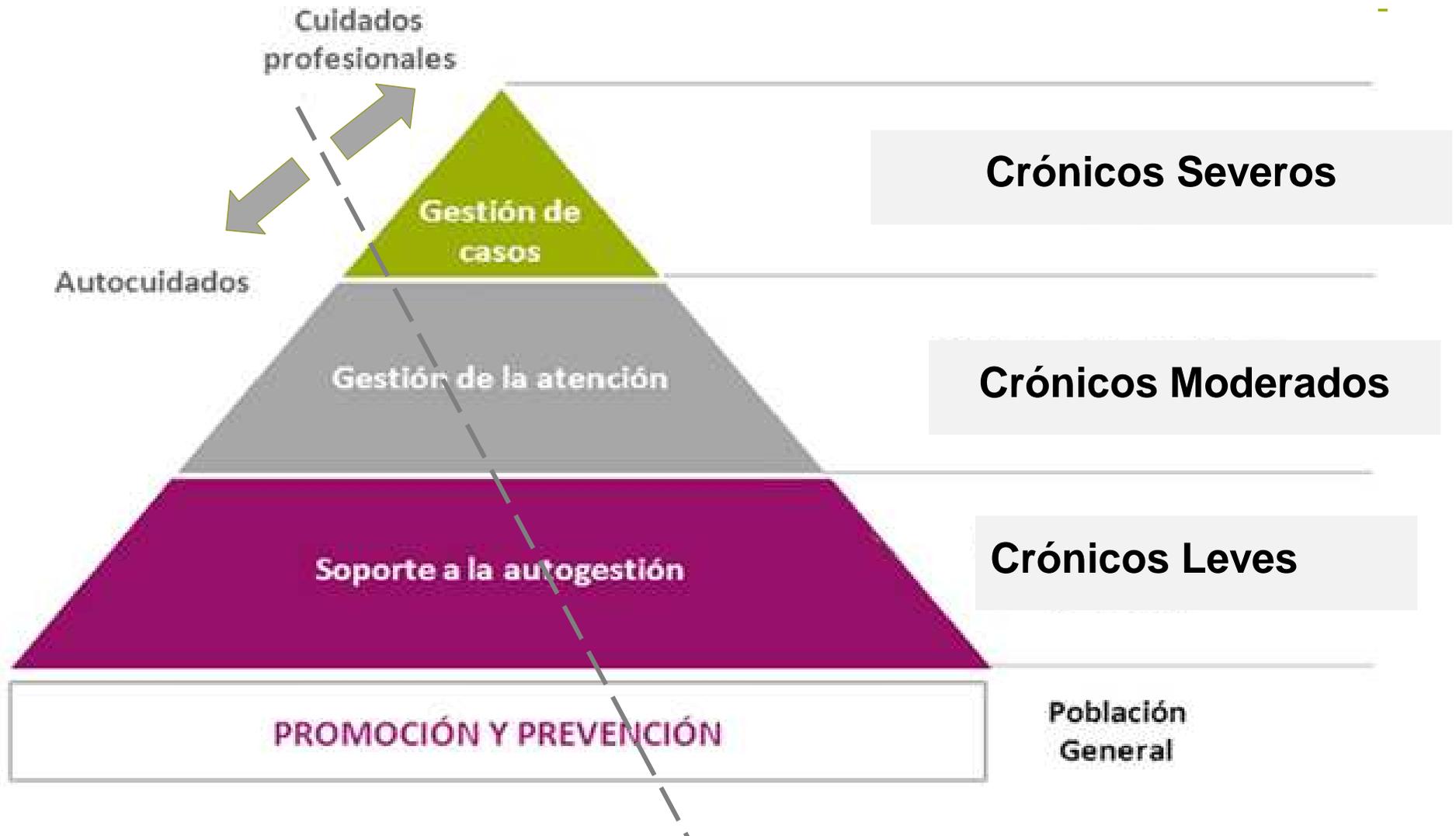
Modelo de Atención Diagnóstico y clasificación



- Sin identificar
- Grado Funcional I
- Grado Funcional II
- Grado Funcional III Estable
- Grado Funcional IV Descompensado
- Paciente Ingresado
- Pluripatológico con predominio de la IC
- Otros pluripatológicos con IC
- Paliativo

Modelo de Atención

Adecuar las intervenciones a la necesidad



Modelo de Atención

Patrones de intervención por niveles de Severidad y/o estado

Ejemplo Patrón de un proceso crónico Leve

Adecuar el Patrón al nivel de Severidad

El Patrón propuesto es un instrumento de ayuda al clínico que deberá personalizarlo para cada paciente

Objetivo	Actividad	Responsable	Frecuencia	Cuándo	Modalidad de
Diagnóstico correcto	Exploración, TA, lab, ECG, Rx torax Exploración y p. complementarias Descartar CI, EPOC, FA, Diabetes	M. Familia	Inicial	Inicio	Consulta presencial
Clasificación clínica	Valoración NYHA Ecocardiograma	Cardiólogo	Inicial, descompensaciones, periódica	Inicio si precisa anual	Consulta presencial
Codificación correcta en Hª clínica	Asignación de código correcto. Con y sin disfunción sistólica Asignación del patrón de cuidados	M. Familia	Inicial	Inicio	C. enfermería telefónica, on-line, presencial Consulta enfermería
Tratamiento correcto	SI disfunción sistólica: IECA, b-bloq SI FA: valorar ACO, digoxina Seguimiento de parámetros de control, signos de alarma y cumplimiento terapéutico Valoración autocuidados y autocontrol	Enfermería	Predeterminado	Personalizado	Consulta presencial
Seguimiento clínico	Vacunaciones Reevaluación funcional y reclasificación de Grado y Estado Revisión de la pauta terapéutica Reevaluación periódica. Valoración iones + función renal, etc.	M. Familia	Predeterminado	Personalizado	Consulta presencial, telefónica, on-line
Fomentar los autocuidados y autocontrol*	Captación Inicial Afrontamiento Visitas educativas iniciales EVS: Tabaco-alcohol-actividad física-dieta hiposódica Control tabaco-alcohol-ejercicio-dieta Adherencia tratamiento	Enfermería	Inicial	Inicio	Consulta presencial, telefónica, on-line
Seguimiento autocuidados	Control peso Control TA	Paciente	Inicial	Inicio	Consulta presencial, telefónica, on-line

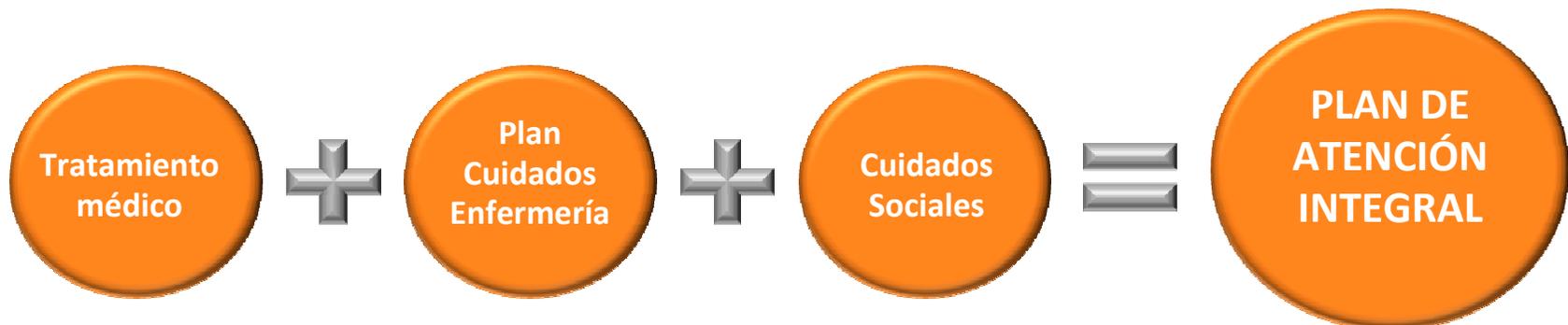
	LEVE	MODERADO	SEVERO
	Orientado a Autocuidado	Tradicional	Proactivo
RESPONSABILIDADES			
Gestora de Caso	No	No	Por su Enfermera. Enfer Gestora Caso MP, TM y Cog.
Responsable del paciente (Clasificación, reevaluación, etc)	Med. Familia	Med. Familia	Corresponsabilidad AP y AE/SM
Enfermera Espec. Referencia	-	Valorar en MP, TM y Cog.	Si
Especialista de Referencia	-	Si en MP, TM y Cog.	Si
Unidad Multidisciplinar	-	-	Si en MP, TM y Cog.
DIAGNOSTICO INTEGRAL			
Clasificación de Severidad.	Si	Si	Si
Confirmación y clasificación diagnóstica por Especialista	-	Si en MP, TM y Cog.	Si
Necesidad de Cuidados	Diagnóstico Básico	Básico Completo en MP, TMG y Cog.	Completo
Evaluación funcional y de calidad de vida.	Básico. Autoadministrado	Básico. Autoadministrado Completo en MP, TMG y Cog.	Completo
¿Comorbilidad psiquiátrica?	-	Si	Si
Valoración del estado emocional	-	-	Completo
Diagnóstico Social (T. Social)	-	Si procede Si en MP, TM y Cog.	Si procede Si en MP, TM y Cog.

Modelo de Atención

Tratamiento integral y por niveles de Severidad y/o estado

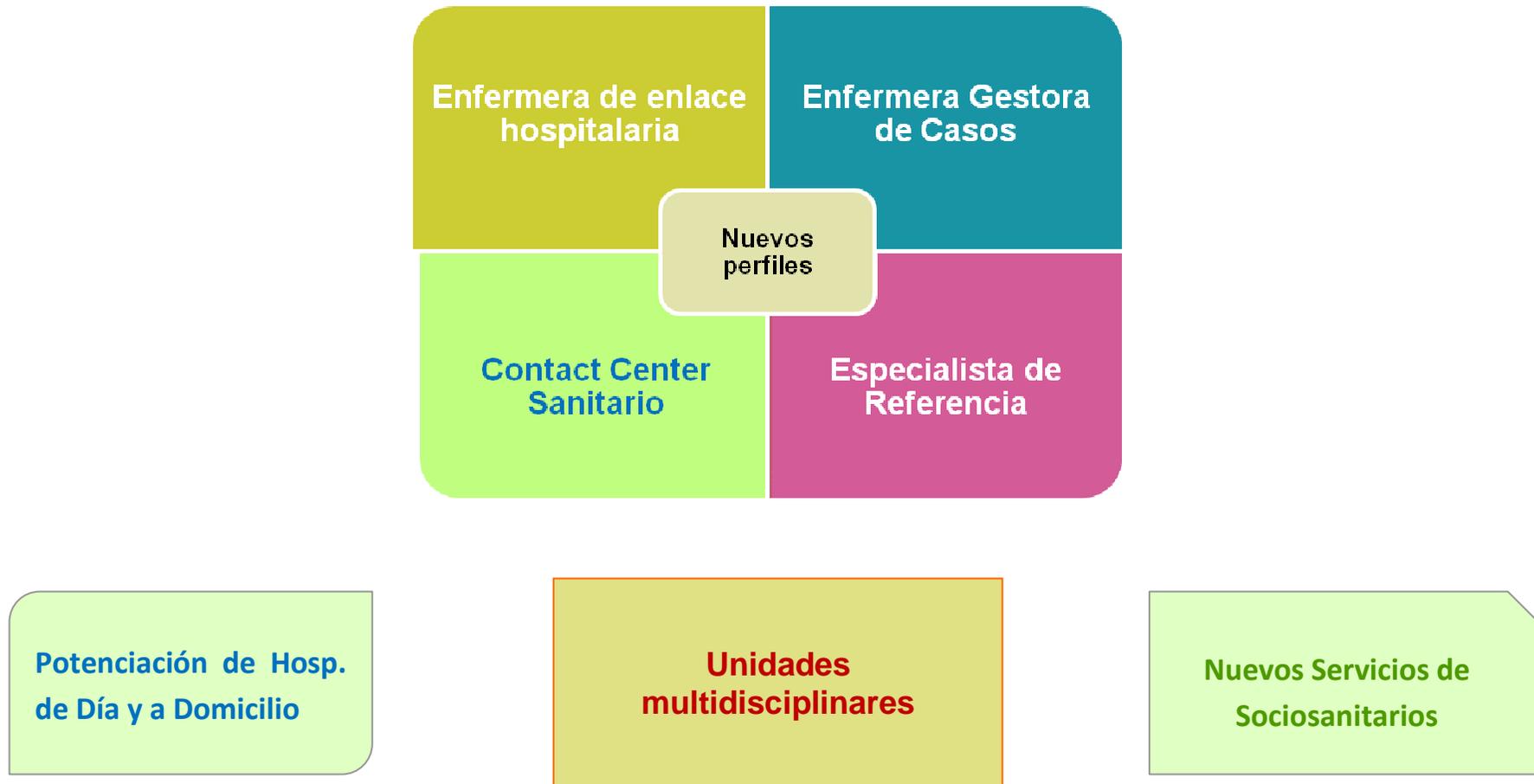
Plan de Autocuidados

Leve	Moderado	Severo
GF I	GF II	GF III-IV
IECA (ARA II) Beta Bloqueantes	IECA (ARA II) Beta Bloqueantes	IECA (ARA II) Beta Bloqueantes
	Diuréticos (+-) Anti Aldosterona	Diuréticos dosis altas Anti Aldosterona
		Digoxina



Modelo de atención

Modelo organizativo. Nuevos Perfiles y Servicios



Modelo de atención

Modelo organizativo. Nuevas modalidades

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:**

Modelo de atención

Alternativas y mejoras de la hospitalización

Nuevos Circuitos alternativos

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

Nueva Pauta de Hospitalización

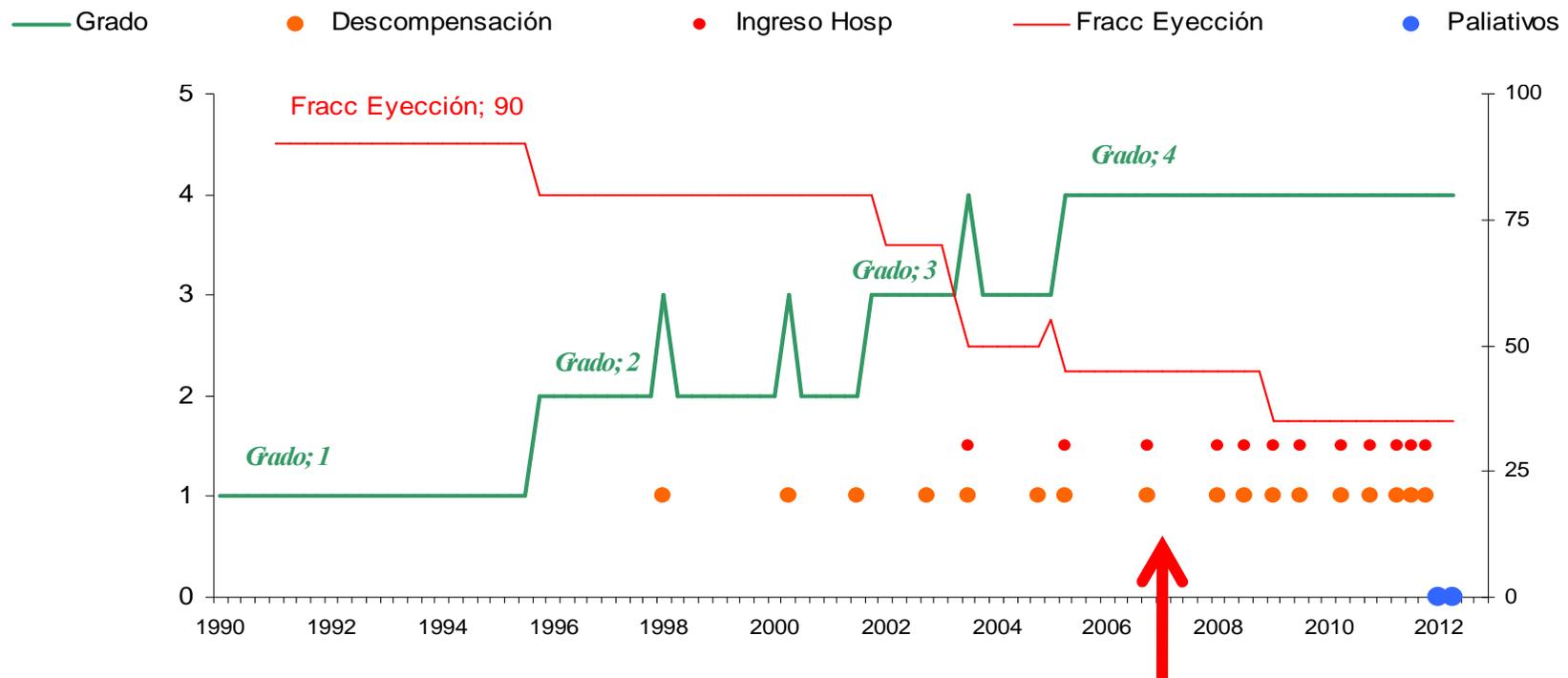
- **Planificación del alta desde el Ingreso Hospitalario**
 - Imprescindible en severos y > de 80 años.
- **Plan de Cuidados posthospitalización**
 - Imprescindible en severos
- **Visita Domiciliaria desde AP en 24-48 horas**
 - Concertada desde el Hospital
- **Nuevo Diagnóstico Integral tras descompensación**

Modelo de Atención

Evolución longitudinal de la enfermedad (Historia natural de la enfermedad)

Evolución gráfica de la Severidad y Estados del Paciente

Insuficiencia Cardíaca



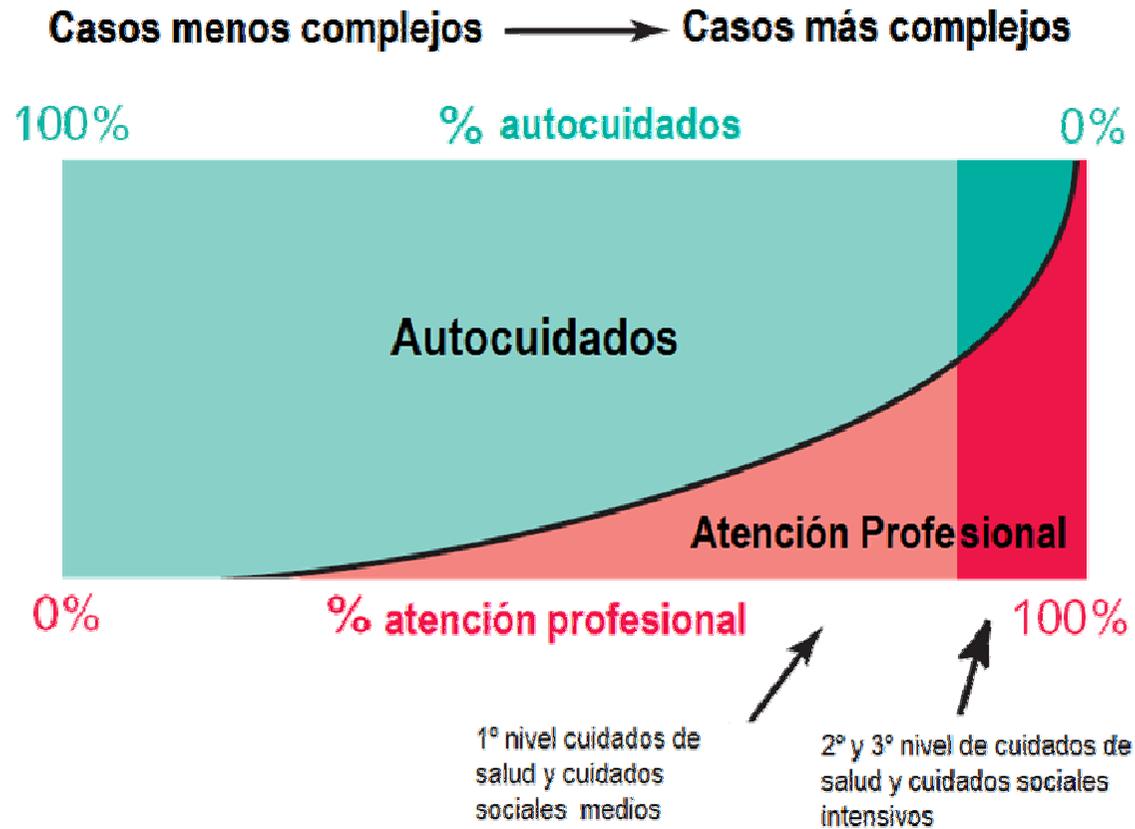
Futuros Sistemas Predictivos

Índice

1. Objetivos y alcance
2. Modelo de segmentación
3. Modelo de atención
 - **Modelo de Autocuidado (Detalle presentado a Asociaciones de Pacientes)**
4. Modelo de gobierno
5. Modelo de gestión del conocimiento
6. Modelo tecnológico
7. Plan de acción

Modelo de Autocuidados

La importancia del autocuidado



Modelo de Autocuidados

La importancia del autocuidado

AUTOUIDADO

Hábitos y decisiones de estilo de vida que una persona toma de forma voluntaria para mejorar su salud.:
No fumar, hacer ejercicio...

**TODOS PODEMOS Y DEBEMOS
AUTOUIDARNOS**

AUTOCONTROL

Medición y registro por el propio paciente de parámetros sencillos para el control de su propia salud:
Peso, tensión, glucemia...

**BASTANTES ADEMÁS PUEDEN Y LES
CONVIENE AUTOCONTROLARSE**

Modelo de Autocuidados

Diferencia entre Autocuidado y Autocontrol

AUTOCUIDADO

- Incrementa su Capacitación
- Se implica más activamente en el cuidado de su salud
- Respetar su autonomía en la toma de decisiones 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.

Modelo de Autocuidados

Intervenciones necesarias

- Concienciar a los pacientes. Indicación y motivación por el médico.
- Evaluar y apoyar el afrontamiento.
- Capacitar a los pacientes
- Planes Personales de Autocuidados
- Instrumentos de ayuda para el autocontrol .
- Nuevas modalidades y garantías de atención
- Nuevos servicios de apoyo y consejo
- Portal de Salud herramienta de ayuda al crónico.
- Alianzas con asociaciones para el desarrollo de la estrategia
- Estrategia comunitaria

Modelo de Autocuidados

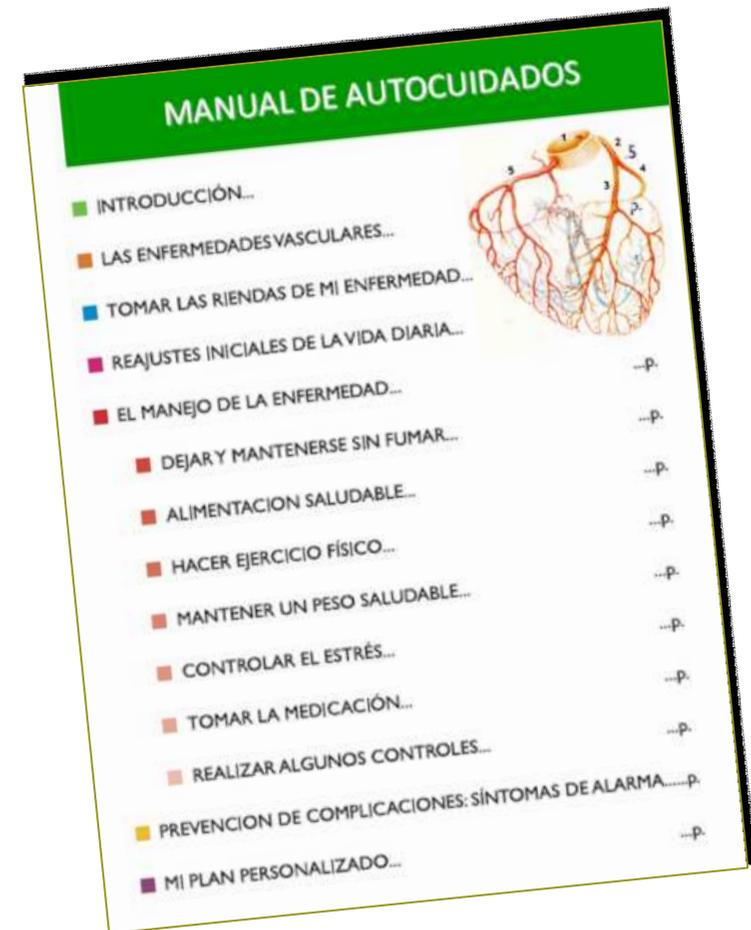
Capacitar al paciente

Objetivos formativos:

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

Modalidades formativas

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



Modelo de Autocuidados

Plan Personal

Mi Plan Personal de Autocuidados

- Que sea el propio paciente el que defina su Plan Personal de Autocuidados con la ayuda de su enfermera
- Objetivos factibles a corto plazo, teniendo en cuenta el punto de partida
- Objetivos concretos, realistas y con un plazo de cumplimiento:
 - “Voy a perder dos kilos en dos meses”.
- Que el paciente asuma realmente los objetivos como propios
- Que el Plan Personal de Autocuidados se revise y evalúe periódicamente con la ayuda de la enfermera

Modelo de Autocuidados

Nuevos servicios

Nuevas modalidades y garantías

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

Servicios de apoyo y consejo

- Teléfono de Consejo Sanitario de 24 h.
- Ayudas para dejar de fumar.
- Prescripción médica del ejercicio.
- Consejo dietético
- Sesiones de ayuda para combatir el estrés
- Grupos de autoayuda.
- Recordatorios y sistemas de ayuda farmacológica.
- Cuestionarios de calidad de vida.

Modelo de Autocuidados

Colaboración con Asociaciones

Asociaciones

- Sensibilizar a los pacientes crónicos y a sus cuidadores de la necesidad mejorar su capacitación para autocuidarse o cuidar
- Promover el desarrollo de grupos de autoayuda y apoyo mutuo
- Desarrollar programas de Paciente Experto y otros programas de capacitación en colaboración con el Departamento
- Identificar necesidades de capacitación de los pacientes y cuidadores

Departamento de Salud

- Máxima prioridad al autocuidado en las convocatorias de subvenciones
- Promover el asociacionismo
- Reservar un espacio en el Portal de Salud para divulgar la labor de las distintas Asociaciones de Pacientes
- Que los sanitarios informen a los pacientes de los recursos asociativos
- Que los sanitarios recomienden grupos de autoayuda como parte del plan de intervención a los pacientes con afrontamiento ineficaz.

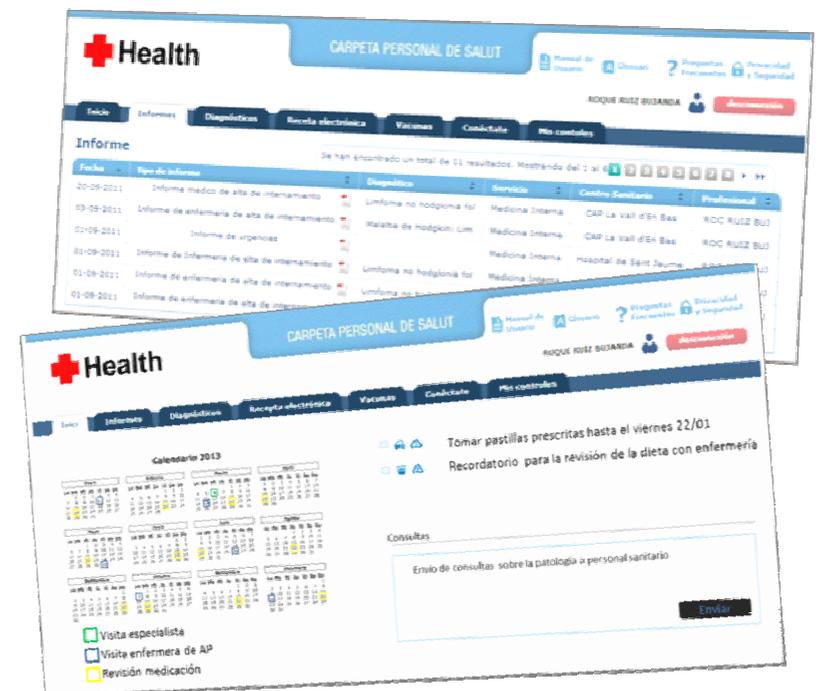
Modelo de Autocuidados

Mi Portal de Salud

El Proyecto contempla que los pacientes Crónicos dispongan de un espacio personal en el Portal de Salud

Mi Portal de Salud contará con las siguientes funcionalidades:

- Mi Historia Resumida de Salud
- Mis Informes Clínicos
- Mi Agenda de Salud
- Mis Contactos con el Personal Sanitario
- Mi Plan de Autocuidados
- Mi Enfermedad (Formación y respuesta a dudas)
- Mis Controles



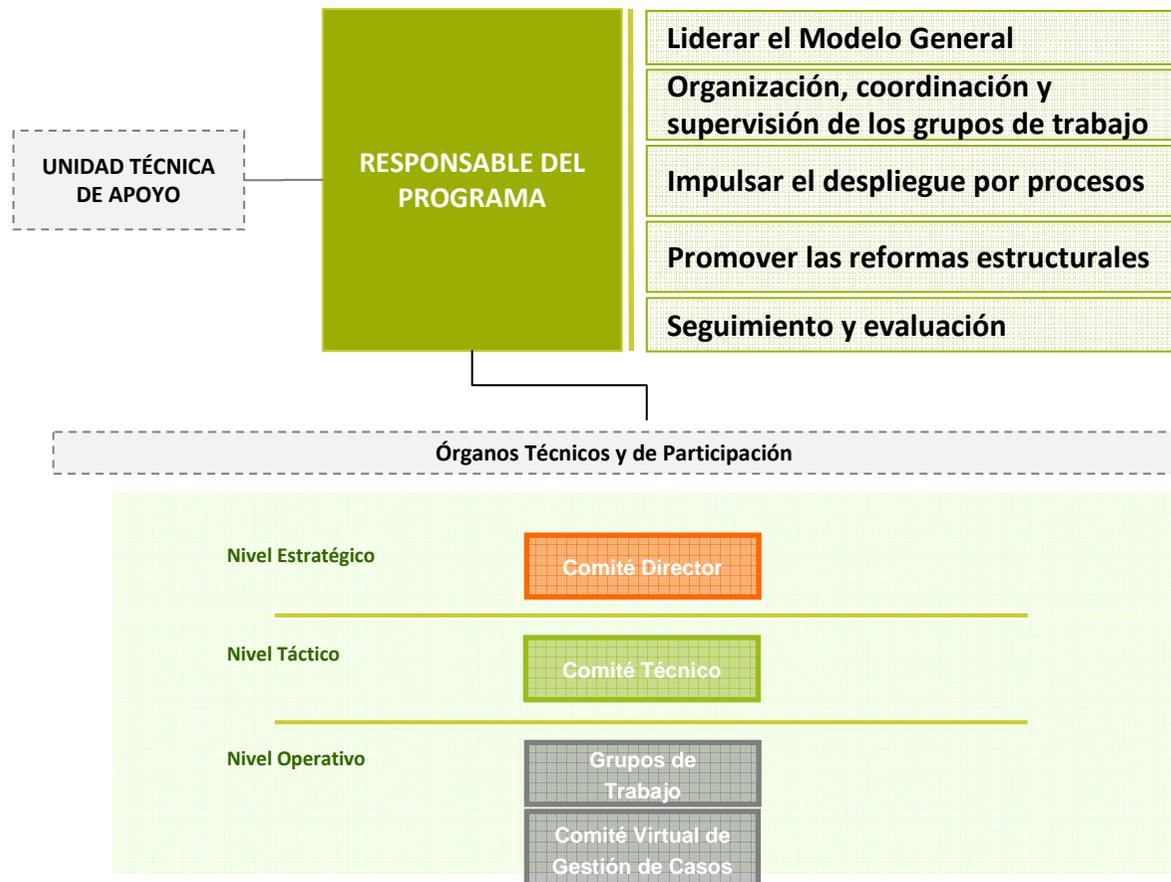
Índice

1. Objetivos y alcance
 2. Modelo de segmentación
 3. Modelo de atención
 - 4. Modelo de Gobierno**
 5. Modelo de gestión del conocimiento
 6. Modelo tecnológico
 7. Plan de acción
- 
- A decorative graphic consisting of several overlapping, wavy, semi-transparent green shapes in various shades of green, located in the bottom right corner of the slide.

Modelo de gobierno

Responsabilidad técnica

- Estructura 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 control evaluación y seguimiento.



Modelo de gobierno

Gestión Clínica orientada a la Cronicidad

MODELO COLABORATIVO DE
ATENCIÓN

NUEVO MODELO GLOBAL DE GESTIÓN
CLÍNICA ORIENTADO A LA CRONICIDAD

- Orientación **Poblacional**.
- Se orienta al logro de **Resultados**.
- Acento en la mejora de la **Capacidad de resolución de Primaria**.
- Nueva cultura de **relación entre niveles asistenciales**.
- Vincula calidad con **autonomía de gestión**.
- Vincula **incentivos** a responsabilidades asumidas y a los resultados globales obtenidos.

Modelo de gobierno

Gestión Clínica orientada a la Cronicidad

Pactos de gestión

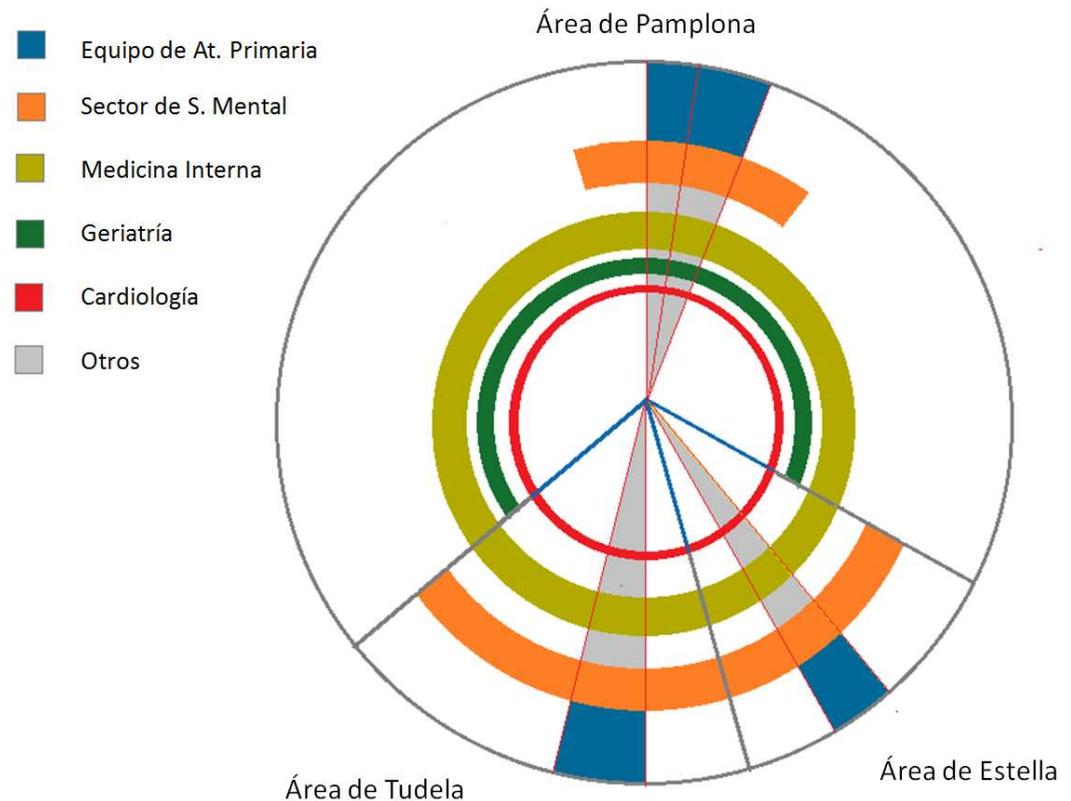
- Unidades asistenciales de los distintos niveles asistenciales deberán participar en un Pacto de Gestión diseñado de manera conjunta, con objetivos compartidos, indicadores orientados al logro de resultados globales y participarán de manera solidaria en la percepción de incentivos conjuntos en función de los resultados obtenidos.

Validación del nuevo modelo

- El 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.

Selección de unidades asistenciales

- 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).

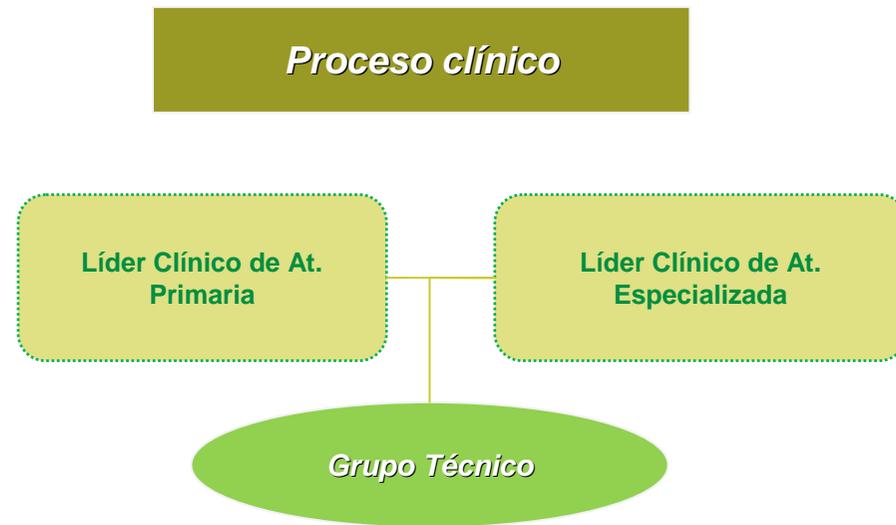


Modelo de gobierno

Liderazgo clínico

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.**

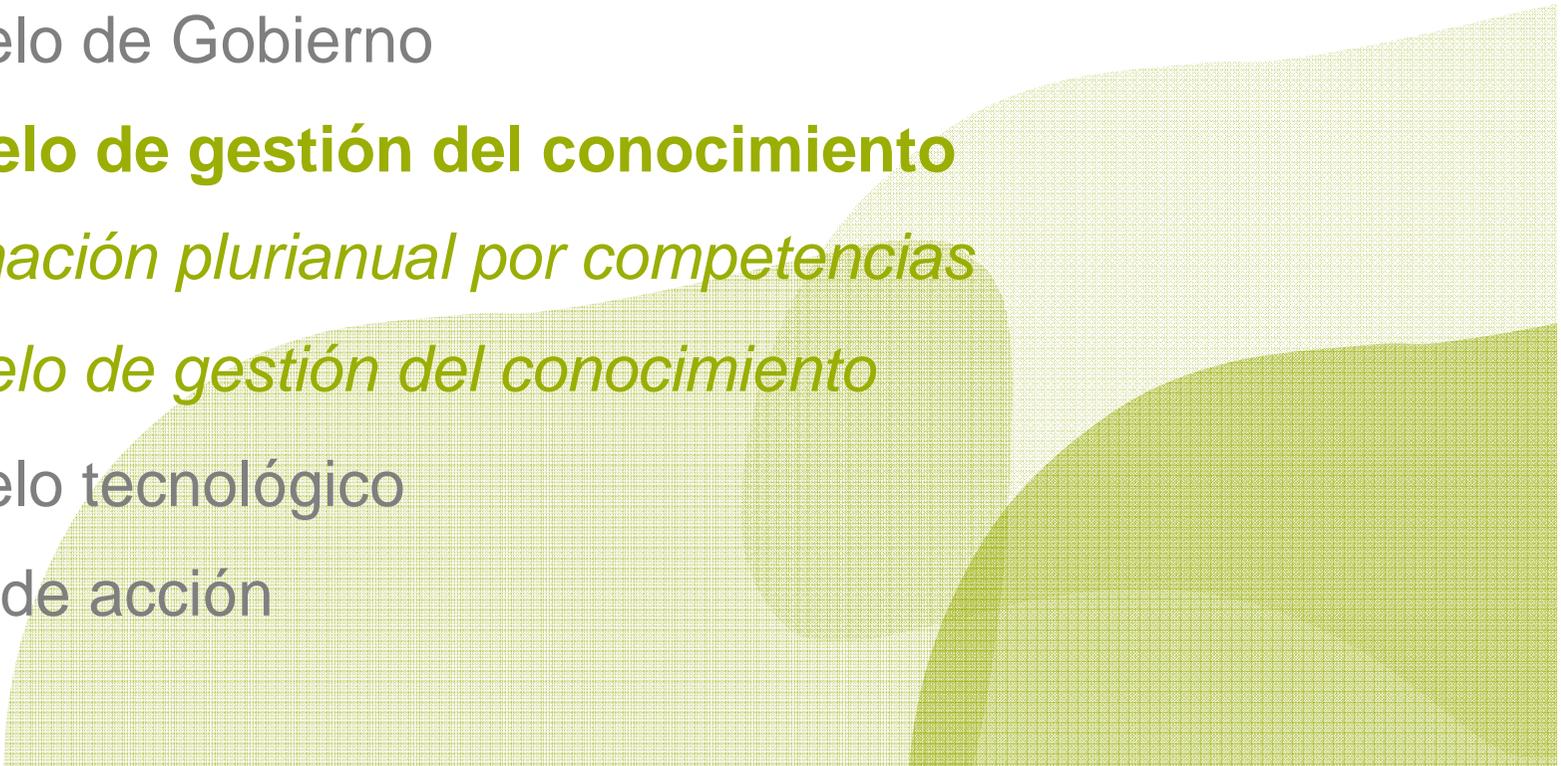
Precisamos **identificar a los líderes clínicos** capaces de innovar, transmitir energía, generar ideas y conocimiento útil, conferir sentido y concitar las voluntades de los profesionales para “construir” una organización basada en las personas y orientada al logro de resultados



Las visiones clínicas de Primaria y Especializada son complementarias y por ello se ha considerado oportuno establecer un modelo de corresponsabilidad del liderazgo clínico.

MODELO COLABORATIVO

Índice

1. Objetivos y alcance
 2. Modelo de segmentación
 3. Modelo de atención
 4. Modelo de Gobierno
 - 5. Modelo de gestión del conocimiento**
 - *Formación plurianual por competencias*
 - *Modelo de gestión del conocimiento*
 6. Modelo tecnológico
 7. Plan de acción
- 

Modelo de gestión del conocimiento

Formación plurianual por competencias

Mapa de Competencias Clave

Ejemplo

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 cardiocerbrovasculares	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			
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 cardiocerbrovasculares	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 Envejecimiento saludable	

Modelo de gestión del conocimiento

Área Temática específica de Gestión del Conocimiento

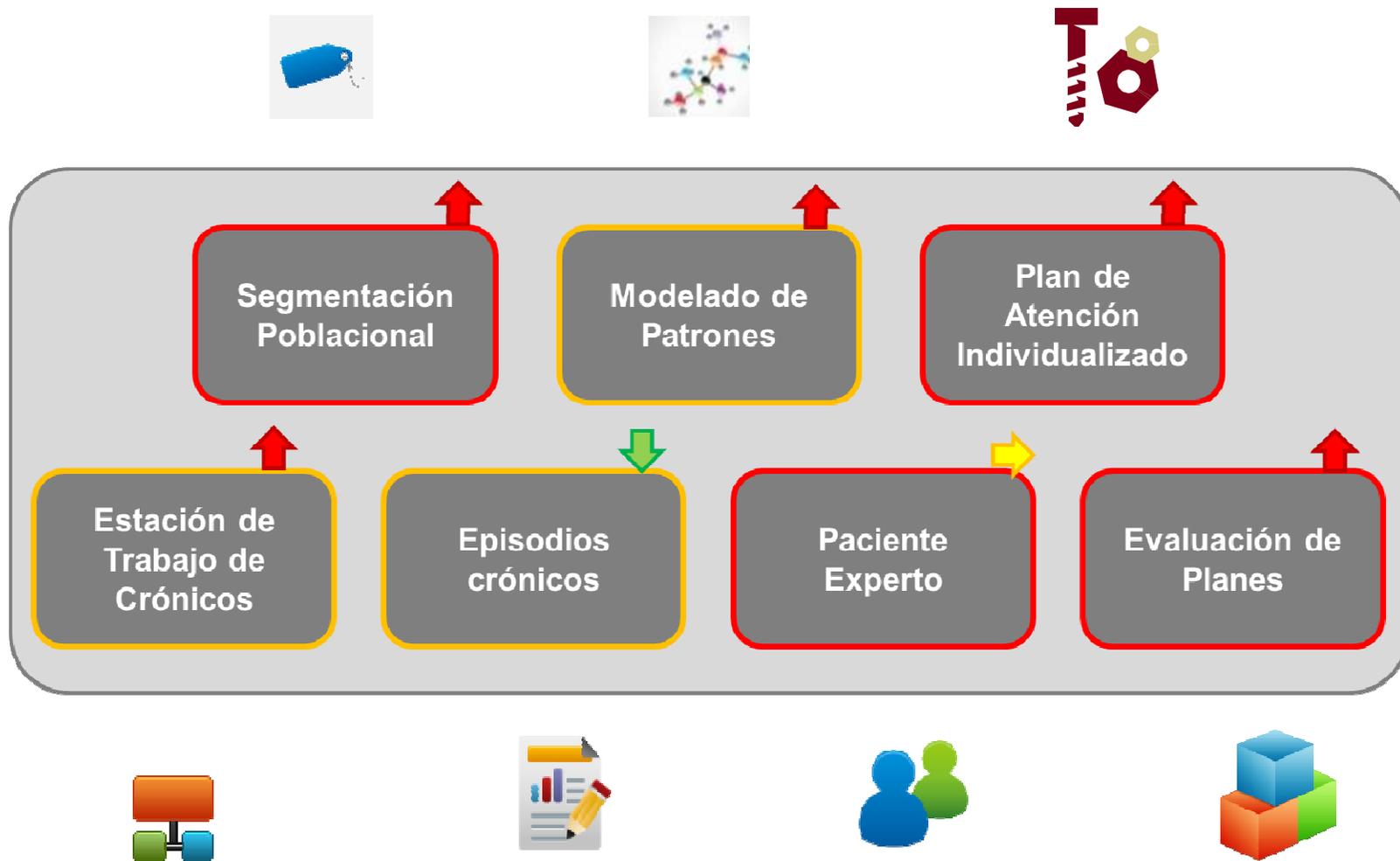
- Herramientas de ayuda vinculadas a la Historia Clínica 2.0.
 - Protocolos informatizados
 - Algoritmos de ayuda
 - Otros sistemas expertos
- "Comunidad de Práctica profesional" espacio web específico
- Servicios de apoyo:
 - Informática clínica,
 - Gestión documental y de bases de datos, etc.
- Formación online (Sistemas webcast, redes sociales etc.).
- Acceso presencial y remoto a Biblioteca Virtual
 - Productos de síntesis,
 - Sinopsis, sumarios,
 - Guías de práctica clínica, etc.

Índice

1. Objetivos y alcance
 2. Modelo de segmentación
 3. Modelo general de atención
 4. Modelo de gobierno
 5. Modelo de gestión del conocimiento
 - 6. Modelo tecnológico**
 7. Plan de acción
- 

Modelo tecnológico

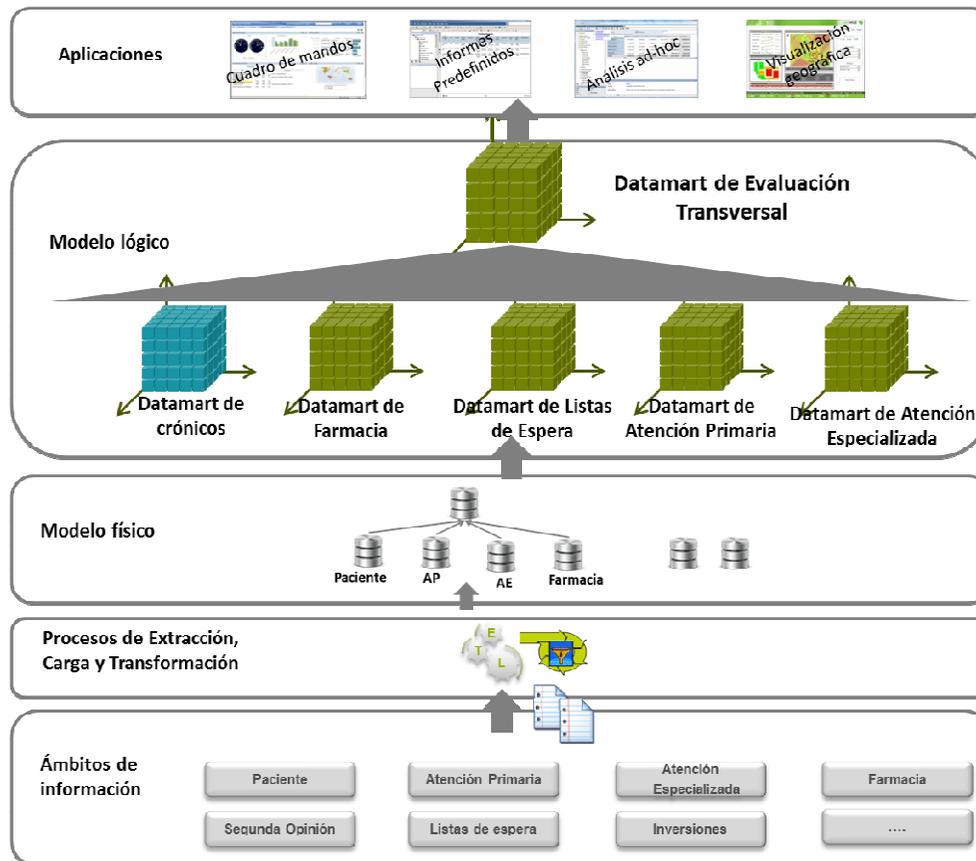
Módulos conceptuales



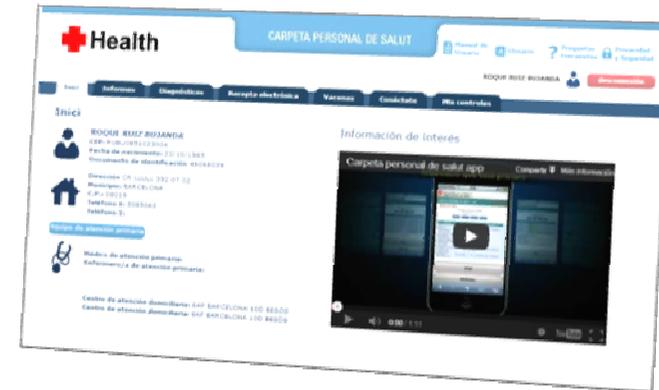
Modelo Tecnológico

Otros

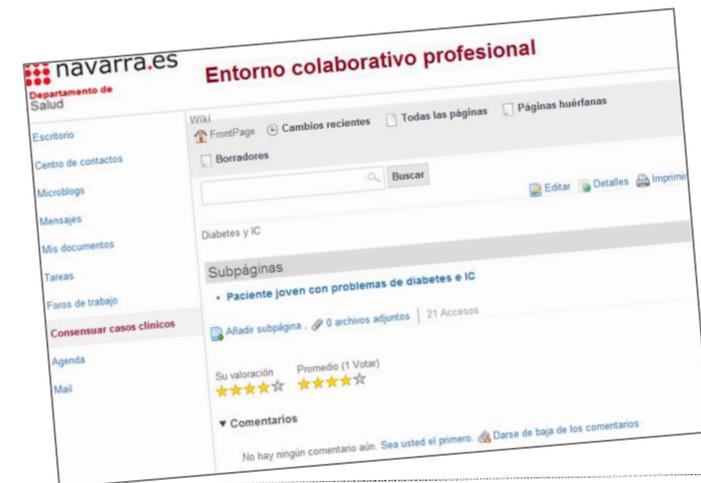
Sistema de Inteligencia Sanitaria



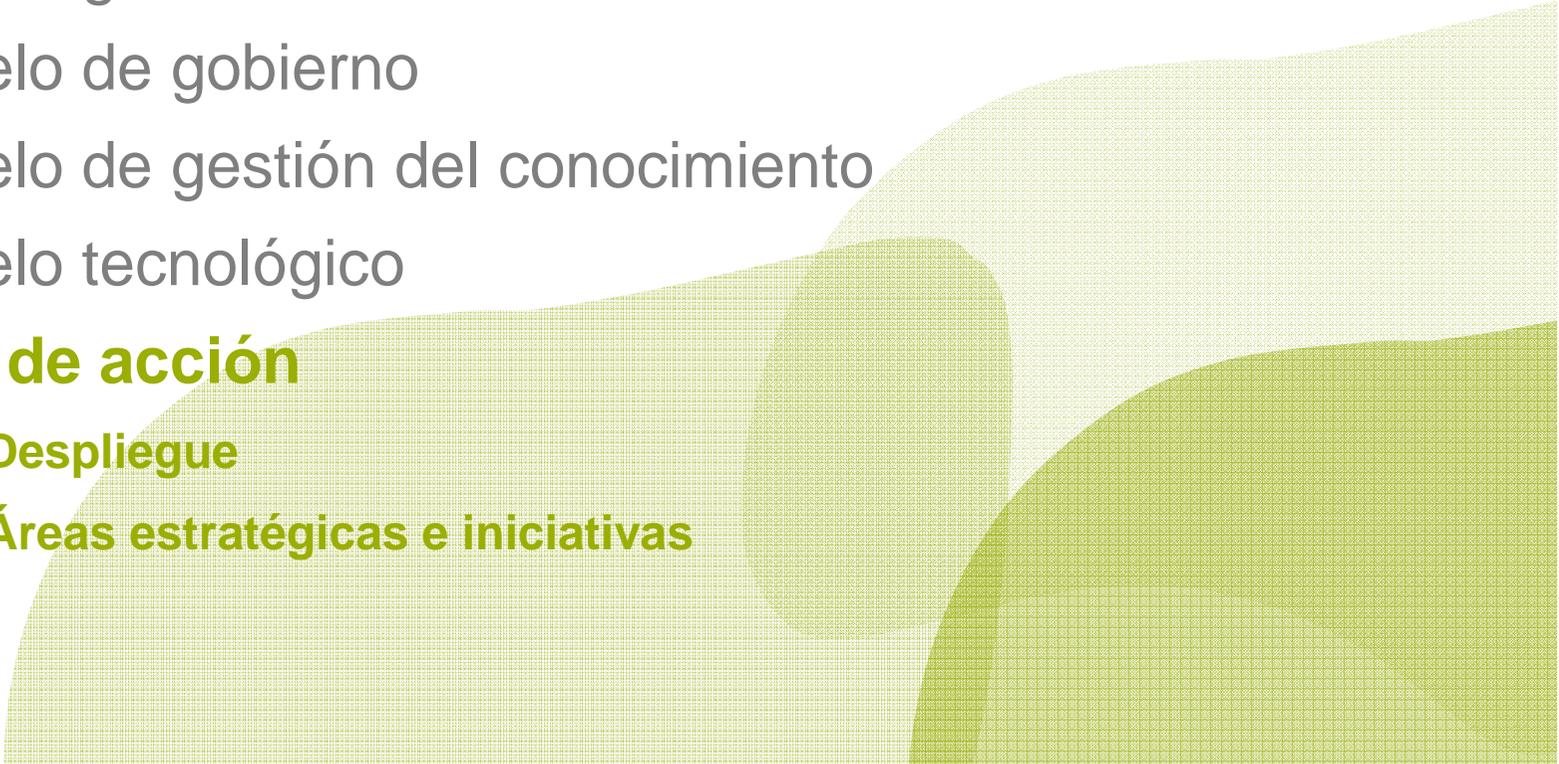
Portal de Salud. Mi Carpeta Personal



Plataforma Colaborativa interprofesional



Índice

1. Objetivos y alcance
 2. Modelo de segmentación
 3. Modelo general de atención
 4. Modelo de gobierno
 5. Modelo de gestión del conocimiento
 6. Modelo tecnológico
 - 7. Plan de acción**
 - 5.1. Despliegue**
 - 5.2. Áreas estratégicas e iniciativas**
- 

Plan de acción

Despliegue

La implementación del Plan de Acción se realizará a través del despliegue de tres grandes líneas que englobarán el total de las iniciativas propuestas:



Modelo Económico

Escenario comparado

Objetivos de optimización de servicios

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%

ESCENARIO MÁS CONSERVADOR



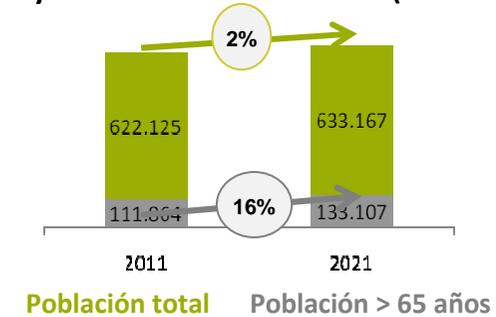
ESCENARIO INTERMEDIO



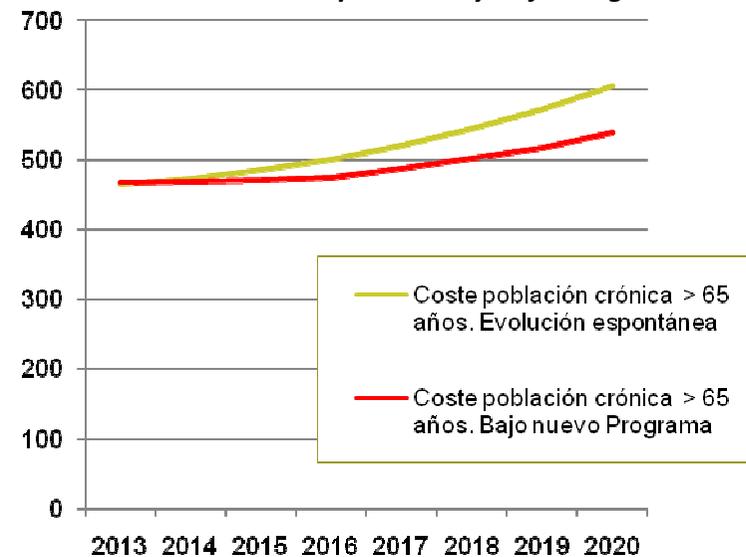
ESCENARIO MÁS ARRIESGADO



Proyección Población Navarra (2012-2021)



Evolución costes crónicos (M€) Evolución espontánea y bajo Programa



Modelo de Gobierno

_Claves para la gestión del cambio

