nº Extraordinario 4
ISSN: 2386-7191 – ISSNe: 2387-0370

La intervención en crisis para los enfermos agudos y crónicos ante determinadas enfermedades y su cuidado. El apoyo a los grupos de ayuda formados por personas con diagnósticos médicos específicos (diabetes, insuficiencia renal, avc u otros)[1]

Crisis intervention for acute and chronic patients in the face of certain diseases and their care. Support for support groups made up of people with specific medical diagnoses (diabetes, kidney failure, avc or others)

José Manuel Jiménez Rodríguez *Profesor de la Universidad de Huelva*

Resumen

La cronicidad o enfermedad crónica se refiere a situaciones clínico-asistenciales donde el paciente padece una o varias patologías complejas (comorbilidad) de larga evolución. Estas situaciones son, en parte, resultado del envejecimiento poblacional y de los avances de la medicina, la biología, la farmacología, etc., que se traduce en un aumento de la esperanza de vida de la población. Las administraciones autonómicas sanitarias promueven el desarrollo de planes estratégicos de acción y procedimientos estandarizados que permiten abordar la cronicidad. La intervención en crisis para el paciente agudo y crónico cuenta con procedimientos de atención estandarizados que han de actuar bajo el amparo del modelo o paradigma de atención biopsicosocial, alejado del mero enfoque biologicista centrado en la hegemonía clínica. Actualmente existen procedimientos ante situaciones de crisis en urgencias y emergencias sanitarias, epidemias y pandemias, atención a la salud mental, catástrofes, etc., los cuales han de acogerse a unos mínimos estándares de calidad y dar respuesta adecuada a las situaciones críticas para los que fueron diseñados, como el Proyecto SÉNECA. Con el nacimiento de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia el modelo de atención sociosanitaria sufre una gran transformación, de forma que ciertos recursos dejan de permanecer dispersos y quedan agrupados en el catálogo de prestaciones de la ley, aunque se mantienen los cuidadores informales.

Palabras Clave

cronicidad; paciente crónico; paciente agudo; intervención; enfoque biopsicosocial; dependencia; procedimientos

Abstract

Chronicity or chronic disease refers to clinical-care situations where the patient has one or more complex pathologies (comorbidity) of long evolution. These situations are, in part, the result of population aging and advances in medicine, biology, pharmacology, etc., which results in an increase in the life expectancy of the population. Regional health administrations promote the development of strategic action plans and standardized procedures that allow to address chronicity. Crisis intervention for the acute and chronic patient has standardized care procedures that must act under the biopsychosocial care model or paradigm, far from the mere biologic approach focused on clinical hegemony. There are currently procedures in place for crisis situations in emergency and health emergencies, epidemics and pandemics, mental health care, catastrophes, etc., which must meet minimum quality standards and provide adequate response to the critical situations for which they were designed, such as the SENECA project. With the birth of Law 39/2006, of 14 December, on the promotion of personal autonomy and care for persons in situations of dependency, the model of social and health care is undergoing a great transformation, thus, certain resources no longer remain dispersed and are grouped in the catalog of benefits of the law, although informal carers are maintained.

Keywords

chronicity; chronic patient; acute patient; intervention; biopsychosocial approach; dependence; procedures

[1] Estudio realizado en el seno del Proyecto de Investigación B-SEJ-213-UGR18 "Retos de la modernización de la asistencia sanitaria en Andalucía: Cohesión interterritorial, envejecimiento y revolución digital. Proyectos I+D+i del Programa Operativo FEDER 2018. Junta de Andalucía-Consejería de Economía y Conocimiento. Universidad de Granada

1. APROXIMACIÓN AL CONCEPTO DE CRONICIDAD

Hablar hoy día sobre cronicidad o enfermedad crónica exige dirigir la mirada hacia determinadas situaciones clínico-asistenciales donde el paciente padece una o varias patologías complejas (comorbilidad) de larga evolución. Estas situaciones son, en parte, resultado del envejecimiento poblacional; consecuencia de los avances de la medicina, la biología, la farmacología, etc., cuyo resultado se traduce en un aumento de la esperanza de vida de la población.

El término cronicidad se asocia a la condición de crónico (Real Academia Española [RAE], 2021). Esta última locución deriva del latín *"chronĭcus"* para referirse a la expresión *"la forma"*. Su construcción femenina "crónica", del latín *"chronĭca"*, hace mención de la expresión *"que siguen el orden del tiempo"* (RAE, 2021). Así, la Real Academia Española habla de crónico/ca en términos de: enfermedad larga, dolencia habitual, que viene de tiempo atrás, etc. (RAE, 2021). De ahí que cuando se habla de enfermedad crónica se hace referencia a una patología de largo proceso y tratamiento prolongando en el tiempo.

La Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) define las enfermedades no trasmisibles o crónicas como *"aquellas afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta"*. Por su nivel de relevancia destacan aquellas de tipo cardiovascular, respiratorio, canceroso y endocrino (diabetes) (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

Las enfermedades no transmisibles o crónicas se relacionan de manera intrínseca con el envejecimiento, pero los cambios en los estilos de vida de la población mundial (la mala alimentación, la obesidad, el sedentarismo, el consumo de sustancias tóxicas, etc.) han precipitado el porcentaje de personas de mediana edad con patología crónica. Si bien es cierto, tal y como establece la OMS en el Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud (2015):

> […] el envejecimiento está asociado con la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares. Con el tiempo, estos daños reducen gradualmente las reservas fisiológicas, aumentan el riesgo de muchas enfermedades y disminuyen en general la capacidad del individuo. A la larga, sobreviene la muerte (p. 27).

Con independencia del envejecimiento saludable y su capacidad física y cognitivas, el curso del ciclo vital es acompañado de cambios (perdidas). Y aunque no exista linealidad ni uniformidad en los cambios acontecidos en el proceso del envejecimiento, sí se produce una directa correlación con la enfermedad no transmisible o crónica.

Finalmente, se habla de enfermedades agudas para referirse a aquellas patologías que debutan repentinamente o súbita y se desarrolla de manera rápida. Estás pueden ser de carácter leve (gripe o resfriado común, bronquitis, gastroenteritis, etc.), pero también existen de mayor gravedad que pueden ocasionar la muerte (infarto agudo de miocardio, meningococemia, etc.) (Murube, Muñoz y Arruga, 2007). Estas últimas, tras su abordaje y estabilidad, pueden hacer que el paciente pase a formar parte del grupo de los enfermos crónicos, quedando sometido a tratamiento continuado en el tiempo.

2. LA ENFERMEDAD AGUDA Y CRÓNICA: ESTADO DE LA CUESTIÓN

España, al igual que otros países de la Unión Europea y extracomunitarios, ha experimentado un envejecimiento poblacional sin precedentes. Los avancen de la medicina, la farmacología, la biotecnología, etc., provocan un aumento en la esperanza de vida. Esto, sumado al exiguo índice de natalidad, ocasiona la inversión de la pirámide poblacional española. Tal aumento en la esperanza de vida no es garante de salud óptima, pues a este fenómeno se suma un incremente en el número de personas con algún tipo de dolencia o enfermedad; es decir, enfermos agudos y/o crónicos.

La enfermedad aguda es aquella cuya sintomatología emerge, permuta y degenera con celeridad. Suele ser severa y repentina en un primer momento. Su comienzo presenta un carácter súbito y evoluciona rápidamente. De igual modo, suele ser diagnosticada con facilidad. En esta categoría se pueden incluir las fracturas de huesos, la bronquitis aguda, la apendicitis, el infarto agudo de miocardio, las crisis de asma, entre otras (Universidad Internacional de Valencia, 2018; Vorvick y Zieve, 2020). Por su parte, la enfermedad no transmisible o crónica integra al grupo de patologías con cuadro clínico complejo de evolución prolongada en el tiempo. Según la Organización Panamericana de la Salud, la enfermedad no transmisible o crónica engloba al conjunto de patologías no causadas por una infección aguda con consecuencias para la salud a largo plazo y cuidados en el tiempo (Organización Panamericana de la Salud, 2021). Entre ellas destacan patologías de tipo neoplásico (tumores-cáncer), respiratorio, cardiovascular, endocrino (diabetes), inmunodepresor (VIH, hepatitis), etc. Dentro de las patologías respiratorias se encuentra la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (en adelante EPOC).

Según la OMS, en el año 2008 el número de fallecidos a nivel mundial por enfermedad crónica asciende a 36 millones (OMS, 2021). Centrada la atención en las neoplasias malignas (cáncer) y su magnitud, cabe señalar que en el año 2020 el número de personas que fallecen por dicha enfermedad se eleva a casi 10 millones. Encabezan la lista los cánceres pulmonares (1,8 millones), seguidos de los cánceres de tipo colorrectal (935.000) y hepáticos (830.000 defunciones) (OMS, 2021). Es de suma importancia dar a conocer sus causas y los factores de riesgo, para lo que la prevención ha de ser clave. También la detección precoz y el tratamiento. Para hacer frente a esta situación, la Asamblea Mundial de Salud aprueba en el año 2017 la Resolución WHA70.12 sobre prevención y control del cáncer en el contexto de un enfoque integrado. Mediante esta resolución dicho organismo exige a la OMS y a los Estados miembros el desarrollo de estrategias específicas que permitan conseguir las metas establecidas en el Plan de Acción Mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020[2]. También lo establecido en la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible; en concreto, el objetivo número 3 (sobre salud y bienestar) (OMS, 2021). A través de este plan de acción se establece el documento *"Follow-up to the Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases"* o Seguimiento de la Declaración Política de la Reunión del alto nivel de la Asamblea General sobre prevención y control de enfermedades no transmisibles, el cual recoge las directrices a seguir (WHO, 2013; WHA, 2013).

Respecto de las EPOC, esta enfermedad se significa por la persistente limitación de flujo del aire en el organismo (OMS, 2021). A nivel mundial se cifra una estimación de fallecidos por esta causa en 3,17 millones para el año 2015. De aquí, más del 90% de los fallecimientos se producen en países con renta per cápita baja, afectando por igual a hombres y mujeres (OMS, 2021). Entre las principales causas de la EPOC se encuentra en tabaquismo.

Son factores de riesgo de la EPOC las infecciones de tipo respiratorio, la contaminación del aire o la exposición a productos químicos, entre otros (OMS, 2021). Es objeto de la OMS luchar frente a esta enfermedad crónica mediante acciones de control y prevención. Sus objetivos y esfuerzos se dirigen a: a) Incrementar la concienciación sobre la epidemia mundial de las enfermedades crónicas; b) Disminuir los factores de riesgo afines a estas; c) Establecer ambientes más saludables; d) Evitar los fallecimientos prematuros, así como las discapacidades evitables vinculadas con las enfermedades crónicas (OMS, 2021).

Como respuesta a pandemia mundial producto del consumo de tabaco, la OMS pone en marcha durante el año 2003 el Convenio Marco para el Control del Tabaco. Dicho convenio recoge

[2] Anterior a este, se aprueba el Plan de acción 2008-2013 para la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles: prevenir y controlar las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes (OMS, 2009).

medidas relacionadas con la reducción de la demanda de tabaco, la reducción de la oferta de tabaco, la protección del medio ambiente, etc. (OMS, 2003). Convenio Marco para el Control del Tabaco se convierte en el primer tratado sanitario de carácter mundial, siendo ratificado por más de 180 países de todo el mundo. El mismo tiene por cometido proteger a la población mundial ante la exposición perjudicial al humo del tabaco. Asimismo, la OMS lidera la Alianza Mundial contra las Enfermedades Respiratorias Crónicas. Esta alianza centra su atención en aquellos países con menores ingresos y las poblaciones más vulnerables (OMS, 2021).

Con relación a las enfermedades de tipo inmunodepresor (VIH-SIDA), la OMS también establece directrices y recomendaciones materializadas en estrategias como lo son la guía Directrices consolidadas sobre prevención, pruebas, tratamiento, prestación de servicios y seguimiento del VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública, entre otras. Estas directrices son elaboradas desde el año 2016 y presentan recomendaciones clínicas, instrucciones y nuevos enfoques sobre pruebas, tratamientos, etc., de esta enfermedad (OMS, 2021).

Con independencia de la enfermedad crónica de la que se trate, todas las acciones, estrategias y recomendaciones de la OMS exigen un abordaje holístico e integral. También la asunción de competencias específicas, por parte de los distintos agentes sociales y administraciones de los estados, en materia económica, de gestión sanitaria, etc., para lo que la sensibilización de la sociedad es un valor a considerar.

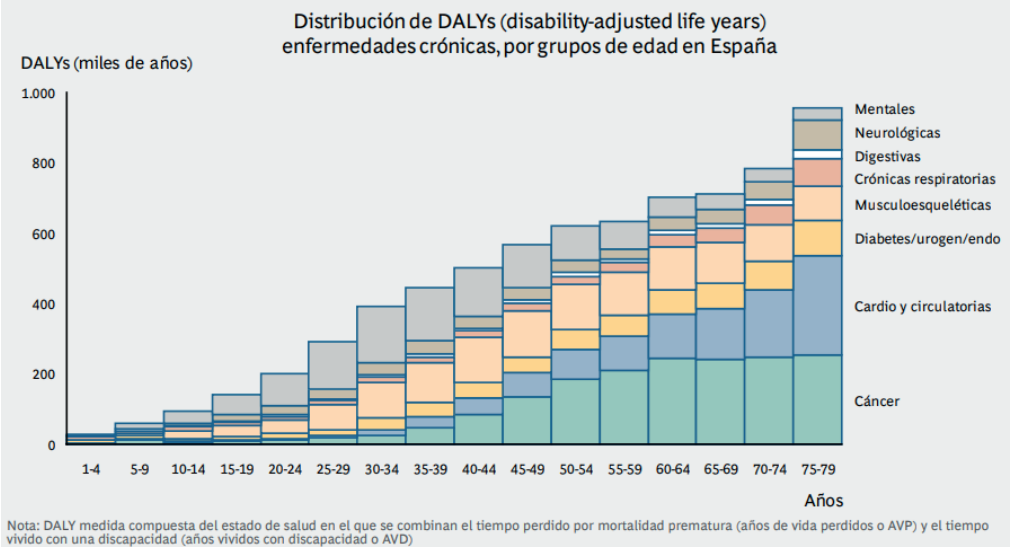
2.1. La enfermedad crónica en cifras: una aproximación a la situación de España y la Comunidad Autónoma de Andalucía

Actualmente es difícil determinar de un modo exacto el número de personas catalogadas como enfermas crónicas a nivel mundial. No obstante, para el caso de España, el estudio publicado por la *"Health Affairs"* determina que el 39,9% de los españoles con edad de 50 años en adelante conviven con dos o más enfermedades; cifra que se ve incrementada durante los años 2006 a 2015 en un punto porcentual (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, 2021).

El Informe Cronos establece que más de 19 millones de españoles presentan alguna enfermedad crónica[3]. De estas, casi 11 millones son mujeres. Según este informe, la prevalencia de las enfermedades crónicas se ubica en el rango de población de más de 55 años, viéndose aumentadas con la edad (The Boston Consulting Group, 2014). La figura que se presenta a continuación muestra la comorbilidad en España por grupos de edad (ver gráfico 1). Se puede apreciar como las enfermedades crónicas aumentan con la edad.

[3] Informe elaborado en el año 2014 por The Boston Consulting Group mediante el grupo de trabajo "CRONOS, atención integral al paciente crónico frágil" de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria.

Gráfico 1. Enfermedad crónica en España según edad

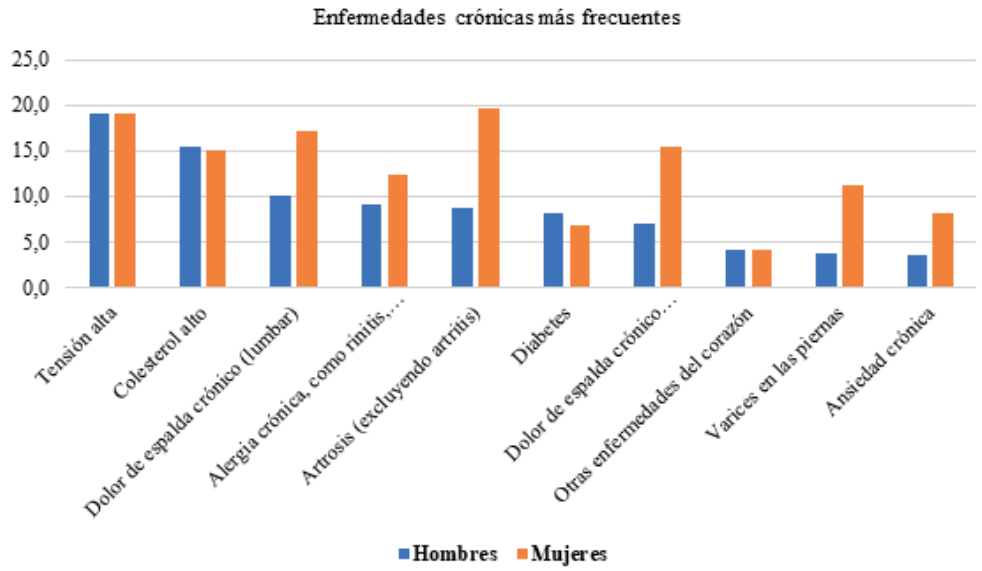


Fuente: The Boston Consulting Group, 2014.

Con independencia de los datos revelados en 2014 por The Boston Consulting Group, la Encuesta Europea de Salud de España determina que el 75,5% de la población de 15 años en adelante percibe su estado de salud como bueno o muy bueno; siendo esta valoración mayor entre los hombres (79,2% frente al 71,9%). Sin embargo, indicadores como la hipertensión, la hipercolesterolemia y la diabetes muestran valores ascendentes si se comparan las cifras entre los años 1993 a 2020 (Ministerio de Sanidad, 2020).

Según los datos del Instituto Nacional de Estadística (en adelante INE), las principales enfermedades crónicas en España para el año 2020 son la hipertensión, seguida del colesterol y el dolor crónico de espalada. Tales dolencias las sufren más del 27% de la población, porcentaje incrementado según la enfermedad en cuestión. El gráfico que se presenta a continuación muestra el porcentaje de las principales enfermedades crónicos o de larga evolución en España según el género (ver gráfico 2). Se puede apreciar como las mujeres encabezan el porcentaje en la mayoría de las enfermedades crónicas, a excepción del colesterol y la diabetes.

Gráfico 2. Principales enfermedades crónicas en España, 2020



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de la página web del Instituto Nacional de Estadística [INE], 2020.

Si se atiende a el tipo de enfermedad crónica más frecuente por Comunidad Autónoma, Cataluña y Andalucía encabezan el primer y segundo lugar respectivamente. El gráfico que se presenta a continuación muestra la proporción de población con enfermedad crónica y el diagnóstico más frecuente mediante cifras absolutas (por mil) (ver gráfico 3). Se puede comprobar como la hipertensión y el colesterol son enfermedades crónica acuciantes; según las encuestas, ambas mantenidas en los primeros puestos desde hace tiempo (INE, 2021).

Por su parte, según la Encuesta Andaluza de Salud (y para el año 2007), en la Comunidad Autónoma de Andalucía un 45,6% de las personas de mayores de 16 años cuenta con al menos una enfermedad crónica; siendo afectadas en mayor medida las personas de 55 años en adelante, quienes, además, son catalogadas como enfermos pluripatológicos (OPIMEC, 2013). Asimismo, la Base de Datos Poblacional de Salud de Andalucía cifra en el año 2016 el número de enfermos pluripatológicos en un 4%. Esta proporción origina el consumo de hasta el 30% de los recursos sanitarios destinados a la atención primaria y la atención especializada de salud (hospitales) (Consejería de Salud, 2018). Si se atiende a la frecuentación, las enfermedades crónicas más usuales en la Comunidad Autónoma de Andalucía según lo indicado por el Servicio Andaluz de Salud (en adelante SAS) son: la dislipemia, seguida de la hipertensión, la artrosis y la diabetes; enfermedades que suelen requerir de seguimiento clínico-asistencial continuado en el tiempo y tratamiento

Gráfico 3. Población con enfermedad crónica según Comunidad Autónoma y diagnóstico asociado, 2003
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de la página web del INE, 2021.

farmacológico. El gráfico que se presenta a continuación muestra la prevalencia de las enfermedades crónicas más frecuentes en Andalucía en función al código de patologías y el género de la persona afectada (ver gráfico 4). Como se puede comprobar la dislipemia (colesterol) y la hipertensión son dos de las enfermedades crónicas más recurrentes en la Comunidad Autónoma de Andalucía; dato coincidente con los de otras comunidades autónomas.

Gráfico 4. Enfermedad crónica en la Comunidad Autónoma de Andalucía, 2020
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de la Base Poblacional de Salud de la página web de la Consejería de Salud y Familias, 2020.

Tal situación hace que las distintas administraciones autonómicas sanitarias promuevan el desarrollo de planes estratégicos de acción, así como de procedimientos estandarizados que permitan abordar la cronicidad a nivel español y en sus comunidades autónomas; todas bajos las recomendaciones de la OMS, la Organización de las Naciones Unidas (Agenda 2030 y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible) y la Unión Europea. Desde hace varios años, la Plataforma Cronicidad: Horizonte 2025 también elabora propuestas y recomendaciones para que sean estudiadas por el gobierno central. Dichas propuestas se dirigen a la revisión/mejora del modelo organizativo del sistema de salud y asignación de recursos, financiación, reforma del catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud (en adelante SNS), etc. Cabe destacar la dirección coordinada de la asistencia sanitaria y social (SEMFYC, 2020). Con ello se refuerza la perspectiva multidisciplinar de dicha plataforma, pues en el abordaje a la cronicidad desde la atención primaria y especialidad de salud se contemplan las disciplinas: Medicina, Enfermería y Trabajo Social, entre otras.

3. ESTRATEGIAS PARA EL ABORDAJE DE LA CRONICIDAD EN ESPAÑA Y LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA

Para abordar la situación de cronicidad en España, el Ministerio de Sanidad desarrolla en el año 2012 la *Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud*; estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del SNS con fecha de 27 de junio. En esta estrategia nacional queda recogido el análisis de situación de la cronicidad (indicadores y determinantes en salud, marco de acción, etc.), así como sus primordiales objetivos y principios rectores. Entre sus objetivos destacan los relacionados con la disminución de la prevalencia de las condiciones de salud y la limitación de la cronicidad. También la reducción de la mortalidad prematura (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012). Los principios rectores de esta estrategia manifiestan de manera tácita que:

- Las personas, tanto en su esfera individual como social, son el centro del SNS.
- El abordaje de la cronicidad ha de tener un enfoque de salud poblacional.
- Consideración de la perspectiva del ciclo de vida y de los determinantes sociales de la salud.
- Consideración de todas las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico.
- Consideración de todas las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico.
- Continuidad asistencial.
- Los profesionales del SNS han de compartir con toda la ciudadanía la responsabilidad en los cuidados de salud y en la utilización adecuada de los servicios sanitarios y sociales (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012, pp. 37-39).

Sus líneas de acción se vinculan con la promoción de la salud y sus factores protectores, para lo que es primordial el desarrollo de estrategias que garanticen la creación de entornos saludables que refuercen a la comunidad y faciliten la participación social, etc. También con la prevención de las condiciones de salud y la limitación en la actividad de carácter crónico, para lo que es necesario la monitorización de los factores de riesgo que indicen sobre la salud y el desarrollo de acciones que promuevan la salud. Otras líneas de acción de esta estrategia se centran en la continuidad asistencial, la reorganización de la atención sanitaria y la investigación e innovación. En conjunto, las distintas líneas de acción de esta estrategia engloban 20 objetivos y 101 recomendación (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

El cometido de esta estrategia estriba en el reforzamiento de los equipos de atención primaria de salud y la reorganización de la atención prestada, para lo que la implicación del enfermo en su propio proceso de salud-enfermedad y cuidado es fundamental; esto bajo el apoyo de los profesionales de la salud (tanto sanitarios como no sanitarios) y el autocuidado. Y donde se priorice la atención desde el sistema sanitario y en domicilio con el fin de humanizar el cuidado. Este abordaje multidisciplinar o multiprofesional acoge, además de la dimensión sanitaria, a la dimensión social de la intervención. Esto implica considerar el apoyo y soporte social de enfermo y a la persona que cuida, a fin de evitar la sobrecarga del cuidado. Es aquí donde la labor de los profesionales del Trabajo Social Sanitario se hace crucial. Las funciones de diagnóstico y tratamiento social de los trabajadores sociales sanitarios complementan la atención sociosanitaria del enfermo y sus necesidades. Esta dimensión sociosanitaria dota de integralidad a la planificación y la hace de la atención se hecho individualizado (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012; Jiménez y Munuera, 2021).

Para la valoración y el seguimiento de esta estrategia de acción, el Ministerio de Sanidad emite informes de evaluación para cotejar el nivel de cumplimiento de las distintas líneas prioritarias de actuación marcadas. El último de ellos publicado el año 2021.

Además de la citada estrategia nacional, cada Comunidad Autónoma elabora su propio plan integral o estrategia específica para el abordaje de la cronicidad dentro de su ámbito competencial. La figura que se presenta a continuación muestra el conjunto de estrategias diseñadas por las distintas consejerías y sistemas sanitarios de las diferentes comunidades autónomas de España (ver figura 1). Mediante planes, programas o estrategias, estas prestan atención y cobertura al enfermo crónico desde un enfoque sociosanitario.

Figura 1. Estrategias de acción para la atención de la cronicidad según Comunidad Autónoma

Comunidad Autónoma	Acciones
Andalucía	Plan andaluz de atención integrada a pacientes con enfermedades crónicas 2012-2016. Plan de renovación de la atención primaria: pacientes crónicos complejos.
Aragón	Programa de atención a enfermos crónicos dependientes.
Baleares	Programa de atención a pacientes con enfermedades crónicas del Servei de Salut de les Illes Balears.
Canarias	Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias.
Cantabria	Plan de atención a la cronicidad de Cantabria 2015-2019.
Castilla La Mancha	Plan director de atención a la cronicidad en un modelo de integración asistencial 2014-2017.
Castilla y León	Estrategia de atención al paciente crónico en Castilla y León.
Cataluña	Programa de prevenció i atenció a la cronicitat.
Comunidad de Madrid	Estrategia de atención a pacientes crónicos en la Comunidad de Madrid.
Comunidad Foral de Navarra	Estrategia Navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos.
Comunidad Valenciana	Plan integral de atención sanitaria a las personas mayores y a los enfermos crónicos en la Comunitat Valenciana 2007-2011.
Extremadura	Plan de salud de Extremadura 2013-2020.
Galicia	Plan de atención al paciente crónico y pluripatológico de Galicia.
La Rioja	Estrategia de atención al paciente crónico de la Rioja.
Murcia	Estrategia para la atención a la cronicidad 2013-2015.
País Vasco	Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi.
Principado de Asturias	Estrategia de atención a la población con enfermedad crónica.

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas, 2019.

Centrada la atención en la Comunidad Autónoma de Andalucía, el Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas 2012-2016 se convierte en una estrategia complementaria a diferentes planes y estrategias de salud ya existentes en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Este plan pone de manifiesto la importancia de que tiene la prevención y la promoción de la salud, donde el enfermo adquiere protagonismo por medio de la corresponsabilidad. Desde un enfoque globalizador, el Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas 2012-2016 trata de constituir los servicios existentes a la atención sociosanitaria al enfermo crónico, para así subsanar los problemas y carencias que adolecen en el sistema. El mismo estima que la responsabilidad y solidaridad son valores a propugnar, donde la autonomía el enfermo y el autocuidado adquieren firmeza. Y con ello, la efectividad de su empoderamiento (Consejería de Salud, 2012).

El Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas 2012-2016 recoge entre sus principales objetivos, coincidentes con la estrategia nacional, mejorar la calidad de vida de los enfermos crónicos y disminuir la mortalidad prematura de estos. También favorecer la responsabilidad y la solidaridad social y renovar la organización asistencial, entre otros. Asimismo, sus líneas de acción se relacionan con la prevención y promoción de salud, la autonomía y corresponsabilidad del paciente, los modelos de atención integral e integrada, la gestión poblacional, la orientación de resultados y la gestión del conocimiento; líneas que se asocian a 5 escenarios concretos: la comunidad, el paciente, los profesionales, las tecnologías de la información y la comunicación (en adelante TIC) y el espacio compartido (Consejería de Salud, 2012, p. 84). De estas líneas de acción y escenarios, el Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas 2012-2016 identifica diversas áreas de mejoras, las cuales quedan adheridas en 7 proyectos de actuación prioritaria. Dicho plan los expresa tácitamente como:

> 1) Asegurar el liderazgo de la atención primaria en la atención de los pacientes con enfermedades crónicas reforzando el protagonismo del equipo médico-enfermero de atención familiar y comunitaria. 2) Consolidar el modelo de atención compartida entre atención primaria y hospitalaria. 3) Desarrollar un modelo de integración sociosanitaria para responder a las necesidades de cuidados de las personas con problemas crónicos de salud. 4) Desarrollar el plan en el marco de la gestión clínica. 5) Evaluar las intervenciones y resultados en salud. 6) Afrontar los determinantes de la enfermedad crónica. 7) Promocionar el uso adecuado del medicamento (Consejería de Salud, 2012, p. 86).

Finalmente, cabe decir que los objetivos y líneas de acción del Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas 2012-2016 se convierten en un reto para la mejora de los resultados de salud de la población andaluza. Para ello, la Consejería de Salud y, por defecto, el SAS han de desarrollar herramientas tendentes a favorecer la accesibilidad a los servicios sociosanitarios y garantizar la continuidad asistencial. Además de establecer mecanismos susceptibles de dar respuesta a las necesidades que vayan emergiendo en la ciudadanía, donde la coordinación entre servicios sociosanitarios y profesionales y la alianza entre estos sean fundamentos de factibilidad (Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas, 2019). Ambas entidades públicas han de favorecer la promoción y educación en salud de la ciudadanía por tratarse de factores que permiten cambiar estilos de vida nocivos para la salud. Para ello articulan mecanismos como la Estrategia de Promoción de la Vida Saludable en Andalucía, donde se hallan implicados el Plan Integral de Obesidad Infantil de Andalucía y el Plan para la Promoción de la Actividad Física y la Alimentación Equilibrada, entre otros planes y programas (Consejería de Salud y Familia, 2021).

4. EL CUIDADO EN EL ENFERMO AGUDO Y CRÓNICO

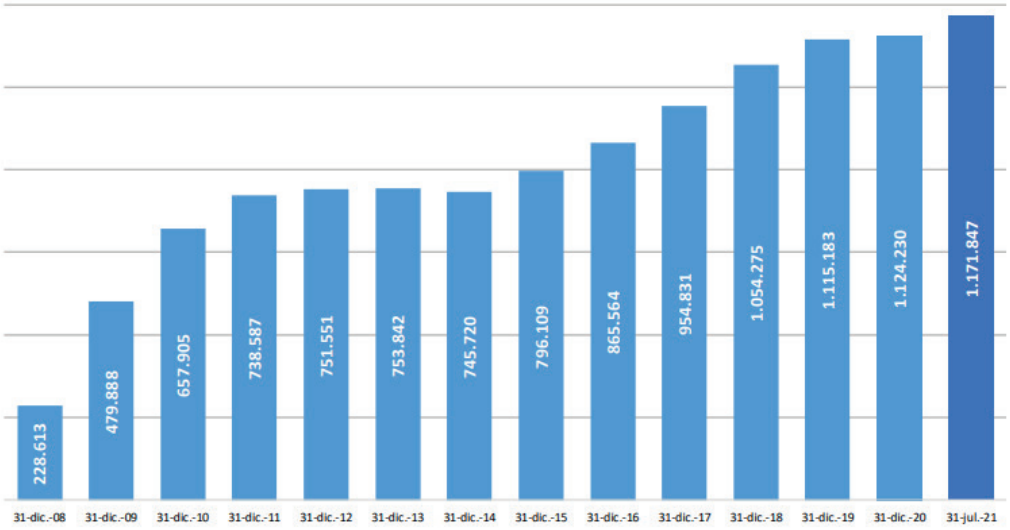
Hablar del cuidado del enfermo agudo o crónico exige hablar del tipo de cuidado a prestar. El cuidado al enfermo agudo es aquel que se presta de manera transitoria en el tiempo de forma

limitada. Por su parte, el enfermo crónico puede requerir cuidados prolongados en el tiempo. Esto va a depender de la complejidad de la enfermedad: tipología, estadio, etc., y la capacidad y nivel de autonomía del enfermo. Estos apoyos o cuidados pueden ser de tipo formal o informar. Se entiendo por cuidado formal a aquel que se presta de mano de los profesionales de las instituciones públicas o privada, por ejemplo, el servicio de ayuda a domicilio. Este tipo de cuidado requiere cualificación profesional, aunque debido al sistema de prestaciones sociales con el que España cuenta actualmente, este apoyo lo puede prestar un familiar (Rodríguez, 2005). Para Jesús Rogero el cuidado informar en aquel *"cuidado y atención fundamentalmente por familiares y allegados, pero también por otros agentes de atención que se dispensa de manera altruista a las personas que presentan algún grado de discapacidad o dependencia"* (Rogero, 2010, p. 37). Este tipo de cuidado puede ser de carácter instrumental, emocional o informativo, traducido en ayuda para la realización de tareas, consejos o soporte emocional (Rodríguez, 2005). Tal y como establece la OMS, los cuidados prolongados o de larga duración pueden ser proporcionados en el domicilio del enfermo, en determinadas ocasiones por cuidadores informales: familiares, vecinos o amigos (OMS, 2015).

Según la última Encuesta Nacional de Salud, para el año 2017 el porcentaje de personas mayores que presenta dificultad para alguna actividad de cuidado (por ejemplo: vestirse, ducharse, sentarse-levantarse, alimentarse, etc.) representa el 19,6%; dato que equivale a 2 personas mayores de cada 10. Siguiendo con dicha encuesta, y centrada la atención en los cuidados informales, el 11,2% de los 29.195 encuestados declara prestar cuidados informales al menos una vez por semana. Asimismo, el 27,1% de las personas cuidadoras informales manifiesta dedicar 20 horas o más al cuidado de otras personas (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018).

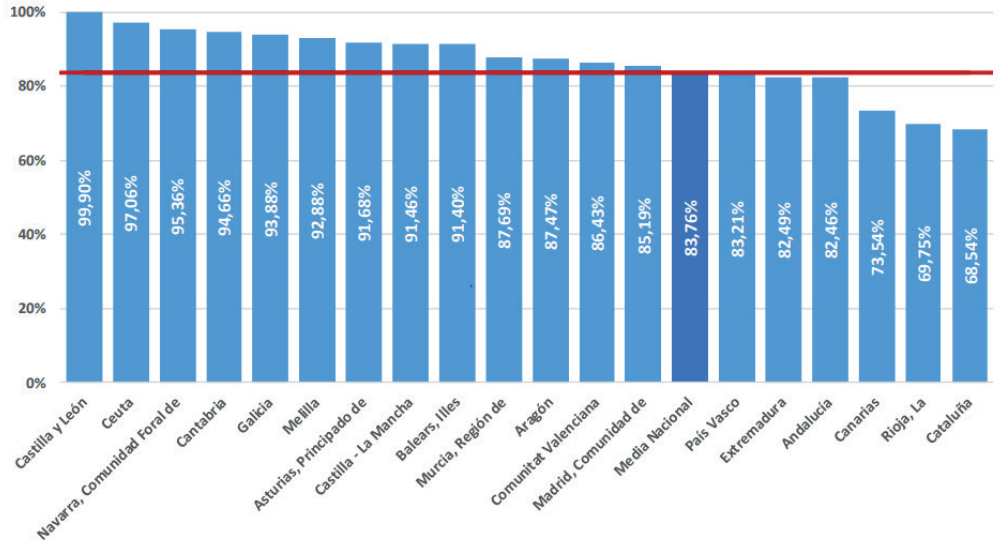
Determinados enfermos crónicos suelen tener asociada cierta dependencia funcional y/o emocional. Un claro ejemplo de ello son el perfil de enfermos con parálisis cerebral, esclerosis lateral amiotrófica, parkinson, demencia, etc.; para lo cual la edad no siempre es determinante. El Instituto de Mayores y Servicios Sociales (en adelante IMSERSO) cifra el número de personas con dependencia reconocida y que se benefician de prestación en 1.171.847 millones. De estos, el 71,9% tiene una edad de 65 años en adelante (Instituto de Mayores y Servicios Sociales [IMSERSO], 2021). El gráfico que se presenta a continuación muestra la distribución de personas beneficiarias de alguna prestación de la contempladas en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (ver gráfico 5). En este queda recogido el número de personas que perciben ayuda desde la fecha en que se pone en marcha la citada normativa. No obstante, el número total de personas con dependencia es mayor, pues además de la cifra de beneficiarios, el número de personas con derecho a prestación equivale a 1.399.046 millones. Como se puede comprobar, solo 83,7% de personas con el reconocimiento de dependencia se lucra de prestación; siendo los ciudadanos de la Comunidad Autónoma de Cataluña, La Rioja y Canarias los más perjudicados (ver gráfico 6).

Gráfico 5. Progresión de las personas con dependencia reconocida y beneficiarias de prestación según la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia



Fuente: IMSERSO, 2021.

Gráfico 6. Progresión de las personas con dependencia reconocida y beneficiarias de prestación versus a personas con derecho



Fuente: IMSERSO, 2021.

Todas estas personas suelen presentan enfermedad crónica y dificultad para la realización de las actividades básicas de la vida diaria (en adelante ABVD), y durante años requieren de una tercera persona para el desarrollo de las mismas. Esto, unido a la dilación en la concesión de prestaciones, obliga a los poderes públicos y administraciones del Estado a aumentar la dotación presupuestaria a

fin de reducir plazos, discrepancias entre las comunidades autónomas, etc. Y con ello garantizar un correcto sistema de servicios y prestaciones.

4.1. La intervención en crisis para el enfermo agudo y crónico

La intervención en situaciones de crisis exige de actuación inmediata. Esto ocurre cuando la circunstancia que se presenta requiere ser atendida de manera urgente o pronta; es decir, cuando se precisa focalizar la atención hacia la sintomatología aguda lo antes posible. De este modo pueden verse reducidos los daños en la persona afectada y reestablecido su equilibrio (Zalaquett y Muñoz, 2017). Con carácter general, este tipo de intervención se relaciona con estadios agudos sobrevenidos.

Crisis es el término que se utiliza para definir al *"episodio de inicio y final paroxístico que se puede acompañar de convulsión u otra sintomatología debido a una descarga eléctrica anormal del sistema nervioso central"* (Clínica Universidad de Navarra, 2020). La ágil intervención en situación de crisis puede prevenir la cronicidad, hecho que reduce el impacto en la salud de la persona doliente y sus consecuencias (Bellak y Small, 1980). Por su parte, la intervención en crisis para pacientes crónicos tiene como fin restringir la reagudización y agravación de la enfermedad.

Autores como Erik Erikson consideran que existen diferentes tipos de crisis. Este autor clasifica la crisis en varias tipologías. Estas serían la crisis de desarrollo y la crisis circunstancial. La primera se relaciona con las etapas evolutivas de la persona y engloba la crisis de nacimiento, pubertad y adolescencia, hasta llevar a la crisis de la tercera edad. La segunda se relaciona con circunstancias inesperada y engloba situaciones como la separación, la enfermedad, la muerte, etc. (Erikson, 2000).

La sintomatología ante una situación de crisis es heterogénea y va a depender de las características y personalidad del enfermo en sí. Entre los síntomas más comunes que se pueden experimentar se encuentran: los sentimientos de ansiedad, confusión, desamparo, cansancio y agotamiento, desorganización funcional, entre otros (Halpern, Canale, Grant y Bellamy, 1979). De ahí que la atención al enfermo agudo o crónico requiera un abordaje holístico e integral.

La intervención en crisis para el paciente agudo y crónico cuenta con diversos arquetipos. Estos quedan sujetos a procedimientos de atención estandarizados afines al tipo de crisis en cuestión. Y dado a que trata de un ámbito sociosanitario, han de actuar bajo el amparo del modelo o paradigma de atención biopsicosocial. Modelo postulado por Engel, este contempla los aspectos psicológicos y sociales del proceso de salud-enfermedad, además de los biológicos. Así, la atención al enfermo queda alejada del mero enfoque biologicista centrado en la hegemonía clínica (Borrell, 2002).

Los procesos o procedimientos de atención en situaciones de crisis se convierten en una guía de buena práctica sociosanitaria y se fundamentan en la evidencia científica. Estos fundan unidad y concordancia en la práctica profesional y rigen la labor diaria. En ellos se suele plasmar la definición, características, tipologías, indicadores, factores de riego, etc., de la patología o problemática sobre la que actuar según el caso.

Actualmente existen procedimientos ante situaciones de crisis en urgencias y emergencias sanitarias, epidemias y pandemias, atención a la salud mental, catástrofes, etc., los cuales han de acogerse a unos mínimos estándares de calidad. Y dar respuesta adecuada a las situaciones críticas para los que fueron diseñados. Un ejemplo claro de estándares de calidad es el Proyecto SÉNECA "Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS". Esta estrategia nacional diseña herramientas de evaluación que permiten medir la seguridad del enfermo hospitalizado, la fiabilidad y eficacia de modelos de seguridad, etc., a través del diseño de indicadores que se han de analizar (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009; Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010).

Desde una óptica clínico-asistencial, y centrada la atención en la Comunidad Autónoma de Andalucía, la Consejería de Salud y Familia elabora Procesos Asistenciales Integrados (en adelante PAI) por patología. Según dicha consejería, los PAI son creados con un objetivo concreto:

> que la asistencia sanitaria incorporara la visión del paciente en el conjunto del equipo asistencial para la mejora de la continuidad asistencial. Asimismo, perseguían que la práctica clínica se desarrollara en base a la mejor evidencia científica disponible, y que los profesionales tuvieran una guía que les permitiera disminuir la variabilidad en la práctica clínica cada vez más compleja y especializada (Consejería de Salud y Familia, 2021).

Entre los PAI publicado por dicha entidad y de uso entre los profesionales del SAS se encuentran: el procedimiento para la atención a pacientes pluripatológicos, a la diabetes mellitus, a los cuidados paliativos, al dolor crónico no oncológico, a la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, al cáncer (colorrectal, de mama, cérvix, piel, etc.), a la insuficiencia cardiaca, a la insuficiencia venosa crónica, al parkinson, a la demencia, etc.; cada uno de ellos con sus propias especificidades.

Mediante la atención sociosanitaria basada en la gestión de procesos gana protagonismo la personalización de la atención o asistencia La persona participa activamente de su proceso de recuperación, la atención al enfermo se humaniza y se distribuyen mejor las competencias específicas de los profesionales implicados y los recursos asignados al enfermo; esta distribución de recursos se produce en igualdad de condiciones (Consejería de Salud, 2009).

Desde una óptica social, y centrada la atención en los profesionales del Trabajo Social Sanitario y su quehacer profesional, estos se adhieren de igual manera al paradigma biopsicosocial para la atención sociosanitaria del enfermo agudo o crónico. Acogidos a la definición de la OMS, los trabajadores sociales sanitarios abordan el aspecto social de la enfermedad y sus consecuencias; tanto desde un plano individual como familiar (Jiménez y Munuera, 2021). Este paradigma intervencionista puede ser combinado con otros tales como el modelo de intervención en crisis. Este último tiene por objeto la acción inmediata en situaciones críticas mediante la ayuda a la persona afectada y su familia. Dicha ayuda hace que estos puedan afrontar el suceso, quedando con ello minimizado el impacto que pueda generar la crisis. También es objeto de este modelo el fomento de habilidades y el crecimiento de los afectados por la situación crítica, lo que implica la movilización de los propios recursos para superar la crisis. Así el equilibrio puede quedar reestablecido (Viscarret, 2009). Para ello, los trabajadores sociales sanitarios también se apoyan de PAI y protocolos operativos estandarizado que sirven como guía para la intervención profesional. Para esto se amparan en la Unidad de Trabajo Social Sanitario y el equipo multidisciplinar (Jiménez y Munuera, 2021).

La intervención en crisis consta de diversas fases. Según Naomi Golan estas fases quedan definidas en tres: evaluación, implementación y terminación (Golan, 1978). Por su parte, el modelo LAPC (menos reduccionista) establece cuatro fases concretadas en: escuchar, evaluar, planificar y cometer. Asimismo, el modelo de seis pasos de intervención en crisis establece que las etapas por las que transita la acción en situaciones críticas son: definición del problema, garantía de la seguridad del cliente, proporción de ayuda, examen de alternativas, planificación y compromiso (MacDonald, 2018).

Autores como Lydia Rapoport identifican características afines al modelo de intervención en crisis. Estas características se relacionan con la método profesional directivo, la subjetividad del profesional, la celeridad para la toma de decisiones y la capacidad para asegurar las destrezas adquiridas tras la crisis (Rapoport, 1967).

Finalmente, tras el análisis teórico de las diversas aportaciones, es importante considerar desde el Trabajo Social Sanitario que la intervención en crisis exige una acción inmediata, focalizada sobre la situación crítica en sí, bien estructurada en el tiempo, reflexiva, analítica, empática, holística y complementada. Aquí, la formación y experiencia previa son factores a examinar.

5. APOYO SOCIOSANITARIO EN EL ENFERMO AGUDO Y CRÓNICO

El apoyo sociosanitario al enfermo agudo o crónico es un compromiso adquirido a nivel sociosanitario por recomendación de autoridades sanitarias internacionales como la OMS y las distintas administraciones del Estado. Con la reforma social española (seguros sociales, transición política, etc.) y la instauración del Estado bienestar el derecho de la ciudadanía se ve reforzado (Rodríguez, 1989). El sistema de protección social que se configura obliga al gobierno a desarrollar mecanismo de actuación que den cobertura a las personas en situación de necesidad, tenga esta necesidad una base sanitaria o social. Legislativamente se desarrolla un sistema de pensiones y prestaciones con intención de dar auxilio a la maternidad, incapacidad, etc. Este sistema permanece vigente, aunque con modificaciones de contenido. Garantiza ayuda sociosanitaria tanto a contribuyentes de la seguridad social como a los que se han quedado al margen de esta; ayuda que se traduce en servicios, recursos y prestaciones según la problemática de partida. Para ello, la persona debe cumplir ciertos requisitos de necesidad. En estos queda fundamentada su aprobación o denegación.

Desde un enfoque basado en la salud y el sistema sanitario, las administraciones públicas sanitarias desarrollan mecanismos garantes de la preservación de la salud óptima de la ciudadanía. Mediante estrategias de prevención, promoción y educación sanitaria, vigilancia y control sanitario, atención a la salud, etc., avalan una apropiada salud pública. Asimismo, articulan instrumentos para corregir los déficit producidos como consecuencia de los procesos de salud-enfermedad y la cronicidad: donde el enferme agudo o crónico se halla presente. Y donde el sistema de prestaciones debe dar respuesta a sus necesidades y exigencias, así como a las dificultades de las personas implicadas en su recuperación o cuidado.

5.1. Servicios, recursos y prestaciones para el abordaje del enfermo agudo y crónico

Para el abordaje del enfermo agudo y crónico la administración pública pone en marcha un conjunto de medidas de carácter sociosanitario regidas administrativamente. Entre estas medidas se encuentran servicios y recursos de tipo sanitario, así como social. Los servicios sanitarios se encuentran integrados en el circuito y arquitectura sanitaria del SNS y los sistemas autonómicos de salud. Entre estos destacan: los centros de salud, consultorios y hospitales. Y dentro de estos los servicios o unidades especializadas de atención al paciente crónico, unidades del dolor, de cuidados paliativos, entre otras. También la farmacología y el tratamiento individualizado, la escuela de pacientes, las guías para el manejo de este tipo de enfermos, las tecnologías de la información y la comunicación (proyecto CONNECARE), etc. (MSDsalud, 2021; Centro de Investigación Biomédica en Red, 2021). Existen iniciativas tanto públicas como privadas que tratan de dar respuesta a la infinidad de casuísticas acontecidas y que comprenden la cronicidad. Si bien es cierto, cada enfermo agudo o crónico presenta sus propias peculiaridades, de ahí que el abordaje y tratamiento a seguir deba ser individualizado; pues no todos los enfermos agudos o crónicos (frágiles o no) requieren la misma atención (Contel, Muntané y Camp, 2012).

Desde un punto de vista social, el sistema de recursos y prestaciones destinado al paciente agudo y crónico es variable. Su concesión depende del tipo de enfermedad, su gravedad y estadio. Tales recursos pueden ser de tipo residencial o prestados en domicilio, o ser otorgados mediante prestación económica. Entre los recursos y prestaciones de los que los que el enfermo agudo y crónico puede acogerse se encuentran: la prestación por incapacidad laboral permanente (en sus distintas modalidades) y otras prestaciones del Instituto Nacional de la Seguridad Social, el servicio de ayuda a domicilio, la teleasistencia (móvil o domiciliaria), el centro de día o centro residencial, el centro ocupacional, el reconocimiento de la calificación de minusvalía (con sus consecuentes bonificaciones), etc.; algunos de ellos combinados de manera simultánea. La mayoría de estos recursos y prestaciones están acogidos a lo que establece la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, comúnmente conocida como ley

de dependencia, y su sistema para la autonomía y atención a la dependencia. Aquí la figura de los trabajadores sociales, tanto sanitarios como de servicios sociales comunitarios, adquieren un papel relevante. Tanto en la detención, valoración y diagnóstico.

Por otra parte, existen asociaciones y redes de apoyo a enfermos crónicos y sus familias. Entre ellas destaca la Asociación Española de Enfermos y Enfermas con Enfermedades Crónicas y otras organizaciones específicas según la enfermedad crónica de la que se trate (EsCrônicos, 2021). Constituidas en su mayoría por personas afectadas de alguna enfermedad crónica, prestan una importante labor de concienciación, asesoramiento, apoyo y ayuda mutua, etc.; desarrollando con ello una importante labor a nivel grupal y comunitario. Tal y como establece la plataforma "somospacientes", actualmente en España existen un total de 1924 asociaciones distribuidas por todo el territorio según el tipo de enfermedad. De este mapa de asociaciones 286 se encuentran en la Comunidad Autónoma de Andalucía (Somospacientes, 2021); comunidad de entidades que obran en aras del beneficio de los distintos colectivos de enfermos.

5.2. La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia

La concesión de prestación o ayuda al enfermo agudo o crónico exige la necesidad de una valoración sociosanitaria previa. Dicha valoración permite determinar con exactitud el grado de dependencia en el que se encuentra el enfermo. Para ello, el Estado español ha promovido los mecanismos necesarios que permitan conocer la situación de enfermo y las circunstancias que rodean la enfermedad; hecho que puede provocar limitaciones para el ejercicio de las ABVD.

Con el nacimiento de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia el modelo de atención sociosanitaria sufre una gran transformación. Tras la aprobación y puesta en marcha de dicha normativa ciertos recursos dejan de permanecer dispersos y quedan agrupados en el catálogo de prestaciones que la misma recoge en su cuerpo articular[4]. La valoración previa del enfermo se unifica, y cualquier persona susceptible de solicitar ser valorada queda acogida a unos mismos criterios. Para ello, esta normativa contempla instrumentos de valoración de la dependencia (escala) cuyo baremo (común para todos) determina el grado de dependencia del enfermo en sí; o sea, su estado funcional y cognitivo. Cabe decir que tal normativa sufre numerosas modificaciones, y el presupuesto destinado a la misma no permite que se desarrolle con normalidad. Los déficits económicos asociados a la conocida como ley de dependencia ocasionan limitaciones en su ejercicio y suscitan retrasos en la puesta en marcha de sus prestaciones, entre otros asuntos; aun cuando han sido aprobadas a nivel administrativo. Tal circunstancia deja desprotegido al enfermo y sus cuidadores, llegando aquel a haber fallecido sin percibir la ayuda concedida (Defensor del Pueblo Andaluz, 2017).

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia establece un procedimiento específico para el reconocimiento de la situación de dependencia concretizado en diversas etapas. Estas van desde el inicio de la dependencia a la resolución definitiva de la prestación. Dicho procedimiento es largo y dilatado en el tiempo, lo que hace que el enfermo deba esperar varios años hasta poder hacer uso de la prestación otorgada. A este se suman profesionales de la salud y de servicios sociales. Unos han de valorar las condiciones de salud del solicitante y emitir su pertinente informe, los otros han de diseñar el Plan

[4] Con anterioridad a la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia cada Comunidad Autónoma y provincia tenía competencias propias para la valoración y concesión de prestaciones al enfermo en situación de necesidad o dependencia. Desarrollaban instrumentos específicos de valoración, lo que generaba discrepancias e irregularidades por la inexistía de un instrumento unívoco.

Individual de Atención (en adelante PIA)[5]. Asimismo, en el trascurso de la emisión del informe de condiciones de salud y hasta que se realiza el PIA, el enfermo debe ser valorado por un técnico (valorador). Haciendo uso de la escala de valoración social de la dependencia, este técnico determina el tipo de impedimentos que el enfermo presenta para el desarrollo de las ABVD. El baremo aplicado contempla la valoración de tareas como: el comer y beber, el aseo e higiene personal, el vestirse, el desplazamiento fuera y dentro del hogar, el mantenimiento del hogar, la toma de decisiones, etc. En definitiva, determina si el enfermo cuenta o no con capacidad y autonomía para la ejecución de estas[6]. La figura que se presenta a continuación muestra el procedimiento que se sigue para la valoración de solicitante de la ley de dependencia (ver figura 2). En esta queda delimitado el circuito según sus distintas fases.

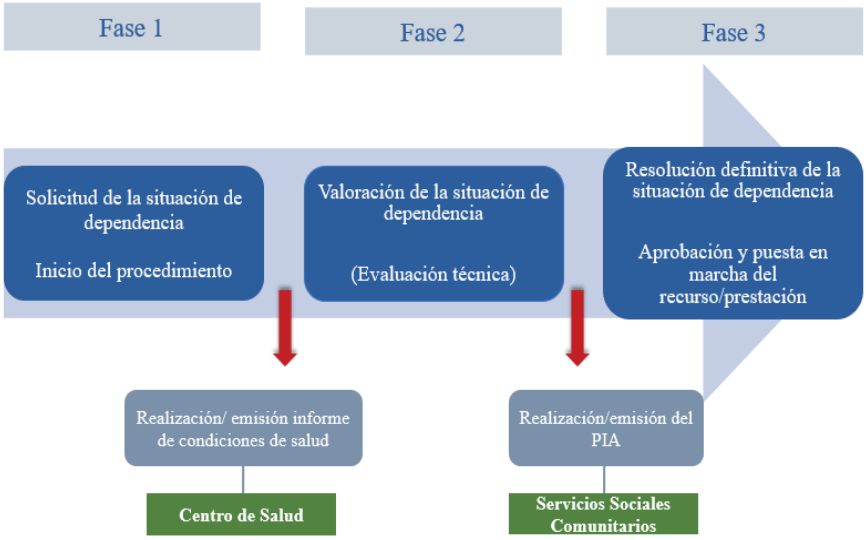
La escala de valoración social de la dependencia arroja una puntuación final que describe el grado de dependencia del enfermo; aunque no siempre los valores emitidos por el citado baremo identifican como dependiente al enfermo.

Respecto de los distintos grados de dependencia, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia contempla tres grados. En su Título I, Capítulo III (sobre la dependencia y su valoración), articulo 26, se establece tácitamente:

La situación de dependencia se clasificará en los siguientes grados:

a) Grado I. Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.

Figura 2. Secuencia del procedimiento para la valoración de la situación de dependencia



Fuente: Elaboración propia, 2021.

[5] El PIA contempla la modalidad de prestación a la que el enferme se acoge en función de su situación sociosanitaria y necesidades. Este podrá ser revisado de oficio o a instancia de parte.

[6] El baremo para la valoración del grado de dependencia presenta especificidades para los casos de enfermos menores (de 0 a 3 años). Algunas tareas a valorar toman como referencia criterios de aplicabilidad que van desde el nacimiento hasta los 36 meses (Real Decreto Nº 174, 2011).

b) Grado II. Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.

c) Grado III. Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal (Ley Nº 39, 2006).

Por su parte, esta normativa establece en su Título I, Capítulo II (sobre las prestaciones y catálogo de servicios de atención del sistema para la autonomía y atención a la dependencia), artículo 15, el catálogo de servicios o prestaciones a los que el enfermo puede acogerse. En dicho catálogo se encuentran[7]:

a) Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal.

b) Servicio de teleasistencia.

c) Servicio de ayuda a domicilio: atención de las necesidades del hogar; cuidados personales.

d) Servicio de centro de día y de noche: centro de día para mayores; centro de día para menores de 65 años; centro de día de atención especializada; centro de noche.

e) Servicio de atención residencial: residencia de personas mayores en situación de dependencia; centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad (Ley Nº 39, 2006).

Esta normativa también incluye prestaciones económicas para el enfermo o la persona que cuida. Estas pueden ser vinculadas al servicio que se presta, para los cuidados en el entorno familiar y el apoyo a los cuidadores no profesionales o para la asistencia personal (arts. 17 al 19 de la ley).

Finalmente, cabe decir que la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia pretende velar por el interés del enfermo crónico (se halle o no en situación paliativa), así como de otro perfil de enfermos. Asimismo, trata de refrendar el carácter público de las prestaciones del sistema de atención a la dependencia. Esta normativa, basada en el principio de universalidad en el acceso y de transversalidad de las políticas, intenta garantizar una atención personalizada e integral. Y apuesta por la permanencia del enfermo crónico en el entorno en el que vive y se desarrolla, donde su participación y autonomía sean reales y efectivas. Aquí, la calidad, accesibilidad y sostenibilidad de los servicios y prestaciones se convierten en valores a legitimas (Ley Nº 39, 2006).

6. EL APOYO INFORMAL EN EL ENFERMO AGUDO O CRÓNICO

En el ámbito de la salud la cronicidad hace que aumente el índice de enfermos necesitados de cuidados o apoyo. Con el aumento de la esperanza de vida el perfil de enfermos agudos o crónicos se incrementa y se hace más visible en la sociedad. Esto exige invertir más dedicación y tiempo en el cuidado o apoyo, pues la cronicidad lleva consigo aparejada disfuncionalidad. También hacer una mayor inversión económica para poder garantizar la protección de estos enfermos.

[7] Algunos de los recursos contemplados en el catálogo de servicios y prestaciones de esta normativa son incompatibles entre ellos. Por tanto, la asignación de algunos excluye al resto.

El apoyo informar es aquel tipo de ayuda no profesionalizada prestado en entorno más inmediato del enfermo y previsto por la pareja, los hijos, sobrinos, amigos, etc. Según los datos del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 en España el número de cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia se eleva a un total de 64.887. De estos 57.611 son mujeres, lo que representa el 88,8% del total; teniendo el 38,2% una edad de menos de 50 años (Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2021). No obstante, se estima que este número sea aún mayor, pues esta estadística solo recoge a aquellos cuidadores no profesionales (acogidos al convenio especial) cuyo enfermo al que presta su apoyo tiene el reconocimiento de dependencia y concedida una prestación. Dicho grupo lo encabezan aquellos cuidadores informales, en su mayoría mujeres, que se hacen cargo de un familiar o amigo con enfermedad crónica y que no perciben remuneración alguna por parte de la administración pública (Martínez, 2003). Este perfil concreto de cuidadores informales queda al margen de los beneficios que ofrece el sistema de prestaciones contemplado en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Y dado a que en España el número de personas solicitantes de dependencia se eleva a 1.874.819, y que 1.171.847 se benefician de alguna prestación, el resto recibe ayuda en el domicilio por un cuidador informales quien carece de contraprestación por su labor/servicio (IMSERSO, 2021). La tabla que se presenta a continuación muestra la proporción de cuidadores no profesionales con prestación según la Comunidad Autónoma de referencia. Como se puede comprobar, la Comunidad Valenciana encabeza el número de cuidadores no profesionales pese a contar con menos provincias y población que otras comunidades autónomas (ver tabla 1).

La crisis económica provoca un aumento en el número de cuidadores no profesionales. El aumento de enfermos crónicos dependientes, junto con las elevadas tasas de desempleo consecuencia de los déficit del mercado laboral, hacen que estos cuidadores se acojan a las prestaciones económica (modalidad: ayuda para el cuidador) incluidas en la citada Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Por su parte, también se dan casos donde el cuidador no profesional se ve obligado a abandonar su puesto de trabajo para hacerse cargo del enfermo crónico dependiente. Sea como fuere, tal medida supone perdidas en el poder adquisitivo de los cuidadores no profesionales y cierta dependencia económica y precariedad en el sistema de cotización a la seguridad social.

El apoyo informal de larga duración genera con el tiempo, en los cuidadores, sentimientos de resignación, cansancio, estrés, etc., así como trastornos relacionados con el sueño y dolores musculares, entre otros. Tal circunstancia se agudiza cuando el enfermo crónico dependiente se halla en situación de postrimería; hecho que favorece la sobrecarga del cuidador y el riesgo de padecer Síndrome de Burnout (Rogero, 2010).

Tabla 1. Proporción de cuidadores no profesionales acogidos al convenio especial del Instituto Nacional de la Seguridad Social

Comunidad Autónoma	Cuidadores no profesionales
Andalucía	9.660
Aragón	1.752
Baleares	948
Canarias	1.208
Cantabria	1.748
Castilla La Mancha	2.295
Castilla y León	4.015
Cataluña	5.808
Comunidad de Madrid	4.780
Comunidad Foral de Navarra	1.378
Comunidad Valenciana	12.858
Extremadura	922
Galicia	4.023
La Rioja	270
Murcia	3.634
País Vasco	7.333
Principado de Asturias	1.971
* La tabla no recoge las ciudades de Ceuta y Melilla, pero computan en el recuento de cuidadores no profesionales con 107 y 177 respectivamente.	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 a fecha de 31 de julio de 2021.

Son características afines a los cuidadores de cuidados informales de larga duración:

- El tiempo de dedicación para la atención al enfermo crónico dependiente.
- La inexistencia de un horario regulado (fijo) para la atención a dicho enfermo.
- La carencia de formación especializada centrada en la atención al enfermo crónico dependiente.
- La insuficiencia de beneficios económicos.
- La sobrecarga por el cuidado o ayuda prestada (desgaste físico y emocional).
- La pérdida de las relaciones y contacto con el exterior más inmediato.
- El desplazamiento o cambio del domicilio habitual del cuidador, etc.

Estos cuidadores suelen confrontar sentimientos de ambivalencia durante el tiempo que dura el cuidado. Experimentar un sentir donde el deber hacer o responsabilidad para/con su familiar se hace patente, donde los lazos de consanguineidad y la tradición en el cuidado marcan las directrices de este y su trayectoria.

Los nuevos enfoques y estrategias de atención sociosanitaria (planes, procedimientos y guías) benefician el mantenimiento del enfermo crónico dependiente en su domicilio. Directrices garantes del apoyo a los cuidadores informales facilitan que el enfermo crónico dependiente pueda permanecer el mayor tiempo posible en su entorno habitual, e incluso que puede fallecer en el domicilio con los adecuados apoyos paliativos.

Finalmente, cabe decir que el cuidador informar se convierte en un recursos potente en la atención sociosanitaria. Pero los cuidados informales deben ser un apoyo complementario y los que la administración pública está obligada a prestar. A través de la formación y el buen manejo del enfermo crónico, los cuidados informales contribuyen al sistema de recursos de los que disponen las distintas administraciones, aunque no pueden ser una prestación en sí misma. Estos cuidados, unidos al autocuidado como naturaleza y cualidad a fomentar en el enfermo crónico, evitan el desarraigo domiciliario, familiar y vecinal. Para ello, la atención domiciliaria por parte de los profesionales de la salud y de los servicios sociales ha de convertirse en un soporte importante para el apoyo y continuidad de los cuidados (De la Revilla y Espinosa, 2003). Aquí, tanto el enfermo crónico como el cuidador informal han de percibir y sentir como propio el apoyo de estos profesionales para así trabajar de manera coordinada y conjunta. Y donde el soporte de las TIC facilite esta labor.

Las TIC son un instrumento útil para la atención sociosanitaria del paciente crónico en situación de dependencia. Un ejemplo claro de estos instrumentos son la denominada telesalud, teleconsulta, telecuidados, teleservicios, entre otros. Se trata de medidas virtuales que evitan desplazamientos innecesarios y agilizan la atención directa, valoración, etc. Tal situación favorece la accesibilidad a los servicios y la inmediatez, quedando reducidos los tiempos de espera y garantizada la proximidad e integralidad de la atención que se presta a estos enfermos y sus cuidadores. Para ello se requiere de plataformas y recursos telefónicos e informáticos adecuados como web, app, tablet, etc. (Arriazu y Fernández, 2013). Lo que implica, para su uso, conocimiento previo y redes óptimas. Y exige que las administraciones sanitarias doten sus servicios de infraestructuras tecnológicas apropiadas, así como de profesionales cualificados que las pongan en marcha.

BIBLIOGRAFÍA

Arriazu, R., y Fernández, J.L. (2013). Internet en el ámbito del trabajo social: formas emergentes de participación e intervención socio-comunitaria. *Cuadernos de Trabajo Social, 26*(1), 149-158.

Bellak, L., y Small, L. (1980). *Psicoterapia breve y de emergencia*. Pax México.

Borrell, F. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Revista de Medicina Clínica, 119*(5), 175-179.

Centro de Investigación Biomédica en Red. (2021). *Las TIC como herramienta para la mejora en el manejo de los pacientes crónicos complejos*. http://boletin.ciberisciii.es/ciberes/ciber-detalles-subnotica.php?notiID=77&boletinID=16&ciberID=5

Clínica Universidad de Navarra. (2020). Crisis. En *Diccionario Médico*. Recuperado en 17 de agosto de 2021, de https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/crisis

Consejería de Salud. (2009). *Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales integrados*. https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956c9e59e_guia_diseno_mejora.pdf

Consejería de Salud. (2012). *Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas*. https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af06533c7e30_PIEC.pdf

Consejería de Salud. (2018). *Atención a pacientes pluripatológicos. Proceso Asistencial Integrado.* https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/2824/1/PAI_AtencionPacientesPluripatologicos_2018.pdf

Consejería de Salud y Familias. (2020). *Base poblacional de Salud. Enfermedades crónicas más frecuentes en la población usuaria del Servicio Andaluz de Salud*. https://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/badea/operaciones/consulta/anual/33648?CodOper=b3_2194&codConsulta=33648

Consejería de Salud y Familia. (17 de agosto de 2021). *Estrategia de Promoción de una Vida Saludable en Andalucía*. https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/planificacion/estrategia-promocion-vida-saludable-andalucia.html#toc-planes-integrales-implicados

Consejería de Salud y Familia. (20 de agosto de 2021). *Procesos Asistenciales Integrados (PAI)*. https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/calidad-investigacion-conocimiento/gestion-conocimiento/paginas/pai.html

Contel, J.C., Muntané, B., y Camp, L. (2012). La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada. *Atención Primaria, 44*(2), 107-113. doi:10.1016/j.aprim.2011.01.013

Defensor del Pueblo Andaluz. (12 de junio de 2017). *Tras 2 años reconocido como dependiente, fallece su padre sin la ayuda aprobada: pedimos que se le reconozca a sus herederos. Resolución del Defensor del Pueblo Andaluz formulada en la queja 15/6136 dirigida a Consejería de Igualdad y Políticas Sociales, Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales en Sevilla.* https://www.defensordelpuebloandaluz.es/tras-2-anos-reconocido-como-dependiente-fallece-su-padre-sin-la-ayuda-aprobada-pedimos-que-se-le-0

De la Revilla, L., y Espinosa, J.M. (2003). La atención domiciliaria y la atención familiar en el abordaje de las enfermedades crónicas de los mayores. *Atención Primaria, 31*(9), 587-591.

Erikson, E. (2000). *El ciclo vital completado*. Ediciones Paidós Ibérica.

EsCrônicos. (2021). *Organizaciones de pacientes*. http://www.escronicos.com/es/escronicos/asociaciones-pacientes

Golan, N. (1978). *Treatment in crisis situations*. Free Press.

Halpern, H.A., Canale, J.R., Grant, B.L., y Bellamy, C. (1979). A System Crisis Approach to Famiy Treatment. *Journal of Marital and Family Therapy, 5*(2), 87-94.

IMSERSO. (31 de julio de 2021). *Análisis explicativo de las estadísticas mensuales del sistema para la autonomía y atención a la dependencia*. https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/estsisaad_compl20210731.pdf

IMSERSO. (31 de julio de 2021). *Información estadística del sistema para la autonomía y atención a la dependencia.* https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/estsisaad20210731.pdf

INE. (2020). *Principales enfermedades crónicas o de larga evolución. 2020*. https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t00/mujeres_hombres/tablas_1/l0/&file=d03005.px&L=0

INE. (2021). *Encuesta Nacional de Salud. Tablas por comunidades autónomas. Año 2003. Población por comunidad autónoma, enfermedad crónica y diagnóstico de la enfermedad.* https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t15/p419/p04/a2003/l0/&file=07003.px&L=0

Jiménez, J.M., y Munuera, P. (2021). *Fundamentos del trabajo social sanitario: análisis de su recorrido histórico hasta la actual pandemia*. Tirant Lo Blanch.

Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *Boletín Oficial de Estado*, 299, de 15 de diciembre de 2006, 44142-44156. https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-21990

MacDonald, D.K. (31 de octubre de 2018). *Golan Model of Crisis Intervention*. http://dustinkmacdonald.com/golan-model-crisis-intervention/

Martínez, J.R. (2003). Cuidados informales en España. Problema de desigualdad. *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI, 1*(2), 275-288.

Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. (31 de julio de 2021). *Convenio especial de cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia*. https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/im_138832.pdf

Ministerio de Sanidad. (2020). *Encuesta Europea de Salud en España*. https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EncuestaEuropea2020/EESE2020_inf_evol_princip_result.pdf

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (26 de julio 2018). *Encuesta Nacional de Salud. España 2017*. https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017_notatecnica.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud*. https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). *Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto Séneca*. https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/SENECA.pdf

Ministerio de Sanidad y Política Social. (2010). *La seguridad en los cuidados del paciente hospitalizado. Proyecto SÉNECA*. https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ProyectoSENECA.pdf

MSDsalud. (2021). *El paciente crónico*. https://www.msdsalud.es/informacion-practica/paciente-cronico.html

Murube, J., Muñoz., F., y Arruga J. (2007). Una discusión actual ¿grave o severo? *Archivos de Sociedad Española de Oftalmología, 10*(82), 597-600.

Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas. (9 de julio de 2019). *PAAIPEC: Documento Central.* https://www.opimec.org/comunidades-de-practica/plan-andaluz-de-atencion-a-personas-con-enfermedades-cronicas/documentos/2281/

Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas. (18 de septiembre de *2019). Planes Integrales y Estrategias en el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud español.* https://www.opimec.org/documentos/4566/planes-integrales-en-el-abordaje-de-la-cronicidad/

OMS. (2003). *Convenio Marco de la OMS para el control del tabaco.* http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42813/9243591010.pdf;jsessionid=F47C98EA8D42E5F0D823716BF787A6DB?sequence=1

OMS. (12 de mayo de 2009). *Plan de acción 2008-2013 para la estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles: prevenir y controlar las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes*. https://www.who.int/publications/i/item/9789241597418

OMS. (2015). *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1

OMS. (3 de marzo de 2021). *Cáncer*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cancer

OMS. (13 de abril de 2021). *Enfermedades no transmisibles*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases

OMS. (21 de junio de 2021). *Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd)

OMS. (16 de julio de 2021). *Directrices consolidadas sobre prevención, pruebas, tratamiento, prestación de servicios y seguimiento del VIH: recomendaciones para un enfoque de salud pública.* https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593

Organización Panamericana de la Salud. (2021). *Enfermedades no transmisibles*. https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles

OPIMEC. (26 de abril de 2013). *PAAIPEC: Análisis Epidemiológico.* Recuperado de https://www.opimec.org/comunidades-de-practica/plan-andaluz-de-atencion-a-personas-con-enfermedades-cronicas/documentos/2309/

Rapoport, L. (1967). Crisis-oriented short-term casework. *Social Service Review, 41*(l), 31-43.

Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *Boletín Oficial de Estado*, 42, de 18 de febrero de 2011, 18567-18691. https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2011-3174

Rodríguez, G. (1989). Orígenes y evolución del Estado de Bienestar español en su perspectiva histórica. Una visión general. *Política y Sociedad, 2*, 79-87.

Rodríguez, P. (2005). El apoyo informal a las personas mayores en España y la protección social a la dependencia. Del familismo a los derechos de la ciudadanía. *Revista Española de Geriatría y Gerontología, 40*(3), 5-15. doi: 10.1016/S0211-139X(05)75068-X

Rogero, J. (2010). *Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores*. IMSERSO.

SEMFYC. (26 de junio de 2020). *La Plataforma CH2025 eleva diez propuestas en materia de cronicidad a la Comisión para la Reconstrucción* https://www.semfyc.es/la-plataforma-ch2025-eleva-diez-propuestas-en-materia-de-cronicidad-a-la-comision-para-la-reconstruccion/

Somospacientes. (20 de agosto de 2021). *Asociaciones*. https://www.somospacientes.com/mapa-de-asociaciones/

Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. (2021). *SHARE en los medios*. https://www.share.cemfi.es/index.asp?menu=5

The Boston Consulting Group. (2014). *Informe Cronos. Hacia el cambio de paradigma en la atención a enfermos crónicos*. https://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/1075/INFORME%20CRONOS.pdf

Universidad Internacional de Valencia. (25 de abril de 2018). *¿Enfermedad aguda o crónica? Diferencia y ejemplos.* https://www.universidadviu.com/es/actualidad/nuestros-expertos/enfermedad-aguda-o-cronica-diferencias-y-ejemplos

Viscarret, J.J. (2009). Modelos de intervención en Trabajo Social. En T. Fernández García (Ed.), *Fundamentos del trabajo social* (pp. 293-344). Alianza.

Vorvick, L.J., y Zieve, D. (10 de octubre de 2020). *Acute vs. chronic conditions* [Comentario en la página web *MedlinePlus*]. U.S. National Library of Medicine. https://medlineplus.gov/ency/imagepages/18126.htm

WHA. (2013). *Follow-up to the Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R10-en.pdf?ua=1

WHO. (31 de mayo de 2013). *Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020.* https://www.who.int/publications/i/item/9789241506236

Zalaquett, P., y Muñoz, E. (2017). Intervención en crisis para pacientes hospitalizados. *Revista Médica Clínica Las Condes, 28*(6), 835-840.