Artículos originales

Actitudes de médicos y enfermeras ante el modelo de atención al paciente con enfermedad crónica

Attitudes of Doctors and Nurses toward the Chronic Care Model

Rolando Bonal Ruiz[1] Meibis Poll Cabrera[2]

[1] Policlínico Ramón López Peña, Santiago de Cuba, Santiago de Cuba, Cuba, CP: 90100
[2] Policlínico José Martí Pérez, Santiago de Cuba, Santiago de Cuba, Cuba

Cómo citar este artículo:
Bonal-Ruiz R, Poll-Cabrera M. Actitudes de médicos y enfermeras ante el modelo de atención al paciente con enfermedad crónica. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2015 [citado 2026 Nov 13]; 5(2):[aprox. 10 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/349

Resumen

Fundamento: el hecho de que las enfermedades crónicas desplacen a causas tradicionales de morbilidad y mortalidad de un país, o se pongan a la par con los principales problemas de salud habituales, hace que se deban tomar nuevas estrategias para hacerles frente.
Objetivo: explorar actitudes de médicos y enfermeras del Policlínico Rolando López Peña ante el modelo de atención a los pacientes con enfermedades crónicas.
Método: estudio descriptivo y transversal cuanti-cualitativo, que abarcó los 22 médicos de familia y 26 enfermeras que prestan asistencia a los pacientes con enfermedades crónicas, y que estaban presentes en el Policlínico en el momento del estudio, a todos se les aplicó una escala Likert de 5 opciones, y entrevista mediante grupos focales, las cuales fueron grabadas, transcriptas y analizadas.
Resultados: los resultados actitudinales se corresponden con los modos de actuación que se evalúan en cada componente del modelo, siendo las barreras mas señaladas: la falta de sensibilización y preparación hacia los nuevos abordajes a la atención de estos pacientes, sobrecarga de trabajo sobre todo, por otros programas como el materno infantil y el antivectorial, incertidumbres en la eficacia de la educación al paciente y desconocimiento de las guías de prácticas clínicas.
Conclusiones: predominaron las actitudes favorables a la incorporación del modelo a la práctica habitual del médico y enfermera de familia, siempre y cuando se hagan modificaciones organizacionales y se lleven a cabo las opiniones sugeridas por estos prestadores de servicios, contando con el apoyo de los decisores de salud.

Palabras clave: actitud del personal de salud, médicos, enfermeras, atención al paciente, enfermedad crónica

Abstract

Background: the fact that chronic diseases replace traditional causes of morbidity and mortality in a country, or are on a par with major common health problems, demands the development of new strategies to address them.
Objective: to explore attitudes of doctors and nurses from the Rolando López Peña Polyclinic toward the Chronic Care Model.
Methods: a quantitative and qualitative cross-sectional study was conducted including the 22 family physicians and 26 nurses who provide care to patients with chronic diseases and were at the polyclinic at the time of the study. All were administered a 5 point Likert scale and a focus group interview, which was taped, transcribed and analyzed.
Results: the attitudinal results correspond with the actions assessed in each component of the model, being the most common barriers: the lack of awareness and training on the new approaches to care of these patients, work overload created by other programs such as the maternal-child and vector control programs, uncertainties on the effectiveness of patient education and ignorance of the practice guidelines.
Conclusions: favorable attitudes toward the introduction of the model to the practice of the family physician and nurse predominated as long as organizational changes are made and the suggestions of these service providers are put into practice with the support of the decision makers of the health sector.

Key words: attitude of health personnel, physicians, nurses, patient care, chronic disease

Recibido: 2015-03-14 14:19:15
Aprobado: 2015-04-13 14:27:45

Correspondencia: Rolando Bonal Ruiz. Policlínico Ramón López Peña. Santiago de Cuba. bonal@medired.scu.sld.cu

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas constituyen desde hace más de 20 años las primeras causas de muerte en Cuba,[1] en Santiago de Cuba y específicamente en nuestro municipio.[2]

Estas enfermedades no solo afectan como principales causas de morbilidad y mortalidad a los países industrializados, sino que afectan cada vez más a los países en vías de desarrollo, entre ellos los de América Latina[3] y el Caribe.[4]

El hecho de que las enfermedades crónicas desplacen a causas tradicionales de morbilidad y mortalidad de un país, o se pongan a la par con los principales problemas de salud habituales, hace que se deban tomar nuevas estrategias para hacerles frente, y superar dificultades comunes como la falta de adherencia a medicamentos, servicios fragmentados, necesidad de una educación para la salud más profunda al paciente y sus seres significativos.

La OMS (2002)[5] ha planteado que "La Atención Primaria de salud está organizada a nivel de un modelo que tiende a resolver más bien problemas agudos, episódicos y necesidades urgentes, y no satisface las necesidades de muchos pacientes especialmente aquellos con condiciones crónicas" de ahí que se necesite un modelo renovado de atención al paciente con enfermedad crónica, en el sistema vigente, para hacer frente a estas enfermedades.

En la actualidad existen varios modelos y marcos de atención a la enfermedad crónica,[6] uno de los más populares en el mundo occidental es el modelo de atención al paciente crónico (*Chronic Care Model*) desarrollado por el médico Ed Wagner, Director del *MacColl Institute for Healthcare Innovation, Group Health Cooperative of Puget Sound*, y colegas *The Robert Wood Johnson Foundation,*[7] modelo que también ha sido adaptado por la Organización Mundial de la Salud (OMS)[5] fortaleciéndole el componente sociocomunitario e integrando el desarrollo de políticas públicas positivas, liderazgo, abogacía y marco legislativo etc., componentes que algunos están más desarrollados en Cuba, que en los propios países del primer mundo.[8]

El modelo de Wagner consta de seis componentes y recoge lo mejor de las evidencias en cada uno de ellos, el modelo a pesar de tener detractores[9] y de no tener la misma fortaleza de evidencia en cada componente[10,11] ha mostrado ser efectivo en forma general[12,13] y ha sido aplicado por varias organizaciones de Atención Primaria de salud en el mundo,[14-16] no obstante al revisar la bibliografía se observa que existen pocas referencias[17] que midan las actitudes de profesionales de la salud hacia la aplicación del modelo, por lo que nos motivó identificar estas, en médicos y enfermeras de familia de un contexto social, cultural e ideológico distinto al que usualmente se ha aplicado.

Siguiendo esta tendencia, nuestro trabajo tiene como objetivo: explorar actitudes de médicos y enfermeras del Policlínico Rolando López Peña ante el modelo de atención a los pacientes con enfermedades crónicas.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, transversal cuanti-cualitativo, desde noviembre del 2008 a enero del 2009. Se tomó la totalidad de las enfermeras y médicos de familia de los consultorios del Policlínico Ramón López Peña en ese momento, perteneciente al Distrito de Salud N° 3 de la ciudad de Santiago de Cuba, (22 médicos y 26 enfermeras). Se utilizó un instrumento cuantitativo para medir actitudes (cuestionario escala tipo Likert) y una guía de entrevista con preguntas semiestructuradas para realizar grupos focales, de esta formas se triangularon 2 métodos que aportaron mayor riqueza al resultado, se realizaron 2 grupos focales a médicos (de 10 y 12 participantes respectivamente) y 3 grupos focales en enfermeras (de 9,10 y 7 participantes), con relación a la escala de Likert, se calcularon números absolutos y porcentajes como medida de resumen. Se comprobó el estadígrafo Z, que se distribuye normal estándar para identificar diferencias entre proporciones. Fue seleccionado un nivel de significación < 0,05, con relación al resultado de las entrevistas en grupos focales, se les realizó análisis de contenido (trascripción e interpretación, organización y ordenamiento de los datos con la respectiva codificación); se hizo análisis inductivo, contraste de hipótesis y análisis lógico, de la codificación surgieron 3 categorías analíticas: actitudes generales hacia el modelo, las barreras que impiden su práctica efectiva, y las sugerencias o soluciones para superarlas, a todos los participantes se les pidió su consentimiento informado, no hubo conflicto de intereses, la investigación fue aprobada por el consejo científico del Policlínico

RESULTADOS

Los 22 médicos que participaron en el estudio, estuvieron en un rango entre los 23 a 48 años, siendo el grupo de edades de más de 41 años, el más numeroso entre médicos(as) 36,3 % (N= 8) y entre las enfermeras, con 11 (42,3 %).

En relación con cada uno de los componentes del modelo de atención se encontró en cuanto al componente, apoyo al automanejo, que menos de la mitad de los médicos (45, 45 %) tenían una actitud favorable hacia el consejo individual, que no les hacía perder el tiempo, este mismo tipo de actitud era mayor (65,38 %) en las enfermeras; una mayor coincidencia de altas proporciones de actitudes favorables (95, 4 % en los médicos y 100 % en las enfermeras fueron encontradas en el la frase: " se debe enseñar al paciente a hacer frente a sus síntomas y situaciones específicas", igualmente se encontró algo similar hacia la necesidad de la educación grupal (90,90 % y 76,92 % de actitudes favorables tanto en médicos como enfermeras; a diferencia de las actitudes hacia : " el paciente debe decidir su tratamiento..." donde las actitudes neutras y desfavorables predominaron sobre las favorables (en médicos 45,45 % de actitudes no favorables y 18, 18 % de neutras) en enfermeras 23 % y 76, 9 % de igual actitudes respectivamente. (Tabla 1).

Tabla 1. Actitudes de los médicos y enfermeras de la familia ante el apoyo al automanejo

		Médicos						Enfermeras					
		Actitud favorable		Actitud neutra		Actitud no favorable		Actitud favorable		Actitud neutra		Actitud no favorable	
		No	%	No	%	No	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
5	El consejo individual al paciente con enfermedad crónica no me hace perder tiempo	10	45,4	9	40,9	3	13,6	17	65,38	4	15,3	5	19,2
6	Se debe enseñar al paciente cómo hacer frente a los síntomas, problemas y situaciones específicas de su enfermedad	21	95,4	1	4,5	0	0	26	100	0	0	0	0
10	El paciente debe decidir sobre su tratamiento y determinar lo que más le conviene	8	36,3	4	18,18	10	45,4	0	0	6	23,0	20	76,9
11	La educación grupal es muy necesaria para evitar complicaciones	20	90,90	1	4,54	1	4,54	20	76,92	3	11,5	3	11,5

Fuente: cuestionario escala Likert
Ítem 5: Z= 1,09 p> 0,05 no significativo. Ítem 6: Z= 0,08 p> 0,05 no significativo
Ítem 10: Z= 2,97 p> 0,05 no significativo. Ítem 11: Z= 0,90 p> 0,05 no significativo

Al evaluar la actitud de los prestadores con respecto al diseño del sistema de entrega se encontró, que la mayoría de las actitudes eran favorables (81,2 % y 69,2 %), en médicos y enfermeras; con respecto a la presencia de una persona fija en el policlínico que oriente

nutricionalmente, seguida de la actitud neutra en las enfermeras con 19,2 %. Así mismo la presencia de un especialista en Cultura Física que participe en la atención al paciente con enfermedad crónica tuvo 95,4 % de actitud favorable en los médicos y 88, 4 % en las enfermeras, seguida de la actitud neutra con 4,5 % y 7,6 % en cada caso, de igual forma en el aspecto que señala que el presidente del Consejo Popular debe involucrarse en el manejo de este paciente, se obtuvo un 72,7 % y 38,4 % de actitud favorable en médicos y enfermeras respectivamente, se observó que el 34, 6 % de las enfermeras tuvo una actitud no favorable y el 26,9 % neutra. (Tabla 2).

Tabla 2. Actitudes de los médicos y enfermeras de la familia ante el diseño del sistema de entrega

		Médicos						Enfermeras					
		Actitud favorable		Actitud neutra		Actitud no favorable		Actitud favorable		Actitud neutra		Actitud no favorable	
		No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
1	La presencia de una persona que oriente nutricionalmente al paciente con enfermedad crónica debe trabajar en el policlínico	18	81,8	2	9,09	2	9,09	18	69,2	5	19,2	3	11,5
3	Un especialista en Cultura Física debe participar en la atención al paciente con enfermedad crónica	21	95,4	1	4,5	0	0	23	88,4	2	7,6	1	3,8
8	El presidente del Consejo Popular debe involucrarse en el manejo del paciente con enfermedad crónica	16	72,7	2	9,09	4	18,1	10	38,4	7	26,9	9	34,6

Fuente: cuestionario escala Likert

En el tercer componente del modelo de Wagner se observó, que tanto en médicos como en enfermeras, predominó la actitud favorable con 90,9 % en el primer caso y 73,0 % en el segundo caso, en relación con la afirmación que las normas de procedimientos o guías de buenas prácticas clínicas, ante una enfermedad crónica deben seguirse adecuadamente, aunque un 15,3 % y 11,5 % de las enfermeras respondió con actitud no favorable y neutra respectivamente. (Tabla 3).

Tabla 3. Actitudes de los médicos y enfermeras de la familia ante el apoyo a las decisiones

		Médicos						Enfermeras					
		Actitud favorable		Actitud neutra		Actitud no favorable		Actitud favorable		Actitud neutra		Actitud no favorable	
		No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
4	Las normas y procedimientos (Guías de Prácticas Clínicas) ante una enfermedad crónica deben seguirse adecuadamente	20	90,9	2	9,09	0	0	19	73,0	3	11,5	4	15,3

Fuente: cuestionario escala Likert

El sistema de información para la atención al paciente con enfermedad crónica fue evaluado también, encontrando que casi en su totalidad médicos (86,3 %) y enfermeras (96,1 %) están a favor de que la dispensarización o registro de acciones deben perfeccionarse, solo tres médicos (13,6 %) y una enfermera (3,8 %) mantuvieron una actitud neutra con respecto a este tema. (Tabla 4).

Tabla 4. Actitudes de los médicos y enfermeras de la familia ante el sistema de información clínica

		Médicos						Enfermeras					
		Actitud favorable		Actitud neutra		Actitud no favorable		Actitud favorable		Actitud neutra		Actitud no favorable	
		No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
2	La dispensarización o registro y acciones al paciente con enfermedad crónica debe perfeccionarse en su organización	19	86,3	3	13,6	0	0	25	96,1	1	3,8	0	0

Fuente: cuestionario escala Likert

Con respecto a que la organización del policlínico no propicia la atención adecuada del paciente con enfermedad crónica tanto en médicos (54,5 %) como en enfermeras (53,8 %) se manifestó una actitud desfavorable, pero no es desacertado señalar que 8 médicos (36,3 %) y 7 enfermeras (26,9 %) tuvieron una actitud favorable con respecto a esta afirmación. En otro aspecto de este componente se encontró, que los médicos tuvieron una actitud favorable (63,6 %) ante la afirmación de la no existencia de una infraestructura para la atención al paciente, en tanto, más de la mitad de las enfermeras (53,8 %) tuvieron una actitud no favorable. (Tabla 5).

Tabla 5. Actitudes de los médicos y enfermeras de la familia ante la organización del cuidado de la salud

		Médicos						Enfermeras					
		Actitud favorable		Actitud neutra		Actitud no favorable		Actitud favorable		Actitud neutra		Actitud no favorable	
		No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
7	La organización del policlínico no propicia la atención adecuada del paciente con enfermedad crónica	8	36,3	2	9,09	12	54,5	7	26,9	5	19,2	14	53,8
9	No existe una infraestructura (locales, consultas) para la atención al paciente con enfermedad crónica	14	63,6	2	9,09	6	27,2	7	26,9	5	19,2	14	53,8

Fuente: cuestionario escala Likert

Al indagar sobre los recursos comunitarios, se obtuvo que la mayoría tuvo una actitud favorable, en los médicos (90,9 %) y en las enfermeras (73,0 %) cuando se preguntó si los centros, instalaciones e instituciones de la comunidad debían apoyar al paciente con enfermedad crónica; aunque 7 enfermeras tuvieron actitudes no favorables (15,3 %) y neutra (11,5 %). (Tabla 6).

Tabla 6. Actitudes de los médicos y enfermeras de la familia ante el componente de recursos comunitarios

		Médicos						Enfermeras					
		Actitud favorable		Actitud neutra		Actitud no favorable		Actitud favorable		Actitud neutra		Actitud no favorable	
		No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
12	Los centros, instalaciones e instituciones de la comunidad debían apoyar paciente con enfermedad crónica	20	90,9	0	0	2	9,09	19	73,0	3	11,5	4	15,3

Fuente: cuestionario escala Likert

Las actitudes por lo general fueron favorables hacia el modelo, no hubo casi desacuerdos entre médicos y enfermeras, excepto que se encontraron diferencias estadísticamente significativas para la actitud favorable solo para los incisos 8, 9 y 10. ($p < 0,05$)

De las entrevistas realizadas en los grupos focales, emergieron varias categorías que fueron agrupadas según la frecuencia de mención de los participantes.

Principales categorías	Actitudes percibidas por proveedores de salud
Criterios generales del modelo	- no hay una visión integradora de la atención al paciente, cada cual lo ve por su parte (19) - no existe un trabajo en equipo que sea multiprofesional, sistemático y consolidado
Barreras del modelo de atención al paciente con enfermedad crónica (22)* (26)**	- falta de sensibilización y preparación hacia los nuevos abordajes de atención al paciente con enfermedad crónica (2) - sobrecarga de trabajo del médico de familia por programas que abruman y absorben (el tiempo) de estos como el PAMI y vectores (19) - apenas se involucra a la enfermera en la atención al paciente con enfermedad crónica (11) - no se trabaja en equipo (sistemático, consolidado) (17) - escasos incentivos para trabajar con el paciente con enfermedad crónica (14) - dudas en la eficacia de educación grupal del paciente con enfermedad crónica (9) - dudas en la eficacia de educación individual del paciente con enfermedad crónica (5) - no hay tiempo en la consulta individual para la educación al paciente, se propone la educación grupal como la ideal (21) - falta de motivación en los profesionales de salud (hacia el abordaje integral de este paciente) (16) - desconocimiento de las Guías de Prácticas Clínicas (GPC) y dónde encontrarlas (20) - no se conoce la efectividad de los nuevos abordajes de atención al paciente (22) - desconocimientos de las funciones de algunos recursos comunitarios relacionados con el paciente con enfermedad crónica como el INDER y la agricultura (19)
Sugerencias para superar las barreras señaladas	- capacitación, entrenamiento a todo el equipo de salud (22) - modificación de las normas organizacionales del policlínico (16) - mayor apoyo de los decisores municipales, provinciales y nacionales (22) - entrenamiento en cambio conductual a los profesionales de la salud (22) - designar equipos en el policlínico que se encarguen de la atención al paciente con enfermedad crónica (de manera general y no en condiciones específicas) (17) - redefinir y clarificar los roles de cada miembro del equipo de atención al paciente con enfermedad crónica (17) - mejora del registro de enfermedades crónicas de forma informatizada (computarizada) en el policlínico (y/o CMF) esto facilitaría recordatorios de consultas de seguimiento y otras ventajas (21) - archivar, almacenar en alguna computadora de la biblioteca GPC, tanto cubanas como extranjeras, dirigidas a los profesionales de salud de fácil acceso y que estén disponible en horarios de la biblioteca (22) - archivar en alguna computadora de la biblioteca materiales educativos, tanto cubanos como extranjeros, dirigidos a los pacientes, que sean de fácil acceso y que estén disponibles en horarios de la biblioteca, (22) - incentivar y reconocer más las actividades educativas del médico y enfermera de la familia con relación al paciente con enfermedad crónica (17) - designar a algún responsable que actualice, divulgue las guías nacionales, y las coloque en una computadora designada en el policlínico (18)

Los números en paréntesis son las frecuencias de sujetos, quienes expresaron alguna opinión con relación a la categoría respectiva:
*Médicos
**Enfermeras
CMF= consultorios médicos de familia PAMI= Programa de Atención Materno Infantil
GPC= Guías de Prácticas Clínicas INDER= Instituto Nacional de Deporte y Recreación

DISCUSIÓN

Aunque predomina una actitud favorable a la atención al paciente con enfermedad crónica, hay un reconocimiento de que se necesitan modificaciones al sistema de atención actual, en todos sus componentes, y estos se asemejan a los hallazgos de estudios realizados por profesionales de salud de países que se consideran puntales en estos asuntos.[18]

En cuanto al componente, apoyo al automanejo, actitudes favorables a este componente se observan tanto en médicos como en enfermeras, aunque existen expresiones como el poco tiempo, dudas en la efectividad de la educación y cuestionamientos al método habitual de enseñanza al paciente con enfermedad crónica, que también son señalados en un estudio que recoge actitudes de médicos de familias británicos hacia el automanejo.[19]

Llama la atención que existe un predominio de actitudes desfavorables y neutrales tanto de médicos de familias (45,45 %) y (18,18 %), como de enfermeras (76,9 %) y (23 %) hacia el inciso: el paciente debe decidir sobre su tratamiento y determinar lo que más le conviene; lo que denota un rezago de una actitud paternalista con relación a dicha atención, actualmente existe una tendencia mundial que señala que el paciente al tener una enfermedad de larga evolución y tener experiencias sobre sus propias dolencias, se vuelva experto, y debe participar de manera colaborativa en las tomas de decisiones, al compartirla con el proveedor de salud,[20] esto no es una moda, es una necesidad, que la avalan razones éticas y de valores profesionales, ya que garantiza la calidad y mejora de los servicios médicos. En el sistema de salud cubano, al decir de la destacada epidemióloga cubana Martínez Calvo, [21] aún existe un médico centrado, que no permite, por el momento, compartir la toma de decisiones con otros galenos.

En cuanto al diseño del sistema de entregas, aunque predomina una actitud favorable a la participación multidisciplinaria e intersectorial en la atención al paciente con enfermedad crónica, se reconoce que aún no se trabaja como un verdadero equipo, sino de forma aislada, y que para lograrlo deben existir modificaciones organizativas y estructurales.

En relación al apoyo a las decisiones, independientemente de que la mayoría de los médicos y enfermeras tienen actitudes favorables (90,2 % y 73, 0 %) hacia el seguimiento adecuado de las Guías de Prácticas Clínicas (GPC), la mayoría de ellos las desconocía, y tenía dificultades con el acceso y disponibilidad, y esto no solo pasa en nuestro medio sino que coincide con un estudio colombiano, que medía actitudes hacia las GPC,[22] de por sí, existen dificultades a nivel internacional en este sentido, sobre todo en la adherencia a las GPC,[23,24] aunque en países anglosajones -sobre todo- se han encontrado actitudes controversiales de los profesionales de la salud respecto a estas guías, pues están permeadas de los intereses de los laboratorios farmacéuticos,[25] aunque esta situación no se halla en nuestro país.

En relación al sistema de información clínica, tanto médicos como enfermeras mantienen actitudes favorables al perfeccionamiento de la dispensarización, y sugieren para su mejoría la informatización, aprovechando las potencialidades de nuestro país en este aspecto, pero algunos dudan de su confidencialidad, aspecto que coincide con una revisión de Altisent Trota y col.[26]

Respecto al componente, organización del cuidado de la salud, tanto médicos como enfermeras coinciden, sobre todo los médicos (63,6 %), en tener una actitud favorable en relación a que debe existir una mejor organización e infraestructura en el policlínico, para atender al paciente con enfermedad crónica, con respecto a esta afirmación la Organización Mundial de la Salud (2002)[5] plantea que los sistemas de salud están diseñados para atender al paciente agudo y cuando se trata al paciente crónico es de forma episódica y fraccionada.

Algunos proveedores de salud de nuestra investigación sugieren incentivar en ellos los logros que se alcancen en este tipo de pacientes, sobre todo por la labor educativa; a tal efecto en algunos países se han establecido contratos de incentivos salariales para aquellos médicos y enfermeras de familia que tengan resultados loables en la atención al paciente con enfermedad crónica, como modificación de factores de riesgo conductuales y biológicos, mejora clínica etc., es menester superar y mejorar las dificultades encontradas en esas

experiencias[27] y tener en cuenta las lecciones aprendidas de países donde lo han aplicado,[28] como es el caso en Cuba de Rodríguez JA. en su trabajo, El sistema de pago por resultados será un eficaz instrumento estimulador. Algo que pudiera incluirse en nuestro sistema de salud, a propósito de la resolución 09 del 2008, del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social que estimula el sistema de pago por resultados.

En cuanto al componente, recursos comunitarios, aunque había una actitud favorable de los médicos y enfermeras de familia hacia el apoyo de los recursos comunitarios al paciente con enfermedad crónica (90,9 % y 73,0 %), predomina el desconocimiento de que estos (instalaciones, centros, organismos etc.) puedan sostener actitudes y conductas saludables en dicho pacientes, una difusa labor divulgativa y capacitadora es necesaria para que se logre este fin, precisamente este es uno de los componentes del modelo que menos evidencia aporta a nivel internacional.[9]

Predominan las actitudes favorables a la incorporación del modelo de atención al paciente con enfermedad crónica a la práctica habitual del médico y enfermera de familia, siempre y cuando se realicen modificaciones organizacionales al policlínico, se superen las barreras, y se lleven a cabo las opiniones sugeridas por estos prestadores de servicios contando con el apoyo de los decisores de salud a todos los niveles.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Benet M, Morejón AF, Espinosa AD, Landrove OO, Peraza D, Ordúñez PO. Factores de Riesgo para Enfermedades Crónicas en Cienfuegos, Cuba 2010. Resultados preliminares de CARMEN II. Medisur [revista en Internet]. 2010 [citado 23 May 2014];8(2):[aprox. 15p]. Disponible en: http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1166

2. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2011 [Internet]. La Habana: Dirección Nacional de Estadísticas; 2011 [citado Sep 2012]. Disponible en: http://files.sld.cu/bvscuba/files/2012/05/anuario-2011-e.pdf

3. Landrove OO, Gámez AI. Transición epidemiológica y las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas y en Cuba: el programa de intervención cubano. Reporte Técnico de Vigilancia. 2005;10(6):1-18

4. Hospedales CJ, Samuels A, Cummings R, Gollop G, Greene E. Aumentar la prioridad de las enfermedades crónicas no transmisibles en el Caribe. Rev Panam Salud Pública. 2011;30(4):393-40

5. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Cuidado innovador para las condiciones crónicas: agenda para el cambio. Informe Global [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 [citado 24 Mar 2015]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7170:health-situation-americas-health-indicators-2014&catid=2394:rho-reports&Itemid=2395&lang=es

6. Ham C. The ten characteristics of the high-performing chronic care system. Health Economics Policy and Law. 2010;5(1):71-90

7. Nolte E, Knai C, McKee M. Managing chronic conditions: experience in eight countries [Internet]. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008 [citado 25 May 2014]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/handle/10665/107920

8. 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(1):12-5

9. Dennis SM, Zwar N, Griffiths R, Roland M, Hasan I, Powell G, et al. Chronic disease management in primary care: from evidence to policy. Med J Aust. 2008;188 Suppl 8:53-6

10. Sperl JM, Solberg LI, Hroscikoski MC, Crain AL, Engebretson KI, O\'Connor PJ. Do all components of the chronic care model contribute equally to quality improvement?. Jt Comm J Qual Saf. 2004;30(6):303-9

11. Nutting PA, Dickinson WP, Dickinson LM, Nelson CC, King DK, Crabtree BF, et al. Use of chronic care model elements is associated with higher-quality care for diabetes. Ann Fam Med. 2007;5(1):14-20

12. Musacchio N, Lovagnini A, Giancaterini A, Pessina L, Salis G, Schivalocchi F, et al. Impact of a chronic care model based on patient empowerment on the management of Type 2 diabetes: effects of the SINERGIA programme.

Diabet Med. 2011;28(6):724-30

13. Si D, Bailie R, Cunningham J, Robinson G, Dowden M, Stewart A, et al. Describing and analysing primary health care system support for chronic illness care in Indigenous communities in Australia´s Northern Territory - use of the Chronic Care Model. BMC Health Serv Res. 2008;8(1):112

14. Sunaert P, Bastiaens H, Feyen L, Snauwaert B, Nobels F, Wens J, et al. Implementation of a program for type 2 diabetes based on the Chronic Care Model in a hospital-centered health care system: ¨the Belgian experience¨. BMC Health Serv Res. 2009;9(1):152

15. Steurer C, Frei A, Rosemann T. The chronic care model in Swiss primary care. Rev Med Suisse. 2010;6(249):1016-9

16. Henke RM, Chou AF, Chanin JC, Zides AB, Scholle SH. Physician attitude toward depression care interventions: implications for implementation of quality improvement initiatives. Implement Sci. 2008;3(1):40

17. Russell GM, Dahrouge S, Hogg W, Geneau R, Muldoon L, Tuna M. Managing chronic disease in ontario primary care: the impact of organizational factors. Ann Fam Med. 2009;7(4):309-18

18. Blakeman T, Macdonald W, Bower P, Gately C, Chew C. A qualitative study of GPs´ attitudes to self-management of chronic disease. Br J Gen Pract. 2006;56(527):407-14

19. Araujo M. La participación de los pacientes en las decisiones clínicas. Medwave. 2012;12(3):5339

20. Martínez S. Ideales de salud y vida. Rev Cubana Salud Pública [revista en Internet]. 2006 [citado 18 May 2007];32(3):[aprox. 2p]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662006000300001

21. Sánchez R, Ortiz N, Vargas D, Ardila E. Evaluación de actitudes frente a las guías de práctica clínica en el Instituto Nacional de Cancerología Bogotá Colombia. Rev Fac Med Univ Nac Colomb [revista en Internet]. 2004;52(4):[aprox. 10p]. Disponible en: http://www.revmed.unal.edu.co/revistafm/v52n4/v52n4io1.htm

22. Baskerville NB, Liddy C, Hogg W. Systematic review and meta-analysis of practice facilitation within primary care settings. Ann Fam Med. 2012;10(1):63-74

23. Peters F, Natanzon I, Müller T, Ludt S, Nikendei C, Lossnitzer N, et al. Barriers to guideline implementation and educational needs of general practitioners regarding heart failure: a qualitative study. GMS Z Med Ausbild. 2012;29(3):46

24. Boivin A, Légaré F, Gagnon MP. Competing norms: Canadian rural family physician´s perceptions of clinical practice guidelines and shared decision-making. J Health Serv Res Policy. 2008;13(2):79-84

25. Santos C, Sanz B, Lorda PS, Jarabo Y, Martín MN, Altisent R, et al. Informatización y confidencialidad de la historia clínica. Aten Primaria [revista en Internet]. 2004 [citado 24 Mar 2009];34(3):[aprox. 4p]. Disponible en: http://db.doyma.es/cgibin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pident=13064527

26. Alshamsan R, Majeed A, Ashworth M, Car J, Millett C. Impact of pay for performance on inequalities in health care: systematic review. J Health Serv Res Policy. 2010;15(3):178-84

27. Salisbury E. Financial incentives for improving the quality of primary care. Am Fam Physician. 2012;85(7):690-1

28. Scott A, Sivey P, Ait D, Willenberg L, Naccarella L, Furler J, et al. The effect of financial incentives on the quality of health care provided by primary care physicians. Cochrane Database Syst Rev. 2011;(9):CD008451