

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Modelos de atención a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en Cuba y el mundo

Care patterns for patients with non-communicable chronic diseases in Cuba and in the world

MsC. Rodolfo Jova Morel,¹ MsC. Armando Rodríguez Salvá,² Dra. Addys Díaz Piñera,³ Dra. Susana Balcindes Acosta,⁴ MsC. Irma Sosa Lorenzo,⁵ Dr.C. Pol De Vos⁶ y Dr. C. Patrick Van der Stuyft⁷

¹ Especialista en Medicina General Integral. Máster en Salud Ambiental. Instructor. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, La Habana, Cuba.

² Especialista en Epidemiología y Administración de Salud. Máster en Salud Ambiental. Profesor e Investigador Auxiliar. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, La Habana, Cuba.

³ Especialista en Medicina General Integral y en Higiene y Epidemiología. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, La Habana, Cuba.

⁴ Especialista en Medicina General Integral. Instructora. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, La Habana, Cuba.

⁵ Especialista en Medicina General Integral. Máster en Salud Pública y Atención Primaria. Instructora. Investigador Agregado. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana, Cuba.

⁶ Médico especializado en Epidemiología. Doctor en Ciencias. Máster en Salud Pública. Departamento de Salud Pública. Unidad de Salud Pública y Control de Tuberculosis. Instituto de Medicina Tropical de Amberes, Bélgica.

⁷ Médico especializado en Epidemiología. Doctor en Ciencias. Departamento de Salud Pública. Unidad de Salud Pública y Control de Tuberculosis. Instituto de Medicina Tropical de Amberes, Bélgica.

RESUMEN

Esta revisión tuvo como objetivo realizar un breve bosquejo acerca de cómo funciona el Modelo de Atención a Crónicos en el mundo, desarrollado por Edward Wagner, con sus diferentes variantes de atención a las enfermedades no transmisibles y sus semejanzas con el modelo cubano de la Atención Primaria de Salud, puesto que el uso de todos esos paradigmas pudiera servir como catalizador para un cambio futuro a escala global, teniendo en cuenta que comparten puntos de coincidencia.

Palabras clave: enfermedades no transmisibles, modelos de atención a crónicos, modelo de atención innovativo para condiciones crónicas.

ABSTRACT

This review aimed at making a brief outline on how the care pattern developed by Edward Wagner for chronic patients in the world is carried out. It contains different care variants for non communicable diseases and similarities to the Cuban pattern of

Primary Health care, since all those paradigms could be used as a catalyst for a worldwide future change, keeping in mind that they share coincidence points.

Key words: non communicable diseases, care patterns for chronic patients, innovative care pattern for chronic conditions.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a las enfermedades no transmisibles como la principal causa de mortalidad y discapacidad mundial.¹ Estas constituyen uno de los mayores retos que enfrentan los sistemas de salud debido a varios factores: gran número de casos afectados, creciente contribución a la mortalidad general, conformación en la causa más frecuente de incapacidad prematura y la complejidad y costo elevado de su tratamiento.²

Su emergencia, como problema de salud pública, fue resultado de cambios sociales y económicos que modificaron el estilo de vida de un gran porcentaje de la población.³ De acuerdo con el informe del Forum Económico Mundial del 2009, estas afecciones se encuentran entre las amenazas más graves al desarrollo económico global.⁴

En China, en la Federación Rusa y en la India, las pérdidas calculadas de ingresos nacionales durante los próximos 10 años (en dólares internacionales), debido a esas enfermedades son de \$ 558 000, \$ 303 000 y \$ 237 000 millones, respectivamente.⁵

La epidemia mundial de enfermedades crónicas no transmisibles causó en el 2005, unos 35 millones de defunciones, o sea 60 % del total de los fallecimientos registrados a nivel mundial, 80 % en los países de ingresos bajos y medianos y unos 16 millones entre personas menores de 70 años de edad. Está proyectado que para el 2015, morirán en el mundo 41 millones por esta causa, que no cuentan con un programa de prevención y control.⁶ El logro del objetivo global de reducción de la tasa de mortalidad por enfermedades crónicas en 2 % cada año, pudiera evitar la muerte de 36 millones de personas entre el 2005 y el 2015.⁷

Debido a estas cifras, la prevención de estas afecciones constituye un desafío muy importante para la salud pública mundial, por lo que con este trabajo se pretende brindar una panorámica sobre los diferentes modelos de atención existentes para el control de estas enfermedades en el mundo, así como establecer los nexos existentes entre la Atención Primaria de Salud (APS) en Cuba y el modelo de atención a crónicos (Chronic Care Model, CCM) establecido internacionalmente.

SITUACIÓN DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN LAS DIFERENTES REGIONES DEL MUNDO

La principal causa de muerte en Europa son las enfermedades cardiovasculares, tienen una alta incidencia y constituyen una fuente muy importante de discapacidad.⁸ En España por ejemplo, donde 40 % aproximadamente de la población padece hipertensión arterial, ocasionan 35 % de todas las defunciones y causan cerca de 125 000 muertes cada año;⁸ para la diabetes mellitus la situación no es menos preocupante, pues el porcentaje de la población afectada se estima en 6 % para los grupos de 30-65 años y de 10 % para los de 30-89.⁹

En el continente asiático se destacan China, donde 80 % de las muertes y 70 % de los años de vida perdidos por discapacidad se deben a las enfermedades crónicas,⁶ y Singapur, un pequeño país con más de 60 % de todas las muertes ocasionadas por cáncer y las enfermedades cardiovasculares.¹⁰

La prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, aumenta rápidamente, sobre todo en las zonas urbanas de África. Los datos epidemiológicos de 2 países sugieren que el predominio de estas afecciones ha ascendido notablemente en los últimos 5 a 10 años. Las estimaciones recientes indican que entre 5 y 8 % de la población urbana adulta en Tanzania y en municipios de Sudáfrica sufren diabetes mellitus y entre 20 y 33 %, hipertensión arterial.¹¹

Hay 30 millones de personas con diabetes en las Américas, de las cuales 13 millones habitan en América Latina y el Caribe y se previeron 20 millones para 2010. En esta región, las ENT representan 57,9 % de la mortalidad general, entre las cuales figuran: las cardiovasculares (45,4 %), las neoplasias malignas (19,7 %) y la diabetes mellitus (4,9 %), para un total de 70 %.¹²

¿QUÉ ESTRATEGIAS SEGUIR ANTE ESTE DESAFÍO?

Los países han elaborado sus propias estrategias de acuerdo con sus sistemas de salud y han surgido diferentes modelos de atención a los pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, basados en el Modelo de Atención a Crónicos (CCM) desarrollado por Edward Wagner (figura). Este trata de introducir un programa de calidad que mejore la atención ambulatoria en 6 áreas:¹³

1. Autoayuda para el paciente con estas afecciones (participación de este y de su familia en el seguimiento global)
2. Soporte a la decisión profesional (guías clínicas y otros métodos)
3. Mejoras en la atención clínica (reparto de tareas y responsabilidades según necesidades del paciente)
4. Sistemas de información electrónica (para el seguimiento, la atención y la evaluación)
5. Cambios en la organización (por ejemplo, incentivos para mejorar la calidad)
6. Participación comunitaria (para movilizar recursos no sanitarios)



Figura 1. *Modelo de atención a crónicos desarrollado por Edward Wagner*

Con el CCM se pretende cambiar la estructura y el proceso de la atención habitual sin contar con programas ajenos o ayudas externas específicas para pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.¹³

Este modelo ha sido implementado en numerosos escenarios. De hecho, ahora la mayoría de las políticas sobre estas afecciones en las naciones desarrolladas lo utilizan. En el 2003 dicho modelo fue revisado y algunos países han hecho adaptaciones; al respecto, las autoridades sanitarias de Vancouver, Canadá, decidieron incluir los componentes de promoción de salud de la población, tales como los determinantes sociales de la salud y la participación comunitaria.¹⁴

Por otra parte, en la provincia canadiense de British Columbia se usa el modelo expandido de cuidados a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, el cual incorpora la promoción de salud y la prevención.¹⁵ En el Reino Unido, específicamente en Escocia, se desarrolló el modelo escocés para la atención de salud y en sus principios básicos se incluyen: vías de atención centradas en individuos con condiciones crónicas de largo término, colaboración entre profesionales y pacientes afectados, colaboración entre atención primaria, atención social y otras agencias, soluciones integradas que respondan a las necesidades de las personas con estas condiciones, enfoque en brindar cuidados en atención primaria y en la comunidad y, finalmente, el autocuidado.¹⁶

El modelo utilizado en Francia se centra en sistemas regionales, prevención en la población base, continuidad de la atención, participación del médico en la toma de decisión, combinación de atención médica especializada, asistencia tecnológica y apoyo en el hogar.¹⁷

Asimismo, el sistema danés combina el modelo expandido de atención a pacientes con enfermedades crónicas, el modelo de continuidad de atención y el modelo español de servicios de salud en el hogar; sin embargo, no se ha encontrado evidencia de la efectividad de esta propuesta.¹⁸

En Alemania, la legislación fue introducida para ofrecer incentivos a los proveedores de atención y desarrollar así enfoques que coordinen la atención dirigida a las personas con condiciones crónicas.¹⁹

El gobierno holandés ha implementado algunos componentes del modelo de atención a pacientes con enfermedades crónicas desde hace 10 años. Su programa de atención transmural ayuda a tender un puente entre el hospital y la atención en la comunidad.²⁰

Los Estados Unidos de Norteamérica no tienen un sistema nacional de salud, sino que hay una serie de proveedores sanitarios que operan en un sistema basado en el mercado. La estructura del sistema de atención sanitaria en este país ha sido enfocada en el énfasis de la atención a procesos agudos episódicos y el CCM fue desarrollado para hacer frente al tratamiento de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.²¹

La mayoría de las principales organizaciones médicas, así como algunas regiones tienen un marco de prestación de servicios diseñado para mejorar la atención a las personas con condiciones crónicas, basado explícitamente en el Modelo de Atención a Crónicos de Wagner.²²

En Suecia, la atención primaria implica a un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud, donde las enfermeras tienen una función importante con alguna autoridad en las prescripciones. Para integrar el cuidado de pacientes con enfermedades crónicas entre este nivel y otros proveedores de atención se han creado las llamadas "cadenas de atención". En este modelo se hace menos énfasis en el empoderamiento de los pacientes como centro de la atención.²³

En Nueva Zelanda, el Ministerio de Salud lanzó en 2004 el programa "*Care Plus*", cuya principal característica es la identificación de las personas con enfermedad crónica que requieren ser tratadas como casos intensivos. Los objetivos del programa consisten en mejorar la gestión a las enfermedades crónicas, reducir las desigualdades en salud, facilitar el trabajo en equipo entre las organizaciones primarias de salud y reducir los costos para los pacientes con dichas enfermedades.²⁴

Por otra parte la OMS consideró importante otras opciones derivadas del CCM para países en vías de desarrollo, de modo que convocó a un grupo de expertos de Asia, África, Europa y América Latina, quienes estuvieron de acuerdo que adaptar el CCM serviría para rediseñar las políticas y los sistemas de salud de sus respectivos países; el resultado de todo esto fue el Modelo de Atención Innovativo para las Condiciones Crónicas (ICCC, por sus siglas en inglés), que incluye componentes en los niveles micro, macro y meso.²⁵

En el primero de estos, que corresponde a la comunidad, se encuentran elementos como elevación de la conciencia y reducción de estigmas, fomento de mejores resultados a través del liderazgo y la ayuda, así como movilización y coordinación de recursos; el segundo, está relacionado con la creación de un ambiente de políticas positivas como son: liderazgo y legislación adecuadas, integración política, colaboración, financiamiento y asignación de recursos humanos; el tercero, que comprende la atención sanitaria, agrupa parámetros tales como: promoción y coordinación continuas, fomento de la calidad a través del liderazgo y las incentivas, organización y aseguramiento material de los equipos básicos de salud, uso de los sistemas de información y ayuda al autocuidado y prevención.

El ICCC ha mostrado beneficios en países como Marruecos, donde sirvió como base conceptual al gobierno para el análisis de la situación de salud de pacientes con

enfermedades crónicas. El Instituto de Salud Pública de la Federación Rusa ha lanzado un proyecto para adaptar la metodología y mejorar la calidad al sistema sanitario ruso. En Ruanda, el ICCC se usa para diseñar un sistema de atención a pacientes infectados con el VIH/sida.²⁶

Al respecto, en América Latina y el Caribe existen diferentes modelos de atención a las personas con ENT. En el estado de Veracruz, México, han utilizado el CCM en un esfuerzo por mejorar la calidad de la atención al paciente con diabetes mellitus. Basado en dicho modelo, el gobierno federal desarrolla acciones para reducir la mortalidad por esta causa, como la creación de unidades médicas de especialidad (Uneme), las cuales basan su acción en combinar la prevención con el tratamiento eficaz de los afectados.³ Esta ha sido la propuesta de los planes nacionales de prevención y es el reflejo de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud²⁵ y la Organización Panamericana de la Salud.²⁷

Las medidas se dividen en las aplicables a la población general y las propias de la población en riesgo.³ Las primeras consisten en la atención a las escuelas mediante programas enfocados en la educación primaria y secundaria, la capacitación de los maestros y los padres, además de la regulación de los alimentos vendidos en los planteles y sus alrededores;³ mientras que las segundas incluyen la detección de los casos afectados o con riesgo, evaluación integral y la aplicación de las acciones capaces de disminuir la incidencia de diabetes mellitus, complicaciones y la enfermedad cardiovascular.²⁸ En estas unidades se incluyen acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria.³

Para la diabetes sacarina se requiere apoyo multidisciplinario: a) un equipo médico, compuesto por el médico tratante y por otros profesionales (educador en diabetes, profesionales en nutrición, trabajadora social); b) el apoyo del paciente, en el que además de la persona afectada, hay otras que son indispensables (los padres en el caso de los niños) o muy importantes (los maestros, el cónyuge y otros familiares).

Este cambio en los modelos de atención tiende a implementarse en algunas instituciones del segundo y tercer nivel de atención, pero es muy poco frecuente en el primero. Cabe destacar que este trabajo multidisciplinario ha contribuido a reducir significativamente los valores promedios de hemoglobina glucosilada en la población mexicana;²⁸ también se ha creado el sistema de acciones integradas, en el cual se establece: promoción amplia, prevención adecuada, detección oportuna y, finalmente, atención óptima.²⁹⁻³¹

El sistema de salud colombiano está diseñado sobre la base de servicios privados (85 %), donde no existen políticas públicas nacionales para la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles, al igual que la carencia de un sistema de vigilancia que provea información útil y oportuna para la toma de decisiones;³² esto provoca una serie de problemas que afectan la calidad de la atención al paciente con ENT, por ejemplo: el cuidado limitado por mecanismos de contención de costos, evaluación administrativa enfocada solo en resultados cuantitativos, exclusiva aproximación individual, predominio del cuidado especializado (baja calidad del primer nivel de atención), entre otros.³²

Después de esta panorámica acerca de los modelos de atención en el mundo, se pudiera preguntar: ¿es compatible el CCM con todo tipo de sistema de salud?

En sentido general, el CCM se adapta a diferentes sistemas de salud revisados. Los países, en dependencia de sus propias condiciones, lo han ido adaptando, tal es el caso del Modelo Expandido de Atención a Crónicos (*Expanded Chronic Care Model*) surgido en Vancouver y del Modelo Innovativo de Atención para las Condiciones Crónicas, propuesto por la OMS para los países en vías de desarrollo, entre otros, los cuales contienen los elementos fundamentales del CCM, por lo que se puede considerar compatible con cualquier sistema de salud.

¿Qué inconvenientes presenta el CCM?

Este modelo se debe ver con cautela, pues según Gervás³³ lo que más se demuestra en determinadas aplicaciones concretas es la mejoría en algún componente del proceso o en un resultado intermedio respecto a la enfermedad crónica considerada, pero no hay nada relacionado con su impacto en la salud global del paciente, la familia y la comunidad. Los estudios son generalmente observacionales, de pequeña muestra y casi siempre muy dependientes del contexto.³³

El CCM puede servir de ejemplo en algunas de sus aplicaciones, pero no deja de ser un programa "vertical" que debilita la respuesta sanitaria sólida al conjunto de los problemas de los pacientes, familias y comunidades.³³

EL MODELO CUBANO DE ATENCIÓN A LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES Y SUS PUNTOS COINCIDENTES CON EL CCM

Las enfermedades crónicas no transmisibles ocasionan más de 75 % de las muertes en Cuba. No solo constituyen las principales causas de mortalidad, sino también provocan más años de vida potencialmente perdidos (AVPP). A su vez, se asocian a una significativa carga de enfermedad y necesidad de utilización de recursos sanitarios. Se estima que en los próximos años la mortalidad continuará aumentando en Cuba y que a ello contribuirá en buena medida el aumento de la esperanza de vida, que ya ha alcanzado los 76,00 años en hombres y los 80,02 en mujeres.³⁴

La prevalencia de hipertensión arterial en Cuba en el 2009 se calculó en 24,7 % de la población de 15 años y más y en 20,2 % del total de la población (2 276 581 enfermos dispensarizados); mientras que para la diabetes mellitus se estimó en 4,0 % (454 024 pacientes). Por esa causa fallecieron en este año 2 370 personas (tasa de 21,1 x 100 000), para 2,7 % del total de muertes.³⁴

En este contexto, el modelo cubano para la prevención y el control de estas prioriza las intervenciones que pueden impactar sobre toda la población (dieta, ejercicio, tabaco) -su más probada fortaleza- y que no dependen esencialmente de lo que el sector salud pueda hacer; continúa resguardando dichas intervenciones en un sistema de cuidados basado en su propio modelo de atención primaria, que en este caso demandan acciones más sistemáticas, consistentes y efectivas de control (hipertensión arterial y diabetes mellitus); optimiza el diagnóstico y tratamiento para la enfermedad isquémica cardíaca, particularmente del infarto agudo del miocardio y de los accidentes cerebro vasculares y de manera complementaria, mejora la prevención secundaria, por ejemplo: amplía la utilización de aspirina y de drogas hipolipemiantes en los grupos de alto riesgo.³⁵

El modelo de APS desempeña una función primordial para el control de las enfermedades crónicas no transmisibles, basado en 2 elementos fundamentales: por

un lado, la dispensarización como eje central para el control, mediante consultas de seguimiento 3 veces al año (2 en consulta y 1 en terreno) de pacientes crónicos compensados y, por otro, los programas específicos de control, de manera que al establecer una comparación con el CCM se considera que el modelo cubano presenta algunas similitudes con este.

En primer lugar, el modelo cubano se centra en la prevención y control de las enfermedades crónicas no transmisibles, así como en la promoción de salud. Existe una estrategia poblacional y una de alto riesgo, la primera entra en el campo de la promoción de salud y comprende las políticas públicas, la intersectorialidad, la participación comunitaria y las legislaciones; por su parte, la segunda se corresponde con la prevención y agrupa elementos como la pesquisa activa, dispensarización, calidad de la atención y orientación, información, así como educación individual por medio de los servicios de salud, de manera que se pretende enseñar y educar a los pacientes y sus familiares a autocontrolar la enfermedad. En este sentido, la APS ha establecido los programas de educación para la salud, dirigidos por los centros del mismo nombre, ha creado en las áreas de salud las consultas para la atención a estos pacientes, compuestas por un equipo multidisciplinario integrado por internistas, especialistas en medicina familiar, psicólogos, nutricionistas, entre otros, pues se pretende conseguir, además, que los pacientes cambien sus conductas y sean capaces de colaborar en el seguimiento de su enfermedad. En este aspecto, la APS cubana coincide con el CCM, el cual propone como uno de sus principales puntos la autoayuda para tratar de convertir a los pacientes y familiares en participantes activos del tratamiento y el seguimiento.³⁶

Otro punto de coincidencia reside en el empleo de guías clínicas como soporte a la decisión profesional, donde el modelo cubano introduce el uso de los manuales de procedimientos diagnósticos y terapéuticos de diferentes especialidades médicas, así como las distintas guías clínicas.³⁷⁻⁴⁰

La participación comunitaria es especialmente importante en la APS cubana ya que como se señala en el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia, uno de los principales propósitos es promover acciones de salud que contribuyan a mejorar conocimientos, actitudes y prácticas saludables en la población, con énfasis en la participación activa de la comunidad organizada y, para lograrlo, se plantean entre otros objetivos: establecer relaciones con dirigentes de las organizaciones de masas, políticas, con el delegado y la población, para identificar y solucionar los problemas de salud, así como también para evaluar los resultados del programa, realizar y discutir anualmente el análisis de la situación de salud (ASS) con la comunidad y sus factores a fin de accionar y lograr modificaciones en el estado de salud de la población y, finalmente, estimular las actividades sociales que tienden a la integración de la familia y la comunidad.⁴¹

CONSIDERACIONES FINALES

- Las enfermedades crónicas no transmisibles están estrechamente relacionadas, tanto con el envejecimiento poblacional como con la adopción de estilos de vida no saludables. Detrás de estas conductas se encuentran fuertes determinantes psicológicas y sociales que no pueden desconocerse: nivel socioeconómico y educacional, ambiente familiar, entre otras. Esta situación ocurre en todos los países del mundo, pero se hace más crítica en los estados de menores ingresos, por tanto, es imprescindible que todos los gobiernos aúnen esfuerzos para establecer políticas

públicas saludables y crear entornos propicios.

- Existen diferentes modelos de atención para el tratamiento a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles en el mundo, la mayoría de ellos basados en el Modelo de Atención a Crónicos, el cual a partir de la identificación de problemas de coordinación, pretende establecer actividades regladas y muy controladas, basadas en el uso intensivo de guías clínicas y de tecnología de la información. Enfatiza en la capacitación de los pacientes y familiares y realza la función de la enfermera en la monitorización y evaluación de lo realizado. El uso de todos estos modelos pudiera servir como un catalizador para un cambio futuro a nivel global.
- Existe en Cuba una estrategia integral para el tratamiento a pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, que abarca tanto la promoción como la prevención, lo cual coincide con el modelo de atención a crónicos (CCM).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: WHO, 2011.
2. González Pier E, Gutiérrez Delgado C, Stevens G, Barraza Lloréns M, Porras Condey R, Carvalho N, *et al.* Definición de prioridades para las intervenciones de salud en el Sistema de Protección Social en Salud de México. *Salud Públ Méx* 2007; 49(supl 1):37-52.
3. Córdova Villalobos JA, Barriguete Meléndez JA, Lara Esqueda A, Barquera S, Rosas Peralta M, Hernández Ávila M. Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral. *Salud Públ Méx* 2008; 50(5). <<http://www.scielosp.org/pdf/spm/v50n5/a15v50n5.pdf>> [consulta: 15 mayo 2011].
4. Narayan KM, Alí M, Koplan JP. Global noncommunicable diseases-where worlds meet. *N Engl J Med* 2010; 363(13):1196-8.
5. Daar AS, Singer P, Leah Persad D, Pramming S, Matthews D, Beaglehole R. Grand challenges in chronic in non communicable diseases. *Nature* 2007; 450:494-6.
6. Strong KL, Mathers CD, Leeder S, Beaglehole R. Preventing chronic diseases: how many lives can we save? *Lancet* 2006; 366:1578-82.
7. Abegunde D, Mathers C, Adam T, Ortegón M, Strong K. The burden and costs of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet* 2007; 370: 1929-38.
8. Villar F. La prevención cardiovascular en España. Promoviendo el uso de las recomendaciones. *Rev Española Salud Públ* 2004; 78(4):221-34.
9. World Health Organization. European strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases-second draft, 2006. <http://www.emhf.org/resource_images/WHOstrategy2nddraft.pdf> [consulta: 15 mayo 2011].

10. Toh CM, Chew SK, Tan CC. Prevention and control of non- communicable Diseases in Singapore: a review of National Health Promotion Programmes. *Singapore Med J* 2003; 43(7):333-9.
11. Unwin N, Setel P, Rashid S, Mugusi F, Mbanya JC, Kitange H, et al. Noncommunicable diseases in sub-Saharan Africa: where do they feature in the health research agenda? *Bull World Health Organ* 2001; 79 (10):947-53.
12. Escobar MC, Petrásovits A, Peruga A, Silva N, Vives M, Robles S. Mitos sobre la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles en América Latina. *Salud Pública Méx* 2000; 42:56-64.
13. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving Primary Care for Patients with Chronic Illness. *JAMA* 2002; 288(14):1775-9.
14. Ham C. Improving care for people with long-term conditions. A review of UK and international frameworks. University of Birmingham: NHS. Institute for Innovation and Improvement, 2006.
15. Willison KD. Assessing chronic disease management strategies through community based participatory research. *J Chinese Clin Med* 2007; 2(6):336-40.
16. Scotland's Health White Paper
<<http://www.scotland.gov.uk/Publications/2003/02/16476/18736>> [consulta: 15 mayo 2011].
17. Stuart M, Weinrich M. Integrated health system for chronic disease management. Lessons learned from France. *Chest* 2004; 125:695-703.
18. Frohlich A, Jorgensen J. Improving care in patients with chronic conditions.
<<http://www.integratedcarenetwork.org/publish/articles/000045/article.2004.htm>
[consulta: 15 mayo 2011].
19. Guterman S. U.S. and German case studies in chronic care management: an overview. *Health Care Financ Rev* 2005; 27(1):1-8.
20. Van der Linden BA, Spreeuwenberg C, Schrijvers AJP. Integration of care in The Netherlands: the development of transmural care since 1994. *Health Policy* 2001; 55(2):111-20.
21. Dixon J, Lewis R, Rosen R, Finlayson B, Gray D. Managing chronic disease: What can we learn from the US experience? London: King's Fund, 2004.
22. Promising practices in chronic disease prevention and control. Public Health Framework for Action. Atlanta: Department of Health and Human Services, 2003.
23. Åhgren B. Chain of care development in Sweden: results of a national study. *Int J Integrated Care* 2003; 3.
<[http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1483939/?log\\$=activity](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1483939/?log$=activity)>
[consulta: 15 mayo 2011].
24. McAvoy B, Coster G. General practice and the New Zealand health reforms- lessons for Australia? *Australia and New Zealand Health Policy* 2005; 2(1):26.

25. World Health Organization. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action. Geneva: WHO, 2002.
26. Epping Jordan JE, Pruitt SD, Bengoa R, Wagner EH. Improving the quality of health care for chronic conditions. *Qual Saf Health Care* 2004; 13:299-305.
27. Pan American Health Organization. Regional strategy on an integrated approach to the prevention and control of chronic diseases, including diet, physical activity and health. Washington, DC: Pan American Health Organization, 2006.
28. Garber I. La atención del paciente más allá del primer nivel de atención. *Salud Pública Méx* 2007; 49 (Sup 1):99-103.
29. González JA. Programa de atención integral para una vida sana aplicado en pacientes con DM tipo 2: PRATIVSA-DM. *Rev Fac Med UNAM* 2009; 52 (4):150-3.
30. Finnish Diabetes Association. Implementation of the type 2 diabetes prevention plan in Finland. Finland: Finnish Diabetes Association, 2006.
31. Waugh N, Scotland G, McNamee P, Gillett M, Brennan A, Goyder E, *et al*. Screening for type 2 diabetes: literature review and economic modelling. *Health Tech Assess* 2007; 11(17):1-125.
32. Lucumí D, Gutiérrez A, Moreno J, Gómez LF, Lagos N, Rosero M, *et al*. Planeación local para enfrentar el desafío de las enfermedades crónicas en Pasto, Colombia. *Rev Salud Públ* 2008; 10 (2):343-51.
33. Gervás J. El modelo de atención a crónicos (*Chronic Care Model*). ¿Qué puede aportar y qué inconvenientes tiene? *Salud 2000. Rev Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública* 2010; 128:12-5.
34. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Anuario estadístico de salud 2009. La Habana: MINSAP, 2010.
35. Ordúñez García P. El control de las enfermedades crónicas no transmisibles en Cuba. *Rev Cubana Salud Pública* 2006; 32(2).
<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000200001&lng=es&nrm=iso&tlng=es> [consulta: 15 mayo 2011].
36. Bourbeau J, Pale J. Promoting effective self-management programmes to improve COPD. *Eur Respir J* 2009; 33:461-3.
37. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Comisión Nacional Técnica Asesora del Programa de Hipertensión Arterial. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2008.
38. Buergo Zuaznábar MA, Fernández Concepción O. Guías de práctica clínica. Enfermedad cerebrovascular. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2009.
39. Cabezas Cruz E, Cutié León E, Santisteban Alba S. Manual de procedimientos en ginecología. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2006.

40. Aguilar Pacín N, Romero Sónora V, Serrano Jerez J, Rodríguez López A, Agüero Rodríguez M, García Velázquez E, *et al.* Manual de terapéutica de medicina interna. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2008.
41. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa de Trabajo del Médico y la Enfermera de la Familia, el Policlínico y el Hospital. La Habana: MINSAP, 1988.

Recibido: 1 de julio de 2011

Aprobado: 19 de septiembre de 2011

MsC. Rodolfo Jova Morel. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Infanta 1158 entre Clavel y Llinás, Centro Habana, La Habana. Cuba.
Dirección electrónica: rjova@inhem.sld.cu