

LA CRONICIDAD EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS SANITARIAS

Recomendaciones para definir un marco común de abordaje al paciente crónico complejo

SECRETARÍA
TÉCNICA



CARIOTIPO



I. INTRODUCCIÓN

España es uno de los países más envejecidos de la Unión Europea (UE), habiendo experimentado en las últimas décadas un incremento significativo en la esperanza de vida de su población, que actualmente se sitúa en 85,74 años en el caso de las mujeres y en 80,36 en el caso de los hombres¹.

A este cambio en la demografía y el envejecimiento de la población en nuestro país se suman una serie de factores, como el avance en la medicina y en la atención sanitaria o la adopción de nuevos hábitos de vida, que han propiciado un cambio en el patrón de la morbilidad hacia un predominio de las enfermedades crónicas. En España, el 20% de las personas presenta al menos una enfermedad crónica —una cifra que aumenta hasta en cinco puntos porcentuales en el caso de la población infanto-

Gráfico 1: Esperanza de vida en España



juvenil, pues existen estudios epidemiológicos que sostienen que uno de cada cuatro niños/as padece una enfermedad crónica, con una prevalencia que oscila entre el 10 y el 30% de este grupo poblacional² — y en el 91,3% de los casos es la principal causa de mortalidad³. En términos económicos y sanitarios, la atención a estos pacientes supone la primera causa de gasto sanitario, constituyendo el 80% de las consultas en Atención Primaria (AP)⁴.

Este informe ha sido elaborado y publicado durante el año 2024.

Para cualquier consulta, puede contactar con la Secretaría Técnica de la Plataforma Cronicidad: Horizonte 2025 (CH2025) en administracion@cariotipomh5.com

- https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadística_C&cid=1254736177004&menú=ultiDatos&idp=1254735573002
- García Fernández de Villalta, M., & Rodríguez Alonso, A. (2023). Niño con múltiples patologías/patología compleja. *Pediatría Integral* - Revista Oficial de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria.
- Bengoa R. *El reto de la cronicidad en España: mejor transformar que racionar*. *At Prim* 2015; 9: 323-325. 10.1016/j.gaceta.2015.05.002
- Orueta JF, Alonso-Morán E, Nuño-Solinis R, Alday-Jurado A, Gutiérrez-Fraile E, García-Álvarez A. *Prevalencia de cronicidad y multimorbilidad en la población cubierta por el servicio público de teleasistencia de Euskadi: impacto en costes y calidad de la atención*. *An Sist Sanit Navar* 2013; 36: 429-440. 10.4321/s1137-66272013000300008

Todo ello exige una adaptación de los modelos de atención de los diferentes sistemas sanitarios a este perfil de paciente de edad más avanzada, que se caracteriza por una mayor complejidad en su manejo al presentar pluripatología, comorbilidad o encontrarse en situación de especial complejidad, lo que se conoce como **paciente crónico complejo**.

En este sentido, cabe apuntar que la prevalencia de la población infantojuvenil con patología crónica compleja ha experimentado un aumento en las últimas décadas. Este grupo de niños y niñas son responsables de entre el 30-40% del gasto sanitario de la población infantil, así como de alrededor del 80% del gasto sanitario en hospitales pediátricos⁵.

Por su parte, uno de cada tres adultos en el mundo padece varias enfermedades crónicas⁶. Ejemplo de ello son **las enfermedades cardiovasculares, renales y metabólicas, así como las respiratorias, que, a menudo, coexisten en un mismo individuo y, actualmente, suponen la principal causa de muerte en el mundo**⁷. Solo en España, las enfermedades cardiovasculares, renales y metabólicas, fueron responsables de un tercio de las defunciones en 2023⁸.

La fragmentación en la gestión y atención de estas patologías interconectadas provoca, con frecuencia, retrasos en el diagnóstico en Atención Primaria —esencial para la detección temprana de las enfermedades y la implicación que esto tiene en términos de anticipación en el abordaje de la pluripatología— y en la posterior derivación a Atención Hospitalaria, con un incremento muy alto en la demora de la Atención Hospitalaria y en las revisiones internas que se plantean en el hospital, así como dificultades en el acceso a un tratamiento adecuado, ocasionando una carga significativa en



la vida de las personas afectadas por estas patologías, sus familias y/o cuidadoras, así como un elevado impacto presupuestario para el sistema sanitario.

Solo las enfermedades cardiovasculares, renales y metabólicas representan un ter-

cio de todos los costes de hospitalización⁹ y una importante carga económica tanto para los y las pacientes y sus familias/cuidadores, como para los sistemas sanitarios. El uso de recursos aumenta significativamente —hasta un 300%— cuando las personas padecen múltiples enfermedades crónicas y comorbilidades¹⁰, con su consiguiente impacto sobre los costes directos e indirectos (pérdidas de productividad, reducción de la participación

laboral, mayor uso de prestaciones estatales y/o pensiones de invalidez, dependencia o discapacidad...)¹¹.

El primer gran hito del Ministerio de Sanidad en relación con la gestión de la cronicidad tuvo lugar en el año 2012, con la publicación de la **Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad del Sistema Nacional de Salud**, revisada por última vez en el año 2021. Desde entonces, la mayoría de las Comunidades Autónomas han desarrollado sus propias estrategias y numerosos planes de gestión de acuerdo con los factores sociales, demográficos, económicos y geográficos de sus territorios. De este modo, se han producido importantes avances en el campo de la cronicidad, a través de la creación de perfiles profesionales y modelos de atención específicos o la puesta en marcha de campañas de formación y sensibilización social en torno a estas enfermedades.

No obstante, en los últimos años, la priorización del abordaje de la cronicidad en las políticas sanitarias, nacionales y autonómicas, se ha visto ralentizada, lo que ha impedido que, a día de hoy, dispongamos de una respuesta cohesionada y eficaz para hacer frente a los retos actuales de la cronicidad. Uno de los factores que ha podido influir en esta ralentización es la inestabilidad política en la que España ha estado inmersa en el último período, fruto de los diferentes procesos electorales que han tenido lugar, con sus consiguientes cambios en los equipos de Gobierno. **Todo ello no ha permitido que contemos todavía con un marco regulatorio estable en esta materia.**

Esta ausencia de estabilidad y cohesión se evidenció de forma contundente en el marco de la pandemia de la Covid-19, al limitar el acceso de las personas afectadas por patologías crónicas a la atención que precisan e incrementando considerablemente su vulnerabilidad.

5. Cortes, J. B., Fernández, C. S., De Oliveira, M. B., Lagos, C. M., Martínez, M. T. B., Hernández, C. L., & Del Cura González, I. (2020a). *Enfermedades crónicas en población pediátrica: comorbilidades y uso de servicios en atención primaria*. *Anales de Pediatría*, 93(3), 183-193. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.12.019>

6. Stokes, J., et al (2021). *Multimorbidity combinations, costs of hospital care and potentially preventable emergency admissions in England: A cohort study*. *PLoS Medicine*, 18(1), e1003514.

7. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

8. <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/pEDCM2023.htm>

9. <https://esc365.escardio.org/presentation/233639>

10. Asogwa, O. A., et al (2022). *Multimorbidity of non-communicable diseases in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis*. *BMJ Open*, 12(1), e049133.

11. <https://ncdalliance.org/why-ncds/financing-ncds>



La pandemia por la Covid-19 jugó un papel fundamental en la reorganización de prioridades en materia sanitaria. De hecho, fue a raíz de esta crisis cuando el Ministerio de Sanidad impulsó medidas de urgencia, como la atención farmacéutica domiciliaria desde la farmacia comunitaria y la dispensación colaborativa entre farmacia hospitalaria y farmacia comunitaria para entregar desde la farmacia medicamentos hospitalarios a las personas con patologías crónicas, polimedradas y en situación de dependencia, evitando así desplazamientos a los hospitales que pusieran en riesgo su salud. A estas medidas se han sumado puntualmente otras como la reciente aprobación de una distribución territorial de créditos dirigidos al fortalecimiento de la Atención Primaria en materias como la promoción de estrategias específicas destinadas a pacientes crónicos o personas en situación de especial complejidad y/o pluripatología¹².

Con las lecciones aprendidas durante la pandemia y los paquetes de medidas sanitarias

que se están impulsando desde Europa y España, nos encontramos en un contexto idóneo para seguir avanzando en la mejora de la atención a las personas afectadas por enfermedades crónicas y sus familiares y/o cuidadores. Así, contribuiremos al cumplimiento de uno de los Objetivos (3.4) de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas (ONU) de reducir la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles para 2030¹³.

La plataforma Cronicidad: Horizonte 2025 (CH2025) considera que **la situación actual exige una revisión urgente de la estrategia nacional, más allá de la de 2021, consensuada con las Comunidades Autónomas, en la que se tenga en cuenta a todos los agentes socio-sanitarios que acompañan a las y los pacientes y familiares afectados por patologías crónicas**. De igual modo, es imperativo que se escuche la voz de las personas afectadas, sus familias y/o cuidadoras, para conocer cuáles son sus necesidades no cubiertas.

12. La Moncloa. (2025). Referencia del Consejo de Ministros 16/07/2024. <https://www.lamoncloa.gob.es/consejodeministros/referencias/Paginas/2024/20240716-referencia-rueda-de-prensa-ministros.aspx#medicina>

13. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

¿Qué es Cronicidad: Horizonte 2025?

- » Cronicidad: Horizonte 2025 es la principal plataforma de sensibilización a la opinión pública acerca de la problemática de la cronicidad en España desde una perspectiva multidisciplinar.
- » Está formada por asociaciones y profesionales comprometidos con el abordaje de la Cronicidad en los sectores de la Atención Primaria, Medicina Hospitalaria, Enfermería, Trabajo Social, Farmacia, Pacientes, *Think Tanks* y Compañías Asociadas.
- » Desde la plataforma Cronicidad: Horizonte 2025 se contribuye a que la situación de los y las pacientes crónicos en España se sitúe como una prioridad en la agenda política.





II. METODOLOGÍA

El presente informe tiene por objeto analizar las distintas Estrategias y/o Planes existentes en materia de cronicidad, tanto a nivel nacional como autonómico, a fin de realizar una comparativa que permita identificar aquellas necesidades no cubiertas de las personas afectadas por la cronicidad. Asimismo, este trabajo pretende contribuir a la mejora de la situación de los y las pacientes crónicos en España, siempre de una forma propositiva y a través de recomendaciones tangibles que puedan ser implementadas por los diferentes niveles administrativos implicados en la gestión de esta materia.

Para la elaboración del presente documento se ha realizado un análisis comparativo del contenido de los diferentes documentos enfocados en el abordaje de la Cronicidad, publicados por los 18 sistemas sanitarios de nuestro país (na-

cional y autonómicos)¹⁴. Para este análisis solo se han tenido en cuenta los documentos de carácter público disponibles en las webs de las Administraciones en cuestión; no se ha recogido información sobre aquellas políticas públicas en materia de cronicidad que puedan estar elaborándose en el momento de la realización del presente análisis.

Concretamente, se definieron, en primer lugar, unos parámetros comparables entre los diferentes documentos¹⁵, cuyo posterior análisis ha resultado en una serie de conclusiones y propuestas que quedan reflejadas en los siguientes epígrafes de este documento. No obstante, este trabajo podría complementarse, en una fase posterior, con un análisis en mayor profundidad de cada una de estas políticas públicas sanitarias.

14. En el Anexo 1 se recoge el listado específico de documentos revisados.

15. En el Anexo 2 se recoge el listado específico de parámetros comparados.

III. INEQUIDAD EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE CRONICIDAD

Sobre el estado de las políticas públicas en materia de cronicidad

En el año 2012, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad puso en marcha la *Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad del Sistema Nacional de Salud*.

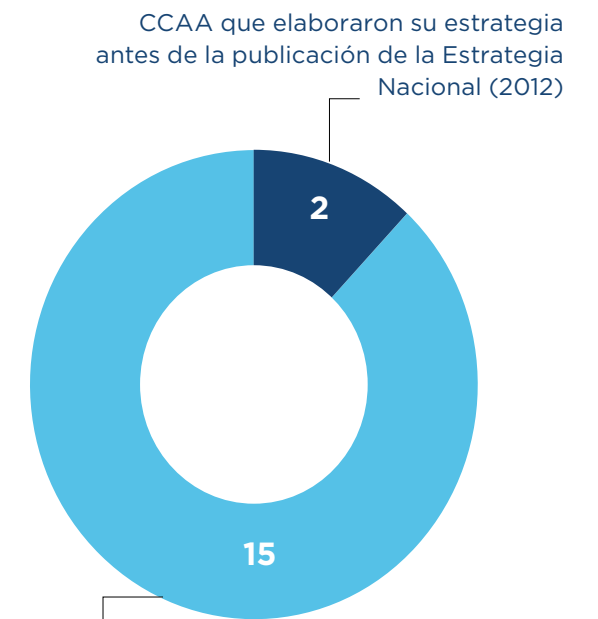
Desde entonces, ha desarrollado dos informes de evaluación de este documento: *Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud: Informe de Evaluación y Líneas prioritarias de actuación*, en 2019; e *Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación de la Estrategia para el Abordaje a la Cronicidad del SNS*, en 2021.

A partir de la publicación del Ministerio de Sanidad de la primera Estrategia nacional, la mayoría de los sistemas sanitarios de las Comunidades Autónomas impulsaron sus propias políticas públicas marco en este ámbito. De todas ellas, el 64,70% lo hicieron en los siguientes tres años tras la publicación de la primera hoja de ruta del Ministerio de Sanidad. (Ver gráfico 2).

Tan solo dos Comunidades Autónomas (Cataluña y País Vasco) contaban con sus propias iniciativas previas a la publicación de la Estrategia nacional: *Programa de prevenció i atenció a la cronicitat de Catalunya* (2011), y *Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi* (2010), respectivamente.

Ninguna de las Comunidades Autónomas ha impulsado una actualización de sus políticas públicas marco en materia de cronicidad tras la publicación de los informes de evaluación a la Estrategia nacional desarrollados por el Ministerio de Sanidad, en 2019 y 2021. No obstante, algunas de ellas sí han puesto en marcha inicia-

Gráfico 2: Impacto de la Estrategia Nacional de Cronicidad (2012) sobre la publicación de políticas públicas en materia de cronicidad en el ámbito autonómico:



CCAA que elaboraron su estrategia después de la publicación de la Estrategia Nacional (2012)

tivas concretas para el abordaje de necesidades específicas de los pacientes crónicos e, incluso, han anunciado recientemente estar trabajando en una actualización de sus políticas públicas marco en el ámbito de la cronicidad. Ejemplo de ello es la actualización de la *Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León*, que está impulsando la Junta de Castilla y León y en la cual la Plataforma CH2025 forma parte del equipo asesor.

Sobre la participación en la elaboración de las políticas públicas

En el Anexo 3 se ofrece una comparativa entre los perfiles participantes en la elaboración de la Estrategia Nacional de 2012 y los del último informe de revisión, elaborado en 2021.

Como resultado de esta comparativa, se observan principalmente las ideas:

- En la elaboración de la hoja de ruta nacional es común que participen dos Ministerios, a pesar de que en la revisión de 2021 no esté representada un área fundamental en materia de cronicidad, como son los Derechos Sociales.
- Además, en relación con el Comité institucional, la única variación que se ha percibido está relacionada con un cambio estructural en el Ministerio de Sanidad, así como con el trasvase competencial del Ministerio de Economía al de Ciencia, Innovación y Universidades con respecto al Instituto de Salud Carlos III (ISCIII). Conviene resaltar que en la legislatura en la que se desarrolló el informe de evaluación de la Estrategia, la cartera de Sanidad y la de Derechos Sociales estaban diferenciadas.
- Por otro lado, si bien se observa un reajuste en la selección de entidades representantes de pacientes consultadas para la elaboración de ambos documentos, en el caso de las Sociedades Científicas, han participado, desde el inicio, todas aquellas que tienen un carácter transversal y que están implicadas directamente en el abordaje de la cronicidad.

Centrando ahora la mirada sobre las Comunidades Autónomas, en lo relativo a la participación de la Administración en la elaboración y coordinación de políticas públicas regionales en materia de cronicidad, se aprecia un **liderazgo mayoritario por parte de la Consejería de Sanidad de**

Gráfico 3: Perfiles profesionales que integraban el grupo motor de estas estrategias regionales:



forma exclusiva. Solo en casos puntuales, como el catalán, interviene tanto el Departamento de Salud como el de Bienestar Social y Familia; así como en otros territorios en los que el área de Servicios Sociales se integraba en la de Sanidad en el momento de la elaboración de la estrategia o plan, como es el caso de Extremadura, La Rioja, Región de Murcia, Castilla-La Mancha y Cantabria.

Poniendo el foco en los perfiles profesionales que integraban el grupo motor de estas estrategias regionales, en aquellas políticas públicas que evidenciaban la información sobre este grupo se ha observado una mayor representación de cuatro perfiles: **clínicos de Atención Primaria** (100%); **clínicos de Atención Hospitalaria** (100%); **farmacéuticos** (61,5%); y **enfermeras** (46,2%) (Ver gráfico 3).

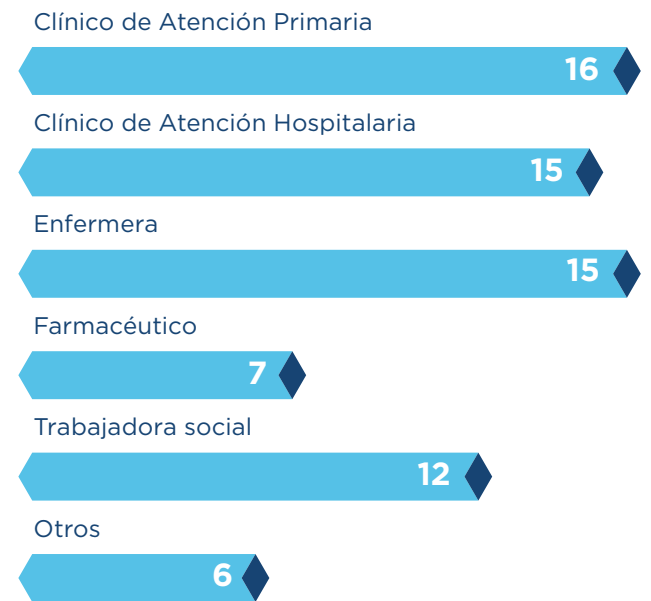
Al margen de estos, cabe destacar la presencia de otros perfiles, aunque en un porcentaje menor, como es el caso de los gerentes de hospitales o las trabajadoras sociales. Por contra, llama la atención la escasa representatividad de las organizaciones de pacientes en estos grupos motores, a nivel autonómico.

Sobre los perfiles más considerados en las políticas públicas

En relación con las categorías de los profesionales con mayor mención en el contenido de las diferentes políticas públicas analizadas —nacional y autonómicas— se aprecia una representación homogénea de clínicos de Atención Primaria, clínicos de Atención Hospitalaria, enfermeras y trabajadoras sociales. En un porcentaje menor de presencia aparecen los farmacéuticos (Gráfico 4).

Cabe destacar la presencia de **perfiles específicos** que se presentan como interventores en el abordaje al paciente crónico, como son la enfermera gestora de casos, el director de continuidad asistencial, el psicólogo y el geriatra.

Gráfico 4: Número de políticas públicas, nacional o autonómicas, que mencionan a esta categoría profesional a lo largo de su contenido:



Sobre otros indicadores analizados

Otros indicadores que se han tenido en cuenta en el marco de la revisión son: la consideración de la que se dota al paciente crónico y crónico complejo en las diferentes políticas públicas analizadas; las patologías más frecuentemente mencionadas en su contenido; la apuesta por la digitalización como herramienta para la mejora del proceso

asistencial del paciente crónico; la existencia de indicadores de seguimiento del cumplimiento de los objetivos estipulados en estas hojas de ruta; y la inclusión de una memoria económica vinculada a la ejecución del plan de acción de cada política pública. A continuación, se presentan los principales hallazgos para estos indicadores.

En prácticamente la totalidad de las estrategias de cronicidad, independientemente del año de su publicación, se aborda la **diferenciación entre el paciente crónico y el paciente crónico complejo o pluripatológico**.

Algunos de los sistemas sanitarios, como el de Baleares, La Rioja o Cataluña, han orientado específicamente alguno de los objetivos de sus estrategias a la atención y gestión de esta segunda categoría de pacientes crónicos.

Gráfico 5: Presencia del paciente crónico complejo en las políticas públicas sobre cronicidad.

Número de políticas públicas, nacional o autonómicas, que no solo hablan de paciente crónico sino que también abordan la situación del paciente crónico complejo:



Gráfico 6: Patologías más mencionadas en las políticas públicas en materia de cronicidad.

Número de políticas públicas, nacional o autonómicas, que mencionan estas patologías:



La mayoría de las estrategias/planes de cronicidad incluyen referencias directas a las **enfermedades más prevalentes**, siendo la agrupación de enfermedades cardiovasculares-renales-metabólicas (también conocidas como eje CRM), junto a las respiratorias y las enfermedades mentales las más presentes.

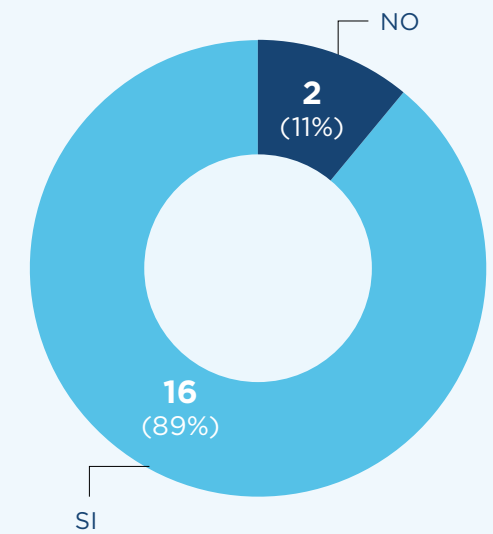
En su mayoría, las estrategias/planes de cronicidad de los diferentes sistemas sanitarios vinculan el potencial uso de las **herramientas digitales** para mejorar la atención y asistencia a los pacientes crónicos.

Los principales beneficios de este uso se traducen, de forma generalizada, en la apuesta por sistemas de información compartidos (historia clínica electrónica), o por canales de comunicación entre profesionales de diferentes ámbitos y los pacientes y familiares (telemedicina, centro de salud online, videoconsultas, etc.). Cabe también mencionar, aunque con una presencia más residual, el fomento de la creación de una red de pacientes activos y conectados, impulsada en estrecha colaboración con las Asociaciones de Pacientes.

En definitiva, se concluye una intencionalidad por parte de todas las Administraciones de equipar los distintos sistemas sanitarios con herramientas digitales que contribuyan a optimizar el diagnóstico y la atención de los pacientes. Una medida que puede resultar trascendental en el ámbito de la cronicidad.

Gráfico 7: Vínculo digitalización-cronicidad

Dentro de las políticas públicas, número de estudios que consideran que las herramientas digitales contribuyen a optimizar el diagnóstico y la atención de los pacientes:



En lo que respecta al establecimiento de **indicadores de seguimiento e impacto** de los objetivos se concluye una sensibilidad generalizada en las políticas públicas revisadas hacia su inclusión, aunque en cada una de las hojas de ruta se han identificado una gran disparidad de criterios.

En este sentido, se observa que los propios criterios definidos para la estratificación del paciente crónico —base para articular todas las acciones para afrontar el abordaje de la cronicidad— son variados en cada una de estas políticas sanitarias.

A pesar de esta disparidad, se observan algunos criterios compartidos en función de las políticas públicas sobre las que pongamos el foco, que se traducen en la concreción de identificadores como: la definición e incorporación de objetivos compartidos entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria; la monitorización de los reingresos hospitalarios y/o la mortalidad asociada a la cronicidad —también centrada en aquellos casos que podrían haberse evitado—; la elaboración e implementación de rutas y procesos asistenciales integrados en materia de cronicidad, dentro de las distintas áreas sanitarias de cada territorio; o el desarrollo de elementos para mejorar el autocuidado de las personas afectadas por una o varias enfermedades crónicas.

Por último, se observa una tendencia generalizada a que las políticas públicas en materia de cronicidad no contasen, en el contenido de los documentos analizados, con una **memoria económica** para la implementación de cada una de ellas.

Cabe añadir que, de aquellos casos en los que la política pública se trata de un Plan (Andalucía, Islas Baleares, Cantabria y Castilla-La Mancha), solo el balear contempla expresamente esta memoria. No obstante, por la propia idiosincrasia del Plan y aunque no conste explícitamente en su contenido, se entiende que el resto contarán con una dotación económica para su implementación y desarrollo.

Por último, hay que destacar que la *Estrategia navarra de Atención Integrada a Pacientes Crónicos y Pluripatológicos* también suma a sus epígrafes uno centrado en la memoria económica, siendo la única política pública de este tipo —Estrategia— que la incluye.



IV. CONCLUSIONES

- **Las enfermedades crónicas están cobrando cada vez más protagonismo entre la población mundial**, y son el resultado de una combinación de factores, entre los que destacan los cambios socio-sanitarios que está experimentando la sociedad moderna.
- **El abordaje de la cronicidad ha sido durante un periodo temporal una prioridad en las políticas públicas sanitarias españolas.** En este sentido, es incuestionable que la elaboración y publicación de la *Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad del Sistema Nacional de Salud*, en 2012, sirvió como **palanca promotora** para la posterior elaboración y el impulso de las diferentes políticas públicas en materia de cronicidad que se desarrollaron a nivel regional.
- **A raíz de la pandemia por Covid-19 el abordaje de la cronicidad ha quedado en segundo plano** y la revisión de las políticas públicas en esta materia se ha visto ralentizada, más allá del último informe de revisión de la Estrategia Nacional (2021); por lo que, **a día de hoy, ninguna política pública refleja la situación actual del paciente crónico, con tendencia creciente hacia la pluripatología.**
- Las patologías crónicas que más preocupan a las Administraciones, según sus políticas públicas son **aquellas que componen el llamado eje cardio-renal-metabólico, junto con las enfermedades respiratorias y las enfermedades mentales.**

- La **Atención Primaria es el principal perfil implicado en el abordaje de la cronicidad**, tal como reflejan las políticas públicas sanitarias en esta materia. Si bien es cierto que durante los últimos años se han impulsado políticas públicas dirigidas a mejorar la **Atención Primaria**, lo cierto es que todavía nos encontramos lejos de contar con las condiciones óptimas, en términos de infraestructuras y de recursos humanos, para garantizar una atención adecuada a los pacientes crónicos complejos.
- **En la elaboración de las políticas públicas sobre cronicidad no se ha incorporado, en su mayoría, la perspectiva socio-sanitaria, que resulta fundamental en el abordaje al paciente crónico**, ni la inclusión de la atención a la cronicidad en los pacientes que dependen de las mutuas (MUFACE, MUJEU e ISFAS), pese a ser también servicios públicos. Se observa una clara tendencia a que sea la Consejería de Sanidad la que lidere este proceso, de forma exclusiva, sin contar con la participación de otras carteras fundamentales en esta materia como la de Derechos Sociales.
- A pesar de esto, **en las estrategias y planes analizados se otorga un papel fundamental a perfiles multidisciplinares como las trabajadoras sociales —sanitarias y del ámbito de los servicios sociales—, las enfermeras gestoras de casos y la Dirección de Continuidad Asistencial**. Todos ellos indispensables en el acompañamiento y la facilitación del recorrido del paciente crónico por el circuito asistencial.

- Frente a ello, **las políticas públicas todavía no reconocen en su redactado el protagonismo de los familiares y/o cuidadoras, así como de las asociaciones de pacientes**. Estos perfiles acompañan al paciente crónico y conviven diariamente con la enfermedad y sus consecuencias, y se caracterizan, además, por ser aliados de los profesionales sanitarios aun estando fuera del circuito asistencial.
- Pese a la realidad de hoy, **tan solo un porcentaje moderado de Comunidades Autónomas han desarrollado políticas públicas específicas dirigidas al abordaje del paciente crónico complejo**.
- **La mayoría de las hojas de ruta contemplan el uso de las herramientas digitales en la gestión de la cronicidad, aunque lo hacen con un carácter superficial y alejado de la potencialidad que ofrecen actualmente**.

Como consecuencia de la pandemia por Covid-19 y fruto del compromiso de los sistemas sanitarios por la mejora de su eficiencia, las Administraciones se encuentran trabajando en la interoperabilidad y uso del dato sanitario, para la vigilancia y el control de enfermedades; así como para favorecer iniciativas como la dispensación colaborativa entre farmacia comunitaria y farmacia hospitalaria.

Además, también se están abordando las necesidades en materia de infraestructuras y de recursos humanos necesarios para facilitar la interconexión entre los diferentes niveles asistenciales y la comunicación con el propio paciente, lo que resulta fundamental para un abordaje integral y personalizado del paciente crónico y, especialmente, del pluripatológico.

- Asimismo, **existe una disparidad entre los sistemas sanitarios a la hora de definir los indicadores de seguimiento y control a las acciones planteadas en sus políticas públicas en materia de cronicidad**, a lo que se suma la **ausencia de definición de plazos de seguimiento** o, en aquellos casos en los que sí los hay, su cumplimiento no siempre se da en tiempo y forma.
- Debido a la propia idiosincrasia de las políticas públicas analizadas, en su mayoría estrategias, **existe una clara tendencia a no incorporar una memoria económica que posibilite la puesta en marcha de las acciones contempladas en estas hojas de ruta**. En muchos casos, las acciones no suponen gasto o estos están ya contemplados en otras partidas presupuestarias, por lo que incluir una memoria económica evitaría sobrecostes.
- El **liderazgo institucional es**, por tanto, **un factor clave para la implementación efectiva de las estrategias/planes** que, además, podría evitar los obstáculos derivados de los sucesivos cambios de gobierno o de la reordenación de intereses políticos.

En suma, **se puede concluir la clara y urgente necesidad de que se adecúen las diferentes políticas públicas a la realidad presente y las necesidades no cubiertas de la cronicidad. Un punto de partida óptimo podría ser promover una nueva revisión de la Estrategia Nacional de Cronicidad**, que permita definir y homogeneizar unos criterios comunes actualizados para el abordaje holístico del paciente crónico.



V. RECOMENDACIONES

Desde la Plataforma Cronicidad: Horizonte 2025 (CH2025), consideramos que una posible actualización de la Estrategia Nacional de Cronicidad habría de:

- 1 **Garantizar una mayor participación y coordinación entre los diferentes niveles** —nacional, autonómico y local—, **departamentos de la Administración** —Sanidad, Derechos Sociales y Educación, principalmente— **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 del paciente crónico.
- 2 **Reforzar el abordaje del paciente crónico complejo o pluripatológico** en las líneas de actuación en materia de prevención, diagnóstico y atención integral definidas en las distintas políticas sanitarias, sin dejar de fomentar medidas dirigidas a los pacientes crónicos autónomos que pueden obtener un importante beneficio de la corresponsabilidad y el autocuidado.
- 3 **Seguir impulsando políticas públicas dirigidas a fortalecer la Atención Primaria**, puerta de entrada del paciente crónico al sistema sanitario y eslabón principal en la atención sociosanitaria, cuidado y soporte emocional del paciente crónico complejo;
- 4 **Reconocer la labor fundamental de determinados perfiles profesionales y no profesionales** que contribuyen **en el acompañamiento del paciente crónico** a lo largo del circuito de la enfermedad, como la enfermera gestora de casos, la trabajadora social, la enfermera escolar, las asociaciones de pacientes o el cuidador; categorías que ya están asentadas en determinados entornos socio-sanitarios.
- 5 Abogar por una **mejor coordinación e integración de la Farmacia Comunitaria en las diferentes políticas sanitarias en materia de cronicidad**, de modo que permita aprovechar su capilaridad y accesibilidad en favor del paciente crónico.
- 6 **Promover una consideración específica de aquellas patologías, o grupos de patologías, crónicas más prevalentes** —enfermedades cardiovasculares, renales y metabólicas, enfermedades respiratorias y enfermedades mentales—, de modo que se articulen propuestas concretas, con objetivos específicos y presupuestos finalistas, a fin de favorecer el óptimo abordaje de estas patologías.
- 7 **Fomentar una mayor participación de las asociaciones y organizaciones de pacientes en la planificación, elaboración e implementación de las políticas públicas en materia de cronicidad**. Para ello, convendría impulsar programas de formación de calidad que refuercen sus capacidades, así como acciones educativas que les habiliten para autogestionar sus enfermedades.
- 8 **Dotar a los sistemas sanitarios de financiación suficiente para adaptar, de forma equitativa, sus infraestructuras y recursos de modo que puedan afrontar la llegada de innovaciones tecnológicas** que favorezcan el abordaje integral del paciente crónico y la interconexión entre distintos niveles asistenciales. Algunos ejemplos que podrían desarrollarse:
 - Continuar avanzando en la interoperabilidad de los datos sanitarios, así como en el establecimiento de un lenguaje común para todos los profesionales.
 - Crear nuevos perfiles profesionales competentes en este ámbito.
 - Poner a disposición de los profesionales socio-sanitarios de una formación en materia de uso y aplicabilidad de las herramientas digitales que les capacite para todos los usos de estas tecnologías que permitan mejorar la atención a la cronicidad garantizando la calidad de la atención y el respeto a la protección de los datos.
- 9 **Consensuar, entre las administraciones nacional y autonómicas, una serie de indicadores realistas de seguimiento e impacto de las políticas sanitarias en materia de cronicidad**. Este control convendría que vieneses acompañado por la creación de un equipo independiente de seguimiento y evaluación de tales indicadores, que disponga de un calendario de plazos concretos de ejecución y cuyo desarrollo no se vea afectado por ningún cambio de gobernanza en la Administración.
- 10 **Incluir una memoria económica** que permita visibilizar y llevar un control más exhaustivo del coste de la implementación de cada una de las acciones planteadas por las Administraciones sanitarias en sus hojas de ruta, y que pueda ser revisada de forma periódica.

Paralelamente, convendría **debatir, con mayor frecuencia, la cronicidad en el seno del Consejo Interterritorial** con el objeto de consolidar una respuesta común y equitativa a las necesidades actuales del paciente crónico, así como del paciente crónico pluripatológico o complejo. En este debate convendría contar con la participación de los diferentes colectivos que intervienen en el abordaje de la cronicidad.

VI. BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- **Asogwa, O. A., Boateng, D., Marzà-Florensa, A., Peters, S., Levitt, N., Van Olmen, J., & Klipstein-Grobusch, K.** (2022). *Multimorbidity of non-communicable diseases in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis*. *BMJ Open*, 12(1), e049133. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-049133>
- **Cortes, J. B., Fernández, C. S., De Oliveira, M. B., Lagos, C. M., Martínez, M. T. B., Hernández, C. L., & Del Cura González, I.** (2020). *Enfermedades crónicas en población pediátrica: comorbilidades y uso de servicios en atención primaria*. *Anales de Pediatría*, 93(3), 183-193. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.12.019>
- **Doctor H. Du.** (2021). *Non-elective in-patient burden attributable to Cardio-Renal-Metabolic (CRM) conditions in England*. En *ESC 365*. <https://esc365.escardio.org/presentation/233639>
- **García Fernández de Villalta, M., & Rodríguez Alonso, A.** (2023). *Niño con múltiples patologías/patología compleja*. *Pediatría Integral - Revista Oficial de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria*. <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2023-06/nino-con-multiples-patologias-patologia-compleja/#:~:text=Entre%20los%20ni%C3%B1os%20con%20enfermedades,del%20gasto%20sanitario%20en%20hospitales>
- **Generalitat de Catalunya.** (2011). *Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat de Catalunya*. Departament de Salut. https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/1842/prevencio_atencio_cronicitat_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- **Generalitat Valenciana.** (2014). *Estrategia para la Atención a Pacientes Crónicos en la Comunitat Valenciana*. Conselleria de Sanitat. <https://catedradecronicidad.es/wp-content/uploads/2020/06/V.2792-2014.pdf>
- **Gobierno de Aragón.** (2019). *Proceso de Atención a los Pacientes Crónicos Complejos en Aragón*. Departamento de Sanidad. https://www.aragon.es/documentos/20127/674325/Proceso_aten_pacientes_cros_compl.pdf/282762c3-7e7f-89ef-fb2f-c2478f5754f8
- **Gobierno de Canarias.** (2015). *Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias*. Consejería de Sanidad. <https://www3.gobierno-decanarias.org/sanidad/scs/content/1e7740f8-d12e-11e4-b8de-159dab37263e/LibroCronicidadCompleto.pdf>
- **Gobierno de Cantabria.** (2015). *Plan de Atención a la Cronicidad de Cantabria*. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. <https://saludcantabria.es/uploads/pdf/consejeria/PlandeCronicidadBaja.pdf>
- **Gobierno de la Comunidad de Madrid.** (2013). *Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid*. Consejería de Sanidad. https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/plan/document/432_474_libro_stratpac_enfcronicomadrid_ip_0.pdf
- **Gobierno de la Región de Murcia.** (2013). *Estrategia para la Atención de la Cronicidad*. Consejería de Sanidad y Política Social. <https://sms.carm.es/ricsmur/bitstream/handle/123456789/7210/Estrategia.para.la.A.305537.0.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- **Gobierno de La Rioja.** (2014). *Estrategia de Atención al Paciente Crónico de La Rioja*. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. <https://www.riojasalud.es/files/content/ciudadanos/planes-estrategicos/estrategia-cronicos.pdf>
- **Gobierno de Navarra.** (2013). *Estrategia navarra de Atención Integrada a Pacientes Crónicos y Pluripatológicos*. Departamento de Salud. 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/
- **Gobierno del Principado de Asturias.** (2014). *Estrategias de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias*. Consejería de Sanidad. https://www.astursalud.es/documentos/35439/39990/Estrategia+Cronicidad_online.pdf/7951ba50-c846-1236-6940-d99972c834c3?t=1613060584518
- **Gobierno Vasco / Eusko Jaurlaritz.** (2010). *Estrategia para afrontar el reto de la Cronicidad en Euskadi*. Departamento de Sanidad y Consumo / Osasun Eta Kontsumo Saila. https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_departamento/es_def/adjuntos/estrategia-cronicidad.pdf
- **Govern de les Illes Balears.** (2016). *Plan de Atención a las Personas con Enfermedades Crónicas 2016-2021. El reto del sistema sanitario*. Conselleria de Salut. <https://www.ibsalut.es/es/servicio-de-salud/organizacion/coordinaciones-autonomicas-sanitarias/376-cronicidad-y-coordinacion-sociosanitaria/2266-plan-de-atencion-a-las-personas-con-enfermedades-cronicas-2016-2021-el-reto-del-sistema-sanitario>
- **INE - Instituto Nacional de Estadística.** (s. f.). *INEbase / Demografía y población / Fenómenos demográficos / Tablas de mortalidad / Últimos datos*. INE. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736177004&menu=ultiDatos&idp=1254735573002
- **INE - Instituto Nacional de Estadística.** (2024). *Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte*. Notas de Prensa y Comunicados Publicados. <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/pEDCM2023.htm>
- **Junta de Andalucía.** (2012). *Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas*. Consejería de Salud. <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo/areas/planificacion/planes-integrales/paginas/paier.html>
- **Junta de Castilla y León.** (2013). *Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León*. Consejería de Sanidad. https://www.saludcastillayleon.es/institucion/es/planes-estrategias/estrategia-atencion-paciente-cronico-castilla-leon.ficheros/319121-Estrategia%20de%20Atenci%C3%B3n%20al%20Paciente%20Cr%C3%B3nico%20en%20Castilla_y_Le%C3%B3n.pdf
- **Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.** (2014). *Plan Director de Atención a la Cronicidad en un modelo de Integración Asistencial*. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales. https://catedradecronicidad.es/wp-content/uploads/2020/06/9494_plan_cronicos.pdf
- **Junta de Extremadura.** (2017). *Estrategia de Prevención y Atención a Personas con Enfermedades Crónicas en Extremadura*. Consejería de Sanidad y Políticas Sociales. https://saludextremadura.ses.es/filescms/web/uploaded_files/CustomContentResources/espapec%202017-2022.pdf
- **La Moncloa.** (2025). *Referencia del Consejo de Ministros 16/07/2024*. <https://www.lamoncloa.gob.es/consejodeminstros/referencias/Paginas/2024/20240716-referencia-rueda-de-prensa-ministros.aspx#medicina>
- **Ministerio de Sanidad.** (2021). *Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación de la Estrategia para el Abordaje a la Cronicidad del SNS*. https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/abordajeCronicidad/docs/Estrategia_de_Abordaje_a_la_Cronicidad_en_el_SNS_2021.pdf
- **Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.** (2019). *Estrategia para el Abordaje a la cronicidad en el SNS: Informe de Evaluación y Líneas prioritarias de actuación*. https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/abordajeCronicidad/docs/Evaluacion_E.Cronicidad_Final_0.3.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
- **NCD Alliance.** (s. f.). *Financing NCDs*. <https://ncdalliance.org/why-ncds/financing-ncds>
- **Observatorio Economía y Salud.** (2023). *La digitalización como motor de la transformación del Sistema Nacional de Salud*. <https://centroestudiospoliticas-publicas.com/observatorios/economia-salud/publicaciones/>
- **Observatorio Economía y Salud.** (2024). *Desafíos emergentes para la salud pública: las enfermedades no transmisibles*. <https://centroestudiospoliticaspublicas.com/observatorios/economia-salud/publicaciones/>
- **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>
- **United Nations.** (s. f.). *Goal 3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages*. Sustainable Development Goals. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>
- **World Health Organization: WHO.** (2023, 16 septiembre). *Noncommunicable diseases*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- **Xunta de Galicia.** (2018). *Estrategia gallega para la Atención a Personas en situación de Cronicidad*. Consellería de Sanidad. <https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/cas/Publicaciones/Docs/AtEspecializada/PDF-2717-es.pdf>

Anexo 1 TABLA DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN MATERIA DE CRONICIDAD OBJETO DEL ANÁLISIS

ÁMBITO/TERRITORIO	POLÍTICA PÚBLICA
Nacional	<i>Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (2012)</i>
	<i>Estrategia para el Abordaje a la Cronicidad en el SNS: Informe de Evaluación y Líneas prioritarias de actuación (2019)</i>
	<i>Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación de la Estrategia para el Abordaje a la Cronicidad del SNS (2021)</i>
Andalucía	<i>Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas (2012-2016)</i>
Aragón	<i>Proceso de Atención a los Pacientes Crónicos Complejos en Aragón (2019)</i>
Asturias	<i>Estrategias de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias (2014)</i>
Baleares, Islas	<i>Plan de Atención a las Personas con Enfermedades Crónicas (2016-2021)</i>
Canarias, Islas	<i>Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias (2015)</i>
Cantabria	<i>Plan de Atención a la Cronicidad de Cantabria (2015-2019)</i>
Castilla-La Mancha	<i>Plan Director de Atención a la Cronicidad en un modelo de Integración Asistencial (2014-2017)</i>
Castilla y León	<i>Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León (2013)</i>
Cataluña	<i>Programa de Prevenció i Atenció a la Cronicitat de Catalunya (2011-2014)</i>
Comunidad Valenciana	<i>Estrategia para la Atención a Pacientes Crónicos en la Comunitat Valenciana (2014)</i>
Extremadura	<i>Estrategia de Prevención y Atención a Personas con Enfermedades Crónicas en Extremadura - espaPEC (2017-2022)</i>
Galicia	<i>Estrategia gallega para la Atención a Personas en situación de Cronicidad (2018)</i>
La Rioja	<i>Estrategia de Atención al Paciente Crónico de La Rioja (2014)</i>
Madrid, Comunidad de	<i>Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid (2013)</i>
Murcia, Región de	<i>Estrategia para la Atención de la Cronicidad (2013-2015)</i>
Navarra	<i>Estrategia navarra de Atención Integrada a Pacientes Crónicos y Pluripatológicos (2013)</i>
País Vasco	<i>Estrategia para afrontar el reto de la Cronicidad en Euskadi (2010)</i>

Anexo 2 TABLA DE PARÁMETROS/INDICADORES DEFINIDOS PARA EL ANÁLISIS

VARIABLE	DESCRIPCIÓN
Publicación	Año en el que se elaboró y publicó la política pública.
Estado de la política pública	Periodo temporal para el que se determinó la vigencia de la política pública.
Perfiles profesionales participantes en la elaboración	Miembros de los comités institucional y técnico que contribuyeron a la elaboración de cada política pública.
Perfiles profesionales más protagonistas en el contenido	Categorías profesionales que cuentan con una representación mayoritaria a lo largo del redactado de la política pública.
Diferenciación paciente crónico vs. paciente crónico complejo	Perfil al que se dirigen las acciones propuestas en la política pública (paciente crónico agudo o paciente crónico complejo).
Patologías más mencionadas en el contenido	Enfermedades o grupo de enfermedades más prevalentes en las radiografías iniciales en cada una de las políticas públicas.
Digitalización como herramienta para el abordaje de la cronicidad	Existencia o no de una consideración diferenciada de la digitalización al servicio de la cronicidad en las acciones estipuladas en la política pública. En una segunda fase de la revisión, análisis de la empleabilidad de las herramientas digitales, ya sea para el diagnóstico o atención al paciente crónico.
Existencia de indicadores de seguimiento de la política pública	Definición de indicadores de evaluación y seguimiento de las políticas públicas y tipología de estos.
Dispone la política pública de una memoria económica	Inclusión o no de una memoria económica en el contenido de la política pública.

Anexo 3 COMPARATIVA ENTRE LOS PERFILES PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE 2012 Y LOS DEL ÚLTIMO INFORME DE REVISIÓN, ELABORADO EN 2021*

	ESTRATEGIA NACIONAL 2012	INFORME DE REVISIÓN 2021
Comité Técnico	<p>Coordinación científica: Enfermería, Medicina Interna y de Familia.</p> <p>Sociedades científicas: Asociación Española de Fisioterapeutas (AEF); Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap); Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPaC); Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes (ANPIR); Asociación Española de Trabajo Social y Salud; Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP); Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP); Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC); Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH); Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG); Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC); Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI); Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN); Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG); Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS).</p> <p>Asociaciones de pacientes: Asociación Española Contra el Cáncer (AECC); Coalicción Nacional de Ciudadanos con Enfermedades Crónicas; Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI); Federación Española de Enfermedades Raras (FEDER); Foro Español de Pacientes.</p> <p>Sociedades científicas consultadas: Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC); Asociación Española de Pediatría (AEP); Grupo de Apoyo al Desarrollo de la Diálisis Peritoneal en España (GADDPE); Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG); Sociedad Española de Medicina Geriátrica (SEMEG); Sociedad Española de Médicos de Residencias Geriátricas (SEMER); Unión Española de Sociedades Científicas de Enfermería.</p>	<p>Coordinación científica: Enfermería, Medicina Interna y de Familia.</p> <p>Sociedades científicas: Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC); Asociación Española de Fisioterapeutas (AEFI); Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap); Asociación Española de Pediatría Hospitalaria (AEPH); Asociación Nacional de Psicólogos Clínicos y Residentes (ANPIR); Asociación Española de Trabajo Social y Salud; Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP); Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP); Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC); Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH); Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG); Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG); Sociedad Española de Medicina Geriátrica (SEMEG); Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN); Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC); Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG); Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI); Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS); Unión Española de Sociedades Científicas de Enfermería (UESCE).</p> <p>Asociaciones de pacientes: Alianza General de Pacientes (AGP). Asociación Española Contra el Cáncer (AECC). Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (CERMI). Foro Español de Pacientes (FEP). Plataforma de Organizaciones de Pacientes (POP).</p>

	ESTRATEGIA NACIONAL 2012	INFORME DE REVISIÓN 2021
Comité Institucional	<p>CCAA Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad</p> <ul style="list-style-type: none"> Dirección General Salud Pública, Calidad e Innovación SG de Calidad y Cohesión SG de Información Sanitaria e Innovación SG de Promoción de la Salud y Epidemiología Observatorio de Salud de las Mujeres Dirección General de Cartera Básica de Servicios y Farmacia Dirección General de Ordenación Profesional Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) INGESA (Ceuta-Melilla): <p>Ministerio de Economía y Competitividad</p> <ul style="list-style-type: none"> Instituto de Salud Carlos III 	<p>CCAA Ministerio de Sanidad</p> <ul style="list-style-type: none"> Dirección General Salud Pública, Calidad e Innovación Subdirección General de Calidad e Innovación SG de Información Sanitaria y Evaluación SG de Promoción de la Salud y Vigilancia en Salud Pública Observatorio de Salud de las Mujeres Dirección General de Cartera Básica de Servicios y Farmacia <ul style="list-style-type: none"> Subdirección General de Cartera Básica de Servicios del SNS y Fondo de Compensación Subdirección General de Calidad de Medicamentos y Productos Sanitarios Dirección General de Ordenación Profesional Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) INGESA (Ceuta-Melilla) <p>Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades</p> <ul style="list-style-type: none"> Instituto de Salud Carlos III

* Se identifican en rojo aquellas entidades presentes en la elaboración de la estrategia de 2012, que no estuvieron presentes en el informe de revisión elaborado en 2021. Del mismo modo, aparecen en verde aquellas que se sumaron al último informe de revisión (2021), sin haber participado en la estrategia original (2012).

Cronicidad: Horizonte 2025



Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España



Farmacéuticos
Consejo General de Colegios Farmacéuticos de España



FUNDACIÓN HUMANS
Para la promoción de la humanización de la asistencia sanitaria



Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria



ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA



SEMERGEN
Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria



SEMG
Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia



CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTERNA
La visión global de la persona enferma