

UNIVERSIDAD DE CANTABRIA

Facultad de Enfermería

EL PACIENTE RESPONSABLE: UNA NUEVA VISIÓN DE LA CRONICIDAD

The responsible patient: a new vision of chronic diseases



-Autora-

CARLA LÓPEZ ÁLVAREZ

-Directora-

AROA DELGADO URÍA

Grado en Enfermería

Trabajo Fin de Grado

Curso académico 2017/2018

Este documento es el resultado del Trabajo Fin de Grado de un alumno, siendo su autor responsable de su contenido. Se trata por tanto de un trabajo académico que puede contener errores detectados por el tribunal y que pueden no haber sido corregidos por el autor en la presente edición. Debido a dicha orientación académica no debe hacerse un uso profesional de su contenido. Este tipo de trabajos, junto con su defensa, pueden haber obtenido una nota que oscila entre 5 y 10 puntos, por lo que la calidad y el número de errores que puedan contener difieren en gran medida entre unos trabajos y otros, La Universidad de Cantabria, el Centro, los miembros del Tribunal de Trabajos Fin de Grado, así como el profesor tutor/director no son responsables del contenido último de este Trabajo.”

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	1
INTRODUCCIÓN	2
1. Objetivos	3
a. Objetivo general	3
b. Objetivos específicos	3
2. Metodología	4
3. Descripción de los capítulos	4
CAPÍTULO 1: EL RETO DE LA CRONICIDAD	5
CAPÍTULO 2: ESTRATEGIAS DE CRONICIDAD EN ESPAÑA	9
2.1 Las enfermedades crónicas en el Sistema Nacional de Salud	9
2.2 Estrategias de cronicidad en las Comunidades Autónomas	11
CAPÍTULO 3: LA CRONICIDAD EN CANTABRIA	18
CAPÍTULO 4: EL PACIENTE RESPONSABLE	22
CONCLUSIONES	26
ANEXOS	27
BIBLIOGRAFÍA	30

RESUMEN

Las enfermedades crónicas suponen actualmente las principales causas de muerte en el mundo y su aumento de la prevalencia se ha convertido en un reto para los sistemas sanitarios. Esta nueva situación requiere de un cambio en los modelos tradicionales de asistencia sanitaria, centrados en las patologías agudas, para su manejo de forma eficaz.

Este cambio se inicia con el empoderamiento de los pacientes crónicos, con el fin de crear pacientes activos que sean capaces de manejar su propia enfermedad e involucrados en su autocuidado. España ya ha iniciado un cambio a nivel nacional, y a nivel autonómico se han puesto en marcha diferentes proyectos orientados al autocuidado de los pacientes crónicos y a la continuidad asistencial.

Cantabria por su parte ha emprendido algunos proyectos novedosos destinados a tal fin. El Cuidado Responsable es la apuesta autonómica por el empoderamiento del paciente crónico, un programa donde la enfermería adquiere un papel clave en su desarrollo.

Palabras clave:

Autocuidado, enfermedad crónica, continuidad de la atención al paciente.

ABSTRACT

Chronic diseases are currently the leading causes of death in the world and its rise in prevalence has become a challenge for health systems. This new situation requires a change in traditional health care models, focused on acute pathologies, for its management effectively.

This change begins with the empowerment of chronic patients, in order to create active patients who are able to manage their own illness and involved in their self-care. Spain has already started a change at the national level and at the regional level, different projects have been launched aimed at self-care of chronic patients and continuity of care.

Cantabria meanwhile has launched some innovative projects for this purpose. Responsible Care is the regional commitment to the empowerment of the Cantabrian chronic patient, a program where nursing takes on a key role in its development.

Keywords:

Self-Care, chronic diseases, continuity of patient care.

INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años, se han producido grandes cambios demográficos y sociales en el mundo directamente relacionados con la salud de la población mundial. Entre ellos podemos destacar el aumento progresivo de la esperanza de vida y, por consiguiente, el envejecimiento de la población y la adopción de nuevos estilos de vida poco saludables.

En España entre 1994 y 2016, la esperanza de vida al nacimiento de los hombres ha pasado de 74,4 a 80,4 años y la de las mujeres de 81,6 a 85,9 años, según los indicadores demográficos básicos que publica el INE (1), situándose España como el país con mayor esperanza de vida al nacimiento (83,11 años) de la Unión Europea y el segundo país más longevo del mundo detrás de Japón (2,3).

En este escenario de cambios han adquirido especial importancia las enfermedades crónicas, convirtiéndose en una de las principales causas de los fallecimientos. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las enfermedades crónicas son *“todas aquellas enfermedades no transmisibles de progresión lenta y de larga duración, entre las que se incluyen las enfermedades cardiovasculares, enfermedades pulmonares crónicas, cáncer y diabetes”* (4). La actualización de la OMS de 2017 sobre las 10 principales causas de muerte en el mundo del año 2015 refleja que las enfermedades crónicas se sitúan en la cabeza de esa lista. La cardiopatía isquémica y los accidentes cerebrovasculares ocasionaron 15 millones de defunciones en 2015, seguidos de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica que produjo 3,2 millones de muertes, los cánceres de pulmón, tráquea y bronquios que causaron 1,7 millones de muertes y la diabetes 1,6 millones (5).

A nivel nacional, los datos son similares; en 2016 las enfermedades del sistema circulatorio supusieron el 29,2% las defunciones en nuestro país, seguidas de los tumores (27,5%), las enfermedades del sistema respiratorio (11,4%), las enfermedades del sistema nervioso (6,1%) y los trastornos mentales (5,1%) (6).

A parte de los fallecimientos que ocasionan, también conllevan grandes repercusiones en la calidad de vida de los pacientes y de su entorno, siendo actualmente la principal causa de incapacidad (7). Aunque el aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población influyen en el proceso de aparición de dichas enfermedades, no sólo afectan a la población envejecida, sino también a la población activa; 15 millones de defunciones por enfermedades crónicas corresponden a población menor de 65 años (8), lo cual repercute directamente en su vida laboral, teniendo consecuencias económicas para la familia y para la comunidad, ya que engloban el 80% del gasto sanitario de nuestro país (9).

Estos datos han revelado una realidad que requiere plantear nuevas políticas de sanidad y estrategias para abordar esta situación ya que el conjunto de estas patologías crónicas no puede ser simplemente tratado, sino que debe ser manejado globalmente. En el abordaje de la cronicidad, estas nuevas estrategias han requerido un cambio de paradigma en el cuidado, pasando de un modelo asistencial curativo, centrado en las enfermedades agudas, donde el paciente tiene un papel totalmente pasivo, a un modelo más dinámico, centrado en el paciente y dotándole de más protagonismo y autonomía en sus cuidados (10). Según la iniciativa en Manejo de Enfermedades Crónicas de British Columbia, Canadá (11), *“el manejo de enfermedades crónicas (CDM) es una aproximación sistemática a la mejora del cuidado en salud para las personas con enfermedades crónicas”*. El cuidado puede ser proporcionado de forma más efectiva y eficiente si las personas con enfermedades crónicas toman un papel activo en su

propio cuidado y los proveedores de salud les apoyan con los recursos y la experiencia suficientes para ayudarles a manejar su enfermedad de la mejor manera posible (11).

En esta situación de cambio nace una nueva figura de paciente, el paciente activo, empoderado y responsable. Son ciudadanos capaces de responsabilizarse de sí mismos respecto de su estado de salud junto con los profesionales de la salud.

Para llevar a cabo ese empoderamiento del paciente, en primer lugar, el individuo ha de tener acceso a una información de calidad, contrastada y suficiente y, en segundo lugar, poder asistir a procesos de alfabetización sanitaria, siempre guiados por profesionales de la salud (12).

Dada la globalidad de la situación, diferentes países han creado estrategias encaminadas a llevar a cabo este cambio en el abordaje de las enfermedades crónicas. Por ejemplo, Reino Unido ha creado un programa denominado "*The Expert Patients Programme*"; Estados Unidos, con su programa "*Chronic Disease Self-Management Program*" el cual combina la formación presencial y online (13, 14); Canadá también ha elaborado distintas estrategias como el CDM anteriormente mencionado para fomentar el autocuidado de los pacientes crónicos sobre todo en atención primaria (15) o Dinamarca con su "*Chronic disease management*" desde el año 2007 (16).

La Unión Europea, al igual que otras instituciones internacionales, ha puesto en marcha unos programas relacionados con la cronicidad entre los que destacan "*Chrodis Plus*", con el fin de mejorar la salud y calidad de vida de los ciudadanos europeos en unos sistemas sanitarios eficientes y sostenibles y que además promuevan una mejor gestión de los recursos a través del desarrollo de provisiones de servicios innovadoras para la cronicidad (17).

A nivel nacional, las comunidades autónomas, incluida Cantabria, también se han concienciado con esta situación y han creado estrategias similares hacia un objetivo común, guiado por un plan nacional de cronicidad, que se desarrollarán a lo largo del presente trabajo.

1. OBJETIVOS

a. Objetivo general

Describir la situación actual de la cronicidad, analizando las estrategias que se están llevando a cabo para su abordaje y, destacando el papel de los profesionales de enfermería en el mismo.

b. Objetivos específicos

- Analizar la situación de las enfermedades crónicas a nivel mundial y nacional y los factores que intervienen en ellas.
- Desarrollar la estrategia del Servicio Nacional de Salud en las diferentes Comunidades Autónomas.
- Definir la Estrategia de Cronicidad en Cantabria.
- Describir los programas de empoderamiento de los pacientes en la comunidad de Cantabria.
- Identificar la importancia del papel de enfermería en el abordaje de las enfermedades crónicas.

2. METODOLOGÍA

Para esta monografía, se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed y Scholar Google. Además, se han usado revistas electrónicas como Scielo y Elsevier con acceso a través de la biblioteca de la Universidad de Cantabria. También se ha llevado a cabo una búsqueda en las bases de datos de diferentes organismos e instituciones públicas nacionales e internacionales.

En la búsqueda bibliográfica se han utilizado como palabras clave los siguientes términos DeCS (Descriptores de Ciencias de la Salud): **enfermedad crónica, autocuidado y continuidad de la atención al paciente** y los términos MeSH (Medical SubjectHeadings): **Self-Care, chronic diseases, continuity of patient care**, usando el operador booleano “AND” para precisar la búsqueda.

De los 81 artículos encontrados se incluyeron 49, todos aquellos que cumpliesen los siguientes requisitos:

- Todos los diseños de investigación.
- Con acceso a texto completo.
- Año de publicación: desde el 2001 hasta la actualidad.
- Idioma: español e inglés.

3. DESCRIPCIÓN DE LOS CAPÍTULOS

El trabajo se divide en cuatro capítulos que se detallan a continuación:

- En el primer capítulo se define la enfermedad crónica y su impacto en la salud de la población, así como las estrategias de actuación desarrolladas en otros países para su manejo.
- En el segundo capítulo se desarrolla el Plan Estratégico de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud y en las diferentes Comunidades Autónomas.
- En el tercer capítulo se describe la situación y el impacto de las enfermedades crónicas en Cantabria y se analiza Estrategia de Cronicidad de Cantabria.
- En el cuarto capítulo se desarrollan más ampliamente los proyectos que ha desarrollado la comunidad de Cantabria con el fin de conseguir el empoderamiento de los pacientes y en los cuales es papel de la enfermería es fundamental.

CAPÍTULO 1: EL RETO DE LA CRONICIDAD

*“Si buscas resultados distintos,
no hagas siempre lo mismo”*

Albert Einstein

A lo largo del siglo XX y especialmente las últimas décadas, la población ha sufrido una gran transformación relacionada principalmente con el aumento de la esperanza de vida y con el descenso de la natalidad. A estos cambios demográficos debemos añadir un cambio en los hábitos de vida, como el sedentarismo y la mala alimentación.

Según la OMS, en el año 2008, el 63% de las defunciones fueron causadas por enfermedades crónicas o enfermedades no transmisibles, entendiéndose como aquellas enfermedades no transmisibles, de duración larga y de progresión lenta (2). Las principales enfermedades no transmisibles según la OMS son:

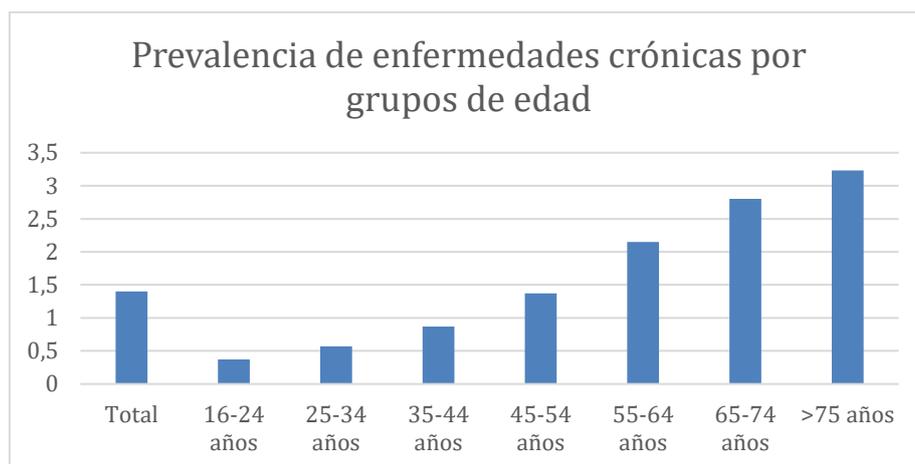
- Las enfermedades cardiovasculares.
- El cáncer.
- Las enfermedades respiratorias crónicas.
- Diabetes.

Sin embargo, también se consideran enfermedades crónicas las enfermedades mentales, tal y como lo reconoce la OMS en su último manifiesto sobre la cronicidad en Montevideo donde afirman que *“los trastornos mentales y otras condiciones de salud mental contribuyen a la carga mundial de enfermedades no transmisibles y que las personas con trastornos mentales y otras enfermedades mentales tienen mayores riesgos de padecer de otras enfermedades no transmisibles y mayores tasas de morbilidad y mortalidad”* (18).

Las enfermedades crónicas, aparte de ser las primeras causas de muerte en el mundo y en nuestro país, también se han convertido en la principal causa de discapacidad.

Además, nos encontramos con pacientes con dos o más de estas enfermedades, pacientes pluripatológicos, que suponen un auténtico reto para los sistemas sanitarios. En España cada persona entre 65 y 74 años tiene una media de 2,8 enfermedades crónicas, elevándose a 3,23 para las personas mayores de 75 años (figura 1). Como muestran los datos, la prevalencia de enfermedades crónicas aumenta considerablemente con la edad; sin embargo, no es un problema exclusivo de la población anciana, al contrario, cada vez se dan más casos de personas jóvenes con enfermedades crónicas (15 millones de muertes atribuibles a enfermedades crónicas se producen entre los 30 y los 69 años) (19).

Figura 1: Prevalencia de enfermedades crónicas en España.



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Estas enfermedades están estrechamente relacionadas con la mundialización de hábitos de vida poco saludables. Estos factores de riesgo se clasifican en (20):

- **Factores de riesgo comportamentales modificables:**
 - Consumo de tabaco. Al año se producen 7,2 millones de muertes por esta causa, incluidos los fumadores pasivos.
 - Alimentación insana.
 - Consumo de alcohol.
 - Sedentarismo.
- **Factores de riesgo metabólicos:**
 - Aumento de la presión arterial.
 - Sobrepeso y obesidad.
 - Hiperglucemia.
 - Hiperlipidemia.

Estos datos han reflejado un reto al que se deben enfrentar los sistemas sanitarios de todos los países. Por esta razón, la OMS ha elaborado un plan en el que diferentes países del mundo se comprometen a reducir en un tercio las muertes prematuras por enfermedades crónicas para el año 2020. Es una realidad que afecta a todo tipo de países sin tener en cuenta los recursos económicos, si bien aquellos con menores ingresos tienen menos capacidades económicas para resolver esta situación. Aunque no se trata de una cuestión económica sino de reorganizar los recursos disponibles para que sean más eficientes.

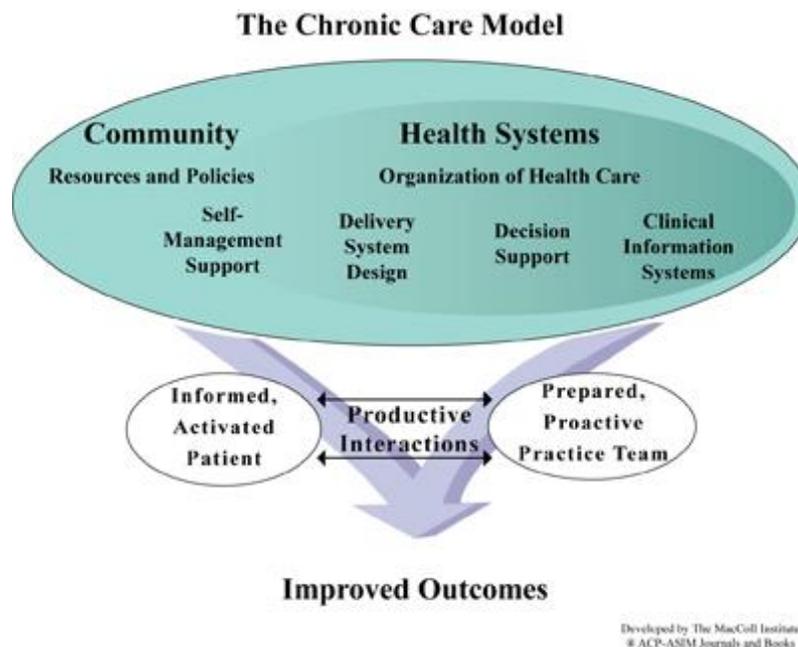
Independientemente de la enfermedad crónica de la que se trate, se necesitan unos cuidados diferentes a los de las enfermedades agudas, siguiendo las siguientes premisas:

- Un enfoque proactivo centrado en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en la población en general.
- Coordinación entre todos los agentes implicados en el abordaje de la cronicidad.
- Abordaje integral de la persona, no sólo centrado en su patología crónica, sino centrado en sus necesidades.
- Responsabilidad y autonomía del paciente y/o su cuidador en el cuidado.
- Atención continua sanitaria y no sanitaria del paciente.

Ante este desafío, algunas organizaciones clínicas y/o universitarias a nivel internacional han elaborado planes de actuación que han servido de modelo para los sistemas sanitarios, entre los que destacan los modelos de sistema y los modelos poblaciones.

Entre los modelos de sistemas, se distingue el Chronic Care Model, desarrollado por Edward H. Wagner y The MacColl Center for Health Care Innovation (figura 2), centrado en la implantación de un sistema de calidad asistencial trabajando sobre seis áreas: el sistema sanitario, las políticas y los recursos comunitarios, los sistemas de información clínica, el autocuidado, la coordinación en la prestación de servicios y el apoyo en la toma de decisiones (21).

Figura 2: “The Chronic Care Model” desarrollado por Edward H. Wagner y The MacColl Center for Health Care Innovation

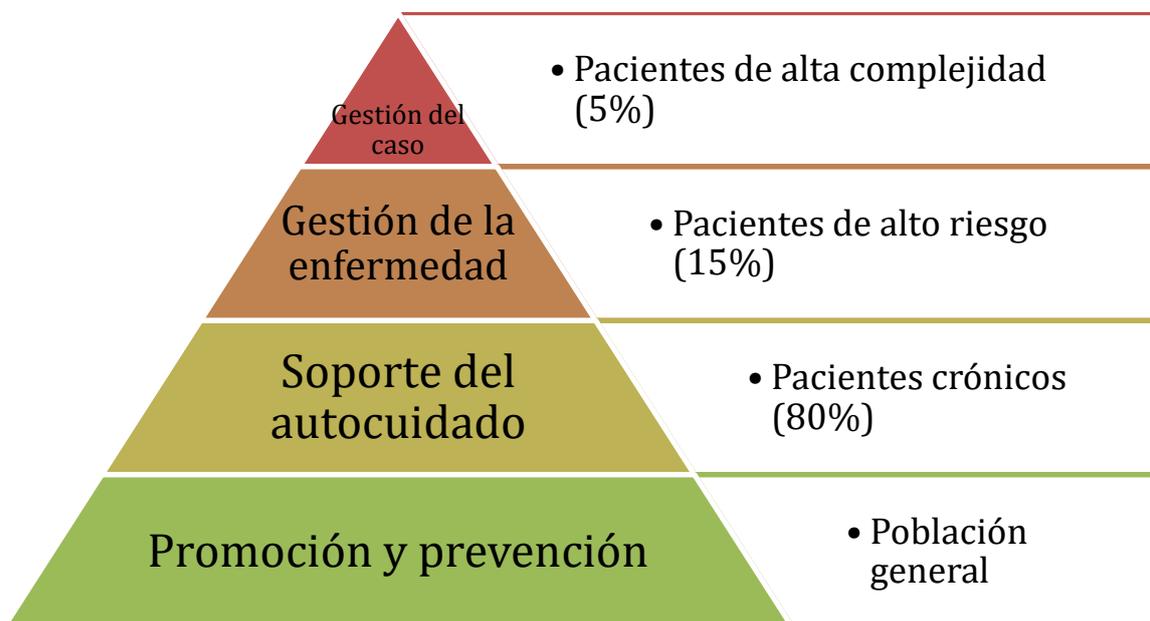


Fuente: The MacColl Center for Health Care Innovation

Este modelo fue modificado y mejorado por la OMS con “The Innovative Care for Chronic Conditions Framework” (ICCC) que plantea la reorganización de los sistemas sanitarios, la alianza con la comunidad, el papel activo de los pacientes y sus familias en la atención y los cuidados y el desarrollo de prácticas asistenciales ligadas a la evidencia científica (21).

En cuanto a los modelos poblacionales destaca la pirámide de Kaiser Permanente, desarrollada por la aseguradora Kaiser Permanente que se basa en la estratificación de la población según sus necesidades de atención. En la base de la pirámide sitúa a la población en general con los que se centra en la promoción de la salud y la detección temprana. En el segundo nivel es donde se encuentran los pacientes crónicos de riesgo bajo-medio enfocando la atención en el autocuidado y la educación sanitaria. En el tercer nivel encontramos los pacientes de alto riesgo que necesitan un enfoque centrado en la enfermedad, son personas que necesitan atención médica de forma continua. En el último nivel encontramos los usuarios de alta complejidad que requieren una gestión del caso de manera individual (figura 3) (22).

Figura 3: Pirámide de Kaiser Permanente según el modelo de estratificación de Kaiser Permanente



Fuente: Elaboración propia.

Aunque estos modelos han servido de guía para los sistemas sanitarios de numerosos países, como el Servicio Sanitario Nacional de Reino Unido (NHS), su aplicación ha dado resultados muy diferentes a los obtenidos en Estados Unidos. A pesar de los fracasos, probablemente debidos a que el tiempo de aplicación del modelo no ha sido el suficiente, ya que en Estados Unidos llevan más de 10 años utilizándolo, el NHS ha mantenido la gestión de casos de personas ancianas frágiles con enfermedades crónicas complejas, puesto que el programa gozaba de gran aceptación entre los pacientes (23).

A pesar de los modestos resultados obtenidos en el sistema sanitario inglés, el camino para conseguir el cambio pasa por una transformación de las directrices del cuidado, donde los pacientes no pueden considerarse como un plan estandarizado de cuidados sino que deben ser tratados de manera individualizada y continuada, ya que los estudios demuestran que el 76% de los reingresos hospitalarios en los 30 días posteriores son evitables (24).

CAPÍTULO 2: LA CRONICIDAD EN ESPAÑA

2.1. LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

En España, los ciudadanos tienen acceso a unos servicios sanitarios públicos, universales y gratuitos, situándose nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS) entre los mejores del mundo y convirtiéndolo en una herramienta de igualdad social, opinando un 73,1% de la población que nuestro sistema funciona bastante bien o bien.

Sin embargo, el SNS no es un sistema rígido, se debe actualizar y adaptar a los cambios demográficos y sociales surgidos en los últimos años en el mundo y que no dejan exentos a España. Nuestro país se sitúa actualmente como el segundo país del mundo con mayor esperanza de vida al nacimiento y con una población claramente envejecida (Figura 4) (1).

Figura 4: Esperanza de vida al nacimiento en el año 2016.

	2016
Total Nacional	
Ambos sexos	83,108408
Hombres	80,310001
Mujeres	85,836114

Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

Esta transformación demográfica también afecta a la salud de la población. En el contexto de esta nueva realidad, destacan las enfermedades crónicas, las cuales han orientado a nuestro SNS a una actualización de los servicios asistenciales debido a las nuevas necesidades de atención.

Hasta ahora, la organización de los servicios sanitarios estaba centrada en una atención episódica de problemas agudos con un enfoque curativo, infravalorando la prevención y la promoción de la salud, la continuidad de los cuidados y la responsabilidad de los pacientes sobre su propia enfermedad. A estos problemas se añade la brecha existente entre los servicios de Atención Especializada y Atención Primaria, lo cual se traduce en una ineficiencia en la gestión de los recursos disponibles y en la provisión de los cuidados.

El actual sistema sanitario está enfocado en el tratamiento de las patologías agudas y los datos demuestran que el uso y el gasto del sistema sanitario no se corresponde con ese enfoque, ya que aproximadamente el 80% de los recursos del sistema sanitario se destinan al tratamiento de personas con enfermedades crónicas.

Las personas con enfermedades crónicas son las más afectadas por este modelo de sistema orientado hacia el tratamiento de enfermedades agudas, en especial aquellas con pluripatología (2 o más enfermedades crónicas), algo cada vez más habitual.

Como antecedentes de atención a la cronicidad en España, Cataluña desarrolló el programa "Vida a los Años", elaborado por el Departament de Sanitat i Seguretat Social en 1986 que consistió en una red específica de servicios sociosanitarios. El Instituto Nacional de la Salud desarrolló en 1999 el Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte (ESAD) con el fin de mejorar la calidad de la atención domiciliaria prestada en el ámbito de la Atención

Primaria a los pacientes con enfermedades crónicas evolutivas, con limitación funcional y/o inmovilizados, complejos y terminales.

El mismo año de implantación del anterior programa, el Servicio Canario de Salud impulsó un sistema de continuidad de cuidados al alta en el que trabajaban conjuntamente el Complejo Hospitalario Universitario de Canarias y Atención primaria, atendiendo a pacientes en situaciones de complejidad. Entre las medidas adoptadas para dicha coordinación se incluía avisar al médico de familia de cada paciente incluido en el programa de su ingreso hospitalario, con el fin de planear los cuidados de cara al alta junto con su enfermero de atención primaria, el servicio de trabajo social del hospital y enfermeros gestores de casos.

En Andalucía, en el año 2002, se creó el Proceso Asistencial Integrado (PAI) Atención al Paciente Pluripatológico consistente en ofrecer una asistencia especial a aquellas personas con una enfermedad incurable y en un estado de fragilidad. En este plan se agruparon las enfermedades teniendo en cuenta el órgano dañado y su repercusión funcional. En base a esta agrupación de las enfermedades, se definió el concepto de paciente pluripatológico para poder desarrollar unos cuidados de calidad a estos pacientes, con el fin de frenar la progresión de la enfermedad y mejorar su nivel de salud (19).

A nivel nacional, en 2012 el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad elaboró la “Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud” aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (25).

En este documento resalta la importancia de la Atención Primaria como nivel básico de la asistencia y a todos los profesionales que intervienen en ella, dando especial importancia al papel de la enfermería en el apoyo al autocuidado.

Para un sistema sanitario es fundamental optimizar recursos de manera que el balance coste-efectividad sea positivo, y para ello se debe estratificar a la población con el fin de incidir en aquellas personas con mayores necesidades. Esta división de la población permite personalizar el trato, humanizar los cuidados y mejorar la comunicación, tres pilares básicos en el abordaje de la cronicidad.

A lo largo del plan se analiza la situación de la cronicidad en España, definiendo algunos conceptos, señalando datos de interés e identificando los determinantes de la salud como el tabaquismo, el alcohol, el sobrepeso, el sedentarismo o el riesgo de sufrir una enfermedad mental.

España, con anterioridad a este proyecto, ya había desarrollado estrategias para el tratamiento de algunas enfermedades crónicas con mayor prevalencia y había creado recomendaciones para ciertas áreas como la Unidad de Pacientes Pluripatológicos y Unidades del Dolor (25).

De igual forma, algunas Comunidades Autónomas ya habían elaborado estrategias para el abordaje de la cronicidad, entre las que destacan, por su grado de desarrollo, la Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi, el Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad de Cataluña, el Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas y el Plan de atención a pacientes con enfermedades crónicas de la Comunidad Valenciana (26-29).

Por lo tanto, el objetivo del Plan de Atención a la Cronicidad del SNS de 2012 vino a reforzar los planes ya desarrollados por las consejerías de salud de algunas Comunidades Autónomas y fomentar unos objetivos comunes en todo el territorio nacional para el abordaje del paciente crónico.

A rasgos generales, estos objetivos comunes son:

- La promoción de la salud, favoreciendo un enfoque intersectorial, facilitando la participación social e impulsando la autonomía de los pacientes.

- La prevención de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad, disminuyendo los factores de riesgo; detección temprana de las condiciones de salud, previniendo la pérdida funcional en los pacientes con enfermedades crónicas.
- Garantizar una continuidad asistencial, definida como el grado de coherencia y unión de la atención que percibe el paciente, evitando la duplicidad de intervenciones.
- La reorientación de la atención sanitaria hacia una atención integral, continuada equitativa y eficiente a los pacientes. Para ello es necesario la estratificación de la población, con el fin de proporcionar a cada ciudadano la atención que necesita en cada momento de su vida.
- Disminuir las desigualdades en salud, sobre todo por motivo de género.
- Promover la investigación e innovación en salud.

Los anteriores objetivos se enmarcan en las siguientes premisas del abordaje de las enfermedades crónicas (25):

- Las personas y la sociedad son el centro del SNS.
- Considerar el abordaje desde un enfoque poblacional.
- Respetar las diferencias de las distintas etapas del ciclo de vida y de los determinantes sociales de la salud.
- Tener en cuenta las limitaciones en la actividad.
- Valorar la Atención Primaria como el eje de la atención al paciente crónico.
- La continuidad asistencial.
- Compartir la responsabilidad de los cuidados y el uso consciente de los servicios sanitarios entre los profesionales del Sistema Nacional de Salud y la ciudadanía.

2.2. ESTRATEGIAS DE CRONICIDAD EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Durante los últimos años, en el territorio nacional, diversos Servicios de Salud de las diferentes Comunidades Autónomas han creado iniciativas relacionadas con la gestión de los pacientes con enfermedades crónicas, enmarcadas dentro del SNS.

a. Andalucía

Esta comunidad ha creado el “*Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades crónicas*” que abarca desde el año 2012 hasta el 2016 (27).

Andalucía es una comunidad con un creciente envejecimiento de su población, siendo especialmente notorio el aumento el número de personas mayores de 80 años. En cuanto a la discapacidad, un riesgo bastante común de las enfermedades crónicas, que aumenta sobre todo con la edad, en Andalucía se estima que un 5,6% necesita ayuda para las Actividades Básicas de la Vida Diaria, de las cuales un 68% son personas mayores y en su mayoría mujeres.

Tras un análisis epidemiológico de las enfermedades crónicas en dicha comunidad, se concluyó que la prevalencia de diabetes y de obesidad es mayor que la media nacional y se detectaron cambios desfavorables en la prevalencia del tabaquismo en las mujeres.

En base a todos los datos analizados en el proyecto, se definieron siete proyectos prioritarios: los tres primeros son los proyectos nucleares, el cuarto permite ejecutar esos cambios y los tres últimos definen prioridades para el abordaje de las enfermedades crónicas en la población de Andalucía. Estos siete proyectos son (27):

1. Asegurar el liderazgo de la Atención Primaria en la atención de los pacientes con enfermedades crónicas reforzando el protagonismo del equipo médico-enfermero de Atención Familiar y Comunitaria.
2. Consolidar el modelo de Atención Compartida entre Atención primaria y hospitalaria.
3. Desarrollar un modelo de integración socio-sanitaria para responder a las necesidades de cuidados de las personas con problemas crónicos de salud.
4. Desarrollar el Plan en el marco de la gestión clínica.
5. Evaluar las intervenciones y resultados en salud.
6. Afrontar los determinantes de la enfermedad crónica.
7. Promocionar el uso adecuado del medicamento.

b. *Aragón*

Esta comunidad ha elaborado un plan de atención a pacientes crónicos centrándose en aquellos enfermos crónicos en estado de dependencia, desarrollado por el Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón (30).

c. *Asturias*

Asturias creó en el año 2014 la tercera versión del documento *“Personas sanas, poblaciones sanas: ordenación y elaboración de las Estrategias de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias”* (31).

Esta comunidad sigue el patrón del resto de las comunidades españolas en cuanto al creciente envejecimiento de la población, especialmente la femenina y se prevé, para el año 2023, que la población mayor de 65 años sea superior al 13%.

Al igual que el envejecimiento de la población, también han aumentado la prevalencia de las enfermedades crónicas por factores demográficos, cambios en las condiciones de vida, en las conductas y por factores relacionados con el sistema sanitario y el medio ambiente.

Teniendo en cuenta la situación de su comunidad han elaborado 19 proyectos estratégicos, encuadrados en 4 líneas políticas, con el fin de *“mejorar la salud de la población asturiana y establecer una nueva forma de organizar la prestación de la salud de la atención sanitaria”*:

- Enfoque poblacional: coordinar la acción de las organizaciones sanitarias, dar visibilidad a la información de salud poblacional y estratificar a la población.
- Salud en todas las políticas: trabajar en conjunto con otros sectores no sanitarios con el fin de promover la salud.
- Participación y Autonomía del paciente: creación de Escuelas de Pacientes y Pacientes expertos, sin olvidar el rol del cuidador.
- Continuidad asistencial y adaptación de las intervenciones mediante la organización de la atención domiciliaria, el desarrollo de hospitales para subagudos y el fomento del uso de las tecnologías de la información y de la comunicación.

En su plan incluye un apartado sobre las enfermedades de Salud Mental donde menciona el *“Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2011-2016”*, una estrategia de atención a la cronicidad de las enfermedades mentales que pretenden actualizar para el período de 2014-2020 (31).

d. Canarias

El Servicio Canario de la Salud ha elaborado la “Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias” (23) en el año 2015, en la que resaltan que no sólo abarcan al sistema sanitario sino al ámbito social.

Analizando los datos demográficos de la Comunidad de Canarias, los datos difieren mucho entre cada isla, debido a la particularidad de la insularidad y la ultraperiferia. A parte de las diferencias encontradas, en general, la población canaria es más joven que la media nacional. Sin embargo, también ha sufrido un envejecimiento en los últimos años, favoreciendo el aumento de ciertas enfermedades crónicas. En esta comunidad destaca la diabetes mellitus y la depresión. Como factores de riesgo, debemos subrayar el alto consumo de la población canaria de tabaco y alcohol, y unos niveles de sobrepeso por encima de los datos nacionales.

En base a un análisis exhaustivo de la situación, establecieron tres objetivos en esta estrategia: mejorar los resultados en salud de la población, apoyar la motivación de los profesionales y asegurar la sostenibilidad del sistema público de salud en Canarias. Para conseguir estos objetivos, se elaboraron 13 proyectos orientados a: la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el empoderamiento del paciente y su entorno, la estratificación de la población, la continuidad asistencial y el refuerzo de la investigación (23).

e. Castilla-La Mancha

El Gobierno de Castilla-La Mancha se encuentra ultimando la Estrategia de Cronicidad, ahora mismo en fase de prueba piloto. Sin embargo, en el año 2014 crearon un Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial con una duración de tres años. En este plan se definen algunas claves para llevar a cabo ese nuevo modelo, centrado en una asistencia continua a los pacientes crónicos (32).

f. Castilla y León

El Gobierno de Castilla y León aprobó en el año 2013 la “Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León” (33). A lo largo de esta estrategia, al igual que en el resto de las comunidades, analizan los cambios demográficos y sociales de la comunidad en los últimos años que han favorecido la prevalencia de las enfermedades crónicas. En concreto, Castilla y León posee una de las poblaciones más envejecidas de toda España, por lo que el desarrollo de esta estrategia fue imprescindible para poder gestionar las enfermedades crónicas de manera eficiente.

En esta estrategia se hace un listado de patologías en las que se han centrado las líneas de actuación: las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades neurodegenerativas y demencia, la diabetes, las enfermedades respiratorias, digestivas, osteomusculares, mentales y la enfermedad renal crónica. De esta manera se descartan algunas patologías por tener ya estrategias para su abordaje en la comunidad.

Con el objetivo de “mejorar los resultados en salud y en calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas a través de una atención integral de calidad, ajustada al nivel de necesidades de cuidados y en coordinación con los servicios sociales, en un entorno de sostenibilidad”, se han creado siete líneas estratégicas divididas en 23 proyectos. Todos los proyectos se encuentran encaminados a asegurar la continuidad asistencial, potenciar la autonomía y responsabilidad del paciente y a incorporar innovaciones en la gestión (33).

g. *Cataluña*

Incluido dentro del “*Plan de Salud 2011-2015*”, se elaboró en el año 2012 el “*Programa de prevenció i atenció a la cronicitat*” (28) cuyo objetivo principal es “mejorar la atención a las personas, estableciendo un modelo de atención sanitaria y social que responda con calidad y de manera sostenible a las necesidades de los individuos en situación de cronicidad o en riesgo de padecerla, así como las de sus cuidadores y sus familias”. Para la consecución de este objetivo, se elaboraron 6 proyectos estratégicos como: integrar los procesos clínicos, promover la salud y prevenir la enfermedad, favorecer la autorresponsabilidad del paciente, proporcionar alternativas asistenciales, incidir en el abordaje de los pacientes crónicos complejos y favorecer un uso racional del medicamento (28).

Dentro de todos estos proyectos, destaca el “*Programa Pacient Expert de Catalunya*”® (34). Se trata de una iniciativa para personas afectadas por una enfermedad crónica, capaces de responsabilizarse de su propia enfermedad aprendiendo a identificar los síntomas, sabiendo responder a los mismos y gestionando el impacto que produce en su vida. Un proyecto novedoso en el cual se escoge a un paciente experto (voluntario, capacitado para el autocuidado y sin discapacidades psicofísicas) dentro de un grupo de pacientes afectados por una patología, al cual se le forma para que pueda fomentar el autocuidado en otros pacientes afectados por la misma patología (34).

h. *Comunidad de Madrid*

La Comunidad de Madrid ha desarrollado la “*Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid*” (35) en el año 2013.

Se realiza un análisis cuantitativo de la situación demográfica y epidemiológica de la comunidad, donde se aprecia que la esperanza de vida es un poco mayor a la media nacional, y también un análisis cualitativo con profesionales y pacientes. Tras lo cual se elaboran las líneas estratégicas en base a una estratificación de los pacientes crónicos según el riesgo (bajo, medio y alto)

Por último, incorporan un cronograma de las nueve líneas estratégicas desarrolladas que abarca desde el último trimestre de 2013 hasta finales de 2017 (35).

i. *Comunidad Valenciana*

El primer abordaje de los pacientes crónicos en la comunidad se hace en 1995 con la elaboración del “*Programa de atención al paciente anciano, crónico y terminal (programa PALET)*” (29) donde se empieza a abordar la necesidad de una estratificación de los pacientes, la organización de nuevos modelos asistenciales y la reorganización de recursos. En 2007, la Consellería de Sanitat aprobó el “*Plan integral de atención sanitaria a las personas mayores y a los enfermos crónicos en la Comunitat Valenciana 2007-2011*”. Sin embargo, en 2014 actualizaron el plan y lo denominaron “*Estrategia para la atención a pacientes crónicos en la Comunitat Valenciana*”, centrándose en los pacientes crónicos únicamente.

En este último plan, hacen un análisis de la situación en la comunidad, determinando los principales problemas crónicos y asociándolos con un nivel de ingresos bajo. También muestran los últimos datos sobre discapacidad y limitaciones funcionales de su población, dos características que se concentran en personas mayores de 65 años. Aunque deja claro que el envejecimiento no es una causa en sí de discapacidad o enfermedad crónica, tal y como se podía percibir en la anterior estrategia. El objetivo de esta estrategia es ser capaz de proporcionar a los pacientes con enfermedades crónicas una atención de calidad, eficiente y adaptada a sus necesidades (29).

j. Extremadura

Esta comunidad actualmente se encuentra elaborando su propia estrategia de cronicidad, aunque cuenta con el “*Plan de Salud de Extremadura 2013-2020*” (36) donde se abordan algunas enfermedades crónicas como las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades mentales, las enfermedades respiratorias crónicas y las enfermedades endocrinometabólicas. También cuentan con planes específicos para la diabetes (Plan Integral de Diabetes de Extremadura 2014-2018), las enfermedades cardiovasculares (Plan Integral de enfermedades cardiovasculares de Extremadura 2013-2016) y el cáncer (Plan para la Atención Integral contra el cáncer en Extremadura 2013-2016) (36).

k. Galicia

En Galicia no poseen una estrategia exclusivamente de cronicidad, sino que en la “*Estrategia SERGAS 2020*”, se aborda el tema de las enfermedades crónicas. Para la elaboración de la estrategia se tuvo en cuenta la opinión de 3058 personas entre pacientes, profesionales y entidades. A partir de la opinión de todos ellos se definieron las 5 áreas de priorización: mejorar la eficacia y sostenibilidad del sistema, atención a la cronicidad y envejecimiento poblacional, prevención y promoción de la salud, accesibilidad a los servicios sanitarios y calidad asistencial y seguridad del paciente.

Con el fin de mejorar la salud de los gallegos, se definieron 20 líneas estratégicas y tres de ellas se centran específicamente en la atención a la cronicidad. Menciona la necesidad de elaboración e implantación de un Plan integral de atención sanitaria a los pacientes crónicos y mejorar la atención de pacientes con enfermedades crónicas potenciando el empoderamiento de los pacientes formando a pacientes expertos/competentes.

El servicio gallego de salud ha creado también el programa Telea (actualmente en estado de prueba), una plataforma que permite al paciente medir en su domicilio sus variables (tensión arterial, glucemia, etc), registrarlas en un programa para poder ser visualizadas por los profesionales y comunicarse con los pacientes o actuar en caso necesario (37).

l. Islas Baleares

“*Plan de atención a las personas con enfermedades crónicas 2016-2021*” (38) es la apuesta de las Islas Baleares para abordar el reto de la cronicidad en su comunidad. Se trata de una de las últimas apuestas autonómicas por la cronicidad en nuestro país ya que fue elaborada hace tan solo dos años. Este plan se guía por el objetivo de “gestionar la cronicidad y la complejidad de manera eficiente y con la mejor evidencia disponible, para asegurar una atención sanitaria de calidad que dé respuestas a las necesidades en salud de nuestra población en todas las etapas de la vida, siendo eficientes y asegurando la universalidad y la sostenibilidad del sistema sanitario”. Este objetivo general se divide en 9 objetivos más específicos con sus respectivas acciones (38).

m. La Rioja

En 2014 la Comunidad de La Rioja creó su “*Estrategia de atención al paciente crónico*” (39) en la que realiza un breve análisis demográfico y epidemiológico de su población, desarrollando las líneas estratégicas de actuación y un cronograma de dichas estrategias.

En 2016, la consejería de sanidad de La Rioja presentó también la “*Estrategia de Cronicidad para la atención de los pacientes con Diabetes y la prevención de la aparición de esta enfermedad*”.

Esta línea de trabajo se enmarca en la estrategia de Atención al Paciente Crónico de La Rioja, anteriormente mencionada, y en el III Plan de Salud (39).

n. *Murcia*

La Comunidad de Murcia ha establecido una *“Estrategia para la Atención de la Cronicidad para el período 2013-2015”* (40).

A diferencia de otras comunidades, no se ha desarrollado un análisis cuantitativo de la población murciana a lo largo de la estrategia. Sin embargo, sí que define unos objetivos claros y unas líneas estratégicas de actuación entre las que se encuentran: la estratificación de la población, la promoción de la salud, la potenciación del autocuidado, fomentar la participación de la comunidad, la coordinación socio-sanitaria y la continuidad asistencial, mejorar las competencias profesionales, disponer de sistemas de la información, diseñar estrategias de atención fármaco-terapéutica al paciente crónico, eliminar las ineficiencias del sistema, incorporar iniciativas previas y establecer estrategias que permitan una evaluación de la atención (40).

o. *Navarra*

El departamento de salud del gobierno de Navarra ha creado la *“Estrategia Navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos”* (41) en el año 2013, que incluyó un periodo de pilotaje hasta septiembre de 2015 en el que se incluyeron 599 pacientes. Las líneas estratégicas se basan en: estratificar la población, garantizar la continuidad de los cuidados, desarrollar y adaptar planes operativos y tecnologías de la información y comunicación, promover la formación y la colaboración.

Para llevar a cabo estas estrategias se desarrollaron algunas herramientas muy novedosas en la comunidad como el Servicio Telefónico de Consejo, la herramienta para la Prescripción de Estilos de vida y la Escuela de Pacientes (41).

p. *País Vasco*

El País Vasco fue la comunidad líder en la creación de un programa específico, por lo que tiene gran experiencia y recorrido en este tema.

En el año 2010 crearon la *“Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi”* (26). Tras realizar un análisis de la situación, como en otras estrategias, desarrollaron unos proyectos con los que pretenden transformar al sistema sanitario, sobre todo la Atención Primaria.

Los proyectos desarrollados en la estrategia son los siguientes: intervención de la población, intervenir sobre los factores de riesgo, favorecer la autonomía del paciente (Paciente activo y Asociaciones de Pacientes crónicos), garantizar una atención continua (Historia Clínica unificada, atención clínica integrada, hospitales de subagudos, competencias avanzadas de enfermería, colaboración socio-sanitaria y financiación), llevar a cabo intervenciones adaptadas y favorecer la innovación en los profesionales.

El papel de Paciente Activo mencionado en los proyectos estratégicos se basa directamente en el *“Chronic Disease Self-Management Program”* de la Universidad de Stanford. A través de este proyecto, en el que los propios pacientes crónicos son los que imparten cursos a otros pacientes, se pretendía mejorar la adherencia de los enfermos crónicos (26).

En cuanto a las ciudades de Ceuta y Melilla, estas se encuentran gestionadas, en el ámbito sanitario, por el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, por lo que no tienen una estrategia autonómica de cronicidad, sino que se rigen por la del SNS (42).

Habiendo analizado las distintas estrategias de las Comunidades Autónomas del territorio nacional, podemos concluir que guardan bastantes similitudes entre ellas. La estructura de la estrategia suele ser similar, salvo alguna excepción, comenzando con un análisis de la situación demográfica y epidemiológica, exponiendo a continuación los objetivos y las líneas estratégicas.

Algunas comunidades llevan mucho tiempo manejando la estrategia como el País Vasco o Cataluña, habiendo adquirido gran experiencia en la misma, mientras que otras la han implantado más recientemente o todavía no lo han hecho.

Sea cual sea la situación, resulta esperanzador que todas las comunidades apuesten por un cambio de paradigma en la atención sanitaria, abogando por la continuidad de los cuidados y la responsabilidad de los pacientes en su enfermedad.

CAPÍTULO 4: LA CRONICIDAD EN CANTABRIA

Habiendo analizado las estrategias de cronicidad de las Comunidades Autónomas de España, en este capítulo nos centraremos en el abordaje de la cronicidad que se está realizando en Cantabria desde el año 2015 al 2019.

En Cantabria, siguiendo la tendencia nacional, se ha producido un aumento progresivo de la esperanza de vida de la población en los últimos años, llegando a 83,16 años en 2016 (figura 5). Este envejecimiento de la población ha conllevado un aumento del número de enfermedades crónicas (43). Sin embargo, no es el único factor de riesgo, ya que los hábitos de vida cumplen un papel fundamental en las enfermedades crónicas; sobre todo, el consumo de alcohol, el tabaco, el sedentarismo y los malos hábitos alimentarios, aumentan el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares y/o diabetes.

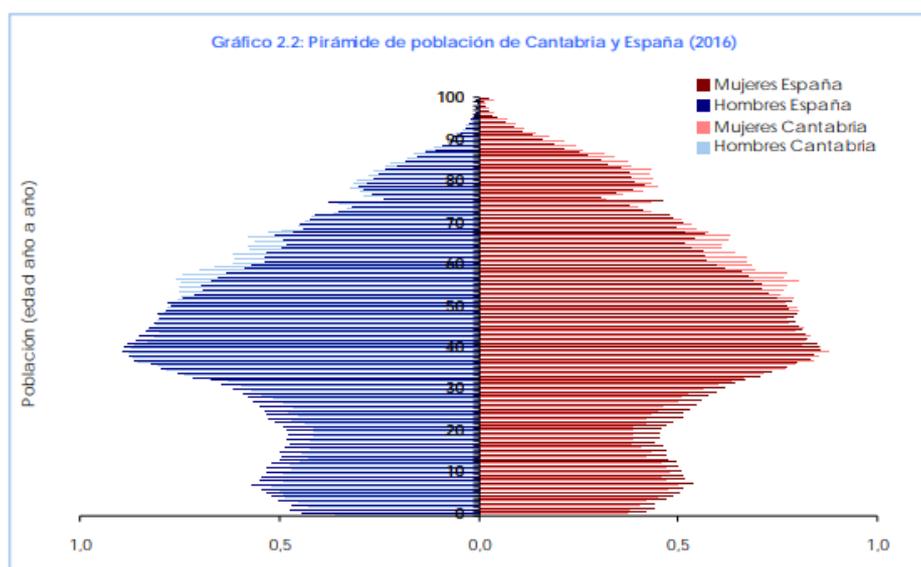
Figura 5: Esperanza de vida al nacimiento en 2016

Año	Sexo		
	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
	Variables	Variables	Variables
	Esperanza de vida	Esperanza de vida	Esperanza de vida
2016	83,16	80,12	86,11

Fuente: Instituto Cántabro de Estadística

En primer lugar, la estrategia se centra en el análisis de la cronicidad en el mundo, en Europa, en España y por último en Cantabria. Según los datos del Instituto Cántabro de Estadística (43) recogidos en la estrategia, en 2014 las personas mayores de 65 suponían el 20% de la población y los mayores de 80 años el 6,9% (figura 6). Según los últimos datos del 1 de julio de 2017, la población mayor supone un 20,07%, lo cual significa que el envejecimiento de la población sigue en aumento. Sin embargo, no podemos asociar automáticamente la edad con la cronicidad, ya que el envejecimiento por sí solo, no es una causa de los problemas crónicos.

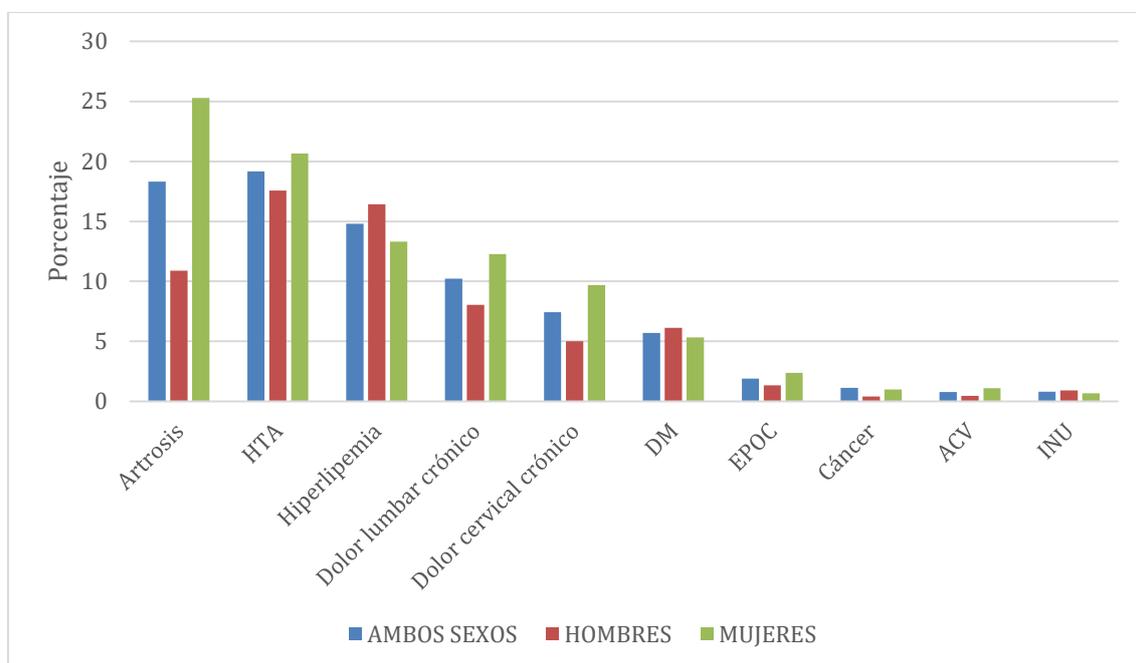
Figura 6: Pirámide de población en Cantabria y España en 2016.



Fuente: Instituto Cántabro de Estadística

En cuanto a los problemas de salud crónicos, el 57,9% de las mujeres y el 45,6% de los hombres refieren padecer alguno de ellos, según la Encuesta Nacional de Salud del año 2011/2012. La misma afirma que en Cantabria, la artrosis, la hipertensión, la hiperlipemia y el dolor crónico son los problemas crónicos más frecuentes (figura 7) (44).

Figura 7: Frecuencia de las principales condiciones crónicas en Cantabria.



Fuente: Datos de la Encuesta Nacional de Salud 2011/2012.

Tras una exhaustiva recopilación de datos, se realizó una estratificación de la población con el fin de determinar el riesgo de sufrir una enfermedad para priorizar los recursos sanitarios. En Cantabria el consumo de recursos no es uniforme; el 28,6% de la población tiene un consumo alto o muy alto, que se concentra en el área Torrelavega-Reinosa, frente a un 48% que tiene un consumo bajo o muy bajo.

Por otra parte, encontramos los pacientes pluripatológicos que suponen el 5,6% de la población en Cantabria. Se tratan de personas con varias enfermedades crónicas que repercuten en su actividad funcional, con reagudizaciones frecuentes y con un consumo muy elevado de los recursos sanitarios.

La dependencia o el deterioro funcional también suponen un factor clave en el desarrollo de una estrategia de cronicidad, ya que es una de las principales secuelas de las patologías crónicas. En Cantabria existen, según los datos de 2015, 22.237 resoluciones de dependencia. Nuestra comunidad cuenta con Centros de Atención a la Dependencia, pero se encuentran principalmente en el área de Santander, lo cual dificulta la accesibilidad.

Otra consecuencia importante de las patologías crónicas son los efectos económicos que producen en los pacientes y su familia y al sistema sanitario; se debe destacar que cuantas más enfermedades crónicas tenga un paciente, más aumenta el gasto sanitario.

Por todos estos motivos se hace necesario el establecimiento de un plan de cronicidad que rompa con el sistema sanitario centrado en las patologías agudas donde el paciente es un sujeto pasivo y se construya un modelo sanitario dinámico con pacientes activos. Un paciente activo es una persona con conocimientos y habilidades, capaz de hacerse responsable de su salud. Para ello, se debe crear una relación de confianza y colaborativa con los profesionales sanitarios.

El principal objetivo de esta estrategia es: *“definir e implantar las actuaciones más efectivas para mejorar el conocimiento sobre las condiciones crónicas de salud en la población de Cantabria y su atención sanitaria y social, promoviendo la prevención de la cronicidad y de la dependencia funcional, actuando sobre sus determinantes, procurando una atención coordinada, continuada e integral, segura, de calidad, respetuosa con el paciente crónico y satisfactoria, en la búsqueda de una mejora de su nivel de salud y un mayor protagonismo y responsabilidad de pacientes y ciudadanos en general”* (45).

Para el desarrollo del modelo de atención a la cronicidad de Cantabria se han considerado los siguientes objetivos:

- La continuidad asistencial: debe ser uno de los principales objetivos del sistema sanitario y que no dependa solamente de la voluntad de los protagonistas. Debemos conseguir una conexión continua con el paciente. En este ámbito, la Atención Primaria es fundamental para poder realizar un seguimiento de los pacientes crónicos dados de alta en el hospital.

Para la consecución de este objetivo, se usó una serie de herramientas: la estratificación de los pacientes según el Modelo Kaiser Permanente que valora el riesgo, la aplicación OMI-AP para la gestión de la historia clínica, la receta electrónica, la historia clínica electrónica en el hospital y el Sistema Integrado de Prestaciones y Servicios Sociales que permite la coordinación entre sistemas, ya que el abordaje a la cronicidad debe ser coordinado entre los distintos sistemas sociales y sanitarios.

Con este nuevo modelo, surge la necesidad de incorporar nuevos roles profesionales y unidades asistenciales como:

- El médico internista de Referencia Hospitalario
 - La Enfermera de Enlace Hospitalario
 - La consulta de estabilización, que no se trata de una unidad específica, sino que se enmarca dentro de la unidad de Medicina Interna o el servicio de urgencias.
 - La Unidad de Hospitalización Domiciliaria.
- Crear alternativas a la asistencia sanitaria tradicional para el paciente crónico.
 - Dar recursos, mediante la promoción y educación en salud al ciudadano, al paciente y a su familia, con el fin de aumentar la participación en actuaciones sanitarias y la autorresponsabilidad del individuo, fomentando un comportamiento saludable.
 - Formar a los profesionales potenciando la investigación en cronicidad, puesto que en el ámbito de pregrado, tan solo el Grado de Enfermería incluye formación específica de cronicidad dentro de las formaciones sanitarias. También debería haber una oferta específica en formación continuada y una apuesta por la innovación tecnológica y de gestión.
 - Dar el soporte preciso mediante las tecnologías de la información, principalmente mediante la disposición de un sistema de información asistencial corporativo centralizado al que tengan acceso tanto los profesionales de atención hospitalaria como los de atención primaria. Actualmente ya existen los siguientes programas: Estación clínica de Atención Primaria OMI-AP, Visor de HCE corporativo, Estación clínica médica Altamira Clínica, Estación clínica de enfermería Gacela Care y Gestión electrónica de la farmacoterapia (Prescripción Electrónica Asistida y receta electrónica) y la Telemedicina (consultas no presenciales) como telepsiquiatría, teledermatología y Consejo Sanitario. También se pretende implantar la Carpeta Personal de Salud, para que los pacientes tengan acceso a su información clínica
 - Tratar problemas específicos de forma eficaz: dolor crónico y pacientes polimedicados. El dolor crónico es tratado como una enfermedad en sí misma y valorada por la

estrategia de cronicidad del SNS. En Cantabria existen dos Unidades del Tratamiento del Dolor y las Unidades de Cuidados Paliativos.

En cuanto a la polimedicación debemos intentar prevenir los riesgos de la medicación mediante: revisión periódica de la medicación, envío de un informe trimestral a cada médico de familia con los pacientes con 10 o más fármacos y formación a los profesionales sobre criterios de medicación.

Estos son los principales objetivos de la estrategia de cronicidad de nuestra comunidad, pero no podemos quedarnos en la simple elaboración de un documento, sino que deberemos evaluar si se han conseguido los objetivos y para ello se usarán los siguientes indicadores (45):

- Reingresos de pacientes hospitalizados.
- Pacientes crónicos polimedicados.
- Días de hospitalización acumulados al año por paciente.
- Frecuentación de urgencias por pacientes crónicos.
- Frecuentación de atención primaria por pacientes crónicos.
- Gasto público en medicamentos de pacientes crónicos.
- Acceso y uso de la historia clínica compartida por parte de profesionales sanitarios.
- Mortalidad hospitalaria de pacientes crónicos.
- Tiempo entre descompensaciones de un paciente que requiere ingreso.
- Prevalencia/ incidencia de pacientes en diferentes niveles de estratificación del riesgo.
- Prevalencia/ incidencia de pacientes crónicos con factores de riesgo.
- Hospitalizaciones potencialmente evitables

CAPÍTULO 4: EL PACIENTE RESPONSABLE

Actualmente, no cabe duda de la importancia del empoderamiento del paciente en la atención a la cronicidad, y por ese motivo, las estrategias de cronicidad de nuestro país abogan por la creación de programas de formación para los ciudadanos con el fin de crear pacientes activos responsables de su estado de salud.

El paciente activo es un nuevo modelo de paciente que ha adquirido los conocimientos y las habilidades necesarias para responsabilizarse de su propia salud, capaz de identificar los síntomas, responder a ellos y que puede gestionar el impacto físico, emocional y social de su enfermedad. Pueden ser tanto los pacientes con una enfermedad crónica como cuidadores o familiares de personas con estas patologías, que han establecido una relación con los profesionales que le atienden para poder determinar de forma conjunta unos objetivos con el fin de mejorar su calidad de vida (45).

Dentro del nuevo marco de atención al paciente con enfermedades crónicas guiado por una continuidad de los cuidados y por el empoderamiento de los pacientes, adquiere gran importancia la educación para la salud, una labor llevada a cabo principalmente por los profesionales de enfermería.

En Cantabria, uno de los proyectos clave enmarcados dentro de la Estrategia de Cronicidad, es el programa denominado “Cuidado Responsable”. Este programa dirigido a personas con enfermedades crónicas y cuidadores, apuesta firmemente por conseguir resultados de salud en materia de cronicidad, basándose en la autorresponsabilidad y la autogestión de la Salud. La difusión y puesta en marcha de dicho proyecto es llevada a cabo por la Oficina de Cronicidad del Servicio Cántabro de Salud.

Este programa propone unos talleres presenciales y virtuales dirigidos a personas con enfermedades crónicas y a sus cuidadores con el objetivo de conseguir fomentar habilidades para afrontar los retos relacionados con la cronicidad, alcanzar una mayor autonomía en la gestión de su enfermedad y por lo tanto un adecuado control de su salud, realizando un uso responsable de los recursos sanitarios, todo ello mediante una relación efectiva con los profesionales sanitarios.

En primer lugar, se configura un equipo de monitores, profesionales y personas con enfermedades crónicas, que recibirán una formación específica teórico-práctica en el Hospital Virtual Valdecilla sobre habilidades de comunicación y manejo de grupos. Este programa de formación se compone de tres sesiones en el Hospital virtual Valdecilla con un grupo de 11 monitores compuesto por pacientes con enfermedades crónicas y profesionales sanitarios. Además, se realizarán sesiones periódicas en función de las necesidades del programa y anualmente se realizará una sesión con expertos de otras comunidades con el fin de compartir las experiencias.

Tras la fase de formación de los monitores, se realizará la captación de los pacientes, que puede realizarse en los Centros de Salud o en el ámbito hospitalario. La captación de los pacientes se centrará en aquellos pacientes que cumplan unos perfiles más adecuados como personas con diagnóstico precoz de la enfermedad, personas con complicaciones asociadas a su patología, con voluntad de mejorar su actitud, personas cuidadoras de pacientes crónicos, etc., aunque el programa está destinado a todas las personas con una enfermedad crónica y que tengan interés en dar un cambio de rumbo al manejo de su enfermedad.

En cuanto a los talleres, pueden ser de forma presencial o virtual. Los talleres virtuales se encuentran actualmente en fase de diseño, pero se han creado con el objetivo de reforzar los conocimientos de aquellas personas que hayan asistido a los talleres presenciales o cualquier persona que tenga interés en incrementar sus conocimientos sobre la gestión de las

enfermedades crónicas. Además, a través de este tipo de talleres, los usuarios podrán evaluar sus conocimientos.

Por otra parte, los talleres presenciales buscan conseguir que pacientes con enfermedades crónicas y cuidadores asuman la gestión y la responsabilidad de su enfermedad. Actualmente existen dos tipos de talleres “Manejo de la cronicidad” y “Manejo de la diabetes”; sin embargo, se prevé en un futuro la creación de otros talleres relacionados con patología respiratoria, cardiovascular y musculo-esquelética.

Los talleres presenciales se componen de grupos de 8 a 12 participantes y dos monitores (un paciente y un profesional) y se dividen en 6 o 7 sesiones (el taller del manejo de la cronicidad consta de 6 sesiones y el taller del manejo de la diabetes de 7) de dos horas y treinta minutos de duración, dos días a la semana durante 3 semanas.

La primera sesión coesiste en una presentación del equipo y del programa y se determinarán los objetivos del taller. Esta primera sesión es fundamental ya que en ella se establecerán los lazos de confianza para que los participantes continúen en los talleres. En todo momento se garantiza la confidencialidad de todo lo que se hable durante el desarrollo del taller.

A partir de la segunda sesión se tratarán diversos temas como alimentación saludable, ejercicio físico, la comunicación con la familia y el sistema sanitario, el manejo de las emociones y la adherencia al tratamiento. Todo desde una perspectiva muy personal, mediante el uso de la dramatización, la discusión y el compartir experiencias similares entre iguales. Todo ello complementado con materiales audiovisuales que buscan siempre el cambio de actitud desde el refuerzo positivo.

Al final de cada sesión, todos los integrantes del grupo (pacientes y monitores), han de plantearse objetivos realistas y alcanzables en relación al tema abordado.

Así mismo, en la última sesión se desarrolla un itinerario personal con los objetivos individuales a medio-largo plazo, se evaluará el taller y se programará una sesión de seguimiento en dos meses en la cual se evalúa la consecución de dichos resultados y se hace una puesta en común sobre los objetivos alcanzados y los cambios de actitud conseguidos.

El objetivo de estos talleres que se desarrollan entre “iguales” es la adquisición de habilidades en la gestión de la enfermedad por parte de los pacientes, mejorar su adherencia al tratamiento y que pasen de ser enfermos a personas con una enfermedad crónica. Con este programa también se pretende disminuir el consumo de recursos sanitarios, disminuir la presión asistencial, mejorar la imagen del sistema sanitario y acercarse a la población.

Para evaluar los resultados del programa a medio y largo plazo, se ha determinado la evaluación de tres aspectos (46):

- La calidad de vida relacionada con la salud mediante el cuestionario EuroQol 5D a los pacientes participantes al inicio de los talleres, a los dos meses y a los seis meses.
- Resultados en salud en cuanto a la adherencia al tratamiento y conocimiento de su enfermedad (mediante la cumplimentación del Test de Morisky Green y el Test de Batalla) y a los datos clínicos como peso, tensión arterial y hemoglobina glicosilada (extraídos a través de la Historia Clínica con el consentimiento del paciente). Todos estos indicadores se evaluarán al inicio de los talleres, a los dos meses y a los seis meses.
- Consumo de recursos sanitarios como la frecuentación a urgencias, consultas externas y de Atención Primaria a través de la herramienta QlikView al inicio del taller y a los doce meses.

En Cantabria existen otras herramientas que apuestan por el empoderamiento del paciente como el Consejo Sanitario o la Escuela Cántabra de Salud.

La Consejería de Sanidad junto con la Fundación Marqués de Valdecilla han creado la iniciativa de la **Escuela Cántabra de Salud** con el fin divulgar y compartir información en materia de salud con la ciudadanía.

Su marco de actuación se divide en cuatro sectores dependiendo de la población a la que se dirige: la educación para la salud en la población general, para pacientes, para cuidadores y familiares y para niños y adolescentes. De forma paralela existe un quinto sector, la educación para la salud en población con necesidades especiales que requieren de una información adaptada a sus necesidades.

La Escuela Cántabra de Salud se despliega a su vez en tres ámbitos:

- **La Escuela de pacientes:** permite formar a pacientes crónicos, a sus cuidadores y familiares en habilidades para la autogestión de la enfermedad crónica. También pretende ser un centro de encuentro con el fin de fomentar actitudes responsables en cuanto a la enfermedad. Sirve como herramienta reforzadora de otros programas como el Cuidado Responsable, para tal fin han creado cuatro aulas específicas de Diabetes, Cronicidad, Ictus y personas cuidadoras y se está trabajando en el desarrollo de otras nuevas.
- **La Escuela de Salud para la Ciudadanía:** ofrece la divulgación de conocimientos sobre promoción de la salud y prevención de la enfermedad y la promoción de un ciudadano responsable con su salud.
- **La Red de Escuelas Promotoras de Salud:** está formada por centros educativos que han apostado por la promoción de la salud en el ámbito escolar dirigido a toda la comunidad educativa. Esos proyectos de promoción de la salud se centran en promover la práctica de actividad física y de una alimentación saludable, la prevención de la obesidad infantil y los trastornos de conducta alimentaria y la prevención de accidentes escolares.

Además de las labores de formación, la Escuela Cántabra de Salud también lleva a cabo una labor de difusión de los distintos cursos o actividades formativas que se están realizando, de eventos relacionados con la salud y el manejo de las enfermedades e información sobre atención sanitaria (47).

El servicio de **Consejo Sanitario** conforma otro de los recursos de los que dispone la población en Cantabria para fomentar su autocuidado. Se trata de un servicio de atención sanitaria telefónica, exclusivo de enfermería, con el fin de satisfacer las necesidades de los profesionales sanitarios, de los pacientes y de los ciudadanos en materia de salud. Funciona en horario de tarde los días laborables y los días no laborables en horario de mañana y tarde de manera ininterrumpida.

Los servicios que ofrece son:

- Seguimiento de pacientes crónicos: destinado a los pacientes crónicos. Es un servicio que permite garantizar la continuidad de cuidados entre el hospital y AP, teniendo como principal elemento de conexión la Enfermera de Enlace Hospitalario. Se contacta a través de un sistema de mensajería de atención sanitaria que garantiza que toda la información que se maneje en relación a los pacientes quede debidamente registrada en la historia clínica.
- Seguimiento de pacientes al final de la vida.
- Información sobre el sistema sanitario.
- Información sobre programas de salud.

- Información sobre problemas de salud (consejos de salud).

Se puede contactar a través de un número telefónico, por correo electrónico, a través de la web o a través de la App del Servicio Cántabro de Salud (47).

Otro proyecto novedoso en la atención a la cronicidad en Cantabria, en concreto al paciente pluripatológico es la “Ruta del Paciente Pluripatológico” que se inició en el año 2016 en dos centros de salud y que ya está implantado en toda la comunidad. Se dirige a *“pacientes con dos o más enfermedades crónicas que presentan episodios de reagudización interrelacionados con otras patologías condicionantes de fragilidad clínica o deterioro progresivo, pérdida de autonomía y de capacidad funcional”* (19). Este proyecto, coordinado también desde la oficina de cronicidad, implica a médicos de familia, enfermería, trabajadores sociales y medicina interna. Pretende proveer una atención sanitaria integral y continuada entre los distintos niveles asistenciales a un perfil de pacientes con unas necesidades concretas.

Tras la inclusión de los pacientes en este programa, el médico, la enfermera y la trabajadora social de Atención Primaria realizan una valoración integral de la persona y establecen un plan individualizado de intervención. De esta manera, se tiene un control de los pacientes, contactando la enfermera con ellos, por lo menos, una vez al mes con el fin de detectar cambios en el estado de salud. Ante una descompensación y ante la imposibilidad de ser solucionado de forma ambulatoria, se procede al ingreso del paciente en la consulta de prehospitalización donde se realiza la valoración, estabilización y alta del paciente en el día, si es posible.

En este proceso adquiere gran importancia la Enfermera de Enlace Hospitalario, la cual se encarga de coordinar el alta hospitalaria del paciente con los profesionales de Atención Primaria o con el servicio de Consejo Sanitario; de este modo se garantiza la continuidad de los cuidados y se evitan los reingresos de estos pacientes (46).

Así mismo, dentro de las líneas estratégicas de la Cronicidad, desde el Servicio Cántabro de Salud, se está trabajando en otras rutas para su implantación y desarrollo como son: la Ruta del Trastorno Mental Grave, la Ruta del Ictus, la Ruta del paciente con Deterioro Cognitivo, la Insuficiencia Cardíaca, etc.

Todos estos proyectos se enmarcan dentro del cambio de paradigma hacia un modelo más proactivo, en el que tanto pacientes como profesionales trabajen de forma conjunta compartiendo responsabilidades en el manejo de las enfermedades crónicas y de la salud en general. Debido a esta transformación en la atención sanitaria, han aparecido nuevos roles de enfermería, unos profesionales claves para mejorar la atención a la cronicidad y para garantizar la continuidad asistencial de todos los pacientes, especialmente aquellos con enfermedades crónicas.

CONCLUSIONES

- En la actualidad, el mundo está sufriendo un cambio demográfico y social cuyo origen se remonta a años atrás, y cuyas consecuencias hemos visto reflejadas en la salud de la población. Las organizaciones internacionales en el ámbito sanitario y algunos gobiernos han tomado consciencia de la necesidad de crear un nuevo modelo de atención donde prime la continuidad asistencial, los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y el fomento del autocuidado del paciente, con el fin de mejorar los resultados en salud y reducir los gastos de un sistema sanitario insostenible.
- En España, tanto a nivel nacional como a nivel autonómico, se han hecho grandes avances en materia de cronicidad y casi todas las comunidades han desarrollado su propia estrategia o la están desarrollando. En este nuevo modelo de atención, aparece la figura del paciente responsable, activo y empoderado, capaz de responsabilizarse de su propia enfermedad y de tomar consciencia de ella mediante la adquisición de conocimientos y habilidades para llevar a cabo una gestión más eficaz de su salud.
- De este nuevo concepto nace el programa de Cuidado Responsable en Cantabria, un programa que rompe con los esquemas que teníamos hasta la fecha de la relación entre pacientes y profesionales sanitarios y donde los primeros se convierten en parte activa de su cuidado.
- El papel de los profesionales sanitarios en este proceso de empoderamiento de los pacientes es fundamental, pero la enfermería adquiere especial protagonismo por su labor esencial en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. También se produce un reordenamiento de la profesión con la aparición de nuevos roles profesionales como la Enfermera de Enlace, cuyo objetivo es garantizar la continuidad de los cuidados en todos los ámbitos asistenciales.
- Dada la reciente implantación de estos nuevos programas en España, aún no existen datos que evidencien los resultados de los mismos; sin embargo, en otros países como Estados Unidos, los efectos producidos en la salud de la población son positivos.
- La sociedad se transforma, las nuevas tecnologías de la información y la comunicación se encuentran ahora a la orden del día y los pacientes no se conforman con mantener una actitud pasiva en sus cuidados, por lo tanto, este cambio en el modelo de atención asistencial es necesario y los sistemas sanitarios deben apostar por su mejora y su continua renovación.

ANEXOS

Anexo 1: Cuestionario de salud EuroQol-5D (48).

CUESTIONARIO DE SALUD EUROQOL-5D

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud en el día de HOY.

Movilidad

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que estar en la cama

Cuidado personal

- No tengo problemas con el cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme
- Soy incapaz de lavarme o vestirme

Actividades cotidianas (p. ej., trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas
- Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas

Dolor/malestar

- No tengo dolor ni malestar
- Tengo moderado dolor o malestar
- Tengo mucho dolor o malestar

Ansiedad/depresión

- No estoy ansioso ni deprimido
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido
- Estoy muy ansioso o deprimido

Tabla 5. Cuestionario de Morisky-Green

1. ¿Se olvida de tomar alguna vez la medicación?
 2. ¿Toma la medicación a la hora indicada?
 3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar su medicación?
 4. Si alguna vez se siente mal, ¿deja de tomar su medicación?
-

Incumplidor: aquel que responde de forma inadecuada una o más de las cuestiones planteadas.

Tabla 6. Cuestionario sobre conocimientos de hipertensión arterial de Batalla

1. ¿Es la HTA una enfermedad para toda la vida?
 2. ¿Se puede controlar con dieta y/o medicación?
 3. Cite dos o más órganos que puedan afectarse por tener la tensión elevada
-

Incumplidor: aquel que responde de forma errónea una o más de las cuestiones planteadas.

HTA: hipertensión arterial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. Disponible en: <http://www.ine.es/>
2. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014 [Internet]. Ginebra; 2014 [acceso el 14 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/world-health-statistics-2014/es/>
3. OECD. Health at a Glance 2017 [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2017 [acceso 14 de marzo de 2018]. Disponible en: https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en#page3
4. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre las enfermedades no transmisibles [Internet]. 2013 [acceso 14 marzo 2018]. Disponible en: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
5. Organización Mundial de la Salud. Las 10 principales causas de defunción [Internet]. 2018 [acceso 15 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>
6. Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la causa de muerte [Internet]. 2017 [acceso 15 marzo 2018]. Disponible en: http://www.ine.es/prensa/edcm_2016.pdf
7. World Health Organization. The World Health Report 2002-Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Ginebra; 2002 [acceso 15 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2002/en/>
8. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles [Internet]. Ginebra; 2014 [acceso 15 de marzo de 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf;jsessionid=E640B45C59559E1184B9AA50F1AA8D26?sequence=1
9. Estévez Lucas J, Sanz Villarejo J, Huerta Almendro M. Retos sanitarios prioritarios en gestión sanitaria para continuar progresando. Sevilla; 2017 [acceso 15 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://sedisa.net/wp-content/uploads/2017/02/RETOS-SANITARIOS-PRIORITARIOS-EN-GESTION-SANITARIA-SOBRE-LOS-QUE-TRABAJAR-PARA-CONTINUAR-PROGRESANDO.pdf>
10. González Mestre A. La autonomía del paciente con enfermedades crónicas: De paciente pasivo a paciente activo. Enfer Clin [Internet]. 2014 [acceso el 15 de marzo de 2018];24(1):67-73. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-la-autonomia-del-paciente-con-S1130862113001769>
11. Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas. Glosario sobre enfermedades crónicas complejas [Internet]. 2018 [acceso el 17 marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.opimec.org/documentos/157/taxonomia/>
12. Ringdal M, Chaboyer W, Ulin K, Bucknall T, Oxelmark L. Patient preferences for participation in patient care and safety activities in hospitals. BMC Nursing [Internet]. 2017 [acceso el 18 de marzo de 2018]; 16: 69. Disponible en: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12912-017-0266-7>

13. Stanford School of Medicine [Internet]. Palo Alto: Patient Education Research Center. Chronic Disease Self-Management Program (Better Choices, Better Health® Workshop). 2013 [acceso el 20 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://patienteducation.stanford.edu/programs/cdsmp.html>
14. Gordon C, Galloway T. Review of findings on Chronic Disease Self-Management Program (CDSMP) outcomes: physical, emotional & healthrelated quality of life, healthcare utilization and costs [Internet]. 2008 [acceso el 20 de marzo de 2018]. Disponible en: http://patienteducation.stanford.edu/research/Review_Findings_CDSMP_Outcomes1%208%2008.pdf
15. Health Council of Canada. Self-management support for Canadians with chronic health conditions. Toronto: 2012 [acceso el 20 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://healthcouncilcanada.ca/tree/HCCSelfManagementReport FA.pdf>
16. Danish Health Technology Assessment. Patient education – a health technology assessment [Internet]. Copenhagen: National Board of Health, Monitoring & Health Technology Assessment; 2009 [acceso el 20 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.sst.dk/Publ/Publ2009/MTV/Patientuddannelse/Patientuddannelsesummary.pdf>
17. CHRODIS PLUS Joint Action [Internet] [acceso el 20 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://chrodis.eu/about-us/>
18. Organización Mundial de la Salud. Hoja de ruta de Montevideo sobre las enfermedades no transmisibles [Internet]. Montevideo; 2017 [acceso 21 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/conferences/global-ncd-conference/Roadmap-ES.pdf>
19. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Pacientes Pluripatológicos [Internet]. Madrid; 2009 [acceso el 25 de marzo de 2018]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR_UPP.pdf
20. Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles [Internet]. Ginebra; 2018 [acceso el 5 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
21. Ollero Baturone M. Modelos de organización para la atención a pacientes crónicos complejos [Internet]. Granada; 2009 [acceso el 8 de abril de 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>
22. Nuño Solis R. Buenas prácticas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente. Rev Adm Sanit [Internet] 2007 [acceso el 6 de abril de 2018]; 5: 283-92. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-buenas-practicas-gestion-sanitaria-el-13107524>
23. Gobierno de Canarias. Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias [Internet]. Madrid; 2015 [acceso el 5 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/1e7740f8-d12e-11e4-b8de-159dab37263e/LibroCronicidadCompleto.pdf>
24. Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas. Modelos de gestión [Internet]. Andalucía; 2014 [acceso el 5 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.opimec.org/documentos/995/capitulo-4-modelos-de-gestion-de-enfermedades-cronicas-complejas/>

25. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid; 2012 [acceso el 15 de abril de 2018]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
26. Gobierno Vasco. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi [Internet]. Bilbao; 2010 [acceso el 15 de abril de 2018]. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/documentos_cronicos/eu_cronic/adjuntos/EstrategiaCronicidad.pdf
27. Consejería de Salud. Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas [Internet]. Sevilla; 2012 [acceso el 15 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/PlanAtencEECC.pdf>
28. Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Presentació del Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat [Internet]. Barcelona; 2011 [acceso el 15 de abril de 2018]. Disponible en: http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/docs/2011/07/05/18/21/6bb2b9bc-ce7b-4c9b-af29-f1ceb7f88d35.pdf
29. Generalitat. Conselleria de Sanitat. Estrategia para la atención a pacientes crónicos en la Comunitat Valenciana [Internet]. Valencia; 2014 [acceso el 15 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.2792-2014.pdf>
30. Departamento de Salud y Consumo del Gobierno de Aragón. Programa de atención a enfermos crónicos dependientes [Internet] [acceso el 20 de abril de 2018]. Disponible en: http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SanidadBienestarSocialFamilia/Sanidad/Profesionales/06_Planes_Estrategia/LIBRO%20Programa%20de%20Atenci%C3%B3n%20a%20Enfermos%20Cr%C3%B3nicos%20Dependientes.pdf
31. Consejería de Sanidad del Gobierno 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 [Internet] [acceso el 20 de abril de 2018]. Disponible en: https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/Estrategias/Estrategia%20Cronicidad/ESAPCA_V3VD.pdf
32. Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha. El Gobierno de Castilla-La Mancha ultima la puesta en marcha de la Estrategia de Cronicidad [Internet]. Toledo; 2017 [acceso el 22 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.castillalamancha.es/actualidad/notasdeprensa/el-gobierno-de-castilla-la-mancha-ultima-la-puesta-en-marcha-de-la-estrategia-de-cronicidad>
33. Sacyl. Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León [Internet]. Valladolid; 2013 [acceso el 25 de abril de 2018]. Disponible en: https://gobiernoabierto.jcyl.es/web/jcyl/GobiernoAbierto/es/Plantilla100Detalle/1284216489702/_/1284499682120/Comunicacion
34. González Mestre A. Programa Paciente Experto Catalunya: una estrategia para potenciar la autorresponsabilidad del paciente y el fomento del autocuidado [Internet] [acceso el 28 de abril de 2018]. Disponible en: <http://docplayer.es/70254252-Programa-paciente->

- [experto-catalunya-una-estrategia-para-potenciar-la-autorresponsabilidad-del-paciente-y-el-fomento-del-autocuidado.html](#)
35. Consejería de Sanidad. Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid [Internet]. Madrid; 2013 [acceso el 28 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017570.pdf>
 36. Extremadura.com. Más de 100 profesionales trabajan ya en la nueva Estrategia de la Cronicidad de Extremadura [Internet]. 2016 [acceso el 29 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.extremadura.com/noticias/2016/12/02/mas-de-100-profesionales-trabajan-ya-en-la-nueva-estrategia-de-la-cronicidad-de-extremadura>
 37. Consejería de Sanidad. Estrategia SERGAS 2020 [Internet] [acceso el 1 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.sergas.es/A-nosa-organizacion/Documents/557/SERGAS ESTRATEXIA 2020 280316 cas.pdf>
 38. Conselleria de salut. Plan de atención a las Personas con enfermedades crónicas 2016-2021 [Internet]. Palma; 2016 [acceso el 1 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.ibsalut.es/ibsalut/es/ciudadania/plan-de-cronicidad-2016-2021>
 39. Gobierno de La Rioja. Estrategia de atención al paciente crónico de La Rioja [Internet]. 2016 [acceso el 3 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://www.riojasalud.es/ciudadanos/estrategia-de-cronicos/estrategia-de-atencion-al-paciente-cronico-de-la-rioja>
 40. Consejería de Sanidad y Política Social. Estrategia para la Atención de la Cronicidad 2013-2015 [Internet]. Murcia; 2013 [acceso el 3 de mayo de 2018]. Disponible en: http://www.murciasalud.es/publicaciones.php?op=mostrar_publicacion&id=2246&ids_ec=88
 41. Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. Estrategia navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos [Internet] [acceso el 4 de mayo de 2018]. Disponible en: https://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+Modelo+asistencial/Estrategia+navarra+de+atencion+integrada+a+pacientes+cronicos+y+pluripatologicos/
 42. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria [Internet]. Disponible en: <http://www.ingesa.mssi.gob.es/organizacion/quienes/home.htm>
 43. Instituto Cántabro de Estadística [Internet]. Disponible en: <http://www.icane.es/>
 44. Observatorio de Salud Pública de Cantabria. Encuesta Nacional de Salud, datos para Cantabria [Internet]. Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Desktop/DESCARGAS/ENSECantabria-2011-12.pdf>
 45. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Plan de Atención a la Cronicidad de Cantabria [Internet]. 2015 [acceso el 8 de mayo de 2018] Disponible en: <https://saludcantabria.es/uploads/pdf/consejeria/PlandeCronicidadBaja.pdf>
 46. Delgado Diego A. SCS-Cronicidad [Internet]. 2018 [acceso el 27 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://jira.scsalud.es:9443/display/SODCYP/SCS+-+Cronicidad>
 47. Escuela Cántabra de Salud [Internet]. Disponible en: <http://www.escuelacantabradesalud.es/es/inicio>
 48. Herdman M, Badia X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. Aten Primaria

[Internet] 2001 [acceso el 28 de mayo de 2018];28:425-30. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-euroqol-5d-una-alternativa-sencilla-13020211#elsevierItemBibliografias>

49. Orueta R, Toledano P, Gómez-Calcerrada R. Actualización en Medicina de Familia: cumplimiento terapéutico. Semergen [Internet] 2008 [acceso el 28 de mayo de 2018];34:235-43. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-semergen-medicina-familia-40-articulo-actualizacion-medicina-familia-cumplimiento-terapeutico-13120945>