

GOBIERNO DE NAVARRA

ECONOMÍA, HACIENDA, INDUSTRIA Y EMPLEO

CULTURA, TURISMO Y RELACIONES INSTITUCIONALES

PRESIDENCIA, JUSTICIA E INTERIOR

EDUCACION

DESARROLLO RURAL, MEDIO AMBIENTE, Y ADMINISTRACIÓN LOCAL

SALUD

POLÍTICAS SOCIALES

FOMENTO

SEGURIDAD Y EMERGENCIAS

## El plan de atención integral al paciente crónico comenzará a implantarse en marzo en cinco zonas básicas de salud

*Hoy se ha creado el comité director del plan, integrado por seis grupos de trabajo que establecerán las directrices en cuanto a objetivos, plan de autocuidados, aspectos sociosanitarios y planificación en atención primaria, especializada y salud mental*

Martes, 28 de enero de 2014

Esta mañana ha tenido lugar la sesión de constitución del Comité director del Plan de atención al paciente crónico y pluripatológico de Navarra que se encargará de establecer las directrices de implantación de este programa, cuya fase piloto está prevista que se inicie en marzo en las zonas básicas de San Juan (Pamplona), Tafalla, Tudela Oeste, Estella y Allo. En el acto, ha participado la consejera de Salud, Marta Vera, y del director de Atención Primaria, Ignacio Yurss.



La consejera Vera participa en la reunión sobre el Plan de atención al paciente crónico.

El objetivo de este plan es mejorar la calidad de vida de los 120.000 pacientes crónicos existentes en Navarra, mediante la promoción de su autonomía y autocuidados, la atención a sus necesidades sociosanitarias, y el establecimiento de circuitos asistenciales más rápidos y eficientes. Tal y como ha explicado la consejera Vera, se trata de implantar un modelo de valoración y atención integral a este tipo de pacientes que incluya, además del tratamiento médico de las patologías crónicas, la atención a sus cuidados y necesidades sociales.

En la sesión se ha acordado la creación de seis grupos de trabajo específicos, encargados de diseñar el plan de acción del programa y su implantación en las cinco zonas básicas de salud que integran la fase piloto.

Las áreas en las que trabajarán estos seis grupos se centran en el establecimiento de los **objetivos e indicadores** que permitan la evaluación del programa; la definición del ámbito de los **autocuidados** en relación con los pacientes incluidos en el plan; el estudio de los **aspectos sociosanitarios** (programa de atención a domicilio, detección de necesidades sociales, alternativas al alta en pacientes con fractura de

cadera e ictus, etc); y la definición y planificación de los modelos asistenciales en **atención primaria; atención especializada; y salud mental.**

### **Los pacientes crónicos en Navarra**

Según los estudios y análisis previos realizados por el Departamento de Salud en Navarra existen en la actualidad 120.784 pacientes crónicos (con las diez patologías crónicas más relevantes), de los cuales, 12.249 son pacientes graves o severos. Representan el 17,28% del total de la población de la Comunidad Foral y el 52% del gasto sanitario público. Para la validación del nuevo modelo se ha seleccionado la población correspondiente a cinco Zonas Básicas de Salud (atendidas por los correspondientes centros de Atención Primaria) que se coordinarán con varios servicios especializados de sus centros hospitalarios de referencia y con los centros de Salud Mental correspondientes: **Pamplona-San Juan** y **Tafalla** con los servicios de Medicina Interna, Geriátrica, Área del Corazón y Neurología del Complejo Hospitalario de Navarra; **Tudela Oeste**, con el servicio de Medicina Interna de Hospital Reina Sofía; **Estella** y **Allo**, con el servicio de Medicina Interna de Hospital García Orcoyen.