



DIPUTACIÓN DE PALENCIA



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Escuela de Enfermería de Palencia
“Dr. Dacio Crespo”

GRADO EN ENFERMERÍA

Curso académico (2015-16)

Trabajo Fin de Grado

**Análisis de las estrategias de atención al
paciente crónico pluripatológico en el
territorio español**

Alumna: Marta Cacho Dueñas
Tutora: D^a Elena Faulín Ramos
Junio, 2016

AGRADECIMIENTOS:

Quiero agradecer a mi tutora D^a Elena Faulín Ramos el apoyo constante y la guía que me ha proporcionado durante estos meses, lo que ha hecho posible la realización de este trabajo de fin de grado.

ÍNDICE

Resumen	4
Introducción y objetivos	5
Material y métodos	15
Resultados y discusión	20
Bibliografía.....	32

RESUMEN

El progresivo envejecimiento de la población como consecuencia de la transición epidemiológica ha propiciado el crecimiento exponencial de los pacientes con enfermedades crónicas y pluripatología. Esto provoca un mayor consumo de recursos y un aumento de la dependencia.

Las comunidades autónomas españolas, para afrontar estos desafíos y valiéndose de las recomendaciones internacionales y del documento “Estrategia para el abordaje de la cronicidad” del Sistema Nacional de Salud, han desarrollado diversas estrategias de atención al paciente crónico intentando evitar la variabilidad en la atención a los pacientes y fomentando la equidad. El objetivo de este trabajo es realizar una comparativa de la atención prestada al paciente crónico pluripatológico entre las distintas comunidades del territorio español.

Se realizó una revisión bibliográfica utilizando las bases de datos COCHRANE PLUS, PUBMED, LILACS y CUIDEN, además de los diferentes portales de salud del territorio español. La revisión abarcó desde noviembre de 2015 hasta enero de 2016. Se utilizaron los tesauros DeCS y MeSH, combinándolos mediante el operador booleano AND, aplicando los criterios de inclusión y exclusión y realizando la lectura crítica mediante las parrillas CASPe y AGREE II. Se seleccionaron 26 artículos.

Los resultados principales muestran que la mayoría de las comunidades autónomas estratifican a la población según la pirámide de Kaiser Permanente, estableciéndose en todo el territorio español la Atención Primaria como eje de asistencia al paciente crónico, siendo el domicilio el lugar idóneo para realizar los cuidados.

La enfermera gestora de casos se convierte en el profesional idóneo para fomentar el empoderamiento y autocuidado del paciente. Se debe prestar especial atención a las personas cuidadoras del paciente, poniendo a su alcance programas de apoyo y de autocuidado.

La progresiva instauración de la Historia Clínica Electrónica y la telemonitorización en todo el territorio español ha mejorado la continuidad asistencial de estos pacientes.

Palabras clave: Enfermedad Crónica, Autocuidado, Comorbilidad, Atención Primaria de Salud, España.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Durante el siglo XX se han producido dos importantes cambios en la estructura poblacional como consecuencia del aumento de la esperanza de vida y de la disminución de la natalidad, denominados Transición Demográfica y Transición Epidemiológica, caracterizados por un incremento del envejecimiento y de la prevalencia de las enfermedades crónicas.

De los 57 millones de muertes que tuvieron lugar en el mundo en 2008, el 63% (36 millones) se debieron a enfermedades no transmisibles, especialmente enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y enfermedades respiratorias crónicas.¹ En España también se ha producido esta transición. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE)², el 1 de enero de 2011 había 8.092.853 personas mayores, el 17,2% sobre el total de la población, representando las personas de 80 y más años el 5,1% de toda la población. Según el IMSERSO³, en el 2013 la consideración de personas con discapacidad ascendía a 2.564.893, de las cuales 1.263.879 eran hombres y 1.301.014 eran mujeres. Se estimó que un 15,8 % de hombres y un 19,2% de mujeres con 75 años o más sufrían un grado de discapacidad reconocido igual o superior al 33%.

Según el programa Europa alerta sobre la cronicidad de marzo del 2016 del canal Enfermería TV⁴, el 87% de las muertes se deben a enfermedades crónicas, en su gran mayoría causadas por factores de riesgo como tabaco, alcohol, vida sedentaria y dieta inadecuada. La enfermera es la encargada de promocionar la salud y de prevenir la enfermedad mediante programas de educación para la salud.

Para entender más en profundidad porque las enfermedades crónicas son tan importantes en la actualidad, debemos retrotraernos a los siglos pasados y observar la evolución del concepto de salud-enfermedad durante la evolución histórica.

En la etapa pre-agrícola y agrícola, los hombres recolectaban productos procedentes de la naturaleza, lo que propicia el desarrollo de la agricultura y el aumento de la productividad alimenticia. Se atribuían los trastornos internos orgánicos que no podían explicarse a la influencia de fuerzas malignas extra-humanas.

En todos los pueblos antiguos, como continuación del primitivismo, el concepto de salud-enfermedad adquiere un carácter mágico-religioso. No es hasta el siglo V cuando Hipócrates intenta comprender las causas naturales de la enfermedad, y

reconoce la influencia del medio externo y las características personales en la producción de la misma.

Con la Edad Media, la influencia de la religión trae consigo que la enfermedad se considere consecuencia de fenómenos sobrenaturales, principalmente debida a la ira de Dios o de los demonios.

Tras la caída de Constantinopla surge la Edad Moderna; esto lleva consigo importantes transformaciones culturales y económicas en Europa y comienzan a buscarse explicaciones más racionales acerca de la enfermedad. Se comienza a valorar la salud individual y colectiva. Durante esta época, surge el llamado Renacimiento, donde se hacen importantes progresos científicos como el descubrimiento del microscopio, se consolida el pensamiento médico científico y se crean los hospitales conocidos en la actualidad, aunque se caracterizaban por la inexistencia de las funciones médicas propiamente dichas.

Con la llegada de la Revolución Industrial, considerado el segundo gran acontecimiento histórico-cultural, se impulsa el desarrollo de nuevas concepciones de salud y se crea una nueva situación social.

Al inicio de la revolución, se origina una migración masiva de personas desde zonas rurales a centros industriales para mejorar su forma de vida y se experimenta un nuevo auge demográfico. Se habilitan rápidamente numerosas viviendas, en la que se vivían en condiciones insalubres. Las severas condiciones de los trabajadores industriales propician numerosos accidentes, incapacidades e invalideces. Se produce una reestructuración familiar con la incorporación de la mujer al mundo laboral.

Posteriormente, con la innovación tecnológica, mejora el nivel nutricional y disminuye la natalidad. Se perfeccionan los sistemas dirigidos al cuidado de la salud y se promueven los servicios sociales a cargo del Estado. Las condiciones de vida laborales potencian el desarrollo del pensamiento social y se demandan mejoras sociales (Informe Chadwick⁵, en el que se relacionan la pobreza y la enfermedad y se recomienda la intervención del estado en el saneamiento, la protección maternal y la organización sanitaria)

En la etapa actual, el patrón demográfico se caracteriza por una población envejecida, con una baja mortalidad y natalidad y con una esperanza de vida

aumentada al nacer. Se amplía el concepto de problema de salud, donde es necesario evitar los factores de riesgo.

Las enfermedades crónicas y las de tipo degenerativo aumentan, así como el número de problemas de salud derivados de los estilos de vida. Las más destacadas son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer y las derivadas de los accidentes de tráfico. También aumentan los procesos alérgicos como consecuencia de la contaminación. Todo esto propicia la necesidad de redefinir nuevamente el concepto de salud, reorganizar las estrategias y las actividades de salud comunitaria y reestablecer una nueva forma de cuidar la salud del individuo y la colectividad.⁶

Según la OMS ⁷, “*Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta*”. Si a esto le unimos el término pluripatología, que es la coexistencia de dos o más enfermedades crónicas en un mismo paciente, obtenemos el concepto de paciente crónico pluripatológico, que se define como aquel paciente que viene determinado por un perfil con las siguientes características: presencia de varias enfermedades crónicas; múltiples hospitalizaciones; polimedicación y baja adherencia terapéutica; disminución de la autonomía personal, con presencia de discapacidad o dependencia; y consumo excesivo de recursos sanitarios y sociales. Presenta además otros factores como edad avanzada, soledad, escaso apoyo familiar y social, presencia de enfermedades previas, etc.

Este tipo de pacientes, por su complejidad, requieren un abordaje multidisciplinar e individualizado, en el que la continuidad asistencial entre el sistema sanitario y social es un requisito básico.⁸

A nivel internacional, se han creado unos modelos para abordar la atención al paciente crónico pluripatológico, uno de los cuáles es el Modelo de Atención al Crónico (Chronic Care Model), desarrollado por Ed Wagner y sus colaboradores del MacColl Institute for Healthcare Innovation de Seattle, en EEUU (1998).⁹ Este modelo relaciona comunidad, sistema sanitario y paciente. El empoderamiento del paciente refiere especial importancia; éste es un enfermo activo, bien informado y responsable de su salud. También destaca la formación de un equipo de profesionales proactivos con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes, la satisfacción y los resultados.

Figura 1. Chronic Care Model



La Organización Mundial de la Salud (OMS) creó otro posteriormente denominado The Innovation Care for Chronic Conditions Framework (ICCC), “Modelo de Atención Innovadora para Condiciones Crónicas”.¹⁰

Su principal diferencia respecto al anterior modelo reside en que se da mayor importancia al enfoque de salud poblacional, a la prevención y a la toma de decisiones basada en la evidencia científica y en la calidad, por lo que es aplicable a cualquier sistema de salud mundial.

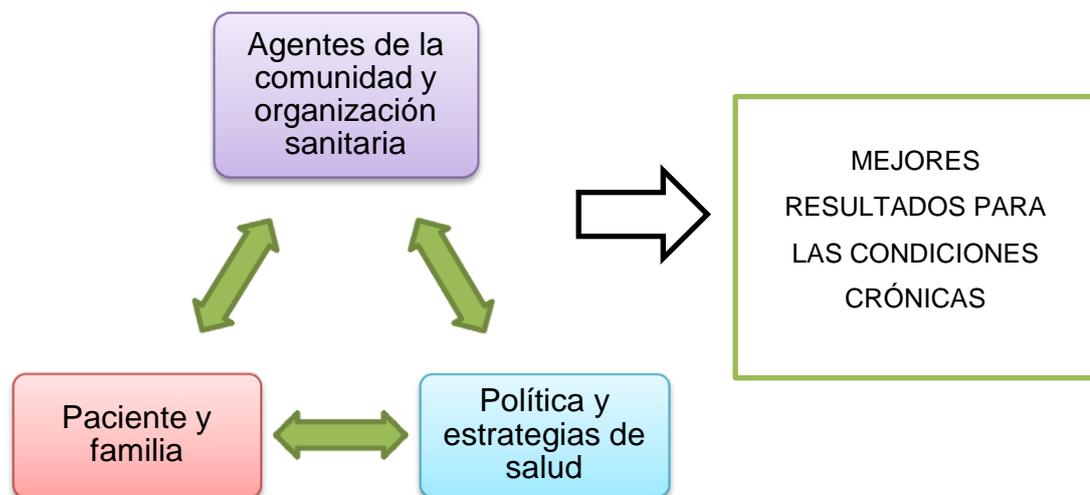
El modelo refiere tres niveles:

-MICRO, centrado en el paciente y en la familia. Basado en la continuidad asistencial, la coordinación entre niveles asistenciales y la capacitación de los profesionales, sobre todo en el desarrollo tecnológico y en la comunicación.

-MESO, centrado en la comunidad y la organización sanitaria. Basado en la formación de líderes profesionales que fomenten la prevención de las enfermedades crónicas.

-MACRO, centrado en las políticas y estrategias de salud, asegurando una financiación y una provisión de recursos adecuada.

Figura 2. The Innovation Care for Chronic Conditions Framework (ICCC)



El último modelo a destacar es la Pirámide de Káiser Permanente, elaborado por Feachem y colaboradores en el año 2002.¹¹ Se centra en el paciente como eje de actividad y en la mejora de los servicios de atención para lograr una calidad de excelencia, limitando los tiempos de espera y reduciendo el consumo de recursos innecesarios. La población se clasifica dependiendo de su grado de complejidad, logrando que las intervenciones se adecuen a sus necesidades. La clasificación es la siguiente:

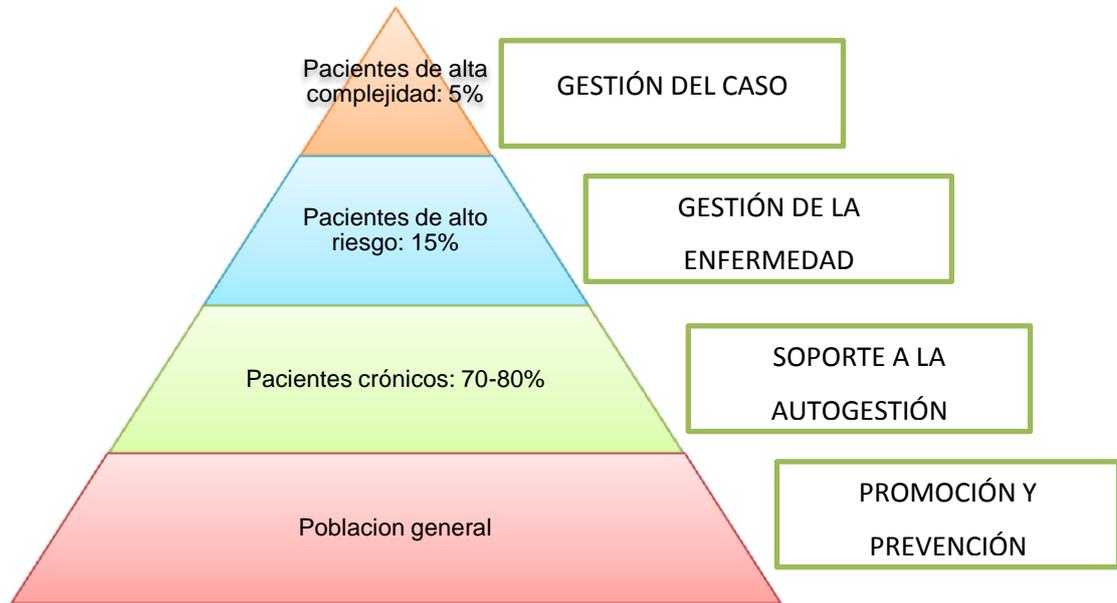
-Población general. Se realiza programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

-Pacientes crónicos. Mínimo apoyo profesional, pues ellos mismos gestionan su propia enfermedad. Soporte a la autogestión.

-Pacientes de alto riesgo, que necesitan apoyo profesional. Gestión de la enfermedad.

-Pacientes de alta complejidad, deben ser atendidos a partir de la gestión de cada caso individual. Gestión del caso.

Figura 3. Pirámide de Kaiser Permanente



En el Reino Unido se ha hecho una adaptación, denominado King's Fund, que introduce en cada nivel del paciente crónico una visión social y sanitaria. Considera como elemento clave la reorganización de los recursos y el autocuidado y la gestión de los ciudadanos de su propia salud.

Para evaluar estos modelos, se han llevado a cabo múltiples investigaciones, sobre todo en países como EEUU, Canadá o Reino Unido, con resultados muy positivos. Se ha llegado a la conclusión de que es necesaria la integración de los recursos asistenciales y la participación de los ciudadanos y de la comunidad en la gestión de su propia salud.

Otras experiencias, realizadas en países europeos, se han identificado como un progreso hacia la atención a la cronicidad:

- En Dinamarca, en el centro de salud Osterbro, los servicios sanitarios colaboran con las asociaciones de pacientes diabéticos, enfermedades cardíacas y EPOC.
- En Inglaterra, en East Sussex, se ha llevado a la práctica un programa denominado Independence First, en el que se han puesto de acuerdo el ayuntamiento de East Sussex, los servicios sanitarios locales y los servicios comunitarios con el objetivo de

que los cuidados preventivos y especializados se integren y lleguen a la población más dependiente, prestando los servicios a domicilio.

- En Canadá, el Toronto Sunnybrock Regional Cancer Centre ofrece tratamiento a sus pacientes en su entorno, incluyendo consejos nutricionales y psicológicos por parte de trabajadores sociales y grupos de apoyo en los domicilios. La misión de estas redes locales de atención es mejorar la planificación, coordinación e integración de los servicios de salud.
- En Francia se han promovido las redes locales de proveedores para pacientes ambulatorios y la mejora de la continuidad entre la atención ambulatoria y hospitalaria. Se ha implantado un plan de cuidados individualizado para cada paciente.
- En Hungría o los Países Bajos, proyectos locales ofrecen el acceso a webs interactivas (Glucenet, DIEP.info), así como un soporte telefónico para resolver cualquier duda que el paciente tenga.
- En Holanda se prefiere la educación individual a la grupal, y los profesionales sanitarios deciden qué información y que habilidades imparten para educar a los pacientes, identificando sus problemas y proveyéndoles de técnicas para tomar decisiones y realizar acciones apropiadas.¹²

En nuestro país, el patrón epidemiológico global también está cambiando en las últimas décadas, con un progresivo predominio de las patologías crónicas sobre las agudas. Se hace especialmente patente las deficiencias históricas de nuestro sistema sanitario como son la dificultad del paciente para circular de manera fluida por los diferentes niveles asistenciales, así como entre el sistema social y sanitario, la falta de comunicación interdisciplinar, la presencia de desigualdades territoriales, etc.

El Sistema Nacional de Salud, ante las recomendaciones internacionales para abordar adecuadamente la cronicidad, elabora su propia estrategia de atención: “Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud”, basándose en los modelos extranjeros de referencia.

El objetivo de esta estrategia es proporcionar unas directrices básicas en la atención a este tipo de pacientes, con la finalidad de que cada comunidad autónoma del

estado español elabore su propio plan de atención al paciente crónico pluripatológico, basándose en su perfil demográfico.

El Sistema Nacional de Salud habla de la necesidad de reorganizar el sistema sanitario actual, basado en la curación de las patologías agudas, sin remarcar los aspectos preventivos ni la importancia de la responsabilidad de las personas sobre sus cuidados. Es primordial la utilización de los recursos de forma eficiente y equitativa, sin aumentar la cantidad, sino adaptando los ya disponibles. Así se garantiza que las intervenciones sanitarias sean eficientes, efectivas, proporcionadas y seguras, basadas en la mejor evidencia científica posible. La estratificación de la población es un método de garantizar la optimización, identificando de manera correcta a las personas con riesgo de enfermar y prediciendo las necesidades de las personas que ya presentan enfermedades crónicas.

La Atención Primaria se consolida como un pilar fundamental (eje del cuidado) para proporcionar una asistencia adecuada e individualizada, valorando íntegramente las necesidades de las personas. La atención se enfoca hacia un modelo proactivo de las necesidades de la población y de cada individuo. Destaca el papel de la enfermera de atención primaria, que es la que favorece el autocuidado y el acompañamiento al paciente, sin olvidar que debe estar coordinada con Atención Especializada y Atención Domiciliaria para favorecer la continuidad asistencial.

Una de las intervenciones prioritarias de esta estrategia se centra en el empoderamiento del paciente (*“empowerment”*). Las personas deben adquirir mayor concienciación sobre su propia salud y sobre el uso que hacen de la sanidad. Cobran importancia los programas de prevención y promoción, ya que la mayor parte de las enfermedades crónicas se deben a determinantes de la salud como el sedentarismo, la ingesta de alcohol o el consumo de tabaco.

Fomentar el trabajo en equipos interdisciplinarios es un objetivo fundamental, en el que los profesionales sanitarios y sociales se implican conjuntamente en la atención a este tipo de pacientes. Es necesario la definición de las competencias y responsabilidades de cada profesional implicado en el abordaje de la cronicidad, participando de manera activa y actualizando constantemente sus conocimientos. Tienen que experimentar un cambio de cultura, basado en la importancia del trabajo en equipo y compartiendo responsabilidad con el paciente en la gestión de su propia

salud. De igual manera deben asumir su papel en la mejora asistencial, garantizando el uso adecuado de los servicios y tecnologías sanitarias, sobre todo de los medicamentos, sin olvidar que la comunicación personal (verbal y no verbal) es la manera más efectiva que tienen para establecer relaciones con las personas y para mejorar sus condiciones de salud.

El domicilio es el mejor lugar para atender al paciente; favorece el bienestar y la calidad de vida, y evita costes innecesarios de hospitalización y de consumo de recursos. Se debe prestar especial atención a las personas cuidadoras del paciente, poniendo a su alcance programas de apoyo y de autocuidado.

Las Tecnologías de la Información y de la Comunicación (TICs) se consolidan como un elemento para favorecer la Investigación, Desarrollo e Innovación (I + D+ i). La Historia Clínica Electrónica (HCE) proporciona a los profesionales sanitarios de las distintas especialidades el acceso compartido a la historia de cada paciente. Se hace imprescindible una alianza entre las sociedades científicas, las asociaciones de pacientes y servicios de salud para la elaboración de páginas informativas de calidad, que proporcionen apoyo a este tipo de pacientes.¹³

Las enfermedades crónicas conllevan en la actualidad una gran responsabilidad social y política, ya que son en gran medida prevenibles y evitables y ocasionan un gasto excesivo de recursos. La gestión de la demanda de cuidados por parte de estos pacientes es en ocasiones inapropiada debido a que la reorganización de los recursos sanitarios no se han adecuado a las nuevas necesidades, por lo que convierte a los pacientes crónicos en un grupo especialmente susceptible a los efectos adversos de la fragmentación y especialización de la asistencia sanitaria.

Todo ello conlleva la necesidad de implicación por parte de los profesionales sanitarios en el proceso y el trabajo en equipo, destacando por su importancia el papel de la enfermería en el apoyo al autocuidado.

Una de las premisas del Sistema Nacional de Salud es garantizar la equidad y la igualdad en la atención, lo que implica que los recursos sean asignados según las necesidades de las personas. Mis prácticas en uno de los centros de salud pertenecientes al sistema sanitario de Castilla y León me han permitido profundizar en el conocimiento de las técnicas del abordaje a la cronicidad, y me ha llevado a preguntarme si se cumple esta premisa de equidad en el territorio español y si ésta

es similar entre las distintas comunidades autónomas españolas. Del planteamiento de esta cuestión surge la realización y elección de este trabajo.

OBJETIVOS:

GENERAL:

-Analizar las estrategias de atención al paciente crónico en el territorio español.

ESPECÍFICOS:

-Comparar las distintas estrategias utilizadas para fomentar el empoderamiento del paciente y su implicación en el autocuidado.

-Mostrar cómo las comunidades autónomas españolas impulsan la continuidad asistencial y el trabajo en equipo interdisciplinar.

-Valorar el desarrollo de la investigación y de las nuevas tecnologías, como el uso de las TICs (tecnologías de la información y de la comunicación) que permiten mejorar la atención al paciente crónico pluripatológico, en las distintas comunidades autónomas españolas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica de fuentes secundarias. Las bases de datos utilizadas para elaborar el trabajo fueron: PUBMED, COCHRANE PLUS, LILACS y CUIDEN. También se han utilizado los portales de salud de las distintas comunidades autónomas de España. La revisión abarcó desde noviembre de 2015 hasta enero de 2016.

Se planteó una pregunta de investigación basada en la estructura PICO:

¿Cuáles son las principales diferencias encontradas entre las distintas estrategias de atención al paciente adulto crónico pluripatológico del territorio español?

P PACIENTES	I INTERVENCIÓN	C COMPARACIÓN	O OUTCOMES/ RESULTADOS
Pacientes adultos crónicos y pluripatológicos	Estrategias de actuación al paciente crónico	Estrategias de atención al paciente crónico pluripatológico en el territorio español	Diferencias en la atención a estos pacientes entre las comunidades autónomas españolas

Para comenzar la búsqueda, se seleccionó una serie de palabras clave relacionadas con el tema a tratar. Se utilizaron los tesauros DeCS y MeSH, combinados con el operador booleano AND.

DeCS	MeSH
Autocuidado	Self-care
Tecnología	Technology
Atención Primaria de Salud	Primary Health Care, Primary Care
Enfermedad Crónica	Chronic disease
España	Spain
Cuidadores	Caregivers
Comorbilidad	Comorbidity

Los criterios de inclusión fueron:

- Documentos con un máximo de 10 años de antigüedad
- Documentos en idioma inglés o español
- Documentos a texto completo (full text)

Los criterios de exclusión fueron:

- Pacientes crónicos menores de 18 años
- Documentos que no sean gratuitos

A continuación se realizaron las combinaciones de las palabras clave en las bases de datos:

• **Base de datos PUBMED:**

-Se combinaron las palabras clave chronic disease (MeSH terms) y primary health care (MeSH terms), utilizando el operador booleano AND y los filtros free full text, idioma español e inglés, 10 años de antigüedad, adult 19+ years.

Se encontraron 3634 documentos

Se encontraron con los filtros 466 documentos

Se eligieron 3 documentos

-Se combinaron las palabras clave caregivers (MeSH terms) y chronic disease (MeSH terms) con el operador booleano AND y los filtros free full text, idioma español e inglés, 10 años de antigüedad, adult 19+ years.

Se encontraron 911 documentos

Se encontraron usando los filtros 109 documentos

Se eligieron 3 documentos

-Se combinaron las palabras clave comorbidity (MeSH terms) y self care (MESH terms) con el operador booleano AND y los filtros free full text, idioma español e inglés, 10 años de antigüedad, adult 19+ years.

Se encontraron 514 documentos

Se encontraron con los filtros 110 documentos

Se escogieron 2 documentos

•Base de datos COCHRANE PLUS:

-Se combinaron las palabras clave autocuidado y enfermedad crónica, utilizando el operador booleano AND y los filtros en título y resumen, en idioma español e inglés y desde el año 2006 hasta el 2016.

Se encontraron 60 resultados

Se encontraron con filtros 9 documentos

Se seleccionaron 2 documentos

-Se combinaron las palabras clave tecnología y enfermedad crónica con el operador booleano AND y los filtros en título y resumen, idioma español e inglés y desde el año 2006 hasta el 2016.

En total se encontraron 51 resultados

Se encontraron 6 documentos utilizando los filtros

Se eligió 1 documento

-Se combinaron las palabras clave atención primaria de salud y España con el operador booleano AND y los filtros en título y resumen, idioma español e inglés y desde el año 2006 hasta el 2016.

Se encontraron en total 152 resultados
Con filtros, se encontraron 16 documentos
Se escogió 1 documento

•**Base de datos CUIDEN:**

-Se combinaron las palabras clave enfermedad, crónica, autocuidado y España mediante el operador booleano AND.

Se encontraron 84 documentos
Se escogió 1 documento

-Se combinaron las palabras clave enfermedad, crónica y comorbilidad utilizando el operador booleano AND.

Se encontraron 43 documentos
Se escogió 1 documento

•**Base de datos LILACS:**

-Se combinaron las palabras clave enfermedad crónica y autocuidado con el operador booleano AND, utilizando los filtros texto completo, en inglés y español, humanos y base de datos LILACS.

Se encontraron 315 documentos
Se encontraron 99 documentos utilizando los filtros
Se escogió 1 documento

•**Portales de Salud:**

-Se encontraron 11 estrategias de atención al paciente crónico pluripatológico en el territorio español.

1. Artículos encontrados.

PUBMED	COCHRANE PLUS	CUIDEN	LILACS	PORTALES DE SALUD
5059	263	127	315	11

2. Artículos encontrados utilizando los filtros.

PUBMED	COCHRANE PLUS	CUIDEN	LILACS	PORTALES DE SALUD
685	31	127	99	11

3. Artículos escogidos por título y resumen.

PUBMED	COCHRANE PLUS	CUIDEN	LILACS	PORTALES DE SALUD
8	4	2	1	11

4. Artículos escogidos tras pasar el test de CASPe y AGREE II

PUBMED	COCHRANE PLUS	CUIDEN	LILACS	PORTALES DE SALUD
8	4	2	1	11

Los artículos seleccionados han sido 26 documentos: once estrategias de atención al paciente crónico (Castilla y León, Andalucía, País Vasco, Castilla La Mancha, Madrid, Comunidad Valenciana, Navarra, Aragón, Cataluña, La Rioja y Murcia), siete estudios descriptivos transversales, cuatro revisiones bibliográficas, dos estudios analíticos de cohortes retrospectivos, un ensayo clínico controlado y aleatorizado y un estudio cualitativo mediante grupos de discusión.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tras una lectura exhaustiva de los artículos encontrados en las distintas bases de datos y de las estrategias de actuación en la atención al paciente crónico de los distintos portales de salud del territorio español, se observan los siguientes resultados, remarcándose cinco puntos clave: estratificación de la población; empoderamiento del paciente e importancia del cuidador; papel de la atención primaria como eje en el cuidado del paciente crónico y creación de nuevas figuras profesionales; desarrollo del equipo interdisciplinar; coordinación entre niveles asistenciales: continuidad asistencial y formación de nuevas unidades; y fomento de la tecnología y de la información.

1) Estratificación de la población.

Ante la imposibilidad de hacer frente a las necesidades básicas de los pacientes crónicos, es necesario llevar a cabo una reorganización de la atención y de los cuidados mediante el establecimiento de una estratificación. Ésta permitirá distinguir los pacientes crónicos ya diagnosticados de los pacientes que tienen riesgo de enfermar y de convertirse en futuros crónicos, clasificando a la población en subgrupos con diferentes necesidades de atención. Hay que tener en cuenta que el abordaje de la cronicidad debe tener un enfoque de salud poblacional, incluyendo tanto a las personas sanas como a las enfermas, evitando la variabilidad en la atención a los pacientes y fomentando la equidad y la igualdad social.

La estrategia del Sistema Nacional de Salud refiere la necesidad de elaborar una adecuada estratificación de la población, potenciando la gestión de casos. La segmentación de la población permitirá utilizar los recursos de una forma eficiente y diseñar intervenciones costo-efectivas, evitando el consumo inadecuado y optimizando los programas de prevención y promoción de la salud.¹³

La mayor parte de las comunidades autónomas españolas (Castilla La Mancha, Navarra, País Vasco, La Rioja, Murcia y Cataluña) utilizan el sistema de estratificación de la Pirámide de Kaiser Permanente identificando a grupos de paciente “diana” y, en función de su nivel de riesgo, quedan clasificados en cuatro niveles:¹⁴⁻¹⁹

- Nivel 0 población sana
- Nivel 1 pacientes crónicos de baja complejidad
- Nivel 2 pacientes crónicos complejos
- Nivel 3 pacientes crónicos de alta complejidad

Del mismo modo, el Sistema Sanitario Madrileño utiliza este sistema pero divide a la población en tres niveles, sin tener en cuenta el enfoque de salud poblacional excluyendo a los individuos sanos.²⁰

El SACYL cuenta con su propio sistema de análisis de morbilidad mediante agrupadores CRG (*Clinical Risk Groups*) dividiendo a la población en cuatro niveles de riesgo, mientras que la Comunidad Valenciana utiliza el método CARS (*The Community Assessment Risk Screen*), desarrollado por la Universidad Politécnica de Valencia, para realizar la segmentación según datos del sistema de información sanitario. La población queda dividida en tres niveles: individuos no crónicos, individuos de bajo riesgo e individuos de riesgo medio/alto. De la utilización de este método surge la estrategia VALCRONIC.^{21, 22}

Aragón es la única comunidad autónoma que tiene en cuenta el grado de dependencia, así como el diagnóstico del paciente, la fase de la enfermedad y el tipo de cuidados para la estratificación de la población.²³

El modelo base del Sistema Nacional de Salud hace referencia a la inclusión de los individuos sanos en la estratificación de la población. El método según la pirámide de Kaiser Permanente sería el más recomendable debido a que incluye este enfoque de salud poblacional, teniendo en cuenta el estrato base de la población sana.

2) Empoderamiento del paciente e importancia del cuidador.

El empoderamiento del paciente (*“empowerment”*), se define como la participación activa del individuo en su propio autocuidado, responsabilizándose de su estado de salud. Un paciente activo es aquel capaz de buscar, entender y utilizar la información disponible para tomar sus propias decisiones.

El Ministerio de Sanidad destaca como objetivo “impulsar y reforzar la capacitación de las personas y de la comunidad para promover la autonomía, el autocuidado y los estilos de vida saludables”, fomentando la participación de los pacientes en la auto-gestión de su cuidado para lograr un envejecimiento activo y saludable, y garantizando a la población información de calidad sobre la promoción, la prevención y el tratamiento de las enfermedades.¹³

Los Sistemas de Salud de Castilla y León, La Rioja, Navarra, Murcia, Andalucía y Castilla La Mancha han llevado a la práctica estas recomendaciones con la creación de programas basados en el autocuidado, como son la Escuela de Pacientes y las Asociaciones de Pacientes, existentes en las redes sociales.^{14,15,17,18,21,24} Por su parte, el Sistema Sanitario Vasco ha impulsado el desarrollo del Modelo de Paciente Activo- Paciente Bizia, con resultados muy positivos, creando una red de pacientes activados y conectados a través de la adopción de nuevas tecnologías Web 2.0.¹⁶ En Cataluña y Madrid, este mismo programa recibe el nombre de Paciente Experto.^{19,20} Por último, la Sanidad de la Comunidad Valenciana ha desarrollado el Portal CUIDATE CV que proporciona información e incluye un Foro de Pacientes.²²

Las Sanidades Andaluza, Castellano-Leonesa, Navarra y Riojana también impulsan programas de farmacoterapia y adherencia/conciliación terapéutica para fomentar el uso adecuado del medicamento y evitar el abandono del mismo.^{15, 17, 21,24} El Servicio de Salud Murciano ha diseñado incluso estrategias de atención fármaco-terapéutica del paciente crónico (Programa de Acción para la Mejora de los Medicamentos de la Región de Murcia 2012-2015) e implanta un mapa de recursos socio-sanitarios.¹⁸

Según el artículo de LD Hughes²⁵, el uso de guías clínicas que proporcionen información y provean ejemplos prácticos sobre los riesgos relativos y los beneficios de los tratamientos recomendados, reducen la variabilidad práctica, las muertes y la hospitalización, por lo que es recomendable desarrollar nuevas guías de adherencia farmacológica.

El cuidador del paciente crónico, en su gran mayoría de sexo femenino, es también un elemento muy significativo que los profesionales sanitarios deben tener en cuenta, ya que sufren una importante carga de trabajo que ocasiona múltiples repercusiones sobre todos los ámbitos. Es necesario que el profesional enfermero valore la actitud del cuidador, ofrezca apoyo y proporcione periodos de descanso además de fomentar la capacitación de éste en el cuidado de su familiar.^{26,27}

La estrategia del Sistema Nacional de Salud recalca la necesidad de que los facultativos desarrollen programas de atención y cuidado a las personas cuidadoras, no solo aportando nuevos conocimientos y actitudes en relación a la dedicación al paciente, sino incluyendo aspectos destacados en la atención al propio cuidador.¹³

El plan de mejora de la atención a personas cuidadoras familiares en Andalucía constituye un ejemplo a seguir, cuadruplicando el número de actividades que lleva a cabo en apenas dos años.²⁴

La formación del paciente, familiar y/o cuidador y la promoción de su capacitación en el autocuidado por parte del profesional sanitario originan una mayor eficiencia de los cuidados.

3) El fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud. Establecimiento de nuevas figuras para el abordaje de la cronicidad.

La Atención Primaria debe ser el servicio prioritario en la atención a este tipo de pacientes, ya que es aquí donde se encuentran los profesionales sanitarios que tienen mayor contacto con la población, destacando el papel de la enfermera que lleva a cabo intervenciones esenciales como la ayuda a los autocuidados, el empoderamiento del paciente, la prevención y promoción de la salud y la disminución del dolor.²⁸ El establecimiento de nuevos roles profesionales es esencial para lograr una atención integrada e individualizada al paciente crónico.

La estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud nos habla de la importancia que tiene la atención primaria sobre todo a la hora de evitar el gasto innecesario que el paciente crónico hace de la atención especializada. Cabe destacar también la importancia en el abordaje de la cronicidad de los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, ya que muchas de las enfermedades crónicas se relacionan con determinantes de la salud evitables como el tabaquismo, el alcohol, la inactividad física o la dieta inadecuada.¹³

Las once estrategias españolas analizadas subrayan la importancia de la Atención Primaria como eje en la atención al paciente crónico y la necesidad de formación de nuevas competencias profesionales. Un ejemplo es la creación por parte del Servicio de Sanidad de Navarra de nuevos roles profesionales: el especialista consultor, el especialista de referencia (también impulsado por la Sanidad Murciana, Madrileña y

Riojana), el especialista de atención personalizada, la enfermera gestora de casos y enfermera de consejo telefónico.^{15,17,18,20}

La enfermera gestora de casos se convierte en un elemento imprescindible en el autocuidado del paciente crónico en todas las comunidades españolas. Se encargan de mejorar la calidad de vida, previniendo descompensaciones y actuando rápidamente ante ellas; garantizar una atención integral, de calidad, individualizada, coordinada y permanente; resolver problemas de salud; y contribuir a la eficiencia y sostenibilidad del sistema, reduciendo los costos de los recursos.

El Sistema Sanitario Riojano y Madrileño añade a la ya conocida enfermera gestora de casos la enfermera educadora/ entrenadora en autocuidado que capacita a los pacientes y a sus cuidadores para el autocuidado, y la enfermera de enlace de atención especializada que gestiona los casos durante la hospitalización del paciente y coordina la continuidad de cuidados.^{17,20} La Sanidad Murciana y Riojana incluyen en su estrategia la definición de competencias de otros roles sanitarios, como la del farmacéutico.^{17,18}

En otros países europeos, como en Dinamarca, el GP (*general practitioner*) o médico de familia especializada ofrece servicios gratuitos telefónicos las 24 horas del día a los pacientes crónicos. Los resultados muestran que uno de cada tres pacientes llama por una exacerbación de su enfermedad, y estos médicos contribuyen a una mejora de la atención y del seguimiento.²⁹ En Castilla y León se dispone de buenos resultados en la atención telefónica, como es el caso de la consulta telefónica de urgencias pediátricas, un servicio que ofrece soluciones ante problemas urgentes y agudos de los infantes, antes de acudir a urgencias, o en caso de dudas sobre medicación o uso de otros servicios sanitarios.³⁰

El abordaje de la cronicidad desde la promoción y la prevención de la salud ha fomentado la creación de numerosos programas: proyectos de Alimentación Saludable y Actividad Física en todas las comunidades autónomas (plan NAOS), programas de deshabituación tabáquica (Euskadi y Castilla La Mancha)^{14,16} programas DE-plan para reducir el riesgo de padecer diabetes (Castilla y León y Euskadi)^{16,21} y Programas de Envejecimiento Activo, como la Estrategia de Envejecimiento Activo (EEA) de la Comunidad Valenciana.²² Rioja Salud despliega programas de ejercicio físico controlado para pacientes con comorbilidades.¹⁷ En Murcia y Navarra, se recomienda la creación de un sistema de alertas que advierte

al profesional cuando el paciente muestra un control inadecuado de su enfermedad, a través de la teleasistencia domiciliaria.^{15,18}

La estrategia del SESCAM crea programas específicos de prevención de úlceras crónicas y de caídas en mayores (también presente como programa preventivo en La Rioja), destacándose como innovación la prescripción de ejercicio físico para evitar estas patologías y el sedentarismo; así como el Sistema Sanitario Murciano que incluye programas de Salud Mental y Cardiopatía.^{14,17,18}

La Atención Primaria se consolida como el eje de atención al paciente crónico. Se deben crear nuevos roles profesionales de enlace entre las diferentes disciplinas, que promuevan la continuidad asistencial y la equidad e igualdad social, constituyendo la enfermera gestora de casos el profesional idóneo para garantizar la atención al individuo mediante programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

4) Fomentar el trabajo en equipos interdisciplinares.

La participación activa de los profesionales es un pilar fundamental para proporcionar una atención continuada al paciente y lograr su satisfacción.

El Sistema Nacional de Salud, en su estrategia, aboga por un cambio de cultura de los profesionales sanitarios, definiendo sus competencias y responsabilidades en el abordaje de la cronicidad.

La comunicación se convierte en un elemento fundamental para lograr los objetivos propuestos por los profesionales sanitarios. Según el Ministerio de Sanidad es la tecnología más efectiva, junto a la personalización del trato y la humanización de los cuidados. La competencia en comunicación es necesaria profesionalmente para escuchar con atención y empatizar con los pacientes. Facilita la relación con ellos y con las personas cuidadoras, ayudando a tomar decisiones importantes sobre su salud.¹³

Los pacientes demandan una mejora de los aspectos afines a la relación y el trato, pero para los profesionales sanitarios esto no es fácil debido a la limitación del tiempo de la consulta.³¹ Además, la población expresa su deseo de acceder a los

proveedores sanitarios de una manera más rápida y de la instauración de un plan de cuidados individualizado coordinado por un profesional capacitado para ello.³²

La Escuela Valenciana de Estudios de la Salud (EVES) y la estrategia de Murcia hacen referencia a la instauración del benchmarking o experiencia de buenas prácticas, con programas de formación específica. El objetivo principal es que los profesionales sanitarios adquieran mayores conocimientos para satisfacer adecuadamente las necesidades de los pacientes crónicos.^{18, 22}

Otro ejemplo de capacitación profesional lo constituye la Sanidad Andaluza con la creación de una plataforma colaborativa: el Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas (OPIMEC) que, mediante un modelo de atención y colaboración integrada, crea alianzas e intercambia conocimientos y experiencias sobre el abordaje de la cronicidad, para mejorar la satisfacción del paciente y los sistemas sanitarios.²⁴

La Sanidad Murciana aborda la participación de enfermería en la prescripción de medicación, actualmente paralizada por el Real Decreto (RD) 954/2015 del 23 de octubre³³ por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos por parte de los enfermeros, que expresamente no les habilita para usar, indicar o administrar medicamentos sujetos a prescripción sin contar con el diagnóstico y prescripción médico previo y la indicación del protocolo a seguir, siendo un punto clave para garantizar la continuidad de la asistencia e incidir en el proceso de salud del paciente.

La Sanidad Murciana también garantiza la formación continuada permanente por parte de los profesionales sanitarios, para garantizar la plena satisfacción de las necesidades de los pacientes crónicos.¹⁸

Desde la temprana implantación del proceso de Bolonia en la Universidad se forma a los profesionales sanitarios en relación a técnicas de trabajo en equipo y cooperativo, así como en técnicas de comunicación profesional-paciente. Es necesario promover la instauración de formación específica en este área en los profesionales sanitarios que cursaron estudios universitarios anteriores, que son los que actualmente prestan atención en el Sistema Sanitario.

5) Coordinación entre niveles asistenciales: continuidad asistencial. Formación de nuevas unidades.

La coordinación asistencial es la sincronización de los diferentes niveles asistenciales para lograr que la atención sea integral. El resultado de una buena coordinación propicia una excelente continuidad asistencial, de especial relevancia en el paciente crónico pluripatológico por su situación de dependencia. Según un estudio de valoración de la continuidad asistencial en Cataluña, el 25% de los individuos experimentan una inadecuada transferencia de la información clínica entre niveles asistenciales, relacionándose con un aumento de pruebas innecesarias y errores médicos.³⁴

Otro estudio demuestra que altos niveles de continuidad de cuidados se asocian con un menor número de hospitalizaciones y visitas a los servicios de emergencias, así como menores complicaciones.³⁵

La Estrategia Nacional de Salud destaca la labor de los trabajadores sociales sanitarios, que constituyen un enlace entre los servicios sociales y sanitarios, favoreciendo la continuidad asistencial y propiciando una atención compartida. La separación entre atención primaria y comunitaria debe desaparecer para evitar duplicidades y maximizar los resultados en salud. Los profesionales sanitarios de las distintas disciplinas también deben coordinarse entre sí ayudándose de desarrollos tecnológicos como la utilización de las nuevas tecnologías de información y comunicación.¹³

Para fomentar la continuidad asistencial, las comunidades autónomas han desarrollado unidades adicionales de cuidados: la Sanidad Riojana y Valenciana potencian la Hospitalización a Domicilio; los Servicios de Salud de Castilla y León y Aragón las Unidades de Valoración y de Convalecencia Sociosanitaria (UVSS/UCSS).^{17, 21, 22, 23}

El Sistema de Salud de La Rioja, además de fomentar la Unidad de Convalecencia Hospitalaria, incluye servicios de nutrición, rehabilitación y apoyo psicológico y consultas de alta resolución de las patologías crónicas predominantes.¹⁷

Por su parte, Valencia incluye los Hospitales de Atención a Crónicos y Larga Estancia (HACLE), mientras que Castilla y León impulsa la Unidad de Continuidad

Asistencial (UCA).^{21,22} Madrid potencia mayormente las Unidades de Diagnóstico Rápido (UDR) y el Hospital de Día.²⁰

Euskadi aboga por un nivel intermedio entre atención primaria y hospitalizada con la creación de Hospitales de Subagudos.¹⁶ Por su parte, Navarra fomenta el desarrollo de la Consulta Urgente Especializada en caso de descompensación y de la Unidad Multidisciplinar de Pluripatológicos (UMP) que ofrece un amplio abanico de modalidades asistenciales.¹⁵

Según el proyecto de investigación de Osteba (Osakidetza) de gestión del paciente mayor, deberían de utilizarse más los Hospitales de Media Estancia y/o Centros Socio-Sanitarios, ya que son la alternativa más adecuada para la atención de los pacientes crónicos que sufren riesgo de deterioro.³⁶

Todas las comunidades autónomas comparten con el Sistema Nacional de Salud la creencia de que el domicilio es el lugar más idóneo para tratar al paciente crónico y que es necesaria la coordinación entre el sistema social y sanitario para garantizar la continuidad asistencial.

6) Promoción de la investigación y la innovación en el campo de la salud. Desarrollo de nuevas tecnologías.

El avance científico ha propiciado el desarrollo de la tecnología en todos los ámbitos sociales. La investigación en salud y la innovación sanitaria constituyen instrumentos fundamentales para incrementar el bienestar socioeconómico y mejorar la calidad de vida de la sociedad. Los Sistemas de Salud deben interactuar con los sistemas de investigación sanitaria para su propia mejora, y deben responder de manera adecuada a las demandas y necesidades de los ciudadanos.

La estrategia del Sistema Nacional de Salud cuenta con un proyecto dedicado a la investigación, promoviendo la innovación tecnológica y su utilización práctica y racional para abordar la cronicidad. Alude también a los cambios en el modelo de prestación de servicios en salud y sociales relacionados con la cronicidad y en el desarrollo de un conjunto de indicadores de evaluación que garanticen la equidad y la sostenibilidad en la atención a los pacientes pluripatológicos. En innovación sanitaria destaca el uso de las TICs (Tecnología de la Información y de la Comunicación) para impulsar el desarrollo de los servicios sanitarios y sociales y

mejorar los resultados en salud mediante el seguimiento de los pacientes en su entorno (domicilio), propiciando el autocuidado.¹³ Se han obtenido resultados muy positivos en la utilización de las nuevas tecnologías en cuanto a la obtención de información clara y precisa y en la interacción con el paciente.³⁷ Las Herramientas de Ayuda para la Toma de Decisiones (HATD) también ayudan al paciente a tomar decisiones relacionadas con su salud y son viables en Atención Primaria.³⁸

La Historia Clínica Unificada o Electrónica se ha impuesto en todo el territorio español, cuya precursora es la historia clínica vasca Osabide Global, favoreciendo el flujo de información entre los niveles asistenciales, así como la implantación de la Receta Clínica Electrónica. La telemedicina y la telemonitorización del paciente crónico han experimentado también un auge, con el impulso de programas de monitorización a distancia y telecuidado (como el proyecto VALCRONIC de la Comunidad Valenciana).^{16,22} Un estudio basado en el análisis de la eficacia de la telemonitorización muestra que estos sistemas mejoran la calidad de vida del paciente, la comunicación entre niveles asistenciales y la satisfacción y seguridad de los pacientes en cuanto al manejo y a los resultados obtenidos.³⁹ Los profesionales sanitarios notan una reducción significativa en la necesidad de visitas a domicilio debido a la mejora en el control de las enfermedades crónicas, como hipertensión o diabetes.⁴⁰

Se debe destacar por su tecnología puntera e innovadora el País Vasco con la creación de una asociación dedicada a afrontar el reto de la cronicidad, puesta en marcha en Euskadi y con colaboradores mundiales, que recibe el nombre de Kronikgune. Su objetivo básico es convertirse en un centro de excelencia a nivel internacional en investigación, gestión y organización de las políticas sanitarias y socio-sanitarias frente al reto de la cronicidad. Potencia de forma preferente la investigación para que los conocimientos científicos se apliquen a la práctica clínica y se realicen programas de salud y políticas del sistema sanitario como método para luchar contra la cronicidad.¹⁶

Osakidetza destaca el uso de e-salud y de tecnologías innovadoras, como el proyecto TELBIL de telemonitorización del paciente crónico pluripatológico desde atención primaria, que tiene como objetivo principal reducir la estancia hospitalaria de los pacientes crónicos y el número de ingresos hospitalarios. El estudio basado en pacientes con insuficiencia cardiaca y EPOC muestran la satisfacción de los

usuarios, y su uso favorece el empoderamiento del individuo y la coordinación asistencial.⁴¹

Otro proyecto vasco denominado OSAREAN impulsa la producción de un Centro de Servicios de Salud Multicanal (CSSM). Este programa utiliza todos los canales de interacción posible entre el ciudadano y la sanidad para facilitar la asistencia y evitar la interferencia en el aspecto personal del individuo. Contribuye también a la transformación y reorganización del sistema sanitario actual y a potenciar la implicación del ciudadano en su propio autocuidado.¹⁶

La Sanidad de La Rioja también ha desarrollado proyectos tecnológicos como el programa Gestor de Crónicos, pensado y diseñado para satisfacer las necesidades de los pacientes. Esta herramienta se idea para compartir toda la información social, administrativa y clínica del paciente mejorando el seguimiento continuo de su enfermedad. También permite a los profesionales sanitarios disponer rápidamente de esa información, mejorando la planificación de los recursos y haciendo un uso efectivo y costo-eficiente de los mismos.

El Gestor de Cupos es otro de los proyectos innovadores riojanos, integrado en Atención Primaria y que permite observar de una forma sencilla y dinámica el estado de cada uno de los pacientes inmersos en el programa: ingresos, atenciones de urgencia, etc. También permite observar las analíticas realizadas, las citas pendientes o las consultas que han tenido con los demás especialistas.¹⁷

La implantación de las nuevas tecnologías implica la necesidad de formación de la población en su uso y manejo, sobre todo en la población anciana crónica que pueden presentar dificultades en su utilización, con la instauración de programas de iniciación y sistemas de adaptación en el uso de estas tecnologías. Los profesionales sanitarios también deberían recibir formación previa en el manejo de estas nuevas aplicaciones, para garantizar una asistencia adecuada.

La implantación de la Historia Clínica Electrónica ha supuesto el gran avance en la atención al paciente crónico facilitando el acceso a una información completa por parte del equipo interdisciplinar.

CONCLUSIONES:

-La estratificación de la población se realiza mayoritariamente de acuerdo a la pirámide de Kaiser Permanente, basada en cuatro niveles de riesgo según las necesidades del paciente crónico.

-El empoderamiento del paciente es uno de los objetivos clave de todas las comunidades autónomas para fomentar el autocuidado, sin olvidar al cuidador principal.

-La Atención Primaria, con un enfoque interdisciplinar, es el eje de atención en el abordaje a la cronicidad en todo el territorio español, y la enfermera gestora de casos el profesional clave en cuanto al manejo y cuidado del paciente, preferentemente en su domicilio, y responsable de instaurar programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

-Las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación han propiciado la instauración en el territorio español de la Historia Clínica Electrónica (HCE) y de la telemonitorización para mejorar la continuidad asistencial del paciente crónico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alwan A. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010 1ª ed. Ginebra: Ediciones de la OMS; 2011.
2. Instituto Nacional de Estadística [sede Web]. Madrid: INE; 2016 [acceso 3 de enero de 2016]. Cifras de población y censos demográficos. Disponible en: http://www.ine.es/inebmenu/mnu_cifraspob.htm
3. Instituto de Mayores y Servicios Sociales [sede Web]. Madrid: IMSERSO; 2014 [acceso 3 de enero de 2016]. Programas de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las personas en situación de Dependencia. Disponible en: http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/iai2015_c5saad.pdf
4. Enfermería TV. Europa alerta sobre la cronicidad [video]. Madrid: SATSE; 2016.
5. Victoria Web Home [sede Web]. West Virginia: Del Col L; 2000 [actualizada el 11 de octubre de 2002; acceso 28 de diciembre de 2015]. Chadwick's Report on Sanitary Conditions. Disponible en: <http://www.victorianweb.org/history/chadwick2.html>
6. Vera ML. Evolución de la concepción de salud. En: Mompert García MP, directora. Enfermería comunitaria. Bases teóricas. 1ª ed. Madrid: Ediciones DAE (grupo Paradigma); 2001. p. 45-60.
7. Organización Mundial de la Salud [sede Web]. Ginebra: OMS; 2016 [acceso 9 de enero de 2016]. Disponible en: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
8. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y Recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
9. Wagner EH. Chronic Disease Management: What Will It Take To Improve Care for Chronic Illness? ECP. 1998; 1:2-4.
10. WHO. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action global report. WHO Library. 2002; 1-99
11. Feachem RG, Sekhri NK, White KL. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. BMJ. 2002; 324(7330):135-41.

12. Elissen A, Nolte E, Knai C, Brunn M, Chevreul K, Conklin A et al. Is Europe putting theory into practice? A qualitative study of the level of self-management support in chronic care management approaches. *BMC Health Services Research*. 2013; 13:117
13. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [sede Web]. Madrid: Sistema Nacional de Salud; 2012 [acceso 19 de diciembre de 2015]. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/abordajecronicidad.htm>
14. Sanidad Castilla La Mancha [sede Web]. Castilla La Mancha: SESCAM Servicio de Salud de Castilla-La Mancha; 2014 [acceso 10 de enero de 2016]. Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial 2014-2017. Disponible en: http://sescam.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20150410/plan_cronicos.pdf
15. Salud Navarra [sede Web]. Navarra: Gobierno de Navarra Departamento de Salud; 2013 [acceso 17 de enero de 2016]. Estrategia Navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos. Disponible en: http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+modelo+asistencial/Estrategia+navarra+de+atencion+integrada+a+pacientes+cronicos+y+pluripatologicos/
16. Osakidetza [sede Web]. Euskadi: Eusko Jaurlaritza - Gobierno Vasco - Dpto. de Sanidad y Consumo; 2010 [acceso 5 de enero de 2016]. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. Disponible en: http://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-skorga01/es/contenidos/informacion/estrategia_cronicidad/es_cronicos/estrategia_cronicidad.html
17. Rioja Salud [sede Web]. La Rioja: Gobierno de La Rioja; 2014 [acceso 27 de diciembre de 2015]. Estrategia de atención al paciente crónico de La Rioja. Disponible en: <http://www riojasalud.es/ciudadanos/estrategia-de-cronicos/estrategia-de-atencion-al-paciente-cronico-de-la-rioja>
18. Murcia Salud [sede Web]. Murcia: Consejería de Sanidad Región de Murcia; 2013 [acceso 7 de enero de 2016]. Estrategia para la Atención de la cronicidad. Disponible

en:<http://www.murciasalud.es/buscador.php?cs=estrategia+de+atencion+a+la+cronicidad&Enviar=Buscar>

19. Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud [sede Web]. Cataluña: Direcció General de Planificació i Recerca en Salut; 2015 [acceso 3 de enero de 2016]. El Programa de prevenció i atenció a la cronicitat de Catalunya 2011-2014. Disponible en:http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/atencio_al_malalt_cronic/destacats_a_la_dreta/avaluacio_cronicitat_2011_2014.pdf
20. Portal de Salud de la Comunidad de Madrid [sede Web]. Madrid: Consejería de Sanidad; 2013 [acceso 29 de diciembre de 2015]. Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid. Disponible en:http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=CM_InfPractica_FA&cid=1354319576173&idTema=1142598691385&language=es&pagename=ComunidadMadrid%2FEstructura&perfil=1142619466405&pid=1273078188154
21. Portal de Salud Castilla y León [sede Web]. Castilla y León: Junta Castilla y León; 2011 [acceso 11 de noviembre de 2015]. Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León. Disponible en:<http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-atencion-paciente-cronico-castilla-leon>
22. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública [sede Web]. Comunidad Valenciana: Generalitat. Conselleria de Sanitat; 2014 [acceso 20 de diciembre de 2015]. Estrategia para la atención a pacientes crónicos en la Comunitat Valenciana. Disponible en: <http://www.san.gva.es/web/dgas/estrategia-para-la-atencion-a-pacientes-cronicos-en-la-comunitat-valenciana>
23. Servicio aragonés de Salud [sede Web]. Aragón: Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo; 2006 [acceso 7 de enero de 2016]. Programa de atención a enfermos crónicos dependientes. Disponible en: <http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/InformacionEstadisticaSanitaria/InformacionSanitaria/PROGRAMA+ATENCION+ENFERMOS+CRONICOS+DEPENDIENTES.PDF>

24. Consejería de Salud de Andalucía [sede Web]. Andalucía: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2012 [acceso 10 de diciembre de 2015]. Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/channels/temas/temas_es/P_2_ANDALUCIA_EN_SALUD_PLANES_Y ESTRATEGIAS/plan_atencionIntegrada_EECC/plan_atencionIntegrada_EECC?idioma=es&perfil=org&tema=/temas_es/P_2_ANDALUCIA_EN_SALUD_PLANES_Y ESTRATEGIAS/plan_atencionIntegrada_EECC/&contenido=/channels/temas/temas_es/P_2_ANDALUCIA_EN_SALUD_PLANES_Y ESTRATEGIAS/plan_atencionIntegrada_EECC/plan_atencionIntegrada_EECC&desplegar=/temas_es/P_2_ANDALUCIA_EN_SALUD_PLANES_Y ESTRATEGIAS/
25. Hughes LD, Mcmurdo E, Guthrie B. Guidelines for people, not for diseases: the challenges of applying UK clinical guidelines to people with multimorbidity. *Age and Ageing*. 2013; 42: 62-69
26. Trujillo AJ, Mroz TA, Piras C, Angeles G, Tran N. Caregiving and elderly health in Mexico. *Int J Health Serv*. 2010; 42(4): 667-694
27. Achury DM, Castaño HM, Gómez LA, Guevara NM. Calidad de vida de los cuidadores de pacientes con enfermedades crónicas en parcial dependencia. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 2011;13 (1): 24-46
28. Villarejo L. Intervenciones propuestas por las enfermeras hospitalarias para el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas. *Enfermería Global*. 2012; 25: 53-57
29. Flarup L, Moth G, Christensen MB, Vestergaard M, Olesen F, Vedsted P. Chronic-disease patients and their use of out-of-hours primary health care: a cross-sectional study. *BMC Family Practice*. 2014; 15: 114
30. Portal de Salud Castilla y León [sede Web]. Castilla y León: Junta Castilla y León; 2011 [acceso 15 de enero de 2016]. Plan de atención pediátrica telefónica. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/plan-atencion-pediatrica-telefonica>

31. Ruiz R, Rodríguez J, Pérula L, Fernández I, Martínez J, Fernández MJ et al. Problemas y soluciones en la atención sanitaria de enfermedades crónicas. Un estudio cualitativo con pacientes y médicos. *Aten Primaria*. 2006; 38(9):483-489
32. Bayliss EA, Edward AE, Steiner JF, Main DS. Processes of care desired by elderly patient with multimorbidities. *Family Practice*. 2008;25: 287-293
33. Real Decreto por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros. Ley 954/2015 del 23 de Octubre. *Boletín Oficial del Estado*, nº 306, (23-12-2015)
34. Aller MB, Vargas I, Sánchez I, Henao D, Coderch J, Llopart JR et al. La continuidad asistencial entre niveles percibida por usuarios del Sistema de Salud en Cataluña. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2010; 84: 371-387
35. Hussey PS, Schneider EC, Rudin RS, Fox S, Lai J, Evan C. Continuity and the Costs of Care for Chronic Disease. *JAMA Intern Med*. 2014; 174(5): 742-748
36. Elosegi E, Begiristain JM, Larrañaga I, Baixas D, Gurruchaga MI, Aranegi P et al. La gestión del paciente mayor con patología crónica. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2008. Informe nº. Osteba D-08-05
37. Barrera L, Carrillo GM, Chaparro L, Afanador NP, Sánchez B. Soporte social con el uso de TIC's para cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. *Rev. Esp. Salud Pública*. 2011; 13(3): 446-457
38. Perestelo L, Pérez J, González M, Rivera A, Pérez A, Serrano P. Barreras y facilitadores para la implementación de la toma de decisiones compartidas en la práctica clínica: una revisión sistemática. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de Salud; 2010. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: SESCS Nº 2009/02.
39. Liddy C, Dusseault JJ, Dahrouge S, Hogg W, Lemelin J, Humbert J. Telehomecare for patient with multiple chronic illnesses. *Can. Fam. Physician*. 2008; 54: 58-65

40. Flodgren G, Rachas A, Farmer AJ, Inzitari M, Shepperd S. Interactive telemedicine: effects on professional practice health care outcomes (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 9. Art. No.: CD002098. DOI: 10.1002/14651858.CD002098.PUB2.
41. Martín I, Orruño E, Bayón JC, Vergara I, Cairo MC, Asua J et al. Evaluación e impacto de una intervención de telemonitorización en pacientes domiciliarios con insuficiencia cardíaca o broncopatía crónica controlada desde la atención primaria. Ensayo clínico aleatorizado. Estudio TELBIL. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco; 2013. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: OSTEBA.