

Concepto y epidemiología de la cronicidad

1.1

E. Jiménez Mejías, M. Rivera Izquierdo, L. M. Martín de los Reyes y V. Martínez Ruiz

CONTENIDOS

Conceptos

- Cronicidad
- Envejecimiento
- Comorbilidad
- Pluripatología
- Enfermedades crónicas complejas y pluripatología
- Discapacidad
- Dependencia y autonomía personal

Epidemiología descriptiva y analítica de la cronicidad

- Epidemiología descriptiva de la cronicidad
- Epidemiología analítica de la cronicidad

Conclusiones

Bibliografía



OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

- Conocer los principales conceptos relacionados con el envejecimiento poblacional y el consecuente auge de las patologías crónicas.
- Describir la estructura poblacional de España por grupos de edad y el impacto sobre la prevalencia de las patologías crónicas.
- Identificar las principales causas, condiciones y circunstancias relacionadas con el envejecimiento y las patologías crónicas, así como el efecto de sendos factores en la población.

CONCEPTOS

Cronicidad

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera las enfermedades crónicas como «aquellas enfermedades que presentan una larga duración (más de 6 meses) y una progresión lenta, no se transmiten de persona a persona y son consideradas, por lo tanto, como no transmisibles». Los cuatro tipos más relevantes son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes.

Desde el punto de vista de la cronología que caracterizaba los diferentes tipos de patologías más prevalentes en cada una de las diferentes etapas epidemiológicas: a) estadísticas sanitarias o miasmática, b) enfermedades infecciosas y c) enfermedades crónicas; desde mediados del siglo pasado nos encontramos en esta tercera etapa.

Envejecimiento

La cronicidad está íntimamente ligada al envejecimiento poblacional. La OMS define el envejecimiento como «la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un aumento del riesgo de enfermedad y, finalmente, a la muerte». Tales cambios no son lineales ni uniformes, y su relación con la edad de las personas en años es relativa. En este sentido, hay personas de edad avanzada que disfrutan de una excelente salud y se desenvuelven perfectamente, mientras otras son a igualdad de edad ancianos frágiles y necesitan en no pocas ocasiones una ayuda importante.

Por lo demás, el envejecimiento (de una población) puede considerarse a su vez resultado de la combinación de diversos factores extrínsecos a la propia biología, como la disminución de la mortalidad en las diferentes etapas de la vida (en especial por enfermedades transmisibles), las mejoras en la salud pública (tanto en la protección y promoción de la salud como en la prevención de la enfermedad) o los avances en la asistencia sanitaria de los pacientes crónicos. Todo ello conlleva de manera inequívoca una mayor esperanza de vida (en especial en los países desarrollados) y el consiguiente acúmulo de enfermedades crónicas, sobre todo, en personas de edad avanzada.

Tema 1: Concepto y epidemiología de la cronicidad

Además de los cambios biológicos, el envejecimiento también está asociado con otras transiciones de la vida como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas y la muerte de amigos y pareja, lo que lo erige en un importante fenómeno que afecta a las tres áreas que determinan la salud de las personas: la física, la psíquica y la social.

El inicio de la vejez suele establecerse entre los 70 y los 75 años. Con carácter general, se describen tres subgrupos dentro de las personas mayores o de avanzada edad: a) ancianos jóvenes, entre 70 y 75 años, b) ancianos, entre los 75 y los 85 años y c) ancianos frágiles o muy mayores, de más de 85 años.

El padecimiento de más de una enfermedad en pacientes ancianos lleva a definir dos nuevos conceptos que con frecuencia se confunden: la comorbilidad y la pluripatología.

Comorbilidad

Se define como la presencia de dos o más enfermedades en un mismo sujeto. Esta definición, como tal, se solapa a la de *multimorbilidad*. Sin embargo, este término se ha visto modificado a lo largo del tiempo y se suele utilizar para referirse a diferentes patologías que acompañan a una enfermedad principal o primaria y que modifican el pronóstico y tratamiento de ésta. Por ejemplo, la dislipemia, la diabetes *mellitus* tipo II y la hipertensión arterial en un paciente que sufre como enfermedad basal cardiopatía coronaria (episodios previos de ángor o infartos de miocardio). Esta acepción del término comorbilidad constituye un «modo vertical» de entender el padecimiento y la acumulación de patologías. Una enfermedad principal o de base lleva aparejadas otras patologías, cada una con diferente importancia o peso sobre el pronóstico de aquella y que pueden estar o no asociadas entre sí, formando parte de lo que se denomina un síndrome. Por ejemplo, el síndrome metabólico (resistencia a la insulina e hiperinsulinismo compensador asociados con trastornos del metabolismo de los carbohidratos y lípidos, hipertensión arterial y obesidad).

Pluripatología

Se trata de un concepto complementario al anterior. Tiene su origen en el cambio demográfico que atraviesa la población y que impide que se pueda establecer el protagonismo o la preponderancia de una enfermedad sobre otras. Se trata de enfermedades que, además, presentan interrelaciones entre ellas. Por ejemplo, ante un paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), insuficiencia renal crónica e insuficiencia cardíaca, la descompensación de alguna de ellas por la causa que fuere (infecciones, errores de tratamiento, etc.) repercute en la estabilidad, curso y pronóstico del resto de las patologías. Como puede deducirse, se trata de un «modo más transversal» de entender la enfermedad.

La definición del paciente pluripatológico actualmente considera varios aspectos:

- Padecer dos o más enfermedades crónicas que no tienen curación, pertenecientes a dos o más de las ocho categorías que se describen en la **Tabla 1.1-1**.
- Presencia de un deterioro progresivo que conduce a la pérdida de autonomía.

- Riesgo concomitante de sufrir un mayor número de patologías relacionadas con las que se padecen.

De todo lo expuesto anteriormente, se deduce que el perfil y las características de los pacientes que se atienden actualmente en las consultas médicas de atención primaria de

Tabla 1.1-1. Categorías diagnósticas del paciente pluripatológico

Categoría A
A.1. Insuficiencia cardíaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en grado II de NYHA ¹ (síntomas con actividad física habitual)
A.2. Cardiopatía isquémica
Categoría B
B.1. Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas
B.2. Enfermedad renal crónica definida por filtrado glomerular < 60 mL/min o proteinuria ² , mantenidas durante 3 meses
Categoría C
C.1. Enfermedad respiratoria crónica que en situación de estabilidad clínica haya estado con disnea grado 2 de la MRC ³ (disnea a paso habitual en llano), o FEV1 < 65 %, o saturación O ₂ ≤ 90
Categoría D
D.1. Enfermedad inflamatoria intestinal
D.2. Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular ⁴ o hipertensión portal ⁵
Categoría E
E.1. Ataque cerebrovascular
E.2. Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel < 60)
E.3. Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo persistente, al menos moderado ⁶
Categoría F
F.1. Arteriopatía periférica sintomática
F.2. Diabetes <i>mellitus</i> con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática
Categoría G
G.1. Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente Hb < 10 mg/dL en dos determinaciones separadas más de tres meses
G.2. Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa
Categoría H
H.1. Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel < 60)
H.2. Haber presentado una fractura de cadera osteoporótica

¹ Ligera limitación de la actividad física. La actividad física habitual le produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones.

² FGe < 60 mL/min/1,73 m² de superficie corporal estimado por la fórmula CKD-EPI o procedimientos aceptados de cálculo en caso de inadecuación del FGe), índice albúmina/creatina > 300 mg/g, microalbuminuria > 3 mg/dL en muestra de orina o albúmina > 300 mg/día en orina de 24 horas.

³ INR > 1,7, albúmina < 3,5 g/dL, bilirrubina > 2 mg/dL.

⁴ Definida por la presencia de datos clínicos, analíticos, ecográficos o endoscópicos.

⁵ Pfeiffer con 5 o más errores o miniexamen cognoscitivo de Lobo con menos de 23 puntos.

FEV1: forced expiratory volume in 1 second; FGe: filtración glomerular estimada; INR: índice internacional normalizado; MRC: Medical Research Council; Hb: hemoglobina; NYHA: New York Heart Association.

Adaptada de: Ollero M, Sanz R, Alguacil MD, Ortiz J, Díaz-Borrego J, García G, et al. Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas: 2012-2016 [Internet]. Consejería de Salud: Junta de Andalucía; 2012. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/PlanAtencEICC.pdf> [Citado 26 septiembre 2017].

salud (APS) o en el ámbito de urgencias es cada vez más complejo. De ahí que se hable de enfermedades crónicas complejas.

Enfermedades crónicas complejas y pluripatología

Entre los pacientes afectos de patologías crónicas existen algunos que, por sus especiales características, su atención tiene un mayor impacto en la asistencia sanitaria tanto ambulatoria como hospitalaria. Algunos estudios cifran el gasto sanitario generado por la atención a tales pacientes en un 40 % del gasto hospitalario global, a lo que se asocia una elevada frecuentación de las consultas de urgencias y de los centros de APS. Este concepto se relaciona estrechamente con el de *paciente con fragilidad*. En el sentido amplio de la palabra, frágil es aquello que siendo débil puede romperse fácilmente. Aplicado a las personas, el individuo frágil sería aquella persona débil con un elevado riesgo de pérdida de la capacidad funcional, pero que todavía es independiente. En un ámbito como el de urgencias, organizado hacia el diagnóstico y el tratamiento puntual de las enfermedades, se tiende a evaluar poco o nada la capacidad funcional y su repercusión sobre las actividades de la vida diaria.

En este contexto, la evidencia ha demostrado las limitaciones que conlleva la atención de este tipo de pacientes sobre la base de un modelo centrado de manera predominante en la enfermedad. La atención a la persona con «condiciones crónicas y necesidades de atención complejas» difícilmente puede ser abordada por una sola organización o una única categoría profesional. Se requiere, por tanto, de un abordaje global y multidimensional que integre y coordine a diferentes organismos (sistema sanitario, servicios sociales, comunidad, etc.) y a un grupo multidisciplinar de profesionales (personal médico y de enfermería, trabajadores sociales, psicólogos, etc.), así como a los cuidadores informales o la familia de estos pacientes.

Partiendo de esta idea, en algunas comunidades autónomas, como en Andalucía, se pusieron en marcha procesos de atención integral al paciente pluripatológico, que permiten la identificación y caracterización de este grupo de pacientes. Posteriormente, el estudio sobre el modelo pronóstico y de predicción funcional para pacientes pluripatológicos en España (PROFUND) permitió homogeneizar la identificación de tales pacientes a través de diferentes dimensiones

y el consiguiente riesgo de fallecimiento en función de su adscripción a diferentes grupos de riesgo (Tabla 1.1-2 y Tabla 1.1-3).

Tabla 1.1-2. Dimensiones dicotómicas del índice PROFUND

Dimensiones	Puntuación
Demografía <ul style="list-style-type: none"> ≥ 85 años 	3
Características clínicas <ul style="list-style-type: none"> Neoplasia activa Demencia Clase funcional III-IV de la NYHA o mMRC Delirium en el último ingreso 	6 3 3 3
Parámetros analíticos <ul style="list-style-type: none"> Hemoglobina < 10 g/dL 	3
Características funcionales-sociofamiliares <ul style="list-style-type: none"> Índice de Barthel < 60 Ausencia de cuidador o cuidador no cónyuge 	4 2
Características asistenciales <ul style="list-style-type: none"> ≥ 4 ingresos hospitalarios en último 12 meses 	3
Nº total ítems = 9	0-30 puntos

mMRC [modified Medical Research Council; NYHA: New York Heart Association. Adaptada de: Proceso Asistencial Integrado: Atención a Pacientes Pluripatológicos. Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2018 [Internet]. Disponible en: <https://www.mschs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/estrategiasDesigual.pdf>

El objetivo de la atención a este grupo de pacientes, como se verá en sucesivos capítulos de este bloque temático, es mejorar el control de sus patologías, reducir sus potenciales complicaciones y reducir así el número de visitas a urgencias, consultas externas y de APS.

Se ha descrito un descenso de hasta un 45 % en los ingresos hospitalarios de pacientes crónicos pluripatológicos en aquellas regiones de España en las que existen programas integrados de atención a estas personas. Para ello, se hace imprescindible la colaboración interniveles, en especial, entre los servicios de Medicina Interna y las consultas de APS, pasando por involucrar a los trabajadores sociales y a las enfermeras de enlace o gestoras de casos.

Durante los últimos años, ante la necesidad de la reorganización de la asistencia que requiere una atención de calidad a

Tabla 1.1-3. Relación entre la puntuación en el índice PROFUND y el riesgo de mortalidad según tiempo transcurrido y ámbito de asistencia

Grupo	PROFUND SCORE	Probabilidad de fallecimiento a los 12 meses tras alta hospitalaria	Probabilidad de fallecimiento a los 4 años tras alta hospitalaria	Probabilidad de fallecimiento a los 2 años en atención primaria
Bajo riesgo	0-2 puntos	12,1- 14,6 %	52 %	8,5- 11 %
Riesgo bajo-intermedio	3-6 puntos	21,5- 31,5 %	73,7 %	18- 21,6 %
Riesgo intermedio-alto	7-10 puntos	45- 50 %	85 %	26,8- 29,5 %
Riesgo alto	≥ 11 puntos	68- 61,3 %	92 %	41,8- 43,7 %

Adaptada de: Proceso Asistencial Integrado: Atención a Pacientes Pluripatológicos. Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2018 [Internet]. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956d9925c_atencion_pacientes_pluripatologicos_2018.pdf

Tema 1: Concepto y epidemiología de la cronicidad

estos pacientes, se han implementado diferentes modelos de gestión de las enfermedades crónicas. El principal referente lo constituye el *Chronic Care Model* (CCM) desarrollado en Estados Unidos. La OMS adoptó este modelo haciendo especial hincapié en la implicación comunitaria y proponiendo el programa *Innovate Care for Chronic Conditions* (ICCC) como marco integral para el abordaje de las enfermedades crónicas en los diferentes ámbitos asistenciales sanitarios y que conlleva entre otras medidas:

- Toma de decisiones basada en la evidencia.
- Enfoque poblacional de la salud.
- Priorizar la prevención.
- Enfatizar la calidad del sistema sanitario y de la atención que se presta.
- Flexibilidad o adaptabilidad a las necesidades de estos pacientes.
- La integración de actividades hacia un mismo objetivo.

Discapacidad

Se define como la pérdida de funcionalidad que tiene como consecuencia la disminución de la actividad personal y la limitación de la realización de actividades **básicas** de la vida diaria, así como la mayor dificultad para la integración de la persona en la sociedad. Esta pérdida es el resultado de una combinación de cambios fisiológicos relacionados con la edad, enfermedades crónicas o procesos agudos o recurrentes.

Dependencia y autonomía personal

El término dependencia hace alusión a la necesidad de atención y cuidados que precisan las personas que no pueden realizar por sí mismas las actividades de la vida cotidiana. El Consejo de Europa (1998) propuso la siguiente definición: «son personas dependientes quienes, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de una asistencia o ayuda importante para la realización de las actividades de la vida diaria».

Por su parte, el Observatorio Social de las Personas Mayores hace hincapié tanto en la dependencia como en la autonomía de la persona. El primero de los términos se refiere al «estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal». La autonomía personal, por su parte, fue definida como «la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria».

Pues bien, ambos aspectos son con frecuencia atributos asociados en la mayor parte de los pacientes crónicos complejos, en especial en los de avanzada edad en los que la falta de autonomía personal, derivada del padecimiento de múltiples patologías, convierte a estos pacientes en dependientes.

En España, según datos de Instituto Nacional de Estadística (INE) referidos a 2018, la cifra de personas dependientes entre los mayores de 65 años alcanzó casi un 30 %.

EPIDEMIOLOGÍA DESCRIPTIVA Y ANALÍTICA DE LA CRONICIDAD

Epidemiología descriptiva de la cronicidad

Evolución de la pirámide poblacional

El progresivo envejecimiento poblacional se ha convertido en un hecho indiscutible que supone uno de los principales retos para la salud y la organización de los servicios sanitarios en las próximas décadas. Así, las Naciones Unidas, en sus *Perspectivas de la Población Mundial* de 2019, calcularon una población total de 7.700 millones de personas, de las cuales un 9,1 % tenía 65 o más años. Este porcentaje contrasta con el 5,1 % de mayores de 65 años calculado para el año 1950, o el 6,9 % en el año 2000. Las proyecciones para el año 2100 sitúan dicho porcentaje en un 22,6 %.

En los últimos 30 años, la pirámide poblacional mundial ha pasado de ser de tipo progresivo en 1990 (natalidad y mortalidad altas, con un crecimiento poblacional rápido) a presentar una forma estable en la actualidad, en la que natalidad y la mortalidad se mantienen constantes, y las predicciones auguran una pirámide mundial regresiva a partir del año 2030, en el que natalidad y la mortalidad seguirán descendiendo, generando un creciente envejecimiento poblacional (**Fig. 1.1-1**). Ante estos datos, parece evidente que el crecimiento poblacional experimentado en las últimas décadas está relacionado con el incremento de la esperanza de vida gracias a numerosos factores, entre los que destacan la mejoría de los servicios sanitarios y un mayor conocimiento, tecnología y herramientas para afrontar los problemas de salud y prevenirlos. Esta evolución de la pirámide poblacional mundial está generando, por tanto, un incremento de la proporción de personas mayores de 65 años, lo que conlleva un mayor porcentaje de población con patologías crónicas, multimorbilidad y pluripatología.

Indudablemente, estos factores son muy dispares si se consideran los distintos países en términos de desarrollo económico, tecnología y accesibilidad de servicios sanitarios. Así, en Europa, el envejecimiento poblacional es aún más evidente que a nivel mundial. En la actualidad, hay un 20,3 % de mayores de 65 años en los países de la Unión Europea, dato que coincide aproximadamente con los españoles (19,7 %). Como se muestra en la **Tabla 1.1-4**, si bien la población mundial incrementará a costa del gran crecimiento de los países subdesarrollados, las poblaciones europea y española se mantendrán constantes de acuerdo con las proyecciones para el año 2100 realizadas por Eurostat, pero el porcentaje de ancianos incrementará progresivamente hasta suponer un tercio de la población total. Las predicciones del INE son aún más alarmantes: para el año 2066, un 34,6 % de la población española será mayor de 65 años.

Es de esperar que gran parte de estas personas con edad avanzada sean enfermas pluripatológicas, que deberán ser cuidadas y controladas en su entorno, ya sea en residencias o en su domicilio. Por esta razón, los servicios sanitarios de

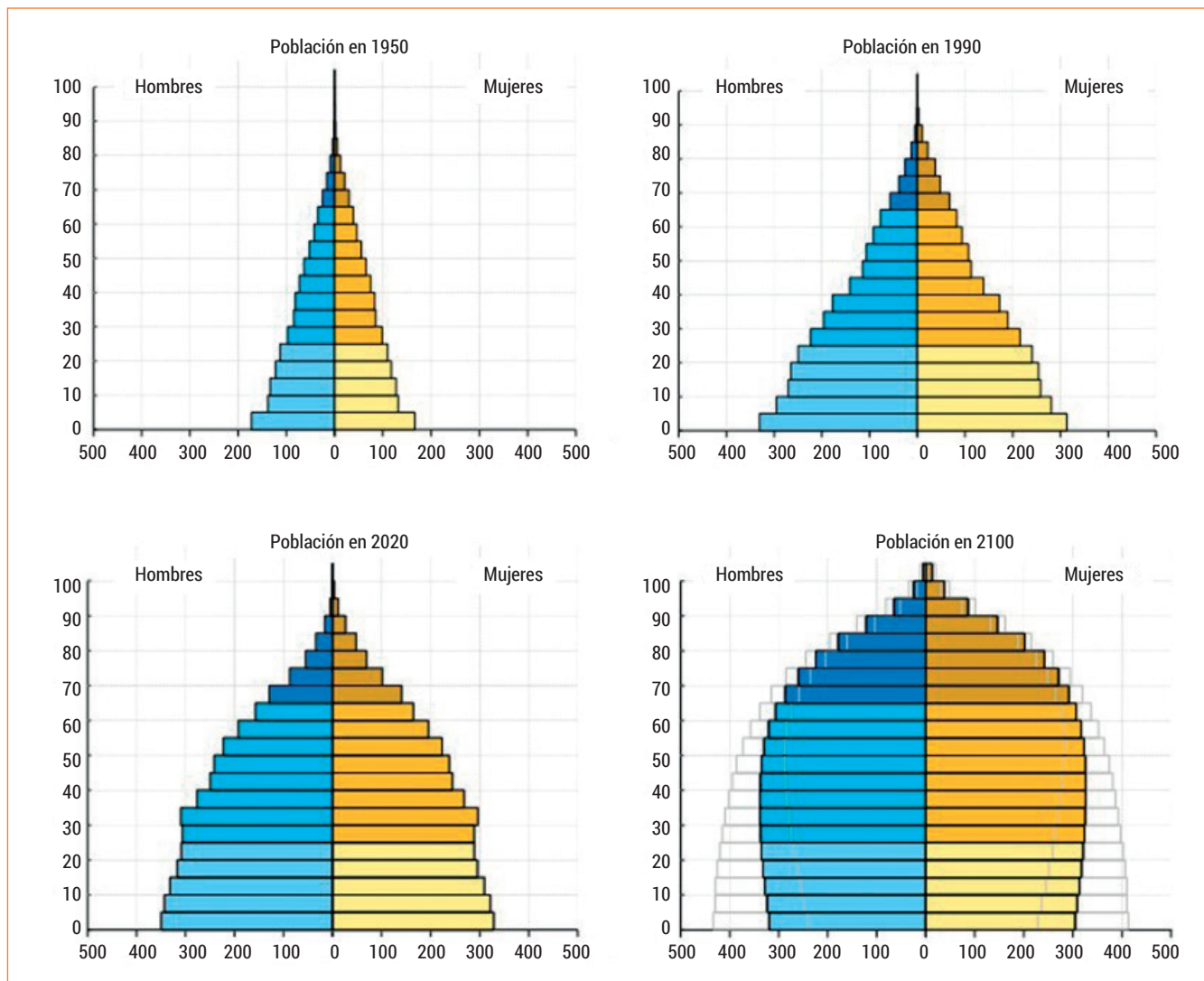


Figura 1.1-1. Evolución de la pirámide poblacional mundial.

En el eje de abscisas, población expresada en millones de personas. En el eje de ordenadas, edad.

Adaptada de: United Nations - World Population Prospects 2019 [Internet]. Disponible en: <https://population.un.org/wpp/>.

Tabla 1.1-4. Porcentajes de población igual o mayor de 65 años calculados a escala mundial, europea y española

Año	Población mundial			Población europea			Población española		
	PT	F ≥ 65 años	f ≥ 65 años	PT	F ≥ 65 años	f ≥ 65 años	PT	F ≥ 65 años	f ≥ 65 años
1990	5.327.231	328.211	6,2 %	475.187	78.812	16,6 %	38.853	6.259	16,1 %
2000	6.143.494	422.209	6,9 %	487.259	91.383	18,8 %	40.470	8.053	19,9 %
2020	7.794.799	727.606	9,3 %	514.292	104.492	20,3 %	47.054	9.264	19,7 %
2100	10.875.394	2.456.663	22,6 %	492.954	154.290	31,3 %	47.341	15.359	32,4 %

f: frecuencia relativa; F: frecuencia absoluta; PT: población total.

Adaptada de: United Nations - World Population Prospects 2019 [Internet]. Disponible en: <https://population.un.org/wpp/>. EUROSTAT (Oficina Estadística de la Unión Europea). Population change - Demographic balance and crude rates at national level [Internet]. 2019. Disponible en: https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_gind&lang=en

atención primaria tendrán que multiplicar su trabajo, asumir nuevas competencias y desempeñar un papel fundamental en el cuidado de estos pacientes. El sistema sanitario de los países desarrollados habrá de adaptarse a este envejecimiento pobla-

cional progresivo, estableciendo planes de cuidados específicos e implantando programas de prevención que consigan disminuir la demanda de servicios hospitalarios y favorezcan la autonomía de los pacientes de edad avanzada.

Frecuencia de la cronicidad

Como ya se avanzaba en el anterior apartado, paralelamente al envejecimiento de la población también se halla en continuo aumento la frecuencia de pacientes con patologías crónicas. En España, los trastornos crónicos más frecuentes en población adulta pueden observarse en la **Tabla 1.1-5**, de acuerdo con la última Encuesta Nacional de Salud (ENS) (2017). En comparación con los problemas de salud crónicos auto-declarados 3 años antes, se observa un ligero incremento en la prevalencia de prácticamente todos los grupos de enfermedades crónicas.

La hipertensión arterial continúa siendo el trastorno más prevalente en España, seguido de otros trastornos metabólicos (colesterol alto, diabetes, problemas tiroideos) y reumatológicos (dolor de espalda lumbar y cervical y artrosis), todos ellos asociados a la edad.

Debe tenerse también en cuenta que la prevalencia de cada una de estas enfermedades es variable en función del sexo. Así, mientras los trastornos relacionados con el síndrome metabólico y el hábito tabáquico (como hipertensión, colesterol alto, diabetes y EPOC) continúan siendo algo más frecuentes en hombres, el resto de los trastornos crónicos es más prevalente en mujeres. Ello coincide con el estado de salud percibido según la ENS, en la que los varones mostraron una mejor percepción de su salud (78 % buena o muy buena) respecto a las mujeres (70 %). Este dato puede estar sesgado por el hecho de que las mujeres tienen una esperanza de vida mayor, por lo que el porcentaje de mujeres de edad avanzada (y, por tanto, con pluripatología) es mayor que el de hombres.

Para finalizar, un 32,9 % de la población española de 16 y más años declaró sufrir problemas de morbilidad crónica en 2018, cifra algo inferior a la media de la Unión Europea (37 %).

Principales indicadores sanitarios en la población mayor

Tasa de dependencia

La tasa de dependencia es el cociente, en tanto por ciento, entre la población menor de 16 años o mayor de 64 y la población de 16 a 64 años. Este índice demográfico ofrece una visión del porcentaje de la población con edades *a priori* dependientes económicamente, es decir, no incorporadas al mercado de trabajo.

De acuerdo con el informe del INE (proyecciones de la población 2016-2066), la tasa de dependencia actual en España es del 53,5 %, y se elevaría hasta el 62,2 % en 2031 y hasta el 87,7 % en 2066. Huelga comentar el importante reto económico y sanitario que supondría para la sociedad tener un escaso 10 % de la población trabajando y un 90 % sin actividad económica. Parece evidente que los modelos actuales habrán de adaptarse, por tanto, a esta nueva realidad.

Esperanza de vida

La esperanza de vida resume el tiempo de vida que le queda a un individuo como promedio, basado en las tablas de vida por sexo y edad y en las características de su entorno.

Tabla 1.1-5. Prevalencia de problemas de salud crónicos auto-declarados por sexos en los años 2017 y 2014 en España

Orden de frecuencia	Sexo más prevalente	Problema de salud	Total (2017)	Total (2014)	Hombres (2017)	Mujeres (2017)
1	H	Hipertensión arterial	19,8	18,4	20,0	19,7
2	M	Dolor de espalda crónico (lumbar)	18,6	17,3	14,7	22,1
3	H	Colesterol alto	17,8	16,5	18,1	17,7
4	M	Artrosis (excluyendo artritis)	17,6	16,4	11,3	23,5
5	M	Alergia crónica (rinitis, conjuntivitis, dermatitis alérgica), alergia alimentaria o de otro tipo (asma alérgica excluida)	15,4	13,4	13,2	17,2
6	M	Dolor de espalda crónico (cervical)	14,7	14,7	8,9	20,0
7	M	Varices en las piernas	9,1	9,3	4,2	13,7
8	M	Migraña o dolor de cabeza frecuente	8,6	8,3	4,6	12,3
9	H	Diabetes	7,6	6,8	8,5	7,1
10	M	Ansiedad crónica	6,9	6,9	4,3	9,1
11	M	Depresión	6,8	6,9	4,0	9,2
12	M	Problemas de tiroides	5,4	4,8	1,6	8,9
13	M	Cataratas	5,3	5,0	4,0	6,3
14	M	Asma (incluida asma alérgica)	4,8	4,4	3,7	5,6
15	H	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	3,2	3,2	3,3	3,1

Los datos están calculados para población de 15 y más años, y divididos por sexos.

Adaptada de: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud 2017 [Internet]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>

Tema 1: Concepto y epidemiología de la cronicidad

En gran medida, el principal factor responsable del progresivo envejecimiento poblacional y de la evolución regresiva de la pirámide de la población española es el incremento de la esperanza de vida, unido a un descenso de la natalidad. Así, actualmente la esperanza de vida española al nacimiento es de 83,2 años (80,5 para hombres y 85,9 para mujeres), mientras que en el año 2000 se cifraba en 79,3. Las proyecciones para el año 2050 la sitúan en 86,6 años.

Actualmente, hay 16.469 personas en edad centenaria en España, y se prevé que haya más de 222.104 dentro de 50 años. La mayoría de las fuentes oficiales sitúan a España en la actualidad como el segundo país con mayor esperanza de vida al nacimiento tras Japón, si bien se prevé que en los próximos años ocupe la primera posición a nivel mundial. Se ha propuesto que la dieta mediterránea, las horas de sol anuales y la organización del sistema sanitario público español podrían ser factores asociados a esta acentuada esperanza de vida.

Existen, igualmente, indicadores que miden la carga de enfermedad y no exclusivamente los años de esperanza de vida. Así, los años de vida ajustados por calidad cuantifican el daño o la pérdida producida por una enfermedad o lesión en la salud poblacional. Asimismo, la esperanza de vida libre de discapacidad es el número de años que se espera que viva un individuo sin discapacidad o limitaciones producidas por enfermedades.

Limitación y discapacidad

El incremento en la esperanza de vida conlleva necesariamente un aumento en el porcentaje de personas con limitaciones crónicas para realizar las actividades de la vida cotidiana debido a un problema de salud. En España, el 22,8 % de la población general refiere encontrarse en este grupo: el 18,5 % se encuentra limitado, pero no gravemente, mientras que el 4,3 % sí declara sentirse gravemente limitado. Esta limitación, especialmente la de carácter grave, se encuentra particularmente representada en los mayores de 65 años y más frecuentemente asociada al sexo femenino.

Salud autopercebida

En el año 2018, en España, un 22,6 % de personas de 16 y más años declaró un estado de salud autopercebido muy bueno, un 51,1 % bueno, un 19 % regular, un 5,7 % malo y un 1,6 % muy malo. Los factores que se asociaron negativamente a la percepción del estado de salud fueron el sexo femenino, la edad avanzada (especialmente mujeres de 65 años que vivían solas), bajo nivel de renta, bajo nivel educativo y nacionalidad extranjera. Las enfermedades crónicas desempeñan un papel fundamental en la salud autopercebida, especialmente si son de larga duración y si conllevan dolor o limitación.

Epidemiología analítica de la cronicidad

Determinantes de la salud

De acuerdo con el modelo de determinantes de la salud propuesto por Marc Lalonde en 1974, los factores con capaci-

dad para proteger o causar problemas de salud se dividen en cuatro grandes bloques:

- Estilos de vida: hábitos, costumbres, creencias, comportamientos, actitudes, etc. Un ejemplo de estilo de vida perjudicial para la salud sería el hábito tabáquico.
- Factores biológicos: herencia genética, envejecimiento, sexo, edad, etc. Un ejemplo de factor biológico perjudicial para la salud sería poseer la mutación congénita del gen *HFE* para el desarrollo de hemocromatosis.
- Medio ambiente: éste se puede dividir en físico, del que depende la calidad del aire, disponibilidad de agua, características del entorno, climatología, etc., y social, que se manifiesta como nivel socioeconómico, nivel educativo, formar parte de un colectivo socialmente reprimido, etc. Un ejemplo de factor ambiental perjudicial para la salud sería no disponer de agua potable cerca de la vivienda.
- Asistencia sanitaria: accesibilidad, organización y gestión de recursos, etc. Un ejemplo de factor de asistencia sanitaria perjudicial para la salud sería no tener acceso a un centro de salud próximo a la vivienda.

Posteriormente a la definición y el reconocimiento extendido de estos factores, el Instituto Canadiense de Investigación Avanzada realizó un estudio para analizar el potencial impacto en salud de cada uno de estos grupos. Los resultados atribuyeron un 15 % de dicho impacto a los factores biológicos, un 25 % al sistema sanitario y un 60 % a los estilos de vida y medio ambiente (10 % al ambiente físico y 50 % al social y económico).

Estos datos han generado un amplio debate respecto al papel y la orientación que han de tener los servicios sanitarios. Las estrategias destinadas a promover la salud y prevenir la enfermedad mediante la modificación de hábitos de vida poco saludables o el establecimiento de un medio ambiente físico y socioeconómico más favorable, de acuerdo con este modelo, tendrían un mayor impacto en la salud de la población que aquellas estrategias centradas exclusivamente en la restauración de la enfermedad mediante los servicios sanitarios y el enfoque biologicista de la enfermedad, puesto que la mayoría de los factores biológicos son no modificables y su impacto en la salud parece ser más limitado.

Con posterioridad al modelo de Lalonde, en el año 1991 Dahlgren y Whitehead propusieron un modelo de determinantes modificado, basado en el anterior y ampliamente utilizado en la actualidad (Fig. 1.1-2). Este modelo considera varios niveles de salud que se distribuirían, a modo de capas de un arco iris, desde más internamente (factores individuales, con menor impacto en la salud) hasta más externamente (factores poblacionales, con mayor impacto en la salud) de la siguiente manera:

- Factores individuales: edad, sexo, factores constitucionales.
- Estilos de vida del individuo.
- Redes sociales y comunitarias.
- Condiciones de vida y de trabajo.
- Condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales.

De nuevo, los determinantes sociales de la salud se muestran como aquellos con mayor impacto en la salud de acuerdo con este modelo.

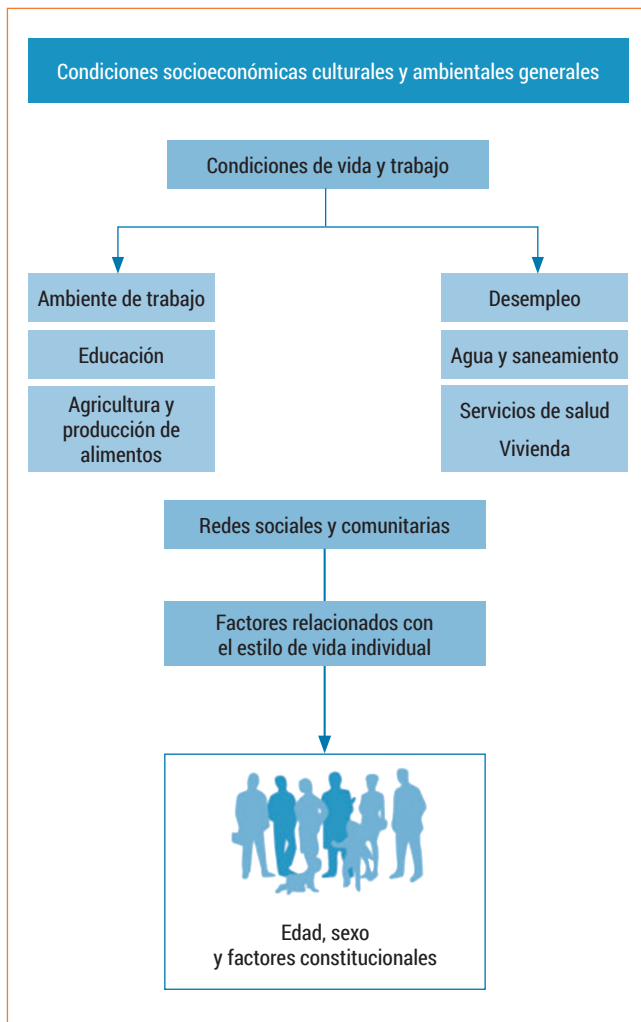


Figura 1.1-2. Modelo de determinantes en salud de Dahlgren y Whitehead.

Factores de riesgo para la cronicidad

Siguiendo la estructura de determinantes de la salud de Dahlgren y Whitehead, los factores de riesgo de la cronicidad se pueden dividir en los cinco grandes grupos propuestos.

Factores individuales

La *edad* es el principal factor relacionado con la cronicidad. Sin embargo, se trata de un factor no modificable sobre el que las estrategias preventivas no pueden tener impacto. De igual manera, el *sexo* femenino se asocia con una mayor prevalencia de limitación y discapacidad y una peor salud autopercebida. La brecha por género está presente en todos los indicadores de limitación crónica para las actividades de la vida diaria. La prevalencia de enfermedades crónicas es mayor en las mujeres. Son una excepción la hipertensión arterial, la diabetes *mellitus*, el colesterol alto y la EPOC, que son más frecuentes en los hombres.

Respecto a los factores constitucionales, la fragilidad asociada a la edad (inmunodeficiencia, mayor prevalencia de comorbilidades, disminución de la capacidad funcional, etc.)

hace más propensa a la población femenina a adquirir enfermedades crónicas.

Estilos de vida individuales

El *índice de masa corporal* es uno de los factores más fuertemente asociados a la cronicidad, especialmente a patología cardiovascular, respiratoria y reumatológica crónica. En España, hay un 37,1 % de adultos con sobrepeso y un 17,3 % de adultos con obesidad, lo que supone que más de la mitad de la población adulta presenta un índice de masa corporal no recomendado por la OMS. Estos datos han ido incrementándose en los últimos 10 años, y es especialmente preocupante en el caso de los hombres (62,5 % con sobrepeso u obesidad respecto al 46,7 % de mujeres) y en el grupo de edad comprendido entre los 45 y los 75 años, en los que las cifras aumentan conforme lo hace la edad. Asimismo, llama la atención el incremento paulatino en la prevalencia de obesidad y sobrepeso infantil (actualmente, un 28,6 % de los niños menores de 18 años), con un riesgo aumentado en el futuro de desarrollar patología crónica.

El *consumo de tabaco* es también un conocido factor de riesgo para prácticamente cualquier problema de salud crónico, así como para el pronóstico y control de estos. En España y, en general, en los países desarrollados, el tabaco es la principal causa de muerte prevenible. Tiene una especial importancia en el desarrollo de EPOC y síndrome metabólico. En España hay actualmente un 22,1 % de fumadores diarios entre los mayores de 15 años, cifra que se reduce hasta el 8,2 % en mayores de 65 años. Atendiendo al género, los hombres muestran mayor prevalencia de consumo diario (25,6 %), aunque las mujeres han incrementado sus cifras en las últimas décadas (actualmente, 18,8 %). La exposición al humo de tabaco en lugares cerrados, no obstante, ha disminuido de manera importante en los últimos 10 años, probablemente debido a cuestiones legislativas.

Otro conocido factor de riesgo con múltiples efectos negativos sobre la cronicidad es el *consumo de bebidas alcohólicas*. La prevalencia de consumo diario de bebidas alcohólicas se sitúa en un 14,7 %. Estas cifras difieren sustancialmente entre hombres y mujeres (22,6 % y 7,3 %, respectivamente), incrementándose el consumo a partir de los 55 años.

La *actividad física* es uno de los factores más importantes para prevenir el desarrollo de enfermedades crónicas, muchas de las cuales, especialmente patologías cardiovasculares, muestran una fuerte asociación con la obesidad y el sedentarismo. El tiempo medio diario de actividad sedentaria en población adulta española es de 5 horas, y el 74 % de la población pasa al menos 1 hora diaria de su tiempo libre frente a una pantalla (82,7 % en fin de semana). En este sentido, la actividad física o actividad principal en el trabajo desempeña un papel fundamental en la población ocupada. Hasta un 38,3 % de esta población trabaja sentada la mayor parte del día, por lo que sería especialmente recomendable aconsejar la realización de actividad física durante el tiempo de ocio o intensificar las estrategias de promoción de la actividad física en este colectivo. La realización de tareas que requieren gran esfuerzo físico en el trabajo (4,2 %), sin embargo, redundaría en una mayor frecuencia de dolor de espalda crónico y artrosis precoz, por lo

Tema 1: Concepto y epidemiología de la cronicidad

que la actividad física laboral ha de ser moderada y adaptada a la persona.

Se ha demostrado que la realización de actividad física es especialmente positiva para la salud y genera mayor adherencia cuando se realiza de manera gratificante y en compañía. Sin embargo, la prevalencia de sedentarismo en el tiempo de ocio es aún muy elevada en la población española (36 %) e incrementa conforme lo hace la edad, hasta llegar a un 70,3 % en mayores de 85 años. Posiblemente el diseño y la ejecución de estrategias de actividad física adaptadas a personas de edad avanzada podrían ayudar a mejorar estos porcentajes, lo que sin duda repercutiría en una menor prevalencia y un mejor control de los problemas de salud crónicos. En las personas mayores, los beneficios del incremento de la actividad física incluyen mayor movilidad, flexibilidad o fuerza y mejor condición física, en general.

Respecto a la *dieta*, el patrón de consumo de alimentos aún se aleja de las recomendaciones dietéticas, a pesar de que la dieta mediterránea, ampliamente establecida en nuestro medio, ha demostrado reducir significativamente el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas (estudio PREDIMED). La Tabla 1.1-6 muestra la prevalencia de consumo diario por grupos de alimentos en la población española.

Como ocurría con el consumo de tabaco y alcohol, el consumo de alimentos es más adecuado en el caso de las mujeres y también conforme aumenta la edad, a partir de los 45 años. Probablemente las personas de mayor edad están más concienciadas con su salud, por lo que sus hábitos dietéticos son más saludables. Es necesario, pues, intensificar las estrategias de promoción de dieta saludable en varones y en menores de 45 años, especialmente en población infantil, pues en este subgrupo se puede prevenir la aparición de enfermedades crónicas desde una temprana edad, optimizando la mejoría potencial de los años de vida ajustados por calidad.

Los estilos de vida individuales, en resumen, ocupan un lugar fundamental como determinantes de la salud, y las medidas destinadas a actuar sobre ellos desde la infancia

tienen un gran potencial en años de calidad de vida, pues sus efectos pueden prologarse durante toda la vida. No debe esperarse a que un individuo desarrolle estilos de vida negativos para actuar sobre ellos, sino que es necesario favorecer y promover los estilos de vida saludables antes incluso de que estos se desarrollen.

Redes sociales y comunitarias

El apoyo social es fundamental para las personas con problemas crónicos de salud, especialmente para los pacientes de edad avanzada o con limitaciones en las actividades de la vida diaria. Este apoyo social incluye desde la accesibilidad de los servicios de atención primaria a domicilio hasta la presencia de familiares, trabajadores sociales o cuidadores en el entorno capaces de prestar la ayuda diaria necesaria. De acuerdo con la última ENS, el *apoyo social funcional percibido*, en escala de 11 a 55 puntos (se considera adecuado si se obtienen 33 o más puntos), fue de 48 puntos (s=6,9) para la población general, mostrando un nivel de satisfacción general aceptable. Sin embargo, estas cifras son algo menores entre los 45 y 85 años y disminuyen entre las personas que tienen trabajo con estudios superiores, la población adulta extranjera y entre comunidades autónomas.

Un ejemplo de iniciativas de atención primaria destinadas a mejorar las redes de cuidados sociales en la comunidad se encuentra en el Centro de Salud de Almanjáyar (Granada), en el que se desarrolló un programa para prestar apoyo funcional a personas dependientes de la comunidad sin ayuda institucional o familiar, al tiempo que se capacitó e insertó laboralmente como trabajadores de atención a domicilio a personas de la propia comunidad.

Condiciones de vida y de trabajo

El siguiente nivel de salud tiene que ver con las facilidades o dificultades encontradas en el entorno en el que se

Tabla 1.1-6. Prevalencia de consumo diario de alimentos en España

Alimento	Total (%)	Hombres	Mujeres	> 75 años
Fruta	64,2	59,4	68,9	82,5
Carne	9,5	10,2	8,7	4,8
Pescado	1,0	0,9	1,2	1,1
Pasta, arroz, patatas	10,7	11,4	9,9	7,9
Verduras, ensaladas y hortalizas	40,4	34,5	46,2	45,7
Legumbres	0,8	0,8	0,8	0,5
Embutidos y fiambres	15,5	18,0	13,1	6,5
Dulces	27,4	17,3	27,5	27,0
Refrescos azucarados	9,1	10,5	7,8	3,0
Comida rápida	1,4	1,8	1,0	0,3
Aperitivos o comidas saladas de picar	1,6	1,7	1,5	0,7

Adaptada de: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Encuesta Nacional de Salud 2017 [Internet]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>

desarrollan las actividades rutinarias diarias y laborales. Así, los *problemas en la vivienda* suponen un importante factor en la salud física y psicológica, y una importante fuente de desigualdades sociales. Ejemplos de factores que puede influir negativamente en la vivienda son el ruido molesto procedente del exterior (un 9,5 % de la población española refiere mucho ruido en su vivienda), malos olores procedentes del exterior (5,7 %), agua de consumo de mala calidad (15,7 %), calles poco limpias (13,8 %), contaminación del aire por industria cercana (2,4 %) o por otras causas (4,5 %), escasez de zonas verdes en el entorno (10,9 %) o falta de seguridad en el entorno en forma de violencia o delincuencia (5,1 %), unidos a las condiciones físicas y económicas de la propia vivienda.

Respecto al ambiente laboral, el nivel medio de *estrés laboral*, directamente relacionado con el desarrollo de enfermedades psiquiátricas como la ansiedad crónica o con dolores musculares o reumatológicos crónicos se sitúa en 4,3 puntos de media en escala de 1 (nada estresante) a 7 (muy estresante). Se observa un mayor nivel de estrés laboral en las mujeres y en el grupo etario entre los 35 y 55 años, así como en trabajos poco cualificados. El nivel medio de *satisfacción laboral*, en la misma escala, es de 5,5 puntos de media, siendo algo superior en mayores de 65 años, que por su edad han llegado al término de su período laboral. En cuanto a la población ocupada, es importante considerar la adaptación del puesto de trabajo de manera individualizada (por ejemplo, evitar posturas que puedan desencadenar dolores crónicos lumbares o cervicales, evitar riesgos en caso de embarazo, etcétera).

Condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales

Como se propuso en el modelo de determinantes de la salud de Dahlgren y Whitehead, las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales tienen el mayor impacto potencial en la salud de la población. El ejemplo más claro de ello se encuentra en el *nivel socioeconómico*, pues el gradiente social está presente en todos los indicadores de limitación crónica y salud autopercibida, de igual manera que ocurre con el *nivel educativo*.

Patologías y comorbilidades más frecuentes

En términos generales, las cifras de morbilidad de la población española son escasas, predominantemente hospitalarias. Se conoce, no obstante, que cada vez se sufre más por causas de origen psicosocial o ambiental que por causas biológicas (estrés o psicopatología crónica).

Previamente se ha descrito la prevalencia de los problemas crónicos más frecuentes referidos por la población española y especialmente presentes en la edad avanzada. Sin embargo, en la mayoría de los casos estos problemas no se encuentran de manera aislada, sino que forman parte de síndromes pluripatológicos. Esta multimorbilidad de los pacientes crónicos complejos tiende a asociarse de manera relativamente específica en unas patologías con mayor frecuencia que en otras. Así, de acuerdo con el estudio FRADEA, la prevalencia de multimorbilidad en ancianos comunitarios e institucionalizados mayores de 70 años fue

del 68,9 %. Numerosos estudios han encontrado patrones de multimorbilidad concretos. A modo de ejemplo, en el estudio alemán KORA-Age Study (Kirchlberger, 2012), realizado en 4.127 mayores de 65 años de la comunidad, se identificaron cuatro patrones de multimorbilidad: el primero compuesto por enfermedades cardiovasculares y metabólicas; el segundo, por enfermedades articulares, hepáticas y pulmonares; el tercero, por enfermedades mentales y neurológicas, y el cuarto, por enfermedades gastrointestinales y cáncer. Aunque otros estudios han encontrado patrones diferentes, en lo que todos están de acuerdo es en que la acumulación de enfermedades crónicas genera pérdida de calidad de vida, un mayor consumo de recursos sanitarios y un aumento de la mortalidad. A continuación, se verán las principales características epidemiológicas de cada uno de los problemas más frecuentes descritos en España.

Enfermedad cardiovascular y metabólica

Tres de los problemas de salud crónicos más prevalentes en España (hipertensión arterial, colesterol alto y diabetes) se asocian en el llamado síndrome metabólico. Este síndrome agrupa a un conjunto de afecciones que incrementan el riesgo de desarrollar enfermedad cardiovascular y diabetes tipo 2. Se considera que dichas afecciones son hipertensión arterial, hiperglucemia, hipertrigliceridemia, bajos niveles de colesterol HDL en sangre y exceso de grasa alrededor de la cintura (Medline). De acuerdo con el estudio DARIOS, realizado en 2011, en España había un 31 % de prevalencia de síndrome metabólico en personas de entre 35 y 74 años. El estudio HERMEX, realizado ese mismo año en población entre 25 y 79 años, mostró unas cifras similares (33,6 %), porcentaje que incrementa con la edad y en los hombres.

Estos estudios ponen de manifiesto que quizá los datos autorreportados en la ENS infravaloran las cifras reales de prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en la población. La frecuente asociación entre factores de riesgo cardiovascular potencialmente modificables (consumo de tabaco, hipertensión arterial, dislipemia, diabetes, obesidad y sedentarismo) multiplica el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares en el futuro. Un estudio realizado en atención primaria mostró que un 31 % de los pacientes de 35 a 65 años que acudían a consulta tenían dos factores de riesgo cardiovascular.

Los principales modificadores del riesgo de desarrollar patología cardiovascular son el sedentarismo, la clase social baja, la evidencia preclínica de arteriosclerosis, antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura, cifras bajas de colesterol HDL y aumento de triglicéridos en sangre. El creciente envejecimiento poblacional y la asociación entre factores de riesgo cardiovascular hacen indispensable el desarrollo de estrategias efectivas de prevención y control de la patología crónica cardiovascular.

Por último, los problemas de insuficiencia vascular propios de la edad avanzada dan lugar a que las varices en las piernas se constituyan como uno de los problemas crónicos de salud más prevalentes en nuestro medio (9,1 %). Factores posturales, especialmente estar muchas horas de pie, calzado inadecuado y obesidad son factores que aumentan el riesgo de desarrollar insuficiencia venosa crónica.

Dolor musculoesquelético crónico

Otro de los principales problemas de salud crónicos reportados por la población española es el dolor musculoesquelético crónico (especialmente dolor crónico lumbar, cervical y artrosis). Sin considerar la patología cardiovascular previamente comentada, el dolor osteoarticular es el principal problema de salud crónico a partir de los 65 años, y a partir de los 85 años lo es considerando también el resto de las causas.

El dolor lumbar crónico se ubica como la segunda patología crónica más frecuente de acuerdo con la última ENS. Atendiendo a los resultados del estudio EPISER, los principales factores relacionados con dicho dolor fueron la edad avanzada, artrosis de rodillas o manos, padecer alguna enfermedad crónica y trabajos con gran esfuerzo físico, incluido el personal que trabaja en el hogar y en labores de limpieza. Asimismo, el sobrepeso, la alta estatura, la flexo-extensión frecuente de la columna, la poca ejercitación de la musculatura lumbar y el sedentarismo con muchas horas diarias en postura de sedestación son otros factores de riesgo identificados relacionados con esta dolencia. La actualización del estudio EPISER indicó que uno de cada tres españoles padecía alguna dolencia reumatológica en España.

Respecto al dolor crónico cervical crónico, la máxima prevalencia se encuentra entre los 45 y 75 años y especialmente en mujeres. Un 15 % de las cervicalgias originalmente agudas llega a ser crónica, cifra que aumentan con la edad, existencia de lumbalgia o dolor de cabeza y en los trabajos estresantes, especialmente en aquellos que requieren muchas horas frente a un ordenador.

Respecto a la artrosis, las articulaciones más frecuentemente afectadas son las rodillas y las manos (especialmente en mujeres) y las caderas (sin diferencias por sexo). En España se observa una prevalencia creciente de artrosis, y los factores de riesgo más claramente implicados, además de la edad avanzada y el sexo femenino, son la obesidad, el sedentarismo, la menopausia y las secuelas tras un proceso quirúrgico. El principal problema de la artrosis radica en la complejidad de su tratamiento. Numerosos estudios han demostrado, en cualquier caso, una mejoría funcional de las articulaciones artrósicas con la disminución del peso y realización de ejercicio aeróbico moderado.

En conjunto, un 33,3 % de las personas mayores de 85 años en España refiere algún dolor crónico de espalda, y un 62,4 % de este grupo de edad aqueja un problema de artrosis.

Problemas de salud mental

Es especialmente preocupante el incremento en la prevalencia de enfermedades psiquiátricas en las últimas décadas. De acuerdo con la OMS, en el año 2030 los problemas de salud mental serán la principal causa de discapacidad en el mundo.

Según el informe de la OMS, en 2017 sufría depresión un 5,2 % de la población española y un 4,4 % de la población mundial, lo que suponía un incremento del 18,4 % en los anteriores 10 años. La propia OMS señala la depresión como la principal causa mundial específica de discapacidad, que contribuye de forma importante a la carga mundial general de morbilidad. En el peor de los casos, este trastorno puede llevar

al suicidio (788.000 personas al año se quitan la vida debido a la depresión de acuerdo con dicho organismo). La prevalencia de depresión sólo varía modestamente entre las diversas regiones del mundo, pero es más pronunciada en mujeres y en las personas mayores de 55 años. La depresión es el resultado de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos; así, quienes han pasado por circunstancias vitales adversas (desempleo, luto, traumatismos psicológicos) tienen más probabilidades de sufrir depresión. Está demostrado que los programas de prevención reducen esta dolencia (por ejemplo, programas para favorecer el pensamiento positivo en las escuelas o programas de ejercicio físico moderado en personas mayores). En cualquier caso, se calcula que más de un 50 % de las personas que han sufrido un episodio depresivo vuelven a recaer, cronificando su proceso.

Respecto a la ansiedad, en 2015 un 4,1 % de la población española sufría algún trastorno ansioso, también más prevalente en mujeres, pero no en edades avanzadas, a diferencia de la depresión. Los trastornos de ansiedad se relacionan especialmente con la depresión, estrés en el trabajo y consumo de sustancias estimulantes. La ansiedad también puede tener un componente crónico, que se manifiesta como trastorno de ansiedad generalizada y supone aproximadamente una prevalencia del 3 % de la población.

No se debe olvidar que la edad avanzada también conlleva un aumento en el riesgo de demencia, en la mayoría de los casos infraestimado en los estudios de prevalencia dado que dichas personas no pueden rellenar las encuestas. De acuerdo con una revisión sistemática reciente, se estima una prevalencia de demencia del 5,6 % en mayores de 65 años y del 8,5 % en mayores de 70 en España. En concreto, la enfermedad de Alzheimer (5,1 % en mayores de 65 años) muestra una prevalencia creciente exponencialmente a partir de los 65 años, más frecuente en mujeres. La demencia vascular (1,4 % en mayores de 65 años) es la segunda en frecuencia, y también es más frecuente en personas mayores.

Enfermedades respiratorias obstructivas

El asma es uno de los trastornos crónicos más frecuentes a nivel mundial y el primer trastorno respiratorio crónico en prevalencia en España, especialmente en mayores de 65 años. La incidencia de asma en el anciano está incrementando debido al envejecimiento poblacional. Si bien la mortalidad disminuye, la morbilidad continúa siendo muy alta en esta población y se considera una enfermedad infradiagnosticada. En Europa se calcula una prevalencia variable entre el 4 % y el 8 % de los mayores de 65 años.

La EPOC está fuertemente relacionada con el tabaquismo crónico y la exposición ambiental, siendo más prevalente en hombres. El estudio IBERPOC (Sobradillo, 1999) identificó una prevalencia en adultos del 9,1 % (14,3 % en varones y 3,9 % en mujeres) en España en 1999, cifras que aumentaban hasta el 10,2 % en mayores de 40 años. Estos datos se actualizaron en 2009 con el estudio EPISCAN y en 2017 con el EPISCAN II, el estudio con mayor número de pacientes realizado en España. De acuerdo con sus resultados preliminares, el infradiagnóstico de la EPOC asciende hasta el 81,7 % y la prevalencia en mayores de 40 años es

Tema 1: Concepto y epidemiología de la cronicidad

del 12,4 %. Por tanto, la EPOC es también una enfermedad crónica creciente, lo que tiene importantes implicaciones dada la morbilidad que genera y su asociación con patología pulmonar neoplásica.

Otras patologías y comorbilidades

Además de los grandes grupos de patologías crónicas (cardiovascular, musculoesquelética, salud mental y respiratorias), existen determinadas enfermedades crónicas que muestran elevada prevalencia en nuestro medio y que no pueden ubicarse claramente en ninguno de los grupos preestablecidos. Así, el importante número de personas con patología tiroidea o con migraña es ejemplo claro de enfermedades multifactoriales que necesitan un abordaje específico.

Utilización de los servicios sanitarios y consumo de fármacos

Uno de los principales retos asociados a la cronicidad y al envejecimiento poblacional es el aumento en el consumo de fármacos y el uso de los servicios sanitarios, con el consecuente gasto económico asociado. Así, el 39 % de la población española refiere haber acudido a una consulta médica en el último mes, dato que se incrementa en las edades extremas de la vida (más del 50 % de los menores de 4 años y mayores de 65). El 32,7 % de la población acudió a un centro de atención primaria en el último mes, y un 14 % a consulta hospitalaria. A pesar de la creciente carga asistencial en los servicios de urgencias hospitalarios, sólo el 1,2 % de las consultas realizadas tiene lugar en este medio, ocupando la amplia mayoría de la carga los centros de salud o consultorios. Hay que recordar que la utilización de servicios sanitarios no incluye exclusivamente el contacto médico, sino también la necesidad de los servicios aportados por otros profesionales sanitarios. Cada mes, de acuerdo con la ENS, el 18,6 % de la población necesita atención fisioterapéutica, el 6,1 % atención psicológica o psiquiátrica, el 18,5 % atención específica de enfermería, el 20 % acude al dentista y el 4,2 % al logopeda.

El gasto económico en pruebas diagnósticas y terapéuticas, por tanto, crece de manera alarmante conforme lo hace la edad media poblacional y la prevalencia de enfermedades crónicas, lo que supone un reto a la hora de reestructurar los presupuestos y algoritmos de actuación sanitarios. Una parte importante de dicho gasto está asociada a la hospitalización, en cierta medida evitable con estrategias óptimas de cuidado domiciliario o en atención primaria. Así, hasta el 8 % de la población española refiere haber ingresado en un hospital en el último año con una duración media de 6 días, cifra que se dispara a partir de los 85 años.

Tampoco es desdeñable el gasto farmacéutico: según la Encuesta Europea de Salud en España (2014), el consumo de medicamentos recetados aumentó porcentualmente casi dos puntos respecto al año 2009 (54,8 % frente al 53 %). Es también preocupante el incremento de personas que declaran automedicarse: 21,6 % en 2014 frente al 15,9 % en 2009. En cifras, el gasto farmacéutico acumulado interanual (desde noviembre de 2018 a octubre de 2019, a través de receta oficial del Sistema Nacional de Salud) supuso más de

10.735 millones de euros, lo que significó un incremento del 2,64 % respecto al año anterior.

Probablemente, esta evolución al alza pueda atribuirse al incremento en la proporción de personas mayores al que se ha venido haciendo referencia; de hecho, se ha descrito que los mayores de 65 años consumen el 75 % de los fármacos. Además, es bien sabido que este colectivo conforma una población polimedcada (entendiéndose por polifarmacia el consumo diario de cinco o más fármacos, que no siempre están correctamente indicados). Como consecuencia, esta población es especialmente vulnerable a problemas como el incumplimiento terapéutico, las reacciones adversas a medicamentos y las interacciones farmacológicas, a los que en muchas ocasiones se une la automedicación. Es por ello por lo que cada vez los profesionales sanitarios están más concienciados con la especial vigilancia de este grupo poblacional y con estrategias preventivas como la deprescripción de fármacos que se demuestren inapropiados.

Retos sociosanitarios relacionados con la cronicidad

Soledad y ausencia de cuidados

Como se ha ido exponiendo a lo largo de este capítulo, el problema de la cronicidad afecta mayoritariamente a las personas de edad relativamente avanzada, entendiéndose como tal a partir de 65 años. Según el último informe del IMSERSO (2016), en España las personas mayores que residen en hogares se distribuyen de la siguiente manera: un 49,4 % convive con una persona, normalmente el cónyuge; un 28,2 % habita en hogares de tres o más miembros, que generalmente incluyen a hijos/as y nietos/as, y un 22,4 % vive solo, en hogares unifamiliares, habitualmente después de haber enviado. En este tipo de hogares, el porcentaje de mujeres duplica al de hombres (29 % frente al 14 %, lo que refleja la mayor prevalencia que tiene en ellas la viudedad), si bien a lo largo de los últimos años se está incrementando el número de varones que viven solos. Sin embargo, en estas personas que viven solas el vínculo familiar con hijos adultos o nietos se mantiene: casi el 85 % manifiesta tener relación frecuente con familiares menores de 35 años con los que no conviven, mientras que el 82,4 % tiene contacto con parientes de su edad que no viven con ellos, como hermanos o cuñados.

Sin embargo, debido a los rasgos culturales y contextuales que imperan en un país mediterráneo como España, se ha llegado a describir que las personas mayores españolas y de países del sur de Europa manifiestan índices de soledad percibida bastante superiores a otro tipo de países, como pueden ser los nórdicos. Así, un estudio que profundizó en este tema puso de manifiesto que los mayores con buena salud que viven en hogares unifamiliares son hasta cinco veces más propensos a sentirse solos en España que en Suecia, como producto de las expectativas culturales sobre lo que «debe ser» la familia. Este sentimiento de soledad y desamparo emocional se ve agravado por la pérdida de la pareja. Conscientes de ello, y puesto que los beneficios del apoyo social a las personas mayores han sido ampliamente descritos, diversas administraciones públicas han puesto en marcha programas para facilitar la convivencia entre jóvenes y personas mayores,

Tema 1: Concepto y epidemiología de la cronicidad

aun sin que medien necesariamente los lazos familiares. Un ejemplo de ello es el programa «Vivir un tiempo con una persona mayor» de la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación de la Junta de Andalucía. Gestionado por las universidades públicas de Andalucía, se trata de una ayuda mutua entre jóvenes y personas mayores, destinado a que las primeras dispongan de una vivienda gratuita y las segundas se beneficien de una serie de prestaciones como compañía, diálogo, acompañamiento al médico, etcétera.

A pesar de iniciativas como la comentada, la situación más frecuente es que las personas mayores afectadas con procesos de cronicidad sean atendidas por cuidadores informales de su ámbito familiar, mayoritariamente de sexo femenino. A veces, y con independencia del estado de salud de la persona dependiente, este escenario suele ser la única opción para la familia (de acuerdo con datos recientes, en España hay 4,2 plazas de residencia por cada 100 personas mayores). Esto puede acabar provocando problemas de sobrecarga física y psicológica en la persona cuidadora. También debe tenerse en cuenta la probable falta de disponibilidad de cuidadores en un futuro no muy lejano como resultado del balance demográfico entre estos dos grupos (personas con necesidades de cuidado y población activa). A todos estos desafíos habrá de enfrentarse próximamente nuestra sociedad.

Cuidados paliativos

Los cuidados al final de la vida constituyen otra necesidad de las personas con patologías crónicas, y debido a la configuración de la población española, cada vez más envejecida, se espera que sean demandados de forma creciente en nuestra sociedad. De acuerdo con esta premisa, en España se deberían hacer grandes esfuerzos para fomentar este tipo de cuidados y hacer que sean accesibles a todas las personas que los necesiten. De acuerdo con el *Atlas de Cuidados Paliativos en Europa* (2019), España ocupa el puesto 31 de los 51 países analizados en lo que a este tipo de cuidados se refiere. Así, existen 0,6 servicios especializados por cada 100.000 habitantes, y se estima que, del grueso de personas que fallecen anualmente con necesidad de cuidados paliativos (unas 228.000), 80.000 lo hacen sin poder acceder a ellos. Respecto a la docencia universitaria, únicamente 22 de las 42 facultades de Medicina cuentan con asignaturas que aborden esta materia de forma exclusiva. Todo ello supone una llamada de atención para mejorar este horizonte de cuidados, que serán ampliamente requeridos en los próximos años.

Atención domiciliaria

Uno de los principales retos relacionados con la cronicidad y el progresivo envejecimiento poblacional es el lugar de atención de los pacientes con dolencias crónicas. La transición demográfica y epidemiológica comentada en apartados previos, con la cronicidad y fragilidad de larga evolución que la

caracterizan, supone un reto para los cuidados, especialmente en atención primaria.

Así, las cifras muestran una saturación de los servicios sanitarios que amenaza con ser inviable en las próximas décadas, y que se manifiesta con largas listas de espera para procedimientos diagnósticos o terapéuticos. En la última ENS, hasta el 27 % de la población que requirió hospitalización refirió haber estado en lista de espera para su ingreso. Una de las estrategias que se plantea para reducir estas listas de espera es la atención domiciliaria desde los servicios de atención primaria y los servicios sociales.

Para ello, será necesario identificar a los pacientes mayores candidatos a tratamiento domiciliario, así como los factores predictivos de éxito terapéutico en este ámbito. Un estudio reciente mostró que los principales candidatos con buen pronóstico para tratamiento de patología reumática en casa eran ancianos sin incapacidad grave ni úlceras de presión.

Algunos estudios recientes, como el realizado en el Hospital del Mar de Barcelona, también apuntan a la organización de equipos para la intervención domiciliaria de pacientes con crisis psiquiátricas como alternativa a la tradicional hospitalización, con resultados prometedores. Otra área de atención domiciliaria con creciente interés son los cuidados paliativos. Así, en muchas áreas sanitarias existen ya equipos de soporte de atención paliativa domiciliaria (ESAPD) que, en casos complejos, prestan ayuda y soporte a los profesionales sanitarios. Sin embargo, un estudio reciente mostró que sólo el 36,8 % de los profesionales hospitalarios conocía dichos equipos y, por tanto, una importante mayoría no derivaba a sus pacientes a dichos dispositivos por desconocimiento.

No obstante, el concepto de *cuidados a domicilio* no sólo se refiere a la atención médica prestada, sino a un amplio abanico de servicios de apoyo para personas dependientes y con incapacidades, desde servicios de ayuda para las actividades de la vida diaria que requieren una cualificación mínima hasta cuidados profesionales que utilizan tecnologías sofisticadas. Los pacientes tratados en casa, además, muestran mayor satisfacción y menor número de complicaciones, y las visitas basadas en una valoración geriátrica integral han demostrado mejorar la calidad de los cuidados en pacientes mayores con condiciones económicas desfavorecidas y disminuir las urgencias hospitalarias.

En cualquier caso, aún sigue siendo necesario disminuir la fragmentación de los cuidados a domicilio y avanzar hacia un modelo de provisión de servicios centrado en las necesidades del paciente, aportando una financiación adecuada y apostando por un equipo multidisciplinar. Aún faltan datos que permitan un pronunciamiento sobre un modelo concreto de atención, y cada territorio tendría que encontrar el modelo organizativo que le permita dar una mejor respuesta en función de su estructura poblacional y recursos. Lo que parece claro es que la atención domiciliaria necesita un liderazgo claro de la atención primaria, que debe contar con la colaboración coordinada de servicios y profesionales sanitarios y sociales.

★ CONCLUSIONES

- El envejecimiento poblacional es un hecho constatado en la mayoría de los países desarrollados. España no es una excepción. En la actualidad, hay un 20,3 % de mayores de 65 años en los países de la Unión Europea, dato que coincide aproximadamente con los españoles (19,7 %).
- Es de esperar que gran parte de estas personas con edad avanzada sean enfermas afectas por procesos crónicos que se presentan combinados en forma de multimorbilidad, comorbilidad o pluripatología. Son estos últimos los denominados «ancianos frágiles», los que presentan mayor riesgo de complicaciones de sus enfermedades basales y mayores tasas de dependencia.
- Este escenario demográfico cada vez más marcado debe hacer reflexionar sobre la necesidad de la reorganización del sistema sanitario hacia una atención integral, coordinada, multidisciplinar y que implique a la APS, el hospital y la familia o los/as cuidadores/as informales de tales pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

- Abellán A, Aceituno P, Pérez J, Ramiro D, Ayala A, Pujol R. Un perfil de las personas mayores en España, 2019. Indicadores estadísticos básicos [Internet]. Madrid: Informes Envejecimiento en red nº 22, 38p. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadores-basicos2019.pdf>
- Abizanda P, Paterna G, Martínez E, López E. Evaluación de la comorbilidad en la población anciana: utilidad y validez de los instrumentos de medida. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2010; 45: 219-28.
- Abizanda P, Rodríguez L. Tratado de medicina geriátrica: fundamentos de la atención sanitaria a los mayores. Barcelona: Elsevier; 2014.
- Abizanda P, López-Torres J, Romero L, López M, Sánchez PM, Atienzar P, et al. Frailty and dependence in Albacete (FRADEA study): reasoning, design and methodology. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2011; 46(2): 81-8.
- Alba L, León J, Córcoles D, González AM, Bellsola M, Martín LM, et al. Psychiatric Home Hospitalization Unit of the Hospital del Mar. A crisis resolution and home treatment team in Barcelona. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2019; 12(4): 207-12.
- Alfageme I, De Lucas P, Ancochea J, Miravittles M, Soler-Cataluña JJ, García-Río F, et al. 10 Years After EPISCAN: A New Study on the Prevalence of COPD in Spain - A Summary of the EPISCAN II Protocol. *Arch Bronconeumol.* 2019; 55(1): 38-47.
- Ancochea J, Badiola C, Duran-Tauleria E, García-Río F, Miravittles M, Muñoz L, et al. The EPI-SCAN survey to assess the prevalence of chronic obstructive pulmonary disease in Spanish 40-to-80-year-olds: protocol summary. *Arch Bronconeumol.* 2009; 45(1): 41-7.
- Arias-Casais N, Garralda E, Rhee JY, Lima L, Pons-Izquierdo JJ, Clark D, et al. EAPC Atlas of Palliative Care in Europe 2019. Vilvoorde: EAPC Press; 2019. Disponible en: <http://dadun.unav.edu/handle/10171/56787>
- Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *Lancet.* 2012; 380: 37-43.
- Bayona X, Limón E, Cegri F. Proposals for home care of the XXI century. *Aten Primaria.* 2018; 50(5): 264-6.
- Caplan G. Evaluation of hospital at home scheme: Another study found that patients prefer home care to hospital care. *BMJ.* 2000; 320: 1077.
- Carmona L, Gabriel R, Ballina J. EPISER 2000: prevalence of rheumatic diseases in the Spanish population. *Rev Esp Reum.* 2001; 28(1): 18-25.
- Comisión para el Desarrollo de la Atención Enfermera en el Servicio Andaluz de Salud. Estrategias de mejora de la atención domiciliar en Andalucía: Servicio Andaluz de Salud; 2014. [consultado 9 Nov 2017]. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/el-sas/planes-marco-y-estrategias/estrategia-de-cuidados-de-andalucia>
- Contel JC, Santaegüenia J, Gutiérrez N. Paciente crónico en situación de multimorbilidad y complejidad. En: Martín A, Cano JF, Gené J. Atención Primaria. Principios, organización y métodos en Medicina de Familia. 8ª ed. Barcelona: Elsevier; 2019. p. 462-485.
- Counsell SR, Callahan CM, Clark DO, Tu W, Buttar AB, Stump TE, et al. Geriatric care management for low-income seniors. A randomized controlled trial. *JAMA.* 2007; 298: 2623-33.
- Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm, Sweden: Institute for Futures Studies, 1991.
- Dahlgren G. The need for intersectoral action for health. En: Harrington P, Ritsatakis A, eds. European Health Policy Conference: Opportunities for the future, Copenhagen 5-9 December 1994. Volume II. The policy framework to meet the challengers - Intersectoral action for health. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1995.
- De Hoyos MC, Gorroñoigoitia A, Martín I, Baena JM, López-Torres J, Magán P, et al. Actividades preventivas en los mayores. Actualización PAPPs 2018. *Aten Primaria.* 2018; 50(Supl 1): 109-24.
- Del Barrio E, Castejón P, Sancho Castiello M, Tortosa MA, Sundström G, Malmberg B. La soledad de las personas mayores en España y Suecia: contexto y cultura. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2010; 45(4): 189-95.
- EUROSTAT (Oficina Estadística de la Unión Europea). Population change - Demographic balance and crude rates at national level [Internet]. 2019. Disponible en: https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=demo_gind&lang=en
- Félix-Redondo FJ, Fernández-Bergés D, Fernando J, Zaro MJ, García A, Lozano L, et al. Prevalence, awareness, treatment and control of cardiovascular risk factors in the Extremadura population (Spain). HERMEX study. *Aten Primaria.* 2011; 43(8): 426-34.
- Gómez R, Fernández C, Cámara N (2018). ¿Quién cuida a quién? La disponibilidad de cuidadores informales para personas mayores en España. Una aproximación demográfica basada en datos de encuesta. Madrid, Informes Envejecimiento en red, nº 20, 36 p. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-info20-quiencuida.pdf>
- Grau M, Elosua R, Cabrera de León A, Guembe MJ, Baena-Díez JM, Vega T, et al. Cardiovascular risk factors in Spain in the first decade of the 21st Century, a pooled analysis with individual data from 11 population-based studies: the DARIOS study. *Rev Esp Cardiol.* 2011; 64(4): 295-304.
- Instituto de Personas Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) (2017) [Internet]. Informe 2016: Las personas mayores en España. Disponible en: https://www.imserso.es/imserso_01/documentacion/estadisticas/informe_ppmm/index.htm
- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Europea de Salud en España 2014 [Internet]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176784&menu=resultados&cidp=1254735573175
- Instituto Nacional de Estadística [Internet]. INEbase. Demografía y población [Internet]. 2019. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254734710984
- Kirchberger I, Meisinger C, Heier M, Zimmermann A-K, Thorand B, Autenrieth CS, et al. Patterns of multimorbidity in the aged population. Results from the KORA-Age study. *PLoS One.* 2012; 7(1): e30556.
- López J, Díaz MP. Viudedad, soledad y salud en la vejez. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2018; 53(3): 128-33.
- López-Cerdá E, Carmona-Torres JM, Rodríguez-Borrego MA. Social support for elderly people over 65 years in Spain. *International Nursing Review.* 2018; 66: 104-10.
- Martín A, Cano JF, Gené J. Atención Primaria, tomo II: problemas de salud en la consulta de medicina de familia. Octava edición. Barcelona: Elsevier; 2018.
- Martínez-González MA, Corella D, Salas-Salvado J, Ros E, Covas MI, Fiol M, et al. Cohort profile: design and methods of the PREDIMED study. *Int J Epidemiol.* 2012; 41(2): 377-85.
- Mas MA, Miralles R, Renom-Guiteras A, Durán X, Inzitari M. Hospital-at-home Integrated Care Programme tailored to older patients with disabling acute processes: identification of prognostic factors. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2019; 54(3): 136-42.
- Medline Plus [Internet]. Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/>
- Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010 [Internet]. Determinantes en Salud de Dahlgren y Whitehead. Disponible en: <https://www.mscls.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/estrategiasDesigual.pdf>

Tema 1: Concepto y epidemiología de la cronicidad

- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social [Internet]. Datos provisionales de facturación de receta médica, 2019. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/farmacia/datos/octubre2019.htm>
- Mosquera-González M, Martín-García MC, Sánchez-Riquelme S, Alonso-García M. Hospital medical doctors perception on palliative home care support team. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2018; 53(6): 358-359.
- Ollero M. Atención a pacientes pluripatológicos: proceso asistencial integrado [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud; 2002. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956d9925c_atencion_pacientes_pluripatologicos_2018.pdf
- Ollero M, Sanz R, Padilla C. Plan andaluz de atención integrada a pacientes con enfermedades crónicas (2012/2016) [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud; 2016 Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/cs salud/galerias/documentos/p_2_p_2_planes_integrales/PIEC.pdf
- Orenes-Cabrera E, Melguizo-Jiménez M, Sánchez-Mariscal D, García-Fernández M, Guillén-Ramón L, Toral-López I. Programa comunitario de formación laboral de cuidadoras y atención a dependientes en los barrios de Cartuja y Almanjáy de Granada (2003-2017). *Congresos activos para la salud comunitaria*. [Póster]. Escuela Andaluza de Salud Pública, 2017. Disponible en: <http://www.congresoactivosgrx.es/2017/05/18/programa-comunitario-de-formacion-laboral-de-cuidadoras-y-atencion-a-dependientes-en-los-barrios-de-cartuja-y-almanjayar-de-granada-2003-2017/>
- Seoane-Mato D, Sánchez-Piedra C, Silva-Fernández L. Prevalence of rheumatic diseases in adult population in Spain (EPISER 2016 study): Aims and methodology. *Reumatol Clin*. 2019; 15(2): 90-6.
- Sobradillo V, Miravittles M, Jiménez CA. Estudio IBERPOC en España: prevalencia de síntomas respiratorios habituales y de limitación crónica al flujo aéreo. *Arch Bronconeumol*. 1999; 35(4): 159-66.
- The Better Care Playbook [Internet]. Disponible en: <http://bettercareplaybook.org/>
- United Nations - World Population Prospects 2019 [Internet]. Disponible en: <https://population.un.org/wpp/>