Universidad de La Laguna

Facultad de Ciencias de la Salud
Sección de Enfermería y Fisioterapia

ESTRATEGIAS PARA LA ATENCIÓN DEL PACIENTE CRÓNICO EN ESPAÑA

Revisión bibliográfica.

2018

Trabajo de Fin de Grado

Facultad de Enfermería y Fisioterapia,
sección de Enfermería.
Universidad de La Laguna

Universidad de La Laguna
Facultad de Ciencias de la Salud
Sección de Enfermería y Fisioterapia

Estrategias para la atención al paciente crónico en España. Revisión bibliográfica.

Trabajo Fin de Grado (TFG)
Grado de Enfermería

Facultad de Ciencias de la Salud
Sección Enfermería y Fisioterapia

Universidad de La Laguna (ULL)

Autora: Ana Pérez Canino
Tutor: Profª. Dra. Dña. Ángela María Ortega Benítez

Tenerife, mayo 2018

Universidad de La Laguna
Facultad de Ciencias de la Salud
Sección de Enfermería y Fisioterapia

Estrategias para la atención al paciente crónico en España. Revisión bibliográfica.

Trabajo Fin de Grado (TFG)
Grado de Enfermería

Autora: Ana Pérez Canino
Tutor: Profª. Dra. Dña. Ángela María Ortega Benítez.

Vº Bº del Tutor:

La Laguna, mayo de 2018

Resumen:

Introducción: Las enfermedades crónicas son, por lo general, enfermedades “silenciosas” durante gran parte de la vida del paciente no suponen un problema, pero una educación sanitaria insuficiente, una mala adherencia terapéutica, la continuación de hábitos tóxicos (tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo y mala alimentación) incrementan de forma paralela la morbilidad y dependencia de estos individuos convirtiéndolos en pacientes de alto riesgo o complejos. Por ello la necesidad de establecer estrategias eficaces para la atención con unidades y equipos multidisciplinares.

Metodología: Para valorar la situación de la cronicidad en España se ha realizado una revisión bibliográfica en tres bases de datos; CUIDEN, Google Scholar y OPIMEC, entre los meses de diciembre del 2017 y febrero de 2018.

Desarrollo: Tras la lectura reflexiva de las distintas estrategias de las Comunidades Autónomas de España para la atención al paciente crónico, se evidencian una serie de líneas estratégicas comunes como; la atención primaria como eje central de la atención al paciente crónico, equipos multidisciplinares, desarrollo de nuevos roles profesionales para la atención del paciente crónico, la importancia del paciente activo responsable de su salud y el desarrollo de TIC’s para mejorar la continuidad asistencial.

Conclusiones: Aunque todas las Comunidades Autónomas trabajan en una línea común para satisfacer las necesidades de los pacientes crónicos no todas alcanzan su objetivo de forma satisfactoria.

Palabras claves: Paciente crónico, cuidados de enfermería, cronicidad en España.

Abstrac:

Introduction: Chronic diseases are, in general, "silent" diseases during a large part of the patient's life, isn't a problem, but insufficient health education, poor therapeutic adherence, the continuation of toxic habits (smoking, alcoholism, sedentary lifestyle and poor health) increase in a parallel way the morbidity and dependence of these individuals converting them into high risk or complex patients. Therefore, the need to establish effective strategies for care with multidisciplinary units and teams.

Methodology: To value the situation of the Chronic patients in Spain a bibliographical review has been realized in three databases: CUIDEN. Google Scholar and OPIMEC, between decembre 2017 and february 2018.

Development: After the reflexive Reading of the different strategies of the Autonomous regions of Spain for the attention to the Chronic patient, there is demonstrated some common Strategic lines as; the primary Health care as essential part of the attention to the Chronic patient, mutidisciplinary teams, development of new profesional Rolls for the attention of the Chronic patient, the importance of the active patient responsable for own Health and the development of TIC's to improve the continuity care.

Conclusions: Although all the Autonomous regions are employed at a common line to satisfy the needs of the Chronic patient, not all reach their goal satisfactorily.

Key words: Chronic patient, Nursing care, chronicity in Spain.

Índice: **Páginas:**

1. Introducción: 1

1.1. Planteamiento del problema y justificación. 4

1.2. Pertinencia. 5

1.3. Marco teórico. 6

1.3.1. Modelos intramuros. 6

1.3.2. Modelos extramuros. 6

1.3.3. Modelos más importantes: 7

1.3.3.1. Guided Care. 7

1.3.3.2. Promoting Action for All-Inclusive for the elderly (PACE). 7

1.3.3.3. Evercare. 7

1.3.3.4. Community Matrons. 8

1.3.3.5. Salas virtuales. 8

2. Objetivos: 8

2.1. Objetivo general. 8

2.2. Objetivo específico. 8

3. Metodología: 8

4. Desarrollo: 11

4.1. Situación poblacional en España. 11

4.2. Prevalencia de las enfermedades crónicas en España. 12

4.3. Organización del Sistema de Salud en España. 13

4.4. Desarrollo de las Estrategias Sanitarias de cada Comunidad Autónoma. 15

4.4.1. Galicia. 15

4.4.2. Asturias. 18

4.4.3. Cantabria. 20

4.4.4. País Vasco. 23

4.4.5. Navarra. 25

4.4.6. La Rioja. 27

4.4.7. Castilla y León. 29

4.4.8. Aragón y Cataluña. 31

4.4.9. Extremadura. 33

4.4.10. Madrid. 34

4.4.11. Castilla y La Mancha. 37

4.4.12. Valencia. 38
4.4.13. Andalucía. 40
4.4.14. Murcia. 42
4.4.15. Islas Canarias. 43
4.4.16. Islas Baleares. 46

5. Conclusiones: 47

6. Bibliografía referenciada: 49
6.1. Bibliografía consultada. 55

1. Introducción:

En octubre de 2010, las Naciones Unidas, estimaban que la población mundial era de 7.000 millones de personas. A mediados de 2015, la población mundial alcanzó los 7.300 millones de personas. Esto significa que en 12 años el número de personas en el mundo ha aumentado a 1.000 millones[1].

Un 60% de la población mundial vive en Asia (4.400 millones), un 16% en África (1.200 millones), un 10% en Europa (738 millones), un 9% en Latinoamérica y el Caribe (634 millones) y el 5% restante en América del Norte (358 millones) y Oceanía (39 millones). Entre los factores que afectan a la demografía mundial se encuentran: la natalidad y la longevidad. Las estimaciones de la tasa de natalidad estiman que el nivel de fecundidad mundial pase de 2.5 niños por mujer en el período de 2010-2015 a 2,4 en el período 2025-2030. Los países con mayores índices de natalidad se encuentran en África y Asia mientras, los países con índices más bajos se encuentran en Europa y América del Norte. La esperanza de vida ha aumentado considerablemente en los últimos años. A nivel mundial la esperanza de vida de las personas se ha incrementado en 3 años[1,2].

La disminución de la natalidad y el aumento de la longevidad ha producido un envejecimiento de la población mundial. En 2017, se calcula que hay 962 millones de personas con 60 años o más, es decir, un 13 por ciento de la población mundial. Este grupo de población tiene una tasa de crecimiento anual del 3 por ciento. Europa es la región con más personas pertenecientes a este grupo, aproximadamente un 25 por ciento. Ese grado de envejecimiento de la población también llegará a otras partes del mundo para 2050, con excepción de África. Ya para 2030, se estima que serán 1400 millones de personas de edad avanzada en el mundo[2,3].

En relación con las personas que superan los 80 años, se calcula que se triplicará en poco más de 30 años y se multiplicará por siete en poco más de siete décadas: de 137 millones en 2017 pasarán a 425 millones en 2050 y a 3100 millones en 2100[3].

Este aumento de la esperanza de vida es proporcionado por los numerosos avances en el campo de la investigación médica, el desarrollo de la vacunología, el descubrimiento de los antibióticos y las mejoras en la alimentación y en la higiene que han desarrollado defensas en los individuos que han permitido prácticamente erradicar o controlar las enfermedades agudas que ocasionaron epidemias en el siglo XIX[3].

Actualmente, el reto de la ciencia médica es el control de las enfermedades crónicas. Las principales causas de muerte prematura según la encuesta de salud realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2014 son la cardiopatía isquémica coronaria, las patologías respiratorias (enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfisema pulmonar, bronquitis crónica, …) y los accidentes cerebro vasculares. Según datos de la OMS, de los 57 millones de fallecimientos que se produjeron en todo el mundo en el 2008, 36 millones se debieron a enfermedades crónicas. Los datos más recientes sobre la mortalidad y la morbilidad muestran el gran impacto de las enfermedades no transmisibles (ENT) o crónicas se debe en gran medida al desarrollo de cuatro factores de riesgo; el consumo del tabaco, las dietas poco saludables, la inactividad física y el uso inadecuado de las bebidas alcohólicas[4].

- El tabaquismo: Alrededor de unos 6 millones de personas mueren a causa del tabaco cada año y se estima que el tabaquismo causa aproximadamente el 71% de los casos de cáncer de pulmón, el 42% de las enfermedades respiratorias crónicas y aproximadamente el 10% de las enfermedades cardiovasculares[4].
- El sedentarismo: El sedentarismo es uno de los problemas más frecuentes en la población de los países de ingresos medios-altos, aproximadamente 3.2 millones de personas mueren a causa de las enfermedades ocasionadas por la inactividad física (enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, …).
- El alcoholismo: Provoca enfermedades como la cirrosis hepática, enfermedades cardiovasculares y cáncer. Cada año, aproximadamente 2.3 millones de personas mueres a causa del consumo nocivo del alcohol[4].
- La dieta poco saludable: Los datos disponibles sugieren unas ingestas de grasas saturadas, sal y alimentos procesados muy superiores a los recomendados por la OMS y, una reducción alarmante del consumo de alimentos saludables como frutas, verduras, carnes magras, etc[4].

Estos hábitos tan arraigados en nuestra sociedad provocan enfermedades crónicas como la hipertensión, el sobrepeso, la obesidad y el hipercolesterolemia. Se estima que la hipertensión causa unos 7,5 millones de fallecimientos y la colesterolemia unos 2.6 millones, lo que representa un 13.5% de las defunciones del total. El sobrepeso y la obesidad provocan alrededor de 2.8 millones de muertes por año. Además, el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares y diabetes crece paralelamente al aumento del Índice de Masa Corporal (IMC). Estas enfermedades crónicas derivadas de los malos hábitos de vida incrementan el riesgo de padecer otras enfermedades como la diabetes mellitus, las enfermedades respiratorias

crónicas (enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), enfisema pulmonar, bronquitis crónica, …), algunos tipos de cáncer como el de tráquea, bronquiales y pulmonares, enfermedades cerebrovasculares, artritis reumatoide, cirrosis hepática, y un largo etcétera[3,4].

En España, la esperanza de vida ha aumentado significativamente. Las cifras entre 1994-2016 de los hombres ha pasado de 74.4 a 80.4 años y la de las mujeres de 81.4 a 85.9 años, según los indicadores básicos que publica el Instituto Nacional de Estadística (INE)[5]. En este periodo la esperanza de vida del hombre y la mujer se ha incrementado en 3.2 años y 3.0 años respectivamente. Y a los 85 años en el mismo periodo, el aumento ha sido de 0.9 años en los hombres y 1.1 años en las mujeres[6].

Según la Encuesta Europea de Salud (EES) en España en 2014, los hombres declaran tener un mejor estado de salud que las mujeres considerando a la población mayor de 15 años. La percepción de un estado de salud bueno o muy bueno disminuye con la edad. En el grupo de 15-24 años un 93.1% de hombres y un 88.3% de mujeres perciben su estado de salud como bueno o muy bueno. Los porcentajes varían para el grupo de 55-64 años donde el estado de salud bueno o muy bueno solo lo tienen el 65.6% de los hombres y el 57.0% de las mujeres. En los grupos de edad más avanzados la diferencia se acentúa más[6,7].

Según la Encuesta Europea de Salud de 2014 los problemas de salud crónicos padecidos por las personas mayores de 15 años son distintos en hombres que en mujeres. Los más frecuentes para las mujeres son: la artrosis (22.1%), el dolor de espalda crónico lumbar (20.8%) y el dolor de espalda cervical (19.9%). Y para los hombres, la hipertensión (18.0%), el colesterol alto (15.7%) y el dolor de espalda crónico lumbar (13.8%). El 55.1% de hombres y el 64.3% de las mujeres de 15 años o más tienen alguna enfermedad o problema de salud crónico y estos porcentajes se incrementan a medida que se aumenta la edad, siendo superiores en las mujeres para todos los grupos de edad[7].

En relación con la dependencia funcional en personas mayores de 65 años, los hombres tienen más autonomía funcional para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) que las mujeres. El porcentaje de mujeres que necesitan ayuda para realizar las ABVD ronda el 25% mientras que los hombres no supera el 15%[7].

Las enfermedades crónicas suponen el 80% de las consultas de Atención Primaria y el 60% de los ingresos hospitalarios, lo que las convierte en un "reto asistencial" por "su coste, que alcanza entre el 70-80% del presupuesto sanitario", según ha informado

en un comunicado la organización del IV Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico.[8]

El doctor Javier García Alegría, presidente de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), ha destacado que hasta ahora, el Sistema Nacional de Salud ha estado orientado a la solución de enfermedades agudas, tanto médicas o quirúrgicas, o bien limitadas en el tiempo. "Sin embargo, no está preparado para afrontar los retos asistenciales actuales, y esta situación se va a agravar en un futuro cercano, por las predicciones demográficas y su asociación al envejecimiento, la cronicidad y la poli-patología", según ha advertido.[8,9]

Para el doctor Josep Basora, presidente de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC), es preciso impulsar el desarrollo, en las distintas comunidades autónomas, de Planes Integrales para la Atención al Paciente con Enfermedades Crónicas en los que se promueva "un sistema de atención basado en la integralidad, la continuidad de la atención y la intersectorialidad, reforzando el papel de un paciente informado y comprometido, que asume el protagonismo en el manejo de su enfermedad, -- que conoce su enfermedad, sabe cómo controlarla, cuándo tiene que consultar o cuáles son los síntomas de alarma, según ha precisado--".[9]

1.1 Planteamiento del problema y justificación:

Durante la formación del Grado de Enfermería tanto en las asignaturas teóricas como en las prácticas clínicas que he realizado durante estos últimos cuatro años he recibido una formación en la atención a los pacientes de una forma holística e integrada, realizando valoraciones estructuradas donde se tienen en cuenta al paciente como un ser bio-psico-social y donde todas las esferas se encuentran relacionadas y afectan al bienestar de la persona. Dentro de la formación recibida se hace hincapié en los cambios demográficos que sufre la población mundial y el reto que suponen las enfermedades crónicas para el bienestar y la autonomía de los individuos.

Después de cursar las asignaturas de prácticas clínicas por distintas unidades del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC) y centros de salud Orotava-Dehesas y San Benito he comprobado cómo son frecuentes los ingresos hospitalarios de pacientes crónicos por exacerbación de sus patologías de base y el mal control de estas mismas. La gran parte de los pacientes que se han valorado en la consulta de enfermería de atención primaria o en las plantas de hospitalización donde he estado presente cuentan con una escasa formación o incluso nula con respecto a su

enfermedad, presentan poca adherencia al tratamiento sobre todo en la parte de cambio de malos hábitos (alimentación, ejercicio, abandono del tabaco, consumo moderado de alcohol, …) y es frecuente que no cuenten con una red familiar o social que les ayude a adoptar un estilo de vida saludable que les permita un control adecuado de su salud. Esta situación me hace replantearme varias cuestiones: ¿La atención sanitaria que ofertamos tanto en atención hospitalaria como en atención primaria es adecuada para las necesidades de los pacientes crónicos? ¿Nos centramos en abordar las reagudizaciones de las enfermedades crónicas en lugar de centrar los esfuerzos en que no se produzcan? ¿La existencia de unidades multidisciplinares especializadas en el cuidado y la atención al paciente crónico mejoraría la situación de salud de estos?

La OMS calcula que el 63% de los 57 millones de muertes registradas en el mundo en 2008, se debieron a enfermedades crónicas, principalmente enfermedades cardiovasculares (48%), cánceres (21%), enfermedades respiratorias crónicas (12%) y diabetes mellitus (3,5%)[10.11]. Los últimos datos mundial constan del año 2012 donde las cardiopatías isquémicas, los accidentes vasculares cerebrales, las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, distintos tipos de cáncer y la diabetes mellitus se encuentran entre las primeras 15 causas de muerte prematura en hombres y mujeres[12].

La incidencia de estas enfermedades en la vida de la persona es muy notable, ya que provocan el cambio de sus rutinas habituales, la modificación de la imagen que tienen de sí mismos, conllevan una nueva adaptación a su entorno y una nueva redefinición de su rol. Por ello, es importante realizar una atención adecuada con un enfoque multidisciplinar que englobe al cuidador y a su familia[13,14].

1.2 Pertinencia:

La atención al paciente crónicos por equipos multidisciplinares formados por médicos y enfermeros con capacitación avanzada para el cuidado de pacientes crónicos, trabajadores sociales, fisioterapeutas, … unido a la existencia de infraestructuras de referencia donde acudir, mejoraría los resultados en salud de la población. Las enfermedades crónicas son, por lo general, enfermedades “silenciosas” durante gran parte de la vida del paciente no suponen un problema, pero una educación sanitaria insuficiente, una mala adherencia terapéutica, la continuación de hábitos tóxicos (tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo y mala alimentación) incrementan de forma paralela la morbilidad y dependencia de estos individuos convirtiéndolos en pacientes de alto riesgo o complejos.

La existencia de equipos multidisciplinares de referencia que valoren y realicen una atención integrada a los pacientes complejos que superan los recursos de la atención primaria y que ingresan con frecuencia en los centros hospitalarios, mejoraría su calidad de vida y reduciría su nivel de dependencia. Por ello, es importante valorar la atención que reciben actualmente y las propuestas de las distintas Comunidades Autónomas.

1.3 Marco teórico:

1.3.1 Modelos intramuros:

Según datos de la OMS se han incrementado de forma exponencial las enfermedades no transmisibles (ENT). Estas son "enfermedades de larga duración cuya evolución es generalmente lenta. Estas patologías representan una verdadera epidemia que va en aumento debido al envejecimiento de la población y los modos de vida actuales que acentúan el sedentarismo y la mala alimentación"[15,18]

Existen muchos modelos que plantean distintas alternativas para ofrecer una atención integral y multidisciplinar a los pacientes crónicos. En 1990 en EE. UU. se creó la Health Mainterance Organizations (HMO) con el objetivo de encontrar una forma de reducir los gastos sanitarios que ocasionaban los pacientes crónicos. Los primeros modelos que se denominaron "intramuros" ("within the walls"), donde se buscaba una atención continuada a los pacientes crónicos complejos hospitalizados y se planificaba su alta. Con estos modelos empezaron a surgir las enfermeras gestoras de casos que utilizaban los protocolos clínicos y los mapas de cuidados, coordinaban la atención y garantizaban los cuidados multidisciplinares[15,18]. Más adelante, las enfermeras gestoras de casos comenzaron a realizar intervenciones posteriores al alta apoyadas en su mayoría por el incremento de la tecnología que permite el "tele-seguimiento" de los pacientes.[16]

1.3.2 Modelos extramuros:

Posteriormente, se desarrollan otro tipo de modelos llamados "extramuros" ("beyond the walls"). Estos modelos orientan la gestión de casos de una manera más genérica y en más aspectos de la vida del paciente, incluyendo los cuidados en casa y a su red de ayuda (los cuidadores y la familia). Existe cierta controversia en función de si deben ser acciones conclusivas o, por el contrario, el caso debe mantenerse activo e ir interviniendo en función de los cambios que vaya sufriendo el paciente.[18]

1.3.3 Modelos más importantes:

Los modelos utilizados para la gestión de cuidados en EE. UU. nacen en el HMO y algunos de los más destacables son: *Alaskan Medical Service*, *Kaiser Permanente, Group Health Cooperative* en Seattle, *Health Partners* de Minnesota, *Guided Care, Veterans Affair*, PACE (*Program of All-Inclusive Care for the Elderly*), GRACE (*Geriatric Resources for Assessment and Care of Elders*), Modelo Pfizer o *Touchpoint Health Plan* en Wisconsin. En Canadá se desarrolló un modelo denominado *Expanded Chronic Care Model*. Y, en Europa algunos de los programas con mayor importancia son: *Amsterdam Health Care System* en Holanda, *las Community Matrons* en el Reino Unido, las enfermeras gestoras de casos de Andalucía o las iniciativas en País Vasco o Cataluña [17,18].

- Guided Care: Es un modelo centrado en la atención primaria desarrollado por la Universidad John Hopkins[19]. La figura clave es una enfermera gestora de casos con competencias avanzadas cuyo trabajo se desarrolla estrechamente con los pacientes, los médicos y cualquier otro proveedor de salud facilitando una atención integrada centrada en la persona. La enfermera gestora de casos trabaja de forma conjunta con el personal de atención primaria para la realización de un plan de cuidados individualizado para cada paciente. Las evaluaciones de este modelo han mostrado como la atención recibida por los pacientes es mejor valorada. Además, los costes medios de la atención de estos pacientes son significativamente menor a los 6 meses de seguimiento y se reducen en un 49% los reingresos hospitalarios y un 17% de las visitas a urgencias[20,21].
- Promoting Action for All-Inclusive for the elderly (PACE): Este modelo fue diseñado en la época de los años 70 en Estados Unidos (EE. UU.). El perfil del paciente es un enfermo polimedicado, polipatológico y clasificado como anciano frágil pero que mantiene la independencia suficiente para vivir en su domicilio. Este modelo presta la atención sanitaria a través de equipos multidisciplinares y centros de día, donde se garantiza la coordinación y continuidad de cuidados. Este modelo, aunque es muy antiguo tiene evaluaciones sobre la calidad de la asistencia percibida por los usuarios inferior a la deseada[22,23].
- Evercare: Este modelo se creó en 1987 por parte de dos enfermeras de Minnesota y actualmente es utilizado para el control de millones de pacientes a lo largo de Estados Unidos. Mas tarde, daría el salto a Europa cuando se implementó por el Reino Unido. Se sustenta en la utilización de enfermeras de práctica avanzada como gestoras de casos, buscando una integración de los servicios sociales y sanitarios que satisfagan las necesidades del paciente. Las

evaluaciones de este modelo no han resultado positivas, ya que, la tasa de ingresos hospitalarios no se ha reducido[24,25].

- Community Matrons: Este servicio se instauró en Reino Unido a partir del 2000. Los grupos de trabajos están formados por enfermeras de atención primaria con roles de gestoras de casos. El objetivo es la estratificación de la población y la formación de pacientes expertos y el reforzamiento de la educación para la salud[26,27].
- Salas virtuales: Es una modalidad de atención al paciente crónico muy peculiar desarrollada en Croydon, Londres. Este modelo se basa en; el uso de modelos predictivos para identificar las personas que se encuentran en riesgo de hospitalización urgente y en la oferta a estos pacientes de un período de cuidados preventivos y multidisciplinares. El objetivo es acudir a su domicilio y atajar los problemas de salud que lo llevarán a un ingreso hospitalario en breve[28,29].

2. Objetivos:

2.1 Objetivo general:

2.1.1. Conocer cómo se organiza la estructura de la atención del paciente crónico en España para determinar la necesidad de crear unidades multidisciplinares específicas para la mejora de la atención de este tipo de pacientes.

2.2 Objetivo específico:

2.2.1 Describir cuáles son los modelos de atención al paciente crónico en las distintas Comunidades Autónomas de España.

2.2.2 Detectar las limitaciones de estos modelos para la atención al paciente crónico.

2.2.3 Proponer las líneas de mejora necesarias para proporcionar una atención integrada y holística a los pacientes crónicos.

3. Metodología:

El estudio es una revisión bibliográfica de la literatura publicada en bases de datos online y páginas web de organismos oficiales de sanidad. Este proceso de búsqueda se ha llevado a cabo durante los meses comprendidos entre diciembre de 2017 y febrero de 2018. Para la realización del análisis de la bibliografía se ha seguido las recomendaciones de la lista de comprobación de Preferred Reporting Items for Systematic review and Meta-Analyses (PRISMA)[30].

Los criterios de inclusión que se recogieron para la elección de los artículos para revisar fueron los siguientes:

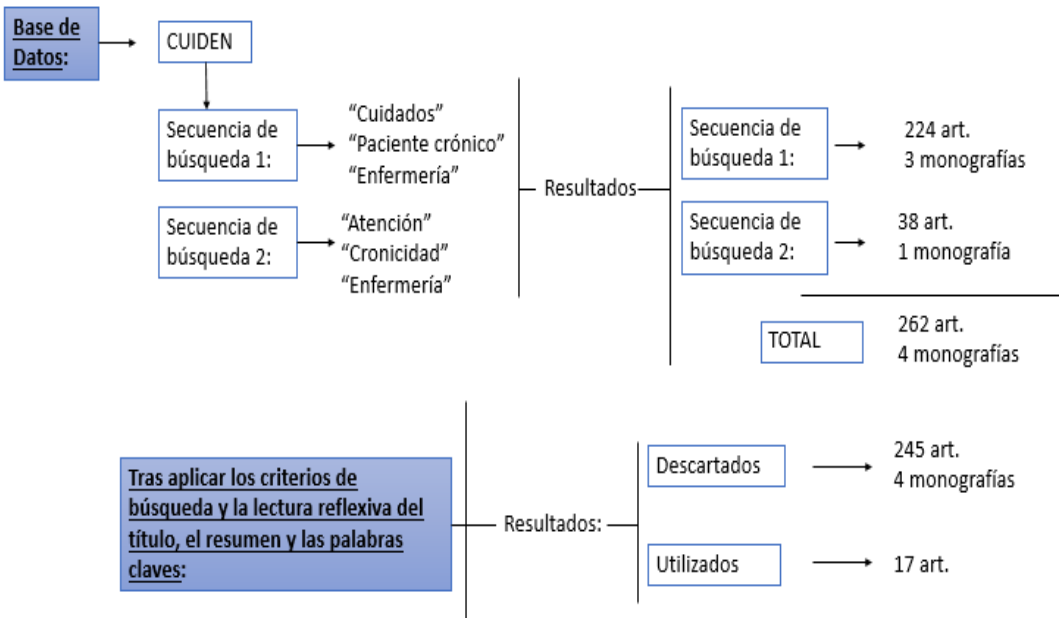
- Que fueran artículos académicos originales y monografías.
- Artículos de habla española o inglesa.
- No se aplicó ninguna restricción geográfica.
- Eran artículos publicados entre 2010 y 2018.
- Los artículos debían tratar la atención al paciente crónico, los modelos de estratificación de la población y los nuevos roles profesionales para atender la cronicidad.

Las bases de datos utilizadas para la búsqueda bibliográfica fueron:

1) CUIDEN: Realicé dos secuencias de búsqueda; en la primera utilizando como palabras clave “cuidados”, “pacientes crónicos” y “enfermería” obtuve 224 artículos académicos originales y 3 monografías. En la segunda búsqueda utilizando las palabras clave “atención”, “cronicidad” y “enfermería” obtuve 38 artículos académicos originales y 1 monografía.
2) Google Scholar: Se realizaron dos búsquedas bibliográficas. En la primera utilicé como palabras claves “modelos”, “atención” y “paciente crónico” obteniendo un total de 15.200 resultados, tras una búsqueda avanzada donde acotaba los años de publicación y garantizaba que las palabras claves salieran en el título obtuve 7 artículos académicos originales. En la segunda búsqueda bibliográfica realizada utilicé como palabras clases “Práctica enfermera avanzada para la cronicidad” y obtuve 15.500 resultados, realicé posteriormente una búsqueda avanzada acotando los años de publicación y las palabras claves que aparecerían en el título, adquirí 13 artículos académicos originales.
3) OPIMEC: En esta base de datos proporcionada por la Junta de Andalucía obtuve los 17 planes de acción estratégica contra la cronicidad de todas las Comunidades Autónomas de España y el Plan de acción para la atención de la cronicidad nacional.

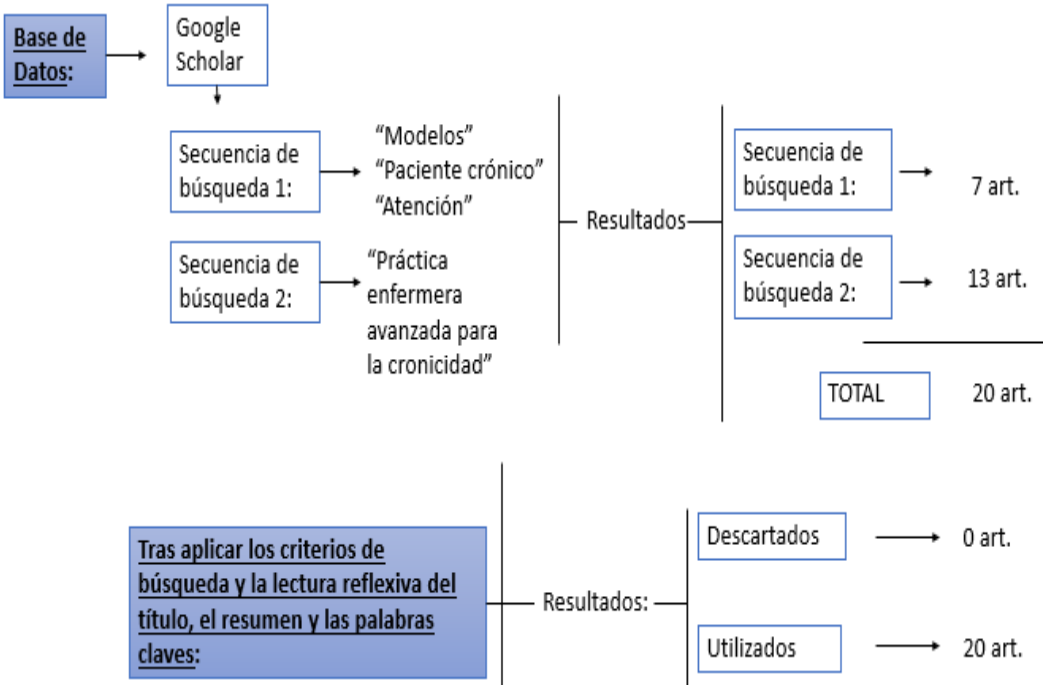
Tras la lectura de los títulos, los resúmenes y las palabras claves de la bibliografía encontrada obtuve 17 artículos de CUIDEN, 20 artículos de Google Scholar y 18 planes de salud para la atención a la cronicidad. Después de la lectura reflexiva de los artículos anteriormente señalados añadí 15 artículos encontrados en las respectivas bibliografías que aumentaban las aportaciones en el tema tratado. Finalmente, conseguí 70 artículos académicos para desarrollar mi trabajo y tener unas conclusiones apoyadas en datos. Información esquematizada en gráficos 1,2 y 3.

Gráfico 1: **Algoritmo de búsqueda en base de datos CUIDEN.**



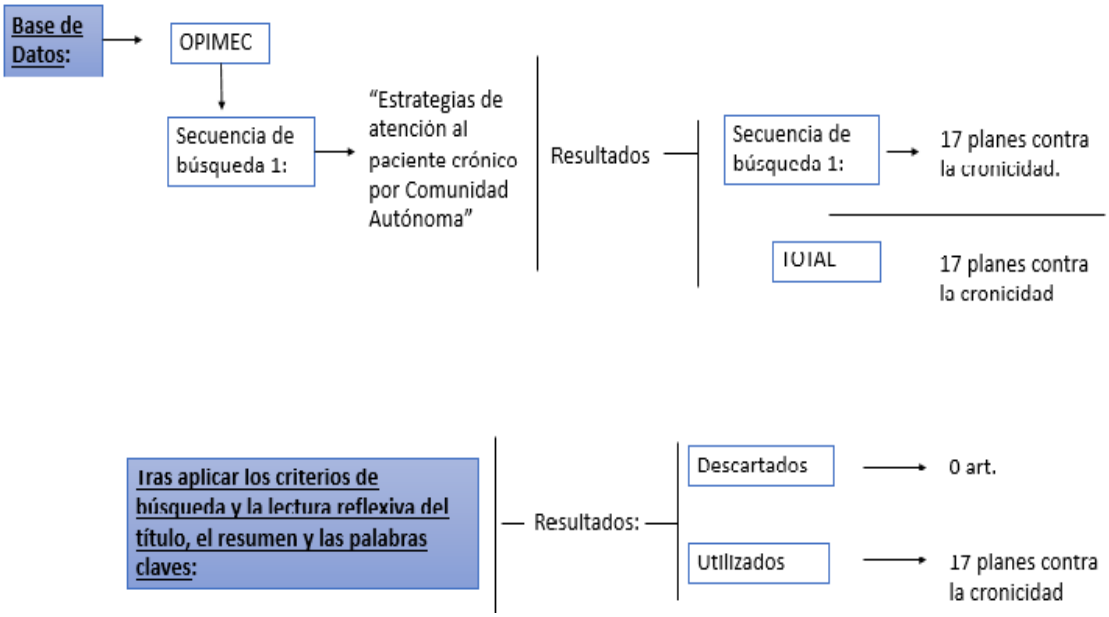
Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 2: **Algoritmo de búsqueda en base de datos Google Scholar.**



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 3: **Algoritmo de búsqueda en base de datos OPIMEC.**



Fuente: Elaboración propia.

4. Desarrollo:

4.1. Situación poblacional en España:

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) en el censo de 2011, en España hay una población de 46.815.916 donde 23.104.303 son hombres y 23.711.613 son mujeres. Aunque España es un país muy turístico que recibe una llegada masiva de población extranjera mayoritariamente joven, desde el último censo la edad media ha aumentado en 1.5 años. Comparando el censo de 2001 con el de 2011 se aprecia un descenso de la población de 16 a 39 años y un aumento en el grupo de edad de 40-64 años y de más de 65 años. Estos datos proyectan una inversión de la pirámide de población dando lugar a una población envejecida.[31,32]

La población española se preocupa mucho por la sanidad y su evaluación es la más positiva de los últimos 10 años. Un 73.1% de la población[32] opinan que el Sistema Sanitario funciona bien, aunque precisa varios cambios. Y un 4.2% de la población plantean la necesidad de que se realicen cambios de forma radical rehaciendo el sistema por completo.

4.2. Prevalencia de las enfermedades crónicas en España:

Respecto a la morbilidad y mortalidad española[33] las 15 principales causas de muerte en 2009 son; 1) El cáncer, 2) las enfermedades cardiacas, 3) las enfermedades cerebrovasculares, 4) las enfermedades respiratorias crónicas de las vías respiratorias, 5) la enfermedad de Alzheimer, 6) los accidentes no intencionales, 7) la diabetes mellitus, 8) las neumonías, 9) los síndromes nefróticos, 10) las enfermedades crónicas del hígado y la cirrosis hepática, 11) la enfermedad hipertensiva, 12) el suicidio, 13) la septicemia, 14) la enfermedad de Parkinson y 15) la enfermedad vascular intestinal. En el 2010 la principal causa de fallecimientos fueron las enfermedades cardiacas constituyendo el 31.2% de las defunciones totales en España.

La esperanza de vida en buena salud (EVBS) ofrece una visión objetiva de la calidad de vida de una población. En España, al nacer los hombres viven libre de dependencia el 79.5% de su vida mientras que las mujeres 72.9%. La discapacidad es entendida como la pérdida de funcionalidad que provoca una disminución de la actividad personal y una limitación para la participación en la vida diaria. Por regla general, la tasa de discapacidad aumenta con el envejecimiento y en España el 6.7% de la población total se encuentra en situación de dependencia. Las mujeres representan el 34.8% de todas las personas dependientes y representan el 76.3% de las personas identificadas como cuidadoras principales de personas dependientes.[34]

Un aspecto muy importante para el desarrollo de las enfermedades crónicas son los determinantes en salud de una población, es decir, el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, una dieta inadecuada o la inactividad física incrementan notablemente la probabilidad de desarrollar una patología crónica. En España, según la Encuesta Europea de Salud (EES) 2009[33], el 26.2% de la población de más de 16 años fuma a diario y un 3.7% es fumador ocasional. Y en los últimos años se ha incrementado el hábito tabáquico en el sexo femenino superando al de hombres en algunos rangos de edad. El consumo nocivo de alcohol, según la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas de España[35], estima que un 7.4% de la población son consumidores de riesgo y un 0.3% se encuentran en riesgo de dependencia. La inactividad física unida a una mala alimentación está estrechamente relacionada con el sobrepeso y la obesidad. En España, la proporción de la población inactiva aumenta con la edad alcanzado el 22.1% en la población de 65 años o más. En relación con la actividad física realizada el 24.9% de la población mayor de 16 años realiza alguna actividad física de forma habitual. Por otro lado, más de la mitad de la población adulta se encuentra en valores superiores a

su peso recomendado, un 37.7% tiene sobrepeso y un 16% obesidad en los mayores de 18 años de la población española[34].

Los principios sobre los que se basa la Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud[14] son:

- Un cambio de mentalidad para colocar en el centro de la atención al paciente y sus circunstancias sociales pasando de una asistencia sanitaria enfocada en la enfermedad orientarla a la atención proactiva de las necesidades de la población y de los individuos.
- El enfoque para mejorar la atención sanitaria a la cronicidad debe tener un enfoque poblacional con el objetivo de incrementar la salud de toda la población (personas sanas y personas enfermas).
- La mejora del abordaje de la cronicidad pasa por tener en cuenta y actuar sobre las acciones que, aunque por si solas no supongan un problema de salud si repercuten en la calidad de vida de las personas afectadas y no únicamente centrarse en las condiciones de salud que causan mayor morbilidad y mortalidad como las enfermedades respiratorias o las enfermedades cardiovasculares.
- El eje central de la atención a los pacientes con enfermedades crónicas se realizará en los centros de Atención Primaria.
- La continuidad asistencial entre atención primaria y atención especializada debe desarrollarse para ofrecer una atención integral a los problemas crónicos de salud. Para ello, se crearán distintos canales de comunicación para el intercambio de información, acordar y establecer las intervenciones de cada profesional sin que se produzcan duplicaciones de servicios maximizando los resultados en salud.
- Los profesionales sanitarios deben fomentar el autocuidado y la autogestión de la población con respecto a su propia salud para que sean pacientes activos y capaces de tomar decisiones sobre su estado de salud.

La atención al paciente crónico no pretende sustituir a la atención a los procesos agudos simplemente complementar la atención en función de los requerimientos de la población para mejorar la salud general de todos los individuos.

4.3 Organización del Sistema de Salud en España:

Antes de indagar en las peculiaridades de España en la atención del paciente crónico es importante conocer cómo se organiza el Sistema de Salud. La Constitución

Española de 1978 establece, en su artículo 43[36], el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los ciudadanos. Los principios que hacen posible la garantía de este derecho son:

- La financiación pública, universal y gratuita de los servicios sanitarios.
- Los derechos y deberes creados tanto para ciudadanos como para los poderes públicos.
- La descentralización política de la sanidad en las Comunidades Autónomas (CCAA).
- La prestación de una atención integrada, de calidad y evaluada.
- La integración de varias estructuras y servicios públicos.

Las competencias de las administraciones públicas en materia sanitaria son muy dispares. El reparto de las competencias según la Constitución Española de 1978[36] está recogido en la Ley 14/1986, de 25 abril, Ley General de Sanidad[37] y la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud[38]. Véase tabla 1.

Tabla 1: Competencias de las Administraciones Públicas en Materia de Sanidad[39].

CONSEJO INTERTERRITORIAL DEL SNS	ADMINISTRACIÓN DEL ESTADO	Bases y coordinación de la sanidad.
		Sanidad exterior.
		Política del medicamento.
		Gestión de INGESA.
	COMUNIDADES AUTÓNOMAS	Planificación Sanitaria.
		Salud Pública.
		Gestión Servicios de Salud.
CORPORACIONES LOCALES		Salubridad.
		Colaboración en la gestión de los Servicios Públicos.

Fuente: Reparto de competencias según la Constitución Española de 1978; Ley 14/1986, de 25 de abril, Ley General de Sanidad; y la Ley 16/2003 de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

Para desarrollar las competencias en materia de sanidad las CCAA[39] han asumido paulatinamente una serie de funciones, servicios y obligaciones relativos a dichas competencias. Las competencias asumidas por CCAA son una forma de aproximar la gestión de la asistencia al ciudadano y garantizar la equidad, la calidad y la participación. Véase tabla 2.

Tabla 2: Transferencias del INSALUD[39]

COMUNIDAD AUTÓNOMA	REAL DECRETO
Cataluña	1517/1981 de 8 de julio
Andalucía	400/1984, de 22 de febrero
País Vasco	1536/1987, de 6 de noviembre
Comunidad Valenciana	1612/1987, de 27 de noviembre
Galicia	1679/1987, de 28 de diciembre
Navarra	1680, de 28 de diciembre
Islas Canarias	446/1994, de 11 de marzo
Asturias	1471/2001, de 27 de diciembre
Cantabria	1472/2001, de 27 de diciembre
La Rioja	1473/2001, de 27 de diciembre
Murcia	1474/2001, de 27 de diciembre
Aragón	1475/2001, de 27 de diciembre
Castilla La Mancha	1476/2001, de 27 de diciembre
Extremadura	1477/2001, de 27 de diciembre
Islas Baleares	1478/2001, de 27 de diciembre
Madrid	1479/2001, de 27 de diciembre
Castilla y León	1480/2001, de 27 de diciembre

Fuente: Instituto Nacional de la Salud (INSALUD)

4.4 Desarrollo de las Estrategias Sanitarias de cada Comunidad Autónoma.

Cada Comunidad Autónoma siguiendo la línea general de acción realizada por el Sistema Nacional de Salud y teniendo en cuenta los recursos y las características de su territorio enuncia un plan de acción para el abordaje de la cronicidad:

4.4.1 Galicia:

Galicia es la comunidad autónoma situada más al norte de la Península Ibérica y actualmente está sufriendo una despoblación progresiva sobre todo de las zonas interiores de las provincias de Lugo y Ourense. Además, la población gallega es una

población envejecida ya que el 21.2% de la población tiene más de 64 años son datos de 2009 del Instituto Nacional de Estadística (INE).[40]

Según el Barómetro Sanitario del Ministerio de Sanidad y Política Social, los servicios sanitarios públicos de Galicia son de los peores valorados en toda España, siendo el tiempo de espera lo que menos satisface a los usuarios. También, es de las comunidades autónomas donde peor percepción de la salud tienen y se ha producido un incremento de las patologías crónicas y de pacientes pluripatológicos donde las enfermedades del aparato respiratorio y las neoplasias malignas tienen una incidencia mucho mayor que la media nacional.[40]

Galicia, actualmente, cuenta con una red de centros sanitarios donde la dotación de camas y equipamiento es superior a la mayoría de los hospitales españoles, y se ha iniciado la construcción en 2014 de un hospital en la provincia de Lugo y otro en la provincia de Vigo. Por otro lado, los profesionales sanitarios cuentan con gran nivel técnico, de formación e implicación con el sistema, pero existe un modelo de gestión de personal obsoleto y des-motivante para el trabajador que repercute negativamente en la valoración del servicio sanitario.[40]

La estrategia Sergas[40] se implantó en el 2014 con la idea de mejorar la sanidad gallega y cumplir con las expectativas de la población. Para ello:

- Galicia derriba las barreras entre los niveles asistenciales mejorando la actuación interdisciplinar y coordinada en los diferentes niveles de atención. De esta forma se garantiza la continuidad asistencial, la calidad y la eficiencia.
- La creación de un enfoque específico para el paciente con una enfermedad crónica.
    - Se realiza la estratificación de la población, definiendo si el paciente es capaz de autogestionar su enfermedad, requiere una gestión de su patología o una gestión de casos.
    - Se redefinen nuevos roles de profesionales, dotando de protagonismo a enfermería y concretamente al rol de la enfermera de enlace porque se encarga de la gestión de casos y la atención domiciliaria.
    - Se crean nuevos protocolos, guías y vías clínicas que incluyan seguimientos proactivos de los pacientes.
    - Se incluyen algunos dispositivos innovadores para mejorar y facilitar la gestión de casos.
- Se crea el centro de servicios sanitarios multicanal (CSSM) del Servicio Gallego de Salud que pretende mejorar la información y el acceso de los ciudadanos al

sistema sanitarios de forma interactiva, potenciando los servicios a través de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación y los diversos canales (teléfono, web, sms). Se pretende:

  - Desarrollar el servicio de consultas telefónicas con el que los ciudadanos pueden obtener información sanitaria general o específica, información sobre el mejor cuidado de su enfermedad, etc.
  - Permite la tramitación electrónica del procedimiento del reintegro de gastos a los ciudadanos.
  - Extender los accesos a la información individual de la historia clínica electrónica.

- La creación de programas de formación a través de la Escuela Gallega de Salud para Ciudadanos para fomentar los autocuidados, la mayor responsabilidad del paciente y la promoción de hábitos de vida saludables (ejercicio físico, hábitos dietéticos, …) También, el desarrollo de programas de prevención y promoción desde los centros sanitarios.
- Potenciar la atención y a hospitalización a domicilio, para logar esto se potenciarán los sistemas de telemedicina, se implantarán mecanismos para la monitorización telemática del paciente. De esta manera se potenciará los programas de alta hospitalaria precoz.
- Galicia trabaja en la colaboración con los centros hospitalarios privados para reducir la espera de los pacientes para servicios o pruebas diagnósticas.

Véase tabla 3.

Tabla 3: Puntos fuertes y puntos mejorables de la Estrategia SERGAS 2014 de la Comunidad de Galicia.

Puntos fuertes:	Puntos mejorables:
- Fomenta la coordinación entre los niveles de asistencia. - Crea un enfoque específico para la atención del paciente crónico. - Crea el Centro de Servicios Sanitario Multicanal (CSSM). - Creación de la Escuela Gallega de Salud para Ciudadanos. - Fomenta la atención y la hospitalización a domicilio.	- Valoración negativa del Sistema Sanitario gallego por parte de los usuarios. - No se contempla la figura del cuidador informal.

Fuente: Elaboración propia.

4.4.2 Asturias:

El Consejo Económico y Social de Asturias ofrece unos datos bastante preocupantes ya que la esperanza de vida ha aumentado (77.5 años los hombres y 84.1 las mujeres) y existe una tasa de fecundidad extremadamente baja (1.08 hijos por mujer). Según las estimaciones del INE para el 2023 el Principado de Asturias perderá en torno a un 6% de la población total y observaremos un incremento de la población mayor de 65 años superior al 13%. También se ha notado un acusado empeoramiento de la situación socioeconómica y un aumento de las desigualdades. Esto repercute en la salud de la población incrementando la morbilidad y empeorando los pronósticos y la calidad de vida de los sectores más desfavorecidos de la población.[41]

En Asturias el incremento de las enfermedades crónicas se debe a varios factores; los factores demográficos, las modificaciones de las condiciones de vida, en las conductas, los factores relacionados con el sistema sanitario y con el impacto del medio ambiente. En la Encuesta de Salud para Asturias, en 2012, el consumo de tabaco es de 25.4%. Actualmente, un 43.2% de la población asturiana tiene sobrepeso u obesidad y un 34% de población no realiza ningún tipo de ejercicio físico, porcentaje que va disminuyendo con el aumento de la edad.[41,42]

Las enfermedades crónicas más prevalentes son las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus, la artrosis, las enfermedades respiratorias y determinados problemas de salud mental. Es muy frecuente que estos pacientes presenten más de una enfermedad crónica lo que incrementa por 6 el gasto sanitario. En el 2010, un 10% de las hospitalizaciones en servicios médicos fueron reingresos. En el estudio sobre las hospitalizaciones potencialmente evitables (HPE) realizado por el grupo Atlas de Variaciones en la Práctica Médica del Sistema Nacional se observa que el 80% de las mismas se producen en personas mayores de 65 años.[41,43]

Por la situación el Principado de Asturias creó varios programas y planes para la atención a los pacientes con enfermedades crónicas. Algunos ejemplos son:

- Los “Programas de crónicos” que figuran en la cartera de Servicios de Atención Primaria; Diabetes, Hipertensión Arterial, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Hipercolesterolemia, Obesidad, etc.
- Los “Programa Clave de Atención Interdisciplinar” (PCAI), suponen un proyecto de atención homogénea y transversal a las personas con un determinado problema de salud, liderado por profesionales de diversas disciplinas que coordinan sus actividades para mejorar sus resultados en términos de calidad

científico-técnicas y de satisfacción para el paciente. Se centran en las enfermedades crónicas.

- En Asturias existen numerosas iniciativas surgidas de las asociaciones de pacientes o familiares que contribuyen a la mejora de los cuidados de los pacientes crónicos.
- Recientemente, la Consejería de Sanidad del Principado ha incorporado la metodología desarrollada en la Universidad de Stanford como modelo de trabajo para las escuelas de pacientes.

El Principado de Asturias ha desarrollado varias acciones para mejorar la atención a su población centrándose en el cuidado de los enfermos crónicos.[41]

- Crearon las escuelas de pacientes y los pacientes expertos para mejorar su autonomía y la de sus familias, dando una mayor efectividad a los cuidados. También, es importante la actuación con las personas cuidadoras o cuidadores informales que suelen llevar gran parte de la responsabilidad de la enfermedad de su familiar. Con iniciativas de este tipo se pretende dar visibilizar la problemática de la población cuidadora.

En el plan de salud del Principado de Asturias en la línea estratégica política 4[41] se centra en la importancia de la continuidad asistencial y la adaptación de las intervenciones sanitarias. La forma de garantizar la continuidad de la atención sanitaria del paciente crónico es la creación de circuitos asistenciales y desarrollar nuevos roles de profesionales enfocados en el abordaje del paciente crónico y su familia. Además de fomentar una comunicación fluida entre la atención primaria y la atención especializada.

En el plan de salud se potencia también la atención domiciliaria para pacientes crónicos evitando en todo lo posible la hospitalización. Para ello, se han puesto en marcha programas de teleasistencia y sistemas de monitorización domiciliaria. Por otro lado, se define el papel de los hospitales de subagudos y de convalecencia en la atención del paciente crónico institucionalizados o domiciliarios. Véase tabla 4.

Tabla 4: Puntos fuertes y puntos mejorables de la Estrategia de Salud y Atención a la población con enfermedad crónica en Asturias.

Puntos fuertes:	Puntos mejorables:
- Creación de distintos programas: Programas de crónicos, programa clave de atención interdisciplinar y escuelas de pacientes. - Atención domiciliaria. - Desarrollo de TIC's.	- Integración de la atención sociosanitaria. - Diversificación en las modalidades de atención. - No se contempla la figura del cuidador informal.

Fuente: Elaboración propia.

4.4.3 Cantabria:

Según datos del Instituto Cántabro de Estadística (ICANE)[44], a 1 de julio de 2014, las personas de 65 y más años suponían un 20% y las de más de 80 años suponen en 6.9% de la población cántabra. A grandes rasgos, el 57.9% de las mujeres y el 45.6% de los hombres de Cantabria, según la Encuesta Nacional de Salud, padecen alguna enfermedad crónica, siendo las más frecuentes la artrosis, la hipertensión arterial, la hiperlipemia y el dolor crónico de espalda. Un 23% de la población considera que su situación de salud es mala y un 5% la califica de nefasta.[44]

Con relación al consumo sanitario total de Cantabria, el 28.6% de la población tiene un consumo alto o muy alto mientras que el 48% tiene un gasto bajo o muy bajo. Respecto al consumo de los recursos hospitalarios, los pacientes institucionalizados en residencias acudieron 3.652 a los servicios de urgencias hospitalarias y se produjeron 1.074 ingresos. Otro aspecto importante es valorar el deterioro funcional y la aparición de secuelas crónicas que habitualmente desembocan en una situación de dependencia. Hasta marzo de 2015, el Instituto Cántabro de Servicios Sociales (ICASS) dictó más de 40.000 resoluciones[44].

Desde el punto de vista de la organización de los servicios sanitarios; el área metropolitana de Santander concentra casi dos tercios de las plazas para la atención de las personas dependientes y el resto de plaza se encuentran dispersas por la zona occidental y sur de Cantabria. Esto provoca un claro desequilibrio de accesibilidad y equidad[44]. Las enfermedades crónicas suponen un gasto sanitario difícilmente mantenible:

- Desde la perspectiva microeconómica, se ve afectado la economía doméstica, el consumo y el ahorro, la productividad laboral[45].
- Desde la perspectiva macroeconómica, los múltiples ingresos, los fármacos prescritos, las visitas a urgencias, … suponen un gasto que se ha incrementado con el paso de los años.[46]

Esta situación plantea la necesidad de un cambio de paradigma para la atención sanitaria orientada a las enfermedades crónicas. En primer lugar, se debe entender como elemento vertebrados a la atención primaria porque garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos. Los profesionales de atención primaria tienen un perfil definido donde no solo actúan con el paciente, sino que engloban a la familia y la comunidad, realizando valoraciones integrales en todas las esferas del individuo. Del mismo modo, se posiciona al domicilio como el lugar ideal para la prestación de cuidados al enfermo porque mejora su bienestar por ello, salvo descompensaciones graves es importante evitar las hospitalizaciones y los desplazamientos a las consultas de seguimientos o a servicios de urgencias.[47]

Otra de las iniciativas del plan de salud es el trabajar para cumplir los intereses del paciente para ello es importante crear un mapa familiar y estructurar la situación particular de cada individuo para comprender que objetivos tiene con respecto a su enfermedad. Por otro lado, predicar el modelo paciente activo. En España se considera paciente activo a la persona que tiene el conocimiento y las habilidades necesarias para hacerse responsable de su salud, establecer un modelo deliberativo con los profesionales y así tomar las decisiones que le permiten asumir esos objetivos. El empoderamiento del paciente está estrechamente relacionado con los términos de autoeficacia, autogestión y autocuidados.

Por último, el tercer pilar de este plan de salud se centra en la continuidad, la coordinación e integración asistencial y los nuevos roles en la atención a la cronicidad. Para ello se han creado una serie de unidades y figuras claves[44];

- <u>La Unidad de atención al paciente pluripatológico</u>: Es una unidad de ámbito hospitalario con gestión de casos complejos y multiprofesional, para favorecer el cuidado y tratamiento de los pacientes en su entorno si lo precisan y planificar el alta hospitalaria. El equipo está formado por profesionales sanitarios y trabajadores sociales.

- Medico de Referencia hospitalaria: Es un profesional de atención hospitalaria que actúa como referente para la atención al paciente crónico y establece canales de comunicación con la atención primaria.
- Enfermería de Atención Primaria como gestora de casos: Es el elemento fundamental para garantizar la continuidad de cuidado a los pacientes crónicos. Necesita conocer en profundidad el funcionamiento de los sistemas sanitarios y de los servicios sociales. Las gestoras de casos coordinan servicios para personas con condiciones crónicas complejas o con necesidades sociales y médicas generalmente en situación de dependencia. A fin de proporcionar apoyo para la gestión de casos se pretende desarrollar un nuevo rol profesional, el de la Enfermera de Apoyo a la Atención a la Cronicidad que actuará liderando y participando en los procedimientos y cuidados complejos y apoyando el resto de las actuaciones vinculadas a la atención del paciente crónico.
- Enfermería de enlace: Es una enfermera de atención hospitalaria que planifica el alta hospitalaria y garantiza el adecuado plan de continuidad de cuidados.
- Unidad de hospitalización domiciliaria: Integrada por un médico internista, un geriatra, un médico de familia más una enfermera experta en técnicas avanzadas. Esta unidad se crea porque el domicilio y la comunidad deben ser los entornos habituales de atención a los pacientes.

Véase tabla 5.

Tabla 5: Puntos fuertes y puntos mejorables del Plan de Atención a la Cronicidad de Cantabria.

Puntos fuertes:	Puntos mejorables:
- Creación de unidades multidisciplinares para la atención al paciente crónico pluripatológico. - Profesionales de referencia en los centros hospitalarios. - Nuevos roles profesionales: Enfermera gestora de casos de atención primaria, enfermera de enlace y enfermera de apoyo a la atención a la cronicidad. - Creación de unidades de hospitalización domiciliaria. - Existe un seguimiento y evaluación del plan.	- Poco desarrollo de TIC's. - No se contempla la figura del cuidador informal.

Fuente: Elaboración propia.

4.4.4 País Vasco:

Según la Encuesta de Salud de Euskadi realizada en 2007, el 41.5% de los hombres y el 46.3% de las mujeres padecen al menos un problema de salud crónicos. Así mismo entre las personas de edad avanzada es muy común encontrar altos niveles de discapacidad y dependencia. Un análisis más detallado de la situación detalla que la prevalencia de las enfermedades crónicas aumenta en casi todos los rangos de edad y que el incremento es más elevado a partir de los 65 años. En un estudio elaborado por el Departamento de Sanidad en el año 2008 se determinan cuáles son las causas de mortalidad por sexo; los hombres fallecen de enfermedades cardiovasculares (16.4% de los fallecimientos) y la EPOC (6.0% de los fallecimientos). En el caso de las mujeres, el primer lugar se encuentran las enfermedades cardiovasculares (17.3% de las defunciones) y la diabetes (3.0% de los fallecimientos).[48]

Las enfermedades crónicas normalmente tienen una aparición gradual y aunque no suponen una amenaza inmediata para la vida son la causa más común de mortalidad prematura. Por ello, requieren de una atención sanitaria continuada y de larga duración. Para eso, independientemente de la enfermedad concreta que se padezca se debe:

- Realizar un diagnóstico sobre el individuo en su conjunto incluyendo su situación social.
- Se debe potenciar las intervenciones proactivas, preventivas y rehabilitadores tanto en Atención Primaria como en atención hospitalaria.
- El paciente y el cuidador juegan un papel muy importante en el proceso de la enfermedad y determinan el éxito o el fracaso de la atención prestada.

Con respecto a la visión del País Vasco con respecto a la enfermedad crónico se aspira a transformar el Sistema Nacional Vasco para responder a las necesidades que genera la cronicidad en la población. El cambio se implementará tanto en la atención primaria como en la atención hospitalaria.[48]

En un primer lugar se fomentarán las intervenciones para la prevención y la promoción de la salud sobre los principales factores de riesgo. Luego se pretende potenciar el autocuidado y la educación al paciente porque la evidencia científica disponible demuestra que un paciente que controla su enfermedad y que se considera responsable de su propia salud consigue mejores resultados que aquellos que son individuos pasivos. En concreto, se está utilizando el modelo de Paciente Activo que sigue la metodología de la Universidad de Stanford para la formación de pacientes expertos. Para reforzar esta iniciativa se han implantado tecnologías web para que los pacientes estén conectados en todo momento con distintas Asociaciones de Pacientes

crónicos que resuelvan sus dudas y fomenten la adquisición de nuevos conocimientos de la enfermedad que padecen[48].

Para favorecer la comunicación entre la atención primaria y la atención hospitalaria se ha creado la historia clínica unificada, Osabide Global con el objetivo de eliminar la mayoría de las barreras existentes en la comunicación de modo que todos los profesionales compartan la información existente sobre el paciente. También se fomenta que la relación con el paciente no se ofrezca siempre en los centros de salud o hospitalarios y que se utilicen tecnologías de la comunicación[48] (videoconferencias, e-mail, telefónica). Y la implementación de sistemas de información proactivos que gestionen la información atendiendo a su relevancia como, por ejemplo, las citas clínicas, los avisos de medicación, …

El País Vasco pretende desarrollar los hospitales subagudos[48] como escalón intermedio de atención sanitaria entre la atención primaria y la atención hospitalaria que puedan tratar las reagudizaciones y se encarguen de la rehabilitación de los enfermos crónicos. Además, pueden actuar como centros coordinadores de la hospitalización a domicilio, la coordinación de casos y la integración de la atención. Para mejorar la atención es importante formar a los profesionales sanitarios para la atención concreta de los pacientes con enfermedades crónicas cayendo gran parte de esa responsabilidad en la creación de nuevos roles de enfermería.

Por último, se trabaja en la creación del Centro de Investigación para la Cronicidad cuya función será la identificación, adaptación, pilotaje e implantación de mejores prácticas frente al reto de la cronicidad, generando conocimientos para la innovación organizativa y de la gestión y mejoras de los sistemas sanitarios.[48] Véase tabla 6.

Tabla 6: Puntos fuertes y puntos mejorables de la Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi.

Puntos fuertes:	Puntos mejorables:
- Creación de una historia clínica unificada Osabide Global para todos los niveles de asistencia. - Utilización de TIC's. - Fomentación de la actitud de un paciente activo y experto en el autocuidado. - Creación de hospitales subagudos. - Creación del Centro de investigación para la cronicidad.	- Potenciación de la hospitalización a domicilio. - No se contempla la figura del cuidador informal. - Inclusión de roles profesionales específicos para la atención al paciente crónico.

Fuente: Elaboración propia.

4.4.5 Navarra:

La Comunidad de Navarra a 2011 contaba con 320.326 hombres y 320.967 mujeres, aunque por rangos de edad los hombres superan en número de mujeres hasta los 44 años donde el número de mujeres en Navarra es de 144.742 frente a los 131.903 hombres. La población navarra ha sufrido un progresivo envejecimiento y el 17.6% de la población tiene más de 65 años. Un dato importante para constatar el estado de salud de una población es la Esperanza de Vida Libre de Discapacidad (EVLD) recogido en la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD) donde los datos obtenidos exponen que la media de Navarra es superior tanto con relación al sexo como a la edad en la media española.[49]

Los motivos de consulta más frecuentes para la Comunidad de Navarra son las enfermedades crónicas sobre todo en las consultas de atención primaria. Dentro de los 25 motivos de consultas principales se encuentra la diabetes mellitus tipo II, la EPOC, la insuficiencia cardiaca y la hipertensión arterial y se producen un total de 10.863.547 recetas de forma anual por esas patologías.

Para la atención de la población, el plan navarro para el abordaje del paciente crónico[49] plantea una estratificación de la población con patología crónica en cuatro niveles:

- Descontrol base: Son los pacientes que no han acudido a urgencias ni han tenido hospitalizaciones programadas.
- Nivel 1: Son los pacientes que han estado al menos 1 vez en urgencias. Se clasifica como riesgo leve.
- Nivel 2: Son los pacientes que han estado varias veces en urgencias, pero no ha requerido ingreso hospitalario. Se clasifican como riesgo moderado.
- Nivel 3: Son los pacientes más críticos han estado varias veces en urgencias y han requerido de, al menos, un ingreso hospitalario. Se clasifican como riesgo alto.

Para la atención a la población crónica se crearon una Unidad Multidisciplinar de Pacientes Pluripatológicos Complejos (UMPPC)[49] que centrarían su atención en los pacientes incluidos en el nivel 3. La característica de este recurso es que contiene muchas modalidades asistenciales para garantizar una atención en el momento y el lugar más adecuado. El objetivo de UMPPC es prestar una atención multidisciplinar, de alta resolución, ofrecer una atención sanitaria en unidades de hospitalización convencional o de forma ambulatoria en consulta externa y garantizar al menos la valoración personalizada por un especialista de referencia. Los pacientes incluidos dentro del nivel 1, nivel 2 y descontrol de base tendrán un control con atención primaria y se potenciará el perfil del paciente proactivo capaz de autogestionar su propia salud. Véase tabla 7.

Tabla 7: Puntos fuertes y puntos mejorables de la Estrategia Navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos.

Puntos fuertes:	Puntos mejorables:
- Estratificación de la población. - Creación de la Unidad Multidisciplinar de Pacientes Pluripatológicos Complejos (UMPPC). - Creación de roles profesionales especializados en el cuidado del paciente crónico. - Coordinación entre los distintos niveles de asistencia.	- Desarrollo de las TIC's. - Importancia del cuidador informal. - Fomento de una actitud activa en el paciente. - Fomento de la atención domiciliaria.

Fuente: Elaboración propia.

4.4.6 La Rioja:

El análisis de la estructura de la población por edades de La Rioja muestra que el 19.0% de la población tiene 65 o más años; donde el 21.3% de las mujeres se encuentra en este grupo de edad. Por lo tanto. Un 34.8% de la población se encuentra en edad no laboral. La tasa de natalidad y el crecimiento vegetativo de la comunidad autónoma continúa descendiendo desde 2003 y desde el 2006 el tramo de edad de más de 65 años se ha incrementado en un 15%. A continuación, detallamos las principales causas de muerte por grandes grupos y se puede observar que para la población total las más frecuentes son las enfermedades del aparato circulatorio (31.47%), los tumores (29.68%) y las enfermedades del sistema respiratorio (9.33%).[50]

Un 52% de la población entre 45 y 64 años presenta alguna enfermedad crónica, cifra que aumenta hasta un 80% en los hombres y un 78% en las mujeres entre los mayores de 65 años. Estudiando el número de enfermedades concurrentes se puede observar que a partir de los 40-50 años aumenta de forma considerable el número de individuos diagnosticados. De entre ellas, destaca la hipertensión arterial que afecta a 50.651 personas mayores de 14 años, es decir, un 20% de la población riojana.[50]

El modelo riojano para la atención al paciente crónico pasa por conseguir que se implante un liderazgo de la atención primaria y consolidar el modelo de atención compartida entre ella y la atención hospitalaria. Por otro lado, se pretende adaptar la organización a las necesidades del paciente crónico desarrollando nuevos roles de profesionales[50] con acciones específicas para mejorar la atención del paciente crónico:

- Enfermera gestora de casos: Localizada en atención primaria para identificar y realizar el seguimiento de los pacientes de alta complejidad o con una dependencia acusada, facilitando la coordinación entre profesionales de los distintos niveles de atención y potenciando una respuesta única y eficiente.
- Enfermera educadora/entrenadora de cuidados: También localizada en atención primaria capacita a los pacientes y sus cuidadores para el autocuidado fomentando su compromiso con su salud.
- Enfermera de enlace: Se localiza en la atención hospitalaria. Gestiona los casos de alta complejidad durante su estancia hospitalaria y coordina la continuidad de cuidados que precisa el paciente en los recursos extrahospitalarios.
- Especialista hospitalario: Es el responsable cuando el paciente acude o ingresa en el hospital a fin de garantizar una coordinación entre las distintas especialidades que participen en la atención.

- Especialista consultor: Localizado en atención hospitalaria es el referente para los profesionales de Atención Primaria para solucionar dudas o organizar intervenciones concretas e individualizadas para un paciente. La comunicación se realiza a través de una interconsulta.

El modelo riojano[50] también contempla otros circuitos de atención al paciente como la hospitalización a domicilio, el desarrollo de los hospitales de día o las unidades de convalecencia hospitalaria para la estabilización del enfermo en las reagudizaciones sin necesidad de ingresar en un centro hospitalario.

Del mismo modo, desarrolla tecnologías y sistemas compartidos como motores del cambio que permita a cada profesional monitorizar los resultados clínicos, el cumplimiento de los objetivos asistenciales y preventivos y así como estratificar a sus pacientes según sus necesidades, para eso, se creó el modelo de Gestor de Cronicidad y de cupos. El gestor de cronicidad[50] es una herramienta pensada y desarrollada por Siemens para satisfacer las necesidades de los usuarios y orientada a cubrir las líneas maestras de la Estrategia de Crónicos de la Consejería de Salud y Servicios Sociales del Gobierno de La Rioja. Esta herramienta es utilizada indistintamente desde la atención primaria, la atención hospitalaria o la atención social. El gestor de crónicos permite a los profesionales de cualquier ámbito sanitario el control del paciente de forma proactiva y de un cuidado asistido para la prevención de la enfermedad en pacientes sanos o de riesgo medio o bajo. Permite al profesional incluir en su día a día la gestión de aquellos pacientes que no acuden a la consulta por distintos motivos evitando la aparición de enfermedades crónicas y mejorando la salud de los ciudadanos.

La herramienta del gestor de cupos es una herramienta integrada dentro de la atención primaria que permite saber el estado de salud de un cupo concreto. Se divide en 5 secciones que pueden ser consultadas:

- Diario: En esta sección se informa de la situación de los pacientes respecto a ingresos o atenciones urgentes que han podido sufrir durante la semana o están ocurriendo en tiempo real. Permite revisar las atenciones en urgencias hospitalarias o Puntos de atención continuada (PAC), los ingresos hospitalarios y las altas. Por supuesto se pueden consultar las analíticas, las pruebas complementarias y la situación actual del paciente.
- Semanal: En esta sección se pueden consultar información frecuente y de relevancia para el seguimiento de los pacientes, por ejemplo, las citas realizadas o futuras con especialistas, las prestaciones sociales requeridas por pacientes de su cupo, ...

- Mensual: En este apartado se comprueba la información relativa a interconsultas realizadas, incapacidades temporales, distintos apartados relacionados con farmacia y el uso racional de medicamentos.
- Anual: Donde se tiene acceso a los datos más relevantes del estado de salud del cupo dando una visión global del estado de salud y de la actividad de su población asignada.
- Crónicos: Desde este apartado el facultativo puede acceder a la estratificación de su cupo por la escala de Kaiser. De esta manera puede realizar de manera preventiva la protocolización de patologías crónicas de los pacientes de nivel medio o alto riesgo. Además, podrá acceder a las recomendaciones del Gestor de Crónicos para los pacientes de su cupo.

Por último, el modelo de atención a pacientes crónicos de la Rioja contempla la importancia de la investigación y la formación continuada de los profesionales. Véase tabla 8.

Tabla 8: Puntos fuertes y puntos mejorables de la Estrategia de atención al paciente crónico de La Rioja.

Puntos fuertes:	Puntos mejorables:
- Desarrollo de nuevos roles profesionales para la atención del paciente crónico. - Desarrollo de la hospitalización a domicilio. - Creación de la herramienta de gestión de cupos.	- Fomento del autocuidado y del paciente activo. - Integración de la atención social. - Fomento de las TIC's. - No existen estrategias para valorar los resultados.

Fuente: Elaboración propia.

4.4.7 Castilla y León:

En Castilla y León hay una población estimada de 2.558.000 habitantes donde 50.5% son mujeres y el 49.6% hombres. La característica de la población castellana y leonesa es un envejecimiento acusado donde la población mayor de 64 años ocupa el 22.8% del total. Según datos de 2010 en Castilla y León había 583.884 personas mayores de 64 años y 99.441 que eran mayora de 54 años y se estima que para 2021 esas cifras ascenderán en 20.000 personas aproximadamente. Otro dato importante de

la población castellana y leonesa es su dispersión geográfica, ya que, Castilla y León es de las comunidades con más extensión de superficie y con menor densidad de población esto supone un problema para ofertar una adecuada atención sanitaria.[51]

A nivel epidemiológico esta población ha sufrido un aumento de las patologías crónicas en todos los grupos de edad. Según el Estudio de Riesgo Cardiovascular[51] realizado con la población mayor de 15 años de la Comunidad Autónoma un 38.8% de la población padece hipertensión arterial, un 8.8% de la población sufre de diabetes mellitus tipo II y los valores de hiperlipidemia suponen un 28.9% del total.

El Sistema de Salud con respecto al presupuesto sanitario se ve resentido con la atención a los pacientes crónicos sobre todo a los pacientes ancianos de más de 64 años porque el aumento de edad viene acompañado con un deterioro funcional y un aumento de la morbilidad que supone entre un 70-80% del presupuesto sanitario de Castilla y León.

Por ello, se ha desarrollado un Modelo de Atención al Paciente Crónico[51] para proporcionar una atención adecuada, efectiva y sostenible. Los principales motores del cambio en la atención de este tipo de pacientes se basan en:

- Una atención primaria potente y resolutiva que sea el eje de la atención a los pacientes con enfermedades crónicas.
- La existencia de un enfoque multidisciplinar y continuado de loa pacientes con un comunicación fluida y eficiente entre los distintos proveedores de salud y niveles de asistencia.
- Una estrategia de atención sanitaria que englobe a toda población enferma y sana para garantizar una promoción de salud y prevención de enfermedades que cumpla con objetivos de alcanzar una población saludable.
- Una atención al paciente crónico que se caracterice por una visión holística y que suponga un empoderamiento del paciente donde sea responsable de su situación de salud y de su estilo de vida.

Para garantizar el cumplimiento de las principales características del Plan de Atención al Paciente Crónico de Castilla y León se han creado una serie de unidades con unas competencias y roles específicos para la atención del paciente crónico. Estas unidades[51] son:

- Unidades de Continuidad Asistencial (UCA): Es considerado un puente entre la atención primaria y la atención especializada de esta forma se crea una vía de

acceso rápido y ágil acortando al mínimo los tiempos de respuesta y reduciendo los trámites burocráticos.

- Unidades de Convalecencia Sociosanitaria (UCSS): Son unas unidades de carácter temporal destinadas a la atención de personas en situación de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria como consecuencia de procesos crónicos.
- Competencias avanzadas de enfermería: En relación con la gestión de casos desde atención primaria para coordinar los distintos niveles de atención que requiera un paciente.

Véase tabla 9.

Tabla 9: Puntos fuertes y puntos mejorables de la Estrategia de Atención al Paciente crónico en Castilla y León.

Puntos fuertes:	Puntos mejorables:
- Fomentar una atención primaria fuerte. - Enfoque multidisciplinar y continuo de la atención sanitaria. - Creación de unidades para la atención a la cronicidad: Unidades de Continuidad Asistencial (UCA), Unidades de Convalecencia Sociosanitaria (UCSS) y la creación de competencias avanzadas de enfermería.	- Desarrollo de TIC's. - Poca fomentación de la autogestión por parte del paciente. - Poca importancia de la atención domiciliaria. - Poca cantidad de recursos humanos para atender a una población tan disgregada.

Fuente: Elaboración propia.

4.4.8 Aragón y Cataluña:

El Gobierno de Aragón y Cataluña trabajan en la creación de un plan para la atención a los enfermos crónicos dependientes. La dependencia no es un concepto nuevo en España, pero en los últimos años ha tomado mayor relevancia, se estima que el número de personas mayores de 65 años dependientes para algunas de las actividades básicas o instrumentales de la vida diaria es de 75000 y 87.000 en cada una de las comunidades autónomas. Según estudios[52, 53] previos se considera que el 34% de las personas

mayores de 65 años presenta algún grado de dependencia y que el 62% de los casos cuentan con una dependencia leve, el 6% de los dependientes mayores de 65 años son de grado moderado y el 12% son dependientes severos.

El sistema que utilizan ambas comunidades autónomas se basa en la valoración por atención y primaria y la derivación en función de la cartera de servicios a las unidades más adecuadas para tratar al paciente en función de su situación actual[52].

- En la fase aguda[53]: El paciente requiere cuidados que tienen como finalidad que el paciente retome su estado de salud y funcional previo a la agudización. Se realizan cuidados:
    - En régimen ambulatorio, a través, de la cartera de servicios del centro de salud, de los hospitales generales y de los centros médicos de especialidades.
    - En régimen de internamiento, con la cartera de servicios de los hospitales generales y los hospitales de convalecencia para enfermos pluripatológicos con alto riesgo de dependencia que precisan cuidados que no requieren de tecnología compleja.
- Cuidados de recuperación en fase de convalecencia[53]. Su finalidad principal es la mejora del estado funcional del paciente en un marco temporal establecido. Se requiere una valoración inicial del estado funcional y un plan de rehabilitación individualizado. Se realizan cuidados:
    - Cuidados ambulatorios con rehabilitación, a través de, consultas e interconsultas de médicos especialista en medicina física y rehabilitación en centros de salud, la cartera de servicios de unidades de fisioterapia y de terapia ocupacional, la cartera de servicios de las unidades de rehabilitación hospitalaria y la de los hospitales de convalecencia.
- Cuidados de mantenimiento en fase de cronicidad[53]: Cuidados mantenidos en el tiempo prestado a un paciente afectado de enfermedades crónicas con la finalidad de mantener su estado de salud y funcional. La mayoría de los cuidados son proporcionados por enfermería en el domicilio del paciente.
    - Cuidados básicos de mantenimiento: Hace referencia a la supervisión del paciente para la detección precoz de riesgos.
    - Cuidados continuados de mantenimiento, que implican los cuidados domiciliarios prestados por el equipo de atención primaria y el personal de apoyo (fisioterapeutas o terapeutas ocupacionales) y los cuidados domiciliarios prestados por los equipos de soporte de atención domiciliaria (ESAD).

- Cuidados paliativos en fase terminal[53]: Consiste en una asistencia integral, activa y continuada a los pacientes y sus familiares por un equipo multidisciplinar para proporcionar la mejor calidad posible.

Durante el plan de salud se recalca la importancia de en los cuidados de mantenimiento de la fase de cronicidad se fomente el trabajo proactivo del paciente y se le forme para que se responsable de su estado de salud y las formas de mejorarlo o mantenerlo. Véase tabla 10.

Tabla 10: Puntos fuertes y puntos mejorables de los Programas de atención al paciente crónico en Aragón y Cataluña.

Puntos fuertes:	Puntos mejorables:
- Atención estructurada en función del estado de salud del paciente. - Atención multidisciplinar. - Desarrollo de roles profesionales específicos para la atención al paciente crónico. - Fomento de la atención domiciliaria.	- No se plantea un plan de atención al paciente crónico solamente al paciente crónico dependiente. - Poco desarrollo de TIC's. - No se fomenta el autocuidado. - No existen estrategias para valorar los resultados.

Fuente: Elaboración propia.

4.4.9 Extremadura:

La población extremeña es 1.108.130 habitantes a 2012, la población de Badajoz supone el 62.68% de la población y Cáceres ostenta el 37.32% restante. La población en rango de 0-19 años de Extremadura es el 19.79%, en el rango de 20-64 años es 29.72% y la población mayor de 65 años es el 10.99% de la población donde el 3.85% superan los 80 años, estos datos son del INE[54, 55].

La población de Extremadura, según la Encuesta Nacional de Salud de 2011[55], califica como muy bueno o buena es el 55%, mejorando los resultados de la Encuesta Nacional de Salud de 2006. Por otro lado, el 7.6% de la población comentan que su estado de salud percibido como malo o muy malo. Las enfermedades crónicas más frecuentes de la población de Extremadura a 2011 están relacionadas con el aparato locomotor (artrosis, dolor crónico lumbar y cervical) y factores de riesgo cardiovascular (colesterol elevado, hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo II). En relación con la

dependencia funcional, el 32.08% de la población mayor de 64 años se encuentra completamente saludable e independiente para las actividades básicas de la vida diaria y de las personas que declararon tener dependencia funcional un 47.51% necesita ayuda para el cuidado personal, un 56.41% para las labores domésticas y un 46.48% para la movilidad[56].

Extremadura tiene un problema muy similar que Castilla y La Mancha[54] para la correcta atención de los pacientes crónicos porque tiene una población muy rural y disgregada que dificulta el desplazamiento a centros de salud y llevar una continuidad de cuidados para evitar complicaciones como las reagudizaciones. Por ello, se potencia el cuidado en el domicilio realizado por un equipo multidisciplinar que realice una gestión del caso para garantizar la atención coordinada y efectiva. Al mismo tiempo, se trabaja en el rol del paciente activo con formación continua sobre su patología y los cuidados que precisa para realizar una autogestión y un autocuidado efectivo. Véase tabla 11.

Tabla 11: Puntos fuertes y puntos mejorables del Plan de Salud de Extremadura.

Puntos fuertes:	Puntos mejorables:
- Desarrollo de las TIC's. - Equipos multidisciplinares.	- Coordinación entre los distintos niveles de asistencia. - Creación de roles profesionales para la atención del paciente crónico. - Importancia del cuidador informal. - Fomento de la educación para la salud y la autogestión de los pacientes.

Fuente: Elaboración propia.

4.4.10 Madrid:

La población madrileña ha aumentado su población en el 2010, según datos del INE[57], en un 17.2%. La Comunidad de Madrid[58] tiene una de las poblaciones más longevas de todo el país; las mujeres tienen una esperanza de vida de 86.1 años mientras que los hombres se sitúan en los 80.7 años. Según varios análisis se ha observado que, aunque la esperanza de vida ha mejorado, la percepción de la salud se ha quedado estancada. Por lo general, las mujeres dicen tener peor salud y padecen

enfermedades crónicas sobre los 57 años mientras que los hombres tienen una esperanza de vida con buena salud en torno a los 60 años.

Dentro de las enfermedades que causan la muerte a los madrileños[57, 58] se encuentran las enfermedades crónicas como las cardiopatías isquémicas (8.9% del total), las enfermedades cerebrovasculares (5.44% del total), las enfermedades respiratorias crónicas de vías inferiores (3.6% del total), la enfermedad hipertensiva (2.8% del total) y la diabetes mellitus (1.9% del total) entre otras. La prevalencia de estas enfermedades aumenta con la edad y afecta a la mayoría de la población de más de 65 años aumentando su dependencia y los cuidados requeridos para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Por otro lado, no debemos relacionar las enfermedades crónicas con la población anciana, según la Encuesta Nacional de Salud 2011-2012, el porcentaje de población para la Comunidad Madrileña con enfermedades crónicas mayores de 15 años se sitúa en el 40.46%, siendo mayor en el caso de las mujeres (43.44%).

El modelo de atención a la cronicidad presentado por la Comunidad de Madrid[57] buscar un abordaje integrado y sistémico. Por ello se ha estratificado a la población en tres niveles:

- Paciente de riesgo bajo: Son pacientes crónicos en los estadios iniciales de su enfermedad y el objetivo es ralentizar su avance con la autogestión y los cuidados profesionales que requiera.
- Paciente de riesgo medio: Son pacientes que presentan un abordaje con cierta complicación y tanto el objetivo como el plan de actuación es similar al paciente de riesgo bajo.
- Paciente de riesgo alto: Son pacientes de alta complejidad y el objetivo radica en evitar las reagudizaciones y los ingresos hospitalarios por medio de la gestión de casos.

En función del riesgo del paciente se activan ciertas estrategias y elementos para su atención. Para todos los niveles de riesgo se plantea que el centro de salud de atención primaria sea el eje para la atención donde a través de distintas herramientas como la estratificación de la población, la historia clínica electrónica (HCE) compartida y accesible para todos los niveles de asistencia y recursos de apoyo online para los pacientes se realice un seguimiento adecuado y se fomente rol de paciente activo a través de la figura de la enfermera educadora o entrenadora en autocuidados que capacite a los pacientes y a sus cuidadores informales para el autocuidado y la autogestión de su situación de salud.

Para los pacientes situados en el riesgo medio y alto se ha creado la figura del especialista consultor como un médico de referencia para los profesionales de atención primaria con el que se establecerán comunicaciones para la resolución rápida y ágil de cuestiones puntuales. Por último, para los pacientes de riesgo alto se crea una serie de roles profesionales específicos para su correcta atención. Estos roles[57] son:

- Enfermera de enlace: Es una enfermera de atención hospitalaria que coordina la continuidad de cuidados con los recursos extrahospitalarios.
- Enfermera gestora de casos: Es una enfermera de atención primaria que lleva el seguimiento de los pacientes de alta complejidad y la coordinación entre los distintos niveles de asistencia para ofrecer una respuesta única, coordinada y eficiente.
- Especialista hospitalario de referencia: Es un profesional de referencia asignado al paciente que debe garantizar la correcta coordinación de las distintas especialidades que atiendan al paciente en sus ingresos hospitalarios.

Entre las herramientas útiles[57] para la atención al paciente de alto riesgo se han desarrollado el registro de casos sociosanitarios que es un base de datos de los recursos sanitarios y sociales utilizados para la atención de un paciente determinado y la telemonitorización domiciliaria que es un apoyo de las tecnologías de la información y comunicación (TIC's) para los pacientes complejos. Por último, los pacientes de alto riesgo requieren unos servicios como son la planificación del alta que garantiza la continuidad asistencial, la valoración integral de cada caso, la creación de unidades hospitalarias específicas para abordar aspectos concretos como el diagnóstico precoz o el tratamiento ante situaciones complejas, la existencia de un circuito de atención urgente o preferente que garantice una atención temprana y sin demoras para conseguir una recuperación rápida. Desde atención primaria se realiza un seguimiento proactivo del paciente en la comunidad y el domicilio y se oferta la capacidad de derivar pacientes para su ingreso directo en hospitales de medio estancia para resolver situaciones de salud que requieran cuidados más específicos. De esta manera se garantiza una atención integrada, holística y funcional a todos los pacientes crónicos independientemente de su condición o nivel de gravedad. Véase tabla 12.

Tabla 12: Puntos fuertes y puntos mejorables de la Estrategia de Atención a pacientes con enfermedad crónica en la Comunidad de Madrid.

Puntos fuertes:	Puntos mejorables:
- Estratificación de la población. - Eje central de la atención en la atención primaria. - Creación de roles destinados a la atención al paciente crónico. - Creación de herramientas para favorecer la coordinación entre los distintos niveles de asistencia. - Desarrollo de TIC's.	- Poca importancia de la atención social. - No se contempla la actuación del cuidador informal. - No se fomenta en exceso la actitud de paciente activo. - La atención domiciliaria.

Fuente: Elaboración propia.

4.4.11 Castilla La Mancha:

La Comunidad de Castilla y La Mancha se caracteriza por tener una población escasa, mayoritariamente rural y dispersa. La estructura poblacional de la región representa una importante tendencia al envejecimiento, aunque en los últimos años se ha compensado con la población inmigrante joven que ha recibido esta comunidad. El fenómeno del envejecimiento se produce por la caída de la tasa de fecundidad y natalidad y el aumento de la esperanza de vida.[59]

En estos años se ha construido una de las redes más completas de servicios sociales y sanitarios de España, con una amplia cobertura, un catálogo de prestaciones extenso, y una calidad de servicios muy bien valorada por población. Gracias al trabajo de los más de 50.000 profesionales de este sector se han logrado unos excelentes resultados. El esfuerzo de toda la sociedad ha sido importante, apoyando las prioridades de los sucesivos gobiernos en sanidad y en servicios sociales. Así, los presupuestos públicos para sanidad y para servicios sociales se han más que duplicado en 10 años, con un crecimiento anual del 10%, permitiendo afrontar esta importante expansión.

Dentro de las mejoras que propone el plan de salud integral de esta comunidad autónoma[60] se encuentra el potenciar la autonomía, la inclusión social y salud en todas las etapas de la vida. Por ello, se han desarrollado las escuelas de salud y cuidados que juegan un papel importante en la autogestión de las situaciones de dependencia y

enfermedad. En relación con los sistemas de salud y los servicios sociales se pretende garantizar una continuidad asistencial coordinando las diferentes unidades que proporcionen cuidados al paciente. Uno de los aspectos más importantes de este plan es el desarrollo de la mayoría de los cuidados en el entorno habitual del paciente a través de la teleasistencia, la ayuda a domicilio, la rehabilitación a domicilio, las teleconsultas y la hospitalización a domicilio.

El fin último de estas estrategias que se ponen en marcha dentro de la Comunidad de Castilla[59] y La Mancha es garantizar que la atención recibida y los resultados en salud sean los mejores posibles con los recursos disponibles y trasladando la atención a los domicilios por las condiciones de dispersión de la población castellana-manchega. Véase tabla 13.

Tabla 13: Puntos fuertes y puntos mejorables en la Estrategia 20/20 de Salud y Bienestar Social de Castilla La Mancha.

Puntos fuertes:	Puntos mejorables:
- Se han creado escuelas de salud. - Se fomentan las ayudas a domicilio. - Desarrollo de las TIC's, sobre todo la teleasistencia.	- Equipos multidisciplinares. - Atención Primaria como eje de la atención al paciente crónico. - Roles profesionales específicos para la atención del paciente crónico - Importancia del cuidador informal. - Coordinación de los niveles de asistencia. - Estrategia de evaluación de la estrategia de salud y bienestar social.

Fuente: Elaboración propia.

4.4.12 Valencia:

En el año 2013, comenzó un descenso gradual del número de habitantes, al mismo tiempo, se ha producido varios cambios a nivel demográfico ya que en torno a 2014 las cifras de personas mayores de 65 años suponían el 18% y en el 2000 esas cifras se encontraban en torno a 16.6% de la población. El índice de dependencia de los mayores

de 65 años se situó a 27.0% en 2014. En relación con la tasa de mortalidad en hombres entre 35-54 años algunos tipos de cáncer y las enfermedades isquémicas del corazón son las causas más habituales. En las mujeres las enfermedades isquémicas cardiacas toman relevancia en el grupo de edad 55-74 años, hasta ese momento la principal causa de muerte es el cáncer de mama junto con el de tráquea, bronquios y pulmones. La Estadística de Gasto Sanitario Público refleja que la Comunidad Valenciana en el año 2013 supuso un gasto de 5.671 millones de euros que en relación con su población se gastó 1.109 euros por habitante. La mayor parte del gasto se produjo en la atención especializada (62.2% del gasto) y, en segundo lugar, el gasto en farmacia (20.4%).[61]

La estructura de la atención sanitaria en la Comunidad Valenciana se realiza en primera instancia a través de los centros de salud de atención primaria, que se encuentran complementados con las unidades de apoyo como la unidad de rehabilitación, la unidad de odontología preventiva, unidades de salud mental, … La atención especializada con carácter ambulatorio se ofrece en los centros sanitarios integrados y los centros de especialidades. Para la prestación de una asistencia sanitaria especializada en régimen de internamiento la Comunidad Valenciana cuenta con 28 hospitales generales y 6 hospitales de media y larga estancia (HACLE)[62]. En los últimos años se han desarrollado nuevas alternativas a la hospitalización convencional como la hospitalización a domicilio y las unidades médicas de corta estancia.

En el IV Plan de Salud 2016-2020[62] de la Comunidad Valenciana en las líneas de actuación relacionadas con la atención al paciente crónico se dibuja como eje central de la atención a la atención primaria en centros de salud y en el propio domicilio del paciente. Se comprende la importancia de los cuidadores informales y se garantiza un apoyo y una formación por parte del personal de la unidad de atención familiar (UAF) de su centro de salud. Al mismo tiempo se refuerza la importancia del seguimiento continuo y se desarrollan tecnologías de la información y la comunicación (TIC's) para permitir la tele monitorización a distancia. Para la población sana se habla de la relevancia de una buena promoción a la salud y de la prevención de la enfermedad informando de los hábitos nocivos y tóxicos que se deben eliminar para reducir el riesgo de padecer enfermedades. Véase tabla 14.

Tabla 14: Puntos fuertes y puntos mejorables del IV Plan de Salud de la Comunidad Valenciana.

Puntos fuertes:	Puntos mejorables:
- Centra la atención en la atención primaria. - Desarrollo de TIC's. - Importancia de la UAF y mejora de la promoción y la prevención de la enfermedad.	- No se estratifica a la población. - No existen métodos de evaluación del plan. - Poca importancia del cuidador informal. - Pocas herramientas para coordinar los distintos niveles de asistencia. - No se potencian roles específicos para la atención al paciente crónico. - Escasa fomentación de la actitud de paciente activo.

Fuente: Elaboración propia.

4.4.13 Andalucía:

La población andaluza ha sufrido un paulatino envejecimiento durante los últimos años. La población total era de 8.202.220 habitantes y los mayores de 65 años representaban el 14.59%, de los cuales un 3.60% son mayores de 85 años. El fenómeno de envejecimiento que sufre la población andaluza es especialmente femenino porque los grupos de más edad son mayoritariamente mujeres. Se estima que para el 2050 España y con ella Andalucía sea el segundo o tercer país más envejecido.[63, 64]

Actualmente el 45.6% de la población mayor de 16 años padece un proceso crónico y un 22%, dos o más. El aumento de la edad se relaciona con un mayor número de enfermedades crónicas y del nivel de dependencia. El desafío con este tipo de pacientes no radica en la atención a la enfermedad sino en la correcta actuación con el proceso de la cronicidad y todo lo que supone para la calidad de vida y el entorno social del paciente.[64]

En Andalucía las causas de mortalidad más importantes son las enfermedades cardiovasculares y el cáncer que, aunque han reducido notablemente las muertes

anuales, el número de casos continua en aumento. El IV Plan de Salud de Andalucía (2015-2020) pretende conseguir una sociedad más saludable y en desarrollo.

En este plan de salud[63] se recalca la importancia de la atención primaria y su trabajo en la promoción y prevención de enfermedades para el amplio grueso de la población. Cuando hablamos de pacientes más complejos se han creado unos equipos formados por profesionales sanitarios de todas las disciplinas y niveles de atención para la elaboración de un plan de actuación personalizado (PAP). Este equipo se compone por:

- Médico y enfermera de familia.
- Médico internista de referencia.
- Enfermera gestora de casos
- Trabajador social.
- Persona cuidadora.
- Otro profesional sanitario de atención especializada que se precise según la patología del paciente.

Este equipo debe consensuar un plan de acción que determine las prioridades y los objetivos que se pretenden alcanzar con una valoración integral del paciente y su situación social y un plan de cuidados individualizado donde se potencien acciones destinadas al autocuidado y al adiestramiento de las personas cuidadoras. El PAP[63] se debe realizar en el domicilio del paciente o en su entorno habitual para ello, se han desarrollado numerosas TIC's que facilitan la tele monitorización de los pacientes y ayudan a la comunicación entre los profesionales. Véase tabla 15.

Tabla 15: Puntos fuertes y puntos mejorables del IV Plan Andaluz de Salud.

Puntos fuertes:	Puntos mejorables:
- Importancia de la Atención Primaria. - Promoción y prevención de las enfermedades. - Equipos multidisciplinares. - Creación de nuevos roles profesionales para la atención del paciente crónico. - Planes de acción consensuado con todo el equipo y el paciente. - Importancia del entorno familiar del paciente. - Desarrollo de TIC's.	- Mejora de la comunicación entre los distintos niveles de atención sanitaria. - Potenciación de la figura del paciente activo.

Fuente: Elaboración propia.

4.4.14 Murcia:

Murcia cuenta con una población total de 1.470.069 habitantes de los cuales 741.581 son hombres y 728.488 son mujeres. De esa población un 73.9% opina que el sistema sanitario de la Región de Murcia funciona muy bien, pero requiere algunos cambios. Y solo un 3.5% reclama que el servicio sanitario necesita cambios fundamentales, según el Barómetro Sanitario de 2010.[65, 66]

La organización actual de los servicios favorece una atención episódica para los problemas de salud, pero con el auge de las enfermedades crónicas se debe plantear un nuevo enfoque para la atención centrada en los aspectos preventivos, la perspectiva de los cuidados y la responsabilidad de las personas sobre los mismos.[66]

Murcia ha estratificado a su población siguiendo el modelo Kaiser Permanente en cuatro grupos;

1. Población general sin enfermedad crónica, requiere intervenciones de prevención y promoción para controlar los factores de riesgo.
2. Pacientes crónicos con baja complejidad que requieren apoyo para su autogestión.
3. Pacientes de alto riesgo, pero de complejidad media que precisos cuidados profesionales y de autogestión.
4. Pacientes de alta complejidad y comorbilidad que requieren una gestión integral y coordinada de cuidados sanitarios.

Tras la estratificación la atención sanitaria es mucho más sencilla y eficaz. Aunque en el primer grupo de población se hace hincapié en la importancia de la salud y de evitar hábitos tóxicos, es importante seguir educando en salud a los cuatro grupos para potenciar la responsabilidad y la autonomía del paciente.

La atención a los pacientes crónicos requiere una serie de características que se encuentran recogidas en el plan de salud de Murcia[65] (2013-2020); “la continuidad asistencial que se entiende como una visión continua y compartida del trabajo asistencial en el que intervienen múltiples profesionales, en centros de trabajo diferentes, que actúan en tiempos distintas con un objetivo de resultado final común, el ciudadano”. Para que se lleve a cabo la continuidad asistencial se debe potenciar la fluidez de la comunicación entre atención primaria y atención especializada. Véase tabla 16.

Tabla 16: Puntos fuertes y puntos mejorables de la Estrategia para la Atención de la Cronicidad de la Comunidad de Murcia.

Puntos fuertes:	Puntos mejorables:
- Estratificación de la población. - Mejora de la promoción de la salud. - Atención primaria como centro de la atención al paciente crónico.	- Desarrollo de TIC's. - Fomento de roles profesionales creados para la atención al paciente crónico. - Poca importancia al cuidador principal. - Falta de estrategias para valorar la estrategia de atención. - Poco fomento del paciente activo. - Poca importancia a la atención a domicilio.

Fuente: Elaboración propia.

4.4.15 Islas Canarias:

La población de Canarias es de 2.104.815 habitantes donde el 82.7% se ubica en las islas de Tenerife y Gran Canaria. Aunque la población canaria es la más joven de toda España el índice de envejecimiento se ha incrementado con los años hasta situarse en el 14.3% del total. Los hábitos y estilos de vida suponen el motivo principal de las patologías crónicas. En Canarias, un 16.4% de los mayores de 14 años son fumadores y un 73.6% de las mujeres fumadoras y un 72.5% de los hombres fumadores no han realizado ningún intento de abandono del tabaco. El estilo de vida sedentario se presenta en el 35.1% de la población canaria dando lugar a un 53.3% de población adulta con obesidad en Canarias.[67]

Entre las patologías crónicas con mayor prevalencia registrada en la Comunidad Canaria[67] destacan la diabetes mellitus tipo II, la cardiopatía isquémica y la EPOC con una prevalencia del 8%, 5% y 3% respectivamente. La Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 expone que 4 de cada 10 ciudadanos de más de 14 años en Canarias tiene alguna enfermedad o problema crónico. Los problemas crónicos son el principal problema que ocasiona una disminución de la calidad de vida con el paso de los años llegando incluso a la dependencia, en Canarias el 41.5% de la población es considerado un gran dependiente y un 21.7% son dependientes moderados.

El programa canario para la atención de pacientes crónicos[67] divide a la población en 4 niveles:

- Nivel 0: Población general. La actuación consiste en promocionar los hábitos de vida saludables y prevenir la aparición de patologías.
- Nivel 1: Pacientes crónicos estables. Son pacientes en estados tempranos de la enfermedad con pocas limitaciones y mucha autonomía. El objetivo es retrasar el avance de la enfermedad y fomentar una actitud proactiva.
- Nivel 2: Pacientes crónicos de alto riesgo. Son pacientes con una o varias enfermedades crónicas que aun manteniendo parte de su autonomía y teniendo capacidad para realizar los autocuidados necesarios requieren apoyo de profesionales sanitarios para gestionar correctamente su enfermedad.
- Nivel 3: Pacientes crónicos de alta complejidad. Son pacientes que requieren cuidados multidisciplinares con un enfoque individualizado porque presentan una gran dependencia, plurimedicación y elevada comorbilidad.

En la atención a los pacientes de nivel 1 y 2 se debe seguir un enfoque donde el paciente sea activo y responsable de su estado de salud unido a un seguimiento empleando los protocolos disponibles para las patologías correspondientes. En la atención a los pacientes incluidos en el nivel 3 se necesita una actuación multidisciplinar e integrada para garantizar esta situación se creó el rol de la enfermera gestora de casos (EGdC) cuya principal función es coordinar la actuación de los diferentes agentes implicados en la atención y seguimientos de los pacientes tanto en atención primaria como en atención especializada. Por último, se han desarrollado diferentes tecnologías de la información y la comunicación (TIC's) para facilitar el seguimiento de los pacientes crónicos complejos a través de la telemonitorización y las consultas telefónicas. También se ha implementado un espacio virtual para el usuario con un canal de mensajería con el profesional para la resolución rápida de dudas y unos foros de discusión que permite la interacción de los profesionales con los pacientes para compartir dietas, consejos, trucos o experiencias. Para el paciente pluripatológico se ha desarrollado una herramienta llamada call center 24x7 que permitirá la accesibilidad al sistema para garantizar una atención continua y la resolución precoz de dudas, así como la atención de complicaciones o situaciones de riesgo.[67]

Canarias es una población peculiar porque tiene a su población disgregada y separada por el Océano Atlántico dificultando una atención continua por los distintos niveles de atención. Para suplir esta necesidad y mejorar la atención recibida por el paciente crónico se han fomentado roles profesionales como la enfermera de enlace.

Esta enfermera sirve como nexo entre las distintas necesidades del paciente y los servicios y profesionales que deben prestarlo garantizando una actuación integrada, multidisciplinar y continua que resuelva el problema de salud del enfermo. Del mismo modo, desde las consultas de enfermería de atención primaria se ha fomentado la importancia de educar y formar a los pacientes para que sean capaces de autogestionar su enfermedad.

Desde la Atención hospitalaria se ha implementado la hospitalización a domicilio evitando que un paciente crónico que es ingresado en el hospital tenga una estancia superior a una semana. El objetivo es que se realice un diagnóstico rápido y se instauré un plan de actuación. Tras comprobar la evolución favorable del paciente, se traslada a su domicilio para finalizar el tratamiento y evitar de esta forma las complicaciones asociadas a las estancias hospitalarias prolongadas[67].

El pasado 31 de enero de 2018, Conrado Domínguez, director del Servicio Canario de Salud (SCS) anunció la creación de una Escuela de Pacientes siguiendo las directrices de las Escuelas de Pacientes Andaluzas. De este modo, Canarias intentar cubrir de forma dinámica las necesidades de los pacientes y de sus familias, al mismo tiempo, que favorece la participación del enfermo en su enfermedad y en sus cuidados. Se estima que las Escuelas de Pacientes de Canarias se pondrán en marcha en torno al mes de abril y mayo de este mismo año[69]. Véase tabla 17.

Tabla 17: Puntos fuertes y puntos mejorables de la Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias.

Puntos fuertes:	Puntos mejorables:
- Estratificación de la población. - Creación de roles específicos para la atención al paciente crónico. - Fomento de la actitud activa del paciente. - Atención Primaria como eje de la atención al paciente crónico. - Creación de herramientas para el paciente pluripatológico (call center 24x7).	- Desarrollo de TIC's. - Creación de sistemas de evaluación de los planes para el abordaje del paciente crónico. - Importancia del cuidador informal.

Fuente: Elaboración propia.

4.4.16 Islas Baleares:

La población de las Islas Baleares asciende a 1.115.999 habitantes donde 554.925 son varones y 561.074 son mujeres, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE). Un 61.59% de la población es activa laboralmente y hay una tasa de paro del 12.61%.

La estratificación de la población[68] crónica de las Islas Baleares se realiza en dos grandes grupos:

- Paciente crónico complejo: Son personas con una enfermedad crónica de larga duración y que su gestión supone un problema complejo desde el punto de vista de los profesionales sanitarios encargados de su salud.
- Paciente crónico avanzado: Constituyen un subgrupo dentro de los pacientes crónicos complejos que presentan enfermedades con un pronóstico de vida limitado y requieren la atención paliativa.

Para la atención de ambos pacientes[68] se potencia la hospitalización domiciliaria, se crean los hospitales de subagudos y hospitales de media estancia. Aun así, la importancia del cuidado y valoración de los pacientes crónicos recae sobre la Atención Primaria y la comunicación con los distintos niveles de asistencia y otros profesionales encargados del cuidado de los pacientes (fisioterapeutas, centros de día, servicio de rehabilitación) es frecuente y recíproca. Véase tabla 18.

Tabla 18: Puntos fuertes y puntos mejorables de la Estrategia de Atención al paciente crónico de las Islas Baleares.

Puntos fuertes:	Puntos mejorables:
- Importancia de la atención primaria. - Desarrollo de los hospitales de media estancia y subagudos. - Coordinación entre los niveles de asistencia.	- Desarrollo de roles profesionales específicos para la atención del paciente crónico. - Desarrollo de TIC's. - Estrategia para la valoración del plan de salud para la atención del paciente crónico. - Importancia de los cuidadores informales. - Importancia de la promoción y prevención de la enfermedad. - Fomento del paciente activo.

Fuente: Elaboración propia.

5. Conclusiones:

Después de la revisión bibliográfica realizada se ha llegado a una serie de conclusiones:

1) Todos los planes de salud para el abordaje de la cronicidad expuestos por las distintas Comunidades Autónomas se basan en una serie de puntos clave:
    a. Estratificar a la población en función de su capacidad para la autogestión de su enfermedad.
    b. La atención primaria como centro y punto principal para la atención de los pacientes crónicos independientemente del nivel de atención que necesiten.
    c. El empoderamiento del paciente a través de una formación guiada y proactiva que permita al individuo participar en la toma de decisiones con respecto a su situación de salud.
    d. La creación de unidades multidisciplinares para la atención de los pacientes crónicos.
    e. La potenciación de roles profesionales específicos (enfermera de enlace, enfermeras gestoras de casos) que garanticen una atención integrada y continuada entre los distintos niveles de asistenciales y la asistencia social que reciba un paciente.

2) La creación de unidades específicas y la existencia de profesionales de referencia en todos los niveles asistenciales facilita la atención al paciente crónico y garantiza la continuidad de los cuidados y una atención precoz.

3) El desarrollo de las TIC's para garantizar el seguimiento de los pacientes en sus domicilios es un método efectivo y sostenible que muchas Comunidades Autónomas han implementado.

4) Los planes o las acciones llevadas a cabo por los ministerios de salud de toda España para el control y la atención a los pacientes crónicos carecen de un recorrido en el tiempo que sea fácilmente evaluable. Estas acciones empezaron a realizarse hace 10 años sin la existencia de formas concretas para evaluar los resultados obtenidos y las mejoras necesarias.

5) Exceptuando las Comunidades Autónomas de la costa del Mar Cantábrica y la Comunidad Autónoma de Andalucía, los recursos humanos y tecnológicos

disponibles en el abordaje de la cronicidad son escasos e insuficientes dificultando el avance en el cuidado de este tipo de paciente.

6) Las líneas de mejora en la atención sanitaria a las patologías crónica pasan por impulsar proyectos como: las escuelas de pacientes de Asturias, el programa de gestión de crónicos de La Rioja, las unidades de atención al paciente crónico de Cantabria, Galicia y País Vasco o los hospitales de convalecencia o larga estancia desarrollados en Madrid, Aragón, Castilla y León y Cataluña.

A modo reflexivo, considero que la atención sanitaria recibida por los pacientes crónicos en las distintas comunidades autónomas es adecuada pero insuficiente. Existen grandes líneas de actuación como la herramienta de gestor de cupos desarrollada en La Rioja, los TIC's implementados en la atención domiciliaria por País Vasco y Cantabria, la coordinación asistencial derivada de la fomentación del rol de la enfermera de enlace presente en Andalucía, la investigación en la atención a la cronicidad por parte del Principado de Asturias, etc. El problema de estas líneas estratégicas es que se realizan a nivel de cada Comunidad Autónoma y no se extrapolan a nivel nacional. La cronicidad es un problema de todos y cuantas más herramientas y recursos tengamos para hacerle frente mejor resultado a nivel de salud de la población obtendremos.

6. Bibliografía referenciada:

1. NacionesUnidas.org [Internet]. Nueva York: DAGGC; 1945 [actualizado agosto 2010; consultado 20 Dic 2017]. Disponible en: http://www.un.org/es/sections/issues-depth/population/index.html
2. NacionesUnidas.org [Internet]. Nueva York; DAGGC; 1945 [actualizado Sep. 2015; consultado 20 Dic 2017]. Disponible en: http://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html
3. NacionesUnidas.org [Internet]. Nueva York; DAGGC; 1945 [actualizado oct. 2015; consultado 20 Dic 2017]. Disponible en: http://www.un.org/es/sections/issues-depth/health/index.html
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estadísticas sanitarias mundiales 2014; Una mina de información sobre salud pública mundial. [Internet]. OMS; 2014. [actualizado en 2014; consultado 5 dic 2017]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112817/WHO_HIS_HSI_14.1_spa.pdf;jsessionid=79B3516BD557A3E146518B2C4F887801?sequence=1
5. Instituto Nacional de Estadística (INE). [Internet]. Madrid; INE; 1856 [actualizado 2016; consultado ene 2018]. Disponible en: http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout
6. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. Tendencias de Salud en 30 Indicadores. [Internet]. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Madrid: Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación; 2017. [Actualizado 2017; consultado ene 2018]. Disponible en: https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Tend_salud_30_indic.pdf
7. Instituto Nacional de Estadística (INE). [Internet]. Madrid; INE; 1856 [actualizado 2016; consultado ene 2018]. Disponible en: http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926380048&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout
8. DiarioInformacion.com [internet]. Alicante: Europa Press; 2012. [actualizado marzo 2012; consultado feb 2018]. Disponible en: http://www.diarioinformacion.com/alicante/2012/03/08/atencion-pacientes-cronicos-supone-70-gasto-sanitario-sistema-salud/1231891.html
9. DiarioInformacion.com [internet]. Alicante: Europa Press; 2012. [actualizado marzo 2012; consultado feb 2018]. Disponible en:

http://www.diarioinformacion.com/alicante/2012/03/08/atencion-pacientes-cronicos-supone-70-gasto-sanitario-sistema-salud/1231891.html

10. DiarioInformacion.com [internet]. Alicante: Europa Press; 2012. [actualizado marzo 2012; consultado feb 2018]. Disponible en: http://www.diarioinformacion.com/alicante/2012/03/08/atencion-pacientes-cronicos-supone-70-gasto-sanitario-sistema-salud/1231891.html
11. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Situación Mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. [internet]. OMS; 2014. [Actualizado abril 2014; consultado marzo 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf?sequence=1
12. Organización Mundial de la Salud. Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: Directrices para la atención primaria en entornos con pocos recursos. [internet]. OMS; 2013. [Actualizado abril 2013; consultado marzo 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112396/9789243548395_spa.pdf?sequence=1
13. Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) y Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP). Proceso Asistencial de Pacientes con enfermedades crónicas complejas y pluripatológicos. [Internet]. Multimédica Proyector, SL; 2013. [Actualizado Oct 2013; consultado marzo 2018]. Disponible en: https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2016/05/ProcesoAsistenciaPluripatologicas.pdf
14. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. [internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. [Actualizado 2012; consultado marzo 2018]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
15. Morila Herrera JC, Morales Asencio JM, Kaknani Uttumchandani S, Garcia Mayor S. Situaciones de cronicidad compleja y coordinación sociosanitaria. Enfermería clínica, ISSN 1130-8621, Vol. 26, Nº. 1, 2016 (Ejemplar dedicado a: Coordinación sociosanitaria), págs. 55-60
16. Morales Asencio JM. Cronicidad: sinfonía de estrategias y liderazgos. Metas de enfermería, ISSN 1138-7262, Vol. 18, Nº. 1, 2015

17. Morales Asencio JM. Investigación en implementación de servicios enfermeros de atención a pacientes crónicos y dependientes. Index de enfermería: información bibliográfica, investigación y humanidades, ISSN 1132-1296, Vol. 18, Nº. 4, 2009, págs. 249-252
18. Morales Asencio JM. Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. Enfermería clínica, ISSN 1130-8621, Vol. 24, Nº. 1, 2014 (Ejemplar dedicado a: Especial Crónicos), págs. 23-34.
19. Boult C, Giddens J, Frey K, Reyder L, Novak T. Guided Care a New Nurse-Physician Partnership in Chronic Care. New York: Springer Publishing Company; 2009.
20. Boyd CM, Reider L, Frey K, Scharfstein D, Leff B, Wolff J, et al. The effects of guided care on the perceived quality of health care for multi-morbid older persons: 18-month outcomes from a cluster-randomized controlled trial. J Gen Intern Med. 2010; 25:(23):5-42.
21. Hirth V, Baskins J, Dever-Bumba M. Program of all-inclusive care (PACE): Past, present, and future. J Am Med Dir Assoc. 2009;10:155 -60.
22. Hansen J, Hewitt M. PACE provides a sense of belonging for Elders. Generations. 2012; 36: 37-43.
23. Bayard J, Jacobson R. How two HPs changed managed care. Adv Nurs Pr. 2007; 15:73-75.
24. Kane R, Keckhinfer G, Floor S, Bershadsky B, Siadaty M. The effect of Evercare on hospital use. J Am Geriatr Soc. 2003; 51:1427-31.
25. Royal College of Nursing. The community nursing workforce in England [Internet]. 2012 [consultado 12 diciembre 2017]. Disponible en: http://www.nursingtimes.net/Journals/2012/05/ 11/u/q/b/The-Community-Nursing-Workforce-in-England.pdf
26. Auckland S. Community matron caseload numbers: A literatura review. 3rd Community Nurs. 2012;17:493-7.
27. Lewis G. Predictive Modeling in Action: How Virtual Wards Help High-Risk Patients Receive Hospital Care at Home [Internet]. Commonwealth Fund pub; 2010 [consultado 26 diciembre 2017]. Disponible en: http://www.commonwealthfund.org/~/media/Files/Publications/Issue%20Brief/2010/Aug/1430Lewispredictivemodelinginactionvirtualwardsintlbrief.pdf
28. Van Walraven C, Dhalla IA, Bell C, Etchells E, Stiell IG, Zarnke K, et al. Derivation and validation of an index to predict early death or unplanned readmission after deischarge from hospital to the Community. CMAJ Can Med Assoc J. 2010;182:551-7.

29. Servizo Galego de Saúde. Estrategias SERGAS 2014, la sanidad pública al servicio del paciente. 4 ed. [Internet]. Galicia: Xunta de Galicia; 2014 [Consultado 2018 Enero 7]. Disponible en: www.sergas.es/Docs/Conselleria/Estrategia_Sergas_2014.pdf
30. Hutton B, Catalá-López F, Moher D. La extensión de la declaración PRISMA para revisiones sistemáticas que incorporan metaanálisis en red: PRISMA-NMA. Med Clin (Barc). 2016. [Consultado marzo 2018]. Disponible en: http://prisma-statement.org/documents/Hutton%20NMA%20Spanish%20Medicina%20Clinica%202016.pdf
31. Instituto Nacional de Estadística (INE). [Internet]. Madrid; INE; 1856 [actualizado 2016; consultado ene 2018]. Disponible en: http://www.ine.es/prensa/cp_j2017_p.pdf
32. Zoido Naranjo F, Arroyo Pérez A. La población de España. Med Clin. 2015; 2 (1): 19-75.
33. Instituto Nacional de Estadística (INE). [Internet]. Madrid; INE; 1856 [actualizado 2016; consultado ene 2018]. Disponible en: http://www.ine.es/prensa/np631.pdf
34. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema Nacional de Salud (SNS). [Internet]. Madrid; 2012. [Actualizado en 2012; consultado marzo 2018]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2012/SNS012__Espanol.pdf
35. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.Encuesta cobre alcohol y drogas en España. [Internet]. Madrid; 2015-2016 [Actualizado en 2016; consultado marzo 2018]. Disponible en: http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2015_EDADES__Informe_.pdf
36. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, 29 de diciembre de 1978, núm. 311, pp. 29313 a 29424 Cita en texto: (CE 1978)
37. Real Decreto-ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. (Boletín oficial del Estado, núm 102, de 29 de abril de 1986).
38. Real Decreto-ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. (Boletín oficial del Esado, núm 128, de 29 de mayo de 2003).
39. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. La protección de la salud en España. [Internet]. Madrid; 2012. [Actualizado en 2012; consultado marzo

2018]. Disponible en:
http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/docs/proteccion08.pdf

40. Servizo Galego de Saúde. Estrategias SERGAS 2014, la sanidad pública al servicio del paciente. 4 ed. [Internet]. Galicia: Xunta de Galicia; 2014 [Consultado 2018 Enero 7]. Disponible en: www.sergas.es/Docs/Conselleria/Estrategia_Sergas_2014.pdf
41. Servicio de Salud del Principado de Asturias. Personas sanas, poblaciones sanas: Ordenación y elaboración de las Estrategias de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias. 3 ed. [Internet]. Principado de Asturias: Consejería de Sanidad del Gobierno del Principado de Asturias; Mayo 2014 [Consultado 2018 Enero 7]. Disponible en: www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/Estrategias/Estrategia%20Cronicidad/ESAPCA_V3VD.pdf
42. Estadísticas Mundiales Sanitarias 2012, OMS [internet]. [Consultado 2018 Enero 7]. Disponible: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2012_Full.pdf
43. Consejo Económico y Social de Asturias. ¿Quién vive aquí? Envejecimiento, territorio y salud. Boletín 1 del Observatorio de Salud en Asturias. Dirección General de Salud Pública. [Internet] Marzo, 2012. [Consultado 2018 Enero 8]. Disponible en: http://www.obsaludasturias.com/obsa/wpcontent/uploads/OBSA1m.pdf
44. Servicio Cántabro de Salud. Plan de Atención a la Cronicidad de Cantabria 2015-2019. 3 ed. [Internet]. Cantabria: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria; 2015. [Consultado 2018 Enero 20]. Disponible en: https://saludcantabria.es/uploads/pdf/consejeria/PlandeCronicidadBaja.pdf
45. Instituto Cántabro de Estadística (ICANE). [Internet]. Santander: Ediciones de ICANE; c1998. [Consultado 2018 Enero 20]. Disponible en: http://www.icane.es/data/
46. Suhrcke M, Stuckler D, Suk JE, Desai M, Senek M, McKee M, Tsolova S, Basu S,Abubakar I, Hunter P, Rechel B, Semenza JC. The impact of economic crises oncommunicable disease transmission and control: a systematic review of the evidence. PLoS One. 2011; 6: e20724.

47. Przywara B. Projecting future health care expenditure at European level: drivers, methodology and main results. En: European Economy. Economic Papers: European Commission; 2010.
48. Osakedetza. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. 4 ed. [Internet]. Euskadi: Osasun eta kontsumo saila de Eusko Jaurlaritza; 2011. [Consultado 2018 Enero 25]. Disponible en: www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/documentos_cronicos/eu_cronic/adjuntos/EstrategiaCronicidad.pdf
49. Departamento de Salud. Estrategia Navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos. [Internet]. Navarra: Gobierno de Navarra; 2010. [Consultado 2018 Febrero 5]. Disponible en: file:///C:/Users/Usuario/Desktop/TFG/Planes%20de%20Salud/L%20-%20Navarra%202010.pdf
50. Rioja Salud. Estrategia de atención al paciente crónico de La Rioja. 2 ed. [internet]. La Rioja: Gobierno de La Rioja; 2014. [Consultado 2018 Enero 25]. Disponible en: http://www.riojasalud.es/ciudadanos/estrategia-de-cronicos
51. Sacyl. Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León. 1 ed. [Internet]. Castilla y León: Junta de Castilla y León; 2014. [Consultado 2018 Enero 30]. Disponible en: file:///C:/Users/Usuario/Desktop/TFG/Planes%20de%20Salud/L%20-%20y%20Leon%202014.pdf
52. Departamento de Salud y Consumo. Programa de Atención a Enfermos crónicos dependientes. 4 ed. [Internet]. Aragón: Gobierno de Aragón; 2017. [Consultado 2018 Enero 25]. Disponible en: http://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/InformacionEstadisticaSanitaria/InformacionSanitaria/PROGRAMA+ATENCION+ENFERMOS+CRONICOS+DEPENDIENTES.PDF
53. Departament de Salut. Pla de Salut de Catalunya 2016-2020. 3 ed. [Internet]. Cataluña: Generalitat de Catalunya; 2016. [Consultado 2018 Enero 25]. Disponible en: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/Pla_salut/pla_salut_2016_2020/Documents/Pla_salut_Catalunya_2016_2020.pdf
54. Gobierno de Extremadura. Plan de Salud de Extremadura 2013-2020. 1 ed. [Internet]. Extremadura: Consejería de Salud y Política Social; 2013. [Consultado 2018 Febrero 4]. Disponible en: https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/CustomContent/PLAN%20DE%20SALUD%20DE%20EXTREMADURA%202013-2020.pdf

55. Real Decreto-ley 180/2017, de 31 de octubre, por el que se modifica el Decreto 166/2005, de 5 de julio, por el que se aprueba el Mapa Sanitario de la Comunidad Autónoma de Extremadura. (Boletín Oficial del Estado núm 212, 6 de noviembre de 2017).
56. Gobierno de España. Estudio ALADINO. Estudio de vigilancia del crecimiento, alimentación, actividad física, desarrollo infantil y obesidad en España. Madrid: Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición;2011 [Consultado 2017 febrero 2]. Disponible en: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/estudio_ALADINO_2011.pdf
57. Salud Madrid. Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid. 3 ed. [Internet]. Madrid: Consejería de Sanidad; 2013. [Consultado 2018 Febrero 4]. Disponible en: http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017570.pdf
58. Comisión de la Comunidad Europea. El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera. Bruselas: Comunidad Europea. 2001. Informe Com 2001. 723.final.15-12-2001
59. Castilla la Mancha. Estrategia 20/20 de Salud y Bienestar Social. [Internet] Castilla La Mancha: Gobierno de Castilla La Mancha; 2011. [Consultado 2018 Febrero 4]. Disponible en: http://www.adaceclm.org/DocumentosInteres/Documentosda%C3%B1ocerebral/Documents/ESTRATEGIA%2020-20%20SALUD%20Y%20BS.pdf
60. Real Decreto-ley 14/2010, del 16 de diciembre, de servicios sociales de Castilla- La Mancha. (Boletín oficial del Estado, núm 251, del 31 de diciembre de 2010).
61. Conselleria de Sanitat Universal y de Salut Publica. IV Plan de Salud de la Comunitat Valenciana (2016-2020). 4 ed. [Internet]. Valencia: Generalitat Valenciana; 2016. [Consultado 2018 Enero 25]. Disponible en: http://www.san.gva.es/documents/157385/6431837/IV_PLAN+DE+SALUD_CV_2016_Castellano_web.pdf
62. Instituto Nacional de Estadística (INE) [Internet]. Madrid: Ediciones de la INE; c1945. [Consultado 2018 Enero 25]. Disponible es: http://www.ine.es/FichasWeb/RegComunidades.do?fichas=49&busc_comu=&botonFichas=Ir+a+la+tabla+de+resultados

63. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. IV Plan Andaluz de Salud. 4 ed. [Internet]. Andalucía: Junta de Andalucía; 2015. [Consultado 2018 Enero 30]. Disponible en: http://www.andaluciasana.es/PAS/links/IV_PAS_v9.pdf
64. Anteproyecto de Ley de Salud Pública. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía. [Internet] Noviembre 2009. [Consultado 2018 Enero 30]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/anteproyectoleysaludpublicanavegable/titulo_preliminar_articulo2.html
65. Servicio murciano de salud. Estrategia para la Atención de la Cronicidad 2013-2015. 3 ed. [Internet]. Murcia: Gobierno de la Región de Murcia; 2013. [Consultado 2018 Enero 30]. Disponible en: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/305538-estrategia_cronicidad.pdf
66. Instituto Nacional de Estadística (INE) [Internet]. Madrid: Ediciones de la INE; c1945. [Consultado 2018 Enero 25]. Disponible es: http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=2883&L=0
67. Servicio Canario de Salud. Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias. 3 ed. [Internet] Canarias: Consejería de Sanidad Servicio Canario de la Salud, 2015 [Consultado 2018 Febrero 5]. Disponible en: http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/1e7740f8-d12e-11e4-b8de-159dab37263e/LibroCronicidadCompleto.pdf
68. Conselleria Salut Servei Salut Illes Balears. Atención al paciente crónico complejo y al paciente crónico avanzado. [Internet] Islas Baleares: Subdirección de Atención a la Cronicidad, Coordinación Sociosanitaria, Salud Mental y Enfermedades poco frecuentes; 2017. [Consultado 2018 Febrero 5]. Disponible en: http://www.ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/1469/2017-atencion-paciente-cronico-complejo-i-avanzado-es.pdf
69. Sanidad trabajar en crear la Escuela de Pacientes de Canarias. La Opinión. [Fecha de publicación: 31 enero 2018]. Disponible en: http://www.laopinion.es/sociedad/2018/01/31/sanidad-trabajar-crear-escuela-pacientes/847176.html

6.1 Bibliografía consultada:

1. Gómez-Picard P, Fuster-Culebras J. Atención a la cronicidad: desafío estratégico, macro gestión y políticas de salud. Enferm Clin. 2014;24 (1): 12-17. [Consultado 2017 diciembre]. Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-

enfermeria-clinica-35-linkresolver-atencion-cronicidad-desafio-estrategico-macrogestion-S1130862113001903

2. Zenteno-López MA, Tzontehua-Tzontehua I, Gil-Londoño E, Contreras-Arroy S, Galicia-Aguilar R. Continuidad de cuidados para la adherencia terapéutica en la persona con diabetes tipo 2. Enfermería Universitaria. 2016;13(2) 130-137. [Consultado en 2017 diciembre]. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706316000245
3. Nuño-Solinís R, Fernández-Cano P, Mira-Solves JJ, Toro-Polanco N, Carlos Contel J, Guilabert Mora M, Solas O. Desarrollo de IEMAC, un instrumento para la evaluación de modelos de atención ante la cronicidad. Gac Sanit. 2013;27(2):128-134. [Consultado en 2017 diciembre]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/gs/v27n2/original5.pdf
4. Espallargues M, Serra-Sutton V, Solans-Domènech M, Torrente E, Moharra M, Benítez D, Robles N, Domingo L, Escarrabill J. Desarrollo de un marco conceptual para la evaluación de la atención a la cronicidad en el sistema nacional de salud. Rev Esp Salud Pública. 2016; 90 (7). [Consultado en 2017 diciembre]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL90/C_ESPECIALES/RS90C_MEC.pdf
5. Jiménez Valverde MR, Lopez Benavante Y, Hernández Corominas MA, Gomez Ruiz M, Blázquez Pedreno M, Echevarría Pérez P. Enfermera Gestora de Casos del Servicio Murciano de Salud: Un año de puesta en marcha del programa. Enfermería Global. 2014:36 57-69. [Consultado en diciembre 2017]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v13n36/clinica4.pdf
6. Bustamante Troncoso C, Riquelme Hernández G, Alcayaga Rojas C, Lange Haensger I, Urrutia Bunster M. Experiencia de transferencia tecnológica de la Consejería Telefónica para Cuidados Crónicos de Salud a equipos de Atención Primaria. Enfermería Global. 2012; 27: 172-178. [Consultado en diciembre 2017] Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000300010
7. Molina Escribano Francisca, Castaño Moreno E, Massó Orozco J. Experiencia Educativa con un Paciente Experto. Rev Clin Med Fam. 2008; 2(4): 178-180. [Consultado en diciembre 2017]. Disponible: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-6
8. González Álvarez MA, Quinteiro Dopazo MT, del Castillo Arévalo F, Cao Fernández A, Fernández González E, Álvarez Alonso ME. Hacia un nuevo

modelo de atención en los cuidados del paciente pluripatológico. Punto de vista de las enfermeras de Atención Primaria. RqR Enfermería Comunitaria (Revista SEAPA). 2014; 2 (3): 36-42.

9. Lapeña-Monux YR, Palmar Santos AM, Martinez Gonzalez O, Macia Soler ML, Ortis Cortes MI, Pedraz Marcos A. La enfermera ante el reto de la gestión del paciente crónico complejo. Rev ROL Enferm. 2017; 40(2): 130-136. [Consultado en diciembre 2017]. Disponible en: https://fcsalud.ua.es/va/portal-de-investigacion/documentos/articles-2017/la-infermera.pdf
10. Franco Barcenas S, Berumen Burciaga V, Sáenz López E. Modelo de Cuidado de Enfermería Familiar con un Integrante con Enfermedad Crónica. Desarrollo Cientif Enferm. 2011; 19(4). [Consultado en diciembre 2017]. Disponible en: http://www.index-f.com/dce/19pdf/19-134.pdf
11. Campello Vicente C, Del Saz Caja MI, Solano García L. Percepción del equipo de atención primaria de la enfermera gestora de casos en la Vega Alta del Segura. NURE inv [Internet]. Mar-Abr 2015; 12(75): [aporx. 14p.]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROYECTO/NURE75_proyecto_vega.pdf
12. SEMI. Documento de consenso: Una aproximación multidisciplinar al problema de la adherencia terapéutica en las enfermedades crónicas. Estado de la situación y perspectivas de futuro. DGMM. 2012. [Consultado en enero 2018]. Disponible en: http://www.isfie.org/documentos/atc.pdf
13. Álvarez Pérez R, Velasco Ballestero S. La consulta de pre-diálisis de enfermería: logros y oportunidades de mejora. Rev Soc Esp Enferm Nefrol. 2007; 10(3): 166-171. [Consultado en enero 2018]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/nefro/v10n3/original1.pdf
14. SEMAP. El papel de la enfermera familiar y comunitaria en la cronicidad. SEMAP. 2013 [Consultado en enero 2018]. Disponible en: http://www.sedene.com/wp-content/uploads/2012/08/CUADERNOS-SEMAP-El-papel-de-la-EFyC-en-la-cronicidad..pdf
15. Jódar- Solà G, Cadena-Andreu A, Parellada-Esquius N, Martínez-Roldán J. Continuidad asistencial: Rol de la enfermera de enlace. Aten Primaria. 2005; 36(10): 558-562. [Consultado en enero 2018]. Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-continuidad-asistencial-rol-enfermera-enlace-13082489
16. Olledo Baturone M. Modelos de Organización para la atención a pacientes crónicos complejos. 2009. [Consultado en enero 2018]. Disponible en: http://si.easp.es/gestionclinica/wp-content/uploads/2009/10/Doc-2.-Modelos-de-

organizacion-para-la-atencion-a-pacientes-cronicos-complejos-_Ollero-Baturone-M._.pdf

17. García Asensio J, Gómez Ruiz A. Telbil + T: Telemonitorización y teleasistencia en enfermedades crónicas. 2014. [Consultado en enero 2018]. Disponible en: https://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/telbilt_j.garcia_web.pdf