



PLATAFORMA DE ORGANIZACIONES  
DE PACIENTES

Informe  
2021

 **BSERVATORIO**  
*de la atención al paciente*



Edita:  
**Plataforma de Organizaciones de Pacientes**  
 CIF: G-87288627  
[www.plataformadepacientes.org](http://www.plataformadepacientes.org)

Realiza:  
**Nephila Health Partnership, S.L.**

# ÍNDICE

6	<b>1. Introducción y estado de la cuestión</b>
6	1.1. Epidemiología de la enfermedad crónica en España
7	1.2. Impacto sanitario y social de la pandemia por COVID-19
8	1.3. Marco nacional del abordaje de la cronicidad
9	1.4. Justificación
10	<b>2. Objetivos</b>
10	2.1. Objetivo general
10	2.2. Objetivos específicos
10	<b>3. Metodología</b>
11	3.1. Comité asesor
12	3.2. Revisión bibliográfica
12	3.3. Sondeo a Comunidades Autónomas
12	3.3.1. Objetivo
12	3.3.2. Muestra y trabajo de campo
14	3.3.3. Temáticas y tipo de análisis estadístico
14	<b>4. Abordaje de la cronicidad en España</b>
14	4.1. Marco internacional de gestión y abordaje de la cronicidad
16	4.2. Estrategias y planes de cronicidad en España
19	4.2.1. Principales líneas estratégicas
20	4.2.2. Evaluación y financiación
21	4.3. Situación actual de las estrategias y planes de cronicidad en España: resultados del sondeo a las CC.AA.
26	<b>5. Retos de los modelos de atención a la cronicidad en España</b>
27	5.1. Despliegue y evaluación del modelo de atención a la cronicidad
28	5.2. Promoción de la salud y prevención de la cronicidad
29	5.3. Refuerzo de la atención primaria
31	5.4. Garantía de la continuidad asistencial
32	5.5. Transformación digital del Sistema Sanitario
32	5.6. Humanización de la asistencia sanitaria
34	5.7. Promoción de la corresponsabilidad de pacientes y cuidadores informales
34	5.8. Formación y capacitación a profesionales sanitarios
38	<b>6. Conclusiones</b>
38	6.1. Las estrategias y planes de cronicidad se necesitan actualizar para atender a las nuevas necesidades estructurales y asistenciales
39	6.2. La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad deben ser la base del modelo de atención a la cronicidad
39	6.3. La atención primaria precisa de una mayor dotación de recursos para ser el necesario eje vertebrador de la atención a la cronicidad
40	6.4. La coordinación y comunicación asistencial son necesarias para garantizar la continuidad asistencial
40	6.5. La atención debe abordarse desde una perspectiva biopsicosocial de la enfermedad crónica
41	6.6. El fomento de la educación sanitaria es esencial para la corresponsabilidad de pacientes y cuidadores/as
41	6.7. La formación y capacitación profesional es el aval de una atención eficiente y humanista de la cronicidad
42	<b>7. Bibliografía</b>
46	<b>8. Anexos</b>
46	8.1. Participantes del comité asesor del OAP 2021
48	8.2. Sondeo a CC.AA.
52	8.3. Índice de ilustraciones, tablas y figuras

## 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**

**EUPATI España**

**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. EPIDEMIOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA EN ESPAÑA

En España 21.696.500 personas de 15 años y más cuentan con un diagnóstico de enfermedad crónica, esto es el 54,3% de la población, 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%), y el cáncer<sup>1</sup>. Asimismo, destacan por su especial impacto en la calidad de vida de las personas afectadas patologías como la fibromialgia (3,2%)<sup>2</sup> las enfermedades raras (1,4%)<sup>3</sup>, y la esclerosis múltiple (1%)<sup>4</sup>, entre otras.

Las enfermedades del sistema circulatorio en conjunto constituyen la primera causa de mortalidad siendo responsables del 27,8% (116.615) de las defunciones en el año 2019, seguidas del cáncer (27%) y de las enfermedades respiratorias crónicas (11,4%)<sup>5</sup>. Se calcula que los factores de riesgo como el consumo de tabaco, el sedentarismo y el uso nocivo del alcohol son causantes de alrededor del 80% de las enfermedades coronarias y de las cerebrovasculares<sup>6</sup>.

Según la Encuesta Europea de Salud (INE, 2020), si se analiza la prevalencia de la enfermedad crónica por grupos de edad, se observa que las personas mayores de 65 años son el colectivo más afectado por la cronicidad. Mientras que en la población de 15 a 64 años entre el 28% y el 68% de las personas tiene diagnosticada alguna enfermedad crónica, en las mayores de 65 años esta cifra alcanza el 88,2%<sup>1</sup>.

Desde finales del siglo XX las mejoras en salud pública y la atención sanitaria, así como la adopción de ciertos estilos de vida se han traducido en el crecimiento de la esperanza de vida y, por tanto, en el incremento de la proporción de personas mayores y en la mayor prevalencia de las enfermedades crónicas, la fragilidad, la discapacidad y la dependencia<sup>7</sup>.

Actualmente las personas mayores representan el 35,5% de la población crónica en España<sup>1</sup>. De acuerdo con los resultados de la *“Proyección de la Población de España a Largo Plazo”* del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2020), en el 2035 la población de 65 y más años representará el 26,5% del total y en el 2050 el 30,8% (16.387.874 personas)<sup>8</sup>.

Son precisamente los pacientes crónicos de mayor edad, la población que, con frecuencia, presenta pluripatología y/o comorbilidad, que genera mayor demanda de atención en los diferentes ámbitos asistenciales y

que, por tanto, consume mayor volumen de recursos sanitarios y sociales<sup>6</sup>.

## 1.2. IMPACTO SANITARIO Y SOCIAL DE LA PANDEMIA POR COVID-19

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el 11 de marzo de 2020 la pandemia por COVID-19 que ha afectado especialmente a España, donde ha tenido lugar una prolongada crisis sanitaria que persiste tras varias oleadas de transmisión comunitaria del virus al ser uno de los países europeos que más número de casos y de fallecidos ha reportado<sup>9</sup>.

El 15 de marzo de 2020 el Gobierno de España declaró el estado de alarma, implantando medidas extraordinarias y restrictivas orientadas a ralentizar la curva de contagios y evitar el colapso de los servicios sanitarios. No obstante, como consecuencia del elevado porcentaje de pacientes que precisaron atención sanitaria y hospitalización, se asistió a una elevada actividad asistencial en atención primaria y atención hospitalaria cuyos recursos materiales, estructurales y humanos se han redistribuido y enfocado en la contención del virus y la atención a las personas afectadas por la COVID-19, en detrimento de la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las patologías y procesos crónicos no COVID-19. En ese contexto, los colectivos especialmente vulnerables al impacto ocasionado por la crisis sanitaria han sido las personas mayores,

las personas con patologías previas, aquellas que han recibido un nuevo diagnóstico durante la pandemia y las afectadas por COVID-19 persistente<sup>10</sup>.

Según el *“Estudio del impacto de COVID-19 en las personas con enfermedad crónica”* llevado a cabo por la Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP), desde el inicio de la pandemia hasta la actualidad, el 43% de las personas afectadas por enfermedad/es crónica/s ha experimentado un cambio negativo en su salud, bien como consecuencia de un agravamiento de una condición crónica preexistente, o de la aparición de nueva sintomatología<sup>11</sup>.

Entre las diversas barreras a las que se están enfrentando en el ámbito de la atención sanitaria, destacan: 1) las restricciones de acceso a los centros; 2) el cambio a una modalidad de atención mayoritariamente telefónica; 3) la cancelación y el retraso de los tratamientos y terapias; y 4) el retraso diagnóstico<sup>8</sup>, que ha afectado singularmente a las personas con patologías oncológicas<sup>12</sup>. Concretamente, 1 de cada 5 no han sido diagnosticadas o lo han sido con retraso, por lo que el número de primeras consultas han decrecido en casi un 21% durante los meses de marzo a junio de 2020 frente al mismo periodo de 2019<sup>12</sup>.

Durante el periodo transcurrido entre los meses de mayo y junio de 2021 persistía un retraso general en el acceso a la atención sanitaria y al diagnóstico, siendo el tiempo medio de espera para recibir atención médica por nueva sintomatología entre las personas con enfermedad crónica de 48 días y de hasta 4 meses para el diagnóstico. De hecho, durante ese periodo, una de cada cinco personas continuaba a la espera de recibir los resultados de las pruebas diagnósticas y solo el 31% de los pacientes había podido continuar con normalidad el tratamiento en los centros ambulatorios y hospitalarios<sup>11</sup>.

En su conjunto, el déficit de cobertura asistencial ha contribuido a agravar las patologías y a aumentar la morbimortalidad de todas las enfermedades, especialmente de aquellas más vulnerables al virus como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión arterial, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica o la diabetes mellitus<sup>7,10</sup>.

En paralelo al impacto sanitario de la pandemia por COVID-19, la situación pandémica también ha afectado a la calidad de vida (esfera social, laboral y económica) y al estado psicoemocional de la población general, debido a la falta de respuesta adecuada de los sistemas de salud; las medidas de salud pública para hacer frente a la pandemia; la frustración; la pérdida de libertad; y la preocupación por la salud propia y de la familia<sup>9</sup> (España representa el país de la Unión Europea en el que sus ciudadanos/as se encuentran más preocupados por su salud y la de sus allegados/as en relación a la COVID-19)<sup>12</sup>.

No obstante, la salud mental de las personas que conviven con

enfermedades crónicas ha empeorado en mucha mayor frecuencia que en la población general, debido a sus condicionantes específicos tales como los antecedentes emocionales, la vivencia de la enfermedad, la mayor vulnerabilidad sanitaria y necesidad de atención médica<sup>13</sup>. El impacto psicoemocional ha sido especialmente relevante en colectivos vulnerables como las personas con trastornos psicológicos y las personas mayores con enfermedad crónica a quienes el aislamiento social propio de esta pandemia les ha situado en un contexto de soledad no deseada y de desprotección social<sup>12</sup>.

Particularmente, desde el principio de la pandemia hasta la primavera de 2021 más de la mitad de las personas con enfermedad crónica han experimentado a menudo nerviosismo, desesperanza respecto al futuro, intranquilidad, tristeza y miedo<sup>13</sup>. En tanto que entre el 18% y el 25% de la población general experimentó ansiedad/miedo, tristeza/depresión, soledad/asilamiento y preocupación general en el caso de la población crónica lo sufrieron entre el 53 y el 58% de las personas afectadas.

### 1.3. MARCO NACIONAL DEL ABORDAJE DE LA CRONICIDAD

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSI) publicó en 2012 el documento *“Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud”*, mediante la aprobación del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (SNS), con el propósito de establecer un conjunto de objetivos y recomendaciones para el SNS que permitieran orientar la organización de los servicios hacia la disminución

de las condiciones de salud, reducir la mortalidad prematura de las personas que ya presentan alguna de estas, prevenir el deterioro de la capacidad funcional y las complicaciones y mejorar tanto su calidad de vida como la de las sus cuidadores/as informales<sup>6</sup>.

En sintonía con las líneas de trabajo para el abordaje de la cronicidad propuestas por la Estrategia nacional, todas las Comunidades Autónomas han puesto en marcha planes autonómicos específicos en cronicidad (*información ampliada en el apartado 4.2, “Estrategias y Planes de Cronicidad en España”*).

En el año 2021, en plena pandemia por COVID-19, el Ministerio de Sanidad ha llevado a cabo una evaluación de la implementación de la Estrategia nacional a fin de determinar el grado de cumplimiento de los objetivos establecidos, así como de proponer las líneas prioritarias de actuación a reforzar en el marco de los futuros modelos de atención a la cronicidad o Estrategias que deberían implementarse en España para el adecuado manejo de la cronicidad<sup>14</sup>.

Sin embargo, la situación actual de crisis sanitaria ha aplazado la prioridad de situar la cronicidad en el centro del sistema sanitario y de implementar tales cambios organizativos y asistenciales.

### 1.4. JUSTIFICACIÓN

El nuevo escenario sanitario descrito compromete el modelo de atención sanitaria tradicional orientado al servicio y supone un reto y una oportunidad para su transformación hacia un modelo organizativo y asistencial centrado en la persona, que garantice la efectiva atención sanitaria de la cronicidad

agravada, actualmente, por el impacto de la pandemia por COVID-19. La organización actual de los servicios se centra en la atención episódica de los problemas de salud con un enfoque curativo, sin tener en cuenta lo suficiente los aspectos preventivos, la perspectiva de los cuidados y la corresponsabilidad de los y las pacientes sobre estos<sup>6</sup>.

Actualmente, según el comité asesor del Observatorio al Paciente (OAP) el sistema sanitario se enfrenta a un notable déficit de recursos para la atención de la cronicidad, dado que, hasta ahora, las CC.AA. han empleado la mayoría de estos en la contención del virus y el proceso de vacunación contra la COVID-19. Los *“Fondos Europeos de Recuperación Next Generation”*, destinados a la reparación de los daños provocados por la crisis del COVID-19, deberían dirigirse al fortalecimiento del SNS dotándolo de la capacidad y recursos necesarios para hacer frente a futuras crisis sanitarias en situación de menor vulnerabilidad<sup>7</sup> y evitar el perjuicio de la atención sanitaria a personas con patologías crónicas.

En el año 2005 la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su documento *“Preventing chronic diseases, a vital investment”*, ya advertía de que los modelos asistenciales de los sistemas sanitarios eran ineficientes en la asistencia de procesos crónicos, debido al déficit de recursos humanos, físicos y económicos y al uso fragmentado de los recursos disponibles, e instaba a los Estados a reorientar sus sistemas de atención a la cronicidad<sup>15</sup>.

Durante esta pandemia, se ha evidenciado la necesidad de garantizar el trabajo en equipo y la multidisciplinariedad, la flexibilidad en

la gestión de los recursos sanitarios, la coordinación y adecuada dotación de los recursos humanos y materiales en el ámbito sanitario y social, así como de potenciar la promoción y prevención de la salud. Las actuales estrategias o modelos de atención a la cronicidad se encuentran obsoletas respecto a estas necesidades, por lo que resulta urgente reestructurar el sistema sanitario garantizando la equitativa implementación de dichos planes en las diferentes Comunidades Autónomas (CC.AA.).

Así pues, la POP, entidad que agrupa y representa a más de 1.450 entidades de ámbito regional o provincial de personas con enfermedad crónica o síntomas cronicados, a través de su OAP, ha detectado la necesidad de profundizar en la situación del abordaje de la cronicidad en España, así como los retos de su reformulación, dado el contexto actual de crisis sanitaria por la pandemia por COVID-19.

El presente “Informe 2021 del Observatorio de Atención al Paciente” recoge los resultados de una encuesta a planificadores y gestores sanitarios de las Administraciones Públicas y de varias consultas a profesionales del ámbito social y sanitario, cuyos resultados se describen a lo largo de este documento.

## 2. Objetivos

### 2.1. OBJETIVO GENERAL

De acuerdo con la situación expuesta se plantea como objetivo general del informe **profundizar en la situación, nivel de implantación y adecuación de las actuales estrategias y planes**

**de atención a la cronicidad** de las diferentes Comunidades Autónomas a las necesidades generadas por la pandemia por COVID-19 en lo que respecta a la atención sanitaria de la cronicidad.

### 2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

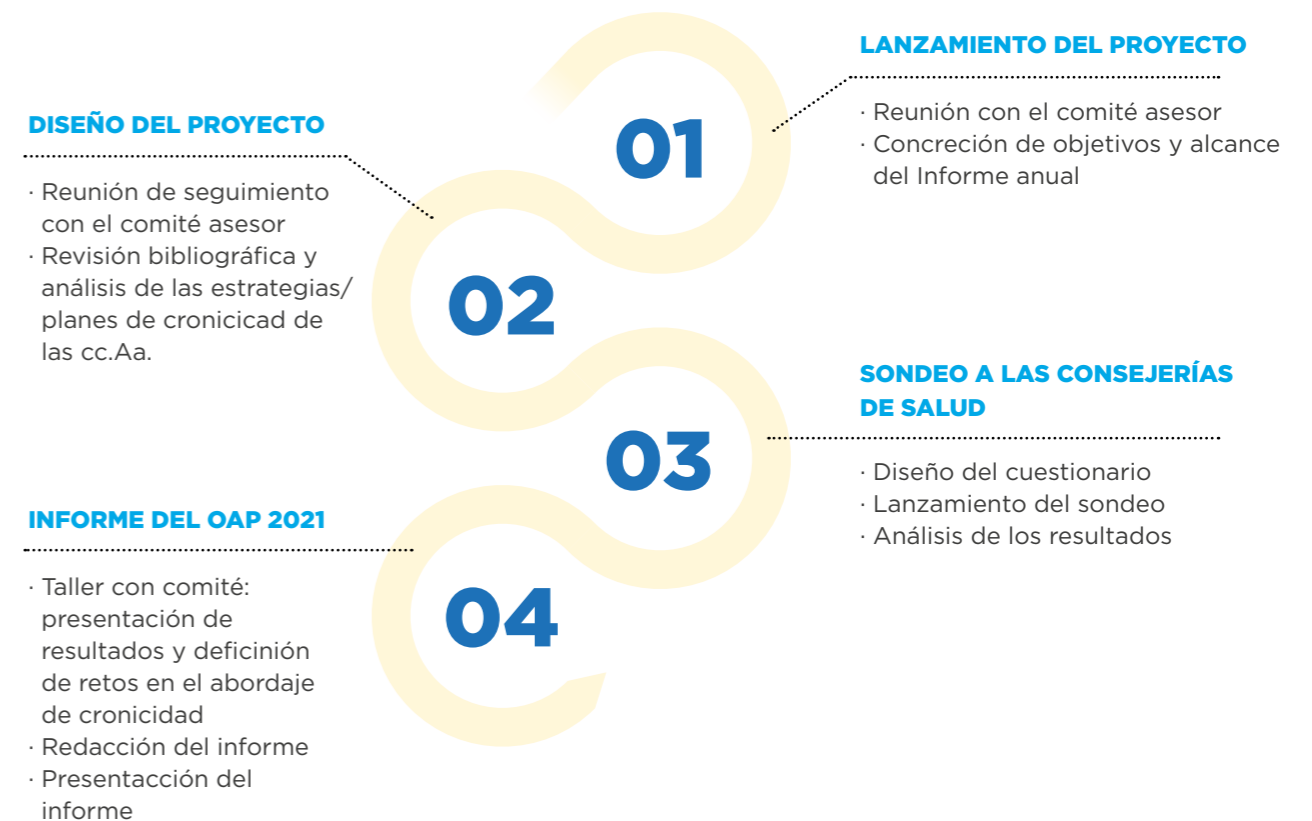
Así, los objetivos específicos han sido:

- ✓ Profundizar en el **impacto de la crisis sanitaria** provocada por la COVID-19 sobre la actual atención a la cronicidad.
- ✓ Describir los **retos de los futuros modelos de atención a la cronicidad** en el proceso de adaptación a las nuevas necesidades generadas por la pandemia por COVID-19.
- ✓ Describir las **prioridades de los futuros planes de salud con respecto al abordaje de la cronicidad.**
- ✓ Definir posibles **propuestas de mejora de la atención a la cronicidad** en España.

## 3. Metodología

Para el desarrollo de este informe se ha recurrido a técnicas cualitativas y cuantitativas con el propósito de dar respuesta a sus objetivos. Concretamente, se realizaron varios talleres 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.

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



### 3.1. COMITÉ ASESOR

Con la finalidad de incorporar el conocimiento y perspectiva de los agentes que han de poner en marcha las intervenciones recomendadas en las Estrategias, en la elaboración del Informe anual del Observatorio de Atención al Paciente (OAP) se ha contado con el soporte de profesionales sociales y sanitarios miembros de las sociedades científicas y organizaciones integradas en su comité asesor (*ver listado de profesionales en anexo 8.1.*), que desempeñaron las siguientes funciones a lo largo de las diferentes

fases de desarrollo del informe:

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

La comunicación con el comité asesor se llevó a cabo vía correo electrónico y telefónica y la dinámica de trabajo de este grupo consistió en la participación en tres reuniones virtuales y en la validación de la documentación propia del proyecto vía correo electrónico (actas de reuniones e informe final).

### 3.2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Con la finalidad de conocer la situación actual del abordaje de la cronicidad en España se realizó una búsqueda de estrategias y planes de salud relacionados con el abordaje de la cronicidad tanto a escala nacional como autonómica, así como una revisión bibliográfica de estudios desarrollados por organizaciones de pacientes y sociedades científicas y de estudios y documentos oficiales de instituciones públicas.

Dado que mediante esta revisión bibliográfica se identificó en el conjunto de CC.AA. la ausencia de Estrategias y Planes de Salud vigentes o que hubieran sido desarrollados a partir de la irrupción de la pandemia por COVID-19, se decidió diseñar un cuestionario dirigido a las Consejerías de Salud de las diferentes 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 cerradas con el objetivo de **conocer la situación y despliegue actual de las diferentes estrategias o modelos autonómicos de atención a la cronicidad, así como los retos**, habida

cuenta de la nueva situación sanitaria surgida tras la irrupción de la pandemia por COVID-19 que ha afectado al abordaje de la cronicidad.

#### 3.3.2. Muestra y trabajo de campo

Se ha contado con una **muestra de 14 encuestas válidas** (todas las CC.AA. a excepción de Canarias, La Rioja y País Vasco).

La recogida de datos **se llevó a cabo entre el 8 de octubre y el 5 de noviembre de 2021** y las respuestas se obtuvieron por medio de un cuestionario autoadministrado en Internet en el que participaron expertos y directivos de planificación y gestión sanitaria de las Direcciones Generales y Servicios de Planificación o Asistencia Sanitaria de las Consejerías y Departamentos de Salud de las Comunidades Autónomas del Estado Español.

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

El perfil profesional de las personas participantes se detalla a continuación:

- > **Dirección General de Asistencia Sanitaria del Departamento de Sanidad del Gobierno de Aragón**

---

- > **Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Gallego de Salud (SERGAS)**

---

- > **Dirección General de Planificación, Formación y Calidad Sanitarias de la Consejería de Sanidad y Políticas Sociales de la Junta de Extremadura**

---

- > **Dirección General de Humanización y Atención al Paciente de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid**

---

- > **Subdirección de Cuidados del Servicio Cántabro de Salud**

---

- > **Servicio de Efectividad y Seguridad Asistencial del Servicio de Planificación, Evaluación y Gestión del Conocimiento de la Consejería de Salud de La Comunidad Foral de Navarra**

---

- > **Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud de la Consejería de Salud y Familias de la Junta de Andalucía.**

---

- > **Dirección General de Planificación en Salud del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya**

---

- > **Servicio de Información al Ciudadano y Defensa del Usuario de Servicios Sanitarios de la Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y atención al ciudadano, de la Consejería de Salud de la Región de Murcia**

---

- > **Dirección General de Planificación y Asistencia Sanitaria de la Consejería de Sanidad de la Junta de Castilla y León**

---

- > **Subdirección de Atención a la cronicidad, coordinación sociosanitaria y enfermedades poco frecuentes de la Dirección General de Asistencia Sanitaria de la Consejería de Salud y Consumo del Gobierno de las Islas Baleares**

---

- > **Subdirección General de Actividad Asistencial Integrada de la Consejería de Sanidad Universal y Salud Pública de la Generalitat Valenciana**

---

- > **Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Castilla-La Mancha**

### 3.3.3. Temáticas y tipo de análisis estadístico

El sondeo (*ver en anexos*) ha permitido obtener la siguiente información sobre las Estrategias y Planes de atención a la cronicidad: su existencia, vigencia y dotación presupuestaria; la previsión de desarrollar futuras Estrategias o Planes; el nivel de implantación de los modelos de atención a la cronicidad y la previsión de modificar su enfoque; el impacto de la situación sanitaria provocada por la COVID-19 en la actual atención a la cronicidad; y los retos y prioridades de las futuras Estrategias/Planes de cronicidad y de los Planes de Salud con respecto al nuevo contexto sanitario.

El diseño, seguimiento y recogida y explotación estadística de estos datos se ha llevado a cabo mediante la herramienta SurveyMonkey ([www.surveymonkey.com](http://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 en España

### 4.1. MARCO INTERNACIONAL DE GESTIÓN Y ABORDAJE DE LA CRONICIDAD

El impacto de las enfermedades crónicas sobre los sistemas sanitarios ha conducido al desarrollo de modelos teóricos de gestión y abordaje de la cronicidad, que abogan por el rediseño de los sistemas sanitarios actuales y que han sido llevados a la práctica en los

servicios sanitarios de diversos países y regiones.

Actualmente existen varios modelos conceptuales a nivel internacional que **se clasifican en dos perspectivas de atención complementarios entre sí: los modelos de sistema**, centrados en la prevención y la coordinación tanto asistencial como con el/la paciente; **y los modelos poblacionales**, que sitúan el foco de su intervención en las necesidades de la población de personas con enfermedad crónica, en lugar de en el sistema.

**El principal modelo de sistema es el “Chronic Care Model” (CCM)**, desarrollado por el “MacColl Institute for Healthcare Innovation”, que a su vez es el principal modelo de referencia internacional en la atención a personas con enfermedad crónica y tiene como propósito desarrollar una atención de calidad a través del empoderamiento de la población crónica y la capacitación y dotación de recursos a los equipos de profesionales desde la perspectiva de la comunidad, el sistema sanitario y la interacción de los y las pacientes en la práctica clínica<sup>16, 17, 18</sup>.

**El impacto de las enfermedades crónicas sobre los sistemas sanitarios ha conducido al desarrollo de modelos teóricos de gestión y abordaje de la cronicidad, que abogan por el rediseño de los sistemas sanitarios actuales.**

Ilustración 1. Modelo de atención a crónicos/as “Chronic Care Model”



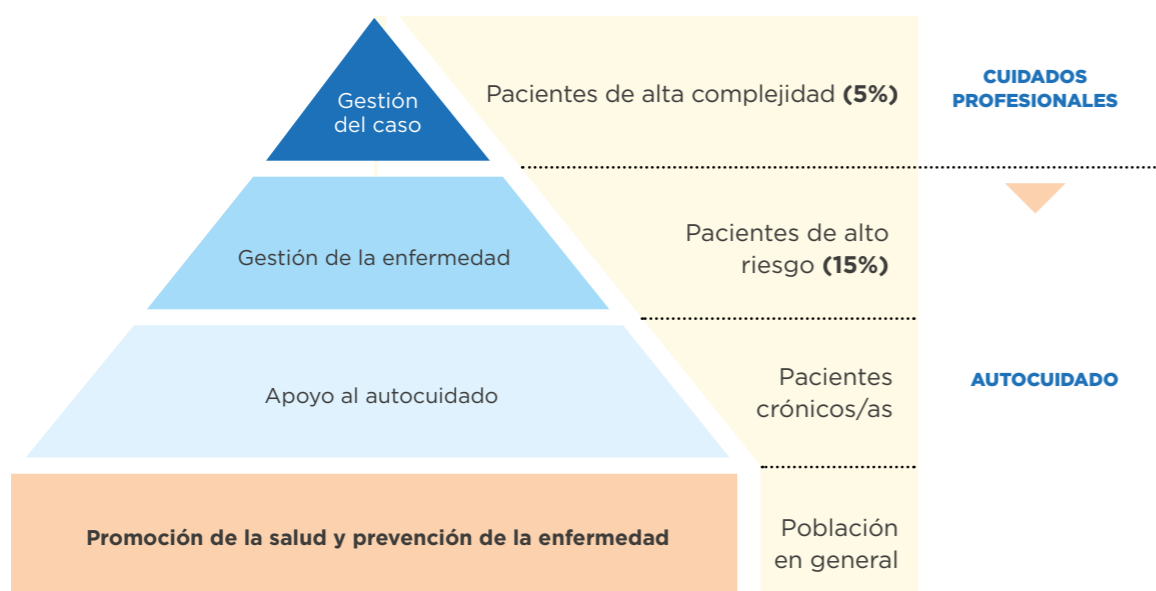
Fuente: EdWagnery colaboradores del MacColl Institute for Healthcare Innovation (Seattle, EEUU)

En lo que se refiere a los modelos poblacionales, el referente es la “Pirámide de riesgo de Kaiser Permanente”, que identifica tres niveles de intervención mediante la estratificación de la población crónica según su complejidad. Su aplicación en los sistemas sanitarios

permite identificar la población objeto de intervenciones más intensivas (ancianos, pluripatológicos, ...) y priorizarlas, optimizando así la asignación de recursos, promover la corresponsabilidad de los y las pacientes, y reducir el consumo de recursos sanitarios<sup>16, 17, 18</sup>.



**Ilustración 2. Pirámide Kaiser Permanente**



Fuente: Kaiser Permanente

A nivel internacional, en los últimos años diversos países han implementado modelos de atención a la cronicidad basados en los anteriormente descritos, como, por ejemplo, el CCM en EE.UU. y el Kaiser Permanente y el CCM en Reino Unido<sup>17</sup>.

En general, la evaluación del desarrollo e implantación de estos modelos ha evidenciado que las iniciativas de gestión integral de la cronicidad contribuyen a la mejora de la calidad de vida y el estado de salud de las personas afectadas, a la optimización del uso de los recursos sanitarios y a la reducción de los costes de tratamiento a medio o largo plazo<sup>17</sup>. Tales mejoras son el resultado de la interrelación entre los diferentes elementos que componen estos modelos de atención integral, cuya puesta en marcha debe ajustarse a las circunstancias particulares de los sistemas de salud, zonas u organizaciones sanitarias, así como a las características sociodemográficas de la población y la situación epidemiológica<sup>17</sup>.

#### 4.2. ESTRATEGIAS Y PLANES DE CRONICIDAD EN ESPAÑA

En España la **gestión y atención de la cronicidad se ha llevado a cabo de forma desigual y con diversidad de criterios o indicadores en el conjunto de CC.AA.**

**Durante los últimos años previos a la pandemia por COVID-19, todas las regiones han desarrollado estrategias o planes específicos para el abordaje de la cronicidad.** En la actualidad, las Comunidades de Extremadura e Islas Baleares se encuentran implantando sus respectivos planes/estrategias, mientras que en el resto de CC.AA. consultadas el periodo de implantación previsto ha finalizado (*ver detalle en tabla 2*).

Entre todas ellas, caben destacar, por la incorporación y adecuación de los enfoques de gestión anteriormente expuestos a las características de sus sistemas de salud, las estrategias y planes de Andalucía, Aragón, Cataluña,

Comunidad Valenciana, Castilla y León, Murcia y el País Vasco.

Concretamente, la metodología del modelo de segmentación y estratificación de Kaiser Permanente, se ha adaptado y aplicado en las Comunidades de Cataluña, Valencia y el País Vasco<sup>18</sup>, habiéndose demostrado en

esta última que la adopción del enfoque poblacional puede ser viable y tener un potencial de desarrollo considerable en la medida en que se implanten nuevos sistemas de información o se enriquezcan los existentes (como, por ejemplo, el modelo de historia clínica unificada)<sup>19</sup>.

**Tabla 1. Estrategias y planes de atención a la cronicidad de las Comunidades Autónomas**

COMUNIDAD AUTÓNOMA	ESTRATEGIA O PLAN	PERIODO PREVISTO DE IMPLANTACIÓN
Andalucía	Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas <sup>20</sup>	2012-2016
Aragón	Proceso de atención a los pacientes crónicos complejos en Aragón <sup>21</sup>	2019
Principado de Asturias	Personas sanas, poblaciones sanas: ordenación y elaboración de las Estrategias de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias <sup>22</sup>	2014-2017
Illes Balears	Plan de atención a las Personas con enfermedades crónicas 2016-2021. El reto del sistema sanitario <sup>23</sup>	2016-2021
Canarias	Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias <sup>24</sup>	2015-2019
Cantabria	Plan de Atención a la Cronicidad de Cantabria 2015-2019 <sup>17</sup>	2015-2019
Castilla y León	Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León <sup>25</sup>	2013-2016
Castilla-La Mancha	Plan director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial 2014-2017 <sup>26</sup>	2014-2017
	Plan de Salud de Castilla-La Mancha. Horizonte 2025 (se estructura en 9 planes específicos entre los que se encuentra el Plan de abordaje integral de la cronicidad y prevención de la fragilidad) <sup>27</sup>	2021-2025

Sigue

(Continuación)

**Tabla 1. Estrategias y planes de atención a la cronicidad de las Comunidades Autónomas**

COMUNIDAD AUTÓNOMA	ESTRATEGIA O PLAN	PERIODO PREVISTO DE IMPLANTACIÓN
Cataluña	Programa de prevenció i atenció a la cronicitat (PPAC) <sup>28</sup>	2011-2014
Comunitat Valenciana	Estrategia para la atención a pacientes crónicos en la Comunitat Valenciana (EAPC-CV) <sup>29</sup>	2014
Extremadura	Estrategia de Prevención y Atención a Personas con Enfermedades Crónicas de Extremadura <sup>30</sup>	2017-2022
Galicia	Estrategia gallega para la atención a personas en situación de cronicidad <sup>16</sup>	2018-2020
Comunidad de Madrid	Estrategia de atención a pacientes crónicos en la Comunidad de Madrid <sup>31</sup>	2014-2017
Región de Murcia	Estrategia para la Atención a la Cronicidad 2013-2015 <sup>32</sup>	2013-2015
Comunidad Foral de Navarra	Estrategia Navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos <sup>18</sup>	2013-2020
País Vasco	Retos y proyectos estratégicos de Osakidetza 2017-2020 <sup>33</sup>	2017-2020
La Rioja	Estrategia de atención al paciente crónico de la Rioja <sup>34</sup>	2014-2020

Específicamente, la iniciativa de carácter autonómico pionera en el enfoque de atención integral de la cronicidad tuvo lugar en 2010 con la aprobación de la *“Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi”*, la cual se estructuraba en cinco áreas similares a las de los modelos CCM, ICCC y Kaiser Permanente, como son la salud poblacional, promoción y prevención, responsabilidad y autonomía del paciente, continuidad

asistencial, e intervenciones adaptadas a las necesidades del paciente<sup>14</sup>. Sin embargo, tras su periodo de ejecución 2010-2014 esta Estrategia no fue renovada y el abordaje de la cronicidad paso a incorporarse en los objetivos y líneas estratégicas de sus diferentes planes de salud de forma transversal en un contexto de estructuras sanitarias de gestión integrada.

Tanto la estrategia de cronicidad del País Vasco como las sucesivas definidas

por las Comunidades de Andalucía, Cataluña y Valencia constituyeron el origen de la *“Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS”*, cuyo objetivo fundamental residía en modificar el enfoque del sistema tradicional, centrado en la enfermedad a un nuevo modelo centrado en las personas<sup>17</sup>.

La Estrategia nacional se estructura en seis líneas estratégicas, a saber, la promoción de la salud, la prevención de las condiciones de salud y las limitaciones crónicas, la continuidad asistencial, la reorientación de la atención sanitaria, la equidad en salud y la investigación e innovación. Sus recomendaciones complementan las iniciativas puestas en marcha en las CC.AA. y conforman un marco general de cohesión en relación a los objetivos comunes de todo el SNS y a los cambios a desarrollar para abordar la prevención de las enfermedades crónicas y garantizar que las personas con problemas de salud crónicos tengan acceso a la misma atención en todo el territorio español<sup>6</sup>.

#### 4.2.1. Principales líneas estratégicas

En general, la mayoría de estrategias y planes de cronicidad de las diferentes CC.AA. comparten una serie de líneas estratégicas comunes cuyo desarrollo se ha considerado preferente hasta la fecha, entre las que cabe señalar las siguientes:

- ✓ **Prevención primaria y secundaria de las enfermedades crónicas y promoción de la salud** mediante programas e intervenciones dirigidas a prevenir los factores de riesgo modificables.
- ✓ **Garantía de la continuidad asistencial sociosanitaria** por vía de la implantación de procesos clínicos integrados que contribuyan a evitar la actual fragmentación de responsabilidades.
- ✓ **Desarrollo de capacidad de**

**resolución y liderazgo de la Atención Primaria (AP).**

- ✓ **Promoción de la investigación, innovación y conocimiento** en cronicidad.
- ✓ **Despliegue del modelo de atención centrado en el paciente y su entorno**, mediante la mejora de la adecuación de la organización asistencial y de la oferta de servicios adaptados a las necesidades del paciente con enfermedades crónicas.
- ✓ **Atención al paciente crónico complejo y sus cuidadores/as** recurriendo al despliegue de programas específicos de atención a los pacientes con complejidad clínica.
- ✓ **Fomento de la formación continuada a profesionales sanitarios** implicados en el manejo de la cronicidad orientada a la adquisición y mantenimiento de competencias.
- ✓ **Refuerzo de la autonomía y corresponsabilidad de pacientes y cuidadores/as** por medio de la reducción de la discapacidad y la dependencia.
- ✓ **Implementación de sistemas y tecnologías compartidas de información** y comunicación.
- ✓ **Orientación a resultados en salud y mejora de la equidad en estos**, para lo cual se requeriría la evaluación sistemática de las intervenciones de salud realizadas.

Adicionalmente, **los actuales planes de salud de todas las CC.AA. también incluyen entre sus objetivos y/o líneas de actuación el abordaje y gestión de la cronicidad y la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad**, a excepción de la Comunidad de Madrid<sup>35</sup>, aludiendo en su mayoría a la orientación de los actuales modelos asistenciales hacia las patologías crónicas y al refuerzo de su abordaje transversal mediante la integración de los diferentes ámbitos asistenciales.

Cabe destacar que, tal como sucede con las estrategias de cronicidad autonómicas, **únicamente cuatro de los diecisiete planes de salud existentes se encuentran vigentes, habiendo sido diseñados dos de ellos durante la pandemia por COVID-19**: el correspondiente a Castilla-La Mancha, que abarca el periodo 2021-2025; y el de Extremadura cuya validez se mantiene del 2021 al 2028.

En este sentido, ambos planes están impregnados de una nueva perspectiva de atención a la cronicidad marcada por la nueva normalidad fruto de esta pandemia, incorporando la necesidad de proteger el sistema sanitario frente a la irrupción de futuras contingencias imprevistas, de abordar un cambio del modelo del sistema sanitario en su conjunto y de dotarlo adecuadamente de recursos humanos y materiales.

#### 4.2.2. Evaluación y financiación

Según el comité asesor del OAP, la evaluación del avance y nivel de implantación de las diferentes estrategias y planes, junto con una adecuada dotación presupuestaria representan los aspectos clave para asegurar la efectiva ejecución de los modelos de atención a la cronicidad.

En lo que concierne a la evaluación de estos modelos, tal como se avanzaba al inicio de este informe, en 2021 el Ministerio de Sanidad ha realizado la última evaluación del avance de la “Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS”<sup>14</sup>, a partir de la cual se han determinado ocho líneas prioritarias de actuación que deberían desarrollarse para el adecuado manejo de la cronicidad, las cuales se describen a continuación:

1. Implementar la historia clínica electrónica compartida accesible desde cualquier nivel asistencial.
2. Ofrecer una atención coordinada

social y sanitaria.

3. Fomentar el trabajo en equipo y la corresponsabilidad de los profesionales de los distintos ámbitos asistenciales como garantía de la continuidad asistencial.
4. Impulsar la visita domiciliaria en las personas en situación compleja, clínica o social, como uno de los objetivos a conseguir por cada equipo de AP.
5. Mejorar la capacidad resolutoria y la gestión clínica de la demanda de AP.
6. Promover la participación y el empoderamiento del paciente en su proceso asistencial.
7. Garantizar el uso seguro y efectivo de los medicamentos en pacientes con enfermedades crónicas y/o polimedicados.
8. Continuar el proyecto de Mejora del Abordaje del Dolor Crónico en el SNS.

**La evaluación del avance y nivel de implantación de las diferentes estrategias y planes, junto con una adecuada dotación presupuestaria representan los aspectos clave para asegurar la efectiva ejecución de los modelos de atención a la cronicidad.**

A pesar de las recomendaciones de esta evaluación, según el conjunto de expertos/as consultados/as las acciones puestas en marcha en el marco de la Estrategia Nacional de Cronicidad no han sido evaluadas en profundidad,

lo que impide la identificación de áreas concretas de mejora. En efecto, el Ministerio insta a implementar o reforzar tales líneas de trabajo que ya habían sido demandadas en revisiones previas y en la propia Estrategia de Cronicidad del 2012, dado que la mayor parte de sus líneas de trabajo no han sido implementadas en la mayoría de CC.AA., o bien no se han alcanzado sus objetivos.

Entretanto, en cuanto a la evaluación de los distintos modelos de atención a la cronicidad autonómicos, la única CC.AA. que ha publicado una evaluación de su respectiva estrategia ha sido Navarra dos años después de su implantación, en 2018. A partir de esta se identificaron tres retos muy concretos, que serían: mejorar la identificación del grupo de pacientes diana para beneficiarse de un modelo de gestión de casos o un modelo de atención domiciliaria a enfermedad crónica avanzada en cuidados paliativos; mejorar la seguridad del paciente y generalizar el programa de conciliación de la medicación a personas polimedicadas; y desarrollar e impulsar estrategias de atención comunitaria para empoderar a pacientes, familiares y personas cuidadoras<sup>18</sup>. Por su parte, con respecto a la financiación, cabe señalar que, según el comité asesor, el hecho que la “Estrategia para el Abordaje de la

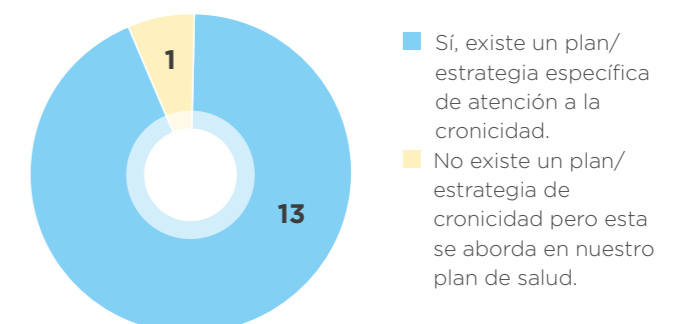
Cronicidad en el SNS” no haya llevado asociado un presupuesto específico para su implantación en las diferentes CC.AA., ha determinado y dificultado la puesta en marcha y operatividad de sus líneas estratégicas. En este sentido, el Gobierno de España en uno de los ejes del actual “Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia” diseñado para la canalización de los Fondos Europeos de Recuperación (*Palanca VI: “Pacto por la ciencia y la innovación. Refuerzo a las capacidades del SNS”*) reconoce el insuficiente nivel de inversión realizado hasta la fecha en ciencia e innovación en el sistema de salud<sup>36</sup>. Por consiguiente, prevé destinar 1.069.000.000€ a una serie de reformas encaminadas a renovar y ampliar las capacidades del sistema sanitario para adaptarlo a los desafíos actuales entre las que destacan el fortalecimiento de la AP y de la prevención y promoción de la salud<sup>40</sup>.

El Consejo Interterritorial del SNS, en coordinación con las Comunidades Autónomas, será el órgano clave en lo que respecta a la aplicación de estas reformas y a asegurar el cumplimiento de los objetivos y adecuada canalización de las inversiones en las diferentes CC.AA.<sup>36</sup>

#### 4.3. SITUACIÓN ACTUAL DE LAS ESTRATEGIAS Y PLANES DE CRONICIDAD EN ESPAÑA: RESULTADOS DEL SONDEO A LAS CC.AA.

En el presente bloque se presenta la fotografía de la situación y despliegue actuales de las diferentes estrategias o modelos autonómicos de atención a la cronicidad en España mencionadas anteriormente (tabla 1).

**Figura 1. Existencia de estrategias/planes de cronicidad en las diferentes CC.AA. (n=14)**



**4 de 14**

Sólo 4 CCAA han recibido una dotación presupuestaria para implementar su estrategia de cronicidad y 5 CCAA creen que la recibirán para la próxima estrategia.



La COVID-19 ha impactado bastante o mucho en la atención a la cronicidad de 11 CC.AA.

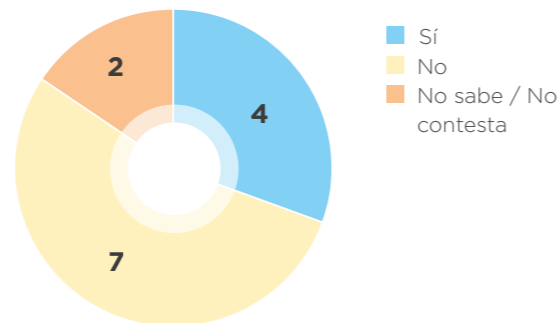
**12 C.C.A.A.**

están trabajando o trabajarán en una actualización del modelo de atención a la cronicidad.

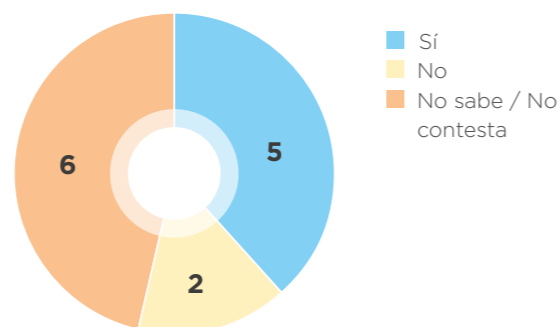
**Trece de las 14 CC.AA. que han participado en el sondeo cuentan con una estrategia o plan de atención a la cronicidad.**

Excepcionalmente, una de ellas contempla el modelo de abordaje de la cronicidad entre los objetivos estratégicos de su actual plan de salud y desconoce si en el futuro desarrollará una estrategia o plan específico. Por otro lado, las Comunidades manifiestan que todas las estrategias y planes se están implantando actualmente.

**Figura 2. Dotación presupuestaria de las actuales estrategias o planes de cronicidad (n=13)**



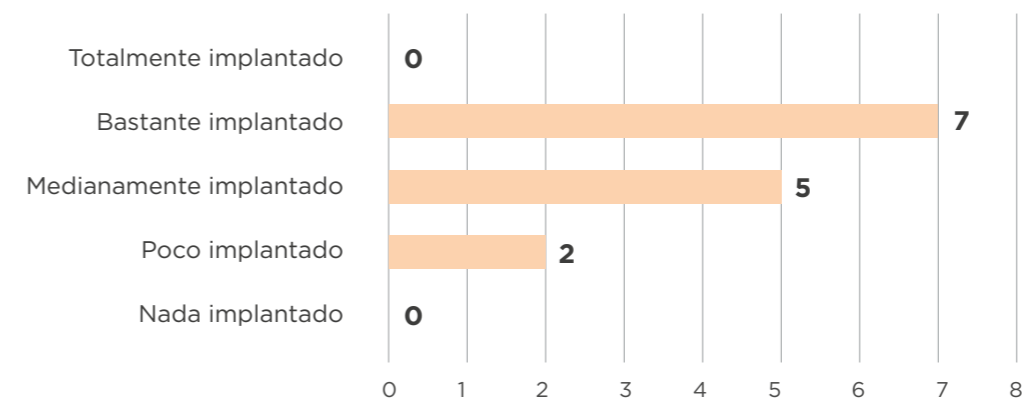
**Figura 3. Dotación presupuestaria de las próximas estrategias o planes de cronicidad (n=13)**



En cuanto a la dotación presupuestaria de las estrategias de cronicidad en España, destaca que lo más frecuente es no haber contado con un presupuesto asociado para su implementación. No obstante, hasta cuatro CC.AA. afirman que sí dotaron un presupuesto específico.

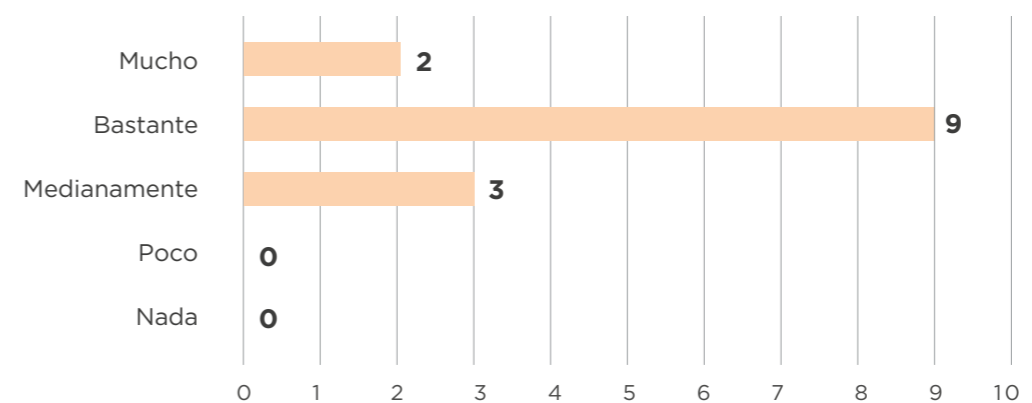
Con respecto a la posible dotación de la próxima estrategia, hasta cinco CC.AA. consideran que recibirán un presupuesto específico para su puesta en marcha, mientras que el resto lo desconoce o cree que no lo tendrán.

**Figura 4. Nivel de implantación del actual modelo de atención a la cronicidad (n=14)**



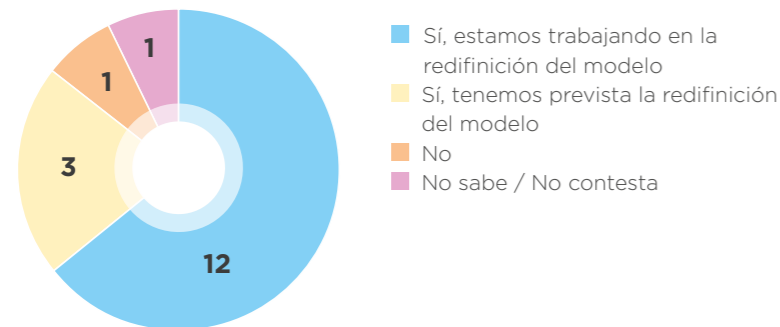
Según los gestores de las Consejerías/Departamentos de Salud consultados, actualmente el modelo de atención a la cronicidad estaría entre medianamente y bastante implantado en la mayoría de CC.AA., mientras que solo en dos estaría poco implantando.

**Figura 5. Impacto de la crisis sanitaria por la COVID-19 en la atención a la cronicidad (n=14)**



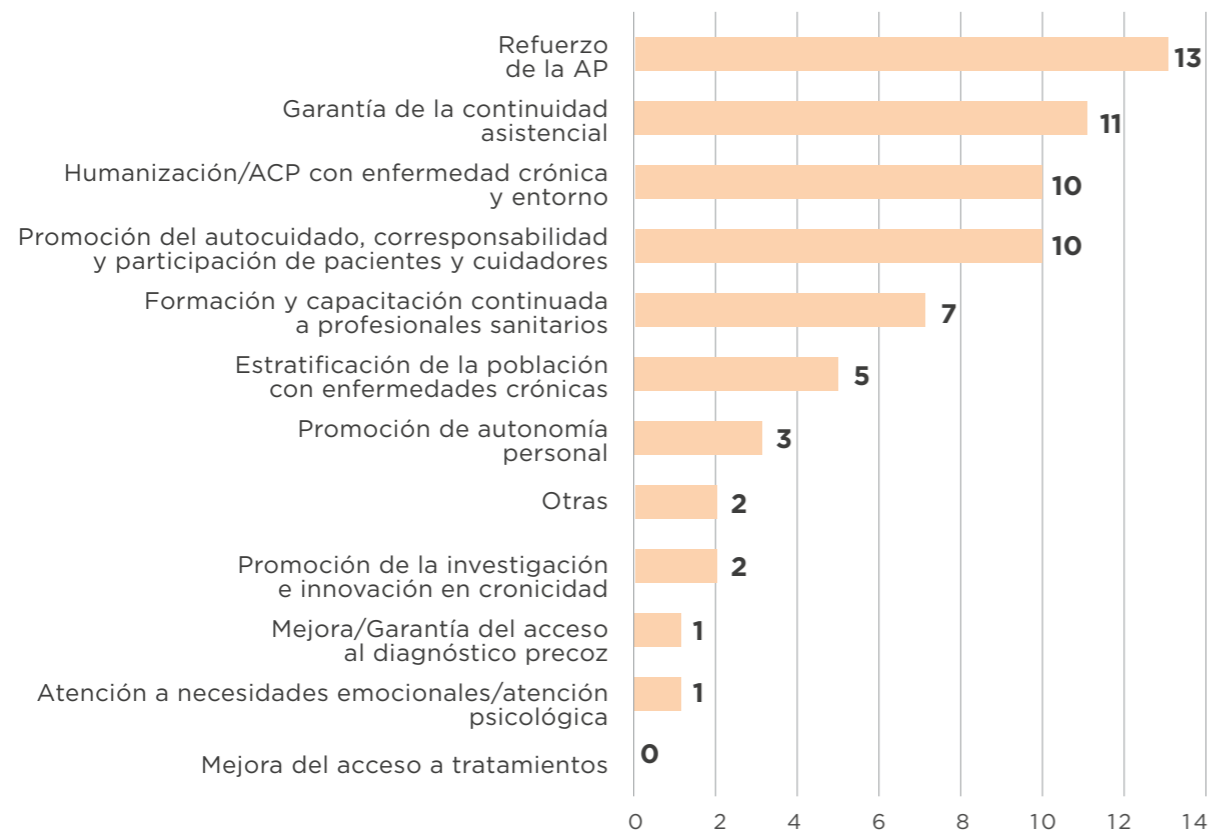
Sin embargo, la situación sanitaria provocada por la COVID-19 parece haber afectado a la actual atención a la cronicidad entre medianamente y mucho en el conjunto de CC.AA., especialmente a dos de ellas.

**Figura 6. Previsión de reenfoque estratégico del modelo de atención a la cronicidad (n=14)**



La mayoría de CC.AA., están trabajando en una actualización de su modelo de atención a la cronicidad o prevén hacerlo para darle un nuevo enfoque estratégico y así adaptarse a las nuevas necesidades ocasionadas por la pandemia.

**Figura 7. Prioridades en la redefinición del modelo de atención a la cronicidad (n=13)**



En lo que se refiere al enfoque estratégico de los futuras estrategias o planes de cronicidad, la mayoría de CC.AA. han remarcado como las **líneas de trabajo prioritarias** las siguientes:

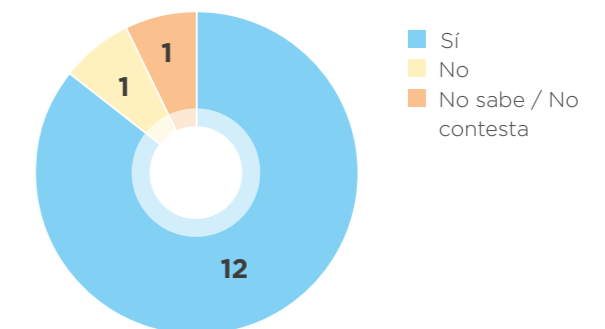
- ✓ **Refuerzo de la Atención Primaria (AP)** (13 CC.AA.)
- ✓ **Garantía de la continuidad asistencial** (11 CC.AA.)
- ✓ **Humanización de la atención sanitaria/** Orientación de la atención sanitaria hacia un modelo de atención centrada en la persona (ACP) con enfermedad crónica y su entorno (10 CC.AA.)
- ✓ **Promoción del autocuidado, la corresponsabilidad y la participación** de los pacientes y sus cuidadores informales (10 CC.AA.)
- ✓ **Formación y capacitación continuada a los profesionales sanitarios** (7 CC.AA.)

Entretanto, hasta 5 CC.AA. consideran una línea de trabajo esencial la **estratificación de la población con enfermedades crónicas de acuerdo con su perfil clínico y nivel de riesgo**, etc.

Con respecto a los planes de salud que puedan ponerse en marcha en el futuro próximo, **la gran mayoría de Consejerías de Salud tienen previsto modificar sus objetivos o líneas estratégicas** como consecuencia de las necesidades y aprendizajes causados por la COVID-19. En este caso, **los aspectos prioritarios a abordar serían el fomento de la coordinación y/o integración entre niveles asistenciales** (8 CC.AA.), **la transformación digital del sistema sanitario** (6 CC.AA.), **así como la integración sanitaria y social** (5 CC.AA.).

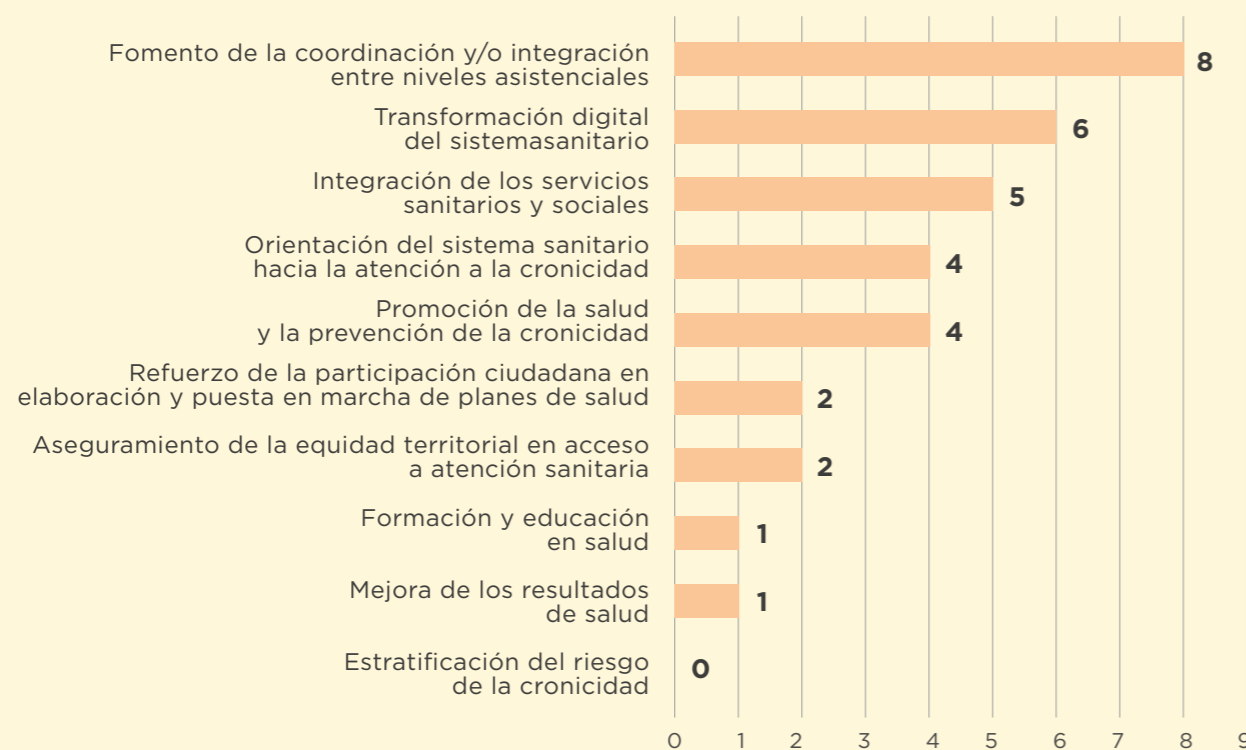
Por el contrario, **destaca que la mejora del acceso al diagnóstico y la necesidad de atención psicológica solo se encuentren entre las prioridades de una de las Consejerías consultadas**, a pesar del impacto de la crisis sanitaria en estos aspectos. No obstante, cabe esperar al despliegue de la Estrategia de Salud Mental 2022-2026 impulsada por el Ministerio de Sanidad y aprobada por el Consejo Interterritorial del SNS, representado por todas las CC.AA.

**Figura 8. Previsión de modificar los objetivos de los próximos planes de salud (n=14)**



Asimismo, 4 CC.AA. han resaltado la importancia de incluir en sus planes de salud la orientación del sistema sanitario hacia la atención a la cronicidad y la promoción de la salud y la prevención de la cronicidad.

Por el contrario, entre los desafíos de los planes de salud no se encontraría la **estratificación del riesgo de cronicidad** y la **formación y educación en salud** y la mejora de los resultados en salud, siendo objetivos prioritarios solo para una CC.AA.

**Figura 9. Prioridades en la redefinición de los futuros planes de salud**

## 5. Retos de los modelos de atención a la cronicidad en España

La crisis sanitaria ha puesto de manifiesto las dificultades a las que se enfrenta el sistema público de salud en España a la hora de abordar situaciones como la acontecida a causa de la

pandemia por COVID-19, tanto como las debilidades que ya presentaba el sistema sanitario previamente, especialmente con respecto al abordaje de las patologías y problemas de salud crónicos.

Tal como se ha descrito en el apartado anterior (4.3), en respuesta a estos desafíos del sistema sanitario la mayoría de Consejerías y Departamentos de Salud tendrían previsto redefinir el modelo actual de atención a la cronicidad, así como modificar los

objetivos de sus próximos planes de salud en relación a aspectos que podrían contribuir a la mejora del abordaje de la cronicidad. En conjunto, las prioridades fundamentales de las CC.AA. son 1) reforzar la AP; 2) garantizar la continuidad asistencial; 3) humanizar la atención sanitaria; 4) promover el autocuidado, la corresponsabilidad y la participación de los pacientes y sus cuidadores informales; 5) fomentar la coordinación y/o integración asistencial; 6) formar y capacitar a los y las profesionales sanitarios; 7) llevar a cabo la transformación digital del sistema sanitario; 8) integrar los servicios sanitarios y sociales; y 9) promover la salud y la prevención de la cronicidad.

En sintonía con las CC.AA., tanto el Gobierno de España en el “Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia” y el Ministerio de Sanidad en su última evaluación de la “Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud” han identificado las mismas áreas de mejora en el sistema sanitario.

A continuación, se presentan una serie de propuestas de mejora para responder a los principales retos identificados por las CC.AA. en lo que respecta a abordaje y manejo de la cronicidad en España y hacer posible la transformación del actual modelo de atención a la cronicidad. Estas propuestas se formulan desde la perspectiva de las necesidades de las personas con enfermedad crónica, incorporando asimismo la visión de los profesionales sanitarios implicados en

el abordaje de la cronicidad que forman parte del comité asesor del OAP (*listado reducido de propuestas en la tabla 3*).

### 5.1. DESPLIEGUE Y EVALUACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN A LA CRONICIDAD

**1. Reorientar y actualizar la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, así como las estrategias y planes autonómicos** que se adapten a la capacidad asistencial y necesidades de cada CC.AA. y en cuyo diseño participen las organizaciones de pacientes.

**2. Dotar a la “Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS”, así como las estrategias y planes a nivel autonómico, de un presupuesto específico** con la finalidad de garantizar su implantación y despliegue en todas las CC.AA.

**3. Promover la evaluación sistemática de las intervenciones desplegadas en el marco de las estrategias y planes de cronicidad, así como aquellas de promoción y prevención de las enfermedades** crónicas contempladas en los planes de salud, con la intención de conocer el grado de desarrollo del modelo de atención a la cronicidad e identificar las posibles áreas de mejora.

A tal efecto, deberían establecerse e incluirse en los contratos programas los objetivos para los equipos responsables de la atención a las personas con enfermedades crónicas, con **criterios de evaluación estandarizados** para el conjunto de CC.AA.

## 5.2. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA CRONICIDAD

### 4. Incorporar la perspectiva de la prevención y promoción de la salud en los modelos de atención a la cronicidad mediante la inversión en la prevención de los principales factores de riesgo y los determinantes sociales de la salud.

Generalmente, el abordaje de la prevención y promoción de la salud se realiza de forma independiente a la cronicidad tanto por parte del Ministerio de Sanidad como de las CC.AA. De hecho, existe una estrategia específica para su abordaje, la “Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS” 2013<sup>37</sup>, en cuya renovación está trabajando el Ministerio de Sanidad actualmente, en colaboración con la POP. Entre sus líneas de actuación se prevé introducir nuevos aspectos como la atención comunitaria que resulta fundamental para las personas con enfermedad crónica.

El comité asesor del OAP considera imprescindible invertir en la prevención de los principales factores de riesgo comunes en la mayoría de las enfermedades crónicas como son el tabaquismo, el consumo de alcohol, el sedentarismo, la alimentación no saludable, o la falta de bienestar emocional, que provocan muertes prematuras y empeoran la calidad de vida de las personas<sup>38</sup>. En este sentido, ha propuesto llevar a término las siguientes intervenciones en el ámbito sanitario:

- ✓ **Diseñar y poner en marcha programas de educación sanitaria**

**sobre la prevención de los factores de riesgo modificables** dirigidos y accesibles al conjunto de la ciudadanía desde la infancia (prevención primaria).

- ✓ **Poner en efecto la figura de enfermería escolar** a fin de incentivar la promoción de la salud y la prevención de la cronicidad desde edades tempranas en la línea del planteamiento del Anteproyecto de la “Ley de Equidad, Universalidad y Cohesión del SNS”, que propone, entre otras acciones, la incorporación de mecanismos estructurales de coordinación entre los servicios sanitarios y sociales, y en su caso educativos, que faciliten la cooperación entre los diversos ámbitos en la atención holística a las personas<sup>39</sup>. Según la evidencia y las recomendaciones internacionales, las modificaciones y la promoción de estilos de vida saludable en los espacios públicos más próximos a la población, como los municipios, los barrios o las escuelas, favorecen la toma de elecciones más saludables y contribuyen a la equidad social<sup>40</sup>.

**5. Legislar en relación a la prevención de factores de riesgo modificables y los determinantes sociales de la salud,** responsables en buena parte de los hábitos poco saludables que favorecen la aparición de condiciones de salud crónicas.

Tal como define la OMS “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”<sup>41</sup>. Por ello, se ha planteado como prioridad el desarrollo

de políticas dirigidas a la prevención, no solo de los factores de riesgo, sino también de los determinantes sociales de la salud que generan importantes desigualdades en salud como son: los condicionantes socioeconómicos (dependencia, bajo nivel de estudios, bajo poder adquisitivo, riesgo de pobreza y/o exclusión social y soledad no deseada); los culturales y medioambientales del entorno personal y laboral; los factores psicosociales y conductuales; y la calidad de la atención prestada por los Servicios de salud. Específicamente, el comité ha propuesto:

- ✓ **Desarrollar políticas para la promoción de una alimentación saludable.**
- ✓ **Promover la creación de servicios adecuados para la prevención de la enfermedad laboral.**

Por su parte, el Gobierno central como parte del “Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia”

contempla la inversión y despliegue de acciones para reforzar la prevención y promoción de la salud en siete ámbitos de intervención entre los que cabe resaltar la lucha contra el tabaquismo, la prevención y tratamiento del consumo de alcohol y otras adicciones, la promoción de entornos y estilos de vida saludable, la prevención de problemas de salud mental y emocionales y los programas de prevención del cáncer<sup>40</sup>.

## 5.3. REFUERZO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

**6. Invertir en el desarrollo de los equipos multidisciplinares de AP a fin de que este nivel asistencial se constituya como el eje vertebrador sobre el que pivote el abordaje de la cronicidad, en coordinación con atención hospitalaria y comunitaria, mediante el aumento de la dotación de recursos humanos que reviertan en una mayor capacidad de resolución**

**Se considera imprescindible invertir en la prevención de los principales factores de riesgo comunes en la mayoría de las enfermedades crónicas.**

**Existe una baja ratio de médicos/as de familia y de personal de enfermería que implica un contexto de elevada carga asistencial en el cual resulta complejo la puesta en marcha de actividades preventivas.**

*(actualización del catálogo de pruebas diagnósticas, reducción de las listas de espera, ampliación de la cartera de servicios y reducción de derivaciones innecesarias a atención hospitalaria (AH)).*

El fortalecimiento de la AP supone uno de los principales retos que han de afrontarse en el proceso de reorientación del sistema sanitario. Este nivel asistencial cumple una labor esencial en la coordinación de recursos destinados a la promoción, prevención y atención de las personas con enfermedades crónicas, dada su proximidad al entorno cercano de los y las pacientes<sup>42</sup>.

Sin embargo, según apunta el comité asesor del OAP existe una baja ratio tanto de médicos/as de familia como de personal de enfermería, que implica un contexto de elevada carga asistencial en el cual resulta complejo la puesta en marcha de actividades preventivas y la prestación de una adecuada atención a la población crónica. Esta carga asistencial viene siendo especialmente acusada desde el inicio de la pandemia por la necesaria recuperación de citas interrumpidas o postpuestas durante esta.

Según datos de la Unión Europea (UE), España cuenta con una ratio de profesionales de medicina de familia contratados del 0,77 por cada 1.000 habitantes, esto es una tasa inferior a la UE que se sitúa en 0,91 y a la de otros países de su entorno como Portugal (2,6), Irlanda (1,82) o Países Bajos (1,61). Además, se prevé el despido de los y las pediatras y médicos/as de AP contratados como refuerzo durante la pandemia por COVID-19<sup>43</sup>.

**En cuanto al rol de la enfermería de AP en el manejo de la cronicidad,**

**se han destacado sus competencias para realizar labores de promoción y prevención,** así como de valoración integral de las personas afectadas. A pesar de que por lo general no interviene en estas áreas destacan los casos de Andalucía y el País Vasco donde la enfermería de AP realiza el mayor volumen de valoraciones funcionales y sociales entre la población crónica en colaboración con otros profesionales del equipo, lo que puede representar un ejemplo de buena práctica para otras CC.AA.<sup>42</sup>

A pesar de la recomendación de la OMS de invertir en AP el 25% del presupuesto sanitario<sup>44</sup>, en España esta inversión siempre ha permanecido en valores inferiores al 15% respecto al gasto sanitario total, con un crecimiento anual siempre inferior al de los hospitales incluso en los años de mayor prosperidad económica<sup>42</sup> (actualmente el aporte presupuestario destinado a esta área es del 14,2%)<sup>45</sup>.

En este sentido, en el marco del “Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia”, el Gobierno de España tiene previsto establecer modelos de financiación basados en la ordenación de recursos y resultados en salud en el contexto del “Marco Estratégico para el refuerzo de la Atención Primaria y Comunitaria” de 2019 para asegurar la sostenibilidad SNS y reducir la carga asistencial en el ámbito hospitalario<sup>40</sup>.

**7. Integrar a la farmacia comunitaria en los programas de atención a la cronicidad desarrollados en el ámbito de la AP** con el objetivo de reforzar la adherencia terapéutica y el uso seguro de los tratamientos farmacológicos en coordinación con los equipos de AP, en

la línea de lo recomendado en el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria.

La red de farmacias tiene una importante presencia en las zonas rurales y poblaciones semiurbanas en las que existe una elevada prevalencia de la cronicidad, encontrándose el 60% de las farmacias españolas en estas zonas<sup>46</sup>.

#### **5.4. GARANTÍA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL**

**8. Reforzar la coordinación y comunicación asistencial en el proceso de atención a la cronicidad por medio de la promoción de los mecanismos, estructuras organizativas y recursos necesarios.** Concretamente, el comité asesor ha planteado la puesta en marcha de las siguientes acciones:

- ✓ **Implementar Procesos Asistenciales Integrados (PAI)** para la transformación del modelo de atención a la cronicidad (actualmente fragmentado) a un modelo de integración y comunicación plena de todos los agentes implicados.
- ✓ **Potenciar la interoperatividad de la historia clínica compartida (HCC)** a fin de garantizar que el personal de los niveles asistenciales que atienden a personas con enfermedades crónicas (AP, AH y dispositivos de urgencias) puedan compartir su información clínica e historia farmacoterapéutica de forma ágil y sencilla independiente de la CC.AA. en la que residan los pacientes.

De acuerdo con la experiencia de este comité, el despliegue actual de la HCC

no permite la adecuada interacción de los profesionales sanitarios, así como tampoco la visualización de toda la información clínica y de medicación activa desde los diferentes niveles asistenciales. En la práctica, según la evaluación de la Estrategia nacional realizada en 2021 solamente 4 CC.AA. (Asturias, Extremadura, Galicia y La Rioja) cuentan con una única HCC integrada en todos los niveles asistenciales, lo que sugiere un alto grado de integración asistencial en estas regiones<sup>14</sup>.

- ✓ **Incorporar a la farmacia comunitaria en los equipos de los PAI** de atención a la cronicidad.

**A pesar de la recomendación de la OMS de invertir en AP el 25% del presupuesto sanitario<sup>44</sup>, en España esta inversión siempre ha permanecido en valores inferiores al 15% respecto al gasto sanitario total, con un crecimiento anual siempre inferior al de la atención hospitalaria.**



En esta línea, tal como ha indicado el comité asesor, los servicios de urgencias del SERGAS (Servicio Gallego de Salud) junto a la farmacia comunitaria y los servicios de farmacia hospitalaria están implementando programas de conciliación con excelentes resultados tanto en la reducción de las prescripciones como de los efectos adversos de la medicación.

En este campo, se deben reforzar las experiencias de éxito que se han producido durante la pandemia por COVID-19 de dispensación de fármacos hospitalarios a través de la farmacia comunitaria. Este proceso facilita el acceso a la medicación a personas con problemas de movilidad o que residen lejos de su hospital.

- ✓ **Garantizar la equidad territorial en el acceso a la atención sanitaria** de toda la población crónica en cualquier CC.AA. independientemente de su región de residencia.

## 5.5. TRANSFORMACIÓN DIGITAL DEL SISTEMA SANITARIO

**9. Acelerar el proceso de transformación digital del Sistema Sanitario español para el mejor abordaje de la cronicidad por medio tanto del impulso de la tecnología (HCC, Data Lake sanitario, ...), como de un cambio en la cultura de las organizaciones sanitarias** para sistematizar la medición de resultados en salud, implicar a los profesionales en la gestión de la asistencia sanitaria y garantizar la equidad en el acceso a la HCC. Tal cambio en la cultura organizativa se alcanzaría a través de nuevos procesos asistenciales y estructuras más flexibles que pudieran impulsar el buen desempeño y rendimiento del sistema sanitario público; políticas de gestión de

datos que permitieran disponer de una información interoperable y de calidad; capacitación a profesionales; y formación a personas con enfermedad/es crónica/s que promoviese su participación en todos los niveles asistenciales.

La digitalización del Sistema Sanitario está dirigida a pacientes, profesionales y organizaciones sanitarias y otros agentes relacionados y supone una oportunidad para la obtención de buenos resultados en salud y la mejora de la eficiencia del sistema sanitario público.

El PERTE para la Salud de Vanguardia (*Proyectos Estratégicos para la Recuperación y Transformación Económica* del “Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia”), así como La Estrategia de Salud Digital del SNS que actualmente se encuentra en fase de desarrollo contribuirán a alcanzar esta transformación<sup>47</sup>. La POP, además de diversas sociedades médicas, ha participado en el desarrollo de dicha estrategia y continuará apostando por su implantación y la orientación de los servicios digitales a una atención personalizada de las personas con enfermedad crónica.

## 5.6. HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA

**10. Integrar la perspectiva biopsicosocial en el abordaje de los procesos crónicos a fin de atender tanto la salud física como la salud mental y las circunstancias personales y sociales que puedan conllevar la pérdida de salud.**

- ✓ **Fomentar la comunicación entre el ámbito sanitario y el social.** Para ello se propone: 1) posibilitar compartir datos e intercambiar

información relevante entre la historia clínica sanitaria y los sistemas de información de los servicios sociales manteniendo la privacidad de las personas con enfermedad crónica, **2) crear indicadores para la medición de los determinantes sociales** y **3) registrar de forma sistematizada la analítica de información sobre su situación social con el objetivo de planificar intervenciones individualizadas que garanticen la atención de sus necesidades biopsicosociales.**

La HCC representa una herramienta muy útil para mejorar la vinculación de información entre el sistema sanitario y el sistema social. La historia clínica de trabajo social contiene información completa acerca de las circunstancias sociales de las personas con enfermedad/es crónica/s a partir de la cual se podrían desarrollar e implantar planes individualizados de atención sanitaria y social en el contexto de la mejora de la continuidad asistencial que propone el comité asesor y que se recoge asimismo en la Estrategia nacional. En cambio, hoy en día esta se encuentra separada de la sanitaria y se realiza un abordaje parcelado de las diferentes dimensiones afectadas por la cronicidad.

En general, la integración o comunicación de información entre el sistema sanitario y el social en relación con la HCC se encuentra poco consolidada en el conjunto de CC.AA. No obstante, existen experiencias de coordinación sociosanitaria referentes como, por ejemplo: la herramienta compartida de valoración de riesgo sociosanitario de Navarra, RAICA, con un circuito formal y bidireccional de interconsultas; la plataforma de atención sociosanitaria al paciente crónico y personas en situación de dependencia, en desarrollo por Castilla y León, que servirá para compartir información entre ambos sistemas; y la valoración integral desde AP incluida en varios de los PAI a pacientes crónicos complejos o avanzados en diferentes CC.AA<sup>14</sup>.

**11. Incorporar la atención a las personas cuidadoras en el abordaje de la cronicidad a fin de prevenir la aparición y/o agudización de sus condiciones crónicas de salud.**

Con relativa frecuencia estas desarrollan enfermedades crónicas y experimentan el impacto social (pérdida de empleo, ...) y emocional a causa de la sobrecarga de cuidados que ejercen.

**La digitalización del Sistema Sanitario está dirigida a pacientes, profesionales y organizaciones sanitarias y otros agentes relacionados y supone una oportunidad para la obtención de buenos resultados en salud y la mejora de la eficiencia del sistema sanitario público.**

## 5.7. PROMOCIÓN DE LA CORRESPONSABILIDAD DE PACIENTES Y CUIDADORES INFORMALES

**12. Promover la corresponsabilidad y calidad de vida de las personas con enfermedad/es crónica/s con la creación y puesta en marcha de iniciativas de educación sanitaria** (prevención secundaria) que hayan demostrado su efectividad.

A modo de ejemplo de este tipo de iniciativa, caben destacar los programas de paciente activo y paciente experto, las escuelas de cuidadores, las redes de cuidadores no profesionales, los programas de Pares impartidos por las propias personas con enfermedad crónica y otras fórmulas de apoyo al autocuidado.

Estos programas deberían adaptarse a la capacidad de autocuidado de los y las pacientes y/o cuidadores/as informales y ser liderados por profesionales de enfermería de AP, (dadas sus competencias en materia de promoción y prevención y educación de pacientes) además de contar con la colaboración de las organizaciones de pacientes y la implicación de profesionales de farmacia comunitaria para dar apoyo en cuanto al buen uso de fármacos.

Diversos sistemas sanitarios han desarrollado iniciativas de este tipo entre las que destacan los programas de corresponsabilización del paciente (Programas paciente experto) tales como el “Self-Management Program de Stanford, EE.UU.”; el “Expert Patient Program” del Reino Unido; la Universidad de Pacientes, de la Fundación Josep Laporte de la Universidad Autónoma de Barcelona; el Programa Paciente Experto Catalunya

de la Generalitat de Catalunya; la Escuela de pacientes de la Junta de Andalucía; el Paziente bizia del Gobierno Vasco; la Escuela Gallega de Salud para Ciudadanos de la Xunta de Galicia; o la Red de Escuelas de Salud para ciudadanos del Ministerio de Sanidad. Todos ellos han mostrado resultados positivos en actividades de mejora en la gestión de enfermedades crónicas como la diabetes, la insuficiencia cardíaca, la cardiopatía isquémica, el asma, el dolor lumbar, las enfermedades oncológicas, la depresión o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica<sup>48</sup>.

## 5.8. FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN A PROFESIONALES SANITARIOS

**13. Implementar programas formativos sobre el manejo de la cronicidad dirigidos a profesionales sanitarios con el propósito de garantizar la adecuada atención de la población crónica, así como el aumento de la sensibilización en el colectivo médico sobre su manejo.**

Las organizaciones profesionales y las personas expertas del sector sanitario manifiestan con frecuencia la necesidad de enriquecer el sistema de formación especializada adquiriendo competencias transversales y garantizando una alta especialización<sup>40</sup>.

Asimismo, el Informe del Parlamento español sobre la reforma de la sanidad de julio de 2020 recomienda incentivar la formación continuada de los profesionales sanitarios durante toda su vida profesional como garantía de calidad y seguridad asistenciales.

A continuación, se pueden consultar el listado reducido de las propuestas apuntadas por el comité asesor del OAP en relación con los diferentes retos identificados:

## RETO 1

### DESPLIEGUE Y EVALUACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN A LA CRONICIDAD

1. Reorientar y actualizar la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, así como las Estrategias y Planes autonómicos.
2. Dotar a la “Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS”, así como las estrategias y planes a nivel autonómico, de un presupuesto específico con la finalidad de garantizar su implantación y despliegue en todas las CC.AA.
3. Promover la evaluación sistemática de las intervenciones desplegadas en el marco de las estrategias y planes de cronicidad, así como aquellas de promoción y prevención de las enfermedades crónicas contempladas en los planes de salud.

## RETO 2

### PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DE LA CRONICIDAD

4. Incorporar la perspectiva de la prevención y promoción de la salud en los modelos de atención a la cronicidad mediante la inversión en la prevención de los principales factores de riesgo determinantes sociales de la salud.
  - ✓ Diseñar y poner en marcha programas de educación sanitaria sobre la prevención de los factores de riesgo modificables dirigidos y accesibles al conjunto de la ciudadanía desde la infancia.
  - ✓ Poner en efecto la figura de enfermería escolar.
5. Legislar en relación con la prevención de factores de riesgo modificables y los determinantes sociales de la salud.
  - ✓ Desarrollar políticas para la promoción de una alimentación saludable.
  - ✓ Promover la creación de adecuados servicios para la prevención de la enfermedad laboral.

## RETO 3

### REFUERZO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

6. Invertir en el desarrollo de los equipos multidisciplinares de Atención Primaria (AP) a fin de que se constituya como el eje vertebrador sobre el que pivote el abordaje de la cronicidad, en coordinación con atención hospitalaria y comunitaria.
7. Integrar a la farmacia comunitaria en los programas de atención a la cronicidad desarrollados en el ámbito de la AP.

## RETO 4

### GARANTÍA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

8. Reforzar la coordinación asistencial por medio de la promoción de los mecanismos, estructuras organizativas y recursos necesarios para garantizar la eficiente organización de recursos en el proceso de atención a la cronicidad.
  - ✓ Implementar Procesos Asistenciales Integrados para la transformación del modelo de atención a la cronicidad.
  - ✓ Incorporar a la farmacia comunitaria en los Procesos Asistenciales Integrados de la cronicidad.
  - ✓ Potenciar el desarrollo de la HCC.
  - ✓ Facilitar el acceso de los y las profesionales sanitarios a la HCC de pacientes que residan en otras CC.AA.
  - ✓ Garantizar la equidad territorial en el acceso a la atención sanitaria de la población crónica en cualquier CC.AA.

## RETO 5 | TRANSFORMACIÓN DIGITAL DEL SISTEMA SANITARIO

**9. Acelerar el proceso de transformación digital del Sistema Sanitario** español para el mejor abordaje de la cronicidad.

## RETO 6 | HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA

**10. Integrar la perspectiva biopsicosocial en el abordaje de los procesos crónicos.**

**11. Fomentar la comunicación entre el ámbito sanitario y el social.**

**12. Incorporar la atención a las personas cuidadoras en el abordaje de la cronicidad** a fin de prevenir la aparición y/o agudización de sus condiciones crónicas de salud.

## RETO 7 | PROMOCIÓN DE LA CORRESPONSABILIDAD Y LA PARTICIPACIÓN DE LOS PACIENTES Y SUS CUIDADORES INFORMALES

**13. Promover la corresponsabilidad y calidad de vida de las personas con enfermedad/es crónica/s con la creación y puesta en marcha de iniciativas** de educación sanitaria.

## RETO 8 | FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN A PROFESIONALES SANITARIOS

**14. Desplegar programas formativos sobre el manejo de la cronicidad** dirigidos a profesionales sanitarios

De acuerdo con los retos y propuestas de acción expuestas anteriormente se concluye que un modelo ideal de atención a la cronicidad en el contexto sanitario español actual debería tener las características que se indican en la siguiente tabla.

**Tabla 2. Características del modelo ideal de atención a la cronicidad**

MODELO DE ATENCIÓN A LA CRONICIDAD
> Equidad territorial en el acceso a la atención sanitaria de todas las personas con enfermedad crónica en cualquier CC.AA.
> Dotado presupuestariamente para el desarrollo de las líneas estratégicas
> Evaluación sistemática de sus intervenciones desplegadas en el marco de las estrategias y planes de cronicidad
> Orientado a la promoción de la salud y la prevención de los principales factores de riesgo y determinantes sociales de la salud
> Atención integral de la cronicidad a pacientes y cuidadores/as (dimensión biológica, psicológica y social)
> Farmacia comunitaria integrada en los PAI del SNS
> Continuidad de cuidados
> Sistema sanitario y social coordinados
> AP principal eje vertebrador de la atención a la cronicidad y ampliamente dotada de recursos humanos y materiales, en coordinación con atención hospitalaria y comunitaria.
> Enfermería de AP líder de las actividades de promoción, prevención y valoración de las personas con patologías/s crónica/s
> Profesionales sanitarios formados y sensibilizados sobre el manejo de la cronicidad
> Pacientes crónicos/as y cuidadores/as informales corresponsables e informados/as
> HCC interoperable en los diferentes niveles asistenciales
> HCC accesible al conjunto de profesionales sanitarios de todas las CC.AA.
> Sistema Sanitario digitalizado (HCC, Data Lake sanitario, ...)

## 6. Conclusiones

El objetivo principal de este informe era profundizar en la situación, nivel de implantación y adecuación de las actuales estrategias y planes de atención a la cronicidad de las diferentes CC.AA. a las necesidades generadas por la pandemia por COVID-19 en lo que respecta a la atención sanitaria de la cronicidad.

Con la finalidad de dar respuesta a este objetivo se contó con el asesoramiento del comité asesor del OAP y se llevó a cabo un sondeo con las Consejerías y Departamentos de Salud de las CC.AA., en el que participaron 14 CC.AA. A través de esta metodología se ha podido describir la situación actual del conjunto de estrategias y planes de cronicidad y concretar una serie de propuestas de mejora para el abordaje de las enfermedades crónicas en España que permitan la transición a un nuevo paradigma de su atención.

### 6.1. LAS ESTRATEGIAS Y PLANES DE CRONICIDAD SE NECESITAN ACTUALIZAR PARA ATENDER A LAS NUEVAS NECESIDADES ESTRUCTURALES Y ASISTENCIALES

**La mayoría de CC.AA. consultadas cuenta con una estrategia o plan de atención a la cronicidad** que, según estas, están siendo implantadas actualmente. Sin embargo, destaca que **en general no han contado con un presupuesto ad-hoc para su implementación** ni prevén disponer de él de cara a la puesta en marcha de futuras estrategias o planes.

A pesar de que aspectos como la evaluación y la suficiente dotación presupuestaria son esenciales para

afianzar el despliegue de los modelos de atención a la cronicidad, las acciones puestas en marcha en el contexto de **la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS y el resto de las estrategias y planes autonómicos no han sido sometidas a evaluaciones sistemáticas y pormenorizadas**, así como tampoco suficientemente financiadas. En consecuencia, **se ha planteado dotar a la “Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS”, así como a las diferentes estrategias autonómicas, de un presupuesto específico y promover la evaluación sistemática de las intervenciones desplegadas** en el marco de las Estrategias y Planes de Cronicidad y de Salud con la finalidad de identificar las posibles áreas de mejora.

Actualmente, **los modelos de atención a la cronicidad estarían entre medianamente y bastante implantados en las diferentes CC.AA.** En cambio, debido al impacto de pandemia por la COVID-19 en el conjunto de sus Sistemas de Sanitarios, que parece haber afectado entre medianamente y mucho a la atención a la cronicidad, **la mayor parte de estas se encuentran diseñando o prevén diseñar una actualización de su modelo** de atención a la cronicidad con el objetivo de darle un nuevo enfoque estratégico.

Los ejes prioritarios de dicha reorientación de los modelos de atención a la cronicidad serían el refuerzo de la AP (todas las CC.AA.), la garantía de la continuidad asistencial (11 CC.AA.), la humanización de la atención sanitaria (10 CC.AA.), la promoción del autocuidado, la corresponsabilidad y la participación de los pacientes y sus cuidadores informales (10 CC.AA.) y la formación y capacitación continuada a los profesionales sanitarios (7 CC.AA.).

Asimismo, la mayoría de CC.AA. tienen previsto modificar las líneas estratégicas de los planes de salud a fin de adaptarlos a las necesidades generadas por la pandemia, recurriendo fundamentalmente al fomento de la coordinación y/o integración entre niveles asistenciales (8 CC.AA.), la transformación digital del sistema sanitario (6 CC.AA.) y la integración sanitaria y social (5 CC.AA.).

En convergencia con los planes de trabajo de las distintas Consejerías y Departamentos de Salud, el comité asesor ha propuesto **actualizar y dotar de presupuesto la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud y las estrategias y planes autonómicos**, con la finalidad de reorientar el modelo de atención a la cronicidad hacia un modelo proactivo, que incluya la participación de la persona con enfermedad crónica. Un modelo que se implemente teniendo en cuenta los ejes prioritarios anteriormente descritos y que incluya una evaluación sistemática y transparente sus resultados.

### 6.2. LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD DEBEN SER LA BASE DEL MODELO DE ATENCIÓN A LA CRONICIDAD

Fundamentalmente, el tabaquismo, el consumo de alcohol, el sedentarismo, alimentación no saludable y los trastornos emocionales representan los principales factores de riesgo de las enfermedades crónicas que contribuyen al empeoramiento de la calidad de vida de las personas que las padecen<sup>35</sup>, junto con los determinantes sociales de la salud que generan importantes desigualdades en esta materia y favorecen los hábitos poco saludables que conllevan el surgimiento de problemas de salud crónicos<sup>37</sup>.

Con el objetivo de prevenir su aparición **se ha propuesto, por tanto, incorporar la perspectiva de la prevención y promoción de la salud en los modelos de atención a la cronicidad** por la vía de la impartición de programas de educación sanitaria a toda la ciudadanía y la incorporación de la enfermería escolar en el ámbito educativo. Entretanto, **se plantea la necesidad de legislar para la prevención de los principales factores de riesgo y determinantes sociales**, siendo algunos ejemplos, las políticas de promoción de una alimentación saludable y la promoción de servicios para la prevención de la enfermedad laboral.

### 6.3. LA ATENCIÓN PRIMARIA PRECISA DE UNA MAYOR DOTACIÓN DE RECURSOS PARA SER EL NECESARIO EJE VERTEBRADOR DE LA ATENCIÓN A LA CRONICIDAD

Si bien los equipos de AP desarrollan una labor imprescindible en la prevención y manejo de la cronicidad, su fortalecimiento supone uno de los retos fundamentales en el contexto de la reforma de los modelos de atención a la cronicidad en España habida cuenta de la **baja ratio actual que afecta tanto a la medicina de familia, como a pediatría y enfermería**, cuyo rol es esencial en lo relativo a la promoción y prevención de la enfermedad. De hecho, el gasto sanitario en AP en España se mantiene en un nivel inferior al recomendado por la OMS, es decir, en el 14,2% respecto al gasto sanitario total<sup>42</sup>. Ante tales circunstancias, **se propone pues, invertir en el desarrollo de AP para asegurar que este nivel asistencial se configure como el eje en el que se base el manejo de la cronicidad** en coordinación con otros niveles asistenciales (atención hospitalaria y comunitaria).

Por otra parte, **se considera esencial integrar a la farmacia comunitaria en los programas de atención a la cronicidad de AP** para así contribuir al refuerzo de la adherencia terapéutica y buen uso de los fármacos.

#### 6.4. LA COORDINACIÓN Y COMUNICACIÓN ASISTENCIAL SON NECESARIAS PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL

En lo que se refiere a la continuidad asistencial del sistema sanitario en el contexto de la atención a la cronicidad, **se ha advertido de la necesidad global de reforzar la coordinación y la comunicación asistencial por medio de la promoción de los mecanismos, estructuras organizativas y recursos necesarios.**

Específicamente, se ha planteado la conveniencia de implementar un PAI; potenciar la interoperatividad de la HCC entre los diferentes niveles asistenciales; asegurar el acceso de los y las profesionales sanitarios a la HCC de todas las personas con enfermedad crónica a nivel nacional, al mismo tiempo que la edición de la información clínica relevante; y garantizar la equidad territorial en el acceso a la atención sanitaria en conjunto del Estado.

En la línea de potenciar y mejorar el uso y la equidad en el acceso a la HCC, se propone **acelerar el proceso de transformación digital del Sistema Sanitario español**, mediante un cambio en la cultura de las organizaciones sanitarias que permita la creación de procesos asistenciales y estructuras más flexibles, la adopción de políticas de gestión de datos, la capacitación a profesionales y la formación a las personas con enfermedad/es crónica/s.

#### 6.5. LA ATENCIÓN DEBE ABORDARSE DESDE UNA PERSPECTIVA BIOPSIOSOCIAL DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA

La pandemia por COVID-19 ha afectado singularmente a la calidad de vida y estado psicoemocional de las personas que conviven con enfermedades crónicas, de manera que durante el primer año de pandemia han experimentado con frecuencia nerviosismo, intranquilidad, tristeza y miedo<sup>10</sup>. Entre estas, el impacto ha sido particularmente, notable en los colectivos vulnerables como las personas con trastornos psicológicos y las personas mayores con enfermedad crónica.

Por todo ello, se ha expuesto la necesidad de **integrar la perspectiva biopsicosocial en el abordaje de los procesos crónicos**, a partir de lo cual se atiende tanto la salud física como la salud mental y se aborden las necesidades psicosociales relacionadas con la salud.

En la actualidad, **las experiencias de comunicación de información entre el sistema sanitario y el social, principalmente en relación a la HCC, son anecdóticas** en el conjunto de CC.AA. No obstante, esta supone una herramienta muy apropiada para fomentar la comunicación entre el ámbito sanitario y el social. Con la intención de alcanzar este objetivo se propone **posibilitar** compartir datos e intercambiar información relevante **entre la historia clínica sanitaria y los sistemas de información de los servicios sociales**. Asimismo,

se propone **crear un conjunto de indicadores para la medición de los determinantes sociales y el registro sistematizado y el análisis de información sobre la situación social de los pacientes**, que faciliten el diseño de intervenciones individualizadas de atención a las necesidades biopsicosociales.

Igualmente, se ha propuesto **incorporar en el abordaje de la cronicidad la atención a las personas cuidadoras** con el propósito de prevenir y/o tratar posibles problemas de salud, que con relativa frecuencia sufren como consecuencia del impacto de los cuidados en su día a día.

#### 6.6. EL FOMENTO DE LA EDUCACIÓN SANITARIA ES ESENCIAL PARA LA CORRESPONSABILIDAD DE PACIENTES Y CUIDADORES/AS

Con respecto a la promoción de la corresponsabilidad, en el marco de la mejora de **la calidad de vida de las personas con enfermedad/es crónica/s**, se ha propuesto **emprender programas de educación sanitaria adaptados a las necesidades particulares de pacientes y personas cuidadoras**, con el liderazgo de la enfermería de AP y comunitaria y en colaboración con otros profesionales sanitarios y las organizaciones de pacientes. Ejemplos de estas intervenciones son los programas de paciente activo y paciente experto, las escuelas de cuidadores, las redes de cuidadores no profesionales, los programas de Pares y otras fórmulas de apoyo que doten de herramientas a los y las pacientes promoviendo su corresponsabilidad.

Tanto a nivel internacional como nacional tales programas han evidenciado su efectividad en diversos sistemas sanitarios en lo que tiene que ver con los procesos de mejora de la gestión de las enfermedades crónicas<sup>48</sup>.

#### 6.7. LA FORMACIÓN Y CAPACITACIÓN PROFESIONAL ES EL AVAL DE UNA ATENCIÓN EFICIENTE Y HUMANISTA DE LA CRONICIDAD

Por último, por lo que concierne a la formación y capacitación profesional se ha propuesto **implementar programas formativos sobre el manejo de la cronicidad que permitan garantizar la adecuada atención de las personas con enfermedad crónica**, así como sensibilizar a los profesionales sanitarios sobre la importancia de la misma. En la adquisición de competencias para la gestión de la situación de salud por parte de las personas con enfermedad crónica es fundamental asimismo que los profesionales se formen en técnicas para acompañarlas y motivarlas a lo largo de las distintas fases de su enfermedad.

En definitiva, con el conjunto de acciones propuestas se pretende avanzar hacia un modelo de atención a la cronicidad orientado a la promoción de la salud y la prevención de los principales factores de riesgo y determinantes sociales de la salud; con pacientes y personas cuidadoras corresponsables; profesionales sanitarios formados y sensibilizados; en el contexto de un Sistema Sanitario con AP como eje vertebrador, digitalizado, con una HCC interoperable en los diferentes niveles asistenciales y en todas las CC.AA., y coordinado con el Sistema Social para garantizar una atención integral de la cronicidad.

## 8. Bibliografía

1. Instituto Nacional de Estadística (2020): Encuesta Europea de Salud. Disponible en: [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176784&menu=resultados&idp=1254735573175](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176784&menu=resultados&idp=1254735573175), acceso 18 de noviembre de 2021.
2. Coalición Nacional de Fibromialgia, Síndrome de Fatiga Crónica Sensibilidad Química Múltiple y Electrohipersensibilidad (CONFESQ) (2021): Enfermedades. ¿Qué es la fibromialgia? Disponible en: [https://confederacionssc.es/?page\\_id=24946](https://confederacionssc.es/?page_id=24946), acceso 7 de noviembre de 2021.
3. Ministerio de Salud y Política Social (2009): Estrategia en Enfermedades Raras del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: <https://www.mschs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/enfermedadesRaras.pdf>, acceso 7 de diciembre de 2021.
4. Esclerosis Múltiple España (EME) (2021): ¿Qué es la Esclerosis Múltiple? Disponible en: <https://esclerosismultiple.com/esclerosis-multiple/que-es-la-esclerosis-multiple/>, acceso 7 de diciembre de 2021.
5. Instituto Nacional de Estadística (2019): Estadística de defunciones según la causa de muerte. Disponible en: <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=8273&capsel=8274>, acceso 18 de noviembre de 2021.
6. 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.mschs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA\\_ABORDAJE\\_CRONICIDAD.pdf](https://www.mschs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf), acceso 18 de noviembre de 2021.
7. Ministerio de Sanidad (2021): Recomendaciones para el abordaje de la fragilidad en situación de crisis sanitaria. Recomendaciones generadas por la COVID-19. Disponible en: [https://www.mschs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19\\_Fragilidad.pdf](https://www.mschs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID19_Fragilidad.pdf), acceso 18 de noviembre de 2021.
8. Instituto Nacional de Estadística (2020): Proyecciones de Población 2020-2070. Disponible en: [https://www.ine.es/prensa/pp\\_2020\\_2070.pdf](https://www.ine.es/prensa/pp_2020_2070.pdf), acceso 16 de noviembre de 2020.
9. Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH) (2021): Monografías de farmacia hospitalaria. COVID-19, una enfermedad de todos. Disponible en: <https://www.sefh.es/biblioteca-virtual.php>, acceso 18 de noviembre de 2021.
10. Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (FACME) (2021): Impacto de la COVID-19 en lo NO-COVID-19. Estrategias e intervenciones para “re-priorizar” la atención NO-COVID en el Sistema Nacional de Salud. Disponible en: [https://www.seom.org/images/Documento\\_Integral\\_Impacto\\_del\\_COVID19\\_en\\_lo\\_NO\\_COVID19.pdf](https://www.seom.org/images/Documento_Integral_Impacto_del_COVID19_en_lo_NO_COVID19.pdf), acceso 18 de noviembre de 2021.
11. Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP) (2021): Estudio del impacto de COVID-19 en las personas con enfermedad crónica. Informe de resultados de la 3ª fase. Disponible en: [https://www.plataformadepacientes.org/sites/default/files/estudio\\_covid\\_enfermedad\\_cronica\\_fase3\\_final\\_1.pdf](https://www.plataformadepacientes.org/sites/default/files/estudio_covid_enfermedad_cronica_fase3_final_1.pdf), acceso 18 de noviembre de 2021.
12. Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) (2021). Impacto de la pandemia de covid-19 en personas afectadas por cáncer en España. Disponible en: [https://observatorio.contraelcancer.es/sites/default/files/informes/Impacto\\_COVID.pdf](https://observatorio.contraelcancer.es/sites/default/files/informes/Impacto_COVID.pdf), acceso 18 de noviembre de 2021.
13. Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP) (2021): Estudio sobre el impacto emocional de la enfermedad crónica. Disponible en: [https://www.plataformadepacientes.org/sites/default/files/pop\\_informe\\_impactoemocional\\_v04.pdf](https://www.plataformadepacientes.org/sites/default/files/pop_informe_impactoemocional_v04.pdf), acceso 18 de noviembre de 2021.
14. Ministerio de Sanidad (2021): Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación. Disponible en: [https://www.mschs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Estrategia\\_de\\_Abordaje\\_a\\_la\\_Cronicidad\\_en\\_el\\_SNS\\_2021.pdf](https://www.mschs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Estrategia_de_Abordaje_a_la_Cronicidad_en_el_SNS_2021.pdf), acceso 18 de noviembre de 2021.
15. World Health Organization. ( 2005) . Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43314>, acceso 18 de noviembre de 2021.
16. Xunta de Galicia (2018): Estrategia gallega para la atención a personas en situación de cronicidad. Disponible en: <https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/cas/Publicaciones/Docs/AtEspecializada/PDF-2717-es.pdf>, acceso 2 de diciembre de 2021.
17. Gobierno de Canarias, Servicio Canario de Salud (2015): Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias. Disponible en: <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/1e7740f8-d12e-11e4-b8de-159dab37263e/LibroCronicidadCompleto.pdf>, acceso 2 de diciembre de 2021.
18. Gobierno de Navarra, Departamento de Salud (2013): Estrategia Navarra de Atención Integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos. Disponible en: [http://www.navarra.es/home\\_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+Modelo+asistencial/Estrategia+navarra+de+atencion+integrada+a+pacientes+cronicos+y+pluripatologicos/](http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+Modelo+asistencial/Estrategia+navarra+de+atencion+integrada+a+pacientes+cronicos+y+pluripatologicos/), acceso 2 de diciembre de 2021.
19. Orueta JF, et al (2013): Estratificación de la población en el País Vasco: resultados en el primer año de implantación. Atención Primaria 45 (1): 54-60. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656712000182>, acceso 2 de diciembre de 2021.
20. Junta de Andalucía, Consejería de Salud (2012): Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas. Disponible en: [https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud\\_5af06533c7e30\\_PIEC.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af06533c7e30_PIEC.pdf), acceso 2 de diciembre de 2021.
21. Gobierno de Aragón, Departamento de Sanidad (2019): Proceso de atención a los pacientes crónicos en Aragón. Disponible en: [https://www.aragon.es/documents/20127/674325/Proceso\\_aten\\_pacientes\\_cros\\_compl.pdf/282762c3-7e7f-89ef-fb2f-c2478f5754f8](https://www.aragon.es/documents/20127/674325/Proceso_aten_pacientes_cros_compl.pdf/282762c3-7e7f-89ef-fb2f-c2478f5754f8), acceso 2 de diciembre de 2021.
22. Gobierno del Principado de Asturias, Consejería de Sanidad (2014): Personas sanas, poblaciones sanas: ordenación y elaboración de las Estrategias de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias. Disponible en: <https://ria.asturias.es/RIA/bitstream/123456789/9565/1/Archivo.pdf>, acceso 2 de diciembre de 2021.
23. Consejería de Salud, Servicio de Salud de las Islas Baleares (2016): Plan de atención a las Personas con enfermedades crónicas 2016-2021. El reto del sistema sanitario. Disponible en: <https://www.ibsalut.es/apmallorca/attachments/article/1521/plan-cronicitat-es.pdf>, acceso 2 de diciembre de 2021.
24. Gobierno de Cantabria, Consejería de Sanidad y Servicios Sociales (2015): Plan de Atención a la Cronicidad de Cantabria 2015-2019. Disponible en: <https://saludcantabria.es/uploads/pdf/consejeria/PlandeCronicidadBaja.pdf>, acceso 2 de diciembre de 2021.
25. Junta de Castilla y León (2013): Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-atencion-paciente-cronico-castilla-leon.ficheros/319121->, acceso 2 de diciembre 2021.
26. Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (2014): Plan Director de Atención a la Cronicidad en un Modelo de Integración Asistencial 2014-2017. Disponible en: [https://www.revistaseden.org/boletin/files/9494\\_plan\\_cronicos.pdf](https://www.revistaseden.org/boletin/files/9494_plan_cronicos.pdf), acceso 2 de diciembre de 2021.
27. Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha (2021): Plan de Salud de Castilla-La Mancha. Horizonte 2025. Disponible en: [https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20210831/plan\\_de\\_salud\\_de\\_castilla-la-mancha.pdf](https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20210831/plan_de_salud_de_castilla-la-mancha.pdf), acceso 2 de diciembre de 2021.
28. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut (2011): Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. Disponible en: [https://salutweb.gencat.cat/web/.content/\\_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Cronicitat/Documentacio-cronicitat/arxiu/Programa.pdf](https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Cronicitat/Documentacio-cronicitat/arxiu/Programa.pdf), acceso 2 de diciembre de 2021.
29. Generalitat Valenciana, Conselleria de Sanitat (2014). Estrategia para la atención a pacientes crónicos en la Comunitat Valenciana. Disponible en: <http://www.san.gva.es/documents/156344/5074523/presentation.pdf>, acceso 2 de diciembre de 2021.

**30.** Junta de Extremadura, Consejería de Sanidad y Políticas Sociales (2017): Estrategia de Prevención y Atención a Personas con Enfermedades Crónicas de Extremadura. Disponible en: <https://saludextremadura.ses.es/periodicoses/upload/5601>. PDF, acceso 2 de diciembre de 2021.

**31.** Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (2014): Estrategia de atención a pacientes crónicos en la Comunidad de Madrid. Disponible en: [https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/plan/document/432\\_474\\_libro\\_estratpac\\_enfcronicomadrid\\_ip\\_0.pdf](https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/plan/document/432_474_libro_estratpac_enfcronicomadrid_ip_0.pdf), acceso 2 de diciembre de 2021.

**32.** Consejería de Sanidad y política Social de la Región de Murcia (2013): Estrategia para la Atención a la Cronicidad 2013-2015. Disponible en: [https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/305538-estrategia\\_cronicidad.pdf](https://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/305538-estrategia_cronicidad.pdf), acceso 2 de diciembre de 2021.

**33.** Gobierno Vasco, Departamento de Salud (2017): Retos y proyectos estratégicos de Osakidetza 2017-2020. Disponible en: [https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/buen\\_gob\\_planes/es\\_def/adjuntos/PE\\_2017\\_2020\\_web\\_ESP.pdf](https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/buen_gob_planes/es_def/adjuntos/PE_2017_2020_web_ESP.pdf), acceso 2 de diciembre de 2021.

**34.** Gobierno de la Rioja (2014): Estrategia de atención al paciente crónico de la Rioja. Disponible en: <https://www.riojasalud.es/files/content/ciudadanos/planes-estrategicos/estrategia-cronicos.pdf>, acceso 2 de diciembre de 2021.

**35.** Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (2020): Plan de Actuación de Madrid Salud 2020. Disponible en: [https://transparencia.madrid.es/FWProjects/transparencia/PlanesYMemorias/Planes/MadridSalud/Ficheros/plan\\_actuacion\\_2020.pdf](https://transparencia.madrid.es/FWProjects/transparencia/PlanesYMemorias/Planes/MadridSalud/Ficheros/plan_actuacion_2020.pdf), acceso 2 de diciembre de 2021.

**36.** Gobierno de España (2020): Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia. Disponible en: [https://www.lamoncloa.gob.es/temas/fondos-recuperacion/Documents/30042021-Plan\\_Recuperacion\\_%20Transformacion\\_%20Resiliencia.pdf](https://www.lamoncloa.gob.es/temas/fondos-recuperacion/Documents/30042021-Plan_Recuperacion_%20Transformacion_%20Resiliencia.pdf)

**37.** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014): Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>, acceso 2 de diciembre de 2021.

**38.** Ministerio de Sanidad (2019): Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2019. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2019/Informe\\_SNS\\_2019.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2019/Informe_SNS_2019.pdf), acceso 2 de diciembre de 2021.

**39.** Ministerio de Sanidad (2021): Anteproyecto de Ley por la que se modifican diversas normas para consolidar la equidad, universalidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/normativa/audiencia/docs/DG\\_67\\_21.pdf](https://www.mscbs.gob.es/normativa/audiencia/docs/DG_67_21.pdf), acceso 3 de diciembre de 2021.

**40.** Gobierno de España (2021): Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia. Componente 18, Renovación y ampliación de capacidades del Sistema nacional de Salud. Disponible en: <https://www.lamoncloa.gob.es/temas/fondos-recuperacion/Documents/16062021-Componente18.pdf>

**41.** Organización Mundial de la Salud (2021): ¿Cómo define la OMS la salud? Disponible en: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>, acceso 2 de diciembre de 2021.

**42.** Ministerio de Sanidad, Consumo y bienestar Social (2019): Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/Marco\\_Estrategico\\_APS\\_25Abril\\_2019.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/proyectosActividades/docs/Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf), acceso 2 de noviembre de 2021.

**43.** España está 9.500 médicos de familia por debajo de las ratios europeas (2021). El Periódico.com, Sociedad, Atención Primaria. Disponible en: <https://www.elperiodico.com/es/sociedad/20210519/espana-9500-medicos-familia-ratios-europeas-11739375>, acceso 13 de diciembre de 2021.

**44.** Cortés N (2021): "Atención Primaria ha sufrido una total marginación en la inversión y el gasto sanitario en España". Consalud.es. Disponible en: [https://www.consalud.es/profesionales/atencion-primaria-sufrido-marginacion-inversion-gasto-sanitario-espana\\_93496\\_102.html](https://www.consalud.es/profesionales/atencion-primaria-sufrido-marginacion-inversion-gasto-sanitario-espana_93496_102.html), acceso 13 de diciembre de 2021.

**45.** Subdirección General de Cartera de Servicios del SNS y Fondos de Compensación, Ministerio de Sanidad (2019): Estadística del gasto sanitario público 2019. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>, acceso 2 de diciembre de 2021.

**46.** Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (2020): Estadísticas de Colegiados y Farmacias Comunitarias 2020. Disponible en: <https://www.farmaceticos.com/wp-content/uploads/2021/09/Estadisticas-Colegiados-y-Farmacias-2020.pdf>, acceso 2 de diciembre de 2021.













**47.** Gobierno de España, Plan de Recuperación, Transformación y Residencia (2020): PERTE Para la Salud de Vanguardia, resumen ejecutivo. Disponible en: [https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Documents/2021/151121-resumen\\_ejecutivo\\_perte\\_para-la-salud-de-vanguardia.pdf](https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Documents/2021/151121-resumen_ejecutivo_perte_para-la-salud-de-vanguardia.pdf), acceso 2 de diciembre de 2021.

**48.** González Mestre A (2014): La autonomía del paciente con enfermedades crónicas: De paciente pasivo a paciente activo, Enfermería Clínica (24): 54-60.

Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-clinica-35-articulo-la-autonomia-del-paciente-con-S1130862113001769>, acceso el 9 de diciembre de 2021.

## 8. Anexos

### 8.1. PARTICIPANTES DEL COMITÉ ASESOR DEL OAP 2021

<b>AEMPS</b>	 <b>D. César Hernández García.</b> Jefe del Departamento de Medicamentos de Uso Humano
<b>AEPED</b>	 <b>Dra. Inmaculada Calvo Penadés.</b> Miembro de AEPED
<b>CGCOE</b>	 <b>D<sup>a</sup>. Guadalupe Fontán Vinagre.</b> Coordinadora del Instituto de Investigación Enfermera del CGE
<b>CGCOF</b>	 <b>D<sup>a</sup>. Carmen Recio Jaraba.</b> Directora Gabinete Presidencia
	 <b>D<sup>a</sup>. Ana López-Casero Beltrán.</b> Tesorera
	 <b>D. Antonio Blanes Jiménez.</b> Director de Servicios Técnicos
<b>CGTS</b>	 <b>D<sup>a</sup>. Raquel Millán Susinos.</b> Tesorera
<b>DIRECCIÓN GENERAL DE DERECHOS DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD. MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES Y AGENDA 2030</b>	 <b>D<sup>a</sup>. Begoña Gosálvez. Dirección</b> General Derechos personas con discapacidad
<b>CLÍNICA LEGAL POP</b>	 <b>D<sup>a</sup>. Lidia Piolanti Fabbrini.</b> Abogada
<b>OMC</b>	 <b>Dr. José María Rodríguez Vicente.</b> Secretario general
	 <b>Dr. Enrique Guilabert Pérez.</b> Tesorero
<b>SECA</b>	 <b>Dra. Carmen Pérez Habas.</b> Presidenta de la Sociedad de Calidad Asistencial de Castilla La Mancha (SCLM)

<b>SEDISA</b>	 <b>Dra. Patricia Alonso Fernández.</b> Miembro de la Junta Directiva
	 <b>Dr. Rafael López Iglesias.</b> Vocal
<b>SED</b>	 <b>Dra. María Luz Padilla del Rey.</b> Vocal
	 <b>Dra. María de Madariaga Muñoz.</b> Responsable de Comunicación
<b>SEFH</b>	 <b>D<sup>a</sup> Olga Delgado Sánchez.</b> Presidenta
<b>SEMERGEN</b>	 <b>Dra. Norma Doria Carlin.</b> Vocal de la Junta Autonómica
<b>SEMFYC</b>	 <b>Dr. Salvador Tranche Iparraguirre.</b> Presidente
	 <b>Dra. Ana Arroyo de la Rosa.</b> Vicepresidenta
	 <b>Dr. José Antonio Quevedo.</b> Vicesecretario
<b>SEMG</b>	 <b>Dr. Francisco José Sáez Martínez.</b> Coordinador del Grupo de Trabajo en Gestión Clínica
	 <b>Dra. Pilar Rodríguez Ledo.</b> Vicepresidenta
	 <b>Dra. Irene Arnanz González.</b> Vicepresidenta segunda
<b>SEMI</b>	 <b>Dra. Juana Carretero Gómez.</b> Vicepresidenta primera
	 <b>Dr. Jesús Díez Manglano.</b> Presidente
<b>SEMES</b>	 <b>Dr. Tato Vázquez Lima.</b> Presidente



## 8.2. SONDEO A CC.AA.

### Sondeo “Situación y retos de los Planes y Estrategias de cronicidad en España”

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 entorno 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 conocer la situación y despliegue actual

de sus respectivas estrategias o modelos autonómicos de atención a la cronicidad, habida cuenta de la nueva situación sanitaria surgida tras la irrupción de la pandemia por COVID-19 que afecta, también, al abordaje de la cronicidad.

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.

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):

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

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"/> Ciudad Autónoma de Ceuta Ciudad |
| <input type="radio"/> Comunidad Foral de Navarra | <input type="radio"/> Autónoma de Melilla             |
| <input type="radio"/> Comunidad Valenciana       |   |

3. ¿Dispone su Consejería de un documento específico de Estrategia/Plan de atención a la cronicidad o, en su defecto, de un Plan de Salud que contemple el modelo de abordaje de la cronicidad entre sus objetivos estratégicos?

- Sí, existe un plan o estrategia específica de atención a la cronicidad (*pasar a pregunta 6*)
- No existe un Plan o Estrategia de cronicidad, pero esta se aborda en nuestro Plan de Salud
- No (*pasar a la pregunta 5*)

4. ¿El Plan de Salud se encuentra vigente?

- Sí
- No
- No sabe/No contesta

5. ¿La Consejería tiene previsto desarrollar una estrategia o plan específico de atención a la cronicidad?

- Sí (*pasar a la pregunta 9*)
- No (*pasar a pregunta 10*)
- No sabe/No contesta (*pasar a pregunta 10*)

6. ¿Esta estrategia o plan de cronicidad se encuentra vigente?

- Sí
- No
- No sabe/No contesta

7. ¿Ha contado su última estrategia/plan de cronicidad con una dotación presupuestaria específica para su implementación?

- Sí
- No (*pasar a pregunta 9*)
- No sabe/No contesta (*pasar a pregunta 9*)

8. ¿Podría indicar el presupuesto aproximado asignado a su última estrategia/plan de cronicidad? (en euros) (no obligatoria)

**9.** ¿Cree que la futura estrategia/plan dispondrá de dotación presupuestaria?

- Sí
- No
- No sabe/No contesta

**10.** Valore el nivel de implantación actual del modelo de atención a la cronicidad en su Comunidad Autónoma.

Nada implantado	Poco implantado	Medianamente implantado	Bastante implantado	Totalmente implantado	No sabe / No contesta
-----------------	-----------------	-------------------------	---------------------	-----------------------	-----------------------

--	--	--	--	--	--

Si necesita ampliar la información, puede hacerlo aquí

---



---



---

**11.** A continuación, valore en qué medida la situación sanitaria provocada por la COVID-19 ha afectado a la actual atención a la cronicidad en su Comunidad Autónoma.

Nada (pasar a pregunta 14)	Poco (pasar a pregunta 14)	Medianamente	Bastante	Mucho	No sabe / No contesta
----------------------------	----------------------------	--------------	----------	-------	-----------------------

--	--	--	--	--	--

**12.** ¿La Consejería prevé dar un nuevo enfoque estratégico/modificar las prioridades de su actual modelo de atención a la cronicidad para adaptarse a las nuevas necesidades ocasionadas por la pandemia por COVID-19?

- Sí, estamos trabajando en la redefinición del modelo
- Sí, tenemos prevista una redefinición del modelo
- No (pasar a la pregunta 14)
- No sabe/No contesta (pasar a la pregunta 14)

**13.** ¿Cuáles son estas prioridades? Del siguiente listado, marque las cinco prioridades que tendrían en cuenta en la redefinición del modelo de atención a la cronicidad.

- Garantía de la continuidad asistencial
- Mejora/Garantía del acceso al diagnóstico precoz
- Mejora del acceso a tratamientos
- Estratificación de la población con enfermedades crónicas (clasificación según per su perfil clínico y nivel de riesgo, ...)
- Refuerzo de la Atención Primaria
- Formación y capacitación continuada a los profesionales sanitarios
- Humanización/Atención centrada en la persona con enfermedad crónica y su entorno
- Atención a las necesidades emocionales/atención psicológica en el manejo de la cronicidad
- Promoción del autocuidado, la corresponsabilidad y la participación de los pacientes y sus cuidadores informales
- Promoción de autonomía personal
- Promoción de la investigación e innovación en el ámbito de la cronicidad
- Otras. Especifique cuáles: \_\_\_\_\_

**14.** ¿Su Consejería tiene previsto modificar objetivos o líneas estratégicas de su próximo plan de salud, como consecuencia de las necesidades y aprendizajes causados por COVID-19?

- Sí
- No (final de la encuesta)
- No sabe/No contesta (final de la encuesta)

**15.** ¿Cuáles cree que serán las tres principales prioridades del próximo plan de salud de su Comunidad Autónoma teniendo en cuenta las necesidades generadas por la pandemia por COVID-19? (Puede seleccionar varias opciones)

- Promoción de la salud y la prevención de la cronicidad
- Orientación del sistema sanitario hacia la atención a la cronicidad
- Estratificación del riesgo de la cronicidad
- Aseguramiento de la equidad territorial en el acceso a la atención sanitaria
- Transformación digital del sistema sanitario
- Fomento de la coordinación y/o integración entre niveles asistenciales
- Integración de los servicios sanitarios y sociales
- Mejora de los resultados de salud
- Refuerzo/incremento de la participación ciudadana/de los pacientes en la elaboración y puesta en marcha del plan de salud
- Formación y educación en salud
- Otras. Especifique cuáles: \_\_\_\_\_

**Muchas gracias por su colaboración**

### 8.3. ÍNDICE DE ILUSTRACIONES, TABLAS Y FIGURAS

**Ilustración 1.** Modelo de atención a Crónicos/as “Chronic Care Model” **Pág. 15**

**Ilustración 2.** Pirámide Kaiser Permanente **Pág. 16**

---

**Tabla 1.** Estrategias y planes de atención a la cronicidad de las Comunidades Autónomas **Pág. 17**

**Tabla 2.** Características del modelo ideal de atención a la cronicidad **Pág. 37**

---

**Figura 1.** Existencia de estrategias/planes de cronicidad en las diferentes CC.AA. (n=14) **Pág. 21**

**Figura 2.** Dotación presupuestaria de las actuales estrategias o planes de cronicidad (n=13) **Pág. 22**

**Figura 3.** Dotación presupuestaria de las próximas estrategias o planes de cronicidad (n=13) **Pág. 22**

**Figura 4.** Nivel de implantación del actual modelo de atención a la cronicidad (n=14) **Pág. 23**

**Figura 5.** Impacto de la crisis sanitaria por la COVID-19 en la atención a la cronicidad (n=14) **Pág. 23**

**Figura 6.** Previsión de reenfoque estratégico del modelo de atención a la cronicidad (n=14) **Pág. 24**

**Figura 7.** Prioridades en la redefinición del modelo de atención a la cronicidad (n=13) **Pág. 24**

**Figura 8.** Previsión de modificar los objetivos de los próximos planes de salud (n=14) **Pág. 25**

**Figura 9.** Prioridades en la redefinición de los futuros planes de salud **Pág. 26**



PLATAFORMA DE ORGANIZACIONES  
DE PACIENTES

---

[www.plataformadepacientes.org](http://www.plataformadepacientes.org)

---



Con la colaboración de:

abbvie

AMGEN

