



PLATAFORMA DE ORGANIZACIONES
DE PACIENTES

Informe
2022

Observatorio de la Atención al Paciente

Abordaje de la cronicidad compleja en España

 **B**SERVATORIO
de la atención al paciente



Edita:
Plataforma de Organizaciones de Pacientes
CIF: G-87288627
www.plataformadepacientes.org

Informe desarrollado por:
Nephila Health Partnership, S.L.



ÍNDICE

1. Introducción y estado de la cuestión	6
1.1. Contexto sociodemográfico de la cronicidad y la fragilidad en las personas mayores en España	6
1.2. Definición y características de la fragilidad	7
1.3. Marco internacional del abordaje de la fragilidad enfermedad crónica	9
1.4. Marco nacional del abordaje de la fragilidad en el contexto de la enfermedad crónica	10
1.5. Justificación	11
2. Objetivos	12
2.1. Objetivo general	12
2.2. Objetivos específicos	12
3. Metodología	13
3.1. Comité asesor	14
3.2. Revisión bibliográfica	14
3.3. Sondeo a Comunidades Autónomas	14
3.3.1. Objetivo	14
3.3.2. Muestra y trabajo de campo	14
4. Abordaje de la cronicidad compleja en España	16
4.1. Estrategias, planes y protocolos para el abordaje de la cronicidad compleja en España	16
4.2. Situación actual de del acceso a la atención sanitaria y social de las personas con enfermedad crónica en España: resultados del sondeo a las CC.AA.	21
4.2.1. Planificación	21
4.2.2. Continuidad asistencial	25
4.2.3. Equidad	27
4.2.4. Coordinación sanitaria y social	29
5. Retos en el acceso a la atención sanitaria y social de las personas con enfermedad crónica en España	30
5.1. Planificación	30
5.2. Acceso al diagnóstico	31
5.3. Acceso a la atención sanitaria	33
5.4. Acceso al tratamiento, innovación e investigación	34
5.5. Continuidad asistencial	36
5.6. Coordinación sanitaria y social	37
6. Conclusiones	41
7. Bibliografía	44
8. Anexos	48
8.1. Participantes del comité asesor del OAP 2022	50
8.2. Sondeo a CC.AA.	52
8.3. Índice de tablas y figuras	58
8.3.1. Tablas	58
8.3.2. Figuras	58

COMITÉ ASESOR

**Agencia Española del Medicamento y
Productos Sanitarios (AEMPS)**



**Asociación Española de Pediatría
(AEPED)**



**Consejo General de Colegios Oficiales
de Enfermería de España (CGCOE)**

**Consejo General de Colegios Oficiales
de Farmacéuticos (CGCOF)**

**Consejo General del Trabajo Social
(CGTS)**



**Dirección General de Derechos de
Personas con Discapacidad. Ministerio
de Derechos Sociales y Agenda 2030**

**Organización Médica Colegial de
España (OMC)**



**Sociedad Española de Calidad
Asistencial (SECA)**

**Sociedad Española de Directivos de
la Salud (SEDISA)**



Sociedad Española del Dolor (SED)

**Sociedad Española de Farmacia
Hospitalaria (SEFH)**



**Sociedad Española de Médicos de
Atención Primaria (SEMERGEN)**

**Sociedad Española de Medicina de
Familia y Comunitaria (SemFYC)**



**Sociedad Española de Médicos
Generales y de Familia (SEMG)**

**Sociedad Española de Medicina
Interna (SEMI)**



**Sociedad Española de Medicina de
Urgencias y Emergencias (SEMES)**

1. Introducción y estado de la cuestión

1.1. CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO DE LA CRONICIDAD Y LA FRAGILIDAD EN LAS PERSONAS MAYORES EN ESPAÑA

En 2020 el 54,3% de la población española de 15 y más años tenían diagnosticado algún problema o enfermedad crónica (21.696.500 personas), siendo las enfermedades más prevalentes las del sistema circulatorio (35,3%), la hipercolesterolemia crónica (15,5%), la artrosis (15,1%), el dolor lumbar crónico (14,7%), el dolor cervical crónico (12,3%), la migraña (7,64%), la diabetes (7,54%)¹.

La cronicidad está estrechamente relacionada con el envejecimiento poblacional. El aumento de la esperanza de vida, que en la población española se situaba en 83 años en 2021 (85,8 años para las mujeres y 80,2 para los hombres)², da lugar a una mayor prevalencia de las enfermedades crónicas y de la pluripatología crónica (coexistencia de dos o más enfermedades crónicas que conllevan la aparición de reagudizaciones y patologías interrelacionadas) dado que las personas de edad avanzada son las más vulnerables a padecerlas.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define el envejecimiento como “la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, que conduce a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un aumento del riesgo de enfermedad y, finalmente, a la muerte”³. Generalmente se describen tres subgrupos dentro de las personas mayores, en función del grupo de edad: 1) las personas mayores jóvenes, de entre 70 y 75 años; 2) las personas mayores, entre los 75 y los 85 años; y 3) las personas mayores frágiles, de más de 85 años⁴.

En España el 70% de las personas mayores de 65 años vive al menos con una enfermedad crónica con una elevada presencia de pluripatología⁵ (una media de cuatro enfermedades crónicas por persona)⁶, siendo en 2021 las patologías crónicas más frecuentemente diagnosticados en este grupo de edad la hipertensión (50%), la artrosis (40%), la hipercolesterolemia (34%), el dolor lumbar y cervical crónicos (25 y 21% respectivamente) y la diabetes (21%)⁷.

Se estima que el volumen de personas de 65 años y más, que actualmente representan el 19,3% de la población crónica, continúe aumentando y suponga el 26,5% del total en 2035 y el 30,8% en el 2050⁷. En paralelo, continuará creciendo la prevalencia de la cronicidad y, a su vez la fragilidad, que está presente ya en entre el 20% y el 30% de esta población⁸. La fragilidad,

se encuentra asociada particularmente a la pluripatología o cronicidad compleja frecuente en las edades más avanzadas y contribuye al deterioro progresivo y a la disminución gradual de la autonomía y capacidad funcional⁹. En este sentido, la fragilidad en el grupo de edad de 85 y más años representa entre el 18% y el 38% de esta subpoblación¹⁰.

De consolidarse esta tendencia, la tasa de dependencia de las personas mayores de 64 años, que actualmente es del 30%¹¹, alcanzaría el 62,4% en 2033¹², entendiéndose por dependientes a 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”¹³.

Según cifras del INE, en 2020 la esperanza de vida en buena salud a los 65 años era de 11 años (11,6 en hombres y 11,5 en mujeres), esto es, que a los 65 años los hombres viven el 63,2% de sus años de horizonte de vida en buena salud frente al 51,5% de las mujeres⁷.

En este escenario, las personas con enfermedad crónica de mayor edad generan mayor demanda e impacto en la atención prestada en el ámbito asistencial de la Atención Primaria (AP) y la Atención Hospitalaria (AH) en especial los pluripatológicos y/o frágiles debido a sus características particulares^{4,14}.

En cuanto al uso de recursos sanitarios, en 2020 el 16% de las personas de 65

años y más fueron hospitalizadas, frente al 8% de la población total, apreciándose un aumento de la proporción de hospitalizaciones conforme avanza la edad (de 65 a 74 años: 12%, de 75 a 84 años: 16% y de 85 años y más: 19%)¹⁵.

Algunos estudios señalan que el gasto sanitario generado por la atención a este tipo de pacientes supone el 40 % del gasto hospitalario global asociado a una elevada frecuentación de los servicios de urgencias y de los centros de Atención Primaria AP⁴.

1.2. DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LA FRAGILIDAD

El concepto de fragilidad fue desarrollado a finales del siglo XX y aún en la actualidad no existe consenso respecto a las dimensiones que deben integrarlo. Por tanto, no existe una definición consensuada de fragilidad que, junto a aspectos del ámbito físico, considere su dimensión social como parte de los determinantes de la fragilidad o como un tipo de fragilidad independiente en sí misma, de carácter social¹⁶.

La definición más reconocida es la propuesta por la OMS que incorpora únicamente los aspectos físicos de la fragilidad y que la describe como “un síndrome de disminución de las reservas funcionales y de la resistencia a estresores, resultado de un declive acumulativo a través de múltiples sistemas fisiológicos causando vulnerabilidad a resultados adversos de

salud incluidos caídas, hospitalización y mortalidad¹⁷.

La fragilidad física o clínica se encuentra asociada a diversos procesos crónicos y es favorecida por la edad avanzada, una mayor carga de enfermedad y el deterioro cognitivo, entre otros¹⁸, representando en la población mayor de 70 años un riesgo ajustado de mortalidad 5,5 veces mayor y un riesgo de pérdida de movilidad 2,7 veces mayor que en la población mayor no frágil¹⁹.

Por otra parte, autores como Iriarte y Araya introducen en el concepto de fragilidad, además de la fragilidad física, otras dimensiones como la psicológica y la social¹⁶.

La fragilidad social es un concepto nuevo y actualmente en desarrollo en el ámbito del conocimiento de los procesos que afectan a las personas mayores, que la literatura disponible describe como “una situación de vulnerabilidad o riesgo asociada al envejecimiento como consecuencia del déficit o pérdida de recursos y habilidades sociales requeridos para satisfacer las necesidades sociales básicas” (convivencia en soledad, imposibilidad de hablar con alguien cada día, salir con menor frecuencia, no sentirse útil para las personas allegadas,...)¹⁶.

Tal como señalan Andrew et al., existe una relación significativa entre la fragilidad física y la social, dado que, por un lado, los problemas de salud podrían conducir al abandono de las relaciones sociales y, en consecuencia, a la reducción de la red de soporte social; y, por otro, la fragilidad social podría actuar como determinante de la situación clínica de las personas con

enfermedad crónica⁴. De hecho, de acuerdo con el modelo de determinantes de la salud más influyente en la actualidad (Dahlgren y Whitehead, 1991), los factores sociales modificables son aquellos que tienen el mayor impacto potencial en la salud de la población. Este contempla factores individuales como la edad, el sexo y factores constitucionales (con menor impacto en la salud) y factores externos y modificables como los estilos de vida, las redes sociales y comunitarias, las condiciones de vida y de trabajo y las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales⁴.

A este respecto, las investigaciones disponibles han demostrado que la participación de las personas mayores en actividades productivas comunitarias (como el voluntariado) se encuentra asociada a un menor riesgo acumulado de desarrollar fragilidad²⁰. Igualmente, las intervenciones focalizadas en la actividad física (que representa uno de sus principales factores de riesgo) han demostrado ser eficaces para retrasar o revertir la fragilidad, mejorar el estado cognitivo y fomentar el bienestar emocional, especialmente si son llevadas a cabo de forma grupal por su contribución a la ampliación de las redes sociales¹⁸.

El refuerzo de la red y apoyo social resulta esencial para las personas con patologías crónicas de edad avanzada a través de la accesibilidad a recursos sanitarios (como, por ejemplo, la asistencia sanitaria domiciliaria) y sociales (como el trabajo social o los cuidados formales en el entorno del paciente), que se tornan especialmente prioritarios en el caso de los y las pacientes crónicos/as que viven en soledad.

A pesar de que en España la forma habitual de convivencia de las personas

mayores de 64 años es en pareja (el 49% de los hombres y el 32% de las mujeres), la soledad en esta población es un fenómeno creciente. Cerca de la mitad de las personas que viven solas (44%) tienen 65 años o más (2.131.400) y, de ellas, el 71% son mujeres (1.511.000)²¹. En este grupo de edad, casi 1 de cada 3 mujeres y el 17,8% de los hombres viven solos/as²¹.

La progresiva desaparición de la figura tradicional de cuidador/a informal junto con la reducción de la red social de apoyo de las personas dependientes dificulta que los cuidados informales puedan seguir siendo asumidos por el entorno más cercano, situando así a las personas mayores con alguna condición crónica en un escenario de especial vulnerabilidad clínica y social⁴.

A pesar de este cambio en las dinámicas familiares y sociales, lo más habitual continúa siendo que las personas mayores afectadas por procesos de salud crónicos reciban los cuidados por parte de los y las cuidadores/as informales del ámbito familiar, mayoritariamente mujeres, que hacen frente a una importante sobrecarga física y psicológica⁴, la cual puede ser aún mayor si las propias mujeres cuidadoras sufren una enfermedad crónica.

En la evaluación de la fragilidad debería medirse no solo los indicadores de fragilidad física, sino también los de carácter social. Algunos autores han evaluado la fragilidad social con instrumentos que han resultado ser útiles en la definición de la persona mayor socialmente frágil a través de la medición del aislamiento social, la soledad, las redes de apoyo social y la participación social, tales como escalas de soledad (UCLA, ESTE, ...), cuestionarios de participación social y escalas de valoración del espacio vital (distancia que suele recorrerse para

realizar actividades y frecuencia y grado de independencia con la que se realizan las salidas del lugar de residencia)¹⁶.

1.3. MARCO INTERNACIONAL DEL ABORDAJE DE LA FRAGILIDAD

Actualmente la investigación e intervención sobre el envejecimiento y la fragilidad parece ser una prioridad en Europa tal como se desprende de diferentes iniciativas desarrolladas en los últimos años.

Destaca singularmente la iniciativa “*Advantage Joint Action (JA)*” como primera acción conjunta para la prevención de la fragilidad cofinanciada a través del Tercer Programa Europeo de Salud de la Unión Europea (UE) 2014-2020, que involucra a 33 organizaciones europeas y 22 Estados miembros. Entre estos se encuentra España que ejerce como país coordinador a través del Servicio Madrileño de Salud y cuenta, asimismo, con la participación de las CC.AA. de Andalucía, Comunidad Valenciana y el País Vasco y Castilla-La Mancha como Entidad Afiliada^{22, 23}.

El objetivo de este proyecto es definir un modelo europeo común que contribuya a un abordaje más homogéneo del reto de la fragilidad o el riesgo de desarrollarla en las personas mayores en la UE mejorando su prevención, detección, evaluación y manejo, mediante la promoción de los cambios organizativos necesarios en los sistemas sanitarios y sociales.

Entretanto, se han llevado a término otras iniciativas como las que se describen a continuación:

- ✓ La creación de la Asociación Europea de Innovación Europeo sobre envejecimiento activo y saludable (EIP AHA) en el marco de la “Estrategia Europa 2020”,

cuya principal finalidad es la prevención y diagnóstico precoz del deterioro funcional y cognitivo con intervenciones dirigidas a la fragilidad²⁴.

- ✓ El desarrollo del programa Horizon 2020 de investigación e innovación de la Unión Europea (2014-2020) que integra 6 subprogramas específicos de fragilidad²⁵.
- ✓ La 9ª llamada de propuestas de la Innovative Medicines Initiative (IMI1 – Call 9) lanzada en 2013 con el propósito de mejorar la calidad de vida de las personas mayores mediante intervenciones terapéuticas innovadoras para abordar la fragilidad física²⁶.

1.4. MARCO NACIONAL DEL ABORDAJE DE LA FRAGILIDAD EN EL CONTEXTO DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA

En lo que se refiere al abordaje de la fragilidad en España, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad aprobó el “Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor” como parte de la “Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS”²⁷ en el Consejo Interterritorial del SNS el 11 de junio de 2014, el cual ha sido actualizado en 2022 por la Comisión de Salud Pública del Ministerio de Sanidad¹⁰.

El propósito de este documento consiste en detectar e intervenir sobre la fragilidad y el riesgo de caídas en la persona mayor, como medio para mantener la autonomía y la independencia en la etapa del envejecimiento¹⁰ en la línea de los objetivos de la OMS de promover el envejecimiento activo, definido como “el proceso de optimización de

oportunidades de salud, participación y seguridad que mejore la calidad de vida a medida que las personas envejecen”²⁸.

El Ministerio proponía alcanzar tal fin sobre la base del desarrollo de un protocolo común para el conjunto del SNS, que incluyese el cribado de fragilidad y el riesgo de caídas en el ámbito de la AP.

Posteriormente, en 2019, en el marco del proyecto “Advantage JA” y la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención anteriormente citados²⁸, el Ministerio de Sanidad puso en marcha la “Hoja de ruta para el abordaje de la fragilidad” aprobada por la Comisión del Salud Pública el 14 de noviembre de ese mismo año y que ha contado con la supervisión del Grupo de Trabajo de prevención de fragilidad y caídas de esta Estrategia y está formado por representantes de todas las CC.AA. y distintas sociedades profesionales²³. En este documento el Ministerio insta a las CC.AA. a promover y apoyar planes de atención y/o protocolos o guías nacionales dirigidas a las personas mayores y centradas en la prevención de la dependencia y en el abordaje de la fragilidad en los procesos asistenciales, entendiendo la fragilidad de acuerdo con la definición de la OMS anteriormente apuntada²³.

Las diferentes acciones propuestas en esta hoja de ruta se centran especialmente en la promoción del envejecimiento saludable; y la prevención, detección precoz y monitorización de la dependencia funcional desde una perspectiva puramente clínica de la fragilidad²³. No obstante, cabe mencionar que en el contexto del objetivo de “Contribuir a la mejora del abordaje de la fragilidad en todos los niveles de atención” se

apunta específicamente la promoción de la mejora de las rutas asistenciales para garantizar el adecuado manejo de la fragilidad en todos los ámbitos de atención de las personas mayores, incluyendo los servicios sociales y comunitarios. Entretanto, en la línea de establecer y mejorar un modelo integrado y coordinado de atención que aborde la fragilidad, se plantea el fomento de medidas de coordinación entre los ámbitos sanitario y social (servicios sociales y comunitarios)²³.

En España existen escasos estudios que delimiten los indicadores de fragilidad de la población de edad avanzada. En cualquier caso, en la línea de situar el foco de las intervenciones en la fragilidad puramente clínica se han llevado a cabo varias investigaciones en materia de fragilidad que arrojan información de 6 cohortes longitudinales como son el estudio FRADEA en Albacete¹⁹ (2010), los estudios Peñagrande y Leganés en Madrid¹⁰, el estudio Octabaix en Barcelona²⁹ y FRALLE en Lleida (2016)⁸.

Por su lado, el estudio observacional de “Envejecimiento Saludable en Toledo” analiza los distintos modelos de fragilidad teniendo en cuenta no solo los factores clínicos, fisiopatológicos y genéticos, sino también sus determinantes sociales para identificar la relación entre el estilo de vida, la fragilidad y las enfermedades crónicas³⁰.

Por otro lado, existen otras estrategias autonómicas para el abordaje de la cronicidad en las que se contemplan aspectos relacionados con la cronicidad compleja, la pluripatología y la fragilidad o vulnerabilidad clínica y social en determinados casos y que se describen en el apartado 4.

1.5. JUSTIFICACIÓN

Teniendo en cuenta los desafíos que plantea el envejecimiento poblacional, y en particular la cronicidad en el conjunto de población más vulnerable y compleja representado por las personas mayores, resulta necesario transformar el modelo de atención a la cronicidad hacia un modelo que sitúe a la persona en el centro de los cuidados sanitarios y sociales, garantizando el acceso a una atención sanitaria y social equitativas centrada en las necesidades específicas de los diversos perfiles de pacientes crónicos/as según su complejidad clínica y situación social, poniendo el foco en la prevención de la fragilidad como principal factor causante de la dependencia.

A pesar de la prevalencia de la fragilidad, esta no se encuentra reconocida como un síndrome clínico o diagnóstico y no parece estar entre las prioridades de la agenda sanitaria, enfocándose, por lo general, en el manejo de la fragilidad clínica, sin tener en cuenta suficientemente los aspectos emocionales y sociales de las personas en situación de vulnerabilidad¹⁸.

Una prueba del actual enfoque es la ausencia de una definición de fragilidad reconocida que integre tanto la dimensión clínica como la social de este concepto.

No obstante, un nuevo enfoque de la atención a la cronicidad compleja requiere una detección precoz de la fragilidad, así como un abordaje integrado (por parte del sistema sanitario y social) e interdisciplinar (por profesionales sanitarios/as como médicos/as, enfermería, farmacéuticos/as, psicólogos/as, trabajadores/as sociales, etc.) y coordinado entre los centros sanitarios

y el sistema social (servicios sociales y la comunidad, desde un enfoque de equidad, habida cuenta de los diversos determinantes sociales que afectan a las personas mayores y cuyo abordaje es especialmente relevante para promover el envejecimiento saludable y el mantenimiento de la capacidad no solo funcional, sino también social¹⁰.

Así pues, la Plataforma de Organizaciones de Pacientes, a través de su Observatorio de Atención al Paciente (OAP), ha detectado la necesidad de profundizar en la situación actual del acceso a la atención sanitaria y social que reciben las personas con enfermedad crónica, con especial interés en aquellas con patologías crónicas complejas, pluripatología o en riesgo o situación de fragilidad.

El presente “Informe 2022 del Observatorio de Atención al Paciente” recoge, también, los resultados de una encuesta a planificadores y gestores sanitarios de las Administraciones Públicas, así como de varias consultas a profesionales del ámbito sanitario.

2. Objetivos

2.1. OBJETIVO GENERAL

De acuerdo con la situación expuesta se plantea como objetivo general del informe **profundizar en el abordaje de la cronicidad compleja en España y apuntar los retos en el acceso a la atención sanitaria y social de las personas con enfermedad crónica**, con especial foco en las personas con

enfermedad crónica compleja y/o frágiles.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Así, los objetivos específicos han sido:

- ✓ Identificar y describir las **prioridades de los futuros modelos de atención a la cronicidad** en el proceso de adaptación a las nuevas necesidades de los diferentes perfiles de pacientes crónicos/as (complejos/as, pluripatológicos/as y/o frágiles).
- ✓ Profundizar en la **estratificación realizada actualmente de los diferentes perfiles de pacientes crónicos/as** para el diseño de intervenciones sanitarias y/o sociales personalizadas.
- ✓ **Conocer en qué medida se garantiza la continuidad asistencial en el abordaje de la cronicidad** en los diferentes niveles asistenciales y mediante qué herramientas e indicadores se lleva a cabo y se evalúa.
- ✓ **Describir los retos actuales de las CC.AA. para asegurar la continuidad asistencial** en el marco de un nuevo modelo de atención a la cronicidad.
- ✓ **Conocer en qué medida se asegura la derivación** de las personas con enfermedad crónica en situación de fragilidad o vulnerabilidad social desde el sistema sanitario **a los servicios y/o recursos sociales**.
- ✓ Concretar los principales **retos respecto a la coordinación entre el sistema sanitario y el social**.
- ✓ **Definir posibles propuestas de mejora en el acceso a la atención sanitaria y social de la cronicidad** en pacientes crónicos/as complejos/as y/o frágiles.

3. Metodología

Para el desarrollo de este informe se ha recurrido tanto a técnicas cualitativas como cuantitativas con el propósito de dar respuesta a sus objetivos. Concretamente, se realizaron tres reuniones con el Comité Asesor del OAP para la discusión y el consenso de aspectos clave del informe y se llevó

a cabo una encuesta online dirigida a las Administraciones Sanitarias del conjunto de CC.AA.

En la siguiente figura se pueden observar de manera gráfica las diferentes fases y principales actividades del proyecto.



3.1. COMITÉ ASESOR

En la elaboración del Informe anual del OAP se ha contado con el soporte de profesionales sanitarios miembros de las sociedades científicas y organizaciones que forman su Comité Asesor (ver listado de profesionales en anexo 7.1), con quienes la comunicación se realizó mediante correo electrónico.

Las funciones de este Comité a lo largo de las diferentes fases del informe han sido:

- ✓ Asesorar al equipo técnico del proyecto.
- ✓ Validar el avance del proyecto.
- ✓ Participar en tres reuniones virtuales
- ✓ Revisar y validar los documentos de trabajo (actas de reuniones e informe final).

3.2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Con la finalidad de conocer la situación actual del acceso a la atención y tratamiento sanitario y social por parte de pacientes con enfermedad crónica se realizó una búsqueda de Estrategias y Planes de Salud relacionados específicamente con el abordaje de las personas con enfermedad crónica compleja a nivel autonómico, así como una revisión bibliográfica de estudios desarrollados por organizaciones de pacientes y sociedades científicas y de documentos oficiales de instituciones públicas.

Dado que mediante esta revisión bibliográfica se identificó la ausencia generalizada en el conjunto de CC.AA. de Estrategias o Planes de Salud que aborasen la identificación y manejo de la fragilidad y/o vulnerabilidad (clínica y, especialmente, social) en las personas con enfermedad crónica se decidió diseñar un cuestionario dirigido a las Consejerías y Departamentos de Salud del conjunto de CC.AA. cuyas características y desarrollo se describen en el siguiente apartado.

3.3. SONDEO A COMUNIDADES AUTÓNOMAS

3.3.1. Objetivo

Se diseñó un cuestionario online compuesto por un total de 15 preguntas (11 cerradas y 4 abiertas) con el objetivo de **recoger información de las CC.AA. sobre el acceso a la atención y tratamiento sanitario y social por parte de pacientes con enfermedad crónica, con especial foco en pacientes crónicos complejos/frágiles.**

3.3.2. Muestra y trabajo de campo

Se ha contado con una muestra de 16 encuestas válidas (todas las CC.AA. han participado a excepción del País Vasco). La recogida de datos se llevó a cabo entre el 27 de septiembre y el 2 de noviembre de 2022 y las respuestas se obtuvieron por medio de un cuestionario autoadministrado en Internet en el que participaron expertos/as y directivos/as de planificación y gestión sanitaria de las Direcciones Generales y Servicios de Planificación, Asistencia Sanitaria, Humanización y Cuidados de las Consejerías y Departamentos de Salud de las 16 Comunidades Autónomas participantes.

El conjunto de participantes fue invitado a participar en el sondeo mediante correo electrónico y participó de forma voluntaria. Fueron reclutados/as por sus respectivas Direcciones Generales o Servicios con motivo de su experiencia y conocimiento acerca del diseño y evaluación de los planes y estrategias de cronicidad.

A continuación, se detallan las diferentes Subdirecciones y Direcciones Generales y Servicios que han participado en la encuesta:

Tabla 1. Direcciones Generales y Servicios participantes en el sondeo

COMUNIDAD AUTÓNOMA	ÁREA DE TRABAJO
Andalucía	Dirección General de la Estrategia de Cuidados. Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía.
Aragón	Dirección General de Asistencia Sanitaria del Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón.
Principado de Asturias	Dirección General de Cuidados, Humanización y Atención Sociosanitaria de la Consejería de Salud del Principado de Asturias.
Illes Balears	Subdirección de atención a la cronicidad, coordinación sociosanitaria y enfermedades poco frecuentes de la Consejería de Salud y Consumo del Gobierno de las Islas Baleares.
Canarias	Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de Salud.
Cantabria	Dirección General del Servicio Cántabro de Salud.
Castilla y León	Dirección General de Planificación Sanitaria y Sociosanitaria de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León.
Castilla-La Mancha	Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Castilla-La Mancha.
Cataluña	Dirección General de Planificación en Salud del Departament de Salut de Cataluña.
Comunitat Valenciana	Subdirección General de Actividad Asistencial de la Consejería de Sanidad Universal y Salud Pública de la Generalitat Valenciana.
Extremadura	Dirección General de Asistencia Sanitaria de la Junta de Extremadura.
Galicia	Dirección General de Planificación Sanitaria del Servicio Gallego de Salud (SERGAS).
Comunidad de Madrid	Dirección General de Humanización y Atención al Paciente de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.
Región de Murcia	Equipo Sociosanitario Servicio Murciano de Salud. Consejería de Salud de la Región de Murcia.
Comunidad Foral de Navarra	Servicio de Planificación, Evaluación y Gestión del Conocimiento de la Consejería de Salud de La Comunidad Foral de Navarra.
La Rioja	Dirección de Planificación Estratégica del Servicio Riojano de Salud.

3.3.3. Temáticas y tipo de análisis estadístico

El sondeo (ver en anexos) ha permitido obtener información sobre diferentes dimensiones:

- ✓ **Planificación sanitaria:** previsión de reorientar el actual modelo de atención a la cronicidad para responder a las necesidades actuales de la población con enfermedad crónica, las prioridades de este nuevo modelo sanitario y la estratificación de los diferentes perfiles de población crónica.
- ✓ **Continuidad asistencial:** grado de implantación de la continuidad asistencial, retos, herramientas para garantizarla e indicadores para medir la coordinación asistencial.
- ✓ **Equidad:** existencia de indicadores para la monitorización de la equidad en el acceso a la atención sanitaria y protocolos o procesos sistematizados para la derivación de pacientes crónicos/as dentro y fuera de su Comunidad Autónoma.
- ✓ **Coordinación sanitaria y social:** grado en qué se deriva a las personas con enfermedad crónica en situación de fragilidad o vulnerabilidad social desde el sistema sanitario a los servicios y/o recursos sociales y retos de la coordinación sanitaria y social.

El diseño, seguimiento y recogida y explotación estadística de estos datos se ha llevado a cabo mediante la herramienta *SurveyMonkey* (www.surveymonkey.com) donde se han creado los gráficos y tablas que facilitan la interpretación de los datos cuantitativos que se presentan en este informe. Se ha llevado a cabo un análisis univariante, esto es, un análisis descriptivo dimensional de la totalidad de variables que componen el cuestionario.

4. Abordaje de la cronicidad compleja en España

4.1. ESTRATEGIAS, PLANES Y PROTOCOLOS PARA EL ABORDAJE DE LA CRONICIDAD COMPLEJA EN ESPAÑA

Tal como se avanzaba en la introducción de este documento, en 2019 el Ministerio de Sanidad aprobó el documento “Hoja de ruta para el abordaje de la fragilidad” en el contexto de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención. En este se proponía a las CC.AA. desarrollar una serie de acciones mediante la promoción de planes de atención y/o protocolos y guías centradas en la prevención y el abordaje de la dependencia y la fragilidad en las personas mayores como son:

- ✓ Convertir la fragilidad en una prioridad de salud pública.
- ✓ Promocionar el abordaje de la fragilidad a nivel poblacional (incluyendo su prevención, detección precoz poblacional y monitorización).
- ✓ Promocionar el manejo/abordaje de la fragilidad a nivel individual (incluyendo prevención, detección precoz individual, diagnóstico y manejo).
- ✓ Establecer y mejorar de manera continuada un modelo integrado y coordinado de cuidado que aborde la fragilidad.
- ✓ Facilitar de manera sostenible la formación de profesionales en fragilidad y envejecimiento (incluyendo formación profesional, pre y post grado y formación continua).
- ✓ Fortalecer la capacidad de investigación en envejecimiento y fragilidad.

De acuerdo a esta hoja de ruta, algunas CC.AA. han desarrollado o están desarrollando estrategias, planes o protocolos específicos para el abordaje y manejo de la cronicidad compleja o la pluripatología que se encuentran en diferente fase de evolución en las Comunidades de Andalucía, Aragón, Islas Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Cataluña, Extremadura, Región de Murcia, la Comunidad de Madrid, la Comunidad Foral de Navarra y el País Vasco, y que se detallan en la tabla 2.

Por su parte, Cantabria y La Rioja, a pesar de no haber desarrollado planes o protocolos específicos, han puesto en marcha iniciativas específicas para personas con enfermedades crónicas afectadas por deterioro y pérdida de autonomía (“Ruta del Paciente Pluripatológico” en Cantabria) y mejorar la calidad de la atención a los y las pacientes crónicos/as pluripatológicos/as complejos/as mediante una atención integral, continuada y accesible (“Hospital de la Fragilidad” en La Rioja).

La fragilidad clínica se integra de forma transversal en los objetivos estratégicos

de los diferentes documentos en alguna medida. Así, se consideran de forma generalizada aspectos como la prevención del riesgo de fragilidad en los pacientes y cuidadores/as informales por sobrecarga; la valoración, manejo y mejora de la capacidad funcional y la dependencia; el manejo de la pluripatología y la cronicidad compleja; y la atención y coordinación social y sanitaria.

Entretanto, la Comunidad Valenciana, Galicia y el Principado de Asturias no han creado ningún documento propio para el manejo del/la paciente crónico/a complejo/a, pluripatológico/a, frágil o dependiente.

Cabe enfatizar que en las CC.AA. en las que existen programas integrados de atención a pacientes crónicos/as complejos/as se ha observado un descenso de hasta un 45 % en los ingresos hospitalarios de pacientes crónicos pluripatológicos⁴.

Tabla 2. Planes, programas o iniciativas autonómicas para el manejo de la enfermedad crónica compleja y/o la pluripatología

COMUNIDAD AUTÓNOMA	PLANES, PROGRAMAS O PROTOCOLOS RELACIONADAS CON EL ABORDAJE DE LA COMPLEJIDAD Y/O FRAGILIDAD	OBJETIVOS GENERALES / LÍNEAS ESTRATÉGICAS
Andalucía	“Atención a pacientes crónicos con necesidades de salud complejas. Estrategia de implementación.” (2016) ³¹	Identificar aspectos monitorizables por parte de los y las profesionales que realizan el manejo de pacientes crónicos/as con necesidades de salud complejas (con comorbilidad, pluripatología, polimedicación y red social y familiar compleja), que puedan contribuir a mejorar la atención e impactar en los resultados en salud.

(Continuación)

Tabla 2. Planes, programas o iniciativas autonómicas para el manejo de la enfermedad crónica compleja y/o la pluripatología

COMUNIDAD AUTÓNOMA	PLANES, PROGRAMAS O PROTOCOLOS RELACIONADAS CON EL ABORDAJE DE LA COMPLEJIDAD Y/O FRAGILIDAD	OBJETIVOS GENERALES / LÍNEAS ESTRATÉGICAS
Aragón	“Proceso de atención a los pacientes crónicos complejos en Aragón.” (2019) ³²	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar la organización para identificar y dar respuesta a las necesidades de cuidados de los y las pacientes crónicos/as complejos/as y sus personas cuidadoras. • Garantizar la accesibilidad y la continuidad asistencial, para evitar la actual fragmentación de responsabilidades. • Disminuir la variabilidad clínica mediante el establecimiento de normas consensuadas de actuación. • Mejorar los resultados de salud.
	“Programa de atención a enfermos crónicos dependientes” ³³	Describir el proceso de atención sanitaria de los y las pacientes crónicos/as dependientes en los que intervienen los Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria.
Illes Balears	“Atención al paciente crónico complejo y crónico avanzado.” (2017) ³⁴	Mejorar la calidad de la atención a las personas con enfermedad crónica compleja y avanzada , a las personas cuidadoras y sus familiares, manteniéndoles el máximo tiempo posible en el entono comunitario y con la mejor calidad de vida posible.
Canarias	“Estudio sobre los factores de riesgo social en las personas mayores.” (2019) ³⁵	Identificar un conjunto básico de factores de riesgo social que contribuya a determinar la situación de fragilidad o riesgo de dependencia en las personas mayores en la red de AP.
	“Protocolo de atención a las personas mayores en Atención Primaria.” (2017) ³⁶	<ul style="list-style-type: none"> • Prolongar la autonomía de las personas mayores para conseguir una vejez saludable. • Aumentar la expectativa de vida libre de enfermedad y dependencia. • Favorecer la permanencia en el domicilio y/o entorno habitual, con la mejor calidad de vida posible.
Cantabria	<p>“Ruta del Paciente Pluripatológico.” (2016)³⁷</p> <p>Proyecto piloto en 2 centros de salud impulsado desde la oficina de cronicidad y pluripatología del Sistema Cántabro de Salud, con la implicación de médicos/as de familia, enfermería, trabajadores/as sociales y especialistas en medicina interna.</p>	Identificar y organizar la atención a pacientes con enfermedades crónicas que generan deterioro y pérdida de la autonomía demorando su progresión y mejorando su nivel de salud mediante intervenciones específicas e individualizadas según su nivel de complejidad.

(Continuación)

Tabla 2. Planes, programas o iniciativas autonómicas para el manejo de la enfermedad crónica compleja y/o la pluripatología

COMUNIDAD AUTÓNOMA	PLANES, PROGRAMAS O PROTOCOLOS RELACIONADAS CON EL ABORDAJE DE LA COMPLEJIDAD Y/O FRAGILIDAD	OBJETIVOS GENERALES / LÍNEAS ESTRATÉGICAS
Castilla y León	“Proceso de atención a la persona con pluripatología crónica compleja.” (2020) ³⁸	Prestar una atención integral continuada y accesible a la persona con pluripatología crónica compleja adaptada a sus necesidades, que minimice el riesgo de descompensaciones; y promueva la participación activa del/la paciente y su familia en los cuidados.
Castilla-La Mancha	“Plan de Abordaje Integral de la Cronicidad y Prevención de la Fragilidad de Castilla-La Mancha.” ³⁹ (actualmente en desarrollo). Se encuentra enmarcado en el “Plan de Salud de Castilla-La Mancha. Horizonte 2025.”	Favorecer el envejecimiento saludable de la población y prevenir y minimizar el riesgo asociado a la fragilidad como limitación funcional de la población mayor de 70 años.
Cataluña	“Bases conceptuales y modelo de atención para las personas frágiles, con cronicidad compleja (PCC)” avanzada (MACA).” (2021) ⁴⁰ Se encuentra enmarcado en el “Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC)”.	Promover un modelo de atención más individualizado y focalizado en los resultados especialmente para las personas frágiles, con cronicidad compleja y/o avanzada , como palanca de cambio hacia un sistema de atención más humanizado.
Extremadura	“Procesos Asistenciales Integrados (PAI). Paciente crónico complejo.” (2019) ⁴¹	Definir un modelo asistencial adaptado a las necesidades de los PCC basado en una asistencia integrada sobre los ejes clínico, mental, funcional y social, que mejoren la salud y la calidad de vida de pacientes y cuidadores/as.
Comunidad de Madrid	“Plan de atención integral a la fragilidad y promoción de la longevidad saludable en personas mayores de la Comunidad de Madrid 2022-2025.” ⁴²	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinación sociosanitaria • Sensibilización sobre longevidad saludable • Promoción y prevención • Detección y diagnóstico de la fragilidad • Atención integral • Formación de profesionales y promoción de la investigación
Región de Murcia	“Programa de atención a pacientes complejos multiriesgo.” (2017) ⁴³	Mejorar la calidad de la atención prestada a las personas con enfermedad crónica compleja multingreso del Área de Salud VI de la Región de Murcia, mediante la actuación sobre los circuitos de comunicación entre niveles asistenciales.

(Continuación)

Tabla 2. Planes, programas o iniciativas autonómicas para el manejo de la enfermedad crónica compleja y/o la pluripatología

COMUNIDAD AUTÓNOMA	PLANES, PROGRAMAS O PROTOCOLOS RELACIONADAS CON EL ABORDAJE DE LA COMPLEJIDAD Y/O FRAGILIDAD	OBJETIVOS GENERALES / LÍNEAS ESTRATÉGICAS
Comunidad Foral de Navarra	“Estrategia Navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos.” (2016) ⁴⁴	<ul style="list-style-type: none"> • Minimizar la dependencia y la autonomía funcional y social. • Mejorar la capacidad funcional y calidad de vida de pacientes y cuidadores/as. • Promover la autonomía y la capacitación de pacientes y cuidadores/as.
País Vasco	“Plan de atención a las personas mayores (PAM).” (2018) ⁴⁵	Disponer de un procedimiento de valoración multidimensional y de actuación en personas de 70 y más años con la fragilidad como elemento clave para abordar las necesidades y los planes, y orientando a la promoción del envejecimiento saludable, la prevención de la enfermedad y el mantenimiento de la funcionalidad.
	“Kronik ON Programa. Paciente Crónico Complejo.” ⁴⁶ (plataforma en curso) Desarrollado en el marco de la Escuela de Salud del Departamento de Salud del País Vasco.	Ofrecer información a las personas con pluripatología o cronicidad compleja y sus cuidadores/as sobre las patologías más comunes con el fin de mejorar su cuidado.
La Rioja	“Hospital de la Fragilidad” ⁴⁷ Se habilitará próximamente en el Hospital General de La Rioja y será un centro de hospitalización de corta estancia para pacientes crónicos a quienes se proporcionará atención integral: física, psicofísica y emocional.	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la calidad de la atención a las personas con enfermedad crónica compleja o pluripatología, así como a sus cuidadores/as y familia. • Proporcionar atención integral acorde con las necesidades del/la paciente, la accesibilidad y la continuidad asistencial.

Simultáneamente a los diferentes planes a nivel autonómico anteriormente señalados, Canarias Castilla y León y Madrid (esta última no ha creado plan o estrategia alguno de la fragilidad) han puesto en marcha experiencias para la implementación del abordaje de la

fragilidad en España en el ámbito del Grupo de Trabajo de Prevención de Fragilidad y Caídas de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS compuesto por todas las CC.AA que, según el Ministerio de Sanidad, han sido destacables (ver tabla 3).

Tabla 3. Buenas prácticas del SNS en el abordaje de la fragilidad

COMUNIDAD AUTÓNOMA	BUENA PRÁCTICA	ACCIONES DESTACADAS
Canarias ⁴⁸	“Impulsando el abordaje a la fragilidad en Canarias”	Programas establecidos en AP para las personas mayores y el manejo de la cronicidad.
Castilla y León ⁴⁹	“Implementación del Abordaje de la Fragilidad en Castilla y León”	<ul style="list-style-type: none"> • Inclusión del cribado de fragilidad a través del servicio de personas mayores frágiles. • Adaptación de las guías asistenciales que contienen datos clínicos relacionados con la fragilidad. • Modificación de la Historia Clínica Compartida (HCC) con la adaptación de guías. • Formación de los y las profesionales. • Actualización de la cartera de servicios de AP en 2019.
Comunidad de Madrid ⁵⁰	“Cinco años trabajando en Atención Primaria para mejorar la atención de las personas mayores frágiles, en la Comunidad de Madrid”	<p>Desarrollo de servicios de salud específicos para pacientes crónicos/as en relación con los niveles de intervención y las capacidades funcionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevención y detección de problemas en las personas mayores. • Atención a la persona mayor frágil (con indicadores de riesgo social y/o patología crónica invalidante). • Atención domiciliaria a personas inmovilizadas.

4.2. SITUACIÓN ACTUAL DEL ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA Y SOCIAL DE LAS PERSONAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA EN ESPAÑA: RESULTADOS DEL SONDEO A LAS CC.AA.

En el presente bloque se presenta la fotografía de la situación actual del acceso a la atención sanitaria y social integral y continuada por parte de las personas con enfermedad crónica,

con especial foco en las personas que viven con problemas de salud crónicos complejos y/o en situación de fragilidad.

4.2.1. Planificación

El conjunto de CC.AA. que han participado en la encuesta **está trabajando o prevé trabajar en una reorientación estratégica de su actual modelo de atención a la cronicidad** para responder a las necesidades actuales de la población con

enfermedad crónica. Por un lado, 12 de ellas estarían trabajando actualmente en esta redefinición, mientras que, por otro, las 4 CC.AA. restantes tienen previsto hacerlo.

Cabe mencionar que a pesar de que en el sondeo lanzado en 2021 a las CC.AA. (en el contexto del Informe anual del OAP) todas, a excepción de una, manifestaron estar trabajando en la redefinición del modelo, ninguna ha desarrollado por el momento una nueva Estrategia o Plan de Cronicidad para responder a las nuevas necesidades de la población crónica surgidas en los últimos años¹⁴. Únicamente Andalucía parece haber iniciado en 2022 el diseño de una nueva Estrategia de Atención a la Cronicidad, con la finalidad de reforzar los recursos sanitarios y su reorientación para ofrecer una atención integral a pacientes con pluripatología y enfermedades crónicas complejas, entre otros objetivos⁵¹.

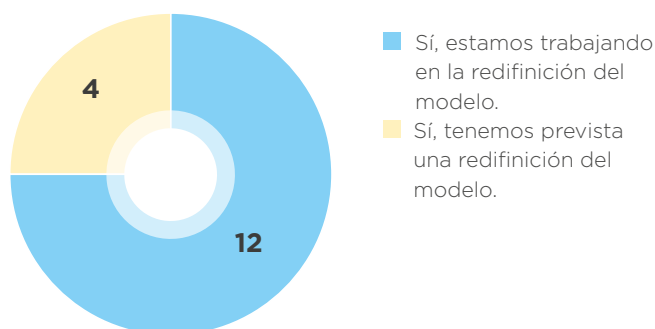
Según la mayoría de CC.AA. los aspectos más prioritarios de un nuevo modelo sanitario centrado en la atención a la cronicidad serían la **transformación digital del sistema sanitario** (15 CC.AA.), la **estratificación de la población crónica** (11 CC.AA.) y el **refuerzo de la AP** (11 CC.AA.).

Asimismo, se han apuntado otros retos menos prioritarios, tales como:

- ✓ Fomento de la coordinación y/o integración entre niveles asistenciales (8 CC.AA.).
- ✓ Medición de los resultados en salud (8 CC.AA.).
- ✓ Garantía de la continuidad asistencial (7 CC.AA.).

Cabe destacar que **los aspectos relacionados con una perspectiva más biopsicosocial del abordaje de**

Figura 1. Reorientación del actual modelo de atención a la cronicidad. (n=16)



la cronicidad no son prioritarios para la mayoría de las CC.AA., esto es, la atención de las necesidades sociales asociadas a la cronicidad (6 CC.AA.), la humanización de atención sanitaria (4 CC.AA.), atención psicológica de las necesidades emocionales derivadas de la cronicidad (2 CC.AA.) y la equidad territorial en el acceso a la atención sanitaria (2 CC.AA.).

Igualmente, el conjunto de Consejerías consultadas no contempla en su planificación la necesidad de mejorar o garantizar el acceso al diagnóstico precoz, la investigación e innovación y los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos (como la rehabilitación y la fisioterapia, entre otros), así como tampoco de aumentar la ratio de profesionales sanitarios/as en los diferentes niveles asistenciales.

Figura 2. Prioridades de un nuevo modelo sanitario centrado en la atención a la cronicidad

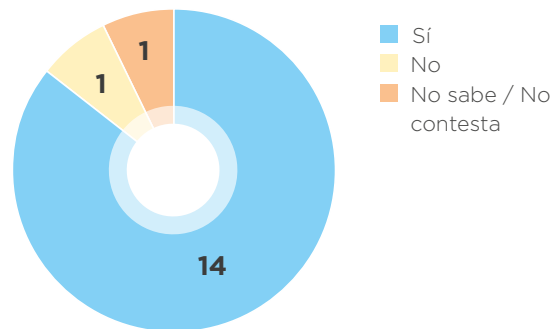
Entretanto, 6 CC.AA. consideran prioritario garantizar la formación y capacitación continuada a los y las profesionales sanitarios que intervienen en el manejo de la cronicidad. En esta línea, las Consejerías y Departamentos de Salud, al ser consultadas sobre cómo solventar el actual déficit de profesionales sanitarios en todos los niveles asistenciales del

sistema sanitario, han manifestado su previsión de llevar a cabo diferentes acciones como la transformación digital del sistema sanitario (Bigdata, teleconsulta, ...), la creación de equipos multidisciplinares, la reorganización de la AP, la creación de nuevos perfiles profesionales y el fomento de la telemonitorización y el autocuidado.

Por su parte, el refuerzo de la AP continúa siendo la principal preocupación de la mayoría de ellas. En cambio, la humanización de la atención sanitaria, que constituía un objetivo primordial para la mayoría de las regiones en el sondeo del 2021 (10 CC.AA.), en 2022 únicamente es prioritaria para 4 de ellas.

Prácticamente en **todas las CC.AA. encuestadas parecen haberse definido perfiles de pacientes crónicos/as** a los que dirigir las intervenciones sanitarias que, en términos generales, se clasifican según el nivel de complejidad o de riesgo (pero no de su situación o necesidades sociales) del siguiente modo. No obstante, tal como se ha apuntado anteriormente, la mayoría de ellas sitúa la estratificación de la población crónica entre los aspectos más prioritarios del nuevo modelo sanitario habida cuenta de que, en general, los diferentes modelos de

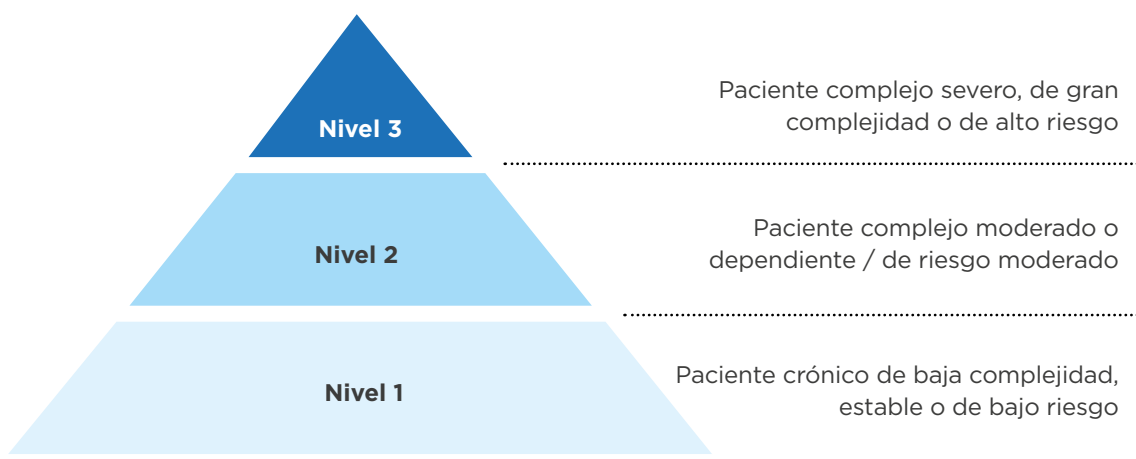
Figura 3. Definición de los diferentes perfiles de pacientes crónicos/as



estratificación no incorporan variables sociales.

Se ha destacado el empleo de la estratificación según Grupos de Morbilidad Ajustados (GMA) y de índices de valoración de criterios clínicos (como el Índice de Comorbilidad de Charlson, Frágil-VIG y PROFUND, entre otros) a fin de diseñar intervenciones personalizadas para la persona con enfermedad crónica compleja.

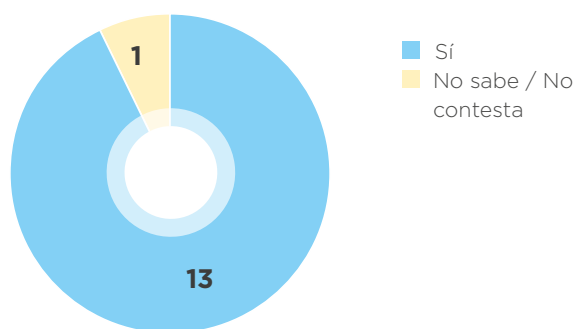
Figura 4. Clasificación de los perfiles de pacientes crónicos/as



Fuente: Elaboración propia

La gran parte de CC.AA. (13) emplea esta estratificación de la población crónica para el diseño de estrategias o acciones dirigidas a ofrecer una atención personalizada centrada en las necesidades particulares de estos perfiles de pacientes.

Figura 5. Empleo de la estratificación en el diseño de acciones para la población crónica



A partir de la estratificación de la población crónica las Consejerías han afirmado desarrollar las siguientes intervenciones:

- ✓ Procesos Asistenciales Integrados (PAI) para las personas con enfermedad crónica compleja.
- ✓ Planes personalizados de educación y acompañamiento terapéutico en cronicidad estable.
- ✓ Seguimiento proactivo domiciliario de personas con cronicidad compleja.
- ✓ Creación de rutas y recursos asistenciales específicos y diferenciados para pacientes crónicos/as complejos/as (consulta de alta resolución hospitalaria,

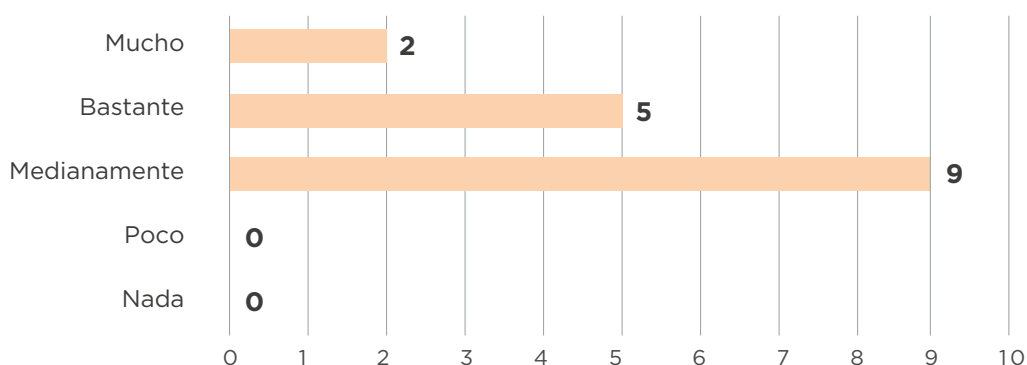
centros hospitalarios para pacientes frágiles...).

- ✓ Monitorización del estado de los y las pacientes vulnerables mediante la figura de la enfermería de enlace.

4.2.2. Continuidad asistencial

A partir de los resultados del sondeo se desprende que actualmente **existe margen de mejora en lo que se refiere a la continuidad asistencial en el abordaje de la cronicidad**, dado que más de la mitad de las CC.AA. (9) considera que esta se garantiza solo medianamente. No obstante, en 7 regiones se estaría asegurando bastante (5) o mucho (2).

Figura 6. Garantía de la continuidad asistencial en el abordaje de la cronicidad

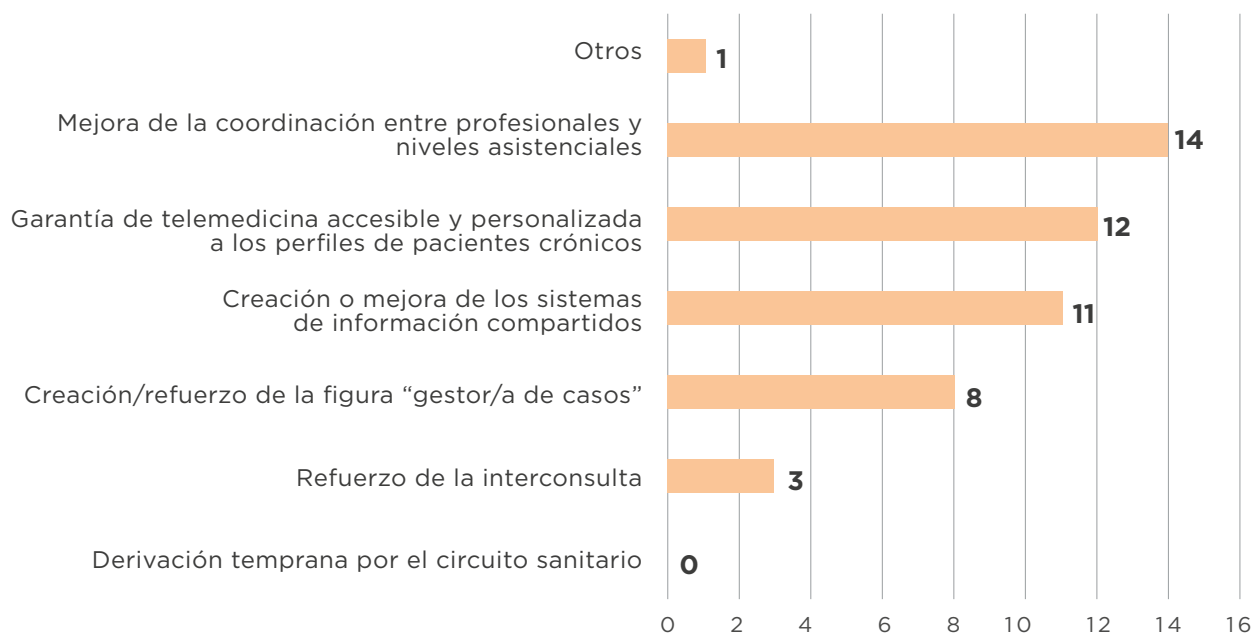


Los principales desafíos para alcanzar la plena continuidad asistencial de los sistemas sanitarios en el marco de un nuevo modelo de atención a la cronicidad consistirían en la **mejora de la coordinación entre profesionales y niveles asistenciales** (14 CC.AA.), la **garantía de la telemedicina** adaptada a los diferentes perfiles de crónicos (12 CC.AA.) **y la creación o mejora de los sistemas de información compartidos** (11 CC.AA.), seguidos de la creación o refuerzo de la figura del

gestor/a de casos (8 CC.AA.). Por otro lado, únicamente 3 de las regiones consultadas han manifestado la necesidad de reforzar la interconsulta.

Entretanto, una de ellas ha indicado que entre sus retos para asegurar la continuidad asistencial se encuentra la creación de dispositivos asistenciales específicos para la población crónica frágil que favorezcan la humanización de la asistencia sanitaria.

Figura 7. Retos de la continuidad asistencial para un modelo de atención a la cronicidad



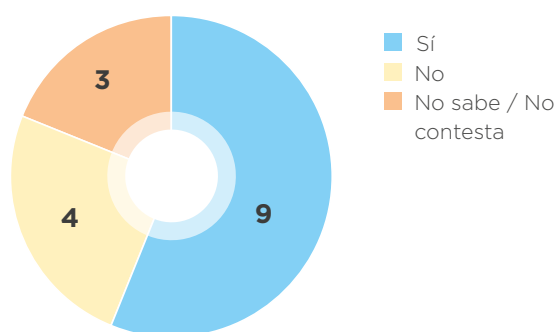
Entre las **herramientas de apoyo a la continuidad asistencial** utilizadas destacan la HCC integrada entre niveles asistenciales, la interconsulta, la enfermería gestora de casos/, los PAI para diferentes patologías crónicas, la telemedicina y las Unidades de Continuidad Asistencial cuya función es impulsar y coordinar la implantación de las líneas estratégicas de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS.

En cuanto a la evaluación de la actividad asistencial, **9 CC.AA. han afirmado contar con indicadores para medir la coordinación asistencial**, de ellos que han indicado los siguientes:

- ✓ Número de teleconsultas en procesos crónicos
- ✓ Intervenciones de las Enfermera Gestora de Casos en pacientes crónicos/as complejos/as
- ✓ Número de planes de acción personalizados coordinados entre ámbitos asistenciales

- ✓ Indicadores de atención a las transiciones (accesibles únicamente a nivel interno en un aplicativo Intranet)
- ✓ Frecuentación de urgencias por pacientes crónicos/as
- ✓ Frecuentación de atención primaria por pacientes crónicos/as
- ✓ Hospitalizaciones potencialmente evitables / Reingresos

Figura 8. Existencia de indicadores para medir la coordinación asistencial



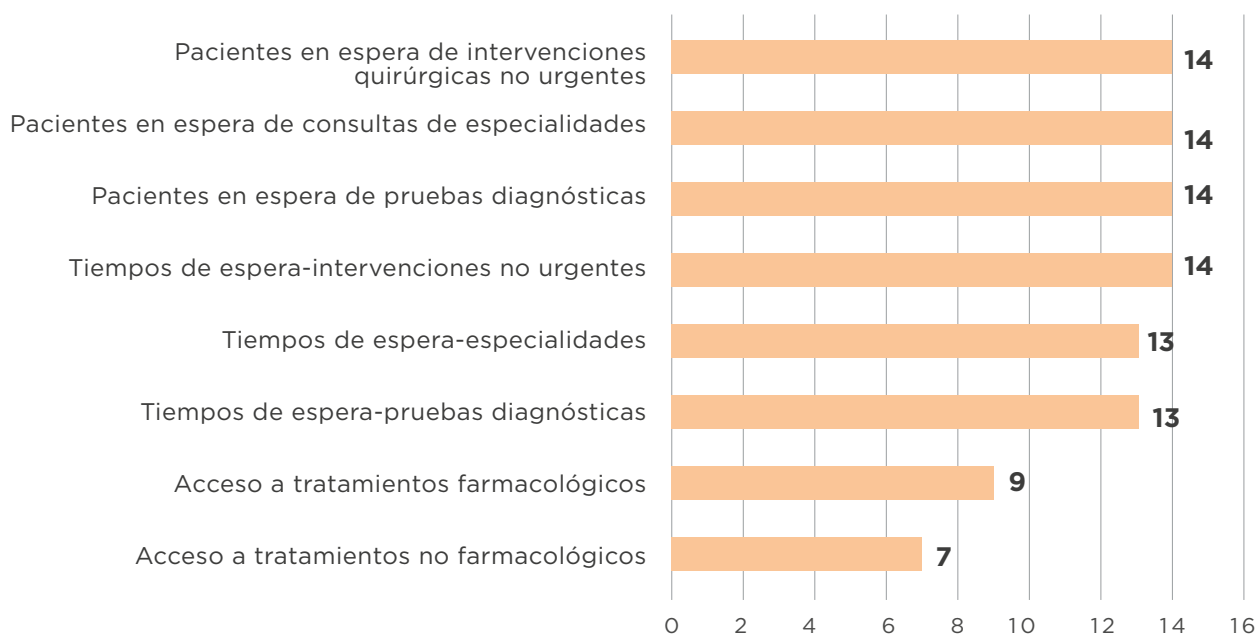
4.2.3. Equidad

Por su parte, **la gran mayoría** de Consejerías y Departamentos de salud (14) **recoge y monitoriza indicadores para controlar la equidad** en el acceso de la población crónica a la atención sanitaria. Principalmente, controlan, por un lado, el número de pacientes en espera y, por otro, el tiempo de espera para intervenciones quirúrgicas no

urgentes, consultas de especialidades y pruebas diagnósticas.

En menor medida, monitorizan indicadores de acceso a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos (8 y 7 CC.AA. respectivamente).

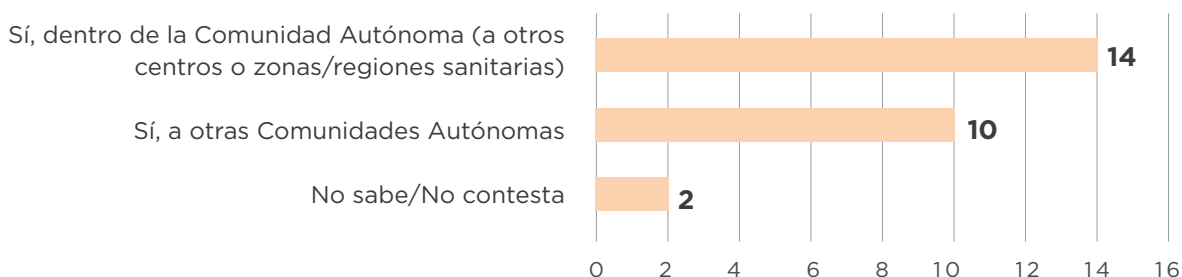
Figura 9. Indicadores para controlar la equidad en el acceso a la atención sanitaria



En el contexto del acceso a la atención sanitaria, existen protocolos o procesos sistematizados para la derivación de pacientes crónicos/as dentro de la Comunidad Autónoma en la mayor parte de regiones (14) (centros de referencia, consultas especializadas, etc.).

No obstante, el acceso a la atención sanitaria fuera de la CC.AA. de referencia del/la paciente no se encuentra garantizado en todas ellas, ya que 4 de ellas no disponen de tales protocolos para derivar pacientes a otras CC.AA.

Figura 10. Protocolo sistematizado para derivar pacientes dentro y fuera de las CC.AA.



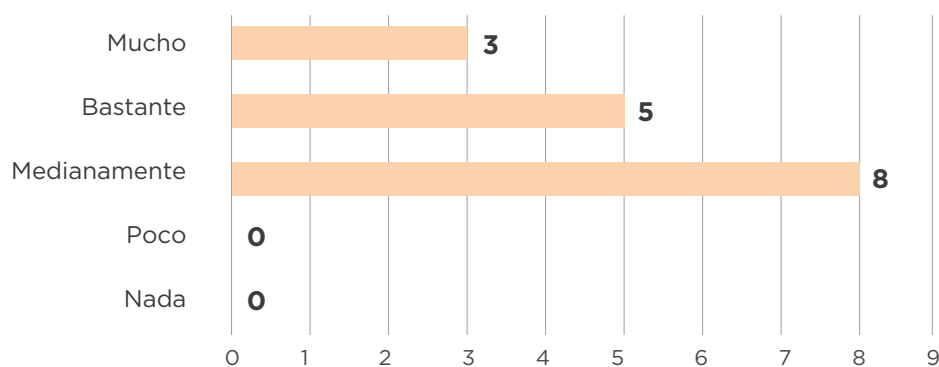
4.2.4. Coordinación sanitaria y social

En cuanto a la derivación de las personas con enfermedad crónica en situación de vulnerabilidad social del sistema sanitario al sistema social, se han identificado dos escenarios. Por un lado, el acceso de estas a los recursos del sistema social se estaría asegurando bastante o mucho (5 y 3 respectivamente) en 8 CC.AA., mientras

que en las 8 Comunidades restantes se garantiza medianamente.

Entre los servicios y recursos sociales que brindan actualmente las Consejerías se han destacado la ayuda domiciliaria, los hogares y servicios de atención residencial para personas mayores, los centros de día y ocupacionales, la hospitalización a domicilio.

Figura 11. Garantía de derivación de población crónica socialmente vulnerable al sistema social



Los principales retos apuntados por las diferentes Consejerías respecto a la coordinación entre el sistema sanitario y el social serían los que se indican a continuación:

- ✓ **Interoperabilidad entre los sistemas** de información sanitario y social.
- ✓ **Integración de la atención sanitaria y social a las personas con procesos crónicos complejos** y en situación de vulnerabilidad y/o fragilidad (especialmente de

las personas institucionalizadas en entornos residenciales) asegurando la continuidad de los cuidados y el acceso a los recursos más adecuados.

- ✓ **Diseño común de procesos y alineación de estrategias y prioridades** entre las Consejerías de salud y las de asuntos o políticas sociales.
- ✓ **Coordinación efectiva entre el sistema sanitario y social**, particularmente en las transiciones de los y las pacientes crónicos/as entre ambos.

5. Retos en el acceso a la atención sanitaria y social de las personas con enfermedad crónica en España

Como se ha señalado en el apartado anterior 4.2, en respuesta a las prioridades fundamentales del sistema sanitario todas las Consejerías y Departamentos de Salud tendrían previsto redefinir el modelo actual de atención a la cronicidad, para cubrir las necesidades actuales de la población con enfermedad crónica.

En conjunto, sus retos más urgentes respecto al cambio de modelo asistencial son: 1) la transformación digital del sistema sanitario (garantía de la telemedicina adaptada a los diferentes perfiles de personas con enfermedad crónica y creación o mejora de los sistemas de información compartidos); 2) la estratificación de la población crónica; 3) el refuerzo de AP; y 4) la mejora de la coordinación entre profesionales y niveles asistenciales.

A continuación, se presentan una serie de propuestas de mejora para responder a las principales necesidades identificadas por el Comité Asesor del OAP en lo que respecta al manejo de la cronicidad compleja en España

que permitan hacer posible una transformación del actual modelo de atención a la cronicidad que ya se proponía en el Informe 2021 del OAP. Estas propuestas (ver listado reducido en la tabla 3) se formulan desde la perspectiva de las necesidades de las personas con enfermedad crónica (y muy particularmente de aquellas de edad avanzada y en situación de especial fragilidad) e incorporando la visión de los y las profesionales sanitarios implicados en la gestión y manejo de la cronicidad que forman parte del Comité Asesor del OAP.

El Comité Asesor del OAP ha señalado la existencia de una serie de barreras en la planificación del abordaje de la cronicidad; el acceso al diagnóstico precoz, a la atención sanitaria y al tratamiento, innovación e investigación; la continuidad asistencial y la atención y coordinación sanitaria y social.

Seguidamente, se detallan en ese orden de acuerdo a las diferentes dimensiones de análisis:

5.1. PLANIFICACIÓN

1. Transformar el actual modelo de sistema sanitario hacia un modelo asistencial centrado en las necesidades de las personas con enfermedad crónica compleja, dada su especial vulnerabilidad y dificultad para el acceso a los servicios sanitarios y sociales a lo largo de todo el proceso asistencial.

De acuerdo con la experiencia y conocimiento de este Comité **los**

diferentes programas autonómicos de atención a crónicos/as complejos/as de las diferentes CCAA se han implantado de forma desigual y actualmente se encuentran paralizados

en la mayoría de las regiones principalmente como consecuencia de la irrupción de la pandemia por COVID-19 en 2020, entre otras cuestiones.

En el ámbito de esta propuesta, se ha apuntado la **necesidad de adaptar el abordaje de la cronicidad tanto a los diferentes perfiles de pacientes crónicos/as** ya existentes, como a los nuevos perfiles de pacientes con sintomatología y/o problemas complejos de salud derivados del padecimiento de la COVID-19 (especialmente en el caso de quienes padecían enfermedades autoinmunes y musculoesqueléticas que generalmente cursan con dolor).

2. Diseñar y desplegar instrumentos y estructuras que aseguren el refuerzo de la cohesión territorial y la coordinación de todas las CCAA en el proceso de transformación del sistema sanitario.

3. Incorporar de forma sistemática en la estratificación de la población crónica la valoración de variables sociales / la situación social del o la paciente (ámbito de residencia —rural/urbano— existencia de una red de apoyo social, capacidad de acceso al centro sanitario de referencia y a farmacia comunitaria, etc.).

Según los y las profesionales sanitarios que componen el Comité Asesor, por lo

general únicamente se tienen en cuenta variables clínicas en la definición de la complejidad de los y las pacientes.

Únicamente ciertas CC.AA. como Cataluña y Madrid tienen en cuenta la situación social de los y las pacientes en la implementación de las intervenciones sanitarias, de acuerdo a lo establecido en “Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud” publicada en 2012⁵².

En esta ya se indicaba que “la estratificación debe estar vinculada a una valoración integral de las necesidades médicas, de cuidados, funcionales y sociales de las personas y a la planificación de intervenciones individualizadas según tales necesidades, proponiéndose el recurso más conveniente para la situación clínica, fase de la enfermedad y apoyo sociofamiliar disponible”⁵².

5.2. ACCESO AL DIAGNÓSTICO

4. Reforzar la dotación de recursos humanos y técnicos (estructura y equipamiento) **de AP, AH y los servicios de urgencias** con la finalidad de responder oportunamente a la demanda actual que reciben estos niveles asistenciales.

Este déficit de recursos que afecta especialmente a AP (medicina de familia, enfermería y pediatría), que ya se daba previamente a la irrupción de la pandemia por COVID-19, se ha agravado por los recortes de personal llevados a cabo durante ese periodo, dando lugar

a una **elevada carga asistencial de este ámbito asistencial que obstaculiza el acceso a los centros de salud** para el diagnóstico de nuevos problemas de salud.

Como resultado, se está asistiendo en la actualidad a:

- ✓ Una elevada rotación en el conjunto de las especialidades sanitarias derivada de la falta de recursos que **dificulta la continuidad asistencial dada la frecuente inexistencia de un referente asistencial.**
- ✓ **Un aumento de la carga asistencial en los servicios de urgencias** que se han convertido en la principal vía de entrada de las personas con enfermedad crónica en el sistema sanitario, fundamentalmente como consecuencia de la inaccesibilidad a AP.

En este escenario, según la experiencia del Comité, la mayoría de las consultas telefónicas con los servicios de urgencias se realizan por iniciativa de los y las pacientes y no por derivación de sus médicos/as de AP.

- ✓ **Un aumento de la atención telefónica** respecto a la presencial que dificulta la detección de ciertos problemas de salud dada la imposibilidad de explorar al/la paciente.

A modo de ejemplo, cabe señalar que, según un estudio de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes, actualmente, el 30% de las personas con enfermedad crónica en España reciben el seguimiento del tratamiento farmacológico de forma telefónica (30%), el 35% de forma presencial y el

26% de forma combinada (presencial y telefónica)⁵³.

A pesar de que se ha destacado que el Sistema Nacional de Salud (SNS) está asistiendo a un proceso de recuperación desigual entre las diferentes CC.AA. o zonas sanitarias, tal como revelan los datos del último Barómetro EsCrónicos, en 2022 el 45% de los y las pacientes crónicos/as han tardado, de media, dos años en recibir el diagnóstico y durante ese trascurso el 41% ha obtenido un primer diagnóstico erróneo, habiendo sido necesario el paso por una media de 3,7 especialistas para recibir el definitivo⁵³.

5. Ampliar el catálogo de pruebas diagnósticas en AP a fin de facilitar el acceso a los y las especialistas de este nivel asistencial a las pruebas diagnósticas que ofrece el sistema y, así, favorecer los diagnósticos precoces y el seguimiento de pacientes en este ámbito. A menudo, los y las médicos/as de familia no tienen posibilidad de solicitar ciertas pruebas para el diagnóstico, por lo que requieren derivar a las personas afectadas a AH con el retraso diagnóstico que ello conlleva.

6. Incorporar a la farmacia comunitaria en el circuito asistencial de la cronicidad como punto de detección de pacientes en riesgo de fragilidad mediante la implementación de canales de derivación entre la farmacia comunitaria y la AP.

El farmacéutico/a comunitario/a, dada su cercanía y confianza con las personas

con enfermedad crónica, en muchas ocasiones representa un agente clave para identificar el riesgo o presencia de fragilidad. Por lo tanto, se ha planteado la necesidad de dotar a las farmacias comunitarias de herramientas para el diagnóstico precoz de la fragilidad.

7. Implementar programas formativos dirigidos al conjunto de profesionales de AP y AH sobre el adecuado diagnóstico de las patologías crónicas y las necesidades particulares de las personas afectadas por ellas.

El incremento de incidencia de nuevas patologías o síntomas cronificados a causa de la COVID-19 complejiza el manejo sanitario de dichos procesos para los y las profesionales sanitarios ante el desconocimiento acerca de estas nuevas condiciones crónicas.

Particularmente en lo que se refiere al manejo del dolor crónico, se ha destacado la especial complejidad para acceder a su diagnóstico como resultado de la falta de formación en este área que da lugar a que los y las profesionales sanitarios/as lo aborden como una sintomatología secundaria y no como una condición crónica de salud en sí misma, a pesar de que requiera un abordaje integral y coordinado.

8. Crear una formación específica dirigida al personal de la farmacia comunitaria en materia de detección de enfermedades crónicas con el propósito de favorecer el diagnóstico precoz de la cronicidad, así como de promover la derivación al circuito

sanitario (incluyendo las patologías y trastornos de la salud mental).

5.3. ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA

9. Asegurar la formación continuada en materia de abordaje de la cronicidad del conjunto de profesionales que componen los diferentes ámbitos asistenciales del sistema sanitario a fin de ofrecer un abordaje integral de las patologías.

Según la perspectiva del Comité Asesor del OAP, las acciones o programas formativos dirigidos a profesionales se han reducido considerablemente durante la pandemia. Las personas con enfermedad crónica suelen mostrar insatisfacción respecto a la formación de algunos/as profesionales de referencia cuyo déficit, según estas, suele favorecer actitudes poco empáticas, así como el desconocimiento en el manejo y seguimiento de los procesos crónicos de salud.

El “Estudio del impacto de la enfermedad crónica en las personas mayores” de la Plataforma de Organizaciones de Pacientes recientemente publicado, ha desvelado que el nivel de satisfacción de la población crónica de edad avanzada se ha reducido progresivamente desde 2015 hasta alcanzar una satisfacción promedio de 4,9 en 2022 (en una escala de 1 a 10), frente a entre 6,7 y 5,8 puntos en años previos⁵³. En la misma línea, el grado de satisfacción con el

funcionamiento del sistema sanitario público en España ha disminuido considerablemente, especialmente desde 2017 evolucionando de una media de 6,4 a 4,5 puntos⁵⁴.

Este mismo estudio ha revelado que los y las médicos/as ofrecen más información a los y las pacientes con mayor capacidad para comprender la información o que plantean más preguntas, lo cual, impactaría negativamente en la atención sanitaria que reciben las personas con un perfil de vulnerabilidad, esto es, de edad avanzada, estudios y nivel socioeconómico bajo y que acuden solas a las consultas recibiendo menos información dado que no suelen participar de forma tan activa en estas y suelen requerir información adaptada⁵⁴.

10. Adaptar las herramientas de salud digital como la HCC a las características y necesidades particulares de las personas con enfermedad crónica con objeto de reducir la brecha digital en el acceso a estos instrumentos de atención sanitaria, en la línea de priorizar la transformación digital del sistema sanitario.

El Comité del OAP ha apuntado la importancia de que las herramientas digitales se constituyan como complementarias, pero no sustitutivas de la atención y el seguimiento presencial. **En especial las personas de edad avanzada y/o con enfermedad crónica compleja** son quienes han experimentado en mayor medida el impacto generado por las dificultades de acceso a la atención sanitaria durante la pandemia por COVID-19, entre

otros motivos, por presentar mayores dificultades para el uso de este tipo de herramientas, no pudiéndose beneficiar en igualdad de condiciones del proceso de transformación digital a causa de diversos factores (socioeconómicos, educativos, logísticas, generacionales, territoriales, ...).

El lugar de residencia impacta en el tratamiento general de la enfermedad del 28% de las personas con enfermedad crónica y en el acceso a la medicación del 17% de los casos⁵⁴.

11. Favorecer la equidad territorial en el acceso a la atención sanitaria presencial particularmente de las personas que residen en el ámbito rural y/o que presentan problemas complejos de salud.

En ese sentido, se ha subrayado el potencial de la transformación digital para acercar la actividad asistencial a las áreas rurales con gran dispersión geográfica, donde resulta complejo realizar un seguimiento continuado de las personas con enfermedad crónica e incluso realizar la atención domiciliaria (con el soporte de nuevas tecnologías).

5.4. ACCESO AL TRATAMIENTO, INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN

12. Promover iniciativas de dispensación colaborativa entre la farmacia comunitaria y la farmacia hospitalaria que permitan la dispensación de medicamentos de diagnóstico y/o uso hospitalario a través de la farmacia comunitaria con el objetivo

de evitar los desplazamientos de los y las pacientes en situación de vulnerabilidad a los centros hospitalarios (personas que residen en entornos rurales alejados de estos, con dificultades de movilidad o algún tipo de incapacidad, entre otros).

Actualmente la mayoría de los medicamentos innovadores autorizados se dispensan en la farmacia hospitalaria, lo cual dificulta el acceso a estos fundamentalmente por motivos de movilidad geográfica. Según ha apuntado el Comité Asesor, mientras que hace una década el 25% de los tratamientos innovadores autorizados eran de dispensación hospitalaria y el 75% de dispensación comunitaria, en la actualidad el 75% de estos son de dispensación hospitalaria debido a criterios económicos (no debido a restricciones de la AEMPS).

Las dificultades de acceso a los tratamientos farmacológicos pueden dar lugar a un déficit de adherencia que favorece la ineffectividad de los tratamientos, el empeoramiento de las patologías y de la calidad de vida de los y las pacientes y, en ciertos casos, a la aparición de problemas de salud mental como consecuencia de los problemas de salud de base.

13. Favorecer la equidad territorial en el acceso a los tratamientos farmacológicos y terapias no farmacológicas (atención psicológica, fisioterapia, rehabilitación, logopedia y terapia nutricional) de la cartera común de servicios del SNS).

Según el Comité Asesor del OAP, existen diferencias territoriales en el

acceso a ciertos tratamientos como la fisioterapia, la rehabilitación, la atención psicológica y las terapias nutricionales, entre otras. Así lo muestran, asimismo, los resultados del último Barómetro de EsCrónicos: mientras que el 57% del total de pacientes crónicos/as parecen requerir atención psicológica para el manejo de su enfermedad, únicamente el 15% de estos/as la reciben. Entretanto, aunque cerca de la mitad (47%) necesitaría realizar fisioterapia, rehabilitación, logopedia u otras terapias, solamente el 7% se benefician de estas⁵³.

Concretamente, en cuanto a la población de edad avanzada se refiere, cerca del 28% manifiesta impacto emocional negativo fundamentalmente a causa de las limitaciones para mantener las relaciones sociales como consecuencia de la aparición de su enfermedad crónica, ya que el 47% se relaciona menos o mucho menos que antes debido a su estado de salud. Sin embargo, únicamente el 8% de esta población está recibiendo tratamiento psicológico actualmente⁵⁴. Asimismo, se ha advertido del déficit de tratamientos y técnicas quirúrgicas destinadas al manejo de algunas patologías como, por ejemplo, el dolor crónico, así como a ciertos tratamientos farmacológicos en función de la CC.AA. de residencia. A este respecto, las cifras del Barómetro anteriormente citado revelan que en 2022 el tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico de una patología crónica y el inicio del primer tratamiento farmacológico ha sido de 6 meses⁵⁵.

14. Crear criterios unificados sobre los profesionales que debe prescribir cada tratamiento farmacológico a los y las pacientes crónicos/as en el marco de los diferentes servicios y

ámbitos asistenciales a lo largo de todo el proceso asistencial del/la paciente.

15. Potenciar la aprobación o introducción de nuevos fármacos en la cartera de servicios del SNS para el manejo del conjunto de patologías crónicas, independientemente de su prevalencia y nivel de gravedad.

16. Potenciar el desarrollo de ensayos clínicos en diversas patologías, dado que tras la pandemia por COVID-19 en España se ha reducido considerablemente el número de ensayos realizados anualmente (habiendo sido líder en este campo antes de la pandemia).

5.5. CONTINUIDAD ASISTENCIAL

17. Favorecer la coordinación y la colaboración de AP, AH y la farmacia comunitaria para llevar a cabo un abordaje integral de la cronicidad mediante el establecimiento de mecanismos y protocolos de actuación específicos que faciliten la intervención de los diferentes profesionales y servicios que integran el SNS en un contexto de continuidad asistencial.

El Comité Asesor del OAP considera imprescindible la creación de tales protocolos para establecer las funciones adscritas a los y las diferentes profesionales que integran el SNS y garantizar la distribución de competencias entre AP y AH en el abordaje de la cronicidad (como, por ejemplo, el rol del personal administrativo y de enfermería con el

objetivo de reducir la carga asistencial de los y las médicos/as de familia).

Actualmente parece existir un importante déficit de coordinación asistencial entre todos los niveles asistenciales, así como entre los y las profesionales que integran cada uno de sus equipos, que según las personas con enfermedad crónica tiende a ser regular (30%) y mala o muy mala (16 y 12% respectivamente)⁵⁴.

18. Garantizar la permanencia de un mismo referente asistencial a lo largo del seguimiento de las personas con enfermedad crónica, especialmente en el caso de las personas mayores que suelen presentar mayores dificultades para comprender la información recibida durante las consultas.

19. Integrar la figura del/la enfermero/a gestor/a de casos como herramienta clave para garantizar la continuidad asistencial en los diferentes niveles asistenciales.

El desarrollo de la figura de la gestora de casos se ha producido de forma muy desigual en las diferentes CCAA. Mientras algunas como Andalucía y el País Vasco han apostado por esta figura mediante la cual se han producido resultados en salud positivos (menos reagudizaciones, menos ingresos, menos complicaciones, ...), otras no han desarrollado esta figura.

20. Crear la figura del/la administrativo/a sanitario/a en el marco de unidades administrativas en la estructura de los equipos de

AP y AH para garantizar que el personal administrativo tenga una capacitación sanitaria básica que les permita realizar una adecuada gestión de los casos que acogen en los centros sanitarios.

5.6 COORDINACIÓN SANITARIA Y SOCIAL

21. Diseñar e implementar recursos sociosanitarios de apoyo y/o acompañamiento

a las personas con enfermedad crónica que viven en condiciones de mayor fragilidad social (personas ancianas, pluripatológicas, que viven en soledad, ...).

El 53% de las personas mayores de 65 años con enfermedades crónicas no han recibido ninguna ayuda social. El 33% reciben ayuda de familiares o personas allegadas, el 2% de cuidadores/as profesionales y un 10% de ambos. Pero, entretanto, el 15% de las personas de edad avanzada con enfermedades crónicas no cuentan con ningún tipo de asistencia social⁵⁴.

22. Facilitar la coordinación entre los servicios y establecimientos sanitarios y los servicios sociales.

La descoordinación entre la atención sanitaria y la social da lugar a situaciones de gran vulnerabilidad y desprotección que afectan especialmente a las personas con enfermedad crónica compleja y/o de edad avanzada que viven en soledad y no cuentan con ningún sistema o red de apoyo social o familiar. Se ha subrayado la necesidad de favorecer el acceso a recursos sociales diversos, dado que generalmente los servicios ofrecidos consisten

únicamente en la atención sanitaria domiciliar y la hospitalización a domicilio, insuficientes para cubrir las necesidades de este colectivo.

La gran mayoría de las personas de edad avanzada (74%) considera que el acceso a los recursos sociales es difícil o muy difícil, destacado como las principales dificultades percibidas el acceso a los recursos económicos, sociales o sociosanitarios: el tiempo de espera hasta la concesión (27%) el desconocimiento sobre cómo solicitarlos (26%) y, en menor medida, los requisitos necesarios para acceder a ellos (17%) y desconocer su existencia (17%)⁵⁴.

23. Estandarizar los recursos disponibles para la atención sanitaria prestada a las personas mayores institucionalizadas en residencias desde el sistema sanitario, ya que no todas las residencias disponen de equipos sanitarios completos (compuestos por médicos/as y enfermería).

24. Aumentar la ratio de profesionales sanitarios/as en los centros residenciales destinados a las personas mayores, dada la previsión de que esta población aumente en los próximos años.

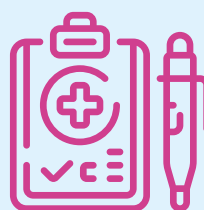
A continuación, se pueden consultar el listado reducido de las propuestas apuntadas por el Comité Asesor del OAP en relación con las diferentes áreas de mejora identificadas:

Propuestas de acción para la mejora del acceso a la atención sanitaria y social de la cronicidad



PLANIFICACIÓN

- 1 Transformar el actual modelo de sistema sanitario hacia un modelo asistencial centrado en las necesidades del/la paciente con enfermedad crónica compleja.
- 2 Diseñar y desplegar instrumentos y estructuras que aseguren el refuerzo de la cohesión territorial y la coordinación de todas las CCAA.
- 3 Incorporar de forma sistemática en la estratificación de la población crónica la valoración de las variables sociales.



ACCESO AL DIAGNÓSTICO

- 4 Reforzar la dotación de recursos humanos y técnicos de AP, AH y los servicios de urgencias.
- 5 Ampliar el catálogo de pruebas diagnósticas en AP a fin de facilitar el acceso a los especialistas de este nivel asistencial a las pruebas diagnósticas que ofrece el sistema.
- 6 Incorporar a la farmacia comunitaria en el circuito asistencial de la cronicidad como punto de detección de pacientes en riesgo de fragilidad.
- 7 Implementar programas formativos dirigidos al conjunto de profesionales de AP y AH sobre el adecuado diagnóstico de las patologías crónicas.
- 8 Crear una formación específica dirigida al personal de la farmacia comunitaria en materia de detección de enfermedades crónicas.



ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA

- 9 Asegurar la formación continuada en materia de abordaje de la cronicidad del conjunto de profesionales que componen los diferentes ámbitos asistenciales.
- 10 Adaptar las herramientas de salud digital como la HCC a las características y necesidades particulares de las personas con enfermedad crónica.
- 11 Favorecer la equidad territorial en el acceso a la atención sanitaria presencial.



ACCESO AL TRATAMIENTO, INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN

- 12 Promover iniciativas de dispensación colaborativa entre la farmacia comunitaria y la farmacia hospitalaria que permitan la dispensación de medicamentos de diagnóstico y/o uso hospitalario.
- 13 Favorecer la equidad territorial en el acceso a los tratamientos y terapias farmacológicas y no farmacológicas de la cartera común de servicios del SNS.
- 14 Crear criterios unificados sobre los y las profesionales que debe prescribir cada tratamiento farmacológico a los y las pacientes crónicos/as.
- 15 Potenciar la aprobación o introducción de nuevos fármacos en la cartera de servicios del SNS para el manejo del conjunto de patologías crónicas.
- 16 Potenciar el desarrollo de ensayos clínicos en diversas patologías.



CONTINUIDAD ASISTENCIAL

- 17 Favorecer la coordinación y la colaboración de AP y AH para llevar a cabo un abordaje integral de la cronicidad.
- 18 Garantizar la permanencia de un mismo referente asistencial a lo largo del seguimiento de las personas con enfermedad crónica.
- 19 Integrar la figura del/la enfermero/a gestor/a de casos.
- 20 Crear la figura del/la administrativo/a sanitario/a en el marco de unidades administrativas en la estructura de los equipos de AP y AH.



COORDINACIÓN SOCIAL Y SANITARIA

- 21 Diseñar e implementar recursos sociosanitarios de apoyo y/o acompañamiento a las personas con enfermedad crónica que viven en condiciones de mayor fragilidad social.
- 22 Facilitar la coordinación entre los servicios y establecimientos sanitarios y los servicios sociales.
- 23 Estandarizar la atención sanitaria prestada a las personas mayores institucionalizadas en residencias desde el sistema sanitario.
- 24 Aumentar la ratio de profesionales sanitarios/as en los centros residenciales destinados a las personas mayores.

6. Conclusiones

El objetivo principal de este informe era profundizar en el abordaje de la cronicidad compleja en España y apuntar los retos en el acceso a la atención sanitaria y social de las personas con enfermedad crónica, con especial foco en las personas con enfermedad crónica compleja y o frágiles.

Con la finalidad de dar respuesta a este objetivo se llevó a cabo un sondeo con las Consejerías y Departamentos de Salud de las CC.AA., en el que participaron 16 CC.AA., y se contó con el asesoramiento del Comité Asesor del OAP a través de reuniones y consultas que han permitido concretar una serie de propuestas de mejora para el abordaje de las enfermedades crónicas en España en las personas en situación especialmente compleja o vulnerable.

Conclusión 1. La reorientación del actual modelo de atención a la cronicidad requiere fundamentalmente la transformación digital del sistema, la estratificación de la población crónica y el refuerzo de la AP

Aunque actualmente **todas las Comunidades Autónomas consultadas se encuentran trabajando, o tienen previsto hacerlo, en una reorientación estratégica de su actual modelo de atención a la cronicidad** con la finalidad de ajustarse a las necesidades

que presenta la población con enfermedad crónica en España, no se han implementado los cambios y desafíos importantes que necesita el SNS, en especial para los colectivos más vulnerables. Se propone, por tanto, **transformar el actual modelo asistencial hacia un modelo centrado en las prioridades de las personas con enfermedad crónica compleja**, para lo cual se establece como necesario el despliegue de instrumentos y estructuras que permiten hacer posible tal transformación en un contexto de cohesión y coordinación territorial. Con este fin consideran especialmente relevante **alcanzar la transformación digital del sistema sanitario, la estratificación de la población crónica y el refuerzo de la AP.**

No resultan tan prioritarios para la mayoría de regiones las cuestiones de carácter más social como la atención de las necesidades sociales derivadas de la cronicidad, la formación y capacitación continuada a los y las profesionales sanitarios que intervienen en el manejo de la cronicidad, la humanización de la atención sanitaria, la atención psicológica del impacto producido por la cronicidad y la equidad territorial en el acceso a la atención sanitaria.

En lo referido a la estratificación de la población crónica, la cual se encuentra entre las principales prioridades de las Comunidades, **sobresale el diseño de intervenciones dirigidas a ofrecer una atención personalizada centrada en las necesidades únicamente clínicas de estos perfiles de pacientes** fundamentalmente de acuerdo con el nivel de complejidad. A este respecto, el Comité Asesor del OAP ha planteado

la idoneidad de **incorporar de forma sistemática en la estratificación de la población crónica variables o determinantes sociales** de las personas con enfermedad crónica.

Conclusión 2. La coordinación asistencial, la telemedicina y los sistemas de información representan los principales retos para garantizar la continuidad asistencial

De los resultados del sondeo a las Consejerías y Departamentos de Salud se desprende la **necesidad de mejorar la continuidad asistencial del abordaje de la cronicidad**, ya que en la mayoría de las regiones reconocen que se asegura solo medianamente.

En la línea de alcanzar un mayor nivel de continuidad asistencial, estas han manifestado mayormente la **urgencia de mejorar la coordinación entre profesionales y niveles asistenciales, garantizar la existencia de una telemedicina adaptada a los diferentes perfiles de pacientes crónicos/as, crear o bien mejorar los sistemas de información compartidos y desarrollar y monitorizar indicadores para medir la coordinación asistencial.**

A la vista de esta situación, el Comité Asesor ha propuesto favorecer la coordinación y la colaboración de AP, AH y la farmacia comunitaria para, mediante el establecimiento de mecanismos y protocolos de actuación específicos; garantizar la

permanencia de un mismo referente asistencial durante todo el seguimiento de las patologías; integrar la figura del enfermero/a gestor/a de casos; y crear la figura del/la administrativo/a sanitario/a en el marco de unidades administrativas en la estructura de los equipos de AP y AH.

Conclusión 3. La atención y tratamiento de la cronicidad debe garantizarse desde una perspectiva de acceso equitativo

En términos generales, las Consejerías y Departamentos de salud recopilan y monitorizan indicadores para controlar la equidad del acceso de la población crónica a la atención sanitaria. Concretamente la mayoría dispone de protocolos sistematizados para poder derivar a pacientes crónicos/as a diferentes centros al de referencia dentro de la propia Comunidad Autónoma. En cambio, el acceso a centros fuera de la Comunidad Autónoma de referencia no se encuentra garantizado en todas ellas. En este sentido, la ampliación del catálogo de pruebas diagnósticas en AP, el refuerzo de la dotación de recursos en AP, AH y urgencias y la implementación de programas formativos dirigidos a los profesionales que integran estos equipos y la farmacia comunitaria en materia de cronicidad compleja podrían contribuir a garantizar un adecuado acceso a la detección, diagnóstico y seguimiento de las patologías sin necesidad de derivar pacientes a otras CC.AA.

A pesar de que éstas no contemplan la mejora del acceso a la atención sanitaria entre sus prioridades para la transformación del modelo de atención, el Comité Asesor ha subrayado la necesidad de llevar a cabo ciertas acciones para la mejora del acceso como la adaptación de las herramientas de salud digital como la HCC a las características y necesidades particulares de las personas con enfermedad crónica (principalmente de edad avanzada); y la promoción de la equidad territorial en el acceso a la atención sanitaria presencial especialmente compleja para aquellas personas que viven en el medio rural.

En cuanto al acceso al tratamiento, destacan singularmente las propuestas de crear iniciativas de colaboración entre la farmacia comunitaria y la farmacia hospitalaria que permitan la dispensación de los fármacos de uso hospitalario a través de la farmacia comunitaria y criterios unificados sobre los y las profesionales que deben prescribir cada tratamiento farmacológico a los y las pacientes crónicos.

Conclusión 4. La población crónica compleja precisa una mayor coordinación entre el sistema sanitario y social, así como una cartera de recursos sociales adaptados a los diferentes perfiles de pacientes, que garanticen su protección y eviten el riesgo de fragilidad, especialmente de quienes

viven en soledad o no cuentan con una red de apoyo social

En cuanto a la derivación de las personas con enfermedad crónica en situación de vulnerabilidad del sistema sanitario al sistema social, solo la mitad de las CC.AA. consultadas afirman garantizar esa transición a los recursos del sistema social. El resto de CC.AA. reconocen que esa derivación se da solo medianamente, básicamente en la ayuda domiciliaria, la atención residencial para personas mayores y los centros de día y ocupacionales.

En este escenario de **déficit de recursos sociales y de derivación al sistema social**, resultaría imprescindible, en primer lugar, **facilitar la coordinación entre los servicios y establecimientos sanitarios y los servicios sociales, además de diseñar e implementar nuevos recursos sociosanitarios de apoyo y/o acompañamiento** a las personas con enfermedad crónica que viven en condiciones de mayor fragilidad social, así como **estandarizar la atención sanitaria prestada a las personas mayores institucionalizadas** en residencias desde el sistema sanitario, garantizando la presencia de médicos/as y/o enfermería en sus equipos.

7. Bibliografía

- 1. Instituto Nacional de Estadística (2020): Encuesta Europea de Salud. Estado de salud: Cifras relativas. Problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución padecidas en los últimos 12 meses y diagnosticadas por un médico según sexo y comunidad autónoma. Población de 15 y más años.** Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p420/a2019/p04/10/&file=02016.px>, acceso 15 de noviembre de 2022.
- 2. Instituto Nacional de Estadística (2021): Indicadores de Calidad de Vida. Esperanza de vida a diferentes edades.** Disponible en: <https://www.ine.es/...>, acceso 15 de noviembre de 2022.
- 3. Alvarado García AM, Salazar Maya AM (2014): Análisis del concepto de envejecimiento.** Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>, acceso 15 de noviembre de 2022.
- 4. Jiménez Mejías E, Rivera Izquierdo M, Martín de los Reyes L M, y Martínez Ruiz V (). Máster en Cronicidad y Atención al Paciente Pluripatológico. Concepto y epidemiología de la cronicidad. SEMERGEN.** Disponible en: https://aula.campuspanamericana.com/_Cursos/Curso01417/Temario/Master_Cronicidad/MIT1-Texto.pdf, acceso 15 de noviembre de 2022.
- 5. The Boston Consulting Group (2014): Informe CRONOS: Hacia el cambio de paradigma en la atención a enfermos crónicos.** Disponible en: <https://www.enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/1075/INFORME%20CRONOS.pdf>, acceso 15 de noviembre de 2022.
- 6. Solidaridad intergeneracional (2022): Siete de cada diez personas mayores de 65 años tiene al menos una enfermedad crónica.** Disponible en: <https://solidaridadintergeneracional.es/wp/siete-de-cada-diez-personas-mayores-de-65-anos-tiene-al-menos-una-enfermedad-cronica/>, acceso 15 de noviembre de 2022.
- 7. Instituto Nacional de Estadística (2020): Encuesta Europea de Salud. Estado de salud: Cifras absolutas. Problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución padecidas en los últimos 12 meses y diagnosticadas por un médico según sexo y comunidad autónoma. Población de 15 y más años.** Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p420/a2019/p01/10/&file=02015.px>, acceso 15 de noviembre de 2022.
- 8. Molés Julio MP (2016): Estudio de fragilidad en adultos mayores. Diseño metodológico. Gerokomos;27(1):8-12.** Disponible en: https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v27n1/O3_originales_02.pdf, acceso 15 de noviembre de 2022.
- 9. Junta de Andalucía (2012): Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas.** Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af06533c7e30_PIEC.pdf, acceso 15 de noviembre de 2022.
- 10. Ministerio de Sanidad (2022): Actualización del documento de consenso sobre prevención de la fragilidad en la persona mayor.** Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/EnvejecimientoSaludable_Fragilidad/docs/ActualizacionDoc_FragilidadyCaidas_personamayor.pdf, acceso 15 de noviembre de 2022.
- 11. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2022): Indicadores clave del sistema nacional de salud.** Disponible en: <http://inclasns.msssi.es/main.html>, acceso 15 de noviembre de 2022.
- 12. Instituto nacional de Estadística (2022): Indicadores de Estructura de la Población. Tasa de Dependencia de la población mayor de 64 años, por comunidad autónoma.** Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1455&L=0>, acceso 15 de noviembre de 2022.
- 13. Consejo de Europa (1998): Recomendación nº98 del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la dependencia.** Disponible en: <https://sid-inico.usal.es/docs/F3/LYN10476/3-10476.pdf>, acceso 15 de noviembre de 2022.

14. Plataforma de organizaciones de Pacientes (2021): Observatorio de atención al Paciente. Informe 2021. Disponible en: https://www.plataformadepacientes.org/sites/default/files/informe2021_oap_vf_2.pdf, acceso 15 de noviembre de 2022.

15. Instituto Nacional de Estadística (2020): Encuesta europea de salud 2020. Asistencia sanitaria. Cifras relativas. Hospitalización en los últimos 12 meses según sexo y grupo de edad. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?tpx=47884&L=0>, acceso 15 de noviembre de 2022.

16. Zuñiga Hernández C (2020): Definición de fragilidad social en personas mayores: una revisión bibliográfica. Rev Med Chile 2020; 148: 1787-1795. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v148n12/0717-6163-rmc-148-12-1787.pdf>, acceso 15 de noviembre de 2022.

17. Organización Mundial de la Salud (2015): Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf, acceso 15 de noviembre de 2022.

18. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014): Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v148n12/0717-6163-rmc-148-12-1787.pdf>, acceso 15 de noviembre de 2022.

19. Abizanda Soler P et al. (2010): Fragilidad y dependencia en Albacete (estudio FRADEA): razonamiento, diseño y metodología. Revista Española de Geriatría y Gerontología, Vol. 46. Núm. 2. páginas 81-88. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X10002544>, acceso 15 de noviembre de 2022.

20. Asociación Internacional de Gerontología y Geriatría (2011): El libro blanco de la fragilidad. Disponible en: <https://www.semeg.es/uploads/archivos/LIBRO-BLANCO-SOBRE-FRAGILIDAD.pdf>, acceso 15 de noviembre de 2022.

21. Instituto Nacional de Estadística (2020): Encuesta Continua de Hogares (ECH) 2020. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/ech_2020.pdf, acceso 15 de noviembre de 2022.

22. Unión Europea (2020): Advantage Managing Frailty. Advantage JA. Disponible en: <https://www.advantageja.eu/index.php/es/about-us-2/what-is-ja-es>, acceso 15 de noviembre de 2022.

23. Ministerio de Sanidad (2019): Hoja de ruta para el abordaje de la fragilidad. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/Fragilidad/Fragilidad_Hoja_ruta_Abordaje.pdf, acceso 15 de noviembre de 2022.

24. Unión Europea (2020): Advantage Managing Frailty: EIP-AHA. Disponible en: https://www.advantageja.eu/images/EIPAHA_ES.pdf, acceso 15 de noviembre de 2022.

25. Comisión Europea (2022): Horizonte Europa. Acerca del programa. Disponible en: https://ec.europa.eu/info/funding-tenders/find-funding/eu-funding-programmes/horizon-europe_es, acceso 15 de noviembre de 2022.

26. IMI (Innovative Medicines Initiative) (2022): Europe's Partnership for Health. IMI1 – Call 9. Disponible en: <https://www.imi.europa.eu/apply-funding/closed-calls/imi1-call-9>, acceso 15 de noviembre de 2022.

27. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014): Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>, acceso 15 de noviembre de 2022.

28. Organización Mundial de la Salud (2022): Envejecimiento y salud. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>, acceso 15 de noviembre de 2022.

29. Ferrer A et al. (2016): Estudio Octabaix. Sumario de la valoración inicial y 5 años de seguimiento. Revista Española de Geriatría y Gerontología. Vol. 52. Núm. 1. páginas 44-52. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-estudio-octabaix-sumario-valoracion-inicial-S0211139X16300026>, acceso 15 de noviembre de 2022.

30. Consejería de Sanidad de Castilla La Mancha (2022): Estudio Toledo Envejecimiento Saludable. Disponible en: <https://toledo.sanidad.castillalamancha.es/profesionales/docencia-especializada/estudio-toledo-de-envejecimiento-saludable>, acceso 15 de noviembre de 2022.

31. Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud (2016): Atención a pacientes crónicos con necesidades de salud complejas. Estrategia de implantación. Disponible en: https://www.opimec.org/media/files/Atencion_pacientes_cronicos_necesidades_salud_complejas_2016.pdf, acceso 15 de noviembre de 2022.

32. Gobierno de Aragón, Departamento de Sanidad (2019): Proceso de atención a los pacientes crónicos complejos en Aragón.

Disponible en: https://www.aragon.es/documents/20127/674325/Proceso_aten_pacientes_cros_compl.pdf/282762c3-7e7f-89ef-fb2f-c2478f5754f8, acceso 15 de noviembre de 2022.

33. Gobierno de Aragón, Departamento de Salud y Consumo (2019): Programa de atención a enfermos crónicos dependientes.

Disponible en: <https://www.aragon.es/documents/20127/674325/LIBRO%20Programa%20de%20Atencion%20a%20Enfermos%20Cronicos%20Dependientes.pdf/f3fb7d4b-3db9-cc72-16fe-d7c5017c6795>, acceso 15 de noviembre de 2022.

34. Conselleria Salut, Servei Salut Illes Balears (2017): Atención al paciente crónico complejo y crónico avanzado.

Disponible en: <https://www.ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/1058/atencion-paciente-cronico-complejo-avanzado-es.pdf>, acceso 15 de noviembre de 2022.

35. Servicio Canario de Salud, Dirección General de Programas Asistenciales (2016): Estudio sobre los factores de riesgo social como predictores de fragilidad en las personas mayores.

Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/6ea9a34f-4a8b-11e7-806b-cf8aa29ce60a/InformeProgramaMayor.pdf>, acceso 15 de noviembre de 2022.

36. Servicio Canario de Salud, Dirección General de Programas Asistenciales (2017): Protocolo de atención a las personas mayores en Atención Primaria.

Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/625c87ad-4a8b-11e7-806b-cf8aa29ce60a/ActualizacionProtocoloProgramaMayor.pdf>, acceso 15 de noviembre de 2022.

37. Sistema Cántabro de Salud (2016): El SCS inicia la `Ruta del Paciente Pluripatológico' en los Centros de Salud Camargo-Costa y Bezana.

Disponible en: https://www.scsalud.es/detalle/-/journal_content/56_INSTANCE_DETALLE/16413/3804070, acceso 15 de noviembre de 2022.

38. Junta de Castilla y León (2020): Proceso de atención a la persona con pluripatología crónica compleja.

Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/biblioteca/materiales-consejeria-sanidad/buscador/proceso-atencion-persona-pluripatologia-cronica-compleja.ficheros/1949306-Proceso%20Atenci%C3%B3n%20persona%20pluripatolog%C3%ADa%20cr%C3%B3nica.pdf>, acceso 15 de noviembre de 2022.

saludcastillayleon.es/institucion/es/biblioteca/materiales-consejeria-sanidad/buscador/proceso-atencion-persona-pluripatologia-cronica-compleja.ficheros/1949306-Proceso%20Atenci%C3%B3n%20persona%20pluripatolog%C3%ADa%20cr%C3%B3nica.pdf, acceso 15 de noviembre de 2022.

39. Gobierno de Castilla-La Mancha (2022): El Gobierno de Castilla-La Mancha avanza en el desarrollo del Plan de Abordaje Integral de la Cronicidad y la Prevención de la Fragilidad.

Disponible en: <https://www.castillalamancha.es/actualidad/notasdeprensa/el-gobierno-de-castilla-la-mancha-avanza-en-el-desarrollo-del-plan-de-abordaje-integral-de-la-#:text=El%20Plan%20de%20Abordaje%20Integral,poblaci%C3%B3n%20mayor%20de%2070%20a%C3%B1os.>, acceso 15 de noviembre de 2022.

40. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut (2021): Bases conceptuales y modelo de atención para las personas frágiles, con cronicidad compleja (PCC) avanzada (MACA).

Disponible en: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/7007/bases_conceptuals_model_atencio_persones_fragils_cronicitat_complexa_avancada_2020_cas.pdf?sequence=7&isAllowed=y, acceso 15 de noviembre de 2022.

41. Servicio Extremeño de Salud (2019): Procesos Asistenciales Integrados (PAI). Paciente crónico complejo.

Disponible en: https://saludextremadura.ses.es/files/cms/web/uploaded_files/Principal/Procesos%20Asistenciales%20Integrados/Enfermedades%20de%20alta%20prevalencia/Paciente%20cr%C3%B3nico%20complejo/PAI-paciente-cronico-complejo_enfermedades-de-alta-prevalencia.pdf, acceso 15 de noviembre de 2022.

42. Comunidad de Madrid (2022): Plan de atención integral a la fragilidad y promoción de la longevidad saludable en personas mayores de la Comunidad de Madrid 2022-2025.

Disponible en: <https://www.comunidad.madrid/publicacion/ref/50724>, acceso 15 de noviembre de 2022.

43. Servicio Murciano de Salud (2017): Programa de atención a pacientes complejos multiriesgo.

Disponible en: https://premiosinnova.f-integra.org/servlet/integra.servlets.Multimedias?METHOD=VERMULTIMEDIA_6873&nombre=Atencion_Pacientes_Cronicos_Complejos.pdf, acceso 15 de noviembre de 2022.

44. Gobierno de Navarra, Departamento de Salud (2016): Estrategia Navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos.

Disponible en: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Estrategia%20Cronicos%20y%20Pluripatologicos%20Finalx%20(2).pdf, acceso 15 de noviembre de 2022.

45. Osakidetza (2018): Plan de atención a las personas mayores (PAM).

Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/osk_trbg_planes_programas/es_def/adjuntos/plan-de-atencion-a-personas-mayores_PAM.pdf, acceso 15 de noviembre de 2022.

46. Osakidetza, Departamento de Salud (2022): Kronik ON Programa. Paciente Crónico Complejo.

Disponible en: <https://www.osakidetza.euskadi.eus/cuida-salud/-/kronik-on-programa-paciente-cronico-complejo/>, acceso 15 de noviembre de 2022.

47. Rioja Salud (2022): La Rioja tendrá el primer hospital de la fragilidad en España.

Disponible en: <https://www.riojasalud.es/saludable/noticias/la-rioja-tendra-el-primer-hospital-de-la-fragilidad-en-espana>, acceso 15 de noviembre de 2022.

48. Ministerio de Sanidad (2022): Presentación de experiencias en la implementación del abordaje de la fragilidad en España por parte de representantes CCAA del GT de Prevención de Fragilidad y Caídas de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. La experiencia de la Canarias.

Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevencion/EnvejecimientoSaludable_Fragilidad/Jornadas/Actualizacion_Fragilidad2022/docs/MConsueloCompany.pdf

49. Ministerio de Sanidad (2022): Presentación de experiencias en la implementación del abordaje de la fragilidad en España por parte de representantes CCAA del GT de Prevención de Fragilidad y Caídas de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. La experiencia de la Comunidad de Castilla y León.

Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevencion/EnvejecimientoSaludable_Fragilidad/Jornadas/Actualizacion_Fragilidad2022/docs/BegonaGonzalez.pdf, acceso 15 de noviembre de 2022.

50. Ministerio de Sanidad (2022): Presentación de experiencias en la implementación del abordaje de la fragilidad en España por parte de representantes CCAA del GT de Prevención de Fragilidad y Caídas de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. La experiencia de la Comunidad de Madrid.

Disponible en https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Prevencion/EnvejecimientoSaludable_Fragilidad/Jornadas/Actualizacion_Fragilidad2022/docs/MarianelaBayon.pdf, acceso 15 de noviembre de 2022.

51. Redacción Médica (2022): Andalucía impulsa un nuevo plan de Estrategias en Atención a la Cronicidad.

Disponible en: <https://www.redaccionmedica.com/autonomias/andalucia/andalucia-impulsa-un-nuevo-plan-de-estrategias-en-atencion-a-la-cronicidad--1334>, acceso 15 de noviembre de 2022.

52. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012): Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud.

Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf, acceso 15 de noviembre de 2022.

53. VI Barómetro EsCrónicos 2022. Acceso a diagnóstico, tratamiento y atención sanitaria.

Disponible en: https://www.plataformadepacientes.org/sites/default/files/pop_resultados_vi-barometroescronicos_aaff.pdf, acceso 15 de noviembre de 2022.

54. Plataforma de Organizaciones de Pacientes (2022). Estudio del impacto de la enfermedad crónica en las personas mayores.

Disponible en: https://www.plataformadepacientes.org/sites/default/files/informe_general_definitivo_compressed.pdf, acceso 1 de diciembre de 2022.

8. Anexos

8.1. PARTICIPANTES DEL COMITÉ ASESOR DEL OAP 2022

AEMPS		Antonio Blázquez Pérez Jefe de Departamento de Medicamentos de Uso Humano
AEPED		Dra. Inmaculada Calvo Penadés Miembro de AEPED
CGCOE		Dr. Diego Ayuso Murillo Secretario General
		Dra. M^a Pilar Fernández Fernández Vicepresidenta primera
CGCOF		Carmen Recio Jaraba Directora Gabinete Presidencia
		Ana López-Casero Beltrán Tesorera
		Antonio Blanes Jiménez Director de Servicios Técnicos
OMC		Dr. José María Rodríguez Vicente Secretario general
SEDISA		Dr. Rafael López Iglesias Vocal
SED		Dr. Martín Lorenzo Vargas Aragón Vocal de la Junta Directiva
SEFH		Olga Delgado Sánchez Presidenta

SEMERGEN



Dra. Norma Doria Carlin

Vocal de la Junta Autónoma



Dra. María del Campo Giménez

Vicesecretaria



Dr. José Antonio Quevedo

Vicesecretario

SEMG



Dr. Francisco José Sáez Martínez

Coordinador del Grupo de Trabajo en Gestión Clínica

SEMI



Dra. Juana Carretero Gómez

Vicepresidenta primera



Dr. Jesús Díez Manglano

Presidente

SEMES



Dra. Rosa María Iban Ochoa

Responsable de la Secretaría de Unidades Docentes

8.2. SONDEO A COMUNIDADES AUTÓNOMAS

Encuesta “Situación actual del acceso de los pacientes crónicos/as a la atención y tratamiento sanitario y social: acceso 360º”

Desde la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP) estamos desarrollando el informe anual de nuestro “Observatorio de la Atención al Paciente”, plataforma que promueve el conocimiento en torno a la situación actual de los pacientes en España y pretende contribuir a generar un cambio efectivo en la gestión de la cronicidad.

En el marco de este proyecto hemos diseñado un breve cuestionario dirigido a las Consejerías y Departamentos de Salud, cuyo objetivo es **profundizar en la situación actual del acceso a la atención y tratamiento sanitario y social por parte de las personas con**

enfermedad crónica, con especial foco en los y las pacientes crónicos/as complejos/as o frágiles.

Los resultados se integrarán en el informe final del proyecto, que será de carácter público.

El cuestionario consta de 15 preguntas sencillas que no le supondrá más de 10 minutos responderlas.

Con el objetivo de ampliar la información proporcionada a lo largo del cuestionario, **puede enviarnos la documentación que considere oportuna** (estrategias/ planes, protocolos, guías,...) **al correo electrónico: pvazquez@nephila.es**

La información proporcionada será tratada conforme a la ley de protección de datos, tratándose de manera anónima y confidencial. Su finalidad será exclusivamente la investigación.

1. Complimente por favor la siguiente información útil para contactar con usted en caso necesario (no obligatoria):

Nombre y apellidos (de la persona que responde el cuestionario):	
Cargo (de la persona que responde el cuestionario):	
E-mail:	

2. Indique su Comunidad Autónoma:

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Andalucía | <input type="radio"/> Extremadura |
| <input type="radio"/> Aragón | <input type="radio"/> Galicia |
| <input type="radio"/> Canarias | <input type="radio"/> Islas Baleares |
| <input type="radio"/> Cantabria | <input type="radio"/> La Rioja |
| <input type="radio"/> Castilla y León | <input type="radio"/> País Vasco |
| <input type="radio"/> Castilla-La Mancha | <input type="radio"/> Principado de Asturias |
| <input type="radio"/> Cataluña | <input type="radio"/> Región de Murcia |
| <input type="radio"/> Comunidad de Madrid | |
| <input type="radio"/> Comunidad Foral de Navarra | |
| <input type="radio"/> Comunidad Valenciana | |

PLANIFICACIÓN**3. ¿Su Consejería está trabajando o prevé trabajar en una reorientación estratégica de su actual modelo de atención a la cronicidad para responder a las necesidades actuales de la población con enfermedad crónica?**

- Sí, estamos trabajando en la redefinición del modelo
- Sí, tenemos prevista una redefinición del modelo
- No
- No sabe/No contesta

4. ¿Cuáles serán/deberían ser las prioridades de un nuevo modelo sanitario centrado en la atención a la cronicidad? Del siguiente listado, marque las CINCO prioridades que deberían tenerse en cuenta en la redefinición del modelo de atención a la cronicidad.

- Aseguramiento de la equidad territorial en el acceso a la atención sanitaria (entre Comunidades Autónomas y zonas o regiones sanitarias)
- Estratificación de la población crónica según su situación sanitaria y social
- Transformación digital del sistema sanitario
- Fomento de la coordinación y/o integración entre niveles asistenciales
- Garantía de la continuidad asistencial
- Mejora/Garantía del acceso al diagnóstico precoz
- Mejora del acceso a tratamientos farmacológicos
- Mejora del acceso a tratamientos no farmacológicos (rehabilitación, fisioterapia, ...)
- Refuerzo de la Atención Primaria
- Formación y capacitación continuada a los profesionales sanitarios
- Aumento de la ratio de profesionales sanitarios en los diferentes niveles asistenciales
- Humanización de la atención sanitaria
- Atención psicológica de las necesidades emocionales asociadas a la cronicidad
- Atención de necesidades sociales asociadas a la cronicidad (trabajo social, ...)
- Acceso de los pacientes a la investigación e innovación
- Medición de los resultados de salud

5. ¿Cómo prevé su Comunidad Autónoma solventar el actual déficit de profesionales sanitarios en los diferentes niveles asistenciales del sistema sanitario? (explicar)

6. ¿En su Comunidad Autónoma se encuentran definidos los diferentes perfiles de pacientes crónicos a los que dirigir las intervenciones sanitarias? (ejemplo: paciente frágil/vulnerable, paciente crónico, paciente crónico complejo / o con enfermedad crónica avanzada, ...)

- Sí
- No *(pasar a pregunta 8)*
- No sabe/No contesta *(pasar a pregunta 8)*

¿Cuáles son esos perfiles de pacientes? (especificar o enviar documento a pvazquez@nephila.es) _____

¿Cómo definen estos perfiles y qué criterios clínicos y/o sociales debe cumplir cada uno? (especificar o enviar documento a pvazquez@nephila.es)

7. Actualmente, ¿en su Comunidad Autónoma se emplea esta estratificación para el diseño de estrategias o acciones dirigidas a ofrecer una atención personalizada centrada en las necesidades particulares de estos perfiles de pacientes?

- Sí. Indique ejemplos de intervenciones:

- No
- No sabe/No contesta

CONTINUIDAD ASISTENCIAL

8. A continuación, indique en qué medida considera que en su Comunidad Autónoma se garantiza, en términos generales, la CONTINUIDAD ASISTENCIAL en el abordaje de la cronicidad:

Nada Poco Medianamente Bastante Mucho

--	--	--	--	--

Puede ampliar información sobre la pregunta anterior a continuación:

9. ¿Cuáles diría que son los retos actuales en los que tendría que trabajar su Consejería para asegurar la continuidad asistencial en el marco de un nuevo modelo de atención a la cronicidad? (puede marcar varias opciones si lo desea)

- Mejora de la coordinación entre profesionales y niveles asistenciales
- Derivación temprana por el circuito sanitario
- Creación/refuerzo de la figura “gestor/a de casos”
- Creación o mejora de los sistemas de información compartidos
- Refuerzo de la interconsulta
- Garantía de telemedicina accesible y personalizada a los perfiles de pacientes crónicos
- Otras. Especifique cuáles: _____

10. ¿Qué herramientas de apoyo a la continuidad asistencial están disponibles en los diferentes niveles asistenciales? Por favor, describa tales herramientas para cada nivel. (Ejemplo: telemedicina, Historia Clínica Compartida / Sistemas de información)

Atención primaria	
Atención hospitalaria	
Atención de urgencias	
En los tres niveles de atención	

11. ¿Dispone su Comunidad Autónoma de indicadores para medir la coordinación asistencial? (Ejemplo: telemedicina, Historia Clínica Compartida / Sistemas de información)

- Sí. Indique qué indicadores (puede enviar documentación a pvazquez@nephila.es):

- No
- No sabe/No contesta

EQUIDAD

12. A continuación, indique qué indicadores se recogen y monitorizan en su Comunidad Autónoma para controlar la EQUIDAD en el acceso a la atención sanitaria de las personas con enfermedad crónica.

- Acceso a tratamientos farmacológicos
- Acceso a tratamientos no farmacológicos
- Pacientes en espera para intervenciones quirúrgicas no urgentes
- Pacientes en espera para consultas de especialidades
- Pacientes en espera para pruebas diagnósticas
- Tiempos de espera para intervenciones quirúrgicas no urgentes
- Tiempos de espera para consultas de especialidades
- Tiempos de espera para pruebas diagnósticas
- Otros. Indicar cuáles:

13. ¿Dispone su Comunidad Autónoma de un protocolo o proceso sistematizado para la derivación de pacientes crónicos/as dentro y fuera de su Comunidad Autónoma? (centros de referencia, consulta especializada, etc.)? (puede marcar varias opciones si lo desea)

- Sí, dentro de la Comunidad Autónoma (a otros centros o zonas/regiones sanitarias)
- Sí, a otras Comunidades Autónomas
- No
- No sabe / No contesta

COORDINACIÓN SANITARIA Y SOCIAL

14. Valore en qué medida se asegura la derivación de las personas con enfermedad crónica en situación de fragilidad o vulnerabilidad social desde el sistema sanitario a los servicios y/o recursos sociales en su Comunidad Autónoma. (ejemplo: ayuda domiciliaria, hogares para personas mayores, centros de día, centros ocupacionales, servicios de atención residencial, ...)

Nada Poco Medianamente Bastante Mucho

--	--	--	--	--

Si necesita ampliar la información, puede hacerlo aquí:

15. ¿Cuáles cree que son los principales retos de su Comunidad con respecto a la coordinación entre el sistema sanitario y el social?

Muchas gracias por su colaboración

8.3. ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

8.3.1. TABLAS

Tabla 1. Direcciones Generales y Servicios participantes en el sondeo **Pág. 15**

Tabla 2. Planes, programas o iniciativas autonómicas para el manejo de la enfermedad crónica compleja y/o la pluripatología **Pág. 17**

Tabla 3. Buenas prácticas del SNS en el abordaje de la fragilidad **Pág. 21**

8.3.2. FIGURAS

Figura 1. Reorientación del actual modelo de atención a la cronicidad. **Pág. 22**

Figura 2. Prioridades de un nuevo modelo sanitario centrado en la atención a la cronicidad **Pág. 23**

Figura 3. Definición de los diferentes perfiles de pacientes crónicos/as **Pág. 24**

Figura 4. Clasificación de los perfiles de pacientes crónicos/as **Pág. 24**

Figura 5. Empleo de la estratificación en el diseño de acciones para la población crónica **Pág. 25**

Figura 6. Garantía de la continuidad asistencial en el abordaje de la cronicidad **Pág. 25**

Figura 7. Retos de la continuidad asistencial para un modelo de atención a la cronicidad **Pág. 26**

Figura 8. Existencia de indicadores para medir la coordinación asistencial **Pág. 27**

Figura 9. Indicadores para controlar la equidad en el acceso a la atención sanitaria **Pág. 28**

Figura 10. Protocolo sistematizado para derivar pacientes dentro y fuera de las CC.AA. **Pág. 28**

Figura 11. Garantía de derivación de población crónica socialmente vulnerable al sistema social **Pág. 29**



PLATAFORMA DE ORGANIZACIONES
DE PACIENTES

www.plataformadepacientes.org



Con la colaboración de

abbvie

AMGEN®

Boehringer
Ingelheim

GSK

Janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES OF
Johansen-Johnsen

MSD

NOVARTIS


novo nordisk®

sanofi