

[Inicio](#) [Sociedad](#) [Navarra](#)

CAMBIOS IMPORTANTES EN LA SANIDAD NAVARRA

El nuevo plan de pacientes crónicos tendrá que esperar a 2017

El pilotaje comenzará en octubre y la estrategia se extenderá en cuatro años

Habrà una ficha única por paciente para ser consultada por Primaria y Especializada

M. GONZÁLEZ - P. CASCANTE - Miércoles, 18 de Junio de 2014 - Actualizado a las 03:08h

☆☆☆☆☆ (4 votos) | [1 comentario](#)



Me gusta 3



Yurss, en la comparecencia en la Comisión de Salud del Parlamento. (Cascante)

PAMPLONA - Salud prevé que la nueva estrategia de atención a pacientes crónicos y pluripatológicos, uno de los cambios más importantes en la asistencia sanitaria en

Vista:

[Más texto](#)

[Más visual](#)

Navarra, está implantada de forma generalizada en 2017.



El plan para este tipo de enfermos, que suponen ahora entre un 10 y un 15% de la población aunque la previsión es que el porcentaje aumente, arrancará con una fase de pilotaje que comenzará en octubre en los centros de salud y mentales de San Juan (Pamplona), Tafalla, Tudela Oeste y Estella y en un centro rural aún sin determinar. Tras esta experiencia en las citadas zonas básicas, Salud realizará una evaluación de resultados en marzo de 2015 con el objetivo de perfeccionar la estrategia e ir extendiéndola progresivamente a todos los centros de Navarra. "Es un proceso de medio y, sobre todo, de largo plazo", advirtió el director general de Atención Primaria, Nacho Yurss, quien compareció por iniciativa del departamento para exponer la nueva forma de atender a los pacientes.

"Se trata de lograr la máxima calidad, con la mínima cantidad, la tecnología apropiada, por el personal idóneo, en momento y lugar adecuado y tan cerca del domicilio como sea posible", resumió el director de Primaria, para quien la fragmentación es el principal inconveniente del modelo actual. "Está orientado a la demanda, no a la necesidades del paciente, lo que genera insatisfacción", dijo, tras destacar que se trata de un modelo de integración asistencial entre Atención Primaria y Especializada. El Gobierno, para el que la iniciativa es un proyecto estratégico, destinará al nuevo plan de crónicos, pacientes que consumen entre un 60 y un 70% de los recursos sanitarios, destinará unos 12 millones de euros en cuatro años: 2 millones durante este año; 2,7

millones en 2015; 3,3 millones en 2016 y 3,8 millones en 2017.

ESTRATIFICACIÓN El pilotaje del modelo parte de una estratificación de la población con las ocho patologías más prevalentes y divide a los enfermos en crónicos severos, - el 4,1% de la población de la zonas de pilotaje, 66.155 personas, y los más perjudicados por la fragmentación del actual modelo-, moderados -el 16,2%- y leves -el 73,3%-. La severidad se tendrá en cuenta a la hora de diseñar la estrategia de cuidados de estos pacientes.

La iniciativa define nuevas formas organizativas para mejorar la colaboración entre niveles y entre las novedades que incluye, además de la extensión de la receta electrónica a Atención Especializada, está la creación de nuevos perfiles asistenciales: el especialista de referencia, que buscar un mayor acercamiento a Primaria; la enfermera de enlace, como transición entre Primaria y Especializada; la de consejo en Primaria como soporte en autocuidados y que evitará desplazamientos del paciente al centro sanitario; y la enfermera gestora de casos.

Estos profesionales se encargarán de que al paciente se le haga una valoración integral en la que participan el médico de familia, enfermera y trabajador social para un diagnóstico integral que incluye su severidad, las necesidades de cuidados sanitarios y también sociales, y que sirven para confeccionar un plan atención individualizado para el paciente. También contempla un plan de autocuidados con la apertura de ficha en el Entorno Unificado de Atención (Eunate)

que puede ser consultada por todos los profesionales que participan en el proceso.

LA CIFRA

66.155

El pilotaje se realizará en cuatro zonas básicas de salud que concentran a 66.155 personas.

LAS CLAVES

Cambios deseables:

-Atención Primaria centrada en el paciente complejo y más resolutiva en su área geográfica de influencia.

-Mayor integración de Atención Especializada, Salud Mental, Primaria y entorno sociosanitario.

-Integración AP-AE-Salud Mental en base a objetivos comunes y modelo colaborativo.

-Desarrollo de otras modalidades de atención como la no presencial.

-Promoción del paciente responsable.

Objetivos generales.

-Mejorar los resultados en salud y la calidad técnica en la atención a los pacientes crónicos.

-Mejorar la capacidad funcional y calidad de vida de pacientes crónicos y personas cuidadoras.

-Promover la autonomía y la capacitación del paciente crónico y de las personas cuidadoras.

-Mejorar la satisfacción de los pacientes

crónicos y su entorno con la atención recibida.

-Contribuir a la sostenibilidad del sistema asistencial.

-Promover en los profesionales la cultura de mejora continua de los procesos orientados al paciente.

Enfermedades pilotadas. Patologías seleccionadas para la estratificación: diabetes, insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal, EPOC, accidente cerebrovascular, asma, cardiopatía isquémica y demencia (no se incluyeron la hipertensión arterial ni el colesterol *mal* por ser considerados factores de riesgo y no enfermedades).

Número de pacientes. Destacan por el volumen de pacientes el asma, con 31.834; las enfermedades metabólicas, con 24.402; y las respiratorias, con 7.558.

¿Qué se pilotará?

- El programa de autocuidados en Atención Especializada.

-Adecuación de la modalidad asistencial a las necesidades de los pacientes crónicos: Hospital de Día, Hospitalización a domicilio, Hospitalización convencional, Atención a la convalencia, interconsulta no presencial.

-Circuitos de atención más ágiles.

-Mejora de transiciones asistenciales: modelo de planificación de alta, implantación de informe de continuidad de cuidados, conciliación de la medicación.

-En Salud Mental: implantación del modelo PIC, de interconsulta no presencial con

centro de referencia y participación en redes piloto integradas.

-Sociosanitario: el programa de atención domiciliaria, el de convalencia en residencias en ictus y fractura de cadera y el de atención farmacéutica integrada sociosanitaria.