



1. | Introducción

Durante el siglo XX se han producido en España importantes cambios desde el punto de vista de la estructura de su población. Conforme se han ido produciendo las modificaciones en la estructura demográfica se han modificado las causas de enfermedad y muerte en la población, contribuyendo también a este hecho cambios más amplios de carácter socioeconómico, tecnológico, político, cultural y biológico. Por todo ello, el patrón epidemiológico dominante en la actualidad está representado por las patologías crónicas, es decir, aquellas de larga duración y generalmente de progresión lenta que causan mortalidad prematura, conllevan una limitación en la calidad de vida de las personas afectadas y provocan efectos económicos, psicológicos y sociales importantes en las familias, las comunidades y la sociedad en general.

Respecto a los problemas de salud, en España, según la Encuesta Europea de Salud (EES) 2009, el 45,6% de la población mayor de 16 años padece al menos un proceso crónico (46,5% de los hombres y el 55,8% de las mujeres) y el 22% de la población dos procesos o más, incrementándose estos porcentajes con la edad.

Pese a todo ello, la organización actual de los servicios, centrados en la resolución de patologías agudas, favorece una atención episódica de los problemas de salud con un enfoque curativo, valorando poco los aspectos preventivos, la perspectiva de los cuidados y la responsabilidad de las personas sobre los mismos. Las personas con condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico son las que encuentran más dificultades para acceder y circular a través del sistema ya que no existe un adecuado ajuste entre sus necesidades y la atención que reciben, resultando especialmente inapropiada la organización de la asistencia sanitaria para el grupo de pacientes que presentan **pluripatología, comorbilidad** o se encuentran en situación de especial **complejidad**.

El sistema sanitario no puede ofrecer solamente un seguimiento y unos cuidados discontinuos a los pacientes con enfermedades crónicas, ligados en general a las agudizaciones o descompensaciones de sus patologías. El abordaje de la cronicidad requiere fomentar el **trabajo en equipos interdisciplinarios**, formados por los diferentes profesionales de los servicios sanitarios y sociales implicados en la atención a estos pacientes, que garanticen la **continuidad en los cuidados** con la máxima participación del paciente y de su entorno. La mejora de la organización en el Sistema Nacional de Salud para responder al reto de la cronicidad no implica necesariamente un aumento de recursos pero sí precisa la adaptación y la optimización en la utilización de los medios ya disponibles. Para ello es necesario aumentar la responsabilidad de gestores, profesionales y de la población en general.

En los últimos años se han desarrollado distintos modelos en numerosos países con la finalidad de determinar cómo llevar a cabo el cambio en la provisión de atención sanitaria a pacientes con enfermedades crónicas, rediseñando sistemas que logren una mejor integración de servicios y la continuidad de los cuidados. Independientemente de la adaptación de elementos de los diferentes modelos de provisión de cuidados crónicos, existen intervenciones organizativas prioritarias en la mejora del abordaje de la cronicidad entre las que destacamos el **fortalecimiento de los equipos de Atención Primaria** y la **reorganización de la atención**. Un

elemento relevante y común a todas las intervenciones sería la **implicación de los pacientes en el cuidado de su propia salud**.

La Atención Primaria (AP) es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Los profesionales de AP tienen un perfil definido con un campo asistencial específico que se extiende desde el individuo a la familia y la comunidad. El objeto de conocimiento se encuentra en la persona como un todo, sin fragmentación entre lo físico, lo psíquico y lo social, e integrada en el entorno familiar y social. La continuidad en la atención a la salud lleva a estos profesionales a preocuparse por sus pacientes antes de que lleguen a serlo, realizando actividades preventivas, y a permanecer a su lado cuando la medicina curativa ha agotado sus recursos proporcionando cuidados paliativos. Todos los componentes de los equipos de AP deben asumir unos objetivos comunes y establecer entre ellos vínculos funcionales que posibiliten un desarrollo armónico y conjunto de sus tareas, basado en la división funcional del trabajo y de las responsabilidades de acuerdo con la capacitación técnica de los diferentes profesionales que lo integran y no en una línea jerárquica vertical.

Respecto a la reorganización de los cuidados es básico establecer una **estratificación de la población** que permita identificar a las personas con riesgo de enfermar y predecir las necesidades de las personas que ya presentan enfermedad crónica, permitiendo optimizar los programas de prevención y atención. La segmentación de la población podrá realizarse en base a criterios de complejidad clínica combinados con criterios de utilización de recursos sanitarios y precisará ser validada por el equipo habitual de atención. La estratificación va unida a una **valoración integral de las necesidades** médicas, de cuidados, funcionales y sociales de las personas y a la planificación de **intervenciones individualizadas** en función de dichas necesidades en las que se proponga el recurso más adecuado a la situación clínica, fase de la enfermedad y apoyo socio-familiar existente. Asimismo se han de priorizar las intervenciones con mayor impacto en la calidad de vida, teniendo en cuenta las preferencias de los pacientes y personas cuidadoras y garantizando el seguimiento continuo y la revisión de los planes de atención. Se trata de optimizar recursos llevando a cabo intervenciones en las que el balance coste-efectividad sea positivo por lo que es básico actuar sobre una población diana correctamente seleccionada. Las personas sanas o con factores de riesgo conocidos para la adquisición y desarrollo de enfermedades deberán ser orientadas a la responsabilidad en su propia salud y recibir formación en actividades preventivas.

Mejorar la comunicación con las personas, **personalizar el trato** y **humanizar los cuidados** debería ser el hilo conductor en todas las intervenciones destinadas a mejorar el abordaje de la cronicidad.

Premisas principales para una atención eficiente a las enfermedades crónicas, al envejecimiento y a la dependencia:

1. Tratamos con personas, no con enfermedades.
2. Las personas, tanto en su esfera individual como social, son el centro del Sistema Nacional de Salud.
3. El abordaje de la cronicidad ha de tener un enfoque de salud poblacional multidisciplinar.

4. Consideración de la perspectiva del ciclo de vida y de los determinantes sociales de la salud.
5. Consideración de todas las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico.
6. La Atención Primaria es el eje de la atención al paciente con condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico.
7. Continuidad asistencial.
8. Los profesionales del Sistema Nacional de Salud han de compartir con toda la ciudadanía la responsabilidad en los cuidados de salud