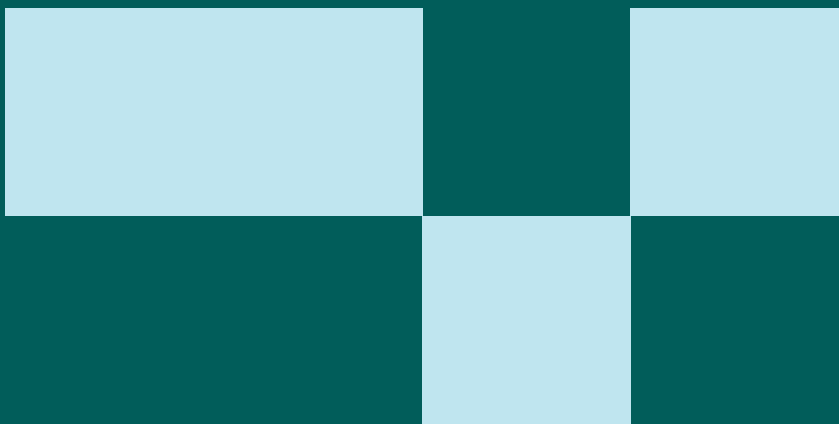


Hacia una Atención Primaria Estratégica y Líder

¿Cómo hacer frente al reto del Paciente
Crónico Pluripatológico para caminar
hacia el bienestar poblacional?



HACIA UNA ATENCIÓN PRIMARIA ESTRATÉGICA Y LÍDER

¿CÓMO HACER
FRENTE AL RETO
DEL PACIENTE CRÓNICO
PLURIPATOLÓGICO
PARA CAMINAR HACIA EL
BIENESTAR POBLACIONAL?

HACIA UNA ATENCIÓN PRIMARIA ESTRATÉGICA Y LÍDER

¿CÓMO HACER FRENTE
AL RETO DEL PACIENTE
CRÓNICO PLURIPATOLÓGICO
PARA CAMINAR HACIA EL
BIENESTAR POBLACIONAL?



Boehringer
Ingelheim

FUNDACIÓN

G A S
P A R
■ C A
S A L

Hacia una Atención Primaria Estratégica y Líder
Boehringer Ingelheim
Fundación Gaspar Casal

ISBN: 978-84-7360-975-3

Depósito legal: M-19367-2025

Materias: Política sanitaria, Gestión sanitaria, Economía de la salud, Regulación.

Formato: 170 × 240 mm

Páginas: 128

© 2025 Fundación Gaspar Casal

fundaciongasparcasal.org

C/ General Díaz Porlier 78, 8A

28006 Madrid

Con la colaboración de:



Edita: Libroacadémico, S.L.

Tel.: 91 550 02 60

info@libroacademico.com

www.libroacademico.com

ÍNDICE

Glosario de Acrónimos	13
Prólogo	15
Resumen ejecutivo	17
1 Introducción.....	21
2 Metodología	27
3 Revisión Narrativa	29
1 Contexto general y marco teórico	29
1.1 Características del paciente crónico pluripatológico: Definición y criterios diagnósticos.....	29
1.2 El Modelo de Atención al Paciente Crónico o <i>Chronic Care Model</i>	31
2 Estrategias y Programas internacionales.....	35
2.1 Estrategias y Programas de Organizaciones Internacionales.....	35
2.2 Estrategias y Programas de otros países	40
2.3 Lecciones de políticas interconectadas: el enfoque CRM en el ámbito internacional.....	58
2.4. ¿Es posible adaptar las experiencias internacionales al contexto español?	60

3	La Atención al Paciente Crónico Pluripatológico en España: Estrategias y Acciones en AP	61
3.1	La Estrategia Nacional de Abordaje a la Cronicidad.....	61
3.2	Estrategias Autonómicas	63
4	La Atención Primaria como Líder de la Atención Sanitaria	80
4.1	Recomendaciones de Reestructuración de la Atención Primaria: Principales cambios en el modelo para atender al paciente crónico en España.....	80
4.2	Acciones relevantes para el PCP desde la perspectiva de la AP y Comunitaria	83
4.3	Financiación para AP en las CCAA.....	87
4	Grupo Focal: Análisis del contenido.....	97
1	Valoración general del sistema sanitario y la Atención Primaria .	98
2	Principales barreras y desafíos de la AP para abordar la cronicidad.....	99
3	Propuestas de actuación	101
4	Experiencias concretas de cambio que pudieran servir de inspiración	105
5	Resumen en relación con las Estrategias de implementación en relación con la atención al PCP, y sostenibilidad de la AP	109
6	Fondos de financiación finalistas y fondos europeos para el impulso de estrategias, programas y acciones para la mejora del abordaje de la asistencia sociosanitaria al PCP en AP	110
5	Hoja de Ruta	111
6	Conclusión.....	117
	Referencias	119

EQUIPO INVESTIGADOR

María Errea

Investigadora Principal. Fundación Gaspar Casal

Alicia del Llano

Fundación Gaspar Casal

Sergio Minué

Investigador Asociado. Fundación Gaspar Casal

Marta Pérez

Fundación Gaspar Casal

COMITÉ DE EXPERTOS

Juan del Llano (Moderador)

Director General. Fundación Gaspar Casal

Manuel Arellano

Vicepresidente segundo de la Plataforma de Organización de Pacientes

Rosario Azcutia

Gerente Asistencial de Atención Primaria en el Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)

Josep Casajuana

Médico de familia. Miembro del proyecto CAIROS. Generalitat de Cataluña

Beatriz González López Valcárcel

Catedrática de Economía. Universidad de las Palmas de Gran Canaria

María Ángeles Martín Octavio

Directora General de Atención Primaria de Castilla-La Mancha

Esther Nieto

Enfermera Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria, Antropóloga. FAECAP (Federación de Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria)

Julia Quevedo

Presidenta de SEDAP y directora asistencial médico de la Dirección Asistencial Este de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.

Pilar Rodríguez Ledo

Presidenta de la Sociedad Española de Médicos de
Médicos Generales y de Familia (SEMG).

Francisco Sevilla Pérez

Ex consejero de Sanidad de la Representación
Permanente de España ante la Unión Europea.

GLOSARIO DE ACRÓNIMOS	
AP	Atención Primaria
PCP	Paciente Crónico Pluripatológico
CCM	Chronic Care Model (Modelo de Atención a la Cronicidad)
ECCM	Expanded Chronic Care Model (Modelo Expandido de Atención a la Cronicidad)
eECCM	eHealth Enhanced Chronic Care Model
CHRODIS	Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing
CRM	Enfermedades Cardiovasculares, Renales y Metabólicas
DMP	Disease Management Program (Programa de Manejo de Enfermedades)
ALD	Affection Longue Durée (Procedimiento de Enfermedades de Larga Duración)
NHS	National Health Service (Servicio Nacional de Salud del Reino Unido)
GPMP	General Practitioner Management Plan
TCA	Team Care Arrangement
CDM	Chronic Disease Management
CDPM	Chronic Disease Prevention and Management
UCAPI	Unidad de Continuidad Asistencial de Atención Primaria e Interna
PROMs	Patient-Reported Outcome Measures
PREMs	Patient-Reported Experience Measures
NPS	Net Promoter Score
SNS	Sistema Nacional de Salud

GLOSARIO DE ACRÓNIMOS	
CCAA	Comunidades Autónomas
GMA	Grupos de Morbilidad Ajustados
ICS	Institut Català de la Salut
SAD	Servicio de Atención Domiciliaria
SERMAS	Servicio Madrileño de Salud
SESCAM	Servicio de Salud de Castilla-La Mancha
SEMG	Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia
SEMFyC	Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria
FAECAP	Federación de Asociaciones de Enfermería Familiar y Comunitaria
OECD / OCDE	Organisation for Economic Co-operation and Development
AHA	American Heart Association
MIR	Médico Interno Residente
PAI	Plan de Atención Individualizado
TICs	Tecnologías de la Información y la Comunicación
SNS	Sistema Nacional de Salud
MFyC	Medicina Familiar y Comunitaria
CAIROS	Proyecto de reforma de atención primaria en Cataluña

PRÓLOGO

Viviremos más de 100 años. Eso, aunque suene a promesa de ciencia ficción, es una realidad estadística cada vez más próxima. Pero vivir más significa convivir con más enfermedades crónicas. La buena noticia es que esto no tiene por qué traducirse en sufrimiento, dependencia o deterioro. Podemos vivir mucho y vivir bien. Y ahí es donde la Atención Primaria tiene la oportunidad —y los políticos, la responsabilidad— de reinventarse.

Nos encaminamos hacia una sociedad centenaria, con una realidad sociodemográfica que nos obliga a transformar de forma urgente nuestro modelo de Atención Primaria. Todos —sin excepción— vamos a ser, en algún momento, pacientes crónicos. Y si lo pensamos bien, no hay lugar más estratégico para abordar esta nueva era de la salud que la Atención Primaria: el único nivel asistencial que acompaña a las personas en cada etapa de la vida, desde el inicio hasta el fin.

Pero para que eso sea posible, quienes trabajan en la Atención Primaria deben sentir bienestar respecto a su profesión. Cuidar de quienes nos cuidan es ineludible. Generar más vocaciones en Atención Primaria pasa por escuchar a sus profesionales, atender sus demandas, y mejorar sus condiciones laborales. Debemos caminar hacia un re-enamoramiento de la Atención Primaria para lo cual hay que reconectar con valores, pero también ofrecer mejoras

salariales. Solo así atraeremos nuevas vocaciones y formaremos equipos de alto rendimiento.

La modernización debe ser visible. La Atención Primaria tiene que ser el ejemplo de una Administración Sanitaria 2.0. (debe transitar a su prime time, si nos permiten la analogía). Y para ello necesita tecnología útil —como la inteligencia artificial—, integración de nuevos perfiles como terapeutas ocupacionales, reforzamiento urgente de otros existentes como psicólogos y trabajadores sociales, nuevos procedimientos, con la incorporación de los pacientes en la toma de decisiones compartidas a través de programas potentes de educación para la salud, así como ofrecer una atención empática y personalizada que responda a las necesidades ciudadanas en menos de 24 horas. Esto es lo que quiere la sociedad actual: empatía, rapidez y rigor.

Tenemos una oportunidad histórica: existe una estrategia, tenemos evidencia científica que avala el cambio tomando ejemplos inspiradores internacionales y regionales y, por primera vez en mucho tiempo, hay financiación. Hace poco, una consejera de la Fundación Gaspar Casal resumió en una frase la mística de la función pública: “si me quieres, dímelo en el presupuesto”. Ahora toca transmitir una frase similar a nuestros políticos; “si de verdad quieres a la sociedad a la que sirves, transforma la Atención Primaria”. Haz que sea líder y ejemplo de cambio en la Administración Sanitaria. Que no sea solo la primera puerta, sino también la mejor.

Este informe es un punto de partida. Una Hoja de Ruta. Un faro que busca hacer posible que vivamos 100 años, siendo pacientes crónicos pluripatológicos, pero con altísimos niveles de bienestar gracias a una Atención Primaria estratégica y líder.

Fundación Gaspar Casal, septiembre 2025

RESUMEN EJECUTIVO

A pesar del aumento de la esperanza de vida, no han aumentado los años libres de enfermedad. Sin embargo, sí han aumentado las enfermedades crónicas. Nos encontramos ante una población mundial cada vez más envejecida a la vez que más demandante de servicios de salud. Los sistemas sanitarios, por tanto, se enfrentan al reto de adaptarse para poder ofrecer los servicios que se demandan.

La fragmentación en la gestión y atención sanitaria provoca, con frecuencia, retrasos en el diagnóstico en Atención Primaria (AP), esencial para la detección temprana de enfermedades y la implicación que esto tiene en términos de anticipación en el abordaje de la pluripatología.

Las enfermedades crónicas se caracterizan por provocar un deterioro en la calidad de vida del paciente. Esto, en principio, se agudiza con los Pacientes Crónicos Pluripatológicos (PCP). La AP desempeña un rol fundamental en el cuidado de estos pacientes.

El objetivo de este trabajo es alcanzar consensos con todos los actores clave sobre cómo promover un liderazgo reforzado de la AP, piedra angular de la salud pública y del bienestar colectivo, con foco en mejorar la calidad de vida de PCP.

A través de una revisión de contexto y un grupo focal con expertos se ha elaborado una Hoja de Ruta donde se ofrecen recomendaciones que permitirán convertir el deseo en realidad, contribuyendo al fortalecimiento de la AP, pilar ineludible de nuestro Sistema Nacional de Salud.

La revisión narrativa de la literatura ha ayudado a tener un dibujo extenso del contexto del abordaje actual de la atención al PCP en AP, a nivel nacional e internacional.

Tanto en España como a nivel internacional se han logrado avances en la atención integral del PCP en AP, imprescindibles en una sociedad envejecida y cada vez más demandante de servicios de salud. Recientemente se ha publicado el Plan de Acción de AP y Comunitaria 2025-27 aunque queda mucho por cambiar y avanzar. En España, la implementación de modelos regionales específicos, respaldada por inversiones, en formación, infraestructura y equipamiento, ha fortalecido ligeramente el liderazgo de la AP. En la actualidad, algunas Comunidades Autónomas (CCAA) disponen de una estrategia para el abordaje del paciente crónico pluripatológico (en concreto son Andalucía, Aragón, Canarias, Castilla y León, y Navarra). Estas estrategias reflejan el compromiso de las CCAA en España para mejorar la atención de los PCP, con un enfoque particular en fortalecer el papel de la AP como eje central en la coordinación y provisión de cuidados integrales. Sin embargo, se evidencia la necesidad de más financiación para estos fines en AP para la atención a la cronicidad, así como incorporar indicadores que evalúen el bienestar del profesional sanitario (imprescindible para mejorar la calidad de los servicios prestados) y optimizar la coordinación de cuidados de crónicos en AP. Se requiere de un modelo de atención en el que la AP sea clave y valorada. Iniciativas internacionales —como el marco CHRODIS en Europa, los Programas de Manejo de Enfermedades en Alemania, el enfoque dual de Francia, el modelo NHS en Inglaterra y el programa CDM en Australia— han promovido la coordinación interdisciplinaria, la personalización del cuidado y el uso de tecnologías digitales, enfrentándose a desafíos compartidos como la sobrecarga administrativa y la fragmentación del servicio. De igual modo, los programas en Canadá (CDPM) y Suecia (Nurse-led clinics) resaltan la importancia de la prevención, la integración del cuidado y el empoderamiento del paciente, a pesar de retos relacionados con desigualdades regionales, cargas laborales elevadas, limitaciones tecnológicas y dificultades en la coordinación interdisciplinaria.

La sociedad española percibe de forma creciente la insuficiencia del sistema sanitario para atender el reto del envejecimiento. Según un estudio recientemente publicado, un 73 % de la población considera urgente reforzar la Atención Primaria para afrontar adecuadamente la cronicidad, mientras que sólo un 30 % afirma utilizar herramientas tecnológicas para seguir su tratamiento médico.

Todos estos hallazgos evidencian la tendencia global hacia modelos sanitarios integrados y centrados en el paciente, subrayando la necesidad de seguir perfeccionando los sistemas de salud para afrontar de manera efectiva el creciente desafío de la multimorbilidad en una población cada vez más envejecida.

1

INTRODUCCIÓN

En el mundo, se estima que uno de cada tres adultos padece varias enfermedades crónicas (Stokes et al., 2021). Además, el aumento de la esperanza de vida de las poblaciones hace que las personas que viven más años lleguen al final de su vida con un mayor número de enfermedades, muchas de ellas crónicas (Kennedy et al., 2014). Las enfermedades cardiovasculares, renales y metabólicas (CRM), así como las respiratorias, a menudo, coexisten en un mismo individuo y, actualmente, suponen la principal causa de muerte, según estadísticas publicadas por la Organización Mundial de la Salud (World Health Organization, 2024). Las enfermedades CRM, además, representaron aproximadamente un tercio de las defunciones en España en 2023 (Instituto Nacional de Estadística (INE), 2023). También representan un tercio de los costes totales de hospitalización y una importante carga económica tanto para los y las pacientes y sus familias/cuidadores, como para los sistemas sanitarios (Cronicidad: Horizonte 2025, 2020a).

La fragmentación en la gestión y atención de estas patologías interconectadas provoca, con frecuencia, retrasos en el diagnóstico en Atención Primaria (AP), esencial para la detección temprana de las enfermedades y la implicación que esto tiene en términos de anticipación en el abordaje de la pluripatología. Por ello es importante, primero, comprender a qué nos referimos cuando hablamos de pluripatología.

El concepto de paciente pluripatológico continúa, sin embargo, sin unos criterios universalmente aceptados. Entre los profesionales sanitarios se ha consolidado el concepto como aquel paciente, con frecuencia anciano, en el que concurren varias enfermedades crónicamente sintomáticas, con frecuentes reagudizaciones, que repercuten negativamente sobre su situación funcional y que generan una importante demanda en los diferentes niveles asistenciales (Miera & Francisco, 2008; Sager et al., 1996). La identificación de un paciente como pluripatológico es un aspecto fundamental para el desarrollo de una estrategia sistemática para su atención.

Según la Sociedad Española de Medicina Interna, un **Paciente Crónico Pluripatológico (PCP)** es aquel que padece simultáneamente dos o más enfermedades crónicas complejas que evolucionan a lo largo de los años, pertenecientes a diferentes categorías clínicas. Dichas categorías se utilizan de manera estandarizada como criterios de diagnóstico de PCPs, independientemente de la CCAA. Estas patologías suelen deteriorar la calidad de vida del paciente, provocando frecuentes reagudizaciones, fragilidad y disminución de la autonomía, lo que genera una alta demanda de atención sanitaria (Sociedad Española de Medicina Interna, 2022).

Las enfermedades crónicas asociadas comúnmente incluyen: cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca crónica, enfermedad renal crónica, enfermedades pulmonares crónicas y enfermedades neurológicas crónicas, entre otras. La coexistencia de estas patologías incrementa la susceptibilidad y fragilidad clínica del paciente, conllevando un deterioro funcional progresivo y un elevado riesgo de discapacidad, seguida con frecuencia de dependencia. Se trata, por tanto, de pacientes que requieren una atención integral y coordinada debido a la complejidad de sus condiciones de salud.

El grupo de PCPs adquiere una importancia creciente debido al progresivo envejecimiento de la población y al aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas, fenómenos que están transformando el panorama sanitario a nivel global. A medida que la esperanza de vida se incrementa, también lo hace la probabilidad de que las personas desarrollen múltiples enfermedades crónicas simultáneamente, como diabetes, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Esto genera una **mayor demanda de atención médica integral y coordinada**, así como la

necesidad de **adaptar los sistemas de salud** para abordar las complejas interacciones entre estas patologías, sus tratamientos y sus consecuencias funcionales. Además, debido a la fragilidad y dependencia mencionadas, representan **un reto para los recursos sanitarios y sociales**, subrayando la urgencia de implementar estrategias de atención centradas en el paciente y basadas en equipos multidisciplinares, donde el acompañamiento emocional, la flexibilidad y la humanización deben ser ejes vectores de esta atención, junto con la participación del propio paciente y su entorno.

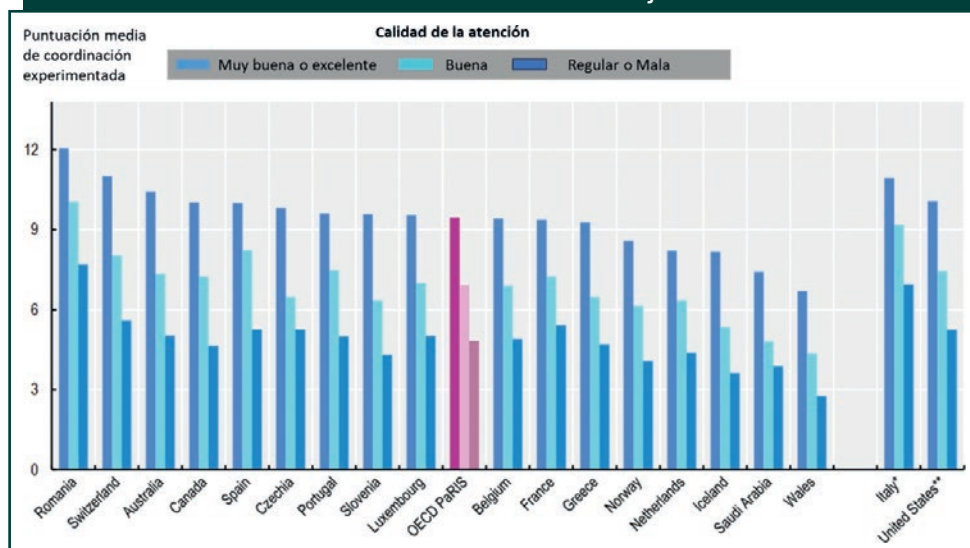
La AP no solo desempeña un rol fundamental en el cuidado de estos pacientes, sino que tiene, además, la capacidad de consolidar un sistema de salud centrado en la persona, atendiendo a la persona (incluso con la capacidad de luchar contra el estigma de la enfermedad), y permitiendo ganar salud a nivel poblacional. Además, existe evidencia que demuestra cómo la continuidad asistencial está asociada con una reducción de la mortalidad por cualquier causa (Gray et al., 2018).

España dispone de un Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria para 2025-2027 (Ministerio de Sanidad, 2024), mostrando su compromiso con el Sistema Nacional de Salud de España para fortalecer la Atención Primaria como eje vertebrador del sistema sanitario. Este plan se orienta a consolidar un modelo asistencial más accesible, resolutorio, centrado en las personas y con una mayor orientación comunitaria, abordando de forma integral los retos actuales como el envejecimiento de la población, la cronicidad y la equidad en el acceso a los servicios de salud. A través de líneas estratégicas concretas y acciones coordinadas con las comunidades autónomas, el plan busca transformar la atención en el primer nivel asistencial para mejorar la calidad de la atención, la salud y el bienestar de la ciudadanía.

Según un reciente informe (OECD, 2025), aquellos países donde los pacientes informan de una mejor calidad de atención también tienden a informar mejores experiencias de paciente y de coordinación de la atención. Los resultados de PaRIS (Gráfico 1) destacan la gran importancia de una mejor coordinación de la atención para las personas con múltiples enfermedades crónicas. Además, este mismo estudio también ha concluido que las características de la AP influyen en la salud y la calidad de vida de las personas con múltiples enfermedades crónicas. Esto convierte a la AP en un entorno natural para implementar

estrategias e intervenciones como la coordinación de la atención. Además, ayuda a empoderar a los pacientes para que gestionen su propia salud de forma más eficaz. El mismo informe hace referencia a evidencia de asociación entre tener un sistema de AP sólido y mejores resultados de salud en personas con múltiples enfermedades crónicas, quienes tienen más probabilidades de reportar una salud buena o muy buena si residen en países con sistemas de AP bien estructurados, caracterizados por una alta continuidad de la atención y una amplia gama de servicios (Hansen et al., 2015).

Gráfico 1. En los países donde las personas experimentan una mejor coordinación de la atención, es más probable que informen de una mejor calidad de la atención.



Fuente: Base de datos PaRIS 2024 de la OCDE (Adaptación al castellano de la Figura 3.13 del informe) (OECD, 2025). Nota: Cuestionario P3CEQ. Respuesta a cinco preguntas que miden la coordinación de la atención. La escala va de 0 a 15; las puntuaciones más altas indican una mejor coordinación de la atención. *Los datos de Italia se refieren a pacientes inscritos en centros ambulatorios para consultas con especialistas en regiones seleccionadas. **La muestra de Estados Unidos solo incluye personas de 65 años o más. Los resultados son estadísticamente significativos ($p < 0,05$) en todos los países entre las personas que informaron una calidad de atención experimentada muy buena o excelente, buena y regular o mala.

El modelo de AP español permite tratar a la población de forma integral, cercana y continuada a lo largo del tiempo, llegando a toda la población, independientemente de su nivel socioeconómico, por lo que es fundamental para la equidad en salud. Al ser el primer nivel de contacto y eje coordinador de la

atención sanitaria permite la detección temprana de complicaciones, el seguimiento continuado de las múltiples patologías y la promoción de hábitos de vida saludables que contribuyen a la estabilidad clínica. Aunque no hay nadie mejor que el paciente y su entorno para identificar las necesidades físicas, los profesionales de AP son clave para establecer planes de cuidado personalizados, identificar, o corroborar incluso con el paciente, dichas necesidades, emocionales y sociales, y coordinar con los servicios especializados cuando sea necesario. Un enfoque integral y longitudinal no solo mejora la calidad de vida del paciente, sino que también reduce las hospitalizaciones evitables, los costes sanitarios y la fragmentación del cuidado, haciendo de la AP un pilar indispensable en la gestión de esta población compleja. La AP debe ser considerada el baluarte del estado del bienestar ya que es la puerta principal de entrada al sistema sanitario (se puede entrar por otros servicios como urgencias, o atención hospitalaria) y la principal vía de acompañamiento a lo largo de la vida de cualquier ciudadano. Toca que la AP se reinvente, para asumir el rol que realmente le corresponde, y ser líder de la transformación del SNS.

El objetivo de este trabajo es alcanzar **consensos** con todos los actores clave sobre cómo **promover un liderazgo reforzado de la AP** con foco en mejorar el bienestar de la población, con especial interés en mejorar el bienestar de todas las personas afectadas por la cronicidad, y la atención y la **calidad de vida** de **PCPs**.

A través de una revisión de contexto y la elaboración de una Hoja de Ruta se ofrecen, en este documento, recomendaciones que permitirán convertir el deseo en realidad, y contribuir al fortalecimiento de la AP, pilar ineludible de nuestro Sistema Nacional de Salud.

2

METODOLOGÍA

Este informe combina una metodología mixta, complementando la **revisión narrativa de literatura** clave, con el fin de revisar las estrategias y actuaciones, tanto en España como a nivel internacional, para el abordaje integral en AP del PCP, con la ejecución de un **grupo focal**, con el fin de recoger la opinión de expertos en la gestión y manejo de la cronicidad en AP para el PCP. Se revisaron las bases de datos PubMed y MEDLINE, y se complementó la búsqueda en Google Scholar. También se revisaron las páginas web de los servicios regionales de salud de las CCAA. El algoritmo de búsqueda incluyó las siguientes palabras clave:

(quality of life AND (chronic care OR chronic*) AND (Primary care OR family care) and (spain or espana OR France OR Francia OR United Kingdom OR UK OR “Reino Unido” OR Germany OR Aleman*)) NOT (PROTOCOL) NOT (CHINA or USA)

Con esta metodología se redacta, finalmente, una **Hoja de Ruta** con las líneas de actuación identificadas actuando como una propuesta de recomendaciones para mejorar el abordaje de la Atención Integral, en AP, del PCP.

3

REVISIÓN NARRATIVA

Se revisa en esta sección el contexto general, definiendo al PCP, los modelos de atención a la cronicidad existentes y explicando su evolución hacia una atención donde cada vez el paciente está más implicado en el proceso de toma de decisiones, y las estrategias internacionales y nacionales para el abordaje real de la cronicidad y del PCP. Se termina resumiendo los principales cambios y la reestructuración que se han identificado y que han de llevarse a cabo en la AP para mejorar el abordaje al PCP.

1. CONTEXTO GENERAL Y MARCO TEÓRICO

1.1. CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE CRÓNICO PLURIPATOLÓGICO: DEFINICIÓN Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS.

La guía de práctica clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología (Bernabeu-Wittel et al., 2014) ofrece la siguiente definición funcional de PCP: Es PCP aquel que presenta enfermedades crónicas definidas en dos o más de las siguientes categorías de la **Tabla 1**.

Tabla 1. Definición funcional de paciente pluripatológico. Aquel que presenta enfermedades crónicas definidas en 2 o más de las siguientes categorías clínicas.

Categoría A:	Insuficiencia cardíaca que, en situación de estabilidad clínica, se ha clasificado en grado II de la NYHA ^a (síntomas con actividad física habitual).
	Cardiopatía isquémica.
Categoría B:	Vasculitis y enfermedades autoinmunes sistémicas.
	Enfermedad renal crónica definida por elevación de creatinina ($> 1,4$ mg/dl en varones, $> 1,3$ mg/dl en mujeres) o proteinuria ^b , mantenidos durante 3 meses
Categoría C:	Enfermedad respiratoria crónica que, en situación de estabilidad clínica, presenta disnea grado 2 de la escala MRC ^c , o FEV1 $< 65\%$, o saturación de oxígeno $\leq 90\%$.
Categoría D:	Enfermedad neurológica crónica intestinal
	Hepatopatía crónica con datos de insuficiencia hepatocelular ^d o hipertensión portal ^e
Categoría E:	Ataque cerebrovascular
	Enfermedad neurológica con déficit motor permanente que provoque una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel < 60)
	Enfermedad neurológica con deterioro cognitivo permanente, al menos moderado (Pfeiffer con 5 o más errores)
Categoría F:	Arteriopatía periférica sintomática
	Diabetes mellitus con retinopatía proliferativa o neuropatía sintomática
Categoría G:	Anemia crónica por pérdidas digestivas o hemopatía adquirida no subsidiaria de tratamiento curativo que presente hemoglobina < 10 mg/dl en 2 determinaciones separadas entre sí más de 3 meses
	Neoplasia sólida o hematológica activa no subsidiaria de tratamiento con intención curativa

Categoría H:

Enfermedad osteoarticular crónica que provoque por sí misma una limitación para las actividades básicas de la vida diaria (índice de Barthel < 60)

Fuente: Elaboración propia a partir de Bernabeu-Wittel et al. (2014). Notas: a Ligera limitación de la actividad física. La actividad física habitual le produce disnea, angina, cansancio o palpitaciones. b Índice albúmina/creatinina > 300 mg/g, microalbuminuria > 3 mg/dl en muestra de orina o albúmina > 300 mg/día en orina de 24 h o > 200 µg/min. c Incapacidad de mantener el paso de otra persona de la misma edad, caminando en llano, debido a la dificultad respiratoria o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso. d INR >1,7, albúmina <3,5 g/dl, bilirrubina >2 mg/dl. e Definida por la presencia de datos clínicos, analíticos, ecográficos o endoscópicos.

Esta clasificación es ampliamente utilizada en el ámbito sanitario español para identificar a pacientes que requieren una atención integral y coordinada debido a la complejidad de sus condiciones de salud. La coordinación de la atención es esencial para PCP, ya que una atención fragmentada puede conducir a resultados adversos y disminución en la calidad de vida. La implementación de estrategias efectivas de coordinación puede cerrar brechas significativas en la calidad de la atención para estos pacientes (McDonald et al., 2007). Minué-Lorenzo & Fernández-Aguilar (2018) ofrecen una perspectiva crítica sobre los programas de atención a la cronicidad en AP, destacando la necesidad de redefinir los criterios diagnósticos para PCP. Señalan que una definición más precisa puede mejorar la identificación y el manejo de estos pacientes, promoviendo intervenciones más efectivas y personalizadas.

1.2. EL MODELO DE ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO

O CHRONIC CARE MODEL

El marco teórico actual para abordar al paciente crónico pluripatológico se fundamenta en **modelos de atención integrada** que buscan proporcionar cuidados continuos, coordinados y centrados en las necesidades específicas de estos pacientes. Uno de los enfoques más reconocidos es el **Modelo de Atención a la Cronicidad** (o CCM, *Chronic Care Model*).

El CCM fue propuesto por Wagner en 1998, según el cual, al tomar en cuenta diversas interacciones productivas entre pacientes informados y activos y un equipo de profesionales de la salud preparado y proactivo, es posible mejorar los resultados funcionales y clínicos en el manejo de enfermedades, especialmente en el caso de enfermedades crónicas. Este modelo ha sido criticado en

varias ocasiones, en particular por su incapacidad para abarcar o describir adecuadamente las estrategias necesarias para promover eficazmente la salud y prevenir enfermedades a nivel poblacional e individual (Barr et al., 2003; Gee et al., 2015; Yeoh et al., 2018).

Con el fin de enfatizar que el sistema de atención sanitaria debe abordar los factores sociales, ambientales y culturales que afectan la salud, Barr et al. propusieron un modelo revisado que integra la Carta de Ottawa, que reconoce la importancia de trabajar en “el proceso de permitir que las personas aumenten el control sobre su salud y la mejoren” (Barr et al., 2003). Este nuevo modelo CCM, versión extendida del CCM, o ECCM, integra los determinantes sociales y la promoción de la salud de la población en la prevención y el manejo de las enfermedades crónicas. Se presenta el ECCM en la **Figura 1** a continuación.

Figura 1. El Modelo Expandido de Atención a la Cronicidad: Integrando la Promoción de la Salud poblacional.



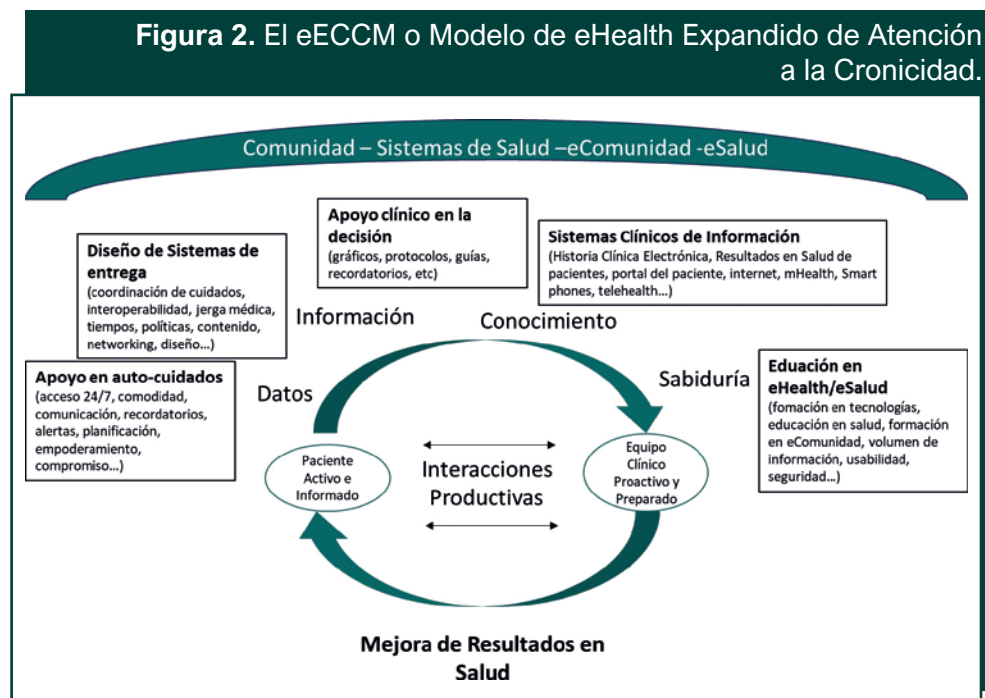
Fuente: Elaboración propia a partir de Barr et al. (2003).

Si bien tanto el CCM y el ECCM toman en consideración el papel central que desempeñan los pacientes en el desarrollo de su autogestión y habilidades

personales para mejorar su salud y bienestar, el ECCM propone desarrollar estas habilidades de manera paternalista. Por ejemplo, se propone apoyar el desarrollo personal y social de individuos y grupos como una forma de proporcionar información para mejorar las habilidades de vida. Sin embargo, las poblaciones y los individuos no tienen, todos, la misma capacidad para cambiar sus hábitos de vida, pero tienen experiencia que se puede movilizar para adaptar las estrategias en función de su conocimiento y voluntad de cambio.

Más actual es el eHealth Enhanced Chronic Care Model (eECCM), que no es más que el ECCM con la inclusión de la tecnología en el modelo. El eECCM destaca el papel que desempeña la tecnología en el apoyo a los pacientes con enfermedades crónicas, y considera la importancia de involucrar a los pacientes con el fin de que puedan formar parte activa en los procesos de toma de decisión.

La **Figura 2**, a continuación, muestra el modelo eHealth expandido de atención a la cronicidad.



Fuente: Elaboración propia a partir de Gee et al.(2015)

Involucrar a pacientes que han experimentado un problema de salud en la educación terapéutica contribuye significativamente a mejorar su capacidad para modificar hábitos de vida y mantener estos cambios a lo largo del tiempo (Dumez & Pomey, 2019). No obstante, el modelo actual tiende a enfocar la participación del paciente principalmente desde la perspectiva de lo que los profesionales pueden ofrecer, limitando así una visión más colaborativa y bidireccional del proceso.

Tanto el CCM como su evolución, el ECCM y eECCM, se han adaptado y utilizado para atender a PCP. Estas versiones adaptadas han surgido en respuesta a la creciente complejidad de este grupo de pacientes, integrando nuevos elementos y enfoques para abordar sus necesidades específicas.

Para los PCP, el CCM se ha ampliado para incluir:

- Coordinación multidisciplinaria más sólida: Dado que estos pacientes suelen ser atendidos por varios especialistas, la integración entre ellos y el equipo de AP es fundamental.
- Gestión de la polifarmacia: Se incluye un énfasis en revisar tratamientos para evitar interacciones medicamentosas y minimizar la carga terapéutica.
- Atención centrada en la persona y sus cuidadores: Reconociendo la importancia del entorno familiar en el manejo de múltiples patologías.
- Manejo proactivo y estratificación del riesgo: Identificar pacientes con mayor probabilidad de hospitalización o descompensación y priorizar su atención.

En el contexto de los PCP, el ECCM agrega:

- Abordaje sociosanitario integrado: Se conecta la atención médica con servicios sociales, como ayuda domiciliaria o servicios de salud mental, que son esenciales para el manejo de estos pacientes.
- Tecnologías avanzadas para el seguimiento: Como la telemedicina y los sistemas de telemonitorización para supervisar múltiples enfermedades desde el domicilio.

- Programas de educación familiar y comunitaria: Para formar tanto a cuidadores como a la red de apoyo del paciente en temas relacionados con su cuidado diario.
- Enfoque en la calidad de vida: Más allá del control clínico de las patologías, se da prioridad al bienestar global del paciente, considerando sus valores y preferencias.

Aunque existen múltiples enfoques para la atención de pacientes con condiciones crónicas, no hay evidencia concluyente que favorezca un modelo específico (Oxman et al., 2008). Por lo tanto, es crucial evaluar cuidadosamente las necesidades locales y los recursos disponibles antes de tratar de diseñar e implementar modelos de atención crónica.

A continuación, se ofrece el resumen de los modelos identificados implementados, a partir de estrategias, en pacientes crónicos y PCPs.

2. ESTRATEGIAS Y PROGRAMAS INTERNACIONALES

A nivel internacional se han identificado estrategias y programas que han tenido impacto relevante en el abordaje del PCP. Se presentan, a continuación, por un lado, los principales programas de organizaciones internacionales, y por otro, programas específicos explorados de diferentes países.

2.1. ESTRATEGIAS Y PROGRAMAS DE ORGANIZACIONES INTERNACIONALES

La estrategia CHRODIS (Joint Action on Chronic Diseases and Promoting Healthy Ageing Across the Life Cycle) (Chrodis, s. f.) es una iniciativa de la Unión Europea que busca abordar el impacto de las enfermedades crónicas en la población europea. Fue implementada inicialmente entre 2014 y 2017 como una acción conjunta entre estados miembros, instituciones de salud pública y expertos, con el objetivo de mejorar la prevención, el manejo y la calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas. CHRODIS se centra especialmente en enfermedades como diabetes, enfermedades cardiovasculares, respiratorias, y condiciones relacionadas con el envejecimiento, apoyándose en la colaboración transnacional y el aprendizaje compartido.

Los pilares clave de CHRODIS son:

1. **Promoción de la salud y prevención primaria:** Incentivar hábitos de vida saludables, especialmente en relación con el tabaquismo, la dieta, la actividad física y el control de factores de riesgo como obesidad y presión arterial.
2. **Enfoque en la multimorbilidad:** Facilitar la gestión integrada de pacientes con múltiples condiciones crónicas a través de la coordinación del cuidado y el uso eficiente de recursos.
3. **Buenas prácticas en el manejo de enfermedades crónicas:** Compartir ejemplos exitosos entre países, como planes de cuidados personalizados, sistemas de telemedicina, y modelos innovadores de AP.
4. **Integración y equidad en la atención:** Asegurar que todos los pacientes, independientemente de su ubicación o nivel socioeconómico, tengan acceso a una atención de calidad.

La Estrategia CHRODIS es crucial para el manejo del PCP. Las razones clave para su importancia para el PCP son:

- Su enfoque en la **multimorbilidad**: CHRODIS reconoce que los pacientes con múltiples enfermedades crónicas requieren un cuidado más complejo y coordinado, que no puede ser abordado eficazmente mediante enfoques fragmentados o centrados en enfermedades individuales.
- Promueve **modelos integrados** que mejoran la comunicación entre diferentes niveles de atención (primaria, especializada, comunitaria) y entre diversos profesionales de la salud.
- Busca **adaptar los planes de tratamiento** a las necesidades individuales de los pacientes, considerando sus múltiples condiciones, factores psicosociales y preferencias.
- Enfatiza la **prevención** secundaria y terciaria, centrada en evitar la progresión de las enfermedades existentes y mejorar la calidad de vida del paciente.

- La estrategia destaca la importancia de garantizar la **equidad en el acceso**, tratando de que todos los pacientes, incluidos los que viven en áreas rurales o tienen menor acceso a recursos, reciban cuidados integrales y de calidad.

Su impacto se ha visto reflejado con acciones que han supuesto una mejora en el manejo del PCP. Concretamente, el éxito de CHRODIS en este aspecto se puede observar en:

- Una reducción de la fragmentación del cuidado: Los modelos promovidos por CHRODIS han demostrado reducir la duplicación de pruebas, mejorar la comunicación entre profesionales y simplificar el acceso a los servicios de salud.
- Un aumento en la efectividad del cuidado: Los pacientes pluripatológicos tratados bajo modelos integrados tienen menor riesgo de hospitalizaciones evitables y complicaciones graves.
- El establecimiento de estándares comunes: CHRODIS ha fomentado la colaboración entre países europeos, ayudando a establecer estándares y principios compartidos que facilitan la adopción de buenas prácticas.

CHRODIS ha sido, por lo tanto, clave para transformar el manejo del PCP al proporcionar un marco estructurado, herramientas prácticas y ejemplos de éxito que pueden ser adaptados en contextos nacionales. Su énfasis en la integración, personalización y educación no solo mejora los resultados de salud, sino también la experiencia del paciente y la sostenibilidad del sistema de salud. La estrategia CHRODIS, al ser una iniciativa de acción conjunta de la Unión Europea, ha sido implementada principalmente en los países miembros que participaron en sus dos fases: CHRODIS (2014-2017) y CHRODIS Plus (2017-2020). Entre los países que han desarrollado o adaptado intervenciones piloto o políticas basadas en sus recomendaciones se encuentran: España, Italia, Alemania, Francia, Suecia, Finlandia, Grecia, Lituania, Portugal, Eslovenia, Croacia, Bélgica, Países Bajos y Eslovaquia.

Cada país ha aplicado los principios de CHRODIS de manera adaptada a su contexto nacional, a menudo mediante proyectos piloto en regiones específicas

o integrando elementos como la gestión de la multimorbilidad, la promoción de hábitos de vida saludables y modelos de atención integrada.

La NCD Alliance (NCD Alliance, s. f.), que actualmente reúne a 300 organizaciones miembros de 81 países que abordan las enfermedades no transmisibles (ENT) y sus factores de riesgo, ha desarrollado una estrategia integral para abordar las ENT y la cronicidad. Dicha estrategia está estructurada en cuatro pilares fundamentales:

1. Incidencia política y rendición de cuentas (advocacy and accountability): Este pilar se centra en influir en políticas y decisiones a nivel global, regional y nacional para priorizar la prevención y el control de las ENT. Incluye la promoción de políticas basadas en evidencia y el monitoreo del progreso en la implementación de compromisos relacionados con las ENT.
2. Desarrollo de capacidades (capacity development): Busca fortalecer las habilidades y competencias de las organizaciones de la sociedad civil y otros actores clave para mejorar la prevención y el control de las ENT. Esto implica proporcionar recursos, formación y apoyo técnico para aumentar la eficacia de las intervenciones.
3. Intercambio de conocimientos (knowledge exchange): Promueve la recopilación y difusión de información, mejores prácticas y lecciones aprendidas en relación con las ENT. Facilita plataformas y oportunidades para compartir conocimientos entre diferentes partes interesadas, fomentando la colaboración y la innovación.
4. Convenios y alianzas (convening and partnerships): Se enfoca en establecer y fortalecer alianzas estratégicas con diversas organizaciones, incluyendo gobiernos, instituciones académicas, sector privado y otras entidades de la sociedad civil. Estas colaboraciones buscan amplificar los esfuerzos colectivos para abordar la cronicidad y las ENT de manera más efectiva.

Estos pilares están diseñados para trabajar de manera sinérgica, con el objetivo de reducir la carga global de las ENT y mejorar la salud y el bienestar de las poblaciones afectadas.

La NCD Alliance ha implementado diversas acciones que han contribuido a mejorar el manejo de PCP. Entre las más destacadas se encuentran:

- Integración de las ENT en la preparación y respuesta ante pandemias: Durante la pandemia de COVID-19, la NCD Alliance abogó por la inclusión de las enfermedades no transmisibles (ENT) en las estrategias de preparación y respuesta sanitaria. La resiliencia y el fortalecimiento de los sistemas de salud son elementos clave para garantizar una respuesta eficaz ante emergencias sanitarias, como se evidenció durante la pandemia de COVID-19. En este contexto, la AP desempeña un papel fundamental como primera línea de defensa, tanto en la prevención —a través de estrategias como la vacunación y la disponibilidad de materiales de protección— como en el cuidado continuo de las personas, especialmente aquellas con enfermedades crónicas. La capacidad de anticiparse a nuevas crisis sanitarias requiere no solo reforzar los recursos y la coordinación del sistema, sino también institucionalizar prácticas como el seguimiento remoto de pacientes, que permite mantener la continuidad asistencial incluso en escenarios de confinamiento o sobrecarga hospitalaria. Estar preparados implica invertir en estructuras sólidas, accesibles y adaptables, con la AP como eje estratégico de la respuesta sanitaria integral. Esta iniciativa buscó garantizar que los pacientes con múltiples patologías crónicas recibieran atención continua y adecuada durante crisis sanitarias, reconociendo su vulnerabilidad incrementada.
- Desarrollo de guías de práctica clínica para pacientes pluripatológicos: La NCD Alliance ha promovido la creación y difusión de guías clínicas que abordan la complejidad del manejo de pacientes con múltiples enfermedades crónicas. Estas guías proporcionan recomendaciones basadas en evidencia para la atención integral y coordinada de estos pacientes, mejorando la calidad de la atención y reduciendo la variabilidad clínica.
- Promoción de políticas públicas inclusivas: Mediante la incidencia política, la NCD Alliance ha trabajado para que las enfermedades crónicas no transmisibles sean una prioridad en las agendas de salud pública. Esto incluye la elaboración de guías para la incidencia política que facilitan a las organizaciones miembros la comprensión de los procesos

de formulación de políticas y la integración de las ENT en estrategias nacionales e internacionales.

- Fomento de la inversión en ENT: La NCD Alliance ha lanzado llamados globales para aumentar la inversión en la prevención y control de las ENT, destacando que una financiación adecuada puede salvar millones de vidas. Esta inversión es crucial para el desarrollo de programas y servicios que aborden las necesidades de los pacientes con múltiples enfermedades crónicas.

Estas acciones reflejan el compromiso de la NCD Alliance en mejorar la atención y el manejo de PCP, abordando tanto aspectos clínicos como estructurales y políticos para garantizar una atención integral y de calidad.

Se ha reconocido la falta de evidencia concluyente para adoptar un modelo único de atención integrada para pacientes con condiciones crónicas (Oxman et al., 2008). Este enfoque prudente resalta la importancia de adaptar las estrategias de atención a contextos locales específicos, considerando las particularidades de cada sistema de salud.

Revisamos, a continuación, algunos programas del contexto internacional que muestran aspectos que podrían ser interesantes para el diseño de un mejor programa para el abordaje del PCP en AP en España. Para cada país (se analizan Alemania, Francia, Inglaterra, Australia, Canadá y Suecia), se presentan sus planes o estrategias de abordaje a la cronicidad, los objetivos y principales logros de cada plan o estrategia en el abordaje del PCP, y los retos identificados en su implementación.

2.2. ESTRATEGIAS Y PROGRAMAS DE OTROS PAÍSES

2.2.1. Alemania

Alemania dispone, desde 2002, de **Programas de Manejo de Enfermedades** (DMP, por sus siglas en inglés) y está alineado con los principios de CHRODIS. Se trata de programas de tratamiento estructurados para personas con enfermedades crónicas que deben ser aprobados por la Oficina Federal de Seguridad Social (BAS, por sus siglas en inglés) sobre la base de los hallazgos de la medicina basada en la evidencia (Hagen, 2022).

El objetivo principal del DMP es optimizar la atención a pacientes crónicos, la cooperación entre niveles de atención médica y los costes de la misma mediante: la estructuración del tratamiento, la entrega de información al paciente y el aseguramiento de la activa participación de éste en el programa. Los DMP están destinados a ayudar a garantizar una atención económica y basada en las necesidades y a reducir las deficiencias de suministro existentes, como el exceso de oferta, la falta de oferta y la atención incorrecta en nuestro sistema de salud. En este sentido, también se pretende reducir los costes totales del tratamiento evitando complicaciones, estancias hospitalarias y daños consecuentes y mejorar así la calidad de vida de todos los participantes.

Las patologías susceptibles de dar lugar al desarrollo de DMP (población diana de estos programas) son: Cáncer de mama, Diabetes Tipo 1 y 2, Cardiopatía isquémica, Asma, EPOC.

En relación con las actividades desarrolladas por los DMPs, destacan:

- Para cada patología crónica, y a nivel de regiones, la definición de: procesos médicos, la coordinación entre los diversos niveles de asistencia médica, las opciones de tratamiento, la educación al paciente, documentación a utilizar, cursos de formación, etc (Busse, 2004; Szecsenyi et al., 2008).
- La organización de programas educativos dirigidos a los pacientes para que aprendan a gestionar su enfermedad (Fuchs et al., 2014). Existe evidencia de que los programas han mejorado la supervivencia, y reducido la mortalidad en comparación con pacientes crónicos que recibieron los cuidados estándar.

Tanto los médicos de familia como los hospitales que quieran participar en los DMP deben cumplir una serie de requisitos que deben acreditar (ej. haber participado en cursos específicos de la patología a tratar, en el caso de los primeros, y disponer de las infraestructuras necesarias, en el de los segundos) (Gemeinsamer Bunderausschuss, 2024).

Los principales retos identificados de los DMP han sido:

- La cantidad de documentación que se genera al participar en los DMP está sobrecargando a los profesionales médicos.

- La asistencia sigue estando centrada en el médico de familia y no se involucra directamente a otros profesionales (personal de enfermería y no sanitarios).
- No se han realizado estudios que comparen la atención proporcionada a través de los DMP con la atención ordinaria.

Como **dato clave**, de este país, se extrae que **la participación en los DMP requiere formación específica y acreditación de infraestructuras, garantizando calidad y compromiso institucional**.

2.2.2. Francia

Desde 2002, Francia, dispone de un Programa para enfermedades de larga duración (ALD por sus siglas en Francés) (*Management of a long-term illness (ALD) by the Health Insurance*, 2024), alineado también con los principios de CHRODIS. Su objetivo es facilitar el acceso de las personas con enfermedades crónicas a los servicios y tratamientos que requieren, así como reunir a los profesionales involucrados en la gestión de una patología en concreto para prestar un mejor servicio. Está dirigido a personas con enfermedades crónicas.

Gracias a este programa, en Francia a día de hoy existen dos enfoques para gestionar las enfermedades crónicas:

- El procedimiento de atención a enfermedades de larga duración: el tratamiento y servicios requeridos por los pacientes incluidos en este programa, elegidos por los médicos de familia, es totalmente cubierto por el sistema público. El ALD comprende 30 enfermedades crónicas (diabetes, EPOC, demencia, esclerosis múltiple, etc.), si bien no se tienen en cuenta todos los estados de la enfermedad (por ejemplo, una persona que sufre de EPOC debe estar en una fase avanzada de la enfermedad para entrar en el programa). Así, el médico de familia establece un protocolo de atención al paciente, en función de su patología (profesionales sanitarios involucrados, tratamiento, seguimiento, ...).
- La atención a través de redes de salud (réseaux de santé) (Direction générale de l'offre de soins. Ministère Chargé de la Santé, 2012) se trata de redes de profesionales (médicos de familia, personal de enfermería,

nutricionistas, farmacéuticos, etc.) en torno a una patología en concreto. Los pacientes, que pueden acceder a estas redes directamente o a través de su médico de familia, se benefician gratuitamente de los servicios que ofrece la red (por ejemplo, en el caso de una red de diabetes: sesiones educativas, consejos sobre nutrición, programas de ejercicio físico, etc.) y se establece un plan individualizado para cada uno de ellos. En caso de ser necesario, las redes (de diferentes patologías) pueden coordinarse entre ellas.

Cabe notar que el ALD está más orientado al aspecto financiero de la enfermedad mientras que las redes de salud se centran en la gestión de la enfermedad, otorgan mayor autonomía al paciente y le ayudan a autogestionar su enfermedad.

Entre los resultados de este programa (Solesse, 2019), destacan:

- Permite que pacientes con enfermedades crónicas graves reciban atención médica y medicamentos relacionados con su enfermedad sin coste adicional, gracias a una cobertura del 100% en el sistema de seguridad social. Esto reduce barreras económicas para el acceso a tratamientos prolongados.
- Las redes de salud promueven la colaboración entre médicos generales, especialistas, enfermeros y otros profesionales de la salud. Han demostrado éxito en personalizar el tratamiento según las necesidades individuales del paciente.
- Se han llevado a cabo programas educativos que han mejorado el autocuidado de los pacientes, promoviendo hábitos de vida saludables y adherencia a los tratamientos. Ejemplo: campañas dirigidas a pacientes diabéticos para manejar su enfermedad de manera autónoma.
- Se ha reducido la duplicación de pruebas diagnósticas y consultas, optimizando el uso de recursos médicos. Las redes de salud han facilitado una transición más fluida entre distintos niveles de atención.
- La atención preventiva y los planes personalizados de seguimiento han disminuido la necesidad de hospitalizaciones frecuentes.

Entre los retos, se han identificado:

- La certificación para ser incluido en el ALD es compleja y consume tiempo tanto para los pacientes como para los profesionales médicos. Las redes de salud también enfrentan procesos administrativos que ralentizan su implementación efectiva.
- El acceso a las redes de salud varía considerablemente según la región, con menor disponibilidad en zonas rurales y remotas. Esto crea disparidades significativas en los servicios que reciben los pacientes. Por ejemplo, el tipo, alcance y distribución de las redes de salud es heterogéneo entre regiones. De hecho, puede que una red de una patología en concreto no exista en una región.
- El aumento de enfermedades crónicas debido al envejecimiento ejerce presión sobre el sistema de salud, afectando la capacidad de las redes para manejar la creciente demanda.
- Aunque el programa ALD cubre costes relacionados con enfermedades crónicas, el gasto en salud asociado a este esquema representa una carga significativa para la seguridad social. Existe, por este motivo, preocupación por la sostenibilidad económica a medida que más pacientes aparezcan como candidatos aptos para entrar en el programa.
- A pesar de los avances en coordinación, todavía persisten problemas de fragmentación en el cuidado, especialmente cuando los pacientes necesitan atención entre múltiples especialidades.
- La digitalización de los historiales médicos y la comunicación entre los profesionales de las redes no están completamente implementadas en todo el país, dificultando el intercambio rápido de información.
- Algunos médicos generales y especialistas son reacios a trabajar dentro de las redes de salud debido a la percepción de pérdida de autonomía profesional.

Actualmente se está planteando la reforma del programa ALD (Bontillot, 2025) que incluirá algunas medidas nuevas como el alta precoz del sistema para las

personas en remisión, la creación de un nuevo estado de “riesgo crónico” antes de la ALD, o la limitación del reembolso al 100% a una “lista de atención específica y exigible” que se considere efectiva.

2.2.3. Inglaterra

Inglaterra dispone del “NHS and Social Care Long-Term Conditions Model” (N.H.S. England, 2024). Su objetivo es identificar a las personas que sufren de una patología crónica de manera que se les pueda ofrecer una atención adecuada a sus necesidades. En principio, está dirigido a todas aquellas personas con enfermedades crónicas, si bien se han definido estrategias a nivel nacional específicas para: Cáncer, Cardiopatía isquémica, EPOC, Diabetes, Insuficiencia renal, Trastornos neurológicos, Enfermedades cerebrovasculares.

El modelo se basa en:

- Estratificación de la población.
- Gestión de casos por parte de personal de enfermería (segmentación de los pacientes, identificación de aquellos con mayor riesgo, coordinación de los diferentes niveles de atención médica, apoyo en el autocuidado, definición de planes de cuidados individuales y seguimiento de los casos).
- Equipos multidisciplinares que permitan la actuación conjunta de los servicios sanitarios (AP y Especializada) y sociales.
- Programas dirigidos a los pacientes sobre autocuidado.
- A nivel regional, además, se han llevado a cabo diversas iniciativas como:
 - Seguimiento telefónico a través de personal de enfermería.
 - Acceso directo a diagnósticos por parte de los médicos de familia.

Los resultados principales del modelo para pacientes crónicos pluripatológicos han sido la generación del “house of care” (Coulter et al., 2024), y el Plan PROsPer Long-Term conditions (NHS England, s. f.) cuyas implementaciones han tenido, principalmente, los siguientes beneficios:

- **Atención personalizada y coordinada:** Implementación de planes de cuidados personalizados, donde se identifican las necesidades específicas de cada paciente, considerando sus múltiples condiciones. Mejora en la continuidad del cuidado gracias a una mayor colaboración entre AP, especializada y servicios sociales (Heaven et al., 2024).
- **Introducción del enfoque proactivo:** Los pacientes con mayor riesgo de hospitalización o complicaciones son identificados tempranamente mediante el uso de sistemas de estratificación de riesgos (como el modelo de Kaiser Permanente (Sambare et al., 2025)). Esto ha permitido una gestión preventiva, reduciendo hospitalizaciones evitables.
- **Uso de equipos multidisciplinares.** Los equipos multidisciplinares integran médicos generales, enfermeros, trabajadores sociales y otros profesionales, promoviendo un manejo holístico de los pacientes con multimorbilidad. Estos equipos han mejorado la toma de decisiones conjuntas y la atención integral (Heaven et al., 2024).
- **Enfoque en la autogestión del paciente:** Se han implementado programas educativos para empoderar a los pacientes a gestionar sus propias condiciones, lo que ha mejorado la adherencia a los tratamientos y la calidad de vida. Ejemplo: Los programas “Expert Patients Programme” han sido exitosos en entrenar a pacientes en técnicas para manejar sus condiciones (Griffiths et al., 2007).
- **Integración con servicios sociales:** El modelo conecta servicios de salud con servicios sociales, ayudando a cubrir necesidades como asistencia domiciliaria, apoyo psicológico y adaptación del hogar. Esto ha facilitado una atención más completa de los pacientes pluripatológicos y en general de los pacientes con enfermedades de larga duración (Heaven et al., 2024).
- **Reducción de hospitalizaciones innecesarias:** El modelo ha mostrado una disminución significativa en ingresos hospitalarios y visitas a urgencias para pacientes con multimorbilidad, especialmente cuando se implementa la atención domiciliaria y el monitoreo remoto (O’Brien et al., 2016).

- **Adopción de tecnologías digitales:** Uso de herramientas como la telemedicina y los historiales médicos electrónicos compartidos para mejorar la coordinación entre profesionales y el seguimiento de los pacientes (Heaven et al., 2024).

Entre los retos principales del modelo del NHS para PCP (Department of Health and Social Care, s. f.), se identifican:

- **Desigualdades en la implementación regional:** La calidad y disponibilidad de los servicios varían según la región, dejando a algunas áreas, especialmente rurales, con acceso limitado a recursos y equipos multidisciplinarios.
- **Carga sobre los servicios de AP:** Aunque el modelo busca mejorar la eficiencia, los médicos generales y otros profesionales de AP enfrentan una carga de trabajo elevada debido al aumento en el número de pacientes crónicos y pluripatológicos.
- **Falta de integración total:** A pesar de los esfuerzos por integrar atención sanitaria y social, todavía existen barreras de comunicación y burocracia entre diferentes servicios y niveles de atención (por ejemplo, entre servicios de salud física y salud mental).
- **Retos en el uso de tecnologías:** Aunque las herramientas digitales son clave para el modelo, no todos los pacientes, especialmente los mayores, tienen acceso o habilidades para utilizarlas eficazmente. Además, la interoperabilidad de los sistemas tecnológicos entre servicios sigue siendo un desafío.
- **Limitaciones financieras:** Los recortes en presupuestos de salud y servicios sociales han limitado la expansión completa del modelo, afectando la capacidad de contratar suficiente personal y ofrecer servicios adecuados.
- **Envejecimiento poblacional y aumento de la multimorbilidad:** El envejecimiento de la población y el crecimiento de pacientes con múltiples condiciones aumentan la demanda de cuidados complejos, poniendo presión adicional sobre los recursos del sistema.

- **Resistencia al cambio:** Algunos profesionales sanitarios y sociales han mostrado resistencia a los cambios en la organización y colaboración que requiere el modelo, lo que dificulta su adopción uniforme (Lumbers, 2018).
- **Falta de apoyo a cuidadores informales:** Aunque el modelo reconoce la importancia de los cuidadores informales, no siempre proporciona suficiente apoyo financiero, psicológico o formativo para estos.

El **NHS and Social Care Long-Term Conditions Model** ha logrado importantes avances en la mejora de la calidad de la atención para PCPs, destacándose por su enfoque proactivo, personalizado e integrado. Sin embargo, enfrenta desafíos significativos relacionados con la desigualdad en la implementación, la carga financiera y la integración tecnológica y organizativa. Abordar estos retos es esencial para garantizar una atención equitativa y sostenible para este grupo de pacientes.

Los **retos** identificados en el modelo NHS and Social Care Long-Term Conditions Model en Inglaterra resultan **especialmente pertinentes para el contexto español**, ya que reflejan obstáculos estructurales y organizativos similares a los que enfrenta nuestro sistema de AP. Problemas como la desigualdad territorial en la implementación de servicios, la sobrecarga de los profesionales de AP, las dificultades de integración entre niveles asistenciales y servicios sociales, y la limitada interoperabilidad tecnológica, son barreras compartidas que condicionan una atención efectiva y equitativa al paciente crónico pluripatológico. Estas coincidencias subrayan la necesidad urgente de adoptar una visión estratégica integral en España, aprendiendo de modelos internacionales no solo por sus logros, sino también por sus limitaciones, para evitar replicar errores y acelerar la implementación de soluciones sostenibles y adaptadas a nuestro contexto.

2.2.4. Australia

En Australia, desde 2005 se dispone del Programa para la Gestión del Paciente Crónico (Chronic Disease Management, CDM) (Harris et al., 2008). Este programa tiene como objetivo estructurar la atención médica que se presta a enfermos crónicos, con foco en AP. Incluye, aunque no se limita, a las siguientes

patologías: Asma, Cáncer, Enfermedades cardiovasculares, Enfermedades cerebrovasculares, Diabetes, Enfermedades musculoesqueléticas.

La existencia del CDM ha dado lugar en este país a dos tipos de planes (Australian Institute for Health and Welfare, 2022):

- **General Practitioner Management Plan (GPMP):** plan de acción establecido por el médico de familia y el paciente que identifica las necesidades de atención sanitaria de éste, los servicios que debe proporcionar el médico de familia y las acciones a realizar por el propio paciente para gestionar la enfermedad (Newland & Zwar, 2006).
- **Team Care Arrangements (TCA):** se elabora un TCA como complemento al GPMP si el enfermo crónico representa un caso complejo (situación de fragilidad y/o dependencia, dos o más ingresos hospitalarios en los últimos 6 meses, etc.) y necesita ser atendido al menos por otros dos profesionales (nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, etc.). Así, el médico de familia conforma un equipo de trabajo con los otros profesionales involucrados y desarrolla un plan para el paciente en base a las necesidades de su caso particular (tratamiento, revisiones, etc.).

En ambos casos el personal de enfermería puede colaborar en la definición de los planes, además de ofrecer apoyo y realizar el seguimiento del paciente entre visitas.

Los principales logros de este programa han sido (Ghasemiardékani et al., 2024):

- **La mejora en la atención de los cuidados** a través del fomento de la colaboración entre médicos de AP, especialistas y otros profesionales sanitarios, y de la introducción de los planes para la gestión de cuidados (previamente mencionados), que ha permitido un seguimiento más personalizado.
- **Mayor acceso a servicios subvencionados:** Los pacientes pueden acceder a hasta cinco servicios de profesionales de la salud distintos a la atención del profesional médico (fisioterapeutas, podólogos, nutricionistas, etc.) bajo la cobertura del sistema Medicare.

- **Mejoras en la prevención y manejo de complicaciones:** A través del monitoreo regular y la educación del paciente, se han reducido hospitalizaciones evitables relacionadas con enfermedades crónicas como diabetes, enfermedades cardiovasculares y respiratorias.
- **Mayor énfasis en autocuidado:** Programas educativos han empoderado a los pacientes para manejar mejor sus condiciones, mejorando la adherencia a tratamientos.
- **Reducción de costes a largo plazo:** la AP adecuada reduce hospitalizaciones y procedimientos de emergencia (Billot et al., 2016).

Entre los principales retos identificados para los CDM, destacan:

- La **carga administrativa** que recae sobre los médicos de AP, encargados de la elaboración de planes de cuidados y de asegurar el cumplimiento de los requisitos burocráticos.
- **Desigualdad en el acceso:** Comunidades rurales y remotas enfrentan mayores dificultades para acceder a profesionales de la salud debido a la escasez de recursos.
- **Financiación insuficiente:** Aunque el sistema Medicare cubre algunos servicios, los límites en el número de consultas subvencionadas pueden ser insuficientes para pacientes con necesidades complejas.
- **Falta de integración digital:** Los sistemas de registro y comunicación entre profesionales de salud no están, todavía, completamente integrados, lo que dificulta el intercambio fluido de información.
- **Variabilidad en la calidad del servicio:** Existe disparidad en cómo se implementa el programa según la región o la práctica médica, afectando la calidad de los cuidados.
- **Envejecimiento de la población:** El aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas debido al envejecimiento añade presión al sistema, incrementando la demanda de servicios.

2.2.5. Canadá

Desde el año 2002, Canadá dispone de un programa para la gestión de las enfermedades crónicas, el Chronic Disease Prevention and Management o CDPM. Éste tiene como objetivo impulsar la prevención de enfermedades crónicas y garantizar un mejor tratamiento y seguimiento de las mismas. En general, las patologías abordadas son: cáncer, enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas y diabetes.

Gracias a este programa, en Canadá se han desarrollado diferentes subprogramas, estrategias e iniciativas tanto a nivel nacional como regional. A continuación, se señalan algunas de ellas:

- Estrategias nacionales para cada una de las cuatro patologías mencionadas en el apartado anterior, centradas en: prevención, identificación precoz de la enfermedad, monitorización y seguimiento.
- Una página web destinada a pacientes y profesionales médicos para acceder a información y herramientas de ayuda a la gestión de enfermedades crónicas (Government of New Brunswick, 2015).
- Desarrollo de la Historia Clínica Electrónica que permite conectar farmacias, hospitales, unidades de hospitalización a domicilio, AP, emergencias, etc., de la provincia de Alberta y acceder al historial del paciente (Gagnon et al., 2016).
- “Family Medicine Groups” (Quebec) (Strumpf et al., 2017): fee-for-service, equipos de médicos de familia y personal de enfermería encargados de la gestión de casos de pacientes crónicos (evaluación, cuidado, seguimiento, además de diagnóstico y tratamiento) 24 horas al día y 7 días a la semana.
- “Family Health Teams” (en Ontario), equipos de médicos de familia, personal de enfermería y otros profesionales (trabajadores sociales, nutricionistas, etc.) cuyos objetivos incluyen: promoción de la salud y prevención de la enfermedad, gestión de la enfermedad crónica y apoyo en el autocuidado (Cott et al., 2011).

Sus principales resultados para el PCP en AP han sido:

- **Un mayor enfoque en la prevención:** Se han desarrollado intervenciones preventivas como promoción de hábitos de vida saludables (alimentación, actividad física, reducción de tabaquismo) que han contribuido a un mejor control de los factores de riesgo en pacientes con multimorbilidad. También destaca la implementación de programas de detección temprana para enfermedades cardiovasculares, diabetes y cáncer.
- **Planes de cuidado centrados en el paciente:** Se han desarrollado planes personalizados de atención para pacientes con multimorbilidad, mejorando la capacidad de abordar sus necesidades complejas. Estos planes integran, además, la participación activa del paciente y del cuidador en la toma de decisiones.
- **Mejor integración del cuidado:** Coordinación entre la AP y otros niveles del sistema de salud, incluyendo especialistas, servicios comunitarios y sociales. Destaca la creación de equipos interprofesionales en AP que incluyen médicos, enfermeros, nutricionistas y trabajadores sociales.
- **Empoderamiento del paciente:** Programas de educación como los “Self-Management Programs” han entrenado a pacientes para manejar sus propias condiciones, fomentando la autogestión y el seguimiento activo. También se ha mejorado en la adherencia al tratamiento y control de condiciones crónicas como diabetes o hipertensión.
- **Uso de tecnología y telesalud:** Implementación de soluciones tecnológicas como telemedicina y monitoreo remoto ha facilitado el seguimiento de pacientes en áreas rurales o con movilidad reducida. La integración de historiales médicos electrónicos ha mejorado la continuidad y la eficiencia del cuidado.
- **Reducción de hospitalizaciones evitables:** Los esfuerzos de prevención y el manejo coordinado de multimorbilidad han reducido hospitalizaciones innecesarias y visitas a urgencias.
- **Atención equitativa:** El desarrollo de iniciativas para reducir desigualdades en el acceso a la atención en comunidades indígenas, rurales

y socioeconómicamente desfavorecidas ha dado algunos resultados positivos.

Entre los principales retos identificados del CDPM en el contexto del abordaje al PCP en AP destacan:

- **La desigualdad en la implementación regional:** Los resultados y el acceso a servicios varían significativamente entre provincias debido a la descentralización del sistema de salud canadiense. Algunas áreas rurales e indígenas aún enfrentan barreras considerables.
- El **envejecimiento poblacional** ha incrementado la prevalencia de multimorbilidad, lo que ha sobrecargado los recursos disponibles en AP.
- A pesar de los esfuerzos por coordinar servicios, persisten **problemas en la comunicación y la continuidad del cuidado entre la AP**, especialistas y servicios sociales.
- Los profesionales de AP enfrentan una **carga administrativa elevada** relacionada con la gestión de múltiples condiciones en pacientes complejos.
- Aunque **la telesalud y los historiales electrónicos** han avanzado, aún **no están completamente implementados en algunas provincias**, lo que limita la eficiencia en la gestión de los pacientes.
- Aunque se han desarrollado **programas para empoderar a los pacientes, no siempre están disponibles o adaptados** a las necesidades específicas de los pacientes con multimorbilidad.
- **La falta de personal capacitado y los recursos financieros limitados** dificultan la expansión de programas efectivos a nivel nacional.
- Si bien se reconoce **la importancia de los determinantes sociales** (como vivienda, ingresos, educación), las intervenciones para abordarlos a menudo están desconectadas del sistema sanitario.

Canadá necesita reforzar la equidad, mejorar la interoperabilidad del sistema y ampliar la capacidad de su fuerza laboral en salud.

2.2.6. Suecia

Suecia dispone del Programa **“Nurse-led clinics”** (Liljeroos & Strömberg, 2019) (clínicas lideradas por personal de enfermería) que tiene el objetivo de ofrecer una atención más orientada al paciente crónico o mayor de 65 años y, al mismo tiempo, mejorar la relación coste-efectividad cuando se trata a dichos colectivos.

Las “nurse-led clinics” de los centros de AP se centran en las siguientes patologías: Diabetes, Hipertensión, Asma y alergias, EPOC, Trastornos neurológicos, Insuficiencia cardiaca. Por su parte, las “nurse-led clinics” presentes en los hospitales incluyen, además, insuficiencia renal. Asimismo, pueden establecer “nurse-led clinics” para otras patologías en función de las necesidades de la población de la zona.

El personal de enfermería de las “nurse-led clinics” gestiona los casos de enfermos crónicos (seguimiento, apoyo en el autocuidado, educación al paciente, etc.), coordinándose además con otros profesionales (médicos de familia, nutricionistas, fisioterapeutas, etc.). Además, se han definido las denominadas **“chain of care”**, consistentes en guías y protocolos para coordinar la actuación de AP, atención hospitalaria y asistencia social, para pacientes crónicos (diseñándose una “chain of care” por patología crónica).

Como principal resultado del programa destaca:

- La reducción del coste en la atención a personas con enfermedades crónicas (Liljeroos & Strömberg, 2019) al ser asignados a un enfermero/a, que establecerá la necesidad del paciente de ser atendido por un médico, en vez de ser asistido por un médico en un primer momento.

Los principales retos de este programa en el abordaje de la atención al PCP en AP son:

- **La complejidad en la multimorbilidad:** las enfermeras en estas clínicas a menudo enfrentan dificultades para abordar todas las necesidades del paciente debido a la complejidad clínica propia del PCP y la falta de acceso inmediato a especialistas.

- **Coordinación interdisciplinaria limitada:** Aunque las clínicas lideradas por personal de enfermería están diseñadas para trabajar en colaboración con otros profesionales de la salud, la falta de integración efectiva entre AP, especialistas y servicios hospitalarios puede limitar la continuidad del cuidado.
- **La creciente demanda de servicios,** especialmente para pacientes crónicos con necesidades complejas, genera una alta carga de trabajo para el personal de enfermería, lo que puede afectar la calidad del cuidado y aumentar el riesgo de agotamiento profesional.
- **La falta de programas de formación especializada:** Si bien el personal de enfermería en estas clínicas suele estar altamente capacitado, la gestión del PCP requiere un conocimiento avanzado y constante actualización sobre enfermedades complejas, medicamentos y cuidado paliativo.
- Las consultas en las clínicas lideradas por enfermeras suelen estar limitadas por **el tiempo**, lo que puede ser insuficiente para abordar las múltiples necesidades del PCP, incluyendo educación, ajustes en tratamientos y manejo emocional.
- **Limitaciones en la toma de decisiones clínicas:** Aunque el personal de enfermería tiene autonomía en el manejo de ciertas condiciones crónicas, en pacientes con multimorbilidad a menudo se requiere la participación de médicos o especialistas para decisiones complejas. Esto puede generar retrasos en la atención.
- **Acceso desigual a recursos:** En áreas rurales o regiones con menos recursos, las clínicas lideradas por personal de enfermería pueden carecer de herramientas diagnósticas, tecnologías de telemedicina o personal auxiliar, dificultando el manejo eficiente de pacientes complejos.
- **Barreras en la atención centrada en el paciente:** Aunque las clínicas priorizan la atención centrada en el paciente, algunos pacientes pluri-patológicos tienen dificultades para expresar sus necesidades, lo que puede ser agravado por barreras culturales, lingüísticas o problemas cognitivos asociados con la edad.

- **Digitalización e interoperabilidad:** Si bien Suecia tiene un sistema avanzado de historiales médicos electrónicos, la falta de interoperabilidad total entre diferentes niveles del sistema de salud puede limitar el acceso del personal de enfermería a información relevante para el manejo de pacientes complejos.
- **Presión financiera y sostenibilidad:** La implementación y expansión de estas clínicas enfrenta restricciones presupuestarias. A medida que crece la demanda, puede ser difícil mantener una atención de alta calidad sin mayores inversiones.

Para abordar estos desafíos, es crucial mejorar la coordinación interdisciplinaria, expandir la formación especializada para el personal de enfermería, garantizar recursos adecuados y fortalecer el acceso a herramientas tecnológicas y de apoyo. Esto permitirá una atención más eficiente, integral y sostenible para este grupo de pacientes.

La **Tabla 2** a continuación proporciona un resumen de las principales estrategias, objetivos, logros y retos en cada país o entidad internacional analizados.

Tabla 2. Comparativa de las Estrategias de Cronicidad Internacionales.

País/ Entidad	Estrategia Principal	Objetivos Clave	Logros Relevantes para PCP	Retos identificados
CHRODIS (UE)	Acción conjunta en cronicidad y envejecimiento saludable	Prevención, integración, equidad y gestión de multimorbilidad	Modelos integrados, menor fragmentación, estándares comunes	Adaptación local, sostenibilidad, implementación desigual
NCD Alliance	Enfoque integral en ENT a través de abogacía, capacidades y alianzas	Reducción de ENT, fortalecimiento de sistemas, promoción de políticas	Inclusión de ENT en pandemias, guías clínicas y políticas públicas	Falta de modelo único, desigualdades estructurales

País/ Entidad	Estrategia Principal	Objetivos Clave	Logros Relevantes para PCP	Retos identificados
Alemania	Programas estructurados de manejo de enfermedades (DMP)	Optimizar cuidados, reducir costes y mejorar calidad de vida	Mejor coordinación, educación al paciente, reducción de complicaciones	Carga documental, falta de participación de otros perfiles
Francia	ALD y redes de salud centradas en enfermedades crónicas	Facilitar acceso, coordinación profesional y atención sin coste	Cobertura total de costes, redes colaborativas, menor hospitalización	Desigualdad regional, sostenibilidad económica, digitalización parcial
Inglaterra	Modelo NHS para condiciones crónicas de largo plazo	Identificación temprana, atención integrada y autocuidado	Planes individualizados, prevención, equipos multidisciplinares	Desigualdad territorial, presión sobre AP, resistencia al cambio
Australia	Gestión crónica centrada en AP (GPMP y TCA)	Planes personalizados, coordinación multiprofesional	Acceso a servicios subvencionados, reducción de hospitalizaciones	Carga administrativa, acceso desigual, integración limitada
Canadá	Prevención y gestión de enfermedades crónicas (CDPM)	Prevención, integración y empoderamiento del paciente	Reducción hospitalizaciones, mayor integración y educación paciente	Desigualdad entre provincias, recursos limitados, interoperabilidad
Suecia	Clínicas lideradas por enfermería para manejo de crónicos	Atención coste-efectiva y centrada en enfermería	Reducción de costes, continuidad asistencial basada en guías	Falta de especialización, carga de trabajo, acceso desigual

Fuente: Elaboración propia.

Del análisis realizado, se identifican los principales resultados en los distintos países gracias a sus distintos programas para la atención del PCP:

- Una **reducción de las hospitalizaciones** en Canadá, Inglaterra o Australia.
- Una **mejora de la coordinación** en Alemania y Francia.
- Un **aumento de la personalización del cuidado** en Suecia.

2.3. LECCIONES DE POLÍTICAS INTERCONECTADAS: EL ENFOQUE CRM EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL

El reciente informe *The Power of Connection* (Future Health, 2025) analiza en profundidad cómo los sistemas sanitarios pueden evolucionar hacia modelos de atención más interconectados, partiendo del reconocimiento de que la mayoría de las políticas actuales siguen centradas en enfermedades individuales, a pesar del creciente peso de la multimorbilidad.

Uno de los principales aportes del informe es el concepto de enfermedades CRM —cardiovasculares, renales y metabólicas— como un clúster de enfermedades interrelacionadas que comparten factores de riesgo, trayectorias clínicas, vías metabólicas, y consecuencias económicas. El abordaje conjunto de estas enfermedades permitiría una respuesta más eficaz, especialmente desde la AP.

El informe propone un marco de actuación en tres niveles:

- Planes nacionales de salud que incorporen una visión basada en clústeres de enfermedad.
- Estrategias específicas de prevención de enfermedades cardiovasculares que incluyan la detección y manejo precoz de diabetes, enfermedad renal crónica, obesidad y enfermedad hepática.
- Guías clínicas y modelos asistenciales diseñados de forma integrada y con fuerte protagonismo del primer nivel asistencial.

Para lograrlo, se identifican siete palancas de cambio que los gobiernos deben activar:

1. Uso de datos e inteligencia artificial para identificar clústeres y estratificar riesgos.

2. Sistemas interoperables de información clínica.
3. Modelos de pago basados en resultados e incentivos alineados.
4. Equipos asistenciales multidisciplinares con liderazgo clínico en atención primaria.
5. Empoderamiento del paciente para la autogestión.
6. Investigación orientada a la multimorbilidad.
7. Coordinación intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud.

Este enfoque ha comenzado a implementarse en países como Australia, Francia, o Reino Unido, que han desarrollado estrategias para la prevención integrada del riesgo cardiometabólico o la implementación de modelos asistenciales interdisciplinares. Este enfoque encuentra además un respaldo explícito por parte de la American Heart Association (AHA). La AHA propone, concretamente, un modelo de estadificación progresiva y un enfoque preventivo a lo largo del curso de vida, enfatizando la necesidad de atención interdisciplinar, integración de los determinantes sociales de la salud y modelos de atención centrados en el paciente (Ndumele et al., 2023). Esta visión internacional consolida el marco de acción que se propone desde la estrategia nacional y refuerza la necesidad de un abordaje anticipatorio, coordinado y centrado en la persona desde la AP para responder adecuadamente al reto de la multimorbilidad.

La aplicación de estas enseñanzas al contexto español, donde enfermedades como la diabetes tipo 2, la enfermedad renal crónica y la obesidad son altamente prevalentes y están presentes de forma simultánea en muchos pacientes, resulta altamente pertinente. La AP, por su visión longitudinal, enfoque poblacional y capacidad de integración de cuidados, es el entorno idóneo para liderar este cambio. Para los PCP, este planteamiento implica una atención más integrada, proactiva y personalizada, orientada a trayectorias clínicas comunes, con intervenciones coordinadas desde el primer nivel asistencial. Además, este enfoque subraya la importancia de herramientas como la estratificación de riesgos, el uso de tecnologías para el seguimiento, la autogestión apoyada y la reorganización de equipos en torno a modelos multidisciplinares. Todo ello respalda el

desarrollo de una AP con capacidad resolutive y liderazgo clínico en la atención a la cronicidad compleja, y con mayor capacidad para prevenir deterioros, reducir hospitalizaciones y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

2.4. ¿ES POSIBLE ADAPTAR LAS EXPERIENCIAS INTERNACIONALES AL CONTEXTO ESPAÑOL?

La revisión de estrategias internacionales de atención a la cronicidad muestra un conjunto diverso de enfoques que, pese a su especificidad local, ofrecen aprendizajes clave para el fortalecimiento del modelo español de AP. Las iniciativas de países como Alemania, Francia, Inglaterra, Australia, Canadá o Suecia evidencian que los modelos más exitosos comparten **algunos elementos comunes: coordinación asistencial real, equipos multidisciplinares, planes individualizados de atención, y fuerte inversión en tecnología y formación.**

En el caso de España, estos elementos pueden ser adaptados respetando las competencias autonómicas y aprovechando los activos existentes en el SNS. Algunas propuestas clave para esta adaptación son:

- Implementar **Planes Personalizados Estructurados** al estilo de los GPMP (como Australia) o **Plan de Atención Individualizado (PAI)**, con una base interoperable que permita el seguimiento desde AP, especializada y servicios sociales.
- **Reforzar y formalizar los equipos multidisciplinares** incluyendo perfiles como trabajadores sociales, fisioterapeutas, farmacéuticos o terapeutas ocupacionales, como Canadá y Reino Unido.
- **Desarrollar redes de salud temáticas** (modelo de Francia) para determinadas **patologías crónicas con alta carga asistencial**, como diabetes o insuficiencia cardíaca, aprovechando la experiencia compartida de distintas CCAA.
- **Acreditar y financiar la participación profesional en estrategias de cronicidad**, tomando como referencia el modelo alemán de DMP, donde los centros que cumplen requisitos específicos acceden a financiación finalista.

- Consolidar la **historia clínica interoperable** en todas las CCAA, como en Canadá, permitiendo compartir información entre AP, especializada y ámbito social.
- Impulsar la implantación de **modelos de atención liderados por enfermería** (como en Suecia), especialmente en el seguimiento de pacientes crónicos estables y en atención domiciliaria.
- Fomentar **programas de formación y empoderamiento del paciente**, como los Expert Patient Programmes británicos o los programas de autogestión canadienses, integrando a pacientes en la definición y evaluación de su plan de cuidados.

La experiencia internacional muestra también los riesgos de una implementación desigual, la sobrecarga burocrática o la falta de interoperabilidad tecnológica. Por ello, es imprescindible que cualquier adaptación **se acompañe de un plan de evaluación** riguroso, dotación suficiente y compromiso institucional sostenido.

España, con una AP sólida y universal, está bien posicionada para liderar un modelo propio de atención integrada, proactiva y centrada en la persona, aprendiendo de lo que ya funciona en otros países.

3. LA ATENCIÓN AL PACIENTE CRÓNICO PLURIPATOLÓGICO EN ESPAÑA: ESTRATEGIAS Y ACCIONES EN AP

3.1. LA ESTRATEGIA NACIONAL DE ABORDAJE A LA CRONICIDAD

En España, se han adaptado y desarrollado modelos específicos para la atención de PCPs.

La estrategia para el abordaje de la cronicidad, publicada por primera vez por el Ministerio de Sanidad en 2012 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012), dejó patente que los pacientes con una mayor complejidad y/o con una pluripatología necesitan una gestión integral del caso en su conjunto, con cuidados fundamentalmente profesionales, dirigidos a los pacientes y a su entorno cuidador.

Desde 2012 la estrategia ha experimentado actualizaciones y mejoras, especialmente en el ámbito de la AP. A continuación, se destacan los principales cambios y avances:

- 1. Evaluación y Actualización de la Estrategia:** En 2021, se publicó un informe de evaluación que analizó la implementación de la estrategia desde su inicio y estableció líneas prioritarias de actuación para adaptarse a los cambios demográficos y epidemiológicos (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2021).
- 2. Reorientación de la Atención Sanitaria:** Se ha promovido un modelo de atención centrado en el paciente, enfatizando la continuidad asistencial y la coordinación entre niveles de atención. La AP ha asumido un rol más proactivo en la gestión de pacientes crónicos, facilitando un seguimiento más cercano y personalizado (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2021).
- 3. Estratificación de la Población:** Se ha implementado el Proyecto de Estratificación de la Población por Grupos de Morbilidad Ajustados (GMA) (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018), permitiendo identificar subgrupos con diferentes necesidades de atención (concretamente los GMA utilizados son: pacientes con neoplasias activas, pacientes con patología crónica en 4 o más sistemas —es decir, el PCP—, pacientes con patología crónica en 2-3 sistemas, pacientes con patología crónica en 1 sistema, pacientes con patología aguda, embarazos y partos, y población sana) y optimizar la asignación de recursos en AP.
- 4. Formación y Capacitación de Profesionales:** Se han desarrollado programas de formación para profesionales de AP, enfocándose en el manejo de enfermedades crónicas y en la promoción de hábitos de vida saludables (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2021).
- 5. Integración de Nuevas Tecnologías:** Se ha fomentado el uso de herramientas digitales (internet, Twitter/X, Facebook) y programas formativos para pacientes (Programa PERSEO, Plan Cuidate más, Activilandia, Movimiento Actívate, entre otras..) para mejorar la comunicación entre

profesionales y pacientes, facilitando el seguimiento y la autogestión de las enfermedades crónicas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2021).

- 6. Enfoque Multidisciplinar:** Se han creado unidades multidisciplinarias en AP para abordar de manera integral las necesidades de los pacientes crónicos, incluyendo aspectos físicos, psicológicos y sociales saludables (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2021).
- 7. Participación Ciudadana:** Se ha impulsado la creación de la Red de Escuelas de Salud para Ciudadanos, promoviendo la educación en salud y la autogestión de las enfermedades crónicas por parte de los pacientes (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2021).

Todos estos avances reflejan un compromiso continuo por parte del SNS para mejorar la atención de las enfermedades crónicas, con una AP fortalecida y adaptada a las necesidades cambiantes de la población.

La estrategia actual es el resultado de la continuación, tras la evaluación, de la primera estrategia publicada en el año 2012. Se dispone ya de un informe con indicadores y criterios para la evaluación de la estrategia. La mayor parte de estos indicadores van dirigidos a la mejora en la asistencia sanitaria del PCP. Sin embargo, observamos que no hay indicadores que evalúen la satisfacción o bienestar percibido por parte de los profesionales de AP que se enfrentan a la atención del PCP.

3.2. ESTRATEGIAS AUTONÓMICAS

Se han identificado estrategias específicas para el abordaje del PCP en cinco CCAA españolas: **Navarra** (Departamento de Salud. Gobierno de Navarra, 2013), **Andalucía** (Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2018), **Aragón** (Gobierno de Aragón. Servicio Aragonés de Salud, 2019), **Canarias** (Gobierno de Canarias. Servicio Canario de Salud, 2024), **Castilla y León** (Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad, 2013; Junta de Castilla y León. Sacyl, 2025), y Navarra ha implementado la **Estrategia Navarra de Atención Integrada a Pacientes Crónicos y Pluripatológicos** (Departamento de Salud. Gobierno de Navarra, 2013), centrada en ofrecer una atención integrada y centrada en el paciente. Las acciones en AP se resumen en:

- **Creación y Formación de equipos multidisciplinares** que incluyen médicos, enfermeras, trabajadores sociales y otros profesionales para abordar las necesidades complejas de estos pacientes.
- **Protocolos de Actuación:** Establecimiento de guías y protocolos específicos para el manejo de pacientes pluripatológicos en AP.
- **Seguimiento Proactivo:** Monitorización regular y proactiva de los pacientes para prevenir descompensaciones y hospitalizaciones.

Andalucía ha establecido el **Proceso Asistencial Integrado Atención al Paciente Pluripatológico** (Consejería de Salud. Junta de Andalucía., 2018), que proporciona un marco para la atención coordinada y eficiente de estos pacientes. En esta estrategia se identifican una serie de acciones en AP.

- **Identificación y Registro:** Los profesionales de AP pasan a ser los responsables de identificar y registrar a los pacientes pluripatológicos en sus respectivas áreas de salud.
- **Plan de Atención Individualizado (PAI):** Se han de desarrollar planes personalizados que incluyan objetivos terapéuticos, seguimiento y coordinación con otros niveles asistenciales.
- **Enfermería Gestora de Casos:** Se implementa la figura de la enfermera gestora de casos para coordinar la atención y facilitar la comunicación entre los diferentes profesionales sanitarios.

Aragón dispone de un **Proceso de Atención a los Pacientes Crónicos Complejos, o PCC¹**, desde 2019 (Gobierno de Aragón. Servicio Aragonés de Salud., 2019). Ha desarrollado diversas acciones relevantes para mejorar la atención de los PCP. Las principales acciones que involucran a la AP, han sido:

- **La identificación y seguimiento de Pacientes Crónicos Complejos:**

1 Entendidos como pacientes con una o más enfermedades crónicas que coexisten con factores clínicos, sociales y/o funcionales que complican el manejo de su salud. Algunos PCC pueden ser PCP.

- En AP se realiza la identificación proactiva de los pacientes crónicos complejos y su registro en sistemas de información específicos.
- Los profesionales de AP asumen la responsabilidad del seguimiento continuo, buscando prevenir descompensaciones y hospitalizaciones innecesarias.
- **El Plan de Atención Individualizado (PAI):**
 - Los equipos de AP son los encargados de elaborar y coordinar los Planes de Atención Individualizados (PAI), adaptando el manejo clínico y los recursos a las necesidades de cada paciente.
 - Incluye la definición de objetivos terapéuticos y la coordinación con Atención Especializada para garantizar la continuidad asistencial.
- La figura de **una persona de Enfermería Gestora de Casos**, que en el ámbito de AP juega un papel clave:
 - Coordinar los cuidados entre distintos niveles asistenciales (hospital, atención domiciliaria, etc.).
 - Ofrecer soporte y educación a los pacientes y sus familias.
- **Protocolos de Actuación y Coordinación:**
 - La implementación de protocolos específicos para el manejo de pacientes crónicos complejos en AP asegura la aplicación de buenas prácticas basadas en evidencia.
 - Se fomenta la coordinación asistencial con Atención Especializada para casos que requieran un abordaje conjunto.
- **Promoción del autocuidado:** En AP se llevan a cabo actividades de educación sanitaria dirigidas a los pacientes crónicos, promoviendo el autocuidado, la adherencia a tratamientos y la adopción de hábitos de vida saludables.
- **Formación y uso de las Tecnologías de la Información:** Los profesionales de AP reciben formación específica sobre el manejo de la

cronicidad y el uso de sistemas digitales (como la historia clínica electrónica compartida), para mejorar la calidad del seguimiento y la atención a los pacientes.

En Canarias, se ha publicado en 2024 el **Plan de Acción para Pacientes Crónicos de Alta Complejidad** (Gobierno de Canarias. Servicio Canario de Salud., 2024).

- **Atención Integral y Personalizada:** Desarrollar planes de atención individualizados que consideren las necesidades específicas de cada paciente, fomentando la toma de decisiones compartidas entre profesionales sanitarios y pacientes.
- **Accesibilidad a la Atención Sanitaria:** Mejorar la accesibilidad de los pacientes a los servicios de salud, garantizando una atención oportuna y adecuada en el nivel de AP.
- **Coordinación Asistencial Sociosanitaria:** Fortalecer la coordinación entre los servicios sanitarios y sociales para ofrecer una atención más fluida y efectiva, asegurando la continuidad de cuidados.
- **Adecuación farmacoterapéutica:** Optimizar el uso de medicamentos en pacientes crónicos complejos, garantizando su seguridad y eficacia, y evitando la polimedicación innecesaria.
- **Apoyo a las personas cuidadoras:** Proporcionar formación y recursos específicos a las personas cuidadoras, reconociendo su papel fundamental en el cuidado de los pacientes.
- **Atención domiciliaria:** Priorizar la atención en el domicilio del paciente, siempre que sea posible, para favorecer su comodidad y entorno familiar.
- **Promoción del autocuidado:** Fomentar la educación para la salud, capacitando a los pacientes en el manejo de sus condiciones crónicas y promoviendo hábitos de vida saludables.
- **Uso de las Tecnologías de la Información:** Implementar herramientas tecnológicas, como sistemas de telemonitorización, para mejorar el seguimiento y la atención de los pacientes desde su domicilio.

- **Formación en cronicidad:** Ofrecer formación continua a profesionales de la salud, pacientes y cuidadores sobre el manejo de enfermedades crónicas, asegurando una atención de calidad.

Castilla y León desarrolló la **Estrategia de Atención al Paciente Crónico** (Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad., 2013), con el objetivo de mejorar la salud y la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas, incluyendo la pluripatología. En esta estrategia se identifican una serie de acciones en AP, que se resumen en:

- **Programas de Educación para la Salud:** Formación a pacientes y cuidadores sobre el manejo de enfermedades crónicas y promoción de hábitos saludables.
- **Mecanismos de Coordinación Asistencial:** Fomento de la comunicación entre AP y Especializada para garantizar una atención integral.
- **Uso de Tecnologías de la Información:** Implementación de sistemas de información que faciliten el seguimiento y la gestión de pacientes crónicos.

Además, Castilla y León está trabajando en una nueva estrategia de atención al paciente crónico y ya tiene publicado el documento técnico (mayo 2025) con 8 ejes estratégicos, 27 objetivos y 126 acciones (Junta de Castilla y León. Sacyl, 2025).

Cabe destacar que aparece de este análisis **un elemento común, o figura clave en AP:** la enfermera gestora de casos ha sido incorporada en varias CCAA (Andalucía, Aragón, Navarra...) para coordinar la atención, mejorar el seguimiento y reducir hospitalizaciones evitables.

La **Tabla 3** resume los principales planes autonómicos identificados para la atención al paciente crónico pluripatológico (PCP), e incluye el nombre del plan o estrategia y los componentes clave en AP para el PCP.

Además, la mayoría de las CCAA disponen de un plan de atención a la cronicidad, o de acciones dirigidas a la mejora de la asistencia sanitaria de la población de pacientes crónicos, o han llevado a cabo alguna acción relevante para

Tabla 3. Resumen de Principales Componentes identificados de los Planes Autonómicos para la atención al PCP.

CCAA	Nombre del Plan/ Estrategia/Fecha	Componentes clave del plan para el PCP	Principales resultados/esperados
Andalucía	Proceso Asistencial Integrado Atención al Paciente Pluripatológico (2018).	Identificación y registro, PAI, enfermería gestora de casos.	Mejora de la coordinación entre niveles, implementación de PAIs y consolidación de la figura de enfermería gestora.
Aragón	Proceso de Atención a los Pacientes Crónicos Complejos (PCC) (2019)	Identificación proactiva, PAI, enfermería gestora, protocolos, autocuidado, TICs.	Fortalecimiento del seguimiento y prevención en AP, mejora en la coordinación y formación en TICs.
Canarias	Plan de Acción para Pacientes Crónicos de Alta Complejidad (2024).	Atención integral, accesibilidad, coordinación sociosanitaria, farmacoterapia, autocuidado, TICs.	Plan en implementación; expectativas de mejora en accesibilidad, atención domiciliaria y apoyo a cuidadores.
Castilla y León	Estrategia de Atención al Paciente Crónico (2013).	Educación sanitaria, coordinación asistencial, uso de tecnologías de información.	Mayor cohesión entre niveles asistenciales y mejor uso de TICs para el seguimiento de crónicos.
Navarra	Estrategia Navarra de Atención Integrada a Pacientes Crónicos y Pluripatológicos (2013).	Equipos multidisciplinares, protocolos, seguimiento proactivo.	Consolidación de equipos multidisciplinares y mejora del seguimiento proactivo en pacientes complejos.

Fuente: Elaboración propia.

la población de pacientes crónicos. La **Tabla 4** resume las últimas estrategias para la cronicidad publicadas por otras CCAA. Se identifican acciones que clasificamos en 7 áreas:

1. Modelo asistencial y atención integrada:

- Atención integral y centrada en el paciente (Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla y León, Cataluña, Galicia, La Rioja, Madrid).
- Coordinación entre niveles asistenciales: AP y hospitalaria (Cantabria, Castilla y León, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, La Rioja).
- Atención domiciliaria priorizada y reorganización de recursos para evitar hospitalizaciones (Asturias, Baleares, Cantabria, Galicia, Madrid).
- Equipos multidisciplinares y gestión compartida del paciente (Cantabria, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, País Vasco).

2. Identificación y estratificación de pacientes:

- Estratificación del riesgo clínico y categorización del paciente pluripatológico complejo (Baleares, Cantabria, Castilla y León, Comunidad Valenciana, Galicia, Murcia, País Vasco).
- Uso de criterios clínicos y sistemas de información para definir complejidad y priorizar la intervención (Castilla y León, Cataluña, Galicia, La Rioja).

3. Seguimiento y continuidad de cuidados:

- Implementación de planes personalizados de atención (Castilla y León, Comunidad Valenciana, Galicia, Madrid, Murcia).
- Promoción del autocuidado y seguimiento activo (Madrid, Murcia, Galicia, País Vasco, La Rioja).
- Integración de sistemas de información y TICs para seguimiento (Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Madrid).

4. Capacitación de profesionales y trabajo en equipo:

- Formación específica en manejo de crónicos y pluripatológicos (Cataluña, Comunidad Valenciana, Galicia, Murcia, País Vasco).
- Promoción del trabajo en equipo entre disciplinas sanitarias (Cataluña, Castilla y León, Comunidad Valenciana).

5. Relación con pacientes y entorno:

- Enfoque en la participación del paciente y su entorno en la toma de decisiones (Madrid, Galicia, País Vasco).
- Programas de educación sanitaria y habilidades de autocuidado (Murcia, Comunidad Valenciana, Galicia).

6. Innovación y herramientas tecnológicas:

- Desarrollo de herramientas TIC para coordinación, comunicación y seguimiento (Extremadura, Madrid, Cataluña).
- Plataformas digitales de apoyo clínico (Madrid: Portal CUIDATE+; Cataluña: Historia Clínica Compartida, eCAP).

7. Otros ejes complementarios:

- Promoción de la salud y prevención de la cronicidad (Comunidad Valenciana, Galicia).
- Apoyo psicosocial y servicios sociales en el abordaje del paciente complejo (Madrid, Galicia, La Rioja).

Estas estrategias encuentran respaldo también en la percepción ciudadana. El estudio “Vidas más largas, mayores retos” (beBartlet & Daiichi Sankyo, 2025), basado en una muestra representativa nacional, destaca que el 54 % de los encuestados considera que promover un envejecimiento saludable es la mejor vía para aliviar la presión sobre el SNS. El mismo informe señala que el acceso a tratamientos y las listas de espera son los principales desafíos para pacientes con enfermedades cardiovasculares y cáncer, lo que refuerza la urgencia de fortalecer el primer nivel asistencial.

Tabla 4. Estrategias para abordar la cronicidad y acciones para PCPs en AP en las CCAA sin programas específicos para el abordaje del PCP.

Región/CCAA	Nombre estrategia	Año	Actividades desarrolladas relevantes para la población de PCPs en AP
Asturias	Personas sanas, poblaciones sanas: ordenación y elaboración de las estrategias de salud y atención a la población con enfermedad crónica en asturias	2014-2015	- Continuidad asistencial en pacientes crónicos complejos. Este proyecto pretende garantizar la atención integral, segura y eficiente a pacientes crónicos, en especial aquellos de mayor complejidad y/o pluripatología, en el ámbito más adecuado y por los profesionales que mejor puedan dar respuesta a sus necesidades. - Organización de la atención domiciliaria para la atención a pacientes crónicos. Reorientar la atención domiciliaria para mejorar el mantenimiento de las personas en su entorno.
Baleares	Plan de Atención a las Personas Crónicas con Enfermedades Crónicas 2016-2021: El reto del Sistema Sanitario	2017	- Plantea un proyecto centrado en AP, cuyo principal objetivo es mejorar la calidad de atención a pacientes crónicos complejos y avanzados, a sus cuidadores y familias, y mantenerlos, el máximo tiempo posible, en el entorno comunitario con la mejor calidad de vida posible. - Se impulsa la creación de unidades de hospitalización específicas en hospitales de agudos, la creación de rutas asistenciales diferenciadas para PCC y PCA (con el objetivo de evitar ingresos o el paso por urgencias ante descompensaciones), y una coordinación de esta unidad a través de la gestión de casos, con el objetivo de evitar, en lo posible, el deterioro funcional y/o cognitivo durante el ingreso en el hospital y la vuelta a domicilio lo más pronto y en las mejores condiciones de autonomía posibles.

Región/CCAA	Nombre estrategia	Año	Actividades desarrolladas relevantes para la población de PCPs en AP
Cantabria	Plan de Atención a la Cronicidad de Cantabria 2015-2019	2015	• Alternativas a la atención tradicional de los pacientes crónicos, con tres líneas diferenciadas: pacientes pluripatológicos complejos sin deterioro funcional, pacientes crónicos en situación de dependencia, y el domicilio y el medio residencial como entornos específicos de la atención al enfermo crónico.
			• Creación de las unidades hospitalarias de atención al paciente pluripatológico en el ámbito de la cronicidad. Consistirá en un equipo multidisciplinar de profesionales sanitarios encargados de la atención integral a este grupo de pacientes.
			• Diseño de una ruta específica para el paciente pluripatológico crónico complejo, incluyendo vías asistenciales según niveles de riesgo.
			• Desarrollar una estrategia de atención y coordinación sociosanitaria entre el sistema sanitario y los Servicios Sociales, asegurando la continuidad entre los diferentes niveles, especialmente en pacientes crónicos pluripatológicos complejos en situación de dependencia.

Región/CCAA	Nombre estrategia	Año	Actividades desarrolladas relevantes para la población de PCPs en AP
Castilla y León	Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León.	2013	Proceso de Atención al Paciente Crónico Pluripatológico Complejo. El eje de la atención al Paciente Crónico Pluripatológico Complejo es AP con mayor capacidad resolutiva y de gestión. Seguimiento cercano y actitud proactiva de la enfermera de AP. Ante una descompensación clínica que no pueda ser sólo atendida en AP, se contactará con la Unidad de Continuidad Hospitalaria (UCA) para interconsulta telefónica o presencial, manteniendo la continuidad asistencial y proporcionando una atención integrada. La enfermera hospitalaria de la UCA proporcionará asistencia y gestión de casos, manteniendo la coordinación con AP y otros servicios del hospital que sean requeridos. Se mantendrá una coordinación constante con los servicios sociales para la gestión de los recursos de apoyo que se precisen por el/la paciente y/o su familia. En Castilla y León además de la evaluación de los indicadores del proceso de PCPPC se evalúan individualmente otros procesos de enfermedades crónicas con sus respectivos indicadores: Insuficiencia Cardíaca Crónica, Insuficiencia Renal Crónica, EPOC, DM, Demencia, etc.

Región/CCAA	Nombre estrategia	Año	Actividades desarrolladas relevantes para la población de PCPs en AP
Cataluña	Pla de Salut de Catalunya 2021-2025	2021	• Incremento de recursos y personal en los Centros de AP (CAP) para garantizar una atención integral y de calidad a los pacientes crónicos. • Implementación de asistentes clínicos en las consultas para reducir la carga burocrática de los médicos, permitiendo que se centren en la atención asistencial de los pacientes crónicos. • Fomento del trabajo en equipo entre profesionales de diferentes disciplinas para ofrecer una atención más completa y personalizada a los pacientes con múltiples patologías. • Integración de sistemas digitales que faciliten el seguimiento y la gestión de los pacientes crónicos, mejorando la comunicación entre profesionales y pacientes. • Desarrollo de iniciativas orientadas a la prevención de complicaciones y al fomento de hábitos de vida saludables entre los pacientes crónicos. • Capacitación constante del personal sanitario en el manejo de enfermedades crónicas y en la atención a pacientes pluripatológicos. • Empoderamiento de los pacientes para que participen activamente en el manejo de su salud, promoviendo la autogestión y la adherencia a los tratamientos.

Región/CCAA	Nombre estrategia	Año	Actividades desarrolladas relevantes para la población de PCPs en AP
Comunidad Valenciana	Estrategia para la atención a pacientes crónicos en la Comunitat Valenciana.	2014	• Orientar el sistema sanitario hacia la atención a la cronicidad (herramienta de estratificación de la población para identificación pacientes; reorganización asistencial y definición de procesos asistenciales y circuitos de atención integrada interdepartamental (para crónicos de medio y alto riesgo); incorporar indicadores a los acuerdos de gestión...). Otras de sus líneas de acción son potenciar el hospital a domicilio y redefinir los hospitales de atención a crónicos y larga estancia, o la integración de políticas sanitarias y sociales (con un foco en recursos residenciales). • Desplegar un modelo de atención centrado en el paciente y su entorno (alcanzar consensos de herramientas de valoración y planes de atención integral, trabajarlos en equipo; otros proyectos relevantes fomentan la autonomía y formación del paciente (Portal CUIDATE-CV) y apoyo a cuidadores; o el desarrollo de programas de prescripción y uso efectivo de medicamentos para seguridad del paciente). • Desplegar políticas para la promoción de la salud y prevención de la cronicidad (los proyectos relevantes son impulsar la implementación de otras estrategias de envejecimiento activo y promoción de la salud y prevención de enfermedad, así como acuerdos con asociaciones de pacientes).

Región/CCAA	Nombre estrategia	Año	Actividades desarrolladas relevantes para la población de PCPs en AP
			• Potenciar la gestión del conocimiento sobre la cronicidad (de los proyectos relevantes en este objetivo se resalta los planes de formación, recomendaciones de práctica clínica en patologías clínicas y el portal de comunicación entre profesionales). • Desarrollar los sistemas y tecnologías de la información y comunicación a la cronicidad (como proyectos relevantes recogen la integración de información de pacientes crónicos en historia clínica, incluso la valoración y el plan de atención integral; así como desarrollo de TIC's para atención en domicilio y comunicación entre profesionales).
Extremadura	Estrategia de prevención y atención a personas con enfermedades crónicas en Extremadura	2017	Proceso asistencial integrado del paciente crónico complejo. Contempla la conformación de equipos multidisciplinarios, una atención proactiva desde AP, potenciando el papel de enfermería como gesto de cuidados. En el ámbito de atención Hospitalaria, se fomenta la asistencia por facultativos generales (interna y geriatría) que actuarán conjuntamente con los profesionales de AP y centros residenciales, y adaptando servicios que ofrezcan alternativas a la hospitalización convencional. Asimismo, impulsa la valoración social para movilizar precozmente recursos que permitan mantener al paciente en su entorno.

Región/CCAA	Nombre estrategia	Año	Actividades desarrolladas relevantes para la población de PCPs en AP
Galicia	Estrategia gallega para la atención a personas en situación de cronicidad	2017	Evitar la progresión de la situación de cronicidad hacia estadios más complejos. Líneas estratégicas: 1.1 Desarrollar intervenciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades con una visión socio-sanitaria integral. 1.2 Incluir en el modelo de atención a todos los agentes implicados. 1.3 Desarrollar estrategias de salud comunitaria desde los equipos de AP.
Madrid	Estrategia de atención a pacientes con enfermedades crónicas en la Comunidad de Madrid	2013	Se han desarrollado el Proceso asistencial integrado del paciente crónico complejo (PAI PCC). El PAIPCC consta de tres subprocesos: i) Inclusión, tras la asignación del nivel de intervención alto; ii) seguimiento en el lugar de residencia proactivo y estructurado por los referentes asistenciales del paciente; y iii) atención a la descompensación con cuidados integrados y coordinados entre los referentes asistenciales del paciente y prestados en el ámbito asistencial más adecuado (en el lugar de residencia, hospital de día u hospital de agudos). Introduce intervenciones específicas como la valoración global multidimensional periódica y la definición de plan de acción inicial, el seguimiento proactivo de la evolución y necesidades, la definición funcional de los perfiles profesionales que van a liderar la atención a los pacientes más complejos, la atención coordinada y compartida entre referentes asistenciales en la comunidad y el domicilio (AP) y el ámbito hospitalario, el diseño de rutas específicas de atención hospitalaria, la gestión compartida de las transiciones asistenciales y el apoyo a la persona cuidadora. En junio de 2017 finalizó la implantación en los 26 hospitales y 266 centros de salud de esta Comunidad.

Región/CCAA	Nombre estrategia	Año	Actividades desarrolladas relevantes para la población de PCPs en AP
Murcia	Estrategia para la Atención a la Cronicidad 2013-2015	2013	• Estratificación de la población en función de comorbilidad y complejidad. • Identificación precoz de las enfermedades que puedan derivar en una situación de cronicidad. • Continuidad de cuidados entre los ámbitos asistenciales: diseñar atenciones individualizadas a los pacientes y favorecer la continuidad asistencial entre AP y Atención Especializada. • Desarrollo de intervenciones individualizadas en función de las necesidades, en el que se proponga el recurso más adecuado a la situación clínica, fase de la enfermedad y apoyo sociofamiliar existente. • Desarrollo de competencias profesionales avanzadas en enfermería. • Integración de la historia clínica electrónica. • Atención sociosanitaria integrada. • Promoción de hábitos de vida saludables. • Promoción del autocuidado y educación del paciente.
País Vasco	Plan de atención integral al paciente mayor	2019	Ruta asistencial para el abordaje del paciente pluripatológico. Implementar la ruta del paciente pluripatológico en Osakidetza.

Región/CCAA	Nombre estrategia	Año	Actividades desarrolladas relevantes para la población de PCPs en AP
La Rioja	Estrategia de atención al paciente crónico de La Rioja	2018	• Diseñar un plan de formación específico para el desarrollo de la estrategia, que recoja: Formar en la gestión por procesos en la atención a la cronicidad y pacientes pluripatológicos. • Consolidar el modelo de atención compartida entre AP y Hospitalaria: Establecer apoyos dentro de los equipos hospitalarios a los servicios quirúrgicos para el control de pacientes crónicos y pluripatológicos. • Definir otros servicios de apoyo necesarios en el equipo de AP: La atención al paciente crónico y pluripatológico puede precisar de prestación de servicios adicionales que deberán desarrollarse de forma progresiva: i) Servicios de nutrición que aportarán recomendaciones y apoyo específico en aspectos de nutrición y dieta; ii) Servicios de rehabilitación funcional, dirigidos a facilitar, mantener o devolver el mayor grado de capacidad funcional e independencia posible al paciente; iii) Servicios de apoyo psicológico: tareas de apoyo psicológico al paciente y cuidador, que les permita adquirir habilidades y estrategias para afrontar de una forma adecuada y favorable sus problemas.

Fuente: Elaboración propia.

4. LA ATENCIÓN PRIMARIA COMO LÍDER DE LA ATENCIÓN SANITARIA

4.1. RECOMENDACIONES DE REESTRUCTURACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA: PRINCIPALES CAMBIOS EN EL MODELO PARA ATENDER AL PACIENTE CRÓNICO EN ESPAÑA.

La AP ha experimentado una reestructuración significativa en las últimas décadas para adaptarse y dar respuesta a las necesidades, actuales y futuras, de los pacientes crónicos, especialmente aquellos con condiciones complejas, como los pacientes crónicos pluripatológicos (PCP). Este proceso de transformación se ha impulsado por factores demográficos y epidemiológicos -como el envejecimiento de la población, el aumento de la esperanza de vida y la creciente prevalencia de enfermedades crónicas (Cronicidad: Horizonte 2025, 2020a)- que hacen imprescindible un modelo de atención centrado en la continuidad, la cercanía y la sostenibilidad. En este contexto, la AP se reafirma como un pilar fundamental de la salud pública y del bienestar colectivo.

El modelo tradicional de atención sanitaria estaba centrado en la atención aguda, con un enfoque en resolver problemas puntuales y episódicos. Sin embargo, este modelo no era adecuado para manejar las necesidades complejas, continuas y multidimensionales de los pacientes crónicos, especialmente los PCP.

El modelo de AP ha evolucionado para atender de manera integral y coordinada a los PCPs, con un enfoque en la personalización, la prevención, la tecnología y el trabajo en equipo. Este enfoque integrado reduce hospitalizaciones evitables, mejora la calidad de vida y fomenta un manejo más efectivo de las enfermedades. Sin embargo, todavía enfrenta obstáculos como la falta de personal, la sobrecarga del sistema sanitario y las desigualdades en el acceso a recursos tecnológicos.

Se identifican cuatro retos principales en cronicidad (Cronicidad: Horizonte 2025, 2020b):

- 1. Apostar por el abordaje multidisciplinar, integral y participativo del paciente crónico**, para lo cual se establecen una serie de acciones necesarias:

- Fortalecer el papel de todos los profesionales implicados en el proceso asistencial de los pacientes con patologías crónicas, reforzando el liderazgo de los profesionales con visión holística, como los médicos y enfermeras de Medicina Interna y de AP, trabajadores sociales o los farmacéuticos comunitarios.
- Fomentar la participación de organizaciones profesionales sanitarias, asociaciones de pacientes y otros organismos que disponen de resultados de experiencia.
- Ampliar el reconocimiento estructural y funcional existente, de modo que se contemplen todas las enfermedades crónicas, más allá de las padecidas por los adultos mayores.

2. Fomentar la prevención y el autocuidado, para reducir el número de diagnósticos y mejorar la calidad de vida de los pacientes crónicos, para lo cual se establece como necesario:

- Promover una mayor participación del paciente crónico y su familia en la toma de decisiones como agentes facilitadores de información sobre su enfermedad.
- Crear una escuela de alfabetización digital para pacientes, enfocada a colectivos especialmente relevantes, como los pacientes con patologías crónicas y el PCP mayor.
- Promover campañas de concienciación y sensibilización social sobre la importancia de adquirir hábitos de vida saludable y prevenir factores de riesgo entre la población aprovechando, entre otros recursos sanitarios, la capilaridad de la red de 22.198 farmacias (CG de Colegios Oficiales de Farmacéuticos).

3. Integrar las nuevas tecnologías como un recurso asistencial, adecuándolas a las necesidades y accesibilidad del paciente. Para ello se necesita:

- Apostar por la interoperabilidad de la información sanitaria, cuyo avance es esencial para el desarrollo de acciones que favorezcan la prevención, la conexión entre profesionales sanitarios, el diagnóstico y el seguimiento de la enfermedad, la personalización de los tratamientos

y la monitorización de los resultados en salud de pacientes crónicos (mediante la historia clínica compartida, un sistema homogéneo de medición de resultados en salud, con indicadores universales que garanticen la transparencia y la rendición de cuentas, entre otros).

- Implementar la telemedicina o consultas telemáticas como complemento a la atención personal del paciente crónico, así como herramienta para la optimización de los recursos del sistema, ya que permite aliviar las listas de espera y facilitar el seguimiento del paciente y su adherencia al tratamiento.
- Reajustar los objetivos y líneas de acción en materia de cronicidad de acuerdo con la Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud.

4. La participación real y efectiva de los pacientes en los procesos de toma de decisiones que afectan a su salud, no como sujeto pasivo sino como agente activo. Garantizar su participación desde el diseño de los propios modelos de atención (modelos de co-gobernanza), así como en la medición de indicadores y resultados en salud reportados por los pacientes (modelos de Gestión Sanitaria Basada en Valor).

La AP es el principal perfil implicado en el abordaje de la cronicidad, tal como reflejan las políticas públicas sanitarias en esta materia. A pesar de las políticas públicas impulsadas dirigidas a mejorar la AP, todavía el sistema no dispone de las condiciones óptimas, **en términos de infraestructuras, de recursos humanos, y de condiciones laborales de sus profesionales sanitarios**, para garantizar una atención óptima a los PCPs.

Esta visión crítica encuentra correlato en la percepción pública. De hecho, el 49% de los ciudadanos considera que el sistema sanitario no está preparado para afrontar una población más envejecida, según “Vidas más largas, mayores retos” (beBartlet & Daiichi Sankyo, 2025). Este dato, junto con el 82 % que percibe desigualdades territoriales, subraya la importancia de avanzar en un modelo más cohesionado y equitativo de Atención Primaria.

Lo cierto es que muchos programas de atención a la cronicidad en España se implementan sin una evidencia sólida de su efectividad. En lugar de adoptar modelos externos sin suficiente respaldo, se debería fortalecer la AP, dado su

papel central y probado en la mejora de los resultados en salud (Minué-Lorenzo & Fernández-Aguilar, 2018).

La naturaleza cambiante de las enfermedades, con un aumento en la prevalencia de condiciones crónicas y multimorbilidades, exige una reestructuración de los servicios de salud (Starfield, 2011). Esto hace necesario que la AP se adapte para abordar de manera más efectiva estas complejidades, promoviendo un enfoque integral y coordinado en la atención al paciente crónico.

4.2. ACCIONES RELEVANTES PARA EL PCP DESDE LA PERSPECTIVA DE LA AP Y COMUNITARIA.

La transformación del modelo sanitario hacia un enfoque centrado en la persona requiere repensar el papel de la AP como eje fundamental en la gestión de la cronicidad. En este contexto, identificar retos estratégicos se vuelve imprescindible para alinear las acciones políticas, organizativas y asistenciales con las necesidades reales de los PCP, así como con los desafíos demográficos y sociales actuales. El modelo vigente de atención ha mostrado avances importantes, pero también limitaciones en cuanto a su capacidad de respuesta, integración de recursos y continuidad asistencial.

El diseño e implementación de estrategias como el Plan de Acción de AP y Comunitaria 2025–2027 reflejan un compromiso institucional con el fortalecimiento de la AP. Sin embargo, estos planes solo alcanzarán su máximo potencial si se abordan de manera coherente los retos estructurales, organizativos y de coordinación intersectorial que hoy condicionan su eficacia. Por ello, es clave identificar aquellos aspectos que requieren una transformación más profunda y sostenida en el tiempo, con criterios claros de responsabilidad, seguimiento y evaluación.

Se analizan, a continuación, las principales líneas de acción actuales, tanto a nivel estatal como autonómico, destacando los elementos que deben ser reforzados para consolidar un modelo de atención primaria verdaderamente resolutivo, integrado y centrado en la persona.

El **Plan de Acción de AP y Comunitaria 2025-2027** (Ministerio de Sanidad, 2024) refuerza los principios fundamentales de la AP en la gestión de enfermedades crónicas y pacientes pluripatológicos.

Este plan plantea una serie de acciones que son, sin duda, relevantes, para la mejora en la atención sanitaria del PCP. Entre ellas, destacan:

1. Introducir la figura del administrativo en salud para liberar a médicos y personal de enfermería de tareas burocráticas y hacer, con su intervención, más eficientes los procesos, permitiendo a los profesionales sanitarios centrarse más en la atención directa al paciente. Esto favorecerá, también, a la incorporación de los avances tecnológicos que permitan aligerar la carga administrativa en las consultas, en línea con los procesos identificados y priorizados en la Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud, el Plan de Transformación Digital de Atención Primaria y el programa de despliegue de la Inteligencia Artificial en el SNS (IASNS).
2. Ampliar los equipos multidisciplinares: incorporación de profesionales como fisioterapeutas, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, logopedas, nutricionistas y otros, mejorando la atención integral y personalizada.
3. El plan también promueve la continuidad asistencial y sociosanitaria mediante la coordinación entre niveles de atención (AP, hospitalaria y sociosanitaria). Para avanzar hacia una atención integrada real —que incluya no solo los aspectos clínicos, sino también los sociales— resulta imprescindible establecer una comunicación fluida y estructurada con los servicios de Bienestar Social, especialmente en el abordaje del PCP. Esta coordinación debe basarse en objetivos compartidos, planificación conjunta y circuitos definidos que permitan la continuidad sociosanitaria. El desarrollo de centros sociosanitarios debe acompañarse de indicadores específicos de integración, que evalúen no solo el uso de recursos, sino la efectividad de la atención conjunta y la experiencia del paciente.
4. Actualizar la cartera de servicios para incluir nuevos procedimientos diagnósticos y ampliar los servicios prestados con especial énfasis en la prevención y en la atención a colectivos vulnerables, como por ejemplo la salud mental, entre otros.

5. Implementar herramientas digitales para el seguimiento remoto de pacientes crónicos y pluripatológicos, facilitando la monitorización y la detección precoz de complicaciones. La implementación de una Historia Clínica Digital (HCD) única e interoperable entre todos los ámbitos asistenciales y sociales es un elemento clave para avanzar en la integración real del cuidado. Esta herramienta debe permitir la consulta y actualización compartida entre AP, hospitalaria, salud mental, servicios sociales y atención domiciliaria, asegurando así un enfoque verdaderamente centrado en la persona. Asimismo, el impulso de la teleconsulta interprofesional (entre profesionales sanitarios y sociales) facilitaría la planificación proactiva y la toma de decisiones compartidas.
6. Fortalecer la Atención Comunitaria: Promoción de actividades de educación para la salud, autocuidado y prevención en el ámbito comunitario. Colaboración con asociaciones de pacientes para incorporar sus necesidades y perspectivas en la atención.
7. Elaborar planes específicos para pacientes pluripatológicos que incluyan objetivos terapéuticos personalizados, priorizando la calidad de vida y la prevención de hospitalizaciones.
8. Aumentar la capacidad resolutoria de los Centros de AP (CAP), reduciendo listas de espera y asegurando citas más rápidas y continuas para pacientes con alta necesidad.
9. Reforzar equipos y recursos para la atención domiciliaria de pacientes crónicos y pluripatológicos, garantizando cuidados en el entorno familiar.
10. Llevar a cabo programas de formación continua para los profesionales sanitarios en el manejo de la cronicidad y las necesidades específicas de los PCP.

Aunque el plan ofrece indicadores de seguimiento para la evaluación del éxito de cada una de sus acciones, la responsabilidad indicada en el plan es demasiado general, siendo asignada al ministerio, y no a personas concretas. Lo mismo ocurre con las acciones, cuya responsabilidad está asignada a las CCAA. Aunque no ha transcurrido tiempo suficiente para la evaluación del mismo, es conveniente que la responsabilidad recaiga sobre personas y equipos

de personas específicas, con el fin de maximizar su implementación y éxito. Son necesarios indicadores medibles y realistas, así como esfuerzos de consolidación de las actuaciones. Además, la evaluación habrá de pedir coherencia entre los objetivos a alcanzar y la disponibilidad de los recursos para ello. En esta misma línea, las asociaciones de pacientes están poniendo sobre la mesa la necesidad de que los indicadores y la medición de resultados vayan más allá de los ofrecidos desde el ámbito clínico o asistencial y que se introduzcan resultados que importan a los pacientes, dentro del modelo de medicina personalizada y la atención centrada en el paciente (ACP).

Algunas CCAA han desarrollado sus propios planes específicos para reforzar la AP y comunitaria. A continuación, se destacan algunas de ellas.

- Aragón ha implementado el Plan de Acción de AP y Comunitaria 2022-2023 (Gobierno de Aragón. Departamento de Sanidad., 2022), centrado en mejorar la calidad asistencial de manera integral. Destaca, entre sus acciones, la elaboración de un Programa de Atención a Enfermos Crónicos Dependientes: Este programa se centra en la identificación activa de pacientes crónicos dependientes o en riesgo de dependencia, garantizando una valoración integral y la elaboración de planes de cuidados personalizados. Se promueve la coordinación entre AP y servicios de rehabilitación para optimizar la atención domiciliaria y comunitaria.
- Asturias cuenta con la Estrategia de Salud Comunitaria, enfocada en promover la salud pública y la AP en la región. Estas iniciativas buscan mejorar la calidad de vida de los pacientes crónicos mediante intervenciones comunitarias y la coordinación entre diferentes niveles asistenciales.
- Baleares ha desarrollado un plan específico para fortalecer la AP y comunitaria, adaptado a las particularidades de su población. Este plan se centra en la atención integral de pacientes con enfermedades crónicas, incluyendo la recuperación de infraestructuras como Son Dureta para destinarlas a la atención de estos pacientes y a la dependencia. Se promueve un nuevo modelo de atención a la cronicidad, con énfasis en la atención intermedia y la coordinación sociosanitaria.
- El Plan de Atención Primaria de Salud de Castilla-La Mancha (Dirección General de Atención Primaria. SESCOAM, 2024), aprobado en diciembre

de 2024, se configura como un pilar esencial dentro del Plan de Salud de Castilla-La Mancha horizonte 2025. Nace con el objetivo de consolidar la AP como eje vertebrador del sistema sanitario regional, asegurando accesibilidad, calidad y continuidad asistencial para toda la población. Entre sus objetivos, dispone de un objetivo específico para implementación de la estrategia de Abordaje a la Cronicidad.

4.3. FINANCIACIÓN PARA AP EN LAS CCAA

Propuesta Económica

Todas las CCAA desarrollaron, como parte del Plan de Acción de AP y Comunitaria 2022-2023, un Proyecto Integral de AP que sentó las bases de las líneas de trabajo a implementar, y el 64,7 % de ellas dispuso de un presupuesto finalista específico para la mejora de la AP. Asimismo, desde el Ministerio de Sanidad se ha contribuido con una notable inversión (Ministerio de Sanidad, 2024) .

La SEMFyC publicó un documento con las necesidades de financiación requeridas en AP en España (SEMFyC, 2022), desglosado por CCAA, y estructurado en tres ejes: inversiones en personal (capítulo 1), inversiones en tecnología para las consultas e inversiones en infraestructuras.

i) Recursos Humanos

La propuesta de SEMFyC es clara: Se estima necesaria la contratación de 18.750 nuevos profesionales en AP (7.000 médicos MFyC + 11.750 de enfermería, auxiliares y administrativos), con una inversión prevista de más de 2.800 M€ en 4 años.

A partir de las estimaciones, propone desglosar las asignaciones del capítulo 1 de **gastos de personal** de la siguiente manera:

1. El nuevo modelo implica la necesidad de contratar a 7.000 profesionales especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC). El coste de esta operación a 4 años vista sería de 1.456 millones de € (calculado sobre el sueldo bruto anual medio, que es de 52.000 euros/año).

Entre las acciones comprendidas en el plan de acción de AP y Comunitaria que esta partida permitiría cubrir, se encuentran la promoción de la contratación en AP como personal estatutario fijo de larga duración al finalizar la residencia o la determinación de criterios para identificar los puestos de difícil cobertura y los incentivos económicos para la atracción y retención en dichos puestos, entre otros.

2. En el modelo de composición del equipo de AP (EAP), propone que por cada plaza de MFyC haya: 1 plaza de enfermería (para equipos MF+Enf), 1 plaza de Administrativo Sanitario por cada dos equipos de MF+Enf, 1 plaza de auxiliar de enfermería por cada cuatro equipos de MF+Enf. Por lo que, en base al modelo, se propone contratar a otros 11.750 profesionales que se desarrollarían en los ámbitos profesionales de enfermería y administración sanitaria. El coste de esta asignación para 4 años sería:
 - a. 858 millones de € (calculado sobre el sueldo bruto anual medio de enfermería, que es de 33.000 euros/año)
 - b. 308,7 millones de € (calculado sobre el sueldo bruto anual medio de auxiliar de enfermería y administrativo sanitario, que es de 21.000 euros/año)

Los 245 millones de euros restantes irían dirigidos a la activación de medidas contra la precariedad en la contratación de profesionales, que hoy se visualizan en forma de contratos eventuales de corta duración. Se trataría, en ese sentido, de normalizar la contratación de estos profesionales. Esta medida cubriría las acciones comprendidas en el punto 2.1 de adaptación de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, a lo dispuesto en el Real Decreto Ley 14/2021, de 6 de julio, de medidas urgentes para la reducción de la temporalidad en el empleo público.

La incorporación de la figura del Administrativo Sanitario (AS) en los Equipos de Atención Primaria (EAP) no debe entenderse solo como una cuestión presupuestaria o cuantitativa, sino como **una transformación estructural** que requiere reformas legales, normativas, educativas y organizativas. Para garantizar su consolidación como figura profesional clave en la eficiencia del sistema, se proponen los siguientes pasos:

1. Reforma legal de la LOPS

Será necesario modificar la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS), bien mediante disposición adicional o mediante normativa paralela, que reconozca al AS como figura profesional del sistema sanitario. Esta reforma debe delimitar claramente sus funciones, competencias y ámbito de actuación dentro de los equipos de salud.

2. Marco normativo por parte del Ministerio de Sanidad

Se requiere avanzar en la definición de un marco normativo estatal que regule de forma clara el perfil profesional del AS, su encaje en los equipos multidisciplinares y sus funciones específicas, especialmente en la gestión de la demanda asistencial, la clasificación de motivos de consulta y el soporte a procesos administrativos.

3. Desarrollo educativo a través del Ministerio de Educación

Será necesaria la creación o reconocimiento de una formación reglada específica vinculada al perfil del Administrativo Sanitario, mediante ciclos formativos de Formación Profesional sanitaria o itinerarios de capacitación acreditados. Esta formación deberá incluir tanto habilidades técnicas como competencias comunicativas y de gestión de información clínica.

4. Desarrollo e implementación por parte de las Comunidades Autónomas

Las CCAA, en el ejercicio de sus competencias en organización y gestión de personal, deberán incorporar esta figura a sus estructuras, adaptando su despliegue a las características de sus sistemas sanitarios y asegurando su integración efectiva en los equipos de Atención Primaria.

5. Estándares organizativos

Se recomienda, en línea con lo propuesto por SEMFyC, una dotación mínima de un administrativo sanitario por cada dos equipos de medicina y enfermería (MF+Enf), y el desarrollo de circuitos organizativos que le permitan asumir funciones como: la gestión y cribado de la demanda administrativa, apoyo en la gestión de citas, derivaciones, documentación clínica no asistencial, y otros procesos administrativos.

6. Evaluación del impacto

La implantación efectiva del AS permitirá:

- Liberar tiempo clínico de médicos y enfermería para centrarse en la atención directa al paciente.
- Mejorar la organización interna del centro de salud.
- Aumentar la eficiencia y la satisfacción de profesionales y pacientes.
- Facilitar la implementación de tecnologías y procesos digitales dentro de la consulta.

La formalización de esta figura, correctamente planificada y ejecutada, contribuirá a una AP más resolutive, eficiente y centrada en el paciente.

ii) Tecnología

Las estimaciones del modelo en lo referente a inversiones en adquisición de tecnologías y digitalización de las consultas de AP preveían una inversión de **50 millones de € al año**, lo que representa una inversión de 200 millones de euros en 4 años. Y teniendo en cuenta la realidad asistencial actual la estimación obliga a aumentar el presupuesto a 250 millones de € para 4 años. Esta inversión se corresponde con la prevista en el componente 18 del documento de «Renovación y ampliación de las capacidades del Sistema Nacional de Salud» del Plan de Recuperación Transformación y Resiliencia (16 de junio de 2021) y queda descrito en la línea de inversión C18.I1 «Plan de inversión en equipos de alta tecnología en el Sistema Nacional de Salud».

Se realizaron varios tipos de análisis y se barajó la posibilidad de hacer la distribución de recursos en base al número de los centros de salud y consultorios distribuidos por la geografía española y, por otro lado, la posibilidad de hacer la distribución en base al número de profesionales, asumiendo que la telemedicina debe ser una realidad consulta a consulta. La dispersión territorial que existe de los dispositivos de salud en el territorio (teniendo en cuenta zonas muy rurales y entornos puramente urbanos) hace que la asignación de recursos sobre centros de salud y consultorios sea un cálculo muy complejo para equipararse

a todo el territorio. La **Tabla 5** muestra la inversión propuesta en digitalización, así como en número de profesionales que ejercen la medicina de familia en AP en las distintas CCAA.

Tabla 5. Propuesta de inversión en telemedicina en base al número de médicos/as de familia por CCAA.

CCAA	Médicas/os de familia en AP	Inversión propuesta en digitalización
Andalucía	5.052	42.401.047
Aragón	973	8.166.314
Principado de Asturias	639	5.363.078
Islas Baleares	556	4.666.465
Canarias	1.234	10.356.867
Cantabria	366	3.071.810
Castilla y León	2.305	19.345.688
Castilla La Mancha	1.359	11.405.982
Cataluña	4.931	41.385.504
Comunidad Valenciana	2.931	24.599.658
Extremadura	817	6.857.018
Galicia	1.894	15.896.196
Comunidad de Madrid	3.682	30.902.743
Región de Murcia	865	7.259.878
Comunidad Foral de Navarra	409	3.432.706
País Vasco	1.493	12.530.634

CCAA	Médicas/os de familia en AP	Inversión propuesta en digitalización
La Rioja	211	1.770.907
Ceuta y Melilla	70	587.505
Total	29.787	250.000.000
Necesidad de contratación	7.000 profesionales	250.058.774 (*)

Fuente: Elaboración propia a partir de la Propuesta económica de la SEMFyC para el Plan de Acción de AP y Comunitaria (SEMFyC, 2022). Notas: (*) Se debe tener en cuenta a la hora de presupuestar que en el punto 1 se incide en que el nuevo modelo implica la necesidad de contratar a 7.000 profesionales especialistas en MFyC. Por ello se ha de presupuestar además la aportación de telemedicina para estos nuevos 7.000 profesionales, suponiendo un total de 58.774.000 euros en 4 años.

iii) Infraestructuras

En lo referente al apartado de infraestructuras, el actual marco de dotación presupuestaria estimado a 4 años vista y con las aportaciones del plan Next Generation procedentes de la Unión Europea se propone acortar este plazo a los 4 años vista previstos en el plan. La propuesta se hace sobre un cálculo estimado en base a la población asignada y las estructuras necesarias en base a centro de salud o a consultorios del ámbito rural. Con una asignación de **1.543.752.340 € en infraestructuras**, el cálculo es que en cada uno de los centros de salud y consultorios de España se podría hacer una inversión adicional a los gastos corrientes y se ha establecido un presupuesto general del Estado de cerca de 100.000 **en 4 años**. Se debería aplicar un factor corrector de ruralidad y dispersión.

Esto se traduce en la siguiente propuesta:

- Invertir 95.441,70 euros por cada centro de salud o consultorio rural en 4 años.
- Invertir 41.964,62 por cada consulta de MF en 4 años.

Por comunidades autónomas quedaría el reparto de la siguiente manera:

	Centros de Salud	Consultorios Locales	CS + Consultorios	Total Inversión en Infraestructuras
Andalucía	407	1.110	1.517	212.005.237,18
Aragón	118	872	990	40.831.570,82
Principado de Asturias	69	144	213	26.815.389,26
Islas Baleares	59	104	163	23.332.326,18
Canarias	107	156	263	51.784.335,45
Cantabria	42	124	166	15.359.049,25
Castilla y León	247	3.665	3.912	96.728.438,58
Castilla La Mancha	203	1.109	1.312	57.029.912,38
Cataluña	419	791	1.210	206.927.518,72
Comunidad Valenciana	283	567	850	122.998.287,84
Extremadura	111	415	526	34.285.090,81
Galicia	397	67	464	79.480.981,64
Comunidad de Madrid	262	162	424	154.513.714,04
Región de Murcia	85	180	265	36.299.392,35
Comunidad Foral de Navarra	59	237	296	17.163.527,71
País Vasco	159	166	325	62.653.170,85
La Rioja	20	174	194	8.854.533,86
Ceuta y Melilla	7	0	7	2.937.523,08
Total	3.054	10.043	13.097	1.250.000.000

Fuente: Elaboración propia a partir de la Propuesta económica de la SEMFyC para el Plan de Acción de AP y Comunitaria (SEMFyC, 2022).

Plan de Financiación para AP 2025-2027

En 2024 se han destinado **172 millones de €** para el impulso de una serie de acciones priorizadas desde el Ministerio de Sanidad (Ministerio de Sanidad, 2024), desglosados en las siguientes cuantías y objetivos para los próximos dos años (período 2025-2027):

- 85 millones de €, dirigidos a:
 - la formación de profesionales,
 - el desarrollo de acciones en AP que recogen las Estrategias de Salud,
 - la mejora de la calidad asistencial,
 - el impulso de la práctica basada en la evidencia, y el desarrollo de Estrategias de Salud Comunitaria.
- Y 87 millones de euros, dedicados a la continuidad de las actuaciones en materia de infraestructuras y equipamiento en AP y Comunitaria.

En cuanto al horizonte que se plantea con este Plan de Acción 2025-2027, en caso de que su ejecución venga impulsada por un marco de cofinanciación como en años anteriores, se han identificado los siguientes ámbitos de financiación, sin menoscabo de que puedan actualizarse durante los años de vigencia del Plan de Acción:

- **Mejora de la capacidad de resolución de AP y de la gestión de la demanda** incluyendo la optimización de los procedimientos administrativos y la renovación de infraestructuras y equipamiento.
- **Impulso a la integralidad de la Atención y la coordinación** entre ámbitos asistenciales con especial énfasis en la continuidad asistencial. Concretamente se potenciará la atención domiciliaria desde AP, así como iniciativas para la mejora de la coordinación con otros niveles asistenciales y con las farmacias comunitarias. Se destinarán esfuerzos, así mismo, para seguir desarrollando la interoperabilidad de las historias clínicas digitales.

- **Refuerzo de la orientación comunitaria, la promoción de la salud y prevención en AP de Salud.**
- **Mejora de la accesibilidad de colectivos vulnerables** a los servicios de AP.
- **Impulso a la mejora de la calidad asistencial** a través de la implantación de las acciones prioritarias relacionadas con este ámbito asistencial recogidas en otras estrategias en salud y planes de ámbito nacional.

El presupuesto asignado a las comunidades autónomas para el desarrollo del Plan de Atención Primaria no solo se mantiene en 2025, sino que también incorpora nuevas condiciones de seguimiento y justificación. Según se recoge en la información publicada el 3 de junio de 2025 (Infobae, 2025), las CCAA deberán justificar antes de diciembre el uso de los fondos, en línea con los objetivos del Plan. Esta medida introduce un nivel de exigencia y seguimiento inédito hasta ahora en el marco de las estrategias nacionales de salud, reforzando la relevancia y prioridad política de la Atención Primaria.

4

GRUPO FOCAL: ANÁLISIS DEL CONTENIDO

A continuación, se realiza el análisis del contenido de la transcripción con el objetivo final de establecer unas líneas generales de consenso sobre el tema en cuestión de cara a la elaboración de la citada Hoja de ruta. Las características de la reunión determinan optar por el análisis del contenido frente al análisis del discurso. El análisis se lleva a cabo de la siguiente manera:

1. Se lleva a cabo un análisis de valoración global del sistema sanitario y su AP.
2. Se analizan e identifican las principales barreras y desafíos de la AP para abordar la cronicidad.
3. Se presentan propuestas de actuación destinadas a la reestructuración de la AP, y los fundamentos para el abordaje integral de PCPs.
4. Se complementa el análisis con la identificación de experiencias de cambio externas que pueden ser inspiradoras para el desarrollo de algunas de las propuestas de cambio.

Respecto a la mayor parte de las cuestiones planteadas se alcanza una saturación del discurso, probablemente derivado de la similitud de perfiles de algunos de los participantes. Sobre las cuestiones en las que existen discrepancias se describen explícitamente.

1. VALORACIÓN GENERAL DEL SISTEMA SANITARIO Y LA ATENCIÓN PRIMARIA

El Sistema Sanitario español sigue siendo un modelo de referencia, como se observa en las comparaciones internacionales entre sistemas. Cualquier ajuste a realizar debería realizarse a partir de sus valores fundamentales, entre los que la cobertura universal supone un activo fundamental. Esta valoración positiva coexiste con una visión crítica respecto a la situación actual del Sistema Sanitario, en especial por la falta de respuesta ante sus problemas a pesar de los múltiples ejercicios diagnósticos realizados.

Aunque la valoración inicial respecto al modelo de Atención Primaria (AP) español es, en general, altamente positiva, se cuestionan e identifican problemas estructurales en la AP.

Entre los aspectos mejor valorados de la AP en nuestro país los expertos destacan: su **estructura y organización**, la **infraestructura** existente, su **longitudinalidad**, o la existencia de la **especialidad de enfermería comunitaria**. Como problemas se identifican principalmente la falta de liderazgo, la aversión al riesgo, la existencia de múltiples barreras culturales, **la falta de mentalidad de cambio, la falta de integración de la AP en otros niveles asistenciales, la falta de educación en salud, la dificultad de medir resultados en salud y experiencia del paciente crónico, la transformación digital del sistema, las listas de espera en AP y un sistema que no es capaz de proporcionar la atención que requiere el paciente crónico.**

2. PRINCIPALES BARRERAS Y DESAFÍOS DE LA AP PARA ABORDAR LA CRONICIDAD

1. La dificultad de desarrollar una mentalidad de cambio en profesionales sanitarios y políticos.

Por un lado, se identifica una aversión al riesgo por parte de los políticos, temerosos de que determinadas decisiones puedan comprometer sus intereses. Como consecuencia, el sistema destaca por la ausencia generalizada de liderazgo público, desde el nivel político hasta el ámbito de los centros de AP. También, se hizo referencia a la capacidad organizativa. Se necesita de liderazgo profesional, asunción de riesgos y autonomía a nivel de centro para adecuarse a las necesidades del entorno.

Por otro lado, entre profesionales sanitarios, se identifica la existencia de múltiples barreras culturales, destacando:

1. La falta de adecuación del funcionariado a las nuevas necesidades.
2. La falta de tiempo político necesario para que se produzcan los cambios necesarios (el tiempo político es el tiempo de la legislatura).
3. El problema que supone la consideración de la AP como un “cierto lugar de retiro” para los profesionales sanitarios cuando se acerca el final de su vida laboral.
4. La falta de acuerdo respecto a las competencias de cada profesión, en especial en el caso de enfermería, ligados a las resistencias de corporativismo médico que debería llevar a buscar consenso.
5. La existencia de nuevas culturas profesionales ligadas a los más jóvenes.

2. El problema de la baja demanda de la medicina de familia

Se considera “el nudo gordiano” del problema, resultado en cierta forma del proceso de cambio en la elección de especialidad con el paso de los años, y que ha ido evolucionando de elecciones basadas en la excelencia del lugar donde realizar la especialidad, a elecciones basadas en las posibilidades de promoción profesional, para acabar en la primacía del criterio de la rentabilidad económica.

También en la esfera profesional se cuestiona tanto la existencia de un déficit de profesionales (principalmente médicos) en el momento actual (no tanto a medio plazo) como la baja retribución de los médicos.

3. La falta de coordinación a todos los niveles

Los **problemas de coordinación** aparecen por parte de todos los integrantes del grupo de trabajo, en sus múltiples dimensiones: entre profesionales del mismo centro, entre AP y atención intermedia y hospitalaria y finalmente entre servicios sanitarios y sociales.

Muy ligado a esa falta de coordinación se señala el desafío de la **ausencia de información compartida** entre los diferentes actores del sistema, en especial entre AP y los hospitales.

4. La dificultad de medición de resultados en salud y experiencia del paciente

Existe un amplio acuerdo respecto a la necesidad de la evaluación de resultados en salud y experiencia del paciente, y especialmente del paciente crónico. Como ejemplo práctico de la orientación a resultados se comenta la experiencia de Cataluña en el proyecto CAIROS de establecer indicadores de resultado para cada una de las dimensiones del llamado Quintuple Objetivo (salud, coste, experiencia del paciente, bienestar del profesional y equidad), o también la evaluación desde la propia experiencia del paciente, bien sea mediante resultados en salud de los pacientes (PROMs), en experiencia de los pacientes (PREMs), o de instrumentos de medida de la disposición a recomendación por parte de los usuarios (a partir de los instrumentos de puntuación del usuario, o NPS). Aunque las alternativas de medición son diversas y su necesidad suscita un acuerdo unánime, se reconoce también la dificultad que conlleva, requiriendo en cierta medida un cambio cultural.

5. El reto de la implementación de la transformación digital del sistema

Se reconoce la gran relevancia de la **transformación digital** que supone una gran oportunidad, pero que a la vez representa en numerosas ocasiones una barrera. Y aunque se reconoce su relevancia se admite también la dificultad de integrarla en la actividad cotidiana, tanto por profesionales como pacientes, y

que nunca deberían implicar la desaparición de “habilidades humanas” como el simple hecho de saber escuchar. En este sentido, la formación en alfabetización digital cobra especial importancia. Es necesario formar correctamente a los profesionales y pacientes en competencias digitales, para lograr combatir el reto de la brecha digital.

6. La necesidad de más educación sanitaria y concienciación en salud

Entre los retos identificados se incluye también el de **educación sanitaria**, cuyo principal ámbito de intervención debería ser el centro de salud. La Plataforma de Organizaciones de Pacientes tiene un estudio sobre programas de educación sanitaria para personas con problemas crónicos de salud, tanto pública como privada (Plataforma de Organizaciones de Pacientes, 2023). Sin embargo, esta educación sigue sin realizarse ni dotarse de una financiación y apoyos adecuados.

7. La escasa atención a la población con problemas crónicos, especialmente a los más jóvenes

La demanda que suponen los pacientes crónicos en el sistema sanitario (dos millones de personas que son supervivientes más de cinco años de cáncer, seis millones de personas obesas) obligan a un cambio organizativo profundo, ligado a un cambio de financiación e incentivos.

Los expertos consideran que el cambio debe generarse *desde el nivel micro* de la organización, el de los centros de AP, en donde los profesionales deberían asumir el liderazgo, la responsabilidad y el riesgo como ocurrió durante la pandemia. Este proceso de asunción del liderazgo no es posible sin la recuperación del profesionalismo.

3. PROPUESTAS DE ACTUACIÓN

Las modificaciones **propuestas por el grupo** pueden ser divididas en dos grandes apartados: las propuestas destinadas a modificación de **estructura, organización o formación de la AP**, y los **fundamentos para el abordaje integral de pacientes crónicos complejos pluripatológicos**. Además, se complementa el análisis con la identificación de experiencias de cambio

externas que pueden ser útiles para servir de guía en el desarrollo de algunas de las propuestas de cambio mencionadas.

i) Bloque I: Modificación de estructura, organización o formación de la AP

- **Huir de un modelo uniforme.** Las futuras experiencias a realizar deberían ser diversificadas, pilotadas y evaluadas, dada la diversidad de contextos existentes en el Sistema Nacional de Salud. Para ese cambio una de las palancas necesarias es la política de recursos humanos. El actual modelo de AP se sigue considerando la mejor opción para abordar la atención integral del paciente crónico complejo, por parte de algunas de las participantes. Pero otras opiniones cuestionan si ese modelo es el más adecuado para responder a las necesidades actuales. En este sentido, se resalta la existencia de un sobrediagnóstico de la AP, pero con muy escasas experiencias de innovación real.
- **Revisar el concepto de ecología sanitaria.** La ecología sanitaria hace referencia a un enfoque que reconoce que la salud no se genera únicamente en los centros sanitarios, sino también en los entornos donde las personas viven, trabajan, estudian y se relacionan. Desde esta perspectiva, se interpela a que la AP salga de sus límites tradicionales e interactúe con otros espacios clave para la salud, como escuelas, centros comunitarios, entornos laborales o espacios públicos. Esta visión promueve la colaboración intersectorial y la participación comunitaria, entendiendo la salud como un fenómeno complejo influido por factores sociales, culturales, económicos y ambientales. Así, la ecología sanitaria impulsa un modelo más integral, preventivo y cercano, en el que la AP actúa también como agente de transformación en el territorio. Probablemente, esto requerirá la incorporación de nuevos perfiles de profesionales, o de formar en nuevas competencias y roles. Profesionales como el terapeuta ocupacional, el psicólogo o el fisioterapeuta debieran tener un papel relevante en la AP (precisándose en cualquier caso la necesidad de realización de pilotajes y evaluaciones de su efectividad y eficiencia). Es, además, importante, que la población conozca las competencias de cada tipo de profesional.

- **Trabajar para la motivación de sus profesionales**, que algunas de las participantes consideran muy relacionada con el modelo de relación predominante, de funcionarios en lugar de profesionales con alto grado de responsabilidad y autonomía.
- **Aumentar la presencia de la AP en la Universidad**, acompañada de una inversión relevante en formación.
- **La necesidad de formar a los profesionales sanitarios para que puedan ampliar sus competencias y mejorar la coordinación con otros profesionales.** Concretamente se recomienda ofrecer formación continua y específica a los profesionales sanitarios en competencias relacionadas con la cronicidad, el trabajo interdisciplinar, formación en alfabetización digital con plan de formación específico en competencias para el uso de herramientas digitales (telemedicina, historias clínicas electrónicas) para profesionales y pacientes, alineado con la Estrategia de Transformación Digital del SNS, fomentando una mejor coordinación entre AP, especializada y servicios sociales. En este sentido, podría ser también deseable hacer un estudio sobre mecanismos de incentivos adecuados para que los profesionales sanitarios encuentren interesante formarse en este tipo de competencias. Para lo cual, sería útil poner en marcha un plan específico de formación en herramientas digitales (por ejemplo, telemedicina, historias clínicas electrónicas) para profesionales y pacientes, alineado con la Estrategia de Transformación Digital del SNS.
- **Reconocer el papel fundamental de los profesionales de Atención Primaria en la promoción de la salud, favoreciendo una colaboración estrecha con los equipos de Salud Pública.** Se propone reforzar el liderazgo técnico de Salud Pública en el diseño de estrategias de promoción y educación para la salud, al tiempo que se apoya a los profesionales de AP en su implementación comunitaria, garantizando así una atención equilibrada entre la prevención y el cuidado integral de las personas con enfermedades crónicas.
- **Disponer de tiempo de atención adecuados para pacientes crónicos**, priorizando la atención de quien está enfermo antes de promover la salud de la población sana.

- **Disponer de una digitalización que sea accesible e interoperable entre comunidades autónomas** con el fin de reducir la carga burocrática actualmente existente en AP y que los profesionales puedan dedicar más tiempo a otras actividades.
- **Mejorar el marketing y la comunicación** sobre lo que hace y se hace en AP, evitando los mensajes negativos, predominantes cuando se habla de ella.

ii) Bloque II: Fundamentos para el abordaje integral de pacientes crónicos complejos

Una **atención centrada en el paciente, proactiva, preventiva y coordinada, integral, personalizada y equitativa**, señalándose la necesidad de participación del paciente y su empoderamiento. La mejora de la atención al PCP, al igual que la de cualquier otro paciente, debe basarse en la mejor evidencia disponible, mediante la estandarización de recomendaciones clínicas y sociales. Para ello, se llega a la conclusión de que es necesario:

- Transitar el camino desde **una atención** muy hospitalaria hacia otra modalidad mucho **más centrada en el entorno** (entorno saludable, entendido como la creación y mantenimiento de un entorno físico, social y emocional que favorezca la autonomía, la calidad de vida y el control de la enfermedad de forma sostenible) incluyendo la atención domiciliaria como referencia, pero también otros lugares en la comunidad alejados del hospital. Para ello, se requerirá adecuar los cupos de pacientes para poder implementar este nuevo enfoque de atención.
- Algunas participantes incidieron en que **involucrar más a los profesionales de enfermería** debería implicar una ampliación de su enfoque, no limitándose a atender la enfermedad, sino a acompañarlos en su forma de vida. Este planteamiento no es aceptado unánimemente puesto que en opinión de algunos expertos la alta cualificación de la enfermería debería dirigirse hacia actividades acordes a dicha cualificación. Otras actividades, de acompañamiento humano en la vida del paciente en sus actividades de la vida diaria, pese a su componente humano, se ven como un potencial generador de coste de oportunidad para este colectivo.

- Actuar para **mejorar la coordinación entre niveles y en especial la coordinación socio-sanitaria** (MA) con nuevos mecanismos de intervención. Esto implica, también, evaluar el cambio, con el fin de lograr tener mejoras en términos de resultados en salud de pacientes crónicos, y experiencia.
- **Desarrollo e implementación de estrategias de estratificación de pacientes**, muy vinculados a necesidad, con el fin de poder dar al paciente crónico la atención que necesita. El uso de guías basadas en evidencia, herramientas validadas de estratificación y protocolos conjuntos sanitarios y sociales no sólo aumenta la calidad asistencial, sino que reduce la variabilidad y mejora la equidad. Esta estandarización debe adaptarse a las realidades de cada CCAA, pero partir de un marco común compartido.

Con el fin de avanzar en un modelo más eficiente y personalizado de atención al PCP, se destacó la necesidad de diferenciar entre el manejo del paciente estable y del descompensado, dado que requieren recursos y estructuras asistenciales distintas. Este modelo escalonado de atención, centrado en la estabilidad clínica del paciente, favorece una mejor organización de los equipos, permite una actuación proactiva desde la enfermería de familia y optimiza el uso de dispositivos intermedios para los momentos de mayor fragilidad clínica.

El **paciente estable** puede ser atendido eficazmente desde AP, con un rol protagonista de la enfermería de familia, que actúe sobre factores de riesgo, seguimiento clínico y empoderamiento del paciente.

- Para los **casos de descompensación**, se consideró clave la atención domiciliaria por equipos de continuidad asistencial (ECAs), que permiten actuar con rapidez, reducir reingresos y mejorar la experiencia del paciente.

4. EXPERIENCIAS CONCRETAS DE CAMBIO QUE PUDIERAN SERVIR DE INSPIRACIÓN

1. Proyecto CAIROS:

Este proyecto, de Cataluña, presenta las siguientes características:

- Coordinado por un grupo de expertos, organizado a instancias y con el apoyo de la presidencia de la Generalitat bajo el enfoque de que el sistema sanitario está sobrediagnosticado, y lo que habría que hacer ya es empezar a ponerle tratamiento, con la capacidad de proponer medidas que superen las barreras existentes. En definitiva, presenta un modelo útil para implementar cambios estratégicos que han orientado las acciones en el corto, medio, largo y muy largo plazo (identificando las acciones con la nomenclatura S, M, L y XL).
- Se estructura en torno a un nuevo modelo de centro de salud llamado “Centro de Salud Integral de Referencia (CSIR)”.
- Basado en la realización de un pilotaje en 7 centros pertenecientes al Institut Català de la Salut (ICS), y 14 bajo fórmulas alternativas de Consorcios, o Entidades de Base Asociativa. A la convocatoria se presentaron 116 centros. Está previsto que en el segundo trimestre de 2025 se inicie la implementación de los CSIR y, a partir de los 12 meses de la puesta en marcha, el Departamento de Salud, el CatSalut, el AQuAS y el CAIROS llevarán a cabo una evaluación de los indicadores que deben permitir conocer la calidad asistencial del centro, la capacidad resolutive y los resultados en salud (*Centre de Salut Integral de Referència (CSIR)*, 2025).
- Posteriormente, se trabajará para extender la medida a todos los EAP para que la atención primaria en Cataluña se adapte mejor a las necesidades de la población, garantizando un sistema de salud más eficiente y cercano al ciudadano. Las reformas que se plantean en estos centros van en tres líneas: organización y eficiencia, desarrollo profesional y modelo de atención, en especial, modelo de atención orientado al paciente.
- Entre los cambios propuestos se incluye: autonomía de gestión, cambio de modelo de la historia clínica electrónica (HES), incorporación de elementos de inteligencia artificial (IA) que puede ser más de ayuda en la transcripción. En innovación e investigación se pretende que todo equipo que decida dedicar parte de su presupuesto a liberar tiempo para investigación o para formación de sus profesionales sea financiado por la

misma cantidad desde la organización. Respecto a la parte de desarrollo profesional, se aspira a maximizar las competencias: se amplía la UBA (Unidad Básica de Atención) a UBA ampliada, con el propósito de que el administrativo en salud distribuya el trabajo; además de los perfiles existentes de psicólogos, fisioterapeutas o nutricionistas, se evaluará la figura del terapeuta ocupacional.

- Existe un reconocimiento retributivo, pagando a la gente en función del cupo, pero también por calidad medida a través de resultados clínicos y satisfacción mediante NPS.
- Se pretende potenciar el especialista de referencia, recibiendo un incentivo ligado a un proyecto. También se va a introducir un técnico de salud pública de referencia.
- Respecto a la integración social, se va a facilitar que el equipo de Atención Primaria pueda comprar el servicio de atención domiciliaria (SAD). También desde el equipo de Atención Primaria van a poder hacer la evaluación de la dependencia, y trabajar totalmente con resultados en salud. En este aspecto, se va a trabajar con PREMs.

Desde otros puntos de vista se cuestiona el uso de PROMs, y se proponen sistemas de medición directa de satisfacción como el NPS.

El Proyecto CAIROS (Cataluña) es un caso de éxito con elementos que pueden ser inspiradores para la mejora del abordaje del PCP en AP. Los principales **elementos innovadores y que debieran ser considerados** son:

- Autonomía organizativa
- Evaluación por resultados (salud y satisfacción)
- Integración de IA
- Potenciación de la figura del administrativo en salud
- La identificación de acciones y su asignación a corto, medio y largo plazo

2. Proyecto de coordinación en el Hospital 12 de octubre de Madrid por parte de la Dra. Azcutia:

Este proyecto se caracteriza por:

- Coordinación asistencial en la que la admisión del hospital clasificaba al paciente e ingresaba en una planta concreta donde disponía de un grupo de internistas de referencia.
- Medición a través de reingresos, fundamentalmente en insuficiencia cardíaca y en EPOC, midiendo su correlación con seguimiento por parte de las enfermeras y seguimiento de enfermería al alta. Se observó que, a más seguimiento, menos reingresos.

3. Las Unidades de Continuidad Asistencial (UCAPI) entre AP y Medicina Interna en Castilla La Mancha:

De las 14 gerencias existentes, trece son integradas: en todas existen unidades de continuidad asistencial para el paciente crónico, entre Atención Primaria y Medicina Interna.

- El fortalecimiento de **dispositivos intermedios entre la AP y el hospital** se considera una innovación útil para mejorar la conexión entre niveles en el paciente crónico.
- Entre las propuestas de mejora se señala también la **prescripción social de activos en salud**, una herramienta en el marco de la salud comunitaria. Esto consiste en que los profesionales sanitarios —especialmente de AP— deriven o recomienden a las personas participar en recursos comunitarios que promuevan la salud y el bienestar. Estos activos en salud pueden ser muy variados: talleres de ejercicio físico, grupos de apoyo, actividades culturales, espacios de participación vecinal o iniciativas de voluntariado. La prescripción social reconoce que muchos determinantes de la salud no son exclusivamente biomédicos, y busca conectar a las personas con su comunidad para mejorar su salud física, emocional y social. Esta herramienta es especialmente útil en casos de soledad, ansiedad, enfermedades crónicas o malestar social, y refuerza el enfoque preventivo, participativo y territorial de la salud comunitaria.

Sin embargo, la aplicación de estas iniciativas es poco compatible con la situación actual de las consultas de AP en opinión de una de las participantes.

- Se considera necesario establecer procesos de **benchmarking** entre las diferentes CCAA. Pero, sin embargo, se señala la escasa capacidad de compartir experiencias en el país.

5. RESUMEN EN RELACIÓN CON LAS ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN EN RELACIÓN CON LA ATENCIÓN AL PCP, Y SOSTENIBILIDAD DE LA AP

Buena parte de los participantes considera que la salud comunitaria podría convertirse en una estrategia sostenible a largo plazo, siempre que cuente con la participación activa de todos los actores implicados, como reflejan las experiencias en Aragón, Asturias y Castilla-La Mancha. Sin embargo, también hay voces que cuestionan la ausencia de evaluación sobre la efectividad de las intervenciones citadas en salud comunitaria, y en especial el que las intervenciones en salud comunitaria se acaban focalizando siempre en las mismas personas.

Otro elemento a valorar en estas estrategias es el rol de la Salud Pública, señalándose la existencia de una crisis de la Salud Pública (manifestada de nuevo por la baja cotización en el MIR de su especialidad) y la heterogeneidad de su organización, cuyo peso y dependencia varía mucho de una comunidad autónoma a otra.

En el proceso de implementación de cambios es inevitable referirse al modelo retributivo (sin cuyo replanteamiento difícilmente es posible ningún cambio), así como al papel de los sindicatos como barrera para no modificar el modelo y mantener el statu quo.

Finalmente se señala en el debate la necesidad de realizar un cambio radical dada la situación actual real de la AP precisamente desde un profesional de la práctica clínica; en opinión de los expertos, el sistema tal y como está, no puede continuar.

6. FONDOS DE FINANCIACIÓN FINALISTAS Y FONDOS EUROPEOS PARA EL IMPULSO DE ESTRATEGIAS, PROGRAMAS Y ACCIONES PARA LA MEJORA DEL ABORDAJE DE LA ASISTENCIA SOCIO SANITARIA AL PCP EN AP

La situación de gran incertidumbre geopolítica en el momento actual hace difícil saber cuál va a ser la situación a nivel europeo en los próximos años de financiación respecto a salud.

En cualquier caso, los fondos van destinados a aquellas partidas en las que la Comisión es competente, y que no incluye aquellas como la atención sanitaria con la cual no tiene competencias directas (atención sanitaria, AP). Para éstas, existen las acciones conjuntas (Joint Actions). Pero a la vez se señala la escasa evidencia sobre el impacto de las mismas. Por otro lado, la Comisión Europea ha anunciado recientemente que presentará una propuesta de financiación que, de aprobarse, incluiría fondos para envejecimiento saludable y cronicidad (European Commission, 2025).

Finalmente, se señala que para que un proyecto de reforma tenga éxito, además de disponer de fondos europeos, es importante y fundamental el apoyo incondicional de las autoridades.

5

HOJA DE RUTA

Las siguientes recomendaciones se derivan de la reunión del grupo de expertos celebrada en Madrid el 4 de marzo de 2025 en la sede del Colegio de Médicos de Madrid, en combinación con la revisión del contexto realizada.

Con el fin de implementar un abordaje integral del paciente crónico pluripatológico a través de un liderazgo reforzado de la Atención Primaria (AP), se proponen once líneas de acción clave, que conforman la Hoja de Ruta para la AP en el abordaje a la cronicidad. Cada línea de acción se acompaña de sub-acciones, necesarias para su desarrollo o implementación.

Estas son:

1. Trabajar para reducir las disparidades existentes entre áreas rurales y urbanas, debidas a la dispersión geográfica (pueden servir de guía las propuestas de SEMFyC).

- Explorar mecanismos de incentivos (económicos y no económicos) para profesionales,
- Trabajar por una telemedicina avanzada
- Lograr que se haga refuerzo con más consultorios en áreas rurales.

2. Orientar el modelo hacia una atención al paciente proactiva, preventiva, personalizada, equitativa, integral y coordinada (P3EIC).

- Identificar las necesidades del paciente como punto de partida de las intervenciones.
- Garantizar su participación.
- Reorientar la atención tradicionalmente centrada en el hospital hacia el entorno saludable del paciente.
 - Mantener el domicilio como lugar prioritario de intervención.
 - Incorporar otros ámbitos del entorno como residencias, centros de día, clubs de mayores.
- Detectar, diagnosticar y tratar precozmente las condiciones de salud y limitaciones de la actividad de carácter crónico.

3. Pilotar innovaciones de cambio de modelo en Atención Primaria orientados a la mejora de la atención del paciente crónico pluripatológico.

- Incorporar aprendizajes internacionales para fortalecer la AP en su atención a la cronicidad
- Manteniendo los valores del Sistema Sanitario español las propuestas de cambio deberían ser pilotadas y evaluadas.
- Facilitar su carácter voluntario.
- Que permitieran modificar el statu quo existente.
- Con modificación del sistema de financiación e incentivos.
- Con apadrinamiento de las autoridades sanitarias correspondientes.
- Facilitar el benchmarking entre las diferentes comunidades autónomas de sus respectivas innovaciones.
- Modificar el sistema retributivo incluyendo criterios cuantitativos (pago por cápita, pagando más a quien más pacientes acepta en su cupo) y cualitativos (resultados en salud y satisfacción del paciente).

- Establecer sistemas de recertificación profesional.
- Adecuarse a las nuevas culturas profesionales.

4. Fortalecer el liderazgo en los diferentes niveles de la organización.

- Fomentar el liderazgo político de procesos de cambio.
- Garantizar una mayor participación y coordinación entre los diferentes niveles, departamentos de la Administración y profesionales sociosanitarios para contribuir a la detección de necesidades y a la implementación de políticas que ofrezcan soluciones integrales y mejoren el abordaje holístico y temprano del paciente crónico pluripatológico.
- Facilitar autonomía de gestión, con la posibilidad de poder gestionar los presupuestos y la propia organización de los centros, priorizando la docencia e investigación.
- Fomentar el profesionalismo evitando la cultura de la funcionarización.
- Promoción de uso eficiente de recursos y oferta de herramientas que faciliten la detección precoz en todos los niveles asistenciales.

5. Mejorar la valoración de la Medicina de Familia y Comunidad en la selección de plazas MIR y en el ámbito laboral.

- Impulsar una mayor presencia de la AP en la Universidad, desde su primer año y a lo largo de todos los estudios de grado.
- Concienciar a la población de la importancia de Medicina de Familia y promocionar más la especialidad.
- Establecer estrategias destinadas a aumentar la motivación de sus profesionales.
- Aumentar el tiempo de atención por paciente.
- Establecer medidas destinadas a garantizar una longitudinalidad adecuada.
- Mejorar el marketing y la comunicación sobre lo que hace y se hace en AP, evitando los mensajes negativos, predominantes cuando se habla de ella.

- Mejorar las condiciones económicas de los puestos de Medicina de Familia.

6. Potenciar el rol de enfermería.

- Priorizar la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria en las plazas de AP.
- Reconocer las competencias de enfermería en su grado máximo. Lo que no solo supone una ampliación del espacio, del lugar de atención, sino del enfoque y contenido de ésta.
- Adecuar los cupos de pacientes para poder implementar dicha estrategia.

7. Ampliar los perfiles y competencias profesionales en AP.

- Potenciar la figura del administrativo en salud en su rol de receptor de la demanda, filtro y distribución en función de quien es el profesional más adecuado.
- Incorporar y reforzar nuevos perfiles profesionales en AP, como trabajadores sociales o terapeutas ocupacionales, y farmacéuticos.
- Intensificar el trabajo social y la coordinación con los servicios sociales.
- Llevar a cabo esfuerzos para mejorar la alfabetización digital y competencias digitales en general de los profesionales sanitarios en AP, y el uso de herramientas digitales para la atención sanitaria de los mismos.
- Crear equipos de alto rendimiento tomando como ejemplo modelos de éxito internacionales.
- Evaluar rigurosamente los aportes que los nuevos perfiles suponen en términos de efectividad, eficiencia y satisfacción.
- Mantener el enfoque de equipo en la atención a los pacientes crónicos.

8. Reordenar la organización de la atención en los centros de AP.

- Garantizar tiempos de atención adecuados para cada paciente.
- Priorizar la atención a pacientes enfermos por parte de los médicos de familia, promoviendo a la vez la promoción de la salud desde el ámbito de la Salud Pública mediante la creación de Técnicos en Salud Pública.
- Potenciar la educación sanitaria, desde el centro de salud.
- Implantar y evaluar las estrategias de estratificación.
- Potenciar herramientas que permitan identificar precozmente a los pacientes, de modo que, a través de la detección de los factores de riesgo asociados a sus comorbilidades, puedan recibir una atención sanitaria y tratamiento adecuado en el momento oportuno.
- Promocionar la salud comunitaria:
 - Impulsar la prescripción social de activos en salud, haciéndola compatible con la situación de las consultas de AP.
 - Evaluar en términos de impacto en salud las intervenciones en salud comunitaria, incluyendo la prescripción de activos.

9. Evaluar innovaciones en materia de coordinación sanitaria y sociosanitaria.

Se proponen como ejemplo:

- Dispositivos intermedios entre la AP y el hospital, y una historia clínica única interconectada y compartida.
- Especialista y planta de hospital de referencia.
- Unidades de continuidad asistencial.
- Facilitar que el equipo de Atención Primaria pueda comprar el servicio de atención domiciliaria (SAD).
- Poder realizar desde el equipo de Atención Primaria la evaluación de la dependencia.

10. Transformación del modelo organizativo gracias a las herramientas digitales.

- Garantizar su accesibilidad por los diferentes usuarios del sistema reduciendo la brecha digital, especialmente en personas con problemas de manejo de las nuevas tecnologías (como personas mayores).
- Promover la interoperabilidad entre comunidades autónomas.
- Fomentar el uso de la Inteligencia Artificial como instrumento para reducir la carga burocrática existente en AP.
- Mantener siempre las habilidades “humanas” (escucha, comunicación no verbal).

11. Evaluar resultados de forma multidimensional.

- Evaluar resultados en salud.
- Evaluar la experiencia y expectativas del paciente a través de diferentes instrumentos (PROMs, PREMs, NPS).
- Evaluar el coste y la eficiencia en el gasto.
- Evaluar el bienestar de los profesionales.
- Evaluar la equidad en la atención.
- Evaluar las estrategias de cambio, y la implementación de los fondos seguimiento y mejora.

Establecer procesos de benchmarking entre las diferentes CCAA, trabajando previamente la capacidad de compartir experiencias entre CCAA.

6

CONCLUSIÓN

Mejorar la atención al PCP desde la AP requiere una transformación profunda del modelo asistencial, P3EIC centrada en la participación del paciente. Esta visión se alinea estrechamente con muchas de las iniciativas autonómicas ya en marcha, consolidando elementos clave como la estratificación de pacientes, el trabajo en equipo multidisciplinar, el fortalecimiento del liderazgo clínico y la integración sociosanitaria. Aporta, además, propuestas innovadoras como la redefinición de incentivos profesionales, la ampliación de perfiles en AP (incluyendo terapeutas ocupacionales o psicólogos), la apuesta por la digitalización con enfoque humano y la evaluación sistemática basada en resultados en salud, experiencia y expectativas del paciente. La continuidad presupuestaria y las nuevas condiciones de justificación exigidas a las comunidades autónomas refuerzan la idea de un compromiso político sostenido con la Atención Primaria.

La ciudadanía reconoce la importancia de reforzar la AP ante el reto del envejecimiento. Existe una amplia demanda social para promover hábitos de vida saludables, facilitar el acceso a información preventiva y reforzar la coordinación asistencial. Integrar estas percepciones como evidencia social refuerza la legitimidad de las propuestas recogidas en esta Hoja de Ruta.

El hecho de que se mantenga la financiación en 2025 y se exija una rendición de cuentas específica constituye una muestra clara del impulso estructural que

el Ministerio busca imprimir al primer nivel asistencial, un enfoque que rara vez se observa en otras estrategias sanitarias de ámbito estatal. En conjunto, este marco refuerza la necesidad de consolidar un nuevo paradigma en AP capaz de responder con eficacia, equidad y sostenibilidad a los retos de la cronicidad compleja.

La transformación del modelo asistencial no viene de centrar la atención en el entorno del paciente, sino de su participación como agente decisor activo en materia de salud y de la inclusión del concepto de salud en todas las políticas, y no solo en políticas de salud.

REFERENCIAS

- Barr, V. J., Robinson, S., Marin-Link, B., Underhill, L., Dotts, A., & Salivaras, D. R. and S. (2003). The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. *Healthcare Quarterly*, 7(1). <https://www.longwoods.com/content/16763/healthcare-quarterly/the-expanded-chronic-care-model-an-integration-of-concepts-and-strategies-from-population-health-pr>
- beBartlet, & Daiichi Sankyo. (2025). Vidas más largas, mayores retos: La percepción social sobre el impacto de la longevidad en las enfermedades cardiovasculares y el cáncer en España. https://bebartlet.com/wp-content/uploads/2025/07/Vidas-mas-largas-mayores-retos_bybeBartlet_Daiichi-Sankyo_.pptx.pdf
- Bernabeu-Wittel, M., Alonso-Coello, P., Rico-Blázquez, M., Rotache del Campo, R., Sánchez Gómez, S., & Casariego Vales, E. (2014). Desarrollo de guías de práctica clínica en pacientes con comorbilidad y pluripatología. *Atencion Primaria*, 46(7), 385-392. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2013.11.013>
- Billot, L., Corcoran, K., McDonald, A., Powell-Davies, G., & Feyer, A.-M. (2016). Impact Evaluation of a System-Wide Chronic Disease Management Program on Health Service Utilisation: A Propensity-Matched Cohort Study. *PLOS Medicine*, 13(6), e1002035. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002035>
- Busse, R. (2004). Disease Management Programs In Germany's Statutory Health Insurance System. *Health Affairs*, 23(3), 56-67. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.23.3.56>
- Consejería de Salud. Junta de Andalucía. (2018). Atención a Pacientes Pluripatológicos: Proceso Asistencial Integrado. https://www.juntadeandalucia.es/export/drupal-jda/salud_5af1956d9925c_atencion_pacientes_pluripatologicos_2018.pdf

- Cott, C. A., Mandoda, S., & Landry, M. D. (2011). Models of Integrating Physical Therapists into Family Health Teams in Ontario, Canada: Challenges and Opportunities. *Physiotherapy Canada*, 63(3), 265-275. <https://doi.org/10.3138/ptc.2010-01>
- Coulter, A., Roberts, S., & Dixon, A. (2024). Delivering better services for people with long-term conditions. <https://www.yearofcare.co.uk/wp-content/uploads/2024/06/delivering-better-services-for-people-with-long-term-conditions.pdf>
- Cronicidad: Horizonte 2025. (2020a). La Cronicidad en las Políticas Públicas Sanitarias: Recomendaciones para definir un marco común de abordaje al paciente crónico complejo (pp. 183-193). Elsevier BV. https://www.cronicidadhorizonte2025.com/arxius/imatgesbutlleti/Informe-CH2025_La-cronicidad-en-las-pol%C3%ADticas-p%C3%BAblicas-sanitarias.pdf
- Cronicidad: Horizonte 2025. (2020b). Retos en cronicidad ante la nueva legislatura. https://www.cronicidadhorizonte2025.com/arxius/imatgesbutlleti/DOC-ENTREGABLE_Retos-en-cronicidad-ante-la-nueva-legislatura.pdf
- Dirección General de Atención Primaria. SESCAM. (2024). Plan de Atención Primaria de Salud Castilla-La Mancha. https://sanidad.castillalamancha.es/sites/sescam.castillalamancha.es/files/documentos/pdf/20250124/plan_de_atencion_primaria.pdf
- Direction générale de l'offre de soins. Ministère Chargé de la Santé. (2012). Guide méthodologique. Améliorer la coordination des soins: Comment faire évoluer les réseaux de santé ? https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante-2.pdf
- Dumez, V., & Pomey, M.-P. (2019). From Medical Paternalism to Care Partnerships: A Logical Evolution Over Several Decades. En M.-P. Pomey, J.-L. Denis, & V. Dumez (Eds.), *Patient Engagement: How Patient-provider Partnerships Transform Healthcare Organizations* (pp. 9-16). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-14101-1_2
- European Commission. (2025). EU budget 2028-2034. https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/eu-budget/long-term-eu-budget/eu-budget-2028-2034_en
- Fuchs, S., Henschke, C., Blümel, M., & Busse, R. (2014). Disease Management Programs for Type 2 Diabetes in Germany. *Deutsches Ärzteblatt International*, 111(26), 453-463. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2014.0453>
- Gagnon, M.-P., Payne-Gagnon, J., Breton, E., Fortin, J.-P., Khoury, L., Dolovich, L., Price, D., Wiljer, D., Bartlett, G., & Archer, N. (2016). Adoption of Electronic Personal Health Records in Canada: Perceptions of Stakeholders. *International Journal of Health Policy and Management*, 5(7), 425-433. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2016.36>
- Gee, P. M., Greenwood, D. A., Paterniti, D. A., Ward, D., & Miller, L. M. S. (2015). The eHealth Enhanced Chronic Care Model: A Theory Derivation Approach. *Journal of Medical Internet Research*, 17(4), e4067. <https://doi.org/10.2196/jmir.4067>

- Ghasemiardékani, M., Willetts, G., Hood, K., & Cross, W. (2024). The effectiveness of chronic disease management planning on self-management among patients with diabetes at general practice settings in Australia: A scoping review. *BMC Primary Care*, 25(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02309-4>
- Gobierno de Aragón. Departamento de Sanidad. (2022, 2023). Plan de Atención Primaria y Comunitaria de Aragón. https://www.aragon.es/documents/20127/91222034/Plan+-de+Atenci%C3%B3n+Primaria+y+Comunitaria+de+Arag%C3%B3n+2022_2023.pdf/5cbbac4-7eb0-3896-43e0-103f986c758a?t=1649261164348. https://www.aragon.es/-/plan-de-accion-de-atencion-primaria-y-comunitaria-2022-2023?p_l_back_url=%2Fbuscador%3Fcategory%3D464958%26delta%3D60
- Gobierno de Aragón. Servicio Aragonés de Salud. (2019). Proceso de Atención a los Pacientes Crónicos Complejos en Aragón. https://opendata.aragon.es/documents/20127/47371291/Proceso_aten_pacientes_cros_compl.pdf/282762c3-7e7f-89ef-fb2f-c2478f5754f8?version=1.0&t=1661413375258. https://opendata.aragon.es/documents/20127/47371291/Proceso_aten_pacientes_cros_compl.pdf/282762c3-7e7f-89ef-fb2f-c2478f5754f8?version=1.0&t=1661413375258
- Gobierno de Canarias. Servicio Canario de Salud. (2024). Plan de Acción para Pacientes Crónicos de Alta Complejidad en Canarias. <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=4a05410c-ab31-11ef-a65f-530583bb5d9&idCarpeta=836a31bf-a72b-11dd-b574-dd4e320f085c>
- Government of New Brunswick, C. (2015, septiembre 4). Chronic Disease Prevention and Management. https://www2.gnb.ca/content/gnb/en/departments/health/patientinformation/PrimaryHealthCare/What_is_Primary_Health_Care/Chronic_Disease_Prevention_and_Management.html
- Gray, D. J. P., Sidaway-Lee, K., White, E., Thorne, A., & Evans, P. H. (2018). Continuity of care with doctors—a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open*, 8(6), e021161. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021161>
- Griffiths, C., Foster, G., Ramsay, J., Eldridge, S., & Taylor, S. (2007). How effective are expert patient (lay led) education programmes for chronic disease? *BMJ*, 334, 1254-1256. <https://doi.org/10.1136/bmj.39227.698785.47>
- Hagen, B. (2022). Database Supported Long-term Management of Chronic Diseases—Data from the German Disease Management Programmes as a Source for Continuing Medical Education. *Journal of European CME*, 11(1), 2014038. <https://doi.org/10.1080/21614083.2021.2014038>
- Hansen, J., Groenewegen, P. P., Boerma, W. G. W., & Kringos, D. S. (2015). Living In A Country With A Strong Primary Care System Is Beneficial To People With Chronic Conditions. *Health Affairs*, 34(9), 1531-1537. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.0582>

- Harris, M. F., Williams, A. M., Dennis, S. M., Zwar, N. A., & Powell Davies, G. (2008). Chronic disease self-management: Implementation with and within Australian general practice. *Medical Journal of Australia*, 189(S10). <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2008.tb02204.x>
- Heaven, A., Bower, P., Day, F., Farrin, A., Fernandez, C., Foster, M., Foy, R., Hawkins, R., Hulme, C., Humphrey, S., Lawton, R., Parker, C., Thompson, E., West, R., & Clegg, A. (2024). PeRsOnaliSed care Planning for oldER people with frailty (PROSPER): Protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 25(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s13063-023-07857-1>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2023). Nota de Prensa: Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2023. Datos provisionales. <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/pEDCM2023.htm>
- Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. (2013). Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León. <https://www.aeesme.org/wp-content/uploads/2014/11/Estrategia-Atencion-Paciente-Cronico-CyL.pdf>
- Junta de Castilla y León. Sacyl. (2025). Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León, Visión 2024-2030: La importancia de un enfoque integral y centrado en la persona. <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-atencion-paciente-cronico-castilla-leon.ficheros/3023076-DOCUMENTO%20T%C3%89CNICO%20estrategia%20cronicidad%202024-2030.pdf>
- Kennedy, B. K., Berger, S. L., Brunet, A., Campisi, J., Cuervo, A. M., Epel, E. S., Franceschi, C., Lithgow, G. J., Morimoto, R. I., Pessin, J. E., Rando, T. A., Richardson, A., Schadt, E. E., Wyss-Coray, T., & Sierra, F. (2014). Aging: A common driver of chronic diseases and a target for novel interventions. *Cell*, 159(4), 709-713. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2014.10.039>
- Liljeroos, M., & Strömberg, A. (2019). Introducing nurse-led heart failure clinics in Swedish primary care settings. *European Journal of Heart Failure*, 21(1), 103-109. <https://doi.org/10.1002/ejhf.1329>
- Lumbers, M. (2018). Approaches to leadership and managing change in the NHS. *British Journal of Nursing* (Mark Allen Publishing), 27(10), 554-558. <https://doi.org/10.12968/bjon.2018.27.10.554>
- McDonald, K. M., Sundaram, V., Bravata, D. M., Lewis, R., Lin, N., Kraft, S. A., McKinnon, M., Paguntalan, H., & Owens, D. K. (2007). Definitions of Care Coordination and Related Terms. En *Closing the Quality Gap: A Critical Analysis of Quality Improvement Strategies* (Vol. 7: Care Coordination). Agency for Healthcare Research and Quality (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44012/>
- Miera, F., & Francisco, M. (2008). El paciente pluripatológico en el ámbito hospitalario. *Gaceta Sanitaria*, 22(2), 137-141. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0213-91112008000200009&lng=es&nrm=iso&tlng=es

- Ministerio de Sanidad. (2024). Plan de Atención Primaria y Comunitaria 2025-2027. https://www.sanidad.gob.es/areas/atencionPrimaria/docs/PLAN_DE_ACCION_DE_ATENCION_PRIMARIA_Y_COMUNITARIA_2025-2027.pdf
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2018). Informe del proyecto de Estratificación de la Población por Grupos de Morbilidad Ajustados (GMA) en el Sistema Nacional de Salud (2014-2016). https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/abordajeCronicidad/docs/informeEstratificacionGMAS-NS_2014-2016.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/abordajeCronicidad/docs/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2021). Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Informe de Evaluación y líneas prioritarias de actuación. https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/abordajeCronicidad/docs/Estrategia_de_Abordaje_a_la_Cronicidad_en_el_SNS_2021.pdf
- Minué-Lorenzo, S., & Fernández-Aguilar, C. (2018). Visión crítica y argumentación sobre los programas de atención de la cronicidad en Atención Primaria y Comunitaria. *Atención Primaria*, 50(2), 114-129. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.09.001>
- Ndumele, C. E., Rangaswami, J., Chow, S. L., Neeland, I. J., Tuttle, K. R., Khan, S. S., Coresh, J., Mathew, R. O., Baker-Smith, C. M., Carnethon, M. R., Despres, J.-P., Ho, J. E., Joseph, J. J., Kernan, W. N., Khera, A., Kosiborod, M. N., Lekavich, C. L., Lewis, E. F., Lo, K. B., ... on behalf of the American Heart Association. (2023). Cardiovascular-Kidney-Metabolic Health: A Presidential Advisory From the American Heart Association. *Circulation*, 148(20), 1606-1635. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000001184>
- NHS England. (s. f.). PROsPer Long-Term Conditions. Elearning for Healthcare. Recuperado 18 de junio de 2025, de <https://www.e-lfh.org.uk/programmes/prosper-long-term-conditions/>
- O'Brien, E. C., Xian, Y., Xu, H., Wu, J., Saver, J. L., Smith, E. E., Schwamm, L. H., Peterson, E. D., Reeves, M. J., Bhatt, D. L., Maisch, L., Hannah, D., Lindholm, B., Olson, D., Prvu Bettger, J., Pencina, M., Hernandez, A. F., & Fonarow, G. C. (2016). Hospital Variation in Home-Time After Acute Ischemic Stroke. *Stroke*, 47(10), 2627-2633. <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.116.013563>
- Oxman, A., Bjørndal, A., Flottorp, S., Lewin, S., & Lindahl, A. (2008). Integrated Health Care for People with Chronic Conditions. A Policy Brief.
- Sager, M. A., Rudberg, M. A., Jalaluddin, M., Franke, T., Inouye, S. K., Landefeld, C. S., Siebens, H., & Winograd, C. H. (1996). Hospital Admission Risk Profile (HARP):

- Identifying Older Patients at Risk for Functional Decline Following Acute Medical Illness and Hospitalization. *Journal of the American Geriatrics Society*, 44(3), 251-257. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1996.tb00910.x>
- Sambare, T. D., Vega, A. B., Rana, S. S. S., & Navarro, R. A. (2025). Value-based care and the Kaiser Permanente Model. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*, 34(1), 253-259. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2024.08.002>
- SEMFyC. (2022). Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023: Propuesta económica de la SEMFyC. <https://www.semfyc.es/storage/notices/wp-content/uploads/2022/05/ModeloAP-2022.pdf>
- Sociedad Española de Medicina Interna, D. (2022). El paciente crónico complejo o pluripatológico que ingresa en el hospital: 'cada vez de más edad, con más deterioro funcional y dependencia y estratificación pronóstica de mayor riesgo'. https://www.fesemi.org/sites/default/files/documentos/prensa/semi/np_paciente_cronico_en_el_centro_asistencia_43semi.pdf
- Solesse, A. (2019). The ALD Coverage System. <https://eumass.eu/wp-content/uploads/2019/09/Solesse-Anne-ALD-coverage-system.pdf>
- Starfield, B. (2011). Point: The Changing Nature of Disease Implications for Health Services. *Medical Care*, 49(11), 971-972. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e318233a0c1>
- Stokes, J., Guthrie, B., Mercer, S. W., Rice, N., & Sutton, M. (2021). Multimorbidity combinations, costs of hospital care and potentially preventable emergency admissions in England: A cohort study. *PLOS Medicine*, 18(1), e1003514. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003514>
- Strumpf, E., Ammi, M., Diop, M., Fiset-Laniel, J., & Tousignant, P. (2017). The impact of team-based primary care on health care services utilization and costs: Quebec's family medicine groups. *Journal of Health Economics*, 55, 76-94. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2017.06.009>
- Szecsényi, J., Rosemann, T., Joos, S., Peters-Klimm, F., & Miksch, A. (2008). German Diabetes Disease Management Programs Are Appropriate for Restructuring Care According to the Chronic Care Model: An evaluation with the Patient Assessment of Chronic Illness Care instrument. *Diabetes Care*, 31(6), 1150-1154. <https://doi.org/10.2337/dc07-2104>
- Yeoh, E. K., Wong, M. C. S., Wong, E. L. Y., Yam, C., Poon, C. M., Chung, R. Y., Chong, M., Fang, Y., Wang, H. H. X., Liang, M., Cheung, W. W. L., Chan, C. H., Zee, B., & Coats, A. J. S. (2018). Benefits and limitations of implementing Chronic Care Model (CCM) in primary care programs: A systematic review. *International Journal of Cardiology*, 258, 279-288. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2017.11.057>

OTRAS FUENTES DE INFORMACIÓN CONSULTADAS

- Australian Institute for Health and Welfare. (2022). Use of chronic disease management and allied health Medicare services. <https://www.aihw.gov.au/getmedia/2d8d10ab-b140-4b99-9110-97c34144117c/use-of-chronic-disease-management-and-allied-health-medicare-services.pdf?v=20250106123133&inline=true>
- Bontillot, V. (2025). Une réforme de santé qui inquiète les patients en silence ! <https://www.passeportsante.net/magazine/sante?doc=reforme-ald-2025-patients-remission-remboursements>
- Centre de Salut Integral de Referència (CSIR). (2025). Departament de Salut. <http://salutweb.gencat.cat/ca/departament/innovacio-reforma-sistema-salut-cairos/projectes-documents/csir/>
- Chrodis. (s. f.). CHRODIS - Joint Action on Chronic Diseases. CHRODIS. Recuperado 28 de mayo de 2024, de <https://chrodis.eu>
- Departamento de Salud. Gobierno de Navarra. (2013). Estrategia Navarra de Atención Integrada a Pacientes Crónicos y Pluripatológicos. https://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+Modelo+asistencial/Estrategia+-+navarra+de+atencion+integrada+a+pacientes+cronicos+y+pluripatologicos/
- Department of Health and Social Care. (s. f.). Major conditions strategy: Case for change and our strategic framework. GOV.UK. Recuperado 3 de julio de 2025, de <https://www.gov.uk/government/publications/major-conditions-strategy-case-for-change-and-our-strategic-framework/major-conditions-strategy-case-for-change-and-our-strategic-framework--2>
- Future Health. (2025). The power of connection: Strengthening health policy responses to cardiovascular, renal and metabolic diseases. <https://www.futurehealth-research.com/site/wp-content/uploads/2025/05/Power-of-connection-lo-res.pdf>
- Gemeinsamer Bunderausschuss. (2024). Directiva de Requisitos DMP - Comité Conjunto Federal. <https://www.g-ba.de/richtlinien/83/>
- Infobae. (2025, junio 3). Sanidad mantiene el presupuesto en atención primaria y pone condiciones a las comunidades: Tienen hasta diciembre para cumplir. infobae. <https://www.infobae.com/espana/2025/06/03/sanidad-mantiene-el-presupuesto-en-atencion-primaria-y-pone-condiciones-a-las-comunidades-tienen-hasta-diciembre-para-cumplir/>
- Management of a long-term illness (ALD) by the Health Insurance. (2024). <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F34068?lang=en>
- NCD Alliance. (s. f.). NCD Alliance. NCD Alliance. Recuperado 18 de junio de 2025, de <https://ncdalliance.org/>

- Newland, J., & Zwar, N. (2006). General practice and Workingsmarter the management of chronic conditions. <https://www.racgp.org.au/getattachment/b85620ff-5aa3-489a-b423-c667d142bca6/attachment.aspx>
- N.H.S. England. (2024, octubre 3). NHS England » Long term conditions. <https://www.england.nhs.uk/ourwork/clinical-policy/ltc/>
- OECD. (2025). Does Healthcare Deliver? Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS): Spain. https://www.oecd.org/en/publications/does-healthcare-deliver-results-from-the-patient-reported-indicator-surveys-paris_748c8b9a-en/spain_8aab9ab2-en.html
- Plataforma de Organizaciones de Pacientes. (2023). Programas de educación sanitaria para personas con necesidades crónicas de salud. https://plataformadepacientes.org/wp-content/uploads/2024/03/programa_educacion_sanitaria_def.pdf
- World Health Organization. (2024). Non communicable diseases. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

