

## ¿Sueñan los pacientes crónicos en la pandemia? La visión de la plataforma cronicidad: horizonte 2025

**Do cronic patients dream in pandemic?  
The vision of the platform cronicidad: horizonte 2025**

**Francisco José Sáez Martínez**

fseazm@semg.es

Médico de Familia C.S. Arganda del Rey, Madrid. Coordinador Grupo de Trabajo de Cronicidad de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia, SEMG.

Miembro del Consejo de la Plataforma Cronicidad: Horizonte 2025

Recibido: 11/04/2021

Aceptado: 01/05/2021

Actas de Coordinación Sociosanitaria.  
Número 28 - Junio de 2021.

### **Cómo citar este artículo:**

Sáez Martínez, F. (2021). ¿Sueñan los pacientes crónicos en la pandemia? *La visión de la plataforma Cronicidad: Horizonte 2025*. *Actas de Coordinación Sociosanitaria*, (28), PAGINAS 12-26.

## RESUMEN

La importancia de las enfermedades crónicas en España, tanto en su número como en su proporción del gasto sanitario, han hecho necesario el cambio de orientación del Sistema Nacional de Salud (SNS), actualizando su estructura clásica y sus procedimientos. Es por eso por lo que se crea una plataforma en 2018. La plataforma Cronicidad: Horizonte 2025 (CH2025), está integrada por diferentes organizaciones que centran sus objetivos en las patologías crónicas (desde médicos de familia e internistas a trabajadores sociales, farmacéuticos, enfermeras, pacientes, empresas privadas...). Esta plataforma fija su objetivo en que, para ese año, el 2025, se haya cambiado la organización de la atención a los pacientes, contando con su participación en la gestión, en su diseño y en su organización. Pero la pandemia de la COVID-19 ha generado una reorientación del SNS a las patologías agudas, con mayor poder del “Hospitalocentrismo” (al menos en la primera ola) y aumento del gasto y de la orientación de la atención a los pacientes agudos, “castigando” a los pacientes crónicos con el abandono de sus prestaciones sanitarias. Por ello la CH2025 ha reorganizado sus análisis de la situación, su participación, y sus propuestas de actuación, intentando volver a focalizar su orientación en los pacientes crónicos, aunque haya menor tiempo disponible.

## PALABRAS CLAVE

Cronicidad, Sistema Nacional de Salud, CH2025, Gasto, Participación.

## ABSTRACT

The increasing importance of chronic disease in Spain, due to its quantity and its share of health care spending, demands a change in the orientation of the Sistema Nacional de Salud (SNS), needing an update of its classical structure and procedures. That is why in 2018, a platform was created, the platform Cronicidad Horizonte 2025 (CH2025), composed of different organizations who focus their objectives on chronic diseases (from family doctors and doctors of internal medicine to social workers, pharmacists, nurses, patients, private companies...). The platform resolves that by year 2025 there will be a change in patients care's organization, taking in account their participation in its management, design and organization. However the COVID-19 pandemic has changed the SNS focus to acute pathologies, giving more power to “Hospitalocentrismo” (at least in the first wave) and increasing the spending charge and orientation of health care to acute patients, “punishing” chronic diseases' patients neglecting their health output. Therefore, CH2025 has reorganized its analysis of the situation, participation, and action proposals, trying to center its direction again in chronic patients, even though there is less time available.

## KEYWORDS

Chronicity, National Health System, CH2025, Spending, Participation.

## 1. INTRODUCCIÓN

Cuando como médico de familia inicio mi consulta diaria, sé que una parte importante de ella es la atención a los pacientes crónicos, algunos de ellos con necesidad directa por reagudización o desestabilización, otros para el control necesario para prevenir el empeoramiento de su enfermedad, también para el diagnóstico o para aclarar sus dudas sobre el tratamiento o las pruebas diagnósticas planteadas. Todos ellos sabiendo que no pueden ser curados, pero con gran motivación para mí como profesional. En la pandemia de la COVID-19, sin embargo, la atención a los pacientes crónicos ha pasado a un estado mínimo, todos centrados en la patología aguda y en sus síntomas, lo que sin duda debe generar gran preocupación en los pacientes crónicos que siguen con su enfermedad y tienen sensación de abandono y pérdida de valoración, algo que sin duda puede alterar sus sueños en estos tiempos.

Pero esta visión no es sólo como médico de familia; participo en la Plataforma Cronicidad: Horizonte 2025, donde además de más médicos de familia, hay enfermeros, farmacéuticos, médicos internistas, informáticos, ingenieros, economistas, profesores universitarios, gestores sanitarios... y todos compartimos esta impresión de la “caída” de la atención a los pacientes crónicos.

Impresión que se convierte desgraciadamente en experiencia, tal y como nos informan las Asociaciones de Pacientes, también presentes en la CH2025, compartiendo las comunicaciones que reciben de sus socios, con experiencias comunes de reorientación hacia las patologías agudas en todo el sistema sanitario español.

Y si antes, ya que empezamos a trabajar juntos hace unos 4 años, compartíamos la idea de luchar para intentar la reorientación del sistema sanitario en España hacia la atención a la cronicidad, ahora es una prioridad, estando ya más cercano el año 2025, horizonte temporal de nuestro objetivo, por lo que desarrollo este artículo, intentando compartir y difundir la visión de la Plataforma Cronicidad: Horizonte 2025.

## 2. DESARROLLO

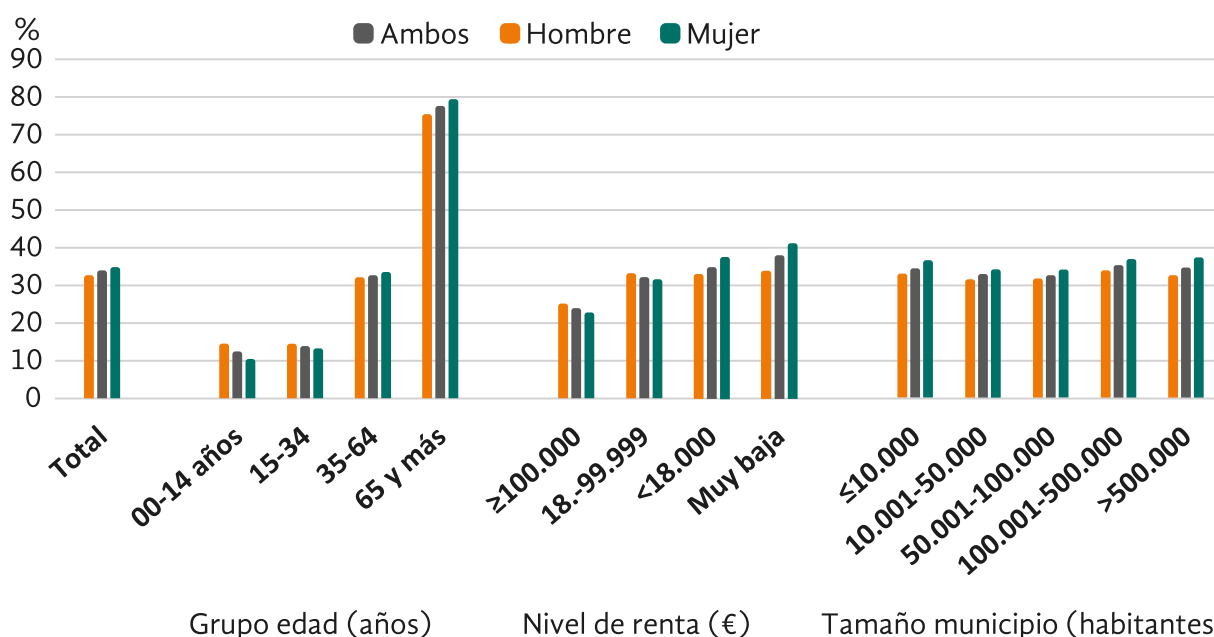
El aumento de la esperanza de vida, las mejoras en la calidad y equidad de la atención sanitaria y los mejores estilos de vida han favorecido la creciente prevalencia de las enfermedades crónicas y la cronificación de otras. Este cambio está relacionado con otros fenómenos socioeconómicos y demográficos que paralelamente se han producido en España, como el envejecimiento poblacional, la lejanía a los puntos de atención sanitaria que afrontan los pacientes que residen en las áreas más despobladas, la digitalización, que dificulta el acceso igualitario a las nuevas soluciones de tecnología de la salud o la reducción de profesionales de la salud en núcleos rurales, que contrasta con la saturación asistencial de los entornos sanitarios urbanos.

Estas enfermedades, según datos del Informe Cronos elaborado por The Boston Consulting Group en 2014, con la colaboración de diversas entidades y expertos de muy alto nivel en el

desarrollo de las Estrategias de Atención a la Cronicidad en las distintas Comunidades Autónomas, afectan a más de 19 millones de personas en España, de las cuáles casi 11 millones son mujeres. Su prevalencia se concentra especialmente en los mayores de 55 años y aumenta con la edad. Son responsables de más de 300.000 muertes al año (74,45% del total) y las que mayor impacto tienen sobre la esperanza y la calidad de vida de los ciudadanos. Por otra parte, la evaluación de la Estrategia del Abordaje de la Cronicidad (MSCBS, 2019) estima que el 34% de la población presenta al menos un problema crónico, porcentaje que alcanza el 77,6% en las personas de 65 y más años.

Si vemos la Prevalencia de enfermedades crónicas reflejadas en la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria del Ministerio de Sanidad en 2019, deducimos el valor de estas patologías en los mayores en el año 2016, (supera el 77% en los mayores de 65 años) y en la renta baja, lo que sin duda caracteriza un aspecto distinto para plantear la Estrategia de Atención a la Cronicidad.

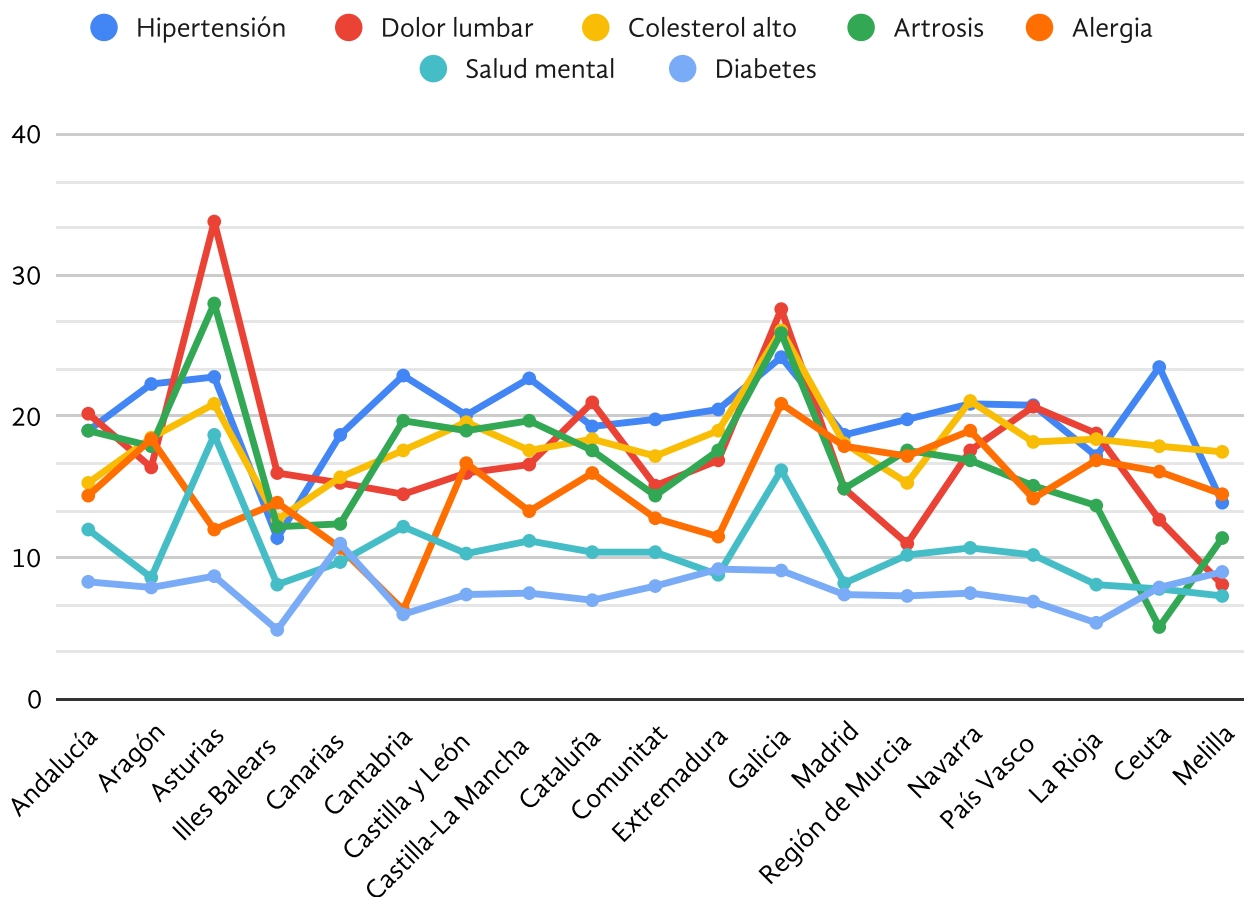
**Figura 1: Prevalencia (%) de personas con al menos una enfermedad crónica registrada en Atención Primaria. Distribución por nivel de edad, renta, municipio y sexo (año 2016).**



Fuente: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria. MSCBS (2019)

Hay muchas enfermedades crónicas y, según el Informe del Sistema Nacional de Salud (SNS) de 2019 (MSCBS, 2019), los problemas de salud crónicos más frecuentes en la población adulta son la hipertensión arterial (18,4%) el dolor de espalda lumbar (17,3%), la hipercolesterolemia (16,5%), la artrosis (16,4%), y el dolor cervical crónico (14,7%). En los últimos veinte años la hipertensión ha pasado de afectar al 11,2% de la población adulta al 18,4%, la diabetes del 4,1% al 6,8%, la hipercolesterolemia del 8,2% al 16,5%. En la infancia, las enfermedades crónicas prevalentes son la alergia (10,0%) y el asma (5,2%).

**Figura 2: Principales problemas crónicos de salud, porcentaje de población de 15 y más años que declara haberlos padecido en los últimos doce meses y diagnosticados por un médico, según comunidad autónoma, en el año 2017**



Fuente: Base de Datos Clínicos de Atención Primaria. MSCBS (2019)

Pero no debemos olvidar que en España las tres principales causas de muerte por grandes grupos de enfermedades son las del sistema circulatorio (30,3% del total), las neoplasias (27,5%) y las enfermedades del sistema respiratorio (11,7%), todas ellas claramente enfermedades crónicas.

También hay un aspecto fundamental en la visión del gasto sanitario, ya que la estimación realizada en 2012(MSCBS, 2012) hablaba de que la mitad de la población origina el 3,6% del gasto sanitario total (71 € por persona); mientras que los pacientes crónicos complejos supones casi el 80% del presupuesto; un 1% de la población, incluidos entre los pacientes crónicos gastó el 23% del gasto (22.852 € por persona). El gasto medio más elevado, tanto en mujeres como en hombres, se da entre los 80 y los 89 años. La población con una enfermedad crónica tiene un gasto medio anual de 413 €; con cinco enfermedades, de 2413 €; y con diez patologías, de 9626€. El gasto medio varía según patologías, desde los 2854 € en los pacientes con depresión grave a los 8097 € de los pacientes con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana/sida.

Es evidente que es necesario invertir en prevención de las enfermedades y que toda la organización sanitaria debe estar implicada en la promoción de hábitos saludables en la población, con especial participación de la Atención Primaria (abandono del hábito tabáquico y del consumo nocivo de alcohol, realización de actividad física beneficiosa para la salud y alimentación saludable). En el 26,4% de las personas atendidas en el año 2017 en las consultas de Atención Primaria del SNS consta la realización de actividades de promoción y prevención, lo que es un número bastante mejorable.

Por ello, hasta marzo de 2020, las enfermedades crónicas eran el principal objetivo, en la actividad de los sistemas de salud de los países desarrollados, ocasionando unos niveles altos de necesidades de recursos sanitarios. Por ello, la cronicidad supone un fenómeno de gran impacto para el SNS en cuanto a estrategias de atención a las personas y en cuanto a los presupuestos públicos.

El SNS español tiene un diseño orientado a las patologías agudas, algo basado en el origen de este, hace ya bastantes años. Así, un paciente con un problema agudo de salud tiene fácil acceso a los profesionales sanitarios, con una rapidez y eficiencia en la atención que explica el aprecio que los españoles teníamos al SNS (en el año 2018 el 68,3% de los españoles opinábamos que el sistema sanitario español funciona bastante bien o bien, según los datos del 'Barómetro Sanitario 2018', realizado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social en colaboración con el Centro de Investigaciones Sociológicas). Este sistema opta por el Hospitalocentrismo, como eje de este, dando a los hospitales una mayor inversión y una orientación especial y atractiva (que en algunas Comunidades Autónomas supuso varias décadas de poder), con pérdida de valor para otros niveles y partes (Atención Primaria, Salud Pública...) que no participan del "brillo" de los Hospitales en el Sistema Sanitario, confirmando un modelo inadecuado para un abordaje integral de la cronicidad.

Pero las personas con condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico son las que encuentran más dificultades para acceder y circular a través del SNS ya que no existe un adecuado ajuste entre sus necesidades y la atención que reciben, resultando especialmente inapropiada la organización de la asistencia sanitaria para el grupo de pacientes crónicos, generalmente de mayor edad y menor movilidad. Son estas personas las que generan mayor demanda de atención en los diferentes ámbitos asistenciales y utilizan mayor número de recursos sanitarios y sociales (Plataforma de Organizaciones de Pacientes, 2017; Secretaría General de Sanidad y Consumo, 2019).

El sistema sanitario no puede ofrecer solamente un seguimiento y unos cuidados discontinuos a los pacientes con enfermedades crónicas, ligados en general a las agudizaciones o descompensaciones de sus patologías, lo que propició la puesta en marcha de la Estrategia de Atención a la Cronicidad (EAC) en España en 2012 por parte del Ministerio de Sanidad, persiguiendo la equidad en salud y la igualdad de trato, la continuidad asistencial y la reorientación del sistema sanitario, siendo el punto de arranque de las distintas estrategias de atención a la cronicidad de las 17 Comunidades Autónomas, finalizadas en 2019, estrategias que tienen, desgraciadamente, en común la no asociación de las propuestas a una asignación específica

de recursos y la incapacidad para conseguir un nivel adecuado de interacción de los servicios de salud con los servicios sociales (MSCBS, 2012).

Por eso, en 2018, las principales organizaciones, entidades y colegios profesionales (trabajo social, farmacéuticos, enfermeras, médicos, sociedades científicas de medicina de familia y medicina interna, asociaciones de pacientes, empresas privadas...) involucrados en la atención a la cronicidad, constituimos la Plataforma Cronicidad: Horizonte 2025, con el compromiso de impulsar iniciativas, dentro de nuestro ámbito de actuación, dirigidas a mejorar la calidad de vida del paciente crónico y su entorno, así como favorecer el desarrollo de políticas vinculadas a los siguientes ámbitos:

1. Promover la salud y prevenir la enfermedad crónica priorizando los programas de prevención secundaria (detener el avance de la enfermedad) y terciaria (atenuar las consecuencias de la enfermedad una vez establecida).
2. Reforzar el papel del paciente crónico como eje de la gestión clínica.
3. Garantizar y potenciar el trato personalizado y humanizado del paciente y su entorno en las dimensiones psicosociales.
4. Potenciar marcos de confianza entre los diferentes profesionales sanitarios y diseñar estrategias colaborativas que aborden de forma integral la continuidad asistencial.
5. Promover un marco normativo que garantice una cartera de servicios común y equitativa en el conjunto del Estado y contribuya a la sostenibilidad del SNS.
6. Impulsar la colaboración sociosanitaria y la participación ciudadana en el diseño de los nuevos modelos de atención al paciente crónico.

Iniciamos un análisis de la situación de las diferentes Estrategias de Atención a la Cronicidad (EAC) en toda España, con el apoyo de la Universidad Internacional de Cataluña (Blay et al., 2020), valorando una serie de lecciones aprendidas en el paso de los años de la puesta en marcha de la EAC:

- La cronicidad es la faceta más significativa de la transición epidemiológica de las últimas décadas (y del futuro), que obliga a los sistemas de salud a transformarse en profundidad.
- La EAC supo recoger las principales tendencias de esta transformación y transmitir las mediante un relato nítido y unas propuestas bien orientadas recogiendo también las iniciativas existentes en las CCAA.
- La implementación de la EAC en las distintas CCAA ha sido irregular, pero todas han asumido, en mayor o menor grado, las iniciativas propuestas desde el ministerio, algunas incluso con varias estrategias, incluso con el mismo partido político en el gobierno de la CCAA, siendo necesario que se adapte en cada una de ellas la atención a la cronicidad a las variables demográficas, tecnológicas, sociales y económicas de cada CCAA.

- La necesidad de la atención a la cronicidad influye de manera global en el conjunto del sistema sanitario, de modo que la mayoría de los enfoques tradicionales del SNS quedarían obsoletos, especialmente aquellos tendentes a fragmentar los procesos de atención, con separaciones por nivel asistencial y profesional que atiende al paciente.
- Los modelos de atención integral, integrada y centrada en las personas, con un fuerte componente comunitario y un rediseño de las respuestas hospitalarias, son las que se deberían emprender y consolidar. Estos modelos serán inefectivos (en su diseño, implementación e impacto) si no incluyen a todos los actores y sectores implicados, especialmente a las personas atendidas y a los agentes de los servicios sociales.
- Las respuestas reactivas y aisladas deben dar paso a las prácticas colaborativas, preventivas y proactivas.
- La evaluación continua, el rendimiento de cuentas y la transparencia deben constituir la base argumental que legitimará la transformación del sistema.

Concluyendo en una serie de recomendaciones de amplio contenido:

- El reto de la cronicidad exige a los políticos y gestores determinación y visión a largo plazo.
- Las personas atendidas deben participar en todos los ámbitos y niveles de decisión, de forma activa y no solo consultiva o “ilustrada”.
- Los enfoques de atención integral e integrada de la persona deben preponderar por encima de los planteamientos centrados en la enfermedad.
- Los modelos organizativos de atención deben rediseñarse para adaptarlos a la realidad de necesidades de los pacientes.
- Deben impulsarse decididamente las estrategias de prevención y promoción de la salud.
- Ningún colectivo de pacientes debiera sentirse excluido de las propuestas en cronicidad.
- La base tecnológica del sistema de salud es un elemento de máxima prioridad que debe ser puesto al servicio de las personas y de los profesionales.
- Los recursos económicos deben asignarse de acuerdo con las necesidades de las personas, aunque suponga un cambio en los planteamientos presupuestarios.
- No es apropiada ninguna actuación en salud que no evalúe el impacto que supone en las personas atendidas.
- En enfoques de atención centrada en la persona la equidad es el atributo central del SNS.



Y realizando unas propuestas de acciones básicas, claras y definidas:

- Reforzar el papel de todos los profesionales implicados en la atención y la mejora de la calidad de vida de las personas con patologías crónicas.
- Adaptar las estructuras de los hospitales y reorganizar sus servicios para proporcionar al paciente crónico una asistencia personalizada y no fragmentada, evitando que deba seguir múltiples circuitos para recibir respuesta a todas sus necesidades asistenciales.
- Revisar el actual modelo organizativo, conceptual y de asignación de recursos de la Atención Primaria para que pueda erigirse como núcleo de la cronicidad con un trabajo interdisciplinar.
- Construir un sistema homogéneo para medir los resultados en salud.
- Incorporar herramientas que aseguren la participación y ‘empoderamiento’ de los pacientes en las decisiones y actuaciones organizativas y asistenciales que les atañen.
- Habilitar los recursos necesarios para la promoción de la salud y la prevención, con foco también en la educación del paciente para el autocuidado.
- Incorporar a los planes de cronicidad la dimensión de la dignidad y la humanidad de la persona.
- Establecer un nuevo modelo de asignación de recursos basado en indicadores de actividad y ajustado a las necesidades de las personas según la carga de enfermedad.
- Considerar las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) como un recurso asistencial valioso para la atención a los pacientes crónicos que debe ser convenientemente dotado e implantado con las máximas garantías para pacientes y profesionales (García et al.,2018).

Con estas líneas y este trabajo iniciamos diversas estrategias de difusión, con entrevistas con Gestores y Políticos, elaboración de documentos, participación en Congresos tanto de Profesionales como de Pacientes, difusión en Foros de Cronicidad mixtos, presencia en los medios de comunicación generales y profesionales... Estrategias de difusión que siguen en activo, con utilización en esta pandemia de diferentes webinar con participación tanto de portavoces de partidos políticos como de exconsejeros autonómicos de sanidad o de referentes científicos en epidemiología o decanos de Facultades de Medicina.

Pero la crisis sanitaria generada por la pandemia de COVID-19 ha confirmado de manera contundente la situación de especial vulnerabilidad de las personas con enfermedades crónicas. La urgencia de dar respuesta a las necesidades surgidas en este escenario excepcional ha supuesto una clara limitación del acceso de los pacientes crónicos a la asistencia sanitaria, no solo porque su atención se ha ido posponiendo, sino también porque las medidas de protección establecidas para frenar el avance del coronavirus SARS-CoV-2 y el miedo al contagio han condicionado y reducido la demanda asistencial por parte de los propios pacientes.

La respuesta inicial a la pandemia se centró en la atención hospitalaria, un modelo asistencial pensado fundamentalmente para pacientes agudos, lo que ha supuesto 'descuidar' al paciente crónico y ha impedido a los profesionales de Atención Primaria llevar a cabo una adecuada prevención de la COVID-19 en estos grupos, que presentan mayor riesgo y mayor morbimortalidad asociada a la infección. Esta realidad ha confirmado que una asistencia que gire en torno a la atención hospitalaria es claramente insuficiente para hacer frente a las necesidades que plantea la cronicidad.

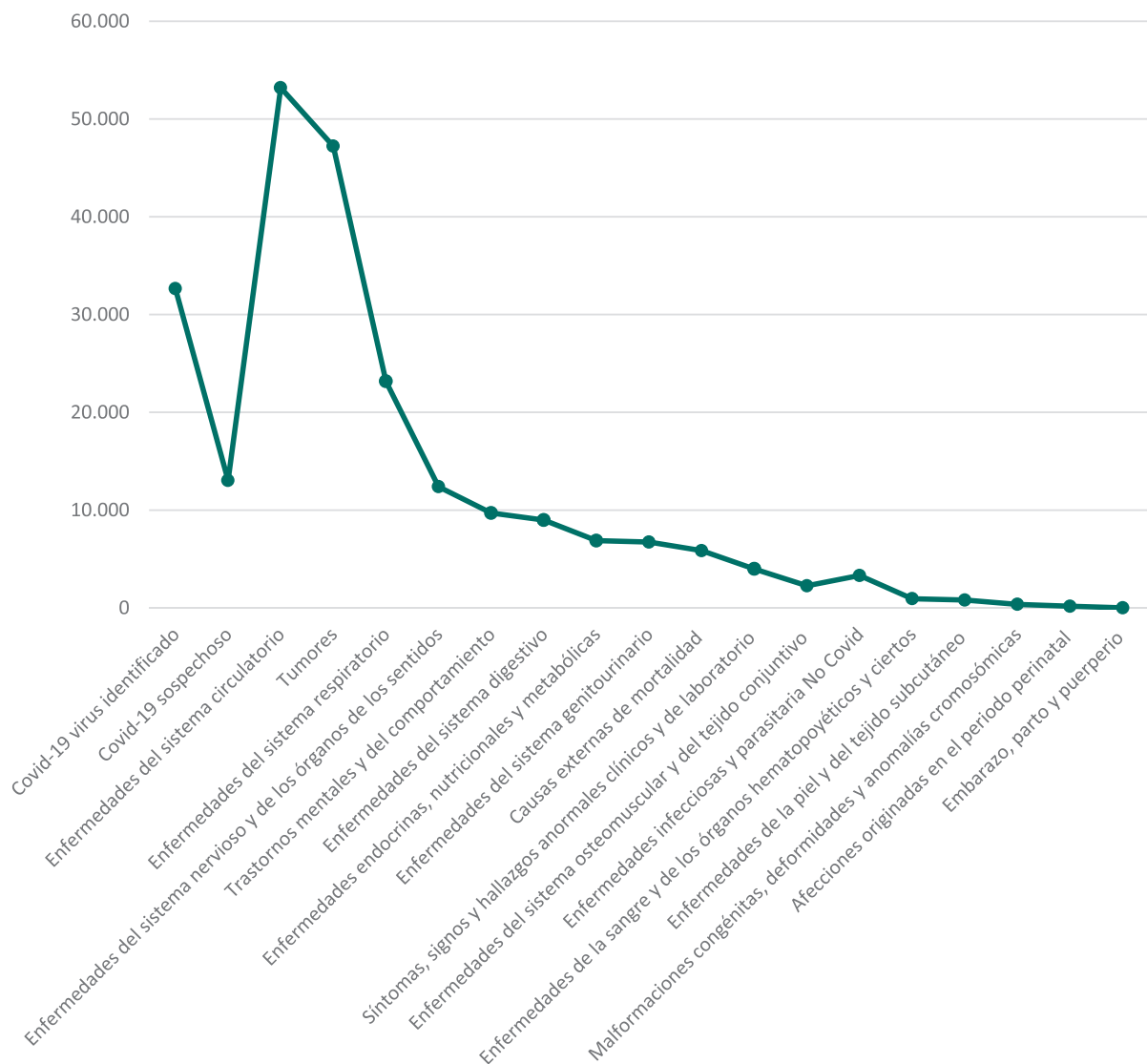
Presionado el SNS por el contexto COVID, toda la atención al paciente crónico ha quedado relegada, al igual que las acciones de prevención y educación sanitaria. No solo se han anulado o aplazado consultas y terapias no farmacológicas, sino que también se ha ensanchado la brecha de la continuidad asistencial, clave para un abordaje adecuado de la cronicidad.

Esto ha hecho aflorar algunas de las fortalezas del sistema, visibles sobre todo en el compromiso y competencia de los profesionales sanitarios, pero también se han visualizado algunas de las debilidades de este, como la crítica situación de la Salud Pública y sus dispositivos. En este último aspecto, es reseñable también el papel escaso o poco relevante que se le ha otorgado a la Atención Primaria en el manejo de la crisis durante muchas de sus fases. Y es que a pesar de la importancia mencionada públicamente por los gestores y políticos y de la dimensión de la Atención Primaria en el SNS, esta ha sido hasta la fecha mayoritariamente poco valorada en las estrategias principales desarrolladas por las distintas Administraciones Sanitarias (gobiernos central y autonómicos) para el abordaje de la infección por SARS-CoV-2. Esto ha supuesto uno de los principales errores en la gestión de la crisis, ya que no se han utilizado de forma óptima los recursos de este nivel asistencial (su extensión y su accesibilidad), ni a sus profesionales, que han sufrido también una carestía de recursos.

En este escenario, han sido las personas mayores, pacientes crónicos especialmente vulnerables, las que han soportado las cifras más trágicas de la pandemia.

Desgraciadamente, la COVID-19 ha supuesto la vuelta a la atención prioritaria a la patología aguda, algo sin duda necesario, pero que ha olvidado conceptos que todos pensábamos asumidos por la población, políticos y gestores, como la relación entre cronicidad y mortalidad en nuestro país, el imprescindible seguimiento de los pacientes crónicos para evitar sus recaídas, la necesaria responsabilidad del paciente crónico para evitar situaciones de riesgo, la continuidad de los tratamientos... y que desgraciadamente siguen suponiendo serios problemas de salud en muchas personas, ya que durante el periodo enero-mayo de 2020 se produjeron en España 231.014 defunciones, con el grupo de enfermedades del sistema circulatorio como primera causa de muerte, con el 23% del total (y una tasa de 112,2 fallecidos por cada 100.000 habitantes). En ese mismo periodo entre las enfermedades más frecuentes, las causas de muerte que más aumentaron respecto a los cinco primeros meses de 2019 fueron la diabetes (18,6%), las enfermedades hipertensivas (17,6%) y el Alzheimer (13,7%) con incrementos más acentuados durante los meses de marzo a mayo (del 39,5%, 37,1% y 27,3%, respectivamente), todo ello según los datos aportados recientemente por el Instituto Nacional de Estadística.

**Figura 3: Causas de muerte enero - mayo 2020.**



Fuente: Fuente: Instituto Nacional de Estadística, 2020

Todo ello ha provocado que en el momento actual estemos comprobando una situación de abandono a los pacientes crónicos, que si bien genera protestas, tanto entre pacientes como sanitarios, no parece tener vías de resolución a corto plazo, creando un conflicto entre los profesionales y la población, que si bien baja la agresividad hacia gestores y políticos, acabará, sin duda, creando serios problemas cuando la pandemia rebaje su nivel; no es extraño empezar a oír y ver en redes sociales críticas a nuestro sistema sanitario y sus trabajadores por la falta de atención a pacientes crónicos, críticas que generan más bloqueos en el mismo y sobre todo inicio de actividades en plena utilización de la medicina defensiva, algo que sin duda perjudica a todos los españoles.

### 3. CONCLUSIONES

Es por ello que desde la CH2025 (Plataforma CH2025, 2020; MSCBS, 2020) realizamos serias propuestas a la Comisión de Reconstrucción Social y Económica del Congreso de los Diputados:

- Debe darse a la atención a la cronicidad un reconocimiento estructural propio, más allá del modelo de Atención Primaria y Atención Hospitalaria, abordando todas las enfermedades crónicas, con independencia de la edad del paciente.
- Debe realizarse una financiación por encima del concepto actual de dependencia de los indicadores de actividad, ajustándose a las necesidades de las personas de acuerdo con sistemas predictivos de estratificación de la población y no al gasto histórico de los centros.
- Deben participar los pacientes crónicos en las decisiones que les atañen y su empoderamiento deben incorporarse a actuaciones organizativas y asistenciales como una actividad de forma estructurada y regulada con especial esfuerzo en la prevención y el autocuidado.
- Deben dotarse los recursos necesarios para la promoción de la salud y la prevención, de forma independiente de los unidos a la atención e implicar a otras políticas y otras instituciones.
- Debe incorporarse de manera formal e integral la prescripción social a la enfermedad crónica al catálogo de prestaciones del SNS.
- Deben ser incorporadas las tecnologías de la información y la comunicación como un recurso asistencial para la atención a los pacientes crónicos, constituyendo la historia clínica digital compartida como la herramienta y eje fundamental para la atención a la cronicidad.
- Debe construirse, con la información disponible en el conjunto del SNS, un sistema de medición de resultados homogéneos y de registro que sirva de cuadro de mando de la atención a la cronicidad en el Consejo Interterritorial del SNS de España.
- Debe impulsarse el desarrollo del papel asistencial y sanitario del farmacéutico, promoviendo en la Farmacia Comunitaria programas específicos de optimización de la farmacoterapia en coordinación con el resto de los profesionales de Atención Primaria para mejorar la calidad asistencial y la adherencia y eficiencia de los tratamientos.
- Debe revisarse el modelo organizativo, conceptual y de asignación de recursos regulados de la Atención Primaria para ser el eje de la atención a la cronicidad, con una mayor coordinación asistencial en las residencias de mayores.

- Debe también actualizarse el diseño de los Hospitales, dando especial relevancia a los modelos transversales, basados en el desarrollo de la Medicina Interna como eje fundamental de los mismos, asumiendo tareas de coordinación interna y externa y de orientación a la cronicidad.
- Deben contemplarse en los planes de cronicidad, para todos los pacientes y para todos los profesionales, modelos organizativos que incorporen la dimensión de la dignidad y la humanidad de la persona. Estos aspectos deben formar parte también de los resultados de las organizaciones en forma de indicadores de experiencia de paciente.
- Debe mejorar la solvencia del SNS, realizando las reformas necesarias para dotar a la atención a la cronicidad de los instrumentos que su gestión requiere, mejorando la coordinación entre las CCAA y priorizando en la comparación de los resultados más que en la de los procesos como elemento de la equidad, elemento fundamental del SNS.

Desde la CH2025 y la SEMG pensamos que el cambio a la orientación a la cronicidad del SNS va a ser imparable, ya que la pandemia de la COVID-19 ha destacado necesidades de potenciación en la Atención Primaria, de la Salud Pública, de la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, de los aspectos sociosanitarios, de la relación entre cronicidad y mortalidad, que sin duda deberían hacer prioritaria esta línea.

Debemos además a corto plazo plantear soluciones a problemas muy cercanos y que a veces parecen obviarse por la pandemia, obviando sus repercusiones sobre los ciudadanos:

- Las revisiones “perdidas” en el ámbito hospitalario.
- La accesibilidad directa de los pacientes crónicos a la Atención Primaria.
- El correcto uso del sistema sanitario y sus prestaciones en situaciones de crisis por los ciudadanos.
- El cortoplacismo en las actuaciones de gestores y políticos.
- La importancia de la telemedicina y su utilización, así como de las teleconsultas en el seguimiento de pacientes crónicos.
- La pérdida de la “inmediatez innecesaria” en el uso del sistema sanitario.
- El acceso a la Atención Primaria Domiciliaria.
- La Dirección coordinada de la Atención Sanitaria y Social, compartiendo los datos de los pacientes y su integración.
- La recuperación de los circuitos de diagnóstico rápido, con seguimiento de vías y rutas clínicas, implicando la auténtica continuidad asistencial con la cronicidad como eje.

- Los condicionantes socioeconómicos asociados a la enfermedad crónica, que incrementan la fragilidad de los afectados (soledad, copagos en los tratamientos, disponibilidad de personas cuidadoras, calidad de la alimentación, déficits estructurales de las viviendas, etc.).
- Los déficits estructurales que existen en la atención a las necesidades de salud de las personas con enfermedades crónicas que viven en las residencias de mayores.
- Los recursos presupuestarios según las necesidades de las personas y las cargas de enfermedad, superando el actual modelo de asignación, basado en un reparto por los niveles asistenciales.
- El acceso y la resolución de pruebas diagnósticas por la patología del paciente y no por el nivel del sanitario que la solicita.
- La participación del paciente en la toma de decisiones sobre su salud.
- La autonomía de gestión de los profesionales sanitarios y su corresponsabilidad.

Por eso desde la CH2025 estamos de nuevo planteando más acciones, mediante una campaña pública, “Ningún paciente en pausa” dirigida a los enfermos crónicos, a desarrollar a lo largo de 2021. basada en concienciar y dar herramientas a los pacientes crónicos (así como a sus familias y cuidadores) para que puedan tener un rol activo en el cuidado de su salud y en poner de manifiesto la necesidad de reactivar la atención a las personas con enfermedades crónicas en el contexto sanitario actual, para continuar con el trabajo de la CH2025 de cumplir nuestro objetivo de redirigir el SNS a la atención a los pacientes más numerosos y necesitados en España en 2025, los pacientes crónicos con la garantía de la solvencia y continuidad del Sistema Nacional de Salud.

#### 4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Blay, C., Ruiz, B., Amo, I. (2020). Estudio de los elementos clave para el desarrollo de políticas de atención a la cronicidad en el Horizonte 2025. Propuestas para el futuro desde un estudio del presente. Barcelona: Universidad Internacional de Catalunya, Instituto Universitario de Pacientes.

Granja, N. G., Ramón, E. G., Benito, A. H., Carrasco, M. H., de la Fuente Ballesteros, S. L., & Álvarez, I. G. (2018). Implantación de una consulta telefónica a demanda en atención primaria. *Medicina general*, 7(2), 2.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2012): Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Disponible en: [http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA\\_ABORDAJE\\_CRONICIDAD.pdf](http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf)

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2019): 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.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Evaluacion\\_E\\_Cronicidad\\_Final.pdf](https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Evaluacion_E_Cronicidad_Final.pdf)

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2020): Manejo en atención primaria y domiciliaria del COVID 19. Disponible en: [https://www.semg.es/images/2020/Coronavirus/20200618\\_manejo\\_atencion\\_primaria\\_domiciliaria\\_covid\\_19.pdf](https://www.semg.es/images/2020/Coronavirus/20200618_manejo_atencion_primaria_domiciliaria_covid_19.pdf)

Plataforma CH2025 (2020). Posicionamiento sobre la atención integral al paciente crónico en la era post COVID-19: Propuestas y recomendaciones para mantener un sistema de salud universal, sostenible y de calidad. Disponible en: <https://www.cronicidadhoy.es/CH2025>

Plataforma de Organizaciones de Pacientes (2017): IV Barómetro EsCrónicos 2017: encuesta sobre la calidad de la asistencia sanitaria de los pacientes crónicos en España. Disponible en: <https://www.plataformadepacientes.org/observatorio-de-la-atencion-al-paciente>

Secretaría General de Sanidad y Consumo (2019): Sistema de información sobre listas de espera en el SNS. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Datos\\_CCAA\\_jun2019.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/docs/Datos_CCAA_jun2019.pdf)

The Boston Consulting Group. (2014): Informe Cronos: Hacia el cambio de paradigma en la atención a enfermos crónicos. Disponible en: <https://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/1075/INFORME%20CRONOS.pdf>