

III Congreso Sostenibilidad del Sistema Sanitario gracias a las TIC

¿Cómo alinear una organización hacia una gestión de la cronicidad?

*Plan estratégico de atención de enfermos crónicos y pluripatológicos
Departamento de Salud del Gobierno de Navarra*



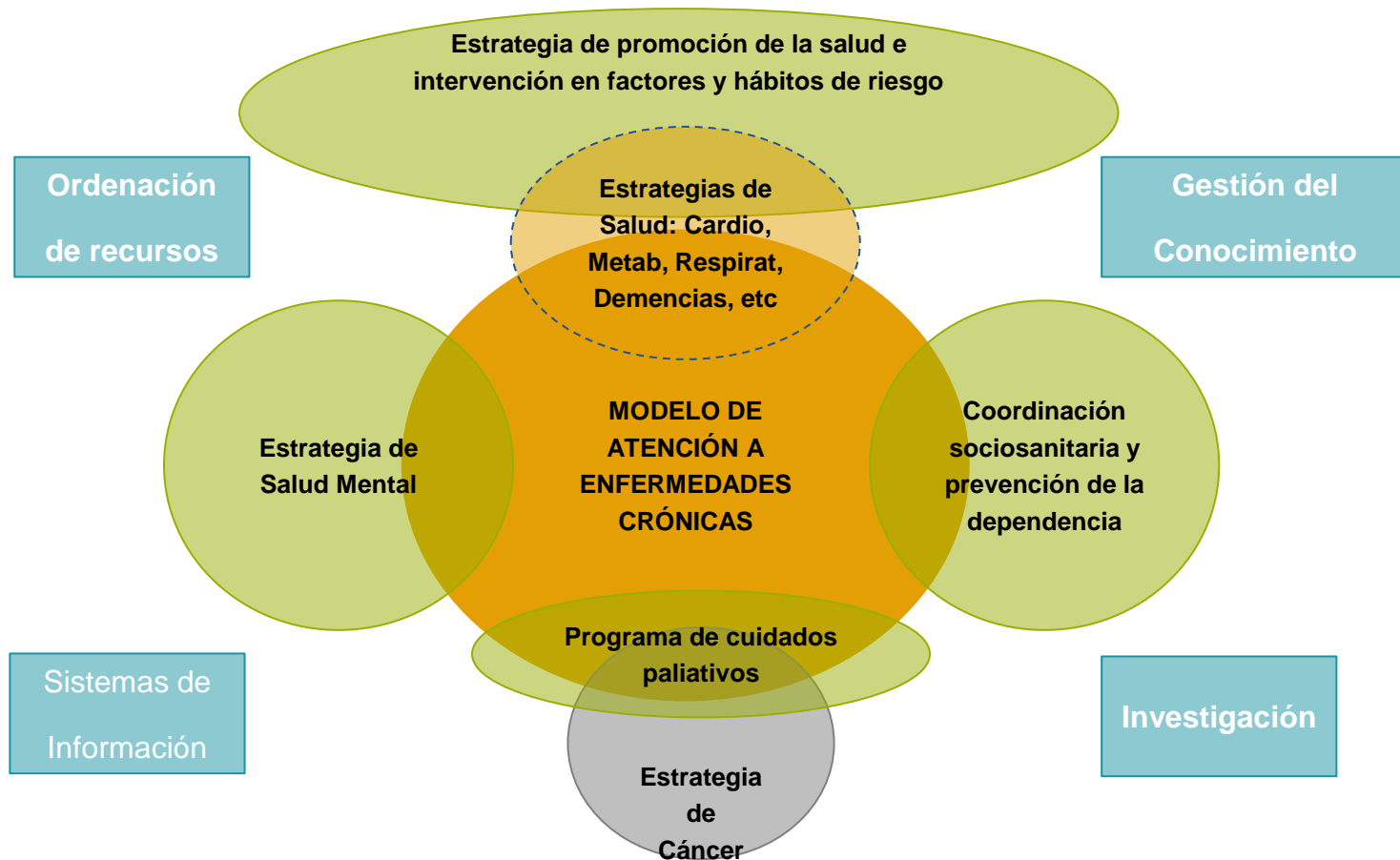
¿Qué se pretende con esta iniciativa?

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*

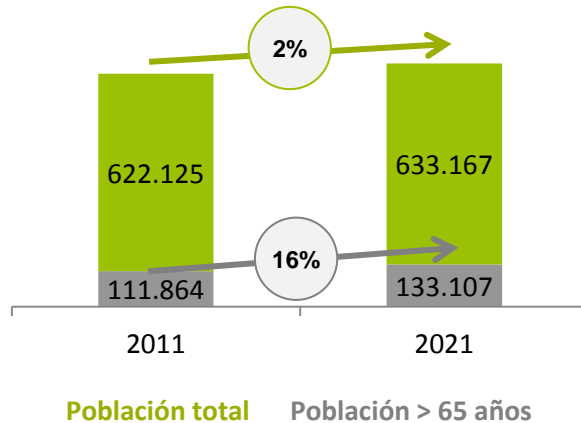


¿Cuál es el alcance de esta iniciativa?

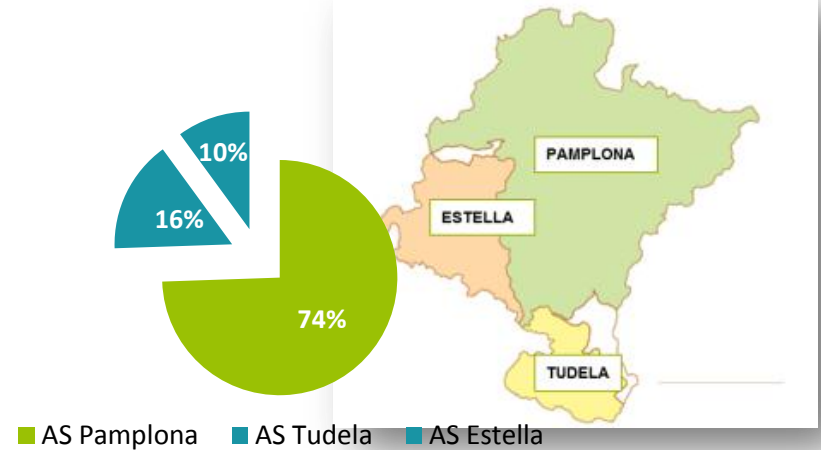
La estrategia del nuevo Modelo de Atención Sanitaria no se limita únicamente al colectivo de pacientes crónicos, sino que, por el contrario, **se extiende a toda la práctica asistencial**, tanto en pacientes agudos como en crónicos.



Proyección Población Navarra



Distribución en Áreas de Salud

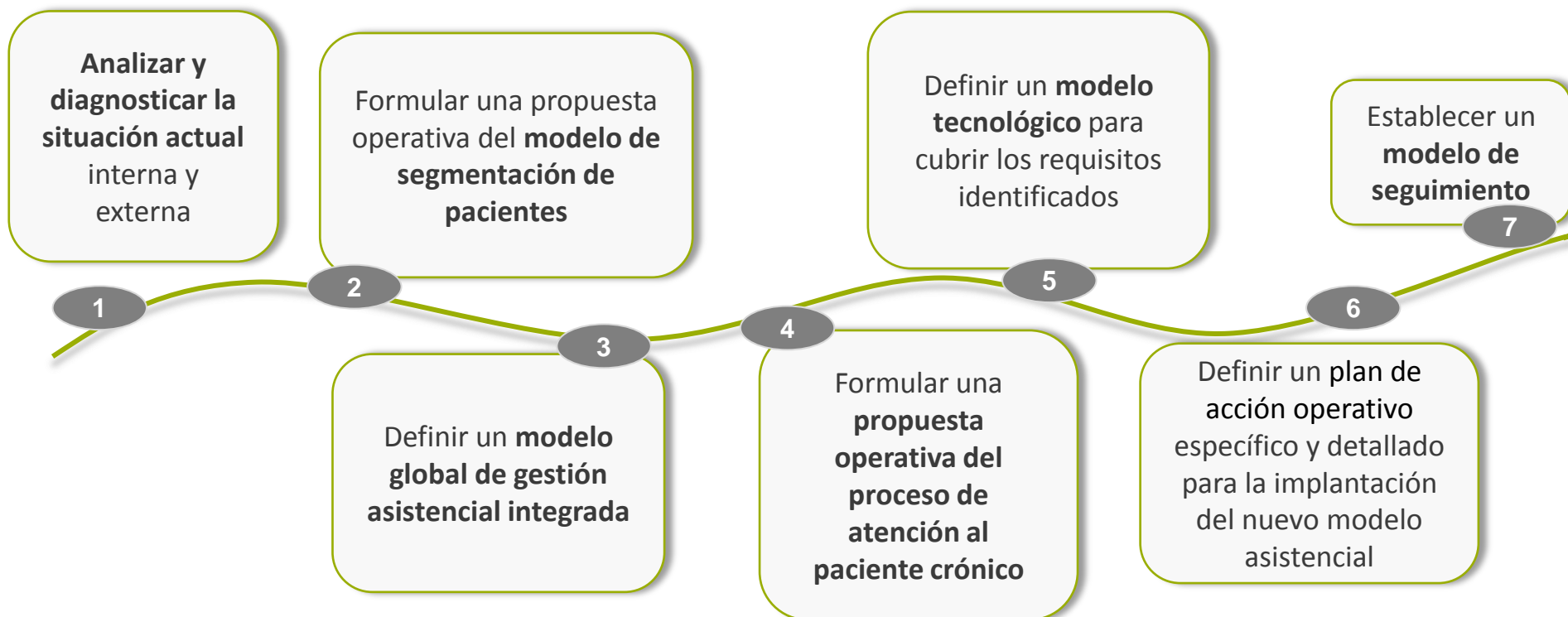


Recursos Sanitarios

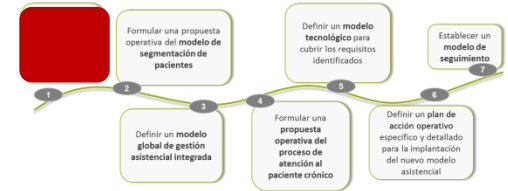
- 2,39 médicos de AE por cada mil habitantes (30% superior a la media nacional).
- 0,75 médicos de AP por cada mil habitantes (20% superior a la media nacional)
- 4,66 personal de enfermería AE por cada mil habitantes ((30% superior a la media nacional)
- 0,71 personal de enfermería AP por cada mil habitantes (15% superior a la media nacional)

Definir la estrategia operativa a aplicar en Navarra para garantizar una atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos

.... A través de los siguientes objetivos específicos:



1. ¿Cuál es la situación de partida?



Principales modelos de referencia:

1. Modelo de cuidado crónico (CCM)
2. Modelo de cuidado crónico extendido (MCCE)
3. Pirámide de Kaiser Permanente
4. Modelo de Cuidado Guiado

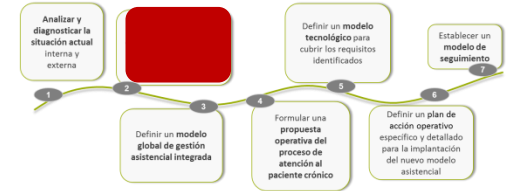
Casos de éxito internacionales

Principales indicadores de salud población crónica en Navarra

1. Estructura organizativa
2. Recursos asistenciales
3. Procesos asistenciales de pacientes crónicos
4. Coste de la cronicidad
5. Sistemas de Información

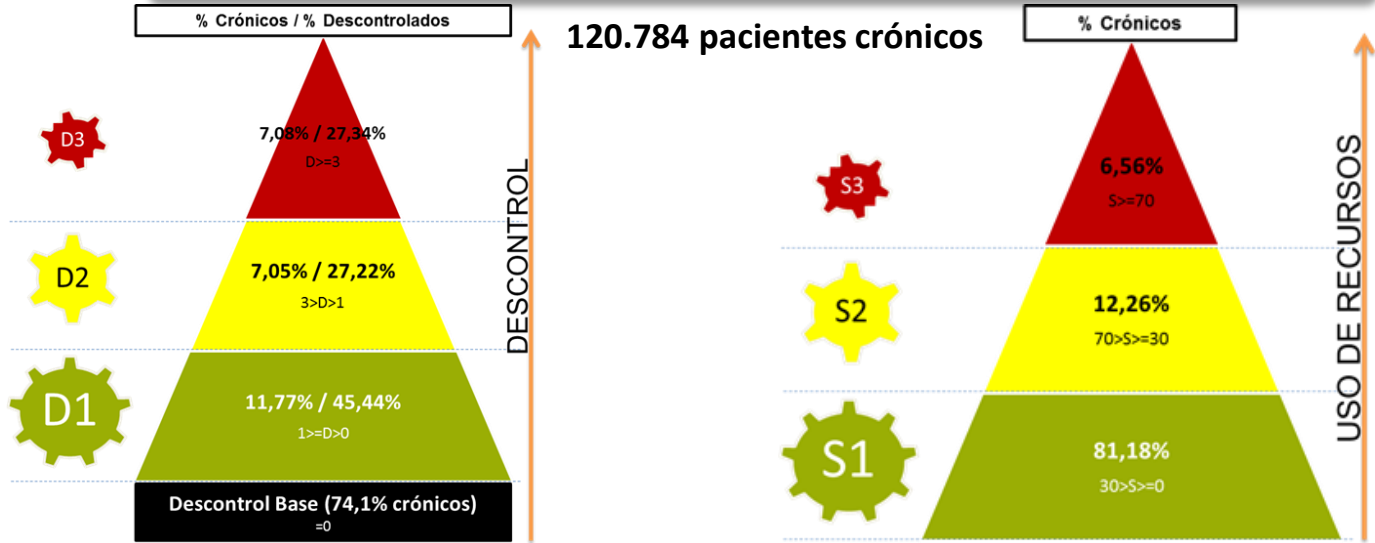


2. ¿Cómo es la población crónica?: Segmentación

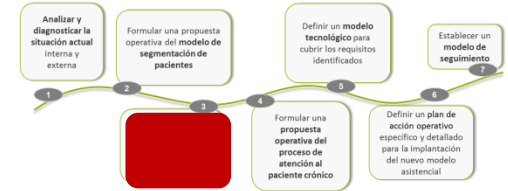


Estratificar a la población crónica de Navarra en colectivos homogéneos con características y necesidades similares

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



3. ¿Cómo se va prestar la atención asistencial?

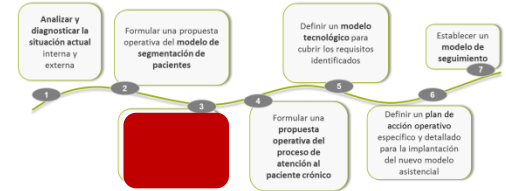


Modelo global de gestión integrada

La implementación y desarrollo de este Modelo General supone un importante cambio en el modelo cultural y de gestión desarrollado hasta la fecha en el ámbito sanitario de la Comunidad Foral.



3. ¿Cómo se va prestar la atención asistencial?



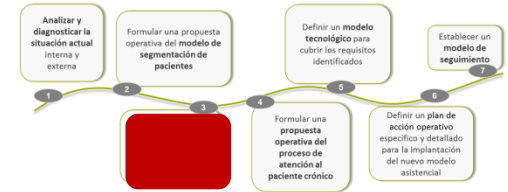
MODELO FUNCIONAL DE ATENCIÓN

CADENA DE VALOR DE ATENCIÓN A CRÓNICOS Y PLURIPATOLÓGICOS

MODELO DE GOBIERNO



3. ¿Cómo se va prestar la atención asistencial?



Modelo organizativo y de relación

MODELO ORGANIZATIVO Y DE RELACIÓN

... pivota sobre 4 nuevos roles:

PACIENTE EXPERTO

Paciente con un rol activo y una gestión competente de su salud y cuidado encargado, entre otras funciones, de liderar grupos de autocuidados entre pacientes que padecen la misma enfermedad crónica

ENFERMERA DE REFERENCIA HOSPITALARIA (AE)

Todos los pacientes crónicos severos dispondrán de esta figura, encargada de mantener la relación con AP, coordinar los servicios y especialidades de AE que necesitará el paciente y acudir al domicilio del paciente

GESTORA DE CASOS (AP)

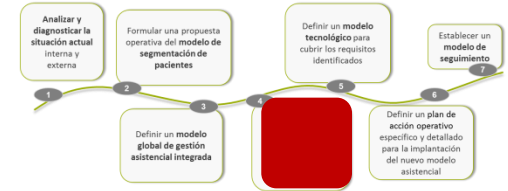
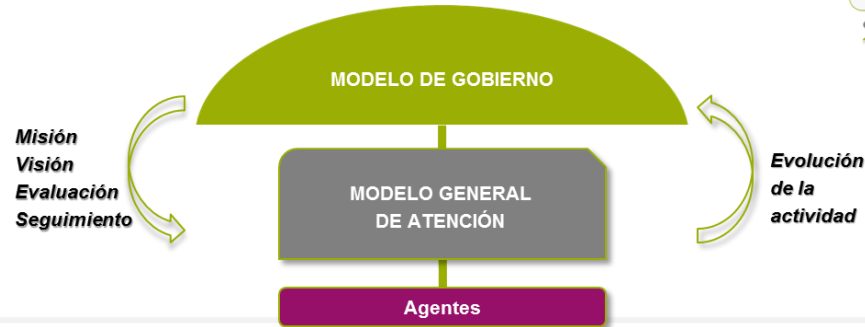
Profesional de referencia para la planificación de la atención y coordinación de cuidados. Desarrollará una función proactiva de Gestión de Casos coordinando y supervisando el panel de control en el que figuren todas las actuaciones que precise el paciente

UNIDADES MULTIDISCIPLINARES

Equipos de trabajo multidisciplinares, encargados de la atención a pacientes. En este sentido, para cada unidad será necesario identificar la distribución de pacientes y los perfiles profesionales que la integrarán

4. Proceso operativo de atención al crónico

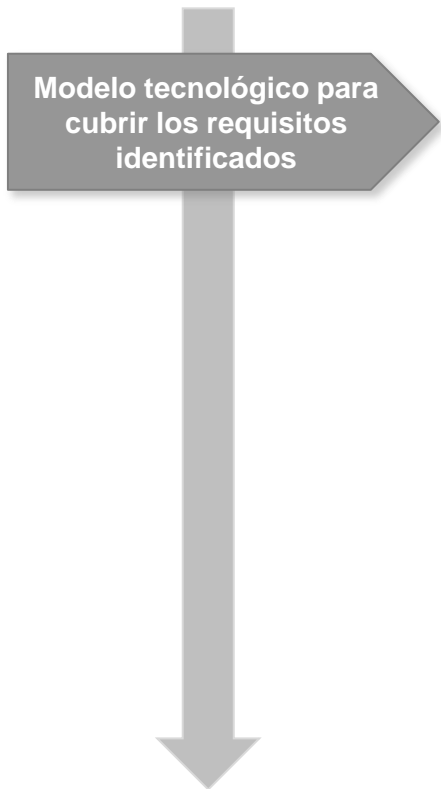
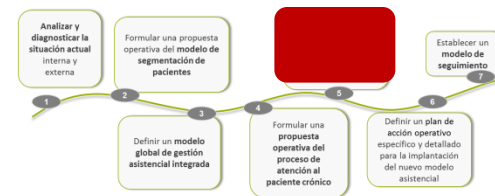
Propuesta operativa del proceso de atención al paciente crónico



Partiendo de **10 premisas básicas:**

1. Definición del modelo de información del plan (**Ficha del paciente**)
2. Identificación de los **diferentes escenarios o estados clínicos** del paciente
3. Identificación de **criterios de inclusión** en el programa
4. Definición **del patrón de atención** en cada estado / escenario
5. **Asignación de las actividades** a los diferentes actores intervinientes
6. Definición de los **informes**
7. Regulación de los **niveles de acceso a la información**
8. Definición de las **alertas** que se pueden de generar para cada estado / escenario
9. Definición de los **mecanismos de supervisión de la actividad realizada**
10. Definición de los **mecanismos para el evaluación global** de los planes de atención aplicados en el segmento.

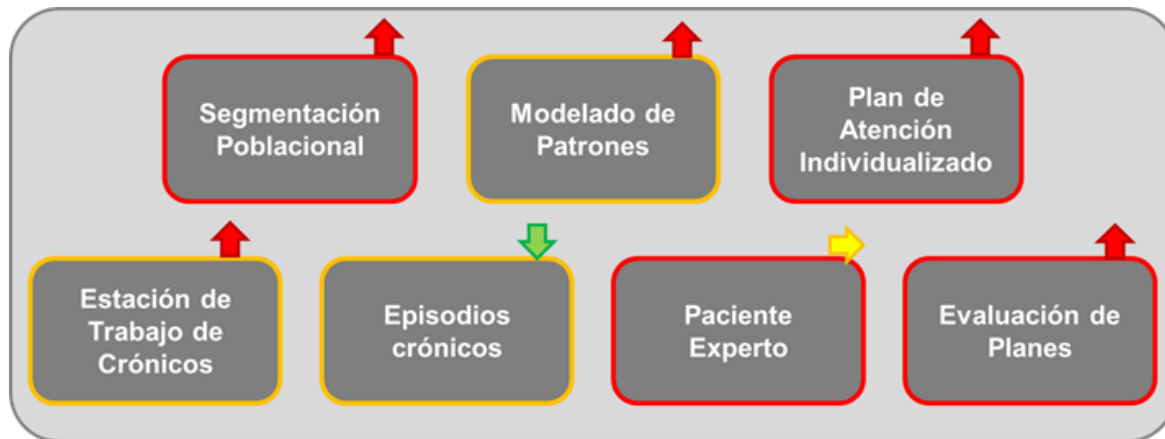
5. ¿Cómo puede ayudar la tecnología?



Modelo tecnológico para cubrir los requisitos identificados

Una solución única, integrada, escalable y flexible, que debe 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

Situación de Navarra antes las funcionalidades propuestas.....



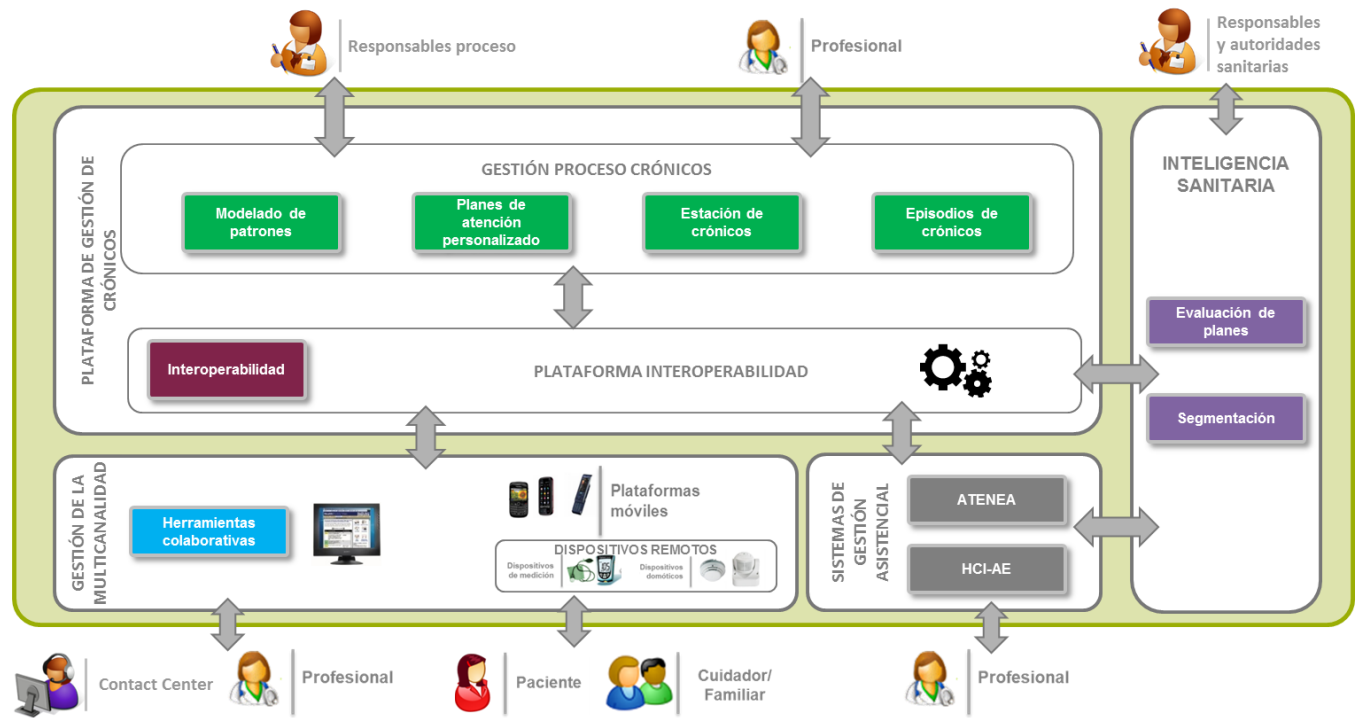
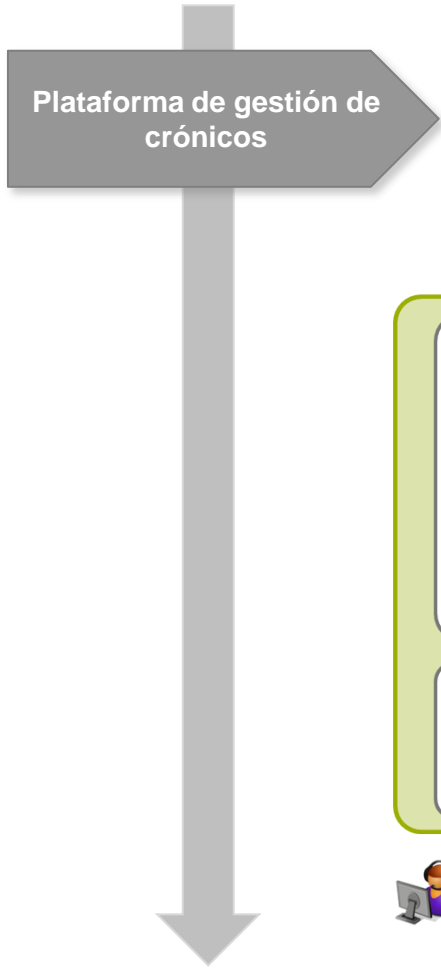
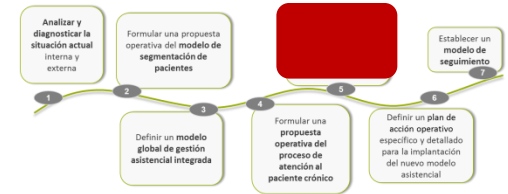
Grado de cobertura

- 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.

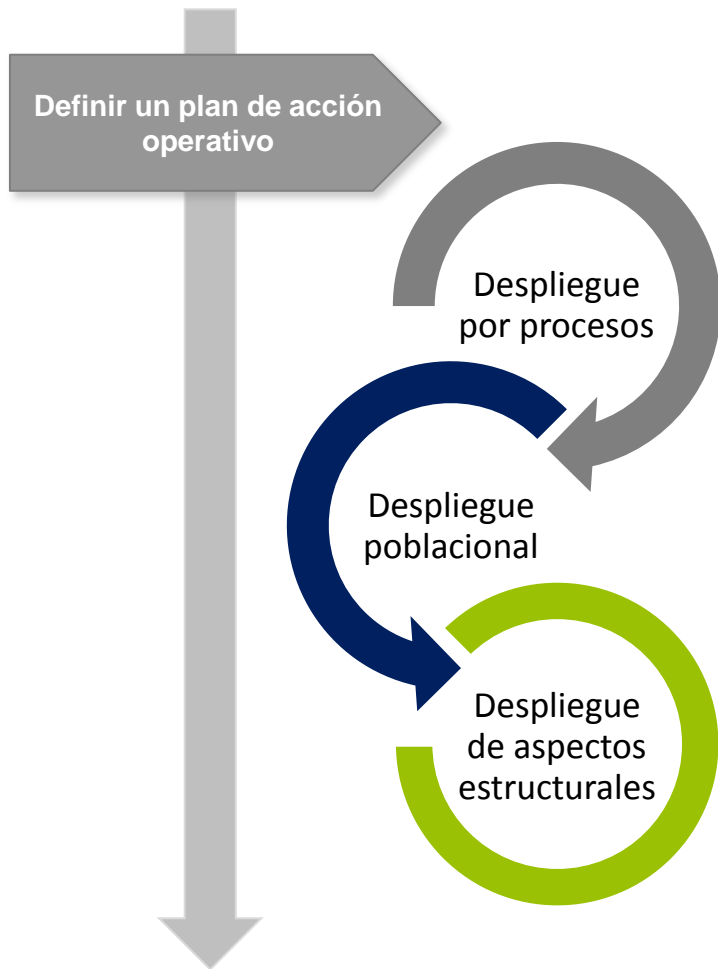
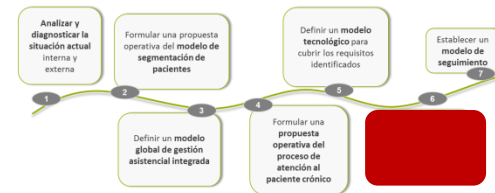
Prioridad

- 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 óptima.

5. ¿Cómo puede ayudar la tecnología?

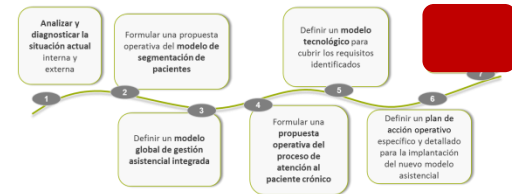


6. ¿Cómo implantar el modelo definido?



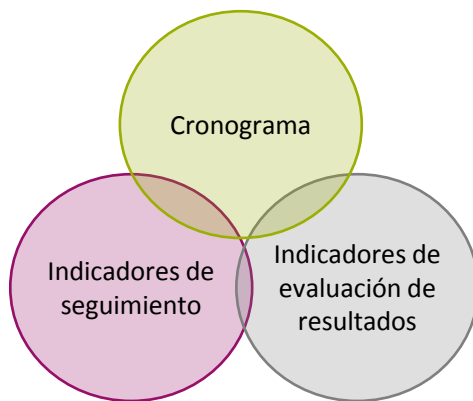
- A1** • Definición e implantación de patrones operativos de atención Integrada por procesos
- A2** • Adaptación del modelo organizativo
- A3** • Promoción de autocuidados y atención al cuidador
- A4** • Planificación, gobierno y evaluación del programa de crónicos
- A5** • Implantación de nuevas plataformas tecnológicas
- A6** • Formación y gestión del cambio

7. Seguimiento como piedra angular



Establecer un modelo de seguimiento

Mecanismo de control y seguimiento para evaluar el grado de avance y cumplimiento de las iniciativas incluidas en el Plan de Acción, de manera que se identifiquen posibles desviaciones



ÁREA I: DEFINICIÓN E IMPLANTACIÓN DE PATRONES OPERATIVOS DE ATENCIÓN INTEGRADA POR PROCESOS	
INICIATIVA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO*
Definición de patrones operativos de atención integrada por procesos I1	Grado de avance en la definición del patrón Número de sesiones realizadas
Proyecto demostrador de patrones operativos de atención integrada por procesos I2	Número de pacientes incluidos Proyecto demostrador iniciado (S/N)
ÁREA II: ADAPTACIÓN DEL MODELO ORGANIZATIVO	
INICIATIVA	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Definición servicios, circuitos, unidades y perfiles profesionales I1	Número de circuitos definidos Número medio de medicamentos por paciente
Análisis y racionalización del patrón de medicación I3	Reducción media del coste Número de centros seleccionados
Selección de centros demostradores I2	Número de centros con acuerdo firmado
Implantación de servicios, circuitos, unidades y perfiles profesionales I3	Número de servicios, circuitos y unidades implantadas sobre total de las aprobadas
Servicios Sociosanitarios - Implantación I4	Proveedores sociosanitarios concertados sobre el total de proveedores contactados Porcentaje de pacientes atendidos

Las TIC son necesarias para conseguir la implantación de un Modelo Integral de Gestión de Crónicos



Segmentación población crónica

Estratificar a la población crónica en colectivos de características y necesidades similares

Definición y ejecución de planes de atención

Asignar el plan de atención concreto que deberá seguir cada paciente y realizar el seguimiento de la correcta ejecución de las actividades que lo conforman

Evaluación de resultados

Evaluar indicadores relacionados con los planes de atención con para valorar su grado de eficiencia y eficacia



an **NTT DATA** Company

Javier Berlana Mingo
Director Ejecutivo everis Health
fberlana@everis.com

everis.com

Consulting, IT & Outsourcing Professional Services