

Opinión

El liderazgo de la atención a personas con enfermedades crónicas complejas

José Miguel Morales Asencio
Profesor del Departamento de Enfermería de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia,
Podología y Terapia Ocupacional, Universidad de Málaga.

Dirección de correspondencia:
Facultad de Enfermería, Fisioterapia, Podología y Terapia Ocupacional.
Universidad de Málaga.
Paseo de Martiricos, s/n. 29009 Málaga
E-mail: jmmasen@uma.es

Resumen

Las enfermedades crónicas originan el 60% de la mortalidad global, con una elevada carga de morbilidad y afectación de la calidad de vida de millones de personas, sin que termine de convertirse en un objetivo prioritario para muchos Servicios de Salud. Por el contrario, éstos están diseñados aún para atender a procesos agudos y únicos; cuando se cronifican y multiplican en la misma persona, la atención sanitaria se vuelve fragmentaria, discontinua y variable.

Se han explorado alternativas asistenciales y organizativas para hacer frente a este problema, destacando el desarrollo de modelos integrales de organización de la atención, como el Chronic Care Model, entre otros. Las características que establecen éste y otros modelos, sitúan a la enfermera en una posición estratégica para liderar este enfoque de atención, debido a su orientación hacia la atención integral, el autocuidado y el fortalecimiento de capacidades de la persona, mediante la promoción y la educación, además de ejercer como agente clave en los procesos de continuidad asistencial, seguimiento domiciliario y de promoción de salud, sobre todo cuando se incorporan roles de práctica avanzada. Las experiencias desarrolladas en este sentido han mostrado una alta efectividad y una mejora en la capacidad de resolución e intervención del resto de miembros del equipo multidisciplinar.

La clave reside en que los Servicios de Salud deben ser capaces de integrar muchas de las acciones y recursos que ya tienen, adecuadamente coordinados y reorientados desde un modelo global que dé sentido y guíe el despliegue de medidas, para los profesionales, para la ciudadanía y para los desarrolladores de políticas de salud.

Palabras clave: Atención a crónicos, enfermedad crónica compleja, pluripatología, enfermería de práctica avanzada, gestión de casos, autocuidado.

Abstract

Leadership in health care services for people with complex chronic conditions.

Chronic diseases are the responsible of 60% of the global mortality, with a heavy morbidity burden and loss of quality of life in millions of people around the world, but it still is not a priority concern for many Health Care Services. Conversely, many of them are designed from an acute-care perspective; so when the acute diseases get chronic and multiple, health care become fragmentary, discontinuous and variable.

Different alternatives have been explored to organize health care in order to cope with this problem, with special emphasis in those with a comprehensive orientation, as the Chronic Care Model, among others. The features of these models place the nurses in a strategic position for leading this care, owing to their holistic view and their orientation towards self-care promotion through education and empowering the person's capabilities. Nurses are key agents in the continuity of care processes, home care follow-up and health promotion, more than ever when advanced roles are developed into their practice, with high effectiveness and improvement in resolution among the rest of the health care team.

The key is that Health Care Services must integrate many of the actions and resources that already have, with an adequate coordination and reorientation from a comprehensive model that make sense and serves as a guidance for citizens, providers and policy makers.

Key words: chronic care, complex chronic disease, pluripatology, advanced practice nursing, case management, self-care.

Las cuatro "C" de las enfermedades crónicas en nuestra era: complejidad de un problema conocido y creciente, en un sistema en crisis

Resulta casi tautológico enunciar la dimensión del desafío que las enfermedades crónicas suponen para los servicios de salud en la actualidad. Se está convirtiendo en el clásico tema del que todo el mundo ya ha oído cientos de argumentos, provocando una "naturalización" del problema que acaba desensibilizando a políticos, gestores, proveedores, medios y colectivos ciudadanos.

La consecuencia de la merma de sensibilidad hacia este problema responsable de casi el 60% de la mortalidad global (1,2), es que menos de la mitad de países evaluados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene partidas de financiación para programas destinados a enfermedades crónicas (3). En otros casos, los gobiernos tienen desplegadas acciones que repercuten en las enfermedades crónicas, pero descoordinadas entre sí y sin un enfoque integral encaminado a un objetivo común.

La cronicidad compleja, junto con el envejecimiento poblacional, el incremento de la dependencia, la disminución de la red de apoyo informal, la utilización inadecuada de servicios de salud, el aumento de la tecnología sanitaria disponible, etc., generan problemas nuevos o hacen aflorar nuevas dimensiones de cuestiones tradicionales.

Actualmente en España más de la mitad de las estancias hospitalarias son de personas con más de 65 años (4), siendo los mayores usuarios de los servicios sanitarios (5) y con unas características de dependencia y discapacidad superiores al resto. Las enfermedades crónicas en España suponen una importante carga: casi 30.000 sujetos de la Encuesta Nacional de Salud afirmaba padecer algún proceso crónico (6). En el Reino Unido las enfermedades crónicas ocupan el 52% de las citas con el médico de familia, el 65% de las consultas hospitalarias y el 69% del gasto sociosanitario (7).

Si se contabilizan las enfermedades crónicas de forma individual las cifras son abultadas. En España, el estudio EP-SCAN identificó que la EPOC se sitúa en una prevalencia del 10,2% (IC al 95% 9,2% a 11,1%) (8). Este proceso supone un elevado consumo de recursos y de frecuentación en el sistema sanitario, en su mayoría asumido por AP, representando entre el 10-12% de los pacientes que acuden a los centros de salud (9,10). Otro de los grandes procesos crónicos, la insuficiencia cardiaca, supone la primera causa de ingreso en mayores de 65 años, con una prevalencia del 1% en mayores de 40 años, que se duplica cada diez años de edad (11) y es responsable del 4 al 8% de las muertes totales del país y del 12 al 20% de la mortalidad cardiovascular (12). La diabetes oscila entre el 6,5 y el 10,3% de prevalencia en población de 30 a 89 años, con una frecuente aparición de complicaciones (25% desarrolla neuropatía, un 32% retinopatía y un 23% nefropatía). Es la tercera causa de muerte en

mujeres y la séptima en hombres (13). Por otra parte, el 14% de los pacientes que acuden a AP tienen depresión (14) y la prevalencia a lo largo de la vida en población general es del 16,5% para mujeres y del 8,9% para hombres (15). En el caso de la artritis reumatoide, la prevalencia en adultos en España es del 0,5% (IC al 95%: 0,25 a 0,85), siendo cuatro veces más frecuente en mujeres, calculándose una afectación total cercana a los dos millones de personas en nuestro país (16).

Es sólo una muestra del calado de una situación que, en realidad, es mucho más preocupante porque el caso más común es la presencia de varias enfermedades crónicas simultáneamente (17) que conducen a una utilización de servicios de salud cuatro veces mayor (18).

Sin embargo, el desafío se complica aún más, ya que para hacer frente a este entramado, disponemos de unos servicios de salud pensados para atender a procesos agudos y únicos (19). Cuando se cronifican y multiplican en la misma persona, la atención sanitaria se vuelve torpe, dispersa, discontinua, variable y fragmentaria. Las transiciones entre niveles de atención de los pacientes crónicos no están planificadas en su mayoría, pese a su vulnerabilidad aumentada (funcionalidad, dolor, ansiedad, confusión) (20). Es fácil que una persona que sufre una insuficiencia respiratoria aguda sea atendida rápidamente por servicios de emergencias extrahospitalarias que establezcan su vía aérea y su patrón respiratorio y lo trasladen a un centro hospitalario en el que permanecerá varios días en cuidados intensivos y hospitalización hasta recuperar su función respiratoria, gracias a un despliegue de tecnología y proveedores altamente especializados. No obstante, es un verdadero reto conseguir que la transición a su domicilio sea fiable, con un seguimiento adecuado encaminado a prevenir que las causas desencadenantes vuelvan a aparecer y favorecer el autocuidado, etc., y más difícil aún que, años atrás, hubiese recibido una atención proactiva encaminada a eliminar sus factores de riesgo (tabaquismo, sedentarismo...) y con capacidad para detectar rápidamente la complicación del proceso. Lo que le esperará a esta persona es una hilera de proveedores, entornos y decisiones no siempre coordinadas, que aparecen de forma reactiva (cuando surge el problema ya de forma catastrófica, no antes) y que acaban mostrando la cara más impotente de nuestro sistema sanitario.

Existe un consenso global acerca de la necesidad de reorientar la atención hacia un modelo más integral, que garantice su efectividad en la continuidad de la atención, en la diversificación de servicios y la orientación de éstos hacia la persona (21), pero, ¿qué hay que hacer?

Modelos alternativos para hacer frente al problema

La indagación de alternativas asistenciales y organizativas para hacer frente a la demanda de atención efectiva a per-

sonas con múltiples enfermedades crónicas ha dejado una producción científica nada desdeñable, aunque con una alta variabilidad de intervenciones, enfoques y contextos (22). Personas con diabetes, EPOC, insuficiencia cardiaca, ictus, depresión, trastorno mental grave, artritis, ancianos frágiles, pacientes inmovilizados, personas con procesos oncológicos o cuidadores familiares, engrosan la larga lista de colectivos analizados a lo largo de las diversas experiencias.

Esta producción atomizada exigía que tarde o temprano se formularan modelos integradores que permitiesen albergar, en un nivel de abstracción superior, muchas de estas iniciativas y aportase elementos para la evaluación desde un enfoque más sólido. Uno de los más extendidos y analizados es el *Chronic Care Model* (CCM) de Wagner (23), implementado en más de 1.000 organizaciones sanitarias de todo el mundo que, en un meta-análisis ha mostrado impactos notables en pacientes diabéticos, asmáticos, depresivos y con insuficiencia cardiaca (24,25).

Este modelo asume de entrada que la mayoría de cuidados en personas crónicas se producen fuera del entorno "formal" y lejos de los proveedores sanitarios. Por ello, hace especial énfasis en varias áreas de intervención encaminadas todas a aumentar las posibilidades de que, en los períodos en que el paciente no está "cerca de los proveedores formales", su capacidad de iniciativa y manejo de la situación le proporcionen recursos suficientes para mejorar su calidad de vida y prevenir agudizaciones. La otra gran clave del modelo radica en que se necesitan profesionales "proactivos" que no adopten actitudes a la espera reactiva de que ocurran acontecimientos, sino que inician acciones precozmente, buscan sistemáticamente signos tempranos de complicaciones y ayudan a emponderar al paciente y su entorno familiar (Figura 1) (26).

Para ello, el CCM centra su atención en:

- Movilizar recursos de la comunidad para la atención a las necesidades de los pacientes crónicos.
- Definir procesos bien diseñados, con incentivos para cambiar los modos de provisión de atención que garanticen una atención efectiva, segura y de alta calidad, reforzando y potenciando sistemas y políticas encaminadas a este fin de forma específica.
- El apoyo estructurado para la modificación de conductas hacia el autocuidado.
- El empoderamiento de los pacientes para que aprendan a manejar su enfermedad.
- La introducción de cambios organizativos y de los sistemas de práctica, para reorientarlos hacia las necesidades de los pacientes con una interacción entre Atención Primaria y hospitalaria, de acuerdo con las preferencias de los pacientes.
- El uso sistemático de guías basadas en la evidencia y sistemas de ayuda para la toma de decisiones.
- La organización de la información y de los datos de los pacientes para que faciliten la atención y la toma de decisiones de forma efectiva.

Este modelo ha sido expandido y mejorado para incluir dimensiones como la competencia cultural, la seguridad del paciente, las políticas comunitarias o la gestión de casos (27). Adicionalmente, otros servicios de salud han ido haciendo adaptaciones del CCM para desarrollar servicios de atención para pacientes crónicos, como el NHS *Social Care Model* (28).

Otro modelo muy extendido que ha inspirado múltiples versiones y adaptaciones posteriores (29-31) es el denominado "Modelo de la Pirámide de Riesgo", procedente de la Or-

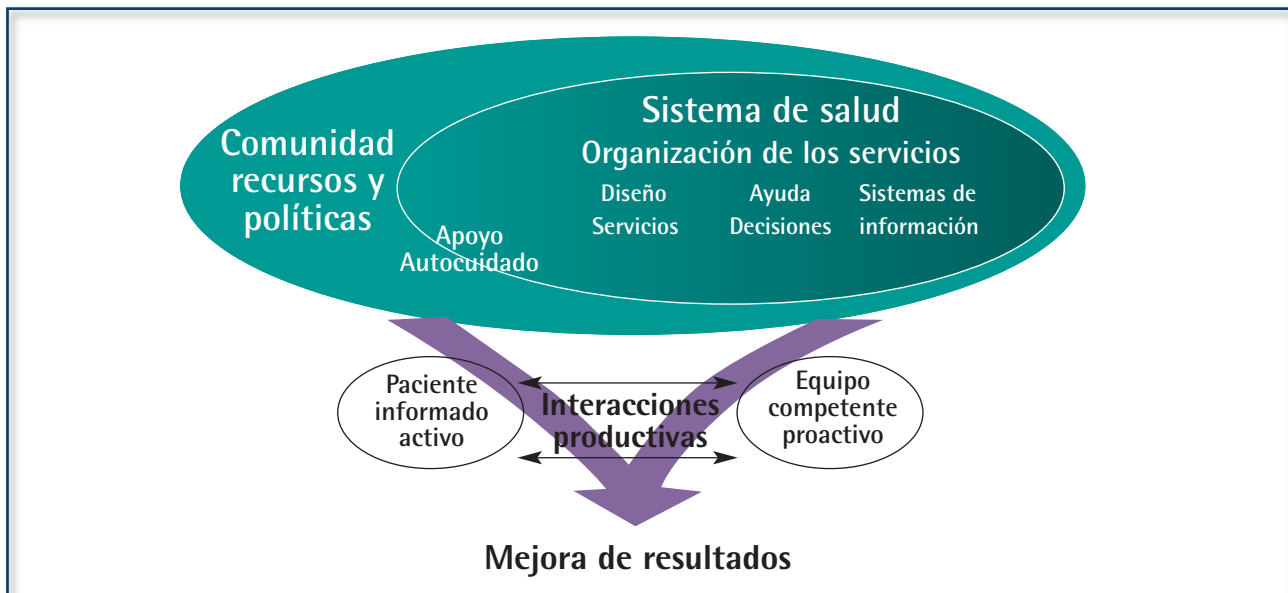


Figura 1. Componentes del *Chronic Care Model*

ganización Kaiser Permanente (KP) de EE.UU. Este modelo, imbuido de muchos elementos del CCM, estratifica la población susceptible de recibir atención por procesos crónicos en tres niveles, con arreglo a su grado de complejidad y comorbilidad y el uso de recursos (Figura 2).

La propuesta de este modelo es organizar la atención de los pacientes crónicos en función de la complejidad del caso y, por tanto, disponer la utilización de recursos con arreglo a la misma. La mayoría de pacientes crónicos tienen un nivel de complejidad que puede ser manejado potenciando el apoyo para el autocuidado y el empoderamiento de su capacidad para manejar su enfermedad (base de la pirámide de riesgo). A continuación se encontraría el colectivo de sujetos con morbilidad intermedia y alto riesgo de complicaciones, que entrarían en los planes clásicos de gestión de enfermedades, orientados a una atención estructurada por procesos, desplegando intervenciones sustentadas en guías de práctica y sistemas de ayuda a la toma de decisiones, llevadas a cabo por equipos multidisciplinares bien coordinados a lo largo de los distintos niveles de atención. En la cúspide estarían los pacientes crónicos complejos, con alto nivel de comorbilidad y consumo de servicios, que requieren múltiples proveedores y entornos (con frecuencia ajenos al sistema sanitario), así como una adecuada coordinación y acceso a los mismos, siendo la gestión de casos el modelo de intervención propuesto para satisfacer estas necesidades (32-35).

Otros modelos más específicos encaminados a colectivos de pacientes más concretos han sido desarrollados como el *Strenght Model* en Salud Mental (36), el modelo PACE para

ancianos frágiles (37) o, más recientemente, el Modelo *Guided Care* de Boulton y cols, sustentado en la gestión de casos por enfermeras de práctica avanzada para pacientes crónicos complejos, que ha mostrado importantes efectos en la calidad de la atención proporcionada (38).

A lo largo de estos modelos y de las distintas experiencias publicadas en la literatura se han identificado múltiples intervenciones (39-48) que se resumen en la Tabla 1.

Como consecuencia del desarrollo de estos modelos se ha avanzado bastante en la búsqueda de sistemas de predicción que permitan adecuar cursos de acción en función de los riesgos. Instrumentos como el *Combined Predictive Model* (49), *PRA-Tool* (50), el SPARRA (51), el PARR (52), o el desarrollado recientemente en Cataluña (53) tratan de predecir riesgos de reingreso en grupos de pacientes crónicos complejos, con variables como la edad, el sexo, la comorbilidad, los ingresos previos, entre otras.

A pesar de los avances que se han hecho en esta línea quedan algunas barreras de corte metodológico que han dificultado la evaluación exhaustiva en muchos casos. Uno de los escollos más difíciles es la variedad de intervenciones que se han probado, la mayoría de las veces, de carácter multicomponente, muchas veces sin el suficiente rigor metodológico que garantizase una adecuada descripción y control de elementos como la cantidad, intensidad y frecuencia de la intervención, tipos de proveedores, homogeneidad de los destinatarios. Como resultado, la comparabilidad y la identificación de la atribución causal que da lugar a los distintos efectos, resulta laboriosa, cuando no imposible de determinar en muchos estudios (54). Existen pro-

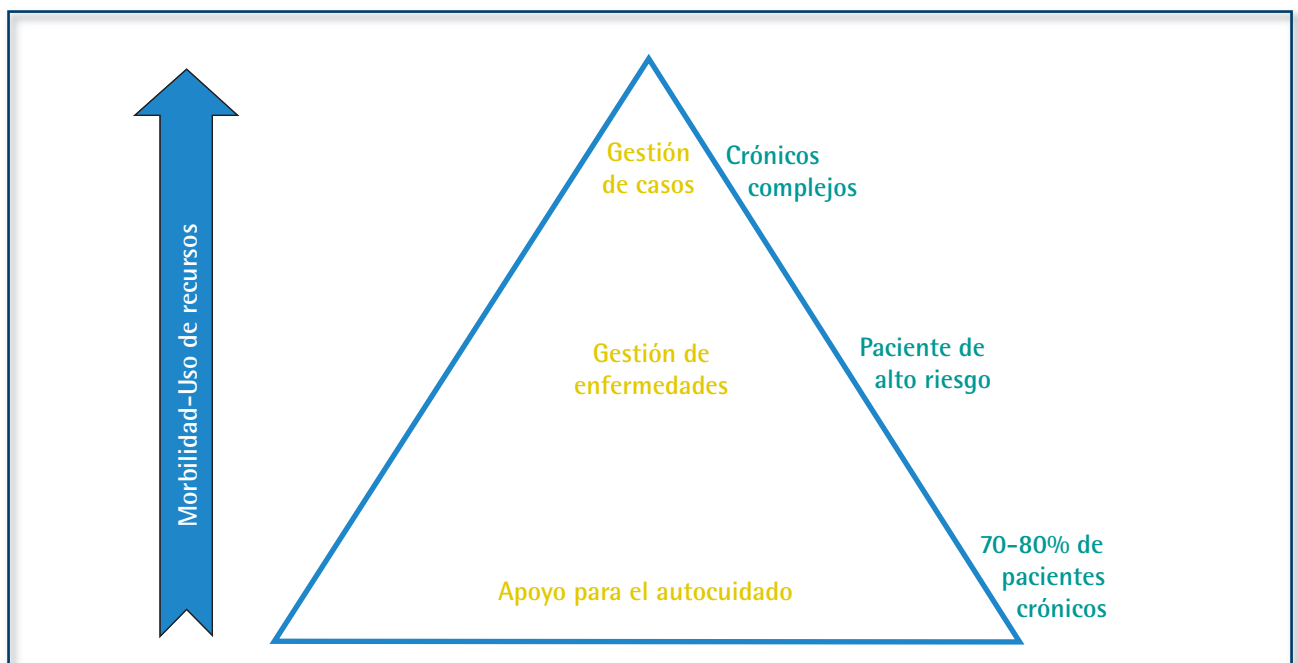


Figura 2. Niveles del Modelo Kaiser permanente

Tabla 1. Dimensiones del CCM e intervenciones enfermeras mediante práctica avanzada

Dimensión	Intervenciones
Apoyo al autocuidado y emponderamiento de los pacientes	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumentos e información empleada en formato grupal o individual para la educación en el autocuidado • Diagnóstico y planificación de cuidados en respuestas humanas directamente relacionadas con el autocuidado • Ayuda para la resolución de problemas para el autocuidado • Entrevista motivacional • Identificación y potenciación de activos de salud en la persona y su entorno de cuidado • Apoyo a la familia y cuidadores
Sistema de ayuda para la toma de decisiones	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración multidimensional • Utilización rutinaria de Guías de Práctica Clínica para las decisiones sobre el cuidado de pacientes crónicos • Sistemas de alerta y recordatorio en registros electrónicos • Sistemas de registro estructurado para determinados procesos o situaciones • Consultoría con proveedores para problemas específicos al hilo de la atención
Diseño de los sistemas de provisión	<ul style="list-style-type: none"> • Redefinición de entornos de atención (potenciación de la atención domiciliaria, aumento de la capacidad de resolución de AP, entre otros) • Atención sin fisuras: garantizar la fiabilidad de la continuidad asistencial. Planificación anticipada de las altas hospitalarias • Redefinición de roles profesionales: garantizar la toma efectiva de decisiones por los profesionales mejor situados para ello, en cada situación. Incorporación de intervenciones de efectividad probada que implican expansión o sustitución de roles y funciones. Redistribución de carteras de servicios entre AP y hospitalaria, entre proveedores, entre agentes • Trabajo colaborativo con equipos multiprofesionales, tratando de proporcionar un enfoque holístico que cubra necesidades físicas, emocionales y sociales del paciente y su familia, con información a otros profesionales sobre cambios en la situación • Regulación y monitorización de dosis de fármacos y del cumplimiento terapéutico • Solicitud de pruebas • Eliminación de actividades sin valor añadido para el resultado global del proceso • Apoyo en vías clínicas y procesos bien definidos entre todos los agentes implicados • Seguimiento proactivo estructurado (apoyado o no en medios tecnológicos) en la comunidad/domicilio, con contactos frecuentes
Recursos de la comunidad	<ul style="list-style-type: none"> • Potenciación de agentes y recursos de la comunidad para la promoción del autocuidado y la modificación de estilos de vida • Utilización de grupos de apoyo, asociaciones de pacientes • Comunidades virtuales de pacientes • Identificación y potenciación de activos de salud de la comunidad
Apoyo organizacional	<ul style="list-style-type: none"> • Refuerzo del liderazgo de la enfermera de práctica avanzada en la atención a personas con procesos crónicos • Integración funcional de determinados servicios entre niveles (Atención Primaria-Hospitalaria) e Instituciones (sociales y de salud), con proveedores "híbridos" capaces de coordinar entornos, recursos y profesionales
Sistemas de información	<ul style="list-style-type: none"> • Sistema de registro electrónico, compartido entre Atención Primaria y Hospitalaria

Tabla 1. Dimensiones del CCM e intervenciones enfermeras mediante práctica avanzada (cont.)

	<ul style="list-style-type: none"> • Sistemas de detección, predicción y estratificación de riesgo en pacientes complejos • Explotación de registros de pacientes • Sistemas inteligentes de planificación, revisión y seguimiento de pacientes • Acceso remoto de pacientes a su historia y determinados servicios (gestión de citas, renovación de prescripciones, consulta <i>on line</i> con proveedores, etc.) • Utilización de sistemas electrónicos de transmisión de información (imágenes, datos de salud) y teleatención
--	---

Tabla 2. Áreas competenciales de *Community Matrons* en el Reino Unido

	<ul style="list-style-type: none"> • Liderar la coordinación de pacientes complejos a lo largo del <i>continuum</i> asistencial • Práctica clínica avanzada • Manejo proactivo de procesos crónicos complejos • Valoración multidimensional, diagnóstico y planificación de intervenciones • Capacidad para identificar pacientes de alto riesgo y para manejar sistemas de ayuda a la toma de decisiones y sistemas de información • Capacidad para proporcionar apoyo para el autocuidado, la educación de pacientes y la promoción de salud en situaciones de complejidad y multimorbilidad • Manejo de deterioro cognitivo y problemas de salud mental • Prescripción farmacológica independiente y colaborativa • Manejo del régimen terapéutico y de la adherencia del paciente • Manejo de cuidados al final de la vida • Excelencia en la práctica en entornos comunitarios y domiciliarios • Liderazgo profesional que incluya: práctica autónoma, aprendizaje autodirigido, gestión de incertidumbre y grandes habilidades de comunicación y de trabajo en equipo
--	---

puestas metodológicas que permiten sortear con éxito estas debilidades y actualmente nuestro grupo de investigación tiene en curso un estudio para el diseño de un modelo de gestión de casos en procesos crónicos complejos, desde estas premisas (55).

No obstante, sí parece claro que la garantía del éxito en la reorientación de los Servicios de Salud hacia la atención a crónicos pasa por actuar en varios frentes a la vez, con especial énfasis en el desarrollo de programas de autocuidado, la potenciación de la gestión de casos y el fortalecimiento de la Atención Primaria, junto con la armonización de políticas y estrategias (7).

La posición de la enfermera en la atención a crónicos: redefinición de roles y el liderazgo como soporte para la atención integral

Con una sola ojeada a la naturaleza del problema al que se enfrentan los servicios de salud y los requisitos para el desarrollo de estrategias de éxito, la posición de la enferme-

ra parece clave en muchos aspectos. La enfermera parte de un enfoque conceptual –orientado ya desde su formación universitaria– hacia la atención integral y la visión holística de la persona. Además, su juicio clínico y planificación están encaminados hacia el autocuidado y el fortalecimiento de capacidades de la persona, mediante la promoción y la educación, además de ejercer como agente clave en los procesos de continuidad asistencial, seguimiento domiciliario y de promoción de salud (56).

Por otra parte, las evidencias sobre el impacto de los roles de práctica avanzada en el caso de las enfermedades crónicas son muy alentadoras y muestran una alta capacidad de abordaje de distintas situaciones clínicas con gran efectividad. La utilización de enfermeras de práctica avanzada como proveedores principales (*nurse practitioners*, gestoras de casos, centros ambulatorios guiados por enfermeras, etc.), da cobijo a un espectro de intervenciones muy amplio y en absoluta coherencia conceptual con el CCM (Tabla 1). Un estudio reciente ha mostrado su garantía en la sostenibilidad de este modelo en pacientes diabéticos, insuficiencia cardiaca e hipertensos, siendo el proveedor más influyente en

La cronicidad compleja, junto con el envejecimiento poblacional, el incremento de la dependencia, etc., generan problemas nuevos o hacen aflorar nuevas dimensiones de cuestiones tradicionales

tres de los componentes del mismo: autocuidado, apoyo a las decisiones y rediseño del sistema de provisión (57).

La enfermera comunitaria con funciones de práctica avanzada es una de las que mejor situada está para liderar esta reorientación de los servicios, ya que reúne muchas de los requisitos necesarios para asumir una cartera de pacientes de estas características. Pese a que la descripción de modelos de práctica avanzada también arroja bastante heterogeneidad, sí hay algunos elementos clave que aparecen en la mayoría de propuestas a nivel internacional. En la Tabla 2 se detallan, a modo de ejemplo, algunas de las competencias establecidas para las *Community Matrons* en el Reino Unido (58), muchas de las cuales han sido incorporadas ya en experiencias de gestión de casos en nuestro medio (59).

Esto no quita que la contribución del resto de miembros del equipo asistencial y de otros entornos (social, comunitario, etc.) no tengan un papel crucial, sino más bien todo lo contrario: la reorientación desde una perspectiva integral aumenta su capacidad de resolución e intervención, ya que la gestión de casos, junto con otras medidas que aportan los modelos de atención a crónicos, "acercan" al paciente a los proveedores que necesita, en cada momento de su larga travesía con su condición compleja. De hecho, el estudio ENMAD realizado en Andalucía mostró cómo aumentaba el número de intervenciones del equipo multiprofesional con la incorporación de la gestión de casos (59).

Nuestros servicios de salud no tienen que realizar grandes despliegues de carácter revolucionario. La verdadera innovación reside en que sean capaces de integrar muchas de las acciones que ya existen y que adecuadamente coordinadas, proporcionan suficientes elementos para hacer frente a este enorme reto. Se trata de reenfocar la utilización de los recursos existentes y ubicarlo todo en un modelo global que dé sentido y guíe el despliegue de medidas para los profesionales, para la ciudadanía y para los desarrolladores de políticas de salud.

Bibliografía

- [1] Organización Mundial de la Salud. Prevención de las enfermedades crónicas. Una inversión vital. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2005.
- [2] Yach D, Hawkes C, Gould L, Hofman KJ. The Global Burden of Chronic Diseases Overcoming Impediments to Prevention and Control. *JAMA* 2004; 291: 2616-2622.
- [3] Alwan A, MacLean D, Mandil A. Assessment of National Capacity for Non-communicable Disease Prevention and Control. Geneva: World Health Organization; 2001.
- [4] Ministerio de Sanidad y Política Social. Encuesta de Establecimientos en Régimen de Internado. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2008.
- [5] Suárez F, Oterino de la Fuente D, Peiró S et ál. Factores asociados con el uso y adecuación de la hospitalización en personas mayores de 64 años. *Rev Esp Salud Pública* 2001; 75: 237-248.
- [6] Ministerio de Sanidad y Política Social. INE. Encuesta Nacional de Salud de España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2006.
- [7] Ham C. Chronic Care In The English National Health Service: Progress And Challenges. *Health Affairs* 2009; 28(1): 190-201.
- [8] Miravittles M, Soriano JB, García-Río F, Muñoz L, Durán-Tauleria E, Sánchez G et ál: Prevalence of COPD in Spain: impact of undiagnosed COPD on quality of life and daily life activities. *Thorax* 2009; 64(10): 863-868.
- [9] Miravittles M, Figueras M. El coste de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en España. Opciones para una optimización de recursos. *Arch Bronconeumol* 2001; 37: 388-393.
- [10] Anto JM. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol* 2003; 39(3): 7-11.
- [11] Rodríguez Artalejo F, Banegas JR, Guallar Castellón P. Epidemiología de la Insuficiencia Cardíaca. *Rev Esp Cardiol* 2004; 57(2): 163-70.
- [12] Boix-Martínez R, Almazán Isla J, Medrano Albero MJ. Mortalidad por insuficiencia cardíaca en España: 1977-1998. *Rev Esp Cardiol*. 2002; 55(3): 219-26.
- [13] Goday A. Epidemiología de la diabetes y sus complicaciones no coronarias. *Rev Esp Cardiol*. 2002; 55(6): 657-670.

- [14] Bellón JA, Moreno-Küstner B, Torres-González F et al. Predicting the onset and persistence of episodes of depression in primary health care. The predictD-Spain study: methodology. *BMC Public Health* 2008; 8(8): 256.
- [15] Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESE-MeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004; (420):21-27.
- [16] Carmona L, Villaverde V, Hernández-García C, Ballina J, Gabriel R, Laffon A. The prevalence of rheumatoid arthritis in the general population of Spain. *Rheumatology* 2002; 41(1): 88-95.
- [17] Gili M, Comas A, García-García M, Monzón S, Antoni S, Roca M. Comorbidity between common mental disorders and chronic somatic diseases in primary care patients. *Gen Hosp Psychiatry* 2010; 32(3): 240-245.
- [18] Costa GR, Berjón MF, Mochales JA, Maleras RG, Laso AR, Vasallo MD. Características epidemiológicas de la pluripatología y su influencia en la utilización de servicios sanitarios a partir de una encuesta de salud. *Rev Esp Salud Pública* 2009; 83(6): 835-46.
- [19] Bengoa R. Empantanados. *Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada* 2008; 1(1). [En línea] [fecha de acceso: 25 de octubre de 2010] URL disponible en: <http://pub.bsalt.net/risai/vol1/iss1/8>.
- [20] Coleman EA, Mahoney E, Parry C. Assessing the quality of preparation for posthospital care from the patient's perspective: the care transitions measure. *Med Care* 2005; 43(3): 246-55.
- [21] Morilla Herrera JC, Martín Santos FJ, Morales Asencio JM, Gonzalo Jiménez E. Oportunidades para la Atención Integral. *Enferm Comunitaria [Edición digital]* 2005; 1(2). [En línea] [fecha de acceso: 25 de octubre de 2010] URL disponible en: <http://www.index-f.com/comunitaria/2/a37-48.php>
- [22] Murray E, Burns J, See Tai S, Lai R, Nazareth I. Programas de comunicación sanitaria interactiva para personas con enfermedades crónicas (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus* 2006; nº 1. Oxford: Update Software Ltd.
- [23] Wagner EH. Managed care and chronic illness: health services research needs. *Health Serv Res* 1997; 32: 702-14.
- [24] Epping-Jordan JE, Pruitt SD, Bengoa R, Wagner EH. Improving the quality of health care for chronic conditions. *Qual Saf Health Care* 2004; 13: 299-305.
- [25] Tsai AC, Morton SC, Mangione CM, Keeler EB. A meta-analysis of interventions to improve care for chronic illnesses. *Am J Manag Care* 2005; 11(8): 478-88.
- [26] Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *JAMA* 2002; 288(15): 1909-14.
- [27] Barr VJ, Robinson S, Marin-Link B et al. The expanded chronic care model: an integration of concepts and strategies from population health promotion and the chronic care model. *Hosp Q* 2003; 7(1): 73-82.
- [28] Supporting People with Long Term Conditions. An NHS and Social Care Model to Support Local Innovation and Integration. London: The Stationery Office; 2005.
- [29] Carrier J. Managing long-term conditions and chronic illness in primary care. A guide to good practice. London. Routledge Taylor & Francis; 2009.
- [30] Kane RL, Keckhafer G, Flood S, Bershadsky B, Siadaty MS. The effect of Evercare on hospital use. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51(10): 1427-34.
- [31] Gravelle H, Dusheiko M, Sheaff R, Sargent P, Boaden R, Pickard S, Parker S, Roland M. Impact of case management (Evercare) on frail elderly patients: controlled before and after analysis of quantitative outcome data. *BMJ* 2007; 334: 31.
- [32] Bengoa R, Nuño R. Curar y cuidar. Innovación en la gestión de las enfermedades crónicas: una guía práctica para avanzar. Barcelona: Elsevier-Masson; 2008.
- [33] Strandberg-Larsen M, Schiøtz M, Silver J, Frølich A, Andersen J, Graetz I et al. Is the Kaiser Permanente model superior in terms of clinical integration? A comparative study of Kaiser Permanente, Northern California and the Danish healthcare system. *BMC Health Services Research* 2010; 10(1): 91.
- [34] Frølich A, Schiøtz ML, Strandberg-Larsen M, Hsu J, Krasnik A, Diderichsen F, Bellows J, Søgaard J, White K. A retrospective analysis of health systems in Denmark and Kaiser Permanente. *BMC Health Services Research* 2008; 8: 252.
- [35] Smith SM, Allwright S, O'Dowd T. Efectividad de la atención compartida en el punto de enlace entre la atención primaria y especializada en el tratamiento de enfermedades crónicas (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus* 2008; nº 1. Oxford: Update Software Ltd.
- [35] Fast B, Chapin R. The strengths model in long-term care: linking cost containment and consumer empowerment. *J Case Manag* 1996; 5(2): 51-7.
- [37] Mui AC. The Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE): an innovative long-term care model in the United States. *J Aging Soc Policy* 2001; 13(2-3): 53-67.
- [38] Boulton C, Reider L, Frey K, Leff B, Boyd CM, Wolff JL, Wegener S, Marsteller J, Karm L, Scharfstein DO. Early Effects of Guided Care on the Quality of Health Care for Multimorbid Older Persons: A Cluster-Randomized Controlled Trial. *J Gerontol Med Sci* 2008; 63A(3): 321-327.
- [39] Weingarten SR, Henning JM, Badamgarav E et al. Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness which ones work? Meta-analysis of published reports. *BMJ* 2002; 325: 925.
- [40] Smith B, Appleton S, Adams R, Southcott A, Ruffin R. Atención domiciliaria con enfermería de extensión para la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus* 2008; nº 1. Oxford: Update Software Ltd.
- [41] Whellan DJ, Hasselblad V, Peterson E, O'Connor CM, Schulman KA. Metaanalysis and review of heart failure disease management randomized controlled clinical trials. *Am Heart J* 2005; 149(4): 722-9.
- [42] Jaarsma T, Van der Wal MH, Lesman-Leegte I et al. Coordinating Study Evaluating Outcomes of Advising and Counseling in Heart Failure (COACH) Investigators. Effect of moderate or intensive disease management program on outcome in patients with heart failure: Coordinating Study Evaluating Outcomes of Advising and Counseling in Heart Failure (COACH). *Arch Intern Med* 2008; 168(3): 316-24.
- [43] Effing T, Monnikhof EM, van der Valk PDLPM, van der Palen J, van Herwaarden CLA, Partidge MR, Walters EH, Zielhuis GA. Educación en autocuidado para pacientes con enfermedad pulmonar

- obstructiva cr3nica (Revisi3n Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus 2008; n3 1. Oxford: Update Software Ltd.
- [44] Turnock AC, Walters EH, Walters JAE, Wood-Baker R. Planes de acci3n para la enfermedad pulmonar obstructiva cr3nica (Revisi3n Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus 2008; n3 1. Oxford: Update Software Ltd.
- [45] Adams SG, Smith PK, Allan PF, Anzueto A, Pugh JA, Cornell JE. Systematic Review of the Chronic Care Model in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Prevention and Management. *Arch Intern Med* 2007; 167(6): 551-561.
- [46] Morales Asencio JM, Sarri3 Santamera A. Modelos alternativos de atenci3n para pacientes con insuficiencia cardiaca: revisi3n sistem3tica. *Rev Cal Asist* 2006; 21(1): 51-59.
- [47] Lorig KR, Ritter P, Stewart AL, Sobel DS, Brown BW Jr, Bandura A et al. Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilisation outcomes. *Med Care* 2001; 39: 1217-23.
- [48] Richardson G, Kennedy A, Reeves D, Bower P, Lee V, Middleton E, Gardner C, Gately C, Rogers A. Cost effectiveness of the Expert Patients Programme (EPP) for patients with chronic conditions. *J Epidemiol Community Health* 2008; 62(4): 361-7.
- [49] Kings Fund, Health Dialogu, NY University. Combine Predictive Model. Final Report. 2006
- [50] Pacala JT, Boulton C, Reed RL, Aliberti E. Predictive validity of the Pra instrument among older recipients of managed care. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45(5): 614-7.
- [51] SPARRA: Scottish patients at risk of readmission and admission. Edinburgh (United Kingdom): National Services Scotland. National Health Services (NHS); 2006.
- [52] Billings J, Dixon J, Mijanovich T, Wennberg D. Case finding for patients at risk of readmission to hospital: development of algorithm to identify high risk patients. *BMJ* 2006; 333(7563): 327.
- [53] Rajmil L, L3pez Aguil3 S. Desenvolupament d'un model predictiu d'ingressos i reingressos hospitalaris no programats a Catalunya. Barcelona: Ag3ncia d'Avaluaci3 de Tecnologia i Recerca M3diques. Servei Catal3 de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2010.
- [54] Morales Asencio JM. Investigaci3n en implementaci3n de servicios enfermeros de atenci3n a pacientes cr3nicos y dependientes. *Index Enferm* 2009; 18(4): 249-257.
- [55] Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth A, Sandercock P, Spiegelhalter D, et al. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ* 2000; 321: 694-6.
- [56] Cumbie S, Conley V, Burman M. Advanced Practice Nursing Model for Comprehensive Care With Chronic Illness: Model for Promoting Process Engagement. *Adv Nurs Science* 2004; 27(1), 70-80.
- [57] Watts SA, Gee J, O'Day ME, Schaub K, Lawrence R, Aron D, Kirsh S. Nurse practitioner-led multidisciplinary teams to improve chronic illness care: the unique strengths of nurse practitioners applied to shared medical appointments/group visits. *J Am Acad Nurse Pract* 2009; 21(3): 167-72.
- [58] Department of Health. Caring for people with long term conditions: an education framework for community matrons and case managers. United Kingdom; 2006. [En l3nea] [fecha de acceso: 25 de octubre de 2010] URL disponible en: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4133997
- [59] Morales Asencio JM, Gonzalo Jim3nez E, Martin Santos FJ, Morrilla Herrera JC, Celdr3n Mañas M, Carrasco AM et al. Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study. *BMC Health Serv Res* 2008; 8: 193.