



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**

Madrid, 19 de noviembre de 2020

Introducción

La atención a la cronicidad supone una de las mayores preocupaciones y también uno de los mayores desafíos a la hora de garantizar la sostenibilidad del SNS.

Conscientes de la enorme trascendencia de este inaplazable reto, las sociedades científicas, organizaciones colegiales y asociaciones de pacientes involucradas en la atención al paciente crónico en España constituyeron en 2018 la Plataforma Cronicidad: Horizonte 2025 (CH2025), desde la que trabajan para visibilizar la realidad y las necesidades de los afectados y para avanzar en el desarrollo de un modelo de atención a la cronicidad verdaderamente multidisciplinar, eficaz y sostenible para el sistema. Con la vista puesta en este objetivo, y fruto de la ardua labor realizada en los dos últimos años, la plataforma ha consensuado este posicionamiento.

La pandemia de COVID-19, un nuevo escollo en la atención a la cronicidad

La crisis sanitaria generada por la pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto la situación de especial vulnerabilidad que sufren las personas con enfermedades crónicas. La urgencia de dar respuesta a las necesidades surgidas en este escenario excepcional ha supuesto una limitación del acceso de los pacientes crónicos a la asistencia sanitaria, no solo porque, salvo en episodios agudos con riesgo vital, su atención se ha ido posponiendo, sino también porque las estrictas medidas de protección establecidas y el miedo al contagio han condicionado y reducido la demanda asistencial por parte de los propios pacientes.

Fuera del contexto COVID, toda la atención al paciente crónico ha quedado relegada en los últimos meses, al igual que las acciones de prevención y educación sanitaria. No sólo 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.

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

Con todo, la crisis sanitaria ha puesto de manifiesto con mayor intensidad las deficiencias que arrastra el sistema sanitario español en la atención a la cronicidad, un ámbito en el que se han producido algunos avances en los últimos años, como la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (EAC) del Ministerio de Sanidad (2012) y los planes de atención a la cronicidad publicados por las Consejerías y

Servicios de Salud de las comunidades autónomas. A pesar de las nobles intenciones y de los logros innegables de las propuestas en cronicidad a nivel nacional y autonómico, muchas de las propuestas de mejora recogidas han resultado fallidas. Así lo revela el estudio encargado por la Plataforma Cronicidad: Horizonte 2025 a la Universidad Internacional de Catalunya¹.

Se trata de medidas muy concretas que en estos años no han tenido el desarrollo o el nivel de resolución que se planteaba en el documento, entre ellas, la necesaria interacción entre la atención social y sanitaria, el avance hacia una asistencia realmente multidisciplinar, la disponibilidad de una historia clínica compartida e interoperable, la implantación de herramientas que permitan evaluar los resultados en salud o la mejora de la atención domiciliaria, incluyendo el llamado “domicilio colectivo”, es decir, las residencias.

La irrupción de la pandemia ha supuesto un nuevo escollo en el progreso hacia un horizonte más alentador para las personas con enfermedades crónicas y sus familias, en términos de calidad de vida, pero también más eficaz y sostenible para el sistema sociosanitario mediante el fortalecimiento de un sistema adecuado y sólido de asistencia a estos pacientes.

De este modo, en la era post-COVID, la atención a la cronicidad constituye un reto todavía mayor que el que ya era evidente antes de la crisis sanitaria, y afrontarlo implica desafíos organizativos y económicos, pero también legislativos.

Un nuevo modelo sociosanitario que pivote sobre la Atención Primaria y Comunitaria

Tras constatar la situación de especial vulnerabilidad que en la que se encuentran los pacientes crónicos y analizar los desafíos que plantea la cronicidad, más acuciantes que nunca tras la pandemia, todas las organizaciones y entidades que forman parte de la Plataforma Cronicidad: Horizonte 2025 coinciden en la necesidad de impulsar un nuevo modelo de atención basado en la promoción de la salud, la prevención y una mejora de la calidad de vida *cuantificable* mediante indicadores homogéneos, con una coordinación sociosanitaria más eficiente y el fomento del protagonismo del paciente, su autocuidado y el apoyo a la persona cuidadora.

Debe ser un modelo con reconocimiento estructural propio que supere la actual división entre niveles asistenciales y cuyo eje se sitúe en una Atención Primaria y Comunitaria fortalecida a través de una mayor inversión que garantice su capacidad resolutoria, su versatilidad y su multi-profesionalidad para garantizar la continuidad asistencial en estos pacientes.

¹ Blay C, Ruiz B, Amo I., *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; 2020.

En este marco, cabe apuntar que, si bien la pandemia de COVID-19 ha puesto de relieve los déficits que existen en España respecto al manejo de las enfermedades crónicas, también ha acelerado la puesta en marcha de modelos organizativos y herramientas que serán clave a la hora de establecer un robusto sistema de atención al enfermo crónico. Es el caso de las nuevas tecnologías, que se han revelado como un recurso especialmente eficaz para el seguimiento de determinados pacientes, aunque haya su uso se haya extendido “por obligación” y de forma apresurada.

Desafíos que plantea la cronicidad en la era post-COVID

Teniendo en cuenta las consideraciones anteriores, las principales sociedades científicas, organizaciones colegiales y asociaciones de pacientes involucradas en la atención al paciente crónico en España, representadas en la Plataforma CH2025, han detectado **una serie de carencias y necesidades prioritarias** con relación a la atención de la cronicidad en el actual escenario pandémico. A su resolución deben orientarse los inaplazables cambios organizativos, presupuestarios y legislativos que se requieren para abordar la cronicidad de forma integral, sólida y sostenible:

- **La crisis sanitaria ha supuesto una severa limitación del acceso de los pacientes crónicos a la atención.** Se han suspendido revisiones presenciales y terapias no farmacológicas con el fin de descongestionar el sistema sanitario y garantizar la seguridad de los usuarios. La prioridad de la asistencia hospitalaria, especialmente durante la primera ola de la pandemia, ha postergado también la atención preventiva y toda la actividad de educación sanitaria y seguimiento asistencial al paciente crónico fuera del contexto COVID. Durante meses se relegó la capacidad diagnóstica de Atención Primaria, no solo en la detección del coronavirus SARS-CoV-2, sino también con respecto al resto de pruebas necesarias para la atención a la cronicidad. Por tanto, es necesario adoptar medidas que permitan volver a la normalidad asistencial con los pacientes crónicos y reactivar su acceso a la Atención Primaria y a la Atención Hospitalaria programada.
- **Es preciso proporcionar poder de acción a la Atención Primaria y fortalecer la figura y las competencias de todos los profesionales** implicados en la asistencia y la mejora de la calidad de vida de las personas con patologías crónicas.
- **El hospitalocentrismo, un modelo inadecuado para un abordaje integral de la cronicidad.** 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 morbilidad 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.

- **El estado de salud previo de los pacientes ha condicionado la gravedad en la evolución de la COVID-19.** La enfermedad ha afectado con mayor virulencia a personas con determinadas patologías crónicas, especialmente en los mayores de 65 años. A pesar de que el sistema disponía de información para prever y tener en cuenta su mayor vulnerabilidad, estos pacientes no siempre han sido considerados como prioritarios en la prevención del SARS-CoV-2, lo que ha derivado en una mayor afectación.
- **La pandemia también ha agravado 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.). La epidemia ha supuesto una nueva constatación de la deficitaria coordinación sociosanitaria que existe en la actualidad, y que ha hecho que muchos pacientes hayan vivido los momentos más duros de la crisis solos y sin una red de apoyos suficiente.
- **Es importante impulsar una reflexión sobre si la prescripción sanitaria tiene que limitarse a la prescripción farmacéutica** o debe contemplarse también la “prescripción social” como una “prescripción clínica” y, por tanto, tener la misma consideración en su financiación que de un fármaco o un tratamiento de rehabilitación.
- El impacto del SARS-CoV-2 ha sido especialmente dramático en las residencias de mayores, y ha demostrado **los déficits estructurales que existen en la atención a las necesidades de salud de las personas con enfermedades crónicas que viven en estos centros**, que han visto vulnerados sus derechos y la atención a sus necesidades de salud. Es preciso poner en marcha medidas que garanticen que lo sucedido en este tipo de recursos no volverá a pasar, habilitando mecanismos que aseguren que estos dispositivos no queden ‘al margen’ del SNS.
- **La crisis sanitaria ha acelerado la puesta en marcha de una nueva accesibilidad al sistema sanitario, la ‘teleaccesibilidad’**, una de las propuestas incluidas en la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de 2014 que permanecían sin desarrollar. No obstante, su implantación obligada y, en ocasiones, ‘improvisada’, ha hecho emerger ciertos déficits y desafíos que es preciso abordar, como las limitaciones que plantea la telemedicina para muchos pacientes crónicos de edad avanzada, las implicaciones que puede tener ejercer la práctica clínica sin contacto físico con el paciente –asistenciales e incluso legales (responsabilidad civil) – o la insuficiencia de recursos. No hay que olvidar que, durante la pandemia, y sin posibilidad de acceso presencial a los recursos sanitarios, para muchos pacientes ha resultado difícil comunicarse por vía telefónica con su centro de salud y casi imposible con los especialistas hospitalarios, centrados en la atención de la COVID-19 en la mayoría de los hospitales.
- **Es necesario dotar al sistema sanitario de una mayor solvencia**, entendida, no solo en términos presupuestarios y de recursos, sino también como “capacidad de

adaptarse” mediante modelos organizativos que permitan proporcionar una respuesta adecuada e integral a la cronicidad, que debe incluir la máxima continuidad en el diagnóstico y la atención de estas enfermedades.

- **Es preciso distribuir los recursos presupuestarios según las necesidades de las personas y las cargas de enfermedad**, superando el actual modelo de asignación primario, basado en un reparto ‘divisional’ (qué se dedica a Atención Primaria, qué se dedica a Atención Hospitalaria, etc.).
- **Resulta ineludible y urgente fomentar la participación del paciente en la toma de decisiones sobre su salud y favorecer la autonomía de gestión de los profesionales**, aspectos en los que también hace hincapié la **Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS**, que concede especial trascendencia a la prevención y la promoción de la salud como tarea que debería cuantificarse dentro de la actividad cotidiana de los recursos sanitarios.

Una nueva oportunidad para mejorar la atención a los pacientes crónicos: Propuestas y recomendaciones de la Plataforma CH2025 para mantener un sistema de salud universal, sostenible y de calidad:

Las necesidades y los retos existentes respecto a la atención a la cronicidad son similares en la época pre y post pandémica, si bien la crisis sanitaria los ha puesto sobre la mesa con mayor contundencia y ha acrecentado la vulnerabilidad de las personas con enfermedades crónicas. Ante esta realidad, desde la Plataforma Cronicidad: Horizonte 2025 planteamos las siguientes recomendaciones y propuestas:

1. La atención a la cronicidad debe reorientarse a partir de un nuevo modelo sanitario con **reconocimiento estructural propio** que supere el actual modelo divisional físico y funcional –Atención Primaria y Atención Hospitalaria– y que contemple, además, todas las enfermedades crónicas.
2. La Atención Primaria, dentro de la cual se incluyen las especialidades de Medicina de Familia y Comunitaria y de Enfermería Familiar y Comunitaria, debe **revisar su actual modelo organizativo, conceptual y de asignación de recursos** para erigirse como eje o núcleo de la atención a la cronicidad, impulsando una mayor coordinación asistencial y un trabajo verdaderamente multiprofesional e interdisciplinar.
3. En esta reorganización, es fundamental **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**, en especial el de los farmacéuticos comunitarios y de los equipos de Atención Primaria, valorados por la población como profesionales cercanos y de confianza. La **formación continuada y compartida** de todos los profesionales que intervienen en la atención a la cronicidad y la capacitación para asumir nuevos roles debe incorporarse como actividad ordinaria.

4. Los hospitales deben adaptar sus estructuras y reorganizar sus servicios para proporcionar a los enfermos crónicos una **asistencia personalizada, integrada y continuada**. Es preciso evitar la actual 'fragmentación' de la atención hospitalaria y garantizar a los pacientes que **no deberán seguir múltiples circuitos para recibir una respuesta adecuada a todas las necesidades asistenciales que plantean sus enfermedades**. La crisis sanitaria ha demostrado que es posible romper las barreras tradicionales de los servicios y crear equipos multidisciplinares para ofrecer una atención verdaderamente centrada en el paciente. Todos los profesionales hospitalarios deben recibir formación específica sobre atención a la cronicidad y a la multimorbilidad.
5. La atención a la cronicidad debe ser financiada a partir de un modelo de asignación de recursos diferente al actual, basado en indicadores de actividad de las diferentes estructuras o niveles asistenciales. La **financiación debe ajustarse a la respuesta a las necesidades de las personas**, de acuerdo con sistemas predictivos de estratificación de la población y la carga de enfermedad, y no en función del gasto histórico de los centros. Además, la asignación de recursos debería establecerse en base a modelos organizativos de cooperación y coordinación que den respuesta a esas necesidades y a los resultados de salud estimados.
6. Debe buscarse un consenso para encontrar **indicadores universales que midan y valoren la atención que se dispensa a los pacientes crónicos**. En este sentido, el SNS debe construir **un sistema homogéneo de medición de resultados en salud** y establecer un registro que sirva de 'cuaderno de mando' para la gobernanza de la atención a la cronicidad en el seno del Consejo Interterritorial y garantice la transparencia y la rendición de cuentas.
7. Debe desarrollarse **la historia clínica compartida e interoperable** como herramienta y eje fundamental para la atención a la cronicidad. También es esencial una apuesta decidida por **la historia farmacoterapéutica única**, de forma que médicos y farmacéuticos intercambien la información disponible sobre la medicación completa del paciente crónico para que su diagnóstico, tratamiento y seguimiento sean más eficaces y eficientes.
8. Las **tecnologías de la información y la comunicación deben ser consideradas y dotadas como un recurso asistencial más para la atención a los pacientes crónicos**, y no simplemente como un recurso administrativo a efectos de financiación. Mediante una correcta implantación y las máximas garantías para pacientes y profesionales, **la telemedicina puede cobrar una dimensión extraordinaria en el abordaje de la cronicidad**.
9. **Es preciso conceder mayor protagonismo al paciente crónico y a la familia en las decisiones que les atañen**. Su participación y su 'empoderamiento' en el proceso de su enfermedad deben incorporarse de forma regulada a las actuaciones organizativas y asistenciales. Además, debe vincularse a los resultados, especialmente en los obtenidos mediante la prevención y el **autocuidado**. Para ello, es necesario generar herramientas y estructuras de participación en todos los niveles de la gestión sociosanitaria, a través de las de las organizaciones de pacientes, reconociendo a éstas como agentes de la política sanitaria.

10. Los planes de atención a la cronicidad deben contemplar, para todos los pacientes y para todos los profesionales, modelos organizativos que incorporen la dimensión de **la dignidad y la humanización de la asistencia sanitaria**. Esta dimensión también debe incluirse entre los indicadores de experiencia necesarios para medir los resultados de las organizaciones. Dentro de este objetivo, es preciso tener en cuenta lo que realmente necesitan los pacientes, conocer sus necesidades y descubrir qué expectativas tienen sobre su enfermedad.
11. Es necesario **reformar el catálogo de prestaciones del SNS**, identificando la cronicidad con un carácter propio e incorporando la **atención social como prestación** de manera formal e integral, pues forma parte del cuidado y el tratamiento de la enfermedad crónica, al igual que un fármaco.
12. Se requiere una profunda reflexión sobre la atención de las personas mayores o en situación de dependencia que se encuentran en centros sociosanitarios, muchas de ellas con una o varias patologías crónicas. También es preciso dar respuesta a los pacientes crónicos que se encuentran solos en sus domicilios y que no cuentan con redes suficientes de apoyo.
13. En el abordaje de la cronicidad, deben contemplarse las medidas y los recursos necesarios para extender la denominada “cultura de la salud” –**prevención, promoción y educación para la salud**–, que debe ser transversal e **implicar también a otras políticas**.
14. Los decisores políticos deben mejorar la solvencia del SNS, realizando las reformas estructurales necesarias para **dotar a la atención a la cronicidad de los instrumentos que su gestión requiere actualmente y a largo plazo**. La coordinación autonómica en este ámbito debe basarse en homogeneizar los resultados, más que los procesos, con el fin de garantizar la equidad en la asistencia, que debe asegurarse entre CCAA, pero también entre el medio urbano y rural.

