

Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud

Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud

Edita y distribuye:

© MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD
CENTRO DE PUBLICACIONES
PASEO DEL PRADO, 18. 28014 Madrid

NIPO: 680-12-062-1

El copyright y otros derechos de propiedad intelectual de este documento pertenecen al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Se autoriza a las organizaciones de atención sanitaria a reproducirlo total o parcialmente para uso no comercial, siempre que se cite el nombre completo del documento, año e institución

<http://publicacionesoficiales.boe.es>

Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud

Estrategia aprobada por el Consejo
Interterritorial del Sistema Nacional
de Salud el 27 de junio de 2012



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

COMITÉ TÉCNICO

Coordinación Científica

Carmen Ferrer Arnedo. Grado en Enfermería y Diplomada en Fisioterapia. Directora Gerente Hospital Guadarrama, Madrid

Domingo Orozco Beltrán. Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Alicante-Cabo Huertas. Unidad Investigación Departamento San Juan

Pilar Román Sánchez. Especialista en Medicina Interna. Jefa de Servicio de Medicina Interna. Hospital de Requena, Valencia

Asociación Española Contra el Cáncer (AECC). Ana Fernández Marcos

Asociación Española de Fisioterapeutas (AEF). Rafael Rodríguez Lozano

Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). Olga Cortés Rico

Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCCP). José López Santiago

Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes (ANPIR). César González-Blanch Bosch

Asociación Española de Trabajo Social y Salud. Rosario Gualda García

Coalición Nacional de Ciudadanos con Enfermedades Crónicas. José Antonio Herrada García

Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI). Ampar Cuxart Fina

Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP). Joan Carlos Contel Segura

Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER). Estrella Mayoral Rivero

Foro Español de Pacientes. María Dolores Navarro Rubio

Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP). Arantxa Catalán Ramos

Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC). M^a Dolores Murillo Fernández

Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH). Monserrat Pérez Encinas

Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG). José Antonio Serra Resach

Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC). Emilia Bailón Muñoz

Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Emilio Casariego Vales

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). José Luis Llisterrri Carro

Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG). Antonio Fernández-Pro Ledesma

Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS). Dolores Cuevas Cuerda

SOCIEDADES CIENTÍFICAS CONSULTADAS

Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC). José Ramón Martínez Riera

Asociación Española de Pediatría (AEP). Fernando Malmierca Sánchez

Grupo de Apoyo al Desarrollo de la Diálisis Peritoneal en España (GADDPE). Rafael Selgas Gutiérrez

Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. M^a Victoria García López

Sociedad Española de Medicina Geriátrica (SEMEG). Juan José Solano Jaurrieta

Sociedad Española de Médicos de Residencias Geriátricas (SEMER). Alberto López Rocha

Unión Española de Sociedades Científicas de Enfermería (UESCE). Jerónimo Romero Nieva-Lozano

REVISORES EXTERNOS

Mercedes Carreras Viñas. Grado en Enfermería. Subdirectora Xeral de Desenvolvemento y Seguridad Asistencial. Servicio Gallego de Salud

Rodrigo Gutiérrez Fernández. Licenciado en Medicina. Técnico de Salud Pública

Jefe de Servicio de Recursos de Asistencia Primaria. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha

Roberto Nuño Solinís. Licenciado en Ciencias Económicas y Empresariales. Economista de la Salud. Director de O+berri, Instituto Vasco de Innovación Sanitaria. Investigador Kronikgune

Fernando Rodríguez Artalejo. Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad Autónoma de Madrid

María de la Loma Segarra Cañamares. Grado de Enfermería. Directora de Enfermería Hospital Collado Villalba. Servicio Madrileño de Salud

COMITÉ INSTITUCIONAL

COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Andalucía: Manuel Ollero Baturone. **Aragón:** Luis Gómez Ponce. **Asturias (Principado):** Julio Bruno Bárcena. **Baleares (Islas):** Eusebi Castaño Riera. **Canarias:** Rita Tristancho Ajamil/Consuelo Company Sancho. **Cantabria:** Manuel Francisco Fernández Miera. **Castilla-La Mancha:** Paloma Leis García. **Castilla y León:** José María Pino Morales/Siro LLeras Muñoz. **Cataluña:** Albert Ledesma Castelltort. **Extremadura:** José Ignacio Cardenal Murillo. **Galicia:** Félix Rubial Bernárdez. **Madrid:** Ana Miquel Gómez/Juan Carlos Ansede Cascudo. **Murcia (Región de):** Asensio López Santiago. **Navarra (Comunidad Foral):** Ignacio Yurss Arruga. **País Vasco:** Andoni Arcelay Salazar. **Rioja (La):** Fernando Gallo Trébol. **Comunidad Valenciana:** Manuel Yzarza Cañellas

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD

Coordinación Técnica: José Melquiades Ruiz Olano. Consejero Técnico. SG de Calidad y Cohesión. M^a Ángeles López Orive. Jefa de Servicio. SG de Calidad y Cohesión

Dirección General Salud Pública, Calidad e Innovación: M^a Mercedes Vinuesa Sebastián. Directora General

SG de Calidad y Cohesión: Sonia García de San José. Subdirectora General. Yolanda Agra Varela. Jefa de Área. Inés Palanca Sánchez. Consejera Técnica. Isabel Peña-Rey Lorenzo. Consejera Técnica. Jesús Casal Gómez. Jefe de Servicio. Celia Juárez Rojo. Técnica Superior. José Rodríguez Escobar. Jefe de Servicio. Pilar Soler Crespo. Jefa de Servicio. Esther Grande López. Apoyo administrativo y logístico

SG de Información Sanitaria e Innovación: M^a Santos Ichaso Hernández-Rubio. Subdirectora Adjunta. Pedro Arias Bohigas. Consejero Técnico

SG de Promoción de la Salud y Epidemiología: Vicenta Lizarbe Alonso. Jefa de Área. Begoña Merino Merino. Consejera Técnica. María Jiménez Muñoz. Técnica Superior

Observatorio de Salud de las Mujeres: Sonia Peláez Moya. Jefa de Servicio

Dirección General de Cartera Básica de Servicios y Farmacia: Pilar Díaz de Torres. Consejera Técnica. SG de Cartera Básica de Servicios y Fondo de Cohesión. M^a Jesús Guilló Izquierdo. Subdirectora Adjunta. SG de Calidad de Medicamentos y Productos Sanitarios

Dirección General de Ordenación Profesional: Pilar Carbajo Arias. Subdirectora Adjunta. SG Ordenación Profesional

Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN): Teresa Robledo de Dios. Vocal Asesora Estrategia NAOS

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO): José M^a Alonso Seco. SG de Planificación, Ordenación y Evaluación

INGESA (Ceuta-Melilla): Francisco de Asís Jove Domínguez-Gil. Subdirector General de Asistencia Sanitaria

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y COMPETITIVIDAD

Instituto de Salud Carlos III

José Luis Monteagudo Peña. Jefe de Área de Telemedicina

Agradecimientos, por su participación en el proceso de elaboración de la Estrategia, a:

Ramón Ancochea Soto, Luis Arantón Areosa, Juan Manuel Ballesteros Arribas, Martín Caicoya Gómez-Morán, Elena M^a Calvo Valencia, Marisa Carrera Hueso, Adolfo Cestafe Martínez, Silvia Cordomí Saborit, Alfonso Delso Medinilla, Joaquim Esperalba Iglesias, María Pilar Fernández Fernández, Guillermo Ferrán Martínez, José Luis Ferrer Agualeles, Juli Fuster Culebras, José Luis Garavís González, Ana Gil Luciano, Jesús Hernández Díaz, M^a José Lasanta Sáez, Yolanda Muñoz Alonso, José Ramón Riera Velasco, Gonzalo Sánchez Sánchez, José Luis Poveda Andrés, Laura Pruneda González, Sara Pupato Ferrari, Adoración Rodríguez Castillo, Roser Romero Sodevilla, Ana Laura Santamaría Fernández, Rosario Santaolaya, María Santaolaya Cesteros, Rafael Sánchez Herrero

Nuestro especial agradecimiento a **Concha Colomer**, impulsora de la elaboración de esta Estrategia. Nos dejó en abril de 2011 cuando dábamos los primeros pasos pero tuvo tiempo para indicarnos el camino a seguir

Índice

Presentación	9
Introducción	11
Nota técnica: Descripción del documento y proceso de elaboración	17
1. Análisis de situación	18
1.1. La transición demográfica y la transición epidemiológica	18
1.2. Indicadores de salud	24
1.3. Determinantes de la salud	27
1.4. Marco para la Acción	31
2. Misión, visión, objetivos y principios rectores de la Estrategia	36
3. Desarrollo de las líneas estratégicas	40
3.1. Promoción de la salud	40
3.2. Prevención de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico	43
3.3. Continuidad asistencial	47
3.4. Reorientación de la atención sanitaria	52
3.5. Equidad en salud e igualdad de trato	56
3.6. Investigación e innovación	58
4. Plan de implementación de la Estrategia	63
5. Anexos	65
Anexo 1: Bibliografía consultada	65
Anexo 2: Índice de siglas y acrónimos	75

Presentación

En España, el aumento de la esperanza de vida, las mejoras en salud pública y atención sanitaria, así como la adopción de determinados estilos de vida han condicionado que, en la actualidad, el patrón epidemiológico dominante esté representado por las enfermedades crónicas. Dichas enfermedades son de larga duración y generalmente de progresión lenta, además conllevan una limitación en la calidad de vida de las personas afectadas y de las personas cuidadoras, son causa de mortalidad prematura y ocasionan efectos económicos importantes en las familias, las comunidades y la sociedad.

Como consecuencia de estos cambios demográficos y epidemiológicos, el Sistema Nacional de Salud ha tenido que dar respuesta a una creciente demanda de servicios y a necesidades cada vez más diversificadas, con el consecuente incremento en la actividad sanitaria y en la utilización de recursos. Sin embargo, continúa centrado fundamentalmente en la atención individual a los procesos agudos de la enfermedad, prestada de forma reactiva y fragmentada, desde un enfoque casi exclusivamente biomédico. La transformación hacia un modelo mejor preparado para afrontar la prevención y la gestión de las condiciones de salud crónicas es imprescindible si se pretende que el Sistema Nacional de Salud sea sostenible y pueda seguir cumpliendo su función social de forma satisfactoria. En este sentido, desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad se están desarrollando diferentes actuaciones orientadas a fomentar la adquisición de hábitos de vida saludables que prevengan el desarrollo y aparición de estas enfermedades.

La Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud establece objetivos y recomendaciones que permitirán orientar la organización de los servicios hacia la mejora de la salud de la población y sus determinantes, la prevención de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico y su atención integral. Ello facilitará un cambio de enfoque en el Sistema Nacional de Salud que pasará de estar centrado en la enfermedad a orientarse hacia las personas, hacia la atención de las necesidades de la población en su conjunto y de cada individuo en particular, de manera que la asistencia sanitaria resulte adecuada y eficiente, se garantice la continuidad en los cuidados, se adapte a la evolución de la enfermedad en el paciente y favorezca su autonomía personal.

Esta Estrategia no se centra en enfermedades concretas, sino que tiene en consideración todas las condiciones de salud y las limitaciones en la actividad de carácter crónico y pretende avanzar en la disminución de las desigualdades en salud abordando sus determinantes sociales. Los problemas de salud crónicos son, al mismo tiempo, causa y consecuencia de dificultades

socioeconómicas, por lo que mejorar el estado de salud de la población en su conjunto, disminuyendo las desigualdades, tiene repercusiones positivas para el desarrollo y el bienestar de toda la sociedad.

En la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, en cuya elaboración se han tenido en cuenta los planes y actuaciones llevados a cabo tanto en España como a nivel internacional, han participado representantes de sociedades científicas y representantes de asociaciones de pacientes, coordinados por Carmen Ferrer Arnedo, enfermera, Domingo Orozco Beltrán, médico de familia y Pilar Román Sánchez, médica internista. Además han participado representantes de las Consejerías con competencias en materia de Sanidad de las Comunidades Autónomas y profesionales del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Quisiera manifestar mi sincero agradecimiento a todos ellos por su dedicación y esfuerzo y felicitarles por este documento resultado del trabajo de todos. Estoy convencida de que permitirá mejorar la prevención de las enfermedades crónicas y la calidad de vida de las personas afectadas, así como de su entorno familiar y social. Este logro redundará en la equidad, la calidad, y la seguridad de la asistencia sanitaria, así como en la continuidad de cuidados y en la participación de los ciudadanos en las decisiones en su salud.

Ana Mato Adrover
Ministra de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Introducción

El Sistema Nacional de Salud (SNS) se configura como el conjunto coordinado de los servicios de salud de la Administración General del Estado y los servicios de salud de las Comunidades Autónomas (CC.AA.) que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con la ley, son responsabilidad de los poderes públicos.¹

El acceso a unos servicios sanitarios públicos, universales y gratuitos en el momento de la prestación proporciona grandes beneficios al conjunto de la sociedad y convierte al SNS en instrumento de equidad y cohesión social. La calidad y seguridad de la atención sanitaria han contribuido, por otra parte, a la progresiva mejora de todos los indicadores de salud situando a nuestro sistema sanitario entre los mejores del mundo. En el contexto de la Unión Europea (UE), la situación de España es destacable en términos de esperanza de vida y de resultados clínicos. El estado de salud percibido por los españoles es, en general, positivo y muestra un valor intermedio en el contexto europeo.²

La Sanidad es el área de mayor interés para los ciudadanos y ciudadanas españoles que conceden la mayor nota desde el año 2002 al sistema sanitario público: un 6,59 sobre 10. Un 73,1% opinan que el sistema sanitario español funciona bastante bien o bien, aunque precisaría algunos cambios. La proporción de personas que consideran que son necesarios cambios fundamentales es del 21,9% y del 4,2% la de quienes reclaman que el sistema se rehaga por completo³.

Los cambios necesarios responden principalmente a la carga de enfermedad que suponen en la actualidad las **enfermedades crónicas** y deberían orientar la organización del SNS a mejorar su prevención y a mejorar la adecuación de los servicios a las nuevas necesidades de atención. Otros cambios que interesan a las personas, como señala el Índice de Consumidores de la Sanidad Europea, estarían relacionados con el aumento de **transparencia** y de **participación social**.⁴

¹ Sistema Nacional de Salud de España 2010. Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

² Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2010. Observatorio del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

³ Barómetro Sanitario 2011. Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

⁴ Euro Health Consumer Index 2012. Health Consumer Powerhouse AB, 2012.

La organización actual de los servicios, centrados en la resolución de patologías agudas, favorece una atención episódica de los problemas de salud con un enfoque curativo, valorando poco los aspectos preventivos, la perspectiva de los cuidados y la responsabilidad de las personas sobre los mismos. Existe, además, variabilidad no justificada en la atención prestada a pacientes con características clínicas similares y se realizan intervenciones que no aportan valor en términos de mejora en los resultados de salud. La falta de coordinación entre niveles de atención sanitaria (Atención Primaria-Atención Especializada) y entre el sistema sanitario y social es uno de los principales condicionantes de la ineficiencia en la provisión, desarrollo y gestión de los recursos disponibles y conduce a que los servicios no se presten en el nivel más adecuado y por el profesional más idóneo.

Las personas con condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico son las que encuentran más dificultades para acceder y circular a través del sistema ya que no existe un adecuado ajuste entre sus necesidades y la atención que reciben, resultando especialmente inapropiada la organización de la asistencia sanitaria para el grupo de pacientes que presentan **pluripatología, comorbilidad** o se encuentran en situación de especial **complejidad**⁵. Son precisamente estos pacientes, generalmente población de mayor edad y limitación funcional, los que generan mayor demanda de atención en los diferentes ámbitos asistenciales y utilizan mayor número de recursos sanitarios y sociales.⁶

El sistema sanitario no puede ofrecer solamente un seguimiento y unos cuidados discontinuos a los pacientes con enfermedades crónicas, ligados en general a las agudizaciones o descompensaciones de sus patologías. El abordaje de la cronicidad requiere fomentar el **trabajo en equipos interdisciplinarios**, formados por los diferentes profesionales de los servicios sanitarios y sociales implicados en la atención a estos pacientes, que garanticen la **continuidad en los cuidados** con la máxima participación del paciente y de su entorno.

La mejora de la organización en el Sistema Nacional de Salud para responder al reto de la cronicidad no implica necesariamente un aumento de recursos pero sí precisa la adaptación y la optimización en la utilización de los medios ya disponibles. Para ello es necesario aumentar la responsabilidad de gestores, profesionales y de la población en general.

⁵ Si coexisten dos o más enfermedades crónicas hablaríamos de “pluripatología” y de “comorbilidad” cuando se asocia cualquier patología a una entidad nosológica principal, tanto aguda como crónica, modulando su diagnóstico y tratamiento.

Se entiende por “paciente crónico complejo” aquel que presenta mayor complejidad en su manejo al presentar necesidades cambiantes que obligan a revalorizaciones continuas y hacen necesaria la utilización ordenada de diversos niveles asistenciales y en algunos casos servicios sanitarios y sociales.

⁶ Unidad de Pacientes Pluripatológicos. Estándares y Recomendaciones. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Los gestores y administradores del sistema tienen que asegurar la utilización más eficiente y equitativa de los recursos públicos puestos a su disposición y los profesionales han de participar activamente en lograr la disminución de la variabilidad de la práctica clínica y en la búsqueda del equilibrio entre los objetivos de calidad y eficiencia del sistema.

Es preciso abordar el imprescindible cambio en la cultura de los profesionales, su sensibilización sobre la necesidad de trabajar en equipo de forma eficaz, asumiendo la especificidad de cada una de las profesiones implicadas. De igual forma han de asumir su corresponsabilidad para garantizar la sostenibilidad del sistema mejorando la calidad de la atención sanitaria a través del uso apropiado, ajustado al mejor conocimiento disponible, seguro y proporcionado, de los servicios y tecnologías sanitarias, en particular de los medicamentos.

Finalmente todas las personas, sanas y enfermas, deberían adquirir una mayor conciencia sobre su propia salud y sobre el uso que hacen del sistema sanitario. Las personas entrevistadas para el Barómetro Sanitario 2011, al responder acerca del uso que hacen los ciudadanos de los servicios y prestaciones sanitarias, un 41,2% opina que “con cierta frecuencia se utilizan innecesariamente” y un 29,6% que “existe mucho abuso”.

En los últimos años se han desarrollado distintos modelos en numerosos países con la finalidad de determinar cómo llevar a cabo el cambio en la provisión de atención sanitaria a pacientes con enfermedades crónicas, rediseñando sistemas que logren una mejor integración de servicios y la continuidad de los cuidados. Podemos distinguir entre modelos teóricos, cuyo objetivo es proponer marcos de trabajo con vocación universal o global, y modelos de provisión, cuya finalidad es establecer un enfoque práctico de como implementar los diferentes componentes de los primeros y por lo tanto, de una forma mas cercana al contexto sanitario específico en el que se va a llevar a cabo una experiencia concreta.⁷ No existe en todos los casos evidencia sobre el impacto de estos modelos en la calidad de la atención y en cada entorno se deberían adaptar los modelos según la situación de salud de la comunidad, la necesidad concreta de mejoras organizativas y las posibilidades de sostenibilidad de los modelos en el tiempo.

Independientemente de la adaptación de elementos de los diferentes modelos de provisión de cuidados crónicos, existen intervenciones organizativas prioritarias en la mejora del abordaje de la cronicidad entre las que destacamos el **fortalecimiento de los equipos de Atención Primaria** y la **reorganización de la atención**. Un elemento relevante y común a todas las intervenciones sería el **implicación de los pacientes en el cuidado de su propia salud**.

⁷ Informe “Innovación TIC para las personas mayores. Situación, requerimientos y soluciones en la atención integral de la cronicidad y la dependencia” coordinado por Carlos Hernández Salvador. Unidad de Investigación en Telemedicina y e-Salud. ISCIII. Ministerio de Economía y Competitividad. Fundación Vodafone.

La Atención Primaria (AP) es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos.⁸

Los profesionales de AP tienen un perfil definido con un campo asistencial específico que se extiende desde el individuo a la familia y la comunidad. El objeto de conocimiento se encuentra en la persona como un todo, sin fragmentación entre lo físico, lo psíquico y lo social, e integrada en el entorno familiar y social. La continuidad en la atención a la salud lleva a estos profesionales a preocuparse por sus pacientes antes de que lleguen a serlo, realizando actividades preventivas, y a permanecer a su lado cuando la medicina curativa ha agotado sus recursos proporcionando cuidados paliativos.

Todos los componentes de los equipos de AP deben asumir unos objetivos comunes y establecer entre ellos vínculos funcionales que posibiliten un desarrollo armónico y conjunto de sus tareas, basado en la división funcional del trabajo y de las responsabilidades de acuerdo con la capacitación técnica de los diferentes profesionales que lo integran y no en una línea jerárquica vertical.

En especial es preciso potenciar el papel de los **profesionales de medicina y enfermería de AP** como referentes de los pacientes con problemas de salud crónicos para el seguimiento de sus procesos y la activación de recursos.

El papel de la enfermería en el **apoyo a los autocuidados** y en el acompañamiento en el proceso de empoderamiento de las personas es incuestionable, sobre todo por su perfil clínico y de educadores con funciones de preparación y entrenamiento del paciente y las personas cuidadoras.

De igual forma, los profesionales de enfermería de Atención Primaria han de coordinar los procesos de atención de las personas que precisan **Atención Domiciliaria**, es decir, aquellas personas que no pueden acudir a un centro sanitario en demanda de servicios por razones de enfermedad, discapacidad física o psíquica, transitoria o permanente, así como por condicionantes sociofamiliares.

El domicilio es el mejor lugar donde este grupo de pacientes puede mantener el control de su cuidado y la permanencia en su entorno mejora su bienestar y calidad de vida. En estos enfermos es importante evitar las hospitalizaciones inadecuadas y los desplazamientos innecesarios a consultas de seguimiento o a servicios de urgencias, salvo en los casos de descompensaciones graves, especialmente en el caso de los pacientes en situación de final de vida.

La intervención social es clave con el fin de mantener a estos pacientes en las mejores condiciones posibles, procurándoles a ellos y a su entorno el soporte social adecuado en cada situación. Los **profesionales de Trabajo Social Sanitario** son responsables de las funciones de diagnóstico y tratamiento

⁸ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS (art. 12.1).

de la problemática social y de facilitar y coordinar el acceso a otros recursos socio-sanitarios.

Los cuidados no profesionales son fundamentales en la atención domiciliaria. Los profesionales que tienen contacto directo y frecuente con las **personas cuidadoras** de los pacientes, en su mayoría mujeres, conocen la carga de trabajo que sufren y las repercusiones que sobre su salud y sobre sus actividades laborales, económicas y sociales tiene la dedicación a los cuidados. Este conocimiento es básico para desarrollar programas de apoyo y cuidado dirigidos a las personas cuidadoras, que no deben limitarse al desarrollo de actividades informativas y de adiestramiento sobre los cuidados, sino que también han de incluir aspectos relacionados con la atención al propio cuidador, abordando sus problemas y previniendo situaciones patológicas y el riesgo de claudicación.

Respecto a la reorganización de los cuidados es básico establecer una **estratificación de la población** que permita identificar a las personas con riesgo de enfermar y predecir las necesidades de las personas que ya presentan enfermedad crónica, permitiendo optimizar los programas de prevención y atención. La segmentación de la población podrá realizarse en base a criterios de complejidad clínica combinados con criterios de utilización de recursos sanitarios y precisará ser validada por el equipo habitual de atención.

La estratificación va unida a una **valoración integral de las necesidades** médicas, de cuidados, funcionales y sociales de las personas y a la planificación de **intervenciones individualizadas** en función de dichas necesidades en las que se proponga el recurso más adecuado a la situación clínica, fase de la enfermedad y apoyo sociofamiliar existente. Asimismo se han de priorizar las intervenciones con mayor impacto en la calidad de vida, teniendo en cuenta las preferencias de los pacientes y personas cuidadoras y garantizando el seguimiento continuo y la revisión de los planes de atención.

Se trata de optimizar recursos llevando a cabo intervenciones en las que el balance coste-efectividad sea positivo por lo que es básico actuar sobre una población diana correctamente seleccionada.

Las personas sanas o con factores de riesgo conocidos para la adquisición y desarrollo de enfermedades deberán ser orientadas a la responsabilidad en su propia salud y recibir formación en actividades preventivas.

Aquellos pacientes con una enfermedad crónica deben recibir apoyo para favorecer su autogestión proponiéndose una gestión de la enfermedad en los casos de menor complejidad donde puede ser más efectiva.

En los pacientes de mayor complejidad y/o pluripatología es necesaria una gestión integral del caso en su conjunto, con cuidados fundamentalmente profesionales, dirigidos a los pacientes así como a su entorno cuidador.

La gestión de casos se lleva a cabo mediante un proceso de valoración, planificación y coordinación, facilitando la provisión, monitorización y eva-

luación de las opciones y recursos profesionales u organizativos que sean necesarios para la resolución del caso.

La identificación de un paciente como pluripatológico es un aspecto fundamental para el desarrollo de una estrategia sistemática para su atención. El hecho de que un mismo paciente tenga varios procesos crónicos refuerza la necesidad de que los profesionales tengan capacidad integradora y aptitudes para conceptualizar la complejidad y ordenar acciones clínicas. Los planes de cuidados de estos pacientes, especialmente en aquellos que presentan un deterioro funcional o cognitivo importante, deben incluir la atención de las personas cuidadoras.

Los profesionales del Sistema Nacional de Salud somos responsables de garantizar la sostenibilidad del sistema asumiendo que la calidad de la atención sanitaria supone el uso apropiado de los recursos y tecnologías sanitarias. Y no hay que olvidar que la tecnología más efectiva de la que disponemos, nuestra principal herramienta de trabajo, es la comunicación personal que favorece la relación centrada en el paciente.

Tratamos con personas, no con enfermedades. Podríamos decir que las enfermedades tienen dueños y la única manera de conocerlos es mediante una comunicación sincera y honesta, valor fundamental de la relación clínica.

La competencia en comunicación es parte de la competencia profesional ya que permite escuchar con atención, obtener y sintetizar información pertinente acerca de los problemas que aquejan a las personas y comprender el contenido de esa información. Facilita la relación con los pacientes y las personas cuidadoras, mejora incluso aspectos como la adherencia a los tratamientos prescritos y permite ayudar a los pacientes a tomar decisiones en condiciones de igualdad, aumentando con ello su satisfacción.

Mejorar la comunicación con las personas, **personalizar el trato** y **humanizar los cuidados** debería ser el hilo conductor en todas las intervenciones destinadas a mejorar el abordaje de la cronicidad.

Carmen Ferrer Arnedo
Domingo Orozco Beltrán
Pilar Román Sánchez

Nota técnica: Descripción del documento y proceso de elaboración

Este documento consta de cinco partes bien diferenciadas:

1. Análisis de situación.
2. Misión, visión, objetivos y principios rectores.
3. Desarrollo de las líneas estratégicas.
4. Plan de Implementación de la Estrategia.
5. Anexos.

El 26 de abril de 2011 y el 5 de mayo de 2011 tuvieron lugar las reuniones de constitución del Comité Institucional y del Comité Técnico de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS, respectivamente.

El **Comité Institucional** está integrado por representantes de las 17 Comunidades Autónomas, por el Instituto de Salud Carlos III, del Ministerio de Economía y Competitividad y distintos departamentos del MSSSI: Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (prestaciones sanitarias en el ámbito territorial de las Ciudades de Ceuta y Melilla), DG de Salud Pública, Calidad e Innovación, DG de Cartera Básica de Servicios y Farmacia, DG de Ordenación Profesional, Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición e Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO).

El **Comité Técnico** está integrado por representantes de 16 sociedades científicas de enfermería, medicina y pediatría de Atención Primaria, medicina interna y geriatría, farmacia, fisioterapia, psicología, trabajo social y salud pública y por representantes de 4 asociaciones de personas afectadas por problemas de salud de larga duración.

Formando parte de este comité, tres profesionales sanitarios, de enfermería, medicina de familia y medicina interna, asumen la coordinación científica de la estrategia, correspondiendo la coordinación técnica a la Subdirección General de Calidad y Cohesión del MSSSI.

A lo largo del proceso de elaboración de la Estrategia se han mantenido diversas reuniones presenciales y no presenciales con los comités y se ha utilizado una plataforma de trabajo digital. Las aportaciones de los miembros de los comités, complementadas con la consulta realizada a representantes de otras 7 sociedades científicas, han conformando este documento, revisado finalmente por cinco personas expertas de reconocido prestigio profesional.

1. Análisis de situación

1.1. La transición demográfica y la transición epidemiológica

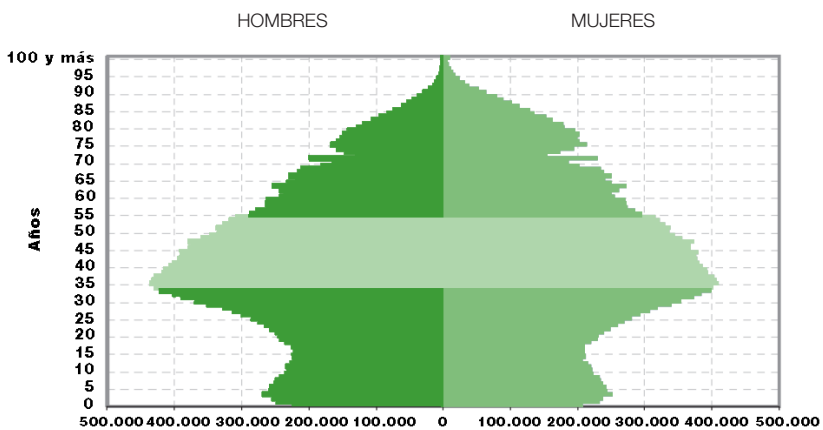
Durante el siglo XX se han producido en España dos importantes cambios desde el punto de vista de la estructura de su población y de las causas de enfermedad y muerte de la misma. Estos cambios, descritos en numerosos países, se denominan Transición Demográfica y Transición Epidemiológica, respectivamente.

La Transición Demográfica se define como el proceso de ruptura en la continuidad del curso del movimiento de la población hasta un momento determinado que explica el paso de niveles altos de mortalidad y fecundidad a niveles bajos de estas variables. En nuestro país nos encontramos en la fase tardía de esta transición caracterizada porque la tasa bruta de mortalidad es mayor que la tasa bruta de natalidad, el crecimiento natural es negativo y el crecimiento total es cercano o inferior a cero.

El descenso de la natalidad y el descenso de la mortalidad general en todos los grupos de edad han condicionado la variación de la estructura por edades de la población. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), el 1 de enero de 2011 había 8.092.853 personas mayores, el 17,2% sobre el total de la población, representando las personas de 80 y más años el 5,1% de toda la población (Gráfico 1).

Según los datos de Proyección de la población de España a Largo Plazo elaborada por el INE, las tendencias demográficas actuales llevarían a una reducción progresiva del crecimiento poblacional en las próximas décadas: el crecimiento natural de la población se haría negativo desde 2020 y la población mayor de 64 años se duplicaría en 40 años, pasando a constituir el 31,9% de la población total de España en el año 2049. Es previsible que el nivel de envejecimiento sea máximo en 2050, pudiendo duplicar los niveles de 2001, para descender ligeramente en la siguiente década.

Gráfico 1. Población española según edad y sexo, 2011.



Fuente: ABELLÁN GARCÍA, Antonio; ESPARZA CATALÁN, Cecilia (2011). "Un perfil de las personas mayores en España, 2011. Indicadores estadísticos básicos". Madrid, Informes Portal Mayores, nº 127.

El envejecimiento se traduce en una disminución de la capacidad funcional del individuo que, si bien no implica intrínsecamente enfermedad, implica una mayor vulnerabilidad a los cambios y a entornos desfavorables. A medida que las personas se van haciendo mayores, el peso de los procesos agudos sobre la morbilidad y la mortalidad va disminuyendo, de manera que los procesos crónicos son cada vez más frecuentes. En el ámbito de la protección social las consecuencias de la transición demográfica han sido el empeoramiento de la tasa de dependencia y un incremento del gasto sanitario atribuible al incremento de la población con más edad y peor salud. El ratio de dependencia (número de personas de 65 años y más, en relación a quienes tienen entre 15 y 64 años) puede superar el 50% en 2050. Por otra parte, el ratio de apoyo familiar (número de personas de 85 y más años por cada 100 personas de 45 a 65 años) ha ido aumentando progresivamente en los últimos años y se estima que seguirá haciéndolo, de manera que cada vez serán menores los recursos familiares de apoyo disponibles.

Por otra parte, conforme se han ido produciendo las modificaciones en la estructura demográfica se han modificado las causas de enfermedad y muerte en la población, contribuyendo también a este hecho cambios más amplios de carácter socioeconómico, tecnológico, político, cultural y biológico. Por todo ello, el patrón epidemiológico dominante en la actualidad está representado por las patologías crónicas, es decir, aquellas de larga duración y generalmente de progresión lenta que causan mortalidad prematura, con-

llevan una limitación en la calidad de vida de las personas afectadas y provocan efectos económicos, psicológicos y sociales importantes en las familias, las comunidades y la sociedad en general.

En España, según la Encuesta Europea de Salud (EES) 2009, el 45,6% de la población mayor de 16 años padece al menos un proceso crónico (46,5% de los hombres y el 55,8% de las mujeres) y el 22% de la población dos procesos o más, incrementándose estos porcentajes con la edad (Gráfico 2).

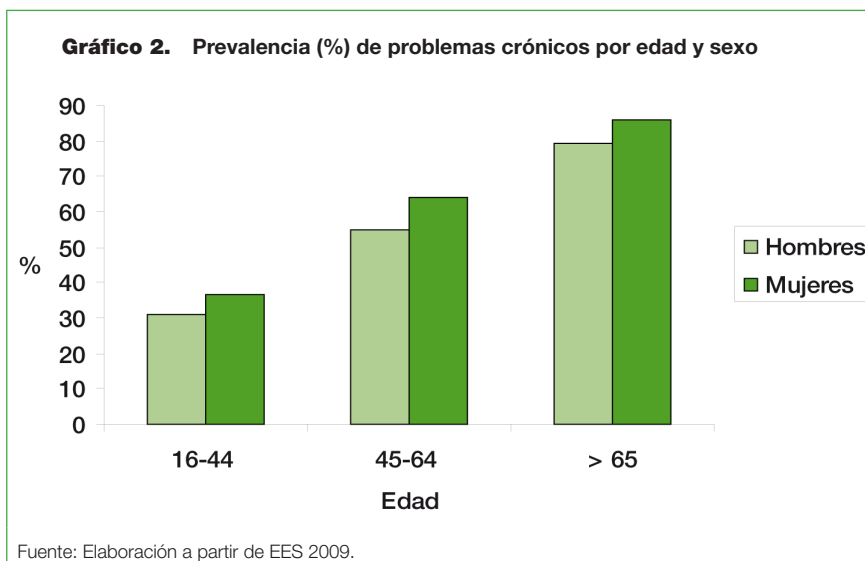
Aunque la longevidad es un factor esencial en el aumento de la cronicidad, las personas mayores no son las únicas afectadas por las enfermedades crónicas y no sería correcto por tanto asociar, sin la necesaria matización, persona con enfermedad crónica con persona mayor. Se estima que el 60% de todos los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD)⁹ atribuidos a las enfermedades crónicas lo fueron en personas menores de 60 años, existiendo suficiente evidencia del incremento de condiciones crónicas en niños, niñas y adolescentes desde 1960. Según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2006, en la población menor de 16 años, el 11,86% ha sido diagnosticado de alergia crónica, el 7% de asma, el 0,27% de diabetes, el 0,26% de tumores malignos (incluye leucemia y linfoma), el 1,09% de epilepsia, el 2,01% de trastornos de la conducta (incluye hiperactividad) y el 0,73% de trastornos mentales.

Si se considera el nivel de estudios, es muy superior el porcentaje de hombres y mujeres que sufren problemas crónicos de salud en la población con niveles de estudios más bajos.

La ENS 2006 constató que las personas entre 65 a 74 años tenían una media de 2,8 problemas o enfermedades crónicas, alcanzando un promedio de 3,23 en personas mayores de 75 años.

En Atención Primaria hasta el 40 % de los pacientes pluripatológicos presentan tres o más enfermedades crónicas, el 94% está polimedicado, el 34% presenta un Índice de Barthel menor de 60, y el 37% tiene deterioro cognitivo. La prevalencia de pluripatología se puede estimar en un 1,38 % de la población general o un 5% en mayores de 65 años de edad.

⁹ El AVAD (DALY en lengua inglesa) es una medida compuesta del estado de salud en el que se combinan el tiempo perdido por mortalidad prematura (años de vida perdidos o AVP) y el tiempo vivido con una discapacidad (años vividos con discapacidad o AVD).



Al analizar las consecuencias del envejecimiento y el aumento de la cronicidad en la utilización de servicios sanitarios, se observa que las personas que con más frecuencia acuden a consulta tienen más enfermedades y más problemas de salud que producen limitaciones en la actividad.

Se calcula que las enfermedades crónicas son la causa del 80% de las consultas de Atención Primaria. Según los datos de la EES 2009, el 47% de las personas mayores de 65 años acudió a una consulta médica en las cuatro semanas previas a la encuesta. Las mujeres realizan consultas médicas con más frecuencia que los hombres (40,9% frente al 28,6%), y esta diferencia se hace más notable en los grupos de edades intermedias. El 2,1% de la población de 16 y más años recibió atención domiciliaria prestada por un profesional de enfermería o matrona en el último año. Esta proporción alcanza el 11,7% en personas de 75 y más años, siendo mayor la proporción de mujeres en este grupo de edad.

El porcentaje de consultas motivadas por el diagnóstico de una enfermedad o problema de salud va decayendo por la edad, de modo que para los grupos de entre 65 y 74 años, y de más de 75 años, supone el 29,4 y el 28%, respectivamente, frente a una media para la población en general del 43,1%. Sin embargo las consultas por revisión de enfermedad sí se acrecientan con la edad, si bien desde los 35 años la cifra permanece bastante estable en torno al 33%, no apreciándose diferencias significativas por los dos grupos englobados en los mayores de 65 años.

Respecto a las cifras de la hospitalización en la red de centros del SNS en el año 2010 la edad media de los pacientes, de 53,9 años, se ha incrementado en casi cuatro años respecto al año 2000, reflejando un claro envejecimiento de la población hospitalizada. El 42% de las altas correspondieron a personas de 65 y más años. Excluyendo las altas relacionadas con la atención al parto, el grupo de edad de 75 y más años es el más numeroso para el total de altas y el más numeroso en varones (27,6%), seguido muy de cerca por el grupo de 45-64 (25,9%).

Respecto a la tipología de casos atendidos, clasificados a partir de los diagnósticos principales de alta correspondientes a las llamadas Categorías Diagnósticas Mayores, las enfermedades del aparato circulatorio acumulan el 12,1% de altas, seguidas por las del aparato respiratorio (11,6%), las enfermedades del aparato digestivo (10,9%) y del sistema musculoesquelético y conectivas (10,6%).

Atendiendo a la distribución del número y porcentaje de altas por capítulos de enfermedades de la Clasificación Internacional de enfermedades (CIE9MC), las enfermedades del sistema circulatorio suponen el 14,1% del total, las enfermedades del aparato digestivo el 12,1% y las enfermedades del aparato respiratorio el 11,5%. Las neoplasias agrupan casi el 10% del total de casos atendidos.

Los diagnósticos secundarios registrados con más frecuencia están referidos a enfermedades crónicas, factores de riesgo y hábitos tóxicos. La hipertensión arterial, la diabetes, el uso de medicamentos durante largo tiempo y la hiperlipidemia, están presentes en el 25%, 12%, 10% y 9% de las altas producidas, respectivamente¹⁰.

La frecuencia media de ingresos por agudización de procesos crónicos es superior a la media europea en el caso de insuficiencia cardiaca congestiva, y por debajo en el caso de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), asma y complicaciones agudas de diabetes¹¹. Según datos de calidad en la atención sanitaria recogidos en los Indicadores Clave del SNS 2011, el porcentaje de reingresos urgentes por asma en 2009 fue del 9,25% y del 11,86% el porcentaje de reingresos urgentes psiquiátricos.

En relación con la distribución de costes por grandes causas de hospitalización, clasificadas y agrupadas por capítulos de la CIE9MC, tanto el volumen de altas (14%) como en costes globales (18%), lo ocupa el capí-

¹⁰ Instituto de Información Sanitaria. La hospitalización en el Sistema Nacional de Salud CMBD-Registro de altas. Informe resumen 2010. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.

¹¹ Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2010. Observatorio del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

tulo de enfermedades del sistema circulatorio. El segundo le corresponde a las enfermedades neoplásicas que, aunque sólo reúnen un 10% de los casos, suponen casi el 15% de los costes de hospitalización merced a su alto coste medio (el mayor). En tercer y cuarto lugar están respectivamente y tanto en casos como en costes globales, las enfermedades del aparato digestivo y del aparato respiratorio, ambas con parecido número de casos, pero con diferentes costes medios (mayores costes medios para las enfermedades digestivas).

El uso de recursos hospitalarios es mayor y de mayor intensidad en la población de más edad, como muestran los indicadores de estancia media y duración media del último ingreso. En el año 2010, casi un 53% de las estancias hospitalarias (personas/camas/días) fueron registradas en mayores de 64 años. La estancia media de las personas de 65 y más años alcanzó la cifra de los 9,09 días para el año 2010, superando en casi 2 días a la obtenida por el conjunto de altas del SNS.

Los mayores de 65 años no parecen utilizar el servicio de urgencia en mayor medida que el conjunto de la población general. Sí se les practica mayor número de pruebas no urgentes y en mayor proporción que al conjunto de la población, además con mayor frecuencia, especialmente en el caso de pruebas sencillas (análisis) o de seguimiento y control de enfermedades.

Aunque los factores demográficos tienen importancia, no son el motor del aumento del gasto sanitario público ni presionan excesivamente al alza el mismo. A pesar de un consumo relativo más alto en las personas mayores, respecto a la utilización de servicios sanitarios y al consumo de medicamentos, los aspectos demográficos sólo explican una parte muy reducida del incremento del gasto sanitario público. Así, la contribución del envejecimiento al crecimiento del gasto sanitario, a diferencia de lo que puede ocurrir por ejemplo con el gasto público en pensiones, ha sido moderada y no existe evidencia de que el envejecimiento, por sí solo y como factor exógeno o inevitable, constituya una amenaza para la sostenibilidad financiera de los sistemas sanitarios públicos. Existe consenso en señalar, como principales motores del crecimiento del gasto sanitario, a los cambios tecnológicos y la prestación real media por paciente¹².

¹² Proyecciones del gasto público en sanidad y dependencia: no sólo de demografía se alimenta el crecimiento del gasto. Jaume Puig-Junoy. Gestión Clínica y Sanitaria. Volumen 8. Número 4. Invierno de 2006.

1.2. Indicadores del estado de salud

La **esperanza de vida** (EV)¹³ es la manera clásica de aproximarse al estado de salud de la población. Se trata de un indicador que refleja no sólo el nivel de salud, sino el nivel social, económico y sanitario de un lugar concreto. En España, la EV al nacer se encuentra, tanto en hombres como en mujeres, entre las más altas de la Unión Europea y alcanzó en el año 2010 los 78,9 años en hombres y 84,9 años en mujeres.

Respecto a la **mortalidad**, la continua disminución de la mortalidad por enfermedades transmisibles a lo largo del siglo XX en los países desarrollados ha motivado que las enfermedades no transmisibles y los accidentes se conviertan en las principales causas de muerte. Las 15 primeras causas de muerte en 2009 en España de acuerdo al número de defunciones fueron: 1^a) cáncer, 2^a) enfermedades del corazón, 3^a) enfermedades cerebrovasculares, 4^a) enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, 5^a) enfermedad de Alzheimer, 6^a) accidentes no intencionales, 7^a) diabetes mellitus, 8^a) neumonía e influenza, 9^o) nefritis, nefrosis y síndrome nefrótico, 10^a) enfermedad crónica del hígado y cirrosis hepática, 11^a) enfermedad hipertensiva, 12^a) suicidio, 13^a) septicemia, 14^a) enfermedad de Parkinson y 15^a) enfermedad vascular intestinal. Estas causas de muerte causaron el 77,8% del total de todas las defunciones y tres quintas partes del total de las defunciones se deben a las primeras cuatro causas de muerte¹⁴ (Gráfico 3).

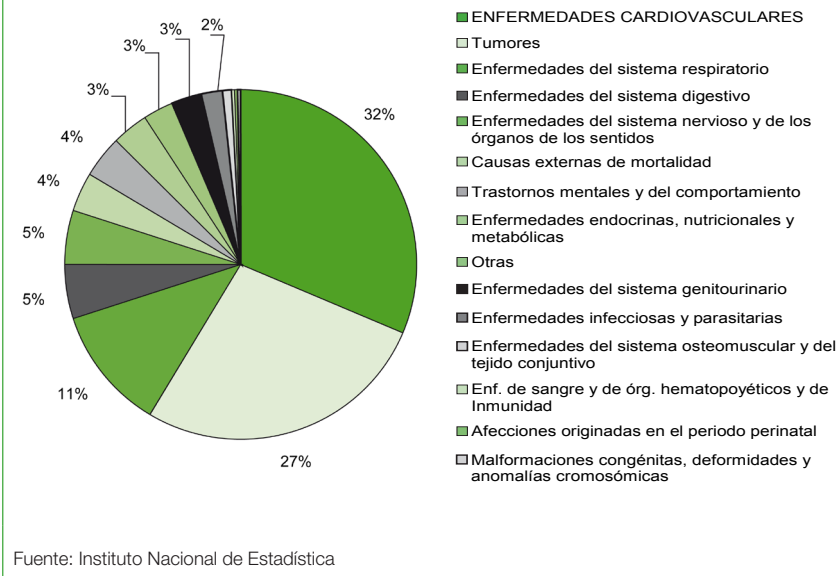
En el año 2010, la mortalidad por enfermedades cardiovasculares constituyó la primera causa de muerte en España (31,2% del total de defunciones). En las mujeres fueron la primera causa, con el 35,2% de las defunciones mientras que en los hombres fueron la segunda causa de muerte, después del cáncer, con el 27,4%. Dentro del grupo de las enfermedades cardiovasculares, las enfermedades isquémicas del corazón y las cerebrovasculares ocupan el primer y segundo lugar en número de defunciones.

Se observa una clara tendencia a la disminución de la mortalidad cardiovascular de forma paulatina en toda Europa, debido al mejor manejo agudo y post-agudo de las patologías, el mayor control de los factores de riesgo y al impulso de la promoción de la salud y los hábitos cardiosaludables. En España, la mortalidad por enfermedades cardiovasculares ha descendido de 216,9 a 149,9/100.000 habitantes, presentando en la actualidad una de las tasas más bajas de Europa.

¹³ La esperanza de vida a una edad x es el promedio del número de años que se espera que viva un individuo de esa edad x , si se mantienen las tendencias actuales en las tasas específicas de mortalidad por edad.

¹⁴ Regidor E, Gutiérrez Fisac JL. Patrones de mortalidad en España, 2009. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012.

Gráfico 3. Defunciones según causas de mortalidad en España, 2009.



El cáncer constituyó en 2010 la segunda causa de muerte en España. Los fallecimientos por tumores malignos representaron el 28% del total de muertes (33,3% en hombres y 22,3% en mujeres).

Al representar las tendencias temporales de la mortalidad por cáncer en países de la Unión Europea de los 15 y compararlos con la media europea, se observa que España permanece por debajo del conjunto de estados miembros y muestra una tendencia decreciente en la mortalidad por cáncer en consonancia con el resto de países de su entorno. Las tasas de mortalidad por cáncer han descendido en nuestro país de forma paulatina y discreta, desde los 174,3/100.000 en 1999 a los 153,2/100.000 en 2009.

Las tasas de mortalidad ajustada por edad por EPOC, por diabetes mellitus y por enfermedad crónica del hígado son de 18,70; 11,70 y 8,70 por 100.000 habitantes, respectivamente.

Entre 1981 y 2009, la tasa de mortalidad ajustada por edad presenta una tendencia descendente, excepto en la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad hipertensiva, la enfermedad vascular intestinal y la enfermedad de Parkinson. El ascenso más espectacular se ha producido en la enfermedad de Alzheimer, ya que en 1981 solo se produjeron 21 muertes por esa enfermedad, mientras que en 2009 se produjeron 11.169. Estas cifras suponen que la tasa de mortalidad ajustada por edad pasara de 0,05 por 100.000 habitantes en 1981 a 11,6 por 100.000 habitantes 2009.

En cualquier caso, aunque previsiblemente el riesgo de mortalidad por enfermedades crónicas continuará descendiendo en los países desarrollados, la carga de enfermedad que producen podría no descender de la misma forma o, incluso, mantenerse estabilizada, ya que la mayor parte de ellas se presentan en edades avanzadas y la población de estos grupos de edad está aumentando.

Por otra parte, dado que los problemas de salud de carácter crónico no se traducen en mortalidad de forma inmediata, las medidas tradicionales de mortalidad son actualmente insuficientes para evaluar el estado de salud y se hace necesario, por tanto, medir la enfermedad a través de sus consecuencias, como el impacto en la calidad de vida, la restricción de actividad o la discapacidad.

La evolución temporal ascendente de la EV no implica necesariamente que todos los años de vida en los que se incrementa este indicador sean años en buen estado de salud. En este sentido, la elaboración de índices del estado de salud de la población, como la **esperanza de vida libre de incapacidad (EVLI)**¹⁵, basada en la mortalidad y la incapacidad, permite sintetizar en una sola medida no sólo la duración sino también la calidad de la vida. Según los resultados de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía y Dependencia (EDAD), la EVLI al nacimiento en el año 2008 era de 71,3 años para los hombres y de 73,8 años para las mujeres. El número de años que viven las mujeres sin discapacidad es superior al de los hombres pero las mujeres padecen discapacidad durante más tiempo debido a su mayor esperanza de vida.

La **esperanza de vida en buena salud (EVBS)** se diferencia de la anterior en que los años de vida se ponderan por la percepción subjetiva del estado de salud de las personas, en lugar de ponderarlos por los años de discapacidad o de enfermedad crónica. Tiene la ventaja de que la información que se utiliza sobre la percepción de estado de salud es similar a lo largo del tiempo, puesto que el instrumento que se utiliza para su medida se ha mantenido estable a lo largo del tiempo. En España, en el año 2009, los hombres al nacer viven el 79,5% de sus años en condiciones de buena salud frente al 72,9% de los años en las mujeres. El mayor número de años de esperanza de vida a todas las edades de las mujeres va asociado a peores condiciones de salud que los hombres. Otro hecho relevante es que la EVBS entre 2002 y 2007 aumentó en hombres (0,9 años) pero no en mujeres, entre las que la EVBS disminuyó medio año en el periodo considerado.

La **discapacidad** es un concepto que hace referencia a un estado de pérdida de funcionalidad que tiene como consecuencia la disminución de la actividad personal y la limitación de la participación de la persona en la

¹⁵ La EVLI se define como el número medio de años que espera vivir sin discapacidad una persona a una edad determinada.

sociedad. Esta pérdida es el resultado de la combinación de diferentes factores: cambios fisiológicos relacionados con la edad, enfermedades crónicas o procesos agudos o intercurrentes. En las personas de edad más avanzada predomina la discapacidad de aparición progresiva, mientras que en los más jóvenes predomina la de aparición brusca.

Las tasas de discapacidad están aumentando a causa del envejecimiento de la población y al incremento global de los problemas crónicos de salud asociados a discapacidad. Según la EDAD en el año 2008, el 8,5 % de la población española sufría algún tipo de discapacidad, siendo mujeres el 59,8% de las personas con discapacidad.

Una persona con discapacidad puede tener dificultades para la realización de una actividad, pero no por este motivo necesitar ayuda de otra persona para su realización. De los diferentes tipos de discapacidad, son de gran relevancia los que afectan a las actividades básicas que se realizan en la vida diaria, ya que están relacionadas con la situación de **dependencia**. En este sentido, la interacción entre la persona y el medio ambiente es de gran importancia a la hora de determinar la presencia de dependencia: una persona con un determinado nivel de discapacidad puede ser autónoma en un ambiente con elementos facilitadores o bien dependiente en un ambiente en el que existen barreras.

En España, las personas dependientes suponen el 6,7% de la población total. Las mujeres representan el 34,8% de todos los dependientes y representan el 76,3% de las personas identificadas como cuidadoras principales de personas dependientes.

El perfil de persona cuidadora principal es una mujer, de entre 45 y 64 años, que reside en el mismo hogar que la persona a la que presta cuidados. La persona que fundamentalmente cuida de los hombres mayores en dependencia es su cónyuge, seguida de su hija. En el caso de las mujeres mayores que necesitan ayuda son las hijas las que fundamentalmente se hacen cargo de los cuidados, seguidas de otros familiares y amigos.

Las personas que prestan cuidados manifiestan tener dificultades para desempeñar sus tareas, viéndose además afectadas en su salud y en su vida personal.

1.3. Determinantes de la salud

Un aspecto de especial relevancia lo constituye el hecho de que las enfermedades crónicas más destacadas están relacionadas con determinantes de la salud comunes, sobre los que se puede actuar mediante medidas de promoción de la salud y actividades preventivas. Algunos de estos determinantes

son el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, una dieta inadecuada y la inactividad física. Junto a las conductas relacionadas con la salud o estilos de vida existen determinantes sociales tales como las condiciones de vida y trabajo, la educación o el nivel de ingresos, entre otros, que hacen necesaria una respuesta multisectorial para luchar contra las enfermedades crónicas.

Tabaquismo

Según la EES 2009, en España el 26,2% de la población de 16 y más años afirma fumar a diario y el 3,7% es fumador ocasional. La prevalencia del hábito tabáquico es superior en los hombres, a excepción del grupo de edad de 14-18 años en el que es más frecuente el consumo en mujeres. En hombres se observa un gradiente en el porcentaje de fumadores diario, con menor prevalencia a mayor nivel de estudios. En las mujeres no se aprecian patrones tan señalados por nivel de estudios, aunque la prevalencia es menor en aquellas que poseen un nivel de estudios más bajo.

El consumo de tabaco sigue siendo una de las causas principales de mortalidad prematura aunque muchos países de la Unión Europea han registrado avances en lo que respecta a su reducción. En 2009 se produjeron en España 108.539 defunciones relacionadas con el tabaquismo y la tasa de mortalidad ajustada por edad por estas causas de muerte experimentó, entre 2001 y 2009, una reducción del 23% hombres y del 26% en mujeres. Teniendo en cuenta la mortalidad por cáncer de pulmón, la tasa de mortalidad ajustada por edad por esta causa de muerte atribuible al tabaquismo en dicho periodo descendió un 10% en hombres, mientras que aumentó un 43% en mujeres

Alcohol

El consumo de riesgo/nocivo de alcohol es una de las primeras causas prevenibles de morbilidad y mortalidad. La Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2009 ofrece por primera vez una aproximación en relación a las personas que realizan un consumo de riesgo y pueden tener posible dependencia, al pasar el AUDIT a más de 18.000 personas que habían consumido alguna vez. Las estimaciones obtenidas son que el 7,4%, unos 2 millones de personas, son consumidores de riesgo y que un 0,3%, unas 90.000, sufren una posible dependencia.

Además, en relación con el consumo intensivo hay que señalar la tendencia ascendente de las borracheras y el porcentaje de personas con los

episodios de consumo intensivo de alcohol o “Binge Drinking”, definidos como el consumo de 6 Unidades de Bebida Estándar (UBEs) en varones y 4 UBEs o más en mujeres, concentrados en una ocasión de consumo (4-6 horas). Este tipo de consumo se realiza fundamentalmente entre jóvenes, siendo con frecuencia un grupo de riesgo que a menudo pasa desapercibido debido a la baja percepción del riesgo que se tiene de esta conducta. Destacar que, en los jóvenes, el alcohol es a menudo la puerta de entrada al consumo de otras sustancias estando presente en el 90% de los policonsumos.

El consumo de riesgo de alcohol es el tercer factor de riesgo de muerte prematura después del tabaco y la hipertensión arterial, y por delante de la hipercolesterolemia y el sobrepeso. En España el 9% de todos los años de vida potenciales perdidos, se atribuyen a dicho consumo.

En 2009 se produjeron en España 23.788 defunciones relacionadas con el consumo de alcohol, permaneciendo estabilizadas las tasa mortalidad ajustadas por edad por las causas de muerte atribuibles al consumo de alcohol.

Sobrepeso y obesidad

Por término medio en la UE, un 15,5 % de la población adulta es obesa. El índice de obesidad se ha duplicado en los últimos veinte años en la mayoría de los países de la UE de los que se dispone de datos.

Según datos de la EES 2009, más de la mitad de las personas de 18 y más años está por encima de su peso recomendado. Un 37,7% de la población mayor de 18 años tiene sobrepeso y un 16% presenta obesidad. Ambas cifras son más elevadas en hombres que en mujeres, fundamentalmente para el sobrepeso (45% en hombres y 30% en mujeres). Tanto en hombres como en mujeres, la obesidad es más frecuente a mayor edad, excepto en la población de 75 y más años.

Por nivel de estudios destaca el diferente comportamiento en hombres y mujeres. En las mujeres se presenta claramente una mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad y de ambos por separado, según disminuye el nivel de estudios alcanzado. El 25,7% de las mujeres con estudios universitarios o equivalentes está por encima de su peso, mientras que en mujeres sin estudios o con estudios primarios alcanza un 72,6%. En los hombres no se aprecia este gradiente.

El sobrepeso y la obesidad infantiles son un problema mundial en aumento. En España la obesidad en la población infantil se encuentra entre las más altas de Europa. Según datos del estudio ALADINO (Alimentación, Actividad física, Desarrollo Infantil y Obesidad), desarrollado por la AESAN durante el curso escolar 2010/2011 en 7.659 niños y niñas de 6 a 9,9 años de edad, el 44,5% presentaban exceso de peso. Tomando como referencia los estándares de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la preva-

lencia de sobrepeso en España en niños de 6 a 9,9 años ha sido del 26,7 %, mientras que la prevalencia en niñas ha sido del 25,7 %. La prevalencia de obesidad ha sido del 20,9 % en niños y del 15,5 % en niñas. La prevalencia del sobrepeso y la obesidad infantil es más elevada en niveles educativos y socioeconómicos más bajos de los progenitores o tutores.

Actividad física

Según la EES 2009 el 24,9% de la población de 16 y más años (34,4% de los hombres y 15,7% de las mujeres) realiza actividad física intensa en el trabajo o en su tiempo libre de manera habitual en los últimos siete días. El 34,5% de la población de 16 y más años (26,0% de los hombres y 42,7% de las mujeres) realiza actividad física moderada en el trabajo o en su tiempo libre de manera habitual durante los últimos 7 días. Las mujeres hacen actividad física moderada con mayor frecuencia que los hombres, que realizan más actividad intensa. La proporción de los que no hacen ejercicio físico alguno aumenta con la edad, alcanzando el 22,1% en la población de 65 y más años. La prevalencia de actividad física intensa aumenta con el nivel de estudios y es más frecuente el no realizar ninguna actividad física entre quienes tienen un menor nivel de estudios. Los niveles de actividad moderada son similares en cualquier nivel de estudios.

Riesgo de mala salud mental

La salud mental, según la OMS, es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad. La salud mental individual es determinada por múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos.

Según la ENS 2006 un 15,5% de la población de 16 años o más tiene riesgo de mala salud mental con un mayor riesgo para las mujeres que representan un 19,9% frente a un 11% de los hombres. El 11,96% de la población infantil presentó unos índices considerados de riesgo de mala salud mental, siendo éste del 12,9% en niños y del 11% en niñas.

Las personas con enfermedades crónicas tienen un mayor riesgo de presentar trastornos de salud mental que la población general, sobre todo trastornos afectivos como depresión y ansiedad. Y como resultado de estas comorbilidades, el pronóstico y la calidad de vida que experimentan pueden deteriorarse notablemente. Asimismo entre las personas con enfermedades mentales existe una alta prevalencia de condiciones crónicas.

Los factores de riesgo asociados con el suicidio en población mayor son principalmente la presencia de enfermedades crónicas asociadas, estado terminal de la enfermedad, trastornos psiquiátricos (sobre todo depresión), conflictos o estrés en las relaciones interpersonales, la soledad, el aislamiento social y el abuso de sustancias.

1.4. Marco para la Acción

Según el informe Estadísticas Sanitarias Mundiales 2012 elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), de los 57 millones de defunciones que se calcula ocurrieron en el mundo en 2008, 36 millones (63%) se debieron a enfermedades no transmisibles. Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte (48%), seguidas del cáncer (21%) y de las enfermedades respiratorias crónicas (12%). La diabetes es responsable directa del 3,5% de las defunciones debidas a enfermedades no transmisibles.

Se prevé que el número anual de defunciones debidas a enfermedades cardiovasculares aumente de 17 millones en 2008 a 25 millones en 2030, y que las debidas al cáncer asciendan de 7,6 millones a 13 millones.

Se calcula que los factores de riesgo, entre ellos, el consumo de tabaco, el sedentarismo, la dieta malsana y el uso nocivo del alcohol, son responsables de alrededor del 80% de las coronariopatías y enfermedades cerebrovasculares.

En lo que se refiere a defunciones atribuibles, a escala mundial, los principales factores de riesgo son la tensión arterial alta (a la que se atribuyen el 13% de las defunciones mundiales), el consumo de tabaco (9%), la hiperglucemia (6%), el sedentarismo (6%) y el sobrepeso o la obesidad (5%).

Las enfermedades crónicas suponen una enorme carga sobre los individuos, las familias, las comunidades y los países en su conjunto, sea cual sea su nivel de desarrollo.

En el **marco internacional**, la OMS publicó en 2005 un documento de referencia: “Preventing Chronic Diseases, a vital investment”, que instaba a que los sistemas de salud en todo el mundo diseñaran y establecieran estrategias adecuadas con medidas eficaces para hacer frente al desafío de la cronicidad, reorientando sus sistemas de atención. El objetivo propuesto es ofrecer una atención sanitaria y social integral e integrada, con una respuesta multidisciplinar a las necesidades de los pacientes en relación con la promoción y prevención de la salud, así como la atención en la fase de descompensación y la rehabilitación funcional, contribuyendo así a su recuperación. Al mismo tiempo es preciso implicar y corresponsabilizar al paciente en la gestión de su propio proceso asistencial, fomentando la participación, la educación sanitaria y la autoayuda. Todo ello debe permitir, además, me-

jorar la sostenibilidad de los sistemas sanitarios mediante el logro de importantes ahorros en términos de costes económicos, sanitarios y sociales, a través de un uso más eficiente y coste efectivo de los recursos.

En la actualidad se encuentra en desarrollo el Plan de Acción para la Implementación de la Estrategia Europea para la Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles, formulada en 2006 como respuesta a la Estrategia Mundial adoptada por la OMS en el año 2000 y el subsiguiente Plan de Acción 2008-2013.

Este Plan de Acción tiene en cuenta la Declaración de Moscú aprobada por la Asamblea Mundial de la Salud, en la resolución WHA64.11 tras la Primera Conferencia Ministerial Mundial sobre Estilos de Vida Saludables y Control de Enfermedades No Transmisibles que tuvo lugar en abril de 2011, con la participación activa de la OMS y los Estados europeos miembros de la región, entre ellos España.

En septiembre de 2011, la Asamblea General de las Naciones Unidas convocó una Reunión de Alto Nivel para abordar la prevención y el control de las Enfermedades No Transmisibles, con especial atención a los países en desarrollo. La declaración política adoptada por la Asamblea General representa un hito en la lucha mundial contra estas afecciones.

Esta declaración reconoce que las Enfermedades No Transmisibles representan uno de los principales obstáculos para el desarrollo en el siglo XXI, subraya que su magnitud esta aumentando rápidamente en los países en desarrollo, y las identifica como factores que contribuyen a la pobreza y el hambre en dichos países. La declaración expone brevemente formas de fortalecer las capacidades nacionales para hacer frente a las ENT y dar respuesta a este problema mediante la reducción de los factores de riesgo, el fortalecimiento de los sistemas de salud y la mejora del seguimiento y la evaluación. La declaración insta específicamente a la OMS a:

- crear un marco mundial de vigilancia general y preparar recomendaciones para establecer un conjunto de objetivos mundiales de aplicación voluntaria para prevenir y controlar las ENT;
- orientar a los Estados Miembros en el desarrollo de los objetivos y los indicadores nacionales;
- colaborar con el Secretario General de las Naciones Unidas en la presentación a la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2012 de un informe de las opciones para fortalecer y facilitar medidas multisectoriales a fin de prevenir y controlar las ENT por conducto de una alianza de colaboración efectiva.

En la actualidad se están elaborando el marco mundial de vigilancia, los objetivos y los indicadores, con plena participación de los Estados Miembros

de la OMS y en colaboración con otros organismos, fondos y programas del sistema de las Naciones Unidas y organizaciones internacionales conexas.

Por lo que se refiere a la **Unión Europea**, en diciembre de 2010 el Consejo de la Unión Europea (EPSCO Council) adoptó una serie de conclusiones con relación al desarrollo de planes de actuación que disminuyan el impacto de las enfermedades crónicas en Europa. Dichas conclusiones se recogen en el documento “Innovative approaches for chronic diseases in public health and healthcare Systems”, basado en la Conferencia Ministerial desarrollada el 20 de octubre de 2010 en Bruselas, y en la que participaron más de 300 expertos, representantes de numerosas instituciones internacionales vinculadas con la salud y asociaciones de pacientes, así como responsables políticos.

El Consejo Europeo sitúa a las enfermedades crónicas como una prioridad para el presente y futuro de la investigación y del diseño de programas de intervención en Europa, solicitando a los Estados miembros y a la Comisión Europea que implementen de manera urgente medidas concretas y coordinadas que permitan hacer frente a este problema.

De manera más específica, el Consejo invita a los Estados miembros a “desarrollar políticas centradas en el paciente para la promoción de la salud, la prevención primaria y secundaria, el tratamiento y la atención de las enfermedades crónicas, en cooperación con los responsables políticos y, especialmente, con las asociaciones de pacientes”, así como a identificar e intercambiar información sobre las mejores prácticas en este ámbito, y evaluar la incidencia, prevalencia y el impacto de este conjunto de enfermedades.

Además invita a los Estados miembros y a la Comisión Europea a iniciar un proceso de reflexión y de diálogo con las partes interesadas (pacientes, profesionales, responsables sanitarios, etc.), con el objetivo de optimizar las respuestas de los gobiernos al problema de las enfermedades crónicas, a través principalmente de las siguientes áreas de actuación:

- Promoción de la salud y prevención de las enfermedades crónicas: lo que supone el desarrollo de programas de prevención eficaces, integrar la educación en salud en los centros escolares, evaluar los costes/beneficios de los programas de prevención y promoción de la salud, apoyar la detección temprana y la evaluación de los factores de riesgo para las enfermedades crónicas, etc.
- Atención sanitaria: identificar e intercambiar buenas prácticas que permitan que los pacientes con enfermedades crónicas maximicen su autonomía y calidad de vida, desarrollar programas proactivos de intervención temprana, facilitar el acceso a la atención sanitaria de estos pacientes, implementar modelos de atención sanitaria a enfermedades crónicas (especialmente en los niveles de atención primaria y comunitaria), etc.

- Investigación en el campo de las enfermedades crónicas, con relación a los programas de prevención y de atención temprana, con el objetivo de mejorar las estrategias y recursos para que se fomente un envejecimiento activo y saludable.
- Recogida de información a nivel europeo que permita comparar los datos de incidencia y prevalencia, así como los factores de riesgo y las consecuencias derivadas de las enfermedades crónicas, etc.

La adopción de estas conclusiones supone un importante paso para el desarrollo de las políticas sanitarias de los Estados miembros, ya que las enfermedades crónicas comparten factores de riesgo prevenibles y relacionados con los hábitos y estilos de vida, como el consumo de tabaco, una dieta poco saludable, la falta de actividad física y el consumo excesivo de alcohol. Se da la circunstancia, además, de que la gran mayoría de estas enfermedades puede prevenirse o tratarse mediante intervenciones de bajo coste, alto impacto y basadas en la evidencia científica. La inversión en estas líneas de actuación, particularmente en aquellas asociadas a la prevención primaria, representa un gran ahorro en términos de costes sanitarios y económicos.

En **España**, desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad se han desarrollado, enmarcadas en el Plan de Calidad para el SNS, estrategias para la atención a algunas de las enfermedades con mayor carga de enfermedad: cáncer, cardiopatía isquémica, ictus, diabetes mellitus, salud mental, cuidados paliativos, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfermedades raras.

De igual forma, se han elaborado estándares y recomendaciones en distintas áreas de atención de pacientes con enfermedades crónicas, entre otras, la Unidad de Pacientes Pluripatológicos y Unidades de Tratamiento del Dolor.

Además de las Estrategias desarrolladas hasta la fecha, el Plan de Calidad 2010 señala la identificación de nuevas necesidades, tanto de grupos de enfermedades a abordar como de aspectos comunes a algunas de ellas, que se beneficiarían de acciones estratégicas transversales como es el caso de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS.

La elaboración de esta estrategia se incluyó en las medidas, acordadas el 18 de marzo de 2010 por el Pleno extraordinario del Consejo Interterritorial del SNS, para afrontar de manera adecuada la sostenibilidad de nuestro sistema sanitario, reforzando la calidad, la equidad y la cohesión por una parte y optimizando el uso de los recursos por otra.

Para dar respuesta al reto que supone la atención de las enfermedades crónicas, los países desarrollados han introducido en las últimas décadas dis-

tintos modelos organizativos y de gestión. En España tal respuesta ha sido diversa, habiendo adoptado la administración central y los distintos servicios de salud de las comunidades autónomas distintas soluciones adaptadas al marco sociodemográfico, los recursos asistenciales y de la relación de éstos (en términos de integración o coordinación) con los servicios sociales.

Todas las CC.AA. hacen referencia en sus planes estratégicos al abordaje de la cronicidad, han implantado proyectos o programas para la atención de personas con patologías crónicas o están desarrollando estrategias de atención coordinada a pacientes con enfermedades crónicas, pero es preciso destacar entre todas estas actuaciones, por su especificidad y grado de desarrollo, la Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi, el Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas (2012-2016), el Programa de Prevención y Atención a la Cronicidad de Cataluña y el Plan de atención a pacientes con enfermedades crónicas de la Comunidad Valenciana.

Las recomendaciones contenidas en esta estrategia vendrán a complementar y potenciar las iniciativas que ya están desarrollando las Comunidades Autónomas mediante estrategias, planes o programas de atención a las enfermedades crónicas y conformarán un marco general de cohesión que oriente, en torno a objetivos comunes a todo el SNS, los cambios a desarrollar por las Comunidades Autónomas para abordar la prevención de las enfermedades crónicas y garantizar que las personas con problemas de salud crónicos tengan la misma atención en todo el territorio español.

2. Misión, visión, objetivos y principios rectores de la Estrategia

Misión

Establecer un conjunto de objetivos y recomendaciones para el Sistema Nacional de Salud que permitan orientar la organización de los servicios hacia la mejora de la salud de la población y sus determinantes, la prevención de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico¹⁶ y su atención integral.

Visión

Adaptar el Sistema Nacional de Salud para poder responder a los cambios en las necesidades de atención sanitaria y sociosanitaria que ocasionan el envejecimiento de la población y el incremento de la cronificación de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad, garantizando la calidad, la seguridad, la continuidad en los cuidados, la equidad y la participación social.

Objetivos generales

Disminuir la prevalencia de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico, reducir la mortalidad prematura de las personas que ya presentan alguna de estas condiciones, prevenir el deterioro de la ca-

¹⁶ Según la Clasificación Internacional sobre el Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), condición de salud es un término genérico que incluye enfermedad (aguda o crónica), trastorno, traumatismo y lesión.

Limitaciones en la actividad son las dificultades que un individuo puede tener para realizar actividades. Una "limitación en la actividad" abarca desde una desviación leve hasta una grave en términos de cantidad o calidad, en la realización de la actividad, comparándola con la manera, extensión o intensidad en que se espera que la realizaría una persona sin esa condición de salud.

Las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico son aquellas de previsible larga duración y generalmente de progresión lenta que se suelen asociar a distintos grados de discapacidad o de dependencia, de forma temporal o permanente, y repercuten en la calidad de vida de las personas afectadas y de las personas cuidadoras.

pacidad funcional y las complicaciones asociadas a cada proceso y mejorar su calidad de vida y la de las personas cuidadoras.

Principios rectores

- Las personas, tanto en su esfera individual como social, son el centro del Sistema Nacional de Salud: La atención centrada en las personas exige que los sistemas sanitarios pasen de estar enfocados hacia la enfermedad, de forma reactiva, a orientarse hacia la atención proactiva de las necesidades de la población en su conjunto y de cada individuo en particular.
Las personas de todas las edades que se encuentren en cualquier punto del proceso salud-enfermedad y las personas cuidadoras se incorporarán en las estrategias de prevención y mejora en la atención de las condiciones de salud y las limitaciones en la actividad de carácter crónico.
- El abordaje de la cronicidad ha de tener un enfoque de salud poblacional: El enfoque poblacional supone que la estrategia de abordaje de la cronicidad está diseñada para mejorar la salud de toda la población (personas sanas y personas enfermas) abordando un amplio rango de determinantes sociales de la salud.
El enfoque poblacional reconoce la diversidad del ser humano como centro de sus vivencias particulares y colectivas y orienta las políticas y las acciones que, desde los distintos sectores e instituciones, se formulan y desarrollan para la mejora de la calidad de vida de las personas. Son principios orientadores del enfoque poblacional el reconocimiento de diferencias y diversidades, la equidad, la justicia social, la inclusión social y la interculturalidad.
- Consideración de la perspectiva del ciclo de vida y de los determinantes sociales de la salud: En el abordaje de los problemas de salud crónicos es importante considerar la perspectiva del ciclo de vida para reconocer los determinantes sociales de la salud que actúan a lo largo de todas las etapas del desarrollo (etapa prenatal, infancia, niñez, adolescencia, juventud, edad adulta y ancianidad) y para potenciar en cada una de ellas la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y un acceso adecuado a los servicios sanitarios y sociales, priorizando a los grupos más vulnerables y desfavorecidos, fortaleciendo la colaboración intersectorial en sa-

lud con el fin de lograr resultados favorables en la salud, el bienestar y la calidad de vida de las personas.

- Consideración de todas las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico: En el ámbito internacional, las estrategias encaminadas a la prevención y control de las enfermedades crónicas centran su atención en aquellas más prevalentes y que causan mayor mortalidad como son las enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, el cáncer, la diabetes y los problemas de salud mental.
Pero la mejora en el abordaje de la cronicidad exige tener en cuenta además aquellas condiciones de salud que, si bien de forma aislada pueden no ser muy frecuentes o tener menor impacto en términos de morbilidad y mortalidad, repercuten de manera importante en la calidad de vida de las personas afectadas y de las personas de su entorno.
- La Atención Primaria es el eje de la atención al paciente con condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico: Todos los profesionales del Sistema Nacional de Salud han de implicarse y trabajar en la mejora del abordaje integrado de la cronicidad, siendo preciso impulsar el papel de los equipos de atención primaria y en particular de los profesionales de medicina de familia, pediatría y enfermería, como coordinadores de los procesos de atención sanitaria relacionados con la cronicidad.
- Continuidad asistencial: En la actualidad, la fragmentación entre los diferentes niveles o ámbitos asistenciales de los servicios sanitarios y la mejorable coordinación entre éstos y los servicios sociales dificulta la óptima atención a las personas con condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico. Es necesario, por ello, desarrollar instrumentos y cauces de coordinación entre los servicios sanitarios y los servicios sociales con el objetivo de lograr, de forma progresiva, una atención integral de los problemas crónicos de salud.
Es preciso reorientar los circuitos de trabajo y dinámicas de tránsito del paciente, dependiendo la consecución de los objetivos de continuidad asistencial del grado de coordinación efectiva que se consiga entre los distintos ámbitos de atención y dentro de los mismos. Dicha coordinación requiere mejorar el intercambio de información, acordar y establecer el ejercicio de las competencias de cada profesional de manera diferencial y optimizar y comple-

mentar las intervenciones sin que se produzcan duplicidades de servicios para maximizar los resultados en salud.

- Los profesionales del Sistema Nacional de Salud han de compartir con toda la ciudadanía la responsabilidad en los cuidados de salud y en la utilización adecuada de los servicios sanitarios y sociales. Para lograr este objetivo es preciso promover actuaciones encaminadas a sensibilizar a los profesionales y a la población, garantizando que las personas cuenten con la información adecuada y suficiente que les permita tener una actitud activa y de compromiso con su autocuidado, haciéndoles partícipes en la toma de decisiones sobre su salud.

3. Desarrollo de las líneas estratégicas

3.1. Promoción de la salud

La promoción de la salud constituye un proceso político y social global que abarca, no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos para incrementar el control sobre su salud y mejorarla, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual.

Las áreas de acción que propone la Carta de Ottawa¹⁷ para la promoción de la salud son:

- Incorporar la salud como eje transversal en todas las políticas públicas, teniendo como objetivo la ganancia en salud, potenciando las fortalezas individuales y comunitarias a favor de la salud y evitando las condiciones o procesos que influyen negativamente en ella.
- Crear entornos que protejan y favorezcan la salud en todos los ámbitos vitales.
- Reforzar la acción comunitaria y potenciar la participación de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud.
- Fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos y las comunidades en términos de información y educación para la salud, con la finalidad de aumentar su capacidad para ejercer un mayor control sobre su salud.
- Reorientar los servicios sanitarios hacia la promoción de la salud y la equidad.

Una gran parte de las condiciones de salud crónicas y de sus factores de riesgo pueden ser prevenidas. En este sentido, la promoción de estilos de vida saludables es una línea de acción esencial para la mejora de la salud de la población que implica acciones dirigidas a modificar las condiciones personales, sociales, ambientales y económicas en las que se vive. Cabe destacar la importancia de la infancia y la adolescencia como periodos críticos

¹⁷ Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa. Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Ottawa. Canadá, 17-21 de noviembre de 1986. Ontario: OMS; 1986.

para el desarrollo del individuo, la educación y la adopción de estilos de vida saludables, especialmente en lo referente a alimentación y a la realización de actividad física.

La participación social es también un medio y un instrumento necesario para mejorar la salud de la población y aumentar la capacidad de intervención sobre los determinantes sociales de la salud. Facilitar la participación de las comunidades y de la sociedad civil en el diseño de las políticas públicas, en el seguimiento de su implantación y en su evaluación es esencial para fortalecer la sostenibilidad de las intervenciones y para asegurar que las mismas responden a las necesidades de la población.

Dado que la salud está condicionada por factores sociales, económicos y ambientales, entre otros, el trabajo intersectorial del sector salud con otros sectores es un elemento clave para la mejora de la salud de la población. Actualmente, se desarrolla a través del principio “Salud en Todas las Políticas”¹⁸.

Objetivo 1

Favorecer el enfoque intersectorial en la promoción de la salud a través del principio “Salud en Todas las Políticas”.

Recomendaciones

- 1 Establecer mecanismos de colaboración entre el sector sanitario y otros sectores y organizaciones sociales con el fin de promover entornos y recursos comunitarios que faciliten la adopción de estilos de vida saludables, prestando especial atención a las poblaciones más vulnerables y desfavorecidas.
- 2 Promover la colaboración con otros sectores y profesionales, en los niveles nacional, autonómico y local, en el establecimiento de políticas, planes y programas coordinados para el desarrollo de intervenciones eficientes con recursos procedentes tanto de ámbitos públicos como de instituciones privadas.
- 3 Desarrollar de manera específica, en el ámbito local, actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que sean realizadas conjuntamente por diversos profesionales sanitarios, im-

¹⁸ Declaración de Adelaida sobre la Salud en Todas las Políticas, OMS, Gobierno de Australia Meridional, Adelaida 2010.

plicando en particular a los profesionales de Atención Primaria y de los servicios de Salud Pública.

- 4 Impulsar acciones de colaboración del sector sanitario y social con el sector laboral para la promoción de entornos de trabajo saludables, la prevención de condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico y la adaptación de los puestos de trabajo con el fin de facilitar la actividad laboral de las personas afectadas.

Objetivo 2

Facilitar la participación social en la priorización, desarrollo, seguimiento y evaluación de las políticas sanitarias relativas al abordaje de la cronicidad.

Recomendaciones

- 5 Potenciar la creación y el desarrollo de los Consejos de Salud y otros órganos de participación como mecanismos de interacción de la participación comunitaria en torno a la salud con la acción intersectorial expresa a favor de la mejora de la salud y la calidad de vida de la población.
- 6 Establecer cauces formales de participación que garanticen el trabajo compartido por el sistema sanitario y social con asociaciones de cuidadores y pacientes afectados por problemas de salud crónicos.
- 7 Impulsar los programas de voluntariado, tanto en el domicilio como en los centros asistenciales, que faciliten la participación de la comunidad en el proceso de apoyo a las personas con enfermedades crónicas y personas cuidadoras.

Objetivo 3

Impulsar y reforzar la capacitación¹⁹ de las personas y de la comunidad para promover la autonomía²⁰, el autocuidado²¹ y los estilos de vida saludables.

¹⁹ Capacitación: proceso planificado, sistemático y organizado que busca modificar, mejorar y ampliar los conocimientos, habilidades y actitudes.

²⁰ Autonomía: capacidad física e intelectual de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma.

²¹ Autocuidado: práctica de actividades que los individuos inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, salud y bienestar.

Recomendaciones

- 8 Desarrollar la colaboración de los sistemas sanitario y social con el sistema educativo, implicando a las familias y al profesorado en el diseño, realización, seguimiento y evaluación de intervenciones de promoción de la salud en la infancia y adolescencia.
- 9 Fomentar actuaciones específicas en la comunidad encaminadas a lograr un envejecimiento activo y saludable.
- 10 Garantizar a la población información de calidad, veraz y no sesgada, sobre la salud en general y, en particular, sobre los aspectos relacionados con la promoción de la salud, la prevención y tratamiento de las condiciones de salud de carácter crónico, fomentando la cultura de desmedicalización de la salud y los cuidados.
- 11 Impulsar las intervenciones de educación para la salud que han demostrado su efectividad y en las que participan de forma activa las propias personas afectadas por problemas de salud de larga duración y las personas cuidadoras, con especial atención al autocuidado.
- 12 Facilitar mecanismos para el ejercicio del derecho de los pacientes a recibir información suficiente, comprensible y adaptada a sus necesidades, de acuerdo a modelos y principios de alfabetización sanitaria, así como promover su participación activa en los procesos de toma de decisiones sobre cualquier acto relativo a su salud.
- 13 Fomentar la participación de niños, niñas y adolescentes, su desarrollo y capacidad de decisión en las acciones dirigidas a conocer su salud, necesidades y problemas, y a la hora de planificar, implementar y evaluar su atención.
- 14 Potenciar la creación y el impulso de iniciativas y experiencias de escuelas de pacientes, programas de paciente activo y programas de paciente experto, escuelas de cuidadores, redes de cuidadores profesionales y no profesionales y otras fórmulas de apoyo al autocuidado.

3.2. Prevención de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico

La prevención tiene por objeto reducir la incidencia y la prevalencia de ciertas enfermedades, lesiones y discapacidades en la población y atenuar o eliminar, en la medida de lo posible, sus consecuencias negativas mediante acciones dirigidas a tal fin. Las acciones preventivas se dirigirán hacia los determinantes de la salud, entendiendo por tales los factores sociales,

económicos, laborales, culturales, alimentarios, biológicos y ambientales, que influyen en la salud de las personas.

Existen tres niveles de prevención dependiendo de la fase del desarrollo de la enfermedad en que se actúe.

La prevención primaria, que incorpora acciones tanto de protección como de promoción de la salud, va dirigida a evitar la aparición de la enfermedad mediante el abordaje de los determinantes de la salud. Este tipo de prevención debe fomentarse en el marco de esta estrategia para el abordaje de la cronicidad ya que es la que más asegurará la disminución de la mortalidad prematura en generaciones futuras; entre estas acciones se encontraría el fomento de la actividad física y la alimentación saludable y las políticas sobre tabaquismo y consumo nocivo de alcohol.

La prevención secundaria actúa en la fase presintomática: la enfermedad ya existe aunque la persona que la padece lo desconozca porque no han aparecido síntomas perceptibles y no se haya diagnosticado clínicamente. Sería el caso de los programas de detección, diagnóstico y tratamiento temprano de la enfermedad.

La prevención terciaria retrasa la progresión de la condición crónica y previene la discapacidad causada por ella, una vez que ésta se ha establecido y ha sido diagnosticada.

Las enfermedades crónicas son, en gran medida, prevenibles y generan una gran cantidad de costes económicos y sociales por lo que su abordaje constituye una importante responsabilidad social y política por parte de los poderes públicos. Sin embargo, para abordar eficazmente la amplia gama de determinantes de la salud asociados a la cronicidad, es necesario ir más allá del ámbito sanitario y adoptar un enfoque transversal en su prevención que integre la salud en otros ámbitos como la educación, los servicios sociales, el entorno laboral, el medio ambiente, la investigación y otros.

Objetivo 4

Disminuir la prevalencia de los factores de riesgo que determinan la aparición o evolución de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico: tabaquismo, consumo nocivo de alcohol, inactividad física, alimentación no saludable y otros.

Recomendaciones

- 15 Incorporar de forma efectiva e integrada las intervenciones de promoción de la salud y las actividades preventivas en todos los

ámbitos y etapas de la vida de las personas, con especial énfasis en la infancia y la vejez.

- 16 Analizar y monitorizar los factores de riesgo que influyen en las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico, teniendo en cuenta los determinantes sociales de la salud.

Objetivo 5

Disminuir las lesiones y accidentes como causantes de condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico.

Recomendaciones

- 17 Impulsar políticas y realizar actuaciones encaminadas a la prevención de lesiones y accidentes: infantiles, domésticos, laborales, deportivos, de tráfico y las caídas en personas mayores.
- 18 Analizar y monitorizar la información relacionada con las lesiones y accidentes, con objeto de fundamentar adecuadamente las actuaciones de salud pública.

Objetivo 6

Detectar, diagnosticar y tratar precozmente las condiciones de salud y limitaciones de la actividad de carácter crónico.

Recomendaciones

- 19 Promover que la detección precoz de las enfermedades, trastornos o situaciones de riesgo y la detección precoz de la discapacidad asociada a enfermedad crónica sean implantadas con la máxima calidad y la mayor accesibilidad posible a la población. Los programas de cribado poblacional dirigidos a la detección precoz de enfermedades se adecuarán a lo dispuesto en la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.
- 20 Promover, cuando esté indicado, el diagnóstico y tratamiento tempranos basados en la mejor evidencia científica disponible.

- 21 Fomentar el desarrollo de los programas de Atención Temprana²² por equipos interdisciplinares, en supuestos de discapacidad, dependencia o trastornos en el desarrollo.

Objetivo 7

Prevenir, en los pacientes con condiciones de salud crónicas, la pérdida funcional, las complicaciones asociadas a su enfermedad y la aparición de nuevas enfermedades.

Recomendaciones

- 22 Establecer programas que fomenten el mantenimiento de la capacidad funcional de las personas apoyados por profesionales que actúen como educadores/entrenadores en estrategias de autocuidado.
- 23 Potenciar en especial la participación de los fisioterapeutas en los programas de promoción de la actividad física, formación para los autocuidados y prevención del deterioro funcional.
- 24 Garantizar una adecuada atención a los aspectos psicológicos y emocionales de las personas con enfermedades crónicas que permita la aceptación, adaptación, modificación de estilos de vida y adherencia al tratamiento y garantizar, cuando se considere necesario, el acceso a atención psicológica especializada.
- 25 Realizar actuaciones específicas dirigidas a las personas cuidadoras encaminadas a la prevención del impacto negativo sobre la salud física y mental y sobre el bienestar que pueda conllevar el cuidado de personas en situación de dependencia.
- 26 Facilitar el desarrollo de las funciones de los trabajadores sociales sanitarios en lo referente a la detección e intervención sobre los factores de riesgo social que influyen negativamente en el estado de salud de los pacientes con enfermedades crónicas.

²² El Libro Blanco de la Atención Temprana (Real Patronato sobre Discapacidad, 2005: Libro Blanco de la Atención Temprana. Grupo de Atención Temprana. 3ª edición) define ésta como “el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del niño, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar o transdisciplinar”.

3.3. Continuidad asistencial

La coordinación asistencial puede definirse como la concertación de todos los servicios relacionados con la atención a la salud, con independencia del lugar donde se reciban, de manera que se sincronicen y se alcance un objetivo común sin que se produzcan conflictos. Cuando la coordinación alcanza su grado máximo, la atención se considera integrada.

La continuidad asistencial, por su parte, es el resultado de la coordinación desde la perspectiva del paciente y se define como el grado de coherencia y unión de las experiencias en la atención que percibe el paciente a lo largo del tiempo.

Se describen tres tipos de continuidad asistencial: 1) de información, es decir, la percepción del usuario de que los proveedores disponen y utilizan la información de episodios anteriores para dar una atención apropiada a sus necesidades actuales; 2) de relación, que es la percepción del paciente sobre la relación que establece a lo largo del tiempo con uno o más proveedores y 3) de gestión o provisión de los diferentes tipos de atención sanitaria, de manera que se complementen entre sí y no se dupliquen.

Tras el diagnóstico de una condición crónica de salud comienza un proceso de atención que precisa estar bien planificado y organizado para atender tanto las necesidades de los pacientes como la atención a las personas cuidadoras, de acuerdo a unos determinados estándares de calidad y evitando la fragmentación de los cuidados, principalmente en situaciones de cambio de nivel asistencial.

En la actualidad, la necesidad de mejorar todos los aspectos de la continuidad asistencial condiciona la atención a las personas con condiciones crónicas de salud, sobre todo en el caso de personas que se encuentran en situación de dependencia, siendo necesario desarrollar instrumentos y cauces de coordinación entre los distintos niveles de atención sanitaria y los servicios sociales con el objetivo de lograr, de forma progresiva, una atención integral a los problemas de salud. A este respecto es preciso destacar que los trabajadores sociales sanitarios constituyen el nexo de unión entre los servicios sociales y sanitarios que propicia una atención social compartida, potenciando el enfoque y la participación comunitaria.

La atención domiciliaria debe potenciarse para garantizar la continuidad en el proceso de cuidados y la respuesta efectiva a las necesidades sociosanitarias que puedan presentar los pacientes y resulta esencial hacer desaparecer en el plano funcional la separación estructural entre Atención Primaria y Atención Especializada, procurando que toda la atención sea compartida y garantizando que se reciben los servicios necesarios, en el momento y lugar adecuados y durante el tiempo preciso, evitando duplicidades en las intervenciones y maximizando los resultados en salud.

Por otra parte es imprescindible eliminar la actual rigidez en los roles profesionales y organizar los recursos en relación a perfiles profesionales idóneos para dar respuesta a las necesidades específicas de las personas.

Los profesionales de las áreas sanitarias deben coordinarse además con otros agentes de salud como los farmacéuticos comunitarios cuya posición es ideal para proporcionar una unión entre el prescriptor y el paciente y para comunicar información sobre salud y medicamentos a la población. Su papel ha evolucionado en las últimas décadas desde elaborador y dispensador de fármacos hacia proveedor de servicios y de información y, últimamente, proveedor de cuidados de salud, contribuyendo a mejorar el acceso a la atención sanitaria, la promoción de la salud y el uso de los medicamentos²³.

Por otra parte, la comunicación adecuada entre los propios profesionales y de éstos con el paciente favorecerá una atención más integral e integrada, más segura, más coste-efectiva y de mayor calidad.

Las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) tienen un importante papel en la interacción entre los distintos ámbitos de atención, facilitando y reestructurando la comunicación e intercambio de información a través de cinco funciones clave: recopilación y uso compartido de la información clínica, provisión de soporte a la decisión clínica, mejora de la seguridad clínica, enriquecimiento de las interacciones profesional-usuario y capacitación de las personas.

Especial relevancia cobra la implantación de la Historia Clínica Electrónica compartida que supone incorporar las TIC en el núcleo de la actividad sanitaria y que permitirá que toda aquella información clínica, básica y fundamental para una atención sanitaria y social de calidad, esté disponible para los profesionales que deben prestar dicha atención.

Objetivo 8

Garantizar la atención a las personas en el sistema y ámbito más adecuado y por los profesionales que mejor puedan dar respuesta a sus necesidades, fomentando el trabajo en equipos interdisciplinarios y definiendo, de forma flexible y polivalente, las competencias y responsabilidades de todos los profesionales implicados en el abordaje de la cronicidad.

²³ Desarrollo de la práctica de farmacia centrada en la atención del paciente. FIP/OMS. 2006.

Recomendaciones

- 27 Proporcionar al ámbito de Atención Primaria la adaptación organizativa y los recursos materiales y humanos necesarios para coordinar los procesos relacionados con la cronicidad y poder prestar una mayor dedicación al desarrollo de actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y atención continuada a pacientes con condiciones crónicas de salud.
- 28 Establecer medidas que permitan mejorar la capacidad resolutive de los profesionales de Atención Primaria.
- 29 Promover la implicación activa de las alternativas a la hospitalización convencional (unidades de diagnóstico, hospitalización a domicilio, hospital de día, hospitalización de corta estancia, hospitales de subagudos, atención en residencias de personas mayores y otros recursos sociosanitarios), allá donde ya existan o donde se desarrollen ex novo, en la asistencia integral a la cronicidad.
- 30 Reorientar el desarrollo integrado de la atención domiciliaria para mejorar el mantenimiento de las personas en su entorno de manera segura, potenciando la actuación de los profesionales de enfermería de Atención Primaria.
- 31 Garantizar la atención 7x24 (7 días a la semana, 24 horas al día) a todos los pacientes, con resolución proactiva especialmente en el caso de pacientes con pluripatología o especial complejidad y/o en situación paliativa.
- 32 Favorecer la implantación de sistemas organizativos de atención que permitan consultas y revisiones no presenciales por parte de los pacientes y de las personas cuidadoras mediante el uso de las tecnologías de la información y la comunicación.
- 33 Potenciar las actuaciones de los profesionales de enfermería en la atención a los procesos crónicos, orientando su responsabilidad en especial en el rol de educadores/entrenadores en autocuidados, en el rol de gestores de casos en pacientes con condiciones de especial complejidad y en el rol de profesionales de enlace²⁴ para mejorar la transición entre ámbitos y unidades de atención.

²⁴ Los dispositivos de enlace, generalmente superpuestos a estructuras funcionales que agrupan las actividades asistenciales por especialidades y niveles, mejoran la coordinación asistencial cuando actúan de conector entre profesionales que desempeñan funciones distintas dentro del mismo proceso asistencial. Su efectividad para la coordinación de la atención depende de la importancia que le atribuye el resto de la organización, así como de su capacidad para integrarse en los procesos de decisión cotidianos y del acceso a la información relevante sobre el proceso asistencial.

- 34 Facilitar la incorporación de los fisioterapeutas de Atención Primaria en los programas de prevención, atención domiciliaria, formación de pacientes y personas cuidadoras.
- 35 Establecer medidas que garanticen que los profesionales de Trabajo Social Sanitario pueden desarrollar sus funciones de prevención y promoción de la salud, valoración de las necesidades sociales de pacientes y personas cuidadoras, planificación de la intervención social y optimización de recursos, en los niveles individual, familiar, grupal y comunitario.
- 36 Potenciar el papel de los profesionales de las unidades de atención al usuario, unidades de admisión y unidades administrativas, como transmisores de información y asesoramiento a la población respecto al funcionamiento de los servicios sanitarios y sociales.
- 37 Garantizar la identificación y la comunicación a los pacientes y personas cuidadoras del profesional referente que actuará como coordinador de su proceso de atención.

Objetivo 9

Garantizar la continuidad de los cuidados en la atención sanitaria, evitando la duplicidad de intervenciones y facilitando la transición entre niveles asistenciales.

Recomendaciones

- 38 Implantar la Historia Clínica Electrónica compartida.
- 39 Establecer objetivos e indicadores comunes y compartidos por los distintos ámbitos asistenciales, relacionados con la gestión y mejora del proceso de atención.
- 40 Sistematizar los modelos de evaluación y potenciar el desarrollo de cuadros de mando accesibles a todos los profesionales para favorecer la gestión y mejora de los resultados de sus intervenciones.
- 41 Promover mecanismos de información y comunicación, presencial y no presencial, entre los profesionales de un mismo ámbito y entre los profesionales de distintos ámbitos de atención sanitaria.
- 42 Favorecer la gestión por procesos asistenciales integrados y/o la definición de rutas asistenciales para las distintas condiciones de salud crónicas.
- 43 En la atención a pacientes pluripatológicos o con comorbilidad que precisen atención hospitalaria, establecer rutas asistenciales

que contemplen la asistencia por especialistas hospitalarios generalistas (singularmente internistas y geriatras) que actúen como profesionales referentes del paciente en su paso por los distintos circuitos asistenciales y complementen, en los casos en que sea necesario, la valoración integral de los pacientes realizada por otros especialistas.

- 44 Garantizar la coordinación de las actuaciones de los servicios de urgencias (hospitalarios y extrahospitalarios) con los equipos de Atención Primaria.
- 45 Implementar estrategias de planificación de ingresos hospitalarios desde Atención Primaria tanto en salas de hospitalización convencional como en régimen de hospitalización a domicilio o mediante la utilización del hospital de día.
- 46 Establecer estrategias de planificación del alta hospitalaria de los pacientes que hayan sido hospitalizados o institucionalizados para garantizar que se realice la valoración integral de sus necesidades y las del entorno, se establezca un plan de cuidados y se proporcione el soporte domiciliario adecuado al alta, identificando y priorizando los pacientes con mayor riesgo de reingreso y/o descompensación.
- 47 Mejorar la transición del paciente en edad pediátrica con enfermedad crónica a la consulta de adultos, flexibilizando e individualizando el límite de edad en que se realiza esta transición.

Objetivo 10

Garantizar la atención continuada de las personas cuyas condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico requieran atención sanitaria y social, impulsando la integración asistencial a nivel estructural y organizativo.

Recomendaciones

- 48 Potenciar los mecanismos de coordinación entre los profesionales del sistema sanitario y los profesionales de los servicios sociales, en el caso de personas dependientes, para el seguimiento y evaluación de los planes de intervención resultantes de la valoración integral de sus necesidades y de las necesidades de las personas cuidadoras y la emisión de los pertinentes informes de situación.

- 49 Incorporar en los informes clínicos aspectos relacionados con las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria para facilitar la valoración de la discapacidad y la dependencia.
- 50 Facilitar el acceso de los profesionales de la salud y de servicios sociales a los contenidos del historial clínico y social de las personas internadas en instituciones sanitarias y sociales cuyo conocimiento sea necesario para su correcta atención, garantizando en todo caso el derecho a la protección de datos de carácter personal.
- 51 Fomentar, en Atención Primaria, en residencias de personas mayores y en el ámbito de servicios sociales, la práctica del trabajo social individualizado por casos (especialmente en el ámbito familiar) y de grupos (en el ámbito de los servicios sociales comunitarios), con el fin de promover programas de prevención primaria, secundaria y terciaria.
- 52 Incorporar de forma sistemática la intervención familiar, las intervenciones sociales y del entorno en el proceso de atención a las personas con condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico.
- 53 Promover e impulsar programas de asesoramiento y apoyo para las personas cuidadoras de pacientes con condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico, en especial las asociadas a discapacidad y dependencia, con el fin de que sean también agentes activos en tareas de promoción, preventivas, asistenciales y recuperadoras.

3.4. Reorientación de la atención sanitaria

La provisión de servicios ha de estar orientada a garantizar la atención de las necesidades de pacientes y personas cuidadoras de forma integral, equitativa, continuada, segura y eficiente, haciendo hincapié en la prevención de las complicaciones y en la prevención del deterioro funcional y la dependencia y en la mejora del autocuidado y la calidad de vida de las personas con condiciones crónicas de salud y de las personas de su entorno.

La atención integral precisa, en primer lugar, estratificar a la población en función de la situación de cada persona y de sus necesidades sanitarias y sociales con el fin de poder diseñar intervenciones coste-efectivas específicas para los distintos grupos de pacientes adaptadas a las referidas necesidades.

Resulta necesario promover la realización sistematizada de planes individualizados de atención resultado de la valoración integral de las nece-

sidades médicas, de cuidados, funcionales y sociales de cada individuo que serán las que determinen las intervenciones a llevar a cabo dentro de cada plan individualizado.

Es necesario detectar aquellas intervenciones que puedan ser consecuencia de los intereses de los profesionales o de problemas de organización, que no respondan a las necesidades reales de las personas y que no añaden valor al proceso de atención. Y por el contrario, hay que hacer visibles aquellas intervenciones coste-efectivas que pueden suponer una verdadera reorientación en el enfoque para un nuevo abordaje de los problemas crónicos que satisfagan las necesidades reales de las personas.

Objetivo 11

Identificar en cada paciente su nivel de necesidad y facilitar la provisión de intervenciones específicas adecuadas a cada necesidad.

Recomendaciones

- 54 Establecer mecanismos y modelos de estratificación y predicción que permitan la identificación de subgrupos de población con diferentes niveles de necesidad y riesgo.
- 55 Garantizar la valoración integral (biomédica, psicológica, funcional y social) y multidisciplinar de las necesidades de los pacientes, con especial énfasis en la valoración de la red de apoyo sociofamiliar.
- 56 Implantar planes individualizados de atención, contando con la participación de los pacientes y personas cuidadoras en su elaboración, adaptados a sus necesidades, valores, deseos y preferencias, procurando el seguimiento y evaluación de los mismos y la asignación de los recursos sanitarios y/o sociales que mejor se adecuen a las necesidades del paciente y de las personas cuidadoras.
- 57 Potenciar la Gestión de Casos en la atención a pacientes con enfermedades crónicas complejas y pacientes pluripatológicos.

Objetivo 12

Garantizar intervenciones sanitarias efectivas, seguras, eficientes, sostenibles y proporcionadas, basadas en la mejor evidencia científica disponible.

Recomendaciones

- 58 Adaptar modelos de gestión de patologías crónicas y experiencias a la realidad existente en cada entorno y territorio, teniendo en cuenta la disponibilidad de recursos.
- 59 Elaborar e implementar, en todos los ámbitos, protocolos comunes de prevención, diagnóstico y atención de las patologías crónicas, ajustados a estándares de calidad.
- 60 Definir las competencias necesarias de los profesionales sanitarios y fomentar las actividades formativas iniciales y de formación continuada en la atención a pacientes con enfermedades crónicas, especialmente en la atención de los pacientes en situación de especial complejidad que puedan requerir competencias avanzadas de los profesionales.
- 61 Promover y desarrollar el conocimiento y la cultura de seguridad del paciente entre los profesionales en cualquier nivel de atención sanitaria y entre la población.
- 62 Implantar prácticas seguras recomendadas en los centros del Sistema Nacional de Salud de acuerdo con la Estrategia de Seguridad del Paciente del SNS.
- 63 Adecuar los modelos de Cuidados Paliativos, teniendo en cuenta las recomendaciones de la Estrategia en Cuidados Paliativos del SNS, para mejorar la atención a las personas con enfermedades crónicas avanzadas y/o en situación final de vida.

Objetivo 13

Optimizar la terapia farmacológica en los pacientes con tratamientos crónicos, con especial atención a los pacientes polimedificados²⁵.

Recomendaciones

- 64 Establecer una política de prescripción de medicamentos con objetivos comunes entre los distintos niveles de atención sanitaria.

²⁵ Se entiende por polimedicación en términos cualitativos, el hecho de tomar más medicamentos de los clínicamente apropiados, mientras que los criterios cuantitativos establecen un límite en el número de fármacos empleados. El número más extendido parece ser el de 5 medicamentos utilizados de forma crónica, cifra a partir de la cual, hay una relación independiente con el uso inadecuado de los medicamentos.

- 65 Garantizar la toma de decisiones de los profesionales sobre terapéutica farmacológica basada en la evidencia científica y en la individualización de los tratamientos de acuerdo con las características de cada paciente.
- 66 Disponer de herramientas orientadas a prevenir acontecimientos adversos relacionados con el empleo de medicamentos mediante alertas electrónicas integradas en los sistemas de información para apoyo a la prescripción, incorporando sugerencias de alternativas terapéuticas.
- 67 Garantizar la conciliación de la medicación en todas las transiciones asistenciales entre niveles y/o profesionales sanitarios.
- 68 Potenciar la comunicación de los profesionales de Farmacia Hospitalaria con los equipos de Atención Primaria y con los profesionales de las residencias de personas mayores, para la conciliación y resolución de incidencias relacionadas con la medicación, definiendo canales o vías rápidas de comunicación permanente.
- 69 Garantizar la revisión sistemática de la medicación con el fin de prevenir y detectar problemas relacionados con medicamentos, así como la mejora de la adherencia a los tratamientos.
- 70 Potenciar la figura de los profesionales de Farmacia de Atención Primaria, como generadores de recomendaciones de mejora del uso de medicamentos con carácter poblacional y en base comunitaria, y facilitadores de la transferencia de dichas recomendaciones a la práctica clínica.
- 71 Extender las actuaciones de uso racional del medicamento a pacientes y personas cuidadoras y desarrollar estrategias que potencien la toma de decisiones compartida y la autogestión de la medicación.
- 72 Facilitar el acceso de los profesionales de Farmacia Comunitaria a la información necesaria para el desarrollo de sus funciones como responsables de la dispensación de los medicamentos a los ciudadanos, y su cooperación en el seguimiento del tratamiento a través de los procedimientos de atención farmacéutica, contribuyendo a asegurar la eficacia y seguridad de los tratamientos.
- 73 Promover la información y participación de los pacientes y personas cuidadoras para prevenir posibles efectos adversos relacionados con la medicación y las consecuencias negativas derivadas de la falta de isoapariencia²⁶ de los envases de un mismo principio activo.

²⁶ Isoapariencia: Los envases que contienen un mismo principio activo muestran una apariencia común.

- 74 Potenciar la práctica sistematizada y evaluada de los programas de autocuidado, la intervención psicológica, las medidas fisioterápicas y otras medidas no farmacológicas como favorecedoras de la reducción de la medicalización de los procesos crónicos.

3.5. Equidad en salud e igualdad de trato

Equidad en salud significa que todas las personas tienen la posibilidad de desarrollar su máximo potencial de salud independientemente de su posición social u otras circunstancias determinadas por factores sociales. Desde el punto de vista de las políticas públicas, la equidad en salud implica que los recursos sean asignados según las necesidades de las personas.

Aunque es importante garantizar una accesibilidad efectiva para todos a los servicios de salud, deben tenerse en cuenta las necesidades diferenciales de la población y adaptar los servicios a las mismas, a fin de que produzcan resultados equitativos²⁷.

El conocimiento de la magnitud e impacto de las condiciones de salud crónicas y de sus determinantes, permitirá analizar la evolución de las desigualdades sociales en salud y orientar los esfuerzos y recursos hacia las necesidades de la población así como servir de soporte para la evaluación de las intervenciones y para la investigación, teniendo en cuenta su repercusión en la percepción de salud y de calidad de vida de las personas.

Objetivo 14

Disminuir las desigualdades en salud desde un enfoque de determinantes sociales de los problemas de salud crónicos, con especial énfasis en las desigualdades de género.

Recomendaciones

- 75 Analizar y monitorizar la magnitud y las tendencias de las desigualdades en salud y de sus determinantes sociales, mediante la adecuación de los sistemas de información disponibles y desagre-

²⁷ Tudor J. The inverse care law. *Lancet*, 1971; 297 (7696): 405-412.

gando por áreas geográficas con el fin de poder planificar intervenciones para su reducción.

Objetivo 15

Mejorar el acceso (disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad) a los sistemas sanitarios y sociales y optimizar los procesos de atención a fin de que se consigan resultados equitativos en los diferentes grupos sociales.

Recomendaciones

- 76 Adecuar las estructuras físicas y organizativas de los sistemas sanitarios y sociales, adaptándolas a las necesidades de la población y eliminando o minimizando las barreras de tipo geográfico, temporal, económico y cultural que dificultan el acceso a dichos sistemas.
- 77 Realizar la valoración y el reconocimiento de la dimensión cultural de la salud y adecuar los procesos de atención a las normas y valores culturales/espirituales de las personas.
- 78 Evitar la creación de circuitos asistenciales paralelos para las personas mayores y para los pacientes pluripatológicos.

Objetivo 16

Eliminar cualquier tipo de discriminación o trato desigual a personas por el hecho de presentar cualquier enfermedad o problema de salud, trastorno en el desarrollo, discapacidad o dependencia.

Recomendaciones

- 79 Establecer vías de coordinación entre el sistema sanitario, el sistema social y el sistema educativo que posibiliten la mejor adaptación y normalización del proceso educativo de niños, niñas y adolescentes con problemas de salud crónicos.
- 80 Apoyar iniciativas de sensibilización a la población e iniciativas de apoyo para las personas con condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico que presenten dificultades de integración social.

3.6. Investigación e innovación

La investigación en salud y la innovación sanitaria constituyen instrumentos fundamentales para incrementar el bienestar socioeconómico, garantizar la sostenibilidad de los sistemas de protección social y mejorar la calidad y expectativa de vida de la ciudadanía.

El objeto fundamental de la investigación en salud es profundizar en el conocimiento de los mecanismos moleculares, bioquímicos, celulares, genéticos, fisiopatológicos y epidemiológicos de las enfermedades y problemas relacionados con la salud humana así como establecer estrategias para su predicción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

La integración de la investigación con la práctica clínica favorece una mayor calidad de los servicios de salud y una mejor y más rápida implantación de los avances científicos en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, así como un cuidado más ético y eficiente de los pacientes. Además, las políticas de salud, la organización del sistema y los servicios de salud pública, estarán mejor fundamentados y orientados a responder a las necesidades y demandas de los ciudadanos.²⁸

Resulta fundamental por tanto que la investigación y el conocimiento se orienten a la acción tal como refleja el “Informe mundial sobre el conocimiento orientado a mejorar la salud. Fortalecimiento de los sistemas sanitarios” de la OMS:

- La ciencia debe contribuir a mejorar los sistemas de salud. No se debe centrar meramente en el avance del conocimiento académico ni limitarse a producir medicamentos, diagnósticos, vacunas y aparatos médicos.
- Los descubrimientos biomédicos no pueden mejorar la salud de la gente si no se investiga cómo aplicarlos concretamente en los distintos sistemas de salud, grupos poblacionales y en los diferentes contextos políticos y sociales.
- Los sistemas de salud deben interactuar estrechamente con los sistemas de investigación sanitaria para generar y utilizar el saber relevante para su propia mejora. La base de este parentesco debe ser una cultura de aprendizaje, de resolución de problemas y de innovación.

²⁸ Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica. 2008-2011.

La innovación en términos generales significa un cambio que acelera y mejora la manera de concebir, desarrollar, producir y acceder a nuevos productos, procesos y servicios. La innovación sanitaria comprende no sólo la innovación tecnológica sino también la innovación organizacional y la innovación en los servicios, y debe entenderse como un proceso de mejora continua de la capacidad de respuesta a las necesidades de la población y de los profesionales. Las administraciones sanitarias deben facilitar la generación y el desarrollo de las ideas innovadoras que puedan emerger en cualquier momento desde cualquier profesional sanitario en el ámbito de los procesos clínicos o de provisión de servicios, así como facilitar el reconocimiento, la difusión y la implementación de las mejores prácticas innovadoras.

En innovación sanitaria destaca el papel de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) como impulsoras de la competitividad y del desarrollo de los servicios sanitarios y sociales públicos. El valor de la aplicación de las TICs en el Sistema Nacional de Salud se debe centrar en su adecuada adaptación a los procesos clínicos y debe estar orientada a incrementar la eficiencia de estos procesos y la mejora de los resultados clínicos, procurar mayor información para la toma de decisiones, permitir el seguimiento de los pacientes en el entorno más favorable y propiciar el autocuidado.

No obstante, hay que tener en cuenta que el incremento tecnológico conlleva un importante crecimiento de los costes y la utilización de las tecnologías se acompaña de gran variabilidad en la práctica asistencial. Por ello es imprescindible conocer cuál es la repercusión de la entrada de las nuevas tecnologías en los sistemas sanitarios y sociales.

La evaluación de tecnologías sanitarias analiza y evalúa por comparación las diferentes tecnologías sanitarias²⁹, recoge evidencia sobre su eficacia y seguridad y valora el impacto sanitario, social, ético, organizativo y económico que puede tener la introducción, la utilización apropiada y la organización de los servicios de salud, para que esas tecnologías de las que sabemos que existe evidencia que funcionan se apliquen correctamente.

El 29 de febrero de 2012, el Pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud acordó la creación de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías y Prestaciones del SNS para la generación y difusión de información destinada a fundamentar la toma de decisiones y que permitirá la adaptación y coordinación de las estructuras existentes

²⁹ Tecnologías sanitarias: todo aquel equipamiento, dispositivo, fármaco, procedimiento médico o quirúrgico utilizado en la prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de un proceso sanitario.

de forma más eficiente y sostenible, evitando duplicidades, tomando como base el reconocimiento mutuo y la credibilidad y potenciando el modelo de trabajo en red.

Objetivo 17

Promover la investigación integral en salud³⁰ que permita profundizar en el conocimiento de los mecanismos que influyen en la génesis de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico, con el objetivo de establecer las estrategias de intervención más efectivas para su abordaje.

Recomendaciones

- 81 Facilitar la investigación en determinantes sociales y desigualdades en salud, con especial énfasis en las desigualdades de género, que estén relacionados con la presencia de la cronicidad en los diferentes grupos de población.
- 82 Estimular la investigación sobre políticas sanitarias y no sanitarias que contribuyan a promover la creación de entornos vitales saludables y que faciliten la mejora de la calidad de vida de las personas que ya presentan condiciones de salud y limitaciones de la actividad de carácter crónico.
- 83 Promover la investigación de los factores culturales y procesos psicológicos que intervienen en la prevención, adaptación y evolución de las enfermedades crónicas y en los procedimientos efectivos para su abordaje.
- 84 Fomentar la investigación en servicios de salud para la identificación de los mejores modelos organizativos en la atención a la cronicidad.
- 85 Potenciar la investigación sobre calidad y seguridad de la atención sanitaria a pacientes con problemas de salud crónicos.
- 86 Favorecer la investigación sobre el impacto que tiene en el autocuidado y en la salud de las personas cuidadoras, la atención que éstas proporcionan a los pacientes con problemas de salud crónicos.

³⁰ La investigación integral en salud engloba la investigación básica, la investigación clínica, la investigación traslacional y la investigación epidemiológica, en salud pública o en servicios de salud.

- 87 Impulsar la investigación del impacto en salud y la utilización de recursos de los nuevos modelos organizativos orientados a la atención a la cronicidad, así como de la introducción de nuevas TIC en dichos modelos.

Objetivo 18

Promover la innovación tecnológica, su evaluación y su utilización práctica, racional y basada en la evidencia, para soporte de los procesos de abordaje de la cronicidad desde las necesidades de los ciudadanos, los profesionales y las organizaciones sanitarias.

Recomendaciones

- 88 Fomentar la innovación en aplicación de las TICs para la prevención de la condición crónica y la dependencia.
- 89 Favorecer la Investigación, Desarrollo e Innovación (I+D+i) sobre aplicaciones de las TIC para dar soporte a la continuidad en la atención a las personas con condiciones de salud crónicas evitando barreras de tiempo y localización.
- 90 Incorporar soluciones de desarrollo de tecnología Web, cuyos contenidos estén avalados por la comunidad científica y/o autoridades sanitarias, para favorecer la información a pacientes, su participación y colaboración en la toma de decisiones.
- 91 Favorecer el desarrollo de sistemas de apoyo a la decisión y la elaboración de planes de atención individualizada para los profesionales.
- 92 Incorporar los avances en instrumentación biomédica y sensores personales que posibilitan los sistemas de (tele) salud personal y autocuidados en entornos de vida cotidiana.
- 93 Promover la estandarización de servicios y procesos para evitar la dependencia de los proveedores con soluciones cerradas con el fin de facilitar a los usuarios el aprendizaje, y facilitar el mantenimiento, la extensión y la modificación de las infraestructuras de soporte a la atención de la cronicidad.

Objetivo 19

Promover la innovación en servicios y modelos organizativos que facilite los cambios en el modelo de prestación de servicios en salud y sociales relacionados con la cronicidad.

Recomendaciones

- 94 Favorecer entornos de integración funcional de base territorial entre los distintos ámbitos asistenciales.
- 95 Facilitar la transformación en la visión organizativa interna de los equipos asistenciales de todos los niveles, facilitando su orientación hacia un abordaje integral e integrado de la cronicidad.
- 96 Impulsar la capacidad creativa y el liderazgo de los profesionales permitiendo el desarrollo de proyectos innovadores que respondan a iniciativas de los propios profesionales.

Objetivo 20

Promover la innovación en el proceso de evaluación, planificación y provisión de servicios con el fin de garantizar la equidad, eficiencia y sostenibilidad de la atención a los pacientes con condiciones de salud crónicas.

Recomendaciones

- 97 Desarrollar, con una perspectiva estatal, un conjunto mínimo común de indicadores de evaluación que permitan realizar un seguimiento de la atención de los pacientes con enfermedades crónicas, consensuados con los profesionales.
- 98 Incorporar una estrategia evaluativa desde una triple visión: a) resultados en salud, b) utilización de servicios y c) alfabetización sanitaria, satisfacción y calidad de vida de pacientes y personas cuidadoras.
- 99 Promover nuevos elementos de evaluación vinculados a contratos programa y con visión transversal y compartida entre proveedores de distintos niveles.
- 100 Establecer incentivos compartidos entre ámbitos asistenciales sobre la base de resultados comunes relacionados con el abordaje de la cronicidad.
- 101 Fomentar la evaluación económica (coste-efectividad, coste-utilidad, coste-beneficio) de las acciones emprendidas en el contexto del Abordaje de la Cronicidad en el SNS.

4. Plan de implementación de la Estrategia

En el marco de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) coordinará la realización de diferentes proyectos y líneas de trabajo para llevar a cabo la implementación, el seguimiento y la evaluación de la misma.

A corto plazo está prevista la realización de los siguientes proyectos:

- Proyecto de Estratificación de la Población en el SNS, cuyos objetivos son, en principio, establecer una herramienta de estratificación de la población que permita la identificación de subgrupos con diferentes niveles de necesidad de atención, y definir recomendaciones para la integración de los resultados de dicha estratificación en la historia clínica electrónica.
- Proyecto de Sistema de Indicadores, cuyos objetivos son, en principio, elaborar los indicadores que permitan realizar el seguimiento de la implantación de la Estrategia y conocer la consecución de sus objetivos y recomendaciones, y desarrollar, con visión estatal, un conjunto mínimo común de indicadores de evaluación, que permitan realizar un seguimiento de la atención de los pacientes con enfermedades crónicas.
- Creación de la Red de Escuelas de Salud para Ciudadanos, con el objetivo de promover, compartir y desarrollar instrumentos que faciliten el empoderamiento de la ciudadanía mediante la mejora de la capacitación en salud y autogestión de la enfermedad lo que permitirá mejorar el conocimiento y la adquisición de competencias en cuidados y autocuidados, en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, así como los necesarios para la atención de enfermedades crónicas.
- Incorporación de proyectos relacionados con la Cronicidad en el Plan de Trabajo anual de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías y Prestaciones en el SNS.
- Creación de una Plataforma de Innovación Sanitaria que permita identificar y promover la incorporación de las mejores prácticas de la innovación diagnóstica, terapéutica y de gestión clínica en la asistencia sanitaria.

A medio plazo está prevista la realización de los siguientes proyectos:

- Proyecto de Mejora del Abordaje del Dolor Crónico en el SNS. El dolor crónico es un problema de salud cuyo abordaje resulta

prioritario por su frecuencia y repercusión en la calidad de vida de las personas además de por la variabilidad asociada a su manejo y el consiguiente impacto en los resultados en salud y otros indicadores sanitarios

- Actualización del Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012 (Proyecto AP-21): La implementación de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS supone una oportunidad para actualizar, reforzar los objetivos y potenciar la implantación de estrategias de mejora de la Atención Primaria, como la Estrategia AP21, con el fin de convertir realmente este ámbito asistencial en el eje del Sistema Nacional de Salud.
- Proyecto de análisis de situación y propuestas de mejora de los Programas de Atención Domiciliaria en el SNS.
- Elaboración de una Estrategia de Promoción de la Salud en el SNS.

El MSSSI además, a través de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN), organismo autónomo dependiente del Ministerio, tiene previsto la elaboración de la Estrategia para la Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad (Estrategia NAOS), que se revisará con periodicidad quinquenal, de acuerdo a lo establecido en el artículo 36 de la Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición.

5. Anexos

Anexo 1: Bibliografía consultada

¹ Abadía-Taira MB, Martínez-Lizaga N, García-Armesto S, Ridao-López M, Yañez F, Seral-Rodríguez M, Peiró-Moreno S, Bernal-Delgado E y Grupo VPM-SNS. Variabilidad en las Hospitalizaciones Potencialmente Evitables relacionadas con la reagudización de enfermedades crónicas. Atlas de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud. Diciembre 2011. Volumen 4, Nº 2.

<http://www.atlasvpm.org/avpm/>

² Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Instituto de Salud Carlos III. Revisión de intervenciones en Atención Primaria para mejorar el control de las enfermedades crónicas. Informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias Nº 39. Madrid, Diciembre de 2003.

<http://94.229.161.108/BCP/AEE000036.pdf>

³ Ahmed OI, Rak DJ. Hospital Readmission among Participants in a Transitional Case Management Program. *The American Journal of Managed Care* October 2010; 16 (10).

http://www.ajmc.com/publications/issue/2010/2010-10-vol16-n10/AJMC_10octOsmAhmed778to783/1

⁴ Arcelay A, Sáenz de Ormijana A, Reviriego E, López de Argumedo M, Gutiérrez I. Mejora de la atención al paciente mayor con patología crónica. Proyecto FIS. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad. Gobierno Vasco, 2009. Informe Nº Osteba D-09-01.

http://www9.euskadi.net/sanidad/osteba/datos/d_09_01_atenc_paciente.pdf

⁵ Arcelay A, Martínez C, Iruretagoyena M. L., Aguirrebena J, Gonzalez R. M, Sancho J.A, Olascoaga A, Marques M. L, Ortueta P.J, Saenz de Ormijana A, Almeida V, Ezeizabarrena A, García J. C, Irastorza L, Irurzun J, Lopez de Gauna P, Ruiz M. C y Del Valle M. L. La coordinación entre atención primaria y especializada desde la perspectiva de los profesionales. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco, 2009. Informe no: Osteba D-09-07.

http://www9.euskadi.net/sanidad/osteba/datos/d_09_07_coor_at_pries.pdf

⁶ Barr v, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, Salivaras S. The Expanded Chronic Care Model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the Chronic Care Model. *Hospital Quarterly* 2003; 7 (1):73-82.

<http://www.longwoods.com/content/16763>

⁷ Batres Sicilia JP, Álvarez Tello M, Gallardo Santos P. De la precisión de cuidados a los cuidados imprescindibles. Las enfermeras gestoras de casos en Andalucía: la enfermera comunitaria de enlace. *Rev Adm Sanit* 2009; 7(2):313-22.

http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13139767&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=261&ty=127&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=261v07n02a13139767pdf001.pdf

⁸ Bengoa R. Innovaciones en la gestión de las enfermedades crónicas. *JANO* 28 de noviembre-4 de diciembre de 2008. Nº 1.718: 49-52.

http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1718/49/00490052_LR.pdf

- ⁹ Bengoa R, Nuño R (eds). Curar y Cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona: Elsevier-Masson; 2008.
- ¹⁰ Bengoa R. (2008). Empantanados. Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada: Vol. 1: Iss. 1, Article 8.
<http://pub.bsalut.net/cgi/viewcontent.cgi?article=1006&context=risai>
- ¹¹ Bodenheimer T. Lessons from my Left Foot. *Ann Fam Med* 2010; 8:550-551.
<http://www.annfammed.org/content/8/6/550.full.pdf+html>
- ¹² Bodenheimer T, Berry-Millett R. Follow the Money - Controlling Expenditures by Improving Care for Patients Needing Costly Services. *N Engl J Med* October 15, 2009; 361 (16).
<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp0907185>
- ¹³ Borkan J, Eaton CB, Novillo-Ortiz D, Rivero P, Jadad A. Renewing Primary Care: Lessons Learned From The Spanish Health Care System. *Health Affairs* Aug 2010; 29, 8; 1432-1441.
- ¹⁴ Busse R, Blümel M, Scheller-Kreinsen D, Zentner A. Tackling chronic disease in Europe. Strategies, interventions and challenges. *European Observatory on Health Systems and Policies. Observatory Studies Series, N° 20.* 2010.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/96632/E93736.pdf
- ¹⁵ Casajuana Brunet J. En busca de la eficiencia: dejar de hacer para poder hacer. *FMC* 2005; 12 (9): 579-81.
http://www.upf.edu/catedragrunenthalsemg/_pdf/dejar_de_hacer.pdf
- ¹⁶ Casalino LP. Practice Disease Management and the Organization of Physician. *JAMA* 2005; 293(4):485-488.
- ¹⁷ Celada Pérez MA, García Escudero A, González Dura MI, Hernández Zarzoso P, Madero Fernández-Baíllo C, Monrós Chancosa MJ. Guía de Intervención de Trabajo Social Sanitario. 2012 Intervención del/la trabajador/a social de APS en Atención Domiciliaria. Agència Valenciana de Salut.
http://www.san.gva.es/cas/prof/guia_ITSS/capitulo1/Intervencion_del_TSS_atencion_primaria_programa_embarazo_parto_puerperio.pdf
- ¹⁸ Chad Boulton G, Wieland D. Comprehensive Primary Care for Older Patients with Multiple Chronic Conditions. *JAMA* 2010; 304(17):1936-1943.
- ¹⁹ Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the Chronic Care Model in The New Millennium. *Health Affairs* Jan/Feb 2009; 28 (1): 75-85.
<http://content.healthaffairs.org/content/28/1/75.full.pdf+html>
- ²⁰ Coleman K, Mattke S, Perrault PJ, Wagner EH. Untangling Practice Redesign from Disease Management: how do we best care for chronically ill? *Annu Rev of Public Health* 2009; 30: 385-408.
- ²¹ Coleman K et al. Implications of reassigning patients for the Medical Home: a case study. *Ann Fam Med* 2010; 8: 493-498.
<http://www.annfammed.org/content/8/6/493.full.pdf+html>
- ²² Colom Masfret D. El trabajo social sanitario en el marco de la optimización y sostenibilidad del sistema sanitario. *Zerbitzuan* 2010; 47: 109-119.
http://dialnet.unirioja.es/servlet/listaarticulos?tipo_busqueda=EJEMPLAR&revista_busqueda=2325&clave_busqueda=248117

²³ Colomer-Revuelta C, Colomer-Revuelta J, Mercer R, Peiró-Pérez R, Rajmil L. La salud en la infancia. *Gac Sanit* 2004; 18 (supl.1).

<http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v18s1/02infancia.pdf>

²⁴ Comisión de Bioética de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria. Un sanitario por descubrir. Situación actual y perspectivas de futuro del farmacéutico comunitario: propuestas para su integración real en el sistema sanitario. SEFAC. 2011.

²⁵ Consejo Económico y Social de España. Informe 01/2010. Desarrollo autonómico, competitividad y cohesión social en el sistema sanitario. Octubre 2010.

<http://www.ces.es/servlet/noxml?id=CesColContenido%20M01289576171124~S1631733~NInf0110.pdf>

²⁶ Curry N, Ham C. Clinical and service Integration. The route to improved outcomes. King's Fund 2010.

<http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Clinical-and-service-integration-Natasha-Curry-Chris-Ham-22-November-2010.pdf>

²⁷ Del Pino Casado R., Martínez Riera JR. Estrategias para mejorar la visibilidad y accesibilidad de los cuidados enfermeros en Atención Primaria de Salud. *Rev Adm Sanit* 2007; 5 (2): 311-37.

²⁸ Doran T, Roland M. Lessons from Major Initiatives to Improve Primary Care in the United Kingdom. *Health Affairs* May 2010; 29, 5; 1023-1029.

²⁹ Editorial. Nuevas posibilidades organizativas en la era de la historia clínica electrónica. *Actas Urol Esp* 2009; 33(10):1046-1049.

<http://scielo.isciii.es/pdf/aue/v33n10/editorial2.pdf>

³⁰ Espelt Aluja MP. (2009). La tan mitificada gestión de casos. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*: Iss. 3, Article 6.

<http://pub.bsalt.net/cgi/viewcontent.cgi?article=1024&context=risai>

³¹ Freund T et al. Development of a primary care-based complex care management intervention for chronically ill patients at high risk for hospitalization: a study protocol. *Implementation Science* 2010, 5:70.

<http://www.implementationscience.com/content/5/1/70>

³² Gálvez Ibáñez M. Continuidad asistencial. Análisis conceptual, de los actores y amenazas. Propuestas y alternativas. *Medicina de Familia (And)* Febrero 2003; 4 (1): 58-66.

<http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v4n1/09.pdf>

³³ García Arnesto S, Abadía Taira B, Durán A, Bernal Delgado E. España: Análisis del Sistema Sanitario. *Sistemas sanitarios en transición*. 2010; 12 (4): 1-240.

http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/observatorioEuropeo/InformeHit2010_ESP.pdf

³⁴ García-Olmos L, Salvador CH, Alberquilla A, Lora D, Carmona M, García-Sagredo P, Pascual M, Muñoz A, Monteagudo JL, García-López F. (2012) Comorbidity patterns in patients with chronic diseases in general practice. *PLoS One* 7:e32141.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3281110/pdf/pone.0032141.pdf>

- ³⁵ Gervás J. La gestión de casos y de enfermedades, y la mejora de la coordinación de la atención sanitaria en España. Informe SESPAS 2008. Gac Sanit 2008; 22 (Supl 1): 163-168.
<http://www.elsevier.es/es/revistas/gaceta-sanitaria-138/la-gestion-casos-enfermedades-mejora-coordinacion-atencion-13118101-capitulo-4-un-sistema-salud-integrado-centrado-los-usuarios-2008>
- ³⁶ Gervás J. El Modelo de Atención a Crónicos (Chronic Care Model) ¿Qué puede aportar y que inconvenientes tiene? Salud 2000 2010; 128: 12-15.
<http://www.fadsp.org/pdf/revista/128/S2mil128-12-15.pdf>
- ³⁷ Gervás J. La gestión de casos (y de enfermedades), una organización vertical de los servicios sanitarios. SEMERGEN 2005; 31 (8): 370-374.
- ³⁸ Gómez Pesquera C. La enfermera comunitaria de enlace. Jano 2008; 1685: 27-30.
- ³⁹ Grandes G, Sanchez A, Cortada JM, Calderon C, Balague L, Millan E et al. Estrategias útiles para la promoción de estilos de vida saludables en atención primaria de salud. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2008. Informe N° Osteba D-08-07.
http://www9.euskadi.net/sanidad/osteba/datos/d_08_07_estilos_vida.pdf
- ⁴⁰ Ham C. The ten characteristics of the high-performing chronic care system. Health Economics, Policy and Law page 1 of 20. & Cambridge University Press 2009.
<http://journals.cambridge.org/action/displayFulltext?type=6&fid=6851232&jid=HEP&volumeId=5&issueId=01&aid=6851228&bodyId=&membershipNumber=&societyETOCSession=&ulltextType=RA&fileId=S1744133109990120>
- ⁴¹ Hernández Salvador C et al. Innovación TIC para las personas mayores. Situación, requerimientos y soluciones en la atención integral de la cronicidad y la dependencia. Ministerio de Ciencia e Innovación - Fundación Vodafone. 2011.
<http://www.imersomayores.csic.es/documentos/documentos/vodafone-innovacion-01.pdf>
- ⁴² Hernansanz Iglesias F, Clavería Fontán A, Gervás Camacho J. La Atención Primaria: evidencias, experiencias y tendencias en clínica, gestión y política sanitaria. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit 2012; 26 (Supl 1).
<http://www.sciencedirect.com/science/journal/02139111/26/suppl/S1>
- ⁴³ Hidalgo Vega A et al. Estudio de las pautas previsibles de utilización futura de servicios sanitarios por mayores, frente a la viabilidad financiera del sistema de salud. Fundación Gaspar Casal. Fundación Pfizer. 2011.
https://www.fundacionpfizer.org/publicaciones/coleccion_de_documentos_de_trabajo/indice_coleccion_de_documentos_de_trabajo.aspx
- ⁴⁴ Horrocks S, Anderson E, Salisbury C. Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. BMJ April 2002; 324 (6).
http://www.bmj.com/highwire/filestream/345042/field_highwire_article_pdf/0/819
- ⁴⁵ Hutt R, Rosen R, McCauley J. Case-Managing Long-Term conditions. What impact does it have in the treatment of older people? King's Fund. November 2004.
<http://www.red-elaia.org/adjuntos/192.1-casemanagement.pdf>
- ⁴⁶ Instrumento de Evaluación de Modelos de Atención ante la Cronicidad (IEMAC).
<http://www.iemac.org/>

⁴⁷ Jencks SF, Williams MV, Coleman EA. Rehospitalizations among Patients in the Medicare Fee-for-Service Program. *N Engl J Med* 2009; 360:1418-28.

<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMsa0803563>

⁴⁸ Kane RL. Finding the Right Level of Posthospital Care. "We Didn't Realize There Was Any Other Option for Him". *JAMA* January 19, 2011; 305 (3): 284-293.

⁴⁹ Levesque JF, Feldman D, Dufresne C, Bergeron P, Pinard B. L'implantation d'un modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques au Québec. Barrières et éléments facilitant. 2007. Ce document est disponible sur les sites Internet de la DSP (www.santepubmtl.qc.ca/ESPSS/production.html) et de l'INSPQ (www.inspq.qc.ca/publications/)

⁵⁰ Levesque JF, Feldman D, Dufresne C, Bergeron P, Pinard B, Gagné V. Barrières et éléments facilitant l'implantation de modèles intégrés de prévention et de gestion des maladies chroniques. *Pratiques et Organisation des Soins* volume 40 n° 4 / octobre-décembre 2009.

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Pos_094_Integration_de_la_prevention_aux_soins.pdf

⁵¹ Martos A, García JA, Pérez X et al. Recomanacions en l'abordatge del pacient amb patologia crònica. Consorci de Salut i Social de Catalunya. Febrero 2012.

<http://www.consorci.org/>

⁵² Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. La evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud. Configurando la Salud Publica. Un informe de la Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud para la Comisión Europea. Parte Uno y Parte Dos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.2004.

http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/Parte_1.pdf

http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/Parte_2.pdf

⁵³ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud 2006.

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm>

⁵⁴ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. Proyecto AP-21 http://www.msc.es/profesionales/proyectosActividades/docs/AP21MarcoEstrategico2007_2012.pdf

⁵⁵ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL, Alfaro M. Indicadores de Salud 2009. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/indicadoresSalud.htm>

⁵⁶ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud en España. Año 2009 <http://www.mspsi.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/home.htm>

⁵⁷ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Mayo 2010.

http://www.mspsi.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf

⁵⁸ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema Nacional de Salud de España 2010 [monografía en Internet]. Madrid. Ministerio de Sanidad y Política Social, Instituto de Información Sanitaria.

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2010/Principal.pdf>

⁵⁹ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe Anual del Sistema Nacional de Salud. 2010. Observatorio del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2012.

<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/isns2010.htm>

⁶⁰ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria. La hospitalización en el Sistema Nacional de Salud CMBD – Registro de altas. Informe resumen 2010 [Publicación en Internet]. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.

http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Hospitalizacion_SNS_CMBD_Informe2010.pdf

⁶¹ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria. Barómetro Sanitario 2011. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.

<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/informeAnual.htm>

⁶² Mor V, Besdine RW. Policy Options to Improve Discharge Planning and Reduce Rehospitalization. *JAMA* January 19, 2011; 305 (3): 302-303.

⁶³ National Research Council. Living Well with Chronic Illness: A Call for Public Health Action. Washington, DC: The National Academies Press, 2012.

http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=13272

⁶⁴ Nolte E, Knai C, McKee M. Managing chronic conditions. Experience in eight countries. European Observatory on Health Systems and Policies. Observatory Studies Series, Nº 15. 2008.

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98414/E92058.pdf

⁶⁵ Nolte E, McKee M. Caring for people with chronic conditions. A health system perspective. European Observatory on Health Systems and Policies. Observatory Studies Series. 2008 http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/96468/E91878.pdf

⁶⁶ Nuño Solinís R. Buenas prácticas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente. *Rev Adm Sanit.* 2007; 5(2):283-92.

<http://www.elsevier.es/es/revistas/revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261/buenas-practicas-gestion-sanitaria-caso-kaiser-permanente-13107524-originales-2007?bd=1>

⁶⁷ Nuño Solinís, Roberto (2009). Atención innovadora a las condiciones crónicas: más necesaria que nunca. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada*: Vol. 1: Iss. 3, Article 2.

<http://pub.bsolut.net/cgi/viewcontent.cgi?article=1020&context=risai>

⁶⁸ Nutting PA, Miller WL, Crabtree BF, Jaen CR, Stewart EE, Stange KC. Initial Lessons From the First National Demonstration Project on Practice Transformation to a Patient-Centered Medical Home. *Ann Fam Med* 2009; 7:254-260.

<http://www.dhcs.ca.gov/provgovpart/documents/initial%20lessons%20from%20ndp%20on%20practice%20transformation%20to%20a%20pcmh.pdf>

⁶⁹ Nutting P et al. Initial lessons from the First national Demonstration project on Practice Transformation to a Patient-Centered Medical Home. *Ann Fam Med* 2009; 7: 254-260.

⁷⁰ OMS. Estrategia mundial para la prevención y el control de enfermedades no transmisibles. EB105/42. 16 diciembre 1999.

http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB105/se42.pdf

- ⁷¹ OMS. Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital. 2005.
http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/overview_sp.pdf
- ⁷² OMS (WHO Regional Office for Europe). Gaining health. The European Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. 2006.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/76526/E89306.pdf
- ⁷³ OMS. Abegunde D, Stanciole A. An estimation of the economic impact of chronic noncommunicable diseases in selected countries. 2006. www.who.int/chp/working_paper_growth%20model29may.pdf
- ⁷⁴ OMS. 2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. 2008.
<http://www.who.int/nmh/publications/9789241597418/en/index.html>
- ⁷⁵ OMS (WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies). Sing D. How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers? 2008.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/75474/E93416.pdf
- ⁷⁶ OMS. The global burden of disease. 2004 update. 2008. www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf
- ⁷⁷ OMS. Informe sobre la salud en el mundo. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. 2008.
<http://www.who.int/whr/2008/es/index.html>
- ⁷⁸ OMS. Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. 2009.
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/
- ⁷⁹ OMS. Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación de la estrategia mundial. A63/12. 1 abril 2010. www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_12-sp.pdf
- ⁸⁰ OMS. Global status report on noncommunicable diseases 2010.
http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/es/index.html
- ⁸¹ OMS. Noncommunicable diseases country profiles 2011. World Health Organization 2011.
http://www.who.int/nmh/publications/ncd_profiles2011/en/index.html
- ⁸² OMS. Estadísticas sanitarias mundiales 2012.
http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2012_Full.pdf
- ⁸³ OMS. Directrices conjuntas FIP/OMS sobre Buenas Prácticas en Farmacia: Estándares para la calidad de los servicios farmacéuticos.
http://www.fip.org/www/uploads/database_file.php?id=334&table_id=
- ⁸⁴ OPS. Estrategia Regional y Plan de Acción para Un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas. 2007.
<http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/nc/reg-strat-cneds.pdf>
- ⁸⁵ Pimouguet C, Le Goff M, Thiébaud R, Dartigues JF, Helmer C. Effectiveness of disease-management programs for improving diabetes care: a meta-analysis. CMAJ February 8, 2011; 183(2): 115-127.
<http://www.cmaj.ca/content/183/2/E115.full.pdf>

- ⁸⁶ Puig-Junoy J. Proyecciones del gasto público en sanidad y dependencia: no sólo de demografía se alimenta el crecimiento del gasto. *Gestión Clínica y Sanitaria* 2006; 8 (4): 149.
<http://www.iiss.es/gcs/gestion30.pdf>
- ⁸⁷ Rajmil L, López-Aguilà S. Desarrollo de un modelo predictivo de ingresos y reingresos hospitalarios no programados en Cataluña. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2010.
http://www.gencat.cat/salut/depsan/units/aatrm/pdf/modelo_predictivo_ingresos_aatrm2010es.pdf
- ⁸⁸ Rodríguez M, Urbanos R. Desigualdades sociales en salud. Factores determinantes y elementos para la acción. Barcelona: Elsevier-Masson; 2008.
- ⁸⁹ Rodríguez Gómez JA. Una visión enfermera. *Rev Adm Sanit* 2008; 6 (3): 423-38.
- ⁹⁰ Rodríguez Sendín JJ. La organización del trabajo y las competencias. Una visión médica. *Rev Adm Sanit* 2008; 6 (3): 415-22.
- ⁹¹ Sarabia A. La gestión de casos como una nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional. Zerbitzuan (Revista de Servicios Sociales. Gobierno Vasco) 2007; 42: 7-17.
<http://www.siiis.net/documentos/zerbitzuan/La%20gestion%20de%20casos.pdf>
- ⁹² Sociedad Española de Directivos de Atención Primaria. Integración Asistencial: ¿Cuestión de modelos? Claves para un debate. Informe SEDAP 2010.
http://www.sedap.es/documentos/Informe_SEDAP_2010.pdf
- ⁹³ Starfield B, Lemke KW, Bernhardt T, Foldes SS, Forrest CB, Weiner JP. Comorbidity: Implications for the Importance of Primary Care in 'Case' Management. *Ann Fam Med* 2003; 1:8-14.
<http://www.annfammed.org/content/1/1/8.full.pdf>
- ⁹⁴ Starfield B. Reinventing Primary Care: Lessons from Canada for the United States. *Health Affairs* May 2010; 29, 5; 1030- 1036.
http://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/Publications_PDFs/A249.pdf
- ⁹⁵ Strong K, Mathers C, Epping-Jordan J, Beaglehole R. Preventing chronic disease: a priority for global health. *International Journal of Epidemiology* Apr 2006; 35(2); 492-494.
<http://ije.oxfordjournals.org/content/35/2/492.full.pdf+html>
- ⁹⁶ Terol E, Hamby EF, Minué S. Gestión de enfermedades (Disease Management). Una aproximación integral a la provisión de cuidados sanitarios. *MEDIFAM* 2001; 11 (2): 47-54.
<http://scielo.isciii.es/pdf/medif/v11n2/articuloespecial.PDF>
- ⁹⁷ Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I, Vázquez Navarrete ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit* 2006; 20(6):485-95.
<http://scielo.isciii.es/pdf/gsv20n6/revision.pdf>
- ⁹⁸ The Health Foundation. Evidence: Helping people help themselves. A review of the evidence considering whether it is worthwhile to support self-management. Mayo 2011.
http://www.health.org.uk/media_manager/public/75/publications_pdfs/Helping%20people%20help%20themselves.pdf

⁹⁹ The National Transitions of Care Coalition Improving transitions of care. The vision of the National Transitions of Care Coalition. Mayo 2008.

<http://www.ntocc.org/Portals/0/PDF/Resources/NTOCCIssueBriefs.pdf>

¹⁰⁰ Torres Salinasa M, Capdevila Morelb JA, Armario García P, Montull Morerd S y grupo de trabajo de los Servicios de Medicina Interna de los Hospitales de Cataluña. Alternativas a la hospitalización convencional en medicina interna. Med Clin (Barc) 2005; 124(16):620-6.

<http://www.revespcardiol.org/sites/default/files/elsevier/pdf/2/2v124n16a13074393pdf001.pdf>

¹⁰¹ U.S. Department of Health and Human Services. Multiple Chronic Conditions—A Strategic Framework: Optimum Health and Quality of Life for Individuals with Multiple Chronic Conditions. Washington, DC. December 2010.

http://www.hhs.gov/ash/initiatives/mcc/mcc_framework.pdf

¹⁰² Villafaina Barroso A, Gavilán Moral E. Pacientes polimedicados frágiles, un reto para el sistema sanitario. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud. Volumen 35, Nº 4/2011.

http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/Completo-Vol35n4.pdf

¹⁰³ Welch WP, Bergsten C, Cutler C, Bocchino C, Smith RI. Disease Management Practices of Health Plans. Am J Manag Care 2002; 8:353-361.

http://www.familydocs.org/files/AMADiseaseMgmttheOrgofPhysicianPractice_0.pdf

¹⁰⁴ Yáñez-Cadena D, Sarría-Santamera A y García-Lizana F. ¿Podemos mejorar el tratamiento y el control de las enfermedades crónicas? Aten Primaria. 2006; 37(4):221-30.

¹⁰⁵ Yarnall KSH, Østbye T, Krause KM, Pollak KI, Gradison M, Michener JL. Family physicians as team leaders: “time” to share the care. Prev Chronic Dis 2009; 6(2).

http://www.cdc.gov/pcd/issues/2009/apr/pdf/08_0023.pdf

Las actuaciones de los Organismos Autonómicos de Salud, Consumo, Servicios Sociales e Igualdad, en relación con el Abordaje de la Cronicidad pueden consultarse en:
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/ccaa/directorio/home.htm>

Anexo 2: Índice de siglas y acrónimos

AE	Atención Especializada
AESAN	Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición
AP	Atención Primaria
AVAD	Años de Vida Ajustados por Discapacidad
CC.AA.	Comunidades Autónomas
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CIF	Clasificación Internacional sobre el Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud
EDAD	Encuesta de Discapacidad, Autonomía y Dependencia
EDADES	Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España
EES	Encuesta Europea de Salud
ENS	Encuesta Nacional de Salud
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
EV	Esperanza de Vida
EVBS	Esperanza de Vida en Buena salud
EVLI	Esperanza de Vida Libre de Incapacidad
FIP	Federación Internacional Farmacéutica
I+D+i	Investigación, Desarrollo e Innovación
INE	Instituto Nacional de Estadística
ISCHII	Instituto de Salud Carlos III
MSSSI	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
SNS	Sistema Nacional de Salud
TIC	Tecnologías de la Información y la Comunicación
UBE	Unidad de Bebida Estándar
UE	Unión Europea

Esta Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud es fruto del acuerdo y consenso entre el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, las Comunidades Autónomas y representantes de sociedades científicas y asociaciones de pacientes.

El presente documento establece objetivos y recomendaciones que permitirán orientar la organización de los servicios hacia la mejora de la salud de la población y sus determinantes, la prevención de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico y su atención integral. Ello facilitará un cambio de enfoque en el Sistema Nacional de Salud que pasará de estar centrado en la enfermedad a orientarse hacia las personas, de manera que la asistencia sanitaria resulte adecuada y eficiente y se garantice la continuidad en los cuidados.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

www.msssi.gob.es