



## **Diálogos CH2025**

**La reactivación de la asistencia sanitaria  
a los pacientes crónicos:  
Retos y oportunidades desde una perspectiva  
autonómica**

## Introducción

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 asociaciones, consejos profesionales, sociedades científicas y organizaciones involucradas en la atención a las personas con enfermedades crónicas en España: Atención Primaria y Hospitalaria, Enfermería, Trabajo Social, Farmacia, Pacientes, *think tanks* y compañías asociadas.

Constituida en 2018, la plataforma ha presentado ante responsables políticos y representantes parlamentarios sus líneas de actuación, su posicionamiento y una serie de propuestas y recomendaciones concretas para abordar el inaplazable reto de la cronicidad en nuestro país, elaboradas a partir de un arduo trabajo desarrollado en los últimos tres últimos años por las entidades que forman parte de CH2025.

En diciembre de 2020, la plataforma inició una serie de diálogos con expertos y personalidades de referencia en el ámbito de la salud con el objetivo de impulsar el avance hacia un nuevo modelo sanitario que responda eficazmente a las necesidades de las personas con enfermedades crónicas, que han sufrido especialmente las consecuencias de la actual pandemia.

En este escenario, el 8 de julio se organizó un nuevo encuentro para analizar en qué medida los servicios de salud autonómicos han retomado la atención a la cronicidad tras la crisis sanitaria y de qué manera están haciendo frente a esta situación que ha tenido un gran impacto en el seguimiento de los pacientes No COVID.

“Cuando la COVID-19 todavía nos golpea con violencia, además de esta quinta ola y de las que puedan llegar, también nos preocupa la *ola silente*, esos daños colaterales que se pueden producir, especialmente entre los pacientes crónicos, por un incremento de la morbilidad asociado a las dificultades de acceso a la asistencia que han existido”, señaló el **Dr. Julio Zarco**, subdirector gerente del Hospital Clínico San Carlos, presidente de la Fundación Humans y miembro de la plataforma CH2025, que fue el encargado de moderar el *webinar*.

En la sesión *online*, programada bajo el título *La reactivación de la asistencia sanitaria a los pacientes crónicos: Retos y oportunidades desde una perspectiva autonómica* participaron las doctoras **Xènia Acebes**, especialista en Oftalmología y directora del Àrea Assistencial del Servei Català de la Salut; **Inmaculada Mesa**, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y subdirectora de Gestión Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud (SAS), y **Gloria Sánchez**, especialista en Aparato Digestivo y directora técnica de Hospitales y Programación Asistencial de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (Sacyl), quienes coincidieron al subrayar que la Atención

Primaria es clave para reactivar y mejorar la atención a los pacientes crónicos tras la crisis sanitaria.

Así lo pusieron de manifiesto al enumerar los planes y estrategias puestas en marcha en sus respectivas comunidades autónomas para tratar de mantener la atención a los enfermos No COVID, y que se han basado, en buena medida, en impulsar “una transformación” de este nivel asistencial.

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

- 1.- Actuaciones de las CCAA para reactivar la atención a los pacientes crónicos**
- 2.- El camino hacia la ‘normalidad’ asistencial: las mejoras imprescindibles**
- 3.- Hacia la recuperación de una presencialidad “que aporte valor”**

## **1.- Actuaciones de las CCAA para reactivar la atención a los pacientes crónicos**

Las tres representantes autonómicas que participaron en este Diálogo CH2025 se mostraron de acuerdo en considerar que la Atención Primaria es el pilar sobre el que hay que asentar la reactivación y mejora de la atención a los pacientes crónicos. De hecho, los esfuerzos realizados por estas comunidades autónomas para tratar de mantener la respuesta a las patologías No COVID en el último año y medio se han basado en este nivel asistencial, en el que se han impulsado “**nuevos modelos organizativos**” que permitieran compatibilizar la respuesta a la emergencia epidémica con la necesidad de garantizar la asistencia a los pacientes con otros procesos agudos y crónicos.

El incremento de las plantillas, la asunción de “nuevos roles” por parte de los profesionales, la mejora de la continuidad asistencial y del abordaje multidisciplinar y la coordinación entre los distintos niveles de atención son estrategias compartidas por las tres CCAA para lograr este objetivo.

En este sentido, también coincidieron al resaltar la gran contribución que pueden hacer profesionales como los farmacéuticos en la respuesta a la cronicidad, por ejemplo, para facilitar el acceso a los medicamentos a pacientes que viven en zonas con población dispersa o en residencias sociosanitarias, o para reforzar el control de los tratamientos farmacológicos o prevenir errores en la medicación.

También es compartida la **apuesta por el desarrollo de la telemedicina**, que ha exigido mejorar las dotaciones tecnológicas de los centros sanitarios, y la puesta en marcha de nuevas herramientas digitales. De hecho, según explicaron, la atención telefónica y las teleconsultas han sido la opción utilizada para dar respuesta a un

elevado porcentaje de la demanda asistencial registrada tras la irrupción de la pandemia.

### La experiencia de Cataluña

La directora del Àrea Assistencial del Servei Català de la Salut (CatSalut) explicó que, tras la salida de la primera ola de la COVID-19, en Cataluña se desplegó **un plan de transformación de la Atención Primaria** a través de la intervención en cuatro medios: profesionales, tecnología, espacios y procesos. El objetivo era optimizar el acceso de los pacientes a este nivel asistencial y mejorar “su capacidad resolutive, el clima laboral, la satisfacción ciudadana y la integración entre los distintos niveles asistenciales”, incluida la llamada “atención intermedia”.

Para ello, el Servicio Catalán de Salud no solo amplió “la dotación de médicos y enfermeras en los equipos”, sino que también “desplegó **otros roles profesionales**”, apostando por “incrementar la presencia de trabajadores sociales, fisioterapeutas o expertos en nutrición”.

Además, la Dra. Xènia Acebes destacó que en este tiempo se ha hecho un gran esfuerzo para dotar a la Atención Primaria de nueva tecnología con el fin de “poder dar salida al **incremento tan importante de atención no presencial** que ha conllevado esta pandemia”. Una alternativa asistencial “que creemos que se reordenará, pero que ha venido para transformar el modelo”. De este modo, se ha facilitado telefonía IP a 3800 profesionales, se han facilitado 6.500 *webcams* y 2.500 ordenadores portátiles y se ha desarrollado “un plan muy intensivo para dotar a cada equipo de Atención Primaria con ecógrafos para aumentar su capacidad de resolución”.

Del mismo modo, desde el sistema sanitario público de Cataluña se han puesto en marcha **planes concretos de recuperación de la actividad asistencial**, no solo destinada a los pacientes crónicos, sino también a la demanda quirúrgica y diagnóstica. “Como en el resto del país, tenemos una brecha de nuevos diagnósticos en el 2020 respecto al 2019, por lo que iniciamos un programa específico para recuperar esa actividad diagnóstica que se ha perdido y el seguimiento de los pacientes crónicos”, indicó la responsable del Área Asistencial.

### La experiencia de Andalucía

El Servicio Andaluz de Salud (SAS) también ha centrado sus esfuerzos para mejorar la accesibilidad al sistema sanitario en la Atención Primaria, tal y como confirmó la Dra. Inmaculada Mesa. Durante su intervención en este nuevo encuentro *online* promovido por la Plataforma Cronicidad: Horizonte 2025, señaló que los cambios emprendidos por el SAS durante la pandemia se han basado “en un nuevo modelo organizativo” consistente en “mejorar la estructura, los recursos y los circuitos de los centros sanitarios, intentando garantizar **una atención biopsicosocial que fuese integral, integradora y segura** y mantener lo máximo posible la longitudinalidad y la continuidad de la asistencia”.

En este sentido, la subdirectora de Gestión Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud indicó que el modelo andaluz se ha fundamentado “en el trabajo multiprofesional”, favoreciendo “que cada profesional del equipo haga todo aquello que puede hacer y dándole mayor protagonismo al personal administrativo, a los trabajadores sociales, a la labor de la enfermería, de la fisioterapia, de los odontólogos...”. El objetivo es “**que cada uno sea puerta de entrada a la parte de la asistencia en la que tiene competencias**”.

“Hasta ahora, la puerta de entrada al sistema de Atención Primaria era igual para cualquier tipo de demanda asistencial, independientemente de que el paciente viniese por un problema autolimitado, un proceso crónico o un trámite administrativo. Lo que hemos intentado es diversificar los circuitos para que cada paciente acuda al profesional que le puede proporcionar una mejor atención”, comentó esta especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

En este contexto, el SAS ha apostado por la implantación de la **Consulta de Gestiones Administrativas**, “para la que los profesionales de la Unidad de Atención al Ciudadano tienen sus propias agendas, de manera que pueden citar y atender directamente a las personas”. Además, “se han creado las **Consultas de Acogida de Enfermería**, que permiten que las personas que acuden sin cita al centro de salud sean atendidas por una enfermera que trata de resolver todos los problemas posibles de baja complejidad, según los protocolos que hemos elaborado, o derivar hacia el profesional que puede hacerlo: médico de Familia, trabajador social, urgencias, etc.”.

En esta línea, se ha promovido “un **plan de desburocratización de las consultas de Atención Primaria** para evitar que llegasen demandas que se podían resolver desde las Unidades de Atención a la Ciudadanía”.

En cuanto a la presencialidad en los centros sanitarios, la representante del Servicio Andaluz de Salud reconoció que también en esta comunidad autónoma han tenido “**un gran protagonismo**” las **consultas telefónicas**, por lo que han debido incrementarse los recursos tecnológicos y las herramientas digitales que hacen posible “mejorar la accesibilidad”.

Según afirmó la Dra. Inmaculada Mesa, a pesar de la pandemia, la actividad en Atención Primaria se incrementó notablemente en 2020, periodo en el que se realizaron “67,5 millones de asistencias, entre consultas telefónicas, presenciales o a domicilio, 1,5 millones más con respecto a las registradas en 2019, el año prepandemia”. Una tendencia que también se ha observado en los tres primeros meses de 2021, en comparación con el primer trimestre del año anterior. La representante del SAS reconoció que en los últimos meses “ha ido tomando mayor protagonismo la consulta presencial”, aunque admitió que la telefónica continúa siendo predominante.

Por último, resaltó el **aumento de las plantillas** registrado en 2020, que cifró en un 9,3% con respecto a 2018. “Hemos llegado a tener 130.000 profesionales, que es el récord de profesionales contratados por el Servicio Andaluz de Salud”, manifestó.

## La experiencia de Castilla y León

Durante el Diálogo CH2025, la directora técnica de Hospitales y Programación Asistencial de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (Sacyl) también expuso las medidas adoptadas en el último año y medio para hacer frente a la crisis sanitaria desencadenada por la COVID-19. Durante su intervención, aseguró que la primera ola de la pandemia fue “un reto importantísimo para la reorganización del sistema, un momento en el que **la actividad asistencial disminuyó de una forma significativa**”. Sin embargo, añadió, “la desescalada nos permitió pararnos para reflexionar y para enfrentarnos al resto de las olas con una **mejor capacidad de respuesta**”.

Así, para conseguir mantener tanto la actividad COVID como la No COVID “y evitar el riesgo de morbilidad y mortalidad derivado de una posible falta de atención” de otras patologías, se pusieron en marcha distintas actuaciones en cuatro líneas fundamentales: una estrategia dirigida al personal del sistema; otra encaminada a **potenciar las herramientas de telemedicina** y todo lo relacionado con los aspectos tecnológicos; en tercer lugar, una serie de medidas para **mejorar la coordinación** entre niveles asistenciales, no solo entre Atención Primaria y Hospitalaria, sino también con el ámbito sociosanitario, y una cuarta enfocada a **potenciar los autocuidados** de los pacientes.

En lo que se refiere a los profesionales, la Dra. Gloria Sánchez destacó como clave la constitución de los llamados **equipos COVID** –en Atención Primaria, en hospitales, en residencias de mayores, en las áreas de críticos, etc.–, una medida que ha sido “muy útil” para garantizar la atención a los pacientes con coronavirus, pero también “para que una parte de los centros sanitarios pudiera mantener la asistencia a la patología No COVID, tanto aguda como crónica, a los pacientes pluripatológicos”.

“Creemos que esta estrategia de intentar mantener la atención dividiendo los equipos ha sido un pilar muy importante. De hecho, una vez que ha mejorado la incidencia del coronavirus, los equipos COVID Residencias continúan, de cara a planificar **una mejor asistencia en todas las residencias sociosanitarias** y abordarla con equidad”, defendió.

Por otro lado, la representante de Sacyl subrayó que Castilla y León está trabajando “en la **reforma de la Atención Primaria**, potenciando el papel de cada profesional, de modo que cada uno se centre en lo que nadie más puede hacer por él”. A este respecto, destacó el importante rol que han desempeñado los profesionales de Enfermería “a la hora de mantener la presencialidad” o la relevancia del personal administrativo para optimizar la respuesta que se ofrece desde los centros sanitarios.

Al igual que las representantes de Andalucía y Cataluña, la directora técnica de Hospitales y Programación Asistencial de Sacyl puso en valor el esfuerzo realizado para **mejorar la dotación tecnológica en Atención Primaria** “para que pueda ser más resolutive” y el **auge de la telemedicina** vivido durante la pandemia.

“En Castilla y León, la teledermatología era una experiencia muy incipiente, pero ha sido una de las herramientas que se han desarrollado con claridad de cara al filtrado de pacientes, a reducir la lista de espera en Dermatología y a mejorar la calidad de la atención, evitando desplazamientos innecesarios para poder atender presencialmente a los pacientes en los que es imprescindible. Teniendo en cuenta, además, la importancia de evitar que, en la situación epidemiológica que hemos vivido, a los hospitales y a los centros de salud fueran los pacientes que no necesitaban acudir”, explicó.

Por otra parte, la Dra. Gloria Sánchez mencionó las “**herramientas de telepresencia**” desarrolladas en esta comunidad autónoma caracterizada por su extensión y su gran dispersión geográfica. “En centros de Atención Primaria muy alejados de los centros hospitalarios, estos nuevos mecanismos permiten que un paciente pueda ser valorado por un especialista hospitalario desde su centro de salud, acompañado por un profesional de Primaria”, expuso esta especialista en Aparato Digestivo.

De igual modo, se refirió a varias **experiencias de atención a distancia** emprendidas en este tiempo, como “matronas que han desarrollado su trabajo de manera telemática” o el seguimiento de determinados pacientes “mediante dispositivos de control en su domicilio”. Es el caso de un proyecto piloto para el seguimiento de personas con insuficiencia cardíaca, cuyos resultados han sido positivos, por lo que desde Sacyl se plantea la extensión de programas de este tipo.

El establecimiento de **protocolos para la priorización de pacientes** es otra de las apuestas del sistema público de salud de Castilla y León, que ha creado grupos multidisciplinares de expertos “de los que hemos tomado recomendaciones para retomar la actividad, de cara a poder enfrentarnos a este reto de la atención No COVID, que creemos que es tan importante como el de la COVID”.

Del mismo modo, Sacyl ha impulsado “protocolos comunes con Servicios Sociales” para mejorar la atención sociosanitaria y está desarrollando “**nuevas estrategias de atención a la cronicidad**”, tanto de los pacientes en su domicilio como en las residencias”.

## 2.- El camino de hacia la ‘normalidad’ asistencial: las mejoras imprescindibles

Teniendo en cuenta que es probable que se produzca un aumento de la morbimortalidad asociada a algunas patologías como consecuencia del enorme impacto que ha tenido la pandemia sobre el sistema sanitario y el seguimiento de las personas con enfermedades crónicas, en esta nueva sesión de los Diálogos CH2025 se planteó a las representantes de Andalucía, Castilla y León y Cataluña cuáles son, a su juicio, los

elementos imprescindibles para acometer con éxito la necesaria reorientación del sistema sanitario y la vuelta a la “normalidad” asistencial.

En este punto, las tres ponentes reconocieron que reorganizar la asistencia ante el avance de la COVID-19 ha sido “un reto importante” y que **resulta indispensable controlar la pandemia para poder recuperar la “normalidad”** en los centros sanitarios y hacer frente a todos los desafíos que plantea la cronicidad. “Los recursos personales, estructurales y económicos son los que son, y en las circunstancias actuales se requiere un gran esfuerzo para hacer todo lo que hacíamos antes”, ha apuntado la Dra. Inmaculada Mesa. Pese a todo, apostaron por aprovechar los aprendizajes que deja la actual crisis para favorecer una transformación del sistema sanitario “que mejore la atención que prestamos a nuestros pacientes”.

### Seguimiento proactivo del paciente crónico

La subdirectora de Gestión Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud confió en que algunos de los recursos y procedimientos innovadores adoptados para dar respuesta a la emergencia se consoliden, en aras de ofrecer una atención óptima a los ciudadanos.

Para la Dra. Mesa, es esencial “**mejorar la continuidad asistencial y los canales de comunicación** entre profesionales y con el ciudadano y mantener la consulta telefónica, una estupenda herramienta que permite mejorar la accesibilidad –teniendo en cuenta que muchos ciudadanos prefieren resolver muchas de sus demandas sin tener que acudir al centro– y, a la vez, proporcionar una buena atención presencial a los pacientes que lo necesitan”.

Durante su intervención, esta especialista en Medicina Familiar y Comunitaria consideró **ineludible mejorar la atención a la cronicidad**, “especialmente a los pacientes crónicos complejos, y a todas las edades, no solo a las personas mayores, porque también hay crónicos jóvenes, sin olvidarnos de la infancia”. A este respecto, destacó la apuesta de la comunidad andaluza por potenciar la figura de la **enfermera escolar** para mejorar el control de los niños con patologías crónicas.

Asimismo, se refirió a la efectividad de los **programas de seguimiento proactivo del paciente crónico**. “En el momento en el que nos encontramos, lo hemos dirigido principalmente hacia la insuficiencia cardíaca y la EPOC, las patologías por las que se producían más reingresos, pero que también vamos a dirigir a los pacientes diabéticos, nuestro siguiente paso”, avanzó.

Para ello, el SAS ha potenciado herramientas como la telemedicina o la **monitorización a domicilio**, que, en colaboración con *Salud Responde*, permiten estar en contacto con el paciente los 365 días del año, durante 24 horas. El objetivo, afirmó, es “tratar de evitar que aparezca la cronicidad, que se desarrolle la fragilidad y la dependencia, mejorando los resultados clínicos, la calidad de vida y la calidad de vida percibida, porque no solo es importante dar asistencia, sino también que el ciudadano se sienta bien atendido”.



### Una oportunidad “para dejar de hacer lo que no era útil”

En el transcurso del encuentro virtual, la directora técnica de Hospitales y Programación Asistencial de Sacyl quiso hacer una reflexión “razonable” sobre los cambios que es preciso emprender para retomar la normalidad asistencial, ya que “los profesionales son los que son y, en muchos casos, no existe la posibilidad de contratar a más, porque no hay”.

La Dra. Gloria Sánchez recordó que la pandemia “ha sido y es una tragedia”, pero consideró que “de toda situación crítica debemos tratar de hacer una oportunidad”. En este caso, “**una oportunidad para reformar el sistema**, en la medida de lo posible, y dejar de hacer lo que antes no era útil”, ya que, como se ha puesto sobre la mesa en numerosas ocasiones, incluso antes de la COVID-19, “existían **una serie de estilos que no eran eficientes**”.

Al igual que las responsables sanitarias de Cataluña y Andalucía, la representante de Sacyl remarcó las posibilidades que se abren gracias a las nuevas tecnologías, especialmente para consultas que no exigen la presencia del paciente y para “descargar” a los médicos de Atención Primaria y al personal de Enfermería de tareas burocráticas y solicitudes “no relacionadas directamente con la atención sanitaria”, como la renovación de recetas.

La **renovación automática de recetas** es, precisamente, una de las medidas tecnológicas “puestas en marcha en Castilla y León durante la pandemia que ha venido para quedarse”. Para este tipo de demandas, defendió la Dra. Sánchez, “no es necesario pedir una cita” y ocupar un hueco valioso para las personas que sí deben ser valoradas presencialmente. “Nos hemos dado cuenta de que, efectivamente, no era necesario que el paciente se desplazara para eso y que el médico de Familia dedicara tiempo a estas gestiones administrativas que pueden llevarse a cabo de otra manera. Quizá es el momento de transmitir a la población que **para determinadas cuestiones va a estar igual de bien atendida, pero de otra manera**”, explicó la especialista en Aparato Digestivo.

En definitiva, la representante de Sacyl consideró que es un objetivo prioritario “no recuperar todas esas ineficiencias que habíamos detectado en el sistema” con el fin de optimizar la labor de los profesionales del equipo y poder mejorar la calidad de vida de los pacientes y de sus cuidadores.

Para ello, cree que es fundamental dotar a los centros sanitarios y a su personal “de **soportes tecnológicos ágiles** que, de manera generalizada, permitan tanto a pacientes como a profesionales adaptarse a la realidad de la asistencia sanitaria del siglo XXI”.

“Es posible que hasta este momento la única concepción que existiera de la visita médica fuera la absolutamente presencial y que la atención telefónica no sea una buena opción para la primera visita de un paciente, pero hay patologías que probablemente sí

se puedan manejar bien a través de **videoconsulta**, una opción menos desarrollada, o **mejorar el control domiciliario de enfermos crónicos** a través de dispositivos para el seguimiento de determinados parámetros, lo que evitaría algunos desplazamientos”, subrayó la directora técnica de Hospitales y Programación Asistencial de Sacyl, que expresó otras dos metas imprescindibles: “mejorar la continuidad asistencial y una salud pública más fuerte” y con mayor capacidad preventiva.

### Detectar la fragilidad para mejorar la toma de decisiones

La directora del Área Asistencial del Servei Català de la Salut se mostró de acuerdo con las áreas de mejora expuestas por las representantes de Andalucía y Castilla y León, a las que añadió algunas propuestas más, como la de establecer **planes de seguimiento precoz en determinadas patologías o procesos**, extendiendo la experiencia emprendida en Cataluña con la insuficiencia cardíaca, “porque ha demostrado que esto mejora los resultados en salud”.

Otra es “trasladar a toda la cadena asistencial el concepto de *valoración integral geriátrica*, que intenta **detectar la fragilidad** y, a partir de ahí, te permite tomar mejores decisiones en función de este nivel de fragilidad”.

Por último, la Dra. Xènia Acebes confió en que pueda obtenerse “algún aprendizaje de esta pandemia”, poniendo un ejemplo con datos sobre el número de pacientes con EPOC y número de visitas durante el primer trimestre de 2021, en comparación con los tres primeros meses de 2020.

“El número de pacientes con EPOC atendidos en Atención Primaria bajó un 24%, y las visitas descendieron un 25%. Hemos aprendido que **poniéndonos una mascarilla hemos disminuido las exacerbaciones y las infecciones** en este tipo de pacientes”, indicó Acebes, quien consideró importante analizar “cómo este tipo de medidas pueden ser extrapoladas a otras patologías para evitar este tipo de descompensaciones” en enfermos crónicos.

### El reto de la COVID Persistente

Durante la tertulia virtual se planteó a las representantes de las tres comunidades autónomas de qué manera se está abordando en sus respectivos territorios el desafío de la llamada COVID Persistente como **una potencial patología crónica** cuyo alcance todavía se desconoce.

Tanto en Andalucía como en Castilla y León y en Cataluña se han puesto en marcha consultas y equipos dirigidos a configurar una **atención multidisciplinar** a las personas afectadas que permita proporcionar una respuesta “integral e integrada” a su situación, pero también para avanzar en la definición de los casos y las características de los pacientes y en el diseño de criterios comunes y protocolos de actuación.

### 3.- Hacia la recuperación de una presencialidad “que aporte valor”

Una de las certezas que se puso de manifiesto con mayor amplitud a lo largo de toda la sesión organizada desde la Plataforma es el **claro protagonismo que han tenido la telemedicina y las consultas telefónicas** en el mantenimiento de la atención durante los meses más duros de la pandemia.

Esta realidad “forzosa” ha modificado la forma de entender la accesibilidad a los centros sanitarios por parte de la población, en la que existe la **percepción de que se ha obstaculizado la entrada al sistema de salud** y de que a menudo resulta difícil obtener respuesta a sus demandas asistenciales.

Lo cierto es que las representantes de los servicios de salud de Andalucía, Castilla y León y Cataluña reconocieron durante el Diálogo CH2025 que la atención telefónica y las teleconsultas han sido la opción predominante para atender a los pacientes en el último año y medio, una fórmula que se ha mantenido incluso en los momentos en los que se ha aliviado la incidencia del coronavirus y la presión era menor.

Así lo constató la Dra. Xènia Acebes, quien explicó que en enero de 2020 el 85% de la actividad de los centros de salud de Cataluña era presencial, mientras que la cifra descendió hasta el 54% en mayo 2021, “y en determinados momentos hemos llegado al 30%, especialmente en las épocas de mayor incidencia epidémica de coronavirus”.

En sentido similar se pronunció la Dra. Gloria Sánchez, aunque aseguró que en Castilla y León “**la presencialidad empieza a ser alta**”, cifrándola en una media que ronda el 60% y que se acerca al 70% en el caso de la Enfermería. También en Andalucía está aumentando el porcentaje de consultas presenciales, “aunque siguen predominando las telefónicas”, tal y como aseguró la Dra. Inmaculada Mesa.

En este contexto, las responsables de gestión sanitaria de las tres CCAA admitieron que es preciso seguir trabajando para ampliar el acceso presencial de los pacientes a los centros sanitarios, si bien recalcaron la necesidad de recuperar “una presencialidad que aporte valor”, aprovechando las ventajas de la telemedicina y las nuevas tecnologías para **superar “las ineficiencias del sistema”**.

#### Mejora del acceso en base a la medición de resultados en salud

A este respecto, la directora del Àrea Assistencial del Servei Català de la Salut indicó que en esta comunidad autónoma se ha diseñado un plan de reactivación de la presencialidad en los centros basado en indicadores de calidad asistencial en Atención Primaria que miden “resultados en salud en patologías crónicas”. Sin embargo, apuntó que la quinta ola de la epidemia de coronavirus puede llegar a ralentizar su desarrollo.

La estrategia contempla elementos como la telemedicina, las herramientas de desburocratización, la programación por motivos, las agendas de los administrativos de

salud, etc. “Estamos evolucionando hacia unas figuras parecidas a los *clinical assistant* que existen en el mundo anglosajón. Esto ha de permitirnos incrementar o mejorar la accesibilidad del ciudadano, ya no tanto al centro, físicamente, sino al servicio más adecuado para la necesidad que tiene”, comentó la Dra. Acebes, quien añadió: “Culturalmente, los ciudadanos estamos muy acostumbrados a solucionar nuestros problemas presencialmente. Es evidente que tenemos que hacer mejoras en la accesibilidad, pero poniendo los esfuerzos en aquellas visitas que aportan valor”.

### **Un equilibrio entre las consultas presenciales y a distancia**

Para la subdirectora de Gestión Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud, la consulta presencial debe seguir siendo una opción disponible, porque hay pacientes que no pueden ser evaluados a distancia con plenas garantías. Sin embargo, recordó que muchas de las visitas que antes se hacían habitualmente “no eran precisas”, de modo que “modificando el modelo, dándole espacio a la consulta telefónica y a la teleconsulta, permitimos que la persona que tenga que ser vista lo sea, incluso durante más tiempo, mejorando la atención de todos”.

Se trata, dijo, “de llegar al equilibrio”, teniendo en cuenta que la opción telefónica “es útil para demandas burocráticas o para situaciones en las que existe longitudinalidad en la atención, es decir, en pacientes que son conocidos por los sanitarios que los atienden, pero no así con una persona que nunca ha sido vista por su médico o enfermera”.

### **Una gestión del cambio “progresiva y “razonable”**

La directora técnica de Hospitales y Programación Asistencial de Sacyl coincidió con las representantes de Cataluña y Andalucía, recordando que, en todas las crisis, “la gestión del cambio es compleja”, por lo que abogó por hacerlo de forma progresiva y “razonable”.

“Puedo entender que, en ocasiones, los pacientes tengan una percepción de dificultad en el acceso a la asistencia, porque es evidente que el coronavirus ha saturado las líneas telefónicas de los centros de salud y ha complicado el contacto. Hemos vivido meses muy difíciles en los que la situación epidemiológica ha sido la responsable de estas dificultades, pero yo creo que poco a poco se va a ir aceptando mejor”, expuso la Dra. Gloria Sánchez, quien subrayó que la “presencialidad empieza a ser muy alta”.

En su opinión, una buena parte de la población, sobre todo la más joven, “a la que le supone un esfuerzo tremendo desplazarse al centro de salud para conocer el resultado de una analítica, por ejemplo, por lo que seguramente acept de muy buen grado que la consulta sea telefónica o a través de vídeo”.

## Conclusiones

Tras el desarrollo de los bloques temáticos que guiaron el encuentro virtual, su moderador, el Dr. Julio Zarco, resumió algunas de las ideas más relevantes expuestas por las doctoras Xènia Acebes, Inmaculada Mesa y Gloria Sánchez, desde sus respectivas experiencias autonómicas, sobre los retos y oportunidades que existen ante el objetivo de recuperar una óptima asistencia sanitaria a los pacientes crónicos.

Según señaló el presidente de la Fundación Humans, miembro de la plataforma CH2025, las palabras de las tres protagonistas de la sesión ponen de manifiesto que las CCAA están realizando “un trabajo denodado” para tratar de reactivar la atención al paciente crónico y la continuidad en su seguimiento, lo que deja “una sensación de optimismo”. También porque muchas de las líneas de actuación expuestas son coincidentes con las recomendaciones y propuestas que la Plataforma considera indispensables para impulsar la transformación del modelo sanitario, necesaria para garantizar una respuesta a la cronicidad adecuada y eficaz.

Así, para tratar de mejorar la accesibilidad al sistema de salud durante la pandemia, especialmente en Atención Primaria, se han puesto en marcha medidas como la diversificación de circuitos asistenciales; la creación de consultas de acogida de enfermería o de gestión administrativa; la elaboración de protocolos para priorizar las demandas asistenciales; el fomento de experiencias de seguimiento proactivo para determinadas enfermedades crónicas, como la insuficiencia cardiaca o la EPOC, y la implantación de nuevas estrategias de atención domiciliaria a la cronicidad o en residencias de mayores. Experiencias que, en muchos casos, “han llegado para quedarse” y para inspirar *nuevas formas de hacer*.

Algunas de las ideas clave surgidas durante el encuentro *online* son:

- Las CCAA ponen el énfasis en la Atención Primaria para mantener la atención sanitaria y para reactivar y mejorar la asistencia a los pacientes crónicos para lo que consideran importante potenciar este nivel asistencial y mejorar su capacidad de resolución.
- En esta línea, es preciso fomentar nuevos roles profesionales (trabajadores sociales, fisioterapeutas, farmacéuticos, nutricionistas, personal de Enfermería, etc.) “de una manera más decidida y continuada
- La apuesta por la mejora tecnológica y el desarrollo de nuevas herramientas es imprescindible para responder de forma adecuada y con garantías al desafío que plantean las nuevas formas de atención a distancia (telemedicina, consultas telefónicas, control domiciliario de pacientes...).
- En este sentido, los gestores autonómicos reconocen que los centros sanitarios deben recuperar “una presencialidad que aporte valor”, logrando un equilibrio entre

las consultas a distancia y presenciales que permita superar “las ineficiencias del sistema”, que ya se habían detectado incluso antes de la pandemia. La meta es “mejorar el acceso a los ciudadanos a la atención”, no necesariamente “al centro sanitario”, sino a la modalidad de recurso que permita dar “una mejor respuesta a sus necesidades concretas”.

- En el avance hacia este objetivo también se considera fundamental “desburocratizar las consultas”. En este punto, medidas como la programación de citas “por motivos”, la implantación de “agendas administrativas”, la renovación automática de recetas o la creación de consultas de acogida de enfermería se han relevado como útiles y eficaces, al igual que la diversificación de los circuitos de acceso al sistema sanitario.

Durante el Diálogo CH2025, las responsables sanitarias de Cataluña, Castilla y León y Andalucía reconocieron que reorganizar la asistencia ante el avance de la COVID-19 ha sido “un reto importante” y que resulta esencial controlar la pandemia para recuperar la “normalidad” asistencial y hacer frente a todos los desafíos que plantea la cronicidad, teniendo en cuenta que los recursos disponibles son limitados.

### 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<sup>i</sup>, 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. Además, en junio de 2021 se ha reunido con [Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados](#) para trasladar la necesidad de la transformación del Sistema Nacional de Salud para proporcionar una atención integral y eficaz a las enfermedades crónicas.

Siguiendo con la labor de concienciación de la sociedad, la plataforma también ha lanzado la campaña [#NingúnPacienteEnPausa](#) para visibilizar la importancia de que los pacientes con enfermedades crónicas se impliquen en el manejo de su enfermedad junto con los agentes sanitarios.



11005.072021

<sup>i</sup>Informe Cronos: Hacia el cambio de paradigma en la atención a enfermos crónicos. Boston Consulting Group ([https://image-src.bcg.com/Images/BCG-Informe-Cronos-Abril2014\\_tcm9-129297.pdf](https://image-src.bcg.com/Images/BCG-Informe-Cronos-Abril2014_tcm9-129297.pdf))