



Diálogos CH2025

Adaptación del Sistema Nacional de Salud a los retos de la cronicidad

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, ha iniciado 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 a las necesidades de los pacientes con enfermedades crónicas, que han sufrido con especial intensidad las consecuencias de la actual pandemia.

Los doctores **Rafael Bengoa**, codirector de The Institute for Health and Strategy (SI-Health) y exdirector de Sistemas de Salud de la OMS, y **Boi Ruiz**, profesor de la Universidad Internacional de Cataluña (UIC Barcelona) y director del Instituto Universitario de Pacientes, han sido los primeros ponentes de referencia en este primer encuentro, presentado y moderado por **Rafel Micó**, vicepresidente 1º de SEMERGEN y miembro de CH2025.

Durante el diálogo *online*, ambos expertos profundizaron en algunas de las recomendaciones recogidas por la Plataforma CH2025 en un documento de consenso sobre la atención integral al paciente crónico en la era post COVID-19, presentado recientemente ante representantes del Ministerio de Sanidad y del Senado.

El posicionamiento, que incluye propuestas y recomendaciones concretas para abordar el inaplazable reto de la cronicidad en nuestro país, es fruto de un intenso trabajo desarrollado en los dos últimos años por las entidades y organizaciones que forman parte de esta plataforma, y se asienta sobre los resultados de un estudio realizado por la UIC con el fin de determinar los elementos clave para el desarrollo de políticas de atención a los pacientes crónicos. El objetivo es situar la cronicidad entre los desafíos prioritarios de la agenda política y convertirla “en un asunto de Estado” para garantizar en el futuro la sostenibilidad del SNS.

En línea con las propuestas incluidas en el documento, los doctores Rafael Bengoa y Boi Ruiz coincidieron en que la respuesta del sistema sanitario a la cronicidad debe reorientarse a partir de un nuevo modelo que garantice una asistencia integrada e integral que supere la actual fragmentación y que asegure la continuidad de la atención. Además, ambos expertos subrayaron la importancia de recuperar de forma inmediata la asistencia que se presta a las personas con enfermedades crónicas, porque si la pandemia sigue dificultando su acceso al sistema, el impacto asociado a su desatención será muy negativo a corto y medio plazo.

Este primer Diálogo CH2025 permitió que ambos expertos expresaran sus consideraciones a partir de **cuatro bloques temáticos** en los que se desarrollaron las siguientes recomendaciones, prioritarias para la Plataforma Cronicidad: Horizonte 2025:

- 1.- Reorientar la atención a la cronicidad a partir de **un nuevo modelo sanitario con reconocimiento estructural propio que tenga como eje una Atención Comunitaria potente** desde la que se garantice una mayor coordinación asistencial y un trabajo verdaderamente multiprofesional e interdisciplinar.
- 2.- Impulsar **un modelo de financiación sanitaria diferente al actual**, en el que la asignación de recursos no se determine en función de las estructuras, los niveles asistenciales o el gasto histórico de los centros, sino según la respuesta a las necesidades reales de las personas.
- 3.- Considerar y dotar las **tecnologías de la información y la comunicación (TIC) como un recurso asistencial más** para la atención a los pacientes crónicos mediante una correcta implantación y las máximas garantías para pacientes y profesionales.
- 4.- Conceder **mayor protagonismo al paciente crónico y a la familia** en las decisiones que les atañen, generando herramientas y estructuras de participación en todos los niveles de la gestión sociosanitaria.

1.- Sobre la necesidad de un nuevo modelo sanitario que tenga como eje una Atención Comunitaria fuerte

Para el Dr. Rafael Bengoa, el actual modelo sanitario, fragmentado e ineficiente, ha contribuido de forma decisiva a incrementar la vulnerabilidad de las personas con enfermedades crónicas. El hecho de que estas patologías se expresen especialmente en residencias de mayores o en personas vulnerables que viven en sus domicilios sin las suficientes redes de apoyo y atención ha hecho que se produzca “una tormenta perfecta, que podría haberse evitado si en los últimos diez años hubiéramos atendido al cambio organizativo y estructural” que precisa la cronicidad.

En este sentido, el codirector de SI-Health planteó que si las enfermedades transmisibles se gestionan y controlan en la comunidad –“donde se realizan los test de rastreo y detección, el seguimiento, los confinamientos, etc.”–, al igual que los factores de riesgo de las patologías crónicas y también la atención que se presta cuando éstas se producen, es necesario organizar “un modelo más comunitario y poblacional, con una Atención Primaria mucho más poderosa y con sistemas de Salud Pública y de prevención sincronizados con ella”. Hacia esta transformación debe dirigirse, a su juicio, “el siguiente movimiento pospandémico”.

La principal ‘lección’ de la crisis

Durante el encuentro virtual, Bengoa consideró que la principal lección que deja la crisis sanitaria desde el punto de vista del sistema sanitario es que se ha demostrado “una fantástica capacidad de los profesionales de la salud para adaptarse muy rápido a una situación dramática, y eso ha sido gracias a una desburocratización inmediata y

a la no intervención desde arriba, dejando que los clínicos, la enfermería y el personal en general hiciera, a nivel local, lo que creían que tenían que hacer”.

En su opinión, esto es algo que debe mantenerse, evitando “volver a una situación en la que *los de arriba* vuelvan a reproducir el modelo anterior, en lugar de ser facilitadores del cambio en el ámbito local”, porque “un liderazgo tan jerárquico” genera una gran cantidad de normas e instrucciones “que desmotivan a los profesionales” en base a un “argumento falso: ocuparos de lo clínico, pero no os metáis en temas de gestión y organización, que no son lo vuestro”.

Análisis comparativo sobre los resultados de los servicios integrados

En este contexto, el profesor Boi Ruiz destacó que la crisis sanitaria generada por el nuevo coronavirus debería actuar “como un acelerador” de este cambio necesario. Para ello, apostó por hacer un análisis comparativo sobre “qué comportamiento ha tenido la cronicidad y su protección y cobertura en aquellas estructuras que cuentan con organizaciones de servicios integrados (OSI), en relación con las que no disponen de estos modelos de funcionamiento”.

Al igual que el Dr. Bengoa, el director de la Cátedra de Gestión Sanitaria y Políticas de Salud de la UIC de Barcelona defendió que la comunidad debe ser “un elemento de contexto a tener muy presente, y no tanto las estructuras”, en las que se basa el actual modelo de financiación. “En estos momentos tenemos un sistema sanitario en el que el dinero se designa según las estructuras, que prestan los servicios de una manera compartimentada y satisfacen la demanda que pueden asumir en función de esa asignación de recursos”, explicó. De este modo, el catálogo de prestaciones del SNS “sigue muy inspirado en el sistema de la antigua Seguridad Social, que determina qué hay que hacer en Primaria, en Especializada, en recetas, etc.”.

Por el contrario, si la mirada se pone en la comunidad, “los recursos necesarios deberían calcularse según las necesidades de la población y, a partir de estas necesidades, repartir los fondos en función de cómo creemos que hay prestar los servicios de manera integrada”.

“En lugar de hospitales que tienen servicios, deberíamos contar con servicios que tienen hospitales, centros de salud, centros sociosanitarios, recursos de salud mental...”, simbolizó el profesor Ruiz durante el primer Diálogo CH2025.

2.- Sobre la importancia de un sistema de financiación sanitaria que responda a las necesidades de las personas

A partir de esta idea esbozada por el director del Instituto Universitario de Pacientes de la UIC, el encuentro virtual permitió profundizar en otra de las recomendaciones

principales de la plataforma, la referida a la necesidad de impulsar un nuevo modelo de financiación sanitaria.

Según reiteró el profesor Boi Ruiz durante el diálogo *online*, el planteamiento de CH2025 es “atinado” y “lógico”, ya que los pacientes crónicos –y la población en general– tienen actualmente unas necesidades que deben ser satisfechas de una manera adecuada, “de modo que hay que calcular los recursos que precisa el sistema en función de esas necesidades, y no de unas estructuras diseñadas y planteadas para un tipo de demanda existente hace muchos años”.

En opinión de este experto, “no se trata de obtener más financiación haciendo muchas cosas, que pueden no servir para nada, porque no responden a lo que realmente necesitan las personas”, sino de analizar esto último con el fin de determinar después qué estructuras se requieren para proporcionar una atención precisa, integral y de calidad.

El profesor de la Universidad Internacional de Cataluña reconoció que esta *revolución* no puede producirse “de hoy para mañana, pero hay que ponerse ya en ese camino”, evaluando correctamente las experiencias de las OSI e impulsando modelos innovadores desde el punto de vista funcional dotados de una estructura presupuestaria que supere el clásico sistema “tipo puzle: un poco de Atención Primaria, un poco de Atención Especializada, etc.”.

Una oportunidad para lanzar una transformación estratégica

Por su parte, el Dr. Rafael Bengoa indicó que, además de crear “más cronicidad”, la pandemia de COVID-19 ha puesto en evidencia otro problema “cronificado” en España, “la infrafinanciación” del sistema sanitario, una realidad que genera “una especie de debilidad sistémica” que es preciso “compensar rápidamente en los presupuestos” para evitar el enorme impacto que conllevaría otra crisis como la actual.

“España dispondrá de 140.000 millones de euros del Fondo de Recuperación Europeo, una cantidad que nunca más habrá, y que no debería servir solo para comprar vacunas. Podemos malgastar estos fondos y utilizarlos para pagar facturas y seguir comprando tecnología brillante o podemos aprovecharlos para lanzar una transformación estratégica del modelo de atención a la cronicidad”, recalcó.

Para el exdirector de Sistemas de Salud de la OMS, la respuesta que se dé a esta disyuntiva es de suma importancia, teniendo en cuenta los graves efectos de la pandemia, que deberían “preocupar” especialmente a quienes toman las decisiones, “no solo porque habrán muerto muchas personas, sino porque sospecho que, cuando estudiemos lo ocurrido, veremos que la extensión de la longevidad de nuestra población se habrá frenado por primera vez en la historia”.

En cuanto a si a la transformación estratégica se desencadenará desde el ámbito nacional o autonómico, Bengoa se decantó por lo segundo, afirmando que en los

próximos “dos o tres años” no cree que haya un Gobierno que determine que hay que iniciar la reforma del actual modelo y enfocarlo a la cronicidad. “El ámbito nacional va a estar ocupado con el proceso de vacunación contra la pandemia, y luego será con otras cuestiones relacionadas con la COVID y a la era post-COVID. Va a haber cierta satisfacción por haber resuelto la pandemia entre todos, pero no se va a analizar por qué nos ha hecho tanto daño, y por eso creo que serán algunas CCAA que consideren que tienen que avanzar más rápido las que podrán desencadenar ese proceso de transformación, trabajando las causas de lo que nos ha ocurrido y de nuestra vulnerabilidad”, relató.

A este respecto, puso como ejemplo algunas iniciativas que pueden desarrollarse rápido y sin que sea necesario un “plan nacional” para ponerlas en marcha, como hacer una conexión digital de la historia clínica con las residencias mediante la formación de varios de sus profesionales, “de manera que puedan intercambiar información con los centros de salud cuando la situación de un usuario con enfermedades crónicas se complique, posibilitando así una intervención a tiempo desde Atención Primaria, antes de que sea necesario que vayan a urgencias y tengan que ocupar una cama”.

3.- Sobre la importancia de considerar las nuevas tecnologías como un recurso asistencial más

Durante el primero de los Diálogos CH2025, los dos expertos abogaron también por potenciar el uso de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC) como un recurso asistencial valioso para la atención a los pacientes crónicos, y no simplemente como una herramienta administrativa. Así lo expresó el profesor Boi Ruiz, quien afirmó que, si bien la telemedicina era “una revolución anunciada”, la COVID-19 ha visibilizado su potencial y ha actuado como “acelerante” del cambio, “aunque haya sido de una manera improvisada y desordenada”.

Sin embargo, lamentó, “no avanzaremos mientras sigamos en la idea de que la inversión en TIC forma parte de la inversión en informática, entendida ésta como área administrativa; en una consulta, la historia clínica compartida es tan importante como el fonendo y, sin embargo, se considera que es simplemente un instrumento administrativo”. En este sentido, el director del Instituto Universitario de Pacientes de la UIC manifestó que, según se ha demostrado, un uso “bien articulado” de las nuevas tecnologías en las organizaciones “amplía mucho la capacidad asistencial del sistema, incluso con los mismos recursos de capital humano, lo que no quiere decir que estos sean suficientes”.

No obstante, el profesor Ruiz recalcó la necesidad de que el desarrollo pleno de la telemedicina se produzca con las máximas garantías para pacientes y profesionales, para lo que es preciso que los legisladores comiencen a plantearse cuestiones como el impacto de las TIC en la responsabilidad civil del personal sanitario, a fin de determinar,

por ejemplo, “qué es o no exigible desde el punto de vista de la responsabilidad profesional” en una actuación clínica a distancia, teniendo en cuenta “que las normas actuales se hicieron cuando no existían estas tecnologías”.

Hacia un “modelo híbrido” de atención

Durante su intervención en este apartado temático del diálogo, el Dr. Rafael Bengoa también apostó por consolidar la utilización de las nuevas tecnologías y avanzar “hacia un modelo híbrido” de atención que puede contribuir en buena medida “a recuperar lo no atendido durante la pandemia”, tanto en la Atención Primaria como en la Hospitalaria. Para ello, aseguró, es necesario ser “muy ambiciosos en la inversión” y consolidar estos recursos.

“En la actual crisis sanitaria se han utilizado de forma improvisada y desorganizada, porque no quedaba otra opción, pero este sistema debe consolidarse de forma adecuada con una buena inversión autonómica y nacional, siendo conscientes de una cosa: los países que estaban tecnológicamente más preparados –sobre todo en Oriente–, aquellos que disponían de buenos sistemas de rastreo y que han podido usar su historia clínica de forma muy proactiva, con control de crónicos, conexión con las residencias, etc., han realizado el control pandémico mucho mejor que nosotros”, apuntó el codirector de SI-Health, antes de añadir: “Ahora todos sabemos que la tecnología está lista, pero las organizaciones no. Hace falta que se sitúen en esta transformación y, de forma sincrónica, invertir en tecnología para llegar al modelo que necesitan los profesionales para atender mejor y los pacientes para recibir una mejor asistencia”.

4.- Sobre la exigencia de conceder mayor protagonismo y participación al paciente crónico y a su familia

Otra de las recomendaciones prioritarias que ha recogido la Plataforma CH2025 en su posicionamiento hace referencia a la necesidad de conceder mayor protagonismo al paciente crónico y favorecer su empoderamiento en el proceso de su enfermedad. Para que esto pueda ser una realidad, Boi Ruiz consideró fundamental progresar hacia una mayor cultura social sobre la corresponsabilidad en el cuidado de nuestra salud. “Para poder hablar de un paciente empoderado tiene que haber un paciente formado, que no es lo mismo que informado, porque uno puede *informarse* en mil sitios con respecto a lo que le pasa, e incluso ir prediagnosticado a la consulta, a ver si el médico confirma o no lo que se ha autodiagnosticado. Pero que sepa lo que tiene y por qué le pasa no se debe limitar a obtener una información que no tiene capacidad de procesar; si la recibe procesada por el profesional correspondiente, tendremos un paciente más activo y capaz de participar en la toma de decisiones”, ha indicado.

Según destacó el experto, esta participación del paciente crónico es “enormemente importante” para que no sea “un elemento pasivo que espera que se lo den todo y

cuando las cosas no van bien hacer responsable solo al sistema y al profesional sanitario”, sin preguntarse en qué ha contribuido él para que así sea. Esta conciencia sobre la importancia del autocuidado no se consigue, a juicio del profesor Ruiz, “con normas e instrucciones, sino con cultura social”, para entender “que también somos responsables de nuestra salud, primero, cuidándola para evitar enfermar, en la medida de lo posible, y después, para cuidar de nuestra enfermedad cuando esta se produce, siguiendo aquello que nos dicen que tenemos que hacer, empezando por la adherencia, no solo a los medicamentos, sino a todas esas cuestiones que nuestro médico enfermera, farmacéutico y personal sanitario nos aconseja”.

La corresponsabilidad, clave para la sostenibilidad del sistema

Con este planteamiento coincidió Rafael Bengoa, quien apuntó que, teniendo en cuenta la cronicidad y la actual demografía, el sistema de salud “no va a poder ser sostenible si no se busca un aliado más serio en la comunidad”.

En este sentido, indicó que, además de invertir en una mayor educación sanitaria que permita al paciente crónico adquirir más protagonismo, es preciso crear las condiciones adecuadas para que esto sea más fácil, y en esta línea situó los llamados *impuestos al pecado*. “Subir el IVA de las bebidas azucaradas no solo hace que las personas tengan más dificultades para acceder a ellas, sino que también proporciona señales de comportamiento. No hay que excederse y establecer un impuesto para todos nuestros pecados, pero sí crear un entorno en el que no sea más barato acceder a la comida basura que a una dieta mediterránea o en el que sea más fácil hacer ejercicio”, defendió.

Asimismo, el codirector de The Institute for Health and Strategy opinó que los profesionales de la salud “todavía no estamos escuchando lo bastante” al paciente, a pesar de que, “como se suele decir, si tenemos dos oídos y solo una boca por algo es”. Del mismo modo, puso en valor la necesidad de determinar “con qué evidencia contamos para recomendar, en términos de comportamiento y factores de riesgo, y no dispersar la energía de los pacientes y las asociaciones que les representan, porque puede que estemos empezando a hacer demasiadas cosas muy heterogéneas, en lugar de las cuatro o cinco que hay que hacer de forma prioritaria, porque están evidenciadas”.

Conclusiones

Tras las intervenciones de los doctores Rafael Bengoa y Boi Ruiz, el Dr. Rafael Micó, vicepresidente primero de SEMERGEN y miembro de CH2025, repasó algunas de las aportaciones realizadas por ambos expertos, en línea con las recomendaciones y propuestas planteadas por la Plataforma para impulsar el avance hacia una transformación estratégica del sistema que responda a los retos de la cronicidad:

- Sobre la necesidad de reformar las estructuras del sistema sanitario, consideraron que es preciso **impulsar un modelo más comunitario basado en una Atención**

Primaria fuerte y con sistemas de Salud Pública y de prevención sincronizados con ella.

- La crisis sanitaria causada por la actual pandemia debería actuar como **un acelerador de este cambio necesario**. En este sentido, hay que evaluar cómo ha sido la cobertura de la cronicidad y qué resultados se han obtenido en las estructuras que cuentan con organizaciones de servicios integrados (OSI), en relación con las que no disponen de estos modelos de funcionamiento”.
- Respecto al desafío de modificar el actual sistema de financiación sanitaria, los expertos recalcaron la importancia de poner el foco en la comunidad, de modo **que los recursos se calculen y se asignen en función de las necesidades reales de la población**, a partir de las cuales deben determinarse las estructuras que se requieren para satisfacerlas de manera integrada.
- Además de crear más cronicidad, la pandemia de COVID-19 ha puesto en evidencia que **en España existe otro problema “cronificado”, la infrafinanciación del sistema sanitario**, una realidad que genera una debilidad sistémica que es preciso subsanar con urgencia en los presupuestos para evitar el enorme impacto que conllevaría otra crisis como la actual.
- El uso de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación (TIC) debe contemplarse como **un recurso asistencial valioso para la atención a los pacientes crónicos, y no simplemente como una herramienta administrativa**. Para ello, hay que favorecer una implantación adecuada de la telemedicina y garantizar que su utilización, dentro de un “modelo híbrido de atención”, asegura las máximas garantías para pacientes y profesionales.
- Es necesario conceder mayor protagonismo al paciente crónico y favorecer su empoderamiento en el proceso de su enfermedad. Para que esto pueda ser una realidad, es fundamental progresar hacia una mayor cultura social sobre la corresponsabilidad de la población en el cuidado de su salud.
- Además de invertir en **una mayor educación sanitaria** que permita al paciente crónico adquirir un mayor protagonismo, es **preciso crear las condiciones adecuadas para que esto sea más sencillo**, y en esta línea se sitúan los llamados *impuestos al pecado*, que no solo contribuyen a que los ciudadanos tengan más dificultades para acceder a hábitos poco saludables, sino que proporcionan señales de comportamiento sobre lo que resulta más recomendable para el cuidado de la salud.

En definitiva, el primero de los Diálogos CH2025 sirvió para constatar una vez más la urgencia de promover un profundo cambio en el SNS que permita colocar la cronicidad en primer plano e impida que, ante crisis sanitarias y sociales como la vivida en estos

momentos, los pacientes crónicos queden “en pausa”, tal y como ahora está sucediendo.

A este respecto, los doctores Boi Ruiz y Rafael Bengoa, subrayaron la importancia de **recuperar de forma inmediata la atención que se presta a las personas con enfermedades crónicas**, porque seguir dejándolas *al margen* del sistema tendrá un impacto muy negativo a corto y medio plazo. **“2021 no puede ser solo el año de la vacunación contra el coronavirus, tiene que ser el año No-COVID”**, defendieron ambos expertos.

“Hay que volver a incorporar a estos pacientes al sistema de forma organizada. No podemos esperar a que pase una primera, una segunda, una posible tercera ola, y después el proceso de vacunación, porque la suma de todos esos momentos hará retrasar aún más la atención de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes, la salud mental y otras patologías crónicas. Y si eso sigue ocurriendo en 2021, muchas de esas enfermedades no se van a poder recuperar, y ya sabemos que habrá una mayor mortalidad”, advirtió Bengoa.

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.

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.

