

# INFORME SOBRE EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA CRONICIDAD Y EN EL ÁMBITO SOCIOSANITARIO O RESIDENCIAL



DICIEMBRE 2020



CONSEJO GENERAL DE ENFERMERÍA



INSTITUTO ESPAÑOL  
DE INVESTIGACIÓN  
ENFERMERA



# INFORME SOBRE EL PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA CRONICIDAD Y EN EL ÁMBITO SOCIOSANITARIO O RESIDENCIAL

## Coordinación y dirección

Florentino Pérez Raya

## Autores

Guadalupe Fontán Vinagre

María Enríquez Jiménez

Adriana Díaz Gautier

Marina García García

Rafael Pérez Herrera

Rosa Díaz Ramírez

## Revisores

Pilar Fernández Fernández

Diego Ayuso Murillo

Jose Luis Cobos Serrano

*ISBN: 978-84-09-24236-8*



## Prologo

Este informe que tiene el lector en sus manos pretende servir como análisis y reflexión para poder establecer una hoja de ruta que permita determinar cuál debe ser el papel de las enfermeras y los enfermeros en nuestro sistema sanitario. Un sistema que, ante todo, debe tener capacidad suficiente para dar respuesta a retos actuales y futuros como son la cronicidad, el envejecimiento y la situación del ámbito sociosanitario y residencial.

Desde el Consejo General de Enfermería de España, llevamos años alertando de que los cambios demográficos que está experimentando la sociedad española hace necesario que se lleven a cabo cambios para poder adaptar nuestra sanidad a las necesidades asistenciales de la población. Una población cada año más envejecida tal y como ponen de manifiesto los últimos datos del Instituto Nacional de Estadística: la edad media hoy en España son 43 años (10 años más que en 1970); vivimos una media de 83,3 años (tenemos la mayor esperanza de vida de la Unión Europea y somos los terceros a nivel mundial, superados sólo por Japón y Suiza) y el 19,1% de nuestra población tiene más de 65 años.

Sin embargo, resulta materialmente imposible poder dar respuesta a esta realidad sociodemográfica sin aprovechar al máximo el potencial asistencial, investigador, docente y gestor de la profesión enfermera. Una profesión que lleva el cuidado y la gestión en su ADN. La organización de nuestro sistema sanitario, la importancia de evitar la fragmentación y la demanda de pacientes y familiares hace necesario poner en marcha programas que adapten el modelo de atención sanitaria a las necesidades actuales. Programas donde tenga un papel importante el autocuidado, la corresponsabilización, y el apoyo y formación de los cuidadores, poniendo en valor la importancia de la educación para la salud de las enfermeras y enfermeros.

Otro de los cambios imprescindibles en nuestra sanidad pasa porque en los puestos clave donde se gestiona y se adoptan decisiones estén ocupados por las personas mejor preparadas para liderar, valorar, planificar y realizar los cuidados. Por eso, desde el Consejo General de Enfermería llevamos años luchando para conseguir que las enfermeras con capacidad de gestión no encuentren techo de cristal alguno más allá de su preparación y su competencia profesional. Las enfermeras y los enfermeros debemos gestionar equipos y tomar decisiones tanto en el ámbito asistencial, más cerca de los pacientes, como en el docente, investigador y político, donde se decide y marca el devenir de la sociedad en términos de salud y que tienen también un gran impacto en cuestiones económicas.

Respecto a los resultados del informe cabe señalar que el análisis de la situación actual evidencia una escasez de profesionales muy preocupante que además viene unida a unas condiciones laborales malas y un desaprovechamiento de las enfermeras especialistas del todo incomprensible por el gran valor que éstas pueden aportar.

De igual manera se ha realizado un análisis de la situación de las residencias de ancianos y de las profesionales de Enfermería que ejercen en ellas. El resultado no puede ser más



preocupante por las condiciones laborales nefastas en las que muchos profesionales se ven obligados a trabajar habiéndose detectado, por ejemplo, que algunas enfermeras/os de estos centros tienen a su cargo más de 100 pacientes a su cargo.

Otro de los puntos clave ha sido recalcar la precariedad a la que se han enfrentado a la primera oleada de la pandemia por COVID-19 en las residencias de ancianos los pacientes y profesionales. Vaya por delante que como enfermeros y enfermeras creemos que entre las medidas necesarias para garantizar la seguridad de los residentes no debe estar la medicalización de estas residencias porque, no olvidemos, se trata del hogar de miles de personas. Proponemos sanitarizarlas con profesionales formados y competentes, recursos y herramientas que faciliten el cuidado de los residentes de manera integral, promoviendo la autonomía adecuada a su capacidad funcional.

Convencidos del potencial y del papel que las enfermeras y enfermeros van a desarrollar en un futuro cada vez más presente, hemos querido elaborar este documento para evidenciar la situación actual, las aportaciones futuras y las limitaciones que estamos encontrando para poder desarrollar todo ese potencial.

**Florentino Pérez Raya**  
**Presidente del Consejo General de Enfermería**



## ÍNDICE

1. Introducción .....	9
2. Justificación .....	11
3. La cronicidad en España .....	15
3.1. La esperanza de vida saludable.....	18
3.2. Población con problemas de salud crónicos .....	19
3.3. Estrategia nacional- Declaración de Sevilla.....	22
3.4. Ratio de Profesionales en Atención Primaria.....	23
3.5. Visitas domiciliarias actualmente.....	28
4. Objetivos generales de las diferentes estrategias de atención a la cronicidad en España. 31	
5. Líneas estratégicas y objetivos específicos de atención a la cronicidad en los que el papel de las enfermeras es fundamental.....	33
5.1. Línea estratégica para la atención a personas sanas: .....	33
5.2. Línea estratégica para la atención a personas con alguna enfermedad crónica: .....	33
5.3. Línea estratégica para la atención a personas con enfermedad crónica compleja: ...	34
6. Evidencias y buenas prácticas de la aportación enfermera en la atención a la cronicidad	39
7. Limitaciones para desarrollar la máxima aportación de las enfermeras. ....	41
8. Resumen de puntos clave con aportación enfermera en la atención a la cronicidad. ....	43
9. Situación y análisis del ámbito residencial en España desde la perspectiva enfermera ....	45
10. Bibliografía .....	71



## Índice de Tablas:

Tabla 1. Metas globales de la OMS para las enfermedades no transmisibles para el año 2025.12	
Tabla 2. Media de visitas domiciliarias y porcentaje de personas distintas visitadas por personal de enfermería y de medicina de FyC en población asignada de atención primaria. Distribución por grupos de edad. Datos de 2013-2017.....	28
Tabla 3. Visita domiciliaria por profesional de enfermería en población asignada de atención primaria de 80 años y más. Distribución por sexo. Datos 2013-2017.....	29
Tabla 4. Grado de coordinación entre los diferentes servicios y el resto del personal sanitario	49

## Índice de Gráficos:

Gráfico 1. Porcentaje de personas de 65 años y más por Comunidades Autónomas, 2019 .....	15
Gráfico 2. Evolución de la población de 65 y más años. España, 1900-2068.....	16
Gráfico 3. Pirámides de población de España (años 2020, 2050 y 2070) .....	17
Gráfico 4. Diferencia entre la población de hombres y mujeres por grupo de edad, 2019 .....	18
Gráfico 5. Esperanza de vida saludable a los 65 años respecto del total de esperanza de vida por sexo, 2004-2018.....	19
Gráfico 6. Porcentaje de población con alguna enfermedad o problemas de salud crónicos percibidos según grupos de edad .....	19
Gráfico 7. Prevalencia de personas con enfermedades crónicas por Comunidad Autónoma 2016.....	20
Gráfico 8. Porcentaje de personas con enfermedades crónicas por sexo y grupo de edad, 2017 .....	21
Gráfico 9. Practising enfermeras por cada 1.000 habitantes.....	23
Gráfico 10. Evolución de la ratio de enfermeras en los países de la OCDE.....	24
Gráfico 11. Professionaly active nurse por cada 1.000 habitantes.....	25
Gráfico 12. Evolución del número de enfermeras en atención primaria (2010-2018).....	26
Gráfico 13. Ratio medio de personas asignadas a profesionales de Atención Primaria. Distribución por CCAA (año 2017).....	27
Gráfico 14. Ratio medio de personas asignadas a enfermera/o de Atención Primaria. Distribución por CCAA en relación con la dispersión geográfica y a la pirámide de población. Datos 2004 y 2017 .....	27
Gráfico 15. Visita domiciliaria en población asignada de atención primaria de 80 años y más por Comunidades Autónomas. Datos 2017.....	28
Gráfico 16. Tasa de dependencia por provincias 2020 .....	37
Gráfico 17. Total nacional Centros residenciales según tipo y tamaño, 2019 .....	46
Gráfico 18. Distribución de plazas por provincia según tamaño del centro 2019 .....	47
Gráfico 19. Plazas residenciales según tipo de centro 2019 .....	48
Gráfico 20. Relación entre la importancia concedida a la coordinación entre los distintos profesionales sanitarios y la valoración positiva del grado de coordinación existentes .....	50
Gráfico 21. Características de los centros sociosanitarios. ....	51
Gráfico 22. Tamaño de los centros sociosanitarios.....	52
Gráfico 23. Cobertura profesional de los centros sociosanitarios .....	52
Gráfico 24. Numero de Enfermeros/as en los Centros Sociosanitarios.....	53
Gráfico 25. Numero de Enfermeros/as en los Centros Sociosanitarios.....	53



Gráfico 26. Numero de Enfermeros/as en los Centros Sociosanitarios.....	54
Gráfico 27. Número medio de residentes por cada enfermera.....	54
Gráfico 28. Número medio de enfermeros/as por turno. ....	54
Gráfico 29. Capacidad funcional de los residentes. ....	55
Gráfico 30. Capacidad funcional de los residentes. ....	56
Gráfico 31. Capacidad funcional de los residentes. ....	56
Gráfico 32. Capacidad funcional de los residentes. ....	57
Gráfico 33. Nº medio de enfermeras/os para cada grupo de dependencia.....	57
Gráfico 34. Nº medio enfermeras para cada grado de dependencia. ....	58
Gráfico 35. Relación de las residencias con otros centros de atención sanitaria. ....	58
Gráfico 36. Recursos informaticos para las enfermeras/os.....	59
Gráfico 37. Relacion de las residencias con las autoridades sanitarias. ....	59
Gráfico 38. Organización de la enfermería en los centros.....	60
Gráfico 39. Organización de la enfermería en los centros.....	60
Gráfico 40. Gestión de las ausencias en enfermería.....	61
Gráfico 41. Gestión de las ausencias en enfermería.....	61
Gráfico 42. Antigüedad de los enfermeros/as en los centros.....	62
Gráfico 43. Regulación de las condiciones de trabajo .....	62
Gráfico 44. Jornada laboral anual .....	62
Gráfico 45. Retribución anual de los enfermeros/as .....	63
Gráfico 46. Delegación de las actividades enfermeras. ....	63
Gráfico 47. Motivos por los que las enfermeras/os necesitan apoyo de otros cuidadores. ....	64
Gráfico 48. Formación específica en geriatría.....	64
Gráfico 49. Afectación del Covid-19 en los centros: los trabajadores .....	65
Gráfico 50. Los equipos de protección individual .....	65
Gráfico 51. Los equipos de protección individual. ....	66
Gráfico 52. Preparación de los centros ante la crisis. ....	66
Gráfico 53. Formación específica durante el periodo epidémico.....	67
Gráfico 54. Preparación de los centros ante la crisis. ....	67



## Objetivos:

- Visibilizar la aportación y el papel de las enfermeras/os en la atención a la cronicidad en España tras el analizar las estrategias existentes en las diferentes Comunidades Autónomas.
- Analizar la situación del ámbito residencial en España relacionándola con los resultados obtenidos en la encuesta realizada a enfermeras que desarrollan su actividad profesional en ese ámbito.

**Palabras clave:** Cronicidad, necesidades, cuidados, continuidad asistencial, autocuidado, atención domiciliaria, calidad, sostenibilidad y coordinación-sociosanitaria.

## 1. Introducción <sup>(1-8)</sup>

El patrón epidemiológico del siglo XXI ha cambiado debido a un aumento de la población mayor de 65 años y, consecuentemente, por el incremento de las enfermedades crónicas. Este patrón origina una mayor demanda de utilización de los servicios sanitarios por parte de las personas en situación de cronicidad. Se estima que esta demanda puede llegar a corresponder, según algunos estudios, al 80% de las consultas en atención primaria y al 60% de los ingresos hospitalarios, con estancias medias de ingreso más prolongadas y con mayor utilización de los servicios de consulta médica, urgencias, hospitalización de día y consumo de medicamentos. Todo ello se estima que implica un 70-75% del gasto sanitario. Por otro lado, las enfermedades crónicas tienen un impacto importante en las economías nacionales, estimando, algunos estudios, que los costes asociados pueden suponer hasta un siete por ciento del producto interior bruto.

La atención a las personas con enfermedades crónicas debe realizarse entendiendo a la persona holísticamente, más que en el conjunto de las enfermedades crónicas que padece. Esto incluye actuar sobre las necesidades de la persona en su conjunto, en su riesgo de descompensación y hospitalización y en cómo estas situaciones afectan la calidad de vida de las personas, de sus familiares y precisa de necesidades sociales añadidas, garantizando un adecuado ajuste entre sus necesidades y la atención que reciben.

El modelo asistencial tradicional centrado en la resolución de patologías agudas en el que se realiza una atención episódica a los problemas de salud con un enfoque curativo pierde su vigencia, ya que las principales causas de mortalidad y morbilidad, tanto en España como en los países de nuestro entorno, son las enfermedades crónicas.



La división tradicional de la asistencia en dos niveles no es suficiente y por ello se hace necesario desarrollar un enfoque integrador, tanto de los niveles asistenciales como de aquellos otros factores que pueden afectar al cuidado de los diferentes aspectos de la salud.

El sistema sanitario debe establecer un nuevo planteamiento en sus políticas de organización, tanto en la definición de nuevas dinámicas de trabajo que favorezcan una atención sociosanitaria integral por procesos asistenciales, así como la definición de estrategias sanitarias de salud a medio plazo, concretadas en programas con una visión más global del individuo (no solo del binomio salud-enfermedad), una perspectiva temporal más amplia y una participación más activa de los pacientes, ciudadanía y asociaciones.

El abordaje de la cronicidad requiere fomentar el trabajo en equipos interdisciplinarios, formados por diferentes profesionales de los servicios sanitarios y sociales implicados en la atención a las/los pacientes en situación de cronicidad, que garanticen el desarrollo de actuaciones estructuradas, que refuercen las actividades de prevención y control de las enfermedades crónicas, así como un adecuado mantenimiento de la continuidad asistencial con la adopción de nuevos enfoques organizativos y la máxima participación de la/el paciente y de su entorno. A la vez también hay que garantizar que las personas con estas enfermedades puedan participar de forma activa en la sociedad y en el propio manejo de su enfermedad.



## 2. Justificación <sup>(1-12)</sup>

La OMS elaboró el Plan de acción mundial para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020, que contiene las nueve metas que tendrán el mayor impacto en la mortalidad mundial por enfermedades no transmisibles y que abordan la prevención y la gestión de estas enfermedades). Entre ellas, podemos destacar la reducción relativa de la mortalidad para el año 2025 por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas en un 25%, reducción de la prevalencia de actividad física insuficiente en un 10%, reducción de la prevalencia del consumo de tabaco en un 30%, o la reducción de la prevalencia de la hipertensión en un 25% o la contención de la prevalencia de la diabetes u obesidad.

En la revisión realizada sobre las diferentes estrategias elaboradas en nuestro país, se detecta que se basan en la implantación de intervenciones y experiencias que hacen que la atención a estas personas sea más accesible, efectiva, eficiente y sustentada en modelos integrales que mejoran la respuesta y la aceptabilidad por parte de las/los pacientes implicados. Aunque la implantación en los sistemas sanitarios es muy desigual y limitada, debido tanto a su complejidad como a la habitual resistencia al cambio y a la falta de desarrollo normativo para muchas de las acciones que proponen.

La sistemática de incluir la clasificación del riesgo, de prestar la intensidad de cuidados en función de las necesidades de cada paciente para el abordaje del problema crónico de salud y de abarcar la valoración de necesidades sociales son otros aspectos a destacar en algunas de ellas.

El papel de las enfermeras/os es fundamental en todas, participando en la sistematización de la prevención y la atención integral de la persona con problemas o enfermedades crónicas. Además, las estrategias proclaman la importancia del trabajo en equipo, centrandolo su liderazgo en la Atención Primaria de Salud, sin relegar la atención especializada, incluyendo la atención a los centros residenciales de mayores, y enfatizando el trabajo de los profesionales especialistas en el cuidado de la salud, como es la enfermería y en el abordaje conjunto de las necesidades sociales, conociendo la situación de fragilidad del paciente, lo que permite graduar las actuaciones que en materia de atención sanitaria requieren estas personas.

Las aportaciones de las enfermeras/os comienzan por involucrar a las personas, grupos y comunidades para que tomen el control de su propia salud y hagan un mejor uso de los recursos disponibles. Constituye el principal eje para promover la salud y el bienestar de las comunidades y reducir las desigualdades en salud.

Otra es la atención integrada, que incluya los aspectos sanitarios y sociales, y centrada en el paciente, con la que se ha demostrado mejorar resultados en salud y la satisfacción de estos, según propone la Organización Mundial de la Salud (OMS) y también adoptar



un enfoque diferente, basado en el abordaje poblacional e insistiendo en la corresponsabilidad con los individuos en el mantenimiento de su salud y en la capacitación de las personas en el manejo de sus enfermedades. Para ello será necesario una continuidad asistencial efectiva entre los distintos niveles sanitarios y sociales, donde se compartan objetivos y toma de decisiones razonables en entornos de incertidumbre, y por otro, una atención personalizada que tenga en cuenta las necesidades y preferencias del paciente, desde el respeto de su realidad psicosocial y cultural.<sup>(13)</sup>

El envejecimiento saludable se sostiene bajo los siguientes principios y las líneas sobre las que se debe actuar son:

1. La funcionalidad o posibilidad de realización de las tareas y funciones que para un individuo tienen valor;
2. la capacidad intrínseca como potencial residual en términos físicos y cognitivos de la persona;
3. y el entorno, teniendo en cuenta también la diversidad del colectivo al que nos dirigimos.

En la revisión de las distintas estrategias nacionales se hace referencia a las metas globales de la OMS para el 2025.

Tabla 1. Metas globales de la OMS para las enfermedades no transmisibles para el año 2025.

TABLA 1	Metas globales de la OMS para las enfermedades no transmisibles para el año 2025
1	Reducción relativa de la mortalidad general por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas en un 25%.
2	Reducción relativa del uso nocivo del alcohol en al menos un 10%.
3	Reducción relativa de la prevalencia de la actividad física insuficiente en un 10%.
4	Reducción relativa de la ingesta poblacional media de sal o sodio en un 30%.
5	Reducción relativa de la prevalencia del consumo actual de tabaco en un 30% en las personas de 15 años o más.
6	Reducción relativa de la prevalencia de la hipertensión en un 25%, o contención de la prevalencia de la hipertensión, en función de las circunstancias del país.
7	Detención del aumento de la diabetes y la obesidad.
8	Tratamiento farmacológico y asesoramiento (incluido el control de la glucemia) de al menos un 50% de las personas que lo necesitan para prevenir ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares.
9	80% de disponibilidad de tecnologías básicas y medicamentos esenciales asequibles, incluidos los genéricos, necesarios para tratar las principales enfermedades no transmisibles, en centros tanto públicos como privados.

Fuente: Proyecto de marco mundial de vigilancia integral y metas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles.

También hay referencias internacionales como a la de Reino Unido (NHS and Social Care Long-Term Conditions Model, Kaiser Management Care, Kaiser Beicon Sites, Milton Keynes, informe Nuffield,...), Canadá con la gestión de enfermedades crónicas (Ontario:



redes de médicos de familia y redes de integración - Family Head Teams), Suecia (Nurse Led clinics), Francia con redes locales de pacientes ambulatorios (Long-term Disease Procedure and Health Network Approach), Australia, Alemania,..., otras incluyen el Chronic Disease Self-Management Program de Stanford, referente en autocuidado. En todas coinciden elementos centrales como la gestión de casos, competencias de enfermería, atención integrada, paciente experto, atención a domicilio,...etc.

Otro de los informes publicados referenciados es el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) titulado “World Report on Aging and Health”.

Mayoritariamente las estrategias revisadas se desarrollan sobre las bases teóricas que proponen los diferentes modelos de atención a la cronicidad (OMS, instituciones independientes de mejora de los sistemas de salud y cuidados ingleses (King’s Fund) y los consorcios de gestión de cuidados integrados norteamericanos (Kaiser Permanente). Estos modelos se centran, más allá de enfermedades concretas o colectivos específicos, en contemplar desde los condicionantes estructurales y los estilos de vida que inciden en la progresión de las patologías hasta las necesidades sociales y sanitarias del enfermo crónico y sus cuidadores. La persona, su entorno, su salud y necesidades pasan a ser el foco central del sistema en detrimento de la mera atención a la enfermedad.

- El modelo *Chronic Care Model (CCM)* identifica seis elementos esenciales que interactúan entre sí y que son clave para el logro de una atención a pacientes. Crónicos de calidad: la organización del sistema de atención sanitaria, el estrechamiento de relaciones con la comunidad, el apoyo y soporte al autocuidado, el diseño del sistema asistencial, el apoyo en la toma de decisiones y el desarrollo de sistemas de información clínica.
- Dentro de las adaptaciones del CCM destaca el modelo propuesto por la OMS, denominado “Modelo de Atención Innovadora a Enfermedades Crónicas” *The Innovative Care for Chronic Conditions Framework (ICCC)*<sup>(14)</sup>, que añade al CCM una óptica de políticas de salud, cuyas principales ideas son: la toma de decisiones basada en la evidencia, el enfoque de salud poblacional, el foco en la prevención, el énfasis en la calidad de la atención y en la calidad sistémica, la flexibilidad/adaptabilidad y la integración, como núcleo duro del modelo.
- Otro modelo utilizado que hace referencia a los modelos poblacionales, cuyo foco es la población en su conjunto y sus necesidades, es la “Pirámide de Kaiser”<sup>(15)</sup>, que introduce la idea de la segmentación o estratificación de la población según sus necesidades, identificando tres niveles de intervención según el nivel de complejidad de la persona con enfermedad crónica. Así, en las personas enfermas de mayor complejidad con frecuente comorbilidad se hace necesaria una gestión integral del caso en su conjunto, con cuidados fundamentalmente profesionales. Los pacientes de alto riesgo, pero de menor



complejidad en lo que respecta a su comorbilidad, reciben una gestión de la enfermedad que combina autogestión y cuidados profesionales. Finalmente, la población general es foco de intervenciones de prevención y promoción que tratan de controlar los factores de riesgo que puedan llevar a los individuos a la enfermedad crónica.

La estrategia pionera a nivel nacional fue la “Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi”, seguida del “Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas”, el “Plan de atención a pacientes con enfermedades crónicas de la Comunidad Valenciana” (principalmente el programa Valcronic), y la *“Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León”*.

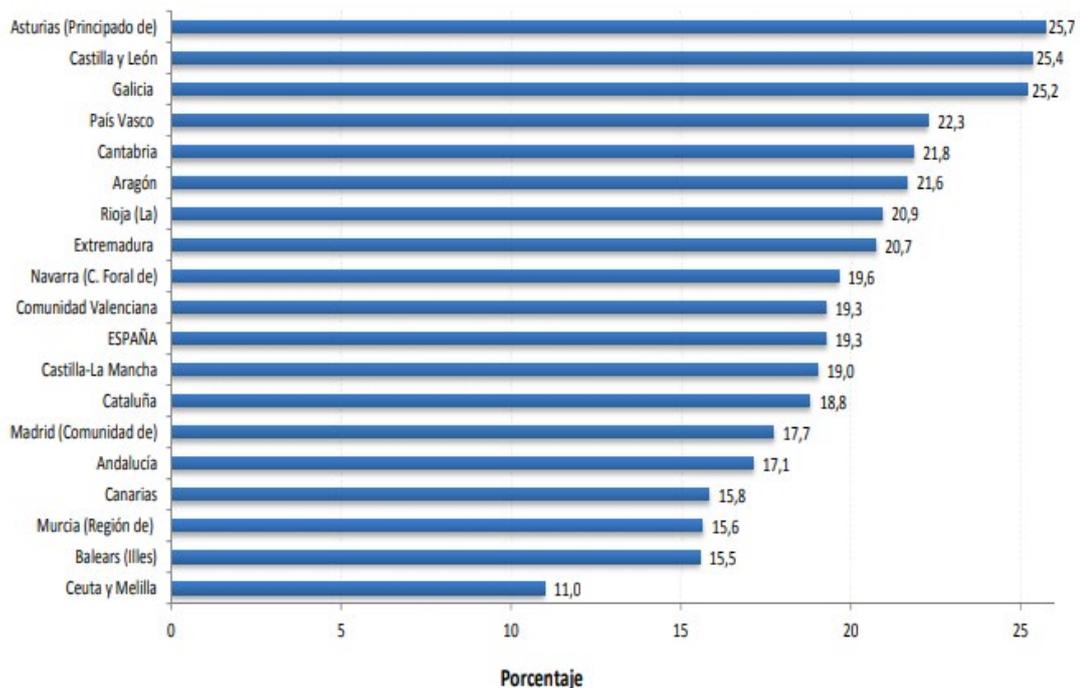
En el aspecto legislativo las estrategias se apoyan en la legislación española haciendo referencia a la Ley General de Sanidad 14/1986, de 25 de abril, los Planes de Calidad para el Sistema Nacional de Salud de diversos años, Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del SNS y la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, la Resolución de 3 de noviembre de 2015, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, que modifica parcialmente el Acuerdo de 27 de noviembre de 2008, sobre acreditación de centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, así como la Constitución Española en su artículo 43.



### 3. La cronicidad en España

La población de España continúa su proceso de envejecimiento, medido por el aumento de la proporción de personas mayores de 65 años o más. Según los datos estadísticos del Padrón Continuo (INE) a 1 de enero de 2019 hay 9.057.193 personas mayores, un 19,3% sobre el total de la población (47.026.208). La edad media de la población se sitúa en 43,3 años; en 1970 era de 32,7. Sigue creciendo en mayor medida la proporción de octogenarios; ya representan el 6,1% de toda la población.<sup>(16)</sup>

Gráfico 1. Porcentaje de personas de 65 años y más por Comunidades Autónomas, 2019

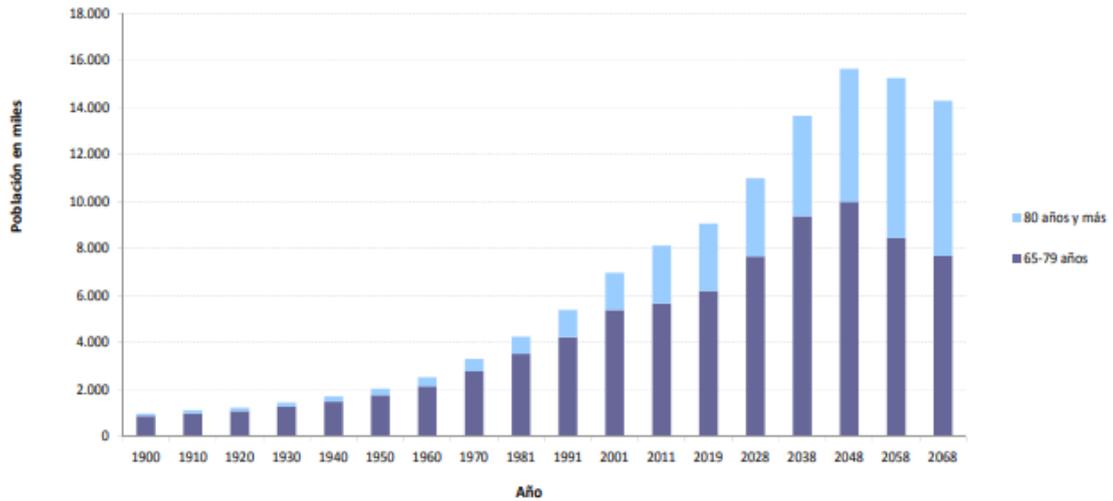


Fuente INE: Padrón continuo a 1-1-2019. Consulta enero 2020

Según la proyección del INE (2018-2068), en 2068 podría haber más de 14 millones de personas mayores, 29,4% del total de una población que alcanzaría los 48.531.614 habitantes. Durante las décadas de los 30 y 40 de este siglo se registrarían los mayores incrementos, con la llegada a la vejez de las voluminosas cohortes nacidas durante el baby boom (1960-1975). La población total experimentó muy brevemente un ligero descenso, tras el máximo registrado en el Padrón de 1-1-2012 (46,8 millones de habitantes), a causa de la salida de parte de los inmigrados de los años previos. Ese descenso se ha detenido en 2015 y en los años posteriores se observa de nuevo un ligero aumento poblacional. De acuerdo con las citadas proyecciones, en 2068 habría 1,5 millones de habitantes más que ahora (Padrón a 1-1-2019).<sup>(16)</sup>



Gráfico 2. Evolución de la población de 65 y más años. España, 1900-2068



\* De 1900 a 2018 los datos son reales; de 2028 a 2068 se trata de proyecciones.

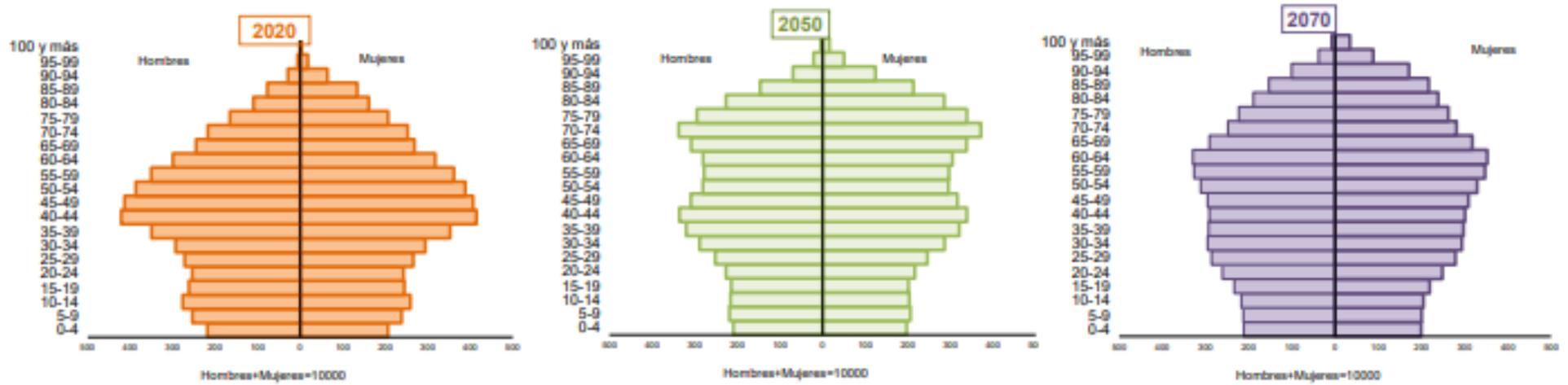
Fuente: INE:1900-2011: Censos de Población y vivienda. 2019: Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2019. Consulta enero 2020; 2028-2068: Proyecciones de población. Consulta en enero 2019

La estructura por edades de la población cambiará en el futuro. Hacia 2050 las personas mayores casi habrán duplicado sus efectivos actuales. La población en edad laboral (16-64) y los niños (0-15) habrán reducido su peso. Los mayores duplicarán la cifra de niños. La pirámide habrá desarrollado una forma de “pilar de población”, si se mantienen los supuestos de fecundidad, mortalidad y migración de las proyecciones.

La generación del baby boom iniciará su llegada a la jubilación en torno al año 2024. La presión sobre los sistemas de protección social continuará aumentando y será muy notable en la década de los 40.



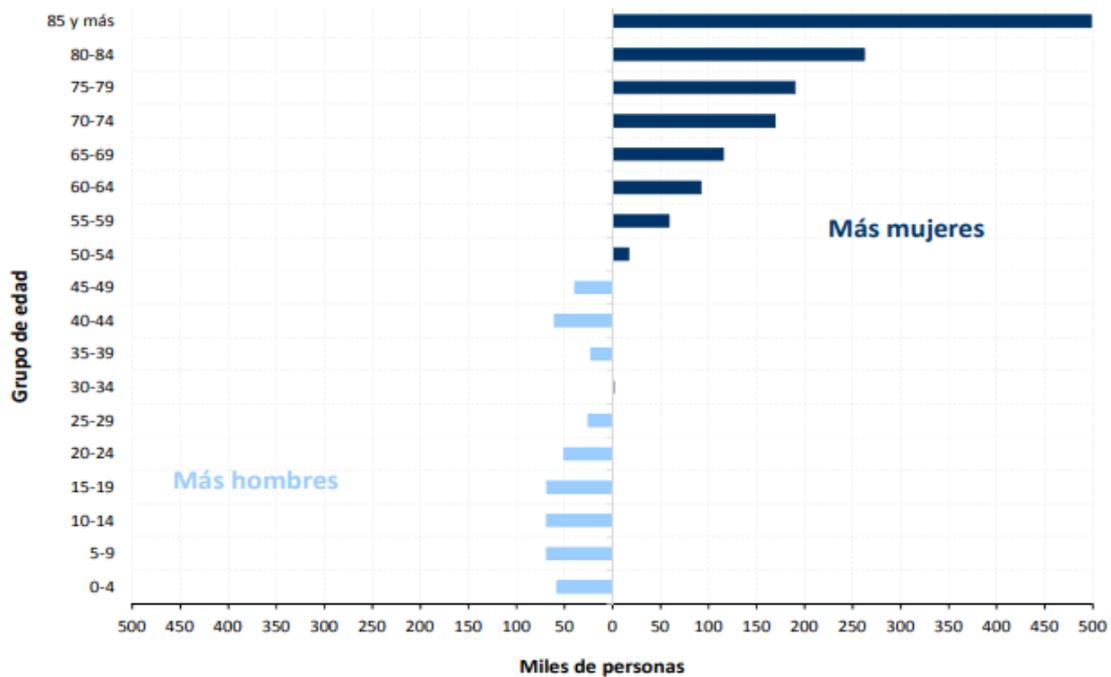
Gráfico 3. Pirámides de población de España (años 2020, 2050 y 2070)



Fuente: Proyecciones de población 2020-2070 INE septiembre 2020

Las mujeres son mayoritarias en la vejez, superando en un 32% a los hombres (5.145.437 y 3.911.756 respectivamente), y esta principalidad es aún más acentuada cuanto más avanzada la edad. Sin embargo, nacen más hombres que mujeres, y este exceso se mantiene hasta que la mayor mortalidad diferencial masculina elimina esa ventaja inicial, muchos años después. Ahora se alcanza el equilibrio entre sexos hacia los 50 años, gracias a las mejoras de la supervivencia general, pero en las primeras décadas del S.XX, la edad en la que las mujeres excedían en número a los hombres en cada cohorte de nacimiento era en torno a los 14 años.<sup>(16)</sup>

Gráfico 4. Diferencia entre la población de hombres y mujeres por grupo de edad, 2019



Fuente: INE: Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2019. Consulta en enero de 2020

### 3.1. La esperanza de vida saludable<sup>(16)</sup>

La esperanza de vida saludable pretende añadir una nueva dimensión a la cantidad de vida, midiendo también su calidad. Suele construirse a partir de datos generales sobre la morbilidad crónica y sobre la salud autopercebida. Entre las personas de 65 y más años, las mujeres destacan por tener una esperanza de vida mayor que los hombres (23,6 sobre 19,4 años, según Eurostat: Healthy life years, basada en la Encuesta de Condiciones de Vida), pero su esperanza de vida saludable es menor, por la mayor supervivencia y morbilidad de las mujeres.

Si se mide el porcentaje de tiempo que se vive en buena salud a partir de los 65 años, el contraste entre hombres y mujeres es más patente: 59% del tiempo por vivir en los hombres lo es en buenas condiciones, mientras que sólo el 48,1% en el caso de las mujeres.



Además, parece haber una ligera disminución de la vida saludable en ambos sexos a partir de 2008, lo que merece un estudio; en ese año hubo cambio metodológico (el redactado de las preguntas se modificó ligeramente).

Gráfico 5. Esperanza de vida saludable a los 65 años respecto del total de esperanza de vida por sexo, 2004-2018



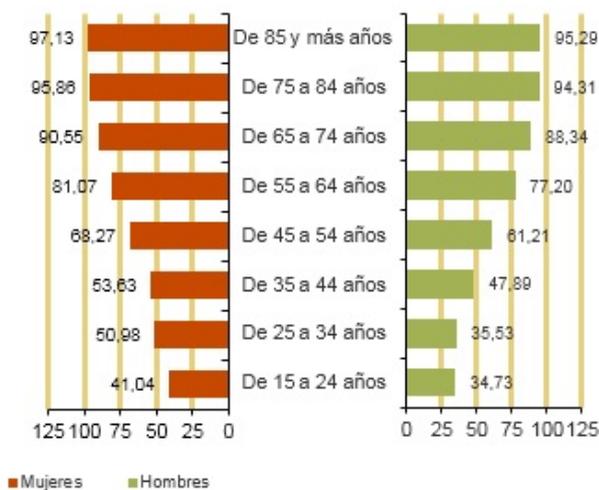
Fuente: Eurostat: Healthy life years. En 2008 hay ruptura metodológica. Encuesta de Condiciones de Vida. Consultada Febrero 2020.

### 3.2. Población con problemas de salud crónicos <sup>(16)</sup>

La gestión de las personas crónicas es un reto en nuestro país ya que tanto el porcentaje como la prevalencia de personas que tienen al menos una enfermedad crónica es elevadísimo.

Gráfico 6. Porcentaje de población con alguna enfermedad o problemas de salud crónicos percibidos según grupos de edad

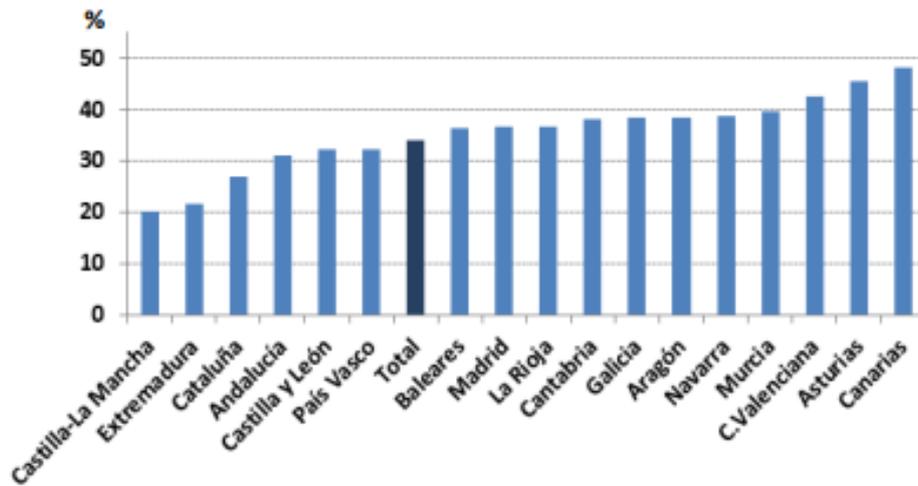
% Población de 15 y más años con alguna enfermedad o problema de salud crónico percibido. 2017



Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2017. MSCBS-INE



Gráfico 7. Prevalencia de personas con enfermedades crónicas por Comunidad Autónoma 2016

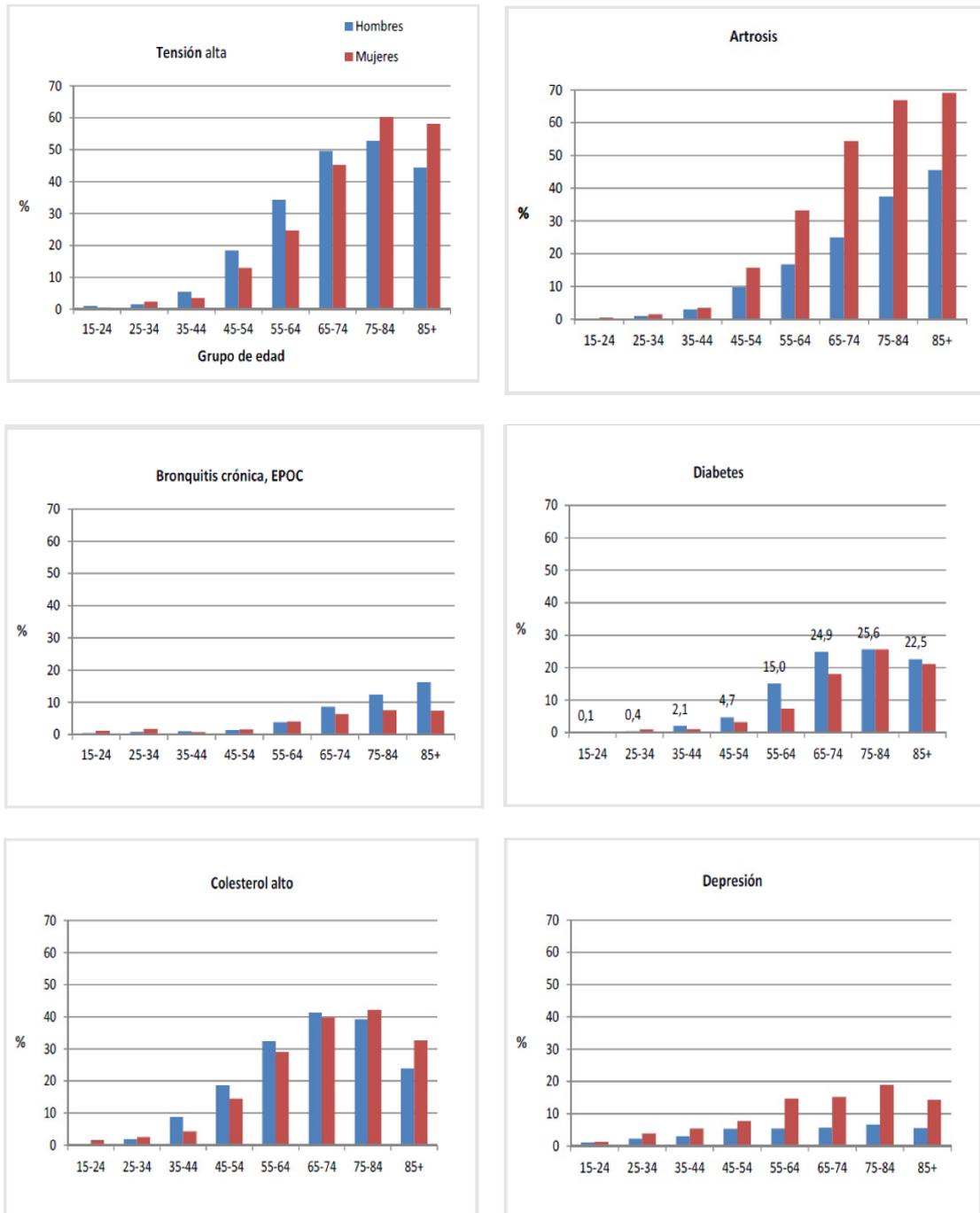


Fuente BDCAP. MSCBS

Los problemas o enfermedades crónicas o de larga duración con un patrón de edades más diferenciado por sexo son la artrosis y la depresión, que están más presentes en las mujeres de edad intermedia (55-64) y en las mayores (65 y más); la bronquitis crónica y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) predominan en los hombres. Estos presentan más problemas de tensión alta que las mujeres hasta los 74 años, según datos de la Encuesta Nacional de Salud 2017. Una de las patologías más prevalentes es la diabetes, El 22,8% de las personas mayores tiene diabetes (24,9% en el caso de hombres, 21,2% en mujeres). Considerando, que tiene diabetes quien se diagnostica como enfermedad crónica padecida en los últimos 12 meses y diagnosticada por un médico. La diabetes se acentúa en la madurez y en la vejez, pero en general los hombres tienen prevalencias más altas que las mujeres en todas las edades. El riesgo de padecer la enfermedad aumenta con el sobrepeso y sedentarismo, además de con una dieta inadecuada.



Gráfico 8. Porcentaje de personas con enfermedades crónicas por sexo y grupo de edad, 2017



Fuente: INE: Encuesta nacional de salud, 2017. Problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución padecidas en los últimos 12 meses y diagnosticadas por un médico. Consultada enero 2019

Los determinantes sociales de salud son factores de gran peso para la adquisición de enfermedades crónicas. Además, las diferencias significativas al alza en la prevalencia de padecer al menos una enfermedad crónica en mujeres de bajo y muy bajo nivel de renta plantean la necesidad de priorizar intervenciones desde AP en este colectivo,



coincidente además con el principal colectivo de cuidadoras de personas dependientes. Por último, la prevalencia de enfermedades crónicas es mayor en las personas en situación de desempleo respecto de la población activa, además de considerar la circunstancia de que las personas con enfermedades crónicas tengan más probabilidad de perder su empleo. En cualquier caso, también debería ser un colectivo cuya atención se debe priorizar<sup>(17)</sup>.

### **3.3. Estrategia nacional- Declaración de Sevilla<sup>(17-18)</sup>**

En el año 2011 un grupo de trabajo de las Sociedades de Medicina Interna y de Medicina Familiar y Comunitaria, junto con el apoyo de los servicios de salud de las comunidades autónomas, presentó “La Declaración de Sevilla”, un documento de consenso para la atención al paciente con enfermedades crónicas.

El objetivo de la Declaración de Sevilla era promover y estimular, en todas las comunidades autónomas, iniciativas que, coordinadas desde las gerencias de los servicios de salud y en colaboración con las sociedades científicas implicadas y las/los pacientes, reviertan en un plan autonómico de atención a personas en situación de cronicidad en cada comunidad, que esté alineado dentro de una estrategia nacional integrada.

Este documento propone que los diseños de los planes contemplen una serie de propuestas de intervención que se agrupan en tres áreas:

- a. Paciente y comunidad
- b. Organización de la atención
- c. Sistemas de información clínica y toma de decisiones

A nivel nacional, en el año 2012 el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, (MSSSI) publica la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud que constituye el marco de referencia que dirige la asistencia hacia el desarrollo de seis líneas estratégicas que son: la promoción, la prevención de las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico, la continuidad asistencial, la reorientación de la asistencia sanitaria, la equidad en salud e igualdad de trato y la investigación e innovación y de una u otra forma han continuado el resto de estrategias nacionales sobre cronicidad. Establece los objetivos y recomendaciones que permitirán orientar la organización de los servicios a la mejora de la salud de la población. De esta forma se facilitará un cambio en el enfoque en el Sistema Nacional de Salud que pasará de estar centrado en la enfermedad a orientarse a las personas y a la atención de las necesidades de la población en su conjunto, y de cada individuo en particular. De esta manera, se busca que la asistencia sanitaria resulte adecuada y eficiente, se garantice la continuidad en los cuidados, y se adapte a la evolución de la enfermedad de la/del paciente, favoreciendo su autonomía personal.

### 3.4. Ratio de Profesionales en Atención Primaria<sup>(17)</sup>

Siendo la Atención Primaria el pilar básico de todas las estrategias de atención a la cronicidad como nivel estratégico, hemos considerado importante reflejar este aspecto detallado en el Informe de Evaluación de la Estrategia de Cronicidad del Sistema Nacional de Salud de 2019.

La ratio de personas asignadas por cada profesional de AP, y sobre todo la ratio de profesionales enfermeras/enfermeros puede influir en la calidad y seguridad de los servicios sanitarios, y por lo tanto en la ejecución de distintas actividades asistenciales, como es la atención domiciliaria. No obstante, existen otros aspectos a parte de la ratio, que influyen en la calidad y seguridad asistencial ya que, por ejemplo, en Andalucía, donde no existe una ratio especialmente reducido de personas asignadas a profesional de enfermería de AP, presenta una actividad de visita domiciliaria por encima de la media del SNS, un mayor registro de valoraciones funcional y social en personas de 70 y más años.

Los datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) para el número de enfermeras/os (de todos los niveles asistenciales) en España en 2019, era de 5,7 por cada 1000 habitantes, por debajo de la media de la UE (8,8). No obstante, se debe tener en cuenta que el concepto de enfermeras/os contemplado en las valoraciones generales de la OCDE incluye un amplio rango de titulaciones profesionales, que en España se excluyen al no contar con la titulación académica correspondiente (técnicos de laboratorio, técnicos de radiología...)

Gráfico 9. Practising enfermeras por cada 1.000 habitantes.

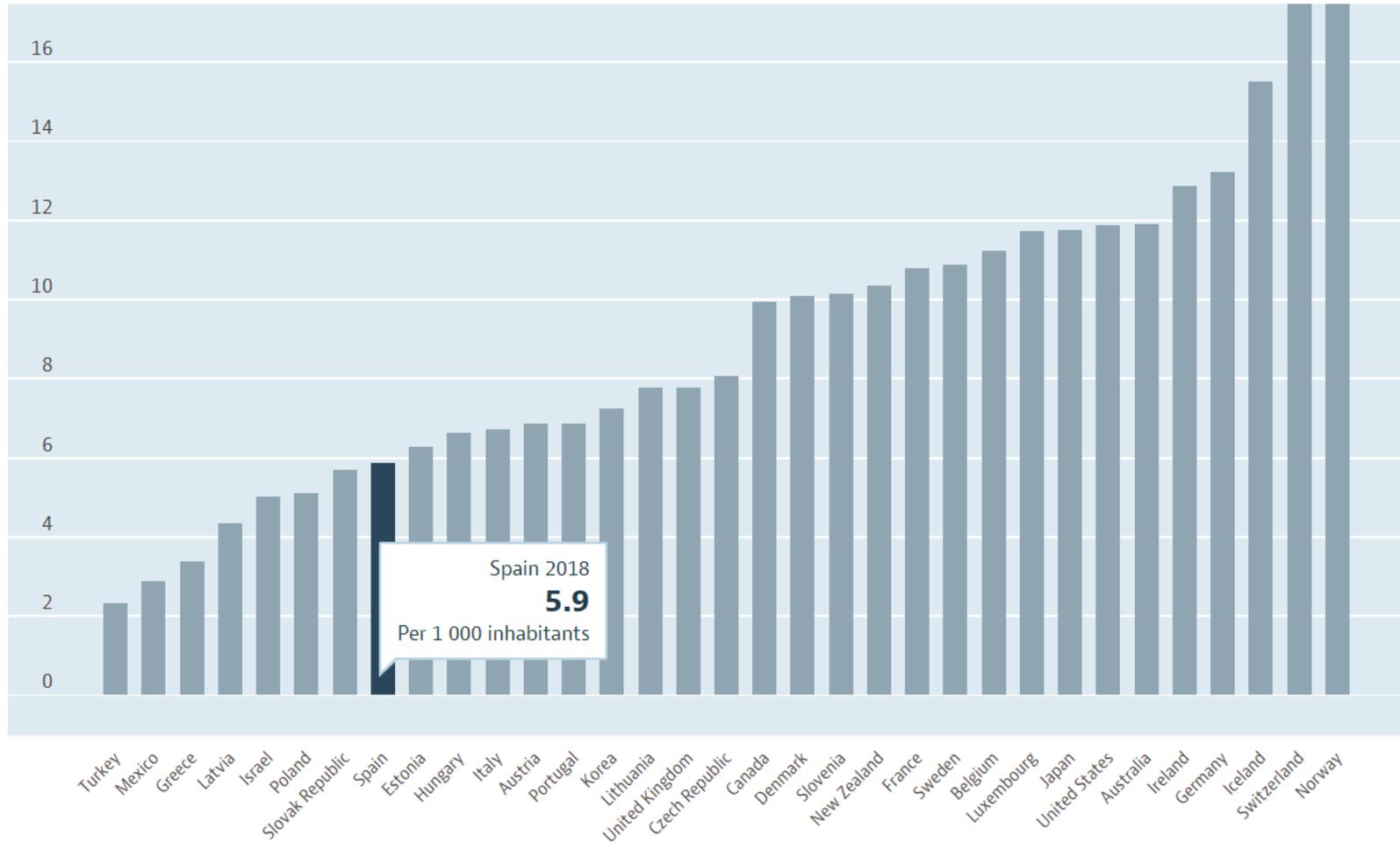


Fuente: OCDE (2019). [fecha de consulta: noviembre 2020].

El gráfico 10 muestra la evolución de la ratio de enfermeras/os en los países de la OCDE en el cual se observa que España, pese al desarrollo positivo del número de enfermeras por 1.000 habitantes, permanece alejado de la media de los países de la OCDE y en particular de su entorno más próximo.

De los 27 países de la Unión Europea, se dispone información de 21 de ellos. Como muestra el gráfico 10, existe una gran diferencia entre los países de la UE, siendo el rango de enfermeras/os por cada 1.000 habitantes es de 11 (entre 3,4 de Grecia y 13,2 de Alemania). España ocupa el quinto lugar por la cola con solo 5,9 enfermeras/os por cada 1.000 habitantes.

Gráfico 10. Evolución de la ratio de enfermeras en los países de la OCDE.

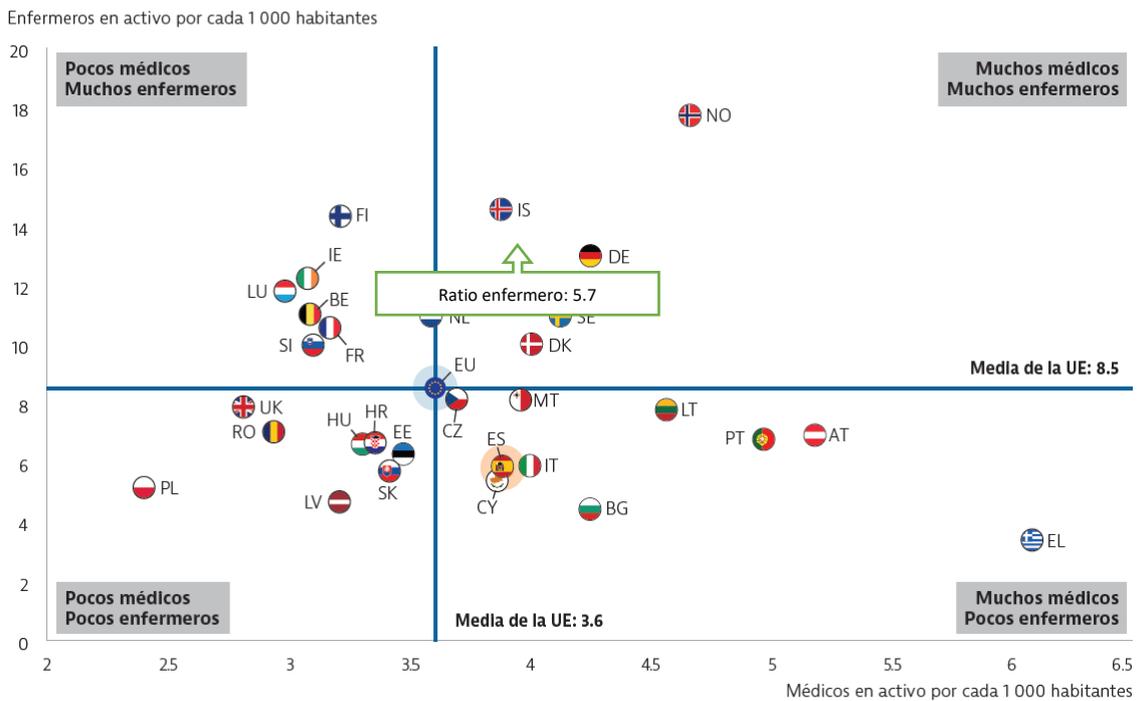


Fuente: OCDE



El informe sobre el “Estado de la salud en la Unión Europea. España. Perfil sanitario nacional 2019”<sup>1</sup> que han publicado conjuntamente la OCDE y el Observatorio Europeo en Sistemas de Salud y Políticas, *El porcentaje de enfermeros está muy por debajo de la media de la UE (5,9 por cada 1 000 habitantes frente a 8,5).*

Gráfico 11. Professionally active nurse por cada 1.000 habitantes.

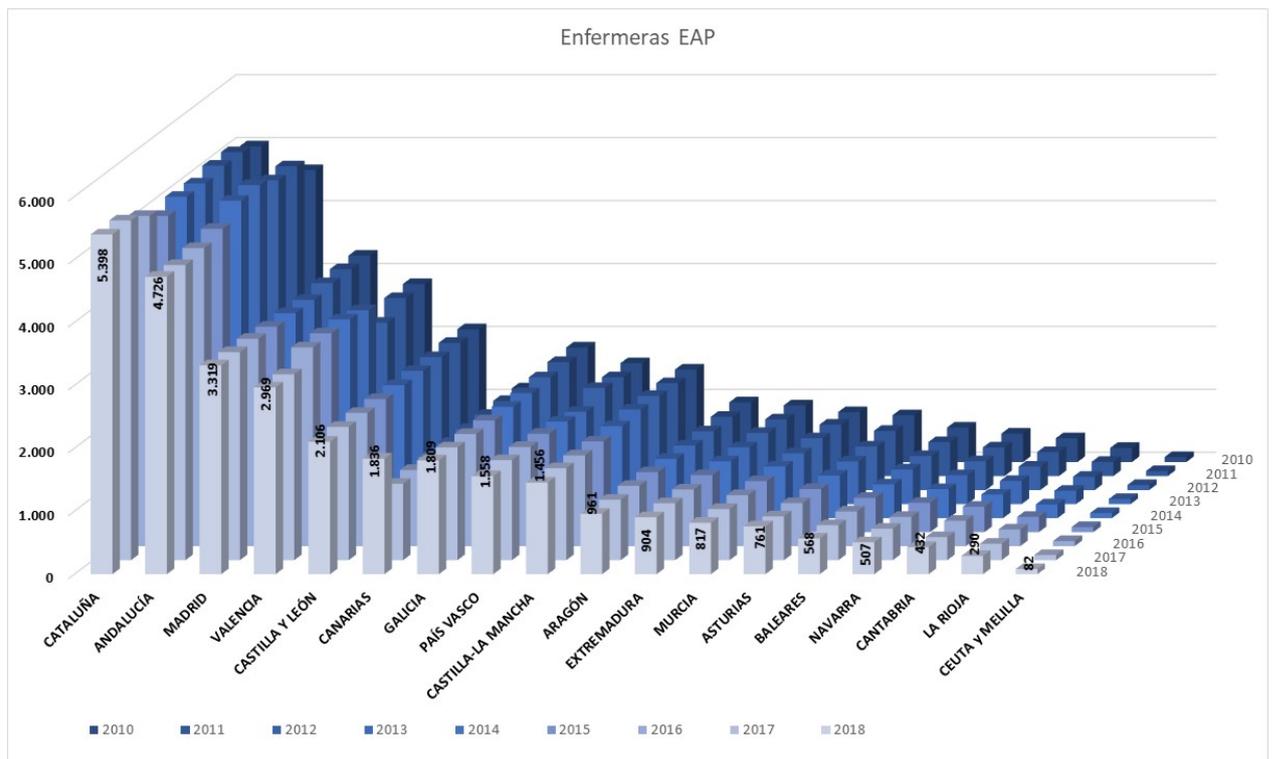


Nota: El número de enfermeros en España no incluye a los auxiliares de enfermería, aunque llevan a cabo tareas similares a las que realizan muchos enfermeros en otros lugares de Europa. En Austria y Grecia, el cálculo del número de enfermeros es excesivamente bajo, ya que solo incluye a los que trabajan en hospitales. En Portugal y Grecia, los datos se refieren a todos los médicos con licencia para el ejercicio de la profesión, lo que da como resultado una gran sobrestimación del número de médicos en activo (p. ej., de alrededor del 30 % en Portugal). Fuente: Base de datos de Eurostat (datos correspondientes a 2017 o al año más próximo).

Fuente: OCDE (2020).

No obstante, el número de enfermeros/as en los equipos de atención primaria del 2010-2018, se ha mantenido estable a lo largo de los años en las CCAA.

Gráfico 12. Evolución del número de enfermeras en atención primaria (2010-2018).

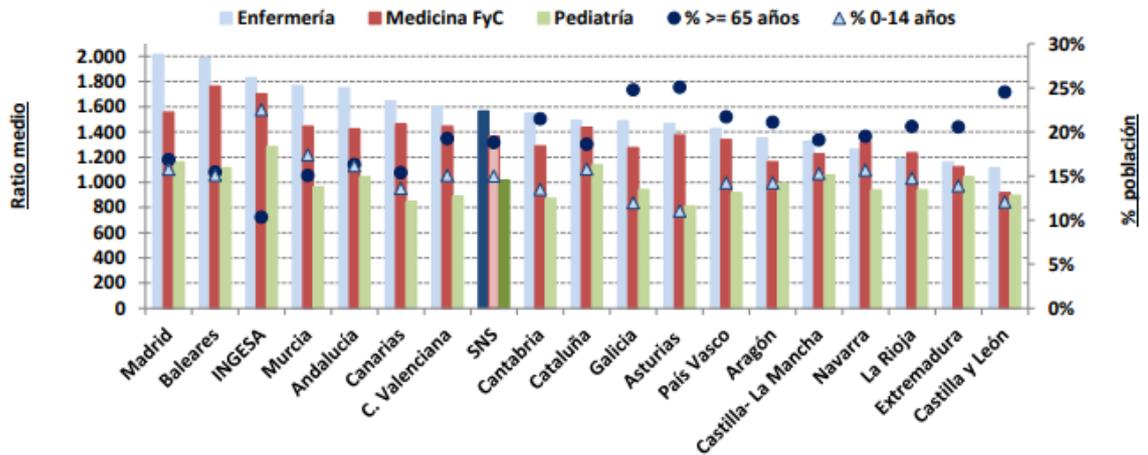


Fuente: Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Sistema Nacional de Salud. Portal estadístico. Área de Inteligencia de Gestión.

Esta información debe matizarse teniendo en cuenta dos aspectos principales: las pirámides de edad de la población asignada y el grado de dispersión geográfica.

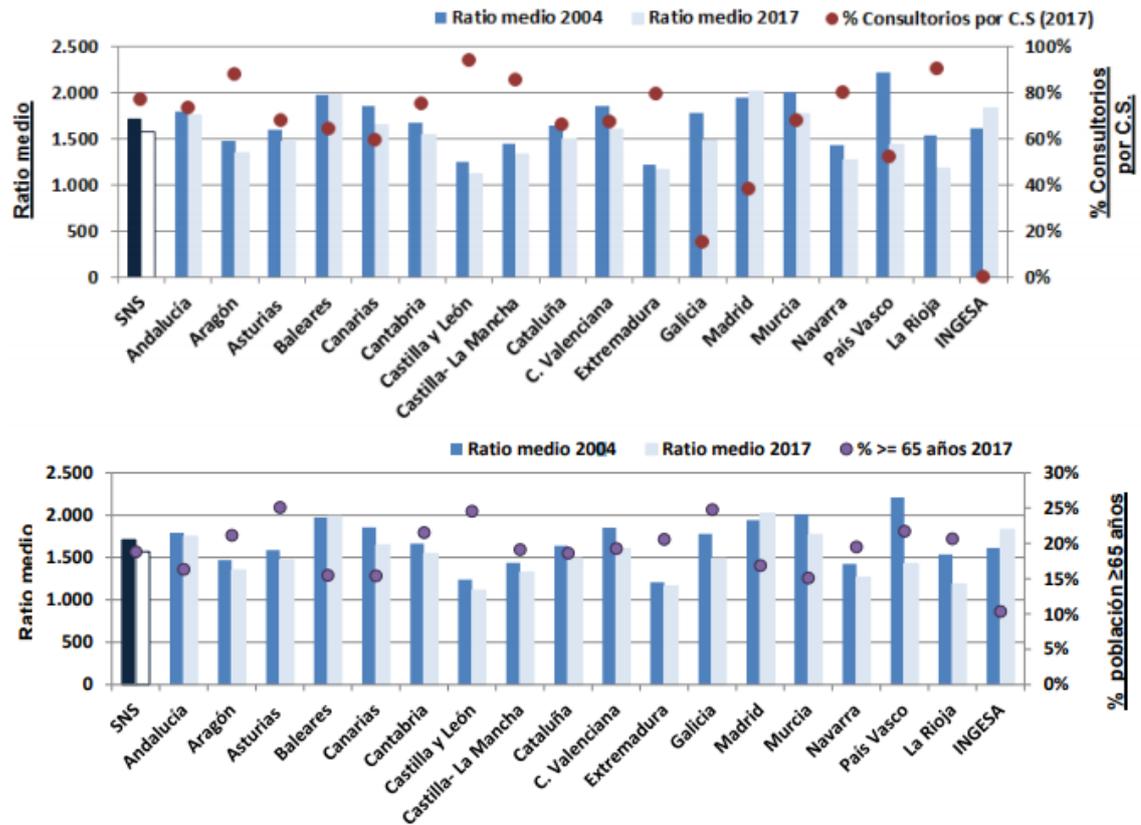
Podemos observar que, en aquellas CCAA con una pirámide de población asignada más envejecida, la ratio de personas asignadas a profesionales enfermeros/enfermeras y de medicina de Familiar y Comunitaria, suele ser inferior a la media, lo que puede estar en línea con unas mayores necesidades de esta población. En el caso de ratio de personas asignadas a pediatría, se observa un valor más homogéneo en todas las CCAA, siendo la media para el SNS en este año de 1.018 personas asignadas por cada profesional de pediatría. No obstante, en este caso no todas las regiones con un mayor porcentaje de población de 0-14 años cuentan con una ratio inferior, como cabría esperar.<sup>(17)</sup>

Gráfico 13. Ratio medio de personas asignadas a profesionales de Atención Primaria. Distribución por CCAA (año 2017)



Fuente: SIAP. MSCBS

Gráfico 14. Ratio medio de personas asignadas a enfermera/o de Atención Primaria. Distribución por CCAA en relación con la dispersión geográfica y a la pirámide de población. Datos 2004 y 2017

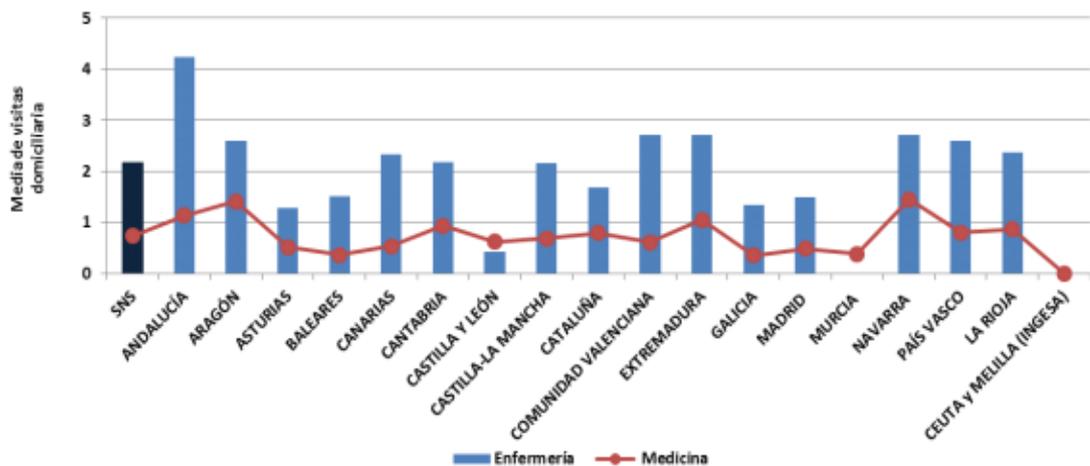


Fuente: SIAP. MSCBS

### 3.5. Visitas domiciliarias actualmente<sup>(17)</sup>

La visita domiciliaria es una herramienta clave para garantizar la continuidad asistencial, que puede contribuir, junto otras medidas, a evitar reingresos y hospitalización potencialmente evitable.

Gráfico 15. Visita domiciliaria en población asignada de atención primaria de 80 años y más por Comunidades Autónomas. Datos 2017



Fuente: Informe de evaluación Estrategia Cronicidad. 16 julio 2019

El grupo de edad que recibe mayor número de visitas es el de 80 años o más. Las enfermeras son las que realizan el mayor número medio de visitas, casi un tercio frente a las que realizan los profesionales de medicina de Familia y Comunitaria.<sup>(17)</sup>

Tabla 2. Media de visitas domiciliarias y porcentaje de personas distintas visitadas por personal de enfermería y de medicina de FyC en población asignada de atención primaria. Distribución por grupos de edad. Datos de 2013-2017.

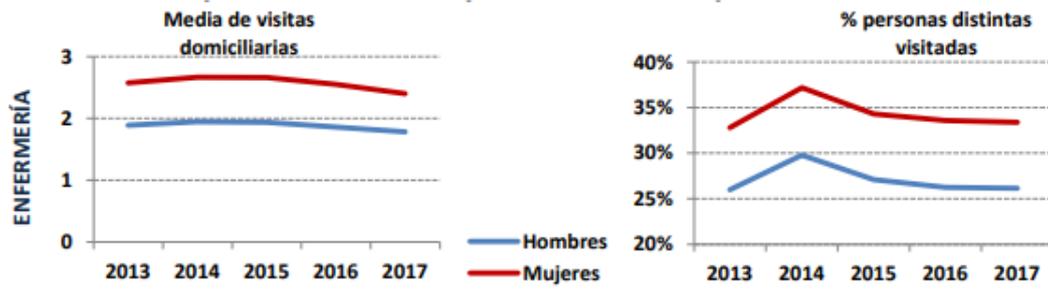
Media de visitas domiciliarias enfermería						% de personas distintas visitadas a domicilio por enfermería					
	2013	2014	2015	2016	2017		2013	2014	2015	2016	2017
65 años y más	1,05	1,10	1,05	1,00	0,95	65 años y más	15,4%	17,9%	15,5%	14,9%	14,8%
65 a 79 años	0,46	0,47	0,41	0,38	0,35	65 a 79 años	8,4%	10,0%	7,7%	7,1%	7,0%
80 años y más	2,32	2,40	2,40	2,30	2,17	80 años y más	30,3%	34,5%	31,7%	30,9%	30,7%

Media de visitas domiciliarias Medicina FyC						% de personas distintas visitadas a domicilio por Medicina FyC					
	2013	2014	2015	2016	2017		2013	2014	2015	2016	2017
65 años y más	0,29	0,31	0,32	0,30	0,33	65 años y más	11,5%	12,3%	12,3%	11,9%	12,4%
65 a 79 años	0,12	0,12	0,12	0,11	0,13	65 a 79 años	5,9%	6,2%	5,9%	5,5%	6,0%
80 años y más	0,66	0,69	0,74	0,70	0,73	80 años y más	23,6%	25,1%	25,9%	25,1%	25,5%

Fuente: SIAP. MSCBS

Tabla 3. Visita domiciliaria por profesional de enfermería en población asignada de atención primaria de 80 años y más. Distribución por sexo. Datos 2013-2017



Fuente: SIAP. MSCBS.



#### 4. Objetivos generales de las diferentes estrategias de atención a la cronicidad en España. (1-9,13-14,18-20)

Las comunidades autónomas establecen entre otros los siguientes objetivos en sus estrategias autonómicas de atención a la cronicidad, basándose en la Estrategia Nacional y la Declaración de Sevilla.

- Conseguir el más alto de grado de bienestar biológico, psicológico y social de las personas con enfermedad crónica a través de la implementación de un modelo de atención integral centrada en sus necesidades.
- Impulsar cambio de modelo asistencial al modelo de atención centrado en la persona.
- Impulsar la autonomía y autocuidado del paciente en su entorno, estableciendo la valoración psicosocial y las necesidades formativas de pacientes y/o sus familiares y/o cuidadores para alcanzar su capacitación. Mejorar su capacidad funcional y su calidad de vida.
- Establecer vías de comunicación innovadoras entre profesionales, para conseguir una mejor atención al paciente y la realización de procesos asistenciales integrados de las enfermedades crónicas más prevalentes o graves.
- Facilitar el intercambio de información entre los niveles sanitario y social para aumentar la eficiencia y garantizar la continuidad asistencial en cualquier ámbito en que se localice y en las transiciones asistenciales.
- Aumentar la calidad y seguridad asistencial. Las/los pacientes afectados por enfermedades crónicas utilizan mucho los servicios sanitarios, por lo que se debe conseguir que todos estos contactos con el sistema sanitario no tengan riesgos para las/los pacientes, mejorar su satisfacción y mejorar los resultados en salud
- Promover en los profesionales una cultura de mejora continua de procesos orientados al paciente
- Identificar y analizar los elementos que ocasionan una ineficiencia en la atención sanitaria a pacientes con patología crónica y diseñar un plan que permita su eliminación y/o abordaje en el lugar y el nivel correspondiente haciendo posible un mejor uso de los recursos y añadiendo valor en la atención a estos pacientes.
- Mejorar la satisfacción y la implicación de las y los profesionales responsables en la atención a personas con enfermedades crónicas. El buen clima laboral permite una mayor implicación de las/los profesionales, lo que repercutirá en una mejor atención a las/los pacientes.
- Garantizar el confort y la calidad de vida de la persona con una enfermedad crónica avanzada y un pronóstico de vida limitado. La atención paliativa se establece como la fase final de cualquier proceso de cronicidad. Es fundamental sensibilizar a las/los profesionales sanitarios sobre la necesidad de identificar de forma temprana a aquellos pacientes con necesidades de atención paliativa, para poder ofrecerle la mejor calidad de atención paliativa y evitar el sufrimiento tanto de la persona como de su familia.



## **5. Líneas estratégicas y objetivos específicos de atención a la cronicidad en los que el papel de las enfermeras es fundamental.** (1-9,13-14,18-21)

Desde nuestro punto de vista, el abordaje de la cronicidad que se necesita actualmente es aquel en el que las personas pueden mantenerse el mayor tiempo posible con buena salud, potenciando su autocuidado, adaptándose a la enfermedad crónica en caso de padecerla y gestionando su salud de manera eficaz, y en el que las situaciones de mayor complejidad puedan ser atendidas en su domicilio con las mejores condiciones, sin que esto produzca un deterioro en la salud de las personas que los cuidan.

Tras revisar las líneas estratégicas de las diferentes Comunidades Autónomas, consideramos que las siguientes líneas estratégicas que deben ser priorizadas e implementadas contando con liderazgo de las enfermeras y enfermeros son:

### **5.1. Línea estratégica para la atención a personas sanas:**

5.1.1. Fomentar la promoción de salud, el autocuidado y la participación de las personas y sus familias en la gestión eficaz de su salud con un enfoque comunitario que favorezca la perdurabilidad de las acciones.

5.1.2. Incorporar los factores personales y sociales en la definición de las necesidades de la/del paciente y no exclusivamente el número de enfermedades y su severidad clínica: valoración global y elaboración del Plan individualizado de atención integral.

### **5.2. Línea estratégica para la atención a personas con alguna enfermedad crónica:**

5.2.1. Identificar un a la población con enfermedades crónicas en función de su complejidad, independientemente de la edad para establecer las intervenciones, favoreciendo la organización de los recursos en función de las necesidades.

5.2.2. Impulsar la corresponsabilidad y la participación activa de las personas con enfermedad crónica en el mantenimiento de su salud.

5.2.3. Promover la autonomía y la atención en el entorno de vida del paciente, siempre que las condiciones particulares lo permitan.

5.2.4. Fortalecer la adherencia al tratamiento en el paciente

5.2.5. Desarrollar una sistemática de trabajo basada en la elaboración e implantación de los procesos asistenciales para aquellas enfermedades crónicas más prevalentes y/o limitantes

5.2.6. Impulsar la atención proactiva, planificada y coordinada que prevenga y atienda precozmente las descompensaciones y las enfermedades intercurrentes

### **5.3. Línea estratégica para la atención a personas con enfermedad crónica compleja:**

5.3.1. Implementar nuevo modelo de atención domiciliaria, incluida la atención a residencias que mejore la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes con enfermedades crónicas complejas y avanzadas.

5.3.2. Garantizar la continuidad asistencial incidiendo especialmente en las transiciones de la/el paciente en situación de cronicidad por el sistema sanitario.

5.3.3. Participar en la creación de unidades de continuidad asistencial en régimen de hospital de día que respondan a inestabilidad o agudización de las personas con cronicidad compleja sin necesidad de permanencia nocturna.

5.3.4. Realizar la coordinación entre los diferentes ámbitos asistenciales (Atención Primaria/Atención hospitalaria/Atención social).

5.3.5. Impulsar la prevención de caídas en el ámbito doméstico y en el entorno como un medio de promocionar la autonomía y evitar situaciones de dependencia.

5.3.6. Elaborar el plan de rehabilitación funcional tras cada exacerbación o proceso mórbido dirigido a recuperar, si lo precisara, las capacidades perdidas que sean potencialmente reversibles.

5.3.7. Evitar las hospitalizaciones urgentes y estancias prolongadas.

5.3.8. Integrar la atención paliativa como parte final de un proceso de cronicidad. Los cuidados paliativos suponen un enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias a través de la prevención y alivio del sufrimiento, por medio de la identificación temprana, la evaluación y tratamiento del dolor, así como otros problemas físicos, psicosociales y espirituales.

5.3.9. Mejorar la atención a pacientes crónicos/frágiles en los hospitales.

Objetivos transversales a todas las líneas: (1-9,13-14,18-21)

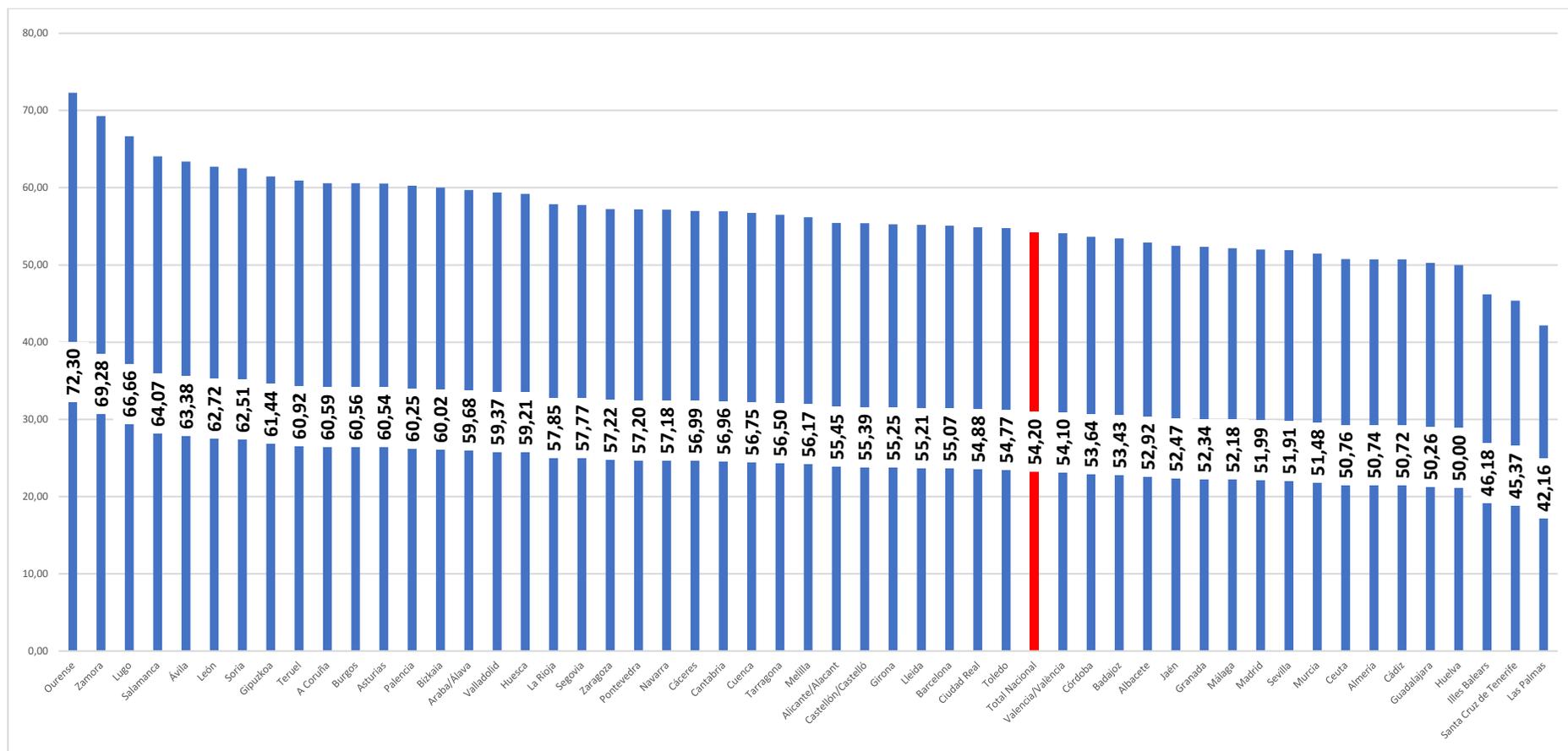
- Participar en comités y grupos de trabajo para el diseño de estrategias de atención y políticas de salud.
- Liderar estrategias y programas para el seguimiento y evaluación.
- Participar en el desarrollo de tecnologías y sistemas compartidos de información y comunicación.
- Mejorar la eficiencia del sistema para garantizar su sostenibilidad disminuyendo las prácticas sin valor para los pacientes, evitando prácticas innecesarias y facilitando la accesibilidad.
- Homogeneizar las prestaciones de los servicios, reduciendo la variabilidad clínica y mejorando la coordinación de los mismos, con intervenciones que incrementen la calidad asistencial y la seguridad de la/del paciente.
- Promover la investigación integral en salud para profundizar en el conocimiento de los mecanismos que influyen en el origen de la situación de cronicidad, las implicaciones sanitarias, sociales y económicas de la cronicidad, los modelos de identificación de pacientes crónicos, los modelos de servicios y gestión más adecuada para la cronicidad, el diseño e implementación de intervenciones personalizadas (centradas en el paciente), los sistemas integrados de atención y cuidado, la e-Salud y el uso de tecnologías en los servicios sanitarios.
- Colaborar e impulsar las innovaciones tecnológicas y favorecer el desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) mejorando la teleasistencia, los tiempos de respuesta, los horarios de atención y la sistemática de citación, para evitar desplazamientos innecesarios, etc...En este aspecto también se debe desarrollar para favorecer las vías de comunicación entre profesionales de distintos niveles asistenciales.
- Liderar e impulsar la estrategia de humanización
- Identificar personas vulnerables, desigualdades en salud, inclusión de la perspectiva de género. Fomentar la equidad teniendo a las enfermeras como garantes para evitar y reducir las desigualdades en salud. La distribución equitativa de los recursos implica destinar recursos especiales para las personas que más lo necesitan. La estratificación de la población al tener sólo en cuenta criterios sanitarios y demográficos pero no los factores sociales como el nivel educativo, el sexo, la clase social y los recursos económicos puede producir una clasificación sesgada.<sup>(22)</sup>
- Garantizar la adherencia al tratamiento y conciliación de medicación. La OMS en 2003 califica la falta de adherencia como “problema mundial de gran magnitud” considerando la modificación de los hábitos de vida el mayor obstáculo y advirtió de que sólo la mitad de los tratamientos crónicos se siguen correctamente, lo que repercute en la efectividad de los sistemas de salud.<sup>(23)</sup> Una vez más la Atención Primaria es el ámbito donde más se puede trabajar este aspecto. Las

enfermeras realizan intervenciones para la monitorización y mejora del cumplimiento terapéutico en pacientes crónicos polimedificados. También puede haber una gran aportación en la seguridad de los pacientes ante la isoequivalencias de las distintas presentaciones de un mismo principio activo.<sup>(24)</sup>

- Liderar el abordaje del dolor. El dolor es un problema de salud cuya atención resulta prioritario por su frecuencia y repercusión en la calidad de vida de las personas, así como por la variabilidad asociada a su manejo y el consiguiente impacto en los resultados en salud y en la calidad de vida de los pacientes. Las enfermeras aportaran la identificación de los pacientes con dolor crónico, además de las actividades formativas necesarias para profesionales de otros niveles de atención o para pacientes y cuidadores
- Establecer un conjunto de indicadores que permitan un seguimiento y evaluación de la atención sanitaria a pacientes con patología crónica y que posibiliten una mejora continua de la calidad de vida con indicadores como el bienestar, ajuste, ejecución o funcionamiento social y la satisfacción como medida de calidad y resultados en salud.
- Impulsar la visita domiciliaria y la hospitalización a domicilio reorientando las acciones a la proactividad, la detección de necesidades complejas haciendo del domicilio un lugar ideal para el cuidado que es lo que demandan los pacientes. Dentro de los domicilios deben incluirse las residencias que son los hogares de miles de personas.<sup>(25)</sup>
- Liderar e impulsar el enfoque paliativo en la atención a la cronicidad. Es necesario ya que tiene un impacto muy positivo sobre la calidad de vida del enfermo y la familia, influiría positivamente sobre los sistemas sanitarios y supondría un ahorro de costes. El uso de herramientas tecnológicas, las medidas de formación al personal sanitario y de adaptación de los recursos puede introducir un cambio cualitativo y cuantitativo muy relevante en nuestro sistema que puede ser liderado y implementado por las enfermeras.<sup>(26)</sup>
- Liderar e impulsar la atención a la dependencia y discapacidad incluyendo medidas de apoyo social, tecnológico y educativo en las intervenciones frente a la discapacidad. Los planes de cuidados de estos pacientes especialmente en aquellos que presentan un deterioro funcional o cognitivo importante, deben incluir la atención de las personas cuidadoras. Mejorar la comunicación con las personas, personalizar el trato y humanizar los cuidados debería ser el hilo conductor en todas las intervenciones destinadas a mejorar el abordaje de la cronicidad.<sup>(9,25)</sup>



Gráfico 16. Tasa de dependencia por provincias 2020



Fuente: INE.



Liderar y priorizar la atención a las enfermedades raras que presentan tendencia a la cronicidad y a la discapacidad, la mayoría de las veces con un alto coste familiar, social y sanitario. Conllevan una importante carga de enfermedad o limitan la calidad de vida en las personas afectadas y en las de su entorno. Es importante tener en cuenta que carecen de un abordaje específico, ya que al contrario que las enfermedades crónicas prevalentes, las enfermedades raras no son motivo de actuaciones de salud programadas, a efectos de gestión, provisión y coordinación de servicios.

- Desarrollar e implementar los diferentes perfiles enfermeros como:<sup>(25)</sup>
  - Enfermeras/os especialistas en Familiar y Comunitaria y en Geriátrica fundamentalmente para la atención a la cronicidad.
  - Gestoras de casos. Es una pieza clave en la atención a la cronicidad encargándose de coordinar todo tipo de situaciones que van a necesitar ayuda realizando una atención rápida, organizada, establecida con los pacientes para que su autonomía y la de sus cuidadores sea lo mejor posible. Tienen un rol de garante y coordinadora del plan de actuación integral, integrado y coordinado.
  - Enfermeras/os de capacitación en áreas específicas o de práctica avanzada
- Las unidades de gestión clínica en el ámbito del paciente crónico son un instrumento que facilita la organización de los servicios para adecuarlo a las necesidades detectadas en la reingeniería de procesos permitiendo que todos los profesionales trabajen en red utilizando cada uno de los diferentes dispositivos asistenciales según las necesidades de los pacientes. El papel de las enfermeras y enfermeros en estas unidades es fundamental por su aportación a la atención integral en la gestión de casos, hospitalizaciones a domicilio y mejora de la continuidad asistencial.<sup>(25)</sup>

## 6. Evidencias y buenas prácticas de la aportación enfermera en la atención a la cronicidad <sup>(1-5,9,12,22,27-28)</sup>

Con el objetivo de establecer el modelo de prestación para la atención a las personas en situación de cronicidad, se han tenido presentes una serie de evidencias al respecto, entre las que destacan:

- En países como Canadá, Australia, Holanda o Reino Unido han concluido que las estrategias de gestión integrada no pueden lograrse si no existe una atención primaria potente, lo que les ha llevado a desarrollar actuaciones orientadas al fortalecimiento del primer nivel asistencial con medidas como: menor ratio de población por médica/o de familia, mayor tiempo medio por consulta, potenciación del papel de enfermería en la atención a las/los pacientes crónicos (fundamentalmente en el control y en el autocuidado), fomento del trabajo en equipos multidisciplinares, formación en trabajo interdisciplinar, mejora en el acceso (como consultas telefónicas o electrónicas) y avance en el desarrollo de los sistemas de información (principalmente la historia clínica informatizada).
- Las experiencias que activan únicamente una intervención (ej. control telemático a domicilio formación a pacientes para la autogestión) puede que no consigan el impacto de eficiencia esperado. Para obtener mejoras en la eficiencia, es necesario intervenir de forma sistemática sobre múltiples poleas de cambio, usando de forma integrada los modelos anteriormente descritos.
- La planificación individualizada previa al alta, el asesoramiento y la toma conjunta de decisiones por parte de equipos multidisciplinares y multiprofesionales, garantiza ahorros sustanciales en reingresos evitables, incluso en ausencia de otras intervenciones.
- Cuando las poblaciones de pacientes están identificadas y estratificadas, aquellas intervenciones presenciales que combinan educación con cuidados y que incluyen un contacto con un profesional sanitario de atención primaria u hospitalario, así como una monitorización electrónica con seguimiento, consiguen una reducción en la utilización de recursos y en el gasto.
- Un informe realizado por la Universidad de Birmingham, que recoge más de 10.000 estudios de investigación que evalúan el efecto de intervenciones a largo plazo en la atención de las/los pacientes crónicos, priorizadas en función de la calidad de la evidencia científica, destaca como elementos con un impacto positivo con un mayor nivel de evidencia, el seguimiento telefónico por enfermería, las visitas domiciliarias proactivas y el soporte para el autocuidado.
- De las experiencias realizadas en otros entornos se deduce que cuando la atención a pacientes con enfermedades crónicas se realiza de forma intensa e individualizada, la reducción en ingresos hospitalarios puede alcanzar del 21% al 48%. Concretamente en asma el descenso puede ser del 11% al 60%, en pacientes con diabetes entre un 9% y un 43% y en los pacientes mayores con múltiples enfermedades la reducción en las hospitalizaciones osciló entre el 9% y el 44%.

- Evaluación de la gestión de procesos asociados a la cronicidad para la optimización de costes y mejora de la calidad y seguridad del paciente en relación con la hipertensión y con la enfermedad de Crohn. El análisis de las mejores recomendaciones y guías de práctica clínica aportan mejoras significativas para la atención de los pacientes y la salud de la población.
- La implantación de enfermeras/os gestores de casos ha dado muy buenos resultados produciendo una reducción de las visitas a urgencias, y de los ingresos hospitalarios atribuibles a la atención específica, personalizada y próxima, organizada y controlada por las enfermeras/os gestores de casos y a la fuerte presencia de las unidades de hospitalización domiciliaria. que maximizan la resolución de problemas en domicilio. Estas enfermeras/os homogenizan la práctica entre diferentes ámbitos asistenciales y aseguran intervenciones que reduzcan la hiperfrecuentación y los reingresos.
- Enfermeras/os Gestores de Casos en Insuficiencia cardiaca supone ahorro de 678,12 por alta de paciente ingresado.
- Empoderamiento del cuidador principal mediante la implementación del programa de formación de cuidadores. Este tipo de programas reduce la claudicación familiar y la sensación de ansiedad, mejorando por tanto la calidad de vida de los pacientes y previniendo problemas futuros, con la reducción de costes sanitarios asociados.
- Enfermeras/os de práctica avanzada en prescripción. A través de la prescripción enfermera se objetivo una mejora de la eficiencia y disminución del gasto en el periodo entre 2010-2015 en el caso de productos como absorbentes, tiras reactivas y apósitos. Esto unido a compras centralizadas mejoran la sostenibilidad del sistema.
- Consulta de enfermería experta en ostomías genera un ahorro del 68% y por cada año de vida ajustado por calidad supone un ahorro de 138.585 €
- Reducción de costes aplicando modelo de Enfermería Comunitario con atención domiciliaria 25% en Países Bajos.
- Unidad de rehabilitación cardiaca y adherencia dietética del paciente crónico. Desarrollo de proyecto con elaboración y diseño de recetario cardiosaludable hecho por pacientes y familiares de pacientes cardiológicos que hayan recibido el programa de rehabilitación junto con el apoyo y consejo dietético de las enfermeras.
- El Hospital 12 de Octubre realizo un estudio sobre la atención a los pacientes crónicos complejos y los resultados en la frecuentación y eficiencia que evidencia que la clasificación Nivel de Intervención Alto (NIA), conforme al Proceso de Atención integrada (PAI)-Paciente Crónico Complejo (PCC) de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y su adaptación local en el Hospital 12 de Octubre, reduce la frecuentación de urgencias y hospitalización y aumenta las atenciones en el Hospital de día y consultas externas, intentando que el paciente esté la mayor parte de su tiempo en el domicilio. Además, mejora la eficiencia de la asistencia a los pacientes ingresados.<sup>(29)</sup>

## 7. Limitaciones para desarrollar la máxima aportación de las enfermeras.

Después de realizar este análisis nos parece interesante incidir en algunos aspectos detectados que limitan el desarrollo y potencial de los enfermeros y enfermeras para poder realizar una aportación plena en la atención a la cronicidad en España como son:

- Introducir la cultura de la innovación en los aspectos organizativos y tecnológicos de los sistemas sanitario y social.
- El fortalecimiento de la atención primaria y fomentar la atención domiciliaria.
- Modificaciones a nivel legislativo, organizativo, de funcionamiento, de comunicación, formativos y presupuestarios del sistema sanitario y social.
- La reorganización de la plantilla y dotación acorde a necesidades, así como la limitación que ofrecen a día de hoy las plazas que se convocan cada año para especialidades de EIR como Enfermería Comunitaria y Enfermería Geriátrica que no están ajustadas a las necesidades del Sistema Sanitario y de la población.
- Implantación de perfiles enfermeros como especialistas, gestoras de casos, enfermera de continuidad, así como contratación y condiciones laborales acorde a la especialización que se necesita en las bolsas de trabajo.
- Estimular el desarrollo profesional y personal, estableciendo medidas que fomenten la autonomía en la gestión e incentivos adaptados a la actividad productiva de aquellos indicadores relacionados con la implantación de la Estrategia.
- Adecuar y mejorar las competencias profesionales para contar con profesionales preparados y proactivos y que además sean capaces de asumir sus nuevos roles, según su nivel de complejidad, que faciliten la coordinación de recursos, la continuidad de cuidados especialmente en los procesos de transición entre los diferentes ámbitos y niveles de atención.
- Eliminar la limitación para integrar los diferentes sistemas de prescripción enfermera autónoma y colaborativa.
- El desarrollo e implantación de herramientas tecnológicas que faciliten y favorezcan la comunicación entre niveles asistenciales, así como las historias clínicas y sociales compartidas, entre profesionales y con los pacientes/familiares utilizando las TICs y nuevas tecnologías.
- Las herramientas necesarias deben ser configuradas con el conocimiento que las enfermeras pueden aportar sobre el ámbito domiciliario ya que son las grandes conocedoras del mismo y de las necesidades de los pacientes y familias en su entorno.
- Fomentar aspectos como el trabajo integrado entre niveles asistenciales y distintos ámbitos.
- Desarrollo y capacitación de competencias digitales en todos los profesionales para la implementación de la teleasistencia.



## **8. Resumen de puntos clave con aportación enfermera en la atención a la cronicidad.**

Tras evaluar todas las estrategias llegamos a la conclusión general de la necesidad imperiosa de llevar a cabo una transformación del modelo de atención a la persona con enfermedad crónica. La enfermería debe ser líder en el cambio de la concepción de los cuidados por y para los pacientes, en estrecha y necesaria colaboración con quienes intervienen en el proceso de atención a la salud de pacientes, personas cuidadoras y la comunidad.

La orientación hacia una mejor atención a las necesidades implica un cambio de roles tanto para el paciente como para todo el equipo de profesionales que participan en la asistencia al mismo y su entorno.

Los enfermeros/enfermeras de Atención Primaria son los referentes y expertos en las valoraciones integrales de necesidades de cuidados a personas con enfermedades crónicas, en colaboración con los trabajadores sociales y otros profesionales del equipo, así como en la valoración integral del caso que requiera la planificación de intervenciones individualizadas que contribuyan a garantizar la atención más adecuada a las necesidades.

La estratificación de los pacientes crónicos en diferentes niveles de riesgo tiene entre sus objetivos ayudar a identificar a los pacientes con mayores comorbilidades, polifarmacia, uso de servicios y mayor riesgo de complicaciones, empeoramiento de la capacidad funcional, calidad de vida y/o muerte prematura. Siendo la enfermera perfectamente conocedora de la situación del paciente, su entorno podría determinar el nivel de intervención que necesita y el plan asistencial a poner en marcha para la atención personalizada que necesita.

Las enfermeras y enfermeros son los impulsores de modelos de asistencia orientados al desarrollo de la atención centrada en la persona y orientada al grupo familiar y a la comunidad.

La evidencia científica muestra que las personas que autogestionan su enfermedad habiendo recibido apoyo para conseguirlo, consiguen mejores resultados en el control de la misma que los que no lo hacen. Es necesaria una educación estructurada a través de la Educación para la Salud, reforzando y motivando al paciente, pactando objetivos, enseñando y delegando acciones de las más sencillas a las más complejas según avances en capacidades y autogestión del cuidado. Puede ser de manera presencial o a distancia, individual o grupal pero siempre con acompañamiento, personalización de la atención, visión holística, respeto a la autonomía del paciente y un enfoque comunitario además del individual.

El autocuidado como valor fundamental que sostiene las bases del concepto de Escuela de Cuidados y Salud, para mejorar la salud de pacientes y comunidad aporta información completa y veraz para tomar decisiones en este sentido.

La atención domiciliaria y la hospitalización a domicilio aportan una modalidad asistencial dirigida a aquellas personas que por motivos de salud o motivos sociosanitarios necesitan una atención en sus domicilios de manera temporal o permanente en la que las enfermeras/os tienen un papel fundamental y en la que es importante poner en marcha otra serie de actividades y programas como las escuelas de cuidadores, las estancias de respiros, o servicios específicos para la prevención del cansancio y la claudicación del cuidador que garantizaran el éxito y la calidad de la atención percibida por los pacientes y familias. Puede complementarse con la telemonitorización y seguimiento telefónico realizado también por enfermeras.

El uso de las nuevas tecnologías, el desarrollo e implantación de estas herramientas facilitan y favorecen la atención a distancia de los pacientes y también el apoyo a familiares y cuidadores por lo que sin duda es una línea a desarrollar, donde las enfermeras pueden hacer valoraciones, seguimientos y teleconsultas para prevenir reagudizaciones, valorar la adherencia a los tratamientos, seguimiento del plan de cuidados individualizado, apoyar al autocuidado y conseguir tutorizar la corresponsabilidad y autonomía de los pacientes y su entorno.

El uso de las TICs y nuevas tecnologías entre distintos niveles y profesionales potencian la cobertura del sistema sanitario y mejora la eficiencia del mismo por lo que desarrollar e implantarlas con visión enfermera garantizará el éxito, al aportar las enfermeras el conocimiento del entorno más cercano, las características de los cuidados en el ámbito domiciliario y las necesidades que allí se detectan de comunicación entre niveles asistenciales, así como las historias clínicas y sociales compartidas, entre profesionales y con los pacientes/familiares utilizando las TICs y nuevas tecnologías

La continuidad asistencial y coordinación sociosanitaria debe configurarse con visión de futuro ya que el envejecimiento demográfico, la prevalencia de las enfermedades crónicas y las limitaciones de la autonomía personal así lo requieren y en ella las enfermeras garantizan la trazabilidad de los procesos con visión integral del paciente.

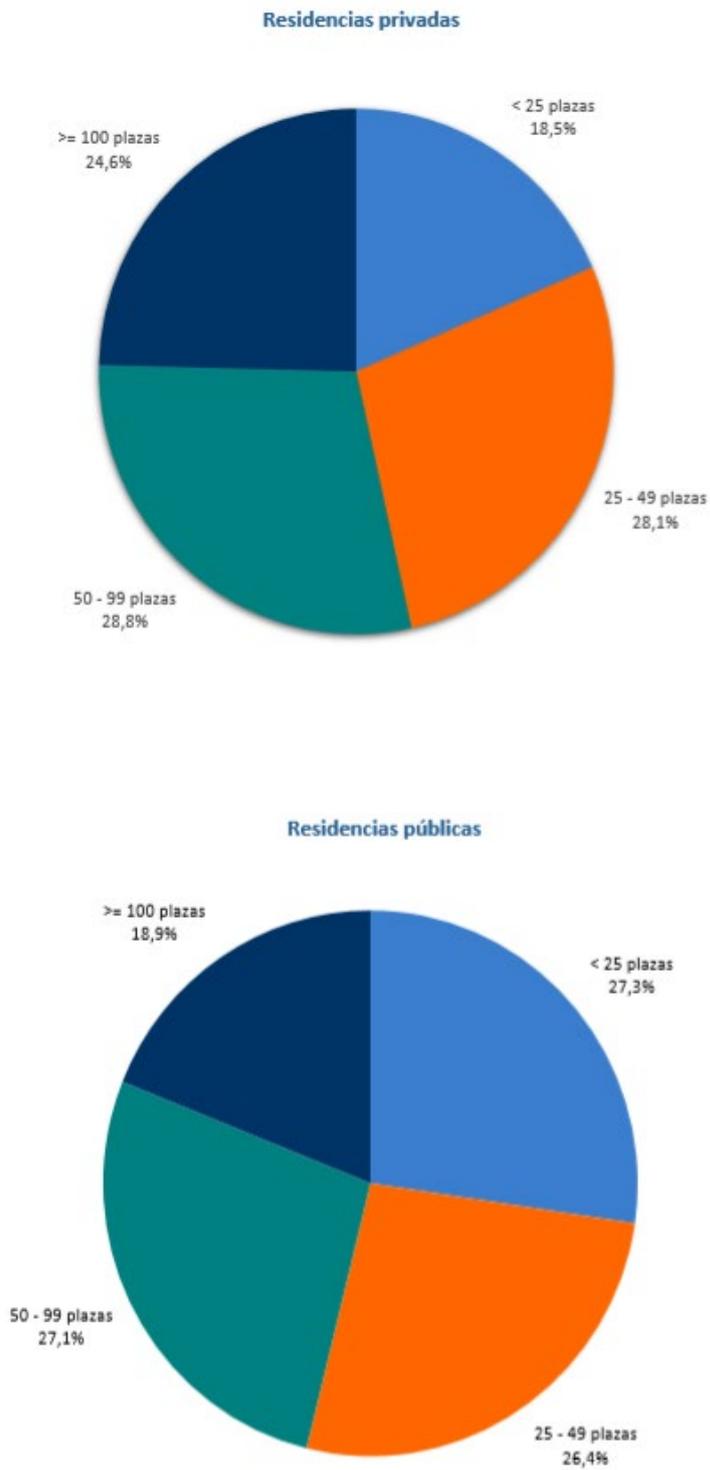
## 9. Situación y análisis del ámbito residencial en España desde la perspectiva enfermera

En noviembre del 2019 el Consejo General de Enfermería comenzó la realización de un proyecto que consta de dos partes iniciales, un primer análisis sobre la situación del ámbito residencial en España, con el objetivo de conocer la disponibilidad de recursos y sus características y una segunda parte que se trabajó con el Sindicato de Enfermería SATSE con el objetivo de profundizar en los perfiles de usuarios y satisfacción así como el funcionamiento y situación de los profesionales que desarrollaban su actividad profesional en este ámbito.

Para ello, se hizo una revisión de la documentación publicada en el Portal Envejecimiento en Red, y dentro de su proyecto de Mapa de Recursos Sociales, el Informe Envejecimiento en red (número 24) que ofrecía información del número de centros y plazas residenciales por provincias<sup>(30)</sup> y de estudios similares previos como el que se realizó en el CSIC el 2019 “estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincias. Datos de abril 2019”. El nivel de respuesta de este fue del 53,6%, por lo que la información para poder realizar este análisis fue completada revisando las listas y páginas webs de las comunidades autónomas y otras guías. Cuando la información no pudo ser actualizada por estos procedimientos, se tomaron como referencia encuestas respondidas en años previos. La fecha de referencia de la información ofrecida es el 3 de abril de 2019.

En cuanto al total de centros existentes en España se objetivo la siguiente distribución según tipo y tamaño:

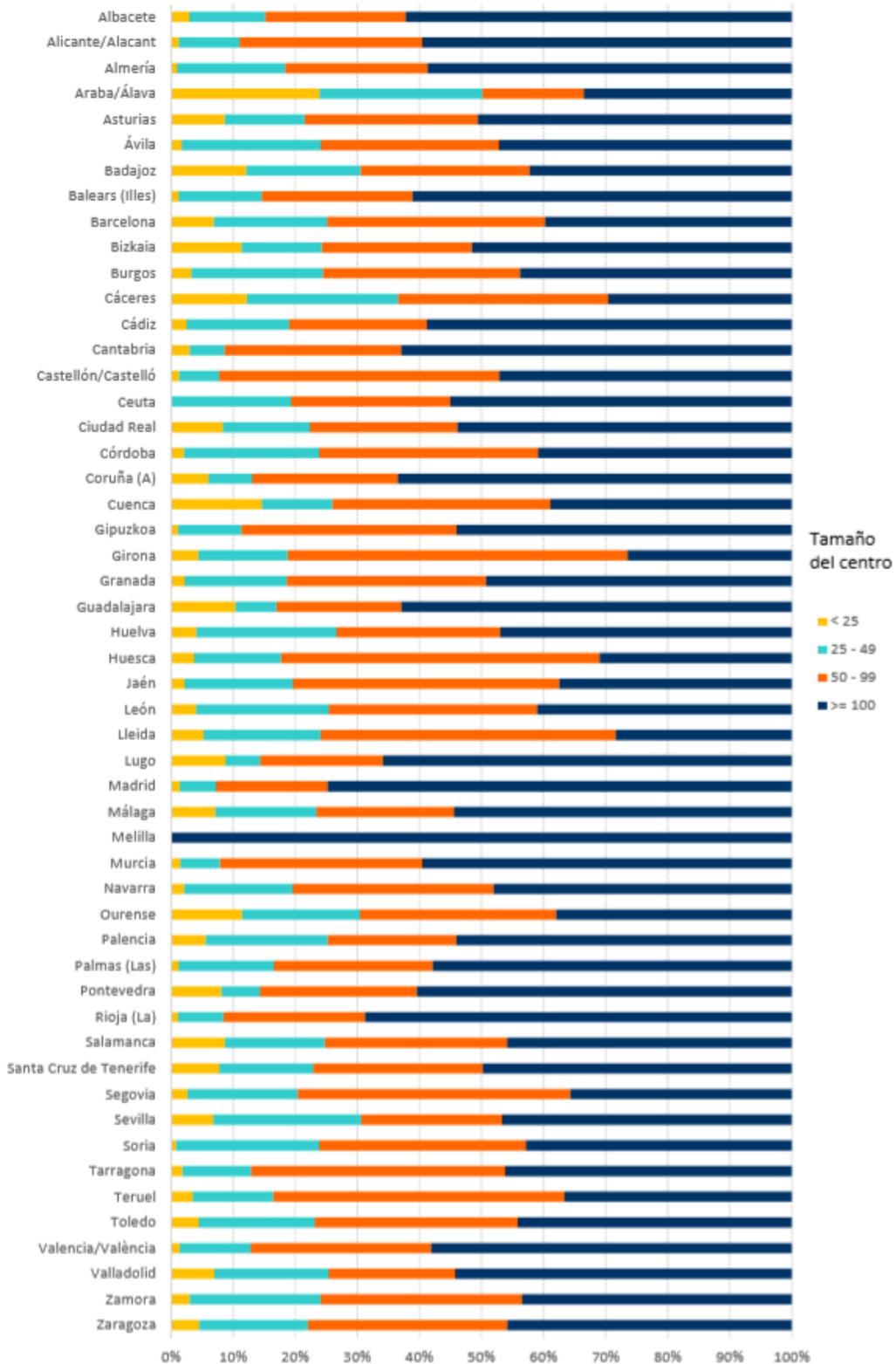
Gráfico 17. Total nacional Centros residenciales según tipo y tamaño, 2019



Fuente: Estadísticas sobre residencias. Distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de abril de 2019.

En cuanto a las plazas existentes por provincias, la distribución se ha reflejado en el siguiente gráfico:

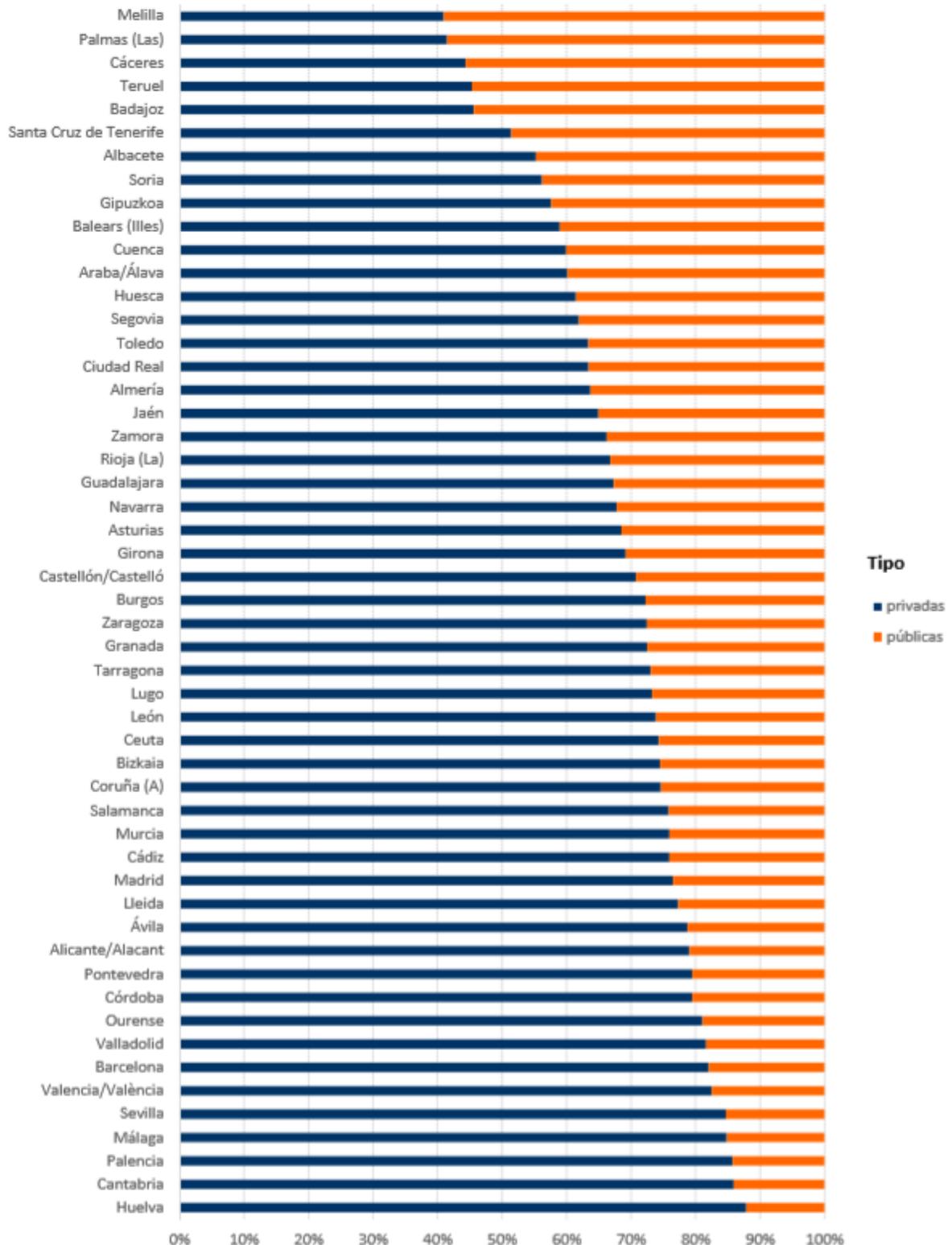
Gráfico 18. Distribución de plazas por provincia según tamaño del centro 2019



Fuente: Estadísticas sobre residencias. Distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de abril de 2019.

En cuanto a las plazas existentes según el tipo de centro se ha reflejado en el siguiente gráfico:

Gráfico 19. Plazas residenciales según tipo de centro 2019



Fuente: Estadísticas sobre residencias. Distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de abril de 2019.

El Barómetro de EsCrónicos 2019<sup>(31)</sup>, en relación a la continuidad de la información, algo que como veremos más adelante tiene gran relevancia en el ámbito residencial, analiza la valoración que los pacientes hacen sobre la transferencia de la información clínica, la valoración de la continuidad de la gestión, la coherencia del cuidado y la accesibilidad entre niveles.

En relación a la coordinación de otros servicios y aspectos también explorados en este estudio, los pacientes valoran positivamente la coordinación con el resto del personal sanitario de los servicios de enfermería y pese a obtener la coordinación de los médicos especialistas la peor valoración, esta es considerada de elevada importancia en distintos indicadores manejados en este estudio.

Los servicios de enfermería (74%) son los que registran una opinión positiva mayoritaria sobre su grado de coordinación con el resto del personal sanitario.<sup>(31)</sup>

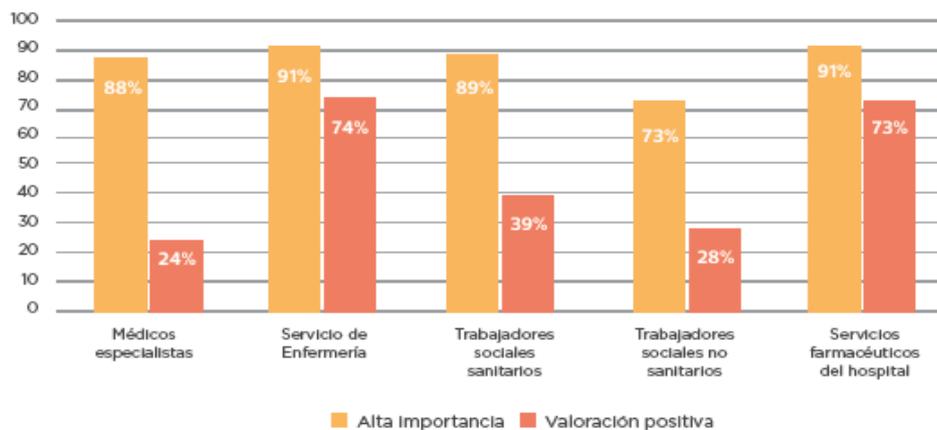
**Tabla 4. Grado de coordinación entre los diferentes servicios y el resto del personal sanitario**

SERVICIOS	MUY BUENO	BUENO	REGULAR	MALO	MUY MALO	NS/NC	(N)
Médicos especialistas	6	18	29	25	17	5	1.178
Servicio de enfermería	28	46	18	8	1	0	963
Trabajadores sociales sanitarios	11	28	29	15	16	0	222
Trabajadores sociales no sanitarios	6	22	35	16	21	1	267
Servicios farmacéuticos del hospital	34	39	20	6	1	0	482

Fuente: Barómetro EsCrónicos 2019

Los datos de la relación entre la importancia concedida a la coordinación y la evaluación de la calidad muestran una relación buena en lo referido a los servicios de enfermería con 91% y un 74%.<sup>(31)</sup>

**Gráfico 20. Relación entre la importancia concedida a la coordinación entre los distintos profesionales sanitarios y la valoración positiva del grado de coordinación existentes**



Fuente: Barómetro EsCrónicos 2019

Para complementar esta primera parte, se realizó estudio de opinión en centros sociosanitarios (residenciales) públicos y privados para mayores del ámbito nacional con la colaboración del Sindicato de Enfermería SATSE mediante entrevista online sistema CAWI.

Los criterios utilizados para la selección de una muestra representativa de residencias públicas y privadas en todas las provincias España segmentadas por CC. AA y agrupadas, por tamaños en base al número de plazas, en 4 rangos (< 25, 25-49, 50-99 y >= 100)

Inicialmente se solicitó la selección de 250 residencias públicas y privadas de distintos tamaños. Dicha selección está basada en el informe “Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de abril de 2019” presentado, en octubre de 2019, por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) y el Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CCHS).<sup>(30)</sup>

Una vez analizados los datos y contrastados el número de centros y número de plazas ofertadas se calculó por provincias y CC.AA la representatividad que debían tener sus centros, públicos y privados, por cada rango de tamaño en la selección de los 250 centros de la muestra hallando el porcentaje que representa del total y extrapolándolo a la muestra, motivo por el cual se procedió a ampliar la muestra final para que todas las provincias tuviesen al menos representación tanto de la oferta pública como de la privada. En total la muestra que se presenta es de 275 centros de los cuales 95 son públicos y 180 privados.

Estadísticamente, para un universo de 5.358 residencias, un margen de error de 5 y un nivel de confianza del 95% la muestra debería haber sido de 278 centros, no obstante, la muestra final fue de 272 centros que se consideró suficientemente representativa y la cumplimentación fue realizada por enfermeras/os centinelas designadas por

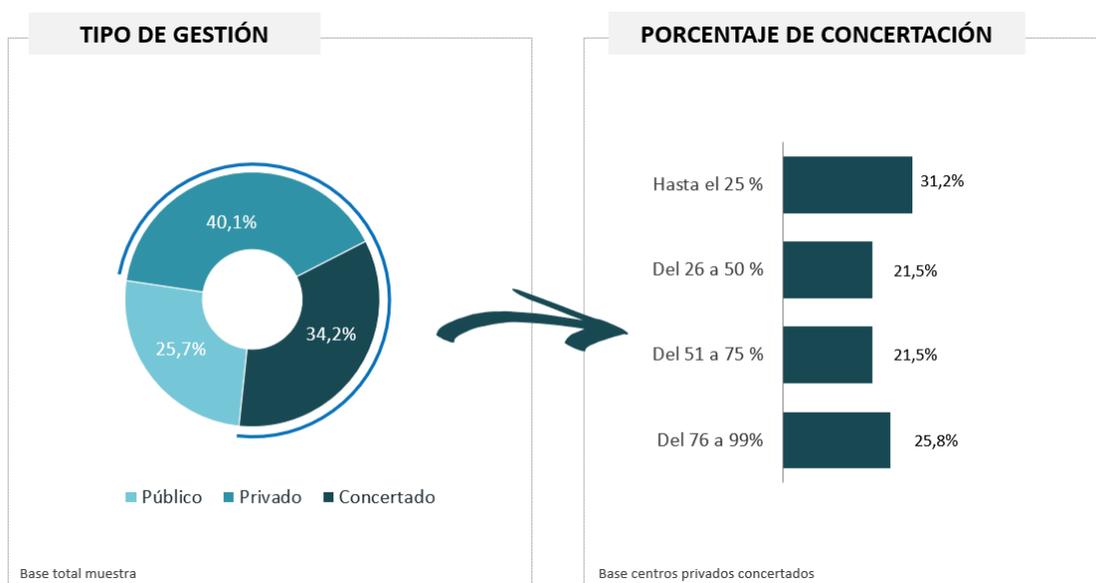
Sindicato de Enfermería SATSE desde el 16 de Junio de 2020 al 14 de Julio de 2020, manteniendo el absoluto anonimato de las respuestas de los centros entrevistados.

El cuestionario constaba de un bloque de datos identificativos del tipo de centro, otro sobre las características de los residentes en cuanto a situación funcional, coordinación con otros centros, herramientas digitales; un tercer bloque sobre los trabajadores de ese ámbito, condiciones laborales, formación, la organización del centro y un último bloque COVID para conocer situación durante la pandemia y a futuro en este aspecto concreto.

Entre los resultados más relevantes presentamos los siguientes:

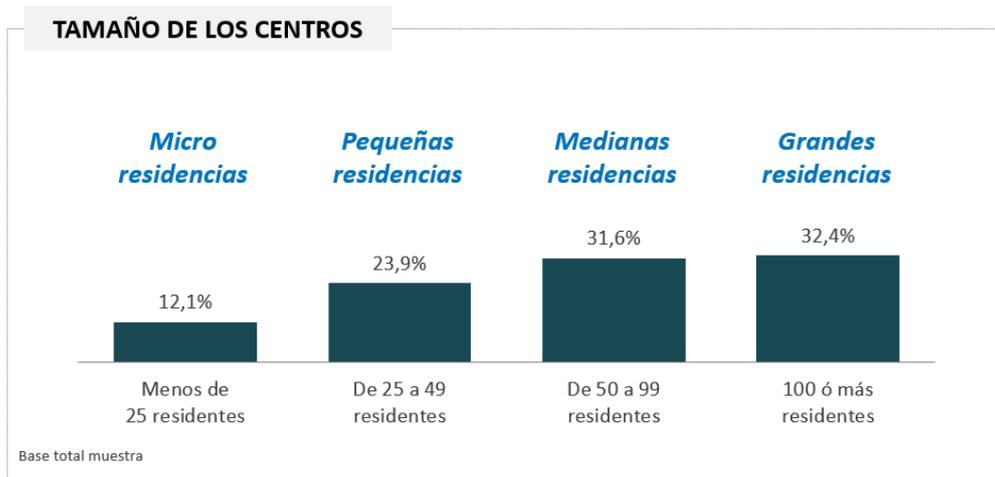
Con respecto a las características de los centros consultados, el **25,7 % son de gestión pública y el 74,3% son de gestión privada o concertada** y que **el 62% tienen más de 50 residentes**.

Gráfico 21. Características de los centros sociosanitarios.



Fuente: Informe: Análisis de situación de las residencias sociosanitarias. Consejo General Enfermería y Sindicato de Enfermería SATSE.

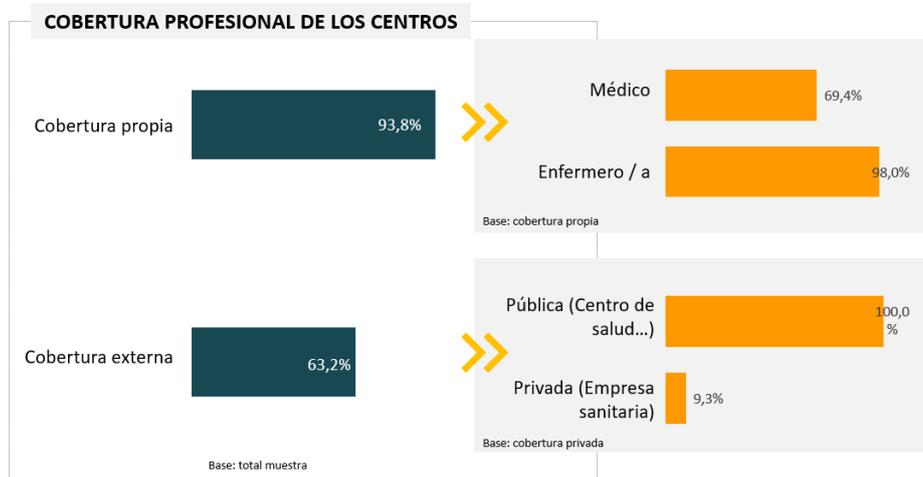
Gráfico 22. Tamaño de los centros sociosanitarios.



Fuente: Informe: Análisis de situación de las residencias sociosanitarias. Consejo General Enfermería y Sindicato de Enfermería SATSE.

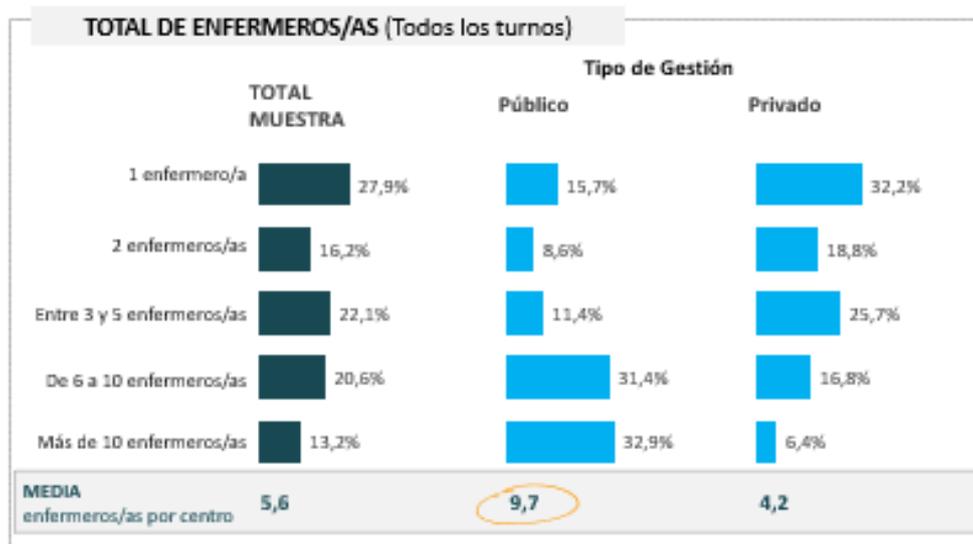
En lo relacionado con la cobertura por profesionales sanitarios más del 93% tiene contratado algún profesional sanitario como propio en la empresa. Casi la totalidad de las residencias consultadas dispone de alguna enfermera para cubrir parte de sus necesidades. Aquellas que no disponen de recursos propios, cuando requieren cobertura profesional externa, ésta es pública.

Gráfico 23. Cobertura profesional de los centros sociosanitarios



Fuente: Informe: Análisis de situación de las residencias sociosanitarias. Consejo General Enfermería y Sindicato de Enfermería SATSE.

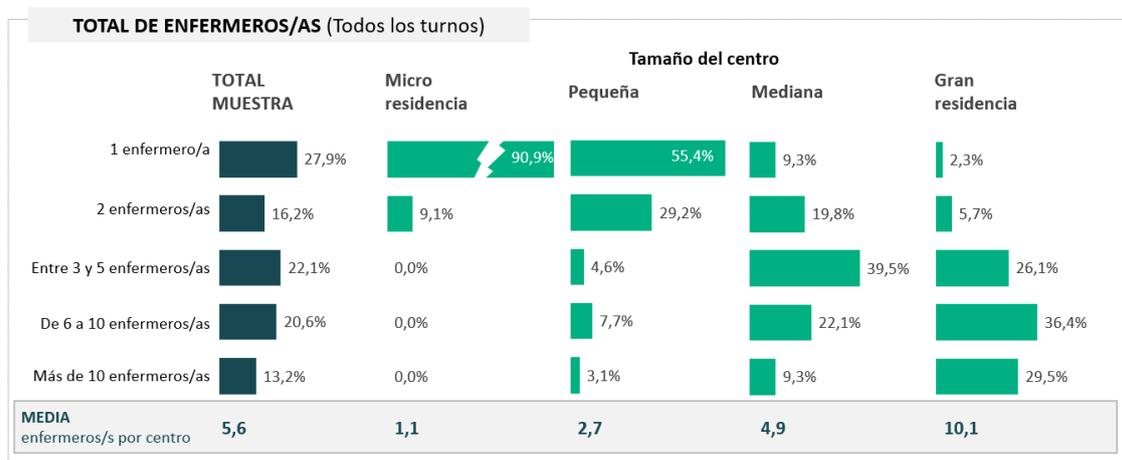
Gráfico 24. Número de Enfermeros/as en los Centros Sociosanitarios.



Fuente: Informe: Análisis de situación de las residencias sociosanitarias. Consejo General Enfermería y Sindicato de Enfermería SATSE.

A nivel global, la media de número de enfermeros entre 1 y más de 10 profesionales asignados por centro es de 5,6 enfermeras/os, siendo 9,7 en los centros públicos y 4,2 en los privados.

Gráfico 25. Número de Enfermeros/as en los Centros Sociosanitarios.



Fuente: Informe: Análisis de situación de las residencias sociosanitarias. Consejo General Enfermería y Sindicato de Enfermería SATSE.

Gráfico 26. Numero de Enfermeros/as en los Centros Sociosanitarios.

Nº MEDIO DE ENFERMEROS/AS POR TURNO															
Tamaño del centro															
	Lunes a Viernes					Sábados					Domingos y festivos				
	Total muestra	Micro residen.	Pequeña	Mediana	Gran residen.	Total muestra	Micro residen.	Pequeña	Mediana	Gran residen.	Total muestra	Micro residen.	Pequeña	Mediana	Gran residen.
MAÑANA	2,0	0,8	1,4	1,6	3,2	1,4	0,3	0,7	1,1	2,4	1,3	0,1	0,6	1,1	2,3
TARDE	1,3	0,3	0,9	1,2	2,1	1,0	0,0	0,6	1,0	1,8	1,0	0,0	0,5	0,9	1,8
NOCHE	0,6	0,0	0,2	0,5	1,0	0,5	0,0	0,1	0,5	0,9	0,5	0,1	0,1	0,5	0,9

Fuente: Informe: Análisis de situación de las residencias sociosanitarias. Consejo General Enfermería y Sindicato de Enfermería SATSE.

Gráfico 27. Número medio de residentes por cada enfermera.

Nº MEDIO DE RESIDENTES POR CADA ENFERMERO/A									
	Lunes a Viernes			Sábados			Domingos y festivos		
	Total muestra	Público	Privado	Total muestra	Público	Privado	Total muestra	Público	Privado
MAÑANA	46,0	36,1	53,2	65,6	50,8	77,4	70,7	53,2	85,1
TARDE	70,7	55,9	77,4	91,9	69,9	106,4	91,9	69,9	106,4

\* No se considera el turno de noche porque hay muchos centros sin enfermera y las medias son inferiores a 1 enfermera

Fuente: Informe: Análisis de situación de las residencias sociosanitarias. Consejo General Enfermería y Sindicato de Enfermería SATSE.

En el ámbito sociosanitario las/os enfermeras/os tienen asignado un número muy elevado de residentes, que se incrementa aún más en las residencias privadas, en las que se llegan a superar los 100 residentes asignados en los turnos de tarde y de fin de semana.

Gráfico 28. Número medio de enfermeros/as por turno.

Nº MEDIO DE ENFERMEROS/AS POR TURNO															
	Lunes a Viernes					Sábados					Domingos y festivos				
	Total muestra	Micro residen.	Pequeña	Mediana	Gran residen.	Total muestra	Micro residen.	Pequeña	Mediana	Gran residen.	Total muestra	Micro residen.	Pequeña	Mediana	Gran residen.
MAÑANA (Total)	2,0	0,8	1,4	1,6	3,2	1,4	0,3	0,7	1,1	2,4	1,3	0,1	0,6	1,1	2,3
MAÑANA (Público)	3,1	1,0	1,7	2,2	5,0	2,2	0,0	1,1	1,4	3,8	2,1	0,0	0,9	1,3	3,7
MAÑANA (Privado)	1,6	0,8	1,3	1,4	2,4	1,1	0,3	0,6	1,0	1,8	1,0	0,1	0,6	1,0	1,7
TARDE (Total)	1,3	0,3	0,9	1,2	2,1	1,0	0,0	0,6	1,0	1,8	1,0	0,0	0,5	0,9	1,8
TARDE (Público)	2,0	0,5	0,7	1,5	3,3	1,6	0,0	0,7	1,2	2,8	1,6	0,0	0,7	1,2	2,8
TARDE (Privado)	1,1	0,3	0,9	1,0	1,6	0,8	0,0	0,6	0,9	1,4	0,8	0,0	0,5	0,8	1,3
NOCHE (Total)	0,6	0,0	0,2	0,5	1,0	0,5	0,0	0,1	0,5	0,9	0,5	0,1	0,1	0,5	0,9
NOCHE (Público)	1,0	0,0	0,3	0,8	1,5	0,9	0,0	0,3	0,8	1,4	0,9	0,0	0,3	0,8	1,4
NOCHE (Privado)	0,4	0,0	0,2	0,4	0,8	0,4	0,0	0,1	0,3	0,8	0,4	0,1	0,1	0,3	0,7

Media de 0 / tendencia a 0
  Media tendente a 1
  Media de 1 ó más

Fuente: Informe: Análisis de situación de las residencias sociosanitarias. Consejo General Enfermería y Sindicato de Enfermería SATSE.

En cuanto a la capacidad funcional el **56,3% los residentes tienen grado II severo o grado III gran dependencia** y entre ellos el 39,5% de los residentes con gran dependencia están en los centros de gestión pública.

La valoración de la capacidad funcional permite diseñar la atención integral y planes de cuidados adaptados a las condiciones individuales de cada paciente ya que, al conocer su situación basal, podemos determinar el impacto de la situación actual en la que se encuentran en los centros sociosanitarios, así como gestionar los cuidados, atención y recursos que necesitan para cubrir sus necesidades, de aquí la relevancia e importancia de realizar esta valoración.

Gráfico 29. Capacidad funcional de los residentes.

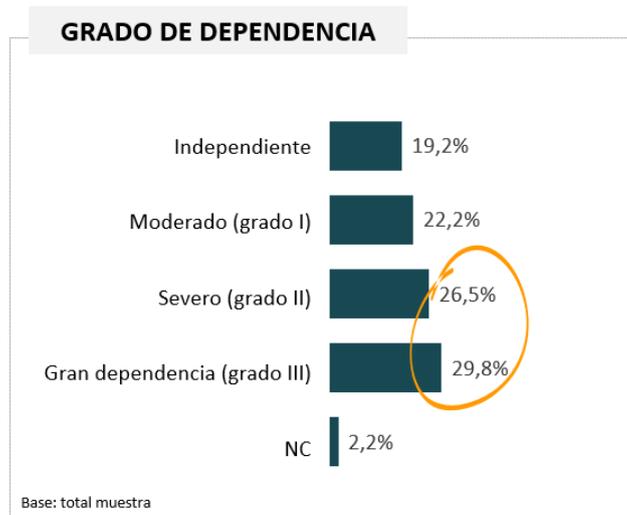


Fuente: Informe: Análisis de situación de las residencias sociosanitarias. Consejo General Enfermería y Sindicato de Enfermería SATSE.  
1 de cada 4 residencias no valora la situación funcional de los residentes a la hora de repartir cargas de trabajo.

En este punto, no aparecen grandes diferencias en relación al tipo de gestión o tamaño del centro.

La medición de los niveles de dependencia es un acto fundamental para poder planificar de forma idónea las políticas encaminadas a la atención e intervención en este ámbito.

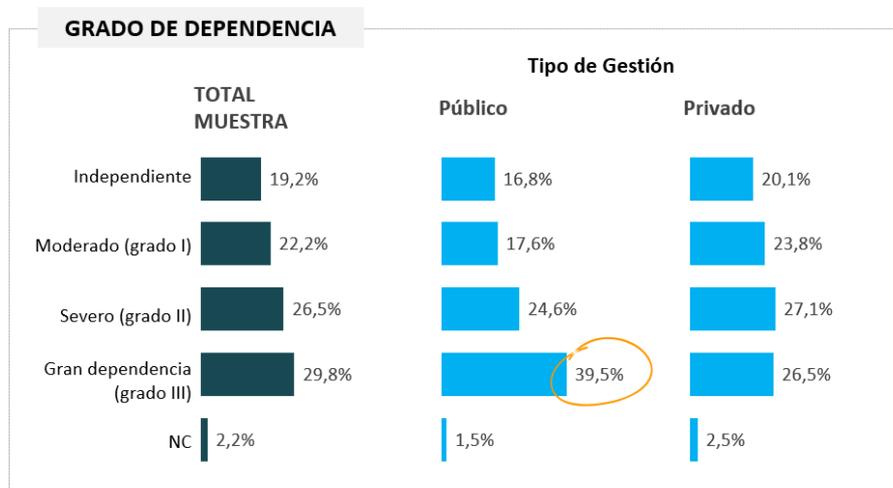
Gráfico 30. Capacidad funcional de los residentes.



Fuente: Informe: Análisis de situación de las residencias sociosanitarias. Consejo General Enfermería y Sindicato de Enfermería SATSE.

El 56,3% de los ocupantes de las residencias tienen una dependencia alta (grado II y III).

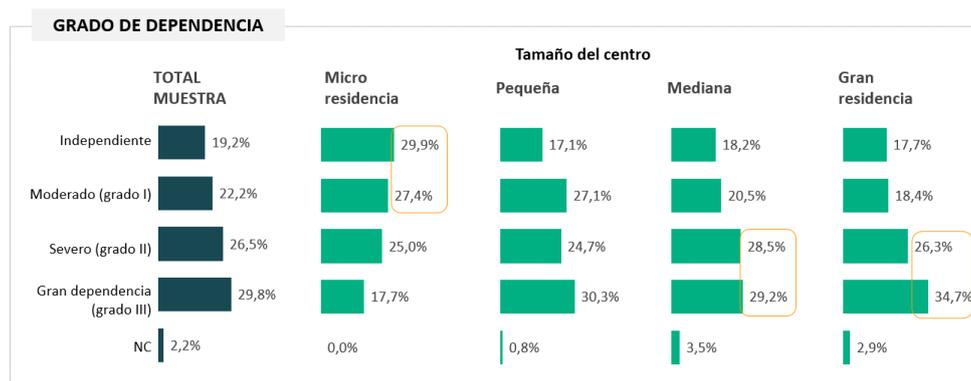
Gráfico 31. Capacidad funcional de los residentes.



Fuente: Informe: Análisis de situación de las residencias sociosanitarias. Consejo General Enfermería y Sindicato de Enfermería SATSE.

Las residencias públicas tienen personas con mayor grado dependencia.

Gráfico 32. Capacidad funcional de los residentes.



Fuente: Informe: Análisis de situación de las residencias sociosanitarias. Consejo General Enfermería y Sindicato de Enfermería SATSE.

\*Micro residencias: menos de 25 residentes.

\*\*Pequeña: de 25 a 49 residentes.

\*\*\*Mediana: de 50 a 99 residentes.

\*\*\*\*Gran residencias: 100 o más residentes.

Las residencias de mayor tamaño son las que tienen mayor porcentaje de dependencia de grado II y III, sin embargo, cuando vemos la dotación enfermera, el número medio de enfermeras/os para atender a las personas con distinto grado de dependencia y gran necesidad de cuidados es relevante que el número medio de enfermeras/os para los centros con residentes con mayor grado de dependencia sea menor y claramente insuficiente.

Gráfico 33. Nº medio de enfermeras/os para cada grupo de dependencia.

**TODOS LOS TURNOS**

	Total muestra	Tipo de Gestión		Tamaño del centro			
		Público	Privado	Micro residen*	Pequeña**	Mediana***	Gran residen****
Independiente	0,35	0,57	0,27	0,21	0,40	0,35	0,35
Moderado (grado I)	0,31	0,55	0,22	0,22	0,25	0,31	0,32
Severo (grado II)	0,23	0,36	0,18	0,23	0,28	0,22	0,23
Gran dependencia (grado III)	0,19	0,20	0,18	0,33	0,22	0,21	0,17

Fuente: Informe: Análisis de situación de las residencias sociosanitarias. Consejo General Enfermería y Sindicato de Enfermería SATSE.

\*Micro residencias: menos de 25 residentes.

\*\*Pequeña: de 25 a 49 residentes.

\*\*\*Mediana: de 50 a 99 residentes.

\*\*\*\*Gran residencias: 100 o más residentes.

Los centros de gran tamaño tienen menor ratio enfermeras por residente y, en el turno de noche, se reduce drásticamente la dotación de profesionales incluso en la atención a grandes dependientes que requieren una elevada demanda de cuidados.

Gráfico 34. Nº medio enfermeras/os para cada grado de dependencia.

**NOCHES – LUNES A VIERNES**

	Total muestra	Tipo de Gestión		Tamaño del centro			
		Público	Privado	Micro residen.*	Pequeña	Mediana	Gran residen.
Independiente	0,04	0,06	0,03	0,00	0,03	0,04	0,03
Moderado (grado I)	0,03	0,06	0,02	0,00	0,02	0,03	0,03
Severo (grado II)	0,02	0,04	0,02	0,00	0,02	0,02	0,02
Gran dependencia (grado III)	0,02	0,02	0,02	0,00	0,02	0,02	0,02

\*Media de 0 en enfermeras en este turno

Fuente: Informe: Análisis de situación de las residencias sociosanitarias. Consejo General Enfermería y Sindicato de Enfermería SATSE.

En relación, a la **coordinación asistencial**, la mayoría de los centros, 69,5% tiene establecida esta coordinación, aunque es relevante que un 30,5% aún no la tiene con el riesgo para los pacientes y para el sistema que esto conlleva. Esta coordinación es mayor en el ámbito público.

La mayoría de las residencias (69,5%) posee coordinación con otros centros de atención del residente.

Esta coordinación es mayor en las residencias públicas (77,1%) que en las privadas (66,8%).

Gráfico 35. Relación de las residencias con otros centros de atención sanitaria.

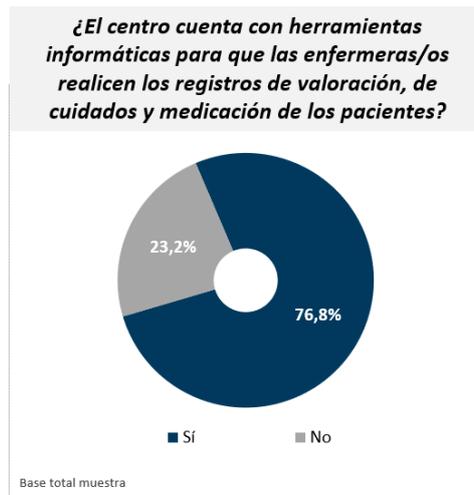


Fuente: Informe: Análisis de situación de las residencias sociosanitarias. Consejo General Enfermería y Sindicato de Enfermería SATSE.

Sólo 3 de cada 10 residencias tienen historia clínica compartida con otros centros. La historia clínica compartida tiene mayor presencia en residencias públicas (44,3%).

**El 23,3 % de los centros no disponen de herramientas informáticas** para que las enfermeras registren las valoraciones y cuidados que realizan a los residentes. **Sólo 3 de cada 10 residencias tienen historia compartida con otros centros.**

Gráfico 36. Recursos informáticos para las enfermeras.

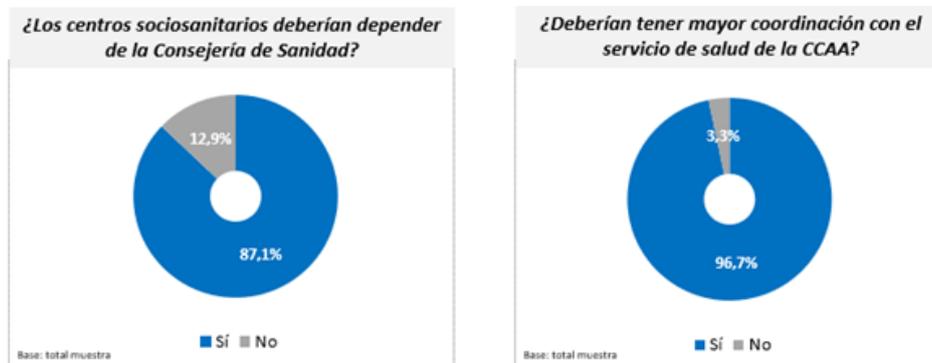


Fuente: Informe: Análisis de situación de las residencias sociosanitarias. Consejo General Enfermería y Sindicato de Enfermería SATSE.

El 23,2% de las residencias no disponen de recursos informáticos para los registros de los profesionales de enfermería.

Los profesionales expertos a los que se ha realizado la consulta consideran necesaria esa coordinación.

Gráfico 37. Relación de las residencias con las autoridades sanitarias.

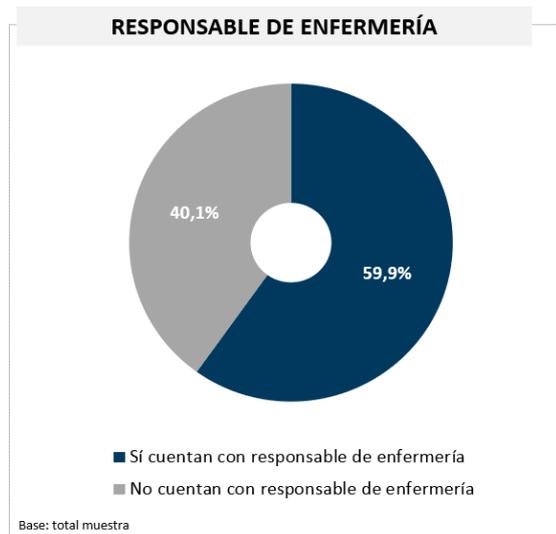


Fuente: Informe: Análisis de situación de las residencias sociosanitarias. Consejo General Enfermería y Sindicato de Enfermería SATSE.

De manera casi unánime las residencias consultadas consideran que los centros sociosanitarios deberían depender de la Consejería de Sanidad y que deberían tener mayor coordinación con el servicio de salud de cada Comunidad Autónoma.

A nivel global, **sólo 6 de cada 10 centros cuenta con responsable de enfermería** en el centro lo que deja patente un déficit de organización y gestión por un responsable experto en cuidados que garantice el buen funcionamiento y la calidad de la atención.

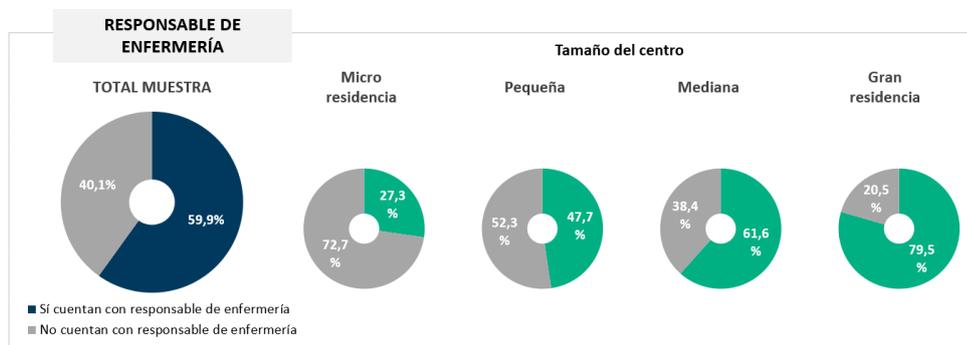
Gráfico 38. Organización de la enfermería en los centros.



Fuente: Informe: Análisis de situación de las residencias sociosanitarias. Consejo General Enfermería y Sindicato de Enfermería SATSE.

A nivel global, sólo 6 de cada 10 residencias consultadas cuenta con responsable de enfermería en el centro.

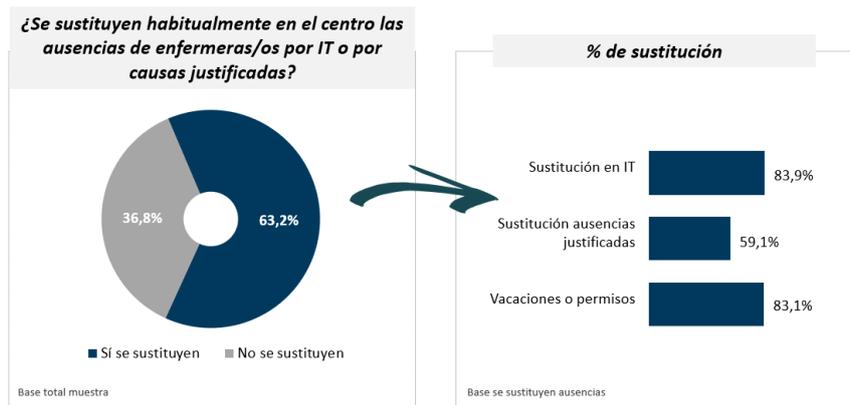
Gráfico 39. Organización de la enfermería en los centros.



Fuente: Informe: Análisis de situación de las residencias sociosanitarias. Consejo General Enfermería y Sindicato de Enfermería SATSE.

El responsable de enfermería se hace, lógicamente, más presente a medida que aumenta el tamaño de la residencia. Aun así, un 20,5% de las grandes residencias no poseen responsable de enfermería.

Gráfico 40. Gestión de las ausencias en enfermería

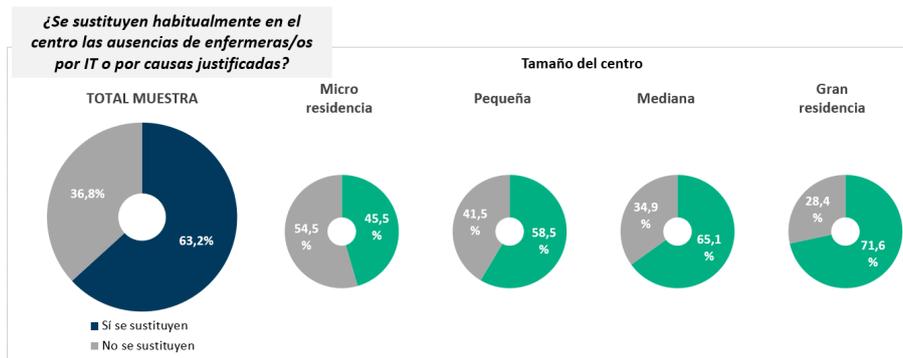


Fuente: Informe: Análisis de situación de las residencias sociosanitarias. Consejo General Enfermería y Sindicato de Enfermería SATSE.

Sólo el 63,2% de los centros analizados sustituyen las ausencias justificadas de los enfermeros/as:

Las ausencias más o menos planificadas tienden a sustituirse, pero no las que pueden ser más puntuales.

Gráfico 41. Gestión de las ausencias en enfermería

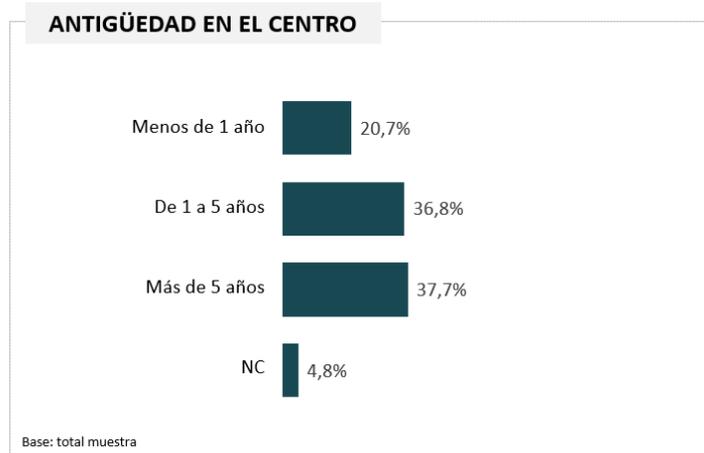


Fuente: Informe: Análisis de situación de las residencias sociosanitarias. Consejo General Enfermería y Sindicato de Enfermería SATSE.

La no sustitución se da especialmente en las micro residencias y pequeñas residencias. Aun así, el 28,4% de las ausencias en grandes residencias no se sustituyen.

En cuanto a la fidelización de los trabajadores, llama la atención que **el 57,5% tenga menos de 5 años de antigüedad** en estos centros y que esta sea menor aún en los centros privados.

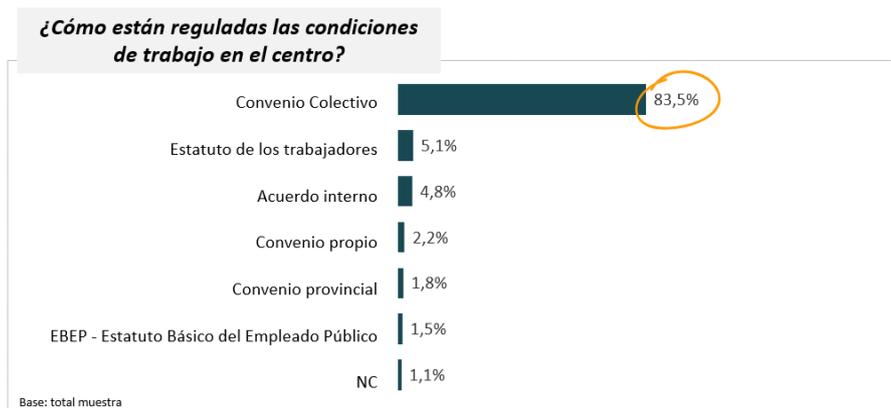
Gráfico 42. Antigüedad de los enfermeros/as en los centros



Fuente: Informe: Análisis de situación de las residencias sociosanitarias. Consejo General Enfermería y Sindicato de Enfermería SATSE.

Un 20,7% de las enfermeras y enfermeros que trabajan en las residencias analizadas posee una antigüedad en el centro de menos de un año y el 57,5%, menos de 5 años.

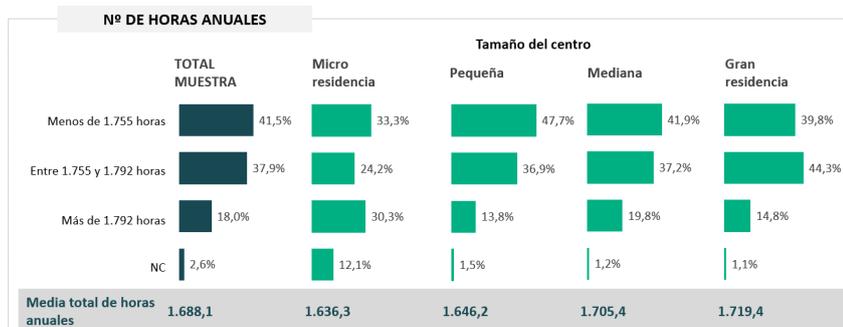
Gráfico 43. Regulación de las condiciones de trabajo



Fuente: Informe: Análisis de situación de las residencias sociosanitarias. Consejo General Enfermería y Sindicato de Enfermería SATSE.

La mayoría de las residencias analizadas están reguladas por el Convenio Colectivo.

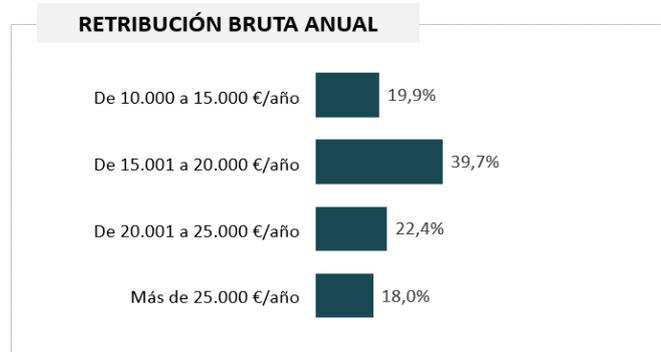
Gráfico 44. Jornada laboral anual



Fuente: Informe: Análisis de situación de las residencias sociosanitarias. Consejo General Enfermería y Sindicato de Enfermería SATSE.

Las micro residencias son las que tienen un porcentaje mayor de jornadas superiores a las 1.755 horas.

Gráfico 45. Retribución anual de los enfermeros/as



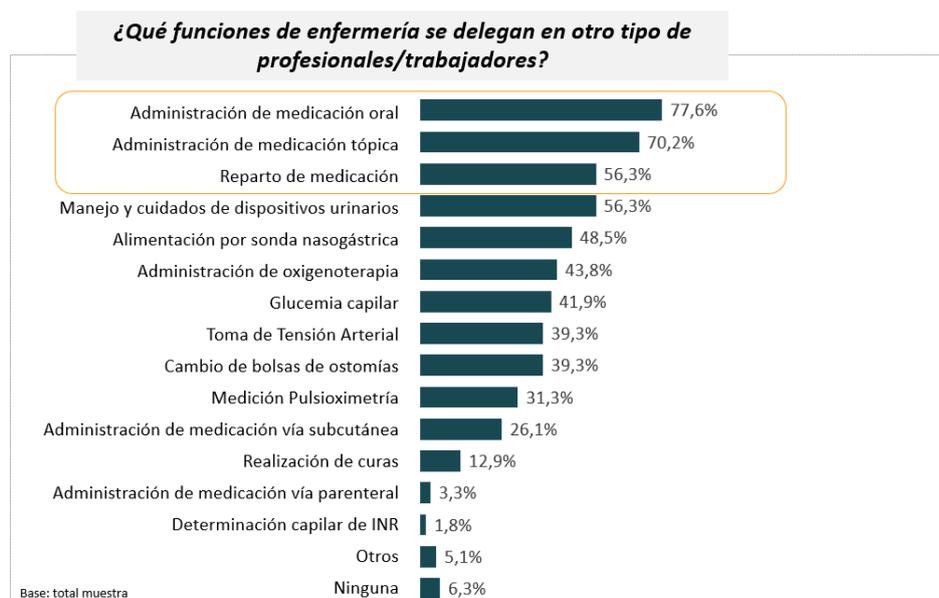
Fuente: Informe: Análisis de situación de las residencias sociosanitarias. Consejo General Enfermería y Sindicato de Enfermería SATSE.

Media Retribución bruta anual 19.430,2 €.

Casi un 20% de los centros ofrecen una retribución bruta al personal de enfermería inferior a los 15.000€.

**La sobrecarga asistencial requiere apoyo de otros profesionales** para poder realizar la atención y el cuidado que los residentes necesitan en intervenciones como la administración de medicación oral y tópica y el reparto de medicación con el riesgo que ello supone para la seguridad de los pacientes.

Gráfico 46. Delegación de las actividades enfermeras.



Fuente: Informe: Análisis de situación de las residencias sociosanitarias. Consejo General Enfermería y Sindicato de Enfermería SATSE.

La administración de medicación oral y tópica y el reparto de medicación son las funciones enfermeras que más se delegan a otros profesionales/trabajadores.

Las enfermeras y enfermeros **no pueden realizar parte de sus funciones en el 93,7% de los casos por motivos como la falta de plantilla y el exceso de trabajo.**

Gráfico 47. Motivos por los que las enfermeras/os necesitan apoyo de otros cuidadores.



Fuente: Informe: Análisis de situación de las residencias sociosanitarias. Consejo General Enfermería y Sindicato de Enfermería SATSE.

Las funciones enfermeras se delegan en el 93,7% de los centros. El apoyo viene proporcionado por auxiliares y gerocultores.

Se delegan funciones porque no hay suficientes enfermeras y, como consecuencia de ello, las que hay están saturadas de trabajo.

**El 91,2% de las residencias no pide formación específica a los profesionales sobre cuidados del mayor ni especialidad en geriatría,** aspecto que pone de manifiesto que el ámbito sociosanitario cuenta con personal escaso y poco especializado.

Gráfico 48. Formación específica en geriatría



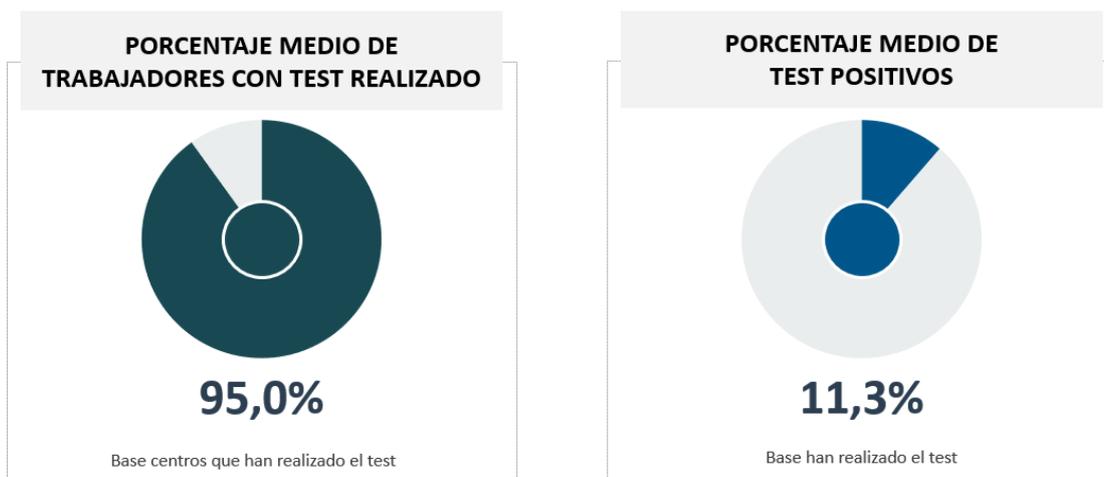
Fuente: Informe: Análisis de situación de las residencias sociosanitarias. Consejo General Enfermería y Sindicato de Enfermería SATSE.

La mayoría no pide formación específica en cuidados del mayor a los profesionales de enfermería (91,2%): el ámbito sociosanitario cuenta con un personal escaso y poco especializado.

Una práctica que es común al total de residencias analizadas con independencia de su tipología.

Con respecto a la situación de pandemia, destacar que **el 11,3% de los trabajadores a los que se les ha realizado test han dado positivo, dato que podría asociarse a más de 3000 enfermeras/os.** Se confirma la escasez de EPI percibida entre un 54 y 68% de las respuestas y se han visto obligadas a reutilizarlos en un 76,1%.

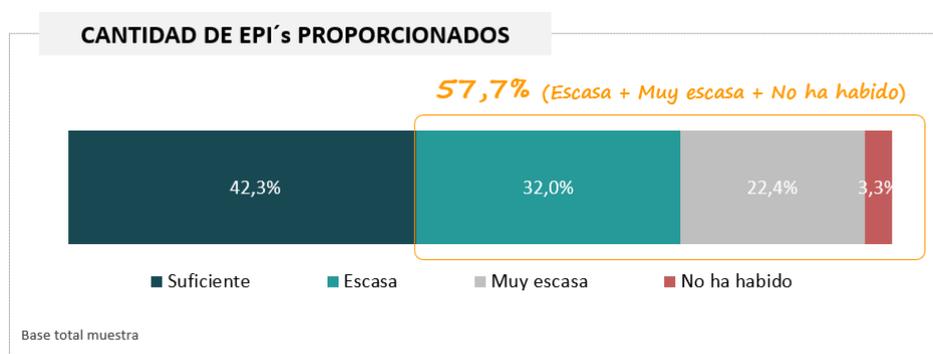
Gráfico 49. Afectación del Covid-19 en los centros: los trabajadores



Fuente: Informe: Análisis de situación de las residencias sociosanitarias. Consejo General Enfermería y Sindicato de Enfermería SATSE.

El 94,9% de los centros analizados han realizado test entre sus trabajadores. El 11,3% de los trabajadores a los que se les ha realizado el test ha dado positivo. En ambos casos no hay grandes diferencias según tipo de centro.

Gráfico 50. Los equipos de protección individual



Fuente: Informe: Análisis de situación de las residencias sociosanitarias. Consejo General Enfermería y Sindicato de Enfermería SATSE.

El 57,7% de las residencias se han enfrentado a la pandemia con escasez de equipos de protección individual.

Gráfico 51. Los equipos de protección individual.

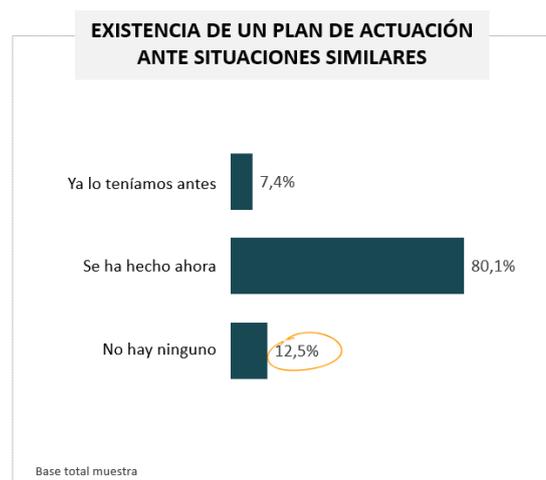


Fuente: Informe: Análisis de situación de las residencias sociosanitarias. Consejo General Enfermería y Sindicato de Enfermería SATSE.

En la mayoría de las residencias los profesionales de enfermería y otros trabajadores han tenido que reutilizar el material de protección.

A pesar de lo sucedido en este ámbito, a fecha de realización del cuestionario todavía hay un **12,5% de centros que no tienen plan de respuesta preparado ante situaciones similares al COVID** y el **46,3% de las residencias no están preparadas para una segunda ola** según consideran las personas encuestadas.

Gráfico 52. Preparación de los centros ante la crisis.

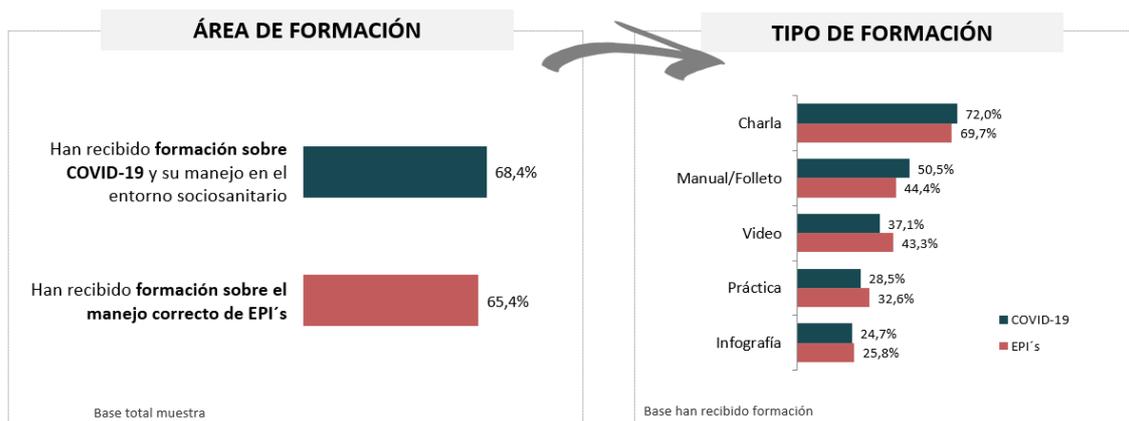


Fuente: Informe: Análisis de situación de las residencias sociosanitarias. Consejo General Enfermería y Sindicato de Enfermería SATSE.

El 80,1% de las residencias han elaborado ahora su plan de respuesta ante situaciones similares al COVID. Sólo el 7,4% lo tenía previamente, y llama la atención que el 12,5% sigan sin tenerlo.

Estos resultados son similares a nivel global, con independencia del tipo de gestión o tamaño del centro.

Gráfico 53. Formación específica durante el periodo epidémico.

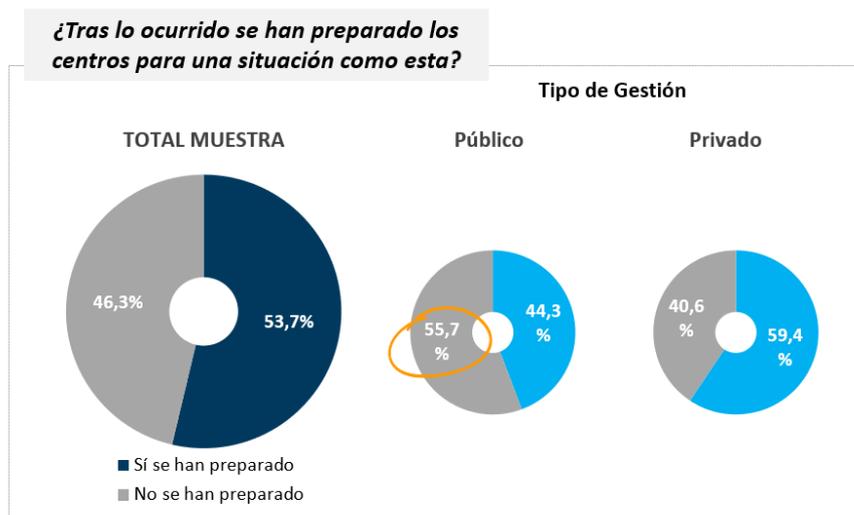


Fuente: Informe: Análisis de situación de las residencias sociosanitarias. Consejo General Enfermería y Sindicato de Enfermería SATSE.

La formación específica sobre la enfermedad por COVID-19 y el manejo correcto de los EPI's se ha dado en el 68,4% y 65,5% de los centros respectivamente. En ambos casos, el tipo de formación más presente ha sido la charla, seguida de manuales y vídeos.

Estos resultados son comunes al total de residencias, con independencia del tipo de gestión o tamaño.

Gráfico 54. Preparación de los centros ante la crisis.



Fuente: Informe: Análisis de situación de las residencias sociosanitarias. Consejo General Enfermería y Sindicato de Enfermería SATSE.

Las residencias públicas están menos preparadas para una nueva crisis que las privadas.

## Resumen con aspectos claves de este análisis:

En el documento de recomendaciones de Informes envejecimiento en red de octubre de 2020 insisten en la necesidad de fortalecer la coordinación intergubernamental entendida como el ejercicio de identificar objetivos, diseñar e implementar políticas y resolver conflictos entre diferentes niveles de gobierno.

Otro de los aspectos destacados en este informe EnRed es la necesidad de asegurar también a las personas que trabajan cuidando a los residentes garantizando una mayor profesionalización, apostando por la tecnología y conocimiento actualizado. Es necesario garantizar la disponibilidad de trabajadores formados en el ámbito sociosanitario, mejoras en las condiciones laborales. La recomendación es sanitizar no medicalizar las residencias pues son hogares de muchas personas, no hospitales.

Es necesario que los profesionales que trabajan en estos centros tengan una formación específica, así como un entrenamiento en los planes de contingencia. La formación deberá enfatizar en que el personal ha de asumir un compromiso de mayor autoprotección, para evitar contagiarse fuera de la institución.

Las condiciones laborales son precarias, con falta de plantilla, alta sobrecarga asistencial, y se evidencia en una fidelización menor a 5 años de más de la mitad de los trabajadores. Las retribuciones anuales de las enfermeras de este ámbito oscilan entre los 22.785 € y los 18.000€ lo que resulta un agravio comparativo con los salarios de otros ámbitos y seguramente produce desmotivación y gran rotación de profesionales.

Las políticas de contratación y las condiciones laborales deben ser mejoradas teniendo en cuenta también el desgaste emocional de los profesionales.

Otro aspecto importante es el abordaje integral de los cuidados garantizando la atención simultánea, coordinada y estable de los servicios sanitarios y sociales a las personas que requieren un abordaje integral y continuado de sus cuidados basada en la colaboración institucional, la cooperación entre profesionales efectiva y la adecuación de los recursos.

Mejorar la coordinación asistencial resulta necesario y de gran relevancia para mejorar la satisfacción con la atención recibida, como también lo es mejorar los sistemas de información que permitan a los profesionales acceder a los datos completos del paciente independientemente del lugar donde se encuentre. El sistema falla al no incorporar la parte social a la atención de las personas. Es necesario conectar la información entre ambos sistemas.

La mitad de los residentes tienen grado II severo o grado III gran dependencia y es necesario ya que sólo 3 de cada 10 residencias tienen historia compartida con otros centros

Se debe prevenir el aumento de volumen de las necesidades con una menor disponibilidad de cuidadores informales debido a los cambios demográficos, cambios de estructuras familiares, y la necesidad de unidades de media y larga estancia

También es necesario un enfoque preventivo de la dependencia en sus diferentes grados y en la pérdida de calidad de vida. La coordinación sociosanitaria debe configurarse con visión de futuro ya que el envejecimiento demográfico, la prevalencia de las enfermedades crónicas y las limitaciones de la autonomía personal.

Potenciar los aspectos sociosanitarios socializando la atención en vez de medicalizar la sociedad<sup>(32)</sup>, potenciando nuestra implicación con las residencias de la tercera edad y los centros sociosanitarios. Los Servicios Sanitarios deberían ampliar su enfoque hacia la salud, y no solo a la enfermedad; y los Servicios Sociales deberían crecer hacia la promoción de la autonomía, y no solo a la atención a la dependencia.

Entre marzo y agosto de 2020, al menos la mitad de las personas fallecidas en España con COVID-19 o sintomatología compatible, lo han hecho en residencias o centros sociosanitarios que en 2019 eran el hogar y vivienda habitual de más de trescientas mil personas. Es necesario evitar muertes en soledad y garantizar la comunicación con los familiares y amigos en los últimos momentos.

Hay un elevado número de centros que no cuentan con la figura de responsable de enfermería lo que genera una falta de organización y gestión por un responsable experto en cuidados.

El 91,2% de las residencias no pide formación específica a los profesionales sobre cuidados del mayor ni especialidad en geriatría, aspecto que pone de manifiesto que el ámbito sociosanitario dispone de personal escaso y poco especializado.

A pesar de lo sucedido en este ámbito, a fecha de realización del cuestionario todavía había un 12,5% de centros que no tienen plan de respuesta preparado ante situaciones similares al COVID y el 46,3% de las residencias no estaban preparadas para la segunda ola según consideran las personas encuestadas.



## 10. Bibliografía

1. Xunta de Galicia. Estrategia Gallega para la atención a personas en situación de cronicidad. 2018.
2. Consejería de Sanidad de Murcia. Estrategía para la Atención de la Cronicidad 2013-2015. 2013.
3. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. Paciente Crónico y Pluripatológico. Marco Estratégico cronicidad en Navarra. 2017.
4. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Estrategia para la atención a pacientes crónicos en la Comunitat Valenciana. 2014.
5. Gobierno de la Rioja. Estrategia de atención al paciente crónico de La Rioja. Rioja Salud. 2014.
6. Consejería de Sanidad de Castilla y León. Estrategia de atención al paciente crónico en Castilla y León.
7. Consejería de Salud. Junta Andalucía. Plan Andaluz de Atención con Enfermedades Crónicas. 2006.
8. Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo. Proceso De Atención a Los Pacientes Crónicos Complejos En Aragón. 2019.
9. Gobierno de Aragón. Departamento de Salud y Consumo. Programa de atención a enfermos Crónicos Dependientes. 2004;311-50.
10. Organización Mundial de la Salud. Proyecto de plan de acción para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020. 66 Asamblea Mundial de la salud. 2013.
11. Organización Mundial de la Salud. Proyecto de marco mundial de vigilancia integral y metas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. 66 Asamblea Mundial de la salud. 2013.
12. López Villar S, Fernández García S. Anexo II. Estrategias de cronicidad en el ámbito nacional. 2014.
13. Pérez A, Santamaria EK, Operario D, Tarkang EE, Zotor FB, Cardoso SR de SN, et al. EspaPEC. Estrategia de prevención y atención a personas con enfermedades crónicas en Extremadura. BMC Public Health. 2017;5(1):1-8.
14. World Health Organization. WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026. 2015.
15. Solinís RN. Kaiser Permanente : ¿ qué se puede aprender de su experiencia en integración asistencial ? Rev Innovación Sanit y Atención Integr. 2015;7(1).
16. Pérez Díaz J, Abellán García A, Aceituno Nieto P, Ramiro Fariñas D. Un perfil de las mayores en España 2020. Inf Envejec en red. 2020;25(2340-566X):1-39.
17. Ministerio de Sanidad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación. 2019.

18. Ollero Baturone M, Orozco Beltrán D, Domingo Rico C. Declaración de Sevilla. Conferencia nacional para la atención al paciente con enfermedades crónicas. Rev Clin Esp. 2011;211(11):604-6.
19. Conselleria Salut Illes Balears. Plan de atención a las personas con enfermedades crónicas 2016-2021. El reto del sistema sanitario. 2021.
20. Ministerio de Sanidad. Propuesta de indicadores para evaluar la atención a la cronicidad en el marco de la estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. 2016.
21. Consejería de Políticas Sociales y Familia. Comunidad de Madrid. Plan estratégico de la Agencia Madrileña de Atención Social 2016-2021. BMC Public Health. 2017;5(1):1-8.
22. Coronado-Vázquez V, Gómez-Salgado J, Cerezo Espinosa de los Monteros J, Canet Fajas C, Magallón Botaya R. Equidad y autonomía del paciente en las estrategias de atención a personas con enfermedades crónicas en los servicios de salud de España. Gac Sanit. 2019;33(6):554-62.
23. Dilla T, Valladares A, Lizán L, Sacristán JA. Adherencia y persistencia terapéutica: causas, consecuencias y estrategias de mejora. Aten Primaria. 2009;41(6):342-8.
24. Arancón-Monge JM, de Castro-Cuenca A, Serrano-Vázquez Á, Campos-Díaz L, Rodríguez Barrientos R, del Cura-González I, et al. Efectos del cambio de apariencia de medicamentos en seguridad y adherencia en pacientes crónicos mayores de 65 años en atención primaria. Estudio CMBIMED. Elsevier. 2020;52(2):77-85.
25. Ayuso Murillo D, Fernandez de Palacio E, Velasco Morillo E. Cuidados del paciente crónico y gestión de casos de enfermería. Madrid; 2019.
26. de la Rica Escuin M, García Barrecheguren A, Monche Palacín AM. Valoración de la necesidad de atención paliativa de pacientes crónicos avanzados en el momento del alta hospitalaria. Enfermería Clínica. 2019;29(1):18-26.
27. Giménez Artes A, Fernández-Laquetty B, Peña Laguna C, Ferro Montiu M, González García A. La aportación enfermera a la sostenibilidad del sistema sanitario. Repercusión económica de los cuidados.
28. Barrio Cortes J, del Cura González I, Martínez Martín M, López Rodríguez C, Jaime Sisó MÁ, Suárez-Fernández C. Grupos de morbilidad ajustados: características y comorbilidades de los pacientes crónicos según nivel de riesgo en atención Primaria. Elsevier. 2020;52(2):86-95.
29. Azcutia Gómez, MR; del Olmo Rubio, MJ; Lumbreras Bermejo, C; Bernal Sobrino, JL; López Palacios, S; Hidalgo Doniga C. Avanzando en la atención al paciente crónico complejo. Resultados en la frecuentación y eficiencia en el Hospital Universitario 12 de octubre, madrid. 2016.
30. Abellán García A, Aceituno Nieto M del P, Ramiro Fariñas D. Estadísticas sobre residencias. Distribución de centros y plazas residenciales por provincias. 2019.
31. Arroyo Menendez M, Finkel Morgestern L, Torres Albero C. V Barómetro EsCrónicos 2019: Continuidad Asistencial. 2019. 1-79.
32. CGCOM. COVID-19 y las residencias y centros sociosanitarios. 2020.



