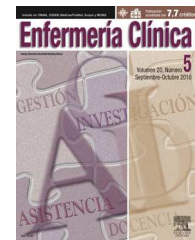




Enfermería Clínica

www.elsevier.es/enfermeriaclinica



ARTÍCULO ESPECIAL

Atención a la cronicidad: desafío estratégico, macrogestión y políticas de salud



Patricia Gómez-Picard* y Juli Fuster-Culebras

Atención Primaria de Mallorca, Unitat Bàsica Badia Gran, (C.S. Trencadors), Llucmajor, Illes Balears, España

Recibido el 17 de octubre de 2013; aceptado el 4 de diciembre de 2013

Disponible en Internet el 31 de diciembre de 2013

PALABRAS CLAVE

Enfermedades crónicas;
Planificación sanitaria;
Práctica basada en la evidencia;
Continuidad de la atención al paciente;
Competencia profesional;
Administración sanitaria

KEYWORDS

Chronic disease;
Health planning;
Evidence-based practice;
Continuity of patient care;
Professional competence;

Resumen La prevalencia de las enfermedades crónicas va en aumento, hecho que condiciona mayores necesidades de atención para las personas que las sufren.

Obliga a reorientar el sistema sanitario, centrado hasta ahora en la atención a patologías agudas, para lograr una atención eficiente. Para ello es necesario trabajar en todos los niveles, empezando por las decisiones políticas. Estas deberán estar basadas en decisiones técnicas y en las evidencias científicas disponibles.

La planificación sanitaria se revela imprescindible para establecer las estrategias de atención, definiendo las acciones que garantizan la coordinación y la continuidad asistencial, así como la redefinición de roles profesionales, donde las enfermeras de atención primaria asuman más competencias, convirtiéndose en profesionales clave en la atención al paciente crónico. El nuevo modelo debe incluir la profesionalización de la gestión de los servicios sanitarios.

Las tecnologías de la información y comunicación desempeñarán un papel importante en el desarrollo de las estrategias, aunque considerándolas como las herramientas que son, permitiendo siempre que sea el paciente el eje central de la atención y garantizando la intimidad y confidencialidad.

© 2013 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Care of the chronically ill: Strategic challenge, macro-management and health policies

Abstract The prevalence of chronic diseases is increasing, with the patients who suffer from them having greater need for healthcare.

This fact forces a redirection in the health system, currently focused on the acute diseases, to achieve an efficient care. For this reason, it is necessary to work at all levels, starting with political decisions. These decisions should be based on the technical and scientific evidence available.

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: patgompic@gmail.com (P. Gómez-Picard).

Health services administration

Health planning is essential to establish care strategies, defining the actions to ensure the coordination and continuity of care, and also the redefinition of professional roles, where primary care nurses assume more competencies, becoming key professionals in the care of the chronic patient. The new model should include the professionalization of the management of health services.

Information and communication technologies will play an important role in the development of strategies, but considering them as the tools that they are, allowing for the patient to be the focus of attention, and ensuring the privacy and the confidentiality.

© 2013 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La prevalencia de enfermedades crónicas en las sociedades avanzadas va en aumento debido a múltiples factores entre los que cabe destacar: el aumento de la esperanza de vida y los cambios en los hábitos de vida.

Cuando a un paciente se le diagnostica una enfermedad crónica implica la interrupción o modificación de las actividades rutinarias anteriores, cambios en la percepción de sí mismo, la readaptación al entorno social, la redefinición del papel que representan los individuos en la sociedad y la protección de la propia identidad ante la amenaza del estigma¹.

El modelo de atención curativa, de contactos episódicos y centrados en procesos agudos no es el más adecuado para el paciente crónico. La respuesta a la cronicidad pasa por un enfoque integral, intervenciones preventivas, coordinación intersectorial sociosanitaria e implicación activa del paciente, cuidador/a y familia².

La atención al enfermo crónico debe modificarse, tratando de prevenir las complicaciones que de las enfermedades se derivan, a la vez que debe ofrecer una atención sanitaria holística, integral y multidisciplinar.

Diferentes países y organizaciones están abordando la atención a este tipo de pacientes en un entorno de atención integrada, como son por ejemplo el Kaiser Permanente y Veterans Health Administration, entre otras. También el National Health Service británico está destinando muchos y crecientes esfuerzos para su identificación a través del análisis de los sistemas de información ya existentes y la introducción de modelos de atención proactiva de gestión de casos. En Suecia, Holanda y Dinamarca también existen diferentes proyectos de atención integrada donde la atención al paciente crónico tiene un papel muy relevante. Se está ante un escenario que exige dar respuesta a estos nuevos retos pero «de manera diferente»³.

En nuestro país se han formulado estrategias de atención a la cronicidad con mayor o menor desarrollo⁴⁻⁸.

El impulso debe ser prioritario a nivel de decisión política para: planificar estrategias que tengan propuestas claras de coordinación y continuidad asistencial; definir claramente las competencias y roles de todos los profesionales; incorporar herramientas de tecnologías de la información y la comunicación (TICs); utilizar siempre la evidencia científica disponible e impulsar la gestión basada en la evidencia.

Decisiones políticas y salud de los ciudadanos

En diciembre de 2010, el Consejo de la Unión Europea (EBSCO Council) adoptó una serie de conclusiones en relación al desarrollo de planes de actuación que disminuyan el impacto de las enfermedades crónicas en Europa, que se recogen en el documento *Innovative approaches for chronic diseases in public health and health care systems*, basado en la Conferencia Ministerial del Consejo de la Unión Europea.

En España, corresponde fijar las prioridades al Ministerio y a las Consejerías de Salud. Estas deben ser las plasmadas previamente en los respectivos programas políticos. En todo caso, el fin último deberá ser alcanzar unos buenos resultados en salud, obtenidos mediante la gestión eficiente, y destinando los recursos necesarios para lograrlo.

En una situación de descentralización administrativa, donde las comunidades autónomas son responsables de la formulación y la ejecución de los planes de atención a los mayores, es importante conocer su orientación y contenidos para saber qué prioridades de intervención o áreas de interés tienen, en qué lugar de su agenda política se recogen, y si hay diferencias importantes que condicionen la equidad del Sistema Nacional de Salud (SNS)⁹.

La voluntad política de afrontar el reto de la atención a la cronicidad se revela indispensable. A partir de aquí una serie de acciones serán imprescindibles:

- Repensar y planificar el modelo.
- Desarrollar las estrategias de atención, con consenso y basadas en la evidencia.
- Facilitar la formación de todos los que van intervenir: profesionales, pacientes y cuidadores.
- Introducir las herramientas necesarias para garantizar una adecuada coordinación entre niveles, siendo las TIC un buen instrumento de ayuda.

No obstante, existen limitaciones claras en el desarrollo de estas acciones, limitaciones que deben ser combatidas con energía. Entre ellas podemos destacar las políticas indiscriminadas de recortes^{10,11}, sin planificación sanitaria previa (solo presupuestaria), ni análisis riguroso a medio y largo plazo de las consecuencias en salud.

El objetivo de las actuales políticas sanitarias parece estar exclusivamente orientado a la contención del gasto. Los dogmas de fe y paradigmas, generalmente tampoco

basados en la evidencia, como la afirmación «nuestro sistema de salud es insostenible», son otro ejemplo del escaso análisis planificador, o lo que es peor, de la manipulación política para justificar determinadas decisiones.

Asimismo, parece existir la necesidad de obtener «beneficios» a corto plazo, provocando una escasa planificación a medio y largo plazo. La construcción acelerada de centros sanitarios (incluso hospitales) es un ejemplo de ello^{10,11}. También la falsa necesidad política de colocar en puestos de responsabilidad a personas sin formación ni experiencia. Ello conduce a una falta de profesionalización de la gestión y al despilfarro que supone tener a profesionales formados sin ejercer.

Finalmente destacaremos que la falta de planificación y evaluación condiciona que el dinero gastado en actividades innecesarias sea dinero despilarrado, así como el destinado a prácticas inefectivas (como la prescripción de estatinas en la mayoría de los casos de prevención primaria de la muerte por cardiopatía isquémica), aquellas en las que el balance beneficio-riesgo se escora hacia el segundo (cualquier cirugía electiva en un paciente no elegible), las prescindibles por innecesarias (como un tercio de los tratamientos antibióticos ambulatorios), las potencialmente «cosméticas» (como la operación estética de varices), las eficaces con alternativas más coste-efectivas que deberían ser consideradas previamente (p. ej., la mitad de los tratamientos de osteoporosis), y las intervenciones efectivas pero con una relación beneficio-riesgo incierta para el caso de los pacientes de dudosa indicación (como las cirugías de cadera, rodilla o cataratas)¹⁰.

La búsqueda de la eficiencia debe orientarse hacia la realización de intervenciones más coste-efectivas como primera opción de tratamiento, garantizando una adecuada relación riesgo-coste-beneficio¹⁰.

El mayor riesgo añadido a las intervenciones sanitarias está relacionado con las políticas indiscriminadas de recortes que parecen ajenas a los verdaderos problemas estructurales del sistema y que parecen ir acompañadas de una huida hacia delante, solventando los problemas de financiación a corto plazo mediante oportunistas colaboraciones público-privadas para intentar maquillar el déficit y que hipotecan todavía más el futuro del sistema sanitario¹¹.

Afortunadamente, si en lugar de mirar actos medimos el impacto que tienen en la cantidad y la calidad de vida, el panorama resultante es más satisfactorio: los servicios sanitarios valen lo que cuestan. Aumenta la cantidad y la calidad de vida conseguida pero también lo que un país dedica a sus servicios sanitarios con unas mejoras de productividad pequeñas, muy pequeñas e insuficientes para evitar que cada año debamos trabajar más días para mantener los servicios sanitarios¹².

También es una obligación política posibilitar que los profesionales que intervienen en la salud de las personas tengan a su alcance la formación, información, tecnología y, en definitiva, una mayor capacitación para tomar las mejores decisiones, las más eficientes en cada momento. El objetivo debe ser organizar la atención para la población con equipos altamente competentes.

La planificación imprescindible para definir estrategias

¿Podemos decir hasta ahora que los planes, políticas y estrategias han sido bien trazados y definidos? ¿Cuál es el nivel de implementación de las políticas de salud? ¿Conocen todos los «actores» del sistema sanitario las estrategias?

Desde las Consejerías y Servicios de Salud es necesario que profesionales altamente cualificados definan las estrategias a seguir en función de las necesidades de los ciudadanos y la racionalización de los recursos.

El perfil del paciente está cambiando, el patrón de enfermedades está cambiando, pero el sistema de salud no. No está sincronizado con las prioridades ni las necesidades de hoy. El desfase entre lo que hacemos y lo que se necesita se hará mayor si no se desarrollan unas políticas activas de reforma del sector sanitario¹³.

El reto de la atención a la cronicidad desde una perspectiva holística debe motivar el consenso de múltiples actores, contando con la participación tanto profesional como ciudadana, representada en la mayoría de los casos por asociaciones.

Para alcanzar una mayor eficiencia sería necesario reorientar el sistema, reformar la atención primaria y revisar las actuales competencias profesionales.

La no profesionalización de la gestión y la ausencia de órganos colegiados de gobierno en las instituciones y centros del SNS, ante los que deban responder los gestores, provocan la consiguiente politización e inestabilidad de los directivos sanitarios. Así, estos poseen un horizonte temporal incierto y generalmente corto, que favorece la escasa planificación en el SNS¹⁴. Además los directivos sanitarios son elementos clave para asegurar la transmisión de las políticas de salud, estrategias y objetivos a todos los profesionales implicados en la salud de las personas y en algunos casos a la población. En la gestión sanitaria no debería caber la improvisación.

La coordinación y continuidad asistencial: tan deseadas y a la vez distantes

Desde los niveles de macro y mesogestión, para una correcta atención a las personas no puede pensarse únicamente en el ámbito sanitario, ni en una única etapa de la vida. Es imprescindible la coordinación con los distintos ámbitos: servicios sociales, educativos y comunitarios. Y también entre todos los profesionales implicados: enfermeras, trabajadores sociales, médicos, etc. de los diferentes niveles asistenciales: atención primaria como eje director del proceso, atención hospitalaria y sociosanitaria. El concepto y la realidad de la continuidad de la atención cruza los límites disciplinarios y organizativos¹⁵, aunque viendo la lentitud de los avances podemos concluir que no es fácil.

Se considera que sin coordinación es difícil lograr alguno de los objetivos básicos de los sistemas de salud, como la continuidad de cuidados, mejora continua de la calidad, resolución de problemas en el nivel adecuado, equidad (prestación de cuidados ajustados según necesidad) y eficiencia (uso adecuado de los recursos)¹⁶.

Se identifican 3 tipos de continuidad en cada disciplina profesional: la informativa hace referencia al proceso clínico; la gestora, por la importancia que adquiere la

interrelación de diferentes servicios asistenciales; y la relacional (interprofesional), que se centra en establecer mecanismos de relación entre los diferentes profesionales¹⁵. Proyectos como la receta electrónica y la historia clínica única, desarrollados en parte del estado español, han significado claras propuestas de mejora en la atención sanitaria a la población.

Las alternativas de coordinación deben ser evaluadas en función del coste de oportunidad, con una definición de indicadores de calidad que permitan medir los resultados en salud de la población. Introducir a la enfermera gestora de casos en el ámbito de la atención primaria y hospitalaria supone un reto y una clara medida eficiente respecto a otros mecanismos de coordinación. Las estrategias conjuntas de intervención entre el sistema sanitario y social garantizan una adecuada coordinación, planificación y evaluación de resultados, centrando el foco de atención en el paciente y su familia¹⁷.

La necesaria redefinición de los roles profesionales

Hay que ir avanzando en sanidad en el estudio y definición de las competencias profesionales, la adecuación de los puestos de trabajo y la asignación de profesionales altamente cualificados para realizar actividades sobre la salud de las personas, sin olvidar la prevención de la enfermedad.

En nuestro sistema sanitario encontramos los 4 tipos de desequilibrios en recursos humanos señalados por la OMS: dotación escasa o excesiva de algunos tipos de profesionales, distribución geográfica desigual (entre comunidades autónomas y en el interior de las mismas), relaciones inadecuadas entre dotaciones de categorías, y desajuste entre la formación recibida y las competencias requeridas para el ejercicio profesional¹⁸.

¿Estamos haciendo lo que estamos preparados para hacer? ¿Siguen muchos profesionales anclados en la seguridad que aporta seguir haciendo siempre lo mismo y de la misma forma? ¿Podemos, desde la práctica clínica, ser mucho más eficientes?

La formación de profesionales sanitarios, sobre todo de las enfermeras, no solo se ha ido ampliando (en número de años) y especializando, con la aprobación del real decreto de especialidades, el apoyo colegial, el acceso a la evidencia científica, etc., sino que en la práctica diaria de atención primaria, hospitalaria y sociosanitaria se han ido asumiendo actividades más complejas y de mayor responsabilidad.

La realidad teórica ha cambiado pero en la práctica pocas son las diferencias si analizamos la capacidad resolutoria de los profesionales en los últimos 30 años.

Años de exceso de médicos han llevado a una subocupación profesional que aconseja que se dejen de hacer funciones que pueden mecanizarse o pueden ser desempeñadas igual o mejor por otros profesionales¹².

Se han propuesto muchos modelos en los que la enfermera adquiere mayor o menor relevancia, condicionados en muchas ocasiones por el contexto local o por factores organizacionales: gestión de casos (case management), gestión de enfermedades (disease management), teleatención (telecare o telemedicine), equipos multidisciplinares, clínicas ambulatorias para procesos específicos, etc.¹⁹.

Si bien es cierto que los currículos formativos de las enfermeras españolas difieren de los de los países anglosajones, nuestros profesionales son muy valorados en el resto del mundo.

Parece que se han adquirido capacidades para aplicar mecanismos de trabajo creativos, innovadores y receptivos. El manejo de la inteligencia emocional ayuda a gestionar de forma eficaz los aspectos emocionales y psicológicos derivados del apoyo a la autogestión, y demuestran tener una alta capacidad de adaptación¹.

Se ha investigado la satisfacción de la atención prestada por médicos y enfermeras al tratar los mismos aspectos y los resultados en salud (aunque difíciles de valorar a corto plazo). Las preferencias de los pacientes indican que ante problemas percibidos como leves, es mayor la satisfacción con los cuidados que prestan enfermeras especializadas, probablemente porque les dedican más tiempo, hay una mejor comunicación y los pacientes entienden mejor las recomendaciones, mientras que para problemas percibidos como severos prefieren que les atiendan los médicos²⁰.

Para conseguir dar respuesta a los nuevos cambios, deben definirse adecuadamente las competencias de las enfermeras, la metodología de trabajo, los objetivos, las actividades necesarias para conseguirlos y los indicadores de medida de resultado, así como los profesionales responsables de cada objetivo. Es necesario desarrollar un plan de marketing que dé a conocer a la población y al resto de los profesionales de la salud la cartera de servicios de la enfermera. El objetivo principal es dar respuestas de salud adecuadas a la población, mejorando los conocimientos, habilidades y actitudes de las personas, para avanzar hacia el autocuidado y la responsabilidad de cada uno en su propia salud, avanzar como profesión desarrollando competencias y asegurar la sostenibilidad del sistema²¹.

En atención primaria la enfermera debería asumir muchas más competencias, más actividades, liderar más investigaciones, en definitiva convertirse en el profesional clave en la atención al paciente crónico.

La utilización sanitaria del mundo que viene se configura por las decisiones sobre la oferta de médicos y enfermeras que se vayan tomando hoy¹².

El uso de la tecnología de la información y comunicación una apuesta en alza

Las TICs nos van a permitir:

- Garantizar la accesibilidad a cualquier prestación asistencial, independientemente del lugar de residencia, favoreciendo así la equidad en la atención.
- Garantizar la continuidad de la asistencia recibida, al poder consultar la historia de salud por parte de todos los profesionales implicados.
- Abrir nuevos canales de comunicación entre el ciudadano y los servicios sanitarios.
- Realizar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Facilitar soporte técnico avanzado en el diagnóstico y la prescripción terapéutica, por tanto fomento de la seguridad.

- Gestionar de manera más ágil las listas de espera: para mejorar la accesibilidad.
- Ofrecer mayor seguridad en las decisiones para los profesionales al contar con guías clínicas, protocolos, interconsultas.
- Disponer de acceso permanente a la información permite una mayor capacitación clínica y una continua actualización de conocimientos.
- Automatizar múltiples procesos manuales.
- Intercomunicar en tiempo real desde cualquier punto en el que el profesional e incluso el paciente se encuentre.

En la próxima década asistiremos a un crecimiento de la información en salud mayor que en toda la historia, lo que obligará a profundizar en las medidas que disminuyan los posibles riesgos, como son la adopción de estándares comunes, el desarrollo de mejores sistemas de información y una mayor formación de los usuarios de las nuevas TIC²².

No obstante, es importante destacar la necesidad de tratar las tecnologías y en particular la informática, como lo que son, herramientas al servicio de profesionales y usuarios para obtener un beneficio. En el caso de la informática de la salud hay que tener siempre presente que detrás de la máquina y del software hay personas. Porque el tema de fondo es que los avances en nuevas tecnologías y comunicaciones aplicados al ámbito de la salud deben ser medios y no fines y que, por tanto, un planteamiento de estas actuaciones como fin está condenado a aumentar la brecha existente entre los profesionales y los usuarios con la tecnología. No se trata de cuestionar los beneficios de la informática de la salud, sino de dotarla del matiz humano que quizá está faltando. Siempre se ha dicho que todo va excesivamente rápido, en este campo donde se mejora día a día en tecnología y se es capaz de hacer cosas impensables hace unos pocos años. Esta realidad no puede obviar otra, tanto o más importante, como es la de poder solucionar una de las principales demandas de los profesionales: conseguir que estas tecnologías aplicadas en la consulta clínica sirvan de ayuda y no de obstáculo.

Los profesionales asistenciales requieren de instrumentos que se adapten a la realidad de un acto tan importante como es la consulta con el paciente, en la que se tiene que establecer una comunicación en un nivel de confianza, que requiere del mínimo ruido ambiente posible, para tomar la mejor decisión respecto a su problema de salud. Además las TICs deben garantizar el derecho a la confidencialidad de la información de la cual los pacientes nos hacen depositarios.

Más importante que las tecnologías es el fin para lo que se crean y se usan, y por supuesto las personas que las utilizan²³.

La gestión basada en la evidencia como herramienta para el cambio

Las organizaciones son un fiel reflejo de las personas que las dirigen. Los directivos con sus acciones contribuyen a facilitar o dificultar determinadas prácticas entre los profesionales que pueden considerarse más o menos eficientes²⁴.

La cultura investigadora, en general bien implementada en la práctica clínica, está escasamente desarrollada en la

gestión sanitaria. No obstante, no es escasa la bibliografía, ni pobres los resultados. Copiemos entonces lo que está bien hecho, aquellas prácticas que han demostrado efectividad, eficiencia y mayor calidad.

El modelo Kaiser Permanente aborda la visión macro, meso y microgestión: programas que mejoran resultados en salud, garantizan la accesibilidad, ofrecen alta resolución en el nivel de urgencias, mejoran en aspectos de integración de la atención, reducción de hospitalizaciones y de estancias innecesarias, y prevención y control de enfermedades crónicas, además de realizar una apuesta clara por la investigación. Estos resultados son atribuibles en gran medida a un modelo de gestión y de organización de servicios caracterizado por su enfoque poblacional, liderazgo clínico y utilización de modelos innovadores de atención²⁵.

El modelo de cuidados de enfermedades crónicas es un marco organizativo para atender las enfermedades crónicas en atención primaria, cuyas intervenciones son: mejorar la movilización de recursos de la comunidad, desarrollar programas de autocuidados y educación al paciente, rediseñar el sistema de prestación para garantizar la continuidad de la atención, asegurar que los clínicos tengan los sistemas de apoyo a la decisión, desarrollar sistemas de información y promover la utilización del modelo en todo el sistema de salud, marcando objetivos claros para todas las disciplinas en función de las competencias y perfiles profesionales y fijando incentivos para ello¹³.

Los modelos predictivos permiten estratificar a la población en función de los cuidados sanitarios que requerirán el año siguiente, y ofrecen a las organizaciones sanitarias la oportunidad de actuar proactivamente, diseñando intervenciones específicas, adecuadas al nivel de necesidad de los distintos grupos de personas²⁶.

Los gestores deben conocer cuáles son las consecuencias de las decisiones que se toman a diario en las organizaciones sanitarias, elegir los modelos de gestión apropiados, medir y evaluar los resultados, así como favorecer las mejores prácticas entre los profesionales, y para todo ello es imprescindible una adecuada formación y basar las decisiones en la evidencia disponible.

Experiencias sin base científica, las justas, y en todo caso debidamente pilotadas y evaluadas.

Conclusión

La profesión enfermera, en continua evolución, tiene ante sí uno de los mayores retos: la atención a la cronicidad. El éxito de dicha atención pasa por definir con ciencia y consciencia las líneas de actuación, tomar el relevo de muchas competencias en estos momentos en manos de otros colectivos, estar en los niveles sanitarios donde se toman decisiones estratégicas y adquirir con conocimientos y experiencia el liderazgo que la sociedad necesita con relación al papel protagonista de agente de salud.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Rogers A. Consideraciones sobre la autogestión de las enfermedades crónicas. *Index Enferm* (edición digital) 2009; 18 [Consultado 7 Sep 2013]. Disponible en: <http://www.index-f.com/indexenfermeria/v18n4/253257.php>
2. Melguizo Jiménez M. De la enfermedad crónica al paciente en situación de cronicidad. *Aten Primaria*. 2011;43:67-8 [consultado 10 Ago 2013]. DOI: 10.1016/j.aprim.2010.10.001. Disponible en: <http://www.elsevierinstituciones.com/ei/0212-6567/43/67>
3. Contel JC, Muntané B, Camp L. La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada. *Aten Primaria*. 2012;44:107-13.
4. Osaxidetza. Gobierno Vasco. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. Vitoria-Gasteiz: Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco; 2010 [consultado 12 Sep 2013]. Disponible en: <http://cronicidad.blog.euskadi.net/descargas/plan/EstrategiaCronicidad.pdf>
5. SACYL. Consejería de Sanidad. Estrategia de atención al paciente crónico. Valladolid: Junta de Castilla y León; 2013 [consultado 18 Sep 2013]. Disponible en: <http://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-atencion-paciente-cronico-castilla-leon>
6. Generalitat Valenciana. Plan integral de atención sanitaria a las personas mayores y a los pacientes crónicos en la Comunidad Valenciana 2007-2011. Valencia: Conselleria de Sanitat; 2007 [consultado 18 Sep 2013]. Disponible en: <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.1275-2007.pdf>
7. Junta de Andalucía. Plan andaluz de atención integrada a pacientes con enfermedades crónicas 2012-2016. Sevilla: Consejería de Salud; 2012 [consultado 23 Sep 2013]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/PlanAtenceECC.pdf>
8. Govern de les Illes Balears Plan de acciones sanitarias en el ámbito sociosanitario del Servicio de Salud 2010-2014. Palma de Mallorca: Conselleria de salut i Consum; 2010 [consultado 18 Sep 2013]. Disponible en: <http://www.ibsalut.es/ibsalut/es/profesionales/estrategias-de-salud/plan-de-acciones-sanitarias-en-el-ambito-sociosanitario>
9. Zafra E, Peiró R, Ramón N, Álvarez-Dardet C, Borrell C. Análisis de la formulación de las políticas sobre envejecimiento en los planes autonómicos sociosanitarios y de atención a las personas mayores en España. *Gac Sanit*. 2006;20:295-302.
10. González López-Varcárcel B, Meneu R. El gasto que está triste y azul. Debe preocupar más la salud que el gasto sanitario. *Gac Sanit*. 2012;26:176-7.
11. González López-Valcarcel B. La sanidad en tiempos de crisis. España. 2010. Un balance. *Revista Economistas*. 2011;126:127-34.
12. Ortún V. La enfermería en el mundo que viene. *Enferm Clin*. 2013;23:45-7.
13. Bengoa R. Innovaciones en la gestión de enfermedades crónicas. *JANO*. 2008; 1.718: 49-53 [consultado 30 Jun 2013]. Disponible en: <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1718/49/00490052.LR.pdf>
14. Ojeda Feo JJ, Freire Campo JM, Gervas Camacho J. La coordinación entre Atención Primaria y Especializada: ¿reforma del sistema sanitario o reforma del ejercicio profesional? *Rev Adm Sanit*. 2006;4:357-82.
15. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: A multidisciplinary review. *BMJ*. 2003;327:1219-21.
16. Gervas J, Rico A. La coordinación en el sistema sanitario y su mejora a través de las reformas europeas de la Atención Primaria. *Semergen*. 2005;31:418-23.
17. Gómez Picard P, Adrover Barceló RM, Miguélez Chamorro A. La coordinació sociosanitaria en el servei de salut: una realitat necessària. *Anuari de l'envelliment*. Illes Balears 2010. Palma de Mallorca: Càtedra d'Atenció a la Dependència i Promoció de l'Autonomia Personal (Conselleria d'Afers Socials, Promoció i Immigració); 2010 [consultado 19 Jul 2013]. Disponible en: <http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST205ZI86746&id=86746>
18. Morales Asencio JM, Morilla Herrera JC, Martín Santos FJ. Recursos humanos en los Servicios de Salud: ¿decisiones políticas o política de decisiones? *Index de Enfermería* [Index Enferm] (ed. digital) 2007; 56 [consultado 7 Sep 2013]. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/56/0911.php>
19. Morales Asencio JM. Investigación en implementación de servicios enfermeros de atención a pacientes crónicos y dependientes. *Index Enferm* (ed. digital) 2009; 18 [consultado 15 Ago 2013]. Disponible en: <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v18n4/249252.php>
20. González-María E. La calidad de los cuidados en atención primaria no difiere entre enfermeras especializadas y médicos de familia. *Enferm Clin*. 2009;19:233-4.
21. Miguélez Chamorro A. Desarrollar las competencias enfermeras en beneficio de la población, los profesionales y el sistema sanitario. *Rev Tesela* [ed. digital] 2009; 6 [consultado 15 Ago 2013]. Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts6/ts7250.php>
22. Altés J. Papel de las tecnologías de la información y la comunicación en la medicina actual. *Semin Fund Esp Reumatol*. 2013;14:31-5.
23. Alfaro M, Bonis J, Bravo R, Fluiters E, Minué S. Nuevas tecnologías en atención primaria: personas, máquinas, historias y redes. *Informe SESPAS 2012*. *Gac Sanit*. 2012;26:107-12.
24. De Pedro Gómez JE, Morales Asencio JM. Las organizaciones ¿favorecen o dificultan una práctica enfermera basada en la evidencia? *Index Enferm* [revista enInternet]. 2004;13:26-31.
25. Nuño Solinis R. Buenas prácticas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente. *Rev Adm Sanit*. 2007;5:283-92.
26. Orueta JF, Mateos del Pino M, Barrio Beraza I, Nuño Solinis R, Cuadrado Zubizarreta M, Sola Sarabia C. Estratificación de la población en el País Vasco: resultados en el primer año de implantación. *Aten Primaria*. 2012;45:54-60.