



La atención al paciente crónico en el contexto post COVID-19

Lecciones aprendidas y propuestas de mejora



Introducción

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.

Así se puso de manifiesto en el marco de un encuentro virtual organizado por la plataforma Cronicidad: Horizonte 2025 (CH2025), de la que forman parte las principales organizaciones colegiales, sociedades científicas y asociaciones de pacientes involucradas en la atención al paciente crónico en España, y en el que representantes de los principales partidos en el Congreso de los Diputados coincidieron en la necesidad de impulsar un nuevo modelo sociosanitario que pivote sobre la Atención Primaria y Comunitaria y que permita dar una respuesta adecuada e integral a los desafíos que plantea la cronicidad, más acuciantes que nunca tras la pandemia.

El *webinar*, organizado bajo el título *La atención al paciente crónico en el contexto post COVID-19: lecciones aprendidas y propuestas de mejora*, reunió a los portavoces en la Comisión de Sanidad de cuatro de las formaciones políticas con mayor representación parlamentaria: **María Luisa Carcedo (PSOE)**, **Elvira Velasco (Partido Popular)**, **Rosa María Medel (Unidas Podemos)** y **Guillermo Díaz (Ciudadanos)**.

El encuentro, moderado por el **Dr. Ricardo Gómez Huelgas**, presidente de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), también contó con las aportaciones del **Dr. Boi Ruiz**, director del Instituto de Pacientes de la Universidad Internacional de Catalunya (UIC) y exconseller de Salut del Govern de la Generalitat de Catalunya, quien ofreció una aproximación a la situación del paciente crónico tras la pandemia a partir de las conclusiones de un estudio realizado por la UIC, trabajo que también ha servido de base para elaborar las propuestas sobre cronicidad que la Plataforma CH2025 remitió a la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica del Congreso.

La atención al paciente crónico en un escenario marcado por la pandemia de COVID-19

El director del Instituto de Pacientes de la UIC explicó que, en estos momentos, la atención a la cronicidad supone 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. “Desde el punto de vista de la cronicidad, lo sucedido no es un asunto coyuntural, sino que implica un cambio paradigmático: no podemos dejar de pensar que es posible sufrir grandes epidemias no bien controladas, por mucho que creamos que eso solo ocurre en otros países, en otras latitudes, y que nosotros estamos preparados. En el caso de la COVID-19, la solvencia ha sido, pese a todo, de un alto nivel respecto a la respuesta asistencial dada a quienes han sido diagnosticados de la enfermedad y la han desarrollado, pero a expensas de reducir la solvencia de la atención a los pacientes crónicos, cuyo acceso al sistema se ha visto limitado, porque los recursos debieron abocarse a las necesidades de la pandemia”, destacó el Dr. Boi Ruiz.

El estudio de la Universidad Internacional de Catalunya finalizó en marzo, justo antes del estallido de la epidemia, por lo que sus resultados, que se presentarán próximamente, muestran la *fotografía* de la situación existente en aquel momento en relación a la cronicidad, lo que permite evaluar el impacto a corto, medio y largo plazo de la crisis sanitaria sobre la atención a los pacientes crónicos y plantear “propuestas de futuro desde el estudio del presente”.

- **La pandemia ha limitado el desarrollo de la Estrategia de Atención a la Cronicidad de 2014**, liderada por el Ministerio de Sanidad y consensuada con las comunidades autónomas. En el estudio de las aportaciones realizadas por la Estrategia, se ha puesto de manifiesto que éstas son, básicamente, “propuestas de”, aunque como logro destaca el hecho de que sitúa en el debate sanitario “el gran cambio de paradigma epidemiológico que ha supuesto en los últimos tiempos la cronicidad por una mejora de nuestra atención reactiva a las patologías, que ha hecho que muchas de las enfermedades de mal pronóstico tengan un mejor pronóstico, de modo que, en estos momentos, podemos morir **con** una enfermedad, y no **de** esa enfermedad”. El progreso de la ciencia y el que indudablemente aporta el reconocimiento de la atención sanitaria como un derecho universal, así como la mejora de los niveles socioeconómicos del país –con efecto indirecto sobre la salud– “han hecho que aumente nuestra longevidad” gracias a una medicina reactiva que ha conseguido “cronificar” algunas enfermedades.

No obstante, el análisis realizado por la UIC en base a la evidencia publicada también ha revelado la existencia de desafíos incluidos en la Estrategia de Atención a la Cronicidad de 2014 que han resultado “fallidos”, es decir, “propuestas de” que todavía no tienen el desarrollo o el nivel de resolución que se suponía:

- La historia clínica compartida e interoperable
 - La interacción de la atención social y sanitaria
 - El trabajo interdisciplinar, muchas veces no por razones asociadas a la voluntad de los profesionales, sino a dificultades normativas o de disponibilidad de recursos
 - La evaluación de los resultados en salud
 - La atención domiciliaria, incluyendo el “domicilio colectivo” (residencias).
 - El avance en el uso seguro de la medicación
 - Los avances en la política de “no hacer”, de no prescribir
 - Mayor autonomía de gestión
- **La crisis sanitaria ha supuesto una limitación del acceso de los pacientes crónicos a la atención**, salvo en el caso de episodios agudos con riesgo vital, porque la asistencia se ha ido posponiendo ante la urgencia de hacer frente a las necesidades planteadas por la pandemia y porque también se ha producido “cierta retracción de los pacientes” a la hora de solicitar atención, ya sea “por miedo al contagio” o por las medidas de protección establecidas para frenar el avance del virus.
 - **Ha aparecido una nueva accesibilidad al sistema sanitario, la teleaccesibilidad**, algo que ya formaba parte de las propuestas planteadas en la Estrategia de 2014, pero que también plantea retos que exigirán respuestas normativas. Por ejemplo, indicó el Dr. Boi Ruiz, “es enormemente importante que los legisladores revisen los aspectos de responsabilidad civil en los que pueden incurrir los profesionales ejerciendo la práctica clínica sin contacto físico con el paciente, diagnosticando y prescribiendo a través de la interpretación de imágenes, y no de la intervención directa, lo que puede actuar como elemento limitante”, un argumento con el que se mostraron de acuerdo todos los participantes en el *webinar*.
 - **Necesidad de dotar al sistema sanitario de una mayor solvencia, entendida no solo en términos presupuestarios y de recursos, sino también como “capacidad de adaptarse”**. “Muchas veces creemos que la solvencia es disponer de más recursos, pero sería un grave error que pusiéramos más recursos para seguir haciéndolo igual, en base a unos modelos organizativos de los que nos hemos dotado para una medicina reactiva, y no proactiva, que es la que debemos tener en estos tiempos”, explicó el Dr. Ruiz. Por lo tanto, añadió, para que la respuesta a la cronicidad sea adecuada, “es muy importante que la capacidad de adaptación no solo venga de la solvencia económica, de la solvencia de recursos humanos y tecnológicos; necesitamos un cuarto recurso solvente, que es el legislativo”.
 - **Necesidad de presupuestar “de otra manera”**. Dentro de las reformas legislativas necesarias, aseguró el director del Instituto de Pacientes de la UIC,

es preciso “distribuir los recursos de acuerdo de las necesidades de las personas” y éstas, de acuerdo con la estratificación y las cargas de la enfermedad. Desde el punto de vista presupuestario, sigue existiendo un modelo de asignación primario, que es divisional (qué dedicamos a Primaria, qué dedicamos a Especializada, etc.). “Este no es el modelo de elección propositivo que hace la Estrategia Nacional para la atención a la cronicidad cuando habla de asistencia integral, integrada y multidisciplinar”, recordó el experto.

- **La participación del paciente y del profesional en la toma de decisiones y la autonomía de gestión** también son aspectos en los que hace hincapié la Estrategia Nacional de Atención a la Cronicidad, 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.
- **Existe un gran debate sobre si la prescripción sanitaria tiene que limitarse solo a la prescripción farmacéutica** o debe entenderse que la “prescripción social es una prescripción clínica” y, por lo tanto, tener la misma consideración en su financiación que la prescripción de un fármaco o de un proceso de rehabilitación.

En resumen, las necesidades y retos existentes respecto a la atención a la cronicidad “son similares en la época pre y post pandemia, y son económicos y organizativos, pero también legislativos”.

Además, el SNS “debe ganar solvencia en la respuesta a una crisis epidemiológica como la vivida durante de la pandemia de COVID, “entendiendo por solvencia no solo disponer de más recursos, sino también de la capacidad de adaptarse”, y esta debe incluir “la máxima continuidad en el diagnóstico y la atención a las enfermedades crónicas²”.

Los desafíos que plantea la cronicidad, según los representantes políticos

Los representantes políticos presentes en el encuentro virtual, que han trabajado en la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica, afirman ser conscientes de que existe un amplio consenso y una fuerte demanda social sobre la necesidad de alcanzar un gran acuerdo que permita diseñar un modelo de atención más eficaz, ágil, equitativo y sostenible que asegure la continuidad asistencial en las enfermedades crónicas desde la coordinación efectiva de los recursos sanitarios y sociales y que tenga en cuenta a los pacientes y a las asociaciones que los representan en la toma de decisiones.

En este contexto, los portavoces de las distintas formaciones políticas que participaron en el encuentro virtual coincidieron en algunas de las líneas de actuación que deben orientar la redefinición del sistema sanitario para que pueda darse una respuesta adecuada a los desafíos que plantea la cronicidad, especialmente en cuanto al papel



principal y vertebrador que debe asumir la Atención Primaria como eje del nuevo modelo.

La prevención como principio orientador del nuevo modelo

Durante su intervención, María Luisa Carcedo, ex ministra de Sanidad y vocal del PSOE en la Comisión de Sanidad del Congreso, explicó que las enfermedades crónicas van a generar “grandes epidemias que no son infecciosas (diabetes, obesidad, patologías cardiovasculares...)” y que están asociadas a factores de riesgo sobre los que es posible intervenir, por lo que consideró que es preciso “repensar nuestro sistema sanitario y enfocarlo a la prevención, porque muchas cronicidades son evitables mediante políticas sanitarias, pero también sociales y económicas”.

“Disponemos ya de datos abrumadores sobre la influencia de la situación socioeconómica en nuestra salud, que no solo depende de nuestro código genético, sino también de nuestro código postal, de dónde y cómo vivimos, de nuestra realidad social y económica. Teniendo en cuenta estos determinantes en salud, y a partir del principio orientador de la prevención, debemos redefinir el papel de los hospitales, centrados en los procesos agudos, y poner el foco en la Atención Primaria y Comunitaria, porque los pacientes enferman en su contexto. Tenemos que pensar cómo atendemos a los enfermos crónicos desde una visión más integral para acabar con el paciente pluripatológico danzando de consulta en consulta y con medicación sobre medicación”, defendió.

Carcedo señaló que España registra una gran esperanza de vida, pero “un mal envejecimiento”, en términos de autonomía personal y de calidad de vida, por lo que subrayó que queda “mucho tarea por delante para añadir vida a los años, y no solo años a la vida”.

En cuanto a la relación entre la atención sanitaria y social, la ex ministra de Sanidad reconoció que queda todavía un largo camino por recorrer. “Debemos ser capaces de coordinarnos y crear figuras de gestión de la información y la atención”, dijo.

Evaluación y refuerzo de la Estrategia de Atención a la Cronicidad

La portavoz del PP en la Comisión de Sanidad, Elvira Velasco, recalcó el “papel trascendental” que la Atención Primaria tiene que asumir en un “modelo de reforma” en el que necesariamente “debe tenerse en cuenta lo que representa la cronicidad para la sociedad y para el conjunto del Sistema Nacional de Salud (SNS)”.

Una de las propuestas de la diputada es el refuerzo de la Estrategia de Atención a la Cronicidad aprobada en 2014 tras la evaluación de sus logros y déficits y un análisis en profundidad que permita incorporar los retos que se presentan en un escenario post COVID. A este respecto, Velasco abogó por:

- la revisión, mejora y elaboración de protocolos

- el desarrollo tecnológico para la monitorización domiciliaria de los pacientes crónicos
- definir el domicilio “como lugar terapéutico de los pacientes crónicos”
- la creación de recursos que permitan “superar el modelo hospitalario de atención al agudo”, como las Unidades de Continuidad Asistencial, que ya funcionan en algunas CCAA
- una mayor “permeabilidad y coordinación entre niveles asistenciales”
- el refuerzo del “papel trascendental de la Enfermería” en el ámbito de las enfermedades crónicas
- un mayor “entendimiento” entre categorías profesionales
- mejoras que permitan avanzar en la equidad asistencial
- una revisión de la normativa existente para incorporar al paciente, “cada vez más informado y proactivo, a la toma de decisiones”.

Mecanismos de atención integral al paciente crónico en cada área de salud

La portavoz de Unidas Podemos en la Comisión de Sanidad del Congreso, Rosa María Medel, explicó que todos los grupos parlamentarios, al igual que todos los representantes sectoriales que han comparecido en las jornadas de trabajo del Grupo de Sanidad y Salud Pública de la Comisión de Reconstrucción Social y Económica tras la COVID-19, han coincidido en que la Atención Primaria “es la gran olvidada”, a pesar de que debería ser “el eje del sistema por su cercanía, porque tiene profesionales absolutamente preparados y por su capacidad de resolución”.

Según Medel, la atención al paciente crónico se ha convertido en un reto prioritario, teniendo en cuenta que España es el segundo país del mundo con mayor esperanza de vida, después de Japón, lo que influye de forma significativa en el abordaje de las enfermedades crónicas, “ya que vivimos con ellas más años”.

Para hacer frente a este escenario, la diputada de UP considera necesario:

- Mejorar la financiación del sistema sociosanitario y su redistribución. “Si no llegamos a un porcentaje del PIB similar al de la media europea, pocos retos podremos abordar”, indicó.
- Establecer “una atención integral al paciente crónico”, de forma que en cada área de salud se articulen “mecanismos eficaces para que exista una coordinación fluida entre la Atención Primaria, la Hospitalaria y la Sociosanitaria”. Esto permitiría, aseguró, “proporcionar una asistencia continuada y no fragmentada, en definitiva, una asistencia transversal”.
- Incentivar la atención domiciliaria
- Reforzar el papel de la Enfermería y valorar a los trabajadores sociales “como componentes clave del equipo”.
- Que los hospitales “abandonen su papel preponderante en la atención prolongada” y se centren “en la descompensación del paciente crónico o

pluripatológico, que debe ser atendido en su contexto, en su domicilio y con su gente siempre que sea posible”.

- Tener en cuenta que el profesional “trabaja para el paciente, la familia del paciente y su cuidador, por lo que debe haber una conexión efectiva con todos ellos”
- Cambiar la actual “cultura de la medicación, del tratamiento médico para todo, por la cultura de la prevención”, teniendo en cuenta para ello “la colaboración del paciente en la toma de decisiones, cómo ve la vida y su propia enfermedad”.
- Fomentar la corresponsabilidad de los ciudadanos en la salud individual y colectiva”
- Diseñar políticas que reduzcan el impacto de los determinantes sociales en salud, como la pobreza o los copagos.
- Segmentar las patologías por niveles de complejidad y definir estrategias en función de esos perfiles.
- Incorporar a la historia clínica instrumentos que permitan clasificar a los pacientes por su nivel de riesgo y la complejidad de sus patologías

Acceso igualitario de los pacientes crónicos del medio rural a una asistencia integral de calidad

En el Grupo de Trabajo de Sanidad y Salud Pública constituido en el marco de la Comisión de Reconstrucción se ha puesto de manifiesto “la necesidad de reformar un sistema de salud que es bueno, pero que muestra serios síntomas de agotamiento”. Así lo expresó el portavoz de Ciudadanos en la Comisión de Sanidad, Guillermo Díaz, quien puso en valor la labor realizada durante las últimas semanas en el seno del Parlamento. “Hemos recibido la foto fija actual de la Sanidad desde ámbitos muy diversos, y ha quedado claro que la ideología se puede apartar, porque nos hemos puesto de acuerdo en muchas cosas, por ejemplo, en el necesario protagonismo que debe asumir la Atención Primaria”.

Para ello, consideró clave resolver el “anquilosamiento” que se ha producido en este nivel asistencial, con las consecuencias que esto conlleva para los pacientes crónicos.

Durante su intervención en el *webinar*, el diputado se mostró coincidente con muchas de las propuestas planteadas por los demás participantes en el encuentro, a las que sumó las siguientes:

- Articular el papel esencial que debe jugar la Atención Primaria en el sistema sanitario también en el ámbito de las residencias, un sector en el que deben abordarse cambios y mejoras, “según hemos constatado en una situación dramática como la vivida”
- Superar las desigualdades sociales y geográficas, “garantizando que los pacientes crónicos del medio rural tengan un acceso igualitario” a una asistencia integral de calidad”
- “Ampliar el ámbito de actuación de la Enfermería y la Farmacia Comunitaria”



- Agilizar el sistema de visados
- Elaboración de un Plan Nacional de Atención al Cáncer
- Reconocer e impulsar la investigación biomédica: “España es una potencia de primer orden en este ámbito, por lo que es preciso no descuidarlo, porque también aporta grandes beneficios a los enfermos crónicos”.

Conclusiones

Tras las intervenciones de los representantes de los principales partidos políticos en la Comisión de Sanidad del Congreso, el Dr. Ricardo Gómez Huelgas, presidente de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y moderador del encuentro virtual, repasó las propuestas que todos los participantes consideraron fundamentales para afrontar con éxito los importantes desafíos que plantea la cronicidad en nuestro país.

“Todos somos conscientes de que existe un problema de infrafinanciación de nuestro sistema sanitario, pero que no todo se reduce a eso. Es importante impulsar de forma decidida y valiente una reorganización de nuestro sistema sanitario que apueste por el fortalecimiento de la Atención Primaria, diseñar un modelo centrado en el paciente y en la comunidad que supere la actual fragmentación de la atención hospitalaria, que conduce a un consumo escandalosamente inadecuado de recursos y a una medicina de muy escaso valor que genera mucha disrupción y un papel secundario en los pacientes, especialmente en los crónicos”, destacó el especialista, que cerró el encuentro con una reflexión sobre la oportunidad de aprovechar las *enseñanzas* que ha dejado la crisis sanitaria para conseguir proporcionar a los pacientes crónicos la atención que requieren:

“La pandemia de COVID-19 pasará, como históricamente han pasado todas las epidemias infectocontagiosas, y nos quedaremos con nuestra pandemia de enfermedades crónicas, que alguien ha definido como *una catástrofe a cámara lenta*. Ese es el gran reto que tenemos por delante. De alguna forma paradójica, quizás la COVID nos va a ayudar a tener un enfoque nuevo, diferente, porque la pandemia nos ha demostrado que ciertas cosas que parecían imposibles son factibles si se hacen de la mano de los profesionales, de la mano de los pacientes”.

Cronicidad: Horizonte 2025

Cronicidad: Horizonte CH2025 (CH2025) es la principal plataforma de sensibilización a la opinión pública acerca de la problemática de la cronicidad en España desde una perspectiva multidisciplinar. En ella participan organizaciones, asociaciones de pacientes y consejos generales involucrados en el abordaje de la cronicidad: Atención Primaria y Hospitalaria, Enfermería, Trabajo Social, Farmacia, Pacientes, Think-tanks y Compañías Asociadas.