2015
2019

PLAN DE ATENCION A LA CRONICIDAD DE CANTABRIA

GOBIERNO de CANTABRIA

CONSEJERÍA DE SANIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES

GOBIERNO de CANTABRIA

CONSEJERÍA DE SANIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES

Dirección General de Ordenación
y Atención Sanitaria

El Plan de Salud de Cantabria 2014-2019, el instrumento de planificación que recoge las líneas maestras que habrán de orientar la sanidad en nuestra comunidad autónoma en los próximos años, recoge de manera clara la necesidad de abordar un modelo de atención a las personas aquejadas de patologías crónicas.

En la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria, convertimos esa recomendación en un compromiso explícito, el de adaptar el sistema sanitario público a una nueva realidad, caracterizada por el envejecimiento de la población y la cada vez mayor incidencia de las enfermedades crónicas en nuestra comunidad autónoma.

El Plan de Atención a la Cronicidad de Cantabria 2015-2019 que ahora les presentamos es la guía y el motor de cambio, el instrumento para mejorar el conocimiento sobre las condiciones de salud de la población y colocar al sistema sanitario y a la red de servicios sociales en condiciones de afrontar un reto de enorme magnitud.

Los principios de participación del usuario, de sus familias, y de las asociaciones de pacientes; de capacitación y corresponsabilidad; de continuidad asistencial y coordinación entre niveles y sistemas impregnan todo el Plan y dan sentido al concepto de situar en el centro del sistema al ciudadano, el único destinatario de nuestros esfuerzos y hacia quien se dirige el cambio propuesto.

Solo así estaremos en condiciones de asegurar un futuro de avances y mejoras en la salud de la población; aumentaremos la calidad de la sanidad pública, y contribuiremos a preservar su sostenibilidad y equidad.

Este Plan de Atención a la Cronicidad ha sido diseñado por en torno a 200 profesionales de distintas organizaciones de carácter sanitario y social, en un proceso de participación abierto a las asociaciones de usuarios, sociedades científicas y colegios profesionales.

A todos ellos, quiero reconocer y agradecer su esfuerzo y su capacidad de trabajo, pero, sobre todo, su compromiso con una de las medidas de mayor calado y transformación en nuestro sistema sociosanitario.

Esta generosa participación, que, con toda seguridad, se traducirá en una sólida implicación profesional, nos lleva a la convicción de que el Plan será acogido por la sociedad de Cantabria como lo que pretende ser: un nuevo instrumento al servicio de los ciudadanos, especialmente, de aquellos que necesitan una atención sanitaria y social integrada, coordinada y prolongada.

Estoy segura de que este ambicioso documento da respuesta a las demandas planteadas por los profesionales y los ciudadanos de Cantabria y que su desarrollo y seguimiento contribuirá a mejorar la salud y el bienestar de todos.

Mª. José Sáenz de Buruaga

Vicepresidenta y Consejera de Sanidad y Servicios Sociales.

La Constitución Española reconoce el derecho de todos a la protección de la salud, y encomienda organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios por lo que es deber de los que hoy ostentamos alguna responsabilidad pública garantizar ese derecho, poniendo al servicio de la población todos los instrumentos necesarios para su consecución.

Con este objetivo, la consejería de Sanidad y Servicios Sociales del Gobierno de Cantabria establece entre sus prioridades la identificación de los problemas de salud más prevalentes así como la promoción y puesta en marcha de medidas y actividades dirigidas a ofrecer respuestas apropiadas a las expectativas y necesidades de la sociedad de Cantabria.

De este modo, venimos diseñando, desarrollando e implantando Planes y Estrategias con líneas de actuación diferenciadas , orientadas a obtener los mejores resultados para la salud y la calidad de vida de los ciudadanos cántabros.

Los cambios demográficos y epidemiológicos acaecidos en los últimos años han dado lugar a un envejecimiento de la población y a un aumento de las enfermedades crónicas y de la inversión económica que afecta al ámbito sanitario, social y comunitario. El Plan de Atención a la Cronicidad de Cantabria 2015-2019 nace como respuesta a las necesidades de los pacientes crónicos que navegan en un modelo de atención fragmentado y que buscan soluciones en distintos niveles asistenciales , así como el apoyo de los servicios sociales , para solucionar sus patologías y problemas asociados.

Por este motivo, debemos trabajar por el cambio hacia un modelo integrado y coordinado en el que los servicios sanitarios de atención Primaria y Hospitalaria sean un “todo” con los servicios sociales y donde la familia y los cuidadores participen de manera activa y conjunta con los profesionales para lograr la mejor solución en los procesos que al paciente y su entorno.

Este documento es el fruto del entendimiento de un grupo multidisciplinar de profesionales, representado por todos los servicios y unidades de los distintos niveles asistenciales relacionados con la prevención, promoción, protección y atención de la salud, y con la visión y aportaciones fundamentales de las asociaciones de pacientes y afectados así como de otras instituciones, cuya función es pieza clave en el Sistema de Atención Sanitaria y Social de nuestra región.

Nuestro sistema sanitario y de servicios sociales, cuenta a partir de ahora con una nueva herramienta de planificación estratégica, que se ha concebido como instrumento de consolidación, mejora y adecuación del propio sistema, al tiempo que permitirá el desarrollo de nuevos objetivos y líneas de actuación específicas ya que el modelo de Atención a la Cronicidad que tengo el placer de presentar es un modelo basado en la continuidad asistencial y coordinación entre niveles asistenciales , que plantea alternativas de asistencia en el entorno domiciliario y residencial mediante la mejora de la calidad de los centros, servicios y prestaciones, la introducción de las nuevas tecnologías de la información, y el impulso de la participación de los profesionales a través de la formación e investigación como elementos clave , resaltando en esta estructura al ciudadano, al paciente y a la familia cuyo papel debe ser fundamental mediante la promoción y educación sanitaria.

Desde estas líneas quiero también transmitir mi más sincero agradecimiento a todos los profesionales, organismos, asociaciones, entidades y a todos aquellos que han colaborado y participado activamente en la elaboración de este Plan sin cuyo esfuerzo, rigor, capacidad de consenso y responsabilidad no habría sido posible este Plan de Atención a la Cronicidad de Cantabria 2015-2019.

Estoy seguro que este documento cumple con la meta final de poner a disposición de los profesionales y ciudadanos de Cantabria la atención y prestaciones que precisan, en el lugar óptimo y cuando sea necesario y que como consecuencia permitirá afrontar el futuro en materia sanitaria y social con las máximas garantías.

Carlos León Rodríguez

Director General de Ordenación y Atención Sanitaria (1)

(1) Decreto 36/2013, por vacante 2006

Edita: CONSEJERÍA DE SANIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
Diseño y maquetación: Edigráfica Arte & Diseño
Imprime: Artes Gráficas Quinzaños
Depósito legal: SA - XXX - 2015

ÍNDICE

1 Las enfermedades crónicas: Un reto para nuestro sistema sanitario y de servicios sociales. 9

1.1. Introducción. 7
1.2. El Sistema Nacional de Salud ante el reto de la cronicidad. 10
1.3. La cronicidad en cifras: 13
1.3.1. Situación epidemiológica a nivel internacional. 14
1.3.2. Epidemiología de la cronicidad en España. 14
1.3.3. La cronicidad en Cantabria. 17
1.3.4. Consecuencias económicas de la enfermedad crónica. 22

2 Modelos de atención a la cronicidad propuestas por organizaciones internacionales. 41

3 La necesidad de cambio de los paradigmas de la atención sanitaria orientada a las enfermedades crónicas. 45

3.1. La Atención Primaria de Salud como elemento vertebrador de la atención a la cronicidad. 47
3.2. El Paciente como centro de atención en los planes de atención a la cronicidad. Necesidades y Empoderamiento. 48
3.3. Continuidad, coordinación e integración asistencial y los nuevos roles en cronicidad. Barreras a su implementación. 52

4 Metodología del Plan de Atención a la Cronicidad de Cantabria. 55

5 Misión, visión y valores del Plan de Atención a la Cronicidad de Cantabria. 59

5.1. Misión 60
5.2. Visión 60
5.3. Valores 60

6 Modelo de atención a la cronicidad de Cantabria. 63

6.1. Basado en la continuidad asistencial. 65
6.2. Alternativas a la asistencia sanitaria tradicional para el paciente crónico. 74
6.3. Dando recursos, mediante la promoción y educación en salud al ciudadano, al paciente y a su familia. 86
6.4. Formando a los profesionales y potenciando la investigación en cronicidad. 91
6.5. Dando el soporte preciso mediante las tecnologías de la información. 95
6.6. Tratando problemas específicos de forma eficaz: Dolor crónico y pacientes polimedicados. 101

7 Seguimiento y evaluación. Indicadores de ejecución. 109

8 Bibliografía. 113

9 Anexos. 121

Autocuidados
Cuidados profesionales sanitarios
Paciente pluripatológico crónico de alta complejidad
Paciente crónico de alto riesgo
Paciente crónico con FR biopsicosocial
FR y estilos de vida
Sanos
Consumo de recursos
Caso
Enfermedad severa
Enfermedad
Prevención de Salud
Promoción de Salud
Determinantes sociales individuales en personas enfermas y/o con FR biopsicosociales
Determinantes Sociales próximos
Determinantes sociales intermedios
Pirámide de riesgos
Modelo atención a crónicos
Determinantes sociales

1

Las enfermedades crónicas: Un reto para nuestro sistema sanitario y de servicios sociales.

1.1. Introducción.

En el momento actual, la actividad principal de los servicios de salud está centrada en la resolución de patologías agudas, favoreciendo una atención episódica de los problemas de salud con un enfoque curativo. Esta forma de afrontar los retos de la población, en términos de salud, es tremendamente eficaz para los procesos muy graves y agudos. Sin embargo la principal causa de mortalidad y morbilidad actualmente son las enfermedades crónicas que, en general, necesitan otros enfoques. Además las proyecciones epidemiológicas para las próximas décadas, sugieren que la mayor parte de las patologías crónicas complejas como las enfermedades cardiovasculares, metabólicas y mentales incrementarán su prevalencia en el futuro. La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera enfermedades crónicas las que además de presentar una duración larga y una progresión lenta, no se transmiten de persona a persona y son consideradas, por lo tanto, como no transmisibles. Sus cuatro tipos principales son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes [1].

Además de estas cuatro patologías, hoy no se entendería un abordaje de la cronicidad sin tener en cuenta dos características adicionales muy importantes: la multimorbilidad y la presencia de deterioro funcional como acompañantes habituales en la cronicidad.

Hasta hace dos décadas, este tipo de patologías eran consideradas unas afecciones de la población más favorecida económicamente, debido a las mejoras en la asistencia sanitaria, y de los ancianos, por el cambio demográfico que ha originado el envejecimiento poblacional. Esta mayor esperanza de vida, junto con la mayor posibilidad de sobrevivir a una enfermedad aguda, termina originando el incremento de las patologías crónicas [2 3]. Sin embargo, aunque casi todos los ancianos presentan algún problema crónico y un tercio de los mismos se pueden considerar como pluripatológicos (4 ó más enfermedades), las patologías crónicas y la multimorbilidad no son exclusivas de los ancianos y de las clases acomodadas. El 50% de los personas con cronicidad y comorbilidad son jóvenes y adultos de mediana edad, cifra que empeora entre la población más desfavorecida socioeconómicamente [4]. (Figuras 1 y 3). Estos hallazgos son totalmente equiparables a los que se aprecian en la Encuesta Nacional de Salud de España 2011/2012 (a partir de ahora ENS) en la población española (Figuras 2 y 4).

Número de enfermedades crónicas por grupos de edad

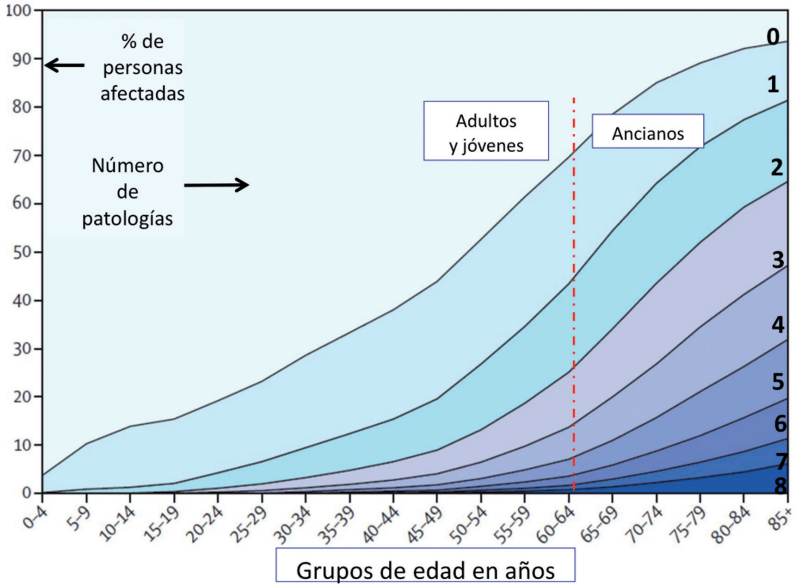
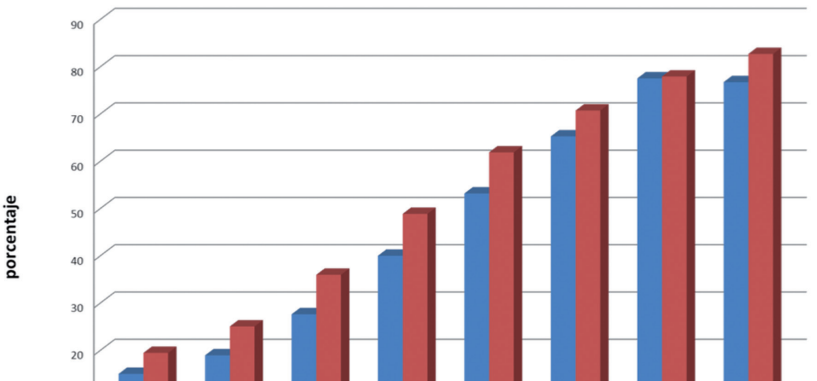


Figura 1
Número de enfermedades crónicas padecidas y porcentaje de personas afectadas, distribuidas por grupos de edad. (Elaborado a partir de: Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for healthcare, research, and medical education: a cross-sectional study. Lancet 2012; 380: 37–43)

Población con alguna enfermedad o problema de salud crónicos percibido según sexo y grupo de edad



	15 a 24 años	25 a 34 años	35 a 44 años	45 a 54 años	55 a 64 años	65 a 74 años	75 a 84 años	85 y más años
HOMBRES	15,05	18,98	27,65	40,05	53,21	65,3	77,56	76,77
MUJERES	19,48	25,07	36,02	48,9	61,92	70,75	77,97	82,74

Figura 2
Porcentaje de población con alguna enfermedad o problema de salud crónico percibido según sexo y grupo de edad. (Elaborado a partir de ENS 2011/2012)

Prevalencia de comorbilidad por edad y estado socioeconónico

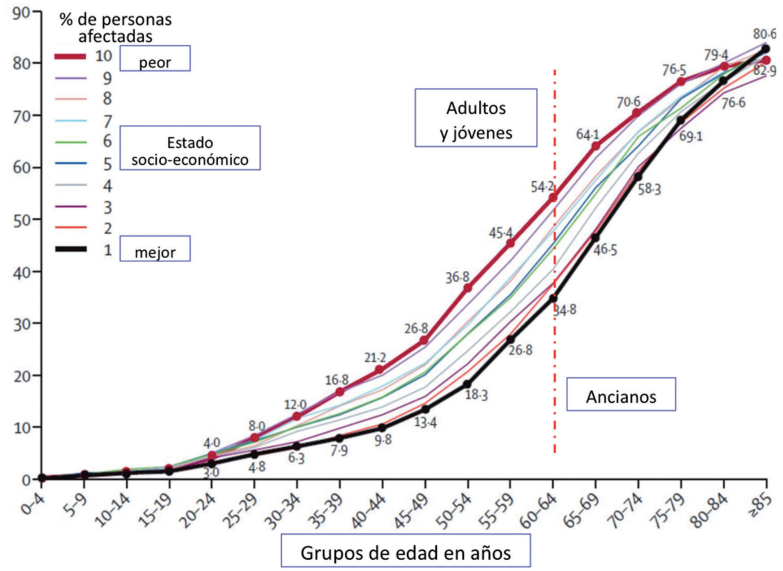


Figura 3
Prevalencia de comorbilidad por grupos de edad y estado socioeconómico (Elaborado a partir de: Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for healthcare, research, and medical education: a cross-sectional study. Lancet 2012; 380: 37–43)

Porcentaje de población con alguna enfermedad o problema de salud crónicos percibido

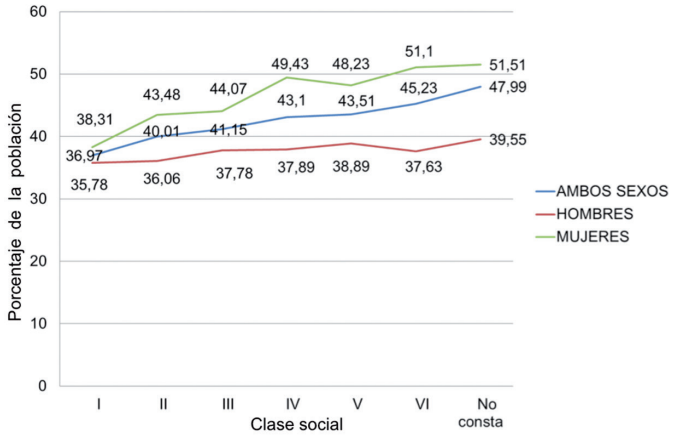


Figura 4
Porcentaje de población (de 15 y más años) con alguna enfermedad o problema de salud crónicos percibido según sexo y clase social basada en la ocupación de la persona de referencia: I máxima cualificación, VI sin cualificación. (elaborado a partir de ENS 2011/2012)

Las personas con condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico, muchas de ellas ancianas, 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. Por otro lado, la inadecuada coordinación entre los niveles de atención sanitaria (Atención Primaria (AP)-Atención Hospitalaria (AH)) así como entre el sistema sanitario y los servicios sociales (SS), es uno de los principales condicionantes de la ineficiencia en la provisión, desarrollo y gestión de los recursos disponibles para atender la cronicidad, y conduce a que los servicios no se presten en el nivel más adecuado y por el profesional más idóneo. Resulta 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. Son precisamente estos pacientes, habitualmente mayores y con limitación funcional, los que generan mayor demanda de atención en los diferentes ámbitos asistenciales y utilizan mayor número de recursos sanitarios y sociales. El sistema sanitario debe ofrecer algo más que 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 interdisciplinares, formados por 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 (SNS) para responder al reto de la cronicidad no implica necesariamente un aumento de recursos, pero sí precisa reorganizar, adaptar y optimizar la utilización de los medios ya disponibles. Para ello es necesario aumentar la responsabilidad de gestores, profesionales y de la población en general.

1.2. El Sistema Nacional de Salud ante el reto de la Cronicidad

Por estos motivos, en el año 2012 el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, (MSSSI) publicó, tras ser aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 27 de junio, la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud [5]. Esta estrategia 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 en las personas y en 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, y se adapte a la evolución de la enfermedad en el paciente, favoreciendo su autonomía personal.

Aunque unos servicios sanitarios públicos, universales y gratuitos proporcionan grandes beneficios al conjunto de la sociedad y convierte al SNS en instrumento de equidad y cohesión social, 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 y de los medicamentos.

1.3. La Cronicidad en cifras

1.3.1. Situación epidemiológica a nivel internacional.

La heterogeneidad y diversidad de los diferentes sistemas de salud, según los países, aporta datos variables sobre la cronicidad y con escasa disponibilidad de datos alternativos de alta calidad. Esto ha supuesto que la OMS emplee como fuente de datos sobre la cronicidad las denominadas enfermedades no transmisibles (ENT) como una aproximación a la enfermedad crónica. Para afrontar el reto que supone la cronicidad, la OMS ha publicado una serie de informes para la prevención y el control de las ENT (figura 5) y ha establecido una serie de objetivos globales para lograr una reducción de las ENT para el año 2025. (Figura 6)

Puesto que las proyecciones estimadas por la OMS prevén que, en estas primeras décadas del siglo XXI, el 72% de todas las muertes acaecidas antes de los 60 años[6], en los países desarrollados, son debidas a la cronicidad o a las patologías no transmisibles se ha propuesto realizar el proyecto La carga mundial de enfermedad para evaluar la incidencia, prevalencia, severidad, duración y mortalidad originada por patologías crónicas en los países más desarrollados. La evaluación de la carga de enfermedad se realiza con variaciones del QALY (Quality Adjusted Life Year)[7], siendo la medida de la carga global de enfermedad desarrollada por la OMS, más habitual, los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD).[8 9]

En Europa, entre un cuarto y un quinto de la población mayor de 15 años en 1996 padecía al menos un problema de salud de larga duración (crónico)[10]. Al igual que en el resto del mundo, algunas de estas enfermedades crónicas (cardiovasculares, cáncer, diabetes y las patologías respiratorias) se han convertido en la principal causa de morbilidad y mortalidad en Europa, siendo las enfermedades cardiovasculares y el cáncer las que originan el 48% y el 21% respectivamente, de muertes originadas por ENT[11].

Dado que la mayoría de estas condiciones crónicas son una consecuencia de la exposición acumulada a múltiples factores de riesgo sobre la vida de una persona[12], y puesto que estos

Hitos globales en la prevención y control de las enfermedades no transmisibles (ENT)

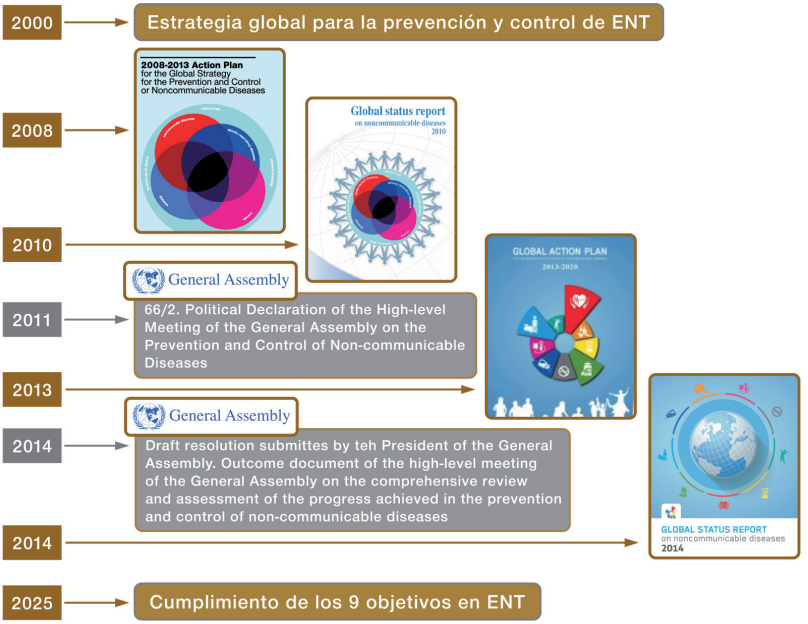


Figura 5
Fechas y documentos que resumen los hitos globales en la prevención y control de las enfermedades no transmisibles (ENT) por parte de la OMS (Elaborado a partir de del "Global status report on noncommunicable diseases. WHO 2014" y de otros documentos de la OMS)

Objetivos globales de la OMS en ENT para el año 2025

1. Reducción Relativa de la mortalidad global por cáncer, diabetes, enfermedad cardiovascular, y EPOC.
2. Reducción del 10% del consumo perjudicial de alcohol en cada contexto nacional.
3. Reducción del 10% de la actividad física insuficiente.
4. Reducción de un 30% de la ingesta de sal.
5. Reducción del 30% del consumo de tabaco en mayores de 15 años.
6. Reducción del 25% de la prevalencia de hipertensión.
7. Detener el aumento de diabetes y obesidad.
8. Tratamiento y consejo al 50% de la población susceptible de padecer cardiopatía isquémica e ictus.
9. Disponibilidad para el 80% de la población de los fármacos y tecnologías requeridas para tratar las ENT.

Figura 6
Objetivos globales de la OMS para lograr una reducción de las ENT para el año 2025. (Elaborado a partir de del "Global status report on noncommunicable diseases. WHO 2014")

afectan generalmente a más de un órgano o sistema, el problema de las enfermedades crónicas es también un problema frecuente de multimorbilidad, que puede afectar a más del 50% de la población anciana europea [4 13 14], aunque las cifras de prevalencia de las diferentes condiciones crónicas en la Unión Europea (UE) no son homogéneas, y están influenciadas por diferentes variables según los países [15].

Al igual que la OMS, la UE tiene una serie de programas en marcha en relación con la cronicidad entre los que destacan Chrodis e Innovative Healthy Aging [16]. Ambos conducen a un triple objetivo propuesto desde la UE: mejorar la salud y calidad de vida de los ciudadanos, en unos sistemas sanitarios eficientes y sostenibles y que además promuevan el crecimiento económico, a través del desarrollo de provisiones de servicios innovadores para la cronicidad. (Figura 7).

Objetivo de la UE: alcanzar 2 años más de vida saludable para el año 2020

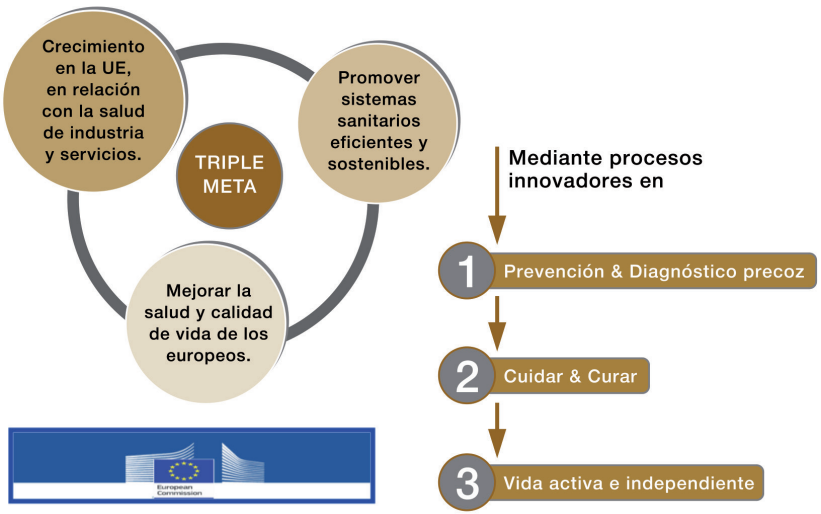
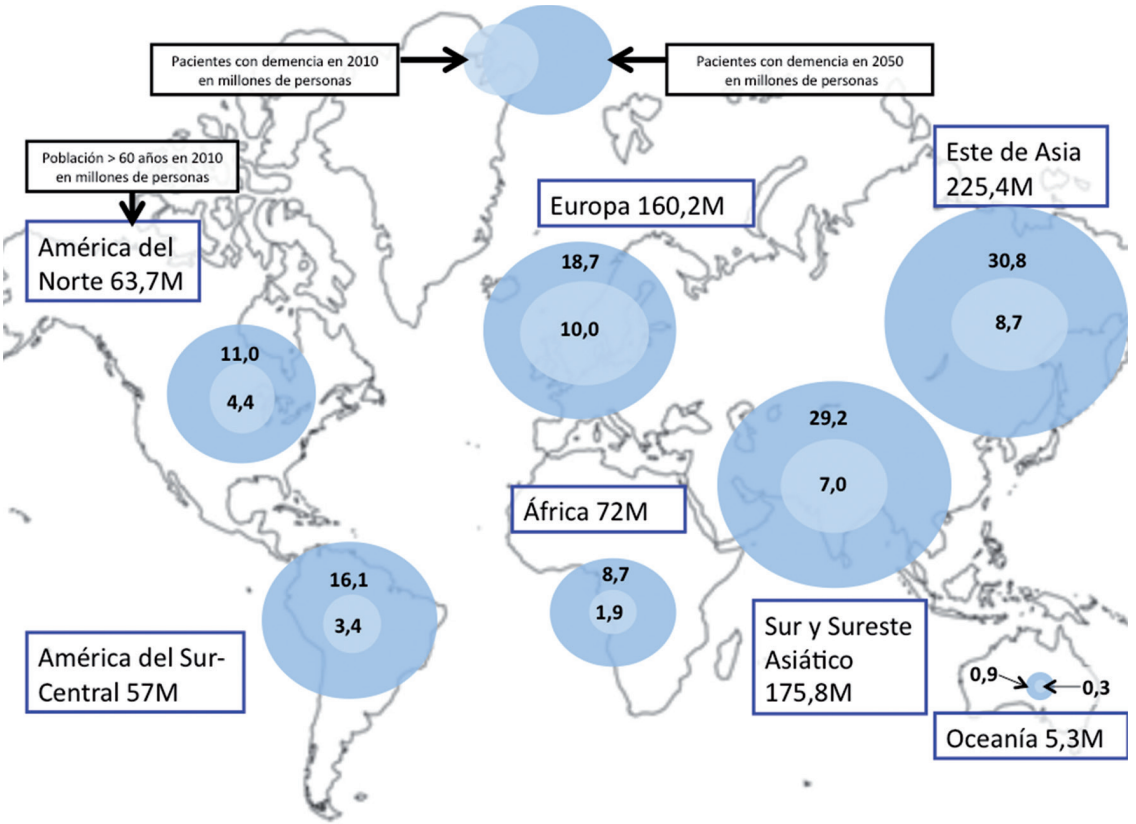


Figura 7
Triple objetivo propuesto desde la UE: mejorar la salud y calidad de vida de los ciudadanos, en unos sistemas sanitarios eficientes y sostenibles y que además promuevan el crecimiento económico. (Elaborado a partir del documento "European Innovation Partnership on Active & Healthy Ageing". European Commission 2014)

Las Proyecciones a futuro de la mortalidad y de la carga de enfermedad muestran que las enfermedades crónicas seguirán siendo el mayor contribuyente a la mortalidad y la discapacidad en los países europeos. El porcentaje de morbilidad asociada a cronicidad o condiciones no transmisibles en los países desarrollados se estima alcance al 89% en 2030 [17]. Un ejemplo de patología crónica que se espera aumente es el deterioro cognitivo y la demencia, debido a su asociación con el envejecimiento. Sin tener todavía aclaradas las posibilidades de un tratamiento preventivo o curativo, se estima que afecte a más de 10.8 millones de europeos mayores de 60 años en 2020, llegando a los 15.9 millones en el 2040, y de nuevo con una amplia variabilidad de estas cifras de prevalencia entre los países de la UE [18 19 20]. (Figura 8)



1.3.2. Epidemiología de la cronicidad en España.

Nuestro sistema sanitario presenta unos indicadores de salud que nos sitúan entre los mejores del mundo; uno de ellos es la esperanza de vida al nacimiento, que está por encima de los 80 años (Tabla 1) junto con otros diez países europeos además de Australia, Canadá, Chile, Japón y Nueva Zelanda[21 22]. Este aumento de la esperanza de vida se acompaña demográficamente de un descenso de la natalidad y de la mortalidad general en todos los grupos de edad. Esto condiciona la variación de la estructura de España por edades de la población, con un incremento constante de la población anciana durante los últimos años[23]. Según datos del Instituto Cántabro de Estadística (ICANE), a 1 de Julio de 2014 residían en Cantabria 586.395 personas, que representa el 1,25% de la población española (46.771.360). Las personas de 65 y más años suponían en esa fecha 117.678, y 40.676 las personas de 80 y más años. La proporción de personas de 65 y más años suponen el 20,0% de la población total de Cantabria, y son el 6,9% sobre el total de la población de Cantabria las personas de 80 y más años[24]. Además según los datos de proyección de la población

de España a largo plazo elaborada por el INE, las tendencias demográficas actuales llevan a una reducción progresiva del crecimiento poblacional en las próximas décadas: el crecimiento natural de la población se hará 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.

	Esperanza vida al nacimiento			Esperanza vida a los 60 años			Esperanza años de vida saludable al nacimiento		
	Varón	Mujer	Ambos	Varón	Mujer	Ambos	Varón	Mujer	Ambos
1990	73	81	77	19	24	22			
2000	76	83	79	21	25	23	68	73	70
2012	79	85	82	22	27	25	71	76	73

Tabla 1.
Características de la esperanza de vida en España en las últimas décadas según la OMS (WHO 2014; http://apps.who.int/gho/data/node.main.688)

La prevalencia de problemas crónicos percibidos, según la ENS de 2011/2012, aparece recogida en la figura 9 con una tendencia ascendente con la edad, desde el 17,2% del grupo más joven que percibe algún problema de salud crónico, hasta el 80,6% en los mayores de 85 años.

Porcentaje de población con cronicidad percibida.

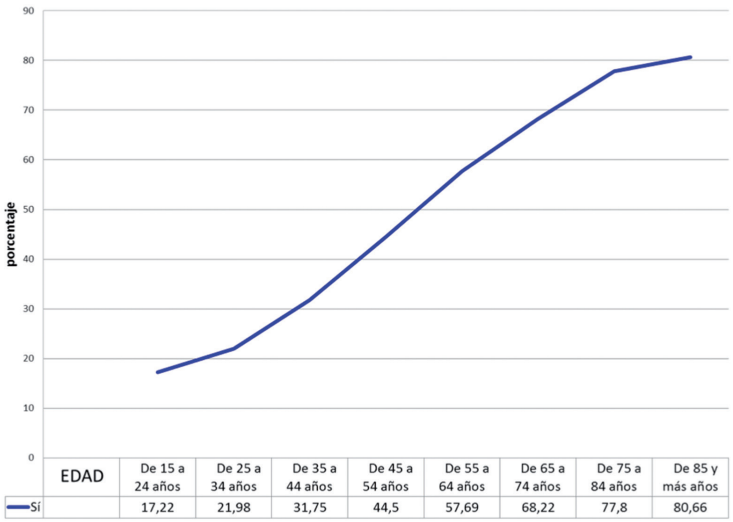


Figura 9
Porcentaje de población (de 15 y más años) con alguna enfermedad o problema de salud crónicos percibidos por grupos de edad. (Elaborado a partir de ENS 2011/2012).

Las principales causas de muerte en nuestro país en población adulta y anciana, son similares a las de la región de la UE: enfermedades del sistema circulatorio, los tumores y las enfermedades respiratorias [25] [26] todas ellas ENT, y aparecen recogidas en la figura 10.

Tasa estandarizada de muertes por 100.000 habitantes, en países europeos, de patologías crónicas seleccionadas.

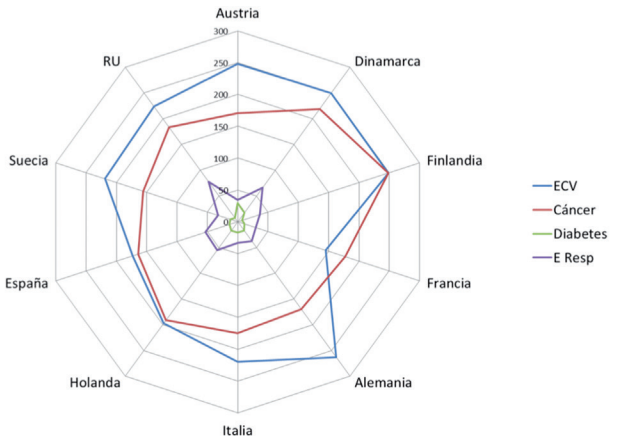
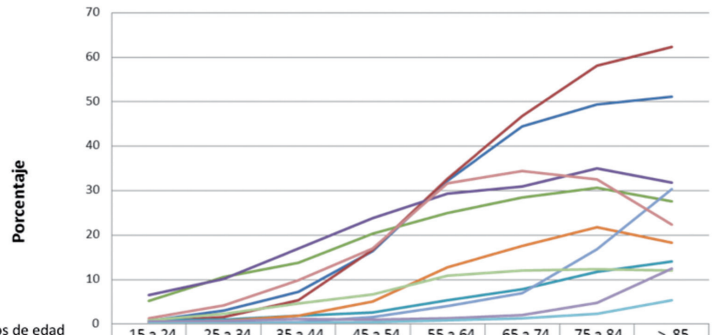


Figura 10
Tasa estandarizada de muertes por 100.000 habitantes de patologías crónicas seleccionadas en 2004 (Elaborado a partir de M. Gemmil, Research note: Chronic Disease Management in Europe. The London School of Economics and Political Science, 2008)

Tasa estandarizada de muertes por 100.000 habitantes, en países europeos, de patologías Problemas o enfermedades crónicas en población adulta por grupos de edad

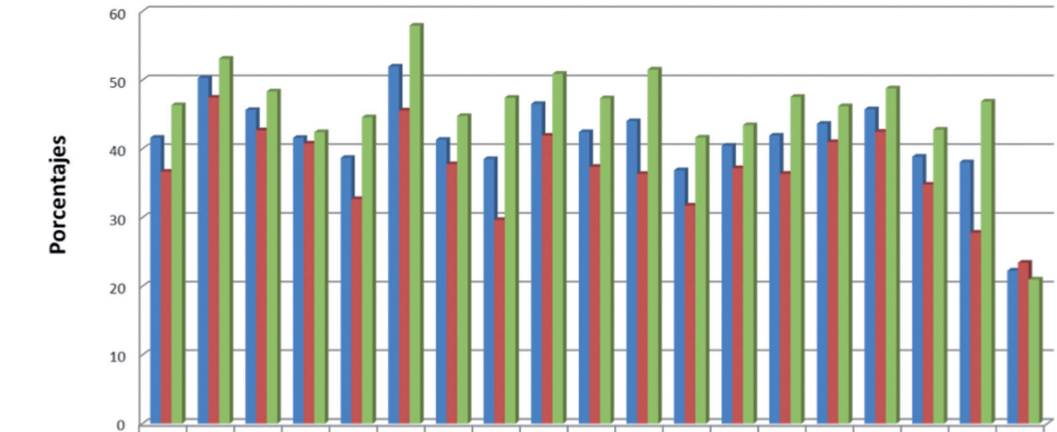


Grupos de edad	15 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 54	55 a 64	65 a 74	75 a 84	> 85
Tensión alta	0,64	3,06	7,23	16,36	32,28	44,43	49,4	51,08
Artrosis, artritis	0,55	1,57	5,4	16,66	32,73	46,74	58,13	62,41
Dolor cervical crónico	5,15	10,56	13,77	20,33	25	28,48	30,64	27,6
Dolor lumbar crónico	6,46	10,09	16,92	23,8	29,4	30,9	34,95	31,87
EPOC	0,81	1,02	1,82	2,6	5,4	7,81	11,82	14,1
Diabetes	0,25	0,71	1,79	5,08	12,74	17,56	21,85	18,3
Incontinencia urinaria	0,59	0,29	0,47	1,55	4,07	6,98	16,82	30,42
Hiperlipemia	1,31	4,19	9,84	16,94	31,6	34,42	32,56	22,31
Depresión crónica	0,81	2,32	4,59	6,59	10,89	12,1	12,34	12,06
Enfermedades mentales	0,55	0,68	1,1	1,06	1,31	2,06	4,74	12,44
ACVA	0,05	0,06	0,24	0,34	0,83	1,23	2,24	5,3

Figura 11
Problemas o enfermedades crónicas de larga evolución en los últimos 12 meses en población adulta española por grupos de edad: jóvenes, adultos, ancianos. (Elaborado a partir de ENS 2011/2012)

Respecto a las condiciones crónicas en la población española mayor de 55 años y según los datos de la ENS 2011/2012 las tres más frecuentes son: la artrosis, la hipertensión y el dolor lumbar crónico; las dos primeras tienen una clara tendencia ascendente con la edad como se comprueba en la figura 11. En términos generales, las mujeres presentan una mayor prevalencia que los varones en los trastornos crónicos. En Atención Primaria, la prevalencia de pluripatología se estima en un 1,38 % entre la población general y en un 5% en los ancianos. El 40 % de los pacientes pluripatológicos presentan tres o más enfermedades crónicas, el 94% está polimedicado, el 34% tiene deterioro funcional y el 37% tiene deterioro cognitivo; así se calcula que las enfermedades crónicas son la causa del 80% de las consultas de Atención Primaria. La ENS también informa que el 47% de las personas mayores de 65 años acudió a una consulta médica en las cuatro semanas previas a la encuesta, fenómeno que es más frecuente entre las mujeres y que la atención domiciliaria prestada por un profesional sanitario asciende desde el 2,1% en la población adulta hasta el 11,7% en personas de 75 y más años. Cuando se compara la frecuencia de problemas de salud crónicos percibidos por comunidades autónomas (figura 12), nuestra comunidad autónoma es la que, a nivel global, mayor prevalencia de problemas de salud crónicos percibidos presenta (52%) [27].

Porcentajes de cronicidad percibida por CCAA



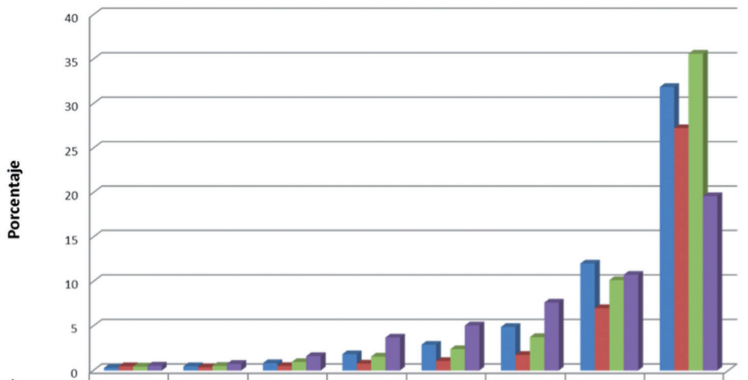
	AND	ARG	AST	IBL	ICN	CAN	CTL	CTM	CAT	VAL	EXT	GAL	MAD	MUR	NAV	PVC	RIJ	CEU	MEL
AMBOS SEXOS	41,61	50,33	45,66	41,6	38,69	51,97	41,33	38,51	46,54	42,44	44,04	36,89	40,46	41,93	43,64	45,76	38,85	38,06	22,28
HOMBRES	36,68	47,47	42,69	40,78	32,69	45,6	37,77	29,66	41,92	37,39	36,36	31,75	37,18	36,38	41	42,49	34,82	27,81	23,43
MUJERES	46,36	53,11	48,35	42,42	44,59	57,93	44,78	47,44	50,91	47,36	51,53	41,64	43,44	47,56	46,21	48,81	42,79	46,88	20,98

Figura 12

Frecuencia de enfermedades crónicas por CCAA y por sexos en población adulta. AND: Andalucía, ARG: Aragón, AST: Asturias, IBL: Baleares, ICN: Canarias, CAN: Cantabria, CTL: Castilla y León, CTM: Castilla la Mancha, CAT: Cataluña, VAL: Valencia, EXT: Extremadura, GAL: Galicia, MAD: Madrid, MUR: Murcia, NAV: Navarra, PVC: País Vasco, RIJ: Rioja, CEU: Ceuta, MEL: Melilla (Elaborado a partir de ENS 2011/2012)

Respecto a la calidad de vida relacionada con la salud, con la edad van incrementándose los problemas relacionados con la movilidad, la realización de las labores de autocuidado, la realización de las actividades cotidianas y la presencia de dolor, originando el mayor deterioro funcional en los ancianos (Figura 13). Entre los mayores de 85 años la frecuencia de población con dependencia severa o total para la movilización, el autocuidado y la realización de las tareas cotidianas o con dolor severo extremo es, respectivamente, del 31,8%, el 27,2%, el 35,6% y 19,6%.

Calidad de vida relacionada con salud según población con dificultad severa o total



Edad	15 a 24	25 a 34	35 a 44	45 a 54	55 a 64	65 a 74	75 a 84	> 85
Movilidad	0,3	0,47	0,82	1,83	2,9	4,89	12,02	31,87
Autocuidado	0,47	0,36	0,5	0,78	1,07	1,75	7,01	27,24
Actividades	0,44	0,51	0,95	1,56	2,4	3,75	10,15	35,61
Dolor-Malestar	0,54	0,73	1,61	3,71	5,06	7,63	10,76	19,6

Figura 13
Calidad de vida relacionada con la salud por grupos de edad en España. Descrita como frecuencia de población con dependencia severa o total para la movilización, el autocuidado, la realización de las tareas cotidianas o presencia de dolor severo-extremo. (Elaborado a partir de ENS 2011/2012)

En cuanto a las cifras de la hospitalización en la red de centros del SNS, la edad media de los pacientes se incrementó en casi cuatro años desde el año 2000 al 2010 (53.9 años), 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. Las enfermedades del sistema circulatorio con el 14,1% del total, las enfermedades del aparato digestivo con el 12,1%, las enfermedades del aparato respiratorio con el 11,5%, y las neoplasias con el 10%, son las causas más frecuentes de alta como diagnóstico principal. 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, respectivamente.

Según la ENS, respecto al 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. Así en el año 2010, casi un 53% de las estancias hospitalarias (personas/camas/días) corresponden a mayores de 64 años. La estancia media de las personas de 65 y más años alcanzó la cifra de los 9,09 días, superando en casi 2 días a la obtenida por el conjunto de altas del SNS. Otras fuentes arrojan una prevalencia de multimorbilidad, definida como la presencia de dos o más enfermedades crónicas (de una lista de 47) en el 66.13% de la población anciana incrementándose con la edad hasta 80 años. Esta prevalencia de multimorbilidad fue mayor en las áreas económicamente deprimidas (69,94%) que en las zonas más acomodadas (60,22%) [28]. También

las patologías crónicas impactan en gran medida en la calidad de vida y originan discapacidad especialmente cuando concurre la multimorbilidad [29]. Todas las condiciones crónicas, excepto hipertensión, se asocian con malos resultados en la calidad de vida y discapacidad. La calidad de vida también empeora entre los pacientes que presentaban multimorbilidad . Por último, cabe reseñar que las patologías crónicas y la multimorbilidad tienden a agruparse de formas determinadas: los patrones de agrupación frecuentes encontrados en España son vásculorenal, cardiometabólico y psicogeriátrico [30 31].

1.3.3. La cronicidad en Cantabria.

Según datos del Instituto Cántabro de Estadística (ICANE), a 1 de Julio de 2014, en Cantabria, las personas de 65 y más años suponían 117.678 (20% de la población total), y 40.676 (6,9%) las personas de 80 y más años [30]. La densidad de población de 110,1 habitantes/km, y una esperanza de vida al nacer de 83,11 años (80,11 años para los varones y 85,98 años para las mujeres), ligeramente superior a la media española (80,3 años de media, con 78,94 para los hombres y 84,91 para las mujeres). La pirámide de población de Cantabria en el 2014 y su proyección para el 2029 aparece en la figura 14.

Pirámide de población de Cantabria en el año 2014 y proyección para el año 2029.

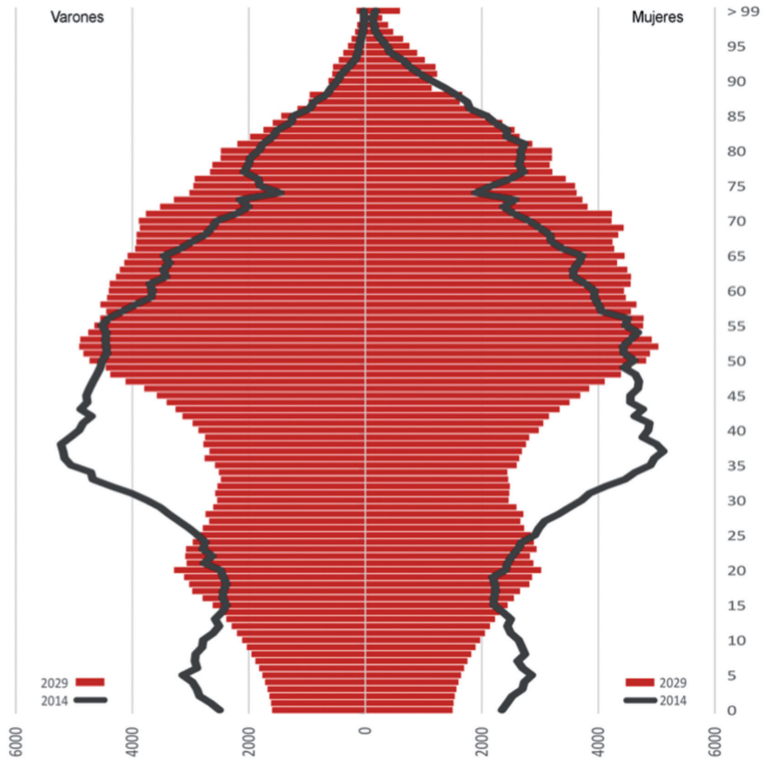


Figura 14
Pirámide de población de Cantabria en el año 2014 y proyección para el año 2029. (Departamento de Geografía, Urbanismo y Ordenación del Territorio. Universidad de Cantabria)

Desde el punto de vista demográfico, el despoblamiento interior y el envejecimiento poblacional en esas zonas despobladas son dos aspectos a tener en cuenta para la planificación de atención a la cronicidad. La densidad poblacional y el índice de envejecimiento a nivel municipal se recogen en las figuras 15 y 16.

Densidad de población municipal en Cantabria 2015

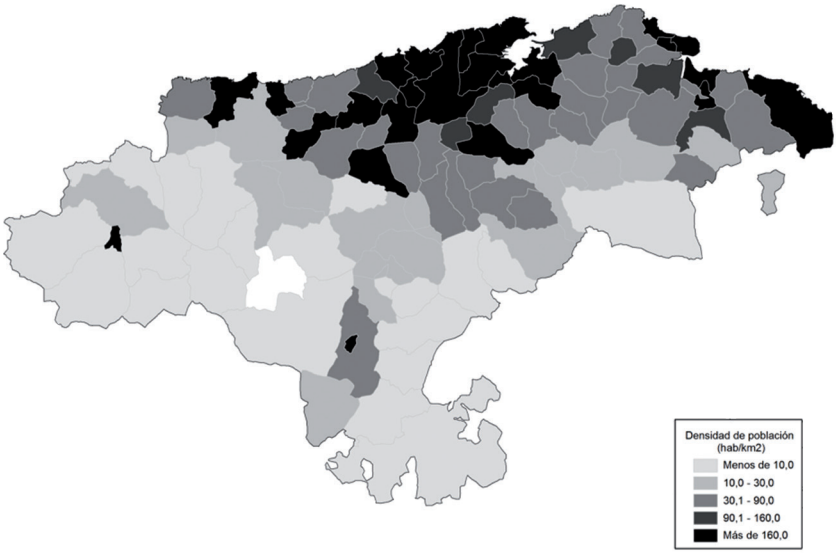


Figura 15
Densidad de población de Cantabria a nivel municipal en el año 2014 (Departamento de Geografía, Urbanismo y Ordenación del Territorio. Universidad de Cantabria)

Índice de envejecimiento en los municipios de Cantabria 2014

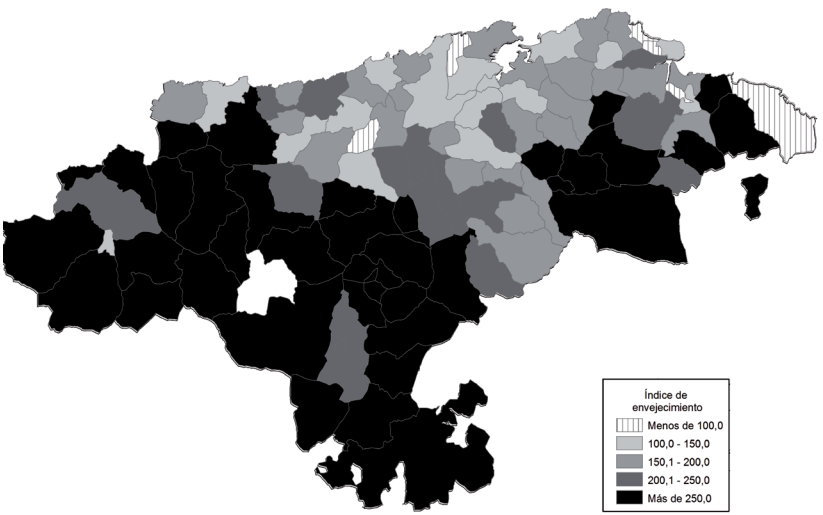
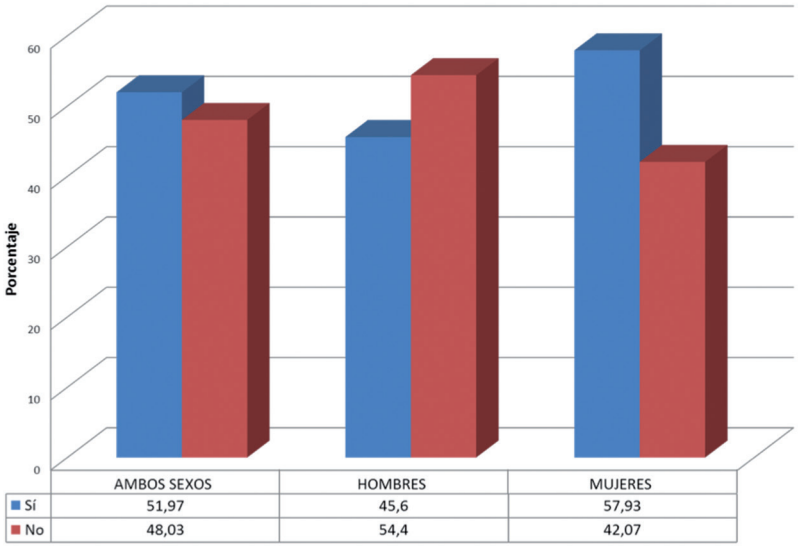


Figura 16
Índice de envejecimiento de Cantabria a nivel municipal en el año 2014 (Departamento de Geografía, Urbanismo y Ordenación del Territorio. Universidad de Cantabria)

Respecto a la percepción de la salud por parte de la población de Cantabria, más de la mitad refiere padecer algún problema de salud crónico, afectando al 57,9% de las mujeres y al 45,6% de los hombres según la ENS del año 2011/2012 (figura 17). Según la ENS, la artrosis, la hipertensión, la hiperlipemia y el dolor crónico de espalda son los problemas de cronicidad más frecuentemente percibidos tanto en varones como en mujeres en Cantabria (figura 18).

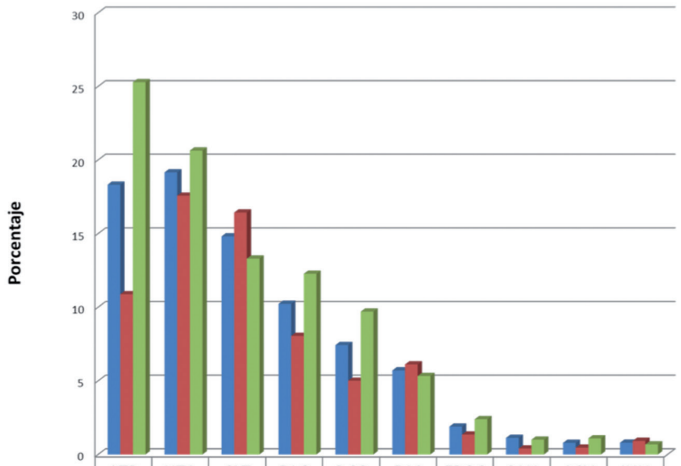
Población con alguna enfermedad o problema de salud cronicos



	AMBOS SEXOS	HOMBRES	MUJERES
Sí	51,97	45,6	57,93
No	48,03	54,4	42,07

Figura 17
Frecuencia de problemas crónicos de salud percibidos en la población de Cantabria (Elaborado a partir de ENS 2011/2012)

Frecuencia de principales condiciones crónicas en Cantabria

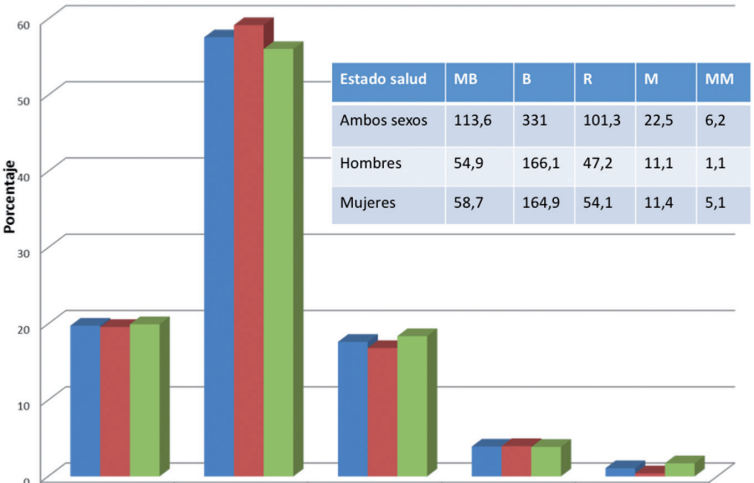


	ATR	HTA	CLT	DLC	DCC	DM	EPOC	CAN	ACV	INU
AMBOS SEXOS	18,32	19,16	14,81	10,23	7,43	5,71	1,89	1,13	0,79	0,8
HOMBRES	10,88	17,57	16,43	8,05	5,01	6,12	1,35	0,4	0,46	0,92
MUJERES	25,29	20,64	13,3	12,27	9,7	5,33	2,39	1	1,09	0,68

Figura 18
Frecuencia de patologías crónicas percibidas en Cantabria. ATR: artrosis, HTA: hipertensión, CLT: colesterol elevado, DLC: dolor lumbar crónico, DCC: dolor cervical crónico, DM: diabetes mellitus, EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, CAN: cáncer, ACV: accidentes cerebrovascular, INU: incontinencia urinaria. (Elaborado a partir de ENS 2011/2012)

El estado de salud percibido en Cantabria aparece en la figura 19 (en miles de personas en el recuadro sobre la gráfica) según la ENS del año 2011/2012; se aprecia que más de una quinta parte de la población percibe su estado de salud como regular, malo o muy malo, con cifras concretas del 24% para las mujeres y del 21.2% en los varones.

Frecuencia de estado de salud percibido en Cantabria

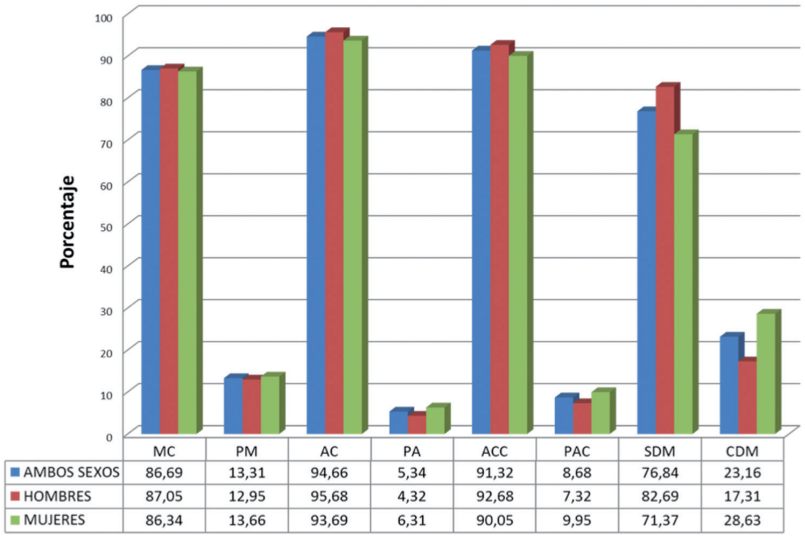


	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo
AMBOS SEXOS	19,77	57,6	17,64	3,91	1,08
HOMBRES	19,59	59,21	16,83	3,97	0,4
MUJERES	19,95	56,06	18,4	3,87	1,72

Figura 19
Frecuencia de estado de salud percibido, por sexo en la población de Cantabria. En la tabla pequeña el estado de salud percibido en miles de personas. MB muy bueno, B: bueno, R: regular, M: malo, MM: muy malo (Elaborado a partir de ENS 2011/2012)

De una forma más objetiva también se puede hacer una aproximación al estado de salud y calidad de vida percibido en Cantabria según el grado de deterioro funcional, evaluado mediante la capacidad de movilización, las labores de autocuidado, la realización de las tareas cotidianas y la presencia de dolor o malestar, con los valores que aparecen recogidos en la figura 20, refiriendo problemas severos en estos aspectos entre el 5% y el 23% de la población

Calidad de vida relacionada con salud en población adulta de Cantabria

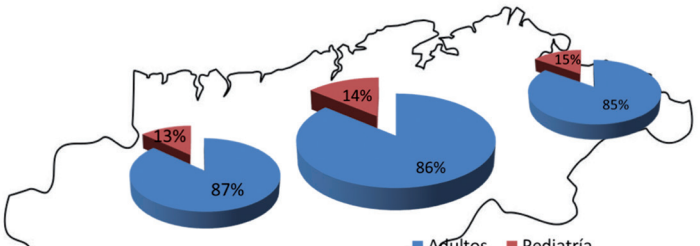


	MC	PM	AC	PA	ACC	PAC	SDM	CDM
AMBOS SEXOS	86,69	13,31	94,66	5,34	91,32	8,68	76,84	23,16
HOMBRES	87,05	12,95	95,68	4,32	92,68	7,32	82,69	17,31
MUJERES	86,34	13,66	93,69	6,31	90,05	9,95	71,37	28,63

Figura 20
Calidad de vida relacionada con la salud por sexo en la población de Cantabria, según problemas de movilidad, para el auto-cuidado, para las actividades cotidianas y según presencia de dolor o malestar (Elaborado a partir de ENS 2011/2012)

El paso inicial en Cantabria para desarrollar un Plan de Atención a la Cronicidad, como en otras comunidades, es la recopilación y análisis de bases de datos clínicos y demográficos para establecer, para una persona concreta o grupo de personas, el riesgo de sufrir una enfermedad específica o un incidente asociado con el deterioro de su salud mediante los sistemas de estratificación. Se ha partido de la población de Cantabria con tarjeta sanitaria individual que sumaban en 2013 un total de 567.989, distribuidas en las áreas sanitarias como aparece en la en la figura 21. Esta estratificación de la población en Cantabria permite 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.

Población de Cantabria con tarjeta sanitaria



Área de Santander	312.513	269.537	42.976
Área de Torrelavega Reinosa	160.168	139.219	20.949
Área de Laredo	95.308	80.994	14.314

Figura 21
Distribución de la población de Cantabria con tarjeta sanitaria por áreas de salud en población infantil y adulta (Elaborado a partir de datos del Servicio Cántabro de Salud del 2013)

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 socio familiar 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.

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.

Una de las cuestiones a resolver en el futuro es que no suele haber muchos datos de estratificación que tengan en cuenta parámetros estrictamente funcionales, que pueden ser muy orientativos para determinadas poblaciones, sobre qué tipo de actuaciones sanitarias o de soporte se deben de llevar a cabo. Tampoco suelen encontrarse datos de estratificación en los pacientes con alguna prestación por dependencia. Además, generalmente se evalúa la comorbilidad con el uso de escalas que de algún modo suman el número de enfermedades padecidas por una persona, cuya contribución al total varía dependiendo de su gravedad, tales como en Índice Charlson [32]. En nuestro medio se ha propuesto la selección de grupos de pacientes complejos por medio de asociaciones de enfermedades específicas; es posible que las combinaciones de enfermedades específicas sean de menor relevancia que la carga de la comorbilidad [33]. Actualmente se está trabajando en la detección de los tipos de agrupación que puede presentar la comorbilidad dentro de los pacientes

crónicos. No obstante el concepto de paciente pluripatológico, continúa sin unos criterios universalmente aceptados. Entre los profesionales sanitarios se ha consolidado el concepto como aquel paciente, con frecuencia anciano, en el que concurren varias enfermedades crónicamente sintomáticas, con frecuentes reagudizaciones, que repercuten negativamente sobre su situación funcional y que generan una importante demanda en los diferentes niveles asistenciales [34 35].

La estratificación de los pacientes en Cantabria según el consumo de recursos sanitarios aporta cinco niveles que se distribuyen desde consumo muy bajo, hasta consumo muy alto. La cifras totales para Cantabria y los porcentajes de la población para las áreas de salud concretas aparecen recogidas en la tabla 2 y en la figura 22.

Número de personas y su porcentaje de consumo de recursos sanitarios en Cantabria en 2013

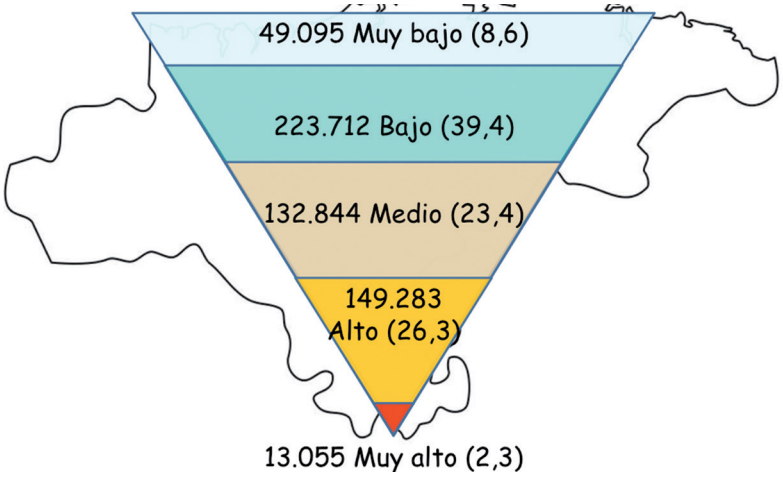


Figura 22
Número total de personas y su frecuencia de consumo de recursos sanitarios en Cantabria en 2013 tipo pirámide de Kaiser (Elaborado a partir de datos de estratificación del Servicio Cántabro de Salud del 2013)

Consumo	Santander		Torrelavega Reinosa		Laredo	
	personas	%	personas	%	personas	%
Muy bajo	32.023	10,2	9.574	6,0	7.498	7,9
Bajo	126.024	40,3	60.980	38,1	36.708	38,5
Medio	69.441	22,2	38.636	24,1	24.767	26,0
Alto	78.815	25,2	46.287	28,9	24.181	25,4
Muy alto	6.210	2,0	4.691	2,9	2.154	2,3

Tabla 2
Cifras absolutas de población y porcentajes por grupos de consumo recursos sanitarios, para cada área de salud de Cantabria. (Elaborado a partir de datos de estratificación del año 2013 del Servicio Cántabro de Salud)

Un aspecto importante de la estratificación de la población en el área de Torrelavega - Reinosa que tiene la menor densidad de población, y los mayores índices de envejecimiento, es la presencia de un patrón de consumo alto y muy alto de recursos sanitarios que supera a las otras áreas de salud.

Respecto al consumo sanitario total en Cantabria, el 28,6% de la población tiene un consumo alto o muy alto frente al 48% que tiene un consumo bajo o muy bajo (figura 22). Es también importante averiguar cómo se distribuye la prevalencia de las diversas condiciones y patologías crónicas más relevantes recogidas según los datos de estratificación por grupos de edad (pediátrica, adultos y población anciana). Estos datos de la estratificación también nos informan sobre los pacientes considerados como pluripatológicos (para este modelo concreto de estratificación en Cantabria se han considerado como tales aquellas personas con 75 o más años y presencia de, al menos, cuatro patologías crónicas). Estos datos aparecen recogidos en la tabla 3. El número total de pacientes pluripatológicos por áreas de salud y su porcentaje relativo sobre la población aparecen recogidos en la figura 23; supone un total de 5,6% (32.045 pacientes) sobre la población de Cantabria con tarjeta sanitaria.

	Menores 18			18 a 64			65 y más		
	M	V	T	M	V	T	M	V	T
ICC	38	58	96	212	354	566	2356	1685	4041
OBESIDAD	1418	1307	2725	15535	11641	27176	9988	5725	15723
DM	69	63	132	4754	7521	12275	11636	11154	22790
EPOC	34	36	70	953	1895	2848	1858	5321	7174
DEMENCIA	-	-	-	61	71	132	3647	1349	4996
ACVA	16	29	45	864	1367	2231	4504	4143	8647
IRC	32	57	89	502	876	1378	2150	2361	4511
HTA	28	57	85	16090	21564	37654	40702	27851	68553
PPC	-	-	-	-	-	-	21386	10659	32045

Tabla 3
Cifras absolutas de población por grupos de edad, infantil, adultos, ancianos y sexo según el padecimiento de las principales patologías crónicas en Cantabria. (Elaborado a partir de datos de estratificación del año 2013 del Servicio Cántabro de Salud) (M: mujeres, V: varones, T: población total, ICC: insuficiencia cardiaca, DM: diabetes mellitus, ACVA: accidente cerebrovascular, IRC: insuficiencia renal crónica, HTA: hipertensión, PPC: paciente pluripatológico)

Cifras de los pacientes pluripatológicos por áreas de salud en Cantabria

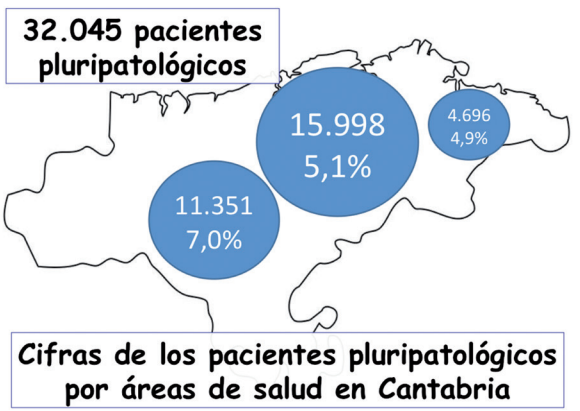
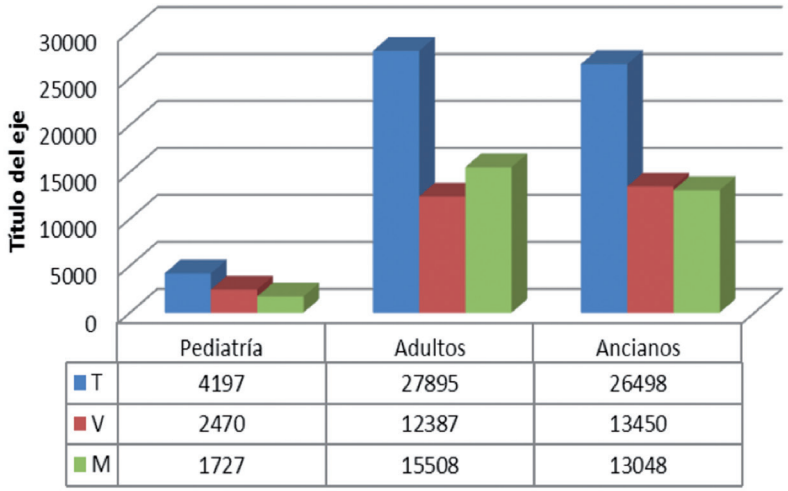


Figura 23
Cifras absolutas de población pluripatológica y porcentajes de la misma sobre población total de cada área de salud. (Elaborado a partir de datos de estratificación del año 2013 del Servicio Cántabro de Salud)

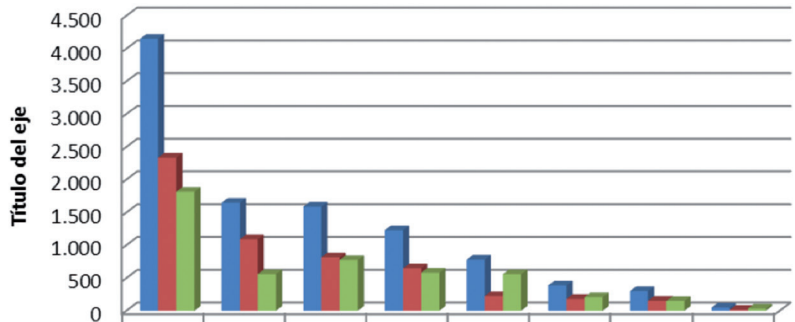
Respecto al consumo de recursos hospitalarios, se presentan en cifras absolutas las altas hospitalarias del año 2013 (INE) (figura 24). Los principales diagnósticos al alta de los tres hospitales públicos de Cantabria en el año 2013: cáncer, EPOC, ACVA, insuficiencia cardiaca y fractura de cadera como aparecen en la figura 25. La distribución por áreas de las altas por diagnóstico principal , así como la estancia media en días para cada uno de los procesos, aparece en la figura 26. Las piramides de población de las principales patologías crónicas obtenidas mediante los datos de estratificación del año 2013 aparecen en la figura 27 en valores absolutos. En ellas se puede apreciar la diferente afectación, por sexos y por edades, de las principales patologías crónicas y de las personas que cumplen criterios de pacientes pluripatologicos en Cantabria. En la figura 28 aparecen las proyecciones en números absolutos de las patologías crónicas en Cantabria hasta el horizonte del año 2029.

Altas hospitalarias INE 2013



	Pediatría	Adultos	Ancianos
T	4197	27895	26498
V	2470	12387	13450
M	1727	15508	13048

Figura 24
Altas hospitalarias totales por grupos de edad (infantil, adulta, anciana) y sexo en Cantabria (Elaborado a partir de datos del INE año 2013)



	Cáncer	EPOC	ACVA	IC	Fx Cadera	HTA	Diabetes	Demencia
Total	4.152	1.649	1.590	1.229	781	386	300	48
Varones	2.337	1.089	815	648	222	180	152	15
Mujeres	1.815	560	775	581	559	206	148	33

Figura 25
Altas hospitalarias por grupos de patologías crónicas y sexo en Cantabria (Elaborado a partir de datos del INE año 2013.EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica, ACVA: accidente cerebrovascular, IC: insuficiencia cardiaca, Fx cadera: fractura de cadera, HTA: hipertensión).

2013 Número de ingresos y estancia media por condiciones crónicas y por áreas

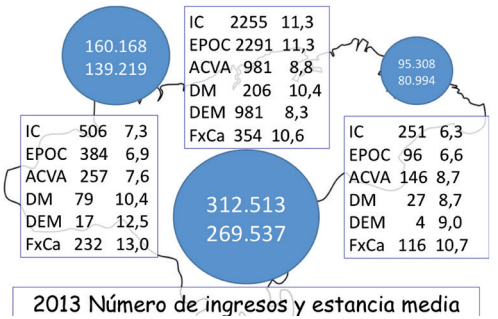


Figura 26
Número de altas hospitalarias por patologías crónicas y fractura de cadera por área de salud y su estancia media correspondiente. En el círculo población total y población adulta de cada área de salud (Elaborado a partir de los Servicios de Admisión del HUMV, HC de Sierrallana y el HC de Laredo correspondientes al año 2013)

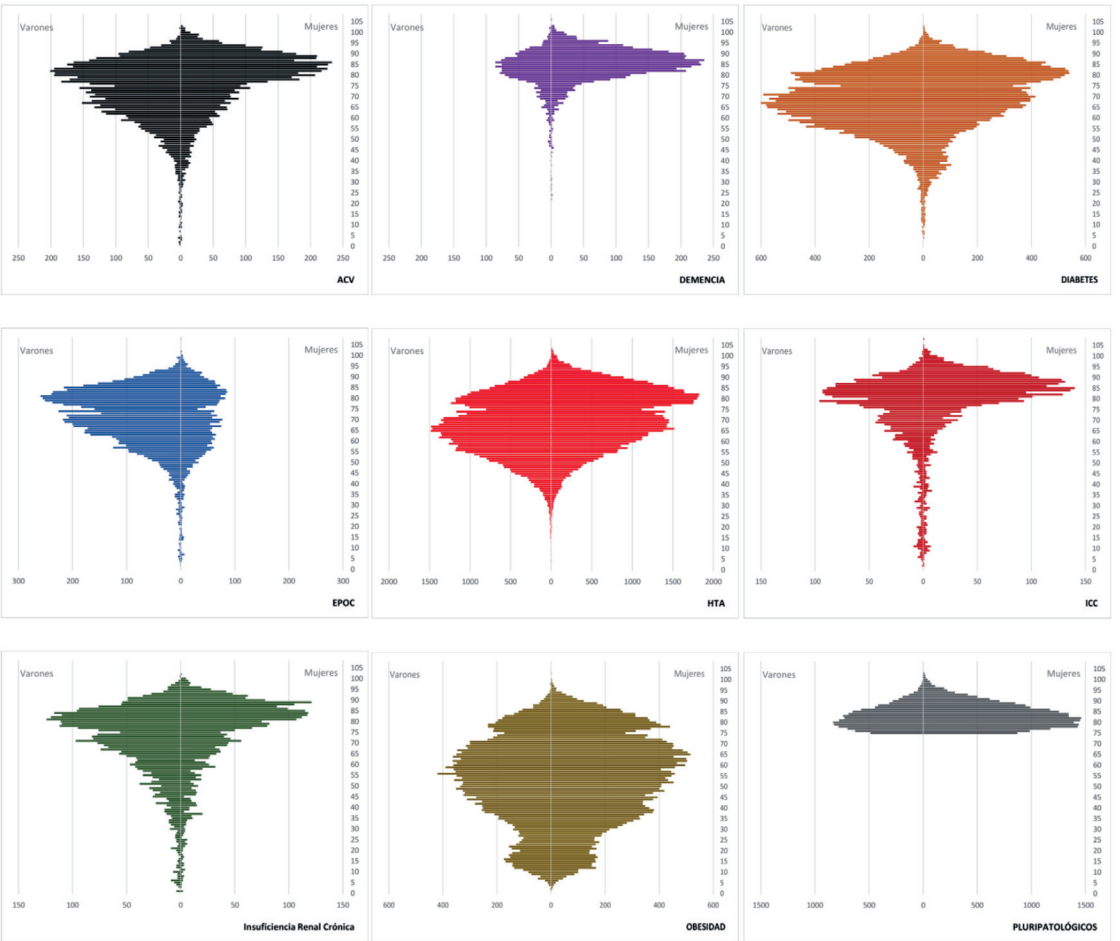
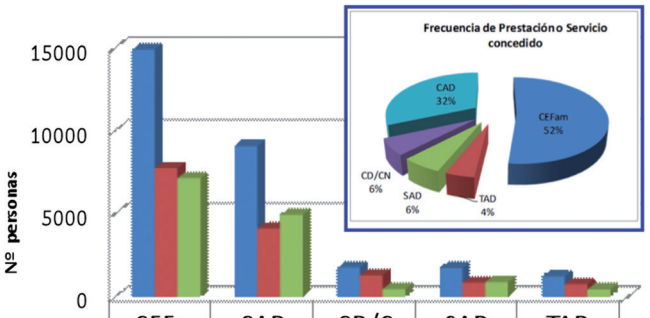


Figura 27
Pirámides de población de las principales patologías crónicas y de los pacientes pluripatológicos de Cantabria en el año 2013 en valores absolutos. (Departamento de Geografía, Urbanismo y Ordenación del Territorio. Universidad de Cantabria a traves de la fuente de estratificación de la población del SCS del año 2013)

Figura 28
Proyecciones, en números absolutos de personas, de las principales patologías crónicas de Cantabria hasta el horizonte del año 2029 (Departamento de Geografía, Urbanismo y Ordenación del Territorio de la Universidad de Cantabria a través de la fuente de estratificación de la población del SCS del año 2013)

Otro aspecto muy importante relacionado con el desarrollo de un plan de atención a la cronicidad es el deterioro funcional y la aparición de secuelas de las patologías crónicas que habitualmente desembocan en una situación de dependencia. En marzo de 2015, desde el Instituto Cántabro de Servicios Sociales (ICASS) se han dictado más de 40.000 resoluciones en relación con la dependencia, de las cuales siguen activas 22.237. En la figura 29 aparecen recogidas las valoraciones de dependencia por grados concedidas en base a la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. En base a esta normativa, en Cantabria a 1 de marzo de 2015, 14.813 personas reciben algún tipo de prestación o servicio, siendo el más frecuente la ayuda para cuidados en el entorno familiar, que perciben 7.746 beneficiarios, y en segundo lugar el servicio residencial que lo perciben 4.121 usuarios.

Prestación o Servicio concedido



	CEFam	CAD	CD/CN	SAD	TAD
total	14897	9077	1774	1739	1237
Activos	7746	4121	1304	862	780
No activos	7151	4956	470	877	457

Figura 29
Número de prestaciones por dependencia y frecuencia de las mismas, económicas o de servicios, otorgadas por el ICASS. CEFam cuidados en el entorno familiar; CAD centros de atención a la dependencia-residencia; CD/CN centro de día centro de noche; SAD servicio de ayuda domiciliaria; TAD teleasistencia domiciliaria. (Elaborado a partir de Datos del ICASS a fecha 1 de Marzo de 2015)

Este colectivo de personas dependientes, mayoritariamente ancianas, deben ser siempre tenidas en cuenta en el desarrollo de un Plan de Atención a la Cronicidad. Respecto a las plazas de Centros de Atención a la Dependencia (CAD) y residencias, Cantabria cuenta con un total de 6.262 plazas residenciales autorizadas, de las cuales son públicas o concertadas 4.299, y de estas estaban ocupadas, a 1 de marzo de 2015, 4.121. De entre todas las plazas autorizadas (6.262), 3.552 (56,7%) están en el área metropolitana de Santander, siendo 2.242 públicas o concertadas. Aunque casi el 60% de plazas de estos servicios residenciales se concentran en el área metropolitana de Santander (figura 30) , los mapas de situación de los centros residenciales también nos indican que hay un número apreciable de centros dispersos sobre todo en el área de Torrelavega-Reinosa, En esa área del total de 1.913 plazas autorizadas, la mitad de las mismas, 971, se encuentran en los municipios más despoblados y con un mayor índice de envejecimiento y más alejados de los recursos sanitarios hospitalarios (figura 31).

Desde el punto de vista de planificación, hay dos hechos importantes: que el área metropolitana de Santander concentra casi dos tercios de las plazas y que 971 plazas se encuentran muy dispersas por la zona occidental y sur de Cantabria. Esto puede suponer una clara alteración en la accesibilidad y la equidad, puesto que hay un acceso rápido a los recursos sanitarios más complejos en las áreas metropolitanas frente a la mayor dificultad de acceso de los más alejados del área Torrelavega-Reinosa.

Localización de los centros de servicios sociales en el área metropolitana de Santander, 2015

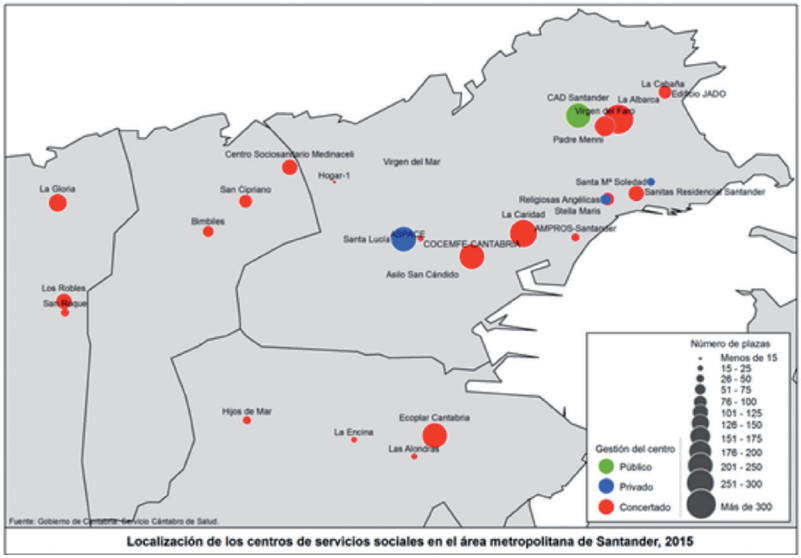


Figura 30
Distribución de los centros de atención residencial-centros de ayuda a la dependencia en el área metropolitana de Santander. De un total de 6.262 plazas residenciales autorizadas, 3.552 (56,7%) están en el área metropolitana de Santander, y de las cuales 2.242 son públicas o concertadas. (Elaborado por el Departamento de Geografía, Urbanismo y Ordenación del Territorio. Universidad de Cantabria a través de los datos del ICASS a 1 de Marzo de 2015)

Localización de los centros de servicios sociales en Cantabria, 2015

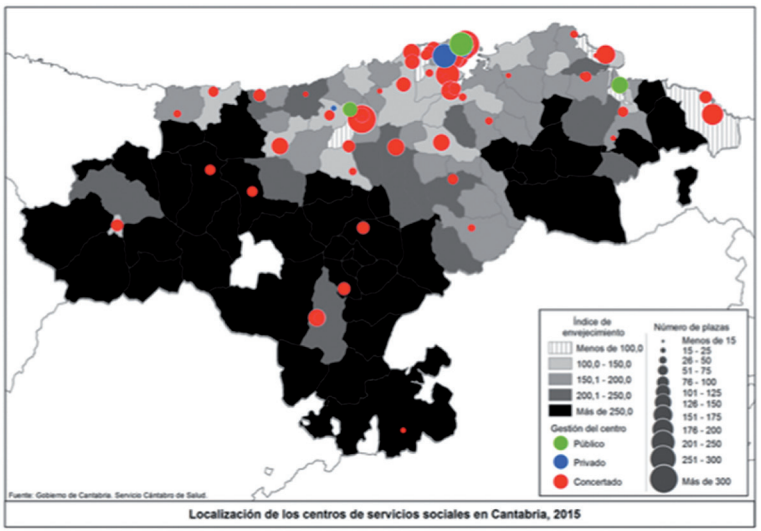
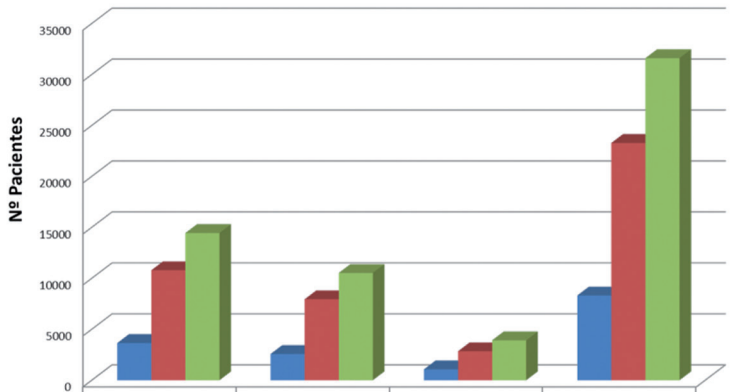


Figura 31
Distribución de los centros de atención residencial-centros de atención a la dependencia según el índice de envejecimiento en la Comunidad de Cantabria. (Elaborado por el Departamento de Geografía, Urbanismo y Ordenación del Territorio. Universidad de Cantabria a través de los datos del ICASS a 1 de Marzo de 2015)

La mayoría de los usuarios de centros residenciales y de los beneficiarios de prestaciones por dependencia se pueden considerar clínicamente enfermos crónicos; por este motivo deben ser tenidos en cuenta en el momento de planificar las acciones sanitarias correspondientes. No obstante, no es habitual encontrar datos sobre el consumo sanitario de estos pacientes. En la figura 32 se realiza un analisis, durante el año 2014, de la utilización de dos de los recursos básicos propuestos por el MSSSI como indicadores para los desarrollos y evaluaciones de los planes y estrategias de atención a la cronicidad: la visita a los servicios de urgencias hospitalarios y el número de procesos que acaban con ingreso en hospital de agudos. Destaca el hecho de que estos pacientes que ya tienen un recurso asignado, bien prestación económica o de servicios, hayan generado durante el año 2014 más de 31.000 estancias hospitalarias.

Consumo de recursos sanitarios por personas dependientes Año 2014.



	Urgencias	Altas	Ingresos	Estancias
Institucionalizados	3652	2578	1074	8318
No institucionalizados	10797	7950	2847	23292
Totales	14449	10528	3921	31610

Figura 32
Consumo de recursos sanitarios por personas con ayuda a la dependencia concedida (prestación económica-o de servicios no institucionalizados-frente a prestación de servicios de institucionalización) registrados como visitas a urgencias hospitalarias e ingresos hospitalarios durante el año 2014 en Cantabria (Elaborado a partir de datos del ICASS a 1 de Marzo de 2015)

Entre las 14.813 personas con alguna prestación por dependencia concedida, en el año 2014, se han originado 14.449 visitas a servicios de Urgencia hospitalaria y 3.921 ingresos. Los pacientes institucionalizados en residencias acudieron 3.652 veces a los servicios de urgencias hospitalarias y se produjeron 1.074 episodios de ingreso. Las estancias hospitalarias acumuladas por estos ingresos fueron 8.318. Los que perciben otros servicios o prestaciones acudieron 10.797 veces a urgencias, acabando en ingreso hospitalario 2.847 de esas visitas. Las estancias hospitalarias generadas por estos dependientes fueron 23.292. El mes de máxima afluencia fue el de enero con 439 visitas a urgencias, 127 ingresos y 899 estancias. El de menor relevancia fue julio, con 226 urgencias hospitalarias y 65 ingresos, aunque la suma de estancias menos numerosa ocurrió en el mes de abril con 482.

No existen datos concretos sobre qué tipo de patologías son las causantes de los ingresos de los pacientes con dependencia. En un análisis de seguimiento de 757 ingresos hospitalarios durante 10 años por motivo médico. Esto supone que una implantación adecuada de un Plan de Cronicidad centrado en el paciente, con un buen desarrollo de atención hospitalaria en el domicilio y en el medio residencial, podría suponer una disminución de los ingresos de estos pacientes en los hospitales de agudos.

Causa de ingresos hospitalarios del CAD Santander

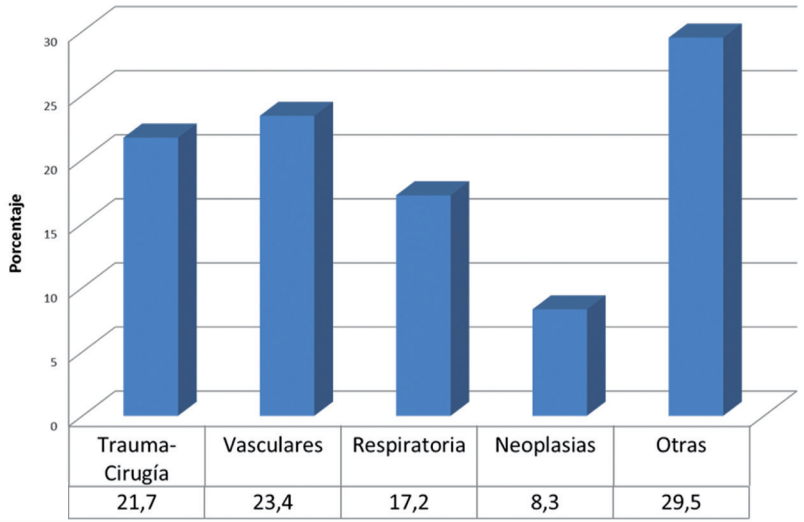


Figura 33
Distribución del porcentaje de las causas de los ingresos hospitalarios de pacientes del CAD de Santander durante 10 años consecutivos. (757 ingresos, 67,4% de ellos son mujeres, presentan deterioro funcional severo el 53,5% y fallecen durante el ingreso el 10,2%) (Elaborado a partir del registro de ingresos hospitalarios del CAD Santander)

No obstante, para conseguir alcanzar objetivos adecuados en relación con la cronicidad de las personas con dependencia concedida se debe tener en cuenta la cantidad y calidad de los recursos sanitarios, propios del ICASS, de los concertados, o del SCS disponibles para atender a estos pacientes en el medio comunitario y residencial. Aunque inicialmente el personal técnico adscrito a los centros residenciales puede parecer suficiente (figura 34), la realidad es que excepto en el área de enfermería, el resto está fragmentado o mal distribuido. Como ejemplo, de los 25 médicos teóricamente disponibles en marzo de 2015, la mitad realizan sus labores de atención solamente para el 22% de los pacientes institucionalizados.

Población Residencial autorizada y personal técnico por áreas.

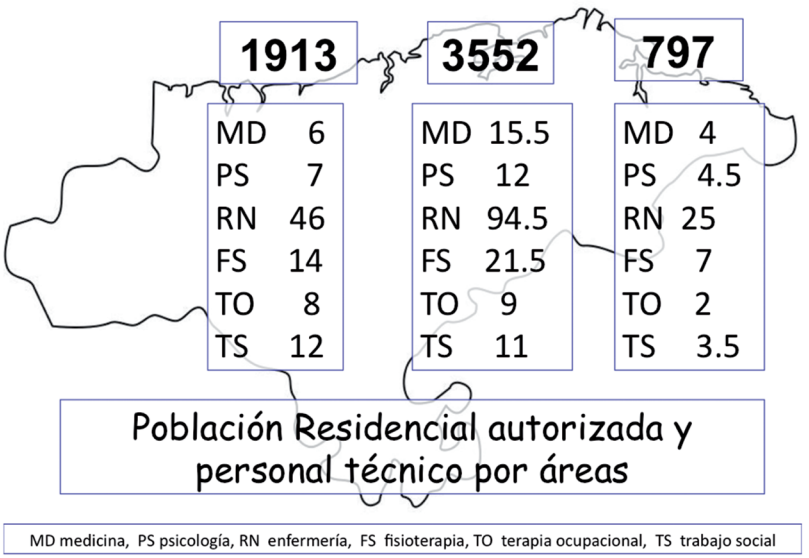


Figura 34
Distribución de los profesionales sanitarios de los CAD-centros residenciales públicos, concertados y privados por áreas de salud, así como número máximo de plazas disponibles en cada área de salud

1.3.4. Consecuencias económicas de la enfermedad crónica.

Aunque hay considerable evidencia sobre la epidemiología de las enfermedades crónicas, no tanto sobre sus implicaciones económicas. Desde el punto de vista de la planificación es importante examinar las implicaciones económicas de una estrategia de atención a la cronicidad. Aunque no deben ser el principal motivo para tomar decisiones de atención a la salud, sí deben ser tenidas en cuenta y debe ser un propósito de cualquier intervención para mejorar la salud que esta sea lo más eficiente posible. Las consecuencias económicas de la cronicidad aparecen en la figura 35.

Desde la perspectiva microeconómica, las consecuencias de la enfermedad crónica en las personas y en los hogares afectan a la economía doméstica, al consumo y al ahorro, a la productividad laboral y otros aspectos como los relacionados con la educación. También al contrario, surgen dificultades, puesto que los aspectos económicos influyen en las condiciones de salud como se ha comprobado durante la última crisis económica en Europa [36].

El tratamiento de las enfermedades crónicas puede ser particularmente costoso en países sin un sistema de aseguramiento universal y donde un alto porcentaje de los gastos en salud es pagado directamente por el ciudadano. También hay gastos originados por determinados hábitos de consumo, tabaco y alcohol, que además de acabar originando patologías crónicas, afectan a la capacidad de los miembros de la familia para mantener los niveles de consumo en otras materias [37] .

Impacto de la Cronicidad en la economía

- **Menor productividad en el trabajo y menores ingresos.**
- **Menor tiempo como fuerza de trabajo, más IT y jubilación anticipada.**
- **Menor autoformación, lo que puede disminuir la productividad.**
- **Menor expectativa de vida, menos ahorros de cara al futuro.**
- **Mayores necesidades presupuestarias para la atención al enfermo crónico, y para disponer de más pensiones por jubilaciones anticipadas.**

Figura 35
Aspectos relacionados con el impacto delas patologías crónicas en la economías (elaborado a partir de Barro R . Health and economic growth. Washington, DC, Pan American Health Organization (PAHO) 1996. Figueras J, McKee M. Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being. European Observatory of Health Systems and Policies; 2012)

Con respecto a los aspectos laborales y a la productividad del trabajo, las enfermedades y condiciones crónicas significan menos personas en el mercado laboral, más personas con la incapacidad permanente, y obstáculos reales al desempeño de determinados empleos, así como cierto grado de estigmatización [38] .

Desde la perspectiva macroeconómica, la Salud cuantificada mediante la esperanza de vida o mediante la mortalidad de los adultos es un robusto predictor económico. La mayor mortalidad, morbilidad y menor esperanza de vida relacionadas con la enfermedad crónica afectan negativamente al crecimiento económico y al PIB. Al mismo tiempo, el coste concreto de las enfermedades crónicas y sus factores de riesgo, tiene un impacto considerable sobre el PIB de los países, en cifras que oscilan entre el 0.02% y el 6.7% [39] .

Las actividades relacionadas con la promoción del envejecimiento saludable pueden reducir los costes relacionados con la salud de una gran parte de la población de anciana. Además, haciendo un uso adecuado de las tecnologías relacionadas con la salud y el aumento de la participación del paciente en los procesos de decisión se puede mejorar la eficiencia del sistema sanitario [40].

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. No es correcto asociar, sin la necesaria matización, persona con enfermedad crónica con persona mayor, a pesar de un consumo relativo más alto en las personas mayores, respecto a la utilización de servicios sanitarios y la prescripción de medicamentos. 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 paciente. Por esto, los ancianos incrementan el gasto no por su longevidad, sino por su multimorbilidad, por ser en ellos más frecuente la coexistencia de varias enfermedades y el incremento exponencial de las intervenciones médicas. Los individuos con múltiples enfermedades crónicas tienen una tendencia a consumir una parte desproporcionadamente grande de servicios de salud total, existiendo una asociación positiva

entre multimorbilidad y los costes de salud [41]. Además las personas mayores no son los únicos afectados por enfermedades crónicas. Existe un creciente número de personas jóvenes y de mediana edad que tienen algún problema de salud crónico. Incluso dentro de la edad pediátrica, aunque con datos escasos, los países desarrollados presentan hasta un 0,67% de la población infantil con alguna patología crónica desde el nacimiento, que afecta gravemente a su capacidad funcional y de desarrollo posterior [42].

Sin embargo, la multimorbilidad y la complejidad clínica si afectan al coste sanitario global. Es importante destacar que a medida que aumenta el número de enfermedades crónicas que padece un paciente, el coste para el sistema sanitario se incrementa significativamente; tener simultáneamente varias enfermedades crónicas, frente a una sola, multiplica por siete el empleo de recursos sanitarios [43]. Prácticamente en todas las edades, incluida la geriátrica, son grupos reducidos de población los que consumen más recursos. En general, el 5% de la población consume el 50% de los recursos. Por tanto, parece que el coste sanitario aumenta a medida que el paciente avanza por los diferentes estadios de la enfermedad; por eso son especialmente relevantes las intervenciones que evitan que el paciente desarrolle ciertas comorbilidades y también aquellas que reducen e incluso revierten la progresión de la enfermedad [44]. Esta distribución del gasto que no es casual, no se distribuye al azar ni en la población, ni en el tiempo y la mayor parte del mismo se concentra en las semanas o meses previos a la muerte en todos los grupos de edad, llegando a multiplicar por seis el gasto sanitario durante el último año de vida [45]. Por esta razón, es importante tener siempre presente que el gasto no es por el propio envejecimiento sino por el proceso de enfermar y sobre todo de morir, aspecto que se viene argumentando desde hace años [46].

Por último, debemos destacar que no hay ningún análisis concluyente sobre el coste-efectividad de los nuevos sistemas de atención y nuevos roles en el quehacer sanitario de los profesionales de la salud con respecto a las enfermedades crónicas [47]. Aunque en la mayoría de los países europeos los programas de atención a la cronicidad implican mejoras de la calidad de vida percibida por la población respecto a la capacidad de originar menos ingresos desde urgencias o menos días de hospitalización, los resultados no son tan concluyentes [48].

Esto significa que no pueden establecerse conclusiones generales respecto a estos modelos [49]. Para comprender el impacto que tendría en España un mejor enfoque de la cronicidad, se han extrapolado y adaptado los resultados registrados en diferentes experiencias piloto (ajustando las bases de costes y la epidemiología) y se ha concluido que sería posible reducir la carga asistencial relacionada con la cronicidad hasta un 10% implantando un enfoque integral de gestión del paciente crónico. En este contexto, parece claro que abordar las enfermedades crónicas representa hoy en día el principal desafío estructural para el sistema sanitario y que de cara al futuro la presión demográfica y otros factores contribuirán a un fuerte incremento en la dimensión del problema, que se podría convertir en insostenible en caso de que no se acometa un cambio de paradigma.

2

Modelos de atención a la cronicidad propuestos por organizaciones internacionales.

La base de la atención a la cronicidad se encuentra en la atención centrada en el paciente y en la situación de comorbilidad, que puede ser muy compleja. Para abordar esta situación, 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. Estos modelos, aunque desarrollados en su mayor parte en los EEUU, han tenido influencia notable en Europa, a pesar de tener una concepción de la cobertura y del tipo de proveedores de salud radicalmente diferentes. 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 cómo implantar los diferentes componentes de los primeros y por lo tanto, de una forma más cercana al contexto sanitario especifico en el que se va a llevar a cabo una experiencia concreta [50].

El modelo Kaiser permanente apareció en 1945 en EEUU [51]. Se basa fundamentalmente en la estratificación de riesgos y clasifica a los individuos en categorías, de acuerdo con la probabilidad de que sufran un deterioro de su salud, que se conoce como la Pirámide de Kaiser y así aplica niveles de intervención, dependiendo de su nivel de complejidad. En la base de la pirámide están los miembros sanos de la población para los que la promoción y la prevención de la enfermedad son las prioridades. En los niveles medios aparece la enfermedad crónica, con o sin complicaciones, con lo que cambian los determinantes y los factores de riesgo. En estas etapas es fundamental el manejo de la enfermedad, la promoción del autocuidado, la administración apropiada de medicamentos y la educación en aspectos sanitarios de la enfermedad; conforme progresa la enfermedad, los aspectos del autocuidado van siendo sustituidos por la intervención de los profesionales sanitarios. Por último, en el nivel quinto aparecen los pacientes identificados como complejos (del 3% al 5% del total) a los que se les asignan planes de cuidados específicos de casos. Conforme el paciente va ascendiendo por la pirámide precisa más intervenciones sanitarias, más específicas y que generan un mayor consumo de recursos (figura 36).

El modelo de cuidado crónico (CCM) desarrollado en el MacColl Institute por Edward Wagner es quizás el marco más conocido para el cuidado de personas con enfermedades crónicas. El modelo se centra en vincular a personas informadas, activas y con enfermedades crónicas a equipos de profesionales pro-activos. Reconoce que una parte substancial de la atención al paciente crónico ocurre fuera de configuración formal de los sistemas de salud y sugiere que seis son los elementos de importancia en las iniciativas para mejorar la atención crónica: Recursos comunitarios, el sistema de salud, la autogestión del paciente, sistemas de apoyo a la toma de decisiones, rediseño del sistema de asignación de cuidados, y los sistemas de información clínica [52] (figura 37).

Figura 36
Aspectos de la atención a la cronicidad adaptados a la pirámide de Kaiser

Modelo de atención de enfermedades crónicas.

Figura 37
Modelo CCM de Wagner

Los principios clave de la inclusión de este modelo son:

1. Movilización de recursos comunitarios para satisfacer las necesidades de las personas con patologías crónicas.
2. Creación de una cultura, organización y mecanismos que promuevan la atención segura y de alta calidad.
3. Potenciar y preparar personas para manejar su salud y otros aspectos relacionados con la misma.
4. Ofrecer al paciente atención efectiva, eficiente y apoyo para la autogestión de su salud.
5. Promover cuidados compatibles con la evidencia de la investigación y las preferencias de los pacientes.
6. Organizar los datos del paciente y de la población para facilitar la atención eficiente y eficaz.

Desde su origen en los Estados Unidos en 1998, este modelo ha sido empleado en numerosos sistemas y dispositivos. De hecho, los planes de atención a la cronicidad en la mayoría de los países desarrollados suelen recurrir a este modelo en cierta medida. "El CCM no es una clave mágica para solucionar la cronicidad, es una respuesta multidimensional para abordar un problema complejo[53]".

Aunque sí hay pruebas de que uno o varios de los componentes de los diferentes modelos de atención a la cronicidad pueden mejorar la calidad de la atención, los resultados clínicos y uso de los recursos sanitarios, todavía no está claro si todos los componentes de los modelos y la conceptualización de los mismos son esenciales para mejorar la atención a la cronicidad.

No obstante hay que tener en cuenta que las evidencias sobre su impacto en la calidad sanitaria provienen del sistema de salud de Estados Unidos, no siempre comparable a los europeos [54]. El principal punto de similitud es la tendencia a reorientar la atención de las intervenciones agudas o episódicas hacia un continuo de cuidados en la atención que posibilita una mejor prevención y manejo de enfermedades crónicas.

3 La necesidad de cambio de los paradigmas de la atención sanitaria orientada a las enfermedades crónicas.

Los principales pilares de este cambio de paradigma derivados de los modelos de atención a la cronicidad están relacionados con su atención sanitaria en el ámbito comunitario. En ella se desarrollan programas específicos de manejo de enfermedades, centrada en el paciente y en sus necesidades, pero con un paciente activo, informado y empoderado, y con una atención continuada, coordinada e integrada entre todos los participantes del sistema. 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 AP y la reorganización de la atención. Un elemento relevante y común a todas las intervenciones sería la implicación de los pacientes en el cuidado de su propia salud. En la figura 38 se puede ver la necesidad de cambio de paradigma asociada a la intervención sobre las patologías crónicas.

Necesidad de innovación del paradigma de atención sanitaria relacionado con la cronicidad

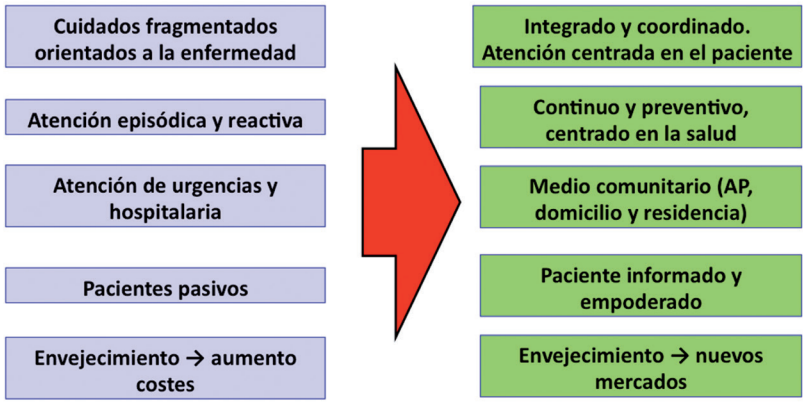


Figura 38
Esquema de los cambios de paradigma relacionado con el desarrollo a la atención de patologías crónicas.

3.1. La atención primaria de salud como elemento vertebrador de la atención a la cronicidad.

La Atención Primaria de Salud (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 [55]. Los profesionales de AP tienen un perfil definido con un campo asistencial específico, que se extiende desde el individuo, a la familia y a 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. Para lograr esta visión global se debe desarrollar el enfoque biopsicosocial, propuesto hace casi cuatro décadas por Engel y que asume de manera explícita la multiplicidad de causas de la salud [56] son los factores biológicos, psicológicos y sociales en conjunto los que determinan la salud y la enfermedad (figura 39). Los procesos sanitarios deben tratar de medir los tres tipos de variables por lo que se hace necesario adoptar un abordaje multidisciplinar. Es una propuesta integradora comprehensiva y sistémica del individuo [57], y proporciona una gran flexibilidad en la aproximación a la salud. Este enfoque permite explorar las múltiples causas presentes en los problemas de salud y es de gran ayuda en el momento de plantear acciones de la estrategia de cronicidad sobre todo desde la atención primaria [58 59 60].

Modelo biopsicosocial

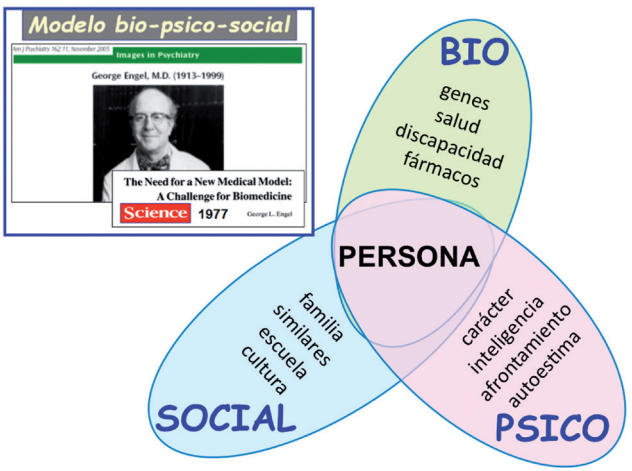


Figura 39
El modelo del enfoque bio-psico-social aplicado a la atención a las patologías crónicas

Por otro lado, el ámbito comunitario, donde realiza sus actividades la AP, posiciona al domicilio como el lugar ideal, en cual este grupo de pacientes puede mantener el control de su cuidado, mejorar su bienestar y calidad de vida al permanecer en su entorno. En estos enfermos crónicos, salvo en los casos de descompensaciones graves, es importante evitar las hospitalizaciones inadecuadas y los desplazamientos innecesarios a consultas de seguimiento o a servicios de urgencias, y 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 adecuado en cada situación. Los profesionales de Trabajo Social en el ámbito sanitario de la AP son responsables de las funciones de diagnóstico y tratamiento de la problemática social y de facilitar y coordinar el acceso a los recursos de SS. Los cuidados no profesionales son también 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, 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.

Para optimizar los recursos se deben llevar a cabo intervenciones en las que el balance coste-efectividad sea positivo, por lo que es básico actuar sobre una población diana correctamente seleccionada, realizando la valoración integral biopsicosocial y actuando en los momentos de crisis. Las personas sanas o con factores de riesgo conocidos para la adquisición y desarrollo de enfermedades crónicas deberán ser orientadas desde AP a la responsabilidad en su propia salud y deben recibir formación en actividades preventivas. Aquellos pacientes que padezcan una enfermedad crónica deben recibir apoyo para favorecer su autogestión, proponiéndose un manejo más efectivo de la misma en los casos de menor complejidad. 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 y suministrados desde el Centro de Salud. La gestión de casos se lleva a cabo mediante un proceso de valoración, planificación y coordinación, facilitando la provisión, monitorización y evaluación de las opciones y recursos profesionales u organizativos que sean necesarios para la resolución del caso.

3.2. El paciente como centro de atención en los planes de atención a la cronicidad: Necesidades y empoderamiento.

La evolución de la enfermedad crónica requiere intervenciones adaptadas para responder a las necesidades cambiantes de los pacientes. La mayor parte del tiempo, los cuidados de salud centrados en el ámbito del paciente son el eje fundamental de la atención, pero de forma ocasional y debido a reagudizaciones o descompensaciones, son necesarios otros servicios para dar atención a estos episodios agudos o de crisis. Tampoco se debe olvidar la fase final de la cronicidad en la que se deben proporcionar cuidados paliativos accesibles, siempre teniendo en cuenta que estos cuidados, y a diferencia de los oncológicos, pueden suponer una atención durante un periodo

de tiempo mucho más prolongado (años). Por estos motivos el cuidado de un enfermo crónico debe basarse en las necesidades del paciente teniendo en cuenta que la satisfacción de una necesidad depende de una perspectiva subjetiva e individual: un paciente puede afirmar que se encuentra satisfecho con su atención, mientras que los cuidadores (formales o informales) puede que estén en desacuerdo. Por último hay que ser consciente que la atención de las necesidades relacionadas con la cronicidad no necesariamente implican la intervención de un profesional sanitario: los cuidadores informales y las redes sociales son a menudo una inestimable ayuda para el paciente, para lo que resulta imprescindible la educación sanitaria y el empoderamiento del mismo. No hay que olvidar que el recurso más efectivo del que disponemos los profesionales sanitarios, y que es nuestra principal herramienta de trabajo, es la comunicación personal, cuya aplicación favorece la relación con el paciente. Facilita la relación con los pacientes y las personas cuidadoras, mejora 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 debe ser el hilo conductor en todas las intervenciones destinadas a mejorar el abordaje de la cronicidad. Las necesidades del paciente con enfermedades crónicas se pueden agrupar a lo largo de varias dimensiones principales [61] que aparecen en la figura 40.

Figura 40
La multiplicidad de necesidades en la atención a la cronicidad

En consecuencia, la atención centrada en el paciente con enfermedad crónica se puede definir como la satisfacción de un conjunto de necesidades multidimensionales, en una combinación más o menos compleja y específica individualmente, y que tienen carácter prolongado, permanente y en constante evolución.

Por último es muy importante recordar las diferencias de objetivos de carácter dimensional que existen entre los sistemas de atención tradicionales y el sistema de atención centrada en el paciente cuyos ejemplos están recogida en la Matriz de Objetivos centrada en el paciente [62 63] que aparece en la siguiente figura 41.

Dimensión	Objetivos tradicionales centrados en la enfermedad	Objetivos centrados en las metas del paciente
Supervivencia	Supervivencia absoluta, periodo libre de enfermedad	Sobrevivir hasta la graduación de una nieta
Síntomas	Síntomas y signos específicos (disnea, edemas, dolor lumbar etc)	Control disnea (permita realizar tarea doméstica, salir al jardín
Marcadores de enfermedad	Fracción Eyección, PFR, VSG, niveles de colesterol o de HbA1c, etc	Poco- nada relevantes-deseados por el paciente con patología crónica
Función física	Centrada en evaluación con escalas (Barthel, Katz, Tinnetti, Karnofsky, NYHA)	Posibilidad de andar (andador) Bañarse o vestirse (solo)
Relaciones sociales	Habitualmente ninguna	Acudir centro de mayores a jugar a las cartas, salir de compras
Otras funciones	Habitualmente ninguna	Ayudar en el jardín, o lavar el coche

Figura 41
Diferencias de objetivos de carácter dimensional que existen entre los sistemas de atención tradicionales y el sistema de atención centrada en el paciente con algunos ejemplos. (elaborado a partir de:. Reuben DB, Tinetti ME. Goal-oriented patient care—an alternative health outcomes paradigm. N Engl J Med. 2012 Mar 1;366(9): 777-779. Ahia CL, Blais CM. Primary Palliative Care for the General Internist: Integrating Goals of Care Discussions into the Outpatient Setting. The Ochsner Journal 14:704–711, 2014)

Además de fijar la atención en el paciente, también hay que desarrollar dentro de los planes de atención a la cronicidad los programas centrados en el manejo de enfermedades. Existen varias definiciones de los mismos, pero la mayoría comparte tres características principales [64 65]: una base de conocimiento, un sistema de suministro de cuidados coordinados y un proceso de mejora continua para una enfermedad específica dentro de una población específica. Los elementos clave se muestran en la figura 42.

Elementos de los programas de manejo de la enfermedad en patologías crónicas

- **Atención integral y multidisciplinaria para todo el ciclo de enfermedad.**
- **Cuidados continuos y con coordinación de los diferentes componentes.**
- **Orientada a la población (definida por una patología específica).**
- **Cliente - paciente activo (educación para la salud, empoderamiento, autocuidado).**
- **Directrices basadas en la evidencia con protocolos y guías de atención.**
- **Uso de tecnología de la información.**
- **Mejora continua de la calidad.**

Figura 42
Elementos básicos del manejo de la enfermedad en los pacientes crónicos. (Elaborado a partir de Hunter D, Fairfield G (1997). Managed care: Disease management. BMJ, 315:50–53. Velasco-Garrido M, Busse R, Hisashige A (2003). Are disease management programmes (DMPs) effective in improving quality of care for people with chronic conditions? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report)

La importancia del empoderamiento del paciente en la atención a la cronicidad está fuera de toda duda [66]; en nuestro país, se ha desarrollado a través de los movimientos asociacionistas, de la creación de escuelas específicas y de los programas del paciente experto. En los mismos se promueve al paciente como el principal responsable del autocuidado de su salud, con la idea de facilitar la adquisición de las competencias necesarias para gestionar los síntomas de la enfermedad, además de desarrollar hábitos de vida saludables y conseguir una mejor calidad de vida, todo ello siempre en colaboración con los profesionales sanitarios. La idea de estos programas es dirigirlos tanto a los propios pacientes como a los cuidadores y familiares de personas afectadas por diferentes enfermedades crónicas.

Un paciente activo es un elemento clave en un Plan de Cronicidad. Para conseguir un paciente activo es necesario que el equipo sanitario lo incorpore al proceso. La definición adoptada se basa principalmente en el trabajo realizado en este campo por Bodenheimer [56]: "Aceptación de los pacientes de la responsabilidad para gestionar sus propias patologías animándose a resolver sus problemas mediante la información, y no por las órdenes o recomendaciones de los profesionales sanitarios". En España una definición muy concreta de paciente activo es la que considera al paciente como la persona que tiene el conocimiento y las habilidades necesarias para hacerse responsable de su salud, establecer un modelo deliberativo de relación con los profesionales que le atienden, y definir objetivos terapéuticos de forma compartida con estos profesionales, y así tomar las decisiones que le permiten asumir esos objetivos [67]. Los objetivos de la educación para la autogestión en la cronicidad deben propiciar la toma de decisiones, los comportamientos de autocuidado, y colaboración activa con el equipo de profesionales sanitarios para mejorar los resultados clínicos, estado de salud y calidad de vida. El empoderamiento del paciente está estrechamente relacionado con los términos de autoeficacia, la autogestión y el autocuidado del paciente. Estos términos no son sinónimos y tienen orígenes diversos, aparecen recogidos en la figura 43.

No obstante, los datos provenientes de los estudios que abordan los resultados de los programas del paciente experto y la autogestión y autocuidados de la enfermedad no son concluyentes. En el empoderamiento del paciente, las intervenciones son más propensas a tener éxito cuando son intensivas, adaptadas a sus necesidades, utilizando una amplia gama de enfoques y estrategias múltiples para suministrar las mismas tanto a los pacientes como a los cuidadores informales [68 69].

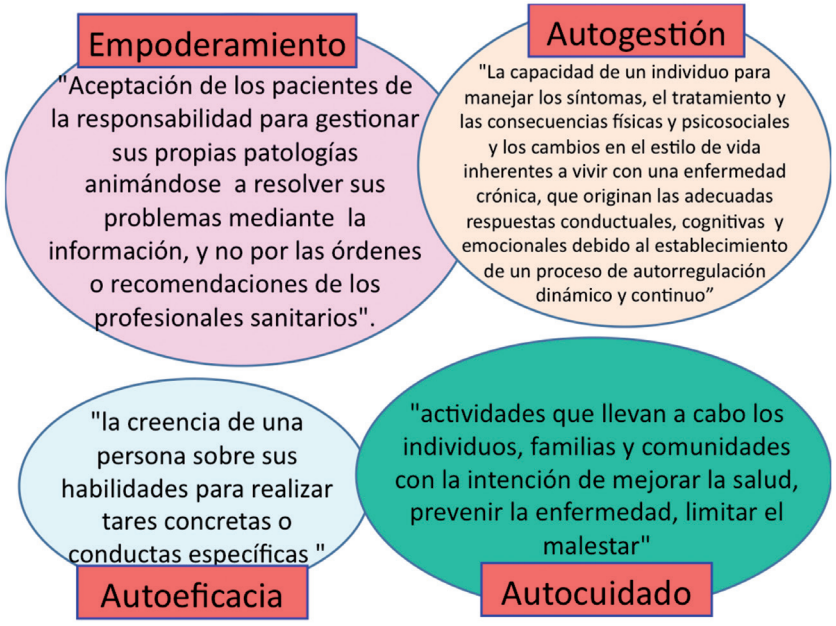


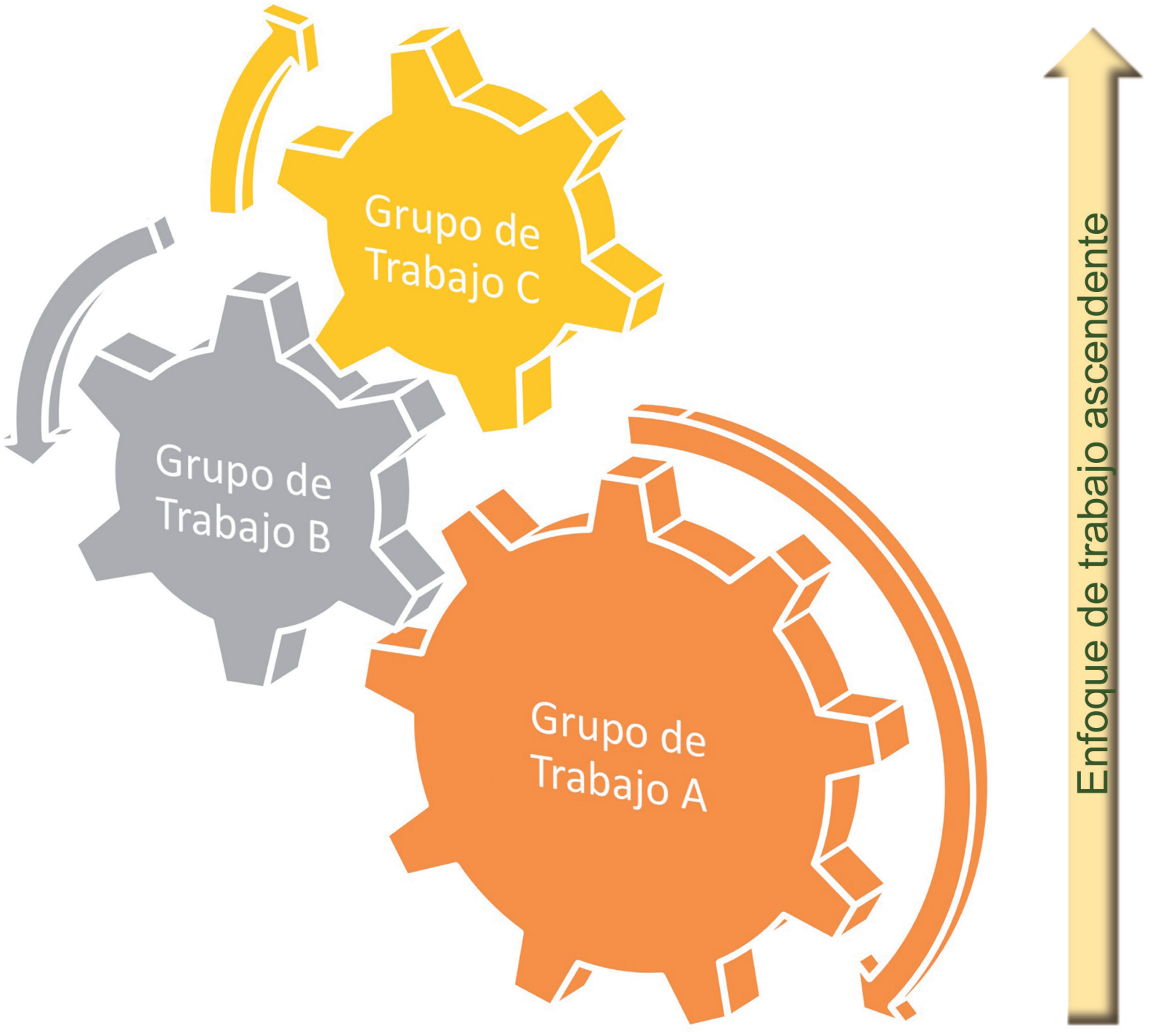
Figura 43
Aspectos relacionados con el empoderamiento, la autogestión, el autocuidado y la autoeficacia de los pacientes (Elaborado a partir de Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. JAMA. 2002;288(14):1775-9"; Lau D. Patient empowerment–a patient-centred approach to improve care. Hong Kong Med J 2002;8(5):372-4. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behaviour change. Psychol Rev. 1977;84:191-215; Pearson M, Mattke S, Shaw R, Ridgely M, Wiseman S. Patient Self-Management Support Programs: an evaluation. Agency for Healthcare Research and Quality. 2007;AHRQ Publication No. 08-0011.)

3.3. Continuidad, coordinación e integración asistencial y los nuevos roles en cronicidad. Barreras a su implantación.

Casi todos los sistemas de salud de los países occidentales han visto aparecer recientemente a nuevos proveedores, dispositivos y roles para abordar la cronicidad. Una vez que se ha asumido que las líneas de demarcación tradicional entre profesionales sanitarios podrían afectar la calidad de la atención de las patologías crónicas, se están proponiendo nuevas estrategias centradas en la coordinación y la continuidad asistencial y la aparición de nuevos roles de los profesionales de la salud. Estos nuevos roles se orientan hacia la suplementación, la delegación y la necesidad de trabajo en equipos multiprofesionales y originan que a veces los límites entre las categorías profesionales puedan ser un tanto confusos y los cambios específicos a menudo puedan afectar a más de una categoría. Su distribución, normativas legislativas, funciones, responsabilidades, ámbitos competenciales, necesidades de formación, etc son muy heterogéneas entre los diferentes países de nuestro entorno. Estas nuevas figuras abarcan desde los médicos de referencia en los hospitales hasta los trabajadores no sanitarios y los cuidadores informales, pasando por las nuevas funciones en enfermería entre las que destacan la enfermería gestora de casos y la enfermería de enlace [70 71 72 73 74 75]. Hay que tener presente el marco legislativo que desarrolla las funciones y competencias de las profesiones de la salud en España, reguladas por la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, y a nivel europeo la Directiva 2005/36, que aborda el reconocimiento de las cualificaciones profesionales.

Las barreras se encuentran en el desarrollo de los nuevos roles profesionales y en la escasa coordinación efectiva. Entre ellas, podemos nombrar las características del Sistema de Salud, la dificultad de adaptar la legislación, la falta de capacitación adecuada, el exceso de actitudes corporativas, la escasez de algunas profesiones sanitarias y de incentivos profesionales.

Los problemas de coordinación de los sistemas de salud han sido objeto de un amplio debate desde hace veinte años [76]. Existen múltiples barreras que suelen tener sus raíces en diferentes formas de trabajar a través de diferentes sectores (AP, AH y SS, públicos, privados). Proveedores, centros, servicios, profesionales se enfrentan habitualmente a incentivos para competir (cultura de la competitividad) en lugar de cooperar. Hay rivalidad por los recursos entre los diversos actores, así como superposición de responsabilidades y balances poco claros entre los diferentes sectores y los proveedores. Estos problemas son un obstáculo importante y aparecen sistemáticamente en la mayoría de los sistemas de salud europeos [53 77 78 79].


Grupo de Trabajo C
Grupo de Trabajo B
Grupo de Trabajo A
Enfoque de trabajo ascendente

4 Metodología del Plan de Atención a la Cronicidad de Cantabria.

La Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud por parte del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, fue aprobada por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud el 27 de junio de 2012 [5]. En la misma se establecen una serie de objetivos y recomendaciones orientadas a la prevención y tratamiento de las condiciones crónicas de salud y a la organización de los servicios sanitarios hacia la atención de las personas y sus necesidades originadas por el padecimiento de enfermedades de carácter crónico. Este Plan de Atención a la Cronicidad de Cantabria representa el compromiso con dicha estrategia nacional y su adaptación a la realidad sociodemográfica y asistencial de la Comunidad Autónoma.

El Plan de Salud de Cantabria 2014-2019 [80] estableció el objetivo específico O65 definido como *"elaboración y desarrollo de un Plan de Atención a la Cronicidad de Cantabria, que incluirá objetivos tácticos y operativos, al menos en los siguientes campos: Atención a la Cronicidad, Atención Socio Sanitaria, Atención a la Dependencia, Cuidado Responsable y Dolor Crónico".*

Para el cumplimiento del citado objetivo del Plan de Salud, la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de Cantabria, a través de su Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria, planteo la realización de un Plan de Atención a la Cronicidad, bajo los principios básicos del modelo sanitario establecidos en la Ley 7/2002, de Ordenación Sanitaria de Cantabria, que son el aseguramiento público, la universalización de las prestaciones, la financiación pública, la equidad y superación de las desigualdades territoriales o sociales, la búsqueda de la eficacia y la eficiencia de la organización sanitaria, poniendo énfasis especial en la promoción de la salud y en la prevención de la enfermedad, la mejora continua de la calidad de los servicios, la descentralización, la autonomía y la responsabilidad en la gestión, así como la participación ciudadana y de los profesionales .

Se planteó un enfoque de participación ascendente como metodología de trabajo (bottom-up) mediante el cual se pretende:

- Implicar a profesionales y pacientes en la definición de objetivos e intervenciones, garantizando al mismo tiempo la transparencia en la toma de decisiones.
- Hacer surgir ideas e iniciativas, promoviendo el diálogo, el consenso, la innovación, y los vínculos entre todos los implicados.
- Participar en la decisión sobre objetivos y acciones establecidas en el Plan.

La participación de ciudadanos y profesionales ha sido el pilar fundamental de la elaboración del Plan, habiendo intervenido cerca de 200 profesionales sanitarios además de profesionales de otros ámbitos y miembros de asociaciones de pacientes. (Ver anexo 9.1).

Para la identificación de las líneas estratégicas de actuación, se constituyó una Comisión de Dirección del Plan y diez Grupos de Trabajo, con sus respectivos coordinadores, que identificaron y abordaron sus líneas de actuación, objetivos e intervenciones, trabajando sobre los siguientes ámbitos:

- Coordinación, continuidad e integración asistencial para la atención a la cronicidad entre Atención Primaria, Atención Hospitalaria y Servicios Sociales.
- Alternativas a la atención tradicional de pacientes crónicos, con tres líneas diferenciadas: pacientes pluripatológicos complejos sin deterioro funcional, pacientes crónicos con dependencia, y el domicilio y el medio residencial como entornos específicos de la atención al enfermo crónico.
- Tecnologías de la información y la comunicación.
- Prevención, Promoción de la Salud y Educación Sanitaria, como vías hacia el empoderamiento del paciente y los cuidadores.
- Formación, docencia e investigación en profesionales sanitarios.
- Dolor crónico.
- Polimedicación en los pacientes con condiciones crónicas.

Los documentos producidos por cada Grupo de Trabajo fueron editados por la Comisión de Dirección, elaborando un documento único que se constituyó en el preliminar del Plan de Atención a la Cronicidad de Cantabria. Este texto se remitió a la Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria, y de ésta a la Consejera de Sanidad y Servicios Sociales, para su aprobación.

GOBIERNO
de
CANTABRIA
NSEJERÍA DE SANIDAD
ERVICIOS SOCIALES
SCS

5 Misión, visión y valores del Plan de Atención a la Cronicidad de Cantabria.

5.1. Misión.

La misión del Plan de Atención a la Cronicidad de Cantabria es definir e implantar las actuaciones más efectivas para mejorar el conocimiento sobre las condiciones crónicas de salud en la población de Cantabria y su atención sanitaria y social, promoviendo la prevención de la cronicidad y de la dependencia funcional, actuando sobre sus determinantes, procurando una atención coordinada, continuada e integral, segura, de calidad, respetuosa con el paciente crónico y satisfactoria, en la búsqueda de una mejora de su nivel de salud y un mayor protagonismo y responsabilidad de pacientes y ciudadanos en general.

5.2. Visión.

El Plan pretende constituir y desarrollar un auténtico modelo de coordinación, que integre todos los niveles y recursos sanitarios y sociales en la atención a los ciudadanos que padecen patologías crónicas, estableciendo nuevas formas de relación entre pacientes y profesionales, nuevos servicios, innovación y capacidad de adaptación a sus necesidades, bajo criterios de eficiencia, calidad y satisfacción.

5.3. Valores.

- Compromiso con los principios básicos de nuestro modelo sanitario, establecidos en la Ley 14/1986, General de Sanidad, y en la Ley 7/2002, de Ordenación Sanitaria de Cantabria.
- Concepción integral de un modelo de organización para el abordaje de las patologías crónicas.
- Enfoque de salud poblacional, orientado tanto a las personas enfermas como sanas, teniendo presentes los determinantes sociales de la salud.
- Establecimiento de la Atención Primaria de Salud como eje de la atención a la persona con enfermedad crónica.
- Creación de nuevos roles profesionales para la atención a la persona con enfermedad crónica.
- Atención centrada en la persona con enfermedad crónica, en la mejora de su nivel de salud y su autonomía, previniendo el deterioro funcional, desarrollando servicios más numerosos y adecuados.
- Fomento de una cultura organizativa centrada en la mejora continua desde la gestión del conocimiento, la transparencia, la investigación, la formación continuada y la implicación en los procesos de cambio.
- Empoderamiento del paciente crónico y su familia, promoviendo su participación y responsabilización.

- Establecimiento de alianzas y creación de redes entre profesionales de distintos niveles y sectores, centros, asociaciones comunitarias, etc., que promuevan los cambios, participen en su desarrollo y fomenten la corresponsabilidad en la utilización de los servicios.

6

Un modelo de atención a la cronicidad para Cantabria.

6.1. Basado en la continuidad asistencial.

Desde hace años, en diversos países, se han desarrollado nuevos modelos, con la finalidad de producir un cambio en la provisión de servicios sanitarios a pacientes con enfermedades crónicas. Este rediseño pretende que los sistemas logren una mejor integración y coordinación de los servicios y una continuidad en los cuidados manteniendo siempre al paciente en el centro del sistema. Poder ofrecer a los ciudadanos una oferta integrada de servicios, limitando al máximo la fragmentación que percibe entre los diversos niveles asistenciales, es uno de los retos del sistema sanitario. Tradicionalmente, las actividades de cooperación y coordinación se han basado en la buena voluntad de las partes implicadas más que en un desarrollo planificado de un modelo de gestión que consolide una estructura básica y estable de continuidad asistencial. Pero no es suficiente con el mantenimiento de cierta cooperación, a partir de las voluntades individuales de profesionales aislados, sino que es necesario avanzar un paso más allá hacia la coordinación efectiva entre los distintos ámbitos de actuación, facilitando así el mantenimiento de la conexión con el paciente de forma constante y adecuada. Los profesionales sanitarios deben ver y gestionar más allá de su organización, propiciando la atención centrada en el paciente, a la vez que se favorecen las alianzas entre proveedores y se evita la percepción de interrupciones del proceso asistencial, aumentando la oferta integrada de servicios.

Los principales pilares de este cambio de paradigma están relacionados con una atención sanitaria pensada para el usuario informado y empoderado, desarrollada en el ámbito comunitario, continuada y proactiva (figura 37). En este cambio la Atención Primaria de Salud es protagonista, garantizando la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de la vida, actuando como coordinadora de casos y reguladora de flujos. Su objeto de atención es la persona, valorada con el enfoque integral biopsicosocial e integrada en su entorno familiar y social. En la figura 44 aparecen los diversos modelos y herramientas necesarias, según la UE para desarrollar la atención a la cronicidad.

La continuidad asistencial es el modo en que el paciente experimenta la coherencia y conexión de la atención a lo largo del tiempo, y es resultado del flujo de información, habilidades interpersonales y coordinación de la atención. Pese a la heterogeneidad del concepto, hay 3 tipos esenciales de continuidad:

1. La informativa, que implica que la información previa sobre el paciente está disponible y es usada para brindar la asistencia sanitaria apropiada.
2. La relacional, que reconoce la importancia del conocimiento directo del paciente y la longitudinalidad de la atención.
3. La de gestión, que asegura que el cuidado procedente de diferentes proveedores sea coherente y esté interconectado.

Herramientas y modelos de cuidados crónicos.

Figura 44
Posibles herramientas para el desarrollo de los cuidados en los planes de atención a las patologías crónicas (Elaborado a partir del documento "European Innovation Partnership on Active & Healthy Ageing". European Commission 2014)

Este modelo de atención y de organización de servicios se sustenta en cinco pilares: la visión global del sistema de salud, enfoque poblacional, coordinación de servicios, continuidad de la atención y atención centrada en el paciente. Asimismo, presta especial atención a los elementos de conectividad en la interacción de organizaciones, profesionales y pacientes en los sectores sanitarios y sociosanitarios.

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. La integración de la asistencia sanitaria supone alcanzar el grado máximo de coordinación entre los diferentes niveles asistenciales (AP, AH y SS) cuando se realiza desde la perspectiva del paciente a lo largo del tiempo. En la figura 45 se representan los 5 elementos básicos relacionados con la coordinación en la atención sanitaria en la cronicidad

Una vez que se desarrolle el modelo propuesto, la implantación no deberá suponer para los profesionales un cambio estructural de importancia sino más bien un cambio funcional, con nuevos roles profesionales especialmente en enfermería, una apuesta por la continuidad de los cuidados en el entorno y domicilio del paciente, una mayor comunicación y coordinación entre e intra niveles asistenciales, y una puesta en valor del trabajo social en el campo sanitario. La participación de los ciudadanos, pacientes y cuidadores será imprescindible para alcanzar los objetivos, así como la protección de los cuidadores informales y la educación en cuidados a la población general desde la infancia.

Participantes	Numerosos	Varía en cada circunstancia y con cada sistema de salud. Como mínimo médico y paciente, con los actuales conceptos también enfermería, cuidadores, farmacéutico, trabajadores sociales etc
Interdependencia	Dependen unos de otros para realizar las intervención es en los pacientes	Cada participante aporta sus habilidades y conocimientos la coordinación los complementa y da una respuesta continua a las necesidades del paciente
Roles y recursos	Cada participante desarrolla sus actividades sabiendo lo que hacen los otros	Cada participante necesita saber que hacen los otros y que recursos utilizan. Las actividades de unos influyen en las de otros
Intercambio de información	No se pueden realizar las actividades de cuidado sin intercambiar la información	La coordinación depende del intercambio de la información crítica del paciente, no solo clínica, esta información facilita la participación de los actores, sus acciones y ayuda a la planificación futura
Establecimiento de metas	Los objetivos facilitan el suministro de cuidados de salud	Asegura que el paciente recibe los cuidados adecuados en el orden adecuado durante el tiempo necesario y en el sitio adecuado

Figura 45 Los elementos básicos relacionados con la coordinación en la atención sanitaria en la cronicidad (Elaborado a partir de Gittel JH and Weiss SJ Coordination networks within and across organizations: A multi-level framework. J Manag Stud 2004;41:127-153.)

Recursos

Para garantizar la atención sanitaria adecuada a la población, y por tanto a las patologías crónicas de prevalencia creciente, disponemos en Cantabria de una organización territorial del sistema sanitario dividido en cuatro Áreas de Salud: Santander, Laredo, Reinosa y Torrelavega, con un total de 42 Zonas Básicas de Salud.

Funcionalmente, diferenciamos los niveles de: Atención Primaria de Salud, con una única Gerencia de Atención Primaria, responsable de una red de 42 Centros de Salud, 30 Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP) y 4 bases asistenciales de atención a la urgencia y emergencia (061), y Atención Hospitalaria con tres Gerencias de Atención Hospitalaria: Santander, Laredo y Torrelavega-Reinosa.

Además para la atención dirigida a las personas con patologías crónicas y necesidades sociosanitarias concurrentes, en Cantabria disponemos del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), que es gestionado por el Instituto Cántabro de Servicios Sociales (ICASS)

Para desarrollar el trabajo en torno al paciente y facilitar la continuidad asistencial y coordinación entre niveles cabe mencionar el empleo de una serie de herramientas:

- **Estratificación** de la población que permite clasificar en función del consumo de recursos sanitarios a la población de Cantabria, en cinco estratos según el Modelo Kaiser Permanente, pudiendo además dividir y comparar Áreas, Zonas Básicas de Salud y profesionales. Estos estratos identifican las personas que precisan distintos enfoques de sus patologías. Se diferencian además hasta nueve grandes grupos de pacientes según diagnóstico: insuficiencia cardíaca, accidente cerebro vascular, demencia, insuficiencia renal crónica, obesidad, diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica o pluripatología. Se han obtenido resultados de la estratificación por niveles de consumo en algunas patologías seleccionadas y en el paciente pluripatológico (Tabla 4).

	Nº pacientes	Nivel de consumo de recursos sanitarios				
		1	2	3	4	5
ICC	4.703	0	133	203	2.987	1.380
ACV	10.923	0	191	658	8.012	2.062
Demencia	5.128	0	10	81	3.848	1.189
IRC	5.978	7	328	536	3.861	1.246
Obesidad	44.747	16	6.901	11.904	23.390	2.526
Enf. Pluripatolog.	32.045	0	0	0	18.990	13.055
DM2	35.197	4	1343	3992	26.237	3.621
HTA	106.292	1	3.752	14.459	77.854	10.226
EPOC	10.097	0	233	820	7.473	1.571

Tabla 4.
Estratificación de la población de Cantabria de la población atendida en el años 2013 por patologías crónicas padecidas y según consumo de recursos sanitarios.(ICC: insuficiencia cardiaca congestiva; ACV: accidente cerebrovascular; IRC: insuficiencia renal crónica, DM II : diabetes mellitus tipo II; HTA hipertensión arterial; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica).

Aplicación OMI-AP de gestión de la historia clínica electrónica en Atención Primaria. Su uso desde hace años permite que en la actualidad prácticamente el 100% de la información clínica relevante esté informatizada.

Receta electrónica. En la actualidad, prácticamente el 100% de las oficinas de farmacia de Cantabria están incorporadas a este sistema y de hecho, el 85,4% de los envases prescritos en Atención Primaria durante el mes de septiembre de 2014 lo fueron mediante receta electrónica. En todos los hospitales de nuestra comunidad se ha puesto en marcha la aplicación de prescripción de receta electrónica, cuya implantación se prevé finalizar para junio de 2015

Historia clínica electrónica en hospital. La gestión informática de información clínica en nuestros hospitales ha avanzado de forma importante recientemente. Se ha creado un registro único de pacientes hospitalarios (Fichero Maestro de Pacientes) para todos los hospitales del SCS. En pacientes ingresados, se ha puesto en marcha la aplicación de prescripción electrónica asistida (PEA) que se prevé finalizar durante 2015. Se ha unificado el programa de archivo en los tres hospitales, la gestión de pacientes ambulatorios se hace a través de un único sistema (TICARES) que ya se ha iniciado en los tres hospitales, los sanitarios de los tres hospitales trabajarán con la misma Estación Clínica (Altamira), que ya se está instalando gradualmente por servicios y toda la radiología clínica está ya recogida en el sistema PACS/RIS.

Diferentes herramientas facilitan compartir información entre niveles. Así, se ha cruzado el Sistema de Información Hospitalario Multicéntrico con el ICASS. Existe un módulo de interconsulta entre Atención Primaria y Hospitalaria, pudiendo recibirse los Informes de Hospitalaria (radiología, urgencias y altas) en la Estación Clínica de Primaria. El e.visor corporativo permite compartir información relevante entre Atención Primaria y Hospitalaria y entre estos y los centros sociosanitarios pertenecientes al ICASS o concertados.

Por último, diversos contenidos de nuestra historia electrónica ya son compartidos, a nivel nacional, dentro de la historia clínica digital del SNS pudiendo además acceder desde el SCS a contenidos de otras CCAA.

Sistema Integrado de Prestaciones y Servicios Sociales. Se trata de un sistema de gestión e información del SAAD en Cantabria, gestionado por el ICASS. Entre otras aplicaciones y utilidades, figura la de ser la herramienta de valoración de situaciones de dependencia y de asignación de prestaciones y servicios del catálogo del SAAD. Este sistema se encuentra también instalado en los Centros de Salud de Atención Primaria, y debe constituirse como elemento destacado para la coordinación entre sistemas.

Figuras de coordinadores de continuidad asistencial entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria. Sus funciones son: la revisión y análisis de los procesos asistenciales poniendo énfasis en los circuitos que realizan los pacientes, identificando barreras, promoviendo los cambios necesarios y favoreciendo la equidad, seguridad clínica, el uso de buenas prácticas y la visión integradora de todos los profesionales; promover un adecuado flujo de la información clínica entre dichos profesionales sanitarios y favorecer la comunicación entre ellos estableciendo vías o canales, foros de debate, de resolución de conflictos y de fomento de nuevas iniciativas. En general, colaborar en la planificación y en la implantación de proyectos impulsados desde la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, que involucren a distintos niveles asistenciales y garanticen la integración asistencial.

Profesionales, unidades y nuevos roles

El diseño e incorporación de nuevos roles profesionales son necesarios para mejorar la transición entre niveles asistenciales, y para favorecer el cuidado y tratamiento del paciente en su entorno, bien sea en su domicilio familiar o en un centro residencial. Aparecen nuevas funciones de enfermería como enfermera de enlace y enfermera gestora de casos y además, se hace necesario aumentar el número de las unidades de hospitalización domiciliaria y la creación de unidades gestoras de casos y continuidad de cuidados.

Unidad de atención al paciente pluripatológico: de ámbito hospitalario, con gestión de casos complejos, multiprofesional, que apoya la continuidad de cuidados en el domicilio de pacientes que lo precisen y planifica el alta hospitalaria. Nexo entre distintos proveedores de atención social y sanitaria (Equipo de Atención Primaria, Servicio de Urgencias de Atención Primaria, Servicio de Urgencia Hospitalaria, Consultas Externas, Hospital de día, Hospitalización, ICASS, Inspección médica y de farmacia, etc.). Precisa de profesionales sanitarios y de trabajo social.

Médico de Referencia Hospitalaria: profesional de atención hospitalaria que actúa como referente para la atención al paciente crónico y con el que se establecerán canales de comunicación activos desde la Atención Primaria que permitan una resolución ágil a cuestiones concretas relativas al paciente.

Enfermería de Atención Primaria como gestora de casos: es el elemento fundamental de la gestión de casos y continuidad de cuidados para pacientes complejos en Atención Primaria de Salud. Necesita conocer en profundidad el funcionamiento de los sistemas sanitario y de servicios sociales Las gestoras de casos coordinan servicios para personas con condiciones crónicas complejas o con necesidades sociales y médicas generalmente en situación de dependencia.

El modelo de gestión de casos es la referencia de atención centrada en el paciente y funciona como un instrumento empleado para realizar la interacción mutua entre enfermera, el paciente y su familia o cuidador, identificar los objetivos de salud, las limitaciones y necesidades del paciente

y poner a disposición de ellos los recursos disponibles para conseguir el mejor estado posible de salud y autonomía.

La gestión de casos ofrece ventajas no sólo a los pacientes a quienes va dirigida, sino también a los profesionales y gestores sanitarios. Mejora la activación de proveedores de servicios relacionados con la rehabilitación y el trabajo social en los pacientes crónicos complejos; disminuye la carga de la persona cuidadora significativamente tras la intervención, mejora el manejo del régimen terapéutico del paciente y disminuye la frecuentación del centro de salud por parte de las personas cuidadoras.

Con el fin de proporcionar apoyo para la gestión de los casos al Equipo de Atención Primaria, se desarrolla un nuevo rol profesional, el de la **Enfermera de Apoyo a la Atención a la Cronicidad** que actuará liderando y participando en los procedimientos y cuidados complejos y apoyando en el resto de actuaciones vinculadas a la atención del paciente crónico.

- **Enfermería de enlace:** La enfermera de enlace hospitalaria participa en la planificación del alta hospitalaria y garantiza el adecuado plan de continuidad de cuidados. Actúa entre atención hospitalaria, atención primaria, y los servicios sociales.

La enfermera de enlace es una gestora de pacientes complejos que garantiza la continuidad de cuidados y un plan integral único para el paciente. Solicita la intervención al alta, de la enfermería gestora de casos de Atención Primaria.

Como dispositivo de enlace que es mejora la coordinación asistencial al actuar de conector entre profesionales que desempeñan funciones distintas dentro del mismo proceso asistencial.

- **Unidad de hospitalización domiciliaria:** integrada por médico internista, geriatra, médico de familia más enfermera experta en técnicas avanzadas.

La Atención Primaria, el domicilio del paciente y su comunidad deben de ser el entorno habitual de atención al paciente. Los pacientes institucionalizados precisan de una asistencia sanitaria similar a la del resto de la población, con acceso a la hospitalización domiciliaria y a derivaciones para pruebas diagnósticas y especialista hospitalario con unos circuitos facilitadores que eviten visitas a urgencias e ingresos hospitalarios innecesarios.

También cobran especial relevancia los servicios de farmacología, que deben velar por la seguridad del paciente, en especial del polimedicado.

Áreas de intervención

Los objetivos se enmarcan en 4 áreas de intervención:

- Promoción de la salud.
- Prevención primaria y secundaria.
- Continuidad asistencial.
- Rehabilitación funcional y autonomía del paciente.

El ámbito de aplicación de la continuidad asistencial incluye tanto los procesos asistenciales realizados dentro de cada nivel asistencial como entre niveles, con especial interés en la continuidad de cuidados; de tal modo que, además de analizar los circuitos entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria, es necesario revisar los flujos y asistencia en centros de día, hospitales de media y larga estancia. Del mismo modo, abarca los circuitos internos entre los diferentes estamentos y profesionales de los centros de salud, entre ellos y los Servicios de Urgencias de Atención Primaria. Asimismo, en cada hospital coordinará los movimientos de los pacientes dentro sus unidades y servicios.

Es también de importancia extender la continuidad asistencial a otras entidades implicadas en la gestión y provisión de servicios de salud incluyendo la Inspección Médica y de Farmacia y las Mutuas de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.

Objetivos y actuaciones:

1. **Promocionar la continuidad y coordinación entre niveles asistenciales para mejorar la atención de los pacientes crónicos en Cantabria.**

   Definición de la cartera de servicios, por nivel de complejidad, en todos los niveles asistenciales y en los centros sociosanitarios.

   Definición de mecanismos de colaboración entre todos los niveles asistenciales sanitarios y entre ellos y Servicios Sociales.

   Potenciación de la figura del Coordinador de Continuidad Asistencial, como clave para la comunicación entre niveles de asistencia.

   Planificación desde Atención Primaria, de forma conjunta con el médico de referencia hospitalaria, de los ingresos hospitalarios (hospitalización convencional, a domicilio, de día).

Planificación del alta hospitalaria con una valoración integral de sus necesidades y las del entorno, un plan de cuidados y un adecuado soporte domiciliario, identificando y priorizando los pacientes con mayor riesgo de reingreso y/o descompensación.

Coordinación de las actuaciones de los servicios de urgencias (hospitalarios, SUAP y 061) con los equipos de Atención Primaria.

Mantener la continuidad asistencial 24 horas al día los 7 días a la semana mediante los SUAP y reflejarlo en las rutas asistenciales.

2. **Destacar la función de la Atención Primaria, potenciando su resolutividad.**

Implantación de protocolos comunes de prevención, diagnóstico y atención de las patologías crónicas, ajustadas a estándares de calidad.

Acceso protocolizado a mayor número de pruebas diagnósticas, incorporación de mayor número de técnicas diagnósticas, orientado a aumentar la capacidad resolutiva.

Diseño de un Plan de Formación para el abordaje a pacientes crónicos.

3. **Poner en marcha nuevas unidades que aseguren la continuidad asistencial y de cuidados del paciente y el cuidador.**

Creación de las unidades hospitalarias de atención al paciente pluripatológico en el ámbito de la cronicidad.

Potenciación de las Unidades de Atención al Usuario, de Admisión y otras administrativas como informadores y asesores de la población sobre el funcionamiento de los servicios sanitarios y sociales.

Diseño de modelos de atención integrales que faciliten la atención continuada a pacientes crónicos: Unidades de Convalecencia, Unidades de Rehabilitación Activa, Atención Sociosanitaria en los Servicios Sociales orientada al deterioro funcional y prevención de la dependencia.

Potenciación de las Unidades de hospitalización domiciliaria con intervención en domicilio y en las residencias sociosanitarias y otros centros de Servicios Sociales.

4. **Desarrollar rutas asistenciales para aquellos procesos más prevalentes e importantes, basadas en la evidencia científica y fundadas en la coordinación entre niveles, haciendo más sencillo y eficaz el itinerario del paciente por el sistema.**

Adecuación de los modelos de Cuidados Paliativos, según las recomendaciones de la Estrategia en Cuidados Paliativos del SNS, para mejorar la atención a las personas en situación final de vida.

Diseño de rutas o itinerarios del paciente para cada patología crónica prevalente: todas las rutas deben hacer referencia no solo a las coordinación entre niveles y dentro de cada nivel asistencial, al cuidador, incorporar un enfoque sociosanitario, y medidas de rehabilitación funcional, educación y fomento de la autonomía del paciente.

Diseño de una ruta específica para el paciente pluripatológico crónico complejo.

Diseño de una ruta de atención al paciente frágil.

Incorporación a las rutas e implantación de proyectos de telemedicina adecuados a cada una de ellas.

Incorporación a las rutas de un apoyo o asistente tecnológico para evaluación del tratamiento en el paciente polimedicado.

5. Crear nuevos roles profesionales conforme a las necesidades del nuevo modelo asistencial, para asegurar la continuidad asistencial y de cuidados, al paciente y al cuidador.

Definición de competencias y habilidades necesarias para cada uno de los profesionales de los equipos de trabajo multidisciplinares de atención al paciente crónico.

Desarrollo de la figura del médico de referencia hospitalario.

Desarrollo de competencias para los profesionales de enfermería para llevar a cabo el rol de gestor de casos, de apoyo a la atención a la cronicidad y la de enfermera de enlace, en los niveles más complejos de las patologías crónicas y pluripatologías.

Desarrollo de las funciones de los trabajadores sociales que trabajan en el sistema sanitario en lo referente a la detección e intervención sobre los factores de riesgo social en salud de los pacientes con enfermedades crónicas. Participación en el diseño de un plan de intervención integral ajustado a las necesidades de cada paciente.

Definición de las funciones profesionales que se asignen en la red asistencial a las profesiones de fisioterapia y terapia ocupacional, tanto en la asistencia sanitaria directa como en la valoración y orientación terapéutica de personas con pluripatología y/o situación de dependencia

6.2. Alternativas a la asistencia sanitaria tradicional para el paciente crónico pluripatológico complejo, con o sin deterioro funcional y en el ámbito domiciliario y residencial.

6.2.1. Las Enfermedades no Transmisibles (ENT), consideradas por la OMS como las enfermedades crónicas por excelencia, originan una carga estimada en AVADs (años de vida ajustados por discapacidad) que se espera alcance en al año 2030 el 84% en la Unión Europea (UE); su origen principal sigue siendo las enfermedades cardiovasculares, los trastornos neuropsiquiátricos y el cáncer. Aunque la proporción de carga de enfermedad debido a ENT alcanza el 95% en los ancianos, en números absolutos la mayor carga de enfermedad aparece entre los 45 y los 59 años como se ve en la figura 46 [81].

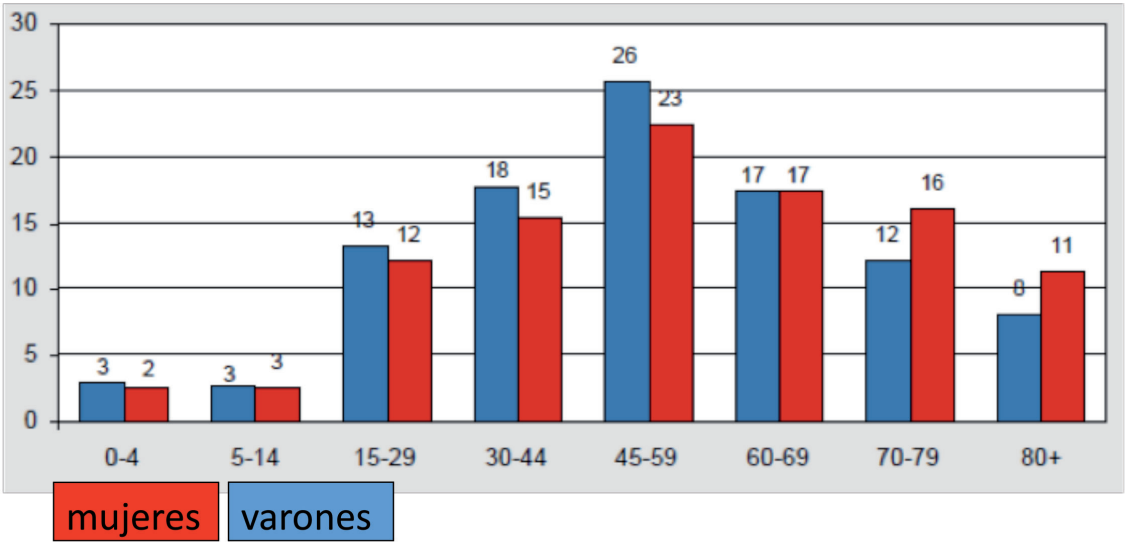


FIGURA 46.
AVADs relacionados con las ENT por grupos de edad y porcentaje de los mismos en la región europea en 2015

Las tres principales causas de muerte en Europa continúan siendo la enfermedad cardiovascular con un 40%, el cáncer con un 26% y las enfermedades respiratorias con un 8%. Este incremento supone además que el paciente crónico es un paciente complejo desde el punto de vista no sólo sanitario sino también social y económico, como han demostrado diversos estudios de los organismos internacionales en los que las enfermedades crónicas tienen un impacto significativo en los sistemas sanitarios y en la economía de los países.

La asistencia tradicional fragmentada es especialmente inapropiada para el grupo de pacientes que presentan pluripatología, comorbilidad o se encuentran en situación de especial complejidad, satura la urgencia, genera estrés y pérdida de seguridad para el paciente. Estos pacientes se asocian generalmente a un mayor consumo de recursos, sus demandas aumentadas pueden llevar a realización de pruebas innecesarias, se producen duplicidades y conduce a la polimedicación. Por ello estos pacientes necesitan algo más que un seguimiento y unos cuidados discontinuos. Su abordaje requiere fomentar el trabajo en equipos interdisciplinares que garantice la continuidad en los cuidados con la máxima participación del paciente y su entorno. Precisa adaptar y optimizar los recursos de los que disponemos, fortalecer los equipos de atención primaria y coordinarlo con la atención hospitalaria para facilitar el paso de los pacientes por el sistema sanitario, racionalizar el gasto, evitar duplicidades y optimizar la terapia farmacológica.

Existe una amplia variabilidad en la prevalencia de pluripatología entre pacientes con enfermedades crónicas en Cantabria. Según la ENS el 50% de la población percibe al menos un problema de salud crónico [82], entre el 2 y el 3% de la población realiza un consumo elevado de recursos sanitarios y se han reconocido en la estratificación del año 2013 a 32.045 pacientes pluripatológicos en Cantabria.

Desde el punto de vista organizativo, estas personas se caracterizan por presentar seguimiento en múltiples consultas tanto en Atención Primaria como en la Hospitalaria, generalmente con escasa coordinación, y sujetos a múltiples pruebas diagnósticas, a menudo repetitivas; frecuente uso de los recursos sanitarios de asistencia y de los dispositivos de urgencias; ingresos hospitalarios múltiples o atención sanitaria por reagudización de sus enfermedades crónicas con estancias a menudo prolongadas [83]; tratamientos plurifarmacológicos con bajo nivel de cumplimiento. La morbilidad hospitalaria por 100.000 en Cantabria aparece recogida en la figura 47 (ENS).

Los pacientes pluripatológicos son importantes consumidores de recursos sanitarios, suponen entre el 21-72% de los pacientes ingresados en Servicios de Medicina Interna, con una edad cercana a los 70 años y en general sufre numerosos ingresos. Generalmente también son muy frecuentadores de los Servicios de urgencias. En la figura 48 se observa la frecuentación de urgencias del HUMV en el año 2014 de los mayores de 70 años. 27.615 ancianos, con una edad

Morbilidad hospitalaria por 100.000

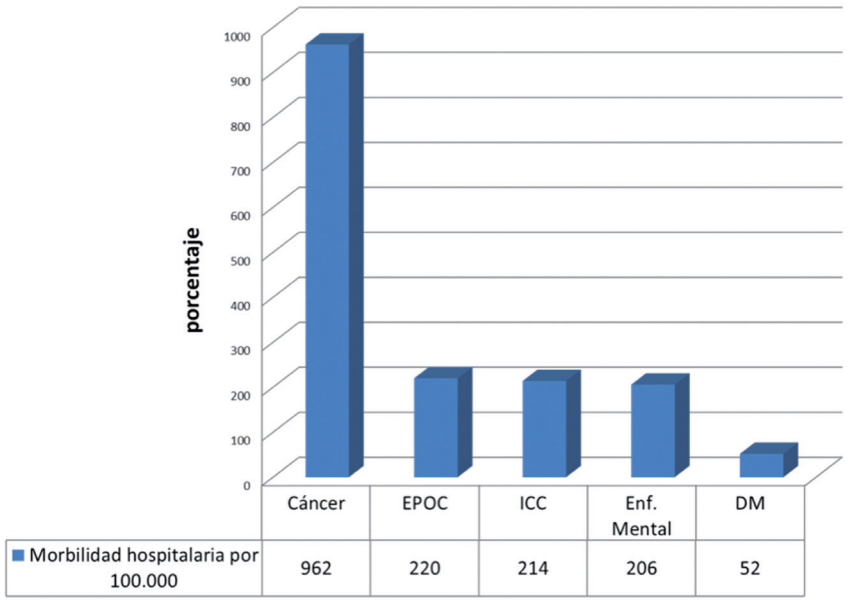


Figura 47.
Morbilidad hospitalaria en Enfermedades Crónicas en Cantabria

media de 81.0 ± 6.8 años, originan 35.399 visitas a urgencias, de las cuales 9.259 finalizan como ingresos hospitalarios (26.2%) y 22.798 (64,4%) se van de alta a su domicilio. El 44% acude una sola vez durante el año, el 28,2% dos veces, el 12,9% tres veces y el resto cuatro o más veces. En la Atención Primaria constituyen aproximadamente el 2-5% de la población usuaria de los centros de salud, pero con un consumo de recursos (frecuentación, visitas domiciliarias, pruebas complementarias y farmacia) que cuadruplica el promedio por paciente y presentan un grado de complejidad clínica que requiere múltiples contactos con el medio hospitalario, siendo las visitas a los servicios de urgencias hospitalarios uno de los principales. Por ello, se ha insistido

Nº Pacientes y Nº visitas Urgencias HUMV año 2014

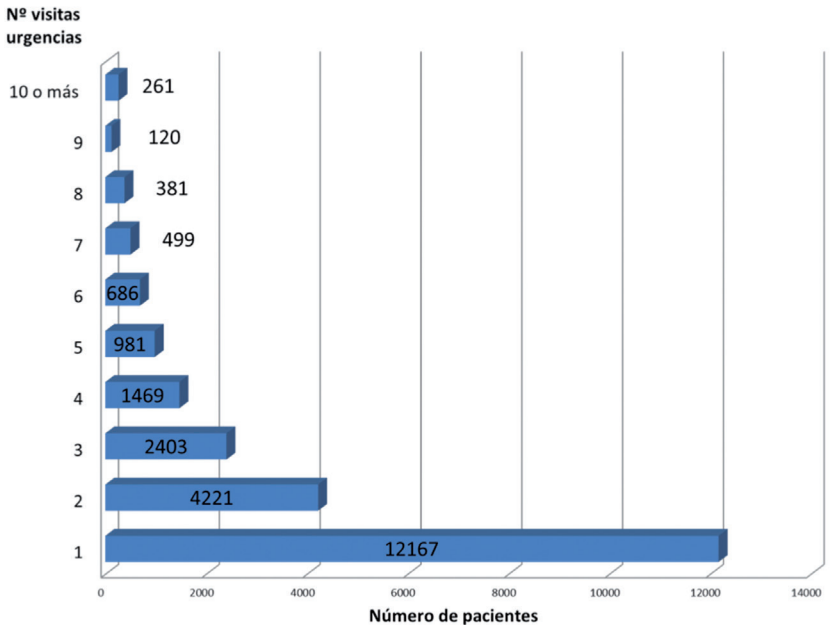


Figura 48.
Frecuentación en Urgencias en el HUMV en mayores de 70 años

en la necesidad de prestarles una atención sustentada en la continuidad asistencial con estrecha coordinación entre Atención Primaria y Hospitalaria, y de ambas con los Servicios Sociales. De esta forma la atención de la salud será más accesible, más eficiente, más aceptable y al mismo tiempo más económica. Así lo han mostrado distintas estrategias surgidas para abordar este problema.
Para la adecuada consecución de estos fines se deben desarrollar unidades específicas de atención a los pacientes crónicos complejos que en el ámbito nacional se denominan unidades de pacientes pluripatológicos. Son una alternativa al sistema tradicional de atención sanitaria: estas unidades de pacientes pluripatológicos adscritas a los servicios de medicina interna deben ser el nexo de unión y de la continuidad asistencial entre la asistencia hospitalaria y a la atención primaria, que ofrecería una asistencia sanitaria holística y personalizada. Una nueva vía de atención al paciente crónico, en la que:

- Se conozcan de antemano los posibles caminos a seguir por el paciente y los responsables de los mismos, (Vía asistencial)

- En la que se comparta la misma información (historia del paciente) de forma que se asegure el conocimiento del paciente. (Tecnología de la información y de la comunicación-TICs)

- Se elimine, en lo posible, el paso intermedio (acudir a urgencias) pero que disponga de todos los recursos tanto del nivel primario como hospitalario para una mejor atención.

- Se asegure una atención (un ingreso) en un área específica que conozca al paciente, y que a la vez sea conocida por el paciente y su familia. Desde esta área se decidirá si el paciente puede seguir siendo tratado en régimen ambulatorio o precisa ser ingresado.

Una unidad de atención al paciente pluripatológico consistirá en un equipo multidisciplinar de profesionales sanitarios encargados de la atención integral a este grupo de pacientes. La unidad se sustentará de manera básica sobre los siguientes principios:

1. Continuidad asistencial entre atención primaria y especializada, otorgando al especialista hospitalario (Internista de referencia) la gestión del paciente dentro del ámbito hospitalario en coordinación con el médico de familia referente en Atención Primaria de un grupo poblacional concreto, una vez activada de manera conjunta esta vía asistencial.

2. Asegurar la idoneidad de atención dentro del nivel asistencial adecuado en cada momento, para ello debe ser capaz de disponer de diferentes áreas de trabajo (planta de hospitalización, consulta, unidad de día, etc) evitando la duplicidad asistencial.

3. Flexibilidad en la atención, con capacidad de actuar de manera rápida cuando sea preciso.

Los principios y recursos necesarios y la coordinación entre los mismos para el adecuado desarrollo de este tipo de unidades se representan en la figura 49 y el flujo de este tipo de pacientes pluripatológicos sin deterioro funcional y con padecimientos principalmente de carácter cardiorespiratorio se representa en la figura 50.

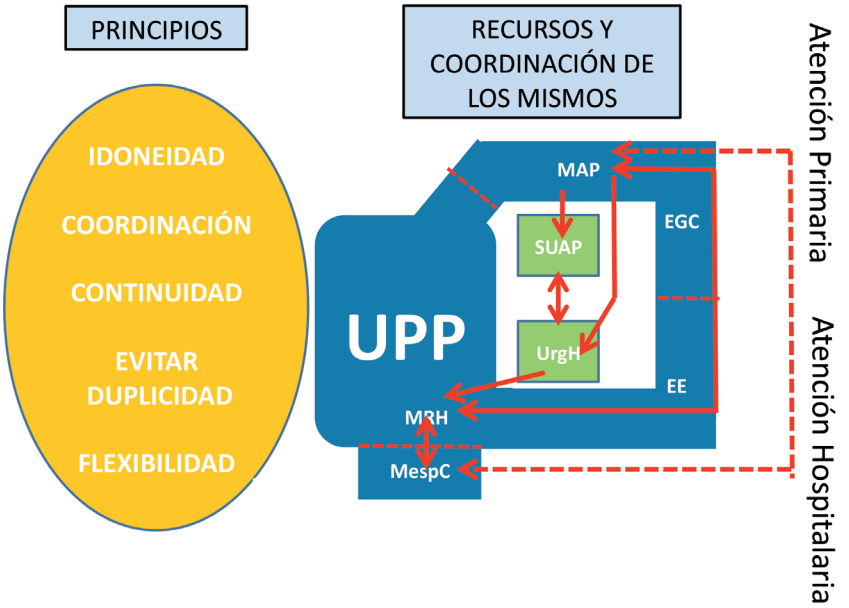


Figura 49
Principios de funcionamiento, recursos y vías de coordinación de las unidades de pacientes Crónicos complejos (UPP) (MAP médico AP, MAH médico AH, MespC médico especialista consultor, SUAP servicio de urgencias de AP, UrgH servicio de urgencias hospitalario, EE enfermera enlace, EGC enfermera gestora casos)

6.2.2. En el grupo de pacientes con procesos crónicos complejos

que implican discapacidad funcional, se pueden distinguir cuatro categorías de pacientes por su diferente evolución, que determinarán diferentes estrategias, necesidad de atención y asignación de recursos: pacientes con procesos que causan deterioro funcional agudo grave potencialmente recuperable al menos en parte, pacientes con enfermedades degenerativas que provocan discapacidad progresiva y cada vez mayor necesidad de cuidados, pacientes con discapacidad congénita o derivada de procesos acaecidos durante los primeros años de vida, y por último pacientes pluripatológicos que sufren deterioro funcional durante procesos agudos, reagudizaciones e ingresos hospitalarios.

Las patologías que más frecuentemente ocasionan deterioro funcional agudo potencialmente recuperable son el Ictus y la Fractura de cadera. El ictus es la primera causa de discapacidad en la población adulta y la segunda de demencia. El indicador elegido por la estrategia del Ictus del SNS para conocer la incidencia es la tasa de hospitalización por ictus, que en Cantabria fue en el año 2010 de 238 por 100.000. (en la figura 26 se pueden ver las altas por ictus en función del hospital) La tasa se multiplica por 10 a partir de los 75 años de edad y la incidencia va en aumento debido al aumento de la esperanza de vida. Se puede calcular que en Cantabria viven casi 10.000 personas mayores de 20 años que han sobrevivido a un ictus. La mayor parte de la recuperación del déficit neurológico que los pacientes experimentarán ocurre en los tres primeros meses tras el ictus. Posteriormente la recuperación prosigue, de manera más lenta. Aunque no todos los pacientes se recuperan totalmente, únicamente un 10% de los pacientes, tras un ictus grave, alcanzan una completa recuperación. Para ello el tratamiento rehabilitador debe comenzar lo más pronto posible durante el ingreso hospitalario, una vez que el paciente está médicamente estable.

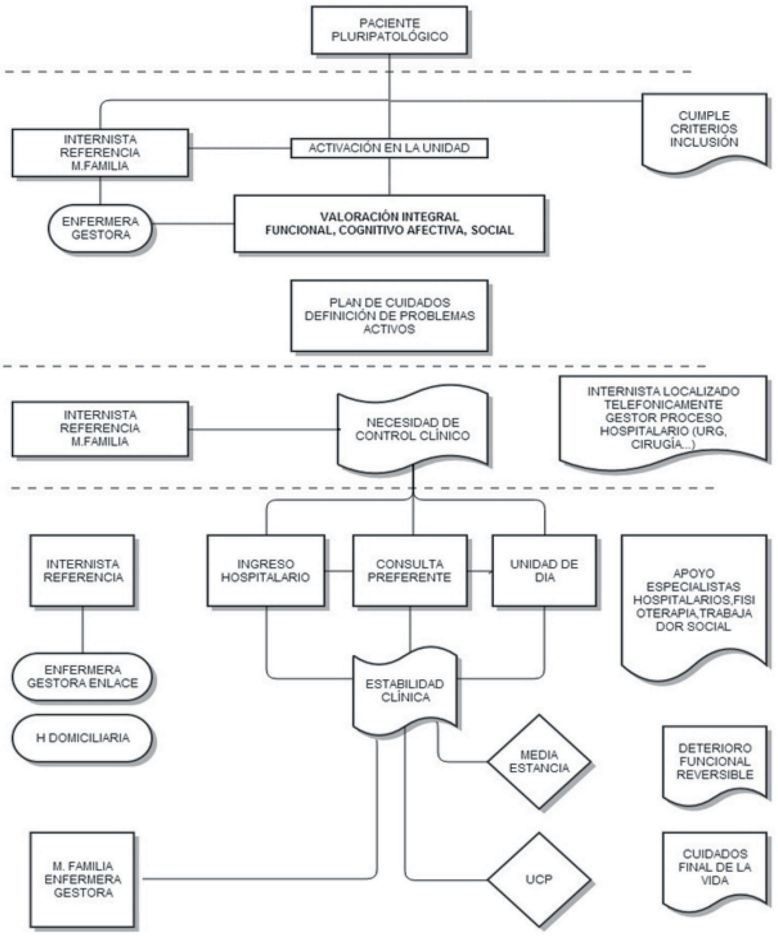


Figura 50.
Flujo de atención a pacientes pluripatológicos

Tras el alta hospitalaria se debe continuar mediante rehabilitación ambulatoria y/o hospital de día de rehabilitación. Para individuos con problemas médicos que precisan continuar durante más tiempo con cuidados sanitarios en régimen de ingreso asociados al tratamiento rehabilitador, así como aquellos con discapacidad inicial muy grave se debe procurar ingreso en camas de media/larga estancia. Para aquellos pacientes con discapacidad moderada/grave y apoyo socio-familiar suficiente para poder estar en casa se debe proporcionar rehabilitación domiciliaria

La fractura de cadera es otra de las patologías que origina deterioro funcional potencialmente recuperable. Aproximadamente, un 30% de las personas mayores de 65 años y un 50% de las mayores de 80 años que viven en la comunidad, se caen al menos una vez al año y uno de cada diez sufren consecuencias graves, incluida la fractura de cadera y el 50% no recuperan el nivel funcional previo (en la figura 26 se pueden ver las altas por fracturas de cadera en función del hospital y las estancias medias correspondientes). A los pocos días de la cirugía de cadera, tras la

reducción efectiva y fijación quirúrgica o tras prótesis, el objetivo es caminar con ayuda. El tiempo para recuperar la deambulación dependerá de la técnica quirúrgica y prótesis empleadas

Respecto a los procesos que provocan discapacidad progresiva en el adulto son las demencias y otras enfermedades neurodegenerativas las de mayor prevalencia. La patología neurodegenerativa en Cantabria es del 1.8%. El mayor número de casos (57.1%), corresponde a las demencias, incluida la enfermedad de Alzheimer, seguido de la enfermedad de Parkinson y síndromes relacionados (26.2%). Estas enfermedades neurodegenerativas representan un 3.4% de las discapacidades legales reconocidas en Cantabria. Del total de personas valoradas en Cantabria que alcanzan un grado de discapacidad muy grave, el 12.6% se debe a enfermedades neurodegenerativas. Este grupo de pacientes sufre un grado elevado de discapacidad y dependencia, especialmente aquellos con algún tipo de demencia. La mayoría de estos procesos son progresivos e incapacitan al paciente al cabo de unos años. Actualmente carecemos de tratamiento eficaz, por lo que los programas de soporte funcional y apoyo social constituyen el fundamento de la asistencia.

La población infantil también presenta deterioro funcional en forma de discapacidad congénita y enfermedades pediátricas que causan discapacidad. Con datos referidos al año 2014 las dos principales son la parálisis cerebral infantil (PCI) de la que se realiza seguimiento en la unidad de Rehabilitación Infantil del HUMV a más de 300 niños con PCI y procesos que causan discapacidad grave en áreas del desarrollo psico-motor. Respecto a la fibrosis quística (FQ), hay, en Cantabria 21 niños, que son seguidos y tratados en el Servicio de Pediatría y Rehabilitación.

Por último, también deben ser tenidos en cuenta en los procesos recuperación funcional y convalecencia aquellos pacientes crónicos complejos que sufren deterioro funcional durante procesos agudos o reagudizaciones.

Los recursos disponibles en Cantabria para atender a estos pacientes con deterioro funcional se centran en las Unidades de Hospitalización de Agudos y de los Servicios de Rehabilitación sin camas propias en los 3 hospitales; además, existe una unidad de Convalecencia o Recuperación Funcional, concertada en el Hospital Santa Clotilde con 80 camas. Hay también Unidades Ambulatorias con consultas externas de los 3 hospitales y Unidades específicas de Deterioro Cognitivo, de Atención temprana, así como, fuera del ámbito hospitalario, centros sociosanitarios de día, para atender ambulatoriamente este tipo de patologías.

6.2.3. La necesidad de adaptar el sistema sanitario a los cambios sociales está estimulando la mayor difusión de formas de asistencia, existentes pero hasta ahora infrautilizadas, y conocidas como alternativas a la atención sanitaria tradicional [84]. Esto es en parte debido a que se considera la reducción de las hospitalizaciones evitables uno de los indicadores fundamentales para lograr los objetivos en los planes de atención a la cronicidad propuestos desde el Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad. En este escenario se manejan dos ideas centrales: La primera, implícitamente vinculada a los objetivos de mejora de atención y de salud, propugna que los pacientes con enfermedades crónicas deberían poder ser atendidos prioritariamente en el ámbito comunitario conforme a las directrices del propio MSSSI [5] y, sin duda, esta es la realidad hacia donde debemos avanzar. La segunda, orientada a objetivos de gestión, incide en la concentración de costes en las áreas de hospitalización y en la necesidad de su contención.

Es cierto que aun cuando la asistencia sanitaria domiciliaria (ASD) no es una modalidad reciente y el contexto económico y social impone el uso óptimo de recursos que escasean, esta sigue siendo una práctica poco difundida y con un desarrollo desigual en la mayor parte del mundo. Como consecuencia la atención sanitaria centrada en el domicilio del paciente está adquiriendo cada vez más importancia en las líneas de actuación de las distintas organizaciones sanitarias y sociales, así como en diferentes sectores de la sociedad: pacientes y familiares, administración sanitaria, profesionales y servicios sanitarios [85]. Para su completo desarrollo se debe resaltar la necesidad de una mayor colaboración entre los servicios hospitalarios y comunitarios [86]. En el campo de la organización del cuidado de la salud, la ASD representa una posibilidad de crear un modelo consensuado y armónico de organización entre los diferentes niveles del sistema de salud, mejorando por tanto aspectos clave en un plan de atención a la cronicidad como son la coordinación y la continuidad asistencial, procurando lograr el establecimiento y la consolidación de servicios que respondan adecuadamente a las necesidades del usuario [87] [88].

En España tradicionalmente la ASD se ha venido realizando desde la Atención Primaria. Por otra parte desde las estructuras hospitalarias se viene desarrollando la hospitalización domiciliaria (HD), cuyo crecimiento ha sido muy irregular y generalmente caracterizado por proyectos individuales, sin un plan maestro que permitiera unificar conceptos y establecer criterios generales de funcionamiento [89].

En nuestra comunidad, aunque pionera en el desarrollo de la HD, en el momento actual sólo uno de los cuatro hospitales dispone de una unidad de este tipo con un número limitado de camas y un alcance geográfico reducido alrededor del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Se deben potenciar por tanto los aspectos de la ASD para lograr una atención más equitativa en toda la comunidad buscando soluciones apropiadas a los pacientes que viven en las zonas más dispersas, de forma coordinada con los EAP y los SUAP.

Es también importante reforzar la asistencia con recursos ASD en las residencias sociosanitarias, teniendo en cuenta que muchas ya disponen de profesionales sanitarios que participarán a la hora

de realizar planteamientos terapéuticos más intensos y específicos de los pacientes ingresados en sus centros. Es deseable que desde los Centros Sociosanitarios se pueda contactar directamente con estas unidades de ASD para evitar, en la medida de lo posible, derivaciones a los servicios de Urgencias o ingresos en los hospitales de pacientes con un gran deterioro funcional para quienes el hospital puede ser una fuente de iatrogenia terapéutica. Este tipo de servicios de ASD son capaces de mejorar la calidad asistencial desde el punto de vista de los pacientes y de la eficiencia del sistema.

Objetivos y actuaciones

1. Elaborar vías asistenciales para la atención al paciente crónico complejo según sus niveles de riesgo.

Definición las Unidades de pacientes crónicos pluripatológicos complejos, dependencia y localización en cada una de las áreas sanitarias de Cantabria.

Definición e identificación de los pacientes crónicos susceptibles de esta alternativa a la hospitalización tradicional mediante modelos de estratificación y predicción que permitan la identificación de subgrupos de población con diferentes niveles de necesidad y riesgo, estableciendo una base de datos accesible desde los diferentes niveles asistenciales y de Servicios Sociales.

Creación de los distintos roles y definición de competencias vinculados a este tipo de pacientes.

Desarrollo de los circuitos de atención de los pacientes a través de sus profesionales sanitarios referentes, evitando la frecuentación innecesaria por los servicios de urgencias y otras vías de atención no consensuadas. Asegurar la continuidad asistencial en la atención de los pacientes cuando acudan a urgencias.

Coordinación de las diferentes unidades, asistenciales y de Servicios Sociales, para la adecuada atención de los pacientes susceptibles de este abordaje que estén institucionalizados.

2. Desarrollar una estrategia de atención y coordinación sociosanitaria entre el sistema sanitario y los Servicios Sociales, asegurando la continuidad entre los diferentes niveles, especialmente en pacientes crónicos pluripatológicos complejos en situación de dependencia.

Diseño en Atención Primaria y en Atención Hospitalaria de instrumentos de gestión que coordinen de manera sencilla con los Servicios Sociales los recursos necesarios de ambos sistemas.
Elaboración y difusión de un registro actualizado de centros sociosanitarios en la Comunidad de Cantabria, con los servicios ofrecidos por la cartera de servicios del SAAD y dirigidos a los pacientes según su nivel estratificado de complejidad.

Fomento e implantación de las actuaciones que incrementen la capacidad de resolución de los

problemas de salud en las residencias y Centros de Día sociosanitarios y Centros de Atención a la Dependencia (CADs) de los Servicios Sociales.

Implantación de medidas de prevención primaria, secundaria, terciaria y cuaternaria en los centros sociosanitarios, especialmente en Centros de Día y Centros de 24 horas.

Potenciación de servicios sociosanitarios de media y larga estancia, de atención diurna o nocturna y de soporte en domicilio.

Mejora del acceso a los sistemas sanitarios y sociales y optimización de los procesos de atención a fin de que se consigan resultados equitativos en los diferentes grupos sociales.

3. Establecer unidades específicas de convalecencia y recuperación funcional para los pacientes crónicos complejos con deterioro funcional.

Valoración multidimensional, clínica, funcional, mental y social, estableciendo medidas preventivas para detectar la fragilidad y prevenir caídas, mediante la aplicación de escalas de Valoración de Actividades Básicas de la Vida Diaria y de tipo funcional para la detección de fragilidad.

Programas individuales y/o grupales de actividad física: multicomponentes, de resistencia aeróbica, flexibilidad, equilibrio y fuerza muscular, para personas frágiles, con el objetivo de prevenir y/o revertir la situación de fragilidad, riesgo de caídas o de deterioro funcional.
Implantación de interconsulta precoz al Servicio de Rehabilitación en los pacientes con deterioro de la capacidad de deambulación durante el ingreso, desarrollando medidas encaminadas al mantenimiento de la capacidad de deambulación en los pacientes ingresados: movilización precoz, dotación de ayudas técnicas y/o productos de apoyo en todas las plantas de hospitalización.

Implantación de medidas y programas encaminadas a mejorar la capacidad de alimentación, deglución y prevención de la aspiración en los pacientes de riesgo. Preparación al alta a los pacientes portadores de sondad nasogástrica o gastrostomía percutánea.

Interconsulta y atención precoz, en los Servicios de Rehabilitación, de los procesos gravemente discapacitantes. Será necesario mejorar la dotación de RRHH de los Servicios de Rehabilitación de los hospitales comarcales, tanto cuantitativa como cualitativamente.
Establecer en la Comunidad Autónoma de Cantabria de un sistema de coordinación y derivaciones entre las distintas instituciones sanitarias y sociales para organizar las prestaciones de apoyo a las personas con discapacidad y a sus cuidadores.

Definir la derivación adecuada de pacientes entre todos los recursos disponibles en los ámbitos sanitarios y sociales y de la Consejería de Educación para la correcta y más completa atención a pacientes con deterioro funcional grave en todas la edades, diseñando un sistema que evite

tanto duplicidades como zonas de indefinición: Hospital de crónicos, Hospitalización domiciliaria, Rehabilitación ambulatoria, centros de Salud, Centros de Día, Unidades de Atención Temprana, Centro de Ayudas Técnicas.

Introducir alternativas al modelo asistencial tradicional de rehabilitación ambulatoria para evitar traslados en pacientes frágiles, así como la institucionalización permanente de pacientes jóvenes con déficits graves, pero potencialmente recuperables, mediante la creación de unidades funcionales de fisioterapia que traten al paciente durante todo el proceso de rehabilitación, ajustando los tiempos a la consecución de objetivos y no a un estándar preestablecido. Esto debe propiciarse a través de Unidades de Rehabilitación Domiciliaria y Hospital de Día de Rehabilitación.
Para el adecuado funcionamiento de las unidades de convalecencia y recuperación funcional será necesario el desarrollo de unidades de trabajo transversales multidisciplinarias de profesionales de diferentes servicios o unidades hospitalarias, que mantengan contactos o protocolos de colaboración, valoración y tratamientos conjuntos. Este tipo de organización evita traslados del paciente o múltiples interconsultas, además de facilitar la toma de decisiones.

Desarrollo de programas de formación específicos, dirigidos a celadores, auxiliares de enfermería y profesionales de otros ámbitos en procedimientos.

4. Constituir nuevos cauces de colaboración entre los proveedores de servicios sanitarios y sociales, extendiendo los servicios de Atención Sanitaria Domiciliaria que aseguren al paciente la atención adaptada a sus necesidades.

Priorizar y adaptar la asistencia al nivel de cuidados necesario, para el paciente crónico en su lugar habitual de residencia.

Coordinación entre los diferentes niveles de forma eficaz para procurar evitar aquellos casos de desplazamientos o de ingresos innecesarios en hospitales de referencia, así como el uso indiscriminado de los servicios de urgencias de Atención Primaria y Hospitalarios.

Apoyar y mejorar la calidad de vida de pacientes y cuidadores, especialmente el principal, logrando la participación e implicación de pacientes y cuidadores en los procesos que les afectan. Desarrollo de intervenciones de apoyo al cuidador que minimicen las situaciones de claudicación.

Promoción de objetivos asistenciales generales comunes (sociales y sanitarios) entre todos los niveles implicados para establecer posteriormente, en cada paciente crónico, unos objetivos de carácter individual.

Acordar ingresos hospitalarios programados desde la Atención Primaria hacia los equipos de hospitalización domiciliaria por recaídas de sus procesos basales.

6.3. Dando recursos, mediante la promoción y educación en salud al ciudadano, al paciente y a su familia.

Desde que en 2003 la Organización Mundial de la Salud, publicó el informe "Cuidados Innovadores en Enfermedades Crónicas", como nuevo modelo de atención a pacientes la educación sanitaria y las actividades de promoción y prevención en salud son aspectos básicos de un plan de atención a la cronicidad. La política europea de la OMS en Salud dentro del "Horizonte 2020" incluye la mejora de la capacitación en salud y la autogestión de la enfermedad, lo que implica un empoderamiento de las personas y de los diferentes colectivos de la comunidad. Todos los modelos de atención a la cronicidad hacen referencia a una participación activa e información de los pacientes crónicos y de las personas cuidadoras, con instrumentos de apoyo al autocuidado y a la prevención de la enfermedad. Según la Teoría del autocuidado de Dorothea Orem, éste es el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior.

En España, la estrategia para el abordaje de la cronicidad en el SNS tiene entre sus objetivos impulsar y reforzar la capacitación de las personas y de la comunidad para promover la autonomía, el autocuidado y los estilos de vida saludables. La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, así como la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública, recogen dentro de las actuaciones ministeriales la promoción de la salud, con acciones dirigidas a incrementar las capacidades y conocimientos de las personas y el apoyo a la creación y fortalecimiento de redes.

En este sentido, uno de los instrumentos fundamentales de acción comunitaria en materia de salud es la Educación para la Salud (EpS). La EpS, aborda no solamente la transmisión de información, sino también el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. La educación para la salud incluye la información relativa a las condiciones sociales, económicas y ambientales subyacentes que influyen en la salud, y también la que se refiere a los factores y comportamientos de riesgo, además del uso del sistema de asistencia sanitaria.

Su finalidad debe de ser:

1. Aumentar la capacidad de los individuos y de la sociedad para participar en las actuaciones sanitarias.

2. Fomentar un comportamiento saludable.

3. Aumentar la autorresponsabilidad y capacitación del individuo en el cuidado de su propia salud. Para llevar a cabo este cambio es necesario cambiar el modelo de educación para la salud tradicional. Dentro de estas iniciativas existen dos tipos: las que se centran en programas estructurados de pacientes activos (promoción del autocuidado y la autogestión de la enfermedad) y las Escuelas, que incluyen una serie de actividades, enfoques y métodos más amplios que van de la salud a la enfermedad, teniendo en cuenta aspectos como: la promoción de estilos de vida saludables y desarrollo de políticas de prevención de la enfermedad, la seguridad del paciente, los autocuidados y la autogestión de la enfermedades crónicas, los cuidados del cuidador, la información veraz y fiable con bibliotecas virtuales de salud para ciudadanos, etc...

Un número creciente de pacientes y usuarios ya muestran esta proactividad, buscando información en internet activamente compartiéndola con su entorno antes de pensar dirigirse a un médico.

La activación del paciente, a través de la información y de los profesionales de la salud, favorece un aumento del conocimiento sobre la propia enfermedad, disminuyendo los ingresos hospitalarios innecesarios y, lo más importante, mejorando la calidad de vida.

Un paciente proactivo e informado es un paciente con mejor calidad de vida. Análogamente, un sistema proactivo y comprometido al 100% con el paciente y con su salud es un sistema que busca una prestación sanitaria orientada al valor.

En Cantabria, el marco jurídico de referencia autonómico en la Ley 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria (LOSCAN), define un nuevo tipo de relación entre la población y el sistema sanitario autonómico. Entre las competencias de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, recogidas en el artículo 59, se encuentra el “Garantizar la ejecución de las actuaciones y programas en materia de promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y rehabilitación y fomentar la participación ciudadana en el Sistema Autonómico de Salud de Cantabria”. Para ello se plantean:

Programas de prevención y promoción de la salud

Educación para la salud en el ámbito escolar, alumnado y profesorado, en colaboración con la Consejería de Educación, Cultura y Deporte, a través de la Red de Escuelas Promotoras de la Salud.

Educación para la salud en la población general, de cara a prevenir lesiones y enfermedades, promover hábitos y conductas sanas y utilizar adecuadamente los recursos sanitarios.

Se trata no solo de transmitir información, sino también fomentar la motivación, las habilidades personales y la autoestima.
Debemos reconocer que la población debe lograr mayor autonomía y responsabilidad en la gestión de lo social, entendiendo a la sociedad en su conjunto como protagonista y responsable de su propio desarrollo.

El modelo de EpS debe ser de capacitación personal, que empodera a la persona para tomar sus propias decisiones en el cuidado de su salud y la de los demás, surge a partir de los avances de las tecnologías, la incorporación de los nuevos medios telemáticos y la gran cantidad de recursos que hoy en día se ofrecen a través de internet.

Programas de autocuidado y autogestión de la enfermedad

Educación para la salud en personas enfermas (pacientes), en pacientes crónicos fundamentalmente, integrando sus actividades a través de Atención Primaria en Plan de Atención a la Cronicidad en Cantabria.

Educación para la salud en el ámbito familiar (cuidadores informales), para aliviar la carga que genera la responsabilidad del cuidado y mejorar la formación de cuidadores

La población envejece de manera progresiva y padece mayor número de enfermedades crónicas. Esto significa que es preciso trabajar y enfocar los servicios en varios aspectos:

Potenciando la capacidad de autocuidado, dado que es el cuidado un elemento nuclear en todos los modelos de atención a los pacientes crónicos definidos a nivel internacional (CCM , Káiser...). Es con toda certeza una apuesta que significa reorientar el rol de la enfermera y mejorar su marco de desarrollo competencial.

Consiguiendo servicios eficientes y continuos, es decir, que no exista una fragmentación que limite la comunicación eficaz entre niveles asistenciales: por un lado, el ámbito sanitario en el que los profesionales sanitarios de los centros de salud y de los hospitales del Servicio Cántabro de Salud educan a la población sobre hábitos de vida saludables y el manejo de la enfermedad para poder disfrutar de una mejor calidad de vida. Aunque la educación de la salud es responsabilidad de todos los profesionales sanitarios, la enfermería es la profesión más involucrada en ello, sobre todo desde los centros de salud y de las consultas externas de los hospitales. Por ello, el Servicio Cántabro

de Salud es proveedor de formación continuada para sus propios profesionales. Además, se llega a la población mediante la Escuela Cántabra de Salud a través de formación a ciudadanos e información en el portal web.

Por otra parte, la Consejería de Educación de Cantabria pertenece a la Red de Escuelas Promotoras de Salud, que pretende que las escuelas sean saludables, tratando de facilitar la adopción, por toda la comunidad educativa, de modos de vida sanos en un ambiente favorable a la salud. Plantea las posibilidades que tienen los centros educativos, si se comprometen a ello, de instaurar un entorno físico y psicosocial saludable y seguro. Sus objetivos prioritarios son el aumento de la práctica de la actividad física y deportiva, adaptada a la edad y características del alumnado, la adquisición de adecuados hábitos de alimentación y de vida saludable, la prevención y reducción de accidentes escolares y la reducción de las actividades sedentarias, incidiendo en la reducción de la obesidad en la población escolar.

Objetivos y actuaciones

1. Facilitar la participación social en la priorización, desarrollo, seguimiento y evaluación de las políticas sanitarias relativas a la línea de educación sanitaria en el abordaje de la cronicidad.

Es necesario, antes de comenzar con la formación de pacientes, establecer un paso previo identificando y evaluando las necesidades de información y formación para diseñar un modelo adaptado a las diferentes necesidades: niños, adultos, poblaciones vulnerables, ancianos, realizando encuestas sobre necesidades y expectativas del paciente y sus cuidadores.

Fomentar actuaciones, políticas e investigaciones de alfabetización en salud para reducir las desigualdades en la promoción de la salud, el bienestar y el desarrollo sostenible.

Impulsar las actuaciones y programas de prevención y promoción de la salud.

Impulsar la participación de ciudadanos, a través de información y formación con talleres y cursos sanitarios para asociaciones, pacientes, cuidadores, niños, adolescentes...

Crear e implicar a estructuras de participación comunitaria: Consejo Asesor de Salud, concejalías de salud de ayuntamientos, institutos, centros de salud.

2. Impulsar y reforzar la capacitación de las personas y de la comunidad para promover la autonomía, el autocuidado y los estilos de vida saludables.

Realizar y difundir los mapas de activos en salud de todas las zonas básicas de salud.

Plan de mejora de los mapas en función de sus deficiencias y los determinantes en salud.

Incorporación al mapa de activos de los servicios de apoyo a la promoción de la salud en el cuidador.

Establecer alianzas con el sistema educativo, a través de la Red de Escuelas Promotoras de Salud de Cantabria.

Fomentar la educación para la salud, con especial atención al autocuidado.

Poner en marcha programas de información y formación a través de la Escuela Cántabra de Salud (escuela de pacientes) para fomentar las conductas saludables, los autocuidados y autogestión de la enfermedad, la seguridad clínica y una mayor corresponsabilidad del paciente con el sistema sanitario, utilizando herramientas basadas en las tecnologías de la información y la comunicación dirigidas a facilitar y potenciar la figura del paciente activo.

Impulsar los programas de prevención y promoción de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria desde los centros sanitarios.

Formación continuada de los profesionales sanitarios como herramienta para facilitar y reforzar y potenciar el rol de la enfermería en educación para la salud en Atención Primaria y Hospitalaria orientada a capacitar a los pacientes y sus cuidadores para el autocuidado, fomentando el compromiso con su salud.

Monitorizar y evaluar los resultados en salud de los programas implantados.

Introducir módulos de autoaprendizaje o paquetes de consejos sanitarios en la historia clínica según patologías del paciente.

Alianza entre grupos gastronómicos y alimentarios locales para la promoción de una dieta saludable. Promover la actividad física desde la consulta sanitaria. Alianza entre federaciones deportivas para la promoción de actividad física en el ámbito local .

Incorporar intervenciones de promoción de la salud y las actividades preventivas, sobre todo en la infancia y la vejez.

6.4. Formando a los profesionales y potenciando la investigación en cronicidad.

La Formación y la Investigación son elementos clave en la Estrategia de Cronicidad del MSSSI[5]. Ambos aspectos, formación e investigación, deben ahondar en los complejos mecanismos moleculares, bioquímicos, genéticos, celulares y fisiopatológicos de los procesos degenerativos, que son una de las principales causas de las enfermedades crónicas, para abordar las posibilidades de detención o incluso regresión de los mismos. Pero también se debe profundizar en los aspectos epidemiológicos relacionados con las enfermedades crónicas y de sus determinantes y factores de riesgo, para poder establecer mejores estrategias de promoción de la salud y de predicción, prevención y rehabilitación de las mismas.

Las propuestas realizadas desde la Estrategia introducen modificaciones en algunas funciones y competencias de los profesionales, con objeto de adaptarse a las necesidades que presentan los enfermos crónicos. Así como los conocimientos y las habilidades clínicas están bien desarrollados en medicina, enfermería y otras profesiones asistenciales, hay que profundizar en aspectos de comunicación con el paciente, la familia, el cuidador y los miembros del equipo, en las responsabilidades de gestión y organización de recursos, y en la evaluación de resultados. La extensión de los aprendizajes compartidos entre profesiones sanitarias y sociales es una asignatura pendiente; su desarrollo aumentará no sólo las habilidades, sino también las actitudes proactivas e integradoras.

En esta línea, desde el Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad se propone promover la investigación global en salud 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 [5].

Las acciones en Formación e Investigación dentro de la Estrategia de Cronicidad tienen como fin último lograr profesionales con formación adecuada, además de competentes, éticos, responsables y comprometidos con sus servicios y con las necesidades de las personas con enfermedades crónicas a las que atienden.

Respecto a la Formación, nuestra Comunidad Autónoma disfruta de una importante formación académica en pregrado de carácter público que puede dar soporte al Plan de Atención a la Cronicidad: la Facultad de Medicina, las Escuelas Universitarias de Enfermería, Fisioterapia y Logopedia dependientes o adscritas a la Universidad de Cantabria (UC), y los estudios de Psicología y Trabajo Social dependientes de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). Sin embargo, solamente los Planes de Estudio de Enfermería en la UC abordan de forma específica aspectos de la cronicidad. La formación en cronicidad de las especialidades de Medicina de Familia, Medicina Interna, Psiquiatría y Rehabilitación proporciona un punto de partida para asegurar el desarrollo de la actual Plan.

En Formación continuada no hay una oferta específica reglada y continua.

En Investigación en cronicidad, el MSSSI insta, en el objetivo 17 del documento de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad, "promover una investigación integral en salud 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 [5]". En referencia a la investigación, la complejidad de los procesos crónicos manifestada en sus diferentes vertientes (biológicas, clínicas, epidemiológicas), hace necesario un enfoque multidisciplinar de la misma. Hasta el momento no se ha desarrollado en líneas específicas de investigación en nuestra Comunidad Autónoma.

También la innovación se debe concebir como una mejor manera de desarrollar los procesos y de acceder a nuevos productos y servicios. La innovación sanitaria comprende no sólo la vertiente tecnológica, sino también los aspectos organizacionales y de prestación de servicios. Debe entenderse como un proceso de mejora continua de la respuesta a las necesidades de la población y de los profesionales.

Como conclusión, la integración de los aspectos formativos y la investigación en 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, cuidados y tratamiento de las patologías crónicas, así como una atención integral más ética y eficiente de estos pacientes.

Las actuaciones aquí propuestas en Formación en Cronicidad señalan la conveniencia de formar a los profesionales en 3 áreas, evidentemente no excluyentes entre sí: aspectos técnicos y organizativos, aspectos clínicos y psicosociales, y formación en metodología de calidad y bioética. Respecto a las Actuaciones propuestas en Investigación en Cronicidad se plantean nuevas líneas de investigación, a añadir a las ya consolidadas sobre biología del envejecimiento (neurobiología, biomecánica) que se realizan actualmente en la Universidad de Cantabria (EU Fisioterapia, Facultad de Medicina), en el Instituto de Investigación Valdecilla (IDIVAL), en el Instituto de Biomedicina y Biotecnología de Cantabria (IBBTEC) y en el Colegio de Enfermería, que dispone de un Aula de Investigación en Cuidados. Las nuevas líneas pretenden dar respuesta a la variedad de dimensiones que tiene la atención a los pacientes crónicos. A nivel de la investigación cuantitativa, se propone promocionar la investigación de resultados en salud.

Asimismo, proponemos consolidar la investigación cualitativa, de utilización creciente en el ámbito de la enfermería, dirigida a la atención a la Cronicidad.

A modo de propuesta concreta y con objeto de promocionar la investigación, una posibilidad podría ser la instauración anual de unos Premios a la Investigación en Cronicidad en nuestra Comunidad.

Objetivos y actuaciones

1. Formación en aspectos técnicos y organizativos del Plan

Aspectos concretos del Plan de Cronicidad en Cantabria y en otras CCAA. Los nuevos roles: enfermera de enlace, enfermera gestora de casos, enfermera de apoyo a la atención a la cronicidad, médico de referencia hospitalario.

Los nuevos circuitos: alternativas a la hospitalización convencional, gestión y seguimiento de pacientes crónicos, gestión de pacientes reingresados en Urgencias.

Protocolos de actuación: Atención Primaria/Servicio de Hospitalización Domiciliaria, Atención Primaria/Unidad de Cuidados Paliativos, Atención en Domicilio.

Herramientas de estratificación de pacientes crónicos.

Recursos y coordinación sociosanitarios.

Formación sobre TICs: telemedicina, teleenfermería, historia clínica unificada, sistemas de información.

2. Formación en aspectos clínicos y psicosociales

Capacitación de los profesionales en los siguientes aspectos: patologías crónicas, el anciano frágil, el paciente crónico avanzado, cuidados paliativos en el paciente no oncológico, el deterioro cognitivo, las caídas y otros síndromes geriátricos, farmacología en el envejecimiento, interacciones farmacológicas, manejo del dolor crónico, nutrición en la cronicidad, planes de cuidados estandarizados y específicos de enfermería (metodología NIC-NOC-NANDA), adherencia al tratamiento, habilidades comunicacionales, habilidades para entrenar al paciente y a la familia en el autocuidado, manejo de la claudicación familiar, ayudas técnicas.

Atención a otros pacientes crónicos, no ancianos, como son el niño con problemas crónicos y los pacientes con enfermedades raras.

3. Formación en mejora de la calidad y bioética

La formación en mejora de la calidad se enfocará transversalmente e impregnará todos los niveles del Plan de Atención a la Cronicidad. Los contenidos pueden abarcar desde aspectos metodológicos concretos: criterios e indicadores, ciclos de mejora, gestión de procesos, trabajo en equipo multidisciplinar, técnicas de priorización y consenso hasta modelos globales de excelencia organizacional, como el modelo EFQM.

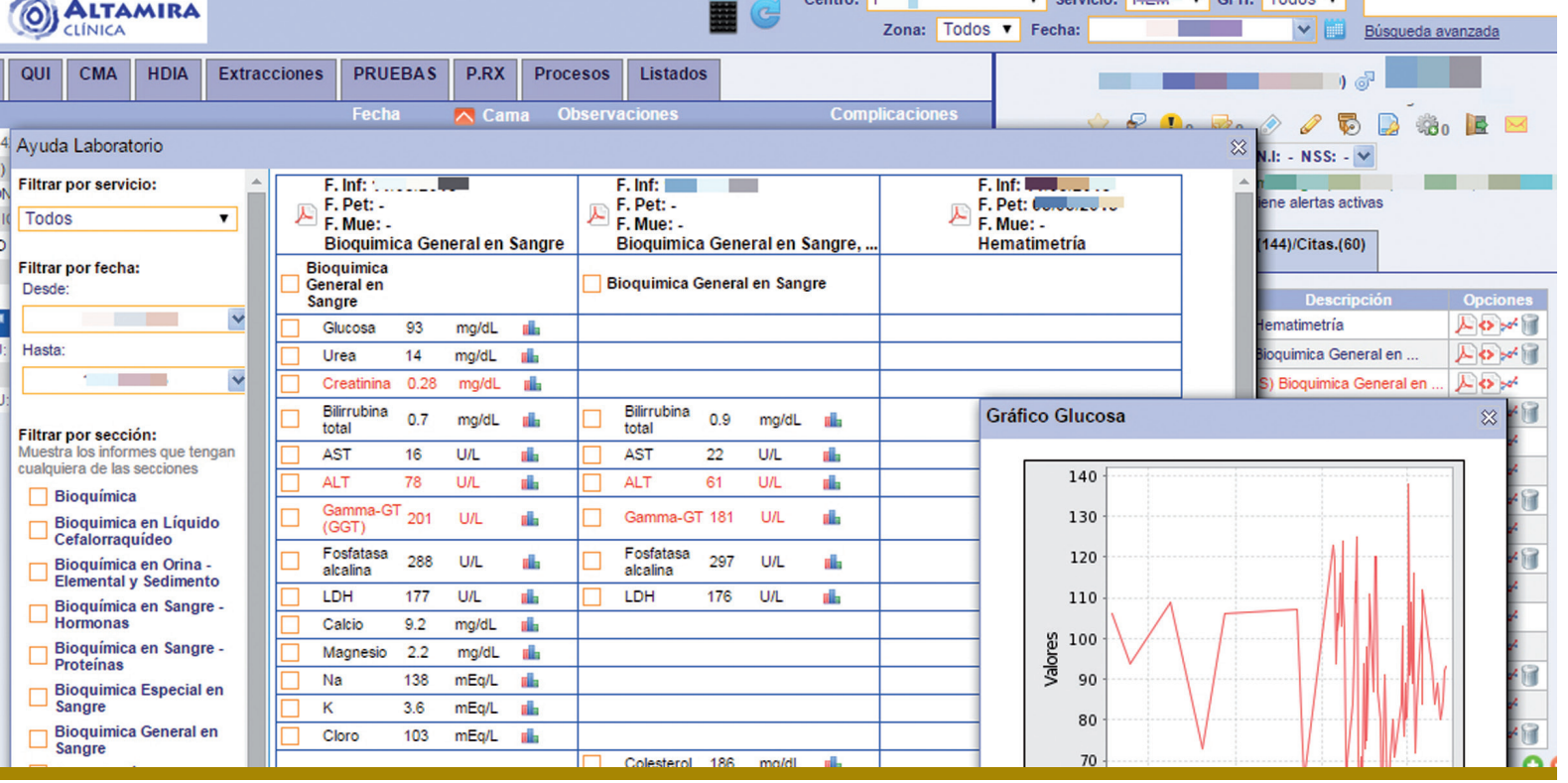
2. Actuaciones propuestas en Investigación en Cronicidad

Se propone explorar nuevas líneas de investigación, a añadir a las ya consolidadas sobre biología del envejecimiento como neurobiología o biomecánica, dando respuesta a la variedad de dimensiones que tiene la atención a los pacientes crónicos.

Respecto de la investigación cuantitativa, proponemos promocionar la investigación de Resultados en Salud. Dentro de ella se encuentran la evaluación de resultados intermedios y finalistas, los análisis de coste-efectividad y coste-utilidad, y la medición de indicadores que incorporen las percepciones del paciente crónico, como la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), indicador de uso extendido en los Planes de Atención a la Cronicidad de otras CCAA.

Asimismo, proponemos consolidar la investigación cualitativa, de utilización creciente en el ámbito de la enfermería, dirigida a la atención a la Cronicidad. Aporta una valiosa información sobre los aspectos relevantes de la enfermedad, como las vivencias, el sentir, o los sufrimientos para el paciente como individuo.

Instaurar, con carácter anual, el Premio a la Investigación en Cronicidad en Cantabria.



6.5. Dando el soporte preciso mediante las tecnologías de la información.

Los avances tecnológicos han tenido una importante repercusión en la evolución de muchas enfermedades crónicas, fundamentalmente a expensas de su aplicación en el diagnóstico y tratamiento. Sin embargo, al hablar de cronicidad, hay que tener en cuenta otros aspectos relevantes como son los cuidados, la continuidad, la prevención de complicaciones, los ingresos evitables, etc., donde la tecnología puede tener un papel relevante[90]. La misión de la tecnología en el ámbito de la cronicidad es el de ser una herramienta de apoyo para la transformación del modelo asistencial (tecnologías facilitadoras del cambio).

Especial relevancia cobra la implantación de la Historia Clínica Electrónica (HCE) compartida, que supone incorporar las tecnologías de la información y comunicación (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.

En Europa, el desarrollo de la eSalud en los últimos años se ha centrado en la gestión de las enfermedades crónicas, la personalización de servicios de salud, el empoderamiento de los pacientes, la prevención y detección temprana y la mejora de la eficiencia y eficacia de las infraestructuras sanitarias.

Clasificación y funciones de la innovación tecnológica en la gestión de pacientes crónicos

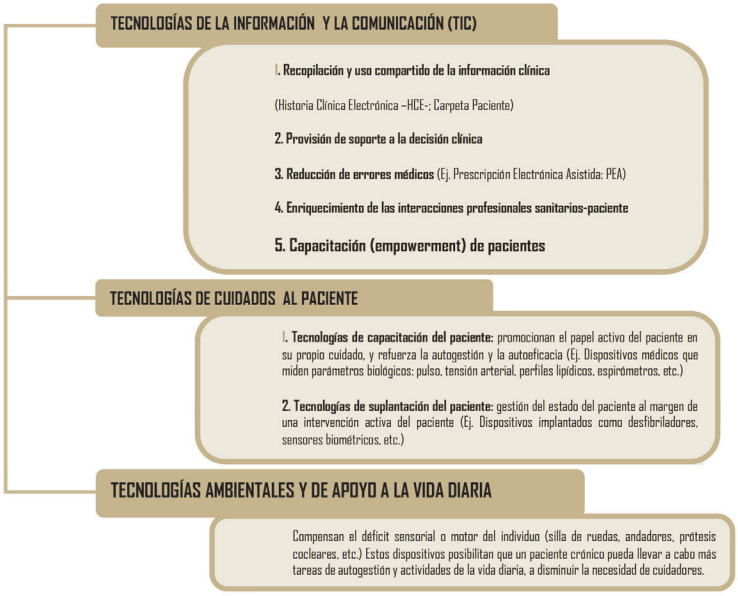


Figura 51.
Clasificación y funciones de la innovación tecnológica en la gestión de pacientes crónicos. (Elaborado a partir de "Innovación TIC para las personas mayores. Situación, requerimientos y solución en la atención integral de la cronicidad y la dependencia". Coordinador: Carlos Hernández Salvador. Año 2011. I.S.B.N.: 84-934740-6-1)

La Comisión Europea acaba de publicar recientemente el resultado de dos encuestas en el ámbito europeo sobre TIC [91]. La conectividad es uno de los temas pendientes en atención hospitalaria, ya que la mayoría de los centros no comparten información.

Respecto al proyecto "Benchmarking Deployment of eHealth among General Practitioners 2013", centrado en el uso de las TIC por los médicos de AP [82], los resultados muestran que las aplicaciones de eSalud están cada vez más presentes en las prácticas médicas. Asimismo, hay una mejora en la prescripción electrónica, la telemedicina o la interoperabilidad transfronteriza.

En España el Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud incluye entre sus seis grandes áreas de actuación, el uso de las TIC para mejorar la atención a los ciudadanos. Además el objetivo 18 de la "Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el SNS [5]" contempla 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.

En nuestra Comunidad Autónoma, el objetivo de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales en relación a las TIC está enfocado a disponer de un sistema de información asistencial corporativo y centralizado, integrando atención primaria y hospitalaria, permitiendo compartir la información clínica y social básica y precisa, para un tratamiento adecuado del paciente, evitando errores y duplicidades. Los proyectos actuales más relevantes en el ámbito de las TIC y abordaje de la cronicidad en Cantabria son:

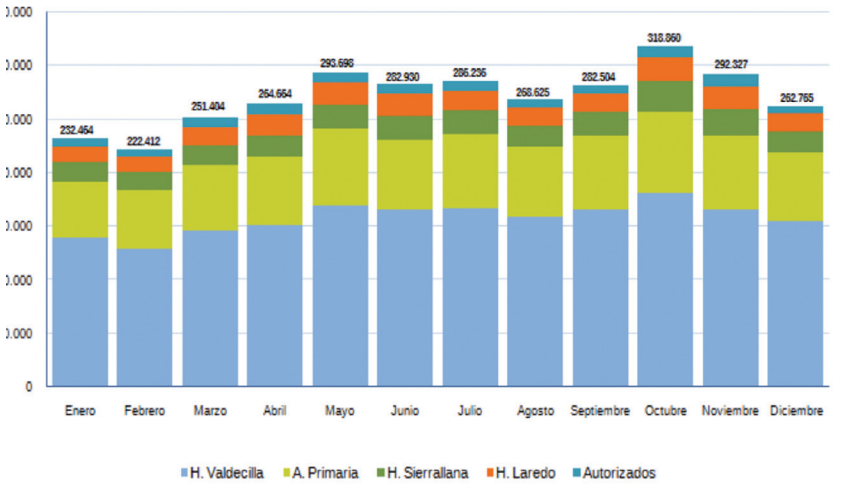


Figura 52
Total de consultas a historias clínicas electrónicas a través del visor corporativo, año 2014

1. Historia clínica electrónica (HCE):

1a. Visor de HCE corporativo. Repositorio de datos de Atención Hospitalaria y de Atención Primaria, que permite visualizar la información para cualquier profesional que lo precise. En la figura 52 se muestra la utilización del Visor en el año 2014.

1b. Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud (HCDSNS). Gestión y transmisión de la Historia Clínica Resumida en base a información clínica de los pacientes tanto de Atención Primaria como de Atención Hospitalaria.

1c. Estación clínica de Atención Primaria: OMI-AP. Es el Sistema de Información que soporta el registro de la información clínica en la Atención Primaria de Cantabria.

1d. Estación clínica médica: Altamira Clínica. Estación Clínica de los Hospitales del SCS el conjunto global y estructurado de información relacionado con los procesos asistenciales de un paciente, soportado por una plataforma informática.

1e. Estación clínica de enfermería: Gacela Care. Herramienta con destino a la gestión de tareas en planta por personal sanitario, integrado con los procesos de gestión de pacientes, HIS y HC.

1f. Gestión electrónica de la farmacoterapia: de especial utilidad en el abordaje de pacientes crónicos y polimedicados.

- Prescripción Electrónica Asistida (PEA): Sistema para la gestión integral del proceso de medicación (prescripción, dispensación y administración de tratamientos) dentro del ámbito hospitalario.
- Receta electrónica: Informatización del proceso de prescripción y dispensación de medicamentos en las farmacias de Cantabria,

1g. Otras estaciones específicas:

- Puesto clínico de hospitalización a domicilio: Gestión de la actividad interna y asistencial de la Unidad de Hospitalización a Domicilio del HUMV y telemonitorización de las constantes vitales de los pacientes,
- Puesto clínico de urgencias: Sistema de información para la gestión de la actividad en la Urgencia del HUMV y edición de informes de Urgencia.

2. Proyecto de estratificación de la población:

El abordaje a la cronicidad debe de tener un enfoque de salud poblacional. Estratificar a la población significa conocer su situación de salud y clasificarla según su riesgo. Esta clasificación de la población permite diseñar intervenciones específicas en función de las necesidades de los ciudadanos (Ver Figura 53).

Los objetivos finales que se persiguen con la estratificación son:

a. Evitar que la población sana enferme, fortaleciendo la prevención y promoción de la salud.

b. Mantener controlados a los enfermos y que no desarrollen complicaciones, mediante su implicación, autonomía y el apoyo profesional adecuado.

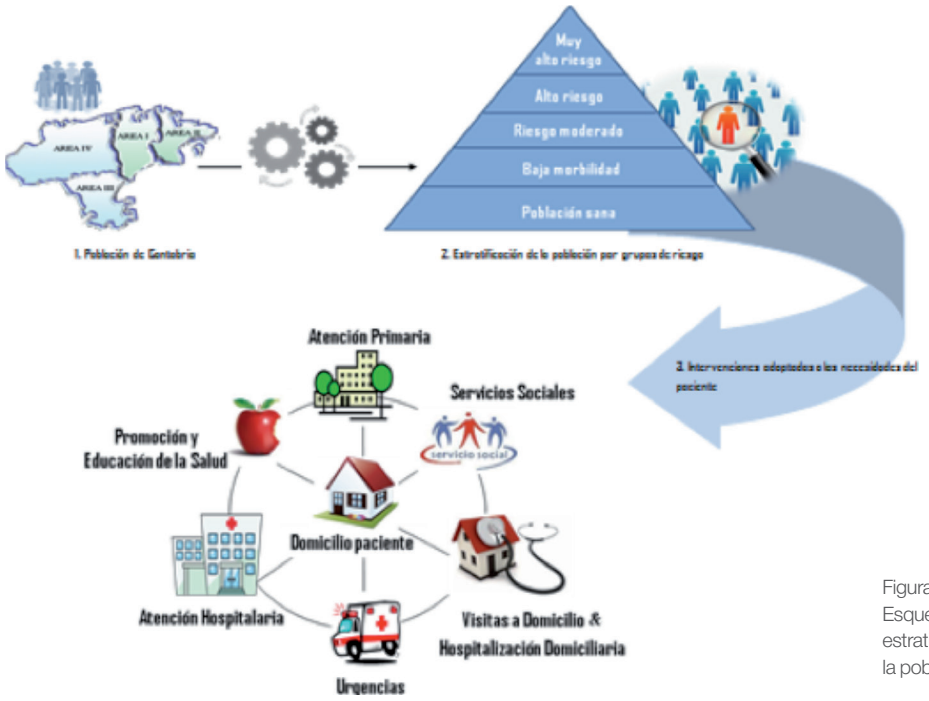


Figura 53.
Esquema del proceso de estratificación-intervención en la población.

c. Atender de la manera más adecuada a los pacientes pluripatológicos y/o complejos, asegurando la coordinación sistemática de todos los profesionales implicados en su tratamiento y seguimiento.

Objetivos y actuaciones

1. Continuidad de la información entre profesionales

Implantar la Historia Clínica Electrónica, compartida, centralizada y centrada en el paciente, en los diferentes ámbitos de atención (atención primaria, atención hospitalaria y servicios sociosanitarios) como elemento vertebrador del proceso de gestión del paciente crónico y que permita a los profesionales compartir la información existente sobre el paciente, tanto social como sanitaria. La Historia Clínica Electrónica facilitará la identificación de este tipo de pacientes.

Implantación en todos los niveles asistenciales y de servicios sociales de la Receta Electrónica.

Acceso de los profesionales de la salud y de los servicios sociales a los contenidos del historial clínico y social de las personas internadas en instituciones sanitarias y sociales. Optimización del Programa de Sistema Integral de Prestaciones y Servicios Sociales (SIPSS) para su difusión y utilización en los Equipos de Atención Primaria.
Diseño de herramientas facilitadoras de registro para todos los profesionales implicados: fisioterapeutas, trabajadores sociales, psicólogos, enfermería, médicos. Incorporación de acceso al visado y a solicitud de uso fuera de ficha técnica o usos especiales.

2. Acceso a la información por parte de los pacientes.

Desarrollar la Carpeta Personal de Salud como herramienta interactiva de información clínica, que permita el acceso a la información de salud personal a pacientes y a los profesionales sanitarios, y que fomente la participación activa de los pacientes en su propio proceso de salud.

3. Actuaciones sobre la información de los pacientes polimedicados

Identificación expresa del paciente polimedicado en la Historia Clínica Electrónica. Para ello, en el programa informático OMI de atención primaria, pudiera requerirse un nuevo código CIAP y, además, deberá ser visible en el visor de Hª Clínica, en las estaciones clínicas de los hospitales y en todos los documentos de volantes e interconsultas.

Implantar una alerta que se active cuando se aborde al paciente, al hacer una nueva prescripción o cuando se modifica una previa.

4. Desarrollo de la Telemedicina

Implantación de sistemas de atención a diferentes patologías que permitan consultas y revisiones no presenciales a pacientes y cuidadores mediante el uso de las tecnologías de la información y la

comunicación: telemonitorización de personas con trastorno mental crónico grave, en diabetes, insuficiencia cardíaca, EPOC...

Incorporar los avances en instrumentación biomédica y sensores personales que posibiliten los sistemas de telesalud personal y autocuidados en entornos de vida cotidiana.

5. Capacitación de las personas

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.

6. Implantar nuevos sistemas de información accesibles a todos los profesionales para favorecer la gestión y mejora de los resultados de sus intervenciones.

Desarrollo de cuadros de mandos mediante soluciones de "inteligencia de negocio" (BI).

Establecimiento de mecanismos y modelos de estratificación y predicción que permitan la identificación de subgrupos de población con diferentes niveles de necesidad y riesgo. Esta información se comunicará a los profesionales sanitarios responsables de los pacientes.
Implantar sistemas de apoyo a la decisión y elaboración de planes de atención individualizada basados en la evidencia dirigida a los profesionales:

- Ayudas a la prescripción
- Detección de interacciones medicamentosas
- Algoritmos de decisión sobre la gestión de pacientes crónicos
- Sistemas de ayuda/alarmas para el control y seguimiento de pacientes crónicos
- Acceso a la evidencia científica: UpToDate (R), revistas científicas, guías de práctica clínica...

7. Impulsar la investigación del impacto en salud y de la introducción de nuevas TIC orientadas a la atención a la cronicidad.

Promover proyectos pilotos sobre el uso de las TIC en diferentes grupos de pacientes crónicos, según sus necesidades.

Sistematizar la evaluación de la repercusión de la entrada de las nuevas tecnologías en el sistema sanitario y social antes de su implantación.

6.6. Tratando problemas específicos de forma eficaz: Dolor crónico y pacientes polimedicados.

El dolor crónico se puede considerar como una enfermedad en sí misma. Sus características son: dura más de tres meses, puede ser continuo o intermitente y es de difícil tratamiento. Incluye tanto el de origen oncológico como no oncológico. Afecta de forma relevante la calidad de vida de la población, tiene importantes consecuencias personales, familiares y sociales, representa un problema de salud pública dada su gran repercusión socioeconómica por el gasto sanitario que ocasiona y por las repercusiones laborales que condiciona el dolor en el paciente y sus cuidadores.

A pesar que la OMS recomienda incluir el dolor crónico entre las prioridades políticas de los países con un abordaje más proactivo del problema, continúa siendo infravalorado e inadecuadamente tratado. En la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad del MSSSI [5] de 2012 está prevista la realización del Proyecto de Mejora del Abordaje del Dolor Crónico en el SNS, que se ha abordado en un Documento Marco para la Mejora del Abordaje del Dolor en el SNS (2014). En el Plan de Salud de Cantabria 2014-2019 [80] se establece, dentro del objetivo específico O65 y en relación con la cronicidad, abordar el dolor crónico mediante el establecimiento de objetivos y recomendaciones orientados a promover la valoración del dolor y mejorar su prevención y atención integral. Su propósito es garantizar la calidad, equidad y eficiencia de la atención a las personas con dolor en el SCS, contribuyendo a la mejora de su calidad de vida.

En la Encuesta Nacional de Salud de España 2011-2012, el dolor/malestar es el problema sanitario que más interfiere en la calidad de vida de los cántabros (Figura 20). El 23,2% de la población adulta de Cantabria dice tener algún tipo de dolor o malestar, sobre todo las mujeres (28,6% de mujeres y 17,3% de hombres). Otro dato significativo obtenido en dicha encuesta es que los fármacos para el dolor son los medicamentos más consumidos: el 25,1% de mujeres y el 12,7% de hombres los toman. Aunque no se dispone de estudios específicos sobre el dolor crónico para nuestra región, en la encuesta "Diagnóstico de Salud", realizada en Cantabria en el año 2013 [93], el grupo "artrosis-artritis-reumatismo", cuyo síntoma principal es el dolor crónico, es uno de los 3 principales problemas comunes de salud de la población cántabra (24,9% en mujeres y 10% en hombres). Y el "Pain Proposal" (2010) [94], proyecto de carácter europeo, nos permite extrapolar los datos obtenidos para España a nuestra Comunidad Autónoma: prevalencia del dolor crónico del 17 %, tiempo medio hasta el diagnóstico de 2,2 años, tiempo medio en recibir tratamiento adecuado de 1,6 años, porcentaje de pacientes que consideran que reciben un tratamiento no adecuado del 29 %, la media anual de días de baja por dolor es de 14 días y la frecuencia de pacientes descontentos con el tiempo de espera para recibir tratamiento adecuado es del 48%.

Los recursos en Cantabria para abordar el dolor crónico recaen fundamentalmente en AP. Pero se debe proporcionar una respuesta multidisciplinar a las personas con dolor crónico; Dada la complejidad en el manejo de ciertos tipos de dolor se ha promovido en nuestra región la creación de recursos específicos para su tratamiento. Existen dos Unidades de Tratamiento del Dolor, una de ellas en HUMV y la otra en HC Sierrallana. Atendidas por anestesiólogos, tratan el dolor crónico no oncológico de difícil control. En el año 2013 la Unidad del Dolor del HUMV trató 1.794 pacientes nuevos y la del HC Sierrallana 566, realizándose en conjunto unas 4.500 técnicas instrumentales terapéuticas (infiltraciones, bloqueos ganglionares,...).

También las Unidades de Cuidados Paliativos realizan una parte significativa de su trabajo habitual en pacientes con dolor crónico, generalmente oncológico. Los recursos específicos públicos en Cantabria son los 3 Equipos de Soporte Paliativo,(EDAP) radicados en los 3 principales hospitales de la red pública. En el año 2013 atendieron 1.283 pacientes en conjunto de los cuales se estima que el 96% tenía dolor. A estos tres equipos de soporte, hay que sumar la Unidad de Cuidados Paliativos de media-larga estancia, concertada con el SCS del Hospital Santa Clotilde atendiendo a 174 pacientes en el año 2014.

Respecto al consumo de fármacos para el tratamiento del dolor, hay que decir que generalmente no se trata de manera adecuada tanto por un problema de sensibilización como por la no utilización de fármacos ni dosis correctas. La aparición en la década de los noventa de nuevos opiodes menores y mayores, tramadol y fentanilo, ha causado un aumento progresivo en la utilización de opioides, representando en el año 2006 estos dos fármacos el 86% del total de los opioides prescritos en España [95].

En Cantabria el consumo de analgésicos se puede explorar a través de la facturación de recetas

Problemas percibidos en el manejo del dolor crónico

En el tratamiento del dolor crónico.

- Déficit de detección y evaluación del dolor.
- Insuficiente formación en tratamiento farmacológico, no farmacológico y de técnicas instrumentales.

En los recursos Específicos para el tratamiento del dolor crónico.

- Heterogeneidad en la dotación e inestabilidad en las plantillas de los equipos, Sobrecarga asistencial en las Unidades del Dolor.
- Ausencia de Unidad del Dolor en el Hospital de Laredo.

En la coordinación de la atención a los enfermos con dolor crónico.

- Ausencia de protocolos: Heterogeneidad en las actuaciones diagnósticas y terapéuticas.
- Dificultades en la comunicación entre niveles asistenciales.
- Derivación de pacientes a unidades terapéuticas sin un diagnóstico claro.
- Frecuente ausencia de facultativo de referencia para el paciente en el complejo proceso diagnóstico-terapéutico.

Figura 54
Problemas percibidos en el manejo del dolor crónico

al Servicio Cántabro de Salud. Durante el año 2013 se observa que de todo el consumo de analgésicos, corresponde al grupo de AINES y analgésicos antipiréticos el 74,07%, a los opioides menores un 13,19% y a opioides mayores, el 12,74%. Dentro de los primeros los tres fármacos más consumidos y que suponen el 61% del grupo son: Naproxeno (20,48%), Paracetamol (22,40%) e Ibuprofeno (18,55%). Respecto a los opiáceos menores, actualmente su uso se ha reducido prácticamente al uso de tramadol. Los opiáceos mayores suponen el 15,35 de las dosis media 1.000 habitantes día (DHD) acumuladas, y se reparten entre cuatro fármacos: Oxicodona sola o en asociación con naloxona y buprenorfina que coinciden en un consumo de 6,49 DHD cada uno y aportan respectivamente el 42,28% de las dosis del grupo, la morfina (0,216 DHD) y el fentanilo (2,12 DHD). En Cantabria hay una prescripción similar de AINES/ antipiréticos al de otras regiones de nuestro entorno, pero con diferente perfil de fármacos un nivel importante de prescripción de opiáceos, en especial los mayores, con uso mayoritario de oxicodona y buprenorfina, a diferencia de otras regiones donde es el fentanilo el más prescrito.

Para completar la visión general de la situación actual del manejo del dolor crónico en nuestra Comunidad, se pidió a los miembros del grupo de trabajo una descripción de los problemas principales que percibían en su medio de trabajo habitual y que aparecen recogidos en la figura 54.

Con respecto a la polimedicación, el aumento de la esperanza de vida y la realización de un mayor número de intervenciones preventivas con objetivos terapéuticos cada vez más estrictos, son algunos de los factores que están influyendo en que cada vez sea mayor el número de pacientes que utilizan más de dos fármacos para prevenir o tratar problemas de salud. Esta cronificación exige mantener un alto número de tratamientos, convirtiendo al medicamento en la intervención

más frecuente para mejorar la salud. De todos ellos, los ancianos son una población especialmente vulnerable, por tener una mayor morbilidad que motiva la utilización de un número elevado de medicamentos, y unas condiciones fisiopatológicas que hacen más probable la aparición de Reacciones Adversas Medicamentosas (RAM), interacciones medicamentosas, olvidos y confusiones [96]. En los ancianos, se observa que la polimedicación es un factor que se asocia a un mayor número de hospitalizaciones, visitas de enfermería al domicilio, fracturas, problemas de movilidad, malnutrición y muerte. Además con la prescripción de 10 medicamentos para una persona el riesgo de sufrir una RAM llega casi al 100% Por último se estima que entre un 5-17% de los ingresos hospitalarios en ancianos son debidos a problemas relacionados con el uso de medicamentos [97 98].

El concepto más sencillo sobre la polimedicación es definirla desde un punto de vista cuantitativo; el número de medicamentos más habitualmente aceptado para considerar un caso de polimedicación es el de 4 ó 5. Un abordaje más cualitativo puede ajustarse mejor a la situación que realmente nos preocupa, y es cuando a consecuencia de los medicamentos utilizados se producen problemas, surgiendo de esta manera el concepto de "adecuación farmacológica" también empleado como uso óptimo, uso racional, utilidad, seguridad, etc., Hay que tener presente que en un paciente polimedicado todos los fármacos pueden tener una indicación clínica correcta, y en consecuencia el objetivo no sería tanto reducir el número de medi¬camentos sino mejorar la adecuación terapéutica.

La polimedicación en el paciente crónico es un asunto complejo; para abordarlo correctamente se precisa formación continuada y guías de práctica clínica adaptadas. La revi¬sión de forma regular y completa de la medicación es una intervención esencial para combatir los efectos no deseados

Número de medicamentos distintos.

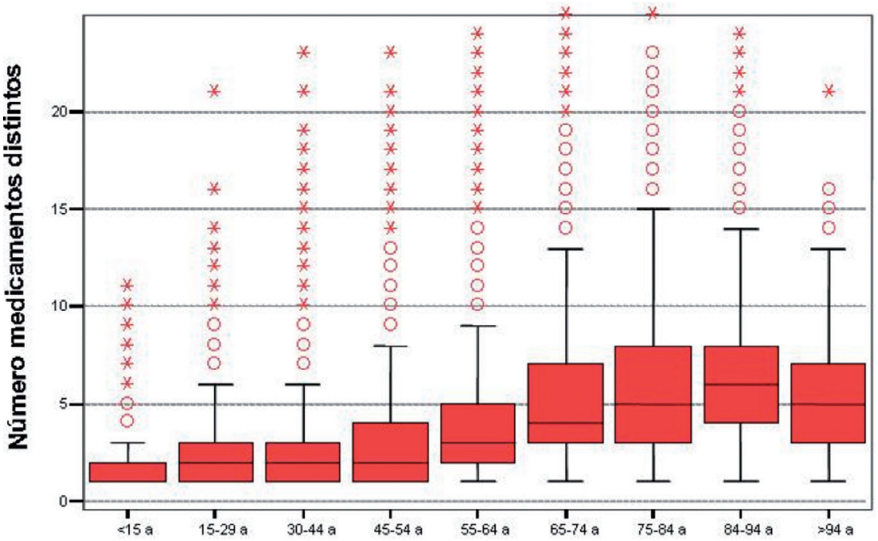


Figura 55.
Estratificación de la población de Cantabria por edad y nº de medicamentos.

de la polimedicación. También es importante evaluar si los pacientes están obteniendo el beneficio terapéutico esperado de los medicamentos utilizados, o si los beneficios potenciales se ven compensados por los riesgos y efectos secundarios, teniendo en consideración las opiniones de los pacientes, siempre que sea posible [99].

En Cantabria a partir de los 74 años de edad el porcentaje de población tratada frente a la no tratada es mayor, y además lo son con un número mayor de medicamentos (media de 6,4 medicamentos distintos por paciente ≥75 años tratado). En la figura 55 aparece la estratificación de la población de Cantabria de acuerdo al número de medicamentos distintos consumidos por rangos de edad.

Actualmente, en la Gerencia de AP se dispone del Programa de Atención al Anciano Crónico Polimedicado que tiene por objetivo prevenir riesgos relacionados con el manejo de la medicación en estos pacientes.

El programa se ha desplegado en líneas de intervención:

a) Envío trimestral a cada Médico de Familia de listado de pacientes que están en el trimestre correspondiente con 10 o más medicamentos

b) Revisión periódica de la medicación.

c) Formación a los equipos de Atención Primaria sobre criterios de medicación adecuada en prescripciones potencialmente inadecuadas (PPI) según criterios STOPP/START [100] de los pacientes que han sido revisados. Desde su implantación en 2009 el número de ancianos mayores de 75 años con 10 o más medicamentos ha descendido de 9.792 a 8.773 y el porcentaje de los mismos del 18% al 15%.

Prevalencia de polimedicación y prescripciones potencialmente inadecuadas.

Indicador de polimedicación	Poblacion total (n=566.758)	≥ 65 a (n=115.250)	≥ 75a (n=62.275)
≥ 10 medicamentos distintos	17.240 (3,0%)	13.432 (11,7%)	8.924 (14,3%)
≥ 15 medicamentos distintos	1.699 (0,3%)	1.343 (1,2%)	863 (1,4%)
≥ 20 medicamentos distintos	108 (0,01%)	76 (0,07%)	44 (0,07%)
Utilización de 3 o más psicofármacos*	9.672 (1,7%)	4.560 (4,0%)	2.797 (4,5%)

Figura 56.

Pacientes ambulatorios vs pacientes institucionalizados.

Población diana	Ancianos ≥ 65 años de edad	
	No institucionalizados (n=110.591)	Institucionalizados (n=4.659)
≥10 medicamentos	12.854 (11,6%)	578 (12,4%)
≥ 15 medicamentos	1.278 (1,2%)	65 (1,4%)
≥ 20 medicamentos	73 (0,06%)	3 (0,06%)
Utilización de 3 o más psicofármacos*	4.111 (3,7%)	449 (9,6%)

Figura 57.
Consumo de medicamentos de pacientes ambulatorios vs institucionalizados

Las cifras de prevalencia de polimedicación en Cantabria se pueden ver en las figuras 56 y 57.
Se han realizado 1.434 revisiones de tratamiento sobre concordancia y cumplimiento. Se comprobó si existían o no PPI de acuerdo con los 13 criterios descritos en un total de 642 pacientes. Los resultados fueron los siguientes: el 53% de los pacientes que tomaban 10 o más medicamentos tenían al menos una PPI; de todas las PPI, el 40% eran inadecuadas por tratarse de prescripciones innecesarias.

La principal propuesta de abordaje de la polimedicación dentro del Plan de Atención a la Cronicidad es superar la identificación de polimedicación con problema de salud, para llegar al concepto de que la polimedicación se puede considerar como una enfermedad. Es necesario diseñar estrategias que permitan prevenir la polimedicación, y además definir, es decir, establecer criterios vamos a utilizar para identificar los pacientes sobre los que intervenir. El objetivo consistiría en retirar, des-prescribir, teniendo siempre presente posibilidad que cualquier cambio en el curso de las enfermedades crónicas de nuestro paciente puede ser de origen medicamentoso. Todo ello mediante el desarrollo de una Ruta Asistencial del Paciente Crónico Polimedicado.

Objetivos y actuaciones

Objetivos en el dolor crónico:

1. Mejorar la asistencia clínica del dolor crónico, incorporando el tratamiento del mismo como elemento prioritario y transversal en las estrategias y políticas de salud de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de Cantabria.

Mejorar la evaluación del dolor crónico, implantándola como herramienta de la práctica clínica diaria, incorporando la valoración multidimensional del mismo. Deberá tenerse en cuenta aspectos funcionales, emocionales, familiares, etc. con un enfoque multidisciplinar basado en la coordinación y continuidad asistencial.

Basar el tratamiento del dolor en las guías de evidencia científica, con prescripción eficiente y segura de fármacos, información amplia a pacientes y cuidadores y valorando su respuesta al tratamiento, resaltando la importancia de la recuperación funcional y recuperación social y laboral en el resultado final.

Prevención del dolor crónico mediante la detección precoz del paciente con riesgo elevado de desarrollarlo y la intervención precoz en los casos de dolor con alto riesgo de cronificación.
Promover el desarrollo de un Comité Técnico Asesor para la implantación, seguimiento y mejora del abordaje del dolor crónico en el marco del Plan de Salud de Cantabria y en el Plan de Atención a la Cronicidad en Cantabria.

Diseñar un circuito organizado de asistencia al paciente con dolor crónico, que facilite un movimiento del paciente en el sistema, aprovechando los recursos disponibles para que la asistencia sea rápida y sin duplicidad de las actuaciones.

Habilitar un registro de detección y seguimiento evolutivo en historia de Atención Primaria (OMI).

2. Favorecer la formación y educación en el manejo del dolor crónico en los profesionales de la salud y en la población.

Desarrollar un plan de formación del personal sanitario sobre manejo del dolor crónico, concediendo una mayor importancia a los factores asociados, con frecuencia determinantes en los resultados del tratamiento.

Actualización de conocimientos y adiestramiento en el uso de nuevos fármacos en la práctica diaria.

Desarrollar secciones informativas sobre dolor crónico en la página web de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.

3. Desarrollar líneas de Investigación sobre dolor crónico en Cantabria.

Desarrollar sistemas para el análisis e interpretación de la información obtenida sobre la situación del dolor en nuestra comunidad.

Impulsar la creación de grupos de trabajo formales de investigación de ámbito autonómico con los objetivos fundamentales de incorporar la investigación como un área cotidiana de actividad, y estimular la cooperación entre los diferentes equipos y servicios.

Impulsar la investigación sobre dolor crónico en Cantabria a nivel epidmiológico y repercusión sobre la calidad de vida, social y laboral, así como sobre su repercusión económica.

Objetivos respecto a la polimedicación en la atención a la cronicidad:

1. Considerar la polimedicación como un problema de alta prevalencia que requiere una gestión específica.

Definir e implantar en el Servicio Cántabro de Salud el concepto de polimedicación.

Identificar y destacar adecuadamente la polimedicación en la Historia Clínica Electrónica y en OMIAP.

Identificar otras características relacionadas con la polimedicación: caídas del paciente, ineficacia del tratamiento, deterioro cognitivo.

2. Prevención de la polimedicación.

Coordinación entre niveles para que todos los niveles participen en la ruta asistencial. Es imprescindible la conciliación de la medicación en puntos clave o de especial riesgo dentro del proceso asistencial.

Información y educación sanitaria a la población en la búsqueda de pacientes expertos.

Actuación sobre población de especial riesgo de consumo de grupos farmacológicos concretos como los psicofármacos en la población anciana institucionalizada.

3. Abordaje de la polimedicación como un condicionante de la salud.

Acordar con el paciente sobre objetivos terapéuticos, riesgos de los medicamentos y alternativas no farmacológicas.

Revisiones periódicas y registradas por parte de los profesionales sanitarios de los tratamientos en los pacientes polimedicados.

Empleo de herramientas, tipo criterios STOPP-START, para orientar sobre prescripciones potencialmente inadecuadas.

7

Seguimiento y evaluación. Indicadores de Ejecución.

La atención a la cronicidad plantea un reto en cuanto a su evaluación al tener en cuenta intervenciones multidisciplinares, así como diferentes ámbitos, niveles de atención y profesionales. Pocos estudios evalúan los resultados de la atención a la cronicidad con énfasis en el impacto de la atención en el estado de salud de los usuarios. En este sentido, un reto importante es encontrar los aspectos más relevantes de mejora asistencial teniendo en cuenta la realidad diversa de los pacientes a los que va dirigido y el ámbito geodemográfico en el que se va a aplicar en Cantabria.

Desde la Subdirección General de Calidad y Cohesión del MSSSI se ha desarrollado un proyecto para la selección de indicadores de evaluación del abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, enmarcado en el plan de implantación de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS . El objetivo principal del proyecto es definir un grupo de indicadores para evaluar la atención a la cronicidad en el SNS. Algunos de los indicadores propuestos se describen a continuación; los más relevantes a tener en cuenta para la evaluación de la atención en cronicidad fueron los reingresos hospitalarios, hospitalizaciones potencialmente evitables, el contacto post-alta hospitalaria desde la atención primaria y el volumen de pacientes polimedicados.

Los indicadores que se emplearán para la evaluación del Plan de Atención a la Cronicidad de Cantabria son:

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

El cumplimiento de los objetivos y actuaciones propuestas será evaluado de forma periódica durante el tiempo de vigencia del Plan de Atención a la Cronicidad de Cantabria. Para ello, la Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, responsable de la planificación sanitaria, elaborará, durante el primer trimestre de cada año de vigencia del Plan, a partir del 2016 un informe de la situación de cada uno de los datos correspondientes a los objetivos del Plan. Así, los distintos Departamentos de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales con responsabilidades en el citado cumplimiento informarán, con carácter anual, de su grado de realización a la antedicha Dirección General, para la realización del citado informe periódico de evaluación.

8

Referencias bibliográficas.

8.Referencias bibliográficas.

1.-WHO. Non communicable diseases. 2014. Disponible en: http://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/en . 2014.

2.-Organisation for Economic Co-operation and Development. The challenge of financing care for individuals with multimorbidity: rocket science or child rearing?. En: OECD 50th Anniversary - Conference on Health Reform: Meeting the challenge of ageing and multiple morbidities. Paris; 2011.

3.-European Commission. Disponible en: http :// epp. eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php / Population _structure_ and_ ageing. 2011.

4.-Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for healthcare, research, and medical education: a cross-sectional study. Lancet. 2012; 380: 37–43.

5.-Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de publicaciones. Madrid. 2012.

6.-Mathers CD, Loncar D. Updated projections of global mortality and burden of disease, 2002–2030: Data sources, methods and results. Geneva, World Health Organization. 2005.

7.-Haddix AC, Teutsch SM, Shaffer PA, Dunet DO eds. A practical guide to prevention effectiveness: Decision and Economic Analysis. US Department of Health and Human Services. Atlanta, CDC, 1994.

8.-WHO statistical information system. Age-standardized death rates and DALYs, by cause, and Member State, 2004. Geneva, World Health Organization. 2009.

9.-Murray CJL, López AD eds. The Global Burden of Disease and Injury Series. Volume I. World Health Organization. Cambridge. Harvard University Press, 1996.

10.-TNS Opinion & Social. Health in the European Union. Special Eurobarometer 272e. Brussels, European Commission. 2007.

11.-World Health Organization. Global status report on non communicable diseases. Geneva: Disponible en: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf. 2009.

12.-Janssen F, Kunst A. Cohort patterns in mortality trends among the elderly in seven European countries, 1950–1999. Int J Epidemiol. 2005; 34:1149–1159.

13.-Van den Akker M, Knotterus J. Comorbidity or multimorbidity: hat's in a name? A review of literature. Eur J Gen Pract. 1996; 2:65-70.

14.-Van den Bussche H, Koller D, Kolonko T, Hansen H, Wegscheider K, GlaeskeG, von Leitner E-C, Schaefer I, Schoen G: Which chronic diseases and disease combinations are specific to multimorbidity in the elderly? Results of a claims data based cross-sectional study in Germany. BMC Public Health. 2011; 11:101-109.

15.-Pomerleau J, Knai C, Nolte E. The burden of chronic disease in Europe. En: Nolte E, McKee M (eds). Caring for people with chronic conditions: A health system perspective. Maidenhead, Open University Press:15–42. 2008.

16.-http://www.chrodis.eu/wp-content/uploads . 2014

17.-Mathers CD, Loncar D. Updated projections of global mortality and burden of disease, 2002–2030: Data sources, methods and results. Geneva, World Health Organization. 2005.

18.-Prince M, Bryce R, Albanese E, Wimo A, Ribeiro W, Ferri CP. The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. Alzheimers Dement. 2013; 9:63-75.

19.-Lambert MA, Bickel H, Prince M, Fratiglioni L, Von Strauss E, Frydecka D, Kiejna A, Georges J, Reynish EL. Estimating the burden of early onset dementia; systematic review of disease prevalence. Eur J Neurol. 2014; 21:563-569.

20.-Abbott A. Dementia: A problem for our age. Nature. 2011. 475, S2–S4.

21.-Tandon A, Murray CJL, Lauer JA, Evans DB. Measuring overall health system performance for 191 countries. GPE Discussion Paper Series: No. 30. EIP/GPE/EQC World Health Organization. 2000

22.-WHO 2014. Global Health Observatory Data Repository. Life expectancy Data by country. Disponible en: http://apps.who.int/gho/data/node.main.688. 2014

23.-Reques P. Biogerontología : El marco teórico del envejecimiento. OCW Universidad de Cantabria (Crespo Santiago D. Editor) 2011. Disponible en: http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/biogerontologia/materiales-de-clase-1/capitulo-4.-transicion-epidemiologica/4.2-el-marco-teorico-del-envejecimiento. 2011.

24.-http://www.icane.es/data/

25.- Fernández-Ruiz M, Guerra-Vales JM, Trincado R, Fernández R, Medrano MJ, Villarejo A, Benito-León J, Bermejo-Pareja F. The ability of self-rated health to predict mortality among community-dwelling elderly individuals differs according to the specific cause of death: data from the NEDICES cohort. Gerontology. 2013; 59:368-77.

26.-Goodwin JS. Heart disease as the number one cause of death among the elderly. JAMA Intern Med. 2014; 174:322-329.

27.-http://www.ine.es

28.- Orueta JF, Nuño-Solinís R, García-Álvarez A, Alonso-Morán E. Prevalence of multimorbidity according to the deprivation level among the elderly in the Basque Country. BMC Public Health 2013, 13:918-926.

29.- Garin N, Olaya B, Perales J, Moneta MV, Miret M. Multimorbidity Patterns in a National Representative Sample of the Spanish Adult Population. PLoS ONE. 2014; 9: e84794.

30.- García-Olmos L, Salvador CH, Alberquilla A, Lora D, Carmona M. Comorbidity Patterns in Patients with Chronic Diseases in General Practice. PLoS ONE. 2012; 7: e32141.

31.- Prados-Torres A, Poblador-Plou B, Calderón-Larrañaga A, Gimeno-Feliú LA, González-Rubio F. (2012) Multimorbidity Patterns in Primary Care: Interactions among Chronic Diseases Using Factor Analysis. PLoS ONE. 2012; 7: e32190.

32.- Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J Chronic Dis. 1987; 40:373–83.

33.-Charlson ME, Charlson RE, Briggs W, Holllenberg J. Can disease mangament target patients most likely to generate high cost? The impact of comorbidity. J Gen Intern Med. 2007; 22: 464–469.

34.-Sager MA, Rudberg MA, Jalaluddin M, Franke T, Inouye SK, Landefeld CS, et al. Hospital admission risk profile (HARP): identifying older patients at risk for functional decline following acute medical illness and hospitalization. J Am Geriatr Soc. 1996; 44:251-7.

35.-Ollero M, Cabrera JM, de Ossomo M, De Villar E, García D, Gómez E. Atención al paciente pluripatológico: proceso asistencial integrado. Sevilla: Consejería de Salud, Junta de Andalucía; 2002.

36.-Suhrcke M, Stuckler D, Suk JE, Desai M, Senek M, McKee M, Tsolova S, Basu S,Abubakar I, Hunter P, Rechel B, Semenza JC. The impact of economic crises oncommunicable disease transmission and control: a systematic review of the evidence. PLoS One. 2011; 6:e20724.

37.-Marmot M, Allen J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P; Consortium for the European Review of Social Determinants of Health and the Health Divide. WHO European review of social determinants of health and the health divide. Lancet. 2012; 380:1011-29.

38.- Przywara B. Projecting future health care expenditure at European level: drivers, methodology and main results. En: European Economy. Economic Papers: European Commission; 2010.

39.-Barro R. Health and economic growth. Washington, DC, Pan American Health Organization (PAHO); 1996.

40.-Figueras J, McKee M. Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being. European Observatory of Health Systems and Policies; 2012.

41.-Lehnert T, Heider D, Leicht H, Heinrich S, Corrieri S, Luppa M, Riedel-Heller S, König HH. Review: health care utilization and costs of elderly persons with multiple chronic conditions. Med Care Res Rev. 2011; 68:387–420.

42.-Flegel K. Chronically ill children and fragile families. CMAJ. 2014; 186:1195.

43.-Annonymous. The high concentration of US health care expenditures. AHRQ. Research Action. 2006;19:1–11

44.-Crespo C, Brosa M, Soria-Juan A, Lopez-Alba A, López-Martínez N, Soria B. Costes directos de la diabetes mellitus y de sus complicaciones en España (Estudio SECCAID: Spain estimated cost Ciberdem-Cabimer in Diabetes). Diabetología. 2013. 29: 182-189.

45.-Hogan C, Lunney J, Gabel J, Lynn J. Medicare beneficiaries' costs of care in the last year of life. Health Aff (Millwood). 2001; 20:188-195.

46.-Van Weel C, Michels J. Dying, not old age, to blame for costs of health care. Lancet 1997; 350:1159-11–60.

47.-Nolte E, Mckee M. Integration and chronic care: A review. En: Nolte E, McKee M (eds). Caring for people with chronic conditions: A health system perspective. Maidenhead, Open University Press:64–69. 2008.

48.-Gravelle H. Impact of case management (Evercare) on frail elderly patients: Controlled before and after analysis of quantitative outcome data. BMJ, 2007; 334:31–34.

49.-Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. JAMA. 2002; 288:1775-1779.

50.-Stock S, Pitcavage JM, Simic D, Altin S, Graf C, Feng W, Graf TR. Chronic care model strategies in the United States and Germany deliver patient-centered, high-quality diabetes care. Health Aff (Millwood). 2014; 33:1540-1548.

51.-Silvestre AL, Sue VM, Allen JY. If you build it, will they come? The Kaiser Permanente model of online health care. Health Aff (Millwood). 2009; 28: 334-344.

52.-Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness? Eff Clin Pract 1998; 1: 2-4.

53.-Curing the System: Stories of Change in Chronic Illness Care. US: ACT, 2002.
54.-Feachem, Richard G.A.; Sekhri, Neelam K.; White, Karen L. Getting more for their dollar: a comparison of the NHS with California's Kaiser Permanente. BMJ. 2002; 324: 135–143.
55.- Bengoa R, Nuño R (eds). Curar y Cuidar. Innovación en la gestión de enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona: Elsevier-Masson; 2008.
56.-Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977; 196:129-136.
57.-Sperry, L. (2008). The Biopsychosocial Model and Chronic Illness: psychoterapheutic Implications. J Indiv Psychol. 2008; 64: 369-376.
58.-Swisher SN. The biopsychosocial model: its future for the internist. Psychosom Med. 1980; 42:113-121.
59.-Weiss RJ. The biopsychosocial model and primary care. Psychosom Med. 1980; 42:123-130.
60.-Engel GL. From biomedical to biopsychosocial. Being scientific in the human domain. Psychosomatics. 1997; 38:521-528.
61.-Simoens S. Organization of palliative care in Belgium. Brussels: Belgian Health care Knowledge Centre; 2009. KCE reports 115C
62.-Reuben DB, Tinetti ME. Goal-oriented patient care—an alternative health outcomes paradigm. N Engl J Med. 2012; 366: 777-779
63.-Ahia CL, Blais CM. Primary Palliative Care for the General Internist: Integrating Goals of Care Discussions into the Outpatient Setting. Ochsner Journal. 2014; 14:704–711.
64.-Hunter D, Fairfield G . Managed care: Disease management. BMJ. 1997; 315:50–53.
65.-Velasco-Garrido M, Busse R, Hisashige A. Are disease management programmes (DMPs) effective in improving quality of care for people with chronic conditions? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report). 2003.
66.-World Health Organization. Primary Health care: now more than ever. Geneva: 2008. Available from: http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf.
67.-Jovell AJ, Navarro Rubio MD, Fernández Maldonado L, Blancafort S. Nuevo rol del paciente en el sistema sanitario, Aten Primaria. 2006; 38:234-237.
68.-Coster S, Norman I. Cochrane reviews of educational and selfmanagement interventions to guide nursing practice: a review. Int J Nurs Stud. 2009; 46:508-528.
69.-Dennis S, Zwar N, Griffiths R, Roland M, Hasan I, Davies G. Chronic disease management in primary care: from evidence to policy. Med J Austr. 2008; 188:S53-S6.
70.-Zander K. Case management accountability for safe, smooth, and sustained transitions: a plea for building "wrap-around" case management services now. Prof Case Manag. 2010; 15:188-199
71.-Powell SK, Zander K. Taking hospital case management to the next level. Lippincotts Case Manag. 2005; 10:177-179.
72.-Woodward J, Rice E. Case management. Nurs Clin North Am. 2015; 50:109-21.
73.-Joo JY, Huber DL. An integrative review of nurse-led community-based case management effectiveness. Int Nurs Rev. 2014; 61:14-24.
74.-Mitchell MD, Lavenberg JG, Trotta RL, Umscheid CA. Hourly rounding to improve nursing responsiveness: a systematic review. J Nurs Adm. 2014; 44 :462-72.

75.-Yakimo R. Outcomes in psychiatric consultation-liaison nursing. Perspect Psychiatr Care. 2006; 42:59-62.
76.-Grundmeyer HGLM. General practitioner and specialist: Why do they communicate so badly?. Eur J Gen Pract. 1996; 2: 53–54.
77.-Calnan M, Hutten J, Tiljak H. The challenge of coordination: The role of primary care professionals in promoting care across the interface. En: Saltman R, Rico A, Boerma W (eds). Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Maidenhead, Open University Press:85–104. 2006.
78.-Durand-Zaleski I, Obrecht O (2008). France. En: Knai C, Nolte E, McKee M (eds). Managing chronic conditions: Experience in eight countries. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies:55–73. 2008.
79.- Schiøtz M, Frølich A, Krasnik A (2008). Denmark. En: Knai C, Nolte E, McKee M (eds). Managing chronic conditions: Experience in eight countries. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies:15–28. 2008.
80.-Dirección General de Ordenación y Atención Sanitaria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Plan de Salud de Cantabria. 2014-2019. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales Ed. Cantabria 2014.
81.-The Dutch National Institute for Public Health and the Environment & DG SANCO, Directorate-General Health and Consumers: Europeans of retirement age: chronic diseases and economic activity. 2012.
82.-Ruiz de Adana Pérez R. Paciente con enfermedades crónicas: ¿cómo mejorar su atención? 2011. Disponible en: http://sedisasigloxxi.es/spip.php.article128
83.-Medrano González F, Melero Bascones M, Barba Romero MA; Gómez Garrido J, Llabrés Díaz J; Moreno Salcedo J. Comorbilidad, pluripatología, consumo de recursos y pronóstico de pacientes ingresados en una unidad de Medicina Interna. An Med. Intern. 2007; 24: 525-530.
84.-Berenson RA, Devers KJ, Burton, RA. Will the patient-centered medical home transform the delivery of healthcare? Urban Institute website. Disponible en: http://www.urban.org/UploadedPDF/412373-will-patientcentered- medical-home-transform-delivery-health-care.pdf. 2011.
85.-Ouslander JG, Maslow K. Geriatrics and the triple aim: Defining preventable hospitalizations in the long-term care population. J Am Geriatr Soc. 2012; 60:2313-2318.
86.-Contel JC. La atención a domicilio como modelo de atención compartida (editorial). Aten Primaria 2000; 25:22–28.
87.-Norman J. Managing chronic diseases: funding follow-up is key to long term specialist care. BMJ. 2005; 330:964-965.
88.-Cornwell J. How must we change care systems to meet the needs of the future patient?. London: The King's Fund blogs; 2012.
89.-Colomer J, González MJI, González RVJ. Alternativas a la hospitalización: una respuesta lógica al aumento de la demanda. En: Del Llano J, Ortún V, Millán J, Gené J, eds. Gestión sanitaria: innovaciones y desafíos. Barcelona: Masson. 359–401. 1998.
90.-Martin Cartwright, Shashivadan P Hirani, Lorna Rixon, Michelle Beynon, Helen Doll, Peter Bower. Effect of telehealth on quality of life and psychological outcomes over 12 months (Whole Systems Demonstrator telehealth questionnaire study): nested study of patient reported outcomes in a pragmatic, cluster randomised controlled trial. BMJ 2013; 346: 653-567.

91.-European Hospital Survey - Benchmarking Deployment of eHealth services (2012-2013). Disponible en: http://ec.europa.eu/digital-agenda/en/news/european-hospital-survey-benchmarking-deployment-ehealth-services-2012-2013

92.-Benchmarking Deployment of eHealth among General Practitioners 2013 (SMART 2011/0033). Disponible en: https://ec.europa.eu/digital-agenda/en/news/benchmarking-deployment-ehealth-among-general-practitioners-2013-smart-20110033

93.-Diagnóstico de salud de Cantabria 2013. Observatorio de Salud Pública de Cantabria. 2013. Disponible en: http://www.fmdv.org/Es/Unidades/OSPC/Documents/Proyectos%20OSPC/Diagn%C3%B3stico%20de%20salud%20en%20Cantabria.%20Web.pdf.

94.-.A. Torralba, A. Miquel y J. Darba. Situación actual del dolor crónico en España: iniciativa "Pain Proposal". Rev Soc Esp Dolor 2014; 21: 16-22.

95.-Agencia Española de medicamentos y productos sanitarios. Utilización de opioides en España (1992-2006). Ministerio de Sanidad y Política Social. 2007. Disponible en: http://www.aemps.gob.es/medicamentosUsoHumano/observatorio/docs/analgesicos_no_opio.pdf.

96.-Palop Larrea V, Martínez Mir I. Adherencia al tratamiento en el paciente anciano. Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 2004; 28:113-120.

97.-Baena Díez JM, Martínez Adell MA, Peregrina T. Selección de medicamentos en el anciano (I). Características diferenciales y criterios genéricos de selección. FMC . 2003; 10:501-507.

98.-Onder G, Pedone C, Landi F, Cesari M, Della Vedova C, Bernabei R and Gambassi G. Adverse Drug Reactions as Cause of Hospital Admissions: Results from the Italian Group Of Pharmacoepidemiology in the Elderly (GIFA) J Am Geriatr Soc 2002; 50:1962-1968.

99.-Payne NA, Avery AJ. Polypharrmacy: one of the greatest prescribing challenges in general practice. Br J Gen Pract 2011; 61: 83-84.

100.-Delgado Silveira E, Montero Errasquin B, Muñoz García M, Vélez-Díaz-Pallarés M, Lozano Montoya I, Sánchez Castellano C, Cruz-Jentoft AJ. Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores: una nueva edición de los criterios STOPP/START. Rev Esp Geriat Gerontol 2015; 50: 89-96.

9 Anexos

9.1. Participantes por orden alfabético y grupos de trabajo

(algunos participantes lo hacen en más de un grupo).

Participantes por orden alfabético y grupos de trabajo (algunos participantes lo hacen en más de un grupo).

Director del Plan de Atención a la Cronicidad en Cantabria

Carlos León Rodríguez. Servicio Cántabro de Salud.

Coordinador Autonómico del Plan de Atención a la Cronicidad

Carlos Fernández Viadero. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.

Redacción y Edición del Plan de Atención a al Cronicidad

Marta López Cano. Servicio Cántabro de Salud. Gerencia de Atención Primaria.
Manuel Ortega Mendi. Consejería de Sanidad Servicios Sociales.
Rafael Navarro Ortega. Consejería de Sanidad Servicios Sociales.
Germán Romero Ruiz. Consejería de Sanidad Servicios Sociales.

Coordinación y Continuidad Asistencial, grupo de directivos

Coordinadores

Isabel de Frutos Iglesias. Servicio Cántabro de Salud.
Asunción González Salas. Instituto Cántabro de Servicios Sociales.
Rafael Navarro Ortega. Consejería de Sanidad Servicios Sociales.
Amada Pellico López. Servicio Cántabro de Salud. CS Suances

Participantes

Ana Alonso Herrera. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
Abraham Delgado Diego. Servicio Cántabro de Salud. Gerencia de Atención Primaria.
Salvador Díez-Aja López. Servicio Cántabro de Salud. HC Sierrallana.
Nela Fernández Ruiz. Servicio Cántabro de Salud. HC Sierrallana.
Zulema Gancedo González. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
Elvira García Cantero. Servicio Cántabro de Salud. Gerencia de Atención Primaria.
Soledad Gordillo Giles. Servicio Cántabro de Salud. HC Laredo.
Pilar Martínez Hita Servicio Cántabro de Salud. Gerencia de Atención Primaria
Antonio Martínez Torre. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
Yolanda Montenegro Prieto. Servicio Cántabro de Salud. HC Laredo.
José Manuel Rabanal LLevot. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
Carmen Toribio Gónzalez. Servicio Cántabro de Salud. Gerencia de Atención Primaria
Mª Antonia Urbieta Quiroga. Servicio Cántabro de Salud.

Coordinación y Continuidad Asistencial grupo profesionales

Coordinadores

Fernando Alonso López. Servicio Cántabro de Salud. CS Dobra.
Camen García Ibarbia. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
Nerea Rentería López. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
Teresa Ugarte Miota. Servicio Cántabro de Salud. Gerencia de Atención Primaria.

Participantes

Isabel Aldecoa Martínez. Servicio Cántabro de Salud. HC Laredo.
Jesús Arnaiz Revilla. Servicio Cántabro de Salud. CS Cotolino I.
Mª Antonia Astuy Argos. Instituto Cántabro de Servicios Sociales.
Mº Cruz Camaleño Miragaya. Servicio Cántabro de Salud. HUMV
Matilde Cobo Llano. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
Mª Jesús Cuesta Nuñez. Servicio Cántabro de Salud: HUMV.
Susana Fernández Iglesias. Servicio Cántabro de Salud.
Lourdes Francés Sacristán. Servicio Cántabro de Salud. HUMV
Juan Carlos García Román Instituto Cántabro de Servicios Sociales. CAD Santander.
Marcos Gómez Gutiérrez. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
Francisco Iturralde García-Diego. Hospital Santa Clotilde.
José Manuel Llamazares Medrano. Servicio Cántabro de Salud. CS Cotolino II.
Juan Carlos López Caro. Servicio Cántabro de Salud. CS Cotolino II.
Alberto Pajares Fernández. Servicio Cántabro de Salud. HC Sierrallana.
Nicolás Peña Sarabia. Instituto Cántabro de Servicios Sociales. CAD Santander.
Mª Jesús Rodríguez López. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
Fernando Rojo Roldán. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
Nieves Tresgallo Fernández. Instituto Cántabro de Servicios Sociales. CAD Sierrallana.
Mónica Vargas Leal. Servicio Cántabro de Salud. CS Suances.
Teresa del Vigo Fernández Servicio Cántabro de Salud. CS Cotolino II
Juan Manuel Villoria Echegaray. Servicio Cántabro de Salud. CS Sarón

Alternativas a la hospitalización tradicional. Unidades de pacientes pluripatológicos sin deterioro funcional

Coordinadores

Juan Alonso Gutiérrez. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
Gonzalo Martínez de las Cuevas. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
Carmen Ramos Barrón. Servicio Cántabro de Salud. CS Camargo Costa.

Participantes

Ismael Abascal Carrera. Servicio Cántabro de Salud. HC Laredo
Beatriz Abascal Bolado. Servicio Cántabro de Salud. HUMV
Carlos Amado Diago . Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
Cruz Camaleño Miragaya. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
Jesús Castillo Obeso. Servicio Cántabro de Salud. CS Camargo Costa.

Isabel Fernández Cabrero. Servicio Cántabro de Salud. CS Cotolino II.
Lourdes Gago Bustamante. Servicio Cántabro de Salud. CS Cotolino II.
Juan García Rivero. Servicio Cántabro de Salud. HC Laredo.
Yolanda Saiz Beloqui. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
José Luis González Fernández. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
Carmen Gutiérrez del Río. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
Mónica Hernández Herrero. Servicio Cántabro de Salud. HC Laredo.
Luis Iglesias Oliva. Servicio Cántabro de Salud. HUMV
Marta Lisa Gracia. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
Miguel Llano Cardenal. Servicio Cántabro de Salud. HUMV
Mercedes Martínez Fernández. Servicio Cántabro de Salud. CS Sarón.
María Martino González. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
Cristina Mayo Suárez. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
Nerea Rentería López. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
Carmen Sánchez Muñoz. Servicio Cántabro de Salud. CS Cotolino II.
Gema Saro Gutiérrez. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.

Alternativas a la hospitalización tradicional. Unidades de convalecencia y recuperación funcional

Coordinadores

Lourdes López de Munain Marqués. Servicio Cántabro de Salud. HUMV
Ana Rodríguez Valcarce Hospital Santa Clotilde

Participantes

Lino Álvarez Granda. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
Daniel Bouzas Pérez. Servicio Cántabro de Salud. HC Laredo.
Paula Correas López. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
Miguel Ángel Gandarillas Valle. Hospital Santa Clotilde
Edurne García Soto. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
Nieves Gil Arroyo. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
Javier Gómez Cimiano . Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
Ana González Torre. Hospital Santa Clotilde.
Beatriz Gutiérrez Alonso. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
Francisco Iturralde García-Diego. Hospital Santa Clotilde
Jesús Maxide Antuna. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
Enrique Palacio Portilla. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
Eloy Rodríguez Rodríguez. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
Mª José Sánchez Pérez. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
Carmen Valero Díaz de Lamadrid. Servicio Cántabro de Salud. HUMV

Alternativas a la hospitalización tradicional. El domicilio y las residencias como alternativas a la atención

Coordinadores

Ana Aguilera Zubizarreta Servicio Cántabro de Salud. HUMV
Isabel González Alonso. Servicio Cántabro de Salud. HUMV. CS Bezana.
Concha Sastre García Servicio Cántabro de Salud. CS Bezana.
Giusi Alesia Sgaramella. Servicio Cántabro de Salud. HUMV

Participantes

Fernando Bárcena Amigo. Residencia Los Robles.
Noemí Camus Fernández. Servicio Cántabro de Salud. CS Camargo Costa.
Miguel Ángel Gandarillas Valle. Hospital Santa Clotilde.
Belén García Garrido. Servicio Cántabro de Salud. CS Suances.
Carlos Arbiza Madrigal. Instituto Cántabro de Servicios Sociales. CAD Santander.
Luis Bañuelos Chacón. Instituto Cántabro de Servicios Sociales. CAD Laredo.
Zaira Diez Saiz. Asilo San Cándido.
Belén González Maza Servicio Cántabro de Salud. HUMV
Josefina González Expósito Instituto Cántabro de Servicios Sociales. CAD Santander.
Juan Carlos Martín Delgado. Residencia La Alborada.
Mª Jesús Mazpúlez López. Instituto Cántabro de Servicios Sociales. CAD Santander.
Sandra Merino Millán Servicio Cántabro de Salud. CS Colindres.
Yolanda Millán Gónzalez. Servicio Cántabro de Salud.
Fernando Ortiz Flores. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
Nicolás Peña Sarabia Instituto Cántabro de Servicios Sociales. CAD Santander.
Olga Reigadas Saiz. Servicio Cántabro de Salud. CS Los Corrales.
Raquel Rodríguez Sánchez. Servicio Cántabro de Salud. CS Camargo Costa.
Mª Jesús Rodríguez López. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
José Ramón Temiño Suso. Instituto Cántabro de Servicios Sociales. CAD Laredo
Mónica Vargas Leal. Servicio Cántabro de Salud. CS Suances.
Teresa del Vigo Fernández. Servicio Cántabro de Salud. CS Cotolino II
Irina Yezerska. Residencia Medinaceli.

Educación sanitaria y promoción de la salud. empoderamiento de los pacientes

Coordinadores

Luis Mariano López López. Observatorio de Salud Pública de Cantabria.
Trinidad Valle Madrazo. Servicio Cántabro de Salud.

Participantes

Juan Agüero Calvo. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
Carlos Amado Diago. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
Lourdes Bermejo García. Dra. en CC. de la Educación. Gerontóloga.
Ignacio Candela Bombín Servicio Cántabro de Salud. HUMV
María Teresa Cerrajería Fernández. . AMUCCAM.
Gema Cruzado Argüeso Servicio Cántabro de Salud. HUMV

Nair Cuena Doce. Asociación Cántabra de Diabéticos.
Adolfo Fernández Puente. Universidad Nacional de Educación a Distancia.
Javier Fernández Saro. Consejería de Educación Cultura y Deporte.
Montserrat Gago Bustamante. Servicio Cántabro de Salud. CS Cotolino II
Antonia Gimón Revuelta. AMUCCAM.
Magdalena Jiménez Sanz. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
Jesús López Hernández. Servicio Cántabro de Salud. CS Sarón.
Sonia López Medina. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
Rosa Martínez Nieto. Servicio Cántabro de Salud. CS Camargo Costa.
Ana Isabel Martínez Ruiz. Servicio Cántabro de Salud. CS Cotolino II.
Ernesto Mendieta Garrote. Consejería de Educación Cultura y Deporte.
Raquel Molino Tezanos. Residencia San Pedro.
Jesús Mozota Ortiz. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
Guillermo Pombo Alles. SEMERGEN Cantabria.
Aureliano Ruiz Salmón. Asociación Cántabra de Diabéticos.
Cristina Sánchez Cossio. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
María Victoria Sanchón Macías. Universidad de Cantabria. Escuela Universitaria de Enfermería
Carmen Sarabia Cobo. Universidad de Cantabria. Escuela Universitaria de Enfermería.
Arancha Solana Álvarez. ASCASAM.
Alfonso Tazón Alonso ASCASAM.
Rosa Tejedor Menéndez. COCEMFE
Germán Varona Ferrer. Servicio Cántabro de Salud. CS Nansa.
Rosario Verduga Vélez. Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Formación, docencia e investigación en cronicidad

Coordinadores

José Luis Lozano Polo. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
Emilio Pariente Rodrigo. Servicio Cántabro de Salud. CS Camargo Interior.

Participantes

Adelaida Andino Palacios. Servicio Cántabro de Salud. HC Laredo.
Cristina Castanedo Pfeiffer. Universidad de Cantabria. Escuela Universitaria de Enfermería.
Benedicto Crespo Facorro. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
Dámaso Crespo Santiago. Universidad de Cantabria. Facultad de Medicina.
Pilar Elena Sinobas Colegio Oficial de Enfermería de Cantabria
Jesús Esteban Pellón. Servicio Cántabro de Salud. Gerencia de Atención Primaria.
Fidel Fernández Fernández. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
Blanca Fernández Torre. Universidad de Cantabria. Escuela Universitaria de Enfermería.
Mario Fernández Gorgojo. Universidad de Cantabria. Escuela Universitaria Gimbernat de Fisioterapia.
Jorge Javier Gaitán Valdizan. Servicio Cántabro de Salud. CS Camargo Costa.

Miguel García Ribes. SEMFYC Cantabria
Roberto Garrastazu López. Colegio Oficial de Médicos de Cantabria.
Arantza González Loma. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Cantabria
Alfredo Ingelmo Setién. Servicio Cántabro de Salud. HC Sierrallana.
Luis Mariano López López. Universidad de Cantabria. Escuela Universitaria de Enfermería.
María Marañón Martínez. Universidad de Cantabria. Geografía, Urbanismo y Ordenación del Territorio
Carlos Marcote Ibañez. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
José Olmos Martínez. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
Galo Peralta Fernández. Instituto de Investigación Valdecilla
Raúl Pesquera Cabezas. Observatorio de Salud Pública de Cantabria.
Javier Rapado Santa Olalla. Colegio Oficial de Farmacéuticos de Cantabria.
Pedro Reques Velasco. Universidad de Cantabria. Geografía, Urbanismo y Ordenación del Territorio
Mª Victoria Rodríguez Coto. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
Mario Ruiz Núñez. Colegio Oficial de Médicos de Cantabria.
Diana Salas Gómez. Universidad de Cantabria. Escuela Universitaria Gimbernat de Fisioterapia

Las TICs como herramientas del Plan de y Cronicidad

Coordinadores

Abraham Delgado Diego. Servicio Cántabro de Salud. Gerencia de Atención Primaria
Lara Pino Domínguez. Servicio Cántabro de Salud.

Participantes

Beatriz Abascal Bolado. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
Juan Agüero Calvo. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
Encarnación Cámara Cascales. Servicio Cántabro de Salud.
Oscar Fernández Torre. Servicio Cántabro de Salud. HC Sierrallana.
Esther García Usieto . Servicio Cántabro de Salud. HC Sierrallana.
Valvanuz García Velasco. Servicio Cántabro de Salud.
Laura Herrero Urigüen. Instituto de Investigación Valdecilla.
Mar Navarro Córdoba. Servicio Cántabro de Salud.
Manuel Jesús Otero Ketterer Servicio Cántabro de Salud. CS Los Corrales.
Alberto Velasco Elechiguerra. Servicio Cántabro de Salud. Gerencia de Atención Primaria.
Oscar Vallina Fernández. Servicio Cántabro de Salud. HC Sierrallana
Reinhard Wallmann. Servicio Cántabro de Salud.

El dolor crónico

Coordinadores

José Pedro Aguilera Diego. Servicio Cántabro de Salud. HC Sierrallana.
Julio Madrid Obregón. Servicio Cántabro de Salud. HC Sierrallana.

Participantes

Javier Adín Ibarra. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.

Fernando Andrés Mantecón. Servicio Cántabro de Salud. CS Cabuérniga
Jaime Calvo Allen. Servicio Cántabro de Salud. HC Sierrallana.
Tomás Cobo Castro. Servicio Cántabro de Salud. HC Sierrallana.
Ana Expósito Blanco. Hospital Santa Clotilde.
Ramón Fernández Barquín. Residencia Asilo San José.
Marta Fernandez Hernández. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
Pilar Fombellida Gutiérrez. Servicio Cántabro de Salud. HC Sierrallana.
Lidia García Prieto. Residencia Asilo San José.
Eva Gómez Iglesias. Servicio Cántabro de Salud. CS Los Castros
Mario González Ruiz. Servicio Cántabro de Salud. Gerencia de Atención Primaria
M Ángeles Plaza Garcia Servicio Cántabro de Salud. CS Altamira.
Ana Santillán Fernández. Servicio Cántabro de Salud. HC Sierrallana.
Dolores Solarana Gil. Servicio Cántabro de Salud. CS Los Castros.
Cayetano Vélez García. Servicio Cántabro de Salud. CS Nansa

Polimedicación en cronicidad

Coordinadores

Esmeralda Cuaresma Lasheras Servicio Cántabro de Salud. Gerencia de Atención Primaria.
Mario González Ruiz. Servicio Cántabro de Salud. Gerencia de Atención Primaria.

Participantes

Luisa Alonso Rentería. Servicio Cántabro de Salud. CS Dávila
Julia Andrés Lacalle. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
Jesús Artal Simón. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
Antonio Castanedo Castanedo. Servicio Cántabro de Salud. CS Cotolino I.
José Mª Cobo López. Servicio Cántabro de Salud. CS Los Corrales.
Gina Mejía. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
Sara Gandarillas Gándara. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
Ana Gutiérrez Pérez. Servicio Cántabro de Salud. HC Sierrallana.
Francisco Gutiérrez Rubio. Hospital Santa Clotilde.
José Luis Hernández Hernández. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
Marta Martín Millán. Servicio Cántabro de Salud. HUMV.
Luis Nieto García. Servicio Cántabro de Salud. HC Sierrallana.
Nicolás Peña Sarabia. Instituto Cántabro de Servicios Sociales. CAD Santander.
Ana Rodríguez Valcarce. Hospital Santa Clotilde.

9.2. Documentos de los Grupos de Trabajo.

En documento adjunto al principal del Plan de Cronicidad de Cantabria 2015-2019, accesible desde la página web de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales (www.saludcantabria.es) e incluido en el CD editado, se contienen los documentos íntegros, elaborados por cada uno de los

Grupos de Trabajo constituidos para el desarrollo de las líneas estratégicas del Plan. Se pretende que los interesados puedan ampliar la información contenida en el documento principal del Plan. Debemos resaltar que el documento principal del Plan, surge de estos documentos, adaptándose a la finalidad estratégica de este y previo análisis técnico.

9.3. Siglas y acrónimos.

ACVA: Accidente Cerebro-Vascular
AH: Atención Hospitalaria
AP: Atención Primaria
AVAD: Años de Vida Ajustados Por Discapacidad
CAD: Centro de Atención a la Dependecia
CCEE: Consultas Externas
CCM: Modelo de Atención a la Cronicidad
EAP: Equipo de Atención Primaria
ENS: Encuesta Nacional de Salud de España 2011-2012
EPOC: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
ENT: Enfermedades no Transmisibles
HC: Hospital Comarcal
HUMV: Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
IBBTEC: Instituto de Biomedicina y Biotecnología de Cantabria.
ICASS: Instituto Cántabro de Servicios Sociales
IDIVAL: Instituto de Investigación Valdecilla
INE: Instituto Nacional de Estadística
MRH: Médico de Referencia Hospitalaria
MSSSI: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad
OMI-AP: Software de Historia Clínica en Atención Primaria
OMS: Organización Mundial de la Salud
PACS/RIS: Sistema de Gestión de Imagen Médica
PEA: Prescripción Electrónica Asistida
PIB: Producto Interior Bruto
PPC: Paciente Pluripatológico Complejo
SAAD: Servicio de Ayuda y Asistencia Domiciliaria
SCS: Servicio Cántabro de Salud
SNS: Sistema Nacional de Salud
SS: Servicios Sociales
SUAP: Servicio de Urgencias de Atención Primaria
SUH: Servicio de Urgencias Hospitalario
TICARES: Software de Citación de Consultas Hospitalarias
UE: Unión Europa
WHO: “World Health Organization”

GOBIERNO
de
CANTABRIA

CONSEJERÍA DE SANIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES