



Diálogos CH2025

**Impacto de la COVID-19 en la asistencia a los
pacientes crónicos: balance de un año
desde el inicio de la pandemia**

Introducción

La Plataforma Cronicidad: Horizonte 2025 (CH2025), que agrupa a asociaciones de pacientes, sociedades científicas, organizaciones colegiales y compañías involucradas en la atención al paciente crónico en España, inició en diciembre de 2020 una serie de diálogos con expertos de referencia en el ámbito de la salud con el objetivo de contribuir al avance hacia un nuevo modelo sanitario que responda eficazmente a las necesidades de las personas con enfermedades crónicas, que han sufrido con especial intensidad las consecuencias de la actual pandemia.

En este marco, el doctor **Antoni Trilla**, jefe del Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología del Hospital Clínic de Barcelona, catedrático de Salud Pública de la Universidad de Barcelona, investigador de Instituto de Salud Global, experto consultor de la OMS y miembro de distintos grupos asesores científicos, fue el ponente de referencia en un diálogo programado para analizar, un año después del estallido de la crisis sanitaria, cuál ha sido el impacto de la COVID-19 en la asistencia a los pacientes crónicos.

Durante el encuentro, moderado por el **Dr. Francisco José Sáez**, responsable del Grupo de Trabajo sobre Cronicidad de la Sociedad de Médicos Generales y de Familia (SEMG) y miembro de CH2025, el Dr. Trilla constató que una de las principales consecuencias de la irrupción de la pandemia ha sido que el sistema sanitario, “ya antes sometido a un grado importante de estrés”, se ha convertido en un sistema “absolutamente detenido y colapsado” que debe recuperar “lo antes posible” la normalidad. Una normalidad que, según defendió, “debe ser distinta en la atención a la cronicidad”.

Para ello, el actual modelo asistencial tiene que “reinventarse” a partir de una reflexión profunda sobre la realidad y las necesidades del siglo XXI que permita establecer los mecanismos de respuesta más adecuados y eficientes, un planteamiento en línea con las recomendaciones recogidas por la Plataforma CH2025 en su documento de consenso sobre la atención integral al paciente crónico en la era post COVID-19.

Este segundo Diálogo CH2025 se estructuró a partir de tres bloques temáticos:

- 1.- Balance del impacto de la COVID-19 sobre los pacientes crónicos**
- 2.- El camino de retorno a la normalidad asistencial**
- 3.- La vacunación frente a la COVID-19 en los pacientes crónicos**

1.- Un año de pandemia: balance del impacto de la COVID-19 sobre los pacientes crónicos

Nada más iniciarse su intervención, el Dr. Antoni Trilla puso de manifiesto que la pandemia causada por el coronavirus SARS-CoV-2 ha puesto todo el sistema sanitario “literalmente patas arriba”, y tanto los equipos de Atención Primaria como los hospitalarios “han tenido que reinventarse y, en mayor o menor medida, hacer frente a situaciones realmente complicadas en función de cómo evolucionaba la epidemia”.

Esta capacidad de adaptación a escenarios desconocidos hasta el momento ha sido, a su juicio, una de las características que han definido la labor de los profesionales sanitarios en el último año, pero también ha comportado “muchos cambios que a veces fracasaban” y que obligaban “a volver atrás”.

En positivo, este experto en Salud Pública y Epidemiología destacó el elevado grado de autonomía que ha existido para la toma de decisiones, “por lo menos en algunos aspectos concretos que, en condiciones normales, eran muy burocráticos”. Sin embargo, confirmó que **la magnitud de lo sucedido ha tenido un impacto claramente negativo sobre la calidad de la asistencia**. “A veces se compara la primera ola de la pandemia con un tsunami, y es un buen ejemplo; fue como una ola gigante que te pasa por encima, y entonces lo que intentas es nadar y salvarte. Para los ciudadanos fue el *todos a casa, el sistema sanitario no aguantará si el ritmo de contagios sigue a esta velocidad*”, recordó.

La consecuencia fue que “se paralizó buena parte de lo que era el sistema normal de asistencia en nuestro país, ya antes sometido a un importante grado de estrés”. Ante un problema de salud, muchos pacientes se quedaron en casa, “en algunas ocasiones, durante demasiado tiempo”, porque sabían que los centros sanitarios estaban muy saturados, pero también por miedo al contagio. De este modo, confirmó el Dr. Antoni Trilla, **muchas personas con enfermedades crónicas “vieron alterada de forma muy significativa su rutina habitual de consultas y seguimiento”**, ya que “ambulatorios y centros de Atención Primaria se blindaron totalmente para evitar contagios y porque prácticamente todos los recursos se dedicaban a la COVID-19”.

Según destacó el catedrático de Salud Pública de la Universidad de Barcelona, todo ello se ha traducido en que **durante este año “se ha perdido calidad y continuidad en la asistencia de los pacientes crónicos”**. La situación, reconoció, sigue siendo “inestable”, y mientras en algunos casos se va logrando recuperar “cierta normalidad con mucho esfuerzo”, en otros todavía no ha sido posible. En algunas zonas, “porque los recursos están todavía muy saturados con pacientes COVID”, pero también porque “cuesta revertir la inercia, y nadie ve claro que el riesgo se pueda controlar hasta que no exista un mayor porcentaje de población vacunada”.

“Un mal año para todos, especialmente para los pacientes crónicos”

Con todo, una de las principales consecuencias de estos 14 meses de crisis ha sido que se ha pasado “de un sistema aceptable de atención a la cronicidad a otro absolutamente detenido, colapsado por la COVID-19, que necesariamente debe recuperar la normalidad y retomar todo el trabajo que no ha podido hacerse, pensando, además, que no podemos hacer las cosas como las hacíamos antes”.

“Ha sido un mal año para todos, especialmente para los pacientes crónicos”, resumió, de forma contundente, el Dr. Trilla, uno de los expertos de referencia en el análisis de la actual pandemia.

Ante esta realidad, consideró que es “**absolutamente necesario**” diseñar un **plan estratégico para llevar a cabo una correcta recuperación de la asistencia que se presta a las personas con patologías crónicas**. “Creo que lo sucedido ha sido una bofetada en la cara de todos nosotros, del sistema sanitario también, de modo que es preciso pensar qué debemos hacer, no para que esto no vuelva a ocurrir, porque eso es imposible y hay situaciones que no podemos controlar, pero sí para salir de esta crisis **con un sistema sanitario ajustado, moderno y de futuro** que nos permita vivir en una era en la que, si sucede algo similar, podamos afrontarlo de la mejor manera posible”, subrayó.

Un sistema adaptado a las necesidades del siglo XXI

En este sentido, el jefe del Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología del Clínic de Barcelona recordó que resulta fundamental “pensar muy bien qué modelo sanitario necesitamos en el siglo XXI, porque **nos hemos enfrentado a esta pandemia con estructuras del siglo XX**”.

“Todos calificamos el sistema sanitario español de excelente, y estamos muy orgullosos de trabajar en él, pero cuando se ha visto sometido a estrés, hemos comprobado que lo que es realmente bueno son sus profesionales, que han sabido aguantar el chaparrón. El sistema en sí mismo, que ya de por sí está expuesto a una elevada tensión y muy adelgazado en muchos aspectos, ha estado a punto de quebrarse, por lo que es preciso repensarlo y **analizar muy bien qué pasará en los próximos 100 años para entender nuestras necesidades y definir cómo vamos a afrontar estos cambios** que yo creo que son absolutamente necesarios”, expuso.

El impacto emocional de la pandemia

Durante el diálogo *online* promovido por la Plataforma CH2025, este especialista en Medicina Interna, Epidemiología y Salud Pública se mostró convencido de que todavía “no hemos sabido medir con precisión **el tremendo impacto emocional que esta pandemia puede tener sobre todos nosotros**, profesionales y ciudadanos”. En el primer caso, afirmó que existe un claro aumento de los problemas de salud mental y que están muy presentes en el colectivo de sanitarios los sentimientos de desencanto y

angustia, así como la fatiga mental y, por supuesto, física. El Dr. Trilla utilizó el símil de los partidos de fútbol para explicar el alcance de lo ocurrido: “En la primera ola, todo el mundo hacía lo que podía y más, con mucha energía. Hay estrés, tienes que intentar ganar y la adrenalina te mantiene trabajando y en tensión. Pero ya se sabe que después de un gran esfuerzo viene una caída tremenda, y entonces empieza **la fatiga pandémica, el equivalente a la fatiga de guerra**. La gente se cansa, lo ve todo negro y mal, la sensación de deterioro de la situación es constante, y en las siguientes oleadas se ha ido repitiendo lo mismo; era como jugar un partido, jugar la prórroga y acabar tirando los penaltis cuando ya estás agotado y no te quedan casi fuerzas”.

En su opinión, **muchas personas han necesitado y necesitarán ayuda para gestionar los efectos psicológicos y emocionales de lo vivido durante el último año**, pero cree que todavía “no somos conscientes de las secuelas y de las consecuencias que pueden tener los meses que hemos padecido sobre la rutina, la actitud frente a la vida, el trabajo...”. Está convencido de que el impacto sobre la salud física y mental va a ser “muy importante” para todos, profesionales sanitarios y población en general, tal y como apuntan ya algunos estudios preliminares.

Hacer frente a este impacto emocional es un añadido para los pacientes crónicos, que, por la condición derivada de su enfermedad, en muchos casos han estado (y siguen estando) aún más limitados que el resto de la población. La falta de seguimiento médico y el aislamiento domiciliario han sido determinantes, con ruptura de las dinámicas de control que existían antes de la pandemia, han provocado en muchos casos una disminución de su capacidad funcional y pérdida de calidad de vida. La reactivación de estos pacientes para retomar el control de su enfermedad y lidiar con las posibles consecuencias psicológicas, así como retomar sus visitas de seguimiento presenciales con sus médicos es también fundamental.

El desafío de la COVID Persistente o Long COVID

En un encuentro en el que el representante de la Plataforma CH2025 y el Dr. Antonio Trilla charlaron sobre las repercusiones de la pandemia en la atención de las enfermedades crónicas, era ineludible abordar el reto de dar respuesta a las secuelas de la COVID-19 a largo plazo y hacer frente al riesgo de que los síntomas que presentan algunos afectados mucho tiempo después de haber superado la infección por el SARS-CoV-2 se cronifiquen.

Para el catedrático de Salud Pública de la Universidad de Barcelona, **la llamada COVID Persistente o Long COVID será “uno de los temas más relevantes en los próximos meses o años”**, porque existen motivos para pensar “que hay personas que presentan secuelas a medio-largo plazo que pueden comprometer seriamente su salud”.

Por ello, recalcó, “cuanto más avancemos en su conocimiento biológico, bioquímico, diagnóstico y, especialmente, en su prevención y tratamiento, mejor, porque se trata de **un problema real que ya tenemos encima de la mesa** y que claramente va a tener repercusión sobre el sistema sanitario”.

2.- El camino de retorno a la normalidad asistencial

En esta nueva sesión de los Diálogos CH2025, el Dr. Antoni Trilla expuso argumentos coincidentes con muchos de los planteamientos recogidos por la Plataforma Cronicidad: Horizonte 2025 en su *Documento de consenso sobre la atención integral al paciente crónico en la era post COVID-19*. En línea con las recomendaciones incluidas en este decálogo, consideró que recuperar la atención y el adecuado seguimiento de estos enfermos debe ser **“un objetivo prioritario” para minimizar los negativos efectos de la ola de cronicidad que se avecina** como consecuencia de los seguimientos interrumpidos, los diagnósticos tardíos y el *abandono* al que se han visto abocados muchos pacientes ante el blindaje de los centros asistenciales durante los meses más duros de la pandemia. Sin embargo, a pesar de esta necesidad, aseguró que no le consta que exista **“un plan global y bien trazado para el abordaje específico e integral de las enfermedades crónicas en la postpandemia”**.

En opinión de este experto, consultor de la OMS y asesor científico del Gobierno español durante la crisis, si se olvidan “las lecciones aprendidas” durante este último año se perderá “una gran oportunidad” para llevar a cabo **una reforma del modelo sanitario que permita responder de forma eficaz a los retos de salud actuales**, entre los que destaca el abordaje de la cronicidad, y también habilitar “mecanismos de seguridad que eviten que el sistema sanitario se paralice de nuevo”.

“Es preciso recuperar cuanto antes la normalidad para volver a atender a los pacientes crónicos lo mejor posible, con la frecuencia necesaria y en el punto del sistema que sea más conveniente para ellos”, recalcó el Dr. Trilla, quien recordó que superar la crisis causada por la COVID-19 no es solo relevante para poner fin “al dolor y al sufrimiento” que está dejando la pandemia, sino también para **restablecer una actividad sanitaria ordinaria que permita dar respuesta a las necesidades de los procesos no COVID**.

“Si conseguimos que la vacunación avance rápidamente, la presión sobre el sistema sanitario va a bajar, con seguridad, en los aspectos más graves, como ya se ha visto en Reino Unido, en Israel o en EEUU. Y aquí tendremos **una ventana de oportunidad para recuperar la normalidad, que no será nunca normal**, que tendrá que ser diferente, especialmente en lo relacionado con la atención a los pacientes crónicos”, señaló antes de reiterar: “No hay vuelta de hoja: el sistema tiene que reinventarse y volver a su labor de cada día, dejando al margen, si es posible, este tremendo accidente biológico que es la COVID-19, que ojalá quede como una enfermedad más, sin mayores incidencias en el día a día de la Sanidad”.

Telemedicina: una herramienta útil, pero no sustitutiva de la consulta presencial

Dentro de este mandato de acometer una transformación estratégica del actual modelo asistencial, durante el encuentro virtual se analizaron también las posibilidades que

ofrecen las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC) como un recurso asistencial valioso para la atención a los pacientes crónicos. A este respecto, el especialista en Salud Pública y Epidemiología del Hospital Clínic de Barcelona se mostró partidario de **aprovechar las ventajas de la telemedicina y la teleasistencia, aunque con limitaciones.**

“Como paciente que soy, me parecerá bien que de vez en cuando mi médico me haga una videollamada –a lo mejor dentro de unos años habrá un holograma suyo con el que pueda hablar y hasta casi tocar virtualmente–, pero habrá algún día que querré darle la mano, mirarle a la cara y que me toque la barriga, porque el contacto médico-paciente es fundamental”, constató. Habrá procedimientos, agregó, “para los que la telemedicina resultará de gran utilidad, como comentar un resultado de laboratorio o cambiar o ajustar una prescripción”, sobre todo porque la tecnología “se irá sofisticando y será más próxima y realista”. Sin embargo, añadió, “no me gustaría pensar que solo va a quedar la videoconsulta” o que este va a ser el método de contacto fundamental, porque **“la relación médico-paciente es siempre una relación de confianza**, y eso exige que alguna vez nos tenemos que ver”.

El ecosistema digital ofrece nuevas oportunidades para los pacientes, tanto para recuperar el contacto con el profesional sanitario como para ampliar el conocimiento de su enfermedad y convertirse en sujetos activos en su manejo. Aumentar la activación y empoderamiento de los pacientes, en especial de los que sufren patologías crónicas, es un objetivo perseguido por muchas iniciativas de salud. La reactivación del seguimiento del paciente no pasa solo por el propio paciente, sino porque el Sistema Nacional de Salud y las Comunidades lo devuelvan al sistema.

Por tanto, la telemedicina es **una herramienta “que se va a quedar, pero no va a sustituir la relación directa de los profesionales sanitarios con los ciudadanos”**, concluyó el Dr. Trilla.

Un modelo de atención integral que contemple la dimensión social del paciente

Durante la segunda propuesta de los Diálogos CH2025 también se abordó una de las principales carencias que detectan las personas que conviven con enfermedades crónicas y sus familias: **la inexistencia de una verdadera y eficaz continuidad asistencial que incluya la dimensión social de la atención**, un problema cuyos efectos se han revelado de forma dramática durante la pandemia.

A este respecto, el Dr. Antoni Trilla defendió de forma rotunda que el sistema de atención social “es tan importante o más que el médico o sanitario”, por lo que consideró que es imprescindible la **incorporación de los trabajadores sociales a los equipos encargados del abordaje de la cronicidad**, porque son los profesionales que saben cómo resolver las necesidades sociales asociadas a cada caso y cuentan con los recursos necesarios para hacerlo. “¿Qué ocurre si das el alta a un paciente porque crees que ya se puede ir a casa, pero está solo, tiene que subir tres pisos sin ascensor y no tiene a nadie que le vaya a hacer la compra y la comida?”, planteó.

Por ello, sostuvo que, en la idea de alcanzar un modelo asistencial “moderno”, es “absolutamente capital” que los servicios sociales sean una parte más de la asistencia sanitaria, proporcionando a los pacientes “**un soporte integral**” del que también formen parte “las redes sociales de vecinos, amigos, trabajadores sociales, ayuntamientos, etc.”.

Redefinir los roles profesionales y determinar las prioridades de inversión

En el transcurso del encuentro *online*, el Dr. Francisco José Sáez, representante de la Plataforma Cronicidad: Horizonte 2025, preguntó al jefe de Medicina Preventiva y Epidemiología del Clínic, también investigador del ISGlobal, cuáles son, a su juicio, los ejes sobre los que debe girar la incuestionable reforma del sistema sanitario.

En este sentido, el Dr. Trilla consideró esencial “redefinir en positivo” los roles profesionales y el trabajo en equipo para **garantizar una perspectiva realmente multidisciplinar; realizar una mayor inversión**, “definiendo bien dónde debe gastarse el presupuesto”; **reforzar la Atención Primaria y la Salud Pública e integrar la atención social y sanitaria de una manera real y eficaz**.

“Es seguro que debemos dotarnos de más presupuesto. Si se nos coloca como uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo, aun con el porcentaje que destinamos actualmente a la Sanidad, es porque pagamos salarios bajos y porque tenemos poco personal, así de sencillo. Esto hay que mejorarlo y **realizar una buena previsión demográfica para determinar cuáles son las necesidades y que tipo de profesionales precisaremos**”, recalcó.

En este punto, el especialista afirmó que hay que “redefinir parte de los papeles profesionales y el trabajo en equipo para que cada uno se dedique a aquello que mejor sabe hacer y para lo que se ha preparado mejor”. También quiso llamar la atención sobre la urgencia de **augmentar las plazas de formación sanitaria especializada y de “hacer más atractivas” las condiciones laborales y salariales**, porque, de lo contrario, “acabaremos con un problema de precariedad y de inestabilidad profesional” enormemente perjudicial para el sistema.

De igual modo, resaltó la importancia de impulsar “una buena y leal colaboración entre diferentes estamentos profesionales para llevar a cabo determinados tipos de actividades preventivas o de control”. A este respecto, respaldó la propuesta de **potenciar el papel de los farmacéuticos comunitarios como agentes de salud**, teniendo en cuenta que están “muy próximos a la población y conocen a los pacientes”, por lo que tienen una clara función específica “en lo que son más expertos, la información al paciente”.

“Estamos ante una gran oportunidad de hacer las cosas bien. Creo que, de manera mayoritaria, los ciudadanos han visto que el sistema sanitario necesita reformas y más inversión, y nosotros debemos intentar ser protagonistas o partícipes de estas reformas.

Si ahora se pasa página y nos dedicamos a otra cosa, ya nunca más nos tendrán en cuenta para nada”, avisó el catedrático de Salud Pública de la Universidad de Barcelona.

Siguiendo con este argumento, llamó la atención sobre la conveniencia de no desaprovechar los aprendizajes que ha dejado la pandemia, “que nos ha enseñado que **el abordaje de los problemas más graves tiene que ser multidisciplinar, a través de un verdadero trabajo en equipo** y desde la complementariedad de las distintas especialidades y niveles asistenciales”.

Refuerzo de la Atención Primaria y la Salud Pública

Como se puso de manifiesto durante este encuentro virtual, la necesidad de redefinir el actual modelo asistencial español ha sido recogida en el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia presentado por el Gobierno, una estrategia en la que se contempla “el fortalecimiento de la Atención Primaria y Comunitaria” y el desarrollo de “acciones para reformar la prevención y promoción de la salud”. Sin embargo, tal y como destacó el Dr. Francisco José Sáez, moderador de la sesión, **en el plan apenas se hace referencia a los pacientes crónicos**, y únicamente se menciona la “cronicidad” como uno de los retos demográficos a los que se enfrenta el sistema sanitario.

El Dr. Antoni Trilla coincidió con esta apreciación, y aseguró que si bien “todo el mundo está de acuerdo en que **la Atención Primaria debe contar con la parte más importante de los presupuestos en salud** –alrededor de un 25% es lo mínimo recomendado por organismos internacionales–, es algo que, de momento, no veo negro sobre blanco, y parece que todo se queda en los titulares”. Lo mismo sucede, señaló, con lo referido a las políticas de promoción de la salud y la salud pública, área en la que la inversión es ínfima, “y no llega al 1,5%”, mientras que en otros países europeos esta cifra se duplica.

En este escenario, consideró de gran relevancia la labor realizada desde la Plataforma Cronicidad: Horizonte 2025 para “hacer de *gota malaya*” y repetir “hasta la saciedad” ante quienes toman las decisiones que **la atención a la cronicidad es prioritaria y exige cambios urgentes y profundos**.

En este punto, sin embargo, hizo hincapié en una exigencia: “Existen muchos planes estratégicos con una implantación escasa. Todos hemos hecho documentos y documentos sobre documentos que se han quedado en un cajón y que **no han tenido ningún impacto real relevante**. Solo redactar no vale la pena, si no tenemos una clara y firme capacidad de influir”.

3.- La vacunación de los pacientes crónicos frente a la COVID-19

Esta nueva sesión de los Diálogos CH2025, dedicada a hacer balance sobre el impacto de la pandemia en la atención a la cronicidad, también incluyó un análisis sobre la Estrategia de Vacunación frente a la COVID-19, que hasta la fecha **no contempla como prioritaria la inmunización de las personas con enfermedades crónicas**, excepto en el caso de un pequeño grupo considerado de muy alto riesgo: trasplantados, enfermos renales en hemodiálisis, determinados pacientes oncológicos y afectados por inmunodeficiencias primarias.

Según explicó el Dr. Antoni Trilla, este hecho “parte de una realidad: no disponemos de un número suficientemente elevado de vacunas” para proteger de forma rápida a todas las personas que requerirían una vacunación preferente.

“Al igual que se ha hecho en la mayoría de los países de Europa, **en España se ha seguido el criterio de la edad**, porque se ha visto que este factor está vinculado claramente a un riesgo mayor de presentar formas graves de COVID-19. El gran problema de esta campaña es que vamos mucho más lentos de lo que nos gustaría y con múltiples sobresaltos. Mucha gente está perpleja o confundida respecto los criterios que se han seguido, y no sé si se ha llegado a entender por qué los grandes grupos de pacientes crónicos no aparecen de momento en las actualizaciones de la estrategia”, expresó el experto.

No obstante, se mostró confiado en que el argumento de que no hay suficientes vacunas “cambie en las próximas semanas para que, **además de continuar con la administración por edad, se pueda priorizar a otros pacientes con patologías crónicas** que también tienen un riesgo más elevado de lo esperable en la población general y que deberían ser objeto especial de vacunación para protegerlos antes”, manifestó.

Para el catedrático de Salud Pública, también decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Barcelona, uno de los “grandes fallos” que se han cometido a la hora de desarrollar el programa de vacunación en España ha sido “**la falta de previsión**”, esperar “a tener las vacunas” para decidir sobre aspectos que eran “previsibles”. El otro ha sido la comunicación. El resultado ha sido la extensión **un clima de “confusión” e “informaciones contradictorias” que generan miedo y dudas entre la población**.

“Ojalá todo esto se pueda normalizar, porque debemos reducir la transmisión de la enfermedad si queremos volver a la normalidad. Todos aquellos que tengan la oportunidad de vacunarse y lo hagan estarán muy bien protegidos; quizá no de algunas formas leves de enfermedad, pero sí de las formas graves. Tenemos buenas vacunas, que son seguras, a pesar del ruido, como todas las que ya utilizamos. **Hace falta recuperar la confianza en las vacunas**, que en nuestro país siempre ha sido elevada, y que se ha visto perjudicada por una mala comunicación”, recordó.

En esta línea, el especialista en Medicina Preventiva y Epidemiología se mostró partidario de favorecer la participación de sociedades científicas, asociaciones de pacientes y entidades sociales en las campañas de difusión, al igual que la de otros

profesionales sanitarios, como los farmacéuticos, que están colaborando en la divulgación, “pero menos de lo que les gustaría, teniendo en cuenta sus posibilidades y su cercanía a la población”. Según este experto en Salud Pública, esto permitiría “ajustar mejor los mensajes dirigidos determinados colectivos” para que resulten más eficaces.

Conclusiones

Tras el desarrollo de los tres bloques temáticos en los que se estructuró el encuentro, su moderador, el Dr. Francisco José Sáez, destacó algunas de las ideas más relevantes expuestas por el Dr. Antoni Trilla durante su exposición. En este segundo Diálogo CH2025 se puso de nuevo en valor la exigencia de emprender una profunda transformación del Sistema Nacional de Salud (SNS) que permita dar una respuesta adecuada a los desafíos del siglo XXI, entre los que destaca la atención a la cronicidad.

Entre las conclusiones del análisis realizado a lo largo del encuentro, destacan las siguientes:

- “Ha sido un mal año para todos, especialmente para los pacientes crónicos”. La magnitud de lo sucedido durante la pandemia ha tenido un impacto claramente negativo sobre la calidad de la asistencia que se presta a las personas con enfermedades crónicas, que han visto menoscabado el control y el seguimiento de sus patologías por el blindaje de los centros asistenciales para evitar contagios y para dedicar todos los recursos disponibles a la emergencia.
- La consecuencia ha sido el colapso y la práctica paralización de un sistema sanitario ya antes sometido a un importante grado de estrés. Esto se ha traducido en que durante este año se ha perdido calidad y continuidad en la asistencia de los pacientes crónicos, por lo que resulta urgente recuperar la actividad asistencial en condiciones de “normalidad”, una normalidad “que debe ser distinta en la atención a la cronicidad”.
- Todavía “no hemos sabido medir con precisión el tremendo impacto que esta pandemia puede tener sobre todos nosotros”. Muchas personas han necesitado y van a necesitar ayuda para gestionar los efectos psicológicos y emocionales de lo vivido durante el último año.
- La COVID Persistente será “uno de los desafíos más relevantes en los próximos meses o años”, ya que se trata de “un problema real” que está sobre la mesa y que va a tener “una clara repercusión sobre el sistema sanitario”.
- Teniendo en cuenta que “nos hemos enfrentado a esta pandemia con estructuras del siglo XX”, es “absolutamente necesario” diseñar un plan estratégico para llevar a cabo una correcta recuperación de la asistencia que se presta a las personas con

patologías crónicas en el marco de “un sistema sanitario ajustado, moderno y de futuro”.

- A pesar de que retomar la atención y el adecuado seguimiento de los enfermos crónicos debe ser “un objetivo prioritario” para minimizar la *ola de cronicidad* que se avecina por los efectos de la crisis sanitaria, no existe “un plan global y bien trazado para el abordaje específico e integral de estas patologías en la postpandemia.
- Lo aprendido durante la gestión de esta emergencia global abre “una gran oportunidad” para llevar a cabo una reforma del modelo asistencial que permita responder de forma eficaz a los retos de salud actuales, entre los que destaca el abordaje de la cronicidad. Esto requiere también habilitar “mecanismos de seguridad” que eviten que el sistema sanitario vuelva a paralizarse ante amenazas similares.
- La telemedicina es una herramienta útil para el seguimiento de los pacientes crónicos y es un recurso que se va a potenciar en la postpandemia, pero no debe sustituir la relación directa de los profesionales sanitarios con los ciudadanos.
- Es “absolutamente capital” que se habiliten los recursos necesarios para garantizar una verdadera y eficaz continuidad asistencial que incluya la dimensión social de la atención y proporcione “un soporte integral” a los pacientes con patologías crónicas.
- Es preciso realizar una mayor inversión en Sanidad, “definiendo bien dónde debe gastarse el presupuesto”, así como reforzar la Atención Primaria y la Salud Pública. En este último punto, es conveniente impulsar “una buena y leal colaboración entre diferentes estamentos profesionales para llevar a cabo determinados tipos de actividades preventivas o de control”.
- No hay que desaprovechar las enseñanzas de la pandemia, que ha puesto de manifiesto que el abordaje de los problemas más graves de salud “debe ser multidisciplinar, a través de un verdadero trabajo en equipo y desde la complementariedad de las distintas especialidades y niveles asistenciales”.
- El Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia presentado por el Gobierno, contempla el fortalecimiento de la Atención Primaria y Comunitaria y el desarrollo de acciones para reformar la prevención y promoción de la salud. Sin embargo, la única referencia específica a la cronicidad se hace para señalar que es uno de los retos demográficos a los que se enfrenta el sistema sanitario. Es imprescindible que en las organizaciones que trabajan en el ámbito de la cronicidad exista una clara y firme capacidad de influir para evitar que los planes estratégicos tengan un impacto real relevante.

- La Estrategia de Vacunación frente a la COVID-19 en España ha priorizado el criterio de la edad, por lo que no contempla como preferente la inmunización de las personas con enfermedades crónicas, a pesar de que en muchos casos existen evidencias de que tienen un riesgo más elevado de sufrir formas graves de la infección. Se espera que el argumento de que no hay suficientes vacunas se supere pronto para que, además de continuar con la administración por edad, se pueda priorizar a pacientes crónicos “que también deberían ser objeto especial de vacunación”.
- Dos “grandes fallos” que se han cometido a la hora de desarrollar el programa de inmunización en España han sido “la falta de previsión” y la comunicación. El resultado ha sido un clima de “confusión” e “informaciones contradictorias” que generan miedo y dudas entre la población.
- Hace falta recuperar la confianza en las vacunas, y para ello sería beneficioso contar con la colaboración de sociedades científicas, profesionales, asociaciones de pacientes y otros colectivos sociales con el fin de ajustar los mensajes a las características de los diferentes destinatarios y mejorar así su eficacia.

La cronicidad en España

Las enfermedades crónicas son patologías de larga duración y, generalmente, de progresión lenta que conllevan una limitación de la calidad de vida de las personas afectadas y su entorno. Pueden llegar a ser causa de mortalidad prematura, y también tienen un impacto económico importante, tanto a nivel familiar como asistencial.

Estas enfermedades afectan a más de 19 millones de personas en España, de las cuales casi 11 millones son mujeres, según datos del Informe Cronos, elaborado por la Asociación Española de Enfermería Comunitaria. 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.

Además, estas patologías se encuentran muy ligadas al envejecimiento, ya que los mayores de 65 años conviven con una media de dos o más enfermedades crónicas. Las previsiones demográficas indican que, en tres décadas, el 30% de la población española será mayor de 65 años, lo que implicará un importante aumento del número de enfermos crónicos en el Sistema Nacional de Salud.

La Plataforma Cronicidad: Horizonte 2025

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 Especializada, Medicina Hospitalaria, Enfermería, Trabajo Social, Farmacia, Pacientes, *Think Tanks* y Compañías Asociadas.



El objetivo prioritario de la plataforma Cronicidad: Horizonte 2025 es situar la cronicidad entre los temas prioritarios de la agenda política y parlamentaria, para elevar esta problemática a asunto de Estado, contribuyendo a aumentar su visibilidad pública.

Tras un intenso trabajo desarrollado en los dos últimos años por las entidades y organizaciones que la integran, CH2025 presentó a finales de 2020, un posicionamiento que incluye propuestas y recomendaciones concretas para abordar el inaplazable reto de la cronicidad en nuestro país.

